This is a reproduction of a library book that was digitized by Google as part of an ongoing effort to preserve the information in books and make it universally accessible.

Google™ books

https://books.google.com

Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.

+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.

+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.

+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`

LA RIFORMA
MEDICA

1927

Digitized by Google

U. OF M
Minitex
Minnesota Library
Access Center
43
Digitized by Google

U. OF M.
Minitex
Minnesota Library
Access Center

43

Digitized by Google

Digitized by Google

THE LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MINNESOTA
CLASS B610.5
BOOK .R44

THE A. & M. COMPANY
GENERAL BOOKBINDERS
& GOLD STAMPERS
116 So. 4th St., Mpls.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

GIORNALE INTERNAZIONALE SETTIMANALE

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E SCIENZE AFFINI

Fondato nel 1885 dal Prof. Gaetano Rummo

COMITATO DIRETTIVO

Prof. EDOARDO MARAGLIANO

PROF. EMERITO R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
SENATORE DEL REGNO

Prof. M. ASCOLI, R. Istituto di Patologia Medica, Catania — Prof. U. BACCARANI, Ospedale Civile, Ancona — Prof. F. BATTISTINI, Ospedale Maggiore S. Giovanni, Torino — Prof. E. BURCI, R. Clinica Chirurgica, Firenze — Prof. U. CARPI, R. Istituto di Semiotica; Ospedale Maggiore, Milano — Prof. L. D'AMATO, R. Istituto di Patologia Medica, Napoli — Prof. L. DE GAETANO, R. Clinica Ortopedica, Ospedale Incurabili, Napoli — Prof. L. DEVOTO, R. Clinica per le malattie professionali, Milano — Prof. M. DONATI, R. Clinica Chirurgica, Padova — Prof. R. FELETTI, R. Clinica Medica, Catania — Prof. G. FICHERA, R. Istituto di Patologia Chirurgica, Pavia — Prof. C. FRUGONI, R. Clinica Medica, Padova — Prof. F. GALDI, R. Clinica Medica, Bari — Prof. Sen. D. GIORDANO, Ospedale Civile, Venezia — Prof. L. GIUFFRÈ, R. Clinica Medica, Palermo — Prof. G. IZAR, R. Clinica Medica, Messina — Prof. On. G. MUSCATELLO, R. Clinica Chirurgica, Catania — Prof. B. NIGRISOLI, R. Clinica Chirurgica, Bologna — Prof. Sen. G. PASCALE, R. Clinica Chirurgica, Napoli — Prof. N. PENDE, R. Clinica Medica, Genova — Prof. Sen. G. B. QUEIROLO, R. Clinica Medica, Pisa — Prof. Sen. B. ROSSI, R. Clinica Chirurgica, Milano — Prof. D. TADDEI, R. Clinica Chirurgica, Pisa — Prof. G. TUSINI, R. Clinica Chirurgica, Genova — Prof. E. TRICOMI, R. Clinica Chirurgica, Palermo — Prof. G. VIOLA, R. Clinica Medica, Bologna — Prof. G. ZAGARI, R. Clinica Medica, Napoli — Prof. A. ZERI, R. Istituto di Patologia Medica, Roma.

Redattore-Capo: Prof. ANDREA FERRANNINI

COMITATO DI REDAZIONE

Prof. E. AIEVOLI — Prof. A. AZZI — Dott. A. BOTTI — Prof. G. CASTRONUOVO — Prof. G. CRISTALLI — Prof. A. DELLA CIOPPA — Dott. M. GIOIA — Prof. A. JAPPELLI — Prof. G. MOLINARI — Dott. M. MUSELLA — Prof. O. NUZZI — Prof. V. M. PALMIERI — Prof. M. REALE — Dott. A. TARSITANO — Prof. G. TESAURO — Prof. L. TORRACA.

Consulente legale: Avv. E. STASSANO — Segretario: Dott. R. RUMMO — Editore: A. RUMMO

ANNO XLIII - 1927

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

NAPOLI
REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE
PIAZZA SETTE SETTEMBRE, 22
1927

Digitized by Google

Digitized by Google

ГЛАВНАЯ
МУЗЫКАЛЬНАЯ
БИБЛИОТЕКА

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 3 Gennaio 1927 — N. 1

LEZIONI

ISTITUTI DI CLINICA E DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. U. DI MESSINA

COME SI CLASSIFICA E COME SI SORVEGLIA UN DIABETICO

Lezione del Prof. G. IZAR

Appunti di Patologia speciale medica raccolti dal Dottor P. MORETTI

Il risveglio degli studi sul diabete seguito alla scoperta dell'insulina ha dato modo di chiarire alcune nozioni fondamentali, che, già intraviste in passato, formano ormai la base della prognosi e della terapia del diabete. Una buona classificazione della forma significa un'esatta prognosi ed un'adeguata terapia, ecco perchè ritengo utili anche al pratico questi cenni riassuntivi.

Ricordiamo. Il diabete è caratterizzato dall'incapacità di utilizzare gli idrati di carbonio, alla quale si aggiunge, nelle forme gravi, l'incapacità di metabolizzare le albumine ed i grassi.

Su queste basi strettamente fisiopatologiche si possono così distinguere due forme principali, nettamente separate l'una dall'altra:

1° il diabete senza denutrizione azotata, nel quale è alterato solo il metabolismo idrocarbonato e che corrisponde al diabete grasso od artritico degli antichi autori;

2° il diabete con denutrizione azotata, nel quale all'alterazione del metabolismo idrocarbonato si accoppiano:

a) una grave alterazione del metabolismo azotato, caratterizzata da esagerata ed accelerata distruzione delle albumine esogene in un primo tempo, delle albumine istogene in un secondo tempo; alterazione che si manifesta con un aumento dell'azoto totale urinario, in gran parte non elaborato sino alla terminale urea ma escreto sotto forma di ammoniaca, di acidi amidati, di creatina;

b) una grave alterazione del metabolismo dei grassi, caratterizzata dall'iperlipemia e dall'incompleta combustione dei corpi chetonici, che si manifesta coll'accumulo nell'organismo di acido β-ossi-butirrico, acido diacetico, acetone.

Alla classificazione fisiopatologica, corrisponde, grosso modo, una grande distinzione clinica rispetto alla gravezza della malattia:

1° forme leggere, stazionarie nelle quali si osserva solo la alterazione del metabolismo idrocarbonato;

2° forme gravi, progressive, nelle quali, in un tempo maggiore o minore a seconda dei casi, all'alterazione del ricambio idrocarbonato si aggiunge denutrizione azotata ed acidosi.

Fra queste due forme estreme esistono naturalmente delle forme intermedie, che un attento osservatore può sorprendere seguendo l'evoluzione di un diabete grave in un giovane soggetto: dalla glicosuria riducibile alla forma finale con dimagramento, glicosuria irriducibile, acidosi, coma.

In conclusione, ciò che distingue le due forme è la stazionarietà, la fissità dei sintomi in un caso, la loro evoluzione progressiva, la comparsa di nuovi e più gravi sintomi nell'altro.

La prognosi è dunque sopratutto fondata su di un'esatta classifica della forma morbosa. Occorre cioè ricercare:

1° se si tratta di un diabete semplice;

2° se si tratta di un diabete semplice ma potenzialmente evolutivo;

3° se si tratta di un diabete grave con denutrizione azotata ed acidosi.

Nel primo caso la prognosi è favorevole, nel secondo riservata, nel terzo grave. E, come vedremo in un'altra lezione, la terapia trae da questa classifica le sue norme più importanti.

***

Stabilite queste semplici linee fondamentali, vediamo di quali dati possiamo servirci per giungere ad una classificazione della forma.

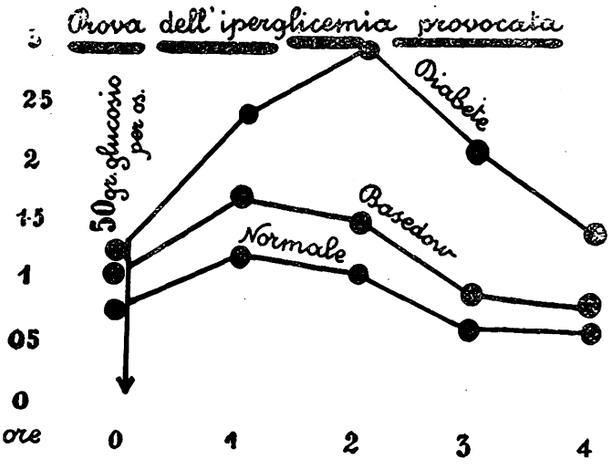
Noi possiamo utilizzare due grandi serie di fatti: quelli che ci fornisce l'interrogatorio e l'esame dell'ammalato e quelli che ci fornisce il laboratorio.

I primi si raggruppano nelle tre grandi sindromi: sindrome di iperglicemia, sindrome di denutrizione azotata, sindrome di acidosi.

L'incapacità di utilizzare gli idrati di carbonio porta ad un accumulo di glucosio nel sangue e nei tessuti, ad iperglicemia ed iperglicistia. Quando il tasso glicemico ha raggiunto i due grammi per mille, il glucosio filtra attraverso i reni e compare glicosuria. D'altra parte l'iperglicistia porta la sete la polidipisia, la poliuria, i dolori muscolari, lo stato di fatica, l'impotenza sessuale, le gengiviti per lo più espulsive, le nevralgie e le nevriti, l'abolizione dei riflessi rotulei, i disturbi visivi, e facilita l'impianto di processi suppurativi ed infiltrativi.

I disturbi del metabolismo azotato si rendono evidenti con dimagramento lento ma progressivo e persistente, e perdita di forze.

L'alterato metabolismo dei grassi conduce all'acidosi che, all'inizio latente, si rende in primo tempo manifesta solo all'esame delle urine coll'acetonuria, la diaceturia e l'aumento dell'acido β-ossi-butirrico.



In seguito, coll'aumentare dell'acidosi, compaiono i fenomeni clinici: sonnolenza, anorressia, vomiti, crisi di diarrea, vertigini, disturbi della respirazione, che quando non vengono rapidamente combattuti portano al coma ed alla morte. In questo gruppo si possono pure noverare: l'iperlipemia, l'ipercolesterinemia col xantelasma e l'ipercromoemia con l'inseparabile xantocromia cutanea.

Dei dati forniti dal laboratorio, più importanti perchè permettono oltre che di stabilire la forma di seguire l'evoluzione del processo, ricorderemo solo quelli che possono condurre ad un preciso diagnostico.

La prova dell'iperglicemia. Se la glicosuria è il sintoma più appariscente e più caratteristico del diabete, essa non basta per affermare la diagnosi, potendosi avere sia dei diabetici senza glicosuria che delle glicosurie senza diabete.

Il solo dato irrefutabile di diabete è quello fornito dalla prova di iperglicemia provocata che si eseguisce come segue.

Determinato il mattino a digiuno il tasso glicemico, si fanno ingerire al soggetto 50 gr. di glucosio o 100 gr. di saccarosio, sciolti in 250 cmc. di acqua addizionata di succo di limone. Di ora in ora, per tre o quattro ore, si dosa di nuovo il tasso glicemico. Si ottiene così una reazione di iperglicemia, che si trasporta sulla carta sotto forma di curva. L'intensità della reazione misura il grado della lesione del metabolismo idrocarbonato in funzione dell'elevazione del tasso glicemico e della durata della reazione. In queste condizioni il soggetto normale ha una reazione da 0,20 a 0.40 che scompare dopo la 2ª ora; il diabetico una reazione da due a sette che, degradando, persiste oltre la 3ª-4ª ora: le lesioni del ricambio idrocarbonato da altre ma-

415205

Digitized by Google

lattie all'infuori del diabete (morbo di Basedow, insufficienza epatica, obesità ecc.) una reazione da 0.50 a 1.50 che degrada dopo la 2ª ora e scompare alla 3ª ora.

Con questa prova si può riconoscere il diabete anche quando manchi la glicosuria: ad esempio nel caso di un soggetto diabetico che, allo scopo di contrarre un'assicurazione sulla vita, si sia sottoposto in precedenza ad un regime alimentare stretto. E d'altra parte si può escludere il diabete nei casi di glicosuria legata ad insufficienza epatica, ad eccessiva permeabilità renale (diabete renale): in quest' ultimo caso, mentre manca la reazione di iperglicemia, compare glicosuria anche quando il tasso dello zucchero nel sangue si mantenga inferiore all'1.50 ‰.

La determinazione dell'entità della lesione del ricambio idrocarbonato. La maggiore o minore gravità dello stato di un diabetico si può desumere già in parte dall'interrogatorio dell'ammalato e dai rilievi obiettivi, ma per avere dei dati che possano servire di confronto nello sviluppo ulteriore della cura è necessario determinare la sua capacità di utilizzazione degli idrati di carbonio, sia con la misura della tolleranza apparente che e meglio, con la misura della tolleranza reale abbinata al dosaggio del tasso glicemico.

a) *Tolleranza apparente.* E' espressa dalla differenza fra il glucosio ingerito ed il glucosio eliminato con le urine. Così in un soggetto che pro die assorbe 100 gr. di glucosio e ne elimina 25 si ha una tolleranza apparente positiva di + 75, mentre in un'altro che assorbe 100 gr. di glucosio pro die ma ne elimina 125 si ha una tolleranza negativa di — 25. In quest' ultimo caso la lesione è molto più profonda perchè già vengono utilizzati i grassi e le albumine sia ingerite che tissulari per formare glucosio. Ma, come si comprende, la tolleranza apparente non fornisce che dei dati molto relativi.

b) *Tolleranza reale.* Esprime la quantità di idrati di carbonio che possono essere ingeriti senza provocare glicosuria. Per questo, posto il paziente per qualche giorno a dieta stretta quasi priva di idrati di carbonio, lo si tiene per uno-due e se occorre tre giorni a digiuno sino ad ottenere la scomparsa del glucosio dalle urine.

Nei giorni successivi si somministrano piccole quantità crescenti di idrati di carbonio, per lo più sotto forma di patate, sino alla comparsa della glicosuria. Riducendo successivamente la quantità di idrati di carbonio ingeriti, si stabilisce con esattezza notevole la quantità tollerata.

TABELLA

MISURA DELLA TOLLERANZA REALE

	REGIME	Idrati C. in gr.	Glicosuria in gr. pro die	Tolleranza Idrati C.
1 sett.	Misto senza farinac. nè leg.	50	180	— 130
2 »	» » » »	45	90	— 45
3 »	» » » »	43	90	— 47
4 »	» » » »	35	80	— 45
5 »	» » » »	35	75	— 40
6 »	Digiuno		20	
7 »	»		10	
8 »	»		0	
9 »	Verdura - olio	45	0	+ 45
10 »	id.	45	0	+ 45
11 »	id. + carne 200	50	0	+ 50
12 »	id. + carne 400	50	0	+ 50
13 »	id. + id. + patate 100	70	0	+ 70
14 »	id. + id. + id. 200	90	0	+ 90
15 »	id. + id. + id. 300	110	0	+ 110
16 »	id. + id. + id. 400	130	8	+ 122
17 »	id. + id. + id. 400	130	8	+ 122
18 »	id. + id. + id. 350	120	0	+ 120
19 »	id. + id. + id. 350	120	0	+ 120
20 »	id. + id. + id. 350	120	0	+ 120

La misura della tolleranza reale a distanza varia di tempo, mentre offre il mezzo di seguire da vicino l'andamento della malattia — ogni aumento di tolleranza rappresentando un miglioramento ed ogni diminuzione un peggioramento — serve anche per sottomettere il paziente a sua insaputa ad una cura di regime e di digiuno, cure che, come è noto, aumentano fortemente la tolleranza stessa.

Ma, come si è già detto, quando pure si sia ottenuta la scomparsa totale del glucosio dalle urine, non abbiamo risolto che uno dei dati del problema, perchè più che la presenza dello zucchero nelle urine, a noi importa sapere, ai fini della cura, se questa scomparsa dello zucchero urinario è accompagnata o no da abbassamento sino alla norma del tasso glicemico. Nel primo caso il reperto urinario ha un valore assoluto, nel secondo un valore molto relativo, e la persistenza della glicemia ci indurrà a spingere più oltre la cura di regime per raggiungere il tasso di glicemia normale. Ugualmente, nel corso di cura, un aumento della glicemia a dieta costante deporrà per un peggioramento, che si tradirà ben presto con la comparsa di zucchero nelle urine.

La ricerca della denutrizione azotata. E' una ricerca alquanto difficile e dispendiosa che necessità laboratori ben attrezzati. Bisogna stabilire il bilancio dell' introito azotato coi cibi e delle perdite con le feci e le urine. Ma, in generale, per la pratica, basta una buona bilancia che ci dica esattamente il peso dell'ammalato. Una perdita lenta e costante di peso indica un diabete grave con denutrizione azotata.

Se invece si dispone di un laboratorio, oltre che il bilancio azotato, è bene determinare come sono ripartiti i composti azotati eliminati, allo scopo di giudicare del grado del loro metabolismo sempre più o meno imperfetto in questi casi. L'analisi riguarderà sopratutto l'ammoniaca e gli acidi amidati, raffrontandoli nei loro valori quantitativi coll'azoto totale. Si parlerà di ammoniuria quando il rapporto ammoniaca-azoto totale oltrepassa il 6 %: d' amidoaciduria quando il rapporto azoto aminico-azoto totale s'eleva al di là del 3 %. Una certa importanza avrà pure il rapporto azoturico o meglio il coefficiente di imperfezione ureogenica che normalmente non eccede il 7 %. Anche la comparsa di creatina sarà indice di alterato ricambio azotato.

La ricerca e la misura dell'acidosi. Dopo la misura della glicemia e della tolleranza reale è certamente il dato più importante che conviene sempre ricercare sia per stabilire la gravità del caso, sia per sorvegliarlo durante la cura. Per questa indagine si può prendere in esame sia l' urina che il sangue. Per la pratica corrente ci si può limitare a rivolgere la nostra attenzione solo all' urina, ma se si vuol studiare e seguire bene un diabetico specialmente per stabilire la prognosi, è opportuno ripetere le stesse indagini anche sul sangue. In questi casi però, come vedremo, necessita un laboratorio specializzato.

A) *Urine.* Per la pratica corrente sarà sufficiente la ricerca dell'acetone con la prova di Legal e dell'acido diacetico con la prova di Gerhardt: l' intensità della reazione, se praticata sempre dalla stessa persona con tecnica uniforme, può servire di indice anche se non costituisce una misura esatta.

Quando si desideri maggior precisione si può ricorrere a varie tecniche:

1° dosaggio dell'acidità urinaria col metodo della titolazione usando come indicatore la fenolftaleina;

2° dosaggio degli acidi organici totali col metodo di van Slyke e Palmer, usando come indicatore l'orange IV: i normali danno dei valori di 300-700, gli stati di acidosi cifre molto superiori che possono persino salire a 20.000;

3° misura dell'acidità ionica urinaria (pH dell' urina) sia col metodo elettrometrico che con quello colorimetrico. Nel soggetto normale il pH urinario varia da 5.8 a 6.4: nell'acidosi può discendere a 4;

4° dosaggio dei corpi chetonici totali col metodo di van Slyke, che permette di dosare anche l'acido β-ossi-butirrico, non altrimenti identificabile con metodi facili. Nei soggetti normali i corpi chetonici sono presenti solo in tracce: aumentano negli stati di acidosi a cifre enormi, comprese fra 2 gr. pro die nella piccola acidosi e 60-100 gr. pro die nelle acidosi con coma.

B) *Sangue.* In luogo del dosaggio dei corpi chetonici, che richiederebbe un tempo enorme e grandi quantità di sangue, si ricorre al dosaggio dell'acido carbonico col metodo di van Slyke, determinando così la riserva alcalina dell'organismo o alla misura del pH del sangue, per stabilire se sia o no avvenuta la rottura dell'equilibrio acido-basico dell'organismo. Nel primo

Digitized by Google

caso si considera come patologico un contenuto in acido carbonico del sangue inferiore al 53 % e si ritiene che un contenuto inferiore al 20 % indichi coma imminente; nel secondo caso si considera come patologico un pH inferiore a 7.30 e come sintoma di grave acidosi un pH di 7.

E' da notare che alcuni autori, di cui non dividiamo le opinioni, preferiscono nella determinazione della riserva alcalina del sangue, dosare la pressione del CO_2 nell'aria alveolare, sia col metodo di Fredericia che con quello di Mariott, considerando come acidosi gravi cifre inferiori a 32 mm. di mercurio.

***

Da quanto siam venuti esponendo torna facile dedurre su quali dati si fondi la sorveglianza di un diabetico. E precisando:

1° per l'alterato ricambio degli idrati di carbonio:

a) ricerca e determinazione della glicosuria (tutti i giorni);

b) determinazione della glicemia a digiuno (almeno settimanalmente);

c) determinazione della tolleranza renale (almeno ogni due mesi);

2° per l'alterato ricambio azotato:

a) determinazione del peso dell'ammalato (tutti i giorni);

b) determinazione dell'ammoniaca, degli acidi amidati e dell'azoto totale nelle urine (almeno ogni due mesi);

3° per l'alterato ricambio dei grassi:

a) prove di Legal e di Gerhardt sulle urine con raffronto colorimetrico (tutti i giorni);

b) dosaggio dei corpi acetonici totali nelle urine (almeno ogni mese);

c) determinazione della riserva alcalina del sangue (almeno ogni mese).

Raccogliendo questi dati in forma di tabella sarà facile seguire da vicino l'evoluzione del diabete per trarne le opportune conclusioni terapeutiche.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI CATANIA
Direttore Prof. R. FELETTI

SU DUE CASI IMPORTANTI DI AMEBIASI EPATICA

per il prof. ANDREA TOMASELLI — Assistente

Pubblico i seguenti casi clinici che reputo interessanti.

1. Caso — M. Felice di anni 35, fattorino, è accolto in Clinica Medica il 20 marzo 1926.

Nell'anamnesi familiare nulla di notevole; è sposato e dal matrimonio ha avuto due figli che godono buona salute. La moglie non ha avuto aborti. A quindici anni egli contrasse delle febbri ad andamento irregolare, che durarono circa sei mesi. Un anno dopo si ammalò di reumatismo poliarticolare febbrile, del quale guarì dopo due mesi. Successivamente contrasse due volte la blenorragia, alla quale si accompagnò orchite.

Durante l'epidemia di febbre, cosiddetta spagnola, fu anche lui colpito da tale affezione, della quale si rimise dopo circa venti giorni. Dal 1916 egli riferisce di avere cominciato a soffrire dolori diffusi al ventre, accompagnati da diarrea. Dal 1922 tali disturbi si sono ripetuti ad accessi, e nei periodi di parossismi sono stati accompagnati da febbre e da frequenti scariche alvine muco-sanguigne. Tali fenomeni si attenuavano e scomparivano con opportuna dieta. Nel 1922 per una di tali esacerbazioni fu ricoverato all'Ospedale Civile di Padova. Da circa due mesi il paziente non ha diarrea, ma accusa febbre elevata ad andamento irregolare preceduta da lievi brividi e seguita da notevole sudore.

Contemporaneamente egli avverte senso di tensione all'epigastrio specialmente dopo l'ingestione dei cibi. All'ipocondrio destro la tensione si fa dolorosa ed ha il massimo di intensità irradiantesi alla base dell'emitorace destro. Durante le ore di notte il dolore all'ipocondrio destro è tale per intensità che non permette al malato il sonno.

All'esame obiettivo notasi stato generale alquanto scadente. Pelle e mucose visibili molto pallide, scarsissimo pannicolo adiposo sottocutaneo, muscolatura ipotonica, sviluppo scheletrico regolare. Si constata la presenza di micro-poliadenopatia; anche i gangli epitrocleari sono induriti e ingrossati.

L'addome si presenta di forma leggermente globoso, meteorico. La palpazione risveglia all'epigastrio un modico dolore il quale è maggiore all'ipocondrio destro; nelle altre regioni essa non provoca dolore.

Nella cavità addominale non si riscontra presenza di liquido libero.

Il fegato è palpabile fino all'ombelicale trasversa, ha superficie uniforme, liscia, dura e dolente. I caratteri del margine non sono bene apprezzabili per la tensione delle pareti addominali.

Con la percussione il confine superiore del fegato, è in sede normale; quello inferiore deborda dall'arco costale quattro centimetri sull'ascellare inferiore, 10 cm. sulla parasternale, 17 cm. dalla base dell'apofisi xifoidea sulla mediana.

La milza non è palpabile, e con la percussione trovasi nei limiti normali.

A carico dell'apparato respiratorio e circolatorio non si riscontrano fenomeni degni di nota.

La febbre ha un andamento continuo remittente oscillante fra 37,5 e 39.5.

La reazione di Wassermann dà un risultato fortemente positivo (+ + +).

La sierodiagnosi per febbre di Malta risulta positiva fino all'1:100 ed in un esame ripetuto dopo quindici giorni essa riesce positiva fino ad 1:200.

Le orine non presentano elementi patologici.

Le feci, non molto consistenti, sono gialliccie e non contengono nè muco, nè sangue. All'esame microscopico ripetuto più volte, non si trovano nè Entamebe nè Lamblie.

In questo primo caso clinico due fatti intralciarono per poco la vera diagnosi di epatite amebica e ritardarono alquanto la cura. Il primo consistè nella reazione di Wassermann fortemente positiva. Il secondo fu la serodiagnosi agglutinante per febbre di Malta positiva fino all'1:200.

Benchè il paziente negasse la sifilide, pure la reazione di Wassermann positiva non soltanto, ma anche l'ingrossamento delle singole ghiandole linfatiche (comprese le epitrocletari) e l'esacerbarsi notturno del dolore alla regione epatica ci fecero rimanere alquanto in dubbio sopra la sifilide ignorata dal paziente, ed ove la sifilide fosse veramente esistita non avremmo avuto alcuna difficoltà ad attribuire ad essa la febbre, e l'alterazione epatica.

Bene è vero che la milza si trovava nei limiti normali con la percussione, ma su questo dato non ci si poteva basare (come contrario alla diagnosi di sifilide) perchè la percussione della milza fatta con addome meteorico, poteva trovarla meno voluminosa del reale. Al contrario noi sapevamo che in pochissimi casi la reazione di Wassermann può essere positiva anche nella amebiasi epatica, secondo che è stato visto dal Pontano in Italia e da Chauffard in Francia.

Pur tuttavia prima di iniziare la cura emetinica, abbiamo istituito una cura antisifilitica. Questa però rimase assolutamente senza effetto sia sulle condizioni del fegato che sulla febbre e sullo stato individuale. A nostra cognizione non risulta che nella amebiasi epatica sia stata trovata positiva la siero diagnosi per febbre di Malta. Izar, nel suo bel libro sulle metastasi amebiche anzi a proposito della diagnosi differenziale tra epatite amebica e febbre melitense, la basa maggiormente sull'esito della sierodiagnosi che se stabilita con ceppi di micrococco di Bruce non agglutinabili con sieri normali come accade talvolta, ha un valore assoluto.

Digitized by Google

Nel nostro ammalato il tasso agglutinante raggiunse l'1:200 rispettabile per la diagnosi.

Se l'ammalato fosse stato affetto da febbre di Malta nessuna difficoltà ci sarebbe stata presentata dalla mancante splenomegalia perchè nelle febbri di Malta, secondo la nostra esperienza di innumerevoli casi, la milza può non essere ingrandita, mentre il fegato molte volte è ingrossato, per epatite infettiva.

Ma gli scarsi soccorsi contro la febbre di Malta ci indussero a ritenere vera la diagnosi di amebiasi epatica, quantunque nelle feci più volte esaminate, con gli opportuni accorgimenti relativi a questi casi, non si trovassero mai amebe. Il lungo succedersi dei disturbi intestinali del nostro paziente, accompagnati spesso da diarrea con sangue, ci tolsero l'ultimo dubbio sulla diagnosi di amebiasi epatica, la quale ci fu confermata infine dall'esito brillante ottenuto con la cura emetinica. Questa fu fatta per iniezione endomuscolare nella dose giornaliera di otto centgr. Dopo tre giorni di cura emetinica la febbre scompariva per lisi. I fenomeni subiettivi perdevano rapidamente la loro intensità ed il fegato cominciava a ridursi di volume. Tale esito ci indusse a continuare ed intensificare la cura che praticammo per sei settimane alternando una settimana di cura emetinica con un'altra di riposo. L'ammalato ha continuato a migliorare rapidamente nello stato generale, la febbre è scomparsa, il pallore è notevolmente diminuito, le forze sono migliorate. Il fegato è diventato di volume e consistenza normale.

A cura emetinica terminata la sierodiagnosi per febbre melitense è diventata completamente negativa. Ci si potrà domandare perchè non fu fatta diagnosi di stato presuppurativo del fegato (Rogers) o di vero ascesso epatico amebico.

Faremo osservare col Pantano a tale proposito, che la concezione di stato presuppurativo non ha base anatomo-patologica e che anche la mancata prova della puntura esplorativa non basta a differenziarlo dall'ascesso nel quale spesso la puntura esplorativa dà risultato negativo anche se ripetuta. Forse la lunga durata della cura potrebbe parlare meglio per l'ascesso; ma noi preferiamo la diagnosi di amebiasi del fegato molto più che questa non dà luogo ad un vero ascesso ma ad una alterazione colliquativa.

Un'altra concezione della malattia potrebbe ammettere insieme con l'amebiasi epatica nel nostro malato, anche la febbre di Malta, ma lo sparire della febbre e della sierodiagnosi positiva sotto l'azione dell'emetina, esclude tale possibilità molto più che nella febbre di Malta, finito il processo, non finisce, anzi perdura la sierodiagnosi positiva.

E' ovvio infine che io ricordi che il m. melitense da me adoperato non aveva facoltà di essere agglutinato da sieri normali.

2. Caso. D.... Gaetano di anni 57. Nulla di notevole nella anamnesi familiare. Non ha mai contratto malattie veneree. Circa tre anni fa venne colto da forte brivido seguito da febbre. Questa si mantenne continua per circa una settimana; dopo si è presentata ogni tanto per periodi di otto-dieci giorni circa.

In questi ultimi mesi è stata intermittente e si è protratta per molti giorni. Tentò una forte cura di chinino senza alcun vantaggio. Non ha sofferto mai di diarrea, anzi l'alvo è stato ed è sempre stitico.

All'esame obbiettivo si nota un buon stato della nutrizione generale. All'esame dell'addome si riscontrano i seguenti fatti:

Il fegato è palpabile fino alla linea ombelicale trasversa, a superficie liscia, dura, un po' dolente nel lobo destro. Il margine è un po' tagliente sul prolungamento dell'ascellare anteriore. Con la percussione il confine superiore arriva sulla parasternale alla 5ª costola, sulla emiclaveare al V. spazio intercostale, sull'ascellare anteriore alla 6ª costola. Il margine inferiore deborda dall'arco costale, cm. 4 sull'ascellare anteriore, cm. 10 sulla mammillare, 13 cm. dalla base dell'apofisi xifoidea sulla mediana.

La milza si palpa nelle profonde inspirazioni indurita ed a margine arrotondato e con la percussione l'aja di ottusità splenica risulta un po' ingrandita. Non si riscontrano alterazioni degne di nota a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio.

Urine normali. La febbre è ad andamento intermittente ed oscilla fra i 36 1/2 e i 39 1/2 C.

Reazione di Wassermann negativa.

Sierodiagnosi di febbre di Malta risultata positiva fino all'1:100.

Le feci sono di consistenza, ordinariamente dura. Previa somministrazione di una purga salina viene praticato l'esame microscopico il quale rivela la presenza di Entamebe sia allo stato mobile che cistico.

In questo secondo caso la diagnosi di amebiasi epatica si fonda su un dato positivo di grande importanza diagnostica: la presenza di Entamebe nelle feci. Però sono degni di esser rilevati anche in questo caso: il fatto che la sierodiagnosi per febbre di Malta è stata trovata positiva sino all'1:100, e l'assenza assoluta di disturbi funzionali dell'intestino. Il malato è stato curato con iniezioni di emetina alla dose giornaliera di otto centgr. e somministrazione orale di Stovarso'o (due compresse al giorno). Dopo due giorni di tale cura, la febbre è scomparsa definitivamente. Il fegato si è fatto meno grosso e duro; anche la sua dolenzia alla palpazione è diminuita. Le condizioni generali dell'infermo sono notevolmente migliorate. E' ancora sotto osservazione.

Ci piace quindi richiamare l'attenzione sul fatto che in tre casi (1) di amebiasi epatica noi abbiamo trovato positiva la sierodiagnosi per febbre di Malta. Considerando che sia l'amebiasi che la febbre di Malta sono frequenti nella nostra regione, che entrambe possono dare febbri ed ingrandimento del fegato; che in amebiasici il reperto delle amebe può essere assente nelle feci, mentre il potere agglutinante verso il micrococco melitense può essere presente, è bene non dare un valore assoluto alla sierodiagnosi per febbre di Malta, specialmente se non dà un tasso non molto elevato, e non trascurare la ricerca di amebe nelle feci anche in ammalati che non presentano disturbi funzionali dell'intestino.

Al Prof. Feletti vivissimi ringraziamenti.

BIBL. — Izar. Amebiasi, metastasi amebiche. — Pontano. L'ascesso epatico amebico. Policlinico, Sez. Medica, 1926.

(1) Un terzo caso simile al precedente di amebiasi epatica con presenza di amebe nelle feci e sierodiagnosi positiva fino all'1:100 per febbre di Malta è stato da me osservato nella pratica privata.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. U. DI TORINO
Direttore Prof. U. UFFREDUZZI

SEMPLIFICAZIONE TECNICA PER LA TRASFUSIONE DI SANGUE PURO. (Metodi a tubi paraffinati multipli). (1)

pel dott. MARIO ACHILLE DOGLIOTTI - Assistente

Si può con sicurezza affermare che la trasfusione di sangue puro, sempre che sia accertata la compatibilità di gruppo del sangue trasfuso, si è venuta trionfalmente affermando nella terapia, lasciando a grande distanza l'uso di sangue citratato e ancor più di quello defibrinato, i cui pericoli sono ben noti.

I preziosi elementi costitutivi del plasma normale passano inalterati dal donatore al ricevitore portando immenso beneficio immediato per la loro pronta utilizzazione: secondariamente essi potranno agire sull'organismo come stimoli perfettamente omogenei ed altamente efficaci. Gli elementi cellulari, a loro volta, non venendo in alcun modo sottoposti a sensibile squilibrio ambientale, persistono perfettamente funzionanti e vitali nel ricevente, percorrendo salvo rare eccezioni il loro ciclo vitale come nell'organismo che li ha formati. Ricerche ancora recentissime dimostrano di regola la loro persistenza in quantità ancora notevole dopo alcune settimane dalla loro entrata in circolo.

Unico ostacolo al generalizzarsi dell'uso della trasfusione di sangue puro, è rappresentato dalle sue relative difficoltà tecniche, dovendo la trasfusione essere compiuta rapidamente, in recipienti convenientemente preparati, per ritardare le alterazioni spontanee del sangue e possibilmente col minimo disturbo del donatore prima e del ricevitore poi.

(1) Lo strumentario completo (tre tubi, aghi ecc.) viene confezionato, sul tipo da noi usato, e messo in commercio dalla ditta Spinelli, via Mazzini 4, Torino.

Digitized by Google

Alla descrizione del metodo da noi adoperato, premetto, per quanto possa parere ovvio dopo i numerosi recenti lavori sull'argomento, che è *conditio sine qua non* determinare prima di fare una trasfusione i gruppi sanguigni del ricevente e del donatore con la comune tecnica di assai facile acquisizione. *Neanche in casi di estrema urgenza* è consentita una trasfusione di sangue se non si è sicuri della compatibilità del sangue trasfuso con quello del malato. Ci si può accontentare, di fronte a circostanze drammatiche della semplice affermazione del donatore che egli è immune da sifilide, da malaria, e da altre infermità, ma non si può contare assolutamente sul caso, neanche quando si tratti di parenti consanguinei per quel che si riferisce alla compatibilità di gruppo.

Riguardo allo strumentario per la trasfusione, dopo aver provato la siringa di Bécard che tiene il campo con le sue varianti in Francia e della quale Quarella ha presso di noi consigliato utili modificazioni, il metodo di Oehlecker, estremamente diffuso in Germania ed altrove, ed i diversi metodi ad ampolla sul tipo di quello di Percy, sono venuto nella determinazione, in pieno accordo col Prof. Mino che dalla Clinica Medica di Torino, ha portato molta luce nella letteratura mondiale sulle questioni inerenti ai gruppi sanguigni ed alla trasfusione di sangue, di adottare un sistema che venisse a semplificare l'intervento, rendendo pressochè nulli i pericoli di alterazione del sangue trasfuso e minima l'entità del trauma sugli individui sottoposti alla prova.

Il metodo, che si fonda sul principio dei metodi ad ampolla, può essere battezzato *« a tubi paraffinati multipli »*. Serve indifferentemente per le trasfusioni da 50 cc. ad un litro di sangue e può essere applicato da qualunque medico che abbia un pò di pratica di iniezioni endovenose.

Senza pretesa di esporre grandi novità, ma solo un procedimento con modificazioni di dettaglio che ritengo utilissime, descriverò prima lo strumentario ed infine il metodo pratico da seguire.

E' necessario, per le grandi trasfusioni, avere di riserva un certo numero di tubi di vetro della forma di quello che presento (fig. I-A). I tubi si preparano sterilizzandoli a secco o direttamente alla fiamma (meglio che con l'ebollizione, necessitando allora un lungo lavoro di essiccamento) e quindi paraffinandoli con cura. Per fare ciò si versa nel tubo ancora caldo paraffina liquida (a 48°-50°) distribuendola con una certa uniformità sulle pareti del tubo, ruotandolo opportunamente. E' assai meglio abbondare nella paraffinatura che correre il rischio di lasciare una parte delle sue pareti priva di rivestimento. Si applica quindi sul beccuccio inferiore del tubo il tappo di chiusura, ad innesto esterno (fig. I-B), esso pure convenientemente rivestito di paraffina, ed il tubo è pronto per l'uso.

La stessa operazione si compie su altri tubi in numero variabile a seconda del quantitativo di sangue che si vuol trasfondere tenendo presente che in ogni tubo non conviene lasciare fluire più di 160, 180 cc. di sangue e che un tubo usato non può essere riadoperato nella stessa seduta. Quindi per una trasfusione media di 300-400 cc. occorrono pronti almeno due tubi.

Preparati i tubi si sterilizzano gli aghi cannula, a bagno maria, immersi in un recipiente contenente olio di vaselina. Gli aghi cannula per ricevente sono stati confezionati definitivamente dopo un certo numero di prove in questo modo (fig. I-R): calibro vario da mm. 3 a 1 ½, parti sottili, punta acuminatissima, attacco posteriore confezionato in modo che si innesti a tenuta all'interno del beccuccio inferiore del tubo da trasfusione. L'ago cannula sporge di qualche millimetro all'indietro del segmento cilindrico pieno che deve servire per l'innesto con il beccuccio inferiore del tubo di vetro: in questo modo, pescando l'estremo posteriore della cannula al centro della corrente sanguigna defluente dal tubo si evitano eventuali piccoli frammenti di paraffina che durante l'attacco dell'ago possono staccarsi dal becco inferiore del tubo od eventuali fiocchetti di fibrina, formatisi nel tubo stesso (assolutamente eccezionali del resto).

Conviene poi avere almeno 2-3 aghi-cannula di calibro diverso con mandrino a tenuta per il prelievo di sangue. Quelli da me usati e forniti dalla Casa sono fatti nel modo rappresentato dalla figura (fig. 1-D).

Questo lo strumentario, occorre allora procedere per compiere la trasfusione con metodo a tempi successivi nel modo seguente:

1. Laccio sul braccio del ricevente. Infilare, previa disinfezione con alcool etere, una vena qualsiasi con un ago da ricevente (fig. 1-R). il più grosso possibile. Se non vi sono vene sufficientemente visibili se ne scopra senz'altro col bisturi, una allo avambraccio od alla piega del gomito, previa iniezione di qualche goccia di soluzione anestetica. Infilata la vena si controlli, togliendo il mandrino, se si è penetrati sicuramente nel lume del vaso. Si rimetta il mandrino.

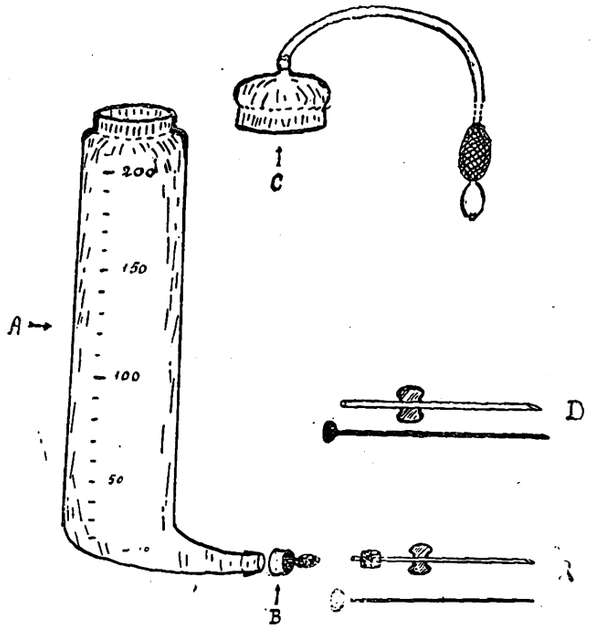


Fig. 1. — Strumentario completo per trasfusione.

A. Tubo da trasfusione paraffinato.
B. Tappo inferiore smerigliato ad innesto esterno.
C. Tappo superiore smerigliato ad innesto esterno con doppia palla di gomma.
D. Ago cannula per donatore con mandrino a tenuta.
R. Ago cannula per ricevente ad innesto pieno interno per il tubo da trasfusione.

2. Laccio al braccio del donatore, più in alto possibile per aumentare la capacità del serbatoio venoso. Assicurarsi che il polso della arteria radiale sia ben percettibile.

Dopo 3-4 minuti infilare nella vena più vistosa l'ago da donatore con mandrino.

3. Tolto il mandrino dall'ago del donatore, si raccoglie nel primo tubo paraffinato il sangue che esce a getto. Avere cura che il getto batta contro le pareti paraffinate e non cada direttamente al fondo del tubo per evitare che si formi schiuma. Quando il livello del sangue è arrivato a 160-180 cmc. si rimetta il mandrino nel lume dell'ago. Si chiuda a stretta tenuta il tubo col tappo smerigliato superiore, al quale sta inserito il pallone doppio di gomma e si porti il tutto al letto del ricevitore.

4. Un assistente tiene col dito chiuso l'orifizio superiore del tappo smerigliato per impedire che il sangue sfugga dal basso quando si toglierà il cappuccio di vetro inferiore. Portato il tubo in tutta vicinanza dell'ago del ricevente, si toglie il mandrino da quest'ago (avendo cura di non smuoverlo), quindi si toglie rapidamente il cappuccio di vetro inferiore del tubo da trasfusione, e. lasciato sfuggire il primo getto di sangue, si innesta l'ago nel beccuccio di vetro del tubo. L'assistente tolto il dito che chiudeva in alto l'orifizio del coperchio superiore, inizia rapidamente la compressione del pallone doppio di gomma. Conviene fare una forte pressione affinchè il sangue fluisca rapidamente.

5. Appena iniziato il fluire del sangue dal tubo si invita un secondo assistente a togliere il mandrino dall'ago del donatore ed a riempire un secondo tubo di sangue.

6. Trasfuso tutto il primo tubo lo si disinnesta dall'ago del ricevente, si rimette nel lume di questo ago il suo mandrino, si prende dal secondo assistente il secondo tubo di sangue che nel frattempo si è venuto riempiendo e lo si riattacca all'ago con la tecnica descritta.

In questo modo successivamente si possono trasfondere numerosi tubi da 160-180 cc. di sangue, fin quando si riterrà

Digitized by Google

opportuno. Di solito con tre tubi si fa una trasfusione sufficiente (400-600 cc.). In casi di particolare indicazione (shock anemie gravissime) in cui si vogliano superare i 600 cc. occorrono pronti 4 o 5 tubi sterili paraffinati.

Questo metodo di trasfusione è stato da me usato in questi ultimi mesi per 30 grandi trasfusioni di sangue puro, tutte preparate e praticate personalmente. Esso mi ha sempre ottimamente risposto senza alcun notevole incidente. Nella cura dei dettagli sta il segreto di una perfetta trasfusione.

E' perciò necessario per chi voglia adottare il metodo per la prima volta un attento studio preventivo di tutti i tempi descritti nei loro più minuti particolari, di cui nessuno può considerarsi superfluo.

Per quanto possa parer ovvio aggiungerò che la massima prontezza di esecuzione è in ogni caso un prezioso elemento di successo in quanto è da ricordare che il sangue non può venir conservato nel tubo paraffinato più di 10 minuti senza che si inizino, con maggior o minor prontezza, alterazioni sensibili del sangue stesso.

OSPEDALE CIVILE « UMBERTO I. » - ANCONA
Prof. U. BACCARANI - Medico-primario e Direttore

INTORNO AL PNEUMOTORACE ARTIFICIALE CONTEMPORANEAMENTE BILATERALE

per il dott. F. RUSSI — Aiuto-medico

Oggi che il metodo del Forlanini è unanimamente riconosciuto dai migliori tisiologi del mondo come il mezzo più pronto ed efficace a combattere e spesso a guarire i processi tubercolari del polmone a tipo evolutivo, va fortunatamente aumentando il numero degli infermi che possono ricorrere al pneumotorace con vantaggio proprio e della società.

Abbandonato ormai il concetto del necessario collasso completo del polmone come mezzo indispensabile al buon fine della cura, — che nel passato costringeva frequentemente l'uso di forti pressioni positive mal tollerate dai pazienti — si è constatato che pure con il pneumotorace parziale è possibile ottenere buoni risultati nei casi nei quali per aderenze pleuriche, per forti spostamenti mediastinici o per lesioni latenti controlaterali non sia attuabile, nè da desiderare un pneumotorace totale.

La completa pervietà della pleura non deve più quindi essere ritenuta indispensabile per la indicazione e per il proseguimento della collassoterapia.

Al concetto della « unilateralità clinica » del processo tubercolare, considerata per l'addietro altra condizione necessaria permettente la cura pneumotoracica, si è venuto sostituendo il criterio della « unilateralità evolutiva » che ci ha permesso di constatare come la istituzione di un pneumotorace a modica pressione dal lato della lesione a tipo essudativo possa portare sovente un indiscutibile vantaggio pure nelle lesioni controlaterali a forma prevalentemente fibrosa oltre che nelle condizioni generali degli infermi.

Ma la questione nuovissima che debbono prospettarsi oggi i tisiologi è quella del pneumotorace contemporaneamente bilaterale: esso permetterebbe il proseguimento della cura a un discreto numero di malati che sottoposti da poco tempo al pneumotorace artificiale da un lato rimangono secondariamente colpiti da una poussée evolutiva nell'altro polmone, e potrebbe autorizzarci anche ad estendere il metodo al gran numero degli infermi che giungono a noi con lesioni già bilaterali e tuttavia in discrete condizioni generali.

***

Tale importante questione deve porre le sue basi sopra due quesiti fondamentali: a) Può veramente un pneumotorace parziale e di modico volume (come deve rimanere almeno da un lato il pneumotorace bilaterale), agire efficacemente su di un processo tubercolare del polmone? b) E' possibile la istituzione di un pneumotorace bilaterale simultaneo ed il suo proseguimento, senza sofferenze cardio-vascolari o respiratorie più o meno accentuate?

Come ho già accennato più sopra è un fatto oramai accertato da numerose osservazioni cliniche che il pneumotorace artificiale anche quando per condizioni speciali debba limitarsi a rimanere parziale può essere ugualmente utile.

Ho iniziato di recente un pneumotorace sinistro per un processo essudativo del lobo superiore in una malata (M. P.) alla quale avevo praticato con ottimo risultato (guarigione clinica) per circa due anni dal gennaio 1923 al febbraio del 1925 un pneumotorace destro, rimasto parziale dal principio alla fine della cura per fitte aderenze pleuriche le quali avevano impedito a me e ad altro medico che mi aveva preceduto nelle prime introduzioni un maggiore collasso polmonare che pure sarebbe stato desiderabile per la estensione del processo tubercolare. Da un anno e mezzo che la donna ha sospeso i rifornimenti nessun segno di attività ha più dato la lesione dal lato primieramente pneumotoracizzato: con il confronto degli esami radiografici (Prof. Montanari; fig. I-II) eseguiti prima dell'inizio della cura pneumotoracica (1923) e prima del pneumotorace successivamente bilaterale (1926), si mette bene in evidenza il processo della guarigione anatomica per la « risoluzione » e in parte per la trasformazione fibrosa della primitiva infiltrazione del tipo allora prevalentemente essudativo. Mentre ora ho raggiunto a sinistra con un pneumotorace parziale la pressione di 0-5 dopo 7 introduzioni di aria da 250 a 500 cmc. nessun segno di riaccensione ho osservato a destra, ma un sensibile miglioramento nelle condizioni generali oltrechè nei fatti locali.

La breve esposizione e documentazione di questo caso che ho tuttora in cura nel nostro Ospedale mi sembra dimostri dunque a sufficienza la possibilità di un processo di guarigione ottenuto con un pneumotorace parziale praticato ambulatoriamente ad una povera donna del popolo senza mezzi per poter migliorare le sue condizioni igieniche e dietetiche.

I lavori abbastanza recenti di Gwerder Pedoja, Parry Morgan, Barlow e Kramener, Hennel e Stivelmann tendono d'altra parte ad ammettere che il semplice scollamento pleurico di pochi centimetri sia sufficiente talora per ottenere un evidente arresto dei sintomi più importanti, come la febbre, la tosse e l'espettorato; in questi casi si effettuerebbe, secondo il parere di detti autori, una « retrazione elettiva » delle zone infiltrate mentre le regioni sane conserverebbero allo schermo la loro trasparenza e mobilità e per conseguenza una notevole attività fisiologica. Senza entrare in merito al meccanismo d'azione del pneumotorace parziale, che sicuramente si identifica con quello che si avvera nel pneumotorace completo, è dunque un fatto clinico oggi sicuro che pure praticato parzialmente il pneumotorace artificiale può dare buoni risultati.

Alla seconda domanda che ci siamo rivolti se, in ammalati in condizioni già di minorata funzionalità respiratoria per il processo tubercolare che portano, sia possibile la cura pneumotoracica bilaterale senza gravi sofferenze dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, mi sembra si possa ugualmente rispondere con una certa sicurezza e in modo soddisfacente, specie dopo le osservazioni già fatte in questo campo da svariati autori.

Il pneumotorace bilaterale a bassa pressione fu proposto sino dal 1912 da M. Ascoli il quale aveva avuto modo di osservare che anche senza un collasso polmonare completo le lesioni tubercolari erano suscettibili di miglioramento e di guarigione con un semplice pneumotorace parziale. Dopo gli ultimi studi sul « pneumotorace elettivo » Besançon e Jacquelin presentarono per primi nel 1924 tre casi di pneumotorace bilaterale contemporaneo, uno dei quali intrattenuto da circa un anno, asserendo che la gravità del pneumotorace bilaterale simultaneo non doveva essere esagerata.

Al contrario essi esortavano a moltiplicare i tentativi di questo metodo facendo osservare che nel corso degli interventi si sarebbe rimasti felicemente sorpresi dall'assenza completa o quasi di ogni turba respiratoria o cardiaca di fronte ad un evidente miglioramento dei fenomeni locali e generali presentati dagli infermi. Più tardi il Coulaud riferiva alla Società Medica degli Ospedali di Parigi che in una malata con pneumotorace bilaterale simultaneo e con un collasso polmonare completo le respirazioni non oltrepassavano le 16 al minuto e la paziente molto migliorata aveva lasciato l'Ospedale, dove pertanto ritornava per i rifornimenti.

Digitized by Google

La cura medicamentosa delle gastropatie può essere istituita soltanto tenendo costantemente conto della funzione complessa di questo organo e deve avere di mira il ristabilimento della motilità normale, della peristalsi e della secrezione. Di fronte ai casi più semplici, nel quale un deficit di acidità o di fermento può essere coperto da una medicazione confaciente, il trattamento di malattie, che sono accompagnate da iperacidosi, presenta una serie di difficoltà. Il metodo, dapprima preferito, della limitazione di secrezione pura e semplice, a mezzo dell'atropina, ha subito, nel corso degli anni, molteplici modificazioni: insieme ad un'appropriata dieta venne introdotto l'uso di alcalini, magnesia e sodio, nella terapia delle iperacidosi. Pertanto il

NEUTRALON

deve essere considerato come un progresso essenziale e come una soluzione del problema, in molti casi ben riuscita; esso per le sue proprietà corrisponde, sotto aspetti straordinariamente varii, alle esigenze di una terapia razionale.

Di che è composto il Neutralon?

Il "Neutralon" è un silicato sintetico di alluminio, della formula $Al_2 Si_6 O_{15}$.

Quali proprietà possede il Neutralon?

Il Neutralon è una polvere bianca inodora ed insapore, insolubile nell'acqua. Per azione dell'acido cloridrico diluito viene scomposto a 37° lentamente, con formazione di acido silicico e cloruro di alluminio e con ciò esplica un notevole potere di neutralizzazione acida: così ad es. la dose singola di 3,0 neutralizza in alcune ore circa 200 cmc. di H Cl 20/N. L'acido silicico che si forma accanto al cloruro di alluminio è dotato di un forte potere di assorbimento dell'albumina. Qui è da mettersi in rilievo che i due prodotti di scissione non costituiscono corpi riassorbibili e che quindi non sono possibili azioni dannose, come coll'impiego del nitrato d'argento o dei composti bismutici.

Come agisce il Neutralon nello stomaco?

1. - la formazione di acido avviene lentamente e di conseguenza esercita una azione persistente;
2. - non avviene mai una reazione fortemente alcalina, come si verifica talora in modo affatto inopportuno coll'uso del sodio; anzi la reazione del succo gastrico rimane sempre debolmente acida;
3. - Col Neutralon non si osserva mai azione purgativa, come col sodio, la magnesia ed il perossido di magnesio;

Sigg. Zilliken & Co.

Rappresentanti Gen. della Fabbrica di Prodotti Farmaceutici

C. A. F. KAHLBAUM CHEMISCHE FABRIK

Berlin-Adlershof

GENOVA (6)

Via Caffaro, 13

Digitized by Google

4. - e neppure si avvera una costipazione, come si osserva quasi regolarmente coll' uso prolungato di Ca CO_3;
5. - la produzione di gas non desiderata e spesso dolorosa, la quale viene in uggia al paziente ed altresì al Medico, per l' uso del bicarbonato sodico e del perossido di Mg., non si verifica per il Neutralon;
6. - infine i prodotti di scissione del Neutralon non danno luogo a stimolazioni di ulteriore produzione di acido cloridrico, come fa il cloruro di sodio che si origina nella trasformazione del sodio.

Il composto di alluminio, che contemporaneamente si produce, riunisce in sè proprietà **astringenti** e **disinfettanti**, senza peraltro dare luogo ad un prodotto nocivo coll' acido cloridrico. Nel trattamento col Neutralon sono escluse azioni accessorie, come argirismo coll'uso del nitrato d'argento oppure intossicazioni come furono osservate, occasionalmente in seguito a lungo impiego di bismuto.

Quale è il modo d' azione del Neutralon specialmente nelle affezioni ulcerose

Oltre alle proprietà finora descritte, il Neutralon ha il vantaggio dell' azione protettiva, che torna acconcia nella cura dell' ulcera gastrica. La polvere si distende sulle ulcerazioni e le protegge meccanicamente contro l' azione del succo gastrico. Specialmente nel distretto dell' ulcera non avviene una scomposizione, poichè colà manca l'acido cloridrico, essendo distrutte le ghiandole gastriche. Perciò l'azione protettiva viene prolungata in modo speciale. La lenta scomposizione del Neutralon fa sì che la sua azione può essere ancora osservata nel duodeno e quindi si estende anche ai casi di ulcera duodenale.

In quali casi è indicato il Neutralon?

In tutti gli stati irritativi secretorii, come ipersecrezione, iperacidità (ipercloridria) ecc., siano essi di origine neurogena oppure conseguenza di un'alterazione organica gastrica, nei quali si tratta di agire sul processo morboso, diminuendo l' acidità, calmando il dolore, influenzando beneficamente il decorso della digestione. Il Neutralon ha azione ottima specialmente in casi di ipersecrezione alimentare od anche continuata, con sintomi di insufficienza motrice, nei quali gli alcalini col lungo uso non ottengono più alcun effetto. Sull' impiego nelle forme ulcerose venne detto il necessario già precedentemente.

Come si impiega il Neutralon?

Si prescrivono opportunamente 3 cucchiai da thè, rasi, ben spappolati in un bicchiere di acqua calda, $^1/_2$ ora circa prima del pasto.

Nei casi in cui è indicato l' uso contemporaneo di belladonna, si impiega **Belladonna-Neutralon**, contenente un' aggiunta del 0,6 % di estratto di belladonna.

Conf. orig. di Neutralon. . .	50 gr.	Conf. orig. Belladonna-Neutralon .	50 g.
" " " . . .	100 "	" " " " .	100 "
" " " 20 past. da	1,5 "		
Confezione per Cliniche . .	400 "	Confezione per Cliniche . .	400 "

Campioni e letteratura a richiesta.

C. A. F. KAHLBAUM CHEMISCHE FABRI

Gesellschaft mit beschränkter Haftung **BERLIN-ADLERSH**

Rappresentanti: ZILLIKEN & Co. - Genova - Via Caffaro, 13

Digitized by Google

Per quanto fino ad oggi i casi di pneumotorace bilaterale contemporaneo riferiti nella letteratura siano di scarso numero, è stato concordemente ripetuto dai vari autori che lo hanno praticato (Besançon, Couland, E. Forlanini, Berardi, Fagioli, Sechi, Rist-Chabaud, Tobè-Tenasse) che quando esso sia eseguito con cautela e con giusto criterio non presenta pericoli gravi e può dare risultati molto soddisfacenti. Alcuni mesi or sono Tobè e Tenasse riferendo quattro osservazioni personali di pneumotorace bilaterale asserivano di essere rimasti veramente sorpresi dalla facilità con la quale i loro malati avevano sopportato la doppia collassoterapia, che a loro avviso non dovrebbe mai essere abbandonata nè ritardata nella bilateralizzazione di una tubercolosi polmonare già sottoposta al metodo di Forlanini da un solo lato.

Giova infine ricordare che tali asserzioni, frutto di esperienza clinica severa se pure limitata a uno stretto numero di osservazioni, trovano la loro spiegazione teorica su quanto fanno notare i fisiologi, e che cioè la superficie respiratoria dei polmoni incaricata della ematosi è molto più sviluppata di quanto sia strettamente necessario, mentre il suo « minimum » compatibile con la vita si ridurrebbe alla sesta e secondo altri alla undicesima sua parte. In questo modo difatti si spiegherebbe anche secondo Rist, la facilità con la quale si è potuto stabilire in certi casi il pneumotorace in tubercolosi cardiopazienti (L. Bernard, M. Salomon, Thomas).

Mi sembra dunque logico si possa rispondere con una certa tranquillità anche al secondo quesito che ci siamo posti e che cioè il pneumotorace contemporaneamente bilaterale, praticato con le dovute cautele, può essere sopportato bene dagli infermi senza sofferenze importanti da parte della funzione cardiaca e respiratoria.

Il caso personale che ora riferisco credo sintetizzi sufficientemente la possibilità di risultati molto soddisfacenti con la cura pneumotoracica bilaterale contemporanea e la sua facile tollerabilità in assenza completa di alcuna sofferenza importante ad essa secondaria.

A. G. ragazza di anni 22. Entra all'ospedale il 1 febbraio 1926. Nulla di notevole nel gentilizio. All'età di 17 anni ha avuto per una ventina di giorni febbri irregolari sino a 39° senza particolari sofferenze a carico del torace o dell'addome nè di altri organi: le fu allora diagnosticata febbre tifoide senza che per altro le fossero stati praticati esami di sangue. A 18 anni, sempre nel pieno benessere, ebbe alcuni sputi emottoici ripetutisi, per un paio di giorni senza febbre. Dopo di allora la inferma assicura di essere stata sempre bene.

Riguardo alla attuale malattia riferisce che un mese circa prima di entrare in ospedale, alcuni giorni prima dalla mestruazione, ebbe di nuovo una leggera emottisi, questa volta seguita da tosse con scarso escreato, da febbre di modico grado vespertina, da dolori alla spalla sinistra, astenia e dimagrimento. Prima di venire a noi la febbre raggiungeva quasi tutte le sere i 38°-38°,5; la tosse si era fatta più molesta, i sudori notturni più abbondanti. Al contrario normali si mantenevano l'alvo e la minzione, e le mestruazioni erano regolari per ritmo e per durata.

Condizioni di nutrizione scadenti. Micropoliadenia diffusa; dentatura sana; lingua umida; faringe lievemente arrossato; polso 75 ritmico e uguale; respiro normale. Temperatura (ascellare) 38°,2.

Apparato respiratorio: Circonferenza massima del torace in apnea cm. 82; fossette sopra e sottoclavicolari più pronunciate a sinistra. Ipofonesi di modico grado all'apice ed alla regione infrascapolare sinistra dove con respiro accentuato si ascoltavano numerosi rantoli a medio e piccole bolle, che assumevano carattere di consonanza nella regione sottoclavicolare dello stesso lato. Nulla di apprezzabile si notava a carico del polmone destro. Le basi polmonari nei limiti normali si espandevano bene nelle profonde inspirazioni. Cuore nei limiti, con toni puri su tutti i focolai. Pressione arteriosa Hg. 120.

Nulla di anormale a carico dell'addome nè degli altri organi ed apparati.

Peso corporeo Kg. 46. Altezza m. 1,48. Cutireazione debolmente positiva. Negativo l'esame dell'urina. Nell'esame dell'escreato numerosi bacilli di Koch.

Dopo alcuni giorni di degenza ospitaliera, durante i quali i fatti toracici e quelli generali non accennavano a migliorare, avendo l'esame radiografico confermata la presenza di una infiltrazione del tipo essudativo a sinistra con una piccola caverna nel lobo superiore e con assenza di lesioni apprezzabili a destra, fu deciso di intraprendere il pneumotorace artificiale. Iniziata il 15 febbraio con modeste introduzioni da 200 a 600 cmc. d iaria filtrata, la cura si fece presto risentire favorevolmente nelle condizioni generali dell'inferma con scomparsa della febbre e della tosse, mentre il peso corporeo continuava a diminuire, anche passati gli scarsi disturbi di stomaco apparsi durante i primi interventi. Con il 6° rifornimento raggiunsi un collasso quasi completo del pulmone sinistro con la pressione di 0 + 2: scomparsi i fenomeni ascoltatori e non più visibile allo schermo l'immagine della caverna del lobo superiore; negativa la ricerca del B. di Koch nello sputo, e cutireazione marcatamente positiva.

Ai primi di aprile mentre mantenevo tale collasso totale con rifornimenti che si ripetevano ogni 10 giorni, cominciai ad avvertire nella regione sottoclavicolare destra qualche fine rantolo mobile, cui tenne dietro in pochi giorni riaccensione della febbre (37°,5-38°,7) con notevole impegno dello stato di nutrizione e con rapido sviluppo di un processo infiltrativo a carico del lobo superiore destro, accompagnato nuovamente dalla presenza del b. d Koch nell'escreato.

Dopo un ventina di giorni, durante i quali nonostante la sospensione del pneumotorace a sinistra i fatti controlaterali tendevano ad estendersi aggravando lo stato generale della inferma (peso corporeo Kg. 42,800) decisi senz'altro di tentare un pneumotorace bilaterale simultaneo, con l'intento di mantenere un collasso sufficiente a sinistra per lasciare compressa la piccola caverna e di praticare un modesto scollamento pleurico a destra di pochi centimetri della gabbia toracica (pneumotorace «elettivo») che bastasse ad arrestare il nuovo processo infiltrativo.

Il 5 maggio iniziai il pneumotorace destro che riuscì facile per completa pervietà della pleura: la introduzione di 300 cc. di aria cominciò con la pressione di -12-6 e si chiuse con -9-2. Con lieta sorpresa non ebbi a notare alcuna sofferenza nè respiratoria nè cardiaca: il ritmo respiratorio si mantenne pressochè uguale prima e dopo l'intervento e le pulsazioni si mantennero sui 90-100; così pure nei giorni successivi.

Il 10 maggio ripetei l'intervento a destra di 300 cmc. raggiungendo la pressione di -7-2 senza che l'inferma avvertisse la più piccola molestia. Il 15 maggio praticai a sinistra un rifornimento di 500 cc. Con i rifornimenti successivi praticati alternativamente ogni 5-7 giorni (300-400 cmc. a destra; 300-500 cmc. a sinistra) continuai a mantenere un piccolo scollamento di pochi centimetri a destra, e un pneumotorace parziale sufficiente a sinistra, chiedendo di volta in volta la precisa indicazione all'esame radioscopico.

Nelle prime introduzioni feci rimanere in letto la paziente il giorno dell'intervento, nelle successive mi limitai a farla restare nella sua stanza per quanto essa potesse senza alcun disturbo salire liberamente le scale del suo reparto e passeggiare per i viali senza dispnea e senza tachicardia.

Nel mese di giugno mentre i fenomeni ascoltatori già erano completamente assenti tanto a destra che a sinistra le condizioni generali erano in modo sorprendente migliorate con scomparsa della febbre sempre sotto i 36°,9 controllata in più ore del giorno, aumento di peso (43,400) non più tosse ed assenza completa dell'espettorato.

Nel mese di luglio mentre veniva continuato con la stessa tecnica il pneumotorace bilaterale, sempre tollerato senza la più piccola sofferenza respiratoria e cardiaca, il polso dai 90-100 che era salito nel maggio, era disceso ad 80-85 ritmico e senza oscillazioni apprezzabili nel riposo e nel moto: mai edemi ai piedi nè cianosi nel volto, respiro normale a bocca chiusa tanto nel camminare che nel fare le scale. In tale epoca l'esame radiografico metteva in evidenza un pneumotorace parziale bilaterale, a sinistra senza più la immagine della caverna.

In questi ultimi tre mesi la inferma ha continuato a stare sempre ugualmente bene ed è rimasta in ospedale dietro le nostre insistenze ripetute. I rifornimenti sono stati continuati alternativamente ogni 5-7 giorni con introduzione da 300 a 600 cmc. di aria; le ultime pressioni segnate dal manometro sono state a destra -3-6 a sinistra di 0-4.

Le immagini radiografiche n. III e IV testimoniano lo stato attuale del pneumotorace bilaterale, a sinistra quasi completo e con la immagine della caverna calcificata.

Presentemente le condizioni generali della ragazza sono più che soddisfacenti; la capacità vitale con lo spirometro a secco di Barnes, dopo una profonda inspirazione è di 1,900; polso costantemente intorno agli 80; respirazione dalle 18 alle 20 nella stazione di riposo dalle 20 alle 24 quando è alzata; peso del corpo Kg. 45.

Scomparsa di ogni fenomeno ascoltatorio nel torace; mai temperatura sopra 36°,8-36°,9; negativa la ricerca di b. di Koch nello sputo ripetuta più volte. Cutireazione +++.

Riassumendo: nella nostra inferma venuta a noi per un processo ulcero-caseoso del lobo superiore sinistro è stato praticato il pneumotorace artificiale per un mese e mezzo e con buon

Digitized by Google

Digitized by Google

sero sofferenze serie respiratorie o cardio-vascolari, o quando i buoni risultati del trattamento tardassero troppo ad appalesarsi.

BIBLIOGRAFIA

M. Ascoli. Pneum. Terapeut. bilaterale secondo Forlanini, Rif. Medica, 1912. — Besançon et Jacquelin. Le pneumothorace partiel bilatéral simultané. Presse Méd. 75, 1924. — Bernardi. Pneumotorace terapeutico bilaterale contemporaneo. Policlinico, sez. pr. 24, 1925. — Celestin. Pneumothorax artificiel et tuberculose polmonaire bilatéral. Thése de Paris, 1926. — Courmont. Pneumothorax thérapeutique bilatéral et simultané. Presse Méd. n. 34, 1926. — Coulaud. Double pneumothorax thépeutique efficace. Presse Méd. n. 40, 1925. — Denechau ed Ambler. A propos du pneumothorax thérapeutique double alterné ou simultané. Presse Méd. 102, 1925. — Forlanini. Di alcuni casi di pneumotorace terap. contemp. bilaterale. Riforma Med. 4, 1925. — Pedoja. Sulla questione del pneumotorace ad ipotensione. Tubercolosi, 12, 1921. — Rist. Couraud, Chabaud. Le pneumothorax thérapeutique bilatéral simultané Presse Méd. 96, 1925. — Sechi. Sul pneumotorace bilaterale. Giornale di Clinica Medica, 31 ottobre 1925. — Tobè-Tenasse. Le pneumothorax artificiel bilatéral simultané. Presse Méd. n. 53, 1926. — Kindberg. Collapsus pulmonaire partiel dans le pneumothorax artificiel, Presse Med. n. 22, 1924.

□□□

NOTE SULLE MALATTIE TROPICALI

OSPEDALE « GIACOMO DE MARTINO » (SOMALIA ITALIANA)

ULCERA FAGEDENICA TROPICALE E SUA CURA

per il dott. G. MARIO NEJROTTI — Direttore dell' Ospedale

E' un'affezione endemica dei paesi caldi e colpisce un grandissimo numero di indigeni; anche qualche europeo la contrae, ma più raramente e solo in speciali condizioni di cachessia organica. E' nominata ulcera fagedenica (*fago*-mangio, distruggo) dei paesi caldi; fagedenica endemica; ulcera annamite; tropical sloughing-phagedaena; Sarmes; ulcera di Mozambico; piaga del Madagascar; ulcera dello Yemen; ulcera della Cocincina; e dai francesi « ulcère phagèdènicque ou pourriture d'hôpital des pays chauds » per il modo di evolversi, per il carattere distruttivo cangrenoso, simile a quello delle ulcere fagedeniche nosocomiali, che una volta erano un vero flagello degli ospedali. L'U. F. T. ha avuto quelle diverse denominazioni dai varii autori a secondo dei luoghi dove l'hanno osservata e studiata, ma ormai sarebbe bene che, per non generare delle confusioni, venisse senz'altro genericamente chiamata « ulcera fagedenica tropicale ».

Il modo di presentarsi dell'U. F. T. e quello di svilupparsi sono conosciuti. In genere si impianta in una soluzione di continuo della pelle, già preesistente, come la puntura di mosca, di pulce, di pidocchio o di cimice; in una piccolissima erosione da grattamento; in una contusione escoriata ecc. e si manifesta dapprima come un piccolo focolaio di infiammazione a carico della cute o come un foruncolo o, il più delle volte, come una bolla; simili lesioni aperte, presentano però tutte un essudato grigiastro a guisa di falsa membrana, facilmente sanguinante ed hanno, fin dall'inizio, una tendenza ad espandersi in superficie ma specialmente in profondità; presentando alcune volte una zona di invasione distruttiva più larga sul fondo che all'apertura della lesione, ciò che i francesi chiamano « ulcere en queue d'aronde ». L'ulcera sottomina i tessuti tegumentali e produce uno scollamento con erosioni irregolarmente circolari, ovalari o circinnate. La grandezza dell'ulcera è variabile da quella di una capocchia di spillo a quella del palmo della mano ed alle volte anche di più, tanto che, nei casi più gravi, il fagedenismo invade anche tutto un segmento di arto.

L'ulcera ha i bordi infiltrati, spesso regolari ma anche frastagliati; presenta sempre un fondo con essudato icoroso, grigio-brunastro, sanguinolente con frammenti di tessuti gangrenati. Il fondo è spesso anfrattuoso e, mentre nei casi leggeri non oltrepassa la fascia superficiale dei muscoli, nei casi più gravi si approfonda e distrugge il connettivo intermuscolare, i muscoli, i tendini, i nervi; invade le articolazioni; necrotizza le ossa provocando un vero sfacelo di tutta una parte di arto. Un fatto caratteristico è che, malgrado l'alta virulenza del fagedenismo, le ghiandole linfatiche si ingorgano ma non suppurano mai, ciò che viceversa accade quasi sempre per qualunque altra specie di piaga. Nei casi leggeri di U. F. T. lo stato generale dell'individuo non ne risente: nei casi gravi viceversa insorgono dolori acuti; febbre, linfangiti; diarree settiche; insonnia ed un complesso di fatti tossico-setticoemici che possono anche produrre la morte dell'individuo.

Pare ormai assodato, dalle ricerche di varii autori, che l'U. F. T. sia dovuta bensì alla presenza di una associazione di varii germi spiro-cocco-bacillari, ma che il germe specifico sia il bacillo fusiforme di Vincent in costante simbiosi con una spirocheta pure detta di Vincent. Detto bacillo non potrebbe da solo produrre l'U. F. T. ma, secondo le varie prove di laboratorio, abbisognerebbe anche della simbiosi dei comuni germi streptococco, stafilococco, piocianeo, tetragено ecc. A secondo delle varie simbiosi, l'U. F. T. è a decorso lento, subacuto, cronicizzante come nei casi della associazione di microbi fuso-spirillari, cioè nei casi leggeri; i casi gravi, rappresentano quasi sempre l'associazione virulentissima dei germi specifici di Vincent con gli stafilo-streptococchi. E' provato che il bacillo specifico preferisce i climi caldo-umidi e specialmente il suolo umido è per questo che l'U. F. T. è più frequente nei paesi a clima umido e si sviluppa più facilmente nei periodi delle pioggie.

Nei climi caldi, ma secchi, l'U. F. T. è eccezionale. E' ovvio poi che l'ulcera si riscontri e si sviluppi con più facilità negli individui cachettici o meno resistenti per malattie ereditarie o acquisite (sifilide, malaria, tubercolosi, scorbuto ecc.).

Quindi l'ulcera per svilupparsi abbisogna: 1° di una soluzione di continuo nella pelle; 2° dell'associazione di altri germi, oltre quelli specifici di Vincent; 3° della minorata resistenza dell' individuo.

Da questo si comprende come nei climi caldi i maggiormente colpiti siano gli indigeni, perchè sprovvisti o non protetti dai vestiti e dalle calzature adatti per difendersi dalle varie cause contusive ed escorianti e dalle insidie dei vari insetti o parassiti; perchè mal nutriti ed igienicamente negativi. Non vi è quindi da parlare di predisposizione di razza, di età o di sesso per spiegare le diversità di ripartizione dell'U. F. T. tra indigeni e europei, perchè questi in colonia subiscono le stesse influenze climatiche ed ambientali del tropico e ne sono viceversa meno colpiti per la migliore nutrizione e proprietà organica e per la maggior difesa indumentale personale.

Fra gli indigeni stessi, quelli che hanno già adottato il modo di vestire europeo, una maggior pulizia ed una buona vittitazione sono esenti da ulcera tropicale.

La natura dell'U. T. è nettamente invadente e distruttiva, però nei casi leggeri ha tendenza a ripararsi naturalmente ed a guarire. Viceversa nei casi gravi l'ulcera ha un carattere decisivo cangrenoso e, abbandonata a se stessa, rarissimamente guarisce, cagionando quasi sempre delle lesioni irreparabili, quale l'apertura di articolazioni, la necrosi delle ossa, la mortificazione di muscoli e di tendini, da cui l'insorgere di infezioni generali letali.

La sede dell'U. T. è quasi sempre negli arti inferiori e preferibilmente ai malleoli ed ai piedi: ciò si comprende di leggeri dato che la pelle degli arti inferiori è più esposta ai traumatismi di ogni genere e più vicina alle infezioni provenienti dal suolo, luogo dell'habitat dei germi di Vincent non solo, ma anche di tutti gli altri microbi, della cui simbiosi hanno bisogno per lo sviluppo. L' ulcera però si può riscontrare, sia pure molto raramente, in qualunque parte del corpo.

La profilassi dell'U. F. T. è molto facile per i bianchi, ma assai difficile per gli indigeni I bianchi per evitarla basta che rifuggano dalle cause che indeboliscono le resistenze organiche, quali i traumatismi e gli strapazzi corporei; che si attengano ad una sana vittitazione; che usino vestiti protettivi adatti e specialmente calzature che non provochino fiaccature ai piedi od ai malleoli, non che una accurata pulizia del corpo. Basterebbe poi che gli indigeni si attenessero ad una alimentazione nutritiva più igienica; che difendessero la pelle con vestiti più completi; che adottassero delle calzature; che seguissero le più elementari

Digitized by Google

norme igieniche, per vedere immediatamente diminuire i colpiti dall'U. F. T.

La cura dell'U. F. T., conosciuta la patogenesi, riesce quasi sempre, in un tempo più o meno lungo, efficace, purchè si cerchi di agire direttamente alla distruzione dei germi associati, impedendone l'ulteriore sviluppo e curando poi le condizioni generali del paziente. Molti sono stati gli antisettici usati; tutti in genere sono buoni quando possono venire a contatto dell'agente infettante.

Siccome però i germi sono impiantati e proliferanti nella profondità dell'ulcera, l'insuccesso curativo è sempre dovuto al fatto che l'antisettico agisce solo sulla superficie; quindi bisogna innanzi tutto mettere a luce il fondo dell'ulcera, raschiandola fino al tessuto sano e applicandovi l'antisettico. E d'uopo tener conto di un altro fatto morboso che accompagna l'U. F. T., per la buona riuscita della cura, ed è questo: La U. F. T., specie degli arti inferiori, è sempre accompagnata da un notevole disturbo circolatorio delle parti viciniori, causa di un gonfiore duro-edematoso provocato dalla stasi sanguigna con la relativa ipertrofia dell'epidermide e con l'abbondante neoformazione di tessuto fibroso da infiammazione cronica.

Perciò nella cura dell'U. F. T. bisogna vincere questo stato patologico della pelle, ciò che facilmente si ottiene con una adatta fasciatura compressiva, che eserciti come una spremitura del sangue superficialmente per favorire così la circolazione profonda. Perciò, dopo l'applicazione di un antisettico, possibilmente ad azione penetrante e riattivante la neoformazione di buone granulazioni, previa la sovrapposizione di garza sterile e uno strato di cotone, si deve fare un bendaggio che, partendo dalla zona più periferica, rimonti sulla zona dell'ulcera e la oltrepassi verso la radice dell'arto, a monte, fino a raggiungere una zona di tessuto sano. Per il bendaggio sono sufficienti le comuni fascie di garza e di tela. La medicazione deve essere cambiata ogni due giorni. Tutte le sostanze disinfettanti ed i mezzi eccitanti la rigenerazione dei tessuti sono stati usati per la cura dell'U. F. T.: acido fenico, nitrato d'argento, cloruro di zinco, cloruro di calcio, permanganato di potassio, ittiolo; gli acidi acetico, cloridrico, solforico; percloruro di ferro, acqua ossigenata, acqua di Alibour, acqua Dankin; ipoclorito; termocauterio, acqua bollente, doccia d'aria calda, stasi alla Bier, elioterapia, fototerapia, actinoterapia, ecc.

Un preparato che da nessun autore è stato sinora consigliato e che dà degli ottimi e sicuri risultati nella pratica giornaliera della cura dell'U. F. T., unito ben inteso alla detersione accurata dell'ulcera ed al bendaggio metodico progressivo, è il Liquido del Calot. Questo si applica direttamente sull'ulcera con delle compresse di garza ben impregnate del liquido stesso.

La formula originale del liquido del Calot è la seguente: iodoformio parti 10; etere solforico 30; olio di olive 70; creosoto puro 6.

Bisogna agitare fortemente il liquido prima dell'uso, per rendere omogenea la sospensione dell'iodoformio.

Alla cura locale si devono pure aggiungere una alimentazione ricca di vitamine ed un'oculata cura generale a base di ricostituenti (ferro, arsenico, ecc.) nei soggetti solamente deperiti; bisogna sterilizzare il sangue in quelli affetti da malaria o sifilide.

NOTE SULLE MALATTIE TUBERCOLARI

Trattamento della tubercolosi polmonare con autovaccini misti. — A. V. von Ilberg e Franz Cantani. (*Zeit. f. Tuberkulose*, 1926, Bd. 48, H. 2).

Gli AA. prendendo le mosse dalle incoraggianti osservazioni riferite da A. Becher (*Zeit. f. Tub.* band 42), hanno provato in casi di avanzata tubercolosi polmonare l'uso di un autovaccino ricavato dall'espettorato degli ammalati e contenente, ad eccezione del bacillo di Koch, la restante flora batterica. Fra i molti casi trattati solo 18 furono potuti osservare per lungo tempo e tra essi si potettero constatare solamente i miglioramenti dello stato generale o del reperto polmonare, miglioramenti che si possono con molta probabilità attribuire al trattamento autovaccinico. Miglioramenti notevoli qualitativi e quantitativi dell'espettorato non furono osservati nè clinicamente nè batteriologicamente. In conclusione, il trattamento della tubercolosi polmonare cronica, quale infezione mista, con autovaccini ricavati dell'espettorato, non arricchisce notevolmente, secondo i risultati degli AA. i metodi di trattamento finora praticati.

RIVISTA DI DERMO-SIFILOGRAFIA

I. *Sul valore della nuova reazione di Sachs-Klopstock per la diagnosi della infezione luetica.* — Gamna C. e Andrei G. (Clinica medica della R. U. di Torino). *Il Dermosifilografo*, n. 5, 1926.

Recentemente Sachs e Klopstock hanno proposto per la diagnosi della sifilide una nuova reazione di flocculazione, che si esegue usando speciali estratti di cuore di bue colesterinati, diluiti con una soluzione alcoolica di resina di benzoino al 10 % (li mette in commercio la Hirschapotheke dott. Fresenius, Francoforte sul Meno, Zeil, 111). Poichè tale miscela si conserva buona solo per pochi giorni, la diluizione necessaria va fatta al momento dell'uso, secondo la proporzione indicata dalla casa produttrice: si useranno ogni volta almeno due estratti.

La miscela dell'estratto di cuore di bue e della soluzione di benzoino viene diluita rapidamente al ventesimo con soluzione fisiologica al 0.85 %. Si versano, per es., in una provetta 9,5 cc. di soluzione fisiologica e, riempita una pipetta con 0,5 cc. di miscela, tenendone chiuso col dito l'orificio superiore, se ne immerge l'estremo inferiore fino al fondo della provetta; si soffia quindi rapidamente il contenuto della pipetta nella soluzione fisiologica, aspirando poi ancora e soffiando il liquido ripetute volte per mescolarlo bene. La diluizione va eseguita nel minor tempo possibile e non preparandone più di 10 cc. per volta, perchè l'estratto diluito, lasciato a riposo, tende a precipitare. I sieri in esame, inattivati, vengono posti nella quantità di 0,10 cc. in provette lunghe 10 cm. e larghe 15 mm., si aggiunge rapidamente poi 0.5 cc. per provetta della diluizione dell'estratto eseguita immediatamente prima. Le provette così preparate vengono sottoposta a scuotimento in un apparecchio agitatore per 10 minuti o, più semplicemente, vengono scosse con le mani energicamente almeno per un minuto.

La lettura della reazione si fa subito e dopo 1/2-1 ora di soggiorno in termostato: se la prova è positiva si osserva subito la comparsa di flocculazione, cui segue una rapida sedimentazione, sì che già durante la permanenza in termostato la miscela si chiarifica e si forma un precipitato al fondo.

Gli AA. hanno saggiato tale reazione in più di 300 sieri, paragonandola con la R. di Wassermann e con la R. di Meinicke, notando, in primo luogo, che flocculazioni le quali compaiono anche dopo 3 ore dalla permanenza in termostato debbono essere ritenute specifiche. E' risultato loro, inoltre, che nei sieri a R. W. e R. M. decisamente positive, la R. di Sachs-Klopstock concorda con queste nel 90 % dei casi, mentre nei casi negativi la concordanza raggiunge il 97,6 %. Nei sieri con R. W. e R. M. dubbie o debolmente positive, invece, la Sachs-Klopstock è stata quasi sempre negativa, anche in qualche siero di ammalato in cui la lue era clinicamente accertata. Pur essendo necessaria ancora una più larga esperimentazione clinica gli AA. credono che la R. di Sachs-Klopstock, per la rapidità e facilità d'esecuzione, per la rarità delle reazioni aspecifiche e per la concordanza in linea generale con le altre reazioni per la sierodiagnosi della lue meriti di essere presa in considerazione e di esser preferita alle altre reazioni di flocculazione. Poichè, però, non è raro il caso di avere esito negativo in sieri sicuramente luetici, non è prudente adottarla come unico criterio sierologico per l'accertamento dell'infe esperimentazione clinica, gli AA. credono che la R. di Sachs-Klopstock.

II. *Ricerche sperimentali sulla superinfezione sifilitica umana.* — Takashi Hashimoto, dell'Università giapponese di Mancuria. *Bruxelles-Médical*, n. 46, 1926.

L'A. ha inoculato recentemente venti individui sicuramente sifilitici con tessuti e secrezioni contenenti spirochete patogene, allo scopo di stabilire in via sperimentale le modalità della superinfezione sifilitica nell'uomo. Il materiale inoculato consisteva o in frammenti escissi da papule, condilomi, pustole e gomme del soggetto stesso o di un individuo diverso, della grandezza di un grano di miglio, che venivano innestati in una piccola incisione praticata sulla superficie flessoria del braccio, o era rappresentato dalla sierosità di un sifiloma iniziale o di un condiloma o dal contenuto di una pustola specifica; queste secrezioni venivano iniettate nel derma della superficie di flessione del braccio. Contemporaneamente, l'A. ha fatto un'iniezione di controllo con gli stessi prodotti patologici, sterilizzati col calore. In tutti i [illegible] si sviluppa al punto d'inoculazione una reazione locale rappresentata da rossore, leggero sollevamento della cute e più di rado piccole pustolette; ma mentre questa reazione in alcuni soggetti scompare dopo pochi giorni, negli individui sifilitici invece persiste e evolve verso alterazioni specifiche, locali e generali, più evidenti. In questo ultimo caso, gli elementi eruttivi da piccoli e poco induriti possono aumentare di grandezza, spesso fino a diventare dei noduli, i quali talora si trasformano in pustole, che poi si disseccano, o si producono delle ulcerazioni simili a quelle

Digitized by Google

gommose. Allorchè l'infiltrazione è abbastanza spiccata intorno ai noduli e questi si presentano erosi, si ha l'aspetto completo di un sifiloma iniziale; se l'elemento eruttivo è poco infiltrato, poco sollevato sui tessuti circostanti e mostra delle squame biancastre, esso rassomiglia ad una papula sifilitica. Nelle lesioni sperimentali così prodotte, l'A. facilmente ha potuto dimostrare la presenza di spirochete e all'esame istologico degli elementi eruttivi ha osservato che le modificazioni dei tessuti consistono in un ispessimento dell'epidermide e in una infiltrazione del derma e dell'ipoderma da parte di plasmazellen, linfociti e leucociti polinucleari eosinofili, specie intorno ai capillari che appaiono dilatati.

Oltre le lesioni locali ora dette, in molti individui così inoculati l'A. ha notato la comparsa di adenopatie satelliti o l'accentuazione di quelle già esistenti, e talora anche di un vero esantema sifilitico generalizzato. Non si è potuto mettere in evidenza un rapporto tra i caratteri della lesione d'inoculazione e lo stadio della sifilide dell'individuo inoculato; i risultati riferiti dimostrano però che si ha una positività maggiore con l'inoculazione di frammenti di tessuti luetici anzi che di secrezioni specifiche e maggiore col materiale proveniente da un individuo diverso anzi che dallo stesso soggetto che viene inoculato. Così pure sembra che risultati positivi si ottengono con maggiore facilità allorchè il materiale d'inoculazione proviene da un individuo nel quale la sifilide è in uno stadio più recente di quello dell'individuo inoculato.

La superinfezione sifilitica dell'uomo, in tutti gli stadi della lue, almeno in via sperimentale, dopo le ricerche dell'A. non può essere più negata.

III. ***Terapia abortiva della blenorragia acuta con le iniezioni intravenose di glucosio.*** — G. Ichok. *La Presse Médicale*, n. 12, 1926.

Nel 1922, Scholtz ha proposto l'uso delle iniezioni intravenose di glucosio, come mezzo coadiuvante del trattamento locale, nella cura abortiva della blenorragia acuta: la guarigione, salvo rare eccezioni, avverrebbe in 8-14 giorni. Ecco come si pratica tale terapia combinata: si iniettano dapprima nelle vene 20 gr. di glucosio (40 cc. di una soluzione al 50 %) e due ore dopo si iniziano le iniezioni uretrali. Per queste Scholtz preferisce il protargolo, cominciando con una soluzione al 0,5 %, che viene iniettata localmente per 5 volte al giorno, a intervalli di tempo eguali; ciascuna volta si fanno, una dopo l'altra, due iniezioni, facendole trattenere nell'uretra 4 minuti il primo giorno, 6-7 minuti dopo 2-3 giorni e raggiungendo in seguito il massimo di 15 minuti. Frattanto, il secondo o il terzo giorno, si aumenterà anche la concentrazione della soluzione di protargolo fino ad arrivare ad una soluzione al 2 % dopo 5-6 giorni e ad una al 2,5 % a cominciare dall'ottavo giorno. Contemporaneamente le iniezioni intravenose di glucosio (20 gr.) sono ripartite in modo che 4 vengono praticate nella prima settimana di cura e 2-3 durante la seconda: in genere bastano 5-6 iniezioni in tutto.

Se la blenorragia è stata trattata subito dopo la sua comparsa, già verso il 2°-3° giorno scompaiono i gonococchi dalla secrezione uretrale; se invece la blenorragia è un po' più antica la cura dovrà essere prolungata per una quindicina di giorni. D'altra parte se esistono delle complicazioni (littrite, ecc.) o se la blenorragia si è propagata all'uretra posteriore, e peggio ancora se si accompagna con epididimite, prostatite, ecc. i risultati sono poco favorevoli. Così pure nella uretrite blenorragica della donna. La cura con le iniezioni intravenose di glucosio è, quindi, efficace solo quando si tratta di una blenorragia acuta anteriore, senza complicazioni, dell'uomo.

Gli inconvenienti di tale trattamento sono ben pochi: talora la vena, nella quale si eseguono le iniezioni di glucosio, si trombizza; altre volte le iniezioni sono seguite da una reazione febbrile passeggera. Accidenti benigni, però, i quali consigliano di eseguire le iniezioni intravenose con molta attenzione e di far restare l'ammalato a riposo per 1-2 ore dopo di esse.

Parimenti le iniezioni intravenose di glucosio (25-30 cc. di una soluzione al 50 %) sono state usate come mezzo di prova per produrre un'abbondante secrezione uretrale e accertarsi della guarigione o meno della blenorragia.

Partendo dal concetto teorico che il glucosio diminuirebbe la vitalità dei gonococchi, rendendoli più vulnerabili all'azione dei sali d'argento iniettati nell'uretra. Sirota ha anche recentemente, proposto un trattamento simile a quello di Scholtz; egli inietta, però, nelle vene urotropina e tratta l'uretra con lavaggi al permanganato di potassio. Praticamente, Sirota consiglia di cominciare la cura con una iniezione intravenosa di 5 cc. di urotropina al 40 %, seguita un'ora dopo da un lavaggio uretrale con 1 litro di permanganato a 1:5,000; la sera si ripete tale lavaggio.

Si continueranno, poi, le iniezioni di urotropina, alla stessa dose, ogni due giorni, e i lavaggi uretrali, due volte al giorno, aumentando, però, la concentrazione del permanganato, in modo da servirsi dopo 4 giorni di una soluzione 1:3,000, dopo 6 giorni di una soluzione 1:2,000, dopo l'8° giorno di una soluzione 1:1,000. In tal modo Sirota ha trattato 23 malati, in 18 dei quali la blenorragia datava da 2 a 5 giorni e in 5 da 5 a 11 giorni; egli ha avuto un successo completo in una quindicina di giorni e solo in due casi ho dovuto registrare delle recidive.

Dati questi risultati e quelli ottenuti col glucosio è lecito augurarsi che la conoscenza migliore del meccanismo di azione di queste sostanze dia per l'avvenire dei benefici più sicuri e più numerosi.

IV. ***Cura del lupus con l'acido arsenioso.*** — L. Dekeyser (Ospedale Brugmann; Bruxelles). *Bruxelles Médical*, n. 46, 1926.

Non sempre, specialmente tra la classe povera e nei piccoli paesi, è possibile curare il lupus con la fototerapia, col radium, con l'elettrocoagulazione, ecc.; perciò non bisogna dimenticare qualche medicamento più alla portata di tutti, e tra questi i caustici chimici. Come tale agisce la pomata provata dall'A. per consiglio del dott. Torfs e che ha la seguente formula:

Essenza di chelidonio	gr. 1
Etratto di gh. tiroide di caprone	» 2
Estratto biliare di capra	» 5
Siero di capra	» 10
Allume calcinato	» 10
Acido arsenioso	» 1
Vaselina e lanolina	» 100

Se ne fanno applicazioni locali tutti i giorni o a giorni alterni: in principio si ha una forte infiammazione dei tessuti, la pelle diventa rossa e tumefatta anche ad una certa distanza dalle lesioni; poi le parti malate si ulcerano profondamente e si forma un'escara giallo pallida, aderente, a margini ben circoscritti. Quando si giudica che i noduli luposi sono stati completamente distrutti, si sospendono le applicazioni di pomata e si usa della vaselina pura o vaselina contenente un qualunque topico.

Nei casi così trattati dall'A., in tutto 10, nei quali le lesioni lupose datavano da moltissimo tempo, i risultati fin oggi sono soddisfacentissimi: in 6-8 settimane le ulcerazioni prodotte dalla detta pomata hanno cominciato a colmarsi e sono poi state sostituite da una cicatrice molle e esteticamente buona. L'esame di queste con la vitro-pressione, però, fa notare la persistenza di lupomi in quasi tutti i malati, nè l'A. sa affermare per ora se nuove applicazioni di pomata saranno capaci di distruggerli o se essi non potranno essere origine di recidive. Poichè, poi, in un caso riferito di tubercolosi verrucosa torpida dell'articolazione della falange e della falangina del dito indice, la pomata ha distrutto completamente e rapidamente i tessuti fino a mettere allo scoperto le articolazioni, onde il dito a guarigione avvenuta è restato deformato e anchilosato, l'A. sconsiglia il detto metodo di cura per il trattamento delle lesioni lupose che si trovino in vicinanza delle articolazioni.

In ogni caso i vantaggi di questa cura sono: possibilità di eseguirla ambulatoriamente, rapidità di azione, cicatrice esteticamente buona, continuazione delle abituali occupazioni del paziente. Unico inconveniente è che essa riesce molto dolorosa, tanto da richiedere talora l'applicazione successiva di cocaina. Attualmente, poi, l'A. ha ottenuto gli stessi buoni risultati modificando la detta pomata con la soppressione del chelidonio e degli estratti organici.

V. ***Dermatosi e desensibilizzazione.*** — Hudelo e Rabut, Ospedale Saint-Louis, Parigi. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 7, 1926.

Molte malattie cutanee sono, secondo moderne concezioni, ritenute dipendenti da uno stato di sensibilizzazione dell'organismo, per cui agenti di varia natura, messi a contatto con la pelle o iniettati per via sottocutanea o endovenosa, mentre antecedentemente venivano tollerati, determinano invece delle reazioni della cute stessa, eruttive (orticaria, eczemi, eritemi, prurigo) o non (pruriti essenziali, parziali o localizzati). Partendo da queste cognizioni patogenetiche, la cura più razionale di tali dermatosi deve essere quella di desensibilizzare con opportune pratiche l'organismo.

Se, praticando una ricca serie di cutireazioni, si riesce a conoscere con sicurezza la sostanza per la quale l'organismo è sensibilizzato, la desensibilizzazione di esso sarà specifica. E' così che Gougerot e Blamoutier hanno guarito degli eczemi provocati dal legno di palissandro e dall'olio di cade, procedendo ad applicazioni locali di piccole dosi di tintura alcoolica di palissandro (diluizioni progressive da gr. 0,50 a gr. 10 per 10 cc.) e d'olio di cade (glicerolato di cade a 0,1 %, poi all'1 %, fino al 5 %). Widal, Abrami e Joltrain hanno invece ottenuto la scomparsa di un eczema della faccia prodotto dalla polvere di emetina, iniettando sotto cute dosi progressive a partire da 1 cc. di una soluzione di emetina

Digitized by Google

all'1 :10,000 e arrivando fino a 5 centigr. di tale sostanza. Lo stesso scopo è stato raggiunto da altri AA. praticando delle cutireazioni successive, più o meno numerose.

Ma la via di desensibilizzazone preferita è quella digestiva, facendo ingerire una quantità infinitesimale della sostanza sensibilizzante, un'ora prima della somministrazione della dose ritenuta nociva, o somministrando dosi di tale sostanza, dapprima minime, poi progressivamente crescenti, sia che la sostanza incriminata sia di natura medicamentosa (aspirina, antipirina, chinino, mercurio) che di natura alimentare (uova, latte, pane, ecc.).

Quando invece non si è potuto stabilire con sicurezza la sostanza sensibilizzante, la desensibilizzazione sarà aspecifica. Si è ricorso in tali casi più spesso alla somministrazione di peptone, dandolo in *cachets* da gr. 0,50 *pro die* per alcuni giorni di seguito seguiti da un periodo di riposo, o sotto forma di brodo di carne un'ora prima dei due pasti principali. Altri invece ha fatto uso delle iniezioni di latte bollito, attenendosi a dosi medie di 5-10 cc., 2-3 volte per settimana, o delle iniezioni di vaccini di varie specie. Abrami riferisce di aver ottenuto la scomparsa di un'orticaria gigante con l'niezione intravenosa di 10 cc. di una soluzione al 5 % di peptone: l'uso di questa via d'introduzione, però, produce degli *chocs* piuttosto violenti, ond'è da limitarsi solo a casi eccezionali.

Buoni risultati hanno anche dato in questa terapia desensibilizzante delle dermatosi l'autoemo- e l'autosiero-terapia. La prima si pratica ritirando 5-10 cc. di sangue da una vena del gomito del malato e iniettandoli nei muscoli delle regioni glutee: tali iniezioni saranno ripetute ogni 2 giorni e fino a eseguirne 18-20. Negli obesi nei quali è spesso difficile pungere le vene del braccio, si può ricorrere all'applicazione di ventose secche (Brocq), le quali producono uno stravaso di sangue nel connettivo sottocutaneo e così l'autemoterapia è ottenuta. Per la autosieroterapia, invece, il sangue prelevato dal malato, nella quantità di 50-100 cc., si lascia coagulare; il siero che se ne separa viene sterilizzato per un'ora a 57° e si inietta poi, ogni due giorni, sotto cute, a dosi progressive da 1/10 o 1/4 di cc. fino a 1 cc., tenendo conto per aumentare del modo di reagire dell'infermo. In genere bisogna praticare una serie di 18-24 iniezioni, che si possono anche ripetere a un mese di distanza, perchè talora la desensibilizzazione ottenuta ha una durata limitata. Con queste pratiche terapeutiche gli AA. non hanno lamentato alcun inconveniente e se ne sono giovati specialmente nelle affezioni pruriginose, nella malattia di Quincke, negli eritemi recidivanti e in certe dermatiti vescico-bollose (erpete, idroa recidivante). Invece dell'autoemoterapia, poi, si potrebbe anche ricorrere all'eteroemoterapia, iniettando per es. sangue del padre o della madre al figlio, ecc.

Anche alcune sostanze cristalloidi sono state usate per la pratica della desensibilizzazione. Nelle eritrodermie, negli eczemi, nei pruriti, nell'orticaria, nella foruncolosi, Ravaut ha proposto la somministrazione dell'iposolfito sodico al 20 %, sia *per os* che in soluzione acquosa per via endovenosa. Si comincia con dosi di gr. 0,50-1 e poi si aumenta progressivamente, per 10-12 giorni consecutivi; oppure si ripartisce la cura per parecchie settimane, dando gr. 2-3 d'iposolfito *pro die* per i primi 3 giorni di ogni settimana. Feuillé invece si è servito in molte dermatosi del calom., dandone 3 *cachets* da gr. 0,04 al giorno, 1/2 ora prima dei pasti.

Ma alcune volte i fenomeni di sensibilizzazione sono l'esponente di particolari condizioni del terreno organico ed è necessario perciò modificare questo opportunamente. E' così che l'opoterapia tiroidea, l'insulina, ecc. giovano in alcune dermatosi, come pure altre guariranno istituendo un trattamento antitubercolare o antiluetico, contemporaneamente alla cura di desensibilizzazione.

V. ***Sindrome purpurica arsenobenzolica.***— G. Riva e A. Spalluto, (Ospedale militare marittimo di Spezia). *Annali di Medicina navale e coloniale,* fasc. V-VI, 1926.

Tra gli inconvenienti meno noti, verificantisi in corso di cure arsenobenzoliche, sono da annoverarsi le emorragie a carico della cute e delle mucose; porpore che possono colpire però anche gli organi viscerali e determinare fenomeni più o meno gravi (metrorragie, mieliti ed encefaliti emorragiche, ecc.), talora addirittura la morte. La patogenesi di queste sindromi purpuriche sarebbe da ricercarsi nella tossicità dei preparati arsenobenzolici (forse per il benzolo e le catene solforate laterali in essi contenuti), pur senza escludere speciali fattori predisponenti, quali l'emofilia del soggetto, le malattie renali, epatiche, ecc. Più discussa è l'importanza da attribuire alla qualità degli arsenobenzoli adoperati. L'agente tossico determina alterazioni del sangue sopratutto: diminuzione più o meno notevole dei globuli rossi e del tasso emoglobinico, distruzione di globuli bianchi, specie di quelli a nucleo polimorfo, irretrattilità del coagulo, diminuzione delle piastrine e ipocoagulabilità; ma da alcuni AA. sono ammesse anche alterazioni riguardanti l'endotelio vasale (endotelite parcellare emorragica). E' stato pure dimostrato che lo speciale costituente tossico, causa della sindrome purpurica, ha una affinità per il sistema nervoso centrale, a carico del quale sono state riferite alterazioni varie; le emorragie sarebbero perciò favorite dalla vasodilatazione determinata dalle dette alterazioni.

La porpora post-arsenobenzolica si verifica più frequentemente nelle donne, ma neppure gli uomini ne vanno esenti. Così nel caso riferito dagli AA. si trattava di un uomo di 21 anno, nel quale le emorragie, della cute e della bocca, ematuria, epistassi, ecc. comparvero dopo la 3ª iniezione endovenosa del preparato arsenicale. In generale il primo sintomo è dato dalle emorragie delle mucose esterne (orale, gengivale, nasale, uterina), alle quali succede talora una semplice eritrodermia, tal altra una vera porpora: tutto ciò dopo qualche ora o magari qualche settimana e anche qualche mese dopo l'iniezione di arsenobenzolo. I fenomeni possono, a seconda dei casi, arrestarsi a quelli detti o, nei casi ad andamento tossiemico, assumere importanza ben più grave pel manifestarsi di emorragie renali, epatiche, intestinali o cerebrali. Quasi sempre si ha elevazione della temperatura; non infrequenti sono le ricadute e le recidive. Nel caso degli AA. lo stato grave del paziente si protrasse per una diecina di giorni e la malattia fu felicemente superata.

La terapia di queste forme morbose è in genere quella di tutti gli stati emorragici: gelatina, adrenalina, cloruro di calcio, peptone Witte al 5 % in soluzione fisiologica per iniezioni, etero- ed auto-emoterapia, trasfusione sanguigna, iniezioni di siero di coniglio che abbia ricevuto iniezioni di siero di cavallo, ecc.

R. Rummo

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La glicosuria alimentare nelle malattie renali.— A. Montanari (Clinica Medica della R. U. di Firenze). *Rivista di Clinica Medica,* n. 17, 1926.

L'A. ha eseguito la prova della glicosuria alimentare in malati di rene per poterne dedurre criteri sulla funzionalità di quest'organo. A tale scopo si sono somministrati ai malati, a digiuno, 50 gr. di glucosio sciolti in sufficiente quantità di acqua; poi di ora in ora e per un periodo di 10 ore si è fatto il prelevamento dell'urina e si è ricercato, e eventualmente dosato, in essa il glucosio. Risultando così la prova negativa, essa veniva ripetuta dopo alcuni giorni con una dose di glucosio di gr. 100 e, persistendo negativa, veniva ripetuta un'altra volta con 200 gr. di glucosio. La prova veniva dichiarata positiva quando nell'urina compariva una quantità di glucosio non inferiore all'1 ‰.

Nei casi con lesione del rene, quasi esclusivamente epiteliale (nefrosi) si è avuta sempre un'eliminazione del glucosio più attiva del normale (normale = 100-200 gr.); in quelli con lesione quasi esclusivamente glomerulare (glomerulo-nefrite diffusa acuta) un eliminazione sempre normale; normale pure nei casi senza lesione nè del glomerulo nè dei tubuli (rene da stasi, albuminuria ortostatica). Nei casi infine di glomerulo-nefrite diffusa cronica e sclerosi renale, nei quali si possono avere, a seconda dello stadio più o meno inoltrato, lesioni glomerulari e lesioni epiteliali insieme, la prova della glicosuria alimentare è stata a volte normale a volte più attiva, e più attiva tutte le volte che dette lesioni epiteliali gravi furono potute dimostrare in via clinica o in via istologica.

L'A. ritiene che queste esperienze indicano che la secrezione del glucosio è funzione del tubulo e non del glomerulo e che dal lato patologico si può affermare che una maggiore permeabilità al glucosio deve far indirizzare verso la diagnosi di lesione degenerativa grave degli epiteli tubulari (nefrosi, glomerulo-nefrite diffusa cronica e sclerosi renale verso gli ultimi stadi), mentre una glicosuria normale deve far solo pensare a lesioni lievi in toto (stasi renale) o a lesioni glomerulari gravi con lesioni leggiere degli epiteli tubulari (glomerulo-nefrite diffusa acuta, glomerulo-nefrite diffusa cronica e sclerosi renale nei primi stadi). Da

Digitized by Google

questo punto di vista perciò la prova ha un valore diagnostico e prognostico.

La spondilite melitococcica. — Roger in Marseille. *La Presse Médicale*, n. 59, 1926.

A misura che si sono arricchite le osservazioni, si è venuto a riconoscere, tra le caratteristiche abituali della infezione da melitense i «dolori pertinaci», accanto ai sudori copiosi, e le lunghe evoluzioni febbrili a spinte.

Le artriti sogliono assumere carattere acuto, artralgia, semplice o magari tumefazioni sierose. Non raro il tipo subacuto poliarticolare — in cui rientra la pseudo coxalgia mediterranea di Gillot. S'è registrato qualche esempio di reumatismo cronico deformante generalizzato in pieno focolaio endemico. Ma non fu dimostrativa, anzi non fatta la ricerca dell'agglutinazione. Hayat fece rilevare la comune opinione, in Malta, che i dolori alle mani ed ai piedi segnino l'inizio della fine della malattia. Più spesso (50:151) l'interlinea sacro-iliaca è colpita; ma possono esser colpite anche le altre giunture.

L'interessamento artritico sacro-iliaco è uni o bilaterale (in 50 %); dolori che strappano talora lacrime; limitazione di movimenti, talora imposta la immobilità in letto.

Ma accanto, o separatamente da codeste localizzazioni paravertebrali, qua e là si sono fatte osservazioni di vera spondilite; onde riesce poterne tracciare il quadro.

a) Dolore (lombare) che si stabilisce insidioso, dapprima consentendo certa attività di movimenti; talora di colpo imponendo la giacitura. Al periodo di stato dolore vivissimo, con esacerbazioni a volte notturne. Rigidità considerevole, così che la sezione lombare è tutta d'un pezzo. Alla radiografia di solito nessuna importante lesione; qualche incertezza di contorni; qualche sagoma dei dischi, che ricorda la lombartria del Leri. Fatti nervosi non mancano; irritazione dei funicoli, talora con segni di Valleix e di Lasègue. Irritazione piramidale analoga a quella descritta da Barrè e dagli AA. nell'artrite tifoide e tabetica. Ipotonia e modica impotenza degli arti inferiori; esagerazione dei riflessi rotulei a tipo policinetico; vivaci i riflessi cutanei glutei.

Difficile per lo spasmo muscolare, la rachipuntura, essa fornisce ora iperalbumose, ora linfocitosi, dissociazione albumina-citologica. Negativa la Bordet-Wassermann; eccezionale la Wright. Tutti i casi peraltro si fondavano su sindrome clinica non dubbia e sero-Wright positiva 1/300 1/1000.

L'andamento lentissimo si può protrarre talora fino a 6-7 mesi. Non di rado ci sono anche dolori cervicali, sacrali e degli arti. Sulla base di questi sintomi la diagnosi ha il suo migliore controllo dalla siero-reazione Wright spinta ad un tasso sufficiente; dalla intradermo-reazione alla melitina Burnet. Peraltro dolori rachidiani, irradiazioni sciatiche potrebbero essere dovute anche a lesione meningo-midollare melitococcica; fatto eccezionale. Ad ogni modo nella diagnosi differenziale bisogna, sull'inizio tener presente la spondilite tifica, sia per la sua localizzazione lombare che per i suoi punti ossei, l'intensità dei dolori, l'irradiazione piramidale. Ma di solito si inizia più brusca, con evoluzione più apirettica spesso con leggiera cifosi. Da tener presente altresì il male di Pott, tanto più che esso può svolgersi in un melitococcico.

Un conato acuto di reumatismo vertebro-lombare, una lombaggine acuta possono essere incriminate quando la melitococcia si annuncia come spondilite.

Il trattamento della localizzazione in parola associa la medicazione anti-infettiva specifica mediante la vaccinazione (vaccino iodato Ranque e Senez) e la terapia locale: bagni di luce, di sole, radioterapia. Forse iniezioni epidurali di lipoiodolo.

Contributo sulla siero-diagnosi del cancro. — Hartmann. *Revue Médicale Universelle*, n. 5, 1926.

La sicro-reazione di Bothelo la sola che abbia dato finora responsi più approssimativi per la diagnostica umorale del cancro, riscuote nuove conferme alla sua attendibilità. Infatti il Polak, sotto la direzione dell'A., su 145 cancerosi ha avuto 131 reazioni positive, pari al 90,4 %.

Lavedan, ha inoltre esaminato 200 sieri, con una positività del 74 %; secondo l'A. la differenza tra quest'ultima cifra e la precedente, sarebbe dovuta alle differenti sedi dei cancri esaminati e ciò perchè la r. di Bothelo non è una reazione specifica del cancro, ma una reazione che è in rapporto con la presenza nel siero canceroso d'una varietà di albumina riversata nel sangue dal tumore e quindi non tutti i tumori essendo identici, la reazione non potrebbe essere per tutti egualmente positiva.

Per esempio nei cancri cutanei (che sono numerosi nella statistica del Lavedan) la reazione è positiva solo nel 64.7 % dei casi, mentre solo 6 ne esistono nella statistica di Polak. Quindi in linea generale i risultati concordano.

Un inconveniente che toglie molto valore alla reazione di Bothelo è che può riuscire positiva in affezioni non di natura cancerosa. Mentre essa si è mostrata costantemente negativa negl'individui giovani immuni da qualsiasi tara patologica, non è stato altrettanto in soggetti con diabete, per esempio, o con febbre tifoide e in alcuni tubercolosi.

Anche le gravide hanno presentato reazioni positive. Importante a notare il comportamento della reazione in seguito alla cura del cancro, argomento peraltro ancora allo studio.

L'A. su 17 cancerosi a reazione positiva e trattati chirurgicamente ha riscontrato 12 reazioni positive dopo asportazione del tumore: questi 12 casi hanno presentato recidive; dei 5 casi a reazione negativa dopo l'operazione, 4 sono rimasti senza recidiva e 1 solo è recidivato. Con la radioterapia, di 21 casi trattati, 6 hanno presentato reazione negativa dopo il trattamento; questi sei casi sembrano clinicamente guariti; degli altri 15 a reazione positiva, 14 hanno avuto recidiva.

Le due tappe della tiflo-colite cronica. — Faroy e Baumann in Paris. *La Presse Médicale*, 50, 1926.

In brevi linee codeste due tappe, ancora ristudiate dai due AA. andrebbero distinte nel senso che la prima è la fase delle lesioni ancora in attività in cui si hanno alternative crisi di riacutizzazione; e la seconda quella di stasi fecale cecale o ileo-cecale. Si può peraltro farne una più minuta analisi.

1ª Tappa della crisi recidivante: febbre di solito in sotto di 38° di rado bruscamente ascesa fino a 40°. Dolore localizzato su tutto il colon destro, provocabile specialmente con profonda pressione del basso fondo cecale; vagante od irradiato in alto ed in basso; difesa muscolare anche se integra l'appendice. Reazioni spasmodiche, alla palpazione durezza del cieco e dell'angolo destro, leggero gorgoglio; frequente constatazione della corda colica discendente.

Al röntgen oltre la presenza di opacità alternate da zone chiare, segni di spasmofilia, rivelata dalle onde peri- ed anti-peristaltiche, e dalle restrizioni cordiformi del colon. Le evacuazioni semi-pastose, ricche di muchi; ngli intervalli delle crisi diarrea con ipersecrezione albuminosa e sierosa, scibale in liquido seroso fetido; detriti epiteliali, muco agglomerato ed elementi microbici. Tuttavia anzichè ristagno si ha evacuazione cecale in limiti normali, anzi forse prematura. Le specie batteriche più comuni sono: colibacilli, enterococco e perfringens associati o non ai paratifi, strepto e stafilococchi in esaltazione. Il risentimento costante sulle funzioni gastriche, si rivela dello stato mucoso, vomiti nelle forme gravi, dolori tardivi nelle forme di media intensità. Il carattere vagotonico di tutti questi sintomi si scorge facilmente, anche per le condizioni asteniche, epatiche, sudorali etc. Particolarmente anemici sono questi colitici perchè scemata la resistenza globulare per un prodotto emolizzante dei batteri, e citolizzante emanato dalle lesioni della mucosa. Anche variabile, ma costante l'ipotensione.

Altre manifestazioni anafilattiche sono la orticaria e l'asma, mentre non sono disconoscibili le insufficienze secretorie.

2ª Tappa, infettiva e vagotonica contrapposta alla precedente, è contrassegnata dalla tifloatonia con stasi, e dalla sindrome di intossicazione. Tipo di questa atonia cecale con dilatazione e ristagno è quella post-tifica. Rare sono le crisi in questo stadio, se non congiunte ad errori dietetici. Il dolore è diffuso, piuttosto sordo e gravativo.

Di regola l'atonia e l'ectasia ceco-ascendente; cieco flaccido, gorgogli; alla scopia cieco ptosico, a batocchio di campana; lento lo svuotamento del colon destro; penoso di sofferenze il riempimento del cieco. Escrementi ammassati, evacuazioni imperiose, alternative di stipsi. Fermentazioni e putrefazioni di origine alimentare, cioè di albumina incompletamente trasformate dai succhi alimentari. I disordini gastrici rivestono la forma di dispepsia sensitivo-motoria. Sul sistema vegetativo sintomi reattivi quasi sempre di ordine simpatico. Il tiflo-atonico è di solito ansioso, cupo, terreo, irritabile. I disordini vascolari non mancano, come anemia, ipotensione, vertigini, tachicardie, cefalea e tendenza alla ipertensione arteriosa. La insufficienze secretorie digestive, segnalate alla fase colitica, anche qui riappariscono. Complicazioni possibili: la colecistite, disturbi renali e vescicali più rari.

Venendo all'intimo del processo, bisogna prendere in buona considerazione la stercoremia dalla seconda tappa — in parallelo con l'equivalenza colitica della prima tappa, lo stato tossi-infettivo di origine batterica, specie nella infanzia e adolescenza. La dilatazione e tutta la sindrome che ne dipende, scomparendo spesso dopo un buon purgante, indurrebbe a ritenere che anche un fattore meccanico entri a perturbare il sistema nervoso. Sarebbe da ritenersi che questi soggetti siano praticamente simpatico-tonici — e sotto questo punto di vista andrebbero particolarmente considerati.

Come si vede in questo schema degli AA. si vorrebbe tentare di sbarazzare il campo pratico da molte ipotesi; e forse tracciare delle di-

Digitized by Google

rettive terapeutiche. Così p. es. la vaccino-terapia darebbe risultati nelle forme o tappe colitiche, e sarebbe inefficace nelle forme o tappe stasiche. Il regime alimentare, l'antisepsi intestinale, la fisioterapia dovrebbero ciascuna avere il proprio momento.

Tanto si propongono fissare in seguito gli AA.

Il siero di convalescente nella cura dell'infezione tifosa. — G. Pozzi (Ospedale Maggiore di Milano). *L'Ospedale Maggiore*, n. 7, 1926.

Come in varie altre malattie infettive, anche nel tifo è stata provata l'efficacia curativa del siero di convalescenti. L'A., ritornando sull'argomento, si serve di siero di sangue di individui sani e robusti, in decimaquindicesima giornata di apiressia, assolutamente esenti da malattie ereditarie. Il sangue veniva prelevato da una vena della piega del gomito nella quantità di 50-100 cc. e raccolto in provettine sterili, contenenti ciascuna circa 20 cc. di sangue, le quali venivano conservate a temperatura ambiente, lasciando che la sierazione si facesse spontaneamente. Del siero così ottenuto veniva sempre saggiato il potere agglutinante, che ha oscillato tra 1 :320 e 1 :960.

L'A. ha curato con questo siero di convalescenti 8 casi di tifo, servendosi della via di somministrazione endovenosa e iniziando il trattamento con dosi basse (5-6 cc.), ripetute quotidianamente e aumentate in seguito, fino a un totale di 30-40 cc.

Il siero di convalescente non ha dimostrto di abbreviare la durata del periodo febbrile, che è stata in media negli 8 casi trattati di 25 giorni, nè ha prevenuto le comuni complicanze del tifo (bronco-polmoniti; enterorragie; ecc.). Sembra però all'A. che il siero in quasi tutti i casi abbia dato alla malattia un andamento più benigno, nel senso che i casi, dei quali era clinicamente prevedibile un'evoluzione assai grave del male, si sono comportati dopo le iniezioni di siero in modo da non dare più la minima preoccupazione. Inoltre in alcuni casi l'inizio della defervescenza febbrile ha coinciso col trattamento sieroterapico e in altri si è osservata una minore tendenza alle alte temperature e una maggiore tendenza a spiccate remissioni mattutine.

Le cutireazioni col vino nei gottosi. — F. Widal, P. Abrami e Ed. Joltrain. *La Presse Médicale*, n. 86, 1926.

Si sa che i gottosi mostrano spesso una spiccata sensibilità per il vino, il quale talora è capace di agire come causa determinante gli accessi di gotta. Gli AA. perciò si sono proposto di mettere in evidenza tale speciale sensibilità in detti infermi, servendosi della tecnica delle cutireazioni. Queste vennero eseguite in 19 individui, affetti da tipica gotta articolare, con le più diverse qualità di vino (vini rossi e bianchi di Borgogna, vini della Gironda, di Champagne, di Asti di Madera, di Porto ecc.), mentre contemporaneamente furono praticate come controllo delle cutireazioni con estratti di diversi alimenti (carne di bue, di montone; patate; fragole; ecc.) e delle scarificazioni cutanee senza applicazione di alcuna sostanza. I risultati di queste prove hanno mostrato in 3 casi reazione cutanea fortemente positiva, in 13 reazione più debole e solo in 3 reazione negativa. Le reazioni di debole intensità sono caratterizzate dal fatto che lungo la scarificazione epidermica, sulla quale è stata deposta una goccia di vino, compare dopo 10-20 minuti una piccola elevazione biancastra, che si va intensificando fino a raggiungere dopo circa 1/2 ora l'altezza di 1 mm. e il diametro di 2 mm., circondata da una zona eritematosa. Dopo un'ora o poco più, la reazione scompare.

E' interessante notare che tali cutireazioni positive sono proprie dei gottosi, non ottenendosi nulla di simile negli individui normali e nei malati di varie altre affezioni (cirrosi epatica, cisti del fegato, tubercolosi polmonare, ecc.). Inoltre, saggiando varie qualità di vino, solo con alcune di esse si hanno cutireazioni positive, le quali non mostrano variazioni d'intensità parallele alla durata dell'affezione gottosa o allo stadio di acuzie o meno di essa.

Non sembra facile agli AA. dare spiegazione dei fatti osservati; essi escludono però che lo stato di ipersensibilità dei gottosi ad alcune qualità di vino debba attribuirsi al grado alcoolico di queste o alla loro acidità o al loro contenuto in tannino o in sostanze colloidi usate per la chiarificazione. Ma poichè i vini che hanno loro dato cutireazioni positive, pur essendo di origine diversa, sono di gusto molto simile, gli AA. credono che gli stessi principi, i quali conferiscono ai vini le loro qualità organolettiche, rappresentino anche i fattori determinanti le loro proprietà di sensibilizzazione.

Le paralisi amiotrofiche postsieroterapiche. — P. Mazel e J. Dechaume. *Le Journal de Médecine de Lyon*, n. 165, 1926.

Queste affezioni gravi si osservano per fortuna relativamente di rado specie dopo sieroterapia antitetanica o antidifterica cioè per virus neurotropi. Per lo più si tratta di individui adulti, nei quali le manifestazion nervose si verificano, 8 giorni dopo l'iniezione precedente o accompagnate da sintomi di malattia da siero e specie da orticaria e dolori articolari diffusi. Più tardi il dolore, vivo, lancinante si localizza, al moncone della spalla o talora a tutto un arto superiore, e persiste per qualche giorno, talora per più di un mese. La sensibilità è per lo più conservata, talora alterata per zone di anestesia a topografia radicolare. Qualche ora o qualche giorno dopo inizia la paralisi, bruscamente: il tipo più frequente è la paralisi del plesso brachiale del tipo Duchenne-Erb, dissociata. Per ordine di frequenza la paralisi riguarda il grande dentato, il deltoide, in parte o in tutto, il sopraspinoso e il sottospinoso per il bicipite, il brachiale anteriore, il tricipite, il grande dorsale, il romboide. Carattere importante di queste paralisi è la rapida amiotrofia, che scarnisce rapidamente le zone colpite, e si può accompagnare a reazione degenerativa parziale o totale, o soltanto a semplice diminuzione dell'eccitabilità faradica.

I riflessi tendinei e periostei corrispondenti alle radici colpite (cioè C 5, C 6 di solito) sono aboliti: mancano anche i riflessi simpatici, ciò che dice che la lesione radicolare è extrarachidiana. La evoluzione di queste paralisi è benigna, ma la guarigione può talvolta accadere perfino dopo due anni dall'inizio.

La terapia, sedativa al principio, sarà poi prevalentemente fisica ed elettrica: inefficace il trattamento della malattia da siero.

Per spiegare la patogenesi di queste forme si sono imputate tanto l'azione delle tossine quanto quella delle antitossine che quella delle proteine del siero inoculato: è più probabile che tutti e tre i fattori siano in causa e che anatomicamente la lesione debba riporsi in un edema localizzato dei tronchi nervosi, cioè una lesione analoga all'innocuo edema della cute.

Quest'accidente, può forse essere evitato se si ricorre all'applicazione di uno dei noti metodi contro lo scoppio dell'anafilassi, quando si ha ragione di temerne l'insorgenza. Ad ogni modo non certo questi accidenti, straordinariamente rari, tratterranno il medico dalla sieroterapia, quando ve ne è la indicazione.

L'irradiazione della milza nel morbo maculoso. — Meda. *La Radiologia Medica*, fasc. 8, 1926.

I risultati ottenuti nelle irradiazioni sulla milza in questa malattia se non sono stati finora pari alla splenectomia è dovuto — secondo l'A. — alle deboli dosi adoperate.

Ciò perchè nel morbo di Werlhof il tempo di coagulazione, sotto l'influenza della radioterapia eccitante, è normale, mentre che il tempo di emorragia, legato alla diminuzione delle piastrine è molto prolungato.

Ne emerge l'utilità della radioterapia intensa, con cui l'A. ha trattato quattro casi, in due dei quali i risultati sono stati sodisfacenti; non così negli altri due forse perchè le alterazioni delle pareti vasali erano più marcate. Si segnala inoltre la radioterapia associata in dose eccitante (piccole dosi) sulle ossa piatte e lunghe contemporaneamente alla irradiazione a forti dosi sulla milza ed eventualmente anche sul fegato.

Lo scopo di questa terapia è di stimolare quanto più possibile il tessuto mieloide a produrre piastrine.

L'A. preconizza anche l'eventuale associazione, in questa malattia, come in tutte le diatesi emorragiche, della radioterapia, dell'elioterapia e della diatermia.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Cura attino-chimica della actinomicosi cervico-facciale. — Bortolotti e Brunetti in Trieste. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 16, 4, 1926.

Caso certamente importante, che va ad ingrossare la già promettente casistica di questa terapia. Vero è che nelle alte dosi di ioduro la nostra terapia aveva riconosciuto già un forte ausilio. Ma non era tutto ancora. Se si ebbe a constatare che il ioduro potassico favorisce la colliquazione, degli actinomicomi, è da riconoscere effetti analoghi anche all'actinoterapia. C'è dunque qualche affinità tra azione chimico-biologica del iodio, e quella fisico-biologica dei raggi X. D'altra parte l'insufficienza della chirurgia operativa si rivela: nella estirpabilità di solito soltanto parziale dell'infezione, anche se questa si trovi in sede aggredibile (quindi necessità di ripetuti interventi, con prognosi locale sfavorevole, e generale troppo spesso dubbia); nella non aggredibilità di molte localizzazioni profonde o troppo diffuse; nelle deturpazioni residue di interventi chirurgici.

Il caso qui studiato e figurato prima e dopo del trattamento, fu sottoposto alla terapia profonda, subito molto energica, con un ciclo a campi crociati (laterale, anteriore, posteriore, inferiore) tutti da destra, per risparmiare la funzione delle salivari di sinistra, a 40 cm. di scintilla

Digitized by Google

equivalente, e filtro pesante (1/2 mill. zinco, più 1 mill. alluminio), con una dose di profondità che nelle regioni pterigoidea e parotidea di destra si avvicinava a quella carcinoma. Naturalmente la cura iodica non fu per nulla tralasciata.

La guarigione controllata bene si ottenne. Lo studio di questo caso ed il suo ottimo esito, favorisce al Brunetti l'agio di istituire interpetrazioni generiche davvero significative. Cioè l'eventuale stringente affinità di azione anzicennata, tra iodio e raggi. P. es. la cute trattata con tintura di iodio risponde già a mezza dose normale di raggi X con eritema. D'altra parte come la tintura di iodio all'inizio di un foruncolo può farlo abortire, così qualcosa di analogo si può vedere sotto l'uso dei raggi. Sembra dunque all'A. che la degenerazione artificialmente provocata dall'actinomicoma, con sua conseguente colliquazione o meno, possa rompere quei legami biologici che vanno imaginati fra l'actinomicete e l'actinomicoma; onde attraverso fenomeni biologici del tipo forse dell'autovaccinazione si spiegherebbe l'essenza dell'azione attino-chimica in questa micosi.

Paludismo provocato da operazioni chirurgiche. — Nasaroff, Clinica Chirurgica in Saratow. *Deutsche Zeischrift f. Chirurgie*, vol. 199, 3-5, 1926.

In Italia questo argomento potrebbe dirsi acquisito al punto, da non richiedere maggiori delucidazioni. Ci sono numerosissime contribuzioni tra le quali quelle del Cignozzi, del Di Pace ad escludere ogni dubbio. Vero è che ultimamente anche in Italia il Bolognesi da Siena mette in valorizzazione clinica la teoria del Casagrandi, cioè che lo stato di digiuno sia il fattore o l'incentivo dello insorgere della malaria latente. Ma basta leggere la storia di quel disgraziato caso, per vedere come la asserzione del Bolognesi non sia suffragata altro che da un'ipotetica suggestione.

L'A. russo sfruttando operazioni del Rasumowsky, ed un discreto materiale ambulatorio, viene a raccomandare ad ogni chirurgo di assumere le più precise indagini su coloro che passino ad operarsi; sia per escludere l'accesso; sia per evitare che si perturbi il decorso di guarigione o che si aggravi il quadro clinico. Dunque operare soltanto quando la crisi sia operata; o se urga operare non trascurando la profilassi chininica. Le affezioni chirurgiche in sofferenti di paludismo, decorrono spesso sfavorevolmente, con peggiorata prognosi.

Naturalmente gli AA. italiani non sono punto ricordati. Epperò adempiamo noi, con quell'obbiettivismo che i pubblicisti debbono serbare — «al di là del bene e del male» schopenhaueriano.

La psicaina nell'anestesia locale.— Hilman e Ryshich. Clinica Chirurgica in Kasan. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 199, 3-5, 1926.

Della Psicaina, sinteticamente ottenuta nel 1922 da Willstätter, questo periodico ha riportato, a suo tempo, le principali osservazioni. Gli AA. del presente contributo riferiscono sui risultati dell'uso fatto dalla soluzione 1/2 % in 31 fra grandi interventi, oltre quelli minori.

Fu notato che il prodotto possa meritare la rivalità vantaggiosa sulla novocaina. Tuttavia si riconosce la necessità di ulteriori osservazioni prima di concluderne. Si notò anche che per conseguire gli scopi di una completa e durevole anestesia fosse necessaria un'addizione di adrenalina più che nell'uso della soluzione 1/2 % novocaina.

Naturalmente trattandosi di un'infiltrazione a strati, la tecnica deve essere diversamente regolata, caso per caso. Si può dire che nei casi più importanti, (cioè: laminectomia prostatectomie, strumectomia, nefropessie. gastro-enterostomie etc.) il quantitativo necessario di soluzione psicainica oscillò fra 200-400 cc.

Resezione del diverticolo di Meckel. — Harbin, in Rome Georgia. *Surgery, Gynecologie and Obstetrics*, vol. 43, 4, 1926.

Appartengono a questo A. 13 casi. Il più giovane di 3 a. il più anziano di 36; età prevalente 22 a. In 10 % ci furono sintomi provocati dal diverticolo. La diagnosi preoperatoria fu di diverticolite soltanto in alcuni casi, e di tipo subacuto. E' sempre opportuno aver presente la distanza di cotesto diverticolo dalla valvola ileo-cecale, e ricercarla con cura, di solito tra 14-16 pollici dal cieco.

In quanto alla localizzazione, lo si trovò 4 volte periferico, 9 volte più o meno lateralizzato; conformazione 2 volte propriamente tubulare; 3 volte cieco; 5 volte peduncolato; 3 volte indeciso. In 11 casi se ne fece l'asportazione; in 2 l'introflessione. Due casi a tipo acuto imposero susseguente operazione per acuta ostruzione; mentre in un caso di diverticolo senza sintomi resecato, si dovette rioperare per ostruzione cronica. Finalmente un diverticolo senza sintomi provocò un'ostruzione acuta in un paziente operato di perforazione appendicitica, e poi di ascesso retrocecale.

La mortalità totale si può calcolare a 15 %. Nel determinare il livello per la resezione, bisogna valutare la linea della anastomosi mediale dell'irrorazione arteriosa.

Errori da evitarsi: la resezione bassa che lascia il lume, e l'amputazione alta che lascia un moncone capace di nuove aderenze. Essendo probabile una disfunzione post-operatoria, giova comportarsi come contro la peritonite.

Come evitare le complicanze polmonari in chirurgia gastrica. — P. Razemon, *La Clinique*, n. 71, 1926.

Complicanze polmonari gravi si osservano in generale nel 15 % degli operati sullo stomaco, mentre negli altri interventi sull'addome complicanze polmonari si hanno solo nel 5 % e nell'1 %, dopo operazioni che non interessano il peritoneo. La causa delle complicanze è in primo luogo l'infezione a punto di partenza peritoneale, per germi contenuti nello stomaco: favoriscono l'insorgenza delle localizzazioni polmonari la narcosi, la turbata respirazione per il dolore e il riposo a letto, i germi della bocca e del faringe, la stimolazione del vago, nervo toracico e addominale.

Lambret operando sullo stomaco con anestesia locale e vaccinando gli infermi prima dell'intervento non ha osservato alcun decesso su 300 interventi.

L'anestesia locale, infatti, sopprime i fattori predisponenti che si riferiscono alla narcosi (irritazione e raffreddamento dell'epitelio polmonare, vomito postanestesico, chock, ecc.). Si può usare con egual vantaggio tanto l'anestesia degli splancnici, che l'infiltrazione diretta. La vaccinazione preoperatoria mira poi a proteggere il polmone da una grave minaccia negli interventi sullo stomaco, cioè dai pericoli di infezione per l'arrivo per via linfatica dei germi che hanno inquinato il peritoneo. Si aggiunga poi che tra i germi della flora gastro-duodenale predomina l'enterococco, il quale ha una grande patogenità per il polmone.

Perciò, oltre ad una disinfezione preventiva dello stomaco accurata per quanto più è possibile, Lambret vaccina gli infermi appunto con un vaccino enterococcico. Procede così: saggia la reattività del soggetto iniettando nel derma 500 milioni di germi. Se la reaziane è positiva l'individuo è sensibile all'enterococco ed è vaccinato, con iniezione sottocutanea con 50 milioni di enterococchi poi a distanza di 2 giorni con un miliardo e dopo 2 giorni ancora con 4 miliardi di germi. Si risaggia l'intradermoreazione: se è negativa l'individuo è sufficientemente vaccinato: se è positiva si ripete il trattamento. Questo metodo ha dato a Lambret i brillanti risultati sopra accennati, mentre lo stesso A. riferisce due decessi per complicanze polmonari su 19 casi operati senza la vaccinazione preventiva.

OSTETRICIA

Gravidanza e tubercolosi. — Rio. *Folia Gynaecologica*, fasc. 2, 1926.

Nelle donne affette da tubercolosi polmonare la mestruazione e in genere tutta la funzione utero-ovarica possono aggravare il processo tubercolare, nei casi di tubercolosi in atto, o favorirne il risveglio se latente o segnarne l'inizio.

La gravidanza esercita un'influenza nefasta sul processo tubercolare, e questo su quella. L'aggravamento si verifica maggiormente verso la seconda metà della gravidanza. La tubercolosi polmonare influisce sulla gravidanza provocandone la interruzione. In tali casi la prognosi è quasi sempre infausta. L'interruzione della gravidanza secondo l'A. è indicata nelle malate di tubercolosi polmonare nei primi mesi, specie nei casi di lesioni iniziali e dovrà essere decisa caso per caso, tenendo conto anche della scarsa vitalità e della altissima mortalità dei feti nati da madri tubercolose, anche a temine.

Il feto nato a termine dovrà essere immediatamente allontanato dalla madre, rappresentando il contagio famigliare il maggior fattore di trasmissione della infezione tubercolare dai genitori al figlio.

L'interruzione della gravidanza potrà essere accompagnata da castrazione utero-ovarica, poichè questa agisce variamente e in modo benefico sul ricambio dei varii elementi, e specialmente del calcio, aumentando la resistenza organica alla infezione.

L'etilene come anestesico in ostetricia. — Kreiselmann e Kane in Washington. *Surgery, Gynecology a. Obstetrics*, vol. 43, 3, 1926.

Sono qui analizzati 85 casi. L'analgesia completa fu raggiunta in 84 % dei casi; notevole scomparsa dei dolori in 13 %, insuccesso in 3 %. Si notò molto rapido il progresso del secondo periodo del travaglio. Non disturbi relativi al feto. Fu agevolmente praticata la versione podalica. Anche nel taglio cesareo parve questo essere l'anestetico ideale. Nel primo stadio dell'anestesia gli effetti furono accentuati dalla somministrazione della morfina. Efficace l'etilene nel secondo periodo del travaglio, perchè rapida l'analgesia e l'anestesia; peraltro non tracce latenti essa lascia sulla madre nè sul prodotto.

Digitized by Google

Non insistiamo sulla somministrazione, perchè le colonne di questo periodico ne trattano in esuberanza.

Cancro del collo e gravidanza. — R. SCHOCKAERT, *Bruxelles Médical*, n. 1, 1926.

La coesistenza d'un cancro del collo con la gravidanza è abbastanza rara, perchè il cancro colpisce generalmente la donna in un'età avanzata, in cui la concezione è più rara. Il caso, relativamente più frequente, è che il cancro sia anteriore alla gravidanza, e che questa acceleri enormemente lo sviluppo del neoplasma, per la iperplasia e la congestione dell'utero. L'A. ha osservato recentemente una donna di 30 anni, madre di due figli, che da 3 mesi è amenorroica e presenta perdite rossastre divenute poi un po' fetide. All'esame si nota tumore friabile, facilmente sanguinante, a cavolfiore del collo, senza dubbio un carcinoma, inoltre corpo uterino molle, globoso, come a due mesi e mezzo, senza dubbio gravido. Il collo mobile, la scarsa infiltrazione del parametrio indicano che l'intervento è ancora possibile. L'A. attenendosi al principio che finchè il cancro, è operabile, bisogna tener conto solo della vita della madre, pratica la Wertheim, estirpando con larghezza il neoplasma, un epitelioma basi-cellulare. Finora (3 settimane) non si notarono recidive.

L'opoterapia nel vomito incoercibile. — CATTANEO. *Folia Gynaecologica*, fasc. 2, 1926.

L'A. ha adoperato nella cura del vomito incoercibile l'adrenalina in sol. al millesimo, in dose iniziale di mezzo cmc., fino a 1 cmc. e la pituitrina (estratto del lobo posteriore). I casi citati dall'A. si sono tutti giovati di questa terapia e dove l'adrenalina non era efficace, l'azione della pituitrina dava ancora gli effetti voluti.

Ciò fa dare all'A. una interpetrazione etiologica sicuramente endocrina alla grave sindrome.

L'A. consiglia, prima di istituire la cura adrenalinica o con la pituitrina, di fare il saggio endocrino secondo il metodo di Leone, e ritiene che non possa escludersi la probabile esistenza nel vomito incoercibile di alterazioni endocrine qualitative o quantitative.

PEDIATRIA

Velocità di sedimentazione dei corpuscoli rossi nella tubercolosi polmonare infantile. — A. MARGOLIS. *Gruzlica*, vol. I, n. 3, 1926.

La velocità di sedimentazione dei corpuscoli rossi non è una reazione specifica; però è un elemento importante per la diagnosi e la prognosi della tubercolosi polmonare infantile. Nel bambino la reazione può essere un indice sensibilissimo dell'evoluzione della lesione.

La osteopsatirosi idiopatica. — M. MIRAGLIA (Clinica Pediatrica della R. U. di Napoli). *La Pediatria*, fasc. XXII, 1926.

L'osteopsatirosi idiopatica è caratterizzata da una spiccata tendenza delle ossa, apparentemente normali, a fratturarsi in seguito a traumi tanto lievi da far ritenere dette fratture addirittura spontanee. Questo quadro morboso l'A. ha avuto occasione di osservare in una bambina di 15 mesi, la quale fino all'età di 6 mesi non aveva presentato nulla di anormale, allorchè, in seguito ad un leggero urto contro il seggiolone, riportò frattura del femore destro. Questa prima frattura guarì completamente dopo 18 giorni, ma in seguito, e sempre per traumi di entità tali da sfuggire molte volte all'attenzione dei genitori, la bambina ha riportato varie altre fratture interessanti quasi tutto lo scheletro degli arti superiori e inferiori. All'esame obiettivo, l'A. non rilevò alcuna nota di rachitismo e alcun incurvamento o deformazione delle ossa non colpite da frattura, che avessero potuto fare sospettare un processo di osteomalacia. Come risulta dall'esame radiografico, le fratture sono da attribuirsi unicamente all'esagerata sottigliezza della sostanza compatta delle ossa lunghe, la quale, secondo l'A., nel suo caso, dipende da un eccessivo riassorbimento degli strati più interni della diafisi, anzi che da un difetto di apposizione ossea.

Circa, poi, l'etiogenesi dell'osteopsatirosi idiopatica, l'A. crede che debba ricercarsi in una esagerazione del normale assorbimento osseo che si verifica nei primi tempi della vita extrauterina, esagerazione che avverrebbe sotto l'influsso di cause non ancora ben determinate e forse varie da caso a caso. Nella bambina dell'A., i risultati della reazione di Wassermann e delle prove farmacodinamiche hanno fatto ritenere che fosse in giuoco una disfunzione del timo e delle paratiroidi di origine luetica. E l'inferma, infatti, si è avvantaggiata di un'intensa cura antisifilitica (frizioni con gr. 0,50 di unguento mercuriale doppio, eseguite a periodi alternati per 15 giorni), associata ad un trattamento con raggi ultravioletti. Le modalità di applicazione di questi ultimi sono state le seguenti: esposizione totale bilaterale; sedute a giorni alterni; distanza dalla lampada di un metro. Durata della prima seduta di 5', mentre quella delle successive venne aumentata gradatamente fino a 35'. Dopo 15 sedute, le applicazioni venivano sospese per un mese. La bambina ha praticato complessivamente 60 applicazioni e le fratture non si sono più verificate, mentre lo spessore della diafisi delle ossa è divenuto quasi normale.

ENDOCRINOLOGIA

L'azoto ureico del sangue in rapporto alla endocrinologia. — KASANU TASHIRE, (Sengai, Giappone). *The Tohoku Journal of exper. Medec.*, vol. 7, n. 3 e 4, 1926.

Quando si stimolano i rami periferici del vago, o anche si somministrano stimolanti parasimpatici, come la colina e la pilocarpina, l'azoto ureico e residuo del sangue subiscono un non lieve aumento nella loro concentrazione. Somministrando invece l'atropina, viene a prodursi una diminuzione in tale concentrazione.

La stimolazione della parte centrale del vago diminuisce il contenuto del sangue in azoto ureico e residuo, contrariamente alla stimolazione della parte periferica. Dopo un'iniezione di adrenalina, o anche dopo la stimolazione degli splancnici, l'azoto ureico e residuo mostrano piuttosto una tendenza a decrescere nelle loro concentrazioni.

Quando ad un coniglio, a cui è stata estirpata la milza, si stimola il vago, l'azoto ureico del sangue aumenta, mentre rimane indifferente o anche diminuisce l'azoto residuo.

Quando si stimola il vago di animali nefrectomizzati, l'azoto residuo aumenta, ma non quello ureico. Il sangue della vena epatica contiene apparentemente più azoto ureico che quello della vena porta o dell'arteria epatica. Contrariamente a ciò, il sangue della vena porta contiene una quantità molto più grande di frazioni amino-acide che quello della vena o dell'arteria epatica.

FARMACOLOGIA

Iperglicemia da uretano. — S. HIRAYAMA (Sengai, Giappone). *The Tohoku Journ. of exper. Medec.*, vol. 7, n. 3 e 4.

La somministrazione, per via orale o sottocutanea, di uretano in dose di 1-2 gr. per Kg. di peso corporeo produce nei conigli iperglicemia e glicosuria duratura. L'iperglicemia presenta una variabile intensità, durante da poche fino a 10 ore.

L'intensità di detta iperglicemia, nonchè della glicosuria, dipende essenzialmente dalla profondità della narcosi. L'intensità della iperglicemia e la grandezza della caduta della temperatura durante la narcosi decorrono parallele: la protezione contro questo abbassamento di temperatura può in qualche modo diminuire l'intensità della iperglicemia e della glicosuria. La sezione dei nervi splancnici in ambo i lati non ha influenza sull'azione glicogenolitica dell'uretano nei conigli. Il contenuto in ossigeno del sangue arterioso decresce nel periodo successivo alla narcosi.

Il contenuto dei surreni in epinefrina diminuisce durante la narcosi; la denervazione di essi però riesce ad impedire completamente tale diminuzione. Quando l'iperglicemia da uretano è notevole, la diminuzione del contenuto dei muscoli in glicogeno è bene evidente, e talvolta anche il glicogeno del fegato mostra una simile tendenza.

Lesioni renali da ouabaina. — L. GRAVIER. *Le Journal de Médecine de Lyon*, n. 162, 1926.

Parecchi AA. hanno incriminate le lesioni renali della responsabilità degli accidenti mortali che si lamentano dopo iniezioni endovenose dei principi attivi dello strofanto. Ciò non è provato: certo è però che strofanto, strofantine e ouabaina hanno un'azione irritativa sul rene comparabile a quella della cantaride clinicamente svelata da oliguria con ematuria ed anatomicamente segnata da iperemia e lesione delle cellule dei tuboli contorti.

L'A. riferisce un'osservazione clinica del genere che si aggiunge alle precedenti note in letteratura: si tratta di una inferma, affetta da nefrite cronica, in cui l'iniezione di 1/4 mgr. di ouabaina provocò la immediata insorgenza di un dolore lombare, di oliguria ed ematuria microscopica. Quest'azione irritativa dell'ouabaina sul rene merita senza dubbio di essere ben conosciuta, ma non può d'altra parte esser ritenuta come una causa di controindicazione del rimedio nel morbo di Bright. Il rimedio, agendo sul cuore e promuovendo la diuresi (a dose non tossica) è anzi consigliabile: è necessario però un dosaggio più cauto ed è bene usare dosi minime di 1/10-1/4 di mgr.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICHE DI PALERMO

Seduta del 27 marzo 1926

Presid. prof. E. TRICOMI

Parlavecchio G. *Splenomegalia ittero-emolitica complicata a grave infezione melitense. Splenectomia. Guarigione.* — Illustra il caso di un uomo di 35 anni, splenomegalico ed itterico sin dalla infanzia, nel quale in quest'ultimi tre anni l'ittero si è intensificato e la milza si è maggiormente ingrandita, mentre recentemente i fenomeni generali si sono aggravati per l'insorgenza di una infezione melitense. Lo esame ematologico mostrava ipoglobulia, oligocromoemia, anisocitosi, microcitemia, normoblasti, rari megaloblasti, policromatofilia, emazie granulose e granulofilamentose, trombopenia, resistenza globulare bassa; leucocitosi considerevole. Previe iniezioni di zimema e coaguleno e applicazioni di radium sulla milza nonchè ultravioletterapia agli arti inferiori per migliorare lo stato di emofilia che l'infermo presentava, si procedette, sotto anestesia rachidiana, alla splenectomia.

L'i. sopportò bene il trauma operatorio e ben presto l'ittero e i fatti emofiliaci andarono gradatamente diminuendo. La milza, che pesava Kg. 3, mostrò all'esame istologico il noto reperto della milza macrofagica spodogena e spodolitica. Con esami ematologici ripetuti si osservò la diminuzione e poi la scomparsa delle emazie immature e il miglioramento della ipoglobulia e della oligocromoemia; la formula leucocitaria ritornò quasi alla norma, però la resistenza globulare e la trombopenia rimasero stazionarie.

Attualmente, l'i., guarito anche della melitense, gode di perfetta salute. Il caso, secondo l'O., conferma l'utilità della splenectomia nella cura delle splenomegalie emolitiche e il fatto che gli infermi guariscono di ogni disturbo, nonostante che il quadro ematico non ritorni a condizioni perfettamente normali.

Piazza V. C. *Un nuovo metodo minimetrico per la ricerca dell'urea nel sangue.* — Il metodo, proposto dall'O., è il seguente: si preleva da una vena esattamennte 1 cc. di sangue e lo si dealbuminizza aggiungendovi 2 cc. di una soluzione di solfato di zinco al 0,5 % e portando il tutto in bagnomaria bollente per 5 minuti. Si filtra, si lava la provetta contenente i residui del sangue coagulato con 4 cc. di acqua distillata calda e si versa il liquido di lavaggio sullo stesso filtro adoperato precedentemente. Si otterranno così circa 6 cc. di liquido limpido, col quale si esegue la determinazione dell'urea col metodo dell'ipobromito, usando uno speciale ureometro ideato dall'O., che permette per mezzo di un gassometro capillare la misurazione delle piccole frazioni di cc. di gas che si sviluppano: apparecchio necessario essendo molto piccola la quantità di urea contenuta in 1 cc. di sangue. Subito dopo si determina con lo stesso apparecchio la quantità di azoto che si sviluppa da 1 cc. di soluzione di urea all'1 ‰ e si calcola l'urea del sangue in esame stabilendo una semplice proporzione, così come si fa per l'urina.

Stella P. *Neuroma plessiforme della palpebra.* — Si trattava, nel caso dell'O., di un neuroma plessiforme congenito della palpebra superiore sinistra, con diffusione alla regione temporale corrispondente; esso a forma di bisaccia semivuota pendeva sul viso raggiungendo il solco naso-labiale ed oltrepassando di qualche centimetro l'angolo della mandibola. Si rinvenivano poi piccoli fibromi peduncolati (fibroma molluscoi) e macchie iperemiche sparsi su tutta la superficie cutanea, specie al tronco. La diagnosi clinica fu confermata da quella istologica; la radiografia del cranio mostrava tra l'altro un notevole ingrandimento della sella turcica. L'O. ritiene che nel quadro morboso descritto debbano ritenersi compromesse le ghiandole a secrezione interna.

Accardi V. *Il bismuto nei tessuti e liquidi oculari.* L'O. ha dimostrato con ricerche sperimentali che il bismuto non si fissa sull'elemento cellulare sano, mentre nei tessuti affetti da sifilide va a fissarsi all'agente infettivo, formando un composto organo metallico stabile, che permane fino al disfacimento delle spirochete. Così avviene anche per i tessuti oculari, ai quali il bismuto si fissa solo se sono ammalati; esso perciò non riesce tossico pel globo oculare.

Al contrario, il bismuto si diffonde nell'umor acqueo e nella cornea, dove non arrivano nè il mercurio nè l'arsenico, e nel nervo ottico e sue guaine. Non arriva mai al cristallino nè al corpo vitreo. Per le proprietà ora dette, il bismuto deve essere preferito agli altri antiluetici nella cheratite interstiziale, di cui abbrevia notevolmente il decorso e nelle manifestazioni luetiche del nervo ottico.

Il Segretario: prof. LIBORIO GIUFFRÈ

MEDICINA ICONOGRAFICA

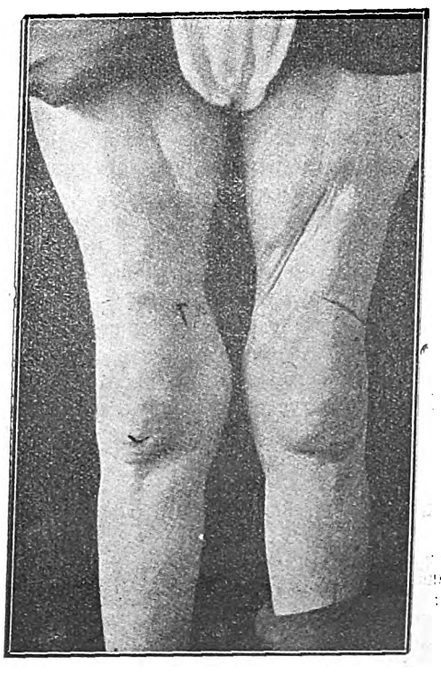
Mutilazione impressionante da lebbra

Nella estesissima distruzione del piede qui riprodotta, la lesione ha colpito in principio la superficie plantare. Il solo alluce è rimasto incolume. Esso permette la deambulazione, avendo tutta la muscolatura corrispondente subito una notevole ipertrofia. Il paziente cammina liberamente, senza che abbia mai a soffrire inconvenienti, dolori o emorragie.

R. WILSON e C. KWANGJU (*Jour. Am. Med. Ass.* 9 ottobre 1926) riferiscono di essere riusciti ad arrestare in questo caso il progredire delle lesioni mediante iniezioni sottocutanee di olio di *hydnocarpus* misto a canfora in proporzione dell'1 %, alla dose di 4-8 cmc. e ad intervalli di 7 giorni.

Atrofia adiposa da iniezioni d' insulina

E' illustrato il caso di un'inferma affetta da diabete mellito la quale presentava distruzione totale del grasso sottocutaneo nelle aree in cui praticava le iniezioni di insulina. Tale fenomeno dava luogo alla produzione di estesi solchi (5-7 cm.) simulanti cicatrici, senza che vi fossero lesioni, perdite di sostanza, debolezza dei sottostanti muscoli o disturbi della sensibilità.



E' da notare inoltre che tali depressioni apparirono gradualmente, non accompagnate da gonfiore, dolori, arrossamento.

Digitized by Google

Barborka (*The Journ. of the Amer. Assoc.* 13 nov. 1926) ritiene che sia possibile evitare tali fenomeni mercè un'opportuna manovra. La cute dove deve essere praticata la iniezione va presa fra pollice e indice: si affonda quindi l'ago in direzione parallela alla cute stessa, e si inietta il preparato fra cute e muscoli. L'iniezione deve essere rapida e l'estrazione dell'ago lenta, a fine di fare espandere il più possibile il liquido iniettato. A produrre lo stesso effetto giova anche il massaggio sulla superficie in questione.

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

UN CASO DI EDEMA POLMONARE AVVENUTO DURANTE IL PARTO IN UNA AMMALATA IN CORSO DI PNEUMOTORACE TERAPEUTICO.

per il dott. DONATO PATERNOSTER
Medico della Facoltà di Medicina di Buenos Aires - Già Medico dell'Ospedale Rivadavia di Buenos Aires

La questione è dibattuta e non è probabile che si arrivi ad un accordo di ginecologi e di tisiologi perchè le premesse da cui partono vogliono essere troppo schematiche.

Mentre gli ostetrici propendono per l'intervento in ogni caso di donna tubercolosa gravida, intervento che può andare dal semplice aborto alla isterectomia totale, i tisiologi invece vorrebbero che ogni donna tubercolosa gravida fosse curata in sanatori o in case di cura più come tubercolosa che come gravida.

Tanti gli uni quanto gli altri sono troppo categorici nelle loro affermazioni; allo stesso modo con cui nessuno di noi accetta ciecamente l'assioma degli ostetrici che una donna tubercolosa se ragazza non deve sposare, se sposata non deve aver figli, se gravida deve essere immediatamente liberata, così non si può senza obbiezioni nemmeno accettare l'astensionismo completo dei tisiologi.

Una via di accordo esiste e su quella tutti potrebbero trovarsi concordi a giudicare caso per caso, vagliare accuratamente il pro e il contro, mettere in uso tutti i più fini metodi di indagini cliniche e fisiche e solo quando la maggior parte delle probabilità saranno bene discusse allora si avrà un giudizio per l'intervento o per la astensione.

Gli ostetrici basano le loro conclusioni sulle statistiche che possono rilevare nelle cliniche e negli ospedali, e si può comprendere il loro pessimismo quando si consideri che normalmente solo i casi gravi e gravissimi vengono ricoverati.

I tisiologi e i medici invece hanno a loro disposizione un materiale vasto, una statistica più completa, hanno la possibilità di seguire i casi iniziali e meno gravi e ciò produce l'eccessivo ottimismo che si riscontra nelle loro conclusioni. E' certo che la donna tubercolosa in linea generale deperisce nella prima metà della gravidanza mentre può migliorare talora in modo sorprendente nella seconda metà. E il parto ed il puerperio molte volte risvegliano un processo latente o riacutizzano focolai che già si consideravano spenti.

Il caso che osservai porta un contributo alla discussione ancora oggi così viva e si presta a diverse considerazioni sia per la cura iniziata che permise una normale evoluzione della gravidanza, sia perchè serve a richiamare l'attenzione dei colleghi sull'edema polmonare che insorse durante il travaglio:

Riassumo la storia clinica:

E. B. di 28 anni argentina, maritata, casalinga, abitante in Buenos Ayres.

Nulla di speciale nell'anamnesi remota. Sofferse varicella a 5 anni della quale guarì completamente. Mestruata a 13 anni, le successive mestruazioni furono scarse per quantità, qualità e durata. Si regolarizzarono a quindici anni. A 18 anni infezione intestinale acuta febbrile guarita dopo 14 giorni.

A 24 anni sposò un uomo sano dal quale dopo 15 mesi ebbe una bambina da parto eutocico. Quando vedo l'inferma questa mi riferisce che da un anno circa è dimagrita, che tossisce specialmente al mattino. Talvolta colla tosse emette uno sputo vischioso attaccaticcio. Durante la notte ha sudore profuso, nelle ore pomeridiane malessere e cefalea. Appetito scarso, si lamenta anche di dolore alla spalla destra.

L'a. è di statura alta, scheletro e musculatura normale, pannicolo adiposo conservato. Nulla al capo ed al collo, torace simmetrico ben conformato. Fremito vocale tattile leggermente aumentato all'apice destro ed al sinistro; normale sul resto del polmone. Colla percussione si nota ipofonesi all'apice destro, che scende fino al 4° spazio intercostale anteriormente; posteriormente ipofonesi nella regione sopraspinosa, a sinistra anteriormente ipofonesi nello spazio compreso tra il 2° ed il 4° spazio intercostale, posteriormente fino alla spina della scapola.

Il rumore respiratorio è aspro all'apice destro, leggermente soffiante nella fossa sottoclavicolare, soffiante nella regione sopraspinosa; qualche rantolo sibilante nella regione paravertebrale, a sinistra respiro aspro leggermente soffiante nei punti dove si è rilevata ipofonesi.

All'esame dell'apparecchio circolatorio si rileva solo un leggero rinforzo del secondo tono sulla aorta. Polso regolare, ritmico, frequente, teso.

Addome globoso, striature gravidiche, pigmentazione della linea alba.

Sistema nervoso integro. Coll'esame ginecologico si rileva che l'a. è gravida di due mesi e mezzo. L'esame radiologico mostra l'apice destro maggiormente opacato del sinistro, in esso si rileva una piccola escavazione della grandezza di una nocciola; il restante campo polmonare a destra è chiaro, margini mobili. Apice sinistro più chiaro verso la meta della scapola, nulla alle basi.

Disegno delle sezioni ilari ben marcato con gangli ingrossati.

Nelle urine traccie di albumina. Presenza di bacilli di Koch nell'espettorato in scarso numero (uno ogni venti campi).

L'a. quindi era affetta da tubercolosi polmonare con localizzazione prevalente a destra in forma evolutiva; probabilmente il processo era stato risvegliato dalla gravidanza iniziale.

Scartai la proposta di interruzione della gravidanza pure essendo nel periodo migliore (due mesi e mezzo) al dire degli ostetrici.

Non restava che curare la forma tubercolare sorvegliando l'andamento della gravidanza. Tra i metodi terapeutici diedi la preferenza al pneumotorace eseguito secondo i precetti classici del Forlanini tanto più che il caso era indicato per questo trattamento.

I fatti che si trovano nella letteratura (Carpi, Cambiaso, ecc.) giustificavano il mio modo di vedere, e l'andamento successivo della mia a. confermò il precetto di curare più la donna tubercolosa che non la gravidanza a patto però di sorvegliare attentamente lo svolgimento della gravidanza stessa.

Anche il Carpi riferendo un caso di tubercolosa gravida curata dopo il parto col pneumotorace così conclude:

Non è provato che la tubercolosi nella donna gravida opportunamente curata abbia un decorso più grave della tubercolosi che si manifesta nella donna non gravida. Non esistono dati clinici che permettano la prognosi categorica del decorso della tubercolosi in donna gravida.

Nessun dato di fatto autorizza l'interruzione sistematica della gravidanza in casi di tubercolosi polmonare.

Nei casi nei quali vi siano gli elementi fondamentali per l'indicazione della terapia pneumotoracica, ogni altra indicazione dovrà essere subordinata a quella della effettuabilità del pneumotorace artificiale sia nel decorso della gravidanza sia a parto espletato.

Il giorno 15 maggio 1916 fatti i soliti preparativi (iniezione di pantopon, anestesia locale con novocaina) introdussi l'ago nel 4° spazio intercostale destro sulla linea ascellare media e poichè le indicazioni manometriche (—18—6) confermarono di essere nel cavo pleurico iniziai il trattamento immettendo 250 cmc. di azoto. Alla fine di questa prima seduta il manometro segnava —12—6.

Con intervalli varii, si portò la pressione pleurica a —8—2. Dopo un leggero aumento termico e un modico aumento nella quantità dell'espettorato l'a. cominciò a migliorare: la febbre

Digitized by Google

scomparve e scomparvero pure i bacilli tubercolari nello sputo.

Al terzo mese di trattamento pneumotoracico comparve un modico versamento pleurico. Questo andò man mano aumentando fino ad arrivare all'angolo della scapola: si provvide per ciò allo svuotamento togliendo circa 800 cc. di liquido giallo chiaro con scarsi elementi figurati in prevalenza mononucleari piccoli e polinucleari a granulazioni neutrofile. Una parte di questo liquido iniettato sotto cute nelle cavie dimostrò dopo 40 giorni, qualche ganglio inguinale ingrossato; all'esame istologico si trovarono bacilli tubercolosi.

Dopo un transitorio miglioramento il liquido si riprodusse sempre con gli stessi caratteri e ad intervalli si provvide al suo allontanamento; ogni volta la quantità del liquido estratto veniva sostituito con eguale volume di azoto.

Malgrado il riformarsi del liquido l'esame degli sputi si mantenne negativo per i bacilli di Koch e l'a. in un relativo benessere giunse così all'epoca del parto.

Poco dopo l'inizio dei dolori del parto, la levatrice che assisteva l'inferma richiamò l'attenzione dei famigliari sulla frequenza degli atti respiratori e sul quadro neurologico che andava delineandosi. Al mio giungere trovai l'a. seduta sul letto ansiosa con respiro frequente e superficiale, narici dilatate, leggera cianosi alle labbra ed alle estremità delle dita, polso piccolo, frequente. A tratti l'a. tossiva ed espettorava poco liquido schiumoso di color rosa chiaro.

Un rapido esame quale era richiesto dall'urgenza del caso, rilevò aumento di sonorità sull'ambito polmonare sinistro; alla ascoltazione rantoli a medie e piccole bolle nella metà superiore, rantoli più fini e in maggior quantità alla base, rantoli prevalentemente inspiratori che avevano un carattere di uguaglianza e riproducevano il rumore di uno scroscio di pioggia.

Il travaglio era già iniziato, le membrane rotte, dilatazione completa del collo uterino, feto sceso quasi nello stretto inferiore in presentazione O-T S-A.

L'edema polmonare iniziato poco dopo i primi dolori, era preoccupante per la vita stessa della donna e del feto; praticate iniezioni di cardiocinetici (olio canforato, digalen), provvidi allo svuotamento più rapido possibile con la applicazione di forcipe. Liberata così la donna nacque una bambina viva e vitale.

Allo svuotamento dell'utero seguì una piccola quantità di sangue; provocai il secondamento e ne seguì una discreta emorragia che venne vinta facilmente coi sussidi del caso.

Le condizioni generali dell'a. migliorarono leggermente dopo il secondamento; solo dopo un'ora circa il miglioramento si fece più manifesto e diminuì anche la tosse.

Il polso migliorò anche per nuove iniezioni di eccitanti e la dispnea divenne meno intensa.

I fatti ascoltatori erano allora diminuiti specialmente alla base, quasi scomparsi quelli che prima si ascoltavano alla metà superiore. Dopo tre ore l'a. rimessa, con terrore ricordò la crisi superata, e poichè il polso continuava a mantenersi piccolo praticai una ipodermoclisi di 500 cc. con risultato soddisfacente; l'ipodermoclisi venne poi ripetuta alla notte. Il puerperio trascorse normale. Dopo 15 giorni circa dal parto comparve qualche decimo di temperatura che durò per un mese e mezzo, scomparve per 15 giorni poi ricomparve.

Il trattamento pneumotoracico venne continuato. Dopo due mesi dal parto il versamento pleurico diventò purulento; si ripoterono gli svuotamenti ogni venti-trenta giorni.

In condizioni identiche l'a. continuò per un anno circa, mentre nel polmone in trattamento si stabilivano aderenze ed inspessimenti. Poichè anche dal lato sinistro si assisteva ad un peggioramento, si consigliò un clima di media montagna (altitudine inferiore agli 800 metri) alla Provincia di Cordoba.

Il miglioramento fu transitorio e dopo circa un anno l'a. morì di miliare.

La bambina appena nata venne inviata presso una nutrice sana che ne curò l'allevamento e la tenne con sè fino dopo il decesso della madre.

***

Richiamo l'attenzione sull'edema polmonare insorto durante il travaglio e determinato forse più dallo stimolo dolore che non dalle condizioni del circolo generale.

L'a. riferiva che i primi dolori erano stati molto forti, così forti che essa stessa aveva avuto la impressione di non poterli sopportare, l'ambascia e l'affanno andarono in seguito aumentando mentre le doglie del parto si attenuavano.

Anche i testi di patologia appena accennano a questa complicazione che sopravviene durante il parto. Nella mia a. non esistevano lesioni renali; le traccie di albumina riscontrate nelle orine al primo esame erano scomparse completamente dopo pochi mesi di cure dietetiche; neppure esistevano lesioni aortiche. Solo col fatto riflesso possiamo spiegare lo squilibrio determinatosi tra il grande ed il piccolo circolo che fu poi la causa dell'edema stesso.

I cardiocinetici e più ancora lo svuotamento rapido dell'utero e l'emorragia che seguì il secondamento valsero a ristabilire l'equilibrio nel circolo sanguigno. Le ipodermoclisi successivamente e tempestivamente praticate valsero a migliorare le condizioni del polso e ad attivare la diuresi allontanando eventuali tossine.

Accenno brevemente ad un'altra questione ancora oggi dibattuta: il figlio della donna tubercolosa è già infetto al momento della nascita? Io condivido l'opinione di quelli che rispondono negativamente al quesito.

Nel mio caso la bambina nata da donna affetta da tubercolosi aperta, allontanata immediatamente dalla madre e dall'ambiente famigliare nel quale avrebbe potuto facilmente infettarsi e trasportata in ambiente sano crebbe robusta indenne della tara ereditaria.

Ebbi l'opportunità di vedere recentemente la bambina e mi convinsi che il miglior modo di attuare la prevenzione antitubercolare della infanzia consiste nel ricoverare in ambienti sani i nati da famiglie tarate nel senso tubercolare.

DIAGNOSTICA

Diagnosi dello ascesso cerebrale

La diagnosi dell'ascesso cerebrale dev'essere precocemente intuita, perchè spesso avviene che quando la sintomatologia (stasi papillare, rallentamento del polso e della respirazione, segni di compressione, ecc.) è nettamente stabilita è già troppo tardi perchè un eventuale intervento chirurgico possa offrire delle possibilità di riuscita.

Prima di procedere alla disamina dei sintomi cerebrali, bisogna ricercare nell'anamnesi se esiste qualche elemento che possa far pensare alla possibilità di una raccolta purulenta cerebrale. Potrà quindi essere importantissimo accertare l'esistenza di infezioni generali pregresse, di suppurazioni localizzate agli organi in rapporti diretti o indiretti con la cavità cranica, quali l'orecchio, il naso, la bocca ecc. e infine i pregressi traumatismi del capo.

Cosicchè ammessa la possibilità di un ascesso cerebrale, questo può essere: a) setticemico, sè in dipendenza d'una malattia infettiva generale, come la febbre tifoide, la scarlattina, la endocardite maligna, la stafilo- e streptococcemia, ecc.; tali ascessi setticemici sono in genere molto piccoli e la loro sintomatologia si confonde con quella della malattia generale, sicchè non sempre assumono entità tale da imporsi sul quadro sintomatico; si giovano raramente del trattamento generale antiinfettivo, e ciò è ovvio, se si considera che per aversi una diffusione cerebrale in una stato setticemico generale, la malattia è così grave che offre poca possibilità di salvezza; b) metastatico; qui il quadro clinico è più chiaro. La metastasi è ordinariamente multipla, raramente unica. E' sempre secondaria ad una affezione di altri organi e specialmente dell'albero respiratorio (gangrena polmonare, bronco-polmonite, bronchite purulenta, pleurite purulenta) e del fegato (ascesso amebico).

Il malato, già sofferente di una di queste localizzazioni avverte improvvisamente dolore di testa, violento e persistente, vomito, elevazione della temperatura; possono poi seguire convulsioni, paralisi, torpore, parestesie ecc. La via che l'embolo settico percorre abitualmente è quella della carotide sinistra e di qui lungo l'arteria della fossa di Silvio.

« Dal tronco di questa arteria, dice Bergmann, i rami che vanno ai gangli della base si staccano ad angolo retto, quindi in modo sfavorevole agli embolismi. Invece ad angolo acuto, e cioè in modo favorevole agli embolismi, si staccano i cinque rami che vanno alla corteccia ». E infatti la localizzazione più frequente dell'ascesso metastatico è nella corteccia cerebrale, specialmente se l'embolo settico è unico;

c) da causa locale; in questo bisogna distinguere tante forme quante sono le fonti da cui proviene.

1) *Ascesso otitico.*

E' quasi sempre dipendente da un'otite purulenta cronica. L'a. portatore è colpito, in seguito di cause diverse (raffreddamenti, strapazzi ecc.), da febbre piuttosto leggera (in genere la febbre non supera i 38°-38°,5;

Digitized by Google

secondo qualche A. ciò sarebbe proprio dello ascesso cerebrale e avrebbe valore differenziale con altra localizzazione, come meningea ecc.) è da un senso vago di brivido (Eagleton), malessere generale astenia. Sopravviene poi subito un senso di peso al capo, che presto si trasforma in una cefalea persistente e intollerabile, mentre dall'orecchio aumenta la secrezione del pus.

Questi sintomi possono essere subdoli per alcuni giorni, finchè la scena si cambia improvvisamente e la malattia assume un andamento rapidissimo con esito mortale, sicchè non è più possibile stabilire una netta differenziazione tra la meningite settica e l'ascesso cerebrale.

Giova a questo proposito ricordare un caso personale, osservato recentemente.

Un signore viennese di anni 30, operato all'età di quattro anni di mastoidite per otite media suppurata, una prima volta, e per altre due volte a diversi anni di distanza, presentava un foro nella regione mastoidea, postumo delle operazioni subite e avente un diametro di oltre tre centimetri!

Venuto a Napoli, dopo essere stato a Capri dove aveva praticato dei bagni di mare, cominciò ad avvertire un senso di malessere generale e una lieve pesantezza di testa, accompagnata da stanchezza e perdita di appetito. Tutto ciò non gl'impediva però di ballare un poco e di uscire. Ma improvvisamente dopo quattro o cinque giorni fu colpito da un dolore di capo violento, febbre non molto elevata, brividi, vomito e astenia. Questi sintomi si andarono rapidamente aggravando, in modo che nella notte seguente l'a. morì.

La repentinità del decorso pare debba piuttosto richiamare alla mente la meningite acuta settica, secondaria, cioè una vera meningite otogena, oppure una forma pioemica o infine una forma settica, ma molto spesso i sintomi non bastano a differenziare una forma dall'altra, sicchè solo l'intervento, quando è possibile, chiarifica la sede dell'ascesso.

Nelle forme a decorso non acutissimo (v. *Gazette des Hôpitaux*, n. 62, a. 97) la diagnosi differenziale va posta appunto col tumore cerebrale, che può essere contemporaneo ad una otite e in questo caso non è possibile una distinzione, poichè la sintomatologia si confonde: con la tubercolosi cerebrale dei bambini (trattasi di bambini in cui l'anamnesi molto spesso guida alla diagnosi) o con la meningite tubercolare, e di essa specie quella forma localizzata con placche di meningite circoscritta a segni di localizzazione.

Ma queste due ultime evenienze non sono così frequenti come le precedenti, specie la meningite otitica.

2) *Ascesso di origine nasale.*

L'ascesso d'origine nasale è secondario per lo più ad una sinusite anteriore: in mancanza di altri sintomi, gioverà tener conto della sproporzione fa l'affezione locale primitiva e lo stato generale sopratutto mentale.

3) *Ascesso traumatico.*

Resta in ultimo da considerare l'ascesso traumatico, secondario ad una frattura del cranio o per corpi estranei (es. proiettile) non potuti estrarre.

Come sintomatologia predomina la cefalea intensa, sorda e deprimente o vertigini. Si ha — naturalmente — elevazione della temperatura. Se sopravvengono segni di ipertensione e di localizzazione la diagnosi si rende agevole coll'aiuto dell'anamnesi.

Questi ascessi possono assumere un andamento cronicissimo (due, tre anni) e presentare una sintomatologia quasi muta sia come segni generali che locali. In questi casi trattasi ordinariamente di ascessi frontali.

Allo scopo di stabilire la diagnosi e la localizzazione riesce utilissima la radiografia.

M. Gioia

TERAPIA

L'elettro-anestesia

M. Pierron (*Thése de Paris*, 1926; rif. in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 17, 1926) riferisce i risultati terapeutici ottenuti con la «corrente di Araya», la quale è una corrente faradica modificata in modo che determina solo scarso affaticamento muscolare e lievissimi disturbi vasomotori, al contrario di quel che suole osservarsi talvolta con la comune corrente faradica. Inoltre la corrente di Araya si diffonde a preferenza lungo i tronchi nervosi, specialmente lungo quelli che sono sede di nevralgie o il cui territorio d'innervazione presenta un'affezione dolorosa; essa esplica un'azione sedativa tale da poter perfino provocare il sonno in soggetti epilettici e isterici.

L'apparecchio per produrre la corrente di Araya consta essenzialmente di due pile Bunsen, un apri-circuito, un rocchetto di Ruhmkorff nel quale il primario e il secondario sono riuniti, un voltametro nel circuito primario, un milliamperometro aperiodico nel circuito secondario, una leva permettente di far variare l'intensità della corrente che si utilizza, un cronometro. Il dispositivo originale che trasforma la corrente del circuito secondario in corrente elettro-anestesica si compone essenzialmente di quattro elettrodi di rame, disposti a rettangolo, riuniti a due a due su una base di ebanite e raccordati col circuito secondario del rocchetto di Ruhmkorff. Questi elettrodi saranno applicati o sulla nuca del paziente (come nelle affezioni generali) o sul tronco nervoso che innerva la regione nella quale ha sede l'affezione da curare. Le applicazioni non dovranno durare più di 2-5 minuti e se ne potranno fare due per seduta, lasciando però dieci minuti di riposo tra l'una e l'altra. Un formicolio avvertito dal malato, che sale lungo le bozze frontali, indica che la corrente agisce.

L'elettroanestesia così eseguita trova applicazione in tutte le affezioni funzionali del sistema nervoso, in quelle degli organi di senso e nelle affezioni reumatiche; sarà utile perciò nell'epilessia essenziale, in tutte le manifestazioni dell'isterismo, nelle nevralgie essenziali (intercostali, pelviche o ovariche), nei crampi professionali (degli scrivani, per es.), nelle paralisi, nelle insonnie ribelli, nell'impotenza, nelle malattie mentali (delirio, depressione psichica, eccitazione maniaca o melanconica, ecc.) lombaggine, nei dolori articolari. Sono controindicazioni: la insufficienza cardiaca, l'arteriosclerosi e i malati fulminati o sottoposti a elettrocuzione.

Sulla cura delle dacriocistiti

Secondo Tessier, dell'Ospedale Civile di Venezia, (*Lettura Oftalmologica*, n. 9, 1926) la cura delle dacriocistiti deve ispirarsi ad un concetto ecclettico, perchè le condizioni anatomopatologiche variano in rapporto a stati congeniti e di sviluppo delle vie lacrimali, al punto di partenza della affezione primitiva (nasale, congiuntivale, ossea) ai germi che la sostengono e allo stato generale del paziente. Riescono quindi preziosi agli effetti del metodo curativo da prescegliere un esame anamnestico minuzioso riguardante l'eredità e la forma morbosa, nonchè l'esame sistematico dell'occhio.

Raccolti i sintomi che riguardano le vie lacrimali in genere e il sacco in specie, mediante un apposito ago che ognuno può improvvisare (un vecchio ago da siringa sottilissimo e piegato ad angolo, previo smussamento della punta) e fatto passare nel sacco attraverso l'orificio superiore, si aspira una piccola quantità del contenuto del sacco, per praticare le ricerche micro-batteriologiche. Quindi s'introduce lo speculum nasale e si osserva l'orificio inferiore, osservando lo stato della mucosa nasale la sede, i caratteri dello sbocco nasale del canale naso-lacrimale e si esercita poi una pressione sul sacco finchè si riesce a far scaricare il contenuto del sacco medesimo.

Ciò si può fare anche col dacrioclisma (Petella) e si inietta nel sacco della soluzione fisiologica colorata allo scopo di meglio valutare la pervietà dello stesso. Ciò fatto bisogna distinguere il grado e la natura dell'affezione.

Se si tratta di lacrimazione semplice senza ectasia del sacco e se alla pressione dello stesso sacco il liquido che se ne può esprimere è scarso e il processo è recente — a cavità nasale e sacco congiuntivale intatti — l'A. si limita alle istillazioni di collirii allo zinco o al protargolo o all'argirolo secondo i risultati dell'esame batteriologico. Se invece anche il sacco è interessato, si praticano ampi lavaggi di soluzione fisiologica, immissione di liquidi antisettici o medicamentosi nella cavità del sacco mediante l'ago suddetto. Se la guarigione ritarda si può ricorrere anche agli autovaccini localmente applicati.

In questi casi non si pratica nessun sondaggio. Nelle ectasie, invece, il comportamento è diverso. Se l'ectasia è riducibile e moderata si fa il lavaggio del sacco e poi con una sottile sonda Poulard introdotta dall'orificio superiore si cerca di dilatare con la massima prudenza il punto stenotico, controllando dall'esterno il passaggio della sonda, e ritirandola se incontra ostacoli per rimetterla quindi sino a passare e così continuando fino ad ottenere la dilatazione sufficiente, previa incisione del canalicolo superiore. L'ultima sonda darà ad un di presso la misura del canale lacrimale (2-3 millim. di diam. nel 76 % dei casi). Resta l'operazione del sacco, la quale non è sempre consigliabile, non arrecando i risultati che abitualmente da essa si sperano. Ma quando si impone, l'A. cauterizza con nitrato acido di mercurio la cavità conseguente all'asportato sacco.

Sulla cura dell'ipertensione arteriosa

M. Brelet (*Bull. gén. de Thérap.*, n. 7, 1926) è d'accordo con gli altri AA. nel riconoscere che i comuni farmaci ipotensori usati per combattere l'ipertensione arteriosa (nitriti, vischio, trinitrina, benzoato di benzile tintura d'aglio, ecc.) non sempre rispondono allo scopo. Egli, pertanto, nella cura di tali malati si serve dello schema di Lian e Finot, consistente sopratutto nell'adottare un regime alimentare speciale e nella somministrazione di diuretici.

Digitized by Google

La dieta sarà poco azotata, poco salata, con restrizione di liquidi, tenendo conto che gli ammalati non dimagriscano troppo rapidamente. A questa dieta l'A. associa della teobromina, come diuretico, mentre crede il salasso inutile, a meno che non esistano crisi di dispnea con edema polmonare. Si potranno anche vantaggiosamente prescrivere i purganti, preferendo l'olio di ricino, del quale si darà una dose forte per tre giorni di seguito e poi ancora ogni tre settimane o ogni mese. Gli ipertesi, inoltre eviteranno gli sforzi e specialmente il cammino affrettato e le passeggiate in montagna; la permanenza in riva al mare sarà solo permessa su certe spiagge riparate dai venti e si proibirà il soggiorno al di sopra degli 800 metri. A tutto ciò si unirà una cura idro-minerale.

Non bisogna per ultimo dimenticare che, essendo il cuore in questi soggetti sottoposto ad un continuo iperlavoro, ve ne sono di quelli ai quali, più che dei farmaci ipotensivi, bisogna somministrare dei cardiotonici, la digitalina per es. per vedere cessare i loro disturbi. In ogni caso, anche quando con la terapia innanzi detta, non si riesce ad abbassare di molto la pressione arteriosa, si riuscirà con essa ad evitare accidenti più gravi (insufficienza cardiaca, uremia, emorragia cerebrale, ecc.).

APPUNTI

La durata dell'agonia. — H. Lambert (*La Clinique*, n. 70, 1926) fa notare che, pur quando l'agonia è cominciata, può durare un tempo più o meno lungo, pochi minuti per es. o 20-30 ore, ed è risaputo che i più grandi medici si sono talvolta sbagliati nel pronosticare la fine dell'agonia. Dall'esame comparativo del polso radiale, omerale e femorale si può, intanto, secondo l'A. trovare un filo conduttore per una esatta prognosi. Avviene, infatti, che quando non si avverte più il polso radiale, quello omerale continua a battere ancora per alcune ore; quando anche il polso omerale scompare la morte può dirsi imminente; vi sono solo pochi minuti di vita quando si avverte unicamente la pulsazione dell'arteria femorale.

Naturalmente queste regole non vogliono essere dogmatiche, ma serviranno al pratico per dare, in certe particolari circostanze, alla famiglia una risposta molto vicina alla verità.

Due nuovi insetticidi: il cianuro di calcio e la resina di crisantemo. — E' stato introdotto in California un nuovo insetticida, il cianuro di calcio, che si prepara in gran quantità nella California meridionale dall'azoto dell'aria e da sorgenti gassose naturali. Esso ha un potere insetticida superiore all'acido cianidrico ed è una polvere bruna, leggera, che esposta all'aria svolge una vera ondata di gas velenoso, cui nessun insetto sfugge.

Secondo indicazioni di Juillet e Diacono, ottimo mezzo per distruggere gli insetti dei vestiti sono le emulsioni alcaline o saponose della resina molle del *chrysantemum cinerariaefolium*. Le soluzioni devono contenere almeno 0,25 % di resina e 0,8 % di potassa caustica; il contatto deve durare almeno 20 minuti (dal *Bollettino chimico-farmaceutico*, fascicolo 22, 1926).

La reazione di Jefimow per la diagnosi di elmintiasi. — La reazione di Jefimow per la diagnosi di elmintiasi (ascaridi, ossiuri, tenia) è di facile esecuzione. Si prendono 10 cc. di urina recente, si riscaldano fino ad ebollizione e vi si aggiungono 10 gocce di soluzione di nitrato di mercurio. Se l'urina è normale si fa dapprima lattescente, poi lascia vedere un deposito bianco; se proviene da soggetto affetto da elmintiasi, il colore è grigio e il deposito è scuro, fino al nero, a seconda della gravità della infezione.

Occorre che il paziente non abbia ingerito medicinali nei due o tre giorni precedenti la prova.

Si crede che la reazione sia data dalle tossine secrete dagli elminti ed eliminate con l'urina. (dal *Bollettino chimico-farmaceutico*, fasc. 22, 1926).

Il cloroformio iodato come antisettico in chirurgia. — I dott. Ombrédanne e Forgue usano da qualche tempo, con risultati ottimi, il cloroformio iodato per rendere asettico il campo operatorio. Ecco come lo si prepara:

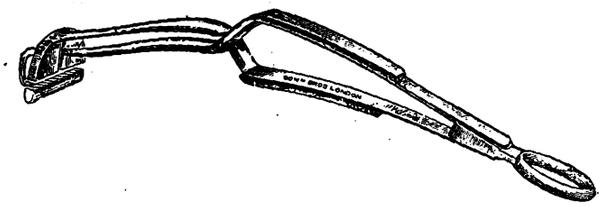
Cloroformio	gr. 30
Iodio	» 1

La soluzione così ottenuta non è caustica e può applicarsi sulle parti del corpo ove la pelle è molto delicata e sulle mucose senza produrre alcuna irritazione. (da *La Odontologia*, n. 5, 1926).

Prelevamento del sangue per l'esame sierologico. — E. F. Thèobalt (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n. 2, agosto 1926), fa notare che per l'esame sierologico del sangue, nel caso di prove di agglutinazione, basterà prelevare mediante puntura venosa 1-2 cc. di sangue, versandoli in una fiala di vetro o in un boccaccetto o in una piccola provetta, ove si lasceranno coagulare. Nel caso che si voglia far eseguire sul siero di sangue la reazione di Wassermann, la quantità di sangue da prelevare sarà maggiore (circa 20 cc.) e si avrà maggior cura che esso coaguli senza agitarlo, per ottenere un siero limpido e non emolizzato.

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Nuovo tipo di pinza emostatica. — G. Preston (*The Lancet*, 21 ag. 1926) rende noto che questo nuovo tipo di pinza è utile non solo nelle operazioni sul cranio, ma anche in tutti gli altri casi dove è necessaria una lunga incisione cutanea. L'occlusione è sempre completa in modo da evitare che la benchè minima quantità di sangue venga e versarsi nel campo operatorio. Questa pinza è di facile e rapida applicazione, può servire a far combaciare i lembi delle ferite, e inoltre presenta una larga superficie d'impianto in modo da poter sostituire ben 3-4 delle pinze ordinarie. Lo strumento è fabbricato da Down Bros. Ltd. 21, St. Thomas' street. London S. E. 1.



NOTE FARMACOTERAPICHE

La Dormalgin, nuovo analgesico. — Come riferisce W. Grunke, Berlino (*Die Therapie der Gegenwart*, 1926 n. 8) la « Dormalgin » risulta dalla combinazione di un analgesico (il piramidone) con un ipnotico (analogo al Noctal), nel rapporto di una parte di ipnotico a tre di analgesico.

Uno degli essenziali vantaggi della « Dormalgin » risiede nella sua relativa innocuità e nella mancanza di azioni collaterali, anche dopo l'uso di forti dosi.

Come analgesico, la Dormalgin si dimostra efficace nelle affezioni dolorose, anche in quelle molto intense, che richiedono l'uso della morfina o di altri preparati di oppio.

Tuttavia in alcuni casi di dolori assai gravi (coliche epatiche, cancrena diabetica, emicrania uremica), la Dormalgin non ha avuto effetto, e si è dovuto ricorrere agli oppiacei, mentre poi, d'altra parte, con la Dormalgin si è potuto in altri casi interrompere l'uso della morfina.

L'azione narcotica si mostra solo eccezionalmente di giorno; di notte si ha più chiara l'azione sedativa, che può giovare anche negli individui che soffrono di insonnia.

La Dormalgin viene somministrata per via orale in forma di tavolette: 0,2 gr., o di una soluzione, di cui 25 gocce contengono 0,1 gr. di medicamento; per via sottocutanea, in fialette da 2,2 cmc. equivalenti a 0,44 gr. di medicamento; e per via rettale, sotto forma di suppositorii da 0,2 gr.

FORMULARIO

Nelle emorroidi dei bambini.— Combattere anzitutto la stipsi con regime alimentare appropriato (legumi verdi, insalate cotte, frutta cotta ecc.). Poca carne, acqua come bibita. Clisteri di acqua calda (135 a 250 gr.) tre volte la settimana con un po' di allume.

Per via gastrica somministrare mattina e sera prima del pasto V gocce di estratto di castagna d'India.

In caso di emorragie o di dolori: un suppositorio composto di:

Estratto di ratania	gr. 0,50
Estratto tebaico	gr. 0,005
Soluzione di cloridrato di adrenalina al	% gocce V
Burro di cacao	gr. 1,50

(Da *La Pratique thérapeutique en clientèle di* Ch. Fiessinger, Maloine Ed. Paris).

Digitized by Google

COMMEMORAZIONI

Il Centenario di Laennec

La Francia ha commemorato con la solennità e la pompa che sa dare alle sue grandi cerimonie ufficiali il centenario della morte dell'illustre autore del «Trattato sull'ascoltazione mediata». Nel grande anfiteatro della Sorbona, è ricomparsa, come viva, attraverso i discorsi ufficiali, la figura del Grande, quasi balzata fuori dall'affresco che qui dipinse Chartran e che mostra Laennec mentre ascolta un tubercolotico all'Ospedale Necker. La Accademia di Medicina ha fatto rivivere in una seduta, tutto un periodo glorioso dell'evoluzione della medicina e l'anima del mondo intero ha esultato nella consacrazione all'immortalità del commemorato. Così la giustizia dei posteri ha ufficialmente cancellato l'irriconoscenza invidiosa dei contemporanei.

Il Comitato organizzatore della cerimonia, presieduto dal prof. Chauffard, aveva già fatto precedere a questa una manifestazione di omaggio al Grande piuttosto intima, nell'agosto scorso, svoltasi alla chiesa di Ploaré — che Laennec aveva frequentato allorchè si era ritirato negli ultimi giorni di sua vita nel maniero di Kerlouarnec — e al cimitero del villaggio dove egli riposa: onoranze queste rese all'uomo e al cittadino. Nella cerimonia ultima, invece, del 13, 14 e 15 dicembre scorso, è la scienza ufficiale che reclama l'ascesa del suo apostolo all'Olimpo dei Grandi. Non si è dimenticato, però, che Laennec era un sincero credente e perciò le due Società dei medici cattolici di Francia, la Società di Saint-Luc e quella degli «Amis de Laennec», hanno preso l'iniziativa, di accordo col Comitato organizzatore del Centenario, di far celebrare il primo giorno delle feste ufficiali una messa nella Chiesa metropolitana di Notre-Dame, sotto la presidenza di S. E. il cardinale Dubois.

La prima seduta ufficiale, come riporta la *Presse Médicale* n. 101, 1926, è stata tenuta alla Sorbona: vi sono intervenuti il Presidente della Repubblica, il ministro della guerra, numerose personalità politiche, civili e militari, i delegati delle nazioni straniere e innumerevoli medici e ammiratori Dopo poche parole di Lapie, rettore dell'Università di Parigi, P. Menetrier ha iniziato la serie dei discorsi dicendo di «Laennec e la scoperta dell'ascoltazione». Fu nel 1816, nel mese di settembre o di ottobre, come dice l'O., che Laennec recandosi a piedi a visitare un'ammalata, nell'attraversare il cortile del Louvre, fu colpito dal gioco immaginato da due ragazzetti: l'uno grattava con una spilla all'esterno di una trave e l'altro, all'estremo opposto, si divertiva ad ascoltare il suono trasmesso dal legno, meravigliato. La mente dell'osservatore pensò subito all'applicazione pratica che se ne poteva trarre in medicina e quando arrivò al letto della malata — una giovinetta — e sentì il bisogno di ascoltare il cuore, anzi che servirsi dell'applicazione diretta, dell'orecchio — dal che lo sconsigliava anche un sentimento di pudore — prende un foglio di carta, lo arrotola strettamente sì da formarne un cilindro con una stretto canale vuoto al centro, lo interpone tra il suo orecchio e la regione della punta del cuore: meraviglia! i battiti del cuore sono da lui percepiti con una nettezza incomparabile, alla quale non era abituato anche allorchè si era servito dell'ascoltazione diretta. Fortuna volle che proprio in questo torno di tempo (1816) egli venisse nominato medico dell'Ospedale Necker; aveva così materiale di osservazione per utilizzare la sua scoperta. Comincia allora quel lavoro febbrile, di Laennec e di pochi suoi allievi, di investigazione sul torace servendosi del nuovo metodo di ascoltazione, di riconoscimento della corrispondenza anatomica, al tavolo delle autopsie, dei diversi segni ascoltatori percepiti in vita, di creazione di tutta una terminologia, prima inesistente, (pettoriloquio, egofonia, rumore di lima, di soffio, ecc.). Lo strumento di ascoltazione abituale fu costituito dapprima da biglietti da vista arrotolati e stretti accuratamente con uno spago; solo più tardi Laennec trovò che il legno era capace di trasmettere ancor meglio i suoni e imparò a fabbricare, nelle ore di ozio, per diletto, i suoi apparecchi, che battezzò col nome di stetoscopi o esploratori del petto.

Su «Laennec al Collegio di Francia» parla, poi, il prof. D'Arsonval. Egli non attribuisce alla invenzione dello stetoscopio solo il merito di aver ovviato a certi inconvenienti della ascoltazione mediata (impossibilità a localizzare talora i segni acustici, impossibilità di applicare l'orecchio in alcune parti del corpo, diminuzione dell'acutezza dell'udito derivante da una posizione incomoda di chi ascolta, ecc.), ma le riconosce l'importanza di aver additato alla semeiotica la possibilità di centuplicare la sensibilità dei nostri sensi mercè strumenti appositi: è la via seguita dopo con la sostituzione del termometro allo apprezzamento tattile della febbre, con l'introduzione dello sfigmografo e dell'elettrocardiografo per conoscere a fondo i caratteri del polso, dei raggi X a completare la nostra vista, ecc. Via nuova che già su coloro che circondavano il Maestro esercitava un fascino inesprimibile, fascino che, a mo' d'esempio, faceva allontanare il padre dell'O. dal servizio di Dupuytren e Pierre-Buffière, per correre da Laennec, come avevano fatto e facevano tanti altri, sempre da Laennec.

Quindi il prof. Roger illustra la figura di «Laennec alla Facoltà di Medicina: lo studente; il professore». Teofilo Laennec si iscrisse alla Facoltà di Medicina nel 1801, non ancora ventenne, quando già era stato iniziato alla medicina da suo zio, Guglielmo Laennec, medico degli Ospedali di Nantes. Seguì dapprima Corvisart che, sdegnando ogni discussione ipotetica, si atteneva scrupolosamente all'osservazione esatta e rigorosa dei fatti e che doveva far fare così gran progresso allo studio delle affezioni toraciche perfezionando il metodo della percussione, inventato pochi anni prima da Avenbrugger. Fu accolto alla Scuola pratica, dove seguì Bayle e divenne il collaboratore di Dupuytren. E' di questi tempi la sua prima pubblicazione su un caso di ossificazione delle valvole mitrali e la sua memoria sulle peritoniti acute, che rivelava già nell'allievo un maestro. Iniziava intanto un corso libero di anatomia patologica — il che gli fruttava la gelosia di Dupuytren — e nel 1803 si presentò ad un concorso indetto fra gli allievi della Scuola pratica vincendo contemporaneamente il premio della medicina e quello della chirurgia, successo che lo fece rimanere unico concorrente l'anno successivo, sì che il direttore della Scuola dovette invitarlo a rinunziare a concorrere. Sostenne poco dopo la sua tesi di dottorato e iniziò il periodo più fecondo della sua vita, che coincide con l'invenzione della ascoltazione mediata. Nominato professore di clinica medica, passò dall'Ospedale Necker ad una clinica della Charité e qui ebbe allievi d'ogni parte del mondo, impartì lezioni mirabili e perfezionò il suo metodo d'investigazione. Malato, non potendo più sostenere le fatiche che il suo posto gli imponevano, il 30 maggio 1826 si ritirò nel suo castello di Kerlouarnec, dove moriva, due mesi dopo, la domenica del 13 agosto 1826, in età di 44 anni. In vita dovette sostenere una continua lotta col male che lo minava, con le ristrettezze economiche, con l'invidia e la gelosia dei contemporanei; in morte solo ha avuto la sua gloria.

Del «La tubercolosi dopo Laennec» parla Lèon Bernard. Attraverso la molteplicità delle lesioni e la varietà degli aspetti clinici Laennec aveva riconosciuto l'unità della malattia, asserzione audace pei suoi tempi. Della tubercolosi ben conobbe e descrisse i vari aspetti anatomo-patologici, e divinò quasi che la tisi conclamata è preceduta da una serie di attacchi silenziosi, rappresentanti una fase latente della malattia. Unica lacuna: l'ignoranza della causa; lacuna che non fu illuminata neppure dall'inoculazione diretta accidentale della malattia alla sua stessa persona, onde poi doveva morirne. L'idea e la dimostrazione del contagio era riservata a tempi posteriori.

Nella mattinata del 14 dicembre, i rappresentanti esteri visitarono, ricevuti dal prof. Chauffard, l'Ospedale della Charité, nel cui anfiteatro Laennec insegnò clinica medica dal 1821 al 1826. Quivi una targa ricorda l'avvenimento; così pure a ricordo della scoperta dell'ascoltazione sarà apposto un medaglione del Maestro, affidato per l'esecuzione allo scultore Andrea Roché, sulla facciata dell'Ospedale Necker.

Digitized by Google

Nel pomeriggio, ebbe luogo la seduta ufficiale all'Accademia di Medicina, con l'intervento del Ministro dell'Istruzione pubblica Herriot. Parlò per primo il prof. Bar, presidente dell'Accademia, il quale fece notare come ai tempi di Laennec la metafisica prevaleva sulla medicina e le ipotesi trionfavano in prima linea. Laennec, invece, fu un osservatore e fu l'iniziatore del metodo anatomo-clinico, che, informato alla ricerca dei rapporti tra sintomi e lesioni, ha poi diretto la medicina per tutto un secolo.

Ch. Miralliè espose poi «Le origini mediche di Laennec». Dal padre luogotenente di sedei presso l'Ammiragliato di Quimper, spirito di poeta ma di mediocre intelligenza, fu affidato allo zio Guglielmo, che era rettore dell'Università di Nantes, e a lui Laennec deve le sue qualità di ordine, di metodo, di lavoro regolare. Dopo aver compiuti gli studi classici, iniziò quelli di medicina presso gli ospedali militari di Nantes avendo come maestri Blin, Ulliac, Darbefeuille e Bacqua: ciò all'età di quattordici anni appena (1795). Per quattro anni continuò a Nantes i suoi studi che riguardavano, secondo l'uso dei tempi, quasi esclusivamente l'anatomia e la tecnica delle dissezioni; poi, scoppiata la rivolta in Bretagna e ordinata da Bonaparte una leva di 60,000 uomini, egli diventò medico militare. Fu durante questo periodo di tempo che Laennec, sotto il nome di Cenneal (anagramma di Laennec) pubblicò una pretesa traduzione di un manoscritto di un bardo della Cornovaglia, Cardoë, narrando una guerra sostenuta ai tempi eroici dai Veneti; poema che rivela in Laennec certe tendenze paterne. Sopravvenuta la pace, Laennec finalmente ottenne dal padre qualche sussidio per recarsi a Parigi e quivi formò la sua fortuna.

Maurizio Letulle parlò quindi di «Laennec anatomo-patologo», Bayle può dirsi, secondo l'O., l'iniziatore di Laennec all'esame del cadavere e all'anatomia patologica; poi Bayle stesso lo affidò a Dupuytren. Divenne in questa disciplina ben presto maestro e in tutte le ricerche, così come in quelle cliniche, mostrava metodo e precisione. Il suo spirito di osservatore fu, forse, favorito dall'ipermetropia di cui era affetto: per vedere da vicino egli era costretto a servirsi di occhiali e questi aumentavano il suo senso di percezione per i più minuti dettagli. Distintosi ben presto, Corvisart lo fa ammettere alla «Società d'istruzione medica», nella quale gli allievi dei vari ospedali di Parigi scambiavano idee su osservazioni cliniche e di autopsia; Leroux lo spinge a pubblicare un suo caso di affezione valvolare del cuore sul «Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie», che costituiva il giornale ufficiale del tempo. Segue l'impareggiabile memoria sulle peritoniti; l'invito di Dupuytren a collaborare, insieme con Bayle, al suo Trattato di anatomia patologica; la vittoria dei due concorsi, di medicina e di chirurgia, alla Scuola di medicina; tutto ciò portò Laennec a concepire l'idea di pubblicare un proprio Trattato di anatomia patologica. Cominciò perciò il suo corso di tale disciplina, che tanta fama e gloria gli apportò, ma pur tanta invidia da parte di Dupuytren, il quale gli mosse una guerra spietata. La miseria e la mal salute costrinsero, però, Laennec a soprassedere all'idea del Trattato e ad addottorarsi; ma il suo genio, anche in clinica, non si smentisce ed eccolo scoprire il metodo della ascoltazione mediata, ed eccolo battere le vie maestre della conoscenza anatomo-clinica del malato.

Per ultimo il prof. Ch. Achard parlò del «L'importanza di Laennec nell'evoluzione della medicina». L'O. dimostra come Laennec abbia segnato nella storia della medicina una tappa anatomica, che doveva in seguito essere completata da una fisiologica, per opera di Claude Bernard, e da una etiologica, per opera di Pasteur: sono le tre tappe che ancor oggi l'investigazione del clinico segue al letto dell'ammalato. Il medico, infatti, rileva dapprima tutti i sintomi, poi cerca di comprendere di quali lesioni anatomiche e di quali alterazioni di funzioni siano l'esponente; infine, costruita così la sindrome morbosa, assurge al concetto etiologico. Laennec, Claude Bernard, Pasteur: ecco i tre simboli della evoluzione della medicina nel XIX secolo.

Terminati i discorsi ufficiali, i delegati stranieri hanno visitato l'esposizione dei cimeli che ricordano l'opera e la vita di Laennec, tra i quali il primo modello di stetoscopio; poi si sono recati all'Ospedale Laennec, che col dispensario Léon-Bourgeois e i suoi due servizi diretti da Léon Bernard e da Rist, rappresenta il primo centro ospedaliero antitubercolare di Parigi.

Le visite ufficiali si chiusero con quella all'Istituto Pasteur, nel pomeriggio del 15 dicembre: quivi il prof. Calmette espose in breve la storia della profilassi antitubercolare dopo Laennec. Alla sera infine ai convenuti fu offerto un banchetto al Palais d'Orsay.

L'omaggio reso, così, a Laennec è omaggio reso alla Scienza e il culto dei grandi scomparsi sarà pur sempre la fiaccola perenne che i maestri di oggi e di domani si tramanderanno, lieti e fieri di poterne alimentar la fiamma.

A. Tarsitano

LIBRI ED OPUSCOLI

Bilancioni G. *I nervi della voce in Leonardo da Vinci* con 16 figure nel testo. Casa Editrice L. da Vinci, Roma. Prezzo L. 12.

L'illustre otorinolaringologo di Pisa, dopo un rapido cenno sui due nervi laringei e sulla discussa origine delle loro fibre motrici, ricorda la tecnica speciale seguita da Leonardo nello studio dei nervi.

Fa poi un geniale confronto artistico fra le teste ritratte dall'alemanno Dürer «vere, forti, religiose di osservazione e d'amore, ma mute d'intima grazia...» con «i volti femminili di un'affascinante dolcezza di modellato e d'espressione» creati da Leonardo, i quali «ottengono col loro nettareo sorriso l'inebriata dedizione dei sensi».

Quindi s'intrattiene sulla nobiltà dei nervi della voce, che, come dice Galeno, è la più importante delle operazioni psichiche.

Leonardo seguì e disegnò, oltre i ricorrenti, anche l'origine e il decorso dei nervi delle labbra e della bocca; egli studiò accuratamente tutte le movenze della persona, che accompagnano la parola e ne completano l'espressione.

Il libro del prof. Bilancioni si presenta in elegante edizione, scritto con stile brillante, ricco di citazioni artistiche e scientifiche, denso di considerazioni preziose: si legge perciò d'un fiato, con vivo interesse e con vera soddisfazione dello spirito.

A. Della Cioppa

Tramontano V. *Un caso di morbo di Erb Goldflam con autopsia.* (Estratto da Rinnovamento medico. Gazzetta internazionale medico-chirurgica. N. 20-21, 31 ottobre-15 novembre 1926).

L'A. dopo estese notizie bibliografiche sull'argomento, passa ad esporre un caso da lui studiato di morbo di Erb-Goldflam, il quale pure essendo gravissimo nella sua sintomatologia astenica, (l'infermo infatti decedette per insufficienza dei muscoli respiratori) non mostrava nessuna lesione istologica da ritenersi importante ed esplicativa per la patogenesi del morbo.

Pur mancando la persistenza del timo, reperto frequentissimo in tala malattia e da taluni ritenuto di grande importanza per spiegare l'origine di essa (Roussy e Rossi, Marinesco, ecc.) il Tramontano, avvalendosi di forti argomentazioni di fisiopatologia muscolare, cliniche ed anatomo-patologiche, già indagate e con sana critica, messe intelligentemente in luce dal d'Amato in una memoria del 1921, giunge alle stesse conclusioni di questo A. il quale dimostrò inaccettabile l'ipotesi della genesi puramente miopatica del morbo e sola atta a spiegare la saltuaria astenia muscolare, sintoma cardinale, i disturbi sensitivi, secretivi e vasomotori, le piccole oscillazioni termiche ecc., quella endocrina simpatico muscolare.

Il caso descritto dal Tramontano assume grande importanza perchè ribadisce tale concetto per la mancanza di ogni lesione istologica importante, anche a carico del sistema endocrino, il quale pure essendo leso nella sua funzione, può apparire morfologicamente normale.

G. Pennetti

NOTIZIE

Nel nostro comitato direttivo. — Col nuovo anno entrano a far parte del nostro comitato direttivo i proff R. Feletti, direttore della Clinica Medica nella R. Università di Catania e G. Izar direttore della Clinica Medica nella R. Università di Messina.

Nel darne l'annunzio ai nostri lettori porgiamo, vivamente compiaciuti, ad entrambi il nostro saluto augurale ed il benvenuto più cordiale.

Dei due illustri clinici e della loro scuola pubblicheremo lezioni, lavori originali ecc. che andranno ad arricchire il già importante e vasto contributo scientifico-pratico che ci viene inviato per la pubblicazione delle più fiorenti scuole italiane.

Nomine e onorificenze. — Il Prof. Agostini Cesare Direttore della Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Perugia è stato, su proposta del Prof. Laignel-Lavastine, nella seduta del 2 dicembre u. s., nominato ad unanimità Membro della Società di Neurologia di Parigi.

— In seguito a concorso la borsa di studio per perfezionamento all'estero della Fondazione Besso — in Roma — è stata attribuita al dottor Giuseppe Pennetti coadiutore ordinario alla cattedra di materia medica della nostra Università. Egli si recherà prossimamente presso l'Istituto di Biedl a Praga.

Digitized by Google

Congresso internazionale d'Idrologia. — Nella ultima seduta del consiglio direttivo della « International Society of Medical Hydrology », tenutasi a Londra, l'On. Prof. Umberto Gabbi, direttore della R. Clinica Medica di Parma, è stato nominato Presidente generale di quella Società Internazionale generale per il biennio 1927-28.

Questo riconoscimento, così solenne, che la medicina inglese ha fatto dei meriti del nostro insigne clinico e idrologo, è titolo di orgoglio per la nostra Nazione e ne facciamo le più vive congratulazioni all'antico e affezionato collaboratore del nostro giornale.

S. E. il Primo Ministro d'Italia ha accettata la Presidenza Onoraria del Congresso, che la Società Internazionale d'Idrologia terrà in Italia nel corr. 1927, e la seduta inaugurale, sotto la Presidenza del nostro Duce, sarà tenuta a Roma, in Campidoglio. Tanta solennità conferirà, rimpetto alle altre Nazioni, il più alto suggello e prestigio alla medicina italiana, che fortemente vuole valorizzare le nostre risorse idroclimatiche: sorgente cospicua di ricchezza e a un tempo palestra della scienza nelle sue applicazioni curative.

Posti di assistente volontario nella clinica medica per le malattie tubercolari del Prof. Maragliano a Genova. — Sono ammessi per l'anno scolastico corrente 6 assistenti volontari.

Gli assistenti volontari prestano servizio nelle sale cliniche e nei Laboratori e sono messi in grado di addestrarsi in tutte le ricerche moderne sulla patologia,, sulla clinica e sulla terapia delle malattie tubercolari.

Nei Laboratori dell'Istituto essi possono fare, sotto la guida del Direttore, ricerche originali; non devono incontrare nessuna spesa pei loro studi essendo tutti gli oneri relativi sostenuti dall'Istituto.

Il corso comincia in gennaio corrente alla ripresa delle lezioni dopo le vacanze di capodanno.

I signori medici che aspirano ad avere uno di questi posti devono rivolgerne domanda all'indirizzo del Sen. Prof. Edoardo Maragliano, Genova.

Corso di perfezionamento in igiene a Napoli. — Presso l'Istituto d'igiene della R. Università di Napoli avrà inizio l'11 gennaio 1927 il Corso di perfezionamente per aspiranti ad Ufficiali Sanitari. Possono iscriversi al detto Corso, oltre i laureati in Medicina, anche i laureati in Chimica e Farmacia, Zooiatria ed Ingegneria.

Il Corso, come al solito, consisterà in lezioni teoriche ed in esercitazioni pratiche, ed avrà la durata di due mesi.

La tassa di iscrizione è di lire 400. Le iscrizioni si ricevono presso l'Economato della R. Università, e, poichè è limitato il numero dei posti, le ammissioni saranno fatte in base all'ordine di presentazione delle domande.

Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. — Alle ore 15 di giovedì, 13 gennaio, nell'aula della Scuola (S. Aniello Caponapoli, 2) avrà luogo la inaugurazione del II anno accademico con un discorso del Chiar.mo Prof. Comm. Michele Sciuti sull'argomento « La metalue e la sua cura ».

Precederà una relazione del Dott. Vincenzo Lenzi sull'argomento della Scuola nel precedente I anno accademico 1925-26. Il presidente della Scuola Prof. Andrea Ferrannini sintetizzerà il programma per l'anno 1926-27. Dal 10 corr. gennaio si ripristinano le lezioni in tutti i Corsi.

Corso di puericultura e di assistenza all'infanzia della O. N. P. M. I. — La C. K. I. organizza per incarico ricevuto dall'Opera Nazionale per l'Assistenza della Maternità e dell'Infanzia il Corso per medici che sarà tenuto in Roma nel 1927 a norma del Regolamento approvato dal Consiglio Centrale dell'Opera stessa.

Le iscrizioni sono limitate a 40 posti e rimangono aperte fino al 10 gennaio 1927. I laureati in medicina e chirurgia che intendono frequentare il Corso debbono farne domanda per iscritto su carta legale alla Presidenza dell'Opera Nazionale — 25 Piazza Cavour — unendo copia autentica del diploma di laurea in medicina e chirurgia e versando la somma di L. 200.

Il Corso avrà inizio il 25 gennaio e sarà tenuto nel Preventorio per Lattanti Emilio Maraini.

La Direzione del Corso è tenuta dal Prof. Francesco Valagussa.

Le norme riguardanti i particolari dell'insegnamento per gli esami per il conferimento del diploma sono quelle del Regolamento per i corsi di puericultura per medici stabiliti dal Consiglio Centrale dell'O. N. P. M. I.

A termine del regolamento stesso nessun posto di istituti fondati e sussidiati dall'Opera Nazionale per assistenza al bambino verrà conferito a medici che non abbiano il diploma di puericultura dell'Opera stessa, fatta eccezione per gli aiuti od assistenti effettivi delle cliniche pediatriche e dei grandi ospedali infantili del Regno.

NECROLOGIO

VICTOR BABES

Nell'ottobre dello scorso anno si è spenta, all'età di 72 anni, una delle più grandi figure scientifiche della Rumania, il prof. Victor Babes, dopo quaranta anni di feconda attività ben conosciuta dal pubblico scientifico del monto intero.

Nato nel 1854 da genitori rumeni, V. Babes compì i suoi studi di medicina e Budapest e a Vienna; nominato dottore nel 1871, completò la sua educazione scientifica in Germania presso vari grandi Maestri, come Lander, Rokitansky, Bollinger, Ziemssen, Arnold, Recklinghausen, Virchow, Koch, Cornil. Dapprima assistente, poi libero docente di anatomia patologica, era stato proposto come professore titolare per l'Università di Budapest, affidandogli anche la direzione dell'Istituto patologico, allorchè con una legge speciale votata dal Parlamento rumeno fu chiamato a Bucarest ad occuparvi la cattedra di anatomia patologica e di batteriologia. Quivi egli fece costruire l'Istituto di patologia che porta il suo nome e svolse un'attività veramente prodigiosa. Con la sua grande competenza esercitò un'influenza straordinaria nel paese sullo stato dell'anatomia patologica, della batteriologia, dell'igiene e della terapia delle malattie infettive. Spirito estremamente fecondo, lavoratore infaticabile, ha pubblicato numerosissimi lavori originali (oltre 700) ed ha avuto come discepoli molte personalità scientifiche: Marinesco, Manicatide, Proca, Nicolau, professori alla Facoltà di medicina di Bucarest; Puscarin, professore alla Facoltà di medicina di Jassy; T. Vasiliu, professore alla Facoltà di medicina di Cluj; Levaditi, capo di laboratorio all'Istituto Pasteur; Th. Mironesco e A. Babes, ecc.

E' difficile sintetizzare in pochi righi la produzione scientifica originale di questo eminente uomo di scienza, che si è affermato in tutte le più diverse branche; citiamo soltanto alcuni lavori più importanti. La sieroterapia, per es., si è avvantaggiata molto delle sue scoperte; nel campo della microbiologia generale ha compiuto ricerche sull'actinomicosi, sulla lebbra, ponendosi con questi lavori a fianco di Hansen, sulla rabbia (« Traité de la rage », Paris, 1912) con uno studio completo di questa malattia da tutti i punti di vista, sul gruppo delle setticemie emorragiche, sulla scoperta dei corpuscoli metacromatici, sui microrganismi da lui scoperti e denominati « Babesia », sull'esistenza della tubercolosi latente localizzata ai gangli bronchiali nei bambini (90 % dei casi di autopsia), sull'azione antagonista dei batteri e sulla loro associazione in diverse malattie, sui bacilli intermedi tra quello del tifo e il coli (paratifici), sulla penetrazione dei bacilli della morva e della tubercolosi attraverso la pelle integra, ecc. Ha inoltre pubblicato lavori sulla nefrite ipoplasica, sulla pigmentazione nella malattia di Addison, sulle lesioni buccali dello scorbuto, sui rapporti delle lesioni congenite con le miopatie, sui tumori, specialmente nei riguardi delle cellule giganti, delle forme atipiche di cariocinesi e dello stadio precanceroso, sui rapporti tra certe anomalie delle dita delle mani e dei piedi e le lesioni della base del cranio, sulla pellagra (studi questi ultimi che gli valsero nel 1924 il premio Monthyon, conferito dall'Accademia delle scienze di Parigi).

Babes, inoltre, si è occupato di questioni di igiene e di medicina sociale, assicurando così un prospero avvenire al paese; le condizioni sanitarie del paese infatti debbono essere la prima preoccupazione dello Stato, ed è perciò che il servizio sanitario non deve risentire dell'influenza delle vicende politiche ma innanzi ad ogni cosa deve porsi la [illegible] zione del popolo, fondata sui risultati delle ricerche scientifiche. Si comprende, da ciò, come Babes abbia dovuto combattere per tutta la sua vita una lotta accanita contro la potenza formidabile dell'ignoranza e della malvagità umana.

Emilio Savini
(Jassy — Rumenia)

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

N. 1 (3-1-1927)

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 10 Gennaio 1927 — N. 2

QUESTIONI DEL GIORNO

L'INDIRIZZO DEGLI STUDI CLINICI SECONDO UNA COMMISSIONE DI CONCORSO

Pubblichiamo con il massimo compiacimento questo articolo, che il chiarissimo Clinico Medico di Bologna, Prof. Giacinto Viola ha scritto per il nostro giornale.

Esprimiamo il più vivo augurio che le idee, illustrate con la chiarezza di elevata praticità, che Gli sono abituali, diventino realtà per il progresso degli studi medici nella nostra Nazione. A questo progresso abbiamo sempre mirato con costanza di fervore.

La Riforma Medica

In occasione dell'ultimo concorso di Clinica Medica (per Modena) la Commissione (Zoia, Micheli, Ceconi, Centanni e il sottoscritto) ha creduto di fissare, *prima*, i criteri generali coi quali avrebbe giudicato, *poi*, i concorrenti.

E' forse la prima volta che ciò avviene e la cosa merita di essere commentata, non tanto per mettere in rilievo l'obbiettività della Commissione, quanto per discuterne i criteri adottati.

Non credo vi sia modo più efficace di questo per imprimere un determinato indirizzo agli studi riflettenti la materia messa a concorso. Il fatto che quattro clinici e un patologo generale si sono trovati pienamente d'accordo nello stabilire certi principi generali ai quali deve corrispondere la preparazione culturale e la produzione scientifica nel campo della Clinica Medica, parmi che debba persuadere i giovani a meditare su quei principi e ad uniformarsi più o meno, ben inteso, a seconda della propria individualità. Se quei principi sono giusti e fecondi, un immenso vantaggio può derivarne all'economia delle forze individuali di quegli inesperti, che per lo più procedono a tastoni nei primi passi della dura carriera, perdendo un tempo prezioso.

Ma ciò che più importa, un vantaggio anche maggiore ne deriverà alla somma della produzione scientifica nazionale.

***

I tempi moderni domandano che codesta produzione venga meglio indirizzata e coordinata. Bisogna guardare in faccia la verità se vogliamo sul serio migliorare. La bolsa rettorica parlamentare in passato molte volte si è compiaciuta di asserire ben alto che la scienza italiana è alla pari di ogni altra di altre Nazioni, se pur non le supera tutte di un metro e una spanna. Ciò che egregiamente è più volte servito da pistolotto finale ai ministri della P. I. nelle loro sbiadite relazioni di bilancio.

Viceversa il bilancio dell'Istruzione Superiore è stato rappresentato sempre da somme irrisorie e la produzione scientifica nazionale, quale apparisce nelle raccolte bibliografiche ufficiali internazionali, anche oggi, *è metà di quella del Belgio*. (Bei nomi e bei lavori e belle scoperte naturalmente abbiamo anche noi).

A malgrado della nostra grande inferiorità economica, potremmo tuttavia far molto meglio e molto di più se fossimo meglio organizzati. La Commissione di Modena è stata mossa da questo grande pensiero.

Basta guardare la raccolta dei periodici di Medicina italiana allineati nelle nostre biblioteche a fianco delle poderose riviste straniere: salvo poche eccezioni, un tritume di giornalucoli dall'abito tisico, che nascono e muoiono nel giro di pochi anni, mentre altri ne pullulano incessantemente e portano con sè nascendo la medesima sorte, e colla morte precoce travolgono nell'oblio sempiterno quel poco che misero alla luce.

L'unificazione di tutti questi piccoli rivoli dispersi sarebbe già un grande progresso, di modo che si salvassero dal dispersimento tante nostre fatiche. Perchè ciò che sopravvive nelle bibliografie correnti non è che una frazione di ciò che si produce. E' stupefacente di fatti nel nostro campo il vedere la quantità di pubblicazioni che i più ignorati autori presentano ai concorsi universitari, a quelli di primariato e perfino a qualche buona condotta. I Commissari vedono arrivare cataste di pacchi dalle quali saltano fuori centinaia e centinaia di « estratti » da periodici che nessuno legge e voluminose monografie stampate privatamente, senza editore, in poche copie, introvabili e ignote del tutto al mondo degli studiosi.

Quale immenso spreco di lavoro e di danaro! Perchè non disciplinare con un sano indirizzo editoriale e scientifico tutte queste forze produttive e dirigerle ad un risultato concreto?

Molto lascia spesso a desiderare il contenuto di codeste pubblicazioni. L'argomento studiato è per lo più di scarso interesse e il modo incompleto onde è trattato lascia il tempo che trova. Manca la fede nel proprio obbiettivo e si stampa pei concorsi non per la scienza.

Grosse monografie riassuntive, che pur sono di grande aiuto agli studiosi oggidì sono talvolta poderose e pregevoli fatiche; ma sono di difficile acquisto, non penetrano nel commercio librario, non hanno nè editore nè prezzo di copertina e, perchè privi di indici analitici e sintetici sono di impossibile maneggio. Si sente che l'autore ha la persuasione che l'opera sua, stampata alla macchia e in copie limitatissime, non servirà a nessuno: servirà al concorso o alla docenza.

Per verità la Commissione di Modena si è preoccupata più ancora del contenuto di tante povere e quasi inutili pubblicazioni; ed ha voluto dire ai giovani che, poichè si accingono al duro compito della ricerca scientifica, occorre che fin dall'inizio, coll'ardimento proprio dell'età, alzino la mente coraggiosamente ai grandi problemi e non si trastullino con numeri e tabelle riguardanti questioni minute di nessun interesse reale. Tutto può essere misurato e catalogato con un esterno camice scientifico, ma ciò che serve e ciò che resta è quel che si riannoda direttamente ai grandi problemi.

Non è vero che per contribuire alle grandi questioni si domandino forze maggiori e diverse da quelle che si impiegano nelle minute quisquiglie. Lavorare bene è sempre difficile, non è meglio lavorare sulle grandi strade maestre che non nei viottoli perduti? Il rendimento è sempre molto maggiore e più sicuro.

D'altra parte si deve anche sapere che qualsiasi lavoratore della scienza può trovarsi dinnanzi a risultati nulli e *deve rassegnarsi alla disciplina del silenzio*. Far gemere egualmente i torchi per accumulare carta stampata, *costituisce per le Commissioni di concorso titolo di demerito*. Ogni pubblicazione, fosse la più modesta, deve avere in sè la sua giustificazione piena e rigorosa.

Noi che oggi siamo chiamati a giudicare, siamo stati giudicati quando prevalevano tutt'altri indirizzi di quelli che oggi sono patrocinati dalla Commissione di Modena!

L'ambiente scientifico era ancora in formazione e ci si preoccupava sopra tutto della conoscenza del tecnicismo. Si stampava non per dir cose nuove ma per dimostrare che si sapeva maneggiare un tamburo di Marey o un contaglobuli di Thoma-Zeiss. Lavori quindi su tutti i campi del tecnicismo, cultura estensiva, ingenua e inconcludente. Se taluno si approfondiva in un campo determinato, era giudicato non per ciò che aveva fatto, ma per ciò che non aveva potuto fare negli altri campi. Ogni lavoro riassuntivo o trattatistico era titolo di demerito pei giovani. Bisognava *passeggiare* pei campi fioriti della scienza, non vangare nè dissodare.

Questo pernicioso orientamento è tempo che cessi. Il tecnicismo non è fine a sè stesso. Il ricercatore deve proporsi un obbiettivo importante e preciso e non badare agli anni che si domandano per raggiungerlo, e tutto concentrarsi in quell'obbiettivo e prenderne possesso con tutti i mezzi, da tutte le parti.

L'interesse collettivo della scienza non sta nella versatilità dei lavoratori, ma nel numero delle conquiste positive e sicure fatte da ognuno di essi. Sta nell'avere per ogni argomento un competente cultore da consultare, che abbia su certe questioni una sicura esperienza personale.

I danni della specializzazione, tante volte e giustamente lamentati, non derivano dal *lavorare* circoscritto: per approfon-

Digitized by Google

dire bisogna circoscrivere necessariamente. I danni della specializzazione derivano dalla *cultura* troppo specializzata. La mente deve essere in possesso di larghi orizzonti: deve conoscere la posizione, direi, geografica del proprio piccolo territorio di ricerca in mezzo al tutto. Questo basta per dare alle cose il loro peso relativo e questo si riconosce d'un subito in ogni lavoro, per circoscritto che sia l'argomento trattato. Dunque *cultura larga e lavoro circoscritto*. Circoscritto, paziente, tenace, profondo per anni, per decenni, cogli occhi sempre fissi alla verità che si perseguita ma che si nasconde e si dilata e si disperde in profondità.

La cultura larga deve essere provata da opere trattatistiche. Ciò che non entra nei trattati è quasi tutto perduto per la scienza. Il trattato è l'edificio e solo la « costruzione » è scienza. Costruire bisogna, man mano che il materiale si accumula: esso deve avere il suo posto preciso nel tutto e dal tutto derivare la sua importanza e il suo preciso significato.

Non avremo mai una scienza italiana se non ci daremo con grande lena ad opere di costruzione italiane. Le nostre generazioni di medici pratici si formano ancor oggi sulle traduzioni di trattati stranieri. Non è questa una grande vergogna? Come farci valere presso gli stranieri e presso noi stessi se gli stranieri ignorano del tutto le cose nostre e diffondono fra noi una *forma mentis* antinazionale? Io non so se sia peggiore il protettorato politico o il protettorato culturale.

Troppo sono state svalutate e per tanti anni le opere trattatistiche negli ambienti scientifici italiani, troppo si sono sconsigliati i giovani da queste vie. Fatica grossa è il trattato, che non offre in Italia neppure compensi economici degni di questo nome, che possano giustificare l'immane lavoro. Solo i giovani han le membra robuste per portarne il peso agevolmente e, diciamo, per amor della gloria. Guardiamo all'estero: non si bada all'età nell'affidare opere compilative per collaborazione. E non mancano esempi di autori giovanissimi che hanno scritto trattati fortunatissimi: ve n'è dovunque.

Certi pudori, come quello della « lunga esperienza » necessaria ad affrontare l'impresa, sono fatti apposta per generare la sterilità: così i trattati non son fatti dai giovani perchè troppo giovani, e non son fatti dai vecchi professori, carichi di esperienza, ma consumati dall'autocritica, affaticati da mille e diversi impegni e oramai schivi dall'affrontare l'imponente fatica.

Bisognerà pur tenere una via di mezzo e risolvere il problema.

Perciò la Commissione di Modena ha incoraggiato francamente i giovani alla produzione trattatistica. La quale, ben s'intende, non deve essere improvvisata, ma deve essere preparata di lunga lena con una esperienza personale di alcuni anni in quel campo e d'altra parte non deve tutto domandare a cotesta esperienza personale — il che sarebbe un altro male — ma molto all'esperienza altrui, all'esperienza di tutti, sparsa nella stampa periodica di tutto il mondo e bisognevole di essere raccolta e organizzata continuamente.

Non facciamo che per amore del meglio non si abbia neppure il buono.

***

Finalmente la Commissione ha tenuto *a definire la produzione clinica* e a differenziarla da quella della patologia speciale.

E qui si ritorna al punto sostanziale della scelta del tema di lavoro.

Bisogna salvare la Clinica dalla eccessiva tendenza teoretica che ha assunto da noi. Bisogna rivalorizzare, nobilitare, esaltare la importanza dei lavori di indole pratica. I nostri Congressi di Medicina Interna non sono congressi clinici: sono congressi di patologia teoretica e sperimentale. Vi si agitano quasi esclusivamente le grandi questioni eziologiche e patogenetiche. La tenace ricerca del sintoma, il largo controllo statistico del suo valore, l'importanza che esso assume nella diagnosi, i problemi terapeutici, la collaborazione colle maggiori industrie per la produzione di nuovi prodotti curativi, paiono nell'atmosfera dei nostri congressi — abbassarne il tono scientifico e portarci in una aria bassa e irrespirabile. Se i maggiori maestri assumono le relazioni — gli è per impostare delle grandi questioni patogenetiche e risolverle non sulla base di una larga statistica clinica personale, ma colla dotta conoscenza della patologia sperimentale e speciale internazionale.

Noi giriamo intorno alla clinica, ma non siamo nella clinica. La gloriosa scuola neurologica di Parigi, che ripete l'indirizzo e l'impulso ancor oggi dell'immortale genio clinico dello Charcot, ci dovrebbe servire di esempio. Là domina realmente l'intento clinico applicativo: là è la ricerca incessante, direi febbrile, dei segni e la ricerca incessante dei mezzi terapeutici.

La clinica è biologia, ma il nostro contributo alla biologia umana deve sorgere dal terreno dell'osservazione clinica, sfruttato al massimo grado. E c'è tanto da vedere, da osservare, perchè guardiamo da secoli e tutti i giorni ci accorgiamo che non avevamo veduto.

Non vogliamo essere fraintesi: senza anatomia patologica e senza patologia sperimentale, senza microscopia e senza chimica, non si fa della clinica. Ma bisogna dir alto che il *terreno specifico della Clinica è il rilievo dei sintomi* che presenta l'uomo ammalato quando lo si osserva nelle sue funzioni più o meno alterate. Se non siamo noi ad adempiere a questo compito, chi dunque vi adempierà?

I malati sono sempre troppo poco studiati al loro letto. Se di ogni fenomeno rilevato vogliamo renderci una profonda ragione, vediamo che la variabilità dello stesso fenomeno nei vari individui, ci illumina straordinariamnte sulla natura di esso.

Questo è realmente il terreno nostro specifico, e invece di coltivarlo con grande attenzione e scrupolo e precisione e avarissimo intento raccoglitore, sorvoliamo su questi tesori di verità che gettano fasci di luce, di *vera luce* improvvisa su tanti problemi generali frantumati e svisati e affaticati nei laboratori sperimentali, sorvoliamo, dico, con aria superficiale e con quella *suffisance* caratteristica di chi è convinto che il segreto sta nel microscopio e nella provetta.

Certo la formula leucocitaria e il bacillo di Koch nell'escreato hanno la loro immensa importanza. Ma chi viene in Clinica *solo* per studiare le granulazioni dei globuli bianchi o l'eliminazione dell'urea in svariate contingenze morbose, non fa della clinica vera. Per soddisfare codeste tendenze scientifiche rispettabilissime, utilissime, lodevolissime, ma unilaterali, ma nella loro radice — come tendenza dello spirito — teoriche non si viene in una Clinica, si va nei laboratori di microscopia, di patologia generale, di chimica biologica.

E' l'*abito mentale del Clinico* che deve saltar fuori dalla produzione che esigiamo nei concorsi per Clinica, quell'abito che hanno avuto in sommo grado in Italia i più grandi clinici e che si smarrisce nella nuovissima generazione.

Bisogna esaltare la dignità, la fecondità, la sanità dell'indirizzo applicativo. Esso è stato il centro vitale della universale Medicina nei secoli. La scelta dei problemi di studio, fatta sotto l'angolo visuale della loro applicazione pratica, porterà altresì il ricercatore sul terreno vitale dei grandi problemi scientifici. Il contatto col malato sarà mai sempre una grande cura risanatrice per tutti gli operai della Medicina, dall'anatomico puro al patologo generale.

Quante sterili fatiche evitate, quante idee risanate, quanti orizzonti nuovi squarciati!

Ecco pertanto, nella loro forma originale, stralciati dalla Relazione Ufficiale, i criteri generali enunciati dalla Commissione per il Concorso alla Clinica Medica di Modena (ottobre 1926).

I. — Severo tirocinio iniziale in Istituti di anatomia patologica o di patologia generale o di chimica biologica o in altri affini, che rappresenti una preparazione veramente solida alla Clinica.

II. — Lungo tirocinio in Istituti di patologia speciale o di Clinica Medica, che garantiscano il possesso di una annosa esperienza pratica, per sua natura fatalmente lenta ad acquisirsi.

III. — La scelta degli argomenti di studio deve avvenire per problemi che abbiano una larga importanza, affrontati e approfonditi con ripetute serie di indagini intorno al medesimo problema fondamentale.

IV. — Deve risultare dalle pubblicazioni un contenuto veramente nuovo, così che si realizzi effettivamente un passo innanzi nella conoscenza.

V. — La produzione può riguardare sia le materie preparatorie che problemi di patologia umana di interesse solo teoretico. Ma non potrà mancare un forte corredo di produzione strettamente clinica, che coroni l'opera scientifica del candidato

Digitized by Google

e che quindi si svolga nel campo pratico-applicativo della sintomatologia, della diagnostica e della terapia.

E a maggior chiarezza si afferma che non lo studio di qualsiasi problema offerto dall' uomo ammalato tocca la Clinica nella sua essenza, ma bensì lo studio di quei problemi scientifici che hanno un interesse pratico. Tutto ciò, di cui al momento attuale non si vede la possibilità dell'utilizzazione pratica, rimane di sua natura teoretico, e quindi non appartiene in proprio alla Clinica, ma alla patologia. Il Clinico deve avere larga preparazione teoretica, per derivarne a vantaggio della clinica sempre nuove applicazioni pratiche, ma la Commissione afferma altresì, che il precoce obbiettivo applicativo forma la mentalità clinica e giova alla stessa produzione teoretica dei candidati, in quanto li salva da orientazioni che sono molte volte sterili e senza importanza.

VI. — Grande peso deve essere assegnato ad opere trattatistiche di polso con impronta personale e a sintesi originali di complessi problemi clinici.

VII. — Si esige infine rigorosa severità di metodo scientifico e conclusioni prudenti su larghe e sicure indagini e ragionamenti.

Micheli, Zoia, Ceconi, Centanni, Viola.

***

Nello svolgimento dei concorsi di Clinica Medica una lezione clinica, liberamente preparata, sopra un caso pratico, dovrebbe sempre, secondo il Clinico di Firenze, integrare la valutazione dei titoli. E a questa proposta possiamo tutti sottoscrivere e la legge attuale la consente.

Bologna, 20 dicembre 1926.

Prof. GIACINTO VIOLA.

LEZIONI

SCUOLA PAREGGIATA DI DIAGNOSTICA MEDICA
dei Dott. Proff. G. e F. ARENA
(ex Collegio Medico di Napoli)

SUL " SITUS INVERSUS VISCERUM „ COMPLETO

Lezione Clinica del dott. prof. GUIDO ARENA
Docente di Clinica Medica e Patologia Speciale Medica nella R. Università di Napoli
Socio aggregato della R. Accademia Medico-chirurgica

Presento un caso di singolare interesse che potrebbe sembrare una curiosità clinica, ma che pur ha la sua importanza scientifica e pratica, per le questioni embriologiche ad esso collegate e per i dubbi diagnostici che nell'esercizio clinico può suscitare.

È un giovane di anni 30, come vedete dall'aspetto, in perfetta salute; la madre sta bene, pur portando una destrocardia; un fratello, che gode ottima salute, è mancino; due sorelle sono viventi e sane.

Ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia.

Nel 1920 fu chiamato alle armi, ma, dopo pochi mesi di servizio militare, si ammalò di polmonite doppia e di pleurite essudativa a sinistra, che si riassorbì spontaneamente; fu congedato e d'allora è stato sempre bene, senza avere alcun disturbo respiratorio nè circolatorio.

A 22 anni si contagiò di sifilide, che fu curata abbastanza energicamente, anche negli anni successivi.

La costituzione scheletrica è perfetta, le masse muscolari bene sviluppate. Piccoli acicoli glandolari alle epitroclee e negl'inguini.

Torace. All'ispezione si nota subito una pulsazione al 5° spazio intercostale di destra, ritmica, non espansiva. Nessun battito a sinistra.

Alla percussione, a sinistra, in avanti, il suono è schietto pulmonare, su tutte le linee, fino al 6° spazio, dove comincia un suono timpanico più alto del normale. A destra invece, nel 1° e 2° spazio, il suono è pulmonale, dalla mediosternale alla emiclaveare, dal 2° spazio al 5°, si ha, prima una ottusità relativa e poi assoluta, che termina a livello della pulsazione notata.

Ascoltando su questo punto si rilevano un primo ed un secondo tono, con i caratteri dei toni cardiaci normali; così, sul 2° spazio intercostale, a sinistra, i due toni aortici, a destra, nel 2° spazio, i due toni pulmonali.

L'esame dell'apparato respiratorio dà reperto normale.

I polsi sono 80 a m'.

Nell'addome non si rileva nulla all' ispezione, nè alla palpazione. Il fegato e la milza non sporgono.

Percuotendo dalla 6ª costola di destra, sulla parasternale e sull'emiclaveare, si riscontra un suono timpanico profondo, che ricorda quello gastrico, il quale si continua per tre dita al disotto dell'arcata costale; tale suono timpanico, ma di timbro più alto, lo si trova anche dalla 6ª, 7ª e 8ª costola in giù, sulle tre linee ascellari. E' solo sull'ascellare posteriore, che dal 9° all'11° spazio, si ottiene un suono ottuso. Manca adunque l'ottusità del fegato.

A sinistra, percuotendo sulla parasternale, sull'emiclaveare e sulle ascellari, rispettivamente sulla 5ª, 6ª, 7ª e 8ª costola, si ha suono ottuso

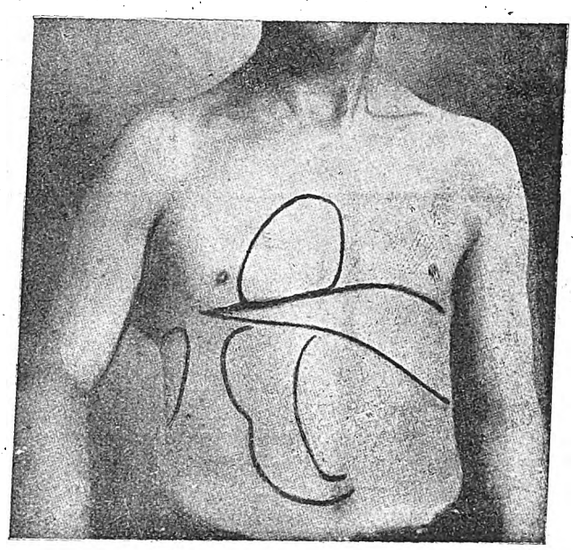


Fig. I. — Limiti di percussione in caso di situs inversus viscerum (Le Wald).

che, verso la linea mediana, sporge di un paio di dita, ma che dall'emiclaveare in fuori si arresta alla arcata costale; vi è dunque una ottusità anormale, mentre lo spazio di Traube è scomparso.

Dalla percussione dell'addome, si rileva come il suono timpanitico del cieco non si trova a destra ma a sinistra, almeno a giudicare relativamente al timbro diverso dei suoni.

Gli esami di laboratorio non fan vedere nulla d' importante nelle urine, nè nel sangue.

Per il fatto innegabile della completa euforia di questo individuo, anche il solo esame clinico, anzicchè verso uno stato patologico, ci fa orientare subito verso il convincimento di una anormale posizione degli organi.

Quella pulsazione nel 5° spazio a destra la estensione ed il profilo di quella ottusità sul torace anteriore di destra, non fanno pensare subito che corrispondono al cuore situato, per anomalia, a destra? E che il timpanismo, al disotto di esso, sia dovuto al gran cul di sacco dello stomaco? E la breve ottusità sulla ascellare posteriore di destra, tra 9ª e 11ª costola, sia data dalla milza?

E che tutta quella ottusità di sinistra dalla 5ª costola in giù che ha nel suo confine superiore, il profilo della linea di Jaksch, e che si arresta sul bordo costale, corrisponda al fegato? In fondo, clinicamente, può dirsi con sufficiente sicurezza che siamo in presenza di un caso di completa inversione dei visceri, il colon compreso. Questo giovane è venuto per un ingrossamento del testicolo sinistro, che in effetti voi vedete di volume aumentato, mentre constatiamo nel contempo, e ciò ci deve colpire, come il testicolo di destra è situato più basso dell'altro, contrariamente alla norma: anche per quest'organo vi sarebbe trasposizione. E l' ingrossamento del testicolo, non dolente, non deformato va messo in rapporto alla sifilide, per cui è indicata riprendere qualche cura specifica, mentre il caso clinico c'interessa esclusivamente per la posizione invertita degli organi, che sembra completa.

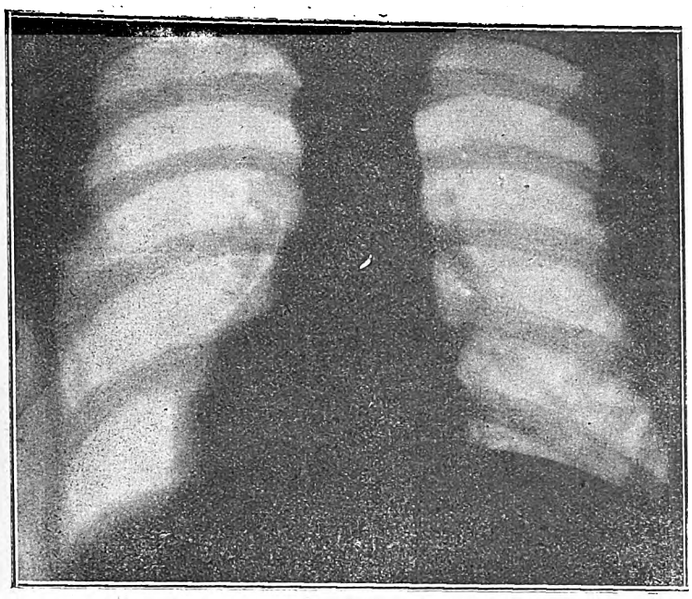
Ebbene, le radiografie, che vi mostro, confermano completamente tale condizione.

Il cuore, come vedete, è a destra, ma quel che importa notare, non si scorgono a sinistra alterazioni importanti in riguardo dell'apparato respiratorio, e ciò dobbiamo mettere bene in rilievo, perchè in questo

Digitized by Google

caso di destrocardia, ci è stata pleurite essudativa a sinistra, or sono 6 anni, e noi dovremo discutere se, e fino a che punto, essa possa riguardare la condizione attuale.

Questi lievi opacamenti a sinistra possono essere espressione di residui di aderenze, ma come sentirete nulla hanno a che fare con la destrocardia. (Radiogr. I).



Radiog. I. — Caso personale — Destrocardia.

Si constata d'altra parte che l'ombra epatica è sotto la cupola diaframmatica di sinistra, la quale, contrariamente alla norma è più alta, mentre vedete chiaramente il profilo dello stomaco a destra dello sterno, come con la percussione avevamo accertato. (Radiogr. II). A tal proposito vi mostro un profilo del Le Wald. (Fig. I) con i limiti di percussione degli organi invertiti.

Un caso di completa rotazione dei visceri, la cui diagnosi, anche dal solo punto di vista clinico, è sempre agevole, e che la radiografia può confermarci con sicurezza, pur può dare occasione di varie considerazioni interessanti.

La prima riguarda una condizione pratica, che quando cioè, il medico si trova di fronte ad una pulsazione così netta, senza caratteri espansivi, al lato destro dello sterno, non va subito a pensare ad una inversione congenita, ma cerca assicurarsi se si tratti piuttosto di uno spostamento per cause patologiche in uno dei due lati del torace.

La causa più frequente di destro-cardia acquisita transitoria, è il versamento abbondante nella pleura di sinistra, meno frequente la neoplasia, ovvero le aderenze pleuro-pericardiche, o quelle pleuriche di destra. Trousseau, Laennec, Chanel, affermano che tale spostamento possa aversi per piccole quantità di liquido, mentre Cardarelli, Capozzi, Chauffard e Richet lo ammettono quando è abbondante, anzi, secondo Pitres, deve giungere fino a 3 litri. Il meccanismo col quale si avvera, è la pressione del liquido su tutto il mediastino, in modo che il cuore si sposta *in toto:* aumentando il liquido, secondo Castellino, il cuore ruota, sicchè la faccia anteriore diventa posteriore, come anche sperimentalmente è stato dimostrato.

Nel nostro caso, clinicamente e radiologicamente, non abbiamo trovato alterazione alcuna nelle due metà del torace, e ciò basta, a parte tutte le altre trasposizioni di visceri, per negare la destrocardia acquisita. Da questa considerazione scaturisce la seconda che riguarda più direttamente il nostro infermo, e che cioè, se nell'ascoltare la storia clinica aveva potuto impressionarci la pregressa pleurite essudativa di sinistra, or sono dieci anni, completato l'esame, neghiamo ogni relazione fra quella e lo stato attuale, come del resto anche la radiografia ci fa vedere.

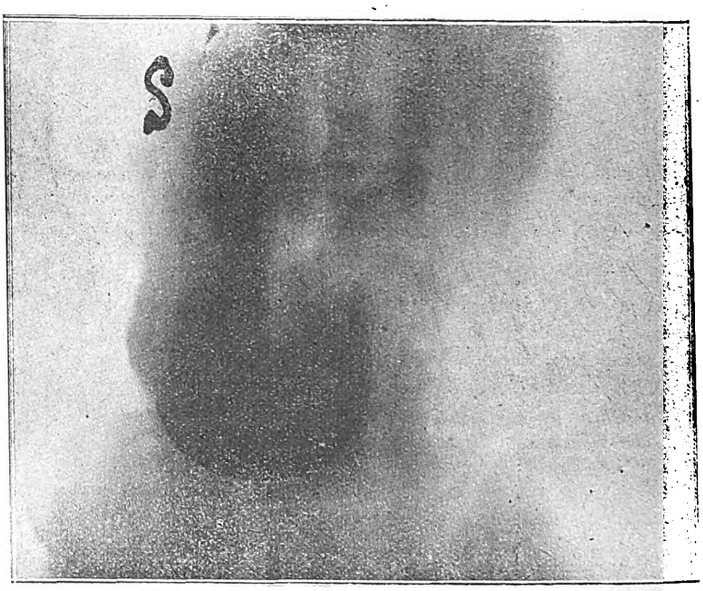
Del resto, come comprendete facilmente, se il versamento a sinistra sposta il cuore a destra, la retrazione consecutiva alla pleurite di sinistra, determina la condizione opposta, e non di certo la destrocardia.

La terza considerazione che desidero farvi si riferisce alla frequenza di questi casi che, come sapete, fino ad un certo tempo, sono stati ritenuti estremamente rari. Or bene, Le Wald, dell'Università di New-York, in un interessantissima ed elaborata pubblicazione del 1925, afferma che il numero delle osservazioni di « *situs inversus viscerum* », è cresciuto da quando si è introdotta la radioscopia, mentre la clinica e le autopsie lasciavano registrarne un numero minore.

Vi è qualche autore che durante la guerra avrebbe osservato un caso su ogni tremila individui, il che sembra esagerato; mentre qualche altro, su cinquemila necroscopie, un caso solo.

Un osservatore americano, in 35000 esami fisici di reclute per l'armata, ne avrebbe trovato un solo caso. Il Le Wald invece, servendosi di raggi Röntgen, su 40000 osservazioni, ne ha rinvenuti 29 casi. Huntington che ha ancora in istudio necroscopico un caso di « situs inversus » completo, ha annunziato, che la trasposizione non si limita ai soli visceri del torace e dell'addome, ma ad ogni sezione del corpo. Qualche altro autore dà molta importanza, per giudicare della completa trasposizione dei visceri, al reperto della glandula soprarenale triangolare nel lato sinistro. La questione della trasposizione dei visceri è stata collegata a quella del concepimento gemellare.

Wilder ha portata la sua osservazione sulle impronte digitali dei gemelli, nei quali vi è esatta corrispondenza delle impronte di tutte le dita, ad eccezione di un dito, l'indice destro. E' noto che vi sono almeno nella specie umana, due tipi di gemelli; il primo tipo include quei casi, nei quali il sesso può e non può essere lo stesso, ma nei quali, la somiglianza generale, è quella che può aspettarsi da due figli della stessa famiglia; il secondo, quelli che sono costantemente dello stesso sesso, e che si somigliano così esattamente, che è difficile o impossibile, specialmente durante la crescenza, per coloro che non sono intimamente conviventi con essi, di distinguere l'uno dall'altro, sono i così detti gemelli identici o omologhi. La sola ipotesi attendibile è che i gemelli del tipo identico siano prodotti dalla scissione di un solo uovo fecondato, mentre l'altro tipo risulta dalla fecondazione di due uova provenienti dallo stesso, o da differenti ovai, e questi sono individui fondamentalmente distinti. Orbene, secondo alcuni, la trasposizione dei visceri sarebbe in rapporto alla maniera nella quale avviene la suddivisione dell'ovulo. Intanto è strano che mentre, secondo Morril, la trasposizione si troverebbe nei doppi mostri, è molto rara nei gemelli. Bisogna convenire che la patogenesi di queste anoma-



Radiog. II. — Caso personale. — Stomaco a destra.

lie, è ancora ignota. La teoria mendeliana parla di ereditarietà familiare, come si è osservato nel nostro caso, nel quale anche la madre presenta destrocardia ed un fratello è mancino.

Per Merkel l'embrione si situerebbe a destra o a sinistra della vescicola ombelicale in un periodo di tempo, che egli, e gli altri autori, non hanno saputo precisare, sicchè, se per una cau-

Digitized by Google

sa ignota, l'embrione si coriça a destra, invece che a sinistra, tutti gli organi in formazione, si situerebbero inversamente, ma questa spiegazione, non è convincente.

Darest, riscaldando le uova da un solo lato, riuscì ad ottenere lo spostamento degli organi, e Speman, d'altra parte, riuscì a produrre il « *situs inversus viscerum* », nella rana esculenta tagliando una lamina midollare, insieme ad una porzione del primitivo intestino, e situandola in posizione inversa, sicchè l'estremità anteriore, diventasse posteriore, e queste rane presentarono, in molti casi, un completo *situs inversus*.

In base alla ipotesi sorta innanzi al reperto di due fegati, in alcuni mostri, o di un fegato composto, si è pensato che il bottone epatico determinasse il piano di simmetria di tutti gli organi, il che, in ogni caso però, non varrebbe a spiegarci la destro-cardia.

Altre osservazioni noi riscontriamo in letteratura, circa la trasposizione del cervello, sicchè il centro della parola potrebbe essere anch'esso trasposto, con una importanza clinica rilevante, in un caso di ascesso o di tumore cerebrale, per quanto riguarda la esatta sede di queste forme morbose, e così pure sulla condizione dell'essere mancini o non, per quanto bisogna convenire che negli individui con *situs inversus* ciò è raro.

In conclusione, tutte queste teorie, non gittano alcuna luce sulla trasposizione dei visceri.

Noi conosciamo nella pratica casi di destrocardia congenita, con trasposizione anche di tutti i grossi vasi, e casi di trasposizione completa dei visceri che effettivamente, se ritenuti estremamente rari fino ad oggi, per il numero di osservazioni offerte dalle necessità dei servizi sanitari di guerra, e specialmente con l'ultima casistica del Le Wald, di 29 casi su 40000, ci induce a credere che essi sono più numerosi di quel che non si credesse finora.

Ricordo un caso di destrocardia pura, molto interessante, pubblicato ed illustrato dall'esimio Prof. Crispino nel nostro ospedale degl' Incurabili.

A parte l'alto interesse scientifico che destà la questione della patogenesi, pur troppo finora oscura, dal punto di vista clinico è di grande importanza, innanzi a questi casi, sovrattutto quando constatiamo la destrocardia, il quesito, se trattasi di un fatto congenito o consecutivo a gravi lesioni toraciche. Da ciò scaturisce per il medico il monito pratico di dover praticare, con ogni scrupolosità, l'esame del cuore e di tutti gli altri organi che eventualmente possono essere trasposti, apparendo ben chiara la differente responsabilità nel caso che trattasi di destrocardia o trasposizione di altri organi di origine patologica, ovvero di destrocardia e sia pure di trasposizione completa dei visceri, la quale, d'ordinario, e come vedete anche nel caso che vi presento, si accompagna a perfetta salute.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI CATANIA
Direttore: Prof. G. B. UGHETTI

SPOROTRICOSI DEL MEDIASTINO

Dott. U. BENEDETTI — Docente di patol. chirurgica
Dott. G. FIORITO — Docente di batter. - Aiuto vol.
Dott. A. NICOTRA — Radiologo

I casi di infezione da sporotricosi a localizzazione cutanea, mucosa, muscolare, ossea si contano a centinaia: in men di quattro anni abbiamo avuto occasione (Proff. U. Benedetti e G. Fiorito) di osservarne 34 casi a Catania e provincia, sempre con reperto batterioscopico e culturale positivo, e di cui 4 o 5 a localizzazione ossea.

Evidentemente una più esatta valutazione di tali lesioni, ritenute dapprima di natura tubercolare o sifilitica, ha ormai informato il giudizio di molti medici: nulla ci vieta, perciò, dall'affermare che oggigiorno l'infezione sporotricotica è di dominio di tutti.

I due casi che presentiamo e che riteniamo di un certo interesse riguardano una localizzazione sporotricotica a sede mediastinica: localizzazione che da noi si sappia, non ancora descritta da alcun Autore, nemmeno in Francia, culla della sporotricosi: localizzazione sospettata clinicamente ed ulteriormente accertata oltre che batteriologicamente anche radiograficamente. In entrambi i casi si è avuta una localizzazione polmonare oltre ad altre localizzazioni di minore importanza a sede cutanea: a queste ultime noi dobbiamo la nostra diagnosi, perchè su di esse le ricerche batteriologiche istituite col loro esito positivo hanno convalidato quanto la clinica e la radiologia avevano fortemente sospettato.

Caso I. — Sig. M. N., sposata, di anni 32, da Belpasso (prov. Catania). Anamnesi familiare e personale remota: nulla di notevole. Circa sei mesi fa avvertì, in vicinanza dello sterno, lungo la parasternale sinistra, a livello del 1° e 2° spazio intercostali, un lieve dolore. La regione si presentava edematosa: la temperatura, febbrile, si innalzava sui 38°. Questa sintomatologia si mantenne per circa due mesi con aumento del dolore, persistenza ed estensione dell'edema, e febbre, che, a decorso irregolare, andava fino ai 39°. In seguito si ebbe la formazione di varie soluzioni di continuo, attraverso le quali veniva del pus giallo-tenue. Tali lesioni, oltre a non avere alcuna tendenza a cicatrizzare, dimostrarono un fondo ulceroso, verdastro, con margini frastagliati e scollati, colorazione rosso-vinosa della cute circostante e con accenni a seni fistolosi inoltrantisi nello spessore dei tessuti molli della regione. Dopo qualche mese la mammella sinistra faceva notare un certo indurimento in qualcuno dei suoi lobi: indurimento che più tardi portò all'ulcerazione della cute nella zona sovrastante. In queste condizioni ricorse alle cure di un Sanitario locale: però, nonostante le cure praticate, l'inferma non guarì: anzi, notò il sopraggiungere di una certa ambascia respiratoria, un senso di costrizione al torace. Sfiduciata dalle cure svariate tentate senza alcun beneficio, preoccupata giustamente della sindrome toracica sopraggiunta e dell'estensione del processo ulcerativo della cute alla regione sternale ed alla regione mammaria sinistra, ricorse ad uno di noi (Prof. Benedetti).

Esame generale: Donna piuttosto scarna, avvizzita: colorito pallido della cute e delle mucose visibili, scarso pannicolo adiposo sottocutaneo, masse muscolari ipotrofiche: linfoglandule piccole, spostabili.

L'attenzione viene richiamata dalle varie lesioni ulcerative alla regione sternale e mammaria sinistra, con seni fistolosi multipli al bordo sternale di sinistra approfondentisi nei tessuti sottostanti, con uno ancora più vasto, crateriforme, alla mammella sotto il capezzolo.

Il margine di tale vasta lesione, di colorito rosso-vinoso, si presenta qua e là infiltrato notevolmente: il fondo è piuttosto uniformemente grigiastro, cosparso di fiocchetti di pus; pus verdastro viene fuori dall'espressione dei seni fistolosi dianzi cennati. Affondando lo specillo in qualcuno dei seni fistolosi predetti, si nota come il processo abbia invaso i tessuti profondi fino allo spazio retrosternale da una parte e la pleura dall'altra: ovunque lo specillo affonda senza incontrare resistenza alcuna e dando esito a del pus verdastro piuttosto fluido, poco o niente fetido.

All'esame fisico si nota una netta ottusità retrosternale confondentesi a sinistra con l'aia cardiaca, e sorpassante a destra la parasternale: in alto raggiunge la fossetta del giugulo, in basso si continua fino all'inserzione dell'appendice ensiforme. Nessuno spostamento degli organi mediastinici: nessuna alterazione del timbro vocale: solo dei colpi di tosse secca, stizzosa stancano l'inferma.

La malattia ha avuto decorso febbrile: l'inferma è sensibilmente dimagrita. Si sospetta molto fondatamente una lesione sporotricotica: e per conoscere l'estensione del processo nel mediastino e la vera natura dell'infezione viene mandata dal Dott. Nicotra ed ulteriormente nel nostro Istituto.

Digitized by Google

L'esame radiologico (v. fig. I), asserisce l'esistenza di una proliferazione semi-opaca del mediastino anteriore estendentsi alla regione dell'ilo e del lobo polmonare sinistro: viene esclusa una lesione dello sterno e delle costole. Non è possibile conoscere

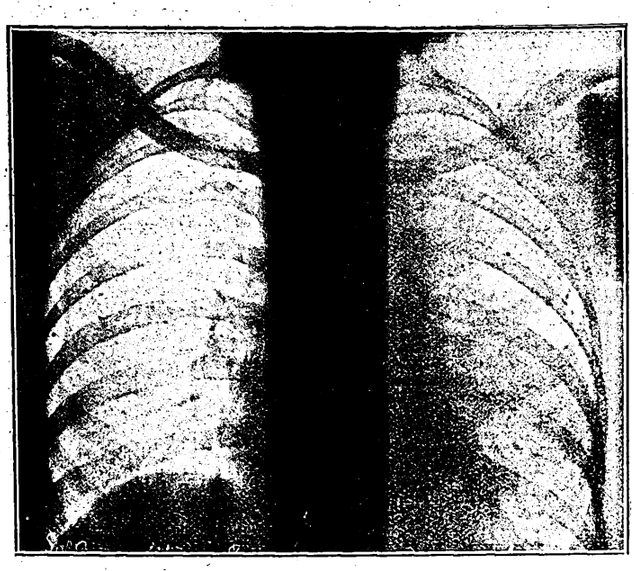


Fig. I.

l'interessamento o meno delle glandole ilari, in quanto la massa opaca dimostra una tinta piuttosto uniforme. L'esame sierologico e microbiologico eseguito dal Prof. Fiorito ha dato i seguenti risultati: Sieroreazione di Wassermann: negativa.

Sporoagglutinazione per lo sporotrichum: positiva 1/250.

Ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato: negativa.

L'esame dell'espettorato nei riguardi di possibili parti miceliali riuscì ripetute volte negativo.

Il pus prelevato da due seni fistolosi approfondentisi nello spazio retrosternale, e disteso uniformemente su numerosi vetrini portoggetti ha dimostrato: una notevole quantità di granulociti polimorfi in via di degenerazione, con una miriade di piccole granulazioni sudanofile; scarsi monociti, parecchi macrofagi: pochi linfociti. Numerosi cocchi in raggruppamenti di diplo e stafilococchi: rare forme bacillari: tutti Gram-resistenti.

Negativa la ricerca delle forme ovoidi dello sporotrichum di Beuermann-Gougerot.

Vengono praticati degli insemenzamenti su vari tubi di terreno Sabouraud (agar-glicerinato) che vengono lasciati nella camera dei termostati ad una temperatura di 20° circa. Cinque giorni dopo, in due degli otto tubi insemenzati, si nota la comparsa di 3 piccole colonie opache, bianco-grigiastre, aderenti al terreno culturale; caratteri tipici delle colonie dello sporotrichum. L'esame batterioscopico ulteriore accertò l'esistenza degli ifi e delle forme ovoidi con sterigma (spore) dello sporotrichum. L'ulteriore evoluzione delle nuove culture istituite dimostrò trattarsi della varietà β dell'ifomicete in studio.

Con tale duplice responso fu stabilita la diagnosi di sporotricosi del mediastino, con primitiva localizzazione cutanea alla regione sternale. Istituita la cura iodica, dopo 10 giorni circa, per manifesta intolleranza ai preparati iodici, fu necessario sospenderla. Si intervenne chirurgicamente allo scopo di mettere ampiamente allo scoperto tutta la superficie invasa dal processo che aveva ulcerato i tessuti molli della regione sternale e di qualche spazio intercostale, senza per nulla intaccare le ossa della regione interessata.

L'inferma procedette bene subito dopo l'intervento: la febbre si abbassò dai 39° ai 37°,5-38°: lo stato generale migliorò rapidamente. In seguito si ebbe una stasi, che fu posta in relazione coll'intolleranza della paziente verso i preparati iodici; e dopo due mesi circa dall'intervento si dovette constatare la comparsa di una pleurite a sinistra: pleurite sierosa che è in corso di cura.

Caso II. — L'altro caso verte su di un giovane di anni 21 (Sig. E. G. di Scordia, prov. di Catania) di robusta costituzione.

Anamnesi familiare e personale remota: muta.

Mentre prestava servizio militare gli comparve una lesione all'avambraccio sinistro, che per i suoi caratteri venne giudicata di natura tubercolare. Furono consigliati degli impacchi e delle pomate che l'infermo non sa precisare: ma, ciò nonostante, le lesioni non avevano alcuna tendenza a cicatrizzare. Si notò, anzi, la comparsa di una tumefazione a livello del gomito sinistro: tumefazione che in breve divenne pastosa, fluttuante, pur conservando la cute soprastante un aspetto normale. Quasi contemporaneamente a questa lesione, l'infermo notò un certo sviluppo delle vene superficiali del collo e della parte alta del torace: una certa ambascia, un senso di costrizione retrosternale. In queste condizioni si presenta al Prof. Benedetti, il quale notò segni di addensamento polmonare all'esame obbiettivo dell'apparato respiratorio: ottusità dell'apice sinistro fino al 3° spazio intercostale e soffio bronchiale circoscritto in questa regione. Niente febbre. L'esame dell'apparato respiratorio dorsalmente diede risultato negativo.

Una raccolta ascessuale al lato esterno della coscia destra: infiltrazione mammaria sinistra: tosse insistente secca.

Mandato dal Dott. Nicotra per l'esame radiologico fu constatato (v. fig. II); opacità a sede mediastinica diffondentesi in alto al lobo superiore e medialmente al lobo inferiore del polmone di sinistra senza assumere un vero carattere parenchimale: la massa ha spostasto sia l'arco aortico che il fascio aereo: nessun interessamento dello sterno. All'avambraccio sinistro: una forma ascessoide senza alcun interessamento del sistema scheletrico della regione.

L'esame sierologico e microbiologico diede:

Sieroreazione Wassermann: negativa.

Sporoagglutinazione: positiva 1/500.

Negativa la ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato: è negativa, altresì, la ricerca di ifomiceti ed altre forme protofitiche: negativa la ricerca delle fibre elastiche.

Previa applicazione di tintura iodica sulla cute, mediante una grossa siringa di vetro sterilizzata, viene aspirata una certa quantità di pus dall'ascesso dell'avambraccio: di cui parte viene insemenzata su tubi Sabouraud, parte viene distesa su parecchi vetrini portoggetti per gli opportuni esami batterioscopici. I preparati allestiti hanno dimostrato la presenza di bellissime forme ovoidi di sporotrichum in mezzo ad una moltitudine di granulociti poliformi e di macrofagi piuttosto ben conservati. Negativa la ricerca di eventuali forme batteriche. Non indifferente il reticolo di fibrina in cui molti elementi corpuscolari sono avvolti.

Dalle culture in quarta giornata, si è avuto lo sviluppo in tre dei cinque tubi insemenzati di caratteristiche colonie di sporotrichum; i preparati allestiti hanno confermato la presenza dello speciale ifomicete con i suoi ifi, le sue conidiospore; le sue tipiche spore dotate di sterigma. Al 34° giorno le culture hanno

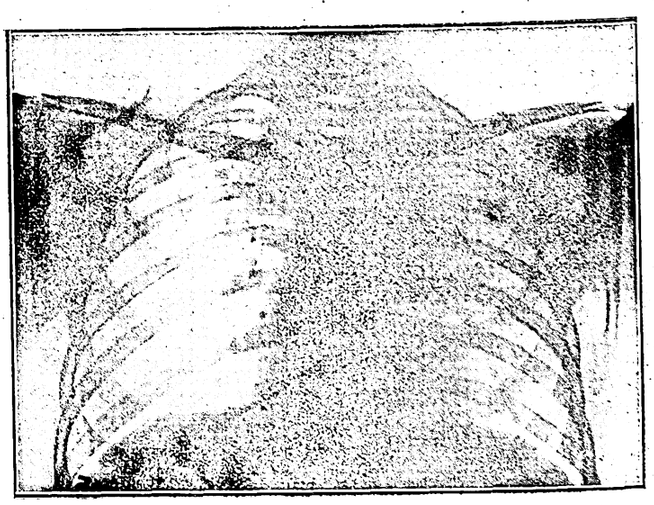


Fig. II.

cominciato ad assumere una tinta nerastra, per essere del tutto omogenea al 60° giorno: varietà γ dello sporotrichum.

L'infermo mercè una cura iodica intensiva è guarito (gr. 4 ioduro al giorno); guarigione controllata, altresì da un nuovo esame radiografico.

Per studiare da vicino le lesioni sporotricotiche nei ratti so-

Digitized by Google

no stati inoculati col ceppo isolato cinque ratti per via peritoneale: e nel mentre si è lasciato che due ratti morissero spontaneamente, gli altri tre sono stati sacrificati a varie distanze di tempo. Orbene, oltremodo interessanti sono stati i noduli rinvenuti sulle lamine peritoneali nei ratti sacrificati al 30° giorno: piccoli ma evidenti, rotondeggianti, duro-elastici: veri piccoli granulomi in evoluzione. Pressocchè identici granulomi sono stati rinvenuti su uno dei due epididimi ed in uno solo fra i cinque ratti sacrificati. L'esame istologico ha ulteriormente dimostrato trattarsi di veri granulomi coi loro caratteristici tre strati di cellule (cellule polinucleate, cellule epitelioidi e cellule giganti, zona ectimatiforme e tubercoloide dei francesi), avvolti in una zona di tessuto connettivo neoformato con fibroblasti ed elementi mononucleari: lieve interessamento vasale.

Preparati eseguiti con strisci di tali granulomi, previa sezione centrale, convenientemente colorati col Leishmann, hanno dimostrato, in mezzo a corpuscoli di pus piuttosto ben conservati e prevalentemente costituiti da granulociti e da macrofagi, delle piccole forme ovoidi dello sporotrichum ben conservate. Gli altri ratti caduti sotto la nostra osservazione nel 45° e 48° giorno dall'inoculazione, non hanno dimostrato che una maggiore diffusione del processo con granulomi più grossi specie lungo il mesentere.

Considerazioni cliniche. La diagnosi di sporotricosi è da tenere presente in tutti i casi in cui le condizioni generali dell'infermo, d'ordinario eccellenti, contrastano con l'importanza delle lesioni locali; tipico esempio il nostro secondo caso (segni clinici di addensamento polmonare ed ascessi freddi multipli all'avambraccio in giovane di ottime condizioni generali). Il misconoscere tale nuova entità morbosa implica in certi casi l'istituzione di cure antiluetiche ed antitubercolari, le quali, oltre che dare esito negativo, permettono l'estendersi dell'infezione sporotricotica oltre che a carico del tessuto od organo colpito, a carico di altri tessuti od organi. Difficilmente la sporotricosi altera lo stato generale anche quando localmente esistano importanti lesioni distruttive; a meno che non si impianti su organi precedentemente affetti da altre lesioni.

Il sospetto di sporotricosi deve al clinico affacciarsi anche per la constatazione da noi fatta, che il processo si impianta d'ordinario sulla cute sorpassando di rado la barriera del tessuto connettivo, sia pure con localizzazioni multiple; in caso di invasione di organi diversi, sembra che ne prediliga sempre il tessuto connettivo interstiziale, anche quando infiltri organi nobili quali il polmone. Nei nostri due casi non si potè dimostrare l'esistenza di una lesione del parenchima polmonare: ed il processo impiantato sul connettivo mediastinico si diffuse al connettivo parapleurico e perimammario senza verosimilmente dare alcuna lesione alla pleura, al polmone ed alla glandula mammaria, al tessuto osseo della regione (sterno e costole). Tipico, a tal riguardo, il nostro 1° caso, dove il processo sporotricotico, indovandosi nel tessuto connettivo della regione, ne produceva l'ulcerazione e la distruzione consecutiva, con una formazione non indifferente di seni fistolosi.

Importante anche per la diagnosi la mancanza di cospicue reazioni glandulari nei territori organici, sedi delle lesioni.

In tutti questi casi, oltremodo utili i reperti radiologico e microbiologico: l'uno per studiare il rapporto stabilitosi tra la granulomatosi ed i tessuti ed organi della regione: l'altro per precisarne la natura. Nei nostri due casi la radiologia ha stabilito l'esistenza di una granulomatosi a sede iniziale nel connettivo mediastinico anteriore, con diffusione al tessuto parapleurico senza interessamento del tessuto parenchimale.

In effetti, l'ombra opacizzante il campo polmonare, e rispondente clinicamente ad un focolaio di ipofonesi e di soffio, permetteva notare un'aerazione possibile e sufficiente, specie dorsalmente, della regione: e nella radiografia non si notava alcun aspetto di ramificazione peribronchiale quale si è soliti osservare nei processi infiltrativi del parenchima: nè esistevano zone di rarefazione o reazioni delle glandole ilari.

L'esistenza, nel primo caso, di fatti di peribronchite, fu interpretato, anche clinicamente, come preesistente al processo sporotricotico ed anatomoradiologicamente come un processo di sclerosi interstiziale.

Tutte queste osservazioni di ordine anatomoradiologico danno al clinico l'impressione di un processo granulomatoso che, diremmo quasi, si addossa all'organo senza alterarne eccessivamente la struttura e la funzionalità.

La conferma, poi, della natura della granulomatosi spetta alla microbiologia coi reperti batterioscopici classici e colle sue colture.

CONCLUSIONI. — Fra le localizzazioni sporotricotiche nell'uomo bisogna annoverare la localizzazione mediastinica. Essa avrebbe un'immagine radioscopica speciale: quella, cioè, di una granulomatosi non parenchimale; ma, bensì, come addossata al polmone, invadendo il tessuto connettivo degli organi mediastinici.

Tale localizzazione sarebbe secondaria, metastatica, ad una lesione cutanea od anche mucosa. L'esame microbiologico è in simili contingenze di indispensabile aiuto.

OSPEDALI RIUNITI DI NAPOLI
ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA « LUCIANO ARMANNI »

SULLA VACCINOTERAPIA LOCALE

CONTRIBUTO CLINICO-SPERIMENTALE

per il dott. FRANCESCO CANTANI - Assistente

Il problema dell'immunità, di questo stato di resistenza ideale dell'organismo a germi infettivi, suscita ancora attualmente discussioni e ricerche innumerevoli specialmente da quando Besredka ha mostrato una nuova via da seguire già suffragata da numerosi fatti sperimentali.

Accanto allo stato ben noto d'immunità generale ecco dunque farsi brillantemente largo il nuovo concetto dell'immunità locale, di quella immunizzazione cioè che, prescindendo dall'intero organismo, si limita ad un suo organo o ad uno speciale suo tessuto specificamente contro l'azione del germe che per esso ha elettiva predilezione.

Che il virus elettivo sia fornito di un tropismo positivo (rammenteremo i virus neurotropi e i dermotropi) che si esplica con una affinità elettiva per un dato organo o tessuto è cosa oramai scientificamente dimostrata anche ad opera di sperimentatori italiani tra i quali ricorderemo il Sanarelli; Besredka ha inoltre dimostrato che il tessuto o l'organo sede abituale dell'infezione è anche il luogo dove con la maggiore intensità si sviluppano i processi immunizzanti e così la pelle, la parete intestinale, e, senza dubbio, altri tessuti come gli epitelii polmonari, rappresentano i migliori apparecchi immunizzatori contro quei germi che dimostrano tropismo positivo e specifico per ognuno di essi.

Giustamente osservano Parisot e Simonin che questi fatti oramai bene assodati spiegano molti punti oscuri delle teorie emesse sulla vaccinoterapia in generale e ci danno ragione dei numerosi insuccessi dei vaccini contro determinate infezioni malgrado ogni razionale previsione teorica; si deve riconoscere che certe infezioni non si lasciano affatto influenzare dà un rinforzo o da un aumento degli anticorpi del sangue: mancanza di arrivo delle difese ai focolai colpiti, insufficienza di reazione difensiva, ne sono le cause secondo Wright. E tali ragioni appaiono ancora più nettamente se è vero che: « l'immunità naturale è conseguenza di uno stato refrattario locale, che l'immunità acquistata da tutto l'organismo in certe malattie si riduce allo stabilirsi di una immunità locale, che questa immunità locale è la sola efficiente e che gli anticorpi umorali di reazione generale non ne sono che testimoni infedeli » (Delater).

Ora se la pelle, l'intestino, i polmoni ecc. sono dotati di affinità elettiva per dati virus e sono capaci di creare la più intensa immunità contro questi virus, non è giusto il cercare di provocare una incostante e spesso inefficace elaborazione di nuovi anticorpi o un rinforzo di quelli già esistenti ma si concepisce assai più razionale — quasi ideale — mettere io direttamente l'organo o il tessuto recettivo in contatto col vaccino.

Per immunità locale bisogna intendere quindi, secondo il nostro concetto, « quello stato di refrattarietà naturale o acquisita con mezzi varii di un dato organo o tessuto dell'organismo elettivamente e specificamente contro quel virus determinato a tropismo positivo per ciascuno di essi ». La vaccinotera-

Digitized by Google

pia local si basa dunque sull'applicazione *loco dolenti* di fattori capaci di provocare uno stato d'immunità del tessuto o dell'organo dove sono applicati; restringere questo concetto col dire, come fa Besredka, che la vaccinoterapia locale si basa sull'applicazione *loco dolenti* di prodotti di autolisi elaborati da microbi patogeni (antivirus ?), ci pare allo stato attuale delle nostre conoscenze, non perfettamente provato.

Lo studio della difesa locale dell'organismo, dopo quello della difesa tagocitaria del Metchnikoff e dopo quello della difesa umorale, va quotidianamente assumendo più grande importanza pratica particolarmente per tutto ciò che riguarda le molteplici applicazioni del principio stesso sull'uomo.

Sia o no giusta la teoria di Besredka e che cioè nel conflitto tra virus e organismo negli esseri altamente differenziati oltre i tre fattori: virus, globuli bianchi ed anticorpi intervenga un quarto fattore altrettanto se non più importante: la cellula recettiva; siano o no giuste le svariate teorie emesse sul meccanismo di produzione dell'immunità locale, un fatto suscettibile del più grande sviluppo resta fin d'ora indissolubilmente legato alla scienza e che cioè l'immunità locale esiste, è facilmente provocabile nel luogo stesso dove si svolge il processo morboso, non provoca alcuna reazione nè alterazione umorale dell'organismo in toto.

Forse si riuscirà a dimostrare in modo definitivo e sicuro che il meccanismo di produzione dell immunità locale è eguale a quello dell'immunità generale, forse si dimostrerà quest'ultimo concetto basato sulla produzione di anticorpi del tutto errato, forse le teorie delle cellule recettive esistenti specificamente per ogni tessuto o diffuse a tutti i tessuti dell'organismo senza elezione particolare saranno dimostrate esatte, noi vogliamo, prescindendo da ogni incisura teoria, richiamare l'attenzione su un gruppo di casi scelti tra quelli che nel periodo di un anno maggiormente hanno richiamata la nostra attenzione.

Per la provocazione dell'immunità locale tre sono stati i mezzi da noi sperimentati e non sarà fuor di posto accennare brevemente alle modalità della loro preparazione:

1. *Filtrato di culture in brodo,* secondo la tecnica originale di Besredka, ottenuto o da culture isolate dall'infermo stesso o da culture isolate precedentemente in altri casi.

2. *Autosospensioni batteriche in mezzo isotonico*: dal materiale in esame vengono direttamente innestate, su terreni solidi, culture che, dopo 24 ore di permanenza in termostato a 37, vengono esaminate microscopicamente; si prepara quindi in cloruro di sodio (8,5 ‰) sterile la sospensione batterica che si attenua col calore a bagnomaria per 1 ora a 58°-60° dopo averla titolata nefelemetricamente a 1 miliardo circa di germi per cc. Con 3-6-9-12 anse della sospensione così attenuata si innestano rispettivamente altri quattro tubi che si pongono per 24 ore in termostato a 37° nel mentre la sospensione batterica, previa aggiunta di gr. 0,10-0,15 % di acido fenico, viene conservata in frigorifero. Se la prova della sterilità è riuscita soddisfacentemente in tutti i quattro tubi innestati si distribuisce la sospensione batterica in fiale da 20 cc. sterili e chiuse alla fiamma. Le fiale sono preparate in maggiore o minor numero a seconda della estensione del processo e del loro luogo di applicazione: la prima e la seconda di esse si diluiscono rispettivamente nel rapporto 1:3 e 1:1 con soluzione fisiologica sterile di NaCl in modo che esse contengono rispettivamente 250 mila e 500 mila germi per cc. cioè un quarto e la metà del contenuto batterico delle fiale seguenti. Qualora si riscontrasse la pluralità dei germi infettivi si terrà approssimativamente conto del rapporto esistente fra di essi. Contemporaneamente al primo innesto abbiamo sempre esaminato microscopicamente il materiale ed abbiamo poi eseguito preparati batteriologici sia dalle culture che dalle sospensioni pronte ad essere distribuite nelle fiale.

3. *Autoagarvaccino*: dalle culture ottenute per innesto diretto del materiale in esame su terreni di cultura solidi (per lo più agar semplice in tubi), dopo aver proceduto al riconoscimento delle specie batteriche sviluppatesi e di quelle esistenti nel materiale stesso, si raschia con ansa di platino la patina batterica, si aggiunge ad ogni tubo di cultura circa 10 cc. di Na Cl in soluzione fisiologica sterile e, con rapida rotazione fra le mani, si cerca di spogliare i terreni dalle restanti colonie. Con energico movimento si raduna l'agar dei vari tubi così trattati in un matraccio sterile, si ripete il lavaggio una o più volte con una soluzione fisiologica sterile di NaCl finchè questa rimanga, dopo ripetuto scuotimento, perfettamente limpida, si aggiunge soluzione fisiologica sterile nel rapporto di 1:3 e si pone a bagnomaria il matraccio accuratamente tappato per 20-30 minuti a 100°. Prima del raffreddamento, ad evitare possibili inquinamenti, si aggiunge ancora il 0,10 % di acido fenico e si distribuisce quindi in fiale da 20 cc. sterili e chiuse alla fiamma. Prima dell'uso le fiale vanno leggermente riscaldate fin tanto che l'agar molle in esse contenuto sia sciolto. Anche in questo caso il numero delle fiale preparate è stato proporzionato alla estensione del processo morboso e al luogo di applicazione.

Le applicazioni di tutti e tre i tipi di vaccini (ci sia permesso un termine forse non del tutto esatto) sono state fatte secondo norme comuni e cioè: col contenuto di una delle fiale all'uopo istituite si imbeve uno strato di garza molto sterile che si depone sulla parte, previa pulizia della stessa parte con acqua bollita tiepida, e che, dopo aver ricoperto con un foglio di guttaperca laminata, si lascia stare *in situ* senza toglierlo prima che sia divenuto perfettamente secco. Circa l'intervallo di tempo intercedente tra una applicazione e l'altra ci siamo regolati volta per volta a seconda del singolo processo, delle condizioni speciali dell'ammalato, del risultato della prima applicazione; in generale abbiamo consigliato di fare più di una applicazione al giorno sebbene abbiamo spesso dovuto notare che l'ammalato di sua iniziativa, constatando rapida miglioria dei sintomi locali e generali, ha creduto di poter affrettare la guarigione facendo più applicazioni nello stesso giorno e qualcuno dei nostri infermi è riuscito a consumare in un giorno solo, senza peraltro risentirne danno alcuno, quantità così grandi di vaccino che sarebbero state sufficienti per un mese di cura. Non abbiamo mai tralasciato di consigliare ai nostri pazienti di continuare qualche applicazione anche a guarigione completamente ottenuta allo scopo di provocare uno stato d'immunità locale più duraturo, evitando, quindi, così recidive a breve scadenza.

Tutti gli infermi dei quali riportiamo la storia clinica hanno seguito esclusivamente il sistema di cura da noi proposto senza fare alcun uso di altri medicamenti.

Illustriamo brevemente alcuni dei casi trattati che particolarmente hanno richiamata la nostra attenzione:

Osservazione 1ª — A. O. da Capua, di anni sei. Diagnosi: Osteomielite recidivante subacuta del terzo inferiore della tibia sinistra con seno fistoloso segregante pus. Esame batteriologico: presenza di streptococchi e stafilococchi con prevalenza dei primi. Preparata autosospensione batterica contenente 750 milioni di streptococchi e 250 milioni di stafilococchi per cc. Fin dalla seconda applicazione la secrezione diminuisce notevolmente: distrutte le granulazioni torpide affioranti all'orifizio del seno, dopo qualche altra applicazione, cessa del tutto la secrezione purulenta con completa chiusura del tragitto. Dopo circa un mese dall'avvenuta guarigione si manifesta al terzo superiore della tibia stessa una tumefazione fluttuante: si dà esito al pus con una piccola incisione e la ferita con qualche comune medicatura, senza applicazioni di autovaccino, rapidamente evolve alla guarigione.

E' notevole in questo caso il fatto che precedentemente alla applicazione dell'autovaccino la prima lesione si presentava torpida con tendenza alla cronicità nel mentre la seconda lesione manifestatasi dopo il trattamento locale autovaccinico si è presentata come un fatto acuto ad evoluzione normale. Fino ad oggi — per un periodo di sei mesi — non si è avuta alcuna altra recidiva.

Osservazione 2ª — E. R. medico, da Ariano di Puglia. Diagnosi: Patereccio osseo alla falangetta del mignolo sinistro. Disarticolazione della falangetta. Infiammazione purulenta con minaccia di flemmone; malgrado le comuni cure medico-chirurgiche, il processo permane e minaccia di estendersi: febbre, risentimento della sinoviale fino all'articolazione del polso, ingorgo delle glandole ascellari, edema infiammatorio del dito, secrezione scarsa della ferita, tracce di albumina nell'urina e all'osservazione microscopica pochi cilindri ialino-granulosi. In queste condizioni si procede all'esame batteriologico che svela la presenza di stafilococchi e alla preparazione della sospensione batterica autovaccinica. Fin dalla prima applicazione, notevoli miglioramenti: cessa la febbre, diminuisce l'edema infiammatorio e la dolorabilità delle glandole ascellari, etc. Dopo tre applicazioni la ferita si ricopre di granulazioni tende rapidamente alla guarigione e tutta la sintomatologia è assai attenuata. Dopo u-

Digitized by Google

na settimana di applicazioni quotidiane la guarigione è completa. Fino ad oggi, per un periodo di cinque mesi, non si è avuta alcuna recidiva.

Osservazione 3ª — G. P. medico, da Napoli. Diagnosi: Foruncolosi del collo. Applicazioni di brodofiltrati stafilococcici con rapida miglioria e guarigione completa. Una settimana circa dopo l'avvenuta guarigione recidiva violenta del processo: elevamento febbrile serotino, ingorgo glandolare alle ascelle, notevole infiltramento di pus con minaccia di favo, dolore intenso al più piccolo movimento del capo. In queste condizioni si procede all'esame batteriologico, che svela la presenza di stafilococchi, e alla preparazione di autovaccino per iniezioni a dosi progressivamente crescenti (da 50 milioni di germi per iniezione da 1 cc.).

L'infermo preferisce però applicare localmente il contenuto delle fialette preparate per iniezione sottocutanea; dopo 12 applicazioni la guarigione è completa.

E' notevole in questo caso il fatto che la prima manifestazione, curata con brodofiltrati stafilococcici, recidivò dopo essere rapidamente guarita in una seconda più grave manifestazione a sua volta rapidamente guarita, senza alcuna recidiva, fino ad oggi, per un periodo di otto mesi, con l'uso di autosospensione batterica.

Osservazione 4ª — D. A. da Napoli, di anni 12. Diagnosi: Osteomielite acuta della testa omerale di sinistra, del terzo superiore della tibia e intero calcagno dello stesso lato, dell'intero perone di destra: febbre alta, condizioni generali assai gravi. Primo intervento chirurgico sull'arto inferiore destro insufficiente. Da una piccola raccolta al malleolo esterno di sinistra si preleva pus nel quale si svela all'esame batteriologico la presenza di stafilococchi in prevalenza e di streptococchi. Si prepara la autosospensione batterica (150 milioni di streptococchi e 850 milioni di stafilococchi per cc.); il secondo ed il terzo intervento chirurgico (sulla tibia, sul calcagno, sulla testa omerale di sinistra) vengono praticati nel mentre l'infermo è già sottoposto al trattamento locale autovaccinico sulle ferite del perone e attraverso i seni fistolosi delle altre lesioni. La ferita del perone e del calcagno sono chiuse dopo una quindicina di giorni, nel mentre le altre sono anch'esse in via di guarigione. Dopo un mese dall'inizio del trattamento esce guarito dall'ospedale dove era ricoverato.

Caso nel quale l'intervento chirurgico è stato ottimamente coadiuvato dalla terapia locale autovaccinica e in cui l'evoluzione a tendenza cronica è stata molto favorevolmente influenzata.

Osservazione 5ª — D. O. da Castrovillari, di anni 65. Diagnosi: Pielonefrite febbrile. All'esame batteriologico si svela la presenza di b. coli. Trattato con sospensione autovaccinica introdotta in vescica si ha rapidamente scomparsa di dolori vescicali, caduta della febbre, mitigarsi di tutta la fenomenologia. Dopo una quindicina di applicazioni esce del tutto guarito dall'ospedale dove era ricoverato.

Osservazione 6ª — M. A. da Cardito, di anni 59. Diagnosi: Pielonefrite febbrile. All'esame batteriologico si ha lo stesso reperto del precedente; trattato come questo ma con autofiltrato di cultura in brodo; miglioria rapida e, dopo una dozzina di applicazioni, guarigione completa.

Ambedue questi ultimi casi assai simili fra loro si sono beneficati in egual misura della diversa terapia locale per ognuno di essi eseguita.

Osservazione 7ª — S. O. da Fragneto Monforte, di anni 29. Diagnosi: Infezione puerperale post abortum. L'inferma presenta gravissima setticemia, febbre 40°, polso 162. Il secondo giorno dopo l'intervento chirurgico si ha soppressione completa della lochiazione, al 3° giorno la lochiazione riprende con emissione di materiale fetidissimo, putrido: febbre 40,5, polso 145, gr. 0,30 di albumina nell'urina e molti cilindri ialino-granulosi nel sedimento. Prognosi gravissima concorde di illustri clinici: malgrado la terapia consueta (siero antistreptococcico, yatrencaseina, urotropina endovenosa, trifenil etc.) le condizioni persistono gravissime. Dopo 4 giorni dall'intervento si procede all'emocultura eseguita secondo la tecnica di Schottmuller: dopo 24 ore si isolano 3 colonie di streptococco emolitico e 6 colonie di b. coli. Si prepara una autosospensione batterica (670 milioni di b. coli e 330 milioni di streptococchi emolitici per cc.) per uso locale e per iniezioni sottocutanee (50 a 650 milioni di germi per iniezione da 1 cc.). Tra il quarto e il nono giorno le condizioni persistono allarmanti, nessun accenno di miglioria malgrado le applicazioni di brodofiltrati del commercio che non hanno fatto osservare miglioramenti apprezzabili nè locali nè generali. Al nono giorno si procede alla prima iniezione di autovaccino: la febbre cade a 37°; il giorno seguente si applica il vaccino locale mediante tamponi vaginali: si nota la evidente diminuzione della secrezione che migliora nei suoi caratteri e dopo poche applicazioni cessa quasi del tutto. Continuando le applicazioni locali alternate alle iniezioni, la curva termica tende rapidamente alla discesa e, dopo alcune alternative di remissioni febbrili, l'ammalata è al 30° giorno, dopo 7 iniezioni e 12 applicazioni locali, completamente guarita.

Contrariamente ai casi recentemente illustrati da J. Havina le condizioni della nostra inferma erano allarmanti e le applicazioni locali, come la vaccinoterapia per iniezioni, furono assai tardive.

Osservazione 8ª — C. L. da Senerchia, medico. Diagnosi: Follicolite e sicosi recidivante della barba. All'epoca della pubertà si ebbero al volto le prime manifestazioni di acne iuvenilis con formazione di pustole e persino di ascessolini dermici; tutte le cure di solito praticate in tale affezione rimasero senza alcun risultato. Più tardi per i continui traumi cui erano sottoposte le lesioni si manifestò una impetiginizzazione per cui fu consigliata la depilazione che esasperò ancora il processo. L'autovaccinoterapia per via sottocutanea a forti dosi non migliorò affatto il processo che si estese dando luogo a formazione di grosse pustole e persino di chiazze conglomeranti di sicosi. L'esame batteriologico del pus svelò la presenza di stafilococchi; si preparò un autoagarvaccino per applicazione locale e fin dalle prime applicazioni si notò rapido miglioramento, regressione delle pustole più evolute, scomparsa di quelle in via di evoluzione, diminuzione della impetigine e del rossore della pelle residuandone lievi cicatrici non infiltrate. Dopo 8 applicazioni su tutta la superficie cutanea del volto, la guarigione era completa con scomparsa della iperemia diffusa e dell'infiltrazione.

In questo caso la nostra attenzione è particolarmente richiamata dal fatto che l'affezione datava da ben nove anni durante i quali tutte le cure tentate (caustici, elioterapia ecc.) furono vane nel mentre poche applicazioni dell'autoagarvaccino bastarono a provocare guarigione completa. Fino ad oggi non si sono osservate recidive.

Osservazione 9ª — S. P. da Castellammare di Stabia. Diagnosi: Piodermite della palma delle mani (con formazione di grosse pustole e di bolle flaccide a contenuto purulento, cremoso). L'affezione, nettamente limitata alla palma delle mani, dura da oltre due anni e non ha tratto alcun vantaggio di tutte le solite cure tentate. L'esame batteriologico svela la presenza di stafilococchi. Preparata una sospensione batterica per applicazione locale dopo 3 applicazioni l'infermo è perfettamente guarito. Fino ad oggi per un periodo di nove mesi non si è avuta alcuna recidiva.

Osservazione 10ª — R. L. da Ariano di Puglia di anni 65. Diagnosi: Pansinusite (dei seni mascellari destro, etmoidale destro e frontale). Fistola segregante pus fetido nella regione sottorbitaria destra: emicrania, vertigini, senso di malessere. L'esame specillare della fistola consentiva la penetrazione fin quasi nel seno etmoidale. Malattia in atto da 3 mesi: l'esame batteriologico svela la presenza di moltissimi germi, in prevalenza stafilococchi: si prepara un autovaccino per iniezione e una autosospensione batterica per applicazione locale; questa è fatta con applicazioni sulla fistola e tamponi nasali, previa apertura dell'antro di Higmoro attraverso l'orificio di sbocco del meato medio. Dopo alcune applicazioni locali ed iniezioni sottocutanee la fistola rapidamente si chiude per riaprirsi nuovamente qualche giorno dopo: la secrezione è diventata più abbondante e sierosa; un secondo esame batteriologico rivela la presenza quasi esclusiva di stafilococchi in grandissimo numero. Si prepara una seconda autosospensione batterica: dopo una decina di applicazioni locali, l'infermo è quasi completamente guarito e non residua che una lievissima infiammazione della mucosa nasale nel mentre sono spariti tutti i disturbi già descritti.

Osservazione 11ª — L. O. da Cosenza, di anni 45. Diagnosi: Antrace della gamba destra. Cratere di circa un cm. di diametro con larga zona di infiltrazione violacea, febbre leggera, insonnia, inappetenza, emicrania, dolore vivissimo. L'esame batteriologico svela la presenza di numerosissimi stafilococchi e streptococchi; si prepara una autosospensione batterica: fin dalla prima applicazione l'ammalato avverte notevole euforia, scompare la dolorabilità, migliorano i fenomeni sia locali che generali. Dopo 4 applicazioni la piaga si è completamente trasformata ed appare granuleggiante, rosso-viva, la zona d'infiltrazione è quasi del tutto scomparsa. Dopo 9 applicazioni l'infermo è perfettamente guarito.

Osservazione 12ª — E. G. da Napoli, di anni 13. Diagnosi: Otite purulenta recidivante dell'orecchio destro. Ha già sofferto la stessa infezione all'altro orecchio trattata chirurgicamente. L'esame batteriologico svela la presenza di stafilococchi; si prepara una autosospensione batterica per uso locale e, dopo sei applicazioni, il miglioramento non manifestatosi con le comuni cure medico-chirurgiche, è notevolissimo e la se-

Digitized by Google

crezione di pus è del tutto scomparsa. Dopo nove applicazioni l'infermo è completamente guarito e fino ad oggi — per un periodo di sette mesi — non si è avuta alcuna recidiva.

Osservazione 13ª — E. L. da Napoli, di anni 36. Diagnosi: Ascesso alla natica destra. Poichè l'inferma non vuole sottoporsi all'intervento chirurgico, si estrae mediante puntura esplorativa, 1 cc. di pus. L'esame batteriologico svela la presenza di diplococchi; si prepara un autobrodofiltrato che si inietta, previa aspirazione di pus nella cavità ascessuale: dopo aver ripetuta due volte questa manovra l'inferma è dopo 7 giorni guarita. La febbre ed il dolore scomparvero fin dalla prima istillazione.

Osservazione 14ª — G. M. da Pianura, di mesi tre. Diagnosi: Piodermite dei lattanti. Presenta elementi pustolosi estesi a tutto il volto e molte bolle di pemfigo alla spalla destra. L'esame batteriologico svela la presenza di stafilococchi; si prepara un autobrodofiltrato che si applica mischiato a lanolina e vaselina. Dopo 6 applicazioni le piccole pustole sono scomparse del tutto, le bolle di pemfigo sono regredite considerevolmente e quelle in via di evoluzione sono abortite. La guarigione è completa dopo 10 applicazioni. Fino ad oggi — per lo spazio di sei mesi — non si sono avute recidive.

Molti altri casi di cui per brevità si omette la storia clinica sono stati inoltre anche beneficamente influenzati dalla terapia locale applicata con i principii già detti. Tra questi sono meritevoli di essere ricordati una foruncolosi in una bambina di otto anni rapidamente guarita con l'uso di autosospensione stafilococcica nel mentre la madre di questa, ammalatasi con lo stesso quadro clinico-batteriologico, non mostrò notevoli migliorie con l'uso di brodofiltrati stafilococcichi e guarì soltanto in seguito all'uso di autosospensioni batteriche.

Nessun inconveniente — sia pur lieve — si è verificato nel corso del trattamento in tutti i casi seguiti, eccettuato un caso di foruncolosi diffusa del collo che, trattata con autosospensioni batteriche, dopo cinque applicazioni, ebbe comparsa di edema esteso al braccio ed alla mano destra, senza segni di risentimento renale, nel mentre il processo locale si avviava rapidamente alla guarigione. Soltanto pochi dei nostri infermi hanno avuto qualche lieve fugace rialzo termico dopo le applicazioni alle quali è costantemente seguito, fin dalle prime, notevole senso di euforia con scomparsa del dolore e rapida miglioria della sintomatologia.

Sono stati inoltre trattati, oltre i già descritti, tre osteomieliti, 1 ascesso della mandibola, 1 ascesso profondo del collo, 1 flemmone della mano, 1 flemmone del piede, 7 foruncolosi, 2 sicosi della barba, 1 piodermite dei lattanti, tre piaghe infette: tutti questi casi hanno seguito la terapia autovaccinica locale con pieno successo e senza alcun inconveniente. Molti altri casi ancora sono stati così trattati ma si ignorano i risultati finali del trattamento essendosi perduti di vista gli ammalati stessi.

Dal complesso dei 36 casi seguiti anche a distanza di tempo, rileviamo che la vaccinoterapia locale, eseguita con uno dei tre mezzi ricordati, ha sempre risposto molto brillantemente anche quando per lungo periodo di tempo ogni sistema terapeutico era del tutto fallito; essa, scevra da ogni sia pur lieve inconveniente, senza apprezzabili controindicazioni, di facilissima attuazione pratica, di rapido effetto, merita di occupare uno dei primi posti nella razionale terapia moderna di moltissime affezioni cutanee e, in genere, in tutte le affezioni piogeniche localizzate, anche quando si intervenga chirurgicamente.

Non possiamo, data l'esiguità del numero dei casi trattati, istituire un confronto sulla efficacia dei tre mezzi usati e diremo soltanto che abbiamo avuta l'impressione, espressa con riserva, che le autosospensioni batteriche espongano meno facilmente dei brodofiltrati del commercio alle recidive e possano certamente riuscire di grande vantaggio anche quando questi siano falliti allo scopo.

Dobbiamo quindi concludere esprimendo tutta la nostra fede nella vaccinoterapia locale, in questo sistema di cura già brillantemente affermatosi e che avrà certamente aperte nell'avvenire moltissime nuove vie di successo.

Al chiarissimo prof. Giuseppe Moscati vada la viva espressione della nostra gratitudine ed ai colleghi che ci furono di aiuto nella redazione delle singole storie cliniche, vada il nostro più sentito ringraziamento.

BIBLIOGRAFIA

Si trova in gran parte riassunta nei seguenti lavori: Parisot e Simonin. Les vaccins et la pratique de la vaccinotherapie, Maloine, 1925. — Besredka. Immunisation locale, Masson 1926. — Idem. De l'immunité locale: cutivaccination et pansements specifiques, Presse Méd. n. 56, 1926, pag. 585. — Delater. Presse Médicale. n. 1, 1924, pag. 3. — J. Ravina. Thèse Paris, lib. Arnette, 1926. — D'Istria. Riforma Medica, 41, 1925, pag. 1172. — Oro. Riforma Medica, 42, 1926, pag. 1089 — Fernbach e Hassler. Centr. f. Bakt. 95, 1925, pag. 81. — W. N. Kosmodemiansky e A. I. Panina. Giornale di Batteriologia, Leningrado, 1, 1925, pag. 109. — Urbain. Bull. de. l'Inst. Pasteur, 22, 1924, pag. 665 — Canbiesco e Calalb. ibidem, 23, 1925, pag. 130. — I. P. Gay. Arch. Path. a. Lab. Med. 1, 926, pag. 590 — Goldenberg e Parisset. C. R. Soc. Biol: 95, 1925, pag. 1476. — P. H. Lesbre. C. R. Soc. Biol: 94, 1926, pag. 1222.

□□□

ATTUALITÀ

I. ***Sulla cardiocentesi rianimante.***

II. ***La siero-reazione di flocculazione di Vernes nella diagnosi della tubercolosi.***

III. ***Sull'ormone cardioregolatore del fegato e sulla modificazione delle azioni farmacologiche a mezzo di questo.***

I. Accettando la suddetta denominazione data alla «rianimazione diretta del cuore fatta mediante ago-puntura e consecutive iniezioni di sostanze eccitanti» (vedi *Riforma Medica* 1926, n. 4), M. Loreti (*Giornale di Clinica Medica*, Anno VII, fasc. XVII, 1926) si è proposto di studiare «quale punto e quale parte del cuore devono essere aggrediti colla cardiocentesi, per potere ottenere un'azione immediata ed efficace».

Ha esperimentato sul coniglio eseguendo iniezioni di adrenalina sia nei ventricoli che nelle orecchiette e vuoi intracavitarie che intramuscolari, a cielo scoperto, mediante toraco-pericardiotomia. Ha preferito l'osservazione oculare, anzicchè quella controllata col Marey (grafiche), per evitare la stimolazione meccanica (ago) che, secondo l'A. «avrebbe deviato la valutazione e l'apprezzamento dello stimolo chimico susseguente». Però, per iniettare l'adrenalina, è stato costretto ad introdurre l'ago della siringa proprio nel cuore il quale non avrebbe dovuto essere stimolato che dall'agente chimico. Dato ciò non si comprende la ragione per cui l'A. ha creduto utile privare i lettori studiosi di quel corredo protocollare di grafiche che tanto avrebbe potuto illustrare il suo contributo sperimentale. L'ago del Marey si introduce a *cuore vivo* l'ago della siringa, invece, s'introduce a *cuore fermo*. Attraverso l'ago del Marey, già introdotto, s'inietta abitualmente l'adrenalina.

L'A. viene alle seguenti conclusioni:

La cardiocentesi r. è valida ed efficace purchè sia eseguita:

1) sempre e costantemente intramuscolare;

2) nel terzo superiore del ventricolo destro (margine sternale s., 3° e 4° spazio intercostale).

Su quest'ultimo punto è necessario ricordare alcune notizie. L'A. dice, in premessa, nel suo lavoro, che è «ancora molto discusso» in quale parte del cuore si possa e si debba fare la cardiocentesi: ora è bene notare che l'unica zona miocardica accessibile è quella compresa nel famoso triangolo di Luscka (ventricolo destro), ed è pacifico che, per la rianimazione cardiaca, si eseguono i tentativi di cardiocentesi secondo la tecnica Petit-Dutaillis (*Paris Médical*, 5 luglio 1924). Se poi un ago, introdotto nel 3° e nel 4° spazio intercostale, raggiunga indifferentemente e sempre il terzo superiore del ventricolo destro, nell'uomo, solo un lavoro sperimentale, di cui l'A. depreca l'assenza, potrà dimostrare.

Riguardo all'innocuità della puntura cardiaca eseguita nel terzo superiore del ventricolo destro, ed alla «elezione» che pare, sempre secondo l'opinione dell'A., si debba dare a cotesto, non tanto per le sue esigenze topografiche di ubicazione, quanto rispetto ai «centri autonomi ed alle reti nervose», ai capillari ed alle lacune sanguigne, che vi si troverebbero (in merito alla diffusibilità della sostanza chimica iniettata ed alla propagazione degli stimoli motori), sarà importantissimo non dimenticare i lavori di Pace, comparsi dal 1923 (*Archivio Chiarugi*) a tutto oggi, 1926 (*Rassegna di Clinica e Terapia*).

O. Nuzzi

Digitized by Google

II. N. Romano e P. Croveri (*Revista Medica Latino-Americana*, 1926) hanno esperimentata questa reazione per la diagnosi di tubercolosi.

Ricordiamo brevemente come si procede per la tecnica della Vernes.

Se in una serie di piccoli tubi si distribuisce in quantità fissa siero umano normale e si aggiunge in dosi regolarmente crescenti un reattivo capace di provocare la flocculazione della miscela (solfato di nichel), questa aumenta e diminuisce periodicamente, di modo che se si applica il metodo grafico, si otterrà il fenomeno rappresentato da una curva (sinusoide) il cui tracciato varia col reattivo adoperato. Se si tratta il siero con altri reattivi, si possono ottenere altre figure, anche più semplici. Alcuni di questi reattivi permettono di ottener tracciati diversi secondo che si tratta di sieri normali o patologici. Così il peretinol. E' questo una miscela preparata mescolando acqua distillata ed una soluzione alcoolica di cuore di cavallo previamente trattato con percloruro di etilene. Variando la reazione fra il volume del siero e quello del colloide si ottiene una flocculazione sensibilmente diversa secondo che si tratti di sieri normali o sifilitici.

Dati i risultati ottenuti con i sieri sifilitici, era logico estendere le ricerche ad altre malattie, sperimentando le diverse sostanze capaci di produrre la flocculazione dei sieri.

Dopo ricerche laboriose si giunse a trovare una sostanza che desse luogo ad una differenziazione sufficiente fra i sieri normali e quelli tubercolotici: la resorcina.

La proporzione ottima è di 0,6 cc. di siero per 0,6 cc. di una soluzione di resorcina all'1,25 %.

Si fa la miscela, curando che il siero sia ben chiaro. Si legge immediatamente la densità al fotometro. Si lascia 4 ore a 18°-20° e si legge nuovamente.

Una densità ottica da 0 a 15 dà un risultato negativo. Da 15 a 30 rappresenta una zona di allarme con probabilità crescenti di tubercolosi Da 30 in su, è positivo, essendo tanto più alto quanto più grave è la infezione.

I casi studiati dagli AA. sono poco numerosi, il che non permette di trarre conclusioni definitive. E' però interessante constatare che i risultati ottenuti coincidono esattamente con le conclusioni di Vernes.

Ciò spinge gli AA. a perseverare nell'applicazione metodica della reazione e ad invitare i pratici a collaborare ampiamente per trarne conclusioni definitive.

***

III. L. Asher dell'Ist. di Fisiologia della Univ. di Berna. (*Schweizer. med. Wochen.* 1926, n. 38) fa osservare che nel liquido di perfusione refluo dal fegato, è stata riscontrata la proprietà di elevare la forza del battito cardiaco, di aumentare la frequenza delle pulsazioni, e di diminuire la eccitabilità del vago.

Si è cercato, da una parte, di ottenere per dialisi la sostanza che aveva queste proprietà, e dall'altra si sono fatte delle ricerche su diversi estratti epatici, dai quali è stata accuratamente allontanata ogni impurità dipendente da bile.

Soprattutto con questi estratti si sono fatti numerosi esperimenti sui mammiferi.

Da essi risulta che il fegato ha una funzione regolatrice del battito cardiaco. Il fegato emette dei colati in concentrazione fisiologica minimale, nella circolazione, che agiscono sul cuore facilitando il battito e deprimendo il meccanismo di inibizione. Così i sali dell'acido colico rappresenterebbero un ormone normale del fegato, allo stesso modo in cui — secondo Magnus — la colina è un ormone del normale automatismo intestinale.

I colati — questo nuovo ormone — sono privi di azoto, e non appartengono — come altri ormoni — alle amine biogene o proteinogene: essi sono prodotti intermediarii della colesterina, che hanno, dunque, una capacità ormonica. Questa concezione dei colati come ormoni solleva diverse questioni di fisiopatologia endocrina, che potranno essere risolte non difficilmente.

Se la concentrazione dei colati si eleva nell'organismo, non solo aumenta l'azione facilitante sul battito cardiaco, ma si nota anche un rinforzo dell'azione vagotropica dell'atropina, per cui questa agisce cercando di bilanciare l'azione accelerante dei colati.

Così si può avere una visione nuova della regolazione ormonale del battito cardiaco a mezzo del fegato, che ha grande importanza per la Farmacologia e per la Clinica. L'azione antagonista tra i colati e l'atropina apre nuovi orizzonti alla farmacodinamica.

V. M. Palmieri

RIVISTE CRITICHE

R. UNIVERSITA' DI MILANO — CLINICA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI
diretta dal prof. L. DEVOTO

LA REAZIONE DEL TRIPTOFANO NEL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO

per il dott. GIUSEPPE AIELLO — Assistente - Libero docente

(Rivista critica degli studi su di essa pubblicati dal 1922 al 1926)

Nell'aprile del 1922 nel numero 17 del « Policlinico, Sezione Pratica » col titolo « Sui prodotti di scissione dell'albumina nel liquido cefalorachidiano » comunicavo la tecnica (1) di una nuova reazione per la ricerca del triptofano nel liquor. La « reazione del triptofano » non venne mai da me riscontrata positiva nei liquidi normali, ma tra i molti liquores delle più svariate forme morbose esaminate riuscì invece positiva, con particolare frequenza (quasi costanza) nella meningite tubercolare: conclusi quindi che essa poteva essere « assai spesso indizio » di un processo meningitico. Alla esposizione della tecnica della nuova reazione feci precedere una rassegna critica delle varie reazioni diagnostiche del liquor per la meningite tubercolare, osservando che non solo esse davano spesso risultati contradittori, ma che non servivano a differenziare il processo specifico dalla flogosi meningea aspecifica.

Circa il significato della reazione, formulavo due ipotesi: o una aumentata penetrazione nel liquor di sostanze albuminoidi, in parziale stato di scissione, per aumento della permeabilità meningea, o una scissione di sostanze proteiche, pervenute nel liquor in conseguenza delle gravi e rapide distruzioni di tessuto nervoso causate dal processo tubercolare. Non ritenni però la reazione del triptofano « specifica » per la meningite tubercolare — e quale delle reazioni biologiche può dirsi oggidì « specifica »? — , ma solo affermai che essa poteva bene essere utilizzata come mezzo diagnostico, per differenziare i frequenti processi di meningismo e meningite non tubercolare dalla meningite tubercolare: a differenza cioè di altre reazioni chimiche (Pandy, Weichbrodt, Boveri) positive in tutti i processi flogistici meningei. Occorre sempre esaminare dei liquores limpidi, perchè quando il liquor è torbido, colorato (meningite epidemica, xantocromia, ecc.) allora la reazione non può servire ai fini di diagnostica differenziale e riesce sempre positiva. Aggiungevo che anche qualche grave processo distruttivo del sistema nervoso, come pure dei forti aumenti di globuline del liquor, potevano dare, eccezionalmente, la reazione del triptofano positiva.

Riferirò ora, per ordine di data, i lavori che sono stati pubblicati, successivamente alla mia nota, sulle reazioni chimiche nella diagnostica della meningite tubercolare con particolare riguardo alla reazione da me descritta nel 1922.

G. Santangelo nel n. 1 (Gennaio-Febbraio 1923) del giornale di nevrologia « Il Cervello », ha esaminato 102 liquores, di cui 18 normali, 6 da meningite tubercolare, 15 da meningite sierosa ed il resto provenienti dalle più svariate forme organiche e funzionali del sistema nervoso. Soltanto nei sei casi di meningite tubercolare la reazione del triptofano risultò positiva. Lo stesso A. in « Gazz. Med. Napoletana » 1023 (genn.) scrisse nuovamente dell'importanza diagnostica della reazione.

A. Tronconi negli Atti del Congresso di Pediatria del 1922 (« La Pediatria » 1922, pag. 1030) ritenne la reazione del triptofano da preferire « per la sua costanza e sensibilità » ad altre reazioni. Egli studiò la reazione in 90 liquores, ottenendo la reazione positiva in tutti i casi di meningite tubercolare esaminati, ma anche in 2 casi di poliomielite anteriore ed in un caso di encefalite letargica.

Il Porta, in « La Pediatria », fasc. 24, 1923, riporta i risultati ottenuti dall'esame di 99 liquores: in tutti i 20 casi esaminati di meningite tubercolare la reazione del triptofano fu nettamente positiva; inoltre fu positiva in un caso di encefalite e in un altro caso di paresi flaccida. In tutti gli altri casi risultò negativa. Il Porta quindi concluse che « la reazione del triptofano mette in evidenza i prodotti di scissione della molecola albuminoidea, che è sempre positiva nella meningite tubercolare, e che

(1) 2-3 cmc. di liquor limpido vengono posti in un tubo da saggio e vi si aggiungono 15-18 cmc. di HCl concentrato fumante (P. S. 1020 almeno) e 1-2 gocce di formalina al 2 %. Si mescolano i liquidi e dopo 4-5' si lasciano scorrere lentamente sulle pareti della provetta 25-30 gocce di soluz. di nitrito sodico 0,06 %. Al punto di contatto se la reazione è positiva si ha un anello viola, netto entro qualche minuto, se la reazione è negativa una nubecola gialla.

Digitized by Google

se essa riesce positiva, a liquor limpido, dà una fortissima presunzione per la meningite tubercolare». Come già avevano fatto il Santangelo e il Tronconi, il Porta confrontò la reazione del triptofano con le reazioni di Pandy e di Boveri, venendo alla conclusione che ai fini della diagnostica differenziale della meningite tubercolare dalle varie forme di meningite, queste due reazioni hanno un valore di gran lunga inferiore.

Il Brugi nel «Pensiero Medico» del 25 agosto 1923, espone i risultati delle sue ricerche su 42 liquores: dalla sua statistica risulta che la reazione del triptofano fu positiva solo nella meningite tubercolare e con assoluta costanza in tutti i casi esaminati (dodici), sicchè egli venne alla conclusione «che la ricerca del triptofano è sempre negativa in quei casi nei quali con ogni certezza si poteva escludere una forma specifica; riesce invece sempre positiva nelle forme sicuramente tubercolari».

C. Pestalozza in una nota preventiva sulla enzimoreazione nel liquido cefalo-rachidiano per la diagnosi di meningite tubercolare. («Archivio di Biologia» 1924, vol. I, n. 4) praticò, comparativamente con altre reazioni, la reazione del triptofano e la trovò positiva in tutti i casi di meningite tubercolare esaminati, eccetto che in due casi (di cui uno solo può esser preso in considerazione, perchè l'altro, il n. 6 di protocollo, risulta in liquor xantocromico).

Il Prof. Repaci, nel n. 12 de «La Clinica Pediatrica», 1925, in un lavoro dal titolo: «La diagnosi della meningite tubercolare», ritiene che la reazione del triptofano ha «un valore notevole per la diagnosi della meningite tubercolare quando essa si trova positiva nei liquidi in cui non si sia formato il reticolo e che quindi potrebbero ad un esame superficiale apparire normali». A questo proposito è importante l'autorevole conferma del Repaci di quanto ebbi a scrivere in una mia nota pubblicata nel novembre 1922 ne «La Medicina Italiana», n. 11, pag. 775, sulla non specificità del reticolo di Mya nel liquido cefalo-rachidiano: infatti il Repaci dice di aver visto il reticolo in un caso di paralisi difterica e di trombosi dei seni, e per reazioni meningee secondarie ad infezioni generali. Inoltre l'autore conferma quanto allora scrivevo, e che cioè l'assenza del reticolo non può farci escludere la meningite tubercolare (a differenza di quanto è proclamato tuttora in tutti i trattati classici!) perchè sono frequenti i casi di meningite sicuramente specifica, senza reticolo. Il Repaci si associa alla ipotesi da me allora formulata circa la causa di questo fenomeno: per la presenza dei fermenti autolitici la fibrina sarebbe scissa in amino acidi, come il triptofano: ne conseguirebbe l'assenza della fibrina in quantità tale da potersi manifestare col reticolo di Mya.

Il Taccone in un suo lavoro pubblicato nel dicembre 1925, n. 12 de «La Medicina Italiana» trovò la reazione del triptofano positiva in un caso non comune di meningite tubercolare di cui riferì.

Ma un vero e proprio dibattito sul valore pratico della ricerca del triptofano nel liquido cefalo-rachidiano si ebbe in occasione dell'XI Congresso Pediatrico Italiano, tenuto in Milano nell'ottobre del 1925: infatti, in tale sede, il Porta, di cui riferii già un lavoro, comunicò i risultati di successive sue ricerche sulla reazione del triptofano nel liquor, riportando una statistica comparativa ampliata su 200 liquores e concludendo che «la positività della reazione dà una forte presunzione per la meningite tubercolare, presunzione che diventa realtà nel 95 % dei casi». Invece le reazioni di Boveri, di Pandy e di Nonne-Appelt sono notevolmente inferiori e «non danno che uno scarso valore di orientamento», indicando esse soltanto uno stato di flogosi generica delle meningi. Nella discussione successiva a questa comunicazione il Dott. De Toni dissentì dal Porta asserendo di aver trovato positiva la reazione del triptofano «in casi di meningismo, di meningite sierosa semplice, e perfino in un caso di paralisi post-difterica» (pag. 334 degli Atti Ufficiali del Congresso). Egli però successivamente al Congresso non ha mai pubblicato detti casi.

Invece, nello stesso Congresso, lo stesso giorno, un autorevole pediatra, il Fornara, che lavora nello stesso ospedale del De Toni, comunicò i risultati delle reazioni chimiche più comuni eseguite sul liquido cefalo-rachidiano, in ben 34 casi di meningismo e meningite sierosa. Si tratta quindi di una casistica formidabile, ben differente dai casi isolati di cui parlò il De Toni. Orbene, il Fornara scrive (pag. 125 degli Atti) che la reazione del triptofano riuscì sempre negativa in tutti i 34 casi di meningismo. Non vi potrebbe essere migliore conferma delle mie ricerche basate appunto su questa negatività della reazione del triptofano nelle flogosi meningee non specifiche. Il notevole valore della reazione del triptofano per la diagnosi differenziale delle meningiti è dato non solo dalla positività della reazione nei processi di natura specifica, ma anche dalla negatività che essa presenta negli altri processi. Come scrissi ne «La Medicina Italiana» 1922, una reazione negativa permette di escludere la presenza di una forma specifica: e ciò ritengo sia assai utile ai fini diagnostici e prognostici. Il De Toni è stato quindi smentito da uno stesso suo collaboraore, con una statistica di ricerche sulla meningite sierosa che è la più imponente di quante oggi si conoscano. Intervenne anche nella discussione, quasi per riassumere quanto era stato detto sulla reazione del triptofano, il Presidente della seduta, l'illustre Prof. Franciosi, che così si espresse: «Nella disparità di opinioni che si sono manifestate in questa discussione riguardo al valore pratico della reazione del triptofano nella diagnosi della meningite tubercolare, credo di poter interloquire avendo fatto eseguire in proposito numerose ricerche nella Clinica di Bologna, e di poter assumere una posizione intermedia fra quelle due estreme assunte dai diversi oratori. Infatti pur non credendo di poter assegnare un valore assoluto, ed un significato specifico, nei riguardi diagnostici, alla reazione del triptofano, io manifesto l'opinione che essa possa avere una ragguardevole importanza pratica, specialmente quando sia valutata in accordo con tutte le altre indagini che si praticano ordinariamente per la diagnosi della meningite». L'O. ammise anche che il reticolo fibrinoso del Mya può riscontrarsi in forme diverse dalla meningite tubercolare, ma non ebbe mai a riscontrarlo nelle paralisi post-difteriche.

Il Dott. Porta a chiusura della discussione rispose in detta seduta in questi termini, che trascrivo dagli Atti: «L'O. non ha dato nè dà valore assoluto alla ricerca del triptofano. Vuole solo metterne in evidenza il valore pratico; come dice del resto il titolo della comunicazione. E sul suo valore pratico, come conforto ad una diagnosi di meningite tubercolare dopo di aver considerati tutti gli altri sintomi, crede che siano concordi anche i precedenti oratori. Non si può chiedere del resto alla ricerca del triptofano più di quello che può dare un esame di laboratorio. Certo è che nei casi da lui presi in esame tale ricerca gli ha servito incomparabilmente di più e della Boveri e della Pandy e della Nonne-Appelt, e cioè di tutte le altre reazioni più in uso». Io aggiungo, da parte mia di non aver mai dato «valore assoluto» alla reazione del triptofano, reazione chimica ma forse anche — per le ipotesi di lavoro da me innanzi espresse — biologica e quindi dipendente da fattori molteplici, in gran parte ancora oggi oscuri.

Il Taccone, ne «La Clinica Pediatrica», n. 6, 1926, tratta comparativamente in alcune centinaia di liquores (e tra essi in 52 casi di meningite tubercolare) delle varie reazioni chimiche a scopo diagnostico. Egli ha preso in esame la reazione (pag. 335 del lavoro) confermando l'importanza della prova (29 esiti positivi e 2 negativi). Inoltre l'A. a pag. 329 si associa a quanto ebbi a scrivere sul significato della reazione del triptofano (dimostrazione indiretta della presenza di fermenti proteolitici). Nelle conclusioni dell'ampio lavoro del Taccone è messo pure in rilievo quanto ebbi prima ad affermare sulla non specificità del reticolo fibrinoso, (pag. 356).

Il Moretti nel n. 19 del «Pensiero Medico», 1925, pubblicò un lavoro sul valore della reazione del triptofano nel liquor, riferendo i risultati di ricerche eseguite su 60 casi di forme nervose varie e su soli 16 casi di meningite tubercolare. L'A. riconosce egli stesso di avere praticato la reazione del triptofano in forme nervose «che qualche volta, se non di frequente», sono «in discussione» nella diagnosi differenziale tra forme di neuropatologia e meningiti tubercolari: ciò per giustificare le sue tabelle dense di casi di neuropatologia; dal canto mio sono ben lieto dei controlli del Moretti, controlli che io stesso del resto ebbi a fare, negli studi preliminari della reazione e nei molteplici tentativi per giungere ad essa, con liquores fornitimi dalle RR. Cliniche Neuropatologica ed Oculistica di Roma, liquores per i quali spesso ignoravo la forma morbosa del soggetto da cui erano stati estratti. Il Moretti riscontrò la reazione del triptofano positiva in tutti i casi di meningite tubercolare, meno in due. I casi con reazione positiva all'infuori della meningite tubercolare, furono 13 sui 60 esaminati. Di essi precisamente furono: 8 casi di periencefalite, 3 di tabe dorsale e 3 di sifilide dell'asse cerebro-spinale, nonchè un caso di sindrome di Froin in un tumore extra-midollare. Lo stesso A. dice che la reazione del triptofano riuscì «generalmente negativa» in molti altri casi, e più numerosi delle stesse forme suddette. Vi è inoltre da osservare che il maggior numero di reazioni positive fu ottenuto dall'autore in casi di periencefalite (processo eminentemente infiammatorio) ed in essi la reazione fu positiva soltanto in minima parte (+).

In quanto al significato della reazione l'A. ritiene che essa debba essere in rapporto con l'aumento della fibrina e delle globuline del liquido cefalo-rachidiano. Le conclusioni del lavoro sono che la reazione del triptofano è «quasi costante nella meningite tubercolare, ma non è di questa patognomonica, riscontrandosi con relativa frequenza in forme del sistema nervoso centrale in cui si verifica un aumento delle globuline». Ora, basta leggere il primo lavoro, già citato, per convincersi che io non ho mai dato significato di specificità alla reazione del triptofano e che non ho inteso affatto di segnalare detta reazione come patognomonica della meningite tubercolare. Io scrivevo soltanto che essa può riuscire utile ai fini diagnostici perchè è «assai spesso indizio di un processo specifico».

Digitized by Google

Successive esperienze, eseguite in gran copia ed in varii laboratori, hanno non solo confermato la reazione, ma ne hanno fatto meglio apprezzare il valore e la sensibilità. Nessun autore ha inteso difatti il bisogno di modificare anche menomamente la tecnica della reazione quale ebbi primitivamente a descriverla e quale oggi la riporto. E gli AA. le cui conclusioni ho riportato, come pure l'ampia discussione avvenuta nell'XI Congresso Pediatrico, hanno sempre confermato le vedute da me espresse nel 1922. E se altri lavori, per quanto mi consti dalla letteratura che ho potuto consultare, non sono apparsi, si è perchè le osservazioni di qualche autore sulla «non specificità della reazione», sulla sua presenza — per quanto eccezionale — in casi disparati di malattie nervose, ritengo abbiano dissuaso molti dal praticare, comparativamente con altre reazioni, la reazione del triptofano.

Riporto integralmente, ad esempio, come è stato erroneamente recensito sul «Policlinico» sez. pratica 1926 il lavoro del Moretti.

«L'A. ha eseguito in 16 casi di meningite tubercolare (tutti conclamati e parecchi seguiti da autopsia) e in 60 casi di forme nervose varie, la reazione del triptofano nel liquor, fatta nota recentemente dall'Ajello come atta a facilitare la diagnosi di meningite tbc. Con tale reazione si mette in evidenza nel liquor un particolare amino-acido, il triptofano, prodotto di scissione dell'albumina nel liquor.

«Nei casi studiati dall'A. la reazione fu presente in modo indubbio, sebbene con varia intensità, in 13, e precisamente in 6 casi sopra 8 di periencefalite e in 3 su 6 di tabe dorsale, nonchè in 2 casi su 13 di sifilide dell'asse cerebro-spinale.

«Inoltre fu positivissima in un caso di sindrome di Froin in un tumore extramidollare controllato all'autopsia.

«Dalla disamina quindi della statistica sembra fortemente infirmata la «proprietà specifica» di detta reazione, mentre ad essa rimane il valore di svelare l'aumento della fibrina e delle globuline sul liquido c. r.

«Pertanto a questa stregua deve essere considerata nella valutazione della sua importanza diagnostica».

Ora ben differenti sono le conclusioni del Moretti, i casi sono stati riportati con inesattezza e sopratutto ben differenti le mie conclusioni del 1922: chi recensisce un lavoro deve anche risalire al lavoro originale, alla fonte, ed il recensore non lesse certamente la mia prima nota, come non analizzò minutamente i casi riportati dal Moretti: così si rischia di diffondere la leggenda di una insostenibile «proprietà specifica».

L'ultimo lavoro sulla reazione del triptofano è in corso di pubblicazione ed è dovuto al Dr. Barbarani (1) ed i risultati mi sono stati gentilmente comunicati dall'autore: sono stati esaminati, con reazioni comparative, tra le quali la reazione del triptofano, n. 99 liquores. Le reazioni positive furono soltanto nella meningite tubercolare (positività del 90 % circa), nella meningite cerebro-spinale (liquor torbido, ad alto contenuto di albumina), in un caso di paralisi infantile giovanile, ed in un caso di meningo-encefalite luetica. Tutte le reazioni eseguite in casi di encefalite, poliomielite, corea, epilessia, meningite sierosa grippale, tubercolosi cerebrale, tubercolosi non meningea, grippe, lues ereditaria, ecc. riuscirono negative.

Analizzando detti risultati, ed escluso ogni valore per il risultato positivo nel caso di meningite cerebro-spinale (nel lavoro originale accennai a tale fatto, e raccomandai di tener conto della reazione solo nei liquores limpidi: del resto, la meningite cerebro-spinale ha elementi diagnostici tali, anche batteriologici, da non aver bisogno di ulteriori perfezionamenti e tecniche) resta soltanto la positività dei casi eccezionali, specie in forme sicuramente infiammatorie. Il Dr. Barbarani nelle conclusioni del suo lavoro ritiene la reazione importante ed utilissima ai fini differenziali.

Circa la genesi della reazione tra gli AA. che l'hanno controllata e che ho già citato, vi sono quelli che non si sono espressi in merito (Brugi, Fornara, Santangelo, Pestalozza), quelli che hanno aderito alle mie ipotesi di lavoro apportandovi il loro contributo (Porta, Repaci, Taccone, Barbarani). Vi è però un autore, il Tronconi, che non ritenne dimostrato che la mia reazione sia dovuta al triptofano; ma io ritengo che su questo non possa esserci discussione perchè basai le mie ricerche su quelle classiche di Voisinet e Fuerth. Il Porta a pag. 7 del suo lavoro risponde poi al Tronconi citando un importante recente lavoro del Danila, che verrebbe a confermare l'esistenza del triptofano nel liquido cefalo-rachidiano: rimando il lettore al lavoro originale per ulteriori delucidazioni.

Vi è infine un autore, il Moretti, il quale pur ritenendo dimostrato che la mia reazione è in rapporto col nucleo triptofanico, ritiene che essa sveli il triptofano contenuto nella fibrina e nelle globuline e che perciò la mia reazione sveli, indirettamente, l'aumento della fibrina e delle globuline.

Per quanto riguarda le globuline, non posso esser d'accordo: in tal caso dovrebbe esservi un parallelismo assoluto colle reazioni di Pandy, di Nonne-Appelt, ecc.: invece dal complesso dei lavori da me citati, tale rapporto non esiste, anzi è escluso.

Lo stesso Moretti, del resto, scrive: «non ho potuto stabilire alcun rapporto tra la reazione ed il grado di intensità delle varie reazioni delle globuline».

Nel mio lavoro del 1922 io scrivevo (conclusioni) «un forte aumento di globuline nel liquor *può dare* la reazione positiva»: dalle ricerche di controllo, comprese quelle del Moretti stesso, ciò resta confermato: si tratta di casi eccezionali in cui senza esser presente un processo di meningite specifica si ebbe positività della reazione del triptofano a liquor limpido; ma se invece l'ipotesi del Moretti sulla genesi della reazione fosse esatta, tutti i casi di tabe ad es. dovrebbero dare la mia reazione positiva: ed allora sì che la utilità diagnostica di essa nella meningite tubercolare sarebbe fortemente scossa!

Prendendo poi in considerazione quanto scrive il Moretti sulla dipendenza della reazione del triptofano dalla fibrina, io accettai appunto tale concetto, tanto vero che nel testo del lavoro ricordai come il triptofano si trova nella fibrina in percentuale piuttosto alta, 5 %: l'importante è di spiegare se la fibrina, componente principale del reticolo, venga svelata sotto forma di triptofano in stato di scissione.

Riferendomi al lavoro di A. Clementi sulla scissione della fibrina per azione dei propri fermenti autolitici ed alle mie stesse esperienze con l'ultrafiltrazione, io ritengo che la reazione sveli la fibrina scissa ma che essa potrà esser chiarita solo allorchè ci saranno noti tutti i prodotti intermedi di scissione della molecola proteica (serie dei polipeptidi).

***

Concludendo. Sono stati pubblicati sulla reazione del triptofano dieci lavori di controllo, ed essa è stata praticata dagli autori tutti che se ne sono occupati, assieme ad altre reazioni (Boveri, Nonne, Pandy, Taccone, ecc.). Le conclusioni che si possono trarre da un esame critico di dette ricerche sono: 1) Su mille liquores esaminati, appartenenti a soggetti affetti dalle forme morbose più varie, la positività della reazione si manifesta quasi costante in caso di meningite tubercolare, superando il 90 %. 2) La reazione negativa esclude generalmente la presenza di un processo meningeo specifico. 3) Sono rarissimi i casi in cui la reazione è positiva senza che si riscontri poi all'autopsia la meningite tubercolare: i casi descritti non oltrepassano il 2 %. 4) L'ipotesi più attendibile, per spiegare la positività della reazione e la sua indipendenza dal contenuto di albumina e globuline del liquor, è che essa sveli la fibrina particolarmente se scissa in amino-acidi, (dai propri fermenti autolitici) tra i quali il triptofano.

(1) Tesi di specialità in Clinica Pediatrica. R. Università di Milano, 1926.

NOTE DI SIFILOGRAFIA

I. La reazione di Wassermann e quella di flocculazione nel latte delle donne luetiche. — P. Haekemann (Clinica Ginecol. ed ostetrica della Prov. Renana, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 19) ha eseguito ricerche su 36 donne in puerperio, di cui 33 davano latte, e 3 non allattavano.

Perchè il latte fosse utilizzabile per le reazioni di flocculazione, che richiedono — come è noto — un liquido assolutamente limpido, è stato filtrato attraverso la candela di Berkefeld, ottenendosene così un liquido chiaro come acqua. (Ricerche comparative hanno dimostrato che tale procedimento attenua solo lievemente i risultati positivi).

Delle prime 33 donne, 24 che avevano la Wassermann positiva nel sangue, dettero anche positiva la Wassermann nel latte; 5 con Wassermann negativa nel sangue, dettero Wassermann positiva nel latte, e 4 dettero risultato concordemente negativo tanto nel sangue quanto nel latte. Le 3 donne che non allattavano dettero risultato positivo nel sangue e nel latte. Quasi tutte erano state trattate contro la lue, nella gravidanza o nel puerperio.

Le reazioni di flocculazione si dimostrarono molto meno attendibili e dettero risultati mutevoli.

II. Ittero contemporaneo a sifiloma iniziale. — Louste, Thibaut e Tisserand hanno riferito alla *Società Francese di Dermatologia e Sifilografia* (1926) su di un caso di ittero comparso fin dai primi giorni di evoluzione di un sifiloma iniziale dell'asta, osservato in un uomo di 24 anni. Vi era pleiade ganglionare classica all'inguine sinistro. La Wassermann era ancora negativa. L'ittero fu nettamente e beneficamente influenzato dalla cura specifica.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sensibilità dei tubercolotici all' insulina. — R. AHLENSTIEL, Reparto di medicina interna dell'ospedale civico di Berlino Reinickendorf. *Deutsche medizinische Wochens.*, 1926, n. 28.

I rapporti tra tubercolosi polmonare e diabete mellito sono complessi. Il diabete mellito costituisce certamente uno stato di predisposizione per la tubercolosi polmonare. Ciò si spiega pensando che l'iperglicemia costituisca un favorevole terreno di coltura per il bacillo di Koch, o che le perdite di albumina rendano i tessuti del diabetico incapaci a resistere alla aggressione del germe.

Esiste invece una certa resistenza per i tubercolotici ad ammalarsi di diabete, e ciò trova la sua ragione sopratutto nel fattore costituzionale, poichè il diabete mellito legato al gruppo degli adiposi, artritici, braditrofici, sta in un certo antagonismo con i tisici, ad abito astenico.

Se un diabetico è tubercoloso, migliora frequentemente la sua tolleranza per gli idrati di carbonio, la glicosuria e l'acidosi, anche nei casi gravi.

Partendo da queste premesse e dal principio di Falta, che l'azione dell'insulina sul glucosio del sangue è direttamente proporzionale al grado di alterazione del ricambio, l'A. ha pensato di determinare la sensibilità dei tisici non diabetici verso l'insulina, per rispondere ai quesiti: 1) è dimostrabile in tal modo un'alterazione del ricambio degli idrati di carbonio nei tisici? 2) in quali forme si ha tale alterazione 3) è essa legata ad una alterazione della economia insulinica?

I pazienti venivano tenuti a digiuno (di notte) per 12 ore. Poi, ad intervalli di 15'-30' si determinava il tasso del glucosio nel sangue a digiuno, e facevasi una media di 4 determinazioni. Seguiva un'iniezione di 20 unità insuliniche per via sottocutanea.

Per 4 ore, si eseguiva la determinazione del tasso del glucosio nel sangue, ad intervalli di 30' (8 determinazioni), col micrometodo di Hagedorn e Seusen.

Le ricerche furono esguite su 6 individui sani, 7 pazienti di affezioni acute non tubercolari, 8 pazienti affetti da tubercolosi torpida o poco attiva, 13 tubercolotici attivi.

In tutti gli esperimenti, il tasso più basso di glucosio nel sangue fu raggiunto tra 1 e 3 ore dall'iniezione.

Nei tubercolotici attivi si è riscontrata una sensibilità verso l'insulina minore che per i tubercolotici torpidi e per le altre forme infettive. Non è possibile una distinzione sotto questo punto di vista, tra forme essudative e forme proliferative.

Questo comportamento dei tubercolotici attivi verso l'insulina potrebbe essere spiegato come espressione di una «attività affamante» particolarmente notevole, da parte dell'apparato insulinico.

Contributo sul riflesso oculo-cardiaco. — F. VAN DOOREN. *Bruxelles-Médical*, n. 46, 1926.

Tra i mezzi di esplorazione dello stato del sistema vegetativo, il riflesso oculo-cardiaco è quello più facile ad eseguirsi in pratica, pur dando risultati esatti in quanto che essi possono essere valutati con criteri obbiettivi. Come si sa tale riflesso si provoca comprimendo i due bulbi oculari: avviene allora che si eleva la tensione dei liquidi endo-oculari e, mentre la retina rivela la sua eccitazione con sensazioni luminose, l'eccitazione subita dai nervi ciliari si trasmette ai gangli ciliari in connessione con la branca oftalmica del trigemino, attraversa il ganglio di Gasser e per le branche sensitive del V penetra nel bulbo, nel quale seguendo una direzione discendente fino al IV ventricolo si trasmette alla branca dorsale del pneumogastrico. E' attraverso le vie così schematizzate che la compressione binoculare è capace di eccitare il vago e di determinare conseguentemente bradicardia, pallore del volto, sudori freddi, spasmi gastrici, talora fino al vomito.

In pratica la compressione degli occhi per provocare il riflesso oculomotore si potrà eseguire con le mani o con apparecchi speciali. E' necessario in ogni caso che il malato da esaminare sia disteso nel più completo riposo fisico e morale, lontano dalla digestione e da ogni rumore, edotto della prova che si dovrà compiere su di lui affinchè non se ne preoccupi. Indi il medico col pollice e l'indice della mano destra comprimerà progressivamente e con forza pur senza produrre dolore sulle due palpebre chiuse; con la mano sinistra conterà il polso e terrà vicino un orologio per poter conoscere il numero delle pulsazioni di 5 in 5 secondi. Per rendere più obbiettiva la ricerca si può usare l'oculo-compressore di Roubinovitch, consistente in due pelotte di caucciù collegate con un manometro ed una soffieria: si rigonfiano le pelotte, dopo averle applicate sugli occhi, fino a raggiungere una pressione di 15 cm. di mercurio. Si può anche per maggiore esattezza rilevare, oltre la frequenza del polso, lo sfigmogramma radiale o il cardiogramma. I fenomeni visivi provocati dalla compressione oculare non sono troppo penosi (visione di figure geometriche luminose, scintille e dopo la compressione colorazione anormale degli oggetti). In genere la compressione va esercitata per una quarantina di secondi, ma nei vagotonici pronunziati già sin dai primi secondi si manifestano i segni dell'eccitabilità vagale e allora si può sospendere la compressione.

Nel soggetto normale il riflesso oculo-cardiaco (R. O. C.) si rivela con una diminuzione del polso di 6-12 battute al minuto, la quale comincia spesso sin dall'inizio della compressione e raggiunge il suo massimo una diecina di secondi dopo; va annullandosi però già durante la compressione e non si prolunga dopo che essa è cessata. I vagotonici hanno invece un R. O. C. fortemente positivo presentando un rallentamento del polso di più di 12 battute al minuto, rallentamento che si pronunzia al suo massimo tardivamente, tra 20-30 secondi, che non è regolarmente progressivo potendo essere interrotto da brevissimi periodi di tachicardia e che si prolunga anche dopo cessata la compressione. Infine in altri malati si può avere un R. O. C. invertito, cioè una maggiore frequenza del polso, fino a un massimo di 24 battute al secondo, invece della bradicardia.

Il R. O. C. fornisce utili insegnamenti in patologia. Per quel che riguarda la cardiologia, campo specialmente studiato dall'A., esso può misurare la sensibilità del sistema vegetativo di un individuo affetto da palpitazioni. Se le grandi aritmie organiche reagiscono molto debolmente alla eccitazione vagale, non così le aritmie dolorose (aritmia respiratoria, extra-sistoli emotive, digestive, ecc., eretismo cardiaco da disturbi endocrini) che si accompagnano quasi sempre con un R. O. C. fortemente positivo. Nei casi di polso irregolare, esso servirà a differenziare la bradicardia sinusale dalle bradicardie da intossicazione miocardica. Le sensazioni penose dei vagotonici alla regione precordiale si accompagnano pure con un R. O. C. esagerato; i sofferenti di angina pectoris invece sono più spesso dei simpaticotonici. Infine il R. O. C. è capace di arrestare temporaneamente la tachicardia parossistica.

Sulla patogenesi del morbo di Vaquez. — I. ZADEK, II° Reparto di Medicina Interna dell'Ospedale civico di Neuköln, Berlino. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 35.

Nel morbo di Vaquez non vi è alcuna diminuzione nella distruzione normale dei corpuscoli sanguigni. Sono invece dimostrabili costantemente i sintomi di un'aumentata degenerazione del sangue. La pletora, nel morbo di Vaquez, è determinata particolarmente dallo aumento degli eritrociti maturi, mentre i leucociti si mantengono in numero normale, e tra essi sono dimostrabili forme patologiche di granulociti quasi sempre in quantità molto scarsa.

La iperattività del midollo osseo è sempre chiaramente dimostrabile. L'aumentata eritropoiesi porta specialmente ad una iperemia, e ad una normoblastosi del midollo rosso delle ossa lunghe, in misura non molto notevole. L'aumentata leucopoiesi si rivela per la presenza di numerose cellule mieloidi nel midollo delle ossa lunghe.

Nel morbo di Vaquez si ha un'aumentata ematopoiesi, con questa particolarità, che dei corpuscoli rossi giungono nel torrente sanguigno solo forme mature, mentre dei leucociti si trovano anche forme giovanili, precocemente lanciate in circolo dal midollo osseo.

Nel morbo di Vaquez, nel sangue periferico i segni dell'aumentata eritropoiesi vengono dissimulati, poichè tutti i metodi di ricerca relativi sono legati alla presenza di eritrociti giovanili immaturi. Invece l'essenza del morbo di Vaquez è costituita dall'aumento costante di eritrociti maturi.

Il reperto batteriologico del succo duodenale. — KUTTNER e LÖWENBERG, Berlino. *Medizinische Klinik*. 1926, n. 37.

Negli individui con stomaco sano la ricerca di germi patogeni nel duodeno dà esito negativo, o assai scarsamente positivo. Nella gastrite acloridrica gli enterococchi sono più frequenti dei colibacilli; ambedue queste forme si trovano nell'anemia perniciosa.

Nelle affezioni infiammatorie delle vie biliari, nel succo duodenale si trovano forme batteriche patogene nella porporzione dell'80 %.

E' indiscutibile — in questi casi — una azione autoprotettiva dell'intestino contro i germi.

Sono consigliabili i lavaggi duodenali con 200 o 300 cmc. di solu-

Digitized by Google

zione di solfato di magnesio al 10 o al 15 % nelle infezioni da streptococchi o da bacterium coli del tratto superiore dell'intestino tenue.

Eventualmente, può anche praticarsi la vaccinoterapia.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Sulla questione dei corpi estranei dimenticati nelle operazioni. — H. Haberer. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 199, fascicoli 1-2, ottobre 1926.

La questione dei corpi estranei che il chirurgo può dimenticare nella cavità addominale degli operati, per quanto di interesse palpitante sia per l'infermo, che per l'operatore, non sembra tenere nella letteratura un posto adeguato alla sua importanza, sia perchè molto probabilmente, da un lato i chirurgi si guardano generalmente di rendere di pubblica ragione degli infortuni di questo genere, sia perchè i corpi stranieri dopo aver prodotto disturbi di vario genere vengono, in capo ad un certo tempo, trovati ed asportati da altri operatori, i quali, salvo rare eccezioni, si astengono dal mettere in piazza le disgrazie dei colleghi, sia infine perchè accidenti di questo genere per i progressi della tecnica, vanno diventando sempre più rari.

Un contributo all'argomento vien ora portato dallo Haberer il quale riferisce di avere, in 8343 interventi, avuto 6 volte la disgrazia di lasciare «qualche cosa» nell'addome o tra i tessuti dei suoi operati.

In un caso di ulcera peptica del digiuno recidiva si trattava di una pinza emostatica, che più tardi fu estratta felicemente. Un'altra pinza venne dimenticata nel piccolo bacino di una donna, sulla quale un'intervento per peritonite acuta diffusa, fu dovuto interrompere all'improvviso perchè il narcotizzatore disse che era sopravvenuta la morte. Per fortuna, invece, l'inferma si riprese e dopo un anno lo stesso Haberer potette estrarre la pinza con una resezione intestinale.

In un altro caso poi fu una piccola compressa lasciata nell'addome in occasione di una difficile resezione gastro-duodenale per ulcera nella quale le vie biliari vennero largamente preparate e trovate però libere. Un anno dopo l'inferma si presentò col quadro di una colecistite con un tumore ben palpabile; all'operazione fu trovato al disotto della cistifellea normale un ascesso nel quale era contenuto il pannolino perfettamente conservato e che fu potuto estrarre.

In un altro caso avendo praticata una resezione gastrica, l'A. venne avvertito alla sera che nel conto mancava un pannolino. Riaperta subito la ferita laparotomica, la compressa fu trovata sotto il fegato.

Nel quinto caso si trattava di un carcinoma della mammella con emorragia fortissima; un piccolo pannolino fu dimenticato nei tessuti, e dopo alcune settimane, essendo la ferita guarita per prima, si affacciò nella cicatrice e fu estratto.

Nel sesto caso infine si trattava di un carcinoma ovarico, abbondantemente sanguinante, per cui dopo l'asportazione fu dovuto praticare un tamponamento. Alcuni giorni dopo la rimozione di questo, si affacciò nella ferita, fortemente suppurante, un pezzo di garza che facilmente venne tirato fuori. Comparve poi una fistola stercorale, che si chiuse rapidamente.

In questo caso però l'A. non può decidere se si sia trattato di un errore nella rimozione del tamponamento, oppure della effettiva dimenticanza di una compressa all'atto della operazione.

In un settimo caso infine si trattava di un'inferma, la quale nel 1920 era stata operata da un altro chirurgo per peritonite supposta appendicolare ma in cui l'appendicite fu trovata sana. Nel 1923 ricondotta in ospedale per perforazione di un'ulcera pilorica, venne subito operata e guarì. In seguito a questa operazione l'inferma accusò sofferenze, attribuite ad aderenze e ad un'ernia da sventramento, e cominciò a deperire progressivamente, mentre compariva un tumore a sinistra dell'ombellico. Questo tumore, bernoccoluto, mobile, era grande come la testa di un bambino. Vi erano dolori, che insorgevano 1-2 ore dopo i pasti e si irradiavano al sacro e alle spalle.

Di tanto in tanto compariva vomito, un'ora dopo il pasto; vi era stitichezza alternata a diarrea. La radiografia mostrò stomaco grosso, piloro pervio, bulbo duodenale deformato, svuotamento normale, nessun residuo dopo 4 ore.

Senza una diagnosi precisa, aperto l'addome fu trovato sotto lo stomaco un convoluto di anse del tenue aderenti intorno ad un tumore che fu preso per un neoplasma maligno. Fu dovuta eseguire una resezione del tenue tanto estesa che all'inferma non ne rimasero che un po' più di 2 metri. La guarigione si ebbe in tre settimane. All'esame del pezzo asportato si trovò nel centro del convoluto intestinale una vera cloaca in cui si aprivano le anse intestinali e che conteneva una compressa di garza, la quale pensa lo Haberer deve essere stata abbandonata nel peritoneo fin dalla prima operazione. L'interessante è che il corpo estraneo, rimasto per anni nell'addome, non ha dato luogo a gravi disturbi intestinali.

La resezione della prima costola. — F. Berndt. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 197, fasc. 1-6, luglio 1926.

Le malattie limitate alla prima costola sono molto rare, e anche rara è l'opportunità di aggredire operatoriamente quell'osso. L'A. ha avuto opportunità di intervenire due volte su di esso. Nel primo caso si trattava di una carie tubercolare dell'estremità sternale della costola, al punto di unione con la cartilagine. Poichè anche il capo mediale della clavicola mostrava una grossa cavità cariosa, dapprima venne resecato quest'ultimo per 7 cm., dopo di che riuscì facile mettere allo scoperto il tratto malato della costola e resecarlo con le comuni forbici costotome, previo distacco del periostio.

Nel secondo caso si trattava di una ragazza di 17 anni la quale era stata colpita da paralisi del braccio destro, che era poi migliorata lasciando come residui una paresi e dolori nevralgici. Alla radiografia si vedeva un'ombra a livello dell'estremità vertebrale della prima costola.

L'A. pensò di mettere allo scoperto quest'ultima mediante un taglio curvo, con la convessità in fuori, esteso dal punto mediano della clavicola a quello della spina della scapola, combinato con una incisione perpendicolare lungo il margine anteriore del M. cucullare. Tagliato il muscolo trasversalmente subito sopra le sue inserzioni alla clavicola e all'acromion, e incisa la fascia profonda, fu messo allo scoperto il plesso brachiale che, con i vasi, venne spostato in avanti. Comparve allora il M. scaleno medio e si potè palpare la sua inserzione alla prima costola che appariva per cinque centimetri. Incisione del periostio e prudente scollamento di esso sulle due facce. Con questa manovra si penetra in una grossa cavità che è situata a livello della faccia interna della costola ed è piena di granulazioni (senza pus). Con le forbici costotome si taglia la costola, in pieno tessuto sano, a 2 cm. in avanti.

In dietro la costola è così alterata che può essere senz'altro asportata. Col cucchiaio tagliente, con le tanaglie del Luer e colle forbici si asportano i frammenti residui fino ad arrivare alla superficie articolare della prima vertebra. Tamponamento; sutura del cucullare e della cute salvo sul punto da cui si fa uscire il tampone. Guarigione della ferita e scomparsa dei dolori e delle paresi.

Sulla legittimità della resezione gastrica nelle ulcere perforate dello stomaco e del duodeno. — E. Schwarz. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 197, fasc. 1-6, 1926.

Le ulcere perforate dello stomaco e del duodeno debbono essere operate il più presto possibile, perchè solo in tal modo si può sperare di salvare il massimo numero possibile di ammalati. La operazione precoce però deve essere anche un'operazione radicale e deve cioè consistere nella resezione della ulcera insieme con tutta la porzione gastrica ammalata. Il metodo da seguire nella resezione è indifferente; l'A. pratica quello alla Reichel.

Su 10 infermi operati di resezione, 9 vennero sottoposti all'intervento nelle prime 12 ore, e sono guariti; uno operato dopo 18 ore è morto. L'A. ritiene che trascorse 12 ore l'intervento debba essere il più semplice possibile e vale a dire la sutura.

La semplice sutura però impiegata nelle prime 12 ore espone troppo alle recidive. Su 10 casi infatti, l'A. ha dovuto rioperarne 4, perchè la malattia non solo non era cessata, ma era andata peggiorando.

L'A. respinge la G. E. perchè gli sembra inutile, non solo, ma minaccia troppo l'operato, in una percentuale di casi relativamente alta, di ulcera peptica del digiuno.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il tetano uterino di origine puerperale. — Audroy e Frantz in Paris. *Gazette des Hôpitaux*, 58, 1926.

Osservazione piuttosto rara e commenti importanti. Aborto all'inizio della gestazione. Dopo sei giorni di buon decorso, e senza poter riconoscere altre vie di entrata, nè tentativi dolosi di aborto, si manifesta il tetano. Raschiamento uterino ed iniezioni di acqua ossigenata. Si inizia il trattamento con sieri antitetanici, glicerina fenicata alla Baccelli; cloralio per via interna. Continuato il trattamento intensivo durante tre giorni, si ha tuttavia la morte. Si conclude trattarsi di tetano puerperale; del quale parrebbero registrati finora circa 200 casi.

Di cotesto tetano post-partum si sono avute epidemie in reparti ginecologici, p. es. in Praga: 35 casi con due sole guarigioni. Di solito le prime manifestazioni tra 8°-9° giorno; l'esito letale in 3 giorni. In 40 % dei casi si riconosce il secondamento artificiale; ma in altri casi ci sono: zaffamento, versione, forcipe, lacerazioni perineali. Spesso il contagio si

Digitized by Google

ebbe dall'una all'altra puerpera; talvolta dalle mani della levatrice. Si registrano rari casi a decorso cronico, con esito favorevole.

Naturalmente i casi più notevoli sono quelli consecutivi ad aborto criminoso. Il periodo di incubazione fu in media da 4-6 giorni; talora di dodici a quindici. Anatomicamente l'utero suole presentare residui placentari, endometrite, ritenzione di liquidi settici, talvolta salpingite, pelvi-peritonite. Il prodotto del raschiamento inoculato in cavie ha dato rapida morte. In qualche caso fu dimostrato il Nicolajer: in qualche altro ottenuta la cultura, per lo più mista a streptococchi.

Clinicamente non si può dire che il quadro sia differente da quello tetanico acuto in genere.

L'evoluzione è diversa a seconda dei casi. Su 24 osservazioni 3 soltanto ebbero decorso superacuto di 24 ore; la più parte ha decorso in 3-5 giorni.

Il pronostico è molto grave, cioè circa 88,13 % di morti in quello post-partum, ed 89,36 % in quello post-abortum. Si potrebbe in cifra più complessiva salire a 91,66 %.

Veniamo al trattamento: da Simon, Wohlgemuth, Schneider si va caldeggiando un trattamento preventivo. E' da accettarsi là dove si sappia o i sospetti l'aborto criminoso. A tetano costituito attaccarlo energicamene: cura calmante, seroterapia, trattamento chirurgico.

Cloralio in clisteri o per bocca, almeno a 12 o 10 grammi *pro die*, possibilmente associato alla morfina.

Siero antitetanico a dosi molto alte, per via sottocutanea: in tre giorni 4-500 cc. In qualche caso, durante quindici giorni si è saliti 2200 cc. Molto delicato è pronunziarsi per ora sulle iniezioni endovenose ed intracraniche.

Consigliabile subito lo scucchiaiamento nei casi troppo gravi per ricorrere alla isterectomia. Sempre che tollerabile ed accettato, quest'ultimo rimedio estremo è giustificato dalla gravità.

Il glicogene nella istochimica dei genitali femminili. — I. K. Mayr, Monaco. *München. mediz. Wochenschrift*, 1926, n. 42.

Il glicogeno si trova solo nelle zone genitali femminili ad epitelio piatto stratificato (vagina, cervice, uretra); mentre nell'uomo la fossetta navicolare del pene, che è anch'essa ad epitelio piatto stratificato, è priva di glicogeno.

Il glicogeno è anzitutto un elemento acidificante, e questo è dovuto alla sua attività chimica sullo zucchero e l'acido lattico. (Di regola, nella blenorragia la reazione vaginale è debolmente acida o affatto acida, ma ad onta del reperto positivo dei gonococchi, la reazione può rimanere fortemente acida).

Secondo l'A. l'aumento del glicogeno nell'epitelio vaginale è in proporzione diretta dell'acuzie del processo blenorragico.

E poichè il glicogeno sta in rapporto strettissimo colla reazione acida, e la reazione acida dello epitelio vaginale non è favorevole alla moltiplicazione dei gonococchi, l'aumento del glicogeno in questi casi può venire considerato come una misura di difesa naturale dell'organismo, che si oppone ad una pericolosa alcalinizzazione del terreno.

Ma questi reperti non hanno una importanza pratica dal punto di vista di una diagnosi differenziale. La dimostrazione del glicogeno nel secreto vaginale è molto semplice: una goccia di una soluzione di Lugol diluita viene portata sul secreto disseccato; se vi è glicogeno si ha una colorazione rosso vinoso, mogano o cioccolata.

OCULISTICA

Le ambliopie misconosciute. — Cantonnet, Paris. *Paris Médical*, n. 36, 1926.

Quanto al sanitario si presenti un infermo, il quale dica che dal tal giorno il suo occhio non vide più, o se mai vide male, non bisogna starsene. Spesso l'oftalmoscopio potrà svelare che le cause di questa ambliopia misconosciuta risalgono a lunga data. A rigore di termini e di concetti, se nell'amaurosi l'infermo non vede nulla, nell'ambliopia la visione è soltanto abbassata; il paziente vede male, mentre il medico nulla scorge sul segmento oculare anteriore.

Se l'ambliopia interessa ambedue gli occhi, l'infermo presto se ne accorge: un velo, una nuvola turba la nettezza degli oggetti. Ma vi sono ambliopie unilaterali; epperò possono andare misconosciute, restando buona la acutezza visiva dell'altro occhio. Qualche esempio. Un paziente con deviazione oculare da un lato può soltanto per caso sentirsi affermare dall'oculista che quell'occhio non funzioni bene, essendosi lentamente abituato a quella diminuzione.

Altro esempio: un giovane di ritorno da un periodo di istruzione al tiro, accusa che vedeva male il bersaglio: l'esame oftalmoscopico rivela una chiazza atrofica di corio-retinite presso la macula.

Altro esempio: una cucitrice trova difficile infilare l'ago: alla scelta di occhiali si scopre la presenza di un sarcoma incipiente della coroide.

Altro esempio: un boxeur riceve un colpo su di un occhio. Dopo qualche giorno scomparsa dell'ecchimosi; non altri disturbi; dopo qualche tempo, nello stropicciarsi gli occhi egli si accorge che, chiuso l'occhio opposto, non vede punto da quello colpito: all'esame scollamento retinico.

Altro esempio: un pittore, investito da un ciclista batte colla fronte al suolo, apofisi orbitaria esterna; ecchimosi presto riassorbita; perdita unilaterale della visione; si trova atrofia ottica totale da lesione del nervo per frattura irradiata dall'orbita al forame ottico.

Altro esempio: un soggetto batte della fronte contro una scala. Dopo qualche giorno casualmente si accorge, chiudendo il sano, di una macchia al centro dell'altro occhio; si trova scotoma centrale per lesione del fascetto maculare dovuta ad una fissura orbitaria irradiata al forame ottico, e ledente il nervo.

Accidenti provocati dalle iniezioni sottocongiuntivali di siero fisiologico. — Van Lint. *Bruxelles-Médical*, n. 46, 1926.

Mentre le iniezioni sottocongiuntivali di siero fisiologico (soluzione di cloruro di sodio al 9 %), dopo istillazione di cocaina, sono ordinariamente indolori e si riassorbono in poche ore senza lasciare reliquati, sono citati nella letteratura casi nei quali le stesse iniezioni hanno provocato un dolore abbastanza intenso per 2-3 minuti e iperemia e chemosi più o meno accentuata per 3-4 giorni. Un'altra serie di casi simili è stata recentemente osservata dall'A. In individui nei quali aveva iniettato sotto la congiuntiva, per ottenere l'achinesia palpebrale nell'operazione di cataratta, 4 cc. di una soluzione composta di 2 cc. di novocaina al 4 %, 2 cc. di siero fisiologico e 2 gocce di adrenalina: il siero fisiologico era stato usato per ridurre al 2 % la soluzione di novocaina al 4 %. Dopo 5-7 giorni dall'iniezione, comparve in questi malati un gonfiore notevole della palpebra inferiore, della guancia e della regione anteriore della tempia omolaterale, che perdurò per 4-8 settimane; niente dolore; nè rossore, nè fluttuazione, niente febbre, nessun disturbo nella cicatrizzazione della ferita oculare. Accidenti, come si vede, poco pericolosi per l'ammalato, ma imbarazzanti per il medico che non sappia attribuirne la causa alla soluzione fisiologica adoperata.

Che tale sia stata l'etiologia dei disturbi nei suoi casi, l'A. crede di poter dedurre dal fatto che una causa infettiva si sarebbe accompagnata con sintomi generali (febbre) e locali (rossore, dolore, suppurazione) ben diversi e che la novocaina non ha mai prodotto accidenti simili; in quanto all'adrenalina, e essa non era contenuta sempre nelle varie soluzioni di cloruro di sodio e novocaina usate dall'A. e d'altra parte sono stati descritti gravi sfacceli cutanei in conseguenza di ipodermoclisi con siero fisiologico non adrenalinizzato. L'A. pensa, quindi, che l'unico agente in causa deve essere stata la soluzione di cloruro di sodio, sebbene l'analisi chimica di quella adoperata non mostrava in essa alterazioni speciali.

RADIOLOGIA

Potere antirachitico degli olii di fegato di merluzzo irradiati. — T. Wyman, D. Holmes. *Boston Medic. Surgic. Journal*, settembre 1926.

L'olio di fegato di merluzzo è la sostanza, che ha il maggior contenuto di vitamina solubile nei grassi: si è anche affermato che esso acquista un più alto potere antirachitico se sottoposto a irradiazioni ultra-violette. Gli AA. hanno fatto le loro esperienze su un olio medicinale americano preparato di fresco, e del quale danno tutte le caratteristiche chimiche e fisiche. Il contenuto in vitamina fu determinato e trovato assai alto. Campioni di quest'olio vennero irradiati per periodi di mezz'ora, un'ora e due ore. Fu quindi valutato il potere antirachitico, mediante esperimenti su ottanta ratti albini, con ricerche sul contenuto in calcio e fosforo nel sangue, con radiografie e con esami anatomo-patologici. Le radiografie sono riprodotte in sei tavole molto chiaramente dimostrative. In conclusione risulta una differenza assai piccola, se pure vi è, sul potere antirachitico dei vari campioni e in paragone dell'olio originale. Gli AA. però non si ritengono autorizzati a conclusioni definitive e si riservano di riferire in seguito, dopo avere fatte ricerche sia sul tempo di irradiazione, sia sulle quantità somministrate agli animali.

MEDICINA LEGALE

La perizia medica. — E. Mariotti. *Rivista Penale*, vol. CIV, fasc. 3, 1926.

Le varie proposte finora fatte per la riforma dell'istituto della perizia medica sono, secondo l'A., tutte da respingersi; così pure quella recente di Magnanimi, il quale chiede che il giudizio peritale sia dato da

Digitized by Google

persona diversa da colui che ha raccolto i dati, dopo aver udito le ragioni dell'accusa e della difesa, ciascuna rappresentata da un proprio tecnico. La riforma invece potrebbe effettuarsi con vantaggio se l'istituto di medicina legale venisse trasformato in una vera clinica medico-legale, con annesso ambulatorio per l'esame dei casi più lievi e annesso ospedale per gli infermi da ricoverare, non esclusa una sezione per gli alienati. Questa Clinica inoltre dovrebbe essere fornita di una sala per la conservazione ed esposizione dei cadaveri, di una sala per le autopsie giudiziarie, alle quali, salvo speciali controindicazioni, potrebbero partecipare gli studenti, di gabinetti per ricerche isto-patologiche, chimiche, batteriologiche, sierologiche, Roentgenologiche e di essa dovrebbero far parte la scuola di antropologia criminale e di polizia giudiziaria. Il magistrato dovrebbe fornire il materiale di studio per tale istituto clinico.

Nelle città, sedi di Università, le perizie dovrebbero essere eseguite gratuitamente dal direttore e dal personale della clinica medico-legale, con incarichi personali o collegiali secondo i casi, con convenienti retribuzioni per questa speciale funzione le quali graverebbero sui fondi del Ministero della giustizia. Nelle altre sedi di tribunale e di pretura dovrebbero esservi invece dei medici legali, nominati per concorso, abilitati e specializzati al sopradetto istituto, con stipendio statale e con la denominazione di medici fiscali, i quali potrebbero scegliere o nominare degli specialisti a solo titolo consultivo.

Tanto l'imputato quanto la parte civile dovrebbero avere il diritto, durante il periodo istruttorio, di far presenziare da un perito di propria fiducia le operazioni peritali che si andassero compiendo. In caso di disaccordo col perito fiscale, le operazioni verrebbero rimesse per un giudizio superiore al direttore dell'istituto di medicina legale più prossimo, e, nei casi più gravi, anche ai varii specialisti, facenti parte di questo istituto in collegi giudicanti. Con tutte queste garenzie, non dovrebbe nemmeno essere tolto all'imputato il diritto di scegliere, anche all'apertura del dibattimento, un perito a difesa, per garentire i di lui interessi.

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

II CONGRESSO ITALIANO DI OTO-NEURO-OFTALMOLOGIA

(Roma; 20-22 Ottobre 1926)

Alla inaugurazione di questo importante Congresso, nell'Aula Massima del Campidoglio in Roma, intervennero i più noti cultori di Neurologia, Otorinolaringoiatria ed Oftalmologia, nonchè i rappresentanti delle autorità politiche e scientifiche.

Erano anche presenti i proff. Barré di Strasburgo, Portmann di Bordeaux, Barany di Upsala e Beck di Vienna.

Dopo che il vice-Governatore di Roma comm. Vaselli porse il saluto ai congressisti, il prof. G. Mingazzini, presidente della Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica, pronunziò il discorso inaugurale, leggendo anche un telegramma di adesione di S. E. il ministro della P. I. Prof. Fedele.

Indi ebbero inizio i lavori, di cui riportiamo un breve riassunto.

Comunicazioni di Oto-Neurologia

Barré. *Studio critico sui mezzi d'esplorazione dell'apparecchio vestibolare (per unificare le tecniche e i testi).* —L'O. non chede in primo luogo che esista una vera vertigine cerebellare: così non pensa che il nistagmo possa essere di pura natura cerebellare. Egli crede opportuno parlare di vertigine o di nistagmo vestibolare nei cerebellari (quando i due fenomeni si presentano in malati con lesioni del cervelletto). Esaminando le singole prove cliniche adatte a svelare i disturbi del tono muscolare statico (prova delle braccia tese, prova dell'indice di Barany ed esame del nistagmo) egli accenna a molte avvertenze e modificazioni nel praticare ciascuno di questi esami che la pratica gli ha suggerite. Preferisce la prova delle braccia tese alla prova dell'indice di Barany. Insiste sul valore della posizione della testa nei pazienti in esame e della sua influenza sulla posizione degli arti. Si dilunga a parlare sul modo di svelare il nistagmo e fa notare come l'esame del nistagmo di convergenza da lui descritto riveli più vantaggiosamente segni di lesioni labirintiche.

Le tre prove classiche per lo studio della funzione labirintica (prova calorica di Barany, prova rotatoria e vertigine voltaica) debbono essere esaminate separatamente perchè ciascuna di esse ha un meccanismo diverso ed un differente significato fisiogenetico. Non si può, quindi, dare la preferenza ad una piuttosto che all'altra perchè tutte tre sono egualmente importanti. Concludendo, si può affermare che tutte le tre prove, pur essendo dirette verso differenti parti dell'apparato vestibolare, agiscono tutte eccitando il labirinto. Clinicamente i fenomeni irritativi ed i fenomeni paralitici non sempre si trovano isolati, ma possono combinarsi in varii modi, producendo delle lesioni a doppio effetto.

Barany. *Il suo metodo di registrazione delle prove dell'indice, della deviazione e dello orientamento.* — L'O. fa vedere il suo metodo di registrazione della prova dell'indice, della prova delle braccia tese e dell'orientamento. Solo impiegando un tale metodo di registrazione i risultati di queste prove possono essere confrontati fra i diversi autori. Molti interessanti dettagli potranno così venir studiati e molti errori nella letteratura potranno essere controllati ed eliminati.

Masini G. *Labirinto acustico e non acustico.* — L'O. mettendosi nelle migliori condizioni sperimentali, asportando nella cavia tutta la coclea, ha potuto notare come questa reagisca ancora ai suoni. Per potere evitare ogni causa di errore si è servito anche in questo animale del metodo grafico.

Torrigiani. *L'esame auricolare in un caso di cisti cerebellare.* L'O. riferisce su un suo caso in cui l'esame cocleare e vestibolare dimostrava chiaramente come un tumore cerebellare che l'esame neurologico non poteva fissare con certezza se posto nell'emisfero destro o sinistro occupava la metà sinistra, come fu dimostrato all'atto operativo. Anche dopo la guarigione clinica persisteva la mancanza di reazione di indicazione.

Ferreri G. *Studi e considerazioni sull'esame funzionale dell'orecchio interno nelle lesioni labirintiche ed extralabirintiche non suppurative.* — L'O. riferisce sopra uno studio clinico condotto su ammalati che presentavano senza nessun fatto suppurativo dell'orecchio medio evidente, il sintoma vertigo, accompagnato da più o meno marcati disturbi dell'equilibrio. L'O. in questi ultimi anni ha avuto occasione di praticare molti esami funzionali vestibolari sopra simili pazienti. Spesso l'esame vestibolare ha offerto all'internista ed al neurologo un aiuto assai valido per la diagnosi. Tra venti storie l'O. ne mette particolarmente in rilievo cinque di traumatizzati al capo, in cui l'esame funzionale vestibolare fece rilevare dati importanti di deficit per gli esiti post-traumatici di commozione cerebrale, che erano stati fino ad allora misconosciuti e non apprezzati. L'O. insiste sull'importanza di questi dati per gli accertamenti medico-legali, perchè molti di questi pazienti non furono in passato equamente giudicati, data l'insufficienza nell'attuare l'esame vestibolare.

Brunetti. *Reazioni nistagmiche in un caso di sclerosi a piastre.* — Illustra un caso di sclerosi disseminata in cui si aveva dissociazione delle prove termiche a destra (ipoeccitabilità alla prova calda, ipereccitabilità alla prova fredda) ed ipoeccitabilità del labirinto posteriore di sinistra. Normali le reazioni di deviazione.

Brunetti. *Sul nistagmo ottico-cinetico.* — L'O. in base ad una serie di casi personali conclude che il nistagmo ottico-cinetico è chiamato a rendere qualche servizio anche per la diagnostica otologica. Poichè il nistagmo in parola è manifestamente di origine cerebrale, ne segue che la sua scomparsa o comunque la deviazione dalla norma nella comparsa della reazione stanno ad indicare l'esistenza di una lesione a sede endocranica.

Pallestrini. *Contributo clinico e sperimentale allo studio della così detta reazione paradossale del labirinto posteriore.* — La reazione paradossa, fu dall'O. osservata in alcune affezioni generali con interessamento dell'orecchio interno (sifilide acquisita, influenza, diabete), in casi di sclerosi labirintica, di lesioni vestibolari da traumi cranici e di affezioni nervose centrali.

L'O. crede di poter ricercare comunemente le cause della reazione paradossa in alterazioni funzionali ed anatomiche dell'apparato nervoso labirintico periferico, anzichè nell'alterata composizione dei liquidi peri- ed endolinfatici.

Bilancioni. *Comportamento del labirinto nell'ipertrofia della glandola tiroide.* — Durante il servizio otologico in un Istituto psico-fisiologico per l'Aviazione, l'O. ha avuto modo di studiare 24 casi di soggetti con più o meno lieve ipertrofia della tiroide, parziale o totale; si è preoccupato di scegliere i casi in cui non vi fosse la coesistenza di un vero vizio cardiaco. In diversi soggetti esisteva un soffio alla punta o al centro del cuore, in massima parte funzionale.

L'esame del nistagmo, osservato subito dopo la rotazione in posizione seduta normale, ha dato di solito, meno in qualche caso, in cui la durata era normale o anche sotto la norma, un prolungamento del ni-

Digitized by Google

stagmo stesso sino ad oltre 70", specie dopo la seconda rotazione. In alcuni casi si è avuta caduta, pallore o congestione del volto, qualche fatto oculare (paresi transitoria del retto esterno, ammiccamento, ecc.), lieve stupore, ecc.

Fatto notevole evidente in tutti è stato l'aumento di frequenza del polso durante le due rotazioni, spesso anche dopo di esse: il polso si fa di solito più piccolo, spesso ineguale, meno pieno. In coincidenza di queste modificazioni si hanno analoghe turbe del respiro: da regolare si fa intensivo, affollato, ineguale, spesso con notevoli mutamenti nel rapporto fra in- ed espirazione. Questi fatti sono da ricollegare con i fenomeni simpatico, e vago-tonico rilevati dall'O. fino dal 1919 durante la stimolazione del labirinto posteriore.

Portmann. *Il trattamento chirurgico delle vertigini con l'operazione di Portmann.* — L'O. propone di intervenire sul sacco linfatico a scopo decompressivo nei casi di vertigine ribelle, ed indica una speciale tecnica operatoria.

Gozzano. *Su di un metodo psicofisiologico per svelare la simulazione di sordità.* — Il metodo consiste nel misurare le variazioni che subisce il quoziente personale determinato mediante i tempi di reazione, quando ad una serie di stimoli sensoriali indifferenti venga a sostituirsi una serie di stimoli alternati di due sensi diversi, ad un solo dei quali il soggetto deve reagire con un atto di scelta. Determinato dapprima il quoziente personale mediante una serie di tempi di reazione a stimoli visivi, se durante l'esperienza a questi si sostituiscono improvvisamente degli stimoli alternativamente visivi ed acustici, il soggetto sordo, non avvertendo le mutate condizioni di esperimento continuerà a reagire ai soli stimoli visivi e il quoziente personale non verrà modificato; il simulatore, invece, per non cadere nell'errore di rispondere anche agli stimoli acustici, dovrà necessariamente compiere un lavoro mentale di scelta che allungherà la durata del tempo di reazione e quindi il quoziente personale, dando la prova della simulazione di sordità.

Torrini. *Paralisi agitante palato-faringo-laringea.* — L'O. illustra un caso, il primo noto nella letteratura, di morbo di Parkinson nel quale l'equivalente tremore è rappresentato da un mioclono palato-faringo-laringeo registrato per mezzo di chiare grafiche. L'O. conclude per una lesione del nervo lenticolare, con la diagnosi sopra enunciata.

Calogero. *Il sistema nervoso vegetativo degli adenoidei.* — L'O. riferisce il risultato delle sue ricerche su 45 adenoidei, in 26 dei quali riscontrò chiare note di prevalenza vagale, in undici prevalenza simpatica e negli altri 8 uno stato del sistema nervoso vegetativo non chiaramente precisabile.

Comunicazioni di Oto-Neuro-Oftalmologia

Beck O. *Chirurgia degli ascessi cerebrali.* — L'O. ha tentato in quattro casi di ascessi del lobo temporale una nuova tecnica operatoria, consistente in una contro-incisione in corrispondenza della superficie esterna del lobo temporale, con un drenaggio attraverso il lobo temporale stesso. Di questi quattro casi, due sono guariti. Questo metodo però è applicabile soltanto in quei casi in cui fra l'ascesso e la superficie cerebrale è rimasta una piccola quantità di massa cerebrale sana.

Riguardo alla tecnica operatoria, le modificazioni apportate al metodo classico consistono nello spostare fortemente il muscolo temporale e nel recidere la radice dell'arco zigomatico e una porzione più o meno ampia della corrispondente squama del temporale. In tal modo si evitano le cicatrici deformi del muscolo temporale, che nel metodo operativo classico viene reciso e le sinechie di questo con la dura madre in corrispondenza della breccia ossea.

Ferreri Ch. e Ayala. *Puntura della cisterna magna nelle paracusie.* — I due pazienti che, da alcuni anni erano affetti da lesioni combinate dell'orecchio medio interno, bilaterale nel primo malato, prevalentemente a destra nella seconda paziente, con stato vertiginoso e paracusie (ronzio) persistenti e refrattari a tutte le cure tentate, si ebbero ottimi risultati con iniezioni suboccipitali di gr. 0,22 di luminal natrium.

Citelli. *Nuovi fatti sperimentali e clinici che dimostrano l'influenza delle malattie del rino-faringe e dei seni sfenoidali sulla ipofisi centrale.*

Sperimentalmente e praticando su giovani conigli lievi causticazioni sul velopendolo, l'O. ottenne delle evidenti alterazioni della ipofisi centrale, proporzionate sopratutto alla durata del trattamento. Clinicamente l'O. ha potuto rilevare che la sua sindrome negli adenoidei al disopra dei 10 anni compare in circa il 30 % dei casi.

Inoltre essa nei maschi si accompagna non di rado a ipotricosi e ad altri sintomi di feminilismo. In alcuni infermi poi questi arrivano fino ad arrestare lo sviluppo del pene e dei testicoli. Fa conoscere un caso di grave arresto di sviluppo mentale notevolmente migliorato dall'asportazione delle vegetazioni adenoidee e dalla consecutiva lunga cura ipofisaria. Fa conoscere altri casi di malattie dei seni sfenoidali e della volta faringea che avevano provocato la sua sindrome ipofisaria ed uno di acromegalia con sinusite sfenoidale. Conferma dopo larga esperienza l'efficacia della cura ipofisaria specialmente dopo che si asporta la malattia causale.

Ferreri G. *Disturbi ipofisari guariti con la trapanazione del seno sfenoidale.* — In un caso di disfunzione ipofisaria, con la trapanazione e raschiamento dei seni sfenoidali si ebbe esito brillante e l'ammalata dopo un mese era completamente guarita ed il suo stato di benessere dura oramai da un anno.

L'O. consiglia l'apertura ed il raschiamento delle cavità sfenoidali nei casi di cefalea ipofisaria essenziale che non si avvantaggiarono del semplice raschiamento del cavo naso-faringeo.

Trimarchi e Dalma. *Il significato del riflesso naso-facciale in rapporto al sistema vegetativo.* — Il riflesso naso-facciale è di natura parasimpatica e non ha un gran valore semeiologico negli squilibri del sistema para ed ortosimpatico. Gli OO. hanno trovato una coincidenza tra la scomparsa della lacrimazione all'atropina e la positività della prova ortostatica di Danielopolu.

Bruzzone. *Sindrome completa ed incompleta del ganglio genicolato da herpes zoster.* — La sindrome devesi ritenere sempre legata ad alterazione circoscritta delle meningi: i centri bulbo-protuberanziali sono forse alterati in rari casi. L'ablazione del ganglio recentemente proposta da Leriche e Wertheimer nelle paralisi persistenti postzosteriane, nelle otalgie ribelli, nelle nevralgie che non cedono alla alcoolizzazione delle branche del trigemello ecc. è ardito intervento di cui occorre che gli otologi definiscano bene le indicazioni.

Canestro L. *Mieloma multiplo con localizzazione oto-mastoidea.* — Descrizione del caso con reperto istologico e radiologico. L'O. ritiene sia il primo illustrato nella letteratura.

Silvagni. *Sindrome rara da necrosi della rocca petrosa.* — Una paziente fu sottoposta al vuotamento petro-mastoideo: all'atto operatorio si trovò oltre una carie dell'aditus, un vasto sequestro che circondava il tronco facciale, il quale rimase liberato d'ogni parte e intersecava la regione come una corda d'arco.

Le condizioni della paziente andarono peggiorando e s'istituì gradualmente una sindrome neurologica che confondeva i nervi cranici dal V° al XII°. Per esclusione si arrivò alla diagnosi di neurite tossico-infettiva.

L'autopsia infatti mostrò intatti i nervi cranici alla loro origine apparente, e le meningi; esisteva invece una necrosi completa della rocca petrosa.

L'interesse del caso è dato oltre che dall'estensione del processo necrotico, dalla sindrome neurologica così ricca.

Torrigiani e Lunedei. *Sindrome simpatica cervicale totale simulante la sindrome sfeno-palatina.* — Gli OO. hanno ottenuto una apparente completa guarigione con le applicazioni diatermiche in corrispondenza dei gangli simpatici cervicali.

Bonfiglio F. *L'encefalite erpetica sperimentale e la soroplasmosi del coniglio.* — L'O. conclude che non si può fare una sicura differenziazione fra le due diverse forme morbose nè in base ai dati clinici, nè in base ai dati dell'esame del liquor nè in base alle alterazioni istologiche dei centri nervosi.

Ferreri G. e Nuvoli. *Studio clinico e radiologico sopra i neoplasmi peritubarici: sull'iperemia precoce del martello quale sintoma premonitore.* — Il Ferreri ha notato come gli ammalati di neoplasmi tubarici e peritubarici presentino facilmente una lieve iperemia dei vasi che corrono parallelamente al manico del martello: iperemia che alle volte si continua in alto sulla membrana di Shrapnel. La membrana si presenta per lo più poco opacata, ma con il triangolo luminoso accorciato e assai meno luminoso del normale. L'O. attribuisce l'iperemia malleolare alla stasi venosa occorsa nell'orecchio medio per la stenosi tubarica che il tumore stabilisce nell'ostio faringeo.

Carcò P. *Sull'importanza della siero-terapia specifica endorachidea nel trattamento delle meningiti purulente d'origine otitica.* — L'O. illustra un caso di meningite purulenta consecutiva ad un'otite media purulenta acuta, con empiema mastoideo. L'intervento chirurgico completo sul focolaio infettivo non valse a fare regredire i sintomi meningei i quali anzi si accentuarono dopo l'operazione. Fu solo mediante le punture lombari — punture che diedero esito a liquido prettamente purulento, nel quale si rinvennero, per giunta, in gran copia i pneumococchi — e le successive iniezioni endorachidee di siero antipneumococcico, che si potè ottenere la guarigione del paziente il quale senza il detto trattamento sarebbe certamente morto.

Balduzzi e Pisani. *Il comportamento della pressione del liquor dopo la rachicentesi.* — Gli OO. hanno esaminato in 10 individui in cui non esistevano uno stato di ipertensione intracranica quali modificazioni

Digitized by Google

subisse la pressione del liquor dopo la rachicentesi con estrazione di varie quantità di liquor.

Gli OO. sono riusciti a dimostrare con ben condotte esperienze che la natura della maggior parte dei disturbi postpuntori vanno riportati non ad una ipotensione del liquor ma ad una ipertensione.

Pisani e Gozzano. *La reazione di Maki Takata e Kijoschi Ara sul liquido cefalo-rachidiano.* — Gli OO. mettono in rilievo la importanza della reazione sopratutto perchè la differenza nei casi positivi tra il tipo «metaluetico» ed il tipo «meningitico» della reazione è costante.

Di Marzio. *Sintomi oculari nei tumori cerebrali.* — Si tratta di un nuovo tentativo di caratterizzare i sintomi oculari nei tumori cerebrali attraverso una larga statistica personale e della Clinica Neurologica di Roma e cioè su circa 70 osservazioni con indagini radiologiche e con conferma all'autopsia.

Osserva la frequenza del sintoma predominante, la papilla da stasi nelle varie localizzazioni dell'affezione con riferimento ai tipi di stasi papillare.

Nota il valore delle varie alterazioni del campo visivo in rapporto alle lesioni delle vie ottiche.

Infine considera la varietà della sintomatologia delle lesioni dei nervi cranici nella determinazione di alcune sindromi e nelle modificazioni della pupilla.

Menestrina. *Esoftalmo pulsante complicato a fenomeni di intenso edema orbitario, guarito spontaneamente.* — Trattasi di una vecchia che improvvisamente notò forte sensazione di rumore e di soffio alla metà sinistra del capo e conseguentemente tendenza dell'orecchio sinistro a protundere. Presto comparvero fatti di edema palpebrale e fortissima chemosi e l'esoftalmo divenne pulsante. All'ascoltazione intenso soffio su tutta la regione paraorbitaria sinistra. Però in poco più di un mese l'esolftalmo ed i segni concomitanti si ridussero progressivamente e sparirono, mentre altrettanto accadeva del rumore di soffio.

L'O. ritiene che un piccolo aneurisma della carotide interna e del primo tratto dell'oftalmica, misurando o solo comprimendo il seno cavernoso e le vie del deflusso sanguigno dell'orbita, abbia provocato stasi orbitaria.

Raverdino. *Guarigione spontanea di esoftalmo pulsante traumatico con calcificazione delle arterie endocraniche ed endorbitarie.* — Particolarità notevole nel caso dell'O. è il fatto che all'esame radiografico si notò sia nella cavità orbitaria che in corrispondenza della regione sellare e posteriormente alla lamina quadrilatera, nella posiziono laterale, una calcificazione dei vasi molto evidente, reperto molto raro.

La constatata calcificazione dei vasi è stato un fatto sufficiente per sconsigliare all'O. qualunque intervento operativo.

Sabbadini. *Paralisi del retto esterno postrachistovainizzazione.* — L'argomento riguarda una paralisi di un muscolo retto esterno consecutiva a rachistovainizzazione. Si trattava di una donna di media età, che fu sottoposta a tale metodo di anestetizzazione per una colecistectomia. Nei giorni successivi all'intervento (terzo o quarto) notò diplopia e cefalea continua ma modica. Presentava una paralisi del retto esterno di destra. Dall'assenza di qualsivoglia sintoma clinico ed umorale che deponesse a favore di altre etiologie la paralisi fu considerata secondaria ad aumento di pressione del liquor, consecutivo ad una flogosi asettica della leptomeninge cerebrale. Pertanto la paziente fu punta una seconda volta quindici giorni dopo l'accidente. Fu constatato un modico aumento di pressione al Claude e furono estratti alcuni cc. di liquor. La paziente in due o tre settimane guarì dalla paralisi del retto esterno e contemporaneamente la cefalea scomparve.

Agnello F. *Emicrania oftalmoplegica.* — L'O. dopo una analisi critica della letteratura al riguardo ed un accurato studio clinico di 3 infermi, è indotto a considerare l'emicrania oftalmoplegica come una particolare sindrome morbosa senza apparente fondamento anatomico e legata verosimilmente ad un processo autotossico che colpendo le fibre radicolari del terzo paio determinerebbe una nevrite radicolare interessando successivamente anche i gruppi cellulari corrispondenti.

De Vincentiis G. *Considerazioni sull'importanza del fattore tossico nicotina nella genesi della così detta ambliopia alcoolico-nicotinica.* — L'O. riconosce nel tabacco la causa di una particolare frequenza di ambliopie tossiche in regioni nelle quali il consumo del tabacco è favorito dalle peculiari condizioni di luogo e fatto in maniera notevolmente antigienica (tabacco di contrabbando manifatturato dagli stessi produttori). Ne desume che una singolare importanza deve riconoscersi alla nicotina nella genesi della così detta ambliopia alcoolico-nicotinica.

Di Marzio. *Sulle lesioni oculari da idrocefalo acuto e loro guarigione con la puntura lombare.* — In tre casi si ottenne la guarigione rapidamente e definitivamente con poche punture lombari.

Sabbadini e Pisani. *Le modificazioni delle lesioni oculari metaluetiche in seguito alla malarizzazione.* — Nei casi osservati di atrofia del nervo ottico in tabetici si è notato un arresto subito dopo la malarioterapia, ed in qualche caso un netto miglioramento; i controlli si basano esclusivamente su ripetuti esami campimetrici e funzionali.

Comunicazioni di oftalmo-otologia

Bertolotti. *L'osteite parietale dei seni posteriori nel quadro radiologico delle sinusiti latenti.* — L'O. in base alle sue accurate indagini radiologiche conclude: Pur non potendosi negare l'importanza delle anomalie formative (deiscenze, prolungamenti alari, basilari e pterigoidei, anomalie della cellula postrema dell'etmoide) tuttavia esse anomalie non rappresentano che il terreno favorevole sul quale l'innesto di un processo flogogeno condurrà poi alle complicanze del n. ottico e talora anche di altri nervi cranici.

Il fatto paradossale, che le nevriti retrobulbari si incontrino così di rado nelle sinusiti posteriori francamente suppurate, si può spiegare considerando come l'alterazione della guaina degli ottici si compia attraverso ad un lentissimo processo di osteo-periostite che interviene molto tempo dopo.

In altri termini sotto l'aspetto radiologico una sinusite latente con nevrite retrobulbare è sempre una polisinusite cronica di antichissima formazione ad evoluzione lenta, a piccole *poussées* il cui inizio risale all'infanzia. Questa infezione infantile annidata nel labirinto etmoidale senza causare talvolta grossolane lesioni della mucosa provoca una osteite condensante che si può estendere non solo alle pareti dei seni etmoido-sfenoidali, ma anche al corpo, alla sella turcica, alla grande ala dello sfenoide e fianco ai processi pterigoidei. Nemmeno eccezionale risultò all'O. l'osteite reattiva delle pareti dell'orbita. Nei casi più avanzati il quadro radiologico dell'osteite iperplastica, si complica con quello dell'osteite rarefacente.

Nelle forme unilaterali di nevrite retrobulbare l'osteite parietale etmoido-sfenoidale risultò prevalente dalla parte colpita.

Nei dieci casi studiati dall'O. oltre alla nevrite retrobulbare vennero riscontrate: turbe nel dominio del ganglio sfeno-palatino (2 casi), anosmia (2 osservazioni), ipoacusia e vertigini (3 osservazioni), attacchi di cefalea ponto-occipitale (4 casi), nistagmo (1 osservazione).

In sostanza sebbene la dottrina delle turbe dei nervi cranici dovuta ad affezioni patologiche delle cavità sinusali presenti tuttora qualche lacuna, considerando il problema dal lato rontgenologico si può concludere che la sinusite *sine materia* non esiste, perchè ogni qualvolta intervengano complicazioni l'indagine radiografica dimostra l'esistenza di una pansinusite cronica a reazione osteo-periostale.

Ferreri G. *Apertura intranasale del sacco lacrimale nell'ozena.* — L'O. ritiene che nei casi nei quali esistano lesioni ozenatose delle vie nasali sia da preferirsi senz'altro la dacriocistirinostomia interna che dovrà però essere praticata una volta che l'ozena sia passato nel periodo di regressione (scarsezza di croste). L'apertura del sacco dovrà essere portata a livello del «forus lacrymalis», previa demolizione della testa del turbinato medio.

Ferreri G. e Di Marzio. *Blefaro-congiuntivite da rinite vasomotoria.* — Un gran numero di congiuntiviti e di blefaro-congiuntiviti sono in rapporto alle affezioni del naso. Si tratta particolarmente di congiuntiviti a tipo flaccido del fornice inferiore con l'eve secrezione siero-mucosa, di blefarite semplice e blefaro-congiuntiviti le quali si producono accessualmente e si riacutizzano periodicamente. Quasi sempre sono in rapporto con disturbi della funzione ovarica e tiroidea e sono frequenti nei tipi adenoidei. Migliorano rapidamente e guariscono con la cura delle affezioni nasali. Durante il periodo di un anno gli OO. hanno avuto modo di osservare circa 50 malati di congiuntivite e blefarite in rapporto a lesioni nasali e guariti con la cura di queste.

Rinoscopicamente ci si trova in questi casi di fronte a due tipi principali di flogosi cronica della mucosa del naso, ambedue su base nettamente vasomotoria. E precisamente due forme di riniti ipertrofiche vasomotorie: la forma iperemica, dura, d'aspetto rosso-scuro, con mucosa finemente zigrinata, quà e là cosparsa di essudati muco-purulenti, e la forma flaccida, molle, d'aspetto bianco-pesca, con mucosa liscia, bagnata di sierosità citrine. Per lo più le due forme di rinite ipertrofiche (la dura e la flaccida) sono di lieve entità.

I risultati migliori si sono ottenuti cercando di agire sulla vasta e complessa rete simpatica della mucosa nasale, onde influire indirettamente attraverso le innumeri connessioni fra simpatico congiuntivo-palpebrale e simpatico sfeno-palatino.

Il trattamento consiste oltre che in medicature balsamiche della mucosa nasale, in cauterizzazioni molte volte ripetute, puntiformi, a fine di agire sulle terminazioni simpatiche della sottomucosa, alternate a medicature locali con tamponi di soluzione cocaino-adrenalinica portate quanto più profondamente nel meato medio, onde poter giungere il più vicino

Digitized by Google

possibile alla regione sfeno-palatina. La cura deve durare parecchie settimane.

Caliceti. *Su una nuova sindrome oculo-endocranica di origine nasale.* — L'O. descrive una nuova sindrome nasale consistente in paralisi dell'abducente e cefalea frontale omolaterale. Questa sindrome insorse in una donna pochi giorni dopo dacchè si era stabilita una occlusione completa nasale sinistra per ipertrofia poliposa della testa del turbinato medio, e scomparve rapidamente dopo l'asportazione di detta massa poliposa.

Di Donato D. *Su di uno speciale reperto oftalmico in alcuni casi di sinusite posteriore latente.* — L'O. riferisce 4 casi di etmoido-sfenoidite latente che potrebbero essere diagnosticati specialmente per uno speciale reperto oculare di neurite ottica retrobulbare associata a papillite.

L'associazione anormale di uno scotoma centrale e di una papillite serve di guida alla diagnosi probativa di sinusite posteriore, diagnosi di poi confermata dall'atto operativo.

L'O. richiama l'attenzione degli oculisti e dei rinologi sul reperto oculare da lui illustrato ed antecedentemente messo in rilievo anche dal Portmann.

Canestro C. *Tubercoloma etmoido-fronto-orbitale.* — L'O. presenta un caso di tumore fronto-etmoidale che aveva otturato la parete esterna e orbitale del seno frontale invadendo l'orbita e determinando un imponente esoftalmo. Detto tumore da altri curato per lungo tempo come un tumore mali moris, venne dall'O. asportato per via esterna e l'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un tubercoloma.

Agnello F. *Diplopia monoculare.* — L'O. riporta la storia di una ragazza ventenne tuttora sotto le sue cure per cheratite parenchimatosa eredoluetica all'occhio destro. La paziente, due settimane dopo la manifestazione della lesione oculare cominciò a notare la presenza di una diplopia monoculare che in particolari condizioni di visione, diventava una vera e propria polipia.

L'O. basandosi sui precedenti anamnestici della paziente e sull'assenza completa di stimmate isteriche ammette con Parinaud la dipendenza del fenomeno da cause fisiche periferiche escludendo qualunque influenza nervosa. Ritiene come certa la scomparsa della diplopia.

SABBADINI

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPIZIO MARINO S. PELAGIO IN ROVIGNO D'ISTRIA
Direttore: Primario dott. ENOCH ZADRO

STENOSI ESOFAGEA DA CORPO ESTRANEO IGNORATO

dott. MARIA PIAZZA POLIAK

Le stenosi dell'esofago, che per la loro frequenza occupano un posto importante nelle malattie di quest'organo, devono la loro origine a cause eziologiche varie: neoplasmi dell'esofago, corpi estranei, infiammazioni iperplastiche, retrazioni cicatriziali per ustioni da veleni caustici, aneurismi dell'aorta, ingorgo delle ghiandole tracheali e bronchiali, neoplasmi del mediastino e delle vertebre, posizione viziosa della succlavia (disfagia lusoria).

Fra le cause più frequenti sono da annoverarsi i tumori dell'esofago e i corpi estranei incuneatisi in esso.

Esporrò un caso di stenosi dell'esofago presentatosi per un esame radiologico dal Dr. Zadro, primario dell'Ospizio Marino di San Pelagio, il quale mi ha permesso gentilmente di pubblicarlo, caso interessante per la causa certo non frequente che l'ha prodotta.

Il paziente viene inviato dal medico curante per un esame radiologico dell'esofago e dello stomaco, soffrendo da 10 giorni di intensa disfagia. I cibi liquidi, inghiottiti, passano stentatamente, i cibi solidi si arrestano in un punto situato, a detta del paziente, dietro lo sterno.

Giuseppe F. di 52 anni, di professione artista comico. Risulta dall'anamnesi remota, che 4 mesi addietro ebbe delle enterorragie (prolasso rettale). Padre morto di paralisi progressiva, madre morta, asserisce il paziente, di metrite.

Individuo di tipo longilineo, abito astenico, in rilevante stato di denutrizione, cute e mucose visibili pallide. All'esame dell'apparecchio polmonare non risulta nulla degno di nota. Apparecchio cardio-vascolare: lieve accentuazione del secondo tono aortico. Nega lue. Fece una cura di papaverina e belladonna e di aspasmol risentendone brevi benefici. Al sondaggio gastrico, eseguito dal medico curante, si riscontrò una stenosi di alto grado in corrispondenza del cardias.

All'esame radiologico, eseguito previa ingestione di un pasto di solfato di bario, si nota in corrispondenza della VI. costa un restringimento accentuato che si continua fino al cardias. Il pasto di bario si versa nello stomaco in forma di filo sottilissimo. Lateralmente alla stenosi non si rimarca alcun'ombra.

Diagnosi: stenosi dell'esofago per carcinoma.

L'esame radiologico viene ripetuto a Trieste con il medesimo risultato. Viene consigliata al paziente una gastrotomia per rendergli possibile la nutrizione.

Dopo circa 10 giorni, trovandosi il paziente in un bar, mentre beveva un bicchiere di seltz, viene preso da malessere con pallore del volto, tremore e forti conati di vomito accompagnati da dolore vivissimo, che danno esito a tre grossi stoppacci di carta azzurra, di quella grossa carta con la quale vengono ricoperti gli scenari. Probabilmente il gas svolto dall'acqua gassosa, aumentando la pressione endogastrica, ha sforzato lo spasmo del cardias e agito sui corpi estranei facendoli emettere. Da quel momento il paziente si sente perfettamente bene, si può nutrire regolarmente e ha ripreso il suo peso. Lo strano è che il paziente non sa dare alcuna delucidazione circa la presenza delle tre pallottole di carta nel suo esofago.

Ho ritenuto opportuno di pubblicare questo caso non per il fatto della stenosi dell'esofago da corpo estraneo che è frequente, ma per la natura singolare del corpo estraneo che l'ha prodotta e precisamente le tre pallottole di carta-straccia, corpo estraneo che credo non ancora riscontrato nell'eziologia di questa affezione.

Di solito la diagnosi di stenosi dell'esofago da corpo estraneo risulta facile perchè il paziente stesso nella maggior parte dei casi ne denuncia l'ingestione. In questo caso, invece, il paziente non ricorda affatto l'ingestione; è mancato quindi alla diagnosi il sussidio dell'anamnesi. Inoltre l'immagine radiologica data dal corpo estraneo incuneato, è evidente, mentre nel nostro paziente la radioscopia non ha potuto dare alcun contributo per quanto riguarda la causa della stenosi, essendo la carta un corpo perfettamente trasparente ai raggi; era giustificato quindi pienamente, il sospetto di stenosi per carcinoma dell'esofago, sospetto suffragato anche dall'aspetto cachettico e dagli altri sintomi presentati dall'ammalato.

DIAGNOSTICA

Per la determinazione delle piccole quantità di zucchero nell'urina

Questo metodo è dovuto a E. Rupp e vien riferito da C. G. STOFFELLA nel *Bollettino chimico-farmaceutico*, fasc. 8, 1926. Si procede come segue: 10 cc. di soluzione di Fehling n. 1, 10 cc. di soluzione di Fehling n. 2, 20 cc. di acqua distillata e 10 cc. di urina da esaminare vengono mescolati in un Erlenmeyer di circa 200 cc. Si porta rapidamente il miscuglio a lenta ebollizione, vi vien tenuto per due minuti, e poi, evitando ogni scossa perchè l'aria non riossidi e ridisciolga qualche poco del precipitato, si raffredda rapidamente l'Erlenmeyer con acqua corrente. Indi si aggiungono, nell'ordine seguente e scuotendo leggermente una sola volta dopo ogni aggiunta: gr. 0,2 di ioduro di potassio cristallizzato; 20 cc. di acido cloridrico diluito al 12 % circa; 20 cc. di soluzione di rodanato potassico al 10 % circa. Previa aggiunta di 5 cc. circa di salda d'amido, si titoli rapidamente con soluzione N/10 di tiosolfato di sodio fino a scomparsa della colorazione azzurra, scomparsa che deve persistere per

Digitized by Google

2-3 minuti, e si noti il numero dei cc. di tiosolfato impiegati (per es. 18,7 cc.).

Si esegue intanto una prova «in bianco», usando cioè tutti i reattivi precedentemente elencati, ma senza aggiunta di urina: se le soluzioni sono state preparate accuratamente si consumeranno questa volta circa 28 cc. di soluzione N/10 di tiosolfato. (Questa prova può essere eseguita una volta tanto).

Dai cc. di soluzione di tiosolfato usati per la prova in bianco si sottraggono i cc. della stessa soluzione consumati nella prova con l'urina (28-18,7), la differenza (9,3) moltiplicata per il fattore 3,3 dà i mmgr. di glucosio contenuti in 10 cc. di urina (30,69 mmgr. nel nostro esempio), donde si calcola la quantità di glucosio % (gr. 0,30 %).

Il metodo ora detto è ottimo per le urine contenenti quantità di glucosio non superiori a gr. 0,75 %; se le urine ne contengono di più debbono essere diluite prima della prova in modo da riportarle alla detta percentuale. A tale scopo si terrà presente che basterà diluire le urine con peso specifico fino a 1023 con acqua a parti eguali, quelle con peso specifico da 1023 a 1030 con tre volumi di acqua, quelle con peso specifico da 1030 a 1035 con 9 volumi di acqua e infine quelle con peso specifico superiore a 1035 con 19 volumi di acqua.

Il sintoma di Gräfe nelle peritoniti

E. Periti (R. Arcispedale di S. M. Nuova di Firenze, *Rivista di Clinica Medica*, n. 14, 1926) in un gran numero di casi con lesioni peritoneali gravi (peritoniti da perforazione dello stomaco per ulcera, della cistifellea per decubiti determinati da calcoli; peritoniti da occlusione intestinale; ecc.) ha riscontrato sempre che i movimenti della palpebra non seguivano quelli del bulbo oculare (sintoma di Gräfe), sia quando gli infermi abbassavano spontaneamente gli occhi sia quando il sintoma si ricercava come nel morbo di Basedow: in ambedue i casi in questi malati resta visibile una parte più o meno ampia di sclera al di sopra della cornea. Nei casi meno gravi (peritoniti circoscritte per lo più di origine appendicolare) il sintoma di Gräfe non è rilevabile; per questo e perchè esso è comparso sempre nei casi che hanno avuto esito letale, l'A. gli attribuisce un significato pronostico cattivo.

Circa l'interpretazione patogenetica del sintoma, l'A. ritiene che esso sia dovuto ad un ipertono del muscolo elevatore delle palpebre, e quindi ad una eccitazione abnorme del simpatico. Questo sintoma, perciò, deporrebbe a favore dell'ipotesi che tutti i sintomi caratteristici della sindrome peritoneale (occhi infossati, viso pallido, tratti del volto affilati, raffreddamento delle estremità, polso frequentissimo e poco percepibile, ecc.) debbano attribuirsi ad uno stato di eccitazione nel dominio del simpatico e più precisamente dello splancnico. L'aver riscontrato però, sebbene molto raramente, il sintoma di Gräfe anche in casi di setticemia senza lesioni peritoneali, induce l'A. a credere che anche l'infezione e la tossiemia hanno realmente la loro parte nella sindrome peritonitica, ma molto probabilmente perchè questi fattori agiscono eccitando il simpatico, eccitazione che è più precoce ed evidente, per ragioni che ci sfuggono, quando l'infezione ha sede nel peritoneo.

Diagnosi etiologica delle vertigini.

Il labirinto posteriore deve essere considerato come l'organo principale dell'equilibrio; le vertigini, perciò, dipendono in genere da lesioni di quest'organo o delle sue vie efferenti. La vertigine vestibolare presenta caratteri particolari: è esagerata dai movimenti della testa; la sua intensità dipende dalla direzione dello sguardo; la sensazione di vertigine è sempre più intensa del disturbo dell'equilibrio statico, e quando quest'ultimo è tale da produrre la caduta dell'infermo, questa si fa in senso inverso della sensazione vertiginosa e nello stesso piano; il disturbo dell'equilibrio aumenta a occhi chiusi; ecc. Le vertigini, dovute a lesioni delle vie efferenti del vestibolo, invece, fanno generalmente parte di sindromi morbose più complesse esponenti di lesioni di più nervi della base cranica (per es. la sindrome facio-labirintica di Lannois o associazione d'una paralisi facciale completa e d'una paralisi vestibolare e cocleare) o lesioni di altri nuclei del bulbo o di diversi fasci cerebellari o cerebrali.

A. Vertigini vestibolari. Le cause più comuni di questa sono: a) *Le affezioni del condotto uditivo esterno* (tappo di cerume; eventualità rara).

b) *Le affezioni infiammatorie dell'orecchio.* Così il catarro delle tube può talora accompagnarsi con vertigini e insieme con sordità e ronzio d'orecchi: la diagnosi sarà fatta rilevando l'immagine caratteristica del timpano e la immediata scomparsa della sensazione di vertigine dopo aerazione della cassa timpanica. Durante l'otite media acuta suppurata, la mastoidite acuta, le suppurazioni croniche dell'orecchio, la comparsa di vertigini è un segno di allarme che indica una reazione del labirinto al processo infiammatorio. Ad un esame completo del labirinto, in questi casi, si potrà rilevare: o una semplice idropisia del labirinto, vero edema collaterale del labirinto (lieve vertigine; facile nistagmo spontaneo verso il lato sano; reazioni vestibolari, calorica e rotatoria, normali); o una labirintite sierosa (vertigine più intensa accompagnata da vomito); o una fistola del labirinto, che compare per lo più nel corso delle otorree colesteatomatose; o una labirintite purulenta, circoscritta (per lo più esiste ineccitabilità del labirinto posteriore, con conservazione dell'udito) o diffusa (vertigini intense, nistagmo verso il lato malato dapprima, poi verso il lato sano; scomparsa dell'eccitabilità calorica; sordità completa); o una labirintite diffusa cronica (lievi vertigini, labirinto ineccitabile); o una necrosi del labirinto (specie nel corso delle otiti scarlattinose gravi e nella tubercolosi dell'orecchio: ineccitabilità completa del labirinto e presenza d'un grosso sequestro); o un empiema del sacco endolinfatico (vertigini intense, ineccitabilità vestibolare assoluta, sordità completa; inoltre i segni di una meningite asettica).

c) *Le lesioni cicatriziali dell'orecchio.* Cicatrici consecutive a processi infiammatori dell'orecchio o ad atti operativi su di esso possono produrre vertigini.

d) *L'otite media cronica secca.* Le vertigini in questa forma possono sopravvenire solo in un periodo tardivo, quando il processo sclerotico invade il libirinto, sclerosi che può essere supposta allorchè, nel decorso d'una otite secca, compare la triade di Lucae: ipoacusia dolorosa, ronzii d'orecchio esagerati dai rumori, crisi di vertigini fugaci.

e) *L'otospongiosi*: la vertigine è meno frequente che nell'otite secca e compare solo nei malati sottoposti a trattamenti meccanoterapici mal eseguiti (massaggi, ecc.).

f) *Le infezioni specifiche del labirinto.* Principale infezione specifica è la sifilide, la quale determina nel periodo secondario una meningo-nevrite dell'VIII paio dei nervi cranici, con vertigini violente, o colpisce nel periodo terziario il labirinto cocleare, con vertigini più lievi (Ramadier). Vertigini possono comparire anche durante le cure arsenobenzoliche, senza che molte volte possano essere interpretate come una reazione di Herxheimer. Anche la tubercolosi, indipendentemente da una vera affezione tubercolare suppurata dell'orecchio, con membrana timpanica pluriperforata e presenza di sequestro osseo, può ledere con le sue tossine direttamente il labirinto, determinando vertigini, ipoeccitabilità alle diverse prove di stimolazione del labirinto, ronzio d'orecchio e sordità a tipo labirintico. Rare sono le vertigini durante le labirintiti tifiche, eccezionali nel corso degli orecchioni; nella malaria esse dipendono per lo più da una intossicazione chininica.

g) *Le intossicazioni del labirinto*, le quali possono essere esogene (tabacco, più frequentemente, alcool, salicilato di sodio, chinino, ossido di carbonio, ecc.) o endogene (costipazione, fermentazioni intestinali, insufficienza epatica, azotemia, uricemia, acetonemia).

h) *I disturbi circolatori dell'orecchio*: anemia o iperemia del labirinto. Nel primo caso le vertigini si intensificano nella stazione eretta (così avviene nei convalescenti, nei nevrastenici e dopo profuse emorragie), nel secondo caso invece allorchè il soggetto si trova in posizione orizzontale (così nei mitralici asistolici, per compressione troppo stretta dei vestiti al collo, ecc.). La vertigine può essere anche data da una rottura vasale intra-labirintica.

i) *I disturbi di tensione dei mezzi liquidi dell'orecchio interno*, cioè ipotensione o ipertensione di essi, e *cause simpatiche*. Queste ultime possono essere in giuoco negli individui che hanno una lesione irritativa nel territorio del trigemino (carie dentaria, sinusite mascellare, frontale o sfenoidale, disturbi oculari, ecc.); o dello pneumogastrico (affezioni dello stomaco, uterine, ecc.); negli individui che presentano uno squilibrio del sistema neuro-vegetativo o un funzionamento difettoso delle ghiandole a secrezione interna (per es. nelle donne durante la menopausa); ecc.

B. Vertigini da lesioni delle vie efferenti del vestibolo. Le vertigini di questo secondo gruppo possono dipendere: da lesioni del nervo vestibolare nel suo decorso extrabulbare (esostosi, osteite della rocca, glioma, ecc.); da lesioni (gomma, emorragia, tumore, ecc.) della regione bulbare; da affezioni cerebellari (gomma emorragia, tumore, più spesso l'ascesso); da ipertensione intracranica, specialmente della fossa posteriore (in tal caso, secondo Eagleton, all'eccitabilità calorica dei canali semicircolari si constata che mentre i canali orizzontali hanno conservato la loro normale eccitabilità, i canali verticali, da tutti e due i lati e specialmente dal lato opposto alla lesione, sono diventati ineccitabili); da varie altre malattie centrali, quali la sclerosi a piastre, la tabe (molto raramente), la sclerosi laterale amiotrofica e la siringomielia, l'encefalite epidemica.

C. Vertigini pitiatiche. La possibilità di una vertigine isterica aumenta le difficoltà di una diagnosi etiologica delle vertigini: questa forma si potrà riconoscere solo tenendo in osservazione per un po' di tempo le inferme e osservando la variabilità da un giorno all'altro dello stato di reflettività del vestibolo. (A. Moulonguet. *Bruxelles-Méd.*, n 45. 1926).

Digitized by Google

TERAPIA

La vaccinoterapia antitifica nella pratica

La vaccinoterapia antitifica, che si pratica abbastanza ampiamente in clinica, non ha ancora avuto larga diffusione nella clientela a domicilio, soprattutto poichè il rimedio può avere degli insuccessi momentanei (ipertiressia reazionale, reazioni locali di difesa violenta), e le famiglie tendono ad attribuire ogni complicazione all'uso del vaccino.

In ogni caso, bisogna sapere orientare il trattamento, per poterlo applicare presso ammalati il cui *entourage* non si dimostri assolutamente contrario a tale metodo di cura.

Dopo aver dunque ottenuto l'assenso della famiglia, ed aver dato le norme precauzionali del caso, il primo punto è la scelta del preparato: difficilmente si potrà utilizzare l'autovaccinoterapia, per il prezzo elevato, la difficoltà della preparazione e l'impazienza dei familiari a veder presto applicare il rimedio; bisognerà dunque ricorrere ai vaccini già pronti, i quali presentano anch'essi inconvenienti: alterazioni chimiche, e perdita del valore terapeutico. Bisognerà anzitutto assicurarsi che il vaccino sia fresco, porti la data di fabbricazione, e provenga da un laboratorio di indubbia serietà.

Bisogna preferire le fabbriche locali, poichè indubbiamente esistono stipiti microbici adatti alla costituzione ed alle abitudini dei diversi paesi, e questo rappresenta un elemento di successo.

Bisogna adoperare vaccini tifici misti (tifico, para A e B, coli, b. Böckeri) perchè è ben dimostrato che in ogni infezione vi è predominanza di uno di questi elementi, ma anche gli altri vi si trovano presenti. L'uso di un vaccino specifico troverebbe giustificazione solo in seguito al risultato positivo di una emocultura, che è troppo costosa per essere praticata correntemente in clientela.

E' preferibile servirsi di vaccini in ampolle da 1 cmc. in soluzione acquosa; le soluzioni oleose presentano molti inconvenienti.

L'introduzione endovenosa del medicamento, che è la più utile, va generalmente evitata in clientela, per ragioni ovvie; quella intramuscolare non è necessaria, anzi l'assorbimento è più lento; il metodo più favorevole è quello ipodermico, adoperando una siringa ben bollita, riscaldando a bagnomaria la fialetta, e sterilizzando la parte.

Le dosi dipenderanno — almeno all'inizio — dalle condizioni dell'ammalato (età, sesso, febbre, etc.); poi il medico si regolerà secondo le reazioni provocate dalle iniezioni precedenti.

In generale, specialmente in clientela bisogna incominciare con 50 milioni di germi, aumentando lentamente e ripetendo più volte le stesse dosi, fino ad un massimo di 500 milioni.

Le forti dosi di vaccino non sono dannose che nel caso in cui esista un deposito microbico in piena attività nella vescichetta biliare: in tal caso si hanno frequenti reazioni violente di difesa.

Il momento più opportuno per iniziare la vaccinoterapia, è quello in cui si stabilisce la diagnosi di infezione intestinale di carattere tifico; la più grande probabilità di successo risiede nell'inizio precoce del trattamento, il quale — per altro — è utile in ogni momento della malattia.

La sola controindicazione è costituita dalle infezioni ipertossiche, e quindi iperpiretiche a forma atasso-dinamica.

Le localizzazioni cardiache con alterazioni della dinamica vascolare, le localizzazioni polmonari le emorragie intestinali, obbligano però il medico ad una estrema prudenza. La milza fa da pietra di paragone: se essa è molto ingrossata o si ingrossa bisogna diminuire la dose, o sospendere il trattamento.

All'introduzione del vaccino segue una lieve reazione locale, che si combatte con applicazioni calde, si ha anche un'elevazione termica di circa 1°, senza fenomeni generali, ed una certa sudorazione e poliuria. Gli effetti benefici sono una sensazione di benessere e di vigore, accompagnata generalmente da appetito. La curva termica che è aumentata con la reazione febbrile e che ha raggiunto il massimo 6-8 ore dopo l'iniezione, incomincia a diminure, e dopo 20-24 ore è scesa di qualche decimo, risale qualche ora dopo, e diminuisce quasi sempre di 6/10 nelle 48 ore seguenti. Dopo incomincia una ascensione che varia considerevolmente secondo gli individui, e che è più irregolare dopo le prime iniezioni.

Il numero delle pulsazioni aumenta e la dissociazione tra polso e temperatura — caratteristica di queste infezioni — è meno netta.

L'iniezione va fatta nel momento della più bassa temperatura, e va ripetuta fino a quando non si ottiene l'apiressia.

In clientela, l'uso della vaccinoterapia è ostacolato dalle elevazioni febbrili che fanno sempre paura ai profani, dalla difficoltà di scegliere il momento più adatto per l'iniezione, e dal quasi astensionismo terapeutico che deve accompagnarla. Bisogna infatti rinunziare a qualunque antitermico, eccettuato il ghiaccio sull'addome o nella regione precordiale, e ridurre al minimo le indicazioni sintomatiche (espettoranti, diuretici, etc.).

L'alimentazione, quando lo stato dei reni lo permette, va costituita da latte di vacca, zuppe farinose, brodo di legumi o di cereali, pesce bollito, purèes, succo di frutta fresca; mai pane. Nei casi gravi, latte, yougourth, succo d'arancio.

Un buon trattamento vaccinoterapico diminuisce la probabilità di complicanze, abbrevia la convalescenza, riduce la mortalità. (L. Y. Espinosa di Buenos Ayres, *Bruxelles Médical*, n. 11, 1926).

Inalazioni di ossigeno contro il mal di mare

Weiss (*Münch. med. Woch.* 1926, n. 40) medico di bordo della Woermann Linie ha avuto occasione di esperimentare le inalazioni di ossigeno contro i casi gravi di mal di mare.

Partendo dal presupposto che in questi casi ogni introduzione di medicamenti per via gastrica è illusoria, poichè si ha vomito costante, egli, a mezzo di apposite bombe, ha fatto inalare dell'ossigeno ai suoi pazienti, per la durata di 3-5 minuti ogni mezz'ora.

Le bombole sono della grandezza di una bottiglia di birra, e vi è una specie di maschera in nickel, che viene adattata al capo del paziente con striscie elastiche. Il paziente deve stare preferibilmente a letto, con la testa un po' sollevata; tutti hanno dichiarato di sentirsi meglio, e soprattutto si calma il vomito incoercibile, per cui è possibile far ricorso ad altre forme terapeutiche.

L'A. ricorre di preferenza alla seguente miscela:

Tintura di china	gr. 10,0
Tintura di valeriana	
Etere	
Tintura di Rheum	anagr. 5,0

p. 30-40 gocce in un bicchiere di acqua.

L'A. cerca di darsi ragione di questo influsso benefico dell'inalazione di ossigeno sulla nausea, e pensa che si tratti di un'azione diretta a combattere l'anemia cerebrale, che sarebbe la causa del mal di mare.

APPUNTI

Il cloruro di calcio nell'intossicazione da cocaina. — M. Pavone (junior). (*La Cultura Medica Moderna*, anno III, n. 23) da sue ricerche sperimentali deduce che il cloruro di calcio è capace, nelle cavie, di ridurre di molto, ed in qualche caso anche di abolire, i fenomeni convulsivanti determinati dalla dose mortale, ed anche da dosi doppie della mortale, di cocaina. Però il cloruro di calcio, iniettato sotto cute nelle dosi necessarie per determinare l'azione antagonista, è tossico per le cavie. Poichè per l'uomo invece tale tossicità non si verifica, l'A. si è creduto autorizzato a provare il nuovo metodo di cura in due casi clinici.

Nel primo si trattava di un giovane, affetto da blenorragia, che si era iniettato nell'uretra, per calmare le sofferenze che accusava, circa 8 cc. di una soluzione di cocaina al 4 %; l'altro caso riguardava un ragazzo al quale, per praticare l'operazione di fimosi, furono iniettate localmente 2 fialette di soluzione di cocaina, ciascuna contenente 1 centigr. di farmaco. In entrambi si verificò ben presto il quadro dell'intossicazione cocainica: pallore del volto, pupilla sbarrata, labbra cianotiche, fremiti scuotenti tutto il corpo, stato quasi di delirio, ecc.

L'A. praticò nel primo caso un'iniezione endovenosa di 20 cc. di una soluzione al 20 % di cloruro di calcio, mentre nel secondo usò 10 cc. della stessa soluzione; a queste fece seguire una iniezione di caffeina. In pochi minuti i fatti morbosi scomparvero e in 15-20 minuti i due infermi si rimisero completamente.

Questi due casi clinici confermano, dunque, pienamente i risultati sperimentali precedentemente ottenuti dall'A. nelle cavie.

Cura dell'alopecia areata con la crioterapia. — Il metodo di cura dell'alopecia con la crioterapia è stato messo in onore da Lortat-Jacob (*Journal de médecine e de chirurgie pratiques*, n. 17, 1926) il quale a tale scopo friziona energicamente le zone alopeciche con la punta smussa del criocauterio fino a congelazione. In tal modo, come si rileva dalla casistica dell'A., le piccole zone di alopecia recente guariscono rapidamente in circa tre settimane; così pure guariscono alopecie datanti da 3-4-7 anni, in quasi egual periodo di tempo, dopo 4-9 applicazioni crioterapiche in media; scompare l'aspetto marmoreo e compare una sottile peluria. Ottimi effetti si ottengono pure nelle alopecie areate della barba, senza che si produca alcuna dermite secondaria.

Bisogna notare che il cuoio capelluto si congela molto facilmente, forse per la presenza della superficie resistente sottostante; questa congelazione, d'altra parte, si accompagna con un rossore più o meno intenso che persiste 7-8 giorni circa. Detta reazione è favorevole, eccitando la ricrescita dei capelli. Col metodo dell'A., inoltre, alla congelazione si aggiunge l'azione efficace del massaggio con la punta smussa del criocauterio, il che provoca un'alternativa di vasocostrizione e di vasodilatazione

Digitized by Google

in corrispondenza delle regioni ammalate, utile per la guarigione. Se, come avviene talora, la congelazione produce una flittena, negli 8-10 giorni che seguono all'applicazione crioterapica si osserva sulle aree così trattate una leggera desquamazione micacea; mai però l'A. ha visto prodursi delle forme di alopecia cicatriziale.

Determinazione dei gruppi sanguigni prima della trasfusione del sangue. — E. F. Thèobalt (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n. 2, agosto 1926) fa notare che, prima di eseguire una trasfusione di sangue, bisogna determinare se il siero del ricevente agglutini o emolizzi i globuli rossi del datore. Secondo il metodo di Beth-Vincent, è necessario avere a disposizione dei campioni di siero dei quattro gruppi sanguigni: I, II, III e IV: si uniscono allora in un vetro da orologio o su un vetrino portaoggetti i globuli rossi del datore, e poi, in una seconda prova quelli del ricevente, con una goccia di ciascuno di questi sieri e si osserva se è avvenuta l'agglutinazione o meno dopo dieci minuti. Ciò allo scopo di assicurarsi se datore e ricevente appartengono allo stesso gruppo sanguigno.

In caso di urgenza, se non si hanno a disposizione i detti sieri, basterà prelevare da una vena del ricevente 3-4 cc. di sangue, lasciandolo poi coagulare per ottenere qualche goccia di siero. Indi si preleverà dal datore 1 cc. di sangue in soluzione fisiologica, per lavare e deplasmatizzare i globuli. Dopo centrifugazione, si uniranno, a 5 gocce di questi globuli lavati, 2 gocce di siero del ricevente. Dopo 10-15 minuti, si osserverà macroscopicamente se vi è agglutinazione dei globuli rossi. Se questa non si verifica, la trasfusione del sangue potrà eseguirsi.

NOTE FARMACOTERAPICHE

La Decholin, nuovo diuretico. — H. Rahmlow e H. Rittebaud dell'Osp. civico della Gitschinerstrasse, Berlino (*Deutsche medizinische Wocheschr.* 1926, n. 47) ricordano che la Decholin è una combinazione di sodio e di acido deidrocolico. Questo preparato è stato finora adoperato essenzialmente come colagogo, rendendo buoni servizi nella terapia delle affezioni epatiche.

Ma esso possiede anche una squisita azione diuretica, sperimentata sopra tutto nelle malattie di cuore con manifestazioni di scompenso.

Di regola si iniettano — a questo scopo — 2 cmc. (10 cmc. di una soluzione al 20 %) per via endovenosa una volta al giorno. Raramente si oltrepassa questa dose. La diuresi aumenta notevolmente nei cardiaci così trattati; aumenta invece di poco negli individui a cuore sano ed a reni intatti.

Sarebbe interessante studiare sotto il punto di vista di una eventuale azione diuretica tutto il gruppo degli acidi biliari.

FORMULARIO

Contro le punture di insetti. — Alcuni insetti come pulci, cimici provocano eritemi localizzati. La puntura della pulce si presenta come una macchia rossa, a bordi ben limitati con un punto purpurico centrale. Le api, i calabroni, le vespe, le zanzare invece determinano chiazze urticarianti più o meno estese, sempre molto pruriginose.

Contro queste punture si consigliano lozioni con:

Cloridrato di ammoniaca	gr. 5
Acqua	» 100
oppure	
Formolo al 40 per 100	» 15
Acido acetico	» 0,50
(meglio ancora Acetone gr. 4)	
Xilolo	» 5
Balsamo del Canadà	» 1
Tintura di Badiana	q. b.

Contro il prurito: glicerolato d'amido mentolato (J. Gatè. *Dermatologie*, G. Doin Ed. Paris).

VITA UNIVERSITARIA

Per le Università Italiane. — Mentre pressochè tutti i periodici medici italiani riportarono a suo tempo il discorso, indubbiamente magnifico, pronunziato da S. E. Mussolini in occasione del Congresso Internazionale di Chirurgia di Roma, quasi nessuno ha riprodotto il discorso dello stesso On. Mussolini pronunciato alla inaugurazione del Congresso Italiano « delle Scienze », in Bologna.

Eppure non vi ha dubbio che sia per avere affrontato in pieno la sintesi di ciò che è la Scienza in sè stessa e di fronte alla Fede, sia per avere esaminato i rapporti della Scienza con le alte necessità dello Stato, sia infine, per avere affermato tutto il più profondo interessamento allo sviluppo delle Scienze in Italia, il discorso di Bologna, di impressionante profondità di pensiero, di nobilissima forma e sostanza, è, se non erro, anche più importante di quello di Roma.

Mentre mi propongo di riprodurre, prossimamente, il testo completo del discorso di Bologna in mia «Rivista», (avendo atteso anche gli eventuali echi di detto discorso nella Stampa Medica) ne prendo fin d'ora motivo per alcune considerazioni, che non hanno, bene si intende, nessuna pretesa.

Il problema universitario, in Italia, è tanto alto e complesso che sarebbe di semplicismo ingenuo il volere definirlo in poche formule e, peggio ancora, incarcerarne con rigide formule le soluzioni.

Da più di un ventennio il periodico « L'università Italiana » (di Bologna) studia amorosamente tale problema, ed esamina quanto si va facendo in Italia per risolverlo; mentre è bene riconoscere che non vi ha periodico medico italiano che si rispetti il quale non abbia dedicato a tale problema nazionale la più viva attenzione in ogni occasione di rinnovamenti ecc. Ma è certo, tuttavia che non si è arrivati ad interessare di esso il mondo medico tanto quanto sarebbe necessario.

Il Governo Nazionale fa di tutto per mostrare, coi fatti, la sua vivissima e continua attenzione al problema universitario; e, lungi dall'escludere dalla suprema direzione delle Università Italiane gli appartenenti al mondo medico, li predilige su tutti. Se dicessi che la grande maggioranza delle Università Italiane ha oggi per Rettori dei Professori delle Facoltà Mediche, forse pochi mi crederebbero. Eppure, salvo qualche variante che possa essere apportata dalle ultime conferme che si attendono, hanno « Rettori Medici » le seguenti Università: Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Milano, Modena, Napoli, Parma. Pavia. Perugia, Pisa, Siena, Torino, Urbino; vale a dire 15 su 22. Mentre va ricordata anche la « Università Cattolica » di Milano, che ha per fondatore e Rettore Padre Agostino Gemelli (Prof. di Psicologia Sperimentale) e che ha inaugurato in questi giorni l'anno accademico alla presenza di un Principe di Casa Reale e con telegrammi beneauguranti sia di S. M. il Re, che di S. Santità, e di S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione.

A Milano, come a Pavia, a Torino, come a Napoli (ove un altro ottimo periodico universitario, « Minerva Libera », raccoglie particolarmente la voce dei liberi docenti) distinti studiosi si occupano con amore dei problemi universitarii. Non mi permetto, per ora, in questa nota affrettata, neppure di enumerare tali problemi. Ma soltanto desidero, ora, affermare che sarebbe bene se sopra essi insistessero i periodici medici tutti anche molto di più di quanto ora non facciano. Particolarmente desidero, inoltre, rilevare che tanto più il mondo medico italiano ha il dovere di occuparsi delle Università in quanto nella vita attuale di esse è stato tutt'altro che trascurato l'elemento medico; e il Capo del Governo ha portato alle Università Italiane la sua alta parola di fede e di incitamento, a Bologna, quando Dio lo volle salvo per il bene supremo della Patria.

Prof. P. Piccinini

Trasferimenti. — Il prof. Agostino Mibelli, non stabile di clinica dermosifilopatica nella R. U. di Sassari, è trasferito alla cattedra della stessa disciplina presso la R. U. di Messina.

Movimenti di Presidi di Facoltà. — Il prof. Giacinto Viola è stato confermato a tutto il 1927 nella carica di Preside della Facoltà di medicina e chirurgia della R. U. di Bologna.

— Il prof. Ferdinando Livini cessa, per volontarie dimissioni, dall'ufficio di Preside della facoltà medico-chirurgica della R. U. di Milano, ed è chiamato a succedergli il prof. Alberto Pepere, stabile di anatomia patologica.

Per la sistemazione edilizia della R. U. di Genova. — Con R. Decreto-Legge n. 1974, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 277 dello scorso anno, ritenuta la necessità urgente ed assoluta di adottare provvidenze per l'assetto edilizio degli Istituti della R. Università di Genova, è stato autorizzato sui fondi degli istituti di previdenza un mutuo di L. 13,000,000 in favore del Comune di Genova, al quale è affidata l'esecuzione dei lavori per la costruzione e la sistemazione di detti istituti universitari.

Ricorso respinto. — In base a parere del Consiglio di Stato, il Ministro della P. I., con decreto 7 settembre 1926, ha dichiarato irricevibile il ricorso straordinario con cui il prof. Luigi Maggiore si gravava avverso il provvedimento ministeriale in data 12 ottobre 1925, concernente la nomina del prof. Vittoriano Cavara a titolare della cattedra di clinica oculistica presso la R. U. di Siena. (da *L'Università Italiana*, n. 12, 1926).

Digitized by Google

NOTIZIE

Conferenza sulla Magna Grecia. — Sabato, 15 gennaio il prof. Andrea Ferrannini, al Circolo Calabrese di Napoli, terrà una conferenza sull'argomento «La gloria della Calabria nella Magna Grecia», illustrando le principali figure dei medici, naturalisti, filosofi all'epoca della Magna Grecia e collegando il pensiero calabrese di quei tempi con il suo svolgimento nelle epoche successive.

IV Congresso Internazionale di Medicina e farmacia militare. — Sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, si terrà in Varsavia dal 30 maggio al 4 giugno p. v. il IV Congresso internazionale di medicina e farmacia militare, che per l'attiva organizzazione, per il cospicuo numero di adesioni già assicurato, per l'importanza dei temi ufficiali posti all'ordine del giorno, promette, fin d'ora, di raggiungere un brillante successo, non inferiore a quello delle precedenti riunioni di Bruxelles, di Roma e di Parigi. Nella circostanza sarà inaugurata un'esposizione internazionale di igiene e di materiale tecnico dei servizi sanitari civili.

Al Congresso sono invitati tutti gli ufficiali medici e chimici-farmacisti in servizio attivo ed in congedo delle Nazioni alleate, associate e neutre colle rispettive famiglie. La quota d'iscrizione è di 30 *zlotys* (circa 75 lire) per i congressisti e di 20 per le signore, e dovrà pervenire non più tardi del 1° marzo 1927 al tenente colonnello Sokolewicz, tesoriere, presso il Commissariato del Congresso, Ministero della Guerra, Divisione VIII (Sanità), via Nowowieiska, Varsavia (Polonia). Gli ufficiali esteri sono autorizzati ad indossare l'uniforme durante la loro permanenza in Polonia.

Le ferrovie polacche hanno accordato speciali riduzioni, per fruire delle quali i congressisti dovranno indicare nella carta di adesione le linee che intendono percorrere colle stazioni di partenza, di transito e di arrivo. Per gli alloggi le richieste dovranno pervenire al Commissariato entro il 1° aprile 1927.

Oltre i ricevimenti ufficiali, saranno organizzate una gita al castello di Wilanow, antica residenza di Giovanni III Sobieski, una serata di gala all'Opéra e delle escursioni nei dintorni di Varsavia e nelle principali città della Polonia.

Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Direzione del *Giornale di Medicina Militare*, Ministero della Guerra, Roma.

Corsi di perfezionamento in puericultura per medici e levatrici. — L'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia ha istituito dei corsi di Puericultura per medici laureati e per levatrici.

Il diploma ottenuto in seguito ai risultati dell'esame finale è indispensabile per conseguire eventualmente posti in Istituti fondati o anche soltanto sovvenzionati dall'Opera stessa.

I corsi hanno lo scopo di preparare dei professionisti che possano assumersi le responsabilità sanitarie degli istituti per l'assistenza all'infanzia nelle sue differenti forme d'attività in modo da poter garentire, con una preparazione seria e pratica, la competenza necessaria perchè la vita e la salute dei ricoverati possa essere tecnicamente salvaguardata e perchè i diplomati possano divenire attivi propagandisti delle norme di igiene infantile.

Per il presente anno scolastico i corsi saranno tenuti presso le Regie Cliniche Pediatriche della Università di Torino, Genova, Milano, Padova, Bologna, Firenze, Napoli, Cagliari e Messina, presso l'Ospedale per bambini di Trieste e presso l'Istituto Marino «Enrico Albanesi» di Palermo. A Roma i corsi sono affidati alla Croce Rossa Italiana.

Per iscriversi ai detti corsi i medici e le levatrici debbono farne domanda per iscritto su carta legale direttamente all'Opera Nazionale, Piazza Cavour 25 Roma, almeno quindici giorni prima dell'apertura del Corso unendo rispettivamente copia autentica del diploma di laurea in medicina o del diploma di ostetricia, indicando la sede prescelta per la frequenza e versando all'Opera Nazionale, la somma stabilita per l'iscrizione al Corso.

Il numero degli iscritti è limitato a 40.

I medici dovranno versare L. 200 all'atto della presentazione della domanda d'iscrizione, L. 50 all'atto della domanda di esame e L. 25 per il rilascio del diploma. Le levatrici verseranno invece rispettivamente lire 50, L. 15 e L. 10.

Corso per ufficiale sanitario a Firenze. — Col dì 10 febbraio 1927 avrà principio un corso bimestrale di perfezionamento in Igiene, per aspiranti al titolo di ufficiale sanitario.

Il corso, che si terrà sotto la direzione del prof. Giuseppe Gardenghi, sarà teorico-pratico, ed alla fine del bimestre gli iscritti saranno sottoposti all'esame prescritto dall'art. 5 del R. Decreto 29 maggio 1898, n. 219.

La frequenza è obbligatoria.

Potranno iscriversi al Corso, presentandone domanda in carta bollata da L. 2 al Magnifico Rettore, i laureati in medicina e chirurgia, in scienze naturali, in chimica pura, in chimica e farmacia, in zooiatria, e i diplomati in farmacia.

La domanda dovrà essere corredata dai seguenti documenti: 1. Fede di nascita (quando non sia rilasciata dal Comune di Firenze deve essere legalizzata. 2. Certificato di laurea o di diploma. 3. Quietanza della tassa d'iscrizione.

I laureati o diplomati in questa R. Università sono dispensati dal produrre i documenti n. 1 e 2.

Ogni iscritto dovrà fornirsi di vari oggetti che saranno dati in nota.

La tassa d'iscrizione è di L. 300,50 (compresa la marca da bollo per la quietanza, più 0,50 se inviata a mezzo cartolina vaglia e più L. 2 per contribuzione).

Essendo i posti di studio limitati, le istanze, debitamente documentate, saranno accettate in ordine di presentazione.

Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà di Medicina-Chirurgia (Via degli Alfani, 33) fino al 5 febbraio 1927.

La tassa d'icrizione deve essere pagata alla Cassa della R. Università, Piazza S. Marco, 2.

Il Concorso per lavori sulla Forgenina. — Il concorso bandito dalla Casa Zoja per lavori sperimentali e clinici sulla «Forgenina Prof. Piccinini» si è chiuso il 1 dicembre 1926, come era fissato dal bando di concorso, a suo tempo pubblicato. Dieci sono i lavori pervenuti, dei quali qualcuno a carattere prevalentemente sperimentale, di laboratorio, gli altri di carattere clinico oppure di casistica medica, o specialistica.

La Commissione giudicatrice, (costituita dai Professori: E. Alfieri della R. Università di Pavia, L. Devoto, Direttore della Clinica Malattie Professionali di Milano, On. U. Gabbi, della R. Università di Parma, A. Valenti, della R. Università di Milano, P. Boveri, Docente di Neuropatologia e di Patologia Medica, Relatore) ha già iniziato l'esame dei lavori, così che sarà possibile effettuare al più presto la assegnazione dei premi messi a disposizione dalla Casa (complessive L. 15,000).

A proposito di vivisezione. — Apprendiamo dalla stampa politica che è stata presentata alla Camera la proposta di legge di iniziativa del Senato, e da questo approvata nella seduta del 7 dicembre u. s., che modifica l'art. 9 della legge sulla protezione degli animali nel modo seguente: Gli esperimenti scientifici consistenti in operazioni su animali viventi della specie dei mammiferi ed uccelli sono permessi soltanto negli Istituti scientifici secondo le indicazioni e sotto la responsabilità dei rispettivi direttori. Quando si tratti di cani destinati a tali esperienze, essi non saranno custoditi nei locali annessi agli ospedali, perchè non sia turbata la tranquillità degli infermi.

E' vietato servirsi di animali già sottoposti ad operazioni per ulteriori esperimenti, tranne il caso in cui ciò sia necessario per ragioni di indagine scientifica.

I trasgressori saranno puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 500.

Nel momento di andare in macchina ci giunge la ferale notizia:

ANTONIO CARDARELLI
non è più

Non soltanto il nostro giornale, del quale il Grande fu condirettore dal luglio 1917, ma tutta la medicina italiana veste le gramaglie per tanta perdita.

Del Maestro sarà detto degnamente nel prossimo fascicolo.

LA RIFORMA MEDICA

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 17 Gennaio 1927 — N. 3

ANTONIO CARDARELLI

Il lutto della medicina italiana e della Nazione intera per la scomparsa di Antonio Cardarelli colpisce nel cuore la nostra famiglia giornalistica, che aveva in Lui il simbolo che tutela, la guida che ammaestra e sospinge verso il vero ed il buono.

Fin dal 1917, nell'ora dello sconforto, fu accanto a noi e volle concederci il fascino del suo nome glorioso.

I suoi paterni ed illuminati consigli ci mostrarono più volte la sua lungimirante e serena saggezza; il suo sorriso, il suo incoraggiamento, la sua lode scesero fin nell'anima nostra e ci parve di avere un conforto divino.

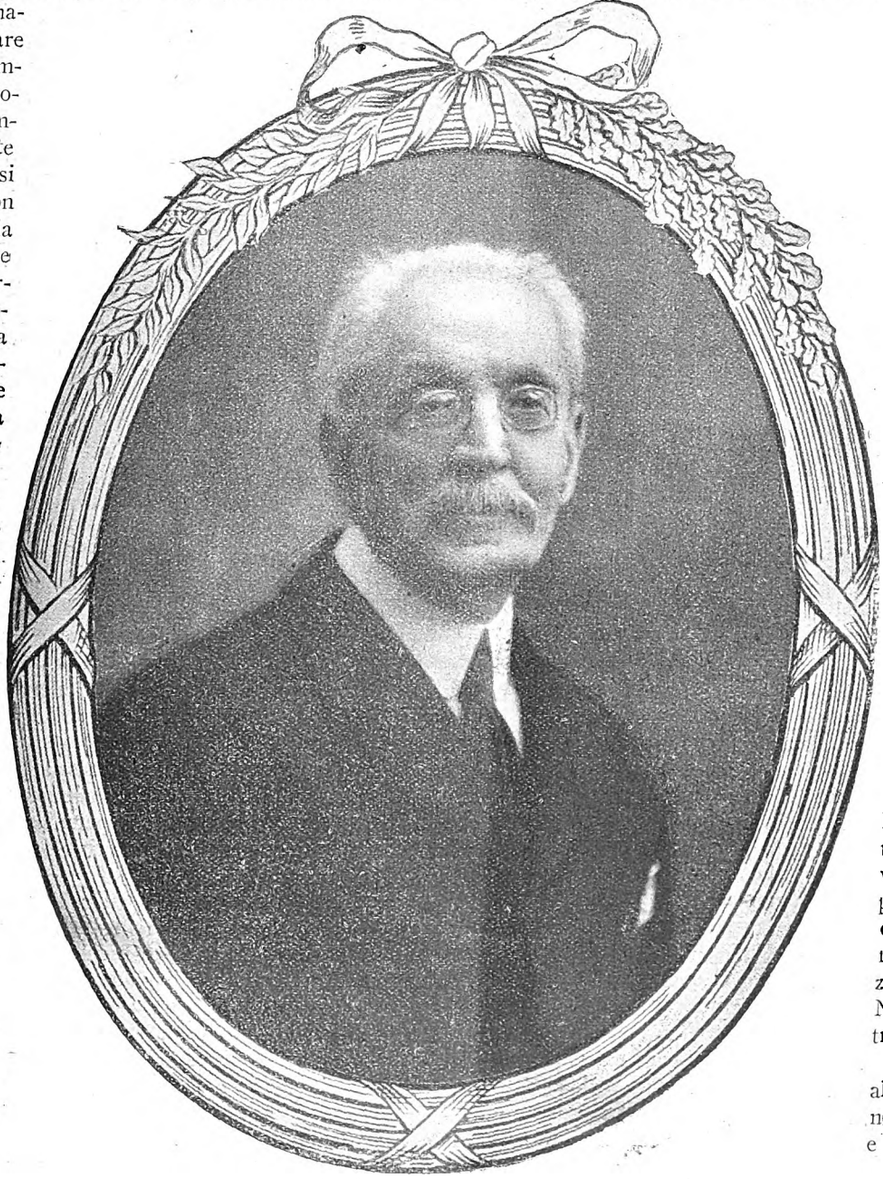
Alla memoria del Grande il nostro mesto e sincero rimpianto con infinita e commossa riconoscenza.

LA RIFORMA MEDICA

IL CLINICO

Innanzi alla salma di Antonio Cardarelli, innanzi al compianto universale che desta la sua dipartita, non è certo il momento di procedere ad una analisi fredda e compassata delle sue pubblicazioni e delle opere sue.

La dipartita degli uomini che hanno dedicata la loro vita a strappare veli alla natura, a conquistare nuovi veri nel campo delle scienze biologiche non commuove abitualmente il pubblico, che si commuove invece con maggior facilità per la perdita di soggetti che in qualche branca artistica, anche poco nobile, hanno acquistata larga notorietà. Eppure tutta Italia piange lacrime amare per la scomparsa di Antonio Cardarelli.



Egli è che Cardarelli coltivo la scienza non per sè stessa, non per le soddisfazioni intime che può dare a chi la coltiva, ma la coltivò per le gioie che può dare ai propri simili, quando applica le sue conquiste alla difesa della vita umana.

Questo che chiamerei volentieri altruismo scientifico in opposizione all'egoismo scientifico è compreso e sentito dalla pluralità degli uomini, che amano coloro che lo professano, che sono straziati quando li vedono scomparire, perchè hanno la sensazione di un vuoto pauroso attorno ad essi, perchè si sentono privati di una difesa innanzi alla quale si sentivano più forti e quasi invulnerabili.

Questo altruismo che commuove le masse fu l'impronta, la caratteristica della vita scientifica di Antonio Cardarelli che comprese la Clinica nella sua più alta missione, quella di applicare artisticamente le verità scientifiche via via acquisite alla conoscenza dell'organismo infermo, e di trarne via via nuova luce alla difesa sua.

Missione questa non sempre, ma solo raramente compresa. E' piacevole attendere nella quiete e nel silenzio dei laboratori alla soluzione di un problema biologico puro che è fine a sè stesso e la cui soluzione può segnare il trionfo personale di un lavoratore.

Il Clinico, invece, deve affrontare problemi complessi che nascono innanzi ad un organismo variamente colpito nei suoi organi e nelle sue funzioni, deve esaminarli analiticamente alla luce dello scibile e raggiungere con acume la sintesi del processo morboso nelle cause e nelle origini sue, per poterlo in esse colpire. E quando ha faticosamente afferrata questa sintesi, il clinico trionfa, sì, ma il suo trionfo è casuistico, non è una verità biologica che fa risplendere colla sua fatica alla luce del sole, ma è spesso una vita umana che salva avendo saputo valersi di più verità biologiche acutamente e sapientemente sceverate, selezionate ed applicate. Non è questo vero altruismo?

Cardarelli questo altruismo lo praticò nella pratica medica e nella cattedra.

Nella cattedra da dove pose ogni cura a dipanare le intricate matasse con cui un dottrinarismo invadente, intricava i problemi clinici.

Questi problemi Egli gli semplicizzaxa coll'acume suo ed eliminando ciò che una sovrapposizione dottrinale farragginosa poteva venire ad oscurarli, faceva risplendere la verità clinica

Digitized by Google

nella molteplice e svariata casuistica, utilizzando a farla risplendere solo quello che era utilizzabile, mettendo da parte il resto che pur essendo sempre materiale di alta coltura non è nel caso speciale adattabile al caso. Coll'esempio e colla parola questo sempre insegnò: la clinica non è campo in cui si possa fare e sia permesso fare della biologia assoluta, non è il campo in cui la fenomenologia morbosa debba essere a forza inquadrata in determinati quadri biologici, la clinica non può essere subordinata a leggi biologiche assolute, ma le scienze biologiche invece subordinate alla clinica che inappellabilmente le controlla. Ed era singolare la delusione volta a volta provata da chi, l'intelletto nutrito esclusivamente nei campi della biologia pura, si affacciava alla cattedra di Cardarelli. Al vedere che il quadro clinico a vece di essere chiarito dalle cognizioni apprese, ne era offuscato, o chè solo colla eliminazione di una buona parte di esse, veniva chiarito, esclamava: a che cosa servono, dunque, tante fatiche compiute nei laboratori? Servono moltissimo gli rispondeva Cardarelli, ma servono solo quando è opportuno servirsene; impicciano invece ed offuscano la verità, quando si voglia ad ogni costo senza ragione farle servire. E così la sua scuola fu fonte di inestimabili benefici ai doloranti, perchè educava i discepoli alla ricerca del vero nell'interesse esclusivo dell'ammalato, feconda plasmatrice di pratici valenti che sono vanto ed onore della scuola clinica napoletana: questa scuola che con alto spirito di indipendenza si è sempre ribellata a tutti i dottrinarismi, qualunque ne fosse la provenienza, qualunque ne fosse il contenuto.

Se il frale di Antonio Cardarelli è ormai inanimato ed amorosamente ritornato fra le braccia della terra natia, lo spirito suo rimane simbolo perenne di un indirizzo che non dovrebbe mai essere dimenticato nelle scuole Italiane.

EDOARDO MARAGLIANO

IL MAESTRO

Antonio Cardarelli si è spento serenamente la sera del 8 gennaio, a circa 96 anni di età, ed è tramontato con lui l'astro più luminoso che la medicina napoletana abbia avuto in questi ultimi cinquant'anni.

Pareva che l'ala della morte non osasse toccare questo grande Vegliardo, che, pure ad un'età così inoltrata, non aveva gli acciacchi della vecchiaia e conservava una maravigliosa freschezza d'intelletto, ma infine la morte ha pulsato anche alla sua porta, ed Egli l'ha accolta con una serenità e una compostezza degne dei grandi storici di altri tempi.

Antonio Cardarelli lascia un solco profondo di amaro rimpianto nei suoi discepoli, nella classe medica, che per oltre cinquant'anni attinse da lui il vero metodo clinico, nel pubblico meridionale, che accorreva a lui come ad un Santuario, e lascia un vuoto che non si colma nella medicina italiana, della quale è stato uno dei più felici e geniali cultori. Egli ha toccato le vette più alte della fama; ma pochi sanno quanto lavoro lungo, diuturno e faticoso gli costò questa trionfale ascensione!

Antonio Cardarelli è stato, dopo il Cotugno, il più grande figlio dell'Ospedale degl'Incurabili: è in quell'Ospedale che si formò la sua grande perizia di semiologo, che si raffinò il suo sapere di clinico, ed è da quell'Ospedale che battè le ali la sua gran fama.

Egli forzò le porte dell'Ospedale con un concorso brillante, che lo mise subito in evidenza, e dopo pochi anni v'iniziò un insegnamento libero di medicina interna.

L'Ospedale era in quel tempo la più grande fucina di maestri e di allievi di medicina pratica che vi fosse a Napoli e forse in Italia. Esso offriva un materiale clinico abbondante e sceltissimo, poichè vi accorrevano gl'infermi da tutto il Mezzogiorno d'Italia, attirati dalla fama e dal credito altissimo che godevano i sanitari del tempo. I casi di difficile diagnosi erano frequenti, sopra tutto in quei tempi in cui la diagnostica godeva di risorse così limitate; ed una bella tradizione ospedaliera obbligava i più provetti sanitari dell'Ospedale a raccogliersi attorno a quei casi difficili per discutere pubblicamente la diagnosi e la cura del male. E' difficile immaginare una palestra più efficace di questa nell'aguzzare il discernimento clinico, nello stimolare allo studio, nel mettere in evidenza le doti o le deficienze dei singoli sanitari.

Ma la gara fra i sanitari si accendeva ancor più nel campo dell'insegnamento clinico. Una imponente falange di studenti di medicina formava la propria cultura nelle corsie dell'Ospedale, spezzettandosi in numerosi manipoli, che si raccoglievano attorno ai diversi insegnanti; e ciascuno di questi insegnanti era punto dalla nobile ambizione di attirare attorno a sè il maggior numero di studenti.

L'insegnamento in quei tempi era libero nel senso più esatto della parola. Le diverse scuole di medicina nell'Ospedale erano agitate da una gara vivissima, e l'animo dei nostri giovani, così facile ad accendersi di nobili entusiasmi, era tutto trasfuso in quella gara.

Questo sistema d'insegnamento non poteva non mettere in grande evidenza le brillanti doti di osservatore e di insegnante, che si armonizzavano in Antonio Cardarelli, ancor che fosse giovine. E allora attorno al giovine Maestro si formò rapidamente una larga schiera di allievi, che lo seguivano fedelmente e che Egli con zelo instancabile educava, per lunghe ore, al rilievo dei segni delle malattie, nelle vaste corsie del grande Ospedale. E senza dubbio si deve a questo lungo e ininterrotto tirocinio di osservazioni semiotiche se il Cardarelli acquistò quella fine, geniale e sicura maestria nel rilievo dei fenomeni morbosi, che costituiva uno dei pregi più alti del sommo Clinico!

Il successo del giovane Maestro non venne senza fieri contrasti!

Le invidie più velenose e più bieche si drizzarono sul suo cammino trionfale; ma Cardarelli seppe spezzarle e vinse e la sua scuola primeggiò fra tutte. Questa prevalenza della scuola di Cardarelli non era dovuta nè al caso nè alla fortuna; era invece il frutto di un più sano e più maturo indirizzo nell'insegnamento della semiotica e della clinica, che il giovane Maestro aveva inaugurato.

Certo non mancavano in quel tempo a Napoli maestri di alto valore. Pietro Ramaglia, Francesco Prudente, Biagio Lauro, Antonio Villanova erano all'apogeo della loro gloria; Vincenzo Lanza, quantunque già sulla china della vita, riempiva della sua gran fama l'ambiente medico napoletano; e dopo il 1860 Salvatore Tommasi, tornato dall'esilio, cominciò a brillare come un astro fulgidissimo con lo splendore del suo alto intelletto e della sua grande cultura nelle scienze biologiche.

Ma nessuno di questi grandi, neanche Salvatore Tommasi, potè offuscare il clamore della fama che andava ogni giorno crescendo intorno ad Antonio Cardarelli.

Il mio Maestro mi raccontava che Salvatore Tommasi un giorno, vedendo uscire una gran folla di studenti dall'aula, dove egli aveva finito di far lezione, esclamò in tono ironico: «Ma chi è questo Boerhave che riesce ad avere tanti studenti?». Quella volta l'ironia di Tommasi non colpì giusto. Il Boerhave c'era per davvero: la forza di Cardarelli come maestro era formidabile, perchè risultava da un meraviglioso connubbio di qualità e da un rigore di metodo, che lo mettevano al di sopra dei suoi grandi rivali.

In quel tempo, anche nelle scuole di medicina più rinomate di Napoli, si abusava della dialettica al letto dell'infermo; e la facile dialettica e la naturale perspicacia degl'intelletti meridionali si sostituivano spesso alla rigorosa e precisa osservazione clinica.

Il mio Maestro mi ripeteva spesso che Vincenzo Lanza, fidando sulla sua alta intelligenza e sulla sua lunga esperienza, diagnosticava le malattie senza procedere all'esame obbiettivo degl'infermi, ma solo affidandosi alla valutazione dei disturbi funzionali e subbiettivi.

Antonio Cardarelli comprese che la clinica andava messa sulle basi più sicure dello studio minuto dell'ammalato, integrato da un sobrio e oculato ragionamento. Egli aveva tutte le qualità per realizzare questo programma.

Nato nel Molise, in una terra che ha dato all'Italia tanti giuristi, tanti pensatori, tanti cultori di medicina pratica, ma che non ha dato mai un poeta nè un artista di grido; in una terra dove, per virtù ataviche, l'intelletto è bene equilibrato e ben temprato per le indagini severe e per la critica serena, ma non per le concezioni ideali e per le geniali esaltazioni dello spirito

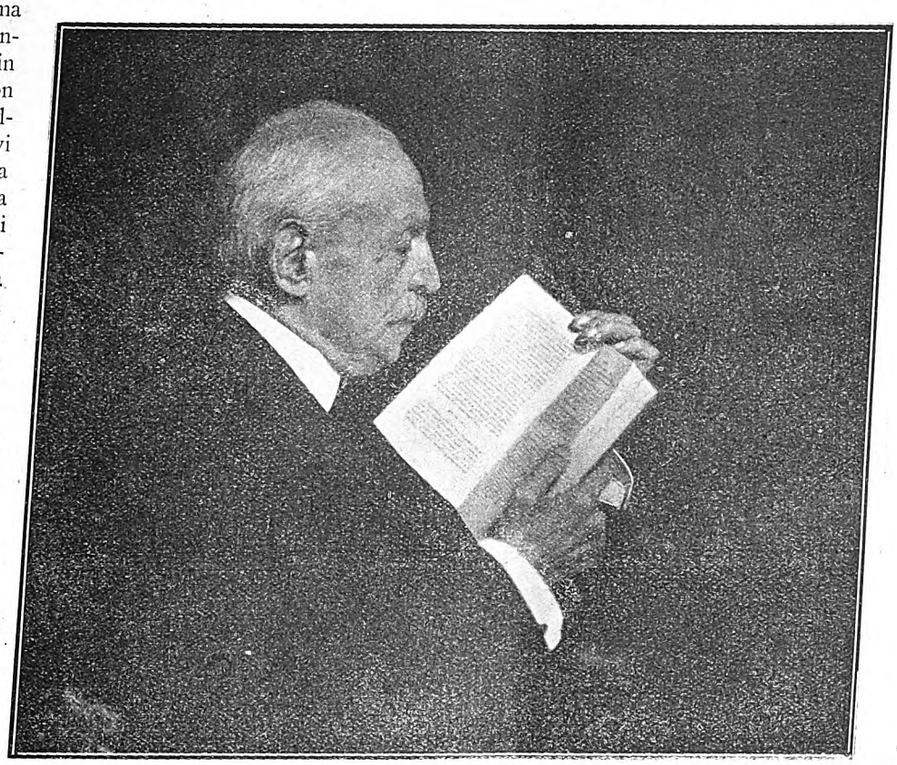
Digitized by Google

che caratterizzano i temperamenti artistici, Antonio Cardarelli possedeva per virtù etnica l'attaccamento alla obbiettività delle cose, alla ricerca meticolosa e all'ossequio dei fatti e rifuggiva da quella che è la dote negativa più disastrosa per un clinico, cioè la tendenza a far prevalere le concezioni teoriche, siano pure brillanti, sui fatti obbiettivi presentati dall'infermo.

Questa tendenza egli definiva come « la poesia della medicina », e mai una espressione più nobile e più alata come la parola poesia è servita per designare un fenomeno più deplorato nel regno della scienza!

Cardarelli nella scuola e nell'esercizio privato era sempre irreducibilmente severo verso quelli che egli chiamava « i poeti della medicina », contro dei quali drizzava spesso gli strali dello scherno oppure le punzecchiature dell'arguzia fine e bonaria.

Egli aveva, oltre a questa felice e innata attitudine del suo intelletto, anche un'altra ragione per primeggiare; ed era l'aver potuto trar profitto dallo sviluppo che andava prendendo la semiologia fisica. Questa era uscita da poco dalla mente e dai sensi geniali di Laennec e di Skoda e di alcuni altri, e da poco era stata conosciuta e divulgata in Italia. Alcuni fra i vecchi insegnanti degl' Incurabili l'accoglievano con la solita diffidenza misoneistica; ma Cardarelli seppe invece assimilarla in modo mirabile, e non si stancò mai di addestrare i suoi allievi in quella branca della medicina che poneva finalmente, dopo tanti anni, le basi granitiche della diagnostica medica scientifica. Nè si contentò di esserne soltanto un divulgatore, ma seppe arricchirla di contributi geniali, che sono rimasti un prezioso patrimonio della medicina pratica.



Una delle ultime fotografie del Maestro

Ma nè il rigore dell'osservazione clinica nè la padronanza completa della semiologia sarebbero bastati ad assicurargli il grandioso successo ottenuto nella scuola, se il Maestro non vi avesse rivelata la sua dote veramente caratteristica, cioè un intuito clinico di una finezza meravigliosa. E' la dote che ha trascinato costantemente, per tanti anni, in una ammirazione unanime, migliaia e migliaia di studenti di parecchie generazioni, di mutata cultura; è la dote che fece di lui il maestro dei maestri, anche di fronte ad altri maestri, che pure lo avanzavano nella conoscenza delle scienze moderne.

Solo chi gli è stato molto da vicino per lungo tempo ha potuto apprezzare tutto il valore di questa dote divina, senza della quale il medico può diventare tutto quello che vuole, meno che un clinico. L'intuito clinico è come un'impercettibile e prezioso filo d'Arianna, che conduce e guida alla diagnosi precisa, attraverso ai labirinti tortuosi e apparentemente inesplicabili delle difficoltà, da cui sono avvolti alcuni casi clinici.

Questi casi sono certamente diminuiti da che le indagini biologiche e la radiologia hanno portato un così prezioso aiuto alla diagnostica; ma nessuno oserebbe dire che siano scomparsi.

E' appunto in questi casi che Antonio Cardarelli mostrava la potenza sovrana del suo talento clinico. Chi ha ascoltato le sue lezioni, speciamente su casi di difficile diagnosi, ha provato uno di quei godimenti intellettuali, dei quali non si cancella mai il ricordo. Accade ancora di sentire medici, già molto avanti negli anni e sperduti negli angoli più remoti del Mezzogiorno d'Italia, rievocare i ricordi, ormai lontani, ma sempre vivi nella memoria, di quelle lezioni mirabili per lucidezza di esposizione e riboccanti di sapere clinico!

Ma Cardarelli non fu solo un Maestro sommo di clinica; fu anche un acuto spirito indagatore di fenomeni morbosi. Egli apparteneva a quella generazione di grandi, che, nella seconda metà del secolo scorso, perfezionarono la semiologia fisica e cercarono di scolpire e differenziare i diversi quadri morbosi; e lascia in questi campi un'orma profonda.

Non ho bisogno di ricordare i segni fisici preziosi da lui scoperti, perchè sono universalmente noti: la pulsazione del tubo laringo-tracheale e le algie negli aneurismi, la percussione e l'ascoltazione del manubrio dello sterno nelle affezioni del mediastino, la percezione del fiotto transtoracico nelle cisti da echinococco del fegato esplicate nel torace (fenomeno che fu indicato parecchi anni dopo anche da Chauffard), il metodo per la valutazione della resistenza del cuore (che fu indicato dopo anche da Katzenstein e che il Maestro rivendicava nel 1909 proprio nella nostra *Rif. Med.*). Molto interessanti sono i contributi portati a quel gruppo di quadri morbosi che egli riunì sotto il nome di nevrosi del cuore. Vi è descritto e messo nel suo giusto valore il tremore basedowiano; vi sono contributi clinici e fisiopatologici preziosissimi intorno alla patologia del vago; vi è descritta una forma speciale di angina di petto (la forma motoria).

E' suo il concetto, esposto ed illustrato tanti anni or sono, che nelle malattie di cuore ha maggior valore lo stato del miocardio che non la natura del vizio valvolare: concetto difeso dopo dal Mackenzie.

Nel campo delle malattie di fegato lascia contributi originali, come la descrizione della forma dispeptica della calcolosi biliare. E' noto che Cardarelli differenziò nel gruppo caotico delle anemie spleniche dei bambini una forma speciale, ch'è degna di portare il suo nome. Così pure è noto che fu il primo o fra i primi a richiamare l'attenzione sulla febbre che accompagna la linfogranulomatosi maligna.

Forse è meno noto un altro quadro morboso, che egli differenziò nel gruppo delle così dette artriti vertebrali e che si può definire la forma pachimeningitica del reumatismo vertebrale.

Ma non è in questi brevi e sommarii ricordi tutta l'opera del mio grande Maestro. E' impossibile riassumere tutti i precetti, tutti gli accorgimenti clinici, che erano in gran parte frutto della sua personale esperienza e ch'egli illustrava ai giovani nelle sue lezioni, le quali rimarranno perciò sempre una miniera preziosa di sapere clinico.

Un giorno Egli mi diceva: « Chi sa che cosa rimarrà di queste nostre cognizioni di qui a cinquant'anni ». Gli risposi: « Molte cognizioni scientifiche di laboratorio potranno mutare; ma i dati della semiologia fisica e della nosografia dei morbi non muteranno mai ». Le cognizioni nuove che il Maestro lascia acquisite nel campo della medicina appartengono a quest'ultima categoria, e perciò non temono l'ala corroditrice del tempo!

Antonio Cardarelli vinse il concorso, che gli aprì le porte dell'insegnamento ufficiale di patologia medica, nel 1889, quando contava poco meno di 60 anni. I suoi esaminatori dichiararono che si poteva fare a meno del concorso per lui; ed erano nel

Digitized by Google

vero, poichè la consacrazione ufficiale arrivò a Cardarelli quando già da molti anni parecchie generazioni di medici lo avevano acclamato grande Maestro. La veste ufficiale non gli aggiunse nulla, nè valse a fargli cambiare d'indirizzo seguito fino allora, che era carne della sua carne. Egli non aveva alcuna pratica di laboratorio; ma non disprezzava i sussidii, che il laboratorio a mano a mano andava fornendo alla diagnostica clinica. Ed è inutile dire che nei conflitti diagnostici fra i dati di laboratorio e i dati della clinica egli prendeva parte sempre per la clinica, e raramente s'ingannava.

Tale fu la personalità di Antonio Cardarelli! La sua grande figura di Clinico, la sua specchiata rettitudine professionale, la sua munificente sollecitudine per i poveri lo avevano collocato al più alto posto nel cuore del popolo napoletano, che ha seguito con la più angosciosa amarezza il suo feretro pochi giorni or sono.

Ora la sua salma riposa, nella pace del sepolcro, che Egli ha voluto modesto, nell'umile contrada del Sannio, che lo vide nascere, lo vide partire giovane e povero per la Metropoli, lo vide salire alle più alte vette della gloria e de la fortuna ed infine lo ha ripreso per sempre nel suo grembo materno.

Che il suo spirito aleggi sempre come nume tutelare della sana medicina pratica nelle Aule dell'Ateneo napoletano!

LUIGI D'AMATO

L'UOMO

Mentre un comitato costituito per le onoranze a Lui si adoprava a stabilire quelle che fossero le più degne, mi chiamava presso di sè e m'incaricava di portare agli illustri colleghi della Facoltà, con i suoi ringraziamenti, la sua preghiera: « Facciano pure una borsa di studio al mio nome per lo studente più meritevole, ma per me non feste, non celebrazioni, non riunioni solenni; per me desidero solo che gli studenti, se credono, appongano le loro firme su un quaderno, ed essi stessi me lo portino ».

Nel 1854 - Antonio Cardarelli e la sua diletta compagna.

Nella quiete e nella breve ora di riposo della sua casa, dove l'avevano raggiunto tutti i maggiori onori, le più lusingatrici soddisfazioni, la venerazione universale, il ricordo degli studenti, era il supremo desiderio di Antonio Cardarelli!

« Non fiori, non discorsi, non accompagnamenti ufficiali, ma rinchiuso in una semplicissima e modestissima cassa di legno, mandato a Civitanova del Sannio a fianco a miei parenti nella modesta tomba di famiglia e là mi si faranno i funerali ».

Queste le sue ultime volontà.

E null'altro ha chiesto, morendo, che rinnovare il rito quotidiano che fu la poesia della sua vita: dar l'ultimo bacio a Colei che per sessantadue anni lo ha accompagnato — tenera e fedele compagna nell'ora dello sconforto e della gioia — e poi, con gli ultimi aneliti di forza che gli rimanevano, ha levato le braccia al Cielo, e stringendo la Croce benedetta, l'ha fissata, e vi ha scorto, come nella Scienza e nella Vita, la Verità che è stata il suo estremo conforto.

Antonio Cardarelli nacque il 29 marzo 1831 a Civitanova del Sannio, da Urbano, stimato medico della provincia, che per 91 anno aveva prodigato le sue cure benefiche ai suoi conterranei, e da Clementina Lemme dei baroni di Belmonte.

Da fanciullo mostrò grande vivacità, prontezza d'ingegno e sopratutto una spiccata indipendenza di carattere non disgiunta da ferrea ed equilibrata volontà. Di lui infatti, la madre soleva dire: « Se mio figlio cade nel fiume, non lo ricercate alla foce, ma alla sorgente ».

Compì i suoi studi classici nel Seminario di Trivento insieme coi fratelli Giuseppe, divenuto anch'esso valoroso medico e consulente della sua provincia, e Fedele che, distintosi negli studii di ingegneria elettrotecnica, fu membro della Società Radiotelegrafica.

A diciassette anni — nel 1848 — entrò nel Collegio Medico di S. Aniello, istituto celebre in quell'epoca per gli insigni maestri che il Borbone vi aveva preposti, avendo a compagni di studi Tommaso De Amicis, Enrico De Renzi, Francesco Vizioli, Ottavio Morisani e Giovanni Antonelli. Spirito inquieto, patriota fervido e leale, non poteva non partecipare ai moti dell'indipendenza di quegli anni che ricordava benissimo.

Nel 1853, a soli ventidue anni, si laureava in medicina e chirurgia e in quello stesso anno prese parte al concorso per assistente all'Ospedale degli Incurabili, sostituendosi ad un candidato assente, e dava la prima scintilla del suo genio di osservatore, sostenendo in una semplice prova di esame, in quel periodo di oscurità dell'etiologia delle malattie, la natura parassitaria della scabbia, riuscendo primo fra i numerosi candidati. E poichè si metteva in discussione la regolarità della sua prova, i commissarii si imposero al Governo affermando che se non fosse entrato Cardarelli, sarebbero usciti tutti loro.

Nel 1854 sposò a Napoli la signorina Nunziatina Giannuzzi, figlia del dottor Carlo, impareggiabile compagna del Maestro in sessantadue anni di matrimonio. Donna di elette virtù, colta, di carattere dolce, buona e premurosa sempre, nel silenzio e nell'ombra, ha animato e temperato gli slanci e gl'impulsi della sua natura fiera, irrequieta, fortemente volitiva, ma sopratutto infinitamente buona e generosa.

Nell'Ospedale degli Incurabili percorse rapidamente tutti i gradi della carriera, giungendo subito a grande notorietà come insegnante e come clinico, finchè nel 1890 vinse per concorso la Cattedra universitaria di Patologia Speciale Medica, passando più tardi a quella di Clinica (succedendo ad Arnaldo Cantani) che avrebbe dovuto lasciare nel 1905, ma che, per meriti eccezionalissimi e per l'articolo 69 della legge Casati, tenne, in una verde vecchiezza, fino a novantatrè anni.

La popolarità assunta dal suo nome non potette esimerlo, specie per le insistenze dei suoi conterranei, che l'idolatravano per gli immensi benefici da lui ricevuti, di accettare cariche politiche. Nel 1880 fu eletto deputato del collegio di Isernia, così per cinque legislature fino al 1894, anno in cui cedette il collegio a Ruggero Bonghi.

Anche in questo periodo di attività egli fu una rivelazione tanto che ai primi discorsi pronunziati su argomenti da lui scelti, con quel senso di opportunità che gli era proprio, fra argomenti di interesse strettamente sanitario e sociale, il Bongh

Digitized by Google

stesso volle un giorno congratularsi con il giovane deputato, dicendogli che gli era parso di discutere con uno dei più insigni parlamentari.

Famoso il discorso tenuto alla Camera sul prezzo del sale — del quale sostenne la utilità nella economia organica — ed importantissimi quelli riguardanti l'alcoolismo e la riforma universitaria questi ultimi in forti polemiche con Baccelli e Coppino, allora ministri.

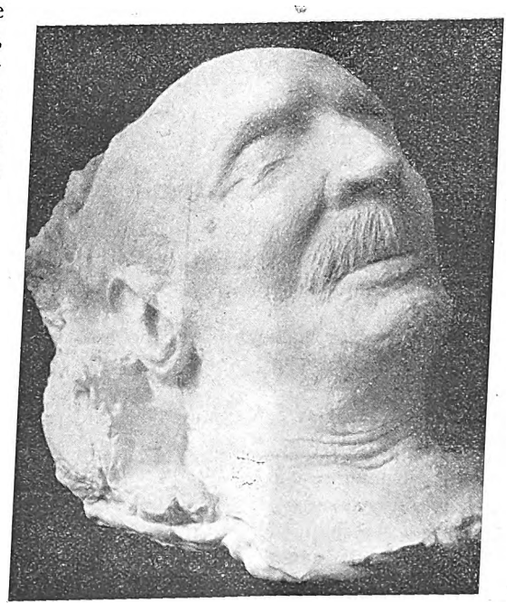
Nel 1878. (Insegnante all'Ospedale « Incurabili »)

Nel 1896 fu nominato Senatore; ma poichè gli era sembrato di aver sottratto troppo tempo alle occupazioni appassionanti della sua vita, la Scuola e la professione, rifiutò, d'allora in poi, le più alte cariche politiche, anche quella di ministro.

Liberale sempre, anche prima dell'inizio della nostra vita nazionale, costretto a fuggire nel 1860 perchè minacciato dalla reazione, seguì con italianissimo spirito tutte le vicende politiche, abbracciando con entusiasmo quello che rispondeva ai supremi interessi della patria.

Era naturale, quindi, che fosse tra i primi ad aderire all'idea fascista, sintetizzata nelle idealità del Duce.

In occasione dell'anniversario della Marcia su Roma, egli volle esser tenuto presente con una nobile lettera alla quale S. E. il Capo del Governo rispose col seguente telegramma: « Caro ed illustre Maestro, ho letto con viva commozione la Sua lettera d'adesione alle cerimonie celebrative dell'avvento fascista. La sua adesione è di altissimo significato. La prego di accogliere i sensi della mia profonda ammirazione e simpatia. - Mussolini ».



La maschera del Maestro (scultore R. Pellegrino)

La prerogativa che aveva creato la fama del Clinico era la prontezza della diagnosi, che in alcuni casi sembrava divinazione; ed è per questa singolarità che si accorreva a lui da parte degli infermi e dei medici, come al giudice supremo, nei casi più complessi.

Nell'insegnamento e nelle consultazioni private, con parola semplice e scultorea, enunciava le sue diagnosi, conservando l'indipendenza del suo giudizio, sulla base dei fatti clinici rilevati, malgrado lo splendore delle teorie diverse e l'autorità di chi le sostenesse.

Di certo, la versatilità di altri studiosi nelle discipline mediche ha potuto dare alla letteratura preziosi contributi nel campo sperimentale, ma pochi possono essere raffrontati a lui come medico al letto dell'infermo. Questa grande verità, non suggerita dalla venerazione di allievo, è voce universale di quattro generazioni di medici che posson vantare di essere stati da lui educate nell'arte medica. Un altro grande Maestro — Augusto Murri — in questi giorni scriveva di Lui: « Non posso che ripetere ciò che da molti anni pensavo, dicevo, scrivevo: Cardarelli, pel suo verace ossequio ai principi capitali del metodo sperimentale, nelle scienze, non aveva chi lo uguagliasse; per la sua nobilissima passione di bene educare la mente dei medici superò tutti noi ».

Nelle sue mani sono passati tesori ma con quelle stesse mani Egli, da gran benefattore, li ha profusi. Pochi uomini hanno rinunziato così per sè, ad ogni lusso, essendo suprema sua voluttà soccorrere gli umili, i bisognosi, i dimenticati.

E non era infrequente il caso in cui, chiamato a visitare un infermo povero vi si recava generosamente a prestar l'opera sua, soccorrendolo anche con sussidi.

Nel 1903. (Direttore della Clinica Medica

Del grande attaccamento al suo paese natio, egli dette prova istituendo, in una famosa carestia, un monte frumentario ed in seguito provvedendo a tutte le opere pubbliche più importanti, quali il cimitero, l'acquedotto, la illuminazione, la fognatura, le scuole la pavimentazione, la chiesa. In questi ultimi anni, per salvare il Comune dalle disagiate condizioni in cui era caduto, senza esitazione, egli vendette preziosi oggetti d'arte che conservava nella sua casa, e sollecitò a S. E. Mussolini la organizzazione dell'Ospedale Civile della sua provincia, che s'intitola dal suo nome.

Era insignito delle maggiori onorificenze italiane ed estere.

Di questo prestigio, raggiunto malgrado la semplicità austera fortemente da lui sempre voluta, di questa venerazione e di questo fascino che gli procurò l'ammirazione di sovrani, principi, uomini politici, colleghi, discepoli e popolo, Egli, che aveva schivato in vita di conoscere quanto fosse grande, nonostante i suoi divieti, ha avuto prova solenne da tutta la Nazione, dai suoi conterranei, dalla cittadinanza intera che tanto lo amava, e che con unanime cordoglio ne visitò prima, con religiosa devozione e ne accompagnò poi commossa la salma, che passava per le vie affollate e mute nella sospensione di ogni movimento cittadino.

Ed in ginocchio e lagrimanti l'attesero i suoi concittadini, che ne custodiscono ora la sacra e cara spoglia.

Antonio Cardarelli è passato alla immortalità. L'aspirazione all'infinito, che Egli ha fortemente sentito e manifestato in tutta la sua vita, e che è stato il suo grande conforto nell'istante supremo, trova eco nell'eredità di bene e di sapere che Egli lascia alla scienza e all'umanità, e che sarà eterna come la sua anima.

GUIDO ARENA

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. U. DI PISA
diretto dal Sen. Prof. G. B. QUEIROLO

LA CURVA DELLA INDACANEMIA NELLA POLMONITE LOBARE

per il dott. ANGELO VIGNOLO PALOMBELLA — Assistente

Nel 1859 il Karter rese nota la presenza dell'indacano nel sangue e nel 1904 l'Hervieux confermava con le sue esperienze quanto aveva asserito il Karter.

Obermajer e Popper nel 1911 e Dorner nel 1914 considerarono l'indacano come specifico dell'uremia, perchè reperibile solo in questa forma morbosa ed attribuirono ad esso notevole importanza per il suo valore diagnostico e prognostico.

Troisier e Berthelot nel 1912, avendo riscontrato un'aumento del tasso dell'indacano nel sangue di individui certamente non uremici ritennero di poter mettere questo fatto in rapporto o con una abnorme produzione di indolo nel tubo gastro-enterico o con una ritenzione azotata.

Il Tschertkoff nel 1914 conchiudeva che indipendentemente da manifestazioni uremiche indacanemia si trova sempre in quelle malattie renali che sono causa di ritenzione azotata, particolarmente quando questa raggiunga valori superiori all'1,50 per mille.

Fu l'Haas nel 1915 che dimostrò che ogni sangue contiene una certa quantità di indacano i cui valori oscillano fra 0,026 e 0,082 mmg. per cento di siero. E' questo fatto puramente fisiologico per cui non più di indacanemia ma di iperindacanemia si dovrà parlare tutte le volte in cui si troveranno sensibilmente aumentati questi valori. Se questi avranno raggiunto cifre superiori a 0,130 o 0,150 mmg. % essi saranno indice di una ritenzione azotata, in altri termini di una alterata funzione renale.

Rosemberg opponeva che l'iperindacanemia non può e non deve essere messa soltanto in rapporto alla ritenzione azotata per insufficienza renale in quanto essa può ancora essere l'espressione di una aumentata produzione di indacano da parte dei tessuti; e l'Haas poteva dimostrare che può aversi azotemia senza che contemporaneamente si manifesti iperindacanemia in rapporto alla alimentazione o alla stasi renale, come può manifestarsi iperindacanemia senza un corrispondente aumento del tasso azotemico in conseguenza dell'azione sintetica del filtro renale.

Farra nel 1917 pubblicava un importantissimo studio storico-bibliografico sulla indacanemia.

Nello stesso anno Quadrone e De Matteis conchiudevano che nel sangue normale non si trova mai indacano, la cui presenza è indice di una disfunzione renale in quanto si riscontra sempre in tutti i casi di affezione primaria o secondaria del rene.

Bahar, Beker, Van Bommel, Von Vlotten, ammettono la presenza di indacano nel sangue in condizioni normali. Valori superiori a mmg. 1,4 per mille sono espressione di insufficienza renale per cui si può ad essi attribuire una grande importanza diagnostico-prognostica nelle nefropatie.

Nel 1922 Marin giungeva alle medesime conclusioni.

Secondo Ausenda (1923) la indacanemia è in rapporto all'aumento dell'indolo intestinale: reazione di Jolles positiva sotto i 2 cc. di siero è indice di insufficienza renale e quindi assai importante dal punto di vista clinico.

Quadrone e Fubini ritengono non esista alcun rapporto fra l'azotemia e la ritenzione indacanica nel sangue; più severo ha da essere però il giudizio prognostico in quei casi in cui queste due ritenzioni si associano.

Il Brugi, nella nostra Clinica, ha portato un notevole contributo allo studio della indacanemia facendo numerose ricerche sia in soggetti perfettamente sani, sia in individui affetti da diverse forme morbose; egli ammette la presenza di indacano nel siero di sangue di individui a reni perfettamente integri e stabilisce un limite fra indacanemia e iperindacanemia, il cui valore oscilla intorno a mmg. 0,12 %; al di sopra di questo limite si ha la vera iperindacanemia, segno certo di una alterata funzionalità renale anche se mancano le note manifeste di una vera e propria nefropatia.

Terzani nel 1925 stabilisce in mmg. 0,20-0,80 per mille i limiti della indacanemia fisiologica e conchiude identicamente agli altri autori attribuendo a valori maggiori di quelli limite da lui riscontrati il segno della iperindacanemia, indice di alterata funzione renale.

Cabrini ultimamente ha studiato il comportamento dell'indacano nel sangue di individui sani e normali in rapporto alle varie diete ed ha stabilito un limite medio del 0,52 per mille del tasso indacanico.

In un lavoro successivo comunica delle ricerche sulla indacanemia nella insufficienza epatica e nel diabete mellito.

Negli individui affetti da insufficienza epatica il tasso dell'indacano nel sangue oscilla fra limiti piuttosto ampi, con una media di mmg. 1,4 per mille e spiega questo fatto con una mancata o diminuita formazione di indossile nel fegato per un ostacolo alla ossidazione dell' indolo.

Per quanto si riferisce alle osservazioni sul comportamento dell'indacano nel sangue dei diabetici ha riscontrato valori che oscillano intorno all'1,50 per mille che mette in rapporto con lo stato di intossicazione diabetica.

Da tutte queste ricerche risulta in via di massima come la iperindacanemia sia la espressione di uno stato di insufficienza renale.

Poichè è noto che durante lo svolgersi di processi tossi-infettivi, come è facile constatare la presenza di albumina nelle ur. così ad essa quasi normalmente si accompagna una ritenzione

TABELLA DELLE RICERCHE

CASO	GIORNO DI MALATTIA																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I	—	—	—	1.92	—	—	C.	1.28	—	—	1.28	—	—	—	0.64	—	—	—	—	—	—
II	—	—	1.28	—	—	2.56	—	—	C.	1.92	—	—	1.28	—	—	0.92	—	—	0.64	—	—
III	—	—	—	—	1.92	—	C.	1.92	—	—	1.28	—	—	0.64	—	—	—	—	—	—	—
IV	—	—	—	1.28	—	3.20	C.	—	—	2.56	—	—	1.92	—	—	1.28	—	—	—	0.64	—
V	—	1.28	—	—	—	2.56	—	—	C.	1.92	—	—	—	1.28	—	—	—	0.64	—	—	—
VI	—	—	—	1.92	—	—	C.	—	—	1.28	—	—	0.92	—	—	0.92	—	—	—	0.64	—
VII	—	—	3.20	—	—	3.20	C.	—	—	1.92	—	—	1.28	—	—	1.28	—	—	0.64	—	—
VIII	—	—	1.92	—	—	—	C.	1.28	—	—	0.92	—	—	—	0.64	—	—	—	—	—	—
IX	—	1.28	—	—	—	2.56	C.	—	1.92	—	—	0.64	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X	—	1.28	—	—	1.92	—	C.	1.92	—	—	—	1.28	—	—	0.64	—	—	—	—	—	—
XI	—	—	—	1.92	—	2.56	C.	—	1.92	—	1.92	—	—	1.28	—	—	—	0.92	—	—	0.64
XII	—	—	—	—	1.92	—	2.56	—	C.	—	—	1.92	—	1.28		—	0.92	—	—	—	0.64

Digitized by Google

azotata (Barlocco), indice di insufficienza della funzione renale, ho voluto osservare quale fosse il comportamento dell'indacano nel sangue durante il decorso della polmonite lobare.

Mi sono servito nelle mie ricerche del metodo Jolles-Rosemberg.

Sono stati oggetto di indagine 12 casi nei quali la ricerca del valore indacanemico all'atto dell'ingresso in Clinica, per lo più tra il secondo ed il quarto giorno, di malattia, ha dato valori oscillanti fra 1,28 e 1,92 per cento, meno in un caso (il settimo della tabella) in cui già in terza giornata il tasso indacanemico aveva raggiunto i 3,20 per cento; questi valori sono andati aumentando con l'aggravarsi dei fenomeni tossinfettivi sino al momento della crisi nel quale per vero non si è constatato alcun fatto degno di particolare interesse.

Nel periodo post-critico è necessario distinguere i casi a risoluzione normale dai casi a lenta risoluzione del processo pneumonico. Mentre nei primi si aveva un rapido ritorno ai valori normali della indacanemia (dopo una settimana circa) negli altri invece si constatò un ritorno lento e progressivo in rapporto cioè all'andamento del processo anatomo-patologico.

La tabella vale a dimostrare ancor meglio quanto qui ho affermato, ricordando che i casi N. 1, 3, 6, 9, 10 sono a risoluzione normale; gli altri a lenta risoluzione.'

In base a questi risultati io ritengo di poter così conchiudere:

1. Durante il periodo acuto della polmonite si ha un notevole grado di iperindacanemia.

2. Al momento della crisi nessun fatto si osserva degno di particolare interesse.

3. Nel periodo postcritico sono da distinguersi casi a risoluzione normale e casi a lenta risoluzione; nei primi si osserva un rapido ritorno ai valori normali dell'indacano, negli altri un lento e graduale ritorno in rapporto al risolversi del processo pneumonico.

4. Ne consegue che in tutte queste oscillazioni del tasso indacanemico oltre il fattore febbre ha la sua influenza il fattore infezione.

BIBLIOGRAFIA

Ausenda. Ospedale Maggiore, 9, 1923. — Bahar. Die Indican. Wien. Ed. Urban, 1923. — Barlocco. Liguria Med., 9, 1922. — Brugi. Arch. Pat. e Clin. Med., IV, 1925. — Cabrini. Morgagni, 45 e 46, 1926. — Dorner. Deut. Arch. fur Klin. Med. CXIII, 3-4, 1914. — Farra. Polic., sez. med., 9-10, 1917. — Haas. Deut. Arch. fur Klin. Med. CXIX, 1916 e Munch. med. Woch. 31, 1915. — Jolles. Zeit. f. Phis. Chem. XCIV, 1915. — Kruger. Deut. Arch. f. Klin. med. CCXXIX, 1920. — Marin. Polic., sez. med., 4, 1922. — Obermaier e Popper. Zeit. f. Klin. Med. LXXII, 3-4, 1911. — Quadrone e De Matteis. Riv. Crit. Clin. Med. 1, 1917. — Quadrone e Fubini. Riv. gin. ostr. pediat. e med. gen. 12, 1923. — Rosemberg. Munch. Med. Woch. 4, 1916, e Arch. f. Exp. Pat. und Pharm. LXXIX, 3, 1916. — Snapper, Van Bommel, Von Vloten. Klin. med. 15, 1922. — Troisier e Berthelot. C. R. Soc. de Biol. sed. 24, 1, 1912. — Tschertkoff. Deut. med. Woch. 36, 1914 e Rev. Med. Suisse Rom. 37, 1917. — Terzani. Riv. Crit. di Clin. med. decem. 1924. — Von Vloten. Deut. Med. Woch. 40, 1920.

OSPEDALE CIVILE DI S. AGOSTINO IN CASTIGLIONE DEL LAGO (PERUGIA)
Direttore chirurgo dott. GIOVANNI ZAMBONI

SULLA PATOGENESI DELLA MALATTIA DA SIERO

(CONSIDERAZIONI SU ALCUNI CASI CLINICI)

per il dott. UMBERTO GENAZZANI
Medico-Assistente

Dei vari casi di malattia da siero da me osservati, ho voluto riferirne alcuni che, per qualche loro peculiare carattere, si prestano a delle considerazioni circa il meccanismo patogenetico di questo stato morboso. Tale meccanismo se per molti casi è stato sufficientemente dimostrato dalle classiche esperienze sulla anafilassi (Richet, Arthus, Smith, Rosenau, Anderson, ecc.), non può però dirsi per tutti i casi e sotto ogni punto di vista completamente chiarito.

La malattia da siero viene dalla maggior parte degli autori considerata come la più genuina riproduzione in clinica della anafilassi sperimentale. Se ciò può esser vero per quei casi nella cui anamnesi si ha notizia di un trattamento sieroterapico pregresso a quello che ha scatenato la malattia, non è esatto il dirlo senz'altro per quei soggetti nei quali questo precedente trattamento non è esistito o per lo meno non si è potuto dimostrare. Difatti Lustig ha recentemente definito la anafilassi come « una forma di aumentata reattività o ipersensibilità degli organismi superiori di fronte a materiali eterologhi complessi — ipersensibilità acquisita in seguito al trattamento precedente cogli stessi materiali ». Stando a questa definizione, mentre dobbiamo inquadrare nel capitolo delle malattie anafilattiche il primo gruppo di casi, non possiamo senz'altro farvi rientrare il secondo; e anzi sul criterio dell'esistenza o meno del trattamento sensibilizzatore, dovrebbe fondarsi una distinzione degli accidenti da siero.

Allora il primo gruppo di casi, nel quale la patogenesi anafilattica risulta chiara, potrebbe indicarsi col nome di *anafilassi da siero*. Il secondo gruppo invece, nel quale non può senz'altro riconoscersi un meccanismo patogenetico sicuro, dovrebbe venir ricordato col nome generico di *malattia da siero*.

Nella mia pratica di sieroterapia non ho mai avuto occasione di verificare l'anafilassi da siero: questa spiacevole conseguenza della sieroterapia è per lo più evitabile ove si abbia cura prima di iniziare il trattamento di approfondire un poco l'indagine anamnestica per mettere in evidenza precedenti iniezioni sensibilizzatrici.

Ed ove questa indagine risultò positiva ho potuto in qualche caso astenermi dall'uso del siero e quando questo fu indispensabile ricorsi al metodo deanafilattizzante di Besredka. Ma nei soggetti nei quali nessuna notizia anamnestica poteva mettermi in sospetto ho veduto comparire spesso fenomeni da siero fortunatamente mai con carattere di gravità prognostica, ma sempre assai preoccupanti per l'intensità ed il tumultuoso insorgere degli stati morbosi. Tra i vari casi che mi sono presentati riferisco i seguenti:

1° Caso — R. P. anni 39. Macellaio, Castiglion del Lago.

Madre morta per carcinoma gastrico. Nel 1911 contrasse la lue che fu curata con poca costanza e con poca intensità, tanto che nel 1923 in seguito alla comparsa di una eruzione cutanea il P. si fece praticare la R. di Wassermann che risultò intensamente positiva. Ciò lo indusse a sottoporsi a un trattamento di 914 per via endovenosa del quale fece una serie che poi ripetè l'anno successivo. Nel settembre dello stesso anno in seguito ad una caduta dal legno sul terriccio di un sentiero campestre riportò escoriazioni multiple alla faccia ed una profonda ferita lacero-contusa alla coscia sinistra.

Le ferite erano tutte imbrattate di terra. Avuta assicurazione da parte del P. che mai gli erano state praticate iniezioni di siero, iniettai 10 cc. di S. antitetanico dell'I. Vacc. Toscano. Il giorno seguente tornai a rivedere il ferito e notai che l'iniezione era stata tollerata senza il minimo risentimento generale o locale. Per sette giorni nessun fenomeno; solo all'8° giorno fui da lui chiamato poichè era stato colto da un brivido improvviso, temperatura 38,8, dolori vaghi agli arti ed al tronco. La pelle era sede di una eruzione a tipo di orticaria gigante, dolorosa, urente, pruriginosissima. Nei giorni seguenti si manifestarono vere e proprie mialgie e artralgie. La malattia durò in tutto 5 giorni e guarì senza lasciare alcun postumo.

2° Caso — M. G. anni 3. Castiglion del Lago.

Madre sana. Il padre è affetto di neurosi cardiaca e da disturbi gastro-enterici vaghi che riesce difficile raggruppare in una sindrome ben definita. Il P. ebbe allattamento materno e crebbe sano fino al febbraio 1924. In quell'epoca chiamato urgentemente di notte al letto del piccolo infermo, lo trovai in preda ad un accesso di soffocazione da stenosi laringea. Temperatura 39°,8, tonsille tumefatte e ricoperte da un essudato membranaceo compatto non asportabile senza sanguinare. In quel periodo avevo in cura molti casi di difterite pen cui non esitai a praticare subito una iniezione di S. antidifterico da 2000 U. I. dell'I. S. M., dopo aver avuto assicurazione che mai il bambino aveva avuto iniezioni di siero. Data la persistenza di respirazione rumorosa, tosse abbaiante, avvallamento inspiratorio al giugulo e all'epigastrio, dovetti praticare nel giorno seguente altre due iniezioni di S. da 2000 U. I. dell'I. S. M. e al 3° giorno una quarta iniezione da 1000 U. I. sempre dell'I. S. M.

Alla mattina del quarto giorno ogni pericolo del crup era scomparso; il bambino apirettico giocava sul letto, si avvertiva solo ancora il respiro appena russante. Nessun risentimento locale nei punti delle iniezioni.

Digitized by Google

Dieci giorni dopo la guarigione vengo chiamato di nuovo. Il bambino è inquieto, la respirazione si è fatta di nuovo fortemente rumorosa, temp. 39°. Il P. accusa dolori alle gambe; i movimenti passivi delle articolazioni del ginocchio, gomito, spalle, ecc. provocano il pianto. La pelle è cosparsa di chiazze figurate a forma di anello coi margini arrossati e rilevati. Edemi al volto, alle mani, e agli arti inferiori; nelle urine tracce di albumina. Nessun essudato tonsillare. Sembra trattarsi di una ripresa del crup, ma i sintomi articolari e cutanei mi inducono a non insistere nell'uso del siero. La malattia durò in tutto quattro giorni.

3° Caso — M. A. mesi 21. Castiglion del Lago.

E' cugino del precedente, abita a poca distanza dalla casa del cugino e vi sono frequenti rapporti tra le due famiglie. Madre sana. Il padre, come il fratello, è affetto da una grave forma neurosica. (Ha fatto varie volte, con esito sempre negativo, l'esame radiografico del cuore e dell'apparato digerente ove egli ritiene avere gravi lesioni. Inoltre egli ricorre all'ambulatorio dell'Ospedale per un'esacerbazione dei suoi disturbi ogni volta che si verificano dei fatti che lo impressionano: il suicidio di un amico, un infortunio ad uno dei suoi operai, la morte improvvisa di un conoscente, ecc.). Mentre la difterite del precedente volgeva a guarigione, fui chiamato a visitare il piccolo P. il quale presentava temp. 39°,3 arrossamento delle fauci, lingua impatinata, da tre giorni alvo chiuso. Al mattino aveva avuto vomiti ripetuti. Malgrado la mancanza dell'essudato difterico tipico, data l'epidemia di difterite, la possibilità di un contagio dal cugino anche per via indiretta e l'arrossamento delle fauci, praticai subito una iniezione di siero antidifterico dell'I. S. M. da 1000 U. I. Il giorno seguente la temperatura era scomparsa, le fauci non presentavano più arrossamento e il P. non ebbe più alcun fenomeno morboso per otto giorni. Al 9° giorno vengo richiamato e trovo nuovamente temperatura a 39°, un esantema diffuso a tutta la superficie cutanea a tipo di orticaria gigante, edemi agli arti ed al volto, respirazione rumorosa, tosse abbaiante; le urine presentavano tracce di albumina. Cinque giorni dopo il bambino era guarito senza alcun postumo.

4° Caso — L. E. anni 30. Casalinga, Castiglion del Lago.

Ha madre emiplegica da cinque anni, il padre morì per arteriosclerosi in età avanzata. Ebbe tifo a 12 anni. Mestruata a 15. Si coniugò a 22 anni con un uomo sano. Poco dopo ebbe disturbi mestruali dei quali fu considerata causa una viziatura di posizione dell'utero per cui a 23 anni si sottopose ad intervento per isteropessia. Ma a 24 anni fu riconosciuta affetta da un tumore dell'utero per cui si rese necessaria una isterectomia subtotale con annessiectomia bilaterale. Dopo questa operazione si ebbe completa amenorrea e l'inferma cominciò a presentare delle turbe nervose vaghe consistenti in senso di vertigine, peso al capo, fenomeni vasomotori, turbe dell'attività cardiaca, ecc. Tali fenomeni coincidevano più o meno esattamente colle epoche in cui avrebbe dovuto esservi il flusso mestruale. Talora la P. aveva anche avuto intenso prurito cutaneo accompagnato o no da manifestazioni esantematiche. Più volte fu da me curata per fatti neurosici e una volta ebbe anche una crisi improvvisa di depressione con fenomeni isteroidi.

Il 26 agosto 1926 cadde dal carro sul terreno producendosi due profonde ferite lacero-contuse alla gamba e alla coscia destra. Medicate le ferite consigliai l'iniezione antitetanica, ma conoscendo lo stato neurosico della P. volli provare a praticare il metodo di Besredka sebbene la P. mi avesse assicurato di non aver mai avuto iniezioni col siero. Alle ore 14 del 27 agosto iniettai sotto cute cc. 0,4 di S. antitetanico dell'I. S. M. e alle ore 19 dello stesso giorno praticai profondamente nei glutei l'intero contenuto della fiala. L'inferma non ebbe alcun risentimento per 8 giorni. Nel pomeriggio dell'ottavo giorno avvertì un vivo prurito, malessere, cefalea, qualche brivido di freddo. Più tardi vomitò e trascorse tutta la notte insonne. Al mattino notai temperatura 38°,5 accompagnata da un'eruzione di pomfi diffusa su tutto l'ambito cutaneo. Il giorno stesso oltre il vomito la P. ebbe diarrea preceduta da dolori colici. Due giorni dopo comparvero mialgie ed artralgie, mentre l'esantema andava attenuandosi. La temperatura febbrile durò con qualche remissione per 4 giorni, ma i fenomeni non risolsero che dopo otto giorni dalla loro comparsa.

Se i casi che ho brevemente riferiti presentano tutti un quadro di modica gravità, con insorgenza più o meno lontana dalla prima iniezione di siero, non posso non ricordare che sono stati registrati nella letteratura parecchi casi di malattia da siero con una sindrome sintomatologica molto diversa da questa. Si tratta di soggetti nei quali, al solito, non risulta un precedente trattamento sieroterapico e che alla prima iniezione reagiscono a distanza di pochi minuti presentando il quadro così descritto dal Comba: « il malato è preso improvvisamente da dispnea, vomiti, cefalea; diventa pallido, ha polso piccolissimo, le estremità si raffreddano, la temperatura si abbassa, talvolta si hanno coliche violente e diarrea; perdita della coscienza. Questo stato di grave collasso può essere seguito immediatamente da morte; nei casi più fortunati i sintomi si attenuano gradatamente e nel giro di poche ore il malato è fuori di pericolo ».

Questi casi sono fortunatamente assai rari e credo che non a me solo tra i medici sia capitato di non vederne alcuno. Tuttavia ne sono registrati molti nella letteratura (Gillette) tra cui è celebre quello del figlio di Langerhans, il quale morì pochi minuti dopo una iniezione di siero fatta a scopo profilattico.

Nello studio della malattia da siero dobbiamo adunque tener presenti accanto ai casi a comparsa tardiva e con manifestazioni cliniche attenuate, quali sono i quattro da me riferiti, anche questi accidenti immediati a tipo di shock che implicano una prognosi molto più grave e che anche dal lato patogenetico dovranno essere studiati a parte.

***

Prima di iniziare la discussione sui casi da me riferiti e sulla patogenesi della malattia da siero, mi sembra necessario un breve richiamo (pur non essendo nei limiti del mio compito) anche sulla patogenesi della anafilassi da siero. Questa forma fa parte delle genuine manifestazioni anafilattiche, perciò a chiarirne il meccanismo patogenetico dovremo chiamare in campo le varie teorie colle quali si suole oggi spiegare il fenomeno anafilattico.

Tra queste ricorderò brevemente:

1. La teoria chimica che fa risalire la causa dell'anafilassi ad un veleno — anafilotossina — risultante dall'unione della sostanza anafilattogena coi gruppi aptofori versatisi nel plasma come reazione allergica alla prima iniezione di antigene.

2. La teoria fisico-chimica secondo la quale la reiniezione di una sostanza antigene determinerebbe uno squilibrio nei colloidi del plasma e dei protoplasmi cellulari, con formazione di un precipitato flocculato che sarebbe la causa di tutto il quadro morboso.

Ma tornando alla malattia da siero, vediamo di interpretare in primo luogo quel gruppo di casi a tipo di shock immediato.

Alcuni autori (Comba ed altri) riferiscono senz'altro anche questi casi all'anafilassi per l'identità dei caratteri di questo shock con quelli che si verificano nei reiniettati o nella anafilassi sperimentale. Questi AA. per spiegare l'esistenza di uno stato allergico stabilitosi senza precedenti iniezioni di siero equino, pensano che la sensibilizzazione sia avvenuta per una via diversa da quella parenterale. Questo modo di pensare è giustificato da numerose esperienze ed osservazioni cliniche.

Interessante a questo proposito è il caso riferito da Lafforgue di un mangiatore abituale di carne di cavallo il quale dieci minuti dopo una iniezione di S. antidifterico ebbe dei gravi fatti di collasso identici a quelli che si verificano nelle anafilassi.

Inoltre per una sensibilizzazione per la via del tubo gastroenterico si accordano anche le ricerche sperimentali di Rosenau e Anderson che riuscirono a sensibilizzare la cavia contro il siero di cavallo nutrendola con carne cruda di questo animale.

E parimenti interessanti sono le conclusioni a cui è giunto recentemente il Brusa a proposito di una allergia congenita. Questo A. avendo notato nei bambini dei casi di malattia da siero di tipo accelerato identici a quelli che si verificano nei reiniettati, ha approfondito l'anamnesi fino a ricercare se i genitori avessero mai avuto iniezioni di siero equino: gli è risultata molto spesso una sensibilizzazione della madre! In seguito a queste osservazioni cliniche da lui stesso confermate mediante esperienze sulla cavia, esperienze compiute sulla guida di quelle precedenti del Petragnani, egli è giunto alla conclusione dell'esistenza di uno stato di allergia congenito verso il siero equino. Questa allergia consisterebbe in una sensibilizzazione cellulare trasmessa esclusivamente dalla madre al figlio.

Comunque la possibilità di una sensibilizzazione per via non parenterale è clinicamente e sperimentalmente accertata, per cui, quegli AA. che vedono nei casi in questione dei semplici fatti di anafilassi, fondano il loro concetto sulla identità del quadro clinico, nonchè sulla possibilità di una sensibilizzazione non acquisita mediante un trattamento precedente cogli stessi materiali, come nella definizione del Lustig, ma stabilitasi subdola-

Digitized by Google

mente per una via meno comune o magari addirittura congenita.

Questo parere non è condiviso da altri AA. e tra questi il Coca, secondo il quale mai si dovrebbe parlare di anafilassi da siero nell'uomo. Egli in questi fenomeni vuol vedere soltanto un fatto di idiosincrasia per i materiali complessi esistenti nel siero, analoga a quella che sappiamo verificarsi di fronte alle più svariate sostanze a composizione chimica ben definita.

Non si può escludere a priori l'esistenza di una *ipersensibilità individuale in rapporto con determinati caratteri costituzionali*, anche di fronte a sostanze a struttura molecolare complessa.

Certo nei casi in questione sarei più propenso a concludere anch'io per uno stato allergico stabilitosi per una via meno comune e non solo gastro-intestinale o congenita, ma anche talora parenterale con un procedimeto non sempre dimostrabile, ma possibile, come avrò occasione di dire più avanti.

***

I casi da me riferiti appartengono tutti al tipo attenuato di malattia da siero a comparsa tardiva dopo un periodo di 8-12 giorni di incubazione.

La patogenesi di questi casi è quella che presenta il maggior numero di incognite. Parlare qui di anafilassi vorrebbe dire modificare le nostre concezioni sul fenomeno anafilattico. La teoria chimica e quella fisico-chimica da me brevemente ricordate, sono ambedue riferibili ad una reazione antigene-anticorpo e si fondano ambedue sulle leggi dell'allergia del Von Pirquet.

In questi casi non si conosce il meccanismo sensibilizzatore; ma anche volendo ammettere una sensibilizzazione subdolamente stabilitasi come nei casi del gruppo precedente, male si spiega un così lungo periodo di latenza.

Se ammettiamo che l'organismo sia provvisto degli anticorpi specifici, perchè la reazione non avviene all'immediato contatto degli umori organici col siero equino? E teniamo presente anche il fatto che le varie malattie ritenute ormai come anafilattiche (asma bronchiale, anafilassi alimentare, anafilassi idatidea, ecc.) si presentano tutte senza questo periodo di latenza, pochi istanti dopo che il contatto con la sostanza anafilattogena si è stabilito.

Anche la crisi emoclasica che è propria di tutte le malattie anafilattiche è piuttosto abbozzata e meno chiara in questi ultimi casi di malattia da siero. Comba spiega questa atipicità della crisi emoclasica col fatto che nell'uomo il siero si inietta a scopo di cura per malattie che hanno di per se il potere di alterare le proprietà fisiologiche del sangue. Ma questa spiegazione può valere solo per alcuni casi. Non vale ad esempio quando il siero viene iniettato a scopo profilattico in soggetti sani, o presentanti piccole ferite incapaci di rendere meno manifesta la crisi emoclasica.

Per le considerazioni esposte non possiamo vedere in questi fenomeni una pura e semplice manifestazione anafilattica; ed ove non si voglia snaturare il concetto ben definito di anafilassi adattandolo per forza a tutti i casi più disparati che lo ricordano da vicino o da lontano, dobbiamo ricercare altrove la spiegazione dei fenomeni in parola.

Vien fatto allora di volgere il pensiero a quei concetti vaghi che all'anafilassi più si accostano: proteotossicosi primaria — forme anafilattoidi — idiosincrasia da proteine eterogenee.

Di proteotossicosi si potrebbe parlare ove il siero equino si mostrasse tossico per la quasi generalità degli uomini; perchè infatti un composto velenoso dovrebbe dimostrarsi innocuo nell'85-88 % dei casi e tossico solo nei rimanenti? Il concetto di proteotossicosi, così evidentemente non risolve, ma sposta la questione, nel senso che chiarita la causa di ipersensibilità nei pochi soggetti che reagiscono al siero, dovremo andare a ricercare le cause della immunità dei molti che non vi reagiscono.

Parlare di forme anafilattoidi significa riconoscere che questi casi non rientrano nella vera anafilassi; ma non chiarire il loro meccanismo patogenetico.

Anche l'idiosincrasia che come concetto sarebbe il meglio definito non sembra che possa ammettersi: In primo luogo le reazioni dei soggetti presentanti idiosincrasia non si manifestano neppure esse dopo un così lungo periodo di latenza; secondariamente non si conosce una forma di idiosincrasia comune a così gran numero di soggetti. In altre parole le varie idiosincrasie si presentano in una percentuale minima degli uomini, mentre il siero dà fenomeni di intolleranza, nel 12-15 % dei sottoposti al suo uso.

Tra i tanti contributi ricordo di aver letto proprio in questi giorni in « Medicina Pratica » una nota del Becherucci secondo la quale egli attribuirebbe questi fenomeni al fatto di aver praticato varie iniezioni con sieri di diversa provenienza (I. S. M.-I. V. T. ecc.). Egli afferma che « mai si sono verificati fenomeni da siero in individui a cui è stata praticata una sola iniezione ».

Dei miei quattro casi invece tre hanno avuto malattia da siero per una sola iniezione e la letteratura è ricca di tali esempi: basti citare il caso di Langerhans! Anche l'aver usato sieri di diversa provenienza non può avere importanza nel determinismo della malattia da siero, perchè nel mio secondo caso, ove furono praticate quattro iniezioni, esse erano tutte del I. S. M., eppure si verificò un'intensa malattia da siero simulante il crup.

Alcuni vorrebbero far dipendere il fenomeno dalle dosi iniettate o meglio dall'accumulo del siero nell'organismo. Anche questo fatto secondo me non può aver valore perchè ho visto insorgere più spesso la malattia da siero coi 5-10 c.c. che non colle dosi massive. Posso riferire ad esempio di un bambino di 7 anni affetto da una grave forma di dissenteria bacillare al quale iniettai ben 90 c.c. di siero antidissenterico I. S. M. nel giro di 4-5 giorni senza che egli abbia avuto il minimo incidente. E una donna di 40 anni che per cura di una grave eresipela ricevette in quattro giorni 70 c.c. di S. antistreptococcico I. S. M. non avvertì la minima reazione.

Tra le altre ipotesi che si possono fare in questo campo non dobbiamo trascurare particolari *disposizioni congenite od acquisite* ponendo a funzione di queste quei meccanismi nervosi, neuroumorali, endocrini, che, se non del tutto accertati, sono indiscutibilmente la causa fondamentale di molte sindromi di per se poco chiare.

Sebbene ad una spiegazione di questo genere si possa subito obiettare che si viene a condurre il problema su di un campo vago, che si presta a tutte le possibili fantasticherie, io sarei, propenso ad ammettere per molti di questi casi di malattia da siero, una perturbazione dell'equilibrio endocrino, capace di produrre una *diversa reattività* di fronte al siero senza quindi ricorrere al concetto della allergia determinatasi per produzione di anticorpi. Sarebbe forse il caso di dirigere in questo senso delle ricerche sperimentali per vedere se si possono avere in animali alterati nelle loro funzioni endocrine o nervose, reazioni primarie al siero, ricordanti la malattia da siero dell'uomo.

Risultano nella letteratura esperienze sull'effetto della reiniezione di sostanze anafilattogene in animali tiroidectomizzati (Pistocchi, Kèpinow e Lansemberg) o nutriti con estratti tiroidei (Savini); ed esperienze analoghe risultano per la surrenale (Kèpinow, Forssmann, ecc.) e per la milza (Pistocchi); ma non ho trovato esperienze di questo genere in cui si sia saggiata la reattività dell'animale ad una prima iniezione di siero.

Hoggson clinicamente notò che gli individui iniettati di siero antidifterico presentano meno spesso la malattia da siero se ingeriscono compresse di estratto di tiroide. Questa azione protettiva della tiroide può risolversi in una causa predisponente per gli individui ipotiroidei.

Nel mio quarto caso ove fu messo in pratica il metodo di Besredka senza alcun risultato, anzichè pensare ad un fenomeno di anafilassi resistente al metodo deanafilattizzante, vien fatto di pensare che sull'intolleranza al siero abbia avuto notevole importanza lo squilibrio ormonico determinato dall'abolizione della funzione ovarica conseguente all'isterectomia; e a conferma di questa ipotesi sta ancora il fatto che la P. riferiva di aver avuto più volte, sebbene in forma meno viva, fenomeni cutanei e nervosi dei quali non le riusciva di trovare la causa. Tali fatti potevano essere la conseguenza dei più svariati contatti con sostanze eterogenee avvenuti anche 8-15 giorni prima.

E a particolari ipersensibilità congenite di natura nervosa o neuro-umorale devo pensare nel caso dei due cugini i quali presentarono la forma di edema glottideo simulante il crup. Essi sono figli di due fratelli che ricorsero più volte alle mie cure per fenomeni di neurosi e che mai (a loro dichiarazione) ebbero iniezioni di siero equino.

Se si fosse trattato di figli di due sorelle si sarebbe potuto pensare ad una allergia congenita del tipo di quella descritta da

Digitized by Google

Brusa che vien trasmessa solo dalla madre; ma l'esser figli di due fratelli fa escludere a maggior ragione uno stato di allergia nel senso anafilattico. Assai più verosimile mi pare in questi casi l'esistenza di una diatesi neuropatica ereditata in ambedue i soggetti dai genitori affetti da spiccata neurosi.

Più facilmente invece mi riesce di trovare un'ipersensibilità anafilattica al siero equino nel caso 1. Qui si tratta di un macellaio il quale ha sempre posseduto cavalli e certamente, come potei apprendere da lui medesimo, ne aveva anche macellati. Si pensi alla facilità con cui i macellai sono soggetti a prodursi piccole ferite e escoriazioni durante le operazioni del macello e della tagliatura della carne, ferite che imbrattandosi di sangue dell'animale macellato possono presentare una via aperta alla sensibilizzazione anafilattica per via parenterale. Non ho sott'occhio risultati di ricerche sulla dose minima sensibilizzante del siero di cavallo per l'uomo, ma posso riferire che le classiche esperienze di Rosenau e Anderson hanno stabilito per la cavia dosi piccolissime di siero equino pari a 0,0001 e 0,00001 di c.c.

E per certe albumine di origine vegetale, Wells, Hopkins ed altri hanno potuto ottenere la sensibilizzazione della cavia anche con un milionesimo di grammo!

Prescindendo da questi minimi che non dànno sempre una sensibilizzazione sicura, con 0,001 di c.c. si ottengono costantemente nella cavia sensibilizzazioni capaci di dare alla iniezione scatenante uno schock decisamente mortale.

Nel nostro caso adunque non si potrebbe escludere senz'altro una causa anafilattizzante, ma non bisogna dimenticare che si tratta di un soggetto profondamente tarato di lue e sottoposto, poco tempo prima della malattia da siero ad una duplice serie di iniezioni di arsenobenzoli, le quali, come è noto, sono pure capaci di determinare delle violente crisi, talora anche mortali, indice di profonda alterazione degli umori organici e dei protoplasmi cellulari.

Concludendo. — 1. Il siero equino introdotto per via parenterale è capace di determinare nell'organismo umano oltre a fatti di vera e propria *anafilassi da siero* anche fenomeni di intolleranza, pei quali soltanto dovrebbe usarsi la definizione di *malattia da siero*.

2. Ambedue questi ordini di fenomeni sono espressione di una modificata reattività dell'organismo: ma mentre nel primo caso è in giuoco, come nella anafilassi, uno stato allergico riconducibile ad una reazione antigene-anticorpo, nel secondo gruppo la diversa reattività deve fondarsi su di un meccanismo differente.

3. Tale meccanismo appare, da osservazioni cliniche, doversi ricondurre per molti casi ad una alterazione dell'equilibrio neuro-endocrino. Sarà opportuno tuttavia istituire delle ricerche sperimentali che valgano a stabilire quanta parte abbia lo squilibrio suddetto nel determinismo di certe forme di malattia da siero.

BIBLIOGRAFIA

Arthus M. Anaphylaxie, Paris, Masson 1921. — Becherucci L. Sulla malattia del siero, La Medicina Pratica, a. 11, fasc. 9. — Brusa P. Sieroterapia ed allergia congenita, Boll. Ist. S. Mil. Vol. 50, fasc. II. — Comba C. Anafilassi da siero. Vol. Anafilassi, I. S. M. 1923. — Lustig A. Generalità e storia dell'anafilassi, in volume Anafilassi, I. S. M. 1923. — Pesci E. Forme anafilattiche, II Ed. I. S. M. 1922. — Tron G. Le ghiandole endocrine nei loro rapporti coi fenomeni immunitari. — Zironi A. Idiosincrasia e fenomeno paradosso, Anafilassi, I. S. M. 1923.

NOTE PREVENTIVE

OSPEDALE DI GROSSETO

LO ZOLFO NELLA TERAPIA DEI TUMORI MALIGNI

Nota preventiva

del dott. prof. ORESTE CIGNOZZI Chirurgo-Direttore
Docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria

Da due anni vado sperimentando su vasta scala in un centinaio di malati affetti da neoplasie maligne lo zolfo soluto assimilabile e tollerabile (soluzione alcool glicerica satura). I risultati incoraggianti ottenuti fin dalle prime applicazioni terapeutiche mi hanno indotto ad impiegare su vasta scala lo zolfo in molteplici contingenze morbose per svariati tumori a diversa sede. I malati trattati a preferenza con iniezioni quotidiane da 1 a 2 cmc. di Sulfor arseniato hanno risentito da questa cura degli effetti, che credo molto utile illustrare per sommi capi in questa nota.

Indicazioni. Le mie indagini cliniche si sono svolte in diversi gruppi di malati affetti da alterazioni neoplastiche maligne, che possono riassumersi nel modo seguente:

1. Carcinomi inoperabili delle pareti gastriche; sui quali si è fatto agire unicamente lo zolfo, che è stato somministrato sia per iniezioni intramuscolari, sia contemporaneamente a gocce per bocca.

Già il trattamento locale di carcinomi mammari ulcerati, di epiteliomi del collo dell'utero, di recidive ulcerate all'inguine mi avevano dimostrato il potere necrotizzante sugli elementi neoplastici svolto dall'applicazione in sito dei fiori di zolfo in polvere.

2. Trattamento secondario di neoplasmi maligni a varia sede; che già avevano subito una cura intensiva e distruttiva col radium e col mesotorio, nei quali fu applicata subito dopo una prolungata terapia con iniezioni intramuscolari di Sulfor arseniato.

3. Carcinomi del piloro, a tipo scirroso, operati di gastroenterostomia palliativa in cui dopo tale intervento fu istituita una lunga serie di iniezioni di zolfo arsenicale.

4. Neoplasmi maligni, carcinomi e sarcomi; trattati prima coi raggi X poscia sottoposti a prolungato trattamento di iniezioni del medesimo preparato solforoso.

5. Carcinomi mammari, operati di amputazione del seno alla Halsted con svuotamento del cavo ascellare, in cui fu subito eseguita una ininterrotta serie di iniezioni di Sulfor arseniato.

6. Carcinomi inoperabili dello stomaco, dell'intestino, dell'utero, della lingua, del retto, dell'asta e di altri organi; nei quali furono eseguiti solo prolungate iniezioni di Sulfor.

Posologia. Le iniezioni di Sulfor arseniato fatte per via intramuscolare sono state iniziate con la dose di 2 cmc. per 15-20 giorni, poi i malati sono stati sottoposti ad iniezioni quotidiane di 1 cmc. per molti mesi: ed alcuni pazienti che hanno avuto un risultato ottimo le seguitano ancora da ben dodici mesi. Per le dosi per os: molto utili nei carcinomi gastrici ed intestinali, se ne sono somministrate da 60 a 80 gocce al giorno, divise in tre o quattro volte pro die.

Effetti terapeutici. a) Dolore. Uno dei sintomi che risentono beneficamente l'azione dello zolfo è il dolore. Già, dopo 8-10 giorni esso si attenua sensibilmente ed in alcuni soggetti si riduce al minimo. A meglio interpretare questa azione sedativa dello zolfo vale l'applicazione che di esso ho fatto in alcuni casi di nevralgie; specie dello sciatico, in cui le iniezioni intramuscolari di Sulfor arseniato in molti soggetti sono valse a debellare tali nevralgie nel medesimo periodo di tempo.

In taluni carcinomatosi già abituati a piccole dosi di stupefacenti, ho ottenuto col Sulfor effetti superiori e la possibilità di abolire per molti mesi gli oppiacei. Tale proprietà analgesica nei tumori inoperabili ottenuta con lo zolfo dura alcuni mesi; cioè fino a tanto che la diffusione del neoplasma non attacca più profondamente i grossi tronchi nervosi.

b) *Colorito.* La tinta cachettico paglierina si modifica nella maggioranza dei casi in modo favorevole; l'ematosi si rende più ricca già dopo un paio di settimane di cura. Anzi si può dire che il miglioramento del colore procede di pari passo con la diminuzione del dolore e con il rifiorire delle condizioni generali; anzi questo dato clinico importante è quello che ci guida nel giudizio che la cura di zolfo dà dei buoni risultati.

Nei casi in cui infatti non si produce nè analgesia nè miglioramento del colorito, lo zolfo resta inerte alla terapia del carcinoma. L'esperienza di due anni d'impiego del Sulfor mi autorizza a dichiarare che i casi di refrattarietà al preparato non sono frequenti; e questi sono le forme encefaloidi del cancro, e quelle molto diffuse: il tipo fibroso è quello che meglio risente l'efficacia dello zolfo.

c) *Condizioni generali.* Quest'altra constatazione è fra le

Digitized by Google

più dimostrative dell'efficacia del preparato. I malati trattati con lo zolfo aumentano di peso in 3-4 settimane da raggiungere fino i 2 chili; e si può affermare che tale fatto è più accentuato nei primordi del trattamento.

I pazienti che procedono bene seguitano a mantenere il loro benessere, mentre gli altri, che dopo i primi miglioramenti ricadono verso la cachessia non ricevono più alcun beneficio della loro nutrizione. Col migliorare dei fatti generali cessa quell'astenia dei tessuti ed i malati spesso possono ritornare alle loro ordinarie occupazioni.

d) *La massa tumorale.* Seguendo attentamente il volume del tumore si constata che nelle forme scirrose dopo 15 o 20 giorni di cura solforosa la massa tumorale si riduce quasi di un terzo e tale seguita per qualche mese tanto che in alcuni casi la diminuzione arriva ad una buona metà. In rari casi favorevoli (2 %) di forme fibrose per parecchi mesi e per qualche anno si mantiene questa riduzione scirrotica ed il tumore sembra restare fermo e quasi calcificato. Come ho detto però questa evenienza non è frequente; nè ancora il lasso di tempo trascorso dalle mie indagini mi autorizzano a parlare di guarigione.

E' in questi casi che la cura del Sulfor dura già da moltissimi mesi.

In altri casi dopo l'evidente e dimostrativo miglioramento della riduzione del tumore, circa dopo 2 mesi, la neoplasia riprende il suo fatale andare, pur restando i sintomi mitigati dalla continua terapia dello zolfo.

e) *Comportamento dei casi radiati ed operati.* Quello che massimamente interessa e che credo di potere mettere in evidenza è il fatto che tutti quei casi che hanno già poco prima subito delle cure da radium da mesotorio da raggi X, e quelli che hanno subito un trattamento chirurgico radicale, e financo i cancri pilorici curati con la gastroenterostomia palliativa; tutta questa mole di pazienti è quella che dalla cura del Sulfor risente i vantaggi più sicuri e più evidenti.

E' su questo materiale di casi che la mia esperienza registra i migliori risultati; tanto che taluni di questi esemplari sono sotto trattamento da più di un anno ininterrottamente con le iniezioni di Sulfor arseniato.

***

Questi primi accertamenti assegnano allo zolfo un posto non trascurabile nella terapia dei tumori maligni, e dimostrano come a questo preparato, che non dà nè intolleranza, nè fenomeni tossici, bisogna accordare oggi la massima fiducia come cooperante agli altri mezzi di terapia nel trattamento locale e generale dei neoplasmi a varia sede.

Sarà ancora da studiare più profondamente e più estesamente questa quistione di terapia che io ho cercato di abbordare in via clinico-sperimentale.

E' certo che lo zolfo gioca una grande importanza nella cura dei tumori maligni e che è di grande interesse estendere le sue applicazioni in questi casi; ciò è quello che mi riprometto di approfondire ancora meglio su altro vasto materiale clinico.

RILIEVI DI MEDICINA INTERNA

Lo svuotamento gastrico normale illustrato radiologicamente

In un recente studio se n'è occupato Lamberto Piergrossi, a cui proprio di recente tanto degnamente è stata conferita la libera docenza in radiologia. Le numerose e nitidissime radiografie, che hanno formato l'substrato obbiettivo allo studio, sono state ammirate nell'esposizione annessa al VII Congresso Nazionale di Radiologia in Napoli, nello scorso ottobre.

Piergrossi ha notato che, anche in condizioni della più normale digestione, lo svuotamento dello stomaco si compie a tappe, e di queste tappe sono ad un tempo cagione e sintoma tre sfinteri, che si veggono designati durante quello svuotamento. Una prima barriera è rappresentata da uno sfintere temporaneo, che si forma tra l'antro antecedente al piloro o prepilorico e la parte più ampia o corpo dello stomaco. Questo primo e temporaneo sfintere si apre e collabisce sulla massa alimentare gastrica, che vi giunge spinta dalle contrazioni che si verificano alquanto più in su della regione mesogastrica. Dopo che è avvenuto il riempimento dell'antro prepilorico, il primo sfintere si chiude nuovamente, impedendo che penetri in quell'antro altro liquido contenuto nella intercarpedine fra massa e parete gastrica. In un secondo tempo si apre la chiusa dello sfintere pilorico propriamente detto e che è fisso e il chimo penetra nel primo segmento o metà della prima porzione duodenale, che, siccome è alquanto più slargata rimpetto al resto, può indicarsi come bulbo duodenale. Finalmente si apre un terzo ma temporaneo sfintere, che separa il bulbo duodenale dal resto del duodeno.

Sicchè lo svuotamento del contenuto gastrico nel duodeno si verifica per lo intermediario di tre ristagni o « chiuse », come si esprime Piergrossi; di esse una è fissa ed è rappresentata dallo sfintere pilorico, le altre due sono transitorie e consistono in uno sfintere prepilorico e in uno sfintero post-bulbare. Le tre chiuse sono designate da Piergrossi come chiusa dell'antro, chiusa pilorica e chiusa bulbo-duodenale.

L'aprirsi e il serrarsi successivo di queste chiuse viene messo in rapporto dall'A. con i simultanei o precedenti fenomeni chimici, che si verificano a monte ed a valle di ciascuna chiusa. La secrezione gastrica cloridrica rappresenta una stimolazione di chiusura per i tre sfinteri, laddove la secrezione pancreatico-duodenale è una stimolazione di apertura. Altra ragione di stimolazione nel senso della chiusura è lo stato degli alimenti presenti nel chimo, perchè, qualora essi siano insufficientemente trasformati, hanno per effetto di mantenere ancora chiuso lo sfintere a monte del quale si trovano raccolti, finchè sopratutto gli albuminoidi non siano modificati abbastanza.

La constatazione recente di questi fatti per opera di un radiologico del valore di Piergrossi non può non essermi ragione di soddisfazione, perchè essi rappresentano la comprova radiologica delle osservazioni, sperimentali e cliniche, che pubblicai dal 1889 al 1893. Si era in tempi, in cui nella patologia gastrica imperava la medicina tedesca e buona parte di questa patologia era ridotta al comune denominatore di perturbamenti nel chimismo ed i fenomeni della motilità venivano studiati così semplicisticamente che osservatori dell'autorità di Ewald e Sievers, proposero all'uopo il così detto « metodo del salolo », mercè il quale si prospettò di definire negl'infermi la normalità o il perturbamento nello svuotamento del contenuto gastrico nel duodeno dal tempo intercedente tra la somministrazione del salolo, che non si decompone in mezzo acido, e l'arrivo di questa sostanza nell'ambito duodenale. Questo arrivo si sarebbe dedotto dalla presenza di acido salicilico nell'urina, poichè il salolo nel mezzo alcalino dell'ambiente duodeno-digiunale si sarebbe scisso in fenolo ed acido salicilico.

A smantellare questo semplicismo semeiologico concorse il risultato di una prima serie di mie ricerche sperimentali, mercè le quali provai che la costanza della reazione alcalina nel duodeno come in tutto il resto dell'intestino è una mera supposizione. Nei vari tipi della scala animale (cavie, coniglio, cani, gatti) vidi che la reazione del contenuto dell'apparato digerente non diventa neutro od alcalino, appena si sorpassa l'orifizio pilorico. Essa può continuare ad essere acida, come nello stomaco persino nelle prime porzioni dell'intestino ileo, e ciò indipendentemente dalla qualità dell'alimentazione. Due anni dopo la pubblicazione delle mie ricerche, queste nel 1891 furono confermate da Macfaiden, Nencki e Sieber, che ebbero agio di studiare anche nell'uomo il contenuto intestinale. Onde veniva eliminato il presupposto di una netta delimitazione tra stomaco e prime porzioni dell'intestino come reazione del chimo.

D'altra parte, nei citati lavori dimostrai che è tale un intreccio di fenomeni chimici, di fenomeni motorii e di riflessi tra stomaco e duodeno che, anche allo stato normale, deve parlarsi di una motilità gastro-duodenale, non già separatamente, di motilità gastrica e di motilità duodenale; provai che le condizioni dello svuotamento gastrico sono non solamente meccaniche, come sarebbe l'apertura di uno sfintere che cedesse allo sforzo propulsivo di fibre muscolari poste a monte dello sfintere, ma intervengono elementi dinamici diversi, tra cui lo stato fisico-chimico variabile e reciproco del contenuto tra stomaco e intestino durante le differenti fasi della digestione, i rapporti reciproci della sensibilità, della eccitabilità motoria e della circolazione sanguigno-linfatica nello stomaco e nell'intestino; l'intervento di una dilatazione attiva del piloro e degli altri sfinteri transitori (per opera di peculiari disposizioni muscolari e peculiari fibre nervose) nello svuotamento tanto segmentario quanto totale dello stomaco.

A suggello di questi fatti normali addussi non pochi fatti osservati nel campo clinico, come la esistenza di stomaco a clepsidra come semplice esagerazione di quella, che, secondo la espressione adottata oggi da Piergrossi, rappresenterebbe la prima chiusa, senza che nei casi da me studiati la biopsia chirurgica abbia rinvenuto alcuna stenosi permanente nella sede dello strozzamento, perciò temporaneo, tra le due ampolle o loculazioni dello stomaco ad orologio a polvere per semplice spasmo mesogastrico. Altra prova clinica fu la modifica dello spasmo nel piloro e nelle altre sedi gastriche o bulbo-duodenale, ottenuta come effetto della

Digitized by Google

neutralizzazione artificiale dell'acidità gastrica eccessiva, mercè la somministrazione di forti dosi di alcalini. In altri casi a menomare lo spasmo nelle parti diverse dello stomaco mi giovai dell'atropina. Anzi, siccome tanto l'atropina quanto le forti dosi di alcalini nel corso delle mie ricerche ebbero oppur no questo effetto benefico secondo che le stenosi nell'ambito gastro-duodenale fossero transitorie o viceversa permanenti, irriducibili (ulcera rotonda, peripilorite stenosizzante, neoplasie), oppure esistessero tali lesioni nella struttura della parete gastrica a tale depressione nella rispettiva motilità da riuscire inutile o poco proficua per questa motilità la soppressione degli sfinteri artificiali, che rappresentano una ragione di sforzo, perciò prospettai l'effetto differente di quei due saggi come prova semiologica per decidere negl'infermi singoli se quelle stenosi fossero permanenti oppur no e se esistessero gravi lesioni strutturali nelle pareti dello stomaco.

Le recenti e così importanti osservazioni radiologiche di Piergrossi vengono a buon punto a rinverdire la utilità di quel saggio semeiologico, e la sua applicazione anche prima di decidere l'intervento chirurgico innanzi a una grave sindrome di insufficienza motoria gastro-duodenale, controllando le modifiche del reperto radiografico prima e dopo l'applicazione del saggio.

L'azione vagotropa dell'adrenalina

Le iniezioni intracardiache di adrenalina nell'uomo vanno assumendo importanza pratica di non poco conto nei casi, in cui, specialmente durante interventi chirurgici, il cuore dell'operato sia preso bruscamente da una sincope gravissima sino all'arresto. I due rimedi, che più abitualmente si sono usati in siffatte circostanze, sono l'adrenalina e la strofantina.

Secondo gli osservatori diversi il numero di risultati favorevoli, nel senso di reviviscenza definitiva del viscere cardiaco per effetto dell'adrenalina, va dal 25 al 55 per cento.

Petzetakis, dell'Ospedale Ellenico di Alessandria d'Egitto, negli *Archives des maladies du coeur* (fasc. 8 del 1926) pubblica una non scarsa serie di indagini grafiche, mercè le quali concorre a definire nell'uomo le ragioni delle differenze di azione dell'adrenalina nei casi singoli.

All'uopo si è servito d'individui tra i 20 a 35 anni senza lesioni organiche di cuore, con ritmo cardiaco normale e con pressione intrarteriosa sistolica o massima, variabile tra 130 a 150. L'adrenalina al millesimo, diluita estemporaneamente in siero fisiologico, era iniettata nelle vene in dosi molto differenti tra loro con lo scopo di stabilire come variassero gli effetti sulla pressione, sul tono vasale, sulla conducibilità auricolo-ventricolare (elettrocardiogrammi), secondo la dose usata.

Il risultato sintetico di queste varie ricerche di Petzetakis è che, secondo questo osservatore, l'adrenalina debba ritenersi come sostanza dotata di affinità pressochè uguale per il vago e per il simpatico, anzi spesso predomina l'affinità per il vago, da doversi allora assegnare alle sostanze vagotrope, donde la bradicardia, le spiccate pause cardiache, i disordini della conducibilità auricolo-ventricolare. Quest'azione vagotropa si è verificata quando la dose di adrenalina, iniettata nelle vene, ha variato tra 1/4 di milligr. a 1 milligr. A comprova di quest'azione vagotropa, effettuata dalle ricordate dosi intravenose, l'A. ha notato che, se previamente alla iniezione di adrenalina, l'individuo è sottoposto alla iniezione di atropina, che, come è noto, a dose più abituale (1 milligr.) paralizza le estremità periferiche del vago, succede che l'adrenalina provoca una fase iniziale di tachicardia con ritmo nodale e non si notano nè le pause cardiche, nè i disordini della conducibilità auricolo-ventricolare osservabili invece quando non si è previamente iniettata l'atropina. Perciò l'A. insiste nel ritenere che l'adrenalina, se in una prima fase, molto passeggiera, stimola il simpatico ed i gangli intracardiaci, al contrario in una fase seconda e più persistente stimola l'antagonista, il vago, onde deve considerarsi come sostanza amfotropa ma a predominio vagotropo.

Questo predominio vagale spinge l'A. a mettere in rilievo quanta importanza debba assegnarsi alla costituzione personale nel vagliare gli effetti dell'adrenalina. L'individuo, che per ragione della sua costituzione è ipereccitabile come vago, per lo meno come vago cardiaco, può presentare perturbamenti gravi, persino accidenti sincopali, per azione di dosi anche minime di adrenalina ed anche se questa è iniettata per via ipodermica o intramuscolare, non già intravenosa, nè intracardiaca. Bullrich ha pubblicato il caso di un infermo, abitualmente bradicardico, il quale, in seguito alla iniezione di 1 milligr. di adrenalina, presentò una prima fase di tachicardia, indi convulsioni generali, cianosi, morte, da doversi allora parlare di una sincope adrenalinica.

L'azione vagale dell'adrenalina, su cui Petzetakis attira l'attenzione, va riguardata anche sotto l'aspetto pratico della narcosi cloroformica, perchè, se il cloroformio ha azione vagotropa, è ovvio che la somministrazione di adrenalina per iniezione intracardiaca o introvenosa potrebbe contrariare con l'effetto del cloroformio sovreccitando anche per conto suo il vago. Sicchè, in caso di incidenti sincopali da narcosi cloroformica, Petzetakis non assevera che debba darsi l'ostracismo alle iniezioni intracardiache di adrenalina, ma pone in guardia nel senso di servirsi, almeno come prima iniezione intracardiaca, di 1/10, o al massimo 1/6 di milligr. di adrenalina, diluita estemporaneamente in siero minerale isotonico riscaldato, senza mai sorpassare la dose di 1/4 di milligr. in simili circostanze.

Il complesso di osservazioni prospettate dall'A. è importante, perchè mira a sfatare il semplicismo che l'adrenalina, perchè secreto interno dei surreni, abbia costante e netta azione simpaticotropa; d'altra parte, è da trarne applicazione pratica per comportarsi nelle sincopi da narcosi cloroformica con abbastanza circospezione nelle dosi di adrenalina da usare, oltre che se ne trae argomento sulla necessità d'indagare negl'infermi la costituzione personale, in qualunque circostanza, in cui si applica l'adrenalina, prescindendo dall'applicazione negli stati sincopali.

Importanza della blenorragia come infezione generale

Le artriti e le endocarditi consecutive alla blenorragia già da tempo hanno illustrato spontaneamente che la infezione, provocata dal gonococco di Neisser, lungi dal restare circoscritta alla barriera uretrale ed ai suoi annessi, emigra inquinando lo intiero organismo. Altre sindromi, extraurinarie ed extragenitali, che in seguito si sono provate essere sostenute da quelle infezioni hanno corroborata la conoscenza. Basti ricordare in ambo i sessi (oltre le cistiti e le pielo-nefriti) le meningiti e per lo meno il meningismo, la porpora, l'eritema polimorfo, la congiuntivite e la iridite, anche quando è sicuramente da escludere ogni contagio locale dell'occhio; nella donna le metriti, le cervico-metriti, le salpingiti, persino le peritoniti generalizzate; nel maschio le spermatocisti, le deferentiti, le epididimiti.

Un professore *agrégé* di Val-de-Grace, Hubert Jausion, che si è occupato recentemente dell'argomento (*La Presse Méd.*, 1926, n. 93), mette in rilievo che non sempre si può decidere recisamente rispetto alla ripercussione generale della infezione quanta parte spetti proprio al gonococco e quanta parte sia dovuta alle associazioni microbiche (stafilococchi, pneumococchi, colibacilli, enterococchi, tetrageni, sarcine, protei piociani), risiedenti normalmente nelle vie uro-genitali e che sarebbero esaltate in virulenza dalla presenza del gonococco. La emocultura o l'esame batteriologico dei liquidi provenienti dagli organi, ove la infezione si è localizzata, come il liquido endoarticolare, non sempre riesce a risolvere il quesito.

In ogni modo, interessante si è che, appena 8 o 10 giorni dopo l'esordio locale di una blenorragia, la sierodiagnosi rispetto al gonococco o gonoreazione di Rubinstein e Gauran riesce abitualmente positiva, come prova della presenza di anticorpi e quindi d'inquinamento generale nell'ambiente intraorganico.

Come per ogni altra infezione ad andamento locale soltanto in apparenza, ma che effettivamente è di estensione generale, a provocare questa estensione influiscono tanto le condizioni generali dell'ambiente intraorganico quanto lo stato locale delle vie uro-genitali. Come influenza delle condizioni generali, l'occorrere della infezione tubercolare o sifilitica o grippale o della vaccinazione antivaiolosa provoca o esacerba la estensione della infezione. Circa lo stato locale, è da considerare che, secondo la esperienza concorde degli urologi, la mucosa uretrale e degli annessi a paragone delle altre mucose del corpo è tra le meno resistenti o meno capace a difendersi contro la virulenza dei microbi, che abitualmente vi hanno stanza o vi sopraggiungono transitoriamente. Un trauma, anche se asettico e non molto intenso, è sufficiente a menomare le difese locali, donde la diffusione ascendente dei microbi lungo le vie uro-genitali e verso il torrente linfatico-sanguigno generale. Ecco perchè in pratica un urologo, per quanto competente e zelante, può vedere a un cateterismo o ad un lavacro uretrale o vescicale con soluzioni anche diluite di sali di argento o di permanganato tener dietro conseguenze molto gravi nel blenorragico, anche quando manchi una stenosi uretrale.

D'altro canto, alcune infezioni, quando decorrono con febbre elevata, provocano l'esacerbazione della blenorragia come fenomeni locali ed anche generali, ma, terminata la febbre, questi fenomeni si attenuano abbastanza. Ciò può succedere con la vaccinazione vaiolosa, se a decorso spiccatamente febbrile; può succedere per le stesse localizzazioni della infezione blenorragica, se a decorso febbrile, tanto che, eliminatasi la febbre consociata ad un'artrite blenorragica, i fenomeni di questa localizzazione specifica si veggono molto attenuati.

La razza negra e in generale gl'individui molto bruni vanno poco soggetti alle localizzazioni extrauretrali della infezione ed anche i fenomeni locali decorrono abitualmente con poca gravezza.

Per la infezione gonococcica, come per ogni altra infezione, a ma-

Digitized by Google

nifestazioni locali e generali insieme, il male può mantenersi latente o compensato dalle energie intraorganiche di resistenza, salvo poi ad esplodere improvvisamente, e se non si è prevenuti su questa possibilità tanto della latenza quanto di un andamento involutivo del male dopo che esso si era già manifestato, ne può passare ignorata la esistenza e si diagnostica per reumatica un'artrite od una endocardite, che invece è di origine blenorragica o gonococcica. Non si verifica altrettanto per una infezione, quella tubercolare, che classicamente è ad andamento locale e generale insieme?

Atteso ciò, non raramente si può restare incerti se, quando una manifestazione blenorragica si esplica parecchio tempo dopo l'incidente iniziale, si tratti di una reinfezione oppure della virulentazione della infezione rimasta latente o involuta per tutto il tempo posteriore a quell'incidente iniziale.

Le sedi, ove i gonococchi si accantonano durante la fase d'involuzione o latenza, non sono ancora ben precisate, tranne quelle che si trovano nei pressi dell'uretra, a cominciare dalle lacune di Morgagni, dai follicoli e glandole a grappolo, dalle glandole di Cowper, dalle glandole di Littre, a venire alle glandole, che costeggiano la vagina e sboccano nel solco posto tra imene e piccole labbra (glandole di Bartolino), alle glandole di Skene, che si aprono nel meato urinario. La stessa prostata è una grande spugna d'infezione blenorragica e quindi un focolaio di gonococchi in latenza.

Insomma a misura che si procede nelle conoscenze, risulta evidente che la infezione gonococcica interessa la medecina interna, non meno della venereologia.

ANDREA FERRANNINI

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Acrivioletto e mercurocromo nelle infezioni. — J. S. SIMMONS. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 39, n. 4, 1926.

L'A. riferisce su indagini fatte per cura dell'«Army Medical Center» allo scopo di determinare l'azione battericida, la tossicità, e i vantaggi della chemoterapia praticata con l'acrivioletto (miscuglio di violetto di genziana e di acriflavina neutra) e con il mercurocromo 220 solubile (sale disodico della dibromidrossimercuriofluorescina). Sono stati esaminati: l'azione battericida in vitro, l'azione antisettica locale sulla pelle, l'effetto tossico sui tessuti normali, il valore nel trattamento endovenoso della setticemia e di infezioni generali nell'animale e infine anche nell'uomo.

Con l'acrivioletto furono trattati otto pazienti affetti da infezione batterica: in sei di essi vi era setticemia: uno da staphylococcus albus, uno da streptococcus viridans, e quattro da streptococcus hemolyticus. Solo due casi migliorarono, ma in uno il focolaio infettivo era stato aperto e drenato e in un altro le condizioni erano già buone all'inizio della terapia. Quattro casi (strept. hemolyticus e viridans) peggiorarono e tre di essi morirono. Nessun effetto negli altri due casi nei quali le emoculture erano riuscite negative.

Dieci pazienti con infezioni genito-urinarie furono trattati con iniezioni endovenose di mercurocromo senza benefici risultati; in un caso di setticemia dovuta a strep. hemolyt. si ebbe aumento numerico dei microorganismi nella corrente sanguigna e morte dell'ammalato.

Si è anche constatato che l'acrivioletto iniettato sottocute produce necrosi e per via endovenosa lesioni epatiche e renali, e che il mercurocromo dà sintomi di avvelenamento mercuriale. Perciò, nonostante l'effettiva azione battericida in vitro delle due sostanze, dato che le dosi efficaci devono essere superiori alle dosi dannose ed anche letali, è da considerare assolutamente inattuabile il loro uso terapeutico.

Diagnosi, prognosi e terapia della tubercolosi gastrica primitiva. — S. SEVERIN, Reparto Medicina Interna dell'Ospedale S. Giorgio, di Breslavia. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 28.

La tubercolosi primitiva dello stomaco è d'osservazione piuttosto rara così per il clinico che per il patologo: la secrezione cloridrica dello stomaco ostacola lo sviluppo del bacillo tubercolare, così pure agiscono la motilità gastrica, la compattezza della mucosa, la presenza di rare glandole linfatiche.

Invece si hanno meno infrequentemente localizzazioni gastriche a tipo miliare, ipertrofico, infiammatorio sclerosante, di una tubercolosi iniziatasi altrove.

L'A. riferisce un'interessante osservazione personale. Si trattava di un giovane paziente di ventotto anni, nel quale a seguito di insufficienza motoria e secretoria dello stomaco, positività della prova dell'acido lattico, e di altre, del reperto radiologico, e di un tumore in primo tempo palpabile, era stata fatta diagnosi di carcinoma pilorico primitivo. Sottoposto all'intervento operativo, si constatò invece trattarsi di una forma tubercolare a tipo tumorale, della parete dello stomaco, con larga diffusione nella mucosa, e presenza di forme polipoidi approfondantisi tra le pieghe della parete gastrica.

In questi casi una diagnosi clinica non è forse possibile: il chimismo dello stomaco non dà alcun risultato utilizzabile, o dà elementi per pensare ad una stenosi da carcinoma pilorico: achilia, acido lattico, etc. Se un tumore è dimostrabile, si pensa logicamente al carcinoma; se invece esso manca dopo lunga durata dell'affezione, allora si pensa facilmente ad una forma benigna di stenosi pilorica (ulcera). L'anamnesi è in sostanza poco chiara, anche se mancano certi dati, per esempio il dolore, che sta contro l'ulcera, o se vi è un lungo decorso, il che — fino ad un certo punto — sta contro la diagnosi di carcinoma.

La prognosi di questi casi può essere stabilita solo in base all'ulteriore decorso. Nel caso in esame, poichè mancava ogni segno clinico e radiologico di altre localizzazioni tubercolari, si poteva fare una prognosi piuttosto favorevole.

La causa della localizzazione primitiva della tubercolosi nello stomaco può essere attribuita alla nutrizione con carne o latte infetto, che non è stata neutralizzata per la mancanza occasionale di acido cloridrico nello stomaco.

La terapia è controversa. Albu ed altri pensano che l'intervento chirurgico sia in questi casi controindicato, per la scarsa capacità di resistenza del paziente, e per la frequente osservazione di guarigione spontanea di forme tubercolari addominali; Payr ed Holbaum ritengono invece che la resezione, nella tubercolosi dello stomaco, sia da consigliarsi, particolarmente nelle forme primitive ulcerose e a tipo tumorale.

L'A. è di quest'ultimo avviso, poichè: 1) anche le forme benigne di tubercolosi gastrica ed intestinale conducono talora a stenosi gravissime; 2) è facile una propagazione del processo tubercolare ad altri organi; 3) una diagnosi differenziale col carcinoma è spesso impossibile, senza l'esame istologico.

La fluorosi nell'uomo.— H. CRISTIANI, Istituto d'Igiene dell'Università di Ginevra. *La Presse Médicale*, n. 53, 1926.

L'A. col nome di fluorosi, ha descritto una sindrome morbosa che compare in forma endemica tra gli armenti viventi presso le fabbriche che producono emanazioni di fluoro, in ispecial modo le fabbriche di alluminio. Gli animali ingerirebbero continuamente piccole quantità di alogeno mangiando le erbe che crescono nei dintorni di dette fabbriche e presenterebbero a scadenza di tempo più o meno lunga un quadro morboso, finora confuso con l'osteomalacia: diminuzione della resistenza delle ossa, rigidità muscolari, cachessia, facilità di fratture ossee, paralisi dei centri respiratorio e circolatorio, morte.

L'A. che ha potuto provocare il quadro morboso ora descritto sperimentalmente, si domanda se fatti analoghi non possano verificarsi anche nell'uomo, il quale va pure soggetto ad ingerire per varie ragioni piccole dosi continuate di fluoro. Non si può però ritenere nocivo il fluoro contenuto nel suolo, nelle acque e nei tessuti vegetali e animali, perchè la quantità così ingerita è scarsissima, non capace di provocare una intossicazione cronica (fluorosi) e d'altra parte il fluoro così assorbito sembra inerte dal punto di vista fisiologico. Le condizioni le quali invece possono determinare nell'uomo una vera intossicazione da fluoro sono: l'ingestione per errore di un sale di fluoro invece di un'altra sostanza o l'ingestione di esso a scopo suicida o la sua somministrazione a scopo omicida, usando dei preparati contenenti fluoro messi in commercio per la distruzione di ratti, blatte, ecc.; l'uso di acque contaminate dai rifiuti delle officine che adoperano sostanze fluorurate; l'ingestione di sostanze alimentari preparate con materie prime contenenti fluoro (polvere per lievito, per es., ricavata dall'apatite); l'ingestione, infine, di alimenti (carne, burro, latte, vino, birra, succo di frutta, ecc.) ai quali siano stati aggiunti dei sali di fluoro a scopo conservativo. A proposito di questi ultimi, nei manuali di igiene, è ammessa la possibilità che il fluoro e i suoi sali possano essere usati per ritardare le fermentazioni normali e per impedire lo sviluppo delle fermentazioni anormali. La quantità di fluoro che in tal modo verrebbe ad essere ingerita non sarebbe eccessiva, ma essa diventerebbe nociva per l'uso quotidiano continuato di detti alimen-

Digitized by Google

ti. Gli AA., per es., hanno dimostrato che negli animali una dose di circa 2 centigr. per Kgr. di peso può determinare in breve tempo (pochi mesi) una cachessia mortale; ora un lattante nei primi mesi di vita, consumando del latte al quale siano stati aggiunti pochi centigrammi di fluoruro di sodio per litro, dose minima per ottenere una reale azione conservatrice, verrebbe a trovarsi nelle identiche condizioni per ammalare di fluorosi come i detti animali da esperimento.

E' perciò che gli AA. credono che in misura profilattica si dovrebbero usare misure restrittive severe contro la conservazione di certi alimenti coi sali di fluoro, nulla autorizzando, per ora in via teorica, a sostenere che l'uomo non possa soccombere ad una intossicazione cronica da fluoro. Le ricerche contemporaneamente andrebbero rivolte ad accertare se già esiste una fluorosi dell'uomo, tenuto conto che la sindrome morbosa possa nascondersi sotto la veste di malattie più conosciute e dal fatto che la fluorosi non dà al principio e per lungo tempo nessun segno patologico patognomonico. Chi sa che in tal modo, per es., non potranno attribuirsi alla causa in questione molti stati di cachessia o di atrepsia che non riconoscono alcuna etiologia ben chiara, e molti disturbi del tubo digerente e dell'apparato muscolare e nervoso, attribuiti per ora ad anemia, per es., in mancanza di una patogenesi sicura.

Influenza dello intiero organismo sulla secrezione cloridrica gastrica.— L. Heilmeyer. *Atti della Aerztlicher Verein di Monaco,* 30 giugno 1926.

Per studiare l'andamento della secrezione gastrica durante la digestione, non è solo necessario determinare la curva di acidità, ma anche quella di diluizione, cioè le alterazioni dei rapporti di mescolanza tra il succo gastrico secreto ed il pasto di prova liquido. Questo si ottiene con una soluzione di alcool al 5 %, colorata in bleu con l'indigocarminio.

Negli individui normali, dopo questo pasto di prova con alcool il succo gastrico contiene da 0,2 a 0,4 % di acido cloridrico. Nei vagotonici con stomaco sano se ne trova fino a 0,6. In molti casi la concentrazione di acido cloridrico resta costante durante tutto il corso della digestione (tipo di secrezione stabile); in altri casi si dimosra invece prima un aumento, poi una diminuzione (tipo di secrezione labile). La motilità gastrica è di grande influenza sull'acidità.

Il contenuto complessivo di cloro nello stomaco è in ogni caso superiore al contenuto in acido cloridrico, poichè una parte dei composti cianici è sempre sotto forma di composti neutri; negli individui normali il rapporto tra composti clorici neutri e acidi si aggira tra 1/3 ed 1/5; negli iperacidi il cloro sotto forma acida prevale fortemente, ed il contrario avviene negli individui ipoacidi.

Negli achilici infine il succo gastrico può contenere cloro in quantità anche normale, ma non vi è mai cloro acido.

La determinazione degli ioni sodio e cloro nei diversi succhi gastrici, dà negli iperacidi una piccola concentrazione di sodio ed una grande concentrazione di cloro; il contrario avviene negli ipoacidi, mentre negli achilici o l'una o l'altra concentrazione può prevalere.

Importante è anche il riflesso che la secrezione cloridrica ha sulla composizione ionica del sangue, per il fatto che al sangue viene sottratto il maggior numero di cloro-I che di sodio-I. Vi è così un aumento del sodio, disponibile per l'acido carbonico. Questo aumento dei bicarbonati indirizza la reazione del sangue verso l'alcalinità.

Entra in campo allora una serie di poteri regolatori: le ghiandole intestinali, la secrezione renale, ed infine il centro respiratorio, che operano il ritorno all'equilibrio. Di questa attività regolatrice esistono diverse manifestazioni clinicamente rilevabili; così la sonnolenza dopo il pasto, le modificazioni midriatiche e miotiche, e le modificazioni nel colore e nel sedimento dell'urina.

Questi poteri regolatori sono sufficienti in quei casi nei quali il contenuto gastrico si vuota nello intestino; colà viene neutralizzato e riassorbito; ma non è più sufficiente nei casi in cui esso viene respinto verso l'esterno, come nella stenosi pilorica. Allora la reazione del sangue diviene decisamente alcalina e si producono gravi alterazioni nella concentrazione ionica del sangue, che si estrinsecano clinicamente col crampo tetanico dello stomaco.

La secrezione cloridrica dello stomaco — tra le altre importanti funzioni — ha anche quella di contribuire allo equilibrio acido-basico dell'organismo. Se sopravviene un'acidosi acuta del sangue, anche le ghiandole gastriche entrano in attività, come avviene nel lavoro muscolare, ecc.

Obesità postencefalitica. — T. Walsh, Oak Park, Illinois. *Jour. Am .Med. Ass.* vol. 87, n. 5.

L'A. riferisce numerosi casi in cui esiste stretta relazione di causalità fra encefalite epidemica e obesità.

Egli è riuscito a dimostrare sperimentalmente su cani l'esattezza di questa osservazione clinica con la produzione di adiposi per encefalite traumatica localizzata nel cervello medio, che è la sede di elezione delle alterazioni patologiche tipiche dell'encefalite epidemica. Di qui consegue che nei casi di obesità a rapido sviluppo, è necessario studiare accuratamente l'anamnesi del soggetto per determinare una possibile base encefalitica, prima che l'obesità sia attribuita ad una semplice endocrinopatia funzionale.

Linfogranuloma maligno dell' intestino. — Omodei-Zorini, Ist. Anat. Patologica, Torino. *Haematologica,* vol. 7, 5, 1926.

Questa localizzazione della malattia di Hodgkin è venuta a nostra cognizione dal 1913. Ai rarissimi casi sicuramente controllati, l'A. ne aggiunge uno personale molto importante. Eccone il riassunto più sostanziale.

Sintomatologia. Dubbio restando nell'anamnesi il fattore tubercolosi pulmonare, bisogna distinguere gruppi di tipi.

a) Forma ulcerosa, contrassegnata da vomiti, dispepsia, dolori diarrea spesso profusa, alimentare e sanguinolenta; decesso in marasma. Negativa ogni ricerca diagnostica della tubercolosi. Decorso di settimane o di molti mesi.

b) Forma infiltrata, come di cancro a cavolfiore, o di cancro ulcerante e stenosante. Dolori, diarree alternate da periodo di stipsi. Decorso da tre mesi ai 5 anni. Insomma una sintomatologia a favore di una lesione infettivo-ulcerosa dell'intestino, con diarrea di tipo digiunale.

Anatomia patologica: ulcerazioni multiple, o nodi circoscritti e salienti. Ulceri trasversali od anulari, interessanti la mucosa, ma suscettibili di interessare tutti gli strati, fino alla perforazione; interessamento dei follicoli solitari, infiltrazione dei gangli mesenteriali.

Sede prevalente, talvolta unica, il digiuno. Possibile l'interessamento secondario cecale, colico, rettale. Scarsa la tendenza alla guarigione anatomica delle ulceri e degli infiltrati, con produzione di cicatrice. La possibilità di una diagnosi esatta della malattia al tavolo anatomico è tuttora discutibile. Si è facilmente indotti a dubitare che si tratti di tubercolosi intestinale o di tumori in senso lato; che se colpito lo stomaco od il duodeno, si tende a pensare a semplici ulcere gastroduodenali, o dovute a saturnismo cronico. Mancano caratteri di caseificazione del fondo di coteste ulceri; manca l'iniezione a corona di rosario dei linfatici della serosa come è della tubercolosi. Hanno sede precipua sul digiuno, mentre la tubercolosi interessa l'ileo. Più difficile la distinzione nella forma neoplastica senonchè sarebbe quì caratteristica la necrosi di colore giallo a margini dentellati. In complesso: diagnosi anatomica ancora ardua, fino a nuovi studi; epperò necessario il controllo istografico.

Quest'ultimo è caratteristico: infiltrato di linfociti, plasmacellule, fibroblasti, elementi giganti di Sternberg. Tessuto di granulazione con spiccata tendenza alla necrosi, la quale a differenza della tubercolosi, rispetta l'elemento elastico; abbonda l'essudato fibrinoso con molti residui nucleari in picnosi. I nodi in attiva proliferazione corrispondono al secondo stadio del morbo di Hodgkin; accanto vi si trova, intrecci di fibre collagene e reticolari, con piccoli infiltrati parvicellulari che corrisponderebbero al terzo stadio del linfogranuloma.

Etiopatogenesi. Il problema resta: si tratta o non di tubercolosi? Purtroppo osservazioni condotte con la massima diligenza istografica e batterioscopica starebbero a favore di questa origine; tanto più che Lichtenstein su 8 casi puri di linfogranulomatosi, inoculando materiale su cavie, ha ottenuto 8 volte la tubercolosi da inoculazione, nè poteva ammettere che la malattia fosse accidentale.

Dunque tutta probabilità di natura tubercolare. Per contro c'è una lunga serie di ricerche completamente negative, tanto che la più parte di clinici e patologici non credono dimostrata l'origine tubercolosa del morbo di Hodgkin. Il quadro clinico ed anatomo-patologico è così caratteristico da lasciar presupporre l'esistenza di un agente causale infettivo diverso dal bacillo di Koch. I tentativi dunque di inoculazione in cavie e conigli in un caso registrato finora ha dato esito positivo per il bacillo di Koch bovino. Esiste inoltre una notevole analogia clinico-anatomica tra la suddetta malattia e l'enterite cronica pseudotubercolare dei bovini, dovuta a bacilli acido-resistenti. Il che può aprire la via a nuove indagini. Il virus ignoto penetrerebbe nell'organismo umano attraverso la mucosa intestinale.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Sul trattamento chirurgico delle crisi gastro-intestinali nella tabe dorsale. — F. Stein. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie,* vol. 199, fasc. 1-2, ottobre 1926.

Un malato di 38 a. affetto da crisi tabetiche dello stomaco (dolori e vomito) venne operato di resezione delle radici posteriori (dalla 6ª alla 12ª) alla Foerster-Guleke. In seguito all'intervento si notò un gran-

Digitized by Google

dissimo miglioramento fino alla totale scomparsa dei disturbi per quattro mesi e mezzo, dopo i quali le crisi ricomparvero e l'ammalato peggiorò per modo che 14 mesi dopo la radicotomia, si procedette alla vagotomia bilaterale secondo Exner e cioè a livello del cardias. Già tre giorni dopo questo intervento, comparvero di nuovo crisi gastriche che continuarono per 4 mesi. Si decise perciò di procedere alla sezione dei rami comunicanti di destra secondo Braum. I rami tagliati sono stati dal 7° al 10° e dopo questo intervento i vomiti sono divenuti più rari, ma i dolori sono aumentati.

In seguito a queste osservazioni l'A. si domanda se è stato tagliato un numero sufficiente di radici; se i sintomi attuali sono dovuti al progredire della malattia ai segmenti non resecati; se la vagotomia ha prodotto disturbi della motilità gastrica, e se basta la resezione delle radici posteriori o se è necessaria anche quella delle radici anteriori come vogliono il Lehmann e il Sicard, e infine se la operazione unilaterale è sufficiente. Riconosce però che rispondere a tutte queste domande, sulla base di un solo caso, non è possibile, perchè le risposte non potrebbero essere che assai problematiche.

La mobilizzazione nella cura delle fratture. — GIBBON in Philadelphia: *Surgery, Gynecology and Obstetrics,* vol. 43, 3, 1926.

Tra i primi a seguire gli insegnamenti del Lister, ed a farne la propaganda in Francia, e poi in Europa mediante la divulgazione del suo libro sulla « Chirurgia antisettica » Lucas Championnière, oltre a mostrare le sue molteplici attitudini, ha segnato il proprio nome, al cosidetto trattamento mobilizzante delle fratture. Certamente l'idea fondamentale od ispiratrice era degna della maggiore considerazione: integrando la funzione, integrare la struttura. Come suole accadere, non si tardò molto a veder deviato l'indirizzo, nel senso cioè che si volle attribuire al metodo l'uso di movimenti illimitati e di massaggio non bene disciplinato; e credere che tutte le fratture potessero esser curate senza fissazione. Viceversa il merito essenziale di L. Ch. fu nel « dosare » non solo ai vari tipi di fratture, ma ai singoli individui, le applicazioni del suo metodo.

Di conseguenza molti degli insuccessi dipendevano dalla incapacità di coloro i quali presero ad attuare il metodo, erroneamente interpetrandolo. Durante la guerra si credette che il Willems chirurgo belga portasse una rivoluzione, trattando le articolazioni infette per ferite da proiettili, mediante libera artrotomia, senza drenaggio, e con movimenti. Ma basterebbe consultare i contributi di L. Ch. per vedervi perfettamente indicata questa linea di condotta fin da circa un cinquantennio. Si sa che la patologia delle fratture non contempla soltanto l'osso, bensì anche il complesso apparato muscolare ed articolare. Si è poi venuti nella convinzione che ogni prolungata fissazione costituisca un danno, perchè non ostante la perfetta riduzione, può aversene incompleta od assente consolidazione. Dunque il massaggio delicato, i movimenti tempestivi possono assai meglio restaurare le condizioni. Una delle fratture sulle quali L. Ch. si fondava era quella clavicolare, nella quale, come è noto, ogni apparecchio non riesce ad evitare la deformità, in gran parte devoluta allo stato muscolare. Ora egli mostrò i benefici del massaggio in due o tre giorni, e l'applicazione di una semplice fasciatura ad otto della spalla, per deviare il moncone dallo sterno. La posizione recombente dell'arto si mostrò molto più vantaggiosa della fissazione al torace. Immedesimatosi sempre più delle norme del L. Ch. l'A. è venuto a mano a mano abolendo gli apparecchi nella più parte delle fratture. Così nella frattura di Colles è provato bastare la giacitura dell'avambraccio, la mano in flessione ed abduzione, quindi precoce massaggio delicato e movimenti. Certamente non si può rendere unico codesto tipo di cura. Qualche frattura con diastasi dei frammenti, p. es. della rotula, merita un intervento sintetico operatorio. Alcune fratture come quella della faccia, richiedono naturalmente maggiore e più sistemata fissazione.

In complesso dunque il principio curativo del L. Ch. ha al suo attivo l'esperienza clinica e quella del laboratorio. La produzione del callo non è agevolata o regolata dalla fissazione, bensì dal movimento, purchè di grado e di forma adeguata al tipo della frattura. Inoltre il movimento riesce, in certi casi, sedativo di dolori e di spasmi.

Sarcoma della prostata. — SMITH e TORGERSON in Grand Rapids Michigan, *Surgery, Gynecology and Obstetrics,* vol. 43, 3, 1926.

Agli 83 casi che finora sembrano autentici, gli AA. aggiungono una nuova osservazione. Cominciando dalla frequenza, ci troviamo al solito di fronte alle percentuali più discordanti. Quel che si può asserire è che in circa 75% la malattia si presenta avanti l'età di predilezione per il carcinoma.

Nel quadro clinico bisogna fare i seguenti rilievi. Inizio insidioso in ogni età; i primi sintomi di solito attribuiti al retto, alla vescica; segni di parziale ostruzione intestinale, di difficoltata minzione o completa ritenzione. Essendo più rapido il corso nella infanzia, più tumultuaria è la sindrome che non nell'adulto.

I dolori di solito lancinanti e ricorrenti, irradiati, non sono dipendenti dalla minzione nè dalla defecazione. L'ematuria è talora presente, ma non costante, perocchè è segno di ulcerazione della parete vescicale, e di soverchio incremento.

Il volume è tra i più differenti, dall'appena constatabile fino ad una massa occupante l'intera pelvi. Contorni irregolari, consistenza soda ed equabile, non nodosa e dura.

Complicazioni non infrequenti a causa della compressione ureterica e pelvica, sono la cistite, la pielite, la pielonefrite. La diagnosi differenziale è meno difficile nei fanciulli. Bisogna accertarsi che non si tratti di tubercolosi, nè di qualche eventuale suppurazione. Nell'adulto la diagnosi è difficoltata dal fatto che può bene trattarsi di ipertrofia della prostata, carcinoma, echinococco, cisti delle vescichette seminali, magari tubercolosi.

Dal lato isto-patologico ci sono differenti tipi di sarcoma. Prevale tuttavia il globocellulare, e poi quello fusicellulare. Non mancano esempi di tumori misti, o di rabdomiosarcoma.

In quanto alle diffusioni, si può calcolare in 72 % coinvolti l'urocisti, il retto, l'uretra, il perineo. Ma non sono rare le metastasi lontane, rene, soprarene, fegato, milza, midollo osseo.

La cura, allo stato attuale, può dirsi eminentemente palliativa: ovviare all'ostacolo dell'urinazione, sostenere le forze del paziente. Vero è che qualche intervento radicale parrebbe coronato da successo. Ma sarebbe, se mai, in qualche caso eccezionale di cisti. In genere si può sperare in qualche risorsa radiologica.

La prognosi come quella di quasi tutti i sarcomi, è, come si vede, sfavorevole.

Contributo clinico-radiologico alla etiopatogenesi del morbo di Osgood-Schlatter. — RONCONI. *La Radiologia Medica,* fasc. 8, 1926.

Il morbo di Osgood-Schlatter è un'apofisite tibiale anteriore, dipendente da una causa infettiva o tossica che colpisce i nuclei di ossificazione apofisaria e che si manifesta in giovanetti dai 10 ai 12 anni, cioè proprio all'epoca della comparsa e della evoluzione dei nuclei apofisari di ossificazione.

Alcuni autori la comprendono nel gruppo generale delle affezioni chirurgiche osteo-articolari da carenza, come l'osteite fibrosa cistica, l'osteocondrite deformante infantile, la scafoidite tarsica e la epifisite metatarsica (di queste affezioni tutte ci occuperemo in una prossima rivista sintetica. N. d. R.). In realtà se nella carenza si riconosce una causa solo distrofica-tossica (e quindi da imputarsi a tubercolosi, sifilide, rachitismo, come fattori familiari predisponenti) non una causa infettiva acuta (reumatismo acuto, influenza, tifo ecc.), questa malattia invece ha appunto un'etiopatogenesi più frequentemente infettiva, e il contributo clinico-radiologico dell'A. vuol esser una dimostrazione di tale etiologia.

I cinque casi dell'A. costituiti da tipi longilinei oligoemici non presentavano tara di lue o di tubercolosi o di rachitismo.

Gl'infermi avvertivano un dolore spontaneo o provocato in corrispondenza della tuberosità tibiale anteriore di un solo o di entrambi i lati. All'esame obbiettivo si nota una tumescenza edematosa e lieve arrossamento della cute, localizzati ai punti d'inserzione del tendine rotuleo. La mano esplorante avverte una sensazione, sulle superfici dolenti, di pseudo-fluttuazione e di asperità; assenza di liquido endoarticolare. Nella ricerca anamnestica non esistono cause traumatiche benchè minime.

La malattia iniziò, specialmente in due più importanti dei 5 casi dell'A., con brivido e febbre accompagnati dal dolore spontaneo suddetto, che costringeva una delle inferme a letto (giovanetta di 13 anni).

Dunque in genere trattasi di processi infettivi acuti (influenza, reumatismo ecc.). Quanto alla cura alcuni autori consigliano l'intervento chirurgico. Il Rongeni consiglia di ricorrervi solo quando la cura medica è fallita; la quale deve consistere in ricalcificanti, riposo e ricostituenti generali.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Inconvenienti e pericoli dell'actinoterapia nei miofibromi uterini. — MAMELI SPINELLI, Napoli. *L'Actinoterapia,* vol. V, fasc. 4, 1926.

A mostrare le esagerazioni, o magari la erroneità di non poche affermazioni in proposito, l'A. si giova della personale esperienza e del controllo della stampa. Eccone i principali punti:

1. Mal di raggi. Incontestabile, bisogna in massima attribuirlo ad errore di tecnica, nonchè ed eventuali idiosincrasie. L'A. ritiene che l'irradiazione röntgen che non superi la durata di un'ora sia, in genere, ben tollerata dalle ammalate, onde il detto male si renda tollerabile, rar... L'adrenalina è un preventivo consigliabile.

Digitized by Google

2. Febbre. La si può talvolta attribuire alla rapida involuzione di grossi tumori degenerati, o riviviscenza di processi parametritici.

3. Insufficienza utero-ovarica. Si è esagerata secondo l'A. la portata di questi sintomi. Innanzi tutto è ben difficile conseguire in donne giovani la sterilizzazione completa. Poi la mortalità da actinoterapia è incomparabilmente inferiore a quella operatoria.

4. Radiodermite. L'esperienza dimostra che essa può aversi soltanto con le tecniche delle applicazioni addominali e vaginali; evitato è il pericolo con le applicazioni intrauterine.

5. Lesioni intestinali. Ad evitarle bisogna localizzare con grande cura le irradiazioni, così da proteggere efficacemente lo stomaco e l'intestino. Se trattasi di applicazioni röntgenterapiche sulla regione addominale, e se sopratutto si debbono usare raggi filtrati, è necessario essere eccessivamente prudenti a ragione della vulnerabilità röntgeniana della mucosa digestiva.

6. Cauterizzazione profonda della mucosa uterina ed accidenti di infezione. Tutto si riduce a serbare quelle rigorose norme che l'asepsi detta in chirurgia, perocchè l'applicazione del radium va intesa come vera operazione.

7. Stenosi ed atresia del collo dell'utero. Possibile incidente, anch'esso evitabile con la buona tecnica, mai curabile.

8. Cancri actinoterapici. Si conoscono di tali constatazioni dopo un più o meno lungo trattamento, che bisogna innanzi tutto ricordare che la coincidenza di miofibroma e di cancro è tuttaltro che rara. Pertanto punto di partenza, avanti di iniziare la cura radiante si è la biopsia e ricerca istopatologica. Ad ogni modo, sulla scorta di esempi, l'A. afferma che seppure si debba riconoscere cotesta eventualità nociva, la tecnica perfezionata varrà a scongiurarla in seguito.

NEUROPATOLOGIA

Disordini respiratorii post-encefalitici. — Smith Ely Jelliffe, New York. *Jour. of Nervous and Mental Diseases,* vol. 64, n. 1.

Si tratta di un giovane affetto da disordini respiratori post-encefalitici. All'esame dello stato neurologico si nota una evidentissima attitudine parkinsoniana, notevole debolezza al lato destro e un fine tremore talvolta bilaterale, ma più spiccato a destra. La rima palpebrale destra è poco più grande che la sinistra; la pupilla sinistra è invece più grande della destra. E' evidente la presenza di una indubbia sindrome di Horner.

Le note principali del suo stato consistono in episodi respiratori parossistici, tic nasali e boccali, accompagnati da intontimento, salivazione e crampi tetanoidi, nonchè in anomalie di carattere, polidipsia e poliuria.

I primi passi nella evoluzione degli attacchi respiratori non sono molto chiari. Alcune settimane dopo che l'infermo fu colpito da deliri cominciarono a notarsi difficoltà respiratorie e l'idea di ostruzione nasale divenne ossessionante dopo un accidente automobilistico. Il fratello del paziente afferma che i disordini respiratori cominciarono probabilmente dopo un intervento sulle tonsille.

Questi attacchi non hanno una frequenza costante, nè hanno tutti eguale durata. Il paziente nota come il fumare una sigaretta provochi in lui l'insorgere dell'attacco. L'alimentazione è accompagnata da un aumento piuttosto che da una diminuzione delle difficoltà respiratorie.

Un attacco leggiero si svolge entro 4-5 minuti: la respirazione non supera i 30-40 al minuto, non vi è intontimento.

Nell'attacco forte la respirazione si fa profonda e rapida, si nota grande dilatazione delle narici, protrusione delle labbra, rigidità generale, ecc. Gli atti respiratori raggiungono, 70 al minuto, il polso è a 100, le mani cominciano a diventare cianotiche, aumenta la rigidità parkinsoniana, si manifesta notevole ipotermia (35°,8).

Talvolta durante l'attacco il paziente trascende ad atti osceni. Le mani non sono nella tipica posizione ostetrica come nella tetania, ma in semiflessione. Sono presenti atipiche reazioni di Chvostek e ipereccitabilità elettrica, manca il segno di Trousseau.

L'A. ha eseguito alcuni tracciati respiratori. All'inizio dell'attacco ha notato un aumento del ritmo respiratorio; in un secondo tempo una diminuzione e quindi la cessazione completa (fase apneica). Il paziente assume la posizione della rigidità tetanica e resta per alcuni minuti (3-7) in tale attitudine. L'A. ha notato durante questo tempo la sospensione di ogni attività e lieve cianosi alle labbra e al torace. Infine l'attacco volgendo al suo termine il tracciato respiratorio comincia a ridiventare normale.

PEDIATRIA

La diagnosi precoce dell'appendicite nel bambino. E. Flüsser, Pediatra a Budweis (Cecoslovacchia). *Mediz. Klinik,* 1926, n. 41.

La diagnosi di appendicite nel bambino offre particolari difficoltà, anche perchè i punti dolorosi di repere sono molto incerti: ogni medico sa che i dolori addominali nel bambino possono significare tanto dolori nella cavità toracica, quanto in quella addominale, e qualche volta nè l'una nè l'altra, ma solo un indistinto senso di malessere.

Se il bambino vomita ed ha costipazione, di solito non vi è disturbo gastrico, ma si tratta di un'altra, di solito più grave, malattia e bisogna chiamare il medico.

Se il bambino è ammalato di appendice di solito chiede prima di ogni altra cosa, di essere posto sul vaso. Ma ogni sforzo per evacuare è vano, e ciononostante viene più volte ripetuto con lo stesso risultato.

Queste norme possono servire ai genitori per un primo orientamento.

L'appendicite nel lattante è straordinariamente rara; dopo la seconda metà del secondo anno incomincia a divenire più frequente. Essa si manifesta con maggiore frequenza tra i bimbi delle classi agiate, che tra quelli delle classi povere.

Una interdipendenza tra appendicite e presenza di ossiuri nell'intestino dei bambini, è indiscutibile, poichè non vi è quasi appendicectomia nei ragazzi, nella quale non si riscontri anche presenza di ossiuri.

Per la diagnosi dell'appendicite nei bambini piccoli, il medico deve porre attenzione sui seguenti punti:

Se egli viene chiamato presso un bambino perchè questi vomita, la prima domanda dev'essere da quanto tempo dura tale vomito, e se vi è diarrea. Se questa vi è, allora si tratta — particolarmente in quei casi in cui il vomito precede la diarrea — con grande verosimiglianza di una banale affezione catarrale dell'apparato gastro-intestinale. Se il bambino vomita senza diarrea, allora non vi è gastrite, ma può trattarsi di un fatto tossico, o meningoencefalitico o peritoneale.

Vomito e costipazione sono i due sintomi cardinali dell'irritazione peritoneale, e pertanto anche della appendicite infantile; poichè la diarrea rappresenta in questi casi una vera rarità. Un sintomo quasi costante dell'appendicite infantile è il dolore da tenesmo; il meteorismo manca quasi completamente. Vi è invece una difesa muscolare molto intensa, che spesso costituisce l'unico sintomo obiettivamente rilevabile e costantemente presente.

In ogni caso, la diagnosi di appendicite rimane tra le più difficili della pratica pediatrica.

Sarcoma intra-oculare nei bambini. — M. Parker e W. Stokes. *Jour. Am. Med. Ass.,* 4 dicembre 1926.

Gli AA. descrivono numerosi casi di tumori intra-oculari in cui l'esame dei dati clinici portò alla conclusione che si trattasse di tumori di natura sarcomatosa. Neoplasmi di questa specie non sono pigmentati, sono di rapido sviluppo e di grande malignità. Essi hanno tutte le proprietà delle proliferazioni angioblastiche.

L'apparente struttura a rosetta osservata in alcuni casi rappresenta la primitiva proliferazione periteliomatosa. Essa è interamente dovuta alla proliferazione delle cellule derivanti dai piccoli vasi sanguigni e non è caratteristica dei tumori epiblastici. Nelle parti più vecchie del neoplasma questa disposizione strutturale è assente.

Ulteriori studi saranno necessari per dimostrare definitivamente che un glioma o un neuropitelioma della retina non esista come entità clinica indipendente.

UROLOGIA

La infezione colibacillare delle vie urinarie in rapporto al coito. — A. Scholl, Los Angeles, California. *Journal of Am. Med. Ass., 27* novembre 1926.

Una pielonefrite da colibacillo può talvolta svilupparsi in donne in seguito a tentativi di coito. L'infezione ordinariamente colpisce quelle donne con cui il coito riesce difficile e doloroso; essa può essere lieve, passeggiera e financo inavvertita, o anche può determinare la comparsa di tutti i sintomi comunemente osservati nelle gravi infezioni urinarie.

Il colibacillo penetra attraverso le lesioni dell'imene, o anche attraverso l'uretra, quando anche questa abbia subito dei traumi. La più probabile via di estensione al rene è quella della corrente sanguigna o del rigurgito ureterale. Una volta affermatasi, questa pielonefrite post-nuziale assume caratteri di cronicità e di resistenza alla cura. Tale fatto è assai comunemente osservato a causa dell'origine stessa dell'affezione, che, essendo in principio assai lieve, viene ad essere avvertita solo in un periodo avanzato, quando è già diventata cronica.

La pneumopielografia. — Kornitzer in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift,* 40, 1926.

E' bene domandarsi quale ausilio sia da attendersi da cotesta pratica. Innanzi tutto rendere manifesti concrementi piccolissimi o privi di ombra, epperò sfuggenti alla comune ricerca. Poi migliore localizzazione della sede di calcoli. Se anche non fosse positiva, la negatività stessa varrebbe a molto verosimilmente escludere la presenza di un calcolo, della quale la

Digitized by Google

sindrome sarebbe mentita per disposizioni nervose. Ci è inoltre qualche cosa di idronefrosi infetta; questa, nelle sue grosse dimensioni sacrali sarebbe messa in buona evidenza. Inoltre i rilievi che riguardano l'uretere e gli eventuali calcoli di esso, sono senza paragone notevolissimi.

Non è d'altronde difficile concepire che trattandosi di iniezioni gassose, queste possono con maggiore facilità superare ostacoli, e passare nella pelvi renale.

La pneumografia trova applicazione in tutti i casi in cui è applicabile la pielografia con sali alogeni. Meglio astenersene nelle flogosi acute, nei processi ulcerosi, nelle emorragie. Forse potrebbe avanzarsi la ipotesi che trovi applicazioni magari nel combattere le infezioni anaerobiche. Ma c'è ancora da sperimentare in merito. Il metodo, che l'A. va sperimentando da più tempo, si dimostra innocuo purchè la tecnica sia posseduta, ed i casi opportunamente selezionati.

Naturalmente l'A. figura e descrive un suo apparecchio, del quale ecco i requisiti principali. Un fiasco di capacità di 1000 cc. riceve 1 gr. $KMnO_2$ e corrispondente quantità di H_2O_2, quindi ossigeno fino ad espellere l'aria che vi si trova, e che è meno pesante dell'ossigeno. L'apparecchio approntato è messo, con un raccordo proprio, in connessione col catetere applicato ell'uretere. Aggiungendo 10-20 H_2O_2 l'ossigeno nascente prende la via verso le pelvi dapprima a rilento per scacciare il liquido, poi più rapido. Bisogna nondimeno evitare l'irruzione brusca perchè molto dolorosa e non utile.

RADIOLOGIA

La radioterapia nella cura dell' asma. — Martin Miranda Gallino. *La Prensa medica Argentina*, n. 6, 1926.

La radioterapia, eseguita con applicazioni Roentgen sulla milza, si è dimostrata all'A. il più efficace mezzo terapeutico degli infermi di asma. In una statistica precedente, infatti, l'A., su 26 individui così trattati, aveva ottenuto: in 12 casi (46 %) scomparsa totale delle crisi d'asma; in 10 casi (38 %) diminuzione della frequenza, durata e intensità degli accessi; in 2 casi (8 %) risultati negativi. In altri due casi il trattamento era stato interrotto prima che si fossero conseguiti dei miglioramenti stabili. E' da notare che la maggior parte degli infermi così curati soffriva di asma da molto tempo (alcuni anche da più di 8 anni).

A distanza circa di due anni, l'A. pubblica le condizioni in cui attualmente si trovano i precedenti infermi. Dei 12 casi, nei quali le crisi d'asma erano scomparse completamente con la radioterapia, 10 hanno conservato stabilmente la loro guarigione, presentando solo degli accessi benigni e di corta durata in occasione di comuni processi infiammatori tracheo-bronchiali. Gli altri 2 casi sono andati soggetti a crisi d'asma poco intense, scomparse del tutto dopo un'altra sola irradiazione della milza. I 10 casi, poi, che all'inizio del trattamento mostrarono solo dei miglioramenti, hanno presentato ogni 4-6 mesi delle crisi d'asma leggere, facilmente dominate dai rimedi sintomatici d'uso; i due casi, invece, che al principio della cura non se ne erano giovati, continuando le irradiazioni, sono andati migliorando.

Leucemie da corpi radioattivi e da raggi X. — C. Filippini. *Thèse de Paris*, 1926; rif. in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 17, 1926.

Le radiazioni usate in terapia, sia quelle che emanano dai corpi radioattivi che quelle prodotte dai tubi di Crookes possono determinare delle gravi alterazioni dell'ematopoiesi e tra queste più frequentemente delle sindromi leucemiche. Sotto questo riguardo, sembrano più nocivi i raggi gamma del radio e le sedute di radioterapia profonda coi raggi X. Se la leucemia viene considerata come un neoplasma dei leucociti, si ha un paradosso che si riscontra anche in altri capitoli della medicina; cioè mentre dette radiazioni sono capaci di curare i tumori maligni, in date circostanze esse li provocano. Per il radio, poi, il pericolo dell'insorgenza di una leucemia è ancora maggiore che per i raggi X, in quanto che il primo non produce lesioni cutanee, che possano rendere edotti delle gravi conseguenze cui si andrà incontro continuando le applicazioni.

L'A. per prevenire queste forme leucemiche propone delle misure profilattiche per il personale radiologo, le quali si possono così riassumere: 1. Non più di 7 ore di lavoro al giorno; riposo la domenica e due mezze giornate durante la settimana; congedo annuale di un mese. 2. Quando si tratta di raggi X, le misure di precauzione varieranno secondo la qualità del lavoro; saranno rigorosissime, per es., per coloro che sono addetti alle sedute di radioterapia profonda. 3. In quanto al radium, ogni manipolazione di esso sarà fatta con grande rapidità; per diminuire il pericolo delle emanazioni, si disporrà di stanze spaziose e ben ventilate. 4. Si praticherà inoltre un esame di sangue del personale radiologo ogni 3 o almeno ogni 6 mesi per scoprire quanto più all'inizio è possibile eventuali alterazioni della formula ematologica.

Il radio nel trattamento del diabete. — Rosinski e Quedenfeld, Königsberg. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 47.

Curando una paziente diabetica affetta da carcinoma dell'utero, col radio, uno degli AA. ha potuto constatare che alla fine del trattamento lo zucchero era sparito dalle urine.

Il caso si è ripetuto, qualche tempo dopo, con un'altra paziente diabetica trattata col radio, per prurito vulvare. In ambedue i casi si potette escludere l'intervento modificatore di una dieta appropriata.

Gli AA. furono così tentati a praticare espressamente questa forma di trattamento nei diabetici.

I soggetti furono presi a caso, senza scelta speciale, e furono invitati a continuare — durante il trattamento — la dieta precedentemente seguita.

Il trattamento fu praticato con 12,5 milligrammi di radio per 6 ore, o di 28,5 milligrammi per 3 ore. La capsula contenente il radio veniva introdotta nel retto, per gli uomini, nell'utero per le donne.

Vi furono manifestazioni reattive da parte dell'intestino, più raramente da parte dell'utero, che costrinsero gli Autori ad abbreviare la durata di ogni singola irradiazione, ed a concedere, di tempo in tempo, degli intervalli di riposo.

In un secondo momento questi fenomeni di irritazione furono potuti attenuare, col rivestire il tubo radifero di manicotto di gomma assai spesso, che costituiva un isolante verso le pareti intestinali.

I casi esperimentati furono quattro. In tutti, dopo un certo periodo di trattamento col radio (20-40 giorni), senza mutamento nella dieta, si è avuta la regressione di alcune manifestazioni fastidiose collaterali del diabete: polidipsia, prurito, debolezza generale, e la sparizione completa dello zucchero delle urine.

Questo dimostra che il radio ha un'indubbia influenza modificatrice sul diabete. Oggi non è possibile dire di più.

Molte questioni si affaccerebbero a questo punto, ma ad esse potrà darsi una risposta solo dopo che ricerche molto prolungate avranno confermato le osservazioni degli Autori, che desiderano solo segnalare la possibilità di nuove prospettive nel trattamento del diabete.

La necessità della standardizzazione della misura dei raggi Röntgen. — L. Graebe e H. Martins dell'Istituto di Radiologia e della Clinica Ginecologica di Bonn. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1926. n. 28.

I fondamenti fisici necessari per la standardizzazione dei raggi in unità röntgen sono già assicurati, in quanto che ci si può limitare ad utilizzare gli apparecchi misuratori appropriati, nel dosaggio pratico, anche solo per la misurazione della irradiazione primitiva.

Bisogna tendere alla unificazione dei rapporti di durezza, e cioè una misurazione più semplice e più sicura delle tensioni dei tubi e dei rapporti del filtraggio.

Per la più larga accettazione della unità röntgen debbono ancora venir costruiti strumenti appropriati per vincere le difficoltà nella capacità di trasporto, dipedente dalla diversa fabbricazione.

Attualmente il più sicuro dosaggio avviene per mezzo di uno strumento standard, al posto e nel luogo dell'uso pratico dei raggi.

Come rapporto di dosaggio, viene specialmente proposto di ridurre in unità röntgen solo l'irradiazione primitiva che agisce sul corpo, calcolando, al tempo stesso, la durezza dei raggi, il luogo di applicazione, la durata dell'applicazione, l'ampiezza del campo, e la dose di profondità.

Nella pratica medica abituale della terapia profonda, 600 unità röntgen (R) corrispondono a quella quantità di irradiazione che può agire sulla pelle senza danno per essa.

STOMATOLOGIA

La terapia vaccinica locale nella carie dentaria. — P. Albanese. *La Stomatologia*, novembre 1926.

La vaccinoterapia locale che, introdotta da Besredka, ha prodotto in vari campi della medicina buoni esiti, è stata dall'A. sperimentata nella carie di terzo e di quarto grado.

Il vaccino adoperato è polivalente-misto, privato di corpi microbici, a base di strepococchi, stafilococco, pneumococchi e bacilli piocianei.

Nelle carie di terzo grado, previa pulpotomia, si applica il vaccino mediante un batuffolino di ovatta imbevuto in esso e lo si introduce nel forellino appositamente praticato; si passa quindi senz'altro alla otturazione prima temporanea, poi definitiva. L'esito è sempre buono.

Nella carie di quarto grado con fistola della mucosa l'esito è molto felice in quanto che si riesce quasi sempre con poche medicature a far scomparire la fistola e a passare all'otturazione del dente. Quando vi sono fenomeni di avanzata putrefazione il risultato è negativo.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - BARI

Seduta del 14 marzo 1926

Presid. Prof. GAIFAMI

Presa cognizione della nota presentata alla Accademia pugliese di Scienze dal prof. Gaifami su casi di Melitense in puerperio, viene deciso di indire un referendum fra i soci e anche fra i colleghi medici circa ai *Rapporti fra stato puerperale e febbre di Malta,* in modo da raccogliere il maggior materiale possibile al riguardo.

Farina. *La blenorragia nella Puglia.* — Mette in evidenza la grande frequenza di contagio blenorragico e ne trova una spiegazione nella mancanza di una popolazione rurale, data la tendenza a riunirsi nei grandi centri con tutti i danni di questi.

D'Erchia. *Il fattore meccanico ed endocrino nella sterilità e nella dismenorrea.* — Crede che si esageri nella tendenza a togliere ogni valore ai fatti meccanici nella etiologia della dismenorrea e della sterilità; il fattore endocrino non basta; egli ha una larga serie di casi personali in cui discissioni del collo, riduzioni di utero, plastiche vaginali ebbero un ottimo successo. Circa alla opoterapia essa potrà essere coadiuvante quando occorra per quanto sia chiaro che, allo stato attuale delle preparazioni e delle cognizioni nostre, dobbiamo andare incontro ad insuccessi.

Mirenghi. *L'Ostetricia della pratica.* — Rievoca un quarto di secolo del suo esercizio professionale come ostetrico comunale riconosce che la ospedalizzazione potrà portare i migliori frutti.

Giamporcaro. *Un feto pseudoencefalico.* — Dimostra un feto pseudoencefalico, estratto col rivolgimento da una pluripara luetica e che aveva presentato un enorme poliamnios.

Cetroni. *Poliamnios e malformazioni fetali.* — Da una secondipara con poliamnios cospicuo nacque un feto con multiple malconformazioni. Una deviazione nello sviluppo della mandibola determinava una piccolezza dalla cavità buccale tale da dover certo ostacolare la deglutizione intrauterina e forse in tale fatto secondo il Fabbri sta la genesi del poliamnios. Mancano i pollici alle due mani; esiste aplasia dei reni specialmente del sinistro; inoltre l'utero è unicorne con un corno rudimentario a sinistra.

Gaifami. *Adenomiomi cistici cervicali.* — Presenta un interessante esemplare di tumore a grappolo, partente dalla faccia posteriore del collo dell'utero, il quale è uniformente aumentato di volume; il piu grosso nodo, come un mandarino, è nettamente cistico. La donna, di 52 a. era stata operata di miomectomia vaginale 5 a. prima; poi sempre mestruata, ebbe da più mesi metrorragie ostinate e dolori al Q. I. D. addominale. La cavità del nodo cistico era occupata da sangue vecchio, si vedeva una sottile comunicazione col canale cervicale; i nodi minori presentano lacune non cistiche; l'endometrio è vegetante a forma cistica. L'esame microscopico confermò trattarsi di un adenomioma, sia nella parte endouterina che nelle tumefazioni cervicali.

Gaifami. *Tubercolosi genitale infantile e fibromi dell'utero.* — Dimostra due casi di grossi fibromi del fondo dell'utero asportati in donne di 40 a., amenorroiche. Furono, riscontrate evidenti note di una tubercolosi pregressa delle trombe e dell'endometrio, a forma distruttiva di questo, così da aversi la causa della amenorrea primaria in una malattia che era passata del tutto inosservata alle pazienti e ai famigliari.

Mette in evidenza la ipoplasia estrema del miometrio nei due casi, pensa che lo sviluppo tutto verso il fondo e in modo sottosieroso sia in relazione con la aplasia dei mezzi legamentosi e con la rigidità del castone connettivale paracervicale. Rileva ancora la *dissociazione utero-ovarica,* poichè di fronte ad uteri ipoplasici stanno ovaie voluminose e vene in questo, verosimilmente, una causa determinante dello sviluppo dei fibromi.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA BERGAMASCA

Seduta del 18 aprile 1926

Presid. Dr. LANDUCCI

Raffaelli. *La spasmofilia nell'infanzia.* — In una chiara rivista sintetica dopo una minuta esposizione delle cause e dei sintomi di tale forma morbosa, fra le indicazioni terapeutiche, ha avuto agio d'intrattenersi sui brillanti risultati che si possono ottenere con quel nuovo valido sussidio terapeutico acquisito dalla pratica medica che è l'irradiazione ultravioletta.

Arrigoni. *Su di un caso di calcolosi ureterale.*

Zanetti. *L'urotropina per via endovenosa nella terapia medica.* — Basandosi su di una ricca casistica personale, delinea le indicazioni ed i risultati delle iniezioni endovenose di urotropina con speciale riguardo ad alcuni casi di bronchite cronica che si erano dimostrati ribelli a qualsiasi altro rimedio.

Seduta del 23 Maggio 1926

Presid. Prof. LUGGIATO

Invernizzi. Commemora con commossa parola l'immatura perdita del collega Tarozzi rimasto vittima di un pietoso incidente autociclistico.

Pipia. *Sulla sifilide dell'orecchio interno.* — Prendendo argomento da un caso di lue ignorata la cui diagnosi fu possibile solamente in base all'esame funzionale acustico, tratta della grande importanza che tale esame ha assunto anche nella pratica medica.

Ricorda poi le indicazioni terapeutiche che l'esperienza ha consacrato e conclude augurando che ogni medico conosca quel tanto dell'esame dell'orecchio che basti à venirgli in aiuto nelle forme di maggiore gravità ed importanza.

Leidi. *Il valore diagnostico della radiologia nella tbc. polmonare.*

SOCIETA' SASSARESE DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI

Seduta del 16 marzo 1926

Presid. Prof. L. DOMINICI

Dominici L. *Indicazioni della splenectomia nella malaria cronica.* — L'O. presenta alcuni infermi che ha operato di splenectomia, e le milze asportate. Dallo studio di questi casi operati e di molti altri osservati, trae le seguenti deduzioni:

1) In genere non si devono operare di splenectomia i malarici cronici perchè ve ne sono molti anche con splenomegalie notevoli che non soffrono di nessun disturbo nè generale nè locale, tranne gli accessi febbrili e negli intervalli fra questi attendono normalmente alle loro occupazioni. In questi casi deve essere prescritta una cura medica rigorosa ed eventualmente, se il volume della milza è notevole, la radioterapia dalla quale l'O. crede che non si possa aspettare risultati duraturi.

2) La splenectomia non guarisce la malaria nè impedisce nuove reinfezioni.

3) Ma vi sono dei casi nei quali i disturbi di cui soffrono gli splenomegalici possono essere curati con speranza di successo soltanto con la splenectomia. Questi casi sono:

a) le spenomegalie malariche complicate da cisti dà echinococco, da ascesso, da cisti ematiche, da torsione acuta del peduncolo, da rotture traumatiche e spontanee nei quali ultimi casi l'intervento che può essere anche di urgenza forse talvolta può essere conservativo.

b) le splenomegalie malariche fortemente dolorose.

c) le splenomegalie malariche mobili ed ectopiche che comprimono gli organi digerenti o gli ureteri o la vescica o nella donna, gli organi genitali dando luogo a disturbi notevoli quali sono quelli che l'O. ha osservato negli infermi da lui operati.

In un caso di malaria cronica con splenomegalia si era prodotta una lesione del fegato che presentava il quadro clinico della cosidetta cirrosi biliare ipertrofica e che guarì dopo l'asportazione della milza.

Sechi G. *Il morbo di Paget.* — Riferisce di un caso di m. di Paget, corredando l'esposizione di uno studio anatomo-patologico completo del tumore asportato.

Seu P. *La colesterinemia negli splenectomizzati.* — L'O. che ha potuto compiere accurate ricerche sul tasso della colesterinemia in individui sani e affetti da malaria cronica sottoposti alla splenectomia, perviene alle seguenti deduzioni:

1) Nella malaria cronica con notevole splenomegalia si ha ipocolesterinemia.

2) Dopo la splenectomia il tasso della colesterina nel sangue totale aumenta avvicinandosi progressivamente al normale che raggiunge dopo circa quattro mesi.

3) Negli individui ai quali l'intervento ha portato notevole giovamento e per i quali l'intervento stesso non ha assunto i caratteri di un trauma operatorio molto grave, il tasso colesterinemico è aumentato in modo marcato e più sollecito.

Pacetto G. *Contributo allo studio dei fibromi della parete addominale.* — L'O. illustra un caso di tumore fibroso della parete addominale, a sviluppo intraparietale, osservato in una donna.

Espone in rapida sintesi la storia di questa particolare classe di neoformazioni e le diverse teorie sulla loro patogenesi.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPEDALE «INCURABILI» - NAPOLI — DISPENS. OTORINOLARINGOLOGICO
Direttore: Prof. ANTONIO DAMIENO

OTITE MEDIA PURULENTA INFLUENZATA FAVOREVOLMENTE DALL'INSORGENZA DI INFEZIONE PULMONITICA ACUTA.

per i dott. MARIO GALLI e ESPEDITO DI LAURO
Assistenti volontari

L'argomento non è nuovo in clinica.

Frequentemente si osserva in pratica come affezioni purulente acute o croniche scompaiano con l'insorgere di infezioni acute e spesso il primo processo cede al comparire del secondo.

Ricordiamo la parola del prof. Stanziale quando ci diceva che molte volte una blenorragia, anche assai ribelle, cessa d'incanto quando nello stesso soggetto insorge una pneumonite.

Tanto è dovuto perchè: 1° l'alta temperatura, come ad es. quella che produce la pneumonite, è sfavorevole alla vita e vegetazione dei piogeni e quindi sia del gonococco che già a 38° vive male, sia degli stafilo- e streptococchi ecc.; 2° le infezioni acute producono sempre una vera tossiemia e le eso- ed endotossine circolanti nel torrente umorale dell'individuo danneggiano di consuetudine la moltiplicazione dei piogeni, tranne rari casi in cui, invece, una simbiosi dei due ceppi batterici danneggi ancor più la resistenza organica dell'individuo.

Riferiamo una nota clinica, degna di rilievo.

Trattavasi di un bambino tredicenne, figlio di un distinto collega oculista, ammalatosi acutamente di otite media purulenta sinistra, diagnosi esattamente per prima posta dall'otoiatra Prof. Musso e convalidata poi anche da altri.

Al 4° giorno di malattia uno di noi (di Lauro) fu invitato ad accorrere presso il letto dell'ammalato.

Il piccolo paziente presentava febbre continua elevata, che nei giorni precedenti era stata suppurativa, forte risentimento al mastoide, cefalea, vomito indipendentemente dai pasti, nausea, vertigini, onde si pensò ad una labirintite complicata ad endomastoidite.

All'esame otoscopico di Lauro rilevò una membrana timpanica iperemica e protundente all'esterno, onde consigliò la paracentesi timpanica.

E poichè moltissimi colleghi accorsero, come di dovere, al capezzale del piccolo ammalato, al 6° giorno il prof. Giliberti rilevò una ottusità, che divenne patognomonica più tardi di pneumonite franca, della base polmonare destra, localizzazione pneumonica poco frequente in clinica pediatrica, giacchè di solito nei bambini è il lobo superiore destro interessato.

L'indomani si ritornò dal piccolo e quale non fu la meraviglia di tutti, quando scomparve del tutto la sintomatologia dell'affezione otitica: niente mastoidodinia ed irritazione dell'orecchio interno, reliquando solo la sintomatologia della polmonite e un lieve grado di meningite.

Il decorso ulteriore fu normale, come normale fu la guarigione.

***

Non v'è alcun dubbio sulla diagnosi di otite media purulenta acuta non secretiva, sia per la visuale endoscopica del timpano, sia per la febbre nettamente suppurativa dei primi giorni. Che tale processo suppurativo, grave nel caso in ispecie, sia stato influenzato favorevolmente dall'insorgenza della polmonite franca è ovvio, perchè quando la sintomatologia del fatto pneumonico fu palese nella sua piena estrinsecazione clinica (febbre continua a 40°, tosse, aumento notevole degli atti respiratorii in rapporto alle rivoluzioni cardiache 1:2. quando il rapporto normale, come è noto, è 1:4) cessarono, come d'incanto, le imponenti manifestazioni cliniche otitiche.

CHIRURGIA

Se l'alcool sia sufficiente per la disinfezione degli istrumenti chirurgici

F. BRÜNING, Berlin, Lichterfelde (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 47) mette in rilievo che in alcuni casi di cancrena gassosa susseguente ad intervento operativo, è stato potuto accertare che i germi erano pervenuti sul campo chirurgico per mezzo dei ferri disinfettati con alcool. Di questi casi ne sono stati segnalati recentemente due in America e due in Germania.

Bisogna ormai che i chirurgi ed i batteriologi si persuadano che l'azione disinfettante dell'alcool sugli istrumenti chirurgici è quanto mai malsicura, e che il fare ricorso ad essa pone in pericolo la vita del paziente.

Non è sufficiente obiettare che l'alcool serve bene per la disinfezione delle mani e della cute in genere. L'azione dell'alcool sulla pelle non produce la distruzione dei germi, ma soltanto un arresto ed una fissazione di questi. L'alcool non distrugge i germi, ma solo li indebolisce e limita la loro capacità riproduttiva.

L'azione germicida dell'alcool è in realtà assai piccola, e bisogna anche tener presente che l'alcool a 96° è meno efficace dell'alcool a 60° o a 70°, sotto questo punto di vista.

In ogni caso l'azione germicida di altri liquidi (sublimato, carbolo, lisolo) è molto superiore a quella dell'alcool.

Il metodo di elezione per la disinfezione degli strumenti chirurgici deve essere l'ebullizione.

Inoltre, bisogna anche por mente al fatto che frequentemente dopo iniezioni od operazioni nelle vicinanze dell'ano, si sono avuti casi di tetano o di cancrena gassosa.

Poichè nel contenuto intestinale è stata dimostrata la presenza tanto del bacillo del tetano, quanto di quello della cancrena gassosa, tutto autorizza a pensare che i germi — presenti sulla superficie cutanea — e non uccisi dalla disinfezione con l'alcool, siano penetrati in profondità, con l'iniezione o coll'intervento operativo. Da ciò scaturisce un altro precetto, che bisogna evitare, cioè, di praticare le iniezioni sulla coscia, e che almeno le iniezioni sottocutanee vanno praticate sul braccio o sul petto.

DERMATOLOGIA

Cura delle più comuni dermatosi del cuoio capelluto

Secondo l'età, vi sono affezioni del cuoio capelluto caratteristiche dell'infanzia, altre più caratteristiche dell'adulto e del vecchio. Nel fanciullo come fa noto SABOURAUD (*Presse Médicale*, n. 61, 1926), le più comuni sono le impetigini, l'alopecia e le tigne.

Le impetigini sono molto spesso conseguenza di una pediculosi del cuoio capelluto; è logico quindi che la prima cura da praticarsi sia quella causale. Sotto questo riguardo, l'unguento grigio deve essere abbandonato perchè irritante; sarà utile invece una pomata contenente tante gocce di xilolo o di benzina quanti i grammi di vaselina che si prescrivono. Applicandola la sera, l'indomani mattina tutti i pidocchi saranno distrutti e non resta che asportare le lendini aderenti ai capelli, il che si ottiene inzuppando questi con una soluzione di acido acetico o con aceto la sera, neutralizzando poi l'acido con una buon saponata il mattino dopo e pettinando il piccolo paziente con un pettine stretto.

Un'altra forma di impetigine comune nell'infanzia è quella da streptococchi, caratterizzata da ulcerazioni superficiali donde fuoriesce una sierosità che si coagula in croste color del miele, che ispessendosi in seguito rassomigliano a resina. In tale dermatosi bisogna prescrivere l'acqua di Alibour, che ha per formula:

Solfato di rame	gr. 3.
Solfato di zinco	» 2.
Tintura di zafferano	» 0.50
Alcool canforato	» 5.
Acqua distillata	un litro

e che viene usata preferibilmente per lozioni ripetute o anche per applicazioni locali con compresse imbevute di essa: in una settimana o poco più le croste si disseccano.

Dall'impetigine, nonostante che gli AA. tedeschi ne facciano un solo gruppo, dovrà distinguersi la porofollicolite di Besnier, che è una infezione stafilococcica, con pustole localizzate al punto di impianto di un

Digitized by Google

capello, il quale sporge al centro della pustola stessa. Queste pustole non si rompono così facilmente come quelle delle impetigini e disseccandosi formano delle piccole crosticine che si staccano quando al di sotto di esse si riforma l'epidermide. Nelle porofollicoliti, come in tutte le dermatosi che colpiscono il follicolo del pelo, il miglior topico è la seguente lozione solforosa:

Zolfo precipitato lavato	gr. 10
Alcool a 90°	» 20
Glicerina neutra	» 10
Acqua distillata q. b. per	» 100

agitare prima dell'uso.

Questa lozione, applicata sul capo, si dissecca e resta così sulle lesioni uno strato di zolfo polverulento che si potrà togliere, quando lo si vorrà, con una saponata.

L'alopecia si distinguerà facilmente dalla tigna tonsurante, perchè nella prima le zone rotonde prive di capelli sono pulite, assolutamente calve e circondate da capelli normali, mentre nella seconda affezione le zone di alopecia presentano nel loro mezzo qualche capello e sono ricoperte da squame aderenti. Nell'alopecia si accerterà dapprima, se esiste credo-lue e in caso affermativo la si curerà usando non un trattamento breve ed energico, bensì uno di lunga durata, lo sciroppo mercuriale di Gibert, per es. Come trattamento locale, lavare con sapone al mattino e applicare su tutto il cuoio capelluto ogni sera la seguente pomata:

Olio di cade	gr. 10
Lanolina	» 10
Vaselina	» 10

incorporandovi, volendolo, 1 gr. di ossido giallo di mercurio. Questa pomata impedirà la comparsa di altre zone alopeciche; in pari tempo si stimolerà la crescita dei capelli caduti con la formula di Besnier:

Acido acetico glaciale	gr. 1
Etere officinale	» 30

Al contrario dell'alopecie, le tigne sono delle affezioni eminentemente contagiose ed epidemiche. Se qualche dubbio sorgesse nella diagnosi tra tigna favosa e impetigine, la durata della malattia lo chiarirà, poichè la tigna favosa, non curata, dura mesi ed anni. In questa forma, ricorrere subito alla depilazione coi raggi X [nei piccoli paesi, nei quali non esistono impianti Roentgen adatti, si può usare allo stesso scopo l'acetato di tallio, recentemente proposto con buoni risultati e di cui già altre volte si è occupata la *Riforma Medica*. N. d. R.]; poi si praticherà un'antisepsi continuata per 1-2 mesi della superficie del cuoio capelluto usando la pomata all'olio di cade anzidetta, applicandola con leggero massaggio ogni sera e lavando il mattino dopo con sapone di Marsiglia, indi frizionando con un batuffolo di ovatta imbevuto di alcool iodato al % (tintura di iodo, una parte; alcool a 90°, nove parti).

Nella tigna tonsurante il trattamento locale è identico a quello ora detto; se si tratta di una scolaresca, poi, si potranno con vantaggio frizionare con alcool iodato tutte le teste apparentemente sane: si impedirà così il diffondersi della dermatosi, guarendo anche al loro inizio delle tigne ancora non ben riconoscibili ad occhio nudo.

Passando al periodo della pre-pubertà, si è colpiti dalla grande frequenza della forfora o pitiriasis simplex, tanto enigmatica come etiologia (forse in rapporto con le modificazioni della vita sessuale?) e tanto ribelle ai medicamenti. Le applicazioni topiche di solfuro di potassio 1/300, infatti, o meglio quelle con la pomata all'olio di cade anzi detta, faranno scomparire le squame per qualche giorno, ma ben presto esse possono ricomparire. Non si esageri in ogni caso con i solfuri alcalini, perchè questi scolorano i capelli e li distruggono. La pitiriasis simplex intanto, dopo qualche anno, dà luogo a maggiori inconvenienti: le squame da secche che erano diventano grasse (p. steatoide) e i capelli cominciano a cadere. Quando alle squame grasse si sostituisce un essudato grasso uniforme, la seborrea si è istituita. La cura allora cambia: se nella pitiriasis simplex, il miglior medicamento è la pomata cadica, quando le squame tendono a diventar grasse ad essa bisogna aggiungere dello zolfo e anche della resorcina 1:30; ma se la seborrea è conclamata è solo allo zolfo che bisogna ricorrere, sia in polvere, sia in lozione o in pomata, a 1:10 o in soluzioni. L'unico liquido nel quale lo zolfo è solubile è il solfuro di carbonio, che però ha un odore sgradevolissimo, è infiammabile e produce un vivo bruciore, sebbene poco durevole, della pelle; tutti inconvenienti che possono attenuarsi con l'aggiunta ad esso di altre sostanze chimiche, raggiungendo così lo scopo di poter portare lo zolfo allo stato nascente nei pori della pelle. E' consigliabile, quindi, nelle seborree del cuoio capelluto, di servirsi (applicandola ogni sera per un minuto innanzi alla finestra aperta e frizionando energicamente) della seguente formula:

Solfuro di carbonio puro	gr. 100
Zolfo ottaedrico	» 10
Tetracloruro di carbonio	» 200

Molte calvizie saranno così arrestate. E' interessante però conoscere se la caduta dei capelli è in rapporto causale con una pregressa malattia infettiva, poichè in tal caso il « defluvium capillorum » non durerà più di 5-6 settimane e spontaneamente si fermerà avendosi poi la ricrescita dei capelli. In questo caso, si sarà più ottimisti come prognosi e basterà consigliare all'infermo una lozione tonica, per es.:

Acqua distillata	gr. 30.—
Cloridrato di pilocarpina	» 0,50
Nitrato di potassio	» 0,50
Alcoolato di lavanda	» 30,—
Acetone	» 30,—
Alcool a 90°	q. b. p. » 300,—

Si terrà, infine, presente che molte alopecie si verificano anche nel periodo secondario della sifilide e si andrà alla ricerca di questa infezione specialmente se si osserva che i capelli cadono sulle regioni temporali, che la seborrea rispetta, e che contemporaneamente cadono anche le ciglia.

Un'altra affezione molto comune del cuoio capelluto è l'eczema. Se si tratta di un eczema seborroico dei giovani, che è quasi sempre conseguenza di una pitiriasi del capo, si prescriverà la pomata all'olio di cade solforata. Nell'eczema dei giovani anemici, invece, a tipo essudativo, si raccomanderà una migliore igiene fisica e mentale (minor lavoro intellettuale, vita all'aria aperta, ginnastica) e una dieta alimentare molto nutriente. Localmente si userà la pomata:

Catrame minerale lavato neutro	gr. 6
Lanolina	» 6
Ossido di zinco	» 3
Vaselina	» 20

che dà effetti rapidi applicandola la sera e asportando l'eccesso il mattino dopo con un corpo grasso (burro fresco, olio ecc.).

Nell'eczema degli adulti pletorici, gioverà consigliare una dietetica limitata (sopra tutto abolire dalla dieta il pane) e l'uso della pomata all'olio di cade solforata. La stessa prescrizione sarà utile nell'acne necrotica del cuoio capelluto, nelle acne della nuca, ecc. degli stessi soggetti pletorici.

Nell'adulto si possono riscontrare ancora, varie forme di alopecia, luetiche o dipendenti da disturbi endocrini (tiroidei, genitali, ecc.), nei quali, oltre al trattamento causale, si userà l'olio di cade e i rubefacenti, localmente. I così detti lichen circoscritti, meglio chiamati oggi nevrodermiti, guariranno con le frizioni giornaliere di tintura di iodo diluita 1:100, seguite da applicazioni di pomata al catrame minerale. Nel lupus eritematoso, si interverrà invece con la neve carbonica, usata per applicazioni di 8-9 secondi ogni 15 giorni e somministrando internamente forti dosi di iodo. La alopecia parvimaculata di Drew (pseudo-alopecia di Brocq) sarà arrestata solo con la cura dello zolfo, applicato per lozioni ogni sera.

Nel vecchio, non si hanno dermatosi del cuoio capelluto caratteristiche dell'età, bensì si osserva l'evoluzione successiva delle affezioni già dette prima. Tuttavia è proprio dell'età avanzata la degenerazione carcinomatosa di certi « naevi » (curabili con l'exeresi chirurgica e successive applicazioni di radium) e la presenza di verruche piatte seborroiche senili (trattamento col galvanocauterio).

MEDICINA LEGALE

I segni della morte reale

Come fa osservare R. Cardenal Sanchez (*La Med. Ibera*, n. 448), è questo un problema che desta tuttora un grandissimo interesse non solo nei medici legali, ma anche nei profani a causa della sua estrema importanza.

La rigidità cadaverica ha grande importanza speculativa: essa suole apparire sin dalla terza ora dal decesso, ed è talvolta rapidissima, specialmente nella morte per tetano o per avvelenamento da stricnina.

La perdita della contrattilità idiomuscolare ed elettrica sarebbe un segno assolutamente certo, se si presentasse precocemente. Però per la sua comprovazione essendo necessaria la sparizione della rigidità cadaverica, non è applicabile nella maggioranza dei casi.

L'assenza di ogni tono cardiaco per oltre 5 minuti costituisce uno dei fatti più semplici e sicuri che possano dimostrare la realtà della morte.

Digitized by Google

Middeldorf consiglia di introdurre nella parete toracica un ago largo e fine, che, al raggiungere il cuore, verrebbe ad essere spostato in caso di morte apparente. Questo metodo, pur essendo preciso, è respinto perchè molto pericoloso. —

L'arteriotomia è consigliata e praticata da numerosi autori. La fuoriuscita di sangue dalla temporale o dalla radiale (comunemente scelte per tale operazione) è prova sicura di vita latente.

L'applicazione dell'oscillometro di Pachon nelle parti alte degli arti riesce a dare la sicurezza completa della persistenza o non della circolazione. Il metodo della fluorescina consiste nel praticare una o più iniezioni endovenose o intramuscolari di una soluzione alcalina di fluoresciна. La morte è certa se dopo due ore i tessuti non vengono a colorarsi.

Questo metodo però non è molto usato perchè la fluorescina può riuscire pericolosa per le impurità che contiene, nonchè dà al soggetto, se la morte è apparente, un aspetto addirittura fantastico.

Il segno della ventosa si basa sul fatto che quando si applicano ventose nella regione ombelicale ad una persona il cui cuore non ha cessato di battere, si producono le caratteristiche macchie violette, che invece mancano se è già avvenuta la morte. Questo metodo però non è molto sicuro perchè talvolta dà risultati discordi.

L'A. propone il metodo della transilluminazione come il più sicuro e inoffensivo: il lobulo dell'orecchio nella morte apparente, guardato in una camera oscura, si presenta colorato in rosso intenso uniforme, se dietro di esso si pone una lampadina elettrica; viceversa si presenta giallo pallido nella morte reale.

Le prove oftalmologiche incontrano oggi molto favore: instillando sulla congiuntiva una goccia di sostanze vasodilatatrici (dionina in soluzione al 20 % o mentolo in vaselina sterile) si viene a produrre nei soggetti in morte apparente, arrossamento e lagrimazione. Nel cadavere questa reazione è negativa.

Stringendo fra le due branche di una robusta pinza un lembo di cute questo, nel cadavere, rimane secco e pergamenaccio; viceversa nel soggetto ancora in vita il sangue circolante apporterà a questo lembo nuovi umori, si che gradatamente il segno di compressione sparisce. Questo si verifica generalmente entro i 30 minuti.

I segni della putrefazione sono i soli che dànno la sicurezza assoluta della morte (macchie verdi addominali).

La reazione solfidrica di Icard si basa sull'annerimento dei sali metallici di piombo in presenza di gas solforati, (che, com'è noto, provengono dalla putrefazione pulmonare). Questa prova però non è sicura perchè è molto lenta a prodursi e d'altra parte si produce anche in vita, nei soggetti cancerosi. L'acidità del plasma e dei visceri è una buona prova dell'incipiente putrefazione.

Però è necessario riferire che i suddetti segni non raramente sono insufficienti: ma esiste un gran numero di essi insieme presenti che, accuratamente ricercati, possono dare al medico l'assoluta sicurezza.

RICORDI DI TECNICA

Tecnica per lo studio clinico della coagulabilità del sangue.

E. F. Thèobalt (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n. 2, agosto 1926), riferisce le tecniche seguenti.

a) *Determinazione del tempo di emorragia (prova di Duke).* Con un vaccinostilo sterilizzato, si pratica una puntura di 2 mm. di lunghezza all'estremità del lobulo dell'orecchio e si asciugano le gocce di sangue che fuoriescono, ogni mezzo minuto, con carta assorbente, senza toccare la ferita, finchè l'emorragia si arresta. Normalmente l'emorragia dura 3 minuti. E' buona norma ripetere questa prova tre volte durante la stessa giornata per avere valori esatti.

b) Determinazione del tempo di coagulazione. Mediante puntura di una vena, si raccoglie su di un vetrino portaoggetti pulitissimo una grossa goccia di sangue: la coagulazione è completa quando, inclinando il vetrino in tutti i sensi, la goccia non cambia più di forma. Ciò avviene negli individui normali entro quindici minuti.

Un altro metodo consiste nel prelevare 10 cc. di sangue con una siringa da una vena della piega del gomito e nel versarli in una provettina, riscaldata precedentemente al calor rosso e raffreddata. Si lascia la provetta, dopo averla tappata, a temperatura di circa 15° C e in posizione verticale: negli individui normali la superficie del sangue diventa immobile in dieci minuti.

c) *Retrattilità del coagulo.* Se si raccolgono 10 cc. di sangue di un individuo sano in una provetta e si lascia questa in posizione verticale e alla temperatura di circa 15° C, dopo circa cinque ore il coagulo comincia a retrarsi e a dar luogo alla formazione del siero; in 15-18 ore il fenomeno è completo. Se il siero invece non compare e il sangue resta coagulato in una massa compatta, si dice che il coagulo è irretrattile.

Talora può avvenire che sia solo ritardata la coagulazione del sangue e che, prima ancora che il coagulo si formi, i globuli rossi si depositano al fondo della provetta in cui il sangue è contenuto, mentre i globuli bianchi e le piastrine restano sospese nel plasma soprastante. In questi casi, quando il coagulo sarà formato, presenterà due tinte: una, superiore, biancastra ed una, inferiore, rossastra (coagulazione plasmatica di Gilbert e Weil).

In altri casi ancora si osserva che il coagulo, dopo essersi formato, si dissolve. Questo fenomeno si può studiare bene con la tecnica di P.-E. Weil. Si raccolgono, a tale scopo, 5 cc. di sangue in un Erlenmayer, nuovo e sterilizzato, e vi si fanno coagulare, tenendo l'Erlenmayer in posizione inclinata. Dopo 4 ore, si dispone il recipiente in posizione verticale e si ricopre il coagulo con olio di paraffina sterilizzato. Normalmente non si nota alcuna modificazione del coagulo, ma in certi epatici, invece, il coagulo in capo a due gorni comincia a dissolversi e al 4° giorno è fluidificato per metà.

d) *Sedimentazione dei globuli rossi (tecnica di Linzenmeier).* Si raccolgono, mediante puntura venosa, in una siringa contenente 0,2 cc. di citrato di sodio al 5 %, 0,8 cc. di sangue. Si rimescola il tutto e si versa in una provetta di cm. 6.5 di altezza e di mm. 5 di diametro, graduata. Si calcola, quindi, il tempo nel quale la colonna di globuli rossi, sedimentando questi ultimi, raggiunge il segno 18: ciò normalmente avviene in 4-10 ore. Questo tempo di sedimentazione è minore nella donna durante le mestruazioni e specialmente durante la gravidanza, nel fanciullo e in diversi stati patologici (tubercolosi polmonare, ecc.).

Un nuovo metodo di dosaggio quantitativo dell'albumina nell'urina. — A. Porsio (Istituto di Anatomia normale della R. U. di Palermo; *La Cult. Med. Moderna*, n. 20, 1926) propone un metodo di dosaggio quantitativo dell'albumina nell'urina, che ha lo scopo di ovviare all'inconveniente del metodo di Esbach di dover aspettare 24 ore per la lettura dei valori, per dar tempo che sedimenti tutto il precipitato. Il reattivo adoperato dall'A. è tintura iodo-iodurata, preparata sciogliendo 10 gr. di ioduro di potassio in 10 cc. di acqua distillata e aggiungendo, quando tutto l'ioduro è sciolto, 9 cc. di alcool a 95° e un grammo di iodio metallico, precedentemente disciolto nell'alcool. Per la determinazione dell'albumina si usa poi l'albuminometro di Esbach, sostituendo la tintura iodo-iodurata al reattivo di Esbach. Si ottura l'apparecchio col tappo di gomma e si agita fortemente; si lascia sedimentare e dopo 2-3 ore si può fare la lettura della quantità di albumina.

Nelle ricerche dell'A. questo nuovo metodo ha dato sempre valori concordanti con quello di Esbach, anzi in alcuni casi si è dimostrato più sensibile di questo. Ne consegue, perciò, che esso può essere usato con utilità specialmente quando si debbono fare nello stesso giorno diverse determinazioni quantitative di albumina in urina; si ha il vantaggio allora di poterle eseguire tutte, l'una dopo l'altra, nello stesso gorno, senza bisogno di avere a disposizione diversi albuminometri nè di attendere 24 ore per fare la lettura.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Magnocid, nuovo preparato di cloro. — H. Lochbrunner (Reparto dermoceltico dell'Ospedale civile di Monaco, Schwapin, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 47), riferisce che da poco tempo è stato messo in commercio un nuovo preparato di cloro, chiamato Magnocid, sotto forma di polvere e di tavolette.

Questo preparato ha larga applicazione nella pratica dermatologica.

Anzitutto rende dei buoni servizi nel trattamento delle ulceri, ne purifica la superficie, ed agisce energicamente come stimolante delle granulazioni e come favorente la riepitelizzazione.

E' poi insuperabile come deodorante. In nessun caso si è potuta constatare un'azione stimolante sulla cute sana. La stabilità della composizione, e la capacità di cedere spontaneamente il cloro che vi è contenuto danno al Magnocid la precedenza su qualunque altro composto di cloro finora adoperato.

Tutti i prodotti che si possono scindere in acqua — come il Magnocid — sono privi di attività irritante sul tessuto organico; la quantità dell'acido ipoclorico che vi è contenuta viene automaticamente dosata per la sua limitata solubilità in acqua.

L'Analgit nella furuncolosi. — A. Bramer. Berlino (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 47) ricorda che sono già noti gli effetti favorevoli sulla foruncolosi, dell'iperemia artificiale alla Bier, e quelli delle ventose, che agiscono favorevolmente sul tessuto infiltrato.

Sullo stesso principio terapeutico è fondato l'uso dell'Analgit, che è olio di senape, reso particolarmente attivo con speciali procedimenti.

Digitized by Google

Esso produce sui tessuti un'iperemia intensa e profonda; sono suscettibili di questo trattamento solo i foruncoli a cute integra, e bisogna spalmare non solo la zona ammalata, ma anche la cute sana circostante, per circa 2 cm. intorno.

Dopo l'applicazione si ha una reazione dolorosa per circa 2 o 3 minuti, ma poi essa sparisce completamente, e l'ammalato avverte un senso di benessere ed una diminuzione della fastidiosa tensione della cute affetta.

Si fanno — di solito — due applicazioni, ad intervallo di 3 o 4 ore.

Nei giorni seguenti — nei quali il trattamento non va ripetuto — si nota che la tensione ed il senso di stiramento sono completamente spariti, il tessuto è più morbido, ed in genere il focolaio foruncoloso si dissecca in pochi giorni.

Nei foruncoli che si trovano in uno stadio ulteriore di sviluppo e che manifestano fluttuazione, si ha l'apertura spontanea con fuoriuscita di poco siero, e quasi assenza di pus, e si ha rapido miglioramento.

Nei foruncoli con grande fluttuazione, che si trovano, cioè, in uno stadio ancora più avanzato, dopo poco dall'applicazione dell'Analgit, bisogna svuotare l'ascesso con la puntura, poichè sotto l'azione dell'Analgit l'infiltrazione linfocitaria nel tessuto e nel focolaio ascessuale aumenta notevolmente, provocando nel paziente dolore più vivo, e più fastidioso senso di tensione, analogamente a ciò che avviene col metodo alla Bier.

FORMULARIO

Nelle entero-coliti da flagellati. — Quando gli agenti causali siano il *Chilomastix Mesnili*, il *Trichomonas*, il *Cercomonas*, ecc., R. Deschiens (*Revue Médicale Universelle*, n. 10, 1926) pratica la cura classica di Escomel, e cioè:

a) Somministra ogni due ore per tre giorni un cucchiaio da zuppa della seguente pozione:

Essenza di trementina	gr. 2-5
Elisir paregorico	» 8-12
Sciroppo gommoso	» 30
Giuleppe gommoso	» 120

b) Fa praticare, tre volte al giorno, per tre giorni, dei clisteri con:

Essenza di trementina	gocce XV-XXX
Laudano	gocce V-X
Acqua bollita	gr. 60

Invece della cura d'Escomel, si può istituire quella con gli arsenobenzoli, o somministrandoli per iniezioni e facendo uso dell'acetylarsan, o per via orale e ricorrendo alle compresse di stovarsol o di treparsol, così come si fa per la lambliasi.

Le entero-coliti da *lamblia intestinalis* sono più ribelli alle cure. Si tenterà dapprima una terapia con le compresse di stovarsol o di treparsol (dosate a gr. 0,25 ognuna), somministrate al mattino, a digiuno, e nel seguente modo: 1° giorno, 1 compressa; 2° giorno, 2 compresse; 3° giorno, 3 compresse; dal 4° all'8° giorno, 4 compresse; 9° giorno: gr. 0,30 di calomelano. Si farà seguire a questa una seconda serie simile, sorvegliando la pelle dell'ammalato per prevenire un eventuale eritema tossico.

In circa il 20 % dei casi, le lamblie resistono a questa cura: si somministreranno allora per quindici giorni e al mattino, a digiuno, 50 gr. di carbonato di bismuto *pro die* sospesi in un bicchiere d'acqua; al 16° giorno, gr. 0,30 di calomelano; poi nuova cura con carbonato di bismuto per altri quindici giorni. Questa cura deve essere talora protratta per due mesi, per ottenere la scomparsa dei parassiti intestinali; essa presenta l'inconveniente dell'alto prezzo dei sali di bismuto.

□□□

COMMENTI E POSTILLE

A proposito di iperglicemia e acido carbonico eliminato con la respirazione

Nel n. 43 della *Riforma Medica* 1926 il Prof. Liotta pubblicò un interessante lavoro di ricerche sull'iperglicemia provocata e sulla esalazione carbonica nel diabete ed in altri stati morbosi.

Riguardo al rapporto fra perturbamenti nel ricambio dei carboidrati ed esalazioni di CO_2 nei diabetici io mi sono occupato molti anni fa (*Deutsche Archiv. für Klinische Medizine*, LII, Bd. 1880) per quanto da un altro punto di vista che non quello del professore Liotta. In quel mio studio mi era prefisso lo scopo di determinare in diabetici le oscillazioni del peso del corpo in rapporto a diversi trattamenti e la quantità di CO_2 eliminata con le respirazioni, parallelamente al glucosio emesso con le urine; volevo vedere se l'eliminazione del CO_2 colla respirazione potesse indicare in certo modo il grado della combustione del glucosio.

Nelle mie osservazioni constatai anzitutto che l'eliminazione del CO_2 era minore nei diabetici che non negli individui normali; fatto che è stato rilevato anche da Lehmann nella Clinica di Epstein.

Sotto vari trattamenti poi trovai che con la diminuzione del glucosio aumentava la quantità di CO_2 eliminata, mentre aumentava il peso del corpo e la forza muscolare. Queste mie conclusioni di allora trovano indirette conferme dagli studi moderni di Epstein e Felsen i quali hanno trovato che il progressivo aumento dello zucchero nel sangue era associato con una graduale diminuzione del CO_2 alveolare ed hanno considerato anzi questi fatti quali indice di imminente coma.

Lusk trovò che nel diabete la formazione di acido ossibutirrico tende a deprimere il quoziente respiratorio.

Nei miei casi di diabete la somministrazione di bicarbonato di soda aumentava la quantità di CO_2 eliminata mentre diminuiva parallelamente il glucosio eliminato e aumentava il peso del corpo. Il bicarbonato di soda facilita la combustione del glucosio. Questo fu dimostrato anche dai lavori di Hugounencq nella Clinica di Lepine parecchi anni fa Egli mediante reazioni *in vitro* in mezzo alcalino riuscì a passare dal glucosio all'alcool. Il mio Assistente Prof. D. Tuliatos nel 1923 per la sua libera docenza presentò una tesi sul valore del quoziente respiratorio nella glucosuria in genere (Genova Tip. L'Italica 1923). In essa ha studiato questo argomento con grande esattezza e con dettagli scrupolosi. Egli appunto nei soggetti diabetici a riposo e a digiuno da 14 ore, trovò il quoziente respiratorio e tutti gli elementi del chimismo respiratorio per unità di kilogramma di peso del corpo e minuto, inferiori a quelli degli individui normali.

In diabetici a riposo e dopo ingestione di glucosio l'iperglicemia aumentava rapidamente, mentre il quoziente respiratorio si elevava assai tardivamente ed era inferiore a quello osservato in individui sani.

In soggetti normali e donne gravide a riposo, dopo l'ingestione del glucosio il quoziente respiratorio aumentò rapidamente in proporzione alla quantità dello zucchero ingerito. Egli trovò che l'importanza del quoziente respiratorio sta nel grado della sua elevazione che tanto nei sani e con ogni probabilità nei diabetici è in relazione con la capacità glicolitica dell'organismo. Più il quoziente respiratorio si eleva, più forte sarebbe la combustione del glucosio ingerito e per conseguenza più forte il potere glicolitico dei tessuti.

Questi fatti ho voluto ricordare per attirare l'attenzione degli studiosi che si interessano di questi argomenti e ricordare i nostri studi salvandoli da involontarie dimenticanze

Prof. P. E. Livierato
Direttore dell'Istit. di Pat. Spec. Medica nella R. Università di Genova

LIBRI ED OPUSCOLI

Pianese G. *Elementi di Anatomia Patologica generale*. Lezioni. Napoli, Officina Arti Grafiche Russo. 1 vol. in 16 gr. pagg. 619. Prezzo Lire 95. (Vendibile presso il Custode dell'Istituto Anatomo-Patologico, S. Patrizia 4, Napoli).

Quando si tratta dell'opera di un Cattedratico, il compito della stampa potrebbe dirsi semplificato. I lettori sentirebbero abbastanza, dal semplice riferimento di un frontespizio e di un indice. Il recensore conterebbe qualche fatica di meno, e l'economia di un frasario sorpassato!

Noi pensiamo tuttavia che la missione del giornalismo possa elevarsi, allorquando, oltre il nome, oltre le pagine tipografiche, possa contemplarsi, prospettare, analizzare o magari discutersi, una concezione; un indirizzo, un metodo; una scuola.

Se, per la consuetudine editoriale avremo qui ricordato: che i singoli gruppi di Lezioni del Prof. Pianese, rispettivamente concernono: «La cellula, le degenerazioni; i vasi sanguiferi, il sangue, i disturbi locali di circolazione; il sistema reticolo-endoteliale, le sue funzioni e le sue malattie; le infiammazioni; i granulomi; i blastomi in genere ed in ispecie», studiosi e studenti vedranno, di primo acchito, la portata del libro. Esonerato è il recensore dal dire come codesti argomenti siano pe-

Digitized by Google

netrati, assimilati e resi, da un ricercatore, il quale ha, al proprio attivo l'annosa e diuturna fatica del laboratorio, dell'anfiteatro, della scuola.

Premesso questo, che non può essere di laude superflua ad una fama affermata; rimane, come dicevo, alla stampa, la valutazione, o quanto meno la designazione della concezione intellettuale.

Senza dubbio chi sia in grado di profondarsi in uno sguardo retrospettivo sull'ultimo quarantennio; tenendo di mira la struttura delle più classiche opere o raccolta di lezioni, che un tempo si assegnarono alla «Patologia Generale» ed alla «Anatomia Patologica», vede nell'opera del nostro Autore, un segno tangibile e plausibile di una orientazione diversa. Il flusso del pensiero, le correnti della dottrina, — non altrimenti di innumerevoli manifestazioni del moto — debbono non cristallizzarsi. *Sursum!*

Il libro, segna a nostro vedere, e come può averlo concepito un competente, l'ora che volge, il trapasso salutare da confini verso altri domini. Se si integra così l'Anatomia Patologica, non si svaluta nè si depaupera la Patologia Generale, alla quale affluiscono sempre nuovi rivoli, si schiudono campi da esplorare.

Questo il concetto che crediamo esserci formato dell'opera. In questo ordine di idee, crediamo ogni studioso sia per raccogliere l'incitamento a possederla.

AIEVOLI

Spigolature di Scienza, con Prefazione del Prof. L. BIANCHI e Appendice: *Giordano Bruno nel pensiero moderno* del dott. P. PUCCI. Napoli N. Jovine e C. editori, 1925. Prezzo L. 25.

Nell'ondata di neopsichismo che c'invade, venuto su gigante dalla guerra immane, la cui spaventosa immagine tuttora sconvolge il fondo atavico del soprannaturale, che si annida in noi da che mondo è mondo e si affaccia allo spirito nostro volente o nolente ad ogni imperversare di eventi catastrofici, parlare di questo bel libro del Pucci, è quasi andare contro corrente.

Eppure, la lotta fra idealismo e realismo è sempre viva, la concezione serena della vita, così comune negli orientali è per noi un mito che ci meraviglia e seduce, ma non acqueta lo spirito nostro agitato, assillato sempre dal problema dell'ignoto, mentre l'amore, la pace, il bene universale esulano dalla realtà, che continuamente vi contrasta e ci attrista.

E così vediamo, tuttora, rimesse in esame le dottrine e le teorie sin qui ritenute più fondate ed incrollabili, e la gravità, l'evoluzione, la generazione spontanea, l'eredità e la costituzione, la materia e la forza, l'indistruttibilità della materia e l'atomo indivisibile tornano in campo, e nuove dottrine e nuove teorie cercano di assurgere al posto delle antiche e di sostituirvisi.

In queste *Spigolature di Scienza*, noi vediamo, appunto, muoversi tutto questo mondo d'idee e di fatti, e tutti i più gravi problemi della natura e della psiche presi in esame con una profondità e vastità di coltura, con una equanimità di giudizi, una limpidezza di stile ed una serenità di spirito — direi quasi una fede — che incanta ed attrae, perchè illumina l'intelletto sulle questioni, nelle quali più vivo e violento è il dibattito, senza mai forzarlo o soggiogarlo.

Discepolo del Tommasi ed assertore di quello spirito novatore, che con il rinascimento delle scienze costituì quello della medicina fra noi, il Pucci ha tutto l'entusiasmo, la freschezza, l'ardore giovanile di quelle lotte che culminarono con il progresso ed il trionfo del naturalismo sull'empirismo e l'idealismo di quel tempo, da noi pur vissuto, e che per il vorticoso e vertiginoso movimento dello scibile ci pare tuttavia così lontano.

Il Prof. Bianchi, in una splendida Prefazione al libro, che abbiamo dinanzi, ha da par suo messo in rilievo tutta la mole e l'importanza delle questioni e degli argomenti trattati in questo volume, che solo per l'innata modestia dell'Autore porta il titolo di Spigolature, e riteniamo che esso sarà letto con piacere e con profitto da chiunque voglia addestrarsi in questi studi e formarsi un'idea chiara dello stato attuale del naturalismo, di fronte alla nuova ed alle vecchia metafisica.

Il volume, che si presenta in bellissima veste tipografica, si chiude, come un fatidico suggello alle cose esposte innanzi, con un forte e coraggioso studio su l'opera poderosa di Giordano Bruno nella storia del pensiero moderno, e che costituisce un capitolo degno anch'esso di tutta l'attenzione del lettore.

F. MATONI

Brusa P. *Sieroterapia ed allergia congenita.* Estratto dal «Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese», fasc. II, aprile 1926.

Leyro Diaz J. *Laringofaringostomia por cancer.* Tip. «Las Ciencias», Buenos Ayres, 1925.

Pellegrini R. *Il «verum semen» in medicina legale ecclesiastica.* Estratto dal «Morgagni», n. 14, 1926.

DECRETI E LEGGI

Obbligatorietà della vaccinazione antitifica

Con Decreto del Capo del Governo, in data 2 dicembre 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 287, 1926, è stato decretato di rendere obbligatoria la vaccinazione antitifica:

a) per il personale di assistenza e per quello addetto ai servizi di cucina, di disinfezione, di lavanderia e di pulizia degli ospedali, ed in genere degli istituti e delle case di cura, sia pubblici che privati;

b) per il personale addetto ai servizi di disinfezione, alle lavanderie pubbliche ed al trasporto dei malati, anche se dipendente da istituzioni private;

c) per il personale addetto ai servizi di approvvigionamento idrico, alla raccolta ed allo smercio del latte.

Il Prefetto, su proposta del medico provinciale, con propria ordinanza, ai sensi dell'art. 125 del testo unico delle leggi sanitarie 1. agosto 1907, n. 636, può rendere obbligatoria la vaccinazione antitifica:

a) alle collettività in caso di minaccia epidemica. In questo caso l'obbligo si può estendere oltre che ai componenti della collettività, anche alle persone addette al servizio e che hanno rapporti con l'esterno;

b) al personale addetto a pubblici servizi e che, a causa delle sue attribuzioni, può essere particolarmente esposto al pericolo di contagio;

c) in tutti gli altri casi di riconosciuta necessità ai fini di una più completa profilassi della febbre tifoide.

Le vaccinazioni vengono fatte a cura delle rispettive Amministrazioni, quando si tratti di collettività e di personale dipendente da istituzioni pubbliche; a cura del Comune negli altri casi.

Il Prefetto, quando ne riconosca la necessità, può rendere obbligatorio il funzionamento, a spese del Comune, di un servizio per le pubpubbliche vaccinazioni antitifiche gratuite.

Qualunque medico esegua la vaccinazione antitifica deve darne comunicazione all'ufficiale sanitario, indicando, insieme alle generalità delle persone vaccinate, anche la qualità e la provenienza del vaccino adoperato e la via di somministrazione.

L'ufficio comunale di igiene deve curare la registrazione individuale di dette vaccinazioni, e, se richiesto, deve rilasciarne gratuitamente il certificato.

Sono escluse dall'obbligo della vaccinazione le persone che da certificato medico risultino per età, per sofferta infezione tifosa, o per ragioni speciali in condizione da doversi esentare.

Per l'esecuzione del presente decreto verranno emanate dalla Direzione generale della sanità pubblica apposite istruzioni tecniche.

Dipendenza, attribuzioni e sedi dei maggiori generali medici ispettori

Con R. D. n. 1821, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 256 c. a., è stato decretato quanto segue:

ART. 1. — I tre maggiori medici ispettori hanno sede rispettivamente: a Milano, con compito ispettivo, nei riguardi del servizio sanitario militare, sul territorio dei Corpi d'armata di Torino, Alessandria, Milano, Verona, Trieste; a Firenze, con uguale compito ispettivo sul territorio dei Corpi d'armata di Bologna, Firenze, Roma e del Comando militare della Sardegna; a Napoli, con compito ispettivo sul territorio dei Corpi d'armata di Napoli, Bari e del Comando militare della Sicilia.

ART. 2. — I maggiori generali medici ispettori studiano, sulla base delle direttive ricevute dal Ministero della guerra, le questioni di carattere tecnico che riguardano il funzionamento del servizio sanitario in tempo di pace, nel territorio di rispettiva competenza.

ART. 3. — In esecuzione di tale compito, i maggiori generali medici ispettori compiono, previa autorizzazione ministeriale, ispezioni e visite agli stabilimenti sanitari della rispettiva zona, e ne riferiscono il risultato al Ministero della guerra ed ai Comandi di corpo d'armata interessati.

Spetta più particolarmente ad essi:

a) coordinare il servizio tecnico delle direzioni e degli stabilimenti sanitari della rispettiva zona;

b) compiere studi, sulla base di direttive avute dal Comando del corpo di Stato Maggiore, per predisporre il migliore funzionamento, in tempo di mobilitazione, del servizio sanitario nella rispettiva zona;

c) seguire lo sviluppo delle industrie nazionali che interessano il servizio sanitario, ed inoltrare proposte al Ministero della guerra circa quanto possa concorrere a mettere in grado le industrie stesse di meglio provvedere ai bisogni dell'Esercito in caso di guerra;

d) promuovere il miglioramento delle cognizioni e della pratica pro-

Digitized by Google

fessionale degli ufficiali medici in servizio ed in congedo, curando, per questi ultimi, le relazioni atte a tenerli al corrente della tecnica del servizio;

e) promuovere il collegamento coi servizi sanitari delle altre forze armate dello Stato, colle affini istituzioni civili e con i centri universitari e clinici;

f) dare incremento agli studi relativi a speciali rami della scienza medica militare, come: patologia coloniale, traumatologia di guerra, studi sulla leva, ecc.;

g) sovraintendere, in base alle direttive ricevute, alle provviste dei materiali ed alle collaudazioni da compiere.

NOTIZIE

La Facoltà Medica Napoletana per Antonio Cardarelli. — La Facoltà Medica della R. Università di Napoli nella sua ultima riunione, su proposta del prof. Francesco Paolo Sgobbo, ha fatto voti affinchè sulla casa abitata dal compianto Maestro Antonio Cardarelli sia apposta una lapide commemorativa e che al Suo nome sia intitolata o la via del Sole o la via S. Maria di Costantinopoli adiacenti alla abitazione del Sommo Clinico.

Il Maestro fu commemorato dal preside della Facoltà prof. Corrado ed il prof. Jemma propose di completare la borsa di studio intitolata ad Antonio Cardarelli, già istituita.

Costituzione del Consiglio di amministrazione dell' Istituto nazionale fascista di cultura. — Con R. D. 25 ottobre 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 22 novembre u. s., n. 269, il Consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale fascista di cultura con sede in Roma, è stato così costituito: On. prof. Giovanni Gentile, senatore del Regno, presidente; On. prof. avv. Alfredo Rocco, deputato al Parlamento, vice presidente; On. Augusto Turati, deputato al Parlamento, segretario generale del Partito Nazionale Fascista; On. Leandro Arpinati, deputato al Parlamento; Dott. Giuseppe Bianchini; On. dott. Giuseppe Bottai, deputato al Parlamento; Prof. Francesco Ercole; On. prof. Balbino Giuliano, deputato al Parlamento; On. prof. Pier Silverio Leicht, deputato al Parlamento; On. Edmondo Rossoni, deputato al Parlamento; On. prof. Gioacchino Volpe, deputato al Parlamento; Prof. Arnaldo Volpicelli; membri.

Per l' assistenza all' infanzia. — Con recente circolare della Direzione generale della Sanità pubblica, i Prefetti del Regno sono stati invitati a curare che negli esami per ufficiale sanitario e per idoneità ad imbarcare su navi mercantili sia data grande importanza ad accertare la preparazione dei candidati relativamente alle malattie infettive dell'infanzia, all'allattamento e all alimentazione del bambino, specialmente per gli ufficiali sanitari, all'igiene infantile, al baliatico, ai brefotrofi, agli ospedali pediatrici, alle leggi riguardanti la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia. Anche particolare importanza alla preparazione tecnica dei candidati nei riguardi dei problemi pediatrici e d'igiene infantile dovranno dare le Commissioni giudicatrici per la nomina dei medici condotti e delle ostetriche.

III Borsa di Studio Wassermann — E' aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto superiore del Regno.

L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 1° marzo 1927, dietro presentazione (per la II, III, IV rata) di un certificato della Segreteria dell Università o dell Istituto superiore da cui risulti l'iscrizione e la regolare frequenza al Corso o ai Corsi di perfezionamento.

Le ultime mille lire saranno versate alla vincitrice del concorso alla fine dell'anno di studio ove essa ne dimostri il buon esito, presentando un aggiudicatrice.

La scelta dell'Università o Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma dev'essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice.

La Commissione aggiudicatrice composta di tre dottoresse sarà nominata dal Consiglio dell'Associazione Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia (Dott.ssa Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore) non più tardi del 10 febbraio c. a.

Potranno partecipare al Concorso tutte le dottoresse italiane che risulteranno regolarmente iscritte alla Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia.

A parità di titoli sarà data la preferenza alla concorrente che trovasi in condizioni economiche disagiate o risieda in luogo lontano dai centri di studio.

Scuola di perfezionamento in Oto-Rino-Laringoiatria a Pisa. Sotto la direzione del chiarissimo prof. Bilancioni si è istituita presso la R. Università di Pisa la scuola di perfezionamento in oto-rino-laringoiatria avente lo scopo di formare specialisti nella branca ai fini e agli effetti del capo I, R. Decreto 30 settembre 1923, n. 2102, sull'ordinamento della Istruzione suepriore. Le lezioni sono tenute da professori di ruolo con l'eventuale concorso del personale assistente effettivo dei singoli istituti e da liberi docenti. Il corso è della durata di tre anni e avrà inizio il 1° febbraio 1927 e le domande vanno indirizzate al Rettore della R. Università di Pisa in carta da bollo da L. 2, non oltre il 5 febbraio p. v. Alla scuola sono ammessi i soli laureati in medicina e chirurgia. Le tasse complessive da versare ammontano a L. 1000 per ciascun anno, oltre L. 225 per sopratassa di esami.

Per maggiori informazioni rivolgersi al Direttore della Scuola, prof. G. Bilancioni. Clinica oto-rino-laringoiatrica, Pisa.

Corso di puericultura ed assistenza all' infanzia dell'opera nazionale per la maternità ed infanzia. — La C. R. I. avverte che il Corso di Puericultura da tenersi a Roma secondo incarico avuto dall'Opera Nazionale per la Maternità e l' Infanzia avrà inizio il 27 gennaio sotto la direzione del Prof. F. Valagussa. I singoli insegnamenti sono così distribuiti: Alimentazione infantile: Prof. L. Sympa, Prof. A. Ronchi. Igiene scolastica: Prof. A. Ilvento. Malattie infettive: Prof. R. Maggiora, Prof. P. Zannelli, Prof. T. Pantano. Ortopedia: Prof. S. Crainz. Radiodiagnostica e radioterapia: Prof. M. Serena. Neuropsichiatria: Prof. C. De Sanctis. Ginnastica medica: Prof. E. Gualdi. Legislazione sociale: Comm. A. Pavone. Il diploma conferito in seguito ad esame sarà titolo necessario per accedere ai posti di istituti fondati e sussidiati dall'Opera Nazionale per l'assistenza alla Maternità ed Infanzia.

Corso per assistenti sanitarie presso l' Ospedale civile di Venezia. Sono aperte le iscrizioni al corso assistenti sanitarie, che si inizierà nel mese di febbraio p. v. presso la Scuola Convitto « Nani » dell'Ospedale civile di Venezia. Le partecipanti al corso dovranno già essere fornite del diploma di infermiera, conseguito in una Scuola Convitto ufficialmente riconosciuta. Le iscrizioni resteranno aperte fino al 15 febbraio; per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale civile o alla Direzione della Scuola Convitto « Nani ».

Conferenze alla Scuola di Sanità Militare. — Anche nel corrente anno scolastico saranno tenute presso questa Scuola, ad iniziativa del Colonnello medico Direttore Prof. G. Grixoni, una serie di conferenze scientifiche ai 500 allievi ufficiali medici ed alla intera classe medica fiorentina.

Hanno gentilmente accolto l'invito numerose illustrazioni della medicina italiana che svolgeranno i seguenti argomenti:

Prof. A. Angelucci: Adenoidismo e malattie oculari; prof. E. Bertarelli: Profilassi antiluetica; prof. E. Centanni: Applicazioni alla biologia della energia intraatomica; prof. C. Coronedi: I fondamenti scientifici della terapia chimica; prof. D. De Blasi: Erbaggi, acqua e tifo; prof. M. Donati: Chirurgia delle algie viscerali; prof. A. Ferrata: Le encopatie acute; prof. U. Gabbi: Un capitolo della patologia umana della Tripolitania; prof. A. Gemelli: I moderni risultati della psicologia sperimentale nella loro applicazione alla educazione del militare; prof. D. Giordano: Tubercolosi chirurgiche ed indicazioni curative desunte dalla varietà di loro sede; prof. F. Leoncini: Problemi di medicina assicurativa; prof. E. Lugaro: Per la profilassi della endemia gozzo-cretinica; prof. E. Morselli: Le psicosi giovanili secondo gli ultimi concetti della psichiatria clinica; prof. G. B. Queirolo: L'angina pectoris.

Altre conferenze saranno pure tenute dai prof. V. Ascoli, P. Castellino, V. Putti, che avendo gentilmente accolto l'invito, si sono riservati di comunicare gli argomenti che svolgeranno.

Le conferenze, che verranno infine raccolte in volume, avranno indubbiamente un successo di uditori e lettori non inferiore a quello grandissimo ottenuto nell'anno decorso.

ERRATA-CORRIGE

Nel n. 2, 1927, nel lavoro del dott. F. Cantani sulla « Vaccinoterapia locale », leggasi:

A pag. 32, colonna 2ª, rigo 16: « uno strato di garza sterile molto sottile ».

A pag. 32, colonna 2ª, rigo 24,: « abbiamo consigliato di non fare ».

A pag. 33, colonna 1ª, rigo 11: «da 50 a 500 milioni di germi per cc.».

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 24 Gennaio 1927 — N. 4

UNA GRANDE INIZIATIVA ITALIANA NEL CAMPO MEDICO-SOCIALE

L'ISTITUTO BIOTIPOLOGICO-ORTOGENETICO DI GENOVA

Siamo lieti di poter annunziare che il nostro Governo, proseguendo coraggiosamente nella via di ricostruzione politica, economica, morale dello Stato e di rivalorizzazione di tutti i tesori somatici e spirituali, latenti o manifesti del popolo italiano, uscito vittoriosamente dalla grande guerra, ha creato in Genova, sotto la direzione del Clinico Medico della R. Università, il Prof. Nicola Pende, una grande e nuova opera medico-sociologica, destinata senza alcun dubbio, per la genialità con cui è stata concepita, a mettere l'Italia davanti alle nazioni più progredite nel campo della biologia sociale e politica, e della medico-sociologia.

Accogliendo la proposta del Prof. Pende, che in Italia rappresenta oltre all'indirizzo più moderno della Clinica Medica l'assertore più convinto e più fattivo delle infinite applicazioni della medicina così detta costituzionalistica alla sociologia e alla politica, oltre che all'igiene, il Ministro dell'Istruzione, S. E. Fedele, con visione pronta e lungimirante del grandioso problema, ha stabilito di fondare un Istituto che, secondo la denominazione creata dal Pende si chiamerà « Istituto Biotipologico-Ortogenetico ».

« Biotipologia » è la scienza che, secondo il Pende, comprende l'analisi del tipo umano individuale sotto tutte le sue vitali manifestazioni e reazioni, la personalità individuale completa, cioè sotto l'aspetto dell' architettura corporea nelle sue molteplici varietà, sotto l'aspetto umorale e biochimico, sotto lo aspetto del grado e della maniera individuale di funzionare dei diversi apparecchi ed organi, sotto l'aspetto psicologico, ovvero del carattere e del grado e qualità dell'intelligenza. Biotipologia umana è la scienza dell' uomo individuo dunque, con le sue tendenze fisiologiche e patologiche, con le sue attitudini lavorative e le sue vocazioni, con le sue tendenze istintive, ereditarie ed acquisite, nel campo del lavoro, dell'arte, della scienza, della vita morale.

« Ortogenesi » d'altro canto, vuol dire, come facilmente s'intende, diritto, equilibrato svolgimento di tutte le attività fisiche e psichiche dell' individuo in via di crescenza, per il miglior rendimento della personalità umana, a benefizio dell' individuo e dello Stato, di cui l' individuo non deve essere che una cellula soggetta alle leggi che regolano l' unità dell'insieme.

Ed ecco che cosa è in sintesi.

Istituto biotipologico-ortogenetico del Pende. Annesso alla Clinica Medica della R. Università, per opportunità di mezzi di indagine e sopratutto per ragioni di economia e per affidamento di serietà scientifica, l' Istituto Biotipologico, diretto dal Clinico Medico, comprenderà quattro sezioni fondamentali, ciascuna affidata ad un competente.

1. Nella prima di queste — « sezione morfologica funzionale » — si accerteranno minuziosamente dall' interessato e dai famigliari il patrimonio ereditario e le eventuali diatesi morbose fisiche e psichiche, che ognuno porta seco nel nascere, e mediante molteplici indagini costituzionalistiche, si valuterà tutto il complesso morfologico-funzionale dell' individuo, valendosi dell'ausilio antropometrico, chimico (endocrinologico sopratutto), radiologico, fotografico, sierologico, ecc., in modo da giungere a tutte quelle possibili deduzioni diagnostiche che rivelino esistenza di debolezze costituzionali, di predisposizioni morbose, di anomalie anatomiche e funzionali di organi, oppure tendenze utili e capacità fisiologiche produttive per determinati lavori muscolari.

E poichè la scienza moderna pone a base del determinismo della personalità fisica e morale lo speciale equilibrio biochimico del sangue, in questa sezione morfologica funzionale, saranno praticate, ciò che mai fino ad ora è stato fatto in modo sistematico, ricerche e dosaggi su tutti quei componenti chimici del sangue, che riguardano il ricambio dei protoplasmi viventi, ma sopratutto sarà esplorato il grado di attività secretiva e l'equilibrio delle così dette ghiandole a secrezione interna che sono le regolatrici vere dello sviluppo somatico e psichico dell' individuo.

Queste lunghe ed indaginose ricerche, come ben si comprende, è soltanto possibile eseguire in una grande Clinica Medica Generale, ben fornita dei mezzi più moderni di analisi e di specializzati medici in materia.

2. « La sezione psico-pedagogica », procederà all'esame psicologico dei fanciulli e dei giovani per l'accertamento del grado di sviluppo dell'intelligenza e delle deficienze di tale sviluppo, in vista di una giusta e razionale educazione pedagogica e di tutte le provvidenze preventive e correttive degli scolari che ne scaturiscono.

N. PENDE

3. « La sezione psico-criminologica » si occuperà dell'esame dello sviluppo morale degli adolescenti in vista della profilassi della immoralità e della delinquenza precoce.

4. « La sezione psicotecnica di selezione e di orientamento professionale » partendo dall'analisi e valutazione delle attitudini fisico-psichiche e delle vocazioni individuali, trarrà dai vari tipi le necessarie indicazioni per la selezione dei lavoratori del braccio e della mente, per l'orientamento razionale di ciascuno ai vari mestieri e professioni più confacenti alla personalità dei singoli.

Tutte e quattro queste sezioni lavoreranno armonicamente, per la finalità comune di giungere alla determinazione del biotipo « individuale, completo, unitario », esplorato sotto tutti gli aspetti — morfologico, fisiologico, chimico, psicologico, morale ed intellettuale —, con cui si presenta la figura umana, considerata nelle sue capacità produttrici nell' interesse dell'individuo e in quello della collettività sociale, nonchè nelle sue deficienze ed anomalie dannose all' individuo come alla collettività.

Naturalmente gli individui esaminati periodicamente avranno un proprio « registro biotipologico », che sarà come lo specchio in cui ognuno potrà ad ogni momento leggere la propria individualità.

Correlazioni dell'Istituto con altre istituzioni. Attualmente funziona già, in Genova, nella Clinica Medica, diretta dal Prof. Pende, un dispensario per le anomalie di costituzione che in pochi mesi ha dato risultati più che soddisfacenti, malgrado l'angustia provvisoria dei suoi locali e che può per altro considerarsi benissimo come l'embrione del grande Istituto Biotipologico-Ortogenetico statale che si viene ora creando: esso accoglie già scolari, studenti, cittadini adulti e militari, per i quali ultimi, dietro gentile autorizzazione del Comandante del Corpo d'Armata S. E. Di Giorgio, funziona come centro di accertamento delle costituzioni anomali così frequenti fra i soldati.

Il Ministro dell'Istruzione intanto con grande senso di opportunità ha già deliberato una somma per le spese d'impianto del nuovo Istituto e contributi hanno promesso S. E. il Ministro degli Interni, e probabilmente contribuiranno per la parte che a loro compete il Ministro di Grazia e Giustizia e quello dell'Economia Nazionale. Così, al principio del nuovo anno l'« Istituto Biotipologico-Ortogenetico » di Genova sarà un fatto compiuto in tutta la sua armonica organizzazione, funzionando come centro di studi e di accertamento della crescenza normale (fisica, intellettuale morale) delle costituzioni e dei temperamenti fisiologici e morbosi, delle attitudini individuali, come organo di bonifica e di correzione di tutte le debolezze costituzionali, e come organo statale parauniversitario disciplinatore e coordinatore di

Digitized by Google

altre istituzioni pratiche medico-sociologiche, che lo Stato si appresta a fondare per il miglioramento dell' individuo e della stirpe.

Un «Comitato Centrale» e una «Commissione mobile» selezioneranno ed invieranno all' Istituto per gli opportuni esami e cure ortogenetiche tutti quei giovani, provenienti dalle scuole primarie e secondarie, dagli istituti educativi, dall'esercito, dalle officine che a loro giudizio presentino note fisiche o psichiche di incompatibilità con le necessità scolastiche, militari o industriali, o siano pericolosi per sè e per la società a causa di anomalie morali. Tutti saranno forniti di un apposito « quaderno biotipologico individuale », cui si è già accennato, e saranno in seguito esaminati semestralmente.

Gli Enti assicuratori e le Grandi Aziende industriali potranno servirsi dell' Istituto, sia per un accertamento periodico scientifico degli assicurati, sia per il rispettivo orientamento e selezione scientifica dei lavoratori.

Il Clinico Medico e gli specialisti dell'Istituto cureranno un corso teorico pratico, ciascuno nel campo che a loro compete, a medici, educatori, genitori, sulla crescenza normale, anomala e patologica, sopratutto in rapporto ai moderni studi costituzionali. Così sarà possibile anche creare un nuovo corpo di « Vigili e vigilatrici della crescenza » scelti fra le assistenti sanitarie e tra i maestri col compito speciale di segnalare tutti quei soggetti in via di crescenza che presentino deviazioni evolutive.

Direttamente connesse con l'Istituto Biotipologico-ortogenetico, saranno le organizzazioni igieniche parascolastiche, di cui Genova già molto provvidenzialmente possiede mirabili esemplari, grazie alla instancabile attività in questo campo del prof. Ragazzi, e grazie all'opera intelligente e fattiva del Dott. Vidoni che va esplicando in questi ultimi anni attiva propaganda per una razionale profilassi della delinquenza minorile.

Tali organizzazioni, come sono state distinte e completate nel progetto del Prof. Pende, sono:

1. « Classi differenziali e scuole autonome » che accolgono i ritardatari e rispettivamente i deficienti psichici di lieve grado od educabili.

2. « Internati medico-pedagogici », per quei deboli mentali educabili, che ricevono l'internamento in speciali convitti od asili.

3. « Classi selezionali » per i giovani migliori o più promettenti per qualità psichiche speciali dal punto di vista dello sviluppo intellettivo.

4. « Scuole speciali igieniche »: scuole all'aperto, colonie-scuola, navi-scuola, scuole-palestre, per i deboli di costituzione fisica e per i tubercolosi.

5. « Scuole isolate per tracomatosi ».

6. « Internati correzionali » per ragazzi traviati e per delinquenti precoci col compito di educarli e di avviarli all'onesto lavoro, collocando poi questi deboli morali al più presto come apprendisti presso industrie, officine, famiglie oneste di campagna, ove essi possono rimanere sotto vigilanza sino alla maggiore età.

Il Comitato Centrale di tutela della crescenza direttamente o attraverso la commissione mobile curerà lo smistamento delle varie categorie e ne deciderà di volta in volta le opportune norme correttive ed ortogenetiche.

IMPORTANZA POLITICA MEDICO-SOCIALE. « *Esercito* ». Una importante applicazione dell' Istituto Biotipologico-ortogenetico, che ha già dato buona prova, sebbene a titolo di esperimento, sta avvenendo in Genova, come si è detto, a proposito dei militari del Corpo d'Armata sottoposti all'esame di accertamento delle individualità ed anomalie costituzionali. Una volta che sarà più esteso il campo di osservazione e saranno più perfezionate le indagini, l'esercito potrà valersi dell'organizzazione scientifica di tali preziosi centri parauniversitari di accertamento delle attitudini individuali, somatiche, morali, intellettive, per selezionare gli uomini da adibire ai servizi specializzati e di fiducia così come in Italia si è già fatto durante la guerra per gli aviatori e su vastissima scala si fece nel Nord-America ove con indagini razionalmente produttive sostituendosi al vecchio metodo di esame, che misura solo il magazzino mentale, si selezionavano fra i volontari i futuri graduati, ufficiali e i militi da inquadrare in corpi speciali. In un anno soltanto, ad esempio, dal gennaio 1918 al gennaio 1919 la sezione psicologica del servizio di sanità dell'Esercito americano potè esaminare un milione e duecentosettantamila uomini di cui 41.000 ufficiali mediante i cosidetti « tests mentali », riscontrando inettitudini intellettuali nel 25 % dei casi e valendosi sopratutto di tale metodo per scartare e riformare con criteri razionalmente selettivi.

Sempre in America, le reclute ed i futuri ufficiali vengono classificati secondo le rispettive attitudini professionali, mediante inchieste e « tests professionali », in modo che è subito possibile valorizzare adeguatamente ogni individuo in questo o in quell'arma, per questo o quel servizio, più o meno specializzato, o di responsabilità.

E infatti l'esperienza bellica ci ha edotti che il numero degli individui inscritti alla leva conta per le necessità moderne della difesa-offesa d'una Nazione in guerra, meno che la giusta e piena valorizzazione dell'efficienza di uomini singoli fisicamente validi che uno Stato possiede.

« *Scuola* ». Il controllo veramente scientifico della crescenza nelle scuole, ove sinora non si raggiunge più che una discutibile valutazione pedagogica, significa poter conoscere la personalità fisico-psichica dell'individualità dello scolaro il che conduce, oltre che alla più razionale cura ortogenetica delle costituzioni deboli o deviate, anche al perfetto riconoscimento dei valori positivi o negativi, di cui oggi la famiglia e domani la società potrà rispondere. Un tale bilancio è, come ben si comprende, del più alto valore sociale, giacchè il più prezioso patrimonio su cui si fonda l'avvenire di un popolo è quello umano; e siccome il periodo dello sviluppo per la sua plasticità e duttilità e per il dinamismo progressivamente crescente che in sè racchiude, rappresenta il terreno più agevole di sorveglianza, di valutazione, di preservazione e di bonifica, oltre che il più forte potenziale di rendimento per il domani, così dipende in gran parte dalla previggenza dei governatori riguardo all'educazione ed all'allevamento delle generazioni scolastiche, la vita ascensionale di una nazione.

« *Assicurazioni sociali sulla vita e contro le malattie* ». Ma la grande importanza che presenta l'attuazione di tale problema dal punto di vista medico-sociale risulta anche evidente per ciò che riguarda le assicurazioni.

Gli interessi dell'assicurato e dell'assicurante collimano perfettamente sotto il punto di vista della sorveglianza biotipologica, perchè tanto all'uno che all'altro preme che la salute e la vita siano quanto più è possibile conservate e prolungate.

Già alcune società di assicurazioni straniere avrebbero notato col metodo statistico che solo il 2 % degli individui esaminati così detti sani, sarebbe stato riscontrato in condizioni di buona salute e che la maggior parte di essi presentava anomalie evolutive e deviazioni costituzionali, da cui l' individuo può liberarsi il più delle volte, con opportune cure o con semplici consigli dietetici. E la *New Psycological Corporation* avrebbe calcolato con praticità del tutto americana in 70 miliardi di dollari all'anno l'aumento della ricchezza degli Stati Uniti, qualora tutti i cittadini fossero conosciuti e valorizzati secondo le proprie attitudini fisico-psichiche individuali.

Il riconoscimento dello stato reale di salute ovvero dei segni premonitori di particolari labilità organiche o anomalie psichiche e del potenziale energetico, somatico ed intellettivo di ogni individuo è logicamente possibile solo mediante periodiche ed oculate visite, non limitate alla consueta constatazione di morbi pienamente in atto e di lesioni ormai del tutto manifeste, quando cioè l'integrità individuale, chi sa da quando tempo silenziosamente minata, è in modo irreparabile colpita.

Or se ogni contratto di assicurazione di vita e di lavoro si ispirasse a queste previdenze biologico-economiche, obbligando gli assicurati alla visita periodica in questi Istituti biotipologici di accertamento, quanta immensa economia di vita di lavoro e denaro, realizzerebbe la società.

Tale questione è stata recentemente svolta con grande acume politico dal Montemurri, il quale sugli istituti biotipologici del Pende ha pubblicato un interessante commento intitolato: « Politica sociale e biologica » (Roma, *Echi e Commenti*, n. 6), di cui mi piace riportare il seguente brano: « Il benessere e il rendimento del lavoro umano appaiono alla luce della Biotipologia, in funzione di elementi complessi e chiari nello stsso tempo, i quali, per essere utilizzati convenientemente hanno bisogno di un interessamento, da parte delle grandi Aziende e degli altri Enti, non meno che dello Stato, che esca finalmente dalla forma sterile e fredda di patto di lavori limitato al solo

Digitized by Google

salario, per assumere la vera e propria forma che diremo dell'interessamento famigliare, globale, paterno; l'Italia, a nostro avviso è già in grado di assolvere siffatta bisogna ».

L'intensificata organizzazione, e l'aumentato ritmo della produzione, l'espandersi e l'assodarsi della grande industria e la creazione fuori dei Centri Urbani, di veri e propri centri a popolazione operaia intorno a determinati nuclei industriali e rurali, rendono possibile, a nostro criterio, una « politica eubiotica » sulla traccia delle pratiche utili indicazioni della biotipologia. In due modi, a parer nostro, questa efficace politica eubiotica potrebbe sin d'ora essere svolta, sotto l'azione simultanea e concordata dei Grandi Enti cui abbiamo accennato, e che è stata già così felicemente inaugurata dalla collaborazione dell'On. Gatti, Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, con l'on. Rossoni, Presidente della Confederazione delle Corporazioni Sindacali Fasciste per l'incremento e la diffusione delle assicurazioni operaie. La Confederazione Nazionale delle Industrie, istituzione del dopo lavoro, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, la Confederazione delle Corporazioni Sindacali, con l'intervento dello Stato dovrebbero cioè avvisare i mezzi più idonei perchè: *a)* la previdenza biologico-economica; *b)* la tutela biotipologica, venissero senz'altro attuate nei grandi centri di lavoro.

Circa il primo punto si tratta in sostanza di integrare il concetto della previdenza assicurativa rappresentata dalla « Polizza » dell'assicurazione vita con quello della previdenza sanitaria o meglio eugenica rappresentata dal « libretto biotipologico ». Ogni operaio dovrebbe avere questi due schemi della previdenza. In tal modo l'illustre sociologo romano ha dato all'iniziativa del Pende tutto il suo appoggio morale incondizionato.

« *Educazione fisica* ». Oggi è l'êra dello sport. Ben venga lo sport in questa nostra generazione che dopo aver conosciuto cataclismi, guerre e rivolgimenti sociali, deve con duro ed assiduo lavoro riacquistare il tempo e le energie distrutte, ben venga il movimento in piena aria, il gioco ritmico dei muscoli, la danza agile delle membra, tutto ciò che è nobile spettacolo di salute, di grazia e di forza!

Ma non incoraggiamo troppo i giovani all'atletismo disarmonico ed anarchico. L'ipertrofia dei muscoli può anche rendere sterile la funzione del cervello, e non è neanche favorevole alla salute, giacchè cagiona squilibri pericolosi, nell'architettura corporea, dimostrati dalla mortalità precoce e dalla prolificità scarsa degli atleti di mestiere di tutti i tempi.

Ed anche le ginnastiche scolastiche, così come sono state sino ad oggi orientate, senza alcun criterio biologico individuale, sono più dannose che utili. La « ginnastica vitalistica ed ortomorfogenetica » deve ormai in tutti i casi sostituire quella meccanica di movimenti più o meno volontari ed irrazionali di nordica importazione.

Ma quello che conta sopratutto è che ogni individuo faccia la ginnastica che è più capace di mantenere o ristabilire l'equilibrio delle sue parti e dei suoi organi. E pertanto i dirigenti gli Istituti di ginnastica e di atletismo non possono ulteriormente ignorare che l'allestimento dei vari territori muscolari richiede la conoscenza preventiva della individualità biologica del soggetto da sottoporre ad una sana educazione fisica.

« *Educazione sessuale* ». E' questa una delle questioni che la civiltà e le odierne conquiste scientifiche, sopratutto nel campo endocrinologico, pongono per così dire all'ordine del giorno.

Non è lecito di fatti che i genitori ignorino ulteriormente che dalla giusta valutazione della crescenza sessuale, dove bisognerebbe portare la più vigile sorveglianza, dipende il regolare e l'anormale sviluppo della sessualità fisica e psichica dei loro figliuoli, e che la maggior parte delle alterazioni genitali riscontrate negli adulti, le quali rendono sterili ed infelici, ad esempio tanti matrimoni, risalgono a talune anomalie funzionali, per lo più di ghiandole a secrezione interna, vere regolatrici della vita del sesso, alterazioni che si sarebbero potute correggere in tempo o prevenire con l'opportuna e tempestiva conoscenza di tali anomalie durante la crescita.

Il pubblico non colto non si rende spesso conto, schiavo talvolta oltre che dell'ignoranza, anche di inconsulti timori e pregiudizi, di quanti danni possa essere capace per l'individuo e per la società l'alterata funzione o il deficiente ed anormale sviluppo degli organi sessuali, danni che potrebbero essere evitati su vasta scala mediante una sorveglianza scientifica degli adolescenti e delle giovanette sotto questo riguardo.

Certo gran parte delle piaghe sociali più tristi che affliggono l'umanità, quale la prostituzione, la diffusione di certe malattie, l'omosessualità, molte nevrosi e psiconevrosi, e certo anche i delitti sessuali, potrebbero trovare solo così la più agevole via per essere stroncate sin nelle loro radici.

LA VALUTAZIONE E BONIFICA UMANA INDIVIDUALE. Poche nazioni hanno compreso, nei burrascosi anni del dopo guerra, che il vero significato del problema delle riparazioni sorpassa il comune vantaggio delle indennità imposte al nemico, dei nuovi acquisti territoriali, delle stabilità dei confini, e che a ricostruire ed elevare invece la fortuna di un paese c'è solo il patrimonio umano racchiuso dentro le proprie frontiere che possa essere realmente capace.

L'attività umana è stata sempre fatalmente orientata verso quelle sorgenti di energia e di ricchezze ritenute quali le più immediate fonti di guadagno e di benessere, ed è triste invero constatare come gli uomini non abbiano mai saputo rivolgere tanto interesse a loro stessi, quanto ne sogliono portare al men che utile animale...

Oggi, finalmente, pare che un nuovo e fascinoso problema abbia concreta realtà e che lo Stato Italiano, quale vigile tutore del benessere e dell'avvenire dei singoli e della stirpe nostra, voglia cominciare a conoscere, valutare, orientare verso i suoi più giusti destini biologici i giovani frutti sopratutto, di quelle gloriose piante che conobbero il martirio della guerra raddrizzando opportunamente le labili individualità poste alla fontiera tra la salute e la malattia, tra il normale e l'anormale. E' questo un immenso passo che la civiltà odierna compie nel riconoscere e valorizzare quelle energie umane che altrimenti rimarrebbero inutilizzate o disperse od inopportunamente collocate nell'ingranaggio della macchina sociale.

Così facendo si affida anzitutto allo Stato, alla società, alla famiglia, oltre che all'individuo stesso, la chiave di ogni singola personalità, il reale valore della sua fabbrica corporea ed intellettiva, ciò che rappresenta anche il vero punto di partenza di ogni bonifica umana individuale veramente logica e coscienziosa e di ogni pratica e realistica eugenetica od igiene della razza.

Ogni uomo infine ha il dovere di conoscersi — « nosce te ipsum » — giacchè se la vita e la salute sono la resultante di una lotta, nessuno meglio di chi conosce le proprie disponibilità potrà prendere la responsabilità della propria difesa.

RARITA' CLINICHE

I. Ernia diaframmatica di origine traumatica. — O. A. DANCEVIC. *Lijecnicki Vjecnik*, a. 48, n. 8, 1926.

L'A. descrive un caso, nel quale una pallottola di fucile attraversò il torace e lese il diaframma. Dopo un mese di degenza il paziente fu rilasciato come guarito. Dopo 5 mesi fu di nuovo ricoverato in ospedale per disturbi gastrici (vomito, localizzazione dei dolori etc.) che facevano pensare ad un'ulcera. All'intervento si trova, che lo stomaco, il colon trasverso e la milza erano situati nella cavità toracica sinistra in dipendenza di un'ernia diaframmatica.

Il processo datava da 6 mesi e per questo le aderenze avevano gradualmente così fissato lo stomaco e l'intestino, che all'ultimo risultò ostruzione pressochè completa del tubo digerente.

II. Appendicocele. — A. CATALINA. *La Medicina Ibera*, n. 451, 1926.

L'A. descrive il caso di un'inferma in cui pur essendosi fatta diagnosi di colecististite con probabile litiasi biliare e ipercloridria gastrica (e la sintomatologia presentata perfettamente corrispondeva a tale supposto), si notò all'intervento operatorio con estrema sorpresa che la vescicola biliare era di aspetto del tutto normale, e che la regione gastro-duodenale era interamente esente da fatti infiammatori.

Si osservò invece che il tenue era ricchissimo di aderenze e l'appendice si presentava enormemente dilatata.

Staccate una per una tutte le aderenze, si procedette alla appendicectomia. L'appendice conteneva nel suo interno con grande pressione un liquido chiaro e sieroso, per cui potè ben parlarsi di idrope dell'appendice o appendicocele. Il decorso post-operatorio fu perfettamente normale e l'inferma dopo 10 giorni fu dimessa completamente guarita.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOL. MEDICA E DI CLINICA MEDICA DELLA R. U. DI SASSARI
diretto dal prof. L. PRETI

LE SOLUZIONI OLEOSE IODICHE NELLA TECNICA RADIOLOGICA DELL' APPARATO RESPIRATORIO

per il dott. PIETRO OTTONELLO — Assistente

La tecnica radiologica dell'apparato respiratorio si è arricchita in questi ultimi tempi di nuovi mezzi d'indagine, rappresentati dall'introduzione nell'albero bronchiale di sostanze opache ai raggi Roentgen.

Abbandonata l'insufflazione di polvere di bismuto proposta da Jackson (1), perchè questa si arrestava ai grossi o tutt'al più ai medi bronchi senza mai arrivare ai piccoli bronchi e agli alveoli; trovato inadatto il metodo di Linah e Stewart (2) di introdurre in trachea un emulsione di bismuto in olio d'oliva perchè dava luogo a processi infiammatori per la lunga permanenza del bismuto, oggi vengono usate soluzioni oleose di iodio, con grande vantaggio per la diagnosi di alcune forme morbose dell'apparato respiratorio.

La soluzione iodica viene deposta in trachea, e, secondo l'atteggiamento fatto assumere al corpo, si fa pervenire in quelle parti del campo polmonare che si desidera; essa per la maggiore opacità che presenta ai raggi rispetto alle parti molli su cui è distesa, rende queste ben distinte e quindi permette di individualizzare i bronchi, le bronchiectasie, le caverne.

Sicard e Forestier (3) proposero il lipiodol, che è un olio iodato al 40 %, ma anche altre soluzioni oleose di iodio si prestano egregiamente, purchè l'iodio entri in una certa concentrazione.

Il metodo si è largamente diffuso per i vantaggi indiscutibili da esso offerti; però specialmente in questi ultimi tempi, non pochi furono coloro che posero delle riserve sulla sua assoluta innocuità (Lenk e Haslinger (4), Bonnamour e Delore (5), Kurtzahn e Woehler (6), Peiper e Klose (7), Landau (8).

In seguito a questo allarme, mi è parso opportuno istituire delle ricerche, nell'intento di valutare quanto vi possa essere di vero sugli inconvenienti lamentati.

Ho scelto 7 conigli adulti ed in ottimo stato: a 5 di essi introdussi in trachea il lipiodol, agli altri la iodipin.

Agli animali così trattati praticai la radiografia subito e dopo un tempo variabile, sacrificandoli in epoche diverse per constatare le eventuali lesioni suscitate.

Per quanto riguarda l'introduzione del liquido in trachea, diedi la preferenza al metodo usato dall'Alberti (9) e cioè, isolati i primi anelli tracheali, li ho attraversati mediante un ago ricurvo montato su una siringa, e, certo di essere nel lume tracheale, ho introdotto molto lentamente la sostanza, tenendo i conigli in posizione verticale per favorire la discesa del liquido nelle parti più profonde dell'apparato respiratorio.

Esperienza I. — Coniglio n. 1, peso gr. 2200.

3 aprile 1926. Si depongono in trachea cmc. 1,5 di lipiodol. L'animale è colto subito da intensa dispnea e diventa cianotico, come si potè rilevare dal colorito della mucosa congiuntivale e naso-labiale.

La radiografia del torace, eseguita dopo mezz'ora, dimostra la presenza di numerose e piccole macchie disseminate nel campo polmonare, più numerose nelle regioni più declivi. Una seconda radiografia del torace, eseguita l'8 aprile, cioè dopo 5 giorni, dimostra la presenza di qualche macchia di minore densità, a contorni sfumati. Il giorno seguente l'animale viene sacrificato ed all'autopsia si nota:

Pleure liscie e lucenti; gangli dell'ilo di volume ed aspetto normale; polmoni di consistenza normale; al taglio non vien dato di rilevare alterazioni di sorta. L'esame istologico di pezzi di polmone, previa fissazione, inclusione in paraffina, colorazione delle sezioni con ematossilina-eosina, Weigert e van Gieson, non ha dimostrato lesioni degne di speciale menzione.

Esperienza II. — Coniglio n. 2, peso gr. 2000.

7 aprile 1926. Si inietta cmc. 1,5 di lipiodol lentamente, in due riprese. L'animale è colto da dispnea e da cianosi, dalle quali si rimette presto. Nel radiogramma eseguito poco dopo si notano numerose macchie, che invadono i due campi polmonari, specie verso le basi.

Il 22 aprile, cioè dopo 15 giorni, si pratica una seconda radiografia, che permette di constatare una forte riduzione del numero delle macchie precedentemente osservate.

L'animale viene ucciso, ed all'autopsia nulla si nota a carico dei polmoni, sia all'esame macroscopico che istologico.

Esperienza III. — Coniglio n. 3, peso gr. 1700.

6 aprile 1926. Si iniettano cmc. 1,5 di lipiodol lentamente, in due riprese. L'animale è colto da dispnea non molto intensa, che scompare in breve. Nel radiogramma eseguito poco dopo si notano numerose e piccole ombre nelle parti polmonari più declivi.

Il 19 maggio, cioè dopo 44 giorni, viene eseguita una seconda radiografia, in cui non sono più visibili le ombre constatate nel primo radiogramma. L'animale viene ucciso: l'autopsia e l'indagine istologica su pezzetti di polmone non rivelano alcuna alterazione, sia a carico del bronchi che dei polmoni.

Esperienza IV. — Coniglio n. 4, peso gr. 1600.

5 aprile 1926. Si inietta cmc. 1,5 di lipiodol. L'animale viene colto da dispnea di breve durata. Il radiogramma rivela la presenza di piccole macchie di lipiodol nelle regioni polmonari declivi.

Il 5 giugno, cioè dopo 60 giorni, nel secondo radiogramma il campo polmonare è chiaro, nè si vede alcuna ombra di quelle osservate nel primo radiogramma. Il coniglio viene sacrificato e all'autopsia nessuna alterazione si nota, sia a carico dei bronchi che dei polmoni.

Esperienza V. — Coniglio n. 5, peso gr. 1300.

Il 1° aprile 1926 si inietta cmc. 1,5 di lipiodol; l'animale presenta la solita sintomatologia, e cioè dispnea e cianosi di breve durata.

Nel radiogramma si notano numerose ombre dovute al lipiodol.

Il 20 giugno, cioè dopo 80 giorni dall'iniezione, nel secondo radiogramma non si nota più alcuna delle ombre precedentemente osservate.

Si sacrifica l'animale e l'autopsia non rivela alcuna lesione apprezzabile a carico dell'apparecchio respiratorio.

Esperienza VI. — Coniglio n. 6, peso gr. 2100.

10 aprile 1926. Si depongono in trachea cmc. 2 di iodipin lentamente, in due riprese. Si nota intensa cianosi e dispnea che si dileguano dopo circa un'ora. Il radiogramma eseguito poco dopo rivela numerose ombre specie a destra, dovute alla presenza di iodipin nei piccoli bronchi.

Il 15 aprile, cioè dopo 5 giorni, si pratica un secondo radiogramma, dal quale si possono notare alcune ombre dovute alla presenza di iodipin.

Sacrificato l'animale, non si notano alterazioni a carico dell'apparato respiratorio.

Esperienza VII. — Coniglio n. 7, peso gr. 1700.

10 aprile 1926. Si iniettano cmc. 2 di iodipin. Dispnea e cianosi molto intense. Al radiogramma eseguito poco dopo: numerose ombre date dalla presenza di iodipin.

Il 10 maggio, cioè dopo 30 giorni, si notano nel secondo radiogramma scarse e piccole ombre a contorni sfumati, dovute alla permanenza di traccie di iodipin.

All'autopsia praticata nulla vien dato di rilevare di anormale.

***

Dall'esame dei protocolli riportati risulta che le soluzioni oleose di iodio sono meno pervie ai raggi Roentgen dei tessuti molli dell'apparecchio respiratorio, sui quali si distendono, e quindi rappresentano sotto questo punto di vista un ottimo mezzo di differenziazione. Ma oltre questo dato di fatto, ormai accertato, si può dire che la permanenza nell'albero respiratorio è molto più duratura di quanto poteva ritenersi. In generale si presumeva che l'iodio di queste soluzioni oleose venisse con facilità assorbito, sia perchè è stata notata la comparsa di

Digitized by Google

iodio nelle urine nei giorni seguenti alla penetrazione di queste soluzioni oleose iodiche (Sicard, Fabre e Forestier; 10), sia anche perchè è noto l'alto potere di lipodieresi degli epiteli dei bronchi e degli alveoli (Roger e Binet; 12).

Invece, nelle prove da me eseguite, risulterebbe che il lipiodol persiste nell'apparato respiratorio oltre i 15 giorni dalla sua introduzione in trachea, e l'iodipin oltre il 30° giorno. Quindi la permanenza delle soluzioni oleose di iodio è relativamente lunga.

Però, malgrado una sì lunga permanenza, non furono mai riscontrate lesioni anatomo-patologiche degli animali sottoposti alla prova e praticata sia poco tempo dopo l'introduzione in trachea della sostanza (5 giorni), sia anche a distanza di essa (60 giorni).

Quindi sotto questo punto di vista si dovrebbe ritenere il metodo innocuo, almeno nei soggetti indenni da forme morbose dell'apparato respiratorio. Non per questo però ritengo di essere autorizzato ad affermare che esso possa applicarsi in ogni caso che si presenta alla nostra osservazione; le esperienze hanno dimostrato la lunga permanenza dell'iodio nel campo polmonare, e questa constatazione ci deve imporre alcune limitazioni nella sua applicazione.

Concludendo, le indagini eseguite permettono di affermare:

che le soluzioni oleose di iodio introdotte in trachea a sussidio della diagnosi radiologica dell'apparato respiratorio non danno luogo a lesioni del tessuto bronco-polmonare;

che esse non vengono eliminate rapidamente, ma rimangono per un tempo relativamente lungo;

che per questo fatto il metodo dell'introduzione delle soluzioni oleose di iodio nell'apparato respiratorio deve essere considerato di eccezione e non applicato in tutti i casi.

BIBLIOGRAFIA

(1) Jackson. The Am. Journ. of Roentgenology, 1918, Bd. 5, pag. 454. — (2) Linah a. Stewart. The Am. Journ. of Roentg. 1921, Bd. 8, pag. 49. — (3) Sicard et Forestier. Bull. Soc. Méd. des Hôp., 1922, pag. 463. — (4) Lenk u. Haslinger. Klin. Woch. 1925, n. 32. — (5) Bonsamour et Delore. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 1925. — (6) Kurtzahn u. Woehler. Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgstrh. 33. — (7) Peiper u. Klose. Arch. f. Klin. Chir. 1925. Bd. 134, H. 2-3. — (8) Landau. Klin. Woch., 1925, n. 39. — (9) Alberti. Diario radiologico, 1926. n. 1. — (10) Sicard, Fabre et Forestier. C. R.Soc. Méd. des Hôp., Paris, febbr. 1923. — (11) Idem. C. R. Soc. de Biol., marzo 1923. — (12) Roger et Binet. C. R. Soc. de Biol., aprile 1923. — (13) Idem. et Verne. C. R. Soc. de Biol., maggio 1923.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

OSPEDALE PER MALATTIE INFETTIVE S. MARIA DELLE GRAZIE
Direttore Dott. C. BIFULCO

LE REAZIONI CUTANEE ALL'INOCULAZIONE INTRADERMICA DI VACCINO TIFICO NELLA FEBBRE TIFOIDE.

per il dott. BRUNO TRAVAGLINI - Assist. ordinario (*)

L'iniezione di prodotti batterici nell'uomo, eseguita allo scopo di stabilire la diagnosi di alcune malattie infettive o di rilevare stati immunitarii mediante le reazioni che essi provocano o nel derma o nelle mucose o in qualche organo, non ha origini molto recenti.

Per quello che riguarda la diagnosi della febbre tifoide, primi a servirsi di antigeni batterici furono Chantemesse e Vincent. Il primo di essi propose una oftalmoreazione seguendo il metodo che Calmette aveva proposto per la diagnosi di infezione tubercolare. Essa viene provocata con l'istillazione nel sacco congiuntivale di un cinquantesimo di mg. di tossina tifica sciolta in acqua sterile. Se si tratta di febbre tifoide, si notano, secondo Chantemesse, dopo alcune ore (6-12), forte arrossamento della congiuntiva, intensa lagrimazione, fotofobia, e, in seguito, la formazione di un essudato siero-fibrinoso. In caso contrario, la reazione è negativa e si può manifestare soltanto un lieve arrossamento che, in generale, scompare dopo due o tre ore.

Vincent studiò la reazione splenica che segue all'iniezione sotto-cutanea di un autolisato (concentrato) di bacilli tifosi in coltura di 24 ore, sterilizzato con etere. Negli individui affetti da febbre tifoide, l'accurata percussione della milza permetterebbe di rilevare, a distanza di circa 10-18 ore dalla iniezione, un aumento di volume di questo organo, fino ad uno o due cm. in tutti i suoi diametri. La reazione splenica si accompagna spesso a leggera ipertrofia del fegato e, secondo Vincent, permetterebbe di fare molto precocemente la diagnosi di febbre tifoide.

Debbo accennare inoltre che Chauffard e Troisier hanno potuto ottenere sperimentalmente la riproduzione delle macchie rosse lenticolari, negli individui ammalati di tifo, iniettando sottocute 1:5000 della dose di tossina mortale per una cavia di 250 gm.

Tanto la oftalmoreazione di Chantemesse che la splenoreazione di Vincent, e così pure la riproduzione sperimentale delle macule di roseola, non hanno avuta applicazione pratica, come era da presumersi.

In seguito, essendosi diffuso lo studio delle reazioni che in molte malattie infettive possono seguire all'iniezione intracutanea dei rispettivi agenti batterici o di prodotti di questi, si sono ripresi i tentativi di diagnosticare, con tale mezzo, anche le infezioni del gruppo tifoideo. I risultati molto vaghi e non concordanti ai quali sono venuti, in quest'ultimo caso, vari autori, permettono di concludere che gli esperimenti non siano stati condotti con eccessivo rigore.

Dopo l'introduzione nella tecnica semeiologica della intradermo-inoculazione di filtrato di vecchie brodocolture di micrococco melitense al fine di diagnosticare precocemente (?) la febbre di Malta (Burnet) e dopo la conferma da parte di qualche autore (Trenti ad es.) dell'utilità di tale reazione cutanea, Montagnani, nel 1922, iniziò analoghi esperimenti nel tifo e paratifi A. e B., servendosi dei filtrati di coltura in brodo di 30 giorni dei rispettivi germi. Eseguì le prove in 40 malati di tifo, 10 di paratifo A, 11 di paratifo B e 65 di malattie diverse, inoculando i vari antigeni contemporaneamente su ogni individuo in esame, alla dose di 0.10 cc. In base ai risultati ottenuti, egli affermò che le reazioni, con i filtrati di vecchie brodoculture, non sono specifiche e, pertanto non possono venire utilizzate a scopo diagnostico.

Nel 1925 Costa, Boyer e Giraud comunicarono i risultati delle intradermoreazioni praticate con filtrato di vecchia brodocoltura di tifo fatto bollire per 20 minuti. Le ricerche di questi autori sono importanti perchè, essendo condotte su ammalati di febbre tifoide in periodi differenti di malattia, e inoltre, anche su individui affetti da altre malattie ed in soggetti sani, dimostrano che la reazione si presenta (tranne qualche rara eccezione) negativa solo negli ammalati di febbre tifoide in periodo di stato, mentre essa diviene positiva nel periodo di defervescenza ed è intensa nella convalescenza. Secondo tali autori, essa risulta egualmente positiva negli individui affetti da altra malattia febbrile o non e nei sani.

Nello stesso anno (1925) Canale eseguì esperienze servendosi come antigene « delle sole proteine del corpo batterico » (?). Per tale scopo egli dice di aver utilizzato una emulsione di germi uccisi mediante il calore e fatta essiccare in termostato, dalla quale, mediante pestamento, ottenne una polvere biancastra finissima in seguito diluita in acqua distillata nella proporzione di un mg. di polvere per ogni cc. di acqua.

Dai risultati ottenuti praticando nello spessore del derma inoculazioni di cc. 0.10 di questo liquido, Canale ha concluso che la intradermoreazione nel tifo si mostra troppo in difetto, mentre soltanto nella febbre melitense può dare qualche affidamento.

Altri autori, infine, hanno voluto provare la intradermoreazione servendosi, come antigene, di vaccini preparati in maniere diverse e riferiscono di aver ottenuto risultati preferibili a quelli che si hanno con i filtrati di vecchie brodocolture (Bua, Fornaca, Mitra).

Scopo delle mie ricerche è stato quello di eseguire uno studio rigoroso sulla intradermoreazione della febbre tifoide per vagliare:

a) se essa dia risultati identici nei varii periodi di tale malattia;

b) se essa sia specifica;

c) se possa avere valore pratico.

Mi sono servito di un vaccino ottenuto da coltura di bacillo tifoso di 24 ore su agar. La patina di essa fu stemperata accuratamente in pochi cc. di soluzione fisiologica e la sospensione, fortemente torbida, fu sterilizzata per un'ora a 56°. Do-

(*) [Le tabelle annesse si pubblicheranno negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

po di aver eseguito i controlli di sterilità si determinarono (con il metodo Salimbeni) quanti germi per cc. erano contenuti nella sospensione preparata e, in seguito, questa fu diluita in maniera di distribuire 500 milioni di germi per cc. La diluizione di 500 milioni per cc. fu da me scelta in seguito a prove preliminari le quali mi dimostrarono che, per avere risultati probativi, occorre almeno una dose di 50 milioni di germi e tale dose deve essere contenuta in piccolo volume ossia in cc. 0.10.

I miei esperimenti furono condotti su 72 ammalati dei quali 56 affetti da febbre tifoide, 1 da paratifo A, 1 da paratifo B e il resto da malattie diverse e cioè: 7 da difterite, 2 da scarlattina, 1 da morbillo, 1 da malaria, 1 da nefrite, 1 da dissenteria, 1 da meningite cerebro-spinale epidemica. Tutte le diagnosi di queste malattie furono accertate dalle rispettive prove di laboratorio.

Le iniezioni del vaccino furono da me praticate sulla regione anteriore dell'avambraccio, dove cioè la cute sottile e delicata permette di osservare bene l'intensità delle reazioni. Dopo di aver trattato accuratamente la regione con alcool-etere, mediante un ago molto sottile introdotto nello spessore del derma quasi parallelamente alla sua superficie, si praticò l'intradermoreazione alla dose di cc. 0.10 (50 milioni di germi) in modo da produrre una piccola papula ischemica, a contorni netti. In tutti i casi ho eseguito, con eguale tecnica, il controllo iniettando sullo stesso braccio, 4 cm. più in alto, cc. 0.10 di soluzione fisiologica. Debbo dire subito che questi controlli non diedero mai la più piccola reazione infiammatoria.

Si considerò negativa la reazione quando all'iniezione di vaccino non seguiva alcun sintomo locale, oppure un lieve rossore fugace che scompariva tra le 6-12 ore.

Invece si considerò positiva la reazione quando si formò una zona eritematosa di circa 2-3 cm. di diametro o più, edematosa e dolente tanto alla palpazione come spontaneamente. Tale reazione positiva ebbe gradi diversi a seconda degli ammalati e dello stadio della malattia e ho creduto opportuno indicare nelle tabelle, che qui ometto per brevità, con il segno ± una reazione incerta, forse dovuta al traumatismo dell'ago, con il segno + una reazione leggera con il segno ++ una reazione intensa, con il segno +++ una reazione fortemente intensa, con il segno — l'assenza di reazione.

Nei casi in cui la reazione fu praticata in convalescenza di tifo o in individui affetti da malattie apiretiche, non si riscontrarono mai elevazioni termiche come osservarono Costa, Boyer, Giraud in qualche loro esperienza. L'osservazione delle reazioni fu protratta fino alle 48 ore.

Dalle mie osservazioni risulta:

I. a) I casi esaminati in periodo di stato della febbre tifoide furono 27. In sette di questi (N. 1, 8, 13, 15, 16, 22, 27) l'iniezione intradermica di vaccino tifico non diede reazione: in altri casi la intradermoreazione, dubbia solo nelle prime ore, scomparve presto del tutto, per cui è da considerarsi negativa: in tre (N. 11, 21, 24) si ebbe reazione leggermente positiva soltanto nelle prime 24 ore.

In alcuni casi l'iniezione intradermica di vaccino fu ripetuta anche in periodo di convalescenza ed in sei di questi (N. 1 bis, 2 bis, 3 bis, 6 bis, 7 bis, 8 bis) diede esito fortemente positivo.

b) Nel periodo anfibolo si ottenne reazione leggermente positiva nelle prime ore: essa, però, di solito, divenne incerta dopo 24 ore. In due casi (N. 28 bis, 30 bis) l'iniezione intradermica, ripetuta in convalescenza, diede risultato fortemente positivo, rilevabile anche dopo 48 ore.

c) Nel periodo di convalescenza la reazione risultò in generale fortemente positiva; fecero eccezione soltanto tre casi (N. 43, 46, 47).

(Bisogna notare che non si potè in seguito ripetere le iniezioni intradermiche di vaccino in questi tre casi i quali altresì non erano stati esaminati in periodo di stato).

II. In un caso di paratifo A l'intradermoreazione con vaccino tifico diede reazione positiva in periodo di stato. In un caso di paratifo B, con intensa itterizia, non si ebbe reazione alcuna in periodo di stato, ma la si ottenne positiva in quello di convalescenza.

III. Nelle altre malattie si ebbe reazione positiva in tutti i casi, ad eccezione di due (N. 13 assenza di reazione; N. 12 reazione incerta).

Riassumendo, dai risultati delle mie ricerche, si può affermare che l'iniezione intradermica, praticata con il metodo e con le dosi di vaccino avanti esposte, non dà, generalmente, nessuna reazione nei malati di febbre tifoide in periodo di stato o soltanto una reazione incerta nelle prime ore dall'inoculazione.

Nel periodo di defervescenza, invece, si ottiene reazione positiva; questa si accentua nel periodo di convalescenza. Egualmente reazione positiva si manifesta negli individui affetti da altre malattie febbrili o no.

In altre parole, dunque, con il vaccino tifico, si ottennero, su larga scala, gli stessi risultati che Costa, Boyer, Giraud hanno ottenuto in circa una trentina di casi con il filtrato di vecchia brodocoltura di bacillo tifico (1).

Non ho avuto a disposizione numerosi casi di paratifo A e paratifo B per poter esperimentare l'iniezione intradermica con i rispettivi vaccini.

Debbo subito mettere in rilievo che gli autori (Montagnani, Canale), i quali tentarono la intradermoreazione nel tifo e nel paratifo, non tennero calcolo dei varii periodi della malattia e, probabilmente, si deve a questo se i loro risultati non concordano con quelli da me ottenuti.

Ho voluto verificare, a titolo di controllo, quale reazione presentano gli ammalati di febbre tifoide in periodo di stato o in quello di convalescenza all'iniezione intradermica di altri vaccini. A tale scopo, ho praticato in 16 ammalati di tifo (dei quali 10 in periodo di stato e 6 in periodo di convalescenza) ed in 1 di paratifo A, inoculazioni intradermiche di vaccino streptococcico alla stessa dose (50 milioni di germi in cc. 0,10) e con la stessa tecnica adoperata nelle precedenti esperienze.

In tutti i casi, non si è ottenuta reazione alcuna, tranne in uno in cui l'inoculazione di vaccino ha dato origine ad una lieve reazione che è scomparsa dopo circa 20 ore.

Nelle malattie da agenti batterici (melitense, enterococcemia, streptococcemia ecc.) i rispettivi antigeni, inoculati intradermicamente nel periodo acuto della malattia, producono reazione locale. Nella febbre tifoide, invece, le reazioni della cute si manifestano nel periodo di defervescenza ed in quello della convalescenza, mentre, nel periodo di stato, l'iniezione intradermica del rispettivo antigene non dà reazione. Tale assenza di reazione deve essere considerata come strettamente specifica. Infatti il vaccino tifico, inoculato alle dosi ed alle condizioni indicate, provoca reazione anche in individui affetti da altre malattie. Così si deve considerare aspecifica la reazione che si ottiene nel periodo di defervescenza e in quello di convalescenza del tifo (2).

Dal punto di vista pratico, quello che interessa, è la specificità (ossia assenza di reazione) in periodo di stato, perchè, nel periodo di defervescenza ed in quello di convalescenza, la diagnosi risulta già chiara da altri dati.

Prospettati i risultati quali scaturiscono dai numerosi esperimenti riferiti, è da domandare a che cosa sia dovuta l'assenza di reazione in periodo di stato della febbre tifoide.

Si tratta evidentemente di una temporanea modificazione reattiva della cute che non presenta analogia con reazioni immunitarie come quelle di Schick o di Dick, nè con altre reazioni allergiche (reazione alla tubercolina, anatossireazione difterica ecc.).

Essa, verosimilmente, è prodotta da un temporaneo fenomeno di immunità locale (cutanea). Tuttavia è difficile stabilirne l'origine e, fra le ipotesi che in proposito si possono fare quella che più si adatterebbe alla spiegazione del fenomeno, potrebbe essere legata alla presenza del bacillo tifoso nella corrente sanguigna in periodo di stato. Infatti, il bacillo tifoso, trasportato dal torrente circolatorio, si localizza in tutti gli organi: milza, fegato, vie biliari ecc. e lo si trova egualmente nelle mac-

(1) Recentemente Castorina ottenne risultato negativo con la vaccino-diagnosi praticata nella decima giornata in un caso di febbre tifoide accertato mediante emocoltura.

(2) Anche Keck facendo inoculazioni di vaccino tifico alla dose di cc. 0,10 (10 milioni di germi) osservò che mentre negli individui tifosi in periodo acuto di malattia la reazione si presentava negativa, negli individui in periodi di defervescenza, nei guariti e nei sani si presentava positiva. Egli non ha dato spiegazione del fenomeno osservato.

Ciuffini praticando con tossina la cutireazione in 5 casi di febbre tifoide, controllata mediante la sieroreazione di Widal, non ha ottenuto reazione alcuna.

Digitized by Google

chie di roseola tifosa. Quando s'inizia il periodo di defervescenza e sempre nella convalescenza, il bacillo non tende più a localizzarsi nella cute (come lo dimostra la scomparsa della roseola) ed è proprio questo il momento in cui la intradermoreazione diventa positiva.

Si potrebbe cioè arguire che l'assenza di reazione all'iniezione intradermica di vaccino tifico nei tifosi in periodo di stato, si verifichi per uno speciale e temporaneo stato allergico della cute il quale scompare allorchè scompare ordinariamente la roseola.

Per avvalorare maggiormente questa ipotesi, bisognerebbe dimostrare però quali risultati dà la intradermoreazione in periodo di ascesa e su questo non ho dati perchè in Ospedale giungono assai raramente ammalati di tifo nei primi giorni di malattia (1).

Mi riservo di iniziare ricerche su animali da esperimento sul fenomeno dell'assenza di reazione in periodo di stato della febbre tifoide.

In conclusione, scaturisce dal complesso delle ricerche eseguite che:

I. Il vaccino tifico alla dose di 50 milioni di germi in cc. 0,10, inoculato intradermicamente, non provoca alcuna reazione locale negli infermi di febbre tifoide in periodo di stato, invece la produce sia negli infermi di tifo in periodo di defervescenza e nei convalescenti di questa malattia, sia in infermi di altre malattie infettive o non.

II. L'assenza di reazione nel periodo di stato della febbre tifoide è fenomeno specifico, mentre le reazioni che si ottengono degli altri periodi del tifo ed in altre malattie sono di natura aspecifica.

III. Circa la causa che determina l'assenza di reazione in periodo di stato, non si possono fare che ipotesi, non avendosi, per il momento, dati che permettano di dimostrarne l'origine.

Il fenomeno non si avvicina nè alle reazioni tipo Schick nè a quelle tipo tubercolina.

IV. L'esame della reazione cutanea provocata o non dal vaccino tifico, non può dare risultati soddisfacenti in rapporto alla diagnostica della febbre tifoide.

BIBLIOGRAFIA

Brugi. Pensiero medico, 1924, n. 20. — Bua Francesco. Minerva medica, n. 14, 1926. — Burnet. Revue Tunisienne des Sc enc. med. 1922. — Canale. Rivista di clinica medica, 1925, n. 14. — Castorina. Clinica Pediatrica, 1926, p. 372. — Ciuffini. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 20, 1910. — Costa, Boyer, Giraud. Comptes Rendus des Seances de la Societè de Biologie, 1925, n. 2. — Fornaca, Bua-Fazio. Riforma medica, 1924, n. 17. — Keck. Deutsche Medizin. Wochenschrift, n. 26, 1918. — Mitra. Pediatria, 1924, n. 12. — Montagnani. Riv. crit. di clin. med. 1922, n. 10-11. — Trenti. Policlinico, sezione pratica, 1923, n. 39.

(1) In un caso con sindrome tifosa Castorina ottenne risultato debolmente positivo per il tifo praticando la vaccino-diagnosi in 5ª giornata. Questa fu fortemente positiva per il paratifo (A. o B.?). La sieroreazione agglutinante eseguita in 14ª giornata dette risultato positivo per paratifo B. Si noti, però, che la vaccinodiagnosi proposta da Cattaneo si pratica con forte dose di vaccino.

OSPEDALE CIVILE DI CATANZARO
diretto dal dott. prof. V. ALOI

PER LA PATOGENESI D'UN DITO GIGANTE

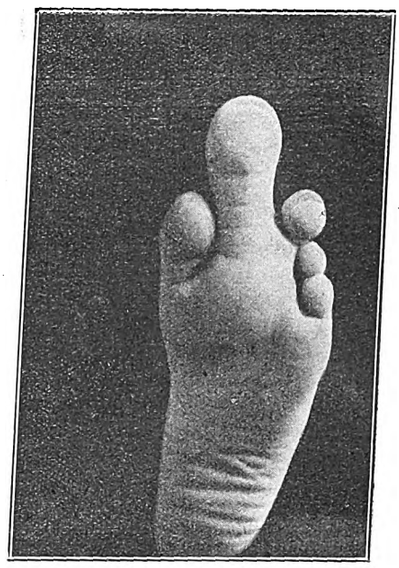
per il dott. VINCENZO ALOI
Docente di Patologia speciale chirurgica - Chirurgo primario e Direttore

Lo studio del *nanismo* e del *gigantismo* fa parte della *dottrina della costituzione*. Sembra strano che un chirurgo sia attratto da un argomento che costituisce una conquista per la medicina contemporanea (De Giovanni, Castellino, Pende, Galdi, Ferrata, La Franca ecc.). E' semplicemente per rendersi ragione di talune malformazioni; capita infatti di vedere un accrescimento gigantesco di tutto il corpo, un enorme sviluppo di tutte le parti — dalle ossa al connettivo —, casi di macrosomia di metà del corpo, d'un arto, d'una mano, più frequentemente di singole dita.

Il gigantismo della mano (acrodattilia), quello delle dita del piede (allomegalia) hanno richiamato l'attenzione di Lejars, di Caubet e Mercadé.

A proposito d'un caso di macrosomia parziale congenita (vero gigantismo parziale) ho creduto interpretare sinteticamente la patogenesi, secondo le moderne concezioni morfologiche e funzionali.

V. Caterina di Antonio, di anni otto, da Cefalù (Palermo), domiciliata a Catanzaro. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. La madre ha avuto cinque figli e due aborti. Il padre è stato sempre bene. E' stata allevata per otto mesi al seno materno. Non ha sofferto malattie esantematiche. Fin dalla nascita il secondo dito del piede destro era un pò grosso e lungo, nell'interno diventava pavonazzo, dolente per i geloni. La



madre assicura che dopo il 18° mese il dito è andato sensibilmente crescendo ed è diventato mostruoso e ingombrante.

Esame Obiettivo. Bambina bene sviluppata, in buone condizioni di nutrizione; nulla a carico degli organi interni.

La figura del piede qui annessa sostituisce la rutinaria inutile descrizione.

La radiografia mostra uno sviluppo teratologico del secondo dito e del metatarso corrispondente.

Operazione. Incisione a racchetta, disarticolazione del secondo dito, amputazione della testa del metatarso, sutura dei tessuti molli. Guarigione per prima.

Per spiegare la patogenesi di questa ed altre malformazioni si sono ammesse ipotesi varie non ancora universalmente abbandonate: influenze trofiche nervose, predisposizione embrionale, anomalie dell'abbozzo germinativo (aderenze amniotiche, lesioni durante lo sviluppo, anelli di costrizione da briglie amniotiche), ecc.

Un concetto patogenetico moderno nasce dall'endocrinologia; recentemente è stata sollevata l'ipotesi di una azione glandolare. E' risaputo che la glandola pituitaria regola molte e complesse funzioni organiche, tra cui quelle dell'ossificazione e dell'osteogenesi. Le alterazioni di questa glandola sono conseguenza diretta d'un disturbo funzionale endocrino ipofisario. Si ammette un'ipofunzione ipofisaria come causa etiogenetica nel nanismo ipofisario del Paltauf, nella sindrome di Fröhlich, nell'acromegalia, esempio classico di malattia ipofisaria. Nello stesso modo si ammette una iperfunzione ipofisaria (iperpituitarismo) nel gigantismo. Non è certamente agevole stabilire la causa prima dell'iperpituitarismo.

La sifilide ereditaria merita di esser tenuta in gran conto. Del resto nell'ottobre 1925 ho comunicato al XVI Congresso di Ortopedia due casi di disturbi della crescenza che ho messo in rapporto a turbe ipofisarie di natura eredoluetica e più che ad una eredità specifica ad un'eredità distrofica.

Per la genesi dell'iperpituitarismo il fattore ereditario ha sempre la sua importanza etiologica isolato o combinato a deficienze funzionali e somatiche, ad intossicazioni croniche (sifili-

Digitized by Google

de, tubercolosi, malaria, alcoolismo, cattive condizioni igieniche e dietetiche). L'eredità morbosa così considerata, provocando alterazioni organo-genetiche, acquista carattere morfologico. Ne risulta che lo sviluppo del nuovo organismo viene perturbato da questi fattori ereditari che per azione delle loro tossine alterano la struttura, il biochimismo dell'ipofisi con ripercussione talora evidente e costante anche sugli altri organi endocrini (timo, tiroide, surrene).

NOTE DI CHIMICA MEDICA

ANCORA UNA REAZIONE DELL'ALDEIDE FORMICA E SUE APPLICAZIONI AGLI STUDI MEDICI

NOTA X

del dott. EMILIO PITTARELLI (1)

La reazione che ho incontrato casualmente in ricerche volte ad altri fini, consiste nella colorazione azzurra che si svolge in un miscuglio di aldeide formica, fenilidrazina, metol e cloruro ferrico. Se cioè a un liquido contenente dell'aldeide formica o uno dei suoi derivati (2), si aggiunge della fenilidrazina e del metol, indi una goccia, di cloruro ferrico, si manifesta subito o dopo alcuni secondi una splendida colorazione azzurra, che dopo qualche ora svanisce, dando luogo a un precipitato giallo verdastro. La reazione richiede mezzo acido: è favorita dall'acido cloridrico, ostacolata dagli acidi organici, ritardata dall'acido solforico e dal nitrico; un eccesso di acido cloridrico elimina ogni causa perturbatrice. Essa è sensibilissima: 1/400.000 di aldeide è svelato sicuramente.

Con l'aldeide libera, la reazione avviene a freddo; con i derivati metilenici occorre invece il riscaldamento, per mettere in libertà l'aldeide.

ESECUZIONE. A) *Coll'aldeide libera.* Al liquido aldeidico si aggiungono tante gocce di acido cloridrico concentrato quanti sono i cmc. di liquido, indi alcuni cristallini di metol e di fenilidrazina idroclorica, e da ultimo 1-2 gocce di cloruro ferrico liquido della Farmacopea. Si ottiene subito, o dopo pochi istanti, la colorazione azzurra.

B) *Coi derivati formalinici.* L'esecuzione è la stessa; solo, che prima di aggiungere il cloruro ferrico, bisogna riscaldare il miscuglio fin verso l'ebollizione e poi lasciarlo raffreddare: con l'ebollizione l'aldeide si libera dal composto e si combina al metol e alla fenilidrazina, e col ratfreddamento si modera l'azione ossidante del sale ferrico.

APPLICAZIONE AGLI STUDI MEDICI. Attesa l'enorme potenza reattiva dell'aldeide formica, il medico non incontra mai libera questa sostanza: nell'orina, per es., si troverà sempre allo stato di urotropina e in combinazione con gli aminoacidi. Perciò il solo metodo applicabile in medicina è quello col riscaldamento.

Nell'orina, nei vini bianchi e nella birra la reazione non darà il colore azzurro, ma un colore verdognolo, per via del colore giallo proprio dei liquidi analizzati. Per la stessa ragione i vini cerasuoli daranno colore violetto; i vini colorati intensamente devono essere previamente decolorati (con l'acetato di piombo, non mai col nero, che assorbe l'aldeide). Il latte si può usare tale e quale; ma è preferibile operare sul siero. I liquori devono essere diluiti in ogni caso, ed anche decolorati, se intensamente colorati.

La reazione non si presta a una valutazione quantitativa, la quale, del resto, raramente ha importanza pel medico. Ma nei casi in cui fosse richiesta, si può eseguirla facilmente, con dei metodi alcalimetrici ed acidimetrici, utilizzando una curiosa proprietà dell'aldeide formica, la quale sprigiona alcali dai solfiti alcalini e alcalino-terrosi neutri, ed acidi dai sali neutri d'idrazina, idrossilamina e fenilidrazina.

Il dosamento dell'aldeide formica nei liquidi organici e nei miscugli organici, richiede però assolutamente la previa distillazione, e, cosa strana per un corpo così volatile, la distillazione dev'essere protratta a lungo. Si proceda così. Il liquido in esame si diluisca con altrettanta acqua, e si addizioni di acido cloridrico fino a forte reazione acida saggiata al metilarancio. Quando dalla distillazione si è raccolto metà del liquido, si riaggiunga al miscuglio altrettanta acqua e qualche goccia di acido cloridrico, e si distilli di nuovo. L'esperienza mi ha dimostrato che l'operazione va ripetuta almeno quattro volte, per essere sicuri di ricuperare tutta l'aldeide.

Nei distillati riuniti si doserà ora l'aldeide con uno dei due metodi seguenti:

A) *Coi solfiti neutri.* Ai distillati si aggiungono 4-5 gocce di fenolftaleina, indi una soluzione molto diluita di barite od acqua di calce, fino a leggera velatura rosea persistente all'agitazione. A questo punto il liquido è neutro, e si è sicuri che l'alcali che si sprigionerà in prosieguo è dovuto esclusivamente all'azione dell'aldeide sul solfito. Si aggiunga ora una punta di coltello di solfito di bario, ovvero di solfito neutro di sodio e 2-3 cmc. di cloruro barico in soluzione satura. Il liquido assume subito reazione alcalina intensa: si agiti, e si lasci in riposo un quarto d'ora, tempo necessario perchè la reazione sia completa. Si titola infine l'alcali sprigionatosi, servendosi di acido cloridrico decinormale: ogni cmc. di questo equivale a mgr. 3 di aldeide formica.

Il motivo di ricorrere al solfito di bario o all'equivalente miscuglio di solfito sodico e cloruro barico, consiste in ciò, che il solfito neutro di sodio, ed ogni altro solfito solubile, sono fortemente alcalini verso tutti gl'indicatori; e quindi si è sicuri che l'alcalinità sprigionata da esso è dovuta esclusivamente all'azione dell'aldeide, secondo la formula:

$$2CH_2O + 2\,SO_3 + 2H_2O = (SO^3H)\,{}^2Ba.2CH^2O + BaO^2H^2$$

neutro neutro neutro *alcalino*

B) *Con i sali di fenilidrazina,* i quali sono neutri verso alcuni indicatori, in particolare verso il metilarancio. Si colorino i distillati con arancio di metile (3-4 gocce della soluzione 1 %, per ogni 50 cmc. di liquido), e si aggiunga acido cloridrico diluito, fino a che il colore giallo volga al giallo brunastro. A questo punto il liquido è neutro verso l'arancio, e si è sicuri che l'acido che si svilupperà nel corso ulteriore delle operazioni, è dovuto all'azione dell'aldeide sul sale di fenilidrazina. Si aggiungano ora 5-6 cmc. di una soluzione di fenilidrazina idroclorica al 3 % (3), si agiti, e si lasci in riposo un quarto d'ora.

Infine, il miscuglio, divenuto fortemente acido si titolerà con alcali decinormale del quale ogni cmc. corrisponde a 3 mgr. di aldeide formica.

Risultati identici si ottengono pure con i sali d'idrazina e con quelli d'idrossilamina (questi ultimi già indicati da Brochet); ma attualmente la ragione economica consiglia i molto meno costosi sali di fenilidrazina.

(1) I, Contributi alla ricerca della Formalina nelle sostanze alimentari (*Atti del IV Congresso Medico Abruzzo-Molisano,* Aquila 1912); II, Sulla ricerca dell'aldeide formica nelle sostanze alimentari, e sulla sua distinzione dell'aldeide acetica (*Gazz. d. Osped. e delle Cliniche,* 1917); III, Sulla ricerca, sulla distinzione e sul dosamento della formalina e dell'aldeide etilica nelle sostanze alimentari (*Folia Medica,* 1917); IV, Sopra alcuni caratteri per distinguere la presenza dell'acetone, dell'aldeide acetica e dell'aldeide formica nei liquidi organici (*Folia Medica,* 1920); V, Sulla identificazione dell'aldeide acetica e dell'aldeide formica nei liquidi e miscugli organici, mediante alcune nuove reazioni colorate estremamente sensibili (*Arch. di Farm. Sperim. e Scienze Affini,* 1920); VI, Analisi differenziale dell'acetone dell'aldeide etilica e dell'aldeide formica nei liquidi organici (*Arch.* cit., 1920); VII, Sopra alcuni caratteri per distinguere la presenza dell'acetone, dell'aldeide acetica e dell'aldeide formica nei liquidi organici (*Folia Medica,* 1920); VIII, Per la ricerca diretta dell'urotropina dell'elmitolo e di altri medicamenti formalinici nell'orina (*Riforma Medica,* 1920). IX, Sopra alcune reazioni colorate delle aldeidi formica ed acetica dell'acetone e del benzochinone (*Gazz. d. Osp. e delle Cliniche* 1905).

(2) Che sono moltissimi; io ne conosco una sessantina, di cui ecco i nomi commerciali: Almateina, Amiloformio, Anfotropina; Aniodolo; Boliformina; Boroformio; Bromalina; Bromotano; Caseinato di formaldeide; Cistopurina; Citarina; Creosoformio; Crisoformio; Destroformio; Ecaiodoformio; Elmitolo; Empiroformio; Esabromina; Esajodina; E-sale; Esamerolo; Etralina; Eugenoformio; Eugoformio; Feniformio; Formacetone; Formamint; Forman; Formicina; Formidina; Formogeno; Formurolo; Fortoina; Galloformina; Guaiaformio; Iodoformio; Iodoetilformina; Iodofano; Iodoformina; Ittioformio; Neo-Salvarsan; Pittilene; Pneumina; Poliformina; Protosal; Pulmoformio; Resorcinoformio; Saliformina; Tannocreosoformio; Tannoformio; Tannone; Tannotimal; Timoformio; Urotropina.

(3) Si controlli che tale soluzione sia anch'essa neutra verso l'arancio, altrimenti la si neutralizzi, a seconda dei casi, con acido o con soda.

Digitized by Google

RIVISTE SINTETICHE

LA TUBERCOLOSI OCULARE

Organo eminentemente accessibile alle esplorazioni, epperò capace di richiamare la sagacia clinica sui primi sentori di un processo, forse tuttora latente, il globo oculare è venuto in questi ultimi tempi, grazie all'apparato illuminante del Gullstrand, sotto il nostro maggior dominio. Il segmento bulbare anteriore diventa visibile così, al punto da rasentare una preparazione o visione microscopica; mostrando perfino gli elementi circolanti nei capillari.

Era dunque a prevederne l'utilità, per modo da raggiungere una verace diagnosi ottica.

La tubercolosi oculare ha fornito elementi di discussione, circa specialmente la sua primarietà o secondarietà. Accetta di preferenza quest'ultima, nel senso di una conseguenza metastatica da altra localizzazione p. es. delle vie respiratorie; ed ammessa la difesa dell'organismo, e l'arresto dell'elemento patogeno, nelle vie linfatiche, non si può tuttavia escludere che i germi, sorpassando precocemente le ghiandole, o disfacendosi nel sangue, pervengono nelle anguste maglie del *tratto uveale*.

Quivi, e nell'iride (occhio infantile), si presentano allora minimi noduli, visibili in un campo appena irritativo; mentre può quasi mancare l'iniezione ciliare del limbo corneale. Siamo, a rigor di termini, in quel *primo stadio* del Ranke, dove, più che altro, si può parlare di una alterazione miliare proliferativa, provocata da corpi estranei, giacchè i tessuti restano tuttora senza reazione, di fronte ai prodotti tossi-bacillari che li attaccano.

Al *secondo stadio* il Ranke ha posto maggiore attenzione, distinguendone anche *fasi* differenti. Nella prima s'inizia la deviazione; condizione la quale, specialmente assume particolare significato prognostico, per il divenire dell'organismo minato. Nella seconda fase, cioè di raggiungimento dell'immunità fino all'acquisizione della ipperrecettività, l'occhio partecipa al quadro clinico generale della scrofolosi. Ma effetti non scrofolosi dell'oculo-tubercolosi appartengono al 2° stadio di immunità, e di essi si occupa lo Schieck.

Per quanto ora riguarda le manifestazioni del secondo stadio (immunità), già con la lampada Gullstrand si riesce a distinguere i componenti flogistico-essudativi dell'infezione, da quelli proliferativi Accresciuto turgore vasale; scemata elasticità delle trabecole iridee, ecco quanto di solito si osserva; non di rado accompagnato da nubecole di essudato sul mantello pupillare. Queste manifestazioni vanno retrocedendo rapidamente, nel successivo periodo, o stadio secondario; ma questa regressione non è costante. I clinici vanno riconoscendo che lasciano peggiori conseguenze, per l'organo visivo, le proliferazioni, anzichè le alterazioni flogistiche concomitanti. Si possono poi dire eccezionali, i casi di tubercoli caseificati. Le osservazioni del Vendeuberg in Davos gli fecero ritenere: che il tipo intensamente flogistico-essudativo della oculo-tubercolosi si accompagna, di solito, alla maggiore isto-allergia ed aumento termico; mentre parrebbe che queste localizzazioni oculari vadano sorgendo su fondo di pneumo-tubercolosi molto attenuate.

Restano in seconda linea, di fronte alle alterazioni irido-uveali, quelle che la tubercolosi provoca su la cornea (sclera), e retina; nè è difficile, a chi conosca i rapporti vascolari tra gli involucri oculari, spiegarsi perchè le dette localizzazioni siano, di solito, secondarie. Bisogna su questo punto dare la necessaria importanza alle periflebiti retiniche tubercolose.

Le affezioni oftalmiche a tipo flittenulare, sebbene da lungo studiate, non sono tuttora concordemente valutate. C'è tra gli oftalmologhi chi le ritiene segno non dubbio di tubercolosi; c'è chi, invece, ritiene non essere indispensabile questo fattore. Di qui anche una nomenclatura variabile: cherato-congiuntivite scrofolosa, eczematosa, linfatica etc. La discussione, come opportunamente rileva il Riehm, non può essere leggermente presa. Si sa che le flittenule, efflorescenze congiuntivo-corneali, risiedono a prevalenza sul limbo, anche meglio sul dominio della rima palpebrale. Pur variandone l'intensità, va ricordato: che mentre in Europa sono in massima così infermi i fanciulli da 2 anni salendo alla pubertà; accade invece che siano assai più di frequente colpiti gli adulti altrove, p. es. come ha constatato in Giappone il Kuboki.

A favore della natura tubercolosa, oltre che il concetto intuitivo e le concomitanze cliniche, spettanti al vasto quadro della scrofolosi, vennero, come era da prevedersi, le ricerche anatomo- patologiche; quelle batterioscopiche; i tentativi di riproduzione sperimentale. Chiaro è che, a misura che il concetto inizialmente nebuloso, della scrofolosi, andava chiarendosi, in correlazione col nuovo orientamento dottrinale della tubercolosi, anche quanto riguardava le incognite dell'affezione flittenulare in parola, subisse rettifiche, assumesse qualche fisionomia più netta. L'avvento dei saggi o reazioni Pirquet e consimili, segnava quindi una fase di stabilizzazione, nei nostri concetti di parentela, pertinenza, se non identità, della scrofolosi alla tubercolosi.

Quando si iniziò un largo ciclo di esperimenti, sebbene diversi, iniettando cioè sia nelle vene auricolari, sia nella carotide, sia direttamente, ora culture, ora antica tubercolina, ora stafilococchi; mentre si facevano selezioni di animali ora esenti, ora affetti da tubercolosi, si pervenne a risultati apparentemente contradittori, difficile essendone la interpetrazione. Si notò così, la produzione flittenulare nelle contingenze sperimentali anche più contrapposte! L'interpetrazione possibile, doveva risentire dunque di concetti più ampii e generali. Bisognava pensare: che il germe tubercoloso, restando il genuino produttore delle flittene, conveniss allora attribuire allo stafilococco un significato di agente occasionale, o di provocazione. Sperimentalmente risultava pertanto, una maniera di produzione flittenulare esclusivamente bacillare; mentre, provocate da altro fattore, le flittenule costituirebbero l'espressione di uno stato anafilattico. Sebbene in questi ultimi tempi, invocando, come si è detto innanzi, le teorie del Ranke in quanto a gli stadi, lo Schieck e la sua scuola, siano venuti affermando: che la flittenule appartengano al secondo stadio anafilattico; e che siano dovute ad influsso immediato, di bacilli tubercolosi morti, od a loro prodotti di disfacimento, non si può dire chiusa la discussione. Infatti la dottrina della diatesi essudativa (scrofolosi) è ripresa ancora, da contemporanei oftalmologhi; mentre altri invocano l'iperrecettività individuale, e così via.

Ben difficile affermare da qual parte resti la maggior ragione; e forse più confacente è la concezione di Wessely, cioè: combinare le due teorie, bacillare e tubercolotossica, per meglio spiegare la manifestazione flittenulare umana.

La terapia di questa affezione è ormai di possesso anche dei generici. La massima nettezza locale; qualche lieve instillazione di sali di argento; poi e sopratutto il trattamento energetico e magari specifico.

Sui rapporti della congiuntivite di Parinaud con la tubercolosi e la pseudotubercolosi, scrive di recente l'Herrenschwand.

Fin dal 1889 il Parinaud, utilizzando tre osservazioni, si era autorizzato ad affermare: che la fisionomia nosografica dei suoi casi fosse così spiccata da non ammettere contestazioni. Senonchè, a ben guardare alcune delle osservazioni, che dopo di lui furono comunicate, p. es. da Abadie, Brouardel, ed altri, sorge sempre il commento: che non si tratti di un tipo unico o se non altro della medesima affezione. Così anche il fatto che cotesta congiuntivite fosse di origine animale, perchè constatabile in stallieri, macellai etc., ha anche lasciato molto campo allo scetticismo di successivi ricercatori.

A misura che si vennero caratterizzando le eventuali somiglianze, tra questa varietà e la oculo-tubercolosi congiuntivale, si fu costretti piuttosto a vederne la dissomiglianza. Non solamente le ricerche non fornivano prova della presenza di un agente specifico nella congiuntivite di Parinaud, nè di eventuali risultati di inoculazione. Ma allorquando si rivolse la attenzione a rcercare la sua affinità col tipo bovino, si notò che questo aveva stretta affinità con la tubercolo-congiuntivite umana.

Dunque non rassomiglianza; ma lontana appariscenza tra la Parinaud e quelle più note congiuntiviti specifiche. Neanche il decorso clinico stabiliva affinità; giacchè quello della Parinaud è acuta, a decorso abbastanza rapido; tra manifestazioni febbrili e turgore linfoghiandolare, in 2-5 settimane, su cumoli subipiteliali di leucociti, linfociti, plasmacellule, ecco venirsi formando noduli; i quali, senza giganto-cellule, lungi dal tendere a caseificare si ulcerano; e nel regredire lasciano visibili cicatrici.

Si permaneva dunque, da alcuni anni, in questa indecisione, quando si ritornò su tali studi, a proposito di nuove ricerche sopra una *congiuntivite da pseudo-bacillo tubercoloso*. Come suole, anche qui ci fu chi credette identificarne l'agente, in una varietà di *micrococco bacillus palymorphus necroticans;* chi lo identificò invece col *Bacterium tularense*. Furono copiosi i contributi in proposito, e le scuole italiane, come sempre, fornirono preziose osservazioni. Nondimeno è delicato, nell'attuale momento, concludere in modo decisivo. Molto verosimilmente, afferma l'Herenschwand, nei casi di vera congiuntivite del Parinaud, potrebbe invocarsi come fattore il *Bacillus pseudotuberculosis rodentium*: tanto più che sperimentali forme similari ebbero, mediante tali inoculazioni Bayer e l'A. presente. Si riaffermerebbe l'asserzione della provenienza animale, ammessa dal Parinaud; tanto più, che praticando strisciamenti di materiale infetto, nella congiuntiva di conigli, si otteneva un quadro anatomo-clinico abbastanza caratteristico, e gli animali andavano poi a morire, con le manifestazioni generali della pseudotubercolosi.

BIBL.. SCHIECK. Die extrapulmonale Tuberculose. A. I. 10, 1926. - RIEHM. Ibidem. HERRENSCHWAND. Ibidem (con numerose fonti citate).

= 115

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il controllo ottico per la diagnosi dell'ulcera dello stomaco. WITTEMBERG. *Die Therapie der Gegenwart*, 1926, n. 8.

Ogni medico che ha mandato ad operare molti ammalati con diagnosi di ulcera dello stomaco, sa che spesso l'intervento chirurgico non ha approdato a nulla, o perchè l'ulcera era troppo superficiale o troppo piccola, per essere percepita dall'esterno, o perchè nessuna ulcera vi era.

Si impone quindi l'obbligo di precisare la diagnosi con l'indagine gastroscopica, poichè il vero elemento di sicurezza per la diagnosi è l'elemento visivo.

Non sempre è — per altro — sufficiente la semplice indagine röntgenologica, anche se più volte ripetuta; dato lo speciale comportamento dello stomaco, occorre avere una visione ininterrotta del campo di ricerca, e questo non può essere ottenuto che dalla cinematografia applicata alla ricerca röntgenologica.

Con tale metodo si sono identificate delle ulcere, che anche dopo ripetute ricerche radioscopiche non era stato possibile svelare; e si ha anche un buon criterio per la diagnosi di guarigione di ulcera del ventricolo, poichè si vedono ritornare al normale i movimenti peristaltici prima alterati.

La capacità tripanocida del siero negli emofiliaci. — O. WERNER ed E. HARTMANN, Clinica Medica dell'Università di Breslavia. *Medizinische Klinik*, 1926, n. 47.

Il potere tripanocida del siero umano rimane pressocchè inalterato negli stati morbosi più diversi, anche nei processi consuntivi dell'organismo adulto, come numerose ricerche hanno dimostrato.

Solo nelle lesioni del parenchima epatico è stata osservata una netta sparizione di tale capacità, tanto che si è cercato (Munter) di utilizzare questo rapporto diretto tra malattie del fegato e potere tripanocida del siero, per una indagine sierologica sulla funzionalità epatica.

Nel siero dei neonati il potere tripanocida del siero è straordinariamente esiguo, e ciò potrebbe essere spiegato col fatto che il fegato non ha ancora in essi raggiunto la sua efficienza funzionale.

Nei fanciulli il potere tripanocida del siero sparisce nelle malattie da carenza, e particolarmente nelle gravi forme di scorbuto, e nei danni da cattiva alimentazione con i farinacei; ricomparisce però con la convalescenza.

Alcuni autori (Opitz, Zweig, ed altri) hanno creduto di constatare la sparizione del potere tripanocida del siero nell'emofilia, ed hanno anche stabilito un certo parallelismo tra stadio della malattia e potere tripanocida. Mentre nello stadio di tendenza alle forti emorragie le sostanze tripanocide sono dimostrabili nel siero in quantità normale, il siero del paziente — dopo che l'emorragia è cessata — non è più capace di influenzare l'infezione sperimentale da tripanosomi del topo.

L'importanza di tali ricerche — secondo le quali il potere tripanocida del siero mancherebbe anche nelle madri e nelle sorelle degli emofiliaci — consisterebbe in questo, che — esistendo dei rapporti tra fegato e potere tripanocida — si verrebbe ad ammettere una partecipazione del fegato nel meccanismo patogenetico della emofilia.

Poichè clinicamente tale rapporto non è stato finora menomamente intravisto, queste ricerche meritavano una rigorosa conferma.

Werner ed Hartmann hanno preso, a questo scopo, in esame quattro emofiliaci, ed hanno potuto constatare che in essi, nè nel plasma nè nel siero si manifestava alcuna menomazione del potere tripanocida, anche adoperando una quantità minima di plasma o di siero (0.1 cmc.).

Furono esaminati anche i familiari di questi pazienti, con lo stesso risultato.

La diversità dei risultati nei diversi ricercatori potrebbe essere spiegata coll'ammettere l'esistenza di diversi tipi sierologici di emofiliaci, o di una accidentale resistenza al siero dello stipite di tripanosomi adoperato per l'infezione sperimentale nel topo.

Recidiva di morbillo. — B. PESCHLE, Clinica Pediatrica della R. U. di Roma. *La Pediatria*, fasc. 23, 1926.

Le recidive del morbillo, sicuramente accertate, sono, come è noto, rarissime. Perciò è interessante il caso, di cui l'A. si occupa, in cui la recidiva si ebbe a distanza di un anno: tutte e due le volte la malattia fu accertata in Clinica. L'A. crede che a spiegare la deficiente immunità concorra da una parte l'organismo, per una deficienza di poteri immunitari (e nel caso in esame vi era infezione luetica e tubercolare) e dall'altra il germe che, per probabili differenze biologiche, può provocare una spiccata immunità duratura per lo stipite infettante, lieve e transitoria per altri.

La cura iodica del gozzo esoftalmico. — J. SLOSSE. *Bruxelles Médical*, n. 1, 1926.

Il trattamento iodico è stato applicato con successo nel morbo di Basedow, ed anche l'A. in 5 casi ha osservato con la terapia iodica abbassamento del metabolismo basale, aumento del peso, diminuzione del numero delle pulsazioni cardiache.

Eguale successo però l'iodo non raggiunge in un'affezione molto vicina, l'adenoma tossico o gozzo basedowificato in cui anzi può determinare un rapido aggravamento. In questa forma, come nella malattia di Basedow, si osserva tachicardia, nervosismo, tremore, caduta del peso. Le due affezioni si distinguono però per vari caratteri. In primo luogo nel morbo di Basedow si hanno piccoli movimenti, continui, molto caratteristici, che mancano però nell'adenoma tossico.

Nel morbo di Basedow, in secondo luogo, si ha uno sviluppo bilaterale e quasi sempre simmetrico, della tiroide, mentre nel gozzo basedowificato lo sviluppo della glandola è asimmetrico ed alla palpazione sono rilevabili parecchi noduli resistenti. Inoltre nel morbo di Basedow si ascolta un soffio sulla glandola ed alla palpazione un fremito. Il metabolismo basale mostra poi valori molto alti nel Bsedow mentre nell'adenoma tossico l'esaltamento degli scambi respiratori è molto più modesto. Manca infine nell'adenoma l'esoftalmo, e la tachicardia è molto meno pronunciata. Or pare che anche la patogenesi delle due affezioni sia diversa: nell'adenoma tossico si avrebbe cioè un'ipersecrezione tiroidea, nel Basedow invece la tirossina secreta in eccesso, sarebbe anche anormale, perchè incompletamente iodata. Tuttavia la cura iodica non riesce a guarire il morbo di Basedow: si hanno bensì delle remissioni, ma la durata di esse è di tempo imprecisabile, e ben presto segue una nuova ricaduta. Si raccomanda perciò di ricorrere all'intervento non appena la cura iodica ha prodotto un buon miglioramento delle condizioni dell'infermo.

L'autoemoterapia dell'influenza. — P. LUDEWIG, Ospedale « Am Feldhof » presso Graz. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 50.

Durante un'epidemia di influenza furono trattati 64 ammalati con l'autoemoterapia e 20 con i consueti metodi medicamentosi ed idroterapici. Si trattava di manifestazioni catarrali tipiche con fenomeni congestivi del capo e del torace.

L'efficacia dell'autosangue fu straordinariamente notevole; con nessun altro mezzo terapeutico si riesce a provocare un miglioramento così pronto anche dal punto di vista psichico: infatti l'autosangue ha un'influenza decisa sul senso euforico.

Le condizioni generali che erano assai cattive prima dell'iniezione migliorarono rapidamente, e sparirono sopratutto la cefalea e l'anoressia.

Dal punto di vista delle modificazioni ematologiche, si è notata dopo la prima iniezione una forte leucopenia, e dopo la seconda una leucocitosi.

Si tratterebbe di manifestazioni di carattere secondario, che non hanno un evidente rapporto col processo di guarigione.

I perturbamenti circolatorii nel coma diabetico. — K. v. NEERGAARD, Basilea. *Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 46.

Viene riferito un caso di coma diabetico, nel quale i segni delle alterazioni circolatorie periferiche (rossore, senso di calore, polso piccolo, elevata permeabilità renale) costituivano le manifestazioni più evidenti.

Era anche caratteristica la inefficacia dei cardiotonici, ed il polso piccolo, che si manteneva tale ad onta della somministrazione dei più pregiati tonici della muscolatura cardiaca, come l'insulina, ed i costituenti essenziali dell'acido difosforico, per via endovenosa.

Le alterazioni circolatorie persistettero anche dopo scomparso il disturbo nel ricambio degli idrati di carbonio, mentre invece fu ottenuta un'azione favorevole, se anche fuggevole, sul sistema vasale, mediante la soluzione di Ringer.

Queste osservazioni confermano l'ipotesi della genesi periferica delle alterazioni circolatorie, per deficiente tono delle arteriole e dei capillari.

Il persistere di queste alterazioni circolatorie, e l'inefficacia su di esse dei cardiotonici e della insulina, non depone in favore dell'ipotesi che esse si manifestino per mancanza di insulina nel ricambio muscolare, ma piuttosto conferisce una notevole autonomia al meccanismo di queste alterazioni.

Alle alterazioni circolatorie deve essere riconosciuto infatti una genesi periferica, come sintoma generale di ogni stato comatoso di origine diabetica, ed in minor grado anche per molti casi di diabete non complicato dallo stato comatoso.

Tanto per ammettere, quanto per escludere l'esistenza di una particolare forma di coma diabetico cardio-vascolare, non abbiamo attualmente sufficienti elementi.

Digitized by Google

Encefalite consecutiva alla vaccinazione antivaiolosa. — C. LEINER, Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 51.

Tra i disturbi che la vaccinazione preventiva antivaiolosa può provocare è ancora relativamente poco conosciuto quello che si presenta con manifestazioni cerebrali.

Queste possono talora raggiungere tale gravità da portare il paziente alla morte.

Si tratta per lo più di gente che si vaccina per la prima volta, di bambini che vengono vaccinati all'età di andare a scuola; nella maggior parte di questi la reazione all'inoculazione è particolarmente violenta.

Verso la metà della seconda settimana dalla vaccinazione, incominciano a presentarsi dei malesseri, consistenti specialmente in cefalea, vomito, febbre alta, stupore rigidità della nuca; un complesso quindi che fa pensare alla meningite, che viene spesso diagnosticato come meningite tubercolare.

La puntura lombare dà un liquido chiaro, con aumento dei corpuscoli, reazione positiva di Pandy, e che non coagula.

La forma morbosa in questione si presenta per tal modo imponente, ma nella maggior parte dei casi volge a guarigione in pochi giorni, senza lasciare disturbi di sorta. Se invece il caso è letale, si trovano all'autopsia diversi e diffusi focolai infiammatorii nel cervello e nel midollo.

Circa la patogenesi di questa encefalite vaccinica, le opinioni sono ancora disparate; alcuni pensano ad un rapporto di dipendenza diretta, come in seguito a polmonite, a tifo, ad influenza si possono avere delle manifestazioni encefalitiche, così le stesse potrebbero verificarsi in seguito a vaccinazione. Però non è stato finora possibile dimostrare la presenza del virus nei focolai infiammatorii.

Altri pensano invece che il rapporto di dipendenza sia solo indiretto; i bambini in questione sarebbero già portatori del virus dell'encefalite o dell'erpete, e la vaccinazione renderebbe solo questi virus più attivi, e provocherebbe le complicazioni cerebrali.

Comunque, in nessun caso il medico può essere chiamato responsabile di questo accidente.

Sul modo di ovviare alla possibilità di queste manifestazioni, non si può dire ancora nulla di certo.

E' stato esperimentato con successo l'espediente di somministrare la linfa vaccinica diluita da 1:150 a 1:200, per via sottocutanea, nei bambini che — come si è detto — sono i maggiormente colpiti dalle manifestazioni encefalitiche.

Le iniezioni di proteine come profilassi delle malattie da siero. — H. HECKSCHER. Ospedale Blegdams. *Acta Medica Scandinavica*, 1926, fasc. VI.

Per prevenire le frequenti malattie da siero nei pazienti affetti da difterite, e trattati col siero antitossico a grandi dosi, si sono sperimentate le iniezioni di vaccino stafilococcico polivalente, fra il quarto ed il nono giorno dall'iniezione di siero. Tale trattamento profilattico ha ridotto notevolmente la frequenza delle malattie da siero, che è discesa a circa un terzo di quella abituale. Il vaccino agirebbe come sostanza proteica.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La prognosi delle lesioni dei nervi periferici trattate operativamente. — JALKOWITZ. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, ott. 1926.

Nell 1ª clinica chirurgica di Vienna (v. Eiselsberg) durante la guerra sono stati operati 293 casi di lesioni nervose. Le operazioni eseguite sono state la tubulizzazione (10 casi), la neurolisi extranervosa (68 casi), la neurolisi endonervosa (51 casi), la resezione parziale con sutura (91 casi), la resezione totale con sutura (57 casi), la plastica nervosa (16 casi). Gli infermi osservati personalmente dall'A. dopo l'intervento sono stati 29, per altri 67 l'A. si è giovato di risposte epistolari e di esami eseguiti da altri medici. In tutti questi 96 casi si trattava di lesioni da proiettili, specialmente di fucile; l'intervallo tra l'operazione è variato tra 7 e 10 anni.

Le lesioni riguardavano il plesso brachiale (18 casi), il N. radiale (29 casi), l'ulnare (15 casi), il mediano (19 casi), lo sciatico (12 casi), il peroneo (3 casi).

Per quello che riguarda i risultati in 46 casi non vi fu alcun miglioramento, in 41 si ebbe un miglioramento di media entità, in 9 un miglioramento considerevole, intendendosi come miglioramento medio almeno un parziale ritorno della motilità e una regressione parziale delle eventuali lesioni sensitive, e per miglioramento considerevole un ritorno in maggiori proporzioni delle forze e della eccitabilità galvanica e faradica alla formula normale, anche se diminuite. In nessun caso vi è stata la completa guarigione, e cioè una restitutio ad integrum totale, della motilità, della sensibilità, della eccitabilità elettrica con regressione delle turbe vasomotorie.

Le operazioni che hanno dato i migliori risultati sono state quelle eseguite nei primi 6 mesi dopo la lesione; anche dopo 9 mesi però si può operare con speranza di successo, mentre intervalli più lunghi dànno quasi esclusivamente una prognosi cattiva.

Per quel che riguarda il comportamento dei singoli nervi l'A. conferma che le lesioni delle fibre motrici sono suscettibili di miglioramento assai più di quelle delle fibre sensitive, e queste più delle lesioni delle fibre vaso-motrici. La prognosi di una lesione nervosa dipenderà quindi dal numero delle fibre motrici o sensitive che esso contiene. Anche la irrorazione sanguigna, il calibro, la situazione topografica e il punto della lesione del nervo, hanno importanza per la prognosi.

Quanto ai metodi operatori la neurolisi extranervosa ha dato buoni risultati quasi nel 90 % dei casi; con la neurolisi endonervosa i miglioramenti sono stati più rari e meno considerevoli. Per le suture poi è difficile dare un giudizio complessivo, perchè troppo grandi sono le differenze che passano tra un caso e l'altro. L'A. ha però l'impressione che le suture protette con lembi muscolari abbiano dato risultati migliori.

Il miglioramento, nella maggioranza dei casi di neurolisi, comincia nel semestre che segue l'intervento; nelle suture tra il terzo e il nono mese. I miglioramenti che cominciano nel secondo anno sono rari. Questo per la motilità; la sensibilità poi suole ricomparire parecchie settimane ed anche mesi più tardi, e può anche rimanere assente in nervi nei quali le vie motrici sono di nuovo diventate permeabili.

Alloplastica del cranio e della dura. — R. SOMMER. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 197, fasc. 1-6, 1926.

In alcuni esperimenti sugli animali e in 3 casi clinici, l'A. ha praticato una duplice alloplastica, riparando la dura madre con tela di Billroth e la breccia ossea con celluloide. Pur riconoscendo che in simili casi la autoplastica rappresenta il metodo di scelta, l'A. pensa che anche l'alloplastica possa trovare indicazioni, specialmente quando si tratta di proteggere da aderenze postoperatorie e in particolar modo quando si sia già, senza successo, ricorso agli altri metodi.

Dall'esperienza acquistata l'A. conclude che la tela di Billroth e la celluloide rappresentano dei materiali indicatissimi per la plastica cranica.

La tela di Billroth ha un'azione emostatica spiccatissima sulle piccole emorragie. Nei 3 casi clinici si ebbero, con l'alloplastica, due guarigioni complete di epilessia, ed un miglioramento notevole nel terzo, in cui però l'epilessia non sembrò per nulla influenzata.

NEUROPSICHIATRIA

Alterazioni della personalità in seguito ad encefalite epidemica. — E. GUTTMANN. Sezione Psichiatrica dell'Ospedale München, Schwabing. *Münch. Med. Wochen.*, 1926, n. 40.

L'encefalite epidemica è attualmente la malattia che, subito dopo la paralisi, produce il maggior numero di malattie cerebrali. Essa ha suscitato una quantità di problemi nel campo neurologico, e soprattutto gli esiti tardivi hanno fatto un po' di luce sulla natura di alcuni campi della fisiopatologia del cervello meno noti. Di molto interesse sono tra l'altro le questioni che riguardano certe alterazioni psichiche, che per lungo tempo erano appena conosciute come esiti di malattie cerebrali.

Tra le alterazioni della personalità o del contegno, quelle che rivestono il carattere di manifestazioni paranoiche sono state assai fugacemente descritte nella letteratura.

L'A. descrive due casi interessanti che sono capitati alla sua osservazione, i quali dimostrano, come dopo l'encefalite letargica possano presentarsi lesioni della personalità, con carattere e sviluppo paranoico (erotismo, persecuzione). Ma l'encefalite può anche produrre alterazioni della personalità nel senso di vere e proprie psicopatie (mancanza di fermezza, eccitabilità, difetto di senso morale). Una malattia organica del cervello crea così delle personalità, quali noi siamo abituati a veder prodursi solo come forme costituzionali.

I casi descritti non sono giunti al tavolo anatomico; poichè la localizzazione tipica dell'encefalite epidemica è nota, vi è così la possibilità di prendere il punto di partenza da un reperto atipico in questi casi per determinare se ed in quale sistema si siano prodotte lesioni o minorazioni che possano darci ragione dei fatti studiati in vita. La risposta a tali questioni sarebbe del più grande interesse per lo studio di tutte le psicopatie.

L'ipertimia ansiosa cronica post-traumatica. — R. BENON, Reparto malattie mentali dell'ospizio generale di Nantes. *Révue de Médecine*, 1926, n. 3.

Descrizione di un ammalato molto interessante che l'A. ha potuto seguire per dieci anni.

In sostanza, non si può negare l'esistenza di una ipertimia cronica post-traumatica, a contenuto ansioso. Essa differisce dall'astenia cronica

Digitized by Google

posttraumatica, dalle ossessioni e fobie posttraumatiche, dalla malinconia e dall'ipocondria posttraumatica, etc.

Queste diverse affezioni sono rare, ma non possono — senza confusione o insufficienza — essere designate sotto il termine vago di psiconevrosi o di neuro-psicosi, a meno che esso non sia il titolo di uno studio generale sull'argomento.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Contributo sulla malarioterapia nella sifilide neuro-centrale. — J. Driver, J. Gammel, L. Karnosh. *Jour. Am. Med. Ass.*, 27 novembre 1926.

La malarioterapia fu adoperata dagli AA. in 79 casi di sifilide neuro-centrale. Se si considerano i risultati anche nei casi in cui la cura è terminata da circa un anno, si trova che i primi effetti di questa terapia hanno consistito in un notevole miglioramento in molti casi in cui non si era più riusciti ad ottenere qualche vantaggio mediante l'uso, anche vigoroso, dei comuni metodi della medesima terapia antisifilitica.

Gli AA. hanno osservato nel gruppo dei paralitici generali complete remissioni, con miglioramenti sufficienti a permettere il ritorno al lavoro, in 8 (26 %) casi; altri 8 furono notevolmente migliorati; 4 furono lievemente migliorati e 4 morirono. Questi risultati concordano con quelli ottenuti dagli altri sperimentatori.

Effetti simili furono ottenuti nel gruppo della tabo-paralisi. I risultati ottenuti nel gruppo della tabe dorsale sono anche assai incoraggianti. La completa sparizione delle crisi gastriche persistenti e dei dolori torgoranti in 3 pazienti per un periodo di 4-6 mesi e una notevole diminuzione di tali disturbi in altri 6 concordano coi risultati ottenuti da Bering, Weygandt e da altri.

Nella sifilide cerebro-spinale, cinque pazienti mostrarono un notevole miglioramento dei segni fisici, associato ad una evidente diminuzione della positività della reazione del liquor, com'è dimostrato dal ritorno alla normalità delle globuline e del numero delle cellule, e da un abbassamento della curva del cloruro d'oro dal tipo paretico a quello luet. semplice.

Cancrena spontanea nei sifilitici. — F. Karda. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, vol. 199, fasc. 1-2, ottobre 1926.

Fino a qual punto la sifilide possa favorire la comparsa di un'arteriosclerosi, che poi può portare alla cancrena spontanea, non è ancora sicuramente messo in chiaro: una simile relazione era però già sospettata dal Virchow. L'influenza della lue sulla comparsa di un'endoarterite obliterante, dapprima è stata negata, poi ammessa e infine, recentemente messa di nuovo in dubbio.

La « metalue » può dar luogo, nei vasi periferici, ad alterazioni, le quali possono condurre ad alterazioni trofiche. L'influenza della sifilide nell'insorgenza di una cancrena angiospastica pura, il cosiddetto M. del Raynaud, non è dimostrata.

Sulle alterazioni dei vasi periferici prodotte dalla lue, nel senso di una meso o periarterite, di carattere non specifico, o di gomme multiple delle pareti vasali, alterazioni che possono portare alla cancrena, si sa molto poco. Certo è, e può essere affermato con sicurezza, che vi sono alterazioni vasali delle estremità, dovute alla sifilide, che possono dar luogo a cancrena.

Il quadro anatomo-patologico può consistere in gomme delle pareti oppure in infiltrazioni di linfociti e di cellule plasmatiche, in prevalenza della media e dell'avventizia.

Il decorso di questi casi, che promette una diagnosi abbastanza sicura, è caratterizzato da brevi prodromi di natura angiospastica in individui sifilitici; da accessi dolorosi, spesso straordinariamente dolorosi e di natura neuralgica; della comparsa graduale delle alterazioni obbiettive, con eventuale comparsa contemporanea di cancrena e di ulcerazioni; rapido cambiamento di colorito nelle parti periferiche delle estremità colpite, che possono essere parecchie nello stesso tempo; relativa benignità del processo.

La frequenza di queste forme sembra essere maggiore di quel che potrebbe sembrare dagli scarsi esempi registrati nella letteratura. La cura deve consistere in un energico trattamento antiluetico (cura arsenobenzolica combinata) e le speranze, di guarigione, se non si è arrivati alla obliterazione di grossi trombi vasali, se la cura è ben fatta, sono buone.

Sifilide del collo uterino. — G. Gellhorn, (St. Louis, U. S. A.). *Jour. Am. Med. Ass.*, 27 novembre 1926.

Numerose osservazioni conducono l'A. a ritenere che la sifilide del collo si verifichi molto più frequente di quel che non sia generalmente ammesso, e che possa dare manifestazioni in ognuno dei suoi tre stadi, indistintamente. Le lesioni primarie e secondarie, benchè sufficientemente caratteristiche, sono talvolta trascurate perchè asintomatiche. D'altra parte, le lesioni terziarie, che appaiono sotto forma di gomme o di ulcerazioni gommose, dànno luogo a perdite bianche o rosse, sì da rassomigliare molto al carcinoma; e molte pazienti sono così state erroneamente sottoposte ad interventi inopportuni e pericolosi.

Contrariamente alla ordinaria lentezza delle comuni lesioni sifilitiche, la sifilide del collo ha un andamento che si potrebbe dire galoppante, in cui l'infezione compie il suo corso dall'inizio fino all'esito fatale in meno di un anno. Numerosi ed importanti problemi sono connessi intimamente a quest'argomento. Con l'attenta disamina di tutte le condizioni, l'A. è giunto a dimostrare che le secrezioni cervicali presentano in tali casi un alto potere infettivo e che la ricerca degli spirocheti in tali secrezioni può servire ottimamente a scopi d'agnostici, prima di dichiarare completamente guarita la donna affetta da tali lesioni.

Egli inoltre ha notato che le lesioni cervicali luetiche determinano la possibilità di distocia per rigidità del collo e che la sifilide di tale organo non di rado degenera in carcinoma attraverso lo stato intermedio di leucoplasia.

Il trattamento della blenorragia cronica coll'inoculazione della malaria. — R. Leuzmann. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 48.

Trattando alcune donne sifilitiche — affette anche da blenorragia cronica — con la inoculazione malarica, l'Autore ha potuto osservare che alla fine del trattamento i gonococchi non erano più dimostrabli nel secreto uretrale.

Partendo da questo dato di fatto, il Leuzmann ha pensato di tentare tale forma di terapia per la gonorrea cronica, che aveva resistito agli altri metodi di cura. Questi tentativi sono stati eseguiti su 5 uomini e 68 donne.

Dopo la cura, il reperto batteriologico nei 5 uomini fu perfettamente negativo, anche dopo i soliti tentativi di riattivazione meccanica, chimica e biologica; nelle donne lo stesso risultato si ebbe in 53 casi, cioè nel 78 %. In altri 11 casi la scomparsa dei gonococchi si ebbe dopo alcune (fino a 3) settimane dalla fine della cura; gli altri 4 casi si manifestarono refrattari a tale forma di trattamento.

L'A. consiglia di tentare questo metodo di cura in tutti i casi di gonorrea cronica, allo scopo di renderne più breve il decorso, e di evitare le frequenti complicanze; ma in modo particolare in quei casi che si sono mostrati ribelli alle consuete forme di trattamento.

La spiegazione del successo andrebbe ricercata nella influenza aspecifica dello stato febbrile e del conseguente intensificarsi delle funzioni organiche, di difesa contro i gonococchi. [Allora sarebbe utile la semplice proteinoterapia. N. d. R.].

OTORINOLARINGOIATRIA

Terapia della tubercolosi laringea. — L. Bassenko. *Vopr. Tuberk.*, 24 novembre 1926.

L'A. ritiene che in ogni caso di tubercolosi laringea una diagnosi qualitativa debba esser fatta in rapporto al seguente schema: 1) carattere dell'affezione (produttiva o essudativa); 2) forma (infiltrativa o ulcerosa); 3) localizzazione (interna o esterna); 4) decorso clinico (attivo o inattivo).

La terapia deve basarsi sulle indicazioni di ogni caso particolare. In molti casi l'iniezione di alcool nel ramo principale del nervo laringeo superiore sarà sufficiente. Talvolta anche la modificazione proposta da Liik (iniezione nel tessuto perineurale) è sufficiente.

Bruenings ritiene che tali misure siano sufficienti in ogni caso e non ammette la necessità della resezione del nervo, come nel metodo di Avellis. L'A. ha esaminato 27 casi. In dieci praticò la resezione bilaterale. Lo scopo dell'operazione fu quello di diminuire la disfagia: e in molti casi questo fu raggiunto. In un caso però le condizioni peggiorarono si che fu necessario ricorrere alla tracheotomia.

Quando, nella forma produttiva dell'affezione, una parete protettiva di tessuto fibroso si è formata intorno al focolaio, l'operazione è controindicata. Nelle forme essudative, invece, la resezione è consigliabile perchè un'iniezione di alcool potrebbe aggravare l'edema e i fenomeni infiammatori.

Di alcune applicazioni dei brodo-vaccini e degli antivirus in otorinolaringoiatria. — J. Helsmoortel. Reparto Otorinolaringologico dell'Ospedale di S. Erasmo, Anversa. *Le Scalpel*, 1926, n. 38.

Fino agli ultimi tempi si è cercato di ottenere la guarigione della foruncolosi del condotto uditivo con le iniezioni di vaccino; oggi è lecito pensare di potere ottenere un risultato più rapido con l'uso dei brodo-vaccini.

Questa forma di trattamento evita ogni specie di iniezione ed ogni specie di reazione.

La tecnica è semplice: bisogna ottenere anzitutto la disepi-

Digitized by Google

telizzazione del condotto; a tal uopo si introduce nel condotto uditivo, mantenendovelo per sei ore, un batuffolo di ovatta imbevuto di glicerina fenica; in tal modo la regione è disinfettata ed è preparata a ricevere il medicamento, che viene anch'esso introdotto a mezzo di batuffoli di ovatta imbevuti di brodo-vaccino.

Il trattamento va continuato per un certo tempo dopo la scomparsa dell'ultimo foruncolo; in tal caso non si osservano recidive.

Lo stesso trattamento vale anche per la foruncolosi del naso.

L'A. ha fatto anche ricorso al brodo-vaccino in una serie di casi di ammalati operati di mastoidite acuta, postumo di otite acuta, e di altri soggetti a cui era stata praticata la « radicale » a seguito di otiti croniche che avevano determinato reazione mastoidea o altre complicanze; come trattamento post-operatorio.

Risulta chiaramente dalle esperienze fatte che l'evoluzione delle piaghe operatorie, trattate con medicature al brodo-vaccino, è stata più brillante che con i metodi finora in uso; sopratutto si guadagnano duo o tre settimane nella cicatrizzazione.

Anche con l'*antivirus* (mescolanza di *antivirus* antistreptococcico ed antistafilococcico nelle proporzioni di 2/3 ad 1/3) si sono avuti risultati soddisfacenti, in questi trattamenti postoperativi.

IGIENE

La tubercolosi in rapporto al lavoro delle sigaraie. — Grünbaum, Direttore dello stabilimento di cura di Bad Neuheim. *Medicinische Klinik*, 1926, n. 47.

Le accurate ricerche cliniche e statistiche dell'A. portano alle conclusioni che non esiste alcuna «tabaccosi»; non vi è alcun rapporto diretto tra polvere di tabacco o lesioni da nicotina e mortalità o morbilità per tubercolosi. Il lavoro in una fabbrica di tabacchi, purchè igienicamente istallata, è — sotto questo punto di vista — assolutamente privo di pericoli.

Per il clinico la questione è in tal modo sufficientemente risolta; ma per il medico sociale resta il fatto, che — quali che siano le discussioni in merito — numerose famiglie di sigarai danno un notevole contributo alla tubercolosi. Potrebbe forse esistere una dipendenza mediata tra le condizioni create dal lavoro nelle fabbriche di tabacchi e l'epidemia tubercolare di certe contrade.

Il risanamento di queste regioni rappresenta un immanente compito sociale, che riguarda la igiene generale del lavoro, non già una igiene speciale alle sigaraie.

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

XXIII RIUNIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

(Roma 16, 17 e 18 Dicembre 1926)

Con il concorso di numerosi soci convenuti da ogni parte d'Italia ha avuto luogo in Roma, questa importante riunione nei giorni 16, 17 e 18 dicembre u. s. Le sedute si sono tenute nell'aula della Clinica Dermosifilopatica al Policlinico Umberto I.

All'inizio della prima seduta, il presidente della Società prof. P. L. Bosellini pronunziò il discorso inaugurale, molto applaudito, ed il cassiere Dott. G. Della Seta fece una lucida esposizione del resoconto finanziario del bilancio sociale.

Indi si discusse sulla proposta del socio Caputo di modificazione dell'art. 6 dello Statuto e dopo animata discussione, cui parteciparono i proff. Martinotti, Pasini e il Dott. Sberna fu approvato alla quasi unanimità di tenere le riunioni future nelle vacanze Pasquali, epoca ritenuta più opportuna, e di concedere la facoltà alla Presidenza di indire le riunioni anche in altre città.

In conseguenza di questo deliberato la prossima riunione sarà tenuta a Pasqua 1928.

Si dette poi inizio alla esposizione dei temi ufficiali di relazione.

I. Tema di relazione
La glandola tiroide in Dermatologia

Parte I.

prof. M. ARTOM (Novara) - Relatore

L'O. tratta anzitutto della funzione tiroidea in generale e delle relazioni di tale funzione con la cute. Egli nella funzione tiroidea distingue quanto sia dovuto alle singole azioni dell'ormone tiroideo: 1°) azione morfogenetica; 2°) azione trofica; 3°) azione metabolica; 4°) azione simpatico-tonica; 5°) azione di correlazione con le altre ghiandole endocrine; discute inoltre dell'azione svelenatrice, dell'azione termo-regolatrice e delle azioni minori e meno certe che il secreto tiroideo ha sull'organismo, soffermandosi in particolare a considerare come e quanto risenta la cute nella sua morfologia e fisiologia di tali funzioni dell'ormone tiroideo.

In un secondo capitolo discute dei mezzi di indagine e di esame della funzione tiroidea e sulla base delle ricerche dei precedenti sperimentatori e delle osservazioni personali, trae un concetto sul valore dei dati che si possono avere dallo studio dell'aspetto somatico, delle misurazioni antropobiometriche, del metabolismo basale, delle ricerche sul sistema nervoso vegetativo, delle reazioni sierologiche (enzimo-reazione, reazione di Abderhalden). Una particolare trattazione dedica al criterio « ab-juvantibus » del quale dimostra le deficienze legate sia alla mancanza di conoscenze precise sulla composizione dell'estratto tiroideo sia al valore aspecifico che tale estratto ha come eccitatore del metabolismo organico e come modificatore del tono neurovegetativo.

In un terzo capitolo tratta largamente dell'influenza dell'ormone tiroideo sulla costituzione cutanea. Discute anzitutto la morfologia della cute quale si osserva nei distiroidismi netti (mixedema Basedow), poi accenna ai segni minori costituzionali della cute accompagnanti i distiroidismi frusti o minori e si sofferma in particolare a trattare del valore e della frequenza delle modificazioni della tricogenesi (segno di Levi e Rothschild) delle modificazioni pigmentarie (segno di Jellineck) e delle alterazioni vasomotorie (livedo) caratteristiche dei vari tipi e dei varii gradi di distiroidismi. Nel quarto capitolo parla dell'esistenza di rapporti tra tiroide e morbilità cutanea e, dopo una rassegna bibliografica sull'argomento, discute i risultati delle ricerche personali, raccolti in numerose tavole, ricerche che si riferiscono a casi di area-celsi, di psoriasi di vitiligine, di eczema, di ittiosi, di sclerodermia, nei quali l'O. ha studiato con tutti i mezzi di cui oggi si dispone (esame clinico, prove sierologiche, studio del sistema vegetativo, metabolismo basale, scambi respiratori, ecc.) le condizioni della funzione tiroidea.

Nel quinto capitolo espone gli scarsi risultati delle ricerche personali sulle eventuali alterazioni prodotte nella cute degli animali nei quali sperimentalmente determinò una ipofunzione tiroidea con tiroidectomia parziale od una iperfunzione con l'introduzione di estratto di ghiandola tiroide.

Il lavoro è chiuso da conclusioni nelle quali l'O. conferma l'indubbio intimo legame che esiste tra sistema endocrino in genere (e ghiandola tiroide in particolare) e fisiologia e patologia cutanea. Egli afferma che se per quanto riguarda la costituzione cutanea tali rapporti sono evidenti, assai meno lo sono essi nella patologia tegumentaria, e dimostra come le difficoltà legale sia alla indissociabilità del sistema nervoso vegetativo e del sistema endocrino, sia all'azione del gruppo esercitata dai secreti delle ghiandole sanguigne rendano nel maggior numero dei casi, allo stato attuale delle nostre conoscenze e con i mezzi di cui disponiamo, impossibile la deduzione certa dell'esistenza di rapporti di dipendenza delle dermopatie da deviazioni della funzione tiroidea.

Parte II.

prof. G. BERTACCINI (Perugia) - Relatore

Conclusioni: La ghiandola tiroide ha una influenza sul trofismo cutaneo che, pei dati concordi della fisiologia, della patologia sperimentale, della clinica bisogna riconoscerle.

Alla sua alterata funzione, corrispondono alterazioni cutanee, delle quali la più caratteristica e costante è l'infiltrazione mixedematosa.

L'importanza eziologica di alterazioni funzionali della tiroide in morte alterazioni cutanee, specialmente di tipo distrofico, è certa o probabile in molti casi, non dimostrabile in altri casi della stessa dermatosi, assolutamente poco probabile in altri, in cui un'altra causa è certa o probabile: il meccanismo patogenetico rimane per ora oscuro.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, i mezzi di indagine della funzione tiroidea non ci permettono di porre con sicurezza una diagnosi di endocrinopatia in assenza di segni clinici; ciò che rende più difficile la ricerca eziologica delle varie dermatosi nei riguardi della tiroide.

Parte III.

dott. B. SPARACIO (Roma) - Relatore

La ghiandola tiroide, del sistema endocrino, è certo quella che appare maggiormente in causa nel determinare alterazioni cutanee.

Devesi peraltro tener conto che anche nei riguardi della tiroide non

Digitized by Google

appaiono sempre chiare le linee fisiopatologiche perchè essa non può sottrarsi a quella legge di endocrinologia per cui le singole ghiandole endocrine appaiono come facenti arte d'un tutto armonico, per cui raro è il trovare alterazioni di una sola ghiandola, in quanto l'alterazione di una, porta secondariamente la deviazione funzionale di altre.

Fra le ghiandole endocrine la tiroide è quella però che meglio si può esplorare. Uno degli esponenti più sicuri della sua alterata funzione almeno a parere di molti autorevoli, è l'alterazione del metabolismo basale, il quale aumenta o diminuisce in relazione con l'attività della tiroide, cioè a dire si ha ipermetabolismo nell'ipertiroidismo e ipometabolismo nell'ipotiroidismo.

Nei miei malati oltre che il metabolismo basale ho ricercato anche il « segno della tiroide » di Parisot e Richard, al quale questi autori attribuirebbero grandissima importanza; io debbo dire di aver trovato un parallelismo tra questo e il metabolismo basale.

Ora dirò che nei miei casi ho riscontrato in una notevole percentuale alterazioni tiroidee. I casi che ho potuto studiare sono 59.

Alopecia (12 casi): Tiroide alterata in 7 casi: ipertiroidismo in 3; ipotiroidismo in 4. Coll'opoterapia buoni risultati in 3 casi.

Alopecia e vitiligine (1 caso): Ipotiroidismo; coll'opoterapia crescita dei capelli.

Vitiligine (4 casi): Tiroide alterata in 2 casi; in uno iperfunzione; nell'altro ipofunzione. Coll'opoterapia, in un caso che le chiazze si astendevano, si è ottenuto un arresto. L'altro caso non ho potuto seguirlo.

Vitiligine e psoriasi (2 casi): Ipertiroidismo in un caso.

Psoriasi (13 casi): Tiroide alterata in 9; ipertiroidismo in 6: ipotiroidismo in 3. L'opoterapia tiroidea mi ha dato, dei pochi casi che ha potuto seguire (quattro), buoni risultati in due.

Ipertricosi (1 caso): Tiroide normale.

Ittiosi (2 casi): Ipotiroidismo in ambedue.

Eczema (7 casi): Tiroide alterata in 5; ipertiroidismo in 2; ipotiroidismo in 3.

Neurodermite (2 casi): Ipertiroidismo in un caso. In questo ho riscontrato anche un'iperglicemia. E' noto come la tiroide possa agire sul ricambio dello zucchero. In seguito al trattamento con siero d'animale stiroidato, la chiazza è diventata meno pruriginosa. L'iperglicemia era diminuita. Non ho più rivisto la paziente.

Prurigine (3 casi): Tiroide alterata in 2; ipotiroidismo.

In questi due casi esisteva anche enuresi notturna. L'opoterapia tiroidea ha fatto scomparire questo disturbo in circa una ventina di giorni. In un paziente dopo circa un mese e mezzo di trattamento è scomparso il prurito; dell'altro posso dire solo che è migliorato, poi non l'ho più riveduto.

Acne (5 casi): Tiroide alterata in 2; ipertiroidismo in 1; ipotiroidismo nell'altro. Nell'individuo affetto da ipotiroidismo con la somministrazione di tiroide, oltre alla scomparsa dell'acne ho notato anche un miglioramento dello stato generale.

Dermografismo (1 caso): Ipertiroidismo.

Sarcoma del Kaposi (1 caso): Tiroide normale.

Eritema indurato (3 casi): Tiroide alterata in uno; ipotiroidismo. Coll'opoterapia tiroidea notevole miglioramento in breve tempo.

Pigmentazione (1 caso): Ipotiroidismo.

Sclerodermia (1 caso): Ipotiroidismo.

Su 59 casi dunque, ho trovato la tiroide alterata in 36.

Negli infermi ho anche praticato sistematicamente l'esame del sistema nervoso vegetativo, per i suoi stretti rapporti con l'apparato endocrino.

Nella discussione prendono la parola i proff. Cappelli, Truffi, Martinotti, Pasini, Porcelli, Tommasi, Freund, ecc. che fanno alcuni rilievi cui rispondono i relatori.

II. Tema di relazione

Le prove biologiche nella infezione gonoccica

Parte I.

La deviazione del complemento nella blenorragia

dott. A. BUQUICCHIO (Torino) - Relatore

Mi sono assegnato come compito lo studio delle reazioni di fissazione secondo il metodo originale Wassermann, controllandolo con altri metodi (Rubinstein, Calmette e Massol, Besredka) seguendo accorgimenti vari di tecnica, riguardanti l'inattivazione o meno dei sieri, la sensibilizzazione dei globuli rossi, ecc. ecc. Ho eseguito pure la sieroflocculazione secondo il metodo di Dujaric de la Rivière.

Gli antigeni adoperati sono stati: 1) Gonargin (5000-10000 milioni di germi per cc.); 2) Diagnostico dell'I. S. M. (10 miliardi di germi per cc.); 3) Biogon (4000 milioni di germi); 4) Diagnostico gentilmente inviatomi da Dujaric de la Rivière (Pasteur).

Secondo i metodi da me eseguiti e minutamente valutati, mi sono permesso queste conclusioni:

1) *Qual'è il giudizio sul valore dei due diagnostici vaccini?*

Salvo le differenze rilevabili dai dati statistici, entrambi hanno dato risultati scarsi nei primi stadi dell'infezione, maggiormento sensibili nelle forme croniche e nelle complicazioni, più incostanti nelle forme latenti e nei casi di avvenuta guarigione, entrambi si sono dimostrati incostanti nel potere antigeno: forse più sensibile e meno specifico il diagnostico dell'I. S. M., meno sensibile e più specifica la Gonargin.

2) *Qual'è l'influenza della tecnica sull'esito delle sieroreazioni?*

Tutte le varianti, tutti gli accorgimenti, ecc., pubblicati a proposito di queste sieroreazioni, fanno per ora l'impressione di virtuosismi, non sempre suscettibili in pratica di adeguato controllo. L'esame dei diversi metodi di tecnica (Rubinstein, Calmette e Massol, Besredka) mi hanno persuaso tuttavia, che qualunque sia il metodo adottato, il buon esito di una sieroreazione, dal punto di vista tecnico, è dovuto esclusivamente all'irreprensibile controllo dell'antigeno e di tutto il sistema emolitico.

3) *E' la gonoreazione una sierodiagnosi specifica?*

Questa specificità è stata ormai ammessa dalla maggioranza degli AA. in via biologica, dato il potere antigeno dei germi specifici; ma, in via clinica, le mie esperienze autorizzerebbero ad emettere il giudizio che la specificità sia relativa e non assoluta, almeno con gli antigeni impiegati.

4) *Sono le gonoreazioni rivelatrici dell'agente specifico o dei tessuti ammalati?*

La messa in evidenza di anticorpi specifici e di sostanze fissatrici nel siero di individui blenorragici (come in animali inoculati con gonococco) ed in individui sani trattati con vaccini gonococcici, fa pensare, malgrado qualche reperto discorde, a reazioni immunitarie, in rapporto all'agente specifico: dobbiamo tuttavia osservare (ed io pure l'ho constatato) che la percentuale più alta di positività e di specificità, si è avuta là ove si presentavano lesioni maggiormente diffuse nei tessuti (complicazioni).

5) *Qual'è il valore clinico e pratico di queste gonoreazioni?*

Le osservazioni precedenti, riguardo alla delicatezza della tecnica e variabilità dei risultati, dipendenti non solo da contingenze cliniche, ma anche da elementi talvolta imponderabili, dànno a queste reazioni (almeno secondo la mia esperienza) *il carattere di non perfetta stabilità e sicurezza.*

Pur costituendo un sussidio diagnostico che può essere di un certo valore, gli esperimenti condotti non autorizzano a ritenerla quale un responso decisivo nel giudizio, sullo stato di infeziosità in atto o meno, di eventuali pregresse infezioni, sullo stato di guarigione, su questioni medico-legali, medico-sociali, profilattiche e nei riguardi della visita prematrimoniale.

Parte II.

Gli esami sierologici nelle infezioni da gonococco

dott. A. CROSTI (Milano) - Relatore

Conclusioni: Si deve ritenere oggidì che:

1) La ricerca delle precipitine nel siero di sangue non dà risultati che possano assurgere a valore clinico.

2) L'agglutinazione è più sensibile, però avviene a titolo basso, è negativa in un numero rilevante di casi clinici, è inconstante e trova difficoltà tecniche, specialmente nella scarsa agglutinabilità del gonococco, variabile da ceppo a ceppo.

3) La deviazione del complemento è invece una prova che merita di entrare nella pratica clinica. L'O. lo afferma specialmente dai reperti ottenuti con un migliaio circa di sieroreazioni.

Poichè il contenuto di sostanze devianti il complemento nel siero di sangue di ammalati di infezione gonococcica non è mai molto alto, ed è certamente il più delle volte inferiore a quello delle sostanze devianti che si trovano nella sifilide e che sono svelabili con la sieroreazione di Wassermann, è necessario per la blenorragia:

1) Utilizzare un sistema emolitico esattamente dosato nel quale la quantità di complemento da deviare sia proporzionatamente inferiore a quello che si può usare nella reazione di Wassermann.

2) Adoperare un antigeno gonococcico che, accanto a buone qualità di sensibilità e specificità, sia con certezza privo di ogni ben che minima azione anticomplementare. Tale antigeno può consistere in una semplice sospensione di gonococchi in soluzione fisiologica conservati sterilmente per circa due mesi prima dell'uso; è preferibile che l'antigeno sia formato da ceppi diversi, pur tuttavia la sospensione di un sol ceppo di provata attività antigena può mostrarsi praticamente sufficiente.

Digitized by Google

C. LOMBARDO
(Pisa)

P. L. BOSELLINI (Roma)
Presidente della Soc. It. di Dermatologia

A. PASINI
(Milano)

I risultati che si ottengono hanno un notevole interesse:

Una deviazione del complemento positiva può stabilirsi nella seconda settimana d'infezione, raggiunge l'acme verso la sesta settimana di malattia, e perdura con alternative di intensità e di positività che paiono il più delle polte in relazione a riacutizzazione o remissione di focolai specifici, oltre la guarigione clinica della forma morbosa. Nelle uretriti senza complicanze profonde questa positività non suole durare al di là di due mesi dalla guarigione; nelle forme che ebbero complicanze può protrarsi molto più in là.

La persistenza di una deviazione del complemento positiva per mesi senza decrescenza di intensità autorizza a sospettare la esistenza di focolai specifici gonococcici attivi.

La percentuale di positività nelle infezioni gonococciche sale da meno del 50 % nelle uretriti semplici al 100 % in alcune complicanze: la positività è specialmente alta nelle forme subacute; è altissima nelle epididimiti e prostatiti subacute, nelle artriti e nelle annessiti gonococciche. Il reperto ha tale significato che allorquando nelle forme ora accennate la sieroreazione risulta negativa a ripetuti esami (anche dopo un'iniezione di vaccino gonococcico riattivante), si deve essere indotti a pensare ad altro momento eziologico che non sia il gonococco.

Accanto a questi pregi per le valutazioni cliniche, la prova della deviazione del complemento nell'infezione gonococcica presenta pure degli inconvenienti.

1) E' una reazione delicata, alle volte incostante; in mano di vari autori ha dato risultati diversi dovuti in parte alla tecnica e specialmente all'antigeno usato.

2) Nella prova si hanno alle volte inibizioni nell'emolisi (sempre con meno di due unità emolitiche) con sieri non gonococcici, le quali, interpretate all'infuori della clinica, possono erroneamente fare salire ad una sensibile percentuale le reazioni aspecifiche.

3) La reazione può dare talvolta risultati non specifici: essi sono rari in individui sani, più frequenti in ammalati di altre forme infettive e specialmente in luetici, sebbene a mio parere, nessuna relazione esista tra Wassermann e gonodeviazione.

4) Quando l'infezione gonococcica ha un andamento benigno e rimane localizzata all'uretra o all'orificio cervicale, può mancare la reazione di deviazione durante tutto il decorso della malattia; si deve ammettere anche che vi siano ammalati cronicamente portatori di gonococchi nell'uretra che hanno sieroreazione negativa.

5) La reazione perde valore diagnostico negli ammalati che subirono iniezioni di vaccino gonococcico perchè la vaccinazione determina od aumenta la positività della reazione; questa reazione, artificialmente positiva, che si può procurare anche in soggetti esenti con sicurezza da infezione gonococcica, si protrae per qualche settimana o per qualche mese in modo del tutto irregolare.

Parte III.

La intradermoreazione nei processi blenorragici

dott. A. MUCCI (Roma) - Relatore

Conclusioni. — 1) Esiste in molti blenorragici (uretriti acute semplici o con complicanze) uno stato di ipersensibilità cutanea verso l'infezione, che può essere messa in evidenza con la intradermoreazione, portando, nei casi positivi alla comparsa di una papula lenticolare e più raramente di una pustola con o senza alone eritematico.

2) La quantità necessaria di vaccino per ottenere una reazione evidente si aggira attorno ad 1/10 cc. di Gonargin (dose 2ª e 3ª).

3) La dose 1ª di Gonargin non risponde allo scopo perchè con essa si hanno risultati negativi in uretriti acute che hanno dato reazione manifesta con la dose 2ª e 3ª.

4) Le dosi 4ª e 5ª sono pure da scartare perchè, al contrario della dose 1ª, danno un maggior numero di reazioni positive anche nei non blenorragici.

5) In 5 blenorragici cronici con sifilide in atto (sifiloderma roseolico) ho avuto 3 volte reazione positiva, mentre su 22 blenorragici cronici luetici e curati (senza manifestazioni) la reazione fu positiva solamente quattro volte.

6) Nei soggetti anemici la reazione talvolta è più pronta e si può presentare sotto forma pustolosa.

7) Nei vecchi la reazione è più fugace ed accennata appena, mentre è molto intensa nei bambini.

8) Nei blenorragici acuti, pur non essendo l'intradermoreazione costante, si ha una percentualità di positività alta (83%), mentre la positività diminuisce nelle complicanze (66 %), e nelle uretriti croniche discende (28 %) fino quasi a raggiungere la percentuale ottenuta negli immuni da blenorragia (20 %).

9) Non esiste una differenza sensibile fra i risultati ottenuti nell'uomo e nella donna.

10) La percentuale un pò più elevata ottenuta quest'anno col Gonargin è sì lieve che può essere spiegata con una migliore tecnica uscata o con la maggior esattezza acquistata nell'interpretazione della reazione.

Per la cutireazione quasi costantemente ho avuto reazioni negative.

Dalle conclusioni esposte appare evidente come, non si possa dare alla intradermoreazione un valore pratico.

Parte IV.

L'agglutinazione del gonococco di Neisser nel siero dei blenorragici

dott. G. PELI (Roma) - Relatore

Ho sperimentato il metodo di Nicolle-Jouann-Debain in 16 sieri di cui 10 di blenorragici e 6 di non blenorragici. I risultati furono addirittura nulli. Ho usato poi la tecnica descritta dal Besson per altri 81 sieri servendomi di piccole ciotole di vetro invece dei comuni tubi, facendo la lettura vicino ad una lampada elettrica a luce incidente e impiegando culture di gonococchi in agar-ascite isolate da tre pazienti diversi.

In 14 sieri di blenorragici acuti ho osservato 9 reazioni positive e 5 negative: in 38 blenorragici cronici 11 positive e 27 negative; in 13 blenorragici con complicazioni 7 positive e 6 negative; 16 sieri di blenorragici 6 positive e 10 negative.

Ritengo, pertanto, di poter concludere che l'agglutinazione del gonococco nel siero dei blenorragici è priva di ogni importanza pratica.

Parte V.

La deviazione del complemento nelle affezioni gonococciche

dott. G. SPICCA (Roma) - Relatore

Conclusioni. — 1) Gli anticorpi blenorragici mancano generalmente all'inizio dell'infezione e possono mancare anche in forme gravi e complicate, quindi non costanti e necessari come giustamente dice Cappelli.

2) Se esistono, anche se scarsi e labilissimi, come ritengono Prochazka e Savnik, sono messi in evidenza dalla deviazione di complemento. Oggi per preparazione di ottimi vaccini polivalenti e per perfezionamenti di tecnica le percentuali che all'inizio furono appena del 10-20 %, hanno raggiunto cifre altissime.

Digitized by Google

3) Generalmente si può ritenere che la positività, data dalla reazione di fissazione nella Bl., proporzionale all'estensione e alla gravità della forma gonococcica.

4) La reazione è altamente specifica, fermo restando quanto si è detto parlando dei sieri luetici.

Due punti restano a fissare: il valore scientifico e il valore pratico.

1. *Valore scientifico.*

Alla ricerca dell'indice opsonico, alla precipitazione, e alla agglutinazione la deviazione del complemento si è imposta. Con la deviazione del complemento è sorta la terapia specifica. Con la deviazione del complemento non pochi autori, e taluni con risultati, come Wolmond, Watabiki, Jötten e Hermanies, hanno tentato e tentano ancora oggi lo studio interessante per la separazione dei gonococchi in vari gruppi.

2. *Valore clinico.*

Nei casi di Bl. acuta semplice e complicata la reazione, intesa come mezzo di diagnosi, è di pochissima utilità, perchè l'esame diretto e quello microscopico bastano a se stessi.

Nelle forme complicate, specialmente nelle epididimiti, ha invece un vero valore pratico perchè si è potuto vedere (Prochazka, Savnik) che efficace azione curativa ha semplicemente quel vaccino che nella reazione ha dato fissazione. Da ciò anche la necessità assoluta di usare più vaccini.

Utili nelle forme croniche nelle quali le percentuali di positività ottenute con la deviazione di complemento non si raggiungono con l'esame microscopico nè con la cultura nè con la spermatocultura.

Io, di fronte al 67,1 % di r. + ho avuto il 23 % appena di esami microscopici positivi. E le comparazioni tra reazione di fissazione, esame microscopico e cultura, fatte da Smith, Wilson e da Torrey, Buckell e Wilson stesso sono eloquenti.

S'intende però, nonostante i buoni risultati, che la direttiva dev'essere questa: una reazione positiva forte o moderata, a controlli perfetti, depone per un processo blenorragico; una debolmente positiva, se se ne vuol tener conto, deve essere ripetuta; una negativa non deve farci concludere per l'assenza dell'infezione ma ripetere la reazione, caso mai, dopo provocazione e se ancora negativa, non anteporre la prova biologica alla clinica, tenendo presente che gli anticorpi in circolo non sono un fatto costante.

Utile nella Bl. della donna, sapendosi quanto difficile sia la ricerca del gonococco nella forma cronica femminile.

Utile infine in certe forme di epididimite e cistiti di natura dubbia. La deviazione del complemento insieme alla Reazione Wassermann e alla Besredka può essere di grande aiuto. A me in due casi di epididimite e in uno di cistite cronica di parecchi anni è stata negativa. Trattavasi di forme tubercolari e nel caso della cistite mi fu possibile rintracciare il bacillo di Koch.

Non ritengo utile la deviazione del complemento come mezzo di diagnosi di guarigione della Bl. per quanto si è detto circa la durata della persistenza degli anticorpi in circolo.

Di fronte ad una reazione positiva, in assenza di ogni sintomo clinico, non so se possiamo sentirci autorizzati di concludere che la r. è positiva semplicemente ed esclusivamente per anticorpi ancora in circolo.

Possiamo attendere e ripetere ad intervalli di tempo più o meno lunghi la reazione sino alla probabilità di averla negativa; ma allora rientriamo nella difficoltà che ci viene dai pazienti stessi.

Nella discussione prendono la parola i proff. Cappelli, Pasini, Rebaudi, Bosellini, Maiocchi e Lombardo.

Cappelli chiede ai relatori se hanno fatto ricerche con antigeni non gonococcici. Dal lato pratico desidera che si venga a qualche conclusione intesa non tanto ad illuminare gli specialisti quanto i medici pratici che potrebbero essere indotti nella persuasione che la siero-diagnosi abbia un grande valore. Si occupa, poi, della importanza medico-legale della siero-reazione.

Pasini. Ha seguito il lavoro del relatore Crosti, aiuto nella sua Clinica, e si è formato il concetto che la gonodeviazione è prova aristocratica che non può raggiungere la praticità perchè richiede molti accorgimenti di tecnica. Propone un voto di plauso all'Istituto Sieroterapico Milanese che ha contribuito efficacemente per la relazione del dott. Crosti, mettendo a disposizione della Clinica il materiale per le ricerche.

I soci presenti unanimemente si associano plaudendo.

Rebaudi. E' propenso ad accettare più le conclusioni del relatore Buquicchio. Ritiene che la specificità della gonodeviazione debba ricercarsi nella qualità degli antigeni. Sarebbe stato interessante fare delle ricerche col germe del datore del siero. Ritiene forse preferibile ricorrere alla spermocultura.

Majocchi. Pensa che il semplice esame microscopico ha anche valore nelle forme croniche. Domanda, dal lato pratico, cosa bisogna pensare quando la reazione è positiva e non si riscontra microscopicamente la presenza del gonococco.

Buquicchio (relatore). Nota un senso di ottimismo fra i soci circa la siero-reazione. Insiste sulle sue conclusioni avendo ottenuto risultati incostanti.

Crosti (relatore) risponde che per quanto riguarda la specificità della sieroreazione di deviazione del complemento a mezzo di antigeno gonococcico, essa si deve ritenere abbastanza netta. Solo gli ammalati di forme infettive acute febbrili, e i sifilitici, questi ultimi, a suo parere, con qualche riserva, possono dare sieri che presentano inibizione aspecifica nella gonodeviazione con una percentuale un poco superiore (8,10 %) a quella presentata da sieri di soggetti sicuramente sani (3.4 %). Anche i sieri di ammalati di meningite cerebro-spinale non pare reagiscano aspecificamente secondo i reperti di Schwartz e Mac Neil, di Lailey e Cruikshank, di Besançon e di altri, mentre il siero antimeningococcico sperimentale dà quasi sistematicamente inibizione della emolisi con antigene gonococcico. Riguardo alla specificità dell'antigeno con i sieri di ammalati di infezioni gonococciche, si deve ritenere che le reazioni aspecifiche oscillano tra questi valori bassi. Con antigeno meningococcico si ottengono alle volte delle reazioni positive deboli od incerte, solo Wilson e Schwartz danno una percentuale di reazioni positive del 13 % con sieri di ammalati di blenorragia. Con antigeno stafilococcico e streptococcico o difteroide le reazioni positive con questi sieri possono oscillare dal 6 al 9 %. L'O. usò di un estratto di micrococcus catarralis ed ottenne su 50 sieroreazioni 4 deviazioni del complemento positive.

L'O. dissente da quei ricercatori che trovarono nella instabilità dell'antigeno gonococcico una difficoltà grave alla pratica applicazione della sierodiagnosi: egli ha sperimentato 10 antigeni diversi preparati con ceppi vari di gonococco, estratti totali o parziali del germe, emulsioni trattate col calore o col freddo, ottenendo bensì degli antigeni più o meno attivi, ma sempre tali da mantenere per un lungo periodo di tempo dei caratteri di sensibilità e di anticomplementarità fissi e quindi nettamente dosabili; naturalmente è necessario mantenere sempre le emulsioni in condizioni di sterilità assoluta.

Crede che la deviazione del complemento nella blenorragia abbia delle basi solide di sensibilità e di specificità, certamente superiori ad ogni altra prova sierodiagnostica in queste forme morbose. La reazione non può esser facilmente applicata alla diagnostica clinica corrente perchè di un tecnicismo piuttosto delicato sia nella preparazione dell'antigeno, che deve essere poi molto accuratamente studiato nella sua qualità, sia nell'esecuzione della sierodiagnosi stessa. Bisogna ricordare che gli anticorpi specifici che si trovano in circolo nelle infezioni gonococciche sono sempre in quantità minore di quelli svelabili con la sierodiagnosi Wassermann nella sifilide ed anche solo per questo fatto si deve ritenere che le vedute di Klöppel e di altri, per i quali la deviazione del complemento nelle infezioni gonococciche è più sensibile e forse anche più specifica della Wassermann per la lue, siano, almeno per ora, di un ottimismo eccessivo. Ciò non toglie però che questa sierodiagnosi, se bene condotta, può, specialmente nelle forme complicate subacute ove il reperto batterico è alle volte difficile, dare reperti diagnostici preziosi anche perchè si possono ottenere in modo più facile che con l'esame colturale. L'O. crede che la deviazione del complemento nelle infezioni gonococciche è un metodo sierodiagnostico che non dovrebbe essere trascurato nel laboratorio di una clinica bene attrezzata, non foss'altro per meglio valutare, accanto al suo indiscusso valore scientifico, i limiti del suo reale valore pratico.

Martinotti. Propone un ordine del giorno sulla questione, che viene redatto dai proff. Cappelli e Pasini.

In esso: « La Società Italiana di Dermatologia, riunita in Congresso, udite le relazioni sulle diverse prove biologiche nella infezione gonococcica ed in particolare sulla deviazione del complemento, dopo ampia discussione, ritiene che la deviazione del complemento abbia un particolare valore, ma la necessità di una tecnica fine e rigorosa che si può soltanto eseguire in un laboratorio scientifico, non ne permette ancora un uso corrente per la utilizzazione pratica ».

III. Tema di relazione
La sifilide sperimentale nel lama

Parte I.

prof. P. L. BOSELLINI (Roma) - Relatore

Sono noti gli studi che due medici argentini, Jauregui e Lancelotti avevano fatto in Argentina sulla sifilide sperimentale del lama, secondo le quali non solo il lama si era mostrato eminentemente recettivo alla sifilide umana, ma si era mostrato capace di fornire un siero curativo

Digitized by Google

Digitized by Google

ticare che per rendere fisso il tessuto infetto umano, noi lo imprigionavavamo entro piccole tasche epidermo-dermiche, attorno alle quali doveva evidentemente risvegliarsi una reazione di fronte al corpo estraneo in esse contenuto: la ricerca del treponema in queste zone reattive era del resto riuscita negativa.

E mancarono tutti quei fatti cutanei, mucosi, viscerali generali che potessero testimoniare di una infezione luetica simile a quella dell'uomo. Avremo in avvenire, dai nostri 9 soggetti inoculati qualche manifestazione tardiva come accade talvolta in animali comuni da esperimento, quale il coniglio? Nulla per ora ci autorizza a ritenere ciò; in ogni modo voi contrapponete, o Signori, le nostre constatazioni di oggi a quanto fu detto dai due esperimentatori americani, e volendo essere benevoli e prudenti ne trarrete la conclusione che comunque una distanza enorme corre fra quanto è accaduto nelle nostre mani ripetendo i loro esperimenti coi metodi da essi stessi indicati, e quanto sarebbe accaduto a loro.

Il tempo dirà l'ultima parola!

Acconsentitemi di dirvi infine che un autorevole ricercatore tedesco Enrico Hoffmann, Direttore della Clinica Dermosifilopatica di Bonn, mi scriveva alcuni mesi or sono per chiedermi quali risultati io avevo ottenuto, mentre mi annunciava che Egli non aveva ottenuto nulla.

E chiudo, non senza segnalare che a queste ricerche sperimentali contribuirono con lena un mio Assistente Dr. Eugenio Tarantelli, il collega Prof. Alessandrini Giulio, titolare della cattedra di Parassitologia, il Prof. Alessandrini Alessandro, Aiuto dell'Istituto d'Igiene, al quale ultimo dobbiamo le ricerche di sierologia.

Parte II.

prof. C. LOMBARDO (Pisa) - Relatore

Nella comunicazione fatta alla Società Medica di Buenos Ayres (1924) da Lancelotti e Jauregui, e nei loro lavori pubblicati subito dopo e tutti poi riassunti da Doleris alla Accademia di Medicina di Parigi, e dal Lancelotti a Genova (1925), si afferma che le questioni di Sifilografia, già da altri AA. precedentemente sollevate, sulla esistenza nei Lama del Perù e della Bolivia, di una malattia corrispondente alla sifilide umana, sulla attendibilità della leggenda della trasmissione di essa all'uomo sin dall'epoca precolombiana (Gomara 1552), e sulla possibilità di utilizzare questo cammellide per tentativi di sieroterapia della sifilide (Asmud 1895, Tommasoli 1896), sieno state positivamente risolte dalle loro ricerce ed esperienze.

Lancelotti e Jauregui infatti asseriscono: 1° Che i lama vanno soggetti ad una malattia (Huanti), la quale si può trasmettere nell'atto sessuale, e si inizia, di solito nelle mucose genitali, dopo una quindicina di giorni dal contagio, con lesione eguale al sifiloma; al quale, dopo 30, 40 giorni, seguono eruzioni roseoliche, papulose, erosive ulcerose; alopecie accompagnate da adenopatie; e dopo cinque o sei mesi, manifestazioni del tipo terziario, come scarse lesioni papulo-necrotiche; gomme al fegato, reni, polmoni; lesioni cardiache e dei grossi vasi, pachimeningite, focolai necrotici del bulbo; osteoperiostiti: dopo 25, 30 mesi, infine, di solito, si verifica grave peggioramento dello stato generale, convulsioni, paralisi e morte; se nelle femmine infette sopravviene la gravidanza, si hanno spesso aborti, e, nei nati a termine, lesioni corrispondenti a quelle della sifilide congenita.

II. Che tale malattia era conosciuta dagli indigeni prima della scoperta dell'America, e ad essi era nota la possibilità della trasmissione all'uomo, specie per rapporti sessuali bestiali; tanto che nelle leggi degli Incas, ed anche degli Amara (12° secolo), si rintracciano disposizioni speciali, che regolano l'allevamento dei Lama, e puniscono gravemente coloro che venissero convinti di rapporti sessuali con questi animali.

III. Che dalle lesioni di questa malattia hanno potuto costantemente isolare un germe corrispondente al treponema pallido, sia per la morfologia, che, per la distribuzione nelle lesioni, per le alterazioni anatomopatologiche, che per l'aspetto delle culture, e per le altre proprietà biologiche.

IV. Che l'inoculazione eseguita in corrispondenza dei genitali dei Lama, con virus proveniente da manifestazioni della sifilide umana, come da culture del Treponema, producono in essi una malattia perfettamente corrispondente a quella naturale.

V. Che lo stesso si verifica col virus proveniente direttamente o dopo cultura, dalle lesioni della malattia del Lama; virus che inoculato incidentalmente nell'uomo ha anche provocato l'insorgere di un tipico sifiloma iniziale.

VI. Che servendosi di virus attenuato, mercè culture portate a 41 centigradi, sono riusciti ad immunizzare i Lama, con inoculazioni successive a dosi crescenti, fino a renderli refrattari all'inoculazione del virus normale, e ad ottenere da essi un siero capace di curare la sifilide dei Lama e dell'uomo, nei diversi suoi stadii.

L'importanza di queste ricerche e dei risultati con esse ottenuti, con esperimenti che gli AA. dicono di avere condotti per circa un decennio, in larga scala, e con rigore tecnico, è tale che si comprende come fosse viva l'attesa del mondo medico, di studi di controllo che confermassero e sviluppassero le ricerche stesse.

Su una coppia di lama adulti, Lombardo e Tornabuoni eseguirono tre serie di inoculazioni, con virus umano e con virus passato nel coniglio, e durante sei mesi di osservazione, non videro seguire alcuna reazione locale, nei gangli, o generale, tale che lasciasse sospettare dell'attecchimento della malattia. Un piccolo ultimamente nato a termine (che è morto probabilmente per freddo) non presentava alcuna lesione, macroscopicamente rilevabile, e gli esami praticati per la dimostrazione di eventuali treponemi, hanno dato finora risultato negativo.

La reazione di Wassermann, ha dato, per i sieri del sangue prelevato prima delle inoculazioni, ed ultimamente, risultato negativo, mascherato in parte da forte potere anticomplementare aspecifico.

A risultati eguali giunsero secondo una recente pubblicazione, in Germania Hoffmann e Zuchelle, ed anche Kolle

Degli sperimentatori argentini non si ha, dallo scorso anno, altra notizia, nè nulla si conosce delle ricerche sui Lama che il Doleris aveva annunziato doversi intraprendere nell'Istituto Pasteur di Parigi.

Soltanto quest'anno sono comparsi alcuni lavori sulla terapia della sifilide col siero del Lama; ma i risultati che il Chabraux, e il Pierangeli, a Buenos Ayres, e Mulzer in Germania, pubblicarono non corrispondono a quelli che avevano lasciato sperare le prime comunicazioni di Lancelotti e Jauregui.

Come spiegare questi dati, e quali conclusioni si possono trarre?

In quanto riguarda l'esistenza di una malattia propria del Lama, corrispondente alla sifilide umana, è da osservarsi che nessun altro, nei paesi dove questi animali sono comuni, ha finora confermato l'asserto di Lancelotti e Jauregui, il che dovrebbe essere facile, dato che si afferma che la malattia è frequente, e che nelle manifestazioni abbondano i treponemi; che nella trentina di Lama studiati in Europa nessun segno di essa venne rilevato; che altre malattie, per qualche sintomo ricordanti la sifilide, e quindi con essa confondibili, sembra si riscontrino nei cammellidi dell'America del sud.

Circa la attendibilità della tradizione del contagio dal Lama all'uomo, per rapporti sessuali bestiali, si può contrapporre che lo stesso è affermato per la Caracha degli Alpaca, e che anche in Europa, nei vecchi trattati, si fa spesso risalire tutte le malattie veneree ad accoppiamento con animali; ed infine che se anche restasse provato che la malattia dei Lama è la sifilide, e che dall'America essa si sia poi diffusa nel mondo, resterebbe sempre a dimostrarsi quale dei due sia stato il primo ad ammalarsi, se l'uomo od il Lama.

I parziali risultati terapeutici riferiti da Lancelotti e Jauregui, e poi da Pierangeli, col siero di Lama (ora W. negativo, ora W. positivo), sono da mettersi accanto a quelli a suo tempo segnalati nei primi tentativi di sieroterapia della sifilide in Europa. Basta infatti leggere i risultati avuti iniettando siero di animali refrattari con materiale luetico virulento da Mazza; con siero umano di luetici in periodo terziario o di latenza da Pellizzari e da Tommasoli; con siero di ascite in luetico, o con latte di luetica da Tommasoli; con siero di donna apparentemente sana allattante il figlio con sifilide congenita da Piccardi, ecc. ecc.; per rilevare come anche allora accanto a risultati negativi, se ne ebbero degli altri promettenti, ma che poi furono seguiti da insuccessi predominanti, che portarono all'abbandono del metodo, pericoloso, e non per niente paragonabile nei risultati a quanto si ottiene coi comuni antiluetici.

Le esperienze infine eseguite in Europa, in cinque diversi Istituti scientifici, anche attenendosi alle norme date da Lancelotti e Jauregui, con molteplici ceppi di treponema (da lesioni nell'uomo o nel coniglio), e con costante esito negativo, se non hanno un valore assoluto, poichè, senza allontanarsi dalla sifilide sperimentale, negli animali in cui venne dimostrato essere di norma recettivi per essa, molti AA. ebbero delle serie di risultati negativi, pure fanno sorgere dei fondati dubbi sulla attendibilità dei risultati così netti dei ricercatori argentini, tanto più che non appare verosimile che gli stipiti dei treponemi europei siano così diversamente virulenti, o che la resistenza dei Lama sia aumentata, trasferiti in Europa, o che tutti fossero precedentemente immunizzati.

Ad ogni modo per intanto, sarà opportuno, prima di procedere oltre nelle applicazioni terapeutiche, e nelle deduzioni sperimentali e storiche, fermarsi ancora al controllo dei capisaldi di tutte queste ricerche, e cioè all'accertamento della natura delle malattie sifiloidi dei camellidi dell'America del sud, e alla prova della recettività di tali animali alla sifilide umana.

Non si può infatti consentire l'ulteriore smercio ed impiego di sieri che non sieno allestiti su una solida base sperimentale, e volta a volta

Digitized by Google

controllati dagli appositi Istituti Statali; già al seguito di questo siero, si tenta di introdurne altri, che forse non hanno diversa azione di una aspecifica siero-terapia; sul siero Query si intensifica la rèclame, ed un siero Tikhominf è annunziato, ed altri ne potrebbero pullulare, poichè il nuovo, anche se solo nuovo, perchè dimenticato, è elemento di successo commerciale. Questa speculazione sulla credulità di una certa categoria di infermi deve essere assolutamente vietata, tanto più trattandosi di malattia, che deve essere curata nell'interesse dei singoli e della comunità, e per la quale attualmente possediamo rimedi che applicati secondo arte portano ad una sicura guarigione nel maggior numero dei casi.

PARTE III.

prof. A. PASINI (Milano) - Relatore

Pasini, direttore della Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Milano, ha praticato innesti di sifilide umana a cinque lama, tre femmine e due maschi, mediante introduzione di frammenti di manifestazioni sifilitiche dell'uomo, ricche in treponema pallido vivente, in tasche epidermico-dermiche di pelle e di mucose dei lama, deponendo lo stesso materiale su pelle e mucose previamente scarificate, introducendone nello stroma testicolare, e strofinandolo su cornea scarificata di questi stessi animali. Contemporaneamente innestò, con identico materiale ed a scopo di controllo, diversi conigli nello stroma testicolare e sulla pelle dello scroto.

Nessun sintomo di attecchimento della infezione si ebbe nei lama. Anche la Wassermann, praticata in questi animali alla distanza di tre mesi dall'innesto, risultò negativa. Nei conigli di controllo invece si manifestarono tipiche lesioni sifilitiche specifiche.

Pasini conclude, in contrasto con quanto affermarono i Dott. Jàuregui e Lancelotti di Buenos-Ayres, che *il lama non è recettivo della sifilide*, e che devono cadere, con ciò, le affermazioni conseguenti degli stessi AA. americani, di un possibile e facile isolamento e coltura del treponema pallido del lama, le affermazioni di una immunizzazione di questo animale verso la sifilide umana, della formazione di un siero curativo e di una sieroterapia applicabile all'uomo.

Nella discussione prendono la parola il presidente prof. Bosellini, e i proff. Maiocchi, Rebaudi, Pasini, Truffi, tutti confermando le ricerche dei relatori.

Viene poi formulato un ordine del giorno sulla relazione in cui si mette in guardia anche il pubblico da pretesi ed inefficaci sieri specifici curativi della lue.

R. RUMMO

N. B. Le comunicazioni scientifiche varie saranno riportate nel prossimo fascicolo.

PER LA PRATICA

CASISTICA

MANIFESTAZIONI CEREBRALI NELLA VACCINAZIONE JENNERIANA

per il dott. MAURO GIOSEFFI (Parenzo d' Istria)

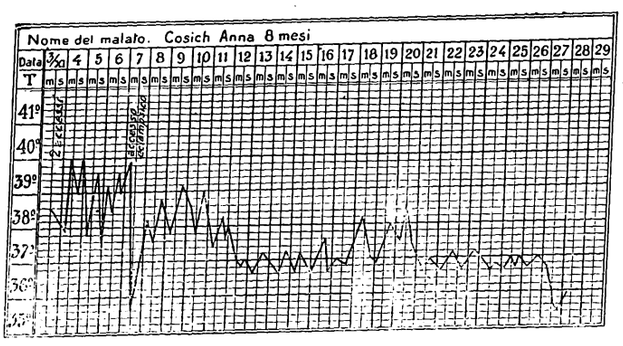
Nel volume XLII, fascicolo 3-4 della *Zeitschrf. Kinderh.* la dottoressa Eleonora Fiedler pubblica un articolo sulle sindromi a carico del sistema centrale nervoso in relazione alla vaccinazione jenneriana e vi riporta 55 casi finora messi insieme dalla letteratura.

Non sarà privo d'interesse se colgo questa occasione per aggiungervi un caso occorso di recente alla mia osservazione, tanto più che nessun caso del genere dovrebbe passare sotto silenzio.

Una bambina di 8 mesi, proveniente dalla campagna, precedentemente sana, allevata regolarmente al seno materno, che mi veniva portata periodicamente per il controllo del peso, fu colta il 5° giorno dopo l'innesto jenneriano (praticato il 25 ottobre 1926) da un accesso eclamptico, cui seguì uno stato febbrile e poi un secondo accesso la notte successiva. Quando fui chiamato al letto della piccola malata, trovai la piccina, prima di solito giuliva, sonnolenta, apatica, quasi immobile, con modico meteorismo. Nulla si potè rilevare a carico dei polmoni, del cuore, del faringe, del naso, degli orecchi; niente vomito, leggera stipsi. Milza non palpabile, esame ematoscopico negativo per malaria. Reazione vaccinica al braccio bene sviluppata. La piccina si mantenne parecchio tempo sonnolenta di giorno, irrequieta di notte, rifiutava il seno ed il cibo in genere. Lieve iperestesia, Kernig, negativo, niente opistotono, niente esagerazione dei riflessi; pupille d'ambo i lati uguali. La puntura lombare non fu concessa dalla madre. Nell'orina nulla di anormale. Sull'andamento della temperatura valga ad orientarci l'unita grafica. Il giorno 8 novembre si ebbe ancora un terzo accesso di eclampsia e poi niente più. La bambina, che prima di essere portata alla vaccinazione pubblica, prosperava bene e pesava 8000 gr., discese nel peso durante la malattia a 6800 gr.; dopo 3 settimane cominciò a rimettersi, si riattaccò al seno, prende ora volentieri anche altro cibo, dorme bene la notte, è giuliva di giorno e non si scorge in lei nessun segno della superata malattia.

Non essendovi nella storia della piccina alcun punto di appoggio per una infezione intercorrente (malaria, grippe, affezioni dei polmoni, degli orecchi, delle vie orinarie ecc.) è evidente che, per le condizioni di tempo, in cui la sindrome si è svolta, dobbiamo ammettere un nesso causale tra l'innesto jenneriano e le manifestazioni rilevate a carico del sistema centrale nervoso (iperestesia, irrequietezza notturna, sonnolenza diurna, eclampsia).

Osserveremo ancora che, se presentemente nella zona non vi furono casi di encefalite o di poliomielite, tali affezioni, come



anche manifestazioni erpetiche si potevano osservare anche abbastanza frequentemente negli anni scorsi.

Quando questa noticina era già stata redatta vidi l'articolo di A. Filippini nel *Policlinico, Sez. Pratica*, n. 51, 1926, in cui pure egli rivolge l'attenzione su « vaccinazione jenneriana e malattie nervose », richiamandosi ai casi di Luksch, di Boudnzik Bastiaanse I. Th. Terburgh, di H. M. Turnbull e I. Mc. Intosh, di Comby, di O. W. Winnicott e N. Gibbs, J. Koller, W. Trommel e I. Baumgarten.

Senza intralciare la pratica della vaccinazione jenneriana, come dice il Filippini, è pur necessario che anche da noi tali casi non passino sotto silenzio, poichè solo numerose osservazioni fatte in condizioni varie di tempo e di luogo permetteranno chiarire le ragioni dello sviluppo di tali complicanze, forse nelle campagne ora più frequenti di quanto comunemente si crede.

DIAGNOSTICA

Diagnosi differenziale dell'ascesso cerebellare

Quadri sintomatologici morbosi dai quali l'ascesso cerebellare deve essere, dal punto di vista diagnostico, differenziato sono principalmente quello dell'ascesso del lobo sfeno-temporale e quello della labirintite suppurativa acuta diffusa. Nei riguardi dell'ascesso del lobo sfeno-temporale, anch'esso di origine otitica, bisogna dare gran valore, come fa osservare L. BOCACHE (*Annali di Medicina navale e coloniale*, vol. II, fasc. III-IV, 1926), a piccoli segni, che non bene ricercati possono sfuggire. La cefalea, per es., è comune ad entrambe le lesioni ma nell'ascesso del cer-

Digitized by Google

velletto è più intensa, meno soggetta a lunghi periodi di remittenza e localizzata per lo più alla regione occipitale dal lato affetto. Il vomito nel successivo decorso dell'ascesso temporo-sfenoidale si attenua e scompare, nell'evoluzione dell'ascesso cerebellare ricorre invece indefinitamente, di tanto in tanto. L'ottundimento dell'intelligenza, il torpore dell'ideazione, la deficienza di memoria, ecc. fanno quasi assolutamente difetto nell'ascesso cerebellare, tranne nei periodi tardivi, quando si accompagnano con segni manifesti di aumentata tensione endocranica, mentre sono sintomi precoci dell'ascesso sfeno-temporale. Le alterazioni del fondo dell'occhio (nevrite ottica, papilla da stasi) sono più frequenti nell'ascesso cerebellare; le paresi e paralisi muscolari, quando esistono negli ascessi temporo-sfenoidali, sono sempre etero-laterali, mentre sono frequenti ne gli ascessi cerebellari e sono omolaterali. Fenomeni precoci e costanti delle suppurazioni del cervelletto sono poi la vertigine, i disturbi di equilibrio statico e l'atassia con tendenza a cadere in una data direzione, mentre questi segni sono incostanti e imprecisi negli ascessi sfeno-temporali.

Se si sono già manifestati sintomi a focolaio, la diagnosi differenziale riesce più agevole. Così l'afasia sensoriale è il sintomo più evidente di ascesso del lobo sfeno-temporale di sinistra (o di destra nei mancini), mentre nell'ascesso del cervelletto compare tardivamente, quando già si osservano altri fenomeni di ipertensione endocranica. E' chiaro, d'altronde, che quando esistono sintomi precisi di localizzazione cerebellare (nistagmo cerebellare, atassia, incoordinazione, disturbi artrodiali omolaterali, ecc.) la diagnosi non offre più alcuna difficoltà.

Allorchè sono presenti i sintomi di localizzazione cerebellare, la diagnosi differenziale va fatta con la piolabirintite acuta diffusa all'inizio. In questa si ha nistagmo rotatorio verso l'orecchio sano, che si esagera quando gli occhi sono volontariamente rivolti nel senso della direzione delle scosse più vivaci e diminuisce se lo sguardo è girato in direzione opposta; il nistagmo inoltre tende a diminuire e a scomparire fra i 10 giorni e le 2 o 3 settimane, mentre la vertigine rotatoria soggettiva, sempre nel piano del nistagmo, aumenta quando gli occhi sono rivolti nella direzione della maggiore componente di esso e regredisce e scompare quando è scomparso il nistagmo spontaneo.

Nell'ascesso cerebellare, invece, si ha nistagmo rotatorio con la maggiore componente diretta nell'uno o nell'altro senso e la direzione è influenzata dal senso in cui gli occhi sono volontariamente girati (le scosse più vivaci, però, si osservano di solito dirette verso il lato della lesione); non vi è alcuna tendenza alla diminuzione del nistagmo, che si aggrava talora col progredire del male; la vertigine solo al principio è in dipendenza del nistagmo poi non è più influenzata da esso e può persistere anche quando il nistagmo è scomparso

Nella piolabirintite si osserva ancora che vi è tendenza a cadere nel piano del nistagmo e verso il lato della lesione, atassia che diminuisce quando il nistagmo spontaneo cessa; vi è diminuzione del senso direttivo del tatto, reazione calorica assente, udito assolutamente perduto nell'orecchio malato, assenza dell'atassia di incoordinazione e dell'adiadococinesi, assenza di diminuzione del senso artrodiale o di posizione delle articolazioni, temperatura al principio elevata e poi rapidamente diventata normale, polso normale o presentante modificazioni parallele alla temperatura. Nell'ascesso cerebellare, al contrario, l'atassia, con l'evoluzione della lesione, non mostra alcuna tendenza a diminuire e la direzione della caduta è, di solito, costante ma non influenzata dal nistagmo. Quanto al senso direttivo del tatto nell'assenza di altri sintomi a focolaio la facoltà di puntare con esattezza un oggetto a occhi chiusi può essere disturbata, ma allorchè sono presenti i fenomeni di localizzazione, la perdita del senso direttivo del tatto esiste, ma solo nel braccio o nel dito del lato corrispondente alla lesione cerebellare. Altri segni che differenziano l'ascesso cerebellare sono: reazione calorica in genere normale; udito normale; atassia di incoordinazione e adiadococinesi; senso artrodiale perduto o notevolmente diminuito; temperatura, elevata al principio e che in seguito per solito recede fino al normale, ma può anche presentare costanti e moderati movimenti fra punti un po' sopra e un po' sotto la norma; polso non di rado al di sotto della norma, anche con temperatura alta.

Quando invece la piolabirintite acuta diffusa è chiaramente conclamata la distinzione dall'ascesso cerebellare è netta: in quella v'è completa sordità e assenza della reazione calorica nell'orecchio malato, in questo l'atassia è più grave.

Altre lesioni che debbono prendersi in considerazione per la diagnosi differenziale dell'ascesso cerebellare sono le localizzazioni croniche cerebellari (neoplasmi, tubercolosi, sifilide, cisti idatidea), per le quali si dovranno tenere in conto i precedenti della lesione auricolare, quantunque un'affezione cronica cerebellare di altra natura possa ben coesistere con una suppurazione oto-mastoidea; in tal caso la diagnosi diventerà difficilissima.

TERAPIA

Il borato di sodio nella terapia gastrica

Il borato di sodio ha una azione topica, alcalinizzante, antisettica e sedativa. L'azione topica si deduce dalle modificazioni che avvengono nella composizione di alcuni vomiti nel contenuto in muco cellule epiteliali o leucocitarie e in elementi sanguigni.

L'azione alcalinizzante è bene evidente. Il borato sodico può neutralizzare, per ogni grammo, 0,19 di acido solforico e 0.146 di acido cloridrico.

L'azione antisettica non è meno certa. M. Loeper (*Reviste Medico-Cir. do Brasil,* a. 34, n. 7) ammette che 1 gr. di borato sodico sia sufficiente a neutralizzare fino a 14 cc. di cultura di bacillo di Eberth, nonchè possa opporsi alla trasformazione, per opera dei batteri, delle sostanze alimentari e alla formazione di acidi di fermentazione.

L'azione sedativa è quella che l'A. ritiene più importante, più completa e meglio dimostrata. Essa si nota nelle reazioni più diverse, dolorose o spasmodiche, funzionali o organiche, nelle reazioni secretorie nei perturbamenti a distanza, vasomotori e circolatori, cefalea, vertigine, tachicardia. Il borato sodico non provoca, cme i bromuri, depressione nervosa o psichica, non modifica i riflessi tendinei o pupillari.

Da quanto è detto si deduce che il borato sodico, già adoperato con successo per uso esterno nella cura di affezioni cutanee, può dare per via orale ottimi risultati.

La sua azione complessa si esercita direttamente sulla mucosa, sulle lesioni infiammatorie e talvolta sulle terminazioni nervose; talvolta, per mezzo della circolazione, sul sistema nervoso generale. E' un medicamento molto utile nelle lesioni organiche e frequentemente molto efficace nei disturbi funzionali.

Sulla cura del prurito

Bisogna curare innanzi tutto la causa del prurito; molti pruriti, per es., cessano in pochi giorni con l'applicazione di pomate solforose, se il malato è affetto da scabbia, o di pomata mercuriale o allo xilolo, in caso di ftiriasi. Se non esiste alcuna causa esterna, si procederà ad un attento esame clinico generale e specialmente del sistema nervoso, poichè il prurito può essere un segno di diverse affezioni di quest'ultimo (polinevrite alcoolica, tabe, sclerosi a piastre, ecc.). Si ricercheranno anche eventuali intossicazioni (da cocaina, da caffè, da the, ecc.) e alterazioni epatiche (prurito degli itterici), renali (prurito dei brightici), ecc. Se qualcuna di queste cause esiste, verrà curata opportunamente.

Quando non si potrà mettere in evidenza alcuna causa etiologica del prurito, si diminuirà la sensibilità locale della regione pruriginosa con lozioni, tra le quali E. Juster (*Revue Médicale Universelle*, n. 9, 1926) consiglia il liquido di Bonnain:

Cloridrato di cocaina
Mentolo
Acido fenico ana parti

per applicazioni ripetute varie volte ogni giorno, a seconda della tolleranza del malato; o con pomate:

Mentolo gr. 2
Vaselina » 4-6-8

aumentando ancora la quantità di vaselina in caso di forte bruciore.

In certi casi, riescono utili gli empiastri (all'olio di fegato di merluzzo per es.); ma mezzi di più sicura efficacia sono: la corrente d'alta frequenza, specialmente nei pruriti anali e vulvari; i raggi ultravioletti, arrivando fino alla dose eritematosa; la galvanizzazione locale e l'ionizzazione con l'aconitina; la radioterapia.

Occorre, talora, diminuire pure l'eccitabilità nervosa generale dell'ammalato. A questo scopo danno buoni risultati le lozioni tiepide a 38° C. fatte con la spugna, e per via interna la solanina.

Solanina gr. 0.05
Polvere di guisquiamo » 0.10
Bicarbonato di sodio » 0.20

per un *cachet*, da prendere alla fine di un pasto: 2-4 al giorno.

Essendo difficile alle volte procurarsi la solanina, si può prescrivere:

Polvere di foglie di datura stramonium
Polvere di foglie di giusquiamo anagr. 0.10

per una pillola o un *cachet*: 3-6 al giorno.

Si somministreranno, infine, per via interna, dei medicamenti che calmino lo stato ansioso di questi malati: soneril, gardenal, rutonal, valeriana, bromuro di sodio.

Risultati di terapia medica dei tumori

J. Leriche, di Joigny, ha reso noto, alla *Société deThérapeutique*, nella seduta del 9 giugno 1926, gli ottimi risultati terapeutici ottenuti trattando vari infermi di tumori (sarcoma della coscia recidivato dopo o-

Digitized by Google

perazione; neoplasmi dell'esofago, dell'utero, della mammella, del piloro, del colon) con cure mediche chemioterapiche e opoterapiche insieme, derivate dal concetto che i tumori siano espressione di una discrasia e di alterazioni fisico-chimiche. Il trattamento usato dall'A. si propone innanzi tutto di esercitare un'azione istolitica sul tumore: a tale scopo si faranno ogni due giorni iniezioni endovenose di:

Citrato di sodio	gr. 0.90
Citrato di magnesio	» 0.10
Citrato di manganese	» 0.01
Cloruro di magnesio	» 0.50
Tartrato ferrico-potassico	» 0.02
Acqua distillata	cc. 5-6

aumentando progressivamente le dosi, fino a 4 gr. di citrato di sodio e 2 gr. o più di cloruro di magnesio.

Contemporaneamente si somministreranno all'organismo quei principi minerali e biologici, il cui ricambio è in deficit per l'esistenza del tumore. L'A. perciò prescrive alternativamente il magnesio, il silicio, il manganese, il calcio, il potassio, lo zolfo, il ferro; l'emoglobina; la colesterina e gli estratti di ghiandole endocrine.

APPUNTI

Vaccinoterapia e vaccinoprofilassi antipertossica. — Curando 81 bambini, presentatisi agli ambulatori dell'Ospedale Alessandri di Verona, con i comuni stock-vaccini del commercio contro la tosse convulsiva, O. PELLEGRINI (*La Pediatria*, fasc. II, 1927) ha ottenuto: il 51.3 % di guarigioni e il 29.8 % di migliorati; nel 19 % l'affezione è rimasta stazionaria.

Usando gli stessi vaccini, a scopo profilattico, in 18 bambini sicuramente esposti al contagio, perchè conviventi, e spesso in cattive condizioni igieniche, con fratelli o parenti affetti da pertosse, i risultati sono stati ancora migliori: solo in due, infatti, è scoppiata la pertosse in forma benigna, tale da scomparire del tutto dopo una brevissima cura vaccinica (3 cc.).

Secondo l'A., il meccanismo di azione dei vaccini resta ancora ignoto.

Sieroterapia preventiva degli orecchioni col siero di convalescenti. — La sieroterapia degli orecchioni col siero di convalescenti si è dimostrata ottima, secondo H. CAMBESSEDES rif. in *Bullet. Général de Thérapeutique*, fasc. 9, 1926), specialmente per prevenire le complicanze di questa malattia e in particolare l'orchite. Essa può essere utile anche per arrestare epidemie di orecchioni in caserme, convitti, pensionati, ecc.

Nelle epidemie familiari si può usare il sangue del primo malato, iniettando 10-20 cc. direttamente nei muscoli degli altri. Nelle altre circostanze, ci si assicurerà dello stato di salute del datore, avendo cura di escludere in primo luogo che sia un luetico. Il siero va prelevato non prima del 16° giorno di convalescenza.

Alopecia areata. Osteomielite ed insufficienza ipofisaria con sifilide ignorata. Endocrinide sifilitica. — L'inferma, della quale riferisce P. A. MEINERI (*Il Dermosifilografo*, n. 9, 1926) è una donna di 19 anni, affetta da alopecia areata, osteomielite e da sindrome adiposo-genitale. Esami di laboratorio (prova della ipofisina, dell'adrenalina, ecc.) confermano il sospetto di una insufficenza del lobo anteriore dell'ipofisi. Essendo l'ammalata affetta anche da sifilide, probabilmente congenita, l'A. istituisce una cura antiluetica (iniezioni giornaliere di 1 centigr. di sublimato per un mese; poi sali di bismuto ed arsenobenzolo per via endomuscolare) e dopo quattro mesi si vedono scomparire alopecia, sindrome di Fröhlich ed osteomielite.

Questo brillante risultato fa pensare all'A. che la lesione dell'ipofisi sia di natura sifilitica e che anche la alopecia sia da attribuire all'insufficienza di questa ghiandola. Si tratterebbe dunque di un caso di endocrinide sifilitica con sede al lobo anteriore dell'ipofisi.

Dolori nella regione pilorica determinati da un'appendicite tubercolare. — In un'inferma osservata da J. VERGELY (*Journal de médecine de Bordeaux*, n. 1, 1927) e presentante dei vomiti postprandiali con crisi dolorifiche localizzate alla regione pilorica, essendosi riscontrata un'ipercloridria con l'esame del contenuto gastrico e un'ostruzione pilorica con l'esame radiologico, fu fatta diagnosi di ulcera del piloro. Essendo l'inferma incinta, fu rinviata l'operazione a dopo il parto. Durante l'intervento chirurgico, però, nulla di patologico si rilevò a carico del piloro e delle formazioni contigue; esplorando invece nella fossa iliaca destra si rinvenne il peritoneo appendicolare e cecale disseminato di piccole granulazioni biancastre, dimostratesi, anche all'esame microscopico, di chiara natura tubercolare; l'appendice pure, lunga e congestionata, presentava granulazioni simili. Dopo l'operazione, le crisi dolorifiche sono cessate e l'inferma ha cominciato ad aumentare di peso. L'appendicite tubercolare, in questo caso, quindi, si manifestava con una sintomatologia simulante appieno l'ulcera pilorica.

Come riconoscere le cause della torbidità di un'urina. — E. KRAFT (*Archiv. d. Pharm.* rif. in *Boll. Chimico-Farmaceutico*, n. 19, 1926) riassume il modo di comportarsi per riconoscere rapidamente le cause della torbidità di un'urina. Si scalda, dapprima, l'urina in un tubo da saggio: se essa diventa completamente limpida, contiene solo urati. Se col riscaldamento l'urina intorbida maggiormente, vi si aggiungono alcune gocce di acido acetico: se l'intorbidamento scompare in tutto o in parte, esso è dovuto a forti quantità di fosfati (e di carbonati se contemporaneamente si vedono svilupparsi bollicine di acido carbonico). Se l'intorbidamento scompare solo per l'aggiunta di acido cloridrico, esso dipende da ossalato di calcio.

Supposto che con i saggi ora detti l'intorbidamento non scompare, si tratta una certa quantità di urina con potassa caustica: la scomparsa rapida dell'intorbidamento indica presenza di acido urico; la formazione di un coagulo gelatinoso, che si ammassa col riscaldamento, indica che l'intorbidamento è dovuto a muco-pus. Se i fosfati, che si separano per riscaldamento con potassa caustica, sono colorati in rosso (colorazione evidente specie dopo raffreddamento), l'urina contiene sangue.

Ammesso che l'intorbidamento resista a tutte le dette prove, esso dipenderà da presenza di batteri (batteriuria), solo raramente di goccioline di grasso o di chilo.

Gl'istrumenti inossidabili in chirurgia. — Del tutto recentemente sono stati introdotti in chirurgia (v. *La Clinique*, n. 72, 1926) gli strumenti « Stainless » inalterabili e fabbricati con un metallo resistente in modo assoluto alla maggior parte degli agenti corrosivi: atmosfera secca e umida, acqua dolce, acqua di mare, vapore e reattivi di qualunque genere.

Il metallo « Stainless » è di una grande purezza e possiede tutte le caratteristiche della istrumentazione chirurgica moderna: durata, flessibilità, elasticità e taglio.

Quindi, date queste qualità si sono costruiti con tale metallo tutti gli strumenti, dalle pinze Kocher ai bisturi, alle forbici, agli aghi Reverdin, che pur sono di difficile fabbricazione.

Gli aghi suddetti sono stati preparati in tutte le forme.

Quanto prima la stessa fabbrica metterà in commercio gli aghi comuni per iniezione, destinati a sostituire quelli di platino e più economici.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Lo Stryphnon, nuovo rimedio contro le gravi pneumorragie. Sarebbe superfluo riportare o ricordare le considerazioni pratiche note ad ogni esercente, sulla preoccupante gravità di codeste emorragie, specie nei tubercolosi con grosse caverne. Sappiamo tutti come dal ghiaccio all'uso più recente di cloruro di calcio, gelatina emostatica e via dicendo, si sia passati attraverso una serie di proposte farmaceutiche, più o meno scosse dai risultati.

Ultimamente nel II reparto medico (Tubercolosi) diretto dal Prof. Sorgo, WEIDINGER (Ospedale Wilhelmim in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 41, 1926) è venuto sperimentando un nuovo prodotto dell'Industria farmaceutica viennese, designato dal nome di Stryphnon, e fornito per iniezioni, in fiale di 2,2 cc. E' un prodotto sintetico dell'adrenalina. Fu finora usato inoltre in 20 casi tra' più allarmanti raccolti in quel reparto. In uno di essi, minacciato gravemente da due o tre profuse emottisi cotidiane, fu constatato, già durante l'atto della lenta iniezione intravenosa, andare scemando la perdita per arrestarsi definitivamente, non ostante che durante la degenza fosse molesta la tosse. L'emottisi non riapparve più. Casi similari, se anche non altrettanto gravi, sono registrati dagli AA. e costante l'azione emostatica. Fu constatato in ogni caso, già durante l'iniezione divenire più duro il polso. Se si inietta con maggiore rapidità la cute del paziente si mostra pallida. Il polso si serba duro per alcuni minuti, poi ritorna allo stato di partenza. La perdita si arresta. Dopo, se mai, con la tosse viene espulso qualche coagulo antico. Se dopo qualche giorno si ripresenta la perdita, si ripete l'iniezione.

Non ci sarebbe a temerne danni, quando si abbia cura di lentamente iniettare, cioè tra l'una e l'altra divisione della siringa lasciare un intervallo di tre a sei atti respiratori.

Bisogna aggiungere che lo Stryphnon viene fornito per uso sottocutaneo in soluzione 5 %, e per quello endovenoso in soluzione 5 %. In totalità non si suole superare 1-6 cc. La produzione è accompagnata anche da norme istruttive, specialmente per giovani il cui peso resti in sotto di 60 chilogr. Il prodotto non è punto un rimedio curativo; ma una energi-

Digitized by Google

ca risorsa per la urgenza; un mezzo per guadagnare il tempo necessario a somministrare altri prodotti, magari eseguire lo pneumotorace.

Inoltre starebbe a far preferire questo prodotto, la possibilità di servirsene anche per via ipodermica, mentre non si esclude, nell'uso intravenoso p. es. del cloruro di calcio, qualche caso di trombosi. Può usarsi anche più volte nelle 24 ore senza rischio di necrosi cutanea; se urgentissimo il caso, consigliabile è cominciare con l'endovenosa 5 ‰.

Sempre da sconsigliarsi l'uso della morfina, pericolosa in questi pneumorragici.

FORMULARIO

Contro i dolori di stomaco dovuti all' aspirina. — LEGRAND (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 23, 1926), ad evitare questa eventualità, consiglia di associare all'aspirina la magnesia calcinata secondo la seguente formula:

Aspirina	gr. 0.50
Magnesia calcinata	» 0.20

p. un *cachet*.

□□□

MEDICINA SOCIALE

I DUE CARDINI DELLA LOTTA ANTITUBERCOLARE

Intendo riferirmi ai due cardini, che prospettai in un ordine del giorno al I Congresso Nazionale contro la tubercolosi in Napoli, nella seduta del 28 novembre 1925. I due cardini furono: la necessità di statizzare la lotta mercè la istituzione, per legge, di un « Ente o Opera Nazionale »; l'adeguato finanziamento dell'Ente da affidarsi a richiedersi fondamentalmente agl'Istituti Assicuratori.

I due cardini prospettati furono eminentemente fascisti.

La tubercolosi è la più diffusa e la più grave delle infezioni, che minano la salute e quindi la capacità produttiva della nazione. È programma del fascismo non è statizzare le funzioni sociali — come quella della profilassi antitubercolare — che più intimamente riguardano la potenza economica e il prestigio morale della Nazione?

Richiesi al congresso che quella profilassi non consistesse semplicemente nei sanatorii e nei tubercolosarii, i quali (dato e non concesso che funzionino in numero e con efficacia sufficiente) soltanto eliminano i feriti dal campo della battaglia tra il microbio specifico e gl'individui attaccati e menomano la propaganda del contagio. Richiesi al congresso che l'azione della medicina sociale non consistesse semplicemente nei dispensarii, che dovrebbero avere funzione di avanscoperta nella battaglia, ma che sono, in maggioranza, niente altro che ambulatorii; ma consistesse anche, anzi prima di ogni altro, nella istituzione dei preventorii della maternità, dei preventorii-balnatici, dei preventorii-asili, delle colonie sanatoriali di lavoro, da non confondersi con i convalescenziarii; nelle scuole all' aperto, nelle scuole o colonie agricole o marinare o montane o marine o marino-boschive; nella necessità della visita medica annuale in ogni cittadino di qualunque età o sesso o condizione sociale; nella necessità della scheda o pagella biografica dalla piccola età sino alla morte; nella necessità del certificato medico matrimoniale, che finirà con essere una mera formalità, una volta attuata la visita medica annuale per ogni cittadino e qualora la pagella biografica sia continuativa. Questo è volersi approfondare alla radice della profilassi e non è programma fascista non accontentarsi dei provvedimenti superficiali ma statizzare le riforme sociali che più profondamente mirano alla saldezza delle radici e del tronco sociale?

Nel discorso inaugurale del congresso di Napoli mi servii della espressione « fronte unico » per indicare che le istituzioni antitubercolari, dalle più modeste alle più compiesse, in ogni Provincia, tanto come personale sanitario e amministrativo quanto come bilancio del finanziamento, debbano tutte dipendere dal rispettivo Consorzio Provinciale, la cui funzione nettamente statale deve essere garentita dal fatto che i singoli componenti di ogni Consorzio siano nominati dal Governo per il tramite dei suoi più diretti rappresentanti, i Prefetti. Nè questa auspicata supremazia dei Consorzi, cioè del Governo, che li costituisce, significa inibire o respingere il contributo di azione e di finanziamento delle iniziative locali, a cominciare dalle varie società antitubercolari, a venire alle donazioni o lasciti di privati, alle lotterie, e sottoscrizioni pubbliche, alle «feste del fiore», alle «giornate della tubercolosi». Ma l'auspicato fronte unico dell'«Ente Nazionale» fascisticamente assicura il coordinamento e la interdipendenza disciplinata delle iniziative locali verso la mèta Statale del massimo prodotto con il minimo sforzo.

Gl'Istituti Assicuratori sono Enti parastatali e lo Stato, quando venga fascisticamente considerato, ha il diritto di obbligarli a fornire i proventi finanziari indirizzati ai fini sociali di un'azione statale, posto che dalla legge rispettiva siano stabilite speciali garanzie sulla maniera con cui agli Istituti Assicuratori sono pagati gl'« interessi » finanziari e venga attuato un ammortamento graduale dei capitali versati. Nel caso particolare della profilassi antitubercolare è evidente che il progresso nella salute e nella validità degl'individui iscritti negl'Istituti Assicuratori rappresenta per questi Istituti un interesse, un affare, nel senso che le quote da pagarsi per « premi », « indennizzi », « sussidi » sono tanto minori, per quanto maggiori sono le somme impiegate per la prevenzione delle cause d'invalidità, sempre che esse non vengano considerate nell'ambito circoscritto degl'infortuni sul lavoro, della vecchiaia (*ipsa senectus est morbus*: sentenziò Terenzio), o di speciali malattie, ma vengano estese ed obbligatoriamente estese ad ogni causa, che menomi la capacità lavorativa o produttrice, del cervello o del braccio, in ogni cittadino. Ecco perchè il secondo cardine della lotta antitubercolare, da me prospettato nel I Congresso, fu la necessità che l'« Ente Nazionale », da costituirsi con apposita legge, traesse le sue risorse finanziarie non dall'Erario generale dello Stato, ma dagli speciali Enti parastatali, quali sono gl'Istituti Assicuratori.

Dal Congresso di Napoli sin'oggi la proposta di legge Statale che vi feci ha attraversato due fasi.

La prima fase fu di opposizione, per quanto opposizione ora palese, ora nascosta; ora in buona fede, ora in mala fede.

Buona fede rispettabile, per quanto da compatire, perchè sostenuta da mentalità non adatte ad assimilare rapidamente le soluzioni radicali nei problemi sociali. Mala fede in quanti si sentono scottati o lesi nei loro interessi personali, a base di conventicole o clientele, di prebende, di sinecure, magari di semplice vanagloria, a cui questa o quella istituzione antitubercolare debba fare da sostegno o sgabello. Questa seconda sorta di opposizione, che si spiega ma si deplora, non ha fatto che intensificare la mia azione dopo il Congresso, perchè la opposizione suscitata contro la proposta voleva significare che con questa proposta avevo messo il dito sulla piaga dei personalismi e degli egotismi. Anche questa intensificazione di difesa della mia proposta fu fascista, perchè il fascismo vuole che lo Stato nella elevatezza della sua fuzione s'imponga agli interessi esclusivamente individuali.

Ecco perchè sulla stampa, specialmente su questo periodico, venni pubblicando una serie di articoli, in cui specificavo i vari lati della mia proposta; nelle sedute del Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale per la lotta antitubercolare, al quale mi onoro di appartenere, ribadii quei vari lati e li concretai in varie relazioni o rapporti, scritti o stampati, che consegnai all'ufficio di Presidenza insistendo, anche nell'ultima seduta del Consiglio (11 novembre 1926), perchè una apposita commissione chiedesse udienza al Duce per prospettargli i *desiderata;* in marzo 1926 avevo redatti in un progetto di legge i dettagli della mia proposta accompagnandolo con una relazione illustrativa e questa relazione con il progetto presentai ad una insigne personalità del Governo; in maggio e giugno 1926, nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana, che ho l'onore di presiedere, organizzai un Corso didattico per la lotta sociale contro la tubercolosi. Questo Corso fu il primo del genere in Italia. Anche io stesso, in passato, dall'anno scolastico 1921-22 in poi, senza interruzione, avevo tenuto Corsi didattici ma sull'argomento della tubercolosi o della tisiologia in genere.

Il Corso dello scorso maggio e giugno 1926 fu tenuto da ben ventuno professori universitari pareggiati, ognuno dei quali trattò un lato della lotta sociale antitubercolare; gl'iscritti al Corso, tra medici e studenti dell'ultimo biennio di medicina, furono centotrentatrè; come conclusione del mio discorso inaugurale del Corso indirizzai al Duce un telegramma, acclamato dalle Autorità presenti e da tutti gli altri intervenuti. In questo telegramma, spedito il 3 maggio 1926, auspicavo che il Duce accogliesse sotto la Sua egida e integrasse in un progetto di legge i due capisaldi prospettati dal I Congresso Nazionale Anitubercolare: Statizzazione mercè un Ente Nazionale, gl'Istituti Assicuratori come finanziamento basale della lotta Statale contro la tubercolosi.

Dalla prima fase di opposizione alla proposta del Congresso di Napoli si è poi venuti ad una seconda fase, quella del consenso.

Al IV Congresso Naz. dell'Ass. Italiana per l'Igiene, in Torino, sull'importante tema generale « Tubercolosi e previdenza » fu relatore una personalità della competenza del Dott. Cesare Giannini, Medico Capo dei Servizi Sanitari della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. Ebbene, come conclusione pratica della relazione del Dott. Giannini, venne approvato ad unanimità un ordine del giorno proposto con le due fir-

Digitized by Google

me autorevolissime del Presidente dell'Associazione Italiana per l'Igiene, Prof. Achille Solavo, e del Prof. Vivante di Venezia. In questo ordine del giorno si fece voto affinchè « a rendere più efficiente la lotta contro la tubercolosi, si orienti l'azione verso un sistema integrale di assicurazioni sociali ».

Nell'identico Congresso d'igiene il Prof. De Pascalis, di Roma, propose che s'invitasse il Governo a promuovere l'assicurazione contro la tubercolosi; il citato Prof. Vivante illustrò come la soluzione cardinale del problema della lotta contro la tubercolosi, nel senso della « disponibilità adeguata dei mezzi e della loro coordinazione funzionale » possa « aversi solo con l'attuazione dell'Assicurazione contro le malattie »; il Prof. Giuseppe Sangiorgi, ordinario d'igiene nella R. Università di Parma, si dichiarò favorevole alla « istituzione di un Ente autonomo per la lotta antitubercolare fondato sul regime assicurativo ».

Il chiarissimo Prof. Sangiorgi in prosieguo è ritornato sull'argomento e nella *Difesa Sociale* di dicembre 1926 ha pubblicato un articolo, il cui titolo è « Per un Ente Nazionale di lotta contro la tubercolosi ». In un brano dell'articolo, che ne rappresenta il *clou*, è stampato così: « come « il Governo Nazionale ha emanato la provvidenziale legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia affidandone l'esecuzione ad un Ente « Nazionale sovvenzionato dallo Stato, così sarebbe necessario che della « lotta contro la tubercolosi, che ha una portata sociale immensa, fosse e« sponente un Ente ossia l'Ente Nazionale di lotta contro la tubercolosi, « emanazione diretta ed esclusiva dello Stato ». In questo medesimo articolo il Prof. Sangiorgi si associa alle conclusioni del Prof. Scipione De Rossi il quale sull'*Italia Sanitaria* del 15 ottobre 1926 aveva stampato che « occorre l'istituzione di una grande organizzazione statale di lotta contro la tubercolosi, la quale si svolga con continuità e con direttive uniformi ».

Su *Il Popolo di Roma* del 7 gennaio 1927 si legge il resoconto di una visita fatta a S. E. Mussolini dai medici di ritorno dalla conferenza internazionale contro la tubercolosi con la presentazione di un memoriale sui *desiderata* più fondamentali per la lotta antitubercolare. Nelle conclusioni di questo memoriale si chiede principalmente che lo Stato formuli « un piano nazionale completo di lotta antitubercolare », « costituisca un Ente che deve attuare tale piano sotto il controllo diretto dello « Stato e fornendolo di potere di coercizione là dove il libero gioco delle « volontà si è dimostrato insufficiente », « organizzi la parte finanziaria « sotto forma di Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi ».

Perchè, intanto, in questo resoconto della udienza concessa dal Duce, non si è trovato lo spazio di pochi righi per dichiarare che le proposte formulate nel memoriale erano fondamentalmente quelle stesse concretate per la prima volta nel Congresso di Napoli e quivi approvate dopo pubblica ed ampia discussione? Eppure il resoconto abbraccia buona parte dell'ampia pagi. 5 de *Il Popolo di Roma* e tre pagine de *Il Policlinico* (*Sezione Pratica*, 24 gennaio 1927); eppure il Congresso di Napoli nella sua seduta inaugurale fu onorato dello intervento di S. E. Teruzzi in rappresentanza del Duce, a cui il memoriale ora è stato presentato, e di S. E. Federzoni, allora Ministro degl'Interni.

Perchè di quelle stesse proposte, concretate nel Congresso di Napoli, non si fa cenno alcuno dai citati, o relatori o interlocutori al Congresso d'Igiene a Torino, nè dagli autori dei citati articoli?

Si saprebbe forse indicare se in convegni o congressi precedenti a quello di Napoli è stata mai concretata e votata, come successe a Napoli, una proposta, che fissasse la costituzione, per legge, di un Ente Nazionale contro la tubercolosi e stabilisse che base del finanziamento fossero gl'Istituti Assicuratori?

La risposta a questa mia ultima domanda non può essere che negativa, perchè la cronaca dei fatti e delle date non può essere una opinione trattandosi di cronaca troppo recente.

Non se n'è fatto cenno, perchè trattavasi di proposte oramai note? Ma se già erano così note da non dovere essere citate, perchè trattarne ancora, pur non citando la prima fonte?

L'argomento della lotta antitubercolare è argomento troppo alto; perciò è fuori causa il merito o demerito delle persone. Ma, in nome della verità e della giustizia, non si può non mettere in evidenza che il Congresso di Napoli non è una persona, rappresenta la coscienza nazionale, per la prima volta sintetizzata per quell'argomento in un vero Congresso. Quella coscienza, concretata in una proposta di legge, deve essere rispettata come ricordo, e la città, ove quella coscienza si manifestò, risponde al nome di Napoli, la quale parimenti deve essere ricordata. Il Duce, in suo elevato intelletto, che si libra sui personalismi, vuole che Napoli sia « Regina del Mediterraneo ».

ANDREA FERRANNINI

LIBRI ED OPUSCOLI

BARONAKI. *Les Neoplasmes et leur Thérapeutique Médicale.* (I neoplasmi e la loro cura medica). Vol. in 8 di pagg. 137. Pr. fr. 12, Maloine Ed. Paris.

In questo volumetto viene ribadita dall'A. la moderna interpetrazione patogenetica dei tumori, che dovrebbero essere considerati come un'affezione generale, a sintomatologia ben caratterizzata di cui la localizzazione non è che una manifestazione tardiva.

L'interpetrazione patogenetica che l'A. dà dei neoplasmi, trascina con se un indirizzo terapeutico conseguente, i cui risultati sono riferiti dallo stesso A.

L'opuscolo si divide in tre capitoli. Nel primo breve esposizione critica delle teorie parassitarie e cellulari che ancor oggi sono in favore dei più; teorie che l'A. dimostra molto fragili.

Il secondo capitolo descrive dettagliatamente la diatesi cancerosa iniziale che origina con una deficenza e un'alterazione delle secrezioni interne. Queste alterazioni di qualità e di difetto provocano la rottura di quell'equilibrio fra gli elementi dei tessuti e il mezzo organico, alla quale deve imputarsi la localizzazione delle lesioni neoplastiche. L'ultimo capitolo è consacrato alla terapia.

GIOIA

DE CASTRO, Milano. *Complicazioni post-operatorie e loro terapia.* Tipografia Binoni Fortunato. Rho. 1925. 1 vol. pagg. 468. Prezzo Lire 50.

Il titolo del volume potrebbe, se non venisse chiarito, lasciar fraintendere le intenzioni dell'A.; le quali sono in realtà degne di molta lode da parte di ogni esercente. Chiarire diciamo, perchè a noi sembra che non tutte le contingenze delle quali il libro si occupa, fornendo buon consiglio, siano « complicazioni » nel senso rigoroso; bensì soltanto « seguele, episodi » che a rigore hanno un rapporto indiretto col vero atto operatorio.

Come che sia, restando indiscutibile il precetto di ogni genuina pratica chirurgica, cioè che l'intervento operatorio non è se non un parziale adempimento chirurgico da corredare di ogni vigile opera prima ed oltre — il Libro dell'A. riesce efficace nella sua ripartizione sui seguenti argomenti: Dal tavolo operatorio al letto; l'Anestesia; il polso; l'emorragia; le complicazioni cardiovascolari; dilatazione cardiaca; dilatazione gastrica; settico-piemie; parotite; diabete; delirio; corpi estranei nel cavo-addominale; morte imminente, improvvisa; ferite operatorie e traumatiche; operazioni sul capo, sulla faccia, collo, torace, addome, arti.

Se come auguriamo, il libro avrà fortuna, la sua ristampa riordinata con maggiore severità credo sarà meritoria.

AIEVOLI

GRIGNANI R. *Il valore del metodo di gastropessi diretta.* Ricerche sperimentali (Estratti dall'« Archivio Ital. di Chir. », vol. XVI, fasc. 3. 1926).

L'Autore che appartiene alla scuola chirurgica pavese, dove dal prof. Tansini furono eseguite numerose gastropessie col metodo di Rovsing, sole od associate alla gastroentorostomia e con ottimi risultati, fu indotto a praticare esperienze sugli animali sulla fissazione diretta dello stomaco con quel metodo per controllare se e quanto la funzione motoria dello stomaco venga dalle aderenze della parete anteriore dello stesso alla parete addominale ostacolata; obiezione qpesta che si fa da molti chirurghi al metodo di fissazione parieto-parietale.

Le esperienze del Grignani hanno portato una viva e nuova luce sull'agomento ed a risultati inaspettati che dimostrano come si possa verificare la fissazione dello stomaco senza che la funzione motoria venga menomamente intralciata pei fatto delle aderenze.

Il prof. Tansini, che ispirò tali ricerche non ancor fatte da nessuno, aveva creduto in suoi lavori precedenti di poter conciliare la buona funzionalità gastrica colla fissazione parietale adducendo i fatti compiuti e ben controllati, e con argomenti di analogia.

Queste ricerche invece del Grignani hanno svelato il fatto interessantissimo che in seguito alla operazione col metodo di Rovsing sugli animali le *aderenze larghe, resistenti, durature*, che si formano tra la parete dello stomaco e la parete addominale, sebbene le suture avessero interessato la parete muscolare dello stomaco, non comprendono più dopo qualche mese dall'operazione la parete muscolare stessa; si rileva che questa si è svincolata spontaneamente e lo stomaco fissato dalle aderenze è *perfettamente* libero nelle sue contrazioni e nei suoi movimenti. Esso risulta fissato come da *nuovi legamenti sospensori*, dai quali è esclusa onninamente la parte muscolare dell'organo.

DOTT. F. LEINATI

Digitized by Google

LABBÈ M. *Le traitement du diabète* (La cura del biabete). 1 vol. di pag. 158. Masson e C. edit., Parigi, 1927. Prezzo fr. svizzeri 1.60.

Esauritasi rapidamente la 1ª edizione di questo libro, ricercato specialmente per la praticità e semplicità con la quale l'argomento è trattato, ne compare, ora la 2ª edizione, riveduta e ampliata. Il libro è utile sia ai medici che ai malati stessi, poichè, dopo una sintetica esposizione della fisio-patologia del diabete e delle sue principali complicazioni, nonchè delle diverse analisi chimiche necessarie per seguire il modo di decorrere della malattia, la maggior parte del libro è dedicata alla cura del diabete, alla maniera di renderla sufficientemente varia e al modo di preparazione di molte ricette da cucina. In un capitolo, inoltre, sono raccolte le norme per l'insulinoterapia.

LUYS G. *Traité des maladies de la prostate* (Trattato sulle malattie della prostata). PAUCHET V. *Prostatectomies et tumeurs malignes* (Prostatectomie e tumori maligni). 1 vol. di pag. 700, con 457 figg. e 5 tavole a colori fuori testo. G. Doin e C., edit., Parigi. Prezzo fr. 90.

Come appare dal nome dei due AA. che hanno collaborato per questo trattato, esso risulta dall'opera di un urologo e di un chirurgo di chiara fama; pertanto si propone lo scopo di riunire tutto ciò che bisogna conoscere della patologia e della terapia moderna della prostata e di fornire al medico pratico le nozioni indispensabili sia per la cura dei casi d'urgenza che possono presentarglisi, sia per il trattamento dei prostatici cronici. Tra i principali capitoli, notiamo quelli sull'esplorazione clinica della prostata, sull'ipertrofia della prostata e sua cura sintomatica e radicale, sul cancro, la tubercolosi, la sifilide, la litiasi, i parassiti, ecc. della prostata.

Aggiungono pregio al libro le numerose figure, che permettono, tra l'altro, di seguire con esattezza i vari tempi degli interventi operatori curativi.

ANTONELLI G. *La simpatectomia cervico-toracica del lato sinistro in un cardiopaziente con sindrome angiosa*. Estratto dal « Bullettino ed Atti della R. Accademia Medica di Roma », an. LII, 1925-1926.

BALP S. *La scuola per infermiere religiose dell'Ospedale di S. Giovanni — sezione di S. Vito — di Torino*. Stab. Tip. G. Cappella, Ciriè, 1926.

MARCONI S. *Contributo clinico alla malattia di Kahler-Bozzolo*. Stab. Tipografico Vidotti. Venezia, 1925.

MUGGIA A. *Le forme spasmodiche dell'apparato gastro-intestinale nei bambini*. Estratto dagli « Atti dell'XI Congresso pediatrico italiano », 1925.

PELLEGRINI R. *Due sentenze in materia di malaria infortunio*. Estratto da « Sicilia Sanitaria », fascicoli di Medicina legale, n. 7, 1926.

IDEM. *Aggravamento di incapacità ed aggravamento di infermità*. Estratto da « Sicilia Sanitaria », fascicoli di medicina legale, n. 7, 1926.

VERNONI G. *Sulla formazione in vitro di pigmenti neri emoglobinici*. Estratto da « Lo Sperimentale », n. 1, 1925.

VIGI F. *Il silicio nella tubercolosi sperimentale*. Estratto da « Pathologica », n. 399, 1925.

NOTIZIE

Nomine e onorificenze. — Il sen. prof. Davide Giordano, primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Venezia è stato nominato « motu proprio » da S. M. il Re Alberto del Belgio Grand'Ufficiale della Corona Belga, per le benemerenze acquistate nel campo scientifico in occasione dell'ultimo Congresso internazionale di chirurgia, da lui presieduto.

Vivissime congratulazioni al nostro illustre condirettore.

Corsi internazionali di perfezionamento per medici a Berlino. — Avranno luogo a Berlino, nei mesi di marzo e aprile p. v., dei corsi internazionali di perfezionamento per medici, organizzati dalla Facoltà di medicina dell'Università insieme con la Kaiserin Friedrich-Haus e l'Associazione dei docenti per corsi feriali per medici. Per ora sono stati annunziati: a) un corso sui progressi recenti della medicina generale, con particolare riguardo alla terapia (1-12 marzo); b) un corso sulle malattie del cuore, dei reni e dei vasi (14-23 marzo); c) un corso di radiologia (24-31 marzo); d) altri corsi su singole branche della medicina, della durata di 15 giorni (14-26 marzo) o di 4 settimane (1-26 marzo); e) un caso pratico di tecnica diagnostica e terapeutica (1-14 aprile).

I corsi saranno sempre corredati da dimostrazioni pratiche su ammalati e di laboratorio. Per informazioni rivolgersi alla Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N W, 6, Lusenplaz 2-4.

Onoranze al prof. Seppilli. — Nel dicembre u. s. sono state rese in Brescia solenni onoranze al prof. Giuseppe Seppilli, che per limiti di età ha lasciato la direzione di quell'Ospedale Psichiatrico. Anche la Società Freniatrica Italiana, per mezzo del suo presidente prof. Enrico Morselli, si è associata alla manifestazione di omaggio, ricordando tutta l'opera scentifica dell'illustre alienista e neuropatologo, che è stato tra primi in Italia ad applicare l'indagine fisiologica e neuropsicologica allo studio delle localizzazioni cerebrali, dell'isterismo e dell'ipnotismo.

Corsi Liberi. — Il 14 corrente si è inaugurato il II anno accademico della Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana con larghissimo concorso di Autorità, di professori universitari, di medici, di studenti che hanno manifestato il più vivo compiacimento sul progresso lattivo della nuova istituzione ad appena 1 anno dalla fondazione.

Il Dott. Vincenzo Lenzi lesse una dettagliata relazione su tutto l'andamento degli studi nel I anno accademico 1925-26. Il Presidente della Scuola, Prof. Andrea Ferrannini, commemorò il compianto Maestro Antonio Cardarelli, e tracciò le linee principali del programma didattico per l'anno 1926-27, comunicando che quali nuovi professori nella Scuola si avranno il prof. Roberto Falcone per la clinica chirurgica generale, il Prof. Corrado D'Alise per la odontoiatria e stomatologia, il Dott. Donato Franceschelli per la immunologia, il Dott. Alfredo Moscariello per la radiumterapia.

Il discorso inaugurale fu tenuto dal Prof. Michele Sciuti sull'argomento « La metalue nervosa e la sua cura ».

In altri numeri del nostro giornale pubblicheremo i dettagli della relazione Lenzi, del discorso Sciuti e della commemorazione di A. Ferrannini su Antonio Cardarelli.

Nella Stampa Medica. — Il nostro giornale, che, come spirito informatore e come sentimenti d'italianità, è stato fascistissimo dalla fondazione sin'oggi, si rallegra con il nuovo confratello « Archivio Fascista di Medicina Politica », che l'On. Prof. Umberto Gabbi ha già pubblicato in un primo numero, denso di articoli originali e di notizie.

Sono condirettori il Sen. Prof. E. Maragliano e il Prof. R. Pellegrini direttore dell'istituto di medicina legale nella R. Università di Parma oltre all'On. Prof. Umberto Gabbi.

L'ufficio di amministrazione e nell'Ospedale Maggiore di Parma. Prezzo dell'abboamento annuo lire 15. Fascicoli 6 all'anno.

Corso d' immunologia in Napoli. — Nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana, a datare dal 2 febbraio 1927. sara iniziato un Corso d'Immunologia dal Dott. Donato Franceschelli, già interno, assistente e aiuto negl'Istituti d'igiene (Prof. Rubner) e di patologia sperimentale (Prof. Wassermann) in Berlino, d'igiene in Napoli (Prof. De Giaxa), della Scuola d'igiene della Università « John Hopkins » di Baltimora diretta dai Proff. Welche e Bull; già condirettore dell'Istituto siero-vaccinoterapico italiano in Napoli. Il corso consisterà in dimostrazioni pratiche per medici e studenti di medicina di VI anno che ne facciano domanda alla Presidenza della Scuola Libera (Napoli, S. Aniello Caponapoli, 6). L'orario delle lezioni è dalle 15 alle 17 in tutti i giorni (tranne i festivi). Al Corso non possono partecipare più di 40 iscritti.

Assegnazione del premio Nordhoff-Jung. — Il premio Sofia Nordhoff-Jung, istituito presso l'università di Monaco per essere conferito all'autore delle migliori ricerche sul cancro nel 1926, dalla commissione giudicatrice, composta dei proff. Borst, Döderlein, v. Romberg e Sauerbruch, è stato assegnato al prof. Otto Warburg, direttore dell'Istituto di biologia Imperatore Guglielmo di Berlin-Dahlem. Il prof. Warburg si è occupato del problema del cancro dal punto di vista chimico in modo da far prevedere che utili, fecondi risultati potranno derivare in avvenire dal proseguimento dei suoi studi.

Premio Alvarenga pel 1927. — Il Collegio medico di Filadelfia ha indetto il concorso al premio Alvarenga, di 300 dollari, pel 1927. I lavori da presentarsi debbono consistere in un contributo ad un argomento di medicina e debbono essere inediti; saranno dattilografati e redatti in inglese. Ogni lavoro sarà contrassegnato da un motto, che sarà ripetuto su una busta chiusa contenente il nome dell'autore; il lavoro vincitore rimarrà di proprietà del detto Collegio. Inviare i lavori al Segretario, John H. Girvin, 19, South 22 D Street, Philadelphia Pa. U. S. A., entro il 1° maggio 1927.

Lo stesso premio pel 1926 è stato assegnato ai dott. P. Pelouze e F. S. Schofield, per un lavoro dal titolo « The Gamophage ».

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 31 Gennaio 1927 — N. 5

LEZIONI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI PISA
Diretta dal prof. D. TADDEI

SULLE SPONDILOSI

Lezione clinica tenuta il 9 Novembre 1926

dal prof. D. TADDEI

Raccolta dai dott. O. ANGELELLI e G. MILLUL - Assistenti della Clinica

Il caso, che vi presento stamane, mentre potrebbe sembrare a chi non lo studi accuratamente un banale morbo di Pott, è invece un caso di alto interesse sia dal punto di vista clinico, sia da quello patogenetico.

Si tratta di una donna di 31 anni: C. Cesella, da Volterra, entrata in Clinica il 5-11-26, che circa due anni fa, mentre camminava, fu colpita da dolore, che, insorto in corrispondenza della regione glutea di destra, si irradiava verso la regione inguinale dello stesso lato, diffondendosi anche alla radice della coscia.

Tale dolore non era continuo, nè tale da costringere l'inferma a sospendere le sue ordinarie occupazioni di donna di casa, ma tuttavia era assai vivo anche quando la paziente stava in letto, tanto più se si sottoponeva ad uno strapazzo qualunque. Solo difficilmente l'ammalata ha accusato delle irradiazioni del dolore fino al ginocchio; essa non presentò temperatura febbrile o meglio essa non avvertì dei disturbi tali da dovere ricorrere all'applicazione del termometro. Un sanitario consultato in tale epoca, fatta diagnosi di sciatica prescrisse una cura generale per os e delle iniezioni ipodermiche che non è possibile meglio precisare.

Dopo circa 20 giorni i disturbi, a cui ora ho accennato scomparvero e, a detta della paziente, fino a circa 14 giorni fa la nostra ammalata ha goduto buona salute; in tale epoca comparvero di nuovo dei dolori che, originandosi in corrispondenza della regione glutea di destra non solo si irradiavano verso la regione inguinale e la coscia corrispondente, ma anche a cintura intorno all'addome e specialmente verso la regione lombare della colonna vertebrale ed il fianco di sinistra. Tali fatti, che si presentarono durante la notte, mentre l'ammalata era in letto, durarono circa due ore e poi sparirono senza lasciare alcun disturbo. Fu consultato di nuovo un sanitario che, fatta la diagnosi di reumatismo articolare, prescrisse una cura sintomatica.

Durante la giornata successiva i dolori comparvero di nuovo e furono accompagnati da un senso di molestia generale e da abbondante sudorazione: l'inferma fu costretta di nuovo a stare in letto per circa quattro giorni, dopo i quali essa si alzò per riprendere le sue occupazioni. Anche questa volta però l'ammalata fu costretta a tornare a letto in quanto che la deambulazione non tanto era dolorosa quanto era difficile: essa dice che non aveva forza di reggersi sui fianchi.

In questo periodo i dolori, erano continui e si esacerbavano sia quando l'ammalata si moveva nel letto, sia quando compiva anche piccoli movimenti in avanti con il tronco. Talvolta questi dolori furono anche assai intensi sì che furono necessarie più volte delle applicazioni calde su i punti maggiormente dolenti.

In questi ultimi giorni nella Clinica, la temperatura ha subito un modico rialzo e come potete vedere dalla grafica essa si è aggirata tra un minimo di 37°,1 e un massimo di 37°,9.

Non fu avvertito mai alcun dolore alle articolazioni della spalla e del braccio, nè alle articolazioni del piede e delle mani.

L'anamnesi personale è assai interessante in quanto che essa ci dice come circa 17 anni fa la paziente fu affetta da pleurite destra, che sembra essersi risolta in circa 13 giorni; tre anni fa nuovamente la paziente fu sofferente di pleurite sinistra, che si è risolta in circa un mese. Durante questo periodo vi fu modica temperatura febbrile, per lo più serotina e preceduta da brivido.

Inoltre essa ci racconta che or sono sei anni fu sofferente di una affezione che fu definita: periostite costale, che sembra, stando a quanto ci racconta l'ammalata, essersi risolta in circa 40 giorni.

Mestruò all'età di 13 anni e le mestruazioni furono e sono sempre regolari in ogni loro carattere.

All'età di 24 anni ha sposato un uomo tuttora vivente e sano; due gravidanze a termine con parto eutocico; dei due bambini uno gode buona salute, l'altro è venuto a morte in tenera età, sembra per affezione acuta dell'apparato respiratorio.

Negativa è l'anamnesi familiare, se si eccettua che il padre è morto, sembra, per neoplasma gastrico.

Negativo è stato l' esame chimico e microscopico delle urine.

***

Come avete sentito dalla storia clinica i disturbi che hanno spinta la paziente a ricorrere al nostro Istituto sono consistiti in dolori nelle regioni lombare e glutea con irradiazioni a cintura ed agli arti inferiori, indipendenti da qualsiasi causa apprezzabile, che si sono iniziati circa 2 anni fa e che dopo pochi giorni scomparvero per ricomparire più intensi, del resto con gli stessi caratteri, circa 15 giorni fa. I dolori non erano continui ma a periodi di recrudescenza seguivano periodi di remissione indipendentemente da qualsiasi causa apprezzabile. Ed essendosi questi disturbi ultimamente resi più intensi sì da ostacolare notevolmente la stazione eretta e la deambulazione ed essendo comparsi lievi rialzi termici continui, la paziente si è decisa a farsi ricoverare in ospedale.

Esaminando la nostra ammalata la prima cosa che colpisce è l'atteggiamento che essa prende, se noi la invitiamo a porsi a sedere sul lettino: infatti voi stessi potete vedere come i movimenti di sollevamento del tronco siano difficili. Noi osserviamo che essa è costretta ad aiutarsi con gli arti superiori, ed il tronco pare che si sollevi in un pezzo; tale fatto è reso più evidente facendo passare l'inferma dal decubito orizzontale prono alla posizione supina.

Se noi pratichiamo la palpazione in corrispondenza dello scheletro della colonna vertebrale non solo non troviamo alcun punto circoscritto di massima dolorabilità, ma possiamo accertare che la dolorabilità provocabile è scarsa e diffusa, specie alla regione del tratto lombare, ove manca la normale lordosi, sostituita da un tratto assolutamente piano. La rigidità della porzione lombare e dell'ultimo tratto della regione dorsale della spina nei movimenti di flessione ed estensione è assoluta sia che noi la ricerchiamo in posizione eretta, sia in posizione prona. Mobile è il tratto alto della colonna dorsale ed il tratto cervicale. Tale rigidità dorso-lombare è ben maggiormente evidente se noi invitiamo la paziente a raccogliere un oggetto da terra: voi stessi potete vedere come essa si pieghi sulle gambe mantenendo il tronco rigido e come appoggi una mano sulla coscia per trovare un punto di appoggio.

Ricercando invece il comportamento della torsione del tronco, si vede che questa avviene abbastanza estesamente e senza risvegliare dolore.

Limitati sono invece i movimenti di inclinazione laterale. L'esame dei riflessi dimostra che quelli rotulei sono notevolmente accentuati, che esiste un lieve accenno al clono del piede e della rotula, mentre manca in modo assoluto il segno di Babinski.

Pure l'esame generale della nostra inferma ci permette di rilevare dei fatti che devono essere tenuti in debito conto: in corrispondenza della parete anteriore del torace e più precisamente in corrispondenza della 2ª e della 3ª costa in vicinanza dello sterno si osservano due cicatrici irregolari nella forma ed aderenti allo scheletro, anzi attraverso di esse si apprezza sia nell'una come nell'altra una irregolarità dello scheletro stesso. Pure in corrispondenza del giugulo ed in tutta vicinanza dell'articolazione sterno-clavicolare destra esiste una terza cicatrice, simile alle altre, presentante un piccolo seno fistoloso da cui si

Digitized by Google

ha fuoriuscita di scarso materiale di aspetto giallastro e che essiccandosi dà luogo alla formazione di piccole croste: a carico della articolazione sterno-clavicolare destra si rileva come essa sia indolente, ma aumentata di volume.

L'esame dell'apparato respiratorio fa rilevare una ipofonesi a carico della regione apicale di destra e con l'ascoltazione si rileva l'esistenza di fatti catarrali, specie localizzati all'apice del polmone destro ed alla regione interscapolare dello stesso lato.

***

Di fronte ai dati sia anamnestici, sia obbiettivi che abbiamo raccolto sembrerebbe che si dovesse pensare ad un morbo di Pott: per quanto alcuni sintomi non siano così nettamente precisi per tale diagnosi. A favore della diagnosi di spondilite tubercolare esiste l'anamnesi remota della nostra inferma ed alcuni dati del reperto clinico, come la rigidità, ma tuttavia è da tenere presente il decorso avuto in questo caso dal suo inizio ad oggi: ricorderete che nella storia clinica più volte è ripetuto come il dolore avvertito dalla inferma non sia stato un dolore continuo, ma bensì come questo sia stato interrotto da periodi di calma completa e che contrariamente a quanto siamo abituati a riscontrare nei malati di morbo di Pott non solo non veniva influenzato dal riposo in letto, ma anzi assai spesso questo determinava le esacerbazioni più volte accennate.

Benchè nella nostra paziente esista la triade clinica propria a questa affezione (dolore, rigidità ed aumento dei riflessi patellari), il dolore non è circoscritto ad una od a un piccolo numero (due o tre) di vertebre; la deformità (cifosi angolare) della colonna vertebrale è assente, per quanto questo fatto non sia raro negli adulti; la rigidità presentata specie nel tratto lombare della colonna vertebrale è differente nel suo aspetto da quella che comunemente si osserva nelle spondiliti tubercolari tipiche, in quanto che prevale la rigidità nei movimenti di flesso-estensione, mentre manca quella nei movimenti di rotazione. Inoltre fa ancora contrasto di fronte a questi elementi il comportamento dei riflessi: nel morbo di Pott l'accentuazione dei riflessi è frequente; anzi a questo dato credo che si debba attribuire un certo valore; ma nel caso speciale esiste una accentuazione dei riflessi tendinei troppo notevole in confronto dei dati obbiettivi rilevati a carico della colonna vertebrale.

Infine è da tenere presente che nella nostra inferma si può escludere che esistano ascessi da congestione.

Mi parve interessante far fare un esame radiografico. Per quanto nel morbo di Pott non sia sempre facile mettere in evidenza le lesioni specifiche, specie se poco estese e non molto antiche, pure particolarmente nelle lesioni lombari, come in quelle cervicali si possono rilevare dati importanti. Orbene anche il reperto radiologico mi sembra che faccia senz'altro escludere questa ipotesi, poichè come voi stessi potete vedere in questi radiogrammi noi non possiamo rilevare alcuna delle alterazioni proprie alla carie tubercolare delle vertebre, mentre la nostra attenzione maggiormente è richiamata dall'aspetto delle vertebre e dei loro contorni specie nel tratto compreso tra la XI dorsale e la V lombare: se è vero che la diagnosi radiologica del morbo di Pott all'inizio è difficile, dato che a questo stadio non si rilevano segni, come suol dirsi, patognomonici alla affezione in parola, è pure vero che in questi radiogrammi nulla esiste a favore di tale quadro morboso. Infatti noi vediamo come le vertebre comprese nei limiti ora detti si presentino irregolari nei loro contorni, come in alcuni punti i dischi intravertebrali siano assai più sottili, e colpisce come la forma del corpo vertebrale sia trasformata e presenti un aspetto simile ad un rocchetto o più precisamente abbia una forma del tutto simile ad un « diabolo »: inoltre in corrispondenza dei margini laterali si rileva l'esistenza di alcune produzioni ossee a forma di becco o di uncino, in alcuni punti isolate l'una dall'altra, mentre in altri tratti queste sono unite a produzioni simili provenienti dal margine superiore e laterale della vertebra sottostante sì da formare dei veri e propri ponti ossei.

Questa speciale formazione è evidente specie in corrispondenza dello spazio intervertebrale tra la prima e la seconda vertebra lombare.

Inoltre se noi osserviamo il radiogramma del bacino si rileva come l'articolazione sacro-iliaca destra sia assai modificata rispetto alla corrispondente in quanto che noi non solo non osserviamo i normali limiti netti della rima articolare ma rileviamo che esistono delle neoproduzioni ossee assai simili alle precedenti specie in corrispondenza dell'estremo inferiore. Tenuto conto di tutti questi dati, noi dobbiamo senz'altro escludere in modo assoluto un morbo di Pott, il cui decorso è ben diverso, di solito progressivo.

Come vedete dunque il caso che noi ora studiamo è meritevole di tutta la nostra attenzione. Fino a circa quindici anni fa assai limitata era la conoscenza patologica e clinica delle affezioni vertebrali croniche, si può dire che essa consisteva nella nozione dei postumi di traumi (lussazioni, fratture), di affezioni suppurative croniche e cioè o a localizzazioni dei comuni batteri propri della osteomielite, o a localizzazioni e manifestazioni del tifo o alla forma a tipo cronico per eccellenza e cioè al morbo di Pott. Una grande quantità dei mali di schiena erano qualificati con nomi di ignoranza come: reumatismo, lombaggine, ecc.

Attualmente anche in questo capitolo di Patologia, specie per opera della radiologia, si sono fatti discreti progressi sia nello studio di forme prima non perfettamente conosciute, sia nello studio di nuovi quadri clinici, per quanto la maggior parte ancora ad etiologia e patogenesi ignote. Voglio alludere cioè a quelle forme che si possono riunire sotto la denominazione generica di *Spondilosi*. E proprio in questo capitolo io credo che noi dobbiamo comprendere l'affezione presentata dalla nostra inferma.

Mi sembra che basti accennarle per escludere nel nostro caso una spondilite luetica o di altra natura (actinomicotica, blastomicotica, tifica, suppurativa, echinococcica). Solo credo opportuno di farvi notare come in alcuni casi assai difficilmente possa essere fatta la diagnosi differenziale da un morbo di Pott di un spondilite sifilitica, poichè la sintomatologia presentata dalla localizzazione di una manifestazione terziaria luetica della colonna vertebrale è spesso del tutto simile alle alterazioni dovute alla tubercolosi. Nel caso speciale, la sifilide va esclusa, non solo perchè non corrisponde al quadro clinico di tale affezione la sintomatologia presentata dall'inferma, ma anche, perchè mancano assolutamente precedenti ed è riuscita negativa la reazione di Wassermann da noi praticata.

Sotto il nome di *Spodilosi,* comprendiamo delle affezioni che sono localizzate ad un tratto più o meno diffuso della colonna vertebrale portando come conseguenza una anchilosi più o meno completa e che possono anche invadere completamente non solo questo tratto dello scheletro, ma anche altre articolazioni.

Kummel per primo ha descritto sotto il nome di *Spondilosi traumatica* una speciale forma vertebrale anchilosante, che andrebbe stabilendosi in seguito ad un trauma sulla colonna o in seguito a piccoli traumi ripetuti e che conduce ad una anchilosi completa. Clinicamente in questa forma possiamo distinguere tre periodi: 1. Dopo il traumatismo dolori ed immobilizzazione non differenti da quelli producentisi in altre forme di spondilosi ; 2. Un periodo intermediario di parecchi mesi senza alcun sintoma (Frei Interwall); 3. Insorgenza nuovamente di dolori, con turbe sfinteriche, paraplegiche, incurvamento graduale della colonna.

Come il trauma agisca per la produzione della malattia di Kümmel o di Kümmel-Verneuil (così è anche chiamato questo processo morboso) non si sa. Kümmel prima e successivamente Kattemer e Kaufmann pensavano che il traumatismo agisse turbando la nutrizione dei corpi vertebrali al punto da provocare le dette alterazioni consecutive. Mikulicz ed Henle pensavano alla formazione di un ematoma post-traumatico intra- o extradurale, che per compressione delle radici e gangli spinali determinerebbe secondariamente l'alterazione ossea.

Recentemente le ricerche radiografiche hanno dimostrato che esistevano in certi casi lesioni traumatiche minime della colonna o fratture o lussazioni ecc., ipotesi ammessa già da Verneuil.

Comunque credo che nella nostra paziente la forma di Kümmel, possa escludersi senz'altro e, se il decorso clinico non è molto dissimile da quello della forma traumatica, certo la mancanza assoluta di trauma nell'anamnesi ed il reperto radiologico costituiscono dei dati sufficienti di differenziazione.

Oltre alla forma di Kümmel sono state descritte due altre forme, che in contrapposto a quella precedente, potremmo chiamare spontanee: 1. La spondilosi rizomelica di Strümpell-Marie; 2. la spondilite anchilosante di Bechterew.

Digitized by Google

La spondilosi rizomelica descritta nel 1898 ha dei segni caratteristici dal punto di vista clinico: anchilosi progrediente fino a diventare completa della colonna e delle articolazioni cingolari. Se pure di questa forma esistono circa una trentina di osservazioni cliniche, sono state eseguite due sole necroscopie.

Numerose sono state le ipotesi patogenetiche emesse al riguardo. Leri pensa a turbe trofiche a lento sviluppo di origine diatesica e probabilmente infettive o tossi-infettive. Secondo alcuni la blenorragia avrebbe importanza. Io ne ho osservato un caso recente, certamente non blenorragico che sto facendo illustrare.

Pierre Marie segnalava non improbabile che il freddo umido entri in giuoco. In ogni modo l'eziologia di questa forma è sempre oscura. I disturbi che gli ammalati presentano consistono in dolori spontanei e provocabili, che spesso precedono di lungo tempo l'anchilosi e generalmente si iniziano nella regione lombo-sacro-coccigea e successivamente si estendono fino alla regione cervico-dorsale.

Contemporaneamente alla comparsa dei dolori nelle regioni lombo-dorsali si iniziano progressive limitazioni dei movimenti nelle articolazioni cingolari, specie delle anche, e molto raramente possono essere prese anche dal processo le articolazioni del ginocchio. Successivamente si inizia l'anchilosi e la deformità della colonna che si incurva anteriormente e il saldamento delle altre articolazioni prese.

Da questa forma, detta rizomelica, perchè l'alterazione colpisce anche le articolazioni delle radici degli arti va distinta la spondilosi di Bechterew. Clinicamente, se si eccettua la localizzazione della lesione, la forma di Bechterew pura non è differente da quella rizomelica: dolori, rigidità, anchilosi, incurvamento della colonna con enorme cifosi dorso-lombare. Il dolore scompare quando il processo anchilosante si è completato. In queste forme non riscontriamo radiograficamente deformazioni dei corpi vertebrali come nel nostro caso. In esse i dischi non sono più trasparenti dei corpi perchè le vertebre sono in preda ad un processo di osteoporosi. Quando l'anchilosi è avanzata, è facile riscontrare in una radiografia d'insieme tre striscie verticali più opache ai raggi Röntgen: una mediana formata dalle apofisi spinose e dai legamenti interspinosi in parte calcificati e due laterali formate dalle apofisi articolari; a processo ancora più avanzato pare che non si distinguano più queste zone più scure perchè tutta la colonna diventa della stessa opacità. Non credo che nel nostro caso si tratti di una di queste forme per la diversità del reperto radiografico e perchè sono rarissime nelle donne. Nel caso si tratterebbe di una forma ancora all'inizio.

La forma da prendere in considerazione nel nostro caso è quella detta: Reumatismo vertebrale o lombare cronico (Teissier), Spondilosi circoscritta, Spondilite cronica lombare, Spondilite deformante, Lombartria (Lery).

E' necessario fare un po' di ordine in queste denominazioni che o racchiudono forme diverse fra loro, o sono imprecise. Io distinguerei una Spondilosi che per la particolarità più saliente di dare luogo oltre alla forma a rocchetto del corpo vertebrale a produzioni osteofitiche si può chiamare: *osteofitica, e deformante*. Eliminerei la vecchia parola di Reumatismo lombare o vertebrale perchè questa parola senza significato anatomo-patologico, basata su concezioni cadute, non fa che ingenerare confusione. L'influenza reumatica (caldo, freddo, umido) è molto discutibile. Ed eliminerei pure la denominazione di Spondiliti croniche, perchè essa fa ammettere un processo infiammatorio non ancora dimostrato, mentre potrebbe trattarsi di una distrofia, di una lesione tossica ecc.

Putti nel capitolo di Semejologia di queste forme vertebrali nel mio Trattato di Diagnostica Chirurgica, ammette presso a poco questa divisione nosologica, che mi sembra la più precisa e più logica.

Coi due nomi di Spondilosi osteofitica o deformante e di Lombartria usate indifferentemente si designano poi due forme, che devono essere disgiunte.

Nella spondilosi osteofitica, indicazione che molto bene ricorda i caratteri della lesione, i dati radiografici sono importantissimi per la diagnosi. Le vertebre assumono come avete visto nei radiogrammi che vi ho mostrato (nel caso attuale eseguiti in senso antero-posteriore) la forma di rocchetto, o di «diabolo» per l'allargamento in ampiezza dei piani corrispondenti alla loro superficie superiore e inferiore rispetto a quelli passanti nelle zone medie. Le vertebre diventano radiograficamente più trasparenti del normale. Inoltre si notano in corrispondenza di quelle corrispondenti alle zone dolorose, come dei becchi più o meno lunghi e più o meno curvi, che partono dalle loro estremità superiori e inferiori e vanno ad unirsi con quelli della vertebra rispettivamente soprastante e sottostante. Questi becchi sono separati dai dischi intervertebrali.

Col progredire del processo i becchi si saldano tra loro ed immobilizzano le vertebre che restano per lunghissimo tempo distinte fra loro. Le articolazioni non sono colpite.

Se sono prese invece particolarmente le articolazioni vertebrali (ciò che anche nel nostro caso non sembra come dimostrano la persistenza dei movimenti di torsione e di lateralità della colonna ed i reperti radiologici), allora più particolarmente si dovrebbe parlare di Artrite cronica vertebrale o di Lombartria, riservando a queste forme articolari questa denominazione del Lery, sotto la quale egli raggruppa anche le spondilosi osteofitiche o deformanti (reumatismo vertebrale cronico di Teissier).

In queste lombartrie talora ad inizio acuto i dolori, più che spontanei, sono legati al movimento o alla stazione eretta. Si hanno raramente irradiazioni dolorose a cintura ed a tipo radicolare. La contrattura che di solito si diffonde anche alla regione dorsale, scompare nella narcosi. Alla radiografia si trovano associati reperti di atrofia e di addensamento del tessuto apofisario, erosioni dei margini, incertezza dei contorni, scomparsa delle rime articolari, ma non le forme caratteristiche a rocchetto o a «diabolo» dei corpi vertebrali, nè le produzioni osteofitiche a becco, o a ponte sopradescritte.

Nel nostro caso sia dal punto di vista clinico, sia da quello radiologico la forma articolare vertebrale, che come ripeto credo giusto di chiamare: lombartria, è da escludersi.

Una osservazione ancora mi sembra conveniente di aggiungere per la sua importanza pratica. In questi ultimi tempi ho notato che lesioni vertebrali, analoghe a quelle che vi ho fatto vedere nei radiogrammi ottenuti in questa donna, si trovano con assai maggior frequenza che non si creda in individui, che ricorrono a noi per lombalgie (lombaggine) o per irradiazioni dolorose agli arti inferiori e comunemente considerati come affetti da sciatica. Anzi talora reperti a tipo di spondilosi osteofitica estesa anche a molte vertebre si possono riconoscere alla radiografia di individui senza sintomatologia vertebrale o dolorosa (lombare o irradiata), sottoposti ad esami radiologici per indagini varie. Così ad esempio ho trovato di tali lesioni evidenti in due casi di megaesofago. La spondilosi osteofitica può cioè decorrere asintomatica o latente e cioè senza sintomatologia dolorosa per quanto forse esista una lieve rigidità della spina, se bene si esaminino questi pazienti. In tutti gli individui, che si lamentano di dolori lombari e di dolori agli arti inferiori a crisi o continui a tipo sciatico o più generalmente a tipo nevritico o radicolare un accurato esame clinico e radiologico della spina si impone sia per la diagnosi, sia anche per non insistere in cure inutili sul nervo creduto affetto (stiramento, iniezioni perinervose, applicazioni esterne di qualunque tipo, revulsivi, calore, diatermia ecc.) lungo il tronco nervoso presunto primitivamente malato.

Ma il nostro caso presenta un particolarissimo interesse per le lesioni riscontrate anche nelle articolazioni sacro-iliache; vi ho fatto notare che nella radiografia esiste un'alterazione di trasparenza in corrispondenza della articolazione sacro-iliaca di destra bene apprezzabile in confronto dell'aspetto della corrispondente di sinistra, e inferiormente si nota anche l'esistenza di una produzione ossea a forma di speroncino molto simile a quella delle vertebre. Recentemente ho visto il radiogramma di un altro caso con sintomatologia simile a quella dell'artrite sacro-iliaca specifica, nel quale senza alcuna alterazione apprezzabile radiograficamente nella colonna, esisteva in corrispondenza della parte inferiore di entrambe le sincondrosi sacro-iliache la presenza di produzioni come in questo caso.

Il caso attuale dimostra dunque che, come nelle spondilosi diffuse si può avere compartecipazione delle articolazioni delle radici degli arti (spondilosi rizomelica) nella spondilosi osteofitica può aversi la compartecipazione al processo delle articolazioni sacro-iliache, e che la lesione non sempre è così localizzata, come è stato scritto. Questo nostro reperto, che non credo finora descritto, sta forse a dimostrare un nesso notevole con le forme

Digitized by Google

di spondilosi totale non rizomeliche, quelle rizomeliche e le spondilosi non diffuse a tutta la spina.

Qual'è l'eziologia di queste forme? Sconosciuta. Nelle anchilosi generali è stata ammessa la natura tossi-infettiva.

Qualche autore pensa alla tubercolosi. Nel nostro caso abbiamo la coesistenza di lesioni di indubbia natura specifica: e mancano nell'anamnesi altri dati sui quali basare un'ipotesi etiologica; perciò tenendo conto di ciò credo che sia logico non pensare ad altri germi che non sia il bacillo di Koch. Certo bisogna escludere le lesioni tubercolari tipiche banali prodotte dal germe, ma di lesioni atipiche, determinate forse dall'azione delle tossine tubercolari.

Non sono pochi i casi in cui le tossine tubercolari sono causa di manifestazioni morbose non trascurabili. Io esprimo un'ipotesi, che è stata del resto ampiamente illustrata dal Poncet nei suoi studi sulla cosidetta Tubercolosi infiammatoria:

L'ipotesi cioè che la spondilosi osteofitica che presenta la nostra malata sia di natura tossica tubercolare: Tale ipotesi mi sembra che se debba essere accennata non possa essere affermata in modo sicuro.

Nel nostro caso i dolori a tipo radicolare potrebbe trovare facile spiegazione nelle alterazioni scheletriche, corrispondenti ai forami vertebrali; ma il loro sopravvenire a crisi invece che continui ed, almeno in quest'ultima malata, che è capitata sotto la nostra osservazione, la concomitanza di una febbricola, mostra evidentemente, a mio parere, che bisogna pensare ad una accentuazione del processo sia osseo, sia nevritico (radicolitico) per parte dell'elemento tossi-infettivo, a cui tutte le lesioni vertebrali e nervose sono legate: e se la nostra ipotesi di un'azione tossinica Kochiana è giusta, bisogna ammettere che si abbia a periodi esaltazione di queste tossine, sebbene clinicamente non si possa dimostrare che nei numerosi focolai tubercolari (polmonari, costali, sterno-claveari) esistenti nell'organismo della nostra malata appaiono esacerbate o aggravate le lesioni anatomiche in questo periodo, in cui per l'accentuarsi dei fenomeni dolorosi essa è ricorsa alla nostra Clinica.

Qual'è il trattamento più opportuno nella nostra paziente? Non sarà certo il caso di ricorrere alla applicazione di apparecchi immobilizzanti poichè questi certamente non porterebbero alcun vantaggio, nè da altra parte sarà opportuno consigliare alla nostra paziente una cura esclusivamente sintomatica; nè si sa che in queste forme sia utile la elioterapia; da alcuni autori è consigliata una cura generale con preparati iodo-arsenicali; da altri fu consigliata la somministrazione di salolo o di salicilici per via orale. Buoni risultati il Lery dice di avere ottenuti con il Korium, per quanto tale sostanza non solo sia difficilmente trovabile nella pratica comune ma sia anche molto costosa ed abbia bisogno di troppe minute precauzioni nella preparazione e nella somministrazione; in alcuni casi buoni risultati furono ottenuti dalla diatermia associata alla cura generale ora accennata.

Questi mezzi credo opportuno di consigliare per ora alla nostra paziente, per quanto si sappia che la prognosi di queste forme è grave, a decorso progressivo, contro il quale la terapia è impotente.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTI DI CLINICA MEDICA GENERALE
E PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. U. DI MESSINA
diretti dal prof. GUIDO IZAR

SULLA CHEMIOTERAPIA DELLA INFEZIONE MELITENSE

per il prof. G. IZAR e G. MASTROJENI — Allievo interno

La lotta contro la febbre mediterranea o, con più precisione, infezione bruceana (D'Alessandro), fu sempre riguardata come un problema di sommo interesse per le nostre regioni. Basta a dimostrarlo il voto (*) emesso, su proposta del prof. Maurizio Ascoli, dalla Società Italiana di Patologia nella sua ottava riunione (1913). D'allora numerosi tentativi furono fatti per stabilire i mezzi più efficaci alla sua profilassi e terapia. Occupandoci altra volta del problema, uno di noi (1) era giunto ad individuare nella etilidrocupreina un preparato attivo, sia in vitro che in vivo, per quanto risultava dalle esperienze sul topo e sul coniglio.

Le esperienze in vivo nel topo portavano però alla conclusione che un'azione efficace si poteva solo sperare quando la terapia fosse stata iniziata breve tempo dopo l'infezione sperimentale (48ª - 60ª ora); e risultati analoghi offrivano pure le esperienze sul coniglio, ottenendosi una guarigione nel 68 % degli animali solo quando la terapia era stata iniziata entro la nona giornata dall'infezione.

Questi dati di fatto già spiegano perchè, applicata all'uomo, l'etilidrocupreina abbia dato solo eccezionalmente risultati favorevoli. Se poi si aggiunge che le dosi utili possono arrecare talvolta gravi fenomeni tossici, facilmente si comprende perchè queste ricerche non siano state proseguite.

Riprendendo ora questo argomento, abbiamo preso in esame alcuni composti del gruppo dell'acridina, le cui proprietà battericide sono largamente note.

Per comodità di studio ci siamo attenuti a due preparati già usati in terapia per altre infezioni: la gonacrina o cloridrato di 2-7 diamino 3-6 dimetilacridina, da Jausion, Diot e Vourexakis (2) consigliata per la chemioterapia endovenosa delle infezioni da gonococco, e la tripaflavina iniettabile o cloruro di 3-6 diamino 10 metilacridina che dopo Bohland (3) venne da numerosi sperimentatori utilmente applicata nelle sepsi puerperali e nelle setticemie streptococciche.

Diamo qui ragione delle esperienze condotte in vitro; in una prossima nota illustreremo i favorevoli risultati ottenuti in vivo, nell'uomo, quando si seguano determinate regole di tecnica.

Per le nostre ricerche ci siamo attenuti al metodo già illustrato in precedenti note (1). Ad una serie di provette contenenti ciascuna 5 cmc. di brodo di carne sterile si aggiungevano (con tutte le regole della asepsi) quantità decrescenti del preparato in soluzione acquosa; ottenuta così una serie di tubi culturali addizionati di quantità decrescenti del preparato, si seminavano tutti i tubi, e naturalmente tubi di controllo, con quantità uguali (5 gocce) di culture in brodo di micrococco di Bruce.

Tutti i tubi venivano esaminati dopo vario tempo di permanenza in termostato a 37°. Il potere impediente si desumeva dalla mancanza di intorbidamento del brodo: il potere battericida dal mancato sviluppo nelle semine su agar con materiale prelevato dai diversi tubi.

Diciamo addirittura che il potere impediente e il potere battericida si sono esattamente sovrapposti nei limiti delle nostre esperienze.

TABELLA I[a]

Ceppo M. P. — Semine il 13/VIII ore 18.

DILUZIONE	LETTURA IL 16-VIII	17-VIII	19-VIII	21-VIII	23-VIII	25-VII
Gonacrina						
1 : 64 mila	—	—	—	—	—	—
1 : 128 »	—	—	—	—	—	—
1 : 256 »	+	+	+	+	+	+
Tripaflavina						
1 : 64 mila	—	—	—	—	—	—
1 : 128 »	—	—	—	—	—	—
1 : 256 »	— +	— +	+	+	+	+
Controllo	+	+	+	+	+	+

Come risulta dalla tavola I[a] (che riassume le esperienze seguite in diversi tempi e con diversi ceppi) i due preparat

(*) « La ottava riunione della Società Italiana di Patologia, considerata la gravità e l'urgenza del problema della febbre mediterranea, fa voti perchè sia data senza indugio opera all'inizio di una razionale profilassi contro queto flagello ».

Digitized by Google

presi in esame si comportano in vitro in modo perfettamente identico: addizionati nella proporzione di 1/125000 al brodo culturale inibiscono lo sviluppo del micrococco di Bruce, confermando così precedenti ricerche di Neufeld, Schiemann e Baumgarten (4) note a noi dopo che le nostre ricerche erano già ultimate.

Restava ora a studiare come si comportassero questi preparati di fronte al siero di sangue, come già aveva fatto Browning (5) per lo stafilococco, Burkarde e Dorn (6) pel bacillus coli.

Per rispondere a questo quesito, che costituisce uno dei postulati posti da Ehrlich (7) per stabilire l'efficacia di un preparato chemioterapico, stabilimmo una serie di ricerche, analoghe alle precedenti, nelle quali in luogo di solo brodo il terreno culturale era costituito da una parte di siero di sangue umano sterile e quattro parti di brodo. Nella tabella 2ª riportiamo il protocollo di una di queste esperienze.

TABELLA 2ª

Ceppo M. P. — Semine il 17/VIII, ore 19.

Diluzione gonacrina o tripaflavina	LETTURA IL 19-VIII	20-VIII	23-VIII	25-VIII	27-VIII	
1 : 64 mila	−	−	−	−	−	Semine in brodo
1 : 128 »	−	−	−	−	−	
1 : 256 »	+−	+−	+	+	+	
1 : 512 »	+	+	+	+	+	
Controllo solo brodo	+	+	+	+	+	
1 : 64 mila	−	−	−	−	−	Semine in brodo + siero umano
1 : 128 »	−	−	−	−	−	
1 : 256 »	−	−	−	−	−	
1 : 512 »	+−	+−	+	+	+	
Controllo brodo + siero	+	+	+	+	+	

Come risulta da essa l'aggiunta di 1 cmc. di siero umano esalta il potere impediente e il potere battericida dei due preparati.

Stabilita l'efficacia dei due preparati in vitro, prima di passare alla prova in vivo, abbiamo voluto ricercare se con altre modalità fosse stato possibile esaltarne l'attività, e poichè è nota l'azione fotodinamica di questi composti, confrontammo il potere battericida di soluzioni preparate e tenute al buio con quelle di soluzioni sottoposte a lungo all'azione dei raggi solari e rispettivamente all'azione dei raggi X.

TABELLA 3ª

Ceppo M. P. — Semine il 10/VIII, ore 19.

Diluzione gonacrina o tripaflavina	LETTURA IL 12-VIII	13-VIII	14-VIII	16-VIII	18-VIII	20-VIII	
1 : 100 mila		−	−	−	−	−	Soluzione tenuta al buio
1 : 200 »	−	+	+	+	+	+	
1 : 400 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo	+	+	+	+	+	+	
1 : 100 mila	−	−	−	−	−	−	Soluzione esposta 15 ore ai raggi solari
1 : 200 »	−	+	+	+	+	+	
1 : 400 »	+	+	+	+	+	+	
1 : 100 »	−	−	−	−	−	−	Soluzione irradiata 25'
1 : 200 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 400 »	+	+	+	+	+	+	

E come risulta dalla tabella 3ª abbiamo potuto dimostrare che l'irradiazione per 25' ne aumenta sensibilmente il potere battericida.

Risultati nulli o negativi furono invece conseguiti con l'aggiunta dei così detti mordenti, secondo il concetto espresso da Jausion e Vaucel (8). Il solfato di potassio e di cromo non spiega infatti nessuna azione, mentre il solfato di alluminio e potassio esercita un'azione lievemente impediente.

Maggiore importanza avrebbero forse, se confermati da ulteriori ricerche, i risultati conseguiti nella tabella 5ª dai quali risulta che l'aggiunta di siero di capra immune contro il micrococco di Bruce (siero antimelitense del commercio) spiega un'azione favorizzante doppia di quella esercitata dal siero umano normale.

TABELLA 4ª

Ceppo M. P. — Semine il 27/VIII, ore 19.

Diluzione tripaflavina	LETTURA IL 30-VIII	31-VIII	1-IX	2-IX	5-IX	7-IX	
1 : 120 mila	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo + siero
1 : 240 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 480 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo	+	+	+	+	+	+	
1 : 120 mila	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo + siero + solfato alluminio e potass.
1 : 240 »	−	−	+	+	+	+	
1 : 480 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo + solfato alluminio e potassio	+	+	+	+	+	+	
1 : 120 mila	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo + siero + solfato potassio e cromo
1 : 240 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 480 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo + solfato potassio e cromo	+	+	+	+	+	+	

Ma i risultati condotti su di un solo siero immune, di cui si conosce la preparazione e il modo di conservazione, abbisognano di ulteriori controlli per essere accettati come verosimili.

TABELLA 5ª

Ceppo M. P. — Semine il 27/VIII, ore 18.

Diluzione tripaflavina	LETTURA IL 30-VIII	31-VIII	1-IX	2-IX	5-IX	7-IX	
1 : 120 mila	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo
1 : 240 »	+	+	+	+	+	+	
1 : 480 »	+	+	+	+	+	+	
1 : 960 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo	+	+	+	+	+	+	
1 : 120 mila	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo + siero umano
1 : 240 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 480 »	+	+	+	+	+	+	
1 : 960 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo + siero	+	+	+	+	+	+	
1 : 120 »	−	−	−	−	−	−	Semine in brodo+siero capra immune
1 : 240 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 480 »	−	−	−	−	−	−	
1 : 960 »	+	+	+	+	+	+	
Controllo + siero	+	+	+	+	+	+	

CONCLUSIONI. — Dalle esperienze condotte in vitro risulta dunque:

1. Che la gonacrina e la tripaflavina spiegano azione inibente e battericida sul micrococco di Bruce assai spiccata.

2. Che tale azione viene esaltata dall'aggiunta di siero umano normale e forse ancora di più dall'aggiunta di siero immune.

3. Che l'irradiazione per 25' di una soluzione di questi preparati, ne esalta il potere inibente e battericida.

4. Che mentre l'aggiunta di solfato di potassio e di cromo lascia invariato il potere battericida dei composti dell'acridina, l'aggiunta di solfato d'alluminio e di potassio spiega azione inibente.

BIBLIOGRAFIA

(1) G. IZAR. Pathologica, n. 121, 15 nov. 1913. — IDEM. Ibidem, n. 144, 1 nov. 1914. — (2) JAUSION, DIOT e VOUREXAKIS. Bull. Ch. Méd. XCIII, n. 22, 2 giugno 1925. — (3) BOHLAND. Deut. med. Woch., 1919, n. 29, pag. 797. — IDEM. Med. Klinik., 1919, n. 46, pag. 1173. — (4) NEUFELD e SCHIEMANN. Deut. med. Woch., 1919, n. 31, pag. 844. — NEUFELD, SCHIEMANN e BAUMGARTEN. Ibid. 1920, n. 37, pag. 1013. — (5) BROWNING KENNAWAY, GULBRANTON e THORNTON. Brit. med. Jour. 1917. — (6) BURKARD e DORN. Bruns' Beitr. f. Klin. Chir., CXIX, pag. 617. 1920. — (7) EHRLICH e BECHHOLD. Zeitschr. f. phys. Ch., XLVII, pag. 173, 1906. — (8) JAUSION e VAUCEL. Presse méd., n. 13, pag. 193, 1926.

Digitized by Google

SCUOLA DI PATOLOGIA COLONIALE ANNESSA ALLA CLINICA MEDICA
NELLA R. UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Direttore Prof. G. FRANCHINI

UN NUOVO CASO DI MYIASI INTESTINALE

per il prof. GIUSEPPE FRANCHINI

Nel decorso anno, in questo stesso giornale nel N. 34 descrissi un caso di Myiasi nasale e gastro-intestinale causato da larve di « Anthomia ». Dissi allora che si dovevano fare ricerche su queste malattie che certamente anche da noi non sono così rare come si crede. Infatti neanche a distanza di un anno un secondo caso è capitato all'Ambulatorio della Scuola. Trattasi di un malato il quale per due anni aveva consultato inutilmente parecchi Medici per disturbi intestinali specialmente dell'ultima porzione del tubo digestivo e di cui riferiremo qui sotto la storia :

Aurelio P. di anni 25, ferroviere da Quarto Inferiore (Prov. di Bologna).

Precedenti ereditari. Il padre sembra sia affetto da neoplasia linguale; la madre è vivente e sana; 4 sorelle e 2 fratelli viventi e sani, uno morto in guerra.

Precedenti personali remoti. Nulla degno di nota.

Precedenti personali prossimi. 2 anni fa il paziente cominciò ad avvertire un senso di prurito e di bruciore all'ano. Contemporaneamente insorsero scariche diarroiche mucose accompagnate da dolori addominali. In seguito andò aumentando il prurito ed il bruciore all'ano e comparve prima un arrossamento, seguito di poi da una forma eczematosa perianale che si andava estendendo fino alle radici dello scroto.

La cute quivi assunse un colorito rosso bluastro ed in seguito si formarono piccole ulcerazioni dalle quali secerneva un liquido giallastro. Il paziente si accorse inoltre che tutte le volte che andava di corpo le feci erano striate di sangue. Persisteva sempre un dolore non continuo, con caratteri accessionali all'addome. Durante questo periodo il P. era dimagrito ed impallidito e negli ultimi 7-8 mesi era diminuito di circa 8-10 chili.

Fattosi visitare da diversi medici furono ordinate svariate cure interne che non apportarono nessun giovamento; contemporaneamente furono ordinati unguenti di cui non sa precisare la composizione che fecero a poco a poco scomparire le manifestazioni cutanee perianali.

Continuando i disturbi intestinali, fece anche una cura con Stovarsolo per os, la quale portò miglioramento notevole.

Mandato dal prof. Maiocchi alla Scuola di Patologia Coloniale per l'esame delle feci non furono riscontrate, in 2-3 esami, parassiti di sorta, nè uova di vermi. Ma persistendo i disturbi del P. e specialmente il forte bruciore alla regione anale e perianale, ed assicurando egli che, ad intervalli di uno o due mesi, osservava dei vermiciattoli mobili nelle feci appena emesse gli fu detto di venire alla Scuola specie quando i disturbi erano più accentuati acciocchè le feci raccolte appena emesse fossero accuratamente esaminate.

Infatti ai primi di agosto ultimo scorso il P. si presentò un giorno al Laboratorio della Scuola accusando forte bruciore alla regione anale ed un senso speciale come se sentisse «muovere dei vermi» alla predetta regione. Nelle feci appena emesse, liquide, mucose, striate di sangue, furono osservate rare larve di mosche, piccole, molto mobili.

Simile reperto, un pò più abbondante, si ebbe circa due mesi dopo. Infatti in feci appena emesse furono riscontrate una diecina e più di larve mobili che furono raccolte e conservate per la determinazione.

Esame obbiettivo — Individuo di costituzione scheletrica normale.

Masse muscolari abbastanza sviluppate, mucose visibili piuttosto pallide; nulla di notevole a carico dei diversi organi ed apparati. Risulta dolente l'addome alla palpazione in tutte le sue parti. All'esame locale della regione perianale esiste un arrossamento diffuso ma non si notano più nè croste nè fatti ulcerativi, scomparsi colla cura locale ordinata dal prof. Maiocchi.

Esame del sangue. — Nulla di notevole tranne una leggera eosinofilia. (6 % di eosinofili).

Esame delle urine. — Negativo.

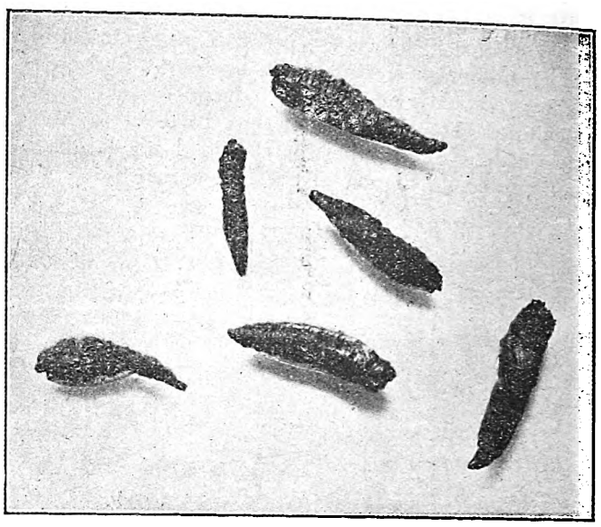
Esame rettoscopico, fatto dal dott. Zosimo Romiti, alla Clinica Chirurgica. La mucosa della parte più bassa dell'ampolla rettale è ricoperta di fiocchi di muco e si presenta tumida e più lucida che in alto, con piccolissimi punticini emorragici.

Non si rilevano erosioni nè vegetazioni mucose.

Il lume rettale non è ristretto.

Esame delle larve. — Anche ad occhio nudo esse appaiono come piriformi e cioè più grosse ad una estremità che all'altra quasi terminante a punta. Osservate con lenti d'ingrandimento tali larve si dimostrano appartenenti a dei muscidi e precisamente, dati i loro caratteri, alla specie « *Muscina stabulans* ». Il colorito di tali larve è bianco giallastro; la lunghezza massima di 8 mm. Parecchi esemplari sono però più corti.

E' noto che l'insetto adulto vive nelle case, nelle stalle e un pò dappertutto nel mondo esterno e si differenzia dalle altre mosche che quivi



si riscontrano, specialmente per particolarità delle nervature delle ali e della scutello.

Le larve si sviluppano generalmente nel materiale animale o vegetale in decomposizione ed occasionalmente in tessuti viventi. Nell'uomo può produrre myiasi più raramente che altre specie di mosche e, quando si riscontra, si trova specialmente nelle piaghe cutanee.

Nel caso da noi descritto, riferendoci sopratutto alla storia del malato non vi è dubbio che l'infezione larvale fosse localizzata al tubo digestivo. Infatti il malato da lungo tempo accusava dolori addominali accompagnati da scariche liquide mucose ed anche sanguinolente. In un secondo periodo i disturbi suoi si sono localizzati all'ultima parte del retto ed è comparsa una manifestazione eczematosa perianale certamente dovuta ad irritazione prodotta dai parassiti stessi o meccanicamente per la loro fuoriuscita dall'apertura anale o mediante tossine da essi segregate.

È probabile che le uova o le giovani larve siano state introdotte per os mediante il cibo; ma non possiamo escludere, data specialmente la sede dei disturbi, che la infezione sia penetrata dall'esterno attraverso alla apertura anale. La malattia ha decorso senza febbre ma come già nell'altro caso, si sono avuti disturbi non indifferenti a carico del tubo digestivo accompagnati da un certo grado di anemia e dimagrimento.

Come cura abbiamo ordinato in questi ultimi tempi dello « stovarsolo » per es. (due compresse al giorno) con buon esito giacchè sono cessati i disturbi intestinali ed il P. non ha più emesso larve. Faremo ancora una cura con santonina che ci diede ottimi risultati nel caso precedentemente descritto.

ISTITUTO DI CLINICA E PATOLOGIA MEDICA DELLA R. U. DI BARI
diretto dal Prof. F. GALDI

LA MILZA IN RAPPORTO AL RICAMBIO DEGLI IDRATI DI CARBONIO

per il dott. L. QUARANTA — Aiuto di Patologia Medica

L'esperienza, che rimonta a tempi antichissimi, insegna ormai che la milza non è un organo indispensabile alla vita.

Valisneri (1700) su di un cane praticò la splenectomia dimostrando che quest'animale, privato di tale organo, poteva ugualmente vivere bene; Valsalva, già qualche anno prima, aveva intravisto ciò. Oggi i chirurgi procedono per scopi terapeutici alla splenectomia, senza che negli individui splenecto-

Digitized by Google

mizzati si verifichino turbamenti delle funzioni organiche. Da moltissimo tempo però fisiologi e clinici si sforzano di capire le funzioni di quest'organo, alcune delle quali, ormai completamente assodate, hanno importanza non trascurabile. E' nota l'attiva funzione emopoietica della milza durante la vita intrauterina che si continua, diminuendo gradatamente, nel primo periodo della vita extra-uterina, per cessare del tutto quando, nell'età adulta, questa funzione specifica viene assunta completamente dal midollo osseo; ma in casi in cui si renda necessaria una rapida formazione di elementi sanguigni, può, anche negli adulti, ridestarsi la proprietà emopoietica splenica.

Il costante reperto nella polpa splenica di corpuscoli rossi disfatti o in via di disfacimento e di granuli di pigmento sanguigno, ha fatto scoprire importanti proprietà emolitiche della milza, che furono sperimentalmente dimostrate dal Banti anche in milze staccate e sottoposte a circolazione artificiale. Del resto il rilievo clinico che in caso di emolisi patologica per anemia perniciosa o ittero emolitico l'estirpazione della milza quasi costantemente produce regressione delle manifestazioni morbose, porta un contributo che ha valore quasi sperimentale alla conoscenza della funzione emolitica splenica. Come la milza eserciti questa sua funzione emolitica, non è ancora provato e c'è chi pensa ad una secrezione splenica di speciali sostanze emolitiche, chi invece dà importanza a lipoidi splenici a ciò deputati. La presenza del tessuto linfoide che costituisce i corpuscoli del Malpighi, fa intuire nella milza un potere linfopoietico che dà a quest'organo, come a tutti gli altri organi linfatici, un'attiva funzione di difesa nei processi infettivi.

La milza durante 5 ed anche 6 ore dopo il pasto aumenta di volume per congestione, il qual rilievo ha indirizzato le ricerche di molteplici autori ad assodare se mai la milza prendesse parte attiva alle funzioni digerenti; ma mentre Schiff, Baccelli e Luciani si orientarono verso questa tesi, altri autori, Grützner, Fick, Rusca, annunciarono risultati contradittori. A questo proposito deve pure ricordarsi che Scala trovò un aumento dei granuli lipoidici nel parenchima splenico durante la digestione gastro-duodenale.

Le scuole di Banti e Micheli hanno portato importanti contributi clinici e sperimentali alla dimostrazione della esistenza di stretti rapporti clinici tra milza e fegato. Luzzatto ha scritto intorno alla importanza della milza nella formazione degli anticorpi e nell'anafilassi; ed inoltre esiste una gran messe di lavori, dei quali alcuni recentissimi, che con argomenti ed esperienze diverse, dimostrano, or più or meno, la influenza della milza sul metabolismo generale. Difatti King, Medak, Eppinger, le assegnano una funzione regolatrice sul ricambio dei grassi, per aver trovato il grasso in aumento in animali smilzati e Sigmund, Sotti, più recentemente, hanno confermato i risultati dei precedenti autori.

Dumoulin, Nicolas, Grenhant, Marini, avendo riscontrato in animali smilzati aumento dell'urea, concludono per una influenza della milza sul ricambio azotato.

Anche il ricambio degli idrati di carbonio risentirebbe, per diversi autori, l'azione splenica: Massaglia, difatti, ha supposto l'esistenza di un ormone splenico che influenzerebbe detto ricambio, ipotesi però che Pende accetta con riserva; Verdozzi ha studiato istologicamente il comportamento del contenuto del glicogeno nelle cellule epatiche, trovandolo in notevole aumento in animali smilzati; molto recentemente Rathery e Levina hanno comunicato alla Società di biologia di Parigi (1924) di aver trovato aumento del glicogeno in animali smilzati, ed infine anche Marini ha annunciato al Congresso di Medicina Interna del 1925 risultati analoghi.

Prescindendo completamente da quanto dai diversi sunnominati autori è stato dimostrato e dai vari procedimenti da loro adottati, ho voluto controllare l'azione che la milza eserciterebbe sul ricambio dei carboidrati, dirigendo le mie ricerche sia sul glicogeno epatico, sia sullo zucchero del sangue. Come soggetto da esperimento ho scelto il coniglio, prima perchè è l'animale che, anche nelle ordinarie condizioni di alimentazione, ha un ricambio attivissimo di idrati di carbonio e poi anche per la facilità con cui si sottopone ad un regime dietetico costante. Ho scelto esemplari che tra loro si equivalessero il più possibile per età (4 o 5 mesi), taglia e sopratutto per l'uniforme colore grigio. Li ho nutriti esclusivamente con la stessa quantità giornaliera di verdura (foglie di cicoria), di biada e di crusca impastata con acqua. 14 conigli, previo accertamento del loro peso a digiuno da 24 ore, sono stati da me smilzati, seguendo la comune tecnica operatoria del taglio addominale mediano. Durante l'atto operatorio non ho somministrato alcun anestetico nè locale, nè generale, per evitare qualsiasi eventuale alterazione nel ricambio di questi animali. Altri otto conigli, tenuti nelle precise condizioni alimentari e di ambiente dei primi mi sono serviti come controllo. Non ho notato serie sofferenze in nessuno dei conigli operati, che già due o tutto al più tre giorni dopo la smilzatura hanno ripreso a nutrirsi normalmente, riacquistando la consueta vivacità.

Dei 14 conigli operati, due li ho sacrificati cinque giorni dopo l'operazione, tre dopo dieci giorni, tre dopo quindici giorni, tre dopo venti giorni e gli ultimi tre dopo trenta giorni, assicurandomi, dall'aumento del loro peso, che non esistessero in detti animali cause di sofferenze. Ad ogni coniglio, prima di sacrificarlo, ho prelevato 2 cmc. di sangue e, appena ucciso, ho, con la maggiore sollecitudine, staccato il fegato. Il metodo da me seguito per il dosaggio dello zucchero nel sangue, è stato quello di Folin e Wu che per essere conosciutissimo tralascio di riferire. Per calcolare il contenuto di glicogeno del fegato, ho seguito invece il metodo del Pflüger: Tritato tutto il fegato appena staccato dall'animale, si addiziona con egual volume di potassa al 60 %; si bolle a bagnomaria per due ore ottenendone la completa colliquazione, con consecutiva omogenizzazione del contenuto di glicogeno nel denso liquido così ottenuto. Con acqua si porta a volume 4 volte superiore al peso del fegato. Del tutto si prende una quota parte che si addiziona con egual volume di alcool a 96°. Si ottiene immediatamente un precipitato caseoso più o meno abbondante. Dopo aver fatto sedimentare per qualche ora si filtra, adoperando resistente carta da filtro. Il residuo sul filtro che contiene il glicogeno precipitato ancora impuro, si lava una prima volta con soluzione di una parte di potassa al 15 % e due parti di alcool a 96° ed una seconda volta con solo alcool a 96°. Detto residuo si scioglie con una quantità di acqua bollente ben determinata; la soluzione così ottenuta, di colore più o meno opalino, si neutralizza e poi si acidifica con 2,2 % di acido cloridrico concentrato. Con tre ore consecutive di ebollizione a bagnomaria, si ottiene l'inversione, per idrolisi del glicogeno in glucosio. Indi si determina la quantità di qust'ultimo, adoperando uno dei comuni mezzi di ricerca chimica (1). Nel riportare a glicogeno la quantità di glucosio trovato, bisogna tener presente che un grammo di glucosio corrisponde a 0,925 di glicogeno, la quale differenza si deve a che una molecola di glicogeno, idrolizzandosi, assume gli elementi di una molecole di acqua.

Espongo nelle seguenti tabelle il risultato delle mie ricerche:

CONIGLI SMILZATI

Numero d'ordine	Prima pesata	Seconda pesata	Giorni di distanza dall'operaz.	Peso del fegato	Zucchero del sangue 0/00	Glicogene epatico 0/0
1	1500	1500	5	gr. 57	1	3
2	1550	1540	5	» 52	0.90	2.50
3	1620	1630	10	» 60	1.10	4.50
4	1530	1535	10	» 63	0.95	7
5	1600	1610	10	» 57	1	6
6	1400	1415	15	» 52	1.15	6.50
7	1500	1525	15	» 50	1	4
8	1570	1575	15	» 61	1	9
9	1525	1540	20	» 64	1.05	3.50
10	1340	1360	20	» 48	0.90	5.20
11	1700	1715	20	» 50	1	5.30
12	1520	1535	30	» 65	1.10	7.10
13	1425	1445	30	» 48	1	5
14	1630	1640	30	» 60	1.50	8.30

La media dei valori di glicogeno si aggira in questa serie intorno al 5,50 % per coniglio. Quella dello zucchero del sangue intorno all'1 %.

(1) Io ho adoperato il metodo di Fehling.

Digitized by Google

CONIGLI CONTROLLO

Numero d'ordine	Peso coniglio	Peso fegato	Zucchero sangue o|oo	Glicogene epatico o|o
1	1570	gr. 48	1	4.30
2	1380	» 47	1.10	6.50
3	1620	» 60	0.90	9
4	1500	» 52	1	5
5	1480	» 45	1.10	3.40
6	1680	» 54	1.10	7
7	1350	» 48	1	6
8	1525	« 50	1	7.20

La media del glicogene in quest'altra serie, si aggira intorno al 6 % per coniglio. Quello dello zucchero del sangue resta ugualmente intorno all'1 ‰.

Conclusioni. — Gli sperimentatori ammettono concordemente che, nel coniglio sottoposto a dieta ordinaria di verdura, la quantità di glicogeno che si riscontra nel fegato oscilla tra 3 e 5 gr. %, mentre in quelli in cui si somministra un'alimentazione ricca di idrati di carbonio il contenuto del glicogeno oscilla tra 5 e 8, per salire a 10 o 11 % in quegli animali alimentati con dieta molto ricca di carboidrati. Il contenuto di zucchero del sangue resta ordinariamente, tra 0,90 e 1,20 ‰.

Considerando l'alimentazione da me somministrata ai conigli come notevolmente ricca d'idrati di carbonio, poichè ho aggiunto alla verdura una buona quantità di biada e crusca, e dando uno sguardo sommario alle due precedenti tabelle, si nota che i valori da me riscontrati, per quanto riguarda il glicogeno, si sono mantenuti nei limiti ritenuti normali e nessuna differenza si apprezza fra i conigli smilzati e quelli della serie di controllo. Il contenuto in glicogeno dei primi due conigli smilzati è un pò al di sotto della norma ma credo ciò in rapporto con il fatto che, datando l'atto operativo da appena cinque giorni, il fegato non ha avuto il tempo necessario di ricaricarsi del glicogeno smaltito per riparare alla deficiente alimentazione dei due o tre giorni successivi all'operazione.

Secondo Verdozzi, verso il 10° giorno avrei dovuto trovare il maggiore accumulo di glicogeno nel fegato; invece, dalle cifre presentate dai tre conigli sacrificati da me precisamente dopo 10 giorni dalla smilzatura e nei quali l'aumento del peso e l'aspetto generale mi ha fatto escludere qualsiasi causa di sofferenza, si rileva che il contenuto in glicogeno resta tra cifre normali.

La concentrazione dello zucchero del sangue, oscilla, come il glicogeno epatico, tra limiti ritenuti fisiologici in entrambe le serie dei conigli.

BIBLIOGRAFIA

Pflüger. Glikogen Emil Strauss, aprile 1923, Bonn. — Pendi, Endocrinologia, Vallardi, 1923. — Marini. Policlinico, Sez. Medica, 1925. — Idem. Congresso Medicina Interna, 1925. — Verdozzi. Archivio di fisiologia, vol. 14, gennaio 1916. — Rathery e Levina. Societé de Biologie de Paris, 1924. — Luzzatto. Atti R. Accademia fisiocritici, Siena 1923. — Idem. Ibidem, 1923. — Scala. Gazzetta Intern. di Medicina Chirurg. ecc., Napoli 1923. — Ch. Richet. Journal de Physiologie et de Pathologie general, 1912.

□□□

NOTE ORIGINALI DALL'ESTERO

IMPORTANZA DELLA SPERMOCULTURA PER LA DIAGNOSI DELL'INFEZIONE GONOCOCCICA

per il dott. VALERIO MARSELLOS
Venereologo in Atene (*)

Il D.r Roucayroll di Parigi inizia il suo articolo « Trattamento dell'Epididimite gonococcica con la Diatermia » citando il nostro articolo « Cinq cas de Déférentite gonococcique aiguée traités par le Diathermie avec notre électrode perinéoscrotal » che pubblicammo nel N. 6 del mese di Dicembre 1925 del «Journal d'Urologie» e menziona che « i casi da noi presentati sono assai interessanti e i risultati terapeutici ottenuti estremamente brillanti ». Ma non si trova d'accordo con noi, che sosteniamo poter esistere *funiculite* e *epididimite senza* una precedente *spermatocistite* clinicamente apparente; e insiste che anatomicamente sembra impossibile l'infezione del canale deferente e dell'epididimo in assenza di una vescicolite precedente.

Quest'opinione del collega e il suo disaccordo con noi può ascriversi unicamente ad una interpretazione non opportuna della descrizione dei nostri casi; poichè scrivendo che, in tre dei cinque casi citati, abbiamo riscontrato le vescicole seminali in istato normale, noi intendevamo affermare che solo *clinicamente* alla palpazione rettale si riscontravano le vescicole in istato normale (cioè senza lesioni anatomiche visibili e palpabili), ma era tuttavia assai probabile la presenza nelle medesime del gonococco; il quale si sarebbe potuto scoprire mediante la spermocoltura; ma sfortunatamente non potevamo allora ottenere ciò, senza che la presenza del gonococco provocasse uno stato infiammatorio nella vescicola seminale tale da rendersi percettibile alla palpazione rettale.

Per convalidare questa opinione ci sia permesso descrivere qui di seguito alcuni fra i nostri più recenti casi.

N. di Reg. degli Esami Microbiologici.

a) 2212. Uomo di 36 anni, meccanico, affetto da blenorragia cronica con epididimite destra. L'esame mediante palpazione rettale rivela che la prostata è leggermente aumentata di volume, e parimenti la vescicola seminale destra, quella sinistra si presenta normale.

Urine: scolo uretrale: gonococco assente.

Spermocoltura: gonococchi rari.

b) 2239. Uomo di 45 a. parlamentare, blenorragia cronica. Terapia a Parigi. Vescicola seminale destra aumentata di volume e leggermente dolente alla pressione.

Scolo: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

c) 2311. Uomo di 39 anni, oriundo dell'Australia. Prostata e vescicole seminali normali. Sedimento delle urine e scolo: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

d) 2419. Uomo di 42 anni, imprenditore edile. Blenorragia cronica; orchite destra. Le vescicole seminali entrambi esenti da qualsiasi alterazione.

Urine-scolo: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

e) 2523. Uomo di 38 anni, oriundo dell'Africa. Blenorragia cronica. Vescicola seminale destra tumefatta e dolente alla pressione; sinistra normale.

Urine: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

f) 2528. Uomo di 31 anni. Avvocato. Blenorragia cronica. Le vescicole seminali entrambe normali.

Urine: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

g) 2546. Uomo di 40 anni. Personale dirigente. Blenorragia cronica; orchite destra ripetutasi due volte. Vescicole seminali entrambe normali.

Urine: gonococco assente.

Spermocoltura: gonococchi scarsi.

h) 2573. Uomo di trentadue anni Capitano. Blenorragia cronica. Vescicole seminali entrambe normali.

Urine-scolo: gonococco assente.

Spermocoltura: rari gonococchi.

i) 2587. Uomo di trentotto anni. Dottore. Blenorragia cronica. Leggera epididimite destra. Vescicola sinistra e prostata normali. Vescicola destra tumefatta e un poco dolente alla pressione.

Scolo: gonococco assente.

Spermocoltura: pochi gonococchi.

Dall'esame dei casi precitati desumiamo che nei casi a), b), c) e i) allo stesso esame clinico rilevansi lesioni alle vescicole

(*) Il controllo batteriologico delle nostre indagini venne eseguito nei Laboratori del nostro collega Signor Costantino Montousis, ex Direttore del Laboratorio Microbiologico dello Stato.

Digitized by Google

seminali sensibili alla palpazione, e la spermocoltura era positiva per il gonococco. Nei cinque altri casi alla palpazione rettale le vescicole seminali si presentavano senza lesioni patologico-anatomiche clinicamente percettibili; mentre che la spermocoltura rilevava tuttavia la presenza del gonococco.

Cosichè il gonococco in questi cinque casi viveva in maniera latente, senza produrre nè complicazioni nè alterazioni, quanto meno palpabili, alle vescichette seminali.

Inoltre constatiamo che nei casi d) e g) le vescichette seminali vennero clinicamente riscontrate senza lesioni apparenti e palpabili, mentre pur nei due casi medesimi era preesistita orchite, e notevolmente in uno dei due casi l'orchite erasi dichiarata due volte.

Di conseguenza noi ci accordiamo in parte con il collega Roucayrol, attesochè noi accettiamo e sosteniamo da lungo tempo (1) che il gonococco non sempre si estende necessariamente dal canale ejaculatorio verso la vescicola seminale ma può eventualmente propagarsi esclusivamente verso l'ampolla spermatica senza penetrare nelle vescichette seminali; ma quando pure vi penetri, di regola non vi provoca delle lesioni patologico-anatomiche tali da risultare palpabili e percettibili mediante la palpazione rettale, come risulta all'evidenza dai nostri casi qui sopra descritti.

In appoggio alla nostra opinione, circa la difficoltà della diagnosi clinica, si aggiunga parimenti l'opinione del Direttore della Clinica Venereologica presso l'Istituto Venereologico Statale a Mosca, Timovieff, il quale, nel suo studio « La réaction de Bordet Gengou et l'immunothérapie dans la Blenorragie » che venne pubblicato nel N. 3 del Journal d'Urologie del 1926, scrive :

« Nel trattamento delle vescicoliti noi abbiamo sovente riscontrate diverse complicazioni, mentre che alla palpazione le vescichette non differivano apprezzabilmente dalle vescichette normali » e appresso :

« Ritengo che una più grande percentuale dei malati a debole difesa organica, subiscano ugualmente una infiammazione alle vescichette seminali, ma la difficoltà dell'esame di quest'ultimi sovente non ci permette di diagnosticarla ».

Concludendo, non giudichiamo superfluo far notare quale e quanta importanza si deve attribuire alla spermocoltura nella diagnosi della blenorragia latente e per la sua radicale guarigione; dato che in tutti i medesimi sette casi indistintamente per i quali l'esame batteriologico dello scolo e delle urine era negativo rispetto al gonococco la spermocoltura risultava non pertanto positiva.

(1) Vedi il nostro trattato «Epididymite gonococcique. Orchite et leur Thérapie». Athènes. Février 1924.

ATTUALITÀ

I. ***Sulla guarigione spontanea del carcinoma.***
II. ***Guarigione di un caso di meningite tubercolosa mediante trattamento tubercolinico intralombare.***

I. Tale argomento può dirsi veramente di attualità, in quanto — sopratutto in questi ultimi anni — fervono le discussioni teoriche, e vengono or quì or là presentati casi isolati, e perfino gruppi di casi, in cui la guarigione spontanea di un carcinoma, diagnosticato senza possibilità di errore, si sarebbe spontaneamente verificata.

Nel congresso per il cancro, tenutosi a Düsseldorff il 25 settembre 1926 per iniziativa del comitato centrale tedesco per le ricerche e la lotta contro il cancro, tale questione è stata posta all'ordine del giorno, e ne è stato relatore Otto Strauss di Berlino (v. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1926, n. 43). Dell'interessante studio dello Strauss vale la pena di esporre le linee essenziali e le conclusioni.

E' propriamente un controsenso parlare di una guarigione spontanea nel carcinoma, poichè le caratteristiche di questa affezione sono proprio la malignità e la mancanza di qualunque disposizione verso la guarigione spontanea, per cui si può dire che cancro e guarigione spontanea sono due termini antitetici.

Così si tratta — nei casi citati — più di *particolarità del decorso dell'affezione*, che di vere guarigioni, poichè — ad eccezione di alcuni casi realmente provati di regressione di carcinomi del piloro — gli altri non resistono ad un esame critico rigoroso.

Il più delle volte nella casistica manca qualche elemento essenziale di giudizio, ed in genere, quando manca l'autopsia non si può dire l'ultima parola.

Pertanto si può dire che la guarigione spontanea del carcinoma non ha un reale interesse pratico. Questo rappresenta evidentemente una delusione per certi teorici, che lavorano sul concetto della guarigione spontanea come su di un presupposto intuitivo, e ritengono anzi che in ciascun carcinoma vi sia una certa propensione, più o meno manifesta, alla guarigione. Questi studiosi si sono così abituati a porre il problema della guarigione spontanea del carcinoma su basi assolutamente irrazionali.

In sostanza, ancor oggi si può parlare di guarigione radicale del carcinoma, con lo stesso scetticismo che nei tempi andati; ed il numero dei casi di morte per cancro si presenta ancor oggi con tendenza ascensionale.

E fino a quando la cifra della mortalità per carcinoma non dimostrerà una diminuizione, sarà sempre un'illusione parlare di una migliorata difesa contro il cancro.

Il carcinoma è rimasto sempre lo stesso incubo, per qualunque terapia, e nulla ci autorizza a modificare anche in poco il giudizio che su di ciò hanno dato le generazioni passate.

Così, se noi troviamo, per esempio, nella letteratura esposta l'ipotesi che col trattamento del carcinoma si verifichi la produzione di combinazioni lipoidee, che agiscono come antigene, e che per mezzo di queste venga influenzata la produzione di fermenti proteolitici, che provocano la guarigione spontanea del carcinoma, possiamo esser sicuri che si tratti di una fantasia.

Con questa ipotesi si riuscirebbe a spiegare bene l'azione favorevole dell'eresipela e di altre malattie infettive (poichè queste sono portate sempre come esempio e mezzo di dimostrazione), ma chi ha fatto mai la dimostrazione effettiva che l'eresipela ha realmente questa influenza terapeutica sul carcinoma? Tale dimostrazione manca oggi, come mancava nel 1888, quando Bruns sollevò le prime critiche su questa concezione.

Un certo numero di studiosi non riesce ancora a liberarsi dall'abitudine di trasportare ciò che è stato provato per certe malattie infettive nel campo del trattamento del carcinoma, e così si danno per certe molte conclusioni tratte per via analogica, che sono evidentemente infondate.

Naturalmente ai fautori di queste teorie, ogni nuova comunicazione su qualche nuovo elemento provocatore del cancro, serve da sprone a continuare, e anzi non riescono ad uscire dal cerchio magico: elementi provocatori del cancro, formazione di anticorpi, guarigione spontanea.

Vale quindi la pena di ripetere nettamente ad essi che tutta la grande e decantata questione della guarigione spontanea del carcinoma non è altro che un mostruoso errore.

Di molte centinaia di migliaia di casi di cancro, si possono discuterne solo 32, che pare possano gustificare un certo rapporto con la guarigione spontanea. Gli osservatori che hanno avuto occasione di osservare molte migliaia di carcinomi, non si sono giammai potuti persuadere che esista una guarigione spontanea.

Döderlein ne mette in dubbio la esistenza. Werner, dell'ospedale samaritano di Heidelberg, non ha osservato una sola guarigione spontanea tra 15.000 casi, sottoposti alle sue cure. E tra gli stessi 52 casi succitati, lo Strauss, ne ha potuto isolare diversi, che avevano un decorso ben singolare!

Si è anche osservata una regressione parziale del blastoma, ma questo non rappresenta nulla di nuovo, essendo già noto da molto tempo.

In conclusione, nulla ci autorizza ad ammettere che il processo di guarigione spontanea abbia nella terapia del carcinoma una qualche importanza.

Si ha guarigione spontanea del sarcoma, ma il carcinoma spontaneamente guarito non esiste.

V. M. Palmieri

***

II. La vecchia tubercolina fu, secondo questo indirizzo, sperimentata nel 1905 da Starck, dal nostro Bazzicalupo, ancora più da Neumann.

Neidhardt (Ospedale civico in Reinscheid, *Münchener Mediz. Wochenschrift*, 20, 1926) riferisce una nuova osservazione, senza tuttavia potere asserire che la guarigione fosse unicamente devoluta al trattamento tubercolinico.

Giovanetto di 12 a. orfano di un pneumotubercolotico. Quattro settimane avanti la ricezione battè del capo contro una parete. Cefalea, sonnolenza; quindi lo stabilirsi del quadro semeiologico caratteristico: espres-

Digitized by Google

sione rigida, Kernig positivo, rigidità nucale, ventre a scafo; tempo 38°,9; polso 164 al 1'. Dal ricavato della rachipuntura: liquido chiaro, forte linfocitosi, positive la Nonne-Apelt, Pandy.

Durante l'elasso di circa un mese si praticano 10 rachipunture, ciascuna seguita da iniezione di 1/2 mllg. di vecchia T. K. in 200 cc. soluzione fisologica. Si notò dapprima un miglioramento subbiettivo ed obbiettivo transitorio ad ogni punzione; quindi stabile, per modo da consentire le dimissioni del paziente in capo a cinque settimane.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La radiologia nella diagnosi delle polmoniti lobari. — B. Bellucci (Istituto di Radiologia della R. U. di Perugia). Stab. tipografico V. Bartelli e C., Perugia, 1926.

Se in una gran parte dei casi l'esame clinico è da solo sufficiente per la diagnosi di polmonite lobare, in molte altre circostanze, invece, la diagnosi clinica urta contro serie difficoltà. E' appunto in questi casi — polmonite centrale e polmonite muta, polmonite accompagnata da complicanze ecc. — che, secondo l'A., l'esame radiologico si rivela utilissimo. Ugualmente utile è per la diagnosi differenziale con le altre affezioni pulmonari e broncopolmonari, specialmente con la polmonite pseudo-lobare: mentre nella polmonite lobare è reperto radioscopico caratteristico un'ombra a triangolo in corrispondenza del focolaio morboso, quest'ombra manca nella forma pseudo lobare.

Sulla scorta dei casi esaminati, l'A. cerca di chiarire alcuni punti riguardanti la patogenesi della polmonite lobare. È ancora discussa, per es., l'origine bronchiale o ematogena della polmonite lobare, pur essendo dai più accettata l'opinione che il reperto polmonare rappresenti una localizzazione secondaria di una setticemia pneumococcica. Il ritardo con cui compaiono i segni radiologici rispetto a quelli clinici parla a favore della esistenza di questa fase setticemica, relativamente però, essendo pubblicati casi, sebbene rari, con reperto radiologico positivo immediatamente dopo il brivido ed essendo riconosciuto che lo stato di congestione o di ingorgo non dà immagine radiologica visibile.

Circa le cause e la natura dell'ombra a forma di triangolo, con base ascellare e apice ilare caratteristica, dal punto di vista radiologico, della polmonite dei lobi superiori l'A. non crede che essa sia da attribuirsi alla epatizzazione di un dato territorio vascolare o bronchiale, bensì che essa rappresenti un immagine falsa, la cui spiegazione deve essere ricercata in considerazioni di ordine anat. e fisico. L'epatizzazione pol., cioè, secondo l'A., avverrebbe uniformemente in tutto un lobo, ma allo schermo Roentgen si avrà un'immagine triangolare, perchè la proiezione antero-posteriore delle zone del lobo superiore che hanno maggiore spessore ha per l'appunto forma triangolare. A riprova di questa interpretazione sta il fatto che l'ombra a triangolo non si osserva nella polmonite dei lobi inferiori, perchè in essi non esistono quelle condizioni anatomiche che sono la causa del giuoco d'ombre, a cui deve attribuirsi il triangolo.

La radiologia, inoltre non può decidere dell'evoluzione dell'ombra della polmonite, ossia se la sua origine sia centrale o periferica. Forse ambedue le eventualità possono verificarsi, ma può anche ammettersi, contro quelli i quali sostengono incondizionatamente l'origine periferica della polmonite, che, pur essendo colpita tutta la corticalità di un lobo l'epatizzazione darà un'ombra radiologica di maggiore intensità nel punto in cui i raggi incontreranno tangenzialmente la zona corticale stessa, cioè in corrispondenza della regione ascellare quando sono ammalati i lobi superiori. Questo fenomeno potrebbe paragonarsi a quello che avviene allorquando si guarda un vetro di fronte o di costa: nel primo caso è trasparente, nel secondo lo stesso vetro diventa opaco.

In conclusione le immagini radiologiche del processo pneumonitico non corrispondono alla realtà delle lesioni anatomiche; esse, però, oltre un valore diagnostico in certi casi, hanno anche un'importanza prognostica, perchè la loro comparsa precoce e la loro diffusione rapida esprimono di solito un decorso estremamente grave.

Trattamento del diabete insipido con somministrazioni orali di novasurol. — Mitzenberger e Kauftheil 1ª Clinica Medica in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47, 1926.

Si ammette in questa forma di diabete essere tra' sintomi principali la incapacità dei reni alla normale concentrazione clorosodica. Di qui anche la somministrazione di possenti diuretici salini. Fu così che il *Novasurol* proposto da Saxel e Heilig fu raccomandato da Bauer e Achmer. Essi constatarono che le iniezioni di 0,2 del prodotto sono capaci di portare la concentrazione clorosodica delle urine, da 0.1% fino a circa 0.6%; la quantità totale da circa 3 gr. fino a 17 gr. e una regressione volumetrica di urina da circa 12 litri fino a 7 nel giorno dell'iniezione.

Riservandosi gli AA. della presente contribuzione ulteriori comunicazioni sugli effetti del Novasurol anche su altri apparati, vogliono per ora prospettare la possibilità di servirsene del pari efficacemente per via orale, partendo dai risultati ottimi delle iniezioni. Senonchè non sempre codesti pazienti restano sotto la diretta vigilanza del medico. Dunque nella insufficienza di altri rimedi orali fu tentato il Novasurol a 0.2 ogni mezz'ora una volta per settimana. Con questo sistema protratto durante tre mesi fu constata la cospicua riduzione del volume cotidiano di urine; mitigati sensibilmente i disturbi subiettivi. Non si lamentarono effetti da attribuirsi al mercurio, salvo forse qualche mal di capo di carattere ipocloroemicô.

Le iniezioni ipodermiche di adrenalina nell'ipertensione arteriosa e nell'asma bronchiale. — A. Brems. Reparto di Medicina Interna dell'ospedale di Skive. *Acta Medica Scandinavica*, 1926, fasc. VI.

In seguito all'iniezione sottocutanea di 1 milligrammo di adrenalina, la pressione sanguigna mostra negl'ipertonici essenziali e negli asmatici un abbassamento primitivo; mentre la reazione del glucosio nel sangue è contrassegnato da una protratta iperglicemia, che resta però quantitativamente nei limiti normali.

Tanto nella ipertonia essenziale che nell'asma bronchiale, si osserva dopo l'iniezione frequentemente glicosuria.

Durante il digiuno, il tasso dello zucchero nel sangue è normale in ambedue le malattie; la quota Potassio-Calcio nel siero di sangue è elevata in una parte dei casi, ma non in tutti.

La reazione all'adrenalina può essere spiegata per certe modificazioni dell'ambiente jonico periferico, ma essa non permette di trarre alcun giudizio sul tono del sistema nervoso vegetativo.

La denominazione di «neurosi vegetative» data all'ipertonia essenziale ed all'asma non pare giustificata e dev'essere abbandonata.

La pleurite quale fattore immunitario nella tubercolosi polmonare. — R. Moro, del Sanatorio Popol. Umberto I di Prasomaso. *Tubercolosi*, 1926. fasc. 5.

È stato notato da molto tempo che la pleurite sierosa insorgente nei malati di tubercolosi polmonare, non solo non determina un peggioramento nel decorso della affezione polmonare, ma, passando il periodo acuto, influenza beneficamente l'evoluzione di quest'ultima. La spiegazione di tale fatto, come fa notare l'A, non può farsi consistere in una semplice azione meccanica, nella compressione cioè esercitata sul pulmone malato dal liquido pleurico, determinandosi condizioni locali analoghe a quelle che si avverano con lo pneumotorace terapeutico, perchè se così fosse non si potrebbero spiegare i miglioramenti osservati nel polmone controlaterale nè quelli che compaiono in seguito a pleuriti insorgenti in corso di uno pneumotorace, il quale per sè stesso non è stato capace di fermare l'evoluzione progressiva delle lesioni polmonari. Nei casi riferiti dall'A. si trattava appunto, per la maggior parte, di pleuriti in pneumotorace.

L'esperienza clinica insegna che la tubercolosi pulmonare evolve in modo eminentemente cronico e benigno negli individui che hanno precedetemente sofferto di una pleurite siero-fibrinosa, di una tubercolosi ghiandolare, cutanea, ossea, ecc.; si è ammesso perciò che questi focolai tubercolari extrapolmonari immunizzano l'organismo sì da renderlo più resistente a difendersi contro l'eventuale tubercolosi polmonare in corso. Questa immunizzazione sarebbe di origine umorale, cioè dovuta ad anticorpi; ma oggi che il valore difensivo degli anticorpi è stato scosso, ritenendo piuttosto che essi siano l'espressione del grado e della potenzialità di reazione dell'organismo l'A. crede che il miglioramento dei focolai pulmonari in seguito a pleurite debba piuttosto attribuirsi ad una locale aumentata difesa del tessuto pulmonare, cioè ad una immunità istogena. Questa maggiore reazione difensiva locale del tessuto polmonare si esplicherebbe in una maggiore tendenza alla limitazione, all'incapsulamento ed alla fibrosi dei focolai tubercolari in esso sviluppatisi.

Sulla patogenesi delle sindromi delle vie biliari extraepatiche. — L. Aschoff, Freilburg in Breisgan, Istituto di Anatomia patologica. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 42 e 43.

I fattori più importanti per la formazione dei calcoli biliari sono la stasi, i processi infettivi e le alterazioni del ricambio. Da sola, la stasi ed

Digitized by Google

il ristagno della bile contenuta nella cistifellea non è capace di provocare la formazione di calcoli biliari, ma ciò è possibile quando o l'una o l'altra forma è secondata da:

a) contemporanea alterazione del ricambio, come la cristallizzazione di eventuali prodotti del ricambio che si accumulano oltre i limiti di solubilità; per esempio la colesterina, con conseguente formazione di calcoli colesterinici;

b) la infezione delle vie biliari, che già si presenta di frequente senza nocumento, ma che qualche volta può avere per esito la formazione di calcoli pigmentati calcarei di colesterina.

Le ritenzioni transitorie sono da attribuirsi ad alterazioni funzionali nei meccanismi di chiusura delle vie biliari; si deve però fare una distinzione tra lesioni nei meccanismi di chiusura del coledoco (sfintere di Oddi), e lesioni analoghe della parte iniziale del dotto cistico (apparato sfinterico di Lütkens).

La cosidetta cisti da stasi semplice, meglio denominata cisti da ritenzione o da replezione, può avere delle cause del tutto diverse, che hanno fondamento in lesioni dello sfintere di Oddi o di Lütkens. Bisogna anche far distinzione tra cisti da ritenzione ipertonica dipendente dal coledoco o dal dotto cistico, e cisti da stasi o da repllezione ipotonica, dipendente dalla cistifellea.

La formazione primitiva di calcoli in vie biliari completamente sane è straordinariamente rara.

Solo dopo una stasi biliare durata lungamente si possono avere calcoli pigmentarii terrosi. Tutte le forme di calcoli già trovate, tranne rare eccezioni, sono provenienti dalla cistifellea.

A questi calcoli così emigrati a cagione della lesione riflessa da essi provocata sui meccanismi di chiusura allo sfintere di Oddi, spetta la maggiore importanza per le più gravi malattie delle vie biliari intraepatiche e del parenchima epatico.

Poichè le alterazioni del ricambio si possono difficilmente evitare, e le infezioni batteriche della cistifellea e delle vie biliari non si possono mai scansare, è necessario anzitutto curare dal punto di vista profilattico e terapeutico ogni manifestazione di stasi biliare provocata da lesione funzionale.

L'azione diuretica del cloruro di calcio. — F. Michell, (R. Clinica Medica di Torino). *Il Policlinico*, 1 novembre 1926.

L'A. ha preso in considerazione ammalati in condizioni stazionarie da lungo tempo e con versamenti o edemi non più influenzati dai diuretici purinici e dai comuni cardiocinetici. Il cloruro di calcio fu somministrato ad alte dosi, da 5 a 15 gr. al giorno, insieme con amido a parti uguali o talora insieme con gli alimenti. Si ottenne costantemente un aumento dell'urinazione, talora assai notevole, ma non una diminuzione spiccata del versamento.

Dalle ricerche eseguite sul sangue e sulle urine degli infermi così trattati l'A. deduce che la diuresi avvenga non per un aumento della quantità percentuale dell'acqua o del sale nel sangue, ma per una modificazione qualitativa più che quantitativa dei singoli elementi minerali del sangue, in modo che il sangue che arriva ai rene viene liberato più facilmente dell'acqua e dei sali, che a loro volta, gli vengono continuamente riforniti dai tessuti. Anche un'azione diretta sulla funzione renale dovuta all'aumento di ioni diuretici nel sangue non si può escludere.

Tubercolosi e diabete mellito giovanile. — Wagner, Clinica pediatria in Wien. *Die extrapulmonale Tuberkulose*, fasc. 7, 1926.

Acquisito da tempo è l'influsso reciproco tra le due affezioni. Si sa che dell'adulto è prevalentemente la peumotubercolosi (stadio terziario) che complica il diabete. Nei fanciulli invece tanto accade a preferenza per il primo e il secondo stadio, Poichè intanto il primo stadio della tubercolosi (complesso primario del Rank) si può stabilire come acuta malattia febbrile, è in queste condizioni che si possono constatare gli influssi sfavorevoli del diabete. Accade allora qualche cosa che rassomiglia per molti aspetti alle altre infezioni che possono occorrere in soggetto diabetico. A seconda del grado dell'infezione oscilla anche la differente tolleranza anche per gli idrati di carbonio, sulla quale ha richiamata l'attenzione Priesel. Se il trattamento fu razionale (digiuno, sottrazione di idrati di carbonio, insulina) suole notarsi al cessare dell'intercorrente stato infetto anche presto ritornato lo stato quo ante.

Ma nella tubercolosi i fatti si svolgono alquanto diversamente. Anzitutto si ha un'infezione cronica, spesso con stato subfebbrile di più mesi, come segno di attività del processo. Molte osservazioni nella predetta Clinica lasciano concludere che nell'infanzia la tubercolosi sia la più importuna concomitanza del diabete mellito. Essa costituisce una assoluta indicazione alla dietetica ed al trattamento insulinico, perchè solo così sarà possibile una alimentazione ricca di calorie quale si addice ai tubercolosi. Il conseguimento pratico di questa bisogna non è scevro di ostacoli. Infatti non si tratta soltanto di valutare la differente resistenza dell'organismo diabetico di fronte all'insulina; ma secondo l'A. di ritenere che in codesti casi l'azione dell'Insulina vada più prontamente esaurendosi. Un fanciullo di 7 anni il quale prima dell'infezione tubercolare usava soltanto 24 unità insulina pro die, unita a confacente dieta, può dopo l'infezione, ed a pari dieta, prenderne anche 50 pro die senza mostrarsi libero da zucchero: il suo zucchero del sangue segna 271 mllg. Esso era particolarmente suscettibile all'insulina, poichè dopo un'iniezione mattinale di sole 18 unità, a breve elasso l'ipoglicemia segnava 58 mllg.; ma dopo mezzodì era di nuovo a 280 mllg. vale à dire che si sarebbero richieste almeno tre iniezioni al giorno, per ricondurlo alla norma. La causa del fenomeno è tuttora oscura.

Sulla fisiopatologia della secrezione pancreatica esterna. — S. Mellamby. *The Lancet*, 1926, 5/II.

Lo stimolo adeguato per la secrezione del succo pancreatico è la presenza di bile nel duodeno. La sostanza attiva è rappresentata dagli acidi biliari; essi assorbono la secretina formatasi sulla mucosa duodenale, e la portano allo assorbimento nelle vie sanguigne.

La secretina influenza direttamente dalle vie sanguigne la secrezione pancreatica. L'assorbimento di secretina da parte degli acidi biliari si può dimostrare anche in vitro, e serve alla produzione della secretina pura. La secrezione pancreatica persiste fino a tanto che la bile è presente nel duodeno, e, d'altra parte, questa lascia il duodeno molto lentamente perchè il meccanismo di deflusso è rappresentato dal rilassamento intermittente della muscolatura di chiusura, che rimette nell'ampolla di Vater, rilassamento che si produce ritmicamente con le onde peristaltiche delle vie intestinali.

Il sistema nervoso vegetativo non ha influenza sulla quantità, ma piuttosto sulla composizione del succo pancreatico secreto: poichè con la stimolazione del vago viene notevolmente aumentato il contenuto in fermenti del succo stesso.

Infezione a focolaio e diabete mellito. — D. e A. Cohen in Louisville. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. 30, 11, 1926.

Questa osservazione isolata attende naturalmente il controllo di altre consimili, e le discussioni che ne possano scaturire. Si conviene nell'affermare che, nel diabete mellito la tolleranza agli idrocarbonati è notevolmente scemata da processi infettivi acuti. Similarmente noto è che lo stato generale di un diabetico va spesso migliorato dalla rimozione di una localizzata infezione cronica. Discusso è se questi effetti siano esercitati attraverso il trofismo generale od in modo più diretto. Sarebbe superfluo ricordare che da alcuni anni si tende sempre più a chiarire il concetto del diabete fermando l'attenzione delle isole di Langerhans, di cui anche ultimamente hanno illustrata la entità, in 26 diabetici Warren e Root. Si è concluso che una prolungata azione di fattori lesivi esercita una graduale distruzione delle insule e delle cellule dagli acini, anche le cellule neoformate esposte ai medesimi insulti, ne segue che i conati rigenerativi restano di molto indietro al processo distruttivo. Ma a proposito della natura del fattore lesivo, ecco insorgere le più controverse opinioni, fra i sostenitori della dietetica, quelli della ereditarietà, dell'arteriosclerosi, sifilide, gotta, colecistite, gravidanza, cisti tiroidee, fibromi uterini, tumori cerebrali, infezioni ecc. Seguendo i dettami della scuola di Chicago, si è dagli AA. attribuito molto peso alle infezioni dentarie, tonsillari, gastro-intestinali, di altre localizzazioni, dalle quali partissero prodotti tossici penetrando nel torrente circolatorio. La rimozione di questi focolai potrebbe dunque attingere indicazioni particolari.

Frattanto si urta nel criterio ormai divulgato della quasi intangibilità dei pazienti diabetici, da parte del chirurgo, nè si esclude che basta la rimozione di qualche dente per approntare la setticemia letale. Si è pervenuti all'astensionismo quasi assoluto nei diabetici.

Per controllo si va raccogliendo qualche osservazione nella quale un intervento avrebbe fatto migliorare la mellituria. Così il Cousins riferisce intorno all'appendicectomia; Joslin è incerto se abbia davvero giovato la prostatectomia. Dunque stando, si può dire, ai primordi della discussione, l'esperienza degli AA. vorrebbe esser tenuta presente.

Il loro infermo di 60 a. già da tempo diabetico, perchè affetto da importante sindrome prostatica, fu consigliato e sottoposto alla prostatectomia in due tempi, prima operazione in giugno, sotto anestesia locale la prima, sotto quella generale gas-ossigeno la seconda. Al primo intervento la proporzione di zucchero nel sangue era 225, quello delle urine 5%, positivo l'acetone e l'acido diacetico. Fu tenuto alla regolare dieta con l'addizione di 30 unità di Insulina e 200 cc. succo d'arance. Prima della seconda operazione lo zucchero del sangue era ridotto a 176. Si estirpò un adenoma con prostatite cronica. Si protrasse la dieta con 50 gr. di idrocarbonati, 80 gr. di proteina, 150 gr. di grasso; interrotto l'uso dell'insulina. La convalescenza fu rapida. Il paziente che da 205 libbre era disceso a 149 risalì a 171.

Digitized by Google

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Rapporti tra cura medica e chirurgica nella colelitiasi. MAX EINHORN. *Medical Journal and Record,* vol. CXXIV, n. 8, 20 ottobre 1926.

Come «cura naturale» della colelitiasi, l'A. intende i mezzi curativi messi in opera dalla natura stessa, per sbarazzare la cistifellea dei calcoli. Tali mezzi consistono nel passaggio diretto dei calcoli dalla vescicola biliare nel duodeno, attraverso una perforazione delle pareti, previa la formazione di aderenze protettrici.

Tali casi, secondo l'A. sembrano rari solo perchè passano inosservati oppure vengono riconosciuti soltanto per le complicazioni a cui dànno luogo o in occasione di interventi sulla cistifellea e sul tubo gastro-enterico. Simili tentativi di cura, da parte della natura non sempre però riescono bene. Può avvenire infatti anzitutto che la perforazione avvenga prima che si sia avuta una formazione sufficiente di aderenze, con la conseguenza di un versamento di bile infetta nel peritoneo. Anche dopo il felice passaggio di uno o più calcoli dalla vescicola biliare nell'intestino vi sono poi pericoli da temere. Anzitutto vi è la possibile insorgenza di una pancreatite dovuta alla pressione delle aderenze. In secondo luogo la possibilità se i calcoli sono grossi, di un ileo biliare. In terzo luogo il pericolo di deformazioni e stretture del duodeno, in seguito a contrazione cicatriziale nelle vicinanze immediatamente di esso.

Nel caso che una complicazione rendesse inevitabile un intervento l'A. pensa che questo debba limitarsi esclusivamente a provvedere alla necessità del caso; mentre gli sembra del tutto inopportuno agire sulla cistifellea, per quanto essa sia la causa prima dei disturbi che causano le lesioni secondarie. In molti casi infatti in cui si tentò di rimuovere le aderenze, per ristabilire condizioni più normali, a livello della cistifellea e dello stomaco, si ebbe con una certa frequenza l'esito letale.

In tre casi, riferiti con tutti particolari dall'A. l'intervento chirurgico, ispirato ai principi sopra descritti, ha avuto esito felicissimo, da punto di vista operatorio e gli infermi sono inoltre guariti anche dai loro disturbi.

La conclusione dell'Autore è perciò la seguente: fare solo quello che è chirurgicamente indispensabile per la vita del paziente e niente altro, oppure fare della chirurgia conservatrice.

Influenza dell'exeresi del frenico sulla respirazione. — L. DÜNNER e M. MECKLENBURG, IV Clinica Medica (Ospedale Moabit) dell'Università di Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1926, n. 43.

L'exeresi del frenico, provocando la paralisi del diaframma, viene adoperata nella terapia della tubercolosi polmonare, invece dello pneumotorace, con l'obiettivo di raggiungere lo stesso scopo di esercitare una compressione, e di immobilizzare la metà toracica interessata, e particolarmente il lobo inferiore.

Ma praticamente è ben difficile di ottenere il risultato in modo completo, perchè anche dopo l'exeresi del frenico, il diaframma non rimane assolutamente immobile, ma ha un certo movimento paradosso, per il quale il lobo inferiore del polmone, costretto durante l'ispirazione, viene compresso anche più fortemente, mentre durante l'espirazione deve seguire in basso il diaframma.

Così, in base a numerose esperienze cliniche e sperimentali, si può affermare che l'exeresi del frenico non esclude dalla respirazione il polmone che si vorrebbe isolare, in modo completo, come avviene collo pneumotorace.

Il favorevole influsso dell'exeresi del frenico nella tubercolosi polmonare va forse considerato sotto l'aspetto di un'influenza di natura nervosa.

Il chinino in chirurgia. — A. VALERIO, (Rio de Janeiro). *Brazil-Medico,* vol. 2, n. 4.

L.A. riferisce di aver ottenuto una completa anestesia mediante iniezioni sottocutanee di cloridrato di urea-chinino. I fenomeni dolorosi locali sono abbastanza bene fugati mediante aggiunta di antipirina al liquido da iniettare.

I risultati sono sorprendenti: l'anestesia dura in media da 6 a 8 ore.

Con pari successo è stata sperimentata la pasta di chinino nel trattamento locale delle pulpiti dentarie. Riescono ugualmente efficaci le applicazioni di una soluzione di chinino al 3 %.

Questa anestesia locale da chinino è stata usata in numerosi e svariati interventi per neoplasmi, fimosi, idroceli vaginali, estrazione dei gangli inguinali, disarticolazioni delle dita, ecc.

Il chinino svolge oltre ad un'azione anestetica, anche secondo l'A. disinfettante: onde il suo uso riesce oltremodo vantaggioso assicurando all'infermo contemporaneamente una sufficiente asepsi e una analgesia completa per un tempo non breve.

MICROBIOLOGIA E IMMUNOLOGIA

Il metodo fotometrico nel dosamento degli stock-vaccini.— A. BAYLIS (New York). *The Journal of Infectious Diseases,* vol. 39, n. 2.

Nella preparazione degli stock-vaccini a scopo immunizzante ed a scopo terapeutico, si richiede una misura precisa della loro concentrazione. Ora il metodo della conta, assai simile a quello per i globuli rossi, non riesce a dare quella precisione pur così importante in questa pratica.

L'A. ha tentato di applicare, per ovviare a questo inconveniente, il metodo fotometrico di Vernes, Bricq e Jvon, quello stesso che è adoperato nella reazione di flocculazione di Vernes per la sifilide. Egli ha trovato che tale metodo dà risultati oltremodo esatti e permette di poter valutare i vaccini con grande rapidità e sicurezza.

Valore profilattico del siero dei convalescenti di rosolia.— S. HAAS e J. BLUM (New York). *Jour. Am. Med. As.,* vol. 87, n. 8,

Il siero dei convalescenti di rosolia, raccolto da uno a quattro mesi dopo la defervescenza, e conservato per quattro mesi e mezzo prima di essere iniettato, svolge sul 51% dei bambini così trattati un'azione protettiva della durata di tre mesi e mezzo.

Il siero dei convalescenti, raccolto un mese dopo la defervescenza è riuscito a proteggere per tre mesi e per l'88% dei bambini.

Nei casi in cui tale misura profilattica era andata fallita, fu osservato un assai più favorevole decorso nel 100 % dei bambini colpiti.

L'iniezione del siero svolge favorevole influenza anche se praticata 4—7 giorni dopo l'esposizione alla infezione; se praticata invece dopo il settimo giorno non proteggerà contro l'infezione nè modificherà il decorso di essa. Gli AA. hanno poi sperimentato oltre che col solo siero anche col sangue integro. E hanno osservato che 5-7 cc. di sangue raccolto 3 mesi dopo la defervescenza sono sufficienti ad immunizzare il 41 % dei bambini per 2 mesi e più ad influenzare favorevolmente nei bambini colpiti il decorso dell'affezione, anche se questa si sviluppò due mesi dopo dell'iniezione.

La nessuna mortalità e la decisamente minore incidenza di broncopolmonite nei bambini inoculati parlano in maniera inoppugnabile in favore di queste misure profilattiche.

Immunologia della eresipela. — K. BIRKHAUG (New York). *The Brit. med. Jour.,* 18 sett. 1926.

Mediante prove di agglutinazione e di assorbimento, l'A. è riuscito a dimostrare nelle lesioni tipiche eresipelatose la presenza dello streptococco erysipelatis. Anzi mediante inoculazione del materiale ad animali di laboratorio riuscì ad ottenere condizioni morbose indentiche a quelle eresipelatose.

Egl trovò che l'infiltrazione intracutanea di siero immunizzante specifico impediva lo sviluppo delle lesioni, e che le iniezioni sottocutanee o endovenose di tale siero proteggevano gli animali contro dosi letali di *S. erysipelatis,* ma non contro altri streptococchi.

Una dose cutanea di cc. 0,1 del filtrato tossico diluito ad 1:1000 produce nelle persone suscettibili una reazione simile a quella di Dick o di Shick.

L'A. ha trattato 60 pazienti con questo metodo. La dose media è stata di 100 cc. di siero non concentrato o di 15 cc. di siero concentrato.

In tutti i casi egli ha ottenuto il miglioramento e la guarigione di tutte le maifestazioni eresipelatose cutanee generali.

ENDOCRINOLOGIA

Influenze endocrine nel metabolismo dell'acido ossalico.— G. VITALE (Rosario, Argentina). *Revista Sud-Americana de Endocrin. Immonol., y Quimioterapia,* novembre 1926.

La iniezione d'insulina non determina nette variazioni nelle quantità di acido ossalico nel sangue. Essa nei conigli e nei cani abbassa notevolmente l'eliminazione di acido ossalico da parte dei reni: lo stesso effetto si verifica nei diabetici. L'iniezione di adrenalina aumenta di molto l'ossaluria. L'iniezione periodica e giornaliera di adrenalina esplica sulla glicosuria un effetto sempre più intenso. L'ablazione del pancreas aumenta l'ossaluria.

Nel diabete florizinico non si osservano variazioni degne di nota nella eliminazione dell'acido ossalico. E' quindi probabile che l'acido ossalico derivi dal metabolismo intermedio degli idrati di carbonio. L'origine dell'acido ossalico è quindi regolata dalla secrezione endocrina del pancreas.

Di qui si deduce inoltre che le iniezioni di insulina costituiscano un'indicazione razionale nella cura dell'ossalemia.

Digitized by Google

Sclerodermia in soggetto luetico ipogenitalico. — SANTOIANNI, del reparto dermoceltico degli Ospedali Riuniti. *Folia Medica*, n. 18, 1926.

L'A. descrivendo un caso di sclerodermia, in soggetto eredo-luetico con disturbi endocrino-simpatici (ipogenitalismo) è concorde con la massima parte degli AA. nel senso che le lesioni endocrine e la sclerodermia possono essere due manifestazioni morbose associate che richiamino l'infezione luetica ereditaria.

Tra le note più importanti nel caso dell'A. è da notare l'inizio della sclerodermia agli arti inferiori, anzichè superiori, come si verifica più frequentemente e lesioni ulcerose torpide sulla cute sclerotica, che l'A. non attribuisce a lesioni specifiche, sia per il decorso e i caratteri clinici, sia per l'inefficacia della cura antiluetica già praticata dall'infermo.

Le prove farmaco-dinamiche, per la ricerca dei particolari disturbi endocrini sono riuscite negative, per le singole glandole, per cui l'A. ritiene trattarsi di uno squilibrio ormonico generale.

UROLOGIA

Sul reflusso vescico-renale.— BELLUCCI, Università di Perugia. *Archivio di Radiologia* diretto dal Guarini. Anno II, fasc. 4, 1926.

Si riprende la discussione per qualche tempo accantonata, sulla incontinenza della valvola ureterica, e sulle cause di essa. Un tempo ed anche si può dire, oggi, la discussione si è aggirata intorno a congetture cliniche; poi sono venute numerose le esperienze. La finalità preminente della ricerca e delle discussioni era quella di ammettere o meno la tanta discussa possibilità di una ascensione infettiva della vescica al rene. Più tardi, come era da attendersi, grazie al perfezionamento della cistoscopia, della radiografia ecc. le finalità si sono ampliate, nel senso che ammessa la possibile provocazione di codesta insufficienza, si potesse utilizzarla a far pervenire alla pelvi renale sostanze che ne rendessero più nitida la visione radiologica, o sostanze medicamentose. Il problema è dunque complesso giacchè mentre da una parte l'attenzione veniva rivolta alla fisiologia dell'uretere, alle funzioni motorie dell'urocisti; dall'altra parte si escogitava l'interpretazione in rapporto all'eventuale perturbamento della innervazione; o con maggiore obbiettività dimostrativa, si adducevano osservazioni anatomo-patologiche di alterata integrità strutturale del suddetto apparato valvolare. Sarebbe fuor di luogo in questo transunto dare conto, sia pure molto sintetico, del cospicuo numero di esperienze escogitate allo scopo. Il fatto stesso che anche di recente, il Busi, l'A. ed altri, ritornano su esperienze, e su osservazioni cliniche, sta a provare il bisogno di luce sull'argomento. L'importanza della diagnosi di reflusso vescico-renale è evidente, sia nel rivelare l'origine di un processo infettivo renale, sia perchè se fatta in tempo utile, può riuscire a fare impedire che un processo infettivo vescicale si diffonda alle altre vie urinarie. Questo vale anche più singolarmente per la tubercolosi, perchè sulla base di lesione unilaterale può vedersi invaso dalla tubercolosi per reflusso il rene sano.

Un caso clinico studiato dall'A. sotto la guida del prof. Righetti, viene a mostrare l'esistenza del reflusso unilaterale, mentre si apprende l'utilità dimostrativa mediante l'uso di una sospensione omogenea di solfato di bario in acqua resa leggemente più densa con l'aggiunta di gomma adragante. In conclusione flogosi acute e croniche delle vie urinarie, alterazioni nervose producenti modificazioni nel tono della muscolatura vescicale ed ureterale possono essere incriminate come fattori del reflusso. Con esperienze illustrate da nitide radiografie l'A. mostra che il reflusso può avvenire durante la narcosi o la rachianestesia praticate per interventi chirurgici extra-urinarii, il che, nei soggetti a vescica infetta può portare alla ascensione. Inoltre è risultato sperimentalmente la possibilità di far penetrare dei liquidi dell'esterno fino alle pelvi renali senza bisogno di ricorrere al cateterismo ureterale.

La stenosi ureterale come fattore etiologico nella calcolosi ureterale. — A. RAVICH. *Medical Journal and Record*, vol. 124, n. 10, 17 novembre 1926.

G. L. Hunner ha sostenuto che la stenosi degli ureteri non solo precede la formazione dei calcoli, ma è un fattore importante per la determinazione di essa. L'importanza della ostruzione risulta da parecchie constatazioni. La diatesi calcolosa ha una frequenza press'a poco eguale nei due sessi, e press'a poco uguale in entrambi è la frequenza dei calcoli nei reni, essendo le condizioni anatomiche dei reni e degli ureteri identiche nell'uomo e nella donna. Viceversa è ben noto che in quest'ultima i calcoli vescicali rappresentano quasi un fatto inaudito, salvo che si formino intorno a punti di sutura, che abbiano perforato la mucosa, o intorno a corpi estranei. Nelle vesciche maschili, invece, i calcoli si riscontrano con frequenza, appunto, perchè in esse si verifica l'importantissimo fattore dello ostacolo al corso dell'orina.

La stasi dell'orina e la infiammazione della mucosa da quella prodotta, alterano in qualche modo, non ancora conosciuto, il meccanismo colloidale dell'orina, con la conseguenza della cristallizzazione e della fusione dei sali. Per questa ragione, è perfettamente inutile l'aprire un rene o un uretere per asportare un calcolo senza ricercare quale è la causa che ostruisce il passaggio dell'orina. E questa è forse la ragione per cui le statistiche riferiscono un numero così grande di recidive, dopo l'eliminazione spontanea od operatoria di calcoli orinari.

Un'altra causa di recidive può risiedere nelle suture, dopo la nefrotomia, si debbono passare attraverso il parenchima renale, per ovviare all'emorragia. Questa sutura è infatti dannosissima per quattro ragioni. In primo luogo rappresenta un corpo estraneo ed irritante; secondariamente i punti stringono un certo numero di tuboli, causando stasi di orina; in terzo luogo così creano delle raccolte microscopiche, o macroscopiche, in cui l'orina ristagna; infine provoca alcune reazioni chimico-fisiche sconosciute, che conducono ad un'ulteriore cristallizzazione dei sali orinari, con la conseguente formazione di calcoli,

Questa è la ragione per cui la pielotomia è divenuta per la cura dei calcoli l'operazione di scelta, mentre tante nefrotomie complete sono seguite dalla formazione di grossi calcoli, che successivamente richiedono la nefrectomia.

La stenosi ureterale invocata per la formazione dei calcoli, spiega anche perchè piccoli calcoli stentano tanto ad arrivare in vescica, mentre se l'uretere avesse il suo calibro normale il passaggio di essi non dovrebbe presentare difficoltà e dovrebbe dar luogo soltanto a una breve colica.

Il riflusso vescico-ureterico al XXVI Congresso francese di Urologia. — LAQUIÈRE. *Revue Médicale Universelle*, n. 11, 1926.

In verità si sarebbe atteso qualche affermazione più nuova, da un Congresso. Tuttavia ecco a che si riduce la discussione, la quale a sua volta si riallaccia alle disquisizioni di circa un trentennio pro e contro il reflusso. La questione, come è noto, si collega intimamente con quella della tanto vessata infezione renale ascendente. Finalmente dunque, grazie alla Relazione del Lepoutre, alle discussioni di Congressisti, ci è concesso dunque di riconoscere quanto da tempo patologhi serii avanzavano: esistere cioè il reflusso ed essere ammissibile l'infezione renale ascendente. Il reflusso può essere accidentale o transitorio, può essere quindi provocato dalla anestesia generale, o dal cateterismo ureterale. Può essere invece *permanente*, come stato morboso, e doversi distinguere in *congenito* cioè da malformazioni delle vie urinarie superiori; oppure di stato beante del meato ureterale, oppure come stato acquisito di cosidetto uretere forzato. Fattori essenziali per l'attuazione del reflusso debbono riconoscersi: 1. Energiche contrazioni vescicali, p. es. nella tubercolosi renale vescicale, nelle cistiti acute, e croniche nei tumori vescicali. 2. Ostacoli alla minzione specialmente nei prostatici. 3. Affezioni localizzate all'estremo ureterale come rigidità flogistiche, diverticoli, tumori juxta-meatici. Come che sia, nel quadro clinico il reflusso è quasi sempre dissimulato dall'affezione preminente; fatti cioè vescicali, sintomi di pielonefrite. Non si può dare eccessivo significato ai dolori lombari accentuatisi durante la minzione, o durante i lavaggi vescicali. Tuttavia richiamare l'attenzione su tali contingenze, per sincerarsene con ulteriore esame. Se possibile la cistoscopia può mostrare il meato beante a bocca di forno, a cratere. L'eiaculazione è torpida, anzi sotto una contrazione vescicale si può vedere del liquido vescicale, con particelle, risalire nell'uretere. Se previo uso di olio gomenolato o soluzioni coloranti in vescica, si procede al cateterismo ureterale, è dato ricavare dal condotto parte di questo liquido vescicale. Date coteste condizioni si comprende l'ascensione infettante al rene; talora la litiasi secondaria. È chiaro che se nella comune dei casi l'indicazione curativa fondamentale resta quella di rimuovere la causa meccanica della disfunzione, cambia l'indicazione stessa di fronte all'avvenuta infezione renale. Entriamo allora in piena chirurgia renale, ed a seconda che si abbia chiara la convinzione della integrità, o della compartecipazione anche del rene opposto, sarà il caso di discutere se si debba procedere alla nefrectomia, ovvero alla nefrostomia bilaterale.

La tubercolosi renale a forma insistentemente ematurica. — SACCHI, dell'ospedale Necker di Parigi. *Archivio Italiano di Urologia*, vol. III, fasc. II.

Sono considerati dall'A., in questa forma quei casi in cui l'ematuria rimane l'unico segno della tubercolosi renale, almeno per un lungo periodo di tempo, e in cui l'ematuria è abbondante e duratura.

Poichè queste ematurie possono prodursi sia prima che dopo nefrectomia, la classificazione nosografica si giova di questa successione:

a) ematurie prima della nefrectomia; 3 casi tipici descritti dall'A. in cui non v'era nessuna altra manifestazione che vi si accompagnasse

Digitized by Google

Caratteri precipui: spontaneità non influenzata dal movimento o dal riposo, abbondanza spesso notevole, qualche volta tale da anemizzare rapidamente il malato, durata variabile da alcune ore a parecchi giorni e delle settimane e ripetentisi frequentemente. Qualche volta possono seguire ad una fatica, ad un eccesso qualsiasi. Mancanza quasi sempre di segni obbiettivi: non dolore nè alla regione renale nè alla vescica nè lungo gli ureteri; solo qualche volta sensazioni vaghe dolorose, senso di pesantezza renale precedenti l'ematuria.

Per la diagnosi sono di sussidio la ricerca del b. di Koch, la prova biologica(inoculazione alla cavia), ricerche — tuttavia — che possono risultare entrambe negative senza infirmare la natura specifica dell'ematuria.

Un elemento probativo per la tubercolosi può essere costituito in tali casi dalla modificazione dell'urina dal lato ammalato, cioè il trovare una differenza considerevole della concentrazione fortuita dell'urea di un lato rispetto all'altro: nella tubercolosi si ha diminuzione della concentrazione ureica e aumento dell'eliminazione acquosa, mentre nel cancro si può avere diminuzione e della concentrazione ureica e dell'eliminazione dell'acqua. Nella calcolosi gioverà la pielografia.

b) Nelle ematurie dopo nefrectomia hanno importanza le manifestazioni a carico del rene rimasto.

Albarran ha così elencato queste lesioni: 1) congestione e albuminuria; 2) cilindruria semplice; 3) nefrite parenchimatosa a tipo di grosso rene bianco con edema, albuminuria e conservazione della permeabilità renale; 4) nefrite ematurica; 5) tubercolosi.

La causa più frequente è la congestione dovuta all'ipertrofia compensatrice del rene rimasto solo. Queste ematurie non sono abbondantissime e sono di breve durata, si accompagnano a breve albuminuria.

Quanto alla prognosi, non molto grave se l'ematuria è modesta e di breve durata. In caso contrario si opera in condizioni più sfavorevoli. Nell'ematuria dopo nefrectomia prognosi riservata. Come cura dopo la nefrectomia, riposo a letto, alimentazione riparatrice, senza eccitanti, bevande abbondanti, emostatici (siero, ergotina ecc.).

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

XXIII RIUNIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

(Roma 16, 17 e 18 Dicembre 1926)

Comunicazioni scientifiche varie (*)

Comunicazioni di Venereo-Sifilografia

a) ***Blenorragia.***

Jaja G. (Bari). *Contributo alla conoscenza del valore diagnostico della deviazione del complemento nella blenorragia.* — Le esperienze furono condotte su circa 500 sieri appartenenti ad individui blenorragici, ad altri certamente immuni da blenorragia (bambini e donne nubili) e ad altri affetti da malattie diverse ma al presente certamente immuni da blenorragia.

La tecnica fu quella solita della reazione di Wassermann; le prove furono praticate con i controlli di tutti gli elementi, con sieri attivi o inattivati; gli antigeni usati furono quelli gonococcici (Gonargine ed antigene I. S. M. il quale ha dimostrato caratteri di più netta specificità rispetto al precedente) ed altri non gonococcici di controllo (leproso, sifilitico, di cuore di cavia).

Dai risultati ottenuti possono ricavarsi le seguenti conclusioni:

La gonodeviazione riveste un carattere di notevole specificità per la sua frequente positività negli individui blenorragici. Il suo valore pratico deve essere commisurato al comportamento verso le forme croniche, bastando per quelle acute il criterio clinico in generale. Nelle nostre esperienze abbiamo osservato che nelle forme croniche, oltre ad avere una percentuale di positività piuttosto bassa, la gonodeviazione alcune volte è in perfetta rispondenza, con i dati clinici, altre addirittura inferiore a questi non riuscendo a dissipare i dubbi diagnostici sorti specialmente in presenza di alcune complicazioni (epididimiti annessiti) nelle quali invece una maggiore frequenza e costanza di risultati sarebbe di grande aiuto alla clinica e basterebbe, a prescindere dal comportamento in altre complicazioni, a dare un grande valore pratico alla prova stessa. Infine la sua persistente positività dopo guarigioni cliniche apparentemente perfette ci lascia in un grande imbarazzo che non è possibile dissipare non essendo ben chiaro se si debba dare maggior valore ai fatti clinici o a quelli sierologici.

Quindi allo stato attuale la gonodeviazione ci sembra essere una prova biologica di scarsa utilità pratica.

Pierangeli W. (Ancona). *Esperienze sulla chemioterapia endovenosa della blenorragia.* — L'O. dopo aver riferito i risultati ottenuti da altri precedenti ricercatori con l'uso del giallo d'acridina per via endovenosa, con speciale riguardo alla terapia della blenorragia, riferisce di aver trattato 68 blenorragici con iniezioni endovenose di Tripaflavina al 2 % in dosi di 5-8 cc. alla volta a giorni alterni. Di questi 68 infermi 43 erano affetti da uretriti anteriori acute, 3 da uretriti antero-posteriori acute con complicanze, 2 da uretriti sub-acute anteriori e 20 da uretriti totali croniche.

Per meglio saggiare tale terapia, non ha fatto ricorso ad altre cure nè locali, nè generali; solamente negli infermi affetti da uretriti croniche ha usato dopo 10 minuti dall'iniez. delle sonde termiche alla Kobelt onde ottenere una iperemia della mucosa con conseguente maggiore irrorazione di trasudato sieroso carico di Tripaflavina. Con tale terapia dei 43 infermi di uretriti acute anteriori ne sono guariti 25 (58 %), dei 3 affetti da uretriti antero-post. 2, dei 2 affetti da uretriti sub-acute 1, e dei 20 affetti da forme croniche 15.

Gli altri pazienti che non sono guariti si sono però, chi più chi meno, avvantaggiati dalla acridinoterapia endovenosa. L'O. dopo aver accennato ai vari lievi disturbi che simile terapia può provocare, conclude con l'affermare che l'uso della Tripaflavina per via endovenosa è raccomandabile purchè ad essa venga associata la cura locale, e solo in questo modo si riesce ad ottenere la guarigione con una percentuale molto maggiore ed in un'unità di tempo molto minore di quella necessaria con altre solite cure e sovratutto si viene ad eliminare il pericolo delle complicanze.

Leidi F. (Brescia). *Applicazioni e risultati della chemioterapia intravenosa acridinica nella uretrite blenorragica.* — L'O. ha applicato il particolare metodo terapeutico proposto da H. Jausion in Francia, in 29 casi di uretrite blenorragica. Di questi: un primo gruppo di 17 era di uretriti blenorragiche acute in atto da non più di 10 giorni e rappresentanti per l'individuo colpito la 1ª infezione. Il secondo gruppo di 12 era costituito da casi di uretrite cronica in atto da un minimo di uno a un massimo di quattro anni. La terapia applicata ha consistito in una iniezione endovenosa di cc. 5 di Gonacrine (Cloridrato di diaminometilacridina) in soluzione al 2 %. Nei casi sottoposti ad essa fu naturalmente evitato qualsiasi altro trattamento anche locale.

Il risultato del metodo è stato assolutamente nullo per il 1° gruppo delle uretriti acute nel quale mai si potè arrivare alla scomparsa del gonococco nemmeno nei casi nei quali si potè arrivare a 24-28 iniezioni.

Nel gruppo delle uretriti croniche i risultati furono meno scoraggianti perchè in tre casi si raggiunse relativamente presto una guarigione che tutt'ora si mantiene completa. Negli altri casi non si ottenne alcun risultato. Va tenuto conto che nei tre casi guariti che pur si erano dimostrati ostinatamente ribelli ai trattamenti più svariati che avevano preceduto non si può precisamente escludere una partecipazione di questi trattamenti stessi al raggiungimento della guarigione. L'O. conclude che il metodo terapeutico è da ritenersi — almeno per le forme acute — privo di interesse pratico. Il metodo per quanto anche all'O. sia risultato nel complesso non dannoso all'organismo, pure ha dimostrato molto frequentemente di avere una chiara influenza sul ritmo cardiaco ed ha non raramente dato luogo negli individui trattati ad elevazioni termiche accompagnate da qualche fenomeno generale, sia pure senza conseguenze apprezzabili.

Marcozzi A. (Pisa). *Chemioterapia antigonococcica con derivati dell'acridina e delle aldeidi.* — L'O. ha trattato 27 casi di uretrite blenorragica acuta e subacuta con tripaflavina al 2 %, sia in soluzione acquosa semplice che in soluzione glucosata al 50 %, praticando ad ogni malato dalle 20 alle 30 iniezioni endovenose.

Le conclusioni dell'O. sono le seguenti: a) la terapia dell'infezione gonococcica mediante le sole iniezioni endovenose di tripaflavina sia in soluzione acquosa semplice che glucosata al 50 %, non porta a guarigione di per se il processo morboso; b) la terapia acridinica nell'uretrite e cistite acuta, subacuta e cronica, associata alla terapia locale sembra favorire quest'ultima, sensibilizzando i gonococchi verso gli antisettici.

(*) [*Nel fasc. precedente* (*n.* 4) *sono stati pubblicati i riassunti dei temi di relazione con le relative discussioni.* N. d. R.].

Digitized by Google

L'O. ha inoltre trattato 18 casi di uretrite acuta e subacuta con derivati delle aldeidi (Uroformina al 40 % e Cylotropina) associando alla terapia endovenosa il trattamento locale con permanganato di potassio in dosi crescenti.

Per gli scarsi risultati ottenuti e per gli inconvenienti verificatisi nel corso della cura, l'O. si dichiara contrario all'applicazione pratica di questo metodo.

Flarer (Pavia). *Contributo alla conoscenza dei processi infiammatori acuti non gonococcici del testicolo.* — L'O. richiama l'attenzione sulla difficoltà di diagnosi completa, specialmente etiologica, dei processi infiammatori acuti non gonococcici, che pure dalla casistica recente risultano non del tutto infrequenti.

L'O. comunica tre casi di tali forme, interessanti sia dal lato del quadro clinico, sia dal punto di vista etiologico. Nel primo caso si tratta di forma di orchite monolaterale acuta, recidivante, nella quale esclusa nel modo più rigoroso la presenza del gonococco anche dall'uretra, viene isolato sia dall'uretra stessa che dal testicolo mediante puntura esplorativa e accertamento culturale lo stafilococco albo. Nel secondo caso si tratta di forma acutissima bilaterale di orchite, in essa esclusa in modo assoluto come nel precedente caso la partecipazione del gonococco al processo, viene isolato e coltivato il bacterium coli, ed eseguita cura con vaccino coli, si ottiene guarigione rapida e completa. Nel terzo caso, trattasi di forma acuta recidivante a poussées, nella quale pure con puntura esplorativa del testicolo viene isolato, coltivato ed identificato un germe con le caratteristiche del pneumococco, tipo III o streptococco mucoso.

b) ***Ulcera venerea.***

Maccari F. (Siena). *La vaccinoterapia specifica dell'ulcera venerea e delle sue complicazioni.* — L'O. riferisce l'esito delle esperienze di vaccinoterapia specifica dell'ulcera venerea eseguite nella Clin. Dermosifilopatica di Siena, usando il vaccino di Nicolle (Dmelcos) per via endovenosa in una piccola endemia di ulceri veneree particolarmente virulenta.

I casi così curati sono stati 19 parte degenti in Clinica e parte trattati ambulatoriamente. Con esso non è stata notata nessuna intolleranza, ma specialmente alla prima dose, reazione febbrile assai vivace (39°,5-40°,2 e più). Nessuna reazione e nessun dolore al punto d'iniezione. Reazione di focolaio limitata a senso di calore e di formicolio alle ulcere e alle linfoadeniti. Complessivamente si è avuto: 4 casi guariti con 2 iniezioni; 5 con 3; 4 con 4; 2 con 5; 3 recidive 1 insuccesso.

Degni di rilievo due casi con complicazione di linfoadenite già francamente fluttuante guarite completamente con vaccino senza bisogno di incisione chirurgica e un caso di ulcera venerea terebrante con bubbone ulcerato guarito con 2 iniezioni.

Per controllo è stato usato in due casi un vaccino aspecifico (tipo T. A. B.), col quale si sono avuti però risultati assai inferiori. In uno di questi l'intervento ulteriore della terapia specifica ha portato in breve guarigione che non si era ottenuta col vaccino aspecifico usato lungamente.

Concludendo l'O. ritiene la cura specifica alla Nicolle superiore ad ogni altra, per quanto, a causa delle vivaci reazioni, non consigliabile nell'ulcera venerea semplice. È consigliabile invece nelle complicanze di linfoadenite e nel fagedenismo, dove del resto si osservano gli esiti più nettamente specifici e più pronti.

Devoto A. (Genova). *Vaccinoterapia dell'ulcera venerea.* — L'O. ha sperimentato il vaccino antistreptobacillare «Dmelcos» per via endovenosa in 40 casi di ulcere veneree semplici o complicate da adeniti, bubboni linfangiti. I risultati terapeutici sono stati ottimi: data però la forte reazione febbrile (fino 41°) che le iniezioni generalmente provocano, crede di dover limitare l'uso del vaccino solo ai casi di ulcere multiple molto estese, o di localizzazioni difficilmente accessibili alle altre cure, o nelle ulcere che si dimostrano resistenti ai comuni mezzi terapeutici.

L'O. ha trovato il vaccino completamente inefficace nelle ulcere da innesto sperimentale.

Tarantelli (Roma). *Valore diagnostico e curativo del vaccino streptobacillare (Dmelcos).* — L'O. ha eseguito la intradermoreazione di Ito Reestierna su 222 soggetti: 110 idenni di ulceri s. c. in atto o pregresse, 90 con ulceri in atto complicate o no, 22 con infezione pregressa. Conclude che la reazione, pur perdendo in pratica del suo valore diagnostico per qualche caso di aspecificità, per reazioni di gruppo, perchè è presente dopo molti anni dall'infezione, e pel fatto che tutte le reazioni cutanee sono in parte ipotecate dalle sensibilità non specifiche (vasomotoria, neurotrofica), può riuscire di grande ausilio diagnostico. Ha eseguito inoltre la vaccinoterapia su 5 casi d'infezione streptobacillare, di cui uno con infezione mista, con sei iniezioni endovenose di vaccino (Dmelcos). Avendo osservato, costantemente, alla fine del trattamento la presenza dello streptobacillo nelle ulceri, durante la cura innesti o complicazioni per nulla influenzati dalle iniezioni vacciniche successive, ritiene che gl effetti favorevoli da altri precedentemente riscontrati non sono costanti, e quando essi si ottengono non sono dovuti all'azione terapeutica specifica del vaccino, ma piuttosto alla proteinoterapia in genere e all'ipertermia in ispecie, non trascurando l'azione locale esercitata da applicazioni di acqua bollita o pomata indifferente. Non ritiene che il vaccino possa entrare nella pratica usuale per la cura delle ulceri s. c. e complicazioni, poichè nelle sue prove non si è mostrato superiore per efficacia terapeutica ad altri metodi, specifici o non, e perchè può riuscire a volte pericoloso come in un caso, che dopo tre ore dalla prima iniezione ebbe shock, e diarrea mista a sangue dopo due giorni.

Cappelli J. (Firenze). *Ulcerazioni acute dei genitali di natura non venerea. (Trasmissione per contagio sessuale).* — L'O. esposto il contributo personale viene alle seguenti conclusioni:

1) Astraendo da tutte le ulcerazioni genitali sintomatiche di infezioni generali (difterite, tifo, paratifo, eritema polimorfo, etc.) le forme, per così dire autoctone e di etiologia non ben definita, sono più frequenti di quanto non si creda.

Le osservazioni sarebbero certamente più numerose se gli specialisti restassero un pò meno sotto l'influenza del preconcetto che lesioni degli organi genitali debbano per lo più essere di origine venerea e rientrare nella triade nosologica dominante, e frenassero un pò di più lo zelo, sia pure giustificato delle prescrizioni e degli interventi terapeutici.

2) Il quadro clinico delle ulcerazioni predette si presenta assai più vario di quello tracciato dal Lipschütz e limitato ai tre tipi della forma gangrenosa, pseudo-venerea, e miliare. Dal punto di vista dei caratteri morfologici, possono osservarsi notevoli varietà, specialmente del II tipo, dalla forma abrasiva tipo impetiginoide alla forma profondamente scavata, a quella lievemente vegetante.

Si sono osservate, in un caso localizzazioni vaginali e sul collo uterino.

Resta comune a tutte queste forme il carattere di benignità (forme con febbre alta) la scarsa o nulla tendenza a metastasi ghiandolari il decorso piuttosto breve, (in rapporto alle perdite di sostanza) la risoluzione sollecita con lievi applicazioni antisettiche, senza ricorrere a caustici.

3) Queste ulcerazioni non sono solo osservabili in bambine, in ragazze vergini, o vecchie zitellone, ma anche in donne in piena maturità, completa funzionalità sessuale, in donne maritate in prostitute.

4) Alcune di queste forme sono trasmissibili per contatto sessuale. In un caso personale la donna asseriva di essere stata contagiata dal fidanzato affetto da forme simili, ma non constatate. In due casi si constatarono evidenti contagi fra marito e moglie (ambedue ricoverati nella Clinica di Torino) fra amico ed amica (Clinica di Firenze).

5) Dal complesso delle ricerche intese a dimostrare la natura di queste lesioni (indagini batteriologiche, inoculazioni sperimentali) resulta, che non può valere come carattere patognomonico il reperto del bacillus crassus di Lipschütz, che può mancare mentre si trovano altri germi ospiti più o meno obbligati della zona genito anale.

6) Riguardo alla patogenesi, a parte il valore reale, dei singoli germi e delle loro associazioni simbiotiche, possono concorrere elementi intrinseci capaci di modificare la patogenicità della flora genitale (periodo mestruale etc.) ed estrinseci (rapporti extra genitali di un caso di coito-anale).

7) La diagnosi di queste ulcerazioni si basa sopra tutto sui loro caratteri morfologici, clinici (decorso!) e sulla assoluta esclusione di forme veneree sifilitiche, fondate su ripetute ricerche dello strepto bacillo, e del treponema, e ripetute indagini serologiche e sperimentali (inoculazioni).

8) La loro conoscenza è assolutamente necessaria dal punto di vista non solamente clinico ma medico legale, in un caso di personale osservazione tutte le ricerche furono intraprese e dovute e certificare per alte ragioni di indole morale.

c) ***Sifilide.***

Pasini A. (Milano). *Superinfezione sifilitica e fenomeni immunitari nella sifilide.* — L'O. ha praticato a scopo di superinfezione sifilitica innesti eterologhi, con piccoli frammenti di tessuto ricco in treponema pallido vivente e mobile, introducendoli in tasche epdermico-dermiche di 10 persone affette da sifilide in atto ed in vario periodo della malattia. In tutti i pazienti ha praticato contemporaneamente, o qualche giorno più tardi, un innesto di controllo con tessuto di granulazione asettico. In 4 ammalati ha ripetuto, alla distanza di alcuni giorni dal primo, un secondo innesto eterologo treponemico, variando la sede. In 7 ammalati ha praticato contemporaneamente, in sedi diverse, un autoinnesto ed un eteroinnesto treponemico, oltre al solito innesto di controllo con tessuto asettico. Osservò quanto segue:

Digitized by Google

La superinfezione sperimentale sifilitica nell'uomo non si verifica in modo costante. L'O. la ottenne con una proporzione del 63 %.

Il materiale treponemico eterologo si comporta in modo differente innestato contemporaneamente in diversi individui sifilitici, nonchè in uno stesso individuo dall'uno all'altro distretto cutaneo. Indifferente all'innesto treponemico si dimostrò il tessuto di cicatrice derivante da precedenti manifestazioni sifilitiche terziarie. Ciò conferma che nella sifilide accanto ad una immunità generale esiste una immunità locale.

La reazione allergica flogistica conseguente all'innesto treponemico eterologo si deve interpretare come una difesa istiogena contro il parassita, del quale determina la scomparsa. Ciò non implica però impossibilità al costituirsi di manifestazioni specifiche di superinfezione. E' quindi verosimile che il treponema persista nella lesione allergica in forma e fase evolutiva non dimostrabile con le attuali nostre conoscenze di ricerca.

L'innesto treponemico eterologo non è sempre seguito alla sua volta dalla comparsa di reazioni allergiche (immunità locale) e da manifestazione specifica di superinfezione. Si deve quindi ammettere che accanto ad una difesa per immunità istiogena che si manifesta col fenomeno allergico ne esista un'altra per immunità umorale che non si traduce con alcuna manifestazione clinica.

L'innesto treponemico autogeno dà, per solito, reazioni allergiche molto più leggere e transitore di quelle determinate dall'innesto treponemico eterologo.

I medicamenti specifici, nel mentre agiscono con rapidità ed energia sulle manifestazioni della sifilide spontanea, hanno azione lenta e ritardata su prodotti di innesto treponemico eterologo, dei quali non impediscono il costituirsi e, per un certo tempo, la evoluzione.

Successivi innesti treponemici eterologhi di superinfezione danno, per solito, reazioni allergiche progressive maggiori, e talvolta imponentissime. Ciò indica una ipersensibilità ed una iperreagibilità acquisita dei tessuti a successive introduzioni di virus sifilitico, e trova riscontro in quanto si osserva per diverse altre malattie infettive (Zironi).

Non è bene conosciuto e dimostrabile il meccanismo delle sensibilità e delle reazioni istiogene allergiche. Fra le teorie che danno importanza prevalente difensiva alla reazione linfocitaria o ad una fagocitosi obbligata per parte degli elementi del sistema reticolo-endoteliale, la ricerca anatomica sperimentale sulle produzioni allergiche dimostra, senza peraltro poterne ancora precisare il valore, una grande partecipazione degli elementi di detto sistema reticolo-endoteliale.

Crosti A. (Milano). *La terapia orale della sifilide coi derivati dell'acido ossi-amino-fenilarsinico.* — L'O. espone i risultati ottenuti nella Clinica di Milano con la terapia di questi composti arsenicali nella sifilide. Furono esperimentati lo stovarsolo, lo spirocid, il treparsolo il sygmargil e l'edoiacol senza che clinicamente fosse rilevabile una differenza di efficacia e di tolleranza fra questi prodotti; così pure non è stato possibile provare una variazione costante di azione e di eliminazione fra derivati fenilici ed acetilici. Il ritmo di eliminazione fu controllato col dosaggio dell'arsenico nelle orine col metodo di Lehmann e col metodo di Lange Blake. L'eliminazione è in generale molto rapida, per cui in questa terapia orale non pare siano frequenti accumuli pericolosi di medicamento.

Questi risultati sperimentali hanno permesso in ammalati, continuamente sorvegliati l'introduzione di dosi molto alte dei composti, pari a gr. 10 + 15 + 20 di arsenico in tre mesi di cura continuata somministrando settimanalmente un grammo del medicamento al giorno per cinque giorni di seguito. Le intolleranze non sono molto frequenti nè gravi in quanto si manifestano fin dalle prime somministrazioni: evolvono con sintomatologia intestinale, renale, cutanea in ordine di frequenza. Naturalmente sono preparati da usarsi solo con grande sorveglianza dei malati. La loro azione sulle manifestazioni luetiche è quasi sempre evidente e pronta, sebbene meno rapida di quella che siamo soliti osservare con gli arsenobenzoli introdotti per via endovenosa; l'azione sulla Wassermann è invece molto tardiva, tanto che solo dopo 3, 6 e più mesi di cura intensa si possono raggiungere sierodiagnosi negative.

I derivati dell'acido ossi-amino-fenilarsinico si devono ritenere dotati di una vera azione specifica e come tali si debbono classificare fra i preparati antisifilitici utili, anche se la incompleta esperienza odierna non permette di giudicarli fra i migliori.

Petranich C. (Fiume) *Terapia malarica della sifilide.* — L'O. ha trattato con la terapia malarica (terzana) neosalvarsan, al reperto celtico del civico Ospedale di Fiume, 47 casi di lue secondaria recente e tarda, prendendo in considerazione soltanto malati con alterazioni specifiche del liquido cefalo-rachidiano. I risultati furono oltremodo incoraggianti. Nella maggioranza dei casi di sifilide II inveterata, registrò (nel liquor c. r.) modificazioni che si presentavano prima a carico degli elementi cellulari, di poi diminuzione dell'iperglobulinosi e dell'intensità delle reazioni colloidali, infine flessione, alcune volte parziale, altre assoluta della Wassermann.

In tutte l'osservazioni di sifilide I e II recente, subentrò al trattamento associato aspecifico-specifico, rapida flessione di tutte le reazioni biologiche, tanto del liquor come della siero-Wassermann.

Il disaccordo spesse volte notato tra la persistente negatività della siero-Wassermann e le positive reazioni del liquor, ben dimostra l'opportunità e l'alto valore sia diagnostico che prognostico della puntura lombare, che dovrebbe venir praticata in ogni caso di lue e quanto prima tanto meglio.

L'O. ritiene esser giustificato di ricorrere a questa nuova risorsa terapeutica in tutti i casi di sifilide secondaria, che malgrado energiche, ripetute e svariate cure specifiche, ostentano alterazioni reattive del liquor, tanto più che il decorso della malaria sperimentale in tutte le sue 47 osservazioni è stato relativamente benigno e differì nosologicamente non poco da quello della classica malaria; anzitutto: per la sua stupefacente ipersensibilità al chinino e sua completa guarigione di fronte allo spesso chinino-ribelle malaria spontanea; per la polimorfia e atipia della curva febbrile; per la mancanza di recidive e del tumore lienale; per l'impossibilità di trasmettere la malaria inoculata con anofeli (come dimostrata dagli esperimenti Wagner, Barzilai-Vivaldi e Kanders); pochissimi plasmodi anche durante l'acme febbrile, poverissimi di pigmento, con nessuna o scarsa capacità di produrre gameti, ecc.

L'O. rileva che per arrivare a delle conclusioni definitive sia indispensabile ulteriore esperienza e l'osservazione dei casi prolungata per anni; consiglia però d'esperimentare questo nuovo metodo in tutti i casi che offrono le suesposte indicazioni.

Peli G. (Roma). *La reazione del Vernes.* — Riferisce i risultati ottenuti dal confronto della R. W. e M, T. R. su 2056 sieri. Riporta sei grafiche di sifilitici in trattamento per la dimostrazione delle curve sierologiche e conclude che la R. V. è più sensibile che la R. W. e in M. T. R. La R. V. è specifica per la sifilide in attività quanto la R. W. e M. T. R. Però la R. V. troppo spesso dimostra cifre basse di difficile e non troppo agevole interpretazione clinica che gli fanno ritenere la R. V. non potersi disgiungere dalla R. W.

Comunicazioni di Dermatologia

a) *Tubercolosi cutanee.*

Radaeli A. (Genova). *La cura delle tubercolosi cutanee coi vari mezzi fisici.* — L'O. ha sperimentato applicazioni di Röntgen, Radium, Kromayer, neve carbonica, bagni totali di luce con lampade di quarzo Jesionek sopra 94 ammalati di tubercolosi cutanee per un totale di 3482 applicazioni. Riporta i risultati ottenuti e mostra numerose fotografie. Viene alle seguenti conclusioni: Il Röntgen usato a piccole dosi è sopra tutto utile nel trattamento iniziale di forme di lupus tumidi, vegetanti, ulcerati. Difficilmente esso porta però alla risoluzione completa del focolaio luposo.La risoluzione si può invece ottenere aggredendo col Radium i noduli luposi i quali sotto le applicazioni di Röntgen si sono più o meno nettamente isolati e distinti.

La lampada di Kromayer, adoperata con compressore, con luce bianca o con filtri bleu di diverso spessore, ha un'azione necrosante in superficie; non determina compartecipazione reattiva degli strati medi e profondi del derma; ha perciò scarsa azione sui focolai luposi.

La neve carbonica viene impiegata con buoni risultati nel lupus della mucosa nasale, là dove non si può arrivare col Radium.

I bagni totali di luce sono un prezioso aiuto nella cura delle tubercolosi cutanee: l'O. ha ottenuto notevoli miglioramenti di focolai che avevano resistito ai mezzi fisici comunemente impiegati.

Radaeli Francesco. (Genova). *Contributo alla conoscenza del sarcoide di Boeck.* — L'O. ha studiato due casi della malattia. Sono da rilevare nel *primo caso*: eruzione cutanea rappresentata al viso da elementi nodulari, sul collo e sugli arti superiori da piccolissimi elementi papulosi lichenoidi; — ingrossamento fusato della falange dell'anulare della mano D. che mostra alla radiografia zone di decalcificazione nelle epifisi e nella parte distale della diafisi; — processo fibroso biapicale e reperto radiologico di piccole zone di calcificazione e di opacità disseminate peribronchiali; — formula leucocitaria normale in ripetuti esami; — cutireazione con tubercolina umana e bovina, intradermo-reazioni, oftalmo-reazioni, iniezioni di tubercolina negative; — innesti sperimentali dalla cute e da un ganglio linfatico asportato, ricerca del bacillo di Koch negative; — identità fondamentale di struttura istologica tra gli elementi nodulari e i piccoli elementi lichenoidi essendo entrambi costituiti essenzialmente da elementi epitelioidi, cellule giganti a tipo vario (nuclei a corona periferici; nuclei in unico ammas-

Digitized by Google

so centrale o periferico), linfociti, con scarsissima reazione dei tessuti cutanei circostanti.

Nel *secondo caso* (il cui studio non è ancora completo) l'eruzione cutanea era costituita da un unico nodulo localizzato alla tempia sinistra, a struttura identica a quelli del caso precedente; la formula leucocitaria era normale; esisteva un lieve ingrossamento della falange del mignolo della mano destra nel quale la radiografia dimostrava qualche lieve irregolarità del contorno della diafisi.

L'O. rileva la mancanza nei suoi casi di fatti clinici e di reperti ematologici che depongano per un'affezione sistematica dell'apparato linfatico secondo il concetto di Schaumann. Risulta invece confermata la frequenza di alterazioni ossee con sedi e tipo speciali.

Riguardo alla eziologia le lesioni cliniche e radioscopiche riscontrate nel primo caso depongono per la tubercolosi. Le prove biologiche dimostrano uno stato di anergia al quale forse si connettono certe particolarità del quadro istologico cutaneo.

Rossi G. (Padova). *Un caso di acnitis.* — L'O. presenta ed illustra un malato affetto da forme nodulari sparse sulla faccia, sulle braccia e sulle gambe, interessanti alcune l'ipoderma, altre, più superficiali, il derma. L'affezione dura da cinque mesi. La reazione Wassermann ha dato esito negativo. La cutireazione positiva. All'esame istologico: reperto di granuloma tubercoloide. Viene fatta diagnosi di acnitis.

Masia A. (Torino). *Contributo clinico allo studio delle tubercolidi con presentazione di fotografie e radiografie (nota preventiva).* — L'O. riferisce brevemente alcune osservazioni cliniche, riguardanti due pazienti, ricoverate e studiate nella R. Clinica dermosifilopatica di Torino, durante l'anno scolastico 1925-1926, affette da *lupus volgare* tipico in piena attività, le quali hanno presentato un'eruzione micropapulosa diffusa, a sede follicolare, per cui l'O. ha ammesso la diagnosi di *tuberculide micropapulosa lichenoide follicolare* (Lichen scrophulosorum di Hebra, scrofulide bottonosa di Bazin, tuberculide lichenoide di Darier).

L'O., rilevato l'interesse dei casi, dopo aver discusso su la diagnosi differenziale con altre dermatosi, enuncia le varie teorie, ammesse nel determinismo delle tuberculidi, giudicando fra queste più probabile la tossinica-bacillare.

b) *Lupus eritematoso.*

Freund E. (Trieste). *Su ulteriori esperienze con i preparati di oro nella cura del lupus eritematoso.* — L'O. riferisce sulla cura di 26 casi di lupus eritematosus con i preparati di oro, 10 dei quali già riferiti alla XXII riunione della Società It. Derm. e Sif. Furono usati i seguenti preparati: Krysolgan (Supragol), Sulphoxylat II (Solganal) — tutti e due preparati dalla Casa Schering; Aurofos (Firma Casella-Francoforte), Trifal (Hoechst) e Neocrisolo ICI. L'O. non osservò nell'ultimo anno come anche nel primo anno delle sue esperienze, alcun incidente di importanza ed ebbe i seguenti risultati che riguardano tutti i 26 casi da lui curati: 52 % dei casi furono guariti, 22 % molto migliorati, 13% leggermente migliorati (questi si trovano tuttora in cura mentre in 13% s'ebbe insuccesso completo. In 1 caso degli ultimi s'ottenne la guarigione con iniezioni endovenose di Neosalvarsan. In quanto all'efficacia dei singoli preparati da lui usati l'O. non può esprimersi quale dei preparati sia il preferibile, giacchè per un tale confronto il numero dei casi è troppo esiguo ed avendo essi una differente eziologia, durata e forma. Certo è che i meno tossici sono il Solganal e il Neocrisolo ICI, tutti e due efficacissimi. Ma anche negli altri preparati, pure dotati di grande efficacia, è possibile evitare qualsiasi spiacevole incidente attenendosi alle prescrizioni del Feldt, cioè, cominciando con dosi minime e osservando le prescritte distanze.

L'O. conclude che la cura con i preparati aurici nel lupus eritematosus sia il metodo di scelta.

De Favento P. (Trieste). *La cura del lupus eritematoso con la crioterapia.* — Il dott. De Favento tratta della cura locale del lupus eritematoso con la crioterapia, usando l'apparato di Lortat-Jacob. La superiorità del metodo, in confronto della usuale applicazione della neve carbonica, sta nel dosaggio della pressione, nella costanza della temperatura (— 80) e nella formazione di bellissime cicatrici. Si osserva oltre all'effetto locale anche un'azione generale per distanza, dovuta al riassorbimento delle sostanze, che si formano al punto della congelazione. Ebbe a curare 9 casi di lupus eritematode con 6 guarigioni durature, 2 miglioramenti ed un caso non guarito. Conclude coll'osservare, che per il lupus eritematoso non può esistere una cura unica, come la causa del male non è unica: che in ogni caso la crioterapia, con l'apparecchio di Lortat-Jacob, rappresenta uno dei mezzi migliori di cura locale, tanto per la semplicità della tecnica, quanto per i bei risultati che si ottengono.

Majocchi D. (Bologna). *La cura del lupus erythematosus con la metodica sostituzione dei Pflaster e dei Salben.* — L'O. chiama cura *metodica di sostituzione*, perchè s'inizia con i *Pflasters*, e appresso questi sono sostituiti dai *Salben*. Dopo avere sperimentato parecchi *pflasters*, si è limitata all'uso di tre. 1° *pf. resorcinico.* 2° *pf. salicilico.* 3. *pf. mercuriale*, preferendo più tardi il *pf.* resorcinico, e usando gli altri in casi vari. Rispetto ai *Salben* si è attenuto all'uso del *S. litargirico* e del *S. all'ossido di zinco.* La loro applicazione si fa tagliando pezzi di detti sparadrappi, aventi forma e grandezza delle chiazze lupose, e facendoli aderire sulla parte. La durata di applicazione dei pflasters è varia, da 8 a 10 giorni e anche più, servegliando la reazione infiammatoria, caratterizzata, da *iperemizzazione maggiore, stato umido, esfogliazione epidermica*: ma, arrivata questa al suo acme, si passa all'applicazione del *Salben* sopratutto del *S. litargirico*, la di cui durata sulla parte può essere, tanto di settimane, quanto di mesi, finchè viene estinto il processo che potremo dire *d'infiammazione sostitutiva.*

Di siffatta applicazione però occorre tener conto di tre condizioni: a) *della forma di lupus eritematoso*, b) *dell'estensione*, c) *della sede.* Usando pertanto il *pf. resorcinico*, seguito dal *S. litargirico*, nelle forme a base non fortemente congestiva, a chiazze circoscritte, e a sedi piane, si possono ottenere splendide guarigioni. Nei casi di riproduzione si ripete l'applicazione.

Cattaneo L. *(Milano). Il Krysolgan nella cura del lupus eritematoso.* — Nella clinica Dermosifilopatica di Milano è stato impiegato il Kr. nella cura di ammalati di lupus eritematoso. Di questi due pazienti l'uno con l. er. prevalentemente flogistico alla faccia e l'altro con l. er. acuto generalizzato, ebbero notevole vantaggio: due altri con localizzazioni ipercheratosiche alle guancie migliorarono, il quinto non ritrasse alcun giovamento. Il sesto malato con forma infiammatoria alla faccia ebbe dopo la prima iniezione di un decimo di milligrammo una violenta reazione con rialzo termico, cefalea, emottisi, riacutizzazione di forma polmonare con exitus.

Una sola volta è stata osservata la reazione flogistica a focolaio non mai la così detta reazione del pallore.

L'A. consiglia prima di usare il Kr. un accurato esame dell'ammalato, esame che non dovrebbe essere mai disgiunto da osservazione radioscopica dell'apparato polmonare. Inoltre per evitare eventuali gravi reazioni sia di focolaio che generali necessita saggiare la tolleranza individuale al medicamento stesso e ritiene sia opportuno iniettare come prima dose quantità di Supragol ancora minori del decimo di mm. dose entrata oramai nell'uso comune.

Porcelli R. (Livorno). *Sulla cura del lupus eritematoso.* — Dopo i pur rarissimi casi di morte e quelli più frequenti di non lievi disturbi consecutivi alle iniezioni di preparati aurei, è parso utile all'A. tentare di aggirare la questione, facendo pervenire nei tessuti luposi l'oro non per il tramite dell'intero organismo, ma dall'esterno mediante la ionoforesi. Con questo sistema è stato possibile impregnare di particelle auree i tessuti malati, senza che l'organismo risentisse di alcun minimo disturbo. I risultati curativi sono stati però assai scarsi, anche usando svariati sali aurei, come gli stessi componenti dei preparati iniettabili del commercio, oppure il cianuro, il cloruro d'oro ecc.

L'A. ha pensato allora di irradiare con raggi Röntgen di adatta durezza queste zone già impregnate di particelle auree ed ha osservato, con sorpresa, la rapidissima scomparsa delle eruzioni lupose, mentre gli stessi raggi Röntgen usati da soli su chiazze adiacenti non aveva dato che trascurabili risultati. Restava però da decidere se si trattasse di un'azione specifica dell'oro esaltata dai raggi R. o piuttosto delle radiazioni secondarie emesse dalle particelle metalliche percosse da raggi R.

Successive esperienze dell'A. hanno mostrato che gli stessi brillanti risultati si ottenevano irradiando chiazze lupose ricoperte da sottili lamine d'oro. Non restava allora che ammettere la esistenza di radiazioni secondarie emesse dall'oro in lamina oppure in minutissime particelle (introdotte coll'ionoforesi), aventi azione risolvente e cicatrizzante simile a quella esplicata dalle particelle argentiche e che costituiscono la base del metodo Ghilarducci per la terapia degli epiteliomi ulcerati.

L'A. ritiene questo metodo degno di considerazione e di ulteriore studio.

c) *Dermatosi varie.*

Tommasi (Siena). *Sclerodermia generalizzata e distiroidismo postencefalitico.* — L'O. riferisce di un caso di un giovane di 32 anni che si ammalò di forma non grave di encefalo-mielite epidemica. Trascorso un periodo sub-acuto della malattia, dopo alcuni mesi, perdurando uno stato cronico della forma con accenni di parkinsonismo, cominciò prima ad avere alcune chiazze di sclerodermia che successivamente si generalizzò invadendo l'intera persona — tranne il capo — a tipo di sclerodermia acuta e cioè con orlo eritematoso violaceo e fatti di edema infiammatorio nelle zone di nuova invasione. Non polinevrite, nè sintomi radi-

Digitized by Google

colari. All'esame generale si trovò di notevole una evidente ipervagotonia e sintomi indubbi di insufficienza tiroidea.

L'O. deve escludere una spiegazione periferica (forma polinevritica o radicolare dell'encefalite), come anche una localizzazione infettiva della tiroide, ed anche una sindrome ipofisaria, sia in base alla letteratura che allo studio sintomatologico del suo malato.

Egli perciò ammette la seguente patogenesi: Lesione da encefalite dei centri superiori della vita vegetativa localizzata nel 3. ventricolo o nello infundibulo. Attraverso questa lesione, disfunzione del sistema nervoso vegetativo e specialmente del simpatico; ciò ha portato forse alle prime lesioni discrete ed isolate di sclerodermia. Successivamente la disfunzione del simpatico e specie dei suoi centri avrebbe portato alla ipofunzione e forse alla degenerazione della tiroide per *influenze riflesse* su di essa, secretive e nutritive. Questo deve avere aggravato a sua volta lo stato di disfunzione del simpatico cutaneo onde sono comparsi i disturbi vasali che hanno portato alla sclerodermia acuta in modo tumultuoso. Notevole l'insensibilità della a. ad altissime dosi di tiroidina.

Secondo caso, questo, nella letteratura, di Sclerodermia comparsa come postumo di Encefalite epidemica.

Mariani G. (Bari). *Cute e paratiroidi.* — Disfunzioni delle paratiroidi, determinanti alterazioni del metabolismo salino e specialmente del calcio, rappresentano, secondo l'O., uno degli elementi etiopatogenetici delle alterazioni dei peli, delle unghie, delle funzioni ghiandolari cutanee, della resistenza ed elasticità del derma, quali si notano nelle onicodistrofie, nelle alopecie, nelle sclerodermie, ecc. Così pure una disfunzione tiroidea è da ritenersi in causa in alcune sindromi cutanee (forme prurigo-simili delle diatesi essudative infantili, molti casi di urticaria, alcune acrodermatiti croniche), che si accompagnano con altri segni generali di disparatiroidismo.

Masia A. (Torino). *Granuloma vegetante pseudotubercolare della regione sottomandibolare sin. di origine stafilococcica.* — L'O. riassume brevemente la storia e le ricerche cliniche di un paziente, ricoverato e studiato nella Clinica dermosifilopatica della R. Università di Torino durante l'anno scolastico 1925-1926, affetto da una forma cutanea granulomatosa vegetante della regione sottomandibolare sin. preceduta da tumefazione e suppurazione locale di alcune ghiandole linfatiche con ulcerazione consecutiva. Nel caso in questione per i caratteri clinici, il decorso cronico delle lesioni (1921), l'esito negativo delle inoculazioni in animali, l'esame istologico ed inoltre per i reperti parassitologici e culturali è stato possibile fissare la diagnosi di *granuloma vegetante pseudotubercolare da stafilococco piogeno aureo,* dopo avere eliminato le altre affezioni più comuni.

L'O. mette in rilievo i seguenti dati, che gli sembrano in particolar modo interessanti: a) *il decorso eminentemente cronico della lesione,* b) *la sindrome adenitica, che ha preceduto la forma granulomatosa vegetante,* c) *l'isolamento in cultura pura dello stafilococco piogene aureo,* d) *la risoluzione della lesione con cicatrice definitiva a tipo di cheloide.*

Balbi E. (Padova). *Sierodiagnosi dei tumori della cute.* — L'O. esegue la R. meiostagminica di Ascoli, R. M. S.; la R. meiostagminica precipitante di Izar, R. M. P., la R. di flocculazione ed intorbidamento all'oleato sodico Kahn; la Enzimo reazione su 24 portatori di neoplasie epiteliali della cute e su 12 soggetti con processi cutanei precancerosi. Nei portatori di neoplasie la R. M. S. è positiva nell'8,3 %; la R. M. P. nel 4,2 %; la R. di Kahn nell'8.3 %; la enzimoreazione nell'84 % dei casi. Nei soggetti con forme precancerose le suddette reazioni danno risultati negativi.

Blasi C. (Milano). *Glicemia e colesterinemia nella psoriasi e cura insulinica.* — Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali. L'O. ha ricercato in 19 casi di psosiasi il tasso del glucosio e della colesterina nel sangue, trattando con la cura insulinica 13 soggetti che si prestavano a tale studio, Ha trovato iperglicemia in 8 casi (42 %) e ipercolesterinemia in 6 casi (35 %). Dalla insulinoterapia ha ottenuto i seguenti risultati: in 5 casi (37.8 %) miglioramento parziale senza ottenere peraltro la guarigione clinica assoluta. Nel resto: risultati negativi pur avendo insistito nella somministrazione sia per molto tempo che per la quantità e avendo decisamente osservata l'azione dell'insulina sull'abbassamento della curva glicemica.

Conclude che il tentativo della insulinoterapia è giustificato quando le ricerche di laboratorio svelino qualche alterazione nel ricambio dei carboidrati tenendo conto della varia etiologia e patogenesi di questa sindrome cutanea in cui i tentativi di cura sono così molteplici.

Bussalai L. (Savona). *Un caso di xantoma diabetico.* — L'O. presenta un ammalato di xantoma diabetico, studiato recentemente all'ospedale S. Paolo di Savona, insieme col primario medico Prof. Datta, ammalato presentante un'eruzione di neoformazioni xantomatose multiple, insorte mentre l'ammalato era sotto cura con insulina per il diabete magro dal quale era affetto da quattro anni prima.

Tenuto in osservazione dall'O. nel proprio Reparto e sottoposto a trattamento intenso con Insulina Lilly, non solo i tumori esistenti non subirono alcuna modificazine clinica o istologica, ma nuovi tumori insorsero del tutto simili ai primi.

Oltre che per il particolare della nessuna azione dell Insulina sui xantomi, il caso presentato aveva interesse per una localizzazione di manifestazioni xantomatose al palmo delle mani, come si sa,, molto rara.

La dimostrazione clinica del caso veniva corredata da quella di preparati istologici di due biopsie praticate prima e dopo la cura, tra i quali alcuni allestiti secondo il recentissimo metodo di Schultz per la ricerca della colesterina nei tessuti.

Palumbo V. *Radium-epilazione a scopo cosmetico nella ipertricosi facciale muliebre.* — L'O. riferisce i risultati lontani della radium-epilazione nell'ipertricosi muliebre. Come tecnica, la media del numero delle applicazioni è stata di 9-12, il tempo necessario 12-18 mesi, la durata di ogni irradiazione 24 ore; i raggi usati sono stati i β duri e i γ. Coesistendo quasi sempre nell ipertricosi un'ipofunzione ovarica, l'O. alla cura col radium ha associato l'opoterapia. Risentono maggiormente dell'azione radium-epilatrice i peli a bulbo vuoto, anzi che quelli a bulbo pieno (peluria).

L'O. non lamenta inconvenienti e si dimostra soddisfatto dei risultati avuti finora.

Madame Noel. *Apparecchio per la doccia filiforme in dermatologia.* — L'O. presenta, e illustra il funzionamento, dell'apparecchio per la doccia filiforme in dermatologia. Dopo alcune considerazioni di tecnica, riassume le indicazioni della doccia filiforme: pruriti, acne giovanile, seborrea, rinofima, acne miliare recidivante, lichen planum, eczema cronico, paracheratosi, psoriasi, lupus volgare ed eritematoso, nevi, verruche piane, cheloidi, chiazze di sclerodermia, ecc.

Devoto A. (Genova). *Sulla diffusione della lepra in Liguria.* — L'O. riferisce sopra le indagini ch'egli ha compiuto recentemente per stabilire la diffusione attuale della lepra in Liguria — focolaio endemico da tempo remotissimo.

Ha trovato 44 leprosi, dei quali 25 nella provincia di Genova, 19 nella provincia di Imperia. Prevalgono clinicamente le forme nodulari e miste.

L'O. crede che una ricerca più accurata o prolungata potrebbe accertare l'esistenza di numerosi altri ammalati.

Ambrosoli G. A. (Milano). *Coltura di Achorion Schönleinii dal sangue circolante in un caso di tigna favosa.* — L'O., che dal 1919 ad oggi ha praticato 1269 esami culturali sul sangue circolante di tignosi (tricofizie superficiali e profonde, tigna favosa e microsporica), ha solo recentemente potuto isolare una coltura di Achorion Schönleinii dal sangue di un bambino di 6 anni, affetto da una comune tigna favosa del capillizio. Il sangue è stato insemenzato su agar glucosato di Pollacci.

Il reperto, oltre che per la rarità, è da notarsi, dimostrando come un reperto culturale ifomicetico dal sangue di un tignoso si può avere, come nel presente caso, anche senza che esista un'eruzione cutanea allergica o altra manifestazione clinica, denotanti una diffusione dell'elemento ifomicetico nel sangue. Al contrario, in altri casi, pur esistendo sintomi allergici generalizzati, l'emocultura può riuscire negativa. L'O. crede che la spiegazione di ciò possa aversi ammettendo che gli elementi ifomicetici viventi talora vengono distrutti nel sangue (immunità umorale) e quindi non arrivano alla pelle, talora invece vengono distrutti nella pelle stessa (immunità istogena). La breve durata di vita di questi elementi ifomicetici spiega la rarità del reperto culturale.

Truffi M. (Padova) *Sul pleomorfismo dell'epidermophyton inguinale.* — Coltivando dalle squame di un caso di eczema marginato si ottennero contemporaneamente nei primi tubi di insemenzamento, colonie tipiche di « epidermophyton inguinale » e colonie lanuginose bianche che, in base specialmente ai loro caratteri micologici, vengono dall'O. ritenute come colonie di pleomorfismo dell'« epidermophyton ». L'O. rileva la importanza, per la biologia degli ifomiceti, del reperto, il quale trova riscontro in fatti già da lui dimostrati negli achorion.

Mibelli A. (Messina). *Cultura di Sporotrichum Gougeroti da una epidermomicosi.* — La eruzione cutanea aveva il tipo di una comune epidermofizia eritemato-squammosa delle parti glabre, ed era situata nella regione ascellare e pettorale sinistra; il malato (un giovane di circa 25 anni) non portava altri focolai di sporotricosi.

Mibelli A. (Messina). *Asma e orticaria al seguito di iniezioni endovenose di un preparato arsenobenzolico.* — In un soggetto di 50 anni, neuropatico, enfisematoso e da oltre un anno asmatico, sifilitico da 25 anni, presentante una lieve ectasia aortica, al seguito di iniezioni endovenose di un preparato arsenobenzolico si sono verificate eruzioni di orticaria

Digitized by Google

ed accessi asmatici, gradualmente più intensi in proporzione alla dose. L'O. ricorda la rara evenienza di analoghe constatazioni singole, per quanto resulta dalla letteratura, e la assoluta eccezionalità della contemporanea insorgenza dei due fenomeni (asma e orticaria). Ciò fornisce occasione a ricordare le moderne vedute sulla patogenesi dell'asma e degli stretti rapporti che uniscono la patogenesi dell'asma e la patogenesi dell'orticaria. A conclusione di quanto espone l'O. suppone nel suo caso la esistenza di uno stato colloidoclasico, il cui momento scatenante deve essere stato rappresentato, nelle osservazioni citate, dalla iniezione endovenosa. Non crede che questo momento sia stato costituito dal preparato in sè bensì dalla introduzione del preparato nel torrente circolatorio.

Lombardo C. (Pisa). *Ricerche sull'epidermophyton cruris.* — L'O. espone un caso di epidermofizia con unica localizzazione nella regione sopra ombellicale, determinata da applicazioni caldo umide protratte nella regione epigastrica; osservazioni che gli fece sorgere l'idea di provare le inoculazioni con le colture di epidermophyton su cute tenuta in stato di submacerazione con impacchi di soluzione fisiologica.

L'epidermophyton isolato da questo caso, ed inoculato con questa tecnica determinò dopo quattro giorni l'insorgere di una dermite vescico-squamosa, che andò dippoi prendendo tutti i caratteri della classica epidermofizia, come anche l'esame estemporaneo delle squame e quello bioscopico dimostrarono; da essa inoltre si ebbe dopo diciotto giorni la retrocultura del fungo inoculato.

L'inoculazione eseguita con le stesse modalità, servendosi della forma pleomorfica dello stesso fungo, dette pure risultato positivo, con lesioni non differenziabili dalle precedenti, e dalle quali la retrocultura assunse subito la forma pleomorfica.

In un secondo infermo l'inoculazione comparativamente fatta su cute asciutta e su cute tenuta sotto l'azione di impacchi di soluzione fisiologica, mentre è stata positiva in questo caso, restò negativa sulla cute asciutta.

In altri due malati venne praticata anche la inoculazione con due ceppi diversi di epidermophyton, tratti da due casi tipici di epidermofizia crurale, ed in entrambi si ebbe risultato positivo, con le stesse modalità che nelle prime esperienze.

In tutti i casi le lesioni sviluppatesi mostravano tendenza a più intensamente estendersi, e a più vivace vescicolazione, se tenute sotto l'azione dell'impacco, mentre restavano circoscritte e con carattere solo eritemato-squamoso se dippoi lasciate asciutte.

L'O. accenna infine ad analoghe esperienze istituite negli animali dalle quali ebbe finora risultati meno netti, avendo solo riscontrato l'insorgere, sulle orecchie di conigli, delle forme squamose abortive ma con reperto di scarsi micelii lunghi tortuosi anche dopo venticinque giorni dalla inoculazione. Dopo avere fatto cenno della questione se si abbiano ancora elementi sicuri per riunire in un gruppo ben definito tutti i funghi isolati da forme cliniche simili o corrispondenti alla classica epidermofizia, e dagli AA. descritti come epidermophyton, conclude:

L'*Epidermophyton cruris* (o meglio *citreum*, se vuolsi differenziare da altri epidermophyton), ed anche la sua forma pleomorfica, sono inoculabili nella cute dell'uomo, partendo dalla cultura, purchè la parte inoculata sia tenuta sotto l'azione di un impacco umido di soluzione fisiologica (o liquido non antisettico), e dalla epidermomicosi che si sviluppa si può avere anche dopo molti giorni la retrocultura rispettivamente dell'Epidermophyton cruris e della sua forma pleomarfica.

Nardelli L. (Trento). *Esperienze con alcune cutireazioni farmacodinamiche.* — L'O. riferisce i risultati ottenuti con un complesso di esperienze fatte in ammalati di varie dermatosi con cutireazioni con morfina, adrenalina e caffeina; egli ha usato queste sostanze in soluzioni molto diluite, portandole su scarificazioni fatte con l'istrumento del Pirquet, metodo questo ch'egli ritiene superiore a quello della intradermoreazione, quando si voglia saggiare solo la reattività cutanea locale. I risultati ottenuti sono molto incoraggianti, tanto che questo metodo d'esame della cute merita d'essere ulteriormente sperimentato.

R. Rummo

XII RIUNIONE DELL'ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE DEI DERMOSIFILOGRAFI ITALIANI

(Roma - 17 Dicembre 1926)

Sotto la presidenza del Prof. Piccardi, nell'aula della Clinica Dermosifilopatica, gentilmente concessa dal Prof. Bosellini, si è svolto il Congresso dei Professionisti Dermosifilografi con largo intervento di Soci.

Il Presidente inaugura la Seduta nel nome di S. A. R. il Principe di Piemonte, che ha concesso all'Associazione il suo alto patronato; comunica sulla vitalità e floridezza dell'Associazione, che va continuamente arricchendosi di nuove reclute, e va svolgendo un programma organico di divulgazioni dermosifilografiche di profilassi sessuale e di elevazione del vero specialista dermoceltico. Commemora i Soci Prof. Murero di Udine e Prof. Nencioni di Firenze. Propone e l'Assemblea approva che il premio Locatelli, sul tema già proposto « Le dermatosi scolastiche » venga ripetuto per il 1927 aumentando la somma a L. 2000.

Raccomanda ai soci di aver fede nell'elevazione del professionista dermosifilografo, il cui compito sociale è ora completamente riconosciuto dal Governo Nazionale, come ne fa fede il messaggio verbale affidato al Presidente da S. E. Mussolini, il quale lo incaricò di portare il suo saluto all'Assemblea e di ringraziare i dermosifilografi dell'opera che essi compiono a favore della conservazione e del miglioramento della razza italiana.

Alla discussione prendono parte molti soci, fra cui Montesano che propone un voto di plauso alla Presidenza, e Pini, che raccomanda di insistere presso il Ministero della P. I. perchè nel conferimento del titolo di specialista si seguano i criteri già stabiliti dalla nostra Associazione (Relazione Fontana).

Segue la relazione del Prof. Montesano (Roma). *Diritti della specialità dermosifilopatica*: il quale tracciata brevemente la storia della dermatologia negli ultimi due secoli dimostra come essa abbia dovuto servirsi di metodi propri i quali insieme alla particolare fisionomia delle affezioni cutanee ed ai peculiari sistemi terapeutici giustificano ampiamente la specializzazione. Dimostra per quali ragioni la sifilide e l'ulcera venerea debbano essere assegnate alla dermatologia, e come anche la blenorragia che un tempo era considerata con la lue e l'ulcera molle esponente di un unico processo morboso al giorno d'oggi possa venire assegnata alla specialità dermatologica.

Conclude dopo aver esposto che cosa debba intendersi in generale specialità, riassumendo ed enumerando tutte le ragioni per cui la dermosifilografia ha l'ampio diritto di costituire una specialità a sè, così come l'uso e la tradizione hanno oramai da più secoli suggellato.

Il secondo tema svolto dal Dr. Sberna (Firenze): *Réclame di specialisti e di specialità*: corredato da abbondanti annunzi più o meno strabilianti, cui si aggiunge una ricca collezione di documenti Freund (Trieste) che ha fatto una coraggiosa campagna personale contro la ciarlataneria, si conclude col seguente ordine del giorno:

L'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, riunita a Congresso in Roma il 17-12-1926;

Udita la relazione del Dr. Sberna sul tema ufficiale: Reclame di specialisti e di specialità, e la discussione seguitane;

considerando che le mirabolanti promesse di falsi specialisti e di specialità inutili e dannose, *comunque fatte*, non solo recano offesa all'arte medica, ma sono di nocumento agli illusi sofferenti che vi ricorrono ed alla collettività che risente i danni di cure insufficienti e improprie;

fa voti che lo Stato, sia direttamente, che indirettamente, per mezzo degli organi competenti (Ordine dei Medici, Sindacati Sanitari, Prefetti, Medici provinciali) intervenga a disciplinare tale materia.

A tale uopo propone:

1. Che per le specialità medicinali inerenti alle malattie veneree sia proibita qualunque *réclame*, comunque fatta, che non sia sulle riviste medico-farmaceutiche, sulle stampe destinate ai medici, ai farmacisti, e alle persone autorizzate al commercio dei medicamenti.

(In via subordinata sia solo permessa la pubblicità dei preparati che secondo la nuova legge sulle specialità saranno riconosciuti efficaci e realmente rispondenti alle virtù che se ne decantano).

2. Che per i medici sia solo consentito l'annunzio del loro nome, dei titoli accademici della specialità che hanno diritto di esercitare, dell'indirizzo e orario di visita, secondo quanto è già stato approvato dai vari ordini dei medici.

3. Pur consentendo che ogni medico abbia il diritto di esercitare qualunque ramo della medicina, ma, ritenendo che l'aggiunta di un nome di specialità medico-chirurgica in tali annunzi dia al pubblico la convinzione che il sanitario abbia acquistato in quel campo speciale competenza, propone che solo i veri specialisti riconosciuti secondo la legge vigente, abbiano diritto di usare tale dicitura.

4. Esprime il desiderio che i direttori di giornali medici esercitino sulla pubblicità dei loro periodici un severo controllo accettando solo annunzi di specialità di serietà scientifica riconosciuta.

5. Richiama in modo speciale i poteri dello Stato per infrenare e, in certi casi, per proibire l'introduzione di preparati stranieri di dubbia o di nessuna efficacia, nel qual caso, al danno della salute pubblica, si aggiunge quello dell'economia Nazionale.

Nella votazione per la sostituzione di un vice presidente e del segretario, dimissionari, sono riusciti eletti ad unanimità il Prof. Fontana (Torino) vice-presidente e il Dr. Brunetti (Torino) segretario.

G. Piccardi

Digitized by Google

PER LA PRATICA

CASISTICA

DI UN RARO CASO DI LUES TERZIARIA DEL FEGATO

per il dott. DONATO PATERNOSTER
Medico della Facoltà di Medicina di Buenos Aires - Già Medico dell'Ospedale Rivadavia di Buenos Aires

Passo direttamente alla esposizione del caso, riservando le considerazioni alla fine.

M. L. italiana di anni 49, vedova, casalinga, residente a Palestina, Provincia di Cordoba, Repubblica Argentina.

Padre morto a 73 anni pare per attacchi di asma. Madre pure morta, a 37 anni, in seguito a parto distocico cui seguì anche la morte del feto.

L'a. ha due fratelli morti nell'infanzia per affezione imprecisabile; tre sorelle e due fratelli sono attualmente viventi e sani.

Sofferse il morbillo; a dodici anni in seguito ad un trauma al capo rimase incosciente per tre giorni, dopo i quali ritornò la perfetta coscienza ed il ricordo del fatto accaduto.

Residuò una cicatrice cutanea di quindici centimetri interessante le ossa frontale, temporale ed occipitale (quest'ultimo in minima parte) con la presenza di una infossatura lineare diretta dall'avanti all'indietro partente dalla regione sopra-orbitale sinistra.

La guarigione della ferita avvenne dopo circa un anno di medicazioni. Dopo quattro anni venne operata per un sequestro osseo della grandezza di un fagiolo; in seguito guarì completamente.

Mestruata a 13 anni le mestruazioni si seguirono regolari per quantità, ciclo, durata.

Sposatasi una prima volta a 19 anni ebbe quattro figli, da parti normali, attualmente viventi e sani.

A trentun anni passò a seconde nozze con un uomo che morì l'anno successivo in ospedale per malattia che l'a. non sa precisare.

Qualche mese dopo il matrimonio ebbe un aborto di due mesi, in seguito una gravidanza a termine, però il bambino era gracile ed attualmente è vivente e gode discreta salute.

Nel periodo del puerperio incominciò a notare: amnesie, manie ed atti incoscienti. Ricoverata nel manicomio di Buenos Aires ne uscì guarita dopo undici mesi. Riferisce l'a. di essere stata curata unicamente con docce e calmanti e che la sua forma venne diagnosticata come psicosi puerperale.

Dice pure che il miglioramento avvenne con un improvviso ritorno della lucidità mentale e che lei stessa faticò a convincersi della propria identità.

A trentasei anni ebbe per tre giorni intensa cefalea accompagnata da febbre alta, seguì la caduta totale dei capelli che ricrebbero un anno dopo senza che l'a. facesse alcuna cura.

A quarantatre anni notò che la cute assumeva una tinta giallastra mentre aveva febbre alta, dolori alla regione epigastrica, vomito e stipsi.

Questi disturbi durarono quattro o cinque giorni poi scomparirono per quindici o venti giorni. Talvolta gli accessi, sempre con gli stessi caratteri, duravano più a lungo ed allora intercorreva un periodo maggiore tra un accesso ed il successivo.

Durò questo stato tre anni poi tutto scomparve senza nessuna cura e l'a. tornò ad un relativo benessere per quanto la cute e le mucose visibili fossero sempre itteriche.

La febbre preceduta da brividi e la cefalea intensa ritornarono tre anni fa e durarono quattro giorni. La caduta dei capelli questa volta, restò limitata alla cicatrice del capo; dopo parecchi mesi i capelli ricrebbero.

L'a. si presenta (12 aprile 1921) accusando dolori viscerali, dolori però che compaiono e scompaiono senza nessuna causa apparente, si lamenta pure di peso all'addome, di stitichezza e dell'ittero che ormai dura da sei anni, avverte secchezza e prurito diffuso, specialmente alla cute degli arti, si lamenta di un senso di peso e di dolore agli occhi, più evidente lavorando a luce artificiale ed al mattino appena si sveglia.

All'esame obiettivo l'a. appare di statura bassa ed intensamente itterica, con pannicolo adiposo abbondante, muscolatura normale, scheletro regolare. Al polmone piccoli rantoli posteriormente alle basi. L'esame radioscopico mostra una leggera ombra alle basi che però si chiarisce sotto i colpi di tosse. Null'altro di notevole all'apparato respiratorio. Polso teso, normale per frequenza, ritmico, discretamente valido. Cuore nei limiti, toni deboli.

L'addome è tumido, parete flaccida con abbondante pannicolo adiposo. Il fegato è aumentato di volume arrivando alla ombelicale trasversa con bordi lisci, arrotondati; verso la regione epigastrica si rileva una bozza dura, a superficie liscia, di consistenza elastica, mobile negli atti respiratori e che si identifica con la cistifellea ingrandita. Si palpa nettamente anche l'ala sinistra del fegato. La palpazione è affatto indolente. La milza pure è ingrandita e si palpa, dura, resistente. Le feci sono, al dire della paziente, biancastre, formate, molto fetide. Poichè l'a. richiama la mia attenzione sui disturbi oculari, rilevo che con la luce artificiale il colore nero non viene percepito mentre la percezione del bianco è normale; l'a. inoltre riferisce che durante la notte si accorgeva che i globi oculari erano fissi con dolori verso il lato nasale degli stessi. Accendendo la luce, la visione era impossibile per 3,4 e talora 5 minuti, la visione poi gradatamente tornava normale e così pure possibili i movimenti oculari; questi fenomeni si sono presentati e durano da tre anni. Il medesimo fenomeno si ripeteva svegliandosi al mattino. Nessun disturbo a carico dell'apparato uropoietico. Nelle urine presenza di pigmenti biliari e di urobilina, nessun altro componente patologico nemmeno nel sedimento.

***

Dall'anamnesi e dall'esame dell'a. venni nella convinzione che si trattasse di lue in periodo terziario; infatti, per la lue, imputabile al secondo marito, deponevano i disturbi che l'a. accusò poco dopo il matrimonio, l'aborto, la cefalea intensa seguita dalla caduta dei capelli, l'esame del bambino avuto (nel secondo matrimonio) che presentava le note caratteristiche della sifilide ereditaria.

Non disponendo di altro elemento diagnostico diretto (sierodiagnosi) seguii il criterio discriminativo richiesto dall'intervento terapeutico. Diedi la preferenza al bicianuro di mercurio iniettato a giorni alterni nelle dosi di 1 centigrammo per via intravenosa.

Dopo dodici giorni di questa cura notai che l'ittero diminuiva e il prurito migliorava mentre la febbre era completamente scomparsa; il fegato si palpava due dita trasverse sopra l'ombelico, milza ancora ingrandita. Nessuna traccia di versamento liquido nell'addome. Urine più chiare, pigmenti biliari e urobilina presenti ma diminuiti in quantità. Feci più colorate non però normali.

Dopo trentaquattro giorni l'a. non è quasi più itterica, il prurito è scomparso, il fegato è quasi nei limiti, più distintamente si palpa l'ala sinistra, non si palpa la cistifellea e la pressione in questo punto è indolente. Milza nei limiti. Feci di colore oscuro quasi normale. Pigmenti biliari e urobilina presenti nelle urine solo in tracce.

Unico inconveniente nella cura da me intrapresa fu una leggera stomatite scomparsa colle disinfezioni e maggiori cure della bocca.

L'a. dice di sentirsi bene, di poter portare il busto senza nessun disturbo: i disturbi oculari sono scomparsi dopo la decima iniezione e l'a. attualmente può veder bene qualsiasi colore anche colla luce artificiale.

Vidi l'a. il 15 giugno 1921, per l'ultima volta: il colorito è roseo e non si lamenta più di nulla. Anche il fegato non è più palpabile se non nelle profonde inspirazioni e la milza non si percepisce. Urine e feci normali. Consiglio all'a. di riprendere le cure che in questo caso hanno così bene risposto e la lascio libera di riprendere le sue abituali occupazioni.

***

Il caso sopra esposto è interessante a mio modo di vedere per parecchie ragioni; innanzi tutto l'ipertrofia notevole del fegato, l'ittero che durava da circa sei anni con prurito intenso, la cistifellea ingrandita, la milza pure ipertrofica. Gli autori che si occupano della sifilide terziaria del fegato non sono concordi nel fissarne l'epoca di inizio nè la durata, nemmeno concordano sulla possibilità di un ittero molto intenso (Dieulafoy).

Fournier ritiene, in base alla sua statistica, che le lesioni epatiche siano una rarità.

Il Collet crede che quando una gomma dà ostruzione delle vie biliari si determina ascite ed il paziente vive uno o due anni.

Digitized by Google

Concordano nelle opinioni Finger, Cantani e Maragliano, Strümpel.

Il Fabre attribuisce molte cirrosi del Laënnec alla lue terziaria del fegato ed ammette l'ascite quando vi sia sclerosi epaticà.

Il Micheli opina invece che il fegato sia uno degli organi più facilmente colpito dalla sifilide tardiva e che di frequente questa si associa a splenomegalia.

La reazione di Wassermann in casi di lesione epatica da lue trova concordi gli autori nel senso di mancanza di specificità per oscillazioni del virus sifilitico (oscillazioni si intende nel senso di variazioni nella intensità del fatto specifico; Micheli) e nel concetto che essa è nella maggioranza dei casi negativa (Favre).

Il decorso clinico della mia ammalata dimostra che dopo sei anni malgrado l'ostacolo al deflusso biliare si ebbe una vera *restitutio ad integrum* mentre Minkowski dice che, se il deflusso biliare non si ristabilisce, segue normalmente la morte nello spazio da sei a dodici mesi.

Interessante giudico poi il caso anche per il fatto che la probabile gomma doveva comprimere il coledoco senza però ostacolare completamente il deflusso biliare: ciò forse perchè localizzatasi vicino all'ala sinistra.

Sappiamo d'altronde come le lesioni epatiche, di origine sifilitica possano variare grandemente nel quadro anatomico, non solo per le forme precoci a tipo degenerativo nel periodo secondario (Icterus siphiliticus precox), ma sopratutto nelle lesioni tardive, presentandosi queste sotto il quadro di gomme isolate o di gomme multiple o di gomme miliari o di forme cirrotiche e accompagnandosi spesso al quadro della febbre sifilitica (Cardarelli, Schumpofer, Ceconi ecc.). Ricordiamo accidentalmente come la supposta itterizia da salvarsan è riconosciuta dalla maggior parte degli autori come una itterizia legata essenzialmente a lesioni profonde degenerative epatiche sostenute dalla sifilide stessa. Così che si potrebbe nei casi in cui l'itterizia insorga in seguito alla cura arseno-benzolica, parlare piuttosto di un ittero da provocazione o meglio da epatorecidiva (Rietti). Questa constatazione indurrebbe ad evitare la cura del salvarsan negli itterici.

Tuttavia autori notevolissimi (Micheli e Umber) vi hanno ricorso con successo, ben inteso, a dosi prudentissime.

Il mio caso dimostra che evitando la azione forse troppo attiva dei preparati arseno-benzolici, effetti curativi altrettanto favorevoli si possono ottenere con preparati antiluetici più blandi. Anche per l'occhio si ebbe una vera guarigione clinica. Gli autori che trattano della lue tardiva sono concordi nell'ammettere disturbi oculari per lesioni della papilla, lesioni che progredendo dall'esterno all'interno portano ad una vera atrofia grigia della papilla.

Nella tabe troviamo lesioni oculari consistenti in riduzione del campo visivo, discromatopsia, ecc. tutti fatti che non si potevano riscontrare nella mia ammalata nella quale mancavano troppi sintomi per soffermarci a prendere in considerazione la tabe dorsale.

Credo quindi che nel mio caso si possa spiegare il disturbo visivo come un fatto riflesso, forse una periodica mancanza di nutrizione della arteria retinica, la quale determinava una paresi del nervo ottico oppure come un fatto spastico a base arteritica che determinava la stessa alterazione del nervo ottico senza ledere il tessuto proprio del nervo stesso.

Parla pure in favore di fenomeni riflessi la considerazione che dopo dieci o dodici iniezioni i disturbi visivi sparirono e la percezione dei colori tornò completamente normale.

La rarità del caso e le possibili considerazioni che se ne possono trarre, mi hanno spinto a renderlo noto, tanto più che a me stesso esso offrì all'inizio non lievi difficoltà di interpretazione.

NOSOGRAFIA

Endotelioma primitivo della pleura e sindrome frenico-parietale

G. Aràoz Alfaro e P. Cossio (*La Semana Médica*, 21 ottobre 1926) descrivono il caso di un uomo di cinquant'anni, che soffriva di intensi dolori alla base destra del torace, irradiantisi in alto e in basso provocando immobilizzazione nell'attitudine di flessione in avanti e a destra.

All'esame obbiettivo si rilevò la presenza di una notevole retrazione dell'emitorace destro, insieme ad una forte dolorabilità alla pressione lungo il decorso del nervo frenico dello stesso lato.

Alla faccia fu anche notata asimmetria, con deviazione e stiramento a destra della rima palpebrale ed orale.

La toracentesi esplorativa diede luogo a fuoriuscita di oltre 200 cc. di liquido senza emorragia.

Data quindi la presenza di contrattura dell'emidiaframma destro, delle pareti costale e addominale, nonchè di alterazioni motorie dei muscoli della metà destra della faccia, l'A. ha fatto diagnosi di sindrome frenico-parietale.

D'altra parte tenendo conto della presenza di versamento pleurico emorragico, di color rosso scuro, della intensità e della persistenza del dolore, del cattivo stato generale, l'A. fece diagnosi di neoplasia maligna primitivamente diaframmatica. E alla necropsia infatti potè osservarsi un endotelioma della pleura diaframmatica destra, con linfangite neoplastica nelle due lamine della pleura sinistra, nell'epiploon e nel mesentere e propaggini al pericardio e al fegato.

Edema angioneurotico del pene e dello scroto

W. Ezickson (*Journal Am. Med. Ass.*, vol. 87, n. 8) descrive il caso di un uomo di trentaquattro anni, che improvvisamente presentò prurito intenso al pene e allo scroto, seguito da sensazione di calore in detta superficie. Circa sei ore dopo questa prima manifestazione fu notato gonfiore del sacco scrotale e edema del pene, rapidamente crescente.

Mancava ogni sintoma dolorifico: il malato avvertiva solo un senso di prurito e di peso allo scroto. La cute del pene e dello scroto si presentava ispessita e intensamente edematosa.

All'esame generale non si rinvenne nulla di anormale: nè tampoco si poteva pensare ad affezioni veneree.

Fatta diagnosi di edema angioneurotico del pene e dello scroto, avvalorata dal fatto che l'infermo aveva già precedentemente sofferto di edema angioneurotico alla lingua e alla faringe, si procedette alla iniezione intramuscolare di 0,6 cc. di una soluzione di epinefrina all'1 ‰.

Già sei ore dopo si notava notevole miglioramento: dopo 20 ore era completamente guarito.

CHIRURGIA

Sopravvivenze superstiziose in chirurgia

Le scienze mediche hanno, per vero dire, fatto qualche progresso dai tempi in cui si vedeva che una medicina, perchè di color rosso, producesse del buon sangue rosso, e che agisse sull'utero, perchè la sua forma rassomigliava a quest'organo, ma, ciò nonostante, si vedono ancora sopravvivenze di misticismo in medicina, ed anche nella sua supposta sorella scientifica, la chirurgia. Nel regno dell'antisepsi, ci sarebbe da supporre che non vi fosse luogo per elementi emotivi, trattandosi in esso unicamente di trovare dei mezzi che distruggano i germi, pur essendo relativamente innocui per i tessuti; ma questo è vero soltanto in parte.

Circa una ventina di anni or sono tutti sacrificavano sugli altari della grande dea: la tintura di iodo; tutte le ferite erano di essa imbevute, tutti i toraci pleuritici erano con essa dipinti, tutte le artic[illegible] dolenti con essa bagnate e ai chirurgi non si finiva di raccomandare di tingersi bene le mani e gli antibracci di tintura di iodo, come ultima precauzione che permetteva di evitare gli altri antisettici ed i guanti di gomma.

Gli ospedali di pronto soccorso consumavano giornalmente litri di tintura di iodo e si insegnava agli assistenti che applicandola sistematicamente non avrebbero avuto una infezione. Ora la verità è che la tintura di iodo era ed è un utile medicamento, ma non è certo onnipotente, come si è voluto credere da qualcuno; ed è anche nato il sospetto che la popolarità di essa fosse, almeno in parte, dovuta al suo odore acre e pungente e al suo colore caratteristico.

Attualmente, in America, è sorto un nuovo idolo antisettico: il mercurocromo. Girando per le infermerie si ha l'impressione di trovarsi davanti ad un tramonto dipinto dal Turner: tanto vermiglio si vede sparso dovunque. Qui una distorsione, lì una lacerazione, altrove un'eruzione, tutto è tinto di scarlatto.

L'effetto psichico di quest'orgia è senza dubbio buono. L'assistente sente di aver fatto qualche cosa di positivo e il paziente è impressionato dall'effetto sanguinoso. Bisognerebbe soltanto esser sicuri che la generalità dei microbi ha un senso artistico ben sviluppato e non soffre di daltonismo. Mentre di quei miserabili organismi non si sa altro se non che sono chiusi a qualsiasi sensibilità cromatica e completamente indifferenti a qualunque cosa salvo che ai propri sadici desideri.

Lo iodo e il mercurocromo non rappresentano del resto tutta la lista dei disinfettanti, benchè abbiano avuto il maggior numero di adora-

Digitized by Google

tori; altri antisettici dai vivaci colori hanno tentato il favore dei chirurgi. L'acido picrico ha avuto per un periodo di tempo i suoi seguaci; per un poco il blu di metilene ha raccolto molti ammiratori, e la porpora del permanganato di potassio ha contato anch'essa i suoi entusiasti, che ne raccomandavano l'uso in tutte le proporzioni: dai cristalli puri alla soluzione dell'uno per diecimila. Ma anche il permanganato è tramontato.

Ora, da qualcuno, si comincia a sospettare che nessun antisettico ha potere magico e che un aroma pungente e i brillanti colori hanno ben poco da fare con la terapia.

Fra i chirurgi dotati di maggiori fondamenti scientifici, si è venuta maturando la convinzione che una rigida asepsi è quanto di meglio si possa desiderare, mentre quando una ferita, presumibilmente infetta, è trattata con un antisettico qualunque, non vi è alcuna garanzia che la sterilizzazione sia completa. E così passo passo dal romanticismo del passato si arriva alla praticità del presente. (*Medical Journal and Record.*, vol. 124, fasc. 10, 17 novembre 1926).

IGIENE

La sterilizzazione delle acque cloacali col cloro gazoso

M. Cambon (*Giornale di Chimica industriale ed applicata*, febbraio 1926) ricorda che l'apparecchio per la sterilizzazione delle acque cloacali mediante il gas cloro da lui descritto funziona, primo in Italia, presso l'ospedale per le malattie infettive di S. Maria Maddalena di Trieste.

Esso è costituito da una bombola in cui il cloro è contenuto alla pressione di 7-8 atmosfere, dalla quale il gas passa prima per un filtro di asbesto e poi per una valvola di riduzione, per cui la pressione si riduce ad 1 atmosfera. Indi il cloro arriva all'apparecchio dosatore, formato da un tubo capillare di vetro esattamente calibrato e da una valvola regolatrice; di qui giunge in un vaso di vetro a perfetta tenuta d'aria in cui arriva dell'acqua, nella quale il gas si scioglie: la soluzione così ottenute è immessa nel collettore della fogna per mezzo di tubi di gomma vulcanizzata. L'appparecchio è capace di una potenzialità che arriva fino a 300 gr. di cloro all'ora, ma nel detto ospedale se ne usano solo 40 gr., coi quali si riesce a sterilizzare circa 50 mc. di acque cloacali al giorno, ottenendo il vantaggio di una spesa 4-5 volte minore che se si fosse dovuto adoperare per lo stesso effetto il cloruro di calce. I risultati della depurazione, controllati batteriologicamente, sono apparsi ottimi.

E' da notare che nell'Ospedale di S. Maria Maddalena, le acque cloacali, prima di essere sottoposte all'azione del cloro, vengono chiarificate mediante i pozzi di Emscher; questo sistema è maggiormente interessante, perchè da detti pozzi si svolgono gas, i quali, opportunamente captati, potrebbero essere usati come gas di combustione, sviluppando un numero di calorie circa doppio del gas comune.

La lotta contro il fumo

Nelle città in generale, e in quelle prevalentemente industriali in modo particolare, la lotta contro il fumo, come fa osservare J. W. Burn (rif. in *Annali d'Igiene*, fasc. 8, 1926), è una vera necessità. Il fumo può essere prodotto da focolai domestici e da quelli per usi metallurgici, chimici, ecc. Causa principale ne è l'incompleta combustione dei gas dei combustibili e un cattivo maneggio del focolaio: il fumo quindi tenderà a formarsi quando l'aria è insufficiente per i processi di combustione, quando la temperatura del focolaio è troppo bassa, quando lo spazio per la combustione è insufficiente, ecc.

In primo luogo, perciò, per ovviare al fumo, sarà opportuno non caricare il focolaio con eccessiva quantità di carbone; ciò si potrà ottenere facilmente col carico automatico dei focolai, anzi che con quello a mano. Si provvederà, inoltre, a trattenere la polvere e le ceneri, che si trovano nel fumo, o facendo gorgogliare i gas nell'acqua, o nel polverizzare un getto di acqua nel fumo stesso, o nel precipitare elettricamente la polvere mediante una corrente ad alto potenziale che passi attraverso due piastre, all'una delle quali si dirigeranno le particelle di polvere. Si potrebbe anche, allo stesso scopo, interporre nel camino una camera a sezione più larga, nella quale verrebbero a depositarsi le particelle di polvere, oppure si potrebbero sottoporre i gas ad un improvviso cambiamento di direzione.

Più difficile si presenta il problema di far diminuire il fumo prodotto dai focolai domestici: per questi la soluzione più semplice è di sostituire ai comuni combustibili l'elettricità, la cui maggiore spesa sarebbe compensata dalla assenza di spesa per la pulizia dei camini, dal minor deterioramento della casa e dal minor lavoro per attendere al fuoco. Anche per l'industria, gli sforzi dovrebbero essere rivolti ad ottenere l'energia elettrica al minor costo possibile.

RICORDI DI TECNICA

Prelevamento del sangue per l'emocultura. — E. F. Thèobalt (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n. 2, agosto 1926) dà i seguenti dettagli.

Allorchè bisogna praticare un'emocultura, è necessario innanzi tutto preparare il materiale occorrente, e cioè una siringa di vetro da 20 cc., munita di un ago corto e grosso, sterilizzata in autoclave a 115°, e i terreni di cultura, che vengono forniti dai laboratori d'analisi e che variano a seconda del germe che l'emocultura si propone di individuare. In generale, basta un pallone di vetro contenente 200 cc. di brodo, tenendo presente che per una maggiore sicurezza nella riuscita si dovranno insemenzare parecchi palloni.

Il sangue sarà prelevato mediante puntura di una vena del gomito e, se c'è febbre, al momento della massima ascesa di essa. La regione scelta per la puntura venosa sarà accuratamente pennellata con tintura di iodo, cinque minuti prima della puntura; indi si preleveranno 10-20 cc. di sangue che si verseranno rapidamente nel terreno di cultura. Dopo di aver passato su di una fiamma l'imboccatura del recipiente contenente il terreno di cultura e il tappo di ovatta che lo chiude, lo s'invia rapidamente al laboratorio d'analisi.

Se si tratta di eseguire un'emocultura per un germe del gruppo tifico, il miglior terreno di cultura è rappresentato da provette contenenti un sottile strato di bile concentrata aderente al fondo di esse. Usando la bile, le culture riescono ugualmente bene anche se non si è seguita la più scrupolosa asepsi, poichè i bacilli del tifo si sviluppano in essa molto più presto e meglio degli altri germi.

Nel caso che i terreni di cultura insemenzati debbano essere inviati al laboratorio d'analisi per posta, si è proposto di servirsi, per maggiore praticità, di terreni di cultura solidificati a base di gelatina: basterà al momento dell'uso liquefarli immergendoli in bagnomaria a 30° C; dopo l'insemenzamento, raffreddandoli sotto acqua corrente, diventeranno nuovamente solidi.

Un mezzo molto semplice per raccogliere il sangue per un'emocultura è anche quello di prelevare asetticamente 25-30 cc. di sangue e di versarli in un boccaccetto contenente delle perline di vetro e sterilizzato all'autoclave. Agitando così il sangue per una diecina di minuti, esso viene defibrinato e può essere inviato al laboratorio d'analisi senza timore che coaguli. Circa l'emocultura per individuare nel sangue circolante germi robii, è bene che essa venga praticata direttamente dal batteriologo al letto dell'ammalato.

Una nuova formula per il metodo di Gram. — Secondo Ruhland il metodo di Gram riesce meglio se si segue la seguente tecnica: a) Colorazione dei preparati per 30 secondi con una soluzione di 2 gr. di cristalvioletto in 100 cc. di alcool metilico purissimo. Lavare, poi, in acqua comune. b) Versare abbondantemente sul preparato e tenere per 30-60 secondi una soluzione di 1 gr. di iodio e 2 gr. di ioduro di potassio in 300 cc. di acqua distillata. Lavare con acqua comune e versare abbondantemente sul vetrino acetone finchè non si asporti più colore. c) Colorazione di contrasto con una soluzione all'1 % di safranina in acqua distillata. Lavare; disseccare. (*Annali di Igiene*, fasc. 8, 1926).

Differenziazione dei bacilli tubercolari dai saprofiti acido-resistenti. — Per tale differenziazione, il Preiss ha proposto un metodo fondato sulla diversa resistenza dei bacilli alla decolorazione con la bollitura in acqua dopo colorazione con fucsina carbonica: i bacilli saprofiti resisterebbero alla bollitura solo due minuti, mentre quello tubercolare sei minuti negli espettorati e venti nelle culture.

Un altro metodo proposto è quello all'antiformina: si mescola l'emulsione bacillare con egual volume di soluzione di antiformina al 40 %; i saprofiti non resisterebbero.

A. Petzsch e H. Hörig (come vien riferito negli *Annali d'Igiene*, fasc, 8, 1926) hanno trovato che entrambi i suddetti metodi sono molto infedeli.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Sulla tutocaina. — O. Winterstein (*Jornal dos Clinicos*, vol. 7, n. 15) ha adoperato in 370 interventi una soluzione al 0.1-0.25 % di tutocaina per l'anestesia locale. Egli ha osservato che questa permane per oltre 5 ore dopo l'atto operativo e non ha mai verificato inconvenienti spiacevoli, conseguenti all'uso di questo anestetico.

Egli ha fatto uso di concentrazioni anche maggiori, senza notare mai fenomeni d'intolleranza. Anzi ritiene che una soluzione all'1 % sia necessaria per l'anestesia dei plessi, e che ne occorra una al 2 % nell'anestesia dello splancnico (come nella gastro-enteroanastomosi) e nell'anestesia lombare (come nell'amputazione degli arti inferiori),

Digitized by Google

FORMULARIO

Formule per la somministrazione del bromoformio.— Si può prescrivere lo *sciroppo di bromoformio*, così composto:

Bromoformio	gr. 5
Alcool a 90°	» 45
Glicerina	» 150
Sciroppo semplice	» 800

20 gr. del quale contengono gr. 0,10 di bromoformio, pari a 4 gocce, cioè la dose abitualmente prescritta per giorno e per anno di età nei bambini da 1 a 5 anni. Questo sciroppo presenta il vantaggio su altre preparazioni simili che il bromoformio non è in sospensione ma è completamente sciolto nel miscuglio alcool-glicerina.

Buona formula di *sciroppo di bromoformio composto* è anche:

Soluto officinale di bromoformio al 1/10	gr. 10
Codeina	» 0.50
Alcool a 90°	» 35
Tintura di radice di aconito	» 5
Acqua di lauroceraso	» 50
Sciroppo del Tolù	» 300
Sciroppo di Desessartz	» 600

20 gr. di questo sciroppo contengono gr. 0.01 di codeina e gr. 0.02 di bromoformio, ossia 3/4 di goccia. (dal *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 23, 1926).

□□□

INTERESSI PROFESSIONALI

Stipendi minimi pei medici condotti

Evidentemente sono sempre per tutto il Regno quelli che le Giunte Provinciali Amministrative per ciascuna Provincia fissano, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità, per le speciali categorie di Comuni che esse stesse determinano in relazione all'importanza del servizio sanitario, al numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, alle condizioni topografiche delle condotte e alle presumibili fonti di reddito professionale di esse (art. 34 R. D. 30 decembre 1923, n. 2889).

Con quella disposizione il legislatore volendo sottrarre alle amministrazioni Comunali la possibilità di lesinare sui medici condotti, pur senza avocare all'Autorità Centrale la determinazione dei minimi per ciascuna categoria di Comuni, giustamente preferendo di demandare alle autorità locali l'esercizio di tale facoltà, con molta opportunità all'uopo prescelse le Giunte Provinciali Amministrative, che per le loro mansioni di sorveglianza e di tutela e per la conseguente conoscenza precisa dei peculiari bisogni e convenienze nell'ambito della Provincia, meglio di ogni altro Ente sono in grado di trovare la norma contemperatrice degli opposti interessi.

Trattasi dunque di una vera disposizione essenziale alla economia del sistema sanitario vigente.

Di una norma cioè che solo a seguito di ponderata revisione e mercè precisa ed espressa disposizione contraria potrebbe essere revocata.

E queste considerazioni di ordine generale basterebbero a risolvere il dubbio che in proposito in qualche provincia, Torino, Spezia, Firenze, Messina e Foggia alcune amministrazioni Comunali han creduto di sollevare prendendo occasione dalla pubblicazione dell'altro D. L. 24 agosto 1926 n. 1577 che vieta qualsiasi aumento di stipendio agli impiegati e stipendenti dei Comuni.

Infatti, interpellato in proposito, il Ministero « ha opinato nel senso « che il divieto di cui al R. D. 16 agosto 1926 non possa estendersi alla « applicazione dei minimi di stipendio, trattandosi nella specie dell'ese- « cuzione di un adempimento reso obbligatorio della legge stessa, ed al- « tresì della determinazione di quel minimo trattamento economico che « ha carattere ben diverso dagli aumenti facoltativi di stipendio che il « più recente provvedimento legislativo ha voluto vietare ».

Ma poichè nonostante il parere ministeriale sembra che alcune delle suindicate amministrazioni persistano nel voluto equivoco, è consigliabile agli interessati di adire senz'altro le vie legali sia sul fondamento di quanto sopra detto sia in riguardo alle seguenti altre ragioni.

Se tuttora vi sono amministrazioni comunali che non hanno data attuazione ai minimi stabiliti dalle rispettive Giunte Provinciali Amministrative, il ritardo, che può essere spiegato con la pendenza di ricorsi avanzati al Ministero o con altri impedimenti di natura contingente, non può da solo costituire elemento giustificativo della disparità di trattamento tra quelle Provincie ove l'art. 34 del suindicato decreto 30 decembre 1923 ha trovato piena e normale esecuzione e le altre ove se ne attende a tutt'oggi l'applicazione concreta.

Altrimenti una circostanza occasionale, e peggio ancora una circostanza artefatta, se potesse supporsi una simile preordinazione da parte di un Ente pubblico, si eleverebbe a causa efficiente contro l'applicabilità di una norma legislativa dettata nell'interesse generale della Nazione. Il che è tanto assurdo da dar luogo alla norma opposta: le differenze di stipendio maturate nel periodo di ritardo costituiscono credito dei medici condotti in confronto delle rispettive amministrazioni comunali committenti.

E questo diritto appare incontestabile anche sotto un altro aspetto in cui può essere osservata la questione.

Infatti appena le Giunte Provinciali Amministrative hanno determinato i minimi, tenendo presenti, come è naturale, tutte le condizioni di vita e di fatto per le quali il loro giudizio è emesso, nella Provincia viene a costituirsi uno stato di illegittimità di quelle Amministrazioni che corrispondono stipendi ad essi minori, in quanto esse seguitano a compensare le prestazioni dei sanitari con retribuzioni giudicate inadeguate dall'Autorità competente.

Donde la illazione che il decreto 24 agosto 1926 per lo stesso suo contenuto obbiettivo non spiega influenza sulla materia disciplinata dal decreto precedente perchè mentre questo contempla i minimi, l'altro contempla gli aumenti di stipendio, e i due concetti di minimo e di aumento dal punto di vista razionale appaiono diversi e non interferenti, neppure in minima parte: perchè là dove comincia l'aumento è già cessato il minimo.

E. Stassano

NOTIZIE

Il nuovo Direttore della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Napoli. — Alla direzione della nostra Clinica Otorinolaringoiatrica, rimasta vacante per la morte del compianto prof. Gradenigo, la Facoltà Medico-Chirurgica con felicissima scelta ha designato il valoroso prof. Deodato De Carli, al quale porgiamo un cordiale e sincero benvenuto.

Nuova denominazione dell'Istituto Universitario di Medicina Legale di Palermo. — Con decreto reale e su proposta del prof. Domenico Mirto, titolare della cattedra di medicina legale della R. U. di Palermo, a detta cattedra è stata data la denominazione di « cattedra di medicina legale e delle assicurazioni sociali », ottenendo così un ampliamento nel programma di studi e d'insegnamento.

Per la lotta contro il cancro. — Recentemente il Consiglio dei Ministri, nell'intento di rendere più completo il piano d'azione per la lotta contro il cancro e i tumori maligni, ha stabilito che una parte dei fondi assegnati per tale scopo possa essere destinata anche all'acquisto di radio, riconosciuto ormai efficace risorsa terapeutica.

I Riunione della stampa medica latina. — Come già abbiamo altra volta annunziato, nell'aprile p. v. si terrà a Parigi una I Riunione della stampa medica latina, sotto l'alto patronato del presidente francese del Consiglio, ministro degli affari esteri. Il comitato d'onore è formato dagli ambasciatori del Belgio, del Brasile, dell'Italia, della Spagna e dai ministri in Francia di tutte le Nazioni latine. Il comitato organizzatore, con a capo il prof. Loeper, presidente della Associazione della stampa medica francese, comprende come vice-presidente: Ascoli (Roma), Azevedo (Lisbona), Coca (Madrid), Danielopolu (Bucarest), Delpino (Buenos Ayres), Le Sage (Montreal), Mayer (Bruxelles), ecc.; come segretario generale il dott, L. M. Pierra e come tesoriere il sig. G. Baillière.

La riunione ha per scopo di raccogliere in una grande federazione le Associazioni della stampa medica, i periodici di medicina e i giornalisti medici francesi, italiani, portoghesi, rumeni e spagnoli. Oltre alle sedute per lo svolgimento delle relazioni poste all'ordine del giorno, il programma comprende un ricevimento nella sala delle feste al « Figaro », una serata all'Opéra-Comique, un banchetto al Palais d'Orsay e varie escursioni.

La quota d'iscrizione, per le Associazioni è di 60 fr., per i periodici di 100 fr., per i redattori fissi o persone di loro famiglia di 50 fr. Saranno accordate riduzioni per i viaggi.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. L. M. Pierra, 12 rue de Babylone, Paris (VII).

Digitized by Google

NECROLOGIO

GIUSEPPE D'ABUNDO

Un grave luttó ha colpito la Facoltà di Medicina di Napoli e la Scienza neurologica Italiana. Il Prof. G, D'Abundo, Ordinario della Clinica delle Malattie Mentali e Nervose della nostra R. Università, si è spento quasi fulmineamente a 66 anni, il 29 dicembre u. s., lasciandoci costernati e sgomenti!

Il giorno avanti lo avevamo seguìto nell'Istituto, da lui diretto, mentre tracciava un programma di fervido lavoro. Nulla faceva supporre il

male che lo insidiava; nulla presagire la prossima procella! Cosicchè la notizia della sua morte ci percosse improvvisa ed impreveduta, sorprendendoci come l'uragano nel deserto.

Il Prof. G. D'Abundo iniziò la sua carriera a Napoli, ove si laureò nel 1884. L'anno precedente aveva frequentato il corso di Neuropatologia, dettato dal Prof. Leonardo Bianchi, e questi, che ne aveva conosciuto le buone qualità di studioso, appena il D'Abundo si fu laureato, lo presentò al Prof. Buonomo allora incaricato dell'insegnamento della Psichiatria, il quale lo prescelse ad assistente.

Erano gli anni di grande entusiasmo e di intenso lavoro per l'affermazione degli studii neurologici e psichiatrici in Italia; ed a Napoli da appena un biennio era sorta la cattedra di Psichiatria, e con essa, un organo di battaglia, una gazzetta trimestrale, dal titolo « Psichiatria, Neuropatologia e Scienze affini » diretta dal Buonomo e redatta dal Bianchi, alla quale collaboravano Armanni, Andriani, Cantarano, Fede, Nicolucci, Venturi. Il D'Abundo entrò componente della redazione di questa gazzetta e pubblicò in essa, nel 1885, il suo primo lavoro dal titolo «Ricerche cliniche sui disturbi visivi nella epilessia».

Lavorò assiduamente col Prof. Luciano Armanni e col Prof. Bianchi, al quale ultimo il Prof. Sadun, dell'Università di Pisa, si diresse per avere un allievo di «questa scuola». Fu proposto il D'Abundo, che, accettando l'invito, si trasferì colà nel 1887, accolto in qualità di Aiuto dell'Istituto di Medicina Legale e di Psichiatria, diretto dal Prof. Sadun.

A Pisa il D'Abundo si affermò con parecchie pubblicazioni, cosicchè, nel 1889, conseguì la libera docenza in psichiatria e fu incaricato dello insegnamento di questa disciplina.

Nel 1894 prese parte al concorso alla cattedra di Professore straordinario di Psichiatria nella R. Università di Palermo, ed in seguito ad una favorevole relazione conseguita, fu nominato Prof. straordinario a Cagliari, di dove l'anno successivo passò a Catania.

In quella Università il D'Abundo rimase per circa un trentennio, dedicandosi con fervore di apostolo ad organizzare una Clinica Neuropatologica, ritenuta fra le migliori in Italia. Quando il D'Abundo giunse a Catania non esisteva una clinica di malattie nervose e mentali: all'Ospedale Garibaldi era annesso un reparto di osservazione psichiatrica, e due ambienti erano i soli disponibili per l'impianto del laboratorio. Ma mancava ogni dotazione: e per dieci anni il D'Abundo dovette provvedere personalmente al fabbisogno. La costruzione della clinica Neuro-psichiatrica venne iniziata più tardi, mediante aiuti finanziarii dell'Amministrazione ospitaliera, con il concetto di sfruttare il ricco materiale offerto dal reparto psichiatrico di osservazione, dalle sale ospedaliere e dal mendicicomio. Nello stesso tempo il laboratorio veniva corredato del necessario per le ricerche scientifiche, ed in breve l'Istituto ricoverava e poteva offrire per l'insegnamento una media di 60 ammalati nervosi e di 150 mentali. Con tale dovizia di mezzi il D'Abundo potè dimostrare la sua grande attività scientifica; pubblicò numerosi lavori e, nel 1907, fondò un giornale dal titolo «Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia», fusosi poi, nel 1923, con gli «Annali di Nevrologia» diretti da L. Bianchi, sotto il nome di «Neurologica».

Nel 1915, scoppiata la guerra, i varii reparti furono trasformati per il ricovero esclusivo dei militari, ed altre sale vennero aggiunte, in modo da costituire il centro Neuro-psichiatrico del XII Corpo d'Armata e delle truppe di oltre mare.

Nel 1923, quando il Prof. Bianchi, in osservanza alla legge sui limiti di età, lasciò la cattedra di Neuropatologia e di Psichiatria, il D'Abundo, fu trasferito alla nostra Università con voto unanime della Facoltà di Medicina.

Qui egli ebbe cura di accrescere i mezzi per l'insegnamento, che erano ridotti a causa delle economie imposte dalla crisi del dopo guerra. Concluse subito due convenzioni, l'una con la Deputazione Provinciale, l'altra con la Giunta comunale di Napoli, ed assicurò in tal modo, un provvento che permetteva il funzionamento della Clinica per l'intero anno.

Era assillato dal desiderio di costituire una vasta clinica, corredata di tutti i mezzi utili alla ricerca scientifica ed allo studio degli ammalati; ed a tale scopo faceva convergere ogni sua energia, Ma lo incolse improvvisamente la morte, troncando i suoi disegni.

Se questi pochi cenni biografici sono sufficienti a dare un'idea della fervida attività del Prof. D'Abundo, è molto difficile riassumere in un breve articolo, la vasta produzione scientifica di lui, ascendente ad oltre un centinaio di pubblicazioni. Citerò alcuni studii interessanti per la originalità delle ricerche, quali ad esempio: « Le lesioni della vescica e della prostata nella Paralisi progressiva »; « Le degenerazioni sperimentali nel cervello e nel midollo spinale etc » (in collaborazione col Prof. L. Bianchi); « Sulle nevriti periferiche ed infettive mentali »; « Contributo allo studio delle vie linfatiche del cervello »; « Sulla vascolarizzazione cerebrale di alcuni mammiferi etc » (in collaborazione del Prof. Valente); « Contributo allo studio delle vie di connessione del sistema nervoso etc. » (in collaborazione col Prof, di Vestea); « Contributo allo studio della innervazione della dura madre cerebrale »; « Contributo allo studio della mielinizzazione delle vie di proiezione del sistema nervoso centrale »; « Le intossicazioni e le infezioni nella patogenesi delle malattie mentali »; « Contributo allo studio delle atrofie muscolari consecutive a traumi dei nervi periferici »; « Sulle distrofie muscolari progressive »; « Atrofie cerebrali sperimentali »; « Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28 Dicembre 1908 in Sicilia »; « La fisiopatologia del talamo ottico »; « Sul potere rigenerativo del prolungamento midollare dei gangli intervertebrali nei primi mesi della vita extra-uterina » (due lavori); « Turbe neuro-psichiche consecutive alle commozioni della guerra Italo-Turca »; « Contributo sperimentale allo studio dei tics coreiformi etc. ».

Il suo spirito di studioso era attratto più dalle ricerche di neuropatologia che dai problemi psichiatrici; e così è che la sua produzione scientifica riflette più il primo campo che il secondo. Innammorato dell'indirizzo anatomo-patologico applicato alla clinica, egli ricordava con devozione di discepolo il nome di Luciano Armanni, che lo aveva iniziato alle ricerche isto-patologiche. Non amava invece cimentarsi alle astruse questioni psico-patologiche. Mente più analitica che sintetica, lascia orme indelebili del suo ingegno acuto e del suo vasto sapere.

Fu perciò molto onorato. Era socio effettivo dell'Accademia di Scienze Naturali Gioemia, Socio emerito della Accademia Medico-Chirurgica di Napoli e corrispondente di varie Accademie estere. Era inoltre insignito di molte onorificenze, fra cui alcune per particolari benemerenze acquistate in dipendenza della guerra Italo-Austriaca.

La sua scomparsa lascia un vuoto incolmabile nella mente di quanti lo conobbero e ne apprezzarono l'animo buono e generoso.

Alla memoria di Lui io mi inchino con riverenza e gratitudine. Alla impareggiabile Compagna della sua vita, al figliuolo suo dilettissimo Prof, Emmanuele, ai parenti tutti, invio da questo giornale, un pensiero deferente, un saluto commosso.

Prof. Felice Baldi

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 7 Febbraio 1927 — N. 6

QUESTIONI DEL GIORNO

A PROPOSITO DEGLI STUDI CLINICI SECONDO UNA COMMISSIONE DI CONCORSO

Rilievi estensivi alle altre discipline mediche

L'articolo del Prof. Viola (1), a chiarimento delle direttive cui si è informata la Commissione giudicatrice del concorso di Clinica Medica per Modena, può aprire una feconda discussione sui concreti problemi, che si riassumono nel più grave e serio vaglio che spetta ad uno studioso — il concorso universitario —, e su tutto quanto deve ad esso precedere — preparazione, indirizzo di studi, quindi, dei giovani o maturi candidati all'insegnamento superiore. Feconda discussione che, dal campo della Clinica Medica, può sollevarsi ed estendersi, con risonanze particolari, ad altre discipline, ed assumere anche un significato più generale.

Nelle sette preposizioni, che i cinque insigni Maestri hanno dettato, sono stabilite delle norme, con le quali, più che limitare la libertà d'indirizzo della ricerca ai giovani, si mira, con la chiarezza e la sicurezza di chi ha raggiunto un'altezza da cui la materia si abbraccia in una visione « sintetica, panoramica », a disciplinare gli incerti, a incanalare i vivaci, in vie difficili ma sicure, verso mete aspre, individualmente, ma positive per la generalità.

Vi sarà chi dissentirà in qualche dettaglio, in qualche particolare affermazione, un pò troppo assiomatica, ma non si può disconoscere che quei Maestri di Clinica Medica e di Patologia Generale hanno compiuto un atto di fede, onesto e chiaro, nobile ed austero, nel medesimo tempo.

Ed è, sopratutto, per qualche corollario, che dalla legge generale scaturisce per toccare altre discipline, che mi permetto d'intervenire, onde portare sull'argomento la vissuta esperienza di un candidato, che appoggia una delle norme che si vorrebbero sancite.

Dopo le sette preposizioni, il Prof. Viola soggiunge: « nello « svolgimento dei concorsi di Clinica Medica una lezione clinica, « liberamente preparata, sopra un caso pratico, dovrebbe sempre, secondo il clinico di Firenze, integrare la valutazione dei « titoli. E a questa proposta possiamo tutti sottoscrivere e la « legge attuale lo consente ».

Questa proposta va — secondo il mio modesto avviso — non solo applicata alla Clinica Medica, ma estesa alle altre discipline o, almeno, alla maggior parte delle materie d'insegnamento medico. Attraverso la prova didattica, prevenzioni, in un senso o nell'altro, su certi candidati, possono chiarirsi o correggersi: qualità e pregi meglio pronunciarsi: deficienze o insufficienze attenuarsi o rivelarsi più di quanto il solo esame dei titoli permetta di stabilire o dimostrare. Candidati, che presentano numerose pubblicazioni, se non, addirittura, valanghe di carta stampata o fatta stampare, che, per fortunate condizioni personali, d'ambiente, di carriera tradiscono una preparazione o una maggiore maturità didattica e produttiva di altri, sono in grado di meglio documentare questa superiorità o di rivelare che un'attività svolta a preferenza in un senso non è compensata da altre attitudini, altrettanto necessarie nell'esercizio didattico. Tanto più ciò, in quanto, con le norme regolatrici dei concorsi universitari del passato e... anche con quelle dell'avvenire, non si potranno del tutto eliminare gli inconvenienti, fra cui si dibatte, senza avere trovato peraltro un definitivo piano di riposo, questa delicata materia della composizione delle Commissioni esaminatrici. Agli effetti della posizione dei candidati, che corrono l'alea del concorso, infatti, non vi potranno mai essere nella Commissione giudici che, a priori, ne conoscano tutte le virtù e le deficienze. La prova pratica, pubblicamente espletata, che impegna, all'improvviso — come del resto spesso capita in Clinica, negli Ambulatori, o nelle corsie, nelle sale di operazione o negli anfiteatri anatomici, tutta la personalità scientifica e didattica dell'insegnante — è tale da rendere conto di certe attitudini, indispensabili a chi si accinge al delicato compito di dirigere, nella vita e nella carriera scientifica, degli scolari. Si presume e si deve ritenere che chi giudica sia animato dal nobile intento di assicurare alla eletta schiera dei sacerdoti della cultura superiore i meglio preparati. Quindi un altro criterio di giudizio, che si forma sul modo come un candidato tratta « il caso », che la sorte gli destina, davanti ad un pubblico, che non è il solito costituito dalla scolaresca, non può nuocere allo scopo e non può che tornare utile a chi presenta e dimostra, nella gara, una più profonda conoscenza della disciplina, che dovrà o vorrà impartire.

La obbiezione che la prova pratica, nel rapido giro della sua durata, non può rivelare tutte le vere e reali attitudini dei candidati, in quanto la sorte può, con la difficoltà o meno del caso, costituire una base di maggiore o di minore agevolazione dei concorrenti, si smonta, facilmente, quando, al contrario, si consideri che la Commissione non formula il suo giudizio complessivo sul risultato della sola prova pratica: e, per quanto più particolarmente concerne questa, quando si consideri, ancora, che la Commissione non giungerà a conclusioni di idoneità o di insufficienza assoluta o relativa dei partecipanti, soltanto su la più o meno esatta formulazione di una diagnosi clinica o anatomica, ecc. Bensì gli elementi del giudizio, a prescindere dai titoli, e, anzi ad integrazione di questi, si completeranno con la rapida valutazione della famigliarità che il candidato dimostra di possedere coi problemi della tecnica e con i postulati scientifici della propria materia e di quelle collaterali, dal modo con cui sfrutta queste conoscenze per trarre dal caso quegli ammaestramenti che esso può fornire. L'attitudine a raccogliere, ad analizzare, con dignità e con proprietà tecnica, i fatti, e, poi, l'abilità a sintetizzarli, a ordinarli in un giudizio conclusivo, logico, sostenuto con argomentazioni e considerazioni serie, nutrite, anche schematiche, possono, meglio di qualsiasi certificato, rivelare la preparazione e le attitudini del candidato all'insegnamento.

Poichè io sono convinto che nessun Commissario penserà mai di designare e di scoprire uomini infallibili — dato che si è uomini disposti all'errore e purtroppo, nonostante la buona volontà singola, con lacune, più o meno vaste, di coltura — ma si proporrà di scegliere e di elevare alla dignità della Cattedra chi dimostrerà di essersi, negli anni della preparazione, permeato dello spirito di sacrificio e di dedizione, richiesto dall'appassionata tensione verso l'altissima meta. Pertanto, la prova pratica o didattica costituirà un insostituibile elemento integrativo di giudizio, e non assoluto, quindi, quale la legge consente e, anzi, esige.

Non ha detto uno dei nostri grandi Maestri che il miglior medico non è chi pretende di essere infallibile, ma colui che meno erra?

Anche l'altra opposizione, che la prova pratica è un'alea, e che su una sola carta non si può giocare tutto un passato e tutto l'avvenire di uno studioso, non ha significato differente in quanto rientra nella premessa del fine cui la Commissione si deve inspirare nel formulare le conclusioni.

Ho sentito anche dire che il sottoporre i concorrenti ad una Cattedra universitaria ad una prova di esame pratica significa una certa quale menomazione della dignità. Ebbene, io non scorgo questa minorazione morale, anche se, per esempio, si tratti di vedere in gara, per una determinata Cattedra, titolari già consumati nell'insegnamento e giovani che non hanno che l'esperienza didattica derivante dall'esercizio della libera docenza; o che, addirittura, siano di questa sprovvisti. Non è una « diminutio », giacchè la finalità suprema mira a fissare se gli aspiranti possiedono, in quel determinato periodo storico, e in piede di eguaglianza, dessi possiedono il corredo e l'orientamento scientifico e colturale necessarii. Io, ad esempio, che, per ragioni che non è il caso qui di ricordare, ho dovuto sostenere due concorsi,

(1) Vedi *Riforma Medica*: 1927, n. 2.

Digitized by Google

conclusisi entrambi con la sottomissione dei candidati ad una prova pratica, pur avendo una documentazione ufficiale e una esperienza personale dell'insegnamento impartito, prima come docente e, poi, come incaricato per diversi anni e, anche come titolare di una Cattedra, confesso di non essermi sentito diminuire nella mia dignità di insegnante e di modesto studioso.

Anzi, ho sentito l'orgoglio di cimentarmi con altri studiosi e docenti, che io ritenevo degni, scientificamente e moralmente, del fine, cui si dedicano gli anni migliori della nostra vita.

Si è che quando è impegnato il nostro amor proprio, tutta la nostra individualità, non dobbiamo confondere l'una e l'altro con la ripugnanza o col desiderio che ciascuno ha di non denudare davanti ai maestri ed al pubblico la propria anima, con le sue poche virtù e, sia pure, con tutti i suoi difetti. La Scuola, sopratutto quella superiore, dovrebbe essere palestra di sincerità.

Ecco, perchè ho creduto d'interloquire sul palpitante argomento agitato dalla Commissione di Modena e, per essa, tratteggiato e portato alla luce della discussione, in questa «nostra *Riforma*» dal Maestro Prof. Viola. E perchè volevo soggiungere che la Commissione di Anatomia Patologica per il concorso alla Cattedra di Perugia (1925-26; Professori: Barbacci, Dionisi, Pepere, Polimanti, Vanzetti) e, affatto di recente, quella del concorso per la stessa Cattedra di Sassari (1926-27; Professori: Dionisi, Pepere, Vanzetti, Preti, Cagnetto), avendo già adottato il criterio di sottoporre i candidati ad una prova pratica, hanno, sotto il particolare riflesso di volere elevare il tono dell'insegnamento nella nostra disciplina, precorso gli eventi. C'è da augurarsi che il loro esempio e il monito, così autorevolmente bandito dal Prof. Viola, vengano largamente seguiti.

ARMANDO BUSINCO
Professore di Anatomia Patologica nella R. Università di Perugia

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI MODENA

CIRROSI ALCOOLICA IPERTROFICA

Lezione clinica del Prof. A. BARLOCCO (†)

raccolta dal dott. G. MARGRETH — Assistente

L' inferma ha 32 anni, è di professione contadina. Nulla vi è di notevole negli antecedenti personali. A 24 anni si sposò con un uomo vivente e sano; non ebbe alcun figlio. Un particolare assai interessante emerge dalle abitudini di vita dell'inferma, in rapporto cioè all'abuso di vino, abuso il cui inizio la paziente fa risalire all'età di 12 anni e che si protrasse fino all'età di 15 anni; dopo di che sebbene non avesse abbandonato completamente tale bevanda, si conteneva in un limite di consumo assai più ristretto.

La malattia per cui ella ha creduto di ricorrere alla nostra Clinica si è iniziata due anni or sono, epoca in cui cessarono improvvisamente le mestruazoni, e da allora, quasi contemporaneamente a questo fatto, notò la comparsa di edemi malleolari, che si diffusero in breve ad entrambi gli arti inferiori per tutta la loro lunghezza. Si univa di poi alla sintomatologia dianzi ricordata cefalea, inappetenza, ronzii alle orecchie, dolori vaghi diffusi all'addome, che andava pure aumentando di volume tanto da raggiungere cospicue dimensioni venti giorni avanti il suo ingresso in Clinica.

Le minzioni si sono poi fatte assai rare, l'urina emessa è scarsa, torbida di colore rosso mattone. Quando l'inferma venne a noi presentava inoltre movimenti febbrili tanto da dare adito al sospetto di una forma addominale infiammatoria.

Passando ora all'esame ispettivo generale, la nostra attenzione è subito richiamata da un colorito subitterico delle sclere e dalla presenza di un ventre globoso, assai aumentato di volume, a cui contrasta un torace breve, che ci riporta alla terza combinazione del De Giovanni. Questa anomalia costituzionale unita al fatto già ricordato della scomparsa delle mestruazioni all'età di appena 32 anni, questi fatti, dico, assumono non piccola importanza, come elementi predisponenti all'attuale quadro morboso.

Esaminando ora più da vicino l'addome della nostra paz. voi vedete spiccare nettamente nelle regioni laterali numerose vene sottocutanee che per dato e fatto della loro ubicazione, ci portano ad ammettere la presenza di un circolo fra cava superiore ed inferiore, non fra cava e porta, fatto questo che ci viene ad essere avvalorato dall'assenza di emorroidi.

La cicatrice ombelicale si presenta appianata, centrale, la palpazione dell'addome fa avvertire un netto senso di fluttuazione, la valutazione plessica ci dimostra un'ottusità mobile a forma di semiluna con la concavità rivolta verso l'alto. Siffatta sintomatologia esisteva già nella nostra inferma ed in grado ancor più cospicuo al suo ingresso nella nostra Clinica.

Una prima paracentesi allora praticata diede esito ad un liquido coi seguenti caratteri:

Colore: giallo-citrino, aspetto: limpido; peso specifico: 1015; Reazione di Rivalta: positiva per l'essudato; albumina: 5 ‰. Esame citologico: linfociti: 95 %; polinucleari: 2 %; cellule endoteliali: 3 %.

Vennero eseguite successivamente n. 4 paracentesi e l'esame del liquido dimostrò una diminuzione del peso specifico da 1015 a 1012 e dell'albumina ad una quantità del 3 ‰.

Come avete sentito dagli esami chimici e microscopici eseguiti, il liquido estratto presenta per i suoi caratteri un caso limite fra essudato e transudato. Ma ove si tenga conto dei dati anamnestici, dell'inizio cioè della forma morbosa con edemi malleolari e secondariamente comparsa della ascite, della frequenza notevole con cui il liquido si forma, dello scarso contenuto di albumina e del basso peso specifico, tutti questi fatti, dico, ci portano a concludere per un transudato di origine epatica. Nè d'altra parte devesi dimenticare che un transudato può modificarsi ed acquistare qualche peculiare nota dell'essudato, in ragione di alterazioni viscero-parenchimali o per causa di bacteri di origine intestinale ovvero per una ripresa di attività di germi fino allora allo stato di latenza (bacilli tubercolari).

Soffermandoci ora all'esame statico della ghiandola epatica vi dirò subito che il fegato non appare impicciolito; dico, non appare, poichè la semeiologia c'insegna quanto sia necessario andar cauti per parlare di una reale ipertrofia di tale organo. A questo proposito è necessario escludere innanzi tutto una ptosi di detto viscere od una sua rotazione (accurata esplorazione della regione ascellare!); nel nostro caso è possibile scartare tale eventualità poichè il margine superiore del fegato è ad un livello anche più alto della norma, d'altra parte esso è palpabile al disotto dell'arcata costale, a margine duro, non molto tagliente, doloroso, a superficie regolare: noi concludiamo quindi per un effettivo aumento della ghiandola epatica.

Passando ora all'esplorazione della milza essa si percepisce colla palpazione, profondamente indurita. La percussione traccia l'area splenica lievemente ingrandita (il limite anteriore arriva quasi all'ascellare anteriore).

Questo importante dato semiologico (milza modicamente ingrandita) ci permette senz'altro di escludere trattarsi, nella nostra inferma, di una epatite splenomegalica (tipo morbo di Banti, ittero emolitico, anemia essenziale). E a conforto di questo sta pure il reperto sanguigno.

Globuli rossi	4.200.000
Emoglobina (al Sahli)	= 65
Valore globulare	= 0,77
Globuli bianchi	7.000

Non normoblasti nè megaloblasti. Non anisocitosi nè poichilocitosi.

Formula leucocitaria:

Polinucleati neutrofili	66
» basofili	—
» eosinofili	4
Linfociti (medi e piccoli)	26
Grandi mononucleari	4

D'altra parte è pur da escludersi la forma di Hanot, poichè manca un ittero diffuso, il fegato non è grandemente ipertrofico e si ha la presenza di un ascite.

Digitized by Google

Ci resta ora a prendere in considerazione l'apparato cardiovascolare della nostra inferma, per stabilire eventuali connessioni con le modificazioni della ghiandola epatica, da noi riscontrate. L'aia cardiaca assoluta appare nei limiti pressocchè di norma; ha solo assunto una posizione orizzontale, che non si deve però attribuire a dilatazione ventricolare, ma connessa invece alla presenza di una copiosa ascite. All'ascoltazione i toni sono puri su tutti i focolai; havvi solo un rinforzo del secondo tono sulla polmonare, che deve interpetrarsi però come connesso ad una restrizione del campo polmonare, per sollevamento del diaframma, causato dal versamento addominale. D' altra parte mancano edemi malleolari; è bensì vero che si ha albuminuria ma essa è da riferirsi ad una stasi renale, dovuta a compressione diretta del liquido addominale sui reni. Per tutti questi dati che vi ho passato brevemente in rassegna è da escludersi nella nostra inferma un' affezione cardiaca, che possa spiegare l'aumento di volume del fegato. Noi invece ci sentiamo autorizzati ad ammettere nella nostra inferma una forma di epatite ipertrofica tipo Laennec. Non vi stupisca il fatto da noi riscontrato di un aumento di volume del fegato, poichè se fino a pochi anni or sono si ammetteva solo la forma atrofica della cirrosi di Laennec i più recenti studi (e questo per merito degli AA. francesi) hanno sfatato tale opinione. Noi ammettiamo, infatti, che la lesione apportata dall'agente tossico sia primitivamente sul parenchima epatico; il connettivo non reagisce che in un secondo tempo ipertrofizzandosi e venendo ad occupare il posto lasciato libero dall'atrofia cellulare.

In base a questi concetti non è difficile spiegarsi come si possa assistere nel corso di una cirrosi tipo Laennec per un lungo periodo di tempo ad una ipertrofia della ghiandola epatica; in realtà non è che nello stadio terminale allorchè vi sia una notevole riduzione del parenchima ed in causa dei fenomeni di regressione a cui va incontro il connettivo neoformato, che si determina un'atrofia del fegato.

Io v'invito pure a fermare la vostra attenzione sul lungo periodo di latenza che è decorso nella nostra inferma dall'abuso di vino (che qui certamente è da chiamarsi in causa quale agente etiologico dell'epatite) ed il primo manifestarsi della sintomatologia clinica. Gli è che le alterazioni istologiche una volta iniziate (noi non possiamo accettare il concetto bouchardiano: cessata la causa, il morbo cessa) evolvono anche se la causa agente viene in seguito a mancare, per sboccare poi fatalmente in gravi alterazioni della cellula epatica.

Giunti a questo punto noi dobbiamo domandarci come si comportino le diverse funzionalità della cellula epatica. Le indagini condotte in tal senso sono le seguenti:

Esame urine: Quantità cc. 150; colore: rosso mattone; reazione: acida; peso specifico: 1020; albumina: traccie; zucchero: assente; urobilinogeno: presente in notevole quantità; urobilina: presente in notevole quantità; sali biliari: presenti; urea: gr. 4,75 nelle 24 ore.

Esame del sedimento: Numerosi globuli bianchi; rarissimi globuli rossi; non elementi renali.

Urea sanguigna: gr. 0,45 ‰.

Funzione protcolitica: Prova dell'ammoniuria e ammoniemia sperimentale.

1. Esame preliminare: Dieta lattea (due litri di latte nelle 24 ore) NH_3 sanguigna mmgr. 2,85 %; normale 0,70-1,20 %.

Urina delle 24 ore: cc. 150.

NH_3 urinaria gr. 3,35 ‰, gr. 0,50 nelle 24 ore; normale 0,30-0,70 nelle 24 ore.

2. Determinazione dopo ingestione di 10 gr. di citrato d'ammonio:

a) sangue dopo mezz'ora NH_3 = mmgr. 3,53 %; dopo un'ora e mezzo NH_3 = mmgr. 2,72 %;

b) urina: NH_3 = gr. 4,34 ‰; NH_3 = 0,59 nelle 24 ore.

N. B. — Normalmente dopo ingestione di citrato d'ammonio non si ha che un fugace e limitatissimo aumento dell'NH_3 sanguigna.

Prova dell'emoclasia digestiva: Positiva.

Funzione glicogenetica. Prova della glicosuria e glicemia alimentare. Dopo somministrazione di gr. 150 di glucosio in 300 cc. di acqua.

Glicosuria: negativa.

Glicemia a digiuno: 1,03 ‰, dopo un'ora 2,47 ‰, dopo tre ore 1,03 ‰.

Bilirubina sanguigna (prova di Hijmans van den Bergh).

Reazione diretta: rallentata.

Reazione indiretta: immediata.

Bilirubina sanguigna a digiuno 1/114000.

Dopo fleboclisi di 100 cc. di acqua distillata:

Dopo mezz'ora 1/114000: dopo tre quarti d'ora 1/116000.

Funzione sanguigna:

Fibrinogeno (metodo biologico di Wolgemuth).

1 ++, 2 ++, 3 ++, 4 ++, 5 +, 6 —, 7 —, 8 —, 9 —.

Normalmente si hanno valori oscillanti tra i tubi 6 e 7.

Tempo di sanguinazione — 4'.

Normalmente 2,5-3 minuti.

Velocità di sedimentazione dei globuli rossi (metodo di Linzenmeyer).

Dopo 15' mm. 6.

Dopo un'ora mm. 27.

Dopo 5 ore mm. 36.

Altre ricerche eseguite: R. W.: negativa; deviazione del complemento per la tubercolosi: negativa; cutireazione: negativa.

A lato quindi di grossolane modificazioni di forma e volume della ghiandola epatica, risultano dunque nel nostro soggetto nette alterazioni delle più importanti funzioni ad essa connesse e più specialmente di quella biligenetica e sanguigna. Tali alterazioni poi, che preludono ad un decadimento delle altre funzioni della cellula epatica, ci stanno a testimoniare non essere l'aumento di volume del fegato legato ad una ipertrofia della cellula epatica, ma ad una neoformazione del connettivo. Volendo ora meglio completare il nostro concetto diagnostico, già enunciato formuleremo la seguente diagnosi: *epatite banale, interstiziale cronica, tipo Laennec, in stadio ipertrofico con ascite e con parziali fatti di insufficienza epatica.*

Terapia. Un intervento chirurgico tipo Talma non è consigliabile, sia per la presenza dell'ascite, sia per la cospicua alterazione della cellula epatica e della crasi sanguigna. In realtà non è che allo stadio iniziale di una epatite, che tale atto operativo può riserbare la possibilità di un miglioramento del processo morboso.

Come cura medicamentosa somministreremo alla nostra inferma fermenti lattici. Praticheremo inoltre frequenti svuotamenti del cavo addominale ed impacchi caldissimi sulla regione epatica.

NOTE DI TOSSICOLOGIA

Avvelenamento da Somnifen. — G. Vinci. *Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 14, 15 luglio 1926.

L'A. avendo avuto occasione di osservare un caso di avvelenamento da somnifene, ne riferisce la relativa osservazione.

Dopo ingestione di 12 cc. del preparato, a scopo suicida, una paziente è presa da conati di vomito con emissione di odore caratteristico, e quindi da profondo sonno. Si praticano il lavaggio gastrico e alquante iniezioni di canfora.

Il respiro è profondo e regolare, 30 al minuto; il polso ritmico, accelerato fino a 110; temperatura, 37°. Le pupille sono appena sensibili alla luce, la cornea e la congiuntiva sono colpite da anestesia.

Si osservano qui tutti i segni del barbiturismo acuto: coma, disturbi mentali di ordine confusionale con onirismo allucinatorio, disastria e sintomi renali.

Il sonno è stato molto profondo sino a raggiungere il grado del sonno anestetico, caratterizzato dalla perdita del riflesso corneale.

Il bulbo e il cuore hanno resistito bene. La ritenzione di urina completa subito dopo l'avvelenamento, ha ceduto prima del coma. Si nota un leggiero stato irritativo renale: lieve albuminuria.

Nel risveglio primi a cedere sono stati i sintomi a carico del midollo spinale. Alla depressione è seguita ipereccitabilità caratterizzata dall'esagerazione dei riflessi, dai tremolii e dalle leggiere scosse cloniche. Lo stato confusionale, la disastria, l'astenia e l'amnesia sono gli ultimi a sparire. Il ritorno alla normalità è completa.

E' utile notare che la dose ingerita, pur essendo stata oltre 10 volte più grande della dose terapeutica, non ha prodotto alterazioni della respirazione e della circolazione. Il somnifene possiede dunque, come tutti i derivati della malonil-urea usati in terapia, una zona maneggiabile molto estesa.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA' DI NOVARA

LE INIEZIONI ENDORACHIDEE D'ADRENALINA NELLA TERAPIA PEDIATRICA

per il dott. PIERO FORNARA
Direttore dell'Ambulatorio Pediatrico e del Brefotrofio

L'uso dell'adrenalina per iniezione endorachidea, preconizzato da Meltzer (1), Bass (2), Haas (3) e Lewis (4), nello stadio acuto della malattia di Heine-Medin durante la famosa epidemia di New-York del 1916, benchè sia registrato e consigliato in tutti i trattati recenti ed in tutte le recenti monografie sull'argomento, è così poco entrato nella pratica comune che credo non inutile tornare a ricordarlo esponendo tre miei casi in cui esso mi diede risultati indubbiamente utili, casi di cui uno è — almeno con molta probabilità — un caso di poliomielite anteriore acuta con sintomi anche meningo-cerebro-bulbari, il secondo è una forma più direttamente encefalica, di una encefalite vera e propria ad eziologia difficilmente definibile con manifestazioni gravi e minacciose, il terzo è un caso delle così dette convulsioni essenziali della prima infanzia da causa criptogenetica.

Il I caso fu da me osservato più di un anno fa all'Ospedale Infantile di Alessandria dove ero vice primario e formò già oggetto di una comunicazione alla Sezione Piemontese della Società Italiana di Pediatria da me presentata nella riunione del novembre 1925 (5). Si tratta in esso di una bambina di 8 anni da San Michele (Alessandria) che venne portata in Ospedale d'urgenza alle ore 22 del 1 agosto 1925 con la diagnosi del curante di meningite cerebro-spinale: i parenti riferivano che la paziente — convalescente di pertosse che durava da tre mesi — aveva presentato 4 giorni prima, in pieno benessere, uno svenimento: due dì dopo aveva cominciato a lamentare cefalea violenta e forti dolori al collo: comparve febbre ed il 31 luglio stranguria che richiese un cateterismo. All'entrata T. 39,7. Polso 140 ben marcato, perfettamente ritmico. Respiro di 44 al 1', aritmico, interciso da frequenti pause e da sospiri. Rigidità nucale intensissima, in opistotono. Kernig evidente ma non molto intenso; assenti i sintomi di Brudzinski. Gli arti non sono affatto rigidi e le gambe sono anzi floscie e paralizzate sì che la a. non riesce a muoverle ed i riflessi rotulei e plantari sono aboliti. L'alvo è stittico: l'addome è trattabile, con riflessi cutanei appena accennati: dermografismo rosso: paresi del facciale inferiore destro. Puntura lombare eseguita all'entrata: L, C. R. che esce a forma di zampillo: è limpido, ma visto in trasparenza contro una forte sorgente luminosa, presenta minutissimi coaguli sospesi: lasciato a sè fa una tenue ragnatela a dito di guanto tutto attorno alla provetta. Cellule 300 per mmc. Pandy positiva Nonne Apelt positiva debole, Weichbrodt negativa. Albumina gr. 0.33 ‰. Glicorachia gr. 0,55 %. Wassermann negativa con 0.1-1.0 di L. C. R. fresco ed inattivato. Benzoino colloidale 00000,221,000,000,00. Esame microscopico e culturale per la ricerca di eventuali microbi negativo: negativa la inoculazione in cavia.

Eseguo, seduta stante, un'iniezione endorachidea di 2 cmc. di adrenalina Parke Davis al 1:1000.

Nella notte successiva la bambina riposa abbastanza tranquilla: il polso si è mantenuto buono; il respiro è divenuto più regolare; alla mattina la temperatura è di 38°,8. Si esegue una II P. L.; il L. C. R. limpidissimo esce a zampillo: non presenta coaguli sospesi, non fa ragnatela: contiene 84 cellule per mmc. e gr. 0.40 ‰ di albumina. Glicorachia gr. 0.40 ‰. B. C. 000.000,210,000,000,0.

Nei giorni successivi la febbre andò lentamente abbassandosi sì che il 4 VIII non superò più i 38°: persistevano invece la rigidità nucale, l'opistotono e la paralisi con ariflessia delle gambe: comparvero inoltre dei dolori particolarmente violenti alle gambe. All'esame delle orine traccie di albumina con muco abbondante, qualche leucocita, rari cilindri jalini. Una III P. L. eseguita il 4-VIII diede un l. c. r. limpidissimo che usciva a goccie lento: non ragnatela: cellule 16,8 per mmc., albumina gr. 0.25 ‰, glucosio gr. 0,50 ‰. B. C. 000002000000000,0. Nella stessa giornata del 4 la bambina venne portata a casa dai genitori in carrozza: il dì dopo mi portarono ad esaminare un campione di orina della piccola che appena giunta a casa aveva cominciato ad orinare sangue: l'orina infatti, del colore di lavatura di carne, con abbondante sedimento di coaguli ematico-fibrinosi, ha una densità di 1021, reazione acida, contiene gr. 2.5 ‰ di albumina e abbondante sangue sia alle reazioni chimiche sia all'esame microscopico.

L'ematuria cedè però abbastanza rapidamente ed il 17 le orine sono limpide ed appaiono normali, contenendo solo traccie minime di albumina, la b.ª è apirettica, non presenta più rigidità nucale ma le gambe sono completamente paralizzate in paralisi flaccida. Il 22 viene rivista in condizioni invariate di astenia generale intensissima e di paralisi completa degli arti inferiori. Il 2 settembre viene portata di nuovo a visita: oltre all'astenia che va aumentando sempre più, alla paralisi che è sempre completa alle gambe si nota una polipnea di più di 50 respiri al minuto: la b.ª specialmente di notte presenta dispnea che a momenti diviene drammaticamente intensa. Venni poi a sapere che la piccina è morta a domicilio l'8 settembre per paralisi respiratoria.

Il II caso è stato da me osservato e seguito a Novara un mese fa all'incirca: esso concerne un bambino che da tempo conosco, avendolo la prima volta visitato quando aveva 10 mesi, nel giugno 1923: il bambino, figlio di genitori giovani e sani e senza tare particolari, che fino allora non aveva mai avuto alcun disturbo, allora aveva presentato la sera stessa della giornata in cui fu vaccinato delle convulsioni che si ripeterono, accompagnate a febbre, per parecchi giorni: fu notata allora anche la comparsa di una emiplegia destra: le convulsioni, nonostante cure prolungate a base di luminal e di bromuri si ripeterono, a intervalli sempre maggiori, ancora per qualche mese, ma ora da due anni circa erano cessate; l'emiplegia pure a poco a poco si ridusse, manifestandosi solo come modificazione dei riflessi e come aprassia della mano destra, del resto il bambino camminava bene, parlava e dimostrava una intelligenza pressochè normale per un bambino della sua età: alla metà circa del novembre c. a. la sorellina maggiore, di 7 anni, rientrò di casa con un'angina febbrile a tipo follicolare che si complicò con otite media purulenta destra: dopo pochi giorni anche il bambino ammalò con febbre, tensillite follicolare e otite purulenta sinistra: ripresero allora assai intensamente le convulsioni localizzate alla metà destra del corpo e si accentuò l'emiplegia destra: chiamato a consulto dal Dott. Caccianotti vedo il bambino la sera del 23-XI: la temperatura è di 37,3-37,5, il polso di 100-120 ; persiste l'abbondante scolo purulento dall'orecchio sinistro; non esistono sintomi meningei, braccio e gamba destra sono in paralisi completa, di tipo flaccido, con riflessi tendinei e periostei aboliti, con abolizione del riflesso cutaneo addominale e cremasterico di destra con Babinski D e un clono «legittimo e perfetto» del piede D: coscienza e parola perfettamente normali. Si decide di insistere nella cura di bromuro di calcio, urotropina e luminal per os., di cloralio idrato per clisteri; ma nella notte dal 24 al 25 le convulsioni si ripeterono più intense, più violente; più frequenti e generalizzate: a mezzogiorno del 25 il bambino cade in uno stato di coma, in completa incoscenza, con convulsioni subentranti di solito appena abbozzate a tipo di sussulti e di tremori: la respirazione non si compone più regolarmente ma è inframmezzata da sospiri, da pause, da arresti più o meno lunghi: quando alle ore 14 sono chiamato d'urgenza trovo il bambino in tale stato di coma, d'incoscenza e di respiro aritmico e dispnoico a tipo di respiro di Biot, con una cianosi spiccatissima al viso ed alle dita; la T. è di 37.3; Polso 160; Respiri 38 al 1'. Davanti alla famiglia costernata ed al curante disperato, decido, pur con scarsa speranza, di eseguire una iniezione endorachidea di adrenalina: pratico una puntura lombare, raccolgo circa 8 cmc. di L. C. R. che fuoresce a gocce lente sotto pressione apparentemente non aumentata, ed inietto un poco meno di 1 cmc. di adrenalina al 1‰ nel cavo rachidiano. Subito dopo la puntura il bambino ricade nello stato soporoso, più quieto cessando quasi del tutto i sussulti e le convulsioni e ridivenendo più calma e più regolare la respirazione: alle 17 egli si riscuote e si risveglia con la coscienza perfettamente integra ed il respiro perfettamente regolare: T. 36,2; Polso 80; R. 26. La notte successiva è passata tranquillissima e nel giorno seguente il bimbo comincia ad eseguire dei piccoli movimenti con il braccio e la gamba paralizzati: oggi (19-XII-26) egli è alzato, cammina bene e la paresi alla gamba destra è appena accennata; è invece più evidente al braccino dove però anche il miglioramento è in continua progressione: i riflessi tendinei e periostei sono alquanto esagerati agli arti di destra ma il clono ed il Babinski sono scomparsi: le convulsioni non si sono mai più riprodotte. Persiste l'otite purulenta.

Il L. C. R. raccolto nella puntura lombare del 25-11 presentava i seguenti caratteri: limpidissimo, cellule 1.8 per mmc., albumina g. 0.15 ‰; Reaz. di Tacconi debolmente positiva a tipo encefalitico; Reazione di Wassermann negativa col L. C. R. fresco e inattivato alle dosi

Digitized by Google

di 0,1-0,2-0,5-1,0. Benzoino colloidale 00120000000000. Glicorachia gr. 1,2 ‰.

Il 3° caso è un bambino di 2 mesi e ½ affetto da convulsioni essenziali generali intense ed ostinate: è il 1° nato di una coppia di sposi giovani e robusti: esiste però dell'alcoolismo con multiple tare nervose nel gentilizio materno e la madre soffre di crisi convulsive a tipo epilettico genuino. Il bimbo nato a termine di una gravidanza regolare era alla nascita assai piccolo e minuto pesando solo gr. 2,700: allattato regolarmente al seno materno si è rapidamente sviluppato bene sì che ora è un bel bebè di gr. 5.500: non ha mai avuto disturbi all'infuori di una persistente stitichezza: improvvisamente l'8-12 nella serata presenta delle convulsioni di tipo tonico-clonico generali: queste si ripetono più volte nella notte e nel giorno sucessivo e da allora ogni giorno si riproducono, specialmente nella sera e nella notte, di gravità sempre crescente, nonostante una cura a base di bromuri e di cloralio istituita sin dall'inizio dal medico curante: chiamato da questi a consulto il 13-12 trovo il bambino in istato di eutrofia, ben sviluppato, ben nutrito, roseo, senza alcuna stigmata di lue congenita, senza alcun sintomo meningeo, con fontanella di normali dimensioni, un pò sporgente e *bombèc;* assenti i sintomi di Chwostek e di Trousseau: due dì, dopo, alle 23 sono chiamato di nuovo d'urgenza perchè le convulsioni sono diventate molto intense: eseguo subito la puntura lombare che dà esito a circa 10 cmc. di liquido limpidissimo che esce a gocce ravvicinate ed inietto in rachide mezzo cmc. di cloridrato d'adrenalina Parke Davis al ‰: dopo l'iniezione il piccino cade tosto pallidissimo in uno stato di sopore impressionante: il polso si rallenta, pur conservandosi ottimo, cadendo da 160 a 104 al 1': poco a poco il sopore si modifica in uno stato di sonno normale, durante il quale non si hanno convulsioni ma solo qualche guizzo di fibrillazione muscolare. Le convulsioni in questi 15 giorni non si sono mai più riprodotte ed il bambino si nutre e cresce regolarmente.

Il liquido cefalo-rachidiano esaminato diede il seguente reperto: cellule 6 per mmc. (linfociti); Albumina gr. 0,40‰; Reazione di Pandy nettamente positiva; di Boveri positiva (decolorazione in 5'); Reazione di Nonne Apelt debolmente positiva; Reazione di Weichbrodt nettamente positiva; Reazione di Tacconi positiva (a tipo encefalitico).

Benzoino colloidale 0000002221000o,o.

Reazione di Wassermann negativa col liquor fresco alle dosi di 0,1—0,3—0,5—1,0.

Reazione di Wassermann negativa sul siero di sangue.

I tre casi su citati sono esempi di affezioni morbose distinte e ben diverse tra di loro.

Il 1. caso rappresenta — o almeno come tale è stato da noi considerato — una forma alquanto atipica di malattia di Heine-Medin a cui lo ravvicina oltre al criterio *saisonnier* ed epidemiologico (esso fu infatti osservato in estate, in un momento ed in una regione in cui infieriva una epidemia di poliomielite acuta assai intensa ed anzi un caso di questa affezione era stato osservato poco prima nella stessa frazione in cui abitava la nostra malata) anche la sintomatologia clinica generale. L'atipicità è rappresentata dall'intensità della reazione meningo-radicolare, sia umorale che clinica, dall'intensità della rigidità della nuca e della colonna vertebrale contrastante con la paresi flaccida delle gambe (fatto questo che però fu già notato nella poliomielite anteriore acuta sovrattutto recentemente da Esbach e Morquio). dalla presenza di una paresi del facciale (osservata sulla P. A. A. già da Beclère, Wickmann, Netter, Guinon e Sisnon, Morquio, Escardo y Amaya), dalla comparsa dell'ematuria, descritta solo in un caso molto simile al mio da Repaci.

In questo caso, identificabile quindi con una forma diffusa di infezione da *Medullo-virus* a localizzazioni multiple, meningoradicolari, mielitiche e cerebrobulbari, a sintomatologia molto grave, l'iniezione endorachidea d'adrenalina ha causato una certa diminuzione di alcuni sintomi e specialmente dei disturbi respiratori, sì che io non esitai allora, come non esito ora, ad attribuire ad essa il lieve ma sensibilmente progressivo miglioramento presentato dalla paziente nel I. tempo. Successivamente purtroppo non mi fu dato di poter continuare la cura iniziata, anche perchè la paziente fu dopo 4 giorni di ricovero portata dai genitori a casa dove, dopo un decorso tumultuoso all'inizio, di apparente miglioramento poi, morì coi sintomi di una ripresa tardiva della sindrome bulbare.

Il II. caso è più interessante dal punto di vista della patogenesi, della sintomatologia e dei risultati terapeutici: si tratta in esso di un bambino che all'età di 10 mesi presentò convulsioni e disturbi cerebrali vari con esito in emiplegia destra, consecutivamente alla vaccinazione e precisamente nelle prime 24 ore dopo di questa, in quel periodo in cui può aversi anche la così detta febbre iniziale di Peiper: tale caso si può quindi anche prestare allo studio delle così dette « encefaliti consecutive alla vaccinazione » alla cui conoscenza ho io stesso contribuito con un articolo tuttora in corso di stampa (6): è noto infatti che esistono ormai nella letteratura medica una sessantina di casi di disturbi encefalitici comparsi dopo la vaccinazione, e di cui tuttora è dubbia la patogenesi, discutendosi ancora se la vaccinazione agisca in essi direttamente colla localizzazione all'encefalo del virus vaccinico, o se agisca solo predisponendo ad un'infezione di encefalite epidemica o causando lo sviluppo nel cervello umano di un tuttora ignoto virus dermo-neurotropo, spontaneo parassita della mucca.

Non è ancora possibile scegliere, tra tali divergenti ipotesi, una sicura per dimostrazione diretta: nel mio caso io avevo, tre anni fa quando iniziò, fatto diagnosi di una localizzazione, encefalitica da medullo-virus, e come tale era stato citato da me, insieme con altri simili, in un lavoro pubblicato sul « Cervello » (7) sull'emiplegia spastica infantile: in tale senso deponeva infatti il criterio epidemiologico, osservandosi allora, nello stesso sobborgo di Novara e nello stesso periodo di tempo, assieme a parecchi casi di emiplegia in lattanti a decorso acuto, qualche caso tipico di poliomielite anteriore acuta: ritenevo allora che la vaccinazione non avesse agito altrimenti che come motivo di provocazione occasionale se pur non fosse stata una semplice coincidenza. In tale caso dopo due anni di latenza completa, in conseguenza di un'infezione a tipo grippale, con otite sinistra si ebbe una ripresa dei disturbi encefalitici con convulsioni prima localizzate, poi generalizzate e accompagnate da minacciose manifestazioni di paralisi respiratoria, e con accentuazioni dell'emiplegia destra: in esso, in cui le lesioni dovevano essere evidentemente a localizzazioni vascolari ed a tipo congestizio attorno al focolaio cicatriziale della vecchia lesione, l'iniezione endorachidea di adrenalina associata all'evacuazione di una certa quantità di l. c. r. è stata seguita da un rapido cessare dei disturbi respiratori e delle convulsioni e da un più lento regredire dei sintomi emiplegici.

Il III. caso rientra come dissi nelle così dette convulsioni essenziali della prima infanzia: è una sindrome questa che — eliminate le convulsioni sintomatiche di infezioni generali, di malattie febbrili, di intossicazioni ben definite, eliminate le convulsioni dovute a meningiti conclamate — conserva tutto il suo attributo di sindrome criptogenetica: alla discussione che recentemente si svolse alla « Société de pédiatrie » di Parigi (8) sull'etiologia di queste forme, in seguito alla presentazione di una comunicazione di Heuver sull'argomento, noi vediamo riassunte le principali tendenze attuali: Comby ed Heuver sostengono che il maggior numero di esse dipende da lesioni più o meno profonde, più o meno estese, meningoencefaliche di Heuver anzi ha ulteriormente svolto tale concezione così nella tesi inspirata al suo allievo Longchampt (9), come in un articolo scritto in collaborazione con questi (10): Marfan, Leredde e Babonneix sostengono l'origine sifilitica del maggior numero delle convulsioni dei lattanti sotto i 6 mesi: Debré e Lesné attribuiscono invece la massima importanza alla spasmofilia.

Nel nostro caso nè dall'anamnesi, nè dall'esame clinico, nè dalle analisi sierologiche non fu dato dimostrare alcun segno certo o sospetto per l'esistenza di una lue congenita e del pari mi sembra che si possa con sicurezza escludere l'origine spasmofiliaca, data l'età del paziente (è noto che è eccezionale la comparsa di una spasmofilia prima dei 4 mesi) e data l'assenza dei sintomi di Chvostek e di Trousseau nel periodo convulsivo. Viceversa mi pare che in esso esistono dati sufficienti per ammettere l'esistenza di un processo infiammatorio meningo-cerebrale discreto, da causa infettiva — forse influenzale —, agente in un terreno predisposto a tali lesioni per una tara nervosa famigliare: in esso infatti l'esame del liquido cefalo rachidiano mise in evidenza una reazione meningea a tipo di « meningite sierosa » lieve ma netta, ed alcuni caratteri comuni mi inducono ad ammettere una analogia tra esso e qualche caso osservato in Brefotrofio e terminato in morte, in cui all'autopsia si riscontrava un certo grado di imbibizione di essudato sieroso per edema della pia ed un'intensissima congestione dei vasi piali, talora così intensa da simulare quasi un essudato emorragico e corrispondente istologicamente ad alterazioni di vasodilatazio-

Digitized by Google

ne, di infiltrazioni perivasali, di trombi vascolari, di piccoli stravasi emorragici. Davanti a un tale reperto mi pare logico che si tenti in questi casi di portare direttamente ed immediatamente a contatto del cervello così congesto un così potente vasocostrittore come l'adrenalina: e in questo mio caso infatti, come nel precedente, l'evacuazione di una certa quantità di liquor e la contemporanea iniezione endorachidea d'adrenalina eseguita con lo scopo di produrre una vasocostrizione diretta ai centri nervosi, produsse immediatamente la cessazione delle convulsioni e l'arresto del processo encefalitico così pericoloso per il presente e per l'avvenire dei nostri piccoli pazienti.

E' mia intenzione continuare tali miei tentativi ed eseguire questa terapia in altri casi, riferendone successivamente gli ulteriori risultati: per ora, quale conclusione pratica di queste mie poche osservazioni, io non esito a consigliare di tentare — di fronte ai così frequenti disturbi cerebrali dell'infanzia, di fronte alle manifestazioni convulsive che, se talora transitorie, sono pure così spesso seguite da morte o da reliquati durevoli di disturbi cerebrali gravi — la terapia da me usata nei miei casi, di unire cioè alla puntura lombare che in queste condizioni si dovrebbe sempre praticare, l'iniezione endorachidea d'adrenalina, iniettando sotto l'anno solo qualche decimo di cmc. d'adrenalina al ‰, meglio ancora se diluita in soluzione fisiologica, nell'ulteriore età 1-2 o più centimetri cubici d'adrenalina al millesimo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Meltzer. New York Medical Journal, 19 august 1916, pag. 337. — (2) Murray H. Bass. The treatment of the acute stage of anterior poliomyelitis. Archives of Pediatrics, august 1916. — (3) Sidney V. Haas. Adrenalin in poliomyelitis. Medical Record, 2 september 1916, pag. 425. — (4) P. M. Lewis. Report of 77 cases of acute poliomyelitis treated in tre New York throat, nose and lung Hospital by intraspinal injections of adrenalin chloride. Medical Record, 23 september 1916, pag. 540. — (5) P. Fornara. Considerazioni sopra tre casi di forma meningea della poliomielite anteriore acuta. Soc. It. di Pediatria (Sez. piemontese). Riv. di Clinica ed igiene infantile, n. 1, 15 XI 1926, pag. 36. — (6) Idem. L'encefalite consecutiva alla vaccinazione jenneriana. Riv. di Clinica ed igiene infantile n. 2 (in corso di stampa). — (7) Idem. Contributo allo studio della emiplegia spastica infantile. Il Cervello, anno IV, n. 5, 1925, pag. 315. — (8) G. Heuyer. Les convulsions de l'enfance (con discussione). Société de pédiatrie, 6 juillet 1926. — (9) Jeans Longchamp. Étude sur quelques observations cliniques de convulsions de l'enfance. Thése de Paris 1926. Legrand éd. — (10) G. Heuyer et J. Longchamp. Considérations sur les convulsions essentielles de l'enfance. Archives de médecine des Enfants, n. 11 novembre 1926, pag. 617.

OSPEDALE S. MARIA EGIZIACA A FORCELLA

AMBULATORIO PER LE MALATTIE DEL RICAMBIO
Direttore: Prof. MARFORI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'OSTEO-MALACIA SENILE

per il dott. GIUSEPPE DE NITO

L'osteo-malacia è uno dei più giovani e più discussi capitoli di patologia: essa pure essendo apparsa da poco tempo come entità nosologica a sè deve essere esistita da lungo tempo e confusa con altre forme morbose con cui ha molti punti di identità specialmente con il rachitismo. Già il Trousseau ed il Laségue credettero di poter stabilire che l'osteo-malacia ed il rachitismo non fossero che una unica malattia. Più tardi però gli studi anatomo-patologici conchiusero per una diversa sindrome in base alla diversa natura delle alterazioni constatate.

Negli ultimi tempi vi furono ancora dei tentativi per condurre le due sindromi all'unità.

Trascurerò di fare una dettagliata esposizione per quanto riguarda la storia di questa malattia per soffermarmi solo in quei punti che possono valere ad illuminare i casi da me studiati.

E' risaputo che l'osteo-malacia colpisce di preferenza le donne gravide, però non è escluso che tale malattia possa colpire uomini e donne in età già avanzata. Il Curschmann aveva notato che la malattia non è così rara negli uomini come generalmente si crede senonchè sfugge facilmente alla diagnosi.

Esistono, di più casi, accertati di osteo-malacia infantile che fanno escludere l'opinione di quelli che considerano l'osteo-malacia come esclusiva del puerperio. Valgano al riguardo gli studi di Messlaye del Pèron, del Sierget ed infine quel caso studiato dal Rhen di un bambino di 13 anni le cui alterazioni delle ossa, furono anche dal Recklinghausen attribuite all'osteo-malacia.

Se la patologia è già così controversa ancora oscura è l'etiologia della malattia.

L'Hoennicke ritiene che l'osteo-malacia dipenda da un disturbo di funzione della tiroide, disturbo che provocherebbe un'alterazione nel ricambio del fosforo.

Per altri autori invece la causa di detta alterazione è da ricercarsi nell'ovaia.

Il Fehling introdusse per il primo la castrazione nella terapia dell'osteo-malacia; egli e altri dopo di lui, ottennero brillanti risultati.

Perciò secondo il Fehling l'osteo-malacia sarebbe una trofo-neurosi dipendente da un'eccesso di funzione delle ovaie che agirebbe attraverso le vie nervose e vasali per tutto l'organismo.

All'esame però delle ovaie asportate a scopo terapeutico nei casi di osteo-malacia non si riscontra nulla che possa confortare queste vedute.

Per lo Schmidt l'iperemia arteriale del midollo giuoca una parte importante nel processo: l'aumento della corrente arteriale produrrebbe soluzione delle sostanze che cementano l'osso.

Ma non è certo se il disturbo vasomotore è primario o riflesso, prodotto da altri organi, specialmente dall'ovaio.

La primitiva ipotesi che l'osteo-malacia fosse prodotta dall'acido lattico o acido carbonico che agirebbe sul midollo osseo per produrre la perdita di calcio, non è oggi più ammessa.

Negli ultimi tempi si volle fra l'altro attribuire l'osteo-malacia ad un processo di nutrimento insufficiente, ad una avitaminosi.

Alcuni autori italiani (il Morpurgo, il Miccoli, l'Arcangeli) ritengono che l'osteo-malacia sia causata da un diplococco.

Questo diplococco non sarebbe nettamente delineato: essi l'avrebbero riscontrato nelle ossa colpite, nel sangue, nelle orine ed avrebbero ottenuto la riproduzione sperimentale inoculandolo ad animali da sperimento.

Riservandomi di trattare in seguito la parte che riguarda l'osteo-malacia senile, passerò a descrivere due soli dei diversi di osteo-malacia senile che mi fu dato di raccogliere durante la mia permanenza all' Istituto patologico di Monaco di Baviera.

1. Caso. — N. di protocollo 364. Data 27 aprile 1922.

Diagnosi clinica osteo-malacia senile-arterio ed arteriolo sclerosi, renale. Endocardite pregressa.

Nome Est. M. Stato: vedova di un pittore. Età: 79 anni.

Reperto clinico: 1ª clinica medica direttore Romberg. Diagnosi anatomica: Osteo-malacia. Lieve ipertrofia e dilatazione dell'atrio destro. Lieve arteriosclerosi dell'aorta e delle coronarie; Endocardite verrucosa delle valvole aortiche.

Due focolai recenti di tubercolosi nel lobo inferiore di sinistra. Pleurite fibrinosa sinistra. Bronchite. Rene raggrinzato da arterio-sclerosi.

Atrofia bruna del fegato. La ghiandola tiroide dimostra al taglio alcuni nodi calcarei. Degenerazione cistica di ambedue gli ovai: al polso dei due ovai si riscontra a sinistra una cisti grossa all'incirca come una prugna di colorito chiaro; a destra eguale quadro. Il bacino ampio. L'entrata del bacino è abbastanza grossa, le ossa del bacino contengono midollo osseo assai poroso.

Anche le vertebre mostrano al taglio il midollo osseo fortemente poroso; lo stesso si constata nelle altre ossa.

All'apertura del cranio si nota una pachimeningite emorragica interna.

Reperto istologico. All'esame dell'osso si nota perdita dei sali calcarei. La sostanza marginale delle trabecole ossee decalcificata appare nella doppia colorazione con ematossilina ed eosina come un'orletto rosso, il così

Digitized by Google

detto orlo osteo-malacico. Ogni trabecola ha preso nella sua parte centrale di colore violetto mentre alla periferia è rimasta di color rosso.

L'affinità del calcio per l'ematossilina spiega il colore violetto. A maggiore ingrandimento è anche possibile notare le caratteristiche figure a graticcio.

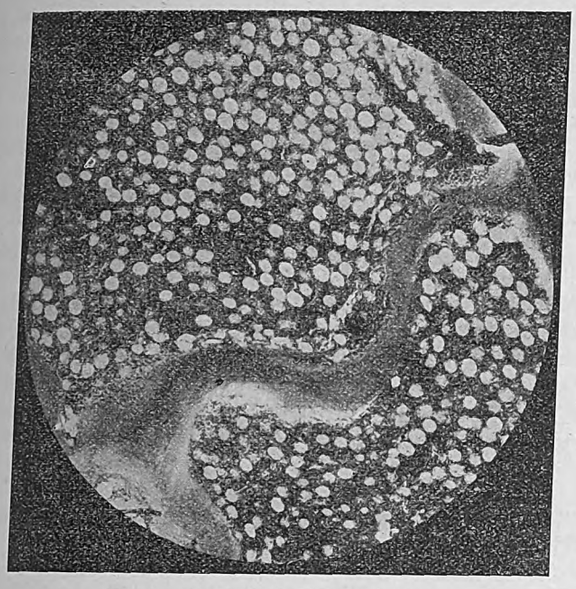


Fig. I. — 1.° Caso - Ossa osteomalaciche.

Tiroide. L'ingrandimento della tiroide è a forma nodulare. Le cellule ghiandolari proliferanti formano delle vescicole tondeggianti ed allungate contenenti sostanze colloidi.

Alcune vescicole mostrano accanto alla sostanza colloide anche delle cellule. Tra le vescicole si nota una forte pigmentazione bruna dovuta ad emosiderina prodotta per stravaso sanguigno.

Ovaio. Degenerazione cistica di ambedue gli ovai, le cisti sono di grandezza media con contenuto semisolido. Si vedono partire dai setti divisori numerose pieghe e creste.

Accanto alle cisti si riscontrano nello strato marginale delle formazioni ghiandolari con eguale epitelio.

Capsule surrenali. La parte corticale presenta una lieve iperplasia, la midollare è normale.

becole ossee delle cellule giganti senza che però sia chiara la formazione di sostanza neoformata. Nella sostanza midollare numerose cellule grassose.

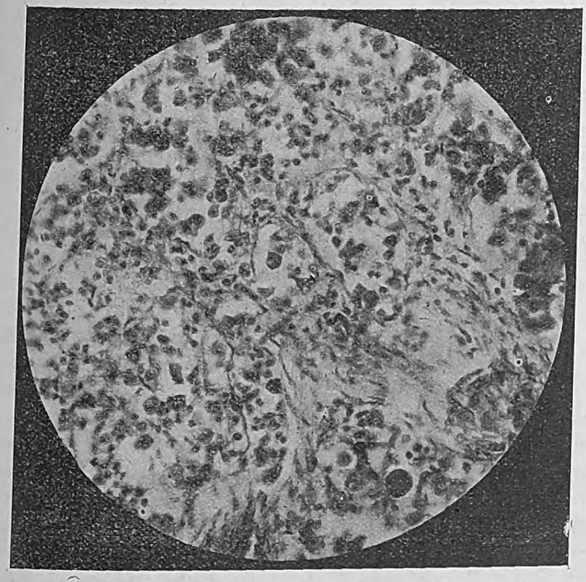


Fig. III. — 1.° Caso - Ipofisi.

aumentate, con netta prevalenza delle basofile; scarse le cellule fondamentali. Presenza discreta di secreto colloide. Vacuoli di forma diversa sparsi abbondantemente nell'ipofisi. Abbondanti corpuscoli rossi.

2° Caso. N. di protocollo 379. Data 27-4-22.

Diagnosi clinica: Osteo-malacia senile. Arterio-arteriolosclerosi renale. Nome: S. G. Professione: fabbro. Età 61 anni.

1ª Clinica Medica, Direttore Romberg.

Diagnosi anatomica. Osteo-malacia con forte porosi. Raccorciamento convesso del petto in avanti. Cifoscoliosi delle vertebre pettorali.

Lordosi delle vertebre del collo. Rene raggrinzato da arterio ed arteriolo-sclerosi. Ipertrofia del ventricolo sinistro. Atrofia bruna del cuore, del fegato e della milza. Struma colloide. Le ghiandole surrenali si mostrano ricche di midollo.

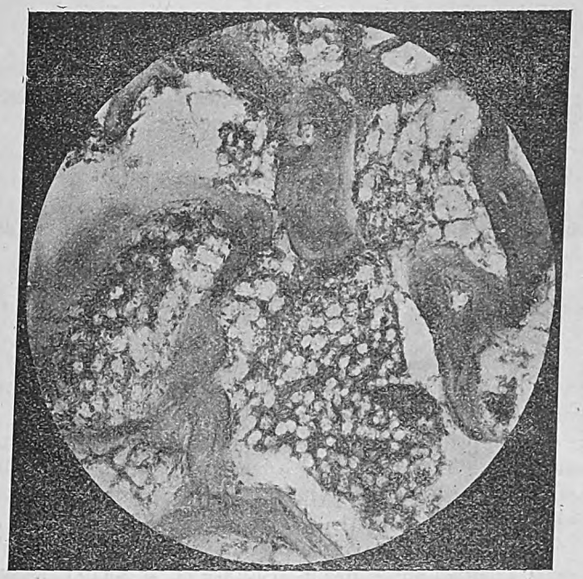


Fig. II. — 2.° Caso - Ossa osteomalaciche.

La prostata non è ingrossata. I corpi vertebrali come le costole si mostrano fortemente porosi e molli. La tiroide si mostra grossa all'incirca come una mela, ripiena di cisti con sostanza colloide sia a destra che a sinistra.

Reperto istologico. All'esame dell'osso si nota una perdita di sostanza calcarea ancora più notevole che nel primo caso. Le trabecole ossee si mostrano assai ingrandite, la sostanza ossea marginale atrofica.

Con la doppia colorazione della ematossilina ed eosina si scorge al centro il colorito ancora violetto ed alla periferia quello rosso. A maggiore ingrandimento si vedono le caratteristiche figure a graticcio.

La sostanza midollare è fortemente diminuita. Si scorgono nelle trabecole ossee delle cellule giganti senza però sia chiara la formazione di sostanza neoformata. Nella sostanza midollare numerose cellule gassose.

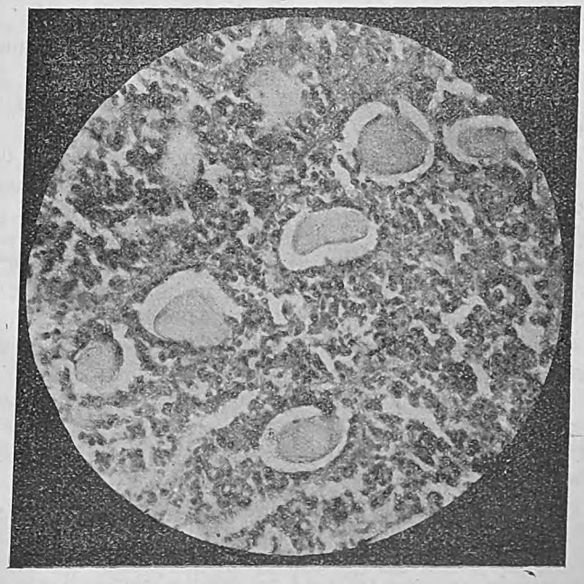


Fig. IV. — 2.° Caso - Ipofisi.

Tiroide. Si nota un'ingrossamento della tiroide per iperplasia ghiandolare. Le cellule ghiandolari proliferanti formano delle vescicole tondeggianti ed allungate contenenti sostanza colloide. In alcuni punti si hanno dei versamenti sanguigni. Il tessuto interstiziale è in alcuni punti proliferato.

Testicoli. Lieve atrofia degli elementi seminali; le pareti dei canali-

Digitized by Google

coli surrenali sono alquanto più doppie del normale, e si mostrano in degenerazione ialina.

Capsule surrenali. Sia la sostanza corticale che midollare si mostrano iperplastiche; nelle sostanze midollari si nota una notevole iperemia.

Ipofisi. Degenerazione cistica colloide degli elementi glandolari, proliferazione non accentuata dello stroma connettivale, sviluppo di numerosi vasi.

Esposti così brevemente i due casi, non mi tratterrò a studiare i caratteri differenziali clinici ed istologici con l'osteoporosi senile e la rachitide tarda perchè non è argomento del presente lavoro.

I due casi citati confermano però le osservazioni di coloro che, come l'Hourmann, il Dèchambre, Proesch, Weber, Trousseau ed altri affermano che l'osteo-malacia possa colpire anche i vecchi.

Tale affermazione dette luogo a contestazioni fra gli autori alcuni dei quali sostennero che in questi casi si fosse trattato di osteoporosi (Cornil, Ranvier).

Le ricerche però dello Charcot e del Vulpian ed il lavoro di Dèmange misero fuori dubbio l'esistenza della osteomalacia nei vecchi.

Questa malattia presenta la stessa fisionomia clinica generale e le stesse alterazioni anatomiche come nello adulto; inizio con dolori, rammollimento osseo, fratture spontanee, eccitabilità nervosa, morte per marasma.

Furono però osservati alcuni particolari caratteri: l'affezione si localizza specialmente al torace ed al bacino; lo schiacciamento delle vertebre, la deformità dello sterno, delle clavicole, delle costole determinano la flessione della colonna vertebrale ed un notevole accorciamento della statura; generalmente non si osserva la deformità delle membra così caratteristica dell'osteo-malacia dell'adulto.

Charcot e Vulpian come in uno dei nostri casi, hanno notato la contrattura dei muscoli della nuca e del collo.

L'identità delle due forme morbose osteo-malaciche, la senile e la puerperale, ripone per necessità in discussione il valore che alcune ghiandole a secrezione interna possono avere nel determinismo di detto processo.

Come prima conseguenza si viene a negare che una iperfunzione delle ovaie e del testicolo, sia, come taluni affermano, per se sola, sia, come sostiene il Biedl, come fattore principale di squilibrio nella funzione di più ghiandole a secrezione interna, possa determinare lo stato osteomalacico.

Secondo questa teoria l'ovaio o meglio ancora gli organi generatori sarebbero da catalogarsi negli organi a secrezione interna che regolerebbero il ricambio del calcio.

La iperfunzione dell' ovaio condurrebbe ad un aumento della eliminazione del calcio diminuendone quindi la ritenzione; la piccolezza del contenuto del calcio nel sangue ne sarebbe una conseguenza.

Però sia nel primo caso qui citato come in altri da me constatati in tali forme morbose, assai spesso gli organi generatori erano atrofici.

Così anche nel caso descritto da Spilman Penin si constatava la degenerazione cistica delle ovaie, ciò che presume un processo che si svolgeva già da molto tempo e che fa escludere la possibilità che la degenerazione cistica e la conseguente ipofunzione possa essersi verificata dopo il processo osteo-malacico.

La seconda conseguenza è di portare altri argomenti per rigettare l'ipotesi del Bossi circa l'origine dell'osteomalacia dovuta ad una mancata funzione o per lo meno ad una ipofunzione delle capsule surrenali.

Al Bossi fu difficile sostenere con dati sperimentali un influsso diretto delle capsule surrenali nel ricambio dell'osso.

Biedl infatti nega che la asportazione totale o parziale delle capsule surrenali porti ad un quadro simile all'osteomalacia umana.

Il Cristofeletti giunge alla stessa conclusione.

Egli nelle sue numerose ricerche, praticate in animali gravidi e non gravidi, con la distruzione ed asportazione delle capsule surrenali, non ottenne mai delle alterazioni ossee, che si potessero paragonare alla osteomalacia.

Il Cristofeletti giunge alla conclusione che la «bassa recettività» dell'osteomalacia di fronte all'adrenalina (tolleranza di alte dosi di adrenalina, mancanza di glicosuria adrenalinica) consista in una ipofunzione del sistema cromaffine; considera, quindi, la cura adrenalinica come una cura sintomatica di sostituzione.

Secondo lui vi sarebbe una ipofunzione del sistema cromaffine per disturbo dell'equilibrio delle ghiandole a secrezione interna.

Anche per il Cristofeletti il momento determinante sarebbe nell'osteomalacia da gravidanza il persistere della funzione delle ovaie, mentre durante la gravidanza dovrebbe esservi una diminuzione di detta funzione.

La castrazione ristabilirebbe l'equilibrio delle ghiandole a secrezione interna.

Nei casi da me osservati si aveva sempre che le capsule surrenali o erano normali od ipertrofiche.

I nostri casi confermano invece l'ipotesi sostenuta prima dall' Honnicke e poi dal Tolot e Sarvonat che nell' osteomalacia siano da incriminarsi le alterazioni funzionali della tiroide. Il Tolot e Sarvonat insistettero sulla frequenza della concomitanza fra l'osteomalacia e le affezioni tiroidee, in perfetto contrasto con la rarità di altre associazioni morbose con tale malattia; sulla ripartizione geografica dell' osteomalacia analoga a quella del gozzo, sulla importanza della tiroide nel metabolismo del fosforo.

Circa il meccanismo di azione della tiroide esso è differentemente interpetrato dagli autori. Latzke e Honnicke, attribuiscono una speciale influenza alle sinergie funzionali dell'ovaia e della tiroide: Tolot e Sarvonat mettono a carico dell'influenza trofica della tiroide gli alterati scambi minerali dell'organismo.

Un altro organo a secrezione interna accusato è l'ipofisi.

Il Bah infatti in base al concetto che l'osteomalacia fosse determinata da una ipofunzione dell'ipofisi tentò delle cure con la pituitrina. Secondo me nell' interpetrazione del meccanismo patogenetico dell'osteomalacia bisogno tener conto di due fatti: dello stretto rapporto intercedente fra la tiroide e l'ipofisi che fra l'altro si rileva nei casi di gozzo e di gravidanza e del valore che l'ipofisi ha nel ricambio del calcio e del fosforo: l'iperfunzione di questa ghiandola determina infatti l'acromegalia ed il gigantismo. Nei casi da me studiati noi riscontriamo infatti alterazioni di questi due organi; struma colloide da un lato; evidente alterazioni ipofisarie dall'altro. Tali alterazioni, degenerazione cistica colloide degli elementi ghiandolari, proliferazione dello stroma connettivale rivelano una evidente ipofunzione dell'ipofisi.

A noi non è possibile determinare in particolare modo a quali elementi cellulari siano da imputare dette alterazioni, nè con quale meccanismo agiscano.

In conclusione allo stato odierno non si può accusare una sola ghiandola a secrezione interna nella genesi dell'osteomalacia, per cui noi pur accettando la tesi generale del Biedl che l'osteo-malacia si debba considerare come un disturbo di equilibrio nella funzione di più ghiandole a secrezione interna, sosteniamo che le alterazioni morbose che si producono siano determinate da un alterato disturbo delle sinergie funzionali della tiroide e dell'ipofisi.

BIBLIOGRAFIA

FEILING H. Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalazie. Archv. f. Gin., 39, 1831; 171. — HOENNICKE ERNST. Ueber das Wesen der Osteomalazie und seine Therapeutischen Konsequenzen Sammlung zvangloser Abhandlungen aus den Gebiete der Nerven und Geisteskrankheiten, 5 Heft 45. — CURSCHMANN H. Ueber osteomalacia senilis und tarda, Med. Klin., 1911, n. 41. — LATZHE W. Beitrage zur Diagnose und therapie der Osteomalazie. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1897. — MORPURGO B. Ueber eine infektiose Form der Osteomalazie bei Weissen Ratten Beit. z. path. Anat. u. allg. Pathol. 28, 1900. — TROUSSEAU A. e LASEGUE CH. Du rachitisme et de l'Osteomalacie comparés. L'union medical, 4. 1890. — BAH H. Die Behauddung der Osteomalazie mit Hypophysenextrat. Munch. Med. W. N. 34, 1901. — BIEDL. Innere Sekretion. — BROUARDEL et GILBERT. Nuovo trattato di Medicina e Terapia Malattia delle ossa, n. 39.

Digitized by Google

RILIEVI DI MEDICINA LEGALE

LA MORTE PER PARALISI CARDIACA ALL'AUTOPSIA MEDICO-LEGALE

I. La possibilità di stabilire, in una determinata autopsia medico-legale, che la morte del soggetto in esame è avvenuta per paralisi cardiaca, è, evidentemente, della maggiore importanza.

Se non ci fossero altri motivi per dir questo, basterebbe quello della frequenza con cui essa si verifica: è noto, infatti che la paralisi cardiaca è la causa più frequente di morte improvvisa. L'Haberda ha, qualche anno fa pubblicato in proposito una statistica di 11.000 casi di morte improvvisa, dei quali ben 2662 erano dovuti ad affezioni del sistema circolatorio.

Intanto, per il perito medico-legale dare una risposta precisa ad un quesito del genere, rappresenta molte volte un compito assai difficile, tantoppiù che — a differenza del settore anatomo-patologo — egli generalmente non è in possesso di alcun dato anamnestico utilizzabile, e deve assai spesso affidarsi alla sola ricerca obiettiva.

Si era creduto in passato che l'esame anatomo ed isto-patologico del cuore permettesse in molti casi di venire a capo di ogni questione; ma tale concezione troppo ottimista ha dovuto, in seguito all'esperienza, essere profondamente riveduta.

Così tale argomento è ancora oggi oggetto di ricerche e di studi i quali hanno apportato interessanti contributi, tra gli altri, il Richter, il Kolisko, il Reuter, ecc.

II. Al Reuter dobbiamo alcune interessanti ricerche statistiche su mille individui morti per paralisi cardiaca. In 520 la morte era avvenuta per sclerosi delle coronarie, in 200 per stenosi o chiusura degli ostii degli sbocchi delle arterie coronarie, in 140 per vizii valvolari ed endocardite, in 100 per arteriosclerosi.

Distribuendo questa casistica secondo l'età dei soggetti, l'autore ha trovato che la curva di frequenza della morte improvvisa per sclerosi delle coronarie sale al 40° anno, raggiunge l'acme tra i 55 e i 65, e discende poi bruscamente. La stenosi degli ostii delle coronarie, sopratutto se in dipendenza di una mesoaortite luetica, è molto frequente fra i giovani, la curva di frequenza raggiunge l'acme verso il 45° anno, e discende dopo i 55. Per i vizi valvolari e l'arteriosclerosi l'acme della curva sta fra il 50° ed il 60° anno, e la discesa tra il 65° ed il 70°.

Per ciò che riguarda il sesso, il numero delle donne è inferiore a quello degli uomini, e tale disparità può a nostro avviso spiegarsi più che col maggior lavoro a cui il cuore dell'uomo è in genere sottoposto nei confronti di quello della donna, nella esplicazione di attività professionali particolarmente faticose, col fatto che l'uomo è più frequentemente soggetto alla influenza deleteria della triste triade: alcool, nicotina, lue.

Infatti, raggruppando i casi esaminati, dal Reuter, secondo il genere del lavoro, possiamo distiguervi tre categorie: 1) lavoratori pesanti, che mettono in opera prevalentemente la grossolana efficienza muscolare; 2) lavoratori intellettuali; 3) lavoratori manuali, per i quali più che la forza muscolare ha importanza il sintonismo e l'armonicità dei movimenti.

Ora, troviamo appunto che i lavoratori pesanti danno il minor contributo alla morte per paralisi cardiaca (16 %); seguono i lavoratori intellettuali (17%), ed una percentuale notevolmente superiore offrono i lavoratori manuali (29%).

Questo ci mostra che non è, come potrebbe ritenersi, il grave sforzo dell'organismo il principale responsabile della morte improvvisa di origine cardiaca, e che la maggiore importanza spetta probabilmente alla sifilide ed alle intossicazioni voluttuarie (alcool, nicotina).

È notevole anche il fatto che — dalle statistiche del Reuter — emerge una frequenza nettamente maggiore di morte per paralisi cardiaca durante i mesi da dicembre a marzo, in confronto dei mesi caldi, il che confermerebbe il punto di vista di Kolisko, secondo il quale il fattore climatico ha una importanza reale sulla sopravvenienza della paralisi cardiaca.

III. Il Richter distingue — dal punto di vista medico-legale — i casi di morte per paralisi cardiaca in tre gruppi; al primo appartengono tutti quei casi nei quali la causa della morte e la malattia fondamentale possono essere dimostrate senza difficoltà al tavolo anatomico; al secondo quei casi nei quali si tratta di malattie o di stati morbosi, che provocano notoriamente e frequentemente la morte per paralisi cardiaca, ma per i quali è difficile — nel caso singolo — stabilire perchè l'esito letale si sia avuto proprio in quel determinato momento; al terzo gruppo, infine, appartengono quei casi, per i quali l'autopsia non riesce a stabilire in modo soddisfacente nè la malattia fondamentale, nè la causa immediata della paralisi.

Al primo gruppo appartengono evidentemente i casi di rottura del cuore per miomalacia, di rottura di aneurisma di un'arteria coronaria, con conseguente emopericardio, di embolia o di trombosi delle arterie coronarie, di peri- endo e mio-cardite acuta — e di essi — data la loro facile dimostrabilità sul cadavere — non è il caso di occuparci diffusamente.

Il secondo gruppo potrebbe andar suddiviso in due sottogruppi, secondochè la lesione fondamentale, che ha originato la paralisi, è facilmente oppur difficilmente dimostrabile. Appartengono al primo sottogruppo tutte le affezioni cardiache organiche: l'endocardite subacuta, reumatica, nicotinica, la miocardite cronica, specialmente di natura luetica, con gomme miliari, le forme gravi di sclerosi delle coronarie, le cardiosclerosi, la sclerosi della aorta ascendente, la mesaortite luetica ecc.

Al secondo sottogruppo appartengono, invece, quei casi nei quali esistono lesioni anatomiche del cuore, specialmente dei vasi coronari, ma il grado di tali lesioni è così lieve, che il reperto anatomico non è sufficiente a richiamare senz'altro il sopravvenire della morte improvvisa. Essi si avvicinano così a quelli del terzo gruppo, nei quali all'autopsia il reperto anatomico è talmente negativo o almeno insufficiente, che le maggiori difficoltà si presentano al perito.

Anche questo gruppo va diviso — per la chiarezza della trattazione — in alcuni sottogruppi, che possono essere quattro, secondochè si tratti di soggetti a) rachitici, b) linfatici, c) ipoplastici, d) ipertonici.

Questi quattro sottogruppi andremo successivamente esaminando.

IV. Nei ragazzi *rachitici,* si ha invero con una certa frequenza (15 su 300 casi esaminati dal Kolisko) la morte improvvisa per paralisi cardiaca. Alla autopsia si riscontra un forte ingrossamento del cuore in toto, o prevalentemente od esclusivamente del ventricolo sinistro.

Il significato di tale ipertrofia sarebbe quello di un fatto compensatorio sopravvenuto ad una dilatazione cronica più o meno notevole del muscolo cardiaco.

Che queste lesioni siano in un rapporto di dipendenza causale con la rachitide è molto discusso (Richter, Kolisko, Haberda, Reuter) ma a noi sembra indubbio, pensando quanto il cuore sia sensibile alle modificazioni dell'equivalenza ponderale nell'organismo tra sali di calcio e sali di potassio, e come la relativa mancanza di calcio, che si manifesta nei rachitici, debba realizzare tale disquilibrio, che porta ad uno abbassamento del tono, ad una diminuzione dell'ampiezza di contrazione del cuore, e conseguentemente ad uno stato di debolezza cardiaca, che si esteriorizza anatomicamente per lo più in una dilatazione cronica del ventricolo sinistro.

Evidentemente infezioni secondarie, bronchiti, polmoniti, catarri gastro-intestinali, ecc. che si presentano frequentemente nei bambini rachitici, possono complicare la figura morbosa, ma dette influenze infettive o tossiche non sono l'unica causa dello stabilirsi di queste dilatazioni cardiache « idiopatiche », come vorrebbe il Richter, poichè allora si dovrebbe attendere che non solo nei ragazzi rachitici, ma anche negli adulti normali le medesime influenze provocassero identiche alterazioni nella muscolatura cardiaca.

La morte per paralisi cardiaca dei cosiddetti « linfatici » è generalmente conosciuta, ed abbastanza studiata; per altro, sulla base delle numerose ricerche, particolarmente della scuola viennese, e sopratutto sul fondamento dell'esperienza di guerra, bisogna rivedere non poco l'antico concetto che ammetteva come evenienza frequente nello «stato timico-linfatico» la morte improvvisa per arresto cardiaco. La recente monografia di Hart contiene importanti elementi di giudizio a questo proposito in una interessante trattazione critica — secondo le moderne vedute — di tutto ciò che concerne il cosidetto « stato timico-linfatico ».

Bisogna convenire che molti autori hanno attribuito allo stato timico-linfatico dei casi che andavano invece attribuiti al rachitismo, poichè le lesioni da essi descritte sono assolutamente identiche a quelle da noi considerate come proprie del «cuore rachitico». È probabile che in questi casi le lesioni rachitiche generali siano sfuggite per la loro esiguità, mentre invece abbia colpito l'osservatore uno sviluppo piuttosto notevole del timo e del completo apparato linfatico, che — come Richter ha già osservato — nei fanciulli ben nutriti è la regola.

E passiamo alla paralisi cardiaca per *ipoplasia* del sistema vasale arterioso, anomalia costituzionale piuttosto rara, e la cui esistenza è stata perfino negata. In questi casi, all'autopsia si trova talora anche il cuore ipoplasico (Kraus), ma più frequentemente si riscontra un'ipertrofia massiva del ventricolo sinistro, che si è talora anche cronicamente dilatato (Kolisko, Reuter).

Questa ipertrofia del cuore sinistro si spiega col fatto che esso — per la ipoplasia del sistema vasale — deve compiere un superlavoro.

Un cuore simile può — per diverse circostanze — venir meno, ma

Digitized by Google

nelle ricerche istologiche di questi casi solo raramente si trovano estese lesioni degenerative. Qualche volta si può riscontrare — analogamente a quanto è la regola, sebbene in modo più netto, nel cuore ipertrofico, degli ipertonici — un lieve aumento del tessuto connettivo interstiziale.

La paralisi cardiaca degli *ipertonici*, può darci maggiori elementi di giudizio all'autopsia medico-legale.

Se si tratta di ipertonia nefritica, la diagnosi è per lo più facile, poichè abitualmente il reperto renale è evidente: il maggior numero dei nefritici muore per insufficienza renale, o per ipertensione, sia che questa conduca all'apoplessia, o — sovraccaricando di lavoro il cuore fino all'indebolimento — alla paralisi. In questi casi, all'autopsia si trova oltrechè ipertrofia, anche dilatazione del ventricolo sinistro, e talora anche, — come hanno dimostrato Lubarsch e Mönckberg — stasi polmonare, ipertrofia e dilatazione secondaria del ventricolo destro.

Le lesioni istologiche del muscolo cardiaco, in questi casi, sono rappresentate, essenzialmente da fatti generativi, e da aumento del tessuto connettivo interstiziale.

Mentre Krehl e la scuola di Lipsia spiegano queste lesioni nel senso di una infiammazione, Albrecht Ehrenfeld ha dimostrato che ogni muscolo cardiaco ipertrofico presto o tardi è condannato alla degenerazione.

Le ricerche di Aschoff, Tawara, Mönckberg, ed altri hanno richiamato l'attenzione sulle alterazioni del sistema di conduzione degli stimoli nel cuore ipertrofico, ma la presenza di lesioni di questo genere — specialmente per le ipertrofie cardiache che non sono esito di un vizio valvolare o di una nefrite cronica — è molto discussa, e comunque non perfettamente dimostrata.

In un certo numero di casi di ipertrofia cardiaca, può essere dimostrata qualche lesione delle arterie coronarie, lesioni molto importanti, in quanto rendono difettosa la nutrizione del muscolo cardiaco.

Molto più difficile a diagnosticare al tavolo anatomico sono i casi della così detta *ipertonia essenziale*, poichè la patogenesi di questi — ad onta delle recenti ricerche — non è ancora del tutto chiarita.

Alcuni (Vohlard e Fahr ecc.) spiegano l'ipertonia essenziale con una lesione arteriosclerotica delle arteriole renali (teoria nefrogena); altri (Pal, Munck ecc.) ritengono le lesioni renali siano di importanza secondaria, ed anche Schmid pensa che possa esistere una ipertonia non nefrogena.

La paralisi cardiaca può essere — in una serie di casi — dovuta ad un superlavoro cronico del cuore che produce quella che è stata chiamata *ipertrofia cardiaca idiopatica* dell'adulto.

Tra questi casi entrano il cosiddetto «cuore da sport» ed il «cuore da birra» che sono stati osservati rispettivamente nei lottatori, ciclisti, acrobati, e nei grandi bevitori di birra, nonchè il «cuore degli alpigiani», la cui ipertrofia potrebbe essere spiegata o col lavoro speciale a cui i soggetti si sottopongono [guide alpine, frequenti ascensioni in montagne (Eichorst)] o come una ripercussione di lesioni tiroidee [cuore da gozzo (Krauss)] frequenti tra le popolazioni alpigiane.

Questi cuori ipertrofici mostrano non troppo frequentemente delle vere lesioni degenerative, tuttavia il Reuter ha potuto osservare in parecchi casi un aumento del tessuto connettivo interstiziale, più o meno nettamente diffuso, che costituisce la così detta miofibrosi cardiaca. Questo reperto confermerebbe la dottrina del Roux che l'aumento del tessuto connettivo sia dovuto ad un alterato trofismo del cuore per iperdistensione cronica.

Negli ipertonici la causa ultima della morte improvvisa di origine cardiaca è la paralisi vasomotoria, ma la dimostrazione tanatologica può talvolta riuscire difficile al perito. Per lo più si tratta di casi nei quali, in seguito a lesioni tossiche od infettive dei nervi vasali, si ha una paralisi vasomotoria, con rapida precipitazione della pressione, ed annichilamento dell'attività cardiaca.

In questi casi — se la malattia ha durato poco — si riscontrano all'autopsia, lesioni di piccola entità, o magari nessuna lesione del muscolo cardiaco, il perito medico-legale può giungere alle sue conclusioni, solo basandosi sulla visione di insieme delle circostanze del caso e dei reperti anatomo-patologici.

Talora, una circostanza interessante per il perito è che il soggetto sia morto improvvisamente in un bagno caldo più o meno prolungato. Il bagno caldo si dà oggi volentieri tanto nelle psicosi a carattere agitante, quanto negli stadi iniziali di alcune malattie infettive; una lesione dei vasomotori, eventualmente preesistente, può, in queste condizioni, provocare un repentino abbassamento della pressione, con successiva paralisi.

Se l'intossicazione o l'infezione durano da più tempo, allora anche il muscolo cardiaco presenta un più ampio quadro di lesioni che facilitano la diagnosi.

V. — In sostanza, generalmente il reperto anatomo-patologico è così esiguo, che fornisce solo scarsi elementi al medico-legale, il quale ha da combattere con le più gravi difficoltà, e qualche volta non può neppure rispondere nettamente al quesito propostogli.

Si è cercato, perciò, da lungo tempo di trovare qualche elemento conclusivo, e si è pensato che lo *stato di dilatazione* oppure *di contrazione* del muscolo cardiaco all'autopsia, potesse appunto fornire un dato decisivo sul genere di morte.

La questione è abbastanza interessante, perchè valga la pena di spendervi intorno qualche parola.

Anzitutto è controversa la questione se il cuore si ferma in diastole o in sistole. Mentre alcuni sono propensi ad ammettere che accanto alla morte in diastole, che è certamente la più frequente, esiste anche una morte sistolica, per es. nell'avvelenamento da digitale; altri (Rothberger ecc.) sostengono che il cuore si arresta sempre in diastole.

A noi è capitato più volte di vedere, in casi di paralisi cardiaca, all'autopsia il ventricolo sinistro presentarsi contratto e completamente vuoto, mentre quello destro si trova in un atteggiamento intermedio tra la diastole e la sistole, ed è più o meno riempito di sangue.

Dal punto di vista statistico — e di questo noi eravamo persuasi anche in base alla nostra personale esperienza — il Koopmann viene alla conclusione che una contrazione reale del cuore si osserva raramente.

Noi pensiamo che molte delle morti sistoliche siano simulate da fenomeni di rigidità cardiaca. F. Strassmann ha da tempo dimostrato sugli animali da esperimento che la rigidità si presenta prima nel cuore che nella muscolatura dello scheletro. Tale rigidità può effettuare il passaggio nell'aorta del sangue presente nel cuore nell'ultima diastole.

Anche il Rothberger — la cui opinione in merito abbiamo già ricordata — afferma che la diastole che costituirebbe la fase normale della morte cardiaca — è riconoscibile solo in un certo numero di cadaveri.

Evidentemente, questa rigidità sparisce col progredire della putrefazione, ed il cuore si ripresenta allora afflosciato.

Il Rothberger ha pure cercato di trovare qualche rapporto tra il diverso modo di presentarsi della rigidità postmortale del cuore e la causa della morte. Una rigidità molto pronunziata si troverebbe — secondo le sue ricerche — nella morte per paralisi vasomotoria pura, emorragia, faradizzazione del cuore, mentre nei casi in cui era intervenuta una lesione primitiva della muscolatura per veleno (fosforo, cloro) od infezione (difterite) il cuore fu trovato afflosciato, od in istato di assai esigua rigidità.

Questi studii sperimentali furono controllati durante la guerra sul materiale cadaverico umano. Così fu stabilito che la rigidità cadaverica del cuore si presenta — in condizioni normali — già 30' o 45' (Volkhardt, Aschoff) dopo la morte, (secondo Meixner mai prima di un'ora), e si prolunga da 12 a 48 ore dopo.

Risulta pertanto con sicurezza che lo stato del cuore — quale noi troviamo al momento della autopsia medico-legale — non è esattamente quello che era al momento della morte.

Quali elementi influenzino il precoce od il tardivo presentarsi di questa rigidità cardiaca postmortale, sarebbe interessante indagare.

A nostro avviso hanno qui importanza essenziale due elementi: 1) la quantità di acido lattico esistente nell'organismo al momento della morte; 2) lo stato della muscolatura cardiaca.

Circa il primo dato, la sua importanza deriva dal fatto che proprio all'acido lattico — che durante la vita viene regolarmente eliminato, mentre dopo l'interruzione della circolazione, in seguito alla mancanza di ossigeno si accumula nell'organismo — è dovuto — secondo le moderne vedute — il rigonfiamento, l'aumento di tensione, la rigidità della muscolatura.

Quanto al secondo elemento (condizioni della muscolatura cardiaca), è noto come processi degenerativi o infiammatorii possano impedire il prodursi della rigidità del cuore, per cui anche dopo 24-48 ore troviamo all'autopsia il ventricolo sinistro fortemente dilatato e ripieno di sangue. Qualche volta queste lesioni degenerative od infiammatorie mancano, ed allora si tratta di «cuore rachitico», di shok cardiaco sopravvenuto durante il pasto, o per fatica eccessiva.

VI. — Qualche parola vogliamo ancora dire sulla paralisi cardiaca riflessa, che può presentarsi per stimolazione extracardiaca di nervi, prevalentemente del vago; essa si verifica di regola solo in un cuore precedentemente leso, poichè non è stato ancora possibile determinare in modo sicuro se un'intensa stimolazione accelerante possa da sola in un cuore sano provocare un repentino annientamento della forza cardiaca. In qualche caso esiste un disturbo del sistema conduttore degli stimoli, che porta ad un'autonomia dei ventricoli, ed al cosiddetto «delirium cordis».

Particolari difficoltà offre la perizia medico-legale nei casi in cui la paralisi cardiaca è in relazione ad un trauma psichico (forte spavento od altro). Che casi del genere siansi realmente verificati non può

Digitized by Google

esser dubbio; per lo più si tratta di soggetti il cui cuore è minorato da una malattia organica, o da una di quelle anomalie costituzionali, di cui abbiamo già parlato (rachitismo, stato linfatico, ipoplasia del sistema vascolare arterioso, ecc.). Il superlavoro a cui il cuore è costretto da queste condizioni ha quindi gran parte nella produzione della paralisi cardiaca, ma non esclusiva, poichè noi sappiamo dalle ricerche del Johannsohn che il tono del centro inibitore del cuore nel midollo allungato è influenzabile o meglio deprimibile, per influsso psichico.

Comunque, nella pratica medico-legale la morte improvvisa per trauma psichico va affermata solo con estrema prudenza.

Nulla diremo della paralisi cardiaca per azione della corrente ad alta frequenza sul corpo umano, perchè essa è facilmente spiegabile con gli elementi di giudizio fin qui discussi.

E neppure ci pare il caso di dilungarci sull'importanza di determinate cause occasionali nella provocazione della paralisi cardiaca, quali lo stato di digestione, la mestruazione, gli eccessi sessuali, le malattie dolorose, ecc.

Concludendo, il compito del perito medico-legale relativamente al porre o all'escludere una diagnosi di paralisi cardiaca, è tutt'altro che facile. Certo, se l'autopsia rivela l'esistenza di una grave cardiopatia organica, o una dilatazione, acuta o cronica, del ventricolo sinistro si può pervenire ad affermare che la causa della morte è stata la paralisi cardiaca.

Ma se il cuore è contratto per rigidità cadaverica, o non è possibile avere chiari elementi diagnostici dal suo esame, non rimane altro che cercare di trarre partito dal complesso dei dati forniti dall'autopsia, e, possibilmente dallo studio dei fenomeni che hanno preceduto immediatamente la morte.

Ricordando la grave, e talora decisiva importanza che ha il verdetto medico-legale in una questione giudiziaria del genere, pur non escludendo la possibilità che una diagnosi anche netta si fondi su di un complesso di elementi, di cui nessuno preso isolatamente, sarebbe decisivo, è norma imprescindibile procedere con grande cautela; e se non si può giungere — nonostante tutto — ad una diagnosi sicura, dichiarare ciò onestamente al giudice, anzichè emettere un giudizio non sufficientemente provato.

dott. V. M. PALMIERI
Assistente Ordinario nell' Istituto di Medicina Legale della R. U. di Napoli

BIBLIOGRAFIA

ASCHOFF. Ziegler Beiträge zur path. Anat., 1916, 63, 1. — HABERDA. Wiener Klinische Wochenschrift, 1924, 17. — HART. Die Lehre vom status thymico-lymphaticus. München 1926. — JOHANNSOHN v. TENDELOO. Allgemeine Pathologie. II ed. Berlino 1925, pag. 775. — KOLISKO. Plötzl. Tod. aus natürlicher Ursache. Dittrichs Hb. VI Bd. KOOPMANN. Deutsche Zeitschrift für die ges. gerichtl. Medizin, 1926, 8. — MÖNCKBERG in Lubarsch-Heuke, II Bd. Berlino 1924 pag. 525 e segg. — MEIXNER. Wiener Klinische Wochenschrift, 1919, 4. — IDEM. Deutsche Zeitschrift für die ges. gerichtl. Medizin, 1923, 2. — PAL. Klinische Wochenschrift, 1925, 42. — REUTER. Wiener Klinische Wochenschrift, 1926, n. 38. — RICHTER. Gerichtsärztl. Diagnostik und Tecnik, Leipzig 1903. — ROTHBERGER. Archiv. für die ges. Physiologie, 1903, 99. — F. STRASSMANN. Vierteljahrschrift für gerochtl. Medizin, 1889, 51. — VOLHARD e FAHR. Dié Brigtsche Nierenkrankneit. Klinik, Path. und Atlas, 1914. — VOLHARD. Die heamatogenen Nierenkrankungen, Berlin 1918. — VOLKARDTH. Ziegler Beiträge zur path. Anatomie, 1916, 62, 3.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Contributo sulla leucemia acuta. — C. LORENZETTI (Ospedale Maggiore di Milano). *La Clinica Medica Italiana*, vol. 57, n. 4.

L'A. riferisce un caso di leucemia mieloide acuta occorso ad una donna di 63 anni: evoluzione rapida in 15 giorni, sintomatologia clinica, ematologica ed anatomo-patologica assai netta, accompagnata da profuse emorragie cutanee e mucose, da alto tasso di mieloblasti nel sangue circolante (53 %), da diffusa neoformazione midollare nel fegato, nella milza, nel midollo osseo e nelle ghiandole linfatiche, assenza di momenti infettivi, emocultura negativa, decorso pressochè apiretico.

L'A. accennando ai rapporti tra mielosi leucemica acuta e mielosi infettiva, ritiene che queste due forme morbose siano diverse e sempre differenziabili tra di loro con un'attenta valutazione dei sintomi e dei reperti, egli si oppone al concetto di coloro che considerano la leucemia mieloide acuta come una forma particolarmente grave di mielosi infettiva e non già come una forma avente una propria individualità. Fintanto che non sarà fatto nuova luce su questo capitolo della patologia, bisogna ritenere che le infezioni, pur rappresentando talvolta un momento etiologico importante nella genesi delle leucemie, non sono nè necessarie nè sufficienti perchè si sviluppi un processo leucemico. Questo deve considerarsi come una modalità atipica, particolarmente grave di reazione degli organi emopoietici di fronte a stimoli verosimilmente diversi (infettivi, tossici, disendocrini, ecc.) i quali sono capaci di originare a volte piccole reazioni leucocitarie, a volte diffuse e gravi reazioni mielocitiche, mieloblastiche ed emocitoblastiche. Ora, dato questo individualismo delle reazioni emopoietiche, cui corrisponde anche un individualismo clinico, è giusto considerare i differenti tipi di quelle reazioni come malattie veramente diverse fra loro.

Le indicazioni dell' oleotorace. — PRUVOST. *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 gennaio 1927.

Per oleotorace s'intende in genere, l'introduzione di olio nella cavità pleurica sia in piccole che in grandi dosi. L'A. descrive la tecnica delle iniezioni in grandi dosi, consistenti nella repletione della cavità pleurica con un olio antisettico, preconizzato da Küss.

Si usa a tal uopo olio gomenolato al 5-8 % o al 2-4 %; Küss preferisce servirsi dell'olio di paraffina, altri adoperano olii vegetali. Prima di iniettare grandi quantità di olio, bisogna saggiare la tollerabilità individuale con piccole quantità di olio al 2 %; dopo di aver atteso un certo tempo, senza aver notato conseguenze si procede alle iniezioni massive, previo riscaldamento dell'olio a 35° o 40° per renderlo più fluido. Gli aghi coi quali iniettare non saranno troppo grossi, ad evitare infiltrazioni nella parete toracica. La siringa deve essere di una discreta capacità (150-300 cmc.); per iniezioni di dosi superiori si può usare un grosso bicchiere cilindrico, graduato al quale si applica un insufflatore e portante alla base dell'ago un tubo doppio che serve per la fuoriuscita del plus pleurico, in seguito alla introduzione dell'olio.

La migliore indicazione dell'oleotorace è dunque nelle pleuriti purulente, allo scopo doppio di evacuare il pus e sostituirlo con un olio antisettico a forte potere microbicida. Ma le indicazioni dello oleotorace non sono nè frequenti nè sicurissime. Occorre, secondo l'A., una scelta rigorosa dei casi e bisogna ricorrere ad esso soltanto quando altri mezzi sono falliti. La tecnica, per quanto apparentemente semplice non è priva di inconvenienti e fu eseguita secondo arte.

Oltre la pleurite purulenta l'oleotorace trovasi indicato nel pio-pneumotorace spontaneo, conseguente a fistola pleuro-polmonare, nelle pleuriti purulente secondariamente infette, nella sinfisi pleurica progressivamente obliterante, specialmente consecutiva a pneumotorace terapeutico, ciò allo scopo di mantenere con una pressione uguale e costante il distacco delle superfici pleuriche cronicamente infiammate e tendenti perciò a collabire.

Da questo punto di vista l'oleo-torace potrebbe sostituire uno pneumotorace ad azione insufficiente, ma, secondo l'A., esso non è destinato a rimpiazzarlo del tutto.

La splenectomia nell' ittero cronico emolitico splenomegalico. — E. LIVINI, (R. Istit. di Patol. Medica di Milano). *La Clinica Medica Italiana*, vol. 57, n. 3.

L'A. riferisce sette casi di ittero emolitico splenomegalico, di cui uno ereditario, gli altri acquisiti. In tutti essi l'A. praticò la splenectomia e seguì attentamente per 2 a 5 anni le condizioni post-operatorie. Egli ritiene che la splenectomia debba essere il trattamento di elezione, anche nei casi più gravi di ittero emolitico splenomegalico. Bisogna, però, che si tratti di forme pure, tipiche e non di forme anomale, e sopratutto non di itteri emolitici a forma perniciosa. In questi casi i risultati sono assai poco incoraggianti e spesso del tutto negativi. Per i casi tipici, al contrario, la splenectomia porta ad una guarigione clinica rapida, brillante e duratura.

La congenicità della malaria. — ZIBORDI. *La Medicina Italiana*, n. 9, 1926.

L'A. facendo una rapida rassegna di tutti gli studi fatti dai diversi autori sulla trasmissibilità della malaria dalla madre al feto, ritiene non doversi più porre in dubbio tale congenicità.

Infatti tra quelle osservazioni che meritano maggior rilievo devono ricordarsi: il caso descritto da Jagdschan il quale ha trovato anellini, scarsi schizonti e gametociti di subterzana in una placenta sia dal lato materno

Digitized by Google

che da quello fetale, come pure anellini e semilune nel sangue del bambino appena nato.

Un altro caso probativo pare quello di Adam, in cui si riscontrarono parassiti nel cordone ombelicale di un bambino nato in ottavo mese da madre gravemente malarica. Dopo due giorni il piccolo presentava parassiti malarici come la madre. Era quindi avvenuto un passaggio intrauterino dei parassiti dalla madre al feto attraverso la placenta.

Questi fatti ed altri clinicamente accertati debbono far ammettere la trasmissibilità intrauterina della malaria ed è da augurarsi che nuovi contributi apporteranno miglior luce sull'argomento.

Aneurisma micotico. — R. Leas e H. Thatcher (Cleveland, U. S. A.). *Arch. of Internal Medecine*, vol. 38, n. 2,

L'A. descrive due casi di aneurisma micotico dell'aorta e dell'arteria mesenterica superiore.

L'esame istologico rivelò le profonde alterazioni delle pareti di questi vasi. L'intima era ispessita, e presentava in talune parti zone estese di necrosi e ialinizzazione. L'endotelio interrotto qua e là, talvolta mancava del tutto. Il tessuto elastico era tutto in disgregazione. Le fibre muscolari irregolari e spezzate erano quasi completamente costituite da elementi fibrosi connettivali. Non fu osservata sclerosi nelle pareti dei vasa vasorum nè trombosi nel lume degli stessi.

Uno di questi pazienti presentava inoltre un processo micotico nel seno giugulare.

Il dolore prima dell'apparizione della tumefazione fu in ambedue i casi il sintoma più saliente: ciò è caratteristico degli embolismi dei vasa vasorum, fattori causali di tali disturbi. Ma l'esame patologico non confermò l'ipotesi clinica.

In un caso la emo-cultura fu positiva per lo streptococco emolitico; nell'altro per lo streptococco viridans. La somministrazione di violetto di genziana e di mercurocromo per via endovenosa, preconizzato da alcuni autori, è andata completamente fallita, non avendo affatto modificato il corso della malattia.

Alterazioni della formola leucocitaria nella sieroterapia.— E. S. Fei cheufeld e H. Lehfeldt. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 50.

In alcuni casi di setticemia streptococcica trattati col siero antistreptococcico furono osservate alcune interessanti modificazioni nella formula leucocitaria.

Si constatò anzitutto la completa mancanza degli eosinofili nell'acne del processo settico, ed invece la loro rapida comparsa dopo l'inizio della sieroterapia, non appena la favorevole influenza di questa si incominciò ad osservare sullo stato generale.

Inoltre, si osservò un aumento dei linfociti, e successivamente la regressione dell'indice linfocitario, coll'avvicinarsi della guarigione.

Per tal modo un esatto controllo della formola leucocitaria può essere di grande importanza prognostica, tantoppiù che le modificazioni osservate non sono affatto incostanti o accidentali, ma sono state dimostrate in modo del tutto analogo, nelle ricerche sperimentali fatte su gli animali infettati con streptococchi, e poi trattati col siero.

Lo iodio nel morbo di Basedow. — D. Maselli, (R. Clinica Medica di Roma). *Il Policlinico*, 1 novembre 1926.

Da numerose ricerche condotte in proposito della terapia iodica nel morbo di Basedow, l'A. viene alla conclusione che l'iodio non sia affatto consigliabile nella cura di quest'affezione. Esso ha tutt'al più, (e solo in taluni casi) prodotto un miglioramento dello stato psichico.

L'A. avendo osservato, in tutti i casi da lui trattati, un rapido e sensibilissimo miglioramento solo nel periodo iniziale della cura, ritiene che questo periodo possa costituire il momento giusto per l'esecuzione degli interventi operatori.

In ogni caso l'iodio deve essere dato tenendo l'ammalato a letto; onde si viene a sconsigliare le cure iodiche fatte ambulatoriamente.

Questa terapia richiede un diuturno ed oculato controllo: essa rappresenta un rischio e spesso un danno considerevole se continuata per lungo tempo.

Il cloruro di cobalto in terapia. — M. Le Goff. *Gazette des Hôpitaux*, vol. 99, n. 61.

L'A. ha in un gran numero di malattie sperimentato sull'uomo la influenza terapeutica del cloruro di cobalto. Egli ha praticato ben oltre 300 iniezioni, ciascuna di cc. 1-4 di una soluzione acquosa sterilizzata, al 0.6 %. Introdotte profondamente esse non sono dolorose, sono assorbite rapidamente e non lasciano alcun indurimento. E' nelle affezioni del ricambio, e specialmente nel diabete mellito, che si sono ottenuti i migliori risultati.

La diminuzione della glicosuria è stata in ogni caso ben evidente. Sembra che il cloruro di cobalto agisca come uno stimolante della nutrizione.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Contributo di mille casi di rachianestesia. — P. Barco, (R. Clinica Chirurgica di Genova). *Minerva Medica*, 20 ottobre 1926.

L'A. è assai favorevole a questo metodo di anestesia per numerose e valide ragioni.

Anzitutto con esso viene ad eliminarsi la necessità di un assistente che nella narcosi eterea o cloroformica è assolutamente indispensabile; la narcosi si ottiene quasi istantaneamente, il silenzio addominale è perfetto; il paziente è presente a sè stesso e può quindi essere di aiuto all'operatore in qualche manovra necessaria; i disturbi post-anestetici sono minimi; l'alimentazione del paziente può essere ben continuata, lo shock operativo è minimo. E ciò perchè, mentre nella narcosi generale gli stimoli dolorosi, pur non essendo percepiti, vengono registrati dal cervello, determinandovi fatti d'irritazione, nella rachianestesia tale condizione non può avvenire, perchè le vie sensitive vengono bloccate dall'anestetico in modo tale che i centri cerebrali ne rimangono indenni.

Certo, talvolta sono stati osservati dei disturbi post-rachianestetici (paralisi oculari, paraplegia agli arti inferiori, collasso grave, in tutto 4 casi su 1000), però questi hanno avuto breve durata e sono per sempre scomparsi senza lasciare reliquati di sorta.

L'A. ritiene che non convenga ricorrere alla rachianestesia nei traumatizzati, nei pazienti affetti da processi suppurativi acuti e in quelli con Wassermann positiva, causa la proclività di tutti questi alle irritazioni meningee; nei bambini egli preferisce ricorrere alla narcosi generale perchè questa è la meglio sopportata data la facile eccitabilità dei piccoli pazienti.

La tropacocaina dà buoni risultati. L'iniezione intrarachidea di 7 cgr. di tale preparato sciolti in 1 cc. di soluzione fisiologica, praticata al 10°-12° spazio intervertebrale dorsale è sufficiente anche nei gravi interventi. È bene però che tale dose venga ridotta nell'anestesia alta, per impedire che l'azione della sostanza tossica possa venir esercitata sul centro respiratorio e cardiaco.

Un'iniezione di cgr. 25-50 di citrato di caffeina, praticata mezz'ora prima della rachianestesia, ne rende più facile e più sicura l'attuazione.

ORTOPEDIA

La decorticazione delle arterie e la cura delle artriti purulente acute. — Turco A. *La Chir. degli Org. Mov.*, vol. X, 1926.

L'A. ha eseguito delle ricerche sperimentali ispirandosi al concetto che il decorso delle artriti acute è ben differente da quelle croniche, sopratutto in rapporto al tempo, e che pertanto l'azione iperemizzante della decorticazione essendo temporanea, le artriti acute ne sarebbero abbastanza influenzate mentre le forme croniche sopratutto nei soggetti non giovani non sarebbero agevolate per niente. Egli conduce due serie di esperienze; nella prima determina una artrite purulenta nei due ginocchi d'un cane e pratica nello stesso tempo la decorticazione dell'arteria femorale da un lato solo; nella seconda serie provoca l'artrite bilaterale ed esegue la decorticazione unilaterale con un intervallo di tempo più o meno grande. Così egli ha potuto vedere che l'effetto della decorticazione è di tanto migliore per quanto questa viene praticata al più presto; i risultati migliori sono stati ottenuti quando la decorticazione era contemporanea all'infezione.

Su di un caso di genu-recurvatum acquisito postumo di infezione piogena post-traumatica con anchilosi ossea femoro-tibiale. — De Gaetano L. *La Chir. Org. Mov.*, vol. X.

Avendo osservato un caso del genere l'A. considera in modo particolare i dati etio-patogenetici, clinici e terapeutici. È il 6° caso conosciuto nella letteratura di varietà di ginocchio ricurvato con sinostosi consecutiva a infezione piogena. Dopo avere fatto un trattamento pre-operatorio vaccinoterapico etero, ed autogeno l'A. ha eseguito la resezione cuneiforme della sinostosi. Viene rivista con criterio analitico la letteratura dell'argomento dando la seguente classifica: a) g. r. congenito; b) g. r. acquis. senza anchilosi ossea; c) acquisito con anchilosi. Quest'ultimo consecutivo sia ad artrectomie o a resezioni o a processi infiammatori acuti o cronici può essere dovuto, in questo ultimo caso a gonoartriti traumatiche acute, a processi blenorragici, sifilitici, osteomielitici, tubercolari. E' riassunta abbondantemente e con giusto rilievo la letteratura italiana con i lavori di Bargellini, Delitala, Franchini, Ghillini, Grandi; Ligabue Romano, Trinci.

La coxa-plana, l'artrite deformante dell'anca e la loro origine ereditaria. — Valls J. e Verbrugge J. *La Chir. degli Org. di Mov.*, n. 4-5, 1926.

Gli AA., allo scopo di apportare nuovi elementi di giudizio alla discussione etiologica della coxa-plana e dell'artrite deformante dell'anca,

Digitized by Google

pubblicano in dettaglio la storia clinica di 3 casi della prima e di un caso della 2ª, perchè la rassomiglianza di parecchi sintomi di queste sindromi è notevolissima e consiglia di studiare insieme. Il fattore ereditario risalta maggiormente, perchè nei due primi casi di coxa plana si trattava del padre e dei figli ed il caso di artrite deformante aveva anche dei precedenti familiari ben notevoli. Dopo avere analizzato minutamente i loro casi ed aver fatto delle considerazioni sulle teorie etiologiche in voga, gli AA. riassumono i loro punti di vista personali dicendo che in queste affezioni si eredita una predisposizione accompagnata o non da malformazione, una vera malattia in potenza, che sotto l'influenza del trauma, delle infezioni, dei disturbi nutritizii o endocrini, produce nel bambino una osteocondrite, nel giovane la coxavara degli adolescenti e nell'adulto l'artrite deformante.

Sulla stafilomicosi articolare. — Bolognesi G. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI.

L'A. dà un contributo clinico su questo argomento e per la sede «articolare», può dirsi nuovo nella letteratura chirurgica. Per stafilomicosi s'intendono formazioni vegetanti granulomatose a decorso sub-acuto o cronico, le quali sono prodotte in genere dallo stafilococco piogeno aureo (schizomiceti) assai attenuato, e verso cui il tessuto ambiente reagisce istologicamente in modo totalmente diverso da quello comune nella infezione acuta. In tali processi infiammatori cronici vengono a formarsi dei grani moriformi giallastri, visibili ad occhio nudo, costituiti da ammassi di micrococchi contornati da capsule dure rifrangenti, a contorni definiti e aventi reazioni coloranti proprie. Spesso tali ammassi granulari stafilococcici sono avvolti da leucociti polinucleari. Dal punto di vista clinico si tratta di una artrosinovite subacuta iperproduttiva con fatti degenerativi mixomatosi (per lo meno nel caso osservato dall'autore in un giovanetto di 15 anni) e con fatti anche necrobiotici suppurativi. La malattia che merita un trattamento chirurgico accurato (sinolectomia totale ed anche se necessaria artrectomia) si raccivina molto al quadro nosologico della botriomicosi, avendo molti punti di contatto con le lesioni veramente «micotiche» delle cavità articolari.

OSTETRICIA

Splenectomia in gravidanza. — Vercesi C. *Studi Sassaresi*, vol. 4, fasc. 3, p. 192, 1926.

L'A ha praticato la splenectomia in una donna, malarica da molti anni, durante il 4° mese di gravidanza. La milza asportata pesava gr. 1730: era così lunga che il suo polo inferiore era a contatto col fondo dell'utero, fin dall'inizio del 3° mese di gravidanza: questo contatto causava dolori, perdite sanguigne, minaccia di aborto. Dopo l'operazione gli accessi malarici si ripetettero, e scomparvero solo dopo razionale cura medica. L'aborto si verificò in XII giornata.

Nella discussione del caso l'A. riconosce la scarsa importanza della splenectomia nella terapia malarica, come è ormai ammesso da tutti, ma imposta il problema della splenomegalia in gravidanza, paragonandolo a quello delle cisti ovariche in gravidanza. I motivi che possono stabilire l'opportunità di un intervento sono gli stessi per i due casi e cioè: possibilità di rottura, di emorragia, di torsione, di processi suppurativi, ecc. Ad eguali criteri deve perciò ispirarsi la condotta dell'ostetrico, tenuto anche presente che nessun grave danno, si ritiene, derivi all'organismo dalla soppressione della milza, per l'esaltazione funzionale vicariante di quegli altri organi che in condizioni normali, costituiscono, insieme agli endoteli ed alle cellule del reticolo della milza, l'apparato reticolo-endoteliale (ghiandole emolinfatiche e linfatiche, midollo osseo, surreni, fegato).

Doppia gravidanza ectopica (addominale e tubarica). — M. Sourasky. *Lancet*, 25 sett. 1926.

In una laparotomia fatta per diagnosi generica di tumore addominale fu trovata in cavità peritoneale una sacca aderente per il suo polo inferiore al fondo dell'utero e con numerose altre aderenze ai vari organi addominali. La sacca fu aperta in sito e vi si trovò un feto di otto mesi in istato di avanzata macerazione. La donna morì in quinta giornata dall'operazione e al tavolo anatomico fu trovato nella tuba destra un altro piccolo feto di circa 3 mesi. Dai dati anamnestici e da altri elementi si ricava che la gravidanza addominale rimontava a 3 anni prima e l'A. la ritiene iniziata in un corno uterino rudimentario successivamente distaccatosi dall'utero. Secondo l'A., vi sarebbe anche stato, a suo tempo, all'epoca del termine normale di gravidanza, una specie di travaglio frustro, (sic!), espletatosi con forti dolori e vomito, e che avrebbe determinato la morte del feto. Nei due anni successivi la donna è stata in condizioni relativamente buone. La gravidanza tubarica era recente.

[Il fatto è poco credibile, sebbene non vi siano estremi di impossibilità!.. Starebbe poi ad indicare un grave errore di diagnosi dato che la donna all'epoca del presunto travaglio, fu ricoverata nello stesso ospedale e un feto quasi libero in cavità addominale dovrebbe palparsi. N. d. R.].

PEDIATRIA

Sul valore dell'avitaminosi nel morbo di Barlow. — G. Arena, (R. Clinica Pediatrica di Catania). *La Clinica Pediatrica*, vol 8, n. 7.

L'A. apporta una nuova documentazione alla possibilità che lo scorbuto infantile si manifesti in soggetti nutriti con alimentazione varia, in cui il fattore antiscorbutico avrebbe dovuto ritenersi presente, come è il caso per la somministrazione del latte crudo (in uno dei due casi) e per il latte, portato appena per qualche minuto a 80° (nell'altro caso).

In entrambi i casi trattavasi di bambini con tare ereditarie e individuali deponenti per una notevole debolezza costituzionale dei soggetti che d'altronde erano anche rachitici.

Le cortico-pleuriti nell'infanzia. — M. Acuna e A. Casaubon. *La Medicina Argentina*, n. 50.

Le cortico-pleuriti sono costituite da processi infettivi che si stabiliscono negli alveoli periferici, corticali dei pulmoni e nella vicina pleura.

La percussione rivela diminuzione notevole della sonorità ed elasticità variabile dalla semplice subottusità alla ottusità idrica dei versamenti. Nei processi di sinistra, è bene ricordare come carattere differenziale la conservazione della sonorità nello spazio di Traube nelle cortico-pleuriti all'inverso di quanto accade nei versamenti.

Per altro dei piccoli versamenti possono talvolta verificarsi nelle cortico-pleuriti; si tratta però sempre di processi passeggieri e di entità molto minore di quelli che si stabiliscono nelle vere pleuriti essudative.

Nel bambino colpito da cortico-pleurite si nota all'ascoltazione la presenza di rantoli in ambo le basi. Questi acquistano talvolta il carattere umido a grosse bolle, dando sintomatologia alquanto simile a quella di una caverna. I soffi completano il ricco e variabile quadro semiologico delle cortico-pleuriti, variando dai soffi velati, espiratori, come nella pleurite, ai soffi tubarici, come nella pulmonite. Si notano con frequenza modificazioni della voce, egofonia, bronco-egofonia e pettoriloquio afono. E' frequente inoltre l'accentuarsi della retrazione dell'emitorace destro con scoliosi a convessità destra.

Come in ogni infezione, la febbre è anche qui presente: essa però manca di caratteri particolari onde lo studio del diagramma termico non può dare nessuna delucidazione diagnostica. La tosse, talvolta secca e penosa, è tal'altra appena evidente. L'espettorato ha i caratteri di quello dell'alveolite (essudato siero-albuminoso, cellule alveolari giovani ecc.) L'esame radiologico non dà risultati notevoli.

L'eziologia del processo, quando è esclusa la presenza di uno stato infettivo (reumatismo, tifo, ecc.) è pneumococcica o tubercolare. I mezzi di laboratorio potranno quindi assai efficacemente contribuire alla diagnosi precisa. Nella terapia gli AA. usano prescrivere la revulsione locale e generale (fomentazioni, cataplasmi, bagni ecc.), le bibite espettoranti, l'adrenalina, la disinfezione nasofaringea (gomenolo, eucaliptolo), le iniezioni di olio canforato, e infine nei casi gravi le terapie anti-infettive con i metalli colloidali e col siero antipneumococcico.

RINOIATRIA

L'autovaccinoterapia locale nell'ozena. — C. Simeoni, (R. Clinica Oto-rino-laringologica di Napoli). *Archivio ital. di Otologia*, vol. 37, n. 1.

L'A. ha ottenuto il vaccino, adoperando il metodo comune di preparazione. L'insemenzamento delle croste è stato fatto in vari tubi di agar, data la discreta quantità di vaccino occorrente per le applicazioni, e data pure la forte concentrazione del vaccino (5-10 miliardi di germi per cc.) necessaria allo scopo.

L'applicazione del vaccino è assai semplice. Dopo aver provocato emissione di sangue dal naso, dapprima con strisce di garza, in seguito con lunghi batuffoli di cotone imbevuti di vaccino, si occludono ambedue le fosse nasali, fino a portare l'estremità del batuffolo contro la faringe. I batuffoli devono rimanere per circa mezz'ora. Il numero delle applicazioni deve variare da 10 a 20.

L'A. ha ottenuto con questo metodo dei risultati brillanti. Certo egli non crede minimamente che l'autovaccinoterapia locale nell'ozena sia la terapia ideale che fughi la malattia per sempre; però riferisce di aver ottenuto notevolissimi miglioramenti sintomatici, quali la diminuzione e la sparizione delle croste e del fetore, nonchè la comparsa di un senso di benessere generale.

Nella casistica che l'A. riferisce fa purtroppo la sua frequente com-

Digitized by Google

parsa la sifilide o la tubercolosi o la triste simbiosi di entrambe: l'A. ritiene opportuno istituire in tali casi, accanto alla vaccinoterapia, un trattamento terapeutico specifico opportuno.

SIFILOGRAFIA

Tabe infantile nella sifilide congenita.— Lilienthal e Lange, in Berlin. *Medizinische Klinik*, n. 43, 1926.

Per consenso di coloro i quali meglio hanno studiato l'argomento, si tratta di osservazioni tuttaltro che frequenti. D'altra parte non è ancora eliminata, per alcuni di codesti casi, la discussione: se si tratti proprio di tabe ovvero di sifilide cerebro-spinale. Ancora, c'è chi crede che alcuni dei casi compresi sotto il nome di tabe infantile o giovanile, rientrino precisamente nel tipo di malattia di Friedreich. Per osservare qualche dato attendibile, bisogna aver precisato: che l'infermo provenga da genitori sicuramente sifilitici; che le manifestazioni siano sicuramente quelle della tabe; magari si possa ammettere la pretabe.

Pertanto tre osservazioni raccolte e molto analizzate da questi AA. verrebbero a meglio documentare la conoscenza. Sono due fanciulle tra 14-15 anni; un giovane sulla ventina. Quest'ultimo rientra nel gruppo dei casi nei quali si riscontra la legge di Colles. Un bambino sifilitico proviene da una madre apparentemente sana. Checchè ne dicano i contraddittori, codesti fatti si incontrano in pratica.

La madre può in tutta la sua vita non aver presentata alcuna manifestazione. Ma può darsi anche che qualche manifestazione sia trascorsa inosservata. In questa osservazione ambedue i genitori erano negativi; e solamente dopo undici anni si dimostra alla prova clinico-serologica, sifilitico il padre.

Di una delle fanciulle la madre rientrava nel gruppo Colles-Beaumé; non poteva addurre altro se non di aver sofferto di cefalea. Soltanto dopo più anni si ebbe la conferma serologica e quella a iuvantibus.

Tutti e tre questi infermi ebbero a presentare più o meno spiccato il quadro della tabe spinale. Ma bisogna convenire che alcune osservazioni restano incomplete, perchè l'esame del sistema nervoso non è rigoroso, metodico. Gli infermi furono o parzialmente guidati dal medico, od impropriamente; giacchè precisata la diagnosi dell'affezione centrale, la cura sarebbe dovuto essere altrimenti condotta. In tali contingenze la cura deve, anzitutto non nuocere. Le cure intensive sono forse anche più deleterie.

La progressiva involuzione del sistema nervoso colpito; i gravi effetti della sifilide oltre che sulla locomozione, sui nervi ottici, e su altri sensi specifici, fa di codesti sventurati delle vere vittime, alle quali purtroppo la terapia non può se non fornire qualche lenitivo che renda loro quanto meno insopportabile il sopravvivere.

Le dosi molto elevate nella bismutoterapia. — A. Petrosino, (Napoli). *Archivio Ital. di Dermat., Sifilog. e Venereol.* vol. I, n. 5.

La numerosa casistica citata dall'A. dimostrerebbe, secondo lui, che la bismutoterapia, se applicata in maniera insufficiente, dà risultati pessimi od inutili, in quanto che riattiva i sintomi clinici e dà luogo spesso anche a riattivazioni sierologiche con tutto il corteo lamentevole da cui queste sogliono essere accompagnate. L'A. paragona l'azione della bismutoterapia insufficiente a quella delle insufficienti irradiazioni degli epiteliomi spino-cellulari, le quali determinano una più rapida proliferazione del neoplasma ed il peggioramento clinico.

L'A. ottiene invece buoni risultati mediante l'uso di dosi che vanno da 3 gr. ai 4.50 di bismuto metallico, senza peranco avere osservato inconvenienti di una qualche importanza.

Nella maggior parte dei casi tali dosi sono facilmente sopportate, a condizione però, che, nella loro prescrizione, si tenga presente il loro maggiore o minore grado di fissità, cioè la facoltà di cedere ai tessuti, in un tempo diverso, secondo i vari prodotti, la quantità contenuta di bismuto metallico.

La conoscenza di ciò indicherà l'intervallo approssimativo tra le iniezioni e permetterà di evitare molti se non tutti gli inconvenienti, inerenti a questo metodo di cura a dosi elevate.

NEURO-PSICHIATRIA

Malarioterapia e recurrens-terapia nella metalue.— Horn, Clinica psichiatrica in Wien. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 47, 1926.

E' noto l'obbiettivo dei ricercatori allorquando si è ricorso alle inoculazione malariche nella meta-lue. Sono recenti più tardi le proposte di Plaut, Steiner di inoculare uno spirochete alquanto affine, cioè della febbre ricorrente, con l'obbiettivo di determinare uno stato di speciale suscettività della spirochete pallido di fronte alla terapia salvarsanica.

Queste esperienze, vengono parallelamente ripetute su due gruppi di 33 paralitici ciascuno, appartenenti alla clinica anzidetta. Tutti i malati sottoposti alla malario-terapia furono anche trattati con iniezioni di neosalvarsan a dosi di 0.2-0.45. Le inoculazioni di ricorrente furono praticate sempre da uomo ad uomo, salvo in 4 casi dopo passaggio dai topi. Alcuni dei malarizzati furono anche sottoposti alla ricorrente-terapia. Fu studiato l'andamento febbrile, sebbene non si possa stabilirne una tipica curva. Di solito si ebbe un lungo periodo febbrile di 30-60 giorni. La maggiore intensità di temperatura si ebbe in un primo periodo; ma anche in questo confronto le temperature oltre 40° furono a prevalenza presentate dalla malaria. Se alta la temperatura da ricorrente, questa altezza di solito riguarda il solo primo accesso; nella malaria accade invece di vedere elevarsi al terzo accesso, oltre 41°.

Lo spoglio dei casi lascia affermare che la ricorrente-terapia contiene un efficace agente terapeutico, tale da ristabilire un numero cospicuo di paralitici, ed alcuni altri risollevarli. In 15 casi, oltre il miglioramento psichico, si è visto quello somatico, come aumento di 3-4-10 chili; ma in 12 altri ci fu diminuzione. Poichè molto lenta sembra essere la scomparsa dello spirochete di Dutton dai centri nervosi — si spiegherebbero così anche i lunghi periodi di lotta, con notevole efficacia terapeutica. Le ricerche serologiche hanno anch'esso fornito qualche nota caratteristica differente nelle due forme di terapia. Fu infatti quasi sempre poco dopo la ricorrente, constatato nel liquor un alto valore albuminico e cellulare. Intense le reazioni, da considerarsi come uno stimolo particolarmente intenso sulle meningi. Nella malarioterapia fu visto spesso di colpo regredire fino alla norma la cifra dei valori cellulari e della albumina totale: negativa la reazione emolisinica; a lungo resistenti le reazioni biologiche, specie quella Wassermann.

Dando uno sguardo ai casi di malario-terapia, si trarrebbe il consiglio di usarla moderatamente, perchè in certi metaluetici, specie con atrofie dell'ottico, si possono osservare parecchi fenomeni a focolaio, fino alla cecità. Si potrebbe tentare dapprima la tubercolino-terapia come saggio di reattività febbrile, e soltanto dopo provocare accessi più violenti.

ENDOCRINOLOGIA

Sulla fisiopatologia del timo. — J. A. Abt. *Medical Journal and Record*, 3 nov., 1926.

E' molto dubbio che il timo sia, nell'uomo, sorgente di una secrezione interna. E' probabile invece che esso fornisca l'eccesso di nucleina che l'organismo richiede nel periodo maggiore della crescenza.

Il timo non deve certo essere considerato come un organo superfluo, ma, d'altra parte, l'estirpazione di esso, nel cane non sembra agire sullo sviluppo, nè sembra avere conseguenze per gli altri organi della secrezione interna. Vi è ancora però, un certo numero di ricercatori, che ritengono esista una relazione tra il timo e le glandole sessuali. Alcune osservazioni sembrano indicare che il gozzo esoftalmico produce alle volte iperplasia timica. Quello che è certo si è che la glandola è interessata in un certo numero di malattie: essa si atrofizza nel digiuno; può esser sede di ascessi, sifilide, neoplasmi, atrofia sclerosante.

Il maggior volume viene raggiunto dal timo tra l'undecimo e il tredicesimo anno; da quest'epoca in poi esso si atrofizza lentamente, quantunque dei resti, in molti casi, persistano per tutta la vta. Un grosso timo può, nei bambini, causare dispnea.

Lo stato linfatico ha per principali caratteristiche anatomiche l'iperplasia del tessuto linfatico e del timo; la piccolezza del cuore e la strettezza dei vasi. Gli individui che ne soffrono vanno soggetti a morire subitamente. La cura dell'ingrossamento del timo consiste nella applicazione dei raggi X o del radio; i quali hanno oggi quasi completamente sostituito il trattamento chirurgico, che dava una mortalità del 33 % e risultati poco soddisfacenti.

Sull'azione cicatrizzante degli estratti testicolari ed ovarici. P. Dal Collo, (R. Clinica Chirurgica di Milano). *La Clinica Chirurgica*, vol. 29, n. 8.

L'A. è riuscito con numerose ricerche a confermare le esperienze di Aievoli, Voronoff e Bostroich sull'azione cicatrizzante locale degli estratti testicolari ed ovarici. Egli ritiene che ci si trovi dinanzi ad una pura azione locale di stimolo alla rigenerazione dei tessuti, cioè ad un esaltato acceleramento del processo di cicatrizzazione, e non già ad un processo di indole simpatica, come è stato da taluni ammesso. Nelle piaghe trattate si ha una pronta formazione di granulazioni e una contemporanea rapida progressione centripeta dei margini epidermici, che sono in netto contrasto con il più lento procedere della ferita di controllo: va anzi rilevato che il processo di cicatrizzazione è veramente vivace, tanto da dare spesse volte una cicatrice eccessivamente esuberante se il trattamento non viene moderato ed eventualmente anche sospeso a tempo opportuno.

Digitized by Google

TERAPIA-FISICA

Roentgenterapia nel cancro della laringe. — G. Salvadori, (R. Clinica Otorinolaringologica di Napoli). *Archivio Italiano di Otologia*, ottobre 1926.

L'A. ha proceduto nei suoi infermi alla terapia con i raggi X sempre dopo l'intervento chirurgico, consistito talvolta in una laringostomia, fatta allo scopo di mettere bene allo scoperto il tumore e controllare più agevolmente la cura, o anche in una semplice tracheotomia: e ciò anche quando questa non era in modo assoluto indicata da gravi fenomeni dispnoici. La ragione di ciò va ricercata nel concetto che non solo ponendo l'organo in riposo si crea una circostanza favorevole ad un miglioramento, ma anche nella penosa constatazione dei fenomeni reattivi cui dànno luogo talvolta le applicazioni radioterapiche: per cui accade che ciò che non si è fatto per elezione, si deve più tardi fare per necessità.

L'A. ha ordinariamente somministrato la dose cutanea, calcolata a 60 cm. di distanza anticatode-cute, in vari giorni successivi: (scintilla equivalente 38 cm. con apparecchio a trasformatore a circuito magnetico chiuso — mA 2 — filtro mm. 0.5 zinco + mm. 2 alluminio).

Egli ha così potuto osservare un notevole miglioramento nel 50 % dei casi, e finanche nei pazienti affetti da epiteliomi spino-cellulari, ritenuti fino ad oggi i più resistenti ai raggi X.

Benchè in tutti i casi si sia irradiato con dosi massive, non si è mai avuto a constatare alcun fenomeno di radiodermite, nè alcuna azione reattiva da parte dell'organo.

I raggi ultravioletti nello spamus nutans. — Fontaine. Hôpital St. Jean Bruxelles. *Le Scalpel*, n. 34, 1926.

La coesistenza di spasmofilia e di nistagmo, si va studiando come non accidentale; la si va constatando meno di rado; si nota l'eventualità di un fattore unico sia dal parallelismo della concomitanza, sia dalla risultanza della cura, si tende a vederne la causa patogenetica fondamentale nella carenza solare.

L'A. ha potuto studiarne un caso in una bambina di 10 mesi, artificialmente allevata. Fu portata alla consultazione perchè presentava movimenti rotatori del capo ritmici, abbastanza rapidi, più un nistagmo laterale anch'esso ritmico, ma non costantemente sinergico ad ambedue gli occhi. I movimenti del capo e degli occhi erano reciprocamente indipendenti, nè continui. Cessavano durante il sonno, si intensificavano quando l'inferma fissava l'attenzione su qualche oggetto. I primi sintomi furono 8 mesi avanti, come nistagmo a sinistra. Niente a favore della sifilide. Intelligenza normale.

L'affezione abbastanza rara classificata sotto nome di *spasmo nutans* lascia ammettere nei popponti uno spasmo essenzialmente funzionale non poggiato ad alcuna malformazione. Si riscontra nella casistica qualche osservazione similare dovuta a Plumier-Clermont. Ma questi seguendo gli AA. tedeschi, comprende sotto la citata nomenclatura, un'affezione rara contrassegnata da deviazioni e scosse ritmiche del capo, ora a forma di saluto, ora di ondulazione, o di negazione. Sono movimenti coscienti ma involontari. Il nistagmo può stabilirsi così prima come al tempo stesso dalle oscillazioni del capo. Può interessare un solo occhio. Può costituire tutto il quadro morboso. Sono egualmente colpiti ambo i sessi.

La malattia suole insorgere verso gli otto mesi, ed a preferenza in inverno od all'inizio della primavera. Essa coesiste spesso con il rachitismo o la tetania latente. La prognosi è favorevole.

Sembra che il difetto di illuminazione possa influire costringendo i piccoli a guardare in direzione; senza escludere che eserciti un'azione squilibrante sul sistema nervoso, di che è prova anche la spasmofilia.

Interessante è notare che i bagni di luce ultravioletta hanno fatto scomparire in 10 giorni la spasmofilia e le scosse del capo; ed in cinque settimane ogni traccia di nistagmo.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Seduta del 7-21 Maggio 1926

Presid. prof. Silvagni

Francioni e Brusa. *Sieroterapia ed allergia congenita.* — Bambini procreati da donne le quali sono state iniettate con siero eterogeneo, anche in epoca precedente di molti anni la gravidanza, reagiscono talora ad un'iniezione di siero, che venga loro praticata dopo un tempo più o meno lungo dalla nascita, con fenomeni di malattia da siero del tipo di quelli che si sogliono verificare nei soggetti reiniettati. Appare poco probabile che il fenomeno sia dovuto al passaggio di antigeni attraverso il circolo placentare come per l'anafilassi ereditaria; sembra piuttosto che si tratti di una sensibilizzazione di natura istogena, da azione dell'antigene sull'uovo e da questo all'embrione sotto forma di modificata attitudine reattiva di fronte ai sieri eterogenei.

G. Cavina. *Sigmoidite retrattile. Occlusione intestinale. Ileo-sigmoidostomia. Guarigione clinica.* — La retrazione cicatriziale del sigma-colon, che era causa di fenomeni occlusivi quasi periodici, era con ogni probabilità da ritenersi consecutiva ad una flogosi degli annessi che, per la sua gravità, aveva richiesto un intervento demolitore alcuni anni prima, (istero-annessiectomia per via vaginale). La bocca anastomotica tra ileo e sigma si dimostra pervia all'indagine radiologica; ottimo il risultato clinico.

G. G. Palmieri. *Contributo alla irradiazione omogenea in roentgenterapia intensiva; l'ingrandimento artificiale del campo.* — E' possibile colpire un determinato territorio in modo omogeneo, cioè evitando iperdosi ed ipodosi, con un ingrandimento artificiale dei campi che si ottiene nel miglior modo con sacchetti di talco o di bolus opportunamente disposti intorno alla superficie da irradiare.

C. Cavina. *Sarcoma della mandibola. Resezione della metà destra del corpo. Trapianto osseo. Guarigione da diciotto mesi.* — Ragazza di 19 anni; tumore, del volume di una noce con una grossa cavità cistica centrale, era un sarcoma fusocellulare; dopo dieci mesi sostituzione della ... ossea resecata con una stecca tolta dall'ileo. Il risultato cosmetico e funzionale è stato ottimo.

C. Cavina. *Trapianti ossei sulla mandibola. Tecnica e risultati.* — Tutti i trapianti autogeni: quattro peduncolati dalla mandibola, dodici liberi di cui due dalla tibia e gli altri dalla cresta iliaca, Un solo insuccesso dovuto ad infezione della ferita chirurgica per causa dell'apparecchio di contenzione. La radiografia mostra il buon attecchimento dei triapianti.

A. Dalla Volta. *Ceppi emolitici di bacilli di Eberth e forme cliniche di infezione tifoidea.* — Le proprietà emolitiche, che sono palesi in vitro ed in vivo, di alcune culture di bacillo tifico, non rappresentano una mutazione stabile ma l'esagerazione di una attitudine biologica del germe; in alcune condizioni il potere emostasico del bacillo di Eberth, che generalmente si esplica in modo tenue, può esaltarsi e condurre ad una anemia del tipo emolitico. Non è possibile stabilire una forma clinica speciale di questi ceppi emolitici.

A. Possati. *Diagnosi radiologica di rene a ferro di cavallo.* — Dimostrazione di radiogrammi riferentisi a due casi di rene fuso; l'O. pone in rilievo i vantaggi di una tecnica appropriata e quelli della stereopielografia.

F. Vigi

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

Seduta del 6 Maggio 1926

Presid.: prof. De Vecchi

Luisada A. *Un nuovo tonometro capillare.* — L'O. presenta un apparecchio che si basa sull'osservazione microscopica delle anse capillari attraverso la parete di vetro di una camera pneumatica nella quale si introduce il dito. L'aria insufflata nella camera esercita una pressione sulla cute e determina la compressione delle anse, mentre un manometro in comunicazione diretta indica il grado di pressione. Basandosi sulla scomparsa delle anse più sottili, si ottiene, per la trasmissione della pressione arteriolare ai capillari, una pressione in media di 75-80 mm. Kg., misurando la pressione delle minime arterie. Osservando invece l'arresto del flusso nelle anse si ha la vera pressione capillare che è tra 15 e 25 mm. Kg.

De Vecchi B. *Amebiasi intestinale, meso-sigmoidite, peritonite* (con proiezioni e dimostrazione di preparati). — Un individuo, deceduto per broncopolmite bilaterale e nel quale tre giorni prima della morte la febbre cadde per lisi, il polso salì a 110 e l'addome già meteorico divenne più teso ed intrattabile, mostrò all'autopsia, eseguita dall'O., oltre le alterazioni a carico dei polmoni e di altri organi viscerali, l'esistenza di una peritonite acuta purulenta, verosimilmente prodotta da germi pervenuti nel peritoneo dall'intestino attraverso un processo ulcerativo dell'angolo splenico del colon. In corrispondenza di questo, infatti, la mucosa enterica, per un tratto di circa 20-25 cm., si presentava profondamente alterata, con perdite di sostanza irregolari, profonde, a margini poco ri-

Digitized by Google

levati, sottominate a tipo di carta geografica, a fondo piatto e solo in qualche punto approfondantesi nel tessuto sottostante del mesocolon, il quale era ispessito, infiltrato e qua e là disseminato di zone necrotiche e purulente. All'esame istologico, in corrispondenza della mucosa alterata, fu possibile mettere in evidenza degli elementi amebici, ai quali l'O. attribuisce la genesi della grave lesione ulcerativa dell'intestino, la quale si differenziava già macroscopicamente dalle ulceri da tubercolosi, sifilide, ecc.

L'O. non crede sufficienti i dati anamnestici dell'infermo a stabilire se il caso osservato sia da attribuire ad un focolaio autoctono di amebiasi nella provincia di Firenze a ad una infezione contratta in altri luoghi ove tale malattia è endemica. Egli ritiene però che questo sia il primo caso della provincia di Firenze, e forse anche della Toscana, nel quale è stata dimostrata isto-patologicamente la esistenza di un'entero-colite ulcerativa amebica.

Torrigiani C. A. *Necrologio del prof. Giuseppe Gradenigo.* — [Anche il nostro giornale, nella decorsa annata ha pubblicato un necrologio dell'illustre scomparso. N. d. R.].

Seduta del 20 Maggio 1926

Presid.: prof. Leonc ni

Vannucci D. e Franceschini P. *Alcune considerazioni sulla patogenesi della morte da embolia grassosa.* — Gli OO., in base a dati sperimentali, anatomo-patologici e clinici, ritengono che l'embolia grassosa quale si verifica nella patologia umana si differenzia da quella sperimentale per le condizioni ed i fatti morbosi che l'accompagnano, per la quantità di grasso che entra in circolo, per le modalità e le vie d'ingresso del grasso stesso; che ciascuna delle varie teorie (polmonare, cardiaca, cerebrale, renale) invocate dagli AA. non possono servire di base per spiegare la patogenesi della embolia, anche quando nel quadro morboso di qualche singolo caso si possa o si voglia dar maggior risalto all'embolia di questo o di quell'organo ed in fenomeni che ne conseguono; che, infine, l'embolia grassosa di per sè stessa sarebbe incapace a produrre la morte, qualora non intervenisse un altro fattore che, nei casi non secondari a traumi, è riconducibile allo stato morboso fondamentale e nei casi secondarii a traumatismi dello scheletro in fenomeni più o meno evidenti e dimostrabili dello choc.

Bencini B. *Sulle alterazioni del sangue e delle pareti vasali in alcune forme distrofiche di origine alimentare e nervosa.* — Da ricerche sperimentali eseguite in cavie e cani, l'A. ha potuto stabilire che nell'avitaminosi C, nell'avitaminosi complessa da carenza dei fattori A, B e C, nella lesione dei nervi mesenterici, nella paratiroidectomia e nelle lesioni intestinali da cloroformio si ha costantemente nel sangue eritropenia più o meno notevole, aumento dei neutrofili e degli amfofili e diminuzione degli altri elementi anormali (cellule del Rieder, del Türk, eritroblasti ortocromatici, megaloblasti, basofili e policromatofilia), resistenza globulare minima un pò diminuita, massima normale o un pò aumentata. Queste ricerche deporrebbero ancora una volta per un'analogia evidente tra le eritematosi ed altre forme distrofiche di origine endocrina o nervosa. Nello scorbuto sperimentale poi, la perfusione con soluzione salina isotonica e isoviscosa determina negli animali malati un edema maggiore che in quelli sani: ciò può essere giustificato dalle alterazioni delle pareti vasali che le ricerche istologiche di altri AA. hanno messe in evidenza nello scorbuto.

Palumbo V. *Sarcoma grave ed esteso del torace sottoposto a radioterapia.* — Il sarcoma, nel caso dell'A., si estendeva dalla regione sternale al cavo ascellare sinistro, comprendendo la regione mammaria. Sottoposto a radioterapia da 15 giorni, già si notano dei miglioramenti, i quali l'O. si augura che divengano definitivi.

Palumbo V. *Sarcoma della guancia sinistra con occlusione del cavo orbitario guarito con la radio- e curie-terapia.* — L'O. riferisce il caso, presentato dalle fotografie, di un sarcoma della guancia sinistra in una donna di 63 anni, recidivato dopo intervento operatorio, e guarito con la terapia mista radium-Roetgen, quando il chirurgo riteneva già la neoplasia ormai fuori di ogni presidio terapeutico.

Il Segretario: prof. Luigi Picchi

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPEDALI RIUNITI DI NAPOLI - (INCURABILI)
Istituto di Elettroterapia diretto dal Prof. FELICE PICCININO
Sez. Radiologica affidata al dott. GUIDO PICCININO

RADIOGRAFIA E CALCOLOSI URETERALE
(Radiografia o cateterismo degli ureteri?)

per il dott. ORLANDO CATALANO

Appena pochi mesi dopo la scoperta di Roentgen nel 1896 Macintyre comunicava un reperto radiografico di calcolosi renale.

Da allora molto cammino si è percorso, sia per i perfezionamenti della tecnica, sia per il largo esperimento clinico radiologico che ha permesso non solo lo studio della calcolosi ma con ottimi successi anche quello di tutte le altre affezioni delle vie urinarie.

Qui, più che altrove la indagine radiografica vuole essere tecnicamente perfetta anche nelle più semplici manipolazioni fotografiche, perchè ogni opacità abbia la sua giusta e reale interpretazione. E nella perfezione della tecnica va compresa anche l'avvertenza di praticare l'esame completo di tutto l'apparato urinario e di non limitare mai la ricerca ad un sol tratto delle vie urinarie oppure ad un solo lato opposto a quello indicato dalla clinica, altre volte si è avuta una migrazione e così via.

C'è chi consiglia una radioscopia preliminare a cui fa seguire la radiografia. Noi pur utilizzando la radioscopia che ci può essere di valido aiuto crediamo di servirci di essa dopo aver praticata la radiografia, cioè allorquando la lastra ci ha informati della presenza di ombre anomale nelle vie urinarie.

Vero è che attualmente la pratica urologica dispone di propri mezzi di fine indagine cistoscopica che permettono di portare nelle cavità e nei canali urinari l'occhio vigile del clinico, ma questa indagine, anche condotta con i mezzi della sepsi la più accurata, non è sempre immune di disturbi a carico del paziente, nè sempre, per delle peculiari condizioni o per delle alterazioni degli organi, è in grado di darci quei lumi che è possibile avere dall'innocente e proficuo esame radiologico.

Benchè la calcolosi ureterale non sia per sè stessa molto frequente pure la sua presenza va molte volte messa in discussione sia per differenziarla da sindromi dolorose dell'addome, sia per gli immediati presidi terapeutici. Se è vero che tutti i calcoli dell'uretere procurano la distruzione del rene che li ha formati e preparano l'anuria per il giorno in cui avverrà l'obliterazione dell'uretere opposto si comprende di leggieri quanta urgenza abbia il clinico a precisare una tale diagnosi. Abitualmente i calcoli ureterali hanno una origine renale, sono rarissimi le concrezioni nate nell'uretere al di sopra di un restringimento che determina la ritensione e favorisce la precipitazione dei sali urici; se il calcolo incontra delle difficoltà nel suo cammino la compressione dei filamenti nervosi simpatici della parete determina dei forti dolori che costituiscono la ben nota sindrome della colica renale. I calcoli si arrestano di preferenza in corrispondenza del collo dell'uretere o nella porzione pelvica cioè dove il canale è più stretto.

Una grande ricchezza e solidarietà di filetti nervosi sparsi lungo tutto l'apparecchio rendono molto più difficile l'apprezzamento dell'elemento dolore senza contare che un riflesso reno-renale localizza il dolore al lato opposto a quello dove risiede il calcolo.

La clinica ha cercato di stabilire per suo conto dei sintomi di probabilità per fissare la sede del calcolo: nei calcoli a sede lombare, iliaca o della metà superiore dell'uretere si riscontrerebbe una prevalenza dei sintomi a fisionomia renale con coliche nefritiche senza risultati, dolori lombari irradiantisi verso il rene; nei calcoli a sede nell'uretere iuxta vescicale vi sarebbe anche la colica classica, ma sarebbe accompagnata da dolori pelvici continui o intermittenti, dolori dovuti alla compressione del calcolo sulla parete vescicale, sul canale deferente, sue ve-

Digitized by Google

scicole seminali; quelli a sede nell'uretere intravescicali simulano un calcolo della vescica con in più i cosidetti sintomi testicolari e seminali di Young.

Alle deficienze della clinica generale gli urologi hanno tentato di soddisfare con mezzi propri, con strumenti cioè che in-

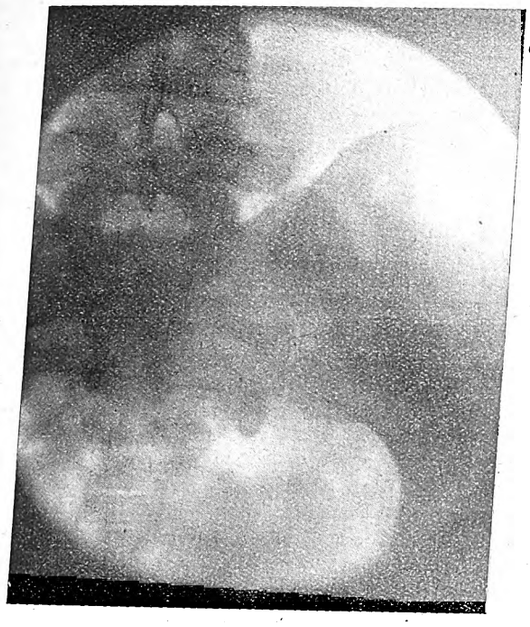


Fig. 1.

trodotti nelle cavità urinarie possono informarci della presenza o meno di corpi estranei. E bisogna pur dire che se si esclude la esagerazione di coloro che con una semplice cistoscopia prentendono fare la diagnosi di calcoli renali ed ureterali, questa ricerca grande utilità ha apportato alla clinica ed alla terapia. Giova avvertire però che nella calcolosi ureterale l'esame strumentale va fatto con molta discrezione e va solamente messo in discussione allorquando il primo esame, quello radiologico, sia stato già praticato e quando questo per avventura non abbia soddisfatto il clinico urologo. E ciò per una serie di ragioni: 1. L'introduzione di corpi estranei nelle vie urinarie oltre che impressionare l'infermo per tutte le manipolazioni che l'accompagnano, anche se è praticato con le regole dell'asepsi la più accurata può essere sempre imputato di disturbi o di infezioni successive; 2. Non sempre l'esame strumentale è possibile perchè non è prudente cateterizzare l'uretere dopo che la sonda è passata attraverso una vescica settica, con il pericolo di indurre nelle vie urinarie superiori una infezione che prima era assente. 3. L'esame con le sonde non sempre rivela la presenza del calcolo sia perchè esso può disporsi lateralmente alla sonda, sia perchè può essersi ficcato in un diverticolo.

Le prime due ragioni sono così ovvie da non aver bisogno di alcuna dimostrazione. La terza ha una conferma nei due casi clinici occorsimi a breve distanza di tempo, il primo allo Ospedale Incurabili, il secondo all'Istituto privato del Dott. Guido Piccinino.

I. Vitiello M. anni 23 da Torre del Greco. Ricoverato Sala Ramaglia.

Anamnesi familiare negativa per qualsiasi affezione. La attuale malattia sarebbe incominciata circa otto anni or sono con dolori violenti alla regione lombare destra e spesso accompagnati da vomito. La malattia si protrasse in questo modo fino ai primi giorni di marzo del corrente anno, quando la paziente avvertì febbre che continuò per circa 15 giorni irregolarmente remittente e con elevazioni che arrivavano al massimo di 39.

Perdurando questo stato di cose la inferma si ricovera nel Pio Luogo dove viene fatta la diagnosi di calcolosi renale. Con questo sospetto viene inviata all'esame radiologico il quale dà il seguente risultato (Fig. 1): Presenza di ombra lungo il percorso dell'uretere; l'ombra ha la forma di un nocciuolo di uliva ed è situata a restringimento inferiore del canale. Per la forma e per la sede l'ombra è da riferirsi ad un calcolo ureterale.

Praticato il cateterismo dell'uretere si nota che la sonda rimonta sempre in alto e non incontra alcun ostacolo.

Vi è o non vi è il calcolo?

Viene praticata nel dubbio una radiografia con la sonda nell'uretere e si ha la sorpresa di mettere in evidenza la sonda rimontata in alto e passante accanto al calcolo. (fig. 2). Si pratica l'intervento chirurgico (operatore Prof. Rizzo) aggredendo l'uretere per via extraperitoneale e si procede all'isolamento del canale che risulta grosso, duro ed ispessito; con la manovra dello scivolamento si fa scorrere per 3 o 4 cm. il calcolo e si pratica l'ureterotomia. Il calcolo estratto è della grandezza e forma di un nocciuolo d'ulivo. Il decorso operatorio fu dei migliori.

E' così dimostrativa la incomparabile efficacia ed utilità dell'esame radiologico in questo 1. caso che è quasi puerile dilungarsi in commenti.

La storia che segue si riferisce invece ad un altro caso del genere capitato all'osservazione nell'Istituto privato del Dott. Piccinino.

II. De Fusco F. anni 9 da Vico Equense. Niente nell'anamnesi remota.

Da 7 o 8 mesi il fanciullo ha avvertito ogni 15 giorni violenti dolori al fianco sinistro. Il dolore s'irradia allo scroto ed è seguito da disturbi dell'urinazione. Visitato il paziente da un clinico viene inviato all'esame radiologico con sospetti di calcolosi renale. Praticata la radiografia (fig. 3.) si constata la presenza del calcolo dell' ultima porzione dell' uretere di sinistra.

Il piccolo non può sottoporsi all'intervento chirurgico e si contenta delle cure mediche ordinarie. Passato del tempo ed essendo diminuito il dolore l'infermo consulta uno dei migliori urologi della nostra città il quale col sondaggio ureterale nega la presenza del calcolo ed assicura la famiglia che il calcolo è stato espulso. L'infermo ritorna al radiologo il quale pratica la radiografia e riscontra il calcolo nella sede.

A proposito di questo secondo caso dirò che ci volle tutta la pazienza del Dott. Piccinino per poter praticare la radiografia perchè il piccolo ancora sotto la impressione del cateterismo si dimenava come un energumeno sul trocoscopio. E in verità questo succede ogni qual volta i piccoli sono stati sottoposti ad un esame strumentale.

Il primo esame da praticare non appena sorge nel clinico o nell'urologo il sospetto di essere in presenza di un calcolo ureterale, è l'esame radiologico. Questo non importa alcuna prepa-

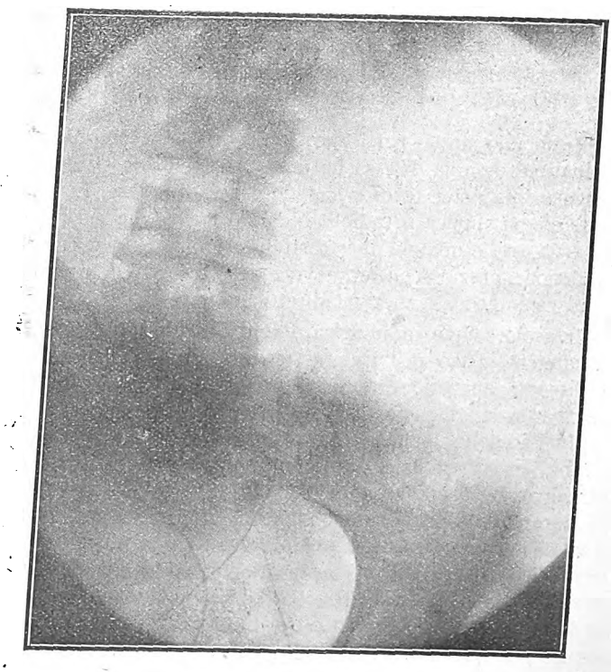


Fig. 2.

razione speciale del paziente purchè si abbia avuta la avvertenza di assicurarsi che l'infermo non abbia ingerito medicamenti opachi ai raggi X (ad esempio pillole a base di ferro) e che il paziente non abbia praticato esame radiologico dell'intestino ed abbia quindi ingerito del bario. Si darà un purgante oleoso seguito da qualche clistere di pulizia. Nessun apparato speciale

Digitized by Google

come si vede, l'infermo non riceve alcuna sgradevole emozione e si dispone comodamente sul trocoscopio.

L'uretere per essere costituito da elementi a basso peso atomico e per essere situato in un ambiente omogeneo, privo cioè di contrasti, non è visibile ai raggi X. Però tutti i corpi estranei in esso contenuti appaiono chiaramente sulla lastra fotografica. I calcoli pur conservando una scala di visibilità maggiore per quella di ossalato di calcio e minore per quella di fosfato, danno il 98 % delle ombre positive. Si è troppo esagerato nelle difficoltà del riconoscimento radiologico della calcolosi urinaria e specialmente di quella ureterale e si è voluto dare un' importanza eccessivamente soverchia a quei rarissimi casi in cui la interpretazione erronea di un radiogramma o la leggerezza e impreparazione di un radiologo hanno inviato al chirurgo individui affetti da ben altra lesione. Certo se si vuol dare il valore di calcolo a tutte le ombre situate nell'addome e lungo il decorso dell'uretere si va incontro ad errori gravissimi.

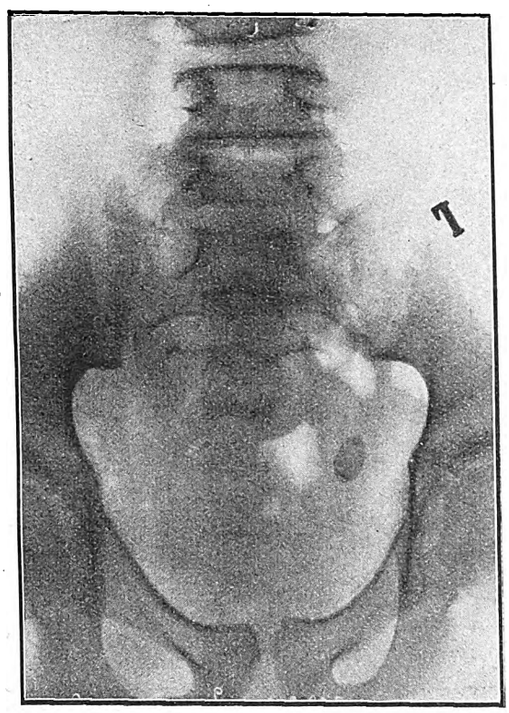


Fig. III.

Vi è tutto uno studio particolare e preciso delle ombre endoaddominali ed ognuna di essa ha una forma ed una struttura così particolare da poter farci evitare le cause di errore. E' a questo studio che si applica il radiologo colto e geloso della riputazione della sua arte e quando questo studio è dubbio cerca egli la collaborazione preziosa ed amorevole dell'urologo ed insieme vanno ad esplorare con mezzi indiretti l'uretere.

L'esplorazione radiologica effettuata dopo l'introduzione di un catetere opaco nell'uretere permette di stabilire se l'ombra in discorso appartiene o no all'uretere oppure sia lontana. In questi casi si eseguono due radiogrammi, spostando per il secondo l'ampolla qualche centimetro di lato per accertarsi che l'ombra in esame sia sempre in rapporto con le sonde opache. Un altro mezzo di esplorazione indiretta è rappresentata dalla pielografia, dall'introduzione cioè nell'uretere di una sostanza o pasta che ordinariamente è una soluzione di bromuro di sodio oppure di Umbrenal. Dopo evacuata l'urina dall'uretere introduce lentamente il liquido opaco ed immediatamente si pratica la radiografia. Questo mezzo oltre dimostrarci la presenza di una stenosi, di una dilatazione o di una ripiegatura ci può anche assicurare della presenza di un calcolo troppo trasparente alla semplice radiografia: il liquido opaco infatti circonda l'ombra da ogni parte.

Questi i mezzi di indagine che la radiologia mette a disposizione del clinico e dell'urologo per la diagnosi della calcolosi: semplicissimo il primo, alquanto difficoltosi gli altri due. Ma se si pensi che il primo non è di alcun disturbo per l'infermo e che è quasi sempre in condizioni di dare un responso esatto si comprende di leggieri che è ad esso che bisogna prima rivolgersi per avere la dimostrazione precisa di corpi estranei nelle vie urinarie.

Ed ora a mo' di conclusione dirò:

1. Ogni malato sospetto di calcolosi deve essere prima che ad indagini strumentali sottoposto ad indagine Roentgen.

2. La diagnosi di calcolosi ureterale fatta con il solo esame delle sonde è molte volte inesatta.

3. Se la indagine Roentgen è dubbia od incompleta si può ricorrere alla ricerca indiretta della calcolosi e qui l' urologo collabora con il radiologo portando a questo ultimo i suoi strumenti e la sua tecnica.

DIAGNOSTICA

La diagnosi precoce dei tumori rachidei

Dal punto di vista sistematico i tumori rachidei si possono dividere in: tumori perirachidei, estendentisi e sorgenti nelle vicinanze della colonna vertebrale; tumori rachidei, propriamente detti; tumori intrarachidei, e, infine, tumori midollari che si sviluppano nel tessuto midollare.

Fra tutti sono più frequenti i tumori rachidei propriamente detti. Ma non è escluso che le altre localizzazioni siano più rare, ove si consideri che la diagnostica di questi tumori, in genere, non ha ancora fatto grandi progressi.

L'anatomo-patologia, offre caratteri variabili. Grandi da un cece ad una grossa mandorla, questi tumori possono essere primitivi e secondari. Primitivi sono più frequentemente i tumori meningei e quelli che s'impiantano sulle radici nervose, frequentemente situati sulla cauda equina, e qualche volta associati a noduli dei nervi periferici più o meno visibili sulla superfice del corpo; queste formazioni sono conosciute sotto il nome di tumori multipli dei nervi o polineuromi, e, istologicamente, sono dei neuro-gliomi, malattia affine a quella designata col nome di neurofibromatosi o neurosarcomatosi.

I tumori secondari, più frequentemente, metastatici sono di solito a carico del rachide; restano quindi al di fuori della dura madre, qualche volta sporgenti nello spreco, ma più spesso dando luogo a disordini vertebrali prevalenti.

Circa la loro natura, Bèriel (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 dicembre 1926) su un casistica di 35, ha riscontrato 15 tumori primitivi (di cui 9 meningei e 6 polineuromi); 10 tumori secondari (di cui 2 cisti idatidee); 3 noduli tubercolari; 7 casi in cui il tumore non ha potuto esser rinvenuto o studiato.

Quanto alla sede: 5 casi nel midollo cervicale (parte media e inferiore); 10 casi sul midollo dorsale superiore; 5 sul dorsale medio; 2 sull'inferiore; 6 sul midollo lombo-sacrale; 7 sulla cauda equina.

Le conseguenze materiali che i tumori determinano e che formano il quadro sintomatico generale, sono dovute alla compressione meccanica ed alle alterazioni secondarie del tessuto nervoso, per disturbi circolatorii.

E vediamo, in breve, quali possono essere clinicamente, onde poter stabilire una diagnosi precoce, allo scopo di evitare che le alterazioni da essi tumori prodotte, non siano più rimovibili e definitive.

In genere i tumori rachidei si manifestano con sintomi indiretti. Primi fra questi sono i sintomi radicolari, i quali possono generare delle paraplegie progressive, spesso fatali. Così dei gradi più lievi — secondo il momento in cui l'ammalato cade sotto la nostra osservazione — si possono riscontrare dolori intercostali, sciatica, atrofia limitata ad una mano, debolezza d'un piede, oppure una paraplesia ancora iniziale oppure escare, edemi, ulcerazioni trofiche a carico degli arti già insensibili e inerti, disturbi urinarii gravi e questo in tutte le sezioni midollari.

La paraplegia, più frequente ad osservarsi, in genere, può iniziare di botto senza precedenti sintomi ma ordinariamente è preceduta da una fase spasmodica con tendenza alla contrattura muscolare, esagerazione dei riflessi tendinei, abolizione di quelli cutanei, trepidazione spinale, Babinski, esagerazione dei riflessi di difesa, piccoli disturbi urinarii e senza anestesia apparente.

A questa fase segue quella flaccida, incompleta, in cui la tonicità è diminuita e le anestesie sono più evidenti, finchè, in ultimo, si entra nel quadro conclamato della paraplegia sensitiva e motrice, accompagnata da tutte le complicanze secondarie.

In tutti questi periodi su accennati bisogna distinguere due ordini di sintomi: quelli segmentarii (atrofie, anestesie, dolori) prodotti dalla azione diretta del neoplasma sulle radici colpite, cioè sui centri propri; del segmento midollare e quelli midollari, dovuti alla irritazione o alla interruzione delle vie di associazione spinale. Questi ultimi sono quelli che contribuiscono maggiormente allo insieme del quadro sintomatico.

Digitized by Google

Varietà di questa sintomatologia sono le sindromi unilaterali e quelle della cauda equina. La prima è più spesso una forma iniziale, avendosi più tardi la diffusione all'altro lato.

La seconda è invece molto frequente e provoca una sindrome paraplegica, perchè colpisce le radici lombo-sacrali, che sono ammassate in un fascio compatto, nella cauda equina, e possono essere più o meno interessate.

Si hanno dolori, anestesie, paralisi trofiche, limitate, flaccide; abolizione dei riflessi, disturbi della sensibilità e genito-urinari.

Diagnosi. Il sospetto di trovarsi dinanzi ad un caso di tumore rachideo potrà esser fornito da qualcuno dei tanti sintomi su detti; ma più di tutti quelli da compressione indirizzeranno verso la ricerca.

Oltre del valore dei sintomi, l'indagine moderna si giova di due elementi importanti, quali: a) la puntura lombare; b) la radiografia previa iniezione endorachidea di lipiodol.

La puntura lombare è il primo atto cui dare inizio per scoprire un tumore rachideo, una volta sospettato.

Essa ha però meno importanza sul giudizio della pressione del liquor in questo campo non ancora bene conosciuta di quanto non ne abbia circa la natura del liquor stesso. Sintomo capitale: aumento dell'albumina, il cui tasso, da 0,20 nello stato normale, raggiunge 0.40, 0.50 e più (fino a parecchi grammi), in presenza di tumore rachideo; questo aumento dell'albumina non comporta abitualmente modificazioni citologiche di sorta, al punto che può parlarsi di una vera dissociazione albumino-citologica, pur ammettendosi la possibilità d'una leucocitosi più o meno intensa. Il colore del liquor varia dal giallo chiaro all'ambra, raramente è emorragico.

La radiografia da sola, per l'incostanza dei risultati, non offre spesso un valido ausilio, quale invece si ottiene con le iniezioni di lipiodol preconizzate da Sicard.

Se si inietta il lipiodol nello speco, parte superiore della colonna vertebrale, allo stato normale esso discende lungo l'asse midollare e va a deporsi nel cul di sacco sacrale. Qualunque ostacolo si opponga a questa discesa, il lipiodol viene ad arrestarsi a monte. La radiografia eseguita dopo mostra l'opacità, naturalmente fino al punto dove il lipiodol è giunto.

Bisogna tener presente — tuttavia — le seguenti possibilità: il lipiodol può arrestarsi in un punto qualsiasi dell'asse midollare senza che vi sia tumore o altra alterazione di natura diversa (infiammatoria); donde l'indicazione di osservare almeno 24 ore dopo; dippiù quando si vuol praticare l'iniezione di lipiodol non bisogna aver fatto precedere la puntura lombare e ciò per la possibilità che la diminuzione del liquor abbia causato delle coalescenze nell'aracnoide, che potrebbero impedire la discesa del lipiodol, qualora s'iniettasse. A tal fine la puntura lombare deve essere praticata almeno otto giorni prima della iniezione di lipiodol, oppure questa esplorazione può essere riservata a qualche giorno prima di procedere all'atto operativo.

M. Gioia

CHIRURGIA

Incidenti e sequele dell'anestesia generale

Non è un capitolo di Patologia o di Clinica che si può tollerare in questa rubrica; bensì un ritocco delle nozioni più essenziali, non abbastanza reclamate dalla pratica cotidiana. Poichè, d'altra parte è presumibile che codeste norme interessino gli esercenti meno allenati, meno familiari alla disciplina di istituti e di reparti ispirati alla altezza dei nostri studii, è chiaro che non si terrà conto se non principalmente di quel che è efficace e realizzabile senza soverchio acrobatismo chirurgico.

L'andamento dell'anestesia generale — la più consueta, cioè cloroformica-eterea — è, come si comprende, il risultato di una somma di fattori: il soggetto nelle presunte buone condizioni, o per lo meno compatibile sufficienza delle vie circolatorie, renali, epatiche, etc.; la purezza dei prodotti; la tecnica della somministrazione. Questa somma di nozioni esorbita completamente delle angustie delle colonne di un giornale; pertanto passeremo oltre. Senonchè un rilievo fondamentale non tralasceremo; ed è che mentre in alcuni centri esteri i chirurghi si affaticano a far costruire apparati più o meno congegnosi; ad introdurre anestetici quanto meno nocivi, il buon senso pratico ci ha portati a formulare una massima: l'anestesia mista, cioè la sera avanti il veronale (0.50 — 1 gr.); all'indomani un'ora avanti l'intervento un'iniezione di Mass Zambeletti (o Pantopon-scopolamina, o di sostituti di atropina. morfina , scopolamina); quindi la narcosi eterica-cloroformica, ridotta al minimo consumo; ecco quanto costituisce quasi costantemente la narcosi più ideale. Infatti brevissimo seppure esistente lo stadio di eccitamento; completo e calmo quello di risoluzione; non disordini respiratori, non di circolo sanguigno. Il risveglio è calmo; anzi riportato in letto ripiglia l'operato uno stato di sopore ristoratore.

Ma non sembrano i pratici ancora compenetrati dagli elementari canoni di una ben condotta narcosi. Vediamone altri tra i principali incidenti.

1. *La rspirazione*: la superficialità, le eventuali pause, ecco i caratteri più meritevoli di attenzione; a volte c'è respirazione rumorosa. Chi è pratico di anestesia non cade in facili allarmi, come suole invece accadere in certe contingenze, nelle quali si scorge subito l'inesperienza di narcotizzatori e di operatori, dagli inconsulti traumatismi che si infliggono al paziente: brusche pressioni addominali, trazioni grossolane della lingua e così via.

Il sanitario esercitato si orienta facilmente, con gesti di estrema semplicità; basta quasi sempre puntellare le dita contro le branche mandibolari, i pollici sul labbro inferiore, così estendere fortemente il capo, il collo, facilitare l'accesso di aria. Basta imprimere al mascellare inferiore una pressione che lo proietti e frattanto vinca il serramento mascellare, per vedere rapidamente ripreso il respiro, e già cambiato l'aspetto, ricolorite le labbra e le gote. Può forse occorrere di ripulire la retrobocca con un lungo Klemmer montato di garza.

Questo è tutto, nella più parte dei casi, ed è già tempo di riprendere la narcosi.

Senza alcun dubbio in codesta transitoria sequela della narcosi si è preso cognizione dell'andamento del *polso*. Si sa che attraverso la via vago-bulbare, specialmente in soggetti idiosincrasici, possono aversi manifestazioni inibitorie talvolta preoccupanti fino all'imminente arresto. Oltre l'irregolarità del polso fino a divenire evanescente, lo stato di profondo pallore, l'insensibilità riflessa corneale sono segni bastevoli a lasciar prevedere e scongiurare la *sincope* o lo *shock* da narcosi. Si ha sempre sotto mano qualche fiala di canfora, di caffeina; ma si ricorre alle manovre di *respirazione artificiale*. Noi non descriviamo quel che è insegnato dai libri, e che anzitutto si apprende nell'alunnato della pratica. Ricordiamo soltanto che si tratti di ritmiche compressioni della parete del torace; o di ritmiche espansioni mediante elevazione degli arti toracici ed abbassamento per comprimere il torace, è tutta una manualità da farsi con criterio, perchè non si riduca ad uno stolto traumatismo. Ricordiamo perchè efficace, e meno abituale, la trazione ritmica della lingua, secondo Laborde, avendola presa all'estremo con pinza adatta. Essa, esercitata di, accordo con la respirazione artificiale, agevola la penetrazione della corrente aerea nel laringe, ampliandone l'adito. Se si dispone di una *corrente faradica*, giova farla agire sul frenico, ambedue i poli l'uno per lato al collo; oppure l'uno alla base toracica, l'altro al collo presso il margine posteriore dello sterno-mastoideo. Questo è il trattamento consueto. Ci riserbiamo da ultimo il trattamento di eccezione.

Le sindromi da perturbamento narcotico delle funzioni gastriche, sono costituite da tre elementi principali: *nausea, vomiti, sete*. Noi conosciamo innanzi tutto che i nostri mezzi profilattici innanzi accennati, ci mettono in condizione di scongiurare in un'altra percentuale questi incidenti molesti al buon andamento operatorio, alla serenità dell'operatore, alla quiete dell'infermo. Ripetiamo che essi incidenti sono eccezionalissimi, quando i pazienti sono preparati *lege artis*, fin dal giorno precedente, e sottoposti alle narcosi miste veronal-mass e cloro-eteriche. Si sa, peraltro che la norma dell'esagerato digiuno in alcuni pazienti a stomaco ipersecretivo, può consigliare specie in interventi addominali, il lavaggio gastrico preventivo, efficacissimo. Ma non si escludono casi nei quali non si possa attuarlo per repellenza del paziente, per il suo stato grave, per ostacoli meccanici del tratto faringo-esofageo; e forse ancora più, come accade in chirurgia di lesioni violente, per l'urgenza del caso intempestivo. Dunque questi *incidenti* sono da combattere, una volta insorti. Certo il primo gesto è quello di imprimere un sollevamento cefalico e toracico al narcotizzato, onde sia non solo facilitato il getto di sostanze ingeste o di secrezioni gastriche, evitando che aspirazioni di particelle nel laringe vengano a complicare le cose, con una minacciante soffocazione; ma altresì perchè inquinamenti del campo operatorio non vengano a costituire una catastrofe della asepsi imprescindibile. Dunque è un pronto soccorso questo che bisogna saper distinguere il momento. Se si è all'inizio della narcosi può bene accadere di veder tutto cessare con l'approfondarsi dell'anestesia. Vomiti da eccesso di narcotico sogliono essere più tardivi. Purtroppo se si è mancato di ottemperare ad una severa profilassi, se malgrado tutto per individuali contingenze i vomiti incalzano, non bisogna troppo attendersi successo dalle piccole dosi di morfina, dal ghiaccio o dalla borsa calda sull'epigastrio; dell'adrenalina e via. Si è spesso impotenti a vincerli; ragione di più per prevenirli! Del resto dall'industria tedesca viene lanciato un prodotto che parrebbe ottimo mezzo preventivo della sete e dei vomiti. Di questo prodetto (Cesan) non abbiamo sufficiente esperienza; ma c'è da sperimentarlo. Ma aggiungeremo, perchè non alla portata di tutti, la coppa di champagne; ma non tralasceremo di richiamare l'attenzione sulle urine del paziente.

Con i vomiti si complica talvolta l'*ematemesi*. Certo il problema è

Digitized by Google

alquanto arduo, sporatutto quando si possa escludere che preesistesse una lesione ulcerante delle prime vie gastro-intestinali; o non ci fosse a rimproverarsi qualche traumatismo operatorio; o finalmente non si sia di fronte a quei casi di traumatismi e di ferimenti, nei quali si mette in cimento la diagnostica del chirurgo meglio esercitato, o subentra la postuma sapienza del necroscopo! Si tratta evidentemente di contingenze così svariate e complesse, che sarebbe irrisorio volerle qui schematizzare.

Abbiamo innanzi accennato di voler soltanto da parte alludere alle manovre di eccezione. L'eccezionalità non è soltanto in rapporto alla relativa rarità dell'indicazione, ma anche alla delicatezza della esecuzione. Di fatti quando si è allenati, si ha al proprio attivo un passato operatorio; quando si svolge la propria opera avendo sottomano almeno quanto è indispensabile; quando finalmente si è acquisito un certo prestigio e la garenzia morale del nostro lavoro professionale, si può ben ricorrere seduta stante alla tracheotomia di urgenza; alla iniezione intrapericardica di adrenalina; alla laparotomia per andare ad esercitare il massaggio cardiaco. Ma accantoniamo le volate chirurgiche quando si scrive per pratici, lontani da tutte le migliori risorse; in luoghi e tra clienti che gl'impongono un vero olocausto.

C'è ancora un gruppo di manifestazioni, o turbe che dir si vogliano, sulle quali è molto pratico soffermarsi, come continuità, o complemento di qualche intervento chirurgico. Eccole:

La *cefalea*. Si è troppo abituati, specie dagli inesperti, a cadere nel viziato ragionamento del post-hoc. Ed è consueto vedere attribuito il disturbo, al fattore più prossimo: l'anestesia, l'intervento operatorio. Veramente non si può a priori escludere un tale nesso: ma non bisogna esagerarlo per facile condiscendenza. Non c'è esercente il quale non raccolga tutti i giorni lamentele di sofferenti delle più varie forme di cefalee. Si finisce quasi per non farne conto da quando è divenuto dominio del pubblico ricorrere ai vari cachets di piramidone, fenacetina, valeriana ed innumerevoli altri. Se infatti si tien conto del largo numero di coprostatici cronici intossicati, non c'è da sorprenderne che ne vengano all'atto operatorio in condizioni ancora tossiche non ostante i ripetuti purganti. L'intestino infatti può, si e no esser sotto il nostro dominio per vuotarlo; inutile presumerci in grado da sterilizzarlo o disintossicarlo! Se tanto costituisce la più parte dei casi, e si riesce facilmente a combatterli con qualche lassativo, un lavaggio intestinale, e non protraendo il digiuno, come non attenendosi, more solito, ad una dietetica esclusivamente lattea, quasi che non ci fossero incompatibilità individuali ribelli — ciò non autorizza il pratico a cavarsela quanto più lesta.

Ci sono cefalee le quali possono meritare tutta l'attenzione, perchè illuminano la diagnosi, guidano la cura. C'è sempre da sincerarsi se si abbia innanzi un sifilitico occulto od ignorato, un malarico, un nicotinizzato, un alcoolizzato, con più o meno cospicue alterazioni endoarteritiche; finalmente un nefritico. Queste eventualità non giova scovarle soltanto per un lenitivo immediato alle sofferenze; ma come una traccia da seguire per il risultato terapeutico finale, tanto più che l'esperienza insegna come talvolta interventi chirurgici siano suscitatori o rivelatori di infezioni latenti, dissimulate, e che a loro volta subentrano come perturbatori della reintegrazione desiderata.

Altre sindromi *dolorose* non scarseggiano. La più parte degli operati si lamentano per due o più giorni di una forma di lombaggine. Ecco di nuovo teorie su teorie a spiegarla: congestione renale o midollare, dispiegamento delle curve vertebrali, artritismo riacutizzato. Si capisce subito quando si affollano le teorie, che se ne sa quasi punto! Sono abbastanza compassionevoli certi autori, i quali sono capaci di mettere in fila tutte le lesioni rachidiane o prossimiori per spiegarci cotesti dolori. In realtà: se si parla di sindromi dolorose post-operatorie, presumiamo che non si tratti di un'affezione localizzata appunto su quei territori anatomici scheletrici o nervosi. Non ci sarebbe altro da restarne cogitabondi, se così non fosse Ma al postutto, e fuori di tutte le discettazioni, sì sa che i postumi lombalgici sogliono esser transitori e dovuti a più cause, secondo noi la prolungata giacitura su tavoli operatori durissimi e le manovre di stiramento in certe operazioni, p. es. erniotomia, orchiectomie e numerose operazioni ginecologiche. Una migliorata giacitura post-operatoria, un letto soffice, possono rendere superflua perfino qualche dose di oppiaceo.

Ma in tema di *dolori*, che purtroppo costituiscono il conversare preferito di moltissimi pazienti di ambo i sessi, usi alla loquacità, ansiosi di commiserazioni, incapaci di inibizione c'è da fermare l'attenzione a cuccie sindromi che davvero richiamino l'attenzione come esponente di più o meno gravi disordini. Chi tra i pratici si perdonerebbe la leggerezza di lamenti di un operato degente, che richiami qualche sedativo per sofferenze all'ipogastrio? Chi si contenterebbe domandare se la minzione accade? Non ci sono forse delle iscurie paradosse; urocisti sopradistesa, detrusore insufficiente, e tuttavia flusso o stillicidio di urine?

Ma ci sono ancora *dolori* di significato altissimo, negli operati di recente. Quando nella sicurezza (talvolta, perchè no, nella illusione) di una severa asepsi l'operato lamenta eccessivo dolore regionale, magari accompagnato da elevazioni febbrili, il pratico sornione fa presto la tara; il pratico vigile si domanda se per avventura non possa essere il segnale d'allarme di un'invasione tetanica; o l'infiltrazione tensiva di una flogosi eresipelatosa. Ostinarsi nel soprassedere, nel non riaprire, nel non ricorrere alla seroterapia, ci metterebbe fuori della realtà e della sana pratica, per rasentare più che un insuccesso professionale, un abuso di fiducia. Se nel decorso post-operatorio un dolore puntorio toracico, molesto, insistente, con stimoli di tosse, con elevazioni febbrili si presentassero nessun pratico avrà mancato di rendersene conto semejologico quanto più preciso, non soltanto al fine precipuo di giovare all'infermo; ma nell'intento anch'esso giustificabilissimo, di equilibrare le responsabilità, affinchè anche gli interessati sappiano che, indipendentemente dalla nostra volontà, possano determinarsi e svolgersi processi embolici bronco-polmonari ad andamento settico, assai grave, e tuttavia non esaurientemente spiegati dalle solite discussioni dottrinali. Curarle finchè si può (iniezioni di etere, autoemoterapia, sieroterapia) stabilire la patogenesi, è già abbastanza.

AIEVOLI

TERAPIA

Come combattere l'intolleranza ai composti arsenicali nella cura della sifilide

P. GIANI (*Giornale di Batteriologia e Immologia*, n. 1, 1927), avendo osservato in esperienze negli animali che, iniettando per via endovenosa del neosalvarsan disciolto nel siero di sangue dell'animale stesso, la tossicità del medicamento viene ridotta tanto da permettere impunemente l'iniezione di dosi assai superiori alla dose minima letale, ha applicato questa stessa tecnica nell'uomo, allorchè esisteva una notevole intolleranza per i medicamenti arsenicali in composizione organica.

Si estraggono, a tale scopo, il gorno precedente a quello in cui si vuole fare l'iniezione di neosalvarsan circa 25 cc. di sangue, che viene messo, previo distacco del coagulo, in ghiacciaia a sierare. Dopo 24 ore si raccoglie il siero limpido in una provetta sterile, si discioglie in essa il neosalvarsan e si centrifuga per misure precauzionali. La soluzione così ottenuta si può usare da 1/2 a 12-24 ore dalla preparazione.

L'A. riferisce che in un'ammalata di 42 anni, affetta da aortite luetica e presentante in corrispondenza della fossa sopraclavicolare destra un'intumescenza pulsante violentemente, ha potuto con la detta tecnica iniettare per via endovenosa, ad intervalli di 8 giorni, dosi di neosalvarsan crescenti da gr. 0.15 a gr. 0.60, disciolte volta per volta in 10 cc. di siero dell'ammalata stessa, senza aver a lamentare alcun inconveniente. Bastò invece una sola iniezione di gr. 0.30 di neosalvarsan, sciolto in 10 cc. di acqua distillata, per far comparire sintomi di intolleranza (senso di angoscia retrosternale, cardiopalmo, dispnea, abbondante lacrimazione, arrossamento del viso), fenomeni che per contro non sono più ricomparsi con iniezioni di gr. 0,75 e 0.90 di neosalvarsan, disciolti nel siero di sangue dell'ammalata.

Brodovaccinoterapia nella foruncolosi e nelle otiti medie purulente acute

L. MAFFEO (Ospedale Mil. di Napoli, *Il Morgagni*, vol. 68, n. 26) ricorda che dopo numerose ricerche sperimentali Besredka giunse alla conclusione che non si può ottenere l'infezione sperimentale dell'animale se non attaccando quei determinati apparecchi od organi che siano i soli recettivi verso l'infezione stessa. Questa affermazione sconvolse abbastanza il concetto che si aveva sulla profilassi, sul meccanismo e sulla terapia delle infezioni

Besredka, studiando il comportamento dello stafilococco come germe epidermotropo, ha potuto osservare che nella cavia si ottiene più facilmente l'immunità attiva, se si applicano culture morte sulla cute, anzichè nel sottocutaneo.

L'A. ha ottenuto lo stesso effetto con il filtrato di culture in brodo di stafilococchi. E risultati migliori ha ancora avuto con i filtrati di cultura in brodo di una settimana in cui erano stati reinnestati dei germi e lasciati sviluppare un'altra settimana e che poi erano stati di nuovo filtrati. Questo liquido è inadatto ad ulteriori innesti di germi, ha un'azione strettamente specifica e termostabile.

Sia nella medicatura locale di lesioni, sia per vaccinazione cutanea su pelle rasa, questo filtrato di cultura ha dato risultati terapeutici incoraggianti in ogni specie di suppurazioni da stafilo- e streptococchi.

Questo vaccino è anche stato usato nella pratica otoiatrica (medicature con garza imbevuta di brodo vaccino, dopo opportuna sterilizzazione del condotto uditivo) nella cura delle otite medie purulente acute.

Digitized by Google

I risultati, sebbene qui meno brillanti che nella furuncolosi, sono stati tali da indurre l'A. a preferire questo metodo a numerosi altri, a causa della sua semplicità, innocuità ed efficacia.

Trattamento della epididimite mediante iniezioni sottoperiostali di terebentina

Rush in Mobile, Alabama (*The Urologic and Cutaneous Review*, 10, 1926) ricorda che, nel 1924, dalla Vanderbild Clinic in New York furono pubblicate, da Waen e Tenenbaum, le prime osservazioni su questo trattamento. La tecnica è questa. Si tira una linea orizzontale che dal margine ascellare posteriore va fino ad incontrare un'altra linea che passi a due dita trasverse in sotto della cresta pelvica. Sulla intersezione di coteste due linee l'ago riesce a penetrare fin sotto il periostio.

Per iniezione fu usata l'emulsione 20 % di olio rettificato di terebentina in olio di olive sterile. Ciascuna iniezione fu di 0.5-1.0 cc. con intervallo di otto giorni. In circa un centinaio di iniezioni, non si ebbero mai ascessi; se qualche risentimento accade, bisogna incolpare errori di tecnica. Le osservazioni furono condotte con selezione di casi, ed anche evitando altri trattamenti. L'analisi delle urine non mostrò alcuna alterazione renale consecutiva alle iniezioni. In alcuni casi fu notato il dolore al testicolo scomparire dopo l'iniezione.

Nei casi febbrili quasi sempre nel corso delle 36 ore la temperatura ritornò alla norma, in contrapposto a quanto si suole notare dopo le iniezioni proteiniche.

I preparati di bismuto nella paralisi progressiva

R. Grimaldi e A. Petrosino (Neurocomio e Manicomio Russo in Miano, Napoli, *Nuova Rivista di Clin. e Ass. Psich.*, anno 3, n. 2) dalle numerose ricerche condotte vengono alla conclusione che l'efficacia dei preparati bismutici a forte dose di Bi. metallo nelle varie lesioni luetiche è perfettamente uguale a quella dei preparati a medio contenuto di Bi. metallo. Onde è inutile, a parità di risultati, incorrere negli inconvenienti che possono aversi dalle maggiori quantità di Bi. metallo introdotto. Essi inoltre ritengono che i risultati treponemicidi siano indipendenti dalle maggiori quantità di Bi introdotte, ma siano invece in stretta relazione con la facilità con cui si forma nel tessuto muscolare il complesso proteo-bismutico, che ben presto si localizza in tutti i tessuti e si trova perfino nel liquido cefalo-rachidiano.

Tenendo dunque conto dell'alto valore terapeutico del bismuto, e degli scarsi risultati (remissione, ma mai guarigione) nonchè dei pericoli del trattamento malarico della paralisi progressiva, gli AA. sono dell'opinione che la cura bismutica debba essere sempre preferita a quella malarica, la quale sarebbe da riservarsi solo a casi in cui, falliti gli effetti dei vari preparati di bismuto, si rendesse necessario il ricorrervi ad onta dei pericoli.

Tetano, in un bambino di tre anni e mezzo, guarito con la sieroterapia intensiva

Dupèrié e Ph. Cadenaule (*Società di Med. e Chir. di Bordeaux* 1926) hanno curato un bambino di 3 1/2 anni che, in seguito ad un'estesa scottatura da latte bollente delle regioni sotto-mascellare e sotto-clavicolare sinistre, presentò 6 giorni dopo dei sintomi di tetano (trisma, rigidità del tronco in estensione, crisi parossistiche con spasmi laringei, notevoli disturbi degli sfinteri). Il malato ricevette per 8 giorni, mattino e sera, 20 cc. di siero antitetanico per via endorachidea e 30 cc. per via endomuscolare; nei 6 giorni seguenti furono praticate alternativamente, ogni giorno, un'iniezione endorachidea di 20 cc. ed una endomuscolare di 50 cc. di siero. In complesso, in 14 giorni di trattamento, furono iniettati 330 cc. di siero antitetanico nel canale vertebrale e 595 cc. nei muscoli, ossia 925 cc. in tutto. Fu contemporaneamente al 7° giorno eseguito un ascesso di fissazione, il quale fu inciso in quattordicesima giornata.

Al ventesimo giorno di cura, il piccolo malato ha cominciato a entrare in convalescenza: questa fu interrotta da una varicella a evoluzione normale e da un morbillo ben presto guarito. Attualmente lo stato generale del bambino è buono; vi è solo un leggero grado di contrattura dell'arto inferiore destro e l'andatura è un po' incerta.

Gli AA. riferiscono il caso per mettere in evidenza i vantaggi che si possono ottenere nel tetano con una sieroterapia intensiva, sia come durata che come quantità.

APPUNTI

Tentativi di autovaccinoterapia intradermica nella lepra. — G. Lanteri, della Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Catania (*Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. VI, 1926) ha trattato due ammalati affetti da lepra da 12 anni con iniezioni intradermiche, eseguite, a distanza di 4-8 giorni l'una dall'altra e per 5 mesi di seguito, con un vaccino preparato escidendo un nodulo dermico dell'ammalato stesso e facendone un'emulsione omogenea assai densa mercè triturazione in un mortaio con soluzione fisiologica. Nonostante alcune transitorie modificazioni dei noduli leprosi viciniori alla sede di iniezione, l'A., dall'osservazione di questi due casi, è portato a pensare che la terapia intradermica di autovaccino nella lepra non offre molte speranze di successo.

Il borato di soda per iniezioni endovenose. — Loeper e Garcin hanno riferito alla *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, nella seduta del 19 novembre 1926 (v. *Journal des Praticiens*, n. 48, 1926) che il borato di soda può essere anche somministrato per via intravenosa, in soluzione acquosa al 4.5 %, alla dose di gr. 0.45-1.30. Varie affezioni se ne possono giovare, principalmente quelle che colpiscono il fegato e la tiroide, tra queste ultime il gozzo esoftalmico. I risultati sono più rapidi che se si ricorre alla via digestiva, con dosi di gr. 2-3.

Anche Laubry ha seguito una basedowiana che ha ricavato brillanti risultati dal borato di soda per iniezioni endovenose.

La morte apparente nei bambini. — Nella morte apparente dei bambini, bisogna pensare in primissima linea alla possibilità di una lesione cerebrale.

Dalla gravità della lesione cerebrale — non sempre clinicamente riconoscibile — dipende specialmente il decorso, che — secondariamente — è in relazione con lo stato delle vie aeree.

Con un bambino in queste condizioni si deve, appena possibile e con precauzione, muoverlo un poco, tralasciando tutti i violenti metodi di richiamo alla vita (oscillazioni etc.), e quelli che possono produrre lesioni delle vie respiratorie.

Bagno caldo, pulizia della cavità orale, nasale e faringea, fatta bene e frequentemente ripetuta; cauta insufflazione di aria; stimolazioni cutanee per provocare possibilmente il ritorno del tono; cardiocinetici, Lobelina per stimolare il centro respiratorio, e poi molta pazienza, molta quiete, nessuna agitazione. (G. Kermanner (Vienna). *Wiener Klinisce Wochenschrift*, 1926, n. 38).

Azione battericida del latte. — L'insemenzamento del latte di vacca o di capra mediante una piccola quantità di batterii, non è favorevole allo sviluppo di questi, poichè si è osservato che essi diminuiscono, o almeno non aumentano.

Questa azione del latte ostacolante lo sviluppo dei germi, potrebbe trovare la sua spiegazione in parte nel fatto che il latte è notoriamente inadatto come terreno di cultura, in parte per l'azione deprimente dei germi saprofitici del latte, ma sopratutto nella presenza di alessine e di leucine nel latte crudo. (E. Heuniger (Monaco di Baviera) *Archiv für Hygiene*, 1926, 97, n. 3-4).

Cause diverse dell' oliguria. — S. Bauer (Vienna) (*Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 29) ricorda che si possono distinguere quattro forme di oliguria abituale: 1) un'oliguria costituzionale, primitiva, renale; 2) un'oligodipsia costituzionale primitiva; 3) un'oliguria da ritenzione idrica nei tessuti; 4) un'oliguria da ritenzione salina nei tessuti.

Quest'ultima forma è spesso combinata con la terza, e qualche volta con l'obesità; spesso la cura è da ricercarsi in un'alterazione della secrezione interna dell'ipofisi.

Per la terza e per la quarta forma, la lesione primitiva risiede verosimilmente nei tessuti.

La quarta forma è assolutamente diversa dalla ritenzione salina che si ha per debole potere di concentrazione dei reni, che porta invece ad una poliuria compensatoria.

FORMULARIO

Nella prurigine tipo Hebra. — Sopprimere, dalla dieta, il pane, il pesce, le uova, il cervello, il cioccolatto; diminuire il latte.

Nel periodo di eruzione, non dare il bagno al bambino e lozionarlo con una soluzione tiepida di acqua e aceto, asciugando dopo con polvere di amido.

Contro il prurito, unzioni con:

Cloridrato di cocaina	gr. 0.05
Mentolo	
Vaselina neutra	anagr. 0.20

Somministrare, ogni giorno, due cartine di:

Salolo	gr. 0.15
Creta preparata	gr. 0.20 (Marfan)

o un cucchiaino da caffè, un'ora prima dei pasti, di:

Soluzione di peptone di carne al 25 %	gr. 25
Glicerina	gr. 10
Sciroppo di corteccie d'arancio	p. b. per gr. 125 (Péhu)

(dal *Journal des Praticiens*, n. 51, 1926).

Digitized by Google

RIVENDICAZIONI ITALICHE

Le sottospecie di bacilli tubercolari e la vaccinazione con bacilli vivi

Ormai è concorde l'opinione che spetta al nostro Angelo Maffucci la priorità della scoperta dell'azione tossica dei bacilli tubercolari morti. A questa scoperta pervenne mercè tutta una serie d'indagini nel campo della patologia embrionale infettiva, che vanno dal 1884 al 1889. Questa scoperta fu la base della preparazione della tubercolina di Roberto Koch, come ebbe a dichiarare il grande scienziato tedesco nella solenne seduta del 4 agosto 1890 al X Congresso Internazionale di Medicina in Berlino.

Invece la priorità di due altre non meno importanti scoperte di Maffucci è poco nota; perciò molto opportunamente se n'è occupato, nello scorso anno, ALBERTO ASCOLI (*Biochimica e Terap. Sper.*, 1926, fasc. 6).

Nel 1889 Maffucci fece conoscere, per la prima volta, che il bacillo della tubercolosi dei mammiferi deve ritenersi diverso da quello della tubercolosi aviaria. Le differenze emergenti dalle sue ricerche riguardavano i caratteri morfologici, culturali ed anche biologici, una volta che il pollo si dimostrò refrattario alla tubercolosi dei mammiferi e il coniglio e la cavia si dimostrarono refrattari alla tubercolosi degli uccelli.

La conclusione enunciata da Maffucci dette una scossa potente all'unicità della specie del bacillo tubercolare proclamata da Koch per qualsivoglia tipo della scala zoologica. L'insigne osservatore tedesco rimase così convinto dalle ricerche di Maffucci che nel 1901 finì per ammettere un dualismo eziologico tra tubercolosi dell'uomo e tubercolosi bovina.

Frattanto nell'identico anno 1901 Maffucci iniziò nel campo sperimentale la vaccinazione antitubercolare riuscendo a rendere refrattari i bovini contro la tisi perlacea mediante l'iniezione tanto di bacilli della tubercolosi umana quanto di bacilli bovini attenuati. Nel tempo stesso insistette sul concetto di trarre il materiale vaccinico per l'uomo servendosi di bacilli vivi, per quanto attenuati, e attingendoli dagli animali bovini.

La morte, che strappò alla medicina italiana uno scienziato di così originale valore, gl'impedì di proseguire le sue ricerche in quel campo. Sta, però, il fatto che Calmette e il suo collaboratore Guérin, nell'iniziare le loro ricerche sulla vaccinazione antitubercolare nell'uomo mercè bacilli vivi, hanno seguita la direttiva identica, segnata dal nostro Maffucci.

Viene messo in rilievo da Alberto Ascoli che a Calmette e a Guérin spetta nondimeno il merito di aver sottratta l'attenuazione del materiale bacillare vivo, di provenienza bovina, all'empirismo od accidentalità, che ne ostacolava l'applicazione alla vaccinazione umana. Infatti i due osservatori francesi hanno rinvenuto un metodo, quello dei passaggi continuati su patata biliata del bacillo bovino, che è valso ad attenuarne la virulenza gradatamente, sino ad eliminarla completamente, arrivando così al vaccino avirulento, chiamato B. C. G. (Bacillo Calmette Guérin) in onore dei due ricercatori. Questo vaccino avirulento, originato nella sua preparazione dalle direttive di Maffucci, avrebbe la capacità di conferire ai vitelli la refrattarietà rispetto alla iniezione endovenosa di bacilli bovini durante un periodo più breve di quanto può verificarsi per il vaccino di provenienza umana. La tecnica di Calmette e Guérin permetterebbe di avere a propria disposizione un materiale vaccinico, composto di bacilli vivi, ma reso avirulento ed esattamente controllabile nelle sue applicazioni.

Questa modalità importante dell'applicazione va assegnata, secondo Ascoli, a merito dei due osservatori francesi, ma lo stesso Ascoli mette in rilievo che il principio informatore, da cui sono mossi Calmette e Guérin, è quello stesso, che guidò Maffucci nei primi tentativi, onde per noi italiani non è novità.

ANDREA FERRANNINI

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA BARI

Prolusione al Corso di Anatomia Normale. — Il giorno 12 gennaio ha tenuto nell'Anfiteatro Anatomico la sua prolusione il chiaro Prof. Giannelli chiamato con voto unanime della nostra Facoltà Medica alla cattedra di Anatomia Normale. Erano presenti il Preside della Facoltà Prof. Contino e quasi tutti i Professori; mentre il vasto anfiteatro era gremito da una folla di studenti accorsi con entusiasmo a salutare l'ottimo Maestro.

La prolusione pronunciata con grande dignità di forma e con eloquenza veramente trascinante sul tema «Indirizzo e metodo nello studio degli apparecchi della vita» fu oltrechè un acuto esame critico dei metodi di studio e d'insegnamento dell'Anatomia, una felice ed efficacia illustrazione del valore degli studii anatomici.

C. C.

DA BERGAMO

Il prof. Soresi titolare di clinica chirurgica a New-York.— Ancora un italiano che onora la madre patria: l'Italia. Il Dr. ANGELO SORESI, nativo di Piacenza, stimato professionista di New York, è stato nominato titolare di clinica chirurgica al New-York Homeopatic-Medical College e Flower Hospital. Il Dr. Soresi già dal 1922 era docente di patologia chirurgica nella stessa Università ed il consenso generale ottenuto in tale insegnamento gli valse la nomina a professore di clinica chirurgica.

A. SORESI

Il Prof. Soresi è inoltre dal 1918 Chirurgo-primario di uno dei maggiori ospedali della città il Greenpoint Hospital; ma ciò che merita speciale considerazione, è che egli, fra i tanti medici italiani di nascita che esercitano negli Stati Uniti, è il solo che abbia ottenuto la carica di primario in uno dei più importanti ospedali di New York, ed il solo che sia stato assunto alla cattedra, in una Scuola delle più accreditate degli Stati Uniti, premi meritati per un uomo che ha dedicata tutta la sua vita e la sua attività alle ricerche scientifiche. Infatti egli conduce una esistenza ritirata, dedito solamente ai suoi studii preferiti dividendo la sua vita fra il laboratorio, le cliniche e l'ospedale. Fra il mondo dei professionisti è conosciuto e molto stimato, per quanto non ricercatore di facile popolarità e alieno da qualunque manifestazione politica, che non sia di italianità. Il Dr. Soresi fu il primo medico italiano ad accorrere al servizio della patria in occasione della grande guerra.

I numerosi contributi originali del Dr. Soresi in tema di chirurgia addominale, di chirurgia del torace, di chirurgia delle ossa, sulla trasfusione del sangue ed altri ancora furono pubblicati su importanti giornali medici di America e di Europa. I suoi lavori sono 64 ed in tutte le lingue: italiano, inglese, francese e tedesco. I più importanti suoi scritti si trovano sugli *Annals of Surgery*, sull'*American Journal of Surgery*, sul *Surgery, Ginecology and Obstetrics*, sul *The Journal of Bone and Joint Surgery*, sul *Medical Journal and Record*, sul *The Journal of Medical Association*, sul *New-York Medical Journal*, sul bollettino della *Broohlyn Surg. Society*, sul bollettino della *New-York Academy of Med. Genito-Urinary Section*, sul bollettino del XVI *International Medical Congress* di Budapest, sulla *Riforma Medica*, sul *Policlinico* e su altri giornali di minore importanza.

I migliori suoi lavori sono quelli sul trattamento aperto delle fratture, sulla cura dell'empiema toracico con metodo personale, sulla chirurgia dell'addome e dei vasi. Egli è un lavoratore instancabile e, come i vecchi maestri, non è mai soddisfatto di sè stesso. In questi ultimi dieci anni ha radunato un enorme materiale sulla chirugia gastro-intestinale che presto verrà alla luce e darà certamente nuovo ed accresciuto lustro all'autore. La *Riforma Medica* per vari anni ha avuto il Prof. Soresi come suo solerte corrispondente da New York e in questo giornale il Prof. Soresi ha pubblicato alcuni suoi interessanti lavori.

L'omaggio tributato al Dr. Soresi colla sua nomina a titolare di Clinica chirurgica distrugge l'opinione che gli americani ostacolino in qualsiasi modo gli italiani: dove c'è vero merito, l'americano non esita a riconoscerlo.

Personalmente è di struttura fisica eccezionale e prestante: cultore appassionato dell'esercizio fisico ha saputo ottenere uno sviluppo armonicamente atletico e statuario; qualcuno ricorderà che quale socio dell'Aniene di Roma, fu campione internazionale di *shiff* in una competizione avvenuta sui laghi Svizzeri, fu ancora campione di nuoto ed è ancora forte nuotatore; di più salvò la vita ad un uomo che stava per annegare.

I suoi studenti lo venerano, lo onorano come il più popolare dei professori e lo ritengono come guida per la loro formazione spirituale.

Abbiamo creduto di riferire questo breve cenno biografico di un nostro valoroso connazionale, perchè vale sempre più a dimostrare quanti e quali figli la patria possiede; figli che la onorano in tutti i campi anche fuori dei confini, a gloria della nostra grande madre: Italia!

Prof. NASTRUCCI

Digitized by Google

VITA UNIVERSITARIA

Nomine di professori stabili. — Il prof. Giovanni Razzaboni è stato nominato stabile alla cattedra di patologia speciale chirurgica della R. U. di Parma.

Trasferimenti. — Sono stati trasferiti: il prof. Orlando Pes, stabile di clinica oculistica, dalla R. U. di Modena a quella di Genova; il prof. Luigi Guglianetti, non stabile di clinica oculistica, dalla R. U. di Cagliari a quella di Modena; il prof. Gaetano Quagliariello, non stabile di fisiologia, dalla R. U. di Catania alla cattedra di chimica biologica della R. U. di Napoli.

Nuovi Rettori. — Sono stati eletti: a Rettore della R. U. di Milano, il prof. Baldo Rossi, stabile di clinica chirurgica; a Rettore della R. U. di Catania, il prof. Onofrio Fragnito, stabile di clinica delle malattie mentali e nervose.

Rettore della R. U. di Modena è stato confermato il prof. Pio Colombini.

Nuovi Presidi di Facoltà. — Nella R. U. di Genova, in seguito alle volontarie dimissioni del prof. Innocente Clivio, è stato nominato Preside della Facoltà di medicina e chirurgia, per il biennio accademico 1926-1927, il prof. Pietro Canalis, stabile di igiene e polizia medica.

Nella R. U. di Bari, con la cessazione dall'ufficio di Preside della Facoltà di medicina e chirurgia del prof. Giuseppe Favaro, vi è stato nominato il prof. Antonino Contino, stabile di clinica oculistica.

Nella R. U. di Catania, come Preside della suddetta Facoltà, è stato confermato il prof. Raimondo Felletti, stabile di clinica medica, e nella R. U. di Modena è stato nominato allo stesso ufficio il prof. Arturo Donaggio, stabile di clinica delle malattie nervose e mentali.

Libere docenze. — Hanno conseguito la libera docenza in *Clinica oculistica*, i dott. Vincenzo Rossi, Pietro Stella, Biagio Alajmo, Nicola Chiatante, Luigi Zoldan, Alessandro Bozzoli, Francesco Paolo Borrello, Giuseppe Addario, Vittorio Denti, Dario Sabbadini e Archimede Busacca;

in *Psicologia sperimentale*, i dott Ferruccio Banissoni, Alessandro Gatti e Emilio Galli;

in *Clinica delle malattie delle vie urinarie*, i dott Carlo Chiaudano, Ermanno Mingazzini e Carlo Ravasini;

in *Patologia speciale medica*, i dott. Gino Meldolesi, Salvatore Marino, Antonio Brugi e Amelio Fortunato;

in *Patologia generale*, i dott. Guido Oselladore e Guglielmo Galatà;

in *Anatomia patologica*, il dott. Piero Redaelli;

in *Clinica pediatrica*, i dott. Vincenzo Tripputi, Luigi Sabatini e Antonio De Capite;

in *Clinica dermosifilopatica*, i dott. Pier Angelo Meineri, Attilio Versari e Mario Artom;

in *Patologia speciale chirurgica*, i dott. Francesco Paulucci, Achille Mario Dogliotti, Vittorio Ferrero e Antonio Ciminata;

in *Clinica otorinolaringoiatrica*, il dott. Giuseppe Tenaglia;

in *Clinica psichiatrica*, il dott. Aldo Bertolani;

in *Clinica medica e semeiotica*, il dott. Giuseppe Sabatini;

in *Clinica ostetrica e ginecologica*, i dott. Palmira Carcupino-Ferrari, Giorgio Sortino, Fiorenzo Clauser, Michele Floris e Giuseppe Tesauro;

in *Clinica delle malattie nervose*, il dott. Ottorino Balduzzi;

in *Ortopedia e traumatologia*, il dott. Ugo Camera;

in *Medicina legale*, il dott. Boldrino Boldrini;

in *Radiologia medica*, i dott. Olindo Alberti, Lamberto Piergrossi e Pierino Perona;

in *Clinica chirurgica e medicina operatoria*, il dott. Sertorio Marinacci;

in *Batteriologia*, il dott. Giuseppe Vercellana.

Concorsi per assistenti. — Sono stati banditi i seguenti concorsi: 1 posto di assistente presso l'Istituto di medicina legale della R. U. di Milano; 1 posto di assistente presso la Clinica odontoiatrica della stessa Università. Per entrambi lo stipendio iniziale è di L. 10,000, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 1.200. Scadenza 28 febbraio p. v.

1 posto di assistente presso la Clinica medica della R. U. di Palermo; 1 posto di assistente presso l'Istituto di anatomia patologica della stessa Università. Per entrambi lo stipendio è di L. 8.500, aumentabili. Scadenza 28 febbraio p. v.

Il nuovo Consiglio d'amministrazione della R. U. di Roma. — Il Consiglio d'amministrazione della R. U. di Roma per il biennio accademico 1926-28 è composto come segue: il Rettore, presidente; l'Intendente di Finanza della Provincia; Bargellini prof. Guido, Amorosi prof. Luigi, ordinari dell'Università, e Mancini gr. uff. dott. Alberto, rappresentante del Governo, membri.

Revoche di concorsi e di deliberazioni. — E' stato revocato il concorso per professore non stabile alla cattedra di clinica oculistica nella R. U. di Sassari.

— Essendo stato revocato, su ricorso dell'interessato prof. Armando Businco, il decreto con cui erano stati annullati e dichiarati di nessun effetto gli atti della Commissione giudicatrice del concorso per professore non stabile alla cattedra di anatomia patologica della R. U. di Perugia, si è ritenuto dal Ministero della P. I. di dover conseguentemente revocare anche l'altro decreto con cui erano stati annullati tutti gli atti del concorso e di doverli quindi ritenere come approvati, con effetto dal 1° marzo 1926. Parimenti, su ricorso dell'interessato, prof. Girolamo Lo Cascio, è stato revocato il decreto con cui erano stati annullati gli atti del concorso alla cattedra di clinica oculistica della R. U. di Sassari, per cui i detti atti si intendono approvati.

VITA OSPEDALIERA

Gl' internati per studenti negli Ospedali

E. Ligorio (*Ospedale Maggiore*, n. 9, 1926) incita gli ospedali a prendere in considerazione il disposto di legge, che dà loro autorizzazione ad istituire degli internati per gli studenti di medicina. Occorre che la facoltà data dal legislatore sia intesa come ordine e che gli ospedali, che hanno i mezzi di studio e il materiale clinico, aprano le porte agli studenti di 5° e 6° anno e ai neolaureati prima dell'esame di Stato, perchè essi possano compiere la necessaria pratica per il futuro esercizio professionale. Si avrà pertanto negli ospedali la possibilità di una osservazione personale (e non collettiva, come avviene nelle cliniche) del malato, mentre contemporaneamente ai giovani appartenenti a famiglie che vivono lontano dai centri, sedi di ospedali, si potranno offrire condizioni di vitto e alloggio favorevoli negli ospedali stessi. Questi internati costituiranno inoltre uno sprone, affinchè gli ospedali si completino con mezzi di studio e di cura moderni e con una buona scelta del personale sanitario superiore.

L'A. ricorda come esempio l'internato che esiste sin dal 1924, per gli studenti dell'ultimo biennio di medicina, presso lo Spedale di Venezia, che sta aperto durante le vacanze estive da luglio ad ottobre. Nel 1° anno si istituirono 7 posti, che furono costantemente occupati, nel 2° anno i posti dovettero portarsi a 21 e quest'anno a 40, facendovi permanere i giovani per periodi che vanno da 3 mesi pei laureati a 50 giorni per gli studenti. Gli iscritti ricevono alloggio e vitto nell ospedale e versano una retta giornaliera di L. 10, senza pagare altre tasse d'iscrizione o per la frequenza dei laboratori e delle sale. Gli iscritti sono assegnati, seguendo per quanto e possibile i loro desideri, alle varie sezioni, si da formare dei piccoli gruppi, e possono dividere il periodo complessivo d'internato fra due sezioni per congrui periodi; è a loro disposizione la biblioteca ospedaliera e possono frequentare anche altre sezioni o laboratori oltre la sezione cui sono particolarmente aggregati. L'insegnamento pratico viene completato da lezioni cliniche generali o di particolari tecniche impartite dai primari dell'ospedale.

NOTIZIE

Istituto internazionale per lo studio della malaria a Roma. — Nel prossimo maggio, si inaugurerà a Roma un Istituto internazionale per lo studio della malaria, il quale sarà, tra gli altri, largamente sovvenzionato dalla Repubblica Argentina, che vi invierà a studiare anche i suoi medici.

Le "nozze di diamante„ del Giornale di Medicina Militare. — Il « Giornale di Medicina Militare », pubblicazione mensile del Ministero della Guerra (Direzione centrale di Sanità militare), celebra quest'anno le sue « nozze di diamante ». Fondato da Alessandro Riberi nel luglio 1851, esso ha continuato da allora, se si eccettui una breve interruzione durante la guerra di Crimea, a tener fede ininterrottamente ai propositi esposti nel programma iniziale: di essere cioè l'interprete fedele ed il compagno indivisibile del Corpo sanitario militare sia nelle caserme, nelle corsie d'ospedale e nei laboratori scientifici, che sui campi di battaglia. La nobile e grande figura del fondatore è stata per il Giornale un vero battesimo beneaugurale; con sincera riconoscenza filiale, perciò, nel fa-

Digitized by Google

scicolo I di questo anno, che è commemorativo di un avvenimento non frequente nella stampa medica, viene illustrata la vita del Riberi.

Le distinte doti di chirurgo di quest'ultimo non solo lo fecero nominare da Carlo Felice titolare della cattedra di chirurgia dell'Ateneo torinese, ma ne fecero diffondere la fama anche al di fuori dei confini del piccolo Piemonte, e vi fu perfino chi, all'estero, lo paragonò a Dupuytren.

Lo stesso fascicolo commemorativo pubblica il fac-simile della prima pagina del n. 1 del Giornale e un interessante articolo sulle tradizioni storiche del Corpo sanitario militare. Esso comprende inoltre cinque notevoli lavori originali, che testimoniano dell'attività scientifica dei medici militari, nonchè resoconti di congressi, di conferenze tenute negli ospedali militari, recensioni, notizie, ecc.

In complesso, numero ottimo questo, come i tanti altri pubblicati prima, e di ciò va data lode all'attuale direttore, colonnello medico prof. Arturo Casarini, al quale giungano le più vive felicitazioni di « Riforma Medica ».

Nell'Istituto Sieroterapico Milanese. — L'Istituto Sieroterapico Milanese ha celebrato recentemente il suo trentesimo anno di vita, alla presenza del Consiglio direttivo al completo e di numerose autorità cittadine. Dopo che il presidente prof. Menozzi ebbe illustrato la storia dello Istituto, il prof. Viganò presentò, a nome del personale, una targa commemorativa al direttore prof. Belfanti.

Corso di perfezionamento in Igiene presso la R. U. di Bologna. — Il 1° marzo p. v. avrà inizio presso la Università di Bologna un corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene e in batteriologia per la preparazione alle carriere di ufficiale sanitario, di direttore di laboratorio micrografico e batteriologico, ecc. Possono iscriversi a questo corso i laureati in medicina e chirurgia, in zooiatria, ingegneria, farmacia, scienze naturali, agraria e i diplomati in farmacia. Il corso avrà la durata di due mesi.

Le domande, in carta da bollo da L. 2, debbono essere indirizzate al Rettore della R. U. di Bologna entro il 28 febbraio p. v., insieme col diploma o certificato di laurea, col certificato di nascita e con la quietanza del pagamento della somma di L. 300, per tassa di iscrizione, di L. 75 per sopratassa d'esame, e di L. 50 per il certificato che verrà rilasciato alla fine del corso. Le dette tasse debbono essere pagate preso l'ufficio Cassa della R. U. di Bologna.

Per chiarimenti rivolgersi al Direttore dell'Istituto d'Igiene o alla Segreteria universitaria (Facoltà medica).

Per la relazione del prof. Gaifami al prossimo Congresso di Ostetricia e Ginecologia. — Il prof. P. Gaifami, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari, sarà grato a quanti, clinici, ospedalieri, pratici, vorranno comunicargli casi di personale osservazione di *distacco prematuro di placenta normalmente inserta*. I casi comunicati saranno compresi, col nome del singolo collega, nella statistica italiana di tale complicazione, che il prof. Gaifami aggiungerà alla sua Relazione al prossimo Congresso della Società di Ostetricia e Ginecologia.

Una lapide ai medici bolognesi caduti in guerra. — In onore dei medici bolognesi caduti in guerra, è stata solennemente scoperta una lapide-ricordo nell'atrio del Policlinico di Santorsola a Bologna. L'on. Balbino Giuliano ha pronunziato, per l'occasione, un elevato e patriottico discorso.

Esito di concorsi. — Il concorso internazionale per lavori sperimentali, indetto dalla «Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia y Quimioterapia», ha avuto il seguente esito: 1° premio, prof. Luigi Castaldi, di Firenze; 2°, prof. Marcello Lusena, di Firenze; 3°, dott. Ernesto A. Molinelli, di Buenos Ayres; *accessit*: prof. Pio Bastai, di Torino, e prof. Gaetano Viale, di Rosario. La Commissione giudicatrice era composta dai proff. M. Castex e A. Bachmann, e dal dott. Silvio Dessy.

Premio Galligo. — E' aperto, fino al 31 dicembre 1927, il concorso al premio triennale Galligo, di L. 500, per lavori originali illustranti qualche importante capitolo di sifilografia o di malattie dei bambini. I lavori debbono essere scritti in lingua italiana e vanno inviati (contrassegnati da un motto, ripetuto sopra una busta sigillata contenente il nome, cognome e domicilio dell'autore) alla Presidenza dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina, via degli Alfani, 33, Firenze.

Assegnazione del premio Mège. — Il premio Mége dell'Accademia di Francia per il 1926, su proposta di Ch. Richet, è stato aggiudicato al prof. Alberico Benedicenti, ordinario della cattedra di Farmacologia sperimentale della R. U. di Genova, per il suo libro « Malati, medici, farmacisti », edito da U. Hoepli di Milano.

Concorsi medici nell'India e nell'Africa Inglese. — Ricordiamo che per i concorsi medici indetti nell'India e nell'Africa inglese è richiesta la cittadinanza britannica e di essere figli di europei; non si devono inoltre, aver superati i 35 anni di età. Per informazioni rivolgersi al Colonial Office, 38, Old Queen Street, London, S. W. 1.

Munifico sussidio al Collegio-Convitto di Perugia. — Il sen. prof. Simonetta, presidente dell'Opera pia di assistenza agli orfani dei sanitari, ha donato la somma di L. 20.000 al Collegio-Convitto di Perugia, perchè siano migliorate temporaneamente le retribuzioni del personale di amministrazione, in attesa di provvedimenti definitivi ulteriori.

L'igiene della scuola nel Comune di Milano. — Attualmente la vigilanza igienico-sanitaria del Comune di Milano sulla sua popolazione scolastica è affidata ad una speciale sezione dell'Ufficio d'Igiene, la sezione Medico-scolastica, diretta da un Medico-capo, che ha alla sua dipendenza 14 medici scolastici — tra i quali vi sono varie dottoresse — ed è coadiuvato da una Capo-Vigilatrice, la quale sorvegiia il servizio delle vigilatrici sanitarie, per ora in numero di tre. All'inizio dell'anno scolastico gli alunni vengono sottoposti a visita per accertare se presentino malattie trasmissibili, immaturità di sviluppo fisio-psichico, difetti sensoriali, ecc., tali da rendere necessaria l'iscrizione a scuole specializzate. Con i risultati della visita individuale e dell'inchiesta nelle rispettive famiglie viene compilata la «Pagella sanitaria», che segue l'alunno in tutte le classi del corso elementare. Altre visite vengono fatte durante e alla fine dell'anno scolastico. Dal risultato di queste ripetute inchieste, il medico, quando l'alunno lascia la scuola per il lavoro, dovrà dare il suo parere circa il mestiere più adatto. Il medico inoltre deve svolgere un'adeguata propaganda ed un vero insegnamento igienico, miranti allo scopo pratico della difesa e del miglioramento fisico delle nuove generazioni.

Per ora le scuole secondarie non usufruiscono del beneficio della ispezione medica, eccezion fatta di quelle dipendenti dal Comune.

NECROLOGIO

— a Modena, il prof. GIUSEPPE SPERINO, stabile di anatomia umana normale descrittiva e topografica ed insegnante pure di anatomia microscopica, di istologia e di embriologia. Era professore a Modena dal 1898; lascia parecchi pregevoli lavori nel campo della Anatomia. Faceva parte di numerose Accademie e Società scientifiche.

— a Palermo, il dott. GIOACCHINO MONDINO, per molti anni Primario dell'Ospedale di San Saverio.

— a Monaco di Baviera il prof. EMILIO KRAEPELIN. Il suo nome è legato a due grandi opere: La prima di queste è un magistrale trattato di psichiatria, la seconda è la fondazione della *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, più tardi incorporata nel *Kaiser Wilhelm Institut*. Il suo più cospicuo contributo fu didattico-dottrinale.

Kraepelin aveva in animo in questi ultimi tempi di recarsi in India e a Ceylan allo scopo di ricercare l'effetto delle caratteristiche di razza sulla morbilità psichica e di studiare le forme che le malattie mentali prendono nei diversi popoli. Questo viaggio scientifico sarebbe stato la continuazione di quello condotto anni sono in America e a Giava.

Sin da studente aveva avuto per la psicologia una disposizione speciale. I suoi maestri, Wundt e Gudden, lo ebbero caro e gli furono guide assidue e accurate. Laureatosi giovanissimo nel 1878, fu subito nominato assistente a Lipsia e a Monaco. Entrò nel 1886 alla Facoltà di Dorpat e passò nel 1890 ad Heiderberg. Ritornò a Monaco nel 1903 e nonostante il suo ritiro dalla Università per i limiti di età, continuò le sue ricerche e i suoi studi sino alla morte.

ERRATA-CORRIGE

Nel n. 4 del corr. anno, a pag. 94, rigo 14, deve leggersi « 28 maggio » invece di « 28 novembre ».

Come aggiunta al rispettivo articolo su « I due cardini della lotta antitubercolare », giova far noto che nel periodico *Lavoro d'Italia* (citato da *La Federazione Medica*, 15 gennaio 1927), in un articolo intitolato « La lotta contro la tubercolosi », Arnaldo Ferretti conchiude che « la sua soluzione più pratica si trova nel campo delle Assicurazioni Sociali ».

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 14 Febbraio 1927 — N. 7

QUESTIONI DEL GIORNO

ADENOIDISMO E VEGETAZIONI ADENOIDI

Loro grande importanza profilattica e sociale

L'adenoidismo e le vegetazioni adenoidi vanno richiamando sempre più l'attenzione degli scienziati e dei clinici specie nella patologia infantile; e, per la loro riconosciuta grande importanza individuale e sociale, cominciano a preoccupare anche il gran pubblico e ad interessare perfino la stampa politica.

Molti medici pratici, che fino a pochi anni or sono si mostravano ancora scettici sulla necessità di sottomettere gli adenoidei ad una cura chirurgica adeguata e tempestiva, hanno finito per arrendersi alla evidenza dei fatti. Ed oggi sono ben pochi quelli che vorrebbero tuttora considerare l'adenoidismo come una semplice e transitoria malattia locale, invece di riguardarlo nella sua natura costituzionale, nelle molteplici complicazioni, e nelle dolorose ripercussioni, che esso determina sulla resistenza organica locale e generale e sullo sviluppo fisico ed intellettuale dei giovani.

Per una sindrome morbosa, intorno alla quale però ancora si discute da alcuni relativamente alla natura, ai più sicuri mezzi di accertamento diagnostico, alla giusta valutazione clinica delle molteplici manifestazioni, nonchè circa la più conveniente terapia e le più efficaci misure profilattiche da adottarsi, ritengo non sia superfluo intenderci anche sul significato preciso da darsi alla terminologia, che viene comunemente adoperata per indicare i vari aspetti e i diversi gradi di sviluppo di questa multiforme e complessa malattia.

L'adenoidismo deve ritenersi una malattia squisitamente costituzionale (Gradenigo) la quale si trasmette ereditariamente con i caratteri delle malattie recessive o discontinue secondo le note leggi di Mendel; si rivela, mediante disturbi locali e generali caratteristici, in soggetti con labilità linfatica, ad impronta endocrinopatica e con predominante iperplasia adenoidea.

Si dà il nome di *adenoidite* all'infiammazione della tonsilla faringea; mentre la sua particolare ipertrofia ed iperplasia, consecutiva ad infiammazione cronica, dà luogo nei soggetti predisposti alle *vegetazioni adenoidi* propriamente dette.

Per *sindrome adenoidea* s'intende la sintomatologia legata alla insufficienza respiratoria ed alla permanenza di affezioni catarrali nelle prime vie aeree, nonchè all'alterato ricambio organico degli adenoidei.

E finalmente si dice *facies adenoidea* l'aspetto caratteristico e balordo, che questi disgraziati infermi assumono, quale marchio indelebile e molto appariscente, quando la malattia si manifestò fin dalla nascita e non fu curata adeguatamente, o non fu curata in tempo.

Questo aspetto caratteristico viene determinato da speciali alterazioni del viso e dello scheletro della faccia (labbro superiore, pinne nasali, mascellari, dentatura, palato e setto nasale).

E' a tutti noto che le vegetazioni adenoidi, le quali si sviluppano nella cavità naso-faringea, per la loro presenza dietro le coane, e per la complicante rino-faringite catarrale, diventano presto o tardi la causa di disturbi della respirazione e di affezioni catarrali a carico delle tube eustachiane, dell'orecchio medio, delle tonsille palatine, della tonsilla linguale, e del naso; di risentimento delle linfoghiandole sottomascellari e di quelle latero-cervicali; e talora anche di disturbi a carico della laringe, della voce e dell'articolazione della parola. Vengono successivamente interessate le linfaghiandole tracheo-bronchiali, e possono verificarsi perfino disturbi non trascurabili nelle funzioni digestive, nella nutrizione generale, nel ricambio e nello sviluppo fisico e intellettuale dei fanciulli.

I disturbi riflessi più frequenti, cui vanno soggetti gli adenoidei sono: l'aprosexia (Guye), cioè la difficoltà per il paziente di concentrare l'attenzione su di un determinato oggetto; la cefalea occipitale; la dispnea specie nel sonno; il laringospasmo; l'enuresi notturna.

Numerose osservazioni hanno potuto dimostrare che i microrganismi (i quali sostengono le affezioni catarrali della rino-faringe e delle varie tonsille, complicanti costantemente le vegetazioni adenoidi) invadono prima gli organi vicini per continuità e contiguità di tessuto, poi quelli lontani, e successivamente anche l'intero organismo, attraverso le vie linfatiche e sanguigne.

L'ingestione continua delle secrezioni catarrali rino-faringee e dei microrganismi in esse contenuti provoca frequenti disturbi digestivi negli adenoidei. Alla rino-faringite catarrale cronica sono oggi in genere addebitate le non rare albuminurie acute e croniche dei bambini, le quali una volta si ritenevano semplicemente in rapporto alla crescenza. Come pure devono spesso essere ritenuti di origine faringea (negli adenoidei ed ex-adenoidei) l'ittero, l'orticaria, l'eczema, i frequenti attacchi di reumatismo articolare, le mialgie reumatiche, le nevriti, l'asma, e perfino l'appendicite, cui vanno non raramente soggetti i portatori di cronico catarro rino-faringeo.

Noi oggi nella pratica distinguiamo le vegetazioni adenoidi in vari gruppi, secondo i particolari disturbi, cui esse dànno prevalentemente luogo.

I. *Vegetazioni a tipo respiratorio.* Sono quelle che per il loro volume (specie se in coincidenza con la conformazione piuttosto ristretta del naso e della rino-faringe) ostruiscono posteriormente le fosse nasali e fanno risentire disturbi quasi permanenti, e spesso anche gravi, a carico della respirazione. Questa negli adenoidei diventa in genere insufficiente e provoca sulla nutrizione, sul ricambio e sullo sviluppo tutti i disturbi, che sogliono accompagnare l'insufficiente arrivo di ossigeno nel sangue, e nei tessuti, nonchè il ristagno in questi di acido carbonico e degli altri prodotti intermedi del metabolismo organico.

II. *Vegetazioni a tipo auricolare.* In questa categoria son comprese le vegetazioni accompagnate da disturbi auricolari, per diffusione della infezione catarrale o purulenta alle tube eustachiane e quindi all'orecchio medio (anche se il loro volume non sia eccessivo rispetto alle dimensioni della faringe nasale); e ciò per una particolare labilità anatomica, costituzionale, o endocrina dei soggetti; ovvero la speciale natura e virulenza dei microrganismi. La diffusione all'orecchio può essere poi occasionata dalla maniera irrazionale, con la quale molti hanno l'abitudine di soffiarsi il naso, stringendo cioè contemporaneamente entrambe le narici; o soffiando con violenza, mentre le fosse nasali sono poco pervie per ostruzione delle coane, per deviazione del setto, per ipertrofia della mucosa nasale e dei cornetti, ovvero per tutte queste ragioni ad un tempo.

III. *Vegetazioni a tipo misto.* Comprendono le vegetazioni che provocano contemporaneamente disturbi e complicazioni sia a carico della funzione respiratoria, che dell'orecchio.

IV. *Vegetazioni a tipo tossiemico.* Sono quelle che provocano frequenti tossiemie per assorbimento di prodotti tossici ed infettivi da parte della mucosa tonsillare, faringea e di quella gastro-enterica, a contatto della quale giungono le secrezioni rino faringee infette, continuamente ingerite dagli adenoidi.

Le vegetazioni appartenenti a questo gruppo non dànno in genere complicazioni a carico dell'orecchio medio, e presentano disturbi piuttosto lievi a carico della respirazione.

***

Etiologia e patogenesi. Ritengo del tutto superfluo esaminare qui e discutere ampiamente le varie teorie, che oggi si contendono il campo a proposito di questa malattia così complessa per la sua evoluzione, e per le molteplici manifestazioni e complicazioni alle quali dà luogo. I lettori, che ne sentano bisogno possono facilmente consultare le numerose ed ottime monografie, che son venute alla luce in Italia ed all'Estero in questi ultimi tempi.

Digitized by Google

Seguirò il concetto etiologico e patogenetico, cui era giunto il nostro compianto Maestro Prof. Gradenigo (e che d'altra parte rispecchia l'opinione più autorevolmente oggi accettata), assegnando al fattore ereditario la sua giusta e preminente importanza. Distinguerò quindi le cause dell'adenoidismo e delle vegetazioni adenoidi in endogene o costituzionali, ed esogene od acquisite e stimolanti della malattia.

Fra le prime dobbiamo ricordare l'evidente alterazione endocrina ereditaria, che esercita grande influenza sulla speciale conformazione anatomica della rino-faringe, del naso e del palato, e la particolare labilità del tessuto adenoide della tonsilla faringea, di quelle tubarie, delle palatine ed anche della tonsilla linguale.

Fra le seconde dobbiamo tener presenti le svariate infezioni che possono giungere nella rino-faringe (attraverso gl'infiniti contatti della vita moderna), per mezzo del minuto pulviscolo atmosferico, e della polvere anche più grossolana e abbondante delle strade, che i rapidi mezzi moderni di locomozione s'incaricano di sollevare continuamente nell'aria.

A seconda della natura e della virulenza dei vari agenti infettivi ed a seconda della diversa resistenza e suscettibilità individuale, si avrà l'intezione acuta o cronica della tonsilla faringea (adenoidite); nei soggetti predisposti si manifesterà consecutivamente la ipertrofia e la iperplasia caratteristica di essa.

Le malattie che poi indubbiamente hanno una importanza enorme nella determinazione delle vegetazioni adenoidi, ed anche più della loro gravità, sono la lue e la tubercolosi dei genitori, per l'azione deprimente che esse esercitano sulle funzioni endocrine e quindi sulla resistenza individuale della prole.

La vita sedentaria ed antigienica, l'umidità, le brusche variazioni di temperatura, l'influenza, le comuni angine dell'infanzia, le malattie esantematiche, etc., favoriscono l'adenoidite, e stimolano la manifestazione del carattere ereditario adenoideo e lo sviluppo delle vegetazioni adenoidi.

Il carattere costituzionale adenoideo è un carattere mendeliano da alcuni autori ritenuto a tipo recessivo, o discontinuo. Ma pare che esso debba essere piuttosto considerato come un carattere a tipo dominante o a tipo intermedio fra il dominante ed il recessivo; perchè anche quando uno solo dei genitori ne sia disgraziatamente possessore, lo vediamo quasi sempre comparire tra i figli.

***

Sintomatologia particolare e decorso delle singole forme. I sintomi costanti dell'adenoidite acuta, nella prima e seconda infanzia, sono in genere: la febbre, l'anoressia, la costipazione gastrica e l'abbattimento del sensorio, con spasmi muscolari circoscritti, e talora anche convulsioni generali. Si devono inoltre ricordare altri disturbi, anche molto caratteristici, che variano secondo l'età degli infermi.

I bambini adenoidei inferiori ai tre anni, per l'insufficienza grave che si manifesta nella loro respirazione nasale, sono costretti, per supplirvi in qualche modo, a tenere la bocca quasi continuamente aperta, specie la notte; e perciò russano durante il sonno. Alcuni di essi urinano nel letto e talora si svegliano improvvisamente, emettendo un grido di spavento (*pavor nocturnus*). Mentre essi poppano sono spesso costretti a lasciare la mammella o il poppatoio, per poter respirare attraverso la bocca; appariscono sofferenti, inquieti e piangono continuamente, per il senso penoso di soffocazione che essi provano. Dopo qualche giorno comparisce sulla parete posteriore della taringe, dietro l'ugola, una secrezione mucosa o muco-purulenta, più o meno densa e abbondante; e contemporaneamente gli altri sintomi generali si attenuano e scompaiono. Allorchè l'adenoidite acuta si manifesta in bambini di età superiore ai tre anni, questi nei primi giorni si lagnano di cefalea più o meno intensa e spesso di rumori auricolari subiettivi; talora anche di sensibile diminuzione uditiva, accompagnata da dolore lancinante all'orecchio, con febbre. Dopo due o tre giorni comparisce nel condotto uditivo una secrezione purulenta (ematica nel primo giorno) dapprima scarsa, poi più abbondante; ed intanto il dolore auricolare si mitiga, poi cessa del tutto, contemporaneamente si vanno attenuando anche gli altri sintomi.

Nelle vegetazioni a tipo prevalentemente respiratorio il bambino respira con la bocca semiaperta e va soggetto talora ad accessi di oppressione, a frequenti risvegli (accompagnati o non da grido straziante) durante la notte, a costipazione gastrica, a secchezza della lingua, ad alito pesante etc. La voce di questi adenoiditici acquista un caratteristico timbro nasale con frequente trasformazione della *m* ed *n* in *b* e *p* (voce morta, o rinolalia chiusa), le linfoghiandole sopraioidee e latero-cervicali sono più o meno ingorgate, ed una caratteristica secrezione muco-purulenta si vede pendere dietro dell'ugola, adossata alla parete posteriore della faringe.

Quando i disturbi respiratori ed auricolari si manifestano contemporaneamente (forma mista), il quadro morboso diventa ancora più imponente fin dai primi giorni.

L'esame obbiettivo dell'orecchio dimostrerà la membrana del timpano semplicemente opacata (per la presenza nella cassa di secrezione catarrale); ed anche retratta per la rarefazione dell'aria endotimpanica, causata dall'assorbimento dell'ossigeno da parte delle pareti, e per il grave ostacolo che al regolare rifornimento dell'aria della cassa oppone la concomitante ostruzione catarrale della tuba eustacniana. Ovvero si potrà rilevare la membrana più o meno fortemente arrossata per iperemia infiammatoria, se nella cavità timpanica sia già in formazione una secrezione di natura purulenta.

La rinoscopia anteriore può in questi casi risultare anche negativa, mentre la rinoscopia posteriore, che dovrebbe sempre fornirci indicazioni sicure, spesso non riesce possibile eseguire nei piccoli infermi.

L'esame della gola dimostrerà la caratteristica secrezione faringea o il velo palatino alquanto arrossato per diffusione dell'infiammazione rinofaringea, e talora anche proiettato in avanti per effetto della sporgenza prodotta dalla tonsilla faringea infiammata.

L'adenoidite acuta, quando non è accompagnata da complicazioni, ha in genere tendenza a risolvere spontaneamente e, se non passa allo stato cronico, tutto ritorna al normale dopo 5-7 giorni. I disturbi che persistono più a lungo sono quelli a carico della respirazione e sono in rapporto alla persistenza dell'aumento di volume della tonsilla faringea e dell'ipertrofia residuale della mucosa circostante: condizioni che ostacolano più o meno gravemente il libero passaggio dell'aria attraverso le coane.

Ordinariamente il bambino, che ha presentato una volta l'adenoidite acuta, anche se in apparenza perfettamente guarito, va soggetto a riammalarsi con molta frequenza; perchè l'infezione spesso permane latente nelle cripte della tonsilla faringea, e negli anfrattuosi e ristretti recessi dei meati delle fosse nasali, dai quali non è facile allontanarla con le cure mediche comuni. Si viene a determinare in tal modo l'adenoidite cronica lacunare o criptica, che è una malattia insidiosa e spesso causa di innumerevoli pericoli per la salute dei fanciulli, al pari della tonsillite criptica palatina.

Nei soggetti costituzionalmente predisposti l'infiammazione cronica della tonsilla faringea è seguita ordinariamente dalla ipertrofia ed iperplasia caratteristica, la quale, come è stato già detto, costituisce appunto le vegetazioni adenoidi.

La sintomatologia delle vegetazioni adenoidi è differente, secondo il grado e la varietà dei disturbi prevalentemente presentati dai diversi soggetti e di cui abbiamo fatto cenno da principio, a proposito dei vari tipi della malattia.

Complicazioni. Fra le complicazioni dell'adenoidite acuta e delle vegetazioni adenoidi, oltre l'otite media ed il risentimento infiammatorio delle altre tonsille dell'anello di Waldeyer (palatine, tubarie e linguale), bisogna ricordare le linfoadeniti sopraioidee e latero-cervicali, la gastrite, la laringite, la tracheo-bronchite e la bronco-polmonite; accompagnate queste ultime quasi sempre da disturbi nervosi generali.

Alcuni considerano quali complicazioni, prodotte direttamente dalle vegetazioni adenoidi della cavità rino-faringea, anche il palato ogivale, le deviazioni del setto nasale, la deformane dei mascellari ed il conseguente cattivo impianto e l'alterata struttura dei denti: alterazioni che sarebbero poi dovute prevalentemente alla respirazione orale, che in tutto o in parte sostituisce quella fisiologica attraverso il naso. Ma sembrerebbe piuttosto che tali alterazioni (le quali accompagnano sempre i casi di vegetazioni adenoidi) debbano invece essere messe in di-

Digitized by Google

pendenza delle medesime cause costituzionali ed endocrine, che spiegano la manifestazione della malattia. Perchè in caso contrario non si comprenderebbe come alcune di esse possano avere inizio fin dalla nascita; pur ammettendosi che lo sviluppo delle vegetazioni adenoidi e la respirazione orale possano aggravare tanto le alterazioni del palato che del setto nasale.

Gli adenoidei, quando non sono curati adeguatamente ed in tempo, presentano una porta sempre aperta a tutte le infezioni a livello delle prime vie aeree. Perciò essi vanno continuamente soggetti a contrarre con facilità le più svariate malattie infettive, e specialmente la tubercolosi. Essi, per il loro stato di permanente intossicazione carbonica e per il ristagno nei tessuti dei prodotti intermedi del ricambio, (stante lo scarso assorbimento di ossigeno per la respirazione insufficiente) presentano una diminuita resistenza generale contro le infezioni; alla quale si deve aggiungere una facilitata recettività locale, per la indebolita o interrotta difesa epiteliale delle prime vie aeree.

La sensibile e permanente diminuzione dell'udito e la ricordata deficienza in essi dei poteri attentivi rende gli adenoidei altresì poco adatti ad apprendere, anche quando non manchino di una sufficiente intelligenza.

La scarsezza poi dell'ossigeno assorbito (ipossiemia) rende molto lento il loro ricambio, ed i continui disturbi digestivi ne impoveriscono notevolmente la nutrizione; cosi che questi infelici presentano sempre una costituzione gracile ed uno sviluppo organico più o meno deficiente.

La respirazione fatta in gran parte attraverso la bocca non può arrecare a tutta l'aria introdotta le utili e indispensabili qualità (relative alla filtrazione, al riscaldamento, all'inumidimento etc.), che si acquistano in misura adatta solo attraverso la via fisiologica delle fosse nasali. Ragione per cui l'azione dannosa del freddo e del pulviscolo irritante od infetto viene ad esercitarsi continuamente sulle mucose delle prime vie, le quali diventano cosi ricettacolo delle più svariate infezioni; donde anche il permanente stato catarrale di esse.

Nelle anfrattuose cavità nasali e rinofaringee degli adenoidei (poco aerate e non più rivestite dal normale epitelio vibratile) trovano le condizioni di umidità, di calore e di nutrimento favorevoli alla loro vita molteplici germi e virus infettivi (meningite cerebro-spinale, malattie esantematiche) che vi possono anche rimanere indefinitamente come ospiti abituali o commensali. Appunto per questo triste privilegio (di portatori di germi) che hanno gli adenoidi, la diagnosi tempestiva e la cura adeguata delle vegetazioni adenoidi viene ad acquistare una importanza profilattica e sociale di primissimo ordine.

Molto opportunamente perciò, in alcuni degli Stati Uniti d'America, i fanciulli non sono ammessi a scuola, se non portano un certificato medico di essere esenti dalle vegetazioni adenoidi, o di esserne stati già operati.

***

Terapia e profilassi. — La cura delle vegetazioni adenoidi può essere medica e chirurgica. Quando le vegetazioni adenoidi non sono gravi, cioè quando non dànno disturbi importanti e continui a carico dell'orecchio, della respirazione, del ricambio, dello sviluppo fisico o intellettuale: e quando non sono causa di quelle rinofaringiti catarrali ribelli alle comuni cure, e tendenti a riacutizzarsi continuamente e a diffondersi alle tube eustachiane, al naso, alle tonsille palatine, alla tonsilla linguale, alla laringe, la cura chirurgca non è necessaria. In tal caso sarà sufficiente ricorrere alle cure mediche appropriate, allo scopo di vincere quello stato di adenoidite cronica, che rappresenta il ricettacolo ed il semenzaio delle molteplici infezioni (che vi giungono ordinariamente insieme al pulviscolo infetto dell'aria) ed il luogo di minore resistenza, o la porta aperta alla penetrazione specialmente delle malattie esantematiche e della tubercolosi.

La cura medica adeguata consiste nelle istillazioni rinofaringee modificatrici e nelle inalazioni con acque salso-bromo-iodiche, o con sali di calcio (secondo i casi); nella ginnastica respiratoria, nella vita all'aperto e il più possibilmente all'aria pura, unendovi se occorre l'uso dei comuni ricostituenti (a base di sali di ferro, di fosforo, di arsenico) per via interna o per via endermica.

Quando invece le vegetazioni adenoidi rappresentano un pericolo non indifferente per la salute degl'infermi, perchè vanno soggette ad infiammarsi continuamente; o quando, essendo notevolmente sviluppate, recano disturbo non lieve e permanente alla respirazione nasale, difficoltà alla aerazione della cassa timpanica, e quindi dànno continuo alla funzione dell'orecchio, allora la cura chirurgica s'impone d'urgenza. Ad essa si deve ricorrere senza esitazione quando le vegetazioni adenoidi si presentano gravi fin da principio; e ciò prima che si siano stabilite negl'infermi le caratteristiche alterazioni somatiche e scheletriche (consistenti nella deficienza dello sviluppo generale e specialmente toracico, nella deviazione del setto nasale, nel palato ogivale, etc.); e così pure quando la minaccia di una otite media purulenta o catarrale possa compromettere per sempre la funzione uditiva, che ha una così capitale importanza per l'istruzione del bambino e per i rapporti della vita sociale. Poichè è ben noto quanto diventi favorevole l'evoluzione di tali alterazioni, disturbi e malattie, per la semplice asportazione delle vegetazioni.

Quando l'infezione della tonsilla faringea (più o meno ipertrofica), nonostante le più appropriate cure mediche, dia luogo a frequenti recidive ed a facile diffusione agli organi vicini; se essa minacci la funzione del naso, delle trombe eustachiane, o quella digestiva; se provochi ingorgo delle linfoghiandole del collo, ed il piccolo infermo sia minacciato di diventare facile preda di qualunque malattia infettiva; prima che danni più o meno irreparabili succedano, e si stabilizzino, conviene ricorrere subito alla cura chirurgica.

Alla cura chirurgica delle adenoidi bisogna anche ricorrere d'urgenza, e senza prima sperimentare le cure mediche, ogni qualvolta esista nella famiglia eredità otosclerotica, labilità otopatica, o tubercolosi; e quando esista nel soggetto la lue congenita o acquisita dopo la nascita. Perchè l'esperienza ci ha luminosamente dimostrato quale triste influenza abbia l'adenoidismo ereditario nel determinare la comparsa del sordomutismo postnatale e della sordità familiare, quando insieme ad esso coesistano le infezioni o le labilità organiche ora dette.

Non bisogna però credere che la semplice cura chirurgica delle vegetazioni adenoidi rappresenti tutto, allorchè si siano già manifestate croniche complicazioni infiammatorie a carico di organi vicini (naso, orecchio, tonsille palatine, tonsilla linguale).

Se vi è, ad esempio, una rinite ipertrofica con notevole ingrossamento dei cornetti nasali, o vi sono tonsilliti palatine di enorme sviluppo, le difficoltà della respirazione e della fonazione rimarranno in parte anche dopo l'asportazione delle vegetazioni. E così pure, se si è già stabilita una tonsillite palatina criptica, i pericoli di suscettibilità alle infezioni generali persisteranno anch'essi, dopo l'asportazione delle vegetazioni adenoidi.

Alle volte, anche se tutto sia a carico delle vegetazioni, e non esistono altri ostacoli (nè nasali, nè faringo-laringei) al libero passaggio dell'aria, può avvenire che dopo la cura chirurgica nemmeno si ristabilisca una normale respirazione nasale. Ciò può accadere allora per affievolimento di uno speciale riflesso, che viene localizzato nel naso (il riflesso nasale respiratorio), cui è dovuto il bisogno di respirare profondamente. Ed al contrario può avvenire che, il bambino, ed anche più spesso il giovanetto pur avendo la rinofaringe quasi piena di vegetazioni adenoidi e di abbondante secrezione muco-purulenta, ed il naso poco pervio (per ipertrofia dei cornetti inferiori, deviazione del setto e ristagno di secrezione catarrale) non accusi disturbi a carico della respirazione e non si veda che solo raramente respirare con la bocca durante il giorno. Ciò avviene perchè esso si è gradatamente abituato ad una respirazione del tutto insufficiente.

Come pure succede che anche dopo allontanate le vegetazioni, permanga ostinata l'affezione catarrale cronica (stabilitasi già nella rinofaringe e diffusa al naso, alle tube eustachiane, alla laringe, ai bronchi) con tutti i pericoli ad essa inerenti, e dovuti sia alla difficoltà respiratoria, che alla continua minaccia di eventuali infezioni locali e generali.

Ecco perchè molto spesso si rende indispensabile far seguire alla cura chirurgica delle adenoidi anche una cura medica adeguata e sistematica delle affezioni catarrali residuate. Ciò che si può ottenere solo mediante la terapia inalatoria sufficientemente protratta con sali salso-bromo-iodici, o con sali di calcio (secondo la particolare costituzione simpatico-tonica o vagotonica degli infermi), coadiuvata opportunamente dalla ginnastica respiratoria, e dalle cure interne ricostituenti a base di ferro, iodo, arsenico, fosforo, ed eventualmente anche da adatte cure opoterapiche.

Se ciò non ostante in qualche caso disgraziato la respira-

Digitized by Google

zione nasale nemmeno si faccia libera e si noti persistente ipertrofia dei cornetti, bisognerà intervenire su questi mediante la galvano-caustica, o meglio con la opportuna resezione di essi.

Ove permanga facile ricettività alle infezioni ed ai disturbi digestivi, e si noti persistente infiammazione cronica criptica delle tonsille palatine, nonostante le cure inalatorie opportune e sufficientemente protratte, occorrerà intervenire su queste ultime, mediante la tonsillotomia o lo spezzettamento, limitandosi s'intende all'asportazione della sola parte malata. Nessuna cura medica comune, quando esiste tonsillite criptica cronica, potrà sicuramente bonificare le lacune tonsillari infette; le cauticazioni sono illogiche e spesso anche dannose.

Importanza profilattica e sociale della cura delle adenoidi.— Per tutte le ragioni anzidette la cura adeguata delle adenoidi e delle loro complicanze può rendere incalcolabili benefici alla patologia infantile, ed acquista una importanza profilattica e sociale di primissimo ordine. Essa concorre a rinvigorire in tempo organismi costituzionalmente deboli e poco resistenti, riduce notevolmente il numero degli ammalati in genere e di quelli infettivi in ispecie, particolarmente dei candidati alla tubercolosi; e quindi concorre potentemente ad aumentare la produzione, il benessere e la felicità umana!

Gli ufficiali sanitari, i medici scolastici e i maestri elementari dovrebbero portare ogni giorno la maggiore attenzione possibile sui bambini, che respirano abitualmente dalla bocca, che hanno un udito difettoso, che si dimostrano continuamente distratti, e che vengono spesso considerati anche come deficienti. Bisogna accertare subito, se essi eventualmente non siano degli adenoidei; e nel caso affermativo fare di ogni cosa edotti i genitori, illuminandoli sulla malattia dei loro figli e sulle tristi e gravi conseguenze vicine e lontane che li attendono, qualora non s'intervenga in tempo con una cura adeguata. Le pubbliche Amministrazioni e lo Stato medesimo non possono non preoccuparsene seriamente anche nel superiore interesse della salute pubblica e della economia nazionale.

Noi intanto possiamo fortunatamente già registrare un provvidenziale risveglio, che si va manifestando in questo senso nell'opinione pubblica e dobbiamo vivamente lodarci dell'opera veramente saggia di alcune Amministrazioni fasciste, sotto il dinamico impulso valorizzatore del Governo Nazionale.

Così possiamo con orgoglio d'Italiani segnalare che in Roma si è organizzato ed è stato solennemente inaugurato il 31 Gennaio u. s. un Istituto Governatoriale per combattere radicalmente l'adenoidismo (che sarà il primo nel mondo), mediante la tempestiva cura chirurgica delle vegetazioni adenoidi e le indispensabili cure mediche post-operatorie, consistenti appunto nelle inalazioni con le nebbie secche delle acque salso-bromo-iodiche di Salsomaggiore, se gli adenoidei hanno bisogno di eccitatori del ricambio: oppure mediante nebbie ottenute da apposite soluzioni calciche, quando si richiede una stimolazione simpaticotonica ed una rimineralizzazione dell'organismo. All'uopo vi saranno praticate altresì inalazioni secche con altre speciali sostanze, ritenute eventualmente utili caso per caso.

Dobbiamo plaudire incondizionatamente al vasto programma d'illuminata profilassi sociale attuato dal Governatorato di Roma, inteso a migliorare seriamente le menomate condizioni costituzionali dell'infanzia ed a combattere in modo veramente razionale l'adenoidismo e la tubercolosi ad un tempo.

In uno studio clinico-statistico, da me pubblicato nel 1923 sulla *Riforma Medica*, rilevai la enorme frequenza dell'adenoidismo e delle vegetazioni adenoidi nei predisposti alla tubercolosi, nei quali la percentuale fu molto maggiore di quella riscontrata nei fanciulli comuni, nelle identiche condizioni di età.

Il numero dei soli adenoidei che dovettero curarsi chirurgicamente raggiunse il 51 % dei fanciulli ricoverati nel Preventorio Antitubercolare di Villa Santobono in Napoli; e quello dei meritevoli di cure mediche, per affezioni catarrali croniche della rino-faringe, rappresentò ben il 68 %.

In altro studio, che ho attualmente in corso, sui ricoverati nel medesimo Preventorio Antitubercolare, durante il secondo semestre 1926, cioè su circa 228 fanciulli, la percentuale degli adenoidei da operarsi è risultata del 54 % e quella delle forme più lievi che richiedono solo cure mediche ed inalatorie, per affezioni catarrali croniche della faringe, delle tonsille e per disturbi lievi a carico dell'orecchio, raggiunge circa il 76 %.

Le cifre recenti sono, come si vede, sempre gravi e poco difformi da quelle rilevate quattro anni or sono; esse anzi tendono ad un progressivo peggioramento!

Per debito di sincerità non posso però fare a meno di ricordare qui l'illuminata azione (sebbene non ancora coronata da completo successo) spiegata dall'Ufficio di Igiene del Comune diNapoli nella ricerca degli adenoidei, dopo la provvida istituzione del Foglio biografico scolastico per tutti gli alunni delle scuole elementari comunali.

Nella primavera del 1924, per invito del valoroso Prof. Orsi, Ufficiale Sanitario di Napoli, ebbi a visitare un certo numero di fanciulli delle Scuole Comunali, che erano stati segnalati dai medici scolastici per malattie dell'orecchio, del naso e della gola. Su 76 alunni visitati trovai ben 37 adenoidei, bisognosi di urgente cura chirurgica!

Nella relazione inviata al Comune proponevo di eseguire gratuitamente la cura chirurgica presso il mio studio privato, previo il consenso dei genitori (che l'autorità Comunale avrebbe dovuto procurare); e dichiaravo altresì di mettere il mio Inalatorio a secco con acque naturali di Salsomaggiore, e con sali solubili di calcio, pure gratuitamente a disposizione degli scolari adenoidei, dopo che fossero stati operati. Proponevo altresì di applicare gratuitamente la terapia inalatoria agli altri alunni, che riconosciuti ammalati di affezioni catarrali del naso o della gola (per lieve sviluppo di vegetazioni adenoidi, ritenute modificabili con speciali cure mediche) potevano fare a meno del piccolo intervento operativo, non presentando essi alcun disturbo generale importante.

Il Prof. Orsi si associò incondizionatamente alle varie proposte contenute nella relazione che mi aveva chiesta, mostrandosi anche perfettamente conscio del grave problema sociale rappresentato dall'adenoidismo. Ma ciò nonostante nulla fino a questo momento è stato deciso in merito; molto probabilmente per le solite lungaggini burocratiche.

Però, dopo l'esempio, che ci viene oggi dalla grande madre Roma, giova sperare che si sveglino anche le altre Amministrazioni, che devono avere ben chiaro il senso della responsabilità in questo periodo di generale rinnovamento e di massima valorizzazione nazionale. Ciò che ha recentemente attuato il Governatorato di Roma è degno di essere largamente imitato; ed, ove la burocrazia si mostra ancora tardigrada per incomprensione o per egoistica e piatta mentalità ormai superata, non mancheranno certamente di stimolarla ad un più illuminato concetto della sua precisa funzione sociale e patriottica, le lungimiranti autorità fasciste che, in obbedienza all'alto Comandamento del Duce, opportunamente si occupano e giustamente si preoccupano dell'avvenire della stirpe.

Ritengo perciò non superfluo ripetere qui le semplici ed illuminate parole di Lermovez: « Dietro sintomi disparati, dissociati dalla vecchia clinica in affezioni autonome, esiste una lesione semplice, netta, banale, che la complessa sintomatologia tiene sotto la sua dipendenza; la cura chirurgica delle adenoidi la guarisce radicalmente in pochi secondi, mentre la cura medica si sforza per anni, allo scopo di attenuarne gli effetti, pur senza un reale successo ».

E mi piace infine terminare, ricordando l'autorevole ammonimento del nostro compianto Maestro Prof. Gradenigo, il quale non si stancava di ripetere dalla cattedra che le vegetazioni adenoidi devono esse curate senza indugio e adeguatamente e che, quando sia indicata, non bisogna rimandare neanche di un giorno la cura chirurgica di esse. Perchè (Egli aggiungeva) le vegetazioni adenoidi possono danneggiare gravemente, e talora anche irreparabilmente la salute dei fanciulli, e quindi la validità degli uomini di domani: non solo per effetto della più o meno grave limitazione della funzione respiratoria e della sfavorevole ripercussione sulla loro resistenza organica; ma altresì e forse peggio, per il triste privilegio che le vegetazioni adenoidi conferiscono a quelli che ne sono affetti, col mantenere indefinitivamente accese nella gola e nel naso di essi affezioni catarrali, che fanno degli adenoidei anche i pericolosi portatori delle più svariate infezioni!

Prof. Angelo Della Cioppa.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI PISA
diretto dal Sen. Prof. G. B. QUEIROLO

BRONCOPOLMONITE DA INFLUENZA E TROMBO-ARTERITE DELL'AORTA ADDOMINALE

per il dott. RAFFAELLO MENASCI — Assistente

Ha presentato particolare interesse un caso riferentesi ad un uomo quarantottenne, cui durante il periodo risolutivo di una broncopolmonite da influenza, si manifestarono improvvisamente fenomeni di ischemia agli arti inferiori seguiti da gangrena e nel quale fu formulata la diagnosi di trombo-arterite dell'aorta addominale, diagnosi che fu confermata all'autopsia.

L'interesse di questo caso è costituito dalla particolare sintomatologia svoltasi inizialmente a carico dell'innervazione spinale per inclusione delle arterie lombari nel processo di trombosi e sopratutto dalla rarità dell'evento di una localizzazione aortica dell'infezione influenzale.

Tale localizzazione, infatti, è descritta con relativa frequenza nel tifo Eberthiano, ma rappresenta nell'influenza una complicanza molto più rara, tanto che pochissimi casi sono raccolti nella letteratura.

B. Adelindo, di anni 48, da Pisa, fonditore di ghisa.

Nulla di particolare nell'anamnesi familiare e nei collaterali. La moglie e tre figli dell'infermo godono buona salute. La moglie non ebbe mai aborti.

Il p. è un moderato mangiatore, bevitore e fumatore. Nega lue ed altre malattie veneree. Non ha sofferto i comuni esantemi infantili. E' stato in perfetto benessere fino all'età di 39 anni, epoca in cui, trovandosi in zona di guerra, contrasse malaria di cui soffre tuttora, presentandosi di tanto in tanto qualche violento accesso febbrile.

La malattia attuale data da circa nove giorni: in seguito a cause reumatizzanti, l'ammalato fu colpito da lieve febbre e da tosse.

L'infermo continuò il suo lavoro, finchè due giorni dopo ne fu distolto perchè si manifestò febbre elevata (39°) preceduta da brivido intenso di freddo, grave senso di malessere generale, qualche vago dolore muscolare, aumento della tosse, comparsa di espettorazione muco-purulenta, modica dispnea e dolori puntori alle basi del torace.

Per tutti questi fatti l'ammalato fu ricoverato in Ospedale e di lì accolto in Clinica.

E' da notare che due figli e la moglie sono stati colpiti, poco dopo l'inizio della malattia del paziente, da febbre che un sanitario ha giudicato di natura influenzale.

Esame obbiettivo: Uomo di robusta costituzione fisica, con struttura scheletrica regolare; buono lo stato di nutrizione; cute piuttosto pallida; normale l'apparato linfoghiandolare superficiale. Aspetto del volto pallido, lieve cianosi delle mucose visibili, decubito semi-ortopnoico. Non esistono edemi periferici. Sensorio integro. L'a. accusa grave senso di debolezza generale.

Temperatura 39°,6. Polso 102. Respirazione 28.

Apparecchio respiratorio. L'infermo ha tosse violenta tormentosa con espettorato croceo caratteristico; moderata dispnea.

All'ispezione del torace si rileva una minore mobilità dell'emitorace destro, specialmente alla sua base. Ivi, con la palpazione, il fremito vocale tattile risulta leggermente indebolito. Con la percussione si riconosce una intensissima ottusità che occupa quasi tutto l'emitorace destro fino quasi a livello della spina della scapola. Tale ottusità non è mobile coi movimenti dell'infermo.

Con l'ascoltazione nella parte più alta di detta zona ottusa si percepisce soffio bronchiale intensissimo e numerosissimi rantoli fini crepitanti; nella parte inferiore, soffio bronchiale attenuato e rantoli crepitanti misti a rantoli a bolle di varia grandezza.

Anche nella regione ascellare di questo lato si avvertono numerosi rantoli crepitanti.

Sull'emitorace sinistro, in una piccola zona circoscritta, nella regione infraspinosa, si percepisce soffio bronchiale poco intenso e qualche rantolo crepitante.

Apparecchio circolatorio. Reperto normale. L'ictus della punta non si vede ma si palpa nel quinto spazio intercostale all'indentro della linea emiclaveare. Il limite superiore dell'area di ottusità assoluta del cuore giunge alla IV^a^ costa; il limite destro alla marginale sinistra dello sterno. Toni puri e netti su tutti i focolai. Polso aumentato in frequenza, ritmico, abbastanza valido. Arterie periferiche non indurite.

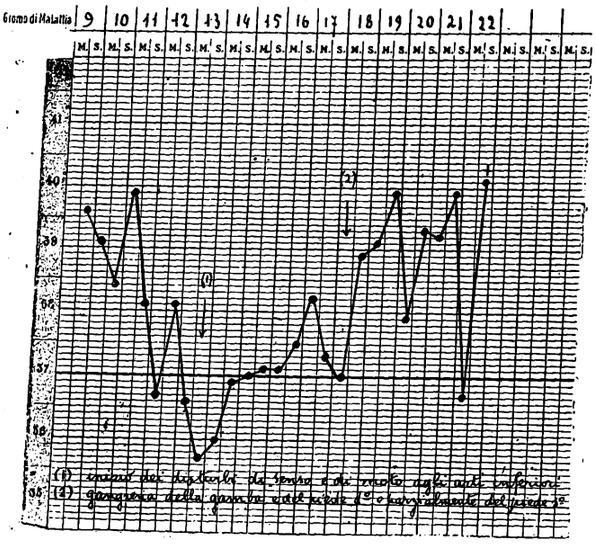
Apparecchio digerente. Nulla degno di particolare rilievo. Fegato e milza nei limiti normali.

Esame delle urine: albumina grammi 0,50 ‰; glucosio; pigmenti biliari assenti. Nulla di anormale nel sedimento.

Esame del sangue: Globuli rossi 3.980.000; globuli bianchi: 3.620. Formula leucocitaria: linfociti 28; mononucleati grandi e medi: 3; neutrofili: 66; eosinofili: 1; forme di passaggio: 2.

Durante i primi tre giorni di degenza in Clinica, nulla di nuovo avvenne. La gravità del decorso della malattia, però, concorreva a fare ammettere l'origine influenzale.

Unico fatto da segnalare avvenuto nel pomeriggio del quarto giorno dopo l'ingresso dell'infermo in ospedale, quando già sui focolai polmona-



ri si iniziavano fatti risolutivi, fu una lieve lipotimia, in coincidenza con un forte abbassamento della temperatura.

Dopo di ciò il malato accusò senso di freddo agli arti inferiori ed iscuria per cui fu necessario il cateterismo.

Non furono rilevati allora disturbi vasomotori nè della motilità agli arti inferiori.

Nella notte il paziente avvertì senso di formicolio e d'intenso freddo agli arti inferiori e si accorse dell'assoluta impossibilità di muovere quello di destra, mentre, con estrema difficoltà, quello di sinistra era ancora capace di qualche movimento.

L'ammalato ebbe pure perdita involontaria delle feci e delle urine. L'esame di queste fece rilevare aumento della quantità della albumina (gr. 1 ‰) e la presenza di sangue in parte coagulato.

Obiettivamente, oltre ai disturbi della motilità già accennati, si notò che l'arto inferiore destro presentava intensa anemia dal ginocchio in basso e chiazzature anemiche alternate ad altre cianotiche su tutta la coscia.

A sinistra fatti analoghi ma meno intensi.

A destra non si riuscì a percepire il battito della femorale che a sinistra era appena percettibile.

L'esame della sensibilità dimostrò anestesia che andava accentuandosi verso le parti più distali degli arti; l'anestesia era maggiore a destra che a sinistra.

In seguito i disturbi circolatori si attenuarono all'arto inferiore sinistro; la motilità divenne un po' meno difficoltosa; la sensibilità quasi normale. Il colorito della cute ritornò pure normale, eccettuata qualche chiazzatura cianotica al piede.

All'arto di destra, invece, nei due terzi inferiori della coscia, si rilevò una ampia chiazza ematica e chiazze pure cianotiche alla gamba ed al piede. Del rimanente la cute non era più così intensamente pallida come allo stabilirsi della sindrome descritta.

A questo arto erano aboliti i movimenti attivi ed esisteva viva dolorabilità. Esso si presentava pure discretamente edematoso.

In coincidenza dello stabilirsi di una lesione da decubito alla regione sacrale che rapidamente si estese e si necrosò, ebbe a verificarsi un brusco ed elevato rialzo termico.

Negli ultimi due giorni che precedettero l'esito letale, si potè riscontrare all'emitorace destro un lieve versamento siero-fibrinoso.

Digitized by Google

Tutti gli altri fatti rimasero stazionari.

Non fu potuto completare l'esame dell'infermo per le gravi condizioni in cui questi si trovava.

L'ultimo fatto intercorrente a carico degli arti inferiori imponeva di pensare ad una alterazione circolatoria e più precisamente alla formazione di un trombo che impedisse la irrorazione sanguigna.

Il fenomeno della perdita involontaria delle feci e delle urine doveva, in questo caso, riportarci evidentemente alla stessa causa che aveva determinato la sintomatologia a carico degli arti inferiori.

Perciò disturbi d'innervazione al midollo lombare dipendenti da alterazioni di circolo.

Per queste considerazioni, cioè, per essere coinvolti nel processo morboso ambedue gli arti inferiori e per la coesistenza di una alterata funzione viscerale che indubbiamente doveva riconoscere la stessa origine, era logico decidere che il trombo doveva essere localizzato, superiormente, all'origine dei vasi arteriosi che ai territori in questione si distribuiscono.

Ammessa una trombosi dell'aorta, restava da stabilirne la etiologia: embolica od infiammatoria.

Per l'origine embolica, escluso qualsiasi embolo da corpi estranei, veniva a mancare a noi qualunque altro segno clinico, di una localizzazione endocarditica, da cui l'embolo potesse essersi staccato, nè d'altra parte era facilmente accettabile simile etiologia anche se un focolaio endocarditico fosse stato diagnosticato, dato che l'imponente forma infettiva della malattia portava ad ammettere la trombosi di origine infiammatoria.

Era pure facile escludere la natura luetica e tubercolare dell'affezione.

Nelle forme infettive, se pure non frequentemente e se pure con prevalenza in certi casi piuttosto che in altri, parecchie constatazioni di trombosi sono state fatte, trombosi originate da arterite, prescindendo dal fatto che questa abbia avuto inizio dall' una piuttosto che dalla altra tunica che l'arteria costituiscono.

E' merito di Patry (1863) di avere per il primo constatata e descritta la arterite consecutiva ad un processo infettivo.

Dopo di lui tale entità morbosa fu meglio conosciuta e la casistica clinica registra numerose osservazioni di arterite con consecutiva gangrena delle estremità per merito di Vulpian, Potain, Bizzozzero, Eicsthors per non citare di altri.

L'infezione tifoidea è, tra le infezioni, quella che più facilmente dà luogo all'arterite: V. B. Merrill-Ricktes (1903) ne ha raccolto parecchi casi (134) e successivamente Mignon (1905), Rouget e Dooter. Brohl, Rattone ed altri hanno descritto ulteriormente casi, in cui, secondariamente all'infezione tifoidea, si verificò arterite degli arti con consecutiva gangrena.

Estlander la riscontrò abbastanza frequentemente (sette volte, dopo il tifo esantematico; Lancereaux, Mandl, Wormser ed altri in seguito ad infezione puerperale; ad eresipela (Schmitt. Bergen); a febbre ricorrente (Murchison); ad angina necrotica (Goebel): a scarlattina (Eichhorst); ed anche dopo forme di autointossicazione di origine intestinale (Lehmann).

Certo è che la maggior parte degli Autori ammette che la arterite si manifesti con maggior frequenza nelle forme tifiche (40 % dei casi) e poi nelle affezioni influenzali (Leyden).

In questa malattia la gangrena degli arti fu osservata in un terzo dei casi (epidemia influenzale del 1889-90).

Ora nel caso nostro, esisteva una doppia localizzazione polmonare, la quale, per la gravità del decorso, per la imponenza dei fenomeni tossici ed anche per le notizie anamnestiche doveva ritenersi di indubbia origine influenzale.

Accertato, quindi, un disturbo circolatorio che aveva interessato gli arti inferiori ed il midollo lombare, stabilita la natura della lesione, precisata in base alla sintomatologia la sede nell'aorta addominale, restava a spiegarne la etiologia.

Per essa fu creduto ammettere, come la più probabile, la origine tossi-infettiva.

Per l'arto inferiore destro, infine, essendo comparso in secondo tempo edema e per il colorito intensamente cianotico emorragico della cute, fu ammessa pure una trombo-flebite settica.

ESAME NECROSCOPICO. (Istituto di Anatomia Patologica della R. Università). N. 10769 del Registro delle Autopsie.

Struttura scheletrica regolare. Profondo stato di denutrizione. L'arto inferiore destro presenta mummificazione del piede con prosciugamento ed annerimento dei tessuti della gamba, mentre la coscia ha colorito rossastro diffuso con sollevamenti flittenulari in parte scoppiati.

Al piede sinistro incipiente gangrena secca con chiazzature rossastre disseminate. Alla faccia interna del ginocchio sinistro esiste una soluzione di continuo con sollevamento dell'epidermide, superficiale e a fondo pergamenaceo.

Cranio. Calotta del cranio piccola con sclerosi dei tavolati. Impressioni digitiformi al tavolato interno. Nulla di notevole alla dura madre. Normale il circolo della base.

Cervello di conformazione simmetrica regolare. Nulla di notevole nei tagli praticati sulla massa cerebrale.

Torace. Aperto il torace, l'area cardiaca è nei limiti normali. Margini polmonari liberi da aderenze. Nella cavità pleurica di destra, poco liquido libero di colorito rossigno, leggermente corpuscolato. Discreta quantità di liquido limpido nel cavo pericardico. Cuore libero da aderenze, di volume normale, con opacamenti variamente disseminati sull'epicardio. Normale quantità di grasso sottoepicardico. Intima dell'aorta leggermente rugosa. Valvole semilunari aortiche leggermente ispessite. Normale l'ampiezza della mitrale ed il suo margine libero. Miocardio piuttosto flaccido. Nulla agli orifici ed alle valvole di destra. In corrispondenza dell'inserzione inferiore dei tendinuzzi valvolari della tricuspide ed alla base del cono della polmonare, si trova una massa trombotica che alla sezione trasversa presenta una parete più ispessita basante sopra un alone emorragico a contenuto granuloso. Da questa massa protunde una appendice bernoccoluta emorragica.

Polmone sinistro leggermente ridotto di volume. Pleura uniformemente lucida. Alla base e sulla faccia diaframmatica si rilevano ecchimosi multiple confluenti ed una tenuissima deposizione fibrinosa.

Aereato il lobo superiore che presenta due nodi sottopleurici a contorno iperemico emorragico, a centro scolorato purisimile. Il lobo inferiore è più scuro, aereato; si palpa qualche nodo consistente che ha lo stesso aspetto degli altri descritti. Polmone destro aumentato di volume, aereato ai margini con stratificazioni fibrinose alla base con contorno emorragico. Lobo superiore e medio consistente, compatto, atelectasico.

Al taglio, aspetto variegato. In vari punti dell'organo, al taglio, si notano infarti di aspetto emorragico in incipiente colliquazione purulenta.

Addome. Epiploon retratto. Peritoneo parietale e viscerale lucido. Spostamento meteorico del colon. Milza leggermente aumentata di volume. Capsula tesa. Polpa scolorata, grigiastra con picchiettature emorragiche.

Nulla di notevole alle glandule soprarenali.

Reni in sede normale. Rene sinistro in forma e volume regolare, capsula sottile, svolgibile. Superficie esterna levigata. Scoloramento della sostanza corticale. Lo stesso reperto al rene dell'altro lato.

Nulla di notevole allo stomaco.

Fegato coperto dall'arco costale, di volume normale: forma globosa, evidente la struttura acinosa. Diaframma abbassato leggermente a sinistra. La vescica, molto dilatata, contiene notevole quantità di orina torbida e fetida; la sua mucosa presenta parecchie aree con deposizioni fibrinose membranose su fondo emorragico.

La prostata ha aspetto cribroso, purulento al lobo destro.

Tolta l'aorta toracica ed addominale si nota un trombo parietale, della grossezza di una mezza nocciuola, protrudente nel suo lume, di aspetto fibrinoso.

Ad un centimetro sotto il tripode celiaco, l'aorta è trombizzata completamente con trombo che prosegue nelle iliache e nelle femorali.

A destra si riscontra simultanea trombosi delle vene corrispondenti.

Diagnosi anatomica. *Gangrena secca della gamba, del piede destro e del piede sinistro non completamente demarcata. Pleurite essudativa destra. Modico idropericardio. Trombosi parietale del ventricolo destro del cuore. Focolai multipli di gangrena polmonare. Rigonfiamento torbido dei reni. Cistite fibrinosa purulenta. Ascesso del lobo destro della prostata. Trombosi dell'aorta alla origine del tripode celiaco. Trombosi delle*

Digitized by Google

arterie iliache e femorali. Trombosi della vena femorale ed iliaca destra.

Questo caso presentava, dunque, un particolare interesse per la sintomatologia con la quale il quadro morboso, riferibile all'ostruzione dell'aorta si era iniziato, sintomatologia a carico degli arti inferiori, della innervazione spinale per alterata circolazione e delle arterie renali donde la presenza di sangue nelle urine.

Da segnalare, poi, la rarità dell'evento di una localizzazione all'aorta addominale del processo infettivo di natura influenzale.

La localizzazione aortica, infatti, che, come abbiamo detto più sopra, è relativamente frequente nelle forme tifiche, rappresenta nella infezione influenzale una complicanza assolutamente rara di cui pochi casi sono raccolti nella letteratura e di cui il presente caso costituisce l'unico esempio osservato nella nostra Clinica.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. U. DI PADOVA
diretto dal Prof. G. A. PARI

SUL POTERE ANAFILATTOGENO DELLE PROTEINE ASMOGENE

dott. VITTORIO PENNATI
Aiuto volontario

dott. ANTONIO TOLOMEI
Assistente volontario (*)

La constatazione dell'insorgere dell'accesso negli ammalati d'asma bronchiale quando essi si trovano in presenza di determinate sostanze, per il contatto con determinati animali, per l'ingestione di dati alimenti, ha fatto nascere da tempo la teoria che riconosce quali agenti etiologici dell'asma i pollini dei fiori, i derivati epidermici, alcuni alimenti, qualche sostanza medicamentosa. L'osservazione della simiglianza dei fenomeni clinici ed umorali fra accesso tipico d'asma bronchiale e choc anafilattico ha fatto ritenere l'accesso asmatico come un fenomeno di natura anafilattica.

Il Frugoni, in Italia, ha cercato di dimostrare con lunghi e pregevoli studi la verità dell'asma anafilattico, sorprendendo in asmatici in accesso anche la crisi emoclasica, la quale costituisce il fatto caratteristico su cui si basa la teoria oggi più accreditata del fenomeno anafilattico: la teoria fisica.

Ma non è ancor stato dimostrato che queste sostanze asmogene, considerate come proteine, siano capaci di provocare negli animali da esperimento i tipici fenomeni anafilattici: choc nelle cavie, fenomeno di Arthus nel coniglio. La dimostrazione sperimentale del potere anafilattizzante di queste proteine suggellerebbe la veridicità del concetto anafilattico dell'asma bronchiale essenziale.

Pochi sono, a quanto ci risulta, gli AA. che hanno trattato tale argomento. Rosenau dimostrò che l'alito umano condensato contiene proteine anafilattogene e riuscì con questo alito a sensibilizzare qualche cavia e poi a scatenare in essa l'accesso con siero d'uomo normale. Dunbar con lunghe ricerche indagò sui poteri anafilattizzanti dei pollini dei fiori; egli al termine delle sue esperienze si dichiara contrario alla teoria che l'asma da fieno sia un fatto anafilattico.

Il Petragnani, più recentemente, istituì numerose esperienze. Dopo aver dimostrato che è possibile sensibilizzare la cavia e provocare la crisi scatenante con siero fresco di cavallo per via nasale, tentò di riprodurre lo choc anafilattico nelle cavie usando le proteine asmogene. In una prima serie di esperimenti metteva a contatto dell'animale pelo grezzo di pecora e a tempo opportuno iniettava sotto cute estratto alcalino di tale derivato epidermico o siero di sangue dell'animale datore del pelo stesso; in altre cavie procedeva in modo inverso. In una seconda serie instillava sulla mucosa nasale e più tardi iniettava sotto cute estratto di pelo di montone. In una terza e in una quarta serie sempre col medesimo derivato epidermico sensibilizzava per via sottocutanea e scatenava per via endovenosa, o sensibilizzava e scatenava per quest'ultima via.

Mai egli ottenne fenomeni anafilattici, e conclude che se l'asma può essere «realmente dovuto alla forfora e al pelo d'animali, non può ritenersi un fatto anafilattico, perchè queste sostanze mancano assolutamente di qualità anafilattogene per gli animali da esperimento». Dopo avere esperimentato con i derivati epidermici ricercò se i pollini possedessero tali qualità. Usò polline di giglio. Tentò di sensibilizzare cavie giovanissime con instillazioni nasali, per via sottocutanea, peritoneale, endovenosa e di scatenarne lo choc rispettivamente per le medesime vie con estratto o sospensione di detto polline. Il risultato di tali esperimenti riuscì negativo, talchè egli conclude che «anche al polline mancano le qualità di antigene anafilattogeno».

Per consiglio del Direttore dell'Istituto, noi abbiamo di nuovo studiato sperimentalmente se le proteine asmogene siano capaci di produrre manifestazioni anafilattiche, usando quale animale da esperimento il coniglio; e ciò in considerazione che, differente essendo il modo di manifestarsi dei fenomeni anafilattici nelle varie specie animali e diverso il loro grado di sensibilità di fronte alle varie proteine anafilattogene, le sostanze che non davano anafilassi nelle cavie avrebbero potuto dare il fenomeno d'Arthus nel coniglio.

A tale scopo abbiamo istituito una serie di esperienze che veniamo a descrivere.

Per provocare i fenomeni d'anafilassi locale noi abbiamo seguito le norme dettate dallo stesso Arthus. Iniettammo ogni sei giorni sotto le cute del dorso o dell'addome cmc. 5 o più di soluzione di polline o di derivato epidermico. Ciò per 6 o 7 volte. Coll'intervallo di alcuni giorni dall'ultima iniezione sottocutanea si procedeva all'iniezione endovenosa di cmc. 2-4 della medesima soluzione.

Nel caratteristico fenomeno d'Arthus alle prime tre iniezioni il riassorbimento del liquido avviene in poche ore, dopo la quarta al punto di iniezione permane per due o tre giorni una succulenza della cute; dopo la quinta tale succulenza si fa più dura e scompare dopo 5 o 6 giorni; dopo la sesta l'infiltrazione edematosa si trasforma rapidamente in una massa compatta, biancastra, asettica, persistente; dopo la settima iniezione la pelle ricoprente la massa si fa rossa, dura, pergamenacea, si ha cioè necrosi dei tessuti con formazione di escara, che cadendo lascia una piaga di difficile guarigione. Dopo l'iniezione endovenosa l'animale può avere fenomeni di choc: orripilazione, starnuti, agitazione, convulsioni, tremori, emissione di numerosi boli fecali; talora lo choc riesce mortale, altrimenti, scomparsi tali fatti in poche ore, l'animale pur sopravvivendo va incontro in breve tempo a cachessia che lo conduce a morte.

Quali proteine asmogene da usare nei nostri esperimenti scegliemmo alcuni pollini e derivati epidermici che sono da ritenersi come agenti etiologici dell'asma e di cui si trovano casi (e in parte ne osservammo noi stessi) descritti nella letteratura; polline di *poa pratensis* e di *brassica rapa*, forfora di cavallo, di bue, di asino.

Avevamo anche iniziato esperienze su altri animali con polline di *parietaria officinalis*, con proteina pura di penne di pollo, ma non potemmo condurle a termine essendo gli animali morti per cause interferenti.

Gli estratti di polline e di derivati epidermici furono preparati in differenti modi. In un coniglio si usò proteina di forfora di cavallo. Per ottenere tale proteina e per farne una soluzione adatta allo scopo seguimmo la tecnica descritta dal Frugoni nell'Istituto del quale uno di noi (Pennati) fu per parecchi giorni gentilmente ospitato. Tenemmo a macero in una quantità di alcool a 12° bastante per ricoprirla, una manciata di forfora di cavallo, filtrammo a carta questo liquido dopo sette giorni, lo facemmo evaporare si da avere notevole riduzione di volume sottoponendolo a corrente di ventilatore, e dopo averlo nuovamente filtrato vi aggiungemmo alcool a 96 fino ad ottenere un precipitato fioccoso che, raccolto mediante centrifugazione e lavato più volte con alcool e con etere, facemmo disseccare in termostato a 37°, e polverizzammo. Abbiamo preparato con questo una soluzione fisiologica addizionata al 0,5 % di acido fenico. In considerazione del fatto che le soluzioni di proteina pura dei derivati epidermici potessero manifestarsi meno efficaci dei semplici estratti acquosi, per la preparazione degli antigeni usati negli altri nostri

---

[Dei 9 protocolli delle esperienze, annessi al presente lavoro, si stampa uno solo come tipo, per difetto di spazio. Gli altri 8 protocolli verranno stampati negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

esperimenti, abbiamo seguito la tecnica descritta dallo stesso Frugoni per le soluzioni da intradermoreazione con estratto di polline. E cioè, trattandosi di derivati epidermici, raccolto il materiale nella maggior purezza possibile, lo si lasciava macerare in soluz. fisiologica fenicata al 0,5 % per sette giorni; trattandosi di polline lo mettevamo a macero in luogo fresco per 24 ore in poca acqua distillata e poi si aggiungeva soluzione fisiologica fenicata fino ad ottenere la concentrazione desiderata. Dopo un tale procedimento tanto le soluzioni dei derivati epidermici, quanto quelle di pollini venivano filtrate a carta, poi a candela ed il filtrato si conservava in bottiglia sterile. Per quest'ultima filtrazione furono usate candele Chamberland B ed F. Ogni volta al liquido da filtrarsi si aggiungeva una sospensione di bacillus prodigiosus per avere l'assicurazione che la candela fosse integra. Da ultimo con i filtrati si facevano colture in agar-agar e in brodo. Tutte le soluzioni usate si dimostrarono sterili con i mezzi culturali.

Le concentrazioni delle soluzioni usate sono espresse indicando la quantità in peso di derivato epidermico o di polline con cui iniziavamo la preparazione dell'estratto, e ciò per la difficoltà di dosare le quantità di proteine dei vari antigeni che passavano in soluzione con i sopra descritti procedimenti.

Le concentrazioni dei vari estratti usati vanno da un minimo di 0.03: 100 ad un massimo del 10:100.

Istituimmo controlli con siero normale di cavallo (Sclavo) e siero fresco di cane. Nel primo controllo usammo siero normale di cavallo nella dose di cmc. cinque ad ogni iniezione; ma, vedendo che il fatto locale si manifestava molto parzialmente pensammo che ciò avvenisse perchè il siero normale di cavallo da noi adoperato aveva perduto buona parte del suo potere anafilattogeno per i processi di tyndalizzazione e per la stagionatura a cui viene di solito sottoposto per essere usato in terapia. Fummo confortati in questa nostra idea dal fatto che avendo istituito un controllo con siero di sangue che prelevavamo di volta in volta dalle vene di un cane del laboratorio, ottenemmo già dopo la quarta iniezione sottocutanea evidentissimo il fenomeno di Arthus ed all'iniezione endovenosa choc mortale. In un terzo controllo pur servendoci di siero normale di cavallo abbiamo aumentato notevolmente la dose per le iniezioni sottocutanee (8-9 cmc.); in questo il fenomeno locale fu ben manifesto dopo la sesta iniezione e lo choc pur essendo grave non riuscì mortale.

Le iniezioni sottocutanee vennero sempre praticate nello stesso punto, quelle endovenose nelle giugulari.

Esperienza III. (animale di controllo). — Coniglio maschio. Peso corporeo gr. 1800. Inizio esperim. 26 ottobre 1925.

26 Ottobre 1925. I. iniez. sottocut. di cmc. 7 di siero norm. di cavallo,

1 Novembre 1925. II. iniez. sottocut. di cmc. 6 di siero normale di cavallo.

6 Novembre 1925. III. iniez. sottocut. di cmc. 8 di siero normale di cavallo.

12 Novembre 1925. IV. iniez. sottocut. di cmc. 9 di siero normale di cavallo.

La succulenza al punto di iniez. persiste oltre 48 ore.

18 Novembre 1925. V. iniez. sottocut. di cmc. 9 di siero normale di cavallo. La succulenza si è fatta più manifesta ed ha assunto una consistenza più che pastosa, quasi dura.

24 Novembre 1925. VI. iniez. sottocutanea di cmc. 9 di siero normale di cavallo. In luogo dell'indurimento si forma una zona necrotica circondata da un alone rilevato con gli stessi caratteri di quelle descritte nell'esperienza II.

30 Novembre 1925. Peso corporeo gr. 1950. VII. Iniez. sottocutanea di cmc. 10 di siero normale di cavallo.

Reperto locale invariato.

13 Dicembre 1925. Peso corporeo gr. 1500.

Si pratica iniezione endovenosa di cmc. 3 di siero normale di cavallo.

Immediatamente si nota polipnea, orripilazione, irrequietezza, tremori; l'animale si passa ripetutamente le zampe anteriori sul muso, quasi volesse allontanare da esso qualche cosa che gli dà noia.

Dopo qualche ora questa sintomatologia scompare.

Conclusioni. — Dalle nostre esperienze risulta che i derivati epidermici: forfora di cavallo, forfora di bue, forfora d'asino, e il polline dei fiori: poa pratensis e brassica rapa, che, sono capaci di provocare l'asma bronchiale, non sono capaci, nelle dosi usate, di provocare nel coniglio il fenomeno d'anafilassi locale di Arthus.

Noi tuttavia, non crediamo d'avere con ciò dimostrato che l'asma bronchiale non sia un fenomeno anafilattico, poichè bisognerebbe negare valore a tutti gli altri caratteri anafilattici trovati in asmatici in accesso, quali l'eosinofilia, la crisi emoclasica, le quantità minime di antigene sufficienti per provocare l'accesso, l'analogia tra i fenomeni respiratori nell'asma e nello choc anafilattico; cose tutte chiaramente dimostrate dagli Autori americani ed in Italia dal Frugoni e dai suoi allievi (Ancona).

Infatti il significato di un dato negativo sperimentalmente nello studio di un fenomeno tanto individuale anche in patologia umana e che necessita per la sua produzione di fattori preparanti talvolta lunghissimi e di cause predisponenti tuttora solo vagamente conosciute, non può essere utilizzato nello studio del processo morboso dell'uomo se non al lume di una critica prudente.

Noi stessi potremo portare il nostro contributo clinico, sia pur modesto ma altrettanto evidente, al rapporto fra derivati epidermici ed asma ed alla somiglianza tra accesso asmatico e choc anafilattico, se avremo occasione di pubblicare i casi clinici studiati negli ultimi anni in questo Istituto.

Possiamo soltanto dire che le nostre ricerche sperimentali sono state ispirate dal concetto che un risultato positivo avrebbe costituito un importante elemento di prova per la dottrina anafilattica dell'asma bronchiale, ma che sinora questo risultato positivo e questa prova ci sono mancati.

BIBLIOGRAFIA

Ancona G. Asma epidemico da «Pediculoides ventricosus». Policlinico Sez. Med., fasc. II, 1923. Asma bronchiale anafilattico. Ipersensibilità da seppia con manifestazioni asmatiche, cutanee e gastro-enteriche. Gazz. degli Osp. e delle Clin., n. 85, 1922. — Arthus M. De l'anaphylaxie a l'immunité, Masson e C., Paris. — Dunbar. Berliner Mediz. Woch. 193, 1905; Zeitschrift Journ. Tät forsch., vol. VII, 1907, Deutsche Mediz. Woch. 1911-13, cit. da Petragnani. — Frugoni C. Asma bronchiale. Relaz. al 26° congresso di medicina interna, 1920. Studi sull'asma bronchiale con particolare riguardo all'asma anafilattico, Policlinico Sez. Med., fasc. IV, 1922. Asma bronchiale anafilattico. Da «Anafilassi» Ed. Istituto Sier. Milanese 1923. Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage des anaphylaktischen Astma bronchiale. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Band. 61 Heft. 2, 1925. — Frugoni C. e D'Ancona G. Ulteriori studi sull'asma bronchiale. Policlinico Sez. Med. 1925. — Petragnani G. Anafilassi e deanafilassi per via nasale. Policlinico Sez. Med. fasc. VIII, 1922. Ricerche sperimentali sul cosidetto asma anafilattico, Policlinico Sez. Med. fasc. II, 1923. — Rosenau. Journal Med. Res., vol. 25, 1911. Citato da Petragnani.

NOTE DI TECNICA BATTERIOLOGICA

Tecnica generale di colorazione degli spironemi e dei treponemi. — Sabrazès (*Società di Biologia di Bordeaux*, giugno 1926).

L'A. comunica che egli usa sin dal 1899 per colorare gli spironemi e i treponemi la fucsina fenica e che recentemente ha perfezionato la tecnica sorvegliando esattamente la temperatura di riscaldamento degli strisci del materiale oggetto di ricerca mediante un termometro il cui pozzetto per il mercurio ha forma piatta e può così poggiare su di una lamina di platino, che viene riscaldata, e sulla quale si poggia contemporaneamente il vetrino porta-oggetti che è servito per strisciarvi il materiale da studiare. Se si fissa il preparato col calore e poi lo si colora col liquido di Ziehl, non oltrepassando la temperatura di 75°, gli spironemi e i treponemi non subiscono alcuna alterazione morfologica. Tale tecnica è, inoltre, anche utile per rinforzare le impregnazioni argentiche mal riuscite o le impregnazioni antiche che si sono quasi completamente scolorate. Essa impedisce ancora, quando si fa agire la fucsina fenica su un preparato già colorato con la impregnazione argentica, che le spirochete della sifilide e le altre resistano alla decolorazione per opera dell'olio di cedro.

Per l'esame delle culture di spirochete (spirochete ittero-emorragica, spirochete degli orecchioni, ecc.) fatte sviluppare su terreni siero-albuminati, l'O. raccomanda lo Ziehl diluito al terzo, fatto agire su strisci disseccati su vetrini porta-oggetti; anche colorazioni buone e persistenti dà il metodo di Fontana-Tribondeau, ricolorando poi il preparato con lo Ziehl a caldo.

Digitized by Google

RIVISTE SINTETICHE

BREFOTROFIO DI ANCONA

IL VOMITO NEL LATTANTE

per il dott. prof. RICCARDO FUÀ

Non passa giorno senza che vengano alle nostre consultazioni lattanti che vomitano, e tanto frequente appare il vomito nei bambini dei primi mesi di vita che, spesso ed a torto, lo si considera come una manifestazione banale tanto da non dover neppure richiedere l'assistenza del medico. Ma se in qualche caso è pur vera l'asserzione popolare « bambino che vomita, bambino che sta bene» molte altre volte non è così, e al medico s'impone in ogni caso la ricerca della causa del vomito; perchè il vomito non costituisce quasi mai una malattia a sè, ma è spesso sintomo di altre malattie, alcune semplici e facilmente curabili, altre più serie e di difficile interpretazione, di prognosi più incerta e di più malsicura terapia.

Il vomito rappresenta forse la più frequente manifestazione patologica nel periodo dell'allattamento e a differenza di altri sintomi che solo un'accurata indagine medica può rilevare, è sempre messo in evidenza dai famigliari stessi; ma quanto ne è facile la costatazione altrettanto difficile ne è la classificazione e in molti casi il medico si trova nell'impossibilità, anche dopo ripetute visite e dopo minuti esami, di poter con certezza stabilire la causa vera di un vomito nel lattante. E la ricerca della causa non costituisce un inutile lusso diagnostico, ma una doverosa indagine senza la quale prescrizioni dietetiche e terapeutiche rimarranno sempre senza risultato.

Perchè il lattante vomita? Per rispondere a questa domanda deve il medico condurre prima di tutto una minuziosa anamnesi ereditaria e personale, fare indagini dirette e indirette su una probabile tubercolosi o sifilide dei genitori, insistendo sul numero dei parti della madre, su eventuali aborti, sulla polimortalità e polimorbilità dei figli; deve poi pazientemente indagare sulle modalità dell'alimentazione, se nutrimento naturale o innaturale; quali gli intervalli fra i pasti, la durata della poppata, la quantità del latte ingerito, la possibile aerofagia, e del latte vaccino o delle farine la quantità, la qualità, la temperatura di somministrazione, la diluizione, il grado di cottura, la celerità con la quale il pasto viene consumato; deve poi interrogare sulla prima comparsa del vomito, come si è ripetuto le prime volte e in seguito, se è scarso o abbondante, se di latte digerito o no, se sotto forma di rigurgito o sotto pressione, se in una sol volta o a tratti; se prima, durante o dopo la suzione, se dopo qualche o dopo tutte le poppate; quale posizione del corpo durante la suzione lo facilita o l'ostacola; se segue i pasti più ravvicinati o più distanziati, quelli più scarsi o quelli più abbondanti, se lascia il piccino prostrato o no, e se dopo il vomito il bambino mostra o no desiderio di succhiare nuovamente.

Va da sè che oltre l'anamnesi e le più accurate ricerche sulle modalità del vomito non va trascurato un buon esame generale, avendo sempre in mente che le più svariate malattie (malattie infettive, malattie esantematiche, malattie dell'asse nervoso) possono accompagnarsi con il vomito e che andrebbe errato chi vedesse nel vomito solamente un errore alimentare e di conseguenza sempre consigliasse ed agisse. In molti casi saranno richiesti esami di feci, pesate, multiple delle poppate, reazioni biologiche, esami allo schermo radiologico: solo così operando si potrà giungere ad una diagnosi il più possibile esatta e conclusiva.

***

Per comodità di classificazione e di studio possono i vomiti dei lattanti venir ripartiti in varie categorie:

1) Vomiti episodici legati a malattie generali, a intossicazioni;
2) Vomiti da erronea quantità e qualità dell'alimento;
3) Vomiti da stenosi e spasmo pilorico;
4) Vomiti abituali (Marfan);
5) Vomiti da anafilassi.

1) *Vomiti episodici legati a malattie generali, a intossicazione.*

Voler passare in rassegna tutte le malattie acute e subacute, infettive o discrasiche che possono accompagnarsi a vomito, significherebbe passare in rassegna quasi tutta la patologia infantile: di questa categoria di vomiti c'interessa soltanto un superficiale accenno e sommario perchè rappresenta qui il vomito solo un sintomo di importanza secondaria rispetto alla malattia fondamentale, e difatti non va preso in considerazione e curato per sè stesso ma in relazione alla malattia che lo determina: in tali casi diagnostichiamo la malattia e non il vomito, curiamo la malattia nel suo insieme senza combattere il vomito per sè. In taluni di questi casi il vomito assurge a grande importanza e ci basiamo su questo, specie in alcune forme cerebrali o meningee per formulare una diagnosi di sicurezza.

Tutte le malattie acute febbrili (a preferenza la scarlattina e la pulmonite) possono iniziare con un vomito unico o ripetuto; il vomito è allora l'equivalente del brivido dell'adulto ed è dovuto all'eccitazione dei centri nervosi per l'influenza dell'ipertermia: non è molto violento, non turba troppo il paziente, è quasi sempre alimentare ed in generale cessa appena stabilitasi la malattia.

Le affezioni del cervello e delle meningi si accompagnano a vomiti ed è spesso il ripetersi di questo sintomo all'infuori di errori alimentari che spinge il medico alla ricerca di altre manifestazioni che consentono poi l'esatta diagnosi; in questi casi non sempre è in rapporto con l'alimentazione, nè sempre è alimentare, insorge anche lontano dai pasti, può essere biliare, porta prostrazione ed abbattimento.

Tutte le affezioni acute e croniche del peritoneo, dello stomaco, dell'intestino (tra queste primi l'ernia e il volvulo), del fegato, dei reni, delle vie urinarie, sia per azione reflessa che per autointossicazione, possono decorrere con il vomito, talvolta tanto molesto e ripetuto da dominare la scena; così pure le affezioni delle vie respiratorie accompagnate a tosse: qui sono le contrazioni del diaframma e dei muscoli addominali che determinano la compressione dello stomaco e l'espulsione del materiale in esso contenuto, basta ricordare il caratteristico vomito che accompagna o segue gli accessi della ipertosse.

Se lo studio di questi vomiti esorbita dal campo che mi sono proposto di scorrere perchè in questi casi non formano oggetto speciale della nostra osservazione ma semplice elementare manifestazione, la cui importanza rispetto a quella della malattia che lo determina è quasi nulla, è utile però conoscerli e differenziarli per poterli spiegare.

Tra i vomiti episodici speciale accenno meritano i vomiti ciclici o vomiti con acetonuria, per quanto non siano comuni al periodo dell'allattamento: tale forma patologica ben differenziata fu bene studiata da noi in Italia: il vomito è il sintomo predominante, la diagnosi è relativamente facile quando si tenga conto della comparsa quasi sempre improvvisa, con buone condizioni del paziente; del decorso per lo più apirettico, della ripetizione frequente anche in breve lasso di tempo del benessere relativo del bambino negli intervalli, in qualche caso della sonnolenza e sopratutto del caratteristico odore del fiato e delle urine, il cui esame sempre darà la sicurezza del diagnostico. Discussa è la genesi di questa forma, pare la disintegrazione dei grassi sia determinata dall'introduzione per via gastrica d'un grasso che funziona da antigene; molti AA. invocano una insufficienza funzionale del fegato; per Hutinel, i rapporti tra vomiti acetonici ed asma non si discutono, anzi quelli sarebbero un equivalente di questo. La terapia è efficace ed è a base di alcalini; in questi ultimi anni Chabanier, Lebert e Lobo-Onel hanno constatato una benefica influenza nei vomiti dall'impiego dell'insulina: l'acetonuria scompare rapidamente, i sintomi si mitigano mentre lo stato generale dei pazienti migliora. In un caso di Weill-Halle dopo qualche ora dall'iniezione ogni sintomo era scomparso.

Tra i vomiti episodici dobbiamo prendere in considerazione quelli che seguono un unico pasto troppo abbondante o somministrato con troppa fretta, o di sostanze alterate, o di sostanze a cattivo sapore o troppo calde, o l'introduzione di speciali medicamenti ad azione emetica (poligola, ipecacuana, cloroformio, morfina, apomorfina, ecc.).

Altre volte si presentano accidentalmente quando il bambino venga soverchiamente scosso dopo il pasto; non sono rari i lattanti che per evitare di rimettere quanto hanno poco prima introdotto, debbono subito dopo la poppata esser messi in comoda posizione orizzontale e non tanto trastullati.

La possibilità di questi vomiti cui ho sopra accennato va sempre tenuta presente, alla diagnosi causale contribuisce un'accurata storia clinica del piccolo paziente, sin nei minuti particolari, l'indicazione terapeutica scaturisce sempre facile dall'esatta diagnosi.

2) *Vomiti da erronea quantità e qualità dell'alimento.*

Il lattante che introduce una troppo grande quantità di alimento vomita, come vomita sovente per la medesima causa anche l'adulto; questo non l'ignora neppure il profano; ma l'errore consiste talvolta nel volere attribuire sempre e ad ogni vomito questa stessa ed unica causa. Certo il vomito da iperalimentazione esiste ed è frequente: come il vaso già pieno sino all'orlo lascia refluire il liquido che in più vi si versa, così lo stomaco spesso già ipendilatato da precedenti troppo copiosi pasti reagisce e si difende da questi attentati alla sua incolumità cacciando all'esterno quanto viene in eccesso, a torto, introdotto. Spesso la sola anamnesi ed un semplice sguardo al lattante chiariscono la diagnosi: il vomito inizia durante il pasto stesso o subito dopo, è accompagnato da eruttazioni e da modica smania

Digitized by Google

del piccino che si presenta in generale paffutello e in buone condizioni di sviluppo somatico (se l'ipernutrizione non si è protratta oltre misura creando più serie conseguenze), con l'addome grosso e teso; di più la frequente epatomegalia, la non rara presenza di eritemi più o meno diffusi alle natiche, il numero eccessivo delle scariche alvine e il loro normale aspetto, le numerose minzioni saranno dati sufficienti per farci concludere in senso positivo. Le dichiarazioni della nutrice sulla frequenza delle poppate, sulla durata e gl'intervalli fra queste daranno base alla diagnosi: in caso di allattamento artificiale la conclusione sorge più rapida riducendosi ad una semplice somma dei quantitativi delle singole poppate introdotte: nei casi dubbi le doppie pesate di ogni poppata, con una bilancia di precisione, troncheranno ogni discussione ed ogni dubbio.

Non è più raro che lattanti vomitino perchè il latte o la farina somministrati col biberon sono troppo concentrati o hanno perduto, per prolungata ebollizione, la parte liquida, proprio all'opposto di quei lattanti nei quali vediamo scomparire un vomito protratto, di difficile interpretazione, con la semplice somministrazione, prima di ogni poppata, di un alimento semi-solido (semmolino molto denso). Tanto facile la diagnosi di un vomito di iperalimentazione altrettanto facile è la cura quando non si sia atteso che i danni arrecati dall'accesso di alimento (parte specialmente di quello innaturale) siano tali da non essere più eliminati con un semplice taglio nel numero o nella quantità delle poppate: il primo compito del medico consiste nel sapere e nel poter persuadere nutrici e mamme, il che confessiamo non è troppo facile nè piano.

Se ovvie sono diagnosi e cura dei vomiti da ipernutrizione più complessa è la diagnosi direi opposta, cioè di vomiti da ipoalimentazione, eppure con frequenza questo molesto sintomo appare nei lattanti che introducono troppo scarso alimento. La misconoscenza di questa forma è di danno rilevante al lattante non solo perchè il piccino o non cresce e dimagra in un periodo in cui è necessario che giornalmente il suo corpo si sviluppi ed aumenti di peso, ma anche perchè la misconoscenza riportando la causa della malattia ad una causa diametralmente opposta alla vera suggerisce una cura errata, che basandosi su un'ulteriore limitazione del vitto, aggrava il sintomo e sopratutto peggiora le condizioni generali del piccolo infermo. A facilitare l'errore diagnostico e a convalidarlo s'aggiungono talvolta la non infrequente presenza, anche nei casi di ipoalimentazione, di turbe intestinali diarroiche accompagnate da dermatiti della regione perianale (eritemi, forme erosive, sifiloidi di Jacquet) e talvolta elevazioni termiche. A noi, medici di Brefotrofia, la diagnosi riesce facile per la non rara constatazione di disturbi gastrici ed enterici, in tutto simili a quelli legati all'iperalimentazione, in lattanti tenuti a vitto troppo ristretto, e per le scarse quantità del latte somministrato con le singole poppate o della eccessiva distanza tra i singoli pasti; è sufficiente in questi casi l'aumento nel volume o nella frequenza dei pasti per portare la scomparsa dei sintomi gastrici ed intestinali. Non discuto la genesi di quest'ultimi che, secondo Francioni, si avrebbero solo nei casi nei quali avevano preceduto disturbi digestivi da alimentazione irrazionale o sovrabbondante ma ricorderò invece che il vomito appare generalmente subito dopo la poppata e non dopo tutte, avviene sotto modica pressione, non comprende mai la totalità dell'alimento introdotto. La causa è tuttora poco conosciuta: per alcuni AA. sarebbero vomiti ex vacuo dovuti a spasmo muscolare gastrico, per altri sarebbero legati alla atonia dello stomaco che porterebbe di conseguenza la dilatazione, per altri la sola aerofagia entrerebbe in causa. Il fatto importante è che il vomito può aversi ed anche con frequenza negli iponutriti, va allora unito a perdita del turgore cutaneo, la curva di accrescimento è irregolare o deficiente, la pelle diviene anelastica e troppo abbondante tanto da lasciarsi sollevare in ampie pieghe, la psiche del bambino si modifica avendosi sia uno stato di eccessiva calma od apatia sia irrequietezza subito dopo il pasto, diminuzione delle urine e rallentamento del polso, viene a mancare la conformazione caratteristica dell'addome del lattante, con le regioni laterali allargate, sulla quale Czerny ha richiamato tanto giustamente la attenzione dell'osservatore. In questi casi la diagnosi è grandemente facilitata dall'uso della bilancia, che con la doppia pesata prima e dopo la poppata toglie ogni dubbio. L'accusa che la bilancia introdotta nella pratica privata abbia tolto ogni pace alle mamme che controllando giorno per giorno l'accrescimento dei propri piccoli si disperano se l'accrescimento risulta inferiore ai loro desiderata non ha fondamento: come la bilancia non deve mancare nel gabinetto di consultazione del pediatra, così deve trovare il suo posto nelle case dove ci sono lattanti che non prosperano a dovere. Va da sè che anche nell'uso della bilancia non bisogna incorrere in esagerazioni: ma senza tema di errare si può affermare che se la bilancia è utile per il controllo del lattante normale è addirittura indispensabile per il bambino ammalato: servendoci di semplici pesate siamo in grado di pronunciarci con sicurezza nei casi di iper o di ipo-alimentazioni, possiamo sin dall'inizio riconoscere un'alterazione del bilancio, possiamo correre così ai ripari prima che si siano stabilite vere e gravi alterazioni somatiche. Una volta stabilita la diagnosi di vomiti da ipoalimentazione non occorre spender parole sulla cura: una razionale alimentazione adatta al peso ed all'età del bambino potrà in breve allontanare ogni molesto sintomo.

Gli errori di qualità nell'alimento del lattante possono costituire causa di vomito; basta osservare quanto ogni giorno passa sotto la nostra osservazione, di errori volontari ed involontari, coscienti ed incoscienti commessi da mamme, da nonne, da nutrici nell'alimentazione del bambino per raccoglierne una discreta e svariata quantità. Sono dense farinate e spesse somministrate fin dalle prime settimane di vita, o razioni di latte portate ad ebollizione troppo protratta perchè abbia raggiunto una buona perfetta sterilizzazione, o appena a poche settimane di età la stessa minestra della mamma perchè il bambino si abitui a mangiare e così anche il pane precedentemente masticato ed insalivato dalla nutrice, o meglio ancora un cibo un po' solido perchè le gengive si irrobustiscano, o l'ovo perchè gli dia forza il vino perchè lo ritempri. Va da sè che tali sostanze improprie somministrate in un periodo della vita in cui l'alimento deve essere liquido ed adatto alle funzioni digestive ed assimilative relative all'età del bambino, determinano — quasi sempre — un vomito alimentare misto o no a turbe enteriche: in queste evenienze la causa viene posta facilmente in evidenza con un buon interrogatorio della mamma; per fortuna tali vomiti non divengono quasi mai abituali perchè il profano è portato a farlo dipendere dall'alimento che viene sospeso o modificato quando il sintomo noioso si ripeta con troppa frequenza; in altri casi l'alimentazione erronea viene molto protratta e allora al vomito si aggiungono le più gravi turbe gastro-intestinali creando complicate malattie.

3) *Vomiti da stenosi o da spasmo pilorico* (*sindrome pilorica*).

Questa forma, non molto frequente da noi, inizia per lo più sin dai primi giorni di vita, talvolta nelle prime settimane e predilige i bambini allevati al seno, anche se tenuti con ogni regola dietetica, i maschi con più frequenza delle femmine, tanto che in alcune statistiche si ha netta assoluta preponderanza del sesso maschile: su 12 osservazioni di Alary una sola riguarda una bambina. Eccezionali i casi famigliari; i paesi anglosassoni darebbero un tributo maggiore a questa forma che i paesi latini, non si nota in generale concomitanza di altre malformazioni.

Il vomito compare o durante la poppata o subito dopo, sola raramente molto in ritardo ed è in conseguenza costituito da materiale o liquido o solido a secondo che abbia subito o no l'azione dei fermenti digestivi, è quasi sempre misto a muco, libero da bile, (Dubourg e Lasserre l'avrebbero in un caso trovato), solo in limitati casi è misto a sangue (per la rottura di qualche piccolo vaso in conseguenza dello sforzo). Avviene con getto impetuoso e violento, qualche autore ha visto proiettare il contenuto dello stomaco fino a un metro di distanza dal bambino, talvolta invece vomiti violenti si alternano con emissioni sotto una minor pressione, la sostanza vomitata è sempre però abbondante: Godard ha notato che il vomito è sempre più abbondante della poppata stessa. Prima e durante il vomito irrequietezza del bambino, lamento smanie e pianto, vuotato lo stomaco un maggior benessere. Dopo il vomito in qualcuno stanchezza e sonnolenza, nessuna volontà di succhiare, in altri invece ancora il desiderio di attaccarsi al seno. Non c'è mai febbre. Poichè i vomiti si ripetono quasi ad ogni poppata e sono abbondanti, si accompagnano sempre a notevole progressivo indebolimento e dimagramento del piccolo paziente sì da raggiungere i più alti gradi; il turgore dei tessuti vien meno, la pelle pare addivenuta troppo abbondante e si lascia sollevare con facilità in ampie pieghe avendo perduto la elasticità fisiologica, le urine scarseggiano, si diradano le evacuazioni alvine, le scarse feci sono di colorito scuro, di cattivo odore. Questi sintomi e in prima linea gli abbondanti frequenti vomiti quasi a getto, suggeriscono spesso la diagnosi probabile, questa diviene certa se si giunge alla palpazione nell'addome, in corrispondenza del piloro, di un tumore duro, alla costatazione della distensione dello stomaco già di per sè talvolta apprezzabile alla semplice ispezione come una rilevatezza otto ombelicale, alla percezione a stomaco pieno di onde peristaltiche nella regione gastrica dirette da sinistra verso destra, dal cardias al piloro. L'esame del chimismo gastrico non porta sempre luce diagnostica, non tutti i casi studiati hanno fornito indicazioni identiche sì da ritenerle caratteristiche: qualche Autore parla di chimismo normale, altri diminuito, chi ha dato frequente la presenza dell'acido lattico, altri la presenza di acidi della fermentazione: importante è sempre la costatazione di stasi gastrica 3 o 4 ore dopo la poppata.

Se la diagnosi può presentare qualche dubbio all'esordio della malattia, le difficoltà scemano in seguito, se anche i dati semiologici gastrici e pilorici fanno difetto, la frequenza e la gravità dei vomiti, l'assenza delle turbe intestinali e della febbre, il grado di dimagramento, l'inutilità sovente delle modificazioni nella dietetica e delle varie terapie impiegate, guidano alla affermazione.

Digitized by Google

Si discute ancora se la stenosi del piloro sia di natura ipertrofica o spastica, se al pilorospasmo si aggiunga il gastrospasmo sì da meglio spiegare l'irruenza e la abbondanza della materia vomitata Non sempre la malattia ha un eguale decorso: si hanno forme ad andamento acuto o subacuto, con decorso più o meno grave; se la forma è molto grave e molto protratta porta all'exitus; non sono però rari i casi che evolvono dopo qualche mese anche spontaneamente verso la guarigione.

Si sono tentati molti metodi di cura: gli alcalini per combattere la soverchia acidità, i lavaggi di stomaco, tutti gli anti-spasmodici e i calmanti (bromuro, atropina, belladonna, gardenal) hanno trovato la loro indicazione; l'idroterapia calda e fredda sull'addome, i mutamenti di vitto qualitativi e quantitativi ed anche questo sotto forme diametralmente opposte: Heubner è favorevole ai pasti abbondantissimi ma tra loro molto distanziati, Jbrahim seguito da Finckelstein propende invece per i pasti piccolissimi 10-20 gr. per volta e molto ravvicinati. Ma come ho detto, le cure mediche il più spesso falliscono e la chirurgia ha cercato di sostituirsi a quelle. Primo Schwyzer nel 1896 ha pensato di aggredire il piloro: il suo metodo primitivo fu seguito e modificato da altri ed oggi tre metodi dominano il campo senza potere anche oggi propendere più per l'uno dei tre: la gastroenterostomia, la pìloroplastica, la dilatazione del piloro che va anche sotto il nome di operazione di Loreta. Una delle più ricche statistiche in proposito è quella di Jbrahim che su 73 casi trattati ha avuto una mortalità del 47 %; anche Lesage da lungo tempo insiste sul dovere d'intervenire nei casi gravissimi e ripete che fatta la diagnosi s'impone l'intervento, ma non tutti gli Autori accettano come assoluta questa affermazione e considerano ancora aperta la discussione raccomandando grande prudenza, prima di affidare questi pazienti al chirurgo.

4) *Vomiti abituali* (Marfan).

Marfan ha distinto i vomiti a lungo decorso, abituali, in due principali sottogruppi: quelli dovuti ad una alterazione funzionale od anatomica del piloro, e quelli nei quali anche le più accurate indagini cliniche chimiche e radiologiche non riescono a mettere in evidenza lesione alcuna dello stomaco. Marfan ha classificato questa forma con il nome di malattia dei vomiti abituali. Come già il nome dice il vomito è abituale, si ha cioè dopo tutti o quasi tutti i pasti; non è influenzato da mutamento alcuno di questi, dura monotono e costante per settimane od anche per mesi interi. Compare qualche volta subito dopo la suzione, altre volte dopo, è più o meno abbondante, ma non manca quasi mai; come non ha predilezione per un sesso, così non predilige neppure gli allevati al seno più che gli allevati al biberon, ma affligge indistintamente le due categorie di bambini; più colpiti invece sarebbero i bambini eccitabili o quelli nervosi con un certo grado di ipertonia muscolare. I vomiti iniziano generalmente prima del terzo mese, non vanno uniti a turbe intestinali speciali, solo talvolta per la scarsa introduzione del cibo si ha in secondo tempo stitichezza. Le analisi chimiche ripetute del succo gastrico non hanno recato gran luce: quasi sempre eccesso di acidità totale per aumento degli acidi della fermentazione e presenza di muco.

L'esito della malattia, al seguito delle cure, è generalmente favorevole quando i bambini siano forti, senza turbe enteriche e allevati al seno; diviene la prognosi molto più dubbia se i bambini sono allevati artificialmente, se molto indeboliti, se in preda a disturbi enterici inziati da molto tempo.

Quale la causa e la terapia di questi vomiti? Non si può certo concludere per identità di vedute tra quanti si sono occupati dell'argomento: Marfan annette grande importanza all'eredosifilide e in un lavoro pubblicato in unione al Lemaire afferma che nei casi studiati la eredolue appariva certa nel 33 % dei casi, probabilissima nel 22.8 %, probabile nel 12.28 %: in conseguenza consiglia in questi malatini il trattamento mercuriale a base di lattato di mercurio al millesimo per bocca o frizioni di unguento napolitano: con questo mezzo ha ottenuto un rapido miglioramento, giunto fino alla guarigione nello spazio di un mese nel 63 % dei casi. Altri autori che dopo Marfan hanno studiato l'argomento non danno grande valore al fattore ereditario luetico, che mancherebbe invece nel maggior numero dei casi e invocano la aerofagia, l'ipereccitabilità della mucosa gastrica legata ad una speciale costituzione neuropatica e aggravata da condizioni speciali come la sovra-alimentazione e la somministrazione di un latte o di una farina inadatta. Qualche Autore parla di una gastro-nevrosi emetizzante e il Lesnè che è tra questi, consiglia per combatterla la terapia con i raggi ultravioletti; dello stesso parere in fatto di terapia è P. Bezy secondo il quale la terapia antisifilitica e la terapia con i raggi ultravioletti danno uguale buon risultato. Questi ha adoperato anche, ispirandosi ai risultati ottenuti con le iniezioni di etere nella tosse convulsa lo stesso metodo ottenendo su 5 pazienti 3 miglioramenti e 2 guarigioni. La iperacidità riscontrata sempre nel vomito ha portato altri (Medi) a spiegare con questa la causa stessa del vomito ed in conseguenza a indicare gli alcalini come l'arma migliore per combatterli con successo.

Cozzolino che ha tra noi molto approfondito l'argomento discute l'opinione di Marfan sulla genesi dei vomiti; non condivide sia la aerofagia fattore primitivo ed essenziale, combatte l'opinione di quanti riguardano questa nevrosi emetizzante dello stomaco come la manifestazione di uno stato anafilattico per il latte o d'una tetania e consiglia il trattamento dietetico suggerito da Epstein nel 1920, somministrazione cioè qualche minuto prima della poppata di uno o due cucchiaini da caffè di un semolino molto denso cotto in brodo o di un denso purè di patate senza aggiunta nè di burro, nè di olio, nè di alcuna sostanza grassa. Il fatto che tali vomiti migliorino con il trattamento mercuriale non è per qualche A. indice della causa etiologica luetica ma viene spiegata l'azione favorevole del trattamento mercuriale in questa affezione con le modificazioni che apporta il mercurio a contatto con la mucosa gastrica e con le terminazioni nervose di queste. Sicchè può il vomito cessare senza dover per questo invocare la natura specifica della affezione. Marfan ha subito obbiettato che si può ottenere la guarigione anche con le frizioni mercuriali, con le iniezioni di arsenobenzolo o con l'ingestione di stovarsol, in questo caso nessuna azione diretta di preparati mercuriali sulla mucosa gastrica potrà essere invocata a spiegazione dell'efficacia della terapia antiluetica.

Vaglio ammette che questi vomisseurs siano per la maggior parte eredoluetici e che il meccanismo patogenetico del vomito sia verosimilmente da ricercare in una stimolazione diretta del centro del vomito stesso legata a peculiari alterazioni encefalitiche latenti analoghe e talvolta contemporanee alle reazioni meningee latenti messe in luce da Lavergue. Al Vaglio si può obbiettare che non si può parlare di un centro del vomito (mi servo delle parole del Sicard) così come si parla di centri respiratori o circolatori che comandano un atto funzionale normale; perocchè il centro del vomito comandarebbe un atto anormale, patologico, occasionale. Non esiste infatti un centro preformato dell'asma o dell'asistolia. Il Sicard afferma che un centro del vomito non è dimostrato, il vomito nasce occasionalmente e trova la sua regione d'essere nella regione nucleare pneumogastrica, da questo centro o di lì vicino s'irradia per via centrifuga sul pneumogastrico motore e sulle regioni motrici midollo-freniche e intercosto-lombari (diafr. e cintura muscolare lombare).

Di certo per la terapia di questi vomiti si può concludere che è in ogni caso prudente e doveroso l'impiego dei preparati mercuriali.

5) *Vomiti da anafilassi.*

Un autore francese ha detto che da quando si studia il naso in patologia tutta la patologia si può far rientrare nel naso; qualche cosa di simile potrebbe dirsi per l'anafilassi: da quando l'anafilassi ha fatto il suo ingresso in patologia molta parte della patologia si tenta riportare alla anafilassi; basti ricordare che Lumière nel 1921 aveva affermato esistere fin nelle piante: Carboni e Nobecourt oggi la negano completamente.

Dai primi studi del 1902 di Portier e di Richet lo studio della anafilassi molto cammino ha fatto: dal laboratorio è entrata con sicurezza nella clinica ed oggi molti sintomi e molte malattie vengono alla anafilassi attribuite. Ma questo più o meno a torto perchè, confessiamolo, troppo spesso con una bella etichetta che ha sapore di novità e che va oggi per la maggiore è di moda di poter coprire la nostra ignoranza in fatto di etiologia di malattie. Io non voglio con questo negare il vomito da anafilassi, vorrei solo raccomandare di non attribuire con troppa precipitazione e con troppa sicurezza alla anafilassi un vomito che può essere con altra causa spiegato. Prescindendo dunque dalla premessa è dimostrato che la penetrazione in circolo di un'albumina eterogenea dà luogo alla formazione di una tossigenina che è per sè stessa inoffensiva, ma che diviene invece molto dannosa e tossica se l'introduzione di detta albumina eterogenea è ripetuta. Dalla tossigenina allora si forma l'apotossina ad azione talvolta addirittura deleteria per la produzione di quei gravi fenomeni che costituiscono lo shock anafilattico. L'albumina del latte — sia di donna che di vacca — può ad un dato momento, forse per precedenti disturbi enterici del bambino, riuscire per esso tossica e risvegliare un imponente quadro patologico nel quale i vomiti hanno la loro parte preponderante.

Si è descritta una grande anafilassi alimentare (Lereboullet Saint Girons) ed una piccola anafilassi; colpiti sono generalmente i bambini che per un periodo più o meno lungo avevano abbandonato l'alimentazione lattea e che tornano poi a questa; improvvisamente — nella grande anafilassi — esplodono gravi imponenti sintomi: vomito violento, diarrea, accentuato pallore del viso, depressione del polso, tendenza alla sincope, al collasso, e poco dopo manifestazioni eritematose od orticarioidi della cute, idrorrea nasale, edemi, il tutto con un quadro generale di eccezionale gravità. L'accesso scoppia sempre nelle medesime condizioni, in modo brusco, dopo ingestione di una sostanza sempre identica, il più spesso il latte, verso la quale il soggetto è sensibilizzato.

Nelle forme meno acute i sintomi suaccennati sono gli stessi ma di

Digitized by Google

intensità molto minore, cedono quando il latte viene tolto, per riapparire appena si ritorni a tale alimentazione.

La diagnosi di vomiti da anafilassi è molto facilitata dalla concomitanza della diarrea, delle manifestazioni cutanee, dal riapparire della complessa sintomatologia ad ogni ritorno al latte; sono forme che rientravano sino a qualche anno addietro nel capitolo delle intossicazioni gravi, delle gastro enteriti acutissime.

Sono stati descritti disturbi anafilattici anche da latte materno: bambini che per un periodo di tempo avevano bene prosperato al seno materno, dopo una malattia intestinale diventano sensibili all'albumina del medesimo latte e presentano crisi gravi ad ogni suzione: per fortuna però questi casi sono addirittura eccezionali.

La cura di questi casi consiste nella desensibilizzazione: prima della poppata viene al lattante somministrata per via orale o rettale o ipodermica una piccola quantità di latte; oggi è entrato in uso anche il peptone e pare con successo: il criterio a iuvantibus può servire a convalidare una diagnosi che altrimenti potrebbe rimanere molto incerta.

***

Non potendo qui avere elencati tutti i vomiti del lattante, all'atto pratico, al letto del malato, ci possiamo trovare nell'impossibilità di classificare anche vomiti persistenti che non risultano legati nè a lesione anatomica dello stomaco, nè a errori alimentari qualitativi e quantitativi, nè a tara ereditaria, nè a malattia acuta in atto, nè a speciali costituzioni individuali. I lattanti seguitano talvolta a vomitare nonostante le nostre prescrizioni terapeutiche e la regolarizzazione delle poppate; Lereboullet raccomanda di non dichiararsi soddisfatti se con la cura suggerita non viene raggiunto il risultato completo.

Davanti l'incertezza della diagnosi etiologica sarà utile rammentare che in molti casi a genesi oscura ha buon effetto l'impiego del latte iperzuccherato, del latte omogeneizzato, del latte condensato, del latte in polvere, del latte ridotto per ebollizione ad 1/3, 1/4 del suo volume primitivo somministrando poi, mezz'ora dopo, quel tanto di acqua che era stato previamente sottratto con l'ebollizione. Così sempre nei casi dubbi, sarà utile tentare i fermenti lattici, i vari preparati di malto e tutti i digestivi (pepsina, pancreatina, papaina, novochimosina).

Il citrato di sodio prima di ogni poppata viene sempre raccomandato nei casi ribelli ed è spesso seguito da successo. Talvolta si potrà anche ricorrere a mezzi fisici: applicazioni tiepide o calde nelle regioni gastriche, più raramente alle lavande gastriche: dobbiamo confessare che spesso non ci riesce facile trovare il perchè del miglioramento o della guarigione di un vomito con quelle applicazioni dietetiche che in altri lattanti sono state appunto cause ed origine del vomito stesso.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le monilie nell'espettorato di ammalati di tubercolosi polmonare. — C. Manca (Istituto d'Igiene della R. U. di Cagliari). *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, n. 1, 1927.

La patogenesi delle monilie nelle lesioni pulmonari è ancora assai discussa e v'è perfino chi nega l'esistenza di una broncomoniliasi come sindrome clinica a sè. Per portare un contributo alla questione, l'A. riferisce il caso di una paziente, affetta da broncopolmonite cronica interessante l'apice del polmone sinistro e la base del destro: temperatura febbrile con rialzi serotini; condizioni generali in continuo peggioramento. L'A. fece in primo tempo diagnosi di broncopolmonite tubercolare, ma, in seguito, ripetuti esami dell'espettorato, mentre esclusero la presenza del bacillo di Koch, misero in evidenza un fungo, che per i suoi caratteri morfologici e culturali si è dimostrato molto affine alla *Monilia pseudotropicalis* (Castellani 1910). L'inoculazione dell'espettorato nella cavia, però, determinò in questa un'infezione mista da monilia e da b. di Koch, per cui veniva a mancare l'importanza patogenetica che prima si era attribuita alla monilia e si poteva solo avanzare l'ipotesi dell'esistenza di un'infezione mista.

L'osservazione di questo caso ha indotto l'A. ad eseguire una serie di ricerche indirizzate a mettere in evidenza il rapporto di frequenza fra monilie e b. tubercolare nell'espettorato di ammalati di tubercolosi polmonare. Si è così potuto ritrovare nell'espettorato di questi ultimi monilie nella percentuale del 26 % dei casi esaminati (50) e si è notato che in genere ad un abbondante reperto di monilie corrispondeva uno scarso numero di bacilli tubercolari, e viceversa. L'A. però non crede che ciò possa essere in rapporto con un antagonismo fra i due germi suppone invece che ciò possa dipendere dalla reazione degli espettorati, la quale nei tubercolotici è per lo più acida e quindi idonea alla vita delle monilie. Le monilie isolate appartenevano a varie specie: pseudotropicalis, Balcanica, Krusei, Pinoy, Metalondinensis ecc.

L'alta percentuale di espettorati con monilie negli ammalati di tubercolosi polmonare, specialmente in quelli affetti da forme ulcerative e in quelli che si trovano in condizioni generali scadenti, inducono l'A. a sospettare che esse non sieno patogene e che arrivino alle lesioni polmonari, dovute alla tubercolosi, con l'aria inspirata e vi si impiantino vivendovi saprofiticamente. Così pure sarebbe avvenuto nel caso riferito.

La flessura lienale del colon nelle splenomegalie. — Bonaccorsi. *La Radiologia Medica*, fasc. 12, 1926.

Le splenomegalie producono quasi costantemente alterazioni di sede, di forma, di percorso dell'angolo colico sinistro, in toto o nelle singole anse che lo costituiscono. Queste deformazioni sono prodotte dal polo inferiore del tumore splenico e richiamano in causa due fattori a spiegarne la genesi: la pressione che la milza esercita, col proprio peso, sul pavimento legamentoso che la sostiene e lo stiramento, l'allungamento dei mezzi di fissità della flessura, in seguito del maggior volume. La malaria è quella che determinando gravi splenomegalie croniche è maggiormente in causa.

L'A. proprio in questa ha notato abbassamento spiccato della flessura, o uno spostamento mediale e la formazione di curve a concavità supero-laterali su una delle anse flessurali, o variazioni dalla norma dell'angolo sinistro: tutto ciò, naturalmente alla radioscopia.

Nelle modificazioni topografiche, dipendenti da un tumore acuto di milza, questa non potendo in breve tempo distendere i legamenti, sfugge dalla sua sede normale ponendosi dinanzi al colon, facendo variare il comportamento di questo. La radiologia permette qui la percezione della diversa profondità del colon, l'impossibilità di vuotarlo del bario nel punto voluto, con la palpazione e pressione manuale praticata sotto lo schermo, la lateralizzazione e a volte lo schiacciamento della flessura contro la parete laterale dell'addome.

Ciò basta, tenendo conto degli spostamenti intermedi.

Meningite da sporotricosi. — Hyslop, Neal, Kraus Hillman (di New-York). *The American Journ. of the med. sc.*, nov., 1926.

Trattasi di una giovinetta quindicenne, ammalatasi il 30 dic. 1924 e morta il 19 giugno 1925, con una sindrome nervosa febbrile ad esacerbazione ad ogni 10 giorni. I principali disordini neuro-centrali consistettero in forti dolori temporali, attacchi tetanoidi, allucinazioni visive. La terapia jodica riuscì inutile; alquanta miglioria si ebbe con le iniezioni intravenose di soluzione radiifera. Alla necroscopia si rinvenne una leptomeningite cronica diffusa, più localizzata nella fossa cerebrale posteriore con modico edema cerebrale ed essudato gelatinoso tra pia meninge e corteccia del cervello. La origine sporotricosica di questa leptomeningite fu provata dalla presenza di spore e forme miceliche del parassita nel liquido cerebro-spinale e nella compagine della massa cerebrale.

Nosografia e terapia del beri-beri. — A. Coyne. *Indian Med. Gazette*, gennaio 1927.

Il beri-beri si manifesta inizialmente con un senso di bruciore allo stomaco e di formicolio agli arti, al basso ventre e alla lingua. Compaiono in seguito dolori variamente localizzati, i quali assumono notevoli caratteri d'intensità specialmente alla cintura e ai polpacci. Edemi si manifestano agli arti inferiori; una grande debolezza colpisce l'infermo fino a dare paralisi muscolare delle gambe e dei piedi. Negli ultimi stadi della malattia si osserva frequentemente difficoltà di respiro, nonchè accelerazione delle pulsazioni cardiache.

La sintomatologia della forma umida è diversa da quella della forma secca. Il sintoma più importante ed evidente è il gonfiore. Questo può cominciare ai piedi ed estendersi rapidamente a tutto il corpo. Le gambe, l'addome, la faccia e le braccia sono talvolta quasi raddoppiati in volume onde il paziente è quasi ridotto alla immobilità. Il formicolio e i dolori, così caratteristici della forma secca, sono qui completamente assenti.

Quest'affezione può talvolta arrestarsi nella sua evoluzione: onde rimane stazionaria o più raramente tende con una certa lentezza alla guarigione.

L'A. ha avuto occasione di sperimentare su molte migliaia di ammalati il suo metodo, profilattico e curativo, basato sulla semplice somministrazione di vitamine.

Digitized by Google

Egli prescrive legumi, frutta fresche e riso non brillato, alimenti notoriamente ricchi in vitamine. Ha così visto regredire le forme più acute e ribelli e sia umide che secche, in tempo relativamente breve. La gravità dei sintomi è andata man mano diminuendo, fino alla completa remissione. Però è stato necessario in ogni caso continuare la cura dietetica per molti mesi, a fine di ottenere più che la remissione, la guarigione assoluta.

Inoltre ancora altri fattori riescono utili in questa terapia: fra essi importantissimi sono l'aria libera e la luce solare. Onde si raccomanda di tenere gli ammalati e specialmente i paralitici da beri-beri in ambienti bene aerati e soleggiati. Utile coadiuvante è il massaggio.

La patogenesi dell'uremia convulsiva. — NATHAN. *La Presse Médicale*, 22 gennaio 1927.

Nessuno contrasta che nelle sindromi convulsivanti da malattia renale sarebbe errore ritenere oggi che, come patogenesi, il grave perturbamento neuro-centrale sia sostenuto da accumulo di urea nel sangue, come vorrebbe indicare la espressione certamente impropria di uremia. Però, d'altra parte, non si hanno dati obbiettivi che provino la realtà delle varie ipotesi patogenetiche, tra cui le più recenti riguardano la intossicazione acida o acidosi, la scarsezza di sali di calcio o ipocalcemia, la insufficienza delle ghiandole paratiroidi, l'accumulo di creatinina. Questi vari elementi prospettati sono di tale natura da non poters; decidere se s'influenzino reciprocamente in un groviglio di causa ed effetto o dipendano tutti dalla causa effettiva della intossicazione nefropatica, che tuttora sfugge alla indagine.

Localizzazione articolare malarica. — G. OCCHIPINTI, *Rivista di Malariologia*, vol. 5, n. 4.

L'A. descrive il caso di un malarico il quale presentava a periodi intermittenti intensi fatti infiammatori articolari, accompagnati da leggiero gonfiore, e da intensi dolori alla compressione e alla stazione eretta. La coincidenza di questa intensa reazione articolare, con gli attacchi febbrili o pochi giorni prima che questi si verificassero, la scomparsa del disturbo articolare con la somministrazione della chinina, che contemporaneamente impediva l'accesso febbrile, l'aumento graduale, quando veniva sospesa la cura chininica, dell'alterazione fino alla intensità dell'artrite acuta, sono sembrati all'A. elementi sufficienti per far sospettare una vera localizzazione articolare del plasmodio malarico.

Trombo-angioite obliterante. — BOYER e THIBAULT. *La Presse Médicale*, 22 gennaio 1927.

Trattasi di una sindrome individualizzata per la prima volta da Leo Buerger, di New York, ora sono 25 anni.

La sindrome si osserva a preferenza nei maschi e in età tra i 25 a 35 anni e tra gli ebrei nativi della Russia o della Polonia.

Esordisce con dolori spontanei in uno o ambedue gli arti inferiori. Questi dolori si mantengono per mesi od anni, sopratutto a livello della volta plantare, dell'alluce e dei muscoli del polpaccio; sono esacerbati dal cammino; si accompagnano spesso con formicolio, torpore, claudicazione intermittente. In prosieguo, a questi dolori con andamento progressivo si aggiungono i sintomi di una flebite migratrice: rossore diffuso negli arti, specialmente in corrispondenza delle dita, del dorso e della pianta del piede, abolizione o diminuzione dei battiti nelle regioni accessibili alla palpazione (arterie pedidia e tibiale posteriore); distrofia della cute e delle unghia; alquanta atrofia muscolare; talvolta piccoli noduli sottocutanei; abbastanza dolorosi. A questi fenomeni distrofici degli arti succedono lesioni gangrenose in una o più dita delle mani o dei piedi.

Anatomopatologicamente si rinvengono le lesioni di una sclerosi perivascolare, che ingloba in una compatta ganga fibrosa il pacchetto vascolo-nervoso negli arti inferiori o superiori con trombosi dei tronchi vascolari.

Sono possibili equivoci diagnostici con il piede piatto, con la gotta, con le sindromi reumatiche, con le varici interne, sciatiche, unghia incarnata.

Boyer e Thibault riferiscono che negl'infermi con questa sindrome hanno notato spesso associata la cefalea, specialmente come emicrania oftalmica.

Si parla ma vagamente di lesioni neurocentrali, di cui le lesioni vascolari e nervose periferiche sarebbero conseguenza. Nei centri nervosi le lesioni risiederebbero nei pressi dei talami ottici.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'aploplessia traumatica tardiva. — AUVRAY. *Paris Gazette des Hôpitaux*, n. 4, 1927.

Sebbene di rara osservazione questa sequela traumatica va prendendo posto stabile per il clinico e per il perito. Per solito si rintraccia negli antecedenti un qualche trauma cranico, trascorso a tutta prima quasi inosservato, o per lo meno senza grande valutazione, salvo una transitoria perdita di coscienza, mal di capo, vertigine. Dopo giorni, settimane, talora mesi ecco presentarsi manifestazioni apoplettiche, ora a decorso fulmineo, ora ad andare lento. C'è dunque intercorso un intervallo lucido — fase latente intercalare — nella quale pur si riesce talora a registrare mal di capo, vertigini, vomiti, obnubilazioni, indebolimento visivo, ottundimento cerebrale. Qualche osservazione recente è fornita dall'A.

L'etiologia nella più parte dei casi offre materia di discussione, perchè bisogna sapere praticare la giusta selezione dei casi. In complesso sotto la espressione «apoplessia traumatica tardiva» bisogna intendere rammollimento od emorragia meningea o cerebrale, d'improvviso sopravvenuta, a più o meno distanza dall'accidente. Se alcune affezioni come gli ascessi cerebrali possono provocare la sintomatologia apoplettica, si ha da fare con eccezioni, nè è facile stabilire la parte che risale al traumatismo.

In quanto alla sede essa fu forse arbitrariamente fissata da Bollinger e da altri, nella parete dell'acquedotto di Silvio, e del quarto ventricolo, con inondazione ventricolare. Invece l'emorragia può avverarsi nelle meningi, e in qualunque parte dell'encefalo, persino nella sostanza nervosa. In 81 casi della personale statistica di Auvray, si riscontrano 52 casi di emorragia meningea tardiva (delle quali soltanto 9 riconosciute alla necroscopia); scarse, anzi tre volte controllate all'intervento, sono le emorragie extradurali. Ci sono peraltro versamenti contemporanei extra ed intradurali. Emorragie meningee sole si trovarono nei più casi; ma le si sono viste coincidere con emorragie ventricolari, e con focolai della sostanza cerebrale. In 34 casi del detto A. controllati alla autopsia si trovò interessato più spesso il centro ovale o la regione sotto-corticale; solo quattro volte i nuclei centrali, cinque volte il ponte di Varolio; dodici presentarono inondazione ventricolare.

Le emorragie extradurali tardive, più rare, sono contrassegnate da un breve intervallo lucido, cioè di 24 a 48 ore, entrando in iscena il quadro emiplegivo. Più frequenti le emorragie intradurali, offrono esempi di tardiva comparsa emiplegica, p. es. dopo due mesi dal trauma secondo Armstrong, dopo cinque settimane secondo Hahn, etc. Le emorragie svolte nella sostanza nervosa, non rare, possono essere uniche o multiple, più o meno profondamente situate, varie per sede ed estensione. Stanno ad illustrare codesta evenienza osservazioni di Vibert, di Stadelmann, di Heusner. Che possano essere interessati i differenti lobi, stanno a provarlo casi che riguardano: il lobo occipitale, quello temporale, la faccia esterna del nucleo lenticolare con distruzione della sostanza bianca del lobo parietale; localizzazione al lobo frontale.

Si deve a Kob un'osservazione di emorragia ventricolare: dopo undici giorni dall'aver riportato un pugno sul capo, apoplessia; morte al tredicesimo giorno. Alla necroscopia niente lesione al cranio nè alle meningi: ventricolo destro inondato, coaguli nel terzo ventricolo. Si trattava veramente di una alcoolizzata.

Si deve a Bollinger la dimostrazione di emorragia tardiva dell'acquedotto e del quarto ventricolo, ad undici giorni dopo una caduta sulla radice del naso. Apoplessia, morte in due ore; niente di leso al cranio ed alle meningi.

Un'osservazione di Adam farebbe attribuire l'emorragia a rammollimento dei tubercoli quadrigemini, in un fanciullo di 11 a. caduto supino. Solo dopo quattro mesi: cefalea, paralisi del facciale sinistro; dopo cinque altri giorni emiplegia sinistra totale. Alla necroscopia una zona di rammollimento quanto una nocella sul talamo ottico sinistro.

Un caso di emorragia tardiva della protuberanza appartiene al Souques. Dopo quindici giorni da alcuni colpi di bastone sul capo, una donna presenta bruschi segni di emiplegia organica a sinistra. Alla autopsia un piccolo focolaio emorragico tra 1/3 superiore e medio del ponte, nella metà destra dell'organo, con distruzione della via piramidale.

Ci sono casi di coesistenza di coteste varie lesioni: in un esemplare di Hosslin, dopo circa due mesi di violenze patite sul cranio, morte in coma. Alla necroscopia nessuna frattura del cranio, voluminoso focolaio emorragico nell'emisfero destro, distruzione della sostanza cerebrale; altro focolaio emorragico nel ventricolo laterale sinistro.

In qualche caso p. es. di Bollinger sono indipendenti tra loro l'emorragia meningea e quella tardiva; dopo venti giorni da una ferita al capo, i primi sintomi di apoplessia; alla necroscopia: frattura del tavolato interno parietale; versamento tra dura e pia fino alla base cranica; coaguli sul pavimento del quarto ventricolo.

Casi più complessi si incontrano, p. es. di Michel, Mazuzkiewicz, nei quali le emorragie sono multiple, offrono quasi tutti i precedenti tipi presi insieme, e sono così cospicui da lasciare sorpresi come possono essere state compatibili con una lunga sopravvivenza.

Digitized by Google

L'anestesia locale ed i lavaggi gastrici preoperatorii jodati nelle operazioni sullo stomaco. — T. ASTERIADES. *Bulletin Médical*, 1926, 14 agosto.

L'Autore ha, in due anni, operato 45 individui gastropatici (escissione di ulcera, pilorectomia, gastrectomia, gastroenterostomia) all'ospedale francese di Salonicco servendosi dell'anestesia locale col seguente procedimento. Di una soluzione al 4 % di sincaina vengono iniettati al paziente 1.5 gr. e perfino 2 gr. Il paziente presenta un po' di angoscia precordiale, pallore, sudorazione talvolta profusa, obnubilazione. Questi sintomi non sono affatto inquietanti, anzi possono essere persino utili poichè rendono il paziente immobile durante l'operazione.

Una mezz'ora prima dell'intervento l'Autore inietta anche 0,20 di caffeina ed 1 cgr. di morfina, e durante l'operazione 1 o 2 ampolle di olio canforato ed 1 milligrammo di stricnina.

L'iniezione di adrenalina associata alla sincaina è assolutamente da scartarsi, provocando delle escare, talora assai lente a guarire.

Il paziente rinviene dal suo stupore, in meno di mezz'ora. Bisogna metterlo subito a letto, applicargli delle ventose, frizionarlo, riscaldarlo, curare minuziosamente l'antisepsi delle cavità nasale e boccale, e versargli a gocce nelle orecchie dell'olio gomenolato, come se si dovesse premunirlo da una congestione polmonare.

Malgrado queste precauzioni, in 18 casi su 45 si sono presentati fatti congestizii a carico del polmone, per altro assai leggeri, eccetto che in un caso in cui si ebbe vera e propria polmonite destra, che però guarì.

L'Autore dà anche grande importanza, per la buona riuscita delle operazioni gastriche, ai lavaggi preoperatorii dello stomaco con soluzione jodata, che egli pratica sistematicamente, per 3 o 4 giorni precedenti l'operazione, servendosi di 2 o 3 litri di liquido.

L'alimentazione durante questo tempo è liquida (latte, decotti, brodi magri).

La mattina dell'operazione si fa un ultimo lavaggio, con 3 litri di soluzione jodata, e così si distrugge in gran parte la flora micr. gastrica.

Gli studi sulla costituzione in rapporto alla chirurgia. — RITTER. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 43, 1926.

Il problema della «costituzione» originariamente impostato e sviluppato per merito italiano, assume in Germania ed altrove, proporzioni insistenti, sulle quali bisogna fermarsi, seguendo la presente esposizione, la quale a sua volta assimila gli studi di Payr, Bauer, v. d. Velde ed altri. Dunque, e per cominciare dal definire il vocabolo, bisognerebbe intendere come «costituzione» le forme di estrinsecazione o manifestazione di tutta la personalità psicofisica di un uomo, quale essa è dovuta da una parte alle sue norme ereditarie di evoluzione e reazione, e dall'altra alle modificazioni che il mondo esteriore importa su codeste norme. Pertanto ci è la eredocostituzione, il genotipo, di fronte al mezzocostituzione, o paratipo. Il prodotto di ambedue si designa come fenotipo. Accanto a queste, ecco altre sottigliezze: la «disposizione» costituzionale alle affezioni chirurgiche in contrapposto alla «resistenza» costituzionale. Intorno a questo concetto tuttaltro che nuovo, la chirurgia di oggi cerca valutare gli intimi rapporti tra costituzione, guarigione delle ferite ed infezione.

Il chirurgo deve sapere che a seconda delle contingenze gli stimoli flogistici possono agire su tessuti iporecettivi od iperrecettivi; deve anche sapere che fattori come il raffreddamento possono entrare in giuoco come iperrecettività non specifica. Se consideriamo in rapporto alla costituzione lo scheletro, potremo notare che se da una parte le alterazioni della gabbia toracica costituiscono predisposizioni alle affezioni degli organi del respiro e del circolo — dall'altra parte anche nel campo della chirurgia articolare, si manifestano le stesse tendenze dottrinali, non solo in modo generico ma anche particolare, cioè in rapporto all'età alle condizioni etc. Ecco in questo ordine il Payr stabilire la pochezza di sette gruppi differenti: 1. Articolazioni deboli particolarmente suscettibili agli infortuni ed ai sinistri. 2. Affezioni della zona di accrescimento delle ossa. 3. Individui con elevata disposizione a continue reiteranti offese articolari, specialmente al collo del piede di giovanette; 4. Casi di abituali spostamenti parziali o totali delle articolazioni, p. es. della spalla, della rotula, dei tendini. 5. Reazioni particolari alle offese articolari, come nell'artrite plastica, sinovite plastica etc. 6. Minorazione di reattività contro le offese o nocumenti provocati da veleni infettivi. 7. La scemata resistenza costituzionale di singoli parti dell'articolazione, più particolarmente le cartilagini articolari.

Seguendo sia pur di lontano la corsa degli autori in parola nella dipintura del quadro costituzionale, troviamo nelle anomalie costituzionali congenite: l'uranoschisi, la presenza di fenditure germinali, la formazione del cingolo faringo-adeno-linfatico. Una mancata evoluzione del laringe esercita il suo influsso su determinate ghiandole sanguigne, e quindi una predisposizione alla tubercolosi; si riconoscono pertanto le cosidette persone a gabbia toracica lunga e piatta.

Nel dominio del ventre e peritoneo si riconoscono tipi di anormale profondità dello spazio di Douglas, e bisogna a queste anomalie costituzionali riferire la frequenza dei disturbi acuti o cronici flogistici del connettivo pelvico; e far rientrare in questo gruppo pazienti i quali mostrino eccessiva tendenza ad esiti in aderenze nonostante l'andamento tipico di operazioni intraperitoneali. In rapporto alla disposizione si possono anche distinguere pazienti a peritoneo resistente, o viceversa suscettibile delle maggiori flogosi purulente sotto minimi e rigorosissimi interventi.

Nel campo gastro-enterico entrano in esame le anomalie di posizione, le quali clinicamente si estrinsecano: come insufficienza motoria, cattiva digestione, formazione di ulceri, disordini sui quali la chirurgia si è studiata di portare il suo valido ausilio. All'intestino crasso appartengono alterazioni pseudoappendicitiche specialmente sotto forma di aderenze e ginocchiature.

Minorazioni costituzionali delle ghiandole annesse al tratto gastro-enterico hanno non meno attirato l'interessamento chirurgico: difatti l'insufficienza epatica preoccupa l'anestesia; l'insufficienza pancreatica predisponente al diabete, o questo in atto, costituiscono una tra le maggiori complicazioni per gli interventi. A sua volta il sistema urinario secretivo ed escretivo ha molto rapporto chirurgicamente con la costituzione; giacchè se ci sono individui renodeboli, c'è qualcosa di anche più importante: quali semplici anomale costituzioni anatomiche troviamo le più o meno gravi ectopie, il rene a ferro di cavallo, la mancanza di un rene, il rene cistico; mentre ad anomalie del ricambio si debbono ascrivere le calcolosi, sia renale, sia epatica.

La disposizione costituzionale alle malattie chirurgiche nella sfera genitale, oltre le note anomalie offre importanza per la ricognizione e valutazione di tre tipi di donne; cioè: 1ª la cosidetta forma giovanile o di donna completa; 2ª la forma astenico-ipoplastica, o donna infantile, la cui minorata costituzione di tutti i sistemi fornisce presa alle malattie; 3ª la forma futura, o forma intersessuale, la donna-maschio.

Passando al dominio delle ghiandole a secrezione interna sembra indiscutibile l'importanza costituzionale nell'ipofunzione tiroidea, nella permanenza del timo, mentre dalla surrenale si fa dipendere il perturbamento nel ricambio del calcio.

Nello stesso ordine di idee, cioè della costituzione, bisogna valutare il disturbo del ricambio albuminico, adiposo, la debolezza costituzionale del sangue, le anomalie neuropatiche, il rapporto anche fra costituzione e tumori.

PEDIATRIA

La reazione di Weil-Kafka in alcune malattie dell' infanzia. G. TACCONE, (R. Clinica Pediatrica di Milano), *La Clinica Pediatrica*, vol. 8, n. 7.

In condizioni normali le meningi non sono permeabili a tante sostanze disciolte nel sangue, naturalmente esistenti o artificialmente introdotte, per cui queste non passano nel liquido cerebro-spinale. Così complemento ed emolisine antimontone, che d'ordinario esistono nel siero di sangue, non si trovano nel liquor normale, mentre possono in esso comparire in condizioni patologiche (meningiti acute, infiammazioni croniche, ecc.).

Weil e Kafka hanno ideato, al fine di mettere in evidenza l'attività complementare del liquor e la presenza di emolisine, un metodo, che in seguito numerosi altri Autori hanno provato in diverse malattie del neurasse.

In una provetta contenente 5 cc. di l. c. r. si aggiungono cc. 0,50 di una sospensione di corpuscoli rossi di montone al 5 %; in una seconda provetta (controllo) si mettono 5 cc. di soluzione fisiologica e la stessa quantità di corpuscoli rossi. Si ha reazione positiva (1ª fase) se dopo un'ora di permanenza in termostato a 37° si ha emolisi nella prima provetta.

Per ricercare le emolisine, si aggiunge a 10 cc. di l. c. r. contenuti in una provetta, 1 cc. di sospensione di globuli rossi di montone al 5 % e si porta in termostato a 37° per due ore. Dopo di che si centrifuga per 20 minuti, si decanta il liquido e si porta il centrifugato ad 1 cc. mediante l'aggiunta di soluzione fisiologica; si divide tale miscela in due provette (cc. 0,50 ciascuna) aggiungendo in una la quantità di complemento capace di emolizzare cc. 0.50 di corpuscoli rossi di montone al 5 % in due ore a 37° e nell'altra, metà dose.

Si ha reazione (2ª fase) fortemente positiva (++++) se la emolisi avviene in ambedue le provette in 20-30 minuti; reazione positiva (++) se la emolisi, iniziandosi dopo 30 minuti, si completa dopo due ore; leggermente positiva (+) quando dopo due ore nella prima provetta si ha emolisi completa che s'è iniziata però dopo 45-50 minuti, e nella seconda

Digitized by Google

si ha soltanto un accenno. Mancando l'emolisi in entrambe le provette il risultato è negativo.

L'A. ha sperimentato questa reazione in numerose affezioni dei bambini (morbo di Little, meningite cerebro-spinale, encefalite letargica, morbo di Heine-Medin, tubercoloma cerebrale, paralisi cerebrale eredo-luetica ecc. Dalle sue ricerche si possono trarre importanti conclusioni.

La Weil-Kafka è negativa nei l. c. r. normali, e positiva nei casi di alterata permeabilità meningea. La positività della prima fase (presenza di complemento totale) è espressione di profonde lesioni delle meningi, la positività della seconda (presenza di emolisine) è da rapportare a lesioni di grado minore degli involucri. Mentre, però, la sua positività comprova una lesione meningea, la sua negatività non l'esclude.

Le due fasi non possono costituire un segno differenziale importante tra processi morbosi vari aventi in comune la causa eziologica (malattia del neurasse di origine luetica) o alcune manifestazioni cliniche (varie forme di meningiti e meningo-encefaliti).

Il valore prognostico della reazione è assai limitato; il valore pratico è di somma importanza in alcune sindromi (traumatizzati del cranio e della colonna vertebrale), pur costituendo essa un mezzo sensibile per l'indagine dell'integrità meningea.

La reazione di Weisz nei bambini tubercolotici. — Cesare Giaume (Ospedale Pausilipon di Napoli). *La Pediatria*, 1926, n, 17.

L'A. ha notato che la reazione al permanganato nelle urine, prospettata da Weisz nel 1907 e controllata per la prima volta in Italia da Salustri nella clinica med. di Camerino (allora diretta da A. Ferrannini), è tanto più evidente nei bambini tubercolizzati, per quanto più gravemente in essi decorre la infezione specifica, conformemente alla conclusione semiottica indicata da Salustri, anzi l'A., in conseguenza di questa conclusione assevera che quando la reazione è molto netta in un bambino tubercolizzato non convenga la terapia specifica, perchè essa può provocare fenomeni d'intolleranza.

MICROBIOLOGIA

Sul metodo Mori per la colorazione rapidissima del bacillo tubercolare. — F. Rolando. *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, fasc. XI, 1926.

Il metodo Mori è basato sul classico metodo di Ziehl-Neelsen, con la differenza che varia il titolo dei reagenti usati e che la colorazione dei materiali patologici si esegue a freddo. Questi ultimi (espettorato, succo di ghiandole, ecc.) vengono distesi in strati sottili su vetrini copriogget-ti, essiccati e fissati alla fiamma; indi si colorano per 10-15" con fuxina carbolica, così composta: Fauxina rubino, gr, 0,50; Alcoól assoluto; gr. 10; Acido fenico puro, gr. 2.50; Acqua distillata, gr, 100. (Si scioglie la fuxina nell'alcool, si aggiunge l'acido fenico e poi, a poco a poco l'acqua distillata. Si lascia a riposo per 24 ore e si filtra). Si lava dopo il preparato, lo si assorbe con carta bibula e si decolora per 10-15" con soluzione di acido solforico 1 %. Lavato di nuovo il preparato, lo si ricopre con una soluzione di bleu di metilene all'1 su 4.000 per 10-15". Si lava ancora, si asciuga e si monta per l'osservazione.

Lo stesso Mori ha in seguito reso ancora più rapido il suo metodo usando un unico liquido, per la decolorazione e ricolorazione, così costituito: Acido solforico puro, gr. 1; Bleu di metilene, gr. 1.50; Acqua distillata, gr. 100. (Sciogliere l'acido solforico nell'acqua e aggiungere il bleu di metilene). Usando questo metodo più rapido, si fa prima agire sul preparato, a freddo, la fuxina carbolica per 15"; si lava; poi si fa agire per 15" la soluzione acida di bleu di metilene e si lava di nuovo.

L'A., ricontrollando il metodo del Mori, si è convinto che esso dimostra quasi sempre nei materiali patologici un numero di bacilli superiore a quello che si ha con altri metodi (Ziehl-Neelsen-Gabbet), il che sembra debba attribuirsi alla blanda decolorazione. Inoltre, con lo stesso metodo, l'A. ha ottenuto ottimi risultati anche con gli espettorati sanguinolenti o nettamente emottoici, facendo precedere alla colorazione, l'omogeneizzazione con l'antiformina o con il cloruro di ammonio, secondo Arena. Buoni risultati ancora, il metodo del Mori ha dato per la ricerca dei bacilli tubercolari nell'urina. Il metodo va quindi consigliato nella pratica, per la sua sensibilità e rapidità.

Rapporti microbiologici tra pneumococchi e streptococchi. H. A. Reimann, Ospedale dello Istituto Rockfeller per le ricerche mediche. *The Journal of experimental Medicine*, 1927, n. 1.

Morgenroth ed i suoi collaboratori hanno coltivato degli pneumococchi in un terreno contenente optochina, ottenendone microrganismi di forma varia, che essi ritengono essere degli streptococchi del gruppo *viridans*.

L'Autore ha ripetuto queste ricerche, ottenendo anche egli delle forme atipiche, che però considera come identiche alle forme pneumococciche, ottenute con varii altri metodi.

Non si tratterebbe affatto di streptococcus viridans, per le seguenti ragioni:

1) gli stipiti ottenuti non sono insolubili in bile, ma sono anzi più resistenti all'azione litica di essa degli pneumococchi tipici;

2) gli stipiti stessi si comportano identicamente agli pneumococchi e non agli streptococchi, per la prontezza con la quale le colture si autolizzano spontaneamente, e le soluzioni saline le disintegrano durante il congelamento, ed il disgelamento;

3) le reazioni immunitarie provocate dagli pneumococchi atipici ottenuti col metodo culturale di Morgenroth sono identiche a quelle provocate da pneumococchi atipici ottenuti con altre tecniche.

L'Autore non ha potuto neppure confermare le esperienze di Morgenroth e dei suoi collaboratori, concernenti la trasformazione dello *streptococcus haemolyticus* nello *streptococcus viridans*, mediante il trattamento col rivanol; e la mancata conferma non può essere attribuita a deficienze di tecnica.

E' possibile, per altro, che nove dei ventisei stipiti esperimentati manifestassero certe tendenze alla trasformazione, ma non si potè dimostrare la cosa in modo indiscutibile.

DERMATOLOGIA

L'associazione cerio-torio-calcio in dermatologia. L. Salou-stre, *La Clinique*, 1926, n. 73.

La dermatologia ha trovato nel cerio, nel torio e nel calcio tre elementi le cui virtù terapeutiche si completano e si esaltano a vicenda costituendo una trilogia sinergica delle più interessanti.

I sali di cerio sono antisettici e catalizzatori di ossidazioni; i solfati ed i cloruri cerici favoriscono la cicatrizzazione e la formazione degli strati epidermici; essi sono stati utilizzati nella terapia delle piaghe atoniche, scottature, ulcere varicose, tubercolosi cronica, cancri esterni.

I sali di torio sono antisettici della potenza del sublimato corrosivo, ed inoltre sono radioattivi, generando il mesotorio, il radiotorio, il torjo X, ed emettendo direttamente dei raggi X. Essi influenzano favorevolmente il lichen, il lupus, la psoriasi, ecc.

I sali di calcio intervengono nella trilogia, non come semplici solventi, come qualcuno ha creduto, ma partecipando alla mineralizzazione difensiva dei tessuti contro il cancro e certe dermatosi.

L'associazione cerio-torio-calcio non è solamente importante perchè le proprietà terapeutiche dei tre elementi si completano armoniosamente, ma anche perchè la presenza di ciascuno di essi permette agli altri due di esercitare una azione biologica più completa, poichè essi si catalizzano scambievolmente,

Il trinomio cerio-torio-calcio è stato applicato con successo alla terapia del lupus, delle adeniti, delle tubercolosi verrucose, delle piodermiti, impetigo, ed in generale delle dermatosi streptococciche, e per la distruzione delle tossine di ogni genere.

Al torio è dovuta principalmente l'azione favorevole del trimonio sulla psoriasi, il prurito e le affezioni ginecologiche.

Il cerio-torio è particolarmente efficace per le piaghe atoniche, scottature ed ulcere varicose.

Il calcio-cerio esercita una influenza favorevole specialmente sui cancri esterni, il cerio direttamente, il calcio come mineralizzante.

La dermatite medicamentosa da fenolftaleina. — Bondurant in Gelahomia. *The Urologic and Cutaneous Review*, n. 10, 1926.

E' noto che accidentalmente, per disposizioni del governo ungherese, nel 1909 si venne a scoprire che questa sostanza usata come cromico rosseggiante dei vini, o di altri prodotti alcalinizzati, riescisse catartica.

Fattane la scoperta, ecco il prodotto sfruttato nella fabbricazione dei lassativi in moltissime formole brevettate. I medici di oggi la prescrivono. Della tossicità che un tempo preoccupava non si fa gran conto. Tuttavia si sono venuti raccogliendo casi ora di disordini intestinali, ora di manifestazioni cutanee.

La dermatite suole manifestarsi a macule policrome, chiazze multiformi, a gruppi od isolate. Possono presentarsi sulle varie regioni del corpo; talora presentano qualche flittene. La pigmentazione è abbastanza caratteristica. C'è talvolta qualche affinità con le dermatiti da antipirina; qualche altra volta si è trovata rassomiglianza con manifestazioni arsenicali nel trattamento della sifilide.

Qualche osservatore l'avrebbe scambiata con l'erpete. Anche la lingua in una paziente osservata dall'A. presenta caratteristiche chiazze.

Incerto è ancora il meccanismo di azione. Se si tratta di cardiopatici, di nefropatici, si ricorre ad invocare la eliminazione del prodotto attraverso la pelle.

Digitized by Google

Parrebbe dal complesso clinico che ricorda quello dell'erpete, meglio doversi invocare un influsso neurotossico. Si avrebbe allora un perturbamento del trofismo, una disfunzione del pigmento; quindi la nosografia dermatitica speciale.

SIFILOGRAFIA

Arsenoterapia alla Sicard nelle aortiti luetiche. — G. Giauni (Clinica Medica della R. U. di Torino). *Minerva Medica*, anno VI, 1926.

L'A. ha fatto uso per la cura delle aortiti luetiche delle iniezioni di arsenobenzoli, eseguite secondo la tecnica proposta da Sicard per la sifilide nervosa e consistente nel servirsi di piccole dosi ripetute di medicamento, anzi che di dosi progressivamente crescenti, come si vuole fare comunemente con i preparati arsenicali. La via di introduzione è stata la endomuscolare (quadrante supero-esterno della natica) e la durata della cura di due anni, anche quando il paziente era migliorato dopo un primo ciclo di iniezioni, suddividendo ogni anno curativo in quattro trimestri: il 1° e il 3° destinati alla cura novarsenobenzolica, il 2° e il 4° di riposo.

La quantità totale di arsenobenzolo usato ha oscillato tra 20-30 gr., la quantità trimestrale tra 5-8 gr., eseguendo le iniezioni ogni giorno o a giorni alterni nella misura di 6-15 centigr.

Su 55 infermi di aortite così trattati, l'A. ha avuto 31 risultati favorevoli, 14 risultati discreti e 10 nulli. Nei casi favorevoli, soggetti in genere tra i 40 e i 55 anni, la cui sintomatologia era di data piuttosto recente, si è notato non solo miglioramento e scomparsa dei segni clinici (scomparsa del dolore retrosternale e delle irradiazioni dolorose alla spalla, al braccio, ecc.; scomparsa del senso di ambascia retrosternale, dell'eretismo cardiaco, delle crisi di asma riflesso, ecc.), ma anche modificazioni tali dell'immagine radioscopica da indurre l'A. ad ammettere la possibilità di guarigioni definitive. Nei risultati classificati come discreti, è stata solo la sintomatologia subbiettiva quella che ha maggiormente risentito della cura, con effetti però transitori. Nei casi che non hanno tratto giovamento dal detto trattamento, si trattava di lesioni di antica data, in vecchi con alterazioni del miocardio e arteriosclerosi abbastanza avanzate.

Come inconvenienti della arsenoterapia alla Sicard, nei suoi ammalati, l'A, non ha mai osservato crisi nitritoidi o alterazioni renali gravi; ha notato invece eritemi più o meno fugaci, scomparsa del riflesso achilleo nel 12 % dei casi e talora alterazioni del fegato (epatomegalia, urobilinuria, perturbamenti della funzione glicogenetica e ureogenetica con conseguente cefalea, vertigine, astenia): la persistenza di questi inconvenienti impone di sospendere senza indugio la cura.

La microprecipitoreazione di Kline e Young nella diagnos della sifilide. — T. G. Perrin. *Gaceta Médica de México*, agosto 1926, vol. 57, n. 4.

Inattivato il siero per mezz'ora a 56° C., Kline procede alla preparazione della miscela occorrente: 1 cmc. dell'antigeno colesterinato di Kahn viene mescolato a cc. 2,5 di soluzione salina fisiologica e con questa agitato fino a completa diluizione.

Si depositano quindi su un portaoggetti e nell'interno di un anello di paraffina ivi esistente cc. 0,06 di siero e cc. 0,015 della soluzione di antigeno: si mescolano quindi opportunamente i due liquidi. In due anelli laterali, nello stesso portaoggetti si possono fare le identiche operazioni, utilizzando un siero positivo ed uno negativo, come controlli.

Dopo quindici minuti di riposo, si porta il vetrino al microscopio, utilizzando per l'osservazione un obbiettivo debole (16 mm.) e un forte oculare (X 10).

Le reazioni positive mostrano un precipitato granulare, raggruppato in isolotti grumiformi, di grandezza variabile, secondo l'intensità della reazione.

Da quanto è detto si deduce che la reazione di Kline e Young è di facilissima attuazione; essa inoltre è utilissima nei casi in cui si ha a disposizione solo una piccola quantità di sangue.

UROLOGIA

Terapia endoscopica degli ascessi prostatici cronici. — D. Salifier. *La Clinique*, 1926, n. 73.

Limitando lo studio ai piccoli ascessi prostatici parauretrali, alle caverne prostatiche, l'A. pensa che l'unico trattamento razionale è l'apertura di essi, per via endouretrale, col galvanocauterio.

Col controllo della visione diretta, nella prima seduta l'orifizio piccolissimo è aperto con due punte di ferro in croce; nei giorni seguenti il massaggio prostatico favorisce l'uscita del pus. Otto giorni più tardi l'orifizio viene progressivamente ingrandito, in modo che non residui alcun velo mucoso in alto, che possa agire come valvola presso l'apertura, e nessun sollevamento di tessuto prostatico in basso, che determinerebbe un vero bassofondo dell'ascesso, per sollevamento del suo bordo inferiore.

Dal fondo della cavità all'apertura si deve ottenere un piano inclinato che permetterà un drenaggio perfetto. Pochi massaggi provocano successivamente l'uscita totale del pus, e delle pennellazioni a base di tintura di jodio, nitrato di argento o resorcina, praticate sotto il controllo uretroscopico, completano la pulizia della cavità.

Se coesiste una spermatocistite, bisogna praticare il massaggio della vescicola seminale, completato, se del caso, dal lavaggio (collargolo 5 %). Talora bisogna completare l'intervento, agendo sulla prostata: una ritenzione incompleta può essere migliorata sopprimendo un ascesso incistato della prostata, etc.

Il drenaggio endouretrale va considerato come una via di mezzo tra il semplice massaggio prostatico, e l'intervento chirurgico per via perineale, che talvolta è superfluo, ottenendosi gli stessi risultati col metodo anzidetto che è di gran lunga più semplice e meno pericoloso.

Cisti da echinococco della vescica. — O. Margarucci. *Bullet. e Atti della R. Accademia Medica di Roma*, anno 52, n. 6.

La localizzazione dell'echinococco nelle pareti vescicali costituisce un'evenienza assai rara. Essa può avvenire tanto nello spessore delle tuniche proprie (caso meno frequente), quanto nel connettivo perivescicale o nella stessa sierosa in rapporto colla vescica (caso più frequente).

Gli embrioni possono pervenire in questi luoghi o portativi per la via del circolo sanguigno o attraverso il grande cavo peritoneale (cisti secondarie) ovvero direttamente dal lume intestinale, attraverso le pareti del retto.

Cisti da echinococco possono riscontrarsi libere nell'interno del cavo vescicale, provenienti dalle vie urinarie superiori, in seguito a rottura ed irruzione nella pelvi renale di una cisti preesistente nel rene. In altri casi la presenza di vescicole può derivare dalla perforazione nella vescica urinaria di cisti sviluppate primitivamente in organi ad essa adiacenti (prostata, peritoneo, ecc.).

L'A. ha osservato un giovane che presentava bruciore alla iniezione ed emissione delle urine ematiche. All'esame obbiettivo si notava nella regione ipogastrica, un po' a sinistra della linea mediana e dietro del margine superiore della sinfisi pubica, una piccola tumefazione rotonda, liscia, a limiti netti.

L'esame cistoscopico fece rilevare verso l'alto fondo e a sinistra della linea mediana una sporgenza della parete vescicale, di colorito rosso bruno, rotondeggiante, del diametro di 2 cm.

Con la diagnosi di neoplasia benigna, dato il lungo decorso dell'affezione e le buone condizioni dell'infermo, si procedette all'atto operativo.

Alla faccia posteriore della vescica ricoperta dal peritoneo, che strettamente vi aderisce, si notò una notevole tumefazione. Questa, liberata, mediante incisione della sierosa peritoneale, viene asportata mediante incisione a tutto spessore della parete vescicale posteriore, tutt'intorno alla sua linea d'impianto, interessando la tunica muscolare e la mucosa.

Il pezzo asportato risulta di una sacca sferoidale, del volume di un albicocca, a pareti spesse, fibrose, sclerotiche.

La parete vescicale, con esso asportata, lascia riconoscere il rivestimento mucoso, alterato e, sui margini cruenti, i fasci della muscolatura liscia, che si sperdono e si confondono colle pareti della sacca cistica.

Praticando un'incisione sulla parete opposta a quella ove aderisce il pezzo di vescica escisso, cioè sulla parete che corrispondeva al cavo peritoneale, si affaccia subito la membrana proligera della cisti, pungendo la quale fuoriesce liquido chiaro e qualche frammento membranoso di cisti figlia.

RADIOLOGIA

La radioterapia delle infiammazioni acute. — O. Kingreen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 197, fasc. 1-6, luglio 1926.

L'A., nella clinica del Pels-Leusden ha irradiato 128 casi di infiammazioni acute, (foruncoli, paterecci, mastiti, ascessi; flemmoni; linfoadeniti, borsiti, appendiciti etc.) scegliendo tra quelli in cui si poteva rimanere in dubbio se fosse più opportuno incidere immediatamente oppure attendere ancora un poco. Le irradiazioni furono praticate con tubi Coolidge, a 120 K. V. di tensione, 25 cm. di scintilla, 3 mm. di filtro di Al. oppure 0,57 Zn + 1 mm Al. La dose è variata tra il 5 e il 20 %

L'azione dell'irradiazione è stata diversa a seconda del grado dell'infiammazione e delle dosi impiegate.

Più grave è l'infiammazione minore e la dose sufficiente a provocare una reazione. In genere la reazione generale, a differenza di quel

Digitized by Google

che si osserva nella proteinoterapia, è leggera e consiste in un poco di dolor di testa e di malessere per alcune ore dopo l'irradiazione.

L'A. non ha mai osservato brividi e vomiti; elevazioni termiche di circa un grado si sono verificate in circa un quarto dei casi. Molto più accentuata è la reazione locale; generalmente, da un'ora e mezza a quattro ore dopo l'irradiazione si ha un aumento del dolore, accompagnato da considerevole arrossamento e da tumefazione, specialmente appariscenti nelle infiammazioni superficiali. Da 8 a 12 ore dopo l'irradiazione i dolori e la tumefazione regrediscono e dopo 36-48 ore si può già giudicare se nel centro del focolaio vi è fluidificazione oppure se si può contare sopra una completa guarigione. Nei casi in cui il processo viene limitato la temperatura scende, per lisi, nei giorni consecutivi; mentre se si formano grossi ascessi essa prende il tipo intermittente. Se la febbre aumenta è segno che la infiammazione non si arresta e non bisogna posporre l'intervento.

Su 128 casi, in 61 si è avuta la guarigione, senza fusione e senza necessità di operazione, in 67 invece la fusione fu accelerata e fu necessario l'intervento.

Come conclusione l'A. afferma che non ostante che il 50 % circa dei casi siano guariti senza operazione la radioterapia non ha scosso il vecchio principio dell'« ubi pus, ibi evacua ». Il valore del trattamento risiede nell'accelerazione della fusione contemporanea alla inibizione del progresso dell'infiammazione.

Nei gravi flemmoni progressivi (p. es. del collo) non è il caso di ricorrere alla radioterapia, che non risponde affatto, e conviene affidarsi al coltello.

NELLE CLINICHE TEDESCHE

CLINICA GINECOLOGICA DELL'UNIVERSITA' DI HALLE

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA SIFILIDE NEL PERIODO DELLA GESTAZIONE

Lezione del prof. NÜRUBERGER — Direttore

Da alcuni clinici viene praticata durante la gravidanza una terapia antiluetica intensiva, nel senso di *therapia sterilisans magna* per il nascituro; da altri viene invece consigliata la interruzione della gravidanza, poichè ogni terapia sarebbe infruttuosa.

In tanto contrasto di opinioni, è straordinariamente difficile per l'ostetrico pratico di formarsi un giudizio sicuro; e così egli si trova in una posizione critica, poichè tali questioni hanno una importanza immediata nel campo diagnostico e terapeutico. Così è necessario porsi il problema da un punto di vista essenzialmente pratico.

E' stato detto che, in sostanza, una discussione sulla diagnosi sierologica della lue ha poca importanza per il medico pratico; ma ciò non è vero, poichè se realmente in qualche caso l'ostetrico pratico non può eseguire la sua ricerca sierologica in clientela, nella maggior parte dei casi ciò è possibile e perfino — come nel caso di balie — doveroso.

***

DIAGNOSI SIEROLOGICA. — La diagnosi sierologica della lue nel periodo della gravidanza presenta essenzialmente due difficoltà, e cioè:

1) la possibilità di una reazione positiva in soggetti non sifilitici (presenza di potere anticomplementare aspecifico);

2) o di una reazione negativa in soggetti sifilitici.

Nel primo caso si ha una reazione falsamente specifica; nel secondo si occulta una lue presente

I. *Fissazione del complemento aspecifico.*

A) nella madre.

La possibilità di Wassermann positive nel sangue retroplacentare di donne sane fu dimostrata per la prima volta da Spitz, e confermata in seguito dalle ricerche di diversi autori (Bunzel, Heynemann, Krukenberg, Sänger, Brünner, Stühmer e Dreyer, Esch e Wieloch; Haudorn e Georgi; Holn e Gunnert, Klee e Hoffmann, Klaften, Finkener e Neugarten etc.).

Queste reazioni aspecifiche nono sono, d'altronde, limitate alla sola Wassermann; esse si sono riscontrate, sebbene apparentemente con minore frequenza, anche per gli altri metodi sierologici, e precisamente per la Sachs-Georgi (Stühmer e Dreyer Esakyrogla) e per la Meinicke III (Esch e Wieloch, Winkler, Bauer e Nyiri), La frequenza di queste reazioni aspecifiche nel sangue retroplacentare variano, secondo gli Autori, dal 0 % (Blumenthal) al 55.8 % (Krukenberg) per la Wassermann, e dal 0.96 % (Esch e Wieloch) al 19.5 % (Winkler) per la Meinicke.

Le cause di tali reazioni falsamente positive del sangue materno possono essere diverse. Le più frequenti sono: 1) estranee al sangue (reagenti adoperati etc), o 2) inerenti al sangue: a) *modificazioni del sangue fuori dei vasi* (nello spazio retroplacentare) per le influenze più diverse, o b) *modificazioni del sangue nei vasi*, per ragioni non ancora ben chiarite. Comunque, oggi si può ritenere per certo il detto di Spitz che durante la gravidanza possono avvenire modificazioni nel sangue, che in alcuni casi ci parlano erroneamente di lue.

La percentuale più attendibile di queste reazioni falsamente positive è dell'8-10 % nelle gravide, nelle partorienti, ed anche nelle puerpere (fino alla 7ª settimana) perfettamente sane, e questo dato ha grande importanza pr metterci in guardia contro le reazioni positive nelle donne fino alla settima settimana di puerperio.

In questi casi, se la reazione è positiva, va ripetuta dopo qualche tempo; ma se dopo ripetute ricerche (con metodi diversi) e dopo un tentativo di riattivazione con una iniezione di Salvarsan (che abitualmente fa sparire le false reazioni positive), e dopo un'eventuale indagine sul liquor, il risultato è ostinatamente positivo, allora è raccomandabile anche nell'interesse del fanciullo una intensa cura mercuro-salvarsanica.

B) nel neonato.

Anche il sangue di neonati sani può dare una reazione positiva, e che tale risultato sia aspecifico viene dimostrato dal fatto che dopo breve tempo senza alcun trattamento tale positività sparisce. Vi sono dei casi nei quali il fanciullo dà una reazione positiva e la madre negativa. Questi casi sono difficili a spiegarsi se si ammette che la positività della reazione dipenda da reagine del sangue materno. Si deve invece ammettere che anche il sangue fetale possa esercitare un autoimpedimento.

In ogni caso, questa reazione positiva del sangue del cordone ombelicale non si deve senz'altro ritenere come una prova dell'infezione luetica del fanciullo.

II. *False reazioni negative.*

A) nella madre.

Già Wassermann ha dimostrato che il sangue manifestamente luetico reagisce negativamente in una certa percentuale dei casi, e la cosa è sata confermata da varii autori.

Da una grande statistica complessiva (Bruck, Matzenauer) risulta che:

nel primo stadio tutti i sieri reagiscono negativamente;
nel secondo stadio da 0 a 10 % reagiscono negativamente;
nel terzo stadio dal 10 al 30 %;
nella lue latente dal 40 al 50 %.

Le cause di queste reazioni negative possono ricondursi: a) al sangue stesso, e più precisamente: 1) ad alterazione del sangue nei vasi (cure specifiche, durata della malattia; alcoolismo): 2) ad alterazioni del sangue fuori dei vasi (aggiunta di alcali, estrazioni coll'etere o col cloroformio); b) a cause estranee (difetti di tecnica, o alterazioni nei reagenti).

Alla regola che nella lue latente, la Wassermann dà risultati negativi nel 50 % circa dei casi, fanno eccezione le partorienti e le puerpere con lue latente, poichè esse danno una reazione positiva nei 90-95 % dei casi (Baisch, Weber etc. etc.).

Il parto è così un'occasione insolitamente favorevole per la ricerca sierologica della sifilide, poichè si ha la possibilità di riconoscere un certo numero di casi di sifilide, fin allora non riconosciuti e non trattati. La ricerca riesce ancora più sicura se il sangue viene esaminato con diversi metodi (Wassermann, Meinicke III, Sachs-Georgi); se anche uno solo di essi dà risultato positivo, madre e fanciullo vanno tenuti sotto rigorosa osservazione.

In alcuni casi l'erroneità del risultato negativo della Wassermann praticata sulla madre, viene rivelata dalla reazione positiva nel figlio; in questi casi un'osservazione prolungata ci farà capire se si tratta di una reazione aspecifica nel sangue del figlio, o di una falsa reazione negativa nel sangue della madre.

B) nel fanciullo.

E' noto che una percentuale più o meno notevole — secondo alcuni fino all'83 % — di fanciulli con tutti i segni di una sifilide florida dà la Wassermann negativa. Praticamente questi casi non hanno importanza, poichè la diagnosi viene stabilita anche in difetto della prova sierologica.

Inversamente, dei fanciulli che alla nascita non mostrano la più piccola lesione clinica e che danno la Wassermann negativa, possono manifestare più tardi una lue florida (Halberstädter, Muller etc.).

Si può pertanto ritenere che la Wassermann nel fanciullo prima dei-

Digitized by Google

le prime manifestazioni parietali della lue congenita è frequentemente o di regola, ancora negativa (Pfaundler); così una reazione negativa nel sangue di un neonato non dimostra che il bambino non è affetto da lue congenita.

Se si volesse dunque concludere sul valore clinico delle reazioni sierologiche, bisognerebbe dire che il loro esito positivo nel periodo della gravidanza non dimostra con sicurezza la lue come il loro esito negativo non permette di escluderla categoricamente. E', in sostanza, quello stesso che vale per le reazioni eseguite al di fuori del periodo di gravidanza. Ai metodi sierologici si può solo dare dunque l'importanza di un elemento di verosimiglianza, o — come è stato detto — di un anello nella catena della diagnosi di lue.

Con tutto ciò le reazioni sierologiche nel periodo di gravidanza sono tutt'altro che inutili: anzitutto esse rappresentano qualche volta il primo ed unico punto di partenza per pensare alla sifilide nella madre e nel fanciullo; inoltre il periodo di gravidanza rappresenta una circostanza ottima per rivelare uno stato di lue latente, poichè in quel periodo le reazioni positive sono insolitamente più frequenti (90-99 %), che in altre condizioni (40-50 %). Se si volesse fare a meno della prova sierologica in gravidanza, la metà circa delle partorienti luetiche sfuggirebbe all'indagine.

***

Diagnosi clinica. Non si può negare che oggi il valore della diagnosi clinica della sifilide, è molto cresciuto, in confronto di quella sierologica.

D'altronde anche prima della reazione di Wassermann e della stessa scoperta del treponema. Matzenauer aveva già dimostrato (1913) che la dottrina della trasmissione germinativa della sifilide secondo la legge del Profeta non è attendibile; e per quanto riguarda i rapporti della sifilide con la genesi dell'aborto, si sapeva che la sifilide è una delle cause più frequenti dell'aborto, che essa nelle grandi città produce più aborti che tutte le altre cause abortigene messe insieme, e che per essa si ha minor numero di aborti nei primi mesi che in quelli posteriori e di parti prematuri. A tali constatazioni si era pervenuti esclusivamente attraverso la clinica e l'indagine sierologica le ha semplicemente confermate.

Per ciò che riguarda l'identificazione della lue nell'anamnesi ginecologica, ricordiamo che tutto è affidato al fatto, all'acume, alla capacità di adattamento del medico, e che è di grande importanza il pensare semplicemente alla possibilità di una sifilide per essere molto facilitata nella ricerca. Non bisogna lasciarsi sviare in questi casi, nè dall'età, nè dalla posizione sociale, nè dallo stato dell'interessata, e tener presente che molto spesso si tratta di sifilide ignorata.

Per la ricerca clinica è naturalmente necessario conoscere esattamente la sintomatologia così estremamente variabile della lue, ed è del maggiore interesse fare delle accurate indagini su tutte le zone di possibile localizzazione della malattia.

Per la identificazione, pertanto, della sifilide durante la gravidanza, è anzitutto necessaria la ricerca sistematica delle stimmate luetiche in tutto il corpo.

A) nella Madre.

Tale ricerca sistematica va praticata successivamente sulla *testa*, sul *collo*, sul *tronco*, sulle *estremità* e poi si constaterà la presenza o meno di *manifestazioni generali*.

Per la *testa*, va fatta attenzione alle deformità del cranio, alle iperostosi delle ossa craniche, alla forma della fronte, al colorito alla caduta dei capelli (diffusa o circoscritta), all'esistenza del naso a sella, delle narici a binoccolo (Fournier), ai processi ulceratici della mucosa nasale.

Nella *bocca*, bisogna esaminare le *labbra* (sifiloma iniziale, condilomi piani, ulcere gommose, cicatrici ragadiformi, esantemi luetici nei pressi della bocca); i *denti* (forme di Hutchinson, forme a botte, a cacciavite, etc.) che hanno la maggiore importanza per la diagnosi di lue congenita; la *lingua* (sifiloma iniziale, papule, [piccole biancastre come disegnate a punta di lapis, o rossastre, un po' approfondate, lucenti] leucoplasia, e forme gommose), la *mucosa delle guancie* e le *gengive* (sifiloderma maculoso, papule, placche di leucoplasia, forme ulcerative), le *tonsille* (sifiloma iniziale, condilomi piani, forme gommose ed ulcero-membranose, forme simbiotiche con l'angina di Plaut-Vincent, e con difterite), il *palato* ed il *faringe* (forme eritematose, condilomi piani, forme ulcerative e cicatriziali).

Per gli *occhi*, si rcercheranno eventuali intorbidamenti della cornea da cheratite parenchimatosa, irite, anomalie pupillari (rigidità, anisocaria, miosi), eventuale paralisi dei muscoli oculari, e malattie dell'occhio interno.

Si esaminerà pure la funzione *uditiva* con la voce bisbigliata, ed anche il sordomutismo è frequente espressione di lue congenita. Ed infine si ricercherà la presenza di eventuali linfoadeniti dure ed indolenti delle sottomascellari, sottolinguali e preauricolari.

Sul *collo* si ricercherà la presenza del leucoderma (che, per altro, non è un segno infallibile di sifilide), della linfoadenite giugulare o occipitale (frequente nel periodo secondario); e si porrà attenzione alla raucedine

Sul *tronco* si possono osservare esantemi (maculoso, papuloso, pustuloso, polimorfo); dolori nelle ossa, forme periostee del periodo secondario, iperostosi, esostosi, «scapola scfaoidea», linfoadenite nella regione paramanillare, forme varie di mastite,

Nel *cuore* si ha insufficienza aortica nei 2/3 dei casi; la milza è ingrossata (splenite sifilitica).

Sui *genitali* si possono osservare *lesioni primitive* con *adenite inguinale, papule* (non prima di 5 o 6 mesi dalla infezione; sull'*ano*: sifiloma iniziale (spesso confuso con noduli emorroidarii), condilomi piani, forme ulcerose, e cicatrici serpiginose, renifotmi (esiti di papule ulcerate o di gomme).

Sulle *estremità* possono esservi sifilomi iniziali, particolarmente sulle dita (falsi paterecci), esantemi, forme palmari e plantari (roseola, psoriasi sifilitica, sifilide tubero-serpiginosa anulare), onissi e perionissi, forme papulose interdigitali, ulcerazioni gommose alle gambe, tumefazioni dolorose delle guaine tendinee, gonfiori e versamenti articolari, forme ossee (periostiti, esostosi, iperostosi, particolarmente della tibia e dell'ulna: « tibia a taglio di sciabola »).

L'invasione dell'organismo da parte delle spirochete è caratterizzato inoltre da alcune *manifestazioni generali*, tra cui hanno particolare importanza: la *pallidezza* (anemia), la *cefalea*, le *vertigini*, i *brividi*, la *palpitazione*, l'*edema dei malleoli*, l'*insonnia*, *dolori a tipo nevralgico* (particolarmente del trigemino e degli intercostali), *dolori osteocopi*, *dolori articolari*, *spossatezza*, *parestesie*, disturbi a carico delle *funzioni digestive* (inappetenza, polidipsia, bulimia, diarree *ittero*, *albuminuria*.

Tutte queste manifestazioni, sole o combinate, in una donna gravida possono essere considerate anche come manifestazioni di una tossicosi gravidica; bisogna, per altro, pensare sempre alla possibilità della lue.

B) nel neonato e nel lattante.

La diagnosi clinica di lue congenita viene resa notevolmente difficile per il fatto che l'affezione non dimostra un decorso continuo, progressivo o regressivo ma si presenta con attacchi o « poussées » la cui durata è estremamente varia.

Nei neonati le forme cutanee luetiche caratteristiche (pemfigo) non sono frequenti, e le manifestazioni delle mucose mancano completamente, poichè si presentano nelle prime settimane della vita extrauterina

Secondo Pfaundler, manifestazioni cutanee e mucose della lue congenita sono presenti, nella prima settimana di vita extrauterina nel 14 % dei casi, nella seconda nel 20 %, nella terza nel 28 %, e così via crescendo fino alla decima settimana in cui le manifestazioni suddette si riscontrano nel 91 % dei casi.

In quel periodo della vita del fanciullo, che ha maggiore importanza per l'ostetrico, vale a dire nelle prime due settimane di vita, solo il 20 % dei nati si lasciano riconoscere come infetti, in seguito all'esame clinico; il restante 80 % di fanciulli eredoluetici restano sconosciuti; così le possibilità di lottare contro l'affezione sono molto limitate.

Per altro, non mancano all'ostetrico altri compiti importanti, a cominciare dalla questione dell'allattamento.

Se viene dimostrata nel neonato la lue congenita, allora bisogna farlo allattare solo al petto della madre, poichè solo questa può non essere infettata dal suo bambino luetico (legge di Colles). Dal punto di vista pratico è di straordinaria importanza il fatto che il latte di una madre luetica può divenire infettivo; la dimostrazione delle spirochete nel latte — ad onta delle numerose ricerche — non è stata finora possibile, ma si è riusciti con iniezioni di colostro o di latte di donna ad inoculare nel coniglio la sifilide nel testicolo, con reperto positivo di spirochete.

Praticamente, bisogna considerare come infetto il latte di una madre sifilitica, e tuttocciò che direttamente od indirettamente viene in contatto col suo petto; e vanno, su questo argomento, prese le precauzioni

Fortemente infettivo è anche il secreto nasale nella corizza sifilitica e lo stesso dicasi della eventuale secrezione ombelicale ecc. La cicatrice ombelicale, che può contenere numerose spirochete, può venire considerata come una sorgente di infezione luetica, e tutte le alterazioni nel suo stato, fino alla sicurezza batteriologica della diagnosi, vanno sempre considerate come una possibile infezione sifilitica, e va provveduto in conseguenza.

Con tali misure di difesa per le persone familiari di una madre e di un bambino luetici, l'ostetrico non ha ancora completato la suo opera profilattica. La nascita di un fanciullo erodoluetico è spesso il primo ed

Digitized by Google

unico elemento per giungere ad una diagnosi di sifilide di una madre. In tal modo viene data la possibilità alla madre di superare le future gravidanze con un energico trattamento, ed ai figli venturi di nascere sani.

***

SINTOMI DELLA LUE CONGENITA NEL NEONATO E NEL LATTANTE.

Testa: alopecia diffusa o circoscritta, colorito bruno-giallastro del viso (come caffellatte chiaro, o come le dita del fumatore di sigaretta), esantemi maculo-papulosi, (particolarmente sulla fronte e sulla bocca), ittero, rinite. Il naso ed in genere le vie respiratorie superiori del neonato sono estremamente sensibili a qualunque forma di infezione. Se il secreto nasale è muco-emorragico, bisogna fare la ricerca batteriologica per differenziare un processo luetico, da un altro difterico o gonorroico.

Nei dintorni della bocca si nota infiltrazione diffusa e formazione di ragadi; l'orlo delle labbra è slargato, rossastro, lucente. Ma d'importanza essenziale è la presenza dei condilomi piani, sulle labbra, sulla lingua, o sul palato.

Tronco: sifiloderma maculo-papuloso circoscritto o diffuso, che lascia zone pigmentate residuali per diverse settimane, itterizia (che però non ha importanza patognomonica, potendosi riscontrare anche nei neonati non luetici nei primi giorni di vita). Però l'ittero, che diremmo aspecifico, incomincia dopo due o tre giorni dalla nascita, e sparisce al più tardi dopo due settimane. Qualunque deviazione da questo decorso-tipo deve far pensare alla sifilide.

Ed ancora sul tronco va ricercata la presenza dell'*ulcera ombelicale*, che però può essere dovuta anche a cause banali; e nei visceri la presenza di *tumefazione della milza*, che nei primi due mesi di vita deve far pensare alla sifilide.

Estremità: sifiloderma maculo-papuloso, straordinariamente caratteristico sulla superficie anteriore delle cosce e delle gambe, che permette la diagnosi *d'emblée;* pemfigo palmare e plantare (frequentissimo e caratteristico); infiltrazione diffusa, con arrossimento (o color bruno-giallastro) della palma delle mani e della pianta dei piedi che si presentano lucenti e tese. Questa manifestazione di lue congenita è poco nota, ma è molto importante, poichè costituisce talora l'unica manifestazione di sifilide.

Importante è anche il *reperto radiologico* delle estremità, poichè le ossa lunghe appaiono affette con frequenza straordinaria da due forme diverse: o da osteocondrite sifilitica epifisaria, o da periostite ossificante diafisaria. Tali manifestazioni si esteriorizzano clinicamente solo con rarità, cioè quando l'osteocondrite giunge a tal punto da provocare il distacco epifisario (pseudo-paralisi del Parrot).

Sono da fare alcune osservazioni: l'osteocondrite è già in atto al momento della nascita; può progredire, ma non si inizia mai dopo la nascita; la periostite, invece, può essere presente al momento della nascita, ma può anche iniziarsi dopo alcune settimane o dopo alcuni mesi. Così, la ricerca radiografica va ripetuta di tanto in tanto. Tanto l'osteocondrite, quanto la periostite sono più frequenti agli arti inferiori, ma si riscontrano anche non raramente agli arti superiori.

Dal punto di vista della pratica quotidiana, va ricordato come è molto più facile in clientela sottoporre la madre ed il bambino ad un esame radiologico, che ad una ricerca sierologica, che è invece — nella migliore delle ipotesi — una continua sorgente di nervosismo, e che riesce completamente superflua, in presenza di alterazioni come quelle surricordate.

Manifestazioni generali: febbre, stanchezza, inquietezza, mancanza di appetito, lievi disturbi viscerali, diminuzione o stazionarietà del peso, forti grida notturne abituali (segno di Sisto).

***

TERAPIA. Il problema centrale di tutto lo studio della lue in gravidanza è la profilassi della sifilide congenita.

La profilassi ideale sarebbe questa, che i due genitori al momento del congiungimento fossero guariti delle loro manifestazioni; ciò non è praticamente realizzabile con facilità, ma molti medici svolgono in questo senso una campagna non inutile.

Intanto è molto diffusa la credenza che per avere dei figliuoli sani sia sufficiente che una donna luetica si curi seriamente prima della gravidanza. Tale credenza è rafforzata dalla constatazione che in seguito ad un trattamento che ha preceduto la gravidanza, la proporzione dei fanciulli che son nati vivi e privi di segni clinici di sifilide, sale chiaramente.

Ma non si sarebbe certo contenti se si seguissero questi fanciulli apparentemente sani, poichè si vedrebbe gradatamente come molti di essi siano egualmente affetti da lue congenita.

In questi ultimi anni sono state fatte numerose statistiche, dalle quali emerge chiaramente che un serio trattamento da parte della madre prima della gravidanza non è sufficiente ad assicurare una prole sana.

Su 100 donne luetiche che praticamente *non* si erano curate, 97 ebbero figli ammalati, e 3 figli sani.

Su 100 donne luetiche che praticarono la cura solo *prima* della gravidanza, 86 ebbero figli ammalati, e 14 figli sani.

Su 100 donne luetiche che praticarono il trattamento *durante* la gravidanza, 14 ebbero figli ammalati ed 86 figli sani.

Qualunque commento è superfluo, per dimostrare — dopo queste statistiche — la necessità che la madre pratichi un serio trattamento *durante la gravidanza, anche se ha da poco finito una serie di cure antiluetiche.* Ciò trova la spiegazione nel fatto che la gravidanza provoca una mobilizzazione delle spirochete ancora esistenti nell'organismo.

Il trattamento specifico di una gravida luetica non è, evidentemente, di competenza dell'ostetrico; per altro questi deve almeno essere al corrente con i principii della terapia per consigliare opportunamente le proprie clienti.

Il vecchio metodo di cura mercuriale con o senza joduro di potassio deve essere — in base alle recenti ricerche di Boas e di altri — considerato come insufficiente. Il Matzenauer consiglia per il periodo della gravidanza due serie di cure di mercurio o bismuto combinato col salvarsan; la prima serie tra il 3° ed il 4° mese; la seconda tra il 6° ed il 7°. Le iniezioni endovenose di salvarsan vanno praticate ogni 3 giorni incominciando da 0,30 ed arrivando gradatamente a 0.60 grl. Nei giorni intermedi viene iniettato il preparato mercuriale o salvarsanico.

Il Boas suggerisce un metodo di cura essenzialmente non dissimile: 8-10 iniezioni di salvarsan intercalate da altrettante iniezioni di un preparato mercuriale insolubile, da ripetersi — con un mese di riposo tra una serie e l'altra — per tutta la durata della gravidanza. Almokvist cura le gestanti con metodo combinato mercuriale salvarsanico, senza interruzione per tutta la durata della gravidanza.

Le irritazioni renali da gravidanza non costituiscono una controindicazione al trattamento, tuttavia è necessario sorvegliare l'eliminazione dell'albumina, poichè se essa aumenta fortemente la cura va interrotta.

Queste norme giovano per i casi ordinarii; esistono però delle difficoltà particolari che bisogna tenere presenti; per esempio quella in cui si viene a trovare il medico se la donna si presenta da lui a gravidanza inoltrata, o se la cura deve essere, per un motivo qualunque, interrotta. Diversi Autori pensano che in questi casi — poichè il neonato sarà con ogni verosimiglianza gravemente infetto — sia da consigliarsi l'interruzione della gravidanza.

Bisogna però fare distinzione tra mese e mese di gravidanza. Prima del 4° mese, il feto, con verosimiglianza che raggiunge la certezza, non è stato ancora infettato; dopo il 6° mese il feto è vitale, solo sarà affetto molto più gravemente che se fosse stato trattato durante la vita intrauterina.

Ma se la donna si presenta dal medico tra il 4° ed il 6° mese, allora si è ancora in tempo di praticare una cura fondamentale, che va naturalmente continuata dopo la nascita.

Il trattamento postnatale è, per altro, assai ricco di delusioni. Comunque, non pare che l'interruzione di gravidanza possa essere qui autorizzata, e lo stesso vale per i casi nei quali la cura deve essere interrotta. Anzitutto i casi in cui la cura mercuriale-salvarsanica non viene tollerata sono assai più rari di quanto si crede; eventualmente si può cambiare il preparato, usando, per es., in luogo del salvarsan l'Albert 102, che appare meno tossico. In estrema ipotesi, se neanche questo venisse tollerato, non c'è che da interrompere la cura, ed attendere di trattare il fanciullo dopo la nascita, se il parto sarà vitale.

Certo che dal punto di vista legale, oggi apparirebbe come molto discutibile una indicazione di interruzione di gravidanza per sifilide del nascituro.

Alcuni pensano di combattere la lue congenita con alte dosi di salvarsan (fino a 0.90), che possono mettere in pericolo la vita della madre. Tale metodo non è affatto giustificabile, poichè si sono ottenuti risultati ottimi con dosi minori; ed in tutti i casi si potrebbe ricorrere al metodo delle iniezioni frazionate del medicamento (Schreus).

Anche questi pochi cenni mostrano come sia complicato il problema della lue in gravidanza. Per giungere ad una soddisfacente soluzione, è necessario che alla opera dello sperimentatore si unisca la collaborazione del medico pratico, che potendo seguire le vicende di una coppia e di una famiglia attraverso decenni, possa portare il tesoro delle proprie preziose osservazioni cliniche. (Dalla *Medizinische Klinik*, 1926, fasc. 6),

Digitized by Google

PER LA PRATICA

VENEREOLOGIA

OSPEDALE DI SAN LAZZARO IN TORINO
Medico Primario: Prof. A. FONTANA

SULL'ULCERA ACUTA VULVARE E SULLA SUA IMPORTANZA MEDICO-LEGALE

per il dott. A. V. FERRARI — Medico Assistente

Oltre alle forme ulcerative acute provocate dalla sifilide o dall'ulcera venerea, nei trattati si accenna fugacemente ad un complesso di ulcerazioni a decorso acuto dei genitali esterni femminili, dette aftose o difteroidi od erpetiche o gonorroiche, che si differenziano dalle prime per eziologia e morfologia, e diagnosticabili in rapporto ad altre manifestazioni della stessa natura, coesistenti sovente in punti diversi, mucosi e cutanei, e per la concomitanza di sintomi generali. Abbastanza noti sono i quadri imponenti della difterite vulvare e delle ulcerazioni cancrenose. Ma all'infuori di queste forme ulcerative ne esistono altre molto meno note, state oggetto in questi ultimi anni di descrizione, specie da parte di AA. tedeschi ed americani e recentemente anche in Italia da parte di Crosti e Buquicchio. Si tratta di ulceri descritte con numerosi nomi, quali *ulcera pseudo-tubercolare* da Scherber, *ulcera semplice* da Buscke, *pseudo-ulcera venerea* da Jadassohn, *ulcera pseudo-venerea* da Lipschütz che in seguito la denominò *ulcus vulvae acutum*, e *veneroid ulcer* da parte degli AA. americani, lesioni tutte in cui i soli rilievi clinici sono insufficienti a porre una diagnosi differenziale precisa, potendo i vari caratteri delle lesioni (numero, situazione, aspetto dei margini, fondo, essudato, reazione infiammatoria secondaria) essere variabilissimi e comuni a lesioni provocate da germi diversi od alterati dalla sovrapposizione dell'abbondante flora batterica locale. Anche i caratteri secondari (febbre iniziale e fugace o duratura, adenopatia satellite mancante o lieve, insorgenza acuta, evoluzione benigna con tendenza alla riparazione talora anche spontanea) non sono di natura tale da rendere molto più facile la diagnosi. Bisogna più che altro sospettarle quando si riscontrano in donne giovani e sopratutto nelle vergini e procedere alla diagnosi per esclusione di altre forme, valendosi di tutti i dati morfologici, batteriologici etc.

Pur esistendo ancora numerose divergenze di vedute intorno alla eziologia e pur trattandosi di forme che solitamente hanno un'evoluzione sintomatologica benigna e che si possono portare a riparazione coi più semplici mezzi terapeutici, meritano di essere conosciute e studiate, oltrechè per l'interesse teorico, eziologico, diagnostico, terapeutico, anche perchè hanno una grande importanza medico-legale. Sembra in fatto che si tratti di forme non contagiose, non trasmissibili con il coito, dovute ad auto-infezioni per eventuali particolari reazioni, per cui germi, viventi allo stato saprofitico, possono diventare virulenti, dando origine a processi patologici. Come si è detto colpiscono sovente giovani donne vergini, ma compaiono anche in altre con commercio venereo. Abbastanza ben identificato, per il contributo casistico batteriologico, è il gruppo descritto da Lipschütz col nome di « ulcus vulvae acutum » e distinto in tre quadri sintomatologici: cancrenoso, pseudo-venereo e miliare a seconda dell' entità e della distribuzione del processo ulcerativo.

L' identificazione nella forma di ulcus vulvae acutum dovrebbe farsi per la constatazione del « *bacillus crassus* » descritto e ritenuto da Lipschütz come agente eziologico, bacillo grosso, tozzo, ben colorabile, Gram positivo, trovato nelle ulcerazioni talora in cultura pura, altre volte commisto a varia flora batterica. E' stato identificato col « *bacillus vaginae di Döderlein* » nei caratteri morfologici e culturali e dal Löwi aggregato biologicamente al gruppo dei galatto-batterii per la sua proprietà di produrre acido lattico. È normalmente saprofita dei genitali femminili ed in condizioni particolari (acidità vaginale ?) si virulenterebbe diventando patogeno. Raccolto dalle lesioni ritenute specifiche, non ha dato manifestazioni di innesto secondario, nè si è dimostrato contagioso. Questo ultimo fatto ci induce o a qualche riserva sul valore delle affermazioni di Lipschütz od a ritenere necessario anche un fattore locale favorevole lo sviluppo del bacillo in sito; perchè altrimenti bisognerebbe pensare che la presenza di detto bacillo non sia che occasionale e secondaria alla insorgenza delle ulceri. Questo punto faremo oggetto di ulteriori studi.

Nel corrente anno e precisamente nel mese di giugno, ho avuto occasione di osservare una di queste forme, interessante sotto tutti i punti di vista dianzi accennati. Si trattava di una bambina, di anni 13 dimorante in un comune rurale, di famiglia contadina, stata portata all'Ospedale S. Lazzaro con denuncia di violenza carnale ed ulcere veneree ai genitali. Raccontava, che mentre qualche sera prima rincasava, giunta in vicinanza di un fabbricato deserto, era stata fermata da uno sconosciuto che minacciandola di morte, l'obbligò a togliersi i calzoncini ed a soggiacere alle sue brame, senza peraltro essere malmenata, essendosi essa acconciata a subire l'atto. Dopo qualche giorno, colta da malessere generale e sentendo dolore alla vulva, non potè oltre tener celato il fatto ai famigliari. Di qui visita medica ed invio all' Ospedale colla denuncia di cui sopra. Sottoposta ad accurata visita, (di cui si rilasciò reperto al Tribunale) si constatò quanto segue: lieve edema dei genitali esterni, con arrossamento diffuso a tutto il perineo. Sulle grandi labbra complessivamente sette ulcere, di grandezza varia, di forma ovalare, col maggior asse disposto parallelamente alla direzione delle grandi labbra, ricoperte da modica quantità di pus grigiastro aderente che, rimosso, metteva in luce un fondo regolare, rosso, nettamente ulceroso, poco profondo. Margini regolari, leggermente sottominati con tutt'attorno un pò più accentuato lo stato infiammatorio dei tessuti. Dolore, ma non eccessivo, alla palpazione. Aperte le piccole labbra, due ulcere, sulla faccia interna identiche alle descritte; imene roseo, integro. Nessuna secrezione purulenta dal meato uretrale e dalla vagina. Lievissimo risentimento delle ghiandole inguinali di un lato, un po' ingrossate, ma indolenti alla palpazione. Sulle coscie nessuna traccia di graffiature, unghiate ecc. Scomparsi i disturbi generali iniziali, stato generale ottimo, senza elevazione febbrile.

L'aspetto di queste ulcere ricordava vagamente quello di ulcere veneree superficiali, ma l'insorgenza accompagnata da malessere, la scarsità del processo distruttivo, il dolore non eccessivo, la minima reazione ghiandolare, ci resero dubbiosi sulla diagnosi. Si poteva clinicamente escludere una forma difterica per il carattere dell'essudato, per lo scarso infiltrato sottostante all'ulcera, minimo risentimento ghiandolare. Così pure sembrava da escludersi una forma aftosa perchè non vi era traccia di orletto bolloso, non coesistevano lesioni sulle altre mucose, nessun prodromo imponente di natura esantematica o reumatica. Il mio Primario Prof. Fontana per questi caratteri clinici e per la giovine età della malata, ci indicò come diagnosi probabile quella di *ulcus vulvae acutum* di cui egli aveva osservato anni prima un caso, pure in giovine donna vergine che non aveva avuto rapporti venerei, caso studiato e rimasto inedito per il decesso del dottor Giorgis, assistente della Clinica Dermo-Sifilopatica di Torino.

Le ricerche microscopiche, negative per lo strepto-bacillo di Ducrey, per il Treponema, pel bacillo di Löffler, pel gonococco nel secreto uretrale e vaginale, diedero invece un reperto abbondantissimo, quasi in cultura pura, frammisto a pochi altri germi banali, di un bacillo coi caratteri descritti da Lipschütz per il b. crassus: grosso; tozzo, facilmente colorabile, Gram positivo, che si ottenne pure, commisto ad altre forme batteriche e cocciche banali, *dalla secrezione vaginale*, e che il Prof. Fontana riconobbe nettamente identico a quello osservato nel caso del dott. Giorgis, stato classificato dal Prof. Sangiorgi.

Un tentativo di auto-inoculazione diede esito nullo, come pure l'inoculazione nella cornea del coniglio.

Le lesioni trattate con semplici medicature antisettiche

Digitized by Google

(acido borico, soluzioni di nitrato d'argento) ripararono in pochi giorni e contemporaneamente scomparvero i segni infiammatori dei genitali esterni; confermandoci così la natura non venerea.

La constatazione del bacillo crassus ci fece ritenere pertanto che si trattasse veramente dell'ulcus vulvae acutum ed in particolare della varietà pseudo-venerea.

Venendo ora al lato medico-legale che questo caso presenta, quale responsabilità si poteva addebitare all'individuo colpevole dell'atto di violenza? Tralasciando di dare importanza alla mancata defloràzione, impossibile del resto per condizioni anatomiche ovvie, la negazione del contagio venereo veniva a togliere una delle aggravanti dell'imputazione. Si poteva però dare qualche importanza all'atto di violenza per la insorgenza delle ulcere acute? Come si è detto si tratta di lesioni che compaiono spontaneamente, osservate spesso in donne giovani ed anche vergini, in assenza assoluta di contatti venerei, non trasmissibili con il coito, e dovute a germi saprofiti normali della vagina femminile che si virulenterebbero per cause ancora non ben chiare, forse anche alteranti le mucose e quindi favorenti l'innesto e l'attecchimento. Il Buquicchio fa acutamente notare il fatto che le sue osservazioni ebbero luogo tutte durante il periodo estivo, epoca in cui per l'aumentata temperatura, la secrezione vaginale può diventare facilmente più abbondante e più acida, in assenza di speciali norme d'igiene, e quindi forse favorire la virulentazione di questi germi che biologicamente si fanno appartenere ai galattobatteri. Non è da escludersi ripeto, a mio modo di vedere, che la stessa causa di iperacidità della secrezione non possa alterare anche gli strati superficiali delle mucose e favorire l'innesto, dando così un fattore locale che spiegherebbe la negatività dei tentativi di inoculazione.

Nel mio caso queste ragioni potrebbero essere valide, tanto più trattandosi di una bambina vivente in una famiglia di contadini, di cui ben note sono le minime cure igieniche e specie dei genitali. L'assenza di violenti tentativi manuali, di graffiature, abrasioni, ci può far escludere un'eventuale azione favorente traumatica al trapianto ed innesto del germe, del resto poco attendibile per quanto sopra detto sull'attecchimento degli innesti; quando non si voglia pensare, in via puramente ipotetica, che lo sperma ejaculato sulle grandi labbra e non rimosso, abbia potuto per fermentazioni o processi putrefattivi indurre delle alterazioni di reazione e d'ambiente tali da favorire l'insorgenza delle ulcere.

In appoggio a quest'ultima ipotesi stanno i casi, fattici osservare dal Professor Fontana, di balanopostiti in individui col glande ricoperto dal prepuzio e non eccessivamente curanti della pulizia dei genitali, intervenute dopo ejaculazioni notturne.

Ricorderò infine, per confermare la grande importanza medico-legale di questi casi, che nell'osservazione del dottor Giorgis si trattava di giovinetta ricoverata in Istituto a carattere semi-conventuale in cui si erano sospettati atti di violenza carnale con contagio venereo, il che si potè escludere solo coll'accurato studio della morfologia delle lesioni, del loro reperto microscopico e decorso.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia dell'ulcera acuta vulvare è raccolta nella monografia di Lipschütz. Ulcus Vulvae acutum. Dermatologische Studien. Bd. 25. 1923. Edit. Voss. Leipzig. — V. inoltre: M. Olson. Veneroid ulcer. Arch. f. Derm. a. Syph., marzo 1920. — Mc. Donagh. Acute ulceration of the vulvae. The Brit. Journ. of Dermat. a Syph., luglio 1924. — A. Crosti. Considerazioni su di alcuni casi di ulcerazioni acute dei genitali esterni femminili di natura non venerea. Gior. Ital. Derm. e Sifil., n. 11, 1925. — A. Buquicchio. Contributo clinico sperimentale alla conoscenza delle ulcerazioni acute non veneree dei genitali esterni femminili ibidem.

DIAGNOSTICA

L'esame delle fecce nelle emorragie occulte

A. S. Werner (Zurigo) (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 44) ricorda che a tale scopo vengono utilizzate la ricerca dei corpuscoli rossi — che però spesso riesce negativa in casi certamente positivi — ed alcune reazioni di ossidazione (trementina e guaiaco, aloina, benzidina, fenolftaleina), che però non sono specifiche del sangue, ma danno risultato positivo anche con i sali di ferro, di bismuto, con alcuni fermenti vegetali ed animali, etc.

Una ricerca specifica è la dimostrazione spettroscopica dell'emocromogeno, e meglio ancora della porfirina. La prima serve fino a che i derivati ematici, nel loro processo di progressiva scomposizione, non sono andati al di là dell'ematina; la ricerca spettroscopica dell'emotoporfirina serve per quanto tutto il sangue si è già trasformato in porfirina, od in altre sostanze ancora più semplici, senza ferro.

In ogni caso tali ricerche possono dare risultato attendibile solo se il paziente viene posto per più giorni ad una dieta acarnea, non viene trattato con medicine che contengono ferro o bismuto, e non fa abuso di legumi verdi. Bisogna anche fare attenzione di non pulirsi i denti con lo spazzolino, per non provocare emorragie, ed evitare assolutamente le rinorragie.

Dopo 3 giorni di sorveglianza in queste condizioni, vengono esaminate le feci del 4°, 5° e 6° giorno, con la prova della benzidina, e con la ricerca spettroscopica della porfirina.

Con tali metodi, l'Autore ha esaminato negli ultimi tre anni 450 pazienti con sofferenze gastriche od intestinali.

Di essi, 345 dimostrarono nelle feci presenza di emorragie occulte, e solo 105 dettero negative tanto la prova della benzidina, che quella della porfirina.

Dei 450, 240 non avevano certamente alcuna affezione organica dell'apparato digerente, 127 sfuggirono alle ulteriori ricerche, e solo 83 dimostrarono processi ulcerosi o carcinomatosi dell'apparato gastro-intestinale.

E' stato anche sottoposto alla ricerca un certo numero di individui sicuramente sani. Sottoposti a dieta appropriata, essi dettero costantemente negative le diverse reazioni, ma anche molti degli ammalati di emorragie occulte, con reperto clinico e radiologico negativo, non dettero le reazioni positive, dopo di essere stati sottoposti alla dieta. Inversamente, si è potuta constatare positività delle reazioni anche per malattie che non appartenevano allo apparecchio gastro-intestinale.

Si trattava in genere di lesioni emorragiche delle prime vie digerenti, stasi susseguente a malattie di cuore o del fegato, diatesi emorragica, lesioni ateromatose dei vasi, vomito nervoso, alterazioni mestruali, stenosi pilorica benigna, etc.; ma la presenza di queste malattie può essere facilmente constatata; come pure senza gravi difficoltà può farsi una diagnosi differenziale tra ulcera e carcinoma dello stomaco. In questi casi l'importanza dell'esame delle feci non è eccessiva.

Molto importanti sono i casi di emorragie occulte, che a ripetuti esami, danno costantemente positiva la reazione della benzidina e quella della porfirina, o almeno quella sola della porfirina.

Una reazione ripetutamente negativa nella prova della benzidina ed in quella della porfirina esclude quasi con sicurezza il carcinoma, ed un'ulcera recente con grande verosimiglianza.

Quando la reazione della benzidina è costantemente positiva bisogna pensare alle emorroidi, innanzi tutto.

Anche se si possono escludere le affezioni di altri organi o le irritazioni locali (oxyuris, prurito anale etc.), si debbono praticare le ricerche radioscopiche e radiografiche del caso.

Però l'ulcera mucosa per lo più non è dimostrabile roentgenologicamente, ed il carcinoma e l'ulcera dello stomaco sono frequentemente scoperti solo dopo ripetuti esami röntgenologici.

Così, si può in alcuni casi, mentre il reperto roentgenologico è ancora negatico, porre precocemente la diagnosi di ulcera o di carcinoma sul fondamento dell'esito ripetutamente positivo della ricerca del sangue nelle feci.

Non si può trarre alcun criterio diagnostico differenziale, in favore dell'ulcera dello stomaco, o dell'ulcera del duodeno, o del carcinoma, dal fatto che una sola od ambedue le reazioni indicate riescano positive, o dal diverso grado di positività delle reazioni.

OSTETRICIA

Per la diagnosi precoce della gravidanza

Estratto il sangue con ago di Strauss da una vena del braccio della p., se ne riempiono, con 9 cc. di siero due tubi di prova, i quali si lasciano da parte finchè non avviene la coagulazione. Il siero è allora versato in altri tubi e centrifugato. Il siero emolitico non può essere usato perchè dà sempre risultati positivi. Il siero è quindi diluito con soluzione di vuzina a 1 per 500, in modo che si abbia 0,5 cc. di soluzione per ogni cc. di siero. Si preparano quindi i tubi sterili come nel seguente schema:

P — Substrato placentare con 1 cc. di siero

Digitized by Google

2 Substrato placentare con 1 cc. di siero
3 » » » » » » »
T 1 Substrato testicolare con 1 cc. di siero
2 » » » » » » »
3 » » » » » » »
O 1 Substrato ovarico con 1 cc. di siero
2 » » » » » » »
3 » » » » » » »

I tubi vengono chiusi con turaccioli di gomma sterilizzati e messi in termostato a 37,5° C. per 24 ore. Dopo di che si procede alla deproteinizzazione con: 7 cc. di acqua distillata, 1 cc, di soluzione di tungstato sodico, 1 cc. di soluzione 2/3 normale di acido solforico.

Lasciati in riposo per un'ora i tubi vengono poi filtrati attraverso un filtro asciutto.

Ai 5 cc. di chiaro filtrato si aggiungono prima una goccia della soluzione di fenolftaleina, poi una o più della soluzione di soda, fino a che non appare una colorazione rossa persistente della stessa intensità in tutti i tubi. Si aggiungono quindi cc. 1,5 della soluzione a 0,5 % di naftochinonsolfato di sodio. Dopo di che i tubi vengono bene agitati e tenuti all'oscuro per 24 ore.

Se si vuole la prova con P (substrato placentare per la gravidanza) o con T od O (substrato testicolare od ovarico) si devono sempre adoperare i tubi di controllo.

Ad ogni tubo si aggiunge 1 cc. della miscela di acetati: e quindi si agita. Si versano quindi in ognuno 1 cc. della soluzione di tiosolfato (a fine di decolorare l'eccesso del naftochinonsolfato non usato dagli aminoacidi presenti) e inoltre tanti cc. di acqua distillata fino a raggiungere i 15 cc.; si determina quindi l'intensità della colorazione di ogni tubo. Se uno dei tubi di prova (placentare, testicolare od ovarico) è colorato più fortemente dei tubi di controllo non contenenti substrato organico, il catabolismo allora ha avuto luogo e la prova è positiva. P denota gravidanza; T denota un feto mascolino; O denota un feto femminile. R. Weiss (*Med. Journ. and Record*, vol. 124, n. 1). [Imparzialmente riferiamo senza commenti. N. d. R.].

Contributo pratico sul forcipe di Kielland

G. Dossena (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, agosto 1926, p. 441), in base ai risultati della sua esperienza clinica, ribadisce la regola ormai più accettata che il forcipe di Kielland può essere il forcipe unico dello specialista, ma non può essere affidato ad ogni medico pratico.

I suoi vantaggi essenziali sono ormai noti: facilità di applicazione, indipendente dall'altezza della testa, e dalla direzione della sutura sagittale, presa sicura e simmetrica su ogni diametro del bacino, ed esatta sul diametro biparietale, ed infine che lo strumento non può scivolare, nè ha bisogno di articolazione fissa. E' stato anche già dimostrato che il forcipe di Kielland esercita la trazione secondo una direzione che di molto si avvicina a quella dei forcipi traenti sull'asse. Infine questo forcipe permette di eseguire la ruotazione in modo assai più semplice ed agevole. Le indicazioni sono del tutto uguali a quelle del forcipe classico. Così pure all'A. sembra che, in mani esperte, non vi siano a temere pericoli o lesioni di qualche entità.

APPUNTI

Il cacodilato sodico ad alte dosi nella terapia della corea.— E. Chait (*La Semana Médica*, 16 settembre 1926, n. 1705) riferisce di avere ottenuto dei buoni risultati nella terapia della corea adoperando cacodilato sodico ad alte dosi.

Egli inizia il trattamento usando una soluzione al 100 % e con dose iniziale di 0,5 cc. ed elevando questa gradualmente fino ad un massimo di 3 cc.

La via seguita è la endovenosa. Non è stato mai osservato nessun accidente consecutivo a questa cura. Sei od otto iniezioni sono in generale sufficienti a condurre l'infermo a guarigione, con grande miglioramento dello stato generale.

Le borocaine nella lotta contro il cocainismo. — A. Corsin (*L'Igiene Moderna*, n. 10, 1926) richiama l'attenzione su una recente pubblicazione di Copeland e Notton, i quali fanno conoscere una nuova classe di anestetici, le borocaine, da essi ottenute negli Istituti di chimica e di farmacologia di Cambridge. Le borocaine chimicamente sono dei borati di basi anestetiche, dei quali i detti autori ne hanno prescelti due, cioè la borocaina (borato di etocaina) e la betaborocaina (borato di benzamina o di betaeucaina), poichè questi hanno loro dato i migliori risultati. Proprietà principale di queste borocaine è quella di essere potenti anestetici locali, superiori alla cocaina stessa, pur senza possedere praticamente tossicità ed essendo sprovviste di quell'affinità per il sistema nervoso centrale che forma il punto debole e costituisce il pericolo nell'uso della cocaina.

L'A. propone perciò, ai fini di combattere radicalmente le tristi conseguenze dell'intossicazione cocainica, che minaccia, in forma epidemica, la collettività, di voler bandire una buona volta la cocaina, sostituendola con le borocaine: i medici non avrebbero così più la necessità di prescriverla ed i farmacisti di tenerla. In questi sensi, l'A. fa appello alla Commissione incaricata di rivedere la farmacopea ufficiale, perchè voglia provvedere.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'uva ursina ed il suo glucoside (arbutina) in alcune affezioni delle vie urinarie.— A. Lombardi (Ospedale degli Incurabili, Napoli. *Studium*, vol. 16, n. 10) ricorda che l'azione dell'uva ursina (*Arctostaphylos* o *Arbutus Uvaursi*) è dovuta essenzialmente al suo glucoside (arbutinà) che nell'organismo si sdoppia in glucosio e idrochinone, isomero della pirocatechina e della resorcina, le quali, com'è noto, sono ossifenoli appartenenti al primo gruppo aromatico, cioè al fenolo. L'idrochinone, come il fenolo, ha grande affinità per l'acido solforico; sotto la forma di acido solfo-coniugato, cioè di acido idrochinon-solforico, esso è eliminato dai reni, per cui le urine, qualche tempo dopo di essere state escrete, presentano una colorazione verde oliva o verde-bruna.

Pare, inoltre, che l'arbutina rende alcalina l'urina. L'idrochinone quindi, in presenza di tale reazione, si libererebbe dalla sua coniugazione e svilupperebbe tutta la sua azione antisettica e forse anche caustica.

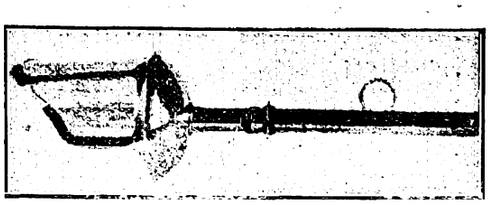
Tanto la droga, quanto il suo alcaloide si possono somministrare per molto tempo, senza alcun disturbo di sorta delle vie digerenti o di altri organi e sistemi.

Le loro proprietà diuretiche, antisettiche e toniche delle vie urinarie sono assai bene evidenti. Per la loro azione antiputrida e antisettica sui tessuti e sul contenuto delle vie urinarie, l'uva ursina e il suo glucoside troveranno la loro indicazione nei catarri cronici della vescica, nella pielite, nella pielonefrite, nella blenorragia uretrale, nelle fermentazioni putride dell'urina, nelle nefriti infettive secondarie, nell'insufficienza renale, ecc.

Per l'effetto terapeutico è sufficiente prescrivere una decozione di foglie di uva ursina al 10 % oppure l'arbutina in cartine o in soluzione acquosa alla dosa di 1-2 gr. L'arbutina è preferibile alla decozione quando si vuole esplicare un'azione antisettica più energica e rapida, mentre è da preferirsi la decozione delle foglie quando si vogliano ottenere effetti diuretici ed astringenti.

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Scudo protettore per la irrigazione uretrale ed uretro-vescicale.— E' nota in questa pratica la siringa Janet, dalla quale si sono avuti lodevoli risultati. Poi ha incontrato favore lo irrigatore Valentine, perchè offre il vantaggio della manovra del tubo, del controllo sul flusso, la semplicità nel ricambio dopo l'uso, e dello scudo ampio che raccoglie il liquido di ritorno. Sinkoe (*The Urologic and Cutaneous Review*, ottobre 1926) infatti vanta alcuni suoi perfezionamenti, per i seguenti vantaggi: 1. Evitare l'eventuale spruzzare di liquidi sul volto del sanitario che procede alla irrigazione. 2. Proteggere le vestimenta sia dell'infermo, sia del sanitario. Lui ha assistito più volte a questo spiacevole incidente di vedere il medico allarmato di trovarsi sulla faccia e negli occhi residui di contenuto gonorroico. Non occorre illustrare i rischi di una congiuntivite.



Dunque l'A. ha fatto applicare all'irrigatore Valentine uno scudo di sua costruzione; il quale risulta di una leggiera coppa di alluminio avente 8½ cm. diametro. Dal margine della coppa parte un coverchio foggiato in ittiocollo con un composto di alluminio. Esso può a volontà essere rimosso e applicato. (v. fig.).

Digitized by Google

NOTIZIE

Istituto per lo studio della malaria a Roma. — A complemento di altra notizia pubblicata ricordiamo che prossimamente sorgerà a Roma un Istituto superiore internazionale per lo studio della malaria, secondo i voti successivamente espressi nell'ultimo Congresso internazionale della malaria, tenutosi in Roma, e nel Congresso di Buenos Aires, sotto gli aspici del Governo Nazionale. L'Istituto comprenderà i seguenti corsi: patologia generale della malaria, etiologia, microbiologia, anatomia patologica, clinica, perniciosità, epidemiologia; farmacologia e chimica del chinino e dei suoi derivati; legislazione antimalarica; legislazione sulle bonifiche; legislazione sui Consorzi agrari dal punto di vista della profilassi della malaria; legislazione sulla organizzazione dei Provveditorati; bonifica idraulica, piccola bonifica, bonifica agraria.

Secondo le dichiarazioni alla stampa politica dell'ambasciatore della Repubblica Argentina, S. E. dott. Perez, accorreranno, tra gli altri, numerosi, a questo Istituto i medici argentini per approfondirsi negli studi di malariologia.

Provvedimenti igienico-sanitari per Milano. — Il Capo del Governo ha dato la sua approvazione per la costruzione di un nuovo cimitero e per l'impianto di un nuovo tubercolosario, a Milano. Il nuovo cimitero sorgerà a sud della città, a circa 7 km. dalla attuale periferia; il nuovo tubercolosario sarà capace di 1000 letti e sarà destinato esclusivamente alle forme tubercolari aperte, mentre il grande tubercolosario di Garbagnate, che sarà capace fra poco di 1000 letti per adulti e di 1000 per bambini, continuerà ad accogliere i tubercolotici affetti da forme chiuse.

Dichiarazione di pubblica utilità della sistemazione del Sanatorio climatico militare di Anzio. — Con R. D. n. 2256, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 9. 1927, è stata dichiarata opera di pubblica utilità la sistemazione del Sanatorio climatico militare in territorio del comune di Anzio (Roma); sarà provveduto perciò alla espropriazione dei beni immobili e dei diritti immobiliari occorrenti per detta sistemazione.

Per una relazione sulla profilassi del gozzo endemico. — Per una relazone sulla « Profilassi del gozzo endemico », da presentarsi al Congresso Internazionale che si terrà l'estate prossima a Berna, interesserebbe al dott. Giuseppe Muggia, Direttore del Manicomio provinciale di Sondrio, di raccogliere tutti i dati relativi ad esperimenti regolarmente controllati, comunque estesi ed organizzati, che sulla profilassi e la cura del gozzo siano stati fatti in Italia. Il dott. Muggia sarà grato ai colleghi che vorranno cortesemente coadiuvarlo nella raccolta di questi elementi.

Federazione fra i Consorzi antitubercolari della Sicilia. — In una recente riunione dei delegati dei Consorzi antitubercolari della Sicilia tenutasi in Palermo si era deliberato di invitare tutti i Consorzi provinciali dell'Isola a deliberare la propria adesione alla costituzione di una Federazione dei Consorzi Antitubercolari della Sicilia. Nel mese di gennaio u. s., intanto, detta Federazione è stata ufficialmente proclamata e ne è stato approvato il relativo Statuto.

Seduta Accademica della Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. Nella seduta di giovedì, 24 febbraio, alle ore 17, presieduta dal Prof. Andrea Ferrannini, si tratteranno i seguenti argomenti: Landolfi Prof. Michele: Nuovo contributo alla diagnosi della forma mediastinica della stenosi mitralica pura. — Franceschelli Dott. Donato: Anafilassi Cliniche. — Lauri Dott. Agostino: Pleuro-corticaliti e pseudopleurocorticaliti. — Marotta Dott. Radegondo: Le insufficienze aortiche silenziose.

Il XXX anno di Fondazione dell'Istituto Sieroterapico Milanese. — L'Istituto Sieroterapico Milanese ha festeggiato, con una cerimonia intima, la ricorrenza del trentennio di sua fondazione. Alla presenza del Consiglio Direttivo e delle Autorità cittadine, il presidente prof. Menozzi ha rievocato gli inizi modesti dell'Istituto e la sua successiva florida evoluzione attraverso numerosi ostacoli superati e numerose vittorie conseguite. Indi il prof. Viganò, a nome del personale, consegnò una bellissima targa commemorativa al direttore prof. Belfanti.

Per Tripoli stazione climatica invernale. — L'Amministrazione comunale di Tripoli ha nominato una commissione tecnica con l'incarico di riferire circa l'idoneità di quel soggiorno come stazione climatica invernale. Della commissione fanno parte i proff. Onorato, Cattaneo, Piccinini, il dott. Galassi, dell'Associazione italiana di climatologia, il gr. uff. Rebucci del Consorzio nazionale Stazioni di cura e il comm. Brozolo, per l'Associazione nazionale Albergatori.

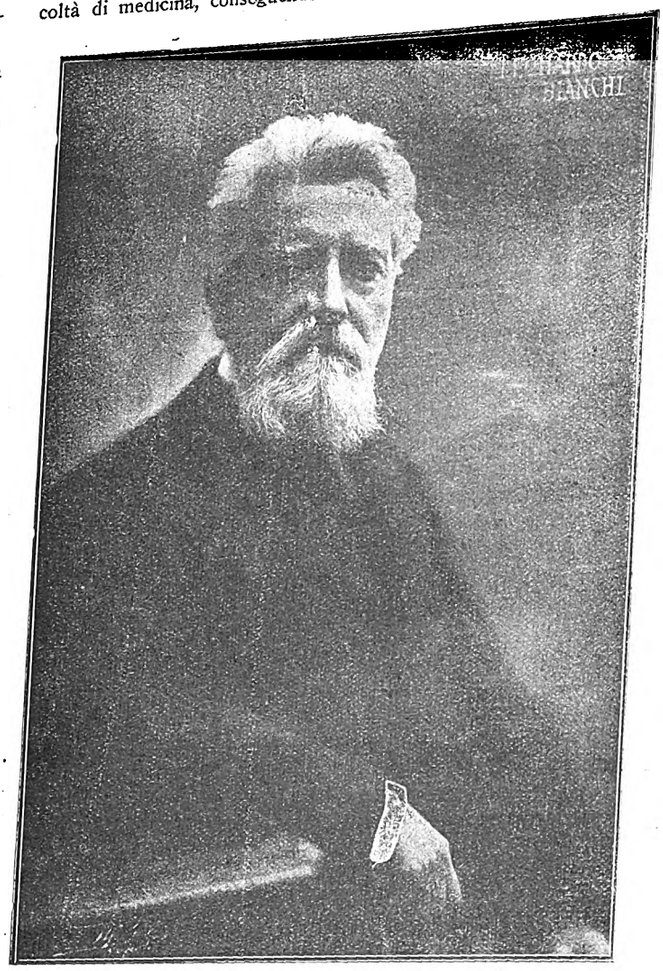
NECROLOGIO

LEONARDO BIANCHI

Ed è morta, repentinamente stroncata, un'altra personalità, che il Sannio nativo illustrava nel campo intellettuale della grande famiglia nazionale.

Leonardo Bianchi era nato — il 5 aprile 1848 — nella provincia di Benevento, in S. Bartolomeo in Galdo, e in Benevento compì gli studi umanistici.

Alla suggestione domestica di iscriversi nella R. Università di Napoli alla Facoltà di Legge il giovine si ribellò e s'iscrisse invece alla Facoltà di medicina, conseguendovi la laurea nel 1871.



Appena laureato si allena nel campo della clinica medica sotto l'egida dell'altro titano della terra Sannitica, testè rapito alla vita, Antonio Cardarelli, e con tale profitto da pareggiarsi, dopo un quinquennio, in patologia e clinica medica ed affrontare, con lusinghiero risultato, nel 1879 il concorso per la cattedra di clinica medica nella R. Università di Cagliari, nel 1882 il concorso per la identica cattedra nella R. Università di Torino.

La clinica medica è un campo di attività intellettuale che seduce Leonardo Bianchi ma non l'appaga. Si sente spinto dippiù verso un campo di azione apparentemente più ristretto, perchè abbraccia una clinica specializzata, ma trattasi d'indagini sulla più elevata integrazione di energia cosmica sinora nota, la mente umana, con la méta di sorprenderne tra gl'infermi e individualizzarvi le deviazioni dalla norma nel meccanismo intimo delle disposizioni costituzionali e dei perturbamenti inerenti ai vari elementi dell'ambiente, in cui la vita psichica si svolge.

Méta tanto più ardua e tanto più meritoria, in quanto che Leonardo Bianchi nell'alzare le vele nella navicella del suo ingegno e correre l'acqua verso quel porto intellettuale si sentì Achille in seno di farlo senza essere scolaro e pilota che di sè stesso: esempio tra i più autentici di proficuo auto-didattismo.

Comincia dal forgiarsi due sorte di armi: il sostrato anatomo-istologico e le ricerche sperimentali di vivisezione. E' una lunga tappa, che si svolge dal 1876 al 1888. Ne sono indice e frutto i primi lavori sulla degenerazione grasso dei filamenti spermatici, sul significato della eccitazione elettrica del mantello cerebrale, sui centri motori corticali del cervello, sulle compensazioni funzionali della corteccia del cervello, sulle

Digitized by Google

degenerazioni sperimentali nel cervello e nel midollo spinale, sulla temperatura cefalica.

Nell'identico torno di tempo si allena nella tecnica elettro-diagnostica ed elettroterapica e tiene un corso didattico di neuropatologia con larga affluenza di studenti e medici dettando una serie di lezioni sulla emiplegia, in cui raccolse tutto lo scibile anatomo-clinico rispettivo, compendiato e organizzato poscia in un volume.

Seguono altri lavori sulla sordità verbale, sulal vertigine laringea, sulla poroencefalia, sul riflesso tendineo del ginocchio nella paralisi progressiva degli alienati, sulla polarizzazione psichica, su un caso di lesione distruttiva del lobo temporo-sfenoidale.

Il campo di azione per queste indagini fu prima l'ospedale clinico « Gesù e Maria », poi il Manicomio di Sales. Quando per l'impulso di Salvatore Tommasi si era riorganizzata la Facoltà medico-chirurgica di Napoli, in quell'ospedale il Prof. Giuseppe Buonomo aveva iniziato l'insegnamento di psichiatria e vi aveva fondato un primo abbozzo di clinica psichiatrica con appena 10 letti e in seguito nell'abolito convento di S. Francesco Sales trasferiva i primi 20 malati dal Manicomio Provinciale di Napoli, che risiedeva nel paese di « Madonna dell'Arco ». In questa opera di organizzazione Buonomo prescelse come coadiutore Leonardo Bianchi, che con la sua attività scientifica personale venne aggiungendo al materiale psichiatrico quello neuropatologico trasformando gradatamente la semplice e abbozzata clinica psichiatrica in un centro di studi neuro-psichiatrici. Questo centro napoletano di studi è perciò gloria personale sopratutto di Bianchi, che lo venne elevando al punto da gareggiare con quello di Reggio Emilia, ove un maestro come Augusto Tamburini accoglieva attorno a sè lavoratori della levatura di Luciani, Seppilli, Morselli, Tanzi. Infatti nel centro neuro-psichiatrico napoletano con Bianchi vennero associandosi ricercatori, del valore di Luciano Armanni, Nicolucci, Venturi, Andriani, Cantarano, Fede. Di questo centro napoletano di studi divenne organo per la stampa il periodico « Psichiatria, Neuropatologia e Scienze affini », diretto da Buonomo e redatto da Bianchi. Indi il periodico prese il nome di « Annali di Neurologia » sotto la direzione di Bianchi e così si è mantenuto per 31 anni, salvo la consociazione del compianto Prof. D'Abundo nella direzione, allorchè l'antico alunno e collaboratore di Bianchi venne in Napoli a succedergli nella cattedra di nauropsichiatria, essendosi il Maestro ritirato per il raggiunto limite di età.

Da questa scuola fondata da Bianchi uscirono insegnanti universirii ufficiali di neuropsichiatria, quali D'Abundo, Colella, Fragnito oltre a numerosi insegnanti pareggiati e direttori o aiuti di manicomi.

Nel 1888 Bianchi vinceva il concorso per la cattedra di psichiatria nella R, Università di Palermo, v'instaurava quella cattedra e vi riorganizzava il manicomio nell'assumerne la direzione. Due anni dopo, nel 1890, per la morte di Buonomo, veniva chiamato nella R. Università di Napoli a succedergli ufficialmente nella cattedra. Questo ritorno di Bianchi a Napoli come cattedratico ufficiale segnò l'apogeo del maestro, che allora si dette con ogni energia a propugnare la costituzione di un nuovo manicomio, che è quello attuale di Capodichino e resta un modello del genere. Alla sua direzione Bianchi stette sino al 1910, epoca in cui se ne allontanò per compiuti anni di servizio e concentrò l'attività nella cattedra universitaria di malattie nervose e mentali nel nuovo istituto policlinico alla Croce di Lucca. Nel frattempo, per due volte, nel 1902-1903 e nel 1911, venne eletto Rettore magnifico della R. Università di Napoli, oltre ad esservi nominato Preside della Facoltà medica.

Durante questo periodo di ritorno a Napoli sino al giorno della morte le indagini scientifiche, a cui Bianchi tese la mente, riguardarono principalmente la localizzazione delle più elevate funzioni intellettuali nel lobo prefrontale; la nuova sindrome da lesione del lobo parietale, definitivamente acquisita nel patrimonio neuropatologico con la indicazione di « sindrome di Bianchi »; le « zone di associazione » illustrate da Lui ai confini di ciascuna area sensoriale o percettiva; la « demenza afasica » come effetto della sordità verbale; la illustrazione di 3 fasci associativi nella compagine cerebrale, cioè il fascio fronto-occipitale, il fascio arcuato, il fascio temporo-frontale, come via di comunicazione tra la zona sensoriale di Wernicke e l'opercolo rolandico-frontale.

Tutto un prezioso materiale di reperti anatomo-patologici ed istogici Bianchi veniva intanto accumulando a documento dimostrativo di ogni suo postulato anatomo-clinico, e quel materiale sarebbe stato opportuno, oltre che doveroso, conservare gelosamente in apposito reparto dello istituto universitario di clinica neuro-psichiatrica, ove le ricerche si erano svolte, a glorificazione plastica del ricercatore e del Maestro.

Con questi lavori fondamentali s'intersecano altre osservazioni, non meno importanti, come quelle sulla terapia chirurgica delle malattie cerebrali, sulla malattia degli Sciti, su una nuova forma di neurastenia parziale, sulla frenosi sensoria rispetto alla paralisi progressiva, sulla origine infettiva del delirio acuto, sui rapporti tra incapacità civile e imputabilità penale, sulla emicrania sintomatica, sulla responsabilità nell'isterismo, sui tumori cerebrali.

Parecchi di questi lavori venivano organicamente compendiati in volumi separati, tra cui sono da menzionare: « Semeiotica delle malattie del sistema nervoso »; « Malattie del cervello », due volumi nel Trattato di patologia speciale medica di Cantani e Maragliano; « Physiopathologie de la sphère sensorielle » nel volume III del « Traité International de psychologie pathologique » diretto da A. Marie; « Trattato di psichiatria », tradotto in inglese; « La meccanica del cervello e la funzione dei lobi frontali », tradotto in francese, in inglese, in spagnolo ed è in preparazione una traduzione tedesca; « Eugenica e igiene mentale ».

Queste manifestazioni molteplici del ricercatore e del Maestro, riprodotte e propagandate non soltanto dalle pubblicazioni per la stampa ma anche nelle discussioni alle accademie ed ai congressi numerosi, italiani ed esteri, ove Bianchi prendeva parte attivissima, vennero diffondendo la fama del suo valore presso le altre nazioni con grande onore della medicina italiana, tanto che la Università di Manchester con solenne funzione pubblica lo nominava Dottore *honoris causa,* oltre che le Accademie di Napoli, Roma, Genova, Firenze lo eleggevano a socio e il Governo italiano lo insigniva delle più alte onorificenze, tra cui il gran cordone di SS. Maurizio e Lazzaro, ed anche dai Governi di altre nazioni era insignito di parecchie onorificenze.

La vasta cultura in ogni ramo dello scibile, non soltanto in quello della medicina; l'impulso del naturalista per ogni problema che appassionasse l'opinione pubblica nel campo dell'arte, del diritto, della sociologia; la parola brillante per chiarezza e per dialettica tra le più persuasive: facevano accorrere con entusiasmo ascoltatori di ogni sorta alle conferenze, che Bianchi prescegliesse di tenere per illustrare i più vari problemi culturali o igienico-sociali. Il pubblico era certo di trovare in quelle conferenze alimento di elevato sapere e di spinta verso una proficua azione sociale, come nella Camera dei Deputati, a cui riuscì eletto per 5 legislature, o nel Senato del Regno, ove poi fu nominato, la sua parola fu sempre ascoltata con la massima deferenza e prescindendo da partiti, in ogni quistione, che riguardasse la cultura generale e la igiene pubblica. E come altra prova della grande stima acquistata, come Deputato venne presiedendo varie commissioni intese a propagandare e integrare nella pratica le istituzioni sociali relative a quella cultura ed a quella igiene.

Ministro della pubblica istruzione nel 1905 e poi Ministro per l'assistenza sanitaria nel 1917, anche in questo campo politico della sua attività venne profondendo il sapere dello scienziato e le doti proclare del patriota. Durante la nostra grande guerra fu altamente meritoria la sua propaganda al fronte per la resistenza militare e per la igiene delle truppe. Tra i decreti nella sua opera di Ministro resta memorabile quello, con cui creava in Torino la cattedra ufficiale di antropologia criminale e vi nominava titolare quel luminare del pensiero italiano che, risponde al nome di Cesare Lombroso.

Ogni iniziativa, per la quale, nel campo della medicina, occorresse una personalità, dalla indiscussa autorità, che spingesse ad affasciare le energie fattive, trovò sempre in Leonardo Bianchi il capitano pronto a mettersi alla testa delle più proficue battaglie del progresso, nella lotta contro le infezioni veneree e l'alcoolismo come nella lotta contro la tubercolosi e nella propaganda per la eugenica o nella discussioni sui fenomeni isterici, sulle varie forme di degenerazione umana in rapporto alla sociologia, sul valore dei fenomeni medianici.

E discutendo pubblicamente su una quistione di medicina sociale — gli stupefacenti come elemento di degenerazione umana — Leonardo Bianchi, il 13 febbraio, cadeva fulminato sulla palestra del lavoro, nella R. Accademia Medico-chirurgica di Napoli: fine tra le più nobili, monte tra le più individuali alla speciale tempra dell'uomo. *Qualis artifex perco*: artefice ma nel senso più profondo e completo della parola, se arte fattiva non meno che scienza è la medicina, quando venga naturalisticamente sentita e integrata, come la sentì e integrò Leonardo Bianchi per più di un cinquantennio sublimandola nelle sfere più elevate dell'ideale fatto reale, con l'impulso istintivo di tutto l'essere e con la ispirazione tratta soltanto dal campo terreno delle energie umane. La vita, perciò, di Leonardo Bianchi, resterà prova, tra le più autentiche, che la scienza, se inastata a méta della esistenza, con saldezza e costanza di convinzioni, è sentimento, è moralità, è civile religione dell'essere umano.

ANDREA FERRANNINI

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 21 Febbraio 1927 — N. 8

LEZIONI

CLINICA MEDICA DELLA R. U. DI PERUGIA
diretta dal prof. R. SILVESTRINI

MENINGITE INFLUENZALE

per il prof. RAFFAELLO SILVESTRINI — Direttore

Questo giovane, che presento oggi, ha 19 anni: nato a Firenze, girava in qua e in là con la sua baracca di barche oscillanti. La sera del 4 corr. fu portato in clinica in condizioni piuttosto gravi, febbricitante.

Dai parenti e da lui stesso — che ha avuto sempre lucidissima intelligenza — si sono raccolte queste notizie.

Il padre morì giovane per meningite d'incerta natura, la madre sofferse per diverso tempo di laringite in gioventù; ma poi guarì e riprese marito: due zii materni morirono per tubercolosi polmonare.

Il paziente sempre gracile fino a 18 anni ebbe malattie esantematiche, influenza; andava soggetto di quando in quando a dolor di capo. Nel marzo del 1926 in una partita di boxe riportò un colpo nella regione frontale.

A distanza di un mese, perchè preso da febbriciattole serotine, fu visitato da un medico, che lo dichiarò affetto da broncopolmonite tubercolare apicale sinistra. Aveva già avuto notevole miglioramento per le cure prescrittegli, quando fu colpito da angina tonsillare, accompagnata da nefrite emorragica.

Guarì in breve periodo di tempo, ma a brevi intervalli ebbe altri due attacchi di angina e sempre con comparsa di sangue nelle urine.

Il paziente è modico fumatore, non bevitore, ha spesso abitato in ambienti poco salubri, ha fatto sempre molti strapazzi fisici, dice di non aver mai contratto mali venerei.

In questi ultimi mesi, pur seguitando a curarsi si sentiva così bene come forse non era mai stato, quando una sera — sul finire del dicembre u. s. — rincasando avvertì dolori al torace ed alla regione dorso-lombare, debolezza, cefalea. Così malescente attese nei giorni successivi alle sue occupazioni ordinarie finchè il 2 corr. con temperatura di 38°,5 e con cefalea intensa dovette mettersi a letto. Il giorno appresso la temperatura salì fino a 40°. Il giorno 4, per l'aggravarsi delle condizioni generali del paziente, i parenti vollero ricoverarlo in questa clinica.

L'internno, un longilineo con regolare costituzione scheletrica, di cute olivastra e pallida, con intelligenza viva e vigile, aveva allora decubito indifferente, faccia composta, polso ritmico regolare: puls. 80, respir. 24, temperatura 39,4. La cefalea s'aggravava con i movimenti del capo.

Osservammo subito: lieve iperestensione del capo sul tronco; ostacolato il movimento di flessione del capo; ptosi palpebrale di modico grado bilateralmente, regolari la posizione e i movimenti dei globi oculari, non diplopia, pupille uguali e reagenti pigramente alla luce, visione buona; lingua bene sporta, senza deviazioni, tipica lingua incipriata o porcellanata; faringe arrossata, dolenti i punti d'uscita dei rami sensitivi del trigemino.

Sulle spalle, su tutto il tronco posteriormente, sulle natiche, piccole papule di colorito rosso bruno, molte delle quali con rilievo vescicolare centrale o con squame al centro.

Nulla riguardo al cuore. Ipofonesi con lieve eco timpanica nelle regioni sopraclavicolari e sopraspinose più accentuata a sinistra: nella regione sottospinosa destra fra la paravertebrale e l'ascellare posteriore una zona d'ipofonesi, assai accentuata che si prolungava in basso fino alla ottava costa. In corrispondenza degli apici respiro aspro e molto scarso specialmente a sinistra: respiro aspro, scarso, tendente al soffiante in corrispondenza dell'altra zona staccennata.

Il paziente non aveva tosse, non aveva escreato.

Nulla di notevole all'esame dell'addome: dermografismo evidente.

Movimenti attivi e passivi degli arti non ostacolati. Riflessi rotulei bilateralmente assenti.

Sensibilità dovunque ben conservata.

Il paziente cominciò, poco dopo il suo ingresso in clinica a non poter più urinare così che l'urina fu tolta per siringazione.

Nell'urina furono trovate tracce di albumina, non elementi renali, ma qualche globulo rosso nel sedimento.

L'esame del sangue dette 4.000.000 di globuli rossi e 7300 globuli bianchi: lieve aumento dei linfociti nella fomula leucocitaria.

Nei giorni 5, 6, 7, le condizioni del paziente peggiorarono, la febbre però fin dal giorno 6 discese ed oscillò intorno ai 38°; sensorio sempre libero. Ma il malato prese in letto la caratteristica posizione a cane di fucile, la ptosi palpebrale si accentuò, comparve chiara la paresi nel campo del VII° di sinistra, l'iperestensione del capo si fece più evidente, più difficile la flessione; conservati i movimenti di lateralità. Segno del Körnig evidentissimo. Impossibilità di emettere urine spontaneamente. Riflessi patellari assenti.

Il giorno 7 l'aia ipofonetica sottospinosa destra cominciò a ridursi: il respiro in corrispondenza era meno scarso e meno aspro, si ascoltarono rantoli sub-crepitanti.

Fino dal giorno 8 apparve un miglioramento deciso: la temperatura si mantenne fra 37° e 37°,5: la risoluzione del focolaio bronco-polmonare progredì sensibilmente. Ieri mattina — giorno 9 — il paziente aveva temp. 37°, puls. 74, resp. 18 aveva emesso nelle 24 ore 1200 cc. d'urine. La ptosi era notevolmente diminuita, sempre ben visibile la paresi del facciale a sinistra, molto mitigata la cefalea, quasi scomparso il segno di Körnig, flessione del capo assai meno difficoltata, riflesso patellare a sinistra ricomparso sebbene molto debole.

Al torace oggi permangono non modificati i fatti apicali; il focolaio di broncopolmonite si puo' dire completamente risolto. Vedete ancora una certa iperestensione del capo, un certo grado di ptosi palpebrale, una chiara deficienza nel campo del VIII°, sono ancora dolenti alla pressione i punti d'uscita del trigemino, la flessione del capo è ancora un po' impacciata, non esiste più fenomeno del Körnig, il riflesso patellare a sinistra è leggermente aumentato.

E' questa una sosta, una di quelle ingannevoli soste che possono avverarsi nel decorso di una meningite tubercolare, o veramente siamo all'inizio d'una convalescenza e si ha la guarigione di una meningite d'altra natura?

Prima di rispondere a questa domanda, devo darvi conto di qualche altra importante ricerca relativa al caso in esame.

La sera stessa dell'ingresso in Clinica fu praticata una rachidocentesi: il liquido uscito con forte pressione aveva una lieve opalescenza, conteneva molti leucociti con grande prevalenza di linfociti, una discreta quantità d'albumina: formò, lasciato a se, la più tipica tela di ragno.

Fu iniettato sottoduralmente a conigli ed endoperitonealmente a cavie: tutti questi animali finora non hanno presentato segni di malattia.

Fu seminato in mezzi comuni, in mezzi con siero, in mezzi con sangue: tutti sono rimasti sterili. Esaminato con colorazioni a fresco e in preparati a secco colorati per la ricerca di germi comuni, di gram-resistenti e di acidoresistenti non ha lasciato vedere germi di sorta.

Nello stesso reticolo tenuto in termostato ha avuto esito negativo la ricerca di bacilli tubercolari.

L'ultima rachidocentesi praticata il giorno 9 corr. diede esito a liquor apparentemente limpido, che conteneva ancora una certa quantità di linfociti, una quantità molto minore del primo liquor estratto.

Nei primi tre giorni si è fatta una iniezione endorachidea ogni giorno di fiala d'urotropina Schering; poi dal giorno 7 la stessa iniezione è stata fatta per via endovenosa.

Digitized by Google

In questo ammalato non avrei ardito pronunziare una diagnosi subito dopo un primo esame, ma oggi credo di poterla pronunziare con sicurezza: è un antico tubercolotico, con lesioni apicali per tubercolosi a forma fibrosa, nel quale si è accesa una infezione influenzale che prima ha avuto una comune localizzazione nel polmone destro, poi nelle meningi e nel sistema nervoso centrale: *broncopneumonite* dunque *seguita da meningo-encefalite influenzale.*

Chi di voi è già innanzi nello studio della Clinica medica sente tutto il valore di una diagnosi cosiffatta: se la diagnosi fosse stata di meningo-encefalite tubercolare avrebbe quasi avuto il valore di una sentenza di morte; essendo invece questa di meningo-encefalite influenzale, ci fa pronosticare con tutta probabilità il proseguimento dell'iniziato processo di guarigione.

Altra volta ho fatto ai giovani del VI corso una diagnosi uguale ed una prognosi fausta in un meningitico, che aveva prima sofferta una pleurite tubercolare; e l'esito mi ha dato ragione così che il sofferente d'allora anche oggi attende al rude lavoro dei campi. In questo caso la tara tubercolare della famiglia, i precedenti personali del malato, lo stato grave in cui lo avete veduto, seguito da un miglioramento che potrebbe essere una tregua insidiosa, costituiscono un tale insieme di cose da farmi obbligo di dirvi perchè io esclusa per quella influenzale la natura tubercolare della meningo-encefalite.

Sento quest'obbligo tanto più forte se penso che in una comunicazione fatta nel 1925 alla nostra Accademia medica ho dato come uno dei caratteri per differenziare la meningo-encefalite da influenza quello della mancanza di tara tubercolare nella famiglia, di lesioni tubercolari pregresse o presenti nello stesso infermo in esame. Ma ho pur detto allora che avevo fatto diagnosi della forma influenzale in individuo, che aveva avuto una pleurite tubercolare: e ripeto ora che una infezione influenzale con localizzazione meningea può insorgere in individui con tara tubercolare familiare, o che abbiano o abbiano avuto localizzazioni le più diverse dell'infezione tubercolare. Nel nostro infermo i primi segni del male, in periodo di ripresa dell'influenza, insorgono bruscamente; proprio quando il giovane stato sempre gracile e malaticcio diceva di sentirsi così bene come forse non era stato mai: e i primi segni sono dolori dorsolombari, senso di grande spossatezza, cefalea, proprio come suol accadere all'inizio d'un'infezione influenzale. La febbre raggiunge rapidamente un grado abbastanza elevato e vi si mantiene; ma il malato conserva integro il sensorio e con prontezza risponde alle nostre domande. Non dunque periodo prodromale, non soltanto lieve aumento di temperatura, non sbalzi nella curva termica, non quel contegno psichico capriccioso e mutevole, che si osserva di solito negli infermi di meningite tubercolare. Appena un lieve grado di ptosi palpebrale e una reazione pigra pupillare in questo paziente: mentre nella meningite influenzale non manca un complesso di sintomi oculari che sogliono essere i primi ad apparire e gli ultimi a dileguarsi; complesso di sintomi oculari che può render più difficile la diagnosi differenziale colla meningite tubercolare.

Paresi nel campo del facciale, dolenti i punti di uscita delle branche sensitive del trigemino, contrazione della nuca, segno del Körnig, strie del Trousseau, assenza di riflessi rotulei: tanto dunque in un soggetto tubercolotico da suggerire la diagnosi di localizzazione meningea dell'infezione da bacillo di Koch.

Due segni esistevano, che in una mia noticina sulla diagnosi della meningite influenzale sono enunciati in carattere corsivo: il focolaio di broncopolmonite a destra e la fioritura papulare al dorso. Aggiungete un altro segno: la lingua incipriata o porcellanata.

Questi tre segni stavano per un'infezione influenzale in corso.

Ed ho creduto di poter affermare con sicurezza la diagnosi della natura influenzale della meningite fino da quando la riduzione dell'aia d'ipofonesi nella regione sottospinosa destra, il ritorno di maggior quantità di respiro, la comparsa di rantoli subcrepitanti confermarono un processo acuto da doversi diagnosticare — per la località dov'è comparso, per l'epatizzazione incompleta, per la mancanza di tosse e d'escreato — una broncopneumonite influenzale.

Questa meningite che due giorni or sono sembrava assumere un carattere così severo si è dunque così rapidamente attenuata.

Ma perchè *meningite?* non si possono forse avere i cosidetti *meningismi,* le intossicazioni encefaliche che maggiormente colpiscono certe località e certi nuclei d'origine di nervi cranici così da simulare veri processi infiammatori? non c'è forse fra queste intossicazioni semplici e il vero processo infiammatorio meningo-encefalico lo stesso rapporto che passa fra nefrosi e nefrite?

Nessun dubbio; ma in questo caso è un processo infiammatorio, è una meningo-encefalite la malattia del paziente. Il liquido cefalo-rachidiano, prelevato subito dopo il suo ingresso in Clinica, uscì con una certa pressione e non apparve perfettamente limpido: conteneva una grande quantità di leucociti con grande prevalenza linfocitaria. Voi sapete che il liquido cefalo-rachidiano di meningiti dopo malattie esantematiche, di meningiti da orecchioni, di meningiti tubercolari e sifilitiche ha di solito questa stessa prevalenza.

Il liquido presentò anche quei caratteri chimici che assume quando esiste una vera infiammazione meningeale.

La corpuscolazione del liquido nella prelevazione fatta ieri è apparsa molto diminuita.

Dunque: vera infiammazione meningeale notevolmente e rapidamente migliorata col migliorare della localizzazione broncopolmonare, coll'impallidire delle papule al dorso, collo spogliarsi graduale della lingua.

Il Widal nel 1907 e il Rist nel 1910 hanno descritto questi quadri morbosi osservati in periodo influenzale ed il Widal ha voluto indicarli colla denominazione di *stati meningei.*

Il Deyfuss ed altri hanno descritto quadri morbosi consimili sotto l'etichetta di *forma meningea della encefalite epidemica.*

Delle relazioni fra questa estrinsecazione dell'infezione influenzale e l'encefalite epidemica osservata in periodo d'epidemia di influenza ho scritto in una mia lezione « Meningoencefaliti influenzali e meningoencefaliti nell'influenza » ed in una mia comunicazione all'Accademia Medica di Perugia sulla «Diagnosi della meningite influenzale ».

Per diverse infezioni è ormai dimostrato che uno stesso germe può dare sola intossicazione del sistema nervoso centrale senza reazione meningea, intossicazione che può esser così profonda da produrre lesioni mortali (ho verificato questo in casi del cosidetto meningismo tifico e pneumonico), può dare insieme intossicazione e reazione meningeale, può dare quasi esclusivamente reazione meningeale: ed a proposito di quest'ultima evenienza ricordo i casi di pertosse in cui si è trovata corpuscolazione del liquor, pur mancando qualunque sintoma da parte del sistema nervoso, un caso d'influenza con localizzazione polmonare osservato da me in cui il *liquor* fu trovato corpuscolato e la paziente non ebbe altro che un po' di cefalea di breve durata.

Non è dunque inammissibile che uno stesso virus possa produrre quadri morbosi piuttosto di meningite che d'encefalite e quadri morbosi piuttosto d'encefalite che di meningite.

Ho detto che il *liquor* in questo caso ha formato reticolo e ve lo mostro più manifesto in un tubo del *liquor* di prima estrazione; più esile, ma sempre ben visibile, nel *liquor* dell'ultima estrazione. Come vedete non potete trovar differenze col reticolo che vi ho altre volte dimostrato nel liquido cefalo-rachidiano di malati di meningite tubercolare. Se la mia diagnosi di meningite influenzale sarà giusta, non sarà più giusto quello che ho scritto dopo avere osservato un certo numero di casi di meningite influenzale. Ho dato infatti la mancanza di formazione del reticolo nel *liquor* come uno dei caratteri differenziali tra meningite influenzale e meningite tubercolare. Un grande Clinico, il nostro più grande Clinico vivente, mi diceva un giorno che la sempre maggiore esperienza gli aveva fatto più volte modificare il suo pensiero riguardo a tante questioni nel vasto campo della Patologia. E per questo la Clinica è difficile, e per questo l'insegnamento pratico dovrebbe esser cosa assai diversa dalla pura speculazione scientifica, è per questo che il Clinico perdutosi nelle profondità d'un solo argomento è un grande scienziato, ma non sa quali quesiti possono esser illuminati dal caso clinico che gli occorre e non sa illuminarli colla sua dottrina, nè tanto meno colla sua esperienza....

Se questo giovane guarirà, dovrete dire che anche nella meningite influenzale si può formare reticolo perfettamente uguale

Digitized by Google

a quello che si forma nella meningite tubercolare. Voi saprete già più di quel che io non sapessi prima dell'osservazione di questo caso.

Ed il nostro ammalato guarirà.

NOTA. Il caso clinico è stato presentato nella lezione del 10 gennaio. Il paziente già cinque giorni dopo cominciava ad alzarsi: è sempre andato guadagnando nelle condizioni generali ed è uscito di Clinica il giorno 30. I conigli inoculati sottoduralmente e le cavie inoculate per via endoperitoneale non hanno mostrato segno di malattia.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA DI FIRENZE — III. TURNO MEDICO
diretto dal prof. GARIN

PROPRIETÀ AGGLUTINANTI DEI SIERI E GLICEMIA

per il dott. ENRICO PERITI — Medico aiuto (*)

Da qualche tempo sono numerosi gli studi sulla glicemia e sulle variazioni del tasso glicemico in condizioni normali e patologiche. Ma tali ricerche hanno assunto maggiore diffusione dopo che si sono estese anche nella pratica in seguito alla scoperta di Banting e Best sulla cura insulinica del diabete.

Oggi possediamo dei metodi esatti per la determinazione del glucosio nel sangue, e tutti richiedono la separazione di sostanze estranee e principalmente dell'albumina. Col metodo del nitrato di mercurio (metodo di Bierry-Portier modificato da Mayer) con quello del solfato di sodio (metodo di Bernard), con quello dell'alcool di Pavy, con quello del solfato di zinco di Abeles, col metodo dell'idrossido di ferro colloidale (Michaelis e Rona) con quello della precipitazione 5 % di sublimato (Schenk) con quello di Oppies precipitando l'albumina con acido tosfovoltramico, si raggiunge bene il suddetto scopo.

Accennerò ai metodi di Folin e Wa Hien di Fontes e Thivalle, i quali ultimi hanno il vantaggio che per essi occorrono solo due cc. di sangue.

Ma attualmente con pochissime gocce di sangue si può determinare la glicemia adoperando il micrometodo del Bang. E' questo un metodo che ha incontrato oggi il maggior favore e diffusione e le ultime modificazioni apportate ad esso lo rendono molto esatto; per cui viene adoperato sia per le ricerche scientifiche che per quelle cliniche sopratutto della glicemia durante la cura dell'insulina nei diabetici.

A proposito di quest'ultima anch'io posso affermare per mia esperienza personale che detto metodo ha tutti i vantaggi compreso quello della esattezza, da cui spesso, nella insulinoterapia, può dipendere la vita dell'infermo.

Per le mie attuali ricerche è a questo metodo che ho dato la preferenza. Il principio su cui esso è fondato è il seguente: La dealbuminizzazione avviene per mezzo di una soluzione di acetato di uranile. Il filtrato così ottenuto è un liquido limpido, privo di albumina, contenente insieme ad altre sostanze del sangue, il glucosio — esso viene sottoposto ad ebollizione indiretta dopo avere aggiunto una soluzione alcalina contenente del sale di Seignette e una soluzione iodata contenente il solfato di rame. L'ebollizione indiretta avviene per quattro minuti precisi e dieci secondi prima che essi sieno passati si aggiungono 2 cmc. precisi di una soluzione del 20 % d'acido solforico. L'idrato di rame che si forma viene ridotta dal glucosio in ossidulo e, in reazione acida, l'ossidulo riduce una corrispondente quantità di iodato di potassio, la quale viene determinata dal dosaggio della quantità di iodato di potassio rimasta: si aggiunge allo scopo e dopo completo raffreddamento mezzo cmc. di una soluzione di ioduro di potassio al 5 %; allora si sviluppa dell'iodo in proporzione dell'iodato di potassio non ridotto.

Lo iodo viene titolato per mezzo di una soluzione N/10 di tiosolfato di sodio a mezzo di una microburetta.

Questo procedimento si fa dapprima con due soluzioni non contenenti il sangue e in genere si ottiene una media che corrisponde a circa 2 cmc. di tiosolfato. Poi si fa la media della quantità di tiosolfato impiegata per titolare le soluzioni contenenti il sangue. Si ricerca la differenza delle due medie e questa si divide per 0,28. La cifra ottenuta esprime la quantità di zucchero presente in 1000 cmc. di sangue.

E' necessario, nel prelevare il sangue, che l'ammalato sia digiuno e secondo le regole seguite da tutti i ricercatori è stabilito che il digiuno duri da 12 ore. Nelle mie ricerche è stata sempre e scrupolosamente osservata tale regola.

I varii AA. che si sono occupati della ricerca del tasso glicemico normale si riferiscono ordinariamente all'uomo digiuno da dodici ore e in perfetto stato di riposo giacchè dopo i pasti, durante la digestione e l'assorbimento il tasso glicemico raggiunge 1.5 ‰ mentre, dopo la fatica, Veiland in seguito a 25-30 minuti di lavoro muscolare trovò che il tasso glicemico da 0,9 era sceso a 0,65 ‰.

Da ricerche esatte eseguite da Naungen, Hollinger, Bang, Veiland, Frank Tachau, Hopkins, Bing, Jacobson, Gettler, Beker, Albertoni ecc. usando varii metodi, si è venuto a risultati abbastanza concordi e seguendo l'Albertoni possiamo affermare che in condizioni normali la quantità di zucchero esistente nel sangue oscilla entro limiti assai ristretti e a digiuno e in condizioni di riposo il più spesso tra il 0,90 e l'1 per mille.

Viceversa una serie di numerose ricerche hanno dimostrato variazioni notevoli del tasso glicemico in diversi stati morbosi. Intimamente connessa con questa questione è quella riguardante la quantità di glicogeno contenuto nel fegato durante la febbre. Secondo le antiche esperienze di Manassein, durante la febbre il glicogeno epatico sarebbe diminuito o scomparso.

Questi risultati sono stati confermati dal Mai e da Hergenhahn. Altri AA. si sono occupati di ricercare la quantità di glucosio esistente nel sangue dei febbricitanti, e le prime indagini indussero a credere che esso fosse diminuito. Kauffmann e Charrin provocarono la febbre in animali mediante iniezione di culture di stofilococco piogeno o delle sue proteine e trovarono così diminuzione del tasso glicemico. Risultati con questi in disaccordo ottennero Colla, Mai ed Hergenhahn.

Il Noorden ritiene che la febbre produca un aumento della glicosuria e che nei casi in cui si è riscontrata diminuzione, cio' è dovuto alla scarsezza degli alimenti introdotti per il processo febbrile.

Si è d'altra parte ritenuto necessario scindere i due fattori: febbre ed infezione. Hirsh e Rolly a tale scopo cercarono di ottenere la febbre senza iniezione, mediante la così detta puntura cerebrale e trovarono che in questi casi la pura ipertermia fa diminuire il glicogeno mentre aumenta la glicemia; anzi da risultati di altri autori sembrerebbe che nella pura ipertermia abbia grande importanza il glicogeno e che in assenza di questo essa non si produca più, mentre l'infezione fa aumentare la temperatura anche in animali nei quali si sia fatto consumare tutto il glicogene.

Liefmann e Stern studiando diversi casi di polmonite diplococcica trovarono che la somministrazione di una certa quantità di zucchero fa notevolmente aumentare il tasso glicemico di fronte al normale; ma questi AA. non seppero decidere se ciò fosse dipeso dalla polmonite o dalla febbre. Hollinger studiò su varii malati di polmonite, tifo, erisipela, scarlattina, tubercolosi, ascessi, sepsi ecc. e i suoi risultati concordemente in ogni caso dimostrano che durante le suddette malattie febbrili da infezione esiste un aumento del tasso glicemico. Recentemente studii simili sono stati compiuti da molti altri AA. fra cui dalla dottoressa Dartil nella Clinica dell'Albertoni con risultati concordanti con questi ultimi.

Durante la convalescenza di malattie febbrili in genere la glicemia ritorna gradatamente al normale; iperglicemia è stata notata anche in malattie non febbrili e in condizioni sperimentali diverse. Recentemente il collega Lucherini (insieme con Bufa-

(*) [Per difetto di spazio disponibile le tabelle annesse saranno pubblicate soltanto negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

no) ha studiato la glicemia nelle cardiopatie scompensate e compensate ed egli è giunto alle seguenti conclusioni:

Nei casi di scompenso cardiaco non ha osservato modificazioni glicemiche, nè unilaterali, nè costanti: ha osservato frequentemente modica iperglicemia, come pure glicemia normale. L'ipoglicemia è rara. La glicemia può presentare variazioni a distanza di qualche giorno anche nello stesso individuo durante il periodo di scompenso. Nelle cardiopatie scompensate ha osservato quasi sempre glicemia normale.

L'Albertoni, in una recente memoria su l'alcool e la funzione protettiva del fegato, ha tratto le seguenti conclusioni dalle sue esperienze compiute sui cani: « L'alcool può aumentare il tasso glicemico del sangue, diminuendo la funzione protettiva delle cellule epatiche, per cui in seguito all'assunzione di zucchero, il fegato ne trattiene meno che in stato normale e più ne lascia passare nel circolo generale. Mentre in stato normale lo zucchero del sangue per assunzione di 100 gr. di glucosio a digiuno aumenta di 10-15 ctgr., dopo la somministrazione di alcool etilico per alcuni giorni sale a 30 ctgr. e per l'alcool amilico anche a 50 ctgr.. Questa grande funzione regolatrice per la massa maggiore dei nostri alimenti come sono gli idrati di carbonio, ha la massima importanza. Essa sta sotto l'influenza del sistema nervoso e delle glandole endocrine, ed in primo luogo del pancreas, che agisce in senso anabolico mediante la insulina e delle capsule surrenali in senso catabolico mediante l'adrenalina.

La funzione viene lesa assai prima che si producano alterazioni del fegato riconoscibili coi mezzi nostri di indagine anatomica ed istologica. L'indagine sperimentale deve appunto proporsi di scoprire e determinare più presto che sia possibile le alterazioni funzionali degli organi allo scopo di prevenire lesioni anatomiche permanenti e progressive.

L'alcool amilico ha azione più nociva dell'alcool etilico ».

Queste ultime ricerche cliniche e sperimentali compiute in condizioni indipendenti dall'ipertermia, possono far pensare che la iperglicemia che si verifica in malattie acute da infezione non sia dovuta soltanto all'aumento della temperatura corporea, ma vi contribuisca l'alterazione tossi-infettiva degli organi destinati alla glicoregolazione e, fra questi, principalmente il fegato.

Alcune ricerche fanno pensare a fatti di ordine teleologico nel senso che in base ad esse si potrebbe supporre che in presenza di glucosio si esplicherebbero meglio alcuni poteri di difesa che l'organismo mette in atto nel siero di sangue per combattere gli svariati morbi infettivi.

Jacono ha ricercato le agglutinazioni per diversi germi, (tifo, paratifi A. e B., coli, melitense, dissenteria e tubercolare) in emulsione fatta con soluzione di glucosio 47 ‰. I risultati a cui è giunto l'autore si possono così riassumere: il siero normale presenta un forte potere agglutinante. Il siero specifico agglutina le emulsioni glucosate in diluizioni dieci e più volte maggiori in confronto alle agglutinazioni ottenute con emulsioni batteriche in soluzione fisiologica di Na Cl. 0,85 ‰.

Secondo alcune osservazioni del De Dominicis, riguardanti ammalati sifilitici, i quali presentavano una Wassermann negativa, risulta che essi trattati con iniezione di 10 cmc. di soluzione di glucosio al 47 ‰ offrirono come risultato del loro reperto sierologico Wassermann + + dopo quattro ore dalla iniezione e Wassermann + + + + dopo ventiquattro ore dalla iniezione.

Queste ultime osservazioni dimostrano che molto spesso probabilmente e prevalentemente per fenomeni di adsorbimento, la presenza di glucosio facilita ed esalta il potere agglutinante dei sieri e partendo da questo concetto, l'aumento dello zucchero nel sangue dei malati infettivi potrebbe avere il compito di esaltare alcuni poteri di difesa di cui l'organismo si avvale per combattere i germi.

Partendo da questo principio e basandomi sopratutto sulle osservazioni del Jacono ho pensato di fare avvenire le agglutinazioni in un mezzo in cui ci fosse una quantità di glucosio pari a quella contenuta nel siero di sangue del malato.

Il prelevamento l'ho fatto sempre di mattina, e a digiuno che durava da dodici ore secondo le regole seguite dalla maggior parte dei ricercatori; il metodo analitico eseguito è stato, come ho già accennato, il micrometodo del Bang.

I risultati a cui sono pervenuto sono completamente concordi con quelli ottenuti da altri AA.: nei tifosi e paratifosi, (in numero di dieci) ho trovato durante la piressia aumento della glicemia in proporzioni variabili dall'1,5 all'1,32 ‰. Viceversa in sei casi, in cui fu fatto l'esame anche una settimana dopo la defervescenza, il tasso glicemico era tornato al normale oscillante dal 0,85 all'1,05 per mille.

In due casi di infezione melitense ho trovato valori normali e rispettivamente 0,80 e 0,90 ‰. Questi due malati sono usciti dall'ospedale ancora febbricitanti e non ho quindi rifatto la ricerca glicemica durante la convalescenza.

In questi malati ho eseguito le ricerche serologiche col metodo comune come controllo e, in un'altra serie di provette con l'aggiunta alla soluzione fisiologica di Na Cl di una quantità di glucosio caso per caso eguale a quella riscontrata nel sangue. Le prime ricerche di orientamento sono state soltanto di paragone ed ho visto che nella fila di provette contenenti il glucosio l'agglutinazione avveniva in maniera più evidente e abbondante di fronte alle provette in cui si era adoperata la sola soluzione 0,85 % Na Cl. Ho visto inoltre che nelle provette contenenti il glucosio spesso avveniva la agglutinazione di gruppo nel senso che sieri positivi per il tifo davano agglutinazioni positive per i paratifi o per uno di essi e viceversa.

La reazione conservava il potere di specificità per la maltese nel senso che quei sieri positivi per questa riuscivano negativi per il gruppo tifo, paratifi e viceversa. Ho notato inoltre che per la maltese mentre colla soluzione fisiologica di Na Cl. la reazione positiva avveniva meglio nelle diluizioni maggiori, nelle provette contenenti il glucosio la reazione positiva avveniva in modo più evidente nelle diluizioni minori. I sieri normali che davano risultati negativi col metodo comune si conservavano tali anche con l'aggiunta del glucosio.

Terminate così queste prime ricerche di orientamento ho richiamato la mia attenzione sulle agglutinazioni di gruppo, che avvengono, in genere in circa la metà dei casi, in presenza di glucosio nella quantità eguale a quella riscontrata nel sangue. Prima di tutto mi sono domandato se si trattasse soltanto di agglutinazioni di gruppo o se piuttosto gli ammalati avessero una infezione mista, messa in evidenza da un metodo sierologico che si dimostrava più sensibile.

Per risolvere la questione ho ricorso al metodo dei Castellani, che come è noto è basato sul principio che un dato bacillo assorbe le proprie agglutinine messo a contatto col siero agglutinante, in maniera che, se l'infezione è mista, lo stesso siero trattato con uno dei germi, agglutina ancora gli altri, mentre se si era trattato di agglutinazione di gruppo, in seguito al contatto di due ore a 37° con uno dei germi, le agglutinazioni non avvengono più (o solo a diluizioni forti) nè per il germe trattato nè per gli altri di gruppo.

Il metodo del Castellani, fatte alcune riserve, si può dire abbia sufficiente valore per la diagnosi sierologica differenziale a cui abbiamo accennato, ed io, nei casi che ho studiato, nei quali nelle provette contenenti il glucosio ho avuto agglutinazioni positive del gruppo tifo, paratifi, in genere col suddetto metodo ho potuto stabilire che non si trattava di infezione mista, sia pure messa in evidenza dal metodo più sensibile, ma che in genere l'infezione era semplice e così ho potuto stabilire di quale si trattasse.

Dopo questo accertamento ho fatto un'altra serie di ricerche tendenti a stabilire a quale diluizione estrema le agglutinazioni riuscissero ancora positive in paragone con le agglutinazioni eseguite con pura soluzione fisiologica di Na Cl, e le corrispondenti in cui si sia aggiunta la quantità stabilita di glucosio.

Per la maltese, come abbiamo già accennato, le agglutinazioni sono state più evidenti, quando si sia aggiunto il glucosio, nelle diluizioni meno spinte, mentre per il tifo e i paratifi, in genere con soluzione di puro NaCl, la reazione è venuta appena percepibile a diluizioni di 1 su duemila, mentre con l'aggiunta di glucosio essa è divenuta tale nelle diluizioni 1 su quattromila o cinquemila.

Mi sono poi fatto un'altra domanda che ha molto valore pratico. L'aggiunta nella soluzione fisiologica di NaCl di una quantità di glucosio eguale a quella riscontrata nel sangue caso per caso, esercita un'azione eminentemente favorevole nella esplicazione della reazione di agglutinazione e ad eccezione di qualche agglutinazione di gruppo, essa conserva senza dubbio

Digitized by Google

GARDAN

Associazione molecolare di Piramidone e Novalgina

I.G. FARBENINDUSTRIE A. G.

REP. FARMACEUTICO "BAYER - MEISTER LUCIUS,,

Compresse di GARDAN
Imball. orig. "Hoechst,,

ANALGESICO-ANTIPIRETICO
con effetto rafforzato.

Riunisce nel modo più sicuro l'azione terapeutica potenziata di entrambi i componenti, senza fenomeni secondari sgradevoli.

INDICAZIONI:

Dolori e malattie febbrili d'ogni genere.

DOSI: ½-1 compr. da gr. 0,50, 3-4 volte al giorno.

Imballaggi originali *"Hoechst,,*:

Compresse di GARDAN { Tubi da N. 10 compresse da gr. 0,50 / Flaconi » » 25 » » » 0,50

CONCESSIONARIA ESCLUSIVA PER L'ITALIA E COLONIE — COFA — „COFA" COMPAGNIA FARMACEUTICA PIAZZA MACELLO, 23 - MILANO (16)

JECOMALT

Olio di fegato di merluzzo ed Estratto di Malto Wander (Gloma) sotto forma minutamente granulare

Presenta tutti i vantaggi terapeutici del ricostituente oleoso, senza avere alcuno dei suoi inconvenienti, il più lamentato dei quali è l'ingrato sapore. Inoltre, l'JECOMALT, per la sua speciale forma granulare e per il gustoso sapore, offre la più grande facilità di somministrazione anche al difficile palato della prima infanzia.

SAGGI GRATIS AI SIGNORI MEDICI

Dr. A. WANDER S. A. - Milano (22), Via Trinchera, 5

Digitized by Google

Presojod Pregl

ANTISETTICO innocuo d'uso quotidiano

Soluzione iodica, acquosa, isotonica, non irritante, contenente 0.03580.04 o|o di iodio libero.

Indicazioni:

Angine, stomatiti. tonsilliti: gargarismi 1 : 4 di acqua. *Foruncoli, ascessi, paterecci. ecc.* bagnoli, tamponi.

Cistite, leucorrea, ecc.: istillazioni, bagnoli.

Septojod Pregl

ANTISEPSI

Soluzione iodica, isotonica, acquosa, concentrata per via endovenosa o intramuscolare.

Setticemie, Sepsi puerperale, Aborto settico, Encefalite letargica (Economo). Quale solvente dei neo arsenobenzoli negli stadi terziari (Rebaudi).

Nessuna reazione nociva anche a forti dosi

Silubin

Terapia bismutica antiluetica

Sale di Bi dell'acido ossibenzoico sospeso in olio disacidato, sterile. Ogni fiala contiene 0,10 di Bi metallo.

Valovit

Principi attivi degli eteri della valeriana scevri dalle disgustanti sostanze estrattive.

Quale sedativo in tutte le forme nervose

Vitafil

Compresse di fosfolattato di ferro e calcio con clorofilla.

=

Energico ricostituente di alto valore terapeutico in piccolo volume.

Cloruro d'etile Icasa

Prodotto nazionale chimicamente puro per anestesi a locale.

Pari alle più reputate marche estere.

Prodotti fisico-chimici: ICASA - Industrie Chimiche Adriatiche S. A. - TRIESTE ROIANO

EUSOMINA

LANCELLOTTI

Ricostituente fosfo - arseno - ferruginoso in combinazione organica

Ricostituente neurotonico sovrano

Di azione rapida nel deperimento organico, nelle convalescenze delle malattie infettive, negli esaurimenti, nel rachitismo, nella gravidanza, nelle cachessie.

Soluzione indolore per uso Ipodermico

Soluzione edulcorata per via Orale

Scatola da 12 fiale — Flaconi da 200 grammi

Per la prescrizione della confezione in fiale specificare: **EUSOMINA IPODERMICA**

Saggi ai Sigg. Medici su richiesta

FARMOTERAPICA D. LANCELLOTTI & C. - Vico Brancaccio N. 1, NAPOLI

Digitized by Google

il suo potere di specificità, ma è proprio necessario che l'aggiunta di glucosio sia perfettamente corrispondente alla quantità contenuta nel sangue? Allora ho fatto un'altra serie di esperimenti nei quali ho fatto avvenire le agglutinazioni in serie contenenti ciascuna quantità variabili di glucosio: e precisamente sono partito da una serie nella quale raggiungevo una quantità di glucosio pari a quella del sangue del malato e nella serie successiva aggiungevo delle quantità sempre minori ed ho visto che sia per l'intensità della reazione che per le diluizioni estreme nelle quali la reazione era avvenuta, si può dire che l'optimum si otteneva non nella serie di provette nelle quali la quantità di glucosio era corrispondente a quella del sangue del paziente, ma in maniera costante nelle provette contenenti dal 0,75 al 0,85 ‰ di glucosio. Questo fatto, come ho già detto, ha un grande valore pratico perchè dimostra che non è necessario, per fare le agglutinazioni con questo metodo, ricorrere alla ricerca dello zucchero nel sangue, ricerca certo fra le più delicate che richiede l'abilità di uno specialista e mezzi di laboratorio non certo alla portata di tutti, senza contare che detta ricerca è abbastanza lunga e richiede molto tempo certamente eccessivo per il solo scopo di fare avvenire più chiare ed evidenti le agglutinazioni.

L'avere dunque stabilito che l'optimum della reazione si ha per una percentuale di glucosio pari a quello contenuto normalmente nel sangue a digiuno, mi ha esentato nelle successive ricerche di stabilire caso per caso il tasso glicemico prima di eseguire le agglutinazioni col glucosio e perciò le diluizioni di esso le ho fatte sempre in maniera che corrispondessero presso a poco al 0,80 ‰.

Ma questa constatazione, oltre alla importanza pratica la cui abbiamo accennato, si presta anche a considerazioni d'ordine dottrinale. Ho già accennato alla possibilità di considerare la iperglicemia che si riscontra nelle forme settiche, da un punto di vista teleologico, come un fenomeno tendente a favorire la esplicazione dei poteri di difesa dell'organismo e a conferma di ciò possono invocarsi le esperienze ricordate dal Jacono e le mie attuali dalle quali si deve dedurre che in presenza di glucosio viene esaltato il potere agglutinante dei sieri. Ma noi obbiamo visto che tale esaltazione avviene con un optimum di concentrazione di glucosio che non corrisponde alla quantità trovata nel sangue del malato in esame, e che in genere ne contiene una quantità superiore alla norma; ma con una concentrazione di glucosio che corrisponde presso a poco alla quantità contenuta nel siero di sangue normale.

Da questa considerazione sembrami che si debba senz'altro concludere che l'iperglicemia riscontrata nelle forme febbrili da infezione non abbia valore teleologico, non solo, ma l'iperglicemia trovata in ricerche come quella di Lucherini e Bufano o dell'Albertoni in condizioni nelle quali non c'era nè sepsi, nè febbre, fanno supporre che anche nelle forme febbrili l'iperglicemia abbia un significato diverso.

Intanto l'aumento della temperatura di per sè non è la causa dell'iperglicemia, giacchè Jacobowsky ha studiato il contenuto in glucosio e la pressione del sangue in conigli dopo la puntura dei centri termici ed ha osservato una iperglicemia transitoria che scompare quando la temperatura si innalza e raggiunge l'acme, il che vuol dire che la temperatura febbrile non sarebbe la causa della iperglicemia.

De Giacomo studiando alcuni malati con sindromi parkinsoniane postencefalitiche, ha riscontrato costantemente una certa iperglicemia.

Secondo l'A. tale iperglicemia, che rappresenta una delle più notevoli eccezioni del quadro neuro-endocrino prevalentemente vagotonico di questi malati, potrebbe essere consecutiva alle lesioni anatomiche che la malattia induce nei supremi centri del sistema nervoso della vita vegetativa e specialmente in quelli a sede corticale ovvero potrebbe essere attribuita a speciali disturbi epatici riscontrati da molti AA. in queste forme morbose.

Nei malati invece con classico morbo di Parkinson il De Giacomo ha trovato che l'iperglicemia è leggera e incostante, e l'A. crede che con ogni probabilità questa eventuale iperglicemia non sia legata alla malattia in se stessa, ma ai fattori estrinseci che l'accompagnano e specialmente alla senilità e alla arteriosclerosi cerebrale.

In appoggio all'ipotesi dell'insufficenza epatica nei malati studiati dal De Giacomo, sta l'osservazione, fatta da alcuni AA. e ricordata dal D'Amato nella sua relazione all'ultimo Congresso di medicina interna di Roma, che negli infermi affetti da sindromi postencefalitica o da morbo di Parkinson la funzionalità epatica si presenta spesso scaduta.

L'Albertoni, nel lavoro, che abbiamo già citato su l'alcool e la funzione protettiva del fegato ha dimostrato sperimentalmente che la glicemia ottenuta per somministrazione di glucosio aumenta in proporzioni maggiori se si lede per mezzo dell'alcool la cellula epatica, anche quando questa non presenta alterazioni istologiche ben evidenti. Il collega Lucherini, nel suo lavoro, a cui abbiamo accennato, passando in rassegna tutte le cause che possono influire nello scompenso cardiaco, ad aumentare il tasso glicemico, insiste in prima linea sulla stasi del fegato. Se dalle mie ricerche risulta che l'iperglicemia nelle forme infettive non può essere interpretata come un fattore di ordine teleologico, dopo quanto abbiamo detto, sui valori del tasso glicemico ottenuto in svariate malattie dagli AA. citati c'è da pensare che anche nelle malattie acute da infezione l'aumento dello zucchero nel sangue sia l'espressione di una deficiente funzionalità del fegato specie se si pensi che nelle forme più gravi del genere, l'organo spesso si trova degenerato in grasso, anzi secondo come afferma l'Albertoni non è nemmeno necessario che si arrivi alle alterazioni anatomiche ed istologiche del fegato, ma che senza di esse la funzionalità epatica può essere nonostante lesa al punto da determinare l'iperglicemia.

Dopo queste considerazioni di ordine dottrinale io mi sono proposto di risolvere un altro problema che poteva avere una grande importanza pratica. La presenza del glucosio nelle proporzioni del 0.80 ‰ circa, probabilmente come abbiamo già detto, per fenomeni sopratutto di adsorbimento, facilita l'agglutinazione dei germi e con questo metodo il fenomeno si verifica a diluizioni molto maggiori in confronto alle agglutinazioni eseguite con una soluzione fisiologica di Na Cl. Ciò mi ha fatto pensare che in presenza della quantità stabilita di glucosio le agglutinazioni possono verificarsi per una minore quantità di agglutinine presenti nel siero di sangue. Ora, nei primi giorni di malattia, si ammette che le agglutinine non abbiano acquistato un sufficiente sviluppo ed è per questo che le agglutinazioni riescono negative alle diluizioni di 1/100 o 1/200.

Partendo da questo principio, dopo quanto avevo osservato, io ho intuito che il glucosio potesse favorire l'agglutinazione al punto da rendere più precocemente positiva la reazione.

Infatti in una serie di ricerche ho prelevato il sangue in 5.ª giornata di malattia ed ho eseguito le agglutinazioni ottenendo risultati positivi per il tifo o paratifo, B, mentre esse erano negative se la reazione era eseguita con soluzione di Na Cl. 0,85 % pura.

D'altra parte negli stessi soggetti, circa in 15.ª giornata di malattia, ho avuto corrispondentemente risultati positivi con esperienze di controllo fatte, per confermare le precedenti, con soluzione fisiologica comune priva di glucosio.

Le agglutinazioni, per la loro importanza, oggi così diffuse nella pratica, perdono del loro valore per il fatto che ordinamente esse riescono positive solo in un periodo piuttosto inoltrato della malattia.

Le mie ricerche mi autorizzano ad affermare che alla soluzione fisiologica comune basta l'aggiunta di glucosio nelle proporzioni che ho esposto perchè il fenomeno della agglutinazione si verifichi molto più precocemente, conservando, come ho fatto rilevare, i caratteri di specificità, e, se è vero che col glucosio in circa la metà dei casi abbiamo ottenuto le agglutinazioni di gruppo, d'altra parte, eseguendo le ricerche col metodo Castellani si è potuta precisare l'infezione vera per la quale il siero in esame aveva proprietà agglutinanti.

Per tale importanza pratica io credo che il metodo meriti di essere ulteriormente sperimentato prchè un maggior numero di osservazioni, fatte da diversi AA., ci possa autorizzare a dar completo valore ad una sierodiagnosi così precocemente ottenuta.

CONCLUSIONI. — Dalle mie esperienze risulta:

1) In svariate malattie e sopratutto in quelle anche da infezione il tasso glicemico si mostra aumentato di fronte alla norma.

Digitized by Google

Tale iperglicemia va interpetrata come dovuta a deficienza della funzionalità epatica.

2) Nella tecnica delle agglutinazioni l'aggiunta di glucosio, uguale alla quantità contenuta normalmente nel sangue rende la reazione non solo più evidente, ed ancora apprezzabile a diluizioni maggiori, ma la rende positiva anche se il sangue sia stato prelevato nei primi giorni di malattia quando ancora le agglutinazioni ordinariamente riescono negative col metodo comune.

L'aggiunta di glucosio nelle proporzioni accennate mantiene il potere di specificità della reazione (*).

(*) Nel leggere i lavori dell'ultimo Congresso di Padova, ho visto una comunicazione del dott. Formicola riguardante le agglutinazioni in mezzi glucosati. Mentre faccio rilevare che il presente lavoro fu spedito alla redazione della « *Riforma Medica* » negli ultimi giorni di settembre 1926, esprimo il mio compiacimento che tanto io che il dott. Formicola, all'insaputa l'uno dell'altro, studiando lo stesso argomento siamo venuti a conclusioni molto concordi.

BIBLIOGRAFIA

ACHARD et LOEPER. L'insuffisance glicolitique étudiée particulierement dans les maladies aigues. Arch. de méd. exper. 1901. — ACHARD et DESBONIS. Recherches sur l'utilisation des sucres à l'état patologique. ibid. 914. — ACHARD, RIBOT et BINET. Sur l'utilisation du glicose dans les maladies aigues febriles. C. R. de la Soc. de Biol. 919, — AIELLO, Sui rapporti tra glicemia, pressione arteriosa e funzione renale, *Riforma Medica*, 924. — ALBERTONI Lo zucchero del sangue e la funzione protettiva del fegato. Policlinico, Sez. med. 922. — IDEM. Diffusione degli zuccheri nell'organismo animale. Atti della R. Accademia delle Scienze di Bologna, maggio 905. — IDEM. Ergebnisse der Phisiologie. Bd. 14 914. — IDEM. Alcool e funzione protettiva del fegato. Policl. Sez. Med. 926. BANG, IVAR. Der Blutzucher Wiesbaden, 913. — IDEM. Biochem Zeitsch. 913. — IDEM. Biochem. Zeitsch. 914. — BRUGI. La glicemia nella polmonite lobare. Atti del Congresso della Soc. di Med. Int., 924. — CAMPAGNOLLE. Alimentare Glicosurie in Fieber Arch. Klin. Med. 897. — DE GIACOMO. La glicemia nelle sindromi Parkinsoniane postencefalitiche e nel morbo di Parkinson. Riforma Medica, 925. — DERTIL. La glicemia nelle malattie infettive. Policl. Sez. Med. 922. — FARINI, Iperglicemia e ipertensione. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 913. — HIRSCHFELD. Berlin Klin. Wochen, 908. — HIRSCH e ROLLY. Arch. Klin. Med, 75. ROLLY. — Arch. Klin. Med. 78, p. 250, 903. — JACONO. L'agglutinazione in liquidi glucosati con sieri normali e specifici. La Riforma Medica. 923. n. 35. — JACOBOWSKY. Upsala Lakareforenings Fortandlinger (Upsala) vol. 28, n. 3 e 4. 923. — LEPINE. Le sucre du sang. 921. — LUCHERINI e BUFANO. La glicemia nelle cardiop. scompensate e cmpensate. — MOHR Zeitv Klin. Med. 901, XLII, 402. — NEULTHAU. Erp, Beitrage zur Lehre V. Zieber a Diabetes Arch. exp. Path. a Pharm. 46. 901. — PETTENATI. La glicemia negli stati infettivi. Gallerate, Tip. Fossati, 925. — PITINI. Arch. di Farm. e terapia. 908, p. 337. — SILVESTRI. Studii sulla glicemia. Policlinico. Sez. Med. 922. — TACHAU. Arch, fur Klin. Med: 92 n. 217. 908. — V. DE DOMINICIS. Influenza del glucosio sulla reazione di Wassermann. Atti della Soc. Ital. di Med. Int. pag, 193. a. 925

UN CASO CLASSICO DI GERODERMA GENITO-DISTROFICO

per il dott. ETTORE MARIOTTI
già Ass. ordinario nella Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Napoli

In una mia ultima nota (1) ho detto che il Geroderma classico, studiato per la prima volta da G. Rummo e Andrea Ferrannini, è una forma tutta a sè, che per le sue note somatiche si distingue da tutte le altre genito-distrofie, e non può essere confusa con nessuna di esse. Il nuovo quadro morboso o entità clinica fu ampiamente confermato anche all'estero da osservazioni di altri autori.

I citati AA. dopo avere fissati i caratteri della entità clinica, descritta nel 1897 (2), in successive memorie ne hanno illustrati i caratteri fondamentali, distinguendo i sintomi costanti e quelli variabili; e tra i costanti quelli principali, che dominano la scena morbosa, e quelli accessori (1).

Noi distingueremo i sintomi costanti e principali in quelli esclusivi della forma morbosa, e in quelli comuni a tutte le forme affini.

Un primo sintoma, esclusivo della forma morbosa, è la *facies speciale*, ormai acquisita alla scienza col nome di *facies gerodermica*, inquadrata dagli AA. nella ben nota perifrasi, « sono giovani e sembrano vecchi, sono vecchi e sembrano giovani ». Questa facies speciale endocrinopatica è data dal colorito di cera vecchia, di cartapecora antica, o di terracotta; dall'assenza di peli o da una peluria appena percettibile sulle labbra, sulle guance, alle ascelle e sul pube, in contrasto con i capelli, folti ineguali, ispidi secchi, privi di lucentezza, precocemente canuti; dalla presenza di rughe, o anche di un fine reticolo di grinze, anche nell'adolescenza; dalla morbidezza, lassezza, flaccidità, avvizzimento della cute, senza la coesistenza di infiltrazione o di edema.

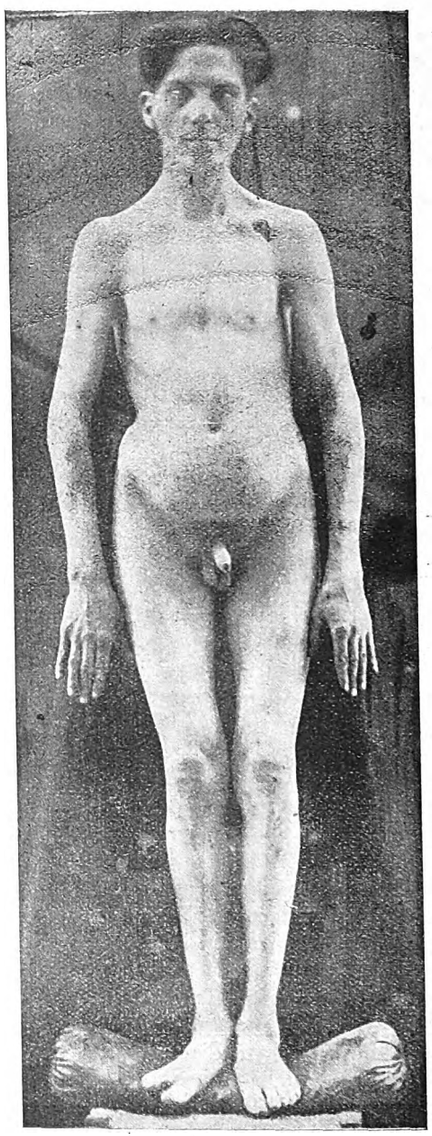


Fig. I.

Sintoma comune alle forme affini è l'anomalia morfologica e sopratutto volumetrica dei genitali, consistente nell'atrofia dei testicoli e del pene; nella maggior parte dei casi più di quelli che di questo.

Verso la fine del 1898 gli AA. descrissero le forme anomale e fruste della nuova entità clinica (2). In queste sono attenuate le note proprie ed essenziali della fisionomia nosografica, e per contrapposto prendono il predominio alcuni sintomi variabili ed

(1) E. MARIOTTI. Un caso di Eunuchismo consecutivo a sifilide acquisita. Contributo allo studio delle genito-distrofie. *Riforma Medica*, maggio 1926.

(2) G. RUMMO e A. FERRANNINI. Geroderma Genito-distrofico. Nuova entità clinica. *Riforma Medica*, 3 agosto 1897.

(1) A. FERRANNINI. Il Geroderma. *L'Arte Medica*, 11 febbraio 1900.

(2) A. FERRANNINI. Forme anomale della nuova entità clinica « il Geroderma genito-distrofico»: *Policlinico*. Supplemento 1898.

Digitized by Google

accessori, che le fanno confondere, per evidenti analogie, con altri tipi morbosi: come il femminismo, l'infantilismo, il mixedema, il gigantismo, l'acromegalia, le miopatie pseudo-ipertrofiche. E' chiaro che data la classica fondata sul nosografismo, queste forme anomale, dovute al variare del numero e di intensità morbosa delle glandole endocrine colpite, saranno aggregate al Geroderma, se prevarranno i sintomi di questo, o alle altre relative forme morbose, se prevarranno i sintomi di quelle. Durante il mio assistentato nella clinica dermosifilopatica della R. Università di Napoli io ho osservato uno di questi casi classici di Geroderma e ritengo opportuno riprodurre l'osservazione, per ribadire i termini della forma nosografica, da vari autori, specie in questi ultimi tempi, confusa con forme affini, o del tutto diverse.

G. Esposito fu Aniello di anni 30, da Napoli, meccanico.

Mi fu accompagnato dal fratello maggiore il 27 aprile 1919, perchè ammogliato da due anni non era riuscito a possedere la moglie per mancanza di erezione, che debole nel primo anno di matrimonio, si era sempre più andata attenuando.

Anamnesi familiare. Il padre è morto in seguito a emorragia cerebrale; la madre ha circa 67 anni ed è sofferente di bronchite cronica. Essa ha avuto 12 gravidanze a termine e un aborto; sette morti in piccola età.

Dei fratelli ancora viventi del nostro infermo il maggiore è ammogliato, ha avuto un figlio, gode ottima salute ed ha normali le funzioni sessuali; l'ultimo non è ammogliato, ma è regolarmente sviluppato sia nei peli del volto, sia nel senso e nelle funzioni genetiche.

Anamnesi remota. Da bambino le comuni malattie dell'infanzia. A 15 anni una eresipela facciale, con edema notevole delle palpebre, febbre altissima e delirio, guarita in dieci giorni.

Svogliato nello studio, non ostante le insistenze del padre, tanto che anche ora non sa che appena firmare il suo nome, amava sempre i trastulli infantili. All'età di 16 anni seguendo l'esempio dei compagni, tentò anche lui la masturbazione, ma con poco o nessun piacere. A quell'epoca non si sentiva attratto per le donne, che lo lasciavano completamente indifferente, nè aveva tendenze o manifestazioni omosessuali. A 18 anni cominciò a masturbarsi con più frequenza e notava durante l'estro venereo l'uscita di qualche gocciola di liquido bianco lattiginoso.

Trasportato dai compagni, a quell'epoca, si recava sulle case di tolleranza, però non ebbe mai rapporto con donne, perchè queste lo deridevano per il suo aspetto infantile, e per i suoi genitali poco sviluppati, con scarsissima produzione pilifera.

In quella occasione osservava lo sviluppo dei genitali dei compagni rispetto ai suoi, e se ne preoccupava in modo straordinario. Pensò che l'esercizio valesse a renderlo eguale agli altri, e si dette perciò a masturbarsi eccessivamente, anche tre e quattro volte al giorno, con uscita di poche goccie di liquido bianco lattiginoso.

A poco per volta sentì aumentare il senso di libidine; tanto che si eccitava enormemente alla vista di ragazze ben formate, che si presentavano per acquisti di generi nel negozio, dove egli prestava servizio in qualità di garzone, ed era costretto ad allontanarsi per masturbarsi.

A 21 anni l'asta in erezione era della grossezza di un pollice, e della lunghezza di circa 12 cm.; i testicoli si erano mantenuti della grossezza di un grosso fagiuolo, come erano all'età di 15 anni.

All'età di 22 anni si mise ad amoreggiare con una ragazza più avanzata negli anni di lui, e si sentiva per lei attratta sessualmente. All'età di 23 anni cadde dall'altezza di un primo piano, ebbe perdita della coscienza, e riportò una ferita alla fronte e una contusione al braccio sinistro. Da allora è andato sempre soggetto a periodici abbagliamenti della vista con perdita della coscienza.

All'età di 27 anni, cioè nel dicembre 1916, si ammogliò, senza che precedentemente fosse stato mai con donne. Assicura che fin dalla prima notte riuscì a possedere sua moglie, e di aver visto macchiati i pannolini col sangue della deverginazione. Nei primi tempi stava ogni notte con la moglie; in seguito più raramente ogni 7-8 giorni.

Dopo sei mesi di matrimonio verso il luglio 1917 la moglie cominciò ad avere disturbi nervosi, e un deperimento organico, che si accentuò notevolmente, tanto che fece ritorno a casa della madre, dove stette per un anno circa. Durante questo periodo di assenza della moglie egli non solo non è andato da altre donne, ma non ha sentito nemmeno il bisogno di masturbarsi. Sei mesi fa, avendo fatto ritorno la moglie a casa sua, egli volle riprendere i rapporti sessuali, ma ebbe ad accorgersi di una debolezza nella erezione, con notevole diminuzione del senso di libidine, e durante l'orgasmo l'emissione, allo stato di floscezza del pene di poche gocciole di un liquido incolore.

Per queste ragioni chiese l'ausilio del fratello maggiore che lo condusse in clinica.

Stato attuale. La principale cosa che colpisce l'osservatore è la fisionomia dell'infermo, che richiama subito l'idea del tipo gerodermico: viso completamente glabro, di colorito di cera vecchia, che non permette di definire l'età del soggetto. Capelli abbondanti, folti, ispidi, di colore scuro, intermezzati qua e là da capelli bianchi. Colorito delle mucose piuttosto pallido. Cranio di grandezza normale, con occipite a conchiglia: fronte ampia, zigomi sporgenti, rime palpebrali piuttosto grandi, occhi cerulei, padiglioni degli orecchi piuttosto piccoli. La cute della restante superficie del corpo, di colorito pallido, facilmente sollevabile in pieghe, anche essa è completamente glabra, ad eccezione di pochi peli castani alle regioni ascellari, a quella dello scroto, alla regione anale e perianale. Peli castani, piuttosto scarsi, alla regione del pube, delimitati nettamente in alto dalla superficie cutanea addominale, la di cui linea alba anche essa è priva di peli. Pannicolo adiposo scarso; muscolatura flaccida. Peso del corpo kg. 53. Leggiero grado di valghismo bilaterale.

Nei riguardi dei dati antropometrici il soggetto in esame presenta statura piuttosto bassa (m. 1,615); grande apertura delle braccia superiori di 4 cm. all'altezza personale; torace deficientissimo di mm. 755, inferiore di 5 cm. al ½ dell'altezza personale; e con addome molto ampio

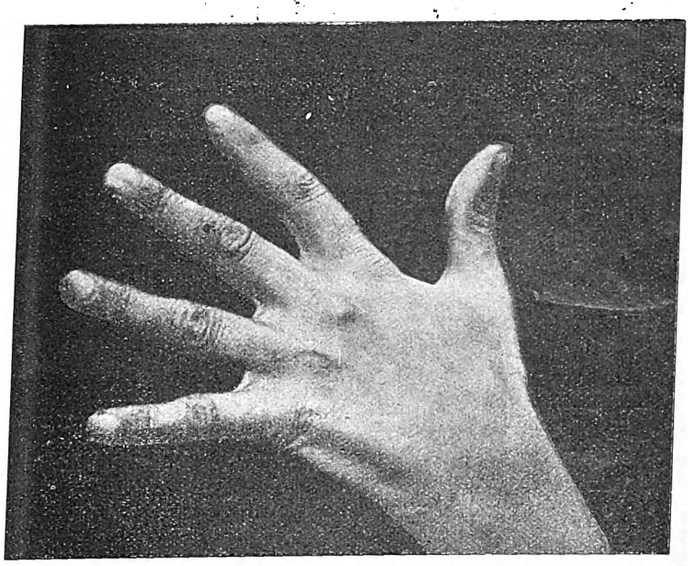


Fig. II.

in altezza e nel suo diametro bisiliaco: sia rispetto allo sviluppo toracico che rispetto alle misure intrinseche dell'addome stesso. L'altezza della colonna vertebrale è di cm. 67 ½, di cui cm. 8 spettano al segmento cervicale, 32 al segmento dorsale, 11 al lombare, 12 al sacrale e 4 ½ al coccigeo.

Gli arti inferiori sono proporzionati allo sviluppo corporeo; essi fino al malleolo misurano cm. 77 e fino alla pianta del piede cm. 83 (fig. I).

La mano è piuttosto grande: misura dalla linea articolare del polso alla punta del dito medio cm. 19 ½ di lunghezza e una larghezza di cm. 10 a destra e di cm. 9 ½ a sinistra.

Inoltre presenta uno sviluppo abbastanza accentuato delle pieghe interdigitali, in modo da dare ad essa il caratteristico aspetto della mano ranina, descritta da Rummo e A. Ferrannini nel geroderma (fig. II). I capi dell'articolazione radiocarpea si presentano ingrossati e manca una netta linea di demarcazione tra la mano e il polso.

Il piede anche è sproporzionato rispetto alla gamba e alla coscia misurando una lunghezza di cm. 25 e una larghezza di cm. 9. Presenta inoltre un ingrossamento e una conformazione delle articolazioni tibio-tarsea e del metatarso, senza che la cute sia ispessita, che costituisce quell'anomalia descritta dai citati autori con la denominazione di piede a getto o di piede di elefante.

Nulla si riscontra di patologico all'esame dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare e degli altri organi interni.

Non si palpa la tiroide.

Organi genitali. Genitali ipoplasici; pene piccolo della lunghezza di 6 cm. circa, come si osserva in un ragazzo di 7-8 anni. Durante l'erezione che si produce, come nei bambini, al più leggiero stimolo, l'asta raggiunge la lunghezza di 9 cm. e lo spessore di 9 cm. Lo scroto anche esso piccolo, e che misura una circonferenza di appena 12 cm. è in diretta continuazione, e come in dipendenza del pube, dal quale non è separato da nessuna linea di demarcazione. I testicoli si palpano nello scroto, si

Digitized by Google

presentano mollicci, e raggiungono appena la grandezza di una piccola mandorla.

Non si riesce a palpare la prostata.

Con l'eccitamento venereo procurato fuoriesce una goccia di liquido limpido, che appena bagna il meato uretrale.

Senso genetico molto attenuato. L'infermo si masturba di rado, e prova poco piacere durante l'orgasmo venereo. Solo con la moglie riesce ad avere una parvenza di semierezione.

Esame psichico. L'esame psichico fa rilevare una mentalità piuttosto infantile con deficienza di senso critico e di ponderatezza, qualità essen-

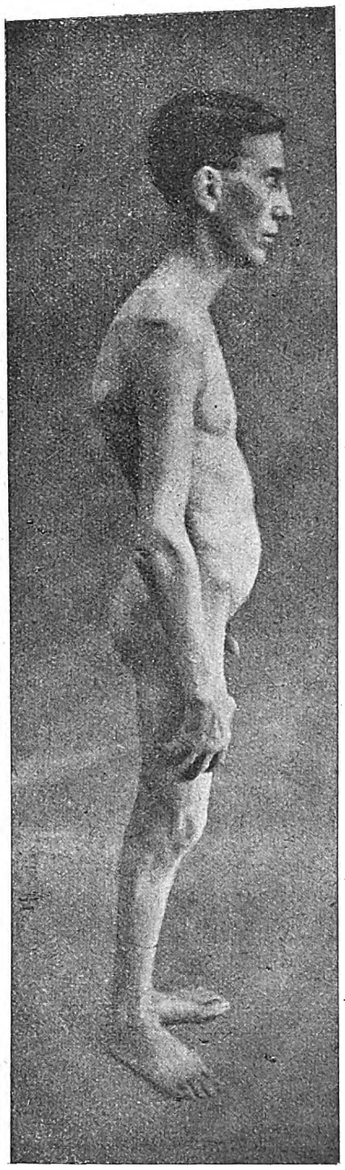


Fig. III.

ziali del maschio adulto ed evoluto; una facile suggestionabilità e credulità.

Per altro il soggetto in esame è eccessivamente timido tanto da impressionarsi e temere perfino delle cure che gli vengono prescritte, preferendo l'attuale stato di infelicità fisica.

Esame radioscopico. L'esame radioscopico dei campi polmonari mostra gangli peribronchiali a sinistra, e ingrossati i rami bronchiali, donde l'aspetto areolato del polmone.

Nulla di patologico si osserva in corrispondenza della regione tiroidea. L'esame radiografico della base del cranio fa osservare la cavità endosellare in rapporto al cranio, un pò più piccola di quella che si trova nella maggior parte dei crani normali. L'entrata al cavo sellare è più ristretta, per ravvicinamento delle clinoidi anteriori e posteriori.

Infatti l'entrata del cavo sellare è di mm. 2,5, mentre il minimo diametro di entrata della sella, trovato da Busi e Balli nei crani normali è stato di mm. 8. In quanto agli altri diametri, l'antero-posteriore è di mm. 9, il verticale medio di mm. 8, l'obliquo di mm. 10.

La radiografia della mano destra mostra regolare sviluppo e la completa scomparsa delle cartilagini epifisarie.

Esame oculare. Campo visivo normale tra 50 e 90. Papille normali con normale decorso dei vasi. Rifrazione miopica OD. $\frac{1}{2}$, OS. 1/3.

Esame morfologico del sangue. Formula leucocitaria.

Globuli rossi 3,120,000; bianchi 15.000. Emoglobina 65.

Polinucleati neutrofili 64 %; basofili 0,4 %; eosinofili 0,2 %; linfociti mononucleati piccoli 31 %; mononucleati grandi e medi 4 %; forme di passaggio 0,4 %.

Esame del liquido spermatico. Il liquido che fuoriesce dall'uretra con l'eccitamento venereo fa notare: assenza di nemaspermi; cristalli di varia forma giallastri; ammassi microscopici di sostanza ialina.

Reazione di Florence: negativa.

Siero-diagnosi. La reazione di Wassermann praticata con il siero di sangue ha dato risultato negativo (emolisi completa) sia con siero attivo che con siero inattivato.

Cutireazione. La cutireazione del von Pirquet con tubercolina concentrata dell'Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Svizzero ha dato risultato positivo con reazione debole.

Esame dell'urina. Scarsezza di cloruri e di fosfati; lieve aumento di solfati. Segni di lento risentimento renale con parecchi cilindri ialini scolorati (forme degenerative per vecchiezza precoce).

Note ricavate dal diario clinico. Ha praticato dall'agosto 1919 al gennaio 1920 una cura di iniezioni di orchitina e ipofisina, senza trarne alcun vantaggio.

Ho rivisto ultimamente l'infermo, il quale da cinque anni ha abbandonato ogni cura perchè completamente sfiduciato dell'esito di esse.

Fig. IV.

Egli vive completamente di accordo con la moglie, che si è adattata con rassegnazione all'infelicità capitatale.

Ora ha 37 anni; è molto decaduto fisicamente ed è anche notevolmente invecchiato. Il peso del suo corpo è diminuito di circa 10 Kg., pesando ora 44 Kg. Il panicolo adiposo è diventato più scarso; la muscolatura più flaccida e si nota pure un lieve grado di cifosi dorso-lombare. Le scapole si presentano abbassate, e rivolte indietro, mostrandosi molto discoste dal torace (scapole alate), in modo da dare l'impressione, nel soggetto visto di profilo, di una grossa gibbosità posteriore (fig. III).

I capi articolari della regione dei polsi e di quelle tibio-tarsee si presentano ancora più ingrossati di quello che lo erano sette anni fa.

Le mani non fanno più osservare così accentuate le pieghe interdigitali; e quella di destra fa notare ingrossati i capi articolari delle varie articolazioni, in modo da dare l'impressione della mano acromegalica, mentre lo scheletro di essa sette anni fa all'esame radiografico appariva normale.

L'infermo soffre di dolori reumatoidi, con accentuazione serotina. La reazione di Wassermann praticata, tanto con il siero attivo che con quello inattivato, ha dato risultato negativo con emolisi completa. In quanto ai genitali hanno le stesse proporzioni di sette anni fa; i testicoli però si presentano più atrofici e più mollicci.

L'esame radiografico della base del cranio, che è stato ripetuto all'Istituto foto-radio-terapico diretto dal Prof. Stanziale, ha confermato la precedente osservazione di un cavo endosellare piccolo rispetto al cranio, e di un ingresso superiore di esso piuttosto ristretto. (Fig. IV).

Ha fatto notare inoltre evidenti le suture craniche, soprattutto quella lambdoidea, che specie a destra dà l'impressione come se l'osso occipitale fosse staccato in quel punto.

Nei riguardi di successive notizie familiari il fratello maggiore è morto per paralisi progressiva, consecutiva a sifilide contratta da giovanotto. L'ultimo fratello riceve una pensione dal governo per una broncoalveolite specifica manifestatasi durante il servizio militare.

Come dalla storia il caso esaminato offre come note principali: la facies gerodermica e l'ipoplasia dei genitali, che sono i caratteri fondamentali del geroderma genito-distrofico.

Le altre note che interessa rilevare sono: statura piuttosto bassa; un maggiore sviluppo in lungh. degli arti superiori, con mano piuttosto grande e il caratteristico aspetto ranino.

Digitized by Google

Arti inferiori proporzionati allo sviluppo corporeo: gangli peribronchiali a sinistra; cavo endosellare piuttosto piccolo con entrata in esso ristretto; cutireazione positiva; Wassermann negativa.

Nella letteratura si trovano citati parecchi casi che devono essere compresi nel quadro nosografico del geroderma genito-distrofico, ma che vanno sotto altre denominazioni. In questi casi l'epoca della trasformazione dell'abito morfologico si è avuta nel periodo pubere dai 25 ai 50 anni, e la probabile patogenesi è stata ritenuta la tubercolosi (Gandy), l'influenza (Josserand), la tifoide (Cordier e Francillon), il trauma (Gougerot e Gy, Claude, Achard, Demanche, Galliard, Ruediger). Le glandole endocrine probabilmente colpite e causa principale dei disturbi sono state ritenute l'ipofisi (Josserand, Cordier, Francillon), i surreni (Cordier, Claude, Gougerot); la tiroide (Gougerot, Claude, Gy). Come cause predisponenti la sifilide e l'alcoolismo.

Nel caso nostro manca ogni dato nei riguardi di lue ereditaria, di alcoolismo nei genitori. Il disturbo è congenito, e anche l'eresipela facciale sofferta a 15 anni, non ha valore, perchè in quel tempo già esisteva l'infantilismo dei genitali.

Vi è una cutireazione positiva con reazione debole, la forma e l'ampiezza del torace, la presenza delle scapole alate, quella di gangli peribronchiali a sinistra: lo che lascia vedere che l'individuo ha una tendenza alla tubercolosi: ipotesi che viene confermata dal dato familiare della broncoalveolite specifica nel fratello minore. Tutto ciò lascia pensare con un criterio di probabilità che la tubercolosi deve essere la causa morbigena che ha attaccato l'apparato endocrino, per quanto la supposizione non trovi una vera conferma scientifica.

Il disturbo è senza dubbio pluriglandolare; ma siccome noi troviamo sopratutto in disfunzione le glandole genitali e l'ipofisi, così esso è prevalentemente genito-ipofisario.

La tiroide non si palpa, nè si nota una sua alterazione con l'esame radioscopico, però una disfunzione di essa vi deve certamente essere, se si tien conto della mancanza di peli al viso e sotto le ascelle, e della fragilità e secchezza dei capelli e della loro precoce canizie.

Invero si osserva che la piccolezza del cavo endosellare e la ristrettezza del suo ingresso superiore non provano un'alterazione dell'ipofisi: ma a parte la considerazione che una ipofisi piccola, dà, nell'ipotesi più favorevole, una secrezione interna più scarsa, e a parte anche la considerazione che nel nostro soggetto non si è osservata l'azione stimolatrice di questa glandola sullo sviluppo dell'intelligenza, della cute, dei peli, e sopratutto sullo sviluppo e sull'attività del tessuto endocrino ed esocrino genitale: stanno di fatto le considerazioni sperimentali, a proposito delle alterazioni dell'ipofisi come causa etiogenetica del geroderma genito-distrofico, nell'altro caso da me descritto, nel quale la causa morbosa era la sifilide ereditaria (1).

In quell'infermo, col semplice trattamento mercuriale, in poco tempo io potetti ottenere il miglioramento delle condizioni genetiche, tanto che infecondo in un primo momento, è risultato fecondo in un secondo momento; e ammogliatosi ha procreato figli sanissimi e robusti. Ebbene in questo caso, di pari passo all'aumento del volume dei genitali e del miglioramento dei caratteri secondari della sessualità, io ho potuto seguire con l'esame radiologico, a distanza di un anno, l'aumento di volume dell'ipofisi pressochè atrofica, all'inizio della cura, con la constatazione dell'ampliamento della sella turcica.

A questi casi sono estranei quelli dei castrati nel periodo prebubere, in cui si nota soprattutto la sproporzione degli arti; e i casi di juvenilismo, di cui ho descritto un caso (2).

Però anche nell'juvenilismo si puo' avere una estensione del processo ad altre glandole endocrine e l'impiantarsi di note gerodermiche sulla forma morbosa preesistente come in un caso da me osservato, la qual cosa non modifica i concetti sovra esposti e le linee tracciate del quadro morboso in parola. Vuol dire che a fianco del géroderma classico, trattandosi di una classifica a base nosografica, come per le altre forme anomale e fruste, descritte da Andrea Ferrannini e da altri, vi può essere ancora quello delle note gerodermiche, che s'impiantano sul quadro dell'juvenilismo, trasformandolo, più o meno, fino a tal punto da farlo rientrare nel quadro morboso del geroderma; e in questi casi la fasa dell'juvenilismo non sarebbe stata che una fase preparatoria.

In altri temini l'entità clinica del geroderma è una entità a sè, quale noi l'abbiamo descritta, e che risponde al concetto espresso dagli AA., che l'hanno creata; le forme anomale e fruste che possono variare di tanto, quante sono le espressioni patologiche delle alterazioni del sistema endocrino, anzichè negare confermano l'esistenza e l'individualizzazione di questo tipo clinico importantissimo, che deve essere considerato come una forma morbosa tutta particolare.

(1) E. Mariotti. Geroderma genito-distrofico e ipofisario da sifilide ereditaria. *Giorn. Malatt. Veneree e Pelle*, 1921.

(2) E. Mariotti. Distrofia pluriglandolare prevalentemente tirco-genitale a tipo di juvenilismo persistente. *Riforma Medica*, 1919.

□□□

ATTUALITÀ

I. ***Sull'eziologia della verruca peruviana.***

II. ***Azione biologica e terapeutica dell' aspergillus fumigatus contro il bacillo tubercolare.***

I. La verruca peruviana è una infezione cronica caratterizzata da eruzioni nodulari, che persistono sulla cute da poche settimane ad uno o più mesi.

Jadassohn e Seiffert dimostrarono fin dal 1910 che essa può essere trasmessa alla scimmia mediante la inoculazione locale di sospensioni di tessuto di verruca peruviana umana. L'agente eziologico ne era però finora sconosciuto.

H. Noguchi, (Laboratorio dello Istituto Rockefeller per le ricerche mediche, *The Journal of experimental Medicine*, 1927, n. 1), partendo dalla constatazione che la verruca peruviana manifesta molte analogie con la febbre Oroya, sia dal punto di vista della diffusione geografica, che da quello di alcune caratteristiche manifestazioni cliniche si è domandato se la *Bartonella bacilliformis* parassita intracellulare specifico della febbre Oroya, non fosse comune anche alla verruca peruviana.

Egli ha — pertanto — inoculato in due giovani scimmie del tipo Macacus rhesus, una sospensione salina di un nodulo sottocutaneo, escisso da un paziente affetto da verruca peruviana.

L'inoculazione ha prodotto una reazione febbrile irregolare, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, ed in uno dei macachi un nodulo sottocutaneo, indipendente dalla inoculazione sulla coda.

Dal sangue dei due animali, e da questo nodulo fu potuto isolare un microrganismo, che per le sue proprietà patogenetiche, e per le sue caratteristiche morfologiche e culturali non si lascia differenziare dal tipo della Bartonella Bacilliformis, isolato da un caso di febbre di Oroya.

La lesione cutanea spontanea sul macaco, ed i noduli sottocutanei prodotti dall'inoculazione intradermica di culture di questo microrganismo manifestano istologicamente le caratteristiche tipiche della lesione verrucosa sperimentale nella scimmia, e sono identiche, d'altra parte, alle lesioni cutanee provocate nelle scimmie dalla Bartonella bacilli-formis.

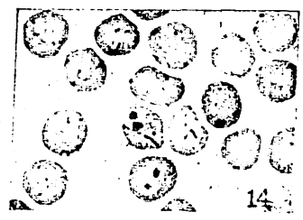


Fig. I. — Microrganismi della verruca negli eritrociti del macaco.

Questo microrganismo è un parassita intracellulare, che si ritrova sul citoplasma delle cellule endoteliali proliferanti, dalla lesione, e nei corpuscoli rossi.

Le stesse variazioni nelle manifestazioni morbose, rilevate nella infezione sperimentale da Bartonella bacilliformis, sono state osservate nell'infezione sperimentale verrucosa. Nel secondo passaggio attraverso la scimmia, l'infezione provocata dall'inoculazone di culture fu grave tanto localmente quanto costituzionalmente, e fu accompagnata da un'anemia notevole. I microrganismi furono ritrovati in gran numero negli eritrociti. Al terzo passaggio l'infezione costituzionale fu meno grave, ma le lesioni locali furono più spiccate,

La scoperta del parassita nel sangue è più certa col metodo cultu-

Digitized by Google

rale che con l'esame microscopico, poichè quest'ultimo è positivo solo nelle infezioni estremamente gravi. Il risultato dell'emocultura è perciò il metodo decisivo per la diagnosi.

Uno studio sierologico pulmonare ha dimostrato che il microrganismo isolato dalle lesioni cutanee di un paziente di verruca, e quello ot-

Fig. II.

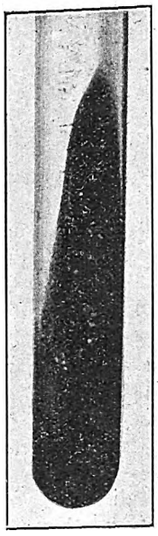


Fig. III.

Fig. II. — Flagelli del microrganismo della verruca. — Fig. III. Aspetto delle colonie del microrganismo della verruca.

tenuto dal sangue di un paziente di febbre Oroya appartengono allo stesso gruppo sierologico.

Questi elementi giustificano la conclusione che la verruca peruviana è prodotta dalla *Bartonella bacilli formis;* si può inoltre stabilire il fatto che la inoculazione di sangue o di essudato ematico proveniente da lesioni di verruca peruviana è capace di provocare, negli organismi recettivi, una grave infezione febbrile sistematica, analoga a quella di cui perì Carrion.

La denominazione di «malattia di Carrion» sembra appropriata per ambedue le forme infettive. La *Bartonella bacilli formis* può essere considerata come un batterio, poichè possiede caratteri essenziali di tale gruppo di microrganismi.

V. M. Palmieri

***

II. Dal 1910, Vaudremier, Putomme e Paulin vanno indagando e provando le modifiche, che il bacillo tubercolare subisce per azione dei filtrati culturali dell'*aspergillus fumigatus*. Nella seduta dell'8 febbraio corrente all'accademia di medicina di Parigi hanno riferito ampi ragguagli sui risultati osservati.

Sotto l'aspetto biologico, il fatto più importante notato consiste nella involuzione, che subisce il bacillo tubercolare per azione di quei filtrati culturali sino a trasformarsi in granuli non acido-resistenti, nettamente colorabili dal bleu di metilene e Gram-positivi. Questi granuli, pullulati nel filtrato aspergillare o poi innestati in agar non provocano nella cavia la tubercolosi sperimentale, la quale, invece, si produce quando i granuli contenuti in quel filtrato rivivono e si rigenerano per il trapianto in mezzo culturale, rappresentato dal siero di bue o di cavallo, non riscaldato e glicerinato a 5 per 100. Gli innesti di passaggio delle culture dall'agar su patata, impregnata di quel siero, mostrano che, dopo 8 o 10 mesi, il virus ripiglia tanto l'acidoresistenza quanto la virulenza nelle cavie e la infezione così provocata sperimentalmente è trasmissibile in serie, tanto che il succo di milza, proveniente da cavie morte 8 giorni dopo la inoculazione, quando venga inoculato a cavie sane, le uccide nel corso di 8 a 15 giorni con tutti i fenomeni generali di una tubercolosi da bacilli acidoresistenti. Al contrario, le culture in agar, uccise con il calore, possono provocare nella cavia sana la formazione di anticorpi (deviazione del complemento per azione dell'antigene tubercolare di Besredka) e conferire all'animale una resistenza abbastanza durevole contro la infezione tubercolare sperimentalmente acquisita, per quanto la resistenza non sia assoluta.

Questi risultati notati nel campo del laboratorio hanno spinto gli AA. a passare alle applicazioni curative negl'infermi tubercolotici servendosi di due specie di liquidi nelle iniezioni sottocutanee. In una serie d'infermi il liquido ha consistito in una emulsione fatta con frammenti di un velo culturale di bacilli di Koch morfologicamente e istochimicamente trasformati, ma non distrutti completamente per azione di una macerazione in liquido filtrato da una cultura di aspergillus fumigatus.

Su 128 tubercolotici, sottoposti a queste iniezioni, 85 hanno potuto essere seguiti e studiati come effetti curativi ed è risultato che 37 sono guariti, 35 hanno migliorato, 5 hanno presentato un andamento stazionario, 8 si sono aggravati. I casi, che più hanno migliorato, sono rappresentati da osteiti delle piccole articolazioni, da adeniti, da epididimiti, da peritoniti, da annessiti. I risultati meno proficui si sono notati negl'infermi coxalgici di qualsivoglia età e nei vecchi, qualunque sede avessero le lesioni.

Altra serie d'infermi venne sottoposta alla iniezione ipodermica di culture in agar di bacilli tubercolari, provenienti dall'uomo o dai bovini o dagli equini e che erano stati innestati in quelle culture dopo essere stati sottoposti all'azione dei filtrati di culture di aspergillus fumigatus. Le culture in agar venivano emulsionate in soluzione fisiologica e, prima di essere iniettate negl'infermi, venivano riscaldate per mezzora a 56° C. e ripartite in fialette. Queste fialette erano riscaldate per una seconda volta a 56° C. durante 20 minuti.

I risultati curativi, notati con questa altra specie d'iniezioni, sono stati superiori, cioè su 260 infermi iniettati si sono osservati 129 guarigioni, 48 miglioramenti, 10 stazionari come andamento del male, 6 aggravati. In generale gl'infermi che presentavano lesioni tubercolari a sede mista, cioè esterna e interna, hanno mostrato miglioramenti più spiccati rispetto ai malati, che presentavano lesioni esclusivamente pulmonari.

Con l'abituale e doverosa imparzialità del nostro periodico abbiamo riferito questi risultati dei tre osservatori francesi, ma c'incombe ugualmente il dovere patriottico di mettere in rilievo che la linea direttiva degli studi loro non è novità per noi italiani, è quella identica, che, ben 40 anni or sono, venne tracciata dal compianto maestro Prof. Arnaldo Cantani. Parlo degli anni compresi tra il 1886 e il 1888. Fu l'epoca in cui il Prof. Cantani volle dotare la sua Clinica di due grandi laboratori: uno di batteriologia, in cui lavoravano Tursini, Di Vestea, Manfredi; Zagari; Boccardi; Malerba; De Simone; l'altro di fisiopatologia di farmacologia e di grafica, applicata alla clinica, e in questo secondo reparto lavorammo il compianto Prof. Rummo ed io. Proprio in quell'epoca il Prof. Cantani venne attuando una serie di tentativi sperimentali e clinici; intesi a contrapporre l'azione del *bacterium termo* a quella del bacillo tubercolare. Furono questi i primi tentativi di quella, che Cantani chiamò «batterioterapia».

Invece del *bacterium termo*, gli osservatori francesi citati si sono serviti ora dall'aspergillus fumigatus, ma il principio informatore dei tentativi è identico a quello del nostro compianto Prof. Cantani.

Andrea Ferrannini

RIVISTE SINTETICHE

LA DIATERMIA
CIÒ CHE SI PUÒ E CIÒ CHE SI DEVE CHIEDERLE

Principi fondamentali di fisica. — Per *diatermia* intendesi l'uso di correnti elettriche ad alta frequenza e bassa tensione.

Queste correnti sono oggi largamente usate nel campo medico per il fatto che attraversando organi e tessuti, si trasformano in calore: la diatermia è quindi una termoterapia, che però si differenzia dagli altri metodi di termoterapia perchè mentre tutti questi cercano di agire in profondità partendo dalla superficie, la corrente diatermica sviluppa il calore nell'interno del tessuto stesso che attraversa, per la trasformazione della energia elettrica in calore. Ogni corrente elettrica, in determinate condizioni, riscalda il conduttore che attraversa: l'energia elettrica nel vincere la resistenza che incontra, si trasforma in calore. In fisica si considera questo calore dovoluto ad una specie di attrito, e si chiama appunto calore di attrito, o anche calore di Joule, o effetto Joule dal nome del fisico James Joule.

Il corpo animale è un conduttore di elettricità, quindi è possibile ottenerne il riscaldamento facendolo attraversare dalla corrente elettrica Però questo riscaldamento, a scopo terapeutico non può prodursi che mediante correnti ad alta frequenza; di tutte le altre correnti a bassa frequenza non se ne possono usare che piccolissime intensità (pochi milliampères) dato che esse inducono forti fenomeni di eccitazione neuromuscolari, e conseguentemente il calore che per esse può ottenersi, è praticamente trascurabile. Le correnti ad alta frequenza invece sono assolutamente innocue, non inducono fatti dolorifici, nè provocano contrazioni muscolari: è perciò possibile fare da esse attraversare il corpo

Digitized by Google

umano ad intensità tali da potere avere in proporzioni corrispondenti, e per l'effetto Joule, un riscaldamento sufficiente, e praticamente utilizzabile. Come è che queste correnti, dette di Tesla, non ostante la grande intensità sono perfettamente innocue? Oggi ben ce lo spieghiamo con la legge di Nernst, per la quale nel corpo umano lo stimolo elettrico è inversamente proporzionale alla radice quadrata della frequenza, e direttamente proporzionale alla intensità, di modo che se lo stimolo cresce col crescere della corrente, d'altra parte diminuisce col crescere della frequenza. E' opportuno qui ricordare che cosa si intenda per frequenza. Le correnti elettriche si distinguono in continue, ed alternate: sono continue quelle per le quali la tensione è costante, e dei due poli l'uno resta sempre positivo, l'altro sempre negativo; alternate si dicono invece quelle nelle quali la tensione fra i morsetti è squisitamente variabile ed ogni polo, in una frazione di secondo, passa dal positivo allo zero, dallo zero al negativo, dal negativo allo zero, e poi dallo zero al positivo; questo ciclo, che chiamasi periodo, si riproduce un certo numero di volte in un minuto secondo: orbene la frequenza non è altro che il numero dei periodi di un minuto secondo. Le correnti usate per scopi industriali hanno frequenze che variano dai 25 ai 60 periodi al secondo: e a queste frequenze le correnti sono pericolosissime, e di esse non se ne possono usare, come ho già ricordato, che piccolissime intensità. Le correnti ad alta frequenza hanno un numero enorme di periodi a minuto secondo, e, per la legge di Nernst, che ho ricordata, poichè lo stimolo diminuisce col crescere della frequenza, ci spieghiamo come non solo non siano affatto pericolose, anche se usate ad intensità considerevoli (5 amperés) tali che sarebbero mortali se la frequenza fosse bassa, ma nemmeno generino la più piccola sensazione molesta. Come si spiega ciò? E' presto detto: il corpo umano dal punto di vista della conducibilità elettrica va nella categoria dei conduttori di II grado (quelli di I grado sono i metalli), cioè dei conduttori elettrolitici. Per sostanze elettrolitiche s'intendono quelle che sciolte nell'acqua, si dissociano in ioni: tali sono gli alcali, i sali, gli acidi; il corpo umano rientra nella categoria dei conduttori elettrolitici perchè la conducibilità elettrica in esso è devoluta unicamente alle soluzioni saline. Gli ioni si distinguono in kationi ed anioni. Se per esempio facciamo traversare una soluzione salina da una corrente continua noi osserviamo uno sviluppo di bolle gassose attorno ai due elettrodi, molto maggiore in corrispondenza del polo negativo: facciamo ora traversare l'istessa soluzione salina da una corrente diatermica, non osserveremo nessuno sviluppo di bolle: viceversa però la temperatura della soluzione subirà una elevazione progressiva durante il passaggio della corrente diatermica, cosa che non avveniva durante il passaggio della corrente continua.

Si può dire, tanto per intenderci, che mentre la corrente continua, e così pure quella a bassa frequenza compiono un lavoro principalmente chimico, le correnti diatermiche compiono un lavoro essenzialmente fisico che si risolve in produzione di calore.

Ora questo lavoro chimico è il così detto fenomeno elettrolitico. Durante il passaggio della corrente continua, o della alternata a bassa frequenza attraverso una soluzione salina, si ha che i kationi si spostano al polo negativo, katodo, e gli anioni al polo positivo, anodo. Da questo spostamento ne risulta un mutar di concentrazione della soluzione, in particolar modo a livello dei due poli.

Se immaginiamo due differenti soluzioni saline separate da una membrana permeabile, ed in ognuna di esse immergiamo uno dei due poli, e chiudiamo il circuito, al passar della corrente le particelle di una soluzione migrano nell'altra, e se ne ha di conseguenza un mutamento nella concetrazione delle soluzioni. Ora, dice il Buchv, con chiare parole, il corpo umano non è altro, dal punto di vista della conduzione elettrica, che un sistema di soluzioni saline contenute nelle cellule: al passaggio della corrente le particelle saline si spostano da una cellula all'altra, e ne risulta così una modificazione della concentrazione del contenuto cellulare. Quando ciò avviene in una cellula nervosa, il variar della concentrazione è inteso dalla cellula come uno stimolo stimolo che induce l'eccitazione del nervo.

Da ciò si può dedurre che ogni stimolo elettrico nel corpo umano è devoluto al verificarsi del fenomeno elettrolitico: fenomeno elettrolitico che con le correnti ad alta frequenza non può aversi; difatti perchè possa verificarsi lo spostamento degli ioni, è necessario che essi abbiano il tempo di spostarsi verso il polo positivo, e verso il polo negativo: ora se la frequenza è alta, cioè se in un minuto secondo si ha un numero altissimo di periodi, ne consegue che i segni + e — dei due poli si invertiranno con tale una rapidità, che centinaia di volte in un minuto secondo il polo positivo diventerà negativo, ed il negativo positivo, ed allora nel brevissimo intervallo di tempo del periodo non sarà possibile agli ioni portarsi al polo positivo o al negativo, ed il fenomeno elettrolitico non potrà aversi. Perciò la corrente ad alta frequenza, anche a notevoli intensità, può attraversare organi e tessuti, senza indurre il menomo disturbo.

***

Effetti fisiologici delle correnti diatermiche. — I principali effetti fisiologici delle correnti diatermiche sono presto detti: azione analgesica; azione termica; azione iperemizzante; azione antispastica; azione battericida; azione sul ricambio materiale; azione rigenerante. L'azione analgesica si spiega con la diminuzione della attività di molti nervi sensitivi, o per meglio dire con la depressione dell'eccitabilità delle fibre destinate alla conduzione degli stimoli dolorifici (Kowarschik). L'azione termica con l'innalzamento della temperatura dei tessuti attraversati dalla corrente diatermica, per la trasformazione in essi della energia elettrica in calore (effetto Joule). L'azione iperemizzante è devoluta alla depressione del tono vasale, cui consegue una vasodilatazione. Si ha perciò iperemia attiva ed iperlinfia, onde ci spieghiamo il gagliardo acceleramento del ricambio materiale, ed è per questo che così facilmente si riassorbono gli essudati, e si reintegrano i tessuti, e si arriva brillantemente alla risoluzione, ed alla guarigione dei più svariati processi infiammatorii, subacuti e cronici.

La prima dimostrazione dell'azione battericida delle correnti diatermiche la dobbiamo alle ricerche di Laquer, il quale trovò che è possibile mediante le correnti ad alta frequenza attenuare negli animali la vitalità e proliferazione dei germi poco resistenti al calore, come i gonococchi, i vibrioni del colera, i pneumococchi. Santos ha studiato quale è il tempo necessario per uccidere i gonococchi alle diverse temperature, e diatermizzava perciò delle culture di agar: i risultati ai quali è giunto sono che ad una temperatura fra 44°.5 e 45°, il gonococco muore in 45 minuti; ed ad una temperatura fra 49°.5 e 50° muore in 4-5 minuti. Per le temperature intermedie fra queste due estreme citate, necessitano corrispondentemente valori intermedii della durata del tempo d'azione della corrente diatermica. Così, ad esempio, ad una temperatura di 47° è necessaria un'applicazione di 17'; come ad una temperatura di 39°, è necessaria una durata di 10h, e così di seguito.

Inoltre Santos avendo trovato che immergendo i tubi di agar in un bagnomaria, e mantenendoveli alle istesse temperature, e per una durata di tempo uguale, aveva risultati eguali che con la diatermia, concludeva che questa in quanto al potere battericida, agisce unicamente per il calore. Zeynek anche studiò l'azione battericida della diatermia con esperimenti sugli animali. Iniettava culture pure di diverse specie batteriche nel ginocchio del coniglio, e poi, dopo il trattamento diatermico, pungeva l'articolazione ed inoculava col liquido ricavato i tubi di assaggio: i risultati furono molto lusinghieri per il gonococco, il pneumococco, il vibrione del colera ecc. Ma è principalmente Roucayrol che ha dimostrato con prove inconfutabili l'azione battericida della diatermia sui tessuti invasi sia dal gonococco, come dallo strepto e dallo stafilococco. La superiorità della tecnica seguita da detto autore, i meravigliosi risultati resistenti ad ogni critica, sono devoluti all'uso di apparecchio e strumentario assolutamente originali, che permettono di lavorare con la più grande e scrupolosa esattezza, specie per ciò che concerne la lettura ed il dosaggio delle temperature, e di raggiungere risultati non solo praticamente, ma anche scientificamente perfetti.

Dunque l'azione battericida della diatermia è devoluta al calore. E' però giusto qui ricordare l'osservazione che a tal proposito fa Kowarschik e che cioè se non esiste una sostanziale differenza fra l'azione battericida delle alte temperature sulle culture microbiche, e l'azione battericida della diatermia negli organismi viventi, quest'ultima è per lo meno più complessa, poichè non si può scindere il fattore calore, dai fattori iperemia ed iperlinfia, da esso calore direttamente indotti.

L'azione sul ricambio materiale locale, e generale è dovuta all'aumento di temperatura; all'accelerata circolazione del sangue e della linfa, ed all'effetto proprio della corrente elettrica.

Inoltre alle correnti diatermiche può attribuirsi un potere rigeneratore, chiamando con Dausset rigenerazione la proprietà del calore di influenzare favorevolmente la neoformazione di tessuti giovani, e quindi la cicatrizzazione, e la rigenerazione cellulare.

***

Applicazioni terapeutiche della diatermia. — Ed ora, se i brevi ricordi di fisica saran valsi a meglio intendere gli effetti fisiologici delle correnti diatermiche, così pure, agevolmente, dalla conoscenza degli effetti fisiologici scaturirà chiara la visione di quali nuovi e immensi orizzonti non si dischiudano oggi alla terapia dei più svariati, e ribelli, e gravi processi morbosi, per la conquista della diatermia. Ma per converso, non in tutte le malattie la diatermia risponde egualmente: molte forme morbose non ne ricavano che solo una miglioria per altro non mai disprezzabile. Il campo invece nel quale la diatermia raggiunge i risultati meravigliosi, è quello delle malattie infettive, in virtù della sua azione battericida.

Digitized by Google

Brevemente passerò in rassegna i diversi processi morbosi nei quali è stata applicata la diatermia. Non posso certo dilungarmi per non uscire dai limiti prefissimi.

Fra le malattie del sistema nervoso, nelle nevralgie e nelle nevriti si possono avere risultati favorevolissimi; così nella ischialgia, nella nevralgia del trigemino, nelle nevralgie intercostali (zona) ecc. Nelle paralisi la diatermia può giovare migliorando la circolazione, e quindi la nutrizione dei muscoli. Nella tabe dorsale, contro i terribili dolori, si possono avere risultati sorprendenti. Ugualmente brillanti risultati si possono avere nella paralisi infantile, applicando il trattamento misto radiodiatermoterapico.

Fra le malattie dell'apparato circolatorio abbiamo l'angina pectoris, nella quale si sono avuti risultati notevolmente favorevoli, e che meritano di essere presi nella più alta considerazione (Nagelschmidt); però, bene osserva Kowarschik, i risultati ottenuti in tale grave infermità sono rappresentati da un successo *spesso quasi meraviglioso*, ma per altro non costante: non tutte le angine di petto, trattate con la diatermia se ne avvantaggiano notevolmente, o guariscono; ma ciò non deve autorizzare il medico a non tentare questo semplice e sorprendente metodo di cura, così razionale, e così logico; e del resto le forme che non si avvantaggiano della diatermia, possono forse sperare molto da tutte le altre risorse della terapia?

Felici risultati hanno pure registrato autorevoli autori nella ipertensione arteriosa, e nella arteriosclerosi: la diatermia agisce inibendo il sistema vasomotore e da ciò ne deriva l'abbassamento della tensione, non solo temporaneo, ma duraturo, se, come consiglia Bordier ogni due-tre mesi si sottopone l'infermo a qualche seduta (Fischer, Kowarschik, Bordier, ecc.).

Azione benefica, e facile ad intendersi, si ha pure nelle forme di angionevrosi.

Le applicazioni della diatermia nelle malattie dell'apparecchio respiratorio, si possono brevemente riassumere: nelle bronchiti croniche e nell'asma bronchiale, si possono conseguire miglioramenti; in quanto al trattamento diatermico della tubercolosi pulmonare, riporto quanto ebbe in proposito a scrivere Bordier: «Le osservazioni, ancora poco numerose, sembrano incoraggiare ad applicare la diatermia a questa terribile malattia, a patto di prendere tutte le precauzioni utili ecc.»; e più oltre «Il meccanismo d'azione di tutti gli agenti fisici, in tutti i casi di tubercolosi ed in particolare della diatermia nella tubercolosi polmonare, trova la sua spiegazione nelle modificazioni apportate nella nutrizione del tessuto ove pullulano le colonie microbiche: la nutrizione del tessuto pulmonare sottomesso all'azione delle correnti ad alta frequenza, della diatermia, diviene molto più intensa, come quella di tutti gli altri tessuti traversati da queste correnti: se ne vedrà un chiaro esempio al trattamento delle piaghe atone, e delle ulcere varicose. Allorchè il tessuto pulmonare ha ritrovata la sua nutrizione normale, si comprende che i bacilli non sono più nelle condizioni favorevoli al loro sviluppo; la loro pullulazione diviene meno attiva, per sparire completamente. Ugualmente è modificando la nutrizione di questo stesso tessuto pulmonare che la cura d'aria induce le guarigioni constatate; e, modificando la nutrizione della pelle, sottomessa alla diatermia, o alla radioterapia, nella tubercolosi cutanea, le correnti ad alta frequenza, o i raggi X arrivano così facilmente a guarire gli ammalati». Mi sembra che non vi sia altro da aggiungere.

Nelle pleuriti, passato lo stadio acuto, si possono ottenere dalle correnti diatermiche benefici effetti sul riassorbimento degli essudati, e sul dolore. Nella cura delle affezioni dell'apparecchio digerente, la diatermia può rappresentare un mezzo non privo di efficacia, nè povero di successo Se ne giovano enormemente tutte le forme di nevrosi gastriche: il pilorospasmo nervoso, e tutte le forme di alterazioni qualitative e quantitative della secrezione gastrica, di origine nervosa.

Che cosa dire della diatermia nella appendicite? Certo essa è da ritenersi controindicata nei casi acuti, ma viceversa può rendere ottimi servizi nei casi subacuti e cronici. Se noi non dimentichiamo che «semel appendiciticus, semper appendiciticus», e non dobbiamo dimenticarlo, passato il periodo acuto, bisogna indurre senz'altro, l'infermo a farsi operare; ma non tutti gli infermi accettano tale consiglio: molti non si decidono che al secondo, al terzo attacco; e molti non vi si decidono che quando è fatalmente troppo tardi. Ed allora per tutti questi infermi che non vogliono sottoporsi ad un intervento cruento, come pure per quelli ai quali per altre ragioni non sia consigliabile l'appendicectomia, la diatermia è l'unica cura che potrà dare buoni risultati, e per la modificazione dello stato dei tessuti, e per l'azione sterilizzante delle correnti diatermiche.

Fra le malattie delle articolazioni si giovano della diatermia: l'artrite reumatica, terminato del tutto però il periodo acuto; l'artrite deformante; l'artrite gottosa cronica; l'artrite blenorragica, passato il periodo di grande acuzie. Laqueur ha avuti brillantissimi risultati nelle talodinie e nelle tarsalgie gonococciche.

Fra le malattie del sistema muscolare ricavano gran vantaggio dalla diatermia le mialgie, ed in particolar modo la lombaggine.

In quanto al trattamento diatermico delle malattie dell'apparato uropoietico, poco finora è stato fatto. Autorevoli autori, come ad esempio Nagelschmidt hanno sperimentato con buon successo la diatermia nelle nefriti croniche: si ha notevole aumento della diuresi, e parallelamente diminuzione degli edemi. Noi sappiamo che nelle nefropatie, e siano acute, come siano croniche, e che si tratti di forme prevalentemente degenerative, o prevalentemente infiammatorie, la guarigione del processo è un esito tutt'altro che raro, data la squisita proprietà rigenerativa dell'epitelio renale, e per la circoscrizione, la limitazione dei focolai infiammatorii interstiziali, onde avviene che quando questi si organizzano, e si retraggono, ben possono espandersi le zone vicine, e sopperire alla funzione della zona limitrofa per una squisita azione vicariante. Ora, conoscendo noi gli effetti fisiologici delle correnti diatermiche, quale nuovo e vasto orizzonte non vediamo dischiuderci per ciò che riguarda la terapia di molte nefropatie? Pensiamo per un momento quali sono le lesioni che anatomicamente si riscontrano in un rene nefritico: lesione dei glomeruli, di grado vario, ma giungente fino alla distruzione di essi; sostituzione di tessuto connettivo; canalicoli urinarii atrofici, o occlusi da cilindri, ed in preda ad alterazioni epiteliali ecc.; e poi il connettivo invade sempre più, e diventa tessuto cicatriziale. Intanto, contemporaneamente gravi ed importanti alterazioni vasali: l'intima delle arteriole e dei capillari prolifera e sempre più difficile diventa l'irrorazione sanguigna, e sempre più aumentano gli ostacoli alla sufficiente nutrizione del rene: e queste difficoltà circolatorie sono la precipua causa dell'invecchiarsi della nefrite, e del progredire del male, e piano piano si stabilirà il quadro della insufficienza renale. Ora non appare lecito pensare che la diatermia renale, modificando le condizioni locali del circolo sanguigno, favorendo l'irrorazione generosa di zone ancora sane, e che, se saranno sufficientemente nutrite, potranno entrare in funzione vicariante, possa e debba giovare? Nelle zone lese i glomeruli ricevono una quantità sempre minore di sangue, e si impiccoliscono, e le pareti collabiscono, e si saldano ed avverrà la trasformazione connettivale: e se il glomerulo non riceve più sangue, non si forma più urina, ed i canalicoli che non funzionano più, e sono malamente nutriti, vanno incontro alla degenerazione: ed a ricordo di quello che fu un apparato meravigliosamente funzionante, non resterà che del volgare tessuto connettivo.

E la nefrite dolorosa? Un'affezione caratterizzata dai dolori renali, coesistenti, come dice Marion, con alterazioni più o meno avanzate di sclerosi, ma non accompagnantesi sempre a segni di nefrite, non deve anche essa poter ricavare benefici dalla diatermia?

E che cosa dire della diatermia nella tubercolosi renale? intendo bene parlare delle forme non operabili, di quelle cioè che possono sottoporsi al solo trattamento medico, come le forme bilaterali, con lesioni quasi uguali nei due lati; le forme nelle quali pur essendo unilaterale la lesione specifica, l'altro rene è funzionalmente insufficiente ecc.; può qui ripetersi ciò che ho riportato di Bordier a proposito della tubercolosi polmonare.

Nella cura delle pieliti la diatermia trova un'altra utile applicazione.

Kowarschik dice di avere avuti buoni risultati in alcuni casi di incontinenza essenziale (incontinenza infantile).

Ma il campo nel quale la diatermia trova le sue più belle applicazioni e dà i migliori risultati è quello di molte affezioni degli organi genitali, sia maschili che femminili, ed in particolar modo nelle affezioni blenorragiche di detti organi. Se pure la diatermia non avesse in nessun altro campo della patologia, e della clinica trovata utile applicazione, fuorchè in questo, solo per i successi che permette di conseguire in tal campo, così vasto, e pur così malamente conosciuto, così ricco di pericoli, come irto di difficoltà; così fertile di insuccessi come pieno di responsabilità, ebbene, solo per i risultati che in tal campo si possono ricavare dalla diatermia, bisognerebbe dichiarare questa come una delle più grandi conquiste della terapia contemporanea. Oggi la diatermia — particolarmente in un gruppo di lesioni blenorragiche croniche — come le uretriti, le prostatiti; le vescicoliti, le metriti ecc. rappresenta l'arma più potente per combattere il gonococco. Ed è questo appunto il gruppo di lesioni nel quale l'impotenza e l'insufficienza dei vecchi mezzi, così facilmente e così evidentemente si rivela, ed ogni giorno. E questa insufficienza, e questa povertà di mezzi significano molto spesso, purtroppo la condanna ad una vita d'inferno per molti ammalati; condanna che, pende come la spada di Damocle su ogni blenorragico; condanna che a volte assai leggermente si firma da certi medici!

Si intende bene però che se la diatermia rappresenta un'arma possente, i brillanti risultati non può darli se non in mano di provetti spe-

Digitized by Google

cialisti, e dico questo perchè la cura della blenorragia rappresenta un campo nel quale purtroppo, a piè leggiero, molti medici, non specialisti credono potersi avventurare. Quali siano spesso le conseguenze, lo sa poi il paziente,

Certi casi di debolezza sessuale, di impotenza; certe epididimiti ribelli, recidivanti: l'epididimite *à bascule*, guariranno se noi, dopo aver trovata la causa di una vescicolite, sapremo sopprimerla. Ora in quanto alla cura delle vescicoliti, poco si poteva fare prima dell'ingresso in terapia delle correnti diatermiche: mettendo da parte gli interventi cruenti, e che hanno speciali indicazioni, restavano il cateterismo dei dotti eiaculatori, ed il massaggio digitale accoppiato al lavaggio uretro-vescicale di permanganato. Il cateterismo dei dotti eiacultori, è difficile, non sempre riesce, può a sua volta dare una epididimite acuta; in quanto al massaggio digitale unito al lavaggio, è puerile pensare che esso possa guarire certe vescicoliti croniche, anche se praticato con costanza e con regola.

Io non posso qui, per l'indole generica di questo lavoro estendermi ad illuminare le diverse lesioni che la blenorragia può indurre negli organi genitali, e l'opportunità della cura diatermica in tali casi: mi son trovato a dire delle vescicoliti: valga l'istesso per le prostatiti: la diatermia permetterà di conseguire, a chi sa usarla, risultati meravigliosi, impossibili ad aversi in altro modo.

In breve, la blenorragia cronica, comunque sia cronica, qualunque sia il focolaio di localizzazione, può guarire, e deve guarire. Oggi dobbiamo ricordarci che siamo ben lungi dai tempi di Ricord, e la *boutade* del grande venereologo « Si je dois aller en enfer, je sais le supplice qui m'attend: c'est de me voir entourés de blenorragiens m'obsédant de leurs instances pour obtenir guérison », esponente della insufficienza dei mezzi di cui a quei tempi disponeva il grande maestro, deve appartenere solo alla storia della blenorragia, Le uretriti croniche, vecchie, vecchissime, disperazione dell'ammalato e del medico, cedono alle correnti diatermiche: quì però non mi sembra inopportuno far notare che la diatermia uretrale richiede una speciale competenza, ed un particolare strumentario ed apparecchio. Valga questa mia osservazione per quei medici i quali credono che, disponendo di una qualunque macchina diatermica, sia pure piccola, si possa diatermizzare l'uretra: fare la diatermia uretrale, non significa semplicemente *riscaldare l'uretra*: chi agisce in tal modo non fa che prostituire il metodo di cura, e turlupinare l'infermo, se non pure sè stesso!

Molto opportunamente De Nicola, nel suo lavoro sulla diatermia, riporta quanto ebbe ultimamente a scrivere il Merletti, Direttore della Scuola Ostetrica dell'Università di Ferrara: « Un ginecologo moderno, che non voglia trascurare i grandi mezzi curativi che l'elettricità oggidì gli fornisce, non può misconoscere, l'impiego della diatermia, e rifiutarsi di applicarla in moltissime lesioni ginecologiche, prima di consigliare e praticare un atto operatorio, che quasi sempre si risolve in dannosa demolizione parziale, o totale degli organi genitali femminili. Che valore ha di fronte a questo sussidio curativo, l'antiquato bagaglio della piccola ginecologia di qualche anno fa, consistente in zaffi, colonnizzazioni vaginali, baroterapia, termoforo, irrigazioni ovuli solventi; *et similia?* Ricorrere a simili mezzi oggidì, parmi risibile altrettanto, quanto il mandare all'assalto un armigero con archibugio a pietrafocaia, in un'epoca che possiede il fucile ad ago, ed a ripetizione! »

Ciò che ha scritto il Merletti ben lascia intendere quel che si possa e si debba chiedere alla diatermia in ginecologia e mi evita di dilungarmi su questo punto. E' certo che la diatermia permette di liberare la donna da qualunque lesione della sfera genitale, di origine gonococcica. La grande superiorità di questo metodo di cura consiste nel fatto che nel praticare, come fo io, servendomi degli apparecchi e strumentario di Roucayrol, e seguendo fedelmente la sua tecnica, una applicazione di diatermia, non solo si agisce contemporaneamente su tutte le vie genitali, e ghiandole annesse: vulva, glandole di Bartolino, vagina, utero; annessi; ma anche sulle basse vie urinarie: uretra e vescica.

Nelle salpingiti l'azione della diatermia è straordinaria.

C'è un altro capitolo della patologia della sfera sessuale femminile, molto importante, quello dei disturbi della mestruazione: anche in esso trovano le correnti ad alta frequenza, utili e belle applicazioni: non posso indugiarmi a dirne per la linea generale che ho inteso dare a questo mio lavoro, che vuole semplicemente far conoscere tutto ciò che, in linea di massima, si può e si deve chiedere alle correnti diatermiche; e ciò che ad esse può chiedersi non è poco, se si saprà chiederlo opportunamente e tempestivamente: certo è sempre, e principalmente l'esatta conoscenza della base anatomica del male che deve informare e dirigere ogni nostra azione intesa a curare; e questa profonda conoscenza, unita alla esatta valutazione di ciò che potrà essere, e che sarà l'intimo meccanismo d'azione dei nostri mezzi, devono sempre guidarci nella rigorosa, logica ed opportuna applicazione di essi. In questa valutazione, ed in questa conoscenza consiste il segreto della meravigliosa arte del curare, e della divina arte del guarire.

Dott. MICHELANGELO SORRENTINO
degli Ospedali Riuniti
Urologo dell'Ospedale dei Pellegrini

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il nitrito di sodio per iniezioni endovenose nella cura della ipertensione arteriosa. — G. CORBINI (Istituto di Patologia medica della R. U. di Siena). *Minerva Medica*, n. 31, 1926.

L'A. ha usato, come cura dell'ipertensione arteriosa, le iniezioni endovenose di nitrito di sodio, servendosi di soluzioni sterili in acqua distillata di tale medicamento, di recente preparate, a vario titolo. In linea di massima, egli ha praticato quotidianamente dapprima 3 iniezioni da 5 mmgr., quindi 3 da 10, 4 da 15, 5 da 20 mmgr.; anche qualche iniezione di 3 centgr. non ha determinato alcun inconveniente.

Gli effetti sulla pressione arteriosa sono stati diversi a seconda dei casi; in uno scarso numero di questi, infatti, la pressione arteriosa, sia massima che minima, non ha mostrato alcuna modificazione vantaggiosa, il che, secondo l'A. è da attribuirsi ad una concomitante sclerosi renale in questi malati la quale frustra l'azione ipotensiva del nitrito di sodio. In un gruppo di casi più numeroso, invece, la terapia endovenosa con nitrito di sodio ha determinato una diminuzione della pressione arteriosa persistente ancora per diversi giorni dalla sospensione delle iniezioni e in taluni individui anche per qualche mese. In conclusione perciò, l'azione ipotensiva del nitrito di sodio, anche per via endovenosa, non è costante nè definitiva.

Costante invece nei casi dell'A. si è dimostrata l'azione del nitrito di sodio nei fenomeni subiettivi degli ipertesi, e cioè ronzii auricolari, insonnia, dispnea e in genere in ogni disturbo dipendente da cattiva irrorazione sanguigna: l'effetto è stato anche rapido, in quanto che il miglioramento o addirittura la scomparsa di questi fenomeni si iniziarono solo dopo 3-5 iniezioni.

Chimismo delle fecce paragonato al chimismo del succo duodenale. — G. GUALTIER. *Folia Clinica Chimica et Microsc.*, vol. I, fasc. 1.

Conviene servirsi parallelamente dell'esame chimico delle fecce e dell'esame del succo duodenale estratto con il metodo di Einhorn, perchè così i risultati rispettivi si controllano reciprocamente, però l'esame delle fecce dà risultati più completi.

Salicilato di sodio e acidosi. — C. GAMNA e C. CIPRIANI. *Minerva Medica*, n. 31, 1926.

Si tende oggi ad istituire nel reumatismo articolare acuto una terapia salicilica ad alte dosi, la quale, però, non è scevra d'inconvenienti, che possono andare dalla semplice intolleranza gastrica a fenomeni di vera azione tossica (vertigini, ronzio agli orecchi, polipnea, dispnea talora allucinazioni, delirio, convulsioni e persino coma): questi fenomeni si son voluti riferire ad uno stato di acidosi determinato dal salicilato di sodio.

L'A. in sue ricerche su malati di poliartrite e su individui sani, cui venivano somministrate dosi di 30-35 gr. pro-die di salicilato di sodio, ha notato infatti che dette dosi producono una reale diminuzione della riserva alcalina e talora una leggera diminuzione dell'alcalinità attuale del sangue, maggiore nel soggetto ammalato di reumatismo articolare acuto che negli individui sani. Questo leggero stato di acidosi potrebbe spiegare, secondo l'A. la polipnea da salicilato, nel senso che è necessaria una maggiore ventilazione polmonare per conservare l'alcalinità attuale fisiologica del sangue, la quale può considerarsi risultante dal rapporto CO^2 libera: CO^2 dei bicarbonati. Sarebbero interessanti ricerche, ugualmente indirizzate, nei casi di turbe nervose più gravi da salicilato.

In qualche caso, l'A., anche all'infuori dell'insorgenza di gravi fe-

Digitized by Google

nomeni clinici, ha visto comparire, per effetto della terapia salicilica intensiva, acetonemia e da ciò è indotto a ritenere che questa alterazione del ricambio possa essere realmente un effetto proprio dell'intossicazione salicilica, anche senza il concorso di fattori di altra natura, come l'ipoalimentazione e l'infezione.

Queste osservazioni costituiscono una base razionale per la somministrazione di alcalini (bicarbonato di sodio, ecc.), come mezzo preventivo dei disturbi da salicilato di sodio.

Ricerca nell'urina degli zuccheri Fehling-riducenti col metodo micologico di Castellani. — P. PIETRA. *Giornale di Batteriologia ed Immunologia*, n. 1, 1927.

Il metodo micologico per la ricerca nell'urina degli zuccheri (glucosio, maltosio, galattosio, lattosio ecc.) ideato da Castellani utilizza le proprietà che particolari microrganismi hanno di fermentare determinati idrati di C con sviluppo di gas. Se, per es., due germi di cui conosciamo essere l'azione fermentativa sui vari zuccheri eguale salvo che per il maltosio, dimostrano a contatto d'uno zucchero in esame un comportamento diverso, e cioè uno dà sviluppo a gas e l'altro no, è chiaro che nel caso in questione non può trattarsi che di maltosio.

L'A., di ritorno da un breve soggiorno nel «The Ross Institute and Hospital for tropical diseases» di Londra, riferisce la tecnica di questo metodo e le sue ricerche coincidono con quelle del Castellani e della sua Scuola. Quando si voglia procedere all'identificazione di uno zucchero oppure si vogliano far prove con uno zucchero noto, si prepara una soluzione sterile all'1 % della sostanza in acqua peptonizzata 1 % ripartendo quindi la soluzione in tante provette, contenenti ognuna capovolto un tubetto di fermentazione di Durham, quanti sono i germi dei quali si vuole saggiare sulla sostanza l'azione fermentativa. La sterilizzazione delle dette soluzioni, per non alterarle, va fatta in stufa di Koch o filtrando le soluzioni attraverso candela Chamberland o Berkefeld. Se invece si vogliono fare ricerche su urine contenente zucchero, la si raccoglie sterilmente per mezzo del cateterismo asettico, la si sterilizza con la stufa di Koch (bastano due riprese di 30 minuti, con un intervallo di 6 ore l'una dall'altra) o filtrandola come sopra e la si distribuisce in provette. Si hanno prove migliori diluendo l'urina con un terzo o lo stesso volume di acqua peptonizzata, che favorisce lo sviluppo dei microrganismi. E' da tener presente che la prova non riesce positiva se lo zucchero è contenuto nell'urina al di sotto del 0.1 %. Distribuito pertanto il liquido nei vari tubi s'insemenza in ognuno di essi un germe di quelli scelti per la prova e si pone in termostato a 37°. Giornalmente si segue lo sviluppo delle diverse prove, vedendo se si è avuto svolgimento di gas, ma la lettura definitiva si pratica al 4°-5° giorno.

Le ricerche eseguite dall'A. dimostrano che degl'ifomiceti, la Monilia balcanica fermenta solo il glucosio e il levulosio; se si ha sviluppo di gas con Monilia tropicalis e assenza di gas con Monilia macedoniensis fermentano lo zucchero e la Monilia Krussei non; se la Monilia metalondinensis e assenza con Monilia macedoniensis. Si tratta invece di galattosio se la Monilia Metalondinensis e quella macedoniensis fermentano lo zucchero e la Monilia Krusei non; se la Monilia macedoniensis e il b. paratyphosus B. fermentano lo zucchero e la Monilia Krusei non; se il Bacillus morgani fermenta e la Monilia Krusei non. Se il Fehling dà reazione positiva il b. paratyphosus B alcuna fermentazione e il bacillus coli communior var. pseudocoscoroba fermentazione, si tratta di lattosio; se il Fehling è positivo, la Monilia tropicalis dà assenza di fermentazione e il b. paratyphosus e quello coli communior danno fermentazione, si tratta di arabinosio. Se infine si ha Fehling negativo e fermentazione con la Monilia tropicalis, si tratta di saccarosio; e se il b. paratyphosus B fermenta, mentre quello paratyphosus A non, si tratta di inosite.

Per la sua esattezza e rapidità, il metodo di Castellani costituisce un utile ausilio in Clinica.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Le indicazioni operatorie nelle gangrene secche dell' arto inferiore. — LEVEUF, Paris. *Le Journal Médical français*, n. 12, 1926.

E' noto come con indirizzo sempre più moderno, si vada più lontano dalla chirurgia demolitrice. A misura che si è venuti precisando: la sede dell'obliterazione arteriosa; lo stato della circolazione dell'arto a livello di una determinata zona, è divenuta possibile una chirurgia sempre più economica.

La *sede*: indispensabile farne accurata ricerca; ma tener presente che la pulsazione femorale ben percettibile alla base del triangolo di Scarpa, è talora difficile o impossibile sulla poplitea, o sulla bassa femorale. Dal Sicard si è anche raccomandato iniettare Lipiodol quindi radiografare. Ma i ragguagli non consentono conclusioni sulla circolazione collaterale, di certo più necessaria a conoscersi.

Lo stato circolatorio dell'arto può essere ricercato, tra le altre prove col saggio di Moskowitz, cioè dell'iperemia artificiale; ha valore, ma non assoluto, quindi attende controllo dalla ricerca oscillometrica Pachon. Le osservazioni attuali fanno ritenere si possa amputare senza inconvenienti là dove esistono dimostrabili oscillazioni arteriose. Ma casi clinici già raccolti stanno a provare che l'assenza di coteste oscillazioni non esclude recisamente l'amputazione. Questa fu coronata da successo. Dunque siamo in attesa di nuove dimostrazioni. Bisogna allora procedere ad una selezione di casi e di contingenze:

1. Cangrena limitata (falange od avampiede); presenza di oscillazioni in sotto del ginocchio; amputazione precoce, se accetta la proposta.

2. Gangrena limitata (dita, avampiede) oscillazioni abolite alla gamba, presenti alla coscia; arteria femorale pulsante sotto l'arcata. Proporre precoce amputazione al terzo inferiore della coscia, pur valutando l'età del paziente, la sua fattività fisica, le alterazioni dello stato generale; eventuali alterazioni circolatorie sull'arto opposto. Se il paziente fosse in grado di valutare, proporgli, e mostrargli le alee che si possono incontrare.

3. Gangrena limitata (dita od avampiede), abolite le oscillazioni alla gamba ed alla coscia, non percettibili pulsazioni femorali sotto l'arcata.

Posizione questa anche meno precisa. L'amputazione precoce anche se alta non offre garenzia di successo; l'amputazione economica potrebbe anche dar luogo alla guarigione. Spesso i disturbi circolatori sono bilaterali. Saggiare la temperatura e l'iperemia Moskowitz. Chiarire i rischi nella prognosi per l'infermo e per i suoi congiunti.

Non si può fare, secondo l'A., molto assegnamento sulle operazioni palliative, compresa la simpatectomia peri-femorale.

Gli ascessi subfrenici stercoracei da appendicite necrotica. CANTELMO, Napoli. *Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, n. 9, 1926.

L'A. riconosce la incompiutezza della propria osservazione e tuttavia tenta ricostruirla, pur consentendo al tempo stesso nel ritenere che l'ascesso s. f. abbia di già una sufficiente materia di studi. Da questa ricostruzione che va facendo l'A. parrebbe che sede della perforazione sia non pure nel segmento terminale dell'ileo, ma precisamente (*sic*) nel colon ascendente, o cieco, o appendice.

Avvenuta la necrosi in primo tempo per migrazione di germi attraverso la parete inficiata si sarebbe avuta infezione perienterale; più tardi si sarebbe avuto distacco della parte necrosata con irruzione prima di gas, poi di feci.

A via di sottilizzare l'A. perviene ad una ulteriore costruzione, arriva a ritenere che la perforazione sia potuta avverarsi su l'appendice in sede anormale, cioè retrocecale, senza peraltro escludere che potesse contemporaneamente esistere un cieco alto situato.

Dopo questa lunga discussione che si regge su un intrico di ipotesi, l'A. si domanda quale sia la patogenesi della perforazione, e si rimette alla recente magistrale pubblicazione del Prof. Pascale sulla patogenesi dell'appendicite.

Un'ulteriore fatica si assume l'A. per chiarire le vie percorse dalla infezione e dalle feci per guadagnare lo spazio subfrenico. Ma per fortuna che l'anatomia chirurgica, pur troppo non è fondata sulle ipotesi, e sulle probabilità teoretiche.

Trattamento chirurgico della sinfisi cardiaca. — DESPLAS. *Le Journal Medical français*, 12, 1926.

Aderenza intima del foglietto esterno alla faccia profonda dello sterno; linguette polmonari ricalcate lateralmente; aderenza reciproca dei due foglietti pericardici; cavità virtuale scomparsa; ecco le note anatomopatologiche principali della cosidetta la Bouillaud, «anchilosi del cuore». Ma c'è anche mediastinite callosa che fa deviare il cuore; questo oltre che fissato è dilatato; varie e numerose le manifestazioni degenerative del miocardio; fegato, reni, polmoni con le lesioni dell'asistolia terminale.

In quanto alla fisiopatologia la sinfisi intrapericardica sembra non eccessivamente affaticare il miocardio. Invece il più cospicuo perturbamento deriva dalle aderenze allo scheletro toracico, che naturalmente non può seguire ed adattarsi alle esigenze dei movimenti cardiaci.

Da tempo si vanno escogitando per opera di Weill, Delorme, Brauer, Petersen ed altri, operazioni liberatrici. Basta consultare le annate della *R. M.* per trovarne non scarso resoconto. Si è passato così dalla sezione delle aderenze alla decorticazione del cuore, magari alla sezione degli attacchi pericardio - frenici; ma di attuazione non si ebbero. Chiaro è che se l'ostacolo precipuo è costituito dalla parete scheletrica, su questa il chirurgo deve agire. Merito di Brauer la tecnica fonda-

Digitized by Google

mentale sotto nome di « cardiolisi » venne più tardi anche designata come « toracectomia precordiale ».

Indicazioni operatorie si fondano su due segni patognomonici: a) rientramento sistolico della parete toracica in uno o più spazi intercostali; b) choc diastolico: accessoriamente stasi venosa ed il collasso venoso diastolico di Friedreich. All'esame radiografico: aumento globale del cuore in tutte le cavità, assenza di seno cardiodiaframmatico; posizione obliqua del diaframma, poca sua mobilità, scomparsa dello spazio chiaro retro-cardiaco. Segni funzionali: quelli di asistolia precoce, progressiva, rapida.

Quando bisogna operare: quando l'uso dei cardiocinetici va diventando sempre più infruttuoso; ma già peggiore è la prognosi operatoria se il miocardo non reagisce più alla digitale; e se si è lasciato tempo all'aggravarsi di lesioni valvolari.

L'intervento. Preparare il paziente con lungo riposo, regime latteo, medicazione tonico-cardiaca. Anestesia regionale da preferire al blocco del territorio toracico corrispondente alla proiezione cardiaca; infiltrazione dei nervi intercostali degli spazi intercostali nella linea ascellare posteriore; narcosi soltanto se inevitabile.

Tecnica: incisione variabile tecnicamente; preferire sportello a cerniera esterna. Mediante resezione della III, IV, V costa, ottenere un dislocamento della più grande parte della proiezione cardiaca. Certi chirurghi hanno resecato un tratto sternale; altri le coste e le cartilagini. Sono quasi tutti di accordo nel preferire la resezione sottoperiostea, con asportazione minuziosa di tutto il periostio anteriore. Sutura senza drenaggio o con drenaggio filiforme; medicatura al colloplasto.

Risultati: secondo Hartmann 12,7 %; alcuni dei quali per errore diagnostico, o per complicazioni pleuriche. Peraltro va notato che mentre nella forma reumatica il prognostico è più favorevole, esso è insidioso e sfavorevole nella forma tubercolosa. Quanto più giovane il paziente, conservato il miocardio, tanto più c'è da sperare dall'intervento.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

L'insufflazione tubarica mediante l'apparecchio Douay. — Floresco e Naum. Hôpital Broca. *Gazette des Hopitaux*, 10. 1927.

Nel reparto diretto dal Faure si vanno raccogliendo osservazioni su codesta pratica diagnostica alla quale questo Periodico ha dedicato più transunti. Gioverà quindi sistematicamente prospettarne lo studio.

Indicazioni. Tentare innanzi tutto precisare in casi oscuri di sterilità, se e fino a qual punto possa chiarirsene la sede in rapporto al lume tubarico (infezioni gonosalpingitiche, postumi stenosici). Poi anche l'indicazione chirurgica come decisione di intervento su di un punto o l'altro del tratto genitale; e magari come guida durante l'esecuzione stessa. Per giunta la stessa insufflazione potrà giovare a mantenere la canalizzazione o stato di pervietà della tromba stenosata. Insomma la cognizione causale costituisce anche una razionalità terapeutica, se p. es. le trombe sono permeabili la terapia potrà orientarsi verso l'opoterapia ovarica o verso un trattamento uterino; se l'insufflazione mostra impermeabilità si potranno tentare tutti i mezzi per sturare le tube: massaggio, diatermia, cure idrominerali, insufflazioni ripetute. Quest'ultima ha, in alcuni casi un effetto che supera in efficacia ogni altro trattamento, sia che l'efficacia si mostri immediata in unica applicazione, sia dopo ripetute.

Ad ogni modo non bisogna esser mai troppo precipiti in affermazione di obliterazione tubarica definitiva. Bisogna invece con intervalli di un mese, ripetere almeno quattro volte l'insufflazione, prima di decidersi ad un qualche intervento. Per ottenere dalla insufflazione i migliori risultati possibili, bisogna non pure essere molto scrupolosi, ma scegliere bene i casi ed i momenti più opportuni. Secondo l'esperienza di questi autori l'epoca più adatta sarebbe a circa 8 giorni dopo la fine delle regole. In questo stadio la cavità virtuale della tuba può subire più facile distensione. Non si farà alcuna insufflazione non preceduta da un accurato esame ginecologico. Considerare come controindicazioni: ogni utero sanguinante, ogni infezione cervicale; ogni annesso dolente e flogosato; ogni stato febbrile.

In quanto alla *tecnica* si conoscono già e si mettono in atto numerose modalità, sia negli apparecchi, sia nella manovra. Nel servizio Faure è adottato un apparecchio del Douay. Cioè un serbatoio in vetro a chiusura metallica saldata; coverchio portante tre fori. Quello centrale in comunicazione con un manometro metallico di alta precisione, graduato da 1-300 millimetri di Hg. Gli altri due muniti di rubinetti, permettendo la loro chiusura, comunicano mediante due tubi in caucciù, l'uno con la pera di insufflazione ed il pallone di ossigeno, l'altro con la sonda uterina.

Quest'ultima in metallo, ad estremo leggermente ricurvo, presenta a circa 3 cm. dal suo estremo un rialzo conico, che serve a turare l'orificio del collo. La costruzione è misurata per modo che ad ogni vuotatura del serbatoio passino nel peritoneo 30-40 cc. di ossigeno.

Niente anestesia; abituale toilette dei genitali; affondare dolcemente la sonda nel canale cervicale, seguendo l'asse di curvatura; se nella manovra ci fossero segni di scontinuità, gemizio sanguigno, rinunziare alla insufflazione, e ritentarla nel mese seguente. L'apparecchio previamente saggiato, si fa salire la pressione nel serbatoio a 10 cm, Si chiude allora il rubinetto dal lato dell'insufflatore, e si lascia passare il gas nell'utero, aprendo il secondo rubinetto. Durante questo tempo, mentre l'inferma stessa od un aiuto tengono fermi sulla regione ovarica i due tamburi di uno stetoscopio bilaterale, l'operatore segue lo svolgersi della penetrazione. Se è il caso si ritenta la prova con 15-18-20 cm. in cinque o sei volte riprendendo il tentativo, nella stessa seduta, ciascuna volta dando riposo all'organo col ritirarne la sonda.

Se le trombe sono chiuse la pressione si mantiene costante nel serbatoio; la prova è negativa; non concludere senza averla ritentata altre due volte, con intervallo di un mese.

Se le trombe sono pervie, può accadere: 1°) Brusca caduta di pressione nell'apparecchio da 18-20 a 6; 2°) un particolare rumore ascoltabile nelle regioni ipogastriche, dovuto al passaggio dell'aria, e con una sonorità di timbro tanto meno alto, quanto più pervio è il lume tubarico; talvolta è come un distinto gorgoglio di bolle gassose; 3°) scomparsa della ottusità epatica sottoposta a percussione dopo l'insufflazione. E' questo un segno certo di permeabilità; se mai controllabile alla radioscopia; 4° Dolore alla base toracica e specialmente alla spalla destra per irritazione del frenico; suole comparire più tardi; ma essere transitorio.

Inconvenienti o complicazioni eventuali, sono:

1. *Rottura* della tromba per eccessiva pressione (250 mill.; 300, 400). Ci sono trombe fragili; pertanto nelle prime applicazioni non superare 200 mill. massimo, e salire nelle successive, di 20-30 mill.

2. *Infezione*, durante le manovre; da evitarsi mediante la rigida asepsi.

3. *Sincope* respiratoria; non abbondare in ossigeno: 200 cc.

4. *Embolia* gassosa; complicazione anche più frequente: evitarla tenendo sempre presenti le controindicazioni accennate innanzi.

Indicazione della cesarea classica nella placenta previa. — Chamorro e Renauld, Hospital Salaberry, Buenos Ayres. *La Semana Medica*, n. 47, 1926.

Il problema pratico della placenta previa è sempre degno di considerazione; sebbene si possa dire analizzato sotto quasi tutti gli aspetti. Allo stato attuale, e secondo questi AA., la discussione, come è sintetizzata dal titolo della contribuzione mira a valorizzare un indirizzo eminentemente di maternità, per modo da trasformare un intervento puramente ostetrico in un altro veramente chirurgico.

In un caso recente, sebbene non possa dirsi il primo nella detta Maternità, venne appunto seguita questa linea di condotta, trattandosi, di una quarantenne, gravida all'ottavo mese, e con tutti i segni della placenta previa centrale.

Già alla incisione classica mediana dell'utero si potette constatare la esiguità della perdita in confronto di quella che suole aversi nell'impianto placentare consueto. Fu estratto un feto vivo e vitale; sintesi delle pareti uterine; recisione ed allacciatura di ambedue le trombe.

La comunicazione degli AA. mira dunque a mettere in principale luce due punti: in contingenze cioè di placenta previa occlusiva centrale con feto vivente e vitale, optare per l'intervento cesareo alto; al tempo stesso non tralasciare l'operazione profilattica dell'allacciatura e recisione tubarica bilaterale.

La via alta consente la soddisfazione di un esito completamente favorevole, e tale da eliminare in massima certi preconcetti che risalgono ad un antico errore. Fondandosi su precedenti contribuzioni gli AA. sono convinti che le condizioni ostetriche qui prese in considerazione potranno trovare la maggior garanzia avvenire nel parto chirurgico; che se in casi fortunati la perizia dell'ostetrico può trionfare dalla posizione, non mancano complicazioni capaci di dare esito letale; nè si può completare così l'opera con la sterilizzazione.

Trattamento chirurgico precoce dell'eclampsia. Llames Massini, Ospedale I. A. Fernandez, Buenos Ayres. *La Semana Medica*, n. 47, 1926.

Si potrebbe dire che l'eclampsia sia la infermità delle ipotesi; oppure delle sorprese. Dunque essa è sempre ed a ragione, discutibile; pertanto 92 osservazioni personali sono dall'A. elencate, analizzate, vagliate. Non ci sarà possibile allora che rilevare alcuni tra' punti più importanti; tanto più che l'A. mira a stabilire l'incontestata superiorità dell'immediato e precoce intervento ostetrico. E' innanzi tutto da ricordare, secondo lui, che sotto l'aspetto prognostico non si può dare significato de-

Digitized by Google

cisivo nè all'emoglobinuria, nè nell'ipertensione, nè all'albumina, in più o meno notevole quantità. Invece, di massima gravità prognostica sarebbe la simultanea comparsa di curva febbrile a 39.5, l'anuria; si può aggiungervi: polso oltre 120, accessi in numero più che dieci, coma etc. Come che sia, tanto vale ad affermare la impossibilità di precocemente stabilire quale la gravità ulteriore di ciascun caso. Di qui anche la migliore norma pratica: fare di ciascun caso di eclampsia una prognosi come se fosse accertata la gravità. Se d'altra parte si vanno analizzando le varie contingenze alle quali la gravità possa ritenersi legata; se per conseguenza si possa dalla nostra pratica combatterle, bisognerà fissare la propria attenzione sui seguenti punti: le tossine placentari hanno indiscussa importanza; la loro penetrazione nel circolo materno è subordinata e magari agevolata dalla meccanica compressione spiegata dall'utero contratto su l'ovo. Per conseguente deduzione, secondo l'A. vuotare precocemente l'organo, evitando al tempo stesso ogni compressione delle pareti: ecco una coerenza di terapia ostetrica,

Compenetrato dalla propria esperienza, e dai concetti innanzi riassunti, l'A. perviene all'affermazione che molti casi di eclampsia puerperale scomparirebbero dalla clinica, quando fosse adottato il criterio di un'interruzione ostetrica, già al primissimo cenno di convulsione caratteristica. Altrettanto conseguente si ritiene egli nel suggerire di sottrarre l'organismo materno ad ogni spontanea risoluzione. D'altra parte le casistiche personali e quella di altri ostetrici, stanno a ribadire il precetto: che soltanto un precoce e rapido svuotamento uterino può far cambiare la prognosi.

Pertanto in ogni donna eclampsica, a feto vivo, ricevuta in maternità, le basi terapeutiche si sintetizzano nelle seguenti linee.

1. Svuotamento immediato dell'utero, regolandosi a seconda del periodo e delle contingenze:

a) Eclampsia del periodo avanzato: cesarea addominale, salvo condizioni propizie per espletare rapidamente la cesarea Dührssen. In sotto dei sei mesi preferire la cesarea vaginale.

b) Eclampsia del parto; se la presentazione non è impegnata, la cesarea addominale. Quando la presentazione si mostri ingaggiata, ma il collo in dilatazione iniziale, procedere chirurgicamente, a seconda del caso, per via addominale ovvero vaginale. Se in condizioni affini il collo è dilatato o ben dilatabile, procedere ostetricamente sotto anestesia risolutiva, evitare epressione e massaggi uterini.

2) Sottrazione di sangue: calcolare la perdita approssimativa devoluta alla operazione; se minore di 500 cc. praticare una sottrazione che la porti ad un totale di 750 cc. regolandosi dalla ipertensione del polso. Ripetendosi gli accessi dopo lo svuotamento, o se la pressione si mostri a 20 cc. Pachon, altra sottrazione di 300 cc.

3) Metodo Stroganoff. Al tempo stesso che l'eclampsica viene preparata allo svuotamento, si inizia la somministrazione di 1 1/2 cc. morfina cloridrato. Un'ora più tardi si darà un clistere con due grammi di cloralio idrato. Dopo altre due ore nuova iniezione 1 1/2 cc. cloridrato di morfina. Dopo altre quattro ore nuovo clistere con due grammi cloralio. Dopo otto ore clistere con 1 1/2 gr. cloralio. Riposo assoluto, non rumori, non luce.

4) Eclampsia a feto morto: soltanto sottrazione sanguigna e metodo Stroganoff; in linea di eccezione puntura delle membrane, espulsione spontanea.

5) Eclampsia post-partum: sottrazione di sangue; metodo Stroganoff.

ANATOMIA PATOLOGICA E PATOLOGIA GENERALE

L' insulina rispetto alle avitaminosi. — G. Vercellana, (Istituto di Patologia generale della R. U. di Parma). *Annali d'Igiene*, fasc. 8, 1926.

Controllando precedenti esperienze di X. Chahovitch, secondo le quali la differenza d'azione dell'insulina nelle varie specie animali è sopratutto caratterizzata dalla comparsa o meno di fenomeni nervosi, essendo la ipoglicemia un fatto generale, l'A. non le ha confermate ed ha notato che non esiste una diversità di comportamento verso l'insulina fra i piccioni a vitto normale e quelli presentanti i segni di un beri-beri sperimentale da dieta a riso brillato (leggera atassia, perdita della vivacità, penne arruffate, ecc. fino ad una vera polinevrite atrofica-paralitica). In entrambi i lotti di animali, infatti, con l'iniezione anche di dosi elevate d'insulina, non si sono presentati fenomeni nervosi degni di nota accompagnanti l'ipoglicemia (paralisi degli arti, retroversione del collo) e solo si notò un abbassamento transitorio, più o meno accentuato, della temperatura del corpo.

Una differenza di comportamento di fronte alle iniezioni d'insulina, l'A. invece, per primo, ha osservato nelle cavie. Le cavie a vitto normale, infatti, hanno tollerato dosi di insulina, le quali, al contrario hanno prodotto la morte in cavie con segni dello scorbuto sperimentale per dieta esclusivamente di avena; nelle une e nelle altre avvenne abbassamento di temperatura per azione dell'insulina.

L'amilosi idiopatica. — H. Silver e A. Lindblam, Lazaretto di Umea. *Acta Medica Scandinavica*, 1926, fasc. VI.

Abitualmente l'amilosi si presenta secondariamente ad altre malattie, di cui le più frequenti sono la tubercolosi, la suppurazione cronica, la sifilide, i tumori maligni, le malattie croniche renali ed intestinali, l'actinomicosi, la malaria, il pemfigo, gli eczemi cronici, etc.

Alla breve serie dei casi senza causa dimostrata, gli AA. ne aggiungono un'altro, che presenta le seguenti particolarità: mancanza di qualunque malattia primitiva dimostrabile; insolitamente grave diffusione del processo degenerativo nel cuore, con sintomi di scompenso, che hanno rappresentato la causa ultima della morte del paziente; presenza, infine, di degenerazione amiloide nei reni, senza che, per un tempo di osservazione durato più di due mesi, sia stato possibile dimostrare presenza di albumina nelle urine.

Reazione di Wassermann e lebbra. — A. V. Ferrari, (Ospedale San Lazzaro in Torino), *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, n. 1, 1927.

Avendo diversi autori riferito sulla possibilità che i sieri lebbrosi abbiano la proprietà di fissare il complemento, oltre che in presenza di antigeni lebbrosi, anche in presenza di antigeni sifilitici, ed avendo l'A. ottenuto invece una reazione di Wassermann costantemente negativa sui sieri di 7 lebbrosi da lui esaminati, ha voluto ora indagare quali proprietà del siero di sangue dei lebbrosi potessero eventualmente spiegare questa discordanza di risultati.

I sieri lebbrosi sui quali l'A. ha condotto le sue ricerche (due di lebbra nodulare ed uno di lebbra nervosa a tipo siringomielico) hanno mostrato di contenere complemento in modica quantità e, tanto attivi che inattivati, emolisine naturali antimontone; inoltre la reazione di Wassermann praticata su di essi poche ore dopo il loro prelevamento e previa titolazione del complemento, in assenza dell'antigeno e in presenza dell'antigeno più siero normale, ha dato sempre esito negativo e quindi si è dimostrata strettamente specifica. Al contrario la conservazione e quindi l'invecchiamento di questi sieri fa loro acquistare rapidamente la proprietà di fissare il complemento in presenza di antigeni sifilitici, anche prima che si apprezzi una sensibile attività anti-complementare; spingendo la conservazione ad oltre una settimana, i sieri diventano fortemente anticomplementari ed esigono una dose molto elevata di complemento per permettere l'emolisi.

L'A. crede, perciò, che è necessario, per avere risultati attendibili e specifici, eseguire sempre la r. di Wassermann su sieri di lebbrosi freschissimi, praticandola col metodo delle dosi crescenti di complemento onde eventualmente scoprire l'attività anticomplementare di essi.

NEUROPSICHIATRIA

La forma tardiva delirante della paralisi generale senile. — Auriat e Labelle. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n, 3, 1927.

Sotto il nome di paralisi generale dei vecchi si designa [illegible] te una meningite sifilitica cronica ad evoluzione progressiva e fatale, riscontrabile alla puntura lombare ma senza base anatomica.

Questa forma non dev'essere confusa, secondo gli AA. che riferiscono tre casi del genere, con quella della paralisi generale senile, in cui si aggiungono a completare il quadro le caratteristiche della vecchiezza con tutto il suo corteo di arteriosclerosi e fatti demenziali semplici.

La paralisi generale di cui qui si parla sopravviene in soggetti dai 60 a 70 anni, e non si accompagna a nessun segno di senilità. E' caratterizzata sopratutto da delirii che intervengono bruscamente (delirii di persecuzione con disturbi psico-sensoriali) da ricordare la paranoia acuta. In uno dei casi degli AA. la vivacità e l'abbondanza delle illusioni sensoriali e delle allucinazioni, l'indebolimento mentale, l'esame neurologico, l'incoerenza e la mobilità del delirio, e infine l'esame del liquido cefalorachidiano permisero di stabilire la diagnosi di paralisi generale.

Nell'anamnesi recente o remota di questi infermi era confermate o molto sospetta la sifilide.

Tuttavia questa forma di paralisi è rara nei vecchi.

I segni demenziali e quelli fisici variano secondo i casi. Quello che maggiormente deve richiamare l'attenzione è l'insorgere brusco del delirio, mentre saranno di prezioso aiuto la ricerca anamnestica della lue, nonchè lo stato generale buono prima della constatazione della malattia, come quello che servirà per escludere la possibilità della demenza senile semplice.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PIACENZA

Seduta del 25 aprile 1926

Presid.: Prof. A. VECCHI

Coila R. *Di un interessante caso d'infezione blenorragica.* — Presenta un caso di infezione blenorragica in una signora, di cui dopo lunghe e inutili ricerche e riattivazioni sul marito, si scoprì la causa di una vescicolite blenorragica datante da 12 anni. Due sedute di diatermia servirono a riattivare il processo latente.

Colli R. *Sulla sifilide ereditaria.* — L'O. presenta uno specchio riassuntivo di Wassermann praticate per 5 anni a marito, moglie e cinque figli, cercando di dimostrare che un utero può restare fecondato da un maschio luetico in periodo di latenza o di attività senza infettarsi e generando saltuariamente esseri sani od eredo-luetici.

Giovetti V. *Casistica radiologica.* — Dimostra interessanti casi di affezioni dell'apparato digerente, controllate al tavolo operatorio.

Forlini E. *Contributo alla conoscenza delle fossette così dette peritoneali e delle ernie del Treitz.* — Illustra le fossette retroperitoneali basandosi su osservazioni eseguite sopra 100 cadaveri di fanciulli e di adulti. Passa quindi allo studio delle ernie del Treitz e ne descrive 5 casi tratti dai registri delle autopsie dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Parma.

Piccione L. *Tracheotomia e intubazione nel croup difterico.* — Riferisce sulla cura chirurgica del croup difterico, mettendo in rilievo i vantaggi della intubazione sulla tracheotomia, alla quale si può ricorrere in secondo tempo, quando l'intubazione non abbia dato i risultati sperati.

Fermi F. *Mastite ipertrofica adenomatosa bilaterale.* — Illustra un caso di affezione mammaria bilaterale, che ha notevole interesse per l'enorme volume raggiunto dalle mammelle e per il reperto istologico. Insieme con tessuto infiammatorio e di proliferazione si trovano commisti elementi adenomatosi, senza che si possa con certezza stabilire quale dei due tipi di alterazione (neoplastica o infiammatoria) prevalga e sia la primitiva.

A. V.

REALE ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 27 marzo 926

Presid.: prof. ALESSANDRI

Meldolesi G. *Su alcuni metodi clinici di esame della tonicità miocardica.* — L'O. passa dapprima in rassegna i metodi di studio del tono miocardico: 1° modif. dell'ombra radiologica del cuore nei cambiamenti di pos. e con la manovra di Valsalva, limitate alla sola forma, senza alterazioni dei diam. del cuore normale e consistenti in notevoli cambiamenti della forma, dei diametri e del ritmo di contrazione nei cuori ipotonici; 2° modificazioni dell'ombra del cuore e del ritmo con la prova di Cardarelli-Katzenstein, cioè con la esclusione, mediante un laccio emostatico applicato alla radice della coscia del circolo arterioso della femorale, specialmente allorchè si decomprime quest'ultima. (In tale circostanza, il cuore normale reagisce con una valida restrizione e una notevole e persistente bradicardia, susseguente a una transitoria tachicardia; il cuore ipotonico invece mostra una dilatazione improvvisa dell'aia cardiaca, accompagnata da tachicardia); 3° sensibile restrizione e transitoria tachicardia seguita da bradicardia durevole nei cuori normali dopo iniezione endovenosa di 0,25-0,30 gr. di chinino; persistente tachicardia nelle alterazioni della tonicità del miocardio.

Secondo l'O. i metodi ora esposti danno risultati concordanti, sebbene siano più sensibili e più precisi i due ultimi, e con essi si son potuti mettere in evidenza disturbi del tono miocardico nei malarici (terzana maligna), nella convalescenza del tifo, nel morbo di Basedow, in alcuni casi di extrasistolia e di fibrillazione, nel *surmenage* sportivo.

Dionisi. Ricorda le ricerche anatomiche sulla malaria che dimostrano nella terzana maligna, a differenza che nella benigna, peculiari disturbi della rete capillare, per l'invasione enorme di corpuscoli parassitati e per la particolare distribuzione dei leucociti. Tali reperti sono, secondo l'O., il substrato che chiarisce il disturbo del tono miocardico riscontrato dal Meldolesi.

Meldolesi G. e Mosna E. *Di alcuni metodi chimici per l'esame funzionale delle arterie periferiche.* — Per tale esame funzionale gli OO. si sono serviti del tracciato della reazione pletismografica al freddo e di quello della curva oscillografica presa all'omerale. In tal modo l'analisi della funzione delle arterie periferiche è più precisa e più esatta, in quanto che di fronte ad una reazione pletismografica al freddo diminuita o negativa o paradossa, il comportamento della curva oscillografica dirà se l'assenza della reazione sia da imputarsi ad alterazioni delle tonache arteriose (curva oscillografica di arteriosclerosi) oppure ad alterata funzione vasomotoria (curva oscillografica di ipotono). In presenza, invece di esagerata reflettività pletismografica, l'oscillogramma dimostra di solito i caratteri di un aumento più o meno spiccato del tono arterioso. Quest'ultima condizione è stata riscontrata dagli OO. in malarici terzanari benigni, sia nel periodo del brivido che all'inizio e durante il periodo del calore; nella terzana maligna, invece, tanto in febbre che in periodo di apiressia la reazione pletismografica al freddo si dimostra in genere poco vivace e l'oscillogramma presenta i segni di una notevole ipotonia: queste alterazioni scompaiono col migliorare e con la guarigione degli infermi.

Alessandrini P. *La sindrome sottostellata.* — L'O. riferisce sui caratteri clinici di una sindrome da lui denominata «sottostellata»; tachicardia sinusale e iperplasia per lo più asimmetrica della tiroide con aumento del metabolismo basale. Tale sindrome sarebbe dovuta a stimolazione del tronco simpatico cervicale al di sotto del ganglio stellato, tra il 1° e 2° ganglio toracico, tratto dove decorrono i nervi cardioacceleratori e i vasodilatatori tiroidei. Gli stimoli sul simpatico, nei casi descritti dall'O., sono stati dati da lesioni pleuriche tubercolari.

Dal punto di vista terapeutico, il blocco del simpatico con l'iniezione di alcool nel tronco simpatico nel tratto sottostellato ha dato solo risultati transitori; è perciò che l'O. nei suoi casi ha consigliato l'intervento operatorio o con la estirpazione del tronco cervico-toracico dal lato della pleurite, o con la resezione dei rami afferenti del ganglio stellato. Col primo metodo, il risultato è stato soddisfacente (scomparsa della tachicardia); col 2° metodo pure è scomparsa la tachicardia ma è rimasta instabilità del polso.

Matronola G. *Papillomi impiantati su di una prominenza anomala della vescica.* — Il caso comunicato dall'O. offre interesse per la particolarità del reperto di numerosi piccoli papillomi, impiantantisi su di una formazione sporgente a guisa di lungo e sottile corno in vescica, in vicinanza dello sbocco ureterale sinistro. Clinicamente i sintomi più importanti erano: colica renale ed ematuria. In base all'esame anatomo-microscopico del pezzo asportato con la operazione, l'O. crede che la sporgenza anomala debba essere interpretata come una malformazione congenita.

Antonelli G. *La simpatectomia cervico-toracica del lato sinistro in un cardiopaziente con sindrome anginosa.* — L'O. riferisce su di un paziente iperteso con ipertrofia e dilatazione del cuore e con accessi di angina pectoris, nel quale fu eseguita, con completo successo nei riguardi della scomparsa del dolore, la simpatectomia secondo il metodo originario di Jonnesco. Oltre alla scomparsa del dolore, si ebbe diminuzione della tensione arteriosa.

Antonelli G. *La malarizzazione artificiale in un caso di sclerosi a placche.* — In un caso di sclerosi a placche, l'O. ha praticato precocemente la malarizzazione artificiale con sangue di un inferma di terzana benigna. Interrotta l'evoluzione della malaria dopo il 10° accesso, la sindrome clinica regredì rapidamente: notevole attenuazione dei sintomi irritativi, passaggio dalla paraparesi spastica ad un tipo di deambulazione perfettamente normale in quanto a speditezza, a direzione e alla capacità di correre, cessazione dei fenomeni atassici e del tremore intenzionale, miglioramento della forza muscolare, dell'energia sessuale, del potere visivo e notevole miglioramento delle funzioni psichiche; importanti, poi, la scomparsa del clono del piede e il ripristino dei riflessi addominali. Data la rapidità dei miglioramenti, l'O. non crede che si possa trattare di una remissione spontanea della malattia; in ogni modo l'ulteriore osservazione dell'infermo potrà stabilire in modo definitivo l'efficacia del metodo.

Arcangeli. Riferisce di aver fatto lo stesso tentativo dell'O. precedente, ma l'ammalato ha peggiorato, forse perchè nel suo caso lo stadio della malattia era troppo avanzato.

Modinos P. *Il siero da vescicante nella profilassi del morbillo e della grippe.* L'O., che già si è servito del siero da vescicante come rimedio curativo nell'influenza, nella pertosse, nel reumatismo articolare acuto, ecc. (auto-sieroterapia), propone ora lo stesso metodo come preventivo contro il morbillo e la grippe (etero-siero-profilassi). Basta applicare a tale scopo un vescicante di 6 cm.² sui malati di queste ultime affezioni ed aspirare il siero dalla bolla prodottasi, iniettandone 5 cc. alle persone che sono in diretto contatto con tali malati: si consegue così un'immunità, della quale per ora l'O. non può fissare il tempo della durata.

Il Segretario: T. PONTANO

Digitized by Google

PER LA PRATICA

TECNICA DI LABORATORIO

OSPEDALE MAGGIORE DI BERGAMO – ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
diretto dal Prof. F. D'ALESSANDRO

ALCUNE OSSERVAZIONI TECNICHE INTORNO ALL'ESAME MICROSCOPICO DELLE FECCE.

per il dott. GIULIO MORETTI

Non credo priva di interesse pratico una particolare modalità tecnica, ancora poco in uso, che riguarda l'osservazione microscopica delle feci e che può riuscire utile complemento d'esame, specialmente quando questo venga eseguito per accertare l'eventuale presenza di lembi di mucosa intestinale o per differenziare determinati tessuti vegetali commisti alle feci stesse.

E' noto che detto esame si pratica prelevando dalle feci, spappolate in acqua, poi centrifugate, quindi nuovamente riprese con acqua, quelle masserelle più o meno fioccose, biancastre o variamente colorate, che vanno separandosi dal resto delle feci per azione meccanica dei ripetuti lavaggi, ed allestendo poi dei preparati a fresco con successivo eventuale impiego di opportune sostanze coloranti.

Non sempre con tale procedimento si ottengono immagini microscopiche così chiare da non lasciare affatto dubbi sulla precisa interpretazione. Risultano evidenti tra gli elementi vegetali, per citare alcuni esempi, i vasi legnosi anulari e spirali delle nervature e dei picciuoli fogliari; il tessuto epiteliale a palizzata del mesofillo; le cellule con ispessimento cutinizzato dell'epidermide delle foglie; le cellule epiteliali metamorfosate in peli; le cellule dell'albume o dei cotiledoni dei semi e quelle del mesocarpo di alcuni frutti: reperti incerti, specialmente per difetto di trasparenza, anche quando i frammenti sono di piccolo spessore, offrono invece i tessuti tegumentali dei semi, quelli di achenielli di certi frutti o quelli di piccoli apici vegetativi di germogli.

Tuttavia i rilievi istologici minuti che riguardano residui di tessuti vegetali nelle feci hanno, salvo qualche caso particolare, scarso interesse pratico. Invece se si tratta di lembi di mucosa intestinale, i minuti rilievi istopatologici, possono presentare considerevole importanza clinica circa l'entità della lesione e giova a questo proposito notare che il metodo del semplice esame a fresco non riesce sempre sufficientemente probativo. Nè si ottengono migliori risultati quando le membranelle che si sospettano lembi di mucosa intestinale, separate dalla rimanente massa fecale, vengono colorate, quindi disidratate e rischiarate, con un metodo analogo a quello che si usa per allestire preparati di vescica urinaria o di mesentere di rana o di pareti cistiche non ispessite, perchè, siccome si tratta di membrane sottili ma anche spesso a superficie assai piccola, facilmente si raggrinzano per la disidratazione e per il rischiaramento e riesce più difficile distenderle opportunamente quando si passa a montare il preparato. In questi casi, come pure in altri che riguardano fiochi di mucopus, o muco-ematici, o fascetti di fibre carnee indigerite, o frammenti di tessuti vegetali, si ottengono immagini microscopiche veramente brillanti, quando il materiale, che è stato separato dalla rimanente massa fecale in seguito a ripetuti lavaggi, viene fissato in alcool a 70 %, quindi portato fino all'inclusione in paraffina, con passaggi successivi i più possibilmente rapidi e sempre con impiego di spatole, usando in altri termini un procedimento tecnico analogo a quello che si impiega per l'esame istologico dei raschiamenti uterini. Sulle sezioni di taglio sparaffinate e colorate poi, o con metodi comuni, o con opportuni metodi speciali secondo i casi, i lembi di mucosa intestinale lasciano distinguere nettamente la struttura del corion mucoso, i lumi delle ghiandole tubulari di Lieberkuhn, le cellule dell'epitelio: si hanno perciò immagini che permettono di accertare stravasi emorragici, infiltrati, parvicellulari, processi ulcerativi limitati allo strato epiteliale o interessanti anche il corion in profondità maggiore o minore, eventualmente anche fino alla *muscolaris mucosae*, infiltrati leucoo linfocitari endo o perivasali. Ma il metodo, precisando quanto già ho accennato, permette pure di riconoscere tessuti vegetali di un certo interesse, quando l'osservazione a fresco riesce in proposito deficiente. Ricordo il caso di una signora che, con sofferenze di dolori addominali, specialmente durante le defecazioni, ebbe ad espellere con le feci, per due o tre giorni di seguito, degli ammassi bianco-grigiastri con aspetto di gomitoletti aggrovigliati, che alla dissezione apparivano poi costituiti da membranelle a superficie zigrinata e da filamenti tratto tratto rigonfiati in minutissimi punticini. Solo l'esame di sezioni ottenute da inclusioni in paraffina, corredato con l'esame di opportuni preparati di confronto, mi ha permesso di accertare trattarsi di apici vegetativi di asparagi che la signora intervistata dichiarò d'aver precisamente mangiato in quei giorni, senza averli certo ben digeriti.

Per felice consiglio del Direttore del laboratorio Prof. D'Alessandro ho anche applicato il metodo all'esame di feci di pazienti ricoverati con diagnosi di carcinoma gastrico od epatico, per riscontrare eventualmente in esse la presenza di cellule o gruppi di cellule neoplastiche: ma i primi risultati hanno in verità deluso la aspettativa.

Tuttavia l'esperienza mi ha dimostrato che quando si applica il metodo delle inclusioni al materiale commisto alle feci, anche nel caso di frammenti minuti, talora si possono avere dati di osservazione non accettati in precedenza: ciò vale pertanto a fare ritenere il metodo stesso complemento d'esame microscopico-istologico non del tutto trascurabile.

CHIRURGIA

Lo shock in chirurgia

Sull'inizio della chirurgia listeriana non pochi addominali soccombuti, si timbrarono come morti da shock. Erano invece autenticamente setticemie acutissime peritoneali. Che sia così potrebbe anche dedursi da l'andamento dei fatti nell'era asettica; in quanto che mentre da un lato venivano riducendosi le osservazioni sullo shock da interventi addominali, si intensificava lo studio su altre forme di shock, e sul concetto fisiopatologico di esso. Chi ancora volesse fare qualche confronto tra gli studi precursori della nostra epoca e quelli attuali, verrebbe senza eccessiva difficoltà a riconoscere che alcune sindromi un tempo frazionate, distinte, sotto i nomi di commozione, collasso, vanno rientrando sotto l'espressione, per vero sempre nebulosa di shock.

La *sintomatologia* sulla quale ci fondiamo, non solo per diagnosticare, ma per combattere, codesto stato di perturbamento funzionale, più che di vera malattia, non si può neppure essa dire nettamente delineata. Di shock parliamo e giudichiamo in contingenze diversissime: traumatismi accidentali (infortuni, sinistri) specialmente ad esplicazione contusiva delle grandi cavità; o di organi dotati di irradiazioni riflesse; ferite accidentali ed operatorie, specialmente con prolungate manovre. Ma ecco parlare molto spesso di shock in seguito di una intensa emozione psichica, precipuamente a carattere terrifico.

Non è dunque dalla molteplicità delle contingenze generatrici, da ammettere che si tratti non di un quadro nosografico a linee incisive, ma di un perturbamento funzionale i cui limiti, i cui aspetti debbano necessariamente variare a seconda del soggetto, e della rispondenza o reattività di esso, al grado ed alla natura dello stimolo?

Se consideriamo lo shock che per criterio didattico chiameremo «accidentale traumatico», se ci poniamo p. es. nelle contingenze di esame di infortunati o sinistrati importanti, sopratutto gravi traumatismi contusivi del cranio, dell'addome (presumibilmente non tali da implicare guasti anatomici a tipo di lacerazioni del contenuto, fratture del contenente), affinchè appunto sia meno ambigua la nosografia; se riproduciamo alla nostra mente lo stato post-operatorio di alcuni operati per lo più con interventi gravi, lo stato che sogliamo considerare come shock suole essere costituito da questi sintomi: pallore della cute e delle mucose, stato torpido, quasi abulico; temperatura periferica abbassata, respiro più superficiale e frequente; polso meno teso, più raro o più frequente, a seconda di stati diversi; coscienza a volta conservata ma quasi paretica o frammentaria. Abbandono di tutta la persona.

Non è a pretendere, come si diceva innanzi, uniformità nosografica. Specialmente dopo interventi possono constatarsi differenze. Ora insorge

Digitized by Google

pronto, nelle prime 24 ore; eccezionalmente dopo 36-48 o più ore. Talvolta è uno stato transitorio cui succede un graduale ritorno dallo stato incosciente o subcosciente, a quello pristino, mentre si riattiva il circolo periferico, i riflessi cutanei e corneali. C'è una volizione che si esprime prontamente su sensazioni istintive, come la richiesta da bere, o di aria libera; talaltra volta come impulsi affettivi che si rivolgono in cerca di persone più care.

C'è dei casi nei quali lo stato si aggrava; ciascuno dei sintomi rincalza verso una depressione più profonda e durevole che passa in esito letale, magari accompagnandosi al quadro comatoso più schietto.

La *diagnosi*. Diciamolo con tutta franchezza: chi consulta i libri la vede chiara; chi interroga la personale esperienza, la quale è la risultante di un più o meno lungo contatto con traumatizzati e con operati, la scorge tuttaltro che chiara.

Se supponiamo contemporaneamente osservato da più sanitari lo stesso individuo, si può ritenere per certa la divergenza diagnostica. Il traumatizzato è davvero in uno stato di shock o di commozione cerebrale?

Si rispondeva un tempo: prendete di mira lo stato della coscienza; quanto più perturbata, tanto più siamo nel campo della commozione. Chi oserebbe ripetere cotesto concetto oggi, mentre più si confondono le due forme, si associano, si sorpassano; mentre si vaga in cerca di teorie che spieghino l'una e l'altra?

Chi ben rifletta potrà ancora una volta convenire nella difficoltà differenziale, non soltanto nosografica, ma anche più fisiopatologica; di che si convincerà meglio il pratico dando una scorsa alle interpretazioni teoretiche poco oltre.

Checchè ne dicano i libri e tra i più recenti quello del De Castro sulle complicazioni postoperatorie (Rho, 1925), il capitolo differenziale è secondo noi di prammatica sorpassata. Ne vogliono un esempio i pratici? Eccolo: non si confonda lo shock con l'anemia da intensa, occulta emorragia cavitaria. Il mònito è presto formulato. Ma esso è di tanto lontano dalla realtà quanto la biblioteca dalla clinica, tanto di comune c'è a volta tra contegno del polso, della pressione sanguigna, respirazione, temperatura, riflessi, tra l'uno e l'altro stato. Il sanitario esercitato si equilibra meglio valutando a pro dell'una o dell'altra diagnosi, anche i fattori traumatizzanti, anche il tipo del soggetto, anche la sede della lesione e l'organo interessato. E' una specie di rapido controllo, di mentale bilancio che l'esercizio oculato ci consente. Non c'è, a nostro vedere nulla di più cristallizzante nel nostro progresso, che il rutinario e tenace schematismo. A che ostinarsi nel definire l'uno o l'altra, se dopotutto si possono associare, concatenarsi, succedersi cotesti stati? Perchè non si potrebbe in un soggetto colpito da shock svolgere insidiosa una emorragia cavitaria? Allora entra nel bilancio diagnostico la valutazione del peso dell'uno o dell'altra; particolari che sfuggono al libro, e sorgono dalla inesauribile scaturigine della pratica. Se poniamo il quesito differenziale dinanzi ad un caso di grave ferita del fegato, magari della milza, nessun chirurgo esercitato tentennerà a mettere in salienza il fattore emorragia ed in sottordine lo shock. Se poniamo il dilemma al cospetto di un grave trauma cranio-cerebrale, non c'è chi non veda la necessità di invertire i valori nel giudicare. Gli esempi potrebbero moltiplicarsi. Nè più felici sono gli autori nel voler distinguere lo shock dalle sequele della narcosi generale; dire che in quest'ultima contingenza siano note caratteristiche i vomiti, l'odore di cloroformio, l'ittero, il delirio non gioverebbe altro che a negare arbitrariamente la presenza di vomiti, di nausee, singhiozzo, vaneggiamenti anche nello shock. Ma a contrastare i corollari della pratica sorgono le dispute dottrinali sulla fisiopatologia. E' infatti di buona modernità la tendenza a considerare appunto la narcosi come elemento di shock. Improficuo è dunque sottilizzare, come spesso accade nei libri più noti; giacchè a convincersene basterà notare le stridenti contradizioni tra il capitolo «etiologia» e quello «diagnosi differenziale». Se tra le cause di shock si includono gli anestetici, le emozioni profonde etc. i traumi, è prodigioso sbrigarsela rapidamente per la diagnosi differenziale.

E' il caso di interrogare la *fisiopatologia?* Imprenscindibile quanto forse infruttuoso, perocchè già quasi un secolo è trascorso dalla introduzione di questo vocabolo; già oltre mezzo secolo è trascorso da quando Goltz insegnò a sperimentare percotendo il ventre delle rane; ed altri dopo di lui martellando il cranio di altri animali.

Si proponevano, a dir vero illuminare la «commozione». Ma bisogna convenire che in tanto elasso trascorso, si sono avanzate, contrapposte, addensate teorie su teorie; le quali come sempre lasciano nebulosa la mente del pratico. Accade allora un fatto giustificabilissimo: egli passa oltre, perchè non riesce a vederci chiaro. Quando dunque si vuol ritornare sull'argomento, in una rubrica che ha finalità editoriali definite, bisogna tentare di chiarire, sgombrando anzichè oscurando.

Se si guardano le varie tappe percorse da coteste discussioni dottrinali, alcuni dati permangono come punto di partenza e di arrivo: la constatazione della perturbazione vasomotoria per opera del Goltz, e la interpretazione del Crile, più remota, più personale, ma in fondo anch'essa improntata alla fisiologia patologica della circolazione. Questa vuol dire: esistenza di un fenomeno; ma non dice la vera correlazione tra la causa e l'effetto. Ma è intuitivo in sindromi di tal genere l'intervento del sistema nervoso. Se intanto uno squilibrio nella distribuzione e vascolarizzazione sanguigna di un territorio si avvera, per modo che all'eccessivo afflusso nei territori splancnici, addominali accade un contrapposto stato di ischemia di altri territori, specialmente dei centri nervosi, è già abbastanza come fatto obbiettivo; è già quanto basti ad indirizzare verso la comprensione di una irradiazione dalla periferia al centro, e particolarmente quello bulbare. Il fatto che all'efficienza pratica resta è dunque una discesa accentuata e persistente della pressione sanguigna. Lo sbizzarrirsi intorno alle singole teorie, lo smarrirsi nella selva delle ipotesi; discutere se si tratti di esaurimento dei centri vasomotori; se di spasmo cardiaco e caduta di pressione; se di inibizione delle funzioni di tutti gli organi, se di fenomeni elettro-chimici, (teoria freschissima in apparenza soltanto del Crile, perchè la sentimmo, a suo tempo, genialmente abbozzata dal Durante, dal D'Antona) è fatica sterile. Secondo noi una delle ragioni di pertinace oscurità è nel volere accentrare la luce unicamente su di un punto, a detrimento degli altri; e non celiamo il dubbio che sia precoce l'ultima parola anche per i dottrinari. Basterebbe, a sincerarsene, una scorsa sul movimento di questi ultimi tempi sulla fisiologia e sulla patologia del simpatico. Torniamo alla pratica.

C'è nei libri il paragrafo *profilassi* e *cura* anche per lo shock. Bisogna intendersi. Se si tratta di contingenze traumatiche è agevole intuire la nostra insufficienza preventiva. Se si tratta di interventi operatori si può dire che, almeno nelle linee direttive della più moderna chirurgia dei centri più progrediti nella civiltà e nella perfettibilità, la profilassi dello shock psichico, che è indissolubilmente legato a quello somatico, ha raggiunto dettami e norme di incontrollabile importanza. Non è soltanto l'associazione di anestetici capaci di rendere col minimo uso il massimo effetto; non soltanto la selezione di prodotti i quali consentano la minima offesa tossica alle funzioni organiche, specialmente epatica e renale. Ma è il complesso dispositivo di pacata preparazione del soggetto, onde passi al tavolo operatorio col minimo perturbamento emotivo. Se d'altronde si tiene conto del rigorismo operatorio, nel quale resta compreso: il minimo di tempo possibile; la massima economia di sangue; il risparmio di ogni superflua e nociva manipolazione indelicata su regioni ed organi riccamente innervati, possiamo anche così ritenere aver rispettata la profilassi dello shock.

Ma a stadio iniziale o conclamato, tutto quanto è consigliabile di praticare non è in fondo, se non la conferma del concetto dottrinale etiopatogenetico: cioè *combattere la caduta della pressione sanguigna*, rialzare la tensione arteriosa per ristabilire il suo dominio su quella venosa. Comunque si raggiunga l'obbiettivo, ciascuno comprende che, oltre al fattore idraulico nel sistema vascolare, c'è l'influsso della rinnovata irrorazione dei centri; la tonificazione del miocardio.

Sotto questi aspetti molteplici, ma tutti concorrenti a suscitare una riviviscenza, vediamo efficaci: l'auto-trasfusione mediante la posizione declive, l'elevazione degli arti e la loro fasciatura espulsiva. Poi la ipodermoclisi isotonica ed ipertonica ad alte dosi, ma non troppo eccedenti, cioè da 400-500 gr. Preferibile in molte contingenze il siero glucosato ipertonico e ossigenato.

La nostra scorta farmaceutica peraltro non difetta: dalle iniezioni di olio canforato, a quelle di caffeina, a quelle di stricnica, se ne usa e forse se ne abusa. Si comprende che di fronte al pericolo possono anche giustificarsi le esagerazioni.

Tuttavia nel momento attuale dei nostri studi crediamo che le somministrazioni più commendevoli siano queste: i preparati digitalici per iniezioni ipodermiche; l'adrenalina per uso anch'essa ipodermico o addizionata alle soluzioni fisiologiche, in 10-15 gocce.

AIEVOLI

TERAPIA

Il siero di convalescenti nel morbillo

E' ormai riconosciuto dalla maggior parte degli AA. che le iniezioni di siero di convalescenti, se praticate prima del contagio morbilloso impediscono che quest'ultimo avvenga (siero-profilassi), se praticate invece verso la fine del periodo d'incubazione fanno sì che il morbillo, pur manifestandosi, assuma un andamento benigno (siero-attenuazione). Ora G. RAILLET (*Archives médico-chirurgicales de Province* 1926) fissa le modalità tecniche di questa pratica terapeutica.

Digitized by Google

Il siero va prelevato da adulti o da fanciulli grandicelli, convalescenti di un morbillo di sicura diagnosi e esenti da sifilide, tubercolosi e malaria; sarà raccolto tra il 7° e il 12° giorno dopo la defervescenza e può essere conservato, chiuso in fiale e in ghiacciaia, anche fino a due anni.

Come dosi, si inietterà 1 cc. di siero per ogni anno di età con un minimo di 3 cc. prima dei 3 anni; oltre i 15 anni, se ne inietteranno 15-20 cc. secondo il pesodel corpo: le iniezioni saranno praticate ordinariamente sotto-cute, Se si usa, come è stato anche proposto, il siero di adulti o di fanciulli grandicelli che abbiano sofferto anteriormente di morbillo, essendo questo fornito di minore potere immunizzante, le dosi da iniettare dovranno essere quadruplicate. Così pure, sarà necessario triplicare le dosi se invece di siero si fa uso di sangue totale: per es. 9 cc. di sangue di convalescente, invece di 3 cc. dello stesso siero, o 36 cc. di sangue di individuo che ha sofferto precedentemente di morbillo invece di 12 cc.

I risultati migliori si ottengono col siero di convalescenti e gli insuccessi in questo caso sono dovuti ad un prelevamento troppo precoce o tardivo del siero o a dosi insufficienti; d'altra parte non si hanno da temere inconvenienti di sorta. La sieroprofilassi così eseguita deve sopra tutto riservarsi ai bambini dai 3 mesi ai 5 anni (prima dei 3 mesi, se la madre ha avuto il morbillo, il lattante è ancora immunizzato), ma è anche molto utile nelle collettività operaie, negli ospedali, nei baliatici, ecc., nonchè nei casi nei quali si vogliono preservare dai rischi di una infezione morbillosa fanciulli convalescenti di altra malattia o predisposti alla tubercolosi o operati di recente, donne inciute, ecc. Il medico deciderà caso per caso se conviene meglio ricorrere alla siero-profilassi o alla siero-attenuazione.

Il bromuro di sodio nelle malattie dello stomaco

F. Martinez, (*Paris Med.* 28 ag. 1926), assicura che il bromuro di sodio è molto efficace negli stati di ipersecrezione cloridrica, sia che essa sia semplice o in dipendenza di un'ulcera gastro-duodenale; si può così aggiungere al regime latteo una certa quantità di sostanze che possano rendere il regime più tollerabile. Il bromuro di sodio è generalmente assai efficace negli adulti, alla dose di 2 o 3 grammi, anche, però alle dosi di 6 o 7 grammi manca qualunque effetto tossico, anche se somministrati per lungo tempo. Esso diminuisce rapidamente i diversi valori dell'acidità cloridrica, sopprime o diminuisce il dolore, i vomiti e la pirosi, modifica favorevolmente la costipazione, determina un abbassamento nella cloruria, ed un miglioramento dello stato generale.

FORMULARIO

Nella gengivite espulsiva. — Dopo lavaggio della bocca con acqua di malva contenente bicarbonato di sodio nella proporzione del 30 % frizionare le gengive con la seguente polvere:

Perborato di sodio	gr. 10
Carbonato di calcio	» 10
Polvere di china rossa	» 10

(dal *Journal des Praticiens*, n. 48, 1926).

□□□

COMMEMORAZIONI

IN MEMORIA DI ANTONIO CARDARELLI

Ad onorare la memoria del Maestro scomparso che fu nostro venerato condirettore e per far cosa grata ai lettori, pubblichiamo i riassunti dei discorsi commemorativi di Antonio Cardarelli tenuti nella nostra città alla Facoltà Medica, alla R. Accademia Medico-Chirurgica, alle Cliniche ed Istituti ufficiali, alle Società Scientifiche, alle Scuole pareggiate ed ospedaliere ecc.

In ciascuna commemorazione si è degnamente esaltata la grande figura del Maestro insigne, vanto dell'Italia nostra.

Il prof. Gaetano Corrado, alla Facoltà di Medicina della R. Università.

Antonio Cardarelli è morto, ma è sempre presente a noi, ed a quanti ebbero la fortuna di seguire il Suo insegnamento. Al Suo nome ogni elogio è superfluo.

Egli nacque in Civitanova del Sannio, nel 1831, in quella forte terra che seppe tenere in iscacco la potenza dell'antica Roma, e venne a Napoli giovanissimo.

Fece i Suoi studii in quel Collegio Medico che era in quell'epoca in tanto onore, distinguendosi tra tutti, e vinse parimenti i concorsi a cui si espose. Poco dopo la laurea incominciò ad insegnare, acquistando ben presto credito professionale e rinomanza, non solo in Napoli, ma anche in Italia, e più tardi all'estero.

Il suo insegnamento era frequentatissimo non solo dagli studenti ma anche dai medici, e spesso si trasformava in una vera palestra di emulazione tra i seguaci delle varie scuole. Il suo era il tipo di quegli studii napoletani tanto accreditati, per i quali solo la fama dell'insegnante costituiva il titolo e la ragione di esistenza.

Cardarelli acquistò la fama di Maestro sommo, molto tempo prima di entrare nello insegnamento ufficiale, che con tanto lustro tenne per oltre un trentennio, anche al di là dei limiti di età consentiti dalla legge, per unanime voto della Facoltà e del Consiglio Superiore.

Il suo contributo scientifico e pratico, in parte fissato in importanti pubblicazioni, (tra cui quelle sugli aneurismi dell'aorta, le malattie nervose e funzionali del cuore, le malattie epatiche, e tante altre) è assai notevole, ed Egli nella esposizione delle proprie idee aveva tale lucidezza e tale precisione di metodo, da dare all'uditorio la sensazione di «vedere» con Lui chiaramente nelle misteriose latebre dell'organismo umano.

E sopra ogni cosa Egli ebbe caro il titolo di Maestro, che meritava veramente in modo insuperabile. Aveva così acuta visione diagnostica, che per Lui più che per altri mai si parlò a ragione di quell'*occhio clinico*, che in sostanza era il risultato della precisione della osservazione, della molteplicità dei casi osservati e della sintesi felice nella Sua mente critica e geniale di tutti gli elementi, che gli permise di trovare anche segni nuovi per la diagnosi dei morbi.

Ebbe sentimenti altamente patriottici, e prese parte ai moti del 1848; fu deputato in varie legislature, e si ritirò per cedere il collegio a Bonghi. Fece memorabili discorsi, specialmente di indole sociale, e nelle due camere del parlamento fu sempre ascoltato con grande deferenza.

Aderì con entusiasmo al Fascismo sebbene la legge sulla P. I., più rigidamente applicata lo costringesse a riposo.

I giovani lo riportarono in trionfo alla Sua cattedra, ma Egli spese il Suo grande ascendente per esortarli alla disciplina ed al rispetto della Legge.

Ed egli non volle neppure riaprire nel grande Ospedale degli Incurabili il Suo insegnamento privato, dove tutti — studenti e medici — e noi stessi saremmo accorsi ad ascoltarlo. Questo fu certo il più grande dolore, della vita di Cardarelli, in quanto che Egli viveva per l'insegnamento.

Conservò fino all'ultimo la pienezza delle Sue facoltà, e si spense placidamente e serenamente, confortato dalla Fede, che Egli ebbe ardentissima, soddisfatto della vita trascorsa, perchè aveva sempre compiuto il Suo dovere, silenziosamente beneficando tutti coloro che si erano a Lui rivolti, spendendo in questo modo ed in opere pubbliche a pro' del suo paese gran parte di quello che l'esercizio professionale gli aveva procurato.

Cardarelli è morto; però di Lui sopravvive lo spirito indagatore e critico, trasfuso in tante migliaia di giovani, formati alla Sua scuola, dei quali alcuni sono stati e sono Maestri sommi.

Il prof. Rodolfo Stanziale, alla R. Accademia Medico-Chirurgica

Illustri Accademici,

L'animo nostro è pervaso dalla più profonda e desolante tristezza! Il Sommo Clinico, il Maestro dei Maestri, l'Accademico illustre, il signore dell'arte medica, il gran patriota, Antonio Cardarelli non è più!

Con la scomparsa di Lui la eletta schiera dei grandi Clinici Italiani è privata di uno dei suoi più illustri rappresentanti ed il lutto oltrepassa i confini dell'Università e del Mezzogiorno per assurgere a lutto della Nazione, che piange uno dei suoi figli più eletti.

Giammai è stato così unanime il cordoglio della cittadinanza, che in mesto pellegrinaggio è passata dolorante e commossa innanzi alla salma venerata per tributare l'estremo omaggio a Colui che rappresentava la suprema risorsa dei sofferenti e l'ultimo appello alla salvezza!

Antonio Cardarelli sarà solennemente commemorato in questa Accademia, di cui fu tanta parte, da Pietro Castellino.

Questa Presidenza ha espresso il suo profondo cordoglio per tanta perdita alla desolatissima e veneranda Sua compagna, mirabile esempio di bontà e di dolcezza coniugale.

Digitized by Google

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI. — PREMIO ORFILA. — PREMIO DESPORTES

DIGITALINA CRISTALLIZZATA NATIVELLE

Agisce più sicuramente que **TUTTE** *le preparazioni di Digitale.*

GRANULI al 1/10 e al 1/4 di milligr.
SOLUZIONE al mille-imo.
AMPOLLE al 1/10 e a. 1/4 di milligr.

Dosamento rigoroso

CAMPIONI :
PARIGI : LABORATOIRE NATIVELLE
49, Bᵈ de Port-Royal.
MILANO : GRANELLI & Cᵃ
Via Kramer, 2.

Società Anonima CARLO ERBA — MILANO

NEL TRATTAMENTO DELLE
AFFEZIONI POLMONARI
ACUTE E CRONICHE

Plasteinol " Erba „

ANTIFLOGISTICO - RISOLVENTE - RICOSTITUENTE
per iniezioni ipodermiche

Scatola da 12 fiale da cc. 1.

NEL TRATTAMENTO DELLE
FORME TUBERCOLARI

Etilmorruina " Erba „

SOLUZIONE AL 10 o|o DI MORRUATO D'ETILE
per iniezioni intramuscolari

Scatola da 12 fiale da cc. 1.
Scatole da 100 fiale per uso ospedaliero.

SAGGI A DISPOSIZIONE DEI SIGNORI MEDICI

CEREBROL

Tonico ipernutritivo per le cellule cerebro-spinali

A base dl glicerofosfati di sodio e calcio - Formiato di sodio - Liquore del Fowler - Noce Vomica (dose minima) - Estratto fluido dl cola - Sacc. e Aromaticl.

Globuli di grato sapore.

Mathè della Florida

Curativo fisiologico della stitichezza

Contiene la vera Yerba Mate del Brasile che ha proprietà corroboranti e toniche. Composto di erbe, semi, radici, foglie, fiori ecc. disseccati con processo speciale. Si prepara sotto forma da prendersi per infuso o in **cachets.**

Non produce assuefazione.

PREPARAZIONI DEL Dr. M. F. IMBERT
NAPOLI - Via De Pretis, 62 R - NAPOLI

Digitized by Google

EBANYL

STAGNO COLLOIDALE-BARDANA

Specifico delle affezioni da Stafilococco

Foruncolosi, Antrace, Osteomielite

Sollievo immediato

Laboratorio dell'Ebanyl: 96, rue d'Amsterdam-Paris

Campioni: Del Saz e Filippini: Viale Bianco Mario, 23 - Milano

Società per l'Industria di Prodotti Biochimici

SIB

FAVRIA CANAVESE
(TORINO)

Diploma di medaglia d'oro - Esposizione di Chimica pura ed Applicata - Torino 1925.

I.

Fabbricazione di PEPTONE secco

PEPTONE per uso Batteriologico
PEPTONE per uso terapeutico
PEPTONE integrato alimentare

II.

DERIVATI PEPTONICI

PEPTONATO di Ferro (Fe 5 %)
PEPTONE iodato secco (I 20 %)

III.

FERMENTI

S.I.B. - UREASI, fermento specifico dell'urea, preparato allo stato di grande purezza dai semi della Glycine Hispida. Seguendo il metodo clinico di Marschall si possono fare molte determinazioni di urea in meno di mezz'ora.

Per la rapidità, esattezza dell'analisi, per la poca dispendiosità dei mezzi sostituisce qualsiasi altro metodo di dosamento dell'urea, ad es. quello dell'ipobromito, ecc.

Chiedere il bollettino dei metodi di analisi pubblicato a cura della S. I. B.

REATTIVI per MICROANALISI ed APPARECCHI per MICROANALISI

CHEMIOTERAPIA DELLA SIFILIDE

Arsenoterapia

Per via endovenosa
Novarsenobenzolo Billon

Per via intramuscolare
Eparseno

Per via boccale
Stovarsol

Bismutoterapia

Per via intramuscolare
Luatol soluzione acquosa di Tartrobismutato di Sodio e Potassio.

Neoluatol - sospensione oleosa di composti idrossici di Bismuto.

Joduro doppio di **Bismuto** e **Chinina.**

Mercurioterapia

Calomelano I. N. C. - preparazione speciale di alta tolleranza.

La Serie dei prodotti antiluetici I. N. C. offre al Medico la possibilità della scelta del metodo di cura indicato nei diversi periodi o nelle diverse manifestazioni della malattia, in tutti gli individui, in tutte le età.

ISTITUTO NAZIONALE DI CHEMIOTERAPIA - MILANO

Iodogelatina Sclavo

Sostituisce sempre con vantaggio tutti i prodotti organici e inorganici di Iodio.
Preparato ottimo
anche per evitare fenomeni di iodismo.

Energico ricostituente
in tutti quei casi
nei quali è indicata una cura iodica.

IN BOTTIGLIE PER USO ORALE
IN FIALE PER INIEZIONI IPODERMICHE

CAMPIONI E LETTERATURA A RICHIESTA

SIENA
Istituto Sieroterapico & Vaccinogeno Toscano
diretto dal Prof. A. SCLAVO

Digitized by Google

Con animo profondamente commosso noi c'inchiniamo reverenti alla memoria del Maestro che passa, il cui nome è scritto a caratteri aurei nelle pagine della storia dell Medicina, e il cui ricordo resterà indelebile nella nostra mente e nel nostro cuore !

Il prof. Pietro Castellino, alla I Clinica Medica.

Nell'anfiteatro della Clinica Medica, gremito di medici e di studenti, il prof. Pietro Castellino, ripigliando il corso delle sue lezioni, ha consacrato alla figura del Maestro scomparso una di quelle sue orazioni che esaltano la scolaresca verso i più nobili ideali della Scienza, smaglianti nella forma e dense di pensiero, benchè la commozione gli velasse la voce e la facesse tremare insolitamente. Con riserva di commemorare in altra occasione, più solennemente, l'Uomo eminente e il Clinico insigne che così vasta orma seppe stampare lungo l'evolversi delle scienze mediche, il prof. Castellino ha tratteggiato, con alta e vibrante parola, il Maestro in tutta la bellezza e l'efficcia del suo magistero, mettendo in peculiare evidenza l'importanza di quel pensiero lucido e preciso e il fascino di quella parola sobria e chiara su tre generazioni di giovani che a quella fonte attingevano come ad una scaturigine perenne. Mise in evidenza il grande amore Suo per i giovani e come Egli si sentisse dall'afflato di quelle giovinezze avide di sapere e fervide di sentimento confortato e quasi ringiovanito tornando alla casa semplice e piena di sorrisi di bontà.

« Alzatevi! e dedichiamo al Suo spirito, ora aleggiante in quest'aula, in questo posto, che fu il Suo, un minuto di raccoglimento ».

La scolaresca, pervasa di commozione, i medici e i professori rimasero in piedi per alcuni minuti, in religioso silenzio. Molti visi erano bagnati di lacrime.

Il prof. Castellino, anche egli commosso, seppe trovare ancora parole di incitamento ai giovani perchè colla mente fissa a tanto Maestro sappiano trovare le vie di ogni ascensione e di ogni fortuna nella vita, nella scienza e nella Patria, secondo le luminose tradizioni della gloriosa scuola di Napoli.

Il prof. Giuseppe Zagari, alla II Clinica Medica.

Nell'aula della Clinica Medica, gremita di studenti e di medici il prof. Giuseppe Zagari commemorò il suo Maestro, Antonio Cardarelli, dimostrando con ricordi personali il metodo seguito, la via insegnata da quella Cattedra con costante fervore: l'osservazione cioè minuta e diligente dei fatti clinici e la rigorosa valutazione di essi, corredate da tutto ciò che è accettato dalla scienza.

E, con l'illustrazione delle pubblicazioni dimostrò come la sorprendente chiaroveggenza di Lui fosse il risultato della dottrina e più della illuminata esperienza acquistata al letto del malato con lungo, diligente paziente studio, per cui ogni malato era per il Maestro un libro aperto attraverso i ricordi di tanti altri, che teneva presenti allo spirito e che ricordava nella scuola ad ammaestramento dei numerosi allievi. Il prof. Zagari conchiuse con l'incitamento a tenersi fedeli all'insegnamento del Maestro per il sano indirizzo della clinica ed a gloria della scuola medica napoletana.

Il prof. Raffaele Caporali, al I Istituto di Patologia Spec. Medica

Il prof. Raffaele Caporali, direttore del I° Istituto di Patologia Medica della R. Università di Napoli, nel riprendere, martedì 11 gennaio, il corso delle sue lezioni ha rievocato con commosse parole la figura di Antonio Cardarelli, che per la luminosa grandezza del Clinico e per l'infinita bontà dell'Uomo « aveva addirittura un'impronta divina ». E ricordando a gli studenti che proprio in quell'ora la salma del Venerato Scomparso trovava l'estremo riposo nella modestissima tomba di famiglia costruita nella sua gentile e forte terra sannita, ha sospeso in segno di lutto la lezione.

Il prof. Luigi D'Amato, al II Istituto di Patologia Spec. Medica.

Il prof. Luigi d'Amato commemora il suo grande Maestro, di cui fu devoto discepolo e collaboratore nella Clinica per oltre vent'anni. Rievoca le doti geniali di osservatore, l'intuito clinico singolare e l'arte di insegnare che facevano del grande Scomparso un Clinico Sommo e un Maestro insuperabile.

Rammenta i principali contributi scientifici che il Cardarelli ha portato e che rimangono in patrimonio imperituro della Semiotica e della Clinica.

Conclude dicendo che il miglior modo di venerare la memoria del Grande è quello di mantenersi fedeli al suo metodo di osservazione e ai preziosi dettami della sua esperienza clinica.

Il prof. Giovanni Castronuovo, alla Società dei naturalisti e medici.

Illustri Colleghi,

Fanno ressa al mio cuore e groppo alla mia gola i più alti e profondi sentimenti !

Li comprendete voi assai più che io non possa e sappia esprimere, poichè fu nostro comune godimento assiderci discepoli e spettatori dell'epopea cardarelliana; perchè fu nostro l'unico più che raro pabolo clinico della michelangiolesca Sua maniera semiologica; poichè dall'alba al meriggio, per tutta la nostra vita professionale, Antonio Cardarelli è stato la nostra passione ed il nostro orgoglio, la nostra speranza e la nostra fede, la nostra bandiera ed il nostro viatico.

Se tutti noi dissetò la stessa fonte benefica; se nel pensiero e nell'opera Egli fu grande quant'altri mai, a che turbare l'unica cosa di Lui degna, il silenzio eloquente? Non utile, non pietoso per alcuno, di fronte a Lui, è l'indugio elegiaco! Forse voi non avvertite il brivido della siderea distanza? E più di voi, giustamente assai più di voi, non lo sento io forse ?

La vita del titano palpita superba nella memoria nostra onde non debbo abusare della pena comune intessendone con parole povere le magnifiche gesta. In questa sede però non posso tacere che Scienziato e Medico-naturalista Egli fu in sommo grado, ligio solo ai fatti concreti, questi asservendo ai fini diagnostici, dopo il minuto esame obbiettivo, in cui il suo limpido sguardo scrutava il filone rivelatore.

Quanta semplicità di mezzi, quale rapido intuito non compendiava il Suo occhio balenante sui più ascosi misteri del corpo e dello spirito? Chi di noi non ravvisa quelle mani ossute, lunghe e luminose, ora tese come corde nello spasimo della ricerca diretta, ora librate come ali sulla serenità della raggiunta meta? Chi non rammenta quel meraviglioso suo orecchio subito ferito da ogni organica dissonanza ? Non lo rivedete alto, diritto, snello, elegantemente sobrio e sicuro del privilegio penetrativo dei suoi sensi, come del fascino delle sue sintesi eccelse, dominare indiscusso tutti gli ambienti, dal Collegio medico ai pubblici Concorsi, dalle corsie degli Ospedali ai Consessi amministrativi, dalla Tribuna parlamentare alla Cattedra Universitaria, nel libero insegnamento come nel fastigio della Clinica ufficiale, sempre e dovunque portando il consiglio ammonitore, l'avviso più saggio, il temperamento più equilibrato ? Generoso e geniale anche negli eccessi, non si lanciò, ancora imberbe, nell'agone dei concorsi ospedalieri, sostituendosi ad un assente e rivelando il vero nome e la « felix culpa » solo quando la Commissione l'aveva giudicato di gran lunga superiore a tutti gli altri ? Sul corpo di Ebe già occhieggiava la testa di Minerva ! Fu gioco forza chiedere ed ottenere dal Governo borbonico la sanatoria dell'irregolarità procedurale.

Così egli s'affacciò tra le mura vetuste dell'Ospedale Incurabili, e così per mezzo secolo vi si assise Maestro insuperato ed insuperabile.

***

Al letto degli infermi una divina scintilla gli largiva perenne le grazie della pronta e diritta rivelazione dei mali; onde dai piccoli segni, dagli altri creduti vane orme, Egli edificava l'incrollabile edifizio diagnostico, cui spesso aggiungeva, a suggello, il dogma dell'affermazione sua propria, romanamente confidenziale nella ferrigna enfasi sannita.

Così antivedeva, ed infallibilmente, gli eventi ulteriori gli davano ragione ch'Egli sapeva trasfondere attorno la stessa sua sicurezza di giudizio, senz'aria profetica, con quel suo fare dolcemente paterno da fugare ogni dubbio, ogni lacuna, ogn'incredulità. E col suo motto abituale: «te lo dico io», sintetizzava il frutto della geniale penetrazione diagnostica, colmava i dislivelli tra la nostra brughiera e la sua vetta, largiva — semplice ed apodittica — quella scienza dei presagi che nessuno possedette da par suo. E quando sulla Cattedra ufficiale depose la sua veste di Libero docente questa parve a tutti qual'Egli fatta l'aveva: più bella della clamide, più severa della toga, più radiosa della porpora!

***

In altri consessi uomini di alto sentire rievocheranno di Antonio Cardarelli con degne parole le virtù civile familiari, la vita insonne di lavoro e di studi, la proverbiale sua semplicità frugale, lo sdegno per i soprusi e le ingiuste persecuzioni, per i monopolii e le camerille pseudoscientifiche e la veemenza della sua voce contro i profanatori del Tempio. Altri saprà ben ricordare la grande passione per i suoi cari e per il focolare domestico, pur senza prole, ch'Egli alimentò perennemente benefico , come fosse il padre di tutti; e l'infinita pietà per le umane miserie con lo slancio inesauribile nel soccorrere i sofferenti; e quella «carità del natio loco » che fu religione di tutta la sua vita e gli faceva sentire un fratello in ogni suo concittadino e profondere tesori di scienza e di danaro per dotare di luce, fognature, acqua potabile, cimitero, monte frumentario la

Digitized by Google

sua Civitanova, che lo rimeritò di pari devoto affetto, fino agli ultimi giorni ed ora superba ne custodisce le sacre spoglie.

In altre sedi uomini eletti dalla sanzione sovrana o dalla rappresentanza popolare lo chiameranno benemerito della Patria ! E Clinici illustri ricorderanno di Antonio Cardarelli le orme indelebili stampate nella semiologia e diagnostica, come nella terapia. Qui soffrite che accenni di volo alle originalissime sue osservazioni sugli aneurismi, palesi o latenti, e su tutti i segni rivelatori, qualcuno dei quali tutto il mondo medico a buon diritto addita col suo nome. In effetti la *pulsazione* o le *scosse del tubo laringo-tracheale — segno di Cardarelli* — è tra gli indizii più preziosi degli aneurismi occulti dell'aorta toracica e dell'arco in particolar modo, da essere stato sufficiente in alcuni casi da solo a far stabilire la diagnosi precisa. Il possedere oggi nella radioscopia mezzi di diretta e facile conferma ha accresciuto anzicchè scemare il valore di questo fenomeno, dimostrandone tutta l'importanza semiologica. Così le algie degli aneurismatici furono oggetto di speciali sue vedute cliniche e patogenetiche, al pari delle alterazioni del ricorrente, con tutto il gran corteo dei disturbi funzionali, tanto più significativo quanto più povero è quello dei segni fisici.

Per virtù sua gl'innumeri suoi discepoli della Scuola napoletana hanno pronto il sospetto degli aneurismi latenti e specie della parete posteriore ed inferiore dell'arco, quando in assenza di altri segni morbosi, la tosse secca accessionale, semplice od ovina, le afonie, la voce bitonale, la dispnea e l'ansia parossistica, le algie precordiali ed occipito-cervico-brachiali lo spasmo faringeo, bronchiale, esofageo, i disturbi vasomotori e neurotrofici (cutanei come lo zoster e l'eczema o più profondi e lontani come l'eritromelalgia, l'efidrosi, l'arrossimento della guancia e dell'orecchio, l'anisocoria, le dita clavate) loro rammentino la scultoria parola del Maestro. Nè meno forte fu la sua voce nella terapia degli aneurismi, dove la cura iodica ad alte dosi, consociata agli oppiacei, alla trinitrina e talora al salasso, è ancora quella che meglio risponde alla cura etiologica, ipotensiva e sedativa.

Due altre gemme del suo ingegno sono certo rappresentate e dalla precisa sua descrizione ed interpretazione del reumatismo vertebrale o spondilosi rizomelica, come si è successivamente appellato il medesimo complesso sintomatico e dell'anemia splenica infantum, che porta anche il suo nome e ch'Egli seppe in tempi assai lontani sceverare dalla farragine delle pseudoleucemie, fibroadenie, granulomatosi e vere leucemie.

Il paludismo latente e le sue forme insidiose, il morbo di Addison e quel del Flaiani pure risentirono l'impronta sua; mentre la tubercolosi polmonare non ebbe fortuna presso di Lui, non volle trattarla quasi mai nelle sue lezioni, non volle mai accogliere in Clinica sofferenti del genere. Fu sconforto per le inutili cure, fu certezza della perniciosità del contagio, fu amaro ricordo della « carezza tubercolare » paventata nella sua prima giovinezza quando nel Collegio medico uno sbocco di sangue lo sorprese nel più bello del primo idillio e dei suoi studi? Io non so dire; ma certo non ostentò fino agli ultimi giorni questa sua sfiducia, che bellamente chiamava *antipatia*: n'è prova la sua frase incisiva ed accorata ad uno dei colossi della lotta antitubercolare nell'ultimo ciclo di conferenze: «pur troppo non si cava un ragno dal buco». Perdona, Maestro, se noi pensiamo diversamente, se una sola volta la nostra fede intende superare la tua profezia.

Le malattie nervose e funzionali del cuore, quel dotto volume — che sancì l'ascesa di Cardarelli alla Cattedra ufficiale di Patologia speciale medica e Clinica propedeutica, intorno al 1889, nel fulgore della carriera di Medico primario dell'Ospedale Incurabili, di Deputato al Parlamento, di Libero Docente di Clinica Medica, a capo d'una Scuola frequentata letteralmente da centinaia e centinaia di medici e studenti stipati nell'immensa Sala di Ricezione — ebbe presto una seconda edizione (1892), ed è miniera di osservazioni e consigli pratici che conservano la prisca freschezza e mostrano quanto in Lui fu profondo lo studio delle funzioni essenziali nelle quali prevalgono sui meccanismi idraulico-valvolari i rapporti con il vago, il simpatico, l'energia miocardica, la pressione arteriosa e lo stato dei centri nervosi.

Fu certo a Napoli tra gli antesignani delle stimolazioni elettriche a scopo clinico e tra i primi in Italia a trasportare al letto dell'infermo la sfigmica del Marey, dimostrando sui malati l'influenza cardio-inibitrice del vago, illustrando la vera base delle aritmie e dei bigeminismi, in tal guisa precorrendo di più lustri le moderne vedute.

Sentite oggi come allora quanto opportunamente ammonitrice sia la sua parola:

« il medico poco preveggente crede di aver fatto il proprio dovere, ri-
« conoscendo a tempo il processo cardiaco e curandolo con questo o quel
« mezzo di dubbia efficacia.... ma non si è giovato delle conoscenze fisio-
« logiche per valutare giustamente gli effetti di quell'affezione sull'attività cardiaca. E forse quel medico deve provar rimorso per avere abusato di rimedi, che se valevano a combattere il morbo generale, son valsi pure a preparare l'esaurimento nervoso e la stanchezza del cuore; sicchè quando la lesione cardiaca è sopraggiunta, nè i nervi, nè la fibra muscolare si son trovati in caso di resistere ad essa ».

Parole d'oro, in tutte le infezioni, e nel tifo e polmoniti in ispecie, dal momento che gli odierni principii attivi cardiocinetici, neurocinetici, microbiologici e tossinici, mettono nelle mani del pratico armi potenti anche ad offendere i delicati nessi organici, se male adoprate!

L'*ascoltazione orale* e la *percussione ascoltata* attrassero la sua attenzione e ne sfruttò tutto il valore semiologico, come fu grande nella diagnostica delle *affezioni mediastiniche* e delle *neoplasie della pleura e polmoni.*

Nel trattare le pericarditi, le polisierositi, le alterazioni gastro-enteriche, le affezioni peritoneali e retroperitoneali, le nefriti; le idronefrosi; i blastomi renali, gli ascessi del subfrenio, i tumori cerebrali e ponto-cerebellari, la tabe dorsale, le siringomielie, i tumori e le pressioni midollari, disegnava e dimostrava i quadri nosografici con tanto vigore di linee da lasciare orme indelebili. Conquiso dall'espressione lucida, pacata e sobria, l'immenso uditorio pendeva attonito dalle sue labbra rivelatrici, e quando, preceduto dall'abituale suo motto, il fatidico « breve », giungere sentiva densa ed armonica, la sintesi integratrice dei fatti, un brivido di composta universale ammirazione serpeggiava tra gli astanti a dar suggello al incomparabile suo magistero.

Un grande capitolo, quello delle *affezioni epatiche e biliari* pure porta le vestigie del gigante, cui nessuno si avvicinò nella diagnostica e terapia della colelitiasi, colecistiti, dell'echinococco, della cirrosi, degli ascessi epatici, delle neoplasie del fegato, vie biliari, pancreas e piloro, come nessuno seppe tanto asservire le punture di saggio e le stesse laparotomie esploratrici ai fini diagnostici da farne delle modeste ancelle confermanti il già fatto giudizio anzicchè sfingi protese sull'imo mistero ! Perciò egli fu il più ardito consigliere d'interventi chirurgici salvando da certa morte tante vite in pericolo.

Proprio la diagnostica addominale, che per tanti di noi è oscura come l'Africa tenebrosa, ed oscura rimane anche talvolta dopo tutti gli accertamenti moderni e perfino dopo gl'interventi chirurgici, fu il suo cavallo di battaglia, il suo cimento quotidiano, il suo maggior decoro clinico. Quanti aneddoti sbalorditivi per la sagacia sua clinica non potrebbe annoverar ciascun di noi, che avemmo la fortuna della domestichezza con Lui e ne avvertimmo l'incommensurabile altezza.

Studiare e ristudiare, meditare e rimeditare sui dubbi segni morbosi era ed è il nostro continuo tormento; scegliere tra i tanti rimedi i meno incerti e più consoni è la nostra fatica quotidiana; dir quel ch'è certo e sorvolar sulle insidie pronostiche è la nostra croce d'ogni istante; ebbene queste nostre agitazioni e perplessità gli erano del tutto estranee e confessava con compiacenza anche nella tarda età che l'unica sua incertezza era nel segnar la data della ricetta, l'unica sua fatica era il dettaglio terapeutico della prescrizione, che sempre ridurre alla più semplice maniera, felicissimo però di lodar quello dei suoi discepoli, che più munivano di dettagli terapeutici il loro giudizio, nell'inviargli in revisione gl'infermi, ciò che alleviavagli il compito, riducendo a segnar il vero nome del male.

Questa poderosa attitudine diagnostica, di cui si valeva a getto continuo, era sì figlia della genialità originaria e dell'atavismo, discendendo Egli da padre medico; ma era sopratutto — e me lo ha detto più volte — il naturale effetto della continua osservazione degl'infermi e di quelle prodigiose facoltà mnemoniche ed assimilative che gli facevano ad ogni piè sospinto rapassar dinanzi la casistica propria, donde precipuamente derivava i canoni diagnostici. Tesorizzando a vantaggio di tutti la sua esperienza quasi secolare, sempre vivida e palpitante d'attualità anche nei minimi ricordi d'uomini e di cose, traeva supremo insegnamento dagli stessi suoi errori, i cui dettagli ammonitori soleva ripetere martellandone negli ascoltatori l'efficacia doppiamente educativa, per l'evangelica confessione e la socratica semplicità.

Il lungo studio ed il continuo meditare gli avevano appreso quanto presto divenisse flebile od ingannatrice la voce degli autori di sistemi astratti ricchi di arzigogoli teorici. Di tali autori non citò mai i nomi, commiserandone l'inutile fatica; la sua Biblioteca era sopratutto la sua mente, diritta e lucida fino agli estremi.

***

Amante del vecchio, come del nuovo se di reale valore pratico, mantenne in vita l'Istituto antirabico sotto la sua egida e con personali suoi sacrifizii, e ne raccomandò le sorti anche negli ultimi giorni ai suoi aiuti ed al Direttore Prof. Pianese, di cui visse tenero e fiero per la duplice parentela di sangue e di spirito.

Digitized by Google

***

Antonio Cardarelli fu fascista convinto nel pensiero e nell'opera!

Onore a Lui che tosto intravide l'atmosfera propizia ai vanni delle nuove aquile e plaudì all'Uomo dei nuovi destini italici!

Onore al Duce che sentì tutto l'alto valore di quella concordia di visione e d'intenti e ricambiò al Maestro il saluto del Genio!

***

Cari ed illustri Colleghi, confessiamolo da forti senz'ombra e senza veli. La maestosa figura che Antonio Cardarelli, vivente, disegnava agli occhi nostri memori ed ardenti è nulla al paragone dell'abisso scavato dalla Sua tomba!

Attoniti ci aggiriamo sull'orlo di questo immenso vuoto, come su quello di un vasto cratere e l'accorata nostalgia della fiamma che vi ardeva assidua, luminosa e pura ci ripete e rinnova di ora in ora la martellante nenia dell'angosciosa verità. Gran parte del nostro cuore e della nostra giovinezza spirituale s'inabissa con Lui e lo segue e lo invoca con disperata, filial devozione. L'indigete nostro nume tutelare non è più.

Ed ora a te fumido e vetusto Ospedale degl'Incurabili, che ci apprendesti appassionatamente a vivere in francescana semplicità questa nostra arte aspra ed infida, che di tanti geniî fosti il focolare domestico, a te il saluto di morituri a morituro.

« La gloria di Colui che tutto muove » segnò pure la tua ora! Tu sparirai sotto il piccone demolitore, mentre un tuo giovane fratello sorgerà a sollievo dei miseri sull'ameno « Colle della salute ».

Ebbene di fronte alla bara del tuo figlio diletto non ti dolga, caro e vecchio amico fedele, di questa misera e materiale vita che perdi.

Tutti noi non immemori dei benefizi della tua grande palestra più ti ameremo in effigie e tu meglio vivrai nella luce di quelli che sapesti fare immortali!

Il prof. Andrea Ferrannini, Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana.

Nell'affisso e nell'invito per la presente seduta inaugurale è indicato che avrei commemorato Antonio Cardarelli. Della parola «commemorare» mi sono servito per seguire un'abitudine di dicitura; ma, in realtà, personalità come Antonio Cardarelli non si commemorano.

Commemorare vorrebbe significare: ricordare? Ma la memoria di Antonio Cardarelli è già indelebile per le falangi di parecchie generazioni che si sono abbeverate a quella fonte di illuminata praticità dalla cattedra come nelle corsie ospedaliere; per le schiere d'infermi che per ben settanta anni ricorrevano a quella stessa fonte per attingere salute; per le poche ma profonde pubblicazioni scientifiche, che resteranno ad alto onore della medicina italiana.

Non faremmo scendere il Maestro dal piedistallo, se commemorare volesse significare ingolfarsi a discutere se nel corso della sua illuminata praticità Egli si affidasse esclusivamente alla clinica e tenesse in dispregio il laboratorio?

O che forse clinica, come elementi per la diagnosi, è sinonimo esclusivamente di semeiologia fisica compresa la grafica, sol perchè di questa semeiologia il Maestro si è servito a preferenza a sostrato della sua indagine diagnostica e dei suoi lavori scientifici?

Il contributo del laboratorio chimico o microscopico o batteriologico o elettrologico o sierologico o radiologico non attinge i suoi elementi dall'identico infermo, a cui si applica la grafica e si applicano le semplici armi semejologiche della ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione?

Il Maestro, per le sue attitudini mentali e per la qualità della semejologia, che era in uso nell'epoca, in cui iniziò l'opera sua di ricercatore e di diagnosticatore, non sentì il bisogno di slargare l'ambito delle armi semejologiche, ma non ha mai disdegnato il concorso del laboratorio per le finalità supreme della diagnosi e cura e, molto meno, ha dato l'ostracismo a quel concorso. Troppo profondo era il suo acume per permettersi di rifiutare quel concorso.

« Tornare all'antico » volle forse significare per Giuseppe Verdi respingere il progresso tecnico della musica moderna o non volle piuttosto ammonire che i progressi del virtuosismo contrappuntistico non possono soverchiare e svisare l'impronta nazionale? Del pari, per la profondità del personale acume, Antonio Cardarelli ha sempre insistito sulla necessità che ogni elemento semejologico, da qualunque fonte promanasse, o moderna o antica, dovesse passare per il crivello di un adatto cervello per poter efficacemente concorrere a plasmare sulla base analitica dei vari elementi semejologici la sintesi del giudizio diagnostico e pronostico e con la impronta italica del sapere clinico.

Dell'adatta *forma mentis*, senza la quale ogni semjologia, o la più modesta o la più complicata, o moderna o antica, non basta alle finalità cliniche, il grande Maestro fu campione tra i più genuini.

Il suo occhio psichico era tale da affondarsi nella struttura organica degl'infermi senza bisogno di obbiettivi microscopici ad immersione; il tatto delle sue dita sentiva tutte le particolarità anatomiche e strutturali degli organi senza bisogno della radioscopia; la potenza associativa del suo cervello era così vivida, anche in età inoltrata, da permettergli di colpire nel segno della individualizzazione clinica con la rapidità della freccia, con la sicurezza e la decisione di un matematico teorema.

E di questa sicurezza era intimamente conscio. Perciò il giudizio diagnostico o la direttiva clinica della cattedra era pronunciata dal suo labbro con la rude nettezza di un comando militare, a cui fosse proibito contrastare. E questa recisa nettezza nel pronunziare il giudizio fu elemento non ultimo della suggestione, simultaneamente imperiosa e affettuosa, che la sua persona esercitava sugl'infermi e sui discenti, non meno che sui colleghi, che ne venivano affascinati e conquisi.

Doti di questa sorte si hanno fondamentalmente per disposizione ingenita o congenita. Beninteso però, che per il non uso o il poco adatto uso, quelle doti potrebbero finire per atrofizzarsi o dissolversi. Al contrario in Antonio Cardarelli tanto prepotenti esse furono da spingerlo verso l'ambiente, che, negli anni giovanili, fosse più consono alle personali caratteristiche mentali. Questo ambiente fu in Napoli il grande ospedale « Gl'Incurabili ». Al tempo, in cui Cardarelli vi si appressava, era ancor viva l'eco di un campione eccelso di quella medicina, che suole dirsi, ma impropriamente, ippocratica.

Se con la fantasia si assommano le immagini delle altalene, che la medicina italiana ha subito nei secoli, si designa un monte con le caratteristiche manzoniane del «Resegone»: un succedersi di elevate cuspidi per il progresso e di inaspettati affondamenti per le soste o il regresso lungo il cammino. Una di queste vette, e tra le più elevate si designa a cavaliere tra la fine del secolo XVIII e l'inizio del secolo XIX nella persona di quel Grande, che sotto la sua egida aveva innalzato gl'Incurabili di Napoli a splendido lare di sapere clinico e che la nostra Scuola Libera, nel costituirsi il 30 novembre 1925, volle assumere ad emblema e patrono: Domenico Cotugno.

Gl'insegnanti degl'Incurabili, che più direttamente o immediatamente trasmisero ai successori le direttive di Cotugno furono Biagio Lauro e Antonio Villanova. Di questo ultimo Cardarelli fu discepolo prediletto, sentendosi avvinto dalla intima ontogeneità della *forma mentis*, oltre che dal rispetto verso la guida sapiente del suo lavoro nella palestra della Clinica.

Cardarelli, perciò, non fu e non ha mai tenuto ad essere il pioniere di un *novus ordo;* fu per le doti individuali un aureo anello nella catena gloriosa di tutta una tradizione, a cui volle restare fedelissimo e questa fedeltà è merito di prim'ordine. Tanto secolare e tanto speciale nei suoi caratteri originari è quella tradizione che è ben difficile, per non dire impossibile, per qualsivoglia personalità, erigersi ad antesignano o effettivo innovatore nei tempi a noi più vicini.

Nella Magna Grecia, da ben due millenni or sono, la tradizione s'inizia con Alcmeone, della nostra Crotone o Cotrone, dal quale in buona parte Ippocrate nella sua « De Antiqua Medicina », in questa Bibbia naturalistica dello scibile medico, trasse lo bello stile, che gli ha fatto onore. Non sono io che per il primo affermo tutto ciò. Faccio appello all'autorità del più insigne storico della medicina, che sinora abbia avuto l'Italia, Salvatore De Renzi, ed all'autorità del non meno insigne letterato e storico estero della medicina, Littré, che più di ogni altro studioso ha presa conoscenza profonda delle opere d'Ippocrate. Perchè dunque, non chiamare alcmeonica o italica, anzichè ippocratica, la medicina che s'ispiri ai dettami naturalistici, integrati da Alcmeone?

La tradizione naturalistica o alcmeonica in medicina più che in altra parte d'Italia è stata custodita e alimentata e continuata nella scuola medica napoletana, per le qualità della stirpe, che nel Mezzogiorno più che altrove, ha serbate le impronte della italicità in medicina, come in ogni altro ramo del sapere, a cominciare dal nome stesso d'Italia, che nelle terre del Mezzogiorno fu forgiato per poi diffondersi al resto.

Tener vivo il fuoco di questa italica intellettualità in medicina: ecco il modo più degno di commemorare Antonio Cardarelli, che, insieme con Domenico Capozzi e Gaetano Rummo, viene ad integrare, in questo ultimo cinquantennio un trittico di clinici medici eminenti, tutti e tre figli della classica terra del Sannio, quasi a rinverdire il ricordo degl'intimi vincoli storici tra il Sannio antico e le terre della Magna Grecia e Alcmeone, che nella Magna Grecia, sintetizzò e splasmò le impronte italiche del pensiero in medicina.

Hanno dato i natali Civitanova del Sannio a Cardarelli, Marcone a Capozzi, Benevento a Rummo.

Digitized by Google

Innanzi a questo trittico italicamente sannita di Cardarelli, Capozzi e Rummo, la commemorazione assurge al valore di un rito, che ha del religioso e del militare insieme. Perciò, colleghi egregi e giovani cari, v'invito a levarvi tutti in piedi e romanamente salutare la memoria di quei tre Grandi, che resteranno ad onore ed orgoglio della medicina italiana.

Il prof. Gabriele Tedeschi, alla Scuola Medica Ospedaliera.

Il discorso commemorativo del prof. Gabriele Tedeschi alla Scuola Medica Ospedaliera ebbe luogo nel grande Salone dell'Ospedale degli Incurabili, alla presenza delle autorità cittadine, di molte personalità della Scienza, della politica, della magistratura e del Foro.

Il sub-commissario del Comune di Napoli, comm. Leggieri, portò alla venerata memoria del prof. Cardarelli il commosso saluto dell'Amministrazione degli Incurabili.

Indi sorse a parlare il prof. Tedeschi che tratteggiò molto applaudito e complimentato dai presenti la figura del Clinico e Maestro insuperato.

I proff. Guido e Fernando Arena, all' Istituto Pareggiato di Diagnostica Medica.

Anche l'Istituto Pareggiato di Diagnostica Medica dei proff. Guido e Fernando Arena che proprio da Antonio Cardarelli ebbe, tre anni or sono, l'onore del battesimo, ha degnamente commemorato il Grande Scomparso. Ed è stato il prof. Guido Arena che, anche a nome di suo fratello Nando, con intensa commozione, ha parlato di Colui che fu loro « secondo padre » e che con quella generosità che era caratteristica di Lui, ha loro prodigato — come sempre a tutti quanti ebbero ventura di essergli vicino — i tesori inestimabili della sua ānima, del suo cuore e del suo sapere. Ha ricordato, con devozione di discepolo, i contributi originalissimi dal Cardarelli portati alla Clinica, lo ha salutato creatore e Maestro della Semiotica e ha sopratutto messo in altissimo rilievo il suo metodo d'osservazione che è stato il vero fulcro della sua luminosa grandezza. Infine, lusingato dal consenso che i giovani dànno alla loro modesta scuola, il prof. Arena, chiamandoli i veri eredi del Sommo Maestro, li ha esortati a stringersi più validamente ancora intorno alla gloriosa bandiera della Scuola Medica Napoletana, alla quale Antonio Cardarelli ha aggiunto un nuovo simbolo d'immortalità.

Il prof. Paolo Stanganelli, al Circolo Universitario Cattolico.

Il prof. Stanganelli comincia ricordando le parole pronunziate dal Maestro il giorno in cui riceveva, nella stessa sala, del Circolo Universitario Cattolico, le insegne del sovrano ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro che il Governo Nazionale gli aveva concesso per i grandi servizi resi alla scienza e alla patria, nel momento in cui una legge inesorabile lo allontanava da quella cattedra; dalla quale, nella verde vecchiezza, irradiava tanta luce di sapere.

« Non ho la pretensione di essere uno scienziato, nè so se ho dato il minimo contributo alla scienza, so che sono stato insegnante, attivo, entusiasta, energico, costante e che ho consacrato tutta la vita all'insegnamento per 65 anni, dall'età di 28 anni a quella di 93, Non merito di essere iscritto nell'albo d'oro degli scienziati, ma pretendo di essere iscritto nell'albo d'argento degli insegnanti. Voglio che voi mi amiate, mi onoriate e sopratutto mi ricordiate come maestro ».

L'O. dichiara pertanto che la cerimonia odierna va contenuta nei limiti di un devoto e affettuoso tributo che i giovani vogliono portare a colui che non fu solo un grande Maestro e un grande scienziato che lascia un pensiero clinico e alcune sicure conquiste nel campo della semiologia, della patologia e della clinica, ma fu anche un grande scienziato che le dolcezze della fede conobbe nella maturità piena della sua missione.

Dopo avere ricercato quanta parte nella sua formazione intellettuale abbiano avuto l'ambiente familiare e le leggi dell'eredità, il seminario di Trivento e l'ex Collegio medico, da cui uscirono uomini insigni, il prof. Stanganelli inquadra con plastica sintesi nel periodo storico che la patria e la scienza attraversano, la figura del giovane Maestro.

L'O. dice come dopo il 1860 Cardarelli divenne subito l'astro maggiore della scuola medica napoletana nel decadere o nello scomparire di uomini come Pietro Ramaglia, Francesco Prudente, Biagio Laura, e poi Manfrè Villa e Villanova, comprese che la medicina andava ricondotta sulle basi granitiche della semiologia fisica, uscita allora dalle menti geniali di Laennec e di Skoda, avendo per unico libro di testo il malato, per unico codice il cadavere.

L'Oratore si diffonde poi ad indagare il processo mentale e logico di Antonio Cardarelli nella diagnosi dei morbi e ne spiega gli elementi che han conferito al Maestro quella aureola di leggenda con la quale Egli stesso è passato alla gloria.

Nella parte centrale del suo denso e vibrante discorso, il prof. Stanganelli traccia il profilo del Clinico, dello scienziato e del Maestro, con larghezza di vedute ed acutezza d'indagine: e dopo aver passata in rassegna la produzione scientifica, avviandosi alla fine del discorso, l'Oratore considera nel Maestro la breve attività politica accettata per le pressioni dei suoi conterranei.

Infine il prof. Stanganelli afferma che ad uomo come Lui, avvezzo a diagnosticare sicuramente i mali che insidiano lo organismo umano, non potevano sfuggire i segni delle sofferenze del nostro paese prima della meravigliosa ondata di giovinezza che l'ha pervaso: gli parve che solo con questa terapia audace e risanatrice, l'Italia potesse trovare la via dei sui sicuri destini.

E come al solito non s'ingannava.

L'O. legge il telegramma che il Duce inviò al Maestro in risposta alla lettera di adesione alle cerimonie fasciste, traendo da questo episodio l'auspicio per le rinnovate fortune del nostro paese.

Dopo aver lumeggiata la figura del Cristiano che la vita intese come una missione nella ricerca della verità, attraverso la carità e l'amore, l'O. termina il suo discorso con un monito ai giovani perchè dal nudo sasso di Civitanova del Sannio, ove è solo un nome e una data, traggano conforto e mutamento a mantenersi sempre fedeli alla verità.

NOTIZIE

Libera docenza in otorinolaringoiatria. — Il 18 nov. 1926 ha conseguita la libera docenza per titoli in Otorinolaringoiatria il dott. Cav. Donato Di Donato, della Clinica di Napoli.

La commissione esaminatrice composta dei Proff. Bilancioni, de Carli e Brunetti ebbe parole di elogio per l'insieme degl'importanti titoli scientifici e per la bella lezione sull'« Ozena ».

Al nostro amico, prof. Di Donato che presto ritornerà a dirigere la sua casa di salute in Brasile, Rio Grande del Sud, i nostri più sinceri auguri.

VI Congresso francese della tubercolosi. — Dall'11 al 14 aprile p. v. si terrà a Lione, sotto la presidenza d'onore dei proff. Letulle, A. Calmette e Bard, il VI Congresso nazionale francese della tubercolosi. I temi posti all'ordine del giorno sono: a) *Sezione biologica*, 1. Basi sperimentali delle reazioni allergiche nell'infezione tuberc. (relat. Courmont; Lione). 2. I fattori di terreno, oltre l'allergia, nell'infezione tubercolare (relat. E. Sergent e Turpin; Parigi). b) *Sezione clinica*. 1. La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare (relat. L. Bérard di Lione e Dumarest di Hauteville). 2. Valore semeiologico dell'esame batteriologico degli espettorati nella tubercolosi polmonare (relat. Cordier; Lione). c) *Sezione medico-sociale*. 1. Preventori e internati presso famiglie (relat. L. Bénard e G. Poix; Parigi). 2. Collaborazione della classe medica col Dispensario (relat. J. Parisot; Nancy). d) *Sezione per questioni riguardanti le infermiere visitatrici*. 1. Importanza sociale dell'infermiera-capo dipartimentale (relat. sig.na Delagrange; Parigi). 2, L'iniziativa personale nell'attività delle infermiere visitatrici contro la tubercolosi (relat. sig.na Delafontaine; Parigi; 3. Importanza del tirocinio ospedaliero per le infermiere visitatrici d'igiene sociale e per le infermiere polivalenti (relat. signorina Hervè; Rouen).

La quota è di 40 fr. per i membri titolari e di 30 fr. per gli associati. Riduzioni sui viaggi. Le quote debbono essere inviate al tesoriere del Congresso, Masson, 120, Boulevard Saint Germain, Paris. Per chiarimenti rivolgersi alla segreteria del Congresso, presso la sede sociale del « Comité National de défense contre la Tubercolose », 66 bis, rue Nôtre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Le aeroambulanze. — Presso il Genio Aeronautico in Roma si è riunita la Commissione incaricata di preparare le aeroambulanze per l'Italia e Colonie. La Commissione è composta del generale Verduzio, del colonnello Costanzo, dell'On. Prof. Umberto Gabbi, del Prof. Di Nola, del maggiore Del Vasto. Venne deciso di provvedere con sollecitudine alla istituzione di parecchie aeroambulanze.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 28 Febbraio 1927 — N. 9

LEZIONI

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI MODENA

IL PROBLEMA DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DELLE NEFRITI

Riassunto dalle lezioni del Prof. A. BARLOCCO (†)

per il dott. BARTOLOMEO BISBINI

Le difficoltà che si incontrano nello studio di un ammalato di nefrite sono di duplice ordine, sia perchè occorre all'uopo il sussidio di moderno laboratorio con personale addestrato alle numerose ricerche che oggigiorno si richiedono, sia perchè le nostre cognizioni sono su tale argomento, ancora scarse ed incerte. E' poi, per noi, tale lavoro ancora più arduo perchè, in questi ultimi tempi, l'Italia si è sottratta allo studio delle nefriti e le nozioni su tale malattia sono ancora quelle di qualche anno fa. Si aggiungono ancora le difficoltà di ordine didattico le quali sono assai notevoli e tali da svolgere questa parte della clinica spesso di sfuggita ed in modo frammentario.

Il frequente incontro invece nella pratica medica di tali forme morbose reclama tutti gli sforzi perchè il medico possa essere illuminato sulla diagnosi e sulla terapia di questa malattia e conosca con sicurezza a quali sussidi terapeutici deve ricorrere in ogni singolo caso.

Lo scopo eminentemente pratico di questo riassunto di lezioni mi consiglia perciò di accennare appena a quelle indagini che solo in una clinica si possono eseguire, mentre invece cercherò di dilungarmi in quelle altre che ogni medico può e deve fare al letto del malato, nella pratica corrente.

La valutazione esatta e precisa della malattia renale può condurre a risultati terapeutici brillanti ed insperati, mentre al contrario si può cadere nei più grossolani e fatali errori se si trascurano quelle indagini che sono la conquista dei moderni studi sull'argomento.

E' superfluo mettere in rilievo l'importanza che ha il rene per la vita, essendo l'emuntorio principale ed al quale è dovuta specialmente l'escrezione dei prodotti terminali del ricambio albuminoideo. Al perfetto funzionamento del rene è dovuto il fatto meraviglioso della costante presenza nel sangue, e sempre in quella data proporzione, di determinate sostanze. Esso riesce a mantenere tale equilibrio mediante una diuresi più o meno abbondante e la emissione di urine più o meno concentrate.

Nel campo della fisiologia renale si sono contese il primato due teorie, per spiegare come avvenga la diuresi; quella di Ludwig o teoria meccanica che paragona la funzione renale ad una vera e propria filtrazione, e la teoria vitalistica o di Heidenhain che ammette essere l'urina il prodotto di un vero e proprio lavoro glandolare.

Anche assai controversa è la questione riguardante la funzione che spetta al tubulo e quella che spetta al glomerulo. Molti AA. (Ludwig, Korany, Bowmann, Aschoff, Volard, ecc.) si sono cimentati in questo problema e si sarebbe arrivati a concludere che al glomerulo spetta la funzione di diluire l'urina, al tubulo quella di concentrarla. Nel malato questa distribuzione della funzione presenta dei profondi mutamenti.

Una delle prime difficoltà che si incontrano per la comprensione esatta delle nefriti è la mancanza di una classificazione che soddisfi ai bisogni della clinica. Da molti anni gli studiosi si sono cimentati in questo problema ma non sono riusciti a trovare una soluzione rispondente totalmente ai bisogni della pratica.

Nello studio delle nefriti giganteggia a grande figura di Brigth (1827) che per primo studiò a fondo le malattie renali e conformemente alle sue qualità di eccellente anatomo-patologo, tentò una classificazione anatomo-patologica. Egli distinse tre forme di malattie renali; una corrispondente alle odierne nefrosi in cui predominano i fatti degenerativi; una corrispondente alle moderne nefriti, con predominio dei fatti infiammatori; ed una terza infine corrispondente alla sclerosi renale. Nella concezione del Bright vi era però un errore ed era quello di attribuire al rene la causa di molte albuminurie anche di quelle non di origine renale, come la ortostatica e la cardiaca.

I tedeschi (Volard) hanno seguito nella classificazione delle nefriti un criterio anatomo-patogenetico. E la classificazione di Volard, per dire della più accreditata, è molto utile allo scopo didattico; non lo è altrettanto al letto dell'ammalato ove il medico ha bisogno di formulare la sua diagnosi in base a moltissimi elementi (anamnesi, ricerca sulle urine, indagini funzionali, ecc.) e non solamente con il rene sott'occhio.

Il Matthes si stacca un pò dall'indirizzo della scuola tedesca, e, nella sua classificazione, si avvicina più a criteri clinici che anatomici.

In Francia invece, (in conformità dell'indirizzo di quella scuola) si sono seguiti criteri puramente funzionali. Il Widal predominò con la sua classificazione la quale fu dettata dalle numerose ricerche che allora andavano diffondendosi (tossicità urinaria, crioscopia, eliminazione di ioduri, ecc.). Egli venne nella nota conclusione che di tutte le sostanze eliminate dal rene, i corpi azotati e i cloruri sono quelli la cui ritenzione caratterizza la insufficienza renale. A seconda che sono trattenuti i cloruri o i corpi azotati, si ha la sindrome cloruremica o azotemica. A queste due forme principali egli aggiunse anche una forma ipertensiva ed una forma albuminosa semplice.

In Italia non si è accettato nè il criterio tedesco, nè quello francese e si è aggiunto il criterio eziologico.

L'osservazione clinica (di guerra specialmente) ci ha illuminato sulla possibilità di insorgenza di forme renali dovute a piccole infezioni, perialveoliti, grattamento, faringiti, ecc. Queste piccole infezioni vanno ora acquistando grande importanza, essendo indubbiamente molte lesioni renali legate ad esse.

Altro elemento etiologico assai frequente è dato dai veleni autotossici (scottature). Fino a poco tempo fa si è data poca importanza alle scottature perchè si pensava che fossero i germi che si impiantano su di esse che danno luogo alla lesione renale. E' invece stabilito che tali nefriti sono date unicamente dai veleni formatisi dalla disgregazione cellulare.

Un altro agente patogeno misconosciuto nella questione delle nefriti è il trauma il quale può avere parte molto importante conoscendosi oggigiorno delle nefriti sicuramente traumatiche.

I disordini ormonico-endocrini possono essere invocati anch'essi come causa del sorgere della nefrite e a questo capitolo si apriranno nuovi e più ampi orizzonti col progredire della endocrinologia.

Finalmente anche l'elemento costituzione può avere una parte non indifferente nel quadro di questa malattia, conoscendosi delle intere famiglie di nefritici. Si potrebbe anche qui parlare di una vera e propria meiopragia renale.

Nella concezione generale della nefriti, dobbiamo lasciare assolutamente il criterio *a frigore* facente parte del vecchio bagaglio della medicina nonostante che il freddo abbia la sua importanza non come causa determinante, ma come causa predisponente. Dobbiamo invece allargare il concetto di infezione e invocare come causa possibile anche infezioni, che non sono le comuni ed indagare attentamente lo stato delle gengive, il colletto dentario, lo stato della cute (piodermiti infantili), ecc. La necessità di indagare sulle malattie infettive sofferte per il passato, è dovuta al fatto che in tutte queste si ha sempre un risentimento renale che alle volte guarisce completamente e non dà segno di sè, altre volte invece lede il parenchima renale dando luogo a nefriti acute e poi croniche. Riassumendo, le nefriti possono avere una origine infettiva, tossica, traumatica, costituzionale.

Antesignano in Italia di questo nuovo indirizzo fu il Maragliano con i suoi studi, che risalgono al 1892. Egli allora annunciò una classificazione che ha goduto e gode largo favore.

Il criterio etiologico però ha trovato degli oppositori per es. nel Volard il quale fa rilevare che varie forme renali sono causate dal medesimo agente ed altre, che prodotte da agenti diversi

Digitized by Google

presentano la medesima sintomatologia. D'altro canto i sostenitori del criterio etiologico obbiettano, che come si ammette una bronco-polmonite data dal diplococco e dal bacillo di Friedländer, così si può ammettere anche una nefrite per causa diversa. La classificazione delle malattie renali da noi (Barlocco) proposta è la seguente:

Albuminurie non nefritiche		Nervose Da stasi Da marcia (sport) Ortostatiche Cicliche Alimentari Discrasiche
Nefriti ascendenti		Idronefrosi Pionefrosi Pielite acuta o cronica Nefrocirrosi Tubercolosi ascendente Calcolosi
Nefropatie discendenti	Di origine infettiva	Acute Subacute Subcroniche Croniche
	„ „ tossica	Acute Croniche
	„ „ ormonica	Croniche
	„ „ traumat.	
	„ „ costituz.	Croniche
Nefropatie di origine circolatorie		Rene da stasi Embolia Trombosi
Nefropatie da alterata posizione		Nefroptosi Eterotopia renale
Nefropatie da alterata struttura		Tumori del rene Rene cistico

Per potere stabilire quale parte del rene (glomeruli, tubuli, vasi, connettivo) sia lesa vale il seguente schema:

Nefrite epiteliale	Albumina molta Elementi renali molti Assenza di globuli rossi Cilindri cerei e ialini Non modifica la pressione Non da neuroretinite Idrope o tendenza all'idrope Non vi è partecipazione della pressione e dell'apparato vasale.
Nefrite glomerulare	Albumina poca Globuli rossi elaborati Cilindri granulosi Neuroretinite Tortuosità dei rami arteriosi retinici. Idrope meno spiccata della precedente. Aumento della pressione e reazione cardiaca.
Nefrite vasale	Albumina pochissima Globuli rossi recentissimi Scarsità notevole di cilindri Modificazioni della pressione Modificazione dei capillari Neuroretinite Tortuosità dei rami arteriosi Emorragie retiniche Assenza di idrope
Nefrite interstiziale	Assenza o traccie di albumina Scarsi leucociti ed eritrociti Assenza di idrope Sollecita reazione cardio-vascolare

Per potere diagnosticare se la lesione sia diffusa od a focolaio può ricordarsi che le lesioni circoscritte (a focolaio) presentano albuminuria incostante ed eritruria a poussèe.

La diagnosi di nefrite non presenta difficoltà, e ad essa si arriva per lo più, dopo un'accurato esame di urine.

Le indagini che si debbono eseguire su ogni nefritico per stabilirne la entità morbosa e poterne formulare la prognosi si distinguono in due grandi categorie; indagini sul sangue e indagini sulle orine.

Come si comprende, le prime riguardano lo studio dei materiali che vengono trattenuti, la seconda lo studio delle sostanze che vengono eliminate. Molte di queste ricerche si possono eseguire soltanto in laboratorio, altre invece possono espletarsi anche dal medico pratico ed è di queste che voglio particolarmente parlare. Le più importanti sono: la prova della eliminazione spontanea; la prova della diluizione e quella della concentrazione.

La prova della eliminazione spontanea detta anche saggio del potere di accomodazione del rene, è basata sulla proprietà che ha quest'organo sano di mantenere costante la pressione osmotica sanguigna. A tale scopo il rene elimina o acqua o sostanza solida, a seconda dei casi, mediante la emissione di urine per quantità, densità, colore, acidità, ecc. variabile. Il nefritico perde in un tempo molto precoce della malattia la capacità di secernere urine a seconda dei bisogni ed emette urine sempre con i medesimi caratteri. Praticamente si esegue la ricerca tenendo il malato ad una dieta comune per alcuni giorni, poscia, mantenendo sempre la medesima alimentazione solida e liquida, si raccolgono separatamente le urine di ogni singola urinata per 24 ore, se ne misura la quantità e la densità. Normalmente si ha una densità che oscilla da 1007 a 1025 e le cifre basse corrispondono alle minzioni abbondanti, le alte alle scarse. Mediante tale prova si può avere un concetto anche della quantità delle sostanze solide eliminate nelle 24 ore moltiplicando le ultime due cifre del peso specifico dell'urina totale per il coefficiente 2,30 (coefficiente di Häser). Tale coefficiente si riferisce ad un litro di urine; mediante quindi semplice proporzione si porta al quantitativo emesso nel singolo caso. Nel rene ammalato abbiamo una riduzione nell'oscillazioni della densità ed una uniforme emissione di urina nelle singole minzioni. Dallo studio della densità si può stabilire se vi è ipostenuria od isostenuria. Secondo la denominazione del Korany per ipostenuria si intende la incapacità di emettere urine concentrate; per isotenuria la emissione di urine a peso specifico costante.

Prova della diluizione. Si pratica nel seguente modo: si tiene il malato ad una dieta costante per due giorni. Il mattino del terzo giorno, dopo avere svuotata la vescica, si fanno bere a digiuno, nello spazio di 15-20 minuti, gr. 1500 di acqua e si raccolgono ogni mezz'ora le urine per quattro ore di seguito. Se il soggetto è normale si ha una forte eliminazione di liquido nella seconda mezz'ora e tutta la quantità del liquido introdotto viene eliminata nelle 4 ore. Se la funzione renale non si compie bene, si ha eliminazione stentata e tardiva e la quantità di liquido introdotta viene eliminata molto più tardi od anche trattenuta. Questa prova è molto importante e dà un criterio molto buono sul funzionamento renale e particolarmente della capacità (glomerulare) di eliminare l'acqua. Questa prova non ha valore se il soggetto presenta edemi.

Prova della concentrazione. Per studiare invece la funzionalità dei tubuli si ricorre a questa prova suggerita da Volard la quale consiste nel tenere il soggetto per un giorno ad una determinata dieta e valutando le urine emesse nelle 24 ore. Nelle 24 ore successive, si somministra la medesima dieta priva della parte liquida e si misura la quantità e la densità dell'urina emessa ogni 2 ore. Nel soggetto normale si ha una rapida diminuzione della quantità delle urine unitamente ad un elevarsi del loro peso specifico. Se è diminuita la capacità di concentrazione il rene può ugualmente eliminare tutte le sostanze solide ma allora si ha una eliminazione di acqua superiore a quella ingerita e l'urina ha un basso peso specifico; se poi non esiste nemmeno questa possibilità si ha allora emissione di scarsa quantità di urine pure con basso peso specifico.

Oltre alle prove già enunciate le quali sono di ordine generale, ve ne sono molte altre che riguardano i saggi della funzionalità specifica nei riguardi delle funzioni parziali dei due reni come la secrezione dell'acqua, cloruro di sodio, urea, creatina, acido urico. Queste prove sono un pò più delicate perchè richiedono dosaggi dei singoli elementi prima e dopo la prova. Le più comunemente usate sono la prova della azoturia sperimentale e il saggio dell'eliminazione dei cloruri.

Digitized by Google

La prova dell'azoturia si compie nel seguente modo: si svuota la vescica e dopo 30 minuti si svuota di nuovo. Questo ultimo prelevamento serve per il dosaggio prima della prova. Dopo di che si fa ingerire al paziente gr. 300 di acqua con 10 gr. di urea purissima, sciolta vi. Si consiglia quindi di raccogliere l'urina ogni mezz'ora per 4 ore di seguito e di ogni campione se ne dosa l'urea. L'acme della eliminazione nel normale si ha alla terza mezz'ora, poi ugualmente decresce. Il saggio di eliminazione del cloruro di sodio è più complicato e non scevro di pericoli. Esso consiste nel vedere come si comporta il peso corporeo e la eliminazione dei cloruri rispetto alla somministrazione di una data quantità di tale sostanza.

Si ricorre in certi casi, per lo studio della funzionalità renale, anche alla somministrazione di sostanze eterogenee come ad es. l'ioduro di sodio e si vede in quanto tempo esso viene eliminato; ovvero alla somministrazione di sostanze coloranti e si studia il loro comportamento nelle urine. Queste ultime prove trovano la loro indicazione specialmente nello studio della funzionalità separata dei due reni e vengono largamente utilizzate dai chirurghi.

L'esame delle urine deve essere in questi casi completato con le comuni ricerche dello zucchero, del peptone, dell'indicano, dei pigmenti biliari, della urobilina, dei sali biliari, dell'acido urico, ecc.

Le urine del nefritico si presentano albuminose ed è questo un dato di particolare importanza non però assoluto, perchè si conoscono dei malati di nefrite senza albumina nelle urine e delle albuminurie che non sono nefritiche. L'albumina però, messa in evidenza con i comuni mezzi, rappresenta sempre un dato patologico anche se in piccola quantità ed anche se appartiene a soggetti sani.

Di albuminurie se ne conoscono molte varietà e possono essere di origine renale o extrarenale. Le extrarenali sono determinate dalla posizione dell'infermo e dalla alimentazione e possono essere accompagnate anche da cilindruria. Questa forma è propria della seconda infanzia; non oltre il 22. anno di età. Possono concorrere all'eziologia di questa albuminuria alterate innervazioni nel campo del sistema vegetativo, strapazzi, uricemia, piccola insufficienza cardiaca, fatti discrasici, ortostatismo, la ingestione di forti quantità di albumina cruda (albuminuria digestiva), in seguito alla palpazione del rene (albuminuria reno-palpatoria). Accennerò appena all'albuminuria ortostatica poichè avemmo l'occasione di studiarne a fondo un tipico caso. E' caratterizzata questa dal comparire soltanto nella stazione eretta e di scomparire durante il decubito orizzontale. Se la forma è tipica si può trovare albumina nelle urine anche solamente 10 minuti dopo che l'ammalato è in piedi e scompare dopo 30-45 minuti di riposo. La quantità di albumina in generale è modica e la malattia colpisce soggetti prevalentemente di giovane età. In queste forme le prove di funzionalità renale sono negative.

In ordine di importanza dopo l'albumina vengono gli elementi morfologici del sedimento. Questi consistono negli epiteli renali, nei cilindri e nei globuli del sangue ed è dall'esame di questi elementi che potremo sapere se l'albuminuria è di origine renale o no. Gli epiteli renali hanno la forma ben nota di cellule rotondeggianti o poligonali con nucleo chiaro e sono indice di uno stato patologico dell'apparato glomerulo-tubulare.

I cilindri hanno indubbia provenienza dai tubuli da cui ne ritraggono la forma come in uno stampo e sono costituiti da sostanze albuminoidee con o senza elementi morfologici in essa contenuti. Scarso significato diagnostico ha la presenza di leucociti nelle urine poichè questi, se sono l'espressione di uno stato morboso glomerulo-tubolare, si possono trovare anche in tutti i processi infiammatori delle vie attraversate dalla urina.

I globuli rossi posson avere diversa origine e non sempre sono la espressione di una nefrite, ma possono originare da congestioni renali prodotte dai bagni freddi, marcia, esercizi sportivi e dobbiamo porre molta attenzione se si trova anche soltanto qualche globulo rosso nel sedimento perchè tale reperto è caratteristico e costante delle forme glomerulo-vasali.

A convalidare e a completare la diagnosi di nefrite occorre anche cercare i « segni sanguigni » i quali tendono a mettere in evidenza una eventuale ritenzione di sostanze escrementizie. Una delle prove più comuni in questo campo è la determinazion del punto di congelamento del siero. Normalmente il punto crioscopico del siero oscilla fra 0,55 e 0.57. Si vi è ritenzione di sostanze solide tale punto si abbassa anche notevolmente.

Oltre al punto crioscopico dobbiamo stabilire la quantità dell'azoto residuo vale a dire di quell'azoto che si può ottenere dal siero dopo che da questo è stata tolta tutta l'albumina. La quantità normale di azoto residuo è di circa 40 mmg. per 100 cc. di sangue. L'azoto residuo è dato per il 75 % da urea e per il 25 % da sostanze non ben individuate (amino-acidi, peptoni ecc.).

Anche molto importante è la ricerca dell'indacano nel siero di sangue. La indacanuria è un dato che ha il medesimo valore di quello dell'azoto residuo e serve inoltre come indice diagnostico per differenziare l'anuria data da causa meccanica (compressione degli ureteri) e anuria da causa uremica. Solo in quest'ultima la reazione è positiva.

L'indice refrattometrico serve per stabilire la quantità di albumina nel siero e per dedurne la quantità di acqua in esso contenuta.

Un'elemento di notevole importanza in questo campo è la determinazione della riserva alcalina. Con questa s'intende lo studio dello stato di alcalinità del siero e lo si deduce dalla quantità di anidride carbonica che è capace di sviluppare se messo in contatto con un acido. Anche per questo esame serve uno speciale apparecchio il cui uso è ormai entrato nella pratica clinica. Nelle nefriti si nota spesso che le cifre di riserva alcalina sono molto abbassate poichè il rene presenta leso l'apparato deputato a eliminare gli ioni acidi in quantità più o meno forte a seconda dei bisogni dell'organismo.

La sintomatologia clinica del malato di nefrite è delle più varie. Si può andare dall'assenza di segni clinici al più tumultuoso e imponente quadro dell'uremia acuta. Alle volte è soltanto un causale esame di urina che svela la malattia; altre volte invece si può arrivare alla diagnosi anche senza di esso. Accennerò ai principali segni obbiettivi che il malato può presentare (edema, segni cardio-vascolari, gastro-intestinali, oculari, nervosi, cutanei, ecc).

Gli edemi del nefritico presentano delle caratteristiche tali da distinguerli facilmente da quelli cardiaci. Innanzi tutto si distinguono per la sede, essendo spesso localizzati al volto, non alle parti declivi del corpo come accade nel cardiaco. Questa localizzazione alla faccia specie attorno alle orbite, si spiega con l'azione che ha il freddo sulle parti scoperte, conseguenza, in altre parole, di un vero e proprio trauma termico. L'edema renale inoltre è pallido, non cianotico. Come nel cardiaco, possono prodursi infiltrazioni dei visceri e delle sierose dando luogo ad abbondanti versamenti pleurici e peritoneali, che possono essere causa di ostacolo al circolo ed al respiro, donde la necessità di un accurato esame di queste parti. Il liquido che si raccoglie nelle cavità ha il carattere del trasudato (peso specifico inferiore a 1015, albumina meno del 50 ‰, Rivalta negativa). L'edema può essere causa di molteplici disturbi a seconda dell'organo che colpisce (cefalea, delirii, crisi epilettiche, se localizzato al sistema nervoso; amaurosi, ambliopia se a carico dell'occhio; ecc.). Molto discussa è la patogenesi dell'edema renale e le teorie in proposito sono molte e i pareri sono discordi. Si ammise (Vidal) che la ritenzione clorurata in rapporto alla impermeabilità renale, fosse la causa dell'edema ma successivamente, avendo osservato anche degli edemi senza ritenzione dei cloruri, si dovette ammettere che nella formazione di questi entrino molteplici fattori e non solo quello renale.

Alla nefrite sono legati quasi sempre un certo numero di disturbi a carico dell'apparato circolatorio. Questi consistono principalmente nello aumento della pressione sanguigna e nella ipertrofia cardiaca. Il solo problema della iperpiesi ha dato luogo ad una infinità di lavori ed ancora tutt'oggi le opinioni non sono concordi. E' però stabilito che la iperpiesi da principio è legata a disturbi di natura funzionale (spasmo cioè dei piccoli vasi) non anatomica. La maggior parte degli AA. attribuisce questo spasmo alle sostanze tossiche che si trovano in circolo e che non possono essere cacciate per la lesa funzione renale. La iperpiesi allo inizio non dà nessun disturbo e spesso viene rilevata da un causale esame sfigmomanometrico; successivamente si possono manifestare cefalee, rumore agli orecchi, vertigine ecc.

Per non incorrere in errori nella valutazione della pressione è bene ricordare che un'aumento di essa si può avere anche in soggetti emotivi e si evita tale errore tenendo conto che in questi soggetti è solo aumentata la massima, non la minima e che fa-

Digitized by Google

cendo successivamente tre misurazioni si otterranno valori sempre più bassi.

La ipertrofia del cuore rappresenta invece la conseguenza del maggior lavoro cardiaco per l'aumentata resistenza del sistema vasale ed è a carico principalmente del ventricolo sinistro. L'urto della punta è forte, pulsante e sul focolaio aortico si ascolta un secondo tono rinforzato e talvolta con timbro metallico. Successivamente si ha palpitazione, dispnea, crisi di pseudo-asma notturno, oppure, stando sul guanciale, si avverte un impulso più forte e battiti agli orecchi.

La ritenzione azotata e la cloruremica sono, fino a un certo punto, diagnosticabili anche clinicamente. La prima non si accompagna ad edemi e dà dei precoci disturbi digestivi come inappetenza e vomito e, a carico del sistema nervoso, incapacità a compiere lavoro proficuo, astenia e sonnolenza e, alle volte, convulsioni a scosse tendinee. Si accompagna inoltre a retinite albuminurica la quale, qualche volta, è messa in evidenza causalmente dall'oculista e illumina sulla causa dei disturbi visivi che spesso affliggono questi pazienti. Nella forma invece cloruremica dominano gli edemi e i disturbi di circolo.

Avendo avuto occasione di illustrare un caso di coma uremico, accennerò brevemente anche a questa sindrome la quale è immediata conseguenza della ritenzione di sostanze (cloruri, urea ed altro) le quali non possono essere espulse perchè il rene è ammalato. Si distinguono due forme di uremia: la *vera* o tossica che ha per causa quanto si è detto e la *falsa* uremia o pseudo-uremia cronica la quale compare nelle nefropatie senza insufficienza e trova la sua ragione in fattori cardiovascolari, nella ipertensione e nella insufficienza cardiaca. Per distinguere queste forme l'una dall'altra è necessario un dosaggio di azoto nel sangue essendo la iperazotemia il segno capitale dell'uremia vera. L'uremia si manifesta clinicamente con disturbi intestinali e cerebrali e può avere inizio subdolo o violento (accessuale). Il nostro caso apparteneva appunto a questa categoria e presentava incoscienza assoluta, miosi, tipico respiro di Kussmaul (bradipnea e bradicardia) ipotermia spiccata (35,2) azotemia, indacanemia, lieve acidosi.

Dalla uremia vera si distacca l'uremia eclamptica o uremia falsa convulsiva che colpisce le forme glomerulo-epiteliali in date circostanze (gravidanza) ed è caratterizzata da aumento di riflessi, midriasi, aumento della pressione sanguigna e del liquido cefalo-rachidiano ed aumento della tensione dei globi oculari.

Nella pseudo-uremia cronica od angiogena vi sono sintomi analoghi interpretati come modificazioni circolatorie in soggetti ipertonici con manifestazioni renali, parestesie, formicolii, crampi ai polpacci, senso di dito morto, obnubilamento della coscienza, fatti convulsivi, trombosi e rammollimenti cerebrali.

Terapia delle nefriti. — Il nefritico deve essere tenuto in ambiente ben riscaldato e deve essere sempre ricoperto di lana. La cute deve essere ben pulita e così pure tutte le cavità, specie le fauci. Dovranno eseguirsi giornalmente (per una o due volte) sciacqui in gola con clorato di potassio al 3 % od acqua ossigenata diluita al quinto.

Gli scarsi risultati che si incontrano nella cura delle nefriti in certe regioni (Emilia, Veneto, Lombardia per es.) ha suggerito la prescrizione di climi miti e poco umidi (Liguria, Napoli, Sicilia, Tripolitania, Algeria, Egitto, ecc.).

Negli stati gravi dovrà essere tenuto il letto fino a che si avrà sangue nelle urine e fino a che persistono gli edemi oppure fino a che sia scomparsa l'albuminuria la quale per altro può ricomparire quando il malato si alza (pseudo-albuminuria ortostatica),

L'accidente più grave e difficile da curarsi, nel corso di questa malattia, è l'anuria. Si deve subito ricorrere in simile contingente, al sollevamento degli arti ed alla rivulsione della regione renale mediante coppettazione semplice o, meglio, profondamente scarificata o mediante sanguisugio. Mancando allo scopo questi mezzi, si potrà ricorrere alla radioterapia a dosi leggere e con effetto alle volte sorprendente. Non è consigliabile invece l'applicazione dei raggi ultravioletti.

Nei casi gravissimi si può ricorrere alla cura chirurgica che consiste nella decapsulazione del rene, proposta dal Velo. Si ricorre a questo ultimo tentativo nelle forme acute, che non cedono a nessuna manovra medica e presentano segni uremici manifesti. Questo metodo di cura nato in Italia, non incontrò dapprima molto favore perchè venne spesso usato inopportunamente, invece, se applicato con criteri giusti, dà dei risultati meravigliosi.

Il bagno di calore è un ottimo sussidio terapeutico atto a determinare una profonda irrorazione renale e si pratica nel più semplice dei modi con un grosso tubo metallico che sbocchi sotto alle coltri da un lato e arrivi con l'altro estremo, stando in posizione declive, su di una lampada ad alcool od a petrolio. Per mezzo del tubo l'aria, riscaldata dalla lampada, viene portata a contatto del malato. In commercio vi sono degli apparecchi più perfetti ma costosi nei quali si può racchiudere per intero il paziente e, mediante appositi apparati, riscaldare.

L'uso dei diuretici e cardiocinetici (digitale e caffeina) è consigliato allorquando vi siano segni di insufficienza cardiaca.

La diaforesi, se provocata con bevande calde e pilocarpina, è sconsigliata: mentre invece essa dà buoni risultati se provocata con mezzi fisici.

Il bagno tiepido è uno dei compensi migliori e deve essere prolungato per potere ottenere l'iperemia della cute e l'iperemia consensuale dei reni. Durante il bagno dovrà somministrarsi caffè o the, non alcoolici.

Gli edemi saranno oggetto della nostra attenzione soltanto se imponenti e verranno curati mediante la scarificazione della parte edematosa oppure drenati mediante agli aghi Soutey, che rimarranno infissi nella parte per parecchie ore. Con questo mezzo si potranno sottrarre anche parecchi litri di liquido. Questi mezzi cruenti hanno però il grave inconveniente di dar luogo ad infezioni, tanto più che il nefritico è facilmente aggredibile dai germi.

L'alimentazione del nefritico è il problema più difficile di tutta la terapia. Il nefritico acuto, se trattato col digiuno assoluto, otterrà dei risultati meravigliosi. L'astinenza completa di ogni cibo deve prolungarsi per 48 ore durante il qual tempo si potrà soltanto bagnare la bocca con un pò d'acqua. Nelle seconde 48 ore verrà somministrato mezzo litro di latte zuccherato e pochi liquidi. Successivamente si potrà dare anche qualche uovo, purchè si sia ripristinata la diuresi, la densità delle urine corrisponda alla quantità eliminata e si sia stabilizzata la pressione. La alimentazione in generale deve essere ridotta ma fino a un certo punto oltre al quale interverrebbe autofagia che deve essere assolutamente evitata. Si deve somministrare almeno 60-70 gr. di albumina al giorno e non più di mezzo litro di latte. Tenendo il malato con mezzo litro di latte e due ova al giorno (sempre nei casi gravi acuti) si dovrà, un giorno la settimana ricorrere all'alimentazione di sola frutta cotta. La carne deve essere vietata al nefritico acuto, mentre invece si può somministrare al nefritico cronico. I grassi (burro non salato e panna) sono molto indicati quando necessiti aumentare la dieta. Quando il malato comincia a migliorare si darà anche frutta cotta con pane tostato o galletta, oltre alle uova e al latte. La carne deve essere somministrata al nefritico cronico lessata, molto cotta e poco salata alla dose di 100-150 gr. per giorno ed inoltre potranno essere somministrati legumi e cascina. Sarà anche concesso un pò di vino leggero.

A queste norme dietetiche si sottrae la nefrite epiteliale pura nella quale si deve iperalimentare il soggetto con carne e uova, limitando solo l'acqua ed i cloruri, non perchè sia lesa la proprietà di eliminare questi da parte del rene, ma perchè vi è interessamento del prerene.

Diverso sarà l'indirizzo terapeutico nell'albuminuria ortostatica. In questi casi si dovrà cercare di irrobustire le masse muscolari mediante il massaggio della regione dorso-lombare e mediante esercizi sportivi (flessione del tronco). Medicamenti consigliabili saranno i ferruginosi e gli arsenicali, i preparati ovarici e le applicazioni topiche di pomata per es. all'atochinolo.

Nella pseudo-uremia eclamptica le nostre risorse terapeutiche sono più efficaci e consistono nel salasso e nella puntura del rachide.

Digitized by Google

ELARSON

(Cloroarsinobeenolato di stronzio)

I. G. FARBENINDUSTRIE A. G.

REP. FARMACEUTICO "BAYER - MEISTER LUCIUS"

Preparato *arsenicale lipoide inalterabile*, di *composizione costantemente uniforme* e *di elevato assorbimento*. Entra in circolo in forma di soluzione lipoide e viene quindi facilmente a contatto coi centri nervosi. Esercita per lungo tempo l'azione tipica arsenicale, essendo lentamente eliminato dall'organismo; **non si osservano mai effetti secondari spiacevoli.**

Compresse di ELARSON, FERRO-ELARSON e JODO-ELARSON
Flaconi originali *Bayer* di N. 60 compresse da 1/3 mgr. di As.

INDICAZIONI: Esaurimenti, neurastenia, anemie, leucemie, morbo di Basedow - Malattie cutanee ecc.
POSOLOGIA: La durata della cura è di 6 settimane circa, con dosi prima crescenti, poi decrescenti secondo lo specchietto annesso ad ogni flacone. Occorrono 1-2 flaconi per i bambini, 4 per gli adulti.

Per le cure ferro-arsenicali e jodo-arsenicali sono particolarmente raccomandabili le

Compresse di FERRO-ELARSON
(Flac. orig. *Bayer* di 60 compr. da 1/3 mgr. di As e 3 ctgr. di Fe)

Compresse di JODO-ELARSON
(Flac. orig. *Bayer* di 60 compr. da 1/3 mgr. di As e 5 ctgr. di J)

CONCESSIONARIA ESCLUSIVA PER L'ITALIA E COLONIE — COFA — „COFA" COMPAGNIA FARMACEUTICA PIAZZA MACELLO, 23 - MILANO (16)

Nel trattamento delle turbe secretive e dei processi ulcerativi dello stomaco, l'ormai sorpassata terapia alcalina ha ceduto il posto all'

ALUCOL

idrato in alluminio colloidale che, a contatto dei succhi gastrici, assume una consistenza gelatinosa e si distende a guisa di intonaco sulle pareti dell'organo.

Questo intonaco, per semplice processo di assorbimento, congloba in sè, insieme all'acido in eccesso, tutti i prodotti anomali di fermentazione.

Ogni tavoletta contiene 50 centigrammi di ALUCOL.

Dr. A. WANDER S. A. - Milano (22), Via Trinchera 5

Digitized by Google

Istituto Chemioterapico Italiano di Firenze

Direttore: Dott. Prof. GIORGIO CASTELLI

NEOCRISOLO I. C. I.

(NEO I. C. I. + ORO)

POLVERE PER INIEZIONE ENDOVENOSA

SOLUZIONE PER INIEZIONE ENDOMUSCOLARE

TUBERCOLOSI polmonare - cutanea - chirurgica

ASSOCIA l' azione specifica dell' oro al potere ricostituente energico dell' arsenico trivalente organico.

RICONOSCIUTO da medici pratici e clinici superiore a tutti i preparati similari perchè **non provoca reazioni.**

INDICATO nelle manifestazioni pretubercolari, nelle forme iniziali di tubercolosi polmonare, nel lupus eritematoso, ecc.

Dirigere richieste e ordinazioni al

Dott. ANGELO VITTADINI - MILANO (105) - Via Crocefisso, 10 - Telefono 86-426

RIMEDIO D'ABISSINIA

EXIBARD

in Polvere, Sigarette e Foglie da fumare nella Pipa

senza OPPIO ne MORFINA

SOLLIEVO ISTANTANEO PER

L'ASMA

H. FERRÉ BLOTTIÈRE & C.
6-Rue Dombasle-PARIS

AG. GEN. per L'ITALIA = Com. A. LAPEYRE 39 Via Goldoni MILANO

Peptojodarsina

Il sovrano dei preparati jodici.

Ottimo in tutti quei casi in cui è necessaria una cura jodica intensiva.

Non dà fenomeni di jodismo.

CAMPIONI A RICHIESTA

Società: " LA PEPTOJODARSINA „

Sansevero

Le cure arsenicali-ferruginose fatte con l'acqua minerale naturale di

Levico - Vetriolo

sono le più efficaci per combattere le anemie, le malattie ginecologiche, quelle del sistema nervoso e della pelle.

Ai signori Medici letteratura e saggi invia gratis a richiesta la Direzione dei Bagni in Levico (Prov. di Trento).

Levico-Vetriolo è la stazione balneare-climatica più importante del Trentino e per i suoi impianti balneari - alberghieri frequentata da larghissima Clientela internazionale.

Per le cure a domicilio le acque vendonsi in tutte le farmacie del Regno.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA DELLA R. U. DI CATANIA

NUOVI FATTI SPERIMENTALI E CLINICI CHE DIMOSTRANO L'INFLUENZA DELLE MALATTIE DEL RINO-FARINGE E DEI SENI SFENOIDALI SULL'IPOFISI CENTRALE.

per il prof. SALVATORE CITELLI — Direttore

Prima di esporre i fatti nuovi che costituiscono la parte essenziale di questo mio lavoro, è necessario che faccia un quadro sommario dello stato attuale delle nostre conoscenze sull'argomento.

Con una serie sistematica e coordinata di lavori pubblicati negli anni 1909, 1910 e 1911 io feci conoscere ciò che allora era una dottrina: nello stesso tempo, trovai ed illustrai buona parte delle basi su cui si fondava tale dottrina. Negli anni 1912, 1913, 1914, 1915, 1917 e '921 continuai a fornire altre solidissime basi destinate a dimostrare e a sostenere la detta dottrina; basi le quali ciascuna per proprio conto rappresentava una nuova acquisizione scientifica più o meno importante, e che, come vedremo, sono state tutte confermate da diversi AA. (1)

Negli anni 1909-1910, appunto, io, enunciai una nuova dottrina la quale sosteneva e sostiene che malattie le più diverse della volta faringea (con maggiore frequenza le vegetazioni adenoidi) e dei seni sfenoidali potevano causare alterazioni dell'ipofisi faringea e dell'ipofisi centrale — che chiamai per il primo sistema ipofisario — provocando per lo più alterazioni citologiche non gravi nelle cellule ipofisarie specie del lobo anteriore, congestione e aumento di colloide. Però non escludevo la possibilità che in alcuni casi particolarmente predisposti si potesse arrivare ad alterazioni notevoli dell'ipofisi centrale, come quelle che si riscontrano sovente nella sindrome di Fröhlich e nell'acromegalia. E tale mia dottrina, oltrechè condivisa in termini troppo vaghi da Salmon (2), venne poi confermata da ricerche anatomiche o cliniche di Basile, Lunghetti, dei Nord-Americani Prof.ri Dana e Cushing, e poi da Caliceti, Brisotto, Palumbo, Torrigiani, Cristeller, Pietrantoni e tanti altri.

Basile per es. (3) in un giovane morto per linfo-sarcoma del faringe nasale — il quale aveva presentato parte della mia sindrome di cui parleremo fra poco — mise in evidenza con ricerche isto e citologiche un notevole aumento dell'attività cellulare dell'ipofisi centrale. L'anatomo patologo Prof. Lunghetti (4) con ricerche istologiche e isto-patologiche confermò l'influenza delle malattie della volta faringea sul sistema ipofisario. Il neurologo Prof. Dana di New-York (5) nel 1916 riferì tre casi da lui studiati nei quali, dopo prolungate malattie della parte posteriore delle fosse nasali, si ebbero lesioni ipofisarie con ipersonnia da lui giustamente spiegata come sintoma ipofisario. E a proposito di tali sue osservazioni aggiunge, che non è difficile immaginare che alcuni disturbi funzionali ipofisarii possano essere causati dalle prolungate lesioni della parte posteriore delle fosse nasali.

Il noto chirurgo Prof. Cushing che tanto si è occupato della funzione e della chirurgia dell'ipofisi centrale, constatò che in ammalati con sintomi di ipopituitarismo esistono spesso vegetazioni adenoidi. Ed ha fatto osservare che tra i sintomi ipofisari è facile riscontrare disturbi psichici come apatia, disattenzione, debolezza di memoria e spesso sonnolenza più o meno marcata, cioè la sindrome che io molto tempo prima avevo descritta. E' a notare che i due suddetti AA. americani non conoscevano i miei lavori che precedettero i loro.

A scanso di ulteriori equivoci poi è opportuno ricordare ancora una volta che la dottrina di Poppi (6) non ha nulla a che vedere con quella mia: si tratta di una verità ben facile a chiarire sol che si legga la penultima pagina (186) della Monografia di Poppi del 1911 e la penultima pagina del mio lavoro del 1911. Poppi infatti nel 1908 con due brevi note nelle quali si esprimeva in termini poco chiari e poi nella sudetta sua monografia del 1911 in cui spiegò chiaramente il proprio pensiero, fece conoscere una sua dottrina. Anzitutto è da notare che questa ammette dei rapporti soltanto tra ipofisi centrale e vegetazioni adenoidi, e niente affatto con le malattie dei seni sfenoidali e le altre malattie del rino-faringe. Inoltre questi rapporti tra ipofisi e vegetazioni adenoidi consisterebbero in un'alterazione primitiva embrionale dell'ipofisi centrale, alla quale seguirebbe una alterazione dell'ipofisi ed una alterazione dei rapporti tra ipofisi e tiroide, e quindi un'alterazione del timo che diverrebbe ipertrofico. Come manifestazione ad essa concomitante o dipendente si avrebbe l'ipertplasia di tutto il sistema linfatico e quindi della tonsilla faringea. Adunque Poppi come causa del linfatismo e delle vegetazioni adenoidi ammette un'alterazione embrionale dell'ipofisi centrale, alla quale seguirebbe l'alterazione di numerose ghiandole a secrezione interna. Per quanto adunque riguarda i rapporti tra ipofisi e vegetazioni adenoidi, Poppi ammette che l'alterazione embrionale dell'ipofisi sia la causa delle vegetazioni adenoidi. mentre io ammetto il contrario; che cioè le vegetazioni adenoidi sono la causa dell'alterazione ipofisaria. Poppi nella stessa pagina 186 della sua monografia del 1911 aggiunge che le vegetazioni adenoidi possono contrarre rapporti e alterare la funzione dell'ipofisi faringea, ma tale concetto non c'era affatto nelle sue due note del 1908; invece egli lo prese — senza citarmi — dai miei lavori del 1909. Sicchè, come feci notare a pagina 11 della mia risposta polemica del 1916, questo concetto aggiunto tardi alla sua dottrina rappresenta uno dei tanti plagi e volontari errori da lui commessi a mio danno, ed inoltre una aggiunta inutile nella sua dottrina. Infatti se egli ammette un' alterazione primitiva embrionale della base cranica e dell'ipofisi centrale, deve ammettere anche un'alterazione primitiva dell'ipofisi faringea; e quindi se questa è di già alterata congenitamente, non c'è più bisogno che intervengano le vegetazioni adenoidi per alterarla. Si sappia inoltre che Poppi ha rifiutato ben tre volte il giuri' da me chiestogli per dimostrargli i plagi e le gravi inesattezze da lui commessi a mio danno nella sua monografia del 1911 e in quella francese del 1921 (*Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales*). In riguardo infine alla dottrina di Poppi è da ricordare che essa non ha basi scientificamente esatte che la sostengano, e che finora non ha trovato alcun sostenitore. Anzi Lagane (7) occupandosi dell'opoterapia ipofisaria, dopo aver riportato con esattezza in che cosa consiste la dottrina di Poppi e quella mia, in riguardo alla dottrina di Poppi dice che si potrebbe spiegare meglio il linfatismo colle vedute sul rachitismo di Marfan.

E veniamo adesso a ricordare le basi — tutte scientificamente dimostrate o confermate da diversi Autori — che sostengono la mia dottrina.

1. *Ipofisi faringea.* Negli anni 1909, 1910 e 1911 io descrissi per primo nel 50 % circa dei bambini e dei giovani l'esistenza di una porzione superficiale o endo-mucosa di ipofisi faringea la quale, continuandosi in avanti colla porzione profonda o periostea descritta nel 1907 da Civalleri, attraversa con direzione obliqua o quasi verticale lo strato ghiandolare e con frequenza pure quello linfoide della mucosa faringea, terminando assai vicino o a contatto coll'epitelio di rivestimento della mucosa faringea. Questa porzione superficiale da me scoperta di ipofisi faringea che si continua in avanti con quella profonda e quasi orizzontale scoperta da Civalleri, la chiamai porzione verticale o endo-mucosa. La sua esistenza è stata confermata dagli anatomici Christeller (8) che, pur affermando il contrario, la trovò nei seguenti suoi casi: 1, 2, 4, 8, 10, 11; 13; 22; 27; Lunghetti (l. c.) Bruni (9) Agazzi (10) e Pietrantoni (11), e ad essa gli ultimi quattro suddetti Autori dànno il mio nome.

2.) *Rapporti circolatori tra ipofisi faringea e mucosa faringea e tra queste e l'ipofisi cerebrale.* — Nello stesso tempo, oltre ai suddetti rapporti topografici tra ipofisi faringea e mucosa della volta faringea, misi per primo in rilievo la esistenza di evidenti e stretti rapporti circolatorii tra l'ipofisi faringea e la mucosa della volta faringea, rapporti che divengono più estesi ed intimi quando la tonsilla faringea è ipertrofica, quando cioè esistono vegetazioni adenoidi. Tali rapporti sono stati confermati da Christeller (l. c.), Lunghetti (l. c.) e Pietrantoni (l. c.): gli

Digitized by Google

ultimi due Autori riconoscono nettamente la mia priorità, il primo invece non dice nulla al riguardo. Trovai anche per primo nella vita estrauterina dei raporti circolatori tra ipofisi e mucosa faringea, da una parte, e ipofisi centrale dall'altra, attraverso la rete vascolare del basisfenoide. Tali rapporti sono stati pienamente confermati da Pietrantoni, il quale (l. c. pag. 12) così si esprime: " Poichè la circolazione dell'ipofisi faringea si continua direttamente con quella dei tessuti della vôlta, risulta che l'ipofisi cerebrale e quella faringea sono fra loro collegate da rapporti vascolari diretti e costanti, così da giustificare anche da questo punto di vista la denominazione di sistema ipofisario data dal Citelli al complesso delle due ghiandole ».

In base a miei reperti anatomo-patologici parlai inoltre per il primo (l. c. 1911) di probabili rapporti vicarianti tra ipofisi faringea e ipofisi centrale, concetto che venne poscia condiviso da Lunghetti e da Christeller, in base a loro reperti anatomopatologici. Nel 1912-13, poi, trovai che nell'infanzia e nella prima giovinezza la persistenza del canale cranio-faringeo non era rarissima come prima si credeva, ma di una relativa frequenza: infatti su 20 cadaveri da me esaminati con sezioni in serie, lo trovai tre volte completo ed una volta incompleto. E rilevai che quando esiste questo canale i rapporti vascolari tra le due ipofisi e tra vôlta faringea e ipofisi centrale sono ancora maggiori; e quindi più facili saranno i relativi rapporti fisio-patologici. Ciò ha molto valore sopratutto per le vegetazioni adenoidi, che si sviluppano ed esplicano la loro molteplice azione nociva nell'infanzia e nella prima giovinezza.

Adunque esistono degli stretti rapporti circolatori sicuramente dimostrati tra ipofisi faringea, tonsilla faringea e mucosa della vôlta faringea; ed anche dei rapporti circolatori sicuri e probabilmente anche vicarianti tra ipofisi faringea e ipofisi centrale.

3.) *Alterazioni anatomiche dell'ipofisi centrale in seguito a malattie della vôlta faringea.* — Con ricerche istopatologiche nel lavoro del 1911 rilevai per primo che nell'ipofisi centrale di cadaveri con vegetazioni adenoidi si riscontrano con una discreta frequenza evidentemente aumentate, in confronto con cadaveri di controllo quasi della stessa età, sopratutto le cellule eosinofili. Tale reperto è stato poscia confermato dal prof. Lunghetti(l. c.) e da Caliceti (12). E' da aggiungere a questi reperti quello già ricordato di Basile che in un morto per tumore maligno del rinofaringe senza invasione della sella turcica, trovò notevoli alterazioni cellulari dell'ipofisi centrale.

4.)*Sindrome di Citelli.* — Nel lavoro del 1911 ed in quelli successivi del 1914 e 1921 misi in rilievo ed insistetti sul fatto ormai sicuro, che numerosi adenoidei specie dai 10 anni in su presentano completa o frusta una speciale sindrome psichica, costituita da: sonnolenza (alcune volte insonnia), difetto di memoria, torpore intellettuale e svogliatezza nel lavoro, con difficoltà a fissare la propria attenzione. Aggiunsi che la stessa sindrome, completa o frusta, si può riscontrare pure in pazienti con tumori o anche lesioni gommose del faringe nasale e dei seni sfenoidali, con sinusite cronica di questo seno, ecc. (a).

Dissi che tale sindrome doveva essenzialmente riportarsi ad una disfunzione ipofisaria, perchè era identica a quella con frequenza notata negli infermi con tumori o cisti dell'ipofisi centrale, nonchè negli animali operati di ipofisectomia. Inoltre io e Caliceti (l. c. 1917) avevamo trovato che mercè iniezioni sottocutanee d'estratto ipofisario in toto si provocava negli adenoidei esagerata reazione generale con febbre, fatti che furono confermati per mezzo dell'intradermo-reazione da Maffeo, il quale conclude che negli adenoidei deve esservi una disfunzione ipofisaria più marcata che nei soggetti solamente linfatici (15). Inoltre perchè — come rilevai per primo — la sindrome migliorava notevolmente colla somministrazione per via interna o per iniezioni di estratto ipofisario in toto ovvero del solo lobo anteriore. Tale sindrome poi nei suddetti malati di spettanza del rinologo migliorava molto o guariva anche allontanando quando si poteva la causa (vegetazioni adenoidi o altre malattie del rinofaringe e dei seni sfenoidali); ma con frequenza i migliori risultati si ottenevano associando alla cura della malattia causale quella ipofisaria. Misi anche in rilievo la notevole importanza sociale di tale sindrome, specie quando essa — come negli adenoidei — sorge negli adolescenti e nella prima giovinezza, nel periodo cioè della vita più importante per lo sviluppo delle facoltà intellettuali e per l'acquisto della cultura preparatoria e l'indirizzo mentale che dovrà poi decidere dell'avvenire dei relativi infermi. L'esistenza di tale sindrome è stata confermata da Agazzi (l. c.) e Maffeo (l. c.) che erroneamente la ritengono rara, da Cushing, Torrigiani, Basile e Tosatti, Dana, Caliceti (16), Palumbo (17), Brisotto (18) etc. e ad essa questi ultimi tre Autori dànno il mio nome. Anche l'utilità del trattamento ipofisario per curare la detta sindrome è stata confermata da Dana (l. c.) da Walter Niles (19) dal Cushing e recentemente da Palumbo (l. c.) e da Brisotto (l. c.) Inoltre Lagane (l. c.) nel 1912 riconobbe l'importanza dei risultati opoterapici da me avuti, e ritenne che sarebbe stato interessante estendere le ricerche per verificarla.

5). *Influenza delle malattie dei seni sfenoidali sull'ipofisi centrale.* — Tale infuenza era stata confermata da un caso clinico mio di sinusite sfenoidale cronica colla mia sindrome ipofisaria, da un caso di Torrigiani (20) in cui una sinusite sfenoidale aveva provocato sintomi evidenti di dispituitarismo, dai due casi di Basile e Tosatti nei quali delle lesioni traumatiche di guerra dei seni sfenoidali avevano provocato dei sintomi ipofisarii (21), dal caso di Benjamin (22) di mucocele del seno sfenoidale in cui l'Autore notò abbattimento, nessuna volontà al lavoro ed una forte depressione psichica che scomparve tre settimane dopo l'apertura del mucocele, dal caso di Schmiegelow (23) in cui dopo una sinusite sfenoidale purulenta cominciata dall'infanzia comparve a 25 anni un'acromegalia (b) e da un caso di sinusite sfenoidale di Mollison (l. c.).

6.) *Sviluppo somatico e astenia.* — Nei miei lavori feci anche rilevare (specie in quello principale del 1911, pag. 17) che le malattie della volta faringea quando, come avviene per le vegetazioni adenoidi, agiscono per lungo tempo nocivamente nelle epoche della vita più importante per l'accrescimento del corpo (infanzia e pubertà) provocano con frequenza per lo più un arresto di sviluppo somatico e qualche volta eccessivo sviluppo, e dissi per il primo che anch'esso rappresentava un sintoma di disfunzione ipofisaria. Tanto vero ch'esso sovente si corregge o scompare asportando in tempo la causa (vegetazioni adenoidi) e — se necessario — col trattamento complementare di estratto di ipofisi, nei casi di arresto di sviluppo. Rilevai pure che non era rara a riscontrarsi l'astenia nelle vegetazioni adenoidi e nelle malattie della volta faringea e del faringe nasale; astenia che scompare guarendo la causa e che doveva pure essere di natura ipofisaria.

7.) *Femminilismo ipofisario negli adenoidei.* — Io e Caliceti (l. c. 1), e poi Caliceti da solo (l. c. 16) abbiamo descritto dei giovani adenoidei o ex-adenoidei, colla mia sindrome e divenu-

(a) In appoggio a questo concetto riportai i seguenti casi clinici: un giovane di 30 a. con un grosso fibroma edematoso impiantato sulla volta del faringe nasale, sulla linea mediana in corrispondenza della sede dell'ipofisi faringea. L'infermo presentava la mia sindrome ipofisaria che scomparve dopo che praticai l'asportazione del tumore (l. c. 1911, pag. 18). Sette casi di tumori maligni del rino-faringe ed un caso di fibroma duro della volta faringea che presentavano completa o incompleta la mia sindrome (l. c. 1914 e 1921). Due pazienti, uno di 22 e l'altro di 40 anni, con ulcerazione torpida, probabilmente tubercolare del diametro di cq. 1.5 immediatamente dietro il setto delle coane, quindi in corrispondenza dell'ipofisi faringea. Essi accusavano da 5-6 mesi una marcata ipersonnia che prima non esisteva, con svogliatezza e spossatezza (l. c. 1921, pag. 3). Basile (13) descrisse un caso di fibroma molle del rino-faringe in cui esisteva completa la mia sindrome, la quale scomparve dopo asportato il tumore. Mollison inoltre in un uomo di 60 anni con grosso polipo naso-faringeo notò perdita della memoria ed altri disturbi ipofisari che scomparvero poco dopo tolto il polipo (14). Per i casi di sinusite sfenoidale che confermano la mia dottrina, vedi il capitoletto seguente.

(b) Agazzi (l. c. pag. 328) vorrebbe togliere a questo caso ogni valore per l'argomento che ci riguarda, perchè nell'epicrisi Schmiegelow dice che quando egli — due anni prima dell'operazione di ipofisectomia — aprì il seno sfenoidale destro, questo non conteneva pus. Però Agazzi non pensa che probabilmente in questo punto trattasi di un errore, perchè, come lo stesso Agazzi riferisce, Schmiegelow quando descrive la storia del caso, dice che l'inferma fin dall'infanzia soffriva scolo purulento dal naso per cui aveva bisogno di molti fazzoletti ogni giorno, che nei seni anteriori non trovò alcun segno di sinusite mentre aperto il seno sfenoidale destro trovò che conteneva pus.

Digitized by Google

ti di già degli insufficienti intellettuali, che presentavano dei segni evidenti di femminilismo ipofisario.

8.) *Reperti sperimentali.* — Sperimentalmente poi nel 1915 io e Basile (l. c. 1), dopo aver praticato con uno specillo rovente delle cauterizzazioni sulla volta faringea di conigli nei quali persiste sempre il canale cranio-faringeo, di gatti nei quali il sudetto canale persiste nel 50 % dei casi e di cani che non presentano canale cranio-faringeo, abbiamo potuto constatare che l'ipofisi centrale aveva reagito all'infiammazione intensa da noi prodotta sulla volta faringea in corrispondenza della sella turcica. Difatti in confronto con animali controllo, noi osservammo in principio congestione dell'ipofisi centrale con rigonfiamento torbido degli elementi cellulari, a cui seguiva aumento numerico dei cromofobi e degli eosinofili. Tali alterazioni erano più evidenti e più pronte quando esisteva il canale cranio-faringeo. Inoltre Basile (24) trovò che negli animali in preda ad alterazioni ipofisarie per le suddette cauterizzazioni della volta faringea, le iniezioni di estratto ipofisario accentuavano la già esistente iperplasia cellulare e l'aumento dei cromofili; però con tendenza alla reintegrazione fisiologica degli elementi ipofisarii.

Dopo avere esposto colla massima esattezza storico-scientifica quanto finora si conosce su un argomento così importante, esporrò adesso i nuovi fatti che completano la dimostrazione della mia dottrina, che cioè la patologia del rino-faringe e dei seni sfenoidali può influire sulle malattie del sistema ipofisario.

Nuovi fatti sperimentali. — Agli esperimenti pubblicati nel 1915 da me e Basile si poteva obiettare che la cauterizzazione della volta faringea vicino l'apertura inferiore del canale cranio-faringeo, rappresentasse uno stimolo infiammatorio troppo forte, il quale non ha riscontro nella patologia umana: specialmente poi nei conigli in cui esiste un corto canale cranio-faringeo. Ho creduto quindi assai utile praticare sui conigli degli altri esperimenti coi quali, invece che poche cauterizzazioni sulla volta eseguite con ferro rovente, avrei provocato delle lievi irritazioni ripetute molte volte nel corso di molti mesi o anni. Inoltre avrei praticate le irritazioni non sulla volta e direttamente sullo sbocco del canale cranio-faringeo, ma invece sul palato molle: questo nei conigli è abbastanza lungo ed in gran parte non pendulo come nell'uomo, e chiude in basso la cavità piccola e bassa del rino-faringe sulla cui vicina volta si apre l'estremo inferiore del canale cranio-faringeo. In tal modo mi sarei posto in condizioni di esperimento assai vicine anzi meno favorevoli di ciò che avviene nella patologia spontanea dell'uomo; sopratutto poi nei primi 15 anni circa di vita, nel quale periodo nel 10-15 % dei casi persiste, come abbiamo detto (l. c.) il canale cranio-faringeo.

A tale uopo finora ho sottoposto al sudetto esperimento 4 conigli più o meno giovani: due di circa 8 mesi di età e due di soli 2-3 mesi. Nel primo di essi, di 8 mesi, praticai sulla faccia anteriore del velo soltanto delle lievi pennellazioni di tintura di iodo. Cioè in ogni seduta toccavo una-due volte con cotone montato bagnato in tintura di iodo la porzione del velo che più o meno corrispondeva allo sbocco del canale cranio-faringeo. Invece negli altri tre conigli praticai sulla stessa porzione del velo delle causticazioni assai superficiali con un pò di nitrato di argento, fatto fondere sul bottone rovente di un comune specillo e poi lasciato raffreddare.

Il primo coniglio, di 8 mesi, al quale praticai le pennellazioni di tintura di iodo, rimase in esperimento 20 mesi e 20 giorni. Le pennellazioni vennero ripetute ogni 8-10 giorni, ed esse non provocarono mai alterazioni macroscopiche del velo: neanche al microscopio vennero notate in quest'organo alterazioni notevoli.

Tuttavia nell'ipofisi centrale ho trovato aumento evidente degli eosinofili in confronto con ipofisi controllo. Però l'aumento degli eosinofili era assai minore che nel 2° e 3° coniglio trattati con lievi causticazioni di nitrato d'argento.

Gli altri tre conigli — uno di 8 mesi, il 2° di tre ed il terzo di due mesi di età — vennero trattati con lievi causticazioni di nitrato d'argento sul velo, ed in modo che questo in nessuno dei tre conigli presentò mai delle alterazioni infiammatorie macroscopiche.

Il coniglio di otto mesi rimase in esperimento 11 mesi e 10 giorni: le causticazioni vennero ripetute ogni 8-10 giorni. Nell'ipofisi, ch'era macroscopicamente più grossa di quella controllo, si riscontrarono numerosi eosinofili di dimensioni medie e grosse, per lo più isolati a volte a trabecole. I vasi sanguigni erano dilatati e relativamente congesti. Il velo presentava al microscopio fatti infiammatorii di ben poco rilievo.

Il 3° coniglio era di tre mesi quando cominciammo il trattamento con nitrato d'argento. Gli vennero praticate delle lievi causticazioni sulla faccia anteriore del velo ogni 8-10 giorni, e fu ucciso dopo 13 mesi per salasso della carotide.

Il velo macroscopicamente non presentava alterazioni; al microscopio alterazioni infiammatorie lievi. L'ipofisi invece era ingrossata in modo marcato, anche in confronto col 1° e col 2° coniglio trattati. Al microscopio si riscontrò un notevole aumento di numero degli eosinofili, gran parte dei quali si presentavano molto grossi e isolati. L'aumento degli eosinofili era nettamente superiore a quello degli altri conigli trattati, compreso il coniglio precedente che dopo questo presentò l'aumento maggiore degli eosinofili. I vasi sanguigni ipofisarii erano molto dilatati e congesti.

Infine il 4° coniglio era di due mesi, ma morì dopo solo 5 mesi di trattamento; perchè ebbe rosicchiata una gamba da una cavia che conviveva nella stessa gabbia. In tutto gli vennero praticate sul velo nove causticazioni con nitrato d'argento. Tuttavia si trovò ingrossata l'ipofisi in confronto con un coniglio controllo di circa 8 mesi di età, ed al microscopio si constatò aumento di numero e di volume degli eosinofili; però minore che negli altri tre conigli precedenti trattati più a lungo. Anche i cromofobi erano aumentati.

Riassumendo, dunque: il 4° coniglio di due mesi, trattato con nitrato d'argento per cinque mesi e con sole nove causticazioni lievi, presentò aumento di numero e di volume degli eosinofili in confronto col controllo. Però l'aumento fu minore che negli altri tre conigli trattati più a lungo.

Per il grado delle alterazioni ipofisarie dopo il 4° coniglio viene il 1°, cominciato a trattare a otto mesi di età e ucciso dopo quasi ventun mesi di trattamento, però con lievi pennellazioni di tintura di iodo. Al primo coniglio, per l'intensità delle alterazioni, segue il secondo coniglio di 8 mesi di età, trattato per undici mesi e dieci giorni con nitrato d'argento. Infine le alterazioni più notevoli ed imponenti vennero riscontrate nel terzo coniglio di tre mesi di età trattato con nitrato d'argento per tredici mesi.

Esiste, quindi, una netta gradazione progressiva nelle alterazioni sopratutto istologiche dell'ipofisi, gradazione che è relativa alla intensità dello stimolo infiammatorio impiegato, alla durata del trattamento e pare anche all'età più o meno giovane in cui si comincia il trattamento. E resta il fatto che in tutti i casi le lievi irritazioni da me prodotte sul palato molle hanno provocato alterazioni dell'ipofisi centrale più o meno notevoli. Questo è il fatto fondamentale che emerge dagli attuali esperimenti. C'è da sospettare inoltre che, continuando le causticazioni per numerosi anni su conigli di pochi mesi, le alterazioni ipofisarie potrebbero divenire gravi. E ho già iniziato in proposito degli esperimenti.

Questi miei nuovi risultati sperimentali acquistano una grande importanza fisio-patologica e sopratutto clinica, se si pensa che nella prima e seconda infanzia il canale cranio-faringeo persiste nel 10-15 % dei casi, e se d'altro canto si pensa, oltrechè alle numerose e relativamente frequenti malattie del rino-faringe e dei seni sfenoidali, alla enorme frequenza delle vegetazioni adenoidi nell'infanzia e nella prima giovinezza. Le vegetazioni adenoidi appunto, agendo direttamente sulla volta faringea dove sono impiantate e provocando per numerosi anni delle stasi e dei fatti irritativi assai frequenti, per il catarro cronico che mantengono e i facili attacchi acuti cui vanno soggette, non possono non influire, oltrechè sull'ipofisi faringea, pure sull'ipofisi centrale dei relativi infermi e forse poi anche sull'infundibolo e organi vicini. Infatti le lievi irritazioni chimiche da me prodotte sul velo e non direttamente sulla volta faringea, oltrechè hanno agito indirettamente sullo sbocco del canale cranio-faringeo, certamente per frequenza, durata di azione del trattamento ed intensità, restano indietro e rappresentano nell'assieme una causa patologica di grado minore di quanto avviene nella patologia spontanea dell'uomo sopratutto negli adenoidei.

Dal punto di vista clinico poi richiamo l'attenzione sui seguenti fatti:

1. Ho scritto io ed hanno scritto i più recenti Autori i qua-

Digitized by Google

li hanno confermato l'esistenza della mia sindrome psichica negli adenoidei, che essa — completa o frusta — si riscontra nel 15 % circa degli adenoidei. Invece da osservazioni sistematiche da me fatte in questi ultimi tempi, ho potuto rilevare che essa dai 10 anni in su è assai più frequente, sì da aggirarsi intorno al 35-40 % dei casi. La sindrome però può anche anticipare e riscontrarsi, ma con relativa rarità, dai 6 ai 10 anni. Inoltre per quanto riguarda l'efficacia dell'estratto ipofisario in toto o del solo lobo anteriore, posso aggiungere che ormai in centinaia di casi ho continuato ad ottenere risultati ottimi e buoni.

2. Come precedentemente ho accennato, io e Caliceti abbiamo descritto pochi casi di giovani adenoidei divenuti degli insufficienti intellettuali, i quali presentavano note di femminismo ipofisario. Orbene posso adesso affermare che alcuni caratteri sessuali secondarii, e sopratutto l'ipotricosi e la disposizione femminea dei peli del pube, si riscontrano con relativa frequenza negli adenoidei giovani. E l'ipotricosi può raggiungere in tali casi dei gradi assai notevoli; come in un adenoideo di anni diciassette e mezzo da me visitato il giorno 5 di questo mese, il quale oltre a presentare la mia sindrome, non aveva ancora peli di sorta in nessuna parte del corpo: solo un accenno di poca peluria sul pube e poco sotto le ginocchia anteriormente. Inoltre un adenoideo obeso di 14 anni, con tutta la mia sindrome, ipotricosi e disposizione femminea dei peli del pube, presentava le ghiandole mammarie abbastanza sviluppate e prominenti come quelle di una ragazza quasi della stessa età.

Le alterazioni sessuali, poi, in alcuni casi rari di giovani adenoidei possono raggiungere dei gradi molto accentuati. Ho potuto ditatti osservare quattro ragazzi al di sopra dei 10 anni con notevole arresto di sviluppo del pene ed anche un po' dei testicoli. Due dei detti ragazzi erano pure grassi e bassi di statura, e potei curarli; il terzo non si fece operare e non ebbi più notizie, il quarto verrà operato di vegetazioni adenoidi fra poco. Il 1° caso di anni 14 era senza peli e presentava pochissimo sviluppo del pene ed anche dei testicoli con assenza di erezione; e ciò quantunque avesse fatto insistenti cure endocriniche plurighiandolari. L'anno scorso gli asportai abbondanti vegetazioni adenoidi e prescrissi di insistere nelle cure endocriniche e sopratutto del lobo anteriore dell'ipofisi. Dopo poco più di un anno il pene e i testicoli si sono sviluppati discretamente, e il padre — un avvocato intelligente che si occupa con somma cura del figlio — mi assicura che il figlio presenta di tanto in tanto delle sicure e marcate erezioni. Inoltre il ragazzo è divenuto più alto e meno grasso.

Il 2° dei suddetti casi era di 10 anni quando lo operai nel luglio 1924. Allora aveva grosse vegetazioni adenoidi, un testicolo solo disceso nelloscroto ed inoltre rudimentale sia il testicolo che il pene. Oltre all'asportazione delle vegetazioni adenoidi, prescrissi l'estratto ipofisario in toto. Ho avuto notizie pochi giorni fa di questo ragazzo, ed il medico che lo ha visitato mi assicura che il ragazzo adesso è bene sviluppato nella statura, è più grasso, i due testicoli sono discesi nello scroto e sono abbastanza sviluppati, come anche il pene, tanto da non fare più temere per la loro funzione.

Il 4° caso che ho visitato pochi giorni fa, riguarda un giovane di quasi 18 anni, sviluppato in altezza, ma mingherlino, debole, anemico, molto emotivo. Egli presenta discrete vegetazioni adenoidi, qualche sintomo della mia sindrome e voce femminea. Non ha peli in nessuna parte del corpo, salvo qualcuno di rado e sottile alle ascelle e sul pube. Il pene è assai sottile e corto (è lungo quasi 3 cm.); dei testicoli uno solo ha raggiunto lo scroto e sono poco sviluppati (quanto una piccola ciliegia). Il padre — che preoccupato delle condizioni sessuali del figlio lo ha molto studiato — mi assicura che non ha mai potuto sorprendere in lui una erezione pur avendolo fatto dormire nel suo letto per tre mesi, ed è quasi sicuro che non abbia mai cercato donne. Se — come è probabile — si farà da me asportare le vegetazioni adenoidi e si sottoporrà alla cura ipofisaria, darò in seguito ulteriori notizie.

Nelle ragazze adenoidee colla mia sindrome, poi, specie se con note di infantilismo, ho riscontrato non molto di rado dei disturbi mestruali, consistenti in scarse mestruazioni, ritardo di esse o anche amenorrea; fatti che spesso si correggono asportando le vegetazioni adenoidi e con la consecutiva cura di ipofisi in toto o del solo lobo anteriore.

E' degno di nota intanto, che con frequenza gli adenoidei per il poco sviluppo scheletrico, la loro grassezza ed il maggiore o minore arresto di alcuni caratteri sessuali, ricordano abbastanza la sindrome adiposo-genitale di Fröhlich; e come si sa sono numerosissimi i casi di relativo infantilismo che appena qualche anno dopo l'asportazione delle loro vegetazioni adenoidi, anche senza cura ipofisaria, presentano uno sviluppo scheletrico e sovente intellettuale notevole. E fin dal 1911 (l. c.) ho rilevato come pure questi fatti siano da riportarsi a disfunzione ipofisaria specie del lobo anteriore; sicchè era spesso utile associare — sopratutto nei casi più accentuati — la cura ipofisaria in toto o del solo lobo anteriore all'asportazione delle vegetazioni adenoidi. Orbene recentemente Gardiner-Hill e I. Forest Smith (*Lance*, 1926, 2. pag. 219) somministrando estratto del lobo anteriore dell'ipofisi ad un gruppo di bambini con infantilismo e crescita difettosa, e ad un altro gruppo di ragazze con un grado inferiore di queste alterazioni e disturbi della mestruazione, ottennero nel 1. gruppo una evidente stimolazione della crescita, sviluppo delle ossa e miglioramento del ricambio dei carboidrati, e nel 2. gruppo un miglioramento della crescita con aumento del flusso mestruale sia in frequenza che in quantità. Essi concludono che il detto estratto agisce notevolmente sulla crescita e che pure influenza beneficamente i casi di amenorrea associata a infantilismo.

Di fronte poi a numerosi casi di adenoidei che ricordano la sindrome di Fröhlich, sono rari quelli che presentano eccessivo sviluppo scheletrico da ricordare il gigantismo e l'acromegalia: alle volte invece è dopo l'asportazione delle vegetazioni adenoidi che alcuni infermi acquistano uno sviluppo scheletrico eccessivo da far pensare al gigantismo. Però nel Dicembre 1925 io ho comunicato all'Accademia Medica di Catania (vedi relativo *Bollettino* un caso di sinusite sfenoidale con acromegalia. Si trattava di una inferma di 34 anni che all'inizio dell'anno 1924, e forse anche prima, notò sintomi di raffreddore nasale, nel Marzo le cominciarono a mancare le regole e dopo alcuni mesi si cominciarono a notare sintomi di acromegalia che andarono sempre più accentuandosi fino a dare una forma acromegalica tipica. Esisteva anche sonnolenza, spossatezza, nevrite ottica bilaterale con cecità a destra, forte riduzione di vista a sinistra per emianopsia temporale. Alla radiografia si trovò slargamento e approfondimento della sella turcica. Intanto oltre all'acromegalia io riscontrai una sinusite bilaterale sfenoidale purulenta, confermata anche dalla radiografia. Ora in questo caso i sintomi di raffreddore nasale cominciarono alcuni mesi prima dell'inizio dei sintomi acromegalici; e forse anche molti mesi o qualche anno prima, perchè la inferma non aveva fatto attenzione al raffreddore nasale e fui io che richiamai su ciò la sua attenzione, dopo aver constatata l'esistenza della doppia sinusite sfenoidale. Anche il collega Bertolotti di Torino ha osservato dopo di me un caso identico. Non si può escludere quindi, in base a tutto quanto sopra abbiamo detto, la possibilità, ammessa anche dal Bertolotti, che la sinusite sfenoidale abbia potuto contribuire più o meno alla lesione del lobo anteriore dell'ipofisi e quindi al sorgere dell'acromegallia.

In riguardo alla deficienza intellettuale negli adenoidei, aggiungerò il caso di un bambino di 6 anni con grosse vegetazioni adenoidi e grave deficienza mentale, quasi idiozia. Esso ebbe da me asportate le vegetazioni adenoidi, ma migliorò poco. Invece dopo una cura prolungata di iniezioni di estratto ipofisario in toto — s'intende con opportuni intervalli — egli migliorò in grado così notevole, che sua nonna spontaneamente mi dichiarò che il bambino non sembrava più affatto quello di prima. In questi casi gravi è sempre necessaria una prolungata cura ipofisaria dopo tolta la causa, per migliorare il più possibile la funzione ipofisaria molto compromessa.

Aggiungerò ancora che in un paziente di 62 anni nel quale da molti mesi esisteva una grossa cisti che riempiva tutto il rino-faringe, trovai marcata ipersonnia.

Nei casi di cui ci occupiamo si riscontra anche astenia con una frequenza assai maggiore di quanto abbia accennato nei miei lavori precedenti (vedi pag. 16 del mio lavoro del 1911). Essa deve essenzialmente essere prodotta da disfunzione ipofisaria e — come la mia sindrome e l'arresto di sviluppo somatico — migliora notevolmente o guarisce allontanando quando si può la causa e colla cura ipofisaria.

Un altro sintoma che non di rado si riscontra in tali infermi, è l'apatia.

Digitized by Google

3. Infine per quanto riguarda l'influenza delle malattie dei seni sfenoidali sull'ipofisi centrale, io ho recentemente osservato un altro caso, riguardante una signora di 33 anni con sinusite sfenoidale purulenta che datava da un anno, e che del resto era del tutto sana. Tale signora era per il resto del tutto sana, ma presentava completa la mia sindrome. Il mio assistente Carcò illustrerà un caso da me osservato, in cui esisteva un tumore probabilmente maligno del seno sfenoidale e del fornice destro del rino-faringe, il quale sollevava il fondo della sella turcica e si accompagnava a forte somnolenza, difetto di memoria ed altri sintomi della mia sindrome.

A questi due nuovi casi e a quelli che ho citati nella prima parte di questo lavoro, sono da aggiungere i seguenti: un secondo caso di Torrigiani (25). Si trattava di un encondroma del seno sfenoidale che aveva anche deformata la sella turcica e provocato la sindrome ipofisaria. Un caso di Caliceti di sinusite sfenoidale cronica che aveva provocato la mia sindrome, la quale guarì dopo aperto e guarito il seno suppurante (26). Il caso che comunicherà il collega Giorgio Ferreri in cui i sintomi della mia sindrome e altri sintomi ipofisarii scomparvero dopo aperto il seno sfenoidale. E chi sa quanti altri casi si conoscerebbero, se queste nozioni ancora poco diffuse avessero la diffusione che meritano. Pure questi casi dimostrano che oltre le vegetazioni adenoidi, anche malattie diverse dei seni sfenoidali e del rino-faringe possono provocare lesioni dell'ipofisi centrale oltrechè di quella faringea.

Questi nuovi fatti quindi, uniti a quelli precedenti da me per sommi capi ricordati nella prima parte del lavoro, rendono ormai sicura l'influenza di alcune malattie del rino-faringe e dei seni sfenoidali sul sistema ipofisario. Aggiungo che le alterazioni ipofisarie potrebbero rappresentare una prima tappa alla quale potrebbero seguire delle alterazioni tubero-infundibulari. In medicina infatti sono ben poche le acquisizioni scientifiche dimostrate in modo matematico, e ad eccezione di queste, è difficile trovare una nuova veduta suffragata e confermata dai più diversi punti di vista e da numerosi Autori, come questa.

Si tratta adunque di un nuovo edifizio ideato da me e da me stesso costruito in tutte le sue parti fondamentali, il quale apre un'ampia via di rapporti tra la rinologia, la neuropatologia e la medicina generale. E non è più il caso di ostinarsi a non voler riconoscere ciò che è un fatto molto evidente, la cui conoscenza dovrebbe venire diffusa il più possibile nell'interesse della medicina generale e dei malati.

BIBLIOGRAFIA

(1) Citelli. Vegetazioni adenoidi. Bollettino malattie d'orecchio, 1900, pag. 809, fasc. 5-6. — Idem. L'ipofisi faringea nei bambini, rapporti colla tonsilla faringea e coll'ipofisi centrale. Bollettino malattie d'orecchio, 1909, fasc. 11, e Atti XVI Congresso internazionale di Medicina sezione Rinol. e Laring., Budapest 1909. — Idem. L'ipofisi faringea nella prima e seconda infanzia. Atti del XII Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, 1910. Annales des Maladies de l'oreille, ecc. 1910, e Anat. Anzeiger, 1911. — Idem. Rapporti fisio-patologici tra sistema ipofisario e varie lesioni del faringe nasale e dei seni sfenoidali. Su una speciale sindrome psichica e la sua cura. Rivista Italiana di Neuro-patologia, ecc. 1911. Annales des maladies de l'oreille, e Zeitschr. fur Laryng, 1912. — Idem. Sul significato e sulla evoluzione dell'ipofisi faringea nell'uomo. Anat. Anzeiger, 1912, vol. 41. — Idem. Sulla frequenza relativa del canale cranio-faringeo nei bambini e nei giovani. Atti del XV Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, 1912 e Annales des maladies de l'oreille, 1913. — Idem. Sull'efficacia dell'estratto d'ipofisi nella sindrome psichica da me descritta. Bollettino malattie d'orecchio, 1914. — Idem (con Basile). Conferma sperimentale dei rapporti fisiopatologici tra faringe nasale e ipofisi. Rivista Italiana di Neuro-patologia ecc. 1915. — Idem. Qual'è la verità in riguardo ai rapporti fisio-patologici tra faringe nasale e sistema ipofisario. Catania, Tipografia Monachini, 1916. — Idem (con Caliceti). Su tre adenoidei con feminilismo ipofisario. La Pediatria, 1917. — Idem. Sulla frequenza negli adenoidei della sindrome psichica da me messa in rilievo. Rivista Italiana di Neuro-patologia, 1921. — (2) Salmon. La fonction du sommeil. Paris, Vigot Frères, 1910. — (3) Basile. Modificazioni istologiche e funzionali dell'ipofisi centrale in un caso di linfosarcoma del rino-faringe. Rivista Italiana di Neuro-patologia, 1915, e Zeitsch. fur Laryng. vol. VII, 1915. — (4) Lunghetti. Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica dell'ipofisi faringea. Atti della R. Accademia dei Fisiocritici, 1914 e 1920; e Archivio Italiano di Otologia, vol. XXXII, 1921. — (5) Dana. Medical Record, 1916. — (6) Poppi. Tonsilla faringea e ipofisi. Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna 1908 e Atti del XII Congresso della Società Italiana di Oto-rino-laringologia, 1908. — Idem. L'ipofisi cerebrale, faringea e la ghiandola pineale in Patologia, Bologna, Tipografia Paolo Neri, 1911. — (7) Lagane. Presse Médicale, 1912, n. 59. — (8) Christeller. Die Rachendachhypophyse des Menschen. Virchow's Archiv, 1914. — (9) Brunh. Archivio Ital. di Otologia, vol. 25, 1914 e vol. 26, 1915. — (10) Agazzi. Studi anatomici e clinici sull'ipofisi faringea. Pavia, Fratelli Fusi, 1916. — (11) Pietrantoni. Contributo allo studio descrittivo e topografico della volta faringea dell'uomo. «Ricerche di Morfologia», vol. V, 1925, pag. 13 e Sui rapporti fra circolazione del rino-faringe circolazione endocranica ecc. Archivio Italiano di Otologia 1926. — (12) Caliceti. Su alcuni reperti isto-patologici di ipofisi centrale in casi di vegetazioni adenoidi. Il Valsalva, 1925. — (13) Basile. Altro contributo sulla natura ipofisaria della sindrome psichica di Citelli. Il Policlinico, vol. XXIV, M. 1917. — (14) Mollison. The Journal of Laryngology, 1919. — (15) Maffeo. L'esplorazione della funzione ipofisaria negli adenoidei. Studium, 1923. — (16) Caliceti. Feminilismo ipofisario in soggetti adenoidei. La Pediatria, 1919. — (17) Palumbo. Ueber den psychischen Symptomenkomplex Citellis bei adenoiden Wucherungen. Zeitschrift fur Hals. Nasen u. Ohrenheilkunde, vol. 9, fasc. 1, 1924. — (18) Brisotto. Sulla frequenza, terapia e valore scientifico della sindrome di Citelli. Annali di laringologia e otologia, 1925. — (19) Walter-Nyles. Medical Record, 1916. — (20) Torrigiani. Archivio Italiano di Otologia ecc., 1915, pag. 283. — (21) G. Basile e Tosatti. Su due nefriti dei seni sfenoidali con sindrome psichica di natura ipofisaria. Bollettino dell'Accademia Gioenia di Catania, febbraio 1918 e Gazzetta degli Ospedali. — (22) Benjamins. Archiv fur Laryngol, vol. XXIV, 1911, pag. 354. — (23) Schmiegelow. Zeitschrift fur Ohrenheilkunde etc. vol. 62, pag. 30, novembre 1910. — (24) Basile. Influenza di estratti ipofisarii e di lesioni del rino-faringe sul metabolismo cellulare dell'ipofisi. Rivista di Patologia nervosa mentale, anno XXIV, 1919. — (25) Torrigiani. Atti del XX Congresso di Oto-rino-laringologia, vol. 2, Bologna, 1923. — (26) Caliceti. Revue hebdomadaire de Laryngologie etc. gennaio 1925.

OSPEDALE CIVILE DI CORMÒNS (UDINE) — SEZ. CHIRURGICA

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL' APPENDICITE SOTTOEPATICA

per il dott. CARLO BERTONE — Chirurgo-Direttore

Trousseau distingue 2 tipi di appendicite sottoepatica: l'una (tipo fetale) la vera forma, dovuta ad arresto nella discesa del blocco ceco appendicolare. L'altra, tipo ipertrofico, non è che un'appendice abnormemente lunga che risale nello spazio retro ceco colico.

L'appendicite sottoepatica non ha una sintomatologia a sè, caratteristica così da farla differenziare dalle altre affezioni aventi la stessa sede, e perciò essa costituì quasi sempre un reperto inatteso pel chirurgo che intervenne credendo per lo più di operare su una colecisti infiammata.

Il Bérard sostiene che questa varietà topografica dell'appendicite sia piuttosto rara. Il Cignozzi vi dà all'opposto una certa frequenza. Recentemente il Blanc nel comunicare 7 casi richiamava anch'egli l'attenzione degli autori sulle difficoltà di diagnosi che vi sono, poichè mancano « segni propri di certezza e non è che con un'analisi esatta e dettagliata dei sintomi anche più lievi che si potrebbe arrivare alla diagnosi ».

***

E' probabile che in molti casi le cause di questa abnorme situazione del vermio debbano ricercarsi in un arresto di sviluppo del colon ascendente e del cieco. E' noto come nel periodo embrionario il ceco si trovi: prima in posizione sottoepatica, indi in posizione lombare per passare poi a quella definitiva, l'iliaca destra. Gli spostamenti in basso dell'intestino cieco sono legati alla progressiva crescita in lunghezza dell'ascendente. Mancando od essendo difettosa questa, mentre contemporaneamente esiste una appendice retrocecale e retrocolica come nel caso che

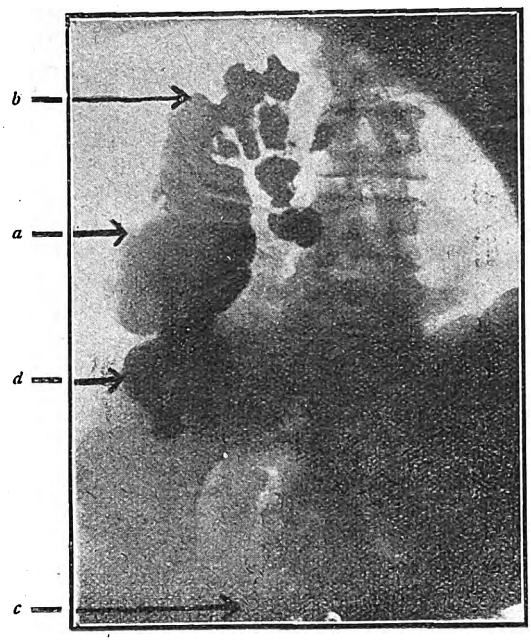
Digitized by Google

sarà riferito, si ha, una predisposizione per lo sviluppo, tra colon ascendente e cieco in avanti, fegato in alto, e la parete posteriore dell'addome, di un processo flogistico del vermio in una cavità quasi chiusa, processo che di regola sarà attribuito ad alterazioni di altri visceri (fegato, cistifellea, rene, ed anche piloro o duodeno).

B. Elvira di a. 19 da Bagnaria Arsa, nubile.

Entra 19 agosto 1926.

Un fratello operato per labbro leporino. La p. mestruò a 14 anni e sino all'inizio del 16° regolarmente. Di poi le mestruazioni comparvero ad intervalli di varia lunghezza. Ebbe a 10 anni enterorragie profuse che la prostrarono molto durando 15 dì senza poi più presentarsi. Nel 1918 influenza con complicanze polmonari. Si rimise in 2 mesi circa. Nel 1922 sofferse di pleurite destra con versamento che sarebbe scomparso senza punture evacuatrici in un mese. Nel 1923 ammalò di una forma di congiuntivite che non sa come definire, durata 6 mesi. Da tre anni ha vaghi dolori all'epigastrio, con sensazioni di peso, nausee eruttazioni. Per ciò fu visitata da un radiologo (vedasi in seguito). Accusa anche una dolorabilità diffusa al quadrante inferiore destro del ventre. Mai vomiti.



La radiografia fu eseguita dopo l'intervento. *a:* punto d'impianto dell'appendice che, retrocecale e retrocolica risaliva sino al luogo che è segnato dalla freccia. *b; c:* situazione più comune dell'appendice (iliaca). *d:* ultima porzione dell'ileo.

Alvo sempre regolare. Non sa di aver avuto febbre in questi ultimi tempi. Escluderebbe le emottisi. Diuresi regolare.

Status: tipo longilineo. Pallida, anemica. Respiro lievemente aspro all'apice destro. Sfregamento pleurico lieve alla base d. tra le due scellari. Nulla al cuore.

Addome: non versamento; palpazione uniformemente dolente in tutto il quadrante inferiore d. (ove accusa anche i dolori spontanei). La pressione risveglia anche senso di molestia all'epigastro e in sede colecistica, non però veri dolori.

Fegato in limiti normali. Rene d. mobile (1 grado).

Nulla di abnorme nelle orine.

21 agosto 1926 morfin-eteronarcosi. Incisione nel quadrante inferiore d., secondo Jalaguier. Aperto il ventre si trova che le anse del tenue occupano la zona abituale del cieco. Perciò si prolunga l'incisione sino all'arcata costale. Solo in questo modo è possibile scorgere un ceco alto che si continua sotto l'arcata con un colon ascendente spastico, lungo circa quattro o cinque centimetri.

Ceco e colon sono congesti vivamente, i fatti flogistici degradano dal ceco, la cui parete è inspessita, al colon. Il ceco è largamente aderente alla parete posteriore dell'addome. Meno lo è il colon che forma una breve ansa a convessità volta anteriormente.

Nell'angolo tra il ceco e la parete posteriore del ventre s'impianta l'appendice, che risale lungo l'intestino sino all'angolo epatico, restandovi aderente per briglie infiammatorie disposte trasversalmente. Il fegato vicinissimo, non presenta nulla di abnorme, così pure la colecisti e il piloro.

Appendicectomia. Si lascia, a cagione del gemizio sanguigno che vi fu uno zaffo di garza nel sito occupato dall'appendice. Lo si toglierà in terza giornata.

L'appendice infiltrata, indurita misura 9 cm. di lunghezza. Decorso postoperatorio regolare.

Iniezioni di soluzione iodoiodurata Durante ogni dì. In settima giornata s'iniziano le medicazioni del grosso intestino con clisteri di glicerina ittiolata 10 %.

Esce guarita il 17 settembre 1926.

Trattasi adunque di un'ammalata che dopo tre anni di molestie continuate all'addome si decise anzitutto a consultare un radiologo. Questi rilasciava alla paz. la sentenza che « l'esame dello stomaco e del duodeno in essa praticato era stato negativo ». Sino a questo punto il collega aveva ragione. Ma non più negativo sarebbe stato il reperto delle indagini, s'egli avesse avanzato nel suo esame come noi dopo l'intervento consigliammo di fare a titolo di studio ad un altro collega radiologo (veggasi la figura).

Essendo i fatti obbiettivi più spiccati a destra e in basso, si ritenne trattarsi di un'appendicite cronica, con risentimento del cieco a sede normale, e si iniziò l'atto operativo con l'incisione di Jalaguier. Il reperto operatorio fu ben diverso da quel che si attendeva. Si trova un'appendicite cronica, e la punta del vermio giungeva sin quasi a contatto del fegato.

Quale potè essere la causa di una tale abnormità di posizione del cieco e del vermio ? Già abbiamo accennato ad embriologiche cause. Nel caso nostro però data l'anamnesi di enterorragie e di lesioni varie, probabilmente tubercolari è anche opportuno di pensare ad una vecchia colite, o ad alterazioni tubercolari dell'intestino crasso prossimale che destando un risentimento nel cellulare retroperitoneale abbian determinato una retrazione di questo con conseguente spostamento del cieco in alto.

Non si può però anche trascurare il fatto che una tendenza congenita agli arresti di sviluppo dovè esistere nella paziente poichè anche un fratello era affetto da labbro leporino.

Dal lato operativo non vi è nulla di notevole nel caso nostro, che invece è ricco di dati istruttivi nei riguardi della diagnosi.

Notisi anzitutto la diffusa dolorabilità al quadrante inferiore del ventre. Ciò malgrado che le lesioni infiammatorie dell'intestino avessero una sede molto più alta. Il Brau Tapie di Pau osservava, in un ragazzo di 14 anni, la comparsa di vivi dolori alla fossa iliaca destra con « un punto di Mc Burney dei più evidenti » (sic). A questo livello la pressione di un dito era intollerabile. Al contrario, la palpazione non risvegliava dolore all'epigastrio ed all'ipocondrio destro. Operazione: si trovò un colon ascendente lungo 3-4 cm. sotto le cartilagini costali cui s'inseriva un'appendice, in parte sfacelata dirigentesi verso l'epigastrio: ecco un caso realmente interessante di appendicite sottoepatica, con localizzazione dolorosa tipica nel punto classico di M. B.

Un fatto analogo si verificava nella nostra operata. Come interpretare queste manifestazioni abnormi ? Il compito è discretamente difficile, e noi ci limitiamo come il Brau Tapie, il Dumont a segnalarle.

Nei riguardi dell'indagine radiologica poi, è ovvio che in simili casi non si può nemmeno pensare alla visibilità radiologica dell'appendice. Piuttosto noi siamo propensi a dare una certa importanza, quale elemento che può bene indirizzare il chirurgo, al riscontro sullo schermo di un ceco alto con un ascendente brevissimo (cfr. radiografia) e specialmente ad un esame radioscopico associato con la palpazione, poichè il trovare una zona dolorosa a livello della regione ileocecale molto spostata in alto è forse il dato più positivo che oggi si abbia per la probabilità di un'appendicite sottoepatica. Il reperto acquisterebbe poi uno speciale valore se si fosse riusciti in precedenza ad escludere con i comuni mezzi d'indagine odierni il rene destro e la cistifellea.

Richiamiamo brevemente l'attenzione del lettore su di un altro punto: vale a dire che, data la posizione sottoepatica dell'appendice sono molto più facili che non di norma alcune associazioni morbose con la vescica biliare. Ed il Kelly fu tanto convinto di ciò, da darci nel suo schema delle posizioni possibili del vermio nel ventre il disegno di un'appendice aderente per la punta alla cistifellea. Anche il rene destro, il tessuto pararenale, il piloro e il duodeno e il fegato potrebbero con maggiore facilità divenire patologicamente solidali con l'appendice sottoepatica.

L'ammalata in questione fu da noi vista recentemente. Es-

Digitized by Google

sa non accusa più turbe a carico dell'apparato digerente. Ciononostante, tenendo conto della colite che ancora persiste come è dimostrato dalla radiografia si continueranno le medicazioni ittiolate del grosso intestino, e le cure iodiche generali.

BIBLIOGRAFIA

FRASCELLA. Appendicite paragastrica perforata, Policlinico, luglio 1908. — KELLY H. A. The vermiforme appendix and ist diseases Philadephia e London W. B. Saunders and Company, 1905. — GIGNOZZI D. Le appendiciti ectopiche sottoepatiche, Riforma Medica, 1922, n. 3 (gennaio). — S. LEMBO. L'appendice: Chir. dell'ernia e dell'addome, 1920, n. 2. — BRAU TAPIE (Pau). Appendicite à siége anormal. Gazette Hebol. des Sciences Med. de Bordeaux, vol. XL, n. 32, 16 nov. 1919 rif. in Presse Midicale, a. 1920, n. 5 p. 50 (Dumont). — BLANC. Appendicite sous hepatique. Presse Medicale 1926, n. 35. — TRUSSEAU. Appendicites sous hepatiques. Presse Medicale, 1926, n. 85, p. 1338. — DUPUY DE FRENELLE, A propos de l'app. soushepatique, Presse Medicale, 1926, p. 841.

RILIEVI DI GINECOLOGIA

LA TERAPIA ROENTGEN NELLA PROFILASSI DEL CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO

Il pensiero dei ginecologi che si sono occupati della profilassi del cancro del collo dell'utero si è sempre orientato verso il concetto etiologico patogenetico prima empiricamente affermato, oggi in parte confortato da dimostrazioni istopatologiche, che il blastoma, a parte altre influenze ancora controverse, trovi il suo terreno favorevole a svilupparsi sulla base di una preesistente lesione della portio, « una erosione », ond'è che a scopo di profilassi l'asportazione d'un tratto di tessuto comprendente questa lesione e l'amputazione del collo fu proposta e largamente applicata. Il Bossi ne fu il più fervente sostenitore, però egli non praticava l'amputazione del collo, alla quale era contrario, ma l'asportazione della mucosa di rivestimento del canale cervicale. Nella riunione della Società di ostetricia e ginecologia del 1908 la quistione fu ampiamente dibattuta, e successivamente l'asportazione portata nel campo pratico. Mano mano però il principio profilattico degenerato nella mania amputatrice accoppiata allo immancabile raschiamento, venne razionalmente quasi abbandonato. Non è qui il caso di enumerare e discuterne le ragioni, che non hanno alcuna relazione con la roentgen profilassi, della quale vengo a dire.

L'uso dei raggi X per via vaginale nella terapia del cancro dell'utero è, e non da ora, completamente abbandonato. Dirò di più, esso ha avuto poco sviluppo, specialmente all'estero. In Italia invece, specie in alcuni centri come l'Istituto Busi di Bologna, fu per non breve periodo di tempo largamente usato nella terapia del cancro della *portio*. La terapia del carcinoma del collo allora, mi riferisco al '19 era fatta con le piccole dosi ripetute e somministrate per diverse porte di entrata, una delle quali era la vaginale. Il prof. Boidi Trotti di Torino aveva fatto costruire alla ditta Gorla uno stativo speciale, che potea servire anche per le applicazioni esterne, ma era specialmente adatto per la via vaginale. E' lo stativo del quale io attualmente mi servo. *Per questa via, a differenza delle esterne, il collo senza alcuna interposizione di tessuti viene direttamente colpito dal fascio radifero, e la radiazione in tal modo può essere più esattamente regolata e dosata.* Ho detto che questa via di radiazione Roentgen, ebbe ben poco sviluppo e per diverse ragioni delle quali alcune di tecnica; ma principalmente venne abbandonata col diffondersi dell'uso del *radium* che rende possibili applicazioni dirette sulla cervice per via vaginale.

Al Congresso radiologico di Genova del '19 il dott. Antonio Pais di Roma fece una importante comunicazione sulla funzione eccitatrice dei raggi X, funzione che apriva nuovi orizzonti alla Roentgenterapia.

Era noto da lungo tempo che i raggi X sono capaci di affrettare lo sviluppo dei semi, di provocare il più rapido sviluppo ed il più rigoglioso accrescimento delle piante. Max Numberg con piccolissime dosi poteva, provocare un aumento della funzione galattogena, l'irradiazione della tiroide rivelava fenomeni non dubbi di funzionalità nella glandola stimolata.

In seguito Dominici, Vickam e Degrais rilevarono ciò che Piccinino e Fabozzi avevano già rilevato coi raggi X, un aumento del potere proliferativo degli elementi mesenchimali, e dei vasi capillari, sotto l'azione del radium, caratterizzato dal *regresso embrionale delle cellule e da rapida maturazione*. Tali fenomeni di eccitazione da raggi erano però soggetti ad interpretazioni non sempre concordi. Il termine radioeccitamento fu riserbato ad esprimere fenomeni di perversione cariocinetica, di atipia evolutiva, e solo per eccezione qualche fatto di vero e proprio eccitamento fisiologico. Il principio fondamentale della radiodistruzione che poggiava su così larghe basi, che costituiva anzi il principio essenziale della radioterapia, non fu per conseguenza scosso da queste eccezioni così rare e non sempre concordemente accolte.

«Alla classica concezione distruttiva, dicea testualmente il Pais io oppongo l'affermazione recisa che i raggi X costituiscono per la cellula vivente uno stimolo caratterizzato dalla sua costanza e dalla sua normalità.

L'energia radiante, secondo l'idea che io sostengo, non colpisce la cellula vivente sensibile senza provocare fenomeni di normale eccitamento. Il potere terapeutico dei raggi non basa tanto sulla distruzione di elementi patologici, quando sull'eccitamento delle normali funzioni cellulari. L'energia radiante, secondo il mio giudizio, occupa eccellentemente la zona eubiotica delle radiazioni. I raggi X non costituiscono, se così è lecito dire, uno stimolo costituzionale, ma un stimolo funzionale per eccellenza. Un elemento cellulare non è già sensibile all'azione dei raggi X per la sua normale struttura chimica, ma per quello atteggiamento biochimico speciale che il nucleo assume durante alcune determinate funzioni: per esempio la funzione riproduttiva ».

Il principio di radio-eccitamento cellulare che il Pais enunciava in modo così generico ed assoluto, offriva facilmente il fianco alla critica. Holzknecht così si esprime: « In realtà non si può concepire un fenomeno di eccitamento su elementi cellulari sani che funzionano perfettamente. Di conseguenza qualunque variazione delle condizioni vitali normali, cioè qualunque stimolo estraneo deve portare una deviazione dalla norma ed una minorazione, inquantochè non si può ammettere che possa migliorare un elemento perfetto ». Più tardi circoscritto in una concezione più razionale ed inquadrato in dati biologici più rispondenti a realtà, venne largamente accettato. Difatti se noi ci portiamo nel campo del tessuto patologico, e per rimanere nei limiti della mia comunicazione, del tessuto infiammato, la dose stimolo assume una forma complessa, in quanto non agisce sulla cellula normale, ma stimola cellule arrestate nela loro fase di sviluppo, sia direttamente risvegliando energie vitali, sia indirettamente modificando gli scambi osmotici e le reazioni chimiche intercellulari, sia ancora con funzione necrobiotica su elementi patologici del tessuto stesso. Pordes constata l'aumento in questi ultimi anni del numero delle malattie che migliorano con la radazione con piccole dosi, però, egli come Chantraine e Schwarz nega l'azione eccitante delle piccole dosi e afferma che il miglioramento dipende dalla distruzione di conglomerati di linfociti.

Perussia concepisce l'azione terapeutica delle radiazioni su determinati tessuti malati, appunto come benefico sommarsi di azioni distruttive e di azioni stimolanti che, per le stesse dosi, possono esplicarsi con apparente contradizione, solo in quanto è diversa la radiosensibilità dei vari elementi cellulari.

All'istesso congresso di Genova il compianto prof. Ghilarducci, ordinario di radiologia nella Università di Roma, parlando dei fondamenti biofisici della radioterapia, poneva il principio della attività biologica specifica delle radiazioni. I concetti espressi, corroborati da esperimenti dimostrativi sugli animali, allora enunciati ed ora generalmente accettati, sono i seguenti.

E' noto che il fascio radifero emesso da una ampolla è composto di raggi di diversa lunghezza di onda. Dimostrava inoltre con i suoi esperimenti che non tutti i tessuti sono dotati della stessa sensibilità di fronte alla radiazione di una determinata durezza o lunghezza di onda, ma che ciascun tessuto ha una sensibilità specifica e capacità ricettiva diversa verso la qualità delle radiazioni, e per conseguenza reagisce in maniera diversa.

Egli concludeva: la legge che dominò la radiobiologia e la radioterapia, secondo la quale l'intensità degli effetti prodotti sui tessuti normali o patologici è in stretto rapporto con la quantità di raggi assorbiti, io penso debba essere mantenuta; l'effetto biologico sarà dunque in diretta proporzione della quantità di radiazioni assorbite, *a condizione però che queste siano di tale qualità da agire specificatamente sugli elementi irradiati*. Lo stesso principio vale per i raggi secondari.

Ponzio (*Radiologia Med.* 1924) dice che le esperienze più recenti tendono a dimostrare come sia infondata la ipotesi già enunciata dal Kiembock, e sostenuta dal Kroenig e dal Friedrich, che l'effetto biologico sia proporzionato alla quantità di energia assorbita dall'elemento cellulare, indipendentemente dalla lunghezza d'onda della radiazione incidente. Le conoscenze odierne di radiofisica e di radiobiologia provan sempre più quanto già il Russ, il Bragg, ed ancora il Ghilarducci ebbero a sostenere, e cioè che oggidì si afferma sempre più validamente che, analogamente a quanto avviene per le radiazioni componenti il fascio luminoso, l'azione biologica

Digitized by Google

delle radiazioni dell'estremo spettrale può pure variare in rapporto alla lunghezza d'onda della radiazione usata.

Il principio si traduce in pratica radiando senza filtro e successivamente interponendo filtri di metallo di peso atomico progressivamente crescente, alluminio, zinco, rame, argento ecc.; in modo da fare arrivare sul tessuto irradiato raggi di durezza diversa, corrispondente alla varia sensibilità specifica delle cellule che lo compongono.

Questi principi fondamentali di radiobiologia e di radioterapia io ho applicato a titolo di esperimento nella cura per via vaginale delle lesioni della cervice che comunemente vanno sotto il nome di cervico-metriti croniche con erosioni, purchè non complicate da processi annessiali, nè da spostamenti fissi del corpo dell'utero. Adopero per la radiazione della cervice una serie di speculi di Cusco di varie dimensioni in vetro antix, che mi sono fatto costruire dalla Reinigert di Erlangen, e ciò per proteggere dalla azione dei raggi la mucosa vaginale. Non potrei dare norme precise di tecnica giacchè mi è guida l'esperienza acquistata, regolandomi per l'uso dei filtri, per la durata delle radiazioni a seconda della entità della lesione da curare, ma specialmente del modo come il processo di guarigione decorre.

Ho curato una quarantina di casi, alcuni con erosioni notevoli da essere annoverate fra quelle classificate sospette. Il processo di guarigione è graduale e facilmente controllabile. Si nota anzitutto diminuzione e successiva scomparsa della perdita leucorroica, ciò che è dovuto all'azione decongestionante dei raggi e alla loro indiretta azione battericida. Si spiega l'effetto terapeutico dei raggi con la grande sensibilità dei leucociti. Questi formano gran parte del tessuto infiammato, distruggendoli si diminuisce la tumefazione e per conseguenza la dolorabilità, ma quello che è più importante dai corpi dei leucociti in dissoluzione si liberano le antitossine necessarie per l'azione battericida. Heidenhein e Fried a proposito della azione dei raggi X nelle infiammazioni, con indagini metodiche sul potere battericida del siero hanno dimostrato un notevole aumento di esso dopo la irradiazione, o la sua comparsa se prima mancava. Essi ritengono che i processi di reazione immunitaria locale e generale vadano di accordo. La superficie erosa si iperemizza attivamente, le granulazioni si appianano, nel mentre che l'epitelio gradatamente si avanza per rivestirla. Quasi sempre cessa la sensazione di peso e di dolore alla regione sacro-lombare che si accompagna a questi processi infiammatori. Anche la funzione mestruale, quando è irregolare, e la irregolarità non dipende da altre lesioni concomitanti annessiali, si regolarizza.

La letteratura della Roentgenterapia dei processi infiammatori è oggi notoriamente numerosa. Al congresso tedesco di radiologia (aprile 1924) Holzknecht richiamò l'attenzione sulla favorevole indicazione della Roentgenterapia nel trattamento delle infiammazioni. I risultati raggiunti, egli diceva, con dosi molto piccole sono davvero lusinghieri. Il congresso di chirurgia terminato il giorno prima, aveva portato questo stesso argomento in prima linea, ed Holzknecht facea osservare appunto come fosse strano che l'applicazione su larga scala della Roentgenterapia nei processi infiammatori fosse consigliata dai chirurgi e non dai radiologi.

Esiste un rapporto istogenetico fra erosione e cancro del collo ?

Nelle erosioni classiche della portio, scrive il Vannelli nella sua tesi « Metrite e neoplasmi dell'utero », che è ipertrofica dura e sanguinante, a volte nodosa, nella quale l'esame clinico fa sorgere il sospetto della fase iniziale del cancro, l'esame istologico quasi mai dà il reperto della cellula neoplastica, bensì della proliferazione epiteliale, epitelio basale di natura infiammatoria che in alcuni punti non direttamente esposti subisce un processo involutivo, e più profondamente nelle zone più protette, ma anch'esse stimolate, proliferazioni atipiche con infiltrazioni delle pareti vasali e con la sottomucosa infiltrata da plasmacellule che tendono ad opporsi alla invasione epiteliale. In questo stadio iniziale non si mostrano cariocinesi atipiche, ma negli strati più superficiali si notano cellule epiteliali con rarefazione protoplasmatica formazioni di vacuoli e grossi nuclei ipercromatici (squilibrio volumetrico fra nucleo e protoplasma, che potrebbe essere interpretato come anaplasia cellulare).

Le ulcerazioni da metrite cronica hanno origine in seguito ad inoculazioni batteriche varie, gonococciche o di altra natura, o possono succedere a delle manifestazioni acute. Queste inoculazioni hanno una presa particolare sul collo lacerato in seguito a parti.

Nella statistica del Lebert non si trovano che tre donne che non avevano partorito su 39 casi di cancro del collo dell'utero. Per Sibley su 100 donne maritate affette da cancro 86 avevano avuto dei parti, 14 soltanto nullipare.

Weit su 168 casi trova solo 13 donne sterili. Il prof. Laroyenne afferma che egli non aveva mai visto dei cancri del collo dell'utero nelle comunità religiose, e che avendo interrogato tutte le ammalate affette da epitelioma dell'utero, aveva generalmente appreso che la maggior parte avevano avuto dei figli. L'ulcerazione da metrite cronica è la più insidiosa fra le ulcerazioni perchè sorta in un organo a reazione dolorosa molto attenuata, e passa nella maggior parte dei casi inavvertita. Le donne hanno delle perdite bianche alle quali danno poca importanza e che curano da se stesse. La cronicità si stabilizza diventa una abitudine. Se in queste donne affette da perdite bianche piazziamo uno speculo noi discopriamo sul collo dell'utero delle erosioni delle fessure, delle vere ulcerazioni che esistono così trascurate perchè profonde e nascoste. La mia esperienza clinica, confortata anche del parere di altri ginecologi e da anatomopatologi, mi ammonisce che sono tanti punti di possibile insorgenza del cancro, che vanno attentamente curati.

Il cancro non ha presa su di una mucosa sana, ma può istallarsi con la più grande facilità su di una mucosa cronicamente infiammata. La cancerizzazione dell'ulcerazione del collo è tanto frequente quanto insidiosa; non si riscontra donna affetta da cancro del collo, dalla quale allo interrogatorio non si apprenda che da lungo tempo aveva delle perdite bianche o biancogiallastre che aveva trascurate. Qualche volta noi arriviamo a sorprendere la fase quasi insensibile di transizione fra la metrite cronica con ulcerazione del collo ed il cancro. *È l'apprezzamento clinico personale di un indurimento un pò speciale, o di vegetazioni di già a tendenza proliferante.*

Le correlazioni dell'ulcera col cancro dello stomaco sono oggi dimostrate e generalmente accettate. I lavori di Tripier (These de Duplant) hanno per i primi richiamato l'attenzione su questa trasformazione, solo le cifre statistiche sulla frequenza dell'ulcera-cancro differiscono, inquanto alcuni dànno cifre più elevate, altri più basse. In quelle di Mayo-Moynihan Rodman si hanno degli antecedenti gastrici ulcerati nel 50 % dei casi di cancro dello stomaco.

In una comunicazione fatta alla Société des chirurgiens de Paris (11 dicembre 1925) M. Victon Pauchet sotto il titolo « Chirurgie preventive du cancer gastrique » dice che bisogna operare tutti gli ammalati sospetti di ulcera cronica della stomaco resecando tutta l'ulcera riconosciuta alla laparotomia. Presenta due pezzi anatomici provenienti da due operazioni fatte lo stesso giorno. Il primo è cancro dello stomaco in un soggetto che soffre di disturbi dispeptici da 20 a. Di tre radioscopie subite, due erano state negative, i disturbi si erano aggravati da due a. Egli è stato verosimilmente portatore di un'ulcera per lunghi anni. Il secondo era stato operato di gastroenterostomia da un chirurgo. L'ulcera calcolosa della piccola curvatura era stata lasciata in sito. Egli ha fatto la gostroectomia secondaria.

L'ulcera del diametro di un pezzo da due franchi mostrava trattarsi di un cancro iniziale.

Quali si siano i concetti prevalenti e le numerose teorie più o meno accettate sulla etiologia del cancro del collo dell'utero, per quanto riguarda la istogenesi alcuni punti sono fermi dai quali non si potrà prescindere qualunque sarà per essere la soluzione avvenire: il cancro del collo dell'utero ha sempre origine dall'erosione, intendendo identificare con il termine erosione tutto un processo infiammatorio cronico diffuso, che invade il tessuto superficiale e profondo, che si svolge sull'epitelio di rivestimento come su quello ghiandolare e riproduce morfologicamente uno o l'altro dei due tipi di cellule da cui ha origine, il cilindrico o il pavimentoso.

La causa determinante è sempre lo stimolo, la irritazione intesa nel senso largo della parola, sia che essa sia di natura batterica, sia tossica (tossine cellulari) sia traumatica. Gli stati irritativi e flogistici cronici sono capaci di indurre metaplasie epiteliali, che a loro volta possono subire la trasformazione cancerosa perdurando lo stimolo. Brosch fissa un limite di tolleranza degli elementi che possono entrare in proliferazione dietro uno stimolo irritativo o traumatico qualunque con produzione di iperplasia e cariocinesi atipica; — graduazione: irritazione, iperplasia — seconda irritazione, neoplasia.

Menetrier ravvisa una analogia di processo fra le proliferazioni infiammatorie e quelle neoplastiche. Per lui le modificazioni morfologiche degli elementi cellulari nei cancri sono identiche a quelle che si osservano nelle infiammazioni, corrisponderebbero a disturbi funzionali, che producono delle reazioni di questi nel senso puramente vegetativo con diminuzione o scomparsa più o meno completa della specializzazione e della differenziazione. Questi stati morbosi precancerosi, che per l'A. rappresentano uno stadio del processo neoplastico, e devono essere particolarmente sorvegliati, dato che essi sono perfettamente accessibili ad un trattamento efficace, eliminando in tal modo la possibilità di un metaplasia cancerigna. Altri ammettono che i processi irritativi e flogistici cronici possono soltanto preparare il sostrato negli epiteli per lo sviluppo del cancro, ma non ravvisano nè identità nè parentela fra i due processi, e si basano sul fatto che i processi infiammatori sono diffusissimi, ma di essi solo una piccola parte divengono neoplastici.

Boris Socoloff nel suo recentissimo lavoro « Premesse biologiche al problema del cancro », pubblicato nella rivista « Les Neoplasmes » del giugno decorso, riassume anzitutto tutta una serie di ricerche ed esperien-

Digitized by Google

ze praticate lungo un decennio, le quali gli hanno formato la convinzione che tutto ciò che nella cellula in un modo o nell'altro è legato ai processi vitali fondamentali è funzione della membrana cellulare, che chimicamente è di natura lipoidica. La irritazione prolungata e ripetuta a più riprese le fa perdere il suo potere regolatore dei rapporti reciproci intra ed estracellulari.

Allo scopo di chiarire il problema del cancro, dice testualmente, noi mettiamo la seguente tesi: « L'irritazione chimica o fisica prolungata e ripetuta e più riprese, provoca sulla membrana cellulare lipoidica dei cambiamenti considerevoli d'ordine funzionale. Si produce dapprima una rottura delle funzioni regolatrici extra-cellulari, donde anarchia cellulare generale o parziale: poi disparizione delle funzioni intracellulari, e quindi alterazione dei processi fondamentali della cellula, trasformazione fisiologica anormale dei materiali e modificazione dei rapporti tra il nucleo ed il citoplasma.

Espresso il mio convincimento clinico sulle relazioni esistenti fra l'erosione ed il cancro del collo dell'utero, accennate alcune delle teorie relative alla istogenesi, vediamo quale è il criterio differenziale istologico fra la infiammazione ed il neoplasma, a fine di trarne delle conclusioni pratiche relative alla profilassi.

Il tessuto infiammato presenta fin dalle prime fasi un aspetto caratteristico, vi si vedono elementi necrotici o degenerati per l'azione della sostanza nociva, altri invece irritati e sospinti verso la ripresa di quei caratteri giovanili che nella cellula matura parevano definitivamente scomparsi, mentre sussistevano in potenza invece che in atto, e ciò a fine di sostituire proliferando le cellule lese. Per la nota legge fondamentale dello sviluppo, per la quale la cellula matura non prolifera se non ha prima riassunti i caratteri della immaturità, nel tessuto infiammatorio le cellule prima di proliferare si trasformano, perdono cioè i caratteri della maturità ottenuti nello sviluppo fisiologico attraverso una serie di differenziazioni.

La ripresa delle caratteristiche giovanili da parte degli elementi maturi coincide con una vera reversione dello stato fisico-chimico dei nuclei e del plasma, e questa ripresa stessa può essere considerata come una reversione morfologica: in questa reversione e nella rigenerazione che la segue immediatamente consiste il fatto più essenziale della infiammazione. Il processo rigenerativo è cioè caratterizzato dalla evoluzione delle forme che vanno differenziandosi, per cui noi troviamo contemporaneamente nel tessuto in via di rigenerazione cellule madri e cellule figlie a tipo alquanto differente. Caratteristica è dunque la polifasicità degli elementi immaturi e l'assenza, meno che nel periodo finale che precede immediatamente la maturità, degli elementi adulti. Nel neoplasma abbiamo soltanto cellule di tipo immaturo. Immaturità che hanno raggiunto attraverso lo stesso processo di reversione al quale abbiamo accennato, però esse appartengono tutte ad una fase sola.

Questa caratteristica monofasicità del tessuto neoplastico dimostra che le cellule sviluppandósi hanno perduto la proprietà di differenziarsi oltre un dato limite per divenire mature, e che hanno deviato dalla legge generale della proliferazione fisiologica. E' quindi impossibile che torni a formarsi un tessuto normale maturo, che non raggiunge mai la maturità, e quindi non cessa di proliferare (Lenaz).

Da questo concetto deriva il criterio istologico del neoplasma, caratterizzato dalla monofasicità degli elementi costantemente immaturi, e dalla mancanza di elementi maturi e normali Non accenno alle cariocinesi atipiche perchè queste appartengono ad una fase più avanzata di quella alla quale mi riferisco. Riassumendo dal punto di vista del criterio istologico possiamo affermare la unicità della fase iniziale del processo, il quale ad un certo punto anzichè volgere verso la fase fisiologica della rigenerazione, devia verso un processo patologico.

In questi termini ben precisati deve essere compresa la fase precancerigna del carcinoma del collo dell'utero.

La quale per avere una consistenza logica deve essere integrata da altri due ordini di idee, e cioè che il carcinoma non può più essere considerato etiologicamente come entità morbosa unitaria; ma che il modo di insorgere è vario a seconda dell'organo sul quale prende sviluppo (Pianese). Inoltre perchè l'erosione della *portio* si trasformi gradualmente in carcinoma occorre l'intervento di un altro fattore, che ancora sconosciamo, dal quale però non si può prescindere. Se così non fosse noi non potremmo spiegarci la percetuale relativamente piccola di carcinomi della *portio* in rapporto al grande numero di donne portatrici di notevoli processi infiammatorii cronici cervicali, con lacerazioni deformanti ed ectropion,

Una opportuna azione terapeutica rifacendo ai tessuti le condizioni normali di struttura di vitalità e di funzione, sopprimerebbe al fattore determinante ancora sconosciuto il terreno favorevole per agire.

La cura con dosi eubiotiche di raggi X, dati i risultati favorevoli che se ne ottengono, costituisce, a mio giudizio il vero trattamento profilattico, giacchè la guarigione si otterrebbe mercè uno stimolo fisiologico che agisce specificamente sulle cellule embrionali (legge del Bergonier-Tribondeau) provocandone la normale proliferazione, cioè la trasformazione in elementi adulti.

Inoltre l'azione antisettica dei raggi, la fagocitosi che riattivano, l'iperemia reattiva che determinano, lo stimolo degli elementi mesenchimali concorrono a modificare completamente lo stato dei tessuti dando luogo alla guarigione della lesione, e ciò senza azione traumatizzante, e senza formazione di cicatrici.

A conclusione di questo mio lavoro debbo aggiungere che nei rapporti della terapia radiante, la profilassi del carcinoma della cervice, così come io la intendo, e la cura del carcinoma in atto vanno diversamente considerate.

La cura del carcinoma dell'utero è ancora oggi essenzialmente chirurgica, e va pratica in tempo con intervento radicale il più largo possibile. A questo principio io mi attengo nella mia pratica clinica.

Prof. Domenico Enea
Libero docente di Ostretricia e Ginecologia nella R. Università di Napoli

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il cloridrato di istamina nella leuce mia. — P. Moretti (R. Clinica Medica di Messina). *Minerva Medica*, 20 settembre 1926.

E' noto che l'istamina, prodotto di decarbossilazione dell'istidina, somministrata per via sottocutanea o endomuscolare determina fenomeni che nel loro insieme hanno molta affinità con lo shock anafilattico e da peptone: abbassamento della tensione periferica, variazione numerica dei leucociti, inversione della formula leucocitaria ecc.

L'A. ha constatato che sebbene una sola iniezione di istamina (1 mgr.) sia seguita da un aumento del numero dei globuli bianchi, il trattamento con istamina in serie di 3 iniezioni seguite da 3 giorni di riposo, provoca una diminuzione notevolissima nel numero dei leucociti stessi.

Per quanto riguarda la formula leucocitaria, l'A. ha osservato che mentre la prima iniezione è seguita da una diminuzione degli elementi maturi della serie granulocitica, con aumento delle forme più giovani della stessa serie, dopo le successive iniezioni si nota un comportamento inverso: aumento dei polimorfonucleati neutrofili e diminuzione degli elementi immaturi (promielociti, mielociti, metamielociti).

Parallelamente a questa diminuzione si verifica un sensibile miglioramento soggettivo, accompagnato da notevole riduzione del volume e della consistenza delle ghiandole linfatiche, della milza e del fegato.

Se questa notevole diminuzione del numero dei globuli bianchi sia reale, per esaltazione dei poteri leucolitici o per diminuita leucogenesi, o fittizia, per accumulo di leucociti negli organi interni, non è dato per ora stabilire, sebbene la mancanza di reazioni da parte degli organi emolinfopoietici, che generalmente accompagnano la leucopenia da shock proteico, faccia ritenere come poco probabile la seconda ipotesi.

Iniezioni intrapulmonari nel trattamento della tubercolosi pulmonare. — K. Takata (Chigasaki, Giappone). *Japan Med. World*, vol. 6, n. 4.

In questo metodo diretto di aggressione dei focolai batterici l'A. usa la seguente soluzione:

Iodoformio	cc. 1.5
Olio di trementina	cc. 2.5
Fenolo	cc. 2.5
Canfora	gr. 5
Olio di oliva	cc. 36

alla dose iniziale di cc. 0.5 e progressivamente crescente di cc. 0.5 per volta fino a 5 cc.

Queste iniezioni non possono essere praticate nei casi in cui si notano sintomi cavitari nè in quelli in cui si nota forte ipertermia: sono invece assai indicate nelle forme tubercolari apicali non gravi.

Vengono praticate in corrispondenza del primo spazio intercostale, là dove esiste la più netta risuonanza cavitaria.

Digitized by Google

L'intervallo fra le due iniezioni successive può liberamente variare fra i 4 e i 7 giorni.

Questo trattamento si è dimostrato assai più efficace di tutti i metodi terapeutici oggi in uso: batterioterapia, iniezione endovenose di calcio, pneumotorace artificiale, e roentgenterapia. In ogni caso si è ottenuto già dopo la terza iniezione un evidente miglioramento sintomatico: diminuzione delle aree cavitarie, remissione della febbre e della emottisi, nonchè un notevolissimo miglioramento delle condizioni generali. [All'A. soltanto spetta la responsabilità di queste affermazioni sui risultati curativi. N. d. R.].

Peribronchite non tubercolosa simulante tubercolosi occulta. — MEADER in Denver. *The Journal of the American Medical Assoc.*, 87, 3, 1926.

Tuttaltro che scarsa la produzione sull'argomento, non si è pertanto a sufficienza in possesso di precise delimitazioni cliniche. Esiste in realtà un tipo tenue di peribronchite subacuta non tubercolosa, la quale offre un contrasto tra lo stato del paziente, l'efficienza economica, in proporzione ai segni fisici che una casuale osservazione possa scoprire, si impone allora stabilire qualche differenziamento dalla tubercolosi occulta, la quale può presentare sintomi e segni similari. Possibile riesce questo differenziamento, purchè si prenda in valutazione l'intero quadro nosografico, compresovi naturalmente l'esame röntgen. L'importanza nel riconoscimento di questo differente stato patologico, sta nel fatto che con trattamento appropriato si possono conseguire grandi migliorie; mentre se trascurato, lo sviluppo peggiorativo si accentua. Di qui anche una differenza prognostica molto notevole, che si ricongiunge materialmente alla forma diversa di trattamento.

Lo studio di questo gruppo di pazienti può, come si intende, essere compreso da più lati, e sotto aspetti diversi. Ma non occorre molto a far giudicare che si debba fare precipuo assegnamento sui segni fisici, ripetutamente, oculatamente raccolti, e poi ben ponderati, tanto più che in buona parte essi si sottraggono ad un sommario esame. Bisogna ricordare che si presentano come «sospetti» ed in attesa di conferma casi tubercolari nei quali poverissima è la reazione focale alla tubercolina; d'altra parte, in non tubercolosi le successive acute « infreddature » che essi sogliono accusare, sogliono accompagnarsi con ricorrenti localizzazioni di attività nell'area stessa, magari con una estensione, mentre sopradosi di vaccino autogeno sino capaci di provocare reazioni focali precisamente similari. Le alterazioni apicali o basali, queste ultime con o senza modificazioni apicali se importanti non sono decisive. Le minime non tubercolose lesioni basali, presentano come segni fisici, se mai, caratteristici l'accentuazione localizzata alla risonanza polmonare, con o senza alterazione relativa della lunghezza in ed espiratoria, con o senza respiro aspro. Possono o non esistere e persistere medi e piccoli rantoli. Quando questi segni precisi sono riscontrati in sopra della terza costa, siamo soliti a pensare alla tubercolosi attiva o quiescente. La peribronchite non tubercolosa può occasionalmente prevalere a distribuzione apicale. Si vedono in certi casi persistere per più mesi le condizioni obbiettive accennate. Le aree basali non sogliono accompagnarsi ad ottusità, o se mai presentarla molto circoscritta. Tubercolosi o non tubercolosi, si possono egualmente constatare segni di ingrossamento delle ghiandole tracheo-bronchiali ed ilari. Ma d'altra parte non si può essere molto assoluti nel rapportare i segni fisici a quelli radiologici.

In cotesti tipi modici si richiedono buoni röntgengrammi stereoscopici. Spesso, interpretandosi, si viene a constatare di quanto variano le opinioni circa i limiti « normali » dell'accentuazione dell'albero bronchiale, tenuto conto anche di condizioni individuali. In tali casi vennero persino considerati di spettanza normale, inspessimenti peribronchiali estesi ai fini bronchi, spiccati inspessimenti non estesi come sopra, ma accompagnati ad ingrossamenti delle ghiandole mediastiniche; ed inspessimenti accompagnati da aree di involuzione parenchimale. Si è detto ora gli ispessimenti irregolari fossero probabilmente tubercolosi; ora quelli uniformi esser, probabilmente, non tubercolosi. Dunham ha voluto valorizzare come presuntiva evidenza della natura tubercolosa, gli aspetti dell'età diversa di tali lesioni. Senonchè anche nelle forme non tubercolose bastano ricorrenti attacchi influenzali, od altri di natura acuta, per provocare aspetti simiglianti. Probabili non assoluti segni di tubercolosa natura, fornisce la calcificazione; bisogna, se mai valutarli in rapporto agli altri elementi che depongano per la tubercolosi.

Se di sputi si dispone, e vi si può notare presenza o persistente assenza di bacilli tubercolari, è d'altra parte non raro che gli sputi manchino. Non utilizzata abbastanza la ricerca ematologica; si può un certo grado di anemia constatare negli uni e negli altri tipi, sebbene a prevalenza in quelli tubercolosi. Così anche per la linfocitosi che se prevale in questi ultimi, può non mancare nei non tubercolosi. Eguali incertezze si possono dire in quanto alla pressione sanguigna. La tubercolinoreazione, intradermo o Pirquet, può concorrere alla diagnosi differenziale. Se negativa è di forte presuntiva coincidenza della natura non tubercolosa. Se positiva è di suggestiva conferma alla tubercolosi; pur notando che soggetti guariti di antichi focolai tubercolosi, possono soggiacere ad addizionali infezioni non tubercolose, cui si potrà attribuire i sintomi correnti. Si sono così avute osservazioni nelle quali positiva reazione intracutanea discordava con un complesso di sintomi predominanti a tipo non tubecoloso. D'altra parte, nei non tubercolosi, la somministrazione di vaccino autogeno preparato possibilmente dagli sputi, o da colture di focolai infetti delle vie superiori, può mostrare miglioramenti notevoli subbettivi ed obbiettivi, magari nell'esame röntgen.

Lesioni tubercolari in persone morte per malattia non tubercolare. — T. TODD Edinburgh. *Medical Journal*, 1926, n. 33.

L'A. ha trovato all'esame necroscopico lesioni tubercolari nel 69 per cento di 386 persone che morirono di malattie diverse dalla tubercolosi. Nel 50 % di queste, furono trovate lesioni calcaree, cioè guarite.

Nel 9 % le lesioni erano inattive, nei rimanenti erano invece in istato di più o meno evidente attività.

I pulmoni, le ghiandole tracheobronchiali e le ghiandole mesenteriche erano generalmente la sede più frequente dei tubercoli. Gli altri organi, eccetto le ghiandole cervicali, erano, secondo l'A. state infettate secondariamente agli organi su menzionati. Il rene, attaccato quasi sempre nei periodi avanzati dell'infezione, non si presentava in nessun caso tendente alla guarigione.

L'A. ha inoltre osservato che nei primi anni di vita predomina la tubercolosi addominale, mentre che negli anni successivi predominano le forme bronchiali e pulmonari.

Dal fatto che la tubercolosi nella età non più infantile è quasi sempre pulmonare e ad andamento cronico o subacuto e che nella gran maggioranza dei casi l'affezione pulmonare si è manifestata dopo la pregressa occorrenza di manifestazioni addominali, si può dedurre che nell'uomo abbia luogo una certa resistenza alla infezione e che la malattia sia in un gran numero di casi imputabile alla riacutizzazione di una precedente infezione, non già effetto di una reinfezione.

L' insulina negli stati di denutrizione. — C. BONORINO UDAONDO e A. FONTANA. *La Prensa Medica Argentina*, a. 13, n. 7.

Gli AA. sono riusciti a determinare un notevole miglioramento negli stati di denutrizione mediante la somministrazione di insulina. Questa è stata fatta per via sottocutanea alla dose iniziale di 5 unità e ripetuta giornalmente, aumentando ogni volta di 1 unità, fino a raggiungere un limite di 60 u. giornaliere.

Contemporaneamente gli infermi sono stati mantenuti ad una dieta abbastanza ricca di carboidrati, per evitare il pericolo di una grave ipoglicemia.

Il meccanismo intimo dell'azione dell'insulina sullo stato di nutrizione dipenderebbe, secondo gli AA., dal fatto che la cura insulinica produce un aumento dell'alcalescenza plasmatica. Quest'aumento dell'alcalinità sanguigna provocherebbe difficoltà nella glicogenolisi epatica e sarebbe causa della maggiore fissazione del glicogeno sia nel fegato che nei tessuti, con il conseguente aumento della ritenzione di acqua. La fissazione del glucosio migliorerebbe la nutrizione generale. [E' una ipotesi, la cui responsabilità è dell'A. N. d. R.].

La strofantina somministrata per via sublinguale. — J. TRACY (Toledo: Ohio, U S. A.). *Med. Journal and Record*, 15 settembre 1926.

L'A. ha avuto occasione di sperimentare un buon numero di volte la benefica azione della somministrazione sublinguale della strofantina nella inefficienza miocardica. Egli ha trovato che la strofantina così somministrata, nella dose di 1 mgr. per 3-4 volte al giorno, produce aumento notevole dell'urinazione, diminuzione degli edemi e miglioramento evidentissimo dello stato generale.

Ha quindi motivo di ammettere che la strofantina, venuta in contatto con le terminazioni nervose efferenti sublinguali, vada direttamente ad eccitare i centri cardiaci simpatici. Lo stimolo acceleratore andrebbe quindi, secondo l'A., a ridare vitalità e buona capacità di nutrizione alle singole fibre miocardiche. [Perchè non ammettere che la strofantina è assorbita dalla mucosa linguale anzichè pensare a una stimolazione a distanza? N. d. R.].

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Ostruzione duodenale. — SIMPSON in Liverpool, *The Lancet*, 20, novembre 1926.

Frequenti cause di indigestione, oltre l'ulcera, bisogna ritenere sieno altre lesioni duodenali. Vi rientrano: diverticoli, compartecipazione ad ingrandimenti ad infiammazioni di produzioni anatomiche viciniori, stenosi tubercolari, ostruzione da corde o aderenze tubercolose con organi.

Digitized by Google

Esistono casi di anomalie congenite, ed in uno di essi l'A. ha trovato una appendice che controllava la flessura duodeno-digiunale. Oltre il caso descritto dal Nagel di congenito diaframma duodenale in soggetto di 72 a. Simpson riferisce, in persona di un 24enne, una stenosi lunga 2 1/2 pollici, con 1/2 pollice diametro, al posto del piloro. In altro caso dell'A. l'ostruzione era dovuta ad una cisti biliare invaginante la parete del duodeno dalla papilla biliare all'arteria mesenterica superiore. La cisti conteneva circa 30 once di liquido, con costituenti biliari e pancreatici, oltre a qualche calcolo. Esisteva anche ulcera duodenale. Per più anni si era constatata la sindrome da indigestione; flatulenze; in ultimo era sopravvenuta dilatazione gastrica.

A proposito dell'ileo, l'A. riferisce osservazioni nelle quali si praticò la colopessia. La gastro-enterostomia fu specialmente attuata nei casi che si giudicarono ulcerosi, con spiccata ipercloridria. Di 14 pazienti sottoposti alla duodeno-digiunostomia, metà guarirono o serbarono lievi disturbi. Tutti i casi erano di splancnoptosici.

In quanto alle correlazioni tra cistifellea e dotti biliari col duodeno, da parte le irritazioni di vicinanza, le aderenze, l'A. ha visto casi a sindrome ulcerosa, dominata dall'intervento.

Molto spesso enteroptosici codesti soggetti hanno talora presentato ostruzioni nelle quali lo spostamento ed il prolasso duodenale, occupava la parte saliente.

Di solito coteste affezioni duodenali sono periodiche, recidivanti, a lunghi intervalli.

Il solfato di magnesio come anestetico generale.— Leo. *La Clinica Chirurgica*, n. 11, 1926.

Per quanto ancora alla fase sperimentale, queste ricerche dell'A. meritano di essere giustamente valutate. Il solfato di magnesio, iniettato ai conigli provoca una narcosi generale che dura un certo tempo, senza che sia preceduta o si accompagni o sia seguita da fenomeni di sorta.

Non solo, ma tale narcosi è priva di conseguenze prossime o remote.

Per dosi troppo elevate o per speciali condizioni dell'animale, il solfato di magnesio può riuscire pericolosissimo potendo provocare paralisi respiratoria e forte depressione arteriosa. Anche in seguito ad altre dosi se non sopravviene la morte, il risveglio si compie senza essere accompagnato da disturbi nè immediatamente nè dopo.

All'esame del sangue praticato durante la narcosi si è rilevata leucopenia notevole ma transitoria; altre modificazioni (polinucleosi linfopenia) sono state fugaci. Nessuna alterazione patologica di sorta nelle urine.

Il cloruro di calcio ha un'azione antagonista rapida, quasi istantanea sul solfato di magnesia, di cui sopprime i pericoli anche più gravi, se iniettato nelle vene prima dell'arresto del respiro.

Flemmoni da petrolio. — Prosperi. *Giornale di Medicina ferroviaria*, n. 8, 1926.

I flemmoni da petrolio fanno parte di autolesionismo, e vanno perciò ricercati e studiati, onde scoprirne subito la natura, rilevandone le particolari caratteristiche che li distinguono dai comuni flemmoni di natura batterica.

Poche gocce di petrolio, iniettate sotto cute provocano immediatamente tumefazione, rossore, reazione connettivale intensa, necrosi e consecutivo ascesso.

Questa reazione è proporzionata alla quantità e alla purezza del petrolio iniettato e si possono verificare — come avveniva specialmente in passato — gravi mutilazioni delle parti su cui l'iniezione avviene, od anche la morte.

Bisogna tener conto, nella differenziazione di diversi elementi. Innanzi tutto il dato anamnestico. Un individuo che il giorno prima godeva ottima salute si presenta all'osservazione con una lesione che per i suoi caratteri imponentissimi (tumefazione estesa, rossore, ecc.) non può ascriversi ad un flemmone batterico poichè nessuno di questi, per virulento che sia, può provocare reazione così grave a brevissimo spazio di tempo. Inoltre contrastano coi fenomeni locali i disturbi generali e la febbre. Nel flemmone da petrolio, infatti, non solo la febbre non supera i 38°-38°.5, ma lo stato generale è quasi buono sicchè non si ha il quadro di un flemmone diffuso batterico che si accompagna sempre a reazione generale intensa.

Si aggiunga ancora — fra i caratteri negativi — la mancanza di tipiche strie di linfangioite quasi sempre compagne del flemmone naturale e la quasi completa mancanza di risentimento glandolare.

Tuttavia qualche volta le strie di linfangioite e lo ingorgo glandolare possono essere presenti; ciò avviene quando al flemmone da petrolio si aggiunge una infezione batterica che complica e rende più grave il quadro.

Verso il quarto o quinto giorno dall'osservazione di questi fatti la pelle, divenuta di consistenza pastosa comincia a dare segni di pseudo-fluttuazione, e qualche volta si ha senso di crepitazione per la presenza di bollicine di gas che è dovuto o a bolle d'aria inettata col petrolio oppure al gassificarsi della benzina di petrolio, quando non si adopera il comune petrolio da illuminazione.

Praticata precocemente la incisione si dà esito a scarsa quantità di sostanza saniosa rosso-bruna, mista a detriti di tessuto necrotico, come poltiglia di cervello putrefatto.

La riparazione, di solito, in seguito all'apertura dell'ascesso avviene rapidamente, a meno che non vi siano larghi tratti necrotici da eliminare o non si abbiano infezioni secondarie, che possono ritardare di parecchi mesi la guarigione.

Nei casi lievi il decorso è di 10-12 giorni o, abitualmente, di 30-60, in quelli ordinarii. A carico delle urine bisogna menzionare una reazione speciale, la reazione di Filippi-Lassar che consiste nella eliminazione di una sostanza chimica eliminata per i reni di odore resinoso. Si rivela trattando l'orina eventualmente dealbuminata con acido nitrico fumante e sottoponendola all'ebollizione. L'orina così trattata intorbida leggermente e l'intorbidamento scompare col calore e ricomparisce col raffreddamento. L'odore caratteristico si manifesta durante l'ebollizione.

Questa reazione può essere però utile solo durante i primi giorni; manca se la dose usata fu lieve,

La ramisezione del simpatico lombare e sacrale.— G. Pieri, Belluno. *Annali Italiani di Chirurgia*, n. 7, 1926.

L'operosità nota dall'A. in questo campo ancora sub-judice; la difficoltà dell'argomento, lasciano soltanto ad un transunto del contributo, un riflesso del contesto illustrato da buone figure.

L'A. si fa espositore e caldeggiatore di una tecnica transperitoneale, la quale se richiede naturalmente possesso di esercizio, offre tuttavia, di fronte alle altre tecniche finoggi commendate, notevoli vantaggi, Anzitutto semplicità di procedura operatoria; minore traumatismo; accesso diretto sul simpatico, largo spazio nel manovrare. Inoltre esso permette eseguire la ramisezione bilaterale in un solo intervento.

Inoltre questo procedimento dà l'accesso diretto al simpatico sacrale, ciò che non è possibile dalla via lombare; onde coloro i quali si servono di questa via non sezionano i rami comunicanti sacrali; bensì il cordone del simpatico, tra l'ultimo ganglio lombare ed il primo sacrale; ciò che è un espediente forse sufficiente, ma non corrispondente al concetto anatomico e fisiologico della ramisezione.

La descrizione di tutta la tecnica, nei suoi singoli tempi, non può esser qui riportata. Ma eccone i punti salienti: 1. Ramisezione del 12° dorsale e del 1° 2° 3° lombare (dalla via posteriore). Incisione verticale a due dita, dalla linea mediana, iniziandosi alla 11ª costa scendendo a raggiungere il margine della cresta iliaca, arrestandosi o meno, secondo il ramo da recidere. Emostasi, rispetto dei nervi, scendere fino sul piano delle apofisi trasverse. Obliqua incisione parallela al margine inferiore della 12ª costa, attraversando il quadrato lombare; reperito il 12° nervo dorsale, seguirlo verso il forame coniugato, fino all'origine del rispettivo ramo comunicante, che si seziona.

Per i comunicanti lombari, scoprire, denudare e recidere alla base le apofisi trasverse. Ricercare i tronchi nervosi in fondo all'intervallo tra monconi delle apofisi sezionate alla base. Emostasi per compressione. Se necessaria, sutura a piani.

2ª Ramisezione del 4° e 5° lombare e del 1°-2° sacrale (via anteriore). Laparotomia mediana sottombellicale in Trendelenburg. Se in donna, fissare il fondo uterino con qualche punto al peritoneo retropubico, per non essere ingombrati. Incisione mediana o solo latero-vertebrale, dalla III lombare fino a metà del sacro. Lavorare a seconda dell'obbiettivo, in sopra od in sotto della biforcazione dei grandi vasi, la quale, come è noto, offre anche essa varianti di livello. Dirigersi, rispettivamente verso l'uno o l'altro disco. Riconoscere i rispettivi gangli, specialmente servirsi dell'ultimo lombare per risalire al penultimo.

Isolando e stirando cordone e gangli, si tendono i rami comunicanti da recidere.

Ecco — ripetiamo — soltanto lo schema dell'elegante tecnica del Pieri. Per l'insieme attingere alla fonte.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

La velocità di precipitazione in ostetricia e ginecologia.— V. Dogliotti (Ist. di Maternità degli Osp. Civili di Genova). *Folia Gynaecologica*, vol. 23, n. 4.

Secondo i risultati dell'A. la velocità di precipitazione degli eritrociti nella gravidanza ha una importanza diagnostica relativa, giacchè la velocità si manifesta spiccata solo tardivamente, quando già clinicamente si può formulare la diagnosi. La reazione può invece avere importanza per una diagnosi differenziale tra gravidanza e miofibroma, in cui, non esistendo fatti reattivi peritonitici controllabili clinicamente si può

Digitized by Google

formulare la diagnosi. La reazione può invece avere importanza per una diagnosi differenziale tra gravidanza e miofibroma, in cui, non esistendo fatti reattivi peritonitici controllabili clinicamente, la velocità deve essere normale.

La V. S. ha importanza grandissima per una diagnosi differenziale fra raccolta annessiale purulenta e gravidanza extrauterina, nel senso che frequentemente una reazione di Fähreus, rapida con apiressia, corrisponde a gravidanza extrauterina, mentre che nella grandissima maggioranza dei casi una reazione di Fähreus rapida con febbre corrisponde ad annessite ancora allo stato infettante.

La prova della V. S. è utile nella diagnosi, anche precoce, di neoplasma: essa ha sopratutto il vantaggio di essere un indice prognostico sicuro nei casi di processi infiammatori e di neoplasmi complicati da infiammazioni reattive, nei quali debba decidersi l'opportunità e il momento di intervenire chirurgicamente.

Miomectomia, isterectomia e radioterapia nei miofibromi dell' utero. — J. C. Masson. *The Journ. of. Am. Med. Ass.*, 6 novembre 1926.

Se i miofibromi non provocano sintomi, nessun trattamento è indicato. La radioterapia è indicata per tutte le pazienti al disopra dei 40 anni portatrici di miofibromi che non raggiungono il diametro di 15 cm. ed il cui principale disturbo è rappresentato dalle menorragie. La radioterapia è anche indicata per le inferme non ancora quarantenni che rifiutano l'asportazione chirurgica o nelle quali l'operazione riuscirebbe troppo pericolosa. Anche nei casi di fibrosi dell'utero e nelle emorragie essenziali si ricorrerà ai raggi X.

La cura chirurgica è applicabile alla grande maggioranza delle inferme al disotto dei 40 anni; per quelle che soffrono di disturbi vescicali; per le ammalate con tumori di più di 15 cm. di diametro, con tumori peduncolati o sottomucosi o che sono in preda a degenerazione o infiammazione; per le inferme i cui tumori possono non essere miofibromi e quelle nelle quali vi sono dalle complicazioni che richiedano l'apertura dell'addome.

La miomectomia addominale è indicata nel più gran numero delle inferme di meno di 40 anni. L'operazione vaginale è indicata se il tumore si presenta attraverso il collo. L'isterectomia subtotale sarà praticata nelle donne che non ancora hanno raggiunto i 40 anni, quando è necessaria l'asportazione della maggior parte del corpo dell'utero e quando il corpo è in buone condizioni. L'sterectomia addominala totale è da eseguirsi, quando nel collo esistono lesioni cervicali non carcinomatose, oppure quando l'anamnesi suggerisce la possibilità di una trasformazione maligna del miofibroma o l'associazione di un tumore maligno del corpo dell'utero.

Il varicocele pelvico. — P. Carlini. *La Clinica Ostetrica*, febbraio 1927.

Il varicococele del legamento largo nelle donne non è raro, specialmente nella vita sessuale attiva. Esso pur essendo in generale associato ad altre lesioni, può esistere anche isolato, primario. Nella patogenesi di tale forma morbosa è da ricordare che nella donna le condizioni anatomiche della circolazione pelvica favoriscono la stasi venosa e la subinvoluzione e gli spostamenti uterini aumentano quest'ingorgo. La sintomatologia è confondibile facilmente con quella delle altre lesioni pelviche. Sintoma patognomonico è però la differenza di dati obiettivi e soggettivi nel passaggio dalla posizione eretta a quella orizzontale.

La cura medica (ergotina hidrastis, estratti tiroidei e pituitario) è utile solo all'inizio dell'insorgere di tali disturbi. La vera cura radicale è invece la chirurgia. Fra i vari metodi ottimo quello di Castano (legatura e resezione dei tronchi venosi utero-ovarici), sebbene non sufficiente del tutto. Onde l'A. propone la sua associazione con la resezione limitata ai tronchi più grossi.

PEDIATRIA

Cisti idatidea del fegato in un bambino di 5 anni, e sacralizzazione della 5.ª lombare. — E. Loubat e J. Magendie. *Journ. de Médecine de Bordeaux*, 25 ottobre 1926.

Gli AA. descrivono il caso di un bambino di 5 anni che presentava un tumore, grosso quanto un pugno, alla parte media dell'epigastrio. Questo tumore era indipendente dalla parete, ma nettamente aderente al fegato, e seguiva i movimenti del diaframma.

Non erano presenti dolori, nè disturbi digestivi o pulmonari; il fegato era leggermente ingrossato. Fu fatta diagnosi di cisti idatidea del fegato, confermata da una reazione di Weinberg Parvre positiva e da una eosinofilia sanguigna di 6.4.

All'intervento si notò infatti la presenza di una cisti bianco-rosata, situata contro al ligamento sospensore. Dopo evacuazione di 150 cc. di liquido chiaro, senza sabbia idatidea, si procedette all'asportazione della membrana prolifera, nonchè al lavaggio della cavità con formolo al 5 %.

Durante le ricerche radiografiche fatte per cercare di determinare l'esistenza di altre cisti (ricerche restate negative) si è osservata una malformazione delle apofisi trasverse della 5ª vertebra lombare. Queste apofisi erano ipertrofizzate e appiattite a ali di farfalla e sembravano venire in contatto col sacro e forse anche fondersi con esso.

Sembrava trattarsi in questo caso di una sacralizzazione della 5ª lombare, che non aveva determinato nessun disturbo funzionale apprezzabile clinicamente. Ciò prova che questa malformazione può essere perfettamente tollerata e non accompagnarsi a nessun fenomeno funzionale patologico.

L' immunizzazione locale di Besredka nella cura delle piodermiti in pediatria. — A. Canelli. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, n. 1, 1927.

Besredka sostiene che l'immunità dell'organismo verso una data infezione non sia dovuta ad una difesa umorale (anticorpi del siero di sangue), bensì ad una difesa locale propria dell'organo che è ricettivo verso quella data infezione. Per le piodermiti, per es., gli stafilococchi e gli streptococchi che più comunemente le provocano hanno uno speciale tropismo per la cute, ed è nella cute stessa che si svolgono i processi di immunità organica contro di essi. Il trattamento logico di queste affezioni deve consistere dunque non in una vaccinoterapia per iniezioni, ma nell'applicazione sulla cute di particolari brodi, nei quali sono stati insemenzati gli stafilococchi o gli streptococchi e che sono stati successivamente intrati per candela e resi sterili. Questi brodi detti dal Besredka « antivirus », conterrebbero sostanze che impediscono lo sviluppo dei germi determinanti le piodermiti e che esaltano i poteri immunitari della cute.

Tenendo presenti questi concetti, l'A. ha voluto sperimentare questo metodo immunoterapico locale nelle piodermiti dei bambini, spesso così ribelli e resistenti alle cure e causa talora di sepsi specialmente nel lattante; egli si è servito perciò di applicazioni sulle lesioni di compresse imbevute di brodo-vaccino, preparato volta per volta con i germi isolati dallo stesso malato che si intendeva curare, e rinnovate tre volte al giorno. Guarigioni rapide l'A. ha così ottenuto: in un caso di eczema gravemente impetiginizzato della nuca e del collo, in una piodermite subacuta del padiglione dell'orecchio destro complicata da rinite purulenta, in un lattante affetto da ascessi multipli recidivanti agli arti inferiori e al tronco, in un caso di ectima degli arti inferiori (in esso le lesioni venivano scarificate prima dell'applicazione dell'antivirus), in un caso di pemfigo epidemico dei neonati, ecc. L'A. ritiene perciò che nelle piodermiti il metodo di Besredka permette una guarigione sollecita o almeno circoscrive sollecitamente e limita l'infezione, proocando poi la rapida regressione delle lesioni cutanee; che esso inoltre s'impone nei casi gravi e ribelli di piodermiti, sia in lattanti ed in bambini robusti, sia in cachettici debilitati ed ipotrepsici.

VENEREOLOGIA

Importanza diagnostica della ricerca sullo sperma nella gonorrea. — Leibfreid. Istituto Venereologico in Charkow. *The Urologic and Cutaneous Review*, n. 10, 1926.

L'importanza di più precisi dati diagnostici in materia di contagio da gonococchi, è sempre discussa. A fornirsi prove nelle gonorree nascoste croniche, la cui secrezione non lascia facile dimostrazione della presenza di germi, si va da qualche tempo, in Congressi della specialità, valorizzando la ricerca culturale oltre che batterioscopica del liquido seminale. Ma mentre alcuni osservatori, uniformandosi alle osservazioni di Guepin, Barbeillon ed altri, affermano la percentualità alta e dimostrativa di tale cultura, non mancano altre ricerche che la metterebbero in forse. Non sarebbe questo il luogo di diffondersi sulla bibliografia.

Invece veniamo a quanto nel predetto Istituto è risultato. Lo sperma fu utilizzato non oltre una ora dalla sua emissione, servendosi di terreni culturali agar-ascitici. I saggi furono diluiti a parti eguali con soluzione fisiologica sterile per renderli meno attaccaticci. Quindi centrifugato per 10-15 minuti, così da avere un precipitato batterico, questo era portato nelle capsule Petri con agar-ascitico, reazione, secondo Michaelis 6.0-7.0. Termostato a 37° per 24 ore. Si vedevano comparire colonie dai caratteri macro e microscopici di gonococchi. Dalla positività o negatività di pullulazione nel semplice terreno, e dal risultato della colorazione, si distinse ora la presenza di un « diplococco gram- negativo sorgente su semplice terreno », ora di germe del Neisser.

I pazienti furono suddivisi in gruppi: alcuni come semplice ispezione profilattica; altri la cui uretra era previamente irritata con nitrato di argento; altri clinicamente curati come stadio acuto: altri come affetti da localizzazioni seminali ed epididimali; in complesso 95 casi. Fu rilevato la positività del reperto in 24 % dei casi. Questa proporzione

Digitized by Google

e abbastanza inf. a quella di 75 % stabilita da Lebreton; è più prossima a quella di Le Fur, cioè 36 %. Ma si può meglio intendersi tenendo conto della diversa sensibilità dei terreni; e dall'avere escluse le cosidette forme di involuzione gonococcica bene spesso riscontrate nella gonorrea. D'altra parte non essendo ancora precisa la nostra conoscenza sull'anzidetto altro cocco gram negativo, non si potrebbe ancora ammetterlo nelle percentuali. In complesso si può affermare che la percentuale più alta, 37 % appartiene alle gonorree complicate; quella minore 15 % alla gonorrea acuta; e quella media di 21-25 % alla cronica. Bisogna dunque tenerne conto, ed anche giudicare dell'aumento di cellule purulente nella eiaculazione rispetto a quelle ottenute dalla secrezione prostatica, come segno di flogosi delle vescichette seminali.

Cura organotropa della blenorragia. — Würzburger, Sez. Ostet.co-Ginecologica dell Ospedale civico di Manheim. *Medizinische Klinik*, n. 44, 1926.

In Germania dopo la guerra, il numero dei blenorragici e delle blenorragiche si calcola salito enormemente: alcuni pensano che si tratti del 266 % in confronto con le cifre del 1911!

Una gran parte di questi affluisce allo ospedale per ricevere le cure del caso, un po' perchè non ha mezzi, un po' perchè ha maggior fiducia che per lo passato del medico.

Nelle donne sospette, la ricerca del gonococco va praticata due volte alla settimana sul secreto uretrale, dopo aver esercitato una sufficiente pressione coll'indice in vagina. Non bisogna scoraggiarsi per l'esito negativo della ricerca, ma ostinarsi a praticarla, poichè alle volte è solo al 7°-8° preparato che si ha un risultato soddisfacente. Per facilitare la ricerca si può eseguire una stimolazione locale con soluzione di Lugol diluita al 25 %.

Tra i mezzi culturali diagnostici va preferito il brodo-agar-peptone nonostante le critiche di diversi Autori.

In mancanza del reperto positivo batteriologico, il reperto ginecologico e la forma clinica aiutano molto: affezioni annessiali bilaterali, manifestazioni peritoneali in connessione con le mestruazioni, mestruazioni irregolari e dolorose, etc. ove si possa escludere la tubercolosi ci parlano con grande verosimiglianza di manifestazioni gonococciche.

Su di un materiale di più di 400 affezioni gonococciche in donne, la maggior parte delle localizzazioni è stata data dagli annessi (72 %), con reperto positivo dei gonococchi nel 40 %; seguono le affezioni della cervice e dell'uretra senza diffusione dimostrabile all'utero (10 %), e poi le pelviperitoniti pure (9 %).

Durante la gravidanza, ed il puerperio, dopo gli aborti, l'affezione tende a diffondersi in alto.

In queste manifestazioni organotrope il trattamento conservativo può praticarsi se le sofferenze del soggetto sono lievi, si consiglieranno tranquillità locale e generale e bagni, da praticarsi a casa.

Ma vi sono delle donne soprattutto giovani, che si sono già fatte asportare le tube ed un ovario, e che di nuovo ritornano in clinica per sofferenze provocate dall'altro ovaio; anche in questi casi l'operazione va possibilmente evitata, e bisogna ricorrerci solo in casi di necessità (circa il 20 %), per donne che si presentano per la seconda o terza volta in clinica accusando sofferenze al basso ventre, con dolori che si ripetono in forma accessionale. In ogni caso bisogna praticare per almeno 8-12 settimane una terapia conservativa, e trarre argomento di decisione per l'intervento anche dall'età e dallo stato sociale della paziente.

Tra i metodi di cura conservativi va dato il primo posto alla terapia Röntgen, che è indicata nei casi di gravi e frequenti emorragie periodiche con manifestazioni di collasso, nei tumori annessiali non ben circoscrivibili, su cui non appare opportuno intervenire chirurgicamente, ed infine quando si voglia semplicemente abbreviare il trattamento. Rappresentano invece delle controindicazioni le psicosi, il Basedow, ed il mixedema.

Circa il modo di agire di questa forma di trattamento, si pensa che essa elevi la forza battericida del siero.

Analoga azione avrebbe l'introduzione terapeutica di proteine (latte, caseosan, autosangue, gonargina, gonoyatren etc.) tuttavia si tratta ancora di esperimenti di assaggio, poichè manca la regolarità e la costanza degli esiti terapeutici.

Altro trattamento è quello vaccinico; i vaccini avrebbero la proprietà (Whright) di entrare in stretta connessione con i batterii nell'organismo, e di produrre su di essi modificazioni tali, che i germi non verrebbero uccisi, ma sarebbero resi opsonizzabili.

Anche applicazioni semplicemente locali (sulle mucose genitali) di vaccino potrebbero avere qualche importanza per il trattamento delle forme organotrope.

Si è anche pensato che un trattamento esclusivamente diretto a sterminare i gonococchi ha poche probabilità di successo, poichè questi germi si approfondano nei tessuti e sono difficilmente aggredibili; e si è allora proposto di provocare da una parte l'affioramento alla superficie del gonococco, mediante stimolazioni con applicazioni locali di liquido di Lugol od iniezioni di Aolan; e dall'altra parte di sostenere la reazione naturale dei tessuti con applicazione locale di mezzi che eccitano l'accrescimento dell'epitelio ed assorbono le sierosità e gli edemi.

Così si è adoperata la «pioktanin» in soluzione acquosa, il rosso scarlatto in soluzione oleosa, e si sono ottenuti buoni risultati sopratutto per la rinnovazione della mucosa epiteliale, che rappresenta una grande difesa contro i gonococchi.

Così al trattamento batteriotropo si va sostituendo quello organotropo: soltanto vale la pena di sostituire il rosso scarlatto che colora intensamente i tessuti, col pellidolo .Dopo alcuni giorni di trattamento, i gonococchi appaiono più scarsi, e meno caratteristici, sopratutto per le loro proprietà tintoriali (forme degenerative), poichè divengono grampositivi, dopo un paio di settimane non si trovano più gonococchi nell'uretra o sulla cervice; dopo 4-5 settimane sopravviene la guarigione. I casi di resistenza a tale trattamento sono rari. Molto dipende però anche dalla costituzione individuale: soggetti sani riassorbono rapidamente prodotti autolitici ed endotossine, e si arricchiscono di antigeni; soggetti ipoplastici, clorotici, anemici reagiscono invece assai scarsamente. Una certa importanza hanno anche le condizioni di vita, di lavoro, lo stato economico, la possibilità di curarsi, etc. E' necessario che le forme ascendenti gonococciche vengano curate all'ospedale: a casa non si eseguono bene le prescrizioni, si vuole lasciare subito il letto, ci si stanca della durata del trattamento.

Gli americani ricorrono assai volentieri al trattamento cruento; ma non sempre — come si è visto — questo è giustificato.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 30 maggio 1926

Presid.: prof. Stanziale

Bianchi L. *Su di un caso non comune di afasia.* [Un ampio riassunto è stato già pubblicato in questo giornale nell'annata decorsa. N. d. R.].

Colucci C. In accordo con la comunicazione dell'O. ricorda un caso, da lui comunicato all'Accademia, nel quale si trattava essenzialmente di un disturbo di conduzione fra il centro di Wernicke e quello di Broca, con una sindrome assai precisa la cui accurata analisi permise di formulare una esatta diagnosi di sede e di praticare l'intervento chirurgico.

Romano A. *Il pensiero nosologico di G. B. Vico ed un tentativo di ricostruzione del suo perduto libro "De aequilibrio corporis animantis".* — L'O. dimostra che il Vico, fin dalle sue prime pubblicazioni, ha una chiara e dimostrativa visione del posto che spetta alle scienze fisiche, vitalistiche e nosologiche; accenni di tal genere sono profusi in tutte le sue opere, orazioni e versi. Ma un pensiero nosologico si trova nelle prelezioni inaugurali tenute all'Università di Napoli negli anni 1699 e 1700, nella sua autobiografia e nel trattato « De aequilibrio corporis animantis », che l'O. tenta ricostruire sulle basi di quanto è ampiamente esposto nelle altre opere vichiane, sopratutto nella « Scienza nuova », che tutte le compendia, e che è anche un'apologia della grandezza del popolo italiano.

L'O. accenna alla grande importanza del libro perduto, nel quale è l'abbozzo della grande opera posteriore; in esso era contenuta la prima parte della dottrina vichiana, la storia delle idee del mondo naturale, che poi si sviluppa, nella seconda opera sulla sapienza degli italiani, come storia delle idee del mondo sociale.

Data la grande importanza, del libro perduto, sarebbe quanto mai opportuno compiere delle ricerche negli archivi, come, d'altra parte, potrebbe essere interessante uno studio antropologico del cranio del Vico stesso.

Zuccarelli A. *Le caratteristiche principali della delinquenza specifica epilettica.* Dei 5 ordini di dati, nei quali, l'O. ritiene debbano ricercarsi

Digitized by Google

le caratteristiche specifiche della delinquenza epilettica, prende in esame i primi tre, e cioè i rapporti di tempo, con esistenza di accessi somatici o convulsivi, l'esistenza o meno di motivi e la loro entità, gli stati della coscienza durante gli atti delittuosi e la conservazione del ricordo degli atti compiuti.

In base alla letteratura e ad osservazioni proprie conchiude che tanto la mancanza di alcun motivo quanto l'assenza di coscienza durante l'atto e l'amnesia consecutiva non sono caratteri assoluti, costanti, del delitto di natura epilettica.

Bianchi L. Conferma le osservazioni dell'O. ed aggiunge che vi sono casi in cui l'epilettico ricorda il delitto commesso, in tutti i suoi particolari, subito dopo averlo commesso, ma poi ne perde il ricordo. Quanto poi al destino dei delinquenti epilettici, fra la tesi puramente scientifica e la tesi sociale deve per motivi di indole pratica preferirsi la seconda.

De Crecchio G. Osserva che attualmente i delinquenti sospetti di essere ammalati sono dalle carceri trasferiti in uno dei cinque manicomi giudiziari esistenti in Italia, e quelli assolutamente intrattabili vengono poi mandati nello speciale stabilimento in S. Stefano.

Tesauro G. *Il metodo di Albini per la trasfusione del sangue* (*rivendicazione storica*). [La comunicazione del prof. Tesauro fu pubblicata integralmente nella annata decorsa. — N. d. R.].

Jappelli G. Rievoca la figura nobilissima di Giuseppe Albini, patriota combattente delle guerre per l'indipendenza d'Italia, maestro insigne nello Ateneo napoletano, per oltre un quarantennio, e ricorda, fra l'altro che a lui si deve l'introduzione dell'insegnamento della istologia nell'Università di Napoli e la fondazione della prima cattedra di chimica fisiologica che sorgesse in Italia.

Fusco G. *Una reazione delle culture di peste.* — L'O. espone che nelle culture in brodo di bacillo pestoso di 24-48 ore, da lui saggiate, ha trovato costantemente positiva la reazione di Griess, dimostrante la presenza di nitriti, ed afferma che questa può servire a differenziare, in casi dubbi, il bacillo della peste da altri germi che con esso potrebbero morfologicamente confondersi.

De Blasi D. Nota che il numero troppo scarso di stipiti di b. pestoso su cui è stata saggiata la reazione non autorizza ancora ad affermare che essa sia costante. D'altra parte non sono pochi i germi capaci di dare la reazione dell'acido nitroso, perchè la proprietà di ridurre i nitrati in nitriti è largamente diffusa tra i batteri e perchè questi, nei comuni terreni artificiali di coltura, trovano sempre una piccolissima quantità di nitrati da trasformare.

Sciarra O. *Nuova sierodiagnosi della sifilide.* [Un autoriassunto di tale comunicazione è stato già pubblicato a pag. 533 di questo giornale della decorsa annata. N. d. R.].

Pane N. e Pianese G. Formulano dei dubbi circa l'importanza ed il significato da dare agli aggregati ultramicroscopici segnalati dall'O.

De Blasi fa le sue più ampie riserve sul fondamento teorico, sulla tecnica e sull'interpretazione da dare ai fatti esposti dall'O.

I granuli da lui segnalati non sono altro che i comuni aggregati micellari che si trovano in tutti i sieri di sangue e di latte, normali e patologici, anche dopo filtrazione per candela. Dubita della specificità della reazione descritta dall'O., come del resto anche di quella di Wassermann e di altre consimili, e ribadisce il concetto che il responso fornito dalle reazioni biologiche applicate alla diagnosi non deve essere considerato come infallibile, ma vagliato dal clinico alla stregua di tutti gli altri sintomi.

Stanziale R. Si associa alle considerazioni espresse dal Prof. De Blasi.

Seduta del 13 Giugno 1926

Presid.: prof. R. Stanziale

Rossi V. *I fattori costituzionali nella sindrome del pretracoma.* — L'O. dopo avere accennato alle sue precedenti osservazioni circa una tipica alterazione congiuntivale, che in certi individui può preludere al vero tracoma, esamina taluni tipi di costituzione organica predisposti, per fattori genotipici, alla tipica malattia oculare. Dopo avere esposto sistematicamente le debolezze costituzionali e le metopragie dei vari tessuti ed organi sintetizza il concetto di predisposizione, la quale è caratterizzata dalla labilità dell'ectoderma e dei tessuti da esso derivati; questa debolezza porta ad una individualità organica in cui prevalgono il coefficiente di massa su quello di differenziazione, le stimolazioni del vago su quelle del simpatico, i processi anabolici sui disintegrativi, le tumefazioni degli organi e le stasi.

Per l'O. il pretracomatoso è un labile dell'ectoderma; la labilità può essere generale, ma sopra tutto essa è limitata a quel segmento in corrispondenza del quale il tegumento, modificandosi, diviene congiuntiva e mucosa rinofaringea.

Angelucci R. Fa rilevare l'importanza degli studi della costituzione in oculistica, studi che per la prima volta sono stati iniziati nella sua Clinica: cita ad esempio le osservazioni fatte sulla *facies* dei tracomatosi.

Rossi V. La malformazione caratteristica dei tracomatosi deve essere considerata come una persistenza allo stato infantile del segmento cranio-facciale, limitato in alto dalla fronte, in basso da una linea parallela alla rima orale. In tale segmento con malformazioni scheletriche e dei tessuti molli, le mucose labili e predisposte reagiscono alle irritazioni esogene con proliferazioni ed iperplasie a tipo cronico, aventi il carattere delle « patosi » e delle « patie ».

Pace D. *Esiste un nodo sinusale sdoppiato anche nell'uomo?* — L'O. dopo aver ricordate le ricerche comunicate all'Assemblea nel 1911, in cui per la prima volta, descrisse un aggruppamento « succenturiato » di tessuto nodale nell'atrio destro del cuore di agnello e le altre sue successive pubblicazioni sull'argomento, esamina la questione, messa avanti da recenti ricerche di Bruni e Segre, se un simile sdoppiamento del nodo sinusale esista anche nell'uomo, specie nel cuore fetale. A parte i reperti negativi da lui ottenuti, l'O. enumera le difficoltà che allo stato attuale esistono per ammettere una vera duplicità del nodo sinusale, e cioè la difficoltà di riconoscere esattamente il tessuto specifico, se non su tagli sottilissimi, di 5-7 micron; la difficoltà di distinguere nel miocardio atriale umano il tessuto specifico; la difficoltà di distinguere il tessuto nodale dal miocardio atriale giovanile del feto; la difficoltà di distinguere il vero reticolo del tessuto nodale o la possibilità di confonderlo con intreccio od ondulazioni di fibre atriali ordinarie là dove nel setto vengono a contatto i due atri; la difficoltà di conciliare la presenza di altro nodo nel setto o addirittura nell'atrio sinistro (Segre) con recenti ricerche sperimentali (Demoor), le quali negano che nell'atrio sinistro esista una sostanza attiva capace di riprodurre una attività ritmica del cuore eguale a quella che si ottiene dal nodo di Keith-Flack, e quando mancano documenti clinici od elettrocardiografici inconfutabili che dimostrino una certa anatomia funzionale dell'atrio sinistro

Jappelli G. E' anch'egli di opinione che si tratti di duplicità soltanto apparente, di uno sdoppiamento di un unico nodo. L'esistenza di due nodi sinusali distinti, in altre parole di due punti distinti di origine degli impulsi eccitanti l'automatismo cardiaco, mal si concilierebbe con tutto ciò che è noto sulla regolare successione delle fasi di attività e del riposo del cuore nei rapporti temporali.

Pianese G. Osserva che se la duplicità è stata constatata nei ruminanti, non è da escludersi che ulteriori ricerche possano metterla in evidenza anche nell'uomo, e che, d'altra parte, l'unità morfologica di una formazione anatomica non contraddice alla ipotesi di una duplicità o anche molteplicità fisiologica.

Pace. Conferma la sua convinzione che si tratti di sdoppiamento e non di vera duplicità del nodo sinusale, che mal si accorderebbe sia con i fatti fisiologici sia con le osservazioni cliniche, e coglie infine l'occasione per riassumere i più recenti dati sulla teoria umorale dell'attività cardiaca e sull'influenza del vago e del simpatico sul cuore.

SOCIETÀ PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Seduta del 30 luglio 1926

Presid.: prof. Gaifami

Merlini. *Tumore desmoide della parete addominale.* — Presenta, con preparati microscopici, un tumore desmoide asportato a una donna il III mese dopo un parto spontaneo. Ne illustra la struttura puramente fibrosa e la frequenza prevalente nel sesso femminile e specie in rapporto con la fase gravidica.

Mirenghi. *Poliuria acuta con ritenzione di urina e simulazione di tumore ovarico.* — Descrive un caso in cui il primo concetto diagnostico era stato di un tumore ovarico torto sul peduncolo complicante una gravidanza iniziale ed invece si trattava di una ritenzione di urina abbondantemente secreta per virtù di erbe medicamentose, che pare fossero state prese a scopo abortivo. Il primo errore fu in rapporto col fatto che un medico, precedentemente chiamato, aveva praticato un cateterismo proprio due ore prima e risultava quindi più difficile pensare che la distensione dell'addome fosse in rapporto della distensione della vescica. Alla clinica si accertò poi la genesi e si assistè al ripetersi della distensione e della mancata emissione per più giorni ma progressivamente sempre in grado meno accentuato.

Revoltella. *La diagnosi biologica del sesso.* — Riferito lo stato attuale della letteratura, si sofferma sopratutto sul metodo proposto da Luttge e v. Mertz che era stato dato come specifico dagli AA. poco probative.

Digitized by Google

Perazzi. *La diatermia nelle ipoplasie uteroovariche.* — Ha tratto largo vantaggio dalla diatermia nelle ipoplasie uteroovariche e così anche dai raggi ultravioletti nelle forme ereditarie, e più in quelle da flogosi comuni. Nullo invece nelle distrofie susseguenti a vecchi processi tubercolari. Pratica sempre la insufflazione tubarica per non sottoporre a inutili cure fisiche le malate. Ha avuto buoni successi anche in alcune ipermenorree, che dovevano essere legate a ipofunzione ovarica.

Calamo. *La resistenza leucocitaria nelle affezioni ginecologiche.* — La ricerca leucocitaria nel campo ostetrico-ginecologico risulta abbassata nei tumori maligni e nei processi flogistici; non è modificata dal puerperio normale.

De Donno E. *Il contenuto di calcio nel sangue materno e fetale.* Ha usato il metodo di Clark sul sangue in toto. Trova su 100 cmc. di sangue: in due soggetti normali mg. 12,87; in due gravide al V-VII mese mg. 9,30; in due soggetti a termine mg. 12-13; in 8 casi in parto mg. 11,18; in 4 tossicosi gravidiche mg. 13,21; in 6 feti mg. 10,70.

Ne risulterebbe un lieve aumento nelle tossicosi e una diminuzione nel sangue materno, il quale ultimo fatto farebbe pensare che il passaggio del calcio dalla madre al feto non avvenga per semplice diffusione.

Matera. *Il valore diagnostico e prognostico della sedimentazione delle emazie nella ginecologia.* — Dalla analisi della velocità di sedimentazione delle emazie in oltre 120 casi ginecologici, conferma la importanza prognostica di tale ricerca e rileva che una rapidità superiore ai 50 mm. nella prima mezz'ora deve sconsigliare un intervento operativo; nelle forme annessiali sopratutto è indice di grande valore.

Maggialetti N. E. *Sui cloruri del sangue in ostetricia (nota preventiva).* — Servendosi del metodo di Slyke-Austin ha eseguito il dosaggio dei cloruri nel sangue di 22 gestanti, 10 puerpere, 11 donne con aff. ginecologiche e 27 feti dal tralcio placentare del funicolo. Ha ottenuto i seguenti valori di medie in 1000 cmc. di sangue: gestanti gr. 5.295, puerpere gr. 5.387 aff. ginecologiche gr. 5.312, funicolo, gr. 4.541. Rileva che la minore concentrazione dei sali in parola osservata nelle gestanti rispetto alle puerpere può essere relativa all'idremia fisiologica delle gravide e che la notevole differenza fra contenuto di cloro nel sangue della madre e quello del funicolo fa pensare per lo meno ad una certa attività placentare atta a mantenere inferiore la concentrazione salina nel sangue del feto.

Cetroni. *Sarcoma del rene fetale.* — Presenta ed illustra un rene, sede di un sarcoma fusocellulare (peso gr. 95) trovato alla autopsia di un feto, prematuro, nato in iniziale macerazione, da una donna, con Wassermann negativa, ma con marito luetico.

De Candia. *Voluminoso tumore sacrococcigeo.* — Il tumore, nella gran parte cistico, aveva dato luogo a distocia per la difficoltà della espulsione del tronco. Questo avvenne infine sotto delle forti trazioni dopo un uncinamento di un arto inferiore (il feto era in presentazione di vertice). Il volume della massa era oltre quello di una testa di adulto; il contenuto liquido un po' ematico. Nessuna lesione dello scheletro del bacino. Lo studio anatomopatologico è ancora in corso.

De Candia. *Perforazione da parte del feto di una placenta previa centrale.*— In una pluripara emorragie modiche in travaglio all'VIII mese furono riconosciute dovute ad una placenta previa centrale. Rottosi spontaneamente il sacco, dopo qualche ora il parto si espletò spontaneamente con feto vivo, senza più alcuna emorragia. Questa ricomparve invece grave subito dopo e si dovette ricorrere al secondamento manuale, difficile per aderenze placentari estese. L'esame degli annessi dimostrò che si era avuta una spontanea perforazione della placenta nella sua parte previa, proprio al centro, e il feto si era così fatto strada da sè, in modo inconsueto, arrestando l'emorragia fino a che si esercitava la sua pressione. Nel tratto perforato la placenta è più sottile e coriacea che nel resto.

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I. IN ROMA — VII PADIGLIONE
Primario: prof. U. ARCANGELI

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELLA PLEURITE TIFICA

per il dott. TOMMASO LUCHERINI — Aiuto medico

La pleurite nei tifosi è rara: essa può intervenire sin dall'inizio di una infezione eberthiana, mascherando anche per qualche tempo il decorso del tifo, e prende la denominazione di «*pleurotifo*» (Remlinger, Mondolfo); ovvero, ed è la eventualità più frequente, può svilupparsi dopo il secondo settenario ed anche nel periodo della convalescenza, ed assume allora il significato di una complicazione tifica.

Riguardo alla frequenza, Eichhorst su 1824 casi di tifo vide svilupparsi la pleurite 32 volte (2,5 %); Sears su 1056 casi la vide insorgere 18 volte (1,7 %); Liebermeister la riscontrò nel 4 % dei casi di tifo; Louis nel 1,57 %.

Senza parlare degli aspetti clinici che sono quelli di tutte le pleuriti d'altra natura, ritengo opportuno dire che i caratteri del versamento pleurico nel corso del tifo possono essere vari: ossia esso può essere ora sieroso, ora siero-fibrinoso, ora emorragico, ora purulento. Spesse volte il versamento da sieroso può diventare emorragico, e poi purulento (Souques), e può assumere diversi aspetti a seconda forse della via d'infezione, della cronologia della complicazione, (Remlinger) e dell'eventuale associazione del b. di Eberth con altri germi. Le pleuriti tifiche sono dovute o all'azione esclusiva del bacillo del tifo (casi di Valentini, Belfanti, Fallet e Bourdinière, Spirig, Fraenkel, Weintraud, Loriga e Pensuti, Kelsch, Lehars, Gerhardt, Gordinier, Lartigan, Mondolfo, Achard, Dopter ecc.); o all'associazione coi piogeni comuni: infatti alcune volte fu trovato il bacillo tifico nel liquido pleurico in associazione a stafilo e streptococchi (casi di Stintzing, Meoni), altre volte in associazione a stafilo e pneumococchi (Fraenkel, Leube); altre volte in associazione al colibacillo (Macaigne e Therry); e qualche rarissima volta in associazione col bacillo di Koch (Charrin e Roger, Klesch); in altri casi poi le culture rimasero sterili (Levi, Vincent). Remlinger ammette inoltre l'eventuale sviluppo di pleuriti da bacillo di Eberth nel corso di altre malattie (tubercolosi). Anche il bacillo paratifico B. è spesso associato ai germi ordinarii; esso può essere rivelato nei versamenti pleurici come nel sangue (Brouardel, Renard e Seligmann).

La raccolta pleurica può essere alcune volte saccata o divisa da altrettanti setti, per cui si può avere liquido purulento in una loggia e siero-fibrinoso in un altra (Dieulafoy) Dal liquido pleurico, se a diverse riprese si facciano culture, si può ottenere, a seconda dei giorni, ora il bacillo di Eberth (Widal e Merklen), ora le culture rimangono sterili. Questa intermittenza nella presenza del bacillo del tifo, dimostra che dalla sterilità apparente di un essudato nei tifosi non si può escludere la sua natura tifica (Dieulafoy).

Rarissime volte la pleurite può essere bilaterale (Meoni): e da Brancati è stato descritto un caso di polisierosite da b. di Eberth.

Il reperto citologico dell'essudato pleurico ha dato, a seconda dei casi, ora prevalenza di mononucleati a grosso nucleo (Levi e Malloizel), ora di polinucleati neutrofili più o meno alterati con scarsi mononucleari (Macaigne e Théry), ora di linfociti, ora di grandi cellule endoteliali (Widal Ravaut e Lumierre), ora di emazie. Pontano in una comunicazione verbale ha affermato di aver osservato una pleurite tifica, nel cui essudato esisteva una enorme quantità di polinucleati eosinofili.

Riguardo alla via d'infezione della pleura nel decorso del tifo, si ritiene che il più delle volte la localizzazione pleurica avvenga per via ematogena; però qualche volta il b. del tifo può giungere anche nella pleura attraverso un infarto polmonare, ove esso si è sviluppato, e da cui è facilmente aperta la via alla sierosa pleurica (Schottmüller). E' necessario quindi tener conto in molti casi delle frequenti localizzazioni tifiche polmonari ed anche bronchiali, che spesse volte precedono le manifestazioni pleuriche.

Non sempre poi le pleuriti tifiche a carattere purulento sono determinate dall'associazione del b. di Eberth con i piogeni co-

Digitized by Google

muni: infatti Fraenkel, Belfanti, Fallet e Boardinière, Meoni ecc., citano casi nei quali la pleurite tifica con essudato purulento era dovuta esclusivamente al solo bacillo di Eberth. Ciò sta a dimostrare, insieme a quei casi ormai notissimi e frequenti di localizzazioni a tipo suppurativo sia laringee che periostali, ossee, ed articolari nel corso o nella convalescenza del tifo, che il bacillo di Eberth ha proprietà piogene (Colzi, Jackson). Anche in altre sierose come nel peritoneo, oltre che nella pleura, sono state osservate localizzazioni a tipo suppurativo dovute alla infezione eberthiana. A tal proposito sono stati descritti da Fränkel, da Svartz e Hanson, e recentemente da Alessandri casi di peritoniti purulente post-tifiche, senza perforazione, dovute al solo b. di Eberth.

Non ritengo inutile portare un contributo allo studio della pleurite tifica con la pubblicazione di due casi clinici, il primo caduto sotto la mia osservazione, il secondo gentilmente offertomi dal prof. Bastianelli G., primario medico del IX. Padiglione e, Ospedale Policlinico Umberto I.

Caso I. — G. Ugo, di Roma, di anni 14. Nulla nel gentilizio; nessuna malattia in passato degna di nota. L'attuale malattia si è iniziata l'11 luglio 1926 con febbre elevata, accompagnata da delirio e stato di profonda prostrazione. Essendosi aggravate le condizioni del paziente, questo viene ricoverato all'ospedale Policlinico (VII. Padiglione) il giorno 25 luglio 1926.

Esame obbiettivo. Condizioni generali gravi. Sensorio ottuso; stato delirante. Colorito pallido della cute e mucose visibili. Pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari ipotoniche. Pupille eguali bene reagenti alla luce ed accomodazione. Lingua arida, arrossata ai margini ed alla punta, patinosa al centro ed alla base. Decubiti sacrali. Temperatura 39.5. Polso piccolo, frequente, a pressione bassa.

Apparato respiratorio. Nulla all'ispezione; palpazione e percussione del torace. Si ascoltano soltanto sibili e ronchi diffusi specie alle basi polmonari.

Cuore nei limiti normali. Toni netti su tutti i focolai.

Addome. Teso, meteorico, dolente alla pressione. Non roseole sulla cute dell'addome, fegato nei limiti; milza si palpa un dito sotto l'arcata costale, diminuita alquanto di consistenza.

Esame urine. Presenza di albumina; nel sedimento si notano emazie e qualche cilindro ialino e granuloso.

La siero-diagnosi di Widal è positiva per il tifo (28-7-1926).

Decorso. Le condizioni del paziente continuano a mantenersi gravi. La temperatura si aggira fra i 39° e i 40°; ha spesso epistassi, ed è preso frequentemente da uno stato di agitazione e di delirio. Il giorno 30 luglio compaiono sulla cute dell'addome ed in parte anche del torace numerose roseole. Il 1° agosto (22ª giornata di malattia) l'ammalato accusa senso di costrizione al petto, tosse, dispnea e cianosi. Polso: 160 — respiro 52.

All'esame del torace si riscontra alla metà inferiore destra riduzione di suono; fremito vocale tattile abolito, assenza di respiro; subito al di sopra di detta zona il respiro si fa soffiante. Nulla a sinistra.

La puntura esplorativa alla base di destra dà esito a liquido citrino torbido con Rivalta positiva. Il reperto citologico mostra la presenza di abbondanti polimorfonucleati, di qualche grossa cellula endoteliale, e di numerose emazie.

Si inoculano 20 c. c. di liquido pleurico nel peritoneo di una cavia.

Dalle culture in brodo ed in bile del liquido pleurico si isola lo stafilococco piogeno aureo ed un germe assai mobile che per i suoi caratteri morfologici e culturali, si può identificare con il bacillo del tifo. Questo germe mobile non fermenta il glucosio; non coagula il latte; non dà fluorescenza col rosso neutro; è Gram non resistente ed annerisce i terreni con l'acetato di piombo.

Il germe mobile, isolato dal liquido pleurico, è stato agglutinato dal siero specifico per il tifo sino alla diluizione di 1:3200.

Per i caratteri morfologici, culturali e per le proprietà biologiche, questo germe isolato dal liquido pleurico del paziente è un bacillo del tifo.

Il malato continua ad essere grave: è aumentata l'ottusità nell'emitorace D; e così pure la dispnea e la cianosi.

Dopo 4 giorni dalla prima puntura esplorativa (5 agosto 1926) pratico una seconda puntura, che dà esito a liquido torbido, fortemente emorragico. Microscopicamente si rilevano abbondanti emazie e numerosi elementi del pus. Si decide di praticare al paziente la toracotomia (7 agosto 1926), in seguito alla quale si estraggono 800 c.c. di liquido denso, fibrinoso, emorragico.

Intanto mi accorgo che anche in corrispondenza dell'emitorace sinistro vi è ottusità nella sua porzione inferiore, vi è abolizione del f. v. t. ed assenza del respiro. La puntura esplorativa a sinistra dà esito a liquido torbido. emorragico, che presenta gli stessi caratteri del liquido estratto a destra, e da cui si isola lo stafilococco piogeno aureo, ed un germe mobile che ha i caratteri morfologici, culturali, e le proprietà biologiche del bacillo del tifo.

Le condizioni generali del paziente vanno sempre più peggiorando; il versamento a sinistra tende ad aumentare; compaiono sulla parete addominale larghe suffusioni emorragiche; la febbre si mantiene elevata; persiste la dispnea, la cianosi e lo stato delirante; il polso è piccolo e frequente. Malgrado si ricorra ad ogni sussidio terapeutico, il paziente decede il giorno 13 agosto 1926.

La cavia, alla quale inoculai 20 cc. di liquido pleurico fu sacrificata dopo 50 giorni dall'inoculazione, ma non trovai nelle ghiandole e nel peritoneo di essa alcuna lesione tubercolare.

Caso IIº — D. R., Iolanda; di anni 15, da Genzano. Nulla di importante nel gentilizio. Afferma di essere stata sempre in buona salute.

Il 15 Novembre 1926 preceduta da un intenso brivido di freddo è insorta febbre elevata, mai cessata e che si mantiene sino all'ingresso all'ospedale.

Si lagna di cefalea, di astenia fisica generale.

Entra all'ospedale Policlinico (IXº Padiglione) il giorno 29 novembre 1926.

Esame obbiettivo: Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione buono. Lingua patinosa specie al centro. Polso ritmico, frequente, molle. Nulla di notevole all'esame dell'apparato linfoghiandolare. Temperature elevate (38°,5-39°).

Torace ben conformato: nessun reperto plessico; all'ascoltazione ronchi e sibili diffusi.

Cuore nei limiti normali. Toni frequenti.

Addome globoso, non meteorico, ben trattabile, indolente. Sulla cute dell'addome si osservano numerose roseole.

Fegato e milza si palpano all'arco costale.

Esame urine: nulla di patologico.

La siero-diagnosi di Widal è positiva per il tifo (4-XII-1926).

Decorso: La febbre continua a mantenersi alta, ma le condizioni generali sono alquanto migliorate.

Il giorno 19 dicembre accusa dolore alla base dell'emitorace sinistro, dolore che si accentua con la tosse. All'esame si riscontra riduzione di suono in corrispondenza della base dell'emitorace sinistro, ove vi è anche abolizione del f. v. t.; apnea, egofonia.

Il 20 dicembre si fa la puntura esplorativa a sinistra, e si estrae pus denso leggermente ematico. Si seminano alcuni cc. di questo pus in bile ed in brodo, e si isola da ambedue i terreni in cultura pura, un germe mobile che non fermenta il glucosio, che non dà fluorescenza col rosso neutro, che annerisce i terreni con l'acetato di piombo, e che si identifica quindi per il bacillo del tifo. Questo germe mobile, isolato dal liquido pleurico, è stato agglutinato dal siero specifico per il tifo da un tasso di 1:200, sino a 1:4600.

Il 22 dicembre si rileva che l'ottusità alla base dell'emitorace sinistro è assai ridotta, e vi si ascoltano rumori di sfregamento pleurico. L'ammalata afferma di sentirsi assai meglio. Intanto negli ultimi giorni di dicembre la temperatura è caduta; sono scomparsi i segni del versamento pleurico a sinistra, e le condizioni generali sono notevolmente migliorate. L'ammalata procede rapidamente verso la guarigione definitiva.

***

Quantunque la letteratura non sia povera di casi descritti di pleurite tifica, pur tuttavia questi che io ho riferito sono interessanti per le considerazioni che se ne possono trarre.

Come appare dalle storie cliniche non si è trattato in questi due casi di un pleuro-tifo, non avendo l'infezione eberthiana aperto la scena morbosa con la manifestazione iniziale del versamento pleurico; ma si è trattato di una pleurite tifica insorta acutamente nel I. caso durante il corso della terza settimana prima in corrispondenza dell'emitorace destro, e dopo qualche giorno a sin.; e nel II caso nel periodo della defervescenza del tifo.

Indubbiamente casi di vero e proprio pleuro-tifo sono assai rari; mentre le pleuriti che si manifestano nel decorso della febbre tifoide, oppure durante la convalescenza sono più frequenti e spesse volte passano pure inosservate (Jemma). Widal e Merklen fanno osservare che la frequenza della pleurite tifica sarebbe abbastanza grande se si avesse cura di cercarla sistematicamente. Grande attenzione poi bisogna porre riguardo alla natura della pleurite, specialmente in quei casi nei quali la manifestazione pleurica compare durante la convalescenza del tifo, per la ragione che non è impossibile che l'infezione tubercolare possa intervenire in un organismo già indebolito dalla malattia e predisposto, dando luogo ad una sindrome pleurica. Nel

Digitized by Google

Laboratorio Chimico - Farmaceutico

V. BALDACCI

PISA

..

OXIDÒL

è un potente ossidante della cellula viva, le sue proprietà perciò sono quelle della ossidazione cellulare (respirazione interna) e cioè: proprietà energetiche, di restaurazione ed accrescimento cellulare, di disintossicazione.

È QUINDI UN VERO RICOSTITUENTE FISIOLOGICO

Iodarsolo

il primo preparato di iodo e arsenico

Katarsolfina

malattie nervose, dermatosi tossiche, anemie tossiche

Lejomalto

(Zucchero alimentare). Allattamento artificiale e divezzamento dei bambini normali. Atrepsia, dispepsia, enterite.

Zimema

emostatico fisiologico

Aglicôlo

diabete e glicosuria

Creosarsolo

malattie dell'appar. respiratorio

Abekólo

pertosse e sue complicazioni

Digitized by Google

DELLA CURA INTERNA

DELLE

Affezioni del Sistema Venoso

I. I disturbi circolatori che caratterizzano le affezioni del sistema venoso dipendono da uno stato diatesico speciale per carenza delle secrezioni endocrine. Essi non possono essere perciò modificati o guariti se non mercè una *cura generale* tendente a modificare la *diatesi* ed a restaurare la qualità del tessuto venoso.

II. Per agire in modo *sicuro e durevole* sulla diatesi, questo o quel medicamento monovalente non basta, perchè è necessariamente limitato nei suoi effetti; occorre una giudiziosa *sinergia medicamentosa*, regolatrice fisiologica del sistema vascolare che porti al massimo l'effetto di ognuno dei prodotti associati.

III. La "PROVEINASE MIDY„ attua questa sinergia medicamentosa e risponde alle tendenze scentifiche più in voga, associando:

1.° Dei *prodotti vegetali* dotati di proprietà vasocostrittive e decongestionanti che non hanno più bisogno di dimostrazione:

Castagna d'India, Hamamelis, Viburnum, regolatori classici dell'insufficienza venosa, ai quali è stato aggiunto il *Cupressus sempervirens*, recentissimamente introdotto nella terapeutica, dopo gli studi di Enrico Leclerc e che Mayrán dà come specifico delle malattie venose.

La Castagna d'India ed il Cupressus adoperati sono *stabilizzati* fin dalla loro raccolta, conservando così intatta la loro attività.

2.° Dei *prodotti opoterapici* l'azione dei quali sulla stasi venosa è oggi bene accertata:

Tiroide : l'animatrice per eccellenza degli scambi organici;

Surrenale: antitossica, vasocostrittrice e tonicardiaca;

Ipofisi, che completa l'azione della surrenale risollevando la pressione arteriosa e mercè la sua benefica azione sul sistema neuro-muscolare.

IV. Perchè una simile associazione di prodotti tanto diversi riesca efficace, occorre che i suoi *componenti* siano *giudiziosamente dosati.*

La " PROVEINASE MIDY „ deve la costanza della sua azione al giudizioso dosaggio dei suoi principi attivi *rigorosamente controllati.*

V. Presentata sotto forma di compresse ad ingoiare, la "PROVEINASE MIDY„ non offre che vantaggi sulle medicazioni liquide od alcooliche.

INDICAZIONI:

Varici — Varicosità — Varicoceli — Ulcere varicose — Flebiti
Emorroidi — Stati congestivi diversi — Disturbi della Menopausa
e della Pubertà — Iposfissia — Criestesia — Astenia

LA PROVEINASE MIDY si prescrive alla dose di 2 a 6 compr. al giorno (da ingoiare senza masticare)

LABORATORI MIDY

4, Rue du Colonnel Moll - Paris (17)

Viale Bianca Maria, 23 - MILANO (13)

Digitized by Google

caso infatti descritto da Klesch il versamento pleurico conteneva bacilli del tifo associati a bacilli di Koch. Nel I. caso da me riferito però simile eventualità non si è certamente verificata, sia perchè la pleurite è insorta in pieno decorso dell'infezione eberthiana, e sia perchè i caratteri del liquido pleurico, il reperto citologico e batteriologico relativo e sopratutto il risultato negativo dell'inoculazione nella cavia hanno dimostrato all'evidenza la natura tifica della complicanza pleurale da me descritta. Così pure nel II. caso i caratteri del versamento, la sua breve durata, ed il reperto batteriologico e culturale sono criteri che fanno negare la natura tubercolare della pleurite.

Come risulta poi dalle storie cliniche, è stato trovato nel liquido pleurico del II. caso il solo bacillo del tifo in cultura pura, mentre nel I. caso il bacillo di Eberth si è ritrovato in associazione con lo stafilococco piogeno aureo; e questa è una delle associazioni più frequenti che si rilevano in simili casi, e che con ogni probabilità è dovuta all'intervento di una infezione secondaria. Numerose sono le porte d'ingresso in un malato grave di tifo, attraverso le quali facilmente entrano in circolo i piogeni comuni, che a loro volta possono o da soli provocare infezioni secondarie, ovvero possono raggiungere localizzazioni eberthiane già manifeste ed associarsi così al bacillo del tifo. Debbo far noto a tal proposito che nel I. caso il paziente presentava decubiti sacrali, punti di partenza di facili infezioni secondarie.

Ora se è vero che la prognosi delle pleuriti tifiche varia a seconda dei caratteri e della specie dell'essudato, allora in quei casi nei quali il liquido è purulento, e nei quali sopratutto si nota associazione batterica, la prognosi sarà naturalmente assai più grave e talvolta infausta.

Così infatti è avvenuto nel mio I. caso, al cui esito letale ha certamente contribuito non solo la gravità della infezione tifosa, ma anche la pleurite bilaterale, nel cui essudato ho trovato oltre al bacillo di Eberth anche lo stafilococco piogeno aureo. Nel II. caso invece, dal cui liquido pleurico è stato isolato soltanto il b. del tifo in cultura pura, il decorso della pleurite è stato breve, l'essudato si è riassorbito spontaneamente in pochi giorni, e l'ammalata è guarita. Remlinger afferma che la prognosi dipende sopratutto dalla purulenza del versamento, e che questa è in rapporto con la cronologia della complicazione.

Spesse volte il carattere purulento della pleurite è dovuto alla presenza del solo bacillo del tifo non associato ad altri germi, come si è osservato nel II. caso; e ciò non fa meraviglia essendo stato ormai dimostrato il potere piogeno del bacillo di Eberth.

Inoltre è degna di essere rilevata la bilateralità del versamento pleurico osservata nel I. caso; infatti sono rarissimi quei casi descritti di pleurite tifica bilaterale, eppoi per quanto si sia affermato che di solito la localizzazione pleurica si manifesti nella più parte dei casi a sinistra (Remlinger, Labiche, Meoni, ecc.), tuttavia nel mio paziente la pleurite si è iniziata a destra, e soltanto dopo varii giorni è comparsa anche a sinistra.

Riguardo all'interpretazione della via d'infezione della sierosa pleurica nei due casi da me descritti, si può con ogni verosimiglianza ritenere che sia stata la via sanguigna, per la ragione che il bacillo tifico presenta una particolare tendenza alla localizzazione nelle sierose (Sanarelli), e sopratutto perchè la pleurite non è stata nei due pazienti preceduta dai segni nè di una bronco-pneumonite, nè da quelli di un infarto polmonare, il quale, come il più delle volte accade, avrebbe potuto di conseguenza provocare la lesione pleurica.

Ho voluto raccogliere questi due casi per il contributo che recano allo studio della pleurite tifica, che per la sua rarità, per la tendenza alla suppurazione, spesso per la sua latenza e per la gravità della prognosi, costituisce una complicazione importantissima della infezione eberthiana.

BIBLIOGRAFIA

Achard. Pleurésies typhoïdiques, La Semaine Médicale; 1918, p. 417. — Barlocco. Pleuriti nel corso dell'infezione tifoide, Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 106, 3 sett. 1905. — Belfanti. Riv. ital. di Clinica Medica, n. 20, 1890. — Brancati. Comunicaz. cong. Med. interna, 1922. Citato nella Riforma Medica, 1922, pag. 1106. — Charrin et Roger. Presence du bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorragique, Soc. méd. des hôp., 1891. — Brouardel, Renard e Seligmann. Transformation d'une pleurésie sero-fibrineuse en pleurésie purulente à bacille paratyphique B., Bull. et Héom. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. n. 5, 12 febbraio 1925. — Colzi. Della suppurazione dovuta al bacillo tifo, Lo Sperimentale, 1880, pag. 623. — Dieulafoy. Manuale di patologia interna, vol. IV, Ed. Vallardi. — Dopter. Pleuro-typhus de reclute. Soc. méd. des hôp., séance du 13 nov. 1904. — Eichhorst. Trattato di Pat. e Terapia speciale Med., Milano. — Fallet et Bourdinière. Progrès Médic., n. 2, 1911. — Fernet. Un cas de pleurésie sérofibrineuse avec bacilles d'Eberth, Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 15 mai 1891. — Finley. Typhoid pleurisy. The Lancet, n. 4651, 1912. — Frankel. Sulle proprietà patogene del bacillo del tifo. Verhandl der Congr. der inn. Med., 1887. — Frugoni. Appunti pratici intorno al tifo di guerra, Il Policlinico, Sez. prat., fasc. 8. 1916. — Jemma. Contributo alla etiologia della pleurite nella febbre tifoide, Gazzetta degli Ospedali, 21 nov. 1897. — Kelsch. Pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoide, Acad. de méd., 23 fév. 1892, Semaine Méd. 1892, pag. 73. — Labiche. Des pleurésies à bacille d'Eberth, Thése de Paris, 1899. — Lacombe. Le pleuriti tifiche, Journal des Praticiens, n. 14, 1905. — Lartigan. Acad. de Méd. de Paris, 23 febbraio 1892. — Levi e Malloizel. Cytologie d'un cas de pleurésie typhoidique, Soc. de méd. des Hôp. Paris, 6 novembre 1903. — Loriga e Pensuti. Pleurite da bacillo del tifo, Riforma Medica, 1890. — Macaigne e Tèhry. Gazette des Hôpitaux, n. 35, 1913. — Mènètrier. Soc. méd. des Hôp., 19 dec. 1896, — Meoni, Pleuriti tifose, Rivista critica d. Clinica Medica, 1 marzo 1913. — Michel. Contributo allo studio clinico delle pleuriti tifoidiche, Tesi di Parigi, 1899-1900. — Mondolfo. Policlinico, Sez. prat., 1919, pag. 1521. — Idem. Contributo alla conoscenza del pleuro-tifo, Policlinico, Sez. Med., fasc. 5, 1919. — Mohr e Staehelin. Tratt. di Med. interna (capit. del tifo di Schottmüller), vol. I, Milano. — Remlinger. Contribution à l'étude du pleuro-typhus et des pleurésies à bacille d'Eberth. Revue de Médecine, 1900, pag. 998. — Sacquepée. Semaine Méd., n. 52, 1910. — Sears. Citato da Eichhorst nil Tratt. di Pat. Spec. Med. — Siredey. Sur un cas de pleurésie à bacilles d'Eberth, Soc. méd. des Hôp. 12 octob. 1900. — Souques. Sur deux cas de pleurésie typhoidique, Soc. méd. des Hôp., 19 janv. 1900. — Suartz e Hanson. Acta medica Scandinavica, vol. 54, fasc. 2, 1920. — Valentini. Berliner Klin. Woch. 1889. — Vincent. Cytologie et signification des pleurésies typhoidiques, Soc. de Biologie, 31 oct. et 7 nov. 1903. — Weintrand. Ein fall Typhusbacillen-Empyem, Berliner Klin. Woch., pag. 345, 1893. — Widal e Merklen. Trois cas de pleurésie typhoidique, Soc. méd. des Hôp., séance du 27 juillet 1900. — Alessandri. Peritonite purulenta post-tifica a decorso subacuto da bacillo di Eberth, Comunic. R. Accademia Medica di Roma, seduta del 29 marzo 1924.

NOSOGRAFIA

Tipi diversi di gozzo

Individualizzare clinicamente i tipi diversi di gozzo è indispensabile, perchè secondo la loro differenza è varia tanto la prognosi quanto la terapia.

Su questo argomento attira l'attenzione Dautrebande, dell'ospedale Brugmann, di Bruxelles, sulla base di osservazioni molto numerose raccolte in collaborazione con Lemort (*Presse Médicale*, 22 genn. 1927).

Una varietà di gozzo, nota da secoli è quella che si presenta endemicamente in certe regioni, in cui è evidente la influenza, per lo meno predisponente, dell'acqua potabile, nella quale si vuole attribuire importanza specialmente alla scarsezza dello jodio, tanto che si va diffondendo la indicazione profilattico-curativa della somministrazione di iodio tra gli abitanti di quelle regioni. In questo tipo di gozzo la sostanza colloide contenuta nella tiroide è in aumento con contrasto rispetto alla diminuzione della tiroidina o tiroxina e il ricambio materiale dell'infermo non mostra perturbamenti spiccati.

Un'altra varietà di gozzo è quella in cui si riesce a palpare uno o più noduli, consistenti in adenomi della tiroide. In questo tipo di gozzo necessita essere molto prudenti nella somministrazione di ioduri, perchè talvolta il gozzo nodulare può associarsi con fenomeni d'ipertiroidismo, come è tato indicato per la prima volta da Plummer. Questa varietà di gozzo adenomatoso è stata indicata con i nomi di gozzo cardiaco, gozzo basedowizzato, forma frusta di malattia di Basedow, adenoma tiroideo tossico. I fenomeni, che testificano l'eccesso di secrezione interna tiroidea, sono il dimagramento, la tachicardia, la dispnea da sforzo, l'astenia generale, l'esaltamento degli scambi nutritivi. Spesso questo tipo di adenoma tossico è una fase ulteriore o trasformazione di un primario gozzo semplice, dal quale si può distinguere esaminando lo stato degli scambi nutritivi, il quale si presenta esaltato con eccesso di decomposizione specialmente delle sostanze azotate.

Digitized by Google

Il gozzo tossico o adenoma tossico si distingue dalla malattia di Flajani-Basedow, perchè mancano l'esoftalmo, il tremore a minime scosse, la sensazione di caldo eccessivo, i disordini intestinali sotto forma specialmente di diarrea improvvisa o a crisi. Altri elementi differenziali di diagnosi: nel gozzo basedowiano l'età abituale degl'infermi è tra i 30 a 35 anni; il quadro morboso si svolge con tutti i fenomeni subiettivi ed obbiettivi nel corso di appena 6 mesi ad 1 anno, laddove nell'adenoma tossico o ipertiroideo la evoluzione è lenta; più che d'ipertiroidismo si tratta di distiroidismo.

Encefalite consecutiva alla vaccinazione jenneriana

P. Fornara (*Clinica ed Igiene infantile*, n. 1, 1927) ricorda che in questi ultimi anni sono stati riferiti una cinquantina di casi di disturbi nervosi cerebrali, comparsi dopo la vaccinazione jenneriana e ritenuti come encefaliti post-vaccinali. Queste sarebbero caratterizzate dall'inizio dei disturbi 9-15 giorni dopo la vaccinazione, cioè nel periodo in cui suole comparire l'esantema pustoloso del vaccino generalizzato, e da una sintomatologia assai variabile, ora predominando i sintomi meningei, ora quelli encefalitici, ora quelli simulanti il tetano; i malati in genere guariscono senza reliquati e la mortalità è di circa il 38 %.

La questione maggiormente discussa riguarda la patogenesi di tali forme nervose post-vacciniche, se cioè si tratti di una localizzazione cerebrale primitiva spontanea del vaccino, oppure di una localizzazione nervosa da vera encefalite epidemica, alla quale l'organismo si trovi predisposto durante la vaccinazione jenneriana, oppure ancora se i disturbi siano causati da un virus filtrabile della mucca che passi nel vaccino omologo.

Quale che sia l'ipotesi che si vuole ammettere, certo è, secondo l'A., che dopo la vaccinazione possono comparire dei disturbi encefalitici, i quali, causati o occasionati dalla vaccinazione, certo da essa dipendono. Come conclusione pratica, gli AA. sono d'accordo nell'ammettere che tali disturbi non possono costituire argomento per una campagna antivaccinica nè debbono gettare discredito sulla vaccinazione; perciò essi non debbono essere divulgati tra il pubblico profano e commentati in modo da destare paura e preoccupazione nelle famiglie in cui vi sono bambini che debbono essere vaccinati. Converrà, però, aumentare le norme di cautela nella vaccinazione, astenendosi dal vaccinare in periodi di epidemia di encefalite epidemica e usando prudenza specialmente nella prima vaccinazione di bambini della seconda infanzia, che sembrano più degli altri predisposti a tali disturbi, usando in essi vaccini attenuati, vaccini diluiti 1:50-1:200, iniettandoli eventualmente per via intradermica, ecc.

Complicanze nervose della pertosse

E. Meynier (Ospedale Maria Vittoria in Torino, *Clinica ed Igiene Infantile*, n. 1, 1927) mette in rilievo che, sebbene non così frequenti come in altre malattie infettive, le complicanze nervose della pertosse sono, sopra tutto in certe epidemie, non eccezionalmente rare. Possono essere molto varie e nella letteratura oltre le convulsioni (che sono più frequenti) sono stati osservati: spasmo della glottide, meningite, idrocefalo, encefaliti e meningo-encefaliti con paralisi, sopra tutto con emiplegia, afasia, emorragie meningee, cerebrali, cerebellari e bulbari, trombosi dei seni, psicosi, paralisi periferiche varie ecc.

L'A. illustra 5 casi di queste complicanze nervose: in due si è trattato della comparsa di idrocefalo, in uno di semplice reazione meningea guarita completamente in poco tempo, in un quarto caso, ammalato contemporaneamente di broncopolmonite, di meningoencefalite con afasia, sordità e cecità, recidivata due volte in poco più di due mesi, e nel quinto caso di una sindrome polinevritica localizzata agli arti inferiori.

Circa la patogenesi di queste complicanze, l'ipotesi più accettata è che esse siano dovute ad un'azione tossi-infettiva del germe della pertosse, favorita forse dalla stasi venosa endocranica prodotta dagli accessi convulsivi e in certi casi da una predisposizione nervosa individuale. In altri casi tali complicanze nervose sono dovute ad infezioni secondarie (da pneumococco, da streptococco, da meningococco, da bacillo di Friedlaender, ecc.), impiantatesi su un terreno reso anergico dalla pertosse.

Queste complicanze danno una mortalità del 10-20 % circa, secondo l'età dei bambini, e il 40 % di deformità permanenti; la loro conoscenza deve perciò contribuire, specie nei bambini piccoli e deboli, a fare intensificare le pratiche di profilassi non solo con l'isolamento dei malati, ma anche con la vaccinazione e la sieroterapia.

TERAPIA

L'adrenalina nel trattamento dei vomiti da malaria

R. Alvarado e V. Arroyabe (*La Prensa Médica Argentina*, a. 13, n. 7), mercè l'adrenalina, sia per via gastrica che per via ipodermica, nella dose giornaliera di 1-2 mgr., hanno notato risultati immediati e sicuri nel trattamento dei vomiti di origine malarica.

Gli AA. ritengono che questo vomito sia causato dalla insufficienza surrenale, dipendente dalla infezione da plasmodio e basano la loro affermazione sia sugli ottimi risultati terapeutici dell'adrenalina, sia sulla coesistenza di una profonda astenia dovuta alla infezione malarica stessa, che com'è noto, dipende da insufficienza surrenale, e che è anche avvantaggiata dalla terapia adrenalinica.

Onde essi ritengono che nei pazienti affetti da malaria sia necessario rivolgere grande attenzione alle alterazioni anatomopatologiche dei surreni e ad intervenire opportunamente con conveniente opoterapia.

Il tiosolfato sodico nel trattamento dell'eczema

B. Throne, L. Van Eyck. E Marples e C. Meyers (New York, *Urol. and Cut. Review*, sett. 1926) hanno sottoposto a trattamento con tiosolfato sodico numerosi eczematosi mediante somministrazione, in giorni alterni, di 50 cgr. del preparato.

In oltre l'80 % di questi casi si è ottenuto una rapida risposta alla cura; gli infermi sono rapidamente migliorati, e in breve tempo messi in condizione di poter riprendere le loro attività.

Gli AA. inoltre hanno avuto occasione di osservare in tutti i casi notevoli alterazioni del contenuto di carboidrati e cloruri nel sangue nonchè un accumulo di queste sostanze negli strati cutanei.

Essi quindi ammettono che il disquilibrio osmotico così prodotto in questi strati giochi una parte molto importante nella produzione della sintomatologia dell'eczema.

Il mercurocromo 220 solubile nel trattamento della febbre puerperale e della lebbra

R. Escobar e S. Villalobos (*Hospital General*, vol. I, n. 3) hanno osservato che il mercurocromo 220 solubile, iniettato per via endovenosa, riesce sommamente efficace nel trattamento della febbre puerperale. Il preparato viene comunemente somministrato in soluzione acquosa all'1 % o anche al 2 % e in quantità tale da non superare cgr. 0,5 di medicamento per kgr. di peso.

E' ovvio dire che l'iniezione deve essere preceduta da un accurato esame dell'urina, a fine di scongere se esistono lesioni renali o insufficienza epatica; nei casi in cui tali condizioni sono presenti, il trattamento esposto risulta inattuabile.

Il mercurocromo se iniettato troppo frequentemente dà fatti di intensa stomatite, proprio come i mercuriali: onde sarà bene sorvegliarne attentamente la somministrazione.

Il mercurocromo ha dato i migliori risultati specialmente in quei casi in cui alla infezione puerperale streptococcica erano associate lesioni eresipelatose.

Gli AA. hanno inoltre sperimentato il mercurocromo nel trattamento della lebbra. Essi hanno potuto osservare che tale preparato anche se somministrato per via venosa in soluzione all'1 %, nella dose iniziale di 2-3 mgr., per kgr. di peso, ogni otto giorni, riesce inefficace e talvolta perfino dannoso. Buoni risultati invece sono stati ottenuti mediante applicazioni cutanee di mercurocromo associate a chaulmoogra:

Pomata di chaulmoogra	gr. 200
Mercurocromo 220 sol.	cgr. 20

Questa pomata, applicata sulle ulcerazioni, provoca una rapida e completa cicatrizzazione, resa più facile dal fatto che il preparato ha un forte potere antisettico onde vengono eliminate tutte le infezioni secondarie, le quali ostacolano il processo rigenerativo delle lesioni lebbrose.

FORMULARIO

Nella broncopneumonite infantile. — Oltre i bagni caldi (38° C) o gli impacchi umidi caldi (39° C), ogni tre ore, e i cataplasmi senapizzati, si faranno iniezioni di:

Canfora	gr. 0.50
Etere solforico	cc. 2
Olio di ulive	cc. 8 (Marfan)

1/2-1 cc. nelle 24 ore prima di 6 mesi di età; in seguito, raddoppiare la dose.

Internamente si prescriverà:

Acetato d'ammonio	gr. 1
Tintura di cannella	» 1
Sciroppo d'etere	» 15
Infuso di caffè	» 30
Sciroppo semplice q. b. per	cc. 90

4-5 cucchiaini da caffè al giorno, per un lattante di 6 mesi. Prima dei 6 mesi di età si può aggiungere dell'adrenalina al ‰: III gocce, 3 volte al giorno.

(da Ch. Fiessinger. *La Pratique Thérapeutique en clientèle*. N. Maloine, ed. Parigi, 1927).

Digitized by Google

COMMENTI E POSTILLE

Croup primitivo e pseudo-croup per corpo estraneo nel tubo laringo-tracheale

Il Dottor Gioseffi, nel suo articolo apparso sulla *Riforma Medica*, 1926, n. 50, nella rubrica *Commenti e Postille*, e dal titolo « Croup primitivo e pseudo-croup per corpi estranei nel tubo laringo-tracheale », è stato molto gentile di portare conferma ad alcune idee da me espresse nel lavoro sul « Croup primitivo, ecc. » (*Rif. Med.* 1926, n. 44), aggiungendovi il parere di illustri Maestri, e quello Suo personale.

Ma poichè il Dott. Gioseffi afferma che io in quel lavoro abbia dato *l'ostracismo all'intubazione nei casi di simulazione di Croup per corpo estraneo*, approfitto dell'occasione per dichiarare che effettivamente ritengo, per l'esperienza che mi compete dalla pratica quotidiana della intubazione, e per la conoscenza della Letteratura più recente sui nuovi mezzi di Terapia in simili casi (bronco-esofagoscopia, laringoscopia sospesa, ecc.), *essere la intubazione assolutamente controindicata nei casi, ben diagnosticati, di corpo estraneo nella laringe.*

Perciò, niente altro ho da aggiungere o togliere a quanto prima ho scritto. E' bene si sappia soltanto che, se del problema della terapia dei corpi estranei nelle vie respiratorie avessi voluto in particolare modo occuparmi, non sarei venuto meno al dovere di citare oltre all'opinione di Massei, anche quella di altri Laringologi defunti, o viventi, ma sopratutto non avrei mancato di ricordare al riguardo una nota scritta dal Gioseffi, che, integralmente ora riprodotta nel sucitato articolo della *Riforma Medica*, io già conoscevo, poichè, nel consultare la letteratura per il mio lavoro, ne avevo preso visione nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, anno 1910, V. II, p. 1129.

Dott. Girolamo Pansini

Napoli, Dicembre 1926.

Nuovo concetto dell' artritismo

In un articolo pubblicato nel n. 44 della *Riforma Medica*, 1923, col titolo: *Che cosa è l'artritismo*, il Prof. Andrea Ferrannini, con critica fondata sopra incontestabili dati scientifici dimostrò l'inconsistenza della dottrina dell'artritismo, quasi universalmente accettata, e, manifestando la sua persuasione, resa nota già da molti anni, che le diverse sindromi: gotta, calcolosi, polisarcia, ecc. raggruppate sotto quell'appellativo. più che costituzionali, avessero a ritenersi di natura infettiva, affrettava la scoperta del germe produttore.

A questa originale ipotesi non mancarono gli oppositori, i quali ragionevolmente pretendevano la dimostrazione di codesto germe e la sua presenza, non casuale, ma costante, nel sangue o purchessia in altri umori degl'infermi. E questa dimostrazione venne, mercè le sagaci indagini di uno studioso, valente quanto modesto, e le previsioni del Ferrannini ebbero piena conferma.

Il Dott. Biagio Greco, ammettendo com'era generale credenza, che, nell'etiogenesi della gotta, ha parte essenziale l'acido urico, di cui costantemente trovasi aumento nel sangue de' gottosi, volse la mente alla ricerca dell'origine di questo prodotto regressivo, e dei rapporti intercorrenti tra acido urico e gotta; e, poichè tutto questo era avvolto ancora nel più impenetrabile velo, egli, con felice intuito, si propose di seguire, nelle sue laboriose investigazioni, una via del tutto diversa da quella tenuta da' precedenti osservatori.

E già i suoi studii proseguivano da più che un triennio, allorchè, nel 1908, per parteciparle ad un concorso, il cui tema era: *Memoria che porterà nuova luce sulla patogenesi della gotta e sui veri rapporti che esistono fra gotta ed acido urico*, scrisse una monografia, la quale non soltanto risolveva il quesito, ma annunziava una scoperta, mercè la quale *un morbo, creduto essenzialmente costituzionale (diatesico), dovrebbe passare nel campo delle infezioni.*

Io qui non intendo di riepilogare lo scritto del Dott. Greco, nè riporterò le sue numerose, conclusive esperienze; ma, perchè sia apprezzato giustamente il valore della sua scoperta, dirò ch'egli, portando la sua indagine, con nuovissimo metodo, sul sangue e sul succo gastrico dei gottosi, rinvenne *una forma bacillare esilissima*, che chiamò *urobio*, o meglio *cristallurobio.*

L'A. pensa che l'acido urico sia il prodotto dell'attività metabolica di tale microbio, il quale *apparterrebbe a quella specie di microrganismi riduttori dell'azoto e principalmente delle sostanze albuminoidi, fissandone una parte di azoto. Per tale sua attività, che si esplicherebbe anche sui nuclei cellulari, per disfacimento delle nucleine, si avrebbe la genesi dell'acido urico.*

La conferma dell'origine microbica della gotta si avrebbe, secondo il Dott. Greco, dall'azione preventiva e curativa dell'acido fenico, somministrato per bocca, il quale, deprimendo ed annientando la vitalità del cristallurobio, impedirebbe la formazione dell'acido urico. E la spiegazione dei beneficii, che, nella gotta apporta la somministrazione dell'acido cloridrico, anche nel campo della flora batterica intestinale deve ricercarsi, anzicchè nella formazione di cloruri alcalini, i quali. per le alterazioni renali dei gottosi, sono in gran parte ritenuti nel sangue.

A me sembra che codesta maniera d'intendere e spiegare l'azione dell'acido fenico nella gotta sia conforme al vero, dacchè anch'io, non rare volte. ottenni buoni effetti dall'energica disinfezione delle vie digerenti, mercè l'acqua solfocarbonata.

Un'osservazione empirica aveva accertato che la gotta è ereditaria, e che non di rado o nello stesso paziente, o ne' discendenti, si manifesta sotto l'apparenza di altre forme morbose, ovvero può unirsi ad altre malattie, con le quali ha stretta attinenza. Di questi legami e di queste rasformazioni non mai finora spiegati, il Dott. Greco dà un'interpetrazione molto ingegnosa, cioè che il principio gottoso, trasmesso alla prole, determinerebbe l'alterazione funzionale o materiale di varii organi, e ciò darebbe origine ai diversi tipi morbosi, compresi nell'artritismo, ond'essi deriverebbero da una causa unica comune.

Io spero che tali studii non restino interrotti, e che il dott. Greco, continuando le sue indagini, possa, quanto prima specificar meglio le qualità biologiche e strutturali del suo *cristallurobio*, ed assegnargli il posto che gli compete nella grande famiglia degl'infinitamente piccoli.

Dott. Luigi Masciangioli (Sulmona)

Conosco il valore, non comune, del Dott. Biagio Greco, nonchè del Dott. L. Masciangioli, che con l'articolo qui pubblicato ricorda le indagini dell'egregio collega.

Mi sembra utile semplicemente notare che non mi assegno come merito di priorità prospettare la origine infettiva delle varie sindromi, conglobate sotto la espressione generica di artritismo.

Non pochi osservatori mi avevano preceduto sul riguardo. Tengo soltanto alla costanza delle mie convinzioni, nel senso che mi vado sempre più confermando in quelle, anche dopo gli studi recenti di antropologia e morfologia clinica, nonchè di endocrinologia. La predisposizione o diatesi o terreno costituzionale esiste nell'artritismo come in qualsivoglia altro tipo della patologia umana. L'interessante è che la diatesi o terreno costituzionale senza l'agente microbico, che sopravvive, non è capace, da sola, d'inscenare il quadro morboso; anzi in alcuni individui la stessa predisposizione è effetto d'intossicazioni microbiche, che o si sono prodotte sin dai primi anni della vita extrauterina o hanno inquinato il germe in parecchie generazioni degli ascendenti.

Andrea Ferrannini

LIBRI ED OPUSCOLI

Henri Hartmann. *Chirurgie de l'Estomac.* Parte prima. Masson et C. Editeurs, Paris, 1926, 1 vol. pagg. 336 con 113 fig. intercalate (non indicato il prezzo).

Non c'è forse, studioso di chirurgia, al quale possa essere sfuggita l'opera monumentale che, sotto titolo di « Travaux de Chirurgie » l'insigne clinico francese, va costruendo, da non breve corso di anni.

Siamo già al sesto volume, il quale, per l'esuberanza della materia, sarà presto seguito da un'altra puntata, anch'essa di chirurgia gastrica. Tecnico e clinico sempre eminentemente personale, pur non trascurando la produzione altrui, l'Hartmann si fonda sostanzialmente su quella della propria clinica. Il materiale clinico ed operatorio è quindi registrato, analizzato, sintetizzato, senza nulla tralasciare, sopratutto nell'esame postumo dei casi studiati.

Se in questo volume, come in altri dello stesso Autore, troviamo segnati collaboratori, come Barbidian, Bensaude, Chabrut; Metzger; Poliakoff, ed altri, non è questa se non la prova di un indirizzo e di una scuola che si impone alla imitazione feconda.

Il volume si divide in quindici capitoli principali, con rispettivi paragrafi. Eccone i titoli che sono già di bastevole traccia ed incitamento al possesso dell'opera: Esame dello stomaco; esame ematologico in 100 casi di ulcera o cancro dello stomaco; gastroscopia; ulceri perforate dello stomaco e del duodeno in libero peritoneo; tecnica delle operazioni eseguite sullo stomaco; le stomie gastro-intestinali a piloro pervio; sequele immediate di 842 consecutive gastro-enterostomie; risultati remoti della gastro-enterostomia; ulcera peptica del digiuno; esperienze di stenosi piloriche

Digitized by Google

in animali; chimismo gastrico dopo operazioni sull'organo; risultati remoti di 100 resezioni gastriche per cancro; neoplasmi non cancerigni dello stomaco; stenosi ipertrofiche del piloro negli adulti.

Edizione nitida, come sempre.

AIEVOLI

RIBAS RIBAS E. *Cirugia de la Ulcera gastro-duodenal.* Principios fondamentales de la indicacion y de la técnica. Barcelona, Junio 1926, 1 fasc. pagg. 149, con numerose tavole intercalate.

L'interesse particolare di questa contribuzione, che ha per sostegno un lungo periodo di osservazione nell'Ospedale de la Santa Cruz y de San Pablo, si trova nella esibizione dimostrativa di fotografie, radiografie, microfotografie.

La prima metà del fascicolo, appunto perchè assorbita da codesta scelta di figure opportunamente commentate, è la più efficace.

La discussione dottrinale e tecnica, si inizia con un capitolo sulle indicazioni all'intervento operatorio nell'ulcera gastrica, penetrando nella critica della gastro-enterostomia, dimostrando come questa operazione vada perdendo in parte la fama e la divulgazione che primieramente la circondarono; pur restando buona operazione palliativa, specialmente nella tecnica di Cardenal e di Petersen.

In un capitolo successivo viene discussa la resezione dell'ulcera e la sua importanza, in rapporto alla localizzazione dell'ulcera.

Maggiore sviluppo in successivi paragrafi è dato allo studio della gastrectomia estesa, con resezione del piloro ed antro. L'opportunità dell'intervento; la tecnica della gastrectomia estesa; i risultati post-operatori; lo studio radioscopico e radiografico dei gastroectomizzati; lo studio clinico del gastrectomizzato; la statistica; e finalmente le operazioni sul sistema nervoso, formano altrettanti capitoli della monografia.

Se i limiti di una recensione ci impediscono scendere in troppi particolari, tanto non ci impedisce di fare eccezione per affermare la personalità di questo operatore, donde un riflesso sulla chirurgia spagnuola. Infatti il Ribas ha al suo attivo: 692 gastro-enterostomie per lesioni non maligne, con mortalità = 4 %; 188 resezioni gastriche per 102 ulceri gastriche, 80 duodenali, 6 peptiche, con mortalità che è andata riducendosi dal 30-18-6 %.

AIEVOLI

Attilj S. *La Roentgen-terapia in un caso di sporotricosi.* Estratto dall'« Archivio di Radiologia », fasc. 5°, 1925.

Giordano D. *Elogio di Giacomo Boni.* Premiate Officine Grafiche C. Ferrari, Venezia, 1925.

Malagodi A. *Il brefotrofio di Ferrara nel* 1924: *risultati di un esperimento di* 5 *anni.* Tipografia Emiliana S. A. T. E. Ferrara, 1926.

NOTIZIE

Nomine ed onorificenze. — La Facoltà di Medicina della R. Università di Modena, all'unanimità, ha incaricato il Prof. Luigi Torraca dell'insegnamento della Patologia chirurgica.

Al Prof. Torraca, nostro attivo collaboratore, mandiamo il nostro saluto fraterno, con l'augurio che l'avvenire lo compensi della sua attività di studioso instancabile e di ricercatore coscienzioso.

— Il prof. Luigi Ferrannini è stato nominato, in seguito a concorso, Direttore dell'Istituto di Clinica Medica nella R. Università di Cagliari, dove ha già iniziato i suoi lavori.

— Il prof. Nicola Castellino è stato proposto, con voto della Facoltà di Medicina, per l'insegnamento delle Malattie del Lavoro nella R. Università di Napoli.

XVIII Congresso Nazionale di Idrologia e Climatologia. — Il Comitato Organizzatore del XVIII Congresso Nazionale Idrologico, che si terrà come già venne annunciato, a Milano nei primi giorni del prossimo ottobre, ha definitivamente fissato come segue i temi di Relazione, coi rispettivi Relatori, che hanno cortesemente accettato.

Prof. Adriano Valenti: « Le conoscenze atuali sul meccanismo d'azione delle acque minerali ».

Prof. Ambrogio Da Gradi e Dott. Emilio Silvano: « Soggiorno dei tubercolotici nelle Stazioni climatiche, in rapporto alla legislazione, alla terapia e alla igiene ».

Fra le comunicazioni già accolte, vanno notate specialmente una del Dott. Burgonzio su « l'Insegnamento della Idroterapia », e altra del Prof. Onorato su « Tripoli Stazione climatica e talassoterapica ».

Si fa presente che, mentre le Relazioni saranno stampate, nella parte conclusiva, una settimana prima che si apra il Congresso, è necessario che i temi di « comunicazioni » vengano mandati al più presto al Comitato Organizzatore (Via S. Paolo n. 10 Milano); e che il testo di ciascuna di esse, o almeno un ampio riassunto, pervenga al Comitato sia per la necessità di un controllo, sia per rendere possibile la sollecita attuazione degli « Atti ».

Il « Touring Club », che ha assunto la organizzazione della Mostra delle Stazioni di cura alla Fiera Campionaria di Milano (1927), farà il possibile perchè tale Mostra sia a disposizione dei Congressisti del XVIII Congresso Nazionale Idroclimatologico; ai quali saranno pure concesse speciali facilitazioni di alloggio nel nuovo Albergo del « Touring » in Milano.

La quota di iscrizione al Congresso è fissata in L. 30 pei Medici, Chimici ecc. (L 15 per le Signore) e L. 50 per gli Enti, e pei Comuni, che saranno ricordati nel volume degli « Atti ».

Viaggi per medici organizzati dal " Bruxelles-Mèdical ". — Il « Bruxelles-Médical » ha organizzato anche per questo anno diversi viaggi per medici e loro famiglie a prezzi ridotti. Un primo viaggio ha per méta il *Marocco*, con partenza da Bordeaux il 10 aprile p. v. toccando Casablanca, Marrakech, Rabat, Meknes, Fez, Taza, Oudjda, Tlemcen, Orano e ritorno da questa città a Marsiglia per il 28 aprile p. v. Prezzo 5.875 fr. francesi a persona.

Gli altri viaggi si svolgeranno nel Mediterraneo su tre piroscafi di lusso, il Providence, il Patria e il Canadà, particolarmente adatti per queste crociere. 1. *Crociera C*: partenza l'11 marzo; durata 33 giorni; itinerario: Marsiglia, Monaco, Napoli (una settimana di scalo), Atene, Costantinopoli, Mar Nero, Beyrouth, Haiffa, Gerusalemme, il Cairo, Alessandria, Messina, Monaco, Marsiglia. Prezzo: 340 dollari per la classe di lusso; 315 dollari per la prima classe; 230 dollari per la 2ª classe distinta e 218 per la 2ª classe ordinaria. 2. *Crociera D*: partenza 21 aprile; durata 25 giorni; lo stesso itinerario precedente ma con scalo a Napoli di soli 2 giorni. Prezzo: 1ª classe, 305 dollari; 2ª classe distinta 220 dollari; 2ª classe ordinaria 208 dollari. 3. *Crociera F*: partenza 29 marzo, durata 29 giorni; lo stesso itinerario precedente, eccetto Monaco e aggiungendovi Palermo, Siracusa, Aiaccio, Algeri e Barcellona. Prezzo: 1ª classe ordinaria, 305 dollari; 1ª classe distinta, 265 dollari; 1ª classe ordinaria, 250 dollari.

I prezzi anzi detti comprendono tutte le spese: trasporti, alberghi, ferrovie, automobili, visite alle città e curiosità, escursioni, guide. Per informazioni rivolgersi alla « Section des voyages de Bruxelles-Médical » 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles (indirizzo telegrafico: Belgfranav).

Premio Baccelli al merito clinico. — E' stato conferito al Prof. Francesco Schiassi, incaricato della Semeiotica Medica nella R. Università di Bologna, il Premio Baccelli al merito clinico, in seguito al seguente decreto del Rettore della R. Università di Roma:

Il Rettore della R. Università di Roma, Prof. Del Vecchio, visti i concorsi banditi il 15 aprile e 1 novembre 1924 a due Premi Baccelli consistenti in due medaglie d'oro al merito clinico;

Vista la deliberazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Roma in data 20 novembre 1926;

Vista la deliberazione del Senato Accademico 20 dicembre 1926;

Decreta:

Al Prof. Francesco Schiassi è conferito uno dei Premi Baccelli, consistente in una « medaglia d'oro al merito clinico ».

Il principale lavoro presentato e premiato è il volume: *La malaria e le sue forme atipiche.* Tanto questo, come gli altri lavori clinici furono compiuti nella Clinica Medica di Bologna, diretta dal Prof. Viola.

IV Congresso internazionale di medicina e farmacia militare. Dal 30 maggio al 4 giugno 1927 si terrà in Varsavia il IV Congresso internazionale di medicina e farmacia militare. I temi ufficiali posti all'ordine del giorno sono i seguenti: 1. Sgombro dei malati e feriti nella guerra di movimento (relat.: Polonia e Brasile). 2. Eziologia e profilassi della grippe (relat.: Danimarca). 3. Esiti dei traumatismi del cranio e loro trattamento (relat.: Polonia e Grecia). 4. Sugli arsenobenzoli: metodi di analisi e considerazioni chimiche (relat.: Polonia ed Estonia).

A dimostrare, intanto, i vincoli di simpatia che legano il corpo sanitario militare polacco e quello italiano, il colonnello medico, Luigi Zembrzuschki, direttore della Scuola di sanità militare di Varsavia, ha pubblicato una memoria su un nostro connazionale, Michele Bergonzoni, il quale nel 1789 fu chiamato dalla Dieta costituente a riorganizzare i servizi sanitari dell'esercito polacco ed in seguito per molti anni fu capo benemerito di quel Corpo sanitario.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 7 Marzo 1927 — N. 10

ARGOMENTI DEL GIORNO

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI PADOVA
Direttore: Prof. C. FRUGONI

IL DIABETE E LA TEORIA DELLA FISSAZIONE STRUTTURALE

per il dott. ALDO LUISADA

La patogenesi del diabete costituisce un problema che non può dirsi ancora risoluto. La soluzione di esso ha però fatto dei passi decisivi negli ultimi anni e può prevedersi non lontana l'epoca in cui ogni lato della questione sarà noto.

Complessa malattia in vero il diabete. disturbo rel ricambio zuccherino la cui origine è da ricondursi ad un molteplice disequilibrio endocrino. Il suo studio deve essere perseguito dalle scienze sorelle della chimica e della fisiologia, della farmacologia e della patologia medica ed esse, pur procedendo parallelamente seguono ognuna un indirizzo e un metodo un po' diverso, rendendo più ardua la visione complessiva del problema.

Il ricambio degli idrati di carbonio

Gli studi sul ricambio normale degli idrati di carbonio hanno prodotto una progressiva evoluzione e una modificazione successiva delle idee correnti, finchè, in seguito alle nuove possibilità di lavoro che la scoperta dell'insulina ha dato, si è giunti all'accordo sopra un quadro, incompleto è vero, ma che permette già di spiegare molti dei fenomeni fisio-patologici del diabete.

Il glucosio, zucchero a molecola semplice, è uno degli elementi più necessari alla vita delle cellule, cui serve di alimento e da cui viene facilmente utilizzato per la sua facile combustibilità. E' necessario perciò che nel sangue sia sempre contenuta una determinata quantità di glucosio pronta per i bisogni dei singoli tessuti; la glicemia normale si aggira nell'uomo intorno agli 0,08 gr. %. Perchè questo livello sia mantenuto costante esiste una serie di organi regolatori, produttori e trasformatori dello zucchero che sono continuamente in opera per soddisfare la fame delle singole cellule esattamente nei limiti del bisogno. Se questo fosse superato, se cioè la quantità dello zucchero salisse nel sangue al disopra dei limiti normali (iperglicemia), la barriera che normalmente è formata dal filtro renale verrebbe ad abbassarsi e lo zucchero passerebbe nell'orina (glicosuria) determinando un impoverimento continuo per l'organismo.

Centrale del ricambio zuccherino è il fegato, enorme ghiandola dalle multiple secrezioni esterne ed interne cui spetta il compito di ricevere, di trasformare e di immagazzinare lo zucchero superfluo, di cedere a seconda dei bisogni quello richiesto dagli altri organi.

Via normale di introduzione dello zucchero è la alimentare; dall'intestino, ove gli zuccheri complessi sono scissi per idrolizzazione e ridotti a zuccheri semplici, lo zucchero passa al fegato per la vena porta: là è normalmente trasformato, ridotto in glicogeno od amido animale e messo in riserva. Continuamente però dal fegato una certa quantità di zucchero, prodotto di glicogenolisi, passa nel circolo generale per le vene sovraepatiche e il flusso aumenta durante e dopo i pasti, specie se ricchi di idrati di carbonio.

Secondo studi recentissimi (10) l'afflusso zuccherino per la porta e l'afflusso per le sovrepatiche sono due processi completamente indipendenti fra loro e collegati solo per mezzo di riflessi nervosi ed umorali. In tal guisa lo zucchero che passa in circolo pochi minuti dopo l'ingestione di un pasto è glucosio epatico, e questo forse non è completamente identico a quello assorbito dalla mucosa intestinale. Questo flusso zuccherino può essere inibito farmacologicamente.

Fibre nervose partenti dal bulbo, decorrenti negli splancnici, vanno al fegato e conducono stimoli che determinano glicogenolisi e fuoruscita di zucchero. Un secondo meccanismo, neuroendocrino questa volta, è rappresentato dalle fibre nervose, pure contenute negli splancnici, che vanno alle ghiandole surrenali e che stimolano la secrezione di adrenalina; questa sostanza, giungendo al fegato per via circolatoria, dà luogo pure a glicogenolisi e fuoruscita di zucchero. Altri ormoni, come la pituitrina, agiscono in modo simile, ma meno intenso. Oltre a questo esistono altri meccanismi incogniti, la cui dimostrazione è data del fatto che il fegato trasforma ancora glicogeno in zucchero dopo la surrenalectomia bilaterale e il taglio degli splancnici. Se questi apparati soltanto fossero in giuoco, conseguenza del loro lavoro sarebbe una iperglicemia e quindi una glicosuria.

Esiste però un altro ormone, antagonista dell'adrenalina, il quale dalle isole di Langerhans del pancreas è versato nei capillari che le traversano. Questo ormone, a cui recentemente è stato dato il nome di *insulina,* favorisce la scomparsa dello zucchero del sangue e la utilizzazione di esso nei tessuti, tende ad abbassare il livello della glicemia, a frenare la glicogenolisi epatica. La secrezione insulinica è controllata da fibre decorrenti nel vago e capaci di aumentare la produzione a seconda dei bisogni dell'organismo, e a seconda della quantità di zucchero che passa in circolo.

Ma ben più complesso è il giuoco di antagonismo ormonico che si svolge nei tessuti e che ha per attore principale l'insulina, poichè le ricerche di O. Loewi tendono ad introdurre il concetto di un ormone epatico antagonista dell'insulina. Vedremo più tardi come debba modificarsi in coseguenza e complicarsi il quadro sin qui delineato.

Le teorie del diabete prima dell' impiego dell' insulina

Una delle idee più antiche sul diabete è quella del De Mayer: questo autore, rilevando che il levulosio è meglio assorbito del destrosio, pensò che esso fosse un prodotto intermedio fra zucchero assorbito e glicogeno; alla mancanza parziale del processo di trasformazione del destrosio e del mannosio in levulosio, che chiamò « fonction cètogenique », egli attribuiva il diabete. Però in seguito il De M. vide che questa funzione era regolata da un ormone pancreatico e pensò che la turba funzionale ormonica potesse esser alla base del disturbo cetogenico.

Noorden e Lesser (14) spiegarono invece il diabete, così spesso associato ad esaurimento delle riserve di glicogeno nel fegato, con una ipereccitabilità generale dell'apparato generatore dello zucchero e coll'aumento dei processi diastatici del fegato. In conseguenza fra i vari fattori antagonisti che possono produrre una iperglicemia, questi autori sostennero che la causa principale fosse la *iperproduzione di zucchero.* Studi di Fröhlich e Pollak, di Emden e Jsaac parvero confermare questo concetto per alcun tempo.

Opposta a questa teoria che potrebbe chiamarsi epatica, è la *teoria periferica* che fa risalire il disturbo ad una scarsa combustione dello zucchero nei tessuti (Bernstein-Falta-Allen). Questi autori si basano sull'osservazione di un abbassamento del quoziente respiratorio nel diabete, ciò che poteva far supporre una combustione operata prevalentemente a spese delle sostanze grasse dell'organismo, anzichè degli zuccheri.

Anche la presenza di corpi acetonici, i quali si originano quando la combustione dei grassi si verifica incompletamente per mancanza di parallela combustione di zucchero, parve confermare questa teoria, come pure la limitata soglia di assimilazione che non permette ai diabetici l'introduzione di forti quantità di zucchero. Però in seguito l'abbassamento del quoziente respiratorio fu confermato solo nei casi gravi, mentre sperimentalmente si vide che l'iperglicemia portava spesso al fenomeno contrario. Un tentativo di conciliazione fra le varie teorie fu allora fatto da Allen che ammise *diminuita combustione nei tessuti* e *aumento di produzione nel fegato.*

Lesser, tornando in seguito sulla teoria epatica, suppose che nel fegato si abbia un'alterazione del meccanismo che nor-

Digitized by Google

malmente lega glicogeno e fermenti diastatici, in modo che la glicogenolisi si verifichi più intensamente della norma. Pollak al contrario pensò al meccanismo che regola la glicemia e sostenne che una sua turba altera il livello dell'equilibrio zuccherino nel sangue, sia nella regolazione centrale (eccesso di emissione) che in quella periferica (scarsezza di ossidazione nelle cellule).

Si venne in seguito a studiare l'*ormone pancreatico*. Mehring e Minkowski (16) pensarono che esso fosse necessario per l'utilizzazione dello zucchero nell'organismo. Altri autori pensarono invece che esso inibisse normalmente la produzione dello zucchero da parte del fegato, ammettendo anche essi quindi la teoria dell'iperproduzione nel diabete (Hedon-Kauffmann).

Thiroloix e poi Pflüger credettero che il secreto agisse *in loco*, nel pancreas stesso, producendo un riflesso nervoso che diminuisse la produzione di zucchero. Esperienze poi non confermate, dicevano che il taglio delle fibre nervose fra pancreas e fegato dava il diabete. In seguito però questi autori hanno rinunziato alla loro teoria.

Altri autori, basandosi sul fatto che il sangue dei diabetici ha minor potere glicolitico di quello normale, pensarono fin dal 1890 che l'origine della malattia consistesse appunto in una diminuzione di questo potere di emoglicolisi. Essendosi poi dimostrato che nel siero esiste un fermento termolabile attivato dalla sostanza pancreatica, De Mayer pensò che questo fermento, formato dai leucociti, fosse quello che produce la scomparsa dello zucchero dal sangue. Nuove ricerche poi trovano questo fermento in ogni organo, finchè si viene ad ammettere che esso sia un ormone secreto dal pancreas e passante in circolo. Compare allora la discussione sull'azione di questo ormone: Allen, Bernstein, Falta ammettono che esso stimoli primitivamente la combustione dello zucchero e la avidità dei tessuti per esso; da ciò anche la proprietà di influenzare la glicogenesi epatica in modo antagonista all'adrenalina. Al contrario Noorden e Lesser, insistendo nel loro concetto primitivo, pensano che il pancreas regoli il processo diastatico e la emissione di zucchero dal fegato, che il diabete quindi, secondariamente a malattia pancreatica, sia sempre una malattia dipendente da iperproduzione. Pollak a sua volta modifica un poco la sua teoria e pensa che il pancreas influenzi col suo ormone il meccanismo regolatore della glicemia.

Le teorie sul diabete nel periodo post-insulinico

Si giunge così all'anno 1920, mentre ormai quasi tutti ammettono, direttamente o indirettamente, che nella deficienza di ormone pancreatico risieda la causa prima del diabete.

Alla prova sperimentale del diabete ottenuto in animali mediante estirpazione del pancreas, mancava ancora la controprova, cioè la neutralizzazione della malattia mediante l'introduzione dell'ormone mancante. Questo perchè non si era riuscito ad isolare l'ormone stesso. Solo nel 1920 Banting e Best, coronando felicemente le loro ricerche dimostrarono che i fermenti triptici della secrezione esterna del pancreas distruggono l'ormone insulare e che perciò è necessario fare atrofizzare gli acini ghiandolari mediante legatura del dotto escretore, prima di procedere all'estrazione dell'ormone dalle isole di L. rimaste intatte. Riuscì loro più tardi di estrarre questo ormone dal pancreas di embrioni di capra, quando ancora la secrezione esterna non si era instaurata e infine di fare estratti del pancreas fresco di animali. In alcuni pesci poi, ove le isole di Langerhans sono isolate dal resto del tessuto pancreatico e possono essere facilmente asportate, la estrazione è particolarmente facile.

Troppo lungo sarebbe qui parlare della serie di studi sperimentali e chimici che dapprima per opera dei collaboratori e discepoli di Banting e Best, più tardi nei laboratori di ogni paese, si sono susseguiti coll'uso di estratto di ormone pancreatico negli ultimi sei anni. Così a questo estratto ormonico come all'ormone stesso venne dato il nome di *insulina* che il De Meyer fin dal 1909 aveva suggerito.

Molto interessante in linea teorica è vedere l'influsso che gli studi sull'insulina hanno avuto sullo studio patogenetico del diabete. Infatti, raggiuntosi l'accordo sulla causa del diabete, risiedente nella deficienza di insulina, ormai tutti gli studi che riusciranno a chiarire il meccanismo di azione dell'insulina potranno contemporaneamente spiegare la patogenesi del diabete. E' perciò che sull'insulina si concentra l'attenzione non solo dei pratici, ma anche di tutti gli scienziati che studiano la causa del diabete.

Ha l'insulina azione localizzata in un organo o agisce essa su tutti i tessuti? A questo quesito numerosi lavori sperimentali rispondono che l'azione dell'insulina si estrinseca su tutti gli organi e in tutti i tessuti, facilitando la scomparsa dello zucchero; essa però agisce specialmente sui muscoli e sul fegato ove influenza la fissazione dello zucchero e la sua trasformazione in glicogeno.

Come agisce l'insulina?

Fra le varie ipotesi esistenti è notevole quella di Winter e Smith (16) che pensano che l'insulina trasformi il glucosio α e il glucosio β in un terzo glucosio γ di valore polarimetrico diverso e che sarebbe l'unico ossidabile nell'organismo. Esaminati i numerosissimi lavori esistenti, Staub nella sua recente monografia (16) riduce le possibilità a tre:

1. Lo zucchero per opera dell'insulina viene ossidato e trasformato in acqua e anidride carb. A questa ipotesi di Mc. Leod, che inizialmente si credette suffragata dall'aumento del ricambio respiratorio, manca invece qualsiasi dimostrazione sperimentale; *l'insulina non dà glicolisi*.

2. Lo zucchero viene per opera dell'insulina trasformato in glicogeno per un processo di polimerizzazione. Anche questa ipotesi non è confermata. Negli organi isolati lo zucchero scompare dal liquido di perfusione, mentre il glicogeno non aumenta: *l'insulina non dà glicogenesi*.

3. Lo zucchero vien trasformato in sostanza non riducente. E' questa forse l'unica ipotesi, che ancora sussista e che pare suffragata dalle seguenti osservazioni: nel fegato e nella poltiglia muscolare aumenta l'aldeide acetica; nel sangue aumenta l'acido lattico i tessuti aumentano la loro capacità di ossidazione e di respirazione; lo zucchero muscolare diminuisce mentre tutti gli organi assumono zucchero in quantità maggiore del sangue. Si è dimostrato quindi che per opera dell'insulina lo *zucchero scompare, si trasforma e resta in riserva* senza essere immediatamente ossidato.

In complesso fino ad epoca recentissima potevano così esser riassunte le proprietà dell'insulina:

1. essa origina una reazione che influenza nelle cellule la trasformazione dello zucchero di tipo ossidativo.

2. crea in modo ignoto nei tessuti le condizioni che accelerano la trasformazione in zucchero non ossidativo, facendo quindi sparire lo zucchero dall'organismo.

3. agisce in giuoco ormonico come antagonista dell'adrenalina di cui frena la proprietà stimolante sulla glicogenolisi epatica.

Giunti a questo punto conviene di citare e di porre nella luce necessaria i lavori che da alcuni anni si vanno svolgendo per opera di O. Loewi e dei suoi allievi sull'insulina e sul diabete, poichè essi modificano fondalmentalmente le idee correnti.

Il diabete e la teoria della fissazione strutturale

I lavori della scuola di Loewi si svolgono in direzione molteplice e si giovano dello studio dell'azione insulinica in vitro, su organi isolati, in vivo; dello studio di questa azione su animali con diabete sperimentale; dello studio dell'azione dell'adrenalina e della florizina; di molteplici esperimenti farmacologici su animali, tendenti ad esaltare oppure a sopprimere chimicamente o anatomicamente la possibilità di produzione insulinica; infine di studi eseguiti in vitro e su organi isolati con sangue di individui ammalati di diabete.

Le ricerche degli ultimi anni avevano già per opera di Mann e Magath posto in chiaro che la iperglicemia diabetica non era conseguenza di aumento nella formazione di glusosio nel fegato: infatti l'azione positiva dell'insulina in animali privati del fegato dimostra che esiste un *disturbo periferico* in tutte le cellule. Da che deriva questo disturbo? poichè nei diabetici molto zucchero è nel sangue, due possibilità restano: o manca ciò che attacca lo zucchero, verosimilmente un fermento, o manca una delle condizioni perchè questo fermento possa agire. Dato che un animale privo di fegato e di pancreas è ancora capace di trasformare glucosio, la prima possibilità di-

Digitized by Google

venta inverosimile, mentre la seconda trova conferma nel fatto che molti altri fermenti spesso non possono agire mancando la *messa in contatto* fra fermento e sostanza. Questo il concetto iniziale di Loewi che si proponeva di studiare se questa ipotesi fosse vera e che tendeva a dare grande importanza al contatto intimo fra zucchero e fermenti glicolitici.

In un complesso di ricerche di Haüsler e Loewi (6) sul passaggio di glucosio fra sistemi solubili e insolubili, eseguite su poltiglie di arterie sminuzzate e su eritrociti, si venne a queste conclusioni: l'insulina fa assumere glucosio dal liquido aggiunto alla poltiglia e il grado della sua azione dipende dalla sua quantità, oltre che dalla concentrazione in glucosio della soluzione e dal numero degli elementi cellulari. Se agli eritrociti è aggiunto del fluoruro di sodio, sostanza che non permette l'ulteriore trasformazione del glucosio, si vede che le emazie umane fissano ancora zucchero in proporzione alla concentrazione di esso, mentre le emazie di bove ne sono incapaci. Se invece alle emazie si aggiunge plasma, le emazie umane, cioè le uniche capaci di fissare glucosio in ogni condizione, trasformano una parte di esso in acido lattico. Ciò dimostra che il primo processo, quello della fissazione prima, è un elemento essenziale per gli ulteriori processi di trasformazione dello zucchero, mentre non va confuso con essi.

Nel sangue defibrinato d'agnello l'insulina fa improvvisamente scomparire il glucosio; l'insulina rende capaci anche gli eritrociti di bove di assumere glucosio, mentre aumenta fortemente la percentuale di assunzione per le emazie umane. Tutto ciò dimostra ancora una volta che il primo processo, quello della messa a contatto dello zucchero con gli elementi intimi della cellula è l'unico influenzato dall'insulina, mentre questa sostanza è incapace di agire sul ricambio degli idrati di carbonio, come molti hanno creduto sin ora. Il fenomeno della fissazione fu ritenuto inizialmente da Loewi come un fenomeno di *permeabilità cellulare;* però, in seguito alle ricerche su poltiglie vasali (6), vedendo che esso sussiste anche quando la morfologia cellulare è distrutta, egli dovette modificare questa idea e venne al concetto che si tratti di un fenomeno di *fissazione strutturale* (11), cioè di penetrazione intima dello zucchero nella compagine protoplasmatica, senza combustione di esso.

Esiste probabilmente una somiglianza fra quanto avviene per lo zucchero e quanto si verifica nel tubo digerente per albumine e grassi. Queste sostanze sono normalmente scisse e ridotte in elementi di transizione più semplici che l'organismo in seguito scinde ancora o di cui si serve per nuove sintesi. Così anche per il glucosio si ha probabilmente una parziale scissione con produzione di elementi da cui più facilmente possono verificarsi sia i processi di sintesi (p. es. glicogeno) che quelli di combustione.

In altre ricerche di Geiger e Loewi (5), eseguite mediante irrigazione artificiale del fegato di rana isolato, i due autori avevano osservato che una soluzione di zucchero in liquidi fisiologici o in plasma normale cede una parte del suo zucchero all'organo traversato, mentre se la soluzione è fatta in plasma di diabetico il liquido che sorte ha quasi la stessa concentrazione in glucosio di quello che entra: la *fissazione di glucosio è stata inibita dal plasma diabetico*. Questo fatto di importanza capitale fa giungere alla conclusione che nel plasma diabetico esiste una sostanza che inibisce la fissazione del glucosio da parte dei tessuti e la conferma si ebbe vedendo che il pl. diab. inibisce del 30% circa l'assunzione di zucchero da parte di eritrociti in confronto della *soluzione fisiologica*. Questo fatto, cioè non solo l'inibizione relativa, in confronto del plasma normale, ma *l'inibizione assoluta*, di fronte a ciò che globuli rossi fanno in soluz. di NaCl, conferma che non si tratta solo di deficienza insulinica, ma che esiste un qualche cosa che veramente inibisce.

In seguito le esperienze si volsero alla ricerca delle ragioni di questa inibizione; si trattava di particolar comportamento fisico-chimico del plasma o esisteva in esso una sostanza chimica definita? Il plasma dializzato e l'estratto alcoolico diluito del dializzato stesso mantengono le loro proprietà,, quindi esiste una sostanza chimica inibente che probabilmente riceverà il nome di *diabetina* o di *anti-insulina*, che compare nel sangue dei diabetici o in essi aumenta di quantità o di efficacia.

Per vedere se questa sostanza è esclusiva dei diabetici, si provocò sperimentalmente in conigli una iperglicemia adrenalinica e si vide che il loro plasma si comporta come quello dei diabetici. Quindi assai verosimilmente la diabetina è una sostanza che si produce normalmente nell'organismo animale, che aumenta di quantità per effetto dell'adrenalina, che è permanentemente aumentata nell'organismo diabetico. Ricerche ulteriori di Haüsler e Dietrich hanno assodato che il dializzato di plasma di animale con diabete adrenalinico mantiene le sue proprie inibenti anche se iniettato intravenosamente in altro animale normale.

Che rapporti esistono ora fra insulina e anti-insulina? Abbiamo il mezzo di produrre artificialmente in animali un eccesso dell'una o dell'altra. La somministrazione di abbondanti pasti zuccherini dà luogo ad emissione di forti quantità di insulina. La iniezione di adrenalina dà luogo a forte emissione di diabetina mentre insulina esiste pure nel sangue. La stessa iniezione in animale intensamente atropinizzato o vagotonizzato dà un plasma contenente diabetina, non insulina. Infine il diabete sperimentale, ottenuto mediante asportazione del pancreas dà enorme produzione di diabetina, scomparsa di insulina dal sangue, mentre se un animale è lasciato per lungo tempo a digiuno, compare un *diabete da fame* che ha particolare significato.

Vediamo ora come si comporta il plasma di animali così trattati. Il plasma di animale adrenalinizzato inibisce la fissazione di glucosio come il plasma diabetico (diabetina) fa; il plasma di animale normale, meglio se nutrito con zucchero, stimola la fissazione del glucosio (insulina) in confronto della soluzione fisiologica. Se ora al *plasma dell'animale adrenalinizzato*, contenente quindi diabetina, *si aggiunge in vitro insulina*, si vede che *la proprietà inibente della diabetina è abolita*, che *la proprietà stimolante dell'insulina persiste*, che i globuli rossi fissano in questo mezzo più glucosio che in soluzione fisiologica. *Perciò l'insulina non impedisce la secrezione di diabetina, bensì rende nulle le sue proprietà periferiche circa la fissazione dello zucchero.*

Il plasma di animale spancreato ha le massime proprietà inibenti per la fissazione di glucosio che può esser ridotta del 75% rispetto alla già scarsa fissazione che i globuli rossi fanno in soluzione fisiologica. Se si pensa che il plasma di ammalati di diabete inibisce del 20-40%, contenendo ancora insulina, si vede quali enormi quantità di diabetina non neutralizzata siano in circolo nell'animale spancreato. Oltre la proprietà inibente di cui si è detto la diabetina (12), sempre in antagonismo con l'insulina, agisce sul fegato stimolando la glicogenolisi.

Quale l'organo di produzione della diabetina? Ricerche in corso (12) fanno pensare che *essa sia prodotta nel fegato stesso*.

Infatti l'estratto di fegato di coniglio normale ha proprietà simili a quelle della diabetina e inibisce la fissazione del glucosio; al contrario l'estratto di fegato di coniglio con diabete adrenalinico ha perduto quasi completamente le sue proprietà, poichè la diabetina è passata in circolo parallelamente allo zucchero e le sue riserve epatiche sono esaurite (12).

Fra insulina e diabetina esiste una bilancia che regola i bisogni dell'organismo; l'una e l'altra passano in circolo in quantità maggiore quando il bisogno, cioè la maggiore o minore quantità di zucchero circolante, lo richieda.

Per quanto riguarda il diabete da fame, ricerche in corso di Haüsler (10) hanno dimostrato che la patogenesi ne è completamente diversa.

Infatti il plasma di animali affamati non solo non contiene eccesso di diabetina, ma sopratutto non contiene affatto insulina. Le turbe del ricambio successive al digiuno sembrano inibire completamente la secrezione insulinica mentre la iperglicemia è prodotta dalle normali quantità di diabetina che continua ad esser secreta.

Riassumendo quindi i concetti di Loewi possiamo dire che nell'individuo normale circolano varie sostanze ad azione diversa sulla fissazione strutturale:

1. *sostanza inibente o diabetina* o *anti-insulina* (ormone epatico): diminuisce la fissazione del glucosio; questo secondariamente viene trasformato ed utilizzato in minor quantità. Stimola la glicogenolisi epatica.

Digitized by Google

2. *sostanza stimolante o insulina* (ormone pancreatico): neutralizza perifericamente e nel fegato l'azione della diabetina, stimola la fissazione strutturale e in via secondaria la trasformazione ulteriore del glucosio. La sua azione neutralizzante non è illimitata ma quantitativa.

3. *adrenalina* (ormone surrenale): stimola la produzione di diabetina epatica.

I casi insulin-resistenti

Con questo nome si possono indicare quei casi di diabete, rari invero, ma la cui esistenza è stata nondimeno segnalata da vari autori, in cui la iperglicemia e la glicosuria non sono modificate dalla terapia insulinica.

La cosa destava tanta più meraviglia in quanto, salva questa eccezione, tutte le altre forme di diabete umano e sperimentale erano costantemente ed efficacemente modificate dall'estratto dell'ormone pancreatico. A colmare questa lacuna giungono i recentissimi studi di Haüsler e Högler (9). Essi vedono dapprima che il plasma di questi ammalati *refrattari* non ha proprietà inibenti di fronte alla soluzione fisiologica, secondariamente che esso stimola normalmente la fissazione di glucosio di eritrociti normali. Dunque il plasma di questi ammalati non ha eccessiva quantità di diabetina, nè può dirsi che manchi di insulina: *non si tratta di vero diabete.* Seconda conclusione cui si giunge con prove in vitro è che i globuli rossi dei refrattari non fissano diabete *neppure* se si aggiungono dosi enormi di insulina al liquido in cui sono contenuti: la *refrattarietà esiste anche in vitro,* e forma un'altra contradizione con quanto si ha per gli altri casi di diabete. Prove ulteriori dimostrano infine che i globuli rossi di questi ammalati, se lavati ripetutamente e pazientemente (nove volte anzichè due, come di norma) riacquistano le loro proprietà normali di fronte a qualsiasi liquido con cui vengano messe a contatto. La conclusione generale è che questi casi non sono di vero diabete, ma che in essi esiste qualche cosa nelle cellule che impedisce all'insulina di esercitare la sua funzione. Questo qualche cosa è verosimilmente un prodotto anormale del ricambio, poichè il Falta è riuscito recentemente a modificare la refrattarietà dei malati, cambiando radicalmente la dieta a cui erano sottoposti.

Conseguenze cliniche della teoria

Come si vede due concetti abitualmente accettati vengono ora ad essere scossi: il primo, quello che il diabete sia dato da un disturbo nel ricambio degli idrati di carbonio; il secondo, quello che questo disturbo sia direttamente e sempre dato da deficienza di insulina. Infatti accettate le idee di Loewi, conviene fare anzitutto una prima classifica delle forme di diabete.

1. Diabete da deficiente produzione di insulina; a questa classe appartengono i casi di diabete da fame e probabilmente alcune delle forme di diabete umano.

2. Diabete da inattivazione periferica dell'insulina. Sono i casi insulin-resistenti.

3. Diabete da eccessiva produzione di diabetina. Sono i casi di diabete adrenalinico e probabilmente molte forme di diabete umano.

Quale il modo di accertarsi praticamente se in verità in molti casi il diabete umano si accompagna a normale produzione di insulina?

La cosa, possibile in animali in cui possiamo abolire la produzione di insulina mediante vagotomia o forti e ripetute dosi di atropina, è assai più difficile ad accertarsi sugli ammalati. In ogni modo sarà assai interessante di eseguire delle prove simili a quelle da Haüsler fatte col sangue di diabetici (6) ripetendole poi dopo l'iniezione di piccole dosi di atropina.

Le prove vanno eseguite mettendo a contatto per alcuni minuti eritrociti di uomo normale con soluzione di zucchero, in tre esperimenti diversi:

a) insieme a plasma normale (contenente eccesso di insulina).

b) insieme a soluzione fisiologica.

c) insieme a plasma diabetico (contenente eccesso di diabetina).

Nei tre casi si misura la percentuale di zucchero prima e dopo la prova, si deduce la percentuale mancante e si riporta al volume dei globuli rossi misurato in ematocrito. Si otterrà nella prova *c* un risultato inferiore a quello della prova *a* e quasi sempre inferiore anche a quello della *b,* permettendoci di dosare la quantità di diabetina eccedente che circola nel sangue.

Sono in studio attualmente metodi chimici che permetteranno di dosare la quantità di insulina presente nel sangue. L'associazione di questa ricerca con quella precedentemente indicata risolverebbe completamente la questione clinica.

Tentativi di terapia chirurgica del diabete

Due le teorie che si sono combattute in questi ultimi anni circa la funzione dei tessuti endocrini interstiziali o insulari, facenti capo allo Steinach da un lato, al Woronoi dall'altro. Le loro idee furono dibattute sopratutto a proposito del tessuto interstiziale genitale e degli ormoni sessuali, ma valgono anche per altri tessuti consimili.

La teoria del chirurgo russo dice che funzione endocrina interstiziale e funzione esterna ghiandolare non possono e non debbono essere dissociate: l'una migliora quando l'altra prende forza; in conseguenza egli cercò di innestare frammenti relativamente grandi di ghiandole sessuali nella tunica vaginale del testicolo sperando in un attecchimento efficace. La parte nuova del Woronoff consiste nell'aver trovato un terreno che veramente si presta assai all'attecchimento di tessuti eterogenei, sia umani che di animali. E' da osservare però che in pratica egli va contro la sua teoria, poichè non può certamente sperare di riattivare la funzione secretoria esterna del frammento innestato.

Al contrario il patologo viennese Steinach sostiene che tessuto interstiziale e tessuto ghiandolare esterno hanno funzione antagonista e che l'atrofia della secrezione esterna dà un rifiorimento all'attività delle cellule interstiziali. A questo scopo egli cercò di ridestare l'affievolimento nella produzione di ormoni sessuali legando il condotto deferente nell'uomo, la tromba ovarica nella donna.

Agli studi sopra accennati fanno capo alcuni tentativi di terapia chirurgica del diabete. Infatti nel 1926 il Prof. Frugoni pensò di utilizzare la cavità vaginale del testicolo per l'innesto di frammenti pancreatici e all'uopo pregò il Woronoff (che già da tempo si occupava dell'argomento con ricerche sperimentali di trapianti peritoneali di pancreas in atrofia della parte acinosa) di eseguire l'intervento in Firenze sopra due giovani diabetici. E questo fu eseguito trapiantando pancreas di cinocefalo cui lo stesso Woronoff aveva praticato — ma sfortunatamente da un mese soltanto — legatura dei dotti pancreatici onde ottenere un pancreas quanto meno possibile acinoso e quanto più possibile insulare. A quasi un anno di distanza può dirsi che se l'intervento (trattandosi di due casi di diabete grave) ebbe sequenze immediate operatorie del tutto regolari, tuttavia non ha recato modificazioni concrete perchè le quantità di insulina che si somministrano ai pazienti sono solo di poco inferiori a quelle necessarie prima dell'intervento. Notizie queste che riferisco con l'autorizzazione del mio maestro prof. Frugoni che non ha in argomento creduto di fare alcuna comunicazione.

La ragione probabile della difficoltà di successo in questi casi è anatomo-fisiologica e risiede nell'isolamento in cui si trovano le isole di Cangerhan nel mezzo del tessuto pancreatico. Dato che l'atrofia degli acini ghiandolari è necessaria, sia per il dovuto rispetto al tessuto d'impianto che potrebbe esser leso dai fermenti triptici, sia perchè in presenza di questi fermenti l'insulina più non agisce, come Banting e Best dimostrarono, la isole si troveranno circondate da tessuto atrofico e spesso sclerotico, necessariamente più difficile ad esser traversato sia da linfe vitali che da vasi neoformati.

Alle idee dello Steinach fa capo invece un recentissimo tentativo del Prof. Mansfeld. Egli, convinto che l'atrofia delle cellule a secrezione triptica favorisce l'ipertrofia delle cellule a secrezione insulare, ha fatto una serie di esperimenti su animali normali a cui legava un frammento di pancreas, separando dal resto dell'organo, ma rispettando i vasi. L'intervento si è dimostrato innocuo per gli animali. In essi a distanza di mesi si è verificata una lieve ipoglicemia e un forte

Digitized by Google

aumento della tolleranza per gli zuccheri, segni che facevano pensare ad aumentata produzione di insulina. Estirpato allora il frammento di pancreas che era stato separato dal resto, l'animale ha subito i fenomeni inversi ed ha mostrato iperglicemia e diminuzione di tolleranza per gli zuccheri.

I preparati istologici del frammento dimostrano una evidente ipertrofia delle isole di Langerhans, mentre il tessuto circostante è sclerotico (15).

Incoraggiato da queste prove il Mansfeld ha recentemente fatto eseguire un intervento operatorio simile su un diabetico in Graz; tra alcuni mesi potremo conoscere i risultati di questo ardito ed interessante tentativo.

Giunti alla conclusione di questa revisione generale possiamo dire che la teoria della fissazione strutturale giova a chiarire alcuni punti oscuri nella patogenesi del diabete ed apre la via ad interessanti ricerche cliniche.

La terapia del diabete non viene per ora ad essere modificata (salvo nei casi insulin-resistenti), ma non è escluso che lo sia in avvenire, dopo che le ricerche ora iniziate avranno detto se in tutti i casi la prevalenza dell'ormone inibente è secondario a deficienza di insulina o se talvolta l'insulinemia normale diviene relativamente insufficiente di fronte ad un eccesso dell'ormone epatico antagonista.

BIBLIOGRAFIA

(1) Dietrich. Pfl. Arch., 214, 5-6. — (2) Dietrich e Loewi. Pfl Arch., 215, 1-2. — (3) Dietrich, Hausler. Loewi. Klin. Woch. 1926, n. 10.— (4) Falta. Diabete e insulina, Wien, Perles, 1924. — (5) Geiger e Loewi. Pfl. Arch. 198, 5-6. — (6) Hausler e Loewi. Pfl. Arch. 210, 1-3. — (7) Hausler. Pfl. Arch. 213, 5-6. — (8) Hausler e Loewi. Pfl. Arch., 214, 3. — (9) Hausler e Högler. Ric. in corso di pubblicazione. — (10) Hausler. Ric. in corso di pubblicazione. — (11) Loewi. Wien. Klin. W., 1926, 38. — (12) Loewi. Ric. in corso di pubblicazione. — (13) Mansfeld. Klin. Woch., 29 genn. 1927. — (14) Noorden. Die Zuckerkrankheit, Berlin 1917. — (15) Noorden e Jsaac. Insulinbehandlung und Zucker. Berlin, Springer, 1925. — (16) Staub. Insulin. Berlin, Spring. 1925.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI PALERMO
diretto dal prof. E. TRICOMI

OSSERVAZIONI SPERIMENTALI SULLA PRODUZIONE DEL "TRILL„ NEI TRAPIANTI ARTERO-TRACHEALI.

per il dott. PIETRO LEONE — Assistente

A tutti è noto cosa sia il *trill* di Hunter o fremito vibratorio, sensazione particolarissima tattile ed uditiva, propria dell'aneurisma artero-venoso.

Delbet l'ha paragonato, con una similitudine molto espressiva, al fremito dei vetri di una casa, scossa dal passaggio di un veicolo pesante. Ciò con la palpazione, ma se questa è la sensazione tattile del *trill,* con l'ascoltazione si sente un soffio dolce, continuo, a rinforzamento sistolico, più accentuato al momento dell'arrivo dell'onda sanguigna, analogo al rumore che fa l'arcolaio o a quello che produce un gatto che fa le fusa o a quello che risulterebbe dalla pronunzia continua della lettera *R,* o anche al movimento di una trottola.

Ciò premesso, prendo occasione di una nota sperimentale del Leriche e Stulz (1) sul meccanismo del trill negli aneurismi artero-venosi per ricordare analoghe osservazioni da me fatte a proposito degli esperimenti condotti sui trapianti tracheali nelle grandi arterie dei cani (aorta addominale, carotide).

Tali osservazioni riguardano il fenomeno del trill che anch'io ho potuto rilevare, nel caso in cui il trapianto tracheale subiva un lieve incurvamento per l'impulso sistolico, dopo tolte le pinzette per l'emostasi provvisoria, incurvamento dovuto alla sua maggiore lunghezza rispetto al tratto di arteria asportato. Ugualmente si è potuto rilevarlo nei casi in cui il trapianto, un po' breve, veniva stirato dai monconi arteriosi; mai è stato possibile apprezzarlo nei casi in cui il trapianto sostituiva perfettamente la perdita di sostanza dell'arteria.

Giacchè dall'articolo del Leriche e Stulz risulta ancora discusso il meccanismo di formazione del trill, ragion per cui detti AA. hanno voluto apportare una loro spiegazione originale, che mi pare di potere fondamentalmente confermare con i dati raccolti dagli esperimenti da me eseguiti e già ricordati, ho creduto di non dover trascurare delle osservazioni che possono indubbiamente chiarire un segno semeiotico di notevole interesse, tanto più che nei miei esperimenti esso si è verificato, come ho detto, in circostanze di tecnica, direi quasi difettose.

Fin'oggi, sperimentalmente, soltanto in due modi si è potuto ottenere il trill:

1. Secondo Halsted stringendo fino ad un determinato grado un'arteria con una bandeletta aponevrotica o con un anello metallico. Se la costrizione non raggiunge un certo limite, ma è minore del grado voluto, non si verifica il trill, così pure se si toglie il cingolo stenosante; cessa del tutto se la costrizione raggiunge un grado più elevato.

2. Altro modo di ottenere il trill consiste nel determinare una fistola artero-venosa e ciò è quanto hanno praticato ed osservato Leriche e Stulz; essi hanno inoltre eseguito la compressione della vena tra la fistola ed il cuore ed hanno constatato che se il trill diminuisce d'intensità, non scompare del tutto, onde escludono che il meccanismo di formazione possa esser dovuto, come ammette Holmann, a un reflusso cardiaco. Nel caso in cui il trill si determini mediante la formazione di una fistola artero-venosa, esso scompare del tutto solo quando si abolisce la fistola stessa. Altra controprova sperimentale è consistita nell'anastomosi laterale di due arterie (le carotidi); nessun trill si è ottenuto in questa circostanza. Così si esclude ancora una volta la possibilità che il trill sia dovuto all'urto di due correnti sanguifere. Ma, per dimostrar bene che nell'anastomosi laterale fra due arterie si verifica l'incontro delle due correnti Leriche e Stulz hanno creduto di iniettare del bleu di metilene in una delle due carotidi ed hanno osservato che il bleu potè colorare le pareti dell'altra carotide a valle dell'anastomosi stessa. Diminuendo ancora la forza di pressione di una delle due correnti non accade il fenomeno del trill, di guisa che ammettono che esso si verifichi solo quando la corrente arteriosa s'incontra in una parete vasale a differente tonicità e questo dato di fatto pare avvenga unicamente nel caso in cui siano addossate e comunicanti tra loro per mezzo di una fistola anastomotica un'arteria ed una vena. Sarebbe perciò l'ineguale resistenza delle due pareti accollate il vero fattore determinante del trill, il quale appunto perchè è frequentissimo a riscontrarsi nell'aneurisma artero-venoso, viene considerato come un suo segno specifico.

Nessuna plausibile spiegazione può darsi per quei casi in cui clinicamente si osserva il trill senza che anatomo-patologicamente si riscontri una anormale comunicazione artero-venosa. Per quanto svariate siano le ipotesi in proposito, esse sono però prive di una base sperimentale, poichè, secondo Leriche e Stulz, il trill non si è osservato sperimentalmente che soltanto con i due procedimenti su indicati.

L'avere, dunque, osservato nel campo sperimentale una nuova modalità per la produzione del trill, può rappresentare se non la chiave che serva a schiudere il suo meccanismo patogenetico in condizioni anatomo-patologiche diverse dall'aneurisma artero-venoso, almeno servirà a confermare il dato negativo medesimo, ossia che esso può esistere indipendentemente dall'esistenza di un aneurisma artero-venoso.

Le osservazioni da me fatte portano, dunque, anch'esse un contributo alla questione e stabiliscono nettamente la parte precipua del fattore meccanico nella produzione del trill. Con ciò può concludersi che nei miei casi il fenomeno possa essere

Digitized by Google

dovuto alla differente costituzione organica della protesi usata in quanto che negli esperimenti in cui la tecnica fu impeccabile il fenomeno non ebbe mai a verificarsi.

Ciò va detto anche perchè il Leriche stesso pensa che il trill possa apparire indipendentemente dall'intervento di un fattore meccanico, per la diversità di struttura che la corrente sanguifera può incontrare lungo il suo alveo (fistola artero-venosa).

Le due condizioni sperimentali in cui io ho osservato il fenomeno realizzavano, senza volerlo, la modalità già descritta da Holsted, vale a dire una sufficiente diminuzione del lume vasale per la produzione del trill. Infatti sia che il trapianto venisse ad essere stirato, sia che lo stesso s'incurvasse per una sua maggiore lunghezza in confronto al tratto arterioso asportato, il risultato finale era sempre lo stesso e cioè una variazione del calibro vasale, sufficiente alla produzione del trill. La mancanza del fenomeno nei casi in cui il trapianto aveva avuto una riuscita assai soddisfacente mi sembra essere una riprova della convinzione formatami alla fonte diretta dell'osservazione, che cioè l'uso della trachea, come protesi nella chirurgia vasale conservativa resiste anche al collaudo di quest'altra questione di fisiopatologia vasale.

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I. – ANCONA
Prof. UMBERTO BACCARANI - Medico primario Direttore

PROGNOSI E TERAPIA DEGL' INFERMI UREMICI

per il dott. FRANCO RUSSI — Aiuto medico

Una questione molto importante nello studio delle uremie deve essere considerata quella che riguarda la prognosi e la cura: tanto per l'una che per l'altra sono state stabilite delle leggi troppo schematiche e rigide perchè possano sempre ugualmente corrispondere a tutte le sindromi uremiche così diverse per sintomi e decorso clinico, e sopratutto varie per il meccanismo patogenetico della ritenzione azotata.

Prognosi

Per la prognosi si tiene ancora in genere esclusivamente conto del valore dell'urea del sangue, secondo le classiche leggi di Vidal per le quali un'azotemia tra 1-2 grammi indica morte in due anni al massimo, un'azotemia superiore ai due grammi sopravvivenza di qualche mese o di qualche settimana, un'azotemia sopra i tre grammi morte vicinissima, valori infine sopra i cinque grammi vita solo per pochi giorni.

Senonchè non poche sono ormai le osservazioni che si trovano riferite nella letteratura contrastanti con l'assioma di Vidal. In un lavoro che ho pubblicato in collaborazione con il Dott. Barcaroli nell'*Archivio* di questo Ospedale (Contributo clinico allo studio delle uremie — 1925), dopo avere ricordato il caso di Ascard di uremia con gr. 4,36‰ di urea nel siero di sangue per anuria da avvelenamento da sublimato seguito da guarigione, riferivamo un caso da noi osservato con gr. 2,07‰ per anuria riflessa calcolosa, seguita pure da abbassamento dell'urea al normale valore sotto i gr. 0.40‰ dopo la nefrotomia. Il Silvestri nella sua bella monografia sulle « Nefropatie secondo le moderne vedute » accenna ad una sopravvivenza di oltre due anni e mezzo in un infermo con due grammi di urea sanguigna, da lui seguito per qualche tempo e poi perduto di vista.

Questi altri due casi che ho avuto modo di seguire recano pure senza dubbio un grave colpo alla schematica legge del Vidal.

Caso I°. E. L, a. 29, farmacista di Ascoli Piceno (entrato nell'Ospedale il 2 luglio 1925). Nulla di notevole nel gentilizio. Nega lue e malattie veneree. All'età di sette anni ha avuto la scarlattina, sembra con serie complicanze renali. Dopo di allora attacchi ripetuti di tonsillite con febbre anche alta ma di breve durata. All'età di 17 anni, in seguito a mal di gola, riacutizzazione della lesione renale con urine scarse e scure e con disturbi del ritmo respiratorio (senso di ambascia, dispnea prevalentemente notturna). Dopo di allora il paziente riferisce di avere sofferto di tanto in tanto di cefalea più o meno insistente, e rare volte disturbi di stomaco con vomito alimentare dopo i pasti più copiosi. Nella alimentazione non si è astenuto dai cibi carnei, ma solo si è messo a dieta lattea quando si è sentito poco bene. Negli ultimi tempi è stato preso da forte astenia e da senso di peso alla testa, disturbi che non gli hanno tuttavia impedito di attendere alle sue normali occupazioni. La minzione abbondante nei periodi di benessere si è fatta più scarsa negli ultimi giorni. L'alvo costantemente stittico.

E. O. — L'esame obiettivo del paziente al suo ingresso nel reparto non presenta gran che di notevole: il sensorio è solo leggermente confuso; la cute e le mucose visibili hanno un colorito spiccatamente pallido; la pelle è arida. Le tonsille sono ipertrofiche e biancastre. Tanto nell'apparato respiratorio che in quello cardio-vascolare non si rileva nulla di notevole. L'addome scarsamente meteorico e poco trattabile; il fegato debordante un paio di dita trasverse, non abbassato.

Temperatura 36°,5. Polso uguale, ritmico 70. Pressione arteriosa Hg. 140.

Esame di urine: acida, 1007, urea gr. 6.40 ‰; albumina 0.40 ‰, nel sedimento rari cilindroidi, poche cellule epiteliali e qualche leucocito.

Esame di sangue: urea nel siero gr. 2,12 ‰.

Globuli bianchi 7,100. Gl. rossi 3,750,000. Hb. 0.60. Val. Glob. 0.80.

Messo il paziente a dieta idrica con gr. 300 di latte e con somministrazione di diuretici e purganti salini, l'urea sanguigna andò gradatamente segnando valori sempre maggiori: gr. 2,15 (7 luglio); 2,70 (9 luglio); gr. 3,06 (11 luglio).

Con il considerevole ed impressionante aumento dell'urea, il sensorio si fece più confuso, senza che per altro l'infermo perdesse la coscienza del suo stato; comparve qualche vano conato di vomito; le orine da 2500 cc. che erano state nei primi giorni scesero sui 1000 cc.; la pressione arteriosa si abbassò col Riva-Rocci sui 115.

Per quattro o cinque giorni tornammo a prescrivere una dieta lattea e vegetariana discreta e dietro desiderio insistente del malato e dei suoi famigliari lo dimettemmo dall'Ospedale, nel timore invero di una grave sindrome uremica finale. Uscì dal reparto il 16 luglio 1925.

Dopo un anno, cioè nell'estate passata, abbiamo saputo che da tempo il paziente era ritornato al suo normale lavoro, e recentemente (ottobre 1926) egli stesso ci ha dato sue notizie assicurandoci di essere stato sempre discretamente bene, salvo qualche leggero mal di capo e qualche vaga sofferenza di stomaco. Dagli esami che gli sono stati ripetuti negli ultimi tempi nell'Ospedale della sua Città, l'urea sanguigna avrebbe oscillato fra 0.70-0,90 per mille.

Caso II°. Il secondo caso riguarda un soggetto di 74 anni (D. R.) che ho avuto modo di vedere di recente in ottime condizioni, se si fa eccezione di una modica cefalea e di una abbondante scialorrea. Due anni or sono gli praticai la ricerca dell'urea nel siero di sangue trovando un tasso di gr. 2,60 per mille: aveva sofferto in passato di una sindrome gastrica, insistente ed era caduto allora in uno stato semicomatoso.

Era un vecchio prostatico ritenzionista e non fu operato per il suo grave stato. Gli ho ora ripetuto la ricerca dell'urea nel sangue, trovando gr 0,90-0,82 ‰. Si siringa due volte al giorno e la quantità delle urine oscilla intorno ad una media di 2000 cc. nelle ventiquattro ore; ha presentemente una pressione arteriosa di 230 con il Riva-Rocci.

Accanto ad osservazioni dimostrative come queste ultime riferite, nelle quali sono stati tollerati valori molto elevati di urea sanguigna e l'organismo è stato capace di liberarsene in gran parte, si deve anche ricordare che alcuni autori, Chabannier in ispecie, sostengono che i fenomeni gravi dell'uremia non sono affatto proporzionali al grado dell'azotemia. Rinbaud e Chaptal hanno riferito un caso di uremia senza azotemia in un nefritico con ipertensione e con tutti i segni della intossicazione uremica a forma respiratoria in un primo tempo e a forma comatosa da ultimo: presso tale infermo il tasso dell'urea era sempre restato fra 0,40 e 0,45 e solo aveva raggiunto 0.65 il giorno stesso della morte.

Si deve dunque pensare che la prognosi delle varie sindromi uremiche, come in tutti gli altri processi morbosi e forse più che in ogni altro, data la sua complessità patogenetica e sintomatologica, non è sempre facile nè sempre possibile; ma che in ogni caso dovrà essere fatta non già con il solo elemento dell'urea sanguigna, sia pure in genere molto importante, ma tenendo conto di diversi fattori che sono quelli individuali, quelli riguardanti il processo morboso, e quelli dipendenti dagli uni e dagli altri.

I fattori individuali che rappresentano le naturali difese organiche contro la intossicazione uremica, sono dati sopratutto dal rene, dal fegato, dall'apparato cardio-vascolare e dal sistema endocrino attivatore del ricambio azotato.

Digitized by Google

Mentre un dato favorevole di prognosi è evidentemente rappresentato da un rene ancora discretamente funzionante, un'anuria o una oliguria persistente sia nelle forme renali che in quelle extrarenali costituisce senza dubbio il pericolo più grave per l'infermo uremico.

Del fegato troppo nota e sicura è la funzione antitossica perchè si possa discutere la sua importanza oltre che nella patogenesi dell'uremia (Tessier, Lemierre) nella tolleranza e nell'ulteriore decorso di ogni sua forma latente o conclamata.

Importanza uguale se non maggiore deve essere data al cuore che mediante la ipertensione compensatrice permette la diuresi più abbondante, e con il rene favorisce quindi la naturale tendenza dell'organismo a liberarsi dalla intossicazione uremica. Come si può pensare che due infermi uremici, con uguale quantità di urea nel sangue possano avere un medesimo decorso ed una stessa prognosi quando uno di essi abbia l'apparato cardio-vascolare in buone condizioni e l'altro sia sofferente di un vizio valvolare o di una miocardite cronica preesistente?

Tra i fattori individuali che più vanno tenuti presenti nella prognosi dell'uremia si debbono certamente considerare quelle ghiandole a secrezione interna, tiroide e surrenali sopra tutto, che nel metabolismo delle sostanze azotate hanno una sicura azione regolatrice non solo, ma anche acceleratrice per la disintegrazione dei corpi proteici. Il Lucangeli al XXXI Congresso della Società di medicina interna, trattando dell'uremia cronica, giungeva tra l'altro alle seguenti conclusioni:

1. « Nell'attacco uremico è di capitale importanza, fra le difese organiche, l'eccitamento del sistema cromaffine o simpatico-tonogeno (tiroide, surrenali) con ipersecrezione di ormoni altamente protettivi, perchè attivatori del ricambio azotato ».

2. « Il vero attacco uremico consiste in una crisi rapida e violenta di ritenzione azotata con impermeabilità renale; come difesa interviene il sistema cromaffine, abitualmente valido ma poco resistente ».

Mi sembra dunque non vi sia alcun dubbio che per quanto possibile nella prognosi dell'uremia, oltre che nella cura di essa come più avanti vedremo, è necessario tener conto della funzionalità di tali ghiandole a secrezione interna.

Naturalmente non solo nella prognosi *quoad vitam* i fattori individuali vanno attentamente studiati, ma anche nella prognosi dell'ulteriore decorso sintomatologico: un vecchio bronchitico nel quale si stabilisca una grande o piccola uremia, più facilmente farà una sindrome respiratoria; un infermo già sofferente di stomaco o di intestino una sindrome gastrica o intestinale, una ragazza clorotica una sindrome discrasica.

Dopo aver parlato dei fattori individuali o di resistenza, dobbiamo considerare nella prognosi dell'uremia i fattori propri del processo morboso — che consistono sopratutto nel valore dell'urea sanguigna e nella sua patogenesi; e quelli infine dipendenti da questi ultimi e dai fattori di resistenza — che abbiamo esaminato: questo terzo ordine di fattori è rappresentato dal decorso e dalla sintomatologia clinica.

Per quanto riguarda la quantità dell'urea nel siero di sangue è sicuro che il suo dosaggio ci fornisce un elemento molto utile di prognosi, purchè come fa notare giustamente il Silvestri si facciano esami ripetuti a distanza di qualche giorno per assicurarsi che non vi sia aumento transitorio dell'urea sanguigna per riacutizzazione passeggera del processo nefritico o per disturbo della diuresi acquosa per pause passeggere extrarenali o per distruzione abnorme di sostanze azotate per processi intercorrenti. Ma anche quando vi sia una certa persistenza di valori discreti o elevati di urea nel sangue, dobbiamo sempre ricordare che il classico assioma di Vidal e Javal non corrisponde sempre al vero, come chiaramente dimostrano i casi più avanti riferiti.

Per quanto concerne la patogenesi è facile intendere come una uremia acuta ad esempio da anuria riflessa calcolosa non potrà avere la medesima prognosi di una uremia acuta da nefrite emorragica grave con anuria od oliguria più o meno accentuata. Una uremia insorgente durante un processo infettivo sarà evidentemente legata per la prognosi alla vivacità ed al decorso stesso della infezione; l'uremia di un carcinomatoso accompagnerà naturalmente l'infermo con la infiltrazione e degenerazione neoplastica sino alla fine; l'uremia infine del prostatico ritenzionista aumenterà coll'aumentare della ritenzione, mentre potrà migliorare col migliorare di questa.

Circa il decorso della uremia quale elemento di prognosi, bisogna ricordare che nelle forme acute l'accumulo delle scorie azotate rimane ancora tutto o in gran parte nel torrente circolatorio e quindi facile potrà essere il miglioramento o la guarigione nel caso che venga presto a cessare la causa stessa della uremia e siano bene funzionanti gli organi di difesa, mentre l'ammalato cadrà presto in coma con valori anche modesti (gr. 1 —1,50‰) quando tali condizioni non si siano precocemente stabilite. Al contrario le uremie che si stabiliscono lentamente, per cause diverse, sono più a lungo tollerate e senza gravi fenomeni clinici, per un certo adattamento dell'organismo che ha modo di prepararsi alla difesa contro la intossicazione uremica; in questo modo infatti si sono veduti sopportare con assenza o scarsezza di sintomi clinici valori anche elevati fino a tre grammi e più, come nel caso personale che ho descritto. In questi casi viene molto verosimilmente a stabilirsi un certo equilibrio tra urea sanguigna ed urea contenuta nei tessuti, che non è bene turbare troppo bruscamente se non si vuole avere la esplosione di una grave sindrome uremica.

Riguardo infine alla sintomatologia clinica dobbiamo dire che pure essa ha certamente una importanza non trascurabile nella prognosi degli infermi uremici. Il manifestarsi di una delle sindromi uremiche (cerebrale, respiratoria, cardiaca, intestinale, discrasica), sta ad indicare il limite massimo di tollerabilità da parte dell'organismo alla ritenzione azotata, e quindi anche la improvvisa deficienza degli organi di difesa.

Una uremia latente asintomatica o quasi non riveste mai la stessa gravità di una sindrome uremica cerebrale o respiratoria acuta sia pure con uguale tasso di urea sanguigna e tuttavia capace in questo ultimo caso di portare rapidamente a morte il paziente.

Riepilogando: Nella prognosi degli infermi uremici si deve tener conto di diversi fattori che in ogni singolo caso vanno attentamente esaminati e opportunamente valutati isolatamente e nel loro insieme:

a) fattori individuali o di difesa, rappresentati sopratutto dal rene, dal fegato, dal cuore e dalle ghiandole a secrezione interna attivatrici del ricambio azotato (tiroide, surrenali).

b) fattori strettamente legati alla ritenzione azotata, concernenti sopra tutto il valore dell'urea nel siero di sangue e la sua patogenesi stessa.

c) fattori dipendenti dai fattori di difesa e da quelli propri della uremia, rappresentati dal decorso e dalla sintomatologia clinica del processo morboso.

Terapia

Non meno importante dello studio della prognosi deve essere considerato quello della terapia della uremia.

Nelle uremie croniche latenti — necessità prima della cura è quella di prevenire per quanto è possibile il manifestarsi delle pericolose esplosioni cliniche, con l'assoggettare il paziente ad un attento e metodico regime igienico-dietetico e medicamentoso rivolto a diminuire, nei limiti pure del possibile, il valore della ritenzione delle scorie azotate.

Il riposo, più o meno rigoroso secondo i casi, ha senza dubbio una notevole importanza in questo trattamento preventivo: è noto infatti che la fatica muscolare eccessiva può favorire la insorgenza di gravi fenomeni uremici. I raffreddamenti debbono in ogni caso essere evitati, essendo ben conosciuta l'azione nociva del freddo sulla funzionalità renale quando non sia completamente integra. Il buon funzionamento della pelle deve pure essere facilitato con leggere frizioni iperemizzanti, non usando, bene inteso, sostanze in alcun modo irritanti: i bagni caldi al contrario sono controindicati all'uremico perchè possono rappresentare una certa fatica per il cuore, in genere sottoposto ad un maggior lavoro.

Il regime dietetico non deve essere ridotto al solo uso di latte, ma deve rimanere aclorurato ed ipoazotato, la dieta latteo-vegetariana è la più indicata e rappresenta senza dubbio la alimentazione — base migliore degli infermi uremici, associata a cibi ricchi di idrati di carbonio e di grassi. Essa non deve tuttavia essere completamente priva di albumina: l'Ep-

Digitized by Google

pinger sostiene che la sottrazione dell'albumina non deve essere assoluta se non si vuole pregiudicare la integrità dei vari organi di questi malati; e ne prescrive da uno a due grammi per Kg. di peso del corpo.

Dopo quanto ho accennato parlando della prognosi è facile comprendere come sia sempre indicata e come possa essere utile la somministrazione di preparati tiroidei e surrenali in toto, con l'avvertenza naturalmente di consigliare prodotti che diano un certo affidamento per la preparazione.

Non mi indugio sulla necessità di sorvegliare con grande cura la funzione del rene e del cuore, e di aiutarla eventualmente con dosi modeste di teobromina e di digitale, cercando però sempre di rispettare la ipertensione, che come abbiamo veduto rappresenta senza dubbio un elemento favorevole della difesa organica. I purganti salini sono i preferibili, e vanno usati a piccole dosi per parecchi giorni: d'altra parte la diarrea spontanea degli uremici deve pure essere rispettata, rifuggendo sempre dall'uso di astringenti.

Nella terapia delle uremie conclamate, il trattamento igienico, dietetico e medicamentoso che ho brevemente ricordato per le uremie latenti deve essere consigliato in modo più o meno rigoroso secondo la gravità dei fenomeni clinici. Mi soffermo invece su due metodi di cura molto in uso, associati o praticati isolatamente, il salasso e la dieta idrica.

L'Oddo nel suo trattato sulla « Médecine d'Urgence » fa osservare che il salasso è la cosa prima e più importante da fare nell'uremia conclamata e sostiene che esso deve essere immediato, abbondante e ripetuto. Castaigne in più ammonisce che si potrà avere rimorso di non avere salassato un uremico, mai ci si potrà rammaricare di averlo fatto!

Eppinger e Kloss al contrario osservano che i salassi tanto usati e lodati non hanno, secondo la loro esperienza, un'influenza così grande nel quadro della malattia da consigliarli senz'altro: essi fanno notare che la eliminazione dell'urea non è rilevante, mentre il danno che ne deriva al paziente già di per se stesso anemico, in seguito alla perdita di sangue non può essere certamente esiguo. Tuttavia vi ricorrono per la scarsezza degli altri espedienti che possono giovare all'uremico.

Con il salasso viene in genere consigliata dai vari autori la dieta idrica con scarsa quantità di latte protratta per due o tre settimane almeno.

Ho praticato in numerosi infermi il salasso con sottrazioni varie secondo il tasso dell'urea sanguigna e secondo il decorso e la gravità della sindrome clinica. Nelle uremie croniche discretamente tollerate con scarsezza di sintomi clinici importanti e con azotemie modeste (0,80—1,50) ho eseguito piccoli salassi ripetuti senza avere risultati manifesti nè in senso favorevole nè in senso contrario: in genere i medesimi che ho ottenuto in infermi presso a poco della stessa gravità trattati con la solita cura. Nelle sindromi uremiche più o meno gravi con tasso elevato di urea nel sangue (1,50 — 2 e più) ho in qualche caso praticato salassi più abbondanti sino a 400 — 500 cmc., seguiti da ipodermoclisi o da rettoclisi glucosate. In tutti questi malati ho avuto pressochè costante risultato: diminuzione transitoria dell'urea sanguigna e in qualche caso rapido miglioramento dei fenomeni clinici più allarmanti, ma dopo 24-48 ore al massimo aggravamento repentino e precipitoso della sindrome uremica, con aumento più o meno elevato dell'urea sanguigna secondo l'obitus più o meno precoce.

In un caso di uremia cronica venuto a noi per una sindrome acuta cerebrale, in stato di subdelirio, con gr. 2,40 di urea, praticai un salasso di 400 cc. e lo feci seguire da fleboclisi di uguale quantità: immediatamente dopo l'intervento vidi l'infermo riacquistare la coscienza e riconoscere persone e cose come se si fosse destato da un lungo sonno. Dopo 10-12 ore sopraggiunse un coma improvviso e profondo, durato poche ore soltanto prima della morte.

Fra la numerosa casistica che abbiamo riportato con il dott. Barcaroli nel lavoro sopracitato, altri casi ne figurano molto simili. In una donna con attacco uremico in travaglio di parto e con 1 gr. di urea, praticammo un salasso di 500 c.c. seguito da ipodermoclisi della stessa quantità: in tal modo riuscimmo a risvegliarla dal coma nel quale era stata portata a noi e ci sentimmo accusare dalla sua voce stessa forti dolori lombari; ma ricaduta in coma dopo 24 ore, moriva poco dopo con gr. 1,50 per mille di urea sanguigna. In un'altra osservazione infine riferita nello stesso lavoro è descritto il caso di un infermo con gr. 3,90 di urea nel quale la morte era sopraggiunta immediatamente dopo un salasso generoso praticatogli mentre era già in coma.

Riguardo alla dieta idrica prolungata o solo compensata da scarsa quantità di latte nel trattamento delle sindromi uremiche conclamate ho notato un fenomeno molto simile a quello già citato per il salasso, per quanto meno accentuato. Con essa ho ottenuto infatti quasi costantemente un miglioramento dei sintomi clinici oltre che della quantità di urea nel siero di sangue, nei casi di ritenzione azotata di media entità: in alcuni casi da gr. 1,50-1,80 ho osservato abbassamenti sino a 0,40-0.50. Ma nelle forme gravi con tasso elevato di urea sino a 1,50 e più ho constatato che quando la dieta idrica viene prolungata più di 8-10 giorni è facile riscontrare un rapido elevarsi dell'urea nel sangue con ricomparsa ed accentuazione dei fenomeni clinici. Nella prima osservazione che ho riferito a proposito della prognosi è bene manifesta tale evenienza: messo il paziente a dieta idrica con 300 gr. di latte si è avuto un progressivo aumento dell'urea sanguigna da 2,07 a 3,06, mentre con il ritorno ad una dieta latteo-vegetariana ed ipo-azotata più tardi l'infermo ha potuto tanto migliorare da scendere a valori fra 0,70-0,90 che gli permettono di vivere e lavorare.

Questo aggravarsi della sindrome uremica e del suo valore azotemico nelle uremie più o meno gravi dopo il salasso generoso, o in minor grado dopo diete idriche troppo protratte mi sembra si possa facilmente spiegare con il fatto che in tali forme, essendo accentuato il deposito di urea nei tessuti, è facile il suo riversarsi nel torrente circolatorio quando la massa totale del sangue deve essere ripristinata in seguito al salasso, o quando per deficiente nutrizione dall'esterno l'infermo è costretto a cercare il nutrimento per la vita nel deposito della propria albumina organica.

Conclusione logica è quindi che il salasso deve essere abbandonato nel trattamento delle uremie, perchè capace di dare aggravamenti rapidi e letali, e che la dieta idrica assoluta o associata alla dieta lattea non deve mai essere troppo prolungata se non si vogliono avere esiti funesti.

***

Con il presente lavoro non ho inteso di enunciare cose nuove ma ho voluto soltanto richiamare l'attenzione dei medici sopra dei fatti clinici sicuri sia per quanto riguarda la prognosi, sia per quanto riguarda la terapia degli infermi uremici, ed ho emesse delle ipotesi che non mi sono sembrate molto lontane dal vero.

BIBLIOGRAFIA

Sino al 1925 vedi autori consultati in «Contributo Clin. allo Studio delle Uremie, Dott. Russi-Barcaroli; Arch. Osped. Umberto I°, Ancona, n. 1. — Aubertin et Vidiez. Néfrite azotémique pure, Presse Médicale, n. 54, 1925. — Chabannier. De l'urémie, Presse Méd., 54, 1925. — Franke e Goertzi. Sulla patogenesi dell'uremia. Riforma Medica, 35, 1925. — Fiessinger. Les fausses urémies. Journal des Praticiens, 45, 1926. — Lorente. Sulla quantità di urea nel sangue dei cardiaci e il suo significato prognostico, La Medicina Ital. n. 2, 1925. — Lucangeli. Esiste un'uremia cronica? Atti del 3° Congr. della Soc. di Med. Int., 1925. — Myers. Anurie calculeuse. Pubblication d'un cas remarquable, Journ. d'Urol., n. 4, 1925. — Rimbaud et Chaptal. Urémie sans ezotémie. Presse Med. n. 15, 1925. — Rob,tius. L'anurie réflexe, Journal d'Urologie. n. 3, 1925.

Digitized by Google

RIVISTE SINTETICO-CRITICHE

L'ANESTESIA IN CHIRURGIA ADDOMINALE

L'importanza dell'argomento e delle discussioni che gli si riferiscono, vennero in più contingenze, messe in rilievo dal nostro Periodico. Ma tanto non esclude qualche utile ritorno, a proposito di una più recente disamina fattane dalla riunione delle «Sections of Anaestetics Surgery of the British Medical Association (1926)».

L'alta portata dell'anestesia chirurgica in interventi addominali, a differenza di quella per gli arti, è essenzialmente connessa alle condizioni di sufficienza o meno del fegato e dei reni. Finsterer, nel ripetere questi postulati fondamentali aggiunge: che se la resistenza del peritoneo fosse scemata, la profonda narcosi lo renderebbe più suscettibile di infezione. E' un modo di vedere, secondo noi, che potrebbe prestarsi a qualche dissenso di vedute! Egli pensa che il divenire di cotesta anestesia sia quella del metodo combinato. Sebbene il Finsterer non aggiunga quasi nulla a quanto si sapeva, stralceremo i punti salienti del suo «opening papers».

***

1. *L'anestesia generale.* I danni di questa sono: la morte durante narcosi, essendo riconosciuto meno rischioso l'etere; l'abbassamento della pressione sanguigna, nocivo specialmente nell'insufficienza del miocardio, nello sventramento; peritonite, ostruzione intestinale; nell'intensificazione dello shock per acidosi del sangue; ancora l'offesa ai parenchimi rendendoli insufficienti, come si è detto innanzi; e finalmente le complicazioni pulmonari.

Questo elenco di svantaggi (che come sanno gli studiosi, si ritrova in ogni buon manuale clinico) ha portato a dare la maggiore attenzione sulle narcosi miste (atropo-scopo-morfinico) che in Italia è divenuto patrimonio della pluralità degli operatori, mentre, a giudicare dal brevissimo cenno del Finsterer, parrebbe ancora lontano dall'ex-capitale austriaca. Invece egli accenna alla diffusiva tendenza dei chirurghi americani, verso l'anestesia all'ossido nitroso tanto caldeggiato dal Crile, e della quale ci siamo, in più riscontri, occupati. Non abbiamo neppur taciuto delle narcosi mediante «Narcilene», «Chelene» etc.

2. *Anestesia combinata.* Questo indirizzo raccomandato dal Crile e nel quale si associano il blocco centrale del territorio nervoso mediante iniezioni di effetto locale, con l'anestesia all'ossido nitroso, o narcilene, che provoca lo stato di incoscienza, ha trovato, come è noto, divulgatori, specialmente il Lennander. E' metodo che se costituisce un progresso perchè attenua alcuni dei rischi, non può sufficientemente valutarsi, senza una più larga esperienza.

3. *Anestesia regionale* (locale). Per operare senza alcun risentimento doloroso, per es. nelle resezioni enteriche non basta insensibilizzare il peritoneo parietale anteriore; bisogna anche ottenere altrettanto su quello posteriore. Spesso si è tuttavia costretti a cominciare la laparotomia sotto la «narcosi combinata». Ad ogni modo il Finsterer è fautore delle iniezioni di novocaina nel mesentere; mentre a completare la bisogna, ricorre alle iniezioni intrarachidiane. Al 1/2 % la novocaina soddisfa, con l'uso di circa 200 cc. Oppure la tutocaina 1/5-1/8 %. Ma (lo si noti bene!) spesso, se non sempre, l'operando è preparato con le solite iniezioni (pantopòn-scopolamina) che giovano all'anestesia mista. Ad ogni modo codesta anestesia vuole, secondo Finsterer, qualche particolarità di ragguagli.

a) *Anestesia mesenterica*: è soddisfacente, specie quando si tratti di ulcera o di cancro nello stomaco ptosico.

b) *Anestesia paravertebrale;* raccomandata dall'A. specialmente nelle resezioni coliche, colecistectomie etc. si potrebbe usarla anche in altre laparotomie. Si noti che nei casi di Finsterer fu spesso necessario ricorrere all'etere.

c) *Anestesia splancnica.* Questo metodo del blocco è passato dalle mani di Kappis in quelle di Braun, Farr, Roussiel. Quest'ultimo ha avuto maggior seguito, iniettando egli la novocaina nello spazio retroperitoneale, presso l'arteria mesenterica superiore. Il metodo splancnico, secondo l'una o l'altra delle varianti ha avuto sperimentatori in Germania; nè ci sarebbe possibile qui riferirne le cifre globali. Ci basterà ricordare quelle del Finsterer, cioè 807 casi secondo Braun, e 72 casi secondo Kappis. In genere egli si è attenuto alla soluzione 1/4 anzichè 1/2 % di novocaina. Non ha avuto a deplorare intossicazioni notevoli; ma in circa 8,8 % fu necessario il complementare uso di etere. L'ultima parola non è ancora detta, su codesti metodi; ma una scorsa alle varie casistiche lascerebbe emergere che non continui la diffusione dell'anestesia alla Kappis, fra gli operatori.

d) *Anestesia parasacrale.* Questa trova la sua principale applicazione nella chirurgia radicale, rettocolica; l'A. l'ha usata in 33 casi di resezione addomino-sacrale; così la mortalità da shock operatorio si potette vedere discesa, molto in sotto della precedente, che si calcolava a 60 %.

e) *Anestesia epidurale* (sacrale). Non ostante la variabilità delle opinioni, non si potrebbe affermarla metodo di elezione. Restano quindi disparate le affermazioni di coloro i quali ora la consigliano per le laparotomie in genere; ora per le operazioni sulla piccola pelvi. Da attendersi l'accordo.

f) *Anestesia spinale.* Si tratta qui del blocco dei rami comunicanti e dei nervi spinali. Si può, salendo al 6° segmento, eseguire operazioni indolori sulla quasi totalità del ventre. Ci sono chirurghi i quali ne fanno particolare metodo p. es. nelle ostruzioni intestinali, peritonite etc.

***

Riassumento la chilometrica conferenza del Finsterer, si può dare importanza ai seguenti rilievi (i quali vengono a confermare quasi integralmente, quanto in più rincontri avevamo già riferito). Cioè: che nelle laparotomie di maggiore gravità la narcosi generale etero-cloroformica, per la sua lunga durata danneggia gli organi parenchimali. Dalla insufficienza rispettiva può derivare la morte. Si può evitare questa offesa parenchimale, mediante l'anestesia combinata; specie in quelle laparotomie che non potrebbero eseguirsi sotto l'anestesia regionale. La meno rischiosa è rappresentata dalla combinazione d'ossido nitroso e narcilene. L'anestesia mesenterica ha importanza, in singoli casi ma sopratutto come fattore di anestesia combinata. Quella paravertebrale è la più tollerata, onde può dirsi raccomandabile specialmente quando si operi su di un solo lato. Quella splancnica — metodo di Braun — è la più scevra di danni; quindi bastevole in circa 90 % delle operazioni addominali. Quella parasacrale, combinata al blocco del segmento lombare, basta a far operare il cancro rettale, ed ogni altro intervento ginecologico. Ricorrendo all'anestesia regionale o combinata, migliorano i risultati delle maggiori operazioni addominali, restando notevolmente scongiurate le cause di esito letale, quali: pneumonia, shock operatorio, atonia intestinale etc.

L'opinione, e gli apprezzamenti critici espressi dal Moots sono una specie di apologia dell'anestesia ossigeno-ossido-nitroso, purchè la somministrazione sia affidata a mani competenti. Questa anestesia non provoca apprezzabili alterazioni cellulari dell'organismo; è quasi gustevole; di breve durata; e, salvo eccezioni, senza le nausee deplorate per il debilitamento dovuto all'etere.

Bisognerebbe allargarne l'uso nell'intervenire sull'addome, e specialmente nei casi che richiedano molto tempo. Esso favorisce lo stabilirsi delle migliori condizioni psichiche dell'infermo, e rende più alta la percentuale di guarigioni permanenti, con abbreviato stadio di morbilità. Mentre cotesta mansione dovrebbe essere affidata a sanitari di speciale allenamento, il chirurgo dovrebbe convincersi della responsabilità propria, cioè di operare su di un vivente, al quale ogni shock andrebbe risparmiato.

Particolarmente studiata dal Brandt è la anestesia acetile-ossigeno, nella chirurgia gastrica, descrivendone in modo diffuso i dispositivi meccanici.

L'Hewer, a sua volta, anche nella chirurgia gastrica, studia l'anestesia endotracheale nitrosso-ossigeno-eterica. Si comprende che, previa l'atropina e l'anestesia locale, si introduca una speciale sonda inalatoria nel laringe, e la si colleghi ad un apparecchio. Vantaggi di questo metodo sarebbero: ridotti al minimo i movimenti respiratori, anzi si potrebbe quasi ottenere una prolungata apnea; completa risoluzione muscolare; protezione contro lo shock operatorio; assenza delle complicazioni pulmonari; e finalmente, argomento anche più favorevole questo, cioè: che il chirurgo il quale l'abbia sperimentato, difficilmente ritorna ad altri metodi.

***

Fin qui dunque, la rapida rassegna della discussione, dalla quale ci sembra emerga l'impulso a soverchiamente complicare la pratica, mentre si tratterebbe di semplificarla, per una mansione chirurgica che dovrebbe potersi quanto più estesamente divulgare. Conveniamone!

E. Aievoli

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Cisti del III ventricolo, con distruzione totale della regione infundibolare, senza segni ipofisari. — L. Frey (Clinica Neurologica dell'Università di Varsavia). *L'Encéphale,* n. 1, 1927.

Un uomo di 26 anni presenta bruscamente la comparsa di un dolore violento ad un dente della mandibola, accompagnato da gonfiori della guancia destra. Persistendo il dolore, anche dopo più di un mese l'ammalato nota leggera diminuzione della vista e scomparsa delle erezioni. All'esame obiettivo, a carico degli occhi, si osserva che la pupilla destra è un pò più larga, che i riflessi pupillari sono un po' indeboliti a sinistra, che vi è emianopsia nasale dell'occhio destro, con diminuzione dell'acutezza visiva e restringimento del campo visivo temporale, e vi è ancora amaurosi dell'occhio sinistro, nistagmo orizzontale provocato dai movimenti di lateralità, tendenza netta alla deviazione dei globi oculari con la prova di Bàràny, leggero strabismo convergente dell'occhio destro. Esiste trisma. L'esame del *liquor* mostra una lieve ipertensione e una reazione positiva del benzoino colloidale. All'esame radiografico, la sella turcica appare normale. Questo stato di cose resta stazionario per circa 6 mesi, quando accentuandosi il dolor di testa, compaiono vomito e stasi papillare, nonchè sintomi meningei e un tremore delle dita dell'arto superiore destro. Si diagnostica così un tumore della base del cervello; l'i. pochi giorni dopo muore.

All'autopsia si rileva l'esistenza di un tumore situato alla base del cervello al di sotto del III ventricolo, ridotto per compressione ad una semplice fenditura, tumore che ha distrutto l'infundibolo, il tuber cinereum e quasi totalmente la bandelletta ottica di destra. Ipofisi normale. All'esame istologico, il tumore appare essere una cisti, evidentemente secondaria a degenerazione cistica di un neoplasma originato dalle cellule epiteliali che si trovano normalmente nel prolungamento del lobo anteriore dell'ipofisi che va fino all'infundibolo (tumori di Erdheim).

L'osservazione è interessante specialmente pel fatto che la distruzione totale della regione infundibolare non ha determinato la comparsa di alcuno dei segni clinici che si ammettono in simili circostanze, se si eccettui la scomparsa delle erezioni, sintoma del resto assai banale nei tumori cerebrali. E poichè recentemente Camus e Roussy vorrebbero attribuire i disturbi delle sindromi ipofisarie, non a lesioni dell'ipofisi, ma del tuber cinereum — opinione confortata in seguito anche da altri AA. — il presente caso starebbe in piena contraddizione con simili vedute, rimettendo in discussione l'importanza patogenetica dell'infundibolo e dell'ipofisi.

La berberina nella cura del paludismo. — N. Alavarez, Soto e H. Quintana. *La Semana Medica,* 1926, n. 40.

Prendendo esempio dagli usi degli indigeni abitanti le estese regioni paludose della Bolivia, gli AA. hanno pensato di associare ai sali di chinina, la berberina nel trattamento delle varie forme di paludismo, e sopratutto di quello cronico ,per il quale le forme abituali di terapia generalmente non raggiungono lo scopo.

Nel trattamento del paludismo acuto, la formula preferita è la seguente :

Solfato di chinina	0,50
Solfato di berberina	0.10-0.20

in ostia — di tali 3 al giorno per tre-quattro giorni.

Successivamente la cura si continua con la seguente pozione :

Solfato di chinina	gr. tre
Solfato di berberina Poulenc	» 0.70
Glicerofosfato di ferro	» 0,50
Acido citrico	» uno
Acqua distillata	» trecento

Un cucchiaio da zuppa 2 volte al giorno.

Nel paludismo cronico, con milza molto ipertrofica, oltre alla pozione di cui sopra, si somministrano due cartine al giorno di

Solfato di chinina	gr. 0,25
Solfato di berberina	» 0.10

Riducendosi il volume della milza, si continua con la sola pozione, facendo consumare tre o quattro volte la dose suindicata, con intervallo di 8 giorni, tra l'una e l'altra bottiglia.

La berberina esplica un'azione specifica sulla polpa splenica, e facilita l'azione parassiticida del chinino sugli emotozoarii più resistenti.

In ogni caso i risultati di questa associazione terapeutica sono superiori a quelli ottenuti col solo chinino.

L'adrenalina per via rettale. — H Heim e W. Menninger (New York). *Amer. Jour. of the Med. Sciences,* n. 654.

Gli AA. hanno praticato in numerosi casi la somministrazione dell'adrenalina per via rettale nella dose di 4 mgr. per 10 cc. di acqua. Essi hanno trovato che questo metodo è assai utile in un gran numero di casi e che, pur essendo assai lento nel suo meccanismo d'azione, riesce a mantenere l'organismo sotto l'influenza medicamentosa della soluzione adrenalinica per un tempo assai maggiore di quello che non si verifichi nella somministrazione ipodermica.

Gli AA. quindi ritengono che la somministrazione rettale di adrenalina sia assai bene indicata nei casi in cui occorrono dosi ripetute ed effetti prolungati del preparato opoterapico, come nell'asma o nella malattia di Addison.

Il luminal sodico per via endorachidea nella cura dello stato epilettico. — B. De Luca (R. Ospedale di Grosseto). *Rinascenza Medica,* anno 3, n. 17.

L'A. riferisce di avere sperimentato in un caso assai grave di stato epilettico il metodo endorachideo di somministrazione del luminal sodico e di aver ottenuto con dosi non superiori ai 40 cgr. dei risultati assai brillanti.

Egli richiama l'attenzione sull'assoluta innocuità del metodo e sulla evidente superiorità di azione che il luminal dimostra quando viene iniettato per via endorachidea, per cui dosi bassissime, talvolta anche di 10 cgr. sono sufficienti là dove per ottenere un simile effetto per via gastrica occorrerebbero dosi assai maggiori.

Questa terapia è certo esagerata negli attacchi convulsivi lievi e radi in cui è sufficiente la comune terapia sedativa. Ma negli accessi subentranti e nello stato di male, quando la comune terapia fallisce, l'iniezione endorachidea di luminal sodico può e deve essere adoperata dal pratico, senza timore alcuno, poichè essa rappresenta quanto di meglio e più efficace esiste nella terapia sintomatica anticonvulsiva.

I danni delle iniezioni sottocutanee di siero adrenalinizzato. Leveuf e Pignot Paris. *Le Journal Médical français,* 12, 1926.

Gli AA. danno l'allarme sulla base di personali osservazioni, monito contro le prescrizioni di qualche formulario francese, in voga, l'Astier. Quivi è detto di evitare il rischio dell'escara, sciogliendo la soluzione adrenalinica, o meglio diluendola in soluzione fisiologica.

Accade, secondo questi AA. precisamente di procurare estese necrosi e sfaceli cutanei, seguendo questi precetti. Tanto è accaduto diluendo 20 gocce al ‰ in 250 cc. di siero glucosato. Si noti che non solo entra in causa il potere vaso-costrittore di questa dose adrenalinica; ma anche che la regione di solito prescelta — la faccia esterna della coscia — non è riccamente irrorata. Inoltre la bozza edematosa esercitando compressione, si somma al difficoltato riassorbimento per l'azione spastica dell'adrenalina. Senonchè bisogna considerare :

1° Questi accidenti sono più frequenti se il siero è glucosato.

2° Vi partecipa certamente l'infezione: difatti oltre alla necrosi c'è la suppurazione. Ora data in quel punto una minorata resistenza dei tessuti, il siero glucosato fornirà eccellente terreno agli eventuali germi anaerobi. Dunque: tessuti male irrorati; ischemia, rapida infezione; ecco la concatenazione per un ascesso gangrenoso con sfacelo dei tegumenti.

Tutto si può facilmente evitare : iniezione intramuscolare da parte, in pieno muscolo; ipodermoclisi glucosata in luogo di elezione.

Sindromi nervose varie da malaria. — V. Dimitri (Buenos Ayres). *La Semana Médica,* 4 novembre 1926.

Le complicazioni nervose della malaria non sono rare: esse possono apparire sia durante il periodo acuto, che durante l'evoluzione cronica, nonchè talvolta anche nei casi in cui l'infezione sia sparita o si mantenga in stato latente.

La diagnosi di queste forme nervose offre numerose difficoltà in quanto che si tratta quasi sempre di malaria atipica, specialmente per quanto riguarda il movimento febbrile. Il reperto ematologico dà spesso risultati negativi, nonostante la presenza della malattia; il tipo della infezione non sempre corrisponde a quello estivo-autunnale.

Le complicazioni da parte dei nervi periferici nel paludismo acuto non sono così frequenti come si è finora creduto, appariscono invece, ma in un periodo avanzato, intense nevralgie.

Come sintoma di paludismo latente si può ritenere nei casi dubbi la compressione dolorosa di alcuni nervi, come il sopraorbitario e l'occipitale. Fra le complicazioni del sistema nervoso centrale, le più frequenti sono la disartria e l'atassia cerebellare. In quasi tutti i casi di paludismo cronico è presente tutto un corteo sintomatico, che non si può riferire,

Digitized by Google

per la sua atipicità, nè alla sifilide, nè alle altre malattie comunemente osservate in neuropatologia; invece si nota una perfetta corrispondenza con quella forma morbosa descritta col nome di sclerosi a placche disseminata. Davanti ad un c. di probabile neuropaludismo, l'A. quindi consiglia di iniziare e condurre energicamente il trattamento chininico. E infatti sebbene ci siano dei casi in cui i sintomi non cedono affatto, in molti altri si potrà osservare un esito assai brillante che, come una favorevole sorpresa, avvia gradatamente l'infermo a guarigione.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'immunità locale nella pratica chirurgica. — De Francesco, OO. PP. Riunite venete. *Annali Italiani di Chirurgia*, n. 7, 1926.

Partendo dagli studi ormai notissimi del Centanni, ed attraverso quelli più recenti, fra i quali primeggiano quelli di Besredka, l'A. ha voluto portare il suo contributo di esperienza clinica. Egli si è proposto conoscere se lo stimolo di determinati prodotti immunitarii riesca ad eccitare poteri defensionali che possano interpretarsi come dovuti ai tessuti. Pertanto le sue iniezioni avvennero in pieno focolaio, fra tessuti capaci di attività biologica; giacchè agendo a distanza, un'iniezione avrebbe come tramite la via umorale; mentre localmente i tessuti affetti e quelli prossimi si impadroniscono della sostanza immunizzante, reagendo immediatamente contro l'infezione che li colpisca.

Di massima attività con minima tossicità, gli risulta essere la stomosina antipiogena polivalente, nella preparazione secca più perfezionata: se si volesse stabilire qualche confronto con quanto ha affermato dal proprio metodo il Besredka — crede l'A. che la stomosina da lui adoperata abbia altra origine, perchè non è un elaborato del terreno culturale nel quale i batterii si sono sviluppati, ma un prodotto di speciali e complesse preparazioni ottenute dagli stessi corpi batterici. L'antivirus Besredka in fatti neutralizza in vitro le culture batteriche, quindi è immunizzante passivamente, come potente antisettico.

I gruppi di esperienza clinica dell' A. sono così distinti:

1° Infezioni piogene localizzate (foruncoli, paterecci, osteomielite, fistola toracica settica, fistola post-appendicitica). Sono 7 casi nei quali tutto il trattamento di iniezioni ripetute, quanto più in sede, è giovato a scongiurare comuni interventi operatorii, o attenuare i danni di esagerati precorsi interventi.

2° Infezioni piogene gravi a focolaio, con diffusione linfatica e sanguigna. Data la scarsa o nulla efficacia del trattamento locale bisogna tendere a riattivare le forze difensive umorali mediante iniezioni profonde ed endovenose di stomosina. Ma al focolaio bisogna dare cura chirurgica ed immunitaria. Incidere i flemmoni a preferenza con termocauterio; aprire tutta la raccolta, drenarla con garza sterile e lasciarvela più giorni, perchè essa si elimini con gli strati necrosati. Aperto bene il focolaio adoperare francamente la stomosina all'intorno, tra questo e le vie centrali, attivando la difesa dei tessuti che coronano il focolaio osteomielitico: allacciature di vene trombosate e rimozione del trombo settico.

3° Stato di latenza piogena. Questi casi sono noti al chirurgo per il loro risveglio dopo anni, e sotto un nuovo intervento. Praticare in antecedenza il trattamento stomosinico di vicinanza.

4° Infezioni miste piogeno-tubercolari. Sono casi abbastanza frequenti, dove l'insuccesso delle varie terapie scoraggia. Il trattamento stomosinico può rendere il focolaio tubercolare privo di flora associata, ed esso allora continuerà nel suo svolgimento favorevole o meno.

Contributo allo studio della malattia di Madelung. — Catterina A. *La Chir. Org. Mov.*, vol. X.

L'A. ha avuto occasione di studiare un caso del genere in una giovane di 33 anni argentina; in essa erano evidenti i tre sintomi capitali dell'affezione: la curvatura dei due terzi inferiori del radio; la lussazione della testa dell'ulna sopra il piano osseo del polso; la sublussazione palmare apparente del carpo. Esamina minutamente la letteratura dell'argomento e viene alle seguenti conclusioni: la malattia di Madelung, a seconda della gravità della lesione, può suddividersi con Jacoulet in: 1ª forma: lieve lussazione riducibile dell'estremità distale del cubito; 2ª forma: lussazione cubitale con incurvatura del radio; 3ª forma: lussazione irriducibile del cubito; incurvatura grave del radio, accorciamento marcato dell'avambraccio.

La malattia si presenta di preferenza nell'adolescenza e nel sesso femminile; essa deve attribuirsi al rachitismo. Forzati i movimenti di flessione dorsale della mano, specialmente professionali, possono accentuare la curvatura radiale preesistente e provocare altre lesioni scheletriche. La cura ortopedica potrà dare buoni risultati se applicata all'inizio della malattia; la cura chirurgica, consistente nell'osteotomia lineare obliqua del 3° inferiore del radio dovrà essere tentata solo nei casi molto gravi, e quindi deve essere considerata come terapia assolutamente di eccezione.

L'ascesso cronico delle ossa. (Ascesso di Brodie). — Chiasserini A. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI.

L'A. dopo avere ricordato questo tipo di rarità clinica osservato per la prima volta nel 1824 da Benjamin Brodie, afferma che la malattia per quanto rara possa essere è più frequente di quello che non apparisca dalla statistica dei casi pubblicati. Egli ne ha operati sette casi sceverandoli accuratamente nei moltissimi di osteomieliti. Nella letteratura non sono raccolti che 200 casi. La difficoltà diagnostica è notevole. Con la scorta dei dati anamnestici, di quelli sintomatologici, e del reperto radiografico, il quale ha qui una grande importanza si può arrivare alla diagnosi sempre quando si pensi alla possibilità di esistenza di questa forma morbosa abbastanza rara. Di solito la localizzazione è a sede metafisi-epifisaria, l'immagine radiologica dev'essere a limiti ben netti, non molto irregolari e circondata da un addensamento di ombra ossea di spessore variabile. La terapia è chiurugica; la cavità residuale, per quanto sia stata colmata con successo di miscele estranee, tuttavia converrà riparare con autoinnesti preferibilmente di adipe. Nei casi in cui è possibile la cura chirurgica dovrà esere associata alla auto-vaccinoterapia.

Le lesioni delle fibrocartilaginee semilunari dell'articolazione del ginocchio. — Ferrero V. *La Chir. Organi di Mov.* vol. X, n. 4-5, 1926.

Dopo un rapido esame dell'argomento e della sua letteratura, l'A. riporta 5 casi di lesione del menisco mediale dell'articolazione del ginocchio. Nei primi 3 si trattava del distacco delle connessioni menisco-capsulari, con disposizione del menisco a « manico di secchio ». Nel 4° caso vi era anche strappamento del corno anteriore. Nel 5° vi era stata inizialmente una frattura complicata del menisco ed i frammenti, più o meno connessi fra di loro, si erano infine saldati formando un blocco osteo-cartilagineo che in avanti era ancora fisso al legamento anteriore.

La sintomatologia era varia secondo i casi ed i sintomi non erano sempre in rapporto con la gravità della lesione meniscale. Una sindrome più completa si ebbe quando il menisco aveva assunto la forma a « manico di secchio » ed era lussato.

L'esame radiografico fu sempre negativo, anche nel 4° caso in cui venne praticato lo pneumoartro; fu positivo solo nel 5° caso, caratterizzato dalla trasformazione del menisco in un blocco osteo-cartilagineo.

L'intervento chirurgico consiste sempre nella meniscectomia. L'artrotomia fu praticata con un'incisione pararotulea lunga da 7 a 10 cm.; in tal modo la luce fu sempre sufficiente, ed il menisco leso potè essere asportato completamente.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Classificazione e trattamento delle dismenorree. — O. Prestini. *La Semana Médica*, n. 1702.

L'A. divide le dismenorree, dal punto di vista etiologico sintomatico, nonchè terapeutico, in tre tipi fondamentali: ovarico, tiroideo, meccanico. La dismenorrea ovarica deriva da ipofunzione delle glandole genitali: essa è caratterizzata da regole scarse, tardive, precedute da intensi dolori lombari e addominali, malessere generale, vomiti, disturbi della termoregolazione ecc.

Il follicolo di Graaf, per mancanza di energia ormonica o anche per eccesso di resistenza delle parti vicine, non arriva a rompersi: l'ovario si congestiona, si fa turgescente, ed ecco apparire il dolore, che per similitudine di processo, può essere paragonato a quello dell'orchite nell'uomo.

L'estratto ovarico può avere qui un alto valore curativo. L'A. usa somministrarlo, appena terminata la mestruazione, in piccole dosi gradualmente crescenti, fino all'inizio del periodo mestruale consecutivo; sospende quindi il trattamento, per riprenderlo al termine della mestruazione stessa.

La dismenorrea tiroidea ha un quadro clinico completamente diverso dal precedente. Le regole son abbondanti, quasi sempre anticipate e indolori; talvolta il dolore compare dopo il secondo giorno di mestruazione e può attribuirsi a fenomeni spasmodici. Questo secondo tipo dipende essenzialmente da ipofunzione tiroidea, com'è provato dalle recenti ricerche sull'antagonismo tireo-ovarico. L'A. usa somministrare, a partire dal 2°-3° giorno di mestruazione fino a mestruazione finita, delle piccole dosi di estratto tiroideo. Egli ha sempre osservato dei buoni risultati, però richiama l'attenzione sui pericoli di questa cura, onde è necessario sospenderla immediatamente appena si vedono apparire sintomi di ipertiroidismo (palpitazioni, insonnia, tremori, irritabilità ecc.).

Le dismenorree meccaniche sono assai frequenti e anche assai facili a spiegare. Esse vengono divise in congenite ed acquisite, secondo che l'ostacolo al passaggio del flusso mestruale è anch'esso congenito o anche è prodotto da una pregressa affezione. Il sintoma dolore è qui provocato

Digitized by Google

dalle violente contrazioni dell'utero, che cerca di far in modo che il sangue mestruale riesca a superare l'ostacolo. Naturalmente il dolore cede allo stabilirsi di un flusso abbondante.

Le forme acquisite, molto frequenti nelle adulte, sono provocate da quelle cause che inducono diminuzione del calibro della cavità uterina e dell'orificio interno (metrite, cervicite, cicatrici cervicali, tumori intrauterini ecc.).

I medicamenti qui non possono in nessun modo riuscire efficaci: il solo intervento chirurgico (dilatazione, amputazione del collo, stomoplastica, taglio di Iribarne ecc.) potrà dare risultati soddisfacenti. Nei casi in cui l'ostacolo è sostenuto da fatti spasmodici, è chiaro che gli antispasmodici potranno riuscire oltremodo efficaci. L'A. ha ottenuto buoni risultati mediante somministrazione di benzoato di benzile in soluzione alcoolica al 20 %, nella dose di 3-30 gocce, per 2-3 giorni antecedenti alla mestruazione e durante questa, fino alla sparizione del dolore.

Recidiva di gravidanza extrauterina. — J. Chavannaz. *Società Anatomo-Clinica di Bordeaux*, 1926.

L'A. riferisce il caso di una donna di 35 anni, ricoverata nel suo reparto chirurgico ospedaliero con la diagnosi di rottura di gravidanza extrauterina: stato generale estremamente cattivo. Operata di urgenza, con eterizzazione mediante l'apparecchio di Ombredanne, si trovò che il peritoneo conteneva circa un litro di sangue e che la tromba di destra era rotta. Si estrasse dalla cavità addominale un feto di 2 ½ mesi circa, si procedette alla castrazione utero-ovarica, applicando un drenaggio alla Mikulicz. Lo stato generale andò sempre più peggiorando e 30 ore dopo l'operazione l'inferma morì.

Il caso è interessante, perchè la stessa malata un anno innanzi aveva presentato un'altra gravidanza extrauterina, per cui si era dovuto procedere alla ovo-salpingectomia sinistra.

La castrazione con i raggi Röntgen nelle annessiti.— G. H. Schneider, Scuola per le levatrici di Mainz. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1926, n. 50.

Per ottenere la castrazione temporanea nelle malattie infiammatorie degli annessi, con i raggi Röntgen è necessaria una dose media di 27,5 % HED.

Tale dose media deve volta a volta ricevere qualche correzione secondo l'età della paziente e secondo la durata del periodo amenorroico che si vuole provocare. Inoltre, per giudicare della opportunità o meno di praticare tale intervento, un elemento importante deve venir dato dallo studio della costituzione psichica del soggetto, che può avere uno sfavorevole influsso, e così pure delle sue condizioni economiche e sociali.

VENEREOLOGIA

La sierodiagnosi delle affezioni gonococciche.— M. Rubinstein. *La Clinique*, 1926, n. 73.

La reazione di fissazione (tipo Bordet-Gengou) nelle affezioni gonococciche si è mostrata nettamente superiore — come mezzo diagnostico — alla ricerca culturale ed all'esame diretto, sopratutto nelle manifestazioni tardive (artriti, epididimiti, prostatiti, endocarditi).

I sieri gonococcici non sono però sempre ricchi di anticorpi; l'apprezzamento dei risultati debolmente positivi è difficile.

Tecnica. Bisogna scartare il metodo con i sieri non inattivati, e quello di Jacobsthal (sieri in ghiacciaia) perchè scarsamente sensibili.

L'antigene più sensibile è dato da sospensioni in soluzione fisiologica sterile di colonie di parecchi stipiti di gonococchi (la polivalenza è una condizione essenziale dell'attività antigenica) coltivati da non oltre 24 ore su gelatina-liquido ascitico, ben lavate e centrifugate.

Questo antigene va conservato sterilmente in ghiacciaia per almeno un mese, avanti di usarlo; e la sua validità non si attenua neppure dopo due anni.

Il siero emolitico coniglio-antimontone, ed il complemento vanno titolati secondo le regole generalmente in uso.

La reazione ha luogo aggiungendo 0,2 cmc. di siero inattivato (20' a 56°) e 0,3 cmc. di antigene sprovvisto di potere anticomplementare, a dosi di complemento (diluito 1:20) crescenti da 0,3 a 0,8 cmc. + soluzione fisiologica, fino a raggiungere in ciascun tubo il volume eguale di 1,3 cmc.

Nello stesso tempo, per elevare il valore delle reazioni deboli (fissazione di due dosi finitime di complemento) si mettono in presenza 0,2 cmc. di siero inattivato + dose optimum di complemento, a dosi crescenti di antigene (0,1; 0,2; 0,3 cmc.) sprovvisto di potere anticomplementare alla dose di 0,3 cmc.

I sieri non gonococcici danno, con questa tecnica, risultato costantemente negativo; le reazioni dubbie vanno considerate come negative. I sieri Wassermann-positivi possono però dare (circa nel 30 % dei casi) una reazione positiva, in assenza di processi gonococcici.

Nei soggetti gonococcici, la sieroreazione è frequentemente negativa all'inizio della malattia; è poco sensibile nelle uretriti acute, ma diviene generalmente positiva 2 o 3 settimane dopo l'inizio della affezione.

Una sieroreazione positiva che si attenui e divenga negativa corrisponde generalmente alla avvenuta guarigione clinica.

Nelle uretriti croniche la sieroreazione ha grande valore, come pure nelle *complicazioni tardive*.

In generale, può dirsi che l'uso sistematico delle tre sieroreazioni: di Wassermann, gonoreazione e reazione della tubercolosi permette spesso di scoprire l'eziologia esatta della malattia, d'accordo con la clinica.

Trattamento abortivo dell'ascesso prostatico acuto gonorroico. — Greenberger in New York. *The Urologic and Cutancons Review*, ottob. 1926.

Difficile ed arbitraria la distinzione tra prostatite acuta ed ascesso prostatico. Un paziente offre solamente sintomi di uretrite posteriore mentre va formandosi un ascesso prostatico modico, la cui rottura nell'uretra sollevava le sofferenze. Con ascessi prostatici si incontrano sintomi disurici, frequenza, impellenza, ematuria terminale, dolori intensi riferibili al perineo ed al retto. Ci è spesso associata la ritenzione di urine; ed il quadro generale di un'infezione acuta. La esplorazione rettale non mostra altro se non qualche strozzamento prostatico, o qua e là un rammollimento od una durezza.

Gli AA. avendo raccolto 19 casi di prostatite acuta gonorroica ed ascesso prostatico, ne hanno sottoposto 16 alla diatermia seguendo questa tecnica: Posizione dorsale del paziente; l'elettrodo attivo, previa lubrificazione è introdotto nel retto, e la sua superficie metallica viene a contatto col punto più dolorabile della prostata. L'elettrodo inattivo in stagno massiccio di quattro o cinque pollici, intriso di acqua saponata, viene applicato su la regione pubica. La corrente viene lentamente graduata fino alla tolleranza del paziente, senza provocare dolori; di solito essa varia tra 500 m.a. — 1.500 m.a.

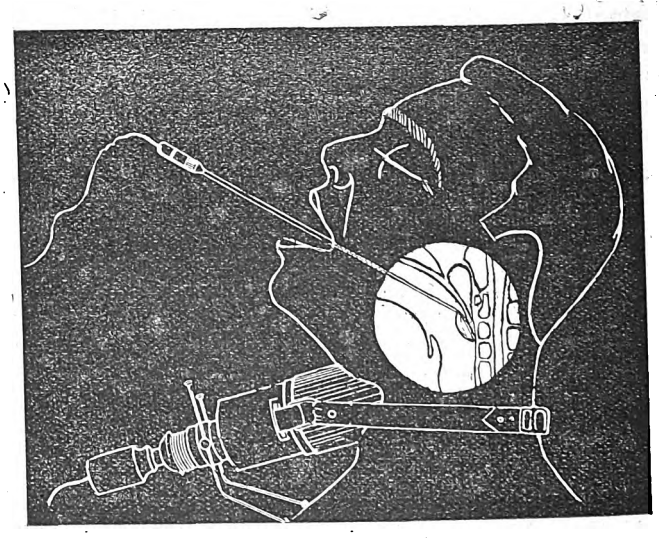
La durata dell'applicazione oscilla tra 45-60 minuti. Tutti i 16 casi così curati corrisposero perfettamente. Ci fu qualche variante individuale, nel senso che quattro dei casi richiesero due applicazioni; uno ne ebbe tre, uno invece quattro, per il completo raggiungimento della guarigione.

La diatermia è dunque soddisfacentissima come trattamento abortivo; essa combatte il dolore, riduce la massa prostatica, attiva la risoluzione.

OTORINOLARINGOIATRIA

Nuovo dispositivo per la diafanolaringoscopia.— L. Samengo. *La Semana Médica*, 29 luglio 1926.

Il diafano-laringoscopio consta di un fotoforo, di un termolaringoscopio e di un riduttore di corrente, per variare l'intensità luminosa del diafanoscopio e la temperatura del termolaringoscopio.



Il fotoforo è costituito da un riflettore di forma cilindrica, che alla estremità anteriore porta una camera refrigerante e all'altra estremità una lampada speciale di 40 watt.

La parete dell'astuccio cilindrico presenta numerosi orifici in modo da permettere un'ampia ventilazione e un rinnovarsi frequente dell'aria riscaldata.

Nel modello presente (vedi figura) si è soppresso lo specchio di vetro, rimpiazzandolo con uno di nichel, il che importa una più facile e completa sterilizzazione.

La diafanolaringoscopia deve essere praticata in camera oscura.

Sulla regione prelaringea, coperto da un panno nero, si colloca il fo-

Digitized by Google

toforo: questo viene fissato mediante una cinghia che abbraccia il collo.

Per mezzo del termolaringoscopio si procede all'esame della glottide senza necessità di illuminare la faringe.

Le corde vocali appaiono diafane in tutta l'estensione e sono tanto più traslucide quanto meno sono contratte.

Lo stato di diafanità delle corte vocali permette di riconoscere facilmente qualsiasi infiltrazione o ispessimento, che apparirà sotto forma di macchia oscura. Con la diafanoscopia si possono distinguere i tumori maligni dai benigni, all'inizio del loro sviluppo sulle corde, perchè i benigni si distaccano nettamente dalla corda senza approfondirsi in essa, mentre che i maligni mandano prolungamenti epiteliali nei tessuti e proliferano.

Quando il diafanoscopio è applicato contro la cartilagine cricoide, la trachea fino al punto di biforcazione si mostra con una nitidezza più grande che nell'esame ordinario.

RADIOLOGIA

Diagnosi radiologica delle sinusiti. — Baldenweck e David de Prades. *Paris Médical*, n. 6, 1927.

Anche in questo campo la radiografia ha perfezionato i suoi mezzi al punto che non si può procedere alla cura di una sinusite senza sentire l'utilità della radiografia, la quale — come si sa — è basata qui sulle differenze di tonalità delle diverse ombre proiettate.

Si devono eseguire al minimo quattro radiografie in differenti posizioni per ottenere le migliori immagini dei seni. 1ª Posizione, di Hirtz: vertice-mento-lastra. L'ammalato essendo in decubito dorsale gli si sollevano le spalle e si mette la testa in iperestensione, mentre il vertice riposa sulla lastra. In questa posizione, il seno sfenoidale si proietta in avanti dell'apofisi basilare. La si riconosce dai suoi contorni ondulati, irregolari e asimmetrici. E' eccezionale vedere i due seni, destro e sinistro della stessa forma e dimensioni: in genere uno dei due è più piccolo. In avanti di questo si vedono le ultime cellule etmoidali, poi l'etmoide, nettamente divisa in due dalla lamina perpendicolare. Da entrambi i lati di questa lamina il cornetto medio è normalmente ben visibile. Del tutto esternamente, infine, si osserva il seno mascellare. Ma questa posizione è adatta soltanto per studiar bene i seni sfenoidale ed etmoidale,

2ª Posizione di Hirtz: vertice-mento-lastra. Il paziente è in decubito addominale il mento riposa sulla lastra la testa iperestesa. Si ha in questa posizione una visione chiarissima del seno mascellare senz'alcuna sovrapposizione di ombre. Secondo il grado di estensione o di flessione della testa si può vedere sia il seno frontale in avanti sia il seno sfenoidale indietro. L'etmoide, invece, viene a essere in genere più o meno nascosta dall'arco del mascellare inferiore e dalle ossa nasali.

3ª Posizione. Cranio di faccia, mento e naso contro la lastra. Questa radiografia riesce utile per il solo seno frontale che è disposto a ventaglio in sopra dell'orbita. Si potrebbe veder bene anche il seno mascellare se la rocca del temporale non vi si interponesse sì da non rendere più l'imagine netta; anzi questa interposizione d'ombra permette di avere una buona visione della punta della rocca il che può apportare molto vantaggio alla diagnosi di osteite della rocca o sindrome di Gradenigo.

4ª Posizione. Cranio di profilo. Questa posizione, classica, è una delle più difficili e non offre alcun interesse per i seni mascellare e sfenoidale, mentre è utilissima per ottenere la misurazione del diametro antero-posteriore del seno frontale, la lunghezza del seno sfenoidale e infine la forma esatta della sella turcica.

La diagnosi delle sinusiti si rende agevole, dunque, con queste imagini, specialmente se le sinusiti sono unilaterali, in modo che si possa fare la comparazione di chiarezza fra le diverse ombre ottenute.

La radiografia dello scheletro fetale nell'utero. — Blanche. *Paris Médical*, n. 6, 1927.

La radioscopia dell'utero in gestazione rimonta a pochi anni dopo la scoperta di Roentgen. Tutte le fasi della gestazione hanno avuto il battesimo radiografico, specialmente le prime allo scopo di una diagnosi precoce della gravidanza. Ma dato il ritardo con cui l'ossificazione dello scheletro fetale avviene, in rapporto alla comparsa dei segni clinici, la radiografia non ha portato da questo punto di vista un progresso. Tuttavia si distingue una ricerca radiologica del feto prima della comparsa dei segni clinici della vita fetale e un'altra della seconda metà della gestazione.

Nella prima epoca la visibilità è possibile soltanto verso la fine del secondo mese, perchè soltanto verso la settima settimana ha inizio l'ossificazione dello scheletro fetale. Il primo nucleo di ossificazione è quello clavicolare, a cui segue quello bilaterale del mascellare superiore.

All'ottava settimana compaiono numerosi punti, corrispondenti alla squama dell'occipitale, al mascellare inferiore, all'omoplata, all'omero, al femore, alle costole, Infine alla nona settimana si vede comparire il nucleo delle mani dei piedi, della testa, della colonna vertebrale, e della pelvi. Gli altri nuclei secondarii appaiono ulteriormente, ma si può affermare che alla fine della nona settimana già tutto lo scheletro è abbozzato nei suoi nuclei più importanti. Non è a credere però, come osservare l'A., che la visibilità radiografica dei vari punti di ossificazione coincida esattamente con la comparsa di essi; per es. il nucleo di ossificazione clavicolare che pure è il primo a formarsi è visibile allo schermo solo quando già altri nuclei sono comparsi.

In genere si può — tuttavia — affermare che la diagnosi radiologica della gestazione precede almeno di tre settimane la comparsa dei segni clinici di gravidanza.

Nella seconda metà della gravidanza la visibilità radiologica dello scheletro fetale è di regola, tanto che bisogna ritenere i casi di radiografie negative come ritenzione intrauterina di feto morto.

In questa seconda fase della gestazione la radiografia cede il posto alla clinica e non suffraga neppure in quelle applicazioni che si sarebbero voluto sfruttare, come, per es, il giudizio della età del feto dedotto dalla misurazione della taglia fatta sul *cliché* radiografico. In ciò non può avere nessuna importanza, quanto invece ne ha sul criterio di presentazione posizione e spessore dello involucro fetale (idramnios).

Ugualmente utile riesce la radiografia nello svelare la gestazione multipla, potendo spesso dare ragguagli migliori che non l'esame clinico.

Delle anomalie fetali la radiografia svela ancora l'idrocefalia, l'idramnios, come si è detto, e sopratutto la maggior parte delle mostruosità fetali.

Possono infine essere illuminati dalla radiografia meglio che dalla clinica: la morte del feto in utero, la concomitanza di tumore e gestazione, la gravidanza ectopica. Per quest'ultima non è tuttavia a credere possibile sempre una differenziazione. Questo può accadere solo in casi di litopion o tutt'al più la radiografia può essere di valido aiuto nel confermare i risultati della ricerca clinica, e ciò mai prima del quarto mese di gestazione.

FARMACOLOGIA

Sul meccanismo terapeutico dei preparati di Scilla. — F. Lehr. II reparto medicina dell'Ospedale Moabit di Berlino. *Die Therapie der Gegenwart*, 1926, n. 8.

L'uso della scilla nelle malattie di cuore incontra un favore sempre crescente nel campo terapeutico, poichè si è visto che essa è efficace anche in certi gravi casi di insufficienza cardiaca, per i quali la digitale si manifesta impotente. E' necessario per altro, un esatto dosaggio del medicamento, ad evitare disturbi spesso notevoli a carico dello stomaco e dello intestino (vomiti, diarree). L'azione dei preparati di scilla si manifesta principalmente sull'aritmia, sui vizii valvolari scompensati, e sulla insufficienza aortica scompensata. I preparati di scilla agiscono anche sul cuore degli individui sani provocando una netta bradicardia; questo mostra la grande sensibilità del centro vagico verso i preparati di scilla, e chiarisce il meccanismo di azione del medicamento.

Non esiste azione cumulativa; ed. in sostanza, le ricerche fatte dimostrano che i preparati di scilla agiscono con meccanismo analogo a quello della digitale, manifestando però un'azione sul vago ancor più precoce della digitale.

Azione di alcuni farmaci sul riflesso vasomotorio di origine labirintica. — G. Pupilli (R. Istituto di Fisiologia sperimentale di Parma). *Biochimica e Terapia Sperimentale*, anno XIII, n. 10.

Per mezzo di determinati veleni in determinate dosi è possibile provocare l'inversione del riflesso vasomotorio labirintico, nel senso che mentre nel coniglio normale alla stimolazione termica o meccanica del labirinto segue un riflesso vasomotorio comportante la diminuzione transitoria della pressione carotidea, invece nel coniglio sotto l'azione della nicotina, della sparteina, del cloruro di bario, della pilocarpina e della caffeina in dosi definite l'anzidetta stimolazione provoca per via riflessa un fenomeno vasomotorio che si esprime con un aumento nella pressione sanguigna. Questa inversione dei riflessi vasomotori labirintici per opera di certi veleni, e specialmente della nicotina, può verosimilmente collegarsi con la paralisi di uno dei sistemi di fibre, che regolano con meccanismo antagonistico il movimento dei vasi.

Nel coniglio sotto l'azione di altri veleni, come la tebaina, la digitossina, la lobelina, la veratrina, la brucina, l'aconitina, ecc. in dosi varie il riflesso vasomotorio di origine labirintico si svolge come di norma.

Digitized by Google

Azione ipotensiva dell' aglio. — F. Bua (Ospedale di S. Giovanni di Torino). *Minerva Medica*, n. 32, 1926.

Loeper, Debray e Pouillard hanno preconizzato l'aglio come medicamento ipotensivo. Essi si servono di una tintura preparata con baccelli freschi macerati in alcool a 70° in parti eguali e ne somministrano 20-30 gocce giornaliere, per periodi, di 3-4 giorni, con intervalli di 8-10 giorni. Lo stesso trattamento l'A. ha esperimentato in 15 individui, di cui 10 con sindrome ipertensiva e 5 a pressione normale utilizzando sia la tintura d'aglio preparata secondo le norme degli AA. precedenti, sia la tintura preparata con una parte di bulbi disseccati e 4 parti di alcool a 90°, sia l'allilene (soluzione oleosa dei composti solforati dell'essenza d'aglio), quest'ultimo per via ipodermica. Contrariamente, però, ai risultati segnalati dagli autori sopracitati, l'A. nelle sue indagini, non ha potuto notare alcuna influenza dell'aglio sui valori della pressione arteriosa nel senso di una diminuzione costante e duratura di essa, nè si sono avuti risultati favorevoli sui sintomi subbiettivi accusati dai malati, come si suole in genere ottenere con i farmaci realmente ipotensori.

La diversità dei risultati avuti, rispetto a quelli degli autori francesi, induce l'A. a pensare alla possibile eventualità che esistano varie qualità di aglio, dotate di proprietà farmacologiche diverse, in rapporto magari ai terreni dove si producono, come avviene per altre piante medicinali.

MICROBIOLOGIA

Come coltivare il gonococco. — C. Chiaudano (R. Istituto di Batteriologia e Immunologia di Torino). *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, vol. I, n. 6.

La cultura del gonococco nei terreni agar-aminato — sangue in superficie e agar-aminato — idrocele in superficie è sicura in prima semina di materiale infetto.

I trapianti, purchè fatti col metodo Salimbeni negli stessi terreni, sono altrettanti sicuri e ne permettono la conservazione per lungo tempo (non meno di 20 giorni).

Il gonococco si sviluppa nel miglior modo in terreni umidi; con aria rarefatta. Si sviluppa e si conserva ottimamente in culture sui terreni suddetti in anaerobiosi, ricoprendo cioè la cultura con uno strato di 2 cm. di olio di paraffina.

Nelle culture i gonococchi assumono forme diverse da quella che abitualmente presentano i focolai morbosi; oltre a ciò le singole coppie batteriche si mostrano così vicine fra loro da rivelarsi come un unico elemento rotondo od ovale.

Nei primi trapianti i gonococchi presentano quasi tutti le stesse dimensioni, nei trapianti successivi compaiono degli elementi assai più grandi, i così detti gonococchi giganti i quali hanno maggior affinità per i colori basici di anilina e sembrano essere l'espressione di forme di resistenza.

Gli streptococchi piogeni nel latte. — C. Callerio (Clinica medica della R. U. di Pavia). *Giornale di Batteriologia ed Immunologia*, n. 1, 1927.

Non tutti sono d'accordo nell'ammettere che gli streptococchi piogeni sono capaci di coagulare il latte nel quale sono stati insemenzati e di digerire in secondo tempo il coagulo; d'altra parte si ritiene che se la coagulazione del latte avviene, essa è dovuta non solo all'acidificazione di esso da parte degli streptococchi ma anche a particolari fermenti presamigeni o proteolitici prodotti da detti germi (Gorini). Il riscaldamento prolungato, necessario per la sterilizzazione del latte, distrugge più o meno questi fermenti e perciò i risultati dei vari AA. non sono sempre concordi; altra causa di ciò è pure forse la scarsa quantità di germi talora insemenzata.

L'A., per ovviare all'inconveniente del riscaldamento prolungato, ha pensato di sostituire in certo qual modo quelle sostanze che inevitabilmente vengono distrutte nel latte anche se la sterilizzazione non supera la temperatura limite; egli ha aggiunto perciò al latte piccole quantità di sangue defibrinato (4 gocce per ogni 5 cc. di latte). Nel terreno così modificato ha insemenzato una ansata di una diecina di ceppi di streptococchi piogeni ed ha sempre ottenuto coagulazione e peptonificazione del latte, mentre ciò non si aveva usando come terreno di coltura il solo latte. Appare chiaro da ciò che il sangue defibrinato non solo accelera il processo di coagulazione e di proteolisi del latte, anche con dosi minime di germi, ma permette di ottenere risultati costanti; è inoltre evidente, usando questo terreno di coltura, che anche e specialmente streptococchi piogeni forniti di debole potere di acidificazione coagulano costantemente il latte, per cui questi germi debbono classificarsi tra i batteri presamigenici proteolitici del Gorini. Vantaggio del detto terreno, per ultimo, è di mettere in evidenza anche la proprietà emolitica dei germi.

Eliminazione di germi dalla mucosa nasale. — D. Di Vestea e B. Casella. *Pathologica*, n. 419, 1926.

Gli AA. si sono proposto di ricercare se nell'animale da esperimento (coniglio) si potesse mettere in evidenza un potere di eliminazione di germi dalla mucosa nasale integra, quando il germe iniettato nel circolo sia variamente patogeno per l'animale stesso, subendo in esso o meno tale moltiplicazione da determinare una setticemia. Si è notato così che mentre l'iniezione endovenosa di b. di Eberth, di Frisch, di Friedländer, di cromogeni non patogeni, non determinava alcuna reazione generale nel coniglio nè presenza di detti germi nel muco nasale, l'iniezione con piocianeo, prodigioso, coccobacillo fetido di Perez produceva fenomeni generali di varia gravità e eliminazione più o meno regolare e costante di questi germi attraverso la pituitaria. Se col carbonchio non si è notato passaggio di germi nel naso, ciò, secondo gli AA., dipende dal fatto che la malattia provocata nel coniglio è troppo acuta e non v'è tempo per il determinarsi di localizzazioni nasali.

Ora, se per eliminazione si deve intendere un meccanismo fisiologico di difesa dell'organismo contro le infezioni, gli AA. ritengono che il passaggio di germi attraverso la mucosa nasale da essi osservata abbia un altro significato, poichè nelle affezioni che si determinano con questi germi si ha una sepsi con tale risentimento, sia generale che locale, a carico delle mucose, da escludere che queste siano in condizioni fisiologiche. Queste conclusioni si accordano con quelle di altri AA., secondo i quali in condizioni normali gli emuntori sono impermeabili ai germi.

Nè l'eliminazione di germi dalla mucosa nasale costituisce per gli AA. una difesa dell'organismo contro le infezioni, ma, poichè sono gli organi profondi quelli che sembrano deputati a tale difesa, il passaggio di germi nel muco nasale costituirebbe piuttosto la prova di uno sconfinamento dovuto alla saturazione dell'organismo da parte dei germi stessi.

□□□

CONFERENZE

LE FORME ATIPICHE DELLA TABE DORSALE

Conferenza di A. E. BENNETT
all'Associazione Medica dello Stato di Nebraska (U. S. A)

Sono ormai oltre cinquanta anni da quando Charcot collegò l'insorgenza delle crisi gastriche con la tabe dorsale e mise in rilievo il fatto che le crisi preatassiche possono presentarsi perfino vari anni prima dei disturbi locomotori; egli descrisse così la forma frusta o atipica, presentante appunto questi caratteri.

Non ostante, però, il perfezionamento dei metodi di indagine, vien dato di assistere a numerosi errori diagnostici. Una ragione di ciò è che i casi, i quali abitualmente presentano crisi, non sono tipici: molti casi deviano dal quadro clinico della tabe dorsale, quale è descritto nei trattati e può essere riconosciuto da qualsiasi principiante. Oltre a ciò, accade spesso che una interpretazione corretta di molti casi non venga fatta perchè più di una volta la malattia non è studiata a fondo e, nei casi dubbi, gli esami di liquido cerebrospinale non sono frequentemente fatti nè i risultati correttamente interpretati. Alcuni medici, in verità pochi hanno ancora l'opinione errata che una Wasermann negativa sul sangue escluda la neurosifilide, mentre oramai è noto che ciò non è esatto.

In alcuni di tali casi dubbi, caratterizzati fondamentalmente da crisi gastro-enteriche violentissime, è stata perfino praticata una laparotomia esplorativa, mentre una puntura lombare forse avrebbe delucidato la diagnosi.

Un caso da me osservato presentava parecchi fatti interessanti nel corso decennale della malattia, a giudicare dai risultati dell'osservazione clinica e dalle informazioni ottenute dai vari ospedali nei quali, a causa delle diagnosi erronee formulate, l'infermo era stato sottoposto a cinque grandi interventi addominali.

E' invero sorprendente che cinque differenti chirurgi abbiano trascurato di considerare i disturbi nervosi esistenti, quando dopo ogni operazione non si aveva alcun miglioramento clinico.

Da un punto di vista neurologico i reperti atipici della malattia sono istruttivi. Nello spazio di dodici anni l'infermo non presentò disturbi della locomozione, ma soltanto sintomi pupillari, ipoalgesia della regione toracica inferiore e della gamba sinistra ed assenza del riflesso patellare

Digitized by Google

da un lato. Gli esami sierologici dettero esito ripetutamente negativo, dimostrando così che in tali condizioni non deve escludersi l'esistenza di un processo infettivo cerebrospinale.

Le difficoltà nella diagnosi non sono molto accentuate negli infermi in grado più avanzato, nei quali si trova atassia, assenza di riflessi profondi, sintoma pupillare di Argyll-Robertson, segno di Romberg ed altri segni classici. In pratica, la difficoltà maggiore viene dal fatto che i quadri clinici così detti «tipici» costituiscono l'eccezione piuttosto che la regola. Non vi è sintoma che non possa essere assente: così i sintomi rotulei, achillei, pupillari, ecc. Più importante è spesso la storia clinica dell'inizio con lo sviluppo delle sensazioni soggettive: dolori lancinanti verificantisi ad intervalli irregolari, i quali possono costituire l'unico sintoma durante anni, parestesie plantari accompagnate da una sensazione come di camminare sull'aria o da un senso di incertezza nella deambulazione, modificazioni pupillari, quali ineguaglianza, irregolarità, spesso perdita del riflesso consensuale ancora prima che compaia il sintoma di Argyll-Robertson: anestesia a zona del torace, con perdita della sensibilità dolorifica più accentuata di quella tattile, aree ipoalgesiche sulla faccia, torace, estremità, ecco i sintomi precoci, insieme all'anestesia per le vibrazioni di un diapason poggiato sui malleoli, sulla rotula, sul sacro, al tenesmo ed all'incontinenza vescicale, all'iniziale impotenza, talvolta alle paralisi isolate di un nervo cranico od all'atrofia primaria del nervo ottico.

Per stabilire, nei casi dubbi, una diagnosi sicura è necessario eseguire ricerche sul liquido cefalorachidiano: un aumentato contenuto delle proteine totali, la pleocitosi, la reazione di Wassermann positiva o, per lo meno, positiva dopo provocazione sono quasi sempre presenti.

Vi sono parecchi sintomi che non sono rilevati a causa di una tecnica errata nell'esame neurologico, specialmente le modificazioni precoci. Nell'esaminare le pupille è importante studiarne il contorno, le dimensioni, l'eguaglianza, del pari che il ricercare il riflesso consensuale alla luce. Un altro punto importante nell'esame delle pupille è di eliminare il riflesso di accomodazione nell'atto in cui si ricerca la reazione alla luce. A tale scopo, si inviterà l'infermo a fissare un oggetto posto a distanza, poi si dirigerà il raggio di luce sull'occhio. Per saggiare il riflesso achilleo è importante porre il paziente in una posizione che per lui sia abbastanza comoda, e che provochi il rilasciamento dei gastrocnemi.

Le crisi gastriche possono simulare qualsiasi disturbo gastroenterico e possono apparire precocemente nella sifilide cerebro-spinale, di cui talvolta costituiscono l'unico sintoma anche prima che i segni classici siano presenti. Può aversi dolore, ad insorgenza spesso subitanea, a sede sulla linea mediana, indipendentemente dall'ora dei pasti o dalla loro composizione, accompagnantesi con nausea, scialorrea, vomito, grande prostrazione, della durata da poche ore a parecchi giorni, e ripetentesi ad intervalli più o meno lunghi. Spesso il paziente può avere sollievo da una iniezione ipodermica di adrenalina, la quale in tali casi produce abbassamento della pressione arteriosa anzichè ipertensione, come nei casi ordinari. Talvolta la crisi può presentarsi semplicemente come un vago malessere gastrico. Altra possibilità è costituita dalla presenza di ematemesi, ed in tal caso è da considerarsi la possibilità di una coesistenza della tabe con lesioni organiche (ulcera gastrica, sifilide gastrica). Altre volte, invece delle crisi gastriche, possono osservarsi crisi intestinali, rettali, vescicali.

Queste osservazioni non hanno lo scopo di criticare il chirurgo che è abbastanza sfortunato da portare sul tavolo operatorio uno di tali ammalati, nè, d'altra parte, si pretende che il chirurgo sia un neurologo, in grado di riconoscere questi casi atipici, di diagnosi estremamente difficile.

Dal canto suo, il chirurgo deve studiare completamente i suoi ammalati, specie quelli con crisi addominali presentanti cicatrici di operazioni pregresse, e quelli i quali riferiscono di non aver provato beneficio di interventi operativi cui siano stati sottoposti. In ogni caso, qualora vi sia dubbio, è assai più consigliabile che venga fatto uno studio neurologico ed un esame del liquido cefalo-rachidiano, e ciò sarà in definitiva più soddisfacente pel sanitario, il quale potrà forse evitare che per errore si proceda ad un intervento sull'addome. (Da *The American Journal of the medical sciences,* num. 643).

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE IN BARI

Seduta del 20 maggio 1926

Presid.: prof. N. Leotta

Rivera. *E' necessaria la ferita del tessuto per la produzione di tumori da bacillus tumefaciens su vegetali?* — L'O. riferisce che tutti i tentativi fatti nell'intento di far sviluppare un tumre vegetale con la semplice applicazione di una cultura di bac. tumefaciens sul fusto intatto delle piante hanno avuto esito negativo e che è sempre stato necessario scalfire più o meno profondamente l'epidermide della pianta per far sviluppare il tumore. Conclude che in ogni caso, per la produzione del tumore vegetale occorre non solo la presenza del bac. tumefaciens, ma anche una lesione di continuo. Ciò è la migliore prova della tesi di Smith, Riker, Dufrenoy, secondo i quali il tumore vegetale rappresenta una *reazione cicatrizzante eccessiva* e mai raggiungente la cicatrizzazione completa.

Leotta. *Sindrome clinica delle periduodeniti.* — L'O. ricorda come questo importante argomento sia stato poco studiato in Italia essendosene occupato egli per primo all'ultimo Congresso di Chirurgia di Roma e Lagravinese di Monopoli. L'essenza di questa affezione che, più che una tipica malattia, è una sindrome, consiste in un'alterata dinamica duodenale causata da membrane o aderenze che ostacolano la peristalsi duodenale.

I sintomi sono: dolore dopo i pasti, a sede duodenale, ma non precisamente circoscritti, dimagramento, decadimento generale delle forze, cefalea, nausee, talvolta diarrea intramezzata da stitichezza. Questo polimorfismo clinico può indurre l'osservatore non al corrente di questa affezione a fare le diagnosi più disparate come: ulcera gastrica e duodenale, colecistite, appendicite, ed indurre il chirurgo ad eseguire le relative operazioni. La causa di questa svariata sintomatologia va ricercata nelle aderenze che possono legare il duodeno al colon e alla cistifellea. L'autore affronta quindi il problema della diagnosi differenziale con l'ulcera duodenale e la colecistite, notando come essa sia talvolta veramente difficile e basata su l'apprezzamento di piccoli segni. Diagnosi differenziale con l'ulcera duodenale: 1°) il dolore è nella periduodenite più indeciso e localizzato in una zona più estesa che nell'ulcera duodenale; 2°) fissità e stabilità del dolore nella periduodenite, mentre nell'ulcera duodenale ha periodi di miglioramento e peggioramento e persino di tregua; 3°) assenza nella periduodenite del sangue nelle feci, mentre è frequente nell'ulcera duodenale in atto.

Diagnosi differenziale con la colecistite: 1°) nella periduodenite non esiste la dolenzia al punto cistico e a tutti gli altri punti dolorosi della colecistite; 2°) dolore diffuso nella periduodenite in una zona più estesa che non nella colecistite; 3°) assenza nella periduodenite degli accessi di colica biliare e di tutti quei sintomi consecutivi all'ostruzione delle vie biliari.

Qualora si possano escludere l'ulcera duodenale e la colecistite è più facile orientare la diagnosi verso la periduodenite, ed allora sarà di valido aiuto la radiologia, la quale se non può sempre dettare un quadro radiologico nettammente differenziato fra periduodenite e ulcera duodenale pure può far rilevare piccole differenze nei due aspetti radiologici che, ove collimino con i segni clinici sopra rilevati, ci permettono di fare la diagnosi. Esse sono: 1°) maggiore fissità e costanza delle deformazioni nell'ulcera duodenale, mentre le deformazioni della periduodenite subiscono variazioni notevoli; 2°) la deformazione nell'ulcera duodenale è limitata al punto ove ha sede l'ulcera, mentre nella periduodenite esiste un tratto di massima deformazione ed altri di deformità minore ma estesa a tutto il duodeno.

Circa l'etiopatogenesi di questa affezione, il relatore, pur non volendosi occupare a lungo di questo lato, ammette la pluralità delle cause (ulcere pregresse e guarite, colecistite, anomalie congenite). L'O. entra quindi nel problema curativo. Ritiene che la cura, data l'origine meccanica dei disturbi, debba essere solamente chirurgica e reputa inutili i rimedi interni. Circa il tipo di intervento ritiene si debba provvedere sempre ad una deviazione del circolo duodenale, sconsigliando la liberazione delle aderenze anche se seguita da peritonealizzazione. L'O. ha praticato la gastro-enterostomia senza esclusione pilorica nei casi ove la stasi era sopra l'ampolla di Vater e la duodeno-digiunostomia nei casi di stasi sotto l'ampolla di Vater. Con questi criteri l'O. ha sempre ottenuto delle durature guarigioni nei numerosi casi trattati dei quali nove nell'anno accademico in corso. Presenta infine radiogrammi.

Digitized by Google

Lagravinese. A proposito dell'etiologia delle periduodeniti essenziali pensa che siano sempre di origine congenita e dovute a flogosi vescicolari con relativa reazione peritoneale e aderenze sottoepatiche, generate dal ristagno nella cistifellea dei prodotti di disintegrazione del fegato, il quale adempie nel feto un lavoro di protezione e di difesa per l'organismo fetale. Questa flogosi vescicolare fetale metterà capo alla futura periduodenite che a sua volta evolverà verso la colecistite e l'ulcera duodenale a seconda che le aderenze ostacoleranno il deflusso della bile piuttosto che degli alimenti. Tale opinione l'A. conforta con ricerche fatte in numerosi feti, nei quali ha trovato frequentemente aderenze vescicolo-duodenali e chiede in proposito l'autorevole opinione del prof. Leotta.

Per le diagnosi egli si avvale molto del sondaggio duodenale, col quale soltanto egli può escludere la presenza di ulcere duodenali che possono sfuggire anche all'esame esterno del duodeno durante una laparotomia e col quale anche gli è permesso di escludere la colecistite. Circa la tecnica egli ha usato la liberazione delle aderenze seguita da plastiche peritoneali e innesti, ma ha dovuto lamentare due casi di recidiva. Accenna infine alla frequenza delle periduodeniti in Puglia.

Leotta. Risponde al Dr. Lagravinese che la etiologia congenita è valevole solo per una parte delle periduodeniti, ma non per tutte. Quanto alle recidive lamentate, queste si devono, come sopra ha detto, al fatto che la sola liberazione delle aderenze, anche unita alla peritonealizzazione, è insufficiente. Occorre sempre la deviazione del circolo gastrointestinale, escludendo il tratto duodenale più o meno stenotico.

Merlini. *Un nuovo mezzo di cultura all'agar-tapioca.* — Si prepara col metodo solito per l'agar (2 %) e con l'aggiunta dell'1 % di farina di tapioca. Il terreno non diversifica per l'aspetto dall'agar comune e indica il metodo di preparazione. Tutti i comuni germi facili a coltivarsi vi si sviluppano meglio e più rapidamente che sull'agar ordinario, ma esso si presta egualmente bene per lo sviluppo dei germi difficili e che richiedono speciali mezzi di cultura (b. di Pfeiffer, di Bordet-Gengou, gonococco, b. difterico) e lo streptococco, solito a morire dopo pochi giorni nei comuni terreni, vi resta vivo e vitale e trapiantabile fino a 20 giorni dopo la semina. L'agar-tapioca si presta pure per la cultura degli anaerobi e dei funghi parassiti.

Galdi. *Osservazioni cliniche su le mediastiniti.* — Ha avuto occasione di osservare durante l'anno accademico 10 casi, dei quali uno fu potuto sottoporre all'autopsia e degli altri ha potuto avere il controllo radiografico, che egli mostra con altrettanti radiogrammi. Egli mette in evidenza i seguenti punti essenziali:

1°) le mediastiniti non sono un'affezione rara; 2°) le comuni mediastiniti non sono prese nella dovuta considerazione, perchè troppo spesso, quando si parla di mediastinite si pensa facilmente al tumore mediastinico; 3°) le mediastiniti si devono diagnosticare prima che arrivino a dare la così detta sindrome mediastinica, la quale soltanto si ha nei casi conclamati e per compressione sugli organi mediastinici. Enuncia quindi i piccoli segni clinici dei quali ci si deve avvalere almeno per sospettare questa diagnosi; essi sono: resistenza alla percussione sulla parte alta dello sterno, ipofonesi che scende dallo sterno come due banderelle lungo le marginali dello sterno, spesso ottusità posteriormente lungo la colonna vertebrale, dolorabilità alla pressione dello sterno. Spesso si associano leggeri disturbi cardiaci (affanno, cianosi) e polmonari (tosse stizzosa con poco espettorato), dovuti a compressione; talvolta si possono avere anche sintomi a distanza come disturbi gastrici. Circa la etiologia si tratta o di pleuriti mediastiniche *ex se* anteriori o posteriori (pleurite interlobare, diaframmatica) o pleuriti mediastiniche che fanno parte di una pleurite generale con ispessimento. Spesso sono, come ebbe a notare in un caso, di origine sifilitica. Esorta i colleghi a ricordarsi più spesso di questa affezione. Per la terapia tranne le forme luetiche, poco possiamo fare. Fa auguri che la chirurgia, che tanto arditamente interviene sul torace, possa avocare a sè la terapia di questa malattia.

Rossi. *Su di un caso di cisti del pancreas.* — L'O. riferisce un caso clinico di cisti del pancreas, la cui diagnosi era stata posta prima dell'intervento chirurgico ed era stata controllata alla radiografia.

La cisti apparteneva al gruppo delle pseudocisti; la parete era costituita dal semplice connettivo senza rivestimento epiteliale, la cavità era unica. Il pancreas si presentava all'aspetto esterno alterato, ma non mostrava alcun segno di necrosi cerea. Il liquido era citrino limpido con numerosi leucociti, contenente il fermento proteo- e glicolitico.

Il relatore pensa che la causa di questa rara affezione del pancreas sia stata una infiammazione subacuta della ghiandola.

Simonetti. *Sulla definizione del B. coli e sulla sua distribuzione nel mondo esterno.* — L'O., dopo aver esposte le attuali conoscenze sul colibacillo e dopo aver criticato le vedute di alcuni batteriologi nord-americani sulla possibilità di differenziare il colibacillo fecale da quello non fecale mediante la reazione di Woges Proskaner ed il cambiamento di reazione in seguito alla fermentazione del glucosio, espone le sue ricerche per controllare queste vedute e conclude che non è possibile la differenziazione dei due colibacilli, negando l'ubiquitarietà del colibacillo e ritenendo che la presenza di esso nell'acqua deve esser ritenuta come un indice sicuro di inquinamento.

Rivera. *Azione dei Raggi Röntgen su meristemi normale di Ricinus communis.* — L'O. ha trovato che il comportamento dei tessuti embrionali normali di fronte ai Raggi Röntgen è somigliante a quello dei tessuti embrionali patologici o tumorali; che l'accrescimento dei tessuti neoplastici vegetali varia molto con la variazione delle dosi dei Raggi X con le quali si irradia, esistendo vere dosi eccitanti e vere dosi curative ed infine riferisce le sue ricerche condotte allo scopo di combattere le carie e i carboni dei frumenti mediante l'irradiazione del seme infetto con dosi anche assai forti. Non ha trovato nel grano seminato e raccolto differenza di percentuale di spighe infette in confronto del seme non irradiato. Conclude perciò che i Raggi Röntgen non hanno alcuna azione anticrittogamica.

Il Segretario: G. Rossi

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Seduta del 2 e del 26 giugno 1926

Presid.: prof. Silvagni

Romiti Z. *Igroma cronico emorragico pseudo-neoplastico.* — Alla descrizione del quadro clinico ed alla tecnica operatoria seguita nei due casi che l'O. illustra, seguono alcune considerzioni d'ordine anatomo-patologico che servono all'esatta interpretazione dei processi che colpiscono le borse sierose.

Dalla Volta A. e Palmieri G. G. *Sindrome digestiva cronica dell'addome destro.* — Sono riferite, nel loro corredo di dati clinici e radiologici, le ricerche intorno ad un gruppo di malati della Clinica medica i quali presentavano i segni di periviscerite adesive dell'addome destro con partecipazione contemporanea di molti organi al processo. L'affezione è studiata da un punto di vista generale e sono indicati i criterii di accertamento traendoli dai sintomi e dai raffronti analitici; infine è tracciato un quadro radiologico facile a riconoscersi e quasi certo nell'interpretazione.

Putti V. *Tumore della coda equina associato a singolare colorazione degli integumenti.* — Uomo di 32 anni che manifesta una sindrome prevalentemente sensitiva, da compressione della coda equina, sviluppatosi nel corso di dieci anni; negli ultimi periodi è comparsa una colorazione degli integumenti e delle mucose visibili che dà all'infermo l'aspetto di chi è illuminato da una lampada a mercurio. La colorazione non è dovuta a pigmentazione cutanea, ma a modificato colorito del sangue circolante, che ha assunto un aspetto piceo e che manifesta presenza di metaemoglobina. Asportato, per mezzo di una laminectomia, un mixosarcoma si è osservato, col migliorare dei sintomi di compressione, una ripresa quasi integrale del colorito.

Putti V. *Una nuova sindrome osteoplastica: l'osteopatia eburneizzante monomelica.* — Osservazione di due casi: una bambina di 8 anni ed una di 10. La malattia colpisce un arto solo dalla sua origine pelvica all'estremità digitale, con diffusione indifferente alle varie ossa; essa è di tipo esclusivamente addensante. L'anamnesi e le prove biologiche non forniscono alcun lume sulla patogenesi. I radiogrammi offrono un aspetto molto caratteristico.

Zanoli R. *Un caso di ascesso centrale dell'osso (ascesso di Brodie).* — Contributo personale di un nuovo caso osservato in un bambino di 13 anni il quale, dopo un caduta riportata sei anni prima, lamentava dolori all'estremità superiore della tibia destra: in questa sede è stata trovata una piccola raccolta ascessuale (da stafilococchi) rivestita da tessuto di granulazione.

Faldini G. *Osservazioni clinico-radiologiche sovra la spondilolistesi.* — Due osservazioni in malati dell'Istituto Rizzoli; l'una riguardante un giovane di 15 anni, l'altro una donna di 25; per quanto concerne la sintomatologia l'andatura di questi malati non può essere confusa con quella dei lussati di anca, poichè mancano le cause anatomiche determinanti; il bacino può non presentare deformità a carico dei suoi diametri, nè si debbono aver di necessità turbe del sistema nervoso; la diagnosi sarà provata dal reperto radiografico, la cura immobilizzante arresta il processo e toglie la sintomatologia subbiettiva.

F. Vigi

Digitized by Google

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

OSPEDALE CIVILE DI SCHIO (VICENZA)

SUL VALORE PRATICO DELLA REAZIONE DI BOVERI SUL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO PER LA DIAGNOSI DI AFFEZIONE MENINGEA.

per il dott. UGO BEGGIATO — Assistente effettivo

Qualche volta capita al medico, nella pratica privata di non poter emettere molto presto il proprio giudizio diagnostico sopra alcuni malati perchè manca di mezzi e di personale a ciò adatto, fatto questo che assai di rado si verifica negli Ospedali. D'altra parte non è sempre possibile il rilevare in questi luoghi degli ammalati di ciò bisognosi, per cui il sanitario in questi casi deve accontentarsi della diagnosi sicura molto tardi e a volte troppo tardi.

Ecco quindi uno dei tanti problemi che tengono continuamente occupati gli studiosi: trovare cioè mezzi semplici e sicuri da poter dare in mano al medico pratico per mezzo dei quali questi possa al più presto stabilire colla maggiore certezza possibile la diagnosi del suo cliente e applicare la cura adatta, senza dover ricorrere all'aiuto ospedaliero, aumentando così la propria riputazione professionale.

Abbastanza spesso ci capita di leggere nelle riviste scientifiche nuovi risultati di indagini microscopiche, biologiche e necroscopiche, nuove reazioni chimiche su secreti ed escreti e su liquidi fisiologici e patologici del corpo umano, resi noti allo scopo di apportare nuova luce sulla eziologia e sintomatologia di alcune forme morbose e di conseguenza favorire con ciò il compito diagnostico e curativo del medico. Altre volte si tratta di modificazioni di tecnica o di controlli personali su alcuni metodi di indagini per renderli appunto più semplici e più sicuri. A tal fine anch'io ho voluto, per consiglio del compianto mio Sig. Primario Dott. G. Salmoni, portare in questo campo il mio modesto contributo pubblicando questa breve nota sulla reazione di Boveri (del permanganato di K. sul liquido c. r.) nelle forme meningee; ho voluto cioè vedere se la detta reazione rappresenti veramente un mezzo pratico ed attendibile da poter essere consigliato a qualunque medico abbia bisogno di esaminare lo stato delle meningi di un paziente.

Per coloro i quali ancora non conoscessero la tecnica di detta reazione la descrivo colle parole dello stesso A.:

« In una provetta di calibro piccolo, si versa un cmc. di liquido cefalo-rachidiano da esaminare, poi si aggiunge lentamente, facendo scorrere lungo le pareti del tubo, un cmc. di soluzione di permanganato K all'un per diecimila. Riportata la provetta in posizione verticale, si osserva la colorazione che prende la zona di confine fra il liquido c. r. e la soluzione di permanganato. Se il liquido c. r. è normale, non si ha nessuna colorazione; nei casi patologici invece la zona di limite dei due liquidi si colora in giallo più o meno carico. Questa reazione però che potremo chiamare *zonale*, non è così evidente come la reazione *globale*, e cioè, se imprimiamo qualche lieve mossa alla provetta, in modo da mescolare i due liquidi, vediamo poco dopo tempo un cambiamento totale di colore del liquido. La colorazione rosa-violacea del permanganato scompare se il liquido è patologico e la miscela assume una tinta giallo paglia, giallo-canarino. Se invece abbiamo un liquido c. r. normale, la colorazione resta rosa-violacea. La reazione si produce molto rapidamente ed il suo valore è appunto in rapporto alla prontezza di produzione. Si ha una reazione forte (+++) quando essa si produce in meno di due minuti primi, media (++) se in tre quattro minuti, debole (+) se in 5-6-7 minuti. Al di là di questo limite la reazione è da ritenersi negativa inquantochè dopo un certo tempo anche in condizioni normali la miscela cambia di colore ».

Mi sono servito della reazione globale anzichè di quella zonale perchè questa, come dice lo stesso A. e altri, fra cui il Chiaravallotti, è meno evidente. Si sa che il liquido c. r. è normalmente trasparente, limpido, (il Tillaux lo paragona all'acqua di roccia) e contiene albumina. Patologicamente però esso può presentare alterate queste qualità e diventare opalescente, torbido, più albuminoso per presenza anche di quantità varie di sangue e di pus. Si è voluto, da alcuni AA., vedere nell' aumento del tasso albuminoideo un elemento importante per la diagnosi di alcune malattie (specialmente per quella di meningite) e hanno perciò studiato alcune reazioni che ne svelassero le minime quantità. Il Nonne e il Noguchi, per citare i più autorevoli, hanno però badato solo all'aumento delle globuline (il Noguchi più tardi tenne conto anche delle proteine), mentre il Boveri ha creduto più opportuno dosare l'albumina in toto e a tale scopo ha reso nota nel 1924 una colorazione colorimetrica che svela i minimi aumenti patologici delle albumine del liquido c. r. L'A. ha constatato, nei suoi studi che la reazione ha una importanza capitale per le flogosi meningitiche e ha ottenuto più intense reazioni nelle mieliti. Visto però, come giustamente fa osservare lo stesso Boveri, che i metodi di Nonne e Noguchi hanno degli inconvenienti (la grande difficoltà di avere estremamente puro il solfato di ammonio nel I°; la tecnica più complicata, la difficoltà di poter aver i reagenti, che sono di scarso uso comune, l'odore sgradevole che emana durante la reazione nel II°) mi sono limitato nelle mie ricerche alla sola reazione del permanganato K, calcolando, volta per volta, il tasso albuminoideo coll'albuminometro di Esbach, senza poter quindi stabilire un paragone con altri metodi. Non ho nemmeno provata la reazione di Pandy, data da alcuni autori (Provinciali, Sciolle) come utilissima per la diagnosi di meningite tubercolare, perchè scopo precipuo di questa mia nota è stato quello di vedere in quali malattie ha valore la reazione Boveri e se è consigliabile al medico pratico.

Riferendomi alle mie ricerche, corredate anche da quelle del mio predecessore Dott. G. Brendolan, posso dire che sopra 14 casi di fratture varie del cranio ho potuto constatare la positività della reazione in un lasso di tempo che va da qualche minuto secondo a quattro minuti primi, come limite massimo. Inoltre ho visto che la reazione era tanto più rapida quanto più il liquido c. r. era ematico, e diventava più tarda fino a mostrarsi negativa mano mano che il liquido si otteneva più chiaro nelle successive estrazioni. In un uomo in cui, per caduta, vi fu paralisi di senso e di moto degli arti inferiori e del tronco fino a livello della terza costa, perdita involontaria di feci e di urina, per compressione del midollo spinale da piccolo ematoma perirachidiano, rilevato all'autopsia, dovuto a distacco parziale di scheggia ossea dal corpo della prima vertebra dorsale, e nel quale la puntura spinale ha dato esito a liquor limpido, la r. Boveri è riuscita negativa. Pure nel liquido c. r. limpido estratto dopo cinque giorni dal trauma, in una donna 38enne con commozione cerebrale da caduta si ebbe lo stesso risultato. Su 20 casi di meningite, specifica e cerebro-spinale acuta, la positività della prova si raggiunse sempre entro il termine massimo di 2'; quando poi il liquido era più opalescente e decisamente purulento la reazione diventava positiva quasi immediatamente.

Voglio riferire anche il caso di un uomo 60enne, deceduto per broncopolmonite, che era stato anestetizzato con una iniezione endorachidiana di tropococaina (gr. 0.08), nel quale la sopradetta medicina, dopo qualche giorno provocò tipici accessi di epilessia iacksoniana. Ebbene, in questo individuo, il liquido c. r. estratto torbido colla prima puntura è andato sempre più chiarificandosi nelle successive estrazioni; ha dato luogo a formazione del reticolo del Mya solo la prima volta, mentre la reazione del permanganato di K è stata sempre positiva non oltre i 2'. In alcuni casi invece di tetano, di arteriosclerosi spinale, di sospetti tumori cerebrali o cerebellari, la validità della prova è stata incerta, essendosi manifestata positiva non prima di 6'. In qualche caso di febbre infettiva intestinale con o senza fenomeni cerebrali la r. Boveri è sempre riuscita negativa.

Nel corso delle mie ricerche un fatto mi ha colpito, cioè, che la reazione, nelle fratture del cranio, è stata tanto più celere quanto più il liquido era ematico, per cui mi sono domandato se la presenza, più o meno cospicua, di sangue nel liquido c. r., avesse una certa influenza sulla prontezza della reazione. A tale scopo ho preso del liquido c. r. di un individuo sano a cui era stato estratto per iniettare nello speco vertebrale della

Digitized by Google

tropococaina per anestesia operatoria (emorroidi) ed eseguii su parte di esso la reazione Boveri, che, come era prevedibile, mi risultò negativa; subito dopo, col rimanente liquido c. r. limpido mescolai del sangue prelevato, previa disinfezione della parte, da un dito della mano dello stesso paziente e anche in questo caso la prova si dimostrò negativa, per cui ho abbandonato subito il mio sospetto. Tale esperimento lo ho ripetuto varie volte e sempre collo stesso risultato. Mi sono perciò convinto che non è il sangue di per sè che abbia influenza sulla reazione, ma bensì i prodotti del processo meningitico reattivo che sussegue al trauma; tanto è vero che mano mano che diminuisce, fino alla scomparsa, la sintomatologia meningitica, e con essa anche il sangue, di pari passo la reazione colorimetrica si rende meno evidente fino alla negatività. E che sia il processo flogistico della sierosa endocranica, che porta con sè un aumento del tasso albuminoideo, quello che ha influenza sulla reazione, lo si deduce dal fatto che nei 20 casi di vera e propria lesione meningitica (specifica, cerebro-spinale acuta, chimica) la r. Boveri è risultata positiva, contrariamente a quei casi in cui una fenomenologia meningea era comparsa durante una forma infettiva qualsiasi, che non aveva leso menomamente la sierosa.

Di un altro fatto mi sono pure persuaso: che, cioè; la velocità e l'intensità della r. Boveri è direttamente proporzionale al tasso albuminoideo del liquor.

Concludendo: 1. la reazione del permanganato potassico sul liquido cefalo-rachidiano è tecnicamente molto semplice, non esige una grande spesa, è praticabile anche a domicilio del malato ed è propria del liquido c. r. patologico.

2. Serve molto bene per stabilire e avvalorare la diagnosi di meningite (tubercolare, cerebro-spinale, chimica, post-traumatica). Si comprende facilmente che essa, in unione agli altri sintomi, acquista grande valore nei casi di dubbia diagnosi.

Se qualche volta la puntura spinale alla Quincke, in casi di sospetta frattura cranica, ci lascia un po' incerti sulla diagnosi la reazione Boveri ci potrà indicare se il trauma ha già avuto una ripercussione sulla sierosa.

Mi pare quindi che il medico pratico, con in mano dei buoni mezzi, quali la sintomatologia clinica, la puntura alla Quincke, il valore del reticolo di Mya, la reazione di Boveri, la varia terapia sierologica, possa, con tranquillità d'animo, accingersi alla diagnosi e alla cura delle varie forme di meningite, anche senza dover ricorrere agli Ospedali.

BIBLIOGRAFIA

P. Boveri. Tecnica e valore clinico della reazione al permanganato nel liquido cefalo-rachidiano. Policlinico, sez. med., 1921, pag. 450. – Idem. Di una reazione del liquido cefalo-rachidiano, dalla Riforma Medica, 1914, n. 20, pag. 555. — L. Chiaravallotti. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1918, pag. 746. — U. Provinciali. Sul valore diagnostico della reazione di Pandy nelle meningiti tubercolari dei bambini. Riforma Medica, 1913, n. 39, pag. 922. — Sciolle. Sulla reazione di Pandy col liquido spinale e suo significato diagnostico. Moskvwsky Medizinisky Journal (Mosca-Russia), n. 5 e 6, 1922, dalla Riforma Medica, 1923, n. 2, pag. 44.

Diagnosi differenziale nelle infezioni renali e ureterali

T. Dorsey (*Urologic and Cutaneous Review*, settembre 1926) mette in rilievo che la sintomatologia più frequente delle infezioni renali è rappresentata da brividi, febbre, dolori lombari, disuria e pollachiuria.

I dolori lombari, alquanto vari nella loro intensità e localizzazione, non raramente si estendono fino alle regioni addominali. Questa propagazione riesce talvolta a rendere la diagnosi assai difficile, venendo a deviare l'attenzione del clinico verso altre regioni e altri organi che non siano il rene.

La febbre è ordinariamente di tipo intermittente.

L'anamnesi familiare e personale può riuscire in ogni caso di grandissima utilita, rivelando l'esistenza di tare tubercolare, neoplastica, nervosa o renale, nonchè le pregresse infezioni (rosolia, scarlattina, difterite, febbre tifoide, pulmonite, influenza, malattie veneree, ecc.).

L'idronefrosi è caratterizzata da ottusa dolorabilità lombare, accompagnata a colica e a poliuria: può anche dare origine a fatti neurastenici o gastro-intestinali.

La pielite non tubercolare dà malessere generalizzato, brividi, febbre, piuria e batteriuria.

Grossi calcoli mobili che riempiono la pelvi renale possono dar luogo a sintomi gastro-intestinali, a dolori dorsali o interscapolari, con nessuna manifestazione genito-urinaria, eccetto la piuria e la batteriuria.

Calcoli piccoli e mobili che improvvisamente ostruiscono le vie renali dànno luogo a dolori intensi e improvvisi che si irradiano lungo l'uretere.

I tumori renali producono intensa ematuria e grandi e persistenti dolori. La tubercolosi del rene causa pollachiuria, disuria e ematuria.

La cistoscopia è controindicata in presenza di restringimento uretrale, blenorragia acuta, prostatite e ascesso prostatico. In tutte le altre condizioni essa è di straordinaria importanza perchè può rivelare edemi, congestione, formazione di tubercoli o reazione profonda dell'orificio ureterale del lato affetto.

La cateterizzazione separata dei due ureteri è di grandissima utilità, specialmente per quanto riguarda l'esame citologico e microbiologico delle urine monolaterali.

La Roentgengrafia dei reni e degli ureteri serve ottimamente a determinare la loro grandezza e la loro posizione, la presenza di calcoli, incrostazioni, cavità calcificate o tumori.

L'ureterografia rivela la presenza di dilatazioni, restringimenti, infiammazioni e calcoli.

La pielografia determina la capacità della pelvi renale, la presenza di calcoli, tumori, infiammazione, malposizioni o malformazioni. Quando la quantità di liquido iniettato supera i 3,5 cc. si avrà motivo di sospettare la presenza di idronefrosi.

La tossiemia delle infezioni renali può svilupparsi in uno dei seguenti tipi:

a) Ipertensione;
b) Artropatie;
c) Sintomi cerebrali (delirio, aberrazione mentale);
d) Sintomi digestivi;
e) Tosse secca e continua.

La setticemia d'origine renale ha la sintomatologia della tossiemia, accompagnata da forte ipertermia.

La gravidanza non raramente provoca disturbi circolatori nell'uretere e conseguentemente rende quest'organo assai suscettibile verso le infezioni. Che una forte pressione sull'uretere esista, lo dimostra il fatto che in un gran numero di donne incinte il sondaggio ureterale rivela la presenza di una ostruzione nella porzione addominale del canale.

La presenza di corpi estranei nell'uretere conduce ad una infiammazione locale, e a una dilatazione dell'organo al disopra dell'ostacolo. Questa condizione è bene rivelata mediante iniezione di liquidi di contrasto.

La tubercolosi miliare nel lattante

Nel lattante, la tubercolosi ha, più che nelle altre età, la tendenza a generalizzarsi: se il numero dei bacilli penetrato in circolo è limitato e il lattante presenta una qualche immunità naturale si hanno come conseguenza di tale generalizzazione solo focolai specifici ghiandolari, cutanei, ossei, ecc., costituenti il quadro clinico della scrofola; se invece l'invasione delle vie sanguigne ha luogo da parte di un numero considerevole di bacilli e in lattanti a deficiente difesa immunitaria, si potranno avere localizzazioni ai visceri addominali, ai polmoni, alle meningi e si determinerà il quadro della tubercolosi miliare o granulia dei francesi.

Secondo l'acuzie del processo, si distingue una tubercolosi miliare cronica e subacuta e una tubercolosi miliare acuta propriamente detta (v. A. Gismondi, *La Pratica Pediatrica*, nn. 7-8, 1926). La *forma subacuta o cronica* decorre in genere con poca febbre, che spesso passa inosservata, ma che può anche mancare.

Il suo inizio perciò è insidioso: il bambino dimagrisce, diventa anemico, presenta i segni di una bronchite ribelle ad ogni cura o di focolai di broncopolmonite a lenta risoluzione, o di adenopatie tracheo-bronchiali; in seguito si stabilisce un vero stato cachettico, con fegato e talora anche milza ingranditi. Caratteristico è il cambiamento d'umore del lattante, che perde la sua naturale vivacità e si fa triste e piagnucoloso. Il decorso di questa forma è per lo più di parecchi mesi e l'esito quasi sempre letale, non di rado per il manifestarsi di localizzazioni meningee.

Nella *forma acuta*, l'inizio è più brusco, con i segni di una grave infezione generale e scarsi fenomeni locali, talora anzi si ha addirittura una forma tifosa o settica. La temperatura si mantiene elevata (39°-40° C); vi è cianosi e splenomegalia; talora macchie cutanee di colorito rosso cupo con tendenza ad ulcerarsi al centro (tubercolosi miliare cutanea), talora meteorismo addominale e diarrea; in 4-5 settimane si ha l'esito letale. Più frequente è la forma acuta con sintomi prevalentemente polmonari, con cianosi più intensa, respiro oltre che affannoso accompagnato da rumori anormali, fra i quali uno speciale stridore espiratorio (stridore di Schick), *tirage* sopra- e sotto-sternale, ecc. Nell'ascoltazione del torace si nota respiro aspro con rantoli fini specie alle basi polmonari e

Digitized by Google

ronchi disseminati; alla percussione, zone ipofonetiche irregolarmente disposte. Non di rado il quadro semeiologico ricorda quello della bronchite capillare.

Più comune ancora è la forma acuta cerebrale o meningea, nella quale si ha il quadro della meningite tubercolare, con esito rapidamente mortale.

La diagnosi, per la varietà della sintomatologia, è spesso difficile; sintomi cardinali sono la cianosi, la dispnea e la rapida caduta del peso, senza l'esistenza di reperti obbiettivi toracici da giustificare la sindrome in parola. Meno valore per la diagnosi hanno le reazioni alla tubercolina (cutireazione, ecc.), potendo ora essere positive ora negative; altre reazioni (ricerca dei bacilli nelle feci, deviazione del complemento di fronte ad antigeni tubercolari, ecc.) richiedono l'ausilio di un laboratorio.

La prognosi è quasi assolutamente infausta; così pure la cura è essenzialmente sintomatica: cure igieniche, buona alimentazione, sali di calcio e di silicio, guaiacolo, olio canforato associato alla colesterina, ecc. Più importanza ha la profilassi, che si propone di allontanare il lattante, appena nato, da persone affette o presunte affette da tubercolosi.

Lesioni pulmonari che mentiscono la tubercolosi nel bambino

G. Berghinz (*Minerva Medica*, n. 32, 1926) insiste sulla considerazione che la diagnosi differenziale fra i processi tubercolari e non tubercolari a decorso cronico del polmone è particolarmente difficile nel bambino e più che mai nel suo primo anno di vita. La cutireazione alla tubercolina, alla quale tanta fiducia si accorda nel bambino, può, tra gli esami ausiliari, non costituire alcun elemento probativo in un senso o in un altro: essa può infatti essere negativa solo perchè il piccolo infermo si trova in un periodo pre-allergico dell'infezione; d'altra parte può essere positiva e trattarsi solo di un'affezione cronica polmonare banale impiantatasi su un terreno specifico. Così pure la radiologia non sempre risolve il problema. Se il bambino è piccolo, il timo può coprire proprio la zona che più interessa cioè quella ilare; se il paziente ha un sistema vasale pronunziato, ombre visibili all'angolo timo-cardiaco sinistro o intorno al bronco di destra possono simulare un'adenopatia tracheo-bronchiale, mentre sono puramente ombre vasali. Così ancora un reperto radioscopico miliarico non è decisivo in via assoluta, poichè esiste un tipo di miliare influenzale radiologicamente in tutto simile alla miliare tubercolare di data recente. Tra le altre ricerche utili, la dimostrazione dei bacilli tubercolari nelle feci, se positiva è un dato sicuro di diagnosi, se negativa, non potrà fare escludere in modo assoluto la tubercolosi.

Quanto ai quadri clinici che possono mentire la tubercolosi, stanno in prima linea quei focolai bronco-polmonari a lenta e protratta risoluzione, quali si possono osservare dopo un morbillo, durante il decorso di una pertosse, dopo una prima forma influenzale senza localizzazione, ecc. La debilitazione dell'organismo, l'esistenza in famiglia di ammalati di tubercolosi, una cutireazione positiva possono, in questi casi, maggiormente indurre in errore avviando la diagnosi verso la natura tubercolare del processo flogistico. Non meno difficile talvolta è la discriminazione tra una forma influenzale diffusa del polmone e una forma specifica tubercolare a tipo di miliare: in ogni caso, anche di fronte al convincimento che si tratti di un'affezione da influenza, la prognosi sarà riservata per la possibilità, tra l'altro, dell'impiantarsi di un fatto recente tubercolare sulla forma influenzale primitiva.

Altre affezioni del polmone che possono mentire la tubercolosi, sono le bronchiectasie, non tanto rare a comparire nel bambino per sinfisi pleurica, per sclerosi bronco-polmonare, in seguito a broncopolmoniti recidivanti: una radiografia in simili casi potrà illuminare molto il medico. Altre volte è una pleurite interlobare, o magari, un empiema poco cospicuo, che possono simulare il quadro della tubercolosi; eppure l'esatta diagnosi in questi casi sarà della massima importanza, perchè un intervento operativo farà cessare lo stato febbrile che aveva prodotto tante ansie.

TERAPIA

La cura dell'infezione puerperale

P. Mornard e F. Viala (*La Clinique*, 1926, n. 73) ricordano che, da quando si sono incominciate a praticare nei parti le norme dell'antisepsi e dell'asepsi, i casi d'infezione puerperale sono diminuiti di numero e di gravità; il che non vuol dire — per altro — che non se ne osservino, anche negli ospedali.

I primi sintomi fanno la loro apparizione al terzo giorno dal parto in genere, e sono costituiti da febbre, frequenza del polso, cefalea e brivido che ha grande importanza, anche prognostica.

Si hanno anche dolori addominali sopratutto in corrispondenza dei corni uterini, mentre la regressione dell'organo viene ritardata, ed i lochii divengono fetidi. Il trattamento dell'infezione puerperale deve avere un duplice obiettivo: 1) lotta contro i microbi presenti nella cavità uterina e nella circolazione generale; 2) rinforzo dell'organismo infettato.

Bisogna anzitutto assicurarsi che la cavità uterina si dreni perfettamente, perchè la semplice ritenzione dei lochii può essere il punto di partenza di una grave infezione puerperale; praticare inoltre iniezioni vaginali a 40°-45°, a debole pressione, di un antisettico, come il liquore di Labarraque o l'acqua ossigenata per combattere i microbi, e riattivare lo scolo dei lochii.

Se si constata una ritenzione delle membrane nell'utero, bisogna praticare di urgenza un rastrellamento, operazione molto semplice quando viene praticata con precauzione.

Se vi è ritenzione placentare, saranno a volta a volta indicati il «curettage» digitale od ostetrico. Se nonostante tutto ciò l'infezione non decresce, ed un dolore intenso si avverte a livello della inserzione placentare, si è in presenza di endometrite puerperale. Bisogna allora ricorre al ghiaccio sull'addome, e guardarsi dall'intervenire col curettage.

L'organismo ammalato verrà sostenuto, con olio canforato, istillazione rettale di siero glucosato per facilitare la diuresi, alimentazione a base di brodo di carne, frutta cotta ed alcool, etc.

Complicazioni più gravi sono il flemmone della guaina ipogastrica, o del ligamento largo, la peritonite generalizzata, e le flebiti, che possono dar luogo ad embolie.

Nei casi di flemmone, bisogna aprire largamente e drenare.

Nei casi molto gravi, si deve ricorrere senza ritardo all'isterectomia vaginale, quando la vita è in pericolo, e, se questo è imminente, all'isterectomia addominale, con successivo drenaggio del cavo peritoneale.

Come trattamento medico, oltre ciò che è stato già detto, sono stati decantati i sali di oro e di argento colloidali, per iniezione endovenosa o intramuscolare, ma essi non godono più grande fiducia.

Il siero antistreptococcico deve essere sempre usato, a grandi dosi (30-50 cmc.).

I migliori risultati, pare per altro, vengano ottenuti con la trasfusione del sangue praticata ogni 3-4 giorni, per più volte, alla dose di circa 200 cmc.

E' stato vantato anche l'effetto dei arsenobenzoli, per via cutanea (sulfarsenol) nei casi più lievi, ed endovenosa nei casi gravi.

Il "trattamento emorragico„ nella foruncolosi

Duker (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 28, 1926) fa notare che questa forma di terapia ha maggiore affinità con l'autoemoterapia, che con il metodo di Bier (aspirazione e stasi).

L'istrumentario è costituito da: 1) una piccola campana da succhiamento, di grandezza variabile e della forma abituale, che presenta delle scabrosità agli orli, perchè aderisca più facilmente e più completamente alla pelle; 2) alla campana succhiante si collega senz'altro un tubo di gomma, a pareti spesse, ed a lume piuttosto stretto, che viene, a sua volta chiuso, con una pinza del Péan, o altra pinza chirurgica; 3) completa l'apparato una grossa siringa della capacità di 150-200 cmc. della forma e della grossezza della nota siringa vescicale di Janet.

Se la pelle è coperta di peli, essi debbono venire rasi, gli orli della campana non debbono poggiare sul tessuto infiltrato ma sul tessuto sano, in modo che tutta la parte infiltrata possa essere sottoposta all'aspirazione. Così si ha poco dolore, e l'azione è più integrale e sicura.

La forza dell'aspirazione deve andare lentamente crescendo. Se si incomincia ad aspirare rapidamente ed energicamente, il dolore è molto vivo, o non si può raggiungere una forte aspirazione.

Si incomincia da 100 e 200 millimetri di mercurio, controllati al manometro, e si arriva a 500-600. L'aspirazione deve durare almeno mezz'ora.

Per ciò che riguarda gli effetti di questo trattamento emorragico, bisogna dire che esso non tende ad una apertura e ad uno svuotamento del foruncolo, ma piuttosto a provocare — a pelle intatta — nei foruncoli, in fase iniziale, una emorragia nel foruncolo ed intorno al foruncolo, che avrebbe la stessa efficacia della autoemoterapia. Quindi — quando si tratta di foruncoli iniziali — non bisogna che i foruncoli si aprano; si praticherebbe in sostanza una terapia abortiva e profilattica.

Quando i foruncoli sono invece in stadio avanzato, allora l'integrità della pelle è impossibile a mantenersi, e si ha svuotamento di materiale verso l'esterno; ma il trattamento conserva la sua efficacia.

Gli esiti del trattamento sono molto buoni, cessa quello stato di tensione e di stiramento locale, così fastidioso per i pazienti. Le probabilità

Digitized by Google

di complicanze flemmonose sono rese molto minori, e così pure le complicanze linfangioitiche.

Senza ulteriore trattamento, il foruncolo può disseccarsi e guarire. Nei casi gravi, il succhiamento va ripetuto ogni giorno, e talora due volte al giorno, e per la durata di un'ora.

La vaccinoterapia locale nel trattamento delle adeniti inguinali streptobacillari

Secondo E. Fidanza e B. Barralt' (*La Semana Medica*, n. 1701) per la vaccinoterapia locale la tecnica è la seguente. I germi patogeni seminati su un terreno di cultura, la cui preparazione verrà più avanti indicata, vengono tenuti per 48 ore in stufa a 37° C. Dopo di che sono isolati e bene emulsionati in una soluzione fisiologica fenicata al 5 ‰; si preparano così le soluzioni madri, le quali vengono quindi tenute in bagnomaria a 60° C. per circa mezz'ora. Da queste poi si ottengono le soluzioni terapeutiche che dovranno contenere 1.000 milioni di germi (parti uguali di b. Ducrey e di stafilococchi) per ogni cmc.

La preparazione del terreno di cultura per lo sviluppo dei germi da servire alla preparazione del vaccino è alquanto più lunga ma non meno semplice. 500 gr. di carne di bue vengono tenuti in macerazione per 14 ore in 700 gr. di acqua. Dopo di che vengono filtrati e il filtrato portato alla ebollizione per 10 minuti, viene di nuovo filtrato attraverso la comune carta da filtro. Vi si aggiungono quindi 25 gr. di peptone, 5 gr. di cloruro di sodio e tanta soda caustica fino a dare alla soluzione una leggera alcalinità.

Si porta tutto all'autoclave per 15 minuti a 118° C., si filtra di nuovo e si aggiungono 20 gr. di agar-agar, già tenuto in macerazione in acqua distillata per 5 ore. Dopo il raffreddamento, ma prima della gelatinificazione si aggiunge ancora una chiara d'uovo disciolta in 100 cc. di acqua distillata. Quindi si porta di nuovo tutto all'autoclave per 15 minuti a 118°C, si filtra attraverso ovatta e si sterilizza di nuovo a 115°C. per 20 minuti.

Prima della semina si aggiungeranno gelosio e sangue di coniglio giovane, ottenuto per puntura cardiaca e defibrinato, nella proporzione di due parti di gelosio per una di sangue.

Ottenuto il vaccino come sopra è indicato, si procede ad una puntura aspiratoria, praticata intorno alla zona infiammatoria e portando l'ago fin nel centro di detta zona per poterne estrarre tutto il contenuto e sostituirlo con circa la metà di vaccino. In caso che non si sia formato pus, si iniettano solo 2-3 cmc. di vaccino per volta.

Quest'operazione, ripetuta ogni 48 ore, ha dato agli AA. risultati proficui. E infatti numerosi infermi sono guariti completamente già dopo la 4ª o la 5ª iniezione. Il metodo esposto è assai raccomandabile perchè assai semplice, sicuro e indolore.

Il somnifene nella epilessia

Aston e Pery (*Società di Med. e Igiene del Marocco*, 1926) riferiscono il caso di un epilettico di 40 anni, che inviato in clinica per disturbi mentali gravi (atti impulsivi, tentativi di omicidio) presentava un vero stato di epilessia con accessi convulsivi, seguito da stupore confusionale, sudori profusi, temp. 40°.

La puntura lombare mostra grave ipertensione; albumina e citosi normali, reazione del benzoino colloidale negativa.

Si praticano a 48 ore di intervallo due iniezioni endovenose di 7 cmc. di somnifene: dopo la seconda iniezione le crisi convulsive scompaiono, così pure lo stato confusionale. Indi si procede somministrando del Gardenal. Un caso simile viene riferito contemporaneamente da Sorel e Vieu alla Società di Medicina e Chirurgia di Bordeaux, in persona di un malato, bevitore accanito, che in seguito di un maggiore eccesso di libazioni presentò una notte crisi convulsive ogni 10 minuti che cominciavano dalla metà destra del viso e si propagavano rapidamente a tutta la metà corrispondente del corpo, con deviazione coniugata dei globi oculari e della testa al lato sinistro. Esagerazione dei riflessi. Temp. 38°,5, polso 100.

Bastò un'iniezione intravenosa di 6 cmc. di somnifene per vedere rapidamente cessare le crisi.

Questa osservazione ha ancora maggiore importanza della precedente per la rarità del caso (epilessia alcoolica a tipo Bravais-Jakson).

L'a. il giorno dopo riprese la conoscenza e il suo stato migliorò rapidamente, tanto che dopo 10 giorni fu dimesso dall'ospedale.

Iniezioni endovenose nella cura delle varici

A. Douthwaite (*The British Med. Journal*, n. 3429, 1926) ricorda che il metodo ideato da Genevrier consiste nel praticare iniezioni endovenose, in corrispondenza delle varici, di una soluzione contenente 4 gr. di cloridrato di chinino, 2 gr. di uretano e 30 cmc. di acqua distillata. Un pò al di sopra del punto prescelto si applica un cordone elastico compressore, quindi nel lume della vena, mediante un fine ago ipodermico, si iniettano cmc. 0.25 della suddetta soluzione.

La trombosi artificiale della vena, conseguente a questa pratica, porta alla istantanea remissione sintomatica; d'altra parte essendo il trombo assai compatto e aderente, non v'è pericolo di embolismi. Il metodo, come ben si vede, è di una facilità estrema e di una sicurezza assoluta.

Guarigione con lo stovarsolo in un caso di strofulo (bambino non sifilitico)

Petges e Donnadieu (*Società di Medicina e Chirurgia di Bordeaux*, 1926) hanno avuto occasione di osservare un bambino di 3 anni, affetto da uno strofulo tipico, accompagnato da violento prurito e datante da circa un anno. L' infermo non presentava nessun antecedente ereditario notevole e la reazione di Bordet-Wassermann era negativa sia nel sangue suo che in quello della madre.

Gli AA. come mezzi terapeutici, regolarono la dietetica e fecero uso di antisettici intestinali. Non avendo, però, ottenuto in tal modo se non un leggero miglioramento, somministrarono per i primi quattro giorni di ogni settimana 1-5 centgr. *pro die* di stovarsolo. In capo a tre settimane, l'eruzione cutanea e il prurito scomparvero completamente.

APPUNTI

Le alterazioni psichiche nella angina di petto.— Secondo E. Jacobi (Berlin-Lichtenberg, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 32) i disordini psichici, osservabili nell'angina pectoris, sono: sonnolenza, apatia, abulia ed uno spiccato senso di autoinibizione.

Voluminoso tumore dell'ovaia di destra asportato da una bambina di trentadue mesi. — H. L. Rocher e G. Rioux (*Società di Medicina e Chirurgia di Bordeaux*, 1926) riferiscono su di un tumore solido dell'ovaia destra, asportato ad una bambina di trentadue mesi, del volume d'una testa di bambino di due anni. Uno dei poli del tumore, al taglio, appariva infiltrato di sangue; i due terzi inferiori rassomigliavano alle zone di necrobiosi dei fibromi uterini e contenevano parecchie cavità cistiche; tutto il resto aveva un aspetto encefaloide. Il tumore pesava 600 gr. e il suo sviluppo datava da circa tre mesi: esisteva contemporaneamente abbondante versamento ascitico libero nel cavo peritoneale. L'asportazione fu eseguita, previa laparotomia, senza grandi difficoltà e la piccola inferma sopportò molto bene l'intervento.

Febbre sifilitica tardiva. — Sannicandro (*Il Dermosifilografo*, n. 3, 1926) descrive il caso di un individuo presentante una tipica febbre sifilitica terziaria a forma, in un primo tempo, continuo-remittente tifosimile, poi intermittente quotidiana pseudo-malarica, con elevazioni termiche fino a 40°, accompagnata a meteorismo addominale, coprostasi, dolore all'ipocondrio destro, senza abbattimento generale nè ottundimento del sensorio. Contemporaneamente a questa sintomatologia comparvero gomme cutanee ed ossee, sicchè era impossibile un errore di diagnosi, la quale fu poi anche confermata dalla cura specifica.

Bisogna inoltre notare che alla patogenesi di questa febbre, non era estraneo il fegato, debordante 3 dita sotto l'arcata costale; ciò fa ritenere all'A. trattarsi di una forma febbrile della sifilide epatica.

L'iposolfito di sodio nella intossicazione cianidrica. — Secondo A. Buzzo (*La Prensa Médica Argentina*, 20 settembre 1926) l'iposolfito sodico è un antidoto dell'acido cianidrico, nonchè dei nitrili (che sono dei cianuri alcoolici) i quali tutti vengono trasformati, in presenza di zolfo attivo, in rodanati, cioè in composti punti o poco tossici. L'antidoto penetra fin dentro le cellule degli organi intossicati e distrugge in esse il veleno.

L'A. ha condotto su conigli numerose esperienze. Egli ha visto che il cianuro di potassio è mortale alla dose di 2-5 mg. per via orale e per Kg. di peso. L'iniezione per via venosa di gr. 2.50 di iposolfito sodico per ogni Kg. di peso è in ogni caso riuscita ad eliminare gli effetti del precedente avvelenamento sperimentale e a rimettere le bestiole nelle primitive condizioni di benessere.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il comprale. — Il comprale risulta di una combinazione molecolare di Piramidone (54.6 %) o di Voluntal [tricloretanoluretano] (54.4 %), che — nelle ricerche sperimentali sugli animali — ha dimostrato una netta azione analgesica, ma non narcotica, alla dose di 0,05-0,2 gr. per chilo di peso corporeo. Alla dose di 1 gr. per chilo si ha sonno breve e leggero.

Nella dismenorrea (Sänger), nel dolor di denti, ed in genere nelle affezioni dolorose interne, il compral rappresenterebbe un efficace agente analgesico, più attivo della dose di piramidone che esso contiene.

Digitized by Google

Non si hanno effetti soporiferi, nè si sono osservate azioni collaterali.

La efficacia in confronto di altri analgesici varia da individuo ad individuo: alcuni si sono mostrati assai sensibili, altri un pò meno. (W. GRUNKE, Berlino, *Die Therapie der Gegenwart*, 1926, n. 8.).

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Apparecchio per le applicazioni di radium nella cura delle lesioni della fronte, della faccia e del collo. — W. KENNEDY (*Journal of Amer. Med. Ass.*, vol. 86, n. 25). Come rilevasi dall'annessa figura l'apparecchio è di una estrema semplicità. Consta essenzialmente di una fascia di cuoio cingente la fronte e sostenente un filo di rame che porta al suo estremo un tubo di gomma entro cui viene posto il tubetto di radium. Questo tubo di gomma, in grazia della facile spostabilità del filo metallico scorrente sotto una vite a pressione, può facilmente essere portato a contatto con un qualsiasi punto della faccia, della fronte e del collo e mantenuto in questa posizione anche per lungo tempo senza contemporaneamente impedire al paziente la mobilità del capo.

L'apparecchio è costruito dalla Akron Surgical Instrument Company, Indianopolis (U. S. A.).

LIBRI ED OPUSCOLI

DE VINCENTIIS G. *La filogenesi della visione*. Estratto di pag. 22, Napoli, 1927. Arti grafiche G. Brorelli.

E' la prolusione, che il Prof. Giuseppe De Vincentiis ha tenuta al Corso di oculistica nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana per l'anno accad. 1926-27. Nella esposizione dottissima ed espressa in forma smagliante sono illustrati i fatti più importanti, relativi alla embriologia e anatomia comparata dell'occhio con le rispettive applicazioni alla biologia.

GHILINI H. *Il segreto di Voronoff* (Le secret du Dr. Voronoff). Un vol. in 16° di pagg. 198 con 8 tavole fuori testo. E. Fasquelle, Editore, Rue de Grenelle. 11, Parigi, 1926. Prezzo frs. 12.

Libro scritto da un ammiratore e che vuol essere un omaggio al Maestro che ha aperto la via del progresso scientifico ad una più ampia distesa ricca di promesse per l'avvenire.

E' un riassunto rapido di tutta l'opera del Voronoff, ostacolata, combattuta, denigrata, ma risorta a più viva luce per il bene degli uomini; opera che l'A. si augura di veder presto valorizzata a beneficio dell'umanità.

SÈGARD M. *Consultaire* (Consultazioni). 1 vol. di pag. 714 su carta indiana. Edit. N. Maloine, rue de l'École-de-Médecine, 27, Parigi, 1927, 3ª edizione. Prezzo fr. 40.

Sono riunite in questo libro centodieci consultazioni mediche, scelte tra quelle che più comunemente occorrono al medico pratico, e di ognuna di esse la esposizione dettagliata della parte terapeutica segue alla descrizione in breve del quadro clinico ed è disposta quasi come in un formulario ragionato. Questa nuova edizione è stata completamente riveduta e aggiornata con le novità nel campo della terapia; dieci capitoli, poi, sono del tutto nuovi: le iniezioni intravenose; l'opoterapia; le metriti; le pleuriti; i morfinomani; i raggi ultra-violetti; l'encefalite epidemica; l'ozena; la paralisi infantile; la fistola anale. In fine del volume trova anche posto quel tanto di terapia di branche mediche specializzate (oftalmologia, otorinolaringologia, ginecologia, urologia, ecc.) che deve essere conosciuto da ogni medico pratico; così pure è utilissima la esposizione della posologia infantile in chiare tavole sinottiche.

Scopo dell'A. è stato quello di non essere ingombrante con eccessive lungaggini; questo scopo ha coadiuvato anche l'editore pubblicando il libro su carta indiana sottilissima, sì da fornire ai pratici nonostante il numero elevato di pagine un vero vade-mecum tascabile.

SPINETTI G. e TARSIA IN CURIA L. *Compendio di Medicina operatoria* per medici e studenti. Napoli, Casa Editrice Libraria Vittorio Idelson, 1926, 1 vol. pagg. 782, con 600 figure. Prezzo L. 60.

Le rutinarie formule complimentose appartenendo ad una stampa sorpassata ed essendo affatto accantonate dal concetto che noi abbiamo dell'incremento culturale, quanto esporremo in questa recensione costituisce la maggiore obbiettività di giudizio.

Concorrono alla struttura ed allo svolgimento del presente Compendio, da una parte la tecnica della nostra ancora giovane Casa Idelson, nel preparare, e mandare innanzi, con buoni tipi, opere italiane capaci di sempre più sostituire l'invadenza straniera.

Dall'altra c'è la solidarietà di due nostri Colleghi, già ben quotati per la buona scuola onde sono usciti, e per l'affinamento di una non breve pratica ospedaliera.

Le difficoltà del compito da parte degli Autori e dell'Editore potrà meglio valutarle chi conosca le asprezze commerciali del momento; e le difficoltà di una selezione nel compilare e nel redigere, in un periodo nel quale dall'Estero e dall'Italia stessa, sono offerte agli studiosi opere congeneri, di grande mole, sostenute da nomi di autorità chirurgiche, e dall'opulenza tipografica.

Codesta somma di ostacoli può ritenersi equilibratamente approntata e superata; di talchè il Libro sarà per occupare, secondo noi, un posto stabile, nella collezione di quei Compendi ai quali lo studente si lega, per assimilarli, farsene guida, consiglio fedele, a differenza di quanto suole di certi trattati che sogliono allinearsi quale indisturbato decoro di ornamentali scaffali, ai frequentatori della sala futura di consultazioni del pubblico sofferente.

Lo schema del libro è razionalmente foggiato su quello dei Compendi similari. Dopo una parte generale che occupa 144 pagine, si ha quella speciale, dove sono esposte le operazioni dalla testa a tutto il restante corpo. Non sono escluse neanche le operazioni ginecologiche.

Ciascun capitolo o gruppo di operazioni regionali è preceduto da una larga esposizione di anatomia chirurgica. Sono contemplate le varianti tecniche più accette dalla chirurgia vigente.

Tuttavia io credo che giovi a mostrare la nostra rispettosa obbiettività qualche commento, del quale forse faranno considerazione gli Autori, in una prossima ristampa. Alludo alla distribuzione ed alla selezione della materia. Fondamentale ed indispensabile l'Anatomia Chirurgica, a no. sembra occupare, proporzionalmente, troppo spazio. Importantissima la Chirurgia della ipofisi, ma destinata a mani di eccezioni, noi ci domandiamo perchè non si preferisca divulgare nella giovane scuola di Chirurgia, l'altissima portata e la gloria italiana della chirurgia cinematica. Si potrebbe anche domandarsi se persistendo nel criterio di sviluppare in tali libri il capitolo anestesia, il criterio ultra-moderno della chirurgia ipofisaria non imporrebbe anche maggiori considerazioni sulle nuove e complesse proposte di anestesia splancnica e così via.

Commenti questi che non menomano di certo la produzione!

AIEVOLI

A t t i l j S. *Azione dei raggi Roentgen sul cancro vegetale* Estratto dall'« Archivio di Radiologia », fasc. 5°, 1925.

D i e z G a s c a M. *Rilievi antropometrici e clinici sugli alunni dell'Istituto Nazionale d'istruzione professionale durante l'anno scolastico* 1924-25. Scuola del Libro, Viale Manzoni, 34, Roma, 1926.

G u e r r i n i G. *Notizie storiche e statistiche sul colera*. Estratto dalla « Medicina Italiana », n. 1, 1926.

G u e r r i n i G. *Dispositivo per iniettare, senza interruzione di continuità, due o più liquidi a pressione costante, controllata e regolabile.*

M a c c h i P. *Di una rara particolarità di struttura di una cisti dermoide odontogena dell'ovaio*. Estratto da « Folia Gynaecologica », fasc. 4, 1924.

O r t a l i C. *La diminuzione delle malattie veneree*. Estratto da «Medicina nuova », a. XVI, n. 22-23, 1925.

R i c c i t e l l i L. *Ulteriore contributo allo studio della natura del batteriofago di D'Hérelle*. Estratto da « La Diagnosi », a. VI, fasc. XLVI.

S a b b a t a n i L. *Discorso commemorativo del prof. Gaetano Gaglio*. Estratto dai « Rendiconti della R. Accademia nazionale dei Lincei », aprile 1926.

T i n o z z i F. P. *Beitrag zum studium der colibacillen in den verdauungswegen, besonders in bezug auf die perniziöse anämie*. Estratto dalla « Klinische Wochenschrift », a. 4, n. 21.

Digitized by Google

ASSISTENZA SANITARIA

Una interessante innovazione nella Assistenza Ambulatoria

L'Ora Policlinica

La poliambulanza medico-chirurgica della città di Padova sotto la presidenza del Prof. Oddo Casagrandi, Preside della Facoltà di Medicina, ha organizzato su proposta del Prof. Gaetano Boschi, una istituzione alla quale ha conferito la denomina di (Ora Policlinica ».

Vi sono casi clinici i quali sembrano essere di pertinenza di una data specialità, nascondendo la loro natura complessa che richiederebbe invece l'intervento di specialità diverse:

Per esempio una tipica nevralgia del trigemino, ramo superiore, senza alcun disturbo oculare saliente, non indica di per sè al nevrologo il consulto dell'oculista. Ebbene, l'oculista presente all'esame del nevrologo, riuscirebbe invece a scorgervi l'eventuale glaucoma che fosse a base di quella pseudo nevralgia o nevralgia sintomatica. Molti altri esempi si potrebbero addurre. Ogni specialista ha le sue *mens*: così di fronte ad una tendenza ostinata al vomito l'internista potrebbe orientare la propria indagine all'ambito gastrico con tanta predilezione da lasciarsi sfuggire in singoli casi eventuali, i piccoli segni che il nevrologo potrebbe avvistare, fini indizi di una lesione invece intracranica.

Vi sono casi di pertinenza ambigua tra le varie specialità. Lo smistamento verso l'una o l'altra specialità da parte del medico curante, può essere cosa ardua e rischiare di compromettere l'andamento della malattia per un indirizzamento sbagliato, ovvero espone il malato ad una dannosa perdita di tempo e ad un pellegrinaggio disagevole dall'uno all'altro specialista, successivamente.

E' evidente il grande vantaggio per il medico curante stesso di poter inviare o accompagnare personalmente il suo ammalato a consulto presso una accolta contemporanea degli specialisti di tutte le varie branche.

La analisi ad oltranza portate dalle specialità alla scienza medica, doveva presupporre una ricostruzione sintetica; rispettivamente la fusione sintetica contemporanea dell'opera dei singoli rappresentanti delle specialità diverse autorizza e legittima la più fine e profonda suddivisione specialistica del lavoro.

Fondandosi su tali principii modernissimi, la Poliambulanza della città di Padova ha escogitato ed attuata questa innovazione. Pertanto i dirigenti delle 14 specialità esercite dall'Istituto si raccolgono insieme settimanalmente per l'« Ora Policlinica » retta secondo speciali disposizioni regolamentari. Le specialità rappresentate sono le seguenti: Medicina Interna, Malattie dei polmoni, Chirurgia generale, Malattie dei bambini, Malattie della Bocca e denti, Malattie nervose ed elettroterapia, Malattie degli occhi, Malattie Orecchi, Naso, Gola, Ortopedia (ossa, articolazioni). Ostetricia e malattie della donna, Raggi X, Ricerche di laboratorio, Malattie veneree e della pelle, Malattie delle vie urinarie.

DECRETI E LEGGI

Modifiche di disposizioni sull' istruzione superiore

Con Legge del 9 dicembre 1926, n. 2230, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 9, 1927, è stato convertito in legge il R. decreto 4 febbraio 1926, n. 119, contenente disposizioni sul Consiglio superiore della P. I. ed altri provvedimenti sulla istruzione superiore, introducendo le seguenti modificazioni:

ART. 1. I membri del Consiglio superiore dela P. I. restano in ufficio per quattro anni, ma al compimento del primo biennio dieci di essi scadono per sorteggio. Trascorso il quadriennio, la stessa persona non potrà essere di nuovo nominata a far parte di detto Consiglio superiore se non sia passato almeno un anno (*omissis*).

ART. 2. (*omissis*). Il Senato accademico delle Università è composto: a) dal rettore che lo presiede; b) dai presidi delle facoltà e dai direttori delle scuole che costituiscono l'università.

ART. 4. All'art. 2 del R. D. 4 settembre 1925, n. 1604, è aggiunto il comma seguente: « I professori di ruolo che intendano prender parte ad un concorso non possono partecipare alle designazioni di cui ai commi precedenti riguardanti il concorso stesso, I professori o i cultori che fanno parte del Consiglio superiore della P. I. non possono essere designati a far parte della Commissione giudicatrice predetta ».

ART. 5. (*omissis*). Quando trattisi di provvedere a cattedre di Facoltà o di Scuole speciali, che non appartengano a quelle indicate nei commi 2° e 3° dell'art. 2 del R. D. 30 settembre 1913, n. 2102, il Ministro, su proposta della Giunta del Consiglio superiore della P. I., indica da quali Facoltà, Scuole o Istituti debbano essere fatte le designazioni.

(*omissis*). Il Ministro, su proposta della Giunta del Consiglio superiore, può chiamare a prender parte alle designazioni di speciali concorsi anche professori di Facoltà o Scuole alle quali non appartenga la cattedra messa a concorso. (*omissis*).

ART. 7. E' in facoltà dell'Amministrazione di consentire il cumulo dell'ufficio di professore di ruolo di Università con quello di ufficiale superiore del R. Esercito, della R. Marina o della R. Aeronautica, quando trattisi di insegnamenti che, di comune accordo tra il Ministro della P. I. e il Ministro da cui l'ufficiale dipende, siano riconosciuti attinenti con le materie professionali proprie dell'arma cui l'ufficiale appartiene. (*omissis*).

ART. 9. La lingua italiana è la lingua ufficiale dell'insegnamento e degli esami in tutti gli stabilimenti universitari.

ART. 12. Presso l'« Istituto Giuseppe Toniolo di studi superiori » in Milano è istituita una Scuola per promuovere studi e ricerche scientifiche sugli anormali psichici e per la preparazione del personale insegnante e assistente degli anormali stessi.

ART. 13. Le autorità accademiche e i professori delle Università o degli Istituti superiori sono autorizzati a far uso nelle cerimonie ufficiali e nelle pubbliche funzioni delle divise che saranno determinate per decreto Reale, tenuto conto delle tradizioni delle Università e degli Istituti.

ART. 15. Per i cinque anni successivi alla data di pubblicazione del presente decreto non è consentita l'istituzione di altre Università, Facoltà o Scuole (*omissis*). Sarà consentita la istituzione di nuove Facoltà o Scuole presso la R. U. di Bari e di una Facoltà di medicina nella libera Università di Ferrara.

Norme legislative di pubblica sicurezza in rapporto alla Sanità

Tra le disposizioni decretate dalla legge di pubblica sicurezza, pubblicata con R. D. 6 novembre 1926, n. 1848, nel n. 257 della *Gazzetta Ufficiale* dello scorso anno, ve ne sono alcune che interessano dal punto di vista sanitario e che perciò riferiamo in breve.

L'ART. 63 sancisce che le manifatture, le fabbriche e i depositi di materie insalubri o pericolose possono stabilirsi ed esercitarsi soltanto nelle località e con le condizioni determinate dai regolamenti locali.

Gli ART. 84-104 riguardano invece la vendita delle bevande alcooliche (vino, birra, liquori, ecc.) per la quale, anche se sia fatta in alberghi, trattorie, caffè, circoli privati, ecc., è necessaria una licenza della autorità di P. S. e se il grado alcoolico di dette bevande supera il 21 % del volume vi è bisogno di un'autorizzazione speciale del Prefetto; in entrambi i casi vien sentito il parere dell'ufficiale sanitario comunale e di una speciale Commissione Provinciale. E' vietata, poi, la vendita ambulante di bevande alcooliche di qualsiasi gradazione; nè le licenze di cui sopra possono essere date a chi sia stato condannato per reati contro il buon costume o contro la sanità pubblica o per ubbriachezza o per abuso di stupefacenti, ecc.

La vendita delle bevande alcooliche con un contenuto di alcool superiore al 21 % del volume è vietata nei giorni festivi; è vietato anche ai pubblici esercenti di somministrare bevande alcooliche di qualsiasi specie ai minori di 16 anni e alle persone che appariscano in istato di ubbriachezza o comunque in stato anormale di mente. Sono vietate, per ultimo, la fabbricazione, l'importazione e la vendita dell'«assenzio», escluse però le bevande alcooliche con tasso di alcool inferiore al 21 % e contenenti infuso di assenzio come sostanza aromatica. Ulteriormente sarà pubblicato un elenco delle sostanze ed essenze nocive alla salute, che è vietato di adoperare o che si possono adoperare solo in determinate proporzioni nella preparazione delle bevande alcooliche.

L'ART. 113 dispone che sono considerati offensivi della morale e del buon costume gli scritti, stampati, incisioni, litografie, figure ecc. che divulgano mezzi per impedire la fecondazione o per interrompere la gravidanza, ancorchè ciò sia fatto in forma indiretta o simulata o sotto il pretesto terapeutico o scientifico. E' vietata perciò l'inserzione nei giornali di avvisi o corrispondenze che si riferiscano ai mezzi di cui sopra, nonchè degli avvisi relativi a corrispondenze amorose.

L'ART. 154 dice: « Agli effetti della vigilanza dell'autorità di pubblica sicurezza, gli esercenti la professione di medico chirurgo sono obbligati a denunziare all'autorità locale di pubblica sicurezza, entro due giorni, le persone affette da malattia di mente, pericolose a sè stesse o ad altri, alle quali essi abbiano prestato l'opera loro o delle quali siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione. L'obbligo si estende ancora per le persone che risultano affette da cronica intossicazione prodotta da alcool o da altre sostanze inebbrianti o stupefacenti».

Digitized by Google

VITA UNIVERSITARIA

Esiti di concorsi a cattedre universitarie.— E' stato giudicato il concorso della cattedra di patologia speciale chirurgica della R. U. di Cagliari ed è stata costituita la seguente terna: 1) prof. Baggio Gino; 2) prof. Morone Giovanni; 3) prof. Torraca Luigi.

Revoca del concorso per la cattedra di anatomia umana normale nell' Università di Camerino. — Il concorso, già da noi annunziato, per la cattedra di anatomia umana normale della libera Università di Camerino è stato, con recente disposizione del Ministero della P. I., revocato. (v. *Gazzetta Ufficiale*, n. 55, 8 marzo 1927).

Aumento del contributo annuo governativo per il mantenimento della R. U. di Perugia. — Con R. D.-L. 30 dicembre 1926, n. 2375, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 2 febbraio 1927, n. 26, il contributo annuo a carico dello Stato per il mantenimento della R. U. di Perugia è stato elevato alla somma di L. 760,000 con decorrenza dal 1° luglio 1926.

Libere docenze. — Sono stati abilitati alla libera docenza: in Clinica pediatrica, Anau Enrico; in Patologia speciale medica, Reale Mario e Picone Bartolomeo.

Sono stati dichiarati decaduti dall'abilitazione alla libera docenza: Calderone Carmelo, di Clinica dermosifilopatica, e Palermo Carlo, di Clinica oculistica, entrambi docenti presso la R. U. di Messina.

Professori universitari a riposo per limiti di età nel 1927. - Nel 1927 i seguenti professori universitari, nati nel 1852, saranno messi a riposo per raggiunti limiti di età: 1. Bocci Balduino, di fisiologia umana a Siena; 2. Ughetti Giambattista, di patologia generale a Catania; 3. Morselli Enrico, di Clinica delle malattie mentali e nervose a Genova; 4. Scimemi Erasmo, di Clinica oculistica a Messina; 5. Lachi Pilade, di anatomia umana normale a Genova.

INTERESSI PROFESSIONALI

Per la statistica delle cause di morte. — Col 1927 sono entrati in vigore nuovi moduli per la raccolta dei dati statistici riguardanti le cause di morte; in essi la prima parte è simile ai moduli finora usati, mentre la seconda parte è affatto nuova. Si richiedono al medico che compila il modulo, tre dati nuovi riferentisi ai bambini al di sotto di un anno: 1. Era stato allevato al seno? per quanto tempo? 2. L'allattamento era fatto esclusivamente al seno? oppure in parte artificialmente? 3. L'allattamento al seno era materno? Questi dati hanno diretto rapporto con la legge 10 dicembre 1925 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Per ultimo vien raccomandato ai medici, per quel che riguarda le morti violente, di volerne specificare con esattezza la causa: caduta, annegamento, avvelenamento, impiccagione, precipitazione dall'alto, investimento da treno, da autoveicolo, ecc., arma da fuoco, da taglio, contundente, ecc.

Per i medici anziani non iscritti alla Cassa pensioni. — Da dichiarazioni della Direzione Generale della Cassa Previdenza dei Sanitari, si apprende che il medico anziano non iscritto può iscriversi in qualunque momento alla Cassa Pensioni. Per sapere l'entità della quota per il riscatto, ogni singolo interessato deve inviare alla Cassa Previdenza dei Sanitari in Roma, via Goito, 4, una domanda in carta libera, in forma preliminare, non impegnativa, colla data di nascita e con la cifra degli anni di servizio e del numero degli anni che intende riscattare (illimitato): ne avrà così personale risposta, unendo i francobolli occorrenti.

NOTIZIE

Nella stampa medica. — Si è pubblicato il I fasc. di un nuovo periodico « Rassegna Italiana di oto-rino-laringologia », diretto dal Prof. D. Tanturri. Casa Editr. Idelson-Gnocchi. Napoli. Auguri al nuovo confratello.

Conferenze storico-scientifiche. — Durante il mese di aprile il Prof. Andrea Ferrannini terrà un ciclo di conferenze a Reggio di Calabria, Catanzaro e Cosenza, dietro invito della Società « Dante Alighieri », dei Circoli Fascisti di Cultura, dell'Accademia Cosentina, dell'Ordine dei medici. Nei capoluoghi delle tre provincie calabresi il tema della conferenza sarà « La gloria della Calabria nella Magna Grecia » con lo scopo d'illustrare, in base a documenti storici, la continuità del pensiero calabrese, come caratteristica personale della stirpe, dall'epoca della Magna Grecia sin'oggi, senza farsi soverchiare o inquinare dalle correnti intellettuali di Pitagora e degli altri elleni immigrati. Nel corso della conferenza verranno illustrate non poche personalità di insigni medici, naturalisti, filosofi, sociologi, patrioti.

Concorsi per tenenti medici nella R. Marina.— Il Ministero della Marina ha pubblicato la notificazione di concorso per la nomina di 8 tenenti medici in servizio permanente nel Corpo Sanitario Militare Marittimo.

Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale a norma delle vigenti disposizioni e che non abbiano superato l'età di 30 anni alla data di chiusura del presente concorso (5 maggio 1927).

Le domande di ammissione, in carta da bollo da L. 3 dovranno pervenire al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari — Divisione Stato Giuridico) non oltre il 5 maggio 1927.

I vincitori del concorso che otterranno la nomina di tenente, se già ammogliati, dovranno entro il termine di due mesi dalla nomina chiedere al Ministero della Marina l'autorizzazione a produrre nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926 n. 399, le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali. D'altra parte il Ministero si riserva di assumere le debite informazioni sulla moralità della moglie e della famiglia di lei.

La nomina del vincitore del concorso che non avrà ottemperato alla disposizione del precedente capoverso e non avrà ottenuto dal Tribunale Supremo Militare la declaratoria della idoneità e sicurezza della rendita, sarà revocata.

Gli esami avranno inizio in Roma, presso il Ministero della Marina il 6 giugno 1927, alle ore 9.

Copie delle notificazioni di concorso (con annesso programma di esame) potranno essere richieste alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di Spezia; Taranto; Venezia; Pola; La Maddalena; e alla Direzione dei Servizi Sanitari della R. Marina di Napoli e a quella della Infermeria di Brindisi ovvero al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico e Direzione Centrale di Sanità Militare Marittima).

Corso complementare di igiene nella R. U. di Milano.— Presso l'Istituto di Igiene della R. Università di Milano si terrà il corso complementare di igiene pratica per laureati in medicina, chimica, chimica farmacia, farmacia, zooiatria, agraria, scienze naturali; ingegneria e diplomati in farmacia.

Il corso avrà inizio il 25 aprile 1927 ed avrà la durata di mesi due.

Al termine di detto corso verrà rilasciato, previa prova di esame, un certificato, che per i medici è titolo sufficiente per concorrere ai posti di ufficiale sanitario.

Le domande corredate del certificato di laurea e della ricevuta di tassa di L. 300 versate all'Economato della R. Università dovranno presentarsi alla segreteria della R. Università di Milano, (via Strambio) non più tardi del 24 aprile 1927.

Concorso ad un posto di professore per l'insegnamento dell'anatomia nella R. Accademia di belle arti di Venezia. — E' aperto il concorso per titoli ad un posto di professore di 4ª classe (gruppo A, grado 10°), per l'insegnamento dell'anatomia nella Reale Accademia di belle arti di Venezia, con lo stipendio di L. 9.500, aumentabile, per aumenti periodici, a L. 11.600, più il supplemento di servizio attivo di annue L. 2.100. I titoli dovranno comprovare principalmente il valore artistico e didattico del candidato. Le domande di ammissione al concorso, scritte su carta bollata da L. 3, dovranno essere presentate al Ministero della P. I. (Direzione generale antichità e belle arti) entro il 31 marzo 1927.

Norme per la concessione di borse di studio per l'addestramento nella lotta contro la tubercolosi e contro il cancro.— Il Ministero per l'Interno, con D. M. 20 ottobre 1926, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 24 febbraio 1927, n. 45, ha disposto di concedere ogni anno apposite borse di studio a titolo di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e contro il cancro sotto l'aspetto scientifico, profilattico e assistenziale. Il tirocinio di addestramento può essere compiuto in Italia o all'Estero, in istituzioni indicate dal concorrente all'atto della domanda, e all'atto dell'assegnazione ne viene stabilita la durata. A tali borse di studio sono ammessi i medici-chirurgi che siano già addetti ad istituzioni contro la tubercolosi o contro il cancro o comunque dimostrino di possedere una speciale preparazione in questi campi. L'ammontare di ciascuna borsa viene determinato caso per caso e la somma concessa verrà pagata in due rate; per due terzi subito; l'ultimo terzo, dopo ultimato l'addestramento, in seguito alla presentazione di una relazione dettagliata su quanto ha formato oggetto di visita, di studio o di speciali e-

Digitized by Google

sperienze. Queste relazioni vengono esaminate da una Commissione di tre membri, nominata annualmente dal Consiglio superiore di sanità, e qualora taluna eccelli per notevoli pregi ne può essere proposta la pubblicazione a cura del Ministero dell'Interno.

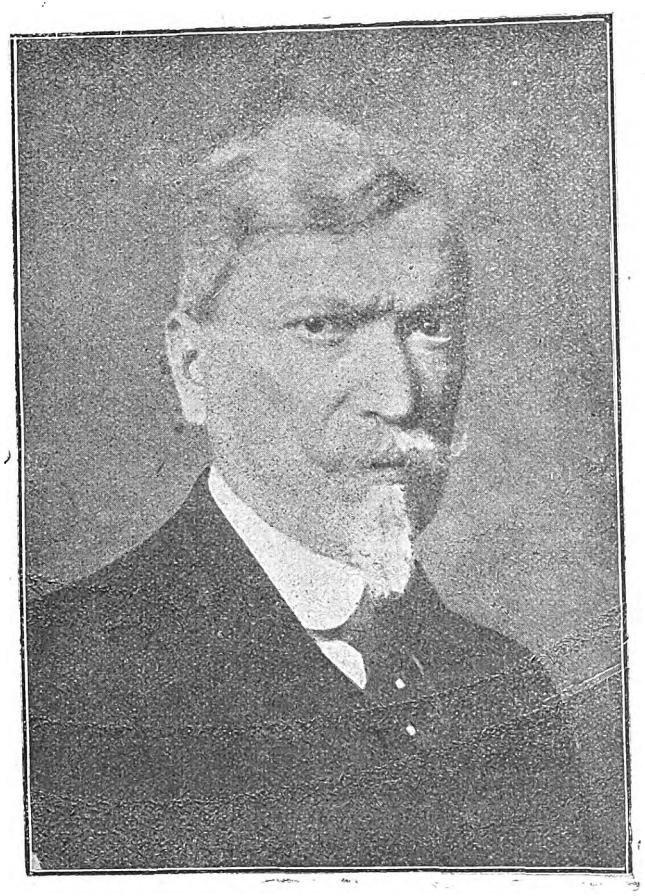
Le domande debbono essere inviate al Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica).

NECROLOGIO

ANTONIO CARLE

Un altro dei nostri grandi Maestri non è più!

Antonio Carle scompare mentre non sono trascorsi ancora due anni da quando il mondo scientifico lo acclamava nel trentesimo anniversario del suo insegnamento nell'Ateneo torinese, e noi ammiravamo la caratteristica e fiera figura ancora vigorosa, dallo sguardo penetrante sotto le folte sopracciglia e l'ampia fronte. Chi può pensare tanta fibra vinta dal male, e inerte quella mano che fu così possente e mirabile strumento del suo genio chirurgico, passando come fatata a risanare le mille e mille vite altrimenti perdute? Chi può pensare spento questo grande faro della chirurgia italiana, che parve e fu veramente per decenni chiamato a guidare le sorti sempre più promettenti e feconde di risultati, in quanto a Lui spetta il merito di aver sempre voluto e attuato il più stretto connubio fra scienza e pratica, fra patologia e clinica, per il solo e supremo interesse dell'ammalato? Chi può credere finita, stroncata un'ascesa che pareva non avesse confini, dacchè Egli sempre sapeva vedere e indicare il nuovo, sapeva precorrere i tempi, ispirare la sapiente ricerca come l'inattesa e più mirabile tecnica operatoria?



Da quando col Rattone egli scopriva nel 1884 la natura infettiva del tetano, consegnando il suo nome alla storia delle scienze mediche, ai tempi, più recenti nei quali la sua fama fu sopratutto affidata alla eccezionale abilità operativa, Antonio Carle fu una figura dominante nella chirurgia italiana. Egli fu apostolo convinto e tenace dell'indirizzo chirurgico basato sulla conoscenza esatta del male, sulla precisa indicazione operatoria, sulla tecnica guidata dalle cognizioni fisiologiche e fisiopatologiche, così che la chirurgia assurga a riparatrice e ricostruttrice ed eccezionalmente soltanto si induca a demolire. Se demolitrice, la chirurgia doveva essere il più possibile rispettosa di tutto quanto poteva rappresentare alcunchè di necessario alla funzione. Questo indirizzo, divenuto ora quasi una legge universalmente seguita, è quello che non morrà.

Operando, egli manifestava largamente le sue doti eccezionali di patologo e di clinico da un lato, di tecnico perfetto dall'altro; ed i tesori della sua tecnica Egli profondeva signorilmente, a quanti erano attorno a Lui ed accorrevano ad ammirarLo e ad imparare. Il nuovo usciva di volta in volta dalle sue mani con semplice naturalezza, mentre il pensiero rapido e sicuro Lo guidava nella valutazione della via da seguire per superare le difficoltà operatorie. Intuizione mirabile, questa più spesso che freddo ragionamento! Egli fu, per questi motivi, un operatore non metodico; la tecnica non lo ebbe mai schiavo di processi o di metodi, ma Egli dominò la tecnica, adattandola alle esigenze particolari dei singoli casi. Nessuno fu più pronto di Lui a riconoscere o a divinare i perfezionamenti o i mutamenti radicali di tecnica secondo i suggerimenti dell'esperienza; aiutato in questo dalla precisione che aveva generalmente la sua diagnosi preoperatoria, e dall'occhio acuto nel sorprendere nei decorsi postoperativi e nei risultati gli eventuali inconvenienti del metodo usato. Devesi lamentare che la naturalezza acquisita del suo modo di procedere gli abbia impedito di divulgare la maggior parte della sua opera chirurgica; Egli difatti non dava importanza a ciò che la spontaneità del suo ingegno così facilmente gli dettava e non riteneva degno di pubblicazione molte cose che in realtà per i più sarebbe stato invece utilissimo far conoscere.

Alla chirurgia della ghiandola tiroide (e non va taciuto, a proposito di tiroide, la dimostrazione da Lui data dell'origine idrica del gozzo), a quella dello stomaco, dell'utero, del fegato Egli fece fare progressi enormi. In questi campi difficili Egli eccelse quando per molti chirurgi essi erano ancora, si può dire, inesplorati.

Il suo spirito di osservazione, la sua sicurezza operatoria, gli permisero di intervenire con successo in casi estremamente complessi e difficili; ed i risultati ottenuti valsero ad aprir gli occhi agli scettici ad agli increduli, contribuendo a rendere la terapia chirurgica più utile per la più pronta formulazione delle indicazioni da parte dei medici.

Nato il 3 maggio 1854 a Chiusa Pesio (Cuneo), Antonio Carle si spegneva in Torino il 23 febbraio 1927. Egli era Ordinario di Clinica Chirurgica nell'Ateneo torinese dal 1900, essendo stato professore di Patologia Chirurgica dal 1894 al principio del 1900; e dall'aprile 1888 era Chirurgo Primario dell'Ospedale Mauriziano in Torino. Quest'Ospedale, il maggiore dell'Ordine, ebbe da Lui lustro e fama mondiali, e fu il principale centro della sua attività; poichè Egli amò l'Ospedale Mauriziano come una creatura sua, della quale era a buon diritto orgoglioso. Quivi praticò il massimo numero delle sue operazioni ed è sopratutto la casistica Mauriziana che Gli diede modo dal 1894 al 1900 di rendere nota una larga ed eccezionale esperienza nella chirurgia del collo e in quella addominale. Anche alla chirurgia cerebrale Egli portò interessanti contributi.

Antonio Carle fu così, con la parola e con l'esempio, nella Scuola e nell'Ospedale, nella sala operatoria come al letto del paziente, Maestro insuperato di chirurgia; soccorritore disinteressato degli umili come dei potenti, fu sempre pietoso con l'ammalato, dinanzi al quale diveniva direi quasi umile, tanto era rispettoso del suo dolore, riguardoso delle sue sofferenze anche morali. Da ciò la semplicità e la rapidità del suo modo d'esaminare, che non si perdeva in particolari inutili o in ricerche complementari superflue che portassero inutili sofferenze; metodo di esame che insegnava nella Scuola, intollerante se manovre men che opportune venissero usate dagli allievi durante l'esame clinico.

Nelle ricerche scientifiche della sua Scuola non tollerò mai che si dimenticasse il fine ultimo che Egli additava come meta sicura: portare un contributo alla conoscenza delle malattie nell'interesse della salute dei pazienti. Scienza e pratica erano per Lui e dovevano essere in Clinica indissolubilmente e tenacemente unite, e la preparazione scientifica dei medici doveva essere ispirata dai problemi clinici. Egli del resto aveva dato mirabili prove di quello che può fruttare lo studio dei problemi scientifici che si riferiscono alla più importanti questioni cliniche, sia allorquando si era messo ad indagare ed aveva scoperto la natura infettiva del tetano, sia allorquando aveva seguito le esperienze sulla estirpazione della ghiandola tiroide dimostrando i caratteristici sintomi dovuti all'estirpazione della ghiandola e scoprendo le ghiandole tiroidee accessorie del cuore nel cane.

Quanto fu detto e scritto di Lui nell' occasione del suo giubileo scientifico, mi dispensa del resto dall'entrare in più minuti particolari sui contributi scientifico-pratici del Maestro e della Sua Scuola. Oggi, mentre è ancora così profonda nel cuore di tutti l'emozione dolorosa per la di Lui dipartita, l'animo turbato pensa che la sua fiamma non sarà mai spenta, se la Clinica saprà conservare quanto Egli le ha donato: lo spirito critico, la pronta valutazione e applicazione pratica delle verità scientifiche, la rigida onestà nelle indicazioni e nei metodi della terapia.

MARIO DONATI

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 14 Marzo 1927 — N. 11

LEZIONI

ELEMENTI DI FISIOPATOLOGIA DELLA FUNZIONE MOTORIA DELLO STOMACO NEI RAPPORTI COLLA FARMACOLOGIA E COLLA TERAPIA.

DAL CORSO LIBERO DI TERAPIA MEDICA

Lezione del dott. prof. FERDINANDO BATTISTINI
Docente e Medico Primario nell'Ospedale
S. Giovanni in Torino

SOMMARIO: *Il tono della musculatura gastrica - Fattore autoctono - Fattore cefalogeno - Centri regolatori - Influenza sul tono dell'eccitazione dei centri del vago e del simpatico - Azioni riflesse sui centri regolatori - Influenza delle emozioni - Azioni riflesse da stimoli sensitivi, da stimoli di origine viscerale - Importanza dei gangli invertebrali nella funzione del tono - Influenza di natura ormonica - Rapporti fra tono dello stomaco e tono della musculatura delle pareti addominali - La peristalsi gastrica - Regolazione chimica dello automatismo della peristalsi - Regolazione per mezzo dei centri del sistema nervoso vegetativo - Giuoco dei movimenti ritmici del piloro - Regolazione locale per riflessi di natura chimica - Regolazione centrale nervosa - Movimenti della sottomucosa - Cenni sulla fisiopatologia del gastrospasmo e del pilorosparmo - Farmacologia della funzione dello stomaco - Rimedi ad azione vagotonica con particolare riguardo alla colina - Azione, inconvenienti, applicazione - Morfina - Nicotina - Atropina - Ragioni dell'incostanza di azione - Indicazioni - Preparati - Rimedi ad azione simpaticotonica - Adrenalina - Rimedi ad azione prevalentemente muscolare - Papaverina - Derivati del Benzile.*

Nell'insieme molto complesso della funzione digerente movimento e secrezione sono fra di loro strettamente e armonicamente collegati, per cui il considerare separatamente uno di questi elementi riesce affatto artificiale e ha valore puramente scolastico per permetterci di fissare meglio l'attenzione sui diversi fenomeni.

La funzione motoria dell'apparato digerente e più specialmente dello stomaco è stata studiata nel vivente con molta suggestività di risultati mediante l'indagine radiologica che permette un'analisi precisa delle singole fasi del movimento e della loro successione, tanto in condizioni normali che patologiche.

Noi ora sappiamo che la forma, la posizione e la grandezza dello stomaco sono soggetti a variazioni notevoli pure entro limiti fisiologici, in rapporto colla forma, la costituzione del torace e risultante rapporto di volume nella cavità addominale, colla struttura della musculatura propria dello stomaco, variabile da individuo ad individuo (Forsel), lo stato di tonicità della muscolatura stessa e della muscolatura delle pareti addominali, lo stato di riempimento dello stomaco, la posizione del corpo ecc. In conseguenza nella interpretazione dei dati rilevabili coll'esame radiologico, e specialmente nella valutazione della importanza della ptosi viscerale, occorre tener conto di questi diversi fattori, e ricordare che l'ombra che noi rileviamo non corrisponde sempre ad una condizione anatomica inamovibile, ma essenzialmente si riferisce ad un momento funzionale e perciò variabile. La ptosi dello stomaco e in generale dei visceri addominali per sè non costituisce ancora una malattia nel senso clinico della parola (Klee). Queste considerazioni hanno speciale importanza quando l'esame si riferisce a malati neuropatici nei quali un giudizio avventato, dato in base a reperti radiografici male interpretati, può esercitare una influenza psichica molto dannosa.

Nella funzione motoria dello stomaco l'insieme molto complesso dei fenomeni può essere considerato come la risultante di tre fattori diversi:

Tono della musculatura;

Peristalsi;

Giuoco di apertura e chiusura degli sfinteri.

Fattori che meritano di essere considerati particolarmente e che, in condizioni fisiologiche, si armonizzano completamente fra di loro.

Il tono della muscolatura gastrica. — Il tono della muscolatura delle pareti ha specialissima importanza nella fisiopatologia di tutto l'apparato digerente e in genere di tutti i muscoli cavi. Per tono si comprende quell'insieme di processi che regolano la capacità di distensione delle pareti in rapporto al contenuto e che concorrono in larga misura a determinare la forma, l'ampiezza e il volume dell'organo.

Grazie al tono la muscolatura dello stomaco si adatta in modo automatico al contenuto della cavità gastrica ed esercita sul medesimo una determinata pressione che resta presso a poco costante, malgrado le diverse quantità e qualità del contenuto stesso (Kelling). Inoltre, grazie al tono, la muscolatura dello stomaco mantiene sul contenuto della cavità gastrica la pressione adatta e occorrente per poter spingere il contenuto stesso verso l'intestino.

Questo equilibrio di pressione è essenzialmente variabile per influenze nervose ed ormoniche. Ogni modificazione nell'equilibrio porta con sè uno spostamento e in seguito un nuovo equilibrio, un nuovo grado di tonicità (press'a poco come avviene per l'accordatura di uno strumento), che a sua volta è adatto per corrispondere con una speciale capacità di reazione a nuovi perturbamenti che avvengano nel sistema.

Data l'importanza del fattore costituito dal tono della muscolatura gastrica nella funzione motoria dello stomaco, conviene esaminare più particolarmente questo elemento essenziale anche per la comprensione dei fenomeni patologici.

A mantenere e determinare un determinato grado di tonicità della muscolatura dello stomaco concorrono parecchi elementi.

1. Un elemento autoctono di natura neurogena o mioneurogena che trova il suo corrispondente anatomico nelle fibre muscolari stesse e nelle cellule gangliari del plesso di Auerbach. In fatti lo stomaco, privo delle sue connessioni nervose e mantenuto in adatte condizioni nel liquido di Ringer, è in grado di mantenere, entro certi limiti, la sua tonicità e di adattarsi attivamente al contenuto. Questo, che costituisce senza dubbio il fattore fondamentale della funzione del tono, è a sua volta modificabile per via sanguigna, per es. dalla temperatura del sangue, dal contenuto in gas, in elettroliti del medesimo, da coefficienti di natura ormonica. Così sappiamo che il caldo (applicazioni caldo-umide sulle pareti addominali) esercita un'azione rilasciante sul tono.

L'equilibrio elettrolitico degli ioni calcio e potassio ha pure un'influenza notevole, e una prevalenza del calcio diminuisce il tono, mentre una prevalenza del potassio ottiene l'effetto opposto.

Fra gli increti hanno speciale importanza l'adrenalina, che esercita azione rilasciante molto spiccata e la colina, che per contro provoca un aumento di tono. Ora adrenalina e colina sono prodotti normali, rappresentano costituenti abituali del sangue, e probabilmente esercitano un'azione antagonista e si equilibrano fra di loro. Variano in quantità a seconda dei diversi stati anche fisiologici. Per esempio da studi recenti pare dimostrato che la mestruazione, la gravidanza, in molti organismi si accompagnano ad un aumento nella quantità di colina secreta e circolante nel sangue, e a conseguente aumento nel tono del sistema parasimpatico a cui possono riferirsi alcuni disturbi (come la facilità alle diarree, al vomito, alle coliche epatiche ecc.).

Conseguenza di queste variazioni nel contenuto in colina nel sangue si manifestano modificazioni nella capacità di reazione ad alcuni farmaci che l'esperienza clinica da molto tempo ha già permesso di constatare (Hess).

Pare che la regolazione autoctona dello stato di distenzione dello stomaco appartenga più specialmente alla regione del fondo (Klee).

2. Elemento cefalogeno (Biedle). Costituisce il regolatore centrale del tono della muscolatura gastrica. Si esplica per mezzo del sistema nervoso vegetativo vagosimpatico, ha i suoi centri nel mesencefalo e nel midollo allungato, accanto ai centri della regolazione termica e del ricambio, e le vie di trasmis-

Digitized by Google

sione nei nervi rispettivamente del vago e del simpatico che si distribuiscono alla ricchissima rete di plessi e di gangli e finalmente raggiungono le pareti dello stomaco.

I centri regolatori della funzione motoria dello stomaco e dell'apparato digerente in genere, sono influenzabili per via riflessa e per via umorale, e stanno ancora sotto la dipendenza di centri situati nelle eminenze quadrigemine, nel talamo ottico, nel corpo striato, che esercitano un'influenza moderatrice non ancora ben determinata.

L'influenza dei centri vagosimpatici sul tono e sulla cinesi gastrica è stata dimostrata con molta precisione da Klee nel gatto. In questo animale, in seguito alla completa separazione dello stomaco dai centri del vago e del simpatico colla decapitazione la forma dello stomaco si mantiene quasi immodificata, se si eccettua un certo grado di rilasciamento paragonabile a quello che si osserva nello stomaco dopo il taglio dei suoi nervi. Invece, se si ricorre al metodo della scerebrazione, che mantiene integri i centri del mesencefalo, e si eccita il centro del vago, lo stomaco assume una forma tutta speciale, il fondo si dilata e resta disteso come una palla, e contemporaneamente si esagera di molto la peristalsi. Se poi, insieme all'eccitazione del vago si procede al taglio degli splancnici per modo da avere in tutta la pienezza il predominio assoluto del sistema parasimpatico, si verifica un aumento massimo di tono della muscolatura dello stomaco con distensione del fondo e formazione di uno spasmo nella regione media e pilorica con contemporaneo rallentamento e ostacolo della peristalsi. Per contro, se si determina un abbassamento del tono del vago, mediante raffreddamento del centro per modo da far prevalere il tono del simpatico, si determina prontamente un rilasciamento completo delle pareti dello stomaco, questo assume forma allungata e non mostra più nemmeno le strozzature normali ad osservarsi nel gatto che permettono di distinguere tre porzioni distinte nello stomaco.

Anche nell'uomo colla compressione del vago col metodo di Czermak si può dimostrare, sebbene con molte differenze di grado in rapporto con varietà individuali, allo schermo radiologico un cambiamento di forma nello stomaco in rapporto coll'aumentata tonicità e anche un aumento della peristalsi gastrica.

Fisiologicamente i centri regolatori sono influenzabili per via riflessa e per via umorale. In conseguenza, come è facile comprendere, modificazioni nel tono della muscolatura dello stomaco possono aversi per cause molto diverse che agiscono sui centri del vago e del simpatico.

Fra queste meritano di richiamare particolarmente l'attenzione gli eccitamenti di natura psichica, che prendono punto di partenza dalla corteccia cerebrale e possono determinare ripercussioni molto marcate sul tono e sulla funzione motoria in generale dello stomaco.

Questi eccitamenti acquistano importanza notevolissima in patologia in organismi in cui tutto l'equilibrio del sistema nervoso e più specialmente del sistema vegetativo è molto instabile per ragioni costituzionali o endocrine.

Basti accennare a certe forme di nevrosi gastrica che vennero osservate con particolare frequenza nel periodo della guerra, caratterizzate da un persistente meteorismo gastrico con distensione del fondo e spasmo mesogastrico, e alle forme opposte di rilasciamento dello stomaco per influenze psichiche di ordine depressivo. Negli animali e anche nell'uomo (Heyer) lo spavento, lo schifo, il dolore, determinano facilmente un rilasciamento delle pareti per predominio del simpatico. E probabilmente, quando i profani accennano in linguaggio comune al fatto che un'impressione penosa sopravvenuta durante la digestione, ha avuto per risultato di arrestarla, descrivono un'impressione che corrisponde a realtà. Questi riflessi di natura emotiva che si ripercuotono sui centri vegetativi sono probabilmente della stessa natura dei riflessi combinati studiati da Pawlow che prendono origine dalla corteccia per il ripetersi di sensazioni visive, olfattive, attinenti ai cibi, e alla esperienza già fatta antecedentemente, per cui la vista di un determinato cibo risveglia sensazioni piacevoli ed esercita azione preparante sulla secrezione salivare e gastrica in casi di cibi graditi e sensazioni opposte in caso contrario.

Questi riflessi combinati di origine corticale, dovuti ad impressioni di natura emotiva, hanno larga parte nel determinismo di molte forme psiconeurotiche con manifestazioni da parte dell'apparato digerente.

E' noto come il ripetersi di sensazioni emotive, quali l'ansia, il dolore, il loro ricordo associato al ricordo di disturbi riferiti allo stomaco e all'apparato digerente in genere, possano in individui particolarmente predisposti sommarsi e per così dire fissarsi (Deyerine) per modo da dare luogo a disturbi funzionali permanenti prolungando un disordine occasionale per sè temporaneo.

E' appena il caso di ricordare che modificazioni nella funzione motoria dello stomaco si accompagnano anche inevitabilmente a modificazioni della secrezione, perchè il vago, che funziona come eccitatore del tono muscolare e della cinesi gastrica, è in pari tempo il nervo secretore per eccellenza, per cui una azione inibitrice che si eserciti sul tono della muscolatura gastrica e sulla motilità, si accompagna necessariamente ad una azione inibitrice sulla secrezione e viceversa.

Colla suggestione ipnotica Heyer ha potuto dimostrare direttamente nell'uomo l'influenza di diversi stati psichici sulla funzione gastrica specialmente secretrice.

Di qui si comprende come il problema della cura dei disturbi della digestione, che riconoscono come movente il particolare fattore di ordine emotivo e psichico e una speciale predisposizione individuale, non possa essere risolto semplicemente con mezzi di ordine farmacologico, ma debba venir studiato con concetti molto più larghi e diretti da un lato a modificare lo stato di labilità nell'equilibrio del sistema nervoso vegetativo, caratteristico in questi individui, e ad impedire il ripetersi di associazioni psichiche dannose. Così un cambiamento di ambiente opportunamente associato a qualche cura idriatica e alle cure igieniche generali, può dare risultati utili dove hanno fallito tutte le risorse terapeutiche.

Oltre a queste influenze di origine corticale i centri regolatori della motilità dello stomaco possono ancora essere modificati in via riflessa per eccitazioni provenienti dalla periferia e cioè dai nervi misti dell'asse cerebro-spinale e dai nervi del sistema vegetativo che provengono dai visceri.

Sperimentalmente si può dimostrare una ripercussione sulla funzione digerente eccitando il moncone centrale dello sciatico reciso. In patologia queste eccitazioni trovano il loro riscontro nelle turbe gastriche provocate dal dolore quando assume speciale intensità. In un ammalato, che ho avuto recentemente occasione di osservare, una lieve ischialgia risvegliò turbe gastriche con fenomeni di spasmo di cui l'ammalato aveva già sofferto trent'anni prima.

Maggiore importanza hanno probabilmente le eccitazioni che prendono punto di partenza dagli organi addominali e, per mezzo delle fibre simpatiche, attraverso il plesso celiaco, i nervi splancnici, i rami comunicanti grigi, raggiungono il midollo spinale a livello della sesta, settima, ottava radice posteriore.

Studi recenti di Hess tendono ad attribuire una speciale importanza anche ai gangli intervertebrali nell'esercitare una funzione regolatrice sulla motilità e sulla secrezione dello stomaco.

Se nel sano si pratica una iniezione di novocaina al 1 % col metodo di Laewen a livello del settimo segmento dorsale, per modo da intersecare le vie afferenti dello splancnico sopra ricordato, si ottiene una prevalenza evidente del tono del vago che si manifesta allo schermo con un aumento notevole della cinesi gastrica ed è dimostrabile anche con un aumento della secrezione. Finalmente gli stessi fatti (prevalenza di fenomeni riferibili ad un aumento d'eccitabilità del vago specialmente nel tratto gastro-intestinale) si osservano in malattie che colpiscono i gangli paravertebrali, come la poliomelite e l'herper Zoster quando si localizzano nella regione dorsale corrispondentemente agli ultimi gangli toracici (iperacidità, ipercinesi).

Da molti dati clinici appare probabile che questa influenza regolatrice riflessa, che si esercita per mezzo di stimoli che percorrono le vie del simpatico attraverso ai gagli intervertebrali, possa acquistare particolare importanza in patologia.

Così nel complesso sintomatico delle crisi gastriche dei tabici pare che, almeno in alcuni casi, il primo movente sia costituito da una irritazione nelle vie sensitive (iperalgesia obbiettivamente rilevabile a livello del settimo-nono segmento dorsale, ipereccitabilità del riflesso delle pareti addominali) che poi determina i disturbi di motilità e secrezione gastrica (Foerster). Vi è ragione di credere che le vie sensitive decorrano, come si è detto, nelle fibre simpatiche anzichè nel vago, sia per la inefficacia, più volte constatata, del taglio del vago proposto da

Digitized by Google

Exner, sia per l'utilità relativa del metodo di Laewen di anestesia dei gangli intervertebrali sopraricordato.

Probabilmente a disordini profondi nella funzione regolatrice riflessa, che avviene per le vie simpatiche e pei gangli intervertebrali, sono pure da riferire sindromi imponenti che si manifestano dopo gravi atti operativi o traumi sull addome e nella regione della colonna vertebrale. Per esempio il quadro giustamente tenuto dai chirurghi della atonia dello stomaco (e anche dell'ileo postoperatorio), che si manifesta in seguito a gravi interventi addominali e a narcosi protratte, è con probabilità da riferirsi a mancanza di tono della muscolatura per una improvvisa deficienza della funzione parasimpatica e per soppressione degli stimoli riflessi dalle vie viscerali sensitive con conseguente prevalenza del simpatico. Lo stesso fatto si può verificare in seguito a traumi che interessino le vertebre dorsali, a laminectomie ecc. Però indubbiamente la patogenesi di questi gravi fenomeni che conseguono a traumi ed atti operativi addominali non solo è molto complessa, ma è anche in gran parte oscura per cui l'incertezza delle nostre cognizioni sulla fisiopatologia, si ripercuote necessariamente sulla cura.

Importanza grandissima hanno senza dubbio le vie simpatiche nel determinare l'arresto dei movimenti dello stomaco, e più particolarmente dell'intestino, che sopravviene per via riflessa quando si sviluppa un processo infiammatorio nel peritoneo. Infatti il fenomeno viene a mancare dopo il taglio degli splancnici.

Finalmente i centri regolatori del tono e della cinesi gastrica vanno soggetti per via umorale a tutte le modificazioni che per mezzo degli increti e degli ormoni vengono esercitate sul sistema nervoso vegetativo in genere. Così anche fisiologicamente nella ricorrenza mestruale, quando come avviene in alcuni individui si determina un accumulo di colina nel sangue, si osserva un'azione eccitante generalizzata su tutto il sistema, parasimpatico e si può rilevare un aumento notevole nella cinesi gastrica e un aumento nella secrezione (Hess).

In conseguenza tutti gli squilibri nel sistema nervoso vegetativo portano facilmente con sè di contraccolpo squilibri nella funzione digerente. Basti accennare ai disturbi che accompagnano l'iposurrenalismo e l'ipertiroidismo per comprendere quanta parte possano avere i disordini della funzione endocrina nel determinare disordini nella fuzione digerente.

In condizioni fisiologiche tutti i diversi e complessi fattori che regolano il tono della musculatura, locali, centrali e umorali entrano in giuoco armonicamente e danno come risultante la funzione normale che, in ragione della stessa complicatezza dei meccanismi a cui è dovuta, è per sè necessariamente instabile e facilmente turbata dalla malattia. Fisiologicamente meccanismi di compenso anche essi molto delicati permettono di ristabilire la funzione normale quando vengono ad essere modificate le condizioni di reazione degli organi periferici di fronte agli stimoli centrali, e così modificazioni anche profonde nel tono possono passare inavvertite senza disturbi.

Il tono delle pareti dello stomaco per mezzo delle connessioni nervose extragastriche è ancora in rapporto col tono della muscolatura delle pareti addominali, per cui si stabilisce uno stato di equilibrio fra **distensione dello stomaco** e tensione delle pareti. In condizioni normali, quando noi riempiamo lo stomaco e questo si lascia gradatamente distendere adattandosi al suo contenuto, noi non proviamo alcun senso di tensione all'addome perchè contemporaneamente si rilasciano in modo automatico le pareti addominali. Questo avviene mediante un riflesso breve spinale, riflesso viscero-motore che ha le sue vie afferenti nelle fibre del simpatico. Parimenti una diminuzione di tono della muscolatura gastrica può essere compensata da un aumento di tono nelle pareti addominali, ed è questa la ragione per la quale noi vediamo individui che radiologicamente presentano uno stomaco molto allungato ipotonico i quali non presentano disturbi apprezzabili. Si comprende però come questo compenso sia molto instabile e come in queste condizioni il peso dei liquidi e del contenuto gastrico nella stazione eretta possa esagerare disturbi appena accennati, e spiega l'utilità della pratica del riposo in posizione sdraiata durante la digestione negli individui deboli convalescenti ipotonici.

Funzione cinetica. Secondo momento molto importante nella funzione motoria dello stomaco è rappresentato dalla peristalsi gastrica, la quale ha per iscopo il rimescolamento degli alimenti, la loro commistione coi succhi peptici e in seguito la propulsione del materiale così elaborato nell'intestino. La peristalsi sta entro certi limiti in rapporto col tono della muscolatura, è cioè favorita da un certo grado di tonicità, ma può anche essere come è già stato accennato a proposito delle esperienze di Klee, notevolmente ostacolata sia da un aumento eccessivo come da una eccessiva diminuzione del tono. In conseguenza normalmente esiste un optimum di tonicità che permette una peristalsi facile e regolare.

La peristalsi permane ancora quasi immutata dopo che lo stomaco è stato privato delle sue connessioni nervose coi centri: è funzione dei centri intramurali e più specialmente del plesso di Auerbach che agisce come centro automatico. Per quanto si conosce ora, l'automatismo, la ritmicità con periodo refrattario, sono strettamente collegati colla funzione del plesso di Auerbach, mentre l'eccitabilità può essere mantenuta dalla tonaca muscolare indipendentemente dal plesso (Magnus). E' poco probabile che in questa funzione automatica del plesso di Auerbach entri in giuoco il meccanismo di un'azione riflessa determinata da stimoli sensitivi provenienti dalla mucosa o dalla sierosa, perchè anche in un tratto di intestino, in cui siano esclusivamente conservate le tonache muscolari, continuano con regolarità i movimenti peristaltici. Lo stimolo che eccita le cellule gangliari del plesso di Auerbach è dovuto ad un increto che si origina in sito nelle pareti dell'intestino. E' una sostanza resistente al calore, solubile nell'alcool scoperta da Weiland e che Le Heux ha chimicamente identificato colla colina di cui si è già fatto parola. Weiland ha scoperto che il liquido di Ringer in cui sia mantenuto un tratto di intestino isolato in buone condizioni di vita e di funzionamento, con persistenza della peristalsi normale, dopo un po' di tempo contiene una sostanza (identificata poi nella colina) capace di eccitare la peristalsi in un altro tratto di intestino. L'automatismo del plesso di Auerbach è così regolato da un agente di natura chimica che esercita sul medesimo una funzione di stimolo paragonabile a quella che la anidride carbonica esercita sui centri del respiro. Centri del respiro e centri dei movimenti peristaltici e ritmici dell'intestino, oltrechè eccitabili per via nervosa, stanno sotto la dipendnza diretta e continua di uno stimolo di natura chimica che ne provoca la funzione automatica.

La qaantità di colina che si produce nell'intestino è abbastanza rilevante. Un intestino tenue di coniglio, isolato in soluzione fisiologica, in un'ora diffonde nel liquido circostante tre milligrammi di colina. Non si conosce ancora come si origini la colina. Essa si produce con una relativa costanza anche per quanto riguarda la quantità pure in condizioni molto diverse e lontane dal fisiologico, per esempio dopo narcosi prolungate, dopo laparotomie o in casi di peritonite sperimentale. anche quando, per queste circostanze patologiche, l'intestino è diventato atonico (Arrai). In queste circostanze con ogni probabilità il fatto della perdita del tono e dell'arresto dei movimenti peristaltici è dovuto ad una abnorme diminuzione di eccitabilità del plesso di Auerbach che non è più in grado di reagire di fronte allo stimolo della quantità normale di colina (Magnus). E' molto importante il fatto che l'attività della colina varia notevolmente a seconda dei suoi diversi composti, per esempio l'acetilcolina è mille volte più attiva della base, e pare che nell'interno delle pareti dell'intestino, in determinate circostanze per esempio in seguito alla ingestione di acetato di sodio (Neukirch e Rona), per mezzo di una sostanza labile al calore, che forse agisce come un fermento, si possa formare l'etere acetico della colina con azioni molto più spiccate.

Alcune forme di diarrea violenta, possono probalimente essere riferite a questo meccanismo.

Non è escluso che anche stimoli di natura meccanica e chimica provenienti dalla mucosa colla quale il plesso di Auerbach contrae anche connessioni, possano concorrere nel modificare per mezzo dei centri locali, la peristalsi dello stomaco.

I movimenti peristaltici avvengono secondo una legge scoperta da Bayliss e Starling, sono cioè rappresentati da due fasi simultanee e distinte che permettono la propagazione del movimento sotto forma di onda caratteristica e che si osservano in tutto il tratto digerente nelle parti non soggette alla azione dei nervi volontari, e cioè contrazione limitata ad un segmento anulare e contemporaneo rilasciamento della zona a volte immediatamente sottostante.

L'automatismo peristaltico è a sua volta regolato dai centri del sistema nervoso vegetativo per l'intermediario delle connes-

Digitized by Google

sioni nervose extragastriche del vago e del simpatico. La regolazione avviene nel senso di un acceleramento della peristalsi per un moderato eccitamento del vago (una forte eccitazione del vago con abolizione dell'influenza del simpatico, come abbiamo veduto, ha per risultato la contrazione tonica spastica con ostacolo ed anche arresto della peristalsi) e nel senso di un ritardo nella peristalsi per l'eccitamento del simpatico.

Tuttavia se in linea generale vale lo schema di antagonismo e di equilibrio fra i due sistemi opposti del vago e del simpatico, questo schema non deve essere inteso in senso assoluto e non si può pensare che il simpatico abbia esclusivamente azione inibitrice (Pal) tanto vero che l'adrenalina, rimedio che eccita il simpatico per eccellenza, in un primo tempo della sua azione provoca eccitazione della peristalsi in modo irregolare e in alcuni casi può dare luogo anche al vomito (Bickel). In secondo tempo poi provoca il rilasciamento.

Per quanto si sa, probabilmente la innervazione antagonista del vago e del simpatico nello stomaco non è uniforme e costante, ma bensì variabile anche in condizioni fisiologiche, a seconda di particolari condizioni di eccitabilità dei due sistemi.

Questo fatto, insieme alle grandi variazioni individuali nella disposizione anatomica e nella funzione del sistema nervoso vegetativo, può dare ragione della relativa incostanza di effetti che a volte si ottengono coll'uso di uno stesso rimedio ad azione sul sistema nervoso vegetativo.

Così tono e peristalsi possono essere regolati per un meccanismo di regolazione chimica di ormoni ad azione antagonista, per esempio un eccesso di colina nel sangue può essere subito controbilanciato da un aumento di immissione di adrenalina, oppure, per meccanismi nervosi di innervazione antagonista fra vago e simpatico con conseguente squilibrio negli ioni calcio e potassio. Regolazione chimica e regolazione nervosa ad un certo punto si confondono nei risultati.

Giuoco alterno dello sfintere del piloro. Ultimo fattore di capitale importanza per il movimento di propulsione del materiale elaborato dallo stomaco è rappresentato dal giuoco alterno dello sfintere del piloro.

Il cardias rimane costantemente chiuso eccetto che nei movimenti di deglutizione e in quelli che provocano il vomito, per un meccanismo complicato in cui oltre all'azione di un cingolo muscolare, ha importanza la speciale disposizione anatomica dell'imbocco dell'esofago in modo obliquo per cui si forma quasi una valvola che viene ad essere chiusa automaticamente e si apre soltanto quando la pressione nell'esofago o nel fondo dello stomaco raggiunge un dato limite (Pal).

Invece il piloro è regolato da uno sfintere muscolare molto sviluppato che si apre ritmicamente per dare passaggio al materiale elaborato dallo stomaco che viene nello stesso tempo spinto nel duodeno.

Il giuoco dei movimenti alterni di apertura e chiusura del piloro avviene, oltrechè per propagazione dell'onda peristaltica, essenzialmente per un riflesso breve provocato dallo stimolo di natura chimica esercitato dall'acido cloridrico rispettivamente nell'antro pilorico e nel duodeno. Quando il chimo acido arriva nell'antro lo stimolo chimico determina l'apertura del piloro. Normalmente la contrazione dell'antro immette circa 20 cmc. di chimo nel duodeno. Non appena il chimo acido raggiunge il duodeno per il riflesso già citato si determina a monte la chiusura automatica del piloro.

La regione dell'antro pilorico è la più muscolosa. ed è quella dove si verificano le contrazioni più energiche. Quando l'onda peristaltica arriva al piloro ne provoca l'apertura, ma siccome una parte molto limitata del contenuto gastrico passa nell'intestino, il rimanente ritorna indietro, e così avviene il graduale rimescolamento dei cibi introdotti che ne favorisce l'elaborazione. Per quanto l'acidità del contenuto gastrico abbia importanza nel determinare il riflesso di chiusura del piloro, tuttavia non è da credere che ad una iperacidità del contenuto corisponda necessariamente un ristagno e viceversa.

Anche in questo campo esistono meccanismi di compenso nel tono del muscolo sfintere del piloro. Il giuoco dei movimenti ritmici, al pari di quello dei movimenti peristaltici, è sotto la dipendenza diretta delle cellule gangliari del plesso di Auerbach e a sua volta sotto la dipendenza del vago e del simpatico. Il vago, che aumenta il tono della muscolatura gastrica e ne eccita la peristalsi, ha funzione inibitrice sul piloro e ne provoca il rilasciamento e l'apertura; per contro il simpatico, che diminuisce il tono della musculatura gastrica, provoca la chiusura del piloro (questo fatto si verifica costantemente nell'atto del vomito). Il delicato giuoco dei movimenti ritmici del piloro viene a soffrire molto precocemente quando si sviluppano tumori in questa regione, perchè il tessuto neoplastico impedisce il movimento peristaltico, e così si osserva il rapido svuotamento del contenuto gastrico e la perdita del tono della muscolatura dell'antro.

Movimenti nella sottomucosa. Indipendentemente dalla funzione motoria finora considerata hanno ancora importanza notevole, specialmente per assicurare l'azione del succo gastrico sugli alimenti, piccoli movimenti che avvengono per contrazione della tonaca muscolare sottomucosa e che hanno per risultato la formazione di pieghe, di logge e di cavità in cui vengono trattenuti gli alimenti, e forse anche piccoli movimenti fini di propulsione. Questi movimenti avvengono in seguito a riflessi brevi automatici che si originano nelle cellule del plesso sottomucoso e sono ancora a loro volta regolati dal vago e dal simpatico. Ricerche recenti di Gotfried Thorell tendono a dimostrare che l'azione del vago e del simpatico, per quanto riguarda questi movimenti della sottomucosa, è molto complessa e che i due sistemi si intrecciano e si confondono con distribuzione e con funzioni antagoniste. Il simpatico sembra innervare prevalentemente il fornice e la parte vicina della grande curvatura, e in questa regione ha funzione eccitante. Invece nel canale egestorio e dalla parte corrispondente alla piccola curvatura ha funzione inibitrice e provoca rilasciamento. Per contro il vago ha funzione inibitrice sulla muscularis mucosae del fornice ed eccitante nella parte corrispondente alla piccola curvatura e in vicinanza del piloro.

In seguito ad alterazioni nel sistema nervoso vegetativo la produzione di pieghe nella mucosa dello stomaco può avvenire con grande vivacità, il che, secondo la teoria di Bergmann può avere importanza nella patogenesi dell'ulcera gastrica.

Nel campo della patologia tono e cinesi della musculatura gastrica intestinale spesso subiscono modificazioni profonde nel senso di un aumento specialmente nelle regioni dove più ricca e più sviluppata è la musculatura; per cui si può avere come risultato la formazione di crampi con ostacolo alla normale funzione peristaltica. Pal, che ha studiato molto questo argomento, considera il crampo come uno stato irritativo, una esaltazione delle due funzioni cinetica e tonica del muscolo. L'esaltazione della funzione cinetica porta ad una esagerazione nei movimenti del tubo digerente o catastaltici verso l'orifizio anale od anastaltici verso l'orifizio orale. Invece l'esaltazione della funzione del tono porta alla fissazione del crampo in un punto determinato dove esistono ammassi di fibre muscolari.

Io non intendo soffermarmi sulla fisiopatologia molto complessa dei crampi dell'apparato digerente, accennerò soltanto alla importanza che nel loro determinismo hanno meccanismi di natura riflessa e alterazioni costituzionali.

Dal punto di vista pratico il meccanismo riflesso merita di richiamare tutta l'attenzione in quanto molto spesso il crampo non è che la spia di uno stato irritativo provocato da fatti infiammatori. A questo riguardo è molto importante ricordare che gli spasmi di origine riflessa avvengono secondo una legge determinata da Bayliss e Starling. Questi osservatori hanno dimostrato che nello stomaco e nello intestino, privati delle connessioni nervose, una eccitazione meccanica e chimica provoca sempre una contrazione nel tratto situato al disopra. Questa legge trova applicazioni in patologia e ci rende ragione del fatto per cui ad una lesione anatomica immanente in un tratto dello stomaco o dell'intestino corrisponde lo spasmo in un punto situato a monte. Per esempio si osserva con frequenza il cardiospasmo per un'ulcera del ventricolo, il gastropasmo fino alla produzione di uno stomaco biloculare a clessidra come spia di un'ulcera duodenale. Altre volte il punto di partenza dell'eccitazione che porta al gastrospasmo può essere più lontano, per esempio nella cistefellea nei casi di colecistite e colelitiasi, ed è notorio che frequentemente nelle coliche epatiche larvate gli ammalati accusano un senso di tensione all'epigastrio rilevabile anche sotto forma di meteorismo circoscritto. Altre volte ha punto di partenza anche più lontano in una nefrolitiasi, in un'appedicite od in un'ernia ombellicale.

Particolare importanza, specialmente nell'età infantile, ha

Digitized by Google

il pilorospasmo. Nell'adulto esso è molto sovente conseguenza dello stato irritativo dovuto ad un'ulcera iuxtapilorica o duodenale. Non sempre si tratta di un vero spasmo nel senso di un esaltamento della funzione cinetica, ma di una vera ipertonia, il che vedremo fra poco, ha speciale importanza per spiegare l'incostanza dei risultati ottenuti coi diversi mezzi farmacologici. In questi casi di ipertonia entra probabilmente come causa il fattore predisposizione individuale. Nei bambini spesso si osserva una forma di spasmofilia riferibile ad una insufficienza paratiroidea e ad un difetto nella fissazione e nel ricambio del calcio per cui viene ad essere diminuita la quantità di calcio circolante nel sangue. Che influenze di natura umorale possano modificare anche il tono della muscolatura liscia è dimostrato dalla osservazione di Dale sull'aumento del tono che si verifica in tratti di intestino isolato in seguito ad iniezioni di proteine eterogenee.

Altre volte l'ipertonia e l'ipercinesi gastrica si accompagnano anche a gastrosuccorrea e fa parte di un quadro di squilibrio nelle funzioni del sistema genetativo con prevalenza del tono del vago (vagotonismo) e con manifestazioni complesse come la bradicardia, l'aritmia respiratoria, a volte anche l'asma bronchiale, il sintomo di Dagnini-Aschner del rallentamento del cuore sotto la pressione del bulbo oculare, la eosinofilia, ecc. Sindrome vagotonica che a sua volta può riconoscere cause molto diverse come eccitamenti di natura riflessa ed umorale, fra i quali basti ricordare quella, già più volte accennata, di un eccesso di colina e specialmente di alcuni suoi eteri nel sangue.

Come è facile comprendere, data la complessità dei congegni che regolano in condizioni normali la funzionalità dello stomaco, nel campo della patologia è indispensabile una fine analisi nel meccanismo fisiologico dei disturbi per indirizzare opportunamente la terapia e molto spesso l'inefficacia delle cure, quando si tratti di disturbi funzionali, è dovuta ad una inesatta interpretazione e ad un uso meno appropriato dei rimedi.

Dal punto di vista farmacologico noi possiamo influenzare la motilità (e contemporaneamente anche la secrezione dello stomaco) con tutti i mezzi che esercitano la loro azione sul sistema nervoso vegetativo vagosimpatico e sulle sue terminazioni nervose, e sulle cellule gangliari, o direttamente sulle fibre muscolari.

Da un punto di vista schematico dobbiamo ricordare che relativo aumento di tono e ipercinesi gastrica possono essere ottenuti tanto con mezzi che eccitano direttamente il vago come con mezzi che abbassino il tono del simpatico (compresa l'iniezione paravertebrale col metodo di Laewen).

Farmaci eminentemente vagotonici sono quelli che appartengono al gruppo della muscarina, quali la pilocarpina, la fisostigmina, la arecolina e la colina. Essi hanno tutti azioni secondarie molto spiccate spiacevoli (vomito, scialorrea, sudore profuso, diarree, tenesmo vescicale) per cui possono trovare scarse applicazioni.

Fra questi farmaci merita un cenno speciale la colina perchè ha trovato qualche applicazione terapeutica nelle forme di atonia postoperatoria dello stomaco e dell'intestino.

La colina è uno dei costituenti importanti della lecitina, molto diffusa nel regno vegetale e in quello animale; ha costituzione chimica vicina a quella della muscarina. E' molto instabile anche nei suoi sali e in determinate circostanze per azione bacterica può trasformarsi nella neurina molto tossica.

Secondo le esperienze di Le Heux agisce specialmente sul plesso di Auerbach e nel gatto determina una ipercinesi gastrointestinale fino al cieco con più rapido svuotamento senza modificazioni nella peristalsi normale.

Spatz e Weichmann nel sano hanno riscontrato, in seguito ad iniezione endovenosa di cloridrato e bromidrato di colina nell'uomo (dose di sei milligrammi per chilogrammo — diluizione in 240 grammi di soluzione fisiologica — durata dell'iniezione 17 minuti) spesso fenomeni generali riferibili ad aumento di tono del vago, respiro più frequente, in un caso accesso di asma, bradicardia, lacrimazione, salivazione abbondante. Per rispetto all'azione sulla peristalsi effetto abbastanza costante, sulla motilità dello stomaco nel senso di un aumento; effetti molto più incostanti e per lo più incoordinati nell'intestino.

Klee e Grossmann recentemente hanno ripreso lo studio della colina dal punto di vista clinico valendosi del cloridrato e di preparati assolutamente puri.

La dose media ben tollerata dall'uomo venne fissata da Magnus in 10 milligrammi per chilogrammo. Il farmaco può essere usato esclusivamente per via endovenosa. La dose totale deve essere diluita in 240 grammi di soluzione fisiologica o di normosal sterile. E' molto importante per evitare gli inconvenienti che l'infusione venga praticata molto lentamente, in modo da corrispondere ad una dose di 0,6 milligrammi per chilogramma e per minuto. Nei bambini la dose deve essere regolata in rapporto col peso.

Anche Klee e Grossman hanno osservato che esistono grandi differenze individuali negli effetti ottenuti con una stessa dose, però si riesce a ridurre al minimo gli inconvenienti regolando accuratamente la velocità della infusione e sospendendola o rallentandola appena compaiono i primi sintomi dell'azione generale caratteristica. Questi sono essenzialmente rappresentati da arrossamento del volto in rapporto con un'azione vasodilatrice per diminuzione del tono del simpatico, rilevabile anche pletismograficamente, bradicardia, salivazione abbondante. Le indicazioni per l'uso sono date da tutti i casi nei quali si può presumere una diminuzione di eccitabilità del plesso di Auerbach o per cause tossiche o per prevalenza del tono del simpatico.

Ullmann ha usato la colina nelle atonie gastriche postoperatorie e ha potuto dimostrare anche un'azione eccitante sulla secrezione.

Il rimedio merita di essere provato particolarmente nelle atonie post-operatorie consecutive a traumi gravi addominali od a narcosi prolungate. Si deve aver cura di adoperare esclusivamente preparati molto puri. La casa Merk mette in commercio il cloridrato di colina in fiale già dosato a 0,60 grammi — dose media abituale per l'adulto. — Tuttavia conviene ricordare che tutti i farmaci di questo gruppo hanno per caratteristica una grande variabilità negli effetti secondo gli individui, molto più spiccata nell'uomo che non negli animali. Probabilmente la differenza di comportamento è anche dovuta al fatto che nell'uomo, specialmente per quanto riguarda la funzione motoria dell'intestino, ha maggiore prevalenza e indipendenza il plesso mienterico di Auerbach.

Importante dal punto di vista pratico è l'azione della morfina sulla funzione dello stomaco. La morfina, prescindendo dall'azione tipica sul cervello, in genere si comporta come un farmaco vagotonico, e Magnus ha dimostrato che in dosi medie di 0.01 grammo, specialmente negli individui giovani, determina un aumento di tono nell'antro pilorico con tendenza allo spasmo pilorico provocando un ristagno. Sulla secrezione in primo tempo esercita azione inibitrice e poi eccitante. In conseguenza non è razionale l'uso della morfina per combattere le gastralgie dovute a secrezione iperacida, perchè in questi casi, se anche si riesce a sopprimere il dolore per l'azione caratteristica del farmaco, si aggravano le condizioni che determinano lo spasmo pilorico e ostacolano lo svuotamento dello stomaco. Dosi piccole provocano piuttosto un aumento della cinesi gastrica senza spasmo e favoriscono relativamente un più rapido svuotamento. coll'oppio non si hanno questi effetti perchè, data la complessità di costituzione della droga, l'azione della morfina è controbilanciata da quella di altri alcaloidi quali la papaverina e la narcotina.

Si può ancora osservare un aumento nel tono del vago per l'azione prolungata della nicotina per la sua azione caratteristica sui gangli del sistema vegetativo, e più specialmente del simpatico. Questa azione è variabile a seconda degli individui e in alcuni casi può ridurre notevolmente la funzione inibitrice del simpatico con corrispondente aumento del tono del vago. La cosa ha qualche importanza dal punto di vista clinico tossicologico perchè Holzknecht ha descritto una forma di ipertonia dello stomaco (quale si osserva in seguito a forte eccitamento del vago) con spasmo mesogastrico in individui che hanno abusato di tabacco e particolarmente sensibili a questa droga.

La nicotina a dosi piccole eccita anche direttamente il plesso di Auerbach. Questa conoscenza può spiegare il fatto di comune osservazione che per molti individui il fumare serve a favorire e regolare la funzione intestinale.

Dal punto di vista pratico accade assai più spesso di dovere ricorrere a rimedi per combattere fatti di spasmo nella muscolatura gastrica e intestinale. Quando ipertonia e ipercinesi sono in rapporto con fatti di ipertonia generale del sistema parasimpatico i rimedi più importanti sono l'atropina e l'adrenalina.

Digitized by Google

L'atropina esercita azione paralizzante sulle terminazioni nervose del vago, e viene usata abitualmente alla dose di un milligrammo circa come rimedio ideale nella pratica corrente in tutti i casi di spasmo per diminuire la secrezione e ridurre la peristalsi. Però l'esperienza clinica ha dimostrato che l'atropina, efficace in alcuni casi, riesce inutile in altri oppure può anche provocare azione opposta. Studi recenti danno ragione di questa incostanza di risultati e permettono di vagliare meglio le indicazioni del rimedio e il campo della sua applicazione terapeutica. Magnus ha dimostrato inesatta la concezione generalmente diffusa fra i medici che l'atropina nelle dosi usate in terapia possa elidere l'innervazione della musculatura liscia lasciando intatta la eccitabilità della musculatura stessa. Per quanto riguarda lo stomaco e l'intestino è inesatto ritenere che con dosi terapeutiche si riesca ad eliminare l'azione del vago. Bayliss e Starling con esperienze relativamente antiche hanno già dimostrato che dopo l'azione dell'atropina si possono ancora ottenere coll'eccitazione del vago effetti manifesti.

L'azione sedativa dell'atropina sulla funzione motoria dello stomaco e dell'intestino sembra strettamente collegata al contenuto di colina di questi organi. Colina e atropina sono fra di loro nettamente antagonisti e bastano piccole dosi di atropina per elidere gli effetti della colina, per cui l'atropina agisce come sedativo per eccellenza nei casi nei quali il plesso di Auerbach è sotto lo stimolo della colina. Se mediante la lavatura si asporta la colina dall'intestino, l'atropina non solo perde la sua azione inibitrice sulla peristalsi ma rivela un'azione diametralmente opposta, eccitante, che scompare subito se si aggiunge nuovamente colina (Le Heux).

In realtà l'atropina esercita un'azione fondamentale eccitante sul plesso di Auerbach che in alcuni casi, quando il contenuto di colina è diminuito, può manifestarsi determinando l'azione inversa.

Otvos studiando il comportamento dell'atropina nei casi di spasmo pilorico da ulcera duodenale e da colelitiasi, ha rilevato che il rimedio vale a vincere lo spasmo e favorire lo svuotamento dello stomaco in genere soltanto nei casi in cui lo spasmo è di natura riflessa da colelitiasi. Per contro, quando lo spasmo è dovuto ad una irritazione profonda delle cellule gangliari del plesso corrispondente allo sfintere del piloro, quale si osserva nei casi di ulcera duodenale, specialmente se callosa, l'atropina determina una azione inversa con aumento del ristagno. Ed egli propone l'uso dell'atropina per la diagnosi differenziale fra le due forme di spasmo in casi dubbi.

Come corollario l'atropina è controindicata nei casi di ulcera callosa e di incipiente stenosi pilorica di natura organica e in genere in tutti i casi nei quali lo spasmo è provocato da una causa anatomica (infiammazioni, tumori) che determina già per sè un'ipereccitabilità delle cellule gangliari del plesso di Auerbach, perchè in queste circostanze si rende manifesta e si sovrappone ancora l'azione eccitante propria del rimedio tanto più evidente se si insiste nell'uso di dosi alte.

Praticamente si usano i preparati di belladonna galenici come l'estratto alcoolico secco alla dose di 5 milligrammi ripetuta cinque, sei volte nelle 24 ore; la bellafolina (Sandoz) — estratto totale degli alcaloidi della belladonna — a dose di un quarto, mezzo milligrammo due tre volte nelle 24 ore sotto forma di tabloidi o di soluzione.

Anche l'atropina in soluzione acquosa al millesimo sotto forma di solfato a dosi di un quarto di milligrammo pro dose ripetuta cinque sei volte nelle ventiquattro ore.

L'adrenalina modera o inibisce l'azione eccessiva sulla cinesi gastrica dovuta a prevalenza dell'azione del vago perchè come stimolante energico del simpatico, ne eccita la funzione inibitrice antagonista ristabilendo l'equilibrio funzionale.

L'adrenalina è più sicura che l'atropina nei suoi effetti, è scevra di inconvenienti ma di azione fugace. Si può usare per iniezione ipodermica alla dose di 10 gocce della soluzione officinale di cloridrato al millesimo diluita in 10 grammi di soluzione fisiologica sterile, oppure per bocca alla dose di 5 gocce per volta, tre, quattro, cinque volte al giorno. Fra i molti preparati opoterapici del commercio merita un cenno il biosurrenal che si dà alla dose di 10 gocce per volta, due, tre volte al giorno.

Nei casi patologici di spasmo localizzato, accanto all'adrenalina giova molte volte la papaverina, alcaloide dell'oppio che agisce sui muscoli lisci rilasciandoli e tanto più efficacemente se questi sono in istato di spasmo. Viene rapidamente distrutta nell'organismo e poco tossica si presta ad un largo uso; si prescrive sotto forma di cloridrato di papaverina a dosi medie di 0,02,-0.03 ma anche di 0,05 grammi ripetute più volte nelle 24 ore. Un preparato che deve la sua azione essenzialmente al contenuto in papaverina è la Spasmalgina Roche che si può prescrivere per via ipodermica e per bocca sotto forma di tabloidi.

Siccome la papaverina contiene nella molecola il radicale benzile e venne dimostrato che a questo radicale spetta specialmente l'azione spasmolitica, venne proposto il benzoato di benzile, prodotto chimico ben definito con indicazioni analoghe a quelle della papaverina. Si prescrive in soluzione alcoolica al 20 % in dosi di 20 gocce per volta ripetute tre, quattro volte nelle 24 ore. E' rimedio raccomandabile essenzialmente per la assoluta innocuità. Due fra le droghe comuni hanno qualche importanza per l'azione contro gli spasmi e meritano di essere ricordate per il poco costo e l'innocuità quasi assoluta: la canfora, che si trova associata alla papaverina nel Pericolo di Ingelheim e può essere data più volte al giorno per bocca sotto forma di confetti di questo preparato, e la noce moscata che, sotto forma di polvere in dose di 0.10 grammi ripetute più volte al giorno, possiede pure proprietà sedative particolarmente utilizzate contro lo spasmo vescicale.

BIBLIOGRAFIA

Hess. Vegetatives nervensystem u. verdaumsorgane, Springer, 1925. — Pal. Krampferscheintungen im Magen Darmkanal, Ibidem 1925. - Steindl. Ueber Darmspasmen, Idem 1924. — Biedi. Die nervose u. hormonale Beeinflussung d. Verdaumgsthatigkeith. M. Pules Leipzig 1922. — Gotfried Thorell. Zur innervation des Magens Münch. Med. Woch. n. 35, 1925. — Magnus. Die physiolog. und therap. Bedeutung d. Cholins für die Magendarmthätigkeit, Munch. Med. Woch. 1925, n. 7. — Klee u. Grossmann. Ueber die Klin. Brauchbarkeit d. Cholins, Ibid. n. 7. — Spatz u. Weichmann. Beob. üb. d. einfluss d. Cholins auf d. Magendarmkanal. Munch. Med. Woch. 1924, pag. 1425. — Otvos. Ueber die Diagnostich wert d. atropinprobe d. Pilorus, Klin. Woch. 1922, p. 362. — Id. Id. Beiträge zur Pharmak Beeinfluss d. Magenmotilität. Klin. Woch. 1925, p. 445. — Bickel. Zur norm. und path. Phisiologie d. mot. magenfunktion. Klin. Woch. 1925, pag. 225.

VARIA

I " tiranni domestici ". — G. Heuyer. *Pratique Médicale Française*, 1926, giugno.

Esistono degli individui che nella loro professione, nella loro vita sociale sono normali, ma, in famiglia essi divengono dei veri e propri tiranni, irritabili, minacciosi, violenti.

Questa perversione del senso morale, che potrebbesi denominare « *tirannia domestica* », poichè è strettamente localizzata alla vita famigliare si manifesta durante tutta la vita dei soggetti, sotto forma di egoismo e di malignità verso l'altro coniuge e verso i fanciulli. Qualche volta viene aggravata dall'alcoolismo, o da predisposizioni paranoiche che aggravano ancor più la situazione. La diffidenza e l'orgoglio, la tendenza alle false interpretazioni danno talora alla sindrome un aspetto nettamente patologico, che può persino rendere legittima la misura dell'internamento.

Tra i familiari ed il « tiranno » si stabiliscono delle particolari reazioni interpsicologiche, che portano agli odii domestici, e talora a delle vere tragedie, che resterebbero inesplicabili senza la conoscenza di questo tipo di psicopatia

La terapia non è facile.

Il medico, in questi casi, deve più dare dei consigli, che prescrivere una cura; deve chiarire ai famigliari la natura patologica delle manifestazioni tiranniche, evitare le reazioni dei congiunti che non farebbero che aggravare la situazione, rendendola più pericolosa. Si può talora consigliare l'allontanamento dei soggetti su cui più si dirigono le furie del « tiranno ». Il medico può inoltre esercitare una certa suggestione sull'individuo, intimidendolo o minacciandolo.

Prima di ricorrere all'*extrema ratio* dell'internamento, è necessario che abbia esperito tutti i tentativi, e si sia *personalmente* reso conto della gravità delle manifestazioni persecutorie, e della incorreggibilità del « tiranno ».

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I. — ANCONA

SOVRA UN NUOVO RIFLESSO COLICO
(Riflesso orto-colico)

per il prof. UMBERTO BACCARANI
Medico-primario e Direttore

Ho scritto « nuovo riflesso colico » in quanto non mi risulta che altri abbia descritto questo particolare riflesso del colon; almeno nell'aspetto e nella fisonomia clinica con la quale a me si è presentato.

Ecco di che cosa si tratta. Alcuni soggetti nel levarsi dal letto — cioè nel momento in cui essi passano dalla posizione orizzontale alla posizione in piedi — avvertono un bisogno impellente brutale di andare di corpo. E debbono in gran fretta soddisfare questo bisogno, che altrimenti sono presi da dolori colici e da forti borborigmi. La scarica alvina è costituita in primo tempo da materiale formato, poi da fecce pastose o liquide. Dopo questa scarica intestinale tutto rientra nella norma. Il fenomeno, presso a poco nella stessa forma, si ripete la mattina successiva e così per vari giorni di seguito. Poi tace per un periodo di qualche giorno, di qualche settimana, per ripresentarsi con il medesimo colorito clinico e durare più o meno a lungo.

Altro particolare importante di questo curioso riflesso colico è il seguente: se l'individuo, come avverte il bisogno di vuotare l'intestino, si rimette a letto, può, quasi sempre, fare tacere lo stimolo dell'evacuazione: stimolo che suole ricomparire non appena il soggetto ripete la manovra di abbandonare il letto.

Ritengo che a questo riflesso convenga l'appellativo di *riflesso orto-colico* e ne è evidente la ragione.

Analizziamo ora gli elementi che lo costituiscono, il meccanismo e il valore clinico.

***

Il riflesso orto-colico è molto più frequente nelle donne che negli uomini. E nelle donne specialmente in quelle che hanno partorito, cioè che presentano una discreta splancnoptosi.

In tutti i miei soggetti esistevano precedenti colitici; vale a dire stitichezza, stitichezza alternata a diarrea; un po' di muco nelle fecce, sensibilità abbastanza viva nella fossa ileo-cecale; crisi di meteorismo con borborigmi intestinali.

In qualche soggetto questa sindrome colitica era appena abbozzata.

Questi due elementi — splancnoptosi e sindrome colitica pregressa o in atto — mi sono sembrati inseparabili e indispensabili alla produzione del riflesso. Anche ho rilevato, in quasi tutti i miei pazienti, un certo grado di irritabilità nervosa.

***

Ecco una delle osservazioni più dimostrative, che riassumo volentieri, in quanto tutte le altre sono calcate sovra questo esemplare. Vedrà il Lettore, da questo caso, in che cosa consista, come si produca, quali sono gli elementi che nutrono il riflesso orto-colico.

Un giorno venne a farsi visitare nel mio Ambulatorio privato una distinta signora, colta, « nervosa », sui 40 anni, di ottima derivazione, che aveva partorito cinque volte. Per il passato aveva sofferto — e soffriva tuttora ogni tanto — di piccoli disturbi intestinali: stitichezza; diarrea episodica; fecce con un po' di catarro; senso di gonfiore al ventre. Da un anno e forse più la signora aveva osservato questo « fatto nuovo » per il quale era venuta a consultarmi.

Appena cioè discendeva dal letto veniva presa da un vago senso di malessere addominale, seguìto da qualche dolore di ventre, non di rado a tipo colico e poi da bisogno impellente di correre alla latrina. La scarica era dapprima formata, poi liquida e veniva come proiettata nel vaso della latrina. Più di una volta — appena discesa dal letto o ai primi segni dell'aura addominale — è ritornata in gran fretta sotto le coltri ed è riuscita a fare tacere ogni malessere del ventre e a sopprimere anche il bisogno di evacuare.

Questa medesima sindrome addominale — meno chiara e sopratutto incostante — la signora aveva notato anche in quelle giornate nelle quali si concedeva qualche ora di riposo nel pomeriggio.

Come ebbi inteso il racconto di questa curiosa sindrome colica da posizione — confermata anche dall'esame obiettivo, in quanto la signora aveva un abbondante splancnoptosi, — consigliai il seguente programma terapeutico.

1. Applicazione, innanzi di abbandonare il letto, di una fascia addominale elastica, così da impedire ai visceri, passando dalla posizione orizzontale alla posizione verticale, di discendere in basso. 2. Cura dietetica-medicamentosa per combattere la sindrome colitica. E pregai l'ammalata di riferirmi, dopo una mesata, intorno agli effetti di questo trattamento ortopedico-dietetico-medicamentoso.

La signora, dopo il mese di cura, mi raccontò che con la applicazione della fascia addominale era riuscita, come per incanto, a sopprimere il disagio addominale e il bisogno imperioso di correre alla latrina. E mi assicurò anche che dopo un certo periodo di tempo dalla cura dietetico-medicamentosa il « fenomeno curioso », — cioè il riflesso orto-colico — non l'aveva più sentito, anche se non prendeva la precauzione di applicarsi la ventriera prima di abbandonare il letto.

Ora questo racconto e questi fatti hanno valore di vero esperimento clinico e contengono gli elementi del meccanismo patogenetico e del valore diagnostico del sintomo in discussione.

***

Nessun dubbio che la ptosi addominale non rappresenti il primo e più importante fattore per la scarica del riflesso orto-colico. Durante il riposo della notte i visceri dell'addome ritrovano, o quasi, la loro posizione normale. Come il soggetto muta posizione — e cioè passa dalla posizione orizzontale, tenuta per parecchie ore e in perfetta quiete anatomica e funzionale, alla posizione verticale — tutti i visceri, quale più e quale meno, discendono in basso, dando origine a stiramenti e traumatismi dei filamenti nervosi, a modificazioni circolatorie, a segni di compressione interviscerale; in una parola a un vero e proprio traumatismo addominale endogeno. Nella grande maggioranza degli individui questo traumatismo endo-addominale del mattino è tollerato senza alcuna molestia, in quanto i visceri funzionano in istato di buon compenso e il soggetto ha normale il tono della vita vegetativa. Ma non sono punto rari i casi nei quali cotesta discesa rapida, brutale dalla massa addominale, provoca istantaneamente un riflesso, sopratutto a tipo motorio, sull'ultima parte dell'intestino crasso, donde il bisogno imperioso di correre alla latrina.

Ma perchè il fenomeno avvenga è necessaria una particolare sensibilità del colon. E' cioè necessario che il colon viva in condizioni patologiche poichè, come si sa dalla fisiologia (Luciani), l'intestino diviene sensibilissimo — cioè atto alle reazioni a piccolo a o lungo circuito — quando è infiammato o anche in istato di semplice irritazione. Ora, come ho detto, tutti i miei ammalati avevano sofferto di recente o portavano in atto una piccola sindrome colitica.

***

Ma non si verifica sempre il riflesso neppure quando si realizzano nello stesso soggetto tutte le condizioni del suo divenire: ptosi viscerale, sindrome colitica, stato nevrosico del paziente. Dico di più: sono molti, moltissimi coloro che presentano questa triade e nei quali non si osserva punto il riflesso. La natura, ha detto Leonardo, ha ghiribizzi, ed è grandemente variabile.

E allora ? Allora ci deve essere qualche altra ragione, non facilmente rilevabile con i nostri mezzi grossolani di ricerca, senza della quale — pure avendosi la base del riflesso — non si verifica il fenomeno.

Forse non si è lontani dal vero a sospettare una particolare alterazione dei filamenti nervosi, così da renderli più squisitamente sensibili al trauma ortostatico: una enteronevrite. La quale

Digitized by Google

enteronevrite, descritta con molti dettagli dal Loeper nelle malattie dell'apparato digerente, potrebbe rappresentare l'*ultimum movens* per la scarica del riflesso orto-colico.

Si tratta di una semplice supposizione. Ma è pure necessario legare il corpo patogenetico di cui ho detto, con una ipotesi che lo tenga unito, lo rinforzi e gli dia vita. La nostra mente si ribella ad accettare un fatto senza un tentativo d'interpetrazione completa e soggettiva. (Bacone).

***

Il fenomeno che ho tentato di abbozzare si allaccia — come ognuno sa — a quanto avviene in condizioni normali. Sono molti, moltissimi coloro i quali dichiarano che appena alzati sentono il desiderio di vuotare l'intestino. « Io vado come un orologio; appena alzato avverto il desiderio di andare alla latrina e soddisfo questa funzione puntualmente, tutti i giorni, alla stessa ora ».

E' molto probabile — la semplice educazione viscerale non basta da sola a spiegare questa regolarità di una funzione così complessa — è molto probabile, ripeto, che anche la « defecazione del mattino » sia la espressione di un riflesso ortocolico a tipo normale.

E' questione quindi di grado, essendo sempre uno il meccanismo produttore del riflesso.

Nei casi ordinari trattasi di riflesso a manifestazione silenziosa, con senso di benessere. Negli esemplari dei quali ho discorso, il riflesso orto-colico si scarica con violenza, brutalmente, così da costituire un aspetto patologico del fenomeno normale.

***

Io non so se sarò riuscito a dare un'immagine clinica abbastanza trasparente di questo curioso e interessante riflesso orto-colico e sopratutto non so se il Lettore sarà rimasto persuaso della interpretazione del meccanismo fisiopatologico del fenomeno.

Io penso che l'addome non ha i suoi visceri isolati e indipendenti gli uni dagli altri, con tutto attorno il vuoto; ma che una rete nervosa inestricabile, abbondante, di squisita sensibilità e di grande eccitabilità, li unisce e li salda in un tutto armonico donde la possibilità, a seconda dell'orientamento dei riflessi, di innumerevoli reazioni a distanza di aspetto variabilissimo.

Ed è funzione della Clinica di sorprendere e individualizzare questi diversi aspetti dei fenomeni morbosi.

PIO ISTITUTO DI S. SPIRITO ED OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

OSPEDALE DI S. MARIA DELLA CONSOLAZIONE
Reparti chirurgici diretti dal primario prof. dott. S. MUZI

SUL VALORE DIAGNOSTICO DELLA ERITRO-SEDIMENTAZIONE NELLE APPENDICITI.

per il dott. ANDREA VIOLATO
Aiuto chirurgo degli Ospedali Riuniti di Roma

Quando si aggiunge al sangue una sostanza anticoagulante, (fluoruro o citrato di sodio) e si inibisce in tal modo la coagulazione, si constata la precipitazione dei globuli rossi e la loro separazione dal plasma che può essere più o meno rapida. Tale fenomeno fu studiato per la prima volta da Fähraeus col nome di velocità di sedimentazione degli eritrociti o di eritrosedimentazione.

Le basi teoriche della diversità di velocità della sedimentazione degli eritrociti sono ancora oscure e non completamente studiate. Del pari sono controverse le teorie che si sono avanzate per spiegare la ragione per cui esiste una diversità fra individuo ed individuo, e specialmente nei diversi stati morbosi.

Osservando al microscopio una goccia di sangue di cui la velocità di sedimentazione è normale, si vede che i globuli rossi si riuniscono fra di loro secondo la classica disposizione a pila di monete mentre se si osserva una goccia di sangue di cui la velocità di sedimentazione è aumentata si constata che la riunione degli eritrociti avviene in masse irregolari più o meno voluminose. Per Clauser il fenomeno della eritrosedimentazione si svolge con due processi consecutivi: prima di agglutinazione, indi di precipitazione. Cevidalli distingue ancora nella agglutinazione una prima parte di semplice impilamento.

Le cause che producono il diverso aggruppamento degli eritrociti possono essere molteplici e in generale sono state riferite a modificazioni del plasma sanguigno che favorisce più o meno l'aggruppamento dei globuli rossi.

Höber e Mond ammettono che le modificazioni sostanziale degli eritrociti che inducono variazioni nella stabilità della sospensione di essi, siano in rapporto ad alterazioni chimiche del loro involucro. Essi avrebbero la possibilità di caricarsi dal plasma in cui sono immersi, di una maggiore o minore quantità di globulina, perdendo od acquistando, una equivalente quantità di albumina. Tali scambi avverrebbero attraverso lo strato superficiale dei globuli rossi.

Herzfeld e Klinger ammettono che nella instabilità della sospensione degli eritrociti, intervenga il comportamento dei polipeptidi della superficie dei globuli rossi di modo che la diminuzione di tali sostanze, ne favorirebbe l'agglutinazione.

Tra i fattori causali della diversità della sedimentazione degli eritrociti, è stata data molta importanza all'aumento del fibrinogeno e della globulina del plasma. Starlinger ha constatato che nei soggetti che presentano una velocità di sedimentazione accentuata, il plasma è più ricco di fibrinogeno e di globuline che il plasma normale. Detto autore inoltre mette in relazione l'aumentata disintegrazione di albumina nei tessuti e l'aumento del fibrinogeno nel plasma, ammettendo quindi un parallelismo tra processi distruttivi organici ed aumento della eritrosedimentazione. Per spiegare poi per qual meccanismo l'aumento del fibrinogeno e delle globuline del plasma acceleri la velocità di sedimentazione delle emazie, si ammette dai più (Fähraeus, Höber etc.) che gli eritrociti siano dotati di una carica elettrica negativa mentre il fibrinogeno e le globuline del siero abbiano una carica elettrica positiva. La proporzione normale tra i due elementi fa sì che i globuli rossi in un soggetto normale, posseggano una determinata velocità di sedimentazione dovuta alla reciproca influenza delle loro proprietà elettriche. Nei soggetti in cui la velocità di sedimentazione è aumentata, ciò sarebbe dovuto, secondo detti autori, ad una diminuzione o perdita della carica elettro-negativa dei globuli rossi per la comparsa nel plasma di quantità eccessive di fibrinogeno dotato di carica elettrica opposta. In tali condizioni, perduto l'equilibrio elettrico normale, si ha una accelerata sedimentazione visibile macroscopicamente, tanto più accentuata quanto più ci si allontana dal punto isoelettrico normale.

Le esperienze di Höber hanno dimostrato che se si agita il sangue con particelle minute di sostanze dotate di proprietà elettro-positive (carbone animale, talco, caolino, etc.) si può diminuire la velocità di sedimentazione degli eritrociti. Viceversa se si agita il sangue con sostanze dotate di qualità elettro-negative (idrossido di ferro) si può constatare un aumento della velocità di eritrosedimentazione.

Le nostre conoscenze sulle complesse questioni che si riferiscono allo stato colloidale ed elettrico dei diversi elementi del sangue, sono ancora molto incerte, e i risultati sono diversi. Però nello stato attuale, per i fini pratici, si può convenire che esiste un parallelismo tra aumento del fibrinogeno del sangue ed aumento della eritrosedimentazione.

La velocità di sedimentazione nel soggetto normale, oscilla entro determinati limiti; essa ha un carattere individuale, ma le variazioni individuali non sono molto appariscenti. Essa varia in seguito all'ingestione dei cibi, è nulla nel feto (Gaifami) e nei bambini al disotto di un mese di vita (Gyergy). Nella gravidanza a partire dal 3° mese, si osserva un aumento della eritrosedimentazione che si va facendo sempre più notevole al momento del parto (Gaifami). Nel puerperio normale si ha graduale ritorno alla norma (Clauser). Nelle diverse infezioni acute o nei processi infiammatorii cronici che si accompagnano a notevole deperimento o dimagramento come negli stati terminali della tubercolosi, la eritrosedimentazione è in generale aumentata. Onde può ritenersi che la intensità e la velocità della eritrosedimentazione, esprima in generale un processo di aumento metabolismo delle sostanze proteiche nell'organismo.

I metodi di determinazione della eritrosedimentazione, sono diversi ma principalmente uno è in maggior uso per la sem-

Digitized by Google

plicità della sua applicazione quello di Westergreen. Esso consiste nell'introdurre una certa quantità di sangue mescolato con una certa soluzione di citrato di sodio ad una data concentrazione, in tubi di calibro costante ed uniforme, ed attendere la precipitazione dei globuli rossi e la loro separazione dal plasma seguendo di ora in ora, la gradazione della sedimentazione. L'apparato, molto semplice, consiste in uno o più tubicini di vetro di due o tre millimetri di diametro tenuti verticalmente; delle due estremità la inferiore è tenuta fissa con un cuscinetto di gomma mentre sulla superiore si esercita una certa pressione in modo che il liquido introdotto nel tubo non sfugge dall'estremità inferiore. Nel dispositivo usato da Katz, i tubi sono della lunghezza di 30 cm. e del diametro di 2 mm. 1/2; questi tubi almeno per la lunghezza di 10 cm. dall'estremità superiore sono graduati in 200 divisioni, cioè ogni spazio fra due divisioni contigue segna un mm. di lunghezza. Nella tecnica usata da Linzenmeyer, i tubi sono molto più corti (6 cm.) e ciò può essere un inconveniente, perchè in tal modo non si possono apprezzare le piccole variazioni della velocità di sedimentazione. Nelle osservazioni da me praticate mi son servito dei tubi di 30 cm. secondo Katz. Con una siringa di 2 cm. cubici graduata al decimo di cm. cubici ed esattamente calibrata, si aspira una soluzione di citrato sodio al 3.8 % fino alla divisione 4, cioè si aspirano 0,40 di cm. cubico di detto liquido, indi si aspira il sangue da una vena della piega del gomito dell'individuo da esaminare, fino a completare i due centimetri della capacità della siringa. Si versa il sangue citratato, così ottenuto, in una capsula di porcellana ben secca, si agita, si aspira con una siringa 3 o 4 volte per mescolare bene la miscela, indi con il tubo capillare da saggio, si aspira fino al segno O che è il segno superiore della scala millimetrata, si colloca sul cuscinetto di gomma mantenendo il tubo con una pressione esercitata sull'estremità superiore e si nota esattamente l'ora. Dopo un'ora si fa la prima lettura segnando la cifra segnata dalla scala millimetrata dove i globuli rossi sono in precipitazione nettamente separati dal soprastante plasma. Al termine della seconda ora, si fa una seconda lettura terminando la nuova cifra indicata. Se indichiamo con a) la cifra ottenuta la prima ora e con b) quella ottenuta nella seconda ora la velocità di sedimentazione è data dal rapporto $\frac{a+b}{2}$, poichè le cifre ottenute corrispondono a due letture di determinati valori in due ore, e perciò la media di ciascuna di esse si ottiene dividendo il numero che ne risulta per 2.

Le cifre definitive, ottenute, non danno che un valore empirico riferibile al metodo: occorre perciò perchè i risultati di diverse osservazioni siano comparabili, che si usi sempre lo stesso metodo, ciò che bisogna tenere presente quando si vogliono confrontare i risultati forniti dai diversi autori. E' necessario riferire la velocità di sedimentazione almeno a due ore e non a un'ora sola, perchè si è constatato che il processo della sedimentazione non decorre in modo uniforme, nella prima ora si ha una brusca precipitazione dei globuli rossi, e nella seconda ora un comportamento molto più lento, nè è possibile comparare i risultati nella prima ora solamente, perchè in tale tempo la precipitazione globulare non si è compiuta completamente. Altro fatto che bisogna tenere presente è di mantenere una temperatura ambiente costante ed uniforme perchè un aumento della temperatura favorisce la velocità della sedimentazione.

Il valore normale della velocità di sedimentazione da me ottenuto in individui normali, in buone condizioni di salute, al mattino, a digiuno, ed a riposo di almeno 12 ore, varia da 5 a 10 divisioni, con il metodo sopradetto; cioè la separazione tra globuli rossi e plasma limpido soprastante, si legge fra la divisione 5 e 10 della scala. Nell'uomo ha un valore superiore che nella donna, nella quale è aumentato durante il periodo mestruale. In questi casi ho ottenuto valori fino al N. 14; al disopra di questo limite si può dire che la eritrosedimentazione, sia aumentata per cause patologiche.

Nella diagnostica chirurgica, la eritrosedimentazione è stata studiata da alcuni Autori. Troise e Manuel l'hanno applicata nelle affezioni del fegato per differenziare le cisti da echinococco dai tumori maligni. Secondo questi Autori una eritrosedimentazione aumentata in soggetti anche in buono stato generale, deve far pensare ad un tumore maligno, mentre una eritrosedimentazione normale, ne elimina il sospetto. Quando però la cisti da echinococco è suppurata, la eritrosedimentazione è aumentata, e quindi il segno diagnostico differenziale perde ogni valore che di per sè stesso è minimo in quanto che altre prove di laboratorio (fissazione del complemento, intradermoreazione di Casoni) indirizzano direttamente verso la diagnosi di cisti da echinococco.

In ginecologia la eritrosedimentazione è stata studiata da Haause, Gaifami. Lynzemmeyer, Gotter. Risulta che i processi flogistici annessiali determinano un aumento della eritrosedimentazione. Nei carcinomi dell'utero è anche aumentata, tanto più quanto è esteso il processo neoplastico, e specialmente quando esso è ulcerato.

Io mi sono occupato di ricercare la velocità di sedimentazione nel decorso delle appendiciti, seguendo il comportamento di essa, insieme ad altre indagini di laboratorio, che esprimono la presenza di un focolaio suppurativo nell'organismo, quali la leucocitosi e la formula leucocitaria. Ho così studiato 103 casi di appendiciti, che dal punto di vista clinico e dal controllo operatorio, possono dividersi nei seguenti modi:

Colica appendicolare all'inizio, in cui si osservò all'operazione immediata, il referto anatomico della semplice appendicite catarrale acuta. In questi casi la eritrosedimentazione prima della operazione, diede valori normali, o lievemente aumentati; ma non superiori (col metodo di Katz) ai 20 mm. della scala millimetrata. In due casi in cui l'operazione non fu immediata, ma a scopo di migliore accertamento diagnostico si attese prima di operare, fino al giorno seguente e fu possibile constatare che la velocità di sedimentazione, normale all'inizio dell'attacco stesso, aumentò gradatamente, e parallelamente allo svolgersi dei sintomi clinici (dolore sempre più intenso, difesa addominale, localizzata, iperestesia cutanea, febbre, aumento di frequenza del polso). In tutti questi casi, di semplice alterazione catarrale, si constatò che la formula leucocitaria o non era variata affatto, o lo era di poco, con i caratteri della iperleucocitosi polinucleare ed in rapporto alla intensità della reazione flogistica del peritoneo appendicolare; e sempre con decorso parallelo ai valori ottenuti dalla eritrosedimentazione.

Dopo l'operazione, si osservò costantemente un aumento di velocità di sedimentazione; di lieve grado nei casi in cui prima dell'operazione essa era stata normale; in grado maggiore nei casi in cui era già aumentata, e ciò per un breve periodo di circa 5 o 6 giorni ed ancora con un decorso parallelo alle variazioni della formula leucocitaria e dal punto di vista clinico, corrispondente alle lievi elevazioni febbrili post-operatorie. Che l'intervento operatorio (trauma, assorbimento di prodotti asettici) all'infuori di ogni processo suppurativo possa produrre di per sè stesso un aumento passeggero della eritrosedimentazione è stato da me constatato, in un certo numero di interventi completamente asettici, specialmente sulle ossa. Onde bisogna riferire in questi casi esclusivamente all'operazione i maggiori valori constatati dopo l'intervento. Nei casi guariti per prima, la velocità di sedimentazione tornò nei limiti normali a guarigione asettica ottenuta; mentre in 5 casi si ebbe suppurazione parietale più o meno diffusa, e quindi la eritrosedimentazione persistette aumentata durante tutto il tempo necessario alla guarigione per granulazione della ferita operatoria, decrescendo gradatamente con il ridursi in estensione ed in intensità del focolaio suppurativo.

Appendicite acuta suppurativa e gangrenosa con ascesso periappendicolare. In 8 casi in cui l'operazione dimostrò tale stato anatomico e clinicamente essi si presentavano con i sintomi di una peritonite circoscritta acuta della fossa iliaca destra la eritrosedimentazione si mostrò notevolmente e costantemente aumentata. Io ho ottenuto valori da 44 a 65, valori corrispondenti ad un'elevata iperleucocitosi polinucleare (fino a 50.000). La operazione (incisione dell'ascesso, svuotamento della raccolta purulenta) determinò quasi immediatamente un abbassamento del valore della eritrosedimentazione, parallelo anche in questi casi alla diminuzione graduale della iperleucocitosi. Ho rilevato pertanto in questi casi che la eritrosedimentazione diminuisce prima che si abbia una diminuzione del numero dei leucociti, ed in grado maggiore subito dopo evacuato l'ascesso; già alla decima ora dopo l'incisione e drenaggio, in due casi con eritrosedimentazione alta (65 e 55) essa era ridotta alla metà, mentre la leucocitosi si manteneva ancora alta, e tale si mantenne per alcuni giorni dopo l'intervento. Dopo questa rapida discesa della eritrosedimentazione, i valori di essa e quelli dati dalla leucocitosi, dimostrarono un comportamento parallelo nell'ulteriore abbassamento.

Nella peritonite acuta diffusa, di origine appendicolare (casi operati n. 4) si ebbe il medesimo comportamento della eritrosedimentazione come nelle lesioni circoscritte di cui si è fatto cenno; ma l'aumento dei valori segnò limiti ancora più elevati (fino a 75 divisioni). Nulla è pertanto caratteristico circa la origine della peritonite; oltre che nelle forme appendicolari la e-

Digitized by Google

ritrosedimentazpone è stata da me trovata elevata anche nelle peritoniti da perforazione, ed in grado pressochè uguale (ulcere gastriche e duodenali ed in quelle da diffusione di origine genitale). Anche in questi casi si ebbe un parallelismo della eritrosedimentazione ed iperleucocitosi; senza però che si possa stabilire sempre una corrispondenza tra numero di leucociti e valori dati dalla scala millimetrata nella prova di sedimentazione. In casi in cui la iperleucocitosi mancò o non fu elevata; e ciò fu interpretato insieme ad altri sintomi clinici come una reazione mancata dell'organismo alla infezione; se si manifestò l'esito letale, la eritrosedimentazione si mantenne sempre elevata, da conseguire valori molto alti anche poco tempo prima della morte.

Nei casi non sottoposti ad operazione, durante il periodo dell'attacco acuto o perchè venuti all'osservazione oltre le 35 o 48 ore o per altre ragioni, e poi furono operati a freddo, si notò costantemente una elevazione della velocità di sedimentazione nei primi 3 o 4 giorni dall'inizio, dell'attacco, ed anche qui parallelamente alla elevazione della leucocitosi polinucleare; man mano che i fenomeni acuti diminuirono di intensità, le due manifestazioni ematologiche eritrosedimentazione e polinucleosi, andarono gradatamente diminuendo ma la velocità di sedimentazione diminuì più precocemente e di valori maggiori di quella che non fosse per la leucocitosi. Nel periodo in cui l'andamento dei sintomi clinici consigliò la appendicectomia a freddo, l'esame della eritrosedimentazione e della leucocitosi, diede valori normali o di poco superiori alla norma.

***

La velocità di sedimentazione, per quanto, risulta dalle mie osservazioni, offre un comportamento analogo a quello della leucocitosi, nei casi in cui è presente un focolaio suppurativo nell'organismo, intraperitoneale, quale quello di una flogosi appendicolare, in vario grado ed estensione. Come ho rilevato non ha alcun valore la sede iniziale della infiammazione; essa può essere di origine appendicolare, come di altra origine viscerale (ascessi pericolecistitici, peritoniti circoscritte o diffuse da perforazioni, peritoniti da origine genitale). Ha invece molta importanza la sede intraperitonale delle infiammazioni, perchè nei casi in cui la sede delle infiammazioni era extraperitoneale, pur avendo ottenuti valori abbastanza elevati per la iperleucocitosi, la sedimentazione si vide elevata di poche unità. Credo quindi che la variazione della eritrosedimentazione, debba essere in rapporto con l'elevato potere di assorbimento della sierosa peritoneale, proprietà la quale rende possibile che sostanze tossibatteriche in notevole quantità, vengano rapidamente portate in circolo modificando i caratteri fisico-chimici del sangue in grado maggiore di quello che non possa verificarsi per un focolaio suppurativo sviluppatosi fuori della cavità peritoneale.

L'aumento della velocità della eritrosedimentazione, non è pertanto esclusiva delle raccolte essudative intraperitoneali. Il sangue versato in grande quantità, e rapidamente come nell'emoperitoneo, dà ugualmente un aumento della velocità di eritrosedimentazione, ed io nelle inondazioni peritoneali emorragiche da gravidanze extrauterine o da rottura della milza ho trovato parimenti valori che arrivano fino a 50,55 divisioni della scala di Katz. Tale aumento della velocità di sedimentazione. nelle inondazioni peritoneali, è precoce, perchè ho constatato tali cifre nello spazio di 2 o 3 ore dopo la rottura tubarica di una gravidanza extra-uterina. Essa diminuisce altresì rapidamente, dopo l'operazione, quando vuotata la cavità peritoneale dei coaguli del sangue liquido, questo non è più in rapporto con la sierosa. E' quindi indubbio che anche i prodotti albuminoidei del sangue, asettici, quando si trovino nel cavo peritoneali e siano assorbiti in quantità più o meno notevoli, danno le medesime variazioni fisico-chimiche che possono essere causate da assorbimento dei prodotti settici di un focolaio suppurativo intraperitoneale. Al contrario, negli ematoceli pelvici incistati, anche questi di origine da gravidanza extrauterina, in cui la sacca ematocelica si è formata gradatamente e durante la sua costituzione si è rivestita di essudati fibrinosi che la isolano sempre di più dalla sierosa peritoneale, non si è notato alcun aumento della eritrosedimentazione; ciò che conferma che in tal caso manchi l'assorbimento delle proteine del sangue versato, sia perchè la quantità di sangue raccolta è piccola; sia perchè il sangue stesso rimane isolato in una cavità che non è dotata di alcun potere di riassorbimento. Tale osservazione conferma l'ipotesi di Starlinger che sia la fibrina del sangue quella che ha un grande valore nel determinare un aumento della velocità di sedimentazione; mentre sembra di dovere escludere che ciò sia un effetto della stimolazione degli organi ematopoietici, per la anemia causata dal versamento emorragico peritoneale. In due casi di anemia acuta esterna. da me osservati, per ferite della femorale, non si ebbe in alcun modo aumento della velocità di sedimentazione.

In quanto poi ai rapporti fra eritrosedimentazione e leucocitosi appare indubbio che i due fenomeni ematologici, siano dovuti alla medesima causa; però essi possono coesistere indipendentemente l'uno dall'altro come risulta dalle mie osservazioni. Io credo che mentre la eritrosedimentazione è determinata da fenomeni di assorbimento di prodotti proteici (batterici od asettici) la modificazione della formula leucocitaria rappresenti una reazione degli organi ematopoietici allo stimolo tossibatterico. Come ho precedentemente riferito nelle peritoniti circoscritte basta un semplice vuotamento dell'ascesso perchè la eritrosedimentazione desse quasi subito valori notevolmente decrescenti, mentre la curva leucocitaria corrispondente alla reazione generale dell'organismo si mantenne alta per un periodo di tempo relativamente lungo; e nelle forme di peritoniti acute diffuse, in cui la flogosi peritoneale è tale da causare l'assorbimento notevole di prodotti tossibatterici senza che fosse presente una reazione varia dell'organismo tanto che si ebbe l'esito letale la leucocitosi mancò e si mantenne relativamente bassa.

Tali considerazioni danno ragione all'ipotesi di Semmler che l'essenza della eritrosedimentazione consiste per quanto riguarda la sua maggiore o minore velocità, in un perturbamento di rapporti fra siero ed emazie, determinato dal disfacimento albuminoideo in grado maggiore o minore, dell'organismo (come nelle forme tubercolari) o dei prodotti in suppurazione di cui l'organismo assorbe i prodotti.

L'assorbimento può essere più o meno intenso, in grado notevole quando si tratta di deperimento progressivo dell'organismo stesso, o di prodotti di disintegrazione dell'essudato peritoneale, e ancora, dei prodotti asettici delle proteine del sangue stesso nei versamenti ematici; ma in ogni caso è tale da determinare la rottura dell'equilibrio nella sospensione normale nel siero degli elementi morfologici del sangue.

Per i fini pratici, per quanto riguarda il valore delle eritrosedimentazione nelle appendiciti, (messi da parte anzitutto quei casi in cui la eritrosedimentazione è aumetata per un versamento emorragico peritoneale, e in cui la diagnosi è facile per la coesistente anemia acuta) essa può essere un buon mezzo diagnostico per potere determinare se nell'organismo esista o meno un focolaio suppurativo a sede intraperitoneale. In realtà, noi ci serviamo molto più agevolmente in tali casi, dell'esame della formula leucocitaria e della polinucleosi; ma la eritrosedimentazione può essere utile al medico pratico lontano dalla possibilità di praticare l'esame del sangue perchè è un metodo semplice di indagine che non richiede l'uso del laboratorio e del microscopio, può essere utile nel dare ragguagli sul decorso e sul prognostico dell'appendicite, e per potere specialmente determinare quando sia indicata l'operazione a freddo.

NOTE DI PATOLOGIA GENERALE

Sul contenuto in acido lattico del liquido cerebro - spinale.— R. Scheller, Ospedale München-Schnabing. *Münch. Mediz. Woch.*, 1926, n. 40.

Il contenuto in acido lattico del liquor normale sta tra 9 e 15 mmg per cento grammi.

Il tasso di acido lattico nel liquor corrisponde a quello del sangue, e segue anche le oscillazioni di questo, ma in modo più lento.

Lo zucchero che nelle meningiti e nei tumori delle meningi sparisce dal liquor, vi si ritrova quantitativamente come acido lattico.

La glicolisi è attuata, in questi casi, dai batterii, dalle cellule di pus, e dalle cellule dei tumori; ed il fermento glicolitico sembra essere in connessione con le modificazioni vitali di queste cellule.

Digitized by Google

RIVISTE SINTETICHE

L'INFLUENZA NEI BAMBINI

Per lungo tempo si è ritenuto che i bambini più piccoli siano risparmiati dall'influenza, o per lo meno ne siano colpiti in modo più lieve; invece ora è accertato (Wirt, Spiegelberg, Achard, Abt, Pacchioni, Cannata, Berton, Finizio, Comby, Macciotta) che l'influenza colpisce i bambini in qualsiasi età in una percentuale eguale, se non maggiore, a quella degli adulti; la maggiore frequenza pare si abbia dalla nascita ai tre anni (Macciotta). La mortalità media osservata è del 9.25 %, è più alta tra i bambini appartenenti a classi sociali più povere, con un livello di vita igienica molto basso, con cattiva od insufficiente alimentazione, e tra i bambini con tare organiche importanti.

Le forme semplici sono relativamente rare, più frequenti le complicanze bronchiali e polmonari, e le gastroenteriche.

***

Etiologia. Quanto alla etiologia, poichè in moltissimi casi di influenza clinicamente conclamata non si riesce ad isolare ed a coltivare il bacillo di Pfeiffer, diversi osservatori hanno invocato l'intervento per l'influenza di un virus filtrabile (Obitsky e Gates) o dello pneumococco (Suzuki). Non è neppure da escludere (Macciotta) che la questione possa risolversi ammettendo uno speciale pleiomorfismo del bacillo influenzale, in rapporto a speciali condizioni e terreni, il che potrebbe anche darci ragione di certi legami apparentemente strani tra l'influenza ed alcuni altri processi morbosi. Tuttavia le prove di agglutinazione portano elementi di non dubbio valore in favore della specificità del bacillo di Pfeiffer; molto incerte sono invece le prove della deviazione del complemento.

Quanto all'immunità conferita dalla influenza, è ormai accertato che essa è di assai breve durata, e che è possibile essere successivamente colpiti dalla malattia ad assai breve distanza di tempo; qualche volta, per altro, vengono scambiati per attacchi influenzali delle banali manifestazioni reumatiche o di altra natura.

Decorso. Neppure nei bambini si conosce con precisione la durata del periodo di incubazione dell'influenza; l'esordio è generalmente caratterizzato da brividi, senso di malessere, cefalea, vomito, inappetenza, inquietudine notevole. Poichè questi caratteri sono comuni anche ad altre forme morbose, la diagnosi precoce è talora difficile, e qualche volta impossibile.

Burnet distingue tre tipi fondamentali di manifestazioni influenzali nei bambini: *catarrale, cerebrale, colico*. La temperatura si aggira generalmente intorno ai 39°; molta molestia danno ai bambini i dolori muscolari ed ossei, e la tosse; qualche volta essi presentano fenomeni di depressione nervosa (sonnolenza), e reazione delle ghiandole sottomascellari. Il polso appare in molti casi piccolo, molle, celere, non in accordo con le condizioni generali e con la temperatura.

La durata media delle forme semplici (meno frequenti) è di 4-6 giorni.

Neppure i lattanti sono immuni; quelli al seno, senza tare organiche o costituzionali, resistono meglio di quelli allattati artificialmente; il decorso è, in genere, analogo a quello osservato nei più grandicelli.

Complicanze. Una complicanza molto frequente è la *roseola* influenzale, la quale può talora indurre in confusioni diagnostiche (tifo, morbillo, scarlattina).

Spesso alcune malattie esantematiche coincidono con l'influenza nei bambini, particolarmente il morbillo e la scarlattina, tanto che il Franciosi si è domandato se l'influenza non rappresenti un quadro intermedio tra il morbillo e la scarlattina, ed il Macciotta ritiene possibile che l'influenza possa appartenere alla stessa categoria di malattie da virus filtrabili, cui forse appartengono morbillo e scarlattina.

Le complicanze a carico dell'*apparato respiratorio* sono presenti circa nel 60 % dei bambini colpiti (Macciotta), non considerando tra esse la coriza, la tracheite e la laringite, che per la loro costante presenza vanno considerate più come manifestazioni del quadro generale, che come complicanze; le laringiti assumono talora aspetto e gravità preoccupanti, sopratutto per l'insorgere di manifestazioni crupali; d'altronde molti (Klatz, Deussine) ammettono che l'influenza prepari il terreno a più gravi manifestazioni della difterite, (partecipazione del miocardio, debolezza acuta, etc.), mentre dopo una difterite, l'influenza decorrerebbe più benignamente.

Le complicanze più importanti a carico dell'apparato respiratorio sono costituite da bronchiti, congestione polmonare, edema polmonare, bronco-polmoniti, polmoniti lobari, pleuriti. I caratteri generali della broncopolmonite grippale nei bambini, se richiamano in genere quelli delle manifestazioni comuni, sono caratterizzati, in linea di massima, da una tendenza a maggiore gravità, dalla pluralità dei focolai, e dalla facilità con cui essi confluiscono fino a dare anche delle manifestazioni pseudolobari.

L'esistenza di manifestazioni polmonari grippali, non rilevabile clinicamente, può essere talora rilevata dall'indagine radiografica (Suzuki, Segana), che rende quindi inestimabili servizi.

Talora si verifica una forma di polmonite asfittica acutissima, che trae generalmente a morte i piccoli infermi. Frequentemente il quadro influenzale è accompagnato, o meglio seguito da *manifestazioni pertussoidi*: piccoli colpi di tosse, che man mano aumentano di intensità, di durata e di numero, fino ad assumere il noto quadro spasmodico, asfittico, con due o tre riprese, accompagnate dal caratteristico vomito e dall'urlo della pertosse, dalla proiezione della lingua fuori dell'arcata dentaria, emorragie, etc.

Non si può, per altro, convenire con quegli autori (Bakmann e Burghard) che ritengono che i cosiddetti bacilli della pertosse non possano in alcun modo essere distinti da quelli dell'influenza.

Il Macciotta ha, infatti, con la più attenta osservazione delle manifestazioni, in base alle ricerche batteriologiche ed al decorso ulteriore, potuto stabilire alcune caratteristiche differenziali tra queste manifestazioni pertussoidi e la vera pertosse.

Il *sistema linfatico* è colpito dall'influenza, nei bambini, in misura più o meno grave; si hanno reazioni ghiandolari cervicali, sottomascellari, mediastiniche, ilari, tracheo-bronchiali, di cui è possibile escludere la natura tubercolare o luetica.

Il quadro dell'adenopatia influenzale è caratterizzato nelle sue linee generali da temperatura serotina, a tipo pseudotubercolare, aggirantesi tra 37°,5 e 38°, senza sudori notturni; si hanno frequenti manifestazioni pertussoidi, qualche volta si ha epistassi e tirage, dovuti ad evidenti fenomeni di compressione mediastinica, aumento del circolo venoso collaterale superficiale, comparsa di ipofonesi nelle regioni paravertebrali e nel mediastino anteriore.

Caratteristiche particolari sono la rapida defervescenza dei sintomi, e la negatività di tutte le indagini relative alla esistenza della tubercolosi.

Esistono varii tipi di adenopatia influenzale tracheo-bronchiale, che è la forma più importante, e che si presenta con una notevole frequenza; è legittima quindi l'indagine sistematica dell'ilo e del mediastino, specialmente radiologica, nei periodi successivi alle manifestazioni influenzali dei bambini, perchè ci possono fornire la spiegazione di certe manifestazioni oscure o sospette, e mettere in condizioni da poter lottare per prevenire l'impianto successivo, su questo terreno, di una infezione tubercolare.

Il *cuore* dei bambini risente relativamente poco del processo influenzale; in genere l'endocardio è rispettato; minore resistenza oppone il miocardio che soccombe qualche volta a fenomeni di insufficienza acuta, sempre però, con minor frequenza che nell'adulto; spesso si tratta solo di fatti transitorii da tossiemia.

Frequentissime sono la tachicardia e l'aritmia; vario il comportamento della pressione sanguigna.

Tra le complicazioni *gastro-enteriche* vanno ricordate il vomito (che, per altro, può considerarsi come una manifestazione costante), i dolori colici senza netta localizzazione, accompagnati e seguiti, per lo più, da scariche diarroiche più o meno liquide, che, specialmente nei lattanti, possono assumere la forma di una gastro-enterite acuta.

Più che di vere localizzazioni bacillari (non è mai stato possibile isolare dalle feci il bacillo di Pfeiffer), è lecito ammettere che si tratti di fenomeni tossici. Le ricerche batteriologiche e sierologiche potranno volta a volta farci escludere la dissenteria, il tifo, etc.

Anche l'ittero catarrale può rappresentare una complicanza dell'influenza infantile. Le complicanze a carico del sistema *urinario* non appaiono molto frequenti nei bambini: si tratta per lo più di albuminuria con cilindruria; è verosimile che oltre all'azione tossica generale, i bacilli ne esercitino una diretta sugli epitelii renali.

Altre complicanze possono provocarsi a carico dell'*orecchio* (otite media grippale), della *mastoide*, del *testicolo*, del *sistema osseo-articolare* (osteomielite, coxite, dolori articolari), delle *ghiandole endocrine* (surreni, tiroide) etc.

A carico del *sistema nervoso*, le complicanze sono così numerose e frequenti, che è stato descritto un « tipo nervoso » della influenza infantile.

Oltre al vomito, alla cefalea, all'agitazione (o prostrazione) e al delirio che sono fenomeni costanti, si possono osservare, con maggiore o

Digitized by Google

minor frequenza, dispnea tossica di origine bulbare, poliuria nervosa, convulsioni eclampsiche generalizzate.

Nel liquido cefalo-rachidiano si riscontra diminuzione di albumina, che Mestrezat considera come indice di intossicazione. Ma le più frequenti e di gran lunga le più gravi complicazioni nervose dell'influenza sono costituite dalle *meningiti,* che colpiscono prevalentemente i bambini al disotto dei due anni di età (79 % dei casi, secondo Rivers), e che danno frequentissimo esito letale (92 % secondo Rivers). Non è stato possibile stabilire in modo sicuro che esista una predisposizione alla insorgenza ed allo sviluppo di essa; nella maggior parte dei casi, nel corso di manifestazioni generali o bronco- polmonari influenzali, l'insorgenza di complicazioni meningee è preceduta nei bambini da un aumento della gravità delle condizioni generali, che culmina nel presentarsi della rigidità nucale, strabismo, frequente anisocoria, polso irregolare, Kernig, strie meningitiche del Trousseau, iperpiressia.

Una diagnosi differenziale con altre forme meningee (meningococcica, tubercolare) è possibile solo in base al reperto dei caratteri generali, chimici, citologici, microbiologici, culturali, del liquido cefalo-rachidiano che fluisce generalmente con pressione aumentata, ed appare torbido, opalino, e più spesso nettamente purulento; la sedimentazione lo rischiara, e vi si forma spesso un reticolo a maglie grossolane, ben diverso da quello caratteristico della meninigite tubercolare, e che trascina seco buon numero di elementi corpuscolati. Si riscontra polinucleosi prevalente (70-85 %); la presenza del bacillo di Pfeiffer è stata dimostrata sicuramente in un certo numero di casi, mentre in altri il reperto è stato di coccobacilli endocellulari, coccobacilli, diplo- e tetra-cocchi extracellulari, o di streptococchi a catene corte.

In qualche raro caso, il liquido cerebro-spinale rimane sterile, e non presenta neppure alterazioni patologiche. L'infezione grippale può inoltre esercitare una indiscutibile influenza sull'insorgere di vere e proprie meningiti tubercolari; non così per le meningiti luetiche.

Modificazioni ematologiche e del ricambio. Il *sangue,* nei bambini colpiti da influenza, subisce alcune modificazioni: in genere il reperto dei globuli rossi rimane normale; per i leucociti si riscontra leucopenia con linfocitosi prevalente nei casi non complicati, ed iperleucocitosi con polinucleosi nelle complicanze (Macciotta) specialmente a carico del sistema respiratorio.

La reazione del sangue che non appare modificata nei casi non complicati, subisce invece delle modificazioni in senso acidosico nelle complicanze polmonari ed intestinali e qualche volta nelle forti iperpiressie, segno di attivi processi anormali cellulari, e talora di deficiente funzione dell'emuntorio renale.

Il *ricambio azotato* appare normale nei casi non complicati; nelle complicanze bronco polmonari ed enteriche è più frequente l'esagerata eliminazione di azoto totale e di urea, in rapporto ad un più attivo comportamento patologico della attività cellulare.

Quanto ai prodotti intermedii del ricambio azotato, specialmente nei processi bronco-polmonari, nella fase acuta la creatina urinaria diminuisce, fino quasi a scomparire, mentre aumenta la creatinina. Nel periodo risolutivo si ha invece il processo inverso; nel sangue diminuiscono nella fase acuta tanto la creatinina che la creatina.

In molti casi di influenza infantile si riscontra anche acetonemia, ed acetonuria, che migliorano rapidamente con una terapia alcalina.

Il *tasso colesterinico* nel siero di sangue appare diminuito, e tende a riprendere il valore normale durante la convalescenza.

Nelle forme complicate a processi polmonari le siero-albumine si abbassano, mentre si innalzano i valori delle siero-globuline, fino al pareggio ed alla inversione del *quoziente proteico,* analogamente a quanto è stato verificato nelle infezioni streptococciche e nelle infezioni ed intossicazioni sperimentali. Queste potrebbero essere considerate come espressione di un processo reattivo organico di difesa.

Diagnosi — Prognosi — Profilassi e Terapia. Le lesioni anatomo patologiche nella influenza infantile sono scarse, data la abituale benignità della forma, mentre nei casi mortali l'esito più che ad una vera localizzazione del processo è dovuto in genere ad una grave tossiemia.

È stata osservata la tendenza alle lesioni emorragiche con congestioni generali dei visceri e spesso emorragie capillari, punteggiatura emorragica del cervello, emorragie della sostanza midollare delle capsule surrenali (Pepere-Polettini), etc.

Quanto all'*immunità postinfluenzale,* abbiamo già osservato a principio che essa è oggetto di molte discussioni, relativamente alla sua efficacia ed alla sua durata.

Raramente capiterà di dover fare una diagnosi differenziale, dubbio e confusione possono esistere all'inizio di una forma non complicata, col tifo, col morbillo, ed in qualche caso con una scarlattina, specialmente per la presenza di manifestazioni esantematiche scarlattiniformi, ma si verrà facilmente a capo della buona diagnosi, al più attendendo qualche giorno.

La natura non tubercolare o luetica della ipertrofia ghiandolare mediastinica sarà dimostrata oltrecchè dalla mancanza di dati anamnestici familiari ed individuali, dalla negatività delle rispettive reazioni biologiche, e dal criterio epidemiologico.

La *prognosi dell'influenza* è generalmente benigna anche nei bambini, gravi fenomeni tossiemici possono però aggravarla notevolmente. Un elemento prognostico assai importante è l'elemento costituzionale. Ed in ogni caso bisogna tener conto della possibilità di *conseguenze lontane* poichè l'organismo infantile col suo bilancio di accrescimento, con i suoi equilibrii instabili e facilmente turbabili, con la somma delle sue deficienze e della sua labilità è quello che meglio si presta all'impianto di alterazioni di una certa gravità. Così si spiega come circa il 50 % dei bambini affetti da influenza, presenta degli *esiti lontani,* tra cui hanno prevalenza le forme anemiche e quelle tubercolari, spesso tra loro associate (Macciotta).

La *profilassi* rappresenta un problema di ben difficile soluzione in presenza di una malattia estremamente diffusibile come l'influenza.

Saranno evitati al più possibile i contatti con i familiari, e saranno attentamente sorvegliate le comunità scolastiche infantili.

Terapia: Aerazione degli ambienti di degenza, riposo a letto, collutorii.

Nelle manifestazioni generali, moderate dosi di salicilici e di chinino. Una buona formula è questa :

Chinino	cgr. venti
Salofene	» quindici
	(Macciotta)

Si somministreranno inoltre per via orale, 6-7 gocce di cloridrato di adrenalina 1 % nelle 24 ore.

L'alimentazione nel periodo acuto è prevalentemente lattea; nei bambini più grandicelli e senza complicazioni intestinali si potrà aggiungere qualche aranciata e qualche tuorlo d'uovo.

Nella convalescenza non va trascurata la somministrazione dell'olio di fegato di merluzzo, e di preparati iodici.

I risultati della vaccino e dell'autovaccino-terapia non pare possano anora uscire dallo stadio della sperimentazione. Risultati più certi si ottengono con la terapia aspecifica (latte sterilizzato, caseal, etc.), in una buona percentuale di casi.

Nelle enteralgie influenzali si applicano con vantaggio degli impacchi caldi sullo addome, e si può somministrare qualche goccia di solfato di atropina (1 ctgr. in 20 gr. d'acqua).

Nelle meningiti influenzali si è tentata con esito incerto, l'introduzione endorachidea di sieri polivalenti. In genere, la terapia delle altre forme è prevalentemente sintomatica.

V. M. Palmieri

BIBLIOGRAFIA

Abt e Trumper. American Journal of Diseases of Children, 1921, n. 5, vol. 21. — Achard. Bulletin de l'acad. de médecine de Paris, 1919, 18 marzo. — Idem. Le nourrisson, 1919, n. 3. — Bachmann e Burgard. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1925, 5, vol. 39. — Burnet. Archives of Pediatry, 1926, n. 4. — Cannata. La Pediatria, novembre 1923. — Deussing. Medizinische Klinik, 1919, n. 1. — Francioni. Rivista di Clinica Pediatrica, 1920, pag. 355. — Idem. La Riforma Medica, 1919, n. 42. — Klotz. Berliner Klinische Wochenschrift, 1919, n. 18. — Macciotta. La Clinica Pediatrica, 1927, n. 1. — Pacchioni. Pathologica, vol. XI, n. 245. — Rivers. American Journal of Disease of Children's, 1922, vol. 24, n. 2. — Suzuki. Archives de médecine des enfants, 1922, fasc. 4-5.

Nel prossimo fascicolo pubblicheremo una lezione del prof. Sen. Davide Giordano: Sul contegno terapeutico preferibile davanti ad un caso di appendicite acuta ed un articolo del prof. Andrea Ferrannini dal titolo: Se possa ritardarsi la vecchiaia.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Iniezioni endovenose di violetto di genziana nella terapia della endocardite reumatica. — W. GUUN, Ospedale Pediatrico East London. *The Lancet*, 1927, n. 3.

L'A. esamina da un punto di vista critico la letteratura esistente, quasi esclusivamente americana, sulle iniezioni endovenose di violetto di genziana, e riferisce su dieci casi di endocardite reumatica, nei quali egli ha personalmente fatto uso di tale terapia dopo il fallimento della tonsillectomia e della cosiddetta cura specifica, allo scopo di prevenire o di signoreggiare l'infezione reumatica.

Servendosi di una tecnica prudente, questa terapia è sicura e facile; solo in due casi si è verificata trombosi della vena, ed in un caso vomiti; giammai fenomeni di cellulite o di sepsi.

Le prime volte l'Autore si è servito di un miscuglio di genziana e di metilvioletto in parti uguali, con aggiunta di una certa quantità di destrina; poi di una preparazione speciale in cui la destrina non entrava; la diluizione adoperata era quella del 0,25 % in soluzione fisiologica; poi si constatò che poteva adoperarsi come solvente anche la semplice acqua sterile. Le dosi di ciascuna iniezione erano variabili, in relazione specialmente al peso del soggetto, per non raggiungere dosi tossiche.

Nei dieci casi così trattati, otto migliorarono definitivamente, uno non parve ricevere alcun beneficio, uno infine morì prima che una cura completa potesse essere praticata.

Nel procedere a queste sue esperienze l'Autore è partito dal dato di fatto che il violetto di genziana ha un'azione battericida caratteristica per gli stafilococchi e gli streptococchi, pensando d'altra parte, che la febbre reumatica potrebbe esser dovuta ad infezione coccica, o che in ogni modo il trattamento in questione potrebbe avere su di essa un effetto generico empirico. I risultati hanno confermato queste speranze, e l'Autore pensa che le sue ricerche possano far intravedere tutto un campo di lavoro nell'ambito della terapia delle infezioni del sangue.

La terapia tiroidea nella nefrosi cronica. — A. EPSTEIN, New York. *The Journal of the American Médical Association*, 1926, n. 12.

Il termine di nefrosi cronica è usato per designare un gruppo di casi nei quali esiste un profondo disturbo del metabolismo, a cui è stato dato il nome di *diabete albuminurico*.

[A dire il vero, nefrosi vorrebbe significare i processi patologici del rene, nei quali la degenerazione prevale sulla infiammazione. N. d. R.].

Le alterazioni patologiche che si riscontrano nei reni (degenerazione dei tubuli) in questi casi sono la conseguenza e non la causa dell'alterazione metabolica.

Nella nefrosi cronica, la cura può, in gran parte dei casi, essere costituita da un'alimentazione ricca di proteine, esclusivamente, o insieme ad un trattamento opoterapico tiroideo; esistono, per altro raramente dei casi di intolleranza per preparati tiroidei.

L'efficacia del trattamento tiroideo è indicata nel modo più preciso dal contenuto in colesterina del sangue; finchè esiste ipercolesterinemia, infatti, non si avvertono mai sintomi tireotossici.

Certi casi di nefrosi cronica sono suscettibili di completa guarigione, mediante l'uso intelligente e persistente dell'alimentazione ad alto contenuto proteico e della terapia tiroidea.

La cura completa può richiedere un anno o anche più.

Acromicria o distrofia osteo-genitale. — TH. BRUGSCH, III Clinica Medica dell'Università di Berlino. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 3.

In una giovine ventitreenne si è andata generalizzando, nel corso di dieci anni, una tubercolosi da cui sono affetti gli occhi, gli ili polmonari, il mesentere, le ghiandole linfatiche del collo ed il cranio (cefalea !). Negli ultimi tre anni si è sviluppato un nuovo complesso morboso, di natura diversa, che culmina nelle seguenti manifestazioni: 1) lesioni delle parti molli e delle ossa delle estremità (mani e piedi) con acrocianosi; 2) amenorrea; 3) diabete insipido.

A questa sindrome l'Autore dà il nome di *acromicria* o *distrofia osteo-genitale*, e ne riconosce la patogenesi in una disfunzione, o meglio in una insufficienza del lobo anteriore dell'ipofisi.

Egli combatte inoltre il principio finora comunemente accettato, che l'acromegalia sia l'antitesi della distrofia adiposo-genitale; invece egli pensa che l'antitesi dell'acromegalia sia l'acromicria o distrofia osteo-genitale. Anche l'amenorrea rientra nelle manifestazioni di ipo-ipofisismo, poichè è ormai accertato (Zondek) che il lobo anteriore dell'ipofisi stimola il ciclo dell'attività ovarica.

L'acrocianosi risulta da una dilatazione dei capillari arteriosi e venosi che si riempiono passivamente, senza alcuna guida; ora il secreto ipofisario costituisce appunto il regolatore dell'attività capillare (Kroghe), e così si capisce come l'acrocianosi venga a costituire un elemento della sindrome suddescritta.

Essa ci dimostra inoltre che la osteoplastica formativa è posta sotto il controllo delle ghiandole a secrezione interna, e ci chiarisce quale influsso abbia l'insufficienza ipofisaria sulle alterazioni del bacino durante la gravidanza, sulla osteomalacia puerperale, e probabilmente su gran parte di quelle distrofie ossee che si verificano in parecchie donne all'epoca del climaterio (ispessimento, e dolenzia delle ossa delle mani e dei piedi).

La sifilide dello stomaco.— G. PINARDI, Ospedale maggiore di S. Giovanni Battista in Torino. *Minerva Medica*, n. 21, 1926.

La sifilide dello stomaco può manifestarsi sotto molteplici forme cliniche, non tipiche però di questa affezione, delle quali le più frequenti sono la forma che simula l'ulcera gastrica semplice di Cruveilhier e la forma pseudo-cancerosa di Fournier; ad esse si possono aggiungere la sifilide gastrica a forma di linite e le forme stenosanti del piloro, mediogastriche o del cardias. Nei due casi dell'A., in uno la sindrome mentiva quella d'un carcinoma della regione pilorica, nell'altro quella di probabile tumore infiammatorio della regione epigastrica (da perforazione coperta di una ulcera ?): in quest'ultimo la biopsia dimostrò invece trattarsi di una forma d'infiltrazione diffusa della parete anteriore dello stomaco di origine sifilitica.

In generale, le lesioni primitive della sifilide dello stomaco sono quasi sempre le gomme; queste nella loro successiva evoluzione vanno incontro a necrosi, onde si producono delle ulcerazioni, coi soliti caratteri delle ulcere luetiche, che possono perforare la parete gastrica e produrre grave peritonite o non a seconda che esistono o non aderenze con gli organi vicini. Se le ulcerazioni cicatrizzano si hanno quei processi di retrazione a carico dello stomaco, dai quali dipendono le forme di sifilide stenosante.

Clinicamente, tutte le varie forme anzi dette di sifilide gastrica non mostrano segni diagnostici patognomonici; e la diagnosi etiologica dell'affezione in atto va fatta più con i dati sierologici, anammestici, ecc. dell'infermo. All'A., però, sembra che si possa dare importanza al contrasto esistente fra i disturbi accusati dai pazienti, che tenderebbero a indirizzare la mente più verso l'ulcera gastrica, ed i dati oggettivi che depongno assolutamente per un tumore (tumefazione palpabile, esame radiologico, constatazione all'esame del succo gastrico, anzi che di una ipercloridria, di una ipo- o ana-cloridria o talora addirittura di un'achilia).

La prognosi varia a seconda del periodo in cui s'interviene: una diagnosi e una cura precoce comportano risultati felici, non così se già sono sopravenuti fatti di sclerosi. La cura quindi sarà quella dell'infezione luetica, arsenicale-mercurio-iodica, tranne a intervenire chirurgicamente d'urgenza nelle complicazioni della malattia (perforazione di un'ulcera in libero peritoneo, ematemesi imponente, ecc.) o nei disturbi di canalizzazione consecutivi ai fatti stenotici. Una forma che purtroppo è superiore ad ogni risorsa, sia medica che chirurgica, è l'infiltrazione estesa delle pareti gastriche: anche in questi casi però si tenterà un'energica cura specifica.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Gl'insuccessi della colecistectomia. — BERTRAND. *Le Scalpel*, n. 8, 1927.

Seguendo e completando il concetto di Delrez, che in una sua nota sull'argomento accennava agl'insuccessi della colecistectomia (nel 34 % dei casi operati, secondo Hartmann), insuccessi di cui questo A. non sapeva spiegarsi l'oscura origine, l'A. ritiene che solo la interpetrazione dell'origine microbica dei calcoli può spiegare la ragione delle frequenti recidive.

Le coliche seguite da ittero, gli accessi febbrili d'angiocolite, l'entero-colite, l'astenia che sopravvengono dopo colecistectomia sono legate a un disturbo funzionale del fegato o dell'apparato biliare extra-epatico. Ammessa l'origine microbica dei calcoli e ammesso quindi che la colecistite si verifica quasi sempre su organismi artritici, il Bertrand ricorre ad un concetto che per noi non è nuovo, nello esplicare la patogenesi di queste recidive dopo colecistectomia.

Infatti l'A. si riporta alla concezione dell'origine microbica dell'artritismo. Il b. di Achalme sarebbe un produttore di colesterina e tutte le manifestazioni patologiche di esso tenderebbero a provocare uno stato

Digitized by Google

discrasico in cui la colesterina avrebbe la maggiore importanza. Quindi infezione generale dell'organismo e manifestazioni artritiche da essa dipendenti, fra cui la colecistite. Ora i calcoli non sarebbero che altrettante produzioni batteriche, in sede cistica. L'operazione asportandoli, non può certo pretendere di aver debellato definitivamente l'infezione generale, sicchè nuovi disturbi e nuovi calcoli, nonostante l'operazione eseguita. I casi che guariscono definitivamente e sono per fortuna i più, dovrebbero interpetrarsi, secondo l'A. come fine di infezione, eventualmente provocata o affrettata dall'atto operativo. Da ciò la opportunità di una terapia antibatterica generale.

Gli aspetti radioscopici dei varii tipi di ernia.— S. T. Case e W. O. Upson, Battle Creek-Michigan. *The Journal of the American Médical Association,* 1926, n. 12.

L'esame dei risultati di interventi chirurgici o di autopsie in circa cento casi di ernia del contenuto addominale ha fatto constatare agli autori delle possibilità interessanti, applicando alla diagnosi di queste forme la radiografia. Si trattava di casi di ernia paraduodenale, paracecale, intersigmoidea, diaframmatica, inguinale, ombelicale, femorale e postoperatoria.

La possibilità di incontrarsi in un'ernia dev'essere tenuta presente, quando si fanno delle ricerche col pasto di bario.

Alcuni tipi di ernia come la diaframmatica, la retroperitoneale e la postoperatoria richiedono una tecnica speciale, e sono questi appunto i casi nei quali lo studio radiologico offre la maggiore utilità.

Contributi sulla terapia della epilessia jacksoniana. — R. Alessandri, Roma. *Bruxelles Médical,* 1926, 21.

Nella epilessia jacksoniana sicuramente una parte della sintomatologia dipende dai disturbi circolatorii, ed in questo essa si ricollega all'epilessia volgare ed a quella riflessa, ma il fatto dell'alterazione localizzata, che si rivela sopratutto attraverso l'aura e la limitazione iniziale delle convulsioni, che divengono generali solo in secondo tempo e non sempre, è di capitale importanza.

La causa essenziale è dunque una lesione locale, che agisce come un'eccitazione od irritazione dei centri vicini, sia direttamente che indirettamente.

Tale azione è dovuta, come si osserva sempre nelle epilessie posttraumatiche, alla produzione di una cicatrice.

Nelle epilessie jacksoniane che si osservano per lesioni cerebrali primitive (tumori, gomme, tubercoli, cisti, etc.) le convulsioni ripetono la loro origine dalla presenza di queste formazioni patologiche, ma anche in questi casi, dopo l'ablazione, cessa generalmente la sindrome che però riappare col formarsi della cicatrice.

Una produzione di tessuto cicatriziale è inevitabile, ma si può ridurre al minimo colmando la perdita di sostanza con muscolo o grasso, che hanno anche un potere emostatico utile.

Ma è di grande importanza la ricostituzione al più possibile allo stato normale degli involucri cranio-cerebrali.

Quando, dopo l'ablazione di tumori o l'escissione di cicatrici o aderenze, si possono ricostituire pressocchè integralmente gli strati anatomici, i risultati sono in generale molto soddisfacenti e definitivi, nel caso contrario i sintomi convulsivi si ripetono quasi regolarmente.

Le cause dell'embolia polmonare consecutiva ad atti operativi. — A. Lister, Assistente all'Ospedale South Devon ed East Cornwall. *The Lancet,* 1927, n. 3.

195 casi di embolia polmonare susseguente ad operazione, e 12 casi susseguenti a frattura, quali risultano dai registri dell'Istituto anatomopatologico del London Hospital, vengono messi in relazione con i 4000 grandi interventi operativi, che nello stesso spazio di tempo, sono stati praticati nell'ospedale.

Da questo studio statistico risulta che due sono i fattori principali che predispongono all'embolia postoperativa, e precisamente l'età del paziente e l'incisione della parete anteriore dell'addome.

Inoltre, anche la frattura del femore è un elemento notevolmente predisponente a tale complicanza. L'attività muscolare libera e la respirazione bene eseguita, del tipo costale e diaframmatico, sono i fattori più importanti per mantenere in efficienza la circolazione venosa.

La mancanza di un'attività muscolare libera è molto notevole durante il trattamento delle fratture del femore, e così pure si ha grande limitazione nella respirazione diaframmatica in seguito all'apertura della parete addominale anteriore. Ciò potrebbe spiegarci l'alta frequenza con cui l'embolia si manifesta in questi casi.

Le misure profilattiche debbono essere dirette alla restaurazione di queste due importanti funzioni (libertà di movimenti muscolari e respiratorii), il più presto possibile dopo l'operazione.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Le annessiti in rapporto alla gravidanza. — N. Dallera, Clinica Ostetrica della R. Università di Parma. *Folia Gynaecologica,* 1926, n. 1.

Le forme infiammatorie degli annessi, complicanti la gravidanza derivano per la maggior parte da lesioni preesistenti allo stato gravidico; in qualche caso l'affezione insorge contemporaneamente alla gravidanza o dopo la fecondazione.

La gestazione, che qualche volta può agire anche favorevolmente su queste lesioni, il più sovente le aggrava; per effetto del concomitante processo infiammatorio si ha frequentemente l'interruzione della gravidanza.

Dal punto di vista anatomico, si possono osservare tutti i tipi di lesione annessiale, come al di fuori dello stato puerperale.

L'accidente più grave e relativamente frequente che consegue ad un processo annessiale settico in gravidanza è la peritonite diffusa.

Processi spenti, aderenze diffuse, esiti di forme infiammatorie antiche possono fornire l'indicazione ad una terapia chirurgica sia in gravidanza che durante il travaglio; i processi acuti recenti, o riacutizzati possono essere suscettibili di un trattamento medico; comunque richiedono sempre un'accurata sorveglianza.

Quando esistano raccolte purulente (piosalpingiti, ascessi tubo-ovarici, peritoniti saccate) si deve praticare lo svuotamento e la loro asportazione a tempo opportuno, onde prevenire il pericolo di diffusione. Dovendo tener presente in tali circostanze la facile interruzione spontanea della gravidanza, deve, possibilmente, essere scartata, in questi atti operativi la via vaginale, allo scopo di evitare un'infezione della cavità uterina.

Lo svuotamento per via vaginale può eventualmente essere fatto per aspirazione: dato che le raccolte periannessiali possono avere in gravidanza una ubicazione alta, è preferibile in tal caso il loro svuotamento per via addominale, se questo può aver luogo senza apertura della cavità peritoneale.

Nei casi di peritonite diffusa è consigliabile, in linea generale, di operare al più presto: il metodo operativo dovrà però variare caso per caso, a seconda delle particolari condizioni esistenti al momento dello svuotamento.

Il potere lipolitico del sangue e dell'orina nello stato puerperale. — S. Di Francesco, Clinica Ostetrica della R. Università di Genova. *Folia Gynaecologica,* 1926, n. 1.

Il potere lipolitico del siero della gestante diminuisce progressivamente con l'età della gravidanza; aumenta, ma non raggiunge il tasso normale nel puerperio; quello del siero fetale è superiore al materno, però tanto per la madre che per il feto questo affievolito potere di scissione dei grassi deve attribuirsi non a diminuzione di lipasi, ma alla azione inattivante della colesterina e degli acidi grassi.

Il fenomeno è messo in rapporto con il ricambio dei grassi tra madre e feto, e con il differente bisogno di grassi da parte del feto; esso suffraga la teoria secondo la quale i grassi passano dalla madre al feto subendo un processo di scissione e di sintesi nella placenta, e porta un contributo alla spiegazione della lipemia gravidica.

Sulla patogenesi dell'aborto nella tubercolosi— L. Rio, Clinica Ostetrico-ginecolgica della R. U. di Modena. *Folia Gynaecologica,* n. 1, 1926.

Le ghiandole a secrezione interna in gravidanza, spesso, sotto l'influenza della tubercolosi, non possono più compiere una funzione utile e regolare, non già per la deficienza dei prodotti di secrezione endocrina (generalmente di natura proteico-lipoide), ma per lo incompleto metabolismo di essi prodotti, i quali non solo provocano un perturbamento di funzione negli organi in cui vengono formati, ma anche in quelli che con quelli sono legati in via sinergica ed antagonista.

Il complesso di circostanze anatomo-patologiche (distrofie ormoniche, processi congestizii con facili emorragie) potrebbe dunque disturbare il normale evolversi della gravidanza, per l'alterarsi biochimicamente ed anatomicamente dei rapporti utero-ovulari.

Senza voler stringere delle conclusioni esclusiviste, l'interruzione della gravidanza in diversi casi di tubercolosi potrebbe essere la conseguenza di un improvviso squilibrio di un complesso sistema, di cui l'utero e l'ovaio, oltre a costituire una parte integrante, rappresentano anche il tramite diretto degli scambii coll'uovo.

Le modificazioni biochimiche a carico del sistema genitale ormonico, osservate dall'A. in gravidanza nella tossiemia tubercolare, non differiscono dalle modificazioni che si sono osservate nelle altre infezioni batteriotossiche in genere.

Digitized by Google

PEDIATRIA

Le orchiti acute primitive dei bambini.— EDITORIALE. *Journ nel des Praticiens,* 4 dicembre 1926.

Le orchiti acute dei bambini sono il più delle volte secondarie a diverse infezioni, quali la parotite, la febbre tifoide, l'influenza, la tubercolosi, la sifilide ecc. Non di rado, però, esse sono primitive e dipendono, in questo caso, da una torsione dell'idatide sessile di Morgagni.

L'affezione insorge con un dolore forte e improvviso. Lo scroto si presenta rosso e edematoso, aumentato di volume e doloroso, sì che riesce impossibile distinguerlo dall'epididimo. Talvolta insorge febbre (38°-40°) e apparisce anche un senso di fluttuazione. S'impone senz'altro quindi l'intervento chirurgico. Dopo apertura della vaginale, si detorce immediatamente e si fissa il testicolo a quest'ultima, si fissa quindi la vaginale allo scroto e si sutura la pelle. Quando la torsione è sopravaginale, l'incisione sarà portata fino all'anello inguinale.

Il metodo su descritto è di una grande sicurezza: esso calma istantaneamente i dolori ed assicura la completa conservazione del testicolo. Nei casi più gravi, però sarà bene procedere ad un intervento più radicale consistente nella resezione totale dell'idatide.

La soluzione di Carrel nel trattamento dell' impetigine e delle piodermiti infantili. — G. BUSSINELLO. *Il Morgagni,* anno 68, n. 37.

La soluzione all'ipoclorito preparata da Carrel, Dakin e Daufresne, può gareggiare nella cura dell'impetigine e delle piodermiti infantili, assai egregiamente con ogni altro metodo, imponendosi per la sua azione antisettica chemiotattica anche alla tuosina tenica.

Essa riesce a sterilizzare tutto il *pabulum* che saprofiticamente vive in ogni elemento impetiginoso, ma facilmente viene ad alterarsi e a perdere il suo potere chimico battericida, per il contatto con i secreti e le sierosità patologiche. Onde è necessario togliere mediante impacco di acqua calda le croste presenti e ripetere 3-4 volte al giorno la medicazione, sostituendo all'acqua calda la soluzione Carrel.

La leggera irritazione che può manifestarsi nelle parti viciniori sane è con successo trattata con vaselina borica o con la pasta di Biffi (bismuto, iodio e paraffina).

Questo metodo conduce generalmente a guarigione entro 4-5 giorni anche nelle forme più ribelli; esso è scevro affatto di inconvenienti e di assai facile attuazione.

L' invaginazione intestinale nel lattante.— M. A. GISMONDI. *La Pratica Pediatrica,* n. 5-6, 1926.

L'A. riferisce di avere osservata la invaginazione intestinale nel lattante, una sola volta su 5.000 bambini, visitati nel Reparto pediatrico degli Ospedali civili di Genova e Sampierdarena, e altre tre volte nella pratica privata. La malattia prediligerebbe i primi due anni di vita, specialmente il primo, e sopratutto il sesso maschile, nonchè i bambini allattati al seno.

L'etiologia non è troppo chiara. Come cause predisponenti sono state invocate le condizioni anatomiche proprie di questa età (minore fissazione del colon, intensa peristalsi, scarso sviluppo della muscolatura e del tessuto elastico della parete intestinale, grande eccitabilità riflessa dell'intestino del lattante, ecc.); come cause determinanti: l'enterocolite cronica, la stitichezza, i traumi occasionati da clismi praticati con strumenti inadatti; polipi, tumori, briglie, cicatrici, ecc. In molti casi però la vera causa deteminante sfugge.

Anatomo-patologicamente, l'invaginazione è per lo più discendente; data cioè dalla penetrazione di un segmento dell'intestino in un altro sottostante più largo; solo più di rado è ascendente e anche di rado il processo d'invaginazione è multiplo. In seguito alla compressione dei vasi, si ha un edema che, dapprima semplice, si fa ben presto emorragico; si stabilisce così uno strozzamento, che porta infine alla gangrena. La localizzazione più frequente dell'invaginazione è quella ileo-cecale, ma è osservata anche quella iliaca, ileo-colica e sigmo-colica.

La diagnosi è importante, perchè dalla sua precocità dipende la vita del bambino. Per essa sono caratteristici: l'insorgenza brusca di vomiti, ordinariamente biliari, rarissimamente fecaloidi; l'abbattimento improvviso del bambino a forma di *ictus;* l'emissione dall'ano di mucosità sanguinolente. L'addome si fa meteorico solo tardivamente e sempre meno intensamente che nell'adulto; manca, tranne che in un caso del Gismondi, la febbre. Quando la trattabilità dell'addome lo permette, si può palpare, per lo più nelle fosse iliache, una tumefazione irregolare, dura, allungata, mobile, dovuta al budino invaginato; se la invaginazione è situata molto in basso, l'esplorazione rettale fa sentire la testa del segmento invaginato che si presenta come un collo uterino voluminoso e molle, con orificio alquanto eccentrico. La differenziazione dalla enterocolite emorragica e dal polipo del retto è facile per la mancanza in queste forme dell'*ictus* iniziale.

La prognosi è sempre riservata; infausta nei casi avanzati, venendo l'infermo a morte per lo più per setticemia con fenomeni di peritonite acuta. Le probabilità di salvezza dipendono dal tempo, il più precoce possibile, nel quale si interviene con l'atto operativo.

La terapia, infatti, è essenzialmente chirurgica e consiste nella laparotomia e nella svaginazione della parte invaginata, con una percentuale di mortalità tanto più alta quanto più tardivamente s'interviene. Come terapia medica, si può tentare, allo scopo di favorire la rimozione meccanica dell'invaginazione, qualche prudente irrigazione intestinale con acqua tiepida, tenendo il paziente a bacino sollevato e possibilmente sotto narcosi chirurgica: ciò secondo Barker può avere probabilità di successo solo nelle prime 12 ore di malattia. Astenersi comunque, anche nel semplice sospetto di invaginazione intestinale, dalla somministrazione di purganti.

La tonsillectomia nei bambini. — A. D. KAISER. *Journal of the Amer. Med. Association,* vol. 87, n. 13, 1926.

Le indicazioni della tonsillectomia sono, secondo l'A. le seguenti: 1) la respirazione per la via della bocca; 2) gli attacchi frequenti di raucedine e di tonsillite; 3) i frequenti raffreddori di testa; 4) l'ingorgo persistente delle linfoghandole cervicali, non sostenuto da causa apprezzabile; 5) la denutrizione, quando siano eliminate altre possibili cause; 6) le otiti purulente ricorrenti; 7) le febbri inesplicabili, nell'assenza di altre indicazioni.

La prevenzione di infezioni respiratorie, come le laringiti, le bronchiti e le polmoniti, non rappresenta un'indicazione positiva perchè la comparsa di queste infezioni non è influenzata, nè favorevolmente nè sfavorevolmente, dalla tonsillectomia. La prevenzione della difterite e della scarlattina può essere considerata invece come un'indicazione, perchè la frequenza di questa malattia è leggermente minore tra i bambini operati, e quando esse si verificano le conseguenze sono meno gravi se le tonsille sono state asportate. La presenza, positiva o sospetta, di manifestazioni della sindrome reumatica (reumatismo, corea, cardiopatia) è una netta indicazione per la tonsillectomia, visto che queste affezioni sono meno frequenti tra i bambini a cui le tonsille sono state asportate.

NEUROPSICHIATRIA

Gli stati demenziali sifilitici non progressivi.— L. MARCHAND, X. ABÈLY e E. BAUER. *La Presse Médicale,* 1926, n. 20.

Accanto alla paralisi generale progressiva ed alla sifilide cerebrale, che si manifesta con lesioni di focolaio (pseudoparalisi generale sifilitica), si sono osservati degli stati demenziali non progressivi, di natura specifica. Certo non sono altro che casi di paralisi generale ad evoluzione lenta, o anche stabilizzati; altri si presentano clinicamente sotto l'aspetto di una sindrome ebefrenico-catatonica, e si possono allora distinguere due casi, secondocchè lo stato demenziale si associa o meno a segni di sifilide nervosa, che gli danno così l'aspetto clinico di una sindrome paralitica incompleta.

Si possono, d'altronde, osservare tra queste due forme, tutti gli stati intermediarii.

Così, se esiste una forma costituzionale di demenza precoce, che si manifesta come la conseguenza di una tara originale, e che è la più comune; ve n'è un'altra che è acquisita, sintomatica, e che è determinata dal fattore specifico.

Sulla velocità di sedimentazione dei globuli rossi del sangue in varie affezioni mentali. — M. BENVENUTI, R. Clinica delle malattie nervose e mentali di Pisa. *Rassegna di Studi psichiatrici,* ottobre 1926.

L'A. ha ricercata la velocità di sedimentazione dei globuli rossi del sangue, nelle malattie mentali, portando all'argomento un contributo clinico di 144 casi. Le ricerche eseguite hanno mostrato un acceleramento notevolissimo della velocità di sedimentazione nelle forme amenziali e nella paralisi progressiva; un acceleramento notevole nelle fasi terminali e negli stupori catatonici della demenza precoce; un acceleramento leggero nella idiozia. E inoltre velocità quasi normali o di poco superiori alla norma nell'alcoolismo e nell'epilessia, velocità del tutto normali nelle fasi di depressione, nell'isterismo e nel parkinson post-encefalitico.

Un rallentamento invece si è osservato nella sifilide cerebrale e nella imbecillità degenerativa.

Cercando di stabilire il valore pratico da attribuire a questa prova, l'A. conclude che, nonostante le molte diversità dei valori, si può trarre dalla determinazione della velocità di sedimentazione un utile diagnostico molto misero. Questa ricerca infatti sembra apportare un valido e reale aiuto dal punto di vista diagnostico soltanto nella paralisi progressiva e

Digitized by Google

nella differenziazione, spesso clinicamente difficile, tra questa (acceleramento) e sifilide cerebrale (rallentamento).

TERAPIA FISICA

I raggi ultravioletti nella cura delle dermatosi.— W. Castle. *The Practitioner*, ottobre 1926.

I raggi ultravioletti, con qualsiasi mezzo prodotti, dispiegano un'azione locale antisettica e provocano una intensa stimolazione del metabolismo. L'azione antisettica è la stessa qualunque sia l'età del paziente; la stimolazione metabolica è invece a questa legata, in quanto che è tanto maggiore quanto minore è l'età del soggetto.

L'A. ha sperimentato l'azione terapeutica di questi raggi in variate affezioni cutanee ed ha trovato che essa è straordinariamente efficace, si da poter indurre talvolta la guarigione completa senza bisogno di ricorrere ad altra terapia.

Le lesioni impetiginose rapidamente guariscono con la fototerapia, dato l'alto potere sterilizzante dei raggi ultravioletti sui cocchi piogeni.

Il carbonchio e la foruncolosi del pari rapidamente regrediscono nella loro sintomatologia. Le ferite settiche vengono ben presto asciugate; in vero tutte le infezioni traumatiche da cocchi piogeni hanno nella fototerapia il metodo ideale di cura.

Nell'alopecia areata, di cui ancora non è nota l'origine (neurotica o infettiva), i raggi ultravioletti danno ottimi risultati. La dose deve però essere regolata in modo da dare una buona reazione eritematosa due volte la settimana e per un certo periodo di tempo.

Nelle ulcere varicose piccole esposizioni a giorni alterni e per 2-3 settimane sono ben sufficienti per la guarigione completa.

La psoriasi, la vitiligo, l'acne vulgaris, la seborrea, le dermatiti da raggi Roentgen e l'eczema sono del pari suscettibili di grandi miglioramenti e anche di guarigione in seguito alla fototerapia.

Ma è nell'infezione tubercolare che i raggi ultravioletti hanno dato i più brillanti risultati. Lupus, lichene scrofoloso, scrofuloderma e tubercolidi sono tutti assai sensibili all'azione terapeutica della luce artificiale e rapidamente regrediscono. Nessun altro metodo terapeutico si è qui mostrato più efficace, tanto più che si è con esso riuscito a migliorare le condizioni generali dei pazienti e ad accrescere la loro resistenza organica.

RINOIATRIA

Trattamento endonasale delle sinusiti mascellari.— J. Barajas. *El Siglo Médico*, 11 dicembre 1926.

L'infermo viene sottoposto ad anestesia locale prima con cocaina e adrenalina, poi con una soluzione al 2 per cento di novocaina adrenalinizzata iniettata lungo il pavimento della fossa nasale, fra il cornetto inferiore e la parete laterale.

Quindi in un primo tempo si procede alla resezione della metà anteriore del cornetto inferiore mediante la pinza Struyken, potendo prescindere da questa pratica solo in quei casi in cui per condizioni anatomiche o patologiche la parete laterale della fossa nasale sia facilmente accessibile. In un secondo tempo si pratica la resezione della parete sinusale, mediante lo scalpello a baionetta di Claoué, scegliendo come punto di applicazione quello compreso fra l'apofisi auricolare del cornetto, il mascellare e il palatino. Il pezzo resecato viene quindi rimosso mediante pinze nasali di uso comune (Voss).

S'introduce per alcuni istanti quindi nel seno un batuffolo imbevuto di oximolo, per provocare emostasi.

In un terzo tempo si procede alla regolarizzazione dell'orificio, mediante resezione dei brandelli di mucosa, quindi al lavaggio, al disseccamento e al tamponamento della cavità.

Le cure post-operatorie si riducono ad un lavaggio giornaliero con la soluzione di cloramina, mediante una sonda di Stard.

Questo trattamento è assai bene indicato nella cura delle sinusiti acute o subacute di natura piogena nonchè delle fungosità non molto sviluppate. Nelle lesioni ossee osteitiche o periostitiche, con grandi fungosità, fistole, ecc. tale metodo riesce insufficiente e dovrà senz'altro essere sostituito dall'intervento radicale, secondo la ben nota tecnica di Cadwell-Lue.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DELLA ROMAGNA IN FAENZA

Seduta del 13 giugno 1926

Pres.: prof. S. Solieri

Lesi A. (Faenza). *Occlusione intestinale da volvolo del sigma. Resezione dell'ansa sigmoidea in un sol tempo. Guarigione.* — L'O. dopo aver riassunto il quadro fenomenologico presentato dall'infermo, descrive l'atto operatorio eseguito. Accenna al meccanismo di produzione del volvolo del sigma in genere e scende a discutere del caso a lui capitato; da ultimo, dopo aver riportati i diversi metodi e procedimenti operatori seguiti in questa malattia, espone le ragioni che lo hanno indotto alla resezione.

Testi A. (Faenza). *Contrattura ed emianestesia isterica d'origine traumatica.* — Presenta un ammalato d'anni 58 cui dietro un trauma si era manifestata una contrattura e perdita della sensibilità generale a forma emiplegica negli arti di destra.

Discute sulla diagnosi retrospettiva di altra emiplegia sofferta 16 anni prima di natura organica e rileva i sintomi classici denotati *stimate isteriche* descritte da Charcot. Rileva in particolar modo la mancata paralisi facciale, l'assenza del B. mentre è possibile determinare il riflesso plantare normale, così pure lo strisciamento dell'arto inferiore e non deambulazione a falce come nelle paralisi organiche.

Dimostra obbiettivamente l'assenza delle diverse sensibilità, del senso muscolare e delle sensibilità sensorie mettendo specialmente in rilievo il restringimento del campo visivo semplice e nomatico.

Stabilisce la diagnosi di forma emiplegica isterica che mette in rapporto col trauma in soggetto con predisposizione neuropatica latente, per la quale il trauma si fece operativo di una vera neurosi traumatica che salta fuori a tutto l'insieme della forma morbosa squisitamente funzionale successiva immediatamente al trauma e perchè la ricerca tempestivamente fatta della reazione miastenica diede risultato positivo.

Conclude accennando all'odierna dottrina dell'isterismo propugnata dal Babinski, la quale non spiega tutta la sindrome isterica, ma solo i fenomeni suggestionabili e non già quelli che danno per espressione una condizione somatica come le stimate isteriche con le peculiari loro caratteristiche che non sono nè suggestionabili nè immutabili, così che se il pitiatismo rende ragione dei sintomi indotti dalla suggestione, non la rende degli altri dei quali un esempio classico è quello illustrato.

Solieri S. (Forlì). *Sopra una rara manifestazione morbosa traumatica della regione inguinale.* — Illustra l'osservazione clinica di un infermo di circa 40 anni, nel quale in seguito allo sforzo fatto per sollevare un peso si ebbe la manifestazione alla regione inguinale destra di una intumescenza della grossezza di un uovo di gallina, assai dolente, che poi scomparve gradatamente senza lasciar traccia.

A distanza di due mesi, sempre per uno sforzo fatto, si ripetè nella stessa sede il dolore ed il tumore che raggiunse il volume di un uovo di tacchino. Da notarsi che il paziente non era assicurato contro gli infortuni e non aveva quindi interesse ad alterare la storia.

All'esame clinico, tenuto conto dell'anamnesi, il tumore, avente sede retroperitoneale ed indipendente dal grosso intestino dislocato in alto ed all'interno, non pulsante, di consistenza dura-elastica, ottuso alla percussione, fu interpretato come una manifestazione di origine emorragica. L'intervento, assai delicato per i rapporti col fascio iliaco esterno, concesse di estirpare una massa, che viene presentata, avente tutti i caratteri di un ematoma incistato.

L'esame istologico, come dai preparati esposti, ha dimostrato trattarsi di un sarcoma a cellule polimorfe, a rapidissimo sviluppo, nel cui seno si era avuta una copiosa emorragia.

L'osservazione ha singolare importanza per la infortunistica perchè il malato assicurava di non avere prima alcunchè di anormale alla regione dell'inguine e di aver veduto la intumescenza sorta dopo il primo trauma, scomparire per gradi completamente.

Mondolfo E. (Cesena). *La anisocoria nei vizi valvolari del cuore.* — Nei vizi mitralici, specie allorquando esiste una cospicua dilatazione dell'orecchietta sinistra, l'O. ha potuto constatare una ineguaglianza pupillare caratterizzata da maggiore ampiezza della pupilla sinistra.

Nei casi in cui l'anisocoria non appariva spontanea, potè quasi costantemente apprezzarla mediante la prova della «anisocoria provocata» cioè istillando midriatici (cocaina al 4 %).

La causa della anisocoria nei vizi della mitrale deve attribuirsi al cospicuo aumento di volume cui l'orecchietta sinistra soggiace, sì da pro-

Digitized by Google

durre una eccitazione del simpatico nel suo tragitto intramediastinico. Tale eccitazione, trasmettendosi alle fibre dilatatrici dell'iride, provoca la midriasi unilaterale, alla stessa guisa di quanto avviene nei tumori, nelle adenopatie del mediastino, negli aneurismi dell'aorta toracica.

In favore di tale interpretazione patogenetica del fenomeno sta il fatto che nei vizi delle valvole aortiche, ove non esiste la dilatazione dell'atrio sinistro, almeno finchè dura il compenso, non si nota anisocoria: questa compare soltanto nei periodi terminali dello scompenso, allorquando al vizio aortico si aggiunga una insufficienza relativa della mitrale, con la conseguente dilatazione della orecchietta sinistra.

Altro argomento a sostegno della su esposta teoria è il fatto che l'ineguaglianza pupillare suole essere spontanea e particolarmente spiccata nei vizi mitralici di recente formazione, quando l'ipertrofia del ventricolo destro non si è per anco costituita, onde la dilatazione dell'atrio sinistro raggiunge il suo massimo grado.

Marchini F. (Forlì). *Ancora sulla rachianestesia con la tropococaina.* — L'O. riportandosi ad una sua pubblicazione sulla rachianestesia con la tropocaina aggiunge che altro notevole vantaggio è costituito dal fatto che la soluzione di tropococaina, a differenza di altri anestetici, può prepararsi, in fiale colla sterilizzazione a 120° anzichè colla tindalizzazione. In tal modo si ha la sicurezza assoluta della completa asepsi ed inoltre per la facilità, la semplicità e l'economia della sterilizzazione stessa si possono preparare quantitativi limitati di fiale in modo da avere sempre a disposizione materiale fresco ottenendo così anestesie più perfette e scevre da disturbi accessori.

Maltoni U. (Faenza). *Contributo clinico alla conoscenza dei rapporti fra herpes zoster e varicella.* — Riferisce sopra un caso di contemporanee manifestazioni di herpes e varicella in un medesimo soggetto: un uomo di 57 anni degente in Ospedale per gangrena polmonare, e curato con il Neo-Salvarsan, nel quale la duplice eruzione insorse improvvisamente durante la convalescenza. Tanto le manifestazioni erpetiche che varicellose erano tipiche, accompagnate a malessere generale e a febbre che scomparvero con la regressione degli elementi eruttivi.

Da notare che in Ospedale si erano verificati poco prima 3 casi di herpes e di varicella.

L'O. si chiede se possa trattarsi di un herpes tossico da Neo-Salvarsan; ma esclude per varie ragioni questa ipotesi e pensa, sulle basi di analoghe osservazioni di Netter ed altri, che, in questo caso, al Neosalvarsan spetti solo importanza di agente occasionale attivatore di un virus erpetico varicelloso che preesisteva nel soggetto allo stato latente.

Quale sia questo virus è ignoto; comunque in attesa che ulteriori ricerche vengano a chiarire la questione etiologica, si può affermare dal punto di vista clinico che vi sono casi da cui risulta logico e verosimile il nesso di interdipendenza fra herpes zoster e varicella.

Galli P. (Faenza). — Uno degli argomenti, con cui gli unicisti sostengono l'identità del virus della varicella e dell'herpes zoster, è quello dell'immunità, che l'una forma conferirebbe di fronte all'altra.

Si dice infatti che di solito ammala di zoster l'individuo che non ebbe mai in precedenza la varicella (organismo ricettivo) e chi ha sofferto di zoster non è colpito dalla varicella anche se esposto al contagio (organismo immune).

A questo proposito piace all'O. di accennare a due casi, che gli sono capitati a intervallo di anni. Si tratta di due bambine, rispettivamente di 10 e di 12 anni, le quali ammalarono di una classica forma di herpes zoster, toracico nell'una, lombo-addominale nell'altra. Queste due bambine erano state già dall'O. curate nell'età di 6-7 anni di varicella, ed entrambe mostravano ancora al momento dello zoster qualche cicatrice caratteristica, specialmente sull'addome.

In questi due casi dunque la pregressa varicella non ha determinato la immunità contro lo zoster: ma con ciò l'O. non intende negare l'importanza degli argomenti (clinici, sierologici, istologici e sperimentali) che parlano in favore dell'unicità degli agenti dell'herpes zoster e della varicella. Al contrario, pur colle dovute riserve, che solo la scoperta del virus può sciogliere, l'O. si schiera cogli unicisti, e spiega le eccezioni, come i due casi a lui capitati, con una immunità parziale, quale del resto si verifica per altre febbri eruttive.

A suo avviso è appunto nella recettività di un organismo o in una immunità incompleta che deve ricercarsi la ragione che lo stesso virus dia luogo ora alla forma diffusa (varicella) ora alla forma localizzata (herpes-zoster).

Nella maggior parte dei casi pubblicati circa la interdipendenza delle due forme cliniche, si tratta di bambini che ammalarono di varicella per rapporti avuti con adulti affetti da herpes zoster: rari sono i casi di adulti che si sono ammalati di herpes zoster per contatto con bambini varicellosi (Gara, Pincherle, Feer, Jacobi). Del che la spiegazione è ovvia: infatti è più facile che un bambino, vergine di precedenti attacchi e quindi recettivo, si infetti da un adulto, di quello che un adulto più o meno immunizzato si infetti da un bambino.

Come pure facilmente si comprende che nel bambino vergine da precedenti attacchi uno zoster varicelloso non dia luogo ad altro zoster, ma ad una varicella, mentre nei soggetti che hanno già sofferto di varicella o che per l'età avanzata sono meno sensibili alle forme eruttive, si abbia piuttosto la comparsa dello zoster.

In altre parole la squisita recettività del bambino e la parziale immunità dell'adulto spiegano il rilievo clinico e cioè che la varicella è esclusiva dell'età infantile e tanto diffusa, mentre l'herpes zoster colpisce quasi solo l'individuo adulto e non è malattia molto comune.

Il Segretario: Dott. Paolo Galli

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 27 giugno 1926

Presid.: prof. R. Stanziale

De Blasi D. *Discordanza apparente fra i risultati dell'analisi chimica e batteriologica di alcune acque di Agnano.* — L'analisi chimica aveva rivelato nelle acque delle sorgenti De Pisis, Sprudel e Marte la presenza di non lievi quantità di ammoniaca, e, nella seconda, anche di sostanze organiche. L'esame batteriologico dimostrò batteriologicamente pure le tre acque, ed in particolare l'assenza di qualsiasi microrganismo ad azione proteolitica, come colibacilli, protei, anaerobi, fluidificanti ecc. Dato il significato indiziario che nell'igiene delle acque si attribuisce alla presenza di ammoniaca, e considerando che tutte e tre le acque erano analizzate allo scopo, propostosi dalla Società delle Terme, di introdurle nella pinoterapia, era necessario affinchè fosse possibile formulare un sicuro giudizio di potabilità, assodare che realmente, come si aveva ragione di presumere, nelle tre acque suddette l'ammoniaca non ha rapporti con eventuale demolizione di sostanze organiche operata da microrganismi, e che l'ammoniaca e le sostanze organiche hanno, nella intera quantità in cui sono presenti, provenienza dal profondo delle rocce di natura eruttiva.

Nessuno degli usuali criteri chimico, batteriologico, geologico, è capace nel caso in esame di fornire la sicura risoluzione delle due questioni proposte. L'O. dimostra che la sicurezza si ottiene dall'uso contemporaneo dei tre criteri congiunti insieme, e dall'uso aggiuntivo di un criterio che egli denomina « igienico propriamente detto » consistente nell'esame dei rapporti quantitativi esistenti fra ammoniaca e sostanze organiche nelle acque che possono considerarsi realmente contaminate.

Marfori P. e Jappelli G. Si compiacciono che questioni così interessanti dal lato scientifico e sotto il punto di vista pratico siano prese in esame dall'Accademia.

Puca A. *Il trattamento della paralisi generale con l'inoculazione della malaria.* — (Il lavoro fu pubblicato in esteso nel N. 20, 1926, del nostro giornale).

Stanziale R. E' favorevole all'uso del metodo, sebbene sui risultati definitivi non si possano trarre ancora conclusioni sicure. Non ritiene prudente, nel trattamento consecutivo, adoperare dosi singole troppe spinte di Neosalvarsan, come, d'altra parte ritiene che in alcuni casi possa riuscire utile l'uso di preparati bismutici o mercuriali. Insiste sulla importanza della diagnosi precoce, ricordando in proposito il valore della Wassermann persistente nel liquor e della presenza di una vera linfocitosi nel liquor stesso durante il periodo secondario.

Bianchi L. E' anch'egli fautore dell'intervento, pur facendo notare che in casi non rari possono aversi remissioni spontanee che possono perfino simulare la guarigione. È d'accordo sull'importanza della diagnosi precoce, per la quale, a parte le ricerche sul liquor, possono con profitto utilizzarsi fini sintomi clinici di sicuro significato. Chiarisce alcuni concetti di anatomia patologica, e mette a raffronto la moderata e serena statistica presentata dal Puca con quelle, esageratamente ottimistiche, pubblicate da altri autori.

Colucci C. A proposito della interpretazione dei sintomi, se essi cioè siano di natura tossica od organica, dice che non sempre è possibile orientarsi. Ricorda il caso di un soggetto clinicamente guarito da circa dieci anni in seguito ad un attacco di polmonite doppia.

Pianese G. Nega l'esistenza di lesioni specifiche e caratteristiche della paralisi progressiva ed il reperto di spirochete intracellulari nel cervello di tali ammalati. Ricorda di avere osservato remissioni in seguito alla pratica di ascessi di fissazione ed in un caso di osteomielite. Le remissioni spontanee sono più frequenti nel periodo iniziale anzichè nel tardivo e, per l'O. la inoculazione di malaria serve più che altro, a protrarre il tempo entro il quale si possono verificare lunghe remissioni.

Puca. Insiste ancora sulla importanza delle reazioni colloidali nel

Digitized by Google

liquor nelle così dette fasi precliniche, assolutamente asintomatiche della malattia, sul tipo e sulla dose del medicamento da adoperare nel trattamento consecutivo. Fa notare che la malarioterapia, essendo l'unico metodo esistente per il trattamento della paralisi generale, deve essere sempre tentata, con tanto maggiore probabilità di successo in quanto non esisterebbero lesioni specifiche anatomo-patologiche.

ASSOCIAZIONE MEDICI-CHIRURGI SPECIALISTI DI PALERMO

Seduta del 18 marzo 1926

Presid.: prof. T. CIMINO

Mirto G. *Nuove direttive nella cura dell'encefalite letargica.* — L'O. riferisce i risultati ottenuti curando degli ammalati di encefalite letargica con la stomosina antigrippale e col trifenil. Dei 10 casi così trattati, in 5 affetti da forme croniche post-encefalitiche, i risultati sono stati assolutamente negativi. In altri 4 casi, con fenomeni di parkinsonismo anche gravi ma relativamente recenti (6-10 mesi), bastarono poche iniezioni di stomosina antigrippale per produrre dei miglioramenti notevoli (scomparsa dell'ipertonia muscolare, dell'amimia, della scialorrea, dello spasmo dei muscoli masticatori, ecc.). Un ultimo caso, l'O. ha potuto seguirlo fino alla guarigione completa (scomparsa dei fenomeni oculari che l'infermo presentava), ottenuta praticando tre iniezioni di stomosina antigrippale, una ogni due giorni, e poi sei iniezioni di trifenil a giorni alterni. Secondo l'O., i risultati riferiti avvalorano l'ipotesi dell'identità del virus dell'encefalite letargica e di quello della influenza; se così veramente fosse, la terapia stomosinica antigrippale rappresenterebbe nell'encefalite letargica una vera immunoterapia specifica.

Sartangelo G. Ricorda di aver visto curare nella clinica del Wagner, a Vienna, malati di encefalite con iniezioni di tifo-vaccino Besredka, con risultati buoni nei casi acuti e subacuti, scarsi nei cronici, nei quali i risultati erano più evidenti associando alla vaccinoterapia una cura iodica intensiva per os o meglio per via endovenosa. Così pure, l'O., nella clinica di Roma, in encefalitici curati con dosi elevate di ioduro di sodio non ha mai visto insorgere la sindrome parkinsoniana post-encefalitica. Egli, però, non accetta il ravvicinamento etiologico tra influenza e encefalite epidemica e crede che la stomosina antigrippale costituisca rispetto a quest'ultima un rimedio aspecifico.

Ciulla. L'O. si è giovato molto della stomosinoterapia, specialmente nelle forme gonococciche (annessiti). Gli sembrano molto utili anche le iniezioni di yatren, unitamente alle stomosine.

Varvaro G. B. Anche l'O., insieme al prof. Pagano, ha ottenuto ottimi risultati con le stomosine antigrippali nella encefalite letargica.

Mauro C. Ricorda che Maggiore e Sindoni, della Clinica del prof. Di Cristina, isolarono un germe, che ritennero specifico dell'encefalite letargica; con questo essi prepararono un vaccino che si mostrò efficace in alcuni casi di encefalite letargica nei bambini. L'O. ricorda pure la terapia con lo stybenil, che ha dato buoni risultati in vari casi curati nella Clinica pediatrica di Palermo.

Adamo. Comunica di aver trattato con lo stybenil un'adulta nella fase sub-acuta della malattia, e di aver ottenuto risultati completi che perdurano ancora a distanza di 8 mesi.

Ciulla M. *Un caso di intossicazione da ascaridi complicante la gravidanza.* — Fa noto il caso di una signora, gravida all'8° mese, che presentò un quadro sintomatologico assai impressionante: vomito, tosse, afonia, vertigini, iperpiressia (40,8° C.), contrazioni uterine da far temere un parto prematuro, lieve midriasi della pupilla sinistra. In seguito al vomito si ebbe eliminazione di un grosso ascaride, dopo di che le condizioni della donna ritornarono normali ed essa condusse regolarmente la gravidanza a termine. Circa le due teorie per spiegare tale sintomatologia da ascaridi, la riflessa e la tossica, l'O. propende ad ammettere che esse possano integrarsi, che cioè, i fenomeni siano determinati dalle tossine degli elminti, e che essi possano essere più o meno accentuati in rapporto al terreno dell'individuo nel quale si verificano.

Pizzuto F. *Origini delle cisti dentarie e paradentarie.* — Dalla sua ricca casistica di cisti dei mascellari, in cui l'esame clinico è stato confortato da quello istologico e da ricerche embriologiche, l'O. conclude che tali cisti possono dividersi in tre gruppi: a) Cisti radicolo-appendicolari, dovute a fatti infiammatori. Esse sono le più frequenti, sono attaccate all'apice della radice di un dente e non sono rivestite internamente da epitelio. b) Cisti follicolari, che contengono sempre un dente temporaneo o permanente e sono rivestite internamente da epitelio, simile a quello del sacco follicolare della vita embrionale. c) Cisti paradentarie nelle quali l'epitelio che ne riveste la parete interna presenta la tendenza a rivestire il tipo delle cellule adamantine che nella vita dell'embrione originano l'organo dello smalto. Esso sono le più rare e le più gravi e clinicamente hanno dei punti di contatto col carcinoma cistico (cisti-adamantinoma dei mascellari del Tricomi).

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta del 16 aprile 1926

Presid.: prof. E. ALFIERI

Lapidari M. *Sul sarcoma di Rous.*

Tronconi V. *Alterazioni del sistema nervoso centrale nella fatica.*

Migliavacca C. *Sulla struttura della cellula nervosa dell'Astracus.*

Loreti F. *Sulle vie di diffusione dei tumori maligni (metastasi da aspirazione).*

Redaelli P. *Epatiti parenchimatose ed interstiziali e tumori epiteliali del fegato. (Contributo allo studio della così detta « Cancro-cirrosi epatica »).*

Omodei - Zorini Attilio. *Alcune osservazioni cliniche sopra due casi di cancro-cirrosi epatica.* — L'O. illustra due casi di cirrosi epatica associata ad alterazioni gastriche (nel 1° ad achilia ed insufficienza pilorica, nel 2° ad ulcera iuxta-pilorica). In entrambi i casi esisteva un quadro di una cirrosi epatica con fegato relativamente piccolo ed a decorso sub-acuto. L'età avanzata dei due soggetti, la scarsità dell'ascite, la presenza di ittero, la mancanza dell'alcoolismo e della lue nell'anamnesi avevano fatto sospettare la natura neoplastica della cirrosi. La diagnosi clinica venne però ostacolata dalle alterazioni gastriche complicanti.

Ricci F. e Milani A. *Contributo allo studio della deviazione del complemento con antigene di Besredka, nella tubercolosi pulmonare.*

Seduta del 30 aprile 1926

Presid.: *prof.* E. ALFIERI

R. Balli. *La sacralizzazione e la cosidetta pseudo-sacralizzazione del V metamero lombare nell'infortunistica.*

G. Falchi. *Tricofitide con emocoltura di Trichophyton Plicatile.* — In un caso di tricofitide a tipo papulo-lichenoide insorto in un ragazzo di 11 anni affetto da cherion multipli di natura tricofitica al cuoio capelluto l'O. ha potuto in due riprese a distanza di 5 giorni una dall'altra coltivare dal sangue circolante il Trichophyton Plicatile.

G. Falchi. *Epididimite gonococcica suppurata.* — In un individuo di 47 anni luetico curato in modo irregolare ed insufficiente, affetto ripetutamente da uretrite gonococcica, l'O. ha visto insorgere una epididimo-deferentite acuta.

In seguito ad iniezione endovenosa di Gonovaccino (5 milioni) si è avuto propagazione del processo infiammatorio all'altro epididimo e deferente. Più tardi (4 giorni) dopo 2 iniezioni intramuscolari di Caseal calcico, (2-3 cc.) si ebbe riaccensione violenta all'epididimo e deferente destro con formazione di ascesso all'emiscroto corrispondente e raccolta purulenta profonda perideferenziale sopra l'arcata crurale.

Incisione della raccolta della borsa scrotale ove si ebbe svuotamento per espressione di quella perideferenziale; la raccolta dello scroto si era formata esclusivamente a carico della vaginale lasciando integri il didimo e l'epididimo. Seguito operatorio regolare con guarigione rapidissima. Dal pus della raccolta l'O. ha ottenuto colture pure di gonococco su un terreno preparato estemporaneamente con agar glucosato e sangue dello stesso paziente.

P. Redaelli. *Rotture di cuore o di vasi endopericardici come causa di morti improvvise.*

IDEM. *Osservazioni anatomopatologiche e ricerche sperimentali intorno a diversi miceti. (Micosi primitive, micosi secondarie, associazioni micotiche e commensalismo).*

R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 31 luglio 1926

Presid.: prof. R. ALESSANDRI

Sanarelli. *Morfologia biologia, cultura pura e azione patogena degli spirocheti intestinali.* — Dopo una esposizione sulle attuali conoscenze sulle spirochetosi intestinali, delle altre spirochetosi (morfologia, culture, classificazione, distribuzione geografica, diagnosi e cura), riferisce sulle proprietà di essa spirochete isolata in cultura pura dal sangue del cuore di una cavia. Comunica i risultati culturali e sperimentali, fermandosi sul potere patogeno da sola e in simbiosi, nel determinare, se inoculata, una enterite spirochetica.

Pontano richiama l'attenzione sulla importante e lucida comunicazione del prof. Sanarelli per ricordare quanta luce può derivarne alla

Digitized by Google

conoscenza della spirochetosi umana. Egli ricorda, sui dati di ricerche rivolte in proposito, quanto a lui risulta a proposito della spirochetosi nell'angina di Vincent, nella gangrena polmonare, nella spirochetosi intestinale. Ritiene, e ne espone le ragioni, che le spirochetosi non siano mai malattie pure chè anzi nella maggior parte dei casi esse assumono l'aspetto di complicazioni. Nella clinica però la terapia della spirochetosi assume grande importanza, poichè l'eliminazione della spirochetosi è la spinta alla guarigione della malattia prima; così nelle gangrene polmonari con spirochetosi, così nelle enterocoliti con spirochetosi, per mezzo di composti arsenicali (salvarsan, stovarsol, ecc.).

Di Mattei. *La dieta di semi di girasole per lo studio del Beriberi sperimentale.*

Giudiceandrea. *Sulle modificazioni della formula emoleucocitaria nelle malattie del fegato.* — Riferisce dettagliatamente sul comportamento della leucocitosi nelle varie malattie epatiche, cirrosi, cirrosi di Hanot, cisti da echinococco, ascessi del fegato nella sifilide epatica. Egli non trova apprezzabili modificazioni nel numero dei leucociti, se si eccettuano i casi di flogosi acute o suppurative. Talora trova leucocitosi relative neutrofile (m. di Hanot); nelle forme croniche la formula non si scosta dalle forme ordinarie; esiste modica linfocitosi nelle epatiti luetiche. Per l'eosinofilia l'O. ammette una eosinofilia d'origine epatica.

Pontano ricorda che nell'ascesso epatico d'ordinario manca l'eosinofilia, che d'altronde all'eosinofilia non si può concedere, se negativa, grande importanza neanche nelle cisti da echinococo del fegato. Richiama le nozioni sull'origine locale degli eosinofili, sulle cisti da echinococco e ricorda sue esperienze che con l'iniezione di liquido cistico provocavano eosinofilia locale. Aggiunge che la sifilide epatica può talora provocare leucocitosi che facilita gli errori tra sifilide e ascesso; e che nell'ascesso possono mancare febbre e leucocitosi facilitando gli errori con i tumori.

Arcangeli richiama l'attenzione a proposito dell'eosinofilia intensa nei liquidi pleurici, quando esiste versamento, e ricorda casi con grande ricchezza di eosinofili.

Giudiceandrea dichiara il suo accordo con eventualità notate da Pontano e da Arcangeli.

Meldolesi. *Sulle alterazioni circolatorie degli avvelenati da chinina. L'azione della chinina e della chinidina nell'extrasistolia e nella tachicardia parossistica. Chinina e funzione circolatoria nei malarici.* -- L'O. ha ricercato se l'azione cardiopressiva attribuita agli alcaloidi della chinina è esclusiva delle dosi tossiche. Egli mentre riconosce l'azione tonica delle piccole dosi, ha potuto notare ipotonia miocardica, ipotensione e ipotonia arteriosa, diminuzione della capacità di reazione agli aumenti sperimentali di lavoro in soggetti che avevano ingerito, a scopo suicida, quantità superiori ai 6 grammi di chinina.

Circa l'azione della chinina e della chinidina egli ha trovato che la loro efficacia sull'extrasistolia e sulla tachicardia parossistica è evidente solo se l'aritmia si accompagna a disturbi del tono miocardico.

La chinina, in virtù di questa azione sul tono esercita azione favorevole nella terzana maligna, dove sono costanti le alterazioni del tono miocardico, anche da questo punto di vista. Ma le dosi alte possono richiamare fenomeni depressivi, se il cuore non viene convenientemente sostenuto: la chinidina esercita azione tonica notevole.

Leotta. *La sezione delle aderenze pleuriche nel trattamento pneumotoracico della tubercolosi polmonare.* — Comunica i risultati, veramente incoraggianti, ottenuti con la sezione delle aderenze pleuriche nel pneumotorace terapeutico, mettendo allo scoperto con larga toracotomia, seguendo lo spazio intercostale, tutta la cavità pleurica e suturando, dopo la sezione delle aderenze.

Antonucci. *Asportazione del ganglio stellato sinistro in un caso di tachicardia parossistica.* — Riferisce di un caso di tachicardia parossistica ribelle alle cure mediche, e nel quale, in base alle recenti conoscenze sull'importanza del ganglio stellato nel determinismo della tachicardia, ha proceduto alla estirpazione di esso. La asportazione del ganglio, eseguita senza difficoltà, provoca sensazioni dolorose. All'ottavo e all'undicesimo giorno dall'operazione ha avuto lipotimia con senso di « battimento » sternale superiore e senso di angoscia, al 28° giorno ha un attacco di tachicardia parossistica. In tre mesi la malata sta bene.

Pontano ricorda un tentativo simile eseguito dal Leriche e riportato da Fontan. Aggiunge che tali tentativi sono di grande interesse, specialmente in risposta a coloro che pensano che il ganglio stellato del simpatico, nei riguardi della funzione miocardica, deve essere considerato intangibile. Sarà interessante seguire la malata per le eventuali recidive.

Antonucci aggiunge che l'asportazione dello stellato in questo e in altri casi da lui operati, è stata operazione innocua nei riguardi della funzione miocardica.

Il Segretario: A. Corradi

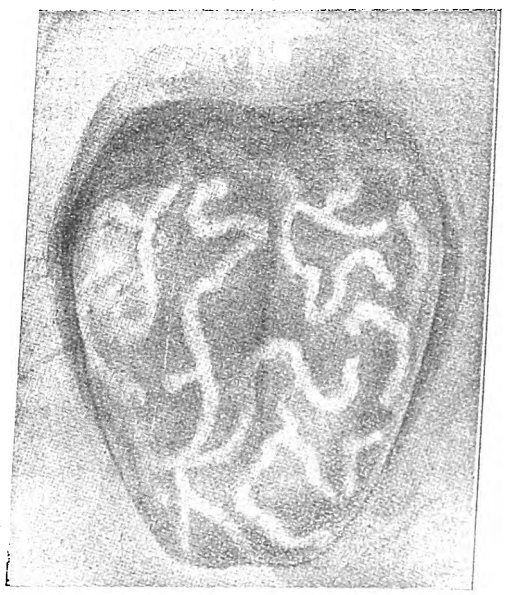
MEDICINA ICONOGRAFICA

Vaiuolo emorragico

L'osservazione appartiene a S. Sweitzer e K. Ikeda (*Archives of Dermat. and Syphil.* n. 1, vol. 15). L'infermo presentava pustole vaiolose a tipo confluente miste a lesioni emorragiche, nonchè emorragie congiuntivali, mucose e cutanee. Si ebbe esito letale. Alla necroscopia si notarono lesioni emorragiche intense generalizzate alla cute, alle mucose e agli organi interni. Massimamente colpiti erano la mucosa intestinale con fatti emorragici imponenti ed il midollo osseo.

Moniliasi della lingua

Il caso è riferito da E. Zeisler (*Arch. of Dermat. and Syphil.*, febbraio 1927). Si tratta di una donna di 56 anni che presentava la lingua leggermente ingrossata e ricoperta da una caratteristica manifestazione esantematica. Sul dorso e sui lati si osservavano delle strie biancastre sinuose e ramificate, lievemente sporgenti sulla superficie linguale, di aspetto quasi geografico.



Il resto della cavità boccale era completamente integro. L'esame microscopico del materiale rimosso dalle lesioni rivelò la presenza di formazioni rotonde ed ovali, grandi 3-5 μ, alcune con blastospore primarie.

Dopo insemenzamento su terreno di Sabouraud, si svilupparono entro 24-30 ore delle colonie grandi quanto una testa di spillo, biancastre e rilevate.

Due forme di microrganismi potettero in queste essere osservate al microscopio: 1) una forma cellulare, ellittica, grande 3-5 micron, con evidente doppio contorno e grande nucleo; 2) una forma miceliale con miceli stretti e ramificati, più o meno ricchi di conidi.

Da questi reperti di laboratorio e dalla osservazione clinica della paziente (cianosi, ingrossamento splenico ed epatico, policitemia, alterazioni arterio-sclerotiche generalizzate, miocardite cronica e insufficienza cardiaca) fu possibile trarre preziose notizie per la diagnosi dell'affezione, che era indubbiamente provocata da monilie.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

TERAPIA

SULLA TERAPIA DELLE ENTERITI

per il Dott. CRISTOFORO PACELLI
(Torniella prov. di Siena)

Quando, in un infermo di enterite, specialmente se localizzata al colon, oltre alla pertinacia nella durata dell'affezione, si noteranno emorragie gengivali, progressiva anemia, deperimento, si dovrà pensare possibilmente a una natura parassitaria, e in questi casi sarà più che mai indicato un esame ripetuto microscopico; poichè oggidì, si sa, sono state messe in luce maggiormente numerose affezioni dovute alle predette cause parassitarie.

E credo poi, riguardo alla cura, che appunto una buona parte della riuscita terapeutica sia dovuta a una diagnosi il più possibile esatta: specialmente riguardo alla natura e alla durata.

Nelle forme di enterocoliti di vecchia data, quando possibilmente si sia potuto escludere il sospetto di causa parassitaria, con fatti ulcerativi della mucosa, spesso capita di osservare modiche febbricole, talvolta serotine, persistenti per lungo tempo, anche dei mesi, febbricole che si accompagnano a notevoli dolori addominali, che possono far guidare a un falso diagnostico.

Nelle forme di enterite e specialmente enterocolite cronica, non è raro osservare una discreta tumefazione della milza (più che un vero tumore): si può risentire anche il fegato che si presenta leggermente debordante dall'arcata costale.

Non è raro osservare come lo stato generale dei pazienti si presenti alquanto scaduto, e come presentino essi una colorazione speciale del volto, proprio dovuta a intossicazione. Intossicazioni dovute a assorbimento di gas mefitici, prodottisi per abnormi scomposizioni svolgentisi nel colon.

La virulenza, come si sa della flora batterica intestinale e specie del colon, è in questi casi notevolmente aumentata.

Quindi da quel che sopra brevemente e forse incompiutamente è stato esposto, ogni affezione intestinale di una certa importanza deve essere possibilmente ben diagnosticata e se occorre la diagnosi corroborata da ripetuti esami macroscopici e microscopici: e non trascurando in taluni speciali casi un esame radioscopico.

Riguardo alla terapeutica in particolare, si ricorderà agli oppiacei per os, alla belladonna mista all'oppio, per diminuire il tenesmo e la esagerata peristalsi intestinale; ciò specialmente in presenza di casi acuti o di gravi riacutizzazioni di fatti cronici: riguardo alla dietetica specie, intendo fare qualche osservazione, avendo notato come da alcuni medici, specie anziani, si prescriva come cura l'uso abbondante del latte: e come si faccia uso, un po' irrazionale, di purghe e dei cosiddetti lassativi: quelle e questi ultimi mi permetto di osservare che possono riuscire alquanto dannosi, poichè non fanno che mantenere in stato congestivo e irritativo la mucosa intestinale, specie se vi sono ulcerazioni, e che a lungo andare rendono la muscolatura intestinale insufficiente, perchè avrà bisogno di uno stimolo continuo.

Questo, specie nei casi che si accompagnano a una relativa stipsi.

L'eccessiva ingestione di latte poi da taluni pazienti viene mal tollerata, producendo esagerate putrefazioni e fermentazioni nel colon, dilatando così il viscere, sì da produrre disturbi di origine meccanica: spostando gli organi contigui, e dando disturbi gastrici riflessi.

Tutto al più si somministrerà il latte nei fatti acuti, ma pur qui in giusta misura: e per un tempo non troppo lungo.

Come si sa poi una prolungata somministrazione di latte non può essere sufficiente a sopperire alla nutrizione generale in modo completo, e un'alimentazione povera di taluni principi (anche per deficienza di vitamine) può peggiorare le condizioni generali dei paz., già un po' compromesse, per la malattia intestinale, da cui sono affetti, specie se cronica: quindi riguardo alla terapia dietetica, pur attenendosi a scrupolose regole, si concederanno a sufficienza i nutrimenti. Come disinfettanti (non nel senso proprio della parola) e come modificanti la flora b. intest. si daranno i prodotti di Kefir, lo Jogourt, purchè recentemente preparati, e magari giornalmente preparati, essendo dimostrato che l'azione di questi farm., oltre che dalla preparazione, dipende dalla loro freschezza.

Si useranno pure i fermenti lattici in fiale, pure recenti, perchè col tempo perdono la loro vitalità (vedi uno degli ultimi numeri del *Boll. I. Sieroterapico Milan.* sulla scelta dei fermenti più attivi). In seguito potrà provarsi il batteriofago.

Si prescriveranno mille forme di enterocoliti, acute, e specie croniche, i clisteri di acqua sterilizzata, praticati dopo l'evacuaz., i clist. di acqua sterilizzata in cui si siano fatti bollire dei semi-lino, si useranno con un certo vantaggio gli oli di vaselina e paraffina, purchè di una eccessiva purezza.

Gli oli di v. e p. si useranno nei periodi di stipsi, essendo la loro azione non semplicemente lubrificante, ma anche sedativa sulla flogosi della mucosa.

Insomma nelle affezioni intestinali predette bisognerà attenersi a una congrua dietetica, ma che non riesca minorativa, e a una terapeutica, adattata ad ogni caso singolo.

SIFILOGRAFIA

Reinfezione, Pseudo-reinfezione, Superinfezione sifilitica

Le reinfezioni dopo un primo sifiloma iniziale non si contano più: ciascuno sifilografo ne ha visto o ha creduto di vederne nella sua pratica; più rare sembrano quelle verificatesi dopo manifestazioni secondarie della prima sifilide, ed eccezionali quelle verificatesi dopo manifestazioni terziarie. Poirier di Anversa cita una reinfezione da lui osservata in un individuo già tabetico.

Sono stati comunicati inoltre casi di individui che si sono infettati tre volte, e perfino quattro, e di individui che si sono reinfettati presso la medesima donna, che li aveva contagiati la prima volta.

La questione appare più complessa di quella che a prima vista potrebbe ritenersi; ma una cosa possiamo dire dopo accurato esame delle storie cliniche presentateci, che non tutte hanno veramente i requisiti necessarii perchè si possa parlare di reinfezione senza tema di errore.

Bisogna pertanto costituire un severo canone, che deve essere la pietra di paragone, in confronto della quale vanno esaminati i casi di presunta reinfezione.

La compilazione di un elenco di requisiti, a cui deve obbedire la sifilide diagnosticata come di reinfezione, non è un compito troppo facile, e diversi tentativi sono apparsi difettosi per eccesso o per insufficienza.

Il Bernard di Bruxelles ha — nel congresso annuale 1926 dei Dermosifilografi di lingua francese (Bruxelles, luglio), — presentato un elenco di condizioni necessarie ad essere verificate perchè si parli di reinfezione, che sembra il migliore di quanti siano stati finora proposti.

Ecco i « 15 punti » di Bernard:

1. La diagnosi della prima sifilide deve essere stata incontestabile: treponemi, adenopatia, Wassermann.

2. Il trattamento deve essere stato energico e sufficiente.

3. Assenza di sintomi clinici e sierologici, durante un periodo sufficientemente lungo (da più mesi a più anni, secondo i diversi autori).

4. La dichiarazione di guarigione della prima sifilide deve avere tutte le garenzie, compreso il controllo del liquido cefalo-rachidiano.

5. Questa dichiarazione deve essere inoltre confermata dalla « prova di riattivazione » di Milian.

6. Tra le due sifilidi non deve verificarsi alcun incidente, come il « sifiloma di ritorno » od altri.

7. L'intervallo tra la fine del trattamento della prima sifilide e l'apparizione del secondo sifiloma deve essere abbastanza lungo (da parecchi mesi a cinque anni, secondo i diversi Autori; o almeno più lungo della durata del trattamento [Emery]).

8. Vi dev'essere stata possibilità di infezione (coito) entro un lasso di tempo normale.

9. E' desiderabile che vengano posti a confronto il soggetto infettante e l'infettato.

10. La seconda lesione iniziale dev'essere di diagnosi incontestabile:

Digitized by Google

periodo normale di incubazione, treponemi, Wassermann negativa, poi positiva.

11. La localizzazione del sifiloma iniziale dev'essere diversa nelle due infezioni.

12. E interessare anche territorii infatici differenti.

13. Vi dev'essere anche per la seconda lesione iniziale, l'adenopatia satellite.

14. L'esantema è necessario, per confermare il carattere della lesione iniziale.

15. Le due sifilidi debbono essere state constatate dallo stesso medico, o almeno da due medici competenti.

E' certo che in parecchi casi le reinfezioni non esistono; si è parlato di *pseudoreinfezioni,* ma evidentemente si cerca di mascherare con un termine improprio un errore diagnostico.

Nella maggior parte dei casi si tratta di recidive locali provocate dalla reviviscenza di spirochete incistate allo stato di inerzia negli antichi focolai (Balzer).

Parecchi mesi, raramente parecchi anni dopo la prima infezione, per una incompleta sterilizzazione dei focolai infetti, od in certe condizioni immunitarie, si hanno delle efflorescenze cutanee, ma esse dovrebbero ormai essere esattamente inquadrate al loro posto.

Ben diversa importanza ha il problema della *superinfezione,* la cui reale esistenza non può essere posta in dubbio dopo gli studii di Lipschutz e soprattutto di Pinard.

Si parla di superinfezione, quando in un vecchio sifilitico, la cui immunità si è molto ridotta, espostosi al contagio, si verificano dei nuovi accidenti, il cui carattere essenziale è di avere un andamento obiettivo correlativo allo stadio cronologico al quale l'infezione dell'ammalato è pervenuta; è, in sostanza, lo stato allergico dell'ammalato che regola il tipo di queste manifestazioni contagiose.

Anche per la superinfezione è necessario stabilire un canone di requisiti indispensabili perchè si possa parlare di un fenomeno di tal genere.

Il Lipschutz, che ha studiato questo argomento in modo completo, così enuncia queste condizioni:

1) bisogna che la Wassermann sia positiva fin dall'inizio del sifiloma;

2) bisogna che l'esistenza della prima infezione sia stabilita in modo incontestabile;

3) bisogna che i sintomi secondari che l'hanno seguita siano esattamente stabiliti.

4) bisogna che la lesione di superinfezione sia incontestabilmente sifilitica;

5) bisogna che si manifesti in una sede diversa dalla precedente;

In sostanza la superinfezione è una seconda inoculazione specifica, simultanea all'esistenza della prima, e dovuta alla penetrazione di nuovo virus; essa si può verificare in qualunque stadio della sifilide.

Mendes da Costa ha proposto di raggruppare sotto un'unica denominazione i vecchi termini di reinfezione e di superinfezione: *infectio syphilitica secunda; infection seconde,* dicono i francesi; *infezione seconda,* potremmo dir noi.

Quanto alla pseudoreinfezione, poichè questo termine serve solo a mascherare la nostra ignoranza, od errori diagnostici, sarebbe desiderabile la sua definitiva eliminazione.

V. M. PALMIERI

CASISTICA

Casi atipici di echinococco polmonare

TONELLI (*La Radiologia Medica,* fasc. 12, 1926) riferisce due casi di cisti di echinococco a decorso atipico; nel primo l'ombra radiologica molto caratteristica si presentava, nell'emitorace sinistro, come una voluminosa cisti a diametro maggiore cranio-caudale, esplicantesi con tutta probabilità nello spazio interlobare, e quasi toccando il margine costale polmonare verso l'esterno. Segni plessimetrici quasi assenti, solo una maggiore ampiezza dei diametri dell'emitorace corrispondente (Nigrisoli). Le prove sierologiche furono negative: intradermoreazione, eosinofilia, reazione del Casoni. Il paziente fu operato (Nigrisoli) e guarì mentre era stato definito un tubercolotico.

Nel secondo caso si ebbe rottura spontanea della cisti, mentre era in osservazione; alla rottura seguì una granulia, che portò il paziente alla morte. L'esame radiologico, tanto nel primo che nel secondo caso fu l'unico ausilio diagnostico alla cisti da echinococco, quantunque nel secondo, la reazione del Casoni fosse stata positiva. Tuttavia l'A. fa notare che in casi atipici anche questo mezzo non può dare sempre un responso certissimo avendosi, o per la rottura della cisti che può simulare uno pneumotorace saccato, o per ascesso polmonare o per pleuriti ed aderenze che il tessuto polmonare contrae in seguito di fatti reattivi alla presenza della cisti delle ombre non nette che nascondono i contorni della cisti medesima.

Molto spesso, anche la tubercolosi gioca la sua parte importantissima come causa di errore diagnostico.

Disordini mentali da vaccinazione profilattica

PERRENS (*Journal de Medicine de Bordeaux,* n. 3, 1927) riferisce di un soldato, il quale ebbe una doppia vaccinazione antivaiolosa e antitifica. Dopo sei giorni da queste iniezioni fu colpito da disturbi mentali che furono diagnosticati: confusione mentale acuta con stato maniaco sopraggiunto.

La immediata comparsa in seguito delle vaccinazioni di questo disturbo non fa pensare all'A. a un puro fenomeno di concomitanza morbosa.

L'A. ritiene invece dover incriminare lo choc tossico, tanto più che i fenomeni morbosi che seguirono alle iniezioni di polivaccino furono d'ordine confusionale; nè pure si può dire quale parte abbia avuto la vaccinazione antivaiolosa nel determinismo dello stato confusionale.

Ciò che è importante — tuttavia — è che occorse la iniezione di polivaccino per scatenare i fenomeni che nessuno prima aveva constatato nell'infermo.

I sintomi generali più caratteristici furono, in questo ammalato uno stato più o meno febbrile, cefalea, insonnia alternata da sonno ricco di sogni ed incubi.

L'eccezionalità del caso ne spiega la relazione.

Perforazione di ulcera gastrica durante l'esame röntgen

Ne riferisce LANG di Edinburg (*The Lancet,* 20 nov. 1926). Si tratta di un infermo sui 65 a. che da più mesi presenta un quadro nosografico da lasciar sospettare la presenza di ulcera gastrica.

Ricevuto in reparto sub-judice di intervento operatorio, già dall'esame speciale dal quadro sintomatico, dalla ipersensibilità cutanea periombelicale, si è indotti a confermare la diagnosi di ulcera gastrica. Si procede alla somministrazione di miscela al bario, e si precisa la diagnosi, sede parete anteriore presso il piloro.

Ma già durante il trasporto sullo scranno i dolori addominali intensi il collasso stanno ad indiziare qualche grave accidente. Operato di laparotomia nell'elasso di un'ora si trova perforazione dell'ulcera; versamento della miscela sotto il fegato e nel peritoneo. Sutura in duplice strato della parete gastrica, toilette del cavo. Sintesi addominale. Guarigione.

Milza migrante pelvica simulatrice di prolasso uterino

G. DE CANDIA (R. Clinica Ostetrica di Bari. *La Clinica Ostetrica,* febbraio 1927), descrive il caso di una donna di 43 anni che si presenta in Clinica per essere operata per prolasso completo uterino. Alla palpazione dell'addome si notò la presenza di una tumefazione di forma allungata, che si dipartiva dalla pelvi e salendo in alto e a sinistra oltrepassava la ombelicale trasversa.

Questa tumefazione aveva superficie liscia e consistenza dura; era indolente alla palpazione, molto mobile nei movimenti impressi lateralmente, poco spostabile invece verso l'alto.

Al polo superiore più grossa e a forma globosa la massa andava assottigliandosi in basso: il polo inferiore non era palpabile, insinuandosi esso nella pelvi.

Acquistata la certezza che la tumefazione non faceva corso con l'utero, sorse per poco l'idea che ci si trovasse di fronte ad una milza migrante a sede pelvica; ma l'affermazione della p. di non aver mai sofferto malaria, l'esistenza di una ottusità nella regione splenica, la mancata percezione delle incisure fecero troppo presto escludere detta ipotesi. Fatta diagnosi di tumore addominale, si procedette all'intervento (laparotomia mediana sotto ombelicale).

Aperto l'addome si vide che la massa avvertita dall'esterno era costituita da milza a sede pelvica tre volte più grande della norma, con estremità arrotondate, con scarse e poco evidenti incisure sul margine anteriore, di consistenza dura. Se ne eseguì l'asportazione.

Fu fatta inoltre la isteropessi (metodo Pestalozza) e praticata la plastica vagino-perineale.

Il decorso post-operatorio fu regolare.

Le ricerche ematologiche dimostrarono variazioni nel senso già noto della crasi sanguigna.

Avvelenamento da lupini

PETRAROIA (*Il Policlinico* sez. prat. fasc. 39, 1926) descrive il caso di un bambino di 17 mesi, che gli fu presentato in preda ai seguenti sintomi: pallore eccessivo, palpebre chiuse, completamente rilasciato e poco reagente agli stimoli. Polso e respiro molto frequenti, ventre leggermen-

Digitized by Google

te gonfio. Temperatura sub normale fino alla morte. Le prime cure praticate (emetico per iniezione, purganti, irrigazioni intestinali, cardiocinetici, stimolanti ecc.) non diedero alcun risultato; seguì aggravamento generale con paralisi intestinale completa, torpore fisico e psichico, grave abbassamento della pressione arteriosa, convulsioni e morte.

Dall'anamnesi l'A. potè stabilire che il bambino aveva ingerito notevole quantità di semi di lupino, secchi, quindi non trattati secondo si pratica comunemente) in modo da produrre un avvelenamento acuto mortale.

Le sostanze contenute nei semi di lupino sono: 1) la lupinina (alcaloide; 2) la lupinina (glucoside); 3) la lupinidina (alcaloide); 4) la lupanina. Queste sostanze, quando il lupino viene trattato passano nell'acqua, sicchè i semi perdono le proprietà tossiche.

APPUNTI

L'avitaminosi nel corso del diabete. — M. G. Wohl, Omaha (*The Journal of the American Medical Association*, 1928, n. 12).

L'avitaminosi influenza probabilmente l'insorgere di alcuni sintomi, come l'astenia e la costipazione, nel corso di un diabete mellito. L'insufficiente esperienza dei familiari e del paziente nella cura del diabete può provocare l'avitaminosi, che può avere effetti disastrosi per il paziente. L'Autore riferisce infatti un caso, in cui in seguito a dieta inadatta, il paziente ebbe manifestazioni di beriberi ed una sindrome oculare analoga alla xeroftalmia.

Porpora fulminante. — P. Morawitz. Lipsia (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 38) riferisce su un paziente di 46 anni che presentò di botto una sindrome gravissima di porpora, decorrente senza febbre, con diffusione simmetrica bilaterale. Si verifica la morte in soli quattro giorni.

Questo caso ricorda nel modo più fedele la classica descrizione di Henoch di quella sindrome, a cui egli dette il nome di « purpura fulminans ».

Dal punto di vista patogenetico di queste forme di porpora fulminante, l'elemento assolutamente fondamentale è la lesione vasale; il numero delle piastrine era solo modicamente disceso, ma ad onta di ciò, la durata dell'emorragia si era di molto prolungata.

La disposizione simmetrica bilaterale delle emorragie fa pensare ad una partecipazione dei centri di innervazione vasale nella patogenesi di questi stati morbosi.

La sifilide congenita come sostrato di deficienza mentale. N. A. Dayton, Boston (*The Journal of the American Medical Association*. 1926, n. 12). Si crede comunemente che la sifilide congenita costituisca un importante elemento provocatore di forme di deficienza mentale.

Di parere contrario è il nostro Autore, che su 2045 individui affetti da forme di deficienza mentale, ha potuto stabilire la presenza della lue solo in 61 casi, vale a dire nel 2.98 %; il che lo porta a concludere che la sifilide congenita non è un serio fattore di deficienza mentale.

NOTE FARMACOTERAPICHE

La epuralgina: nuovo preparato analgesico e antireumatico nella cura della ipertonia vasale. — E. Lipschutz, Brooklyn, New York (*Med. Jour. and Record*, 15 sett. 1926) riferisce sulla epuralgina (acetilcitrato potassico-magnesiaco) la quale, somministrata per via gastrica o intramuscolare non ha azione depressiva, nè induce fenomeni d'intolleranza. Essa provoca una notevole leucocitosi, il che spiega tutto il valore che questo medicamento ha nella cura delle condizioni infiammatorie locali, determina un aumento della diuresi e della eliminazione di acido urico, nonchè possiede proprietà analgesiche assai spiccate.

Nella ipertensione vascolare purchè non da arteriosclerosi l'epuralgina produce una diminuzione evidente e prolungata della pressione sanguigna.

Nelle varie affezioni reumatiche, artritiche e neuritiche, essa dispiega potentemente la sua azione analgesica.

Da quanto è detto si deduce che l'epuralgina è assai bene indicata nel trattamento della ipertensione, del reumatismo articolare, dell'artrite deformante, delle affezioni reumatoidi, della miosite reumatica, della politenosinovite, delle nevriti e dell'emicrania, e che è controindicata nelle forme arteriosclerotiche.

Di questo nuovo preparato sono necessari gr. 0.6 ogni 3 ore finchè non si sia ottenuta la remissione sintomatica; quando questa è raggiunta, sarà sufficiente la stessa dose ad intervalli di 5-6 ore.

FORMULARIO

Nell'asma da ipoovarismo. — Se l'asma riconosce come causa un ipoovarismo, come può accadere nella menopausa, dopo isterectomia, per insufficienza ovarica costituzionale, ecc., si somministrerà per 10 giorni, prima dei due pasti principali, un *cachet* di:

Polvere d'ovaio	gr. 0.10

Se all'insufficienza ovarica è associata quella tiroidea, si prescriverà invece:

Polvere di tiroide	gr. 0.015
Polvere d'ovaio	gr. 0.10

5 o 10 giorni di opoterapia si alterneranno con la somministrazione durante 10 giorni di:

Cloruro di calcio	gr. 5
Lattato di calcio	» 5
Sciroppo di cotogne	» 30
Acqua	q. b. per » 150

Diluire un cucchiaio da zuppa di questa soluzione in un po' d'acqua, da prendersi prima dei due pasti principali.

(da M. Sègard. *Consultaire*. N. Maloine, ed. 27, rue de l'École de Médecine, Parigi, 1927).

COMMENTI E POSTILLE

A proposito di zolfo-terapia dei tumori maligni

Nel N. 3 della *Riforma Medica* del corr. anno è comparsa una interessante nota preventiva del prof. O. Cignozzi sull'uso de « lo zolfo nella terapia dei tumori maligni ». A nessuno può sfuggire l'alto interesse pratico e scientifico dei reperti del prof. Cignozzi e poichè dall'A. nessun accenno vien fatto, sia pure in via ipotetica, al meccanismo con cui lo zolfo esplicherebbe la sua azione sui neoplasmi maligni, mi permetto qui di ricordare i resultati di ricerche mie e di altri, che possono dare una conferma piena, se non addirittura una spiegazione dei reperti sopraferiti.

In una mia nota preventiva (*Soc. med. di Parma* 5-7-1926 e *Klinische Wochens.* N. 46, 1926) io comunicavo i risultati di ricerche praticate in collaborazione col Dr. R. Balducci, dalle quali veniva messa in evidenza una netta azione ipoglicemica dello zolfo (tanto colloidale, quanto in soluzione alcoolglicerica : Sulfor), sia nei sani, sia nei diabetici, con aumento contemporaneo in questi ultimi della riserva alcalina del sangue.

Senza voler fare addirittura dello zolfo un surrogato dell'ormone pancreatico, io ricordai allora come le nostre ricerche fossero in armonia con quelle di AA. americani (Abel e Geiling), i quali dimostrarono che l'insulina contiene zolfo in notevole quantità e che l'efficacia terapeutica dell'ormone è in proporzione diretta del suo contenuto in zolfo.

Un altro parallelismo di azione tra zolfo ed insulina era stato intravisto da Bürgi e Gordonoff (*Klin. Woch.* 1926 n. 11), i quali osservarono in animali, cui veniva somministrato dello zolfo un accumulo di glicogeno nel fegato presso a poco identico a quello riscontrato già da moltissimi altri negli animali insulinizzati. Gordonoff ha poi in secondo tempo (38° *Kon gr. d. Deut. Ges. f. inn. Med.* 1926) confermato con ricerche sugli animali l'azione ipoglicemica dello zolfo.

Stabiliti questi attributi comuni tra zolfo ed insulina voglio ricordare come fino dal 1912 il Rondoni abbia dimostrato che il sarcoma sperimentale del ratto si sviluppa più rigogliosamente e rapidamente quando si somministrano all'animale forti quantità di glucosio. Tale asserzione fu poi confermata ed ulteriormente sviluppata da tutta una schiera di ricercatori, tra i quali ricorderò solo il Warburg; mentre altri (Piccaluga e Gioffari, Stühlern ecc.) poterono mettere in evidenza un'azione inibente dell'insulina sullo sviluppo dei tumori tanto sperimentali che umani. Di tale argomento mi sono occupato anch'io ed in una nota in collaborazione col prof. Ponticaccia « *Tentativi di terapia insulinica nei carcinomatosi* » (*Giornale di Clinica Medica*, n. 11, 1926) venivano alla conclusione che le nostre esperienze non erano abbastanza numerose nè probative per ammettere o meno una azione inibente dell'insulina sullo sviluppo del carcinoma umano, ma in realtà l'insulina stessa dimostrava nei nostri ammalati un effetto ingrassante (aumento di 6 Kg. di peso in poco più di un mese in un caso), effetto da noi attribuito in gran parte a quei medesimi fattori anabolici, che vengono esaltati dall'insulina negli stati

Digitized by Google

di denutrizione in genere e forse anche più a quella inibizione dei tessuti che l'ormone panoreatico in antagonismo all'ormone tiroideo (Feissly) sarebbe capace di produrre attraverso l'aumento della riserva alcalina quale venne anche da noi osservata.

Con i reperti del prof. Cignozzi verrebbe così confermato anche riguardo ai neoplasmi maligni quel parallelismo d'azione tra zolfo ed insulina da me e da altri messo in evidenza, mentre non mi sembra azzardato, in base alle surriferite ricerche interpretare l'azione esplicata dallo zolfo sui tumori, riferendoci fondamentalmente agli stessi fattori invocati per l'insulina.

Senza dilungarmi ad emettere ipotesi, mi piace ricordare anche qui come recentemente il Grumme (*Münch. med. Woch.* 1925 N. 19) dall'esame della letteratura relativa e dai resultati delle proprie ricerche sul contenuto in zolfo delle urine dei carcinomatosi sia stato indotto a ritenere che la disposizione al carcinoma è dovuta a carenza di zolfo nell'organismo.

Ho ancora in corso delle ricerche sull'argomento, ma intanto ho voluto ricordare questi fatti sia perchè mi è sembrato si prestassero ad essere coordinati, sia perchè del mio contributo modesto, da parte straniera, già mi si nega la priorità.

Dr. D. CAMPANACCI
1° Assistente della R. Clinica medica di Parma
(diretta dall'on. prof. U. Gabbi)

NELLE UNIVERSITÀ ITALIANE

Il nuovo Direttore della R. Clinica Otorinolaringoiatrica dell' Università di Napoli

La benemerita Facoltà Medico-Chirurgica di Napoli, degna erede delle gloriose tradizioni del passato, con felicissima scelta ha chiamato all'insegnamento della Clinica Otorinolaringoiatrica, vacante per la morte dell'illustre e compianto Prof. Gradenigo, il valoroso Prof. Deodato de Carli, al quale inviammo a suo tempo il nostro cordiale benvenuto.

Il Prof. de Carli arriva fra noi preceduto da meritata fama di studioso, di professionista, di clinico, d'insegnante e di operatore non comune molto apprezzato, non solo nella specialità, ma anche nella chirurgia generale.

D. DE CARLI

Brillante è il suo stato di servizio.

Laureatosi a Roma nel 1899, fu nel 1900 nominato aiuto della Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, allora diretta dall'illustre Prof. de Rossi.

Conseguì la libera docenza nel 1908.

Negli anni 1910 e 1911 fu incaricato dell'insegnamento ufficiale della specialità presso la R. Università di Cagliari; diede le dimissioni per riprendere il suo posto di aiuto nella Clinica di Roma.

Volontario di guerra nel 1915 col grado di capitano medico, consulente otorinolaringologo della III Armata si rese benemerito per tante preziose vite salvate con arditi interventi chirurgici nel campo della Specialità ed, in caso di necessità, anche in quello della chirurgia generale.

Promosso Maggiore Medico per meriti speciali di guerra nel 1916. Fu incaricato dell'insegnamento della Specialità presso i Corsi di Medicina e Chirurgia in S. Giorgio di Nogaro.

Nel 1924 fu chiamato dalla R. Università di Bari ad impartire l'insegnamento di Clinica Otorinolaringologica; non potè raggiungere detta sede per motivi di famiglia.

E' socio ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Roma.

La sua produzione scientifica è particolarmente interessante e tutta improntata a vera realtà pratica. Citerò fra gli altri: uno studio clinico ed istologico su alcune varietà di tumori nasali, un caso di cisti dermoide del naso, sullo stato attuale della cura delle suppurazioni dell'orecchio medio e sue complicazioni, l'adrenalina nella specialità otorinolaringoiatrica, la vertigine riflessa di origine nasale etc.

Ma dove il prof. de Carli profuse a piene mani tesori di esperienza clinica, di preziose considerazioni di pratica operatoria, di osservazioni diagnostiche e curative è in una serie di Rendiconti annuali clinico-statistici, con particolare rilievo degli argomenti di maggiore interesse e attualità (laringostomia, ascessi cerebrali, etc.) redatti presso la Clinica di Roma, e che vengono sempre consultati con grandissima utilità.

Con la venuta a Napoli del Prof. de Carli la nostra Facoltà Medico-Chirurgica ha acquistato un vero maestro ed un perfetto insegnante, la Città si è arricchita di un consulente e di un operatore valorosissimo

Prof. ANGELO DELLA CIOPPA

LIBRI ED OPUSCOLI

TRAVAGLINI V. *Lezioni di traumatologia.* Un volume di pagg. 183. Stab. Tipografico Sociale di Portogruaro 1926.

L'A. pubblica queste Lezioni di traumatologia, complementari al Corso Ufficiale di Patologia Chirurgica del Prof. D. B. Roncali, titolare di questa disciplina nella R. U. di Napoli.

Nella « Introduzione » al volume di circa 200 pagine, illustrato da varie figure e da una tricomia fuori testo, l'A. ricordando come nelle XII divisioni della *Classificazione del Roncali* delle lesioni infiammatorie che riconoscono come agente etiologico il fattore parassitario, non figurano quelle « *lesioni indotte nei tessuti viventi dagli agenti traumatici, termici e chimici* » dà i limiti della sua trattazione.

Il volume, che rappresenta la Parte I^a^ del lavoro comprende propriamente le « Contusioni »; queste vengono descritte dal punto di vista generale e speciale, e sono precedute da una « *classificazione* » che si riferisce anche alle « ferite ».

Le lesioni dei tessuti organici determinate da agenti meccanici, tanto *superficiali quanto profonde,* sono raggruppate in tre gruppi.

Nel primo gruppo sono raccolte le lesione da cause che producono *compressione, spostamento, scuotimenti in massa, soppestamento* dei tessuti molli, e *frattura* nei tessuti duri (ossa), rispettando la continuità dei comuni tegumenti. Nel secondo e nel terzo gruppo sono comprese le lesioni come sopra, che compromettono la continuità dei comuni tegumenti; se l'agente traumatizzante presenta spigoli le lesioni sono del 2° gruppo, se presenta superfici taglienti ed appuntite le lesioni sono del 3° gruppo.

In questi due gruppi entrano, perciò le « *ferite contuse* » e « *lacero-contuse* », nonchè le « *ferite propriamente dette* », da *taglio, da punta, da punta e taglio* ». La parte speciale è svolta secondo il metodo anatomo-clinico.

A proposito delle « *Contusioni nervose dell'arto inferiore* » l'A. riporta un caso personale, seguito all'Ospedale di Portogruaro col Prof. P. Tasca; ed a proposito delle « *contusioni addominali profonde cavitarie a carico della milza* » l'A. riferisce un caso di rottura della polpa splenica e della capsula contemporaneamente, con costituzione di ematoma perisplenico di Camus, operato nel 1923 dal Tasca, documentandoli con chiare fotografie; inoltre l'A. riporta altre esemplificazioni (3) di contusioni addominali gravi da lui seguite in reparti ospedalieri (Sacile e Portogruaro).

Nel capitolo della « *Commozione encefalica* » l'A. — aiuto nell'Istituto diretto dal Roncali — trascrive testualmente i concetti del Maestro che distingue la *c. leggera* dalla *c. gravissima,* svolgendo la teoria della « *polarizzazione e disorientazioni molecolari* » cui s'impernia la spiegazione della fenomenologia alta nervosa di simili lesioni; teoria che Durante chiama: « la teoria istologica della commozione del Roncali ».

Il testo è svolto in forma chiara e corretta e con indirizzo perfettamente rispondente alle necessità scolastiche e propedeutiche dell'insegnamento.

Il lavoro è da ritenersi opera pregevole ed utile anche perchè, aggiornato delle moderne acquisizioni, è contenuto entro termini di svolgimento equilibrato e sintetico, ed è compiuto con armonia di parti e di linee.

O. NUZZI

Bajla E. *Provvedimenti adottati dall'Ufficio di Igiene durante il periodo influenzale dell'inverno* 1925-26. Milano; Stab. Tip. Stucchi-Ceretti, 1926.

Bilancioni G. *Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia comparata dei seni accessori del naso.* Estratto da «La Stomatologia», n. 9, 1925.

Capezzuoli C. *La vita e le opere di Serafino Capezzuoli.* Estratto dalla « Rivista di Storia delle Scienze mediche e naturali », n. 3-4, 1926.

De Stefano F. e Vaccarezza R. *Tratamiento del carbunclo humano.* Estratto da «La Semana Medica», n. 4, 1926.

Digitized by Google

NOTIZIE

Conferenza del prof. Putti a Liverpool. — Invitato dal Senato Accademico dell'Università di Liverpool, il Prof. V. Putti ha tenuto il 10 marzo u. s., nell'Aula di Clinica Chirurgica dell'Università stessa, la seconda « Lady Jones Lecture ». Argomento: « Nuovi concetti sulla patogenesi e la cura delle sciatalgie vertebrali ».

Corso straordinario di patologia e clinica della tubercolosi. — Per cura dell Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, il Corso Straordinario delle malattie tubercolari a Genova si inizia il 22 aprile 1927 ed avrà la durata di un mese come negli anni precedenti.

Questo corso è tenuto col concorso dei Clinici e Patologi della Facoltà Medica di Genova ed ha lo scopo di mettere i medici in condizione di poter aspirare agli uffici speciali che Governo, Municipi, Enti privati creano per la lotta antitubercolare.

Il Corso, diretto dal Prof. Sen. E. Maragliano, da diritto a coloro che lo hanno seguito, di avere un diploma speciale, per potere adire ai concorsi che via via vengono banditi per istituzioni speciali antitubercolari.

L'iscrizione è gratuita: indirizzarsi alla Segreteria dell'Istituto di Studi Scientifico Pratici, Genova, Via Balilla 1.

Corsi speciali per medici. — Presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano sono aperte a tutto il 24 aprile, le iscrizioni ai *Corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche* per Medici.

I corsi suddetti, che avranno la durata di un mese, si inizieranno il giorno 25 aprile prossimo e comprenderanno lezioni di: elettrocardiografia, roentgenterapia, chimica clinica, semeiologia fisica e funzionale del fegato e delle grosse vie biliari, fotoradioterapia, istologia patologica, batteriologia e microscopia.

Per l'iscrizione, che può essere anche a singoli di detti corsi, occorre presentare il diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che avranno frequentato diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Esito del concorso Zoia. — Nel concorso bandito dalla Ditta Zoja di Milano per lavori riguardanti la « Forgenina Prof. Piccinini », la Commissione ha aggiudicato il primo premio (L. 5000) al dott. C. Provinciali, dell'Istituto Farmacologico della Università di Milano, per un lavoro sperimentale documentante il meccanismo di azione della «Forgenina». Hanno pure conseguito premiazioni: il dottor F. Coda di Villalvernia (Alessandria), il prof. V. Luccarelli della Università di Parma, il dottor R. Sacchi di Scandisci (Firenze), il dottor F. Pellegrini di Asciano (Siena), il dottor L. Sanfelici di Viadana (Mantova).

La accurata relazione della Commissione aggiudicatrice (composta dei Professori: On. U. Gabbi, Presidente; L. Devoto; E. Alfieri; A. Valenti e P. Boveri, Relatore) verrà pubblicata nella « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica ».

A tutti indistintamente i partecipanti al concorso la Ditta Zoja ha voluto assegnare una somma a titolo di « rimborso spese ».

Colonia marina della C. R. I. — La Croce Rossa Italiana comunica che sono aperte le iscrizioni alla sua Colonia marina « Mafalda di Savoia » in Anzio e che esse si ricevono in Piazza di Pietra 63 e si chiuderanno il giorno di Pasqua.

La Colonia come si sa, ospita ogni anno 600 bambini del popolo d'ambo i sessi predisposti alla tubercolosi e li tiene sulla ridente spiaggia di Fontana del Turco per un turno di 30 giorni, da luglio ad ottobre con risultati quanto mai soddisfacenti.

La C. R. I. avverte altresì che desidererebbe la restituzione delle schede di sottoscrizione per la detta Colonia che furono diramate nel pubblico dal Comitato di Roma. Naturalmente esse dovranno tornare... riempite.

La Croce rossa e la lotta contro i tumori. — Secondo accordi intervenuti tra la C. R. I. ed il Consiglio Direttivo della Sezione romana della Lega contro il cancro, l'Ambulatorio della Croce Rossa che ha sede in Via Ostiense n. 125, ha iniziato il funzionamento per l'accertamento diagnostico dei tumori maligni, in orario speciale e distinto da quello per il pronto soccorso che si svolge nell'Ambulatorio stesso.

Inoltre l'Ambulatorio per lattanti, pure della Croce Rossa, che ha sede presso il Preventorio Maraini sotto la Direzione del Prof. F. Valagussa, in Via Rubicone n. 7, in due giorni della settimana eseguirà un servizio di accertamento dei tumori presso i bambini.

La benefica Associazione concorre così alla lotta contro un altro formidabile nemico del vivere umano.

Modificazioni dello statuto dell' Istituto fisioterapico di Santa Maria e San Gallicano, in Roma. — Con R. D. 12 dicembre 1926, n. 2272, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 17 gennaio 1927, n. 12, è stato decretato che il personale sanitario dell'Istituto fisioterapico ospitaliero di Santa Maria e di San Gallicano, in Roma, comprenda, oltre ai medici con qualifica di aiuto e di assistente, un medico primario dermosifilografo, con funzioni di direttore, un medico primario radiologo, con funzioni di vice-direttore, e un chirurgo primario. Il medico radiologo e il chirurgo saranno nominati dal Ministro per l'Interno, gli aiuti e gli assistenti dal presidente dell'Istituto, su conforme proposta del direttore sanitario.

Le dimissioni del presidente della C. R. I. e la consegna all'on. Acerbo. — Il Marchese Carlo dei Principi Centurione Scotto, che ha rassegnato per motivi personali le sue dimissioni da Presidente della Croce Rossa Italiana, accettate dal Capo del Governo, ha dato il 22 febbraio la consegna dell'ente al Vice Presidente Generale, On. Barone Acerbo, il quale reggerà l'Associazione fino alla nomina del nuovo Presidente.

NECROLOGIO

— a Firenze, in età di 83 anni il Prof. Giorgio Roster. Per vari lustri aveva insegnato igiene nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze. Era stimatissimo per le sue pubblicazioni scientifiche, per l'attività didattica, per il patriottismo, per le benemerenze verso la salute pubblica. Era insignito della medaglia di oro per i benemeriti della salute pubblica. Ebbe la tessera *ad honorem* di fascista. Si era ritirato dall'insegnamento universitario secondo le prescrizioni della legge, quando aveva raggiunto il 75° anno di età.

— a Moncalvo Monferrato, nel dicembre u. s., per neoplasma della pleura, il prof. Giuseppe Gavello, incaricato di Otorinolaringo... quella Università e primario della sezione otorinolaringoiatrica dell'Ospedale San Giovanni. Molto apprezzato in pratica professionale, aveva al suo attivo anche un notevole numero di pubblicazioni scientifiche. Fu relatore nel 1907 al Congresso della Società Italiana di Laringologia sulla cura del cancro della laringe, pubblicò un « Compendio di patologia e terapia delle malattie dell'orecchio »; assunse nel 1926, col Masini e col Calamida, la direzione degli « Annali di laringologia ».

Nel testamento, l'illustre scomparso ha disposto i seguenti munific. legati: L. 50.000 all'Ospedale di S. Giovanni in Torino per la istituzione di un assistentato di otorinolaringoiatria; ; L. 50.000 e collezioni di studio alla R. Accademia di medicina di Torino; L. 10.000 alla Società di mutuo soccorso fra i medici del Piemonte; L. 50.000 al Comune di Moncalvo Monferrato, suo paese nativo, perchè provveda all'istituzione di un premio per il miglioramento dell'agricoltura; L. 50.000 all'Ospedale di S. Marco in Moncalvo; L. 50.000, nonchè edifici e stabili in Moncalvo, al locale Asilo dei vecchi; L. 50.000 alla Congregazione di Carità di Moncalvo per la sovvenzione a Colonie marine ed alpine per ragazzi poveri; L. 20.000 all'orfanotrofio Cisello in Moncalvo; L. 10.000 all'Asilo infantile di Moncalvo; nonchè altri legati minori.

— a Ventimiglia-Nervia (Imperia), il prof. Lodovico Isnardi, libero docente di patologia chirurgica nella R. U. di Torino.

— a Bologna, il prof. Giuseppe Ravaglia, libero docente di medicina legale presso la R. U. di Modena. Fu per molti anni Direttore sanitario delle Terme di Porretta ed era versatissimo in crenoterapia e tenne dal 1880 al 1890 l'incarico della medicina legale nell'Università di Bologna. Fu insignito di varie onorificenze e occupò diverse cariche pubbliche. Lascia lavori interessanti specie nel campo della Storia della medicina e possedeva una pregevole raccolta di cimeli, in parte da lui illustrati.

— a Modena, il prof. Ercole Federico Fabbri, già ordinario di Clinica ostetrico-ginecologica e da vari anni emerito in quella Università.

— a Palermo, il prof. Rosolino Tusa, primario di quell'Ospedale Civico.

— a Chieti, il prof. cav. Raffaele Melocchi, libero docente in odontoiatria e protesi dentaria nella R. U. di Roma.

— a Livorno, il prof. Giacomo Lumbroso, libero docente di neuropatologia e terapia nella Università di Firenze.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 21 Marzo 1927 — N. 12

QUESTIONI DEL GIORNO

SE POSSA RITARDARSI LA VECCHIAIA

E' una questione di tutti i tempi. Se ne può trattare come questione del giorno, unicamente perchè è stata rinverdita di recente dai lavori e osservazioni, prima di Brown-Séquard (iniezioni di estratti testicolari), poi di Woronoff (innesto del testicolo sul testicolo) e di Steinach (legatura dei dotti deferenti).

Come elemento convergente alla soluzione del quesito, dal prof. Nicola Pende viene ora prospettata la iniezione o innesto di prodotti endocrini, ma non già del solo testicolo, come sinora si era fatto, ma simultaneamente del testicolo (od ovaio), della tiroide e della ipofisi (*Rivista Ospedaliera,* febbraio 1927).

Sarà realmente efficace questa opoterapia triplice, proposta da Pende ? La risposta per ora non può essere nè positiva, nè negativa, perchè ci troviamo ancora nella fase di proposte o di tentativi abbozzati.

In ogni modo è tanto nota e tanto giustamente apprezzata la competenza di Pende in fatto di endocrinologia e gli argomenti da lui prospettati sono così importanti che, senza attendere nella sua proposta i risultati dell'attuazione, è utilissimo farsi un concetto delle direttive, da cui la proposta è stata sorretta.

Questo accenno mi darà la gradita occasione di addurre qualche mio contributo sul meccanismo biologico della vecchiaia e quindi sulla prossibilità di ritardarla.

Non enuncierò per certo una novità, se verrò indicando che ciascun individuo invecchia a modo suo. Una volta che in ciascun individuo la vita nella fase evolutiva si prospetta con la impronta della costituzione o diatesi personale, perchè non dovrebbe verificarsi altrettanto nella fase involutiva, inscenata dalla vecchiaia, che è una pre-morte?

Lo smembramento della collettività organica unificata nell'individuo si assomma nel disfacimento della morte.

Orbene, nella vecchiaia, che è il prodromo del disfacimento mortale, si vede in un individuo resistere dippiù il cervello, in un altro permanere a lungo la sessualità, in un altro la cute e le sue appendici, specialmente come capelli, conservarsi nell'aspetto e nella morfologia dell'età giovanile.

Non può negarsi però che, attraverso queste varianti, dettate dalla costituzione personale, come media tra gl'individui differenti si veggono resistere dippiù e quindi invecchiare più tardi gli organi o tessuti, di più lontano o antico acquisto nella filogenesi, quali i connettivi, il sistema reticolo-endoteliale, il sistema linfo-emopoietico e adenoideo, il tessuto osseo.

In questi organi o tessuti, che sogliono assegnarsi alla così detta vita vegetativa, l'antichità maggiore nella loro integrazione biologica ne ha permesso e favorito il maggiore allenamento contro i molteplici attacchi tossico-infettivi, che finiscono con vincere sulla nostra resistenza e in modo definitivo, unicamente quando si presenta inscenata la vecchiaia e poi si verifica la morte, cioè quando anche quegli organi o tessuti, più resistenti, sono in resa sotto forma di retrazione sclerotizzante o di degenerazione adiposa o cerea o amiloidea o di accumuli colesterinici o di gravi perturbamenti nello stato colloidale, sino alla mineralizzazione, che plasticizza naturalisticamente l'*et in pulverem reverteris* degli evangeli.

Al contrario resistono meno gli organi o tessuti di più recente acquisto e che fanno parte della così detta vita di relazione.

Basti citare per tutti il sistema nervoso centrale; anzi nell'ambito stesso di questo sistema e per la identica ragione resistono dippiù e quindi invecchiano più tardi e muoiono per ultimi i centri bulbo-protuberanziali rispetto ai centri cortico-cerebrali.

Alla luce di questo medesimo postulato ho sempre illustrato i rapporti tra scambi nutritivi e sessualità. Me ne occupai ampiamente nel corso libero biennale, che nella R. Università di Napoli tenni nel 1905 e 1906 sull'argomento « Biologia delle anomalie costituzionali » e pubblicai alcune delle rispettive lezioni nel periodico *Il Tommasi* (anno 1906). Ne ho fatto cenno anche nel mio recente « Prontuario di medicina interna».

Negli organismi molto evoluti, come l'uomo, la differenza funzionale e morfologica della procreazione in due sessi separati è effetto della differenziazione, che in quegli organismi si è prodotta nelle due correnti del ricambio: una corrente prevalentemente integratrice o anabolica ed una corrente disintegratrice o catabolica. Il maschio rappresenta prevalentemente il catabolismo, la femmina rappresenta prevalentemente l'anabolismo. Si ha l'accoppiamento dei due sessi perchè nell'essere procreato risulti la sintesi delle due correnti del ricambio, per quanto nell'individuo procreato, se maschio, predomini il catabolismo; se femmina, predomini l'anabolismo.

La vecchiaia si designa, allorchè si perturbano i fenomeni del metabolismo e, conformemente al postulato che la distinzione in due sessi è effetto della differenziazione nelle due correnti del metabolismo, quando nella vecchiaia si attenua nel maschio la corrente catabolica, si vede l'organismo come sessualità revertirsi morfologicamente e funzionalmente verso uno stato, in cui spiccano non poche note, somatiche e funzionali della femmina; analogamente, nella donna quando si designa la vecchiaia, mentre si attenuano le correnti anaboliche, nel corpo si vengono plasticizzando non poche note somatiche, più speciali al maschio, quali le modifiche virili del volto; la presenza di peli sulle labbra, sul mento; la voce a timbro maschile.

Se poi si considerano le modificazioni degli organi endocrini nella vecchiaia, si veggono durante questa involversi non pochi tra quegli organi, che presiedono simultaneamente al metabolismo ed alla sessualità. con esempio molto dimostrativo per la tiroide, per la ipofisi, per i testicoli e le ovaia.

Come pure, in accordo con il postulato generico della maggiore resistenza negli organi di più lontano acquisto, effettivamente invecchiano più tardi il pancreas il fegato, le tonsille, le paratiroidi che non gli altri organi endocrini citati dianzi.

Tutto ciò non esclude che non sempre si noti un preciso parallelismo tra le manifestazioni della vecchiaia e la menopausa o analoghe manifestazioni della involuzione sessuale nel maschio. Può succedere, specialmente nella donna, che la così detta « età critica » si designi e intanto non si notino, per parecchio tempo, i segni della vecchiaia. Sembra che, in queste circostanze, ricambio materiale e sessualità procedano, ciascuno per la sua strada, come complessi biologici indipendenti. No, non si tratta d'indipendenza in senso assoluto, ma di semplici tentativi di autonomia o di differenziazione troppo intensa, come succede, d'altronde, in non pochi altri complessi funzionali dell'organismo, per quanto ligati intimamente tra loro.

Naturalmente sovrasta a tutto ciò il solito quesito della *causa causarum,* cioè per quale meccanismo biologico, tanto gli scambi nutritivi e la sessualità quanto gli organi endocrini e lo stesso coordinatore e incitatore della collettività organica, il sistema nervoso, si avviino alla involuzione, alla vecchiaia. Lo stesso Prof. Pende, che con tanto intelletto d'amore mette in rilievo la importanza degli organi endocrini nella biologia della vecchiaia e prospetta come mezzo di profilassi una opoterapia triplice, dichiara di non ammettere « che la vecchiaia dipenda dalle alterazioni senili di certe glandole endocrine ».

Dire che la involuzione senile dipenda da insufficienza di resistenza di alcune ghiandole endocrine o di qualche altro tessuto o sistema organico sarebbe una parafrasi o petizione di principio, perchè non si verrebbe a specificare la ragione intima di quella insufficienza. Sarebbe come ritenere di avere spiegata la ragione intima del tramonto in ogni giorno dicendo che esso dipende dagli speciali movimenti reciproci della terra e del sole, quasi che con questa indicazione specificassimo il perchè di quei movimenti. La *causa causarum* resta ancora una incognita per il tramonto del sole come per il tramonto della vita umana, inscenato dalla vecchiaia.

Piuttosto, giriamo la posizione, come si direbbe in lin-

Digitized by Google

guaggio strategico. Per ritardare la vecchiaia. procuriamo di menomare la influenza di quegli agenti morbigeni, che siamo convinti avere maggiore potenza di fiaccare la resistenza e fiaccare l'adattamento della maggioranza degli organi o tessuti alle condizioni della vita ambiente, tanto dell'ambiente esterno quanto dell'ambiente intraorganico. Per certo, tra quegli agenti sovraneggiano per importanza i microbi. Noi invecchiamo e poi moriamo, quando, non riusciamo più a resistere efficacemente agli attacchi microbici, che sono continuati ed insistenti dalla vita embrionale sino alle ultime tasi della esistenza. La profilassi antimicrobica è tra i cardini della profilassi contro la vecchiaia, senza incorrere in esagerazioni o prevenzioni arbitrarie.

Profilassi antimicrobica non significa impromettersi di sterilizzare le differenti superficie d'ingresso dei microbi o il nostro ambiente intraorganico. Nientedimeno che il padre della microbiologia scientifica, Pasteur, in una comunicazione rimasta celebre all'Accademia delle scienze di Parigi nel 1885, sentenziò non essere possibile la vita umana senza microbi. Quindi profilassi antimicrobica vuol dire ridurre al minimo le « cariche bacillari » rappresentate dall'eccessivo aumento numerico ed eccessivo aumento di virulenza dei microbi nell'unità di volume o di superficie e vuol dire simultaneamente tener vivida la energia di difesa nei vari tessuti od organi, che più efficacemente reagiscono agli assalti dei microbi. La profilassi va intesa naturalisticamente, non già con semplicismo arbitrario.

Occhio anzitutto alle vie digerenti, al focolaio massimo di microbismo. *Modicus cibi medicus sibi*: è detto nell'antica medicina. Chi con la opportuna dietetica e con il resto della igiene riduce al minimo il microbismo gastro-enterico ha maggiori probabilità di ritardare la vecchiaia e di vivere meglio. *Non vivere, sed valere vita est*: direbbe Lucrezio. Nessun clinico può segnalare un longevo tra gl'individui, che soffrano insistentemente di disordini nelle vie digerenti, anche se non presentino nette malattie di queste vie. Possono esserci longevi per eccezione tra i crapuloni, nel senso di mangioni, sempre che, per eccezionale e personale resistenza delle vie digerenti quegli individui non mostrino segni di sofferenza in queste vie, pur mangiando esageratamente.

Eccezioni di longevità possono notarsi anche tra i bevoni, ma sempre che si tratti di eccessivi bevitori di vino, non già di liquori. L'enolismo non è da confondere con l'alcoolismo. Il vino, se genuino, oltre ad essere un tonico delle vie digerenti, ha certamente azione battericida. Ricordo in proposito le brillanti ricerche compiute da un mio assistente, il Dott. Eucherio Fontana, nella Clinica medica di Camerino e pubblicate nel 1908. Con quelle ricerche Fontana provò che il vino ha azione battericida non soltanto contro i microbi classicamente patogeni, come il vibrione colerico e il bacillo tifico, ma anche contro un ospite microbico, che si rinviene allo stato normale nell'intestino, il colibacillo. Quest'azione battericida, secondo i risultati di Fontana, è dovuta nei vini non tanto al tasso di alcool ed al tasso dell'acidità (tartrati acidi) quanto agli eteri aromatici, indicati genericamente con la espressione di *bouquet* o aromi peculiari dei vini.

Gli alcools invece, lo stesso alcool puro di vino od etilico, se si sorpassano certe dosi, perturbano gravemente l'azione dei fermenti come di ogni altro elemento biologico della complessa funzione gastro-enterica,compresa, quindi, la resistenza delle vie digerenti contro le infezioni. Peggio ancora, se nei liquori più che l'alcool etilico predominino gli alcool amilico, propilico, butilico ed altri alcool a peso atomico molto elevato. Basti citare i risultati delle mie ricerche compiute al riguardo nel laboratorio di fisiologia di Parigi sotto la direzione di Charles Richet.

Insieme con la igiene delle vie digerenti convergono alla profilassi antimicrobica la buona funzione della superficie cutanea, dell'emuntoio renale, della cellula epatica, della sanguificazione, prescindendo dagli scambi nutritivi, dal sistema nervoso, dagli organi endocrini. La tranquillità di animo, quest'altra condizione tanto decantata come capace di procrastinare la vecchiaia, senza dubbio è importante, ma è più facile a desiderarsi che ad ottenersi mercè sforzi volitivi o inibitorii. Chi spontaneamente è molto tranquillo, con questa naturale tranquillità dell'animo già estrinseca una forte resistenza del sistema nervoso, di cui è sintoma e questa resistenza concorre a ritardare la vecchiaia. Tutto questo insieme della profilassi può concorrere efficacemente a ritardare la vecchiaia, senza polarizzare l'attenzione verso uno solamente di questi elementi biologici, per quanto importante esso sia.

Sicchè, le iniziative del Prof. Pende sulla opoterapia triplice nella profilassi della vecchiaia sono più che encomiabili, come tutto ciò che mira a risolvere scientificamente i più importanti problemi della biologia. La deviazione dalla mèta sarebbe opera incongrua di quanti, esagerando il valore e la estensione applicata delle indagini di questo ricercatore originale, che tanto onora la medicina italiana, facesse della endocrinologia la panacea basale in ogni problema della patologia, come si è tentato fare, per la morfologia od antropologia clinica, con analoga deviazione dalla giusta mèta naturalistica.

ANDREA FERRANNINI.

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

SUL CONTEGNO TERAPEUTICO PREFERIBILE DAVANTI AD UN CASO DI APPENDICITE ACUTA

Lezione allo Internato per Laureati e Studenti del prof. Sen. DAVIDE GIORDANO

Ci viene portata in Ospedale questa bambina, decenne, perchè, solo da stamane, sarebbe stata colta da acuti dolori addominali, particolarmente nella regione ileocecale, onde si irradiavano in basso nel bacino, e verso l'ombelico, con vomito e temperatura di 39°; per cui un medico chiamato ne consigliò l'immediato trasporto in Ospedale. I parenti, interrogati, assicurano che essa non ebbe mai altra malattia prima di questa, fuorchè una pleurite, a destra, un anno fa.

Essa si presenta ora colla faccia sofferente, polso piccolo e frequente, senza fatti anormali al torace, col ventre globoso, teso, tutto dolente alla palpazione, ma dolentissimo nella regione ileocecale, ove vi ha forte difesa muscolare. La percussione, anche in tale sede, è timpanica.

Le orine emesse dopo il suo ingresso hanno densità di 1010, con 10.36 ‰ di urea. Non contengono albumina.

Considerando lo stato di questa piccola malata, col ventre diventato, pare, improvvisamente dolente, dopochè però il primo dolore insorse nella fossa iliaca destra, ove anche ora la pressione eccita vivo dolore e difesa muscolare: con dolore ancora più squisito quando il dito preme col polpastrello proprio sul punto medio di una linea che unisce l'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore (al quale punto va legato il nome di Mac Burney) vi si affaccia subito la diagnosi di *appendicite acuta,* colla quale anche la bambina fu accolta in ospedale.

Se dobbiamo credere ai parenti, che essa ieri stava bene non si potrebbe senza uno sforzo artificioso porre avanti per una discussione differenziale, la ipotesi di una febbre tifoide ambulatoria, con improvvisa perforazione. In questa dovrebbe aver preceduto un periodo di malessere generale, di diarrea: la milza dovrebbe essere più grossa, la lingua più arida e sporca; facilmente si troverebbe qualche macchia di roseola: il punto di maggior dolore difficilmente coinciderebbe a quello di Mac Burney: vi dovrebbe essere versamento raccolto prevalentemente nel bacino. Non vi consiglierei di perdere dell'altro tempo per cercare la reazione di Widal, per misurare la leucocitosi, prima dell'intervento, la cui urgenza domina le disquisizioni scolastiche della diagnosi. Questa urgenza pare sia stata anche fortunatamente intesa dal medico curante: il che purtroppo non sempre accade. E non accade in parte anche per colpa di taluni chirurghi. Molti anni fa in un Congresso medico interprovinciale tenuto a Venezia, poichè un giovane chirurgo sosteneva che l'appendicite era malattia di pertinenza chirurgica, vi fu un medico, giovane anch'esso, che ebbe un grido... non disinteressato: « Ma se ci portate via anche la cura delle appendiciti, che cosa ci resta? » Eppure proprio allora, il Dieulafoy conduceva la sua salutare campagna *de delenda appendice!* Ma poi vi furono chirurghi, che cominciarono a preoccuparsi della statistica, e trovando che gli operati *a freddo*, come si di-

Digitized by Google

ce, cioè allo infuori, anzi a distanza da un attacco acuto, guariscono quasi tutti; mentre degli operati *a caldo,* cioè durante il periodo di infezione acuta, con dolore, con febbre *con pericolo di morte,* alcuni ne muoiono, vi furono di tali chirurghi che dissero non volere,essi, operare appendiciti a caldo, ma solo a freddo. E siccome l'affermazione di non *volere* essi operarli in quel periodo pericoloso poteva parere egoista finirono col dire non doversi operare le appendiciti a caldo, doversi operare a freddo. Nacque così la leggenda, che l'appendicite non si operava più a caldo. E molti medici, non badando alle proteste della maggior parte, e dei migliori chirurghi, contro a quella dottrina pericolosa, furono paghi, e si credettero in dovere « di far raffreddare le appendiciti » senza bisogno di parere chirurgico in proposito. Ed il « raffreddamento » può avvenire in due modi: o colla risoluzione del processo acuto, dopo un periodo più o meno burrascoso; o colla morte del malato. Desidererei infatti poteste uscire di qui con questa idea bene fitta in capo, che *se si devono operare le appendiciti a freddo, si è perchè possono morire a caldo.* Ma vicino al gruppo degli operatori rigidamente astensionisti davanti ad una appendicite acuta, se ne aggrupparono degli altri che si segnalavano per la concessione « che si possono operare le appendiciti a caldo nelle prime 24 ore ». Ma non più dopo 48 ore, non più dopo 30: forse non più dopo 25?

E' un fatto che la gravità delle condizioni del malato di solito va aumentando nei primi giorni per cominciare a decrescere dopo un progresso di tempo vario, se egli non muore prima. Ma non possediamo alcun criterio sicuro per dire se un ammalato che ci pare in condizioni discrete oggi, domani starà meglio, o non sarà invece precipitato in condizioni disperate. Possiamo per compenso più facilmente pronosticare che il malato che già appare gravissimo oggi, forse domani sarà morto Tale appunto la nostra piccola paziente, la quale presenta una sintomatologia di gravità impressionante, specialmente se dobbiano credere che essa si trovi ancora nelle prime 24 ore dell'attacco. Ma bisogna sempre accettare le affermazioni dei parenti e dei malati, con beneficio d'inventario. Essi sono soliti tener conto soltanto del periodo grave, che li ha impressionati, per dimenticare il periodo prodromico o iniziale, al quale non hanno badato, o non hanno voluto dare importanza.

Colle stesse riserve accetto la assicurazione che il presente attacco sia proprio il primo. O perchè quella pleurite destra dell'anno scorso? Voi sapete come di solito si ritengano tubercolari le pleuriti così dette idiopatiche. Sapete anche come, nei ragazzi specialmente, si sia fatto diagnosi di appendicite per una irradiazione addominale di un dolore nato nel torace, per una pleurite, o, più spesso, per una polmonite. Ma se ci domandiamo se per avventura tale puo essere il caso, di cui quì ci occupiamo, dobbiamo rispondere essere inequivoca la localizzazione addominale mentre nulla di anormale è rilevabile al torace. Nè supponendo siavi stata lo scorso anno una pleurite *tubercolare* destra, potremmo ad essa collegare, quale nuova manifestazione della stessa natura, il fatto acutissimo addominale attuale.

Invece è possibile supporre siavi stata già l'anno scorso una infezione appendicolare, oggi dalla famiglia dimenticata, come spesso accade, o passata inavvertita perchè il dolore di una propagazione infettiva sotto- o sopradiaframmatica destra, si impose quale fatto essenziale. Checchè ne sia, parmi dobbiate essere oggi convinti di due cose: della presenza di una appendicite acuta, minacciosa per la vita, e la urgenza per ciò di togliere la appendice.

Onde incido la pelle e l'aponeurosi con taglio verticale, il cui centro è due dita all'indentro della spina iliaca anteriore e superiore. Le fibre muscolari non vengono tagliate, ma divaricate in alto ed in basso, aprendo uno spazio in cui si espone ed incide il peritoneo. Ed ecco affacciarsi il ceco enormemente disteso da gas ed arrossato. Sollevandolo, vediamo fluire pus grigiastro, in quantità di circa mezzo bicchiere; ed esplorando col dito, si sente sotto il ceco aderente l'appendice, con una durezza lapidea al suo estremo. Essa viene distaccata col dito, e sollevata col ceco fuori del ventre. Appare turgida, dura, coperta di essudato fibrinopurulento, coll'estremo grosso e nerastro sotto la superficie ancora arrossata, dando quel colore più nero che rosso, che gli antichi dicevano *pèrso.* Il pus viene prosciugato con garze che lo assorbono dalla fossa ileo-cecale: il mesenterico legato con un filo di catgut passato con un ago smuso del Deschamps, e inciso, isolando così l'appendice fin sul ceco. A questo livello si passa un ago, armato di un filo di catgut, sotto la sierosa in due punti opposti in corrispondenza della base della appendice, che viene così legata in modo che il filo non possa scivolare. Perifericamente al nodo faccio una incisione circolare interessante la sierosa del vermio, che viene rovesciata a manicotto. Le tonache sottostanti vengono schiacciate con una pinza, e,quindi recise col bisturi. Il moncone che ne rimane entro al manicotto stesso viene toccato colla punta di una sonda scanalata carica di acido fenico puro. Il manicotto seroso ricondotto sul monconcino causticato viene legato con un filo di catgut, ed il tutto poi sepolto sotto un punto a borsa di tabacco passato attorno, perforando di distanza in distanza la sierosa del ceco.

Non ignorate forse come tutte queste piccole precauzioni, comportanti tanti tempi che è più lungo lo enunciare che non lo eseguire, e destinate, nel pensiero nostro, ad eliminare ogni pericolo di infezioni od aderenze per parte del moncone settico della mucosa appendicitica, vengono da taluni biasimate come inutili; da altri come insufficienti. I primi dicono che basta amputare l'appendice, causticarne il monconcino mucoso, e lasciarlo così, come la bocca di un sacco legato, cui l'omento necessariamente verrà ad appiccicarsi. Altri pretendono che tutti quegli accorgimenti non sono di genuino valore *chirurgico,* che la legatura sul moncone terminale si scioglie; che resta un piccolo focolaio settico per cui l'operato continua a soffrire. Sapete dirci, esclamò uno di codesti censori, che cosa avviene della valvola di Gerlach? Avviene, se passiamo il punto che deve strozzare l'appendice proprio alla sua origine, sul fondo cecale da cui sorge, avviene che o la portiamo via, o la strozziamo colla legatura, e finiamo di distruggere col caustico. Nè vedo i miei operati continuare a soffrire nella sede della appendice, ove prima soffrivano. Mi avvenne di vedere taluni pochi, operati in varie parti del mondo, i quali mi si presentarono con attacchi in cui l'appendice gridava una sua infezione acuta, con evidenza palmare, malgrado la presenza di una cicatrice, testimonio di una apertura per la quale, dicevano i malati od i famigliari, l'operatore aveva asportato l'appendice, ed aveva visto (così riferivano!) che non c'era più, distrutta dalla gangrena. E siccome credo poco a codesta gangrena liberatrice, ottenni di riaprire il ventre, ed ogni volta trovai un moncone di appendice più o meno grande, continuo col ceco, oppure amputato, ed appeso al vermio. Una volta, in una ragazza con temperatura di 40°, il ceco era libero e non lasciava *vedere* sporgente alcun moncone appendicitico; ma palpandolo tra due dita si sentiva nel suo spessore un nodo duro, come un cece, che esciso si rivelò appunto essere un monconcino di appendice, sepolto sotto la sierosa del fondo cecale, colla mucosa tumida ed ulcerata. Dopo la sua asportazione non ritornarono attacchi di dolore o di febbre. Vuol dire adunque che, come colui che dimostrava il moto camminando, noi dimostreremo la bontà di questo metodo, malgrado i pochi che lo criticano, continuando a valercene, a favore dei nostri malati.

Quando si asporta l'appendice nelle prime ore dall'attacco, e non la si trova perforata, anche se si trova già nella regione alquanto siero purulento non fetido e di buon aspetto, cioè bianco-giallastro, è lecito, dopo averlo asciugato, senza violenza e senza insistere soverchiamente, chiudere il ventre: tenendosi però sempre pronti a riaprirlo se la febbre non cade, e se persistono, e tendono ad aggravarsi, fenomeni peritonitici. In questa bambina però la densità del pus, il suo brutto colore, grigiastro, il poco sangue che può gemere dal distacco della appendice aderente, ed offrire un terreno di coltura e di diffusione ai germi che verrebbero rinchiusi nel peritoneo, (il quale per la dolorabiltà diffusa, per la paresi intestinale in atto ci dimostra essere già estesamente irritato) ci consigliano di fognare, per non far passare le cose da peritonismo a peritonite anche al di là della zona già invasa da peritonite purulenta, limitata ma non saccata. Perciò lasciamo attraverso alla ferita una zaffo di garza iodoformica che pesca nella fossa retrocecale.

Si è detto da molti che tale fognatura è illusoria perchè tosto le anse si accollano attorno, isolando quello spazio dal resto del peritoneo. Ma precisamente, noi intendiamo fognare i liquidi settici, dando tempo alla difesa peritoneale di organizzarsi, come avviene per le aderenze che si fanno al di là del territorio infetto: ma da questo il liquido viene aspirato, per capillarità *purchè si cambi frequentemente,* in media ogni sei

Digitized by Google

ore, la *medicazione idrofila esterna*. Ad intensificare la idratazione dei tessuti, e la corrente capillare di liquido attraverso lo zaffo, dal peritoneo allo esterno, applichiamo subito, appena riportata in letto la operata, la proctolisi, che manteniamo fino a che le orine non vengano emesse in quantità almeno di un litro al giorno, e le condizioni generali sieno tranquillanti.

Procedendo ora alla spaccatura della appendice asportata, vediamo che le pareti ne sono grosse e succulente, la mucosa nei primi due terzi tumida ed arrossata, mentre nel terzo estremo è nera e sfacelata. La necrosi si approfonda anche alla tonaca muscolare, ma non ha perforato la sierosa. Dalla appendice aperta cade un coprolito, grosso come una giuggiola, di durezza lapidea, e risonante infatti come pietra se lo facciamo cadere su una tavola di vetro. Vuol dire adunque che nè il calcolo, nè le aderenze tenaci, poterono formarsi da stamane. Evidentemente abbiamo che fare con una appendicite cronica, che forse, come avevamo emesso l'ipotesi, fu causa della pleurite, o, per essere più precisi, del dolore avvertito tra addome e torace, un anno fa, e che oggi finì col presentare un episodio di acutizzazione, con risentimento locale e generale quale non si era avuto per lo passato, e quale probabilmente non si sarebbe avuto più per lo avvenire; perchè ora col ventre aperto, ed il pezzo patologico in mano, possiamo ben dire che assai difficilmente, se non operata, questa malata avrebbe sopravvissuto. Non che possiamo senz'altro promettere che essa guarirà: ma se arriva a svelenarsi della grave intossicazione in atto, ora che la sorgente tossica è rimossa, è probabile che col concorso degli organi giovani, e non ancora rovinati dall'alcool e da altri veleni, essa abbia da guarire. E se la proctoclisi non basta per po' che le orine sieno scarse, il polso piccolo, la fisonomia brutta, la malata agitata, applicheremo anche la vescica con ghiaccio sui precordi: aggiungeremo al liquido da ipodermoclisi (che è quello dello Schiassi, senza alcool, e con adrenalina) aggiungeremo 100 cc. di decotto di *adonis vernalis* al 6 %; praticheremo una lenta infusione endovenosa glucosata al 10-15 %, praticando contemporaneamente la iniezione di una unità di insulina ogni tre grammi di glucosio: e con tali cure insistenti alcuni operati, che un tempo ugualmente morivano, oggi campano.

***

La bambina, operata per appendicite gangrenosa in una precedente lezione, è guarita. Al 4° giorno fu rimosso lo zaffo per vedere se si poteva suturare in secondo tempo la ferita; ma siccome esso era ancora allo estremo imbevuto di pus con cattivo odore, fu sostituito con altro più sottile, e si lasciò chiudere il ventre per seconda intenzione. Ciò malgrado, per la giovane età della operata, e pel fatto che i fasci muscolari durante l'apertura del ventre non erano stati tagliati, ma divaricati, si può sperare non abbia da formarsi poi un laparocele cicatriziale: tanto più se con adatta ginnastica si favorirà lo sviluppo dei muscoli addominali.

***

Ed ecco ora, all'altro estremo della vita, una malata, che non sarà inutile presentarvi dopo richiamata la osservazione di quella bambina, per figgervi in mente che l'appendicite, se è prevalentemente malattia dei giovani, tende ancora insidie ai vecchi, sebbene con minore frequenza. Veramente, la donna di cui ora dobbiamo occuparci, non ha che 63 anni; ed abbiamo operato delle appendiciti acute anche oltre i 70 anni.

Questa malata fu quì portata di urgenza poco fa, perchè da tre giorni soffre di dolori acuti nel ventre, specialmente nella regione iliaca destra. Ieri ebbe vomito ripetuto. Pare che la temperatura non abbia superato i 38 gradi: ma lo stato generale si fece rapidamente grave, tanto che la malata arriva quì delirante, e le notizie, che si poterono raccogliere, vengono fornite dai parenti. Essi dicono che la paziente non avrebbe sofferto altra malattia, se non qualche anno fa un attacco di dolori addominali esordito come il presente, ma scomparso dopo due giorni. Sette anni or sono le morì il marito per pulmonite. Ha due figli, uno dei quali sordomuto.

E' donna scaduta in nutrizione, di aspetto sofferente, con polso piccolo e frequente: priva della maggior parte de' denti; lingua patinosa; con rantoli diffusi all'emitorace destro. L'addome è teso, timpanico; la malata geme e respinge la mano che palpa, reagendo energicamente quando si preme sulla parete nella regione ileocecale, ove si incontra una vivace resistenza muscolare.

Si estraggono colla siringa orine della densità di 1015 con 11,60 ‰ di urea, tracce di albumina, senza zuccaro.

Anche per questa malata parmi si possa affermare esistere un attacco di appendicite acuta. I genitali interni, a questa età, sono di solito ridotti al silenzio, e, del resto, l'esame combinato vagino-addominale, ci permette di escludere una lesione degli annessi, che altrimenti si palperebbero dolenti. Non si può, e vero, escludere in modo assoluto la tiflite acuta: ma questa si rivela di solito con una massa, costituita dal ceco infiltrato, estesamente dolente e resistente alla pressione. Vi ha nelle persone alquanto attempate un'altra forma di tiflite, alla quale bisogna pensare: la tiflite urica. Ma questa, per quanto talora dolorosissima e con qualche rialzo febbrile, compare nel quadro di un aspetto generale buono, e per nulla preoccupante. E' un semplice attacco di gotta cecale, di *tiflagra,* nel quale è lecito ed utile somministrare un purgante, dietro al quale si ha di regola emissione di feci sabbiose.

In questa vecchia invece nulla di ciò, ma sofferenze in sede ileocecale, vivo dolore, manifesta difesa reattiva, alla pressione sul punto di Mac Burney, con fenomeni sempre più gravi di infezione generale, fino al delirio. Tutto questo poco importerebbe a coloro che operano solo a freddo, o che si concedono solo per le prime 24 ore. Ma noi riteniamo che questa donna vada morendo se non si interviene, presto. Presto, come decisione, e presto anche come esecuzione, pel noto adagio, che in codeste forme pericolose, « bisogna penetrare presto nel ventre, ed uscirne ancora più presto ».

***

Alla apertura del ventre, fatta colla stessa incisione adoperata per la bambina di cui prima, esce poco liquido seroso non torbido, ed inodore. Il ceco si presenta disteso da gas ed arrossato: e sollevandolo, si porta fuori la sua appendice, non aderente, ma nella sua prima porzione distesa e coperta di essudato fibrino-purulento. Essa forma quindi un angolo, al di là del quale le sue dimensioni si riducono bruscamente, ed il suo percorso si fa retroperitoneale. Questa porzione viene sgusciata di sotto al peritoneo, e l'appendice isolata fino alla sua inserzione cecale viene asportata, colla stessa tecnica che avete visto adottata nel caso precedente.

A questo punto ci limitiamo a versare nella fossa retro-cecale 20 cc. di olio canforato, e suturiamo a strati la ferita addominale, peritoneo, aponeurosi e pelle in senso verticale, mentre i fasci muscolari divaricati vengono riaccostati con un punto ad U, che li riunisce in senso trasversale. Anche a questa malata verrà tosto applicata la proctoclisi, e cercheremo ridare tonicità all'intestino con paraglandina, ed iniezione di pituitrina (1).

La appendice spaccata lascia vedere infiltrate e succulenti le tre tonache, colla mucosa ulcerata, emorragica, ed in alcuni punti in via di cadere a brandelli nel lume, pur senza essere necrotica, dall'orificio cecale del vermio fino all'angolo, dopo cui si fa sotto-peritoneale. A questo punto l'organo si fa pallido, atrofico, ed il lume impervio. Il che significa che da tempo il vermio era nella sua metà terminale in preda ad un lavorio, che lo andava atrofizzando ed obliterando. Per la sclerosi, che poteva interessare i filamenti nervosi, l'organo atrofico poteva diventare doloroso, ma non pericoloso, nella evoluzione di codesto processo. Senonchè nel tratto cecale, ancora pervio, insorse tumultuaria una infezione acuta, con quei fatti tossici e peritonitici, per cui la malata fu portata in Ospedale, e sollecitamente operata.

***

Ora potrete uscire di qui edificati circa la teoria dei giorni, prima dei quali, o dopo i quali si può o deve intervenire per appendicite acuta. Avete visto quella bambina, operata nelle prime 24 ore da che i parenti si erano accorti che era malata, aver già l'appendice gangrenata, e dover essere lasciata col ventre aperto, per la cattiva qualità del pus già formatosi: vedete invece come in questa vecchia, in terza giornata dall'attacco, pur grave per condizioni generali, l'appendice non sia gangrenata, ma solo ar-

(1) L'operata fu apiretica, scomparve il delirio e seguì la guarigione.

Digitized by Google

rossata e coperta di essudati fibrino-purulenti-inodori, con peritonite circostante discreta così, da concederci di chiudere completamente il ventre. Vi ho lasciato quel po' di olio canforato, che si poteva anche non adoperare. Lo uso abitualmente quando si hanno avuto da sciogliere molte aderenze: non so se, come fu da altri affermato, ne resta per tal modo impedita la riproduzione: ma se non produce tal bene, non parmi faccia male: forse esalta a difesa il peritoneo: difesa che nei giovani si può anche provocare coll'etere, puro o iodoformico; ma siccome lo iodóformio nei vecchi è pericoloso, preferisco l'alcool canforato, senza tuttavia darvelo per momento indispensabile, od assai importante, della cura.

La sola cosa importante, a cui appoggio vi ho dedicato queste due lezioni, è che restiate sotto la impressione che di appendicite acuta si può morire, e che, se il paziente non è già moribondo, in qualunque giornata della sua evoluzione si può ancora vincere la battaglia, colla operazione e le cure assidue post-operatorie: meglio naturalmente se il curante vi chiama, prudente, all'inizio dell'attacco che non se, disperato, vi abbandona il malato quando sente che per lui tutto è perduto.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

R. UNIVERSITA' DI FIRENZE — ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
diretto dal prof. C. FRUGONI

per il dott. GUIDO MELLI — Assistente

DI ALCUNE PROPRIETA' FISICO-CHIMICHE DEGLI ESSUDATI E TRASUDATI

PARTE II (*)

Il contenuto in cristalloidi

E' affermato correntemente che (al contrario dei colloidi) i cristalloidi sono contenuti in eguale concentrazione nel sangue e nei liquidi di versamento. Questo dato io ho voluto controllare in un certo numero di casi.

Le quantità di sostanze solute in un determinato liquido possono essere sia determinate globalmente in modo indiretto (dalla forza osmotica che attribuiscono al solvente o dall'abbassamento del punto di congelazione, o dall'innalzamento del punto di ebullizione) sia in modo diretto, sostanza per sostanza, analiticamente.

Nelle ricerche di cui sto per rendere conto ho seguito un po' l'una un po' l'altra via.

Ho rinunziato alla determinazione diretta della forza osmotica, 1° perchè tecnicamente assai delicata e soggetta a molte e svariate influenze, 2° perchè delle membrane semi-permeabili di cui disponiamo, nessuna (compresa la membrana classica di ferrocianuro di rame) è veramente impermeabile agli elettroliti, 3° perchè troppo notevole è l'influenza dei colloidi sulla forza osmotica, e perchè in presenza di albumina esiste una forza osmotica anomala di cui è difficile misurare la portata (1). Delle altre due ricerche, punto crioscopico e punto ebulliscopico, esattamente tra loro corrispondenti, ho preferita la prima come più facile e semplice e questa solamente ho eseguito.

Determinazioni del Δ crioscopico degli essudati e trasudati sono state già eseguite (2) ed hanno dato valori di 0,52-0,55 contro 0,55,0,56 del sangue.

Questo dato che ho ricercato anch'io e trovato esatto (vedi tabella) fa ritenere di per sè non verosimile un uguale contenuto in cristalloidi del sangue e degli essudati e trasudati. A che cosa infatti può essere riferito il maggiore abbassamento del punto di congelazione del primo rispetto ai secondi se non ad un più alto tenore in cristalloidi ? Che questa differenza di Δ sia dovuta al maggior contenuto albuminico del sangue appare non verosimile se si ricorda che il Δ dei colloidi è così piccolo che per anni se ne negò l'esistenza e che questa fu riconosciuta soltanto quando si ricorse a mezzi per i colloidi più idonei e sensibili (determinazione diretta della forza osmotica). Ad ogni modo però una differenza sia pur piccola quanto si voglia del punto crioscopico il diverso contenuto albuminico porta indubbiamente con sè e come tale costituisce una causa di errore che ho cercato di eliminare. Per ottenere ciò ho determinato il Δ crioscopico comparativamente sul sangue e sul liquido di versamento sbarazzati dei loro colloidi a mezzo dell'ultrafiltrazione.

In mancanza dei complessi e perfezionati dispositivi tipo Bechhold o Zsigmondi (3-4) ricorsi ai semplici ultra-filtri a filtrazione spontanea di Ostwald (5) che appena aiutati da una debole aspirazione alla pompa ad acqua funzionarono sempre per i miei scopi in modo lodevolissimo.

Ad evitare che per affinità con la membrana filtrante di collodio qualche sostanza rimanesse ad essa fissata, la saturai filtrando prima della ricerca la più grande quantità possibile del liquido in esame. Ottenevo così anche di portar via l'acqua che sempre questi ultrafiltri contengono che avrebbe potuto diluire il liquido in esame. C'era ancora una difficoltà da evitare, ed era che l'albumina può trattenere (e trattiene) alcuni fra i cristalloidi con cui è in soluzione. Cercai di evitare per quanto possibile questo scoglio seguendo soltanto determinazioni comparative che, mentre non hanno valore assoluto, possono mi pare, essere ben confrontate fra loro in quanto identica essendo stata la tecnica, identiche dovrebbero essere le cause di errore.

Come crioscopio servì il tipo corrente di Bekmann.

Ecco i risultati ottenuti:

N.	1	2	3	4	5	6
Δ del siero in toto	—0.55	—0.55	—0.56	—0.56	—0.56	—0.55
Δ del versamento in toto	—0.52	—0.52	—0.54	—0.54	—0.53	—0.52
Δ del siero ultra-filtrato	—0.54	—0.55	—0.56	—0.56	—0.55	—0.54
Δ del versamento ultra-filtrato	—0.50	—0.52	—0.54	—0.53	—0.52	—0.52

Dei liquidi esaminati i primi tre sono essudati, trasudati gli altri.

Sembra quindi evidente che non solo i colloidi, ma anche i cristalloidi siano contenuti nei liquidi di versamento in minor quantità che nel siero.

Quali più propriamente siano gli elementi responsabili di questa differenza di Δ ce lo dirà in parte soltanto il secondo gruppo di ricerche.

Affrontare il dosaggio simultaneo nel sangue e nei versamenti di tutti gli elementi in essi contenuti è lavoro praticamente impossibile. Ho limitato quindi le mie ricerche alle seguenti sostanze:

Cloro, Sodio, Potassio, Calcio, Zucchero.

Il cloro è stato dosato secondo Bang (16).

Il sodio secondo Müller (7) (per precipitazione diretta dal plasma).

Il potassio secondo Krammer (8) (per precipitazione diretta dal plasma).

Il calcio secondo de Vaard (primo metodo con calcinazione).

Lo zucchero secondo Hagedorn-Jensen (10).

Tutti i micrometodi risposero assai bene.

Riporto nella tabella i risultati ottenuti.

I valori del cloro sono espressi in NaCl.

I liquidi dal N. 1 al N. 16 sono essudati. Trasudati gli altri.

Considerando la tabella appresso riportata si nota che il contenuto in sodio e potassio è con l'approssimazione che la tecnica consente eguale nel sangue, essudati e trasudati.

Il contenuto in cloro sembrerebbe nei versamenti di qualche cosa più alto che nel sangue. Si tratta però di differenze così piccole che benchè siano state quasi costanti non mi sento di concludere in nessun senso.

Lo zucchero viceversa (sono però assai pochi i casi studiati) mentre appare negli essudati in quantità eguale o leggermente superiore a quello del sangue è nei trasudati contenuto in quantità nettamente più alte. Fatto questo già notato da Hiruma (11) e che le poche ricerche che ho compiute sembrerebbero confermare sebbene i dati miei siano in complesso alquanto più alti di quelli dell'autore giapponese. Caratteristico e per quanto a mia cognizione non ancora segnalato è il comportamento del calcio. In tutti i liquidi esaminati il calcio era contenuto in quantità net-

(*) V. nel fasc. 40, 1926, pag. 939, di *Riforma Medica*, la I Parte del lavoro che tratta della *Concentrazione in idrogenioni*. N. d. R.

Digitized by Google

TABELLA

	Cloro mmgr. % sang.	Cloro mmgr. % vers.	Sodio mmgr. % plasma	Sodio mmgr. % vers.	Potassio mmgr. % plasma	Potassio mmgr. % vers.	Calcio mmgr. % sang.	Calcio mmgr. % vers.	Zucchero mmgr. % sang.	Zucchero mmgr. % vers.
1	657	661	300	307	19,1	19,5	10,9	9,9	82	91
2	591	601	284	300	—	—	11,2	9,9	80	90
3	—	—	315	322	—	—	10,7	10,0	81	86
4	—	—	332	320	—	—	11,9	10,4	93	95
5	614	622	—	—	21,2	21,0	11,5	10,0	—	—
6	665	673	360	346	20,1	21,7	11,4	9,9	—	—
7	—	—	—	—	22,3	22,3	10,5	9,8	—	—
8	681	692	351	360	23,4	25,1	10,2	9,5	—	—
9	—	—	—	—	19,0	20,1	10,9	9,3	—	—
10	647	647	—	—	—	—	11,4	10,1	—	—
11	690	698	—	—	—	—	11,7	10,4	—	—
12	604	611	—	—	17,9	19,1	11,6	10,1	—	—
13	621	626	324	320	—	—	10,8	9,0	87	99
14	—	—	—	—	19,8	20,3	12,00	9,9	—	—
15	—	—	340	340	—	—	11,6	10,0	—	—
16	—	—	365	369	22,3	21,9	11,6	10.3	—	—
17	630	639	—	—	—	—	11,2	9,0	95	117
18	612	613	290	301	—	—	11,1	8,5	—	—
19	—	—	335	335	21,2	20,9	12,0	9,2	95	108
20	—	—	—	—	23,1	22,7	11,4	8,1	—	—
21	651	652	—	—	—	—	11,1	8,2	87	110
22	647	650	346	338	19,4	19,4	—	—	—	—
23	609	611	—	—	—	—	10,9	8,5	76	112
24	—	—	—	—	18,8	19,3	—	—	79	127
25	—	—	—	—	—	—	11,0	8,9	99	131

tamente inferiori a quelle del sangue e nel complesso in quantità più basse nei trasudati che non negli essudati. Fatto questo che mi pare possa essere di un qualche interesse se si pensa al valore negli ultimi tempi attribuito a questo corpo nel ricambio idrico.

Io vorrei spiegare questa constatazione col fatto già noto per numerose ricerche della non dializzabilità di una parte del calcio del sangue (12-13).

Sia che esso si combini coi colloidi del sangue formando un globulinato di calcio come vuole Roberto Loeb (14-15) sia che esso sia comunque fissato o assorbito resta il fatto che del calcio del sangue il 20-50 % è indiffusibile.

Io vorrei ammettere che quella parte di albumina del sangue che non può per la sua eccessiva grandezza micellare diffondere attraverso la sierosa alterata trattenga una determinata quantità di calcio e che quindi la concentrazione di questo corpo nel liquido di versamento sia in certo modo proporzionale al suo contenuto albuminico e quindi all'entità delle alterazioni della sierosa.

In relazione a questa interpetrazione mi è parso di qualche interesse ricercare quale parte del calcio nei liquidi di versamento sia libera, quale non diffusibile e di mettere in relazione le cifre ottenute con quelle corrispondenti del siero.

La tecnica seguita per questa ricerca è quella della dialisi di compensazione rapida, tale quale è stata indicata da Rona, Haurowitz e Petow (16) che permette di ottenere in un periodo di tempo assai breve (prima quindi che siano intervenute alterazioni a carico dell'albumina) risultati relativamente assai buoni. Come dializzatori mi servii di quelli di pergamena (Schleicher - Schull N. 579) e di collodio 6 %. I risultati di questi tipi di dosaggio non sono naturalmente che molto approssimativamente esatti, sufficienti però a dare un'idea delle diverse frazioni della sostanza ricercata.

Ecco i risultati ottenuti:

	N.	1	2	3	4	5	6
Calcio in toto mmgr. %	siero	11,6	12,0	10,7	11,1	11,4	12,0
	versamento	10,1	9,9	10,0	8,5	8,1	9,2
Calcio non diffusibile	siero	35 %	31 %	39 %	30 %	32 %	42 %
	versamento	25 %	23 %	20 %	19 %	17 %	13 %

I numeri 1, 2, 3, indicano essudati, trasudati gli altri.

Come si vede la quantità di calcio diffusibile pare percentualmente alquanto più alta nei versamenti che non nel sangue, forse nei trasudati più che negli essudati. Fatto questo che potrebbe sia confermare l'ipotesi da me avanzata prima sulla ragione dello stabilirsi di una diversa concentrazione in calcio fra sangue e versamento, sia semplicemente significare che la quantità di calcio fissata dall'albumina è più piccola perchè meno è l'albumina stessa. Non ho elementi per concludere sia in un senso che nell'altro.

Vorrei infine a proposito del calcio menzionare brevemente una esperienza da me eseguita. Se in un piccolo dializzatore di pergamena si pone essudato a dializzare contro del siero del medesimo malato e dopo aver atteso che si sia stabilito l'equilibrio osmotico, si aggiunge nell'interno del dializzatore una certa quantità di un sale diffusibile qualsivoglia (per es. del cloruro di sodio) non si verifica alcuna ascesa del liquido interno o (se la quantità di sale aggiunto fu notevole) questa si verifica ma è soltanto transitoria e dopo qualche ora il livello del liquido nello osmometro è tornato quello di prima. Segno evidente questo che il cloruro di sodio che in un primo tempo aveva richiamato acqua dalla soluzione esterna a poco a poco ha diffuso attraverso la membrana divisoria fino ad essere contenuto in egual proporzione alle due faccie della membrana stessa (il che ho constatato anche analiticamente). Quindi le condizioni di equilibrio sono ritornate quelle che erano prima della aggiunta salina. Ma se invece del cloruro di sodio si aggiunge una quantità corrispondente di un sale di calcio (per es. cloruro di calcio) la forza osmotica che si verifica e che si traduce nell'ascesa del liquido interno è stabile ed anche dopo più giorni il liquido interno mantiene un livello di qualche centimetro superiore a quello di partenza. Segno evidente che il calcio aggiunto non ha potuto diffondere (o lo ha potuto solo in parte anche questo dato è stato analiticamente constatato) e quindi ha richiamato acqua dal liquido esterno. Se l'aggiunta di calcio è fatta anzichè nel liquido interno in quello esterno, si verifica un'osmosi negativa inesauribile che tende a prosciugare il liquido interno.

Naturalmente i risultati non mutano se invece di siero e di essudato si ricorre a qualsiasi altra soluzione albuminica. E' forse superfluo ricordare che una soluzione di cloruro di calcio in assenza di colloidi è completamente diffusibile. Può questo fatto avere un qualche valore, per esempio per spiegare l'azione favorevole clinicamente constatata del calcio sul riassorbimento dei versamenti? Oppure è soltanto un'altra faccia del già noto fatto della non totale diffusibilità del calcio? Domande cui non so rispondere neppure in via di ipotesi. Mi limito ad accennare il fatto per quel tanto che può valere.

CONCLUSIONI — Il Δ crioscopico del sangue è alquanto maggiore di quello degli essudati e trasudati.

Una differenza presso a poco eguale di punto crioscopico esiste fra ultrafiltrato di sangue e ultrafiltrato di liquido di versamento.

E' quindi da ritenere che contrariamente all'affermazione corrente il contenuto complessivo in cristalloidi sia più alto nel sangue che nei liquidi di versamento.

Il sodio, il potassio e praticamente anche il cloro sono contenuti in egual concentrazione nel sangue, essudati e trasudati.

Il contenuto in zucchero è negli essudati uguale o lievemente superiore che nel sangue; è nettamente superiore nei trasudati.

Il contenuto in calcio è nel sangue più alto che negli essudati; nei trasudati forse un po' più alto che negli essudati.

La quantità di calcio non diffusibile sembra essere nel siero più forte che non nei liquidi di versamento, ed in questi più negli essudati che nei trasudati.

L'aggiunta di un sale di calcio ad una soluzione albuminica posta a dializzare contro un'altra soluzione qualsivoglia porta con sè un aumento permanente della forza osmotica della soluzione stessa, aumento che non si verifica o si verifica solo transitoriamente aggiungendo un qualsivoglia altro sale (per es. di sodio).

BIBLIOGRAFIA

(1) RONA e MELLI. Bioch. Zeitschr., vol. 166, 1-3, 1925. — (2) MEYER. Deut. Arch. f. Klin. Med., vol. 85, pag. 149. — (3) BECHHOLD. Bioch. Zeitschr., vol. 6, 5-6. — (4) ZSIGMONDI. Zeit. f. Angew. Chemie., 26, 447-910. — (5) OSTWALD. Kolloidzeitschr., 22, 143, 1918. — (6) BANG. Mikromethoden ecc. München, 1922. — (7) MULLER. Helv. Chem. Acta, 6, 1152, 1923. — (8) KRAMMER. Jorn. of Biol. Chem., vol. 48, 4, 1921. — (9) DE WAARD. Bioch. Zeitschr., vol. 97, pag. 176, 1919. — (10) HAGEDORN-JENSEN. Bioch. Zeitschr., vol. 135, 1923. — (11) HIRUMA. Berichte ub. ges Phys. ecc., vol. 24, pag. 243, 1924. — (12) RONA e TAKAHASHI. Bioch. Zeitschr., 31, 336, 1911. — (13) RONA e PETOW. Bioch. Zeitschr, 137, 357. 1922. — (14) EOEB, ROBERT. Journ. of ges Physiol., vol. 6, n. 4, pag. 453-456, 1924. — (15) LOEB, ROBERT e EMILY NICHOL. Proc. of the soc. f. exp. Biol. a. Med., vol. 22, pag. 275, 1925. — (16) RONA, HAUROWITZ, PETOW. Biol. Zeitschr., 149, 393, 1924.

Digitized by Google

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI NAPOLI
diretto dal prof. M. SCIUTI

RICERCHE ISTOLOGICHE E BATTERIOSCOPICHE SOPRA UN CASO DI TUBERCOLOSI PRIMARIA DELLA MAMMELLA.

per il dott. MARIO D'ARRIGO (*)

La mammella fu per lungo tempo ritenuta refrattaria all'infezione tubercolare; in seguito, e specialmente dopo la scoperta di Koch, si ammise che in condizioni eccezionali poteva presentare lesioni specifiche in nesso diretto col bacillo di Koch; tuttavia anche oggi, benchè i casi nettamente accertati si siano considerevolmente moltiplicati, la tubercolosi primitiva della mammella è alquanto rara, mentre la genesi del processo patologico e le sue particolarità istologiche sono ancora oggetto di controversie.

Credo pertanto non del tutto privo d'interesse il caso che espongo e che incidentalmente è stato constatato in un'autopsia eseguita nell'Istituto anatomo-patologico dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Napoli.

***

SUNTO DELLA STORIA CLINICA. — Di Bello Carmela da Napoli di anni 60, vedova, si è presentata da sè all'Ospedale Psichiatrico Provinciale il 17-5-23, ed è stata ammessa dal Direttore (art. 53). Nulla risulta nell'anamnesi individuale e per quanto si riferisce all'inizio della malattia, si può solo accertare dopo vari giorni e sulla guida del cognome del marito ancora presente alla memoria della ricoverata, che ha un figliuolo a nome Centofante Donato, degente per demenza precoce nel Manicomio Provinciale e che l'inferma ritiene morto.

E' internata nella 1ª Sez. donne con diagnosi di *sindrome malinconica su fondo di notevole deperimento organico.*

Costituzione scheletrica gracile, notevole dimagrimento, oligoemia. Nulla di particolare nel sistema circolatorio, respiratorio, digerente e sessuale.

La mammella destra si presenta bernoccoluta, con capezzolo rientrante e dura per un processo di mastite cronica fibrosa (fibroadenoma, scirro incipiente ?).

Durante la degenza ha avuto in due riprese (16-2-1926 e 3-3-26) ematuria accompagnata da febbre modica (37°.8, 38°.5).

Nelle orine si riscontra albumina gr. 0,50 ‰, muco-pus, emasie, elementi renali, cilindri jalino-granulosi, epiteli del fondo e del collo vescicale, cristalli di ossalato di calcio. Il deperimento organico si accentua, l'ipocondrio destro diventa sfiancato e prominente; il fegato deborda per due dita trasverse dall'arco costale, è duro, a superficie irregolare, così da far pensare ad una neoplasia epatica. L'inferma muore per cachessia e fenomeni uremici nella notte tra il 4 e 5 marzo 1926.

VERBALE DI AUTOPSIA. — I. Sez. Donne. Di Bello Carmela; anni 63, autopsia del 5 marzo 1926; ore 9.30.

Cadavere di donna dall'apparente età di anni 65 circa, conformazione gracile, nutrizione decaduta, cute pallida, leggermente tinta in gialletto, macchie ipostatiche nelle parti declivi del tronco e degli arti inferiori, rigidità cadaverica conservata, lievissimi edemi ai malleoli, addome alquanto sfiancato e prominente nel quadrante superiore destro.

La mammella destra è un pò più voluminosa della sinistra, ma appare deformata per avvallamenti e prominenze multiple delle quali prominenze la maggiore, del volume di un uovo di pollo, occupa il segmento esterno o ascellare.

Il capezzolo è rientrante, l'areola piccola è ricoperta da croste epidermiche, la cute è assottigliata in corrispondenza dei noduli più sporgenti ed ha colore bruniccio; in un punto retratto, presso il capezzolo, si nota una cicatrice imbutiforme fortemente pigmentata. Tutto l'organo è discretamente spostabile in toto sui piani muscolari sottostanti e nel suo insieme ha consistenza dura; solo sul nodulo più voluminoso la consistenza è pastosa.

Assenza di iperplasie ghiandolari sopra e sottoclavicolari; le ghiandole ascellari di destra costituiscono un gruppo o conglomerato a bitorzoli multipli, duri, dei quali il maggiore ha le dimensioni di una piccola nocciuola.

Cavità cranica. — Meningi molli lievemente iperemiche; normale la forma, il volume e la conformazione del cervello e del cervelletto, note di leggera iperemia di tutto l'encefalo. Ipofisi di forma e volume normali, peso gr. 0,71; epifisi piuttosto voluminosa, peso gr. 0,45, arteriosclerosi delle carotidi interne e delle cerebrali medie. La cerebrale posteriore di destra nasce per anomalia, dalla omonima carotide anzichè dalla basilare. Ai tagli dell'encefalo nulla di particolare.

Cavità toracica. — Polmone destro libero; aderenze pleuriche a sinistra in avanti e verso l'esterno. Ghiandole bronchiali dell'ilo iperplastiche e pigmentate in ambo i polmoni; lieve antracosi polmonare. Ipostasi ai lobi inferiori dei due polmoni più accentuata a destra. Al taglio: nel polmone sinistro catarro bronchiale cronico e focolai di polmonite interstiziale cronica pleurogena in corrispondenza delle aderenze pleuriche; nel polmone destro iperemia ed edema. Cuore: reliquati di pregressa pericardite sotto forma di ispessimenti fibrosi (macchie tendinee) nell'epicardio del ventricolo sinistro; aumento del grasso sotto-epicardico; leggera ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro. Il lembo anteriore mitralico è ispessito per chiazze di endocardite plastica. Placche ateromasiche sull'aorta iniziale; arterie coronarie leggermente aterosclerotiche; qualche chiazza di degenerazione adiposa sul miocardio del setto e della parete del ventricolo sinistro. Nulla di importante negli organi mediastinici.

Cavità addominale. — All'apertura dell'addome colpisce l'enorme volume del fegato, che sporge per quattro dita trasverse dall'arco costale e raggiunge coll'estremo della piccola ala l'ipocondrio sinistro. La superficie antero-superiore del grande lobo aderisce al diaframma. L'organo è tempestato di noduli bianco-lardacei, prominenti, sicchè assume un aspetto bernoccoluto e i bernoccoli variano in grandezza da un uovo di pollo ad un grosso cece. I noduli superficiali sono quasi tutti *ombelicati,* presentano cioè, un infossamento centrale; il parenchima epatico che si interpone tra' noduli ha color grigio-giallastro, in alcuni punti rossastro. Il volume del fegato supera di una volta e mezzo quello normale.

Il tratto di diaframma aderente alla superficie antero-superiore della grande ala è ispessito, ma non appare infiltrato di noduli neoplastici. La cistifellea ha pareti ispessite, il dotto cistico è pervio; pervio anche il dotto coledoco. Al taglio la superficie di sezione del fegato si mostra tempestata di noduli biancastri e bianco-giallastri ed ha un aspetto che si potrebbe grossolanamente paragonare alla mortadella; è inoltre compatta, lucida, untuosa e povera in sangue.

Nulla di particolare nell'esofago, nello stomaco e nel duodeno, tranne le note di un lieve stato catarrale cronico della mucosa.

Nel pancreas si nota pancreatite plastico-sclerotica, più accentuata verso la coda.

Milza piccola con capsula ispessita; al taglio forte iperemia della polpa, sclerosi della capsula, delle trabecole e di tutto lo stroma connettivale.

Nulla di patologico nel tenue e nel grosso instestino, nel sigma colico e nel retto. L'appendice vermiforme manca e al suo posto si rileva una digitazione imbutiforme appena accennata dal cui apice parte un filamento connettivale che va ad attaccarsi al peritoneo parietale.

Rene destro piccolo, normale di forma, con superficie grossolanamente granulosa e capsula ispessita. Al taglio forte iperemia, e note di nefrite interstiziale e parenchimale cronica. Nulla di particolare nella pelvi, nei calici renali, nell'uretere.

Rene sinistro leggermente aumentato di volume e con note meno accentuate di nefrite interstiziale e parenchimale cronica. Uretere integro.

Vescica urinaria con note di cistite cronica più accentuata al collo. Uretra normale.

Utero atrofico: ovaie atrofiche e fortemente sclerotiche.

Tiroide un pò ingrossata, paratiroidi esterne atrofiche, nulla di notevole nelle capsule surrenali.

Per rendersi esatto conto della lesione mammaria che a prima vista depone per un blastoma primitivo del seno con metastasi ascellare e probabilmente epatica, si pratica sulla mammella destra un taglio trasversale lungo il meridiano sterno-ascellare, che comprende il capezzolo e che si approfonda fino all'aponevrosi del muscolo gran pettorale. Ecco quanto si rileva all'esame macroscopico della superficie di sezione:

La cute è fortemente ispessita e aderente in corrispondenza dei punti avvallati, assottigliata nel rivestimento dei noduli prominenti e maggiormente in quelli che più sporgono; lo stroma connettivale della ghiandola è in complesso fortemente iperplastico e sclerotico, tale sclerosi è accentuatissima nelle pertinenze del capezzolo dove forma un grosso nodulo cicatriziale dal quale promanano gittate radiali irregolari. Al centro del nodulo si nota una massa giallastra densa, caseosa della grandezza di un cece, pigmentata alla periferia e con nidi calcificati nei limiti tra la massa caseosa e il connettivo sclerotico circostante. Non è possibile orientarsi in merito alla topografia e ai rapporti dei vari lobi e lobuli dell'organo i quali o sono compenetrati dal connettivo iperplastico o formano masse globose di aspetto caseoso, o costituiscono piccole cavità cistiche a contenuto puriforme. Il nodulo maggiore, già notato all'esame esterno è vasi

(*) La bibliografia annessa al lavoro sarà pubblicata solo negli estratti. N. d. R.

Digitized by Google

interamente formato da masse giallastre come vecchio formaggio, con rammollimento e colliquazione centrale. Delle cavità cistiche alcune sono isolate, altre intercomunicanti; la parete della maggior parte di queste cavità presenta un rivestimento tomentoso, frangiato come di vegetazioni fungose, in alcuni di questi focolai cistici il contenuto è fortemente ematico, di color rosso tendente al marron e di consistenza sciropposa.

L'esame delle linfoghiandole ascellari lascia constatare: sclerosi e atrofia di quasi tutte le ghiandole con caseosi centrale e calcificazione di alcune e con degenerazione caseosa pressochè totale delle linfoghiandole più voluminose. Queste al taglio hanno l'aspetto della patata cruda e sono perifericamente circondate da un denso strato connettivale che forma capsula. Il connettivo perighiandolare è iperplastico e sclerotico e stabilisce aderenze tra ghiandola e ghiandola, costituendo quasi un unico conglomerato.

Si esclude l'ipotesi di un blastoma mammario e si ammette una tubercolosi cronica a tipo prevalentemente fibrocaseoso.

Epicrisi. — Pregressa pleurite a destra, pregressa lieve endocardite mitralica, ateromasia aortica, aterosclerosi dei vasi cerebrali e renali con nefrite interstiziale cronica arteriosclerotica.

Tubercolosi della mammella destra in nesso, secondo le maggiori probabilità, con lesione o porta di entrata iniziale all'areola o al capezzolo.

Blastoma epatico primitivo coi caratteri dell'adeno-carcinoma a noduli disseminati di origine biliare.

Cistite cronica.

Morte per cachessia neoplastica aggravata dalla demenza malinconica e dai fatti uremici.

***

Dalla sostanza puriforme dei centri caseosi colliquati si allestiscono preparati per l'esame batterioscopico. Per le ricerche istologiche del tessuto mammario si prelevano pezzi scelti da vari punti dai meno ai più inficiati e si fissano nella serie degli alcool, in liquido di Orth, in soluzione di formolo al 10 %. Per la ricerca del bacillo di Koch nei tessuti si fissano dei pezzettini opportunamente scelti nella soluzione alcoolica mordenzante di pirogallolo al 2 %.

Si fissano inoltre in soluzione satura acetica di bicloruro di mercurio e in formolo al 10 % pezzettini del blastoma epatico.

Ricerche istologiche e batterioscopiche (1). La ricerca del bacillo di Koch eseguita prevalentemente col metodo Ziehl-Gabbet nei preparati allestiti dal liquido puriforme ha dato in complesso risultato negativo (7:10) per l'entità bacillo e solo in tre lastrine è riuscita positiva per la fase granulare del bacillo tubercolare (granuli minimi sferici, isolati o aggruppati) e per qualche rara forma pleomorfa del bacillo medesimo (rarissimi elementi bacillari costituiti da 3-4 elementi granulari con gemmazioni laterali).

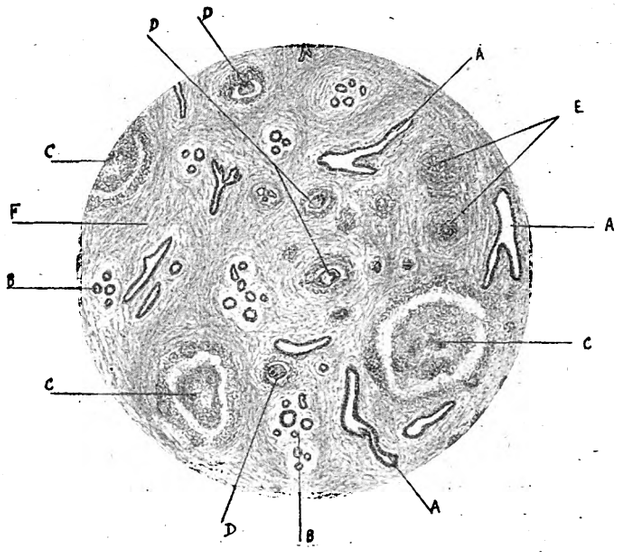
La ricerca batterioscopica è stata positiva in un solo frammento di linfoghiandola ascellare che presentava tubercoli in fase evolutiva e in due preparati di tessuto mammario prelevati nei limiti tra stroma connettivale e centri necrotico-caseosi residui di lobuli ghiandolari e dove il connettivo appariva ancora grigio-rossastro e succulento. Mai si sono messi in evidenza bacilli tipici, ma solo rarissime forme pleomorfe (bacilli a clava, forme micelliari) e scarsi granuli sferici isolati.

Dai pezzi destinati alla ricerca istologica, dopo le opportune manipolazioni tecniche sono state allestite sezioni che vengono colorate con Emallume ed Eosina, Triacido di Ehrlich, miscela colorante di Van Gieson, Saffranina-Lichtgrün.

Dal punto di vista istologico la natura tubercolare della lesione mammaria e di quella delle linfogliandole ascellari appare evidentissima. Benchè lo stroma connettivale si trovi in fase accentuatamente sclerotica, sono tuttavia bene evidenti in quei tratti nei quali la fibrosi del tessuto non si è ancora iniziata e prevalgono i fatti reattivi di proliferazione, tipici tubercoli e conglomerati di tubercoli in varia fase, ma prevalentemente in fase di avviamento alla fibrosi e in stadio di necrosi caseosa. La proliferazione connettivale cospicua è la nota dominante del reperto; il tessuto mammario ancora riconoscibile in vari punti è circondato e coartato dallo stroma fibroso prevalente e, sia per l'invasione e la diffusione secondaria del processo tubercolare, sia per la lenta, ma inesorabile limitazione del campo vasale va incontro a necrosi caseosa in alcuni tratti in massa. Tale esuberante sviluppo di connettivo dimostra il lento evolversi nella mammella della infezione tubercolare che si localizza e si svolge primitivamente nello stroma provocandone l'intensa reazione infiammatoria con tutti i suoi esiti.

(1) Queste ricerche sono state eseguite nel Gabinetto di Anatomia Patologica dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale, diretto dal prof G. D'Arrigo.

I tubercoli tipici sono assai rari, le cellule giganti piuttosto scarse, mentre abbondano le cellule epitelioidi, ed è bene sviluppato il reticolo fondamentale del tubercolo. Quanto alla cosiddetta zona linfo-granulomatosa, in essa oltre dei linfociti, delle cellule rotonde più voluminose (leucociti modificati) si osservano, specialmente nelle zone più marginali, numerosi fibroblasti, cioè elementi cellulari allungati con nucleo ovale allungato e in mezzo a questi alcuni con accenno a fasi cariocinetiche.



Sezione di tessuto mammario in corrispondenza di tratti inficiati da tubercolosi.

A Tubi galattofori sezionati longitudinalmente. — *B* Tubi galattofori sezionati trasversalmente. — *C* Grossi conglomerati tubercolari in fase necrotico-caseosa. — *D* Cellule giganti di Langhans con lo spazio pericellulare ed alcune con zona epitelioide circostante. — *E* Nidi tubercolari con tendenza alla fibrosi. — *F* Stroma connettivale prevalentemente fibroso; in qualche punto fibro-mixomatoso.
Koristka; obb. II; ocul. 3.

Gli elementi ghiandolari prendono nel complesso una parte passiva nell'infezione tubercolare mammaria. Gli acini e i tubuli ghiandolari benchè spesso circondati dai granulomi specifici, mostrano in vari tratti integro il loro epitelio cilindrico-cubico, e solo colpisce l'accumulo cospicuo di detritus granuloso nel lume dei canalicoli; ma appena la lesione tubercolare invade la parete e la supera le deleterie tossine del bacillo di Koch determinano una intensa reazione necrotico-caseosa che ben presto trasforma le masse ghiandolari in alveoli caseosi tendenti a colliquarsi nel centro. In rari punti si osservano cellule giganti di Langhans o residui di esse fra gli elementi epiteliali dei tubuli e acini ghiandolari. Certo, non si può escludere che anche nel lume dei tubuli ghiandolari si possano in stadi iniziali osservare tubercoli tipici e che gli elementi propri della mammella siano stimolati a proliferare prima di subire la necrosi caseosa; ma nel caso in esame, in nessun punto e in nessun preparato è stato possibile mettere in luce tale reperto; mentre le lesioni specifiche più cospicue furono costantemente rilevate nel connettivo che forma stroma alla mammella.

Nei vasi sanguiferi si riscontra con grande frequenza una cospicua perivascolite che in qualche punto si diffonde alla media e all'intima vasale.

Delle linfoghiandole ascellari alcune sono trasformate in nidi fibromatosi, altre presentano fibrosi periferica e caseosi centrale con rari tubercoli ancora riconoscibili, ed altre sono in necrosi caseosa completa.

La ricerca del bacillo di Koch nei preparati allestiti dai frammenti fissati in soluzione di pirogallolo al 2 % non ha dato risultati molto confortanti. E' stata completamente negativa nei tagli corrispondenti a masse caseose vecchie ed a tessuti fortemente sclerotici. In preparati di zone tubercolari in fase ancora giovane si sono osservati rari granuli germinali acido-resistenti; granuli consimili si sono riscontrati al centro di tubercoli in incipiente necrosi caseosa nel citoplasma di cellule giganti e tra le cellule epitelioidi.

Coi metodi di Weigert e di Kühne non si sono riscontrati nè germi piogeni, nè altri microrganismi.

Nei preparati delle linfoghiandole non si riscontrano bacilli tipici, ma discreto numero di grossi e piccoli granuli germinali acido-resistenti.

L'esame microscopico dei frammenti del blastoma epatico ha messo in chiaro i caratteri istologici tipici dell'adeno-carcinoma epatico e cellule cilindriche di origine biliare.

***

Il bacillo tubercolare può penetrare nella ghiandola mammaria per contiguità (lesioni pleuro-costali, lesioni cutanee, scro-

Digitized by Google

folosi, ghiandolari, ecc.), per via sanguigna o linfatica o per la via dei dotti galattofori. La prima forma è la più frequente e la meno importante; la forma ematogena, cioè quella trasmessa attraverso i vasi sanguigni, porterebbe il bacillo come per via di eliminazione nel connettivo ghiandolare, attorno ai condotti ghiandolari, inficiandoli dall'interno verso l'esterno, dalla parete verso il lume del dotto. Anche attraverso i linfatici si può seguire la diffusione della tubercolosi nella mammella, sia da noduli già sviluppati nel connettivo perighiandolare o periacinoso e tubulare; sia dalle lesioni specifiche del capezzolo, dell'areola e della cute.

Rarissima e non chiaramente dimostrabile è l'infezione della ghiandola mammaria dai dotti escretori maggiori del capezzolo verso i minori e verso gli acini ghiandolari e cioè dal lume verso la parete e il connettivo che forma stroma all'organo.

Secondo il Kaufmann la tubercolosi mammaria è molto rara e si ha solo negli individui giunti a completa maturità sessuale, sia per via ematogena, sia per propagazione delle parti circostanti (sub-costale, sternale, scrofolosi delle ghiandole ascellari, sottoclavicolari, ecc.), sia in casi eccezionali attraverso i condotti escretori galattofori.

Non si hanno dati sicuri per poter ammettere una tubercolosi primitiva della mammella (cioè senza altre localizzazioni nell'organismo), tuttavia non si può escludere in modo assoluto tale possibilità. Nel maggior numero dei casi furono notati precedenti ereditari o personali (adenopatie specifiche, ecc.). Anche i linfatici e i dotti escretori del capezzolo possono rappresentare la via d'ingresso del bacillo in casi di contaminazione ripetuta e di erosioni da labbra di individui portatori di bacilli di Koch.

L'aspetto macroscopico della mammella inficiata di tubercolosi è vario. Ordinariamente il decorso dell'infezione specifica è lento e si osservano ora granulomi isolati o sparsi, in varia fase evolutiva (grigi, grigio-giallastri, con fusione purulenta centrale, con prevalente caseificazione) ora nodi fibro-caseosi o fibrosi o calcifici al centro e con intensa fibrosi periferica. Spesso il connettivo interstiziale della ghiandola reagisce proliferando in primo tempo e diventando ulteriormente sclerotico, sicchè tutta la glandola qua e là si retrae, mentendo un blastoma a tipo scirroso. Qualche volta i galattofori sono invasi nella parete e nel lume dal granuloma specifico ed assumono aspetto caseoso; in altri casi si hanno formazioni cistiche. La fusione purulenta di nodi caseosi dà luogo, specie quando i nodi sono periferici, alla formazione di ulcere fistolose che si aprono verso la cute e costituiscono delle vere fistole mammarie specifiche. Altre volte i nodi periferici determinano ulcerazione più o meno marcata della cute soprastante sia per compressione sia per diffusione del granuloma e si hanno le ulcere tubercolari torpide, con margini iperemici e sottominati cosparsi di nodicini bianco-giallastri e con fondo giallastro per degenerazione caseosa.

Sicchè, sintetizzando, la tubercolosi mammaria si presenta sotto due forme e cioè la *forma ulcerosa* o *ulcero-fistolosa* e la *forma chiusa tubero-sclerotica,* che a prima vista mentisce un neoplasma. Si parla anche di una *forma disseminata* e di una *forma confluente.*

La prima è caratterizzata da nodi isolati coi caratteri del granuloma tubercolare sparsi nel parenchima mammario; la seconda lascia vedere uno o più ammassi con sclerosi periferica con caseosi e spesso rammollimento centrale che dà luogo a cavità anfrattuose ripiene di liquido puriforme, spesso ematico.

Questa seconda forma in fondo non rappresenta che la confluenza di vari nidi prima disseminati.

Dal punto di vista istologico e batterioscopico nei granulomi mammari abbondano nelle fasi iniziali le cellule giganti e quelle epitelioidi e pare che le fasi degenerative e colliquative purulente siano tardive, precedono cioè di poco il passaggio alla fibrosi.

Quanto all'agente specifico esso si trova sia al centro dei noduli isolati, sia nei granulomi peri ed endo-galattofori: e pare che nel lume di questi ultimi si possano qualche volta mettere in evidenza molti bacilli di Koch in mezzo al detritus caseoso.

***

Il caso da me studiato è senza dubbio una *tubercolosi primitiva della mammella* in senso assoluto e con inizio nelle pertinenze dell'areola e del capezzolo.

Benchè i casi di tubercolosi primitiva della mammella, in senso assoluto, non siano numerosi, tuttavia la letteratura è già abbastanza ricca di descrizioni su la tubercolosi della mammella.

Vennero in ordine di tempo prima le osservazioni cliniche, che fanno capo all'Astery Cooper nel 1837, poi tale studio si arricchì di ricerche istologiche e anatomo-patologiche che intraprese dal Dubar (1881) ricevettero, dopo la scoperta di Koch, un nuovo impulso e, messe su una strada di indiscutibile verità, si continuano fin'oggi.

Come ho già accennato la forma primitiva può essere intesa o *in modo assoluto,* anche dal punto di vista anatomico, ed allora la via di penetrazione è sempre dall'esterno e cioè dai dotti galattofori o dai linfatici del capezzolo o dall'areola; o *in modo relativo,* cioè in senso clinico, ammettendo che il focolaio tubercolare mammario sia il solo clinicamente rilevabile, benchè esso debba imputarsi ad origine ematogena o linfogena, proveniente da antico focolaio tubercolare non più rilevabile clinicamente e difficile a mettere in chiaro anche alla necroscopia.

Ora la necroscopia, nel soggetto in esame, non ha rilevato focolai tubercolari in atto in nessun organo o tessuto. Vi erano reliquati di pleurite adesiva fibrosa a sinistra, ma nulla nelle ghiandole bronchiali ilari, nulla nelle linfoghiandole mediastiniche e cervicali, nulla in tutto l'organismo che potesse ricordare anche lontanamente un processo tubercolare sia pure da lungo tempo estinto. D'altro canto la lesione tubercolare mammaria era a destra e il focolaio specifico più antico, più fortemente sclerotico e con intensa pigmentazione e calcificazione si riscontrava nelle pertinenze dell'areola e del capezzolo.

Quanto alla forma si tratta di una forma disseminata a lentissimo decorso.

La disseminazione a piccole tappe è messa in rilievo non solo dall'esame macroscopico ed istologico del tessuto inficiato che fa rilevare il connettivo dello stroma in varia fase (fibro-sclerotica, fibroblastica semplice, proliferativa) mentre il parenchima ghiandolare presenta tutte le gradazioni della reazione tossinica, dalla proliferazione semplice alla necrosi caseosa completa, ma anche dagli stadi del granuloma specifico, ora in fibrosi, ora in fibrocaseosi, ora in necrosi caseosa completa, ora in fase evolutiva o giovane.

Il decorso è stato assai lento se si tien conto che la malattia, dato il suo probabile inizio dallo esterno, cioè attraverso i linfatici del capezzolo e dell'areola deve essersi iniziata in un periodo di funzionalità dell'organo, cioè molto prima della menopausa ed intanto il processo tubercolare pur essendo in gran parte in fase involutiva (fibro-necrotica e necrotico-caseosa) in rari tratti continua a progredire.

Dal punto di vista istologico, pur non potendo negare che in qualche caso la tubercolosi possa inficiare in primo tempo i dotti e gli acini ghiandolari, diffondendosi successivamente allo stroma, si deve ritenere che tale eventualità deve essere eccezionale e nel caso in esame è evidente la localizzazione primitiva e la successiva diffusione attraverso il connettivo stromale; ciò che del resto è la regola e riceve la conferma nelle osservazioni più complete e minute acquisite nella letteratura.

Non credo poi che si possa e si debba ancora discutere, in merito all'istogenesi del tubercolo e dei suoi elementi, l'ipotesi emessa dal Dubar sull'origine della cellula gigante dal citoplasma fuso degli epiteli dei dotti e degli acini mammari, citoplasma che si raccoglierebbe al centro, mentre i nuclei formerebbero gruppi periferici o corona. Questi speciali elementi, come giustamente osserva il Pianese, possono essere sezioni trasversali sia di vasi sanguiferi o linfatici, sia di dotti ghiandolari (nel caso speciale tubi galattofori) e pur rassomigliando in qualche modo alle cellule giganti, debbono considerarsi come cellule giganti illusionali o pseudo-cellule giganti (Weigert).

Ormai tutti i patologi e gli istologi, per lunga serie di osservazioni e di esperimenti, sono venuti nella conclusione che le cellule giganti o di Langhans derivano o da proliferazione o da fusione di cellule epitelioidi e spesso dai due fatti insieme, cioè proliferazione mitosica o amitosica dei nuclei di dette cellule e fusione dei citoplasmi.

Lo scarso reperto batterioscopico e l'assenza quasi completa di bacilli tubercolari tipici nelle lesioni indubbiamente tubercolari della mammella esaminata, dimostrano ancora una volta che, nelle forme cosidette chirurgiche di tubercolosi e specialmente in quelle ghindolari a lento decorso, il bacillo di Koch, forse per

Digitized by Google

particolari resistenze e reazioni del tessuto, è costretto a modificare la sua forma tipica di bastoncino liscio o granuloso, trasformandosi in forme pleomorfe atipiche o disgregandosi in grani o granuli ancora riconoscibili con le colorazioni elettive per la loro spiccata acido-resistenza e passando ancora in altre forme non più acido-resistenti e in altre ultra-microscopiche e filtrabili (Arloing e Dufourt, Vannucci, De Bonis ecc.).

Sono forme involutive o di resistenza che il bacillo pare che assuma in condizioni di disagio nell'ambiente in cui si trova, ma che la clinica e l'esperimento dimostrano sempre capaci di riprendere la loro deleteria attività appena le condizioni ambientali diventano favorevoli.

Lo stato demenziale di questa donna, affetta da tubercolosi mammaria a lentissimo decorso e iniziatasi indubbiamente nel periodo di attività funzionale della ghiandola, potrebbe portare un contributo alla teoria da qualche tempo oggetto di aspre controversie tra psichiatri, quella, cioè, dei rapporti tra alcune forme demenziali e particolari tossiemie tubercolari.

La coesistenza del cancro epatico e della tubercolosi mammaria è, nel caso in esame, una pura coincidenza. Tuttavia tale reperto verrebbe a confermare e ad estendere il concetto emesso dal Corsonello in uno studio sui rapporti fra cancro e tubercolosi e cioè la facile insorgenza di blastomi non solo su processi flogistici cronici tubercolari, ma anche a distanza, come nel caso da me studiato, nel quale la lenta tubercolosi mammaria è stata la prima ad insorgere ed il cancro epatico ha chiuso la scena.

□□□

RASSEGNA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

I. *Distonia muscolare deformante o spasmo di torsione.* — S. C. Navarro e A. S. Marotta. *Arch. de Médec. d. Enfants*, T. XXX, n. 1, 1927.

Gli AA., data la relativa rarità della lesione, compiono un interessante studio clinico sull'argomento e ne offrono succinte e giuste considerazioni.

La d. m. d., o spasmo di torsione, o disbasia lordotica progressiva (Oppenheim, 1911) è illustrata da una quarantina di casi, raccolti da Ibrahim in (Pfaundler e Schlossmann, 1924) di cui 33 riuniti già da Mendel. Seguono i casi di Fritz, Joughin, di Obarrio, di Alunralde, di Dimitri, di Fracassi, di Marotta, ed un ultimo — oggetto del lavoro — studiato dagli AA. presenti in un paziente di otto anni di età, figlio di genitori spagnuoli. Il bambino, con W. +, è stato sottoposto a cure specifiche senza risultato positivo; anche la terapia intrarachidea di solfato di magnesio (½ cc. di soluz. al 20 %) non ha corrisposto. Presentava la sindrome classica che qui appresso ricorderemo in una breve scorsa nosologica.

Il quadro clinico ha i caratteri fondamentali seguenti: 1) Turbe motorie; 2) Assenza di sintomi piramidali; 3) Assenza di turbe psichiche accentuate; 4) Assenza di turbe sensitive; 5) Assenza di turbe sensoriali.

I disturbi di movimento sono notevoli; gli arti colpiti sono affetti da un misto bizzarro di note d'ipertonia e di note d'ipotonia; se si imprimono agli arti stessi dei movimenti passivi, si trova una resistenza inferiore alla normale, invece, nei movimenti attivi, i muscoli interessati, sono più tesi, più turgidi; insomma si ha: ipertonia nei movimenti volontari ipotonia nei movimenti passivi. Quando il soggetto è coricato non mostra che alterazioni poco accentuate: qualche smorfia facciale, sebbene l'espressione dominante sia piuttosto rigida; la testa rota frequentemente da destra a sinistra e viceversa sopratutto per contrazioni dello sterno cl. m. Gli arti superiori giocano movimenti di scarsa ampiezza, le mani e le dita sono sede di movimenti nettamente atetosici. Così dicasi pure degli arti inferiori. Nella stazione vescicale i disturbi motori si accentuano; il tronco subisce continue torsioni mentre la lordosi lombare si accentua, le coscie si flettono sul bacino, le gambe si abducono, i piedi rotano all'esterno. L'andatura è difficile, squilibrata, irregolare, mai rettilinea; nella corsa i movimenti involontarii si attenuano sensibilmente.

Qualche disturbo della parola, nessun disturbo sensitivo; assenza di Babinski, di esagerazione dei riflessi, di clono rotuleo ed achilleo.

Le lesioni anatomo-patologiche, dopo i lavori di Wimmer, di Thomalla, di Flatau-Sterling, di Cassirer, Bielschowsky, si son dimostrate a preferenza site nei nuclei grigi del cervello e proprio del putamen e nel nucleo caudato, con estensione al talamo, al cervelletto, al ponte ed alla corteccia perfino. Wimmer ha notato anche una concomitante cirrosi epatica nodulare, e Thomalla lesioni del fegato analoghe a quelle della malattia di Wilson. Istologicamente, le lesioni nervose, consistono in una distruzione degli elementi nobili con proliferazione della nevroglia.

L'etio-patogenesi è mal definita, specie allorquando non si ripresentano dati di pregressa encefalite epidemica, nè di tumore che comprima i nuclei grigi. Gli accurati studi fatti sulla corea del Sydenham, sulle coree croniche, sulla M. di Wilson, su quella di Vogt (stato marmorizzato del corpo striato) ecc., l'isolamento accurato dei sintomi degli stadii distonici, spasmodici, di quelli in rapporto a lesioni extrapiramidali [ricordiamo fra i lavori moderni quello di D. Angarano eseguito sotto il controllo dello scrivente a proposito di un caso di «Idiozia con ipercinemelia» vedi *Rinascenza Medica*, N. 21-1924], consigliano di non considerare la d. m. d. come una malattia a sè, ma come una sindrome morbosa che deve rientrare come l'ipercinemelia nel grande e polimorfo quadro delle sindromi extrapiramidali.

La diagnosi della d. m. d. è facile per la presenza dei disturbi motori e l'assenza di quelli sensitivi, mentre la sfera psichica ed i territori piramidali sono indenni. Vi è stretta parentela fra la d. m. d. e la atetosi idiopatica, ma in questa lo spasmo di torsione manca nei movimenti volontarii sebbene nella d. m. d. vi siano note atetosiche dei segmenti articolari distali. La degenerazione epatico-lenticolare (m. di Wilson) comporta una rigidità contratturale permanente ed è fatale entro 3-4 anni, la d. m. d. ha, invece una fase stabilmente continua d'ipotonia specie nei movimenti passivi, e l'ipertonia, che le è propria nei movimenti attivi, diminuisce in ragione diretta della velocità dei movimenti che attivamente e volontariamente può compiere il paziente (corsa p. es.). La d. m. d. è compatibile con la vita per quanto a evoluzione progressiva.

La pseudo-sclerosi (m. di Westphal-Strümpell) è caratterizzata dai tremori e dai disturbi psichici sebbene questi non siano troppo precoci.

La malattia di Sydenham, quella di Huntington non rassomigliano che lontanamente, come è di facile controllo, allo spasmo di torsione, e così pure dicasi per i tics ecc.

La terapia è ancora sconosciuta; le misure igieniche, il riposo, la rieducazione motoria e le cure sintomatiche possono alleviare le sofferenze di questo tipo di malati, che nessun medico potrà promettersi di guarire.

II. *Contributo all' impiego della simpatectomia periarteriosa nel trattamento dei disturbi trofici e vasomotori secondari alla poliomielite anteriore acuta.* — U. Camera. *Archivio di Ortopedia*, vol. XLII, fasc. 3, 1926.

L'A. nello intento di curare la sindrome trofica periferica (edemi, geloni, ulceri ecc.) che si riscontrano negli arti colpiti da paralisi infantile ha praticato la simpatectomia peri-arteriosa.

Come tecnica si è servito della escissione della tunica avventiziale, preparata previo scollamento ottenuto con iniezione di soluzione fisiologica. Questa modifica di tecnica appartiene al Camera (*Chir. Org. di Mov.* vol. 1925) ed è stata adottata dallo stesso Lèriche propugnatore dell'intervento.

Sono ricordati i casi precedentemente operati dal Kappis (1922), dal Makai (1923) e dal Donati (1924).

L'A. ha eseguito 4 simpatectomie della femorale in bambini di 5 e 10 anni, che presentavano la sindrome trofica periferica da p. a. a. agli arti inferiori. In 2 casi l'intervento è stato consigliato da ulcerazioni post-operative. In un caso ha eseguito la s. 20 giorni prima degli altri interventi ortopedici cruenti voluti dai postumi paralitici; ha dovuto notare la copiosa emorragia ossea e provvedere accuratamente ad essa; questo fatto gli dà agio di constatare gli effetti della s. sulla irrorazione profonda dei tessuti.

Inutile dire che gli esiti sono stati brillanti. L'A. si è formato il concetto che la s. nel bambino è meno pericolosa che nell'adulto per la costante mancanza di alterazioni delle pareti vasali, sebbene l'intervento sia più delicato per la esiguità del calibro dei segmenti arteriosi dei bambini paralitici; secondo lui, potendosi colla s. p. migliorare sicuramente il regime circolatorio degli arti paralitici, e guarire le ulcerazioni trofiche pre o post-operative, l'operazione peri-arteriale dovrebbe considerarsi come ottimo sussidio pre- e postoperatorio.

Noi siamo del parere che, dove fosse reputata necessaria, si dovrebbe praticare sempre dopo i comuni interventi ortopedici per evitare emorragie primarie e secondarie chirurgiche, e per curare quei deficit trofici (ulceri torpide, geloni, edemi) che si possono presentare dopo gl'interventi, e che, talora, in luogo di migliorare spontaneamente dopo di questi (cosa che spesso si verifica), peggiorano compromettendo gli esiti della più acconcia terapia.

Digitized by Google

Non va sconfessata, però, la diatermia, tanto più che in esperte mani ha dato risultati vantaggiosi e duraturi (vedi *Arch. di Radiologia*, vol. 5, 1925, BERGAMINI).

III. ***Contributo sulla lussazione congenita dell'anca.*** — PUTTI. *Surgery, Gynec. and Obstetrics*, aprile 1926.

L'A. raccoglie, in questo interessante studio d'insieme, i frutti acquisiti dalla sua ben estesa pratica, sottoponendoli al crogiuolo del noto suo spirito critico e del suo senso clinico eccezionale.

Il lavoro è più che un contributo una vera monografia di raro ed esteso valore nosologico perchè fiorisce dall'Istituto Ortopedico Rizzoli, il quale è in prima linea, e non solo nel mondo Europeo, nè per il gran numero di infermi che annualmente vi passano, ma per la fama che fin oltremare lo circonda, riconoscendogli il titolo di una singolare Scuola nella chirurgia degli organi locomotori.

L'A. riferisce su statistiche personali raccolte sino al 1924; in esse il fattore ereditario partecipa nel 13 % dei 1879 casi curati, su 2556 lussazioni; nel 10 % dei casi la lesione aveva carattere familiare. E' più comune nel sesso femminile: 84 9 %. Nel 39 % la dislocazione è bilaterale. La lesione è più frequente in Europa e nell'Italia Settentrionale; quasi ignota in Sicilia.

L'A. riconosce che in alcuni casi la origine dell'affezione è dovuta ad un fattore meccanico, ma questo per agire, ha dovuto avere influenza su condizioni morfologiche ereditariamente trasmesse, condizioni che non vanno trascurate dal punto di vista dello studio patogenetico.

Putti accetta la teoria antropologica di Le Domany, secondo cui la l. è il risultato statico-meccanico di una deviazione del normale sviluppo antropologico della pelvi umana. Le condizioni traumatiche sarebbero risentite sugli arti inferiori del feto nella 2ª metà della vita endouterina; la flessione e la rotazione esterna degli arti inferiori, la sproporzione tra testa femorale ed acetabolo, la fisiologica antiversione del collo del femore, la debolezza del bordo acetabolare, sono tutte condizioni favorenti la lussazione iniziale che si conclamerà dopo la nascita nel passare degli arti in estensione, e dal divenire questi portanti.

La diagnosi possibile clinicamente è facile radiograficamente, a farsi allorquando il bambino ha già incominciato a camminare, ma prima di questa epoca è difficile. L'asimmetria delle pliche cutanee, l'abituale rotazione esterna, l'abduzione diminuita, il lieve accorciamento rendono possibile la diagnosi della l. unilaterale nella primissima età; se la l. è bilaterale, le note suddette sono di scarso rilievo, per quanto la pelvi apparisca più larga, le natiche più appiattite e gli arti non passono essere normalmente abdotti.

L'A. adotta, per la cura, il metodo italiano classico Paci; per la immobilizzazione si attiene alle norme del Lorenz, dividendo, però le cure in 2 periodi; nel primo l'arto è tenuto nella prima posizione del Lorenz per circa 3 mesi, nel secondo l'arto è immobilizzato in un grado di abduzione inferiore all'angolo retto ed in rotazione interna per altri 3-2 mesi. Segue il trattamento fisioterapico accurato.

Quando l'incruento non riesce (conviene però sempre tentarlo), l'A. riduce con metodo chirurgico speciale. Mediante apposita sezione dei piani superficiali e divaricamento dei muscoli la capsula è sezionata secondo l'asse maggiore e, se a clessidra, allargata. La cavità acetabolare, viene preparata acconciamente, secondo l'età della lussazione e, quindi, le condizioni anatomiche del fondo articolare, poscia mercè appositi strumenti parabordi la testa è ridotta. Sutura senza drenaggio. Coscia in abduzione ad angolo retto ed in lieve rotazione interna.

L'A. ha sempre ottenuto successo in pazienti di 4-7 anni e talora in malati di 20-21 anni (!). Però oltre i 7 anni Putti non promette la guarigione anatomo-funzionale perfetta. Fra i metodi palliativi vengono presi in considerazione la trasposizione anteriore, la biforcazione del Lorenz, il quale pone nell'acetabolo un moncone diafisario, in luogo della testa femorale.

Nella statistica dell'A. sui 1879 casi (25561) si ottennero buoni successi nel 90 % delle l. unilaterali, e nel 65 % delle l. bilaterali.

IV. ***Fratture della testa del femore.*** — CHRISTOPHER *Arch. of Surgery*, vol. XII, n. 5, 1926.

L'A. descrive un caso del genere e, ricordando gli altri otto conosciuti nella letteratura, dichiara la lesione estremamente rara.

La diagnosi è stata fatta 4 volte all'autopsia, 4 volte con l'esame radiografico, 1 volta durante l'intervento. Clinicamente la lesione si può supporre quando in un soggetto, affetto da lussazione posteriore dell'anca, si avverta un crepitio durante le manovre di riduzione, manovre che possono, in tal caso, presentare notevoli ed abnormi difficoltà.

Sono state avanzate varie ipotesi per spiegare il meccanismo di questa frattura; pare assodato che la testa si rompa, nel lussarsi, all'altezza del ciglio acetabolare e proprio sul settore posteriore di questo.

La prognosi funzionale è seria, perchè o sopraggiunge l'anchilosi o resta la lussazione. Quando la riduzione incruenta e precoce non ha dato risultato soddisfacente si deve ricorrere all'intervento operativo; questo ha per iscopo di ridurre la lussazione e di asportare il frammento eventualmente rimasto nella cavità articolare, frammento che ha [illegible] ranze di saldarsi con l'estremità femorale cui appartenne, mentre presenta tutti gli svantaggi dei corpi liberi intraarticolari rispetto alle normali escursioni della giuntura.

L'A. ha inteso parlare di frattura completa, con distacco della testa femorale dal segmento cervicale, non ha accennato alle fratture cefaliche non complicate a lussazione — epperò a diastasi totale — del femore stesso.

O. NUZZI

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

I preparati insulinici per via orale. — W. B. MAYER, A. Oppenheimer, 1° reparto dell'ospedale civile di Berlino-Westend. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 41.

Gli AA. hanno esperimentato le tavolette di insulina Fornet, preconizzate per la cura insulinica perorale in 7 casi di diabete, con i risultati più completamente negativi; poichè non si è potuto constatare il più piccolo segno che deponesse per una qualunque attività del farmaco.

Lo stesso esito negativo si è avuto con altre preparazioni (Insulina Leo, Stomasulina, etc.).

E' lecito pensare che la introduzione perorale sia assolutamente da scartarsi e che la terapia insulinica vada praticata per via sottocutanea.

La vaccinazione contro la difterite con l'anatossina difterica. — CHR. ZOELLER. *Revue Médicale Universelle*, n. 2, 1927.

L'anatossina difterica è il prodotto della trasformazione di una tossina, ottenuto con l'aggiunta a quest'ultima di una certa quantità di aldeide formica e con la permanenza di tale miscuglio per un mese o più in stufa a 40-42° C.; così la tossina difterica perde la sua tossicità, pur conservando il suo valore di antigene. Sperimentalmente, infatti, con iniezioni di anatossina si riesce a immunizzare contro la difterite cavie, conigli, cavalli, ecc. Nell'uomo, secondo l'A., la tecnica da seguire per la vaccinazione con l'anatossina è la seguente: si praticano tre iniezioni successive a dosi progressive da ½ a 1 ½ cc. di anatossina, lasciando un intervallo di tre settimane tra le due prime iniezioni e di 8-15 giorni tra le due ultime; le dosi sono le stesse sia che si tratti di fanciulli che di adulti. Prima ancora di praticare tale vaccinazione antidifterica è buona regola accertare con l'intradermoreazione di Schick se l'individuo è recattivo o no alla difterite: solo i recettivi è utile che vengano vaccinati. In pratica, però, nelle collettività di fanciulli si può fare a meno di ciò, quando si pensi che quasi tutti i bambini da 5 a 10 anni sono recettivi alla difterite.

L'immunità conseguita con la vaccinazione con l'anatossina difterica persiste ancora dopo un anno; ulteriori osservazioni accerteranno se questo termine può essere ancora prolungato. D'altra parte le iniezioni di anatossina non provocano nessun inconveniente, se si eccettui talora una reazione locale (tumefazione dolorosa di 24-48 ore di durata) ed una generale (elevazione febbrile fino a 38-38,5° C), che non hanno alcuna gravità e che sono dovute alle proteine contenute nell'anatossina. È facile però scoprire, se l'individuo che si deve vaccinare è ipersensibile o non all'anatossina, iniettando nel derma 2/10 di cc. di una diluizione di anatossina 1:100: dopo 24 ore, un rossore con leggero infiltrato al punto d'inoculazione è indice dell'ipersensibilità dell'individuo alle proteine difteriche; se la reazione supera le dimensioni di una moneta da 5 franchi ci sarà da aspettarsi reazione locale e generale allorchè si praticherà l'anatossi-vaccinazione.

Le indicazioni di tale vaccinazione sono di due specie: da una parte sarebbe opportuno vaccinare nel modo suddetto tutti i bambini, sistematicamente, così come si fa per la vaccinazione jenneriana; questa pratica costituirebbe la migliore profilassi contro la difterite e renderebbe inutile

Digitized by Google

l'isolamento dei portatori di germi. D'altra parte, in occasione di una epidemia difterica, si eseguirà la vaccinazione d'urgenza, tenendo presente in questo caso che l'immunizzazione è raggiunta solo dopo due mesi a partire dalla prima iniezione di anatossina.

Controindicazioni vere e proprie non ne esistono; naturalmente ci si asterrà dal vaccinare gli individui cachettici, febbricitanti, i tubercolosi con febbre, gli albuminurici, ecc.

Contributo alla nosografia della febbre gialla. — V. H. Hoffmann, Avana. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1926, n. 41.

La febbre gialla è una malattia a carattere settico-emorragico prodotta dalla *leptospira icteroides* che, con le sue tossine, attacca principalmente gli organi parenchimali, il sistema vasale ed il sangue.

La grave degenerazione acuta specialmente del fegato e delle cellule renali, spesso anche della muscolatura cardiaca, porta spesso rapidamente alla morte. La degenerazione delle pareti vasali dà occasione ad emorragie multiple, che trovano la loro più grave espressione nel vomito sanguigno. La distruzione dei corpuscoli, con il successivo riassorbimento di emoglobina è la causa dell'ittero, che è d'origine nettamente ematogena.

La determinazione del tasso emoglobinico dà, nei primi giorni della malattia valori alti; poichè la distruzione dei corpuscoli rossi avviene in una seconda fase.

Quanto ai leucociti, si riscontra leucopenia, con notevole aumento (20 %) dei grandi mononucleati.

E' un elemento favorevole il fatto che le pericolose tossine spirochetiche provocano assai rapidamente la formazione di corpi immuni, i quali rendono spesso possibile un più lieve decorso della malattia, e nei casi non mortali favoriscono una rapida guarigione.

I casi gravi, come si presentano nei territorii in cui la febbre gialla è epidemica, ci parlano di una insolita esaltazione della virulenza del germe.

Nei bambini si presentano di frequente delle manifestazioni tanto lievi, che la malattia viene superata in pochi giorni. Questi casi sono la regola là dove la malattia fa la sua apparizione su qualche individuo isolato, e non assume le vastità di una epidemia.

La diagnosi della malattia in questa forma, che è poi la più abituale, può offrire grandi difficoltà, ed è spesso addirittura impossibile, se non si riesce a porre in evidenza la presenza dell'agente patogeno.

Studî sul favismo — G. Macciotta, *Rivista di Clinica Pediatrica,* vol. 24, n. 11.

L'A. descrive sette casi di una speciale manifestazione ittero-emoglobinica con anemia acuta frequente in Sardegna e conosciuta sotto il nome di favismo osservata in bambini al disotto dei 10 anni. Fa rilevare la maggiore frequenza e la maggiore gravità della forma nei bambini in confronto degli adulti. Dalle ricerche sul siero di sangue risulta un potere emolitico in vitro nullo, una inversione del quoziente proteico pari a quella che si verifica negli accessi acuti di malaria, un aumento dello zucchero, una diminuzione della colesterina, del calcio totale e del magnesio, un contenuto normale o aumentato di sodio e di potassio. La resistenza globulare appare normale o diminuita, la funzione proteopessica del fegato diminuita. L'A. illustra la speciale frequenza con la quale nei bambini in confronto degli adulti, si presentano delle manifestazioni a carico del sistema nervoso e dell'apparato gastro-enterico.

Nel sangue appaiono costantemente alterazioni morfologiche: diminuzione fortissima dei globuli rossi e della emoglobina, passaggio in circolo di forme nucleate, frequente reazione granulo-filamentosa. I leucociti aumentano di numero con costante grandissima prevallenza delle forme leucocitarie. Costante la presenza di grandi mononucleati basofili sul tipo di quelli della leucemia acuta, qualche cellula di Türk e qualche cellula di Rieder; presenza di reazione eosinofila, più notevole nei bambini più piccoli. Dopo 40-50 giorni dalla cessazione dei sintomi qualche alterazione del sangue è ancora rilevabile.

L'A. discute la natura della forma e ritiene probabile che si tratti di forma anafilattica. Ammette che nella patogenesi del favismo grande importanza debba attribuirsi al fattore costituzionale: a questo proposito anzi illustra l'importanza del fattore familiare che risulta da molti dei casi esposti.

Egli crede che dalla madre possa essere congenitamente trasmesso al bambino uno stato di allergia.

L'A. ritiene che tra la malaria e il favismo non vi sia un'identità di forme, ma che la prima possa contribuire a preparare le condizioni costituzionali organiche necessarie all'insorgenza del secondo; nega alla sifilide e alla tubercolosi ogni influenza predisponente.

Dopo aver riportato qualche suo tentativo terapeutico e preventivo con l'uso della colesterina e del cloruro di calcio, l'A. riferisce i sicuri effetti dell'impiego del siero normale di cavallo per via sottocutanea.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Actinomicosi profonda del collo e del mediastino. — Van De Wildenberg, Lovanio. *Le Scalpel,* n. 43, 1926.

Dopo la faccia, la metà superiore del collo è la sede abituale dell'actinomicosi, nè è raro che queste due regioni siano colpite contemporaneamente: n queste sedi l'affezione micotica tende a esteriorizzarsi sotto forma di ascesso e a fistolizzarsi. L'actinomicosi del mediastino invece è sempre secondaria ed è più frequente la localizzazione al mediastino posteriore; una volta colpita però la capsula mediastinica attraverso le guaine cellulari sottoaponevrotiche del grande e del piccolo pettorale, l'infezione può produrre una grande raccolta nella regione ascellare e per irritazione del plesso brachiale determinare dolori irradiati al braccio.

Il pus di queste localizzazioni actinomicotiche, come del resto quello di tutte le altre di tal natura, presenta dei caratteristici granelli giallo ocra di grandezza varia, i quali appaiono microscopicamente costituiti da filamenti miceliali di actinomicete presentanti qua e là dei rigonfiamenti a clava.

La diagnosi dell'actinomicosi profonda del collo e del mediastino è un genere difficile; così in un caso dell'A. si credette dapprima che si trattasse di una cisti cervico-mediastinica. Il tipo neoplastico è eccezionale ed è caratterizzato da un'abbondante proliferazione del tessuto connettivo la quale se non si arriva a mettere in evidenza l'actinomices, è impossibile a differenziarsi dal sarcoma a cellule rotonde. Una diagnosi di sicurezza sarà fatta in ogni caso con la ricerca del parassita, coltivandolo eventualmente su terreno di Sabouraud; si può anche ricorrere alla reazione di deviazione del complemento, poichè il siero di questi infermi contiene degli anticorpi specifici verso l'actinomices.

L'actinomicosi del mediastino è molto più grave di quella cervicale, per il pericolo di diffusione agli organi vicini ed anche perchè non è possibile un buon drenaggio da queste parti profonde. La cura chirurgica, infatti, consiste nell'aprire i focolai actinomicotici, nel raschiare con cucchiaio tagliente e nel tamponare con garza iodoformica le cavità e le fistole. Naturalmente si tenterà prima una cura intensiva con ioduro di potassio, la quale può talora da sola guarire le lesioni, specialmente quando è praticata per iniezioni, anche direttamente nelle lesioni. In certi casi si è consigliata la radioterapia profonda.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Nuovo processo operativo per il trattamento della fistola vescico - uterina. — S. Rolando, Osp. Galliera, Genova. *Folia Gynaecologica,* vol. 23, n. 4.

L'A. passa in rivista i vari metodi di cura della fistola vescico-uterina (metodo transperitoneale, transvescicale, istero-stomato-c'eisi, vaginale) ed afferma la superiorità della via vaginale. Egli propone il seguente processo operativo da lui messo in opera in un caso con pieno successo.

Si stacca col bisturi dalla parete vaginale anteriore un lembo semiovalare con base al collo dell'utero: il lembo viene isolato e rovesciato in basso e in addietro. Si inizia quindi lo scollamento della vescica dalla faccia anteriore del collo uterino e si procede nello scollamento fino a che la fistole vescicale e uterina non siano ampiamente esposte.

Si sutura la fistola vescicale con doppio piano di sutura e la fistola uterina con punti staccati.

Quando il lembo vaginale si è preparato, viene ribattuto in alto sulla faccia anteriore del collo uterino in modo da ricoprire l'orifizio fistoloso suturato, e quivi fissata con punti di catgut. Si ottiene così l'interposizione di un robusto lembo mucoso vaginale tra vescica e collo uterino.

Questo metodo è, come si vede, della massima facilità e sicurezza; esso mette al riparo le inferme da ogni pericolo di recidiva o anche della riapertura delle fistole suturate.

Anestesia rachidea della sola regione perineale in ostetricia. — Risachez e Waitz. *Presse Médicale,* n. 18, 1927.

Riferiscono un metodo di anestesia rachidea limitato alla sola regione perineale — ideato dal Ravaut — mediante una soluzione di novocaina fortemente ipertonica. Sotto questa concentrazione la novocaina sarebbe introdotta nello spazio sotto-aracnoideo nella dose di una sola goccia, la quale essendo pesante cadrebbe subito nel fondo del cul di sacco vertebrale e provocherebbe una anestesia limitata alle sole radici della cauda equina, ottenendosi così l'anestesia della sola regione genito-perineo-anale.

Per la tecnica si prepara una soluzione di novocaina in acqua distillata al 50 % (a parti uguali) divisa in fiale da mezzo cmc. che si sterilizzano a 120°.

Si userà per l'iniezione una comune siringa graduata a gocce. Infisso l'ago si lascia cadere un pò di liquido cefalo-rachidiano, indi s'innesta

Digitized by Google

la siringa sull'ago e dopo aver aspirato un po' di liquido si spinge il tutto nello speco.

Si lascia la donna in posizione seduta per qualche minuto, poi la si fa adagiare con la testa e il tronco leggermente sollevati. L'anestesia è completa dopo 2-5 minuti.

I vantaggi che se ne ottengono: rilasciamento muscolare completo: scomparsa dei doloni da espulsione, mentre sono ben conservate le contrazioni uterine.

Questo metodo va però applicato solo nel caso in cui il parto non sia spontaneo.

Permette inoltre di eseguire i seguenti interventi: Applicazione di foroipe, embriotomia, versione per manovre interne, estrazione per presentazioni di sede, perineorrafia, ecc.

Secondo gli AA. nessun seguito degno di nota, se si eccettui qualche cefalea.

La percentuale albuminoidea degli edemi nelle nefropatie gravidiche. — ALBANO. *Folia Gynaecologica*, fasc. 1, 1927.

L'A., come risultato delle sue ricerche riferisce:

1) gli edemi di donne gravide, mostrano al refrattometro una concentrazione di albuminoidi che da frazioni minime dell'unità si può portare fin presso all'1 %;

2) è possibile raggruppare le affezioni capaci di dare edemi in gravidanza in due grandi classi a seconda che la percentuale dei proteidi ha raggiunto un valore inferiore o superiore al limite del 0,40 %;

3) particolarmente si può affermare che negli edemi da anemia, sia primitiva che secondaria, da idrope, e da pura nefropatia gravidica, le percentuali restano al di sotto del 0,40 %.

Per contro, nelle forme di nefrite cronica complicata a nefropatia gravidica viene superato questo valore: l'accrescersi della concentrazione proteica degli edemi sarà qui in rapporto al prevalere dell'una o dell'altra lesione;

4) si conferma dunque che è possibile, in base alla sola indagine refrattometrica, poter porre la diagnosi di nefropatia gravidica o di nefrite complicante la gestazione.

UROLOGIA

Le ematurie nella stenosi cronica uretrale. — DUVERGEY e DAX. *Presse Medicale*, n. 18, 1927.

Gli AA. riferiscono alcuni casi di ematurie abbondanti sopravvenute in individui affetti da stenosi cicatriziale dell'uretra. La modalità di queste ematurie è varia. Di solito sono molto abbondanti e spesso così violente che l'ammalato crede di orinare solo sangue; qualche volta, invece si presenta misto alla orina, sotto forma di coaguli o dando a questa una tinta scura. Sopravviene spontaneamente, o in seguito di un pasto abbondante, o per freddo o per una ritenzione transitoria. Non occorre trauma di sorta a provocarla. Gli AA. non hanno trovato negli infermi osservati alcuna causa generale che potesse giustificare l'insorgenza dell'ematuria (emofilia, iperazotemia, ipertensione ecc.). Ritengono perciò che la causa sia locale. Molto importante poi è la età dei soggetti in cui tale forma di ematuria si è verificata: cioè dai 40 ai 77 anni, in vecchi stenotici uretrali.

Secondo gli AA. l'origine di queste ematurie è la vescica. L'esame bioscopico ha permesso in alcuni di essi di osservare la vescica tumefatta, arrossata con macchie ecchimotiche, in altri delle vere ulcerazioni sanguinanti della vescica. L'uretra quindi non può essere incriminata da sola.

Due cause vengono richiamate dagli AA. nella patogenesi: la congestione e l'infezione che danno luogo a cistite in tutta la sua gamma di manifestazioni. Ma per giungere a queste conclusioni, al letto dell'ammalato, bisogna poter eliminare tutte le altre lesioni che possono dar luogo a questa forma di ematuria e cioè l'adenoma prostatico, un tumore, la tubercolosi, un calcolo.

La forma in parola se non è rarissima, non è neppure frequente. Gioverà la cistoscopia.

La prognosi è benigna: l'ematuria cede alla sopressione dell'ostacolo uretrale (la stenosi), per cui può bastare anche una sonda a dimora per aver ragione di un'ematuria ribelle ai comuni farmaci. In seguito lavaggi e instillazioni antisettiche in vescica.

L'urotropina per via endovenosa nelle ritenzioni urinarie postoperative ginecologiche. — H. KUSTNER, Clinica Ginecologica di Halle. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 41.

Nelle operazioni sugli organi genitali femminili, la ritenzione urinaria rappresenta un'evenienza tanto frequente quanto spiacevole.

La causa può essere diversa: talora si tratta di modificazione nei rapporti normali tra utero e vescica; di lesioni più o meno gravi delle pareti vescicali; il più spesso è il dolore provocantesi alla iniezione che trattiene le donne dall'urinare, così si spiega il fatto apparentemente singolare che la ritenzione si manifesta dopo la prima minzione.

In questi casi, il cateterismo è pericoloso e sconsigliabile, potendo provocare una cistite; i diuretici per via orale hanno poco o nessuno effetto; ci si può servire invece con profitto di iniezioni endovenose di urotropina al 40 %, nella quantità di 5 cmc.

Talora una sola iniezione non è sufficiente, ed allora se ne pratica una seconda.

In 36 casi di ritenzione urinaria postoperativa, l'A. ha ottenuto lo scopo in 29 casi con la prima iniezione, in 5 dopo la seconda, e solo in 2 dovette giocoforza ricorrere al cateterismo.

È bene notare che l'urotropina non ha un valore preventivo; d'altronde non tutte le pazienti hanno ritenzione urinaria, quindi sarebbe ingiustificato praticare l'iniezione prima di ogni intervento.

Invece è buona norma attendere l'urinazione spontanea, ed ove questa non si verifichi nelle sette ore successive all'operazione, ricorrere all'iniezione endovenosa d'urotropina. In questo modo si può evitare quasi sistematicamente il pericoloso cateterismo postoperatorio.

NEURO-PSICHIATRIA

La demenza bradifrenica postencefalitica — G. BERMANN e A. BARRAUCOS. *La Semana Medica*, 1926, n. 40.

Le sindromi mentali principali successive all'encefalite epidemica sono due: una acuta ed una cronica: ambedue rientrano nel quadro delle psicosi organiche. Con la denominazione di demenza bradifrenica viene designata una forma psicopatica cronica, grave ed a carattere nettamente progressivo, caratterizzata da: grande lentezza nei processi mentali (percezione, associazione, attenzione, etc.), affettività ottusa; perversione del carattere, mancanza di spontaneità, in contrasto con la conservazione delle funzioni psichiche elementari.

La localizzazione anatomo-patologica della demenza bradifrenica nella inserzione del sistema neuromuscolare con i centri intellettuali, spiega il quadro clinico.

Questa unità anatomo-clinica apre una nuova via alla investigazione psicologica e psicopatologica della volontà, dell'espressione e delle emotività.

I postumi psichici della encefalite nei giovani. — R. NEUSTADT. Düsseldorff. *Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 38.

I postumi dell'encefalite giovanile possono essere costituiti da un complesso di alterazioni effettive, degli impulsi motorii e dell'attività. Le alterazioni del carattere e l'abnorme eccitabilità si combinano in questi casi con le deviazioni degli istinti, da debolezza cerebrale. Lo snaturamento dei metencefalitici è espressione di una lesione, che provoca un'alterazione funzionale di tutti i meccanismi cerebrali; esso non può essere interpretato soltanto come una lesione dei gangli della base o della corteccia cerebrale.

Per comprendere il meccanismo dei postumi psichici dell'encefalite nei giovani, ci aiutano i concetti di disintegrazione e di irradiazione, il quale ultimo abbraccia tutte quelle manifestazioni che, avendo il proprio fondamento in lesioni organiche del sistema nervoso centrale, sono caratterizzate da insolita diffusione, aumento e lateralizzazione dei fenomeni riflessi somatici.

Il compito psicoterapeutico e pedagogico nei metencefalitici dev'essere quello di riuscire a passare dall'irradiazione alla concentrazione.

TERAPIA FISICA

Morbo di Vaquez trattato con la radioterapia. — G. MILANI. Ospedale S. Giovanni in Laterano, Roma. *Il Policlinico*, 1 ottobre 1926.

L'A. riferisce il caso di una donna di circa trent'anni, affetta da morbo di Vaquez con grande tumore di milza ed enorme poliglobulia (12 milioni). Tenendo conto dei buoni risultati ottenuti con i raggi Roentgen nel trattamento delle leucemie, egli fece ricorso in questo caso alla radioterapia.

In un primo tempo sottopose l'inferma con apparecchio Symmetrie, S. E. 38-40, filtro 0.5 mm. Zn. più 1 mm. Al tubo SHS, ad una prima serie di applicazioni delle quali quattro sullo sterno ed una sulla colonna vertebrale.

E in un secondo tempo, non avendo ottenuto dei risultati duraturi con la prima irradiazione, iniziò una nuova serie di sedute con filtro 0.5 mm. Zn. più 4 mm. Al. = SR 40 cm., distanza focale 23 cm. tubo Coolidge, ma variando le ossa, cioè non più sulle ossa piatte, ma su quelle tubulari, e precisamente sull'avambraccio e sulla gamba. Conseguentemente la sintomatologia venne a ridursi nella sua intensità fino a sparire, il tumore di milza subì la stessa fine, i globuli rossi ritornarono alla loro quantità normale.

Digitized by Google

Il fatto che solo l'irradiazione delle ossa lunghe riesce efficace, nonchè il reperto necroscopico della trasformazione rossa del midollo, stanno ad indicare che l'organo responsabile del quadro clinico ed ematologico dell'affezione sia proprio il midollo delle ossa lunghe.

Ogni altro tentativo terapeutico (iniezioni di citrato di sodio, di mercuriali, arsenicali, benzoio, torio X, eliminazione completa del midollo osseo ecc.) non hanno dato finora dei risultati più brillanti di quelli della radioterapia. Questa, bene applicata, opportunamente condotta e accuratamente sorvegliata rappresenta l'unico mezzo che possa essere adoperata per apportare un grande e duraturo sollievo alle sofferenze di questi malati, e determinare un arresto più o meno lungo dell'evoluzione del morbo ritenuta fatale.

La terapia radio-diatermo-elettrica nella poliomielite anteriore acuta. — M. Bertamini. *Archivio di Radiol.*, 1926, fasc. 5.

L'A. aiutò nella clinica pediatrica della R. U. di Modena, diretta dal prof. Simonini, riprendendo l'argomento del trattamento curativo radio-diatermo-elettrico degli stati paralitici da poliomielite a. a., su cui ebbe a riferire nel 1924 (Riunione Radiologi ed Ortopedici Emiliani), porta un nuovo contributo ben interessante alla questione.

Vengono esaminati 10 casi, rivisti a distanza di 2 e 3 anni, fra essi si registrano 4 risultati ottimi, 2 buoni, 3 mediocri, 1 scarso. Fra i risultati ottimi sono stati verificati i miglioramenti già dopo il primo ciclo radioterapico.

L'A. ha anche rivisto dei casi remoti (curati nel 1921-1922), nei quali ha sempre dovuto lodarsi degli effetti radioterapici.

E' nettamente partigiano della terapia Bordier, e, dopo aver ricordato la radio-resistenza degli elementi nervosi, suffragati dagli esperimenti del De Luca, afferma giustamente che i raggi X svolgono azione stimolante, biochimica, antiflogistica.

In questo senso l'A. concorda con gli studi del Turano e del Sabatucci. Ammonisce che la cura debba essere iniziata precocemente e proseguita, con le sedute diatermiche ed elettroterapiche *lege artis*.

In pratica ogni ciclo di cura deve comprendere 5, 6 sedute radioterapiche, le applicazioni devono iniziarsi dal 10° al 20° giorno dal cessare della febbre, ogni ciclo può essere distanziato 15-20 giorni, mai più di un mese.

In ogni ciclo si faranno per lo meno tre applicazioni diatermiche: queste ultime per migliorare le condizioni di ipotermia degli arti poliomielitici. I miglioramenti ottenuti con la diatermia non sono considerevoli ma hanno un carattere costante e permanente; anche essi sono più notevoli quanto più precocemente s'iniziò la cura.

Anche la galvanizzazione ritmica ed invertita dei muscoli colpiti non è da trascurarsi; sembra necessario non stimolare i muscoli indenni, l'elettroterapia va continuata per mesi e mesi, giacchè anche gruppi muscolari in cui si era presentata la R. D., quasi completa, in parecchi casi, sono andati notevolmente migliorando. Fra le cure sussidiarie la Hg. terapia può non bandirsi perchè pare che renda meno adatto il terreno per l'agente della poliomielite.

DERMATOLOGIA

L'autoemoterapia nella eritrodermia esfoliativa recidivante da rimedi antisifilitici – R. Bernard, Bruxelles. *Bruxelles Médical*, 17 ottobre 1926.

L'A. descrive il caso di un malato che dopo aver tollerato grandi dosi di arsenico e di bismuto, dà, dopo la prima iniezione di bismuto di una nuova serie, uno dei più gravi accidenti d'intolleranza: l'eritrodermia essudativa. Guarito da questa prima manifestazione, vien prescritto l'uso dell'olio grigio. Ma alla prima iniezione si riproduceva la stessa condizione morbosa. Guarito di nuovo, e prescritto dall'arsenico, si manifestava alla prima iniezione di una dose di arsenicale minima un terzo accidente di intensità assai maggiore. Per ovviare a questi gravi fenomeni d'intolleranza, l'A. ricorre alla autoemoterapia, iniettando, entro 15 giorni, rispettivamente 5-10-15-20-20 c.c. di sangue. I risultati furono sorprendenti poichè le lesioni guarirono assai rapidamente, e nello stesso tempo i fenomeni d'intolleranza si dileguarono, permettendo così la istituzione di un buon trattamento specifico.

Perchè s'è sviluppata nel nostro individuo una così grave intolleranza arseno-bismuto-mercuriale?

Evidentemente non ha potuto trattarsi di accidente anafilattico, almeno per il mercurio, poichè l'eritrodermia si è manifestata sin dalla prima iniezione. Nè di accidente di saturazione perchè le due successive cure arsenicali furono fatte a grande distanza di tempo (oltre 7 mesi).

Si sarà probabilmente trattato di fenomeni dipendenti da lesioni epatiche dovute parte alla infezione treponemica, parte all'azione tossica dei diversi preparati somministrati.

OTORINOLARINGOIATRIA

Le complicanze polmonari nelle trombo-flebiti otogene. C. Simeoni, della Clinica Oto-rino-laringologica di Napoli, Pubblicazioni della Clinica medesima, vol. II, XII della serie.

La tromboflebite è tra le complicanze più frequenti nel decorso di otiti purulente. La piosetticemia otogena — carattere assunto da questa complicanza può dividersi in due grandi gruppi: uno caratterizzato da forme accompagnate da trombosi dei seni e più spesso del seno laterale; l'altro comprendente quelle forme di piosetticemia in cui manca la tromboflebite.

Qualche autore non ammette questa distinzione ma, comunque, ciò non ha importanza.

Stabilitasi la settico-pioemia, e indipendentemente dai risultati dell'atto operativo, una complicanza frequente a questa è la polmonite, che — come in due casi di osservazione dell'A. — porta quasi sempre alla morte.

L'A. richiama perciò l'attenzione su tale evenienza, che deve sempre temersi, anche a distanza dall'atto operativo per quanto ben riuscito.

Tecnica per l'anestesia locale del laringe. — G. M. Pètrovitch, Clinica Otorinolaringologica dell'Università di Strasburgo. *Strasbourg Médical*, 1926, n. 25.

L'anestesia locale tende a realizzare la soppressione della eccitabilità delle terminazioni nervose sensibili; l'anestesia regionale si ottiene per azione sui tronchi nervosi che presiedono a sfere sensitive determinate; il più delle volte questi due metodi di anestesia si associano, costituendo l'anestesia loco-regionale.

Bisogna in ogni caso tener ben conto di una cosa, ed è che esiste una sensibilità individuale verso gli anestetici, che può esporre a dei rischi se non si saggia preventivamente la suscettibilità dell'ammalato.

Se ci si trova in presenza di soggetti timidi, bisogna rincuorarli alla meglio.

Prima dell'operazione, l'individuo deve essere digiuno; e l'operatore deve, dal canto proprio, prendere tutte le precauzioni asettiche del caso.

Tre grandi medicamenti sono a disposizione del laringologo, per l'anestesia: cocaina, novocaina e il loro coadiuvante inseparabile, l'adrenalina. La novocaina adrenalinica è l'anestetico di scelta, per l'infiltrazione.

Per l'anestesia superficiale si userà:

Soluzione fisiologica	gr. venti
Adrenalina al millesimo	X gocce
Novocaina	cgr. dieci

In fialetta sterilizzata.

Per anestesia profonda, e particolarmente per ottenere risultati sui tronchi nervosi:

Novocaina	cgr. venti
Solfato di potassio	cgr. due
Adrenalina al millesimo	X gocce
Soluzione fisiologica	q. b. per 5 cmc.

Aggiungere estemporaneamente XXX gocce di adrenalina, ed al momento dell'uso altre X.

Gli strumenti necessari a queste pratiche anestetiche, si riducono a: 1) una siringa Luer di vetro, generalmente sufficiente per tutte le anestesie del laringe; 2) una siringa laringea goccia a goccia di «Lubet-Barbou»; 3) un certo numero di aghi molto fini di 3, 6, 8 e 10 cm.; 4) un porta-cotone laringeo; 5) qualche *godet*, se le soluzioni anestetiche non sono in fiale.

Il tessuto va infiltrato lentamente e largamente, per ottenere una buona anestesia; l'infiltrazione intradermica, altra volta in onore, non va più praticata, poichè ad essa viene attribuita la più grande parte degli accidenti sfacelici, di cui si incolpava precedentemente l'adrenalina.

L'iniezione deve essere continua e lenta, senza ledere dei vasi, e ricordando che la pelle e le aponevrosi sono molto sensibili, i muscoli meno, il connettivo sottocutaneo quasi nulla.

Se all'inizio dell'anestesia, il paziente manifesta agitazione, angoscia e pallore, stare in guardia: distendere immediatamente l'ammalato in decubito dorsale, a testa bassa, mettergli delle compresse fredde sulla fronte, eliminare ogni ostacolo alla respirazione.

Se lo stato sincopale sopravviene con midriasi, il polso debole ed irregolare, bisogna ricorrere ai cardiocinetici abituali e alle frizioni: praticare la respirazione artificiale con lentezza e con metodo. Talora si potrà tentare anche l'iniezione intracardiaca di adrenalina.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA BELLUNESE

Sedute del 5 maggio e del 2 giugno 1926

Presid.: Prof. PIERI

Spanio. *Sul moderno concetto di nevrosi.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Pieri G. *L'inversione circolatoria degli arti come cura preventiva della cangrena ischemica.* — L'O. presenta un uomo di 78 anni che nello scorso inverno accusò spiccato senso di freddo ai piedi, dopo di che si stabilirono dolori sempre più vivi al piede sinistro, e insieme comparvero disturbi trofici (la pelle del dorso e del collo del piede divenne brunastra e coriacea, le dita del piede si fecero pallide, ipoestesiche). La radiografia dimostrò calcificazione delle arterie dorsali e plantari del piede.

L'O. edotto da precedenti esperienze, rinunziò alla simpatectomia periarteriosa, che avrebbe giovato al dolore, ma non alla obliterazione arteriosa, e controllato colla radiografia la assenza di depositi calcarei nella parete dell'arteria femorale, si decise per l'anastomosi arteriovenosa dei vasi femorali, che fu eseguita in rachianestesia usando la tecnica di Carrel.

All'operazione seguirono tumefazione forte e ipertermia di tutto l'arto, che regredirono in poche settimane. Il piede ha ripreso il suo normale aspetto, l'arto è ancora lievemente tumefatto e con circolazione venosa della cute molto evidente, il malato può camminare anche a lungo senza avvertire dolori. Sembra dunque si possa parlare di un successo.

Spanio A. *Radicolite secondaria a lesione traumatica vertebrale.* — L'O. riferisce la storia clinica di un paziente, che lamentava da circa 5 mesi un leggiero dolore alla regione dorso-lombare irradiantesi verso l'ipocondrio destro complicato negli ultimi tempi tutte le notti da una sensazione di contrazione a ripetizione della muscolatura addominale, prevalentemente a destra. All'esame obbiettivo si constatò: 1°) una modica dolorabilità alla pressione e nei movimenti del tratto rachideo dorso-lombare; 2°) una zona di leggera iperestesia diffusa a fascia sul tronco fra l'ottava vertebra dorsale e la seconda lombare. La puntura lombare diede esito e liquor di normale pressione e composizione. Negativa la Wassermann, la cutireazione, l'analisi delle orine. La radiografia rivelò la presenza di una scheggia metallica all'altezza della settima vertebra dorsale, a livello dell'apofisi trasversa destra che appare deformata. Tale proiettile era stato causa di una ferita riportata in guerra dal paziente e alla quale egli non aveva data alcuna importanza. Dopo eseguita la puntura lombare (con estrazione di 20 cc. di liquor) i dolori accusati dal paziente cessarono definitivamente.

L'O. fa diagnosi di radicolite della 7ª, 8ª e 9ª radice dorsale, che gli sembra di poter mettere in rapporto con una forma di neurite ascendente di origine traumatica.

Agnoli L. *Due casi di morbo di Riedel.* — L'O. illustra due casi di tiroidite lignea, uno osservato e seguito nel Reparto Chirurgico del Prof. Pieri, l'altro comunicatogli dal collega Pagani.

Il primo caso concerne un uomo di 36 anni che nel settembre 1925 venne colto da lievi elevazioni termiche e da malessere, e quindi da dolori nella regione tiroidea, ove comparve e gradualmente si sviluppò una tumefazione a limiti poco netti, dura; contemporaneamente si stabilirono disfagia e arrochimento della voce.

L'operazione (novembre 1925) consistette in una incisione trasversale della regione a tutto spessore, che incontrò tessuti duri, di aspetto lardaceo, in cui era perduta la traccia delle normali strutture anatomiche, con a livello della tiroide zaffi giallastri molli. La ampia ferita fu tamponata. Seguì guarigione in circa sei settimane, e l'O. presenta il malato guarito.

Il secondo caso riguarda una donna di 34 anni con tumefazione dura lignea iniziatasi a livello del lobo destro della tiroide e che si diffuse poi al resto della ghiandola, con dolori, disfonia, disfagia. Questo caso fu seguito da guarigione spontanea nel termine di qualche mese.

L'O. accenna alla oscura etiologia della malattia, e crede di poter escludere l'ipotesi recentemente addotta (C. e R. Monod) di una costante origine luetica. Si tratta di una malattia rara (23 casi nella letteratura), e che guarisce con la escissione parziale dei tessuti alterati, o con la semplice incisione, e talora anche spontaneamente.

Ponzian A. *Sopra un caso di difetto congenito di sviluppo genitale.* — L'O. riferisce il caso di una ragazza di 26 anni, sordomuta, che fu sempre regolarmente mestruata dai 14 anni in poi, e nella quale da alcuni mesi erano insorti dolori al quadrante inferiore destro dell'addome. L'esame ginecologico dimostrava un collo uterino con *portio* ridottissima, e i fornici posteriore, anteriore e laterale destro fortemente convessi per una intumescenza che occupava lo scavo pelvico.

Alla operazione l'O. trovò: ovaio e salpinge di destra aderenti fra loro e con gli organi vicini per briglie infiammatorie; utero parzialmente bicorne, bipartito internamente, bicolle; la metà sinistra dell'utero immetteva nella vagina pervia, la metà destra in un cul di sacco, che altro non era se non un tratto di vagina sviluppato solo per pochi centimetri di lunghezza e corrispondente al tubo di Müller di destra, non più saldatosi con quello del tubo opposto.

L'O. praticò l'annessiectomia destra e la isterectomia subtotale, con drenaggio nella vagina pervia del cul di sacco vaginale.

Tale radicalità di intervento sembra all'O. giustificata, sia perchè la quasi mancanza della vagina di destra non avrebbe permesso una opportuna operazione di plastica, sia perchè la normale conformazione dell'utero aveva reso impossibile la emiisterectomia.

Pagani C. *Note di pratica vaccinoterapica.* — Il gruppo più numeroso di casi sottoposti a vaccinoterapia è stato quello di ammalati di pertosse (circa una quarantina) nei quali la terapia fu iniziata in stati diversi di sviluppo della forma morbosa. Quando la cura fu applicata appena confermata la natura specifica della tosse i risultati furono sempre ottimi, e la guarigione completa si ebbe in un lasso da 8 a 12 giorni; quando la vaccinoterapia fu applicata nel periodo di stato il miglioramento fu meno deciso e sollecito.

Un gruppo di infezioni stafilococciche comprende quattro casi di lavi gravi ed estesi tutti guariti, in tre dei quali si ebbe rapida guarigione con eliminazione di tessuti necrotici, nel quarto (un diabetico) si dovè integrare la vaccinoterapia colla cura chirurgica. Risentirono anche benefico effetto dalla vaccinoterapia antistafilococcica due casi di sicosi della barba.

Il vaccino gonococcico fu usato vantaggiosamente in una diecina di malati, e si dimostrò sopratutto efficace nelle forme croniche; specialmente notevole un caso di ostinata prostatite gonococcica in cui si ottenne un ottimo e rapido risultato.

I vaccini impiegati furono di provenienza diversa, e i vaccini nostrani non si dimostrarono inferiori a quelli di marca estera.

Broglio R. *Sindrome asfittica acuta da ascesso pottico.* — Una bambina di 4 anni entra di urgenza in Ospedale in preda a fenomeni asfittici con *tirage* accentuato e cianosi della faccia. I famigliari riferiscono che la difficoltà respiratoria si è iniziata alcuni mesi prima, sembra in seguito a una bronchite, e si è accentuata da qualche giorno. La bambina è cosciente, ma non parla e a stento riesce ad inghiottire liquidi.

L'esame obbiettivo, sommario per le condizioni della malata, nulla dimostrò all'infuori dei sintomi corrispondenti al grave stato di asfissia, che peggiorò rapidamente, finchè, mentre si prepara il necessario per l'operazione il respiro si arresta. Si pratica immediatamente una tracheotomia bassa; il respiro ricompare, ma sempre dispnoico. Si esegue un esame radioscopico che dimostra una grossa ombra retrosternale. Si pensa allora a una ipertrofia timica e si pratica immediatamente la timectomia, ma il timo è di poco superiore alla norma, il respiro non migliora e la bambina muore in asfissia dopo un quarto d'ora.

L'autopsia dimostra un ascesso grande quanto un arancio che proviene dal corpo della terza vertebra dorsale (il quale appare totalmente distrutto) e che comprime l'esofago, e anche la trachea posteriormente e sui lati.

Il Segretario: G. LOCATELLI

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta dell' 11 luglio 1926

Presid.: prof. R. STANZIALE

Ascione G. *Sopra una streptotrix termofila patogena.* — Da una delle sorgenti ipertermali di Agnano fu isolata una *streptotrix* vegetante fra 45° e 65° C, con ottimo di sviluppo sui 55° C. Per tale proprietà la *streptotrix* isolata è termofila obbligata. Le colture allestite successivamente con la stessa acqua, prelevata in vari periodi, hanno dimostrato che questo germe si trova costantemente nell'acqua ed è la sola specie isolata. Strettamente aerobia può esser coltivata su agar e su patata alcalinizzata; in tali condizioni non produce spore.

E' patogena per la cavia. Le iniezioni intraperitoneali di germi vivi conducono a morte gli animali inoculati in un periodo variabile da 5 a 15 e più giorni, con gravi sintomi di intossicazione. Le indagini condotte per determinare il meccanismo dell'azione patogena hanno dimostrato che il germe uccide la cavia per un veleno eminentemente tossico, contenuto nella cellula batterica.

Digitized by Google

L'azione patogena differenzia la *streptotrix* isolata dalle altre termofile, finora descritte.

Tesauro G. *Il glicogeno nei carcinomi.* — Il tagliuzzamento dei tessuti, prescritto in tutti i metodi classici di estrazione e determinazione del glicogeno è causa, sia per il tempo occorrente, sia per gli stimoli meccanici inflitti alle cellule, della scomparsa di una certa quantità di glicogeno. L'O. descrive un micrometodo per la determinazione del glicogeno in piccole quantità di tessuto, che non vengono tagliuzzate, ma invece, sottoposte al minimo possibile di stimoli, vengono fissate in alcool assoluto, nel quale il glicogeno è del tutto insolubile, mentre, al tempo stesso viene in tal modo inibita ogni attività enzimatica cellulare. Per una rapida pesata si utilizza la bilancia di torsione.

In sei determinazioni di glicogeno, eseguite con questo metodo, in carcinomi dell'utero, l'O. ne ha trovato in media gr. 0.759 su cento grammi di residuo secco (minimo g. 0.622 %, massimo 0.919 %). Resta così stabilito che anche nell'uomo (come era già dimostrato per i tumori sperimentali dei polli e dei topi) avviene la fissazione del glicogeno nel tessuto carcinomatoso come sostanza di riserva per il peculiare metabolismo delle cellule neoplastiche.

Bottazzi. Si compiace che l'O. abbia attuato un metodo rispondente in tutto alle vedute teoriche, secondo le quali gli stimoli apportati ai tessuti ne fanno diminuire il contenuto in glicogeno. Le quantità di esso, non grandi, trovate dall'O., sono un elemento di più per affermare che l'eccesso di acido lattico, già segnalato dallo stesso O., dipende non da aumento di formazione, ma da un vero difetto nel metabolismo degli idrati di carbonio.

Pianese. Si compiace del metodo proposto e delle indagini compiute, parallelamente nel campo biochimico ed istologico, ma crede che l'indagine istologica sia la più opportuna.

Bottazzi. La determinazione del glicogeno col metodo descritto dall'O. è certo completa. Paragona i risultati, che si possono ottenere dalle analisi chimiche ed istologiche del glicogeno, a quelli che si ottengono con le determinazioni del grasso, il quale può essere così mascherato da rendersi impossibile all'istologo di metterlo in evidenza con qualsiasi metodo, mentre il chimico lo estrae e lo dosa.

Tesauro. Il glicogeno da lui dosato è realmente tutto, perchè egli non ha fatto estrazioni, ma ha completamente distrutto il tessuto. L'indagine istologica e quella biochimica hanno scopi differenti: la prima una diagnosi di sede e di distribuzione qualitativa, la seconda un accertamento di quantità. I risultati, pur giovando sia gli uni sia gli altri alla comprensione del problema biologico delle cellule neoplastiche, non sono però paragonabili fra loro, perchè vi sono troppi elementi di cui è impossibile tener conto (densità del tessuto o della sostanza, a seconda dello stato in cui si presenta, numero di cellule per unicità di peso o di volume, quantità del tessuto connettivo, ecc.).

SOCIETA' SASSARESE DI SCIENZE MEDICHE E NATURALI

Seduta del 6 luglio 1926

Presid.: prof. L. Dominici

Orrù M. *Contributo alla casistica dei tumori del legamento rotondo.* — L'O. illustra un caso di fibro-mioma del leg. rotondo di destra sviluppato nel tratto extrapelvico e ne discute l'interesse diagnostico nei confronti delle varie formazioni neoplastiche, erniarie, infiammatorie della regione inguinale, la derivazione istogenetica, la sintomatologia.

Ganfini C. *Il tessuto connettivo dei plessi coroidei nei vertebrati.* — L'O., dopo aver ricordato che il tessuto connettivo nei plessi coroidei dei vari vertebrati è rappresentato dal tessuto connettivo reticolato e che esso generalmente si dispone attorno all'avventizia dei vasi e sotto l'epitelio dei villi, descrive la disposizione che si riscontra in Emys ed in alcuni mammiferi ove la membranella di tessuto reticolato che serve di basamento all'epitelio si insinua, sotto forma di diverticoli più o meno ampi e più o meno sinuosi, entro l'epitelio stesso, in modo da aversi degli spazi linfatici intraepiteliali comunicanti con quelli sottoepiteliali. L'O. illustra l'importanza di tale reperto e lo mette in rapporto colla funzione dei villi coroidei.

Vercesi C. *Splenectomia in gravidanza.* L'O. dall'illustrazione di un caso di gravidanza in IV mese complicato, con minaccia di interruzione abortiva, dalla presenza di una voluminosissima milza malarica che comprimeva ed obliquava progressivamente l'utero gravido, svolge una serie di considerazioni sul problema della splenectomia in genere come cura della malaria cronica, e particolarmente sui rapporti intercorrenti fra milza e sfera genitale femminile in condizioni normali e nello stato gravidico.

Mentre, anche in considerazione del decorso del suo caso dopo l'intervento, accede alla generale opinione che la splenectomia non abbia valore assoluto nella cura dell'infezione malarica, sostiene la opportunità dell'intervento quando sia diretto a salvaguardare la continuazione della gravidanza, appoggiandosi alle recenti numerose ricerche che dimostrano da un lato la sicurezza di non recar danno all'organismo con la splenectomia, dall'altro l'assenza di strette e importanti correlazioni fra le ghiandole genitali e milza, la funzione della quale può essere compiuta in forma vicaria dagli elementi del sistema reticolo-endoteliale largamente distribuito nell'organismo.

Vercesi C. *Piosalpinge bilaterale e tendenza confluente in donna con diatesi emorragica.* — L'O. presenta un tipico esemplare di questa particolare forma infiammatoria tubarica e ne dimostra le caratteristiche eziologiche (i preparati istologici e la prova biologica ne documentano la natura tubercolare), patogenetiche, cliniche, anatomo-patologiche, per le quali il caso è da aggiungersi a quelli, non numerosi, illustrati pressochè esclusivamente da autori italiani, e dei quali l'Alfieri in particolare ha fatto uno studio monografico completo, lumeggiandone sopratutto la costante origine specifica e il meccanismo patogenetico fondamentale.

La concomitante presenza di manifestazioni emorragiche periodiche nell'a. (nubile, indenne da precedenti ereditari emofiliaci e da altre forme morbose a cui si potesse riferire una porpora sintomatica) induce l'O. verso l'ipotesi che la diatesi emorragica possa essere in correlazione con l'infezione tubercolare, certamente stabilitasi nei primi periodi della vita dell'a. e fissatasi sui genitali interni; ipotesi enunciata e validamente sostenuta dallo Schupfer sulla base di una larga casistica di porpore emorragiche sia secondarie che primitive.

Perantoni G. *Terapia arsenobenzolica per via endomuscolare nella sifilide.* — L'O. riferisce sui risultati di un triennio di cure neosalvarsaniche endomuscolari (Neo I. C. I. principalmente) confrontati con quelli da lui stesso ottenuti con il trattamento endovenoso.

La vasta casistica personale permette di concludere che la via endovenosa è da preferirsi per la cura d'attacco della sifilide; che il trattamento endomuscolare serve quando per ragioni speciali non si possa praticare la cura endovenosa e sempre come complemento della terapia mercuriale e bismutica.

P. O.

RESOCONTI CRITICI DEI CONGRESSI

VIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ FRANCESE DI ORTOPEDIA

Il Ginocchio paralitico

L'argomento, in seno all'ottavo congresso della « Societé Française d'Orthopédie » ha avuto un autorevole relatore nella persona del Prof. Novè-Josserand, ed interlecutori non meno degni, i quali rispondono ai nomi di Mauclaire, Trevel, Froelich, Ombredanne, ed altri.

A seguire i resoconti, sorgono alcune constatazioni, secondo noi degne di rilievo, cioè: 1° che dal punto di vista statico-cinematico l'argomento non riceve alcuna luce nuova, quale sarebbe da attendersi in così elette e frequenti adunate di competenti;

2° Che dal lato schiettamente terapeutico, le opinioni non sono concordi, mentre se un progresso si vuol constatare, se una direttiva si vuol riconoscere come più razionale, essa ha un'impronta di italianità, segnata dalla scuola di Bologna e di Milano. E' già abbastanza per vaticinare un migliore avvenire, e per constatare, cosa insolita davvero, che l'attività nostrale sorpassa i confini magari della latinità.

Affinchè queste valutazioni non sembrino troppo personali, riassumeremo i dati più essenziali di questa discussione.

La patogenesi. Isolata manifestazione, o più spesso un anello nella concatenazione di altre paralisi dell'arto inferiore, la paralisi del ginocchio si localizza principalmente sul gruppo estensore quadricipitale; più spesso consociandovi i flessori. E' già questo un dato importante sul quale, a nostro vedere, poco proficuamente tace la discussione congressistica, giacchè il fatto genuino, preso nella sua obiettività non avrebbe bisogno di commenti; mentre la preponderanza di disfunzione o di sottrazione funzionale di determinati gruppi non è da lasciarsi inconsiderata, quale fenomeno puramente di secondaria valutazione.

Intime cognizioni infatti si attendono sulla fisiopatologia di codeste paralisi, e sulle ragioni che rendono predominante la loro localizzazione estensoria. Sembrerebbe al nostro vedere che la fisiopatologia dell'innervazione dei muscoli estensori, ed il contegno singolarmente di quelli poliartradiali; il comportamento di quelli antagonisti e dei sinergici, stia

Digitized by Google

a base scientifica di codesta discussione. Ad ogni modo il vederne taciuta la trattazione; il notare che in un congresso di specializzati, ci si accontenta di notare che il ginocchio paralitico debba andar considerato in rapporto con la paralisi del piede, dell'anca, del tronco, e del lato opposto, ci autorizza a ricrederci sulla portata delle riunioni congressistiche, dalle quali dovrebbe risultare o la sanzione del nuovo, od il controllo dell'antico.

Come che sia, e lo si sapeva, un ginocchio paralitico, oltre che di per sè stesso, è nocivo per le ulteriori difformazioni alle quali può andare incontro: così la flessione calcolata a 26 % dei casi, compatibile fin quando non oltrepassi 20°-25°; il genu recurvatum in 8 %, mal tollerato nel cammino se non è di lieve grado; il genu valgum calcolato al 6 %, la rotazione esterna. In queste complesse contingenze purchè, si capisce, allo stato iniziale, bisogna pur vedere uno sforzo di adattamento o di supplenza funzionale. Anzi il Rocher interlocutore si ferma con molta analisi su codeste condizioni: rotazione esterna del bicipite, apparenza di flessione, sublussazione posteriore, spostamento ed abbassamento della rotula in avanti dell'interlinea, adattamento dei muscoli restanti per supplenza spesso straordinaria.

Tenuto conto di un fatto che purtroppo non attendeva la sanzione di un congresso, cioè che il ginocchio è parte di un complesso statico-cinematico, si comprende che esso risenta più o meno in modo elevato la compromissione del piede e dell'anca. Ma appunto si scindono codeste risultanze meccaniche a seconda dei gruppi di muscoli cointeressati, e secondo l'atteggiamento che ne deriva al segmento distale ed a quello prossimale dell'arto. Così mentre il piede talo compromette ancor più la gravità, quello equino moderato può giovare al ginocchio paralitico; la contrattura del tricipite è più compatibile della paralisi. Questi dati che sembrerebbero a tutta prima puramente risultare dall'accidentalità delle contingenze, ci sembrano, secondo la visione che noi crediamo necessaria, della questione, essere nel più intimo rapporto di causalità e di successione, in quanto consideriamo non pure l'unicità etiopatogenica, ma la correlazione intrinseca tra la funzione e le risorse organiche compensative, le quali oltrepassando certi limiti segnano lo stato disfunzionale e la deformità stessa delle articolazioni concatenate all'esigenza statica e meccanica dell'arto inferiore.

Da parte codeste considerazioni, che ci auguriamo non restino personali, il problema terapeutico ortopedico, come già accennavo, si presenta con una decisa affermazione della chirurgia ortopedica italiana, da Putti a Galeazzi, esponenti di una scuola insigne che non ha bisogno di ricordo fra noi. Seppure, come del resto è razionalissimo, in seno al Congresso si manifestano tendenze alquanto più personali, esse non infirmano punto quanto innanzi si diceva. Vediamo infatti, il Relatore distinguere opportunamente le indicazioni: supplenze artificialmente create nelle forme più lievi; sottrazione del ginocchio alla funzione, nelle forme più gravi. Si prospettano così i trapianti e le sostituzioni di fronte all'irrigidimento della giuntura.

Sarà, ai nostri fini, preferibile cominciare da quest'ultima. Irrigidire un ginocchio paralitico mediante tutore articolato, può bene essere un ripiego ad una necessità non certo una selezione. Dunque nell'orbita interventista c'è da scegliere: viene secondo il Relatore, in prima linea l'artrodesi, sia essa del solo ginocchio, sia anche del piede, oltre alle correzioni necessarie sull'anca. Anche il Mauclaire si mostra fautore dell'artrodesi, previa recentazione ed infissione di steli ossei (bove) transtubero-condilare. Senonchè negli adolescenti resta ancor dubbio se l'irritazione della cartilagine di coniugazione possa dar luogo ad un arresto, ovvero ad un'esagerata produttività. Certo l'età deve costituire una buona guida nell'indicazione artrodesica: pacifica è l'indicazione nell'adulto; mentre negli adolescenti è disotto dei tre lustri, decisamente contrario si schiera il Froelich, come anche il Nicod. Ma il Nové-Josserand, fautore dell'artrodesi classica mediante resezione della cartilagine, è convinto potersi operare all'età di 7-8 anni, purchè durante 5-6 mesi venga protratta l'immobilizzazione.

Ma nel campo di azione sui costituenti scheletrici nelle forme gravi in flessione l'osteotomia sottocondilare Ollica trova fautori, come quella sopracondilare nel genu valgum. Quest'ultima, secondo il Trevel deve essere seguita da una messa in moderata iperestensione, per evitare il genu recurvatum.

Fautore dell'osteoclasia o di osteotomia femoro-sopracondilare è il Froelich, su la scorta di 44 casi personali, dei quali 6 camminavano senza apparecchio, 11 portavano apparecchi, 18 senza, dopo aver messo il ginocchio in recurvatum. Oppositore dell'osteotomia si dichiara il Ducroquet, incriminandola di raccorciamento, e di lenta consolidazione della frattura.

Abbiamo creduto opportuno lasciare per ultimo la discussione del problema secondo la visione più moderna. Da parte i raddrizzamenti manuali dei segmenti distale e prossimale; da parte i correttivi apparecchi, entriamo nel campo dei trapianti. Si tratti del sartorio, del tensore fascia lata, dei flessori, a seconda della contingenza, secondo il Nové-Josserand andrebbe riservata alle forme eccezionali di paralisi limitate al quadricipite, senza compromissione di solidità articolare, nè del tensore o del sartorio.

Si può consentire un atteggiamento che permetta il cammino senza apparecchio, se oltre il raddrizzamento dei segmenti superiori si ricorra all'equinismo leggero del piede, mediante l'artrorisi Putti.

Certo uno dei problemi pratici è quello del raddrizzamento della flessione, mediante anestesia, la estensione continua alla Momsen. Ma secondo Treves, il quale è tra divulgatori dell'operazione. Putti, nella paralisi totale non si avrebbero risultati durevoli dalla tenodesi, come viceversa dall'artrorisi, e magari dall'artrodesi. Del resto l'iperestensione operatoria dell'anca implica il distacco tendineo dalla spina iliaca anteriore, la recisione della bandeletta di Maissiat in alto, più di rado la tenotomia dello psoas al suo impianto trocanterico.

Troviamo ancora, meno fautori di codesta chirurgia, il Ducroquet, l'Ombredanne, il Nicod. I due primi commendano il raddrizzamento in unica o più sedute, fissando a lungo il ginocchio in recurvatum. Particolarmente il Ducroquet si ferma a far rilevare come sia importante convertire il piede torto paralitico, in lieve equino; mentre al Treves sostenitore della tenodesi anteriore, il Novè-Josserand contrapporrebbe con efficacia quella posteriore.

Come si vede, ciascuno appoggiando sulla propria esperienza, commenda un indirizzo. Ma non si può sconvenire, come già dicevamo, che penetra e si diffonde in questa chirurgia, l'esperienza italiana.

AIEVOLI

□□□

PER LA PRATICA

SIFILOGRAFIA

SU DI UN CASO DI SIFILIDE EPATICA IN TERZA GENERAZIONE

per il dott. MICHELE REGA — Uff. sanit. in Atripalda (Avellino)

Nello scorso mese di agosto visitai un giovine di 21 anni nella frazione del comune di Pratola Serra, denominata « Masserie » curato dal valoroso neo-medico dottor Raffaele Acone.

L'infermo, Gerardo P., ha genitori viventi e apparentemente sani, fratelli e sorelle anche sani all'aspetto. Alle indagini più accurate le notizie sul gentilizio sono oscure. Egli dall'infanzia fino all'attuale malattia ha goduto sempre buona salute. E' ammogliato da tre anni, e la sua compagna si è abortita al terzo e quinto mese ben tre volte consecutive, senza mai portare a termine il prodotto del concepimento.

La malattia si è iniziata con disturbi a carico dell'apparato digerente, e specialmente con una invincibile stitichezza, che per diecine di giorni gl'impediva la defecazione.

Esame obbiettivo. Giovane sfiorito, denutrito, con scarso panicolo adiposo, con riduzione delle masse muscolari. Presenta micropoliadenite universale con rosario latero-cevicale, con pleiade biinguinale, con epitrocleari evidenti, grandi quanto un grosso cece. Occhio spento, guance infossate, colorito delle sclere e del volto nettamente itterico. Ha lingua saburrale con alito fetido. Si lamenta di forte inappetenza, di conati di vomito, e di sentirsi a brevi intervalli venir meno e come morire. Ha voglia di defecare, ma ogni otto, dieci, e anche quindici giorni emette solo materiale a piccole pallottole, caprino, con dolori ventrali.

Esame anatomico-funzionale degli apparati. Respiratorio e cardiovascolare indenni. Solo v'ha tachicardia autotossica con aritmia ad intervalli e fugace, con disturbi vasomotori (fiammate). L'addome alla percussione dà ottusità ai quadranti inferiori. Si palpa appena la milza sotto l'arcata costale, e nel diametro tra-

Digitized by Google

sverso oltrepassa di solo un centimetro l'ascellare media. Il fegato deborda di due dita dall'arcata costale, con superficie liscia, indolente, ed è enormemente ingrandito in alto, dove si riscontra ottusità a due, tre centimetri al di sopra del limite normale.

Sensibilità, sensorio, psiche intatti. La funzione renale non presenta che piccole variazioni nella quantità, ma alterazioni nel colorito, rosso e a volte rosso scuro. Manca l'analisi nonostante i tre mesi di degenza a letto. L'esame anatomico-funzionale degli apparati orienta *d'emblè* la nostra attenzione sul fegato, dove certamente risiede il morbo, che si manifesta con i principali sintomi della disfunzione epatica, cioè tinta ittterica, stitichezza, conati di vomito (crisi autotossiche). Formuliamo la diagnosi di epatite con ingrandimento globale del fegato a decorso lento. Ma quale la causa di essa, che si è svolta insidiosa senza mai un dolore all'ipocondrio destro e in genere nella regione epatica? Passate in rassegna le affezioni del fegato che inducono in una prima fase l'ingrandimento dell'organo (ipertrofia periangioflebitica o periangiocolitica o l'una e l'altra associate) fermatici sulla cisti idatidea, che esplicandosi in alto presenta qualche analogia clinica con quanto diagnosticheremo per il corteo degli altri sintomi, specie per la poliadenite e per il dato importantissimo dei costanti aborti nella moglie, ci fermammo decisamente sulla etiologia sifilitica. Fu stabilita senz'altro la cura specifica con preparato bismuto-arsenicale, che produsse i suoi benefici effetti rapidi, costituiti da regressione dell'alterazione anatomica (ammessa una o più grosse gomme) e scomparsa della disfunzione epatica con il ritorno alla normalità della digestione. Dopo circa un mese il giovinetto riprese le sue occupazioni. Raccomandai al collega Acone di tenerlo d'occhio per le possibili conseguenze a non lontano andare: degenerazione jalina e cirrosi. Come si contagiò l'infermo?

Mai sifiloma iniziale, nè all'organo genitale, nè alle mucose appariscenti, nè sulla cute. Mai manifestazioni secondarie.

La famiglia si ribellò (e questo è importante) alla mia diagnosi, e, nonostante il miracolo della cura, sollecitò l'intervento dello specialista Dr. Tomasone, valoroso assistente alla clinica dermo-sifilopatica di Napoli, il quale confermò pienamente il giudizio diagnostico, approvando senza riserve la cura. Venni a sapere dopo una ventina di giorni della mia visita, che il nonno del giovine morì certamente di sifilide, e me l'ha accertato il dottor Salvatore Lieto, ed anche il figlio del dottor Lieto, neodottore Andrea, mentre eravamo in consulto a Pratola, mi ha riferito, che la zia dell'infermo, sorella di suo padre, Rosa P., maritata, senza prole, è affetta da solenni manifestazioni di sifilide terziaria, gomme, etc.

Ho una lettera del non mai abbastanza compianto prof. Francesco Fede, luminare della pediatria italiana, il quale, trent'anni or sono, al mio terzo anno di esercizio professionale, si compiaceva con me, per aver io diagnosticato, nell'esordio della mia professione, la sifilide in terza generazione in un bambino di un mese nel comune di Fontanarosa, del quale bambino curava il padre di reumatismo cronico, che mai guariva. Il fatto del bambino mi aprì gli occhi sul padre, uomo di ottimi costumi, e mai contagiato di malattie veneree, e dopo insistenti domande, venni a conoscenza che il nonno del bambino era stato un donnaiuolo sfrenato. Esaminatolo, lo trovai affetto da estesa framboesia sifilitica alle due gambe. La storia diligentissima, minuziosa, l'esame anatomico-funzionale accurato, il fermarsi sui sintomi specialmente eloquenti agevolano la diagnosi anche in casi difficili.

DIAGNOSTICA

Diagnosi differenziale precoce fra neoplasma ed echinococcosi del polmone

B. Masci (*Il Policlinico, sez. pratica,* anno 33, n. 45) nota che la rapidità di accrescimento della tumefazione toracica è certo un ottimo criterio differenziale. Nel pulmone, non intervenendo complicazioni, abbisognano circa due anni alla forma larvata dell'echinococco per dare segni della sua presenza e bastano invece due anni al massimo per morire di neoplasma maligno. Purtroppo però l'inaccessibilità della sede non permette di sorprendere l'inizio del processo e di seguirne la rapidità di accrescimento.

Il sintoma orticaria, al quale si attribuiva fino ad oggi un valore sintomatologico di prim'ordine nell'echinococco, ha attualmente perduto la sua importanza, in quanto che s'è visto che non è nè costante nè patognomonico.

L'escreato è perfettamente identico nelle due affezioni e solo nei casi avanzati presenta frammenti cistici o blastomatosi, onde l'esame anche accurato di esso non potrà servire per la diagnosi differenziale precoce.

Dai caratteri delle emottisi si può, secondo l'A. trarre qualche presunzione diagnostica nel senso che le emottisi da echinococco dipendendo dalla rottura dei piccoli vasi neoformati nell'avventizia della cisti durante gli stizzosi accessi di tosse, sono per lo più precoci, piccole e frequenti; mentre che le emottisi da neoplasmi, dipendendo da erosione dei vasi pulmonari per l'azione infiltrante del tumore o da ulcerazione del tumore stesso, sono per lo più tardive e abbondanti.

Nell'echinococco la plerite reattiva è quasi sempre secca: se si forma del liquido, questo è chiaro, ricco di fibrina e contiene ordinariamente una grande quantità di cellule eosinofile. Nelle neoplasie la pleurite è più precoce, data l'estrema sensibilità del tessuto pleurico ai tumori, e il versamento è ordinariamente emorragico.

Le reazioni biologiche (intradermo-reazione del Casoni, prova di Ghedini-Weinberg, ecc.) non riescono a dare un valido aiuto nella ricerca diagnostica.

Prezioso riesce lo studio radiologico del pulmone affetto. La cisti da echinocco chiusa ha un aspetto-caratteristico: si presenta sferica od ovale e i suoi contorni sono così netti e precisi, a curva così regolare, da sembrare tracciati col compasso; inoltre l'opacità della cisti è così netta ed uniforme che non è dato mai di osserare in essa zone più opache e zone più chiare. I neoplasmi, specie i sarcomi e i carcinomi, si presentano spessissimo con la stessa forma sferica od ovale, ma studiandone attentamente i contorni si riesce a rilevare che questi non sono così precisi, a curva così regolare, come nell'echinococco, ma presentano qua e là delle lievissime irregolarità, delle incisure, delle depressioni, delle sporgenze che ne frastagliano il contorno e che devono essere attentamente ricercate poichè sfuggono facilmente ad un esame superficiale: per di più è raro a trovare una uniformità nell'ombra data dal tumore, così caratteristica come nella cisti. Inoltre nel caso di neoplasma possono essere colpite precocemente da metastasi le linfoghiandole tracheo-bronchiali, le quali appaiono alla radioscopia come piccole tumefazioni rotondeggianti in corrispondenza dell'ilo del polmone.

TERAPIA

Le iniezioni di ossigeno nella terapia della sciatica

A. Casiello e E. Pèrez Zavalia (*Revista Médica del Rosario,* anno 16, n. 5) mettono in rilievo che le iniezioni di ossigeno nella terapia della sciatica hanno il triplo vantaggio di essere analgesiche come i migliori oppiacei, di avere buona azione curativa e di mancare di ogni tossicità. Le iniezioni vengono praticate nel cellulare sottocutaneo della regione glutea e possono essere ripetute ogni due o tre giorni: esse si fanno adattando all'ago un tubo di gomma che con l'altro estremo è in comunicazione con la bombola d'ossigeno, entro cui si esercita una sufficiente pressione. E' bene procurare di fare in modo che l'ossigeno iniettato si raccolga fra il cellulare sottocutaneo e l'aponeurosi dei muscoli superficali; è necessario assolutamente evitare la puntura di vasi, a fine di non incorrere nel pericolo di un'embolia gassosa.

La diminuzione del dolore è quasi istantanea: rimane solo una leggiera molestia dipendente dall'enfisema terapeutico, la quale può essere diminuito mediante un opportuno massaggio della regione.

Si ammette da taluni che il benefico effetto delle iniezioni di ossigeno sia dovuto ad un brusco stiramento dei nervi, provocato dalla formazione dell'enfisema o anche alla costituzione di un cuscinetto gassoso che riparirebbe le terminazioni nervose, proteggendole da ogni pressione esterna. Altri, invece e forse più giustamente, attribuiscono all'ossigeno un'azione generica tendente a migliorare gli stati discrasici grazie al suo potere ossidante sulle tossine e a quello di eccitazione riflessa del sistema nervoso.

Naturalmente, di questa terapia non si avvantaggiano quei casi in cui il processo neuralgico dipende da fattori speciali: qui si dimostra efficace la sola terapia causale.

Quale che sia il meccanismo d'azione, certo è che le iniezioni di ossigeno riescono oltremodo efficaci; onde è bene richiamare l'attenzione dei pratici sulla utilizzazione di questo metodo che, per la sua estrema semplicità, non richiede nè tecnica difficile nè apparecchi costosi o complicati.

Applicazione locale dell'argento colloidale nella peritonite acuta

Solieri (*Policlinico, Sez. Prat.*, fasc. 7, 1927) ribatte sulla utilità di questo metodo da lui adoperato nella profilassi e cura delle peritoniti acute, secondarie a diversi processi infiammatori degli organi endoperito-

Digitized by Google

neali. Trattasi per lo più di peritoniti post-operatorie che o sono in atto o si annunziano imminenti per particolari condizioni del terreno o gravi complicanze. La introduzione locale dell'argento colloidale ha fatto vedere all'A. diminuire di molto la sua statistica di mortalità di peritoniti gravissime.

Si praticano iniezioni endosierose di un numero di fiale sufficiente a veder scomparire il processo in atto o minacciante.

L'A. ha constatato essere le piccole dosi preferibili e cioè da una a sei fiale da 5 cmc. (Elettrargol Clin, senza isotonizzante) a seconda della età, dello sviluppo organico, della infermità per cui si interveniva e dello scopo da raggiungere (profilattico o curativo) aumentando la dose in caso curativo. Spesso chiuse la parete addominale senza drenaggio. Mai ebbe a notare fenomeni tossici.

La tecnica è consistita nello introdurre il colloide attraverso la ferita laparotomica, all'atto stesso dell'operazione. Gli interventi sono stati i più varii: appendicectomia, annessiectomia, isterectomia, colecistectomia ecc.

Secondo l'A. la azione medicamentosa dell'argento colloidale introdotto direttamente nella sierosa, consisterebbe in una stimolazione dei poteri di difesa di questa, richiamando localmente un'abbondante quantità di leucociti, aumentando il potere fagocitario e stimolando l'azione protoplasmatica delle cellule endoteliali. Meno evidente è il potere battericida o è più tardivo.

INTOSSICAZIONI

Intossicazione alimentare da sardine sott'olio

Pergola (*Policlinico, Sez. Prat.*, fasc. 7, 1927) riferisce di nove persone che ingerirono complessivamente, come antipasto, una o due sardine sotto olio per ciascuna e che in seguito a ciò presentarono, quasi tutte dolori gastrici e addominali con vomito, diarrea, sudori profusi e alcune anche offuscamento della vista. In nessuno febbre. Tutti guarirono dopo tre giorni, mediante lavaggio dello stomaco o semplice purgagione, secondo la gravità dei sintomi. In alcuni si ebbe grave debolezza cardiaca e uno stato adinamico che si protrasse per molto tempo.

La prova biologica delle sardine incriminate fu positiva nel cane, che per due o tre ore dopo l'ingestione dimostrò inquietitudine e malessere, ma si rimise il giorno dopo.

L'esame del materiale non presenta nulla di anormale macroscopicamente, se si eccettua una frammentazione delle sardine, indizio di una diminuita consistenza.

L'esame batteriologico, praticato dall'A., in agar o in brodo ordinario e in brodo di sardine e di tonno ha permesso di ottenere in cultura pura un bacillo mortale per la cavia. L'A. ha infine ricercato se nelle sardine esistesse, oltre il germe suddetto, il veleno da queste secreto; è risultato che le sardine contenevano già elaborato il principio attivo solubile in acqua.

Intossicazione da preparati colloidali

N. Alpert (*Med. Jour. and Rec.*, vol. 124, n. 9, 1926) fa osservare come la somministrazione di metalli colloidali per la cura dei tumori maligni, può dar luogo ad accidenti tossici gravi, che si manifestano con denutrizione profonda, dolori addominali, nausea, vomito, prostrazione; respiro affannoso; caduta della pressione sanguigna, polso lento, debole. irregolare; ingrossamento del fegato e della milza, anuria. Le orine sono (al cateterismo) fortemente acide, e contengono albumina, acetone ed acido acetacetico, cilindri. Vi è oligoemia con leucocitosi, presenza di normoblasti e megaloblasti.

Due casi, descritti dall'A., presentarono questo quadro, con lievi varianti, in seguito ad iniezioni l'uno di selenio colloidale (6 iniezioni di 5 cc.) per cancro dell'utero, l'altro di rame (8 iniezioni di 5 cc. per cancro del retto). Una energica cura, a base di tiosolfato di sodio, ipodermoclisi di siero fisiologico adrenalinizzato, wisky per bocca e caffeina sottocute, portò ad una rapida disintossicazione; dopo di che ripreso l'uso dei colloidi metallici, a giuste dosi, si ebbe un miglioramento notevole delle condizioni locali e generali di entrambi i malati, i quali, quando l'A. scriveva, erano ancora sotto cura.

TECNICA

Riconoscimento dei gruppi sanguigni prima della trasfusione di sangue

H. Le Rasle (*Revue Médicale Universelle*, n. 2, 1927) ricorda che nelle trasfusioni di sangue è necessario che il sangue del donatore sia compatibile con quello del ricevente, altrimenti le emazie del primo sono emolizzate dal plasma del secondo e si determina in quest'ultimo un grave shock umorale, che può essere in pochi minuti mortale. In pratica, perciò, prima di procedere ad una trasfusione di sangue bisogna accertarsi se la detta compatibilità esiste. Una prova semplicissima a tale scopo è quella proposta da Jeanbrau: si deposita su un vetrino portaoggetti una goccia di siero di sangue del ricevente e vi si mescola una goccia di sangue del datore; se il miscuglio resta omogeneo si può operare la trasfusione senza timori. Se, invece, ha luogo un'agglutinazione delle emazie che si separano in piccoli ammassi, il donatore in questione e senz'altro da scartarsi. Questa prova, però, secondo l'A., può trarre in inganno, potendosi talora avere un semplice impilamento delle emazie che simula la vera loro agglutinazione; è perciò che più sicuro è ricercare a quale gruppo sanguigno appartengono il sangue del datore e quello del donatore. Si sono distinti, infatti, quattro gruppi sanguigni: il primo gruppo, quello dei riceventi universali, è raro a riscontrarsi (2-6 %) ed è rappresentato da globuli rossi agglutinabili dai sieri di tutti gli altri gruppi — per cui gli individui di questo gruppo non si prestano ad essere scelti come datori — e da siero di sangue che non agglutina alcuna specie di emazie — per cui gli individui di questo gruppo possono ricevere qualsiasi altro sangue. Il gruppo 4, molto frequente (38-44 % degli individui) ha caratteri inversi del precedente: emazie inagglutinabili — individui quindi che funzionano bene da datori — e siero che agglutina ed emolizza le emazie di tutti gli altri gruppi; individui quindi questi che possono ricevere trasfusioni solo da altri individui appartenenti allo stesso gruppo sanguigno. I gruppi 2 e 3 hanno proprietà intermedie tra i due precedenti: globuli rossi agglutinabili e sieri agglutinanti e propriamente il siero di sangue di ciascuno di essi agglutina le emazie dell'altro gruppo. Se ne deduce che un sangue apparterrà al gruppo 1 se esso è agglutinato dal siero dei gruppi 2 e 3; apparterrà al gruppo 2 se è agglutinato solo dal siero 3; al gruppo 3 se è agglutinato solo dal siero 2; al gruppo 4 se non è agglutinato da nessun siero. In pratica, perciò, seguendo la tecnica precedente (metodo di Beth-Vincent) basta avere solo due sieri campioni, 2 e 3, per riconoscere dopo averli saggiati con questi, se il sangue del datore e quello del ricevente appartengono allo stesso gruppo. Per ottenere buoni risultati è necessario però che i sieri campioni siano di sperimentata attività; la quale va almeno ogni mese controllata, ricercando la loro agglutinabilità o meno rispetto al sangue di diversi gruppi sanguigni conosciuti.

Con i detti accorgimenti, la trasfusione di sangue perde tutte le probabilità di pericoli, dai quali eventualmente potesse essere seguita.

APPUNTI

Cancrena cutanea, in seguito ad avvelenamento da ossido di carbonio. — S. Schönhof di Praga (*Dermatologische Woch.* 1926 n. 35) descrive un caso, nel quale a seguito di una intossicazione da ossido di carbonio, si ebbero manifestazioni di cancrena cutanea ad uno dei calcagni.

Lo Schönhof ritiene che la comparsa di una simile affezione sia da attribuirsi ad una particolare affinità dell'ossido di carbonio per il sistema nervoso, e più particolarmente all'effetto di una stimolazione sul simpatico.

Il torcicollo come segno precocissimo della febbre tifoide. — A. Fichez e N. Lefranc (*La Clinique*, gennaio 1927) hanno constatato che il torcicollo, più o meno accentuato, dalla semplice difficoltà dei movimenti del collo, fino alla inclinazione laterale del capo, è il segno più precoce della tifoide e che esso si manifesta in oltre il 75 per cento dei casi. Ordinariamente accompagnato da uno spiccato stato di depressione morale, precede la sindrome astenica febbrile, ond'esso viene considerato come la prima localizzazione amiostenica di una malattia infettiva essenzialmente astenizzante, risultandone più facilmente colpiti i muscoli cervicali, causa il loro continuo lavoro.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il mercurocromo 220 solubile nella cura della malaria. — — Come fa notare F. Eubanas (*The Jour. of the Philippine Island Med. Ass.*, vol. 6. n. 7), il mercurocromo 220 solubile, già riconosciuto come potente germicida e perciò largamente usato nella terapia di alcune infezioni, si va ora introducendo con successo nella cura della malaria.

L'A. ha usato somministrare in molti casi di malaria a tipo terzana o estivo-autunnale, 15-20 cc. di una soluzione di mercurocromo all'1 %, ossia non più di 3 mgr. di medicamento per Kgr. di peso corporeo: in genere ha praticato una sola iniezione, solamente in taluni ne ha attuata una seconda.

Digitized by Google

I risultati sono stati assai favorevoli in oltre il 70 % dei casi: essi sono stati osservati clinicamente e dimostrati microbiologicamente.

Il metodo sembra dunque essere di grande efficacia: esso è in genere ben tollerato.

Solo talvolta dà luogo a dei fenomeni d'intolleranza (brividi, febbre, cefalalgia, gengivite, ecc.), i quali però sono assai lievi e regrediscono abbastanza rapidamente.

FORMULARIO

Nella bronco-spirochetosi del Castellani. — Le iniezioni di neosalvarsan a dosi non molto alte, per via endovenosa, o la somministrazione orale di Stovarsol, sono sufficienti ad apportare la guarigione.

Molto raccomandabili sono anche il tartaro emetico, e il ioduro di potassio che possono somministrarsi per via orale, da soli od associati, con le seguenti formule:

1) Tartaro emetico centgr. 12
Sciroppo del Tolù gr. 30
Acqua cloroformica gr. 100

Mesci e dà un cucchiaio da thé in acqua ogni 2-3 ore.

2) Liquore arsenicale pocce 60-80
Tartaro emetico
Codeina } anacentgr. 12
Glicerina
Sciroppo del Tolù } anagr. 30
Acqua cloroformica gr. 200

Mesci e dà un cucchiaio da thé 4-5 volte nelle 24 ore.

3) Tartaro emetico centgr. 6-12
Ioduro di potassio gr. 4
Bicarbonato di sodio gr. 8
Glicerina
Sciroppo del Tolù } anagr. 30
Acqua cloroformica gr. 200

Mesci e dà un cucchiaio ogni 3 ore.

(A. CASTELLANI. *The Journal of tropical Medicine and Hygiene*, nov. 1926).

□□□

STORIA DELLA MEDICINA

NOTIZIE E GIUDIZI INTORNO AL VESALIO

NOTA CRITICA

del prof. DOMENICO BARDUZZI

Intorno a questo celebre anatomico riformatore e medico si vanno ripetendo tuttora notizie e giudizi che non appariscono talvolta concordi con la realtà dei fatti. Non ho giudicato perciò del tutto intempestivo ed

ANDREA VESALIO
(Incisione in rame dal quadro del Tiziano)

inutile di tentare su alcuni punti una lezione che ritengo più conforme alla realtà dei fatti.

Se *Vesalio* nacque a Bruxelles era per altro oriundo di una famiglia *Witing*, fiamminga, che poi cambiò il prenome in *Wesal*. Però Egli si formò la profonda dottrina positiva anatomica specialmente in Italia ed in particolar guisa a Venezia e divenne quindi insigne maestro nell'Ateneo di Padova.

Non credo pertanto nè vana, ne illogica la mia convinzione che possa noverarsi sia per la educazione scientifica, sia per la lunga dimora, sia quale lettore insigne, nella schiera gloriosa degli anatomici italiani (1).

(1) Il ritratto dipinto da Tiziano si conserva nella Galleria Pitti.

E' vero che la sua prima educazione ebbe nel Collegio di Lovanio, ove si dedicò con trasporto allo studio delle lingue classiche e straniere, e che poscia frequentò le Università di Montpellier e di Parigi, ma tornato a Bruxelles per darsi con ardore allo studio dell'anatomia umana sul cadavere non potè che impossessarsi fra grandi ostacoli di quello di un giustiziato, il cui scheletro avrebbe dovuto dedicare alle sue private lezioni. Ma la Facoltà di Bruxelles predominata dalle vecchie dottrine sistematiche galeniche non approvò il metodo dimostrativo dell'insegnamento che *Vesalio* avrebbe voluto seguire, nè gli concesse di potere eseguire dissezioni in servizio di esso.

Giustamente indignato di queste repulse si decise allora di raccogliere l'invito lusinghiero che avevagli rivolto la Serenissima Repubblica Veneta di trasferirsi colà ad esercitarvi la professione di medico e chirurgo nella sicurezza che si sarebbe potuto dedicare pur senza ostacoli alle indagini anatomiche.

A Venezia infatti *Vesalio* pure praticando con successo la medicina e la chirurgia trovò modo di completare il suo solido patrimonio anatomico, per cui la Serenissima deliberò di affidargli l'incarico dell'insegnamento della chirurgia nella Università di Padova, e quindi come era allora consuetudine di elevarlo a Maestro di anatomia umana.

Egli potè nel nuovo campo dare prova assai presto della sua profonda dottrina riformatrice da suscitare il plauso degli scolari, e l'attenzione anche dei galenisti avendo già nel 1538 dato in luce le *Tabulae anatomicae*, riprodotte dal naturale, e che furono nel 1874 riedite in *facsimile* dal *Sterling Maxwell*.

E' noto che nelle nostre Scuole di Anatomia fino dal tempo di *Mondino dei Liuzi* i grandi Maestri erano fautori per lo studio severo dell'anatomia umana, della *ostensione* possibilimente sul cadavere umano od almeno delle tavole da questo copiate al naturale.

Non bisogna credere però che *Vesalio* sebbene sotto la protezione della Repubblica non incontrasse anche a Padova qualche opposizione contro la sua riforma. Egli temeva non a torto che *sarebbe stato soggetto ai morsi di coloro, che non avevano studiato con coscienza l'anatomia praticamente, poichè quantunque vecchi conservavano abbastanza fiele nel fondo del cuore per non perdonargli che giovane avesse scoperto e dimostrato quello, che essi maestri infallibili non avevano veduto.*

Ed invero questo dubbio era fondato dal momento, che un suo vecchio insegnante *Giacomo Dubois* (Iacopo Silvio), ardente e bigotto Galenista, vedendo questo suo scolaretto voltarsi arditamente contro la infallibilità del verbo di Galeno gli si era scagliato contro creandogli in tutta l'Europa una cattiva fama.

Ciò che però fu di maggiore dolore al *Vesalio*, e grandemente lo sconfortò fu il vedere accordarsi con i suoi sistematici detrattori degli anatomici di grandi meriti quali l'*Eustachi*, il *Dogander*, il *Roaldo Colombo*, perfino dinnanzi alla realtà dei fatti, alle dimostrazioni cadaveriche, al *visum et repertum* contro errori galenici nella descrizione degli organi, dei sistemi, ed anche dei tessuti, e che esso non aveva mai osservati che nelle scimmie, od in altri mammiferi.

Per sventare simile maligna guerra non giovarono neppure le pubbliche *ostensioni* che Egli prima fece alla Università di Padova, ove gli studenti entusiasti avevano all'uopo dissotterrati cadaveri; *ostensioni* che furono ripetute con grande successo in quella di Bologna.

Il Granduca Cosimo I, restauratore dello studio Pisano, attratto dalla fama del *Vesalio*, lo volle alla lettura della anatomia come sopra-ordi-

Digitized by Google

nario col diritto di disporre di cadaveri che lo stesso Granduca facevagli spedire per l'Arno.

Grande fu pure l'entusiasmo che le sue dimostrazioni fatte alla presenza anche delle Autorità, dei colleghi suscitavano, come può leggersi oggi, altresì, in alcune lettere date in luce dall'erudito storico Prof. *Andrea Corsini.*

Lo stesso *Duca Cosimo* volle assistere a queste *ostensioni* fatte con la maggiore solennità durante le ferie di carnevale.

Ma nè queste prove evidentissime, e neppure la pubblicazione della di Lui meravigliosa opera originale: *De corporis humani fabrica,* illustrata con splendidi disegni di *Tiziano* e del di lui scolaro *Giovanni Kalkar,* edita nel 1545 sotto gli auspici dell'Imperatore Carlo V fecero tacere le tristi invidie e le maligne gelosie.

Nel passato purtroppo gli astii fra scienziati prendevano non di rado, forme inumane, feroci come quella ad es. del *Falloppio* contro il *Cassario* che accoltolo sulle prime in casa come servo devoto, lo espulse alla fine villanamente, perchè erasi fatto abile direttore, e quindi distinto anatomico, che avrebbe potuto succedergli nella cattedra, come poi avvenne.

Se purtroppo debbonsi ancora deplorarsi oggidì ingiuste, deplorevoli, avversioni fra taluni scienziati fino a menomare il decoro degli uni, e ad ostacolare ingiustamente, ed anche troncare la carriera degli altri sono peraltro avvenimenti assai più rari e meno violenti dei tempi passati.

Vesalio però avvilito da così tenace guerra senza quartiere, non ostante le sue chiare, precise ed oneste prove scientifiche dimostrative prese la decisione di bruciare i suoi manoscritti e di abbandonare la cattedra per accettare a malincuore l'alta carica di Chirurgo in capo della Corte e dell'Armata di Carlo V, ove diede presto chiare prove della sua non comune valentia sia come medico sia come chirurgo sui campi di battaglia, ed altresì come curante dell'Imperatore stesso per una grave malattia.

Ma purtroppo Egli non potè conseguire l'anelata pace dello spirito neppure nella nuova ambita posizione. Anche quivi si trovò presto di fronte ad invidie, ad odii, a calunnie, a persecuzioni che maggiormente si acuirono poco dopo la morte di Carlo V.

I cortigiani di Filippo II non si ristettero neppure dall'imputargli che avesse sezionato un *presunto cadavere,* al quale nell'apertura del torace era stato osservato che il cuore era tuttora palpitante.

Questa falsa imputazione, frutto di basse invidie, non venne portata dinnanzi al Tribunale della Inquisizione come taluno ha asserito alla leggera; ed infatti non mi è riuscito di trovarla indicata nei documenti che ho potuto consultare.

Giova notare che Carlo V aveva già fatti interrogare i teologi di Salamanca se fosse da reputarsi a crimine per i cattolici l'aprire cadaveri umani, e che avevano dato il responso, che *era lecito perchè utile.*

Del resto se la denunzia fosse stata fatta realmente si sarebbe dovuto istruire il processo, di cui si troverebbero traccie, mentre non ne esiste alcuna contro l'asserzione di qualche cronista poco veritiero. Se il *Vesalio* poi avesse ottenuto anche il più ampio condono non avrebbe potuto sottrarsi dall'essere deposto dall'alto ufficio, che occupava, ed anche dall'esiglio.

Sebbene vadasi ancora ripetendo che Egli fu obbligato, a compiere il viaggio di espiazione a Gerusalemme, credo che anche questa asserzione sia contraria al vero, perchè i di lui acerrimi nemici non avrebbero al certo tenuto occulta tale punizione, di cui non trovasi in alcun scritto della Corte imperiale il minimo cenno per denigrarlo.

Dalle ricerche limitate che ho potuto compiere, poichè sarebbe necessario estenderle fuori d'Italia, credo si possa ritenere, che *Vesalio* volle intraprendere invece tale viaggio, di devozione onde potere ottenere il congedo necessario allo scopo precipuo di sedare la subdola guerra che incessantemente con segretezza venivagli ordita. Infatti da Madrid si condusse prima a Venezia, ove, sempre fisso nei suoi studi anatomici era suo proposito di avere un colloquio coll'amato vecchio suo discepolo *Falloppio* Professore nell'Ateneo Padovano, intorno alle osservazioni che questi con ogni riguardo, aveva fatte alle sue scoperte, e specie su alcune ommissioni, poichè nel suo animo alimentava segretamente il vivo desiderio di ritornare alla cattedra, onde potere avere modo di *ripassare,* come Egli stesso aveva scritto ad un amico, « *la struttura dell'uomo per intero* e *rivedere tutto il mio libro* (*De corporis humani fabrica*), *se un giorno troverò l'occasione, che manca completamente qui* (*a Madrid*), *dove non ho potuto neppure procurarmi un cranio* ».

Vesalio si imbarcò a Venezia per Cipro in compagnia del generale Maltesti, alquanto malandato in salute per lo stato di abbattimento morale, dal quale si sollevò presto, avendo poco dopo di essere sbarcato ricevuto una lettera (1564) molto lusinghiera dalla Repubblica Veneta con la quale, lo invitava di recarsi subito a Padova onde rioccupare la Cattedra di Anatomia umana. Quale fosse la di lui soddisfazione per questa improvvisa inattesa notizia è facile comprenderlo, tanto che si determinò tosto di troncare il suo viaggio per un pronto ritorno a Padova. Anche questa è un'altra prova che Egli non compiva un viaggio d'espiazione, nè lo faceva per ordini superiori, e nè tampoco per propria ispirazione religiosa poichè l'avrebbe prima compiuto fino a Gerusalemme.

Intorno a questo punto del ritorno immediato regna ancora non poca oscurità. Una leggenda largamente diffusa narra che Egli sia stato vittima di un naufragio il 2 ottobre 1564 nel viaggio di ritorno da Gerusalemme presso l'isola di Zante. Però non si è scoperto in proposito alcun documento, nè come si ripete, ancora non appare conforme al vero che venisse rigettato vivo dalla tempesta sulla spiaggia, ove sarebbe morto; nè che fosse ributtato già morto sulla spiaggia deserta di Logana.

Infatti nè da un autografo del *Lois,* direttore degli Archivi di Zante, nè da quelli della Chiesa cattolica dell'Isola, e neppure dagli Atti, di oltre a 1500 notari succedutisi dal 1500 nell'isola stessa è stato ritrovato il minimo cenno della catastrofe che non sarebbe passata inosservata.

Non è stata confermata neppure la leggenda, che colà ancora corre; che la salma del *Vesalio* fosse rinvenuta invece sulla spiaggia per caso da un orafo, e che venisse quindi sepolta nella Chiesa di S. Maria della Grazia, ove da ignoti fu posta sulla tomba la seguente iscrizione: *Tumulus Vesali bruvellensis qui obiit idibus octobris anno MDLXIX aetatis vero suae L., quum Hierolosymus vediissit.*

Ma non parmi si possa ritenere esatta questa epigrafe, che accenna al viaggio di ritorno da Gerusalemme, ove non si sarebbe sospinto.

Non si può quindi dai documenti, che si sono potuti finora raccogliere, escludere a mio giudizio che Egli piuttosto sia stato vittima di subitanea acuta malattia naturale, piuttosto sarebbe del resto necessario di conoscere più esattamente l'itinerario di tutto il viaggio di *Vesalio,* tanto per terra che per mare onde meglio orientarsi in questo oscuro avvenimento.

Senza pretendere di delineare sommariamente la figura infelice del grande anatomico parmi necessario di non sorvolare del tutto sui suoi meriti anche come medico e chirurgo oltre che anatomo-patologo.

Vesalio pose in evidenza il prolasso dell'omento nell'ernia scrotale, la partecipazione della fossetta navicolare nel meccanismo delle infezioni, le modificazioni articolari senili, i rapporti fra le malattie del fegato e della milza.

Diagnosticò clinicamente, descrivendolo per il primo, l'aneurisma dell'aorta toracica ed addominale (1555). Eseguì nel 1562 l'operazione dell'empiema su Don Carlo d'Aragona, ed altri casi felicemente; compiè l'estirpazione del carcinoma mammario dimostrando ognora attitudini operatorie speciali.

Ad immortalarne il nome sarebbe bastato l'opera meravigliosa *De corporis humani Fabrica* pubblicata nel giugno del 1853, superbo esemplare anche di magnificenza tipografica e di tavole sontuose, oggi per incuria deteriorate nel tempo della guerra per salvarle nascoste in luogo umido da possibile bombardamento.

Lungi dal voler fare un'elenco degli errori dell'anatomia galenica dominante da secoli quale verbo intangibile, in molte scuole, ancora al tempo di Vesalio, chè sarebbe del resto fuori di luogo, ricorderò solamente, che gli errori svelati da esso furono, fra gli altri, la rete mirabile dei quadrupedi, le relazioni della *azygos,* lo scaleno dei canini, il retto addominale della scimmia, i quattro o cinque lobi del fegato, lo sterno segmentato, il condotto biliare duplice, l'utero bicorne, le suture ipotetiche dei mascellari etc.

L'edizione del 1552-5 della grande opera chiudesi con un capitolo sulla vivisezione, nel quale *Vesalio* verifica le sezioni sperimentali di *Galeno* del midollo spinale e del nervo ricorrente laringeo; prova le funzioni generali del muscolo e del nervo, etc.

Nel capitolo del cervello apparisce la teoria, come il pioniere della psicologia sperimentale comparativa respingendo l'opinione comune che l'azione cerebrale dei bruti differisca da quella dell'uomo. Egli fu anche il pioniere della craniologia etnica.

Altri studii, altre indagini si dovrebbero ancora compiere onde possedere chiara e completa nozione di tutta l'opera scientifica di *Vesalio* nella sua vita attiva travagliata, non immune da qualche ommissione ed anche da qualche errore anatomico.

Non parmi che si possa condividere però, pienamente su di esso il giudizio che ne ha dato il *Daremberg,* che sia stato cioè il riformatore più grande dell'anatomia umana nel secolo XVI, contro il più coraggioso. Senza dubbio fu suo grande merito di demolire in mezzo a tenacissime opposizioni, il *verbo anatomico* secolare di Galeno, ma non per questo credo che posso condannare un grande genio inventore, come il *Falloppio.*

Digitized by Google

MEDICINA SOCIALE

CONFERENZE DEL PROF. STANZIALE SULLE MALATTIE SESSUALI

In alcuni centri scientifici italiani ed in molti dell'estero si è iniziato in questi ultimi tempi, con grande fervore e con confortanti successi, una larga propaganda igienica che ha avuto sopratutto per oggetto le malattie sessuali. Così a Milano per opera dell'Istituto Italiano di Assistenza sociale, dell'Università popolare, e a Roma per opera dell'Istituto di Previdenza ed Assistenza Sociale.

Questo gruppo di malattie insidiose e gravi ha, come è noto, una immensa diffusione e ne conseguono danni individuali, familiari, sociali e sono mietute vittime in gran numero e spesso vittime innocenti. Pure contro di esse non si è fatto finora dovunque quella risoluta opera diretta a illuminare il pubblico sulla importanza di esse, sul modo come prevenirle, sul modo come evitarne i disastrosi effetti. Si oppone a tale scopo una inveterata tradizione che nei riguardi di codeste malattie debba persistere l'ombra del segreto e la congiura del complice silenzio, ritenendo le malattie vergognose e segrete e ciò specialmente per i giovani. Come a colui che incamminandosi per un sentiero che offre degli inciampi o dei pericoli sarebbe un tradimento non avvisarlo della esistenza di esso e del modo come evitarli così è al pari un tradimento non istruire i giovani che per la loro maturità si affacciano nella vita sulle eventualità dei piccoli nei quali possono incorrere. La propaganda antiluetica deve proseguire ed essere intensificata al pari della lotta antitubercolare, di fronte alla quale darà indubbiamente maggiori frutti giacchè tutti sanno che è di gran lunga più facile evitare la sifilide e le malattie veneree anzichè la tubercolosi, e d'altra parte le armi di cui si dispone per combattere la sifilide sono ben più potenti di quelle che si hanno contro la tubercolosi.

R. STANZIALE

Della volgarizzazione di questo vasto problema profilattico-sociale, di così utile applicazione, si è reso promotore recentemente il prof. Stanziale, l'illustre Direttore della Clinica Dermosifilopatica della nostra Università, che, con una serie di conferenze, ampiamente ed efficacemente illustrate da cinematografia, iniziatesi ai primi di gennaio u. s. e che stanno tuttora svolgendosi periodicamente nell'aula della Clinica istessa, sta portando, con quella competenza illuminata e ben nota di sifilografo e di sociologo insigne un validissimo e pratico contributo alla lotta contro le malattie venereo-sifilitiche, volgarizzando così la conoscenza della importanza di questo gruppo di infermità e del modo come evitarle, concorrendo allo sviluppo della cultura popolare che è tanto necessaria ai fini della pubblica salute.

***

Riassumiamo, sicuri di far cosa grata ai nostri lettori, i punti salienti della conferenza.

La rilevanza sociale delle malattie veneree e sopratutto della sifilide, afferma il prof. Stanziale, si è andata svolgendo ed affermando nella coscienza collettiva solo negli ultimi tempi, poichè già fino al secolo XVIII° fu essenzialmente sconosciuta agli stessi medici per l'ignoranza delle tare più o meno remote che tali malattie, specialmente la sifilide, possono indurre nei diversi organi, nei diversi sistemi dell'individuo e nelle generazioni successive. L'osservazione clinica validamente confortata dall'anatomia, e sopratutto dalla istologia patologica, ha posto in rilievo il dominio patologico della sifilide nei riguardi delle sue localizzazioni viscerali che si svolgono in un'epoca più o meno remota dall'inizio dell'infezione.

La scoverta dell'agente patogeno della sifilide (treponema pallido), i validi aiuti forniti dal laboratorio nei riguardi della indagine diagnostica, la dimostrazione della sifilide sperimentale in alcuni animali, il brillante acquisto dei nuovi ed efficaci mezzi di cura hanno senza dubbio dischiuso nuovi e luminosi orizzonti nello studio della infezione sifilitica, delineandone maggiormente la importanza sia diretta che indiretta nella patologia degli organi.

Questo campo di già così vasto della importanza patologica della sifilide protese di molto i suoi confini dopo che il Fournier dimostrò il nesso etiologico di alcune malattie del sistema nervoso con la sifilide, tra le quali principalmente la tabe dorsale e la paralisi progressiva, fondando su solide basi il gruppo delle cosidette « *affezioni parasifilitiche* ».

La sifilide, invero, può fissare le spirochete sulle cellule nervose, sui nervi, ovvero sulle meningi dell'encefalo e del midollo spinale aggravando la sua influenza deleteria per gli effetti delle tossine e delle tossi-albumine, e la gravità della efficienza patologica in questa ampia e fatale azione è ancor più accentuata dalla frequenza di tali localizzazioni, giacchè, come è noto, il cervello costituisce l'organo più frequentemente colpito sia direttamente, sia per le lesioni consecutive a quelle del cranio o della dura madre e specialmente della pia madre, ma sopratutto delle arterie cerebrali.

Dal punto di vista sociale è da tenere in gran conto la triste influenza della infezione nei riguardi della *creditarietà*, per la quale, a causa degli aborti, dei parti prematuri o a termine con feto morto, per la eccessiva morbilità e mortalità infantile la sifilide ereditaria rappresenta un importante fattore di spopolamento e per l'inettitudine alla vita contribuisce alla inferiorità intellettuale e produttiva delle nazioni.

Impressionante è la mortalità per sifilide. Audry molto opportunamente stabilisce una *mortalità specifica*, causata direttamente dalla infezione, ed una *mortalità deuteropatica* per malattie prodotte dalla sifilide come fattore etiologico concorrente. Blaschko afferma che i decessi causati dalla sifilide raggiungono il 6 % della mortalità totale e che il 30 % almeno di tutti i soggetti affetti da sifilide muore di questa infezione.

Secondo Jausion in Francia si hanno annualmente 140.000 decessi per sifilide, mentre per la tubercolosi la mortalità non supera i 150.000.

Dall'Annuario statistico d'Italia, nei riguardi della mortalità per sifilide, si rileva che dal 1911 al 1923 il numero dei morti per sifilide oscilla da un minimo di 1402 nel 1921 ad un massimo di 1894 nel 1914. Negli anni bellici il quoziente di mortalità per sifilide fu di 49 per ogni milione di abitanti e nella media del quinquennio 1919-1923 discese a 39 per ogni milione di abitanti.

In Napoli nel 1919 su 17.524 morti si ebbero 128 decessi per sifilide e la percentuale è andata gradatamente aumentando fino a raggiungere nel 1923 la cifra di 182 su 12.915 morti.

Ma, purtroppo queste cifre devono essere elevate in quanto che non sono in esse compresi tanti altri processi morbosi (cardiopatie, epatopatie, nefropatie, ecc.) che trovano, come è noto, nella sifilide un nesso etiologico più o meno diretto, nè sono comprese alcune malattie del sistema nervoso che sono ormai riportate, con controllo scientifico, sicuramente alla sifilide. Così, per esempio, nel 1916 si ebbero in Italia 1818 morti per manifestazioni sifilitiche comuni, mentre per tabe dorsale se ne ebbero 2291 e 1796 per paralisi progressiva. Complessivamente, quindi, in detto anno 5905 morti.

La blenorragia non ha certo la importanza della sifilide, nè è una malattia complessa come questa, ma, nonostante la parvenza di poca nocività, assume talvolta una rilevante gravità per le conseguenze immediate, e sopratutto a distanza. L'importanza sociale della blenorragia sta sopratutto nella insidiosità della affezione nel periodo cronico che molte volte sembra estinta, mentre stabilisce silenziosamente lesioni che fatalmente si evolvono e possono, attraverso mesi ed anni, rimanere latenti per manifestare, con una iattanza malefica, tutta la efficienza patologica convogliata da complicanze molto gravi.

Pur potendo provocare una vera infezione generale (gonococcemia) e anche determinare in svariati organi quelle molteplici serie di forme morbose che vanno sotto il nome di *complicazioni a distanza* (processi metastatici), la sua importanza sociale consiste principalmente nelle lesioni che essa così di frequente induce nell'apparato genito-urinario.

Un elemento di significativa importanza dal punto di vista sociale è la lunga permanenza della contagiosità, malgrado l'apparente guarigione. Può infatti mancare del tutto la secrezione uretrale libera e pure in tali casi il processo può permanere allo stato latente, rimanendo i gonococchi indovati nei condotti glandolari pronti a risvegliarsi e a ripullulare sotto l'influenza di cause svariate (strapazzi corporei, sessuali, eccessi alcoolici, di birra, ecc.) facendo assai spesso credere ad un nuovo contagio. Nelle condizioni di latenza assai spesso avviene che l'infermo può, in buona fede, credersi guarito e passare a nozze, trasmettendo inconsapevolmente alla sposa il contagio blenorragico che costituisce per la disgraziata l'inizio di una serie di disturbi e sofferenze, spesso interminabili, quand'anche, ciò che per fortuna avviene di rado, non vi rimetta la vita. La gravità della infezione blenorragica è costituita sopratutto dalla possibilità di complicanze sia locali, per diffusione diretta del processo,

Digitized by Google

sia generali o a distanza. Nella donna il processo blenorragico assume più rilevante importanza che nell'uomo per la maggiore gravità delle complicanze che possono derivarne, ma sopratutto, nei riguardi sociali, la importanza è data dal facile insorgere della *sterilità* per le gravi e profonde alterazioni che il processo suole indurre nella sfera genitale interna.

L'ulcera molle è un processo che non provoca infezione costituzionale e non offre la importanza sociale della sifilide e della blenorragia, perchè i suoi effetti sono limitati all'individuo; ma il morbo diventa grave anche dal punto di vista sociale, quando insorgono complicazioni (gangrena, fagedenismo) che possono perfino distruggere l'organo virile o lederne la sua funzionalità.

Nei riguardi della importanza di queste malattie, è da tenere in gran conto la frequente morbilità, ciò che costituisce il cosidetto «*pericolo venereo*», la cui rilevanza è costituita dal gran numero di persone che quotidianamente si infettano e dal fatto che queste malattie, diversamente che nella volgare credenza, costituiscono infermità tutt'altro che irrilevanti, spesso gravi per l'individuo e notevolmente importanti per il fatale riflesso sulla famiglia, sulla società e, dal punto di vista collettivo, sulla Nazione.

A parte la frequenza considerevole della sifilide presso certe popolazioni esotiche, come ad esempio presso gli arabi e tra gl'indiani, la statistica della morbilità luetica in Europa è molto impressionante.

Indubbiamente i grandi centri sono i più contaminati e, dopo la grande guerra si è visto l'affezione generalizzarsi e diffondersi maggiormente nelle campagne dove prima era molto meno frequente. E' ben naturale che i metodi sierologici recenti hanno contribuito ad arricchire la statistica.

In Russia il Sandberg, nel solo villaggio di Koslow registra i seguenti dati:

Sifilide con manifestazioni contagiose in atto: negli uomini 17.7 %; nelle donne 13.9 %; il che forma una percentuale del 29.8 %.

Sifilide con accidenti terziari: negli uomini 82.3 %; nelle donne 86 %; nei fanciulli 42 %; corrispondente complessivamente al 70 %.

Queste cifre che sembrano molto elevate non sono eccezionali. Levaditi, infatti, riferisce che in Transilvania ha visto villaggi colpiti da una sifilide che ricorda la frequenza e la severità della epidemia della medesima infezione avutasi nel XV° secolo, e, di pari passo, è impressionante la mortalità.

In Italia la morbilità venereo-sifilitica si aggira tra il 25 e il 30 %.

Nel nostro esercito oscilla tra il 47.9 per mille della forza media (1921) ad 20.3 per mille (1925). Questa così rilevante diminuzione si è ottenuta, grazie alle providenze profilattiche istituite presso i nostri soldati fin dal 1° luglio 1922. E, a dimostrare l'efficacia dei suaccennati provvedimenti profilattici, basterebbe citare soltanto il fatto che tra gli allievi carabinieri di Torino, durante l'anno 1923, su 964 militi sottoposti a tale misura profilattica non si ebbe a lamentare un solo infortunato.

Risulta quindi abbastanza evidente la necessità di conoscere il pericolo venereo e premunirsi.

Tra i mezzi più efficaci (conferenze, spettacoli, romanzi, massime stampate su foglietti da distribuire largamente, opuscoli, libri popolari, ecc.) per raggiungere lo scopo è indubbiamente da porsi in prima linea il cinematografo, il quale, avendo il requisito di immediata emozione e suggestione, ha anche la proprietà di esaltare il valore e la portata dei fatti rappresentati. Le conseguenze di questo fenomeno sono deducibili, specie per quanto riguarda la gioventù, che, per essere suscettibilissima ad ogni influenza esterna, subisce molto facilmente qualsiasi effetto buono ed ancora più qualsiasi effetto deleterio, dovuti alla subitanea emotività. La importanza della cinematografia educativa ed istruttiva non poteva sfuggire all'attenzione dei singoli Governi ed è stato perciò oggetto di discussione recentemente presso la Società delle Nazioni a Ginevra, dove si è unanimemente riconosciuta la necessità: 1° di incoraggiare al massimo grado il cinematografo educativo ed istruttivo; 2° di sorvegliare il cinematografo normale, mezzo efficacissimo di persuasione e di suggestione; 3° provocare la creazione di un organo internazionale di coordinamento fra i singoli paesi, allo scopo di diffondere in mezzo alla gioventù, nonchè agli adulti, pellicole istruttive e di propaganda. Ed il nostro Governo Nazionale, sempre vigile per tutto ciò che possa essere sorveglianza e sviluppo dei valori morali ed intellettuali del popolo, ha sollecitamente emanato tre provvedimenti che stabiliscono le direttive per diminuire le influenze perniciose del cinematografo e svilupparne, invece, quelle utili ed efficaci. Invero, nella legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia, dovuta alla geniale e perspicace attività di S. E. Federzoni, è stabilito il divieto ai fanciulli al di sotto di 16 anni di frequentare le sale cinematografiche in cui si proiettino pellicole di scarso o nullo valore morale ed artistico. Con la legge del 5 novembre 1925 è stato creato il 1° Istituto Nazionale per la propaganda e la cultura a mezzo della cinematografia educativa, come organo tecnico dello Stato. Ed ultimamente, il 30 marzo 1926 veniva emanato un decreto concernente l'*obbligatorietà* di proiezioni di pellicole educative e di propaganda all'inizio di ogni spettacolo in tutte le sale cinematografiche del Regno.

Qui il prof. Stanziale fa svolgere una lunga ed interessante film in cui vengono esposti dettagliatamente le malattie venereo-sifilitiche, i loro agenti etiologici, le varie manifestazioni e le conseguenze deleterie che ne derivano. Nel contempo l'Oratore, oltre a delucidare i principali quadri della film espone i concetti principali della profilassi celtica individuale e collettiva.

***

La conferenza è stata finora ripetuta varie volte alla presenza dei militari del R. Esercito e della R. Marina, dei Militi Nazionali, dei RR. Carabinieri, dei militi della R. Guardia di Finanza, degli agenti di P. S., municipali, dei vigili del fuoco ecc., che vi hanno assistito a gruppi di 300-400 per volta.

Anche l'Alto Commissario per la Provincia di Napoli, S. E. Castelli si è interessato a questa forma pratica ed utilissima di propaganda igienica ed ha già preso gli opportuni accordi con il prof. Stanziale affinchè gli impiegati civili, gli operai, i ferrovieri ecc. possano parimenti assistere a turno a dette conferenze.

Sappiamo ancora che il Governo Nazionale e la Direzione Generale di Sanità hanno espresso al prof. Stanziale il loro plauso incondizionato, incoraggiandolo a proseguire con intenso fervore nella opera così efficacemente iniziata, ritenendola di alto interesse per il benessere della Nazione.

E di questa importante esplicazione di attività nel campo medico-sociale anche noi vivamente ci congratuliamo col prof. Stanziale, già così altamente benemerito per opere interessanti la assistenza sociale e la pubblica sanità.

LIBRI ED OPUSCOLI

Bagliori ed Ombre in medicina. Conferenze tenute alla Scuola di Sanità Militare in Firenze. Un vol. in 8° di pag. 219. Tipogr. Sordo-muti, Firenze. Prezzo L. 20.

Vi sono contenute le conferenze di A. Lustig: Una rivendicazione italiana: Agostino Bassi; M. L. Patrizi: Vedute novissime nella fisologia del cuore; G. Bilancioni: Oto-rino-laringoiatria di pace e di guerra; N. Pende: L'insufficienza circolatoria; C. Biondi: L'accertamento obiettivo ed individuale del dolore; A. Herlitzka: Mal di montagna; S. Baglioni: Fisiologia e Clinica; O. Casagrandi: Virus filtrabili ed Ultrafiltrabili; E. Maragliano: Il problema della tubercolosi.

Flandrin P. R. *Urologia* (Urologie). 1 vol. di pag. 184. G. Doin ed., Parigi, 1926. Prezzo fr. 14.

Quest'altro volume della collezione «Les consultations journalières» non è un trattato delle malattie chirurgiche delle vie urinarie, bensì un libretto pratico, che resta esclusivamente nel campo della clinica e della pratica giornaliera, facendo astrazione completa dalle discussioni patogenetiche ed etiologiche.

Le grandi sindromi urinarie, le quali in genere spingono i malati a farsi visitare dal medico: dolori, ematurie, frequenza delle minzioni, ritenzioni, ecc. costituiscono tanti capitoli di questo libro. Il lettore vi troverà la parte essenziale della sintomatologia, della diagnosi e della terapia, aggiornata con le più recenti acquisizioni.

Wullstein L. e Kuttner H. *Trattato di Chirurgia.* Dispensa 8ª (vol. 1°, pag. 641-800). II edizione italiana a cura dei proff. O. Uffreduzzi e L. Stropeni. U. T. E. T. Prezzo L. 20.

Questa dispensa del «Trattato di Chirurgia», che l'attiva Casa editrice torinese va pubblicando, comprende la fine del capitolo sulle «Malattie dell'intestino», scritto dal Lanz (digiuno e ileo, cieco, appendice, colon, sigma, retto e ano) e buona parte del capitolo del Wullstein dedicato allo «Studio delle ernie». Ben curata, anche in questa dispensa, è la parte tipografica e ricca, la parte illustrativa, di figure in nero e a colori, non ultimo pregio di un trattato di chirurgia.

Ravasini C. e Germani G. *Cinque anni di chirurgia del Reparto urologico dell'Ospedale Regina Elena di Trieste.* Tip. Milloch. Trieste, 1926.

Sigurini G. *L'amore dei nevrastenici.* Un vol. in 16° di pag. 85. Studio editoriale Busetto, Milano 1925. Prezzo L. 5.

Tron G. *Sul comportamento della reazione novocaino-formalinica in alcune malattie contagiose.* Estratto dal «Policlinico, sez. pratica», an. 1926.

Digitized by Google

NELLE UNIVERSITA' ITALIANE

La nuova Clinica Chirurgica della R. U. di Padova

L'8 marzo è stata inaugurata in Padova la nuova Clinica Chirurgica. Essa sorge sul lato posteriore degli edifici dell'Ospedale, è suddivisa in cinque infermerie della capacità di 20 letti ciascuna ed è fornita di reparti operatori asettici e settici, di sale di isolamento, di laboratori per indagini cliniche e scientifiche come quelli di radiologia e radioterapia, di terapia fisica, di istopatologia, di batteriologia, di chimica clinica, di fisiologia, di antropometria, di patologia sperimentale.

La Clinica occupava prima un reparto al 1° piano del corpo principale dell'Ospedale Civile, sacrificata entro uno spazio assai ristretto per i suoi bisogni. A dare l'impulso decisivo per la soluzione dell'urgente problema occorse l'energia del Direttore della Clinica Prof. Mario Donati, insigne maestro di Chirurgia nell'Ateneo Padovano, che ottenne l'intervento diretto dal Capo del Governo, S. E. Mussolini, il quale decise immediatamente lo stanziamento della somma necessaria. A ricordo della grande opera compiuta, è stata scoperta per iniziativa degli allievi del Prof. Donati, nello stesso giorno inaugurale, una lapide nella nuova aula delle lezioni. La lapide porta incise le seguenti parole:

BENITO MUSSOLINI
Con illuminato decisivo intervento
Rese possibile il compimento di questa Clinica
Mirabile espressione di scienza e di tecnica
MARIO DONATI
Che nel campo della Chirurgia
Rinnova le glorie dello studio padovano
Ideò e volle
Gli allievi nel giorno inaugurale
8 Marzo 1927 anno V

Parlarono il Pro-Rettore prof. Soler, il Vice-Podestà avv. Bonsembiante, il Presidente della Facoltà di Medicina prof. Casagrande, il prof. Salvioli, il dott. Di Natale a nome degli assistenti, lo studente Minin a nome di tutti gli allievi, il comm. Mion, per l'Amministrazione ospitaliera.

Il prof. Donati, visibilmente commosso per tanta manifestazione di stima e di affetto tracciò con rapida sintesi il programma di lavoro scientifico e pratico della nuova Clinica, parlò anche dello stato attuale degli studii medici in relazione ai presenti ordinamenti universitari e concluse:

« Poichè a Benito Mussolini si deve appunto l'atto di imperio dal quale sorse questo nuovo e mirabile strumento di lavoro, ripeto a Lui il mio pubblico ringraziamento. Non posso non dirgli che il mio nome associato al suo nello stesso marmo è per me un premio inatteso, superiore ad ogni speranza. Sarà questo il segno perenne del rinnovato giuramento che qui gli faccio nel nome mio e della mia Scuola di procedere sempre più avanti e sempre più in alto con la stessa Sua Volontà perchè anche la nostra Scienza, sempre più Italiana per pensiero e per esperienza, conquisti il posto che le spetta in Italia e fuori ».

NOTIZIE

Le colonie estive della Croce Rossa Italiana Giovanile. — Le Colonie della Croce Rossa Giovanile — istituzione di Croce Rossa incoraggiata ed appoggiata dal Ministero dell'Istruzione che raccoglie e disciplina le iniziative ed i contributi volontari degli scolari nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria scolastica — hanno estesa la loro azione nel decorso anno 1926 ad oltre ottomila scolari infermi o gracili delle scuole primarie ed alcuni delle secondarie di tutte le regioni d'Italia con un totale di trecentomila giornate di assistenza.

L'opera prosegue anche nel 1927 precisando sempre meglio la sua direttiva di assumere a suo carico e far funzionare solo le Colonie che abbiano vera e propria funzione di assistenza. L'accettazione degli assistiti viene fatta perciò solamente in seguito a visita medica e per designazione da parte di dispensari antitubercolari o servizi medico-scolastici. L'organizzazione ha per base il criterio della cura a sofferenti ed i turni non hanno limitazione di tempo, ma sono estesi a tutto il periodo necessario secondo il criterio dei medici addetti al servizio, completandosi mediante altre opere di assistenza nel periodo invernale some scuole all'aperto, cure ricostituenti etc.

Gli scolari hanno così il modo di esercitare praticamente la solidarietà di aiuto verso i compagni infermi secondo il nobile motto della Croce Rossa Giovanile: « il fanciullo per il fanciullo ».

Per la " Festa del Fiore „. — Come è noto il Governo Nazionale ha stabilito che in un giorno dell'anno in ogni centro d'Italia debba essere organizzata la « Festa del Fiore » allo scopo di intensificare fra il popolo la propaganda contro il funesto flagello della tubercolosi.

La « Festa del Fiore » mira a promuovere periodicamente nelle varie città d'Italia una vibrante affermazione di solidarietà civile e di fratellanza umana intorno all'angoscioso problema dell'assistenza e della prevenzione della tubercolosi, per facilitare così la tanto desiderata formazione di una coscienza antitubercolare nel popolo, e nel medesimo tempo serve a raccogliere fondi per sovvenire le Opere antitubercolari locali meno prospere e per crearne delle nuove ove occorrono.

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi allo scopo di agevolare i Comuni, le Istituzioni e i Comitati nell'organizzazione della « Festa del Fiore » ha compilato delle norme per la preparazione e svolgimento della « Festa del Fiore », che già trovarono utile applicazione, ed ha preparato altresì una serie di piccole pubblicazioni assai adatte ai fini della propaganda antitubercolare.

Per ogni informazione rivolgersi alla Segreteria della Federazione contro la tubercolosi, via Toscana 12, Roma.

Istituzione di una Cinemateca per la propaganda igienica e di prevenzione sociale. — Secondo quanto dispone il R. D. 30 gennaio 1927, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 46, 1927, gli scopi attribuiti dal R. D.-L. 5 novembre 1925, n. 1985, all'Istituto nazionale LUCE saranno conseguiti, nel campo della propaganda igienica e della prevenzione sociale, anche a mezzo di una « Cinemateca per la propaganda igienica e di previdenza sociale » che sarà costituita presso l'Istituto stesso. Questo provvederà alla raccolta, produzione e diffusione di pellicole cinematografiche italiane, conservazione e manutenzione del materiale stesso ecc., nonchè al coordinamento di tutta l'opera di propaganda cinematografica svolta dalle Amministrazioni dello Stato e di enti posti sotto il controllo dello Stato.

Recenti provvedimenti per la lotta contro il cancro. — Al R. D.-L. 23 luglio 1926, n. 1427, contenente provvedimenti per la lotta contro il cancro e i tumori maligni in genere, sono state apportate, con recente R. D.-L. 13 gennaio 1927 n. 82, delle modificazioni allo scopo di addivenire all'acquisto di radio, entro i limiti dei fondi assegnati. Perciò la lettera a) dell'art. 1 del predetto decreto-legge n. 1427 è modificata così: « a) la somma di L. 1.800.000 da erogarsi in sussidi ai Comuni, alle Provincie, alle istituzioni pubbliche di beneficenza, ai consorzi ed altri enti per favorire l'impianto ed il funzionamento di « centri di accertamento diagnostico-terapeutico » per il cancro ed i tumori maligni in genere, nonchè per l'acquisto di radio da destinarsi in dotazione al Laboratorio fisico della Sanità pubblica - Ufficio del radio ».

Concorso ai premi pel 1927 della Fondazione Pagliani. E' aperto il 2° concorso ai premi della Fondazione «Luigi Pagliani», istituita presso la R. U. di Torino coi fondi raccolti in occasione del cinquantenario di laurea del prof. Pagliani, per l'aggiudicazione di un premio di L. 5.000, di altri minori e di medaglie di benemerenza ad appartenenti al personale tecnico dei servizi pubblici igienico-sanitari dello Stato, delle Provincie e dei Comuni o degli Istituti d'Igiene universitari, che si siano distinti per studi, pubblicazioni, progetti ed esecuzione di opere, o fondazioni di istituzioni, le quali abbiano efficacemente contribuito o possano efficacemente contribuire al risanamento dei loro ambienti od alla preservazione da malattie infettive e diffusive.

Concorso per una memoria sul Lago di Garda dal punto di vita climatico, idrologico e turistico. — E' aperto il concorso per un premio unico di L. 1.000 per una breve memoria originale riguardante « Il Lago di Garda e la sua regione immediata », che tenga conto dei pregi climatici, balneari e turistici del Garda e suoi dintorni. Le singole memorie non dovranno oltrepassare le 16 pagine di stampa (corpo 9), formato 16°, ossia contenere all'incirca 8.000 parole al massimo. Il concorso si chiuderà il 1° agosto 1927; le memorie, contrassegnate da un motto ed accompagnate da una busta chiusa contenente il nome dell'autore, dovranno essere presentate alla segreteria dell'Associazione di Idrologia e Climatologia (via S. Barnaba, 8, Milano), e l'assegnazione del premio vincitore avverrà in ottobre, in Milano, in occasione del Congresso di detta Associazione.

PROPRIETA LETTERARIA
Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI
Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 28 Marzo 1927 — N. 13

CONFERENZE

LE REAZIONI DI MEINICKE PER LA DIAGNOSI DELLA SIFILIDE

Conferenza del dott. E. MEINICKE
tenuta alla R. Accademia Medica di Roma (Marzo 1927)

Prima di tutto sento il dovere di ringraziare tutti i Colleghi qui presenti e specialmente l'Illustre Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma il Prof. Bastianelli, e l'egregio Prof. Pediconi, Direttore dell'Ospedale S. Gallicano. Apprezzo moltissimo il grande onore accordatomi, e prego di scusarmi se non sono molto padrone della lingua italiana, sì da poter parlare senza manoscritto e senza alcuni errori di pronuncia.

Or sono esattamente dieci anni, ho avuto la fortuna di intensificare gli studi dei miei predecessori, allo scopo di trovare una reazione molto semplice per la sifilide. Nell'aprile dell'anno 1917 ho scoperto in seguito a delle ricerche sistematiche parecchi metodi con cui era possibile di dimostrare la reazione specifica dei sieri luetici con gli estratti alcoolici di diversi organi degli animali. L'indicatore per questa reazione era una flocculazione. Non conviene che io scenda in dettagli, basti dire che la mia reazione cosidetta *Kochsalzmethode* M. R. che ho pubblicato nel 1917, fu la prima fra tutte le altre, che poteva avere una applicazione pratica. Però siccome non sono stato soddisfatto di questo processo, dato che il mio scopo era di trovare delle reazioni ancora più semplici, più sicure e più sensibili, ho fatto delle nuove ricerche.

Nel 1919 ho descritto un altro metodo di flocculazione che sotto il nome di 3ª modificazione ha fatto la sua via nella scienza medica. Questa reazione rassomiglia nella sua tecnica e nel suo valore diagnostico un po' alla reazione di Sachs-Georgi pubblicata nel 1918. Ma parecchi medici dicono che la mia reazione è più specifica della Sachs-Georgi dato che c'è assenza di colesterina nei miei estratti. Queste due reazioni erano e sono tuttora impiegate in molti istituti: ed il loro valore non è più discutibile. L'inconveniente delle reazioni di cui sopra è che presentano una grande difficoltà, e cioè che i risultati si possono leggere solamente dopo venti ore, e bisogna usare dei sieri inattivati ed un termostato a 37° gradi.

Nel 1921 il Prof. Dold fece un nuovo progresso nel campo delle reazioni sifilitiche battuto già da vari altri medici. Il Prof. Dold pensava ed aveva ragione di pensarlo, che prima della flocculazione vi è in tutti i casi positivi un intorbidamento nella mescolanza del siero con l'estratto. Se fosse stato possibile di vedere questo intorbidamento prima della flocculazione, si potevano trovare delle reazioni più rapide delle precedenti. Il metodo del Prof. Dold non è molto usato nè in Germania nè all'estero, perchè francamente non è una reazione rapidissima. Però il concetto del Prof. Dold era giusto: perchè l'intorbidamento che precede la flocculazione, non è altro che una flocculazione non visibile ad occhio nudo, ma al microscopio.

Praticamente s'imponeva il miglioramento di questo metodo d'intorbidamento del Prof. Dold. Nei miei estratti invece, si usano cuore di vacca, cuore di cavallo, e gli estratti vengono preparati estraendo prima l'organo con etere e dopo con alcool. Per tale ragione i miei estratti sono più forti degli altri, però per usarli nel metodo d'intorbidamento, occorreva aggiungere altre sostanze capaci di dare un intorbidamento rapido e preciso. Dopo varie ricerche ho trovato nel balsamo di Tolù una tale sostanza.

Per essere breve, non ritengo opportuno scendere nei dettagli della preparazione degli estratti, e questo è anche un argomento inutile, dato che per le reazioni, io cerco ancora di migliorare i miei estratti, per esempio con aggiunta di acido benzoico ecc. Per tale ragione gli estratti di oggi non sono esattamente gli stessi di ieri, e mi auguro vivamente che quelli di domani siano ancora migliori di quelli di oggi. Come tutti possono facilmente immaginare, è un lavoro faticoso e poco interessante andare passo passo nel miglioramento degli estratti, ma è un lavoro assolutamente necessario non solo nelle mie reazioni, ma anche in tutte le altre, compresa la reazione di Wassermann.

La sensibilità e il grado specifico di una reazione dipendono dalle qualità degli estratti impiegati. Per esempio sono convinto che la differenza di una reazione Wassermann fatta in un istituto ed un'altra fatta in un altro istituto, dipende unicamente dagli estratti usati.

Sono veramente soddisfatto di poter constatare che i miei metodi sono molto usati ed apprezzati in Italia e ringrazio quanti fra i medici italiani hanno creduto opportuno parlare delle mie reazioni. Dato che le mie reazioni non sono sconosciute, non credo necessario dilungarmi nella loro descrizione, e questo anche perchè in precedenza ho preparato delle reazioni che mi riprometto di dimostrare dopo la conferenza.

Attualmente vi sono due metodi che io preferisco a tutti gli altri: la reazione d'intorbidamento M. T. R. e la Microreazione M. M. R. Nella reazione d'intorbidamento si mettono in una provetta 1 c.c. dell'estratto ed in un'altra provetta 10 c.c. di soluzione salina al 3 % con una piccola quantità di carbonato di soda. Indi si riscaldano le due provette in un bagno-maria a 45° e si mescolano rapidamente l'estratto con la soluzione salina. Poi si addiziona 1 c.c. della diluizione dell'estratto a 0,20 di siero e si mescola il tutto agitando le provette. Dopo un'ora si può leggere il risultato ad occhio nudo, esaminando il grado d'intorbidamento nelle provette. Per tale operazione conviene tenersi a due metri di distanza da una finestra, e attraverso il liquido mirare la croce della finestra. Per rendere più facile la lettura della reazione, si fa una reazione di controllo con lo stesso siero aggiungendovi una goccia di formalina.

Nel caso di una reazione *negativa* sia attraverso il liquido della provetta di controllo, sia attraverso il liquido della provetta della reazione si distingue molto chiaramente la croce della finestra. Invece in una reazione fortemente *positiva* il liquido della provetta della reazione è molto torbido, tanto da non far scorgere la croce della finestra: al contrario nella provetta di controllo il liquido rimane molto chiaro tanto da far scorgere la croce della finestra. In una reazione debolmente positiva si vede la croce come se fosse avvolta in una nebbia più o meno densa. E' consigliabile ripetere la lettura della prova dopo un'ora, perchè molte volte una reazione debolmente positiva si rivela dopo tale tempo spesso più forte.

La mia microreazione non è altro che una reazione di intorbidamento visibile all'esame microscopico. Infatti nel campo microscopico si vede la vera causa dell'intorbidamento che consiste in una flocculazione densa, ma con flocculi così piccoli da non essere visibili ad occhio nudo.

La tecnica della microreazione è molto semplice: si prepara la diluizione degli estratti con lo stesso procedimento che si usa nella macroreazione. Gli estratti che si usano nella microreazione sono dello stesso tipo di quelli usati nella macroreazione, variando essi solamente per la concentrazione, pur risultando più deboli. Si versa allora 1 c.c. dell'estratto in una provetta ed in un'altra si versano 10 c.c. della soluzione salina riscaldando poi le due provette e mescolando.

Detta diluizione si versa in un piccolo vetrino da orologio, come dimostrerò dopo, e con un ansa di platino si preleva una goccia del siero, e con un'altra ansa cinque volte più grande si preleva una goccia della soluzione dell'estratto, mescolando. Naturalmente tale mescolanza si ottiene introducendo la piccola ansa ripetutamente nella grande ansa con un rapido movimento, indi si prende una piccola goccia di tale mescolanza e si versa sopra un copri-oggetti allestendo un preparato a goccia pendente come si suole fare nei laboratori batteriologici.

Bisogna avere l'avvertenza di lasciare il detto preparato per un'ora prima di effettuare la lettura.

Per effettuare la lettura si usa un oculare debole ed un obbiettivo forte ad immersione omogenea. In caso positivo nella goccia si notano una gran quantità di fiocchi che nella parte bassa divengono più grandi a causa della sedimentazione degli stessi.

Digitized by Google

Nei casi negativi o non si vede nulla o si vedono dei piccolissimi punti quasi invisibili aventi movimento molecolare. Nei sieri con presenza di sangue, emolitici, non recenti si notano oltre a tali sostanze dei globuli rossi, dei bacteri ecc.

Per l'esame della reazione io preferisco di far uso del microscopio normale; molti altri invece preferiscono effettuare la lettura con l'ultra-microscopio. Se si fa uso di un ultramicroscopio nei casi negativi si nota un campo grigio con una grande quantità di piccoli punti bianchi danzanti. Nei casi positivi il campo è nero data la mancanza di tali corpuscoli rifrangenti e si notano invece degli agglomerati di forma stellare, di colore bianchissimo più o meno grossi, e tale aspetto è assai caratteristico.

Il vantaggio della microreazione consiste nel poter usare piccolissime quantità di siero, e la reazione è molto più chiara di quello che non sia nella macroreazione.

La breve descrizione fatta della tecnica delle mie reazioni, può dare soltanto una idea della semplicità ed accuratezza di questi metodi. Dopo la conferenza mi sarà gradito mostrare la tecnica ed anche la lettura delle reazioni (1).

Per gli istituti bacteriologici, e per gli Ospedali la questione più importante è questa: qual'è il miglioramento pratico ottenuto per le nuove moderne reazioni della sierodiagnosi della sifilide?

Innanzi tutto si può affermare che la sierodiagnosi della sifilide è divenuta molto più sicura di quello che non era nei tempi passati: prima non esisteva altro metodo che quello della reazione di Wassermann: oggi posso affermare che vi è una grande quantità di reazioni più o meno semplici di flocculazione e di intorbidamento, oltre la reazione di Wassermann.

L'esperienza ci insegna che nessuna delle reazioni su menzionate è in grado di identificare tutti gli innumerevoli casi di sifilide. A tale punto conviene ricordarsi che anche nei casi gravi di sifilide terziaria ed ereditaria tutte le reazioni possono essere negative. Tale risultanza ci indica molto chiaramente che nessuna reazione e nemmeno tutte le reazioni insieme possono scoprire tutti i casi di sifilide. Tanto per fare una breve parentesi dirò che tale argomento è in contrasto con il tentativo di Vernes e di Kahn. di dare alle reazioni biologiche un valore quasi matematico.

Ma oltre a questi casi di sifilide nei quali tutte le reazioni oggi conosciute dànno risultato negativo, vi è un numero abbastanza rilevante di casi sifilitici in cui una delle reazioni dà un risultato positivo mentre le altre dànno un risultato negativo. In questi casi di sifilide la reazione positiva ha un grandissimo valore: indica che la guarigione della malattia non è completa. Nei casi fino ad ora dubbi, indica che sono dei casi sifilitici, o almeno suscettibili di essere tali. Se si usa non solamente la reazione di Wassermann ma anche una o parecchie delle altre reazioni si scoprono dei casi di sifilide che sarebbero rimasti sconosciuti senza il metodo ausiliare. Alcune volte pur sembrando il malato sifilitico completamente guarito, secondo la reazione negativa di Wassermann, in realtà la malattia esiste sempre.

Un terzo argomento da trattare, è il seguente: Tutte le reazioni della sifilide non sono assolutamente specifiche, ma tutte possono dare dei risultati non specifici. Per esempio se in un caso dubbio in cui il malato non presenta manifestazioni sifilitiche e se anche l'anamnesi risulta negativa, e una delle reazioni dà un risultato positivo bisogna essere molto cauti e prudenti, e pensare che la reazione può essere non specifica. Dunque la sicurezza della sierodiagnosi della sifilide è molto più grande quando parallelamente si effettuano i vari tipi di reazione.

Gli istituti che esaminano i saggi di sangue mandati dagli altri medici, debbono, se vogliono essere sicuri dei risultati, lavorare con diversi metodi.

Mi sia permesso confermarvi, che le mie reazioni secondo l'esperienza quasi generale sono molto più sensibili di tutte le altre reazioni, specialmente nei casi di sifilide terziaria o latente. L'importanza di ciò è molto chiara, perchè appunto in questi periodi della sifilide vi sono moltissimi casi dubbi ed incerti ed appunto per questo importanti per il medico.

Ma il mio scopo non si limita solamente nella scoperta dei metodi molto *sensibili,* bensì voglio rendere le reazioni della sifilide *così semplici* da essere alla portata di tutti gli ospedali. A tale punto rammento che non bisogna inattivare i sieri per le mie reazioni e non si ha bisogno di un termostato ecc.

Oggi tutti i grandi Ospedali e specialmente le Cliniche Universitarie fanno a tutti i soggetti che entrano all'ospedale sistematicamente l'esame del sangue in relazione alla sifilide, ma una grande quantità di ospedali di minore importanza non usano fare tali ricerche. Se esiste un caso sospetto di sifilide, mandano ad esaminare il sangue ad un Istituto specializzato, ma rifuggono dal fare una ricerca sistematica, ed hanno ragione in riguardo al costo elevato della ricerca stessa ed al disagio di mandare ad esaminare il sangue in un altro Istituto. Mancando una ricerca sistematica, molti casi di sifilide non possono essere scoperti, e il trattamento non risponde allo scopo. Mentre invece un solo esame del sangue col mio metodo avrebbe chiaramente scoperto il caso sifilitico! Per esempio Hecht ha fatto pubblicazioni in proposito pochi mesi fa e ogni medico può nel corso della vita ricordare tali casi disgraziati.

Al contrario oggi si hanno dei metodi così semplici, che gli Ospedali e qualsiasi medico pratico della siero-diagnosi possono fare un esame sistematico per ogni caso che gli venga offerto dalla clientela, con la stessa regolarità con cui si fa l'esame delle urine.

Io sono ben certo che con tale ricerca sistematica è possibile scoprire molti casi di sifilide fino ad ora sconosciuti. E quanto sopra è di massima importanza sia nei riguardi dell'ammalato stesso sia nei riguardi della lotta contro la sifilide come malattia contagiosa.

E non cesserò di lavorare indefessamente fino a che avrò raggiunto lo scopo. Soltanto la perseveranza e la tenacia nel lavoro scientifico ci condurrà finalmente alla desiderata mèta.

(1) Le istruzioni tecniche con gli estratti originali vengono fornite dal dott. Elio Sbarigia, Via Tiburtina, 72, Roma.

NOTE DI DIAGNOSTICA

Segni ausiliarii nella diagnosi della infezione scarlattinosa.— MADON (*La Pediatria del Medico pratico,* fasc. 2, 1927).

I segni ausiliarii della infezione scarlattinosa sono: leucocitosi con eosinofilia, inclusioni leucocitarie, urobolinuria, sintomo tardivo di Schleissner, segno di Pastia, segno del laccio o di Rumpel-Leede, fenomeno di estinzione o di Charlton-Schultze, reazione di Dick, adenopatie scarlattinose e post-scarlattinose.

La leucocitosi con eosinofilia compare già al primo giorno dell'esantema e si protrae per 8-10 giorni; è utile ricercarla nel periodo tardivo dell'esantema (3ª-4ª giornata); non è comune al morbillo, nel quale invece si ha ipoleucocitosi neutrofila. L'eosinof. manca nei casi gravi di scarlattina e nelle sue complicanze; è sempre assente negli esantemi scarlattiniformi di altra natura. Le inclusioni leucocitarie (quelle di Döhle e di Amato) non hanno, secondo la maggioranza degli AA. un valore diagnostico.

L'urobilinuria è abbondante; spesso è anche presente l'acetone che manca nel morbillo.

Il sintomo tardivo di Schleissner consiste in una desquamazione puntiforme o lamellare sul margine superiore dell'onecchio: è un segno retrospettivo.

Molto più importante è il segno di Pastia, o segno della piega del gomito, consistente in una speciale eruzione lineare di colore rosso-bruno, ben evidente alla piega del gomito: è una stria di colorito prima rosso, poi scuro, accompagnata da altre minori. Comparisce all'inizio dell'esantema e dura diversi giorni.

E' utile nei casi di esantema lieve o atipico perchè è raro o poco evidente negli altri esantemi (morbillo, da siero ecc.). Ha un massimo d'intensità nel 2° e 3° giorno dell'esantema e persiste fino all'inizio della desquamazione.

Il segno del laccio, di Rumpel e Leede si ottiene col provocare una strettura con un comune laccio di gomma alla piega del gomito. Dopo pochi minuti nel solco di essa appaiono numerose piccole emorragie. Questo segno si può ottenere nei primi 5 o 6 giorni quando l'eritema è ancora in atto.

Secondo l'A. il segno del gomito e quello del laccio dipendono da una lesione dell'endotelio capillare cutaneo per labilità vasale di natura tossica.

Il fenomeno di estinzione e la reazione di Dick fanno parte di reazioni immunitarie ancora allo studio.

Le adenopatie possono precedere o accompagnare o seguire l'infezione, di solito sono sottomandibolari e ordinariamente benigne. Raramente suppurano.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI FIRENZE
diretto dal Prof. C. FRUGONI

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA E ALLA GENESI DELLE DITA IPPOCRATICHE (*)

per il dott. ALDO RONCATO

Storia

La curiosa deformazione delle dita a bacchetta di tamburo, prese il nome di « dita ippocratiche » perchè fu Ippocrate il primo ad osservarle ed a descriverle.

« Purulenti qui ex pleuritide aut peripneumoniae huius « modi sunt febris habent interdiu leves, de nocte fortiores ac « nihil exponent commemorabile, sudant circa collum et jugu- « lum, caventur oculi, malae rubent, manum vere extimio ca- « lent digiti et exasperantur, ungues aduncì fiunt, pedes refri- « gerantur et tumment, pustolae toto erumptent corpore, cibos « jubent facescere, atque haec suppurati signa sunt inveterati ».

Dopo di lui nessuno ne parlò e bisogna risalire al principio del XX secolo per risentire a parlare in Sauvage, Duret, Petissier, che le trovarono nei tubercolosi.

Furono rammentate poi da Blaudin e da Faye e nel 1892 da Pigeaux.

Trousseau (1834) fece delle deformazioni ippocratiche un segno della tubercolosi e, a partire da quell'epoca, le idee di questo autore tendono a prevalere su tutte le altre e ciò dura fino al 1862, quando per opera di Meillet (1874), d'Ulmo de Truffin (1875), d'Essbach (1886), ritornano in vigore concetti differenti sia sull'etiologia che sulla patogenesi della forma.

Quando nel 1890 comparve il lavoro di Pierre Marie « Osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica » si volle fare delle dita ippocratiche un primo segno di quella sindrome e da allora i varii autori si divisero; alcuni sostenevano tenacemente questa teoria, altri la negavano assolutamente, specie perchè, nella seduta del 18 gennaio 1897 all'Associazione Medica di Vienna, Telecky disse che per mezzo dei raggi Roetgen non aveva mai trovato alterazioni ossee, ma solo alterazioni delle parti molli.

Parecchie pubblicazioni di Autori come il Bozzolo, il Massalongo, il Franchini, il Ferrio, ecc. fecero cadere completamente la teoria troppo unitaria sulla etiologia della forma e apparvero sempre più numerose le malattie nelle quali tale forma si presentava.

Ma dove vagò molto lo studio, e mi sia permesso anche di dire, la fantasia dei varii Autori, fu sulla patogenesi, senza basarsi sui fatti reali, pur di combattere una idea precedente, ed è appunto per le troppe ipotesi emesse che possiamo dire che la patogenesi delle dita ippocratiche sia ancora sconosciuta in gran parte, e solo portando un pò d'ordine ed eliminando tutto quello che fu detto di superfluo e di sbagliato, ci si può avvicinare un poco a quella che dovrebbe essere la vera causa di tale alterazione.

Sintomatologia

Esaminando una mano colle caratteristiche alterazioni ippocratiche, siamo colpiti per la forma smussa dell'estremità delle dita, l'ultima falange è più corta, più larga e arrotondata in massa. Se noi prendiamo isolatamente questa ultima falange vediamo che il suo diametro antero-posteriore è notevolmente aumentato per lo sviluppo considerevole della polpa del dito, sviluppo che contrasta con la magrezza del resto della mano.

Le unghie sono convesse nei due sensi, allungate e allargate sensibilmente, il bordo libero viene a curvarsi sulla polpa, oltrepassando l'estremità inferiore del dito (v. fig. 1).

Lo sviluppo esagerato delle parti molli solleva la radice dell'unghia in modo che questa si trova situata su di un piano superiore dell'estremità digitale anteriore, nel medesimo tempo il bordo laterale della falangetta, che allo stato normale presenta due pieghe cutanee formanti il letto dell'unghia si lascia abbassare. L'unghia non è solo modificata nella sua forma generale, ma anche nella struttura, perchè, subisce un assottigliamento e diviene flessibile. La colorazione è variabile, in generale si constata pallore e sparizione della lunula. Fu paragonata ad un vetro dell'orologio.

Secondo Trousseau non appare in tutte le dita nel medesimo tempo, ma in modo assai regolare nel suo presentarsi; comincia in generale nel pollice, poi l'indice, poi gli altri, l'anulare è sovente privo di deformazione.

Le alterazioni nelle dita dei piedi a volte non sono evidenti, a volte si, ma sempre meno pronunciate di quelle delle dita della mano. In alcuni casi si presentano solo unilaterali.

I sintomi di questa alterazione sono puramente obbiettivi, perchè il malato non ne soffre e l'apparizione di questo fenomeno si fa con una certa lentezza e si produce sempre dopo che si è presentata la malattia, meno in alcuni casi di pleurite purulenta dove l'accentuarsi della forma è rapido e coincide colla elevazione della temperatura.

Fig. I.

La colorazione della mano varia si può dire con ciascun malato e in riguardo all'età della lesione, a volte le estremità sono violacee, cianotiche, a volte rosee completamente.

L'alterazione ha quasi sempre carattere definitivo, meno in qualche caso piuttosto raro come ha dimostrato Pichar nella sua tesi.

Anatomia patologica

In riguardo alle alterazioni che si possono trovare nelle dita ippocratiche, oltre quelle che si riscontrano a prima vista e che già furono descritte nella sintomatologia, abbiamo che la parte principale dell'ingrossamento è data dall'ipertrofia delle parti molli, mentre l'osso rimane perfettamente integro, e non prende parte all'aumento di volume.

Si avrebbe nelle dita a bacchetta di tamburo, secondo la maggioranza degli Autori, uno sviluppo esagerato delle parti molli della matrice dell'unghia e una degenerazione delle pareti venose sottoungueali che darebbero luogo a formazioni di varici.

Se noi facciamo l'esame dei capillari col capillaroscopio troviamo che le anse capillari sono aumentate di numero, specie se si tratta di dita ippocratiche in soggetti con cianosi congenita (Frontali), enormemente dilatare, allungate, varicose e tortuose; a rete subpapillare è altrettanto dilatata e congesta.

(*) La ricca bibliografia annessa al lavoro sarà pubblicata negli estratti. N. d. R.

Digitized by Google

Anche dal risultato delle mie osservazioni capillaroscopiche fatte sulle estremità digitali e in modo speciale sulla plica periungueale, in soggetti con dita ippocratiche e non affetti da vizi congeniti di cuore, ho potuto vedere che anche qui si nota ugualmente un notevole aumento dei capillari, che a volte posso-

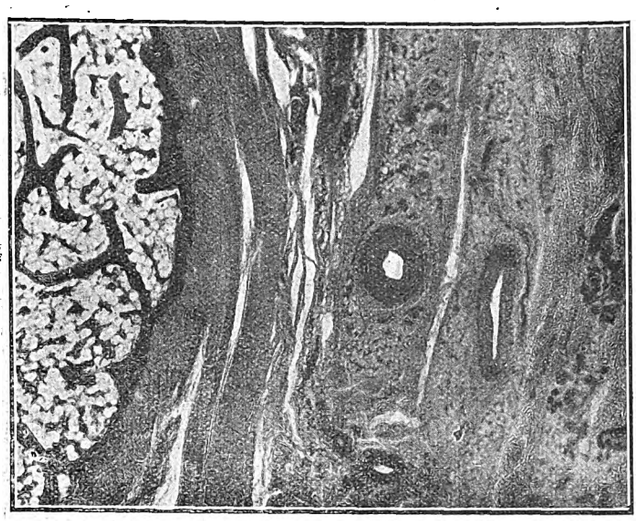


Fig. II.

no raggiungere un cospicuo volume, tanto che tutto il campo del capillaroscopio appare invaso. I capillari sono sempre ingranditi tortuosi, le anse sono sempre bene evidenti specie il tratto venoso che assume a volte una dilatazione fortissima, mentre il tratto arterioso è sempre più ristretto e a volte è appena percettibile.

Presento il risultato di alcune mie osservazioni :

I. Dita ippocratiche in soggetto con endocardite lenta.

Esame capillaroscopico della plica periungueale: Fondo pallidissimo, anse capillari più fitte e numerose del normale, con ramo arterioso bene evidente, mentre il tratto comunicante e il ramo venoso sono evidentissimi e molto dilatati, un pò varicosi, quasi sempre tortuosi. Non si notano pulsazioni nè dei vasi nè del fondo.

II. Dita ippocratiche in soggetto con enfisema polmonare sostanziale.

Esame capillaroscopico della plica periungueale : Fondo tendente al roseo, anse capillari bene evidenti, più fitte e numerose del normale, ramo arterioso poco evidente e ristretto, mentre il tratto comunicante e il ramo venoso sono assai ingrossati. Le anse sono molto varicose, tortuose a volte s'intrecciano.

III. Dita ippocratiche in soggetto con antica pleurite, probabilmente specifica, e apicite sinistra.

Esame capillaroscopico della plica periungueale (dita fortemente ippocratiche) : Fondo roseo chiaro, anse capillari molto bene evidenti, così fitte che ricoprono tutto il campo del microscopio; parte venosa e tratto comunicante dell'ansa molto dilatati, tortuosi, molto aumentati di volume, forse sette od otto volte il normale, tratto arterioso a volte non bene evidente.

Se noi confrontiamo queste osservazioni con quelle che si possono riscontrare invece nell'esame capillaroscopico della plica peringueale di un normale, si possono facilmente riconoscere le differenze, e si può supporre che una simile dilatazione e aumento dei capillari concorra in parte a dare l'aspetto caratteristico delle dita a bacchetta di tamburo.

Ho desiderato portare un contributo maggiore, cercando al microscopio quali fossero le alterazioni che si riscontrano nel cadavere, e sono arrivato a queste conclusioni: (fig. 2, 3 e 4).

I. Si trovano degli ispessimenti delle pareti e forse neoformazione dei capillari e nel grasso e nel connettivo.

II. C'è un aumento notevole di spessore dei vasi arteriosi di medio calibro e piccoli con forte iperplasia muscolare.

III. Aumento notevole di spessore delle vene e dilatazione di esse.

IV. Scarsissimo aumento di tessuto connettivo.

Niente altro di patologico che possa attirare l'attenzione o che meriti di essere descritto.

Diagnosi differenziale

Credo non sia inutile fermarsi un poco sulle diagnosi differenziali fra le varie alterazioni della mano, che possono essere facilmente scambiate con le dita ippocratiche, perchè è un fatto ormai noto che s'inglobano sotto il nome di ippocratismo alterazioni ben diverse d'aspetto, che a volte nel principio del loro manifestarsi, offrono delle somiglianze particolari.

La diagnosi differenziale va fatta circoscrivendo l'argomento delle deformazioni acquisite della mano presentanti un aspetto caratteristico ben definito e risultanti da turbe nutritive con processi neo-formativi, sintomatici di malattie che agiscono sull'intero organismo (Galaime).

Si può discutere così :

1. L'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica del Marie.
2. L'acromegalia.
3. La chiromegalia.
4. La nodosità del Bouchard.
5. Il reumatismo cronico progressivo.
6. La nodosità di Heberden.
7. Una forma speciale di osteomalacia descritta da Charcot.

I. *Osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica.*

La diagnosi differenziale fra l'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica e dita ippocratiche è uno degli argomenti che interessò molto numerosi Autori, e ancora oggi, si può dire, che il campo è diviso fra quelli che sostengono essere le due forme un tutto di una stessa malattia e quelli che sostengono essere due forme diverse del tutto.

Pierre Marie nella *Revue de Médecine* (1890) descrisse una sindrome clinica « osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica » cercando di sbarazzare il campo dell'acromegalia da fatti che non le appartenevano.

I malati da lui osservati presentavano forte aumento del volume delle mani e dei piedi, nelle articolazioni delle membra, con deformazioni ; ipertrofia si trovava anche in certe ossa del torace.

L'aumento era più notevole nelle mani e nei piedi.

Le mani erano più grosse che nell'acromegalia, ma mentre che in questa sono solamente grosse e accorciate, quelle dell'osteo-artropatia erano anche deformate. Le dita erano alcune volte allungate, allargate e presentavano da parte delle falangette un rigonfiamento considerevole a forma di bulbo con le dita ippocratiche.

Anche nei piedi c'erano fatti analoghi, sia pur meno pronunciati.

Il Marie dichiarò che in questo aumento di volume delle falangette la parte principale spetta all'osso, mentre le parti molli sono solamente distese, e questo si aveva sempre in relazione

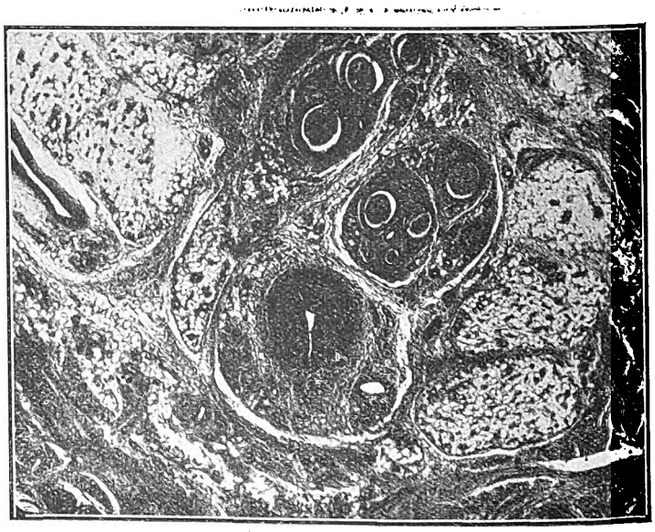


Fig. III.

di una affezione polmonare anteriore, come bronchite cronica, pleurite purulenta, tubercolosi polmonare e che la deformazione, sia sotto il punto di vista morfologico, sia dal punto di vista patogenetico, era un fenomeno simile alle dita ippocratiche.

Pareva ormai che queste, col diffondersi della descrizione

Digitized by Google

del Marie, dovessero essere conglobate nella nuova forma e quasi immedesimate con essa, tanto che alcuni consideravano come casi di osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica delle osservazioni cliniche in cui la deformazione si riduceva solo all'esistenza delle dita a bacchetta di tamburo.

Ma un argomento importante che tende a dimostrare l'indipendenza delle dita ippocratiche dall'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica, è che la deformazione propria di esse è dovuta ad una ipertrofia delle parti molli, e lascia intatte le ossa e le articolazioni delle dita come dimostrò per primo per mezzo della radiografia il Telecky nel 1897 e subito dopo una numerosa schiera di osservatori (Labrit, Galaime, Maygret, Bezançon e Israel de Jong, Tridon, Mayeux, Parmentier e Castagne, Beclère, Baur e fra gli italiani Ferrio, Massalongo, Bozzolo e ultimamente il Giugni e lo Zocchi (1923), ecc.); come diagnosi differenziale il Bezançon e Israel de Jong davano questi dati:

	Dita ippocratiche	Osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica.
1. Estensione della deformazione.	Sempre limitata alle falangette qualunque sia la durata della malattia causale.	Mai limitata alle falangette. - Deformazioni multiple dell'osso e delle articolazioni.
2. Segni funzionali.	Mai dolori, mai impotenza funzionale.	Quasi sempre impotenza funzionale e dolori.
3. Evoluzione.	Marcia progressiva e continua.	Marcia per poussées dolorose osteo-articolari.
4. Anat. patologica	Niente lesioni ossee, ipertrofia delle parti molli.	Lesioni ossee, articolari e periostee.

Però il Franchini domandandosi quale nesso esista tra le dita a bacchetta di tamburo e le alterazioni trovate nelle falangi terminali nell'osteo-artropatia del Marie, cerca di vedere, come già tentarono il Pick, lo Schmid, il Koll, lo Slaw e il Cooper, se esse erano il primo stadio della forma morbosa o debbono essere del tutto separate, e disse che l'esame radiografico non lo aveva illuminato sulla questione, giacchè in tre casi di osteo-artropatia, in cui aveva trovato la caratteristica periostite ipertrofica in altra parte dello scheletro, nell'ultima falange delle mani e dei piedi non aveva riscontrato nulla di speciale. Allora diceva che:

1. Era vero che le dita ippocratiche spesso sussistono senza alcuna altra alterazione ossea, ma è vero ancora che la sindrome del Marie tipica è sempre accoppiata a tale deformazione delle falangette.

2. Aveva valore il fatto che frequenti sono i soggetti che presentano le dita a bacchetta di tamburo e pochi quelli con forma di osteo-artropatia, ma che però questo non è del tutto dimostrabile.

3. Nè il criterio etiologico, spesso uguale, nè il criterio terapeutico o di guaribilità ci aiuta nella dimostrazione perchè la forma ippocratica può guarire, anche in casi avanzati di osteo-artropatia.

Perciò in seguito a queste considerazioni credeva che non si potesse con sicurezza affermare la diversità delle due malattie, specie in considerazione di un caso da lui presentato, dove c'erano accoppiate le due sindromi, l'una seguì l'altra. L'esame radiografico e l'esame dell'osso stesso estratto dal cadavere non aveva dimostrato nessuna alterazione, e l'aumento in volume delle falangette era dato solo dai tessuti molli.

Inoltre disse, che se ben si osservano i dati anamnestici nella malattia del Marie si vede che difficilmente le lesioni ossee e articolari insorgono prima delle deformazioni a clava.

Però il Massalongo negli Atti del R. Istituto Veneto 1913-1916 scrisse:

« Quanto poi alla questione ancora dibattuta dell'identità o « meno fra le dita ippocratiche e osteo-artropatia pneumica « noi sostenemmo e sosteniamo ancora che le due forme deb- « bono considerarsi come tipi nosologici distanti. Sul primi- « tivo concetto del Pick, che cioè il dito ippocratico possa es- « sere lo stato iniziale dell'osteo-artropatia del Marie, e recen- « temente sostenuto dal Franchini, noi facciamo osservare come « il semplice calcolo numerico si ribelli a questa idea. Come mai, « per esempio, fra le centinaia di migliaia di tisici che popolano « gli ospedali, dove è frequente la deformazione dell'ultima fa- « lange delle dita, non venne osservato che poco più di un cen-

Fig. IV.

« tinaio di esempi di osteo-artropatia ipertrofizzante? Perciò « crediamo che se anche in qualche raro caso fu notata la suc- « cessione dei due fatti, ciò non sia sufficiente per ammettere « un rapporto fra l'una e l'altra forma, ma che piuttosto si deb- « ba ritenere come la conseguenza di cause diverse contempo- « raneamente e fortuitamente in atto ».

Dal risultato delle mie osservazioni non posso che confermare il giudizio emesso dalla maggior parte degli autori. Infatti l'immagine radiografica e radioscopica fatta su diversi ammalati presentanti dita ippocratiche, mi convinsero che non esisteva nessuna alterazione ossea sulle falangette, ma in qualche caso, che ho potuto seguire per lungo tempo, fino alla morte, non si presentò mai nessuna alterazione dello scheletro, nè della mano, nè in nessun altro punto.

Ammettere dunque che le dita ippocratiche siano da inglobare nell'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica, o per lo meno farne uno stadio iniziale di essa, sembrami che sia una cosa non giustificabile, specie perchè:

1. In tutti i casi di mia osservazione nessuno presentò mai alterazioni ossee.

2. Mentre l'osteo-artropatia ipertrofizzante, come disse il Marie è di origine pneumica e dipende dal passaggio in circolo di tossine, si può trovare dita ippocratiche anche in malattie tutto affatto differenti da quelle polmonari, come negli aneurismi.

3. Le idee patogenetiche più ragionate, come vedremo in seguito e l'anatomia patologica della forma si schierano contro la teoria unitaria.

Finchè dunque dimostrazioni più convincenti non ci verranno offerte, e tutto si baserà su fatti, come ben disse il Massalongo, che faranno supporre essere di pura e semplice coincidenza, bisognerà tener distinte le due forme, dita ippocratiche e osteo-artropatia.

II. *Acromegalia*. L'aspetto delle dita nell'acromegalia è talmente caratteristico che è facile fare la diagnosi per il solo aspetto di esse, perchè, dopo il polso, fino alle estremità delle dita sono considerevolmente aumentate di volume, mentre il resto dell'arto non è per niente ipertrofico.

L'ipertrofia si arresta al polso e sembra più considerevole per le dita che per i metacarpi, e carattere generale di questo aumento di volume è di essere maggiore nel senso della larghezza, perciò la mano prende un aspetto corto e tozzo.

Le dita ingrossano molto pur conservando la loro direzione normale, assumono una forma cilindrica e diventano più grosse alla estremità che alle basi (dita a salsiccia del Marie).

Le unghie non prendono parte all'ingrossamento delle mani, anzi appaiono relativamente piccole, ma sono obbligate a cam-

Digitized by Google

biare di forma per adattarsi, perchè le dita si allungano e allora, invece di essere convesse trasversalmente, diventano piatte.

III. *Chiromegalia.* Questa affezione è stata studiata per la prima volta da Charcot e Brissaud nel 1891 e consiste in una ipertrofia localizzata delle mani, che si può trovare in qualche soggetto siringomielitico. Le dita sono grosse e corte, la pelle presenta dei solchi che occupano le pieghe di flessione e queste pieghe separano cercini voluminosi.

La pelle è indurita e le articolazioni metacarpo-falangee e le articolazioni con le falangi sono ipertrofiche, inoltre ci sono altri punti delle mani dove si nota un rigonfiamento considerevole e permanente di tessuti.

IV. *Nodosità di Bouchard.* Si chiama così un rigonfiamento osseo che ha sede esclusiva alla articolazione falango-falangina delle dita.

E' stato il prof. Bouchard che primo ha notato la frequenza di questa deformazione e ha saputo separarla da fatti artritici con i quali era stata confusa per riportarla con più ragione a turbe dispeptiche.

Alla palpazione l'articolazione è liscia e non presenta asperità, il rigonfiamento si esplica specie sulle epifisi della falangina.

La pelle non subisce alcun cambiamento di colore, senza disturbi, senza dolori, le dita possono essere prese tutte o una sola, più frequenti l'anulare e il medio.

V. *Reumatismo cronico progressivo.* Parlerò qui del reumatismo articolare cronico progressivo, detto anche reumatismo nodoso, che decorre nelle dita della mano e ha uno sviluppo lento e progressivo.

Le lesioni sono limitate alle articolazioni e alle estremità ossee che le formano, l'invasione avviene dalla periferia al centro, ed è quasi sempre simmetrica nelle due mani, nelle quali le deformazioni possono avvenire accentuatissime, dovute in parte a cambiamento di forma dei tessuti periarticolari e a deviazioni.

A livello delle articolazioni stesse si sentono le estremità ossee rigonfiate e irregolari, e questa iperostosi si manifesta specialmente a livello della testa dei metacarpi e diventa evidente nella faccia dorsale della mano.

VI. *Nodosità di Heberden.* Questa forma è stata descritta nel 1803 da Heberden che ha avuto il merito di riconoscerne la natura ossea.

Queste nodosità sono costituite da una ipertrofia dei due noduli ossei che si trovano normalmente sul dorso della falangina a livello della sua estremità superiore. Queste produzioni superano la larghezza dell'articolazione falangineo-falangetta.

I due noduli sono sovente ben distinti ed essendo di tessuto osseo sono consistenti.

Le nodosità hanno come sede di predilezione le ultime articolazioni falangee e si possono considerare come la più leggera e la più cronica manifestazione dell'artrite reumatoide.

VII. *Osteomalacia.* Nell'osteomalacia le ossa delle mani sono invase come tutto il resto del corpo, ma il processo morboso non offre niente di particolare a quel riguardo, perciò segnalerò solo una deformazione, notata da Beylard (1852) e di nuovo poi studiata da Charcot, e che consiste in una ipertrofia e un appiattamento delle estremità delle falangette.

Le dita nel loro insieme prendono l'aspetto di racchette e spesso la falangetta così modificata subisce il cambiamento di direzione ed è il pollice che per solito è più deformato.

Questo rigonfiamento dell'estremità digitale è dovuto ad una ipertrofia delle parti molli, mentre l'osso è atrofico.

Etiologia

Riguardo all'etiologia delle dita ippocratiche dobbiamo dire che è ormai caduta per sempre l'asserzione di Trousseau, che diceva essere queste alterazioni proprie dei tubercolosi, poichè si conoscono numerosissime altre malattie capaci di darle; come pure cadde l'ipotesi che solo malattie dell'apparato respiratorio e cardiaco siano capaci di dare queste caratteristiche deformazioni delle ultime falangi.

Essbach in una statistica di 460 individui adulti al di sopra di 45 anni segnalò su 122 ippocratici, 32 individui con affezioni diverse non toraciche, nè polmonari, nè cardiache.

Debbo però anch'io confermare che la maggior parte di ammalati, presentanti dita a bacchetta di tamburo, è affetta da lesioni a carico dei polmoni e del cuore.

Le malattie capaci di dare queste caratteristiche deformazioni sono :

1. Varie malattie polmonari e della pleura.
2. Vizi congeniti e acquisiti del cuore con cianosi o senza.
3. Endocardite lenta.
4. Tumori aneurismatici.
5. Cianosi enterogena dello Stokvis.
6. Malattia di Raynaud.
7. Morbo di Pott.
8. Lussazione antica della spalla.
9. Cirrosi biliare.

E' stato inoltre osservato che le dita a bacchetta di tamburo si sviluppano, oltre che nelle forme dette, anche in molte altre malattie, come la diarrea cronica, certi casi di porpora, carcinoma dell'esofago, stenosi del piloro, sifilide congenita, la lebbra, il rachitismo, la malaria, ecc. Francamente però si deve ammettere che questi casi sono, prima di tutto, molto rari e non è difficile ammettere che si possa essere di fronte a sintomi ippocratici accidentali, non in relazione con queste malattie, ma con una di quelle sopra elencate, oppure di fronte a casi osteo-artropatici, non rari a dir il vero, che possono portare un'apparente deformazione di dita a bacchetta di tamburo alle falangette degli individui affetti. E infatti noi non troviamo, in questi casi, nessuna osservazione completa in tutti i sensi corroborata da radiografie o autopsie, ma solo accenni più o meno evidenti di ippocratismo, che ci fanno dubitare molto sia sull'affermazione, come sulla conoscenza da parte di questi osservatori in riguardo alle alterazioni puramente e prettamente ippocratiche.

Perciò credo, che la precedente classificazione, pur non essendo nè sicura nè completa, sia tuttavia la migliore che allo stato attuale della nostra conoscenza sull'etiologia di queste deformazioni, si possa fare.

1. *Malattie del polmone e della pleura e dita ippocratiche.* « Phtisicis ungues aduncì » scrisse Trousseau e per lui le dita ippocratiche non si osservano che nei tubercolosi e questa, per lungo tempo, fu la sola causa etiologica ammessa.

Lo stesso Autore diceva di non aver mai visto individuo morire di tubercolosi polmonare, nel quale le dita non avessero o più o meno, presa la forma ippocratica e arrivò a queste conclusioni :

1. La forma ippocratica è quasi esclusiva della tubercolosi.

2. Tutti i tubercolosi non hanno la mano ippocratica, ma tutti quelli che hanno la mano ippocratica sono tubercolosi.

3. Negli individui tubercolosi la deformazione è tanto più pronunciata quanto più la malattia è avanzata.

Ma Pigeaux aveva già fatta una statistica che provava che la tubercolosi non era la sola causa, e infatti aveva constatato che su 200 tubercolosi, 167 avevano le dita ippocratiche; su 193 soggetti non tubercolosi 17 avevano delle deformazioni delle dita, su questi, 9 presentavano delle affezioni organiche del cuore, 4 erano enfisematici, 4 con catarro cronico.

Vernois disse che su 276 ammalati visti, 180 avevano dita normali, 88 no, su questi 36 erano tubercolosi, il resto con altre malattie.

Sebbene fosse già stato notato che in alcuni casi si poteva avere dita ippocratiche anche senza tubercolosi, pur si dava a questa un valore semeiologico molto importante, tanto che lo stesso Pigeaux disse che era meno grave avere una o due emottisi piuttosto che presentare questa deformazione.

Questo concetto era tanto radicato che vediamo ancora nel 1862 Caron dire : « Noi continueremo ad accordare tutta l'importanza semeiologica che Trousseau e Pigeaux le hanno dato » e Labalbary nel 1863: « Le dita ippocratiche sono state notate in tutti i tempi come il segno patognomonico della tisi polmonare ».

Ma poscia parecchie osservazioni vennero a combattere l'affermazione di Pigeaux e Trousseau e degli altri autori che seguirono specie perchè, fino allora, la lesione non era stata studiata che nell'adulto.

Il prof. Moussons notò che l'affezione esiste anche nel fanciullo e può venire anche in qualche malattia relativamente acuta dell'apparato respiratorio.

Digitized by Google

Dopo di lui Gillet pubblicò due osservazioni di malati, uno affetto da enfisema e bronchiettasia e uno con pleurite purulenta e dita ippocratiche; uguali osservazioni furono ripetute da Jamet, Moizard, Bailly, Richardier, Bamberger e Rauzier, i quali dimostrano che il dito ippocratico non è l'appannaggio dei tubercolosi ma si può anche riscontrare in soggetti affetti da malattie diverse, specie da ectasie bronchiali.

Nel trattato di medicina di Charcot e Bouchard, Marfan segnala le dita ippocratiche in tutte le malattie che possono turbare l'ematosi (bronchite cronica, tubercolosi, ecc.) e nello stesso trattato Metter ne parla anche in casi di pleurite purulenta.

Lamarque nella sua tesi riporta due osservazioni di pleurite purulenta da pneumococchi con ippocratismo.

Negli ultimi anni è stato segnalato l'ippocratismo nella più gran parte delle malattie croniche, del polmone e della pleura; le osservazioni di bronchite cronica con o senza dilatazione dei bronchi sono abbandantissime, mentre non ha luogo nelle malattie acute, perchè è il risultato di una trasformazione dei tessuti che si produce lentamente.

Concludendo, si può dire che nelle affezioni pleurali e polmonari croniche le dita ippocratiche sono frequenti, e che, sebbene nella tubercolosi siano più facili a vedersi, si riscontrano pure nella bronchite cronica, nell'ascesso polmonare, nella pleurite purulenta e specie nell'enfisema, anche se queste malattie non hanno come agente patogeno il bacillo di Koch.

2. e 3. *Cardiopatie e dita ippocratiche.* Anche in questo capitolo dobbiamo fare delle distinzioni. Nella pratica possiamo trovare dita a bacchetta di tamburo nelle seguenti cardiopatie :

a) Vizi congeniti di cuore con cianosi sia primitiva, sia tardiva.

b) Vizi acquisiti di cuore.

c) Endocardite lenta.

Cianosi e dita ippocratiche. Nella cianosi legata a vizi congeniti cardiaci è un fatto quasi costante il reperto delle dita ippocratiche, e ciò viene dimostrato dalle numerose statistiche dei vizi congeniti, fra i quali il reperto più frequente è la stenosi dell'arteria polmonare, che si accompagna in generale ad altre anomalie dei setti cardiaci.

La cianosi propriamente detta, o morbo ceruleo, chiamata anche morbo bleu, cianodermia, cianopatia, acrocianosi, è una malattia in generale congenita che risalta subito alla vista per una colorazione azzurra della pelle e delle mucose visibili accompagnata da altri sintomi a carico del cuore e da dispnea continua o intermittente.

Si tentò di spiegare il perchè di questa sindrome ancora nel 1749 con Senac, che sostenne doversi trattare di anomala comunicazione dei due cuori, e cioè comunicazione dei ventricoli, o delle orecchiette attraverso i rispettivi setti. Anche altri autori si mostrarono d'accordo su questo, alcuni credendo più ad anomalie riferentisi al setto cardiaco interauricolare (Durozier Valmann, Klob, ecc.) altri ad anomalie del setto interventricolare (Rokitanski, Sokoloff); ma a base anatomica del morbo azzurro oltre le suddette anomalie, ne sono state indicate altre riferentisi agli orifizi valvolari e ai grossi vasi.

Oltre a casi dove la cianosi esiste dalla nascita, ne abbiamo altri, dove la cianosi appare nei primi anni della vita, cianosi tardiva di Bard e Curtillet, oppure si può rilevare anche sotto forma di accessi, cianosi parossistica di Variot. Anche in questi casi sono fequenti le dita ippocratiche.

Tutti gli autori, che dopo Gintrac, hanno descritto i sintomi della cianosi, hanno insistito sulla deformazione delle estremità delle dita, che sono allargate e arrotondate in massa, come pure hanno dimostrato, meno pochi come Jourdan e qualche altro, che l'alterazione si deve solo riferire alle parti molli, mentre le ossa delle falangette rimangono normali.

Vizi acquisiti di cuore con o senza cianosi e dita ippocratiche. Il reperto delle dita a bacchetta di tamburo in caso di vizi acquisiti di cuore è raro in confronto ai vizi congeniti, io stesso ho potuto osservare un caso solo.

Endocardite lenta e dita ippocratiche. La deformazione ippocratica suole osservarsi anche negli ammalati che presentano sintomi di endocardite cronica lenta.

Furono il Gallavardin per primo in Francia e il Bamberger in Germania che descrissero questi sintomi nel corso di tale malattia. Il Gallavardin comunicava alla Società Medica di Lione (1921) due casi evidenti e il dott. Hatzieganu di tali casi ha raccolto otto osservazioni, che egli considera importanti per il fatto che le dita ippocratiche vennero riguardate quale esclusiva manifestazione extra-cardiaca di vizi congeniti di cuore.

Egli venne a questa conclusione, che « le dita ippocratiche non si trovano, giammai nelle semplici lesioni valvolari del cuore sinistro, ma si osservano invece nell'endocardite lenta e recidivante » anzi occorrerebbe che un nuovo processo endocardico si impianti su una lesione vecchia dell'endocardio, assumendo il tipo cronico lento. Il focolaio poi del processo infiammativo non ha importanza di sorta perchè le dita a bacchetta di tamburo si possono trovare tanto nei mitralici, quanto negli aortici, come nei mitro-aortici.

Dal risultato delle mie osservazioni debbo convenire solo in parte a quanto il dott. Hatzieganu dice, perchè ho osservato qualche caso di dita ippocratiche anche in semplici lesioni valvolari del cuore sinistro.

4. *Tumori aneurismatici e dita ippocratiche.* Le osservazioni di dita ippocratiche in rapporto a tumori aneurismatici non sono molto rare, e sono state per la prima volta studiate da Beclère e Meygret nel 1905, i quali pure osservarono che in questi casi invece di presentarsi sempre alle due mani, come è di regola, le deformazioni delle dita si presentano dal lato dell'aneurisma. La radiografia delle due mani, ha mostrato che le falangette della mano deformata non erano più voluminose che quelle della mano normale, e che l'alterazione non era che a carico delle parti molli.

Ma già prima di questi autori, Ogle nel 1856, più tardi Chanton, Thomas, Smith e altri avevano accennato a dita a bacchetta di tamburo in casi di aneurisma nell'arto dello stesso lato, della lesione.

Le osservazioni più importanti sono date dal Maygret.

1. Uomo di 65 anni con aneurisma della succlavia destra con dita ippocratiche dello stesso lato; la lesione interessa solo le parti molli;

2. Uomo di 66 anni con aneurisma del tronco brachio-cefalico, dita ippocratiche a destra ;

3. Uomo di 54 anni con aneurisma dell'aorta, dita ippocratiche bilaterali.

Bèclère presenta altre osservazioni :

1. Uomo di 65 anni con aneurisma della succlavia destra, dita ippocratiche allo stesso lato; reperto radiografico a carico dell'osso, negativo ;

2. Uomo di 60 anni con aneurisma aortico comprimente la vena cava superiore, dita ippocratiche da ambo i lati ;

3. Uomo di 55 anni con aneurisma aortico comprimente i due tronchi brachio-cefalici, il destro più che il sinistro; le modificazioni ippocratiche sono più accentuate a destra che a sinistra.

Altri casi li presentarono il Baur ed il Marchal e negli anni seguenti.

Berent (1903) presenta un caso di un uomo di 56 anni con aneurisma dell'arteria succlavia sinistra con dita ippocratiche allo stesso lato; reperto radiografico a carico dell'osso negativo.

Grödel (1906) presenta un caso di un uomo di 47 anni con aneurisma al principio dell'aorta discendente e dita ippocratiche a sinistra, reperto radiografico a carico dell'osso, negativo.

Yoachin (1909) presenta un caso di aneurisma dell'arco dell'aorta, dita ippocratiche a sinistra.

Ebstein (1910) presenta un caso di aneurisma sotto-clavicolari sinistro con dita ippocratiche allo stesso lato.

Föster (1913) presenta un caso di un uomo a 55 anni con aneurisma dell'arco dell'aorta e arteria succlavia sinistra con dita ippocratiche allo stesso lato, reperto radiografico a carico dell'osso, negativo.

Müntiegan (1916) presenta un caso di un uomo a 44 anni con aneurisma dell'arco dell'aorta e arteria succlavia sinistra per lue pregressa; dita ippocratiche allo stesso lato; radiologicamente nessuna alterazione dell'osso. La cura antiluetica portò ad un sensibile miglioramento dell'aneurisma e dopo due anni alla quasi scomparsa della dita a bacchetta di tamburo.

Considerando questi casi si deduce, rispetto alla natura della malattia fondamentale che in tutti i casi di dita ippocratiche in un sol lato, vi era aneurisma dell'arco dell'aorta o dell'anonima o della succlavia dello stesso lato, per il quale veniva esercitata una pressione sul plesso brachiale e sul tronco venoso; tutti questi

Digitized by Google

casi poi dimostrano che le lesione nelle dita era esclusivamente a carico delle parti molli.

5. *Cianosi enterogena e dita ippocratiche.* La cianosi oltre essere congenita è anche acquisita. Lo Stokvis descrisse sotto il nome di cianosi enterogena per auto-intossicazione, una sindrome caratterizzata da una colorazione bleu dei tegumenti e delle mucose.

L'Autore presentava un uomo di 30 anni con diarrea cronica, con colorazione bleu della pelle e dita a bacchetta di tamburo.

Il Talma, poco tempo dopo, fece conoscere tre osservazioni riferibili a quelle dello Stokvis con cianosi, enterite, dita a bacchetta di tamburo.

Hymanus V. D. Bergh pubblicò due osservazioni, nel primo caso un bambino di otto anni con enterite, cianosi, dita ippocratiche; nel secondo caso un uomo di 25 anni. In tutti sembra costante il reperto di dita ippocratiche, ma mi mancano osservazioni personali per dire se lo scheletro era immune da alterazioni.

6. *Malattia di Raynaud e dita ippocratiche.* Egisto Magni nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche,* disse che trovò dita ippocratiche in un caso di morbo di Raynaud.

7. *Morbo di Pott e dita ippocratiche.* Tridon nella *Revue de Orthopèdie* (1908) presenta due osservazioni di bambini affetti da gibbosità, in cui si presentarono poscia dita ippocratiche bene sviluppate e conclude dicendo che l'ippocratismo in casi di morbo di Pott è più facile in pratica quanto più giovane è il soggetto e quanto più le vertebre affette sono elevate.

8. *Lussazione antica della spalla e dita ippocratiche.* Klausa (1912) osservò un caso di dita a bacchetta di tamburo evidentissime da un sol lato di un malato ed una lussazione antiquata di una spalla con dolori nevralgiformi al braccio; l'esame radiologico fece vedere ipertrofia delle parti molli e, a differenza delle dita ippocratiche comuni, atrofia delle ossa.

9. *Cirrosi biliare e dita ippocratiche.* Flückiger nel 1884 descrisse nel *Wiener Med. Woch.* l'esistenza delle dita ippocratiche in una malattia che non avrebbe alcuna alterazione polmonare, nè cardiaca ma in cui la pelle mostrava una colorazione grigio-bluastra; all'autopsia si riscontrò l'esistenza di una cirrosi epatica, il cuore sano e una enorme dilatazione delle vene di quasi tutto il corpo riferibile alla cirrosi.

In Inghilterra Taylor pubblicò un caso di cirrosi splenomegalica del fegato in un ragazzo dodicenne; fegato e milza all'autopsia erano ingrossati; c'era anche itterizia, dita a bacchetta di tamburo dove già prima radiograficamente erano state riscontrate ipertrofia delle parti molli solamente.

Anche Smith nel 1898 osservò dei nuovi casi.

Per quanto Taylor, Smith, Boutron, Parmentier e Castagne, e anche recentemente lo Zocchi, non abbiano riscontrata nessuna alterazione ossea, altri Autori, invece, specie tedeschi, come Obermayer, Beuttenmüller e Högler hanno sempre trovato qualche alterazione dello scheletro, sia pure, alle volte, leggera come incrostazioni periostali.

Patogenesi

È facilmente intuibile, dato la curiosità della lesione, che numerosi Autori si proponessero di spiegare la causa della produzione delle dita ippocratiche, e dobbiamo pure dire che le teorie principali in proposito sono svariate.

Credo utile, per rendere l'argomento comprensibile, fare una suddivisione delle ipotesi che più ressero nel campo di queste ricerche:

I. Teoria tossica.
II. Teoria tossi-meccanica.
III. Teoria trofica.
IV. Teoria nervosa.
V. Teoria di Pigeaux o delle turbe dell'ematosi.
VI. Teoria meccanica o della stasi venosa.
VII. Teoria della formazione dell'edema.

I. *Teoria tossica.* La frequente coincidenza delle dita a bacchetta di tamburo con affezioni polmonari e principalmente con le affezioni purulente, condusse varii autori a vedere in questa deformazione i risultati di una intossicazione, specie basandosi sulle idee del Marie intorno allo sviluppo dell'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica.

Il Marie credeva che la sindrome descritta fosse dovuta:

1. Alla produzione, per causa, di germi, di sostanze putride in corrispondenza dell'apparato respiratorio.
2. A riassorbimento in circolo di queste sostanze.
3. All'azione elettiva di queste sostanze su certe parti dell'osso e delle articolazioni.

Il polmone sarebbe dunque, secondo questi Autori, una ghiandola comparabile alla tiroide o alle capsule surrenali, cioè un organo secretore di tossine e antitossine giocanti una parte importante nella nutrizione generale e nella nutrizione locale delle estremità.

Si poteva pensare che la ritenzione o la mancata neutralizzazione di queste sostanze potesse influire sulla produzione delle dita ippocratiche, avendo poi anche dimostrato il prof. Bouchard che c'è nella tubercolina una sostanza la cui azione generale è capace di provocare ovunque una dilatazione vascolare con essudazione e diapedesi; nelle varie regioni questi effetti sono sollecitati per una irritazione locale.

Charrin e Grey ammisero che il bacillo piocianico segreghi una sostanza analoga, Arloing dimostrò che alcuni prodotti dello stafilococco hanno la stessa azione e si credette dunque che l'ipertrofia delle parti molli delle dita ippocratiche potesse esplicarsi per l'influenza di queste tossine sui vasi delle falangette.

Parmentier riferendosi al caso di un individuo con cirrosi biliare, ittero cronico, dita ippocratiche, concludendo di non poter ammettere alterazione dell'ematosi di natura cardiaca o pleuro-polmonare, perchè l'ammalato non aveva mai presentato segni di affezioni toraciche, si doveva supporre che l'affezione cronica dell'apparato biliare aveva favorito la produzione di sostanze nocive che agivano su alcune parti dell'organismo. Ammetteva che l'alterazione umorale fosse dovuta alla presenza nel sangue di bile e acidi biliari, i quali esercitavano una influenza nociva sulle estremità digitali.

Una tale spiegazione, se soddisfaceva per il caso Parmentier, non spiega la patogenesi della deformazione nella maggioranza dei casi. Queste diverse teorie possono essere ammesse per l'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica ma non possono essere invocate in casi di dita ippocratiche, perchè numerose di queste affezioni, se si accompagnano per esempio, a restringimenti congeniti dell'arteria polmonare, non sono affezioni purulente e per conseguenza l'aumento di volume delle falangette non può essere spiegato con l'assorbimento di tossine.

II. *Teoria tossi-meccanica.* Labalbary nel 1863 aveva fatto intervenire la stasi venosa con deposito di elementi tubercolari nel tessuto delle falangette in seguito ad una circolazione di ritorno insufficiente.

Si capisce bene che questa teoria poteva essere ammessa solo quando si credeva che le dita ippocratiche fossero sintomo patognomonico della tubercolosi, non spiegandosi così come avvenga quando non ci sono lesioni specifiche.

III. *Teoria trofica.* Laennec attribuisce la causa delle deformazioni ippocratiche al dimagrimento e alla scomparsa del pannicolo adiposo delle dita; ma le misurazioni delle falangette dimostrano al contrario che c'è un aumento della circonferenza.

Il dimagrimento e la scomparsa del pannicolo adiposo, quali effettivamente avvengono, possono servire a mettere maggiormente in rilievo la deformazione dell'ultima falange, ma non potranno essere l'unico o il principale coefficiente dell'alterazione.

Radiografie e necroscopie dimostrano che si ha un aumento delle parti molli delle falangette.

IV. *Teoria nervosa.* Il Baur sostiene che è difficile dimostrare l'assenza della partecipazione dei nervi compresi nella produzione di queste lesioni, specialmente riferendosi ai tumori aneurismatici.

Difatti questi possono benissimo interessare le vene, le arterie e i nervi che formano il plesso vascolo-nervoso, e crede di dare una dimostrazione di ciò, riportandosi alla paralisi del plesso brachiale, tipo radicolare superiore di Duchenne-Erb, dove esistono olte a tanti altri sintomi caratteristici della lesione, edema a carico delle mani, con levigatura della pelle e incurvamento delle unghie, che paragona alle deformazioni ippocratiche.

Credo sia inutile dimostrare che questa ipotesi non può reggere, primo di tutto perchè non spiegherebbe la comparsa delle dita ippocratiche in tutti i casi dove non ci sono tumori aneurismatici, in secondo luogo anche perchè riportandosi a questo caso

Digitized by Google

si vede che la sintomatologia dell'ippocratismo è ben differente di quella della paralisi del plesso brachiale.

Il Ferrio sostiene che quando si trovano dita clavate si incontra sempre una alterazione circolatoria o generale, come nelle cardiopatie congenite, o circoscritta all'addome, come nelle epatopatie, che si esplicano nell'apparato respiratorio. Le estremità periferiche dei nervi sensitivi delle dita sembrano avere stretto rapporto di azione riflessa col centro respiratorio, perciò non dovrebbe meravigliare che delle lesioni pleuriche e polmonari possano agire per via riflessa sulla circolazione delle estremità distali degli arti.

Gli sembrerebbe più ragionevole ammettere invece di sostanze passate in circolo, l'esistenza di azioni vasomotorie che si esplicano localmente in conseguenza di atti riflessi, e per quella solidarietà, non facile a spiegarsi, ma innegabile, che esiste fra distretti circolatori anche lontani e che fa sì che ad alterazioni circolatorie di date parti, rispondano per via riflessa, iperemie.

Anche il Giugni (*Rivista di Clinica Medica,* 1911) è del parere che l'opinione emessa dal Ferrio sia la migliore, dicendo che vi è una speciale patologia per le estremità più distali degli arti che rappresentano i punti estremi del sistema nervoso periferico e dell'albero circolatorio e ad essa fanno parte svariate sindromi, quali il morbo di Raynaud, l'acrocianosi, la malattia di Marvan, il dito morto, forme dove l'etiologia ci è ancora occulta, ma dove gioca una parte importante il sistema nervoso periferico, sia nelle sue fibre sensitive, sia nelle trofiche, portando un disturbo locale della rete capillare.

Però, aggiunge giustamente il Giugni, resta ancora da spiegarsi per quale misterioso processo si esplichi questa azione sulle parti distali degli arti in malattie così varie che vanno dalla tubercolosi polmonare e da altre affezioni dell'apparato respiratoro ad affezioni del fegato e del cuore.

5. *Teoria di Pigeaux o delle turbe dell'ematosi.* Pigeaux sostiene che la deformazione ippocratica è dovuta a turbe dell'ematosi e che tutti i vizi o una alterazione notevole sia nella respirazione, sia nella circolazione, turbano l'ematosi, producendo un rigonfiamento edematoso dell'estremità delle dita.

Questa teoria fu sostenuta dal Bèclère, il quale si esprime così:

« Partigiano risoluto della teoria meccanica delle dita ippo« cratiche ammetto necessariamente che le turbe meccaniche che « sono alla base di questo processo patologico ne portano lo svi« luppo, perchè si aggiunge un disturbo chimico, una insufficien« za cronica dell'ematosi. Importa però precisare in che cosa « consiste esattamente questa insufficienza cronica dell'ematosi ».

Nell'ematosi ci sarebbe da considerare, secondo il Meygret, due funzioni:

1. La funzione dell'ossigeno sui globuli rossi allo stato di ossiemoglobina.

2. L'eliminazione per vie aeree dei prodotti volatili che il sangue venoso conduce al polmone dopo aver bagnato i tessuti.

Se la prima di tali funzioni è turbata come nella clorosi, dove il sangue povero di globuli rossi si carica di una quantità di ossigeno insufficiente, non trovando ostacolo al ritorno dei prodotti destinati ad essere eliminati, si riscontra un disturbo dell'ematosi, ma non dita ippocratiche. Se invece si produce il fenomeno inverso, come nel restringimento dell'arteria polmonare, noi vediamo allora apparire le dita a bacchetta di tamburo, perchè in questo caso il calibro troppo stretto dal vaso è un ostacolo meccanico al corso del sangue venoso e allora questo non può sbarazzarsi interamente dei prodotti volatili di eliminazione, pur essendo la quantità di ossigeno fissata dal sangue non sensibilmente minore di quello che deve essere.

La deformazione ippocratica sarebbe dunque il risultato di una autointossicazione dovuto alla presenza nel sangue venoso di prodotti di eliminazione in seguito ad un ostacolo meccanico alla circolazione del sangue.

Il Meygret tentò di dimostrare la sua ipotesi, cercando, se con una compressione del tronco principale venoso di un arto, si potesse riprodurre l'ippocratismo digitale in quella parte dove esiste la compressione, e fece osservare che questo esperimento viene realizzato dalla natura stessa negli ammalati con dita ippocratiche, dovute a delle compressioni venose da aneurismi arteriosi.

Infatti il Bèclère presenta 3 osservazioni.

Nel primo malato, dei segni di obliterazione della vena sottoclavicolare destra s'accompagnano a mano ippocratica destra.

Nel secondo malato i due tronchi brachio-cefalici venosi sono inegualmente compromessi, il destro più che a sinistra, dita ippocratiche più manifeste a destra.

Nel terzo malato, aneurisma aortico comprimente la vena cava superiore, dita ippocratiche uguali alle due membra superiori.

Si potrebbe ammettere che sarà dello stesso genere l'ostacolo situato al livello delle branche dell'arteria polmonare e dei capillari del polmone, ciò che si realizza nel corso di affezioni dell'apparato respiratorio, come tubercolosi, sclerosi polmonare, pleurite, ecc.

Questa teoria ci permette ugualmente di comprendere la regressione possibile delle deformazioni, perchè se l'ostacolo, che si oppone ad una buona circolazione del sangue venoso, viene in effetto ad essere tolto, i prodotti tossici contenuti nel sangue possono di nuovo arrivare ai capillari del polmone, dove si elimineranno facilmente, e, la respirazione delle cellule delle estremità digitali non essendo più turbata, l'aspetto delle dita ritornerà normale.

6. *Teoria della stasi venosa.* Questa teoria non è che una derivazione di quella di Pigeaux, però non si da che in minima parte valore alle turbe dell'ematosi, e si può dire che è maggiormente accettata.

Considerando che quando si trovano dita ippocratiche si notano o turbe circolatorie generali, cardiopatie congenite, o localizzate all'addome, epatopatie, oppure all'apparato respiratorio come nella tubercolosi, bronchite cronica, bronchiectasia, ecc. e, avendo riscontrato che una alterazione circolatoria, quando provoca ristagno moderato di sangue può dare ipertrofia delle parti molli, si dovrebbe paragonare la formazione delle dita a bacchetta di tamburo a quel fenomeno che si produce cingendo, con un laccio elastico non troppo stretto, la base di un orecchio di un coniglio, in modo da produrre ristagno di sangue senza raffreddamento di parti (stasi calda alla Bier). Dopo un certo tempo si può verificare che l'orecchio è diventato più lungo dell'altro.

Si può dunque ritenere che durante lo sviluppo delle dita ippocratiche si presentino condizioni simili.

7. *Teoria della formazione dell'edema.* Avrei finito di esporre le idee patogenetiche più importanti sulla formazione delle dita ippocratiche e le critiche che si possono muovere a queste ipotesi, se un lavoro comparso nel *British Medical Journal* del 28 gennaio 1924 del dott. David Campbell, non mi obbligasse a confutare le conclusioni a cui arrivò il suddetto autore.

Il Campbell riuscì a procurarsi un dito di una paziente, il quale presentava una deformazione ippocratica, e si propose di confrontare i reperti istologici di questo con quelli relativi alle dita normali e di ricercare il meccanismo di sviluppo di tali alterazioni.

Per le sue ricerche si servì di una donna che presentava una sintomatologia caratterizzata da gonfiore prima ai polsi, alle ginocchia e alle caviglie, poi alle dita della mano e del piede con tosse e senso di stanchezza.

L'esame delle articolazioni ammalate dava un forte ispessimento dei tessuti peri-articolari, le falangette erano prettamente ippocratiche. La radiografia rivelò produzioni ossee al di sotto del periostio, all'estremità inferiore del radio e dell'ulna, nelle ossa del metatarso e alle estremità inferiori della tibia e della fibula.

Alla base del polmone sinistro notavasi ipofonesi e murmure viscicolare diminuito con grossi rantoli umidi.

Poco dopo la falange prossimale del mignolo divenne un pò gonfia e flaccida, l'esame radiografico fece constatare che l'osso era quasi scomparso; si trattava di una forma maligna che aveva colpito la falange e si fece l'amputazione del dito. Si svilupparono poi sintomi clinici di involuzione del polmone sinistro e neoformazioni metastatiche in varie parti del corpo. Alla morte della paziente l'autopsia dette il reperto di un endotelioma del polmone sinistro.

Questo caso aveva tutte le caratteristiche di un osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica, dovuta ad un tumore maligno.

Nelle fotomicrografie il tratto più saliente del dito ippocratico di questa paziente era costituito dall'ingrossamento della porzione di dito che sta fra l'unghia e la falange e questo ingrossamento era dovuto alla presenza di un edema assai notevole, le

Digitized by Google

fibrille del connettivo anzichè formare fasci compatti erano in parecchi punti assai allontanate l'una dall'altra; non si osservò ingrossamento della porzione del rete mucosum nè la dilatazione delle anse capillari al di sotto dell'unghia, nè l'aumento di tessuto connettivo come venne descritto da altri.

L'alterazione essenziale che si avrebbe dunque nel dito a bacchetta di tamburo consisterebbe nell'edema specialmente posto nella porzione che sta fra il letto dell'unghia e dell'osso.

Il Campbell soggiunge che sembrerebbe avventato il basare una tesi generale su fatti osservati su di un caso solo, ma dice che ha controllato questo suo modo di vedere sulla scorta delle sue osservazioni personali e su quelle di altri autori. Inoltre era confortato nelle sue conclusioni da questi fatti:

1. In primo luogo sebbene i sintomi ippocratici si sviluppino lentamente, una volta sviluppati durano in permanenza; sono pure stati riportati dei casi nei quali essi si manifestavano rapidamente e scomparvero rimessa la causa prima.

In questi casi non si potrebbe pensare oltre che all'edema come processo patologico capace di dare l'ingrossamento delle falangette.

2. In secondo luogo è noto che le dita ippocratiche compaiono quando c'è una vera e propria ostruzione al riflusso del sangue venoso, nelle braccia, come in casi di aneurismi; in tali casi indubbiamente la circolazione del sangue venoso nell'arto era ostacolata a causa della pressione esercitata dall'aneurisma e infatti, come in un caso dello Smith, facendo tenere il braccio del paziente in posizione elevata, durante parecchi giorni, si riuscì ad attenuare la congestione e si ebbe una diminuzione della deformazione; in questi casi qualunque sia la spiegazione che si voglia dare della formazione dell'edema è indubbio che la congestione passiva ha una parte importante nella sua funzione.

3. In terzo luogo le dita ippocratiche sono il più delle volte associate con malattie croniche del polmone e delle pleure e in nessuna di queste malattie, dice l'Autore, c'è impedimento al reflusso venoso degli arti ed è quindi difficile vedere come in esso si possa produrre un ristagno nella circolazione generale; se però si analizzano queste diverse malattie polmonari, si vede che in tutte una porzione più o meno ampia di tessuto polmonare ha sospeso di compiere la sua funzione normale.

Ne consegue che il sangue circolante nelle zone malate non viene ventilato e naturalmente la tensione dell'ossigeno nella massa del sangue arterioso diminuisce.

Il trasferirsi dell'ossigeno dal sangue ai tessuti dipende dalla differenza della tensione sotto cui esso è presente nel sangue e nei tessuti; è evidente che se per una causa qualsiasi la tensione dell'ossigeno nel sangue arterioso viene abbassata, la respirazione dei tessuti diverrà deficiente e se questa è leggera non può dare effetti gravi, ma se si accentuano gli effetti di essa si faranno manifesti in quelle regioni dell'organismo nelle quali la circolazione è più lenta del normale, precisamente dita della mano e del piede.

Giustificato è, secondo il Campbell, ritenere che nei casi di dita ippocratiche dovute a malattie polmonari esistano dei fattori che conducono ad un disturbo cronico dell'ossidazione dei tessuti dell'estremità, e se questa concezione è giusta la genesi dell'edema è chiara; infatti sebbene non si conosca il meccanismo dell'edema bene, è fuori dubbio che esso è associato alle varie forme di imperfetta ossidazione dei tessuti.

Questo concetto potrebbe servire a spiegare il fenomeno delle dita ippocratiche anche nei casi di malattie congenite di cuore, dove esiste evidente una deficenza nella reazione della massa sanguigna.

4. In quarto luogo sono state inoltre osservate dita a bacchetta di tamburo in altre malattie come ittero cronico, cirrosi biliare, diarrea cronica, carcinoma dell'esofago, stenosi del piloro; sifilide congenita, ecc. e si è tentato di porre la deformità in questione in dipendenza all'azione di certe tossine; ma è assai più giusto pensare che, avendo tutte le suddette malattie come fattore comune un notevole deterioramento dell'organismo, il fenomeno ippocratico sia dato da insufficienza di ossigenazione dei tessuti.

Il Campbell soggiunge poi a titolo di giustifica, che questa spiegazione patogenetica incontra non poche difficoltà, che egli tenta di spiegare rispondendo a varii quesiti:

1. Perchè le dita ippocratiche che si riscontrano spesso nelle bronchiettasie non si manifestano in tutti i casi di esse, sebbene presumibilmente in tutti i casi esiste un certo grado di anossiemia?

Si può rispondere facendo osservare che è un fatto ormai riconosciuto che nelle estremità le condizioni del circolo variano considerevolmente da individuo a individuo e quindi si può ritenere che a causa di tali differenze i danni legati a deficiente ossigenazione in alcuni individui si fanno sentire più di altri.

2. Perchè alla pressione della pelle delle dita non si fanno le fossette permanenti, che sono sintomi usuali dell'edema?

Si può rispondere che è impossibile arguire da ciò la mancanza dell'edema giacchè, secondo Widal, prima che un edema possa essere riconosciuto alla palpazione, i tessuti possono imbeversi di siero tanto che il peso del corpo aumenti di ben 65 Kg., e lo stesso Campbell ha notato in alcuni casi di dita ippocratiche di origine recente, che, applicando una leggera pressione bilaterale da ciascun lato dell'unghia e praticando poi la palpazione della base dell'unghia stessa, si aveva distinta l'impressione che l'unghia fosse immersa in un liquido denso; in certi casi il sintomo è assai netto, in altri meno, specie se la deformazione dura da molto tempo.

3. Perchè, sebbene la spiegazione offerta più sopra si accorda coi reperti istologici del caso sopra descritto, non si accorda nei riguardi di casi descritti da altri osservatori?

Si può spiegare considerando che la insufficienza di ossidazione dei tessuti delle estremità può condurre alla dilatazione delle anse capillari che si trovano sotto l'unghia, e ovvio è pensare che se l'edema dura a lungo sarà accaduto, per la continua irritazione, una proliferazione di tessuto connettivo.

Riassumendo l'autore ritiene che la base anatomo-patologica in tutti i casi in cui si formano dita ippocratiche, sia l'edema dei tessuti, che se dura a lungo provoca un certo aumento di tessuto connettivo, e che queste alterazioni sono il risultato di una deficenza dell'ossidazione dei tessuti dell'estremità, sia che venga prodotto da ostacolo meccanico al reflusso del sangue venoso, sia che provenga dall'abbassamento generale della tensione dell'ossigeno nel sangue abbassamento le cui conseguenze si fanno sentire in quelle parti dell'organismo in cui la circolazione è più lenta.

Dall'esposizione delle mie ricerche ho abbastanza dimostrato come queste mi portino a risultati e considerazioni assai differenti da quelli sostenuti dal Campbell, nello stesso tempo reputo utile rispondere direttamente e specificatamente per dimostrare che le conclusioni del suddetto Autore posano su basi non giuste.

Tralascierò tutte le considerazioni che potrei fare, e che già ho trattato nel capitolo della diagnosi differenziale, in riguardo ai casi di semplici dita ippocratiche e a quelli di osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica di cui era affetta l'ammalata di cui il Campbell si servì per le sue ricerche, ma non posso lasciar passare sotto silenzio un fatto che da solo minaccia di far cadere tutta la teoria della formazione dell'edema.

Il suddetto Autore si servì per le sue ricerche istologiche di un dito amputato perchè nella falange prossimale s'era manifestata una metastasi del tumore primitivo pleurale, metastasi che aveva portato alla completa distruzione dell'osso. Si capisce bene che questo fatto avrà portato nel resto del dito stesso dei disturbi di circolo tali da far mutare completamente e le alterazioni proprie delle dita ippocratiche, e avrà fatto trovare quell'edema assai notevole.

Il Campbell dice di non aver trovato nè ingrossamento della porzione del dito del rete mucosum, nè dilatazione delle anse capillari al di sotto dell'unghia, nè aumento di tessuto connettivo, nè alterazioni dei vasi, quì non mi dilungo a parlare avendo sufficientemente dimostrato quali siano le vere alterazioni che si riscontrano nel capitolo dell'anatomia patologica.

Altre cose mi restano da obbiettare per meglio suffragare le mie ipotesi e ricerche in confronto di quelle del medico di Glasgow, e per rendere più comprensibili le mie asserzioni, credo sia meglio mantenere una regola e rispondere successivamente ai vari quesiti che lo stesso Campbell si pone.

L'Autore sostiene:

1° che aveva osservato qualche caso di dita ippocratiche manifestatesi rapidamente in malattie acute e che quì non si poteva pensare che all'edema; ma vorrei anche che l'Autore fosse sicuro che quelle fossero vere dita a bacchetta di tamburo perchè le alterazioni di queste non possono che formarsi lentamente e progressivamente, dato che è manifestazione essenzialmente cronica e dovuta a lenta trasformazione di tessuti e anche in quei

Digitized by Google

casi dove si è potuto rimuovere la malattia causatrice, la scomparsa delle alterazioni ippocratiche avveniva assai lentamente.

2° che in casi di dita ippocratiche da aneurisma si può ottenera la scomparsa di queste, tenendo il braccio alzato; ma questo non dimostra che siano dovute alla scomparsa dell'edema prima formatosi, perchè se noi ammettiamo che ci sia una dilatazione dei vasi, specie venosi, si capisce che noi otterremo l'attenuazione del fenomeno ippocratico, come si potrebbe ottenere per esempio in casi di vene varicose nelle gambe, che si afflosciano tenendo l'arto alzato.

3° che nelle malattie dei polmoni e della pleura croniche con dita ippocratiche non si trova impedimento al reflusso venoso degli arti; questo non è vero, non sarà una stasi bene dimostrata, ma come vedremo nel capitolo seguente, anche quì si nota stasi, specie basandosi sulla conta distrettuale dei globuli rossi e sulla pressione venosa?

Come pure se è stata da me costantemente trovata dilatazione dei vasi venosi, associata a ispessimento notevole delle pareti delle arterie o a notevole aumento di volume dei capillari con dilatazione e neoformazione, è inutile pensare, come crede il Campbell, che una imperfetta ossidazione dei tessuti per una anossemia cronica, dia luogo a formazione di edema, perchè questo non ci spiegherebbe tanti altri fatti come la scomparsa della tumefazione ippocratica nel cadavere. Infatti se noi ammettiamo che ci sia notevole formazione di edema, perchè nel cadavere dovrebbe sparire? questo reperto è più facilmente spiegabile se si ammette una congestione vasale e non è edema.

4° che sono state osservate alterazioni ippocratiche come ittero cronico, cirrosi biliare, diarrea cronica, carcinoma dell'esofago, sifilide congenita, ecc. E dice che anche quì è giusto pensare che il fenomeno ippocratico sia dato dall'edema avvenuto per insufficienza di respirazione dei tessuti, o allora perchè, mi dica il Campbell, non si trova mai dita a bacchetta di tamburo in malattia che più frequentemente danno l'edema come nei vizi cardiaci acquisiti e nelle nefropatie? Difatti anche in questo abbiamo come fattore comune un notevole detèrioramento dell'organismo e più facilmente ancora comparsa di edema.

E perchè arrivato a questo punto il dott. Campbell cerca di convincersi con qualche facile risposta alle varie difficoltà che a lui stesso si presentano nelle sue spiegazioni?

Difatti quando dice, perchè non in tutte le bronchiectasie si manifestano dita ippocratiche, sebbene esista un certo grado di anossiemia in tutti, egli risponde che nelle estremità le condizioni di circolo variano da individuo a individuo e che i danni legati a deficiente ossigenazione in alcuni individui si fanno notare più che in altri, allora perchè non pensare in questi casi, che affinchè le dita ippocratiche si manifestino è necessario la presenza di fattori costanti più concreti e non basati sul semplice apriorismo di differenze individuali?

E anche la spiegazione che cerca di dare della mancanza delle fossette permanenti alla pressione nella pelle delle dita a bacchetta di tamburo non regge, perchè non si presentino è invece facilmente spiegabile colle alterazioni da me trovate; infatti se ammettiamo solo lesioni vasali, noi non troveremo traccia di fossetta per edema alla pressione, ma invece quella sensazione descritta dallo stesso Campbell, cioè distinta impressione che l'unghia fosse immersa in un liquido denso.

L'ultima poi sua spiegazione ottiene dalle mie ricerche una smentita completa; infatti, egli dice, che le conclusioni sue non si accordano con quelle degli altri Autori, perchè l'insufficienza di ossigenazione dei tessuti delle estremità può condurre alla dilatazione delle anse capillari che si trovano sotto l'unghia, e ovvio è che se l'edema dura a lungo, sarà accaduto per la continua irritazione una proliferazione di tessuto connettivo. Allora non si accorge il Campbell che con la prima di queste asserzioni smentisce quanto disse prima di non aver mai trovate dilatazioni vasali? Le ricerche mie smentiscono poi la seconda asserzione perchè non trovai che scarso aumento di tessuto connettivale, pur avendo fatto ricerche istologiche in una mano che presentava alterazioni ippocratiche da diversi anni.

Con ciò credo di dover sufficientemente dimostrare che l'ipotesi della formazione dell'edema non può essere ammessa nè come fattore anatomo-patologico, nè come fattore patogenetico delle dita ippocratiche.

Conclusioni

Già alle mie ricerche istolgiche si poteva vedere che queste dimostravano sempre più che la vera patogenesi delle dita ippocratiche doveva riferirsi principalmente alla stasi del sangue.

Infatti i seguenti reperti:

1. Ispessimento delle pareti e forse neoformazione dei capillari nel grasso e nel connettivo con dilatazione.
2. Dilatazione e ispessimento delle vene.
3. Aumento notevole di spessore dei vasi arteriosi di medio calibro e piccoli con forte iperplasia muscolare, non potevano che far portare a queste conclusioni, e che cioè un ostacolo al circolo refluo venoso facesse sì che in questo la pressione aumentasse tanto in modo da farsi risentire nei capillari e nelle arterie più prossime a questi, e allora ne derivano l'ispessimento dei capillari e delle vene e per vincere il maggior lavoro la notevole ipertrofia delle cellule muscolari delle tuniche delle arterie.

Si può dunque pensare, come dimostrò il Friedreich in altre malattie che una stasi che dura da molto tempo si faccia risentire attraverso i capillari al circolo arterioso più vicino, e questo appunto spiegherebbe anche il lento formarsi delle dita ippocratiche e la scomparsa di queste, pure lentamente, in quei casi per esempio di pleurite purulenta, in cui levato l'ostacolo si è avuto la regressione del fenomeno ippocratico.

Ma allora, arrivati a questo punto, si potrebbe domandare se si può vedere durante la vita del malato di poter dimostrare che esista la stasi?

Ed ecco che cercai con varie ricerche di dimostrare appunto questo. Avendo avuto la possibilità di aver avuto sotto la mia osservazione per lungo tempo un malato affetto da endocardite lenta, con dita ippocratiche molto sviluppate, fui dapprima meravigliato di osservare una cosa e che cioè il volume di queste non era sempre costante, ma a volte aumentava, a volte diminuiva.

Pensai allora di misurare la pressione arteriosa quando il dito ippocratico era diminuito e quando era aumentato e venni a queste conclusioni, che cioè quando la pressione arteriosa era aumentata si aveva una diminuzione di volume, quando diminuiva la pressione si notava invece un aumento delle dita a bacchetta di tamburo.

Ciò mi portò allora a ricercare in vari ammalati come si comportassero rispettivamente le varie pressioni nelle braccia, cioè pressione arteriosa, pressione venosa, pressione capillare, ed ottenni i seguenti resultati:

1. *Pressione arteriosa costantemente diminuita:*

N.	Malattia principale	Pressione arteriosa Pachon	Pressione arteriosa Rivarocci
1.	Endocardite lenta	max. 140 mm. 50	max. 105 mm. 50
2	Enfisema polmonare	» 140 » 85	» 100 » 75
3	Apicite sinistra e pleurite	» 110 » 65	» 85 » 60
4	Forma specifica bilaterale	» 100 » 80	» 85 » 65
5	Ascesso polmonare	» 140 » 80	» 110 » 80

2. *Pressione venosa costantemente aumentata (manometro di Claude):*

N.	Malattia principale	Pressione venosa
1	Endocardite lenta	cc. H_2O 17
2	Enfisema polmonare	» » 17
3	Apicite sin. e pleurite	» » 20
4	Forma specifica bil.	» » 20
5	Ascesso polmonare	» » 18

3. *La pressione capillare che normalmente presenta una differenza tra la Mx e la Mm di pochi millimetri, ha invece una spiccata differenziale (apparecchio del Vigevano):*

N.	Malattia principale	Pressione capillare	
1	Endocardite lenta	Mx 30	Mm 15
2	Enfisema polmonare	» 35	» 20
3	Apicite sin. e pleurite	» 40	» 25
4	Forma specifica bil.	» 35	» 20
5	Ascesso polmonare	» 40	» 25

Digitized by Google

Per dimostrare ancora meglio la stasi feci altre due ricerche e cioè la differenza regionale nel numero dei globuli rossi, secondo il concetto del Talma, e l'esame capillaroscopico dell'estremità delle dita con questi risultati:

1. *Conta distrettuale dei globuli rossi.*

N.	Malattia principale	N. globuli rossi	
		Polp. dito	Lob. orecchio
1	Endocardite lenta	5.000.000	4.200.000
2	Enfisema polmonare	6.000.000	5.000.000
3	Apicite sin. e pleurite	4.600.000	4.000.000
4	Forma spec. bilaterale	3.200.000	3.000.000
5.	Ascesso polmonare	3.600.000	3.200.000

2. *Esame capillaroscopico.*

Ho già riportato le osservazioni nel capitolo dell'anatomia patologica. In generale si constata un aumento notevole dei capillari, tanto, a volte, da raggiungere un cospicuo volume. I capillari sono sempre ingranditi tortuosi, le anse sono sempre bene evidenti, specie il tratto venoso e il comunicante che assumono a volte dilatazione fortissima, mentre il tratto arterioso è sempre più ristretto e a volte appena percettibile.

Sembrami, dunque, che anche questi resultati portino a considerare come fattore principale per la patogenesi delle dita ippocratiche la stasi, però una cosa devo fare osservare, cosa su cui gli altri Autori non parlano, e che cioè non solo l'ostacolo al circolo refluo deve avere importanza, ma anche deve essere tenuto in considerazione l'abbassamento notevole in tutti della pressione arteriosa.

Infatti questa iposfigmia deve avere la sua importanza, perchè nel malato cui accennavo prima, quando la pressione aveva tendenza ad aumentare, all'opposto le dite ippocratiche diminuivano di volume e queste condizioni si avverano più semplicemente di tutti i casi che ci danno pure la spiegazione del perchè compaiano per esempio, unilateralmente le dita a bacchetta di tamburo negli aneurismi della succlavia.

Quì abbiamo che il volume dell'aneurisma comprime in parte le vene ponendo un ostacolo al circolo refluo, ma, dopo il tratto aneurismatico, avremo nell'arteria una pressione molto diminuita, che favorirà il formarsi delle intumescenze caratteristiche.

Insistendo in questo campo di ricerche, credo dunque di aver sufficientemente dimostrato quale sia la vera causa della formazione delle dita ippocratiche, come credo pure di aver portato un po' di ordine nei vari complessi problemi che si presentavano tanto nella anatomia patologica che nella etiologia della forma.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretta dal prof. R. STANZIALE

CONTRIBUTO ALL' AUTOENTEROVACCINOTERAPIA IN DERMATOLOGIA.

per il dott. PIETRO G. CASTELLINO — Assistente Volontario

L'ipotesi che i numerosi microrganismi che pullulano nell'intestino umano, specialmente nel crasso, potessero costituire una fonte di danno per l'organismo, spinsero il Metchnikoff a studiare la flora intestinale per poter confermare questa ipotesi, per poter conoscere il modo come questi organismi svolgessero la loro azione tossica, a quale fra le specie microbiche si dovesse imputare la maggiore tossicità, e stabilire infine quali mezzi fossero i più adatti a combattere o a frenare la loro attività.

Egli, nei suoi lavori, riusciva a dimostrare che i batteri intestinali, e tra questi specialmente il b. putrificus, il colibacillo, l'enteritidis sporogenes, l'aerogenes capsulatus, il perfringens, erano capaci anche con le loro secrezioni assorbite dalle pareti intestinali, di causare gravi fenomeni di intossicazione ed iniettate negli animali di provocare finanche la morte.

Faceva rilevare l'azione proteolitica svolta dai germi putrefattivi e mostrava l'analogia fra la flora proteolitica intestinale e la putrefazione generale come un nuovo argomento in favore della importanza tossica di questi germi.

Il tubo digerente, egli concludeva, contiene una flora microbica di cui qualche tipo ha la proprietà di esercitare la sua azione su sostanze albuminoidee naturali, liberando prodotti « fetides » atti a provocare la putrefazione intestinale, e mediante prodotti tossici propri, capaci di sormontare le barriere di difesa dell'intestino, costituire una sorgente di infezione e di avvelenamento per l'organismo. « Bisogna dunque pensare che nei bacilli putrefattivi dell'intestino noi abbiamo una causa di autointossicazione contro la quale l'organismo deve lottare con tutti i mezzi di cui dispone ».

Nello studiare poi il modo come combattere questo potere tossico, rivolgeva la sua attenzione specialmente alla ricerca del modo come impedire nei batteri la proprietà di produrre sostanze aromatiche, a cui egli imputava i gravi processi sclerotici in organi importanti come il fegato, rene, arterie, ecc., nonchè una vecchiaia precoce; e confermava i lavori di Bielonawski e Dobrovolsky sul potere del bacillo lattico di attenuare in gran parte la produzione delle sostanze della serie aromatica (fenolo, indolo, ecc.), impedendo al colibacillo la sua azione sulle sostanze proteiche.

I lavori del Metchnikoff erano troppo interessanti per non richiamare l'attenzione dei biologi e dei clinici, i quali continuarono e completarono questi studi sulla flora intestinale, sul meccanismo di difesa dell'intestino, sullo sviluppo e sul passaggio dei germi e delle loro tossine nell'organismo, sul potere antagonista dei germi stessi; e largamente fu studiata la funzione del bacillo lattico, e molto la terapia si è giovata con l'uso dei fermenti lattici.

Numerosa è la letteratura in proposito, anche per ciò che è conoscenza delle malattie e delle sindromi di origine intestinale.

Naturalmente anche in questo campo, a riguardo della terapia, gli studi sulla immunità portavano il loro contributo e numerosi Autori cercarono combattere l'intossicazione di origine intestinale tentando di stimolare la produzione dei mezzi di difesa nello intero organismo con la vaccinazione specifica e non specifica.

Così nelle malattie cutanee di probabile natura intestinale Strickler, Kolmer, Schamberg, Gilchrist, Allen, Berthelot, Bertrand, Marbais, sperimentarono con risultati non sempre soddisfacenti stock-vaccini costituiti da germi intestinali.

Ultimamente il Danysz, con migliore fortuna usò vaccini autogeni della flora intestinale ottenuti con semina di sostanze fecali, riuscendo ad avere molti buoni risultati in malattie cutanee, in disturbi gastro-intestinali, in malattie del sistema nervoso, nell'asma.

Questo metodo però seguito da altri autori ed in Italia dal Meinieri, che pubblicò una guarigione ottenuta in un caso di dermatite erpetiforme, e dal Bertaccini in varie forme cutanee non ha sempre dato costanti e favorevoli risultati, ed i vari sperimentatori nemmeno si accordano col Danysz sul meccanismo di azione nè sulla sua specificità

***

Nell'eseguire e sperimentare questa terapia abbiamo ad arte scelto infermi affetti da lesioni croniche recidivanti, ribelli a molte cure, (per poter con ciò escludere, in casi di successo, la possibilità di una regressione spontanea della dermatosi, forme anafilattiche lievi), ed inoltre il più possibile, individui sofferenti o che avevano sofferto, di disturbi intestinali (diarrea, stitichezza) o malattie intestinali (enterocoliti, nevrosi intestinali).

Abbiamo quindi trattato con l'autoenterovaccino 16 ammalati affetti da eczema, prurigo, orticaria, psoriasi, dermatite esfoliativa; praticando singolarmente non più di 10 iniezioni a dosi crescenti per via endomuscolare con intervallo da tre a cinque giorni l'una dall'altra.

Le colture dei germi le abbiamo ottenute mediante semina di qualche ansata di sostanza fecale, strisciata su parecchie piastre di agar comune, e tenute per 24 ore a termostato a 37° C. Le colonie sviluppate dalle colture così eseguite sono state emulsionate con acqua fisiologica sterile ed autolisate per 48 ore in termostrato a 37°C. Dopo di che abbiamo eseguito le opportune diluizioni in modo da ottenere una prima dose di 100.000.000, una seconda di 200.000.000, una terza dose di 300.000 000 e così di seguito aumentando di 100.000.000 alla volta fino ad un miliardo; le dosi successive a quest' ultima sono state aumentate di 500.000.000 ciascuna fino all'ultima di tre miliardi. Le miscele

Digitized by Google

così costituite sono state infialettate e sterilizzate al calore di 60° C. per un'ora circa senza aggiunta di acido fenico.

Nei riguardi dei tipi di germi, possiamo dire che essi non apparivano molto diversi da caso a caso e che nell'insieme la flora intestinale era costituita in prevalenza di b. coli, diplococco foecalis, b. enteritidis.

Riassumiamo brevemente i casi:

1. Gallo P. lavoratore di pelli di a. 70. Eczema cronico leggermente desquamante e molto pruriginoso alle palpebre e alle tempie.

L'infermo è affetto da eczema al volto da tre anni; ha fatto molte cure con scarso vantaggio. Lo scorso anno gli furono praticate in clinica 10 iniezioni di autosiero con quasi completa guarigione; dopo due mesi però la lesione è recidivata localizzandosi alle palpebre e alle tempie.

Abbiamo eseguito la cutireazione usando le diverse qualità di pelli che l'infermo lavorava, ma con esito negativo.

L'infermo è sofferente di stitichezza abituale da molti anni ed è obbligato ad un continuo uso di purganti.

Decidiamo di sottoporlo all'autoenterovaccino che pratichiamo con iniezioni a dosi crescenti con intervallo di tre giorni.

Le prime iniezioni provocano leggere reazioni generali (cefalea, stanchezza) della durata di poche ore, e senso di tensione al punto della iniezione. Questi disturbi dopo la IV iniezione sono diminuiti fino a cessare del tutto verso le ultime iniezioni.

Dopo cinque iniezioni si comincia a notare una miglioria obbiettiva e subbiettiva, e cioè diminuzione del rossore, delle squame e del prurito, dopo 10 iniezioni il prurito è scomparso, la lesione è completamente guarita e tale permane ancora dopo otto mesi.

2. Pisani G. a. 65 impiegato. Eczema cronico squamoso al volto, essudante allo scroto, molto pruriginoso.

Ha praticato per molto tempo cure esterne locali senza beneficio e da vari mesi accusando disturbi intestinali, è sottoposto alla dieta vegetariana e lattea.

Si inizia il trattamento con il vaccino ottenendo ben presto una miglioria delle lesioni; la cura però non fu potuta terminare poichè dopo la 6ª iniezione l'infermo fu costretto a partire. Dopo tre mesi egli è ritornato completamente guarito dichiarando di non avere più alcun disturbo fin da due mesi e mezzo, pure avendo abbandonato ogni cura locale e dietetica.

3. M. P. a. 50. Eczema cronico essudante e squamoso agli arti.

Sono state praticate 10 iniezioni ottenendo la completa guarigione della lesione.

4. M. I. a. 15 signorina. Eczema cronico da tre anni al petto, avambracci, areole mammarie.

Ha fatto cure locali ed iniezioni di auto-sangue ed auto-siero con scarso risultato. L'inferma avverte inregolari funzioni intestinali; nessun disturbo ovarico. Con la cura di enterovaccini si ottiene la guarigione dell'eczema al petto ed all'avambraccio, ma non alle areole mammarie per cui viene inviata all'Istituto Fotoradioterapico annesso alla Clinica per la Roentgenterapia locale.

5. N. N. Ufficiale di a. 30. Eczema papuloso al collo e regioni auricolari. Questa affezione che ha resistito a tutte le cure locali e dietetiche, data, secondo quanto afferma l'infermo da un'autointossicazione sofferta due anni or sono, da cui residuarono pure dei disturbi cronici intestinali. Con le iniezioni di vaccino abbiamo ottenuto notevole miglioria della lesione cutanea come pure delle condizioni intestinali.

6. Zanone Gesualdo. Calzolaio a. 30. Eczema rosso essudante al tronco e agli arti inferiori. Completa guarigione con 10 iniezioni.

7. Montagnaro Carlo di a. 12. Eczema ittiosiforme alle mani e gambe. La lesione data da tre anni con riacutizzazioni invernali e migliorie nei mesi caldi; ha resistito a cure locali ed interne.

La pelle si presenta in corrispondenza delle lesioni, secca, squamosa, con squame aderenti, si spacca facilmente specie ai margini delle dita con ragadi lineari dolorose.

Dopo la cura di vaccino si può osservare che la pelle ha assunto un aspetto quasi normale, specialmente in corrispondenza delle gambe, mentre alle mani non si notano più le spaccature lineari.

8. Barbaro V. di a. 25. Eczema impetiginoide alla nuca ed al mento, a tipo squamoso all'orecchio e alle palpebre.

L'infermo ha fatto cure di pomate, applicazioni di Roentgenterapia, e di iniezioni di autosiero, senza alcun beneficio. Con le iniezioni di vaccino si ottiene la guarigione completa della forma squamosa, mentre la forma impetiginoide vien solamente migliorata.

9. Venditti G. a. 40. Eczema rosso squamoso al dorso delle mani, essudante alle gambe.

Anche questo infermo ha fatto molte cura fra cui i raggi Roentgen ma senza risultato. Dopo la cura di vaccino residua in corrispondenza delle lesioni un leggero eritema con lieve prurito.

10. Cristofaro Giuseppe di a. 15 contadino. Eritrodermia esfoliativa, secondaria a psoriasi.

L'infermo ha sofferto all'età di due anni di psoriasi, questa dermatosi si è ripetuta ogni anno accentuandosi nei mesi invernali e regredendo, fino a scomparire nei mesi estivi. Lo scorso anno, in seguito a ripetute ingestioni di sostanze irritanti (salse piccanti e peperoni), l'infermo ha notato prima al volto e poi a tutto il corpo un intenso rossore accompagnato da prurito. Ben presto la pelle si desquamava finemente, ed in seguito presentava una vera e propria esfoliazione a grandi lembi. In queste condizioni è stato esaminato in clinica e ricoverato. Oltre a queste squame facilmente asportabili, si potevano osservare ai gomiti e alle ginocchia piccole squame più bianche, togliendo le quali rimaneva la pelle lucida con fini punteggiature sanguigne (segno di Auspitz). L'infermo avvertiva pure durante la giornata brividi di freddo e febbre.

Fu iniziato il trattamento con enterovaccino ottenendo fin dalle prime iniezioni un'abbondante desquamazione con caduta spontanea delle squame che lasciavano una cute leggermente arrossita. Dopo la cura costituita da 10 iniezioni, l'aspetto e il colorito della pelle sono normali: il prurito è cessato.

11. N. N. signora. Da circa un anno, in seguito a disturbi viscerali, l'inferma soffre di orticaria generalizzata che non ha ceduto a nessun trattamento. Abbiamo ottenuto la completa guarigione con 10 iniezioni di autovaccino.

12. N. N. Medico di anni 50. Prurigo.

L'infermo ricoverato in Clinica soffre da 12 anni di nefrite, (attualmente presenta un grammo e mezzo di albumina con cilindruria). Due anni or sono ha sofferto di enterocolite; un anno fa di influenza molto grave; otto mesi or sono ha nuovamente sofferto di enterocolite. L'attuale malattia cutanea ha avuto inizio sei mesi fa, iniziandosi con intenso prurito esteso a tutto il corpo specie agli arti, seguito ben presto da piccoli rilievi papulosi della grandezza di un grano di miglio.

Date le condizioni generali e renali poco buone, l'infermo è ricoverato in Clinica, e s'inizia la cura vaccinica con 50.000.000 di germi con aumenti successivi di 100.000.000 e con intervalli di 4 giorni. La prima iniezione non ha provocato alcuna reazione; alla seconda invece, due ore dopo, si sono avuti brividi febbrili con temperatura a 39°; verso sera la febbre è scesa, ed al mattino seguente era cessata.

Lo stesso fenomeno si è ripetuto alla terza iniezione, dopo la quale si è iniziata la diminuzione del prurito. Alla quarta iniezione, dopo poco più di mezz'ora, l'infermo avvertiva malessere generale, eruttazioni acide seguite da vomito, il polso diventava piccolo, frequentissimo, si presentavano brividi intensi con febbre a 39°, che alla sera diminuiva a 37° e durava fino a 48 ore dopo. Il giorno successivo il prurito era di molto diminuito, e non si notava la presenza di nuovi elementi papulosi. La V iniezione veniva praticata molto distante dai pasti, ottenendo una uguale intensa reazione di malessere senza però il vomito. La mattina dopo l'infermo dichiarava di non avere più alcuna sensazione di prurito, nè di sentire lo stimolo di grattarsi. La pelle dopo due giorni era perfettamente normale; la lesione cutanea non si era più presentata.

Durante la cura le condizioni generali e renali sono rimaste invariate.

13. Mancuso C. di a. 50; è affetto da 6 mesi da intenso prurito a tutto il corpo; ha fatto molte cure, come pure per la stitichezza cronica di cui è sofferente, senza alcun vantaggio. All'esame obbiettivo si nota che la cute è leggermente secca ed arrossita specie all'addome e all'avambraccio, dove si rilevano piccole papule lucenti, della grandezza di un seme di miglio.

Anche in questo infermo si è potuto avere rapida guarigione delle lesioni cutanee e del prurito, notevole miglioria dei disturbi intestinali con sette iniezioni.

14. Fiorilli Adele di a. 28, maritata: è affetta da chiazze di eczema al collo e alle gambe. Da 10 anni ha fatto cure di pomate senza risultato. La cute attualmente in corrispondenza delle lesioni è secca, cheratosica, l'inferma si lagna di prurito locale. Nulla nei vari organi e sistemi, qualche disturbo viscerale sofferto da fanciulla.

Con la cura del vaccino anche in questa inferma si è potuto avere una rapida miglioria. Dopo 10 iniezioni il prurito è quasi cessato, e la lesione cutanea è ridotta a piccole papule leggermente arrossite.

15. Pellegrino Francesco di anni 40. Dermatite erpetiforme.

La lesione, attualmente costituita da elementi vescicolari isolati ed a gruppi è localizzata agli arti ed ai lombi e data da 4 anni ed è insorta in seguito a ripetuti maneggiamenti di calce e di cemento. In principio le lesioni erano molto pruriginose e fiancо dolorose, per cui l'infermo non poteva nemmeno lavorare, in seguito, anche per varie cure fatte, i fenomeni dolorosi sono cessati ed il prurito alquanto diminuito per cui ha po

Digitized by Google

tuto riprendere il lavoro. Abbiamo tentata la cura vaccinica ottenendo discreta miglioria, e cioè regressione delle vescicole esistenti e nessuna comparsa di nuovi elementi.

16. Schiavo Antonio di anni 26. Eczema squamoso al volto ed al collo, seborroico al cuoio capelluto.

L'infermo ha sofferto di simile forma al volto, varie volte per il passato, ma è sempre guarito con cure locali e dieta.

Da cinque anni però la dermatosi si è complicata con abbondante forfora al cuoio capelluto accompagnata da forte prurito e si è mostrata ribelle alle solite cure.

Il trattamento enterovaccinico è stato già tentato da noi lo scorso anno, ma appena iniziato non fu continuato, quest'anno invece la cura fu ripetuta e condotta a termine ed ha provocato la quasi completa regressione della forma morbosa. Dopo 10 iniezioni permane solamente una leggera essudazione con scarso prurito dietro i padiglioni delle orecchie.

Osservazioni

Dall'uso di questa terapia abbiamo potuto notare che essa non provoca reazioni notevoli, nè molto differenti da quelle che si possono comunemente osservare con le iniezioni di vaccini. I fenomeni di reazioni generali erano quindi costituiti da modica elevazione febbrile insorgente 5 o 6 ore dopo l'iniezione e non preceduta da brividi, in qualche infermo la temperatura ha raggiunto i 38° accompagnandosi con senso di stanchezza generale e leggera cefalea. Questi fenomeni, che duravano qualche ora e diminuivano lentamente, ed il giorno successivo erano completamente scomparsi, variavano secondo gli individui ed in genere diventavano sempre più leggeri col proseguire della cura fino ad essere quasi inavvertiti verso le ultime iniezioni. Solo in un caso (N. 12), l'infermo era affetto da nefrite cronica, quasi ad ogni iniezione, comparivano, due o tre ore dopo, brividi di freddo e febbre che raggiungeva financo i 39°8 C e si accompagnava ad intensi fenomeni generali.

Anche non costantemente abbiamo potuto notare che col presentarsi dei fenomeni di reazione generale, compariva una dolenzia nella sede dell'iniezione, non accompagnata da gonfiore nè da eritema; non provocava nessuna difficoltà nei movimenti, poteva durare fino a 24 ore e lentamente scompariva.

Reazioni di focolaio assenti.

Gli effetti terapeutici sono stati importanti, chè infatti su quasi tutti gli infermi trattati abbiamo ottenuto notevole miglioria e la completa guarigione su 10 casi; il solo eczema delle areole mammarie non si è per nulla modificato. Dobbiamo anche far notare che agli infermi generalmente permettevamo col migliorare della lesione una dieta alimentare varia e non rigorosa, senza con ciò dover lamentare recidive o peggioramenti della dermatosi. Ed infine, come già hanno osservato il Danysz ed il Coke effettivamente qualche ammalato ha potuto constatare con questa terapia un beneficio reale sulle funzioni intestinali.

Sul meccanismo d'azione dell'autoenterovaccino, come già ho detto, l'opinione dei vari sperimentatori non è concorde.

Il Danysz infatti, seguendo i concetti del Metchnikoff sulla importanza della flora intestinale come fonte di malattie e di intossicazione per l'organismo, considera le malattie croniche non contagiose come espressioni di stati anafilattici originati dalla introduzione in circolo, attraverso la parete intestinale, non più integra, di sostanze albuminoidee microbiche od alimentari. Egli ritiene che queste malattie possono curarsi con successo, con l'uso di antigeni ricavati dalla flora intestinale ed introdotti nell'organismo per via ipodermica od orale, ed istituisce la terapia enterovaccinica concludendo che questo sia un metodo desensibilizzante: antianafilattico, se non specifico per lo meno molto elettivo.

Altri autori non sono di accordo con il Danysz per considerare questo trattamento come antianafilattico e molto elettivo, ma avendo osservato risultati simili con autoenterovaccini ed eteroenterovaccini, come pure effetti negativi in malattie di natura facilmente intestinale ed al contrario effetti positivi in altre forme in cui il fattore intestinale poteva escludersi od annettergli scarsa importanza, negano al metodo ogni specificità od elettività e ritengono che il suo meccanismo di azione sia del tutto uguale a quello della proteinoterapia.

Più giustamente il Coke, che di questa terapia si è molto giovato nella cura dell'asma, pur facendo notare che è possibile il controllo di anticorpi specifici con il vaccino enterale, lo considera come un vaccino non specifico, ma lo distingue dalla proteinterapia usuale, e ritiene che queste proteine batteriche siano efficacissime e molto utili per l'organismo e concorda con il Danysz sulla loro elettività.

Ora noi dall'esame delle nostre osservazioni e da quanto hanno potuto constatare gli altri Autori, non possiamo ritenere questa una cura assolutamente specifica, perchè tra l'altro, per quanto abbiamo potuto in qualche caso osservare una debole sierodiagnosi positiva (1:25), questi vaccini sono costituiti da germi saprofiti e non patogeni. D'altra parte non crediamo nemmeno di doverla confondere e per differenze di reazioni come di risultati con la comune proteinoterapia; latte peptone, autosangue ed autosiero, al quale proposito dobbiamo far notare che in alcuni dei casi trattati (n. 4, 8, 16) il vaccino ha prodotto la definitiva guarigione mentre l'autosiero e l'autoemoterapia già praticate avevano provocato solo delle migliorie.

Siamo invece di accordo con il Coke nel ritenere che l'autoenterovaccino sia una terapia non strettamente specifica ma distinta dalla proteinterapia e capace forse perchè costituito da proteine batteriche più affini di svolgere un'azione molto più efficace delle altre proteine.

Concludiamo quindi col dire che questo metodo sia molto utile, degno di un più largo uso e da tener sempre presente nelle forme cutanee di natura intestinale, specie quando altri metodi più semplici abbiano fallito.

BIBLIOGRAFIA

METCHNIKOFF E. Ann. Inst. Pasteur, 1908-1910. — BATTISTA A. I poteri di difesa dell'intestino. Ed. Tramontano, Napoli, 1916. — BERTACCINI. XXII Riunione Soc. It. Derm. Sifil., 1925. — BOSELLINI P. L. La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna. Soc. Ed. Lib., 1921. — COKE F. Asthme, Ed. Wrigh Bristol, 1923. — DANYSZ. Origine évolution, trait. des maladies croniques non contagieuses. Ed. Baillière, Paris, 1920. — MARIANI. Giorn. It. Derm. Sif., 1924. — MINIERI. Giorn. It. Derm. Sif., 1924. — PUOTI G. Meccanismo dell'intossicazione batterica di origine intestinale. Ed. Iovine, Napoli, 1924. — GAEHLINGER H. La clinique, pag. 227, 1926.

NOTE SUI TRAPIANTI

Le modifiche istologiche dei trapianti ovarici negli animali. — R. CALVANICO, dell'Istituto di Patologia Chirurgica diretto dal Prof. Roncali. (*Rassegna Int. di Cl. e Ter.*, n. 8, 1926).

La dibattuta questione dei trapianti di organi, feconda di ricchissime speranze a venire, viene suffragata da un contributo istologico-clinico dell'autore, nei riguardi dell'innesto ovarico.

Se è vero che nessun controllo scientifico più rigoroso potrebbe esservi oltre quello istologico, non è meno vero che la clinica, nella sua contraddizione apparente ai postulati del laboratorio, mostra al ricercatore l'erroneità della interpetrazione di certi preparati. E ciò infatti conferma l'A. quando osserva che se apparentemente l'esame di un ovaio trapiantato presenta i caratteri istologici di un processo in via di involuzione, in realtà non si può parlare di vera sclerosi poichè il tessuto connettivo che sostituisce nell'organo trapiantato quello parenchimale non è fatto da tessuto scarso di elementi cellulari e di vasi con sola preponderanza di sostanza paraplastica, ma invece è un tessuto di sostituzione ricco di elementi cellulari e proporzionatametne provvisto di irrigazione sanguigna che non va incontro a fenomeni di retrazione. Quindi è un tessuto in stato di quiescenza perchè non richiesto a funzionare dall'organismo ricettore; in altre parole il tessuto ovarico innestato semplifica i suoi caratteri ma non perde definitivamente certe sue attività, pronto a manifestarle e ad evolversi sempre che ne fosse reclamato dall'organismo.

Quindi dal punto di vista istologico il tessuto interstiziale ovarico deve essere considerato analogo o identificarsi del tutto col sistema reticolo-endoteliale, che, com'è ormai acquisito, va incontro a modificazioni morfologiche (messe ben in evidenza col metodo delle colorazioni vitali) che variano col variare delle condizioni fisiologiche e patologiche dell'organismo.

Questa originalità di vedute dell'A. permetterà di nutrire una maggior fiducia nei trapianti di organi, e di modificare opportunamente l'interpetrazione istologica dei preparati.

L'A. ha inoltre eseguito un innesto ovarico da donna a donna, riuscito (dopo un mese turgore delle mammelle, secrezione lattea e comparsa di una metrorragia a carattere mestruale), servendosi dell'ovaia di una giovane di 20 anni (donatrice) che ha innestato in una di 25, maritata da 5 anni, sterile, amenorroica primitiva ed assoluta.

Digitized by Google

ATTUALITÀ

I. ***Reperibilità delle forme filtrabili del bacillo tubercolare nei polmoni e nei gangli.***
II. ***I sieri purificati per prevenire la malattia da siero.***
III. ***Sulla sierodiagnosi della blenorragia.***
IV. ***Il vaccino antivaioloso rispetto alla paralisi progressiva.***

I. Parecchie volte abbiamo riferito sulle indagini, che si vanno svolgendo per dimostrare la esistenza e il significato biologico della varietà di virus tubercolare, invisibile anche all'ultramicroscopio ma filtrabile attraverso una candela di porcellana Chamberland. Sinora questa varietà di virus tubercolare è stata rinvenuta nelle vecchie culture di bacillo di Koch, nel pus di ascessi freddi, negli espettorati.

Recenti osservazioni di PAUL FABRY, del laboratorio batteriologico della Università di Liegi, provano (*Bruxelles Médical*, 6 marzo 1927) che quella varietà di virus può rinvenirsi anche negli organi d'infermi tubercolosi, non semplicemente nei liquidi di secrezione o di escrezione.

Infatti all'A. il filtrato di un estratto di pulmoni appartenenti ad una inferma, morta per tubercolosi delle vie respiratorie, risultò sterile come bacilli di Koch, quando venne innestato in differenti mezzi culturali, ma, inoculato ad una cavia, produsse la morte in questo animale, un mese dopo la inoculazione, in uno stato di cachessia progressiva e nei gangli cervicali di questa cavia si dimostrarono bacilli acido-resistenti, affatto simili al bacillo tubercolare di Koch. La milza ed i gangli linfatici di questa cavia, morta dopo la inoculazione, vennero pestati in mortaio sterile con sabbia sterile e il liquido rispettivo fu inoculato nel peritoneo di un'altra cavia. Questo altro animale morì un mese e mezzo dopo la inoculazione ed all'autopsia si trovò una tubercolosi generalizzata nel fegato, nella milza, nel peritoneo, nei pulmoni: nè più, nè meno di quanto si sarebbe notato, se il liquido iniettato fosse consistito in una cultura di comune bacillo tubercolare.

Questi altri dati di fatto confermano che la forma filtrabile di virus tubercolare è una forma attenuata come virulenza, ma questa virulenza può esaltarsi nell'animale ricettivo, in cui è stato inoculato il filtrato del virus. Gli stessi fatti additano che questa varietà di virus può esistere anche negli organi dell'uomo, nei quali più abitualmente si localizzano le forme bacillari comuni del virus tubercolare. In altri termini, queste forme comuni possono attenuarsi o involversi con le caratteristiche di virus filtrabile. Perciò un espettorato o un organo d'infermo tubercolare può contagiare, anche quando non presenti nè le forme comuni del bacillo, nè le granulazioni di Schrön-Mircoli (dette ingiustamente di Much), perchè la forma filtrabile, quando riesce ad inocularsi in un individuo ricettivo, può evolversi in forma più virulenta.

ANDREA FERRANNINI

II. Non pochi sono gli espedienti prospettati per la profilassi dei fenomeni, che talvolta seguono alla sieroterapia. Tra quegli espedienti basti ricordare la ingestione di cloruro o lattato di calcio, di bicarbonato sodico, di urotropina; le iniezioni di adrenalina o di dosi subentranti (specialmente per via rettale) dello stesso siero, che vuole applicarsi a scopo curativo. Si sono saggiate anche varie sostanze, intese a precipitare preventivamente nel siero le proteine tossiche e lasciarvi invece le antitossine, che sono le proteine da utilizzare. Le sostanze precipitanti saggiate sono il solfato di ammoniaca, il solfato di magnesio, il solfato di sodio.

Oltre questa precipitazione frazionata, si sono anche saggiate la osmosi elettrica, la ultrafiltrazione, la epurazione mercè essiccamento e coagulazione, la precipitazione con l'acetone e con l'etere.

Ad onta di questi vari espedienti, la pratica ha provato che nel siero, trattato nelle maniere ora indicate, restano ancora le sostanze proteiche tossiche in proporzioni tali da poter provocare gli accidenti di anafilassi.

Così stando le cose, RAMON riferisce (*La Presse Médicale*, anno XV, n. 21) che nell'istituto Pasteur di Parigi già da tempo si preparano speciali sieri antidifterici e antitetanici, nei quali con peculiari processi fisico-chimici si è riuscito a modificare qualitativamente le proprietà delle proteine rispettive rendendole molto meno tossiche. Ramon non specifica quali sono questi processi fisico-chimici. Prospetta semplicemente che mercè questi sieri, che chiama purificati, gli accidenti anafilattici si riducono al minimo, anche quando l'infermo, a cui si applica il siero, è stato sensibilizzato da una prima iniezione di siero, fatta alquanto tempo in antecedenza. Lesné non ha notato alcun incidente anafilattico in 150 bambini iniettati, a scopo profilattico, con siero antidifterico purificato; lo stesso ha osservato in altre centinaia di bambini iniettati nell'identico modo, nel gennaio ultimo, nel servizio clinico, diretto da Papillon.

Il siero purificato, da applicarsi contro il tetano ha il grande vantaggio di potersi applicare con efficacia di risultati a scopo curativo o repressivo, non semplicemente a scopo profilattico. Siccome il siero purificato antitetanico ha un potere antitossico molto più elevato rispetto ai comuni sieri antitetanici, bastano 75 a 150 cmc. come massimo di siero antitetanico purificato per vedere risultati curativi, per conseguire i quali sarebbero necessari cmc. 500, persino 1 litro, se si adoperasse il siero antitetanico comune.

L'istituto Pasteur mette in commercio ampolline da cmc 2 a 3 (corrispondenti a mille unità antitoss.) e da cmc. 10 (corrispondenti a 10mila unità antit.) di siero antidifterico «purificato»; ampolline da cmc. 5 a 8 (corrispondenti a mille e 500 unità antit.) e da cmc. 10 (corrispondenti a 5 mila unità antit.) di siero antitetanico «purificato».

ANDREA FERRANNINI

III. E' un contributo d'immunologia di A. COHN, dell'Istituto «Robert Koch» per le malattie infettive in Berlino (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 41).

In molti casi la diagnosi della gonorrea e della sua guarigione presenta gravi difficoltà, ed è allora che bisogna chiamare a raccolta tutti gli elementi clinici, batterioscopici, batteriologici e sierologici, senza che per altro, si possa «giurare» sul reperto di uno solo di questi.

Per la sierodiagnosi della gonorrea viene consigliata la seguente tecnica:

1.) L'antigene va fatto preferibilmente con culture di gonococchi di 48 ore, provenienti da stipiti diversi; ogni piastra di cultura (su agar-ascite) viene lavata con 5 cmc. di soluzione fisiologica, a cui è stato aggiunto del fenolo, nella proporzione del 5 ‰.

L'emulsione così formatasi, viene posta in ghiacciaia per circa un quarto d'ora, racchiusa in una boccetta oscura; poi si procede alla titolazione dell'emulsione col metodo di Blumenthal, verso un siero positivo ed uno negativo umani.

Prima dell'uso la boccetta va energicamente agitata; non ogni emulsione batterica è utilizzabile come antigene.

2.) Il sangue del paziente prelevato nella stessa quantità che per una Wassermann, dev'essere fresco di non oltre tre giorni; viene estratto il siero, che deve inattivarsi.

3.) Il complemento, l'ambocettore, i corpuscoli rossi di montone vengono preparati esattamente come se si trattasse di una Wassermann, e la tecnica della reazione è identica a quella di questa ultima. Solo, la fissazione del complemento ha luogo, con lo antigene gonococcico, con maggiore rapidità, relativamente alla Wassermann, e quindi la lettura dei risultati dev'essere fatta per tempo, allo scopo di evitare che reazioni debolmente positive si trasformino in negative.

Per ciò che riguarda la positività della reazione, il Rubinstein ha trovato che la Wassermann positiva rende positiva anche la sierodiagnosi della gonorrea nel 30 % dei casi circa; ma l'Autore non può confermare tale risultato, avendo osservato un sol caso di questo genere.

L'indicazione, per praticare la sierodiagnosi della blenorragia dovrebbe essere costituita dalle malattie dell'apparato urogenitale tanto dell'uomo che della donna, con secrezione sospetta o senza secrezione; inoltre dalle malattie delle articolazioni dei muscoli, del cuore, degli organi di senso (occhi), del sistema nervoso.

La sierodiagnosi andrebbe anche praticata prima di dare il consenso medico alle nozze; esistono per altro in proposito opinioni controverse, poichè la reazione si manterrebbe positiva per parecchio tempo dopo la guarigione (settimane-mesi).

Non pare che la fissazione del complemento per opera dell'antigene gonococcico possa avere un valore prognostico.

V. M. PALMIERI

IV. Recentemente e da più parti si è emessa l'ipotesi che la paralisi progressiva — la cui patogenesi non potrebbe, secondo questi Autori, essere chiarita col solo elemento luetico — abbia un'eziologia vaccinica.

Le ricerche sugli animali, praticate da Plaut e Jamel non hanno saputo dare alcun appoggio a questa veduta, nel senso che si potesse constatare un'influsso favorevole del vaccino per il contagio della sifilide, o che l'immunità vaccinica preparasse il terreno adatto alla metalue.

ARNOL e KOPP dell'Istit. Vaccinogeno di Monaco (*Deut. Med. Woch.* 1926, n. 43) hanno ripreso l'argomento, ma allargando non poco la questione: partendo dalle ricerche di Luksch e di altri che danno al vaccino il valore di un elemento patogenetico per alcuni disturbi cerebrali acuti, e dalla ipotesi anzidetta sui rapporti tra vaccino e metalue, essi si sono domandati se il virus vaccinico non abbia una particolare affinità per il sistema nervoso centrale.

Veramente il fatto che nell'Istituto accinogeno di Monaco ogni anno

Digitized by Google

parecchie centinaia di conigli vengono trattati col vaccino, per via cutanea, intracutanea, sottocutanea, corneale, intracorneale, addominale, endovenosa, senza che si sia manifestata alcuna forma cerebrale, e neppure casi di morte, avrebbe pur dovuto dire qualche cosa ai due Autori, ma essi hanno, comunque, preferito far delle ricerche specifiche sull'argomento in questione.

Se l'immunità vaccinica ha qualche relazione col prodursi della paralisi, debbono poter essere dimostrati degli anticorpi virulicidi nel cervello dei paralitici; mentre in quello dei non paralitici tali anticorpi debbono mancare, o almeno trovarsi in quantità molto inferiore.

Le ricerche furono orientate così: si utilizzarono due cervelli di paralitici, ed uno non paralitico: 1 grammo di sostanza del lobo frontale, venne emulsionata in soluzione fisiologica con un'eguale quantità di linfa vaccinica diluita in soluzione fisiologica 1:10, 1:50, 1:100; il miscuglio venne tenuto per un'ora in termostato a 37°; poi 0,2 cmc. di questo vennero stropicciati sul dorso di conigli ben rasati. Come controllo servirono delle strofinazioni con semplice linfa vaccinica, diluita in soluzione fisiologica 1:20, 1:100, 1:200.

Il risultato di questa ricerca fu assolutamente sconfortante, poichè le pustole vacciniche formatesi sul dorso degli animali da esperimento furono del tutto identiche nei loro caratteri, tanto nelle vaccinazioni praticate col miscuglio cervello paralitico + vaccino, che in quelle cervello non paralitico + vaccino, che in quelle, infine, col solo vaccino.

Le stesse ricerche fatte col siero, anzichè con sostanza cerebrale di paralitici e non paralitici, hanno dato risultato incerto.

Risultato negativo dettero anche altre ricerche, dirette a stabilire se conformemente alla tesi del Saraskiewicz, il virus vaccinico costituisse una specie di simbiosi con la spirochete, in modo che questa, modificata nelle sue caratteristiche provocasse più facilmente la paralisi.

In base a queste, ed ad altre ricerche minori, non è in sostanza, stato possibile di ottenere la prova di una interdipendenza tra vaccinazione e paralisi.

Lo stesso può dirsi della presunta interdipendenza tra vaccinazione ed encefalite.

V. M. Palmieri

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Etiologia della malattia di Raynaud. — S. Iwai e N. Meisai. *The Japan Med. World.*, 15 dic. 1926.

Da osservazioni cliniche e ricerche sperimentali gli AA. deducono che il morbo di Raynaud non è dovuto, come generalmente si ammetteva finora, ad una neurosi dei nervi vasomotori, ma bensì alla presenza, nel sangue circolante, di notevoli quantità di auto-emo-agglutinine. Gli attacchi della malattia sarebbero quindi provocati dalla occlusone meccanica dei vasi sanguigni, determinata dalla agglutinazione dei corpuscoli del sangue per mezzo delle dette auto-emo-agglutinine.

Queste agirebbero più spiccatamente alle basse temperature: onde verrebbe così ancora meglio a spiegarsi la ragione per cui gli accessi della malattia abbiano a verificarsi durante la stagione invernale.

Perturbamenti dell'aorta nella malaria cronica.— P. Ottonello. *La Radiologia Medica*, vol. 13, n. 11.

La questione se la malaria sia in grado di produrre alterazioni a carico dell'apparato circolatorio è tuttora discussa.

Vi sono alcuni autori partigiani di una patologia cardiovascolare malarica, per avere osservato lesioni o turbe funzionali tanto nel cuore che nei vasi; altri autori invece escludono la malaria come elemento patogenetico di lesioni cardiovascolari.

Data ancora la controversia esistente su quest'argomento, l'A. ha voluto eseguire uno studio sistematico dell'aorta, servendosi del metodo ortodiagrafico con dispositivo Reviglio, e scegliendo quali soggetti d'esperimento degli individui sicuramente malarici, senza precedenti all'infuori di quelli palustri.

Dalle sue ricerche l'A. deduce che negli individui sicuramente e solamente malarici il diametro dell'aorta è sensibilmente superiore a quello che vien dato di constatare negli individui della stessa età, ma esenti da forme morbose che possono portare un'alterazione ai vasi; che i maggiori diametri si notano nelle forme in cui l'infezione malarica è più antica; e che infine la pressione arteriosa nei malarici, a distanza dagli accessi febbrili, presenta valori che sono inferiori alla media che vien data di osservare in soggetti di età corrispondente.

L'A. pensa che la dilatazione aortica non sia sostenuta dal parassita malarico, ma con ogni probabilità dalla diminuita elasticità dell'arteria avvenuta a seguito del perturbamento vascolare che si verifica durante gli accessi febbrili.

Esteso aneurisma dell'arco aortico senza corrispondente sintomatologia clinica. — A. Andreani (Ospedale civile di Padova). *Giornale di Clinica Medica*, fasc. XVII, 1926.

Sebbene non propriamente di un aneurisma muto, nel caso dell'A. si tratta di un cospicuo aneurisma di tutto l'arco dell'aorta, cui non corrisponde una sintomatologia clinica proporzionata. Il paziente è un individuo di 66 anni, forte bevitore e luetico, il quale accusa un senso di dolore accessuale alla regione cardiaca ed una dolorabilità a carattere gravativo subito sotto l'angolo della scapola sinistra, irradiantesi talora alla spalla dello stesso lato; non ambascia nè dispnea. All'esame obiettivo il polso radiale destro e sinistro sono sincroni tra loro e col polso delle arterie degli arti inferiori; non si nota anisocoria nè disfagia; non lesioni funzionali delle corde vocali, non impulsi al giugulo, non Oliver-Cardarelli: lieve turgore delle giugulari e lieve impulso sistolico delle carotidi.

Sul cuore non si notano rumori di soffio. All'ispezione l'angolo del Louis e il 1° e 2° spazio intercostale appaiono alquanto sollevati; quivi si delimita un'ottusità che sopravanza d'ambo i lati le due marginali dello sterno e sulla quale non si ascoltano soffi.

Nonostante questa scarsa sintomatologia clinica, l'esame radiologico mise in evidenza un aneurisma sacciforme dell'arco aortico, interessante principalmente il tratto iniziale dell'aorta ascendente, il quale occupa tutto il campo polmonare sinistro superiore, invadendo pure la regione mediastinica posteriore. Altre due ectasie più piccole si notano, una all'origine dell'aorta e l'altra all'inizio della cavità aneurismatica dell'arco aortico.

Venuto l'infermo a morte in seguito a ripetute emoftoe, la necropsia, oltre un cuore voluminoso, ha permesso di precisare le dimensioni di queste sacche aneurismatiche multiple, delle quali la più grande si mostra capace di contenere agevolmente la testa di un neonato; essa infatti misura nella sua maggiore dilatazione cm. 33.

Secondo l'A. l'assenza di sintomi clinici spiccati deve attribuirsi e al fatto che la larghezza della sacca doveva smorzare le pulsazioni trasformandole in una ondulazione della parete e alla circostanza che l'atrofia dei tessuti, togliendo lo stretto rapporto tra aorta e trachea, non permetteva la propagazione dei rumori e delle pulsazioni; non v'è da dimenticare inoltre che esisteva contemporaneamente miocardite. La mancanza di anisocoria può trovare la sua giustificazione o nel fatto che il simpatico cervicale non veniva compresso o anche perchè la lue, che per alcuni AA. è la causa diretta delle alterazioni pupillari, non aveva determinato lesioni dei centri nervosi ciliari. L'ampiezza, poi, del tronco brachiocefalico e della succlavia sinistra, riscontrata alla necropsia, dà ragione della mancanza del polso differenziale e del polso ritardato.

La stenosi pilorica ipertrofica congenita.— D. Greer, Houston (Texas). *The Journal of the American Medical Association*, 1926, n. 12.

La stenosi pilorica ipertrofica congenita presenta un quadro caratteristico, che non è suscettibile di errore: una progressione fulminea di vomiti, la persistente crisi di onde peristaltiche epigastriche, e la resistenza immutabile alla terapia farmacologica e dietetica lasciano poco campo alle congetture.

La palpazione del tumore pilorico non è essenziale per la diagnosi, ed, inversamente, la sua presenza non basta a stabilirla in modo indiscutibile. L'esame con i raggi röntgen può solo corroborare la diagnosi.

Specialmente quando la stenosi pilorica non è molto grave, possono presentarsi delle sindromi atipiche, in cui il solo carattere che può fare da filo conduttore per la diagnosi è il vomito persistente. Il trattamento più consigliabile nella stenosi pilorica ipertrofica congenita è quello chirurgico, eseguito appena la diagnosi è stata con sicurezza formulata.

Particolarità sulla malattia da siero nella sieroterapia antidifterica — H. Heckscher, Ospedale Blegdam (*Acta Medica Scandinavica*, 1926, fasc. VI.

L'A. non ritiene esatta la conclusione di parecchi ricercatori relativamente alla via di introduzione del siero antidifterico, poichè — in contrasto con le loro osservazioni — egli ha trovato che

Digitized by Google

l'iniezione intravenosa di siero produce la malattia da siero in un numero minore di casi, rispetto alle iniezioni intramuscolari. Inoltre, i casi osservati dimostrano che la disposizione alla malattia da siero aumenta considerevolmente con l'età, è più grande negli adulti che nei ragazzi, ed è più grande nei ragazzi tra 6 e 15 anni, che nei bambini più piccoli.

Influenza dei raggi ultravioletti sulla cutireazione tubercolinica alla Pirquet. — F. Morabito, della R. Clin. Med. di Napoli. *La Pediatria*, 1926, fasc. 17.

Trentaquattro bambini, in cui riuscì positivo il saggio tubercolinico alla Pirquet, furono sottoposti dall'A. all'azione dei raggi ultravioletti sugli arti superiori con durata iniziale di 5 minuti e con durata massima di 30 minuti.

In 30 tra i 34 bambini così trattati la reazione alla tubercolina risultò attenuata, a cominciare dalla terza applicazione della irradiazione. Questo risultato viene considerato dall'A. non come effetto del cambiamento nello stato generale perchè l'attenuazione della reazione tubercolinica non si notò nell'arto, coperto con un panno, mentre si applicava la irradiazione nell'arto opposto. L'A. ritiene invece che trattasi di modificazioni locali, verificatesi nello stato biologico della cute, come succede nella iperpigmentazione provocata dai raggi ultravioletti.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Risultati lontani della resezione gastrica per cancro. — Delore, Mallet-Guy e Burlet. *Presse Médicale*, n. 80, 1926.

I risultati della resezione gastrica vengono considerati da questi autori in: temporanei e definitivi.

I temporanei sono quelli sui quali si può fare maggiore affidamento nell'operazione di resezione gastrica, essendo ormai acquisito che questo metodo operativo apporta raramente guarigioni definitive. Sicchè tutti gli AA. hanno cercato di stabilire la durata media della sopravvivenza degli operati, in cui si verifica la recidiva dopo l'atto operativo.

La media stabilita dai nostri AA. su una statistica di Delore di 166 osservazioni (dal 1923 al 1926) di cui 130 guariti operatoriamente, dà una guarigione definitiva, su 88 casi che hanno potuto seguire, del 16 per cento e una durata media di sopravvivenza di 18 mesi, dopo l'operazione.

Molto importante a considerare il periodo post-operatorio in cui i sintomi scompaiono più o meno completamente e lo stato generale si mantiene ottimo. Non c'è tuttavia un costante parallelismo fra il periodo di miglioramento e la durata della sopravvivenza, nel senso che il primo può essere più o meno breve senza, che la recidiva si manifesti; e questa può essere improvvisa dopo un lungo periodo di benessere.

In genere il miglioramento immediato che si ottiene dopo l'operazione è tale che colpisce gli stessi ammalati, ma esso è effimero, in quanto presto sopravviene — nei più — la recidiva che non perdona.

Questa presenta un particolare interesse. Nella statistica degli AA. si è verificata nell'84 % dei casi osservati e guariti operatoriamente. Si è considerata qui come recidiva solo la constatazione clinica od operatoria e gli ammalati la cui morte si è verificata nell'annata stessa dell'operazione, senz'altro dato che la notizia della loro morte. Non si escludono poi dei casi in cui non si può parlare di recidiva, ma di evoluzione regolare del tumore, nonostante l'atto operativo.

Quanto ai risultati definitivi abbiamo detto che la statistica degli AA. porta il 16 % di guarigioni — o per meglio dire — di non riproduzione, dopo ancora tre anni dall'operazione; e qui appunto bisogna spiegare che in genere si ritiene che la guarigione sia definitiva se dopo tre anni dall'operazione il tumore non si è riprodotto: questo elasso, giunto ai sei anni, permette una certezza quasi assoluta. Ma bisogna tener conto che la statistica degli AA. come del resto tutte le altre non possono essere assolute e complete, molti casi — i più anzi — sottraendosi all'ulteriore osservazione.

Comunque nei riguardi della prognosi — molto importante — di questi casi, bisogna considerare diversi fattori: 1) la esistenza d'una stenosi pilorica; si ritiene comunemente che il carcinoma che si rivela di primo acchito con una stenosi pilorica permetta — intervenendosi — una prognosi più favorevole, poichè l'operazione essendo affrettata dalla gravezza della sintomatologia, previene l'ulteriore diffusione del tumore stesso; ma non tutti i carcinomi risiedono in sede pilorica primitivamente, potendo iniziare, per esempio, nella piccola curvatura e diffondersi tardivamente verso il piloro, provocando soltanto tardivamente la sindrome stenotica, la quale induce all'atto operativo! Dunque la prognosi non dipende più dalla precoce manifestazione sintomatica ma dalla sede. Ecco perchè non si è autorizzati a prendere in considerazione questo elemento, per la prognosi a distanza; e quindi la constatazione d'una stenosi pilorica in un malato affetto da carcinoma gastrico non ha alcun valore per prevedere i risultati della gastrectomia.

Altri elementi importanti per la prognosi sono: 2) la estensione del tumore al sistema linfatico e agli organi vicini (gangli, aderenze); 3) la natura istologica del cancro; e infine, 4) la sua forma anatomica, macroscopica.

Il processo Burci nelle ernie ombelicali. — Bartoli. *Archiv. It. di Chirurgia*, fasc. 3, 1927.

I processi ideati per la stabile guarigione operativa delle ernie ombelicali sono numerosissimi: è giustificato quindi ritenere che nessuno sia veramente tale da offrire assoluta sicurezza. Di processi Bassini ce n'è uno solo, perchè un secondo sarebbe superfluo, quando il primo basta in tutti i casi.

Quello di Burci — tuttavia — resta uno dei migliori per le ernie ombelicali, specialmente, di una certa entità, donde è giusto ricordarlo e prender atto della casistica di un ventennio che il Bartoli riporta allo scopo di metter in evidenza i risultati lontani del metodo del suo maestro.

Ecco riassunti i capisaldi di questo metodo:

1) onfalectomia, avente lo scopo di ridurre notevolmente la distanza fra i due retti, allontanati dal tumore erniario;

2) sutura sulla stessa linea dei varii piani con cui viene ricostruita la parete addominale in modo da ottenere più facilmente la sintesi stabile dei tessuti, anche nelle ernie voluminose;

3) avvicinamento regolare e rinforzato per ottenere una stretta unione dei retti sulla linea mediana, che dà modo di portare, in corrispondenza del punto ove era la porta erniaria uno spesso cuscinetto muscolo-aponeurotico;

4) avvicinamento dei muscoli e rispetto delle loro fibre e della innervazione e irrorazione.

I casi operati nella Clinica di Firenze dal Burci, durante un periodo che va dal 1904 al 1925 sono cinquanta, di cui cinque in maschi e 45 in femine (è quindi riconfermato essere l'ernia ombelicale prevalente nel sesso femminile). L'età variabile tra i 14 e i 59 anni; solo 2 avevano più di 62 anni e due di età inferiore ai tre anni.

Tutti i pazienti hanno denunziato la lesione come di data recente. Come grossezza dell'ernia, variava dalla grossezza di una noce a quella di un mandarino; in sette era un pò più voluminosa, in due quanto la testa di un feto a termine. Tranne due irriducibili e tre strozzate, tutte le altre erano riducibili. Sui 50, operati, 45 ebbero un decorso normale; tre ebbero lieve complicanza settica, due morirono, per cause diverse (embolia della polmonare, insufficienza cardiaca). Di 30 potuti seguire dall'A. per un elasso dai 2 ai 16 anni, tutti si sono presentati in ottime condizioni. Infine un ultimo caso dimostrativo di ernia recidivata dopo tre anni, operata poi col metodo Burci non aveva avuto nessun'altra recidiva dopo 16 anni.

Fistola appendicolare spontanea. — Cipriani. *La Clinica Chirurgica*, fasc. 2, 1927.

Di questa rara evenienza, cui dagli osservatori in genere si è data poca importanza, ingiustamente, l'A. riferisce un caso in persona di una giovane di 23 anni, la quale il 15 marzo 1924 fu colpita improvvisamente da acutissimi dolori addominali diffusi ma specialmente più intensi al quadrante inferiore destro accompagnati da nausee, vomito, nonchè da rialzi termici. Dopo i dolori andarono nettamente delimitandosi al solo quadrante inferiore destro, ma per oltre un mese si attenuarono, per riacutizzarsi di nuovo improvvisamente. Nello stesso tempo all'esterno della regione inguino-crurale si manifestava una tumefazione che a poco a poco aumentò di volume a forma ovoidale, consistenza molle, cute aderente tesa e arrossata; stato generale febbrile.

Mentre un sanitario si proponeva di incidere ritenendo la tumefazione un'adenite suppurata il giorno seguente all'osservazione, nella notte questa si aprì all'esterno dando luogo a pus denso e fetido, che, nei giorni seguenti andò man mano decrescendo. La cute nonostante le medicazioni del sanitario non si chiuse più e ne risultò una fistola, che dava continuo gemizio di uno scarso liquido giallastro, torbidiccio.

Operata dopo otto mesi (Austoni) per fistola ritenuta appendicolare (taglio di Roux) si trova l'appendice situata al lato posteriore ed esterno del cieco, inglobata in una massa costituita dall'epiploon e da residui infiammatorii, massa del volume d'una grossa mandorla fissa nell'angolo diedro formato dall'unione della parete posteriore con l'anteriore poco sotto il livello della cresta iliaca. Tentando d'isolare in blocco questa massa si penetra in una cavità contenente liquido muco-purulento-ematico la quale da una parte comunica con un'apertura posta a metà lunghezza dall'appendice e dall'altra con un tumore lungo 6-8 mm. che attraversa gli strati aponevrotici e muscolari della parete addominale anteriore subito al disopra dell'arcata femorale e all'interno della spina iliaca ant. superiore decorre per 4 cm. sotto cute e sbocca nell'orificio fistoloso esterno.

Digitized by Google

Isolamento e asportazione dell'appendice; sbrigliamento e raschiamento del tragitto fistoloso, sutura a strati. Drenaggio. Guarigione.

Un rarissimo caso di frattura dell'atlante.— PIERI. *Archivio Italiano di Chirurgia*, fasc. 3, 1927.

L'A. pubblica un caso eccezionalissimo di frattura dell'apofisi trasversa che secondo le sue ricerche bibliografiche sarebbe il primo nella letteratura.

Un individuo, mentre caricavasi sul capo un fascio di fieno del peso di circa ½ quintale, in seguito di una lieve deviazione del peso verso destra (il paziente per caricarsi il peso sul capo lo tirava con funi in modo da farlo passare, risalendo dal dorso al collo e poi sul capo) reagì bruscamente con uno sforzo per rettificare l'equilibrio turbato; avvertì allora uno scroscio e un improviso intenso dolore alla parte più alta del collo, sicchè dovette scaricare il fascio.

Da allora ha dovuto tenere il capo in posizione obbligata per evitare che i movimenti esacerbassero il dolore.

All'osservazione il malato si presenta con la testa leggermente inclinata verso sinistra. La palpazione non fa rilevare spostamenti di rapporti nelle apofisi spinose; ma la pressione su quelle della 1ª e 2ª v. suscita vivo dolore; che è ancora più intenso alla pressione delle apofisi trasverse della 1ª: a sinistra il dolore è più violento che a destra. Invitato il m. a eseguire dei movimenti egli può compiere solo quelli di flessione senza dolore e un poco quelli di estensione. Gli altri movimenti (rotazione, raddrizzamento) sono possibili solo entro stretti limiti, provocando facilmente dolore vivissimo.

La radiografia mostra nettamente la esistenza di una frattura verticale della apofisi trasversa sinistra della prima vertebra senza spostamenti, attraversante l'apofisi alla sua base, nel punto corrispondente al canale in cui passa l'arteria vertebrale.

Applicazione di un apparecchio gessato con collare a imbuto che sostenesse e immobilizzasse il capo. Durata dell'app. 40 giorni: guarigione clinica completa.

L'A. interpetra lucidamente il meccanismo patogenetico di questa frattura eccezionale richiamandosi ai movimenti compiuti dall'inf. nell'atto di assumere il peso e incolpandone l'angolare dell'omoplata, che come è noto s'inserisce all'apofisi trasversa dell'atlante su tutta la estremità di essa con direzione prevalente in basso e all'esterno. Questo muscolo per una brusca contrazione tendente a inclinare il capo a sinistra avrebbe provocato la frattura.

PATOLOGIA GENERALE

Glomerulo-nefrite acuta sperimentale da tossine streptococciche. — CH. W. DUVAL e R. S. HIBBARD, New Orleans. *The Journal of the Medical Association*, 1926, n. 12.

I diversi tipi di glomerulo nefrite acuta, comprese le proliferazioni endoteliali ed epiteliali, i trombi ialini nei vasi glomerulari, le emorragie nello spazio capsulare, e la necrosi completa dei complessi capillari può essere sperimentalmente prodotta nel coniglio, in condizioni determinate, sotto l'azione dei principii tossici dello streptococco di Dick (streptococco della scarlattina).

Questa produzione sperimentale della nefrite è di insolita importanza, poichè essa offre l'opportunità di studiare le lesioni acute in ordine agli esiti relativi, e può formare un mezzo per lo studio delle alterazioni che portano alla nefrite diffusa progressiva; inoltre viene aperto un campo di ricerche, che può portare alla migliore conoscenza delle cause e della patogenesi di certe forme renali nell'uomo.

La nefrite streptococcica prodotta nel coniglio, e la sua completa analogia con le lesioni renali della scarlattina umana sono particolarmente interessanti, poichè l'agente provocante artificiale è in questo caso analogo a quello che nella realtà si verifica, il che non può dirsi per le nefriti sperimentali da cantaridi, da veleno di serpenti, e da uranio, che, rappresentando degli stimoli del tutto insoliti per la nefrite umana, non possono costituire una base appropriata per ricerche comparative.

Azione dei sieri di animali scapsulati sul tono vasale e sulla pressione arteriosa. — L. RICCITELLI, G. CRISTINI (Istit. di Clinica e Patol. Med. della R. U. di Perugia). *La Diagnosi*, a. VI, n. 52.

L'iniezione endovenosa di siero di animale scapsulato in animali normali talora produce in modo fugace un lieve abbassamento della pressione vascolare: il più delle volte invece, dà subito un aumento della pressione. La stessa azione si rileva in animali scapsulati.

Il siero di animali scapsulati presenta questa forma di attività sia che il salasso avvenga poche ore dopo la capsulectomia, sia che avvenga a distanza di molte ore. E' da rilevare che l'osservazione protratta dimostra che anche tardivamente non solo non si rivelano segni di ipotensione, ma addirittura d'ipertensione.

Il siero di animale scapsulato, sia nell'animale normale che in quello scapsulato, non è capace di neutralizzare l'azione dell'adrenalina. E' bene ricordare che qui non ha differenza di comportamento il siero di sangue di animali della stessa specie o di specie diversa.

L'iniezione di sieri di animali scapsulati o di animali normali ripetuta a breve distanza è fortemente ipotonizzante, fino a produrre la morte. Ma questo comportamento è da attribuirsi a shock colloidale.

Anche nell'uomo l'iniezione dei sieri di animali scapsulati produce piuttosto aumento che abbassamento della pressione.

E' facile dedurre da queste ricerche che non sia possibile, ottenere una terapia ipotensiva nei casi di ipertensione mediante sieri di animali scapsulati.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Gli estratti ipofisarii nel secondamento e nel dopo-parto. — TIMPANARO. *La Clinica Ostetrica*, fasc. 3, 1927.

L'estratto ipofisario rappresenta un rimedio utile anche nel terzo periodo del parto e nel puerperio, realizzando un notevole vantaggio su le preparazioni di segala cornuta in uso. La somministrazione sistematica dello estratto ipofisario poco dopo l'espulsione o l'estrazione del feto è molto utile nel secondamento, provocando la facile espulsione della placenta e facilitando la involuzione dell'utero.

Questi benefici effetti si ripercuotono sul post-partum immediato e sul puerperio, in cui se continuati ad adoperare da soli o associati alla segala aboliscono o attenuano i rischi e i pericoli della ipotonia dell'utero, coadiuvano la terapia locale per una rapida involuzione dell'utero, alleviano il dolore, regolarizzano la funzione evacuatrice della vescica e dell'intestino. Non presentano pericoli di sorta e si possono associare all'adrenalina, che ne rinforza l'azione.

La diagnosi di gravidanza, per mezzo della doppia prova alimentare. — FR. ADLERSBERG e O. PORGES, I Clinica Medica di Vienna. *Medizinische Klinik*, 1926, n. 41.

Le modificazioni del ricambio nello organismo femminile, nel corso della gravidanza, sono note non da oggi.

Si è data particolare importanza alla glicosuria alimentare, ma non si è posta altrettanta attenzione nello studio di un'altra anomalia del ricambio gravidico, quale l'acetonuria alimentare.

Gli AA. hanno cercato di utilizzare queste alterazioni del ricambio gravidico per ottenerne un elemento di diagnosi precoce di gravidanza.

Questa « prova combinata » va così condotta: dopo un periodo preliminare di alimentazione normale, le donne sottoposte alla ricerca si nutrono, per un giorno, con una dieta assolutamente priva di idrati di carbonio: per. es. 200 grammi di carne, 2-5 uova, 50 grammi di formaggio, 100 grammi di burro o di grasso, caffè nero, thè, zuppa di carne di bue, e legumi verdi a volontà.

Il giorno seguente — tra le 8 e le 9 del mattino — viene fatta la ricerca dell'acetone nelle urine, colla prova di Legal. Poi le donne sottoposte alla ricerca consumano una prima colazione ricca in amilacei (80 grammi di pane bianco ed una tazza di thè con 10 grammi di saccarosio), e una o due ore dopo viene ricercato lo zucchero nelle urine. Furono sottoposti a questa « prova combinata » 30 gravide tra il secondo ed il quarto mese di gestazione, e 24 altre persone, ammalate di diverse malattie, come controlli.

Tutte le donne gravide dettero positiva la « prova combinata »; dei controlli si ebbero due casi positivi di acetonuria (in uno anche glicosuria) in due individui affetti da morbo di Basedow, e tre casi positivi di glicosuria senza acetonuria in individui affetti rispettivamente da apicite, gastroptosi ed altra malattia dello stomaco.

La « prova combinata » dell'acetonuria e della glicosuria alimentare può dunque essere adoperata per la diagnosi precoce di gravidanza.

Gravidanza con imene perfettamente intatto.— S. HEIBRONN, Geilingen. *Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1926, n. 42.

Di questa non rarissima evenienza presenta un nuovo caso l'Autore.

All'inizio dei dolori di parto, nella paziente in questione l'ostio vaginale apparve come chiuso da una specie di cortina molto tesa e resistente, completamente rivolta verso l'interno della vagina. Si trattava di una membrana robusta e solida, che presentava un'apertura centrale, che lasciava passare il polpastrello del mignolo.

Ad ogni crisi dolorosa, sporgeva dietro la membrana un corpo duro, che fu identificato come la testa fetale. Essa non riusciva però a vincere la resistenza della membrana. Fu perciò fatto ricorso ad una leggera narcosi, e così il dito del medio potè lacerare la membrana per ogni parte, ed il feto potè passare.

La paziente affermò di non aver sofferto atroci dolori ad ogni rapporto coniugale.

Digitized by Google

NEURO-PSICHIATRIA

Fenomeno di Piotrowski e riflesso di Balduzzi. — Vizioli. *Neurologica,* 10 febbraio 1927.

Il fenomeno antagonistico del tibiale anteriore di Piotrowski consiste in un riflesso del muscolo tibiale anteriore, che si ottiene percuotendo il muscolo in parola un pò al disotto del suo attacco prossimale: si viene a provocare per effetto di tale percussione una flessione dorsale e supinazione del piede.

Il Piotrowski ritenne questo riflesso non patologico, ma facile a verificarsi in soggetti presentanti facile ipereccitabilità riflessa generale.

Più tardi l'A. studiando il suo riflesso vide che la percussione del tibiale ant. fra la tuberosità della tibia e il capitello fibulare non provocava la risposta in flessione dorsale del piede ma una netta flessione plantare e quindi un riflesso antagonista al precedente, che ritenne di significato sicuramente patologico, presente in casi di malattia organica in genere, del sistema nervoso centrale, con sintomatologia spastica.

Questo riflesso fu detto il «fenomeno di Piotrowski».

Per la tecnica si colpisce con un martellino da percussione nel punto indicato, flettendo passivamente il piede, prima di battere col martello, per accentuare un pò l'intensità del fenomeno: ciò dice il Piotrowski, mentre il Vizioli ritiene che la flessione passiva del piede prima di percuotere è un atto indispensabile se si vuol ottenere il fenomeno.

Il riflesso del Balduzzi, detto del malleolo esterno consiste invece nel provocare un movimento di estensione del piede e contrazione dei gastrocnemi, percuotendo sul malleolo esterno. Secondo il Balduzzi questo è un riflesso periosteo ed è presente in tutte le forme di malattie organiche del sistema nervoso accompagnate da esaltazioni, della reflettività agli arti inferiori.

Il Sagin ha voluto identificare i due riflessi del Piotrowski e del Balduzzi, ma a torto, come dimostrano il Balduzzi stesso e l'A., il quale ultimo apporta una casistica numerosa in cui ha potuto dimostrare essere i due riflessi nettamente distinti, pur essendo entrambi esponenti di malattie organiche del sistema nervoso e non aventi perciò alcuna specificità per determinate affezioni. Essi infatti sono più o meno presenti in tutte le seguenti affezioni: sindromi piramidali (emiplegia); sindromi extra-piramidali (Parkinson), demenza precoce, paralisi progressiva, epilessia, neurastenia e isterismo.

In altre forme senza base organica l'A. ha riscontrato i due fenomeni pure presenti (ma non in tutte) quantunque più indeboliti sempre però in soggetti con sensibile vivacità della reflettività tendinea agli arti inferiori.

Il riflesso palmo-mentoniero. — Sarno. *Neurologica,* n. 6, 1926.

L'A. porta un contributo a questo riflesso, recentemente studiato da Marinesco e Radovici e consistente in una contrazione lenta e duratura dei muscoli triangolare, quadrato e fiocco del mento, in seguito ad un eccitamento provocato sull'eminenza tenare e ipotenare della mano corrispondente al lato dove il riflesso si verifica.

Questo riflesso fu riscontrato dagli autori in un ammalato affetto da sclerosi laterale amiotrofica per la prima volta; ricercato poi in altre affezioni dipendenti sopratutto da lesioni del fascio piramidale, fu riscontrato pure positivo, come pure, del resto, nelle persone sane.

Dunque non ha nessuna specificità, pur riscontrandosi quasi costantemente in alcune speciali malattie nervose, quali la paralisi, il parkinson post-encefal. ecc.

Circa la sua interpetrazione gli Autori pensano che l'eccitamento partendo dalla regione palmare e arrivando per mezzo dei nervi cubitale e mediano al midollo, invece di riflettersi sui muscoli dell'eminenza tenare o ipotenare, si ripercuote, per un meccanismo di risonanza o d'isocronia, sui neuroni che formano il fascio fondamentale del cordone laterale, ed arriva, per mezzo delle numerose vie collaterali, al nucleo del facciale dello stesso lato.

RADIOLOGIA

Le radiografie polmonari con schermi colorati.— Courcoux e Gibson. *Revue de la Tuberculose,* n. 4, 1926.

L'uso del negatoscopio, permettendo di variare l'intensità della sorgente luminosa, agevola molto la lettura delle radiografie polmonari, purchè queste presentino una trasparenza uniforme. Le radiografie «dure», infatti, ottenute con raggi troppo molli, presentano un forte contrasto tra i bianchi e i neri, non sono facilmente leggibili neppure col negatoscopio; con una luce intensa infatti i bianchi offuscano tutta l'immagine, mentre con una luce debole aumenta troppo l'opacità dei neri. Parimenti poco leggibili col negatoscopio sono le radiografie «grigie», dipendenti dal tempo di posa troppo lungo o da raggi troppo duri, le quali mancano di contrasti, e le radiografie troppo chiare per insufficiente tempo di posa o insufficiente sviluppo. In questi casi, secondo gli AA. la lettura può essere agevolata sostituendo alla luce bianca la luce colorata. A tale scopo essi si servono di schermi colorati, preparati con dei «films» vergini di varie dimensioni, precedentemente debromurati mediante immersione in un bagno di fissaggio a base di iposolfito di sodio. Eliminati così i sali di argento, questi «films» vengono abbondantemente lavati e poi colorati immergendoli in soluzioni varie. Per ottenere schermi di colore verde, gli AA usano una soluzione di verde di malachite 1 ‰, per schermi di colore giallo una soluzione di auramina 2 ‰. Facendo variare la concentrazione dei coloranti si possono avere tinte più o meno intense.

Dall'osservazione degli AA. risulta che la luce verde rinforza i neri senza attenuare troppo la visibilità dei bianchi; essa perciò sarà utile per leggere le radiografie uniformemente troppo chiare per insufficienza di tempo di posa o di sviluppo. La luce gialla, attenuando l'intensità dei bianchi, sopprime il fenomeno dell'offuscamento, pur senza diminuire, anzi rinforzando, la trasparenza dei neri; servirà quindi per le radiografie con troppo forte contrasto tra bianchi e neri.

Un altro vantaggio degli schermi proposti dagli AA. è quello di potersene procurare di dimensioni minori di quelle della lastra del negatoscopio, di modo che una stessa radiografia può essere letta contemporaneamente in parte con luce bianca e in parte con luce colorata, sì da poter determinare dei contrasti di luce utili per la lettura e da poter utilizzare l'efficacia dei colori complementari. Usando uno schermo parziale verde, infatti la parte della radiografia illuminata con luce bianca appare leggermente rosea; usando uno schermo parziale giallo, la parte bianca si mostra leggermente violacea.

La scialografia. — Jacobovici, Popolitza e Albu: *Presse Medicale,* n. 75, 1926.

La scialografia è il metodo radiologico che permette di mettere in evidenza i dotti escretori delle ghiandole salivari.

Da molti autori è stato adoperato a questo scopo il mercurio, il ioduro di potassio, la iodipina.

Di quest'ultima si sono serviti gli AA. (in proporzione del 20 %); la quantità di soluzione che penetra nel canale parotideo normale è di 4 cmc. mentre che nel dotto di Warton la metà.

La tecnica consiste: nell'iniettare da una siringa di Anel, cui è applicata una cannula adatta, la soluzione, dopo aver ricercato l'orificio dei dotti; per la parotide non sempre appare distintamente e allora bisogna ricorrere al massaggio e così si vede il punto da cui esce la saliva. Si introduce la cannula appena individuatolo e si inietta la soluzione, fino a quando l'ammalato avverte una sensazione dolorosa all'altezza dell'orecchio corrispondente. Nello stesso tempo si ha tumefazione della glandola, ma tumefazione e dolore scompaiono dopo qualche ora. Introdotta la soluzione si fa subito la radiografia.

Per il dotto di Warton si procede allo stesso modo dopo aver scoperto l'orificio all'altezza degli incisivi. Si inietta fino a provocare il dolore e tumefazione delle glandole sotto mascellari. Questa radiografia riesce utilissima quando non si può precisare la sede esatta di un'affezione, come in alcuni casi citati dagli AA.; è inoltre utile per lo studio delle forme anatomiche delle glandole.

I varii aspetti radiografici della sella turcica. — Joly. *Paris Medical,* n. 6, 1927.

Alla radiografia la sella turcica può presentare imagini diverse che siano in dipendenza non soltanto di modificazioni o alterazioni dirette del suo contenuto, l'ipofisi, ma anche dovute a ipertensione cranica a processi neoplastici di vicinanza, che agiscano sui punti di resistenza minore come le apofisi clinoidee, la lamina quadrilatera ecc.

Per ben studiare le deformazioni patologiche della sella turcica, è indispensabile ottenere imagini radiografiche comparabili fra loro, donde la necessità di una tecnica invariabile. A tal fine tutti gli autori han stabilito di dirigere i raggi normali sul punto di mezzo d'una linea che unisca il condotto uditivo esterno al bordo esterno dell'orbita. Queste misure variano di poco secondo che si tratti di bambini o adulti. La testa del malato riposa con la sua faccia temporale destra o sinistra sullo chassis, l'asse sagittale della testa essendo rigorosamente parallelo alla lastra radiografica.

La varietà degli aspetti della sella turcica normale è in dipendenza della diversa conformazione antropologica del cranio. Così per es. in un dolicocefalo l'insieme della sella è più ristretta, il diametro anteroposteriore più corto, la fossa più profonda, l'adito alla sella tra le apofisi anteriori e quelle posteriori è più stretto.

Nel bambino poi, dopo le interessanti ricerche di Le Coulm (citato dall'A.), si può osservare, partendo dal poppante, tutto il lento e progressio sviluppo della sella turcica, fino a quando non raggiunge l'aspetto normale dell'adulto. All'inizio le apofisi clinoidee posteriori non sono ancora

Digitized by Google

visibili, mentre quelle anteriori sono già marcate. La fossa pituitaria è una piccola cupola profonda 3-4 mill. e larga otto. Dall'età di quattro anni si può osservare la sella turcica normale che ha preso la sua forma definitiva riscontrabile nello adulto.

ODONTOIATRIA

Disordini oculari di origine dentaria. — FROMAGET. *Journal de Medecine de Bordeaux*, n. 3, 1927.

L'A. distingue i disturbi oculari dipendenti da lesioni dentarie in due categorie, nella prima comprendendo tutte le affezioni oculari che sopravvengono in seguito di una propagazione estensiva di un focolaio infettivo partente dal dente o dal suo alveolo — complicazione di vicinanza — nella seconda quelle in cui i tessuti interposti tra occhio e dente non mostrano alcuna partecipazione al processo — complicazioni a distanza.

Tali lesioni sono sempre omo- ed uni-laterali.

Ciò premesso, le complicazioni del primo gruppo possono interessare l'apparato lacrimale, l'orbita, il seno mascellare, la dacriocisti. I punti di partenza sono più frequentemente gl'incisivi e i canini.

Le complicazioni in parola possono essere dalle più semplici alle più gravi : dal semplice flusso lagrimale, alla infiammazione flemmonosa dell'orbita e perdita dell'occhio.

Un'altra complicanza gravissima può essere la flebite della vena oftalmica e del seno cavernoso.

La intensità di queste propagazioni varia — s'intende — a seconda della qualità del terreno organico su cui s'impiantano. Non è quindi a credere che ad ogni affezione di un dente possa o debba seguire una complicanza oculare, e ciò specialmente, se si tien conto, come fa osservare il Fromaget, che non c'è forse persona che non abbia denti ammalati!

L' estensione progressiva e ascendente del focolaio infettivo, partita dal dente nel suo bordo alveolare segue i tronchi vascolari e nervosi, favorita dalla struttura spongiosa del tessuto osseo: monta fin al pavimento orbitario omologo seguendo queste tre vie : la osteo-periostea, la cellulare, la venosa.

Molto più interessanti sono le complicanze a distanza, data la varia e contradittoria interpetrazione che se ne è fatta.

Da quelle riguardanti i nervi sensitivi, i n. motori e vasomotori, e l'apparato lacrimale, si giunge alle complicanze oculari vere e proprie, che possono essere le più svariate: congiuntiviti eczematose, flittenulari, scleriti, coroiditi (fino al tipo neuro-paralitico); uveiti, nevriti, neuroretiniti, distacco retinico. La natura di questi varii disturbi è la più varia : sensitivi, motori, vaso-motori, oftalmotonici, secretivi; trofici; sensoriali.

I disturbi sensitivi (a carico del trigemino) vanno dalla semplice iperestesia alla nevralgia dolorosissima, cui può seguire ipoestesia, anestesia e perfino una neuroparalisi completa,

A carico delle palpebre si può avere blefarospasmo lagoftalmo, ptosi.

Miosi, midriasi, disturbi della accomodazione a carico della muscolatura interna.

I disturbi secretori sono in diretta dipendenza del parasimpatico, mentre quelli trofici derivano dal simpatico.

In genere, lo ripetiamo, quasi tutti i disturbi oculari dipendenti direttamente o indirettamente dai denti sono di natura infettiva. Se la infezione alveolare non tende a propagarsi, per le correlazioni simpatiche esistenti, fra dente e occhio si possono avere a carico di quest'ultimo soltanto disturbi riflessi.

Ciò non avviene quando i germi di un'alveolite, per es., tendono a esorbitare oltre le barriere locali di difesa e si diffondono per le vie sopra riferite.

I disturbi riflessi sono semplici e fugaci : difetti nell'accomodazione, lacrimazione, paresi ecc.

Quanto al modo di propagarsi del germe, valgano le considerazioni generali che è qui inutile ripetere.

□□□

DAI CONGRESSI E CONVEGNI ESTERI

XXXVIII Congresso della Società Tedesca di Medicina Interna in Wiesbaden

La terapia moderna della neurolue

SPIELMAYER di Monaco e WAGNER JAUREGG di Vienna hanno messo in rilievo, al Congresso, che laddove per la tabe è possibile dimostrare una guarigione anatomica, per la paralisi anche i casi che clinicamente sembrano stazionarii, sono in realtà in continuo progresso dal punto di vista anatomo-patologico.

La diversa influenzabilità terapeutica della tabe e della paralisi potrebbe riconoscere la propria origine nella esistenza di virus neurotropi, ma è difficile ammettere che questo neurotropismo si manifesti tardivamente quando il concetto del neurotropismo è proprio il contrario, cioè di un virus che attacca precocemente il sistema nervoso centrale.

Circa la difficoltà di aggredire terapeuticamente la paralisi e la tabe è stato detto che gli spirochèti indovati nel sistema nervoso centrale ricevono da questo una protezione contro gli agenti terapeutici, e per ciò si va tentando una terapia lombare.

Certo è che la costituzione individuale del soggetto infettato è un elemento da tenere presente, tanto che si sono compilate delle vere e proprie «scale» del potere di difesa, che condurrebbero all'idea della esistenza specifica di gruppi nella produzione di anticorpi ; grande importanza va però anche data al potere fagocitario.

Il trattamento moderno della neurolues va inteso come combinazione della terapia specifica, con la terapia aspecifica, (Wagner-Jauregg) che ha lo scopo di aumentare i poteri naturali di difesa. Nella paralisi, i metodi specifici non raggiungono la guarigione, tanto più che i metodi eroici, come la terapia lombare, non sono utilizzabili per grandi quantità di medicamento. Tra i mezzi aspecifici hanno avuto una certa fama il latte, l'albumose, il flogetan, prodotti batterici, e microrganismi viventi.

Poichè — assai raramente — in seguito ad infezioni intercorrenti si sono osservate remissioni spontanee della paralisi, si è pensato ad inoculare la malaria, che rappresenta il tentativo più moderno ed indubbiamente migliore di terapia ; tuttavia il successo è in relazione diretta con lo stadio più o meno avanzato in cui si trova la malattia.

Un trattamento di consolidamento col salvarsan (3-5 gr.) dopo l'inoculazione della malaria, ha fatto salire la frequenza delle guarigioni dal 40,6 % al 66,6 %, mentre la mortalità è discesa dal 18,7 % al 12 %. Però i casi molto vecchi e molto gravi sono il più delle volte negativi, le recidive sono molto rare ; il siero ed il liquor migliorano anch'essi, ma non parallelamente al miglioramento clinico. Nei soggetti che dopo un anno presentano ancora il liquor positivo, la inoculazione può essere ripetuta, e può essere anche tentato un trattamento profilattico nei soggetti che dopo 10 anni dall'infezione presentano ancora il sangue e il liquori positivi, e possono essere quindi considerati come dei possibili paralitici.

Le inoculazioni di eresipela o di ricorrente, tentate da alcuni autori, non offrono alcun vantaggio, anzi diversi svantaggi, in confronto della inoculazione malarica, il cui meccanismo terapeutico — secondo le ricerche più attendibili — può essere spiegato come un'azione di «alta temperatura» che riesce a danneggiare o ad uccidere gli spirocheti anche nel cervello.

Per la tabe in molti casi basta il trattamento specifico a portare il processo morboso ad uno stato di quiescenza, tuttavia nelle forme avanzate l'inoculazione della malaria o della ricorrente è particolarmente efficace.

Per le altre forme di sifilide nervosa, non sono state ancora completate le ricerche necessarie a fare entrare nella pratica terapeutica relativa la inoculazione malarica.

XXXI Congresso chirurgico della Germania Nord-Occidentale in Amburgo

Sulla cura del carbonchio

Ad Eppendorf, dal 1885 ad oggi, sono stati osservati 127 casi di carbonchio, di cui 112 di carbonchio esterno e 15 di carbonchio interno. Questi ultimi sono morti tutti in poche ore senza che fosse fatta la diagnosi. Una prognosi migliore ha il carbonchio esterno, essendosi avuta una mortalità del 30 %. Questa percentuale è dovuta in particolar modo all'intervento chirurgico attivo (cauterizzazione, incisione o escissione del focolaio primitivo, iniezioni antisettiche, estirpazione delle glandole) in uso prima del 1900, e con cui non si faceva altro che aprire ai bacilli la via della circolazione sanguigna. La cura conservativa, a cui poi si sono aggiunte le iniezioni di siero, di salvarsan e di altre sostanze, da sole o in combinazione, ha migliorata la prognosi.

Nei casi con cultura positiva dal sangue, tanto il siero, quanto il salvarsan sono impotenti. Il Baumann (1922) ha riferito di aver guarito gravissime infezioni carbonchiose con iniezioni endovenose di bleu di metilene argenteo (Argochrom).

Digitized by Google

WAHLBERG ha trattato con Argochrom 13 casi di carbonchio di cui alcuni con pustola al collo, e benchè in parecchi fosse stata prognosticata la morte sicura, solo tre di essi sono morti. Uno di questi casi, però, fu portato all'ospedale addirittura moribondo; un altro morì di infezione generale gravissima, non ostante l'argochrom, il terzo invece soccombette per una polmonite dopo che l'antrace, gravissimo, era del tutto guarito.

Per quel che riguarda le modalità del trattamento l'O. consiglia:

1. Riposo a letto; elevazione degli arti (se colpiti); stasi alla Bier.
2. Cardiotonici; contagocce rettale.
3. Alcool per via interna, anche a dosi forti.
4. Intervento chirurgico solo in caso di infezione secondaria stafilo- o streptomicotica.
5. Medicazioni locali all'alcool e, dopo il disseccamento della pustola, alle pomate di vaselina.
6. Iniezioni, endovenose e intramuscolari contemporaneamente, di 10-20 cmc. di siero anticarbonchioso.
7. Iniezioni endovenose di Argochrom (0.02 gr.), usando a preferenza, il prodotto in polvere sciolto in 20 cmc. di acqua, perchè più attivo.

L'O. non ha veduto mai verificarsi gli inconvenienti attribuiti all'uso dell'Argochrom (collasso, ittero, alterazioni epatiche e renali).

Narcosi al protossido d'azoto

La statistica di SCHMIDT (1925) comprende 1000 narcosi al protossido e 1600 narcosi miste (etere).

Per quel che riguarda la utilità della pressione per la profondità della narcosi, l'O. ha visto che la pressione è perfettamente inutile e perciò vi ha rinunziato.

La saturazione relativa del sangue da parte del gas (29 cmc. N_2O su 100 cmc. di sangue) avviene solo dopo 20-25 minuti, e perciò la narcosi deve essere iniziata almeno 10 minuti prima dell'operazione.

Le amputazioni della mammella e le strumectomie riescono perfettamente; così pure molte operazioni sugli arti. La laparotomia è invece poco sicura e per essa è preferibile la narcosi mista con l'etere.

I Convegno della Società tedesca di Chirurgia in Halle

La cura chirurgica della stenosi mitralica

PRIBRAM riferisce un caso di stenosi mitralica nel quale la terapia medica era rimasta inefficace.

La operazione fu eseguita nella narcosi somnifen-eterea. Dopo la preparazione del cuore il muscolo del ventricolo sinistro venne tagliato e vi venne introdotto un istrumento per mezzo del quale un pezzo della valvola mitralica venne staccato. La operazione venne eseguita senza spiccata perdita di sangue, perchè il muscolo cardiaco, contraendosi aderiva perfettamente all'istrumento introdotto, impedendo così la fuoriuscita di troppo sangue. Subito dopo l'operazione lo stato generale dell'infermo migliorò e il cuore batteva senza aritmie.

Però l'ammalata morì 6 giorni dopo l'operazione in seguito all'endocardite. [In altri termini, l'atto operativo come tale non ebbe esito funesto. La endocardite era precedente, una volta che esisteva il vizio della stenosi, per il quale si era praticato l'intervento chirurgico. N. d. R.].

Società di Pediatria di Parigi (1926)

Diabete infantile trattato con l'insulina

CHABANIER comunica il caso di un ragazzo, di 12 anni, il quale nell'ottobre 1923 presentò bruscamente dimagramento accentuato, astenia sete intensa e stato generale allarmante.

All'esame dell'urina 25 gm. di zucchero nelle 24 ore. Le cure opportune durate tre mesi apportarono un miglioramento effimero perchè lo zucchero salì a 50 gr. Trattamento con l'insulina: caduta brusca del tasso dello zucchero, aumento forte del peso e della statura, che era rimasta stazionaria da molti mesi. L'A. mette in evidenza questa interessante azione trofica dell'insulina.

Dabré fa notare — nella stessa seduta — di aver ottenuto gli stessi risultati mediante il solo regime antidiabetico.

Leneboullet nota che l'azione dell'insulina è maggiore sul glucosio e sul peso che sulla crescita; mentre Renault osserva che l'insulina, permettendo di utilizzare gl'idrati di carbonio, agisce indirettamente sullo sviluppo.

Opinioni un po' divergenti, che Nobécourt cerca di armonizzare notando che esistono diverse forme di diabete infantile; esisterebbe secondo questo A., un diabete ipotrofico, caratterizzato da disturbi della crescenza e un diabete cachettico, che si giova specialmente della cura insulinica.

Società Medica degli Ospedali di Parigi (1926).

Azione tonicizzante della convallaria sul miocardio

LAIGNEL-LAVASTINE e P. GEORGE comunicano la osservazione di un ammalato affetto da sclerosi del miocardio con insufficienza ventricolare sinistra, in cui tutti i sintomi di insufficienza cardiaca furono di molto migliorati con le iniezioni endovenose di convallarina mentre che la digitalina e l'ouabaina erano rimaste da lungo tempo senza effetto. Tale azione della convallaria fu elettiva sul tono miocardico, senza che riuscisse a sensibilizzarlo alla successiva azione della digitalina e dell'ouabaina [L'azione tonicizzante e cardiodiastolica della convallaria, nonchè della convallarina e convallamarina, venne sperimentalmente provata nel 1887-88 da Gaetano Rummo e Andrea Ferrannini. I connazionali citano pochissimo o punto. Quale meraviglia che l'estero non citi? N. d. R.].

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

MARASMA DIFTERICO

per il dott. LUIGI MARTINO — Ufficiale sanitario
(S. Margherita d'Adige — Padova)

Il giudizio prognostico per l'affezione difterica in genere non può ancora oggi non essere che riservato sia anche nei casi i più favorevolmente decorrenti nel periodo acuto. Questo è bene sia ricordato per la statistica, e perchè la facile illusione dei profani non richieda sicuro immancabile successo in ogni singolo caso della sieroterapia opportunamente applicata.

Che la sieroterapia sia l'utile sovrano ausilio in tutte le forme difteriche è ormai assiomatico; nè qui vogliamo ricordare gli accidenti da siero che fortunatamente sono rari, però nella pratica è dato imbattersi in peculiari casi sfortunati, già contemplati dai trattisti, in cui il successo è frustato da postumi invincibili.

La rarità del caso smentisce ogni più tempestivo intervento come pure la tanto auspicata generosità delle dosi di siero. E questo si avvera in forme che clinicamente non si rivelano gravissime, o maligne o settiche.

Vi sono forme di angina difterica della cui benignità la forma clinica facilmente vincibile con la sieroterapia non lascia temere, e che pure lo stadio consecutivo di convalescenza tronca l'esistenza del piccolo paziente. La difterite, come tutte le infezioni in genere, determinando una intossicazione generalizzata unitamente a fatti salienti specifici in organi più singolarmente lesi, può relativamente alla suscettibilità del terreno organico ledere centri dell'economia non prevedibili da un razionale indirizzo diagnostico e terapeutico.

E questo ripeto può più obiettivamente manifestarsi quando la forma clinicamente risulta già spenta, quando la lesione locale appariscente ha già ottenuto la *restitutio ad integrum*, quando la fenomenologia più eclatante che completa il quadro dell'angina difterica è finita, quando il clinico crede di aver assolto il suo compito curativo.

E' pur frequente che individui debilitati da malattie pregresse soccombano più facilmente all'eccezionale tossicità difterica; che paralisi cardiache da lesione specifica difterica determinino in piena convalescenza la morte repentina: è più che raro però vedere un florido bambino, con forma difterica faringea non grave, con sintomatologia non preoccupante, guarire della affezione clinica, e pure soccombere dopo una protratta convalescenza in caratteristico marasma determinato da anoressia invincibile. E' noto infatti che l'anoressia è di infausto prognostico quando manifestasi invincibile: essa è imputabile alle lesioni tossiche apportate dal veleno difterico e che permangono al di là della manifesta sindrome clinica già spenta.

Digitized by Google

L'anoressia col consecutivo stato marantico non è imputabile alla sieroterapia come da qualche detrattore si volle affermare, e lo dimostra la peculiarità del caso che andremo a descrivere; inquantochè la sua manifestazione con rigetto assoluto dei cibi fu precoce e costante nello svolgersi di tutta la fenomenologia, e che invano si sperò che potesse scomparire con la guarigione clinica.

Deve piuttosto ammettersi che la tossicità difterica generale nella singolarità del caso abbia potuto precedere sia pure di poco la manifestazione clinica locale, e che se la generosità del siero propinato anche precocemente sia riuscito a vincere la sindrome clinica, non altrettanto efficace potè essere sulle fissazioni tossiche nervose centrali già determinatesi, e che apportarono la ripulsa assoluta all'ingestione di qualsiasi alimento. Gli studi moderni di sieroterapia infatti confermano che la disintossicazione, intesa nel senso di distacco e neutralizzazione della tossina difterica, non vale a salvare le cellule, che sono già profondamente degenerate.

L'anoressia era accompagnata dal vomito in caso di alimentazione forzata, il che avvalora l'ammissione di lesione organica.

Il prosciugamento dei tessuti fu graduale, e a nulla valsero gli eccitanti, nonchè l'adrenalina, a scongiurare la paralisi cardiaca in marasma caratteristico.

L. Maria, di anni 4 e mesi 10. Genitori viventi e sani. La madre quarantenne, va soggetta a lunga scadenza a degli attacchi istero-epilettici. Ha fratelli di varia età, tutti robusti. Non vi è tara ereditaria di tubercolosi o di lue.. Nata a termine, non contrasse malattie esantematiche fu sempre vispa e forte.

I genitori asseriscono che il giorno undici gennaio 1927 notarono che la voce della bambina cominciava a divenire nasale, e che appariva stanca, sonnolenta e pallida: tutte circostanze contrastanti con la vivacità dei giorni precedenti. Consultato il giorno 12 successivo rilevo la piccola paziente affetta da difterite faringea.

E. O. Bambina bene sviluppata, tonicità di muscoli. Colorito pallido della cute e mucose visibili. Temperatura 38.5. Polso 120. Non dispnea. Notasi subito lieve tumefazione delle glandole linfatiche situate indietro degli angoli della mandibola. Su entrambe le tonsille tumefatte rilevansi placche grigio-giallastre, e la mucosa faringea è in toto arrossata Allestiti dei preparati a striscio con frammenti di membrana si riscontra il bacillo difterico. Vi è oliguria e lieve albuminuria. Anoressia. Alvo stitico. Apparato pulmonare e cardiovascolare normali.

Inoculo subito (ore 10 del 12-1-27) per via intramuscolare 5000 U. I. di siero dell'I. S. M. Rivedo l'ammalata alla sera (ore 18), e poichè le condizioni permangono allarmanti, e le placche tendono ad estendersi sul velopendolo, inoculo altre 5000 U. I.

Il giorno successivo lo stato generale è stazionario, persiste anoressia ostinata, l'ammalata ha solo sete ardente. Alvo libero. Le placche si sono stese in avanti sul palato molle, ma non vi è difficoltà nella deglutizione. La respirazione permane buona. La temperatura oscillante non raggiunge grado elevato. Inoculo altre 5000 U. I., nel pomeriggio altre 3000, ed alla sera accentuandosi lo stato di dispnea in seguito alla rilevante tumefazione di tutta la regione faringea con membrane spesse e protundenti propino altre 5000 U. I.

Coadiuvo la cura specifica con eccitanti ipodermici. Al terzo giorno con colpi ripetuti di tosse si ha espulsione delle membrane, che si ultima nel corso del giorno, e la febbre completamente decade. La bambina è pallida, agitata, e insofferente di ogni premurosa cura. Rigetta qualsiasi qualità di cibo. E se riesce ad ingoiare qualche po' di latte in seguito a vive insistenze ben tosto rimette.

Lo stato difterico locale al quarto giorno appare completamente spento, la bambina apiretica respira normalmente. La voce non è più nasale. Non si rileva diffusione viciniore del processo infettivo. I toni cardiaci sono ritmici e puri, ma non validi. La bambina pur non alimentandosi per via gastrica da quattro giorni, non appare eccessivamente depressa. I clisteri nutritivi e gli eccitanti non valgono a compensare il progressivo decadimento delle forze, i tessuti si prosciugano, e dopo ben nove giorni dalla guarigione faringea in anoressia invincibile e sensorio libero, con tonalità cardiaca ancor ritmica, soccombe con sincope in stato marantico caratteristico.

Il decorso per così dire normale del caso clinico, svoltosi con ciclo caratteristico della forma faringea in quattro giorni o poco più, con evidente efficacia risolutiva della sieroterapia, senza sintomatologia di marcata tossicità, non lasciava dubbio ad una prognosi fausta, se l'anoressia di triste auspicio già precocemente manifestatasi non ne avesse tenuto l'animo sospeso per postumo di fatale risoluzione.

PEDIATRIA

La febbre transitoria del neonato

In una percentuale di neonati, che secondo recenti statistiche arriva fino al 12,2 %, si possono osservare dal 2° al 7° giorno di vita elevazioni termiche, che raggiungono i 38°-39° C. e anche più della durata da poche ore a 3-4 giorni, talora con remissioni o intermittenze. Clinicamente non si notano fatti importanti a carico dell'apparato digerente; si osserva invece che la febbre coincide con abbassamento della curva del peso del corpo: con la ripresa dell'aumento del peso, la febbre scompare.

Circa la etiologia di questa febbre transitoria, A. Gismondi (*La Pratica Pediatrica*, n. 5-6, 1926) fa osservare che la maggior parte degli AA. ammette che essa sia dovuta ad una diminuzione di liquidi nei tessuti, per cui concentrazione dei costituenti del plasma e disturbi del centro termoregolatore, che nel neonato è ancora in uno stato di imperfetta funzionalità (febbre salina di Finkelstein). Lo Zocchi invoca, tra i fattori determinanti, fenomeni di congestione della ghiandola mammaria della madre (etiologia infettiva). Recentemente, poi, lo Stewart, a confermare l'importanza del fattore essiccamento, fa rilevare che in una sua statistica la maggiore percentule di febbre transitoria del neonato è stata osservata nei mesi delle stagioni più calde, coincidendo sempre con una rilevante perdita di peso unita ad un'insufficiente ingestione di liquidi. Sembra quindi convalidata l'ipotesi che tutti i fattori i quali determinano una diminuzione della massa liquida dell'organismo, come l'aumentata evaporazione dei mesi caldi, che provoca una perdita di peso se non la si supplisce con una sufficiente introduzione di liquidi dall'esterno, inducono facilmente nei neonati aumenti transitori di temperatura.

La posizione del lattante durante le poppate

In certi lattanti si riscontrano anomalie mandibolari, per cui le creste gengivali, superiore e inferiore, non combaciano, bensì la cresta gengivale inferiore è alquanto rientrante rispetto a quella del mascellare superiore. A questa anomalia quasi sempre si accompagnano una volta palatina ogivale, una stenosi naso-faringea e una glossoptosi (caduta della base della lingua nel faringe), per cui il lattante presenta una respirazione orale, non può poppare senza interrompersi e spesso va soggetto ad aerofagia, rigurgiti, stipsi e ad una crescita stentata e irregolare. E' chiaro che, nella posizione di allattamento che più generalmente si usa, stando cioè il neonato coricato sul dorso, il seno della madre grava col proprio peso sul mento già sfuggente del lattante e aggrava in tal modo tutti i disturbi anzi detti.

Per ovviare a questi disturbi, P. Robin (rif. in *La Pratica Pediatrica*, n. 5-6, 1926) consiglia di far poppare il bambino in posizione fisiologica (poppata eutrofica), cioè tenendolo col torace eretto e il collo teso in modo da obbligarlo a proiettare il mento in avanti ad ogni movimento di suzione. Con questa semplice precauzione, in poche settimane si vede correggersi il mento sfuggente, ristabilirsi la respirazione nasale, guarire l'aerofagia e rifiorire il lattante. La madre, in questa maniera di allattare, siede sul letto o su una sedia, tenendo il bimbo all'esterno della coscia corrispondente al lato da cui deve poppare; la poppata ha così luogo stando il bambino in posizione quasi seduta. Allo scopo di alleggerirsi del peso del bambino, la madre può lasciare che questi si appoggi sul bordo del sedile sul quale essa è collocata.

Anche nell'alimentazione artificiale, il *biberon* sarà porto in maniera che il bambino resti col torace eretto e il collo teso.

TERAPIA DERMATOLOGICA

Cura dell' eczema

Nel trattamento dell'eczema, seguendo le direttive dettate in una lezione dal prof. G. Verrotti (*Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 6, 1927), si debbono distinguere: una cura etiologica ed una processuale.

A. Cura etiologica. — Non sempre questa è attuabile, perchè non sempre è possibile la determinazione causale di un eczema. Se è evidente una causa esterna, la si eliminerà subito, pur non essendo talora ciò sufficiente a far guarire immediatamente l'eczema, o perchè la causa irritante permane per parecchio tempo là dove è stata in primo tempo applicata (come avviene per le tinture per capelli) o perchè la sostanza irritante è

Digitized by Google

assorbita dalla pelle e continua ad agire su di essa, pur sospendendone l'uso esterno (come avviene pei preparati mercuriali). In ogni caso, si correggeranno gli errori dell'igiene alimentare, si somministeranno nervini nei disturbi di innervazione, preparati opoterapici nei disturbi endocrini, cardiocinetici nelle affezioni cardiache, medicamenti tonico-ricostituenti negli anemici; si cureranno le eventuali alterazioni del ricambio, ecc.

B. CURA PROCESSUALE. — a) *Trattamento farmaceutico locale.* E' la cura, che, se ben applicata, giova sempre. Nelle *forme acute* di eczema (forte iperemia ed essudazione), si eviterà l'uso di paste e di pomate; si esplicherà invece un'azione detersiva e decongestionante locale con impacchi al borato di soda o all'acqua di crusca. Come calmanti e antiprurigi-nosi, giovano le lozioni di camomilla, di fiori di tiglio, di ac. fenico, ecc. Per es.:

Acido fenico	gocce XX
Alcool	gr. 10
Glicerina	» 10
Acqua distillata	» 200

S. 1-2 cucchiai in un bicchiere d'acqua, per uso esterno.

Quando il processo non è più acuto, o è già cronico, e l'essudazione è eccessiva, ricorrere alle polveri inerti (talco veneto, magistero di bismuto, ossido di zinco), previa detersione delle lesioni con acqua bollita al 2 % di borato di soda. Se l'essudazione va diminuendo e il processo è passato nella fase cronica, è opportuno ricorrere alle paste, cioè a quella medicazione fatta di eccipiente grasso e polveri inerti, in una proporzione variabile da 1 parte di polveri a 3-2-1 parti di eccipiente.

L'allontanamento delle croste dalle superfici eczematose si farà con batuffoli di cotone idrofilo bagnati in una soluzione di borato di soda o, non essendo questo sufficiente, con cataplasmi di fecola di patate o di amido. Come pasta, si può usare la seguente:

Lanolina	gr. 15
Vaselina	» 15
Magistero di bismuto	» 3
Ossido di zinco	» 5-6

Se prevale l'iperemia e il processo non ha tendenza a riacutizzarsi, vi si può aggiungere 1 gr. di ittiolo.

Se la superficie essudante è limitata e se vi sono ragadi, si ricorra alle cauticazioni al nitrato di argento (1:100 — 10) o all'acido picrico nelle stesse proporzioni.

Nell'*eczema secco* (squamoso, infiltrato, cheratosico, elefantiastico), si farà uso delle sostanze riduttrici, quali l'ittiolo, l'olio di cade, l'olio di rusco, lo zolfo, l'acido crisofanico, i mercuriali, l'ac. pirogallico l'ac. salicilico. Queste sostanze, specialmente a seconda della loro quantità, riescono ora cheratoplastiche ora cheratolitiche; così l'ac. salicilico in dose di 1/2-1 % è cheratoplastico, in dose 10 % è cheratolitico. Per un *eczema squamoso,* per es., si potrà prescrivere:

Lanolina e vaselina	anagr. 15
Acido salicilico	gr. 1/2
Fiori di zolfo	» 1/2
Olio di cade	» 2

Per un *eczema cheratosico*:

Lanolina e vaselina	anagr. 15
Acido salicilico	gr. 1
Zolfo	» 5
Olio di cade	» 5

Per aumentare l'azione cheratolitica, si potranno aggiungere i saponi; così nell'*eczema verrucoso, elefantiastico* sarà utile la pasta Wilkinson-Hebra:

Zolfo sublimato	gr. 7.50
Olio di cade	» 7.50
Creta preparata	» 5
Sugna lavata	» 15
Sapone verde	» 15

Se così non si riesce ad ammorbidire lo strato epidermoidale ispessito, si ricorrerà all'uso della tela di caoutchouk o ai cataplasmi di sapone: circa la migliore utilità, il medico giudicherà caso per caso.

Negli eczemi circoscritti ottime sono anche le vernici, preparazioni fluide, che si applicano con un pennello e che evaporandosi lasciano deposto sulle lesioni un sottile strato di medicamento. Per un eczema cheratosico o verrucoide circoscritto, per es., si potrà usare:

Collodion ricinato	gr. 10
Alcool	» 5
Etere	» 5

oppure:

Acido salicilico	gr. 2
Olio di cade	» 5
Ittiolo, alcool, etere	anagr. 10

Sulle lesioni assai circoscritte, possono applicarsi pure gli «sparadraps» o i «pflastermullers» medicati, rinnovandoli giorno per giorno, sino ad allontanamento dello strato verrucoso.

Quanto ai bagni, essi saranno solo eccezionalmente usati nelle forme di eczema acuto eretistiche e pruriginose, sotto forma di bagni amidati e di crusca; gioveranno invece nelle forme croniche, secche e diffuse sotto forma di bagni caldi solforosi (50-60 gr. di solfuro di potassio nella vasca da bagno).

b) *Trattamento fisico.* La radioterapia e le correnti di alta frequenza riescono sedative del prurito, ribelle ai farmaci; si ricorrerà a questi mezzi, però, solo in casi eccezionali. Negli eczemi legati a torpore del ricambio, giovano i bagni idro-elettrici.

c) *Trattamento igienico-dietetico.* Nelle forme acute, si allontaneranno i disordini della circolazione cutanea (soppressione del lavoro esagerato, limitazione dell'attività muscolare, ecc.); nelle forme croniche, invece, basta riparare la parte malata dalle azioni dell'ambiente esterno (squilibri di temperatura, azioni truamatiche, chimiche, fisiche).

Il regime dietetico nelle forme acute sarà prevalentemente latteo-vegetariano, guardandosi dagli errori alimentari e proscrivendo gli eccitanti (alcool, caffè, spezie, salse, ecc.). Nelle forme croniche il trattamento dietetico sarà quello ordinario.

d) *Trattamento farmaceutico interno.* Oltre i criteri già detti a proposito della cura etiologica, si ricorderà che l'arsenico è un rimedio efficace nelle più svariate dermatosi, appunto perchè si elimina per la pelle, però bisogna sapere ben usarlo. Non vi si ricorrerà nelle forme acute, bensì nella fase regressiva dell'eczema, nelle forme lichenificate, infiltrate, ed in genere nelle forme ad andamento torpido.

Tra i mezzi di cura moderna non si dimenticherà l'autoemoterapia, effettuata praticando, per es., iniezioni a giorni alterni nel connettivo sottocutaneo dell'addome di 20 cc. di sangue, prelevato da una vena del gomito e diluito in 2 cc. di citrato di sodio al 5 %. L'autoemoterapia però sarà usata a preferenza nelle forme di eczema generali o persistenti, poichè spesso con essa si ottiene la guarigione del singolo attacco di eczema, non dell'eczema.

LIBRI ED OPUSCOLI

COSTE F. *Dal sintoma alla malattia* (Du symptôme à la maladie); vol. I: *Semeiologia medica,* 6ª edizione. 1 vol. di pag. 350. N. Maloine ed., Parigi. Prezzo fr. 25.

L'essere pervenuto alla 6ª edizione denota già il successo che ha ottenuto questo libro, nel quale l'A. evitando la pesantezza del trattato, ha adottato per l'esposizione la forma della conversazione. In tal modo, traendo occasione da ciascuno dei sintomi principali, si passano in rassegna successivamente le diverse malattie dalle più frequenti alle più rare, ricordando per ciascuna gli elementi che la fanno riconoscere. Si risale così dal sintoma accusato dal malato (dolori, vertigini, ecc.) o constatato dal medico (aritmia, ascite, ecc.) alla malattia causale: ecco il piano logico seguito dall'A.

A questo 1° volume, ne seguiranno ben presto altri due, l'uno riguardante la « Semeiologia delle specialità » e l'altro la « Semiologia chirurgica ».

HULLIGER P. *Ciò che ogni tubercolotico dovrebbe sapere* (Ce que tout tuberculeux devrait savoir). 1 vol. di pag. 132. N. Maloine ed. Parigi. Prezzo fr. 10.

Libretto questo destinato a dare al tubercolotico dei consigli pratici per la sua vita di ogni giorno; libretto perciò di volgarizzazione. Che cosa il tubercolotico può e deve mangiare? Che cosa può bere? Gli è permesso di fumare e di fare dello sport? In quali casi è indicata la cura di sole? Quali debbono essere i rapporti sessuali del tubercolotico? Oltre ciò sono dettati utili norme per il genere di vita da condurre, per il modo come evitare il contagio, come disinfettare gli oggetti di uso e i vestiti, ecc.

In una seconda parte, l'A. espone tutti i rimedi finora proposti contro la tubercolosi: tubercolina, sieroterapia, pneumotorace, cure di altitudine nei sanatori, chemioterapia, ecc.

TOURNAY A. *Neurologia* (Neurologie). 1 vol. di pag. 316. G. Doin ed., Parigi, 1926. Prezzo fr. 19,20.

Anche questo olume fa parte della collezione « Les Consultations journaliére », tanto utile per il medico pratico. L'esposizione concisa e dettagliata nello stesso tempo conseguita dall'A. lascia la convinzione che spe-

Digitized by Google

cialmente per merito della chemioterapia, della terapia fisica e della piccola e grande chirurgia sul sistema nervoso, anche le affezioni di questo (lesioni sifilitiche, tumori comprimenti l'encefalo e il midollo, isterismo, ecc.) possono essere curate e con favorevoli risultati. Così il vecchio pregiudizio della nostra impotenza terapeutica di fronte alle malattie nervose viene ad essere scosso dalle radici.

Nel presente libro, l'A. espone tutte le nozioni indispensabili per la esecuzione delle anzi dette pratiche terapeutiche, così che anche il medico che vive lontano dai grandi centri potrà farne tesoro e curare in tempo tanti malati nervosi, funzionali od organici che, stando alle vecchie idee resterebbero abbandonati.

Tusseau M. *Trattato di sintomatologia topografica chirurgica* (Traité de symptomatologie topographique chirurgicale). 1 vol. di pag. 594 con 57 figg. e 40 tavole. N. Maloine, ed. Parigi. Prezzo fr. 38.

Come è detto dal Dartigues nella prefazione di questo trattato, esso può definirsi un «cinema mnemotecnico», un vero «tour de force» di sintesi in tavole di un'utilità incontestabile. Vi si rivela tutto lo stile dell'A.: imaginoso, vivo, incisivo, talora caustico; e ciò toglie al libro quel carattere di monotonia che è proprio di altri trattati. Tra i vari capitoli, citiamo per es. quelli su «i grossi scroti», su «l'ano doloroso», su «le reazioni peritoneali», su «i vomiti in chirurgia», su «i tumori dell'utero», ecc., tutti illustrati da figure originali, disegnate dall'A. o tratte dalla collezione della sua clinica privata. Ecco un'altra opera, la quale figurerà degnamente in ogni biblioteca di medico.

Bertolani A. *Manifestazioni coatte accessuali della motilità oculare associate a disturbi psichici nell'encefalite epidemica cronica.* Estratto dalla «Rivista sperimentale di freniatria», vol. XLIX, fasc. I-II.

Bollettino del Comune di Napoli: Demografia e statistica; gennaio-febbraio, 1925.

Carusi R. *Su due casi di ipernefroma con metastasi.* Estratto dal «Policlinico, sez. pratica», a. 1926.

Federici N. *Neoplasma cancerigno utero-vaginale e gravidanza in 7° mese.* Estratto dalla «Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica», n. 12, 1925.

Federici N. *Il ristagno fecale causa di errori diagnostici.* Estratto dalla «Rivista medica», 1925.

Ferri A. *Sopra un caso di empiema pleurico benigno.* Estratto dalla «Rivista medica», 1925.

Martin E. *Das enge Becken.* Estratto dalla «Medizinisce Klinik», 1925.

NOTIZIE

Corso speciale di Idrologia e Crenoterapia della R. U. di Parma. — Presso questa R. Università avrà luogo un Corso speciale di Idrologia e Crenoterapia.

A) *Parte teorica*:

Idrologia medica: Prof. Ponticaccia — *Chimica delle acque termali*: Dr. D. Campanacci — *Azione farmacologica delle acque termali*: Prof. Dr. Chistoni — *Idroterapia e crenoterapia* - Nazioni generali: Prof. U. Gabbi — *Idroterapia e crenoterapia delle malattie interne*: Prof. U. Gabbi — *Idroterapia e crenoterapia delle malattie chirurgiche*: Prof. A. Ferrari — *Idroterapia e crenoterapia delle malattie ginecologiche*: Prof. Acconci — *Idrologia e crenoterapia delle malattie dei bambini*: Prof. O. Cozzolino — *Idrologia e crenoterapia delle malattie nervose*: Prof. L. Roncoroni — *Igiene delle stazioni termali*: Prof. Piras.

Le lezioni teoriche del Corso speciale di Idro e Crenoterapia saranno tenute dal 24 aprile al 16 maggio presso gli Istituti e nelle Cliniche dell'Università. Il Corso pratico sarà tenuto nella stazione di Salsomaggiore nel mese di luglio in giorni che verranno a ciò destinati.

La domanda d'inscrizione al Corso sarà inoltrata al Segretario dell'Università in carta da bollo da lire 2. La tassa d'inscrizione è di lire 25: quella del certificato del Corso compiuto è di lire 100. Il certificato non sarà ottenuto che dopo la prova d'esame.

Il periodo utile d'inscrizione si chiude al 24 aprile.

I Riunione della Stampa medica latina. — Come abbiamo già precedentemente annunziato, dal 28 al 30 aprile 1927 avrà luogo a Parigi la I Riunione della Stampa medica latina. Del Comitato d'onore, all'uopo costituitosi, fanno parte gli ambasciatori delle varie nazioni latine; il ministro della Giustizia, Barthou, presidente dell'Associazione dei giornalisti parigini; il Ministro della Marina, G. Leygues, il prof. Bar, presidente dell'Accademia di medicina; René Doumic, presidente del Sindacato della Stampa periodica; il prof. Hartmann, presidente dell'Associazione per lo sviluppo delle relazioni mediche; De Nalèche, presidente del Sindacato della Stampa parigina; il prof. Roger, decano della Facoltà di medicina di Parigi; H. Simond, presidente della Federazione delle riviste francesi. E' stato inoltre costituito un Comitato di patronato e di propaganda, comprendente un Comitato francese ed uno straniero: di questo ultimo, per l'Italia, fa parte il prof. Ascoli (Roma). Presidente del Comitato di organizzazione è il prof. M. Loeper, redattore-capo del «Progrès Médical» e presidente dell'Associazione della Stampa medica francese.

Per ora è stato solo reso noto un programma sommario della Riunione: da esso si apprende che la seduta inaugurale avrà luogo il venerdì 29 aprile 1927 alla Facoltà di Medicina con i discorsi ufficiali, ai quali seguirà la conferenza del prof. Forgue (di Montpellier) su «Teofrasto Renaudot, medico e padre del giornalismo». Nella stessa giornata verrà svolto il 1° tema di relazione: «Unificazione della terminologia, della classifica e della bibliografia nella letteratura medica», relatori: Mirande (del «Journal de médecine et de chirurgie pratique»), L. Hahn, Rondopoulos (della «Grèce médicale»), H. e R. M. Tecon (della «Revue Suisse de Médécine»), ecc.

Il sabato 30 aprile saranno trattati gli altri due temi di relazione, e. 1° su «La proprietà letteraria e la stampa medica», relatori Gardette, Ribadeau-Dumas, ecc.; il 2° su «L'importanza della stampa medica nella preparazione, organizzazione e resoconti dei Congressi medici», relatori: Le Sourd (della «Gazette des Hôpitaux»), Beckers (del «Bruxelles Médical»), de Azevedo (di «A medicina contemporanea») ecc.

Tra i festeggiamenti vi sarà anche una serata artistica musicale e un banchetto ufficiale al Palais d'Orsay.

La quota d'iscrizione è di 100 fr. per le riviste e i giornali che non appartengono ad una associazione nazionale della stampa medica, di 60 fr. per quelli che appartengono ad un'associazione nazionale (Belgio, Cuba, Spagna, Francia, Italia), di 50 fr. per i collaboratori di riviste e giornali, come pure per le famiglie dei congressisti. Saranno accordati dai ribassi ferroviari.

Indirizzare le adesioni al dott. L. M. Pierra, Segretario generale del Comitato di organizzazione, 12, rue de Babylone, Paris (VII), facendogli anche pervenire la quota in «cheque» su Parigi o assegno postale intestato al tesoriere, George Bailliére.

Corsi di perfezionamento in dermatologia e venereologia a Parigi. — Alla Clinica di dermatologia e di sifilografia dell'Ospedale Saint Louis, di Parigi, diretta dal prof. Jeanselme, avranno luogo nel corrente anno dei corsi di perfezionamento in dermatologia e venereologia. Il corso di dermatologia si svolgerà dal 25 aprile al 21 maggio p. v., quello di venereologia dal 23 maggio al 17 giugno p. v., quello di terapia dermato-venereologica dal 20 giugno al 12 luglio p. v., in questo periodo sarà anche tenuto un corso di tecnica di laboratorio.

Tassa di iscrizione per ogni corso: frs. 250. Iscriversi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina, rue de l'École-de-Médecine, Parigi.

Per la propaganda scientifica all'Estero. — Il prof. W. S. Hunter, titolare di psicologia nella Clark University di Worcester (Mass. U. S. A.) ha pensato di pubblicare sotto il titolo «Psychological Abstracts» un fascicolo mensile di 48 pagine almeno, con brevi riassunti di tutti i volumi e di tutti gli articoli originali di psicologia normale e patologica apparsi in tutto il mondo, e ciò immediatamente dopo la loro pubblicazione nei singoli paesi. Per favorire questo scopo, in Italia, si pregano tutti gli autori italiani, i quali tengono a che le loro pubblicazioni abbiano grande diffusione all'Estero, a voler inviare ogni loro articolo originale al prof. dott. Giuseppe Corbesi (Manicomio di Mombello; Milano) per le pubblicazioni edite in Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana, al prof. dott. Mario Ponzo (via di Po, n. 18, Torino) per il Piemonte, al dott. Giuseppe Vidoni (via Tommaso Invrea, n. 4, Genova), per la Liguria, al dott. Luca Galdo (Rione Sirignano, 6, Napoli) per tutto il Mezzogiorno, per le Isole e le Marche, o al prof. G. Cesare Ferrari, viale Osservanza, 34, Bologna). Si accettano anche autoriassunti che non debbono superare le 8-10 righe di stampa.

ERRATA-CORRIGE

A pag. 236 del fasc. 12, rubrica «Medicina Sociale», al rigo 34 della prima colonna leggasi: «tà dei *pericoli* nei quali possono incorrere. La propaganda antiluetica de-».

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 4 Aprile 1927 — N. 14

ARGOMENTI DEL GIORNO

I VANTAGGI PRATICI DELL' ESAME CLINICO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

per il prof. W. JANOWSKI
Direttore dell'Accademia Medico-Chirurgica di Varsavia

1. Imaginiamo alcuni recipienti, ripieni di liquido, posti ad altezze differenti, i quali per mezzo di tubi non elastici dello stesso diametro facciano passare il liquido in tubi elastici, anche dello stesso diametro: la pressione maggiore, sulle pareti dei tubi elastici, sarà trasmessa dal recipiente, che si trova più in alto. Se gli stessi recipienti invece vengono posti allo stesso livello, e sono collegati con dei tubi elastici per mezzo di tubi non elastici di diametro differente, allora la pressione maggiore sui tubi elastici sarà esercitata dal recipiente a condotto non elastico di diametro maggiore. Se, inoltre, il livello dei recipienti ed il diametro dei condotti non elastici, sono gli stessi, ma uno dei recipienti è p. es. riempito d'acqua pura, un altro di soluzione salina ed un altro ancora di mercurio, la pressione sulla parete dei condotti elastici sarà direttamente proporzionale al peso specifico dei detti liquidi. Supponiamo, infine, che, trovandosi tre recipienti ad una stessa altezza, collegati con condotti non elastici dello stesso diametro, riempiti dello stesso liquido, si eserciti su detto liquido una pressione supplementare, per mezzo di pistoni accessori: la pressione sulle pareti dei tubi elastici sarà allora tanto più grande, quanto più grande è la pressione esercitata dai pistoni. In conclusione la pressione del liquido sulle pareti dei condotti elastici dipende dal livello, al quale sono posti i recipienti, ripieni di liquido, dal diametro dei condotti non elastici, dal peso specifico del liquido, ed infine, dall'aumento supplementare della pressione. Nell'ulteriore studio di questi fenomeni chiameremo *pressione generale* la somma di questi fattori.

Continuando l'esemplificazione, si può dire che i condotti elastici, a proprietà fisiche identiche, reagiscono alla pressione generale proporzionalmente alla forza di essa.

Un indebolimento delle proprietà fisiche di questi condotti elastici causa d'altra parte immediatamente un aumento corrispondente della loro capacità, il quale porta rapidamente ad una diminuzione della pressione generale su questo condotto. Al contrario, un rafforzamento delle proprietà fisiche dei condotti elastici, ottenuto p. es. per un aumento del loro spessore o mediante una loro tensione artificiale, deve assolutamente aumentare lo effetto della pressione generale.

Applicando questi principi al sistema circolatorio, si vede, che la forza variabile delle sistoli cardiache corrisponde ai diversi livelli dei recipienti; che l'aggiunta dei pistoni supplementari del nostro esempio è analoga alla celerità variabile dello sviluppo di una sistole cardiaca; che la quantità variabile del sangue, lanciata ad ogni sistole, è analoga alla quantità differente del lavoro del liquido dei nostri recipienti; che al peso specifico diverso dei nostri liquidi è analogo il peso specifico variabile del sangue, e che infine la variabilità del lume dei vasi sanguigni in differenti casi, le proprietà fisiche delle loro pareti e la loro differente tensione, regolata dai nervi vasomotori, esercitano certamente un'influenza sul grado di resistenza di queste pareti contro la pressione del sangue, che viene dal cuore. L'analogia coll'esempio suddetto conduce dunque alla conclusione, che la pressione arteriosa è il risultato dell'azione contraria di due fattori capitali: la pressione del sangue sulle pareti vascolari e la resistenza di queste.

La forza della pressione sanguigna dipende poi dai fattori, che aumentano il lavoro effettuato dal cuore quali sono la forza della contrazione del miocardio, la celerità della produzione di ogni sistole, la quantità di sangue, lanciata in circolo durante ciascuna di esse, e le proprietà fisiche del sangue.

La resistenza dei vasi in totale, oltre che dai quattro fattori or ora enumerati, dipende dal diametro del loro lume, dalle proprietà fisiche delle loro pareti, dalla loro tensione, variabile secondo il grado di eccitazione dei nervi vasomotorii e dalla capacità funzionale delle tuniche muscolari dei vasi. Risulta da quanto ho fin quì esposto che l'uso del termine, « pressione del sangue » invece di quello « pressione arteriosa », è un errore; così dicendo si definisce la parte per il tutto. La clinica, per esempio, con una serie di procedimenti può determinare la pressione dei vasi, mentre che lo studio esclusivo della pressione del sangue stesso sui vasi non è finora possibile.

2. Il polso riflette tutte le oscillazioni della pressione arteriosa; si comprende perciò l'uso ormai antico della compressione del polso con le dita per rendersi conto della pressione arteriosa e delle sue variazioni. Ma le dita si rivelano incapaci di ben discernere e misurare la forza impiegata per vincere la resistenza del polso la quale dipende in parte veramente dalla pressione sanguigna, in parte dallo stato fisico normale o non delle pareti dei vasi in parte dalla variazione della loro tensione per opera dei nervi vasomotori, in parte dal diametro differente del lume dei vasi, ecc. La clinica perciò ha cercato da lungo tempo di trovare altri metodi d'investigazione del polso nell'intento di rendere più comprensibile la molteplicità delle sue variazioni non percepibili dal dito. Si pensò fin dal 1880, che lo sfigmografo potesse soddisfare a questa necessità e dall'osservazione delle curve di esso si distinse una pulsazione forte ed una debole, una lenta, ed una accelerata, un polso duro ed uno molle, ecc. Si notò ben presto, intanto che lo sfigmogramma, da solo, senza i dati della pressione arteriosa, è utile solo per la interpretazione di certi tipi d'aritmie, e che non è sufficiente per rendersi conto, anche molto approssimativamente, della grandezza e della celerità del polso. Uno sfigmogramma presenta, come si sa, dentellature, più o meno salienti, e delle depressioni fra di esse, o come si dice in linguaggio figurato, delle colline e delle valli. Questi avvallamenti rappresentano sul tracciato la pressione dei vasi durante la diastole cardiaca o la pressione arteriosa diastolica; gli apici delle curve rappresentano la pressione arteriosa massima, sistolica, e la distanza dal fondo dell'avvallamento all'apice della curva indica l'aumento di pressione, risultante dal lavoro sistolico del cuore. Ma poichè questo aumento della pressione arteriosa durante la sistole costituisce il polso stesso, per conseguenza l'ascensione del polso sulla curva sfigmografica ci dà l'immagine della pressione di esso (= *pressio pulsus* — PP). In questo modo, come ho detto, la curva del polso rappresenta tutte *le variazioni della pressione arteriosa*, ma non la precisa quantitativamente neppure con approssimazione.

3. Dal tempo di v. Basch e Potain la clinica si serve adunque di manometri per determinare quantitativamente la pressione arteriosa, seguendo le leggi generali della fisica. Durante i primi 22 anni dell'applicazione del manometro si definiva però solamente la pressione alla sommità della sistole cardiaca, cioè la pressione sistolica, dinamica, chiamata giustamente pressione massima (Mx). Ma in seguito si vide che allo scopo di conoscere bene le variazioni del lavoro sistolico del cuore, era insufficiente la ricerca della sola pressione arteriosa sistolica.

4. Dal 1903 intanto si è riusciti a misurare sistematicamente non solo la pressione massima, ma anche la minima, diastolica, statica (Mn), ed è la differenza fra queste due pressioni, che permette di determinare l'aumento sistolico della pressione arteriosa, il quale costituisce il polso vero, o pressione del polso (PP), chiamata dai tedeschi « *Pulsdruch* » e nelle altre nazioni *ampiezza del polso*.

I metodi impiegati in clinica per rilevare i sopra detti valori, sono due:

a) *Metodo dell'obliterazione*. Attorno al braccio dell'ammalato si applica senza serrare il bracciale di Riva-Rocci e si aumenta la pressione in esso, insufflando aria, fino a far completamente sparire il polso dell'arteria radiale. Diminuendo ora lentamente la pressione del bracciale, si legge l'altezza del mercurio al momento in cui compare la più piccola onda radiale: questa cifra si nota come Mx. Se si cerca di trovare il momento della ricomparsa del polso nell'arteria radiale mediante la pal-

Digitized by Google

pazione digitale, si dice che si applica il « metodo palpatorio »; se lo si trova, basandosi sulla comparsa della prima piccola oscillazione dello sfigmografo, applicato sull'arteria radiale, si fa uso del « metodo grafico »; se infine questo momento è indicato dalla comparsa del primo tono debole ascoltato per mezzo d'un doppio stetoscopio, applicato sull'arteria brachiale, un poco al disotto del bracciale di Riva-Rocci, si segue allora il « metodo ascoltatorio » di Korotkoff. L'esame ulteriore mediante ciascuno di questi tre metodi consiste nell'abbassamento progressivo della colonna del mercurio fino al punto, nel quale saranno scomparsi i segni della compressione dell'arteria radiale (ricomparsa del polso radiale alla palpazione con i caratteri che presentava precedentemente alla compressione; ricomparsa del polso normale sulla curva sfigmografica; scomparsa di ogni rumore ascoltabile con lo stetoscopio).

Personalmente ho abbandonato il metodo palpatorio, perchè mi sembra troppo soggettivo, pur riconoscendo che i medici pratici in provincia possono essere autorizzati ad usarlo. Il metodo grafico (Faneway, Masing, Sahli) può essere considerato come eccellente; ma esso è inaccessibile alla maggior parte dei medici che non possiede uno sfigmografo. Il metodo ascoltatorio è eminentemente facile, rapido ad eseguirsi e alla portata di tutti i medici: si comprende perciò, come, già alcuni mesi dopo che io ne ho fatta la dimostrazione a Vienna (1908 — fino a quel momento era sconosciuto nei paesi occidentali) e dopo la descrizione di esso in tedesco fatta da Witold Ettinger del mio reparto, questo metodo sia diventato il più usato da tutti e resterà tale senza dubbio nonostante le obbiezioni che gli abbia rivolto Sahli per quanto riguarda la determinazione della pressione minima.

Secondo Sahli infatti, che ha proposto e ha fatto adottare in Isvizzera una *pelote* di sua costruzione, da applicarsi sulla radiale, per la determinazione di Mx e di Mn, i valori che si ottengono col Riva-Rocci sarebbero superiori a quelli reali.

Pertanto quasi tutti i clinici usano il metodo Riva-Rocci, ed anche io basandomi sulla esperienza personale di ben 21 anni su molte migliaia di ammalati, lo raccomando, consigliando di servirsi della modificazione ascoltatoria di Korotkoff, come quella di più facile applicazione in tutti i casi, eccezione fatta solo della insufficienza delle valvole aortiche.

Bisogna solamente badare che la larghezza del bracciale sia di 14 cm.; con esso le cifre normali della pressione sono: Mx=80-120 mm. Hg; Mn = 60-70 mm. Hg; PP = 35-40 mm. Hg. Allorchè si applica un bracciale di larghezza inferiore bisogna sottrarre dalla cifra in Hg ottenuta 10 mm. per ogni 20 mm. di larghezza del bracciale; p. es. Mx 130, ottenuta con un bracciale di 10 cm. equivale a 110, se il bracciale è largo 14 cm. Le cifre, ottenute col metodo palpatorio, grafico o ascoltatorio per la pressione sistolica Mx, diastolica o per la pressione di polso PP, sono poi in rapporto di 3-2-1. Così allorchè Mx=110, Mn elevasi a circa 70 e PP. a circa 40. Ultimamente alcuni autori credono di dover elevare il limite normale di Mx, ma io, eseguendo circa 60 misurazioni della pressione ogni settimana, trovo che la pressione Mx normale non oltrepassa 120 e che tutti quelli nei quali constato una pressione superiore, presentano segni di affezioni circolatorie o renali o una ipereccitabilità nervosa. In ogni caso resta il fatto, che nella gente sana la PP è 1/3 della pressione Mx. Questi esami possono essere effettuati tanto col manometro a mercurio, che con quello a molla, verificando di tanto in tanto questo con quello.

Si ottengono così valori press'a poco identici; solo Sahli col suo metodo ha cifre diverse e sostiene per es., che il rapporto Mx, Mn, PP non è 3:2:1, ma 3:1:2. Da ciò egli deduce che i piccoli vasi periferici si trovano sotto una pressione costante (minima) molto più bassa di quella ammessa comunemente, e perciò sono meno esposti a lesioni, che se la detta pressione fosse uguale a due terzi della pressione massima.

b) *Metodi oscillatori.* Con questi metodi si applica anche il bracciale al braccio o, secondo alcuni (Pachon ed altri), all'avambraccio. La pressione sistolica è segnata dall'altezza della colonna di Hg nel momento, in cui le piccole oscillazioni del manometro cominciano sensibilmente ad aumentare, e la pressione diastolica dal momento, in cui le grandi oscillazioni cominciano nettamente a diminuire. Nel 1907 ho esaminato coll'apparecchio di Hill-Barnard e di Pal 120 persone ed ho ottenuto delle cifre per Mx un po' superiori a quelle, date dal metodo della obliterazione. Il metodo oscillatorio mi pareva allora troppo indaginoso e soggettivo, purtuttavia esso ha trovato molti partigiani in Francia e alcuni aa., lo hanno modificato, rilevando col metodo grafico le oscillazioni corrispondenti al manometro (tonogrammi) per poterle poi tranquillamente misurare e formularne le conclusioni. E' questo un gran progresso, che assicura al metodo oscillatorio gran successo; per Sahli, però — opinione questa d'un osservatore molto competente — le cifre di Mx, ottenute con questo metodo, oltrepassano tanto la norma, che non possono essere prese in considerazione. Non così per la Mn; sebbene Sahli ritenga non buoni tutti i metodi che utilizzano il bracciale, poichè questo causando la stasi venosa determina un aumento di Mn artificiale.

Come si vede, esiste una discordanza abbastanza grande fra le opinioni dei diversi autori, circa il miglior metodo per ottenere la pressione minima (Mn). Queste differenze saranno, senza dubbio, eliminate, se si arriverà ad unificare la tecnica di ricerca. Per ora si terrà presente di esaminare gli ammalati la mattina, a letto, se si trovano in ospedale, o dopo molte ore dal pasto, lontano da ogni fatica muscolare, col braccio poggiato su di un tavolo, se essi si trovano a casa propria.

5. *I vantaggi pratici dell'esame della pressione arteriosa* sono i seguenti:

a) Essendo il polso l'espressione delle variazioni tra Mx e Mn, la PP esprime con sufficiente esattezza la grandezza vera del polso. Si vede così che non sempre apprezzamento clinico della grandezza del polso e apprezzamento obbiettivo coi suddetti metodi vanno d'accordo, in quanto che a un polso apparentemente grande può corrispondere una PP affatto normale e viceversa. Nella mia « Diagnostica funzionale del cuore » (1908, 1910) si possono trovare esempii di tal genere; sono contrario inoltre a ritenere, come fanno alcuni AA., che la PP possa esprimere il lavoro del cuore, dipendendo questa da varii fattori (celerità dell'onda sistolica, resistenza dei vasi, frequenza del polso, ecc.) oltre che dalla grandezza del polso.

b) Anche la possibilità di orientarsi sulla celerità reale del polso acquista con questi metodi obbiettivi, grande valore. Si sa infatti che clinicamente non sempre si hanno nozioni esatte al riguardo. Secondo un metodo da me pubblicato nel 1907 e 1910, subito dopo la determinazione della pressione del polso (PP), si rileva una curva del polso col movimento accelerato dello sfigmografo e si misura sulla curva il tempo di ascensione del polso mediante un nastro millimetrato; dividendo il valore di PP per quest'ultimo valore, si ottiene il valore della celerità d'ascensione del polso. Allo stesso modo si può avere il valore della celerità di discesa del polso e della media geometrica tra il tempo di ascesa e di discesa il valore delle celerità dell'onda totale del polso o coefficiente di celerità del polso.

Normalmente si può calcolare che la celerità di ascensione del polso (C A P) è eguale a 6 (il che vuol dire che l'aumento sistolico della pressione arteriosa è normalmente di 6 mm. Hg per 0,01") e che il coefficiente di celerità del polso (CCP) varia tra 1,7-3,6, in media 2,5.

In tutti i casi il calcolo di CAP e di CCP porta a conclusioni concordanti e perciò in pratica il clinico può decidere, quale di questi due metodi adottare. Coi miei assistenti io preferisco valutare ambedue i suddetti valori, cogli studenti mi limito a calcolare la CAP essendo ciò più agevole; quando si richiede di conoscere più esattamente il lavoro del cuore non si può fare a meno di calcolare ambedue le grandezze.

La valutazione obbiettiva della celerità del polso col metodo ora detto ha modificato alcuni antichi concetti dedotti dalla semplice semiotica clinica: si dice, per es., che l'arterosclerosi è caratterizzata da un polso lento (*pulsus tardus*), basandosi sul fatto che il polso degli aterosclerotici dà una sensazione di ascesa prolungata. La determinazione del tempo di ascesa del polso in questi soggetti, infatti, sullo sfigmogramma mostra che questo tempo subisce un aumento, da 0,06", come di norma, a 0,07"-0,10"-0,12" ed in casi eccezionali anche 0,14", il che si traduce sotto il dito che palpa con la sensazione di un'ascesa prolungata. Contemporaneamente però anche la grandezza del polso (PP) si eleva al di sopra della norma fino a 70-90-100 mm. Hg e più, di modo che il calcolo della celerità di ascensione del polso (CAP) o del suo coefficiente (CCP) fa rilevare quasi in tutti i casi di aterosclerosi un aumento più o meno grande di tale celerità e mai una diminuzione, cioè un rallentamento del polso, come a torto si ritiene.

Su più di mille mie osservazioni sugli aterosclerotici ho

Digitized by Google

trovato, che la CAP oltrepassa la norma da 1,3 a 7,2 volte e la CCP fa lo stesso da 1,7 o 8,8 volte.

Appare così nettamente che l aterosclerosi non è caratterizzata da un polso lento, ma da un polso che, sebbene persiste sotto il dito lungo tempo, però si sviluppa più accelerato del polso normale. Nell'insufficienza aortica la celerità del polso dipende non solamente dall'aumento della grandezza reale del polso (*PP*), come si ha negli aterosclerotici, ma anche dalla diminuzione simultanea del tempo d'ascensione del polso. Per stabilire una differenza fra questo polso celere e il polso celere ordinario, che caratterizza l insufficienza delle valvole sigmoidee dell'aorta, si dovrebbe chiamare il polso degli arteriosclerotici *pulsus celer permanens.*

Per conseguenza l'affermazione, che il polso lento sia caratteristico degli aterosclerotici dovrebbe essere cancellata da tutti i manuali, perchè essa inculca negli studenti e nei medici meno pratici una nozione totalmente falsa.

c) Si confondono comunemente nel linguaggio medico due fatti, totalmente differenti: la pressione arteriosa, (*Mx*) e la *tensione delle pareti* dei vasi, detta comunemente tensione del polso. Ma dei varii fattori che determinano la pressione arteriosa, (v. n. I) solo due influenzano nettamente la tensione delle pareti vascolari, e cioè le proprietà fisiche delle pareti stesse ed il grado della contrazione delle loro tuniche muscolari. L'aumento della pressione e della tensione coincidono spesso, però non sempre; p. es. una grande crisi vascolare può causare una contrazione violenta delle tuniche muscolari arteriose, la quale non sarà pertanto ben percepita, se avviene in un individuo giovane a pareti muscolari sottili, non ispessite. Al contrario, una leggiera intossicazione uremica in un uomo di età può provocare una contrazione relativamente poco pronunziata della tunica muscolare, che ci sembrerà molto evidentemente produrre un aumento della pressione arteriosa, solamente per l'inspessimento considerevole delle pareti vasali sclerotiche. Generalmente un dito sperimentato riconosce bene il grado di tensione delle pareti vascolari. Ora siccome nei casi d'aterosclerosi, di nefrite, d'intossicazione saturnina cronica ecc. questo aumento di tensione vascolare è generalmente accompagnato dall'ipertrofia del cuore sinistro, la quale determina un aumento di pressione nei vasi, aumentando a sua volta la pressione del polso, e per conseguenza anche il Mx, si è stabilita la convinzione, che un ammalato, il quale presenta una tensione aumentata delle pareti arteriose, è sempre un portatore anche di una pressione arteriosa aumentata.

Ciò è però solo una frequente coincidenza, ma non un fatto costante, così che manca talora nei casi più gravi. Per es. nei febbricitanti, nei quali la funzione del cuore è soddisfacente o artificialmente bene sostenuta, si può costatare un rilasciamento molto accentuato delle pareti vascolari e, malgrado ciò, la pressione arteriosa massima resta abbastanza elevata. Ho avuto l'occasione d'osservare dei malati col polso molle e sottodicroto, la cui pressione Mx sorpassava di molto la norma, elevandosi fino a 150-180, ed anche 190 mm. Hg. con una PP eguale a 50-60 ed anche 90 mm. Hg.

Anche nei casi di un polso dicroto, dove il rilasciamento delle pareti vascolari è molto grande, ho osservato Mx arrivare fino a 160 e la PP, elevarsi a 70 e perfino a 80 mm. Hg.; ed al contrario, ho notato molte volte una diminuzione della Mx a 100 ed anche 87 mm. Hg, colla caduta della PP al di sotto di 30-20 mm. Hg ed in un caso fino a 13 mm. Hg, malgrado le pareti arteriose molto tese.

mm. Hg ed in un caso fino a 13 mm. Hg, malgrado le pareti arteriosa e la tensione delle pareti vascolari, dimostrata dagli esempii citati, obbligava la clinica di cercare un metodo, che permettesse d'orientarsi sulla tensione soltanto delle pareti vascolari: è un tal metodo, che propose de Vries-Reilingh nel 1916. Ecco come si esegue:

Si fissa un bracciale di Riva-Rocci attorno al braccio, e si applica sull'avambraccio un pletismografo, che traccia il polso su di un chimografo. Aumentando nel bracciale di Riva-Rocci la pressione fino alla scomparsa completa del polso, il pletismografo traccia una linea orizzontale. Diminuendo poco a poco la pressione Mx, si percepisce facilmente un momento, in cui la curva pletismografica si alzerà un pò e traccerà delle piccole oscillazioni.

Ciò corrisponde alla pressione sistolica Mx, addizionata alla forza di resistenza della parete arteriosa (AW), perchè, secondo l'autore del metodo, la parete arteriosa contribuisce alla dilatazione del suo lume, opponendosi alla pressione esterna. Abbassando ancora la pressione nel bracciale di Riva-Rocci, si stabilisce nella parte distale dell'estremità, una pressione uguale a quella del bracciale, cioè alla sistolica. L'estremità si riempie allora di sangue ed il livello della curva pletismografica, raggiunge la sua altezza più grande e vi si scorgono distintamente le oscillazioni. Se si abbassa ancora lentamente la pressione nel bracciale, la suddetta curva pletismografica cade in un certo momento subito: è questo il momento, nel quale la pressione nel bracciale diviene inferiore alla Mx e, per conseguenza, fa refluire il sangue subitamente dalle vene verso il centro. Per ottenere la cifra, indicante in mm. Hg., la tensione delle pareti arteriose (A W), bisogna togliere il numero corrispondente, dal numero, ottenuto prima nel momento dell'apparizione delle oscillazioni minime sul chimografo. Normalmente AW = più o meno 19 mm. Hg.

Nel morbo d'Addison AW cade al disotto di 10; nella tubercolosi polmonare va da 8 a 11, nelle malattie infettive è anche molto bassa. Dopo dissanguamento la tensione AW cresce subitamente, p. es. da 8 a 22 e previene in questo modo la caduta più grande di Mn; nella nefrite acuta AW=25, nella cronica si eleva a 33-35; nelle crisi vascolari è da 38 a 60. Allorchè AW è piccolo e Mx è grande, questo fatto ci avverte della possibilità di stravasi; quando AW e Mx sono grandi, ciò mette sull'avviso della comparsa di crisi vascolari o accessi uremici. Questi esempii provano abbondantamente l'importanza diagnostica e prognostica d'una nozione esatta della tensione delle pareti vascolari.

Sahli rimprovera al metodo di Reilingh una esattezza quantitativa, considerando, che tutti i metodi d'esame col bracciale di Riva-Rocci danno delle cifre poco esatte; nonostante ciò non si può negare, che l'idea di coordinare il pletismografo col manometro ha permesso a de Vries-Reilingh d'intraprendere un tentativo d'esame quantitativo della tensione arteriosa — cosa, alla quale prima di lui nessuno aveva mai pensato.

d) Sahli richiama l'attenzione sul fatto, che l'ideale dei vantaggi pratici dell'esame completo della pressione arteriosa sarebbe l'acquisto d'un metodo d'orientazione sulle variazioni dinamiche della pressione stessa. Per questo scopo egli ha proposto (1906) la sfigmobolometria del cuore, che cerca di determinare in ogni caso il lavoro del cuore in grammicentimetri e, dopo molteplici modificazioni della tecnica bolometrica egli ha fissato i suoi principi in un lavoro del 1923, completandola nel 1924 coll'arteriometria, per rendere il metodo sempre più obbiettivo. Applicando questi due metodi da due anni, sono arrivato alla conclusione, che la bolometria, qualche volta un poco soggettiva, e la bolografia, completamente oggettiva, danno risultati essenzialmente concordanti.

Confrontando le cifre ottenute in dato caso con quelle normali, si può veramente apprezzare, se ed in qual grado il lavoro del cuore è più grande o oltrepassa in questo caso la norma. Il confronto delle cifre ottenute con quelle per la grandezza reale del polso (PP) per la celerità della sua ascensione (CAP), per il coefficiente di celerità del polso (CCP), e per la tensione della parete arteriosa (AW) permette di distinguere facilmente, quale di questi fattori influì maggiormente su tale o talaltro risultato bolometrico o bolografico del caso esaminato. Abbiamo potuto convincerne molte volte. Oltre l'importanza teorica di mèglio capire il meccanismo della circolazione in ogni caso, questo presenta ancora dei vantaggi pratici, donandoci certe indicazioni profilattiche e terapeutiche.

6. Da quanto abbiamo esposto, siamo autorizzati ad affermare, che l'applicazione sistematica alla clinica di tutti i risultati finora raggiunti nella tecnica d'esplorazione della pressione arteriosa, permette non solamente di realizzare un gran progresso dal punto di vista diagnostico, ma di dettare certe indicazioni terapeutiche con estremo rigore. E' di una grande importanza pratica per es. conoscere lo stato della pressione arteriosa nell'angina pectoris. Si sa, che un certo gruppo di questi casi presenta Mx e PP bassi. Si tratta per lo più di ammalati, nei quali, l'ascoltazione rivela alla base del cuore rumori straordinariamente accentuati ed anche metallici, dovuti ad alterazioni diffuse di sclerosi aortica. In qualche ammalato di questo genere constatai molte volte all'infuori delle crisi la Mx = 80 ed anche meno, e la PP al di sotto di 30. Senza esaminare la pressione arteriosa di questi ammalati e somministrando loro sistematicamente dei rimedii ipotonizzanti, ciò potrebbe avere un risultato nefasto sul

Digitized by Google

loro stato. Così pure la somministrazione durante l'accesso della trinitrina, del cloralio ecc. sarebbe in tali ammalati capace di aumentare il pericolo di morte subitanea. In un altro gruppo di casi d'angina pectoris, molto più numeroso, si constatano alla base del cuore rumori molto sordi, mentre i toni della punta del cuore sono relativamente normali e la pressione arteriosa è molto aumentata: Max verso 200 o più, e PP verso 90. Presentemente si sa (Dunin, Bittorff), che un tale insieme di sintomi si osserva relativamente sovente nel corso d'un'arteroscleros generalizzata, nella quale le lesioni dell'aorta non sono diffuse, ma disposte a placche. E' chiaro, che questi ammalati si sentiranno molto bene dopo una cura ipotensiva prolungata all'infuori delle crisi (antifebbrina, antipirina, aglio, benzoato di benzile, teocina, depressina, telatuten, arteriovaccino, guipsina, cloralio hydrato ecc.), e che durante la crisi non avremo paura di prescrivere tali ipotensivi, ben inteso insieme con medicamenti analettici e al bisogno, la morfina.

La determinazione della Mx, Mn e PP in tutti casi di aterosclerosi generalizzata ci rende quindi dei notevoli servizi. Sappiamo d'altra parte che il prognostico è più favorevole ed il trattamento relativamente più facile, allorchè Mx aumenta sopra tutto per l'aumento di PP e che, al contrario, il prognostico diventa più riservato, quando l'aumento della Mx dipende precipuamente dall'aumento del Mn; che il prognostico non è cattivo, se nello stesso tempo la PP oltrepassa un po' la norma e che diventa cattivo, se la PP è normale o al di sotto della norma e si accompagna con Mx e Mn considerevolmente aumentate.

Anche nelle nefriti croniche la prognosi e la cura sono impossibili senza il controllo continuo della pressione arteriosa.

Così pure il risultato dell'esame di Mx e Mn influisce spesso sul trattamento del collasso nel corso delle infezioni o dell'intossicazioni acute. Se la Mn è normale, e la Mx e PP, sono diminuiti, l'olio canforato, la caffeina o l'etere possono bastare a soccorrere l'ammalato. Al contrario, un abbassamento considerevole di Mn indica immediatamente, che, oltre ai medicamenti suddetti, energicamente applicati, ed eventualmente alle iniezioni di glucosio, bisogna agire simultaneamente sulla circolazione periferica per mezzo di stricnina, adrenalina, qualche volte eserina, e dei vari procedimenti idroterapici.

L'esame della pressione arteriosa è ugualmente importante negli ammalati nervosi nei quali si constatano non di rado manifestazioni passeggere dell'aumento violento della pressione arteriosa (crisi vascolari) che richiedono evidentemente una terapia appropriata.

Si nota a questo proposito e anche spesso, che molti ammalati, trattati come nevrastenici, isterici ecc., sono già colpiti d'aterosclerosi iniziale od anche già avanzata, da accessi di angina pectoris non riconosciuta perchè non ben spiegata dagli ammalati stessi, da affezioni latenti croniche dei reni ecc.

L'esame attento della pressione arteriosa può essere ancora di notevole aiuto in certi Basedowiani gravi. Ho osservato dei casi, nei quali le sensazioni d'inquietudine cardiaca, di estrema stanchezza, ribelli a ogni trattamento, cessavano prontamente dopo iniezioni di stricnina. L'esame della pressione arteriosa in questi ammalati rivelava la Mn bassa e la PP relativamente molto alta (70-80 mm. Hg). Ciò determinava un aumento grande della celerità del polso, che era causa tra l'altro della sensazione di stanchezza del cuore: le iniezioni di stricnina aumentando la Mn e per conseguenza diminuendo la PP, la celerità del polso ed infine il lavoro del cuore, causavano il miglioramento pronunziato dello stato soggettivo.

Questi esempi, che si potrebbero ancora moltiplicare, sono sufficienti per provare la grande importanza dell'esame sistematico della pressione arteriosa in tutti i suoi componenti e per affermare, che ogni condotta scientifica al letto dell'ammalato lungi dall'avere solo un valore teorico, porterà spesso un profitto pratico immediato all'ammalato, ciò che è sempre il nostro scopo definitivo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Sahli H. D. M. W. 1907, n. 16-17. — (2) Idem. Vien. Arch. i. Klin. Med. 1922. — (3) Idem. Ergebm d. Ges. Med. 1923, p. 73-99. — (4) Idem Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1912, Bd. 107. — (5) Idem. D. Arch. Klin. Med. 1922, Bd. 140, H. 1-2. — (6) Idem. Schweizer. Med. Woch. 1920, n. 1. — (7) Idem. Ibidem. 1922, n. 6. — (8) Idem. Ibidem. 1922, n. 18. — (9) Idem. Ibidem. 1923 n. 33. — (10) Vries-Reilingh. Zeit. f. Klin. Med. 1916, Bd. 83. — (11) Ettinger W. Vien. Klin. Woch. 1907, n. 33. — (12) Gallavardin. Presse Méd. 1922, n. 72. — (13) Janowski W. Zeit.f. Klin. Med. 1908, Bd. 65, p. 73. — (14) Idem. Le diagnostic fonctionnel du coeur. Nouvelles questions en méd. 1908, n. 50. — (15) Idem. Die funktionnelle Herzdiagnostik. Berlin. Hirschwald, 1910, pp. 159. — (16) Idem. Wien. Klin. Woch. 1907, n. 50. — (17) Idem. Zeit. f. Klin. Med. 1914, Bd. H 5-6. — (18) Idem. Arch. d. mal. d. coeur 1920, n. 12. — (19) Idem. Bul. de l'Académie de Méd. 1922, n. 23, p. 625. — (20) Kipman F. et Biernacki S. Polska Gaz. Leh. n. 13, 1925.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA
Direttore: Prof. P. L. BOSELLINI

VALORE DIAGNOSTICO E CURATIVO DEL VACCINO STREPTOBACILLARE

per il dott. E. TARANTELLI — Assistente

Per quanto i lavori di Nicolle (1893), Ducrey (1899), Bezançon-Griffon-Le Sourde (1900) e Ito (1913) abbiano facilitato la diagnosi delle ulceri molli, non sempre riesce facile stabilire la natura di ulceri precedentemente trattate o di adeniti non accompagnate da alcuna ulcerazione sui genitali.

I perfezionamenti della tecnica batteriologica conseguiti in questi ultimi anni specialmente per opera di Reestierna (1920), Stümpke-Supitza, Messerschmidt (1922) Hababou-Sala (1925), Durand (1926), Nicolau e Baucin (1926), hanno permesso la preparazione di un vaccino specifico, col quale da qualche tempo vanno estendendosi le ricerche sia allo scopo di studiare il valore diagnostico della intradermoreazione eseguita con questo vaccino, sia allo scopo di osservare i risultati della vaccinoterapia endovenosa sulle ulceri molli e sulle sue complicazioni.

Ho intrapreso anch'io questo studio e mi son servito a scopo diagnostico e curativo del vaccino Dmelcos. Sarà bene però che io esponga prima le esperienze eseguite nell'un campo e nell'altro.

Diagnostica. Ito per il primo, nel 1913, ebbe l'idea di praticare, con qualche goccia di emulsione di streptobacilli morti, l'intradermoreazione: su 16 soggetti affetti da ulceri molli ottenne sempre intradermoreazione positiva: su 11, invece, non portatori di ulceri s. c., e che mai ne avevano avuto, la reazione fu sempre negativa.

L'argomento rimase per molti anni senza ricerche, finchè Reestierna nel 1920 riprese questi studi: egli, servendosi di streptobacilli morti emulsionati in soluzione fisiologica fenicata, eseguì l'intradermoreazione e vide che gli individui affetti da ulceri molli presentavano, sul punto di inoculazione, una zona papulosa centrale, elevata, rossa intensa, circondata da una zona di colorito più pallido. La zona centrale persisteva a lungo e a volte presentava al centro una pustola asettica, mentre quella periferica dopo quelche giorno scompariva.

Questa reazione egli ritenne positiva, considerando negative le altre, anche quelle cioè rappresentate da piccole papule rosse, di dubbia interpetrazione. In tal modo egli eseguì questa prova su 449 soggetti. Su 173 con ulceri s. c. in atto, diedero reazione positiva 162; (degli altri 11, che diedero reazione negativa uno presentava un'ulcera molto piccola, gli altri avevano ulcerazioni che poi si riconobbero non da streptobacilli). Su 27 soggetti che avevano sofferto di ulceri molli, 23 diedero intradermoreazione positiva. Su 249 persone ritenute indenni di ulceri in atto o pregresse, sole cinque diedero reazione positiva (quattro donne pubbliche e un vecchio).

Frei nel 1923 praticò la intradermoreazione in un caso di ulcera venerea fagedenica e in altri pazienti affetti da ulceri molli complicate o no, confermando con le sue prove le vedute di Reestierna. Nicolle, Durand e i suoi collaboratori, sperimentarono la intradermoreazione su 93 soggetti: essi ebbero trenta reazioni negative su 30 soggetti che non erano portatori di ulceri,

Digitized by Google

nè sospetti di infezione antica, 48 reazioni positive su 51 portatori di ulceri, 12 reazioni positive in dodici donne pubbliche non affette da ulceri ma sospette. In base a tali risultati anche questi autori conclusero che l'intradermoreazione è specifica, costante, precoce — avendola osservata tre volte all'ottavo giorno — e definitiva, avendo permesso la diagnosi retrospettiva anche dopo più di dieci anni dall'infezione.

Dubreuilh e Broustet praticarono l'intrademoreazione su 11 casi di ulceri semplici e su 3 casi di ulceri fagedeniche; essi ottennero sempre reazioni negative nei soggetti indenni da ulcera s. c. (specialmente interessante un caso di lifogranulomatosi inguinale subacuta), mentre su quasi tutti i malati con ulceri s. c. tipiche ottennero reazioni positive. Ledecq, nello stesso anno, eseguì l'intradermoreazione col vaccino streptobacillare, col siero di cavallo e con il latte su 10 individui, e constatò alta specificità della reazione. Rivalier venne (nel 1925) alle stesse conclusioni praticando la intradermoreazione su 49 individui alcuni dei quali erano affetti da ulceri molli complicate o no da bubboni, altri erano guariti da mesi, altri infine erano affetti da adeniti inguinali di natura indefinita.

Non mi consta siano state fatte altre ricerche sull'intradermoreazione di Ito-Reestierna meno quelle premesse al trattamento vaccino-terapico specifico da Hababou-Sala, Cavallucci ed altri (Rosenwald, Lortat-Jacob e Paumeau-Delille).

Nella mia esplorazione ho eseguito la intradermoreazione su 222 soggetti. Le reazioni sono state eseguite nella faccia estensoria di un braccio: previa disinfezione della cute con alcool, iniettavo nello spessore del derma, molto superficialmente e con un ago molto sottile, un decimo di cmc. di emulsione bacillare, mentre per il controllo mi servivo della stessa quantità di una soluzione fenica al 0.5 %. La lettura è stata eseguita dopo 24 ore, quelle reazioni però che alla prima lettura si mostravano dubbie, venivano osservate anche dopo 24, tenendo sempre presente, nella valutazione dei risultati, la reazione di controllo utile nei soggetti a pelle molto sensibile.

Nell'apprezzamento delle reazioni mi sono lasciato guidare generalmente da quanto largamente ha illustrato Reestierna, ed ho considerato quindi positive tutte quelle reazioni costituite da un infiltrato papuloso centrale più esteso, rilevato, di colorito rosso intenso, circondato da alone infiammatorio periferico più pallido della zona centrale, negative tutte le altre (anche quelle rappresentate da una papula lenticolare).

Nella zona centrale delle reazioni positive ho osservato a volte piccole vescicole follicolari, a volte invece una pustola centrale, in un caso necrosi estesa a tutta la zona reattiva (trattavasi di un individuo affetto da ulcera molle serpiginosa), una volta infine una reazione eritematosa della grandezza di uno scudo, solo leggermente papulosa al centro.

I soggetti sottoposti alla intradermoreazione sono stati da me divisi nei seguenti gruppi, in ciascuno dei quali esporrò i risultati e le conclusioni che se ne possono dedurre:

I. Gruppo. Indenni di ulceri semplici contagiose in atto o pregresse. Si trattava in quasi tutti i casi di giovani soggetti accolti in Clinica o presentatisi all'ambulatorio per dermatosi svariate, e nei quali però, sia per l'età, che per l'anamnesi e l'esame clinico, potevasi escludere quasi con certezza che si fossero precedentemente contagiati. Questi soggetti mi hanno offerto l'occasione di studiare la reazione anche in svariate dermatosi (eczema, tricofizie, lupus) qualcuna delle quali è noto conferisca una speciale reattività cutanea ad antigeni svariati.

Su 60 casi ho avuto sempre reazioni negative: faccio notare che solo in un caso di eczema generalizzato e in quattro casi di lupus volgare ho avuto delle reazioni dubbie, ma che essendo scomparse entro 48-72 ore ho considerato negative, poichè ritengo che in genere le reazioni specifiche persistano più a lungo.

Mentre in altri 11 individui affetti da tubercolosi cutanea, le reazioni furono sempre nettamente negative, come pure in molti altri eczematosi e tricofitici.

La intradermo reazione di Ito-Reestierna, salvo qualche reazione di gruppo, dà quindi reazione negativa negli individui certamente indenni da ulceri semplici contagiose, in atto o pregresse.

II. Gruppo. Indenni di ulceri semplici contagiose in atto o pregresse, ma che non davano sufficiente affidamento per le reazioni seguenti: essi negavano assolutamente l'infezione streptobacillare, e l'esame obiettivo non mostrava alterazioni cicatriziali dei genitali o delle regioni inguino-curali, ma in essi, sia per la vita dissoluta che avevano condotta, che per l'infezione in atto (blenorragia o sifilide) non potevasi escludere un'infezione mista o ignorata.

Su 50 casi ho osservato solo 7 reazioni positive deboli: cioè in due bambine affette da vulvo-vaginite blenorragica, in tre adulti con uretrite blenorragica e in due sifilitici. Per quanto riguarda le due bambine non è improbabile si tratti di reazioni aspecifiche, per gli altri casi invece, trattandosi di soggetti che hanno sofferto di blenorragia o sifilide, non è da escludersi che durante la loro vita sessuale si siano infettati anche di ulceri semplici contagiose.

Possiamo quindi ritenere che la reazione di Ito-Reestierna, pur tenendo conto dei due risultati positivi riguardanti le bambine e senza voler tanto indagare negli altri pochi casi citati a reazione positiva, è altamente specifica.

III. Gruppo. Con ulceri semplici contagiose in atto e con reperto di streptobacilli nelle ulceri (in n. di 52) dei quali: 34 con ulceri non complicate e 18 con ulceri complicate da adenite iniziale o suppurata. Dei soggetti con ulceri s. c. non complicate (34) diedero reazione negativa solo sei (tre avevano ulceri da 4-8 giorni, uno aveva un'ulcera fagedenica da 3 mesi, due avevano un'ulcera mista). Da notare però che tra quelli che diedero reazione positiva figurano anche due con ulceri datanti da solo sette giorni.

Dei soggetti con ulceri s. c. complicate, (18) diedero reazione negativa solo due (uno con ulceri e adenite iniziale da quattro giorni, un altro con ulceri e adenite suppurata da circa un mese). In questo gruppo, il più importante, abbiamo avuto retzini negative nei casi in cui la lesione era poco estesa o datava da troppo poco tempo, in un' ulcera fagedenica datante da tre mesi, in due ulceri miste e in un soggetto con ulceri e adenite suppurate da circa un mese. La negatività nei primi può spiegarsi col fatto che l'infezione (per intensità e durata) non abbia ancora determinato nell'organismo quei cambiamenti umorali o istogeni — senza voler entrare nel meccanismo di queste reazioni — svelabili colle reazioni biologiche, ciò vale a spiegare anche la negatività della reazione nei due casi con ulcera mista (al 7° giorno e la cui natura fu in seguito riconosciuta). Nel caso di ulcera fagedenica si può pensare ad uno stato di anergia, in quello con ulceri da circa un mese e adenite la reazione ha fallito.

IV. Gruppo. Con ulceri in atto senza reperto di streptobacillo (38), dei quali 15 con ulceri non complicate e 23 con ulceri complicate. Dei soggetti con ulceri non complicate (15) soltanto tre diedero reazione negativa (uno con ulcera unica da 10 giorni, uno con ulceri da due mesi, un vecchio sifilitico con ulceri da 20 giorni). Dei soggetti con ulceri complicate (23) soltanto due diedero reazione negativa (uno con ulceri multiple da dieci giorni e adenite iniziale, uno con ulceri multiple da 15 giorni, adenite e bubbonulo). In questo gruppo, per quanto riguardo i soggetti che hanno dato reazione negativa (5), qualcuno presentava lesioni recenti o troppo poco estese, gli altri invece avevano ulceri probabilmente d'altra natura, poichè lo streptobacillo non fu potuto trovare.

V. Gruppo. Con infezione streptobacillare pregressa. Presentavano tutti, a testimonianza dell'infezione pregressa, cicatrici inguino-crurali; in 22 soggetti l'intradermoreazione fu sempre positiva forte. In due di essi l'infezione risaliva a dieci anni prima, in uno a ventitrè anni prima ed in un altro a 37 anni prima; da quell'epoca — stando alle loro affermazioni — non avevano più contratto ulceri.

Facendo astrazione di questi ultimi casi che vanno accolti con riserva non si può negare il valore retrospettivo dell'intradermoreazione. Questo fatto mentre può essere utile in pochi casi nei quali si voglia rimontare all'origine di un'ulcerazione pregressa o causticata, viene a diminuire il suo valore pratico.

Da quanto ho esposto possiamo concludere che l'intradermoreazione eseguita con emulsione di streptobacilli possiede grande proprietà specifica. Essa infatti è quasi costantemente positiva nei soggetti affetti da ulcera s. c., purchè l'infezione (per intensità e durata), sia stata capace di determinare nell'organismo quei cambiamenti (umorali o istogeni) svelabili con le reazioni biologiche. Non intendo qui entrare nel modo con cui queste difese si ordiscono nell'organismo, certo si è che esse si manifestano dopo un periodo d'incubazione più o meno lungo e dietro stimoli sufficientemente intensi.

Digitized by Google

D'altra parte la reazione è quasi costantemente negativa nei soggetti sani affetti da dermatosi svariate, indenni di ulceri semplici contagiose in atto o pregresse.

Abbiamo visto in vero che in alcune dermatosi (lupus, eczema), può riscontrarsi a volte una reazione dubbia; questo fatto viene a diminuire il valore pratico della reazione ma non intacca la sua specificità, in quanto è noto che per affinità chimiche di gruppi molecolari che entrano nella composizione di due o più antigeni, si possono avere, con questi antigeni, reazioni di gruppo, come pure è noto che tutte le reazioni cutanee sono in parte ipotecate dalle sensibilità non specifiche variabili da soggetto a soggetto.

Possiamo riportarci ad esempio: alla intradermoreazione provocata dalla tubercolina, la quale mostra, in soggetti affetti da tubercolosi, una speciale intensità nei confronti di reazioni ottenute con altri prodotti batterici o non batterici: il che significa che effettivamente nella capacità reattiva di un soggetto, dev'essere messa in prima linea la specificità.

A somiglianza quindi di ciò che accade con altri antigeni usati per l'intradermoreazione, anche con questo possono aversi delle reazioni che mettono in imbarazzo l'osservatore, se questi non ha acquistato una discreta pratica nella lettura delle reazioni o se egli costantemente non fa uso di un controllo, che ci dia un'idea della reattività non specifica del soggetto.

Infine dobbiamo rilevare anche dalle nostre prove che questa reazione si mantiene per un lungo tempo positiva. Questo fatto mentre permette una diagnosi retrospettiva, utilizzabile in pochi casi nei quali si voglia rimontare all'origine di un'ulcerazione, ne diminuisce il valore pratico poichè non può essere utilizzata in individui che precedentemente sono stati affetti da ulceri semplici contagiose. S'intende però che l'intradermoreazione pur perdendo in pratica del suo valore diagnostico, pel fatto che permane lungo tempo dopo l'infezione e per le altre ragioni suddette, può riuscire di grande ausilio diagnostico.

Vaccinoterapia. Numerosi sono i metodi tentati pel trattamento dell'ulcera venerea e complicazioni. Ognuno di essi — a causa della incostanza dei risultati — ha avuto dei partigiani ed oppositori. Sarebbe troppo lungo riportare i vari metodi descritti, mi limiterò quindi a ricordare esclusivamente i tentativi vaccinoterapici locali e generali e quei metodi che potranno essere presi in considerazione per la discussione.

La vaccinoterapia locale, messa in onore da Besredka, fu introdotta nella cura delle ulceri semplici contagiose e dei bubboni da Hababou-Sala; questi si servì di un filtrato-vaccino, ottenuto da una cultura pura dello streptobacillo: i risultati ottenuti per applicazioni locali sulle ulceri e per iniezioni quotidiane nel bubbone hanno lasciato buona speranza sull'efficacia terapeutica di questo metodo. Lo stesso procedimento fu sperimentato da Lortat-Jacob e Le Rasle in sette casi: in tre casi fallì, negli altri quattro si ebbe la guarigione del bubbone in sette-quindici giorni. Pautrier, considerando che i germi secondari esercitano sulle ulceri e sul bubbone azione sfavorevole, modificò il metodo servendosi di un filtrato misto, e cioè di filtrato specifico addizionato di filtrato di germi secondari. In questo modo ottenne risultati molto buoni. Jausion e Diot nello stesso anno praticarono la vaccinoterapia locale nell'ulcera molle con lavaggi e impacchi di filtrato di secreto di ulceri, contenente: oltre al bacillo di Ducrey, germi associati del genere stafilococco e streptococco; in seguito proposero anche per il bubbone la cura con filtrati misti, e infine in collaborazione a Jeanselme studiarono l'azione di un filtrato-vaccino aspecifico ottenuto da streptococchi, stafilococchi, tetrageno e colibacillo. Altri proposero la vaccino-terapia locale aspecifica: Fournier e Lonjumeau su 24 malati con bubboni praticarono, previa aspirazione del pus, delle iniezioni di vaccino misto (stafilococchi, streptococchi, colibacilli): 10 di essi con bubboni suppurati, guarirono in una settimana, gli altri guarirono in 6-10 giorni, meno due infermi che guarirono solo dopo 22-24 giorni.

Lo stesso metodo diede a Noguer Morè la guarigione dei bubboni trattati nel tempo più lungo di tre settimane.

La vaccinoterapia generale (prescindendo dal vaccino (?) Reilly-Rivalier, che utilizza l'endotossina dello streptobacillo) fu tentata la prima volta da Ito (1913), per via sottocutanea, ma questo Autore si arrestò sia per le reazioni locali che determinava il vaccino, sia per la difficoltà di mantenere in cultura lo streptobacillo.

Stümpke-Messerchmidt provarono il vaccino specifico per via intramuscolare ed endovenosa; videro che le ulceri sotto l'influenza del vaccino e con applicazione locale di pomata indifferente, perdevano il loro carattere specifico. Anche Cruvelhier trattò, per via sottocutanea, 12 casi di ulcera semplice contagiosa con un autovaccino costituito da pus di ulceri, pare però che i risultati fossero poco incoraggianti. Frei guarì in due mesi un'ulcera fagedenica serpiginosa, che per due anni aveva resistito ad ogni terapia, trattando il soggetto con 22 iniezioni intramuscolari di vaccino streptobacillare. A Nicolle, Durand e collaboratori spetta sopratutto il merito di aver dato notevole impulso allo studio della vaccinoterapia specifica per via endovenosa. Questi autori infatti, dopo di aver eseguito dei saggi sulla scimmia e sull'uomo, trattarono per via endovenosa 48 malati ottenendo la guarigione delle ulceri in 12 giorni, dei bubboni in 17; durante le loro esperienze notarono che il vaccino agisce costantemente e tanto meglio quanto più recente era la lesione. Dubreilh e Broustet (1925) praticarono per via endovenosa la vaccinoterapia specifica su sette casi; su sei ebbero risultati sorprendenti. Però essi notarono che l'efficacia del vaccino si mostrava incostante nelle ulceri non complicate e falliva a volte per lesioni minime, mentre nei bubboni ulcerati e nelle lesioni ribelli (fagedenismo) o inaccessibili (ano) alla terapia usuale, si mostrava molto utile. Laederich e Weill-Spire su 10 malati trattati con lo stesso vaccino (9 con bubboni in via di suppurazione o suppurati e uno con ulcera da autoinoculazione) notarono buoni risultati con più di tre iniezioni. Anche Hudelo-Duhamel-Droumeau (su 19 casi) e Ledecq notarono che la vaccinoterapia risponde bene allo scopo, specialmente perchè abbrevia molto la durata del trattamento. Cavallucci che recentemente ha trattato a scopo comparativo 15 pazienti con proteino-terapia aspecifica (latte) e 15 con vaccino specifico (limitandosi in questi alla sola detersione delle ulceri con acqua bollita) ha ottenuto con la vaccino-terapia risultati sorprendenti. Con la proteinoterapia ha avuto nelle adeniti non suppurate guarigioni in 10-14 giorni, in 11-23 giorni in quelle suppurate; con la vaccinoterapia invece in 9-14 giorni guarigioni delle ulceri semplici anche con fimosi, linfangioite o adeniti iniziali e in 5-13 giorni delle ulceri con adenite suppurata.

Già nel novembre 1925 mi sono occupato della vaccinoterapia specifica dell'ulcera semplice contagiosa. Con vaccino da me preparato eseguii pochi tentativi di vaccinoterapia intramuscolare.

In queste esperienze, troncate poi per mancanza di vaccino a causa della difficoltà di mantenere in cultura lo streptobacillo, notai che i soggetti, nei quali si avevano elevazioni termiche di una certa intensità dopo la iniezione, miglioravano con questa terapia (come a volta con la proteinoterapia), solamente per quanto si riferiva ai bubboni. Volli allora, — allo scopo di conoscere la efficacia sul bubbone degli altri metodi di cura in genere e della proteinoterapia in ispecie—indagare (in base alla letteratura esistente su tale argomento) sui risultati ottenuti con altri procedimenti che non rientrassero nella vaccinoterapia specifica. Vidi allora che le adeniti iniziali possono essere influenzate incostantemente dalla compressione e dall'applicazione di pomate antiflogistiche; quantunque questi metodi rare volte rispondano all'aspettativa di coloro che li hanno preconizzati (Narde, Cordier); che nei bubboni in via di suppurazione le iniezioni di sostanze antisettiche riescono ad abbreviare il periodo di cura o ad evitare qualche eventuale complicazione (Welander, Pennetto, Bonnet et Juvien, De Lutiis, Waelescks, Rondelli e Luis de Portillo) come pure che l'evacuazione del pus e l'iniezione di sostanze modificatrici nelle adeniti suppurate riescono spesso ad impedire le cicatrici viziose, e provocare la guarigione in un periodo più o meno breve (Danielo, Wertheim, Fontana, Lassalle, Bussalai e Devoto, Ramazzotti), che meglio si addimostrano in questi vari stadi del bubbone secondo altri i raggi X (Reines, Mancioni, Paoli) i raggi ultravioletti (Tomasone, l'autoemoterapia (Nicolas e Leboeuf, Lacassagne, Lepinay, Gayet, Falcoz, Bussalai e Devoto), la pioterapia (Cruvelhier, Stümpke), la proteinoterapia (Bonnet, Vigne, Fournier, Acquaviva ed altri). Con la proteinoterapia i bubboni fluttuanti si riassorbono in 8-12 giorni secondo Forster e Stoewer, Marini, Cattaneo. I bubboni fistolizzati o ulcerati guariscono in media in 22 giorni secondo Berndt, Kaznelson. Per quanto riguarda i vaccini non specifici risulta che l'eterovaccino di Delbet ha dato ottimi risultati a Pontoizeau an-

Digitized by Google

che nella cura dei bubboni fistolosi o ulcerosi, come pure a Ravaut, Basch-Ducourtou, a Gougerot-Blum e a Garriga. Questo ultimo ha riscontrato con esso anche una azione profilattica sulle complicazioni, ridottesi, secondo l'autore dall'83 % al 13 e 5 % nei portatori di ulceri s. c.

Infine, risultati brillantissimi (due soli insuccessi) hanno ottenuto in 24 casi di bubboni Nicolas e Lacassagne col vaccino antitifico usato per via endovenosa.

Anche dunque con altri metodi si sono avuti dei successi, alcuni anzi non si addimostrano inferiori —considerati solamente per quanto riguarda le adeniti nei vari stadi — alla vaccinoterapia specifica.

Per quanto riguarda l'azione sulle ulceri i metodi non specifici non hanno dimostrato un'azione decisiva, mentre il vaccino specifico sarebbe stato costantemente efficace secondo quasi tutti gli autori ed eccezione di Dubreilh e Broustet, i quali — pur non disconoscendone l'azione favorevole — hanno notato che la evoluzione delle ulceri verso la guarigione non è stata accelerata dal vaccino, che con questa cura a volte è fallita la guarigione e che lesioni minime a volte hanno cicatrizzato dopo ben 15 giorni.

Da questo studio comparativo fra i metodi non specifici e metodo specifico, visto che l'efficacia terapeutica nei bubboni è quasi la stessa, mentre nelle sole ulceri la vaccinoterapia prende vantaggio — io ho voluto rivolgere, nelle mie prove, l'attenzione specialmente sulle modificazioni subite dalle ulceri, non trascurando, s'intende, quanto ho potuto constatare su due adeniti inguino-crurali ed un bubbonulo, occorsimi nelle mie osservazioni.

I casi trattati invero sono pochi, ma ritengo che essi sieno sufficientemente dimostrativi e che di fronte ai risultati da me ottenuti, non era necessario, per lo scopo prefissomi, continuare le esperienze, assoggettando i pazienti a reazioni tanto violente e a volte pericolose. Vennero trattati solamente i pazienti con esame obiettivo negativo, rivolgendo speciale attenzione all'esame funzionale del cuore. In tutti fu eseguito prima del trattamento la intradermoreazione e la ricerca dello streptobacillo nelle ulceri, per accertarmi della loro natura. La intradermoreazione e l'esame microscopico furono ripetuti anche dopo il trattamento.

Le iniezioni furono eseguite al mattino a digiuno, e nel numero di sei su ciascun soggetto (da 225 milioni di germi la I^a^ dose, a 675 milioni di germi le ultime due). Per tutta la durata della reazione febbrile i malati furono tenuti a dieta lattea. Sulle lesioni, nei primi due casi, non fu fatta alcuna applicazione; negli altri tre lavaggi endoprepuziali (tre al giorno) e qualche impacco tiepido sul prepuzio con acqua bollita.

Le iniezioni sono state eseguite a giorni alterni finchè la reazione precedente e le condizioni generali dell'ammalato lo hanno permesso.

1ª Osservazione. — A. Pietro, di anni 27, manovale. Diagnosi: Fimosi da ulceri semplici contagiose del foglietto cutaneo prepuziale e del frenulo. Adenite e periadenite iniziale inguinale destra. R. W. negativa. R. M. negativa. R. Vernes 0.

Il paziente, circa quattro settimane prima, notò due ulceri sul frenulo e dopo qualche giorno un'altra al foglietto cutaneo del prepuzio. Quindici giorni prima del suo ingresso in clinica, in seguito a causticazioni, non potè più svaginare il glande. Cinque giorni prima del suo ingresso notò la comparsa di adenite inguinale destra che alla nostra osservazione si presentava della grandezza di un uovo di gallina, dolente, di consistenza molle elastica, non fluttuante.

L'edema e l'arrossamento del prepuzio non erano molto rilevanti, i tentativi per svaginare il glande mostravano solo il meato uretrale, dal sacco fuoriusciva scarsa quantità di pus. Streptobacillo presente nell'ulcera del foglietto cutaneo prepuziale. Intradermoreazione di Ito-Reestierna positiva.

30-6-1926. I^a^ Dose. Ore 9 del mattino. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima dopo due ore (39°,1); tornava alla norma alle ore 24 del giorno successivo. Il 1-7-1926 l'ulcera si era in parte detersa e l'adenite era divenuta nettamente fluttuante al centro.

2-7-926. II^a^ Dose. Ore 11 del mattino. Brivido dopo 3 ore, cessa dopo mezz'ora per insorgere nuovamente, meno intenso, alle ore 24. Il giorno successivo l'ulcera accenna a restringersi. L'adenite tende a riassorbirsi, i fatti infiammatori della cute diminuiscono, la dolorabilità è scarsa. Nessuna reazione febbrile.

4-7-926. III^a^ Dose. Ore 9.30. Brivido dopo due ore. Temperatura massima alle ore 11 (38°,1), alle 20 tornò alla norma. Lesioni immutate.

6-7-926. IV^a^ Dose. Ore 8.30. Brivido dopo 3 ore. Temperatura massima ore 12 (39°,7), alle ore 20 torna alla norma. Il giorno successivo l'ulcera si mantiene immutata. Il glande comincia a svaginarsi e l'adenite, divenuta indolente, va riassorbendosi.

8-7-926. V^a^ Dose. Ore 9.30. Brivido dopo 2 ore. Temperatura massima alle ore 13 (39°,9), torna alla norma alle ore 16. Il giorno successivo il glande si svagina completamente, mettendo allo scoperto una ulcerazione che ha reciso il frenulo.

10-7-926. VI^a^ Dose. Ore 9. Non brivido. Non febbre. L'osservazione dopo due giorni mostra: l'ulcera del foglietto cutaneo del prepuzio in gran parte ristretta, quella del frenulo immutata, l'adenite completamente riassorbita; si nota lieve desquamazione cutanea e infiltrato profondo, indolente.

12-7-926. Streptobacillo presente nell'ulcera del frenulo, intradermoreazione positiva. Dopo tre giorni insorge un'adenite all'inguine sinistro, che nei giorni successivi suppura decisamente.

Riassumendo : Dopo sei iniezioni si è notato: guarigione dell'ulcera esterna, persistenza dell'ulcera sul frenulo e presenza in essa di streptobacilli. Riassorbimento completo dell'adenite, ma comparsa di nuova adenite all'inguine opposto tre giorni dopo l'ultima iniezione.

2ª Osservazione. — P. Mario di a. 20, muratore. Diagnosi: fimosi da ulceri semplici contagiose, bubbonulo iniziale del dorso dell'asta regredito spontaneamente prima di iniziare la vaccinoterapia. Due mesi prima del suo ingresso in Clinica notò ulceri multiple nel solco, una settimana fa 8-9 ulceri sull'orificio prepuziale; due giorni fa nodulo dolente sul dorso dell'asta e aumento della secrezione endoprepuziale. Il bubbonulo ha regredito spontaneamente prima del trattamento. Streptobacillo presente nelle ulceri dell'orifizio prepuziale. Intradermoreazione positiva. R. W. negativa. R. M. negativa. R. Vernes = 5.

11-6-926. I^a^ Dose. Ore 9,45. Brivido dopo due ore. Temperatura massima (39°2), alle ore 20, torna alla norma alle ore 24.

14-6-926. II^a^ Dose. Ore 9,30. Brivido dopo un'ora e mezza. Temperatura massima (39°,7) alle ore 12, torna alle norma alle ore 21.

Le ulceri e la fimosi sono immutate.

17-6-926. III^a^ Dose. Ore 9. Brivido dopo un'ora e mezza. Temperatura massima alle ore 12 (39°,5), torna alla norma alle ore 24 della sera. La fimosi infiammatoria e le ulceri non si sono modificate.

19-6-926. IV^a^ Dose. Ore 9,15. Brivido dopo un'ora e mezza. Temperatura massima alle ore 12 (39°,5), torna alla norma alle ore 24 della notte. Alcune ulceri si sono deterse parzialmente e lo stato infiammatorio del prepuzio è diminuito.

22-6-926. V^a^ Dose. Ore 9. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima ore 12, (39°), alle ore 24 della notte torna alla norma. Nessun miglioramento successivo.

24-6-926. VI^a^ Dose. Ore 9,15. Brivido dopo due ore. Temperatura massima alle ore 16 (37,6) alle 24 torna alla norma.

25-6-926. Non si nota alcun miglioramento successivo. Intradermoreazione positiva, streptobacillo presente ancora nelle ulceri. R. W. negativa. R. M. negativa. R. Vernes = 0.

Riassumendo: Risultato completamente negativo della vaccinoterapia. Persistenza dello streptobacillo nelle ulceri. Intradermoreazione positiva.

3ª Osservazione. — S. Giovanni di anni 29. Bracciante. Diagnosi: parafimosi, ulcera mista del solco balano-prepuziale. Adenite e periadenite suppurata inguinale sinistra già trattata chirurgicamente.

Circa 40 giorni fa notò la prima ulcera. Dopo 10 giorni periadenite suppurata inguinale sinistra che, incisa 20 giorni or sono, si è parzialmente ristretta al momento dell'osservazione. Due giorni fa parafimosi, essa viene ridotta il giorno del suo ingresso in Clinica, dopo qualche giorno è possibile svaginare il glande e osservare l'ulcerazione durante il corso delle prove.

13-9-926. Si nota vasta ulcerazione del solco balano-prepuziale interessante glande e foglietto mucoso del prepuzio (lato dorsale), a limiti netti, a margini sottominati, a fondo necrotico, dolente. Nella regione inguinale sinistra ferita lineare chirurgica, in buone condizioni; spremendo fuoriesce dal fondo scarsa secrezione purulenta. Intradermoreazione positiva. Streptobacillo presente. R. W. neg. R. M. neg.

14-9-926. I^a^ Dose. Ore 9. Brivido dopo 2 ore. Temperatura massima ore 12 (40°,3), che tocca la norma alle ore 22 del giorno successivo.

17-9-926. II^a^ Dose. Ore 8,30. Brivido dopo 3 ore. Temperatura massima ore 12 (40°,6), la febbre rimette poi gradatamente e cade definitivamente dopo due giorni. Vicino all'ulcera preesistente, si nota sul glande

Digitized by Google

una piccola pustola contenente lo streptobacillo, l'adenite torna a suscitare dolore, la secrezione in essa aumenta, i margini della ferita operatoria s'infiammano e in qualche punto presentano punticini giallastri.

20-9-926. IIIª Dose. Ore 9,30. Brivido dopo 2 ore. Temperatura massima (40°), alle ore 12.15. Torna alla norma il giorno dopo. I margini operatori sono nettamente ulcerosi, frastagliati e sottominati, il fondo dell'adenite appare colmato ma di granulazioni friabili. Il piccolo innesto confluisce con l'ulcera preesistente, la quale si è detersa.

25-9-926. Vª Dose. Ore 8,30. Brivido dopo 3 ore. Temperatura massima ore 12.15 (40°,1), torna alla norma il mattino del 27. Nulla di importante da rilevarsi sulle lesioni.

28-9-926. VIª Dose. Ore 8,30. Brivido dopo 3 ore. Temperatura massima alle ore 12 (39°,8), alla sera torna alla norma.

L'aspetto dell'ulcerazione non si è modificato dall'ultima osservazione, la base presenta un indurimento sospetto, il fondo dell'adenite è deterso, ma da un ganglio profondo affiora alla superficie, per mezzo di un tragitto, discreta quantità di pus; il dolore localmente è molto più vivo, il processo ulceroso a carico dei margini dell'adenite non si è arrestato. Streptobacillo presente nell'ulcerazione e nell'adenite. Intradermoreazione positiva. R. W. = + — R. M. = +. Dal fondo dell'adenite ulcerata viene prelevato del materiale con la tecnica descritta da Nicolau e Baucin e seminata nel terreno liquido da essi consigliato. Dopo 48 ore si sviluppano tipiche catenelle di streptobacilli gram-negativi in cultura quasi pura.

Il fondo indurito dell'ulcera e le reazioni sierologiche eseguite alla fine del trattamento, mettono il sospetto di una infezione mista; la ricerca della spirocheta è negativa, al 70° giorno dalla comparsa dell'ulcera si ripetono le reazioni sierologiche con questi risultati: R. W. = —, R. M. = ++, R. Vernes = 0. Pratichiamo una iniezione endovenosa di neosalvarsan e una iniezione intramuscolare di calomelano, si ripetono (90° giorno) le reazioni sierologiche e si hanno i seguenti risultati: R. W. = —, R. M. = ++, R. Vernes = 4.

Riassumendo : Dopo la seconda iniezione piccolo innesto sul glande che progredisce per tutta la durata della cura. Dopo la 4ª iniezione la ferita operatoria, prima del trattamento già avviatasi verso la guarigione, diviene ulcerosa, progredisce, e non è influenzata dalle iniezioni successive. Alla fine del trattamento persiste lo streptobacillo sull'ulcera e sull'adenite, in quest'ultima capace di svilupparsi in cultura.

4ª Osservazione. — T. Nicola, a. 17, manovale. Diagnosi: fimosi da ulceri semplici contagiose del prepuzio. Bubbonulo ulcerato del pube.

Un mese fa notò le prime ulceri seguite dopo pochi giorni da fimosi e numerosi innesti sull'orifizio prepuziale. Da 15 giorni comparsa del bubbonulo, ulceratosi da solo cinque giorni. Intradermoreazione positiva. Streptobacilli presenti nelle ulceri dell'orificio prepuziale e nel bubbonulo. R. W. = —, R. M. = —. R. Vernes = 0.

21-10-926. Iª Dose. Ore 10. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima (39°,6) alle ore 14,30; torna alla norma alle ore 24 del giorno successivo.

25-10-926. IIª Dose. Ore 9. Brivido dopo 1 ora. Temp. massima (39°,1) alle ore 12,30, torna alla norma alle 20. Lesioni immutate.

27-10-926. IIIª Dose. Ore 8,30. Brivido dopo 2 ore. Temperatura massima (38°,8) alle ore 12, torna alla norma alle 20. Notevole miglioramento in tutte le lesioni (detersione delle ulceri, diminuzione della fimosi e dello stato infiammatorio) non però definitivo.

29-10-926. IVª Dose. Ore 9. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima (39°,3) alle ore 12. Torna alla norma alle ore 16.

31-10-926. Vª Dose. Ore 9,30. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima (37°,3) alle ore 16. Nessun ulteriore miglioramento delle ulceri, la fimosi è ritornata allo stato di prima.

1-11-926. VIª Dose. Ore 9. Brivido dopo un'ora. Temperatura massima (39°,3) alle ore 13, torna alla norma alle ore 20 della sera.

Dopo tre giorni il bubbonulo sembra riparato, ma è ancora dolente alla palpazione, l'epitelio che lo ricopre è friabile, le granulazioni sottostanti sono fungose tanto che in seguito, per ottenere una riparazione definitiva, si è costretti a raschiare. Nelle ulceri persiste lo streptobacillo. Intradermoreazione positiva. R. W. = —, R. M. = —, R. Vernes = 0.

Riassumendo : Miglioramento delle ulceri, nessuna di esse però si cicatrizzata, fimosi per nulla influenzata. Bubbonulo apparentemente riparato. Streptobacillo presente nelle ulceri. Intradermoreazione positiva.

5ª Osservazione. — L. Domenico, a. 29, manovale. Diagnosi: Fimosi da ulceri veneree. Intradermoreazione positiva. Streptobacillo presente. R. W. = —, R. M. = —, R. Vernes = 5.

22-10-926. 1ª Dose. Ore 9,5. Brivido, ore 10,30. Temperatura massima alle ore 21 (39°). Torna alla norma alle ore 24 del giorno successivo. Dopo circa 3 ore dall'iniezione; senso di ambascia, oppressione al petto, polso filiforme, frequente, ritmico; regolare; sudore freddo; cianosi del volto e delle estremità. Viene praticata un'iniezione di adrenalina ed una di canfora in seguito alle quali i sintomi allarmanti scompaiono repentinamente, lasciando il soggetto in preda a forte cefalea. Dopo 2 giorni dall'iniezione alvo diarroico con feci miste a sangue, dolenzia dell'addome; dopo qualche giorno tutto torna alla norma.

Riassumendo: Shock dopo 3 ore dalla prima iniezione dopo 2 giorni alvo diarroico con feci miste a sangue.

***

I fenomeni generali da me riscontrati nei vari casi non diversificano in genere da quelli descritti dai precedenti Autori: brivido intenso dopo 1-3 ore, seguito ben presto da febbre alta (in un soggetto 41°,2) di varia durata, accompagnata da cefalea continua, violenta (a volte anche martellamento alle tempie), prostrazione estrema, inappetenza o invece il contrario, nausea, tendenza al vomito, insonnia. I fenomeni generali si attenuano nelle iniezioni successive. Va ricordata la tendenza emorragica cui vanno facilmente soggette durante il trattamento le ulceri.

In base alle mie esperienze debbo concludere che l'efficacia del vaccino da me usato non sia costante nè sui bubboni (un bubbone si ulcerò durante il trattamento) nè sulle ulceri.

Non mi sembra si possa ritenere che il vaccino abbia una azione terapeutica specifica sul bacillo: 1°) poichè, dopo 6 iniezioni di vaccino per via endovenosa, lo streptobacillo sussisteva costantemente in tutti i miei casi; 2°) perchè durante la cura si sono avuti trapianti o complicazioni per nulla influenzati dalle iniezioni vacciniche successive; 3°) perchè in qualche caso si è potuto dimostrare che il bacillo sussisteva ancora virulento e capace di svilupparsi in coltura.

Da ciò si può supporre che le ulceri oltre che essere favorevolmente influenzate da applicazioni locali (acqua bollita e pomate indifferenti) sono particolarmente influenzate dall'ipertermia e dall'azione immunoterapica aspecifica: infatti già Boeck (1877) e Aubert (1883) avevano constatato che la virulenza del germe dell'ulcera molle spariva se il pus veniva esposto per un'ora a 42°, 43° o per 16-18 ore a 38°, Velander (1885) aveva osservato che alcuni individui, portatori di ulceri molli, andavano soggetti a rapida cicatrizzazione delle ulceri, se contraevano un'altra malattia infettiva (ad es. polmoniti). Si è visto anche che Garriga, usando l'eterovaccino di Delbet nei portatori di ulceri s. c. ha ottenuto ottimi risultati e perfino una riduzione nella percentuale delle complicazioni (dall'83 % al 13,8 %), che Nicolas e Lacassagne hanno avuto risultati brillantissimi col vaccino antitifico usato per via endovenosa, e che Forster e Stoewer hanno guarito i bubboni con la proteinoterapia endovenosa (Caseosan) in 8-12 giorni. Questi fatti ancora una volta confermano che le guarigioni delle complicazioni sono beneficate dalla proteinoterapia, nella quale l'elevazione termica ch'essa provoca, deve pure essere chiamata in causa.

Perchè poi il vaccino antistreptobacillare possa entrare nella terapia usuale delle ulceri s. c. e complicazioni non deve essere nocivo. Ciò non si può completamente escludere, perchè quantunque finora non sia registrato, in letteratura, alcun caso di morte, esso determina delle reazioni generali, a volte veramente impressionanti, che non sappiamo fin dove possano arrivare (un malato di Dubreuilh e Broustet per sei giorni restò prostrato con forte temperatura alla sera) senza dire poi che a volte può riuscire veramente pericoloso come nel nostro ultimo caso.

Infine, perchè possa essere preferito ad altri metodi, anche se pericoloso, deve possedere almeno maggiore efficacia. Ma quando noi abbiamo visto che con il vaccino Nicolle le ulceri guariscono in media in 12-13 giorni e i bubboni in 16-17 giorni, mentre con altri metodi sui bubboni si sono avuti eguali risultati, a volte anche migliori, non credo sia prudente insistere sulla vaccinoterapia endovenosa.

Perciò a mio modesto parere, tenendo conto dei risultati da me ottenuti, mi sembra che sino a quando non saremo in possesso di un vaccino che risponda meglio per efficacia e che

Digitized by Google

sia scevro da pericoli, sia da preferire la vecchia terapia nei casi a decorso normale, e nei casi di una certa gravità sia da tentare la vaccinoterapia locale o le cure fisiche, prima di ricorrere alla vaccinoterapia specifica endovenosa.

Credevo che a queste conclusioni fossi dovuto — sempre in base ai miei risultati — giungere io soltanto, ma recentemente Lortat-Jacob e Poumeau-Delille, con la vaccinoterapia specifica endovenosa, hanno avuto su 15 casi una guarigione incompleta e 10 insuccessi.

BIBLIOGRAFIA

Almkvist. Vedi Reestierna. — Aubert. Vedi Reestierna. — Berndt-Kaznelson. in Monde Medical, ottobre 1926. — Besançon, Griffon et Le Sourd. Presse Medicale 1900, 885. — Boeck. Vedi Reestierna. — Bonnet et Juvin. Lyon Medical, 10 genn. 1922. — Bonnet, Vigne, Fournier, Acquaviva. Citati da Marras. — Cavallucci. Rinascenza Medica, 11 giugno 1926. — Cheinisse. Presse Medicale, 26 nov. 1921 e 29 nov. 1924. — Cordier. G. I. M. V. e p. p. 196, 1890. — Cruvelhier, C, R, S. B. 1921. — Danieli, Wertheim, Fontana, Lassalle, Bussalai; Devoto, Ramazzotti, De Lutiis, Woelescks, Rondelli; Luis de Portillo. Citati da Marras. — Dubreuilh et Broustet. Arch. Derm. et Syph. 1925, p. 577. — Ducrey G. I. M. V. 1889, p. 377. — Durand. C, R. S. B. n. 19, 1925. — Falcoz, Forster et Stoewer. In Monde Medical, ottobre 1926. — Fournier et Lonjumeau. Zentralbl. f. Haut u. Gescieschts Krank, Bd. 19, p. 296. — Frei. Zentralbl. f. Haut u. Geschleschts Krank, Bd. 8, p. 307. — Gayet. Presse Medicale, 28 febbraio 1925. — Gougerot et Blum. Ann. de Mal. Vénér., aprile 1925, p. 287. — Hababou-Sala. C. R. des séances Soc. Biol., 21 février 1925. — Hudelo, Duhamel, Drouineau. Riforma Medica, giugno 1926, p. 593. — Jausion et Diot. Zentralbl. f. Haut u. Geschleschts Krank, Bd. 18, p. 284. — Jausion, Diot et Jeanselme. Zentralbl. f. Haut. u. Geschleschts Krank, Bd. 18, pag. 823. — Ito. Arc. f. Dermat. u. Syph. 1913, Bd. 116, p, 341 — Lacassagne. Journal de Medicine de Lyon, 20 maggio 1925. — Laedlrich et Weill-Spire. Zentralbl. f. Haut. u. Gesch. Bd. 19, p. 912. — Ledecq. Ann. Malad. Vénérien, 1925, p. 708. — Lortat-Jacob e Poumeau Delille. Riforma Medica, 1926, p. 1020. — Marras. Ann. Malad. Vénér. Août 1926. — Narde. Citato da Marras. — Nicolau e Baucin. C. R. S. B., n. 21, 1926. — Nicolas et Leboeuf. Lyon Médical, 30 giugno 1923. — Nicolle e Durand. Presse Medicale, 27 décembre 1924. — Nicolle. Thése, Paris, 1893. — Nicolle, Durand, Ramery; Poisson; Cassuto; Conseil. Arch. Inst. Pasteur Tunis, ottobre 1926. — Noguer Morè. Zentralbl. f. Haut. u. Geschleschts Krank, Bd. 19, p. 812. — Pautrier. Zentralbl. f. Haut. u. Geschleschts Krank, Bd. 19, p.216. — Petersen. Zentralbl. f. Bacteriol. 8 juin 1893. — Pontoizeau. Presse Medicale, 3 nov. 1923, pag. 923. — Ravaut, Basch et Ducour Tioux. Monde Medical, ottobre 1926. — Reestierna C. R. S. B. séance 5 novembre 1921, pag. 830, e Arch. Inst. Pasteur, Tunis, n. 3, 4 1923. — Reilly. Rivalier. Revue Franc. de Derm. et de Vén. 1 gennaio 1925. — Reines, Mancioni, Paoli, Tomasone. Citati da Marras. — Rivalier. Zentralbl. f. Haut. u. Geschleschts Krank. Bd. 17, p. 591. — Stumpke, Zupitza Messerchmidt. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 138, 304. — Tarantelli. Rinascenza Medica, n. 10, 1926. Riforma Medica n. 28 1926 e Rinnovamento Medico n. 12, 1926. — Welander, Pennetto. Citati da Marras e Reestierna.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
Sezione medica diretta dal prof. ZUCCÒLA

SULLA PRESUNTA INFLUENZA DI PARTICOLARI TREPONEMI NELLE DETERMINAZIONI DELLE EMOTTISI.

per il dott. G. BONDOLFI

E' di qualche anno l'osservazione di Etchegoin che nel periodo subito precedente un'emoftoe tubercolare possano trovarsi nello sputo particolari forme spirochetiche che scompaiono non appena il fatto emorragico cessa; ora egli ritorna sull'argomento in collaborazione col Besançon, venendo a delle conclusioni che meritano tutta la nostra attenzione poichè esse modificherebbero in certo qual modo, se non nella loro genesi, nel momento eziologico, le nozioni che sull' emottisi noi abbiamo.

Questi due AA. credono di poter affermare in modo assoluto che negli sputi provenienti da individui tubercolotici non a carattere emorragico, non si trovano mai spirocheti del tipo di quelli da essi messi in evidenza (veramente essi non ne hanno mai trovati neppure di quelli d'altra specie), mentre negli sputi emottoici si trova sempre lo stesso tipo, che non ha nulla a che fare con quelli ospiti abituali delle vie aeree, mentre tale reperto manca negli sputi emorragici di altra natura (da ectasia bronchiale, da gangrena polmonare, ecc.).

Secondo le loro osservazioni queste forme compaiono sempre poche ore prima dell'insorgenza dell'emottisi — al massimo 48 ore prima — per scomparire dopo 24-56.

Per metterli in evidenza sconsigliano di ricorrere ai comuni metodi di colorazione o quelli a base di nitrato d'argento, piuttosto di far uso dell'ultra-microscopio mettendo in opera la seguente tecnica: una particella dello sputo ottenuto dopo risciacquamento della bocca è messa in una provetta contenente circa 2 cm.^{3} di soluzione fisiologica che dopo agitazione è mantenuta in una stufa a 37° per 30 m'; con una pipetta capillare si assorbe una goccia della parte superiore del liquido ove detti germi a preferenza si raccolgono e la si esamina direttamente all'ultra-microscopio.

La lunghezza degli elementi varia da 7 a 15 μ, hanno uno spessore di 0,6-6,8 μ. con passo di spira di 3 μ. Sono uniformemente brillanti, dotati di movimenti poco vivaci e mantengono una marcia rettilinea.

Differirebbero dallo *spir. dentium* perchè questo è di minore lunghezza e spessore ed ha spire più serrate; dallo *spir. del Castellani* perchè questo è più sottile, ad estremità quadre, è dotato di movimenti assai vivaci con progressione a scatti; dallo *spir. buccalis* perchè questo termina alle due estremità con punti brillanti mentre il centro è trasparente. Tenuto per ciò conto dei suoi caratteri morfologici esso dovrebbe considerarsi come un tipo intermedio tra lo *spir. buccalis* e il *bronchialis di Castellani.*

Il Ribierre e il Kermoiyant nello sputo di un ammalato con emottisi a ripetizione e nel quale potevasi escludere la natura tubercolare della lesione, hanno riscontrato uno spir. identico a quello di Besançon je dell'Etchegoin che essi ammettono come vero agente dell' episodio non solo perchè hanno ottenuto la guarigione dell'ammalato mediante lo stovarsolo, ma ancora perchè hanno potuto dimostrare nel sangue la comparsa di una agglutinina e di una precipitina specifica.

Ancora recentemente il Besançon e l'Etchegoin in ricerche ancor più numerose hanno confermato le loro primitive osservazioni: su 46 casi di sputo emottoico — d'origine tubercolare o no — in 43 riscontrarono la presenza dello spir. già da loro descritto, riaffermando il concetto che non sia una delle solite forme d'origine boccale.

Ora occorre subito notare come il reperto di spir. nell'espettorato è cosa abbastanza frequente tanto che il Castellani afferma che il 3 % degli ammalati creduti tubercolotici sono affetti da bronchiti di natura spirochetogena. Fichera e Giacanelli hanno descritto forme di tubercolosi polmonare in cui l'unico reperto era dato dalla presenza di *spir. bronchialis*. Del resto la possibilità che le forme ospiti abituali della bocca possano trapiantarsi sulle vie aeree inferiori e dare delle complicazioni bronchiali o polmonari anche gravi simulanti la forma specifica è nozione che fu già dimostrata da Violle, Pecker, Heuger, Fouchard, Le Dantek, ecc.

Così mentre furono descritti casi di pseudo-tubercolosi la *spir. bronchialis* in cui questo, come nel caso del Caputi assumeva tutti gli aspetti morfologici possibili e immaginabili confondibili con ogni forma finora descritta, una spirochetosi può determinare accessi asmatici (Jarak), può dar luogo a pleuriti essudative (Simon e Radtsch, Lancereaux) a vere forme bronco-polmonari influenzali (Wertizier, Weill, Bonnet, Begre, Loygeu) tanto da poterne anche essere invocato come l'agente patogeno.

Secondo qualche A. lo *spir. Vincenti* non sarebbe che uno spir. analogo ai quelli che normalmente vivono nella cavità orale allo stato saprofitico (potendo esso paragonarsi allo *spir. A di Sangiorgi*, allo *spir. buccalis* di Cohn, allo *spir. media oris* di Provazek); ed infatti tanto esso quanto il *b. fusiforme* sono stati trovati allo stato saprofitico in individui non ammalati, non essendo che una semplice forma di sviluppo di uno stesso microrganismo, di una specie saprofitica della bocca.

Digitized by Google

trasmigrato in condizioni favorevoli assumendo caratteri patogeni.

Delamare e Achitow non la pensano diversamente: a seconda dell'epoca dello sviluppo lo spir. si presenta sotto tre forme distinte a caratteri patogenetici anche speciali: *spir. stenogiratum* (forma giovane) corrispondente al *microdentium* di Hoque; lo *spir. Vincenti* corrispondente all'*eugiratum* (forma adulta), e lo *spir. dissenterix* (forma di media età).

Del resto una classificazione definitiva delle spironemacee è cosa tutt'altro che facile non solo perchè i loro caratteri morfologici variano da caso a caso a seconda dell'ambiente in cui vegetano, ma ancora perchè i varii tentativi di ottenerli in cultura non hanno dato finora alcun risultato, e questo sarebbe l'unico mezzo che ci potrebbe permettere di seguire una determinata forma nelle sue varie fasi di sviluppo.

Queste considerazioni spiegano anche la grande incertezza nei varii tentativi di classificazione.

Hoffmann ne distingue tre categorie: *spir. grosse* (spir. buccalis crassa, b. tenue, b. inaequalis), *spir. sottili* (spir. dentium o ortodonte, scolodonta e trimerodonta) e *spir. mediaoris*. Pure a tali tipi li riducono Prowazek, Mühlens, Hartmann; ma Zettnow ne distingue quattro, Gerber sei specie (undulata, dentium, denticola, inaequalis, tenuis e recta) e Commandon anche otto. La maggioranza degli AA. però (mi riferisco particolarmente agli italiani) non ne distinguono mai più di quattro: due tipi di spironemi nel vero senso della parola e due tipi di treponemi, distinguibili fra loro a seconda del vario spessore del corpo (tipi A e B del Sangiorgi). Questi quattro tipi sono alla loro volta ancora divisi in diversi elementi a seconda dei loro diametri, della diversa proprietà di impregnazione distinguendoli in elementi grandi, medi e piccoli. Gli spironemi del primo tipo, dal Sangiorgi distinti colla lettera A hanno un corpo ora allungato ora arcuato con estremità ora smusse ora affilate (filamenti terminali), con volute larghe, piane, poco profonde ed irregolari; quelli del tipo B sono meno rifrangenti, hanno al contrario uno spessore uniforme e raramente sono provvisti di filamenti terminali, hanno volute piane, poco profonde ed irregolari. Le forme grandi del tipo A hanno una lunghezza da 9 a 16 μ, uno spessore di 0,8 μ e 6-8 volute; le forme medie una lunghezza di 6-8 μ 0.8 μ di spessore e 3-4 volute; le forme piccole infine dimensioni 3-4 μ × 0.8 μ con 2-3 volute. Le firme tipo B hanno tutte uno spessore di 0.4-0.5 μ, le forme grandi una lunghezza di 8-10 μ (4-6 volute) le medie di 5-8 μ (3-4 volute), le piccole di 2.4-3.2 μ (1-2 volute).

I treponemi ospiti abituali della bocca per parte della maggioranza degli AA. seguono una classifica identica. Entrano nel primo gruppo di elementi poco rinfrangenti la luce, col corpo ora lineare ora arcuato ad estremità smussate con dimensioni di 5-10 × 0.4-0,5 μ con 6-7 talvolta anche 10 volute serrate, profonde e regolari, che si impregnano fortemente; entrano nel secondo elementi esilissimi (frazioni di μ) con una lunghezza di 4.8-8 μ che si impregnano debolmente col Tribondeau-Fontana, forniti di spire assai più serrate il più delle volte anche più numerose (10-14). Di questi vari tipi che si possono trovare nella cavità orale simultaneamente o no prevalgono sempre gli spironemi tipo B e i treponemi tipo A.

Ma pur attraverso a tutte queste distinzioni su un fatto l'accordo è unanime e precisamente sul concetto che se le differenze nei diametri giustificano una distinzione delle varie forme in grandi medie e piccole, non sono però sufficienti a formarne altrettanti tipi a sè poichè necessariamente l'esame svela non altrettanti esemplari, ma elementi in vario grado di sviluppo.

Per quanto riguarda i treponemi quelli compresi nel gruppo A trovano il loro corrispondente nel *treponema dentium* (*trep. microdentium*).

Anche secondo il Vitali Mazza gli spir. della bocca si possono ridurre a tre forme fondamentali: 1° lo *spir. buccale crassum* e *tenue* distinti alla loro volta in elementi lunghi, medi e corti (il secondo è identificabile collo *spir. tenuis* e *recta* del Gerber e cogli spir. tipo B del Sangiorgi); 2° il *trep. buccale* corrispondente allo *spir. dentium* di Gerber e allo *spir. media oris* di Hoffmann; 3° infine la *leptospira buccalis*.

Importante è ancora l'osservazione delle modificazioni cui possono andar soggette queste varie forme: così è caratteristico dello *spir. buccalis crassum* (spir. tipo A del Sangiorgi) il subire notevoli cambiamenti di forma tanto da potersene osservare di quelli che giustificano la distinzione di nuove varietà; non altrimenti lo *spir. buccalis tenue* che nelle sue varie fasi di sviluppo può presentare i caratteri morfologici sia dello *spir. tenuis* che *recta* di Gerber. Il trep. buccale può comparire esilissimo (forme giovanili di Vitali-Mazza) regolare o irregolare (forma degenerata); la leptospira buccale può assumere un aspetto ineguale (per ciò Hoffmann la chiamò *spir. scoliodonta*), oppure apparire come formata di tre segmenti (*spir. trimerodonta*). Ora tutte queste forme non devono ritenersi altrettante varietà perchè se ne possono nello stesso preparato sorprendere tutti gli stadi di passaggio dall'una all'altra; ma vanno interpretate come modificazioni del tipo fondamentale dovute o ad un determinato stadio funzionale del parassita od anche ad uno stadio degenerativo di esso. Tutto ciò io ho voluto sommariamente riferire non per discutere sulla maggiore o minore attendibilità delle varie classificazioni delle spironemacee ospiti abituali delle vie aeree superiori, ma unicamente per far rilevare quanto sia fallace il sottilizzare nella distinzione di troppe varietà poichè in tal modo si corre il rischio di stabilire distinzioni tra elementi che non rappresentano se non il vario grado di sviluppo di una sola forma, o forme degenerate per le varie condizioni d'ambiente in cui esse vengono a trovarsi. Neppure entra negli scopi di questa mia nota il considerare come in determinate condizioni possano questi ospiti abituali della bocca assumere una importanza patogena vera determinando complicazioni non solo dell'apparato respiratorio, ma ancora di quello digerente.

Per ora limiterò l'esposizione delle mie osservazioni circa l'affermazione di Besançon e dell'Etchegoin.

A questo scopo ho preso in considerazione 25 tubercolotici emoftoici e 50 altri ammalati di forme polmonari di natura specifica che mai presentarono episodi emorragici.

Nello sputo di otto dei primi vennero riscontrate forme spironemacee: in quattro gli elementi avevano una lunghezza di 8 μ con spessore di 0.6 μ, spirali poco profonde, piane, irregolari in numero di 4-7 con un passo di spira di circa 2.5-3 μ; per caratteri morfologici identici quindi agli spironemi classificati dal Sangiorgi nella varietà grande del tipo B e allo *spir. buccale crassum* del Vitali-Mazza e allo *spir. buccale crassa* di Hoffmann. In due vennero riscontrati elementi lunghi 5-7 μ, spessi 0,4-0,5, con 5-6 talvolta 8 volute, strette, profonde, regolari, corrispondenti ai treponemi del tipo A del Sangiorgi, al *trep. buccale* di Vitali-Mazza, allo *spir. dentium* di Gerber o *media-oris* di Hoffmann. In un solo caso ho trovato rarissimi esemplari del trep. tipo B di Sangiorgi. In altri due soggetti vennero riscontrate forme di spirocheti per lunghezza (7-5 μ), per spessore 0,5-0,8 μ, per passo delle spire 3-3,5 μ, per numero delle volute e loro disposizione perfettamente identiche a quelle descritte dal Besançon e Etchegoin. Se non che occorre avvertire come in questi casi il reperto si sia mantenuto costante durante tutto il periodo di osservazione non essendosi neppure potuto notare un aumento di esse nei giorni precedenti le crisi emorragiche o durante esse o nei giorni immediatamente susseguenti. Neppure possiamo affermare che queste forme abbiano mantenuto sempre gli identici caratteri durante tutto il periodo di osservazione, variando il loro aspetto morfologico non solo a seconda del momento in cui fu praticato l'esame, ma ancora a seconda del metodo di preparazione (colorazione col Giemsa, Fontana-Tribondeau od osservazione diretta).

Per cui il concetto che ci siamo formati si è che noi ci trovassimo piuttosto di fronte a diversi stadi dello stesso germe fissato in uno dei suoi vari movimenti sia anguilliformi che di rotazione. In tre casi vennero riscontrati elementi identificabili colla leptospira buccale.

Degli ammalati che non ebbero episodi emorragici il reperto degli sputi fu positivo per forme di spironemi in tredici casi.

In sei vennero riscontrati spironemi dal Sangiorgi indicati colla lettera B, in due unitamente a treponemi tipo A varietà grande e in due altri treponemi tipo A e B; in tre casi spironemi tipo A misti ad elementi simili a quelli descritti da Besançon e a qualche leptospira; in altri 4 casi in fine forme identiche a quelle del Besançon con treponemi tipo B.

Dal complesso delle ricerche limitate per ora al controllo delle ricerche del Besançon, indipendentemente, ripeto, dall'importanza che possono avere le forme di spironemi in rapporto al decorso clinico delle lesioni polmonari devo concludere come non mi sia stato possibile vedere un rapporto fra emottisi e presenza di speciali forme treponemiche e quindi come non sia possibile

Digitized by Google

dare una qualche importanza ad esse nella determinazione dei fenomeni emorragici. E questo rapporto neppure mi sembra possibile non solo perchè il reperto non è costante e reperti identici furono notati in forme morbose che non hanno mai avuto carattere emoftoico, ma ancora perchè sappiamo con quale facilità le forme spironemacee mutino carattere morfologico a seconda del momento in cui sono osservate e a seconda del loro stato funzionale o di sviluppo.

Del resto è cosa notoria come il reperto nel secreto bronchiale al carattere emorragico o no di spironemi e di treponemi ospiti abituali della bocca si riscontri con una certa frequenza: così nell'espettorato di bronchiti putride (Besançon ed Etchegoin, Veillon, Dautrebande, Violle, Joung), di asmatici (Jarak), di forme influenzali (Verligier, Weill, Donnet, Peigre).

Per tutti questi motivi mi sembra che per ora l'affermazione del Besançon e dell'Etchegoin, come è stata impostata, non possa venire accettata.

BIBLIOGRAFIA

Etchgoin. Les crachats hemophtoiques des tubercouleux renfer- Etchegoin. Les crachats hemophtoiques des tubercouleux renfer- XVIII Congres franc. de méd. Nancy 1925. — Idem. Spirocheti ed espettorazioni fetide. C. R. Soc. de Biol. 1925. — Ribierre e Kermoiyant. Su uno spirochete isolato nell'espettorato d'un ammalato con emottisi. Soc. de Biol. 1925. — Kermoyant. Soc. de Biol. 1925. — Castellani. Presse Méd. 1917. — Caputi. Pseudotubercolosi polmonare, Riforma Medica 1923. — Lancereaux. Spirillose pleurale, Presse Médicale 1919. — Verbizier. Lo spir. broncopulmonaire dans l'epidemie de grippe, Presse Med. 1918. — Giacanelli. Bacillo di Koch e spir. bronchiale, Riforma Medica 1924. — Violle. Origine des spir. des regions bouccale et tracheobronchiale, Soc. de Biol. 1921. — Vincent. Sur la nature de la bronchite sanglante, Soc. de Biol. 1922. — Delamare e Arbitow. Evolutions morphologiques des spir. Acad. des Sciences 1923. — Delamare. Sur quelques cas de spirl broncopulmonaire, C. R. Soc. de Biol. 1919. — Hoffmann i Prowarek. Untersuch. ü. die Balanitis und Mundspirochäten, Centralbl. f. Batt. vol. 41, n. 8. — Muhlens. Uber Juchtung von anaeröben Mikroorganismen der Mundhöle, Centr. f. Bakt. Band 48, n. 4. — Gerber. Ueber spinoköten in den obern Luft. u. Verdanungs-wegen, Centr. f. Bakt. Bd. 56, n. 5-6. — Sangiorgi. Sugli spironemi della bocca, Pathologica 1916. — Dautrebande. Congr. franc. de Méd. 1925. — Zoung. Congr. franc. de Méd. 1925.

NOTE PREVENTIVE

ISTITUTO FOTORADIOTERAPICO DI NAPOLI
fondato e diretto dal Prof. R. STANZIALE

IL GLUCOSIO NELLA TERAPIA ROENTGEN DEI TUMORI MALIGNI

per il prof. CARLO GUARINI — Radiologo capo

Da qualche mese, seguendo quanto è stato fin'oggi pubblicato dalla scuola del Prof. Holzchnecht, ho iniziato il trattamento dei cancerosi con iniezioni endovenose di glucosio associato al trattamento pre-, intra e post-röntgen.

In un futuro lavoro sarà detto dei risultati ottenuti; in questa breve nota mi limito a segnalare soltanto i risultati immediati ed i vantaggi che si hanno con la somministrazione endovenosa del glucosio.

Il preparato che ho adoperato è l'Osmon-Phiag.

Ho osservato che l'iniezione è seguita quasi subito da dolore nella sede del tumore o da riacutizzazione dello stesso, se già esisteva in precedenza.

Il dolore cessa dopo due o tre ore dal suo inizio e l'infermo ha una tregua di 24-48 ore.

Il tumore nei primi giorni dalla iniezione sembra che si aggravi. Dopo qualche iniezione le sanie hanno tendenza a scomparire, le masse tumorali diminuiscono, gli infermi asseriscono di sentirsi meglio, di notare maggiore appetito; acquistano un migliore aspetto per un notevole miglioramento nello stato generale.

Questi i fatti clinici osservati con il glucosio. In seguito sarà riferito dei risultati ottenuti con la cura röntgen-glucosio, risultati che per ora ritengo prematuro render noti, quantunque mi occupi dell'argomento da vario tempo.

RILIEVI DI CHIRURGIA

LESIONI CHIRURGICHE OSTEO-ARTICOLARI DA CARENZA

La sempre continua differenziazione delle affezioni ossee, resa possibile dalla radiografia, ci permette oggi giorno di dare giusto risalto ad alcune entità nosologiche, prima non del tutto individualizzate dal loro punto di vista anatomo-clinico ed etio-patogenetico.

Anzi per quanto riguarda l'etiologia, varie teorie ancora si contendono il merito di una sodisfacente interpetrazione, senza che l'una possa escludere completamente l'altra e ciò — noi crediamo — perchè diverse e non unica è la causa che le produce, come vedremo in seguito.

L'esclusivismo offuscherebbe la visione esatta, chiara ed eclettica delle cause morbose, ed è perciò che oggi, opportunamente, si comprendono sotto il nome di *affezioni osteo-articolari da carenza* quelle lesioni ossee che essendo congenite o intervenendo per causa traumatica nei primi anni della vita, rivelano un fondo costituzionale preparato da cause patologiche varie, quali tubercolosi, sifilide, rachitismo ecc. ecc.

Ci occuperemo in questa rassegna diagnostica delle seguenti affezioni: la *osteite fibrosa cistica localizzata delle ossa lunghe o cisti solitaria delle ossa lunghe* (Sclange); la *osteocondrite deformante infantile dell'epifisi femorale superiore,* detta altrimenti *malum coxae o coxaplana o caput planum; l'apofisite tibiale anteriore* (malattia di Schlatter) e infine la *scafoidite tarsica* (1ª malattia di Köhler) e la *epifisite metatarsica* (2ª malattia di Köhler).

I. Osteite fibrosa cistica localizzata delle ossa lunghe.

Dopo il periodo confusionario circa l'individualità di questa malattia, periodo cui debbono farsi risalire le denominazioni generiche di « esostosi cave », di « cisti ossee » rispettivamente da attribuirsi a Petit e Dupuytren, e dopo gli studi di Schwartz e Virchow, fu Recklingausen che diede a questa affezione il nome di *osteo-distrophia juvenilis cystica,* descrivendone minutamente l'anatomia patologica, indicandone con chiarezza localizzazione, inizio, decorso, evoluzione ed ammettendone l' origine traumatica.

Altri autori (Lecène, Roeder ecc.) se ne sono diffusamente occupati, tutti ammettendo chi un'ipotesi chi un'altra senza che ancora oggi possa dirsi definitivamente interpretata la etio-patogenesi di questa malattia.

Una minuta descrizione ne fa il Paitre (*Archives de Médecine et Pharmacie Militaires,* marzo 1926) dal quale attingiamo questa sintesi.

Anatomia patologica. La malattia colpisce a preferenza le ossa lunghe e di queste sopratutto il femore, la tibia, l'omero. Inizia al disotto dell'epifisi di accrescimento nella regione diafisaria, e in preferenza verso il capo prossimale dell'osso.

Secondo Lecène il primitivo nucleo di questo tumore, che successivamente ingrandito si renderà accessibile alla osservazione, è costituito da tre strati: il più interno, composto di tessuto connettivo giovane, contenente pigmenti sanguigni e cellule cartilaginee isolate e disseminate variamente; lo strato medio, corrispondente alla corticale ossea, presenta le trabecole corrose, gli spazii midollari slargati e ricchi di osteoblasti ed osteoclasti, e infine lo strato esterno, corrispondente al periostio, costituito da connettivo denso. Nella zona centrale del tumore si riscontra ancora tessuto connettivo edematoso ricco di macrofagi, carichi di pigmento, e mieloplassi. Nessun polimorfismo cellulare da far confondere col sarcoma.

Così che, riassumendo, i caratteri più importanti di questa formazione tumorale sono tre: la metaplasia fibrosa del tessuto osseo; la rarefazione ossea e infine la formazione d'una cavità pseudo-cistica, donde il nome dato alla malattia.

Il tumore ingrandito può raggiungere il volume di una noce, fino ad un limone: intorno ad esso le parti molli non presentano alcuna reazione infiammatoria, il periostio non è ispessito e la corticale da sola costituisce la parete della cisti, nella quale il contenuto è variabile: sieroso, sieroematico, di colorito bruno chiaro e di consistenza filante. Notisi inoltre che la cavità può essere unica o possono aversene diverse.

Patogenesi. Teoria tumorale, t. traumatica, t. infiammatoria, t. della distrofia ossea; sono queste che si contendono la veridicità patogenetica. La teoria tumorale con a capo Virchow, fondandosi sulla presenza di cellule cartilaginee aberrate nel nucleo primitivo, iniziale della cisti, ammette una metaplasia condroide degenerante successivamente in forma cistica. La teoria traumatica ammette la formazione post-traumatica d'un

Digitized by Google

ematoma intraosseo il quale provocherebbe la formazione del nucleo midollare primitivo, della dilatazione dei canali di Havers e l'abbozzo della cisti primaria, che successivamente si ingrandirebbe, rimanendo unica nelle diafisi giovani non ancora completamente calcificate e multipla in quelle più vecchie meglio organizzate.

La teoria infiammatoria (Ollier ecc.) vuole che la osteite fibro-cistica rappresenti la reazione ad una infezione attenuata. E qui entrano in gioco lo stafilococco specialmente, poi la tubercolosi, l'eredo-lue ecc.

Viene in ultimo la t. della distrofia ossea. ammessa da Michulicz, e ripresa oggi da altri autori (Lecène e Lenormant, Berard), secondo i quali si tratterebbe di una malattia della crescenza da rapportarsi a una disfunzione endocrina e specialmente ad una distiroidia.

Queste — dunque — le diverse ipotesi, suggestive più o meno tutte, ma nessuna da sola sufficiente a chiarire nettamente la patogenesi della malattia. E ciò — noi crediamo — per una considerazione semplice e logica: perchè nessuna può bastare da se. Da quando in patologia si è venuto affermando il concetto di sindrome, molte malattie, perdendo, col progredire dell'indagine, la loro entità nosologica sono entrate nel quadro della sindrome, cioè di un complesso sintomatico col quale un organo od un sistema rivelano la loro varia morbilità.

Analogamente deve ammettersi che un'affezione monosintomatica che colpisce un organo, non sempre possa richiamare una causa unica, poichè non è una sola malattia che rivela il suo processo anatomo-patologico caratteristico, bensì è la reazione difensiva dell'organo che si orienta verso una formazione, comune a diverse cause morbose.

Così per l'osso, la formazione cistica non sarà soltanto prodotta dal trauma, o dalla infiammazione o dalla distiroidia o dalla metaplasia, ma tutte queste cause possono essere concomitanti o alcune di esse possono bastare a provocare la cisti ossea benigna, *modalità con cui la diafisi reagisce ad esse cause.*

Dunque una è la lesione, diverse e concomitanti — nella maggior parte dei casi — le cause. Da questo punto di vista quindi, tutte egualmente accettabili, senza peraltro che alcuna possa da sola determinare quel processo anatomo-patologico, e ciò che si vuole attribuire all'infiammazione può essere il sostrato umorale predisponente, mentre il trauma può divenire la causa occasionale e la distrofia ossea richiamare una malattia ereditaria o un'eredo-distrofia (si noti che, secondo i più recenti studi, l'eredo-distrofia non sarebbe più ammessa, dovendosi invece ritenere sempre l'eredità morbosa da infezione come malattia in atto) la quale colpisca tutto l'organismo, determinando — per esempio — nel fegato un'epatite, nel sangue un'anemia, *nella diafisi un'osteite fibroso-cistica,* e così via.

Evoluzione, sintomatologia e prognosi. La malattia evolve lentamente e insidiosamente: può rimanere stazionaria per qualche anno. Si rivela abitualmente in seguito di un traumatismo, al quale è seguita una frattura.

L'affezione appartiene al periodo della crescenza (dai 7-8 ai 15-16 anni) ma può verificarsi anche più tardi. La sintomatologia consiste sopratutto nella percezione obbiettiva del tumore osseo, intorno al quale non si notano segni d'infiammazione reattiva dei tessuti molli, mentre subiettivamente il dolore locale, non irradiato ma sordo e tenace richiamano l'attenzione dell'ammalato, che si risolve a consultare il chirurgo.

Altre volte come si è detto è la frattura, verificatasi in seguito di un trauma o spontaneamente, per lievi sforzi muscolari che mette in evidenza la malattia fino allora inavvertita.

La frattura è più un sintomo che una complicanza (Paitre, l. c.), tanto essa è frequente e ciò è un episodio fortunato della malattia, poichè si arresta con essa il progresso di questa e la guarigione s'inizia.

Diagnosi differenziale. La diagnosi differenziale va posta con le seguenti affezioni :

a) con la cisti idatidea dell'osso
b) con la pseudocisti luetica
c) con la pseudocisti da osteomielite;
d) con la tubercolosi ossea ;
e) coi tumori maligni (specialmente il condroma e il sarcoma).

A differenziarla sarà di grande aiuto la radiografia. Secondo le osservazioni di Beck tre sono i caratteri radiografici che meglio distinguono l'osteite fibrosa cistica: l'aspetto sottile ed uguale della corticale limitante la cavità, il parallelismo tra il contorno di essa corticale e quello della cavità; infine, la disposizione ovale o fusiforme della cavità stessa. Nessuna iperostosi circostante: sembra che dal nucleo centrale della cisti sia partita una dilatazione eccentrica eguale su tutto il contorno della corticale assottigliata.

L'aspetto della cavità è chiaro, di trasparenza omogenea, quando è unica, mentre se è multiloculare si presenta bollosa vermiforme, mostrando ogni dilatazione cistica il suo contorno che ripete i caratteri della cisti unica.

Oltre l'esame radiografico, al fine della diagnosi differenziale sarà tenuto conto dei caratteri propri alle altre affezioni. Così per la cisti idatidea, essa tende ad esplicarsi verso la epifisi e sulle trabecole di questa, meno resistenti; l'esame citologico sarà di molto aiuto (puntura esplorativa); nelle cisti sifilitiche sarà più facile riscontrare le iperostosi marginali, in quelle da osteo-mielite le cavità sono piuttosto sottoperiostee che intradiafisarie e la reazione infiammatoria per quanto tenue vi si accompagna ; per la tubercolosi ossea i caratteri propri di questa malattia non lasciano dubbi, almeno nella maggior parte dei casi ; per i tumori, come del resto per tutte le altre forme, gioverà la puntura esplorativa e la ricerca istologica, oltre la radiografia, come si è già detto.

Cura. Se la resezione parziale porta al duplice vantaggio di guarire la cisti e di dare quindi una maggiore consistenza all'osso, presenta però l'inconveniente di accorciare l'osso con danno sensibile della funzione e dell'estetica. Pertanto si ritiene concordemente da tutti che il miglior criterio curativo sia quello di raschiare la cavità previa aspirazione del liquido cistico e di ricorrere, qualora la cavità non si ricolmi da se, a un innesto osseo o muscolare. Mouchet ha adoperato l'innesto osteo-periosteo che ha dato ottimi risultati. Alcuni AA. praticano nella stessa seduta il raschiamento e l'innesto. Altri ricorrono a quest'ultimo solo quando la cavità non accenna a colmarsi. E' ovvio che le norme più opportune saranno suggerite dal caso, secondo l'ampiezza della cisti, e la personale esperienza di chi opera.

II. Osteocondrite deformante infantile dell'epifisi femorale superiore.

E' una malformazione dell'epifisi femorale superiore, secondo alcuni congenita, secondo altri acquisita. Ad essa sono legati sopratutto i nomi di Perthes, Legg, Calvè, il quale ultimo ne descrisse i caratteri principali.

Anatomia patologica. Si tratta di un'osteo-condrite, di natura non ben definita ; i nuclei epifisari del collo femorale sono distrutti, la cartilagine è rarefatta, senza che vi siano lesioni specifiche di sorta: qualche volta al reperto necroscopico di questi ammalati (morti per malattie diverse) si è trovata la testa femorale schiacciata e comprimente il collo o il solo collo anatomico deformato. Del resto null'altro d'importante.

Sintomatologia e decorso. Dobbiamo distinguere col Paitre (l. c.) quattro periodi nell'evoluzione di questa malattia.

1. periodo, iniziale : è caratterizzato clinicamente da un affaticamento, da claudicazione e da dolori, dovuti alla frammentazione dei nuclei epifisarii ;

2. periodo, di attività : in cui si accentuano il dolore e la zoppia a spinte successive, determinanti una vera coxalgia che costringe l'ammalato a letto, immobile.

3. periodo, di riparazione, in cui la funzione poco a poco si riprende mediante la ricalcificazione e l'adattamento delle superfici ossee : l'epifisi diviene, più omogenea, la testa assume una forma più definita il cotile si adatta alla testa e s'ingrandisce, mentre ne risulta una deformazione permanente. che rientra nel:

4. periodo, dei postumi. in cui dopo circa due anni la funzione si ristabilisce al punto da permettere una vita normale, persistendo funzionalmente una claudicazione leggera definitiva, salvo però i successivi possibili aggravamenti che, come molti autori ritengono, possono portare a lesioni articolari che rendono il disturbo funzionale più grave e irreparabile.

Diagnosi. Anche in questa malattia il reperto radiografico ha grande importanza. La diagnosi differenziale va fatta sopratutto con la coxalgia tubercolare, con cui, specialmente all'inizio, i sintomi sono comuni: localizzazione, affaticamento, claudicazione; ma l'assenza di contratture e di adenopatie non farà propendere per la tubercolosi.

Sommariamente i caratteri radiografici dell'osteocondrite sono: nucleo epifisario dissociato, spazio articolare ingrandito; nella coxalgia nucleo epifisario intatto, cartilagine assottigliata e ulcerata, cotile usurato. Inoltre bisogna tener presente l'età : l'osteocondrite è una malattia infantile, mentre la *coxa vara* è un'affezione dell'adolescenza.

Etiologia e prognosi. L'etiologia dell'osteo-condrite non può essere unica per le stesse ragioni sopradette : cause famigliari, congenite, traumatiche, infettive, distrofiche, sono state invocate. E' una malattia propria dell'infanzia, colpisce i bambini, specie i maschi, dai 5 ai 12 anni.

Quanto alla prognosi, valga, quanto già si è detto innanzi, circa i pericoli di aggravamenti successivi. In genere però si può dire che la lesione tende a guarigione lasciando disturbi funzionali piuttosto lievi.

Cura. Dev'essere rigorosamente ortopedica: immobilizzazione relativa, cioè senza estensione nè fissazione, evitando gli effetti meccanici della posizione orizzontale e l'appiattamento dell'epifisi, e l'atrofia muscolare: quindi movimenti passivi e sistematici (Perthes). L'immobilizzazione avrà la durata media di un anno o poco più, senza eccessivo rigore, e solo evitando il pericolo di traumi, che potrebbero portare alla formazione d'un'artrite deformante.

Digitized by Google

III. Apofisiti.

Abbiamo detto che di queste meritano particolare attenzione: la scafoidite tarsiale o prima malattia di Koehler, l'epifisite metatarsica o seconda malattia di Koehler e l'apofisite tibiale superiore o malattia di Osgood-Schlatter.

Tutte queste affezioni possono essere riportate ad una entità nosologica comune e la loro denominazione a parte ha solo un valore storico.

In realtà sono, come le precedenti, affezioni benigne, che richiamano cause diverse e non sempre rispecchiano quadri anatomo-patologici nettamente definiti. L'epoca del loro inizio è verso i tre anni e possono riscontrarsi fino all'età di dieci, tredici.

Nella 1. malattia di Koehler il dolore localizzato al dorso del piede, è spontaneo, si accentua col cammino e con la pressione; il rigonfiamento risiede sul dorso del piede e non si accompagna ad infiammazione locale. Alla radiografia, nell'inizio della malattia, lo scafoide si vede ridotto a un terzo del suo volume, diminuito specialmente nel suo diametro antero-posteriore; i contorni sono irregolari, la diploe presenta dei nuclei di rammollimento.

La seconda malattia di Koehler è caratterizzata da una alterazione che colpisce la metà distale del secondo metatarso e il capo prossimale della prima falange corrispondente. Si conoscono poche osservazioni di questa affezione.

Infine la malattia di Osgood Schlatter, apofisite tibiale superiore, ha gli stessi caratteri della precedente: consiste in una lieve tumefazione con dolore corrispondente in sotto al punto di inserzione del legamento rotuleo; lieve sofferenza alla flessione o al cammino, inizio verso gli 11-15 anni, evoluzione benigna, guarigione in circa due anni.

Da tutti questi dati emerge una considerazione d'indole profilattica: sia o non in causa, concomitante o predisponente, il traumatismo è quello che in tutte le affezioni qui brevemente descritte, può arrecare maggiori danni della malattia stessa. Ne consegue che ai bambini i quali accusano disturbi in una di queste sedi delle varie affezioni dovrà essere rivolta la massima attenzione del medico, evitando esercizi ginnastici, movimenti bruschi fino a quando i disturbi non tendono spontaneamente o dopo opportune cure, a scomparire.

M. Gioia

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il valore clinico della velocità di sedimentazione degli eritrociti. — S. Balachowski. *Paris Médical*, anno XVI, n. 44.

Continua il fervore di ricerche sulla velocità, con cui nel tessuto sanguigno si veggono i corpuscoli rossi disporsi a pila, intassarsi e sedimentarsi. E' una proprietà del tessuto sanguigno certamente importante a ricercarsi, ma, come fa notare l'A., è sottoposta a tanto complesse e numerose ragioni di variazione che troppa circospezione e troppo rigore di tecnica è indispensabile per ricavare dalle osservazioni un risultato di netto valore clinico.

L'A. insiste sulla necessità di una tecnica rigorosa. Si serve, all'uopo, di uno speciale « sediotassametro », che permette di avere un unico punto di partenza come tempo nel calcolare la velocità di sedimentazione degli eritrociti, assicura una precisa verticalità nelle piccole provette in cui si raccoglie il sangue. Questa verticalità assoluta è indispensabile, altrimenti risulta accelerata arbitrariamente la velocità di sedimentazione, la quale deve essere indicata in millimetri-ora. La pipetta capillare, in cui il sangue si raccoglie, viene sciacquata rapidamente con una soluzione di ossalato neutro di potassio a 5 per 100 e subito si espelle dalla pipetta questa soluzione, che ha lo scopo di non rendere spontaneamente coagulabile il sangue in esame. All'A. sembra doversi respingere l'uso del citrato come anticoagulante per molteplici ragioni. Ritiene preferibile servirsi della puntura di un polpastrello o del lobulo dell'orecchio nell'attingere il sangue anzichè ricorrere alla estrazione da una vena. Per definire il tempo della velocità di sedimentazione l'A. si serve di un decimetro o delle pipette graduate, che si guardano nel corso di 15 a 30 minuti.

Praticamente non vi ha ragione di preferire come anticoagulante all'ossalato il sulfarsenol, che è stato proposto da Gilbert e Tzank.

Il costo del reattivo è troppo elevato e i risultati non sono più precisi di quelli, che possono ottenersi con l'ossalato.

Come conclusione sintetica delle osservazioni dell'A., comparativamente a quelle della massima parte dei ricercatori precedenti, risulta che in ogni individuo, quando si nota una velocità di sedimentazione, che va al di là di 20 millimetri-ora, deve ammettersi la esistenza di una malattia, la quale si ripercuote sullo stato umorale del sangue. Ma dagli stessi risultati complessivi indicati dall'A. emerge che non si ha un criterio speciale, il quale definisca nel caso singolo di quale malattia si tratti e quale ne sia la gravezza. La scarsissima nettezza delle applicazioni diagnostiche o pronostiche si nota tanto per le malattie del sangue, quanto per la sifilide, per la tubercolosi, per la malaria, per le malattie ginecologiche, per i tumori maligni. Sembra che, in generale, quanto più rapida è la velocità di sedimentazione, tanto meno fausta è la prognosi.

Sindrome meningea da malaria. — Poletti. *La Pediatria del Medico Pratico*, fasc. 2, 1927.

E' un contributo clinico dell'A. su questo argomento. Poichè le manifestazioni meningee o di meningismo improvvise, accompagnate da elevazione febbrile, nei bambini sono frequenti, soltanto l'anamnesi di precedenti attacchi febbrili e il reperto ematologico possono indirizzare sicuramente verso la diagnosi, ove se ne abbia il sospetto.

Come particolari caratteristiche della reazione meningea bisogna distinguere: forme lievi (meningismo) che sono appunto frequenti nei bambini e consistono in rigidità nucale, Kernig, cefalea, dolore alla pressione dei bulbi oculari atteggiamento a cane di fucile ecc.; queste forme sono legate alla intermittenza dell'accesso malarico ed hanno evoluzione nettamente favorevole.

Le forme gravi (meningite acuta malarica) sono caratterizzate da fenomeni convulsivi a tipo epilettiforme: perdita di coscienza, schiuma alla bocca, morso alla lingua e più tardi fenomeni di eccitazione cerebrale. In questi casi i sintomi delle forme lievi sono più esagerati. Seguono spesso il coma e la morte.

Influenza della sieroterapia sulla adenite cervicale nell difterite. — Muggia. *La Pediatria del Medico Pratico*, n. 2, 1927.

L'A. riferisce due casi da lui osservati, di angina difterica, in cui si ebbe contemporaneamente un notevole ingorgo delle glandole cervicali. La sieroterapia praticata a forti dosi fece subito regredire i fatti acuti e anche l'adenite, sicchè i genitori credevano di aver salvi i loro bambini, quando — mutate improvisamente le condizioni generali — si verificava la morte per paralisi cardiaca.

Secondo l'A. questa evenienza deve essere messa in rapporto o a una eventuale associazione streptococcica oppure all'intervento tardivo della sieroterapia, per cui richiama l'attenzione specie nei riguardi del giudizio pronostico di questa evenienza, che d'altra parte resta ancora oscura nella sua patogenesi.

La ricerca del potere proteolitico nelle fecce per la semeiologia pancreatica. — P. Alessandri, della Clinica Med. di Firenze. *Rivista di Clinica Medica*, anno XXVII, n. 21.

L'A., in 17 casi di malattia epatica o pancreatica o di sifilide, ha ricercato comparativamente il potere proteolitico (specialmente sulla gelatina) del succo duodenale, attinto dagl'infermi, rispetto al potere proteolitico delle fecce nello identico individuo. Non ha osservato alcun parallelismo, come azione proteolitica, tra le fecce e il succo duodenale.

In una serie d'indagini si è assicurato che una soluzione di acido cloridrico a 1 per mille alla temp. di 38°, dopo 1 quarto d'ora di azione, inattiva definitivamente una soluzione di tripsina a 1 per cento, senza inibire l'azione della flora batterica contenuta nelle fecce. In base a ciò, in 12 individui ha confrontato il potere triptico di fecce trattate con acido clor. e di fecce non sottoposte ad alcuna modifica speciale ed ha notato che in ambedue le circostanze diverse i risultati sono uguali.

Come conclusione di questo duplice ordine di fatti l'A. attribuisce alla flora batterica delle fecce il rispettivo potere proteolitico anzichè alla tripsina presente nel succo pancreatico, onde ritiene destituita di valore semeiottico la ricerca del potere triptico nelle fecce con lo scopo di definire la capacità proteolitica del succo pancreatico che si elimina nell'intestino.

Adenite mesenterica acuta non tubercolare. — Cornioley, di Ginevra. *Archives des mal. de l'apparcil digestif et des maladies de la nutrition*, febbraio 1927.

Con il contributo di tre osservazioni personali, l'A. illustra che, come già avevano affermato Furster e Pélissier nel 1911, lesioni dei gangli linfatici mesenterici con sindrome acuta imponente possono verificarsi, senza che la natura del male sia tubercolare. I processi infettivi, capaci di soste-

Digitized by Google

nere queste acute adeniti dei gangli mesenterici, possono essere rappresentate dal tifo, dall'appendicite, dal vibrione settico con la produzione di edema gassoso. Per poco che la mucosa dell'intestino in qualche segmento sia menomata nella sua resistenza, la infezione, per quanto non tubercolare, vi attecchisce; la mucosa si ulcera anche se non molto profondamente; si provoca una linfangioite nel segmento intestinale corrispondente e vi si associa una infiammazione dei gangli linfatici mesenterici, la quale può concretarsi in un flemmone, che comprime le vene mesenteriche, vi produce un infarto nell'ansa intestinale con esito persino in necrosi. La nosografia si designa con i fenomeni di una peritonite subacuta e talvolta con i segni improvvisi di una perforazione intestinale. Spesso la sindrome è analoga a quella di una crisi appendicitica. Se s'interviene incidendo la parete addominale nella sede della maggiore dolenzia, della subottusità di percussione, si rinvengono due o più anse intestinali a pareti molto torbide, ma senza ostruzione completa; alquanto liquido siero-ematico nel cavo peritoneale, che la stasi o l'infarto dell'ansa intestinale vi ha fatto transudare. Necessita resecare una estensione varia delle anse dell'ileo, che già sono abbastanza nerastre in zone varie, per evitare la possibile loro perforazione, o magari si può portare all'esterno una delle anse e fare un ano contro natura. Nella sintomatologia dominano gli effetti della stasi intestinale, sostenuta dalla compressione dei gangli mesenterici ingrossati, anzichè i sintomi diretti di ingrossamento di questi gangli.

Le artriti di origine dissenterica.— Besson e Ehringer. *Paris Médical,* anno XVI, n. 44.

Trattasi di una localizzazione della infezione dissenterica, che spesso non viene diagnosticata. Le ragioni, per cui si nasconde la origine della localizzazione articolare, sono molteplici.

La dissenteria può essere così modesta come manifestazioni intestinali da passare inosservata. Una diarrea a caratteri banali, senza nè sangue, nè molto muco, nè tenesmo, può non dare sospetti circa la natura dissenterica, specialmente se di breve durata. L'assenza abituale di complicazioni o localizzazioni endocarditiche nelle artriti dissenteriche non è ragione sufficiente a stabilire la origine dissenterica, perchè anche una poliartrite detta reumatica può non essere seguita da localizzazione endocarditica. La nosografia stessa dell'artrite non ha caratteri peculiari, dai quali possa arguirsi la origine dissenterica. Infatti, le artropatie possono essere molteplici, aberranti, con grande versamento, oppure a tipo monoarticolare con localizzazione ora sul ginocchio, ora sul gomito o sull'anca. Nel ginocchio l'essudazione può essere molto spiccata come quantità, da ricordare, per questo carattere, la gonoartrite blenorragica. Non è rara l'associazione di una spiccata atrofia muscolare. La durata dell'artrite può, come fenomeni subacuti, essere anche di parecchie settimane ed avere l'anchilosi come esito. La febbre può mancare, ma può anche presentarsi e molto elevata, analogamente a quanto più spesso notasi nell'artrite detta reumatica.

La esistenza di una reazione agglutinante nel siero di sangue rispetto ai bacilli dissenterici di Shiga o di Flexner o di Hiss può valere ad affermare la esistenza della infezione dissenterica in senso generico, ma non decide che è di origine dissenterica l'artrite, che si nota nel quadro nosografico. L'aspetto del liquido estratto dall'articolazione ammalata non ha niente di speciale e microscopicamente può presentare una polinucleosi, più o meno pura. Le culture di quel liquido hanno dato risultato negativo, secondo i risultati di Remlinger, Rist, Fiessinger e Leroy, Caperonis. D'altronde un analogo risultato negativo può notarsi nelle artriti o blenorragiche o meningococciche o luetiche o tubercolari.

Gli AA. in tre infermi di artrite, di sospetta natura dissenterica, sono riusciti a notare nel liquido estratto dalle articolazioni una reazione agglutinante positiva per i tre bacilli dissenterici dianzi ricordati. La reazione agglutinante maggiore è risultata (1 a 200 oppure 1 a 500) per il bacillo di Shiga e per il bacillo di Flexner; in tasso abbastanza minore (1 a 50) per il bacillo di His.

Questa reazione agglutinante del liquido articolare è da controllare con ulteriori ricerche.

L'azorubina nello studio della funzione epatica. — M. Zinny. *La Prensa Med. Argentina,* a. 13, n. 20.

L'azorubina presenta sugli altri coloranti del genere numerosi vantaggi.

Essa si elimina quasi totalmente attraverso il fegato. La quantità che si elimina attraverso i reni è molto scarsa, aumentando nei casi di affezione epatica: ciò permette l'apprezzamento indiretto dell'alterazione epatica, specialmente nei casi di ostruzione del coledoco. Non si elimina pen nessuno altro viscere (stomaco, intestino, ecc.). Ha un grande potere colorante, onde è facile riconoscerne la presenza anche in minime tracce. La sua tossicità è trascurabile. La sua resistenza al calore è notevole, onde è facile e sicura la sua sterilizzazione.

La tecnica che l'A. segue e descrive è di una grande semplicità.

Introdotta la sonda duodenale e assicuratane la buona ubicazione, si iniettano nel duodeno 50 cc. della soluzione di solfato di magnesio al 25 %. Cinque minuti dopo si pratica una iniezione endovenosa di 4 cc. della soluzione acquosa di azorubina all'1 %.

Negli individui normali comincerà dopo 4-5 minuti ad eliminarsi la bile in forma continua. Da 15 a 30 minuti dopo l'iniezione endovenosa l'azorubina apparirà mescolata al liquido duodenale, acquistando questo dopo 10 minuti di scolo la massima colorazione, per poi diminuire gradatamente durante le 2-3 ore successive.

Quando l'azorubina è iniettata senza che si sia precedentemente instillato il solfato di magnesio, la colorazione apparirà con un ritardo di 40-50 minuti. Le orine emesse dopo dell'iniezione appariranno per alcune ore colorate; e la loro colorazione sarà tanto più intensa e persistente, quanto più numerosi e gravi saranno gli ostacoli presenti nelle vie biliari.

Nella epatite parenchimatosa acuta (itterizia catarrale) esiste una stretta relazione fra eliminazione del colorante ed evoluzione della malattia. Nel primo periodo non si elimina azorubina, anche quando possa constatarsi la presenza di pigmenti e acidi biliari; quando s'inizia un miglioramento, appaiono tracce del colorante, le quali poi andranno gradatamente aumentando col progredire del ristabilimento.

Nell'epatite parenchimatosa cronica, (morbo di Hanot) non si eliminò in nessun caso azorubina.

Infine nella litiasi biliare l'eliminazione è assai diminuita e va aumentando a misura che l'infermo migliora dalla pregressa colica epatica, fino a farsi normale, proprio come si è visto accadere nell'epatite parenchimatosa acuta.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'appendicite a sinistra. — Bloch. *Presse Medicale,* n. 24, 1927.

L'A. riferisce due interessanti osservazioni di appendiciti a sinistra, di cui la prima con cieco a sede normale e appendice e dolore a sinistra; la seconda con dolore a destra e cieco nella fossa iliaca sinistra.

Questi reperti fanno ammettere all'A. due forme di appendicite sinistra: una clinica, l'altra anatomica.

Si trattava in tutti e due i casi di attacchi tipici, accompagnati da vomito febbre, stato nauseoso ecc. Nel primo — con dolore a sinistra — si pensò ad una sigmoidite acuta essendo la fossa iliaca destra completamente indolore e depressibile e si intervenne. Incisione mediana sotto-ombelicale.

Esplorando la fossa iliaca sinistra si osserva il colon sigmoideo disteso e arrossato, col suo meso infiammato. Sollevandone la parte terminale che ricopre il Douglas si trova un'appendice trasversale, lunghissima di cui la punta rossa e rigonfia aderisce alla parte superiore sinistra del retto.

Nella seconda osservazione, in cui la diagnosi di appendicite era stata fatta per la normale sede del dolore, quantunque un po' in basso e medialmente del punto di Mc. Burney, il cieco fu trovato a sinistra e l'appendice trovavasi nascosta dal colon trasverso situato in posizione anormalmente bassa; essa era lunghissima situata trasversalmente e appoggiata al mesocolon destro, che era rosso, infiammato.

Tutti e due i casi furono seguiti da guarigione durevole.

Su un nuovo materiale di riunione delle ferite. — Ghiron. *Archiv. It. di Chirurgia,* fasc. 3, 1927.

L'A. tenta una migliore e più sicura riunione delle ferite operatorie proponendo un nuovo materiale di coesione dei margini, costituito da una sostanza collagene, come quella che più si avvicina alla natura del tessuto di sostegno animale, a cui si aggiunge una serie di sostanze dette tannizzanti che hanno la proprietà di rendere insolubile il collagene mentre ne aumentano il coefficiente di resistenza. A questo scopo l'A. si è servito come tannizzante di una miscela in proporzioni variabili (2-5 %) di jodo-timolo-formolo che ha anche il vantaggio di garentire la sterilità del collagene.

Gli esperimenti eseguiti in massima parte in laboratorio, su cani e conigli, provocando larghe ferite su cavità e sulla cute, fanno sperare che ulteriori ricerche confermino i già buoni risultati ottenuti. Sulle ferite chirurgiche cutanee il metodo è stato applicato sull'uomo, ottenendosi oltre che una rapida e asettica riunione dei margini, anche una cicatrice migliore di quella che si ottiene comunemente con le comuni suture in catgut e seta.

Questi risultati offrono perciò il destro di esperimento, che se portano alla valorizzazione di questo metodo, saranno di grande progresso nella pratica della riunione delle ferite operatorie, ancora oggetti di delusione e sorprese in molti casi.

Digitized by Google

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

La reazione di Fähreus in ginecologia. — S. De Francesco, Clinica Ostetrica della R. Università di Genova. *Folia Gynaecologica*, n. 2, 1926.

L'A. ha esaminato la velocità di sedimentazione degli eritrociti (reaz. di Fähreus) in 110 casi di donne affette da ginecopatie varie, in parte non infiammatorie ed in parte di fatti flogistici lievi o quasi guariti; fa una rassegna della esperienza e delle opinioni rese pubbliche dai diversi esperimentatori, ed in base a questa ed ai suoi risultati, dopo discussione, conclude che non si deve dare importanza decisiva alla reazione nè per la diagnosi differenziale nè per la operabilità del caso clinico, ma essa deve essere considerata come un elemento di giudizio, a volte utile, più frequentemente poco importante nella fenomenologia rilevata, come ogni altro sintomo capace di determinare il clinico a formulare la diagnosi ed a seguire la opportuna terapia.

Aborto simulato da menorragia del collo dell'utero carcinomatoso. — Manna. *La Clinica Ostetrica*, fasc. 3, 1927.

Una donna di 37 anni, ha avuto l'ultima mestruazione regolare ai primi di settembre 1925; in seguito fenomeni simpatici poco rilevabili e poi, a varii intervalli scarse perdite ora sanguigne ora a tipo leucorroico, ma non dolorose, tanto che l'inferma non ha creduto di doverci dare importanza; afferma però che si riteneva incinta. Nel mese di gennaio dell'anno successivo avvertì improvvisamente dei dolori intensi ai quadranti inferiori dell'addome e quasi contemporaneamente abbondante emorragia dai genitali. Chiamato un sanitario, questi ritenne trattarsi di minaccia di aborto e praticò un tamponamento vaginale e inviò la donna in ospedale. Qui, rimosso il tamponamento e praticato sommariamente l'esame vaginale, allo scopo di decidere per l'intervento o meno, si propende anche per un aborto in atto, perchè in corrispondenza del collo, il dito percepiva una massa carnosa di consistenza molle che aveva molta rassomiglianza con una piccola placenta in via di essere espulsa dal canale cervicale. Senonchè risultava dall'interrogatorio insistente fatto all'inferma che nessun feto era stato espulso, ma solo sangue liquido o coagulato, mentre contemporaneamente la mano addominale percepiva un corpo uterino sviluppato come al IV mese di gravidanza, ben apprezzabile.

L'A. esplorando più attentamente con la mano vaginale, osservò allora, ricercando i margini del collo che la massa carnosa non proveniva dallo interno dell'utero ma faceva parte del collo uterino occupando tutto il muso di tinca e parte della porzio. La ispezione diretta confermò trattarsi di un neoplasma a forma vegetativa, grosso come una piccola arancia che occupava buona parte del collo e che dava una emorragia a nappo da tutta la sua superficie.

Si trattava quindi di un cancro del collo, ancora operabile, in donna gravida al 4° mese.

Operazione radicale; guarigione.

Questo caso dell'A. dimostra che l'evenienza di un cancro del collo durante la gestazione non è rarissima, per cui s'impone sempre un esame accurato dei genitali, prima di procedere a qualsiasi intervento.

Cesarea postmortale con feto vivo. — E. Zàrate e D. Esquivel. *La Semana Medica*, n. 1719.

Gli AA. riferiscono di essere riusciti ad ottenere vivo il feto mediante una operazione cesarea post-mortale in due donne incinte a termine: morte l'una per rottura del cuore, l'altra per edema pulmonare.

In base alle loro personali osservazioni e a quelle riferite nella letteratura essi affermano che il tempo utile per il compimento di tale operazione non deve sorpassare in media i 20 minuti dalla morte della paziente, ma che però tale misura è suscettibile di notevoli variazioni in quanto che essa è minore nel caso di malattie lunghe ed estenuanti, e maggiore nelle morti rapide e fulminee.

Recentemente si è anche tentato di praticare la cesarea durante l'agonia; però molte opposizioni, specialmente di ordine morale, si sono levate contro tale metodo. Del resto sembra che sia anche inutile sottoporre all'intervento l'inferma agonizzante, dato che non si riesce ad ottenere in questo modo risultati ancora più brillanti.

Le ricerche statistiche mostrano che su 114 casi di cesarea post-mortem, nell'80 % si sono ottenuti feti vivi: di questi ultimi solo la metà è rimasta in vita.

Terapia della tubercolosi nelle gravide. — A. Raimondi, T. Gonzales e C. De la Colina. *La Prensa Médica Argentina*, 20 gennaio 1927.

La gravidanza non sempre è causa di peggioramento delle lesioni tubercolari. E' stato osservato che molte donne tubercolotiche con lesioni in evoluzione, sogliono migliorare a misura che la gravidanza progredisce. Però è un fatto comunemente notato che la gran maggioranza di queste inferme presentano dopo il parto un peggioramento notevole.

Gli AA. per ovviare a questa riacutizzazione del processo specifico pensarono in principio di compensare la decompressione addominale post-partum mediante l'attuazione di un pneumotorace artificiale.

I risultati che ne derivarono furono assai incoraggianti. Ma il pneumotorace artificiale non è sempre realizzabile, sia per la pusillaminità dell'inferma, sia per la presenza di aderenze, che per altre cause controindicanti. E allora gli stessi AA. hanno pensato di sostituire al pneumotorace l'applicazione di una stretta fascia cingente la parte superiore dell'addome ed inferiore del torace, allo scopo di determinare una compressione gradualmente crescente e tendente a sostituire quella provocata dalla gravidanza.

La fascia che si adopera per la compressione toracica è di tela rinforzata, larga 15-18 cm., la quale per mezzo di 3-4 cinghie situate alla parte anteriore si può stringere ed allargare a volontà.

Alla parte posteriore si attaccano due robuste bretelle, le quali poi vanno a fissarsi sulla parte anteriore, passando al disopra delle spalle, a fine di impedire che la fascia discenda sull'addome.

Questa fascia viene applicata subito dopo il parto e disposta in modo da comprimere tutta quella regione compresa fra la piega sub-mammillare e la undecima o dodicesima costa.

Si ottiene così una vera riduzione della capacità toracica, in quanto che con la elevazione del diaframma si viene a ricacciare in alto tutta la massa pulmonare e a determinare quindi una relativa compressione e immobilità della parte superiore di questa.

I risultati ottenuti sono stati di una efficacia notevole.

NEUROPSICHIATRIA

Sulla encefalite periassiale diffusa di Schilder. — Parodi e Ricca. *Rivista di Patologia Nerv. e Ment.*, fasc. 6, 1926.

Gli AA. riferiscono un caso di questa forma morbosa in persona di un uomo di 48 anni che aveva contratto lue alla età di 33, con manifestazioni gommose craniche a due riprese e da due anni sofferente di lievi dolori, pare, lancinanti, e da incontinenza urinaria. Ricomparsa delle gomme pochi mesi prima dell'esordio della malattia attuale, che iniziò improvvisamente il 2-1-1925 con diplopia, disartria, emiparesi d. e quindi scomparsa di queste, e persistenza di lievi fatti emiparetici a destra. Poi, ancora, lieve decadimento mentale; cefalea. Dopo un mese e mezzo circa peggioramento improvviso con astasia, abasia e aggravamento della emiparesi destra, contrattura a d. specie dell'arto superiore; disartria; obnubilamento progressivo del sensorio, coma terminale. Subatrofia papillare. Decorso afebbrile. Trattamento specifico inefficace. Morte il 4-III-1925.

Al tavolo anatomico: multiple gomme sifilitiche del fegato, del cranio, tumore cronico di milza e alterazione abbastanza diffusa, simmetrica della sostanza bianca degli emisferi cerebrali (sostanza bianca dei lobi occipitali, del centro ovale in corrispondenza della circonvoluzione callosa, del precuneo di sinistra, del corpo calloso) ed un focolaio circoscritto di alterazione nella sostanza bianca dell'emisfero cerebellare sinistro.

Istologicamente la zona alterata presenta: demielinizzazione quasi completa delle fibre nervose; relativa maggiore resistenza dei cilindrassi; presenza in numero cospicuo di cellule granulo-adipose di origine gliale ricchissime di materiale lipoideo; presenza di grosse cellule gliali in scarso numero (*gemastete Gliazellen*); scarsa produzione di fibroglia; infiltrazione perivascolare talora di semplici elementi lipoidiferi talvolta di questi associati a linfociti o questi in prevalenza.

Gli AA. per questo reperto considerano doversi comprendere il caso in parola nel quadro anatomo-patologico definito da Schilder come encefalite periassiale diffusa. Nessuna importanza come causa etiologica ha la sifilide, dovendosi considerare come un reperto incidentale.

Sclerosi a placche frustra a inizio mentale. — Targowla. *L'Encéphale*, n. 3, 1927.

In una giovane donna l'A ha constatato l'inizio di una sclerosi a placche, accompagnato da disturbi mentali consistenti in stati di eccitazione atipica con logorrea ansietà, panefobie, allucinazioni, illusioni, idee deliranti ecc. Tali disturbi furono poi seguiti da un periodo di calma fugace, cui fece seguito un periodo di depressione e tristezza, con lentezza ideativa, accessi di riso, fasi ansiose, agitazione e tendenza impulsive, allucinazioni, idee deliranti malinconiche ecc.

Dopo un certo tempo, l'ammalata presentò nistagmo e diminuzione della convergenza dell'occhio destro, disturbi della parola, vivacità dei riflessi tendinei con ineguaglianza dei riflessi omologhi, abolizione dei riflessi cutanei addominali, dismetria lieve con abozzo di tremore intenzionale. Queste ragioni e il dato anamnestico che registrava una « crisi nervosa » iniziale, il decorso prodromico e l'evoluzione parossistica fanno pensare all'A. trattarsi di un processo di sclerosi a placche, incipiente, in

Digitized by Google

evoluzione. La sindrome mentale che si accompagna alla sclerosi non è secondo l'A., così rara come si ritiene.

Demenza presenile artero-sclerotica. — CLAUDE e CUEL. *L'Encéphale,* n. 3, 1927.

Gli AA. riferiscono una osservazione anatomo-clinica di arteriosclerosi cerebrale estremamente diffusa e accentuata, senza lesioni di focolaio, in un individuo di 49 anni, che all'esame clinico presentava i caratteri mentali di una meiopragia cerebrale da arteriosclerosi precoce.

Più precisamente il reperto anatomico non era caratterizzato da gravi lesioni cellulari nè da vera sclerosi cerebrale, ma da una diffusione delle lesioni arteriose cerebrali, la quale provocava un'ischemia relativa, senza disintegrazione parenchimatosa evidente.

Dal punto di vista clinico: indeolimento intellettuale, ipertonia e paratonia muscolare, fenomeni cerebellari e assenza di sintomi da lesioni a focolaio.

La patogenesi di questa forma di demenza arteriosclerotica precoce resta — secondo gli AA. — oscura (sifilide?); tuttavia bisogna tener conto della retrazione vasale e di una ipertensione cerebrale angiospastica, che, aggravando la ischemia, favoriva la sindrome cerebrale.

SIFILOGRAFIA

L'ittero sifilitico primitivo. — NICAUD. *Presse Medicale* n. 16, 1927.

L'A. riferisce una seconda osservazione di ittero primitivo sifilitico, notato in una giovane di 23 anni con ulcera specifica genitale in regressione, dopo 12 giorni e nel quale comparve un ittero leggero, che rapidamente s'era accentuato, con coluria intensa, decolorazione completa delle feci, fegato e milza leggermente aumentati di volume, non temperatura, nè prurito, nè bradicardia. Dopo dodici giorni scoppiò un'eruzione maculo-papulosa abbondantissima che invase tutto il corpo. La cura specifica iniziata fece subito regredire le manifestazioni in atto.

Sulla base delle osservazioni altrui e proprie, l'A. cerca di stabilire i caratteri differenziali di questo ittero sifilitico. In esso non si ha abitualmente nè bradicardia, nè disturbi intestinali; la lingua è qualche volta un po' saburrale; non diarrea, nè nausee nè vomito. La temperatura è passeggera e non sorpassa i 38°-38°,4, può anche mancare.

Il trattamento specifico provoca la rapida risoluzione dei sintomi.

L'ittero sifilitico primario comparisce prima degli accidenti secondarii e prima della comparsa delle reazioni umorali. La siero-reazione fatta in pieno ittero è spesso negativa. Solo in un caso fu riscontrata positiva. Contrariamente a quanto si ritiene parrebbe secondo Castaigne che l'ittero in cui la reazione di Wassermann risulterebbe positiva dovrebbe far pensare alla lue. Quindi l'ittero sarebbe incapace per se stesso di dare una Wassermann positiva.

Gl'itteri primarii sifilitici sembra che siano indizio di particolare gravità della infezione, o per lo meno di una lue secondaria molto florida.

In ogni modo, nel dubbio di un ittero specifico, la cura prontamente istituita lo metterà subito in evidenza, perchè, come si è detto, i sintomi regrediscono prontamente.

Sulle meningiti sifilitiche. — F. RUSSI, Osp. Umberto I, Ancona. *Rinascenza Medica,* 1 gennaio 1927.

Dall'esame di alcuni suoi casi l'A. deduce che le meningiti sifilitiche sono quasi sempre molto difficili ad essere riconosciute clinicamente e che un giudizio esatto di esse sia solo possibile mediante attente ricerche anamnestiche e obiettive, nonchè mediante prove di laboratorio sul liquor cerebrospinale.

La cefalea è forse l'unico fenomeno costantemente presente e sotto certi punti di vista anche caratteristico. Essa è precoce, di alto grado e può precedere anche per lungo tempo la comparsa degli altri fatti morbosi. La febbre è stata riscontrata non solo nelle forme acute, ma anche in quei casi in cui l'esame clinico oltrechè quello del liquido c. r. facevano riconoscere un decorso cronico del processo morboso: essa era in genere di modico grado, a carattere continuo o subcontinuo.

Se il decorso e la sintomatologia clinica possono mentire sovente la meningite tubercolare o la encefalite letargica, o altre forme meningee acute, non va dimenticato che nell'esame del liquido spinale un aumento considerevole delle globuline, lo zucchero normale o scarsamente diminuito, ma sopratutto la R. W. positiva sono elementi sufficienti a far riconoscere la natura luetica della meningite.

La prognosi nelle meningiti sifilitiche è in genere buona, poichè anche nelle forme acute come in quelle croniche il trattamento opportuno porta a rapida guarigione gli infermi: solo può residuare una modesta linfocitosi, la quale deve essere considerata molto verosimilmente come l'espressione del processo cicatriziale recente delle lesioni sifilitiche meningee.

Alcuni autori hanno notato l'insorgenza di accessi meningei e manifestazioni sifilitiche del sistema nervoso in soggetti costantemente trattati in precedenza con cure arsenobenzoliche intense che, per essere troppo pronte, senza vincere completamente l'infezione, provocherebbero l'arresto dell'immunità naturale.

La cura bismutica ha dato rapidamente, nei casi trattati dall'A., la guarigione clinica e la scomparsa delle alterazioni del liquido c. r. con dosi modeste. Essendo anche noto il rapido passaggio del bismuto nel liquor, sembra all'A. che tale metodo di cura debba preferirsi in ogni caso, eventualmente seguito da cure mercuriali.

Il bismuto nella terapia intrarachidea della tabe. G. LAFORA. *La Medicina Argentina,* a. 5, n. 53.

La terapia intrarachidea della tabe con sieri mercurializzati o salvarsanizzati espone a frequenti e gravi pericoli, onde essa viene a poco a poco ad essere bandita dalla pratica quotidiana.

La grandissima suscettibilità del tessuto nervoso e delle meningi all'azione dei medicamenti caustici e parassiticidi sta ad indicare che non si può pretendere di raggiungere con la terapia rachidea la sterilizzazione medicamentosa.

La terapia rachidea della tabe deve invece mirare a risvegliare i meccanismi di difesa del tessuto meningeo e radicolare, colpito dall'infezione. Queste difese istologiche ed umorali verrebbero ad accelerare, la rigenerazione funzionale e forse anche anatomica delle vie nervose compromesse. E' molto probabile che qualsiasi sostanza irritante o leucogenica, senza essere antisifilitica, eserciti un'ottima azione per via rachidea.

L'A. ha sperimentato con successo un composto bismutico solubile (tartro-bi Roche) nella dose di 3 gocce per ogni iniezione endorachidea: ognuna di queste veniva praticata ad intervalli di 15-18 giorni.

Tenendo conto del fatto che i processi neurosifilitici non sono localizzati solamente nel sistema nervoso, ma che sono accompagnati frequentemente da lesioni specifiche in altri organi (aorta, reni, fegato ecc.), è bene praticare contemporaneamente un corso di cura generale con iniezioni venose o muscolari di preparati specifici. Questo trattamento sussidiario servirà a diminuire l'intensità delle reazioni meningee susseguenti alle iniezioni endorachidee. Inoltre è noto che l'irritazione meningea, qui causata dalle iniezioni rachidee, aumenta la permeabilità delle meningi per i preparati iniettati per via parenterale, purchè però l'iniezione endomuscolare o endovenosa non succeda alla endorachidea al di là dei quindici giorni.

Studi sperimentali sulla superinfezione nella sifilide. — P. MANTEUFEL e A. RICHTER, Reparto batteriologico del laboratorio biologico dell'ufficio sanitario imperiale, Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1926, n. 50.

L'iniezione intravenosa di materiale fortemente ricco in spirocheti determina frequentemente nei conigli adulti, una treponemosi che potremmo chiamare «muta», poichè non si presenta alcuna manifestazione generale, ma solo un risentimento ghiandolare. D'altra parte, l'iniezione di succo ghiandolare di questi animali nel testicolo o sotto lo scroto di animali sani recettivi determina abitualmente la comparsa di un sifiloma iniziale.

Questa forma di infezione «muta» non determina — di regola — alcuna immunità dei conigli verso una reinfezione con virus omologo, poichè in quattro sui cinque animali che furono oggetto dell'esperimento, gli AA. poterono — dopo circa tre mesi dalla prima infezione per via endovenosa — praticare una nuova inoculazione sulla pelle dello scroto o sul testicolo che dette un chiaro sifiloma iniziale nella sede dell'inoculazione.

Questa infezione «muta» che decorre senza sintomi non provoca neppure la positività della sieroreazione nei conigli inoculati.

In uno studio ulteriore gli Autori si propongono di svolgere le conseguenze pratiche di queste ricerche.

TERAPIA FISICA

La radio-diatermo-elettroterapia nella poliomielite anteriore acuta. — G. CHIZZOLA. *La Radiologia Medica,* fasc. 3, 1927.

Nella grave epidemia di poliomielite anteriore acuta verificatasi nel Veneto negli anni 1924-26, l'A. si è servito come metodo terapeutico della radio-diatermo-elettroterapia, secondo le modalità dettate da Bordier. Le irradiazioni Roentgen, seguendo questa tecnica, vengono eseguite dirigendo i raggi perpendicolarmente al piano delle lamine vertebrali, delimitando bene le zone da irradiare e applicando per 3-4 giorni consecutivi un quarto della dose eritema; tali irradiazioni vengono ripetute in serie di 2-3 con tre settimane di intervallo. Inoltre, nei primi dieci giorni di cura, si fanno applicazioni quotidiane di diatermia (le prime di debole intensità e della durata di 20-25 minuti), e negli intervalli tra le varie serie di Roentgenterapia si praticano applicazioni di elettroterapia, e cioè di corrente galvanica e di corrente sinusoidale a giorni alterni applicando il polo positivo alla regione cervico-dorsale e il polo negativo all'estremità

Digitized by Google

dell'arto; l'intensità deve essere di 3-8 milliampères e la durata di ogni seduta di 20 minuti. Le cure di diatermia e di elettroterapia devono essere continuate a lungo, con intervalli di 1-2 mesi.

L'A. è convinto, come risulta dalla casistica dei 62 casi da lui trattati, che il metodo di Bordier anzi detto, per gli effetti favorevoli che dà, deve considerarsi come un vero progresso nella terapia fisica della paralisi infantile, purchè eseguito in modo razionale ed esatto.

Metodi termoelettrici nella cura di tumori e di malattie analoghe. — W. L. Clark. *Journal of the American Medical Association*, 1926, 86, n. 9.

I metodi termoelettrici si prefiggono due scopi: 1) il disseccamento e 2) la coagulazione dei tessuti. Il primo obiettivo viene raggiunto con la corrente ad alta frequenza del tipo Oudin, cioè a grande voltaggio e piccolo amperaggio; il secondo con corrente ad alta frequenza, del tipo D'Arsonval, vale a dire con piccolo voltaggio e grande amperaggio.

Il metodo del disseccamento è appropriato per neoformazioni superficiali, circoscritte, per le quali si può raggiungere un buon risultato cosmetico, e ne ritraggono grande giovamento anche le erosioni cervicali, le mole, gli angiomi, i nei pigmentarii, il lupus etc. Questo metodo terapeutico non provoca danni funzionali neppure negli organi sensibili, come la cornea o le corde vocali.

L'uso della corrente di Arsonval può essere vantaggiosamente combinato con i metodi chirurgici. Le zone periferiche dei tessuti disseccati presentano delle cellule raggrinzate, a nucleo spesso, vasi trombizzati ed infiltrazione di cellule rotonde.

Con la coagulazione il tessuto delle zone periferiche diviene jalino.

Il metodo è utile soltanto nelle mani di un medico molto pratico.

Le indicazioni della diatermia. — De Nobele, Gand. *Bruxelles-Médical*, 16 gennaio 1927.

Dal punto di vista fisico la diatermia consiste nell'uso delle correnti ad alta frequenza, di bassa tensione e di forte intensità. Essa tende a provocare un aumento della temperatura locale e generale. Quest'ultima dipende dalla densità della corrente sul punto d'applicazione.

Ci si può servire della diatermia per applicazioni mediche e chirurgiche.

Dal punto di vista medico la si usa come analgesica, risolutiva, antispasmodica o microbicida.

Dal punto di vista chirurgico la si utilizza per la distruzione di tumori sia superficiali, sia situati in cavità accessibili. Sotto questo rapporto essa può essere considerata come un importante fattore nella prevenzione del cancro.

L'azione dei bagni di fango sulla tensione arteriosa. — Duhot e Rachez. *La Pratique Méd. Française*. a. 7, n. 4 bis.

L'ipertensione arteriosa è stata sempre considerata come una controindicazione all'uso dei bagni di fango.

Gli AA. hanno praticato numerose ricerche a fine di provare l'esattezza di questa affermazione ed hanno notato anche su loro stessi l'influenza della fangoterapia sulle cifre della pressione.

Essi notarono che la tensione normale non ne rimase affatto modificata e che in alcuni casi essa lo fu, ma nel senso di un abbassamento. In una ipertensione con massima elevata e minima normale, la prima solamente fu abbassata, restando la minima invariata. Nel caso di minima esagerata in rapporto alla massima, fu la minima a diminuire più rapidamente. Quando entrambi i valori della pressione erano elevati, essi si abbassavano simultaneamente. Riassumendo, tutte le pressioni anormali, massima o minima, tendevano verso valori normali.

Gli AA. ritengono che il meccanismo di questa regolazione risieda nella intensa diaforesi che diminuisce la massa sanguigna, nella diuresi dovuta all'ingestione di acqua termale che disintossica l'organismo, nella dilatazione dei vasi periferici provocata dalla temperatura dei bagni.

Ricerche per dimostrare la persistenza dei risultati sfortunatamente però non sono state ancora eseguite.

Le docce di vapore riscaldato sotto pressione nella cura degli ascessi apicali acuti.— Ferrer M. *Gaceta Méd. Española*, gennaio 1927.

Le docce di vapore riscaldato e sotto pressione hanno una doppia azione battericida e risolutiva, in maniera che se il processo è in un periodo formativo, esse lo conducono rapidamente alla risoluzione, e se invece il processo ha già raggiunto il suo massimo sviluppo, applicate con una tecnica conveniente permetteranno di ridurre e concentrare il focolaio suppurativo in una regione dove sia più facile lo svuotamento.

A volte una sola di queste applicazioni riesce efficacissima negli ascessi apicali acuti; tal'altra invece ne saranno necessarie due o più, a seconda dell'entità del processo dentario.

Le prime sedute saranno distanziate di 6-7 ore; le successive di 24. La pressione del vapore oscillerà fra 2 e 3 atmosfere; la durata delle applicazioni avrà un minimo di 10 minuti e un massimo variabile secondo la tolleranza individuale.

Dopo la doccia di vapore sotto pressione, si procederà all'applicazione di docce di aria riscaldata.

Durante l'applicazione di queste ultime si possono fare leggere embrocazioni di etere-iodio sulla regione affetta, giacchè essendo questo rapidamente assorbito, si verrà ad intensificare l'azione disinfettante.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 25 luglio 1926

Presid.: Prof. R. Stanziale

De Blasi D. *Vitamine e mezzi di conservazione degli alimenti.* — Essendo stato, anche recentemente, prospettato il dubbio che l'aggiunta di antisettici alle conserve alimentari possa distruggere od alterare le vitamine, l'O. ha istituito delle ricerche preliminari per vedere se uno degli antisettici più adoperati, acido benzoico, avesse queste proprietà antivitaminiche. Esse sono state condotte su cavie e piccioni, e da tutti gli esperimenti è risultato che l'acido benzoico 1 % non intacca le vitamine della crusca di frumento, dei cavoli, del trifoglio e neppure le scarse vitamine dell'avena.

De Blasi D. *Su alcuni fattori modificanti la capacità di produrre anticorpi.* — L'O. riferisce su un gruppo di esperienze iniziate nell'Istituto d'Igiene, da lui diretto, allo scopo di studiare il meccanismo di produzione dei vari anticorpi negli animali immunizzati con antigeni diversi, sottoponendo contemporaneamente gli animali trattati all'azione di sostanze ben definite o provocando in essi disequilibri ormonici o stati abnormi di altra natura.

Ascione ha constatato aumento notevole del potere agglutinante nel siero di conigli trattati con antigene tifico e pilocarpina, diminuzione in quelli trattati con antigene ed atropina. Puca ha notato diminuzione del potere agglutinante antitifico ed anticolerico e del potere emolitico nel siero di sangue di conigli morfinizzati, trattati coi rispettivi antigeni. Ascione ha ottenuto diminuzione del potere emolitico nel siero di sangue di conigli tenuti a dieta devitaminata; aumentato potere agglutinante, battericida e batteriotropico nel siero di sangue di animali trattati con antigene tifico e lattalbumina. Marinelli ha ottenuto diminuzione del potere agglutinante del siero di piccioni trattati con bacillo tifico, tenuti a riso brillato. Mazzeo ha osservato che nel siero di conigli stiroidati e trattati con antigene stafilococcico diminuisce il potere batteriotropico: questa diminuzione non si modifica mediante trattamento opoterapico.

Testa M. *Sulla genesi e funzione delle cellule interstiziali e luteiniche dell'ovaio e di quelle interstiziali del testicolo.* — Le ricerche sono state eseguite su organi di cavie, conigli e cani trattati col metodo delle colorazioni *intra vitam* e su corpi lutei di donne in vari periodi della gravidanza.

Quanto alle cellule interstiziali dell'ovaio, sembra evidente la loro natura connettivale: la loro funzione parrebbe essere quella di fagocitare i materiali provenienti dalla regressione degli elementi germinali, di scinderli e metterli di nuovo in circolo a tutto beneficio dell'economia organica. Le cellule luteiniche, invece, traggono la loro origine dagli elementi della granulosa, dei quali nella prima metà della gravidanza continuano l'attività secretiva.

Le cellule interstiziali del testicolo sono verosimilmente di natura connettivale; parrebbe che la funzione sia quella di fagocitare i prodotti eliminati dagli elementi germinali nelle varie fasi della loro maturazione, di scinderli e di immetterli di nuovo in circolo.

In conclusione, appare verosimile l'ipotesi, avanzata da alcuni AA., che tende ad attribuire ai prodotti della regressione e del metabolismo delle cellule germinali l'azione ormonica morfogenetica.

Angelucci A. *L'autoemoterapia nella infortunistica oculare.* L'O. espone i risultati favorevoli da lui ottenuti con l'autoemoterapia in ferite oculari da schegge di ferro, ottenendo rapido assorbimento delle masse emorragiche e guarigione della flogosi interna.

Digitized by Google

ASSOCIAZIONE MEDICI CHIRURGI SPECIALISTI DI PALERMO

Seduta del 20 maggio 1926

Presid.: prof. T. CIMINO

Noto A. *Rottura spontanea incompleta dell'utero in travaglio; cura conservativa; guarigione.* — L'O. riferisce il caso di una donna, quartipara, nella quale, iniziatosi il travaglio del parto ed avvenuta la dilatazione completa del collo, non seguì il normale periodo espulsivo, ma le doglie diventarono più intense, comparve vomito e febbre e si manifestarono segni di anemia acuta pur mancando ogni emorragia esterna. Diagnosticata una rottura spontanea dell'utero e accertato che il feto, in presentazione cefalica, era morto e presentava idrocefalia, l'O. con le forbici perforò la parte membranosa della testa del feto, con che fuoriuscirono circa tre litri di liquido siero-sanguigno, e poi uncinata col dito la testa attraverso il foro eseguito procedette all'estrazione del feto. Secondamento completo e spontaneo. Vuotato così l utero ed esploratolo, l'O. accertò l'esistenza di una breccia lunga 7 cm. nella parete laterale sinistra, un po' posteriormente, nella direzione obliqua che fa comunicare il segmento inferiore col parametrio sinistro; la breccia però non si apriva in peritoneo. Zaffato l'utero e la breccia, durante il puerperio si continuarono le medicature locali con una soluzione di rivanolo 1 ‰ e si praticarono contemporaneamente cure generali (etero-proteinoterapia dapprima, autovaccino in seguito). Guarigione.

L'O. è d'avviso che, tranne i casi nei quali essendo grave l'emorragia è necessario procedere all'intervento operativo, in tutti gli altri (rotture incomplete dell'utero ed emorragie non gravi, con fatti di sepsi e quando le lesioni sono verticali od obbliche destre o sinistre interessanti la parte bassa dell'utero) è più giusto attenersi, come nella sua osservazione, ad una terapia conservativa. La statistica darebbe ragione a questo modo di vedere, poichè dà il 70 % di guarigioni con la cura conservativa e il 45 % con quella operatoria.

Bentivegna A. Ricorda un caso occorsogli di rottura parziale del segmento inferiore dell'utero, per un intervento improprio da errata diagnosi, che ebbe anche esito buono con le sole cure mediche.

Genova Pizzo. L'O. emette l'ipotesi che, se una esagerata metamorfosi grassosa dell'utero può costituire il substrato anatomo-patologico dell'inerzia uterina, d'altra parte se vi è assenza completa di detta trasformazione in dipendenza di cause non sempre precisabili i singoli elementi contrattili dell'utero adempiono esageratamente alla loro funzione e possono determinare la rottura dell'utero.

Noto A. Crede possibile l'ipotesi dell'O. precedente.

Mauro C. *Rachitismo e tubercolosi nell'infanzia nella città di Palermo.* — L'O., dall'esame dei registri dell'Ambulatorio pediatrico municipale della città di Palermo riferentisi al biennio 1924-25, ha osservato che in detta città il rachitismo si riscontra in periodo florido nella prima infanzia, nella seconda infanzia per lo più invece in periodo risolutivo. Esiste inoltre un rapporto tra frequenza del rachitismo e i vari quartieri della città in quanto che il numero dei bambini rachitici dei quartieri concentrici è circa il triplo di quello dei quartieri esterni. L'O., perciò, più che all'allattamento, dà importanza nei riguardi dell'etiologia del rachitismo in Palermo, alle condizioni ambientali dei quartieri più colpiti (assenza di aria e di sole, agglomeramento della popolazione, ecc.) e all'ignoranza assoluta da parte degli abitanti dei principi elementari dell'igiene, pur senza escludere che esistano altre cause concomitanti (lue, alcoolismo dei genitori ecc.).

Quanto alla tubercolosi infantile, le forme più frequenti a riscontrarsi sono state le ghiandolari e quelle a carico delle sierose, delle articolazioni e delle ossa, e anche per esse mentre nei quartieri di Monte Pietà e Palazzo Reale si sono avuti 840 malati, negli altri 5 quartieri se ne sono avuti 205. Anche per la tubercolosi debbono secondo l'O., invocarsi i fattori etiogenetici detti per il rachitismo ed è perciò che egli, ai fini della profilassi, auspica un radicale risanamento dei quartieri concentrici della città e la costruzione di case superpopolari, nonchè l'istituzione di ambulatori specializzati, anche per formare la coscienza igienica delle madri.

Adamo. Propone che si concreti un ordine del giorno indirizzato all'Amministrazione della città, esprimente le idee esposte dall'O., specie per sollecitare la costruzione delle case superpopolari. (Tale o. d. g. viene approvato dai presenti per acclamazione).

Santangelo G. *Pseudo-paralisi progressiva da veronal in soggetto luetico e tossicomane.* — Dopo aver accennato all'esistenza di sindromi di pseudo-paralisi progressiva derivanti da varie intossicazioni croniche (alcool, cocaina, ossido di carbonio, piombo, ecc.); da uremia; da pellagra; ecc.; l'O. descrive un caso nel quale la causa era da ricercarsi nell'abuso di veronal. Il paziente, di 27 anni, presentava lieve tremore dei muscoli perioralì e della lingua protrusa, debolissimi i riflessi tendinei superiori e i rotulei d'ambo i lati, non provocabile l'achilleo di sinistra e debolissimo il destro; pupille leggermente anisocoriche, iridi reagenti debolmente alla luce. Nulla a carico della sensibilità e dei sensi specifici. Nella scrittura si rilevò qualche omissione di sillabe e parole. Psichicamente esisteva un rallentamento globale di tutte le facoltà psichiche e sopratutto spiccata l'ottusità emotiva. Essendosi deciso di praticare la malarioterapia, l'O. procedette all'esame del liquor, ma con gran meraviglia ebbe a notare che l'esame di esso mostrava essere il liquor normale e presentava una R. W. negativa, nonostante che questa fosse positiva nel sangue. L'O. pensò allora trattarsi di una sindrome pseudo-paralitica e da uno stringente interrogatorio dell'infermo, assodò che egli aveva abusato del veronal (fino a 1-2 gr. per sera) per procurarsi un sonno forzato e lungo onde soffocare alcuni suoi dispiaceri. Un regime di astinenza tossica ed una blanda cura ricostituente portarono in breve tempo la guarigione del malato che si conserva da circa un anno.

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICHE DI PALERMO

Seduta dell' 8 maggio 1926

Presid.: prof. E. TRICOMI

Alaimo. *Influenza delle instillazioni di morfina e suoi derivati sull'occhio normale, con speciale riguardo allo studio dei vasi linfatici della congiuntiva, mediante indagine alla lampada a fessura.* — L'O., mediante numerose ricerche eseguite su individui di differente età, sesso e costituzione, nei quali ha instillato nel sacco congiuntivale soluzioni al 3 % di morfina, codeina, peronina, dionina ed apomorfina, ha osservato che la morfina e suoi derivati, tranne l'apomorfina, in individui sani, producono effetti analoghi (vasodilatazione, edema linfatico, linfatico-dilatazione, anestesia della congiuntiva al toccamento), varianti solo in intensità. La vasodilatazione sarebbe determinata da paralisi dei vasomotori; la chemosi linfatica è da considerarsi sia come effetto chemiotattico per quanto riguarda gli elementi figurati della linfa sia come effetto di modificazioni fisico-chimiche a livello dei capillari sanguigni e degli elementi morfologici dei tessuti circumambienti. Da ciò il benefico effetto della dionina sulla risoluzione di processi essudativi ed infiltrativi. Del resto dal punto di vista degli effetti si possono classificare in ordine decrescente: la dionina e la peronina, la codeina e l'eroina, la morfina. Le reazioni iperemiche e chemotiche, poi, indotte dalla morfina e suoi derivati sulla congiuntivà sono più accentuate negli individui a costituzione linfatico-scrofolosa, ma, secondo l'O., tale reazione non può servire come vorrebbe Derier quale prova diagnostica di detta costituzione.

Tutte le predette sostanze danno luogo ad assuefazione, nel senso di non determinare più edema linfatico dopo 4-6 giorni di instillazioni, pur continuando a determinare iperemia vasale; lo effetto chemotico non si ripiglia prima di 3-5 giorni dall'ultima instillazione.

A differenza degli altri alcaloidi, l'apomorfina determina solo vasodilatazione a tipo pericheratico, e inoltre dolorabilità, fetofobia, erosioni e sfaldamenti dell'epitelio corneale.

Luna E. *Un caso di sutura del cuore seguito da guarigione.* — L'O. presenta un giovane da lui operato nel settembre 1917 di sutura del cuore, in seguito a ferita da coltello nel 4° spazio intercostale sinistro con ferita dell'orecchietta sinistra. Sutura con 5 punti di seta, chiusura della breccia pericardica e piccolo zaffo superficiale. Guarigione per prima in una diecina di giorni. Il giovane sta tuttora bene e può accudire alle sue ordinarie occupazioni di barbiere senza accusare alcun disturbo.

Parlavecchio. Ricorda un altro caso da lui operato di sutura del cuore con esito in guarigione, uno dei primissimi casi della letteratura.

Aiello. Fa noto che anch'egli ha operato un individuo con ferita al cuore e che questi è ancora vivente.

Fazzari I. *La tiroide in Palermo e provincia.* — Il peso medio della tiroide nei palermitani era nel 1840, secondo l'anatomico Gorgone, di gr. 28; oggi invece l'O. ha constatato un peso medio di gr. 20,38 e propriamente gr. 16.58 per gli uomini e gr. 25.19 per le donne. La differenza può spiegarsi con le migliorate condizioni igieniche della città, il peso maggiore della tiroide femminile col prevalere nelle donne della sensibilità alle cause gozzigene.

Circa, poi, la frequenza della piramide di Morgagni, l'O.. l'ha riscontrato nel 50 % dei casi (37 % nei maschi e 63 % nelle donne)

Rindone A. *Modificazioni del sangue nella simpaticectomia dell'arteria nutritiva del midollo osseo.* — Da esperimenti fatti nei cani, asportando l'avventizia dell'arteria nutritizia del femore, è risultato all'O. che la simpaticectomia aumenta, fin dal principio dopo compiuto l'atto o-

Digitized by Google

peratorio, il numero dei globuli rossi, il quale poi ritorna al normale entro 15 giorni circa, e solo raramente determina comparsa in circolo di forme immature della serie emoglobinica. Anche i leucociti aumentano in modo più o meno evidente e duraturo e l'esame della formula leucocitaria dimostra prevalenza dei granulociti (neutrofili ed eosinofili) e diminuzione relativa dei linfociti, con presenza di mielociti e mieloblasti.

Porsio A. *I nervi spinali dell'uomo in rapporto alla mole del soma e le loro variazioni morfologiche e chimiche in rapporto alla età.* — Risulta all'O. che lo spessore dei nervi spinali sta in rapporto con la mole del soma dell'individuo, e cioè individui di mole più grossa hanno nervi più spessi, per un maggior contenuto di fibre nervose. D'altra parte lo spessore dei nervi dipende pure dalla grandezza del segmento del soma che il nervo deve innervare, per cui di individui con mole del soma eguale ha nervi più spessi quell'individuo che ha l'arto, per es., più lungo.

In quanto all'età, l'O. ha notato che col progredire di essa aumenta il volume dei nervi per una maggiore quantità di tessuto connettivo, restando invariato il numero delle fibre nervose: si ha aumento del tessuto collageno, del tessuto elastico e dei vasi sanguigni. Studiando, poi, le variazioni chimiche dei nervi in rapporto all'età, l'O. conclude che sia il ricambio proteico che quello dei grassi aumentano di intensità con l'avanzare degli anni e raggiungono il loro massimo sviluppo verso i 40 anni.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta del 21 maggio 1926

Presid.: prof. E. Alfieri

Alfieri e Monti. *Nel cinquantesimo della prima operazione cesarea Porro.* — Gli OO. con elevate parole ricordano che la prima operazione cesarea con amputazione utero-ovarica fu eseguita il 21 maggio 1876 da Edoardo Porro in questa aula.

Alfieri. Servendosi spesso delle stesse parole del Porro, mette in luce l'importanza dell'avvenimento dopo il quale tante vite furono salve, ricorda attraverso quale profondo ed acuto studio il Porro fosse giunto alla grande innovazione, ricorda le obbiezioni dalle quali il Porro dovette difendersi e sintetizza l'alta figura di scienziato e di filantropo di E. Porro.

Monti che ebbe il Porro tra gli amici di famiglia, tratteggia l'ambiente scientifico di allora e rievoca brillantemente la figura del Porro come uomo e come patriota.

Il prof. Alfieri legge un telegramma di calorosa adesione del prof. sen. Mangiagalli.

Morone G. *Sulla natura e sulla patogenesi della malattia ossea di Paget.* — Dallo studio della letteratura e di 4 casi personali di malattia ossea di Paget — in cui l'O. ha potuto compiere ricerche istologiche e biologiche, con particolare riguardo alle prove endocrine e al ricambio basale — sono formulate le seguenti conclusioni:

1. La malattia ossea di Paget è un'affezione, se non frequente, certamente non rara.

2. Essa rappresenta una sindrome anatomo-clinica assai variabile per la sede e per il numero delle ossa colpite, per l'estensione e la profondità delle lesioni: si può distinguere una forma a focolaio circoscritto, una forma monosteitica, una polisteitica, ed una generalizzata.

3. Anatomicamente, il processo è in modo essenziale caratterizzato da una distruzione dell'osso — dovuta ad un duplice meccanismo, di riassorbimento lacunare, in prevalenza, e di alisteresi — e da un processo tendenzialmente ricostruttivo, di scarsa efficienza; la perdita di sostanza ossea è colmata da una neoproduzione di tessuto connettivo più spesso denso, scleroso, talvolta fibrillare lasso.

4. Contrariamente all'opinione dominante che le lesioni siano sempre di natura infiammatoria, si deve ammettere l'esistenza di casi in cui le lesioni sono l'esponente di un processo distrofico, non di natura flogistica. In questi casi il midollo osseo può partecipare al processo solo con modificazioni di indole funzionale.

5. L'osteopatia di Paget è una sindrome che può avere origini differenti: se si prescinde dall'esistenza di un peculiare agente infettivo (dimostrato fino ad ora nel solo caso di Bignami), si deve verosimilmente ammettere nella genesi della malattia il concorso di due fattori, uno disponente — e questo è forse il più costante — ed uno determinante.

Tra i primi il fattore endocrino — inteso come disturbo ormonico complesso, plurighiandolare — o meglio endocrino-simpatico, è quello che appare più meritevole di considerazione per la sua frequenza (che potrà apparire maggiore quanto più accurate saranno le ricerche in proposito) e perchè in accordo con le nostre conoscenze intorno al metabolismo delle ossa. Su di esso l'O. si permette di richiamare più particolarmente l'attenzione, perchè i suoi casi apportano un interessante contributo alla questione.

Un altro fattore disponente degno di menzione, sopratutto per le forme localizzate, è costituito da alterazioni neuro-distrofiche.

Per i secondi è giuocoforza rifenirsi a cause tossiche, probabilmente di origine metabolica o intestinale (Knaggs), forse le più frequenti ma fuori delle nostre possibilità di una sicura dimostrazione, e a cause infettive, che per ora apparirebbero solo eccezionali, ma per le quali sono necessarie ulteriori e più rigorose indagini.

Al trauma non si può assegnare che un posto di eccezione tra le cause efficienti e solo per le forme svolgentisi in unico focolaio nella sede del trauma stesso.

L'influenza della sifilide nel determinismo patogenetico della osteopatia di Paget va ridotta a quella di un fattore secondario, non necessario, che può spiegare la sua azione come provocatore di disendocrinie (Achard): le lesioni ossee non rappresentano mai un'osteopatia di natura sifilitica.

6. Per i rapporti tra osteite deformante di Paget, osteite fibrosa di Recklinghausen, osteodistrofia cistica di Mikulicz, va considerato che esiste tra di esse un'affinità anatomica, e, forse meglio, un'identità se ci si riferisce solo alle alterazioni fondamentali dei vari processi morbosi — la differenziazione è basata solo su caratteri affatto secondari —; e poichè identica è la concezione patogenetica e il comportamento clinico loro non offre possibilità di sicura differenziazione, nè in base all'estensione del processo nè per i segmenti scheletrici colpiti, parrebbe opportuno di formare con esse un gruppo unico, indicandolo preferibilmente col nome di ostosi fibrosa, come quello che sintetizza il processo nella sua essenza e non è pregiudizievole della natura della malattia.

Seduta del 4 giugno 1926

Presid.: prof. E. Alfieri

Alfieri E. *Le direttive terapeutiche nei casi di tubercolosi complicanti la gravidanza.* — L'O., dopo avere passato successivamente in rassegna le diverse questioni che derivano dall'associazione della tubercolosi polmonare con le funzioni di maternità, nell'affermare la necessità che ogni caso clinico venga considerato e trattato a sè a seconda delle sue peculiari caratteristiche mediche e sociali, traccia le direttive fondamentali per un trattamento terapeutico razionale, che sappia ad un tempo approfittare dei vantaggi dei più moderni metodi di cura medica, fisica e sanatoriale senza trascurare quelli talora realizzabili con una tempestiva soppressione dello stato gravidico. E passa poi ad indicare i metodi di interruzione della gravidanza e di eventuale sterilizzazione consecutiva, che appaiono oggi più vantaggiosi e preferibili a seconda dei casi e del momento nei quali l'intervento ostetrico può essere richiesto.

Di Guglielmo G. *Una forma di aritmia complessa.* — L'O. illustra una forma di aritmia complessa, rappresentata dalla coesistenza in una donna di 75 anni di diversi tipi di disturbi del ritmo cardiaco.

Dopo un periodo di tachicardia parossistica; questa scompare e si stabilizza un quadro che i tracciati elettrocardiografici dimostrano formato dalla coesistenza di extrasistoli ventricolari, di fibrillazione auricolare, di aritmia completa.

L'O. accenna alle due dottrine patogenetiche, una delle quali esclude qualsiasi rapporto di parentela fra queste diverse forme di aritmie, mentre l'altra ritiene che esse rappresentino fasi diverse di una ipereccitabilità miocardica d'intensità progressivamente crescente.

Al tavolo anatomico si è riscontrato un nodulo neoplastico della grandezza di un pisello nella parete posteriore del ventricolo sinistro, per metastasi da un cancro massivo del fegato; inoltre degenerazione del miocardio e ateromasia diffusa.

I risultati delle indagini microscopiche in corso saranno ulteriormente comunicati.

Di Guglielmo G. *Eritremie acute.* — Opinione generale degli ematologi è che non esistano malattie a carico dell'apparato eritropoietico paragonabili alle leucemie, ossia che non esistano vere e proprie eritremie.

L'O. illustra tre casi e, in base ai reperti ematologici (eritroblastosi fino al 95 % con eritroblasti ortocromatici, policromatici, basofili, proeritroblasti, primitive cellule migranti ad orientamento eritroblastico, cariocinesi eritroblastiche, forme megaloblastiche e megalocitiche, valore globulare superiore all'unità, anisocitosi, poichilocitosi, cellule granulocitiche istioidi, ecc.) e ai reperti istopatologici (iperplasia considerevole del tessuto eritroblastico con riduzione del tessuto leucopoietico nel midollo osseo, nidi eritroblastici nella milza e nel fegato), arriva alle seguenti conclusioni.

Digitized by Google

Esistono delle malattie che colpiscono l'apparato eritropoietico e vi determinano alterazioni del tutto analoghe a quelle che insorgono nell'apparato leucopoietico, quando questo va soggetto a un processo leucemico; esistono, in altri termini, delle vere e proprie eritremie del tutto analoghe alle leucemie. In questo nuovo capitolo della ematologia clinica, del quale la prima pagina è costituita dall'illustrazione di questi tre casi di eritremia ad andamento acuto, devono rientrare anche le anemie perniciose megaloblastiche ipercrome a decorso lento, vere malattie primitive dell'apparato eritropoietico, come dimostrano le caratteristiche alterazioni degli organi e del sangue. Con ciò non si vuol dire che si tratta di malattie identiche fra di loro, ma che esiste un gruppo di processi morbosi che possono differire per alcune manifestazioni cliniche, per il quadro ematico, per alcuni particolari morfologici del reperto istopatologico (orientamento prevalentemente normoeritroblastico o prevalentemente megaloblastico), così come del resto si verifica nei diversi processi leucemici.

E come per questi ultimi, così anche per i processi eritremici le variazioni potrebbero essere in rapporto alla diversità del decorso (acuto, subacuto, cronico) e forse anche alla diversità del fattore eziologico, che finora è del tutto sconosciuto.

□□□

PER LA PRATICA

MALATTIE INTESTINALI

CLINICA PROF. GAVAZZENI IN BERGAMO

PERIDUODENITI E NEVROSI

per il dott. AUGUSTO JONA

Alla radiologia prima, alla chirurgia poi è quasi esclusivamente dovuto il complesso delle assai precise cognizioni acquistate in questi ultimi anni sulla patologia del duodeno. Non è però della parte radiologica o chirurgica delle malattie intrinseche od estrinseche del duodeno che voglio dire; lavori profondi e completi sono stati compilati al riguardo; scopo mio è di considerare la sindrome nervosa accompagnante certe forme di stenosi duodenale, affezione che delle malattie del duodeno è la espressione clinica forse più comune.

Cause di queste stenosi possono essere gli esiti dei processi ulcerativi del duodeno; assai più frequentemente però si tratta di periduodeniti da processi infiammatori vicini o lontani (cistifellea, colon, mesentere, pancreas, stomaco, appendice, ovaio) o di briglie o veli la cui natura infiammatoria non è dimostrata (Mayo) (2) o di un'abnorme disposizione del legamento di Treiz, o di anomalie di sviluppo del peritoneo a questo livello; stenosi duodenale si può avere altresì nei casi di cortezza del mesentere o nella ptosi intestinale che stirando in basso il territorio vascolare dell'A. mesenterica accentua l'angolo mesenterico-aortico con aumento della compressione del duodeno da parte dei vasi mesenterici.

La sintomatologia di questi malati è data da senso di peso e di tensione gastrica specie dopo i pasti, indolenzimento quasi continuo all'epigastrio, pirosi, senso di nausea, tendenza al vomito talora vomito di sostanze biliose e di poco cibo, bisogno di fare eruttazioni, appetito per lo più scarso. Gli aa. dimagriscono notevolmente e si sentono gravemente prostrati. Anche nei casi con sintomatologia ipercloridrica non sempre il pasto di prova dimostra ipersecrezione (riflusso di liq. duodenale?). Radiologicamente oltre al reperto vario delle eventuali aderenze, della mobilità più o meno limitata, delle nicchie ecc., vi ha un grado più o meno notevole di ectasia dell'una o dell'altra porzione del duodeno con lento svuotamento della pappa e rigurgiti verso il bulbo duodenale. Vi ha inoltre una sintomatologia nervosa quasi comune a tutti questi malati, che si accentua in modo specialissimo nei casi in cui meno dimostrabile o sospettabile è un fattore infiammatorio cui attribuire esiti aderenziali; detta sintomatologia è costituita da inquietudine, depressione psichica e fisica, cefalea, insonnia(fobie varie, inadattabilità all'ambiente, al regime dietetico, dubbio ostinato di non guarire ecc. Si tratta per lo più di soggetti di costituzione longilinea, glenardiani, assai magri, sempre molto dimagriti, la cui storia rivela quasi sempre un carattere nevrosico congenito. Essi per lo più non hanno mai digerito molto bene ed hanno sempre accusato qualche disturbo intestinale: talvolta nell'infanzia soffrirono di infiammazione intestinale. In seguito ad un eccesso dietetico, talvolta anche soltanto in seguito ad un dispiacere, i disturbi gastrici si sono accentuati e stabiliti con carattere di ostinatezza.

E' notorio come tutti i tentativi terapeutici si infrangano contro la sintomatologia suddetta, poichè la dieta lattea poco influisce sui sintomi e scarso effetto hanno le polveri di bismuto ecc. o gli antispasmodici (atropina o belladonna) e pochissimo rispondono gli stessi saturanti (bicarbonato, magnesia, ecc.). Non migliore o durevole fortuna hanno le cure fisiche, elettriche o idroterapiche.

Accurate ricerche cliniche e di laboratorio dimostrarono in detta sintomatologia nervosa va ascritta all'alto grado di tossicità del contenuto duodenale ristagnante (3). All'insufficienza motoria dello stomaco e del duodeno dovrebbero invece più direttamente riferirsi i sintomi gastrici pr. detti. Questa interpetrazione non è nuova; già da tempo si riferivano a lesioni duodenali forme psicosiche vere (4); purtuttavia vi ha un dato di grandissimo valore nell'interpetrazione della fenomenologia o di gran parte di essa, ed è quello offerto dall'intervento chirurgico.

Trovate le cause dirette o indirette della stenosi che l'esame radiologico aveva identificato: briglie o membrane, secondarie o non a fatti infiammatori intrinseci o lontani, il chirurgo recide le aderenze e allontana i veli periduodenali; fa l'intervento di scelta, gastro-enteroanastomosi o duodeno-digiunostomia (riscontrando spesso la mucosa duodenale notevolmente congesta, ciò che fa pensare che la stenosi sia molto spesso non già la conseguenza ma la causa predisponente ad un'ulcera); ma con ciò il malato nel più dei casi non guarisce; migliora. Digerisce meglio, accusa cioè minori le molestie della digestione, cresce quasi sempre notevolmente in peso, ma continua a mostrarsi uno schietto nevropatico.

Non mai egli dichiara come ad es. un operato di gastroenteroanastomosi per stenosi pilorica da ulcus, « di essere di nuovo quello di prima » e in grado di riprendere le occupazioni e la vita abbandonata per la malattia. Egli è ancora lo scontento che si lagna di sofferenze varie, che dorme poco, che si sente fiacco, quando addirittura non afferma, rivelando chiaramente la sua natura, di avere inutilmente subita l'operazione. E nemmeno si può dire che la scelta dell'intervento sia poco appropriata, perchè là dove la gastro-enteroanastomosi non basterebbe, e cioè nei casi di stenosi sottomesocolica, la duodenodigiunostomia ovvia perfettamente all'inconveniente del ristagno duodenale.

La nostra statistica numera complessivamente una trentina di casi assai accuratamente studiati, e comprende forme di stenosi funzionali operate in questa Clinica di gastro-entero-anastomosi, altre di duodenodigiunostomia, alcune operate in altri Istituti, e parecchi casi curati medicalmente.

Una specie di analogia somatica oltre che sintomatica dei vari soggetti spicca da essa. Si tratta di individui lungilinei, magri e tutti dimagriti di otto-dieci Kg. Tutti si dimostrano spiccatamente nervosi nel senso che più comunemente si dà alla parola. Ma vi sono forme di nervosismo lievi ed altre di psiconevrosi gravi, forme isteriche e qualcuno di vero deficit mentale. La sintomatologia gastroduodenale ha pure caratteri analoghi inquadrandosi nei fenomeni elencati più sopra.

Riferisco a scopo dimostrativo alcuni di questi casi:

1. N. D. a. 20 celibe contadino. E' sempre stato un debole e non ha potuto a lungo continuare nel lavoro dei campi. Soffre da più anni di peso gastrico dopo i pasti, di iperacidità con inappetenza, ha facili eruttazioni e senso di nausea. Peggiorato in questo ultimo tempo decise di venire in questa Clinica. Da qualche tempo ha vomito assai facile dopo il pasto. E' notevolmente dimagrito. Si riscontra ipersecrezione gastrica; radiologicamente ritardo nello svuotamento dello stomaco, stenosi della terza porzione del duodeno, con dilatazione a monte e ristagno duodenale

Digitized by Google

L'a. viene sottoposto ad un lungo periodo di cura dietetica e medicamentosa (bismuto, atropina ecc.) durante il quale dimostra una sintomatologia isteronevrosica non comune con note di deficienza psichica. Egli si lagna continuamente e non è solo lo stomaco che lo preoccupi; tutti i suoi organi con le relative funzioni gli destano apprensione; ora teme per i polmoni, ora per il cuore, ora per l'intestino, ora per il cervello. Commette ogni sorta di sotterfugi per nascondere il cibo e le medicine che ritiene idatti al suo caso. E' un masturbatore. Rinviato dopo qualche miglioramento a casa, ritorna dopo qualche tempo peggiorato, e allora si decide l'intervento. Si trovano veli periduodenali e briglie che legano la terza porzione del duodeno al peduncolo mesenterico e al bulbo pilorico. Duodenodigiunostomia. Decorso postoperatorio normale. Funzione dell'anastomosi controllata allo schermo Roentgen perfetta. L'a. cresce assai rapidamente in peso (dopo un mese quasi 10 Kg.). Migliora un po' la sintomatologia gastrica soggettivamente. La sintomatologia nevrosica rimane invariata.

2. L. G. a. 24 celibe contadino. Sintomi gastrici analoghi al precedente. Vomito assente. Sintomi nevrosici un po' meno accentuati. L'a. è un po' più intelligente del precedente. Radiologicamente: sintomi di periduodenite con stenosi parziale funzionale della terza porzione. All'intervento: veli periduodenali assai tenaci. Non rilevandosi dati obbiettivi di vera stenosi ne briglie vere il chirurgo pratica una gastroenteroanastomosi; trova mucosa gastrica congesta e facilmente sanguinante. Guarigione regolare. Miglioramento. In un mese l'a. cresce di 4 Kg. Ancora si lagna di disturbi gastrici e mostra sintomi nervosi.

3. D. V. celibe, impiegato (?). In seguito a strapazzi fisici e dietetici ebbe esacerbazione di disturbi gastrici di cui soffriva da tempo. Ha dolori tardivi, senso di peso dopo i pasti, facile il vomito che si provoca anche per liberarsi dalla molestia del cibo. E' notevolmente deperito. Visti vani i vari tentativi terapeutici, è caduto in uno stato di prostrazione assai grave, durante il quale ha anche pensato al suicidio. Si presenta all'ambulatorio con una diminuzione di peso da 60 a 42 Kg. Il pasto di prova dimostra una notevole ipercloridria, l'esame radiologico mette in evidenza una dilatazione della seconda porzione del duodeno e del ginocchio inferiore, vi ha una specie di diverticolo da trazione della seconda porzione. Lo svuotamento è difficile, il duodeno appare fisso ed è dolente alla pressione. L'a. curato ambulatoriamente con regime latteo, belladonna ecc. non migliora. Decide allora di sottoporsi all'atto operatorio. All'intervento si trovano veli periduodenali e pericolici; aderenze tra duodeno e cistifellea. Si libera l'organo e si fa la duodeno-digiunostomia; non si riscontrano ulceri od esiti di ulceri. Decorso postoperatorio normale. L'a. migliora, può nutrirsi senza avvertire più così gravi le molestie di prima; in poco più d'un mese cresce di circa 5 Kg. Ma il complesso della sintomatologia nevrosica depressiva non è molto mutato.

4. R. F. a. 33 agricoltore. Fu visto anni addietro dal Direttore di questo Istituto per disturbi gastrici e nervosi. Fin d'allora venne dissuaso dall'idea dell'intervento ritenendosi l'a. sopratutto un nevropatico. L'a. come avviene quasi sempre in questi casi, desiderava sottoporsi ad un atto chirurgico; egli venne infatti operato di gastroenteroanastomosi quasi due anni prima dall'ingresso attuale in Clinica.

Accusa i disturbi per i quali già aveva ricorso al medico anni addietro e cioè: una sintomatologia a tipo ipercloridrico ed inoltre astenia accentuata, fobie varie, insonnia ecc. E' balbuziente. Non abbiamo il reperto radiologico precedente l'intervento. L'esame radiologico fatto al suo ingresso presenta normale funzionamento dell'anastomosi, lo stomaco si svuota però anche dalla via duodenale e il duodeno è ben visibile, è dolente alla pressione ed è evidente dopo sei ore, a stomaco vuoto un'ombra nella parte alta del bulbo duodenale.

Al pasto di prova: lieve ipercloridria. Viene trattato con regime latteo esclusivo prima e poi coll'aggiunta di burro, uova, minestrine ecc. Si comministrano saturanti ecc. Si applicano cure fisiche; diatermia ecc. Si ha qualche miglioramento. L'a. lascia la Clinica dopo un mese circa un po' cresciuto di peso e con attenuazione della sintomatologia digestiva.

Rimane invariata la sindrome psicastenica. Ritorna dopo qualche mese sofferente quasi come prima, per quanto in assai buone condizioni di nutrizione: rimane anche qualche settimana in cura e viene dimesso senza vantaggi degni di nota.

5. L. A. a. 19 disegnatore. Da anni soffre di disturbi gastrointestinali che non hanno una sintomatologia ben definita. Da anni pure i parenti lo riconoscono come un nevropatico. Per il complesso dei suoi disturbi è stato operato prima di appendicectomia e poscia di gastroenteroanastomosi. Non conosciamo il reperto dei due interventi ma abbiamo qualche ragione per ammettere che siano stati conseguenza fatale della nevrosi del soggetto. L'A. si comporta in modo non dissimile da un affetto da anoressia mentale. Egli non mangia per il dolore che gli desta il cibo appena giunto nello stomaco. E' magro in modo preoccupante. Talora ha vomito. Reperto del pasto di prova: nulla di speciale. All'esame radioscopico: svuotamento per le due vie; bulbo duodenale dolente ben visibile, fisso. E' inutile dire del trattamento; basterà accennare che si dovette talvolta ricorrere ad una certa violenza per ottenere che l'a. si alimentasse, e presenziare per un certo tempo ai pasti riuscendo l'a. in mille modi a liberarsi del cibo somministrato. Lascia la Clinica dopo due mesi di degenza cresciuto di sette Kg. e migliorato della sua quasi follia. Rivisto dopo qualche mese lo si trova cresciuto di altri otto Kg. ma sempre lo stesso psichicamente.

6. U. J. a. 23. Caso analogo al precedente. Sintomatologia gastronervosa identica. Anche questo malato fu operato di gastroenteroanastomosi. Nel reperto radiologico si ha il doppio svuotamento, con visibilità del duodeno che è dolente alla pressione anche lieve. Il malato accenna a propositi di suicidio; lo si dimette invariato dopo pochi giorni.

7. V. G. a. 23 meccanico. Sintomi di gastrite ipersecretiva con nausea e qualche rigurgito. Dimagrimento di dodici Kg. Sintomatologia nervosa meno grave dei precedenti due casi. L'a. soffre da due anni e si cura da qualche mese variamente con eupeptici e saturanti. Si presenta al nostro ambulatorio deciso ad un intervento chirurgico. E' estremamente preoccupato del suo caso, non dorme, non mangia per paura dei dolori. Pasto di prova: notevole ipersecrezione. Esame radiologico: notevole ritardo dello svuotamento gastrico. Duodeno ben visibile, dolente, poco mobile, dilatato il ginocchio inferiore, movimenti di antiperistalsi succedentisi con scarso svuotamento. Non nicchie.

Viene curato con dieta lattea rigorosa e riposo a letto; atropina; carbonato di bismuto ecc. Diminuisce ancora di peso in primo tempo, solo dopo lunga insistenza e molta psicoterapia si riesce a persuaderlo a continuare nella cura medica, lentamente si aumenta il dietetico.

Sono indispensabili (come nei casi precedenti tutti sedativi: luminal, tartrato borico potassico, veronal). Dopo un mese circa lascia la Clinica con notevole miglioramento dei sintomi digestivi e con attenuazione della sindrome nervosa. Lo rivediamo dopo due mesi: è cresciuto di quattordici Kg. ma dice di soffrire sempre e vorrebbe farsi operare: mentre noi saremmo decisi all'intervento i parenti visto il buon risultato della cura medica si dimostrano contrari.

8. Z. L. a. 19 imbianchino. Caso analogo al precedente sia radiologicamente che per la sintomatologia clinica soggettiva e oggettiva. Con la cura medica si ottiene un aumento di peso e la quasi scomparsa dei sintomi digestivi; si dimette l'a. dopo un mese circa con l'aumento di quasi tre Kg. in peso, ma sempre esitante, preoccupato.

Ho riportato tre casi da noi operati, tre casi operati altrove e due casi di malati non operati con forme la cui analogia è evidente: quali i risultati? approssimativamente identici.

Dai casi che ho osservati traspare che vi ha un *quid* probabilmente estraneo al processo gastro-duodenale che concorre alla fenomenologia.

Ora, fatta astrazione dei malati in cui un processo infiammatorio precedente è ben dimostrato (sono la minoranza) e nei quali anche assai meno spiccata è la fenomenologia nevrosica, vien fatto di chiederci se più che ad intossicati non siamo noi di fronte ad una classe particolare di nevropatici aventi di particolare una deficiente funzionalità motrice e secretoria del duodeno.

La natura teratologica nell'interpetrazione di qualcuna di quelle membrane periduodenali è da molti ammessa. La costituzione longilinea con ptosi viscerale, causa diretta di stenosi funzionale del duodeno, costituzione legata a simpaticotonia o a stati di simpatico e di vagotonia intricati, è evidente. Troppo intime si rivelano ormai le relazioni del sistema nervoso centrale con le manifestazioni fisiologiche e patologiche degli organi della vita vegetativa, al di là di quello che le nozioni anatomiche permettano di ammettere, perchè possa meravigliare che certi individui aventi un dato cervello o un dato sistema simpatico abbiano anche un duodeno che funzioni in determinata maniera. Tono, circolazione, secrezione, sono alle dipendenze dirette o indirette di questo sistema nervoso: è assai logico che un'alterazione funzionale di questo porti ad un'alterazione di quelli. Del resto è nota l'importanza che da molti si ammette ai fenomeni di spasmo nervoso d'origine spesso emotiva, nella patogenesi dell'ulcera dello stomaco.

Si tratta di processi che non giungono alla coscienza, ma che sono indubbiamente influenzati da particolari stati psichici (inquietudine, angoscia ecc.).

Come l'esofago, lo stomaco, il cuore, che presentano sintomi nevrosici (funzionali) ben noti, probabilmente il duodeno subisce talvolta l'influenza di particolari turbe nevrosiche; la sua speciale funzione imprime alla fenomenologia speciali caratteri.

Digitized by Google

La natura intima delle forme cosiddette funzionali, tuttora ignota, non consiste probabilmente se non in uno squilibrio o in una irregolarità, per così dire, di propagazione di impulsi nervosi.

L'atto chirurgico, modificando l'organo che mostra di non compiere perfetta la sua funzione, può fino ad un certo punto correggere la funzione, ma, poichè lascia necessariamente intatti gli apparecchi di trasmissione degli stimoli e delle sensazioni, lascia necessariamente immutata la sintomatologia generale.

Si può pensare che nelle stenosi funzionali del duodeno la difficoltà propria al meccanismo della digestione e i fenomeni tossici dovuti all'assorbimento del contenuto duodenale ristagnante, siano causa di disturbi locali e generali, moltiplicati però da un particolare coefficiente di ipersensibilità semipatologica; ma è certo altresì che nei soggetti nevropatici può facilmente riscontrarsi detta stenosi funzionale, quale fattore congenito o acquisito, indipendente da processi infiammatori propriamente detti.

BIBLIOGRAFIA

(1) P. Carnot, Blamoutier e Libert. Les periviscerites digestives. — (2) P. Duval, J. Ch. Roux e H. Bèclère. Etudes medico-radio-chirurgicales sur le duodenum. — (3) E. Terris. Stenoses fonctionnelles du duodenum. — (4) Schmidt. Malattie intestinali. — (5) A. Vienhelstein. Le ulceri gastriche e duodenali. Archives of intestinal medicine, apr. 1920.

OTOIATRIA

Diagnosi e cura dell'otite latente nell' infanzia

Quando una raccolta purulenta o siero-purulenta della cassa timpanica non si manifesta con alcuno degli abituali sintomi funzionali e solo i sintomi fisici permettono di arrivare alla diagnosi, l'otite vien denominata « latente ». La frequenza di questa varietà d'otite è rilevante, e J. M. Le Mèe e A. Bloch osservano (*Le Monde Médical*, 1 giugno 1926) che nella loro pratica, su 183 bambini presentanti una febbre non spiegabile con i comuni rilievi dell'esame obbiettivo, 58, ossia circa il terzo, erano affetti da otite latente. Oggi, però, che si è stabilita una maggiore intesa tra medico generico e specialista, i casi misconosciuti si fanno sempre meno numerosi: basta, infatti, che il medico appena avuto il dubbio dell'esistenza dell'affezione dell'orecchio invii subito il piccolo infermo dall'otoiatra, perchè il più delle volte si metta fine ad un processo morboso che dura da molto tempo e che influisce dannosamente sulla salute del malato.

Tra i segni che, in assenza di altre cause chiare della malattia in atto, debbono guidare la diagnosi verso l'otite latente, i principali sono: la febbre, il dimagrimento e i disturbi dell'apparato digerente. La febbre esiste nella maggior parte dei casi, ma la sua curva in genere non ha nulla di caratteristico; alcune volte però si nota che esistono nel tracciato due massimi, il primo dei quali corrispondente alla prima tappa dell'infiammazione otitica, cioè al periodo della salpingite rino-faringea. L'aspetto del malato inoltre esprime un grave stato d'intossicazione: il volto è pallido, gli occhi sono incavati nell'orbita e cerchiati di nero, la faccia ha una espressione d'angoscia e il malato è abbattuto o talora falsamente calmo. Il dimagramento è un segno quasi costante, tanto più importante ai fini della diagnosi se i disturbi digestivi concomitanti non sono così gravi da poterlo giustificare e se si è scartata l'ipotesi di un'infezione tubercolare. Anche molto frequenti sono i disordini intestinali, consistenti in anoressia e diarrea, talora accompagnate da vomito.

Accanto a questi segni d'ordine generale, è possibile che vi sia otalgia, ma l'infermo per la sua piccola età non sa denunziarla e solo indirettamente la si può sospettare, notando che il bambino grida quando lo si corica su di un lato piuttosto che su di un altro e porta pure qualche volta la mano verso l'orecchio dolente. Altre volte il piccolo infermo compie con la testa dei movimenti di lateralità con tendenza a piegarla dal lato malato e a strofinarla contro la spalla dello stesso lato, oppure non succhia se non quando la posizione della testa gli permette di soffrir meno il dolore, appoggiando il lato malato sul braccio o sul petto della nutrice (segno della suzione contro-laterale di Pins). Il dolore, inoltre, è causa di insonnia più o meno intensa.

L'otite latente può anche accompagnarsi con segni di reazione meningea, ma talora questi sono molto lievi, limitandosi, per es., a delle convulsioni localizzate, tra le quali il tipo più frequente è quello delle convulsioni oculari: fissità dello sguardo e deviazione dei globi oculari all'interno o all'esterno, della durata di pochi secondi. Altri segni, poi, più o meno costanti sono: ipertrofia del fegato e della milza (Kishi), cambiamento del colorito del volto con alternative di rossore e di pallore (Hallé), dolore provocabile con una forte pressione sul trago (Vacher), dolore retro-angolo-mascellare dal lato malato, senso di calore alla palpazione più accentuato in corrispondenza della mastoide corrispondente all'orecchio colpito (Robertson).

S'intende, però, che i veri segni patognomonici dell'otite latente saranno rilevati dall'otoiatra; essi consistono essenzialmente nelle modificazioni di colorito della membrana timpanica, che diventa bianca o grigio sporca o altre volte grigio giallastro o brunastro; nei cambiamenti del normale aspetto brillante della stessa membrana, sostituito da un aspetto opaco con presenza di punti brillanti; nella scomparsa della macchia luminosa, segno quest'ultimo, secondo Le Mée e Bloch veramente capitale.

Intanto, a seconda che prevale nell'evoluzione della malattia ora questo ora quel sintoma, si possono descrivere varie forme di otite latente; così si sono individualizzate: una forma febbrile, che può simulare una malattia infettiva acuta; una forma con prevalenza dei sintomi gastro-intestinali, che quando dura a lungo determina una vera intossicazione di tutto l'organismo; una forma prevalentemente pulmonare, con localizzazione pulmonari o pleuriche per embolie settiche di provenienza otogena o per infezione discendente attraverso le vie aeree superiori; e infine una forma pseudo-meningea.

Se si tien conto invece dell'età dell'infermo, l'otite latente, quale è stata finora descritta, è più propriamente quella che si verifica nel lattante. Dallo svezzamento fino a 3 anni, invece, l'otite latente suole piuttosto comparire come complicanza subdola del morbillo e della scarlattina; mentre dai 3 anni fino alla pubertà può determinare delle conseguenze pericolose, tra le quali la mastoidite, la trombo-flebite dei seni, la paralisi del facciale o ancora delle complicazioni generali (polmonari, renali, osteomielitiche, delle articolazioni, ecc.).

Si comprende, da quanto si è detto, come difficile sia talora la diagnosi di otite latente e come questa diventerà spesso sicura solo ricorrendo allo specialista. In ogni caso se si terrà presente di esaminare sistematicamente l'orecchio del bambino, come si fa per la gola, si avrà maggiore probabilità di non lasciarsi sfuggire dei processi infiammatori che in quello si svolgono. E ciò è molto importante per il trattamento.

La cura medica, invero, dà buoni risultati solo in un numero limitato di casi: essa consisterà in instillazioni auricolari, ripetute parecchie volte al giorno, con:

Borato di soda	gr. 1
Glicerina	» 6
Acqua distillata sterile	» 4
Soluzione di adrenalina al ‰	gocce V

Contemporaneamente si cambierà spesso di posizione il piccolo infermo, per impedire la stasi del pus a livello degli orifizi tubarici e non lo si farà bere mentre sta coricato, per evitare accessi di tosse o di vomito che aumenterebbero la pressione interna della cassa timpanica danneggiandola.

La cura più razionale è quella chirurgica, si praticherà cioè un'incisione della membrana timpanica nel punto più declive, servendosi a preferenza d'un piccolo bisturi auricolare con un tagliente avente un lato orizzontale ed un altro obbliquo. All'incisione si farà seguire una medicazione umida, proteggendo i tegumenti con una sostanza grassa per impedirne la macerazione; tale medicazione si ripeterà 3-4 volte al giorno, previa instillazione nell'orecchio di soluzione ipertonica di cloruro di sodio al 15-20 %. Se lo scolo purulento è abbondante, lo si aspirerà con una siringa, tenendo presente che i caratteri di tale secrezione hanno un valore prognostico. Se essa, infatti, è puramente sanguigna, l'otite guarirà ben presto; se invece la secrezione è mucosa o sierosa, la guarigione non si verificherà prima di 6-10 giorni; se infine la secrezione è siero-sanguinolenta, muco-purulenta o purulenta l'otite in media evolverà in 2-3 settimane, salvo complicazioni. Così dal punto di vista batteriologico, la prognosi è migliore come durata se sono in giuoco lo stafilococco o lo pneumococco, meno buona se si riscontra lo streptococco, più grave se l'agente etiologico è lo « pneumococcus mucosus ».

Può accadere, talora, che, anche drenata la cassa timpanica infetta, la febbre non scompare; si potrà trattare allora di una complicanza a carico o dell'altro orecchio o della mastoide o del pulmone, oppure è possibile che l'incisione sia stata insufficiente ad assicurare un buon drenaggio. Si cureranno pertanto queste complicanze, eseguendo, in caso di mastoidite, l'antrotomia.

Come mezzi coadiuvanti del trattamento chirurgico, si potrà ricorrere alla vaccinoterapia e, specie nelle otiti da pneumococco, alla sieroterapia. Contro le frequenti affezioni bronco-pulmonari, si ricorrerà (Le Mée e Bloch) alle iniezioni con eucaliptolo, secondo la formula:

Digitized by Google

Eucaliptolo	gr. 0.10
Canfora	» 0.05
Olio di ulive sterilizzato	cc. 2

iniettando nel lattante fino a 6 mesi 1/2 fiala ogni 2 ore e fino a una dose massima giornaliera di gr. 0.30 di eucaliptolo; da 6 mesi in poi, 1 fiala ogni 3 ore, gr. 0.60-0.80 di eucaliptolo nelle 24 ore.

Si istituiranno poi delle cure complementari: si asporteranno le vegetazioni adenoidi, se ne esistono, intervenendo appena la temperatura è diventata normale da una quindicina di giorni; si ricorrerà all'esposizione dei piccoli infermi ai raggi ultravioletti per combattere l'adenoidismo; si eviterà di ricorrere a disinfezioni troppo forti del cavo naso-faringeo, a scopo profilattico, limitandosi ad instillazioni con soluzione fisiologica e, 1-2 volte alla settimana, con olio resorcinato 1:60 o con olio eucaliptolato o gomenolato 1:200; si allontaneranno, infine, i bambini, come mezzo preventivo, dalle probabili sorgenti d'infezioni, tra le quali hanno speciale importanza la nutrice o i familiari affetti da corizza.

A. Tarsitano

NOSOGRAFIA

Forma particolare d'iperidrosi della faccia

A. Trioumphoff (*La Presse Médicale*, 27 ott. 1926) riferisce un caso, nell'anamnesi del quale risulta una parotidite recente che si era perforata spontaneamente e operata. La traspirazione cutaneo-facciale, che non si manifesta nel caso dell'affezione glandolare, appare a breve distanza di tempo dalla guarigione del precedente processo. Essa è abitualmente preceduta da un senso di pizzicore, da arrossamento e lievi dolori localizzati nella zona che sarà la sede della futura iperidrosi. Ordinariamente questa zona occupa la regione della guancia, dirigendosi talvolta in basso oltrepassando il margine della mandibola e in alto nella regione temporale o anche fin nel cuoio capelluto situato al disopra dell'orecchio.

Nella maggioranza dei casi la zona di traspirazione iperidrosica coincide col territorio del nervo auricolo-temporale della terza branca del trigemino e del ramo auricolare del plesso cervicale.

Questi due nervi passano attraverso la parotide: l'auricolo-temporale l'attraversa col suo tronco principale, il ramo auricolare con alcune delle sue fibre. Questi due nervi contengono oltre alle fibre sensitive, anche fibre vasomotrici e sudoripare.

La parotidite purulenta porta, com'è noto, ad una cicatrizzazione, con neoformazione di connettivo. Questa cirrosi è l'agente causale della iperidrosi locale, in quanto che dà luogo ad una compressione dei suddetti rami nervosi, compressione che da un lato si manifesta con una iperemia, e dall'altro con una irritazione delle fibre vasomotrici e sudoripare, cioè con arrossamento cospicuo ed aumento della traspirazione.

Questa iperidrosi si manifesta ad accessi: ordinariamente accompagna i pasti e in genere ogni aumento nella produzone di saliva.

Quest'affezione solo raramente tende a regredire: comunemente è persistente e stazionaria.

L'atropina nelle dosi comuni non dà qui nessun benefico effetto. Buoni risultati dà invece l'iniezione sottocutanea locale, alla dose di cmc. 0,1-0,2 di una soluzione di atropina solforata al millesimo. Questa azione si mantiene per oltre due ore, di modo che se l'ammalato riceve in tempo il suo pasto, la traspirazione post-prandiale sarà del tutto evitata.

Taluni hanno pensato alla resezione dei due nervi su citati, e infatti hanno ottenuto buoni risultati. Però è da notare che l'operazione è assai arrischiata in quanto che espone al pericolo di danneggiare seriamente il nervo facciale.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Aurofos nella cura del lupus. — Kropatsch (*Wiener Klin. Woch.* an. 38, n. 46) ha ripreso i tentativi di cura del lupus con l'auroterapia, usando un nuovo preparato di oro, quasi atossico, l'Aurofos o sale doppio aurico-sodico dell'acido amminoarilfosfinoso e dell'acido iposolforoso. Il metodo di somministrazione del preparato è quello delle iniezioni endovenose, usando delle soluzioni in acqua distillata sterile all'1 % e per quantità superiori ai 10 cc. al 2 %; del resto vi sono in commercio soluzioni già pronte per l'uso.

Nel lupus eritematoso, l'A. si è servito di dosi varie a seconda dello stadio della malattia. Allo stadio iniziale col quadro puro dell'eritema, si è cominciato con dosi minime di gr. 0.0001, aumentandole gradatamente e con due iniezioni alla settimana salvo eventuali forti reazioni locali e generali. Giunto alla dose di gr. 0,01, l'A. ha aumentato più lentamente le dosi, arrestandosi a quella con la quale è constatabile chiaramente un effetto favorevole sul processo morboso; dose massima gr. 0,10 per iniezione. Nello stadio di ipercheratosi, le dosi iniziali sono state di gr. 0,001, salendo rapidamente fino alla dose che dava evidenti reazioni di focolaio; dosi massime, gr. 0.20-0.30 per iniezione. Su 23 casi di lupus eritematoso così trattati, si è osservata guarigione completa in 8, grande miglioramento in 8 e solo gli altri 7 mostrarono un miglioramento poco accentuato.

Nel lupus volgare, l'A., pur praticando le iniezioni di Aurofos 2 volte alla settimana, ha usato dosi iniziali di gr. 0.001-0.005, salendo rapidamente a dosi alte di gr. 0.40-0.50, e usando maggiore cautela se esistevano contemporaneamente lesioni pulmonari. Gli effetti sulle lesioni sono stati però mediocri solo associando contemporaneamente la cura con l'Aurofos con la cura di luce; risultati, perciò, poco soddisfacenti rispetto a quelli osservati nel lupus eritematoso.

LIBRI ED OPUSCOLI

Cabanès. *Le curiosità della medicina* (Les curiosités de la médecine). 1 vol. di pagg. 330. Libreria Le François, Boulevard Saint-Germain, 91, Parigi. Prezzo frs. 10.

Questo libro ricorda solo nel titolo quello pubblicato dallo stesso A. circa venticinque anni or sono; esso infatti non è una nuova edizione, ma è stato completamente rifatto, conservandosi solo il piano generale del lavoro primitivo. Dopo poche generalità sul tipo morfologico umano, l'A. passa in rassegna il rivestimento cutaneo con i suoi annessi, il tronco e gli arti, in ciascuna sezione esponendo questioni scientifiche e piacevoli aneddoti, onde il libro è di facile lettura pur essendo ricco di nuove cognizioni. Il tatuaggio, i capelli, la barba, i baffi, i denti; i vantaggi e gli svantaggi del busto, il simbolismo della mano, le anomalie digitali, ecc. sono tanti capitoli di questo libro, nei quali spesso illustri personalità ci appaiono sotto l'aspetto umano dei loro difetti e delle loro manchevolezze.

In conclusione, dopo aver letto tutto il libro, si è sicuri di non aver fatto opera inutile.

Dargallo R. e Espinosa M. *Trattamento della tubercolosi polmonare con la sanocrisina a dosi medie e piccole* (Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la sanocrisina a dosis medianas y pequeñas). 1 vol. di pag. 73. Libreria Sintes, Ronda de la Universidad, 4, Barcellona, 1926. Prezzo 7 pesetas.

Questa monografia, frutto dell'esperienza personale degli AA., vien pubblicata da questi allo scopo di sostenere, come si rileva anche dal titolo, la necessità di ricorrere solo a dosi medie e piccole nel trattamento della tubercolosi polmonare con la sanocrisina, per evitare così gli inconvenienti, spesso molto pericolosi, delle dosi alte, pur utilizzando l'azione terapeutica del nuovo medicamento. Dalla numerosa casistica riferita, corredata da dimostrative grafiche e da radiografie, che fanno meglio seguire l'evoluzione della malattia il medico potrà dedurre le indicazioni per il trattamento, al fine di ricavarne i più vantaggiosi risultati possibili. Monografie del genere, e buone, ve ne sono anche in Italia; ciò non diminuisce la utilità della presente, dato che si seguono tuttora discussioni e pareri discordi sul trattamento sanocrisinico della tubercolosi polmonare.

Pende N. (Direttore della Clinica Medica della R. Università di Genova). *La vecchiaia: si può ritardare?* Una elegante brochure di 20 pagg. con 4 figure nel testo. Editrice Romana medica, Via Ludovisi 16, Roma. Prezzo L. 5 (in Roma) e L. 5.50 (fuori Roma).

Di questa importante pubblicazione del prof. Pende ne ha recentemente parlato il prof. Andrea Ferrannini in un articolo comparso nel fasc. 12, della nostra rivista, a pag. 265, dove rimandiamo i nostri lettori.

Giuffrè L. e Mannino L. *Sulla temperatura del liquido cefalorachidiano.* Estratto da «Lo Sperimentale», n. VI, 1925.

Guerrini G. *Sull'azione della lisocitina saggiata «in vivo» sui tessuti animali.* Estratto dal «Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese», fasc. II, 1925.

Mori A. *Retrazioni tendinee della mano da strumenti di lavoro.* Estratto da «Le assicurazioni sociali», n. 3, 1925.

Mori B. *Per la prevenzione delle mutilazioni della mano da strumenti agricoli.* Estratto dalla «Medicina del lavoro», n. 9, 1925.

Digitized by Google

VITA UNIVERSITARIA

Movimento del personale insegnante. — Sono stati trasferiti: Gallerani prof. Giovanni, stabile di fisiologia nella Università di Camerino, alla cattedra della stessa disciplina della R. U. di Bari; Giannelli prof. Luigi, stabile di anatomia umana normale nella Università libera di Ferrara, alla R. U. di Bari; Fiori prof. Paolo, non stabile di patologia chirurgica nella R. U. di Modena, alla cattedra di clinica chirurgica della stessa Università; Frugoni prof. Cesare, non stabile di patologia speciale medica nella R. U. di Firenze, alla cattedra di clinica medica della R. U. di Padova; Pentimalli prof. Francesco, non stabile di patologia generale nella R. U. di Cagliari, alla stessa cattedra della R. U. di Perugia; Bolognesi prof. Giuseppe, stabile di patologia chirurgica della R. U. di Siena, alla cattedra di clinica chirurgica della stessa Università.

— Sono stati nominati, in seguito a concorso, professori non stabili per un triennio: Balli Ruggero, di Radiologia e Terapia fisica, a Pavia; Bastianelli Giuseppe, di Semeiotica medica, a Roma; Businco Armando, di Anatomia patologica, a Perugia; Chistoni Alfredo, di Farmacologia e Tossicologia, a Parma; Clementi Antonio, di Fisiologia, a Catania; D'Antona Serafino, di Clinica delle malattie mentali e nervose, a Siena; Ferrannini Luigi, di Clinica medica, a Cagliari; Lo Cascio Girolamo, di Clinica oculistica, a Perugia; Maggiore Luigi, di Clinica oculistica, a Sassari; Pollettini Bruno, di Patologia generale, a Sassari; Riquier Giuseppe Carlo, di Clinica delle malattie mentali e nervose, a Sassari; Sisto Pietro, di Clinica medica, a Modena; Spadolini Igino, di Fisiologia, a Cagliari; Vernoni Guido, di Patologia generale a Cagliari; Viana Odorico, direttore della Scuola Ostetrica, di Verona.

— Sono stati sospesi dall'ufficio: Caronia prof. Giuseppe, straordinario di clinica pediatrica nella R. U. di Roma, con effetto dal 19 febbraio 1926 salvo regolare procedimento disciplinare; Cirincione prof. Giuseppe, stabile di clinica oculistica nella R. U. di Roma, con effetto dal 10 dicembre 1926.

— Il prof. Erasmo Scimemi, preside della Facoltà di medicina e chirurgia della R. U. di Messina, è stato riconfermato nello stesso ufficio per il biennio 1926-28.

— Per volontarie dimissioni, il prof. Gaetano Viale cessa dall'ufficio di non stabile di Fisiologia nella R. U. di Sassari.

Assegnazione di premi presso la R. Università di Roma. — Il premio Guido Baccelli al merito clinico, istituito dall'Istituto Nazionale medico-farmacologico Serono, e consistente in medaglie d'oro, è stato assegnato ai dott. Francesco Schiassi, Giuseppe Sabatini e Giuseppe Ayala.

— I due premi della Fondazione Girolami, di L. 500 ciascuno, da conferirsi alle migliori dissertazioni di laurea presentate nell'anno accademico 1924-25, sono stati assegnati al dott. Aldo Fiorentini e alla dott. Margherita Lapenna.

— Il posto di studio della Fondazione Colasanti per il perfezionamento in farmacologia sperimentale, messo a concorso il 1° novembre 1925 fra i neo-laureati, è stato conferito alla dott. Clara Forti.

— Uno dei due posti di studio della Fondazione Corsi è stato aggiudicato al dott. Mario Silvagni, per il perfezionamento in otorinolaringoiatria.

Sessione di esami di libera docenza. — La sessione delle libere docenze pel corrente anno 1927, secondo quanto dispone l'Ordinanza Ministeriale 12 febbraio 1927, avrà inizio col 1° ottobre e si chiuderà il 31 dicembre 1927. Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio 1927 (dal *Bollettino ufficiale della P. I. Parte Leggi*, ecc. n. 8, 1927).

NOTIZIE

III Congresso della Società Italiana di Medicina Legale. — Il III. Congresso della Società Italiana di Medicina Legale, indetto per l'ottobre del decorso anno e rinviato poi per ragioni di forza maggiore, si riunirà in Firenze nei giorni 30, 31 Maggio e 1 Giugno p. v.

Al Congresso possono partecipare tanto i Soci della Società Italiana di Medicina Legale, quanto i non Soci e possono aderire anche Enti che si interessino a tali studi. La quota di iscrizione è di L. 30, per i Congressisti e di L. 50, per gli enti.

I partecipanti potranno eventualmente usufruire dei ribassi ferroviari che verranno concessi in occasione delle Esposizioni e delle Mostre che nella stessa epoca si terranno in Firenze e cioè: 1. Esposizione Internazionale dell'Incisione; 2. Esposizione nazionale di Belle Arti; 3. Mostra storica del libro antico illustrato; 4. Mostra fotografica del paesaggio toscano.

I Congressisti che intendano presentare al Congresso qualche comunicazione sono pregati di inviare il titolo della medesima prima del 30 aprile, affinchè possa essere compilato il programma definitivo con l'elenco completo delle comunicazioni.

Le quote per la iscrizione dovranno essere inviate al Segretario Cassiere Dott. Augusto Antonini presso l'Istituto di Medicina Legale di Firenze, Via degli Alfani 33, dove ha sede la Segreteria del Congresso.

Temi di relazione del Congresso sono: 1. Perrando Prof. G. G.: La Medicina Legale Italiana nell'ultimo decennio. 2. Ottolenghi Prof. S.: La Medicina legale e la Polizia scientifica. 3. Biondi Prof. C.: L'importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni del lavoro. 4. Romanese Prof. R. e Leoncini Prof. F.: L'intossicazione da ossido di carbonio.

Cariche della Società medico-chirurgica di Bologna per il biennio 1927-28. — Per il nuovo biennio 1927-28, le cariche della Società medico-chirurgica di Bologna sono state così distribuite: Presidente, prof. Giacinto Viola; Vice-presidente, prof. Enrico Boschi; Segretario, prof. Giovanni Cavina; Bibliotecario, prof. Aldo Avoni; Direttore del « Bollettino delle Scienze mediche », prof. Ivo Novi.

Federazione contro la tubercolosi. Ammissione dei soci. — Come è noto nella recente Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, che si è tenuta a Washington nello scorso autunno, la Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi ha ottenuto l'alto successo che l'Italia venisse scelta come sede del futuro Congresso Internazionale, che avrà quindi luogo in Roma nel 1928.

La Presidenza della Federazione è sicura che tutte le forze fattive nel campo sanitario del nostro Paese non mancheranno di stringersi intorno alla Federazione, affinchè tale importante manifestazione italiana della Crociata antitubercolare internazionale riesca degna delle nuove fortune della nostra Patria.

E' inutile infatti rilevare il grande biasimo che incomberebbe a chi, o per indifferenza o per negligenza, mancasse di portare il proprio contributo a questa che sarà una nuova superba affermazione dell'Italia Fascista.

La Federazione rappresenta oggi il centro di riunione di tutti quelli che si sentono degni di cooperare a valorizzare anche in questo campo il nostro Paese, e chiede quindi che ogni medico invii la personale adesione o quella dell'Ente che rappresenta.

La quota individuale per i federati è di L. 20 annue, quella degli Enti varia da L. 100 a 300, a seconda dell'importanza dell'istituzione.

Per ogni informazione desiderata scrivere alla Segreteria della Federazione contro la tubercolosi, via Toscana, 12, Roma.

Referendum de " La Clinica Ostetrica „. — La rivista mensile *La Clinica Ostetrica* indice un referendum sui seguenti argomenti:

1. Se si deve largheggiare nella isterectomia complementare al taglio cesareo o circoscrivere solo, in casi ben definiti la demolizione utero-ovarica.

2. Se si deve circondare di speciali restrizioni e nette indicazioni mediche, non solo volontarie o sociali la pratica della sterilizzazione della donna.

3. Se i figli delle donne con bacini viziati presentino una speciale minorazione fisica o psichica.

4. Se convenga nelle isterectomie lasciare almeno un ovaio o trapiantarlo, oppure invece se non convenga, aggiungere anche la ovariectomia.

Le risposte ad uno o tutti i quesiti vanno indirizzate alla direzione della *Clinica Ostetrica* (Prof. Gaifami, presso la Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari).

Erezione in ente morale della Fondazioue " Nathan Allen-Luigi Devoto „ presso gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano. — Con R. D. 20 gennaio 1927, n. 275, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 62, 16 marzo 1927, su proposta del Ministro per la P. I., la Fondazione« Nathan Allen-Luigi Devoto », istituita presso gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano, viene eretta in Ente morale e ne è approvato il relativo statuto.

Premio Zanoni sull' insulina. — Un premio di L. 5.000 sarà concesso al chimico italiano che riuscirà a riprodurre la « Sintalina » (insulina artificiale attiva per bocca) scoperta e ricavata dalla guanidina (pentilamina di guanidina) dal chimico Franck di Breslavia (Germania). Consultare « Presse Médicale » di Parigi n. 17 del 26 febbraio 1927 e « Gazzetta Ospedali » di Milano n. 11 del 13 marzo 1927. Per informazioni rivolgersi al Dott. Zanoni, preparatore insulina naturale attiva per bocca. Milano, via Bergamo 39.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 11 Aprile 1927 — N. 15

QUESTIONI DEL GIORNO

I RAPPORTI TRA LE AFFEZIONI RINO-FARINGEE E LE ALTERAZIONI FUNZIONALI DELL'IPOFISI

per il prof. ALBERTO SALMON
Docente in Neuropatologia nella R. Università di Firenze

Il Prof. Citelli nel N. 9 della *Riforma Medica* dell'anno corrente cita dei nuovi dati clinici e sperimentali in sostegno d'una sua dottrina enunciata negli anni 1909-1911, nella quale egli avrebbe per il primo dimostrato che le malattie più diverse della volta faringea (con maggiore frequenza le vegetazioni adenoidi) e dei seni sfenoidali sono in grado di determinare una sindrome morbosa legata ad alterazioni del sistema ipofisario (ipofisi cerebrale ed ipofisi faringea). L'A. scrive altresì che la sua dottrina è stata condivisa in termini *troppo vaghi* da Salmon nel 1910, e confermata da Basile, Lunghetti, Dana, Cushing, Caliceti, Torrigiani e da altri Autori. L'A. insiste più volte sulla priorità delle sue vedute, definendo la sua dottrina « *un nuovo edificio ideato da lui e da lui stesso costruito in tutte le sue parti fondamentali* ».

Ora, io vorrei su tal punto porre in chiaro che io fin dal 1905 (cioè 4 anni prima che apparissero le prime pubblicazioni del Citelli sull'ipofisi faringea, e 6 anni prima che fosse pubblicato il suo lavoro sui rapporti fisio-patologici tra il sistema ipofisario e le lesioni faringo-nasali) in una memoria: *Sull'origine del sonno: studio delle relazioni tra il sonno e la funzione della glandola pituitaria.* (Firenze, Tip. Niccolai) dedicai un intero capitolo ai rapporti tra le affezioni nasali e le sindromi ipofisarie, in specie l'ipersonno, fenomeno che dopo i miei studi sull'argomento viene attualmente incluso dalla pluralità degli autori tra i sintomi ipofisari. Ricordo altresì che questo capitolo venne inserito tal quale nel « *Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso,* n. 10, 1905 » (in questo medesimo numero, si rilevi, vi sono anche due auto-riassunti di lavori del prof. Citelli, che in tale epoca era uno dei principali collaboratori del Bollettino).

Nella memoria sopra citata io affermava che gli intimi rapporti tra le cavità nasali e l'ipofisi ed i rapporti tra l'ipofisi ed i centri psichici chiarivano i disturbi mentali che non raramente si riscontrano nelle malattie nasali: l'obnubilazione dell'intelligenza, il difetto di attenzione, la debolezza di memoria, un senso di depressione, lo stato di angoscia e di ansietà, l'irritabilità nervosa, gli accessi convulsivi, il sonno difficoltato accompagnato da sogni terribili, la sonnolenza, le paure notturne dei bambini, ecc.

La sinusite sfenoidale, io soggiungeva, spesso si esprime con numerosi segni morbosi che appartengono alle sindromi ipofisarie: la cefalea occipitale, i disturbi oculari, le allucinazioni visive, i disturbi psichici, il dimagramento, l'astenia esagerata e l'insonnia. Ricordai il caso descritto da Rayer, di una sinusite sfenoidale purulenta che si complicava ad un ascesso ipofisario, ed in questo caso il sonno era difficile ed accompagnato da sogni terrificanti; un caso analogo di Thomson di sinusite sfenoidale, anch'esso complicatosi con un ascesso ipofisario e l'insonnia. Io citai pure una mia osservazione personale, d'un robuto giovine, sofferente di una insonnia ribelle agli ipnotici, che perdurava da un anno, e che sparì per diversi giorni dopo l'apertura di un seno sfenoidale suppurato, insonnia che riapparve colla ricomparsa dello scolo nasale.

Descrissi altresì numerosi casi di ipersonno, legati ad affezioni nasali. Ricordai il caso di Gowers, d'un soggetto (non isterico) che cadeva in un sonno profondo ogni volta che gli veniva introdotto uno specillo in una fistola nasale; il caso di Lichwitz, citato da Lamack, dove il paziente presentava uno scolo nasale continuo ed una sonnolenza fortissima, persistente da 12 anni, associata a cefalea, ad idee di suicidio; sindrome morbosa che era in rapporto con un empiema di tutti i seni nasali e migliorò notevolmente col loro lavaggio. Citai il caso descritto da Carrière dove la narcolessia insieme alla cefalea ed all'adiposi a tipo ipofisario erano secondarie ad alterazioni nasali e tonsillari; il caso di Pitres di ipertrofia tonsillare con gomma ulcerata delle fosse nasali ed infiltrazione gommosa della volta palatina, che clinicamente si traduceva coll'obesità e con crisi narcolettiche (è noto che l'ipofisi è spesso aggredita dal virus sifilitico).

Nel medesimo lavoro io osservava che le vegetazioni adenoidi si associano spesso ad ottusità di mente ed a sonnolenza a tipo ipofisario. Descrissi un caso personale dove le vegetazioni adenoidi e l'ipertrofia tonsillare determinavano una sonnolenza continua (il paziente si addormentava anche guidando un barroccio), il diretto dei desideri sessuali riguardo all'età, l'ingrandimento marcato delle mani e dei piedi, l'ingrossamento della lingua; sintomi che parlavano sicuramente per una sindrome ipofisaria secondaria alle vegetazioni adenoidi (si ottenne in questo caso un notevole miglioramento della sonnolenza e della depressione psichica coll'estirpazione delle vegetazioni). Io conclusi in quella monografia, che le vegetazioni adenoidi si traducono spesso con dei sintomi ipofisari, in specie colla sonnolenza ed il torpore psichico secondario a tale fenomeno.

Queste osservazioni cliniche furono da me nuovamente citate nel mio volume sul Sonno, edito a Parigi nel 1910, dove ricordai gli studii del Civalleri sull'ipofisi faringea (1907), quelli del Poppi sui rapporti tra le vegetazioni adenoidi e l'ipofisi cerebrale (1908), lavori che, come vedesi, sono tutti posteriori al mio di diversi anni.

Io vorrei quindi ben stabilire il fatto che il primo a descrivere dei casi clinici di sindromi ipofisarie in rapporto alle affezioni nasali (vegetazioni adenoidi e sinusiti sfenoidali), non è stato nè il Citelli nè il Poppi (è nota la polemica tra questi due Autori sulla priorità dei loro studi), ma fui proprio io colla pubblicazione sopracitata del 1905. Nessuno prima di me aveva stabilito un rapporto qualsiasi tra le alterazioni ipofisarie ed i disturbi del sonno, che sono appunto i fenomeni più caratteristici delle sindromi ipofisarie descritte da Citelli e Basile.

Mi sorprese quindi che il Citelli nella descrizione della sindrome che prende di lui nome e che egli ha constatato nei casi di vegetazioni adenoidi (sindrome che in ultima analisi non è che una sonnolenza d'origine ipofisaria, associata a dei sintomi psico-affettivi legati alla sonnolenza stessa, al torpore cioè intellettuale, alla svogliatezza al lavoro, al difetto di attenzione e di memoria), abbia taciuto completamente su i miei scritti anteriori e che solo in epoca molto posteriore si limiti ad affermare che io ho condivisa la sua teoria *in termini troppo vaghi,* omettendo sempre di citare il mio lavoro pubblicato nel 1905 che ha preceduto di diversi anni le sue pubblicazioni.

Pure avendo la convinzione di avere con i miei studi posto almeno le fondamenta dell'edificio che il Citelli pretende di avere costruito da solo, io sono ben lungi dal negargli il merito di averci dato con un numero considerevole di osservazioni cliniche e sperimentali la dimostrazione più esauriente che le sinusiti sfenoidali e le vegetazioni adenoidi provocano spesso, con maggiore frequenza di quanto si supponga, delle alterazioni strutturali dell'ipofisi ed una sindrome ipofisaria; conclusione confermata anche dalle pubblicazioni di Poppi, di Basile, di Caliceti, di Lunghetti, di Torrigiani (a cui sono grato per aver riconosciuta la priorità dei miei studii sull'argomento), di Cushing, di Dana, di Maffeo, di Christeller, di Palumbo e di altri Autori.

I rapporti tra le alterazioni faringee e quelle ipofisarie trovano una particolare dilucidazione nell'esistenza dell'ipofisi faringea nell'uomo stabilita da Citelli, nelle stretta connessioni circolatorie descritte da Citelli tra quest'ultima glandola e l'ipofisi cerebrale, connessioni che sono particolarmente intime nella prima infanzia dove spesso persiste il canale cranio-faringeo, nelle connessioni infine vascolari tra l'ipofisi e il rino-faringe, illustrate da Pietrantoni.

I rapporti tra le affezioni naso-faringee e le alterazioni ipofisarie hanno infine un notevole valore riguardo ad una interes-

Digitized by Google

santa questione che attualmente si discute tra gli studiosi dell'ipofisi. E' noto per le esperienze di Camus e Roussy, di Houssay, di Carulla e Romano, di Rath e Loeb, che le alterazioni sperimentali del *tuber cinereum* negli animali provocano una intensa poliuria, più raramente una sindrome adiposo-genitale, i sintomi cioè più caratteristici delle affezioni ipofisarie. Le alterazioni patologiche, in specie i tumori, del 3° ventricolo, spesso determinano l'ipersonno, che Claude e Lhermitte ritengono l'espressione di una lesione dell'infundibolo, dove risiederebbe, secondo il loro avviso, un centro nervoso regolatore della funzione ipnica.

Vi è quindi una manifesta tendenza negli Autori Francesi a riferire ai centri tubero-infundibolari le proprietà fisiopatologiche che fino a pochi anni or sono erano attribuite all'ipofisi; tendenza che ha pertanto trovato una viva opposizione in molti autori, ed è in apparente contrasto coi numerosissimi casi descritti di diabete insipido, di sindrome adiposo-genitale, di ipersonno, di infantilismo, legati ad alterazioni strettamente localizzate nell'ipofisi; sindromi che migliorarono o sparirono colla cura ipofisaria, colla decompressione sellare, colla ipofisectomia e colla radioterapia dell'ipofisi.

Ora, il dato ben stabilito che le affezioni rino-faringee si traducono frequentemente con sindromi ipofisarie legate ad una modificazione funzionale o a lesioni strutturali dell'ipofisi mi sembra costituire un argomento del più alto valore in favore dell'origine ipofisaria delle sindromi in parola. Ci parrebbe difatti incomprensibile che una sinusite sfenoidale possa provocare una lesione dell'infundibulum o del tuber cinereum senza ledere l'ipofisi, o che le vegetazioni adenoidi determinino una alterazione dell'infundibolo risparmiando la medesima glandola e sopratutto l'ipofisi faringea che risiede nella stessa regione ove hanno sede le vegetazioni. I miglioramenti ottenuti da Citelli colla cura ipofisaria, nella sindrome psichica da lui descritta nei casi di vegetazioni adenoidi, depongono ugualmente per la loro genesi ipofisaria; genesi che trova pure una valida conferma nel dato sperimentale fornitoci da Citelli e Basile che le alterazioni sperimentali anche lievissime del rino-faringe sono seguite da modificazioni istologiche dell'ipofisi rivelatrici d'un disordine funzionale della glandola stessa.

Mouriquaud e Bourret hanno citato un caso in cui l'estirpazione delle vegetazioni adenoidi fu seguita da una sindrome ipofisaria (diabete insipido), dovuta con ogni probabilità alla viva irritazione faringea provocata dall'atto operatorio e trasmessa al sistema ipofisario. Meritano infine di essere ricordati alcuni casi clinici che hanno il valore d'un *experimentum in vita*, trattandosi di proiettili penetrati nella loggia ipofisaria o nei seni sfenoidali e che determinarono lo sviluppo di sintomi ipofisari: la poliuria, la sindrome adiposo-genitale o l'ipersonno. (Madelung, Franck, Marañon e Pintos, Graham). Nel caso descritto da Torrigiani, l'estrazione d'un proiettile che si era conficcato nel seno sfenoidale e comprimeva la sella turcica (come risultò all'esame radiografico) fece scomparire la poliuria, l'adiposi e gli accessi irresistibili di sonno presentati dal paziente.

Tutti questi importanti dati sperimentali e clinici ci danno, io credo, la sicura convinzione che le sindromi a tipo ipofisario che con tanta frequenza vengono osservate nelle affezioni rino-faringee, nei casi in specie di sinusiti sfenoidali e di vegetazioni adenoidi, debbono riferirsi ad una alterazione ipofisaria, come io ho sostenuto fin dalle prime pubblicazioni sull'argomento, e non ad una lesione dei nuclei ventricolari sopra-ipofisari.

Noi sappiamo d'altra parte che intimi sono i rapporti anatomici dell'ipofisi coll'infundibulum e col tuber. Marro fin dal 1905 ha rilevato che l'epitelio glandolare ipofisario si estende fino a questi centri nervosi. Tale rilievo venne recentemente confermato da Collin, il quale ha veduto che la sostanza colloide-ipofisaria trovasi molto abbondante sia nell'infundibolo che nel tuber, concludendo che il secreto ipofisario esercita con ogni probabilità una notevole influenza sulla loro nutrizione e sul loro tono. Abel ha infine constatato che gli estratti infundibolari e tuberiani hanno le medesime proprietà vasocostrittive degli estratti dell'ipofisi posteriore. Nessun dubbio quindi può aversi che tra l'ipofisi ed i nuclei infundibolo-tuberiani esistano delle strette connessioni anatomiche e funzionali, tali da giustificare pienamente l'ipotesi che le alterazioni dell'ipofisi si riflettano sui nuclei in parola od il fatto inverso.

Si osservi infine che l'origine ipofisaria dell'ipersonno, della sindrome adiposo-genitale, del diabete insipido o dell'infantilismo può perfettamente accordarsi colla supposta esistenza nel pavimento del 3° ventricolo di centri vegetativi atti a presiedere al ricambio organico ed all'adipogenesi, di un centro regolatore della diuresi, di centri infine simpatici capaci di modificare il sonno per i rapporti tra questa funzione ed il sistema simpatico (si ammette che il simpatico stimoli l'affettività ed i processi catabolici o disintegrativi propri della veglia, e che il vago o il parasimpatico determinino un aumento dei processi anabolici o riparatori, tra cui si ascrive appunto il sonno). L'ipofisi difatti, costituita da un lobo anteriore avente una spiccata funzione antitossica rispetto ai centri nervosi e da un lobo posteriore, la cui funzione vaso-costrittiva ha positivamente una azione regolatrice sulla circolazione cerebrale, è perfettamente in grado di esercitare sia fisiologicamente che patologicamente una notevole influenza sulla nutrizione e sull'attività funzionale dei nuclei vegetativi sopracitati. Nulla ci vieta quindi di ammettere che eventuali lesioni del lobo ant. e del lobo post. ipofisario si traducano, appunto perchè si ripercuotono sulla funzione di quei centri vegetativi, col rallentamento del ricambio organico, col ritardo dello sviluppo scheletrico, colla poliuria o coll'oliguria, coi disturbi infine del sonno legati all'iperattività o alla depressione dei centri simpatici ventricolari. Non è certamente casuale il fatto che la poliuria e l'insonnia ribelle ai comuni ipnotici siano migliorate in numerosissimi casi colle iniezioni di pituitrina (Jona, Lereboullet, Barker e Rosenthal, Germani, Bauer e Wespy, Sabrazès), iniezioni che praticate sperimentalmente nei ventricoli determinarono una intensa sonnolenza (Stern, Battelli e Jauffret), o che in altri casi l'ipersonno e la sindrome adiposo-genitale, legati generalmente ad alterazioni del lobo anter. ipofisario, siano guariti o migliorati cogli estratti di questo lobo (Dana, Eason, Jewett, Beck, Citelli, Caliceti, De Cyon, Hay, Delille, Niles, Dodgson, Narcott d'Esterre), colla radioterapia dell'ipofisi (William, Graham), coll'ipofisectomia parziale (Cushing) o col trapianto della medesima glandola.

Può quindi concludersi che l'ammissione di determinati centri vegetativi nel pavimento del 3° ventricolo, lungi dal costituire una obbiezione alle genesi ipofisaria del diabete insipido, dei disturbi del sonno, della sindrome adiposo-genitale e dell'infantilismo, rischiarino il meccanismo di queste sindromi morbose. Per queste ragioni, io sono d'avviso che le sindromi a tipo ipofisario che con tanta frequenza si constatano nelle affezioni rino-faringee siano effettivamente dovute ad una alterazione anatomica o funzionale dell'ipofisi o del sistema ipofisario, e non ad una lesione dei nuclei nervosi che risiedono nel pavimento del 3° ventricolo, pure ammettendo che la funzione di questi nuclei si modifichi per effetto delle alterazioni ipofisarie e rappresenti in tal modo uno dei più importanti elementi patogenetici delle sindromi stesse.

I rapporti quindi tra le affezioni rino-faringee e le alterazioni ipofisarie hanno una notevole importanza sia dal punto di vista rinologico che da quello endocrinologico, costituendo una delle più valide conferme alla teoria ipofisaria delle sindromi sopracitate, la cui patogenesi è tutt'ora oggetto di vive controversie.

BIBLIOGRAFIA

ABEL. Presse Médicale, 1915, Annexes. pag. 39. — CALICETI. Su alcuni rapporti isto-patologici d'ipofisi in casi di vegetazioni adenoidi, Valsalva, 1925. — CAMUS et ROUSSY. Revue Neurologique, 1922. — CARRIERE. Journal de Bruxelles, 1897. — CITELLI. L'ipofisi faringea nei bambini. Bollettino delle malattie dell'orecchio, gola e del naso, 1909. — IDEM. Rapporti fisiopatologici tra sistema ipofisario e varie lesioni del faringe nasale e dei seni sfenoidali. Su una speciale sindrome psichica. Rivista ital. di Neuropatologia, 1911. — IDEM. Sugli effetti dell'estratto di ipofisi sulla sindrome psichica da me descritta. Boll. delle mal. orecchio, 1914. — CITELLI e BASILE. Rivista Ital. di Neuropatologia, 1915. — CIVALLERI. Sull'esistenza dell'ipofisi faringea nell'uomo. Giorn. dell'Accademia Med. di Torino, 1907. — CLAUDE e LHERMITTE. Presse Médicale, 1917, n. 1. — COLLIN. Revue franç. d'Endocrinologie, 1925, C. R. soc. Biol., 1926. — CUSHINC. Bost. Medic. and Surg. Journal, 1909. — DANA Medical Record, 1916, 1. — HOUSSAY, CARULLA e ROMANO. C. R. Soc. de Biologie. 1920. — GOWERS. Trattato di malattie nervose. Trad. ital. Ed. Vallardi. 1894. — GRAHAM. Medical News, 1890. — LAMACK. Revue de Medecine, 1897. — MADELUNG. Münch. Med. Woch., 1904. — MASSEO. Studium,

Digitized by Google

1923. — Marañon et Pintos. Nouv. iconogr. de la Salpêtrière, 1918. — Marro G. Rivista di Antropologia, a. XXVI. — Mouriquaud et Bourret. Bull. et Mém. de la Soc. des Hôpitaux, 1922. — Palumbo. Cit. da Citelli. — Pitres. Cit. da Lamack. — Pietrantoni. Arch. it. di Otologia, 1926. — Poppi A. Tonsilla faringea ed ipofisi. Boll. delle Soc. Mediche, Bologna, 1908. — Idem. L'ipofisi cerebrale, faringea e la gland. pineale. Bologna, Tipogr. Neri, 1911. — Rayer. Archives de Médecine, 1923, III vol. — Salmon A. Sull'origine del Sonno. Tipogr. Niccolai, Firenze, 1905. — Idem. La Fonction du sommeil. Vigot Frères Edit., Paris, 1910. — Idem. Le sindrome infundibulaire dans un cas de tumeur du 3° ventricule. Presse Medicale, 1917. — Idem. Teoria ipofisaria e teoria infundibolare dell'ipersonno. Il Cervello, 1923. — Idem. Il Diabete insipido. Studium, 1922. — Stern-Battelli et Jauffret. C. R. Soc. de Biologie, 1922. — Torrigiani C. Sindrome ipofisaria da scheggia di bomba a mano nei seni sfenoidali e nella sella turcica. XXVII Congresso della Soc. Ital. di Laringologia.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DELLA R. UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. MORIANI

MORTE DA NEOSALVARSAN

CASISTICA E CRITICA

per il dott. G. BENASSI — Aiuto e Docente (1)

Sul N. 35 (30 Agosto), 1926, di questo Giornale, il collega Licinti riferiva un caso di morte rapida da iniezione endovenosa di neosalvarsan, che aveva costituito oggetto di perizia medico-legale da parte sua e del Dott. Patanè, per incarico dell'Autorità giudiziaria. Qualche settimana prima, un caso analogo veniva affidato dall'Ufficio d'Istruzione del Tribunale di Bologna al sottoscritto e al Dott. F. Vigi, Aiuto presso l'Istituto di Anatomia Patologica. Ritengo utile comunicare in sunto il risultato delle nostre indagini e delle nostre considerazioni, per le ragioni seguenti.

La casistica delle morti, più o meno rapide o tardive, e dei disturbi gravi, cioè con reale pericolo di vita, conseguenti ad introduzione di preparati arsenobenzolici per la via delle vene, è ormai così numerosa, che non varrebbe forse la pena di attribuire una speciale considerazione ad ogni nuovo episodio il quale, di tanto in tanto, affiora disgraziatamente le nostre cronache, per sconfinare talvolta anche in quelle dei giornali politici. Disgraziatamente, ho detto, perchè se in più d'un caso si può ravvisare nell'evento letale o nel pericolo di morte una deficienza tecnica o colturale del medico curante, o un'altra colposa deviazione dalle buone norme dell'assistenza sanitaria (p. e. un incompleto esame dell'ammalato o una sua troppo superficiale sorveglianza durante la cura), pure vi sono degli altri casi in cui l'esito infausto o assai pregiudichevole appare al di fuori di ogni preveggente capacità, e quindi di ogni responsabilità professionale. Basta pensare, d'altronde, alla quantità veramente enorme di iniezioni endovenose, nella massima parte arsenobenzoliche, praticate ogni giorno in tutti i paesi, per convincersi che, anche in base al semplice calcolo delle probabilità, non è possibile purgare affatto la statistica di questo energico e talora eroico sistema di cura, dai risultati poco felici che pur troppo ancora la macchiano, rappresentando la morte o la crisi premortale quasi sempre un fatto assai complesso, nella determinazione del quale entrano condizioni molteplici e non di rado imprevedibili. Anzi, a chi a visto con quale tecnica sbrigativa e con quanto sommarie indicazioni si proceda, in certi ambienti, alla esecuzione di iniezioni in serie, vien fatto di domandarsi perchè gli accidenti non siano invero molto più comuni. Nè è mancato chi ha detto non esistere un bilancio in cui accanto all'attivo non figuri anche il passivo: doversi per ciò accettare, insieme con i benefici veramente incontestabili della terapia endovenosa arsenobenzolica, anche in blocco gli inconvenienti che ne derivano, gravissimi o irreparabili per chi li subisce, ma fortunatamente piuttosto rari. Questo ragionamento è giusto, però fino a un certo punto, e non lo si può accogliere se non è subordinato alla pregiudiziale che dal novero degli accidenti inevitabili siano scartati tutti quei casi nei quali una maggiore capacità e attenzione da parte dei medici avrebbe potuto scongiurare la morte o rendere la crisi meno imponente e minacciosa. Accettata la premessa, il ragionamento non solamente risponde a logica, ma finisce per identificarsi con quello « stato di necessità » che domina praticamente ogni sorta di attività terapeutica.

Ecco delineato adunque un problema tanto semplice a comprendersi quanto difficile a risolversi nella realtà, di stabilire cioè dove incominci l'imprevedibile e dove termini, per conseguenza, la responsabilità professionale. Da questo punto di vista, che forse non è stato fino ad ora sufficientemente considerato, io ritengo che la comunicazione del caso occorsomi possa non essere superflua, quantunque la perizia abbia concluso in senso negativo.

Un altro argomento a favore della pubblicazione sta nel fatto, che per quanto la casistica sia ricca, come si è detto, ed il reperto nelle morti per arsenobenzoli sia abbastanza ben conosciuto, ripetendosi con una certa costanza il quadro anatomo-patologico descritto fin dalle prime osservazioni, tuttavia, se si analizzano i singoli casi, tosto si vede che le differenze dall'uno all'altro sono quache volta notevoli, e che, ad ogni modo, variano assai le condizioni preesistenti dei soggetti esaminati, le quali possono intervenire a titolo di concause nel determinismo dell'accidente sfortunato.

Debbo però avvisare che il caso in discorso è stato accuratamente studiato, e sarà quanto prima pubblicato dal Dott. Vigi, sotto il rispetto delle alterazioni organiche riscontrate e della più probabile essenza patogenetica; io mi limiterò quindi a riferirne e a discuterne quel tanto, che è strettamente necessario per esporre la questione, sotto l'aspetto medico-legale (1).

***

Con sua lettera in data 9-VIII, diretta all'Ufficio d'Istruzione, il Dott. X..., esercitante la specialità dermo-sifilopatica in Bologna, dichiarava di mettersi a disposizione dell'Ufficio stesso, per un fatto occorsogli il giorno prima nel suo gabinetto, e da lui così esposto.

Un suo cliente tale B. E. di a. 30, circa un minuto dopo di aver ricevuto un'iniezione endovenosa di gr. 0,45 di neosalvarsan (Meister Lucius) cadeva a terra emettendo sangue dalla bocca. Riusciti vani i tentativi soliti, e ben comprendendo tutta la gravità del caso, il medico fece trasportare in fretta il paziente all'Ospedale Maggiore, dove la morte avveniva poco dopo l'arrivo. Il B. E. si era presentato la prima volta nel suo studio il 23-VI, e il 26 aveva ricevuto una iniezione di gr. 0,15,

(1) Lo scrivente apparteneva ancora all'Istituto medico-legale di Bologna quando si dovette occupare del caso in questione.

(1) Non sarà forse inutile, ad ulteriore giustificazione del presente articolo, notare il fatto che, in contrasto con la letteratura già relativamente abbondante, i Trattati e Manuali più recenti (inutile, per ovvie ragioni, cercare negli anteriori) di Medicina legale ed anche di Tossicologia, non parlano o parlano in modo per lo più insufficiente dell'avvelenamento da arsenobenzoli. Così nell'Hoffmann-Haberda, ultima ediz. (27), non se ne parla affatto, sebbene nella rifazione italiana, dovuta al Ferrai, di precedente ediz. (23), se ne desse un buon cenno. Così pure il Kratter, 2ª ediz. (21), si limita appena a farne parola: la stessa lacuna riscontrasi nell'ultimo Trattato italiano di M. L., vol. 2° (24), ad onta della sua mole. Fra i Manuali e Compendii nostri, affatto negativo è quello dell'Ascarelli, 2ª ediz. (24); un semplice accenno vi è dedicato da quelli del Perrando (21), e del Cevidalli (id.). Il Coronedi, nella sua recentissima (26) Guida sugli avvelenamenti, si limita a poche righe. Completamente negativo è il Précis del Balthazard (21); mentre quello del Lacassagne-Martin (id.) svolge più diffusamente di tutti gli altri consultati la questione che ci interessa, e riporta anche un caso in cui i sanitarii furono giudicati responsabili della morte di un cliente e tenuti a sborsare alla famiglia una cospicua indennità. In complesso, il pratico che volesse cercare notizie sui testi, ben poco troverebbe.

Digitized by Google

sopportata senza alcun disturbo nè immediato nè successivo; una seconda dose, di gr. 0,30, era stata iniettata il 2-VII, con l'identico risultato. Concludeva pertanto il Dott. X... che nulla poteva lasciargli prevedere quel che era così fulmineamente successo, e che nessuna responsabilità vera e propria egli sentiva di avere nel doloroso evento, pure avvertendo l'Autorità, come di dovere, di quanto gli era accaduto.

Il Magistrato credette opportuno di interpellare anzitutto il Presidente dell'Ordine dei Medici, il quale espresse il parere che si trattasse, verosimilmente, di un infortunio professionale; consigliò per altro l'autopsia, anche perchè non v'era perfetta concordanza fra la denuncia del curante, in cui si parlava di sputi sanguigni, e il certificato di decesso stesso all'Ospedale, dal quale la morte sarebbe risultata dovuta ad edema polmonare. L'autopsia fu eseguita il giorno 10, ed i fatti messi in evidenza si possono così riassumere.

All'*esame esterno*: individuo di una trentina di anni, di vigorosa e quasi atletica conformazione. Rigidità cadaverica parzialmente risolta; macchie ipostatiche nelle sedi abituali e col solito colorito, però molto abbondanti; andamento piuttosto rapido del processo putrefattivo, con inizio di reticolo venoso ed enfisema, specialmente al collo. Fuoriuscita dalla bocca e dalle narici di liquido ematico scuro; di liquido chiaro filante dall'uretra; di feci dall'ano. Nessuna traccia ai genitali o in altre sedi, di sifiloma iniziale; glandule linfatiche inguinali alquanto tumefatte; segni evidenti di agopunture in ambedue le regioni dei gomiti; pupille midriatiche; ecchimosi della mucosa congiuntivale e buccale. La preparazione delle vene dei gomiti dà risultato negativo, in quanto a coaguli (embolia); le glandule linfatiche, asportate, sono ingrossate e succulente.

Alla *sezione*: tutto il distretto cefalico presenta una grande repletizione dei vasi, sia delle meningi che dell'encefalo, sia dei canali diploici che dei seni venosi, e il sangue è scuro, diffluente: la calotta cranica, vista per trasparenza, è quasi affatto opaca, il cervello ha un colorito fior di pesco; è dubbio se, oltre all'iperemia, vi sia anche qualche emorragia puntiforme. Al torace si notano residui ben apprezzabili del timo, ed antiche aderenze pleuriche a sinistra; nelle cavità pleuriche e pericardica liquido ematico scuro; mancano le ecchimosi sottosierose. Miocardio flaccido e aorta ipoplasica (circ. 5 1/2 cm.); polmoni ingrossati, arrotondati, pieni, zeppi di sangue. Nell'addome: milza alquanto ingrossata; nulla di notevole al fegato, ai reni, al pancreas, agli organi del collo.

L'esame microscopico non ha confermato l'esistenza di lesioni del tipo emorragico nel cervello, in cui l'unico disturbo circolatorio è rappresentato da un'iperemia vènosa di alto grado. Invece nei polmoni l'esame ha fatto rilevare la presenza di edema non infiammatorio e di piccoli molteplici focolai emorragici, che in qualche punto si rompono nei bronchi. Negativo l'esame degli altri visceri e delle glandule endocrine. Negative del pari la ricerca del T. P. negli strisci, col metodo Fontana, e nel materiale incluso, col m. Levaditi.

Diagnosi anatomica: emorragie sottomucose; iperemia passiva cerebrale; edema ed emorragie polmonari.

***

Il reperto spiega abbastanza bene la sintomatologia. In esso bisogna distinguere (prescindendo dai fenomeni cadaverici) ciò che è primitivo da ciò che è secondario. Ai fatti secondarii evidentemente appartengono e le ecchimosi sottomucose, e l'iperemia passiva dei visceri, in specie dell'encefalo, e la diffluenza del sangue. Quest'ultima potrebbe esser messa in rapporto con un elemento particolare al caso in questione, cioè con l'iniezione praticata poco prima della morte, sapendosi che appunto gli arsenobenzoli sono dotati di un'azione anticoagulante, facilmente dimostrabile *in vitro* e non da escludersi *in vivo*, se non altro tenendo conto dell'esperienza clinica, dalla quale risulta che gli arsenobenzoli sono controindicati per i loro effetti pericolosi nelle diatesi emorragiche, o sono da usarsi con la massima prudenza. Ma, in soggetti normali sotto questo punto di vista, le dosi terapeutiche abituali, diluite in tutta la massa sanguigna, sono insufficienti a determinarne l'incoagulabilità, ond'è che il predetto carattere, insieme con gli altri due, pur essi attinenti al circolo, deve esser messo in conto di un'unica causalità, non difficile a identificarsi nella fattispecie con i gravissimi disturbi asfittici presentati prima della morte ed imputabili della morte stessa, in via secondaria se non primitiva. E' noto infatti che le ecchimosi sottomucose o sottosierose, le stasi viscerali, e la mancata o grandemente inibita coagulazione del sangue costituiscono (per quanto anche in ciò non vi sia nulla di assoluto) un solido tripode diagnostico della morte per asfissia. Non dimentichiamo che, in base a moderne vedute, l'ultimo dei tre caratteri viene addebitato non tanto al processo asfittico in sè, quanto al pronto sopravvenire del decesso che di solito lo accompagna: sarebbe insomma non peculiare a tal genere di morte, ma a tutte o quasi tutte le morti rapide; comunque, il rilievo interpretativo non sposta affatto la situazione, poichè il dato esiste e l'asfissia ha avuto un decorso abbastanza rapido.

Così si spiegano, riconducendoli alla stessa causalità, altri dati evidenti all'esame esterno, quali la perdita di sperma e di feci; e in parte anche l'andamento dei fenomeni cadaverici, come l'abbondanza delle ipostasi e la relativa celerità del processo putrefattivo: questi ultimi due da collegarsi sempre allo stato della massa sanguigna.

Ma quale è il fatto primitivo, il fatto che, a sua volta, ha determinato l'insorgere dell'asfissia? Nessun dubbio in proposito, almeno per conto mio: l'edema e l'emorragia del polmone. Siamo qui in presenza di un'asfissia da sommersione; se non che il liquido, invece di entrare dall'esterno, proveniva dall'interno: il versarsi di siero e di sangue nell'albero respiratorio, fin entro le sue più minute diramazioni, mentre da un lato cagionava i disturbi di circolo meccanici e riflessi constatati poi all'autopsia, dall'altro sopprimeva prognessivamente la superficie respiratoria e ostacolando l'ematosi determinava il decesso.

E quali argomenti probativi — si potrà obbiettare — possediamo noi per ammettere senz'altro che le cose siano andate realmente così, che la successione dei fenomeni e, parallelamente, la loro concatenazione causale non siano avvenute con ordine inverso? Prima di tutto — rispondo — la logica dei fatti sembrami parlare a sollo favore della prima interpretazione. L'edema e l'emorragia polmonare possono essere effetto della stasi, e non questa effetto di quelli: è vero; ma è vero solo in linea teorica, e non pratica, perchè mancano nel reperto le alterazioni viscerali, principalmente cardiache, che sogliono produrre quei disturbi di circolo, d'onde si origina per la maggior parte dei casi l'edema polmonare acuto, che tuttavia raramente arriva, in questi ultimi, ad accoppiarsi con una franca emorragia. Poi c'è la *consecutio temporum* che, sempre nel caso nostro, non si può tacciare di avvicinarsi molto ad un *post hoc*. Ricordiamo che il B. E., un minuto dopo l'iniezione, cadeva a terra emettendo sangue dalla bocca. Io non vedrei come spiegare in altro modo la successione cronologica e causale dei fenomeni. Anzi, io mi domando, in via puramente occasionale ed accessoria, come mai non si sia pensato a praticare al paziente un abbondante salasso, che avrebbe potuto esser utile a qualcosa, se non proprio come nelle forme di edema da lesione cardiaca o renale, che per lo meno avrebbe potuto esser tentato come e forse più degli altri rimedii di urgenza, data la sindrome esplosa e l'imminenza della tragica fine.

***

Ho già accennato al fatto che la somiglianza della maggior parte dei casi di morte rapida da neosalvarsan riportati nella letteratura è solo apparente, perchè l'analisi particolareggiata di ciascuno di essi mette quasi sempre in evidenza delle condizioni differenziali tutt'altro che trascurabili.

Nel caso osservato da me e dal collega Vigi l'analogia principale con quello del Lionti sta nel sopravvenire della crisi letale alla 3ª iniezione, con una distanza di tempo dalla 1ª e dalla 2ª pressapoco uguale, e con dosi equivalenti per queste due, mentre per la successiva ai gr. 0,45 nell'un caso corrispondono gr. 0,30 scarsi nell'altro. Ma non è la predetta differenza posologica che costituisce il fondamento del giudizio differenziale, bensì la mancanza da una parte e la esistenza dall'altra di lesioni pregresse. Rimando il lettore alla minuta ed esauriente descrizione che il Lionti ha fatto delle alterazioni da lui riscontrate, e giustamente interpretate come esponenti di processi infiammatorii cronici a carico del fegato e del rene, cui si erano sovrapposti fenomeni acuti recenti degenerativi o emorragici da ascriversi ad una causa tossica. Da noi, la maggior parte di tutto ciò mancava, quantunque fra i due quadri ana-

Digitized by Google

tomo-patologici macroscopici esistessero forti analogie, date appunto dalla comune presenza delle ecchimosi, dei fatti di stasi e di edema (però meno diffusi e, probabilmente, meno intensi nel nostro caso), ed anche da qualche elemento accessorio preesistente, come la poliinfoadenopatia. Invero, a prescindere da alcuni caratteri costituzionali, su di cui dovremo tra breve per necessità ritornare, il B. E. presentavasi come un individuo non tarato, anzi di robusta conformazione esteriore; mancavano internamente apprezzabili segni di alterazioni viscerali, pregresse od in corso, ad andamento cronico; in quanto poi ai fatti acuti tossici mancavano essi pure, non avendo avuto, per così dire, il tempo di formarsi, forse per la rapidità di successione dei fenomeni, forse anche per la natura dei fenomeni stessi.

Nè a ciò si limita la mancata analogia, risultando dai precedenti anamnestici che il soggetto esaminato dal Lionti aveva subito in precedenza altre cure specifiche, tra cui una serie arsenobenzolica, durante la quale aveva presentato delle leggere crisi nitritoidi; mentre l'anamnesi era negativa per noi a tal proposito, fatta riserva — ben inteso — sulle sempre possibili e non sempre involontarie omissioni. La sintomatologia, poi, non dovette essere del tutto simile nei due casi.

Dalla descrizione fatta nell'articolo citato, sappiamo che il decesso avvenne un'ora e quaranta minuti circa dopo l'iniezione, inoltre che « i sintomi si erano iniziati come una crisi nitritoide, e passando per la fase sincopale, malgrado tutti i rimedii praticati, avevano portato a morte il paziente, con un progressivo rapido aggravamento ». Nel nostro caso invece il decorso fu ancor più rapido, brutale: il quadro sintomatologico si iniziò *d'emblée* nella forma già esposta, ben più grave di una pur grave crisi nitritoide, e meglio, definibile come uno *shock* mortale o premortale.

Certo, non è estraneo all'impressione che ci possiamo fare dei casi in questione il sopravvenire in entrambi dell'accidente irreparabile alla terza iniezione, dopo una tolleranza perfetta — almeno apparentemente — delle due precedenti. E l'impressione si accentua se con la memoria si richiamano altri casi del genere, dove per solito l'impreveduto se non imprevedibile effetto compare non al principio o alla fine della serie, non per le minori o per le maggiori dosi, ma per le medie e appunto verso la terza. Prima ancora che mi dovessi occupare della perizia B. E., questo rilievo mi era venuto fuori dalla occasionale lettura di parecchi dei non pochi casi finora pubblicati; ed io penso che non sia estraneo al determinismo di tali accidenti un fatto, per così dire, selettivo, nel senso cioè che i medici, ben sapendo come i fenomeni di intolleranza da idiosincrasia sogliano manifestarsi già dalle prime iniezioni, procedono cauti all'inizio e, quando sono alle ultime, e quindi in genere anche alle dosi massime, raddoppiano la cautela per ovvie precauzioni, mentre, una volta superate le piccole dosi, si ritiene che le medie debbano essere sopportate senza vero pericolo. Errore, perchè oltre alle intolleranze congenite vi sono anche quelle acquisite, e perchè i disordini relativi si possono, sia pure non di regola, manifestarsi a un momento qualsiasi della serie, e in forma non di rado gravissima.

Ad ogni modo, si tratta di una impressione, che potrebbe modificarsi dietro una più attenta e completa disamina. Nell'articolo del Lionti sono riportate delle cifre, appartenenti a varie statistiche e piuttosto discordanti tra di loro. Secondo alcune statistiche la maggior percentuale di morti si ha per le forti dosi; secondo altre alle prime iniezioni, cioè, presumibilmente, con piccole dosi; ma ve ne sono delle altre ancora, in cui il massimo si è avuto dopo la 2ª o la 3ª iniezione. Io credo che l'argomentare statisticamente sia malfido. Bisogna distinguere, confrontare, giacchè il criterio clinico sta appunto in ciò, di individualizzare i singoli casi, anche apparentemente simili; bisogna, almeno, farli rientrare nelle singole categorie. Occorre vedere se la morte fu immediata, o rapida, o a distanza di qualche giorno, o tardiva. Non è improbabile, in via di massima, che le morti da causa più propriamente tossica, cioè da effetti secondari lesivi sugli organi, e in ispecie sugli emuntorii, siano dovute alle grosse dosi e quindi anche alle lunghe serie, e alle serie ripetute, e siano per lo più tardive; che per le prime e piccole dosi si tratti di morti da idiosincrasie (col beneficio d'inventario di questa abusata parola) vere e proprie, o di reazioni localizzate nei centri nervosi, con effetti immediati (inibitorii?) o a distanza di qualche tempo, necessario per la produzione del fenomeno di Herxheimer; che talvolta — come, probabilmente, nel caso nostro — una intolleranza latente si renda palese dopo le prime dosi e dopo un certo tempo, rivelandosi improvvisamente ad una successiva iniezione con una sintomatologia che ricorda abbastanza da vicino quella dello *shock* anafilattico.

Tuttavia, diciamolo pure, in ciò non v'è nulla di assoluto. Io non voglio invadere il campo al collega Vigi, ma ho qui sott'occhi un caso pubblicato abbastanza recentemente (1) in cui il soggetto (una donna ventenne di robusta costituzione trattata per roseola s. con W. fortemente positiva) aveva ricevuto un intera serie di neosalvarsan, cioè da gr. 0,15 a gr. 0,90, con ripetizione dell'ultima dose 3 volte a distanza di una settimana: immediatamente dopo l'ultima iniezione cadde in coma profondo e morì nel termine di 10 minuti. La diagnosi anatomica fu di iperemia cerebrale, stasi generale, edema cerebrale e pulmonare, con versamento nel pericardio, nelle pleure e nel peritoneo, tumore acuto della milza e del fegato, grande rammollimento e distruzione delle surrenali. L'A. ritiene doversi interpretare l'esito eccezionale come dovuto ad una scomposizione troppo rapida del medicamento nei suoi componenti, liberandosi così una dose di arsenico eccessiva tutto d'un tratto, e sufficiente per produrre un avvelenamento acuto, poichè a 90 cent. di neos. corrispondono 289 mgr. di As, mentre la dose minima letale è, secondo Kunkel, di 60 mgr. Secondo Kobert questa dose è alquanto superiore: 10 cent. e anche più, già nelle persone non assuefatte all'arsenico; e non era certo il caso di codesta donna che aveva sopportato bene le dosi più forti e ripetute. Bisogna però tener conto della via di introduzione, poichè le cifre accennate si riferiscono all'*As* metallico *per os* e non endovenoso: su di che mancano, se non erro, dati positivi; ma bisogna andar cauti anche nell'accettare la conclusione dell'A., il quale vede una perfetta corrispondenza del quadro da lui osservato con la forma acuta paralitica dell'avvelenamento arsenicale. Egli infatti non ci dice, e nemmeno tenta di spiegare perchè gli arsenobenzoli, che di regola si sdoppiano nei loro componenti con la necessaria lentezza, eccezionalmente, e per motivi ancora ignoti (*infolge uns noch unbekannter Gründe*) possano sdoppiarsi di colpo o quasi. Prima di accogliere questa spiegazione sarebbe da appurarsi, mi sembra, il dato di fatto della scomposizione rapidissima, che non è ancora dimostrato.

***

Ho citato e riassunto il caso precedente più che altro a sostegno della mia opinione che il decorso, la sintomatologia, il reperto nelle morti da *neosalvarsan* possano presentarsi abbastanza simili in condizioni etiologiche alquanto diverse, sopra tutto in rapporto alla dose impiegata e al momento della serie in cui l'accidente si è scatenato; non è da escludersi pertanto che, con dosi corrispondenti e per quantità e per numero, si possa avere una fenomenologia complessivamente diversa. Ma così ho sfiorato il lato patogenetico del problema: ed è pur necessario abbordarlo anche sotto questo aspetto, almeno quel tanto che è indispensabile per la finale valutazione medico-legale, sebbene lo ripeto, una discussione a fondo sia fuori dalle mie intenzioni e non possa capire nei limiti di una semplice nota casistica, come la presente. Vero è che al Magistrato importa solo di sapere se vi sia un nesso di causalità diretto fra l'iniezione e la morte, e se nella fattispecie vengano all'esito infausto circostanze tali da coinvolgere una ben apprezzabile responsabilità professionale. Allora, potendosi arrivare, nel caso nostro e in casi congeneri, ad una risposta bastevolmente sicura ed in base ad altri elementi di giudizio, parrebbe superfluo cercar di addentrarsi nella patogenesi degli accidenti. Non sarà male, comunque, l'averlo fatto, poichè, a seconda del modo come si considera la questione, anche la risposta al quesito della responsabilità professionale può risultare sensibilmente spostata.

Ora, il Lionti, accostandosi alla conclusione pratica nel suo caso, dopo aver accennato alle più diverse ipotesi sulla patogenesi delle morti per arsenobenzoli, sembra sottoscrivere, il

(1) Photakis: *Ueber einen perakuten todesfall nach intravenöser Neosalvarsan-Injektion* (Deut. Zeit. f. d. Ges. Ger. Mediz., Bd. 6, H. 4, 8, 363).

Digitized by Google

parere di quegli A.A., i quali pensano che « si tratti puramente e semplicemente di intossicazione arsenicale. Cercare altra causa è illusorio. *Il problema da risolvere*, consiste, secondo Milian, *nel sapere perchè questa intossicazione si produce negli uni e non negli altri* ». E così posta la questione, cioè in termini molto generali, bisogna pur convenire che, trattandosi di un composto che contiene arsenico da una parte, e dall'altra di effetti indubbiamente tossici, non si può non parlare di intossicazione arsenicale. Bisogna però anche meglio precisare che cosa si intenda significare con questa espressione.

Abbiamo già visto come siasi ritenuta responsabile dell'avvelenamento mortale la precoce rapidissima scissione del farmaco nei componenti : *As*-residui benzenici ; ove tale scissione fosse effettivamente comprovata, a maggior ragione dovrebbesi parlare di intossicazione arsenicale, nel senso esatto della parola. Se non che gli A.A. citati dal Lionti tacciono dello sdoppiamento, o almeno esso non risulta affatto dalle parole riportate: in questo caso, avendosi cioè, l'esplosione della sintomatologia grave quando ancora il medicamento per la sua maggior parte conserva la sua costituzione originaria, si dovrebbe parlare, a rigore, puramente e semplicemente di intossicazione arsenobenzolica, sapendosi bene che l'azione chimica e tossicologica di un corpo semplice non è la stessa dei suoi composti, anzi può variare assai. E saremmo daccapo.

Mal si comprende in verità come l'organismo possa acquistare il potere — meglio rappresentabile sotto forma di un'attività catalitica che di un'attività chimica diretta — di sdoppiare tutto in una volta un complesso molecolare verso del quale si era mostrato prima, *coeteris paribus*, e si dimostra ordinariamente assai meno attivo ; onde, senza escludere questa ipotesi, *a priori*, conviene ritenerla poco probabile, tanto più sapendosi come i disordini conseguenti all'introduzione in circolo di arsenobenzeni già spontaneamente modificatisi prima dell'iniezione non corrispondano per intensità, se non per gravità, al quadro da noi osservato. Più facilmente comprensibile torna invece il concetto, condiviso dal Lionti, di una idiosincrasia, cioè di una predisposizione generale, « indipendentemente da speciale tossicità del farmaco » : « questa idiosincrasia è ordinariamente acquisita e dipende allora dalla dose, per immagazzenamento nel fegato di medicinale ». Però, aggiunge l'A., deve entrare in campo una disfunzione degli emuntorii, una insufficienza « i cui segni precursori sfuggono alle indagini cliniche », e che « viene peggiorata ed aggravata bruscamente da una nuova aggiunta di cause ledenti la compagine di detti organi »... « E' in questo stato di disfunzione degli organi e tessuti, specialmente fegato e reni, prodotta col meccanismo che abbiamo esposto, che noi poniamo la causa più valida, più seria, più scientificamente esatta (crediamo, perchè basata su dati sperimentali ed anatomo-patologici) degli accidenti e delle morti da arsenobenzoli. Ogni singolo caso potrà presentare variazioni individuali, ma le linee generali rimangono inalterate ed inalterabili ». In conclusione : « Le alterazioni in genere e le morti da arsenobenzoli sono dovute ad intossicazione arsenicale — a decorso fulmineo o lento — in individui preparati da una idiosincrasia acquisita per accumulo sostanziale e con organi lesi e conseguente disfunzione epato-renale. Al gruppo delle disfunzioni è da aggiungersi quello delle surrenali che diventa la determinante del complesso sintomatico angioneurotico che va sotto il nome di crisi nitritoide con conseguente caduta rapida, grave talvolta irrimediabile della pressione sanguigna ».

Affermazioni e conclusioni le quali ci sembrano un pò troppo assolute e meritano un breve commento.

Anzi tutto, vi sono dei casi — e il nostro è uno di quelli — in cui l'individuo non era tarato, presentando il fegato e il rene in condizioni normali, per quanto sia concesso di stabilire all'esame macro e microscopico, e non di meno la sindrome mortale è comparsa con la stessa rapidità ed imponenza, se non maggiore, che nel caso del Lionti. Si potrà obbiettare che gli organi, apparentemente normali, non è escluso vengan colpiti da una insufficienza funzionale, dimostrabile, o supponibile, per la constatazione stessa degli accidenti avvenuti ; ma non v'è chi non veda come questo modo di argomentare indirettamente finisca per diventare una petizione di principio, volendosi così trovare a tutti i costi la conferma di una tesi che appunto dai fatti attende di essere confermata ; e senza tener conto della considerazione che mal si concilia il concetto di una insufficienza così grave da dar luogo a fenomeni di tanta rapidità e imponenza con una tolleranza anteriore funzionalmente completa e con la mancanza di lesioni parenchimali dimostrabili *post mortem*. D'altra parte, non abbiamo noi degli esempi di supplenze funzionali compensatorie, anche in visceri con alterazioni anatomicamente dimostrabili, specialmente poi se una parte del parenchima sfugge al processo infiammatorio o degenerativo, che ci autorizzano a domandarci se dette alterazioni siano sempre e senz'altro da ritenersi responsabili del decesso ? Certo, noi assistiamo ogni dì a delle morti rapide o improvvise in soggetti portatori di lesioni epatiche e renali, che per lo innanzi avevano condotto una vita apparentemente normale, e dietro cause occasionali non specifiche e di poco momento; ma all'autopsia si trova quasi sempre allora la giustificazione della catastrofe, ed anzi vien fatto spesso di domandarsi come mai taluno di quei soggetti avesse potuto tirare avanti così a lungo con degli emuntorii in quelle condizioni. Dunque, riassumendo, le alterazioni viscerali di antica data, quando esistono, assumono un valore concausale notevolissimo, ma non bastano sempre e da sole a spiegare la morte, tanto più che la si può osservare all'infuori di esse.

In secondo luogo, per ciò che riguarda le alterazioni acute o subacute, bisogna tener distinti i fenomeni secondarii dagli immediati, e chiedersi anche se questi ultimi rappresentino, a loro volta, non la causa della morte, ma un semplice effetto concomitante di quella stessa causa a cui la morte può essere direttamente dovuta. In altre parole, i fatti degenerativi epatici e renali, esponenti di uno stato di intossicazione generale dell'organismo, non solo non sono indispensabili al determinismo della morte, essendosi già visto come possano essi pure mancare, ma non si accordano nemmeno strettamente con la sintomatologia osservata, poichè, per quanto rapidamente si formino, la loro produzione non può decorrere nel breve periodo interceduto fra l'iniezione e la comparsa dei gravissimi sintomi. E' ovvia però, ed è logica l'obbiezione che i fatti degenerativi devono preesistere, essendo legati alle precedenti introduzioni del farmaco, di modo che l'ultima, trovando chiuse le vie dell'eliminazione, viene a determinare quella improvvisa saturazione dell'organismo, che si traduce nella nota crisi. E sta bene; ma anche questa spiegazione, che a prima vista appare soddisfacente non mi sembra reggere ad una critica spinta più a fondo. Se è vero infatti che gli arsenobenzoli ledono di preferenza la cellula epatica, è vero però che il fegato ed il rene, questo specialmente, non ne rappresentano nè l'unica nè forse la principale via di eliminazione, tanto che si consigliano, con le debite cautele, a preferenza dei preparati mercuriali e bismutici, ove occorra una cura specifica, in quegli stati in cui l'emuntorio renale è più facilmente interessato, come la gravidanza, o una nefrite luetica. Poi, dato che vi sia ritenzione, l'arsenobenzolo non riesce così gravemente tossico di per se stesso, a dose terapeutica, da determinare ben tosto l'insorgenza dei sintomi di avvelenamento, chè allora dovrebbero comparire, più o meno, ad ogni iniezione, ma per i prodotti della sua disintegrazione, la quale domanda un certo tempo; e allora l'insorgenza della crisi non dovrebbe essere così sollecita, ma alquanto più tardiva, a meno di non far intervenire di nuovo la scissione precocissima, cioè di accumulare le ipotesi l'una sull'altra. Ma il criterio più persuasivo contro l'una e contro l'altra sta sempre nella constatata mancanza di lesioni dimostrabili, acute o subacute, come già delle croniche, in casi molto gravi, anzi in quelli ad andamento più rapido, e forse appunto perchè tali ; in quanto alle lesioni acutissime, esse per lo più sono l'espressione di disordini circolatorii, vuoi primitivi vuoi secondarii, o di fatti agonici, quando non lo siano, per errore, di fatti post-mortali. E, a tal proposito la suggestione che può derivare dal caso riferito del Photakis, in cui i surreni erano gravemente alterati, e che ha tanto maggior valore in quanto l'autopsia fu eseguita dopo sole 6 ore, si attenua notevolmente quando si rifletta che questo reperto non sembra esser costante; almeno a noi non è risultato e il Lionti non ne parla.

Infine, il modo e il tempo d'insorgere della crisi morbosa, la specie della sua sintomatologia, il reperto anatomo-patologico, più che ricordare il quadro di un avvelenamento arsenicale sembrano attagliarsi piuttosto a quello di uno *shock* anafilattico estremamente grave. Vien fatto di pensare che, come nell'anafilassi da siero il fenomeno è legato non alle antitossine conte-

Digitized by Google

nutevi e alle tossine circolanti, ma al siero stesso e alle modificazioni indotte nel sangue del paziente dalle precedenti iniezioni, così nello *shock* arsenobenzolico la reazione dipenda non dalla tossicità del composto in sè, ma da un turbamento improvviso dell'equilibrio colloidale del plasma, precedentemente già sensibilizzato, al contatto di una nuova dose che funge da scatenante (1).

Non devonsi spingere troppo oltre le analogie, poichè fra le sostanze proteiche da un lato ed un corpo a costituzione chimica ben definita dall'altro passano senza dubbio delle profonde differenze, che si ripercuotono sul modo di agire rispetto all'organismo e sul modo di reagire di quest'ultimo. Inoltre l'intimo meccanismo dell'anafilassi non è ancora abbastanza conosciuto, da poterlo prendere a base di un giudizio assimilativo o differenziale. Certo però che a base del quadro sintomatologico e necroscopico da noi osservato sta un formidabile disordine del circolo, di origine con ogni probabilità vasomotoria. In fondo, il Lionti non trascura, come abbiamo visto, questo elemento; se non che egli lo ritiene secondario alle lesioni viscerali, mentre sembra più logico interpretarlo come primitivo, sia per una modificazione dello stato del sangue, sia per una violenta eccitazione dei centri vasomotorii. Si tratta sempre di ipotesi, ma è giusto che fra le ipotesi si preferiscano quelle che meglio spiegano la maggior parte dei fatti constatati. Anche il fatto che lo scatenarsi della crisi sembra non avere alcuna stretta relazione con la quantità del farmaco iniettato, nè col momento della serie (non insorgendo quasi mai alle primissime iniezioni, dove per altro sono frequenti le minori crisi da ipersensibilità congenita), però quasi sempre dopo alcune iniezioni, che fungerebbero così da preparanti, aumenta senza dubbio l'analogia col quadro anafilattico. Ed anche la maggior frequenza e la maggior gravità degli accidenti di questo genere constatata nei soggetti ad abito timo-linfatico, come nel caso nostro, costituisce una ulteriore ragione di analogia.

In conclusione, ed attendendo che il progredire delle nostre conoscenze apporti maggior precisione di vedute e di responsi sulla complessa questione, mi sembra giustificata la premessa affacciata nel corso della discussione: aver cioè il modo di intendere l'essenza patogenetica della morte da neosalvarsan (sempre subordinatamente al caso in esame) una ripercussione indiretta ma sensibile sul problema della responsabilità professionale; in quanto una crisi paragonabile, per l'imprevedibilità del suo insorgere e per la violenza del suo manifestarsi, ad un grave *shock* anafilattico, intacca meno detta responsabilità che non una ipersensibilità congenita od anche acquisita, la quale si manifesti in forma attenuata già alle precedenti iniezioni, od una intolleranza da accumulo del medicamento e da lesioni viscerali, che può essere seguita, fino a un certo punto, o almeno sospettata coll'aiuto degli ordinarii mezzi clinici.

***

Ciò posto, vediamo brevemente come si poteva, dal punto di vista pratico, valutare la questione della responsabilità del medico curante.

Un errore di tecnica non era prospettabile nella fattispecie, almeno sulla scorta degli elementi di giudizio posseduti. Il reperto era stato completamente negativo in riguardo ad una embolia gassosa o da coaguli; d'altronde si tratta di accidenti assai rari, in questi casi, e molto meno da temersi che dai più non si creda. Anche da escludersi era l'iniezione di una dose di medicamento spontaneamente decompostosi, sia perchè l'errore è facilmente evitabile per il cangiamento di colore che il prodotto alterato prende già nella fiala, sia perchè i disturbi che ne sarebbero derivati non avrebbero, secondo l'esperienza, corrisposto al quadro da noi osservato. Nè valeva la pena di metter sul conto una soluzione troppo concentrata, o fatta con acqua distillata non sterile, o comunque impura, per la sproporzione dei possibili effetti con la enorme gravità del caso. Invece, poteva e doveva farsi attenzione ad una causa molto frequente di disturbi ed anche di pericoli gravi, cioè la soverchia rapidità di introduzione del liquido nelle vene. Ordinariamente non si bada molto a questa avvertenza, di iniettare con grande lentezza. Se la si seguisse scrupolosamente, una buona parte dei disordini lamentati, e probabilmente anche degli esiti infausti sarebbero risparmiati; e non solo perchè il medicamento provoca reazioni tanto meno violente quanto più adagio va diluendosi nella massa sanguigna, ma altresì per la possibilità di interrompere l'introduzione all'insorgere dei primi disturbi, che si verificano di regola dopo ultimata l'iniezione, quando la si sia praticata senza la precauzione di cui sopra. Pur troppo, una volta fattavi la mano, si considerano le endovenose alla stregua delle altre iniezioni: e così, dopo una lunga serie in bianco, sopravviene di colpo un caso imprevisto e disperato. Oppure, fin dalle prime dosi si notano fenomeni di intolleranza, e allora si sospende o si cambia la cura o anche la si prosegue, raddoppiando le precauzioni; però, se tutto è andato bene la prima o la seconda volta, segno è che non vi sono pericoli da temere, e così si va incontro ad un disastro, che talvolta è proprio inevitabile, ma talvolta anche prevedibile e riparabile.

Noi non avevamo, tuttavia, la possibilità di mettere seriamente in bilancio un errore di tal fatta, e per ovvie ragioni, trovandosi solo il medico nel suo gabinetto col cliente al momento della disgrazia, ed essendo umanamente superfluo di chiamarlo a testimoniare in proposito.

Nè la figura giuridica della responsabilità professionale era molto più facile a prospettarsi sotto la specie di un errore di indicazione. Qui entriamo in un campo molto più difficile e, direi quasi, geloso dell'attività medica, in quanto non esistono regole fisse, sicure, da applicarsi a tutti i casi, ma solo norme di orientamento da cui il medico può scostarsi quando lo ritenga opportuno, dovendo rispondere solo alla sua coscienza di ciò che possa conseguire alla deviazione dall'ordinaria linea di condotta — a meno che questa, si capisce, non costituisca una violazione patente della logica e della esperienza comune. Altrimenti, la Medicina sarebbe già una scienza esatta e non quello che è ancora oggidì. Ma poi, era da ravvisarsi nel caso B. E. un errore di indicazione vero e proprio?

Le dosi adoperate furono le solite, e con la solita progressione. C'è chi, nei soggetti robusti, e senza speciali controindicazioni, inizia la cura con gr. 0,30 o anche 0,45 di neosalvarsan, e prosegue oltre, senza che per ciò gli inconvenienti e i pericoli sembrino veramente aumentare. Anche la distanza fra l'una e l'altra iniezione, di circa una settimana, corrisponde a quanto si consiglia e si fa d'abitudine, sebbene alcuni sostengano l'opportunità di avvicinare le iniezioni, specialmente per le piccole dosi. Non si può dunque affermare che il medico curante abbia contravvenuto alle regole fondamentali, nè abbia dimostrato una eccessiva aggressività nella sua condotta terapeutica.

Ma — si potrà obbiettare — anche piccole dosi talvolta bastano a provocare gravi fenomeni, determinando un'accentuazione dell'attività in focolai specifici situati in punti assai delicati dell'organismo, principalmente nel sistema nervoso. Orbene: l'esame anatomo-patologico ha escluso, nel caso, che si trattasse di una morte attribuibile a fenomeni tipo Herxheimer, e del resto la sintomatologia da sola sarebbe bastata ad eliminare l'obbiezione.

Resterebbe dunque a vedersi se una cura novarsenobenzolica, e per via endovenosa, era indicata nel B. E., o eventualmente controindicata. Nessun elemento risultava, che parlasse attendibilmente, in un senso o nell'altro. All'esame necroscopico non fu rilevata alcuna lesione, esterna od interna, in atto o in via di regressione, che fosse sicuramente interpretabile come un processo di natura luetica (poichè la tumefazione delle glandule linfatiche inguinali poteva essere anche messa alla dipendenza di un fattore costituzionale), e giustificasse, di conseguenza, una terapia molto attiva. Ciò non impedisce tuttavia che una forma assai labile, ad esempio un esantema, visibile nel vivente, non lo fosse più sul cadavere, o fosse già scomparso, sotto l'influsso della cura. Così pure la negatività della ricerca dell'agente specifico negli strisci e nelle sezioni, come quella di una eventuale sieroreazione (che disgraziatamente mancava agli atti), non costituisce un argomento probativo contro l'istituzione di una cura: prima di tutto perchè un reperto microscopico o sierologico negativo non basta, in presenza di altri dati positivi, ad infirmare una diagnosi; secondariamente perchè, anche senza alcun fenomeno in atto ed anche con R. W. ricondotta alla negatività, il medico può, anzi in molti casi deve insistere nella cura per consolidare i risultati già ottenuti e prevenire le recidive. Se non

(1) Sulla capacità degli arsenobenzoli di determinare modificazioni dell'equilibrio colloidale del sangue, cfr. Heffter u. Keeser, in *Handb. d. experimentellen Pharmakologie* (Springer, Berlin, 1927, Bd. 3°, pag. 505 e segg.); v. anche le ricerche del Patta in *Bioch. e Ter. Sperim.* 1925.

Digitized by Google

che, allora, non urgendo più di far scomparire lesioni in piena evoluzione e di agire molto intensamente, la terapia arsenobenzolica e, sopra tutto, la via endovenosa sono meno indicate. E anche questa sarebbe una obbiezione fondata, ma non decisiva. Infatti, se oggi tende a prevalere l'opinione che il salvarsan ed i suoi derivati, introdotti per le vene e, se possibile, in dosi seriali abbastanza forti, siano da preferirsi per le cure d'attacco, ma siano vantaggiosamente sostituibili per le cure di fondo con altri preparati ed altri modi di somministrazione, ciò non toglie che si possa ricorrere ai primi anche per il trattamento cronico-intermittente, con le dovute precauzioni; ed il fatto che vi sono dei professionisti i quali hanno al loro attivo decine di migliaia di iniezioni endovenose praticate ambulatoriamente senza nessun decesso, dimostra che il sistema ha fatto le sue prove.

In riguardo alle controindicazioni, quella tra esse che più era da temersi, quella che portò all'esito infausto, disgraziatamente era la meno facile da stabilirsi. La prevedibilità, cioè, di un evento quale era occorso nella persona del B. E., affatto banale in linea teorica, sulla base dell'esperienza comune, era quasi impossibile nel caso pratico, come ogni volta che si procede ad una iniezione endovenosa. Il calcolo delle probabilità, se ci si volesse fondare sopra, dovrebbe impostarsi sopra due cifre, di cui una rappresenta l'unità e l'altra parecchie decine di migliaia: calcolo praticamente sprovvisto di ogni valore. Quindi non si può parlare di controindicazione in senso stretto, ma solo di un *quid*, che rappresenta l'insieme delle incognite le quali gravano, potenzialmente, più o meno sopra ogni intervento operativo, ogni manovra terapeutica, ecc.

Il problema sarebbe anche esaminabile sotto l'aspetto della concausalità, rappresentata, nella fattispecie, solamente dalla presenza nel B. E. di residui timici più abbondanti che di norma nell'età adulta, e dal turgore delle glandule linfatiche inguinali. Non vogliamo parlare dunque di uno stato timo-linfatico nettamente costituito, ma limitarci al puro reperto obbiettivo. Si potrà osservare, a questo proposito, che secondo alcuni AA. lo sviluppo dell'apparato timo-linfatico alquanto superiore alla norma non avrebbe un significato speciale, nell'adulto, ma sarebbe da porsi, più che altro, in relazione col genere di morte, cioè con una morte rapida, qualunque ne sia la causa, come abbiamo già accennato per la fluidità del sangue, in principio. Se la modesta esperienza di chi è chiamato abbastanza spesso a praticare autopsie di individui morti per cause violente, nella qualità di perito medico-legale, può qualcosa, io non posso sottoscrivere pienamente a questo modo di vedere. I residui del timo nel B. E. superavano infatti per volume quelli che si osservano di solito in soggetti adulti, anche quando la morte sopravviene rapidamente, all'infuori di ogni processo morboso propriamente detto. Dunque, ritenuto che si potesse accordare un valore concausale, anche assai modesto, alle condizioni speciali riscontrate nel caso in termini (e in verità lo stato timo-linfatico sembra conservare una certa importanza, ad onta delle riserve e delle critiche possibili, nella patogenesi delle morti improvvise, degli accidenti di tipo anafilattico, ecc.), occorre vedere se la concausa era tale da potersi clinicamente apprezzare e mettere in bilancio fino dall'inizio. La risposta ad un tale quesito non può essere che negativa, per chi sa come la presenza di residui timici rappresenti quasi sempre un reperto, per non dire una sorpresa di autopsia, a meno che la mancata involuzione della glandula non sia tale, da cagionare disturbi in vita e da essere dimostrabile coi mezzi clinici. Data, con ciò, e non ammessa la concausa, essa parlava, in ultima analisi, a favore del medico curante, cui non si sarebbe certo potuto rimproverare di non averla saputa individuare e di non averne saputo per tempo valutare i possibili, ma sempre molto discutibili effetti.

***

La conclusione che logicamente sembrami derivare dalle considerazioni svolte fin qui, si può così enunciare:

Vi sono dei casi, fortunatamente piuttosto rari, nei quali, indipendentemente da una provata alterazione o difettosa preparazione del farmaco (1), e da preesistenti lesioni organiche del soggetto, croniche od acute, legate o no a precedenti introduzioni, ed apprezzabili con i mezzi ed i criterii clinici in uso nella pratica privata, possono sopravvenire dopo una iniezione endovenosa arsenobenzolica, a qualunque dose — in genere media — e mentre le iniezioni anteriori erano state sopportate in modo apparentemente perfetto, immediati gravissimi disturbi, anche inevitabilmente mortali, con un complesso sintomatico di solito abbastanza tipico, definibile (senza pretendere di stabilirne in modo esauriente l'intima essenza) come un violento *shock* emotossico. Le condizioni di rarità e di estrema difficoltà di previsione, caso per caso, in cui si svolgono sì fatti eventi, fanno esulare dai medesimi la figura giuridica di una tangibile responsabilità professionale, a meno che non emergano dagli elementi di giudizio circostanze capaci di intaccare la capacità o la coscienziosità del sanitario. In mancanza di queste ultime, l'esperienza disgraziata non può minorare i grandi benefici della terapia arsenobenzolica endovenosa, come non deve autorizzare ad impiegarla senza le dovute cautele, ma deve invece giovare a precisarne e forse a restringerne le indicazioni e ad esigerne le applicazioni con un tecnicismo irreprensibile. E poichè non torna praticamente possibile di ricorrere sempre alla skeptofilassi, da adottarsi solo in un numero ristretto di casi, l'insegnamento più diretto e più persuasivo che discende dalla predetta esperienza è di procedere sempre a qualsiasi iniezione endovenosa, anche se tutto è andato bene in precedenza, con molta lentezza: così si ridurranno al minimo possibile, se proprio non si eviteranno del tutto, gli accidenti impreveduti ma non imprevedibili, o si diminuiranno nella loro tragica gravità.

(1) Accenno solamente, poichè la questione si svolge in margine del tema, al fatto che un controllo chimico di questi prodotti non è stato ancora fissato in modo definitivo (Cfr. fra le più recenti comunicazioni: Contardi e Cazzani, *Sull'indice di Myttenaere per la determinazione chimica della tossicità degli arsenobenzoli,* in Rendiconti Ist. Lombardo Sc. e Lett. I, 7, 26); di modo che, non essendo neppur troppo sicuro il controllo biologico, dato che fra l'uomo e gli animali da laboratorio passano ovvie differenze, si è dibattuta l'opportunità e, prima ancora, la legittimità di un controllo clinico, sostenuta con validi argomenti medico-legali dal Cazzaniga (*Minerva Medica,* I, 9, 24); al quale rimando il lettore per l'apprezzamento di un punto così delicato. Del resto, mentre stavo compilando questo articolo, mi è giunto un numero di *Terapia* (Gennaio 27), in cui precisamente si riportano dei dati relativi al controllo clinico di un arsenobenzolo nazionale. Ma anche questo ultimo controllo non è in definitiva sufficiente, potendosi avere, come stavamo dicendo, effetti gravi indipendenti dalla assoluta bontà del prodotto.

ULTERIORI INDAGINI SU LA NUOVA SIERODIAGNOSI DELLA SIFILIDE. - SUA UNIFICAZIONE CON LA W. - NUOVA REAZIONE DI INTORBIDAMENTO.

per il prof. OLINTO SCIARRA
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Napoli

Nel maggio 1926 pubblicai la seguente sierodiagnosi (1) fondata: *a*) Su la scissione a preferenza con alcool di grani disuguali e flocculi caratteristici dei sieri luetici evidenti all'ultramicroscopio, forse in gran parte se non tutti costituiti da antigeni e anticorpi specifici reagenti nel sangue come *in vitro* nella Meinicke e Sachs-Georgi; *b*) Su la consecutiva reazione di tali costituenti liberi con fissazione di nuovo complemento aggiunto.

Siero inattivo cc.	Alcool cc.	Sol. fis. 0,85 o|o cc.	Complemento cc.	Termostato a 37°	Sistema emolitico cc.	Termostato a 37°	ESITO	
							Negativo (emolisi)	Positivo (non emol.)
0,20-0,30	0,10-0,15	1,5	Dose secondo il titolo	3|4-1 ora	1	1|2-2 ore	----	++++

Controlli necessari: del siero, dell'alcool e del sistema emolitico.

Si tratta cioè di un fenomeno di reversibilità, analogo a quello osservato da Wassermann per il suo aggregato W. e da lui utilizzato nella « R. W. di conferma » (2) per svelare le Wassermann pseudo-positive.

(1) Sciarra. *Riforma Medica,* n. 23. 1926. *Policlin., Sez. prat.* n. 27, 1926.

(2) Wassermann A. *Berl. Klin. Woch.,* n. 9, 1921.

Digitized by Google

Tali studi geniali trovano così nel mio metodo una valida conferma.

« *Nessun altro solvente di lipoidi* — scrissi — *sostituisce bene l'alcool* ».

L'etere e la benzina possono dare anche discreti risultati, ma non così chiaramente positivi e costanti come li dà l'alcool.

E' da preferirsi quindi l'alcool non solo per ottenere una maggiore concordanza con la R. W. praticata con antigeni alcoolici ma anche perchè il lipoide dell'aggregato — W. si scioglie in alcool come Wassermann dimostrò.

Nell'uso dell'alcool si tenga presente:

1° l'alcool assoluto o quasi tale, posto direttamente nel siero non diluito agisce *rapidamente, sicuramente e in piccolissima dose;*

2° se usato diluito o nel siero diluito ha una *azione incerta e lenta se in dose maggiore;*

3° *la dose da me consigliata se aggiunta dopo la soluzione fisiologica non agisce affatto o molto lievemente con costante e quasi completo esito negativo della reazione per sieri manifestamente positivi col metodo non errato.*

Verosimilmente quindi è essenziale che l'alcool conservi tutta o la massima parte della sua energia solvente di lipoidi perchè si verifichi la disgregazione dei granuli e flocculi del siero.

Venendo meno alla mia promessa, tralascio ancora la discussione sul meccanismo intimo della reazione strettamente affine a quello della Wassermann, Meinicke ecc.

E' più opportuno parlarne a fenomeno già controllato da altri. Mi limito ora ad aggiungere e chiarire alcuni particolari tecnici di notevole importanza.

Reazione di intorbidamento. La prima parte del metodo corrisponde ad una utilissima reazione:

Sero inattivo cc.	Alcool cc.	Soluz. fisiol. cc.	ESITO	
			Positivo	Negativo
0,2 - 0,3	0, 1 - 0,15	1,5	Intorbidamento caratteristico	Limpidezza e trasparenza

a) l'intorbidamento è probativo di positività solo se è identico a quello di una diluizione di antigeno alcoolico-luetico in uso per la Wassermann;

b) l'intorbidamento da precipitati non ha valore però può occultare il precedente.

I precipitati non si formano se — come avvertii — alcool e siero vengono mescolati e diluiti immediatamente.

c) Quasi costantemente se la reazione di intorbidamento è positiva, positiva si rivela anche la successiva sierodiagnosi di deviazione del complemento.

Il significato delle due reazioni è lo stesso.

Metodi W. e S. unificati. Nella R. W. reagiscono solo gli anticorpi sfuggiti alla fissazione nel sangue, i quali non reagiscono invece nella mia reazione.

Tutti gli elementi del siero in esame (anticorpi in eccesso ed aggregati antigeno-anticorpo) possono essere svelati con una sola prova utile in casi di negatività delle due reazioni separate.

L'unificazione *parziale o totale* può praticarsi efficacemente in tre modi. Indispensabile oltre i controlli soliti, quello rigoroso dell'antigeno, causa principale delle deficienze della R. W.

I. *Con prevalenza della Wassermann* (metodo W.-S.).

a)

Siero inattivo cc.	Alcool	Sol. fis. cc.	Antigeno cc.	Complemento cc.	Termostato,
0,10	0,05	1	Dose per la W.	Dose secondo il titolo	sist. emolitico, ecc. ecc.

Si osservi se si verifica la reazione d'intorbidamento, di cui innanzi, benchè molto attenuata.

b) Si fa agire l'alcool dell'antigeno.

Siero inattivo cc.	Antigeno alcoolico diluito a parti eguali cc.	Soluz. fisiologica cc.	Complemento cc.	Termostato,
0,10	Dose per la W. non minore però di 0,10 - 0,15	1,5	Dose secondo il titolo	sist. emol. ecc. ecc.

E' preferibile usare antigeno di titolo non elevato.

Volendo adoperare l'antigeno integro direttamente sul siero lo si usi alla dose 0,05 per evitare l'intorbidamento intenso e si aggiunga l'eccedenza fino alla dose utile per la R. W. dopo la soluzione fisiologica.

II. *Con prevalenza della S.* (Metodo S.-W.).

Siero inattivo cc.	Alcool cc.	Soluz. fisiolog. cc.	Antigeno cc.	Comp. cc.	Termostato a
0,20	0,10	1,5	Metà dose usata per la W.	Dose secondo il titolo	37°, sist. em. ecc. ecc.

III. *Unificazione dei metodi W. e S.* (metodo totale W. S.).

Come il precedente, aggiungendo *però tutta la dose di antigeno richiesta per la Wassermann.*

Si pratichi sempre la prima parte come per la reazione d'intorbidamento, la quale potrà rivelarsi.

Esame ultramicroscopico dei sieri. I grani e flocculi caratteristici si osservano quasi costantemente nei sieri di luetici con infezione in atto anche se W. negativi e S. parzialmente positivi.

Poichè non si può affermare sicuramente la specificità di tutti i suddetti elementi, l'esame ultramicroscopico deve ritenersi soltanto un buon sussidio per la diagnosi.

***

Reazione d'intorbidamento con alcool, metodi unificati con alcool o etere, ed esame ultramicroscopico, non possono sostituirsi alla mia sierodiagnosi pura; questa non inferiore per sensibilità ai metodi unificati, esprime lo stato di attività dell'infezione, e per ora va praticata comparativamente con la Wassermann.

Quando saranno ben chiare la sua specificità e sensibilità in rapporto alla Wassermann, si avranno indubbi criteri di giudizio sicuro sul valore e sulle modalità dell'unificazione.

I metodi unificati sono sensibilissimi e certamente utili come sussidiari, ma risultano meno specifici in quanto le aspecificità di un metodo offuscano la specificità dell'altro.

Napoli, 30 Marzo 1927.

NOTE DI UROLOGIA

Uretra bifida diagnosticata sul vivente per mezzo della pielografia. — M. Devroye, Direttore del servizio all'Ospedale St. Gilles di Bruxelles. *Le Scalpel*, 1926, n. 38.

Si tratta di un caso di anomalie ureterali bilaterali assai bizzarro: a sinistra si aveva restringimento ureterale con dilatazione cistica della estremità inferiore, e dilatazioni multiple nel corpo dello stesso uretere; a destra bifidità ureterale con dilatazione dello uretere posteriore.

Tale singolare anomalia è stata potuta diagnosticare sul vivente, a mezzo della pielografia.

Essa dimostrò, infatti, a sinistra, due bacinetti; due ureteri che venivano a sboccare a 2 cm. circa dal meato ureterale destro. La sonda ureterale essendo abbastanza sottile, il liquido opaco era stato respinto nell'uretere corrispondente al bacinetto inferiore, che sembrava il più importante in relazione al volume della parte renale alla quale corrispondeva.

Non si trattava quindi di un uretere doppio, ma di un uretere bifido a riunione inferiore.

Sono stati descritti 58 casi di tabe anomalie; quasi tutti però in base al reperto anatomo-patologico sul cadavere.

Digitized by Google

RILIEVI DI IMMUNOLOGIA

SCUOLA LIBERA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA
LABORATORIO D'IMMUNOLOGIA

ANAFILASSI CLINICHE

per il dott. DONATO FRANCESCHELLI

I metodi biologici, meno nei casi speciali dell'allergia tubercolinica, sono poco impiegati nella diagnosi e nella cura degli stati anafilattici. Necessita richiamare l'attenzione su tali metodi, per diagnosticare sintomatologie comuni ad altri stati morbosi ed eventualmente curarli specificamente. L'impiego dei citati metodi sarebbe sopratutto facilitato se anche in Italia le case specialiste mettessero agevolmente a disposizione dei medici il materiale anafilattogene e i medici imparassero anch'essi ad apparecchiare da se il materiale occorrente, visto che la preparazione di esso non riesce difficile e la difficoltà maggiore è rappresentata dall'asepsi. Perciò credo possa riuscire utile ricordare oltrechè la sintomatologia che potrebbe essere di origine anafilattica, anche i metodi di diagnosi e cura specifica e specialmente i modi di preparazione delle sostanze anafilattogene diagnostiche e curative

Le principali entità morbose a base anafilattica, su cui ritengo opportuno dover richiamare l'attenzione dei colleghi, in quanto esse possiedono una sintomatologia comune ad altri stati morbosi, sono: La malattia da fieno, l'anafilassi da inspirazione di prodotti animali, l'anafilassi da inspirazione di sostanze vegetali, l'anafilassi alimentare, la malattia da siero. I principali sintomi di queste malattie e che possono confondersi con quelle di altre forme morbose, possono essere elencati come segue: asma bronchiale allergico, rinite e congiuntivite anafilattica, manifestazioni cutanee anafilattiche (urticaria, edema angioneurotico, eczema, eritemi polimorfi, ecc.) manifestazioni gastro-intestinali (vomito diarrea, dolori addominali tumefazione della lingua e delle labbra ecc.).

Quando esiste una sintomatologia che possa far pensare all'esistenza di uno stato allergico, l'unico modo come differenziarlo con le maggiori probabilità da altri stati morbosi a sintomatologia analoga è la diagnosi biologica, per la quale la maggiore difficoltà è rappresentata dalla preparazione del diagnosticatore. Per ovviare a simile inconveniente credo suggerire tra i metodi di preparazione dell'anafilattogene quello che maggiormente si presta ad una tecnica alla portata di molti esercenti e dei laboratori annessi alle cliniche e agli ospedali, nei laboratori sierovaccinogeni, anche in buone farmacie se affidate a personale bene addestrato nella tecnica immunologica e sierologica.

Il metodo cui alludo può essere diviso nelle seguenti manualità tecniche:

1. Preparazione della soluzione estrattrice dell'anafilattogene: questa avrà la composizione seguente:

Cloruro sodico	gr. 5
Acido fenico	gr. 4
Acqua distillata	cmc. 1000

avvenuta la soluzione, aggiungere tanto di soluzione concentrata di bicarbonato sodico da ottenere una normalità alcalina N. 20. Sterilizzare e conservare per l'uso.

2. Preparazione della soluzione conservatrice da aggiungere agli anafilattogeni liquidi: essa è composta come appresso:

Cloruro sodico	gr. 25
Bicarbonato solico	» 15
Acido fenico	» 20
Acqua	» 1000

sterilizzare e conservare.

3. Preparazione del materiale grezzo anafilattogene. La scelta della sostanza da impiegare a scopo diagnostico sarà suggerita al medico dai dati anamnestici, sopratutto dalle indicazioni di speciali intolleranze fornite dall'infermo. A voler dare un quadro sintetico dei principali gruppi anafilattogeni cui più comunemente bisognerà ricorrere, si potrà seguire il seguente specchietto:

Anafilattogeni di origine animale (zooanafilattogeni): bisogna ricercarli nei sieri e corpuscoli di sangue eterogenei, negli alimenti di origine animale (uova, latte, carni, ecc.) nei prodotti animali provenienti da desquamazioni cutanee, da materiale espirato ecc.

Anafilattogeni di origine vegetale (fitoanafilattogeni): sono rappresentati da prodotti alimentari vegetali (verdure, legumi, farine, frutta), polline, microrganismi (batteri e muffe annidantisi sopratutto nelle vie respiratorie o digerenti).

Il materiale anafilattogene di natura alimentare è facile procurarselo; lo stesso dicasi di prodotti cutanei quali peli, piume, forfora ecc. I pollini invece bisognerà raccoglierli al tempo della fioritura della pianta sospetta, e propriamente appena che una parte del ricettacolo del polline ha cominciato ad aprire, si raccolgono i fiori e si fanno cadere i granuli di polline in recipiente adatto, dove si lasceranno essiccare al riparo dalla polvere e da correnti d'aria. Il materiale secco sarà conservato in boccette ermeticamente chiuse e da esso si partirà per la preparazione tanto di polveri diagnostiche che di soluzioni anafilattogene diagnostiche e curative, nel modo come si dirà più innanzi. Infine i batteri e le muffe dovranno essere prelevati ed isolati dalle superfici su cui si annidano con le comuni norme della tecnica batteriologica.

4. Preparazione dei singoli anafilattogeni. Gli anafilattogeni potranno essere preparati allo stato di polveri o di soluzioni.

Polveri anafilattogene. Le polveri anafilattogene si preparano essiccando il materiale all'aria e quindi sgrassandolo, dopo averlo finemente sminuzzato. Lo sgrassamento si esegue con etere o tetracloruro di carbonio; per lo più bastano quattro o cinque estrazioni per ottenere l'ultimo liquido estraente del tutto incolore, indice questo del perfetto sgrassamento dell'anafilattogene. L'etere residuo si allontanerà o lasciando la polvere all'aria, al riparo da inquinamenti esterni, o immergendo il recipiente che contiene le polveri in bagno a 50°-60° C. Ottenuto l'allontamento dell'etere o altro sgrassatore residuale, l'anafilattogene potrà essere polverato finemente in mortaio, e quindi conservato in boccette ermeticamente chiuse, dove si manterrà indefinitamente, specialmente se addizionato di qualche cristallo di timolo. Al momento di dovere usarle, si preleverà la quantità necessaria tanto per l'impiego diagnostico diretto che per la preparazione di estratti diagnostici e curativi.

Soluzioni anafilattogene. Condizione essenziale per ottenere soluzioni anafilattogene efficaci è di evitare qualsiasi alterazione delle sostanze proteiche e nello stesso tempo avere soluzioni sterili. Nei quadretti che seguono sono sintetizzati i procedimenti più facili:

1. *Preparazione di soluzioni anafilattogene da materiale solido*

Anafilattogene		Soluzione estraente c.c.	Durata della estrazione	Modalità dell'estrazione
qualità	quantità			
Polline (sgrassato e secco).	gr. 1	300	4-5 giorni	L'estrazione sarà eseguita per tutte le sostanze a temperatura ambiente, agitando ogni 3-4 ore e dopo avere soprapposto uno strato di toluolo. Finito il periodo di estrazione, il prodotto sarà filtrato per carta sterile, e quindi sterilizzato attraverso candela di Chamberland o di Berkfeld. Le soluzioni ottenute e raccolte in recipienti sterili saranno conservate in luogo fresco ed oscuro, e si mostreranno per lungo tempo attive.
Peli, lana, piume, forfora, ec. (sgrassati e secchi).	gr. 1	100	2-5 giorni	
Farine (di cereali, legumin. ecc.).	gr. 100	400	„	
Carni fresche, pesci (finem. div.)	gr. 20-25	100	„	
Legumi freschi, verdure, bucce e polpa di frutta (dopo spremuto il succo).	gr. 50-100	100	„	
Proteine secche e sgrass. (albumine, caseina, siero di sangue essiccato, ecc.).	gr. 0,1 a 1	100	fino a sol.	

2. *Preparazioni di soluzioni anafilattogene da materiale liquido*

Anafilattogene		Liquido preservatore c.c.	Modalità tecniche
qualità	quantità c.c.		
Latte (sgrassato per centrifug.) siero, albume, tuorlo d'uovo.	1-10	25 e 75 sol. fis.	Filtraz. prima per carta, quindi per candela sterile; pel resto v. tabella I.
Succo spremuto dalle frutta, dai legumi, ecc.	25	75	Mescolare all'estratto del materiale solido da cui il succo fu spremuto e trattare sec. tab. I.

Sorvolo sulla preparazione degli anafilattogeni batterici che richiedono l'impiego di metodi e apparecchi alla portata non di tutti.

Diagnosi biologica degli stati anafilattici. Senza entrare nelle particolarità di tecnica della cuti- e intradermo-reazione, ritengo utile ricor-

Digitized by Google

dare i capisaldi su cui deve poggiare la tecnica per ottenere risultati attendibili.

Per la cutireazione attenersi alle norme seguenti:

1. Asepsi completa, scarificazioni non sanguinanti.

2. L'anafilattogene può essere applicato come polvere o come soluzione, ma sono preferibili le soluzioni. L'applicazione diretta delle polveri (una punta di bisturi) sia seguita da quella di una goccia di soluz. N/20 di NaOH per disciogliere in loco le proteine; usando le soluzioni anafilattogene preparate secondo le tabelle, applicarle dopo diluizione al 1/10 con soluzione fisiologica fenolata o non. Dopo una mezza ora e anche prima, asportare con garza o cotone sterile lo eccesso di anafilattogene.

3. Eseguire sempre una o due scarificazioni di controllo su cui sarà applicato solvente puro.

4. Osservare i risultati dopo qualche ora ed in ogni caso dopo 24 e 48 ore, e nell'esaminare la reazione tener sempre presente quella dei controlli.

5. Serbando la dovuta distanza fra le singole scarificazioni, si possono eseguire contemporaneamente senza reciproca influenza numerose prove, con differenti anafilattogeni.

6. Il metodo cutaneo deve essere preferito al metodo intradermico tutte le volte che si debba provare su individui assai sensibili, sopratutto se asmatici.

Per l'intradermoreazione attenersi alle norme seguenti:

1. Asepsi completa, siringhe da tubercolina, aghi sottilissimi, il tutto esente da proteine.

2. Non attraversare con l'ago il derma.

3. Iniettare al massimo cmc. 0,2 della soluzione anafilattogene, di cui alle tabelle.

4. Eseguire una iniezione di controllo con solvente esente di anafilattogene.

5. Cominciare l'osservazione dei risultati 1/4-1/2 ora dopo l'iniezione e continuarla nelle 24 e 48 ore successive, facendo sempre il paragone con la reazione dell'iniezione di controllo.

6. Serbando la necessaria distanza, si possono praticare numerose inoculazioni, con soluzioni anafilattogene varie.

7. Tener sempre presente che una reazione identica al controllo deve ritenersi come aspecifica e negativa; e che una reazione poco più accentuata di quella di controllo è da interpretarsi al massimo come dubbia.

8. Il metodo intradermico è controindicato in soggetti assai sensibili e sopratutto se asmatici.

Cura biologica degli stati anafilattici (*desensibilizzazione*). Stabilita la diagnosi biologica dello stato di anafilassia, il medico procederà alla cura etiologica di esso, senza tralasciare le altre cure suggerite dalla pratica. Anche nella desensibilizzazione bisognerà seguire delle norme fondamentali, che si possono riassumere come appresso:

1. Durante la desensibilizzazione tener lontano dall'individuo l'agente etiologico.

2. La dose iniziale di soluzione anafilattogene da iniettare sia determinata per via percutanea: essa deve corrispondere ad una massima concentrazione dell'anafilattogene incapace di dare la reazione specifica; di tale soluzione (eventualmente preparata con soluzione anafilattogene diluita) si inocolerà come prima dose cc. 0,1 sottocute.

3. Ogni 8 giorni, si raddoppierà la dose precedentemente iniettata; quindi per le prime tre settimane si inoculeranno rispettivamente cc. 0,2 0,4 0,8 della soluzione di cui al 2° nelle settimane successive e con i medesimi intervalli si inoculeranno rispettivamente (sempre nelle quantità di cc. 0.1, 0.2, 0.4 e 0.8) di concentrazione doppia, quintupla, decupla e venti volte quella della soluzione iniziale. Nel caso che le soluzioni madri risultassero troppo diluite per le dosi da impiegare, o si preparino (modificando i rapporti della tab. 1 e 2) soluzioni più concentrate di anafilattogene, o si inoculino volumi corrispondentemente maggiori della soluzione iniziale.

4. Avvenuto il trattamento curativo, controllare biologicamente l'avvenuta reazione ed in caso di successo rimettere l'individuo a contatto dell'agente etiologico, per non fargli perdere l'effetto della cura.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le differenze di suono plessico nell'addome. — MARCHAND. *Le Scalpel*, a. 79, n. 51, 1926.

La caratteristica del metodo di percussione dell'addome secondo Sigaud è quella di tener conto del modo di comportarsi dei suoni di percussione nelle varie regioni dell'addome, che dal Sigaud vengono raggruppate in tre principali: epigastrio, fossa iliaca desta (f. i. d.) e fossa iliaca sinistra (f. i. s.) o meglio tutta la regione situata al disotto e a sinistra dell'ombelico. Queste tre regioni formano lo scacchiere di Sigaud, che, allo stato normale, deve rispondere alle seguenti qualità: suono basso, chiaro e timpanico all'epigastrio; suono acuto alto e più o meno sub-ottuso nella f. i. d.; suono timpanico e sub-acuto, di carattere intermedio ai due precedenti, nella f. i. s.

Lo scacchiere si dirà invertito se i relativi suoni di percussione non corrispondono alle caratteristiche ora dette, e propriamente si può avere: a). Scacchiere invertito 1° tipo, contraddistinto da: suono poco chiaro, sub-ottuso timpanico o anche ottuso sullo stomaco; timpanismo basso, cioè suono molto chiaro, in basso e a sinistra; suono intermedio tra chiaro e ottuso nella fossa iliaca destra. b) Scacchiere invertito 2° tipo, caratterizzato da: suono poco chiaro, acuto e più o meno sub-ottuso all'epigastrio e nella f. i. s.; suono chiaro, basso e timpanico nella f. i. d.

Le diverse modalità di suoni percussori ora detti si verificano sempre in individui in periodo digestivo ed è bene ricercarle sia stando l'ammalato coricato che stanto in piedi. Clinicamente, il diverso modo di comportarsi dello scacchiere di Sigaud è stato da questo stesso A. applicato alla diagnosi delle dispepsie funzionali, vere o apparenti. Infatti uno scacchiere di Sigaud normale denota sempre un tubo digerente forte e quindi nell'infermo un buon tipo di uomo robusto e di forte appetito; uno scacchiere invertito 1° tipo indica sempre una costituzione debole, delicata, microsplancnica; uno scacchiere invertito 2° tipo, infine, un tubo digerente facile agli scompensi e una costituzione generale instabile, claudicante.

Come si vede, la percussione dell'addome secondo Sigaud, a parte le inesattezze dipendenti dalla subiettività della ricerca, può utilmente essere usata in pratica a distinguere specialmente le dspepsie ipersteniche dalle asteniche, onde una adatta terapia a seconda dei casi.

Sulla diagnosi della tubercolosi delle ghiandole mesenteriche. — STERNBERG, Istituto per la Tubercolosi in Leningrad. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 47, 2, 1927.

Frequente ed agevole alla necroscopia, questa diagnosi in clinica è soltanto probabile, allorquando si tocchino tumefazioni addominali che richiamino alla mente i pacchetti ghiandolari. La mancanza di una precisa sintomatologia, la impalpabilità di ghiandole retroperitoneali latenti, ecco altrettanti ostacoli alla diagnosi.

Se è vero che non bisogna suggestionarsi fino ad affermare che sempre si possano toccare codeste ghiandole nascoste; è altresì da ritenere, secondo l'A. la possibilità di informarsi ad alcuni particolari criteri i quali rendano possibile, in tempo opportuno, procedere in questa diagnosi. Queste deduzioni prendono origine dall'equilibrio e dal confronto tra i reperti anatomo-patologici ed i controlli semeiologici. Un fatto anatomico dal quale può prendere la via il clinico per la ricostruzione diagnostica è la periadenite e rispettiva peritonite circoscritta della parete vertebrale posteriore, nell'adenotubercolosi di lunga durata. Vengono poi le seguenti considerazioni da fare: 1. L'adenotubercolosi retroperitoneale suole avere, quale tipica localizzazione il territorio delle radici mesenteriche. Per pura eccezione si riscontra in sede diversa (anello portale e così via). Per conseguenza la periadenite vuole essere ricercata seguendo una linea la quale dall'ipocondrio destro si porti all'inizio dell'intestino tenue (a livello della seconda vertebra lombare). 2. Questa periadenite può rivelarsi alla dolorabilità palpatoria, e magari nello stadio di esacerbazione, spontaneamente. Ora secondo l'A. l'isolata dolorabilità nel campo radicolare del mesentere, depone per un processo flogistico localizzato al peritoneo ed al cellulare retroperitoneale, epperò indirettamente per un'adenopatia in quella sede.

Le manifestazioni cliniche di codesta adenotubercolosi stanno dunque più in rapporto intimo con peritonite anzichè con la propria affezione linfadenica. Sintomi fondamentali sono: dolori, stitichezza, diarrea.

Dal lato clinico possono tutti i casi suddividersi in tre gruppi. 1. Un gruppo nel quale non è accusata alcuna sofferenza. Bisogna insistere per sentirsi dire che a quando a quando ci furono dolori, stipsi, diarrea, più che altro un incerto ricordo di sofferenze. 2. Un gruppo nel quale le sofferenze sono già spiccate da fornire elemento di precisa anamnesi. Prin-

Digitized by Google

cipalmente stipsi o diarrea, magari l'alternativa di esse. Nota è la stitichezza spastica frequente nei fanciulli e nei giovani, forse da vagotonia, e terapicamente ribelle. Secondo l'A. là dove ci sono sintomi mesenteriali, coteste turbe intestinali sono in immediata connessione con le periadeniti. Infatti si osserverebbero ottimi risultati contro questa stitichezza dall'uso dei raggi ultravioletti o dai bagni di sole. Quando con la periadenite si manifesta la diarrea, è da pensare ad un riflesso peritoneale insolito, ad un'esagerata peristaltica, ipersecrezione mucosa, a simiglianza di quanto si ammette per la tosse riflessa e l'espettorazione nella periadenite bronchiale e rispettiva pleurite. In pratica codeste diarree, variabilissime per numero di scariche, sogliono riferirsi alla colite cronica od all'enterotubercolosi quando sono molto avanzate le lesioni pulmonari. Il sintoma mesenteriale concorre a chiarire l'etiologia della affezione, quindi la diagnosi e la cura. Che se in tali casi non ci sono sintomi subiettivi molto accentuati, gli è che le peritoniti postero-addominali vanno poco esposte ai traumatismi. In un 3° gruppo stanno i casi con intensi dolori; i quali si presentano a crisi talora quasi violente, sia ileo-cecali, sia epigastrici, in rapporto con l'ingestione alimentare, e possono mentire una perigastrite od una colica renale. Quando il sintomo mesenteriale è manifesto, l'A. inclina ad ammettere aderenze devolute ad alterazioni mesentero-periadenitiche. Vi rientrano i casi operatori di perigastrite o periepatite adesiva di dubbia origine.

Finalmente a meglio comporre la sintomatologia e la diagnostica per le importanti deduzioni terapeutiche; oltre a differenziare codesta localizzazione da l'appendicite, e dall'entero-tubercolosi ulcerosa, e tenendo in complessa valutazione il palpamento e la ricerca del sangue occulto, giova tener presente:

1. Palpazione soltanto dolorosa nella sola regione ileo-cecale. Ulcerazione con invasione peritoneale appartenente anzitutto al cieco. La stessa dolorabilità alla palpazione può accompagnare la periadenite in questa localizzazione, anche in mancanza del secondo punto doloroso mesenteriale (sintoma mesenteriale parziale, adenite isolata). Allora la diagnosi viene decisa dal sangue occulto.

2. Sintomo mesenteriale molto manifesto: la dolorabilità palpatoria si constata simultaneamente in due punti tipici per l'adenite mesenteriale, pur non escludendo la coesistenza di ulceri cecali. Se il sangue occulto c'è si può pensare alla coesistenza di ulcera cecale ed adenite; se manca alla sola adenite.

3. Dolorabilità in più punti dell'addome, cioè: regione ileo-cecale, flessure coliche ascendente e discendente, flessura sigmoide (sintoma incrociato); tanto depone per l'enterotubercolosi ulcerosa.

Appendiciti pelviche a sintomatologia utero-annessiale. — Bobbio, Ospedale Maggiore S. Giov. Batt. in Torino. *Minerva Medica*, 1, 1927.

L'A. afferma che esiste una forma di appendicite acuta pelvica non tanto nel senso anatomico, quanto e sopratutto clinico, che si estrinseca cioè con una sintomatologia che si può considerare nettamente pelvica, e più specialmente utero-annessiale.

In una delle donne osservate, a 62 a. la sindrome essenzialmente uterina metrorragica pertinace sebbene modica, l'A. fu propenso ad ammettere una forma neoplastica. L'intervento addominale dimostrò trattarsi di appendicite acuta tipica con fenomeni di acuzie poco spiccati; la punta dell'appendice sede del processo infiammatorio, aderendo al parametrio di destra, in tutta vicinanza dell'utero aveva determinata una para e perimetrite sabacuta, con reazione flogistica sclerosante, metrite secondaria e metrorragia. La scarsità di iniziali fenomeni acuti, l'imponenza del quadro clinico genitale, specialmente uterino, che sembrava avvalorato dall'esame obbiettivo, aveva indotto all'errore diagnostico.

Nell'altro caso di donna di 42 a. la storia clinica, l'esame obbiettivo inducono l'A. a supporre un ematocele periuterino da gravidanza tubarica rotta, ovvero di cisti tubarica ritorta. Nell'attesa e sotto le cure mediche si manifesta il quadro appendicitico, onde l'intervento. I fenomeni uterini in questo secondo caso erano stati scarsi, sotto il predominio dei fenomeni addominali iperacuti che sogliono accompagnare le rotture di trombe gravide o le torsioni di cisti ovariche. La presenza di una tumefazione intrapelvica lasciava dubbio se trattarsi di una vera raccolta infiammatoria o di un pseudo-tumore. Tuttavia nel periodo acuto l'affezione era mascherata in modo da dare l'impressione di un fatto genitale a carattere annessiale e più specialmente abbia dato luogo ad una peritonite pelvica circoscritta, a rapido sviluppo, con formazione di un essudato sieroso intorno al quale si formarono rapide barriere per opera del peritoneo, dell'epiploon e delle anse intestinali, dando così la parvenza di una produzione cistica.

L'aneurisma dell'arteria polmonare. — Poinso. *Gazete des Hopitaux*, n. 20, 1927.

L'anatomia patologica dell'aneurisma dell'a. polmonare non differisce da quello della sua vicina, l'aorta.

Quella che è più importante è la sintomatologia. L'inizio è insidioso: rimonta a qualche mese e l'ammalato accusa al medico di aver notato da qualche tempo dispnea da sforzo, una lieve cianosi o palpitazioni dolorose a sede varia.

Nel periodo di massima esplicazione dell'aneurisma la cianosi diviene un sintomo predominante, al viso specialmente, che acquista una tinta rosso-violacea, di cui gli ammalati, specialmente le donne si lamentano sopratutto; cianosi esiste anche alle mani, unghie ai piedi e periungueale. Anche le mucose visibili si presentano di una tinta rosso-vinosa. Si può constatare congestione della papilla.

La cianosi suddetta, non è però uguale e costante in tutte le sedi accennate, ma può essere più o meno intensa in territorii diversi e può accentuarsi in seguito ad uno sforzo, un colpo di tosse, ecc.

Molto importante è un altro segno: la dispnea; all'inizio dispnea da sforzo; essa diviene subito costante; specie nella notte, accentuata dal decubito dorsale, [e dall'ambiente chiuso e dalla mancanza di luce. N. d. R.] costringe l'ammalato a rimanere assiso per lunghe ore. In genere la dispnea è di media intensità, silenziosa; le vene giugulari turgide mostrano la difficoltà della circolazione venosa.

I dolori variano da semplici palpitazioni dolorose a vera algie precordiali con estensione retrosternale e mediotoracica; possono essere superficiali o profondi e sopravvengono quando la cianosi si esagera (angor ipercianotico).

Come segni fisici si ha, all'ispezione, una bozza con due focolai di pulsazione nel II e III spazio intercostale sinistro lungo lo sterno, si ha pure un'impulso sistolico diffuso; alla palpazione si sente un fremito sistodiastolico; alla percussione una ottusità a convessità esterna; all'ascoltazione un soffio sistolico intenso rude a propagazione limitata verso la clavicola sinistra.

Grande importanza ha infine la radiografia.

Quanto alla prognosi essa è fatale; ma il decorso può essere lentissimo.

L'A. riferisce un caso di personale osservazione, in donna di 35 anni, luetica, con manifestazioni molto gravi, ma non potuta seguire, essendosi subito dopo la permanenza in clinica, perduta di vista.

La cura è quella antiluetica.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Il metodo Schiassi nella cura dell'ulcera gastrica (discontinuità nervosa vago-simpatica).— Schiassi. *Arch. It. di Chir.*, 1926.

La tecnica personale proposta dall'A. ha lo scopo di provocare, nell'ulcera dello stomaco na discontinuità nervosa dei rami vago-simpatici che innervano il territorio su cui ha sede la ulcera, onde sottrarla alla influenza degli stimoli di varia natura che ne impediscono la riparazione.

Detta tecnica si può così riassumere:

1° Tempo; incisione mediana nell'epigastrio, partente dall'apofisi ensiforme fino a tre, quattro cm. in sotto e a sinistra dell'ombelico; 2° tempo: esame dello stomaco anteriormente, esteriorizzazione del viscere ed apertura dell'epiploon gastro-colico al fine di accedere alla retrocavità degli piploon ed esaminare lo stomaco nella sua faccia posteriore; 3° tempo: si insinua una lunga striscia di garza in cavità in modo che il suo capo interno occupi la profondità dello spazio ante-gastrico e l'esterno fuoriesca all'angolo superiore della ferita parietale epigastrica; un'altra lunga striscia di garza è insinuata attraverso l'apertura fatta nell'epiploon, nella retro cavità, mentre il capo esterno viene posto nell'angolo inferiore della ferita parietale; 4° tempo: mentre un aiuto tira all'esterno e verso sinistra il corpo dello stomaco, un altro solleva il fegato, in modo da mettere in evidenza la regione piloro-duodenale. L'operatore prepara, lega e recide fra due legature l'arteria pilorica, ed ai due lati di questa si incidono i foglietti dell'epiploon gastro-epatico, scontinuando così gli elementi nervosi che dal plesso epatico scendono a innervare la porzione piloro-duodenale; 5° tempo: si esegue la stessa recisione dell'epiploon gastro-epatico a sinistra fino all'ateria coronaria che viene recisa fra due legature; si continua la recisione denudando lo stomaco fin oltre tre-quattro centimetri dalla sede dell'ulcera, verso il cardias in modo da scontinuare il maggior numero di fili nervosi possibile; 6° tempo: si solleva lo stomaco e si rovescia in alto, mettendo ben in evidenza la sua faccia posteriore, sulla quale si pratica una incisione che va in senso verticale dalla piccola alla grande curvatura, e decorre sulla parete gastrica a due, tre cm. di distanza dalla zona ulcerata e che interessi la sierosa e una parte della muscolare arrestandosi in profondità allorquando la ferita sanguina con una certa vivezza. Segue subito una sutura siero-serosa tipo Lambert in seta n. 1 che interessa tutto il tragitto sezionato dalla piccola alla grande curvatura; 7° tempo: lo stesso procedimento si pratica sulla parete anteriore, praticando un incisione circolare intorno al corpo dello sto-

Digitized by Google

maco; 8° tempo: estrazione delle garze e detersione con garza leggermente bagnata in acqua sterile di tutta la regione operatoria. Sutura dello epiploon sezionato; 9° tempo: sutura delle pareti addominali. [Per maggiori dettagli cfr. il testo. N. d. R.].

Interventi chirurgici in alcune anomalie della vita sessuale. MUHSAN, Ospedale R. Virchow in Berlin. *Die Therapie der Gegenwart*, 10, 1926.

Gli interventi ai quali allude l'A. riguarderebbero le seguenti anomalie: 1. L'omosessualità; 2. Attenuazione o scomparsa dell'istinto sessuale; 3. Esagerazione anormale di questo bisogno; 4. Forme svariate di anomalie sessuali.

A combattere la omosessualità i trapianti testicolari sono raccomandati da Steinach e dall'A. Ma si vide ben transitorio il successo, giacchè plicità della operazione di Steinach (fissazione del didimo emisezionato tra piantato, tendenze etero-sessuali si manifestarono nei sogni, anche queste scomparvero con il completo riassorbimento. Nonostante dunque la semplicità della operazione di Steinach (fissazione del didimo emisezionato tra l'aponeurosi del muscolo obliquo esterno, ed il muscolo stesso cruentato). l'A. ha finito per rinunziarvi, dopo la labilità o l'assenza completa di successo. Inefficace anche si è mostrata in due castrati ed in qualche enuncoide. Si ebbe se mai qualche erezione, che del resto si notava anche prima.

Quel che va diffondendo il Voronoff è tanto noto da non doversi qui ripetere.

Anche la legatura del vaso deferente proposta da Steinach per ravvivare la vita sessuale, offre risultati illusori quanto transitori.

Ma accanto a queste operazioni c'è, di maggiore efficacia la castrazione, nel combattere le tendenze omosessuali. Un caso minutamente descritto dall'A. in un neurotico-sessuale di 23 a. onanista dalla età di 5 a. e più tardi ancora, e fortemente tendente al travestimento muliebre. Ora siccome in tali travestimenti il pene rappresentava un ostacolo come di corpo estraneo, sarebbe stata questa una ragione di perturbamento psichico, per effetto del quale l'anomalo non potette nè attendere a gli studi, nè vivere altro che di una vita così anormale. Fu pertanto eseguita la castrazione. Da quel tempo l'infermo è andato migliorando fino a poter riprendere ed esaurire gli studi.

Seguendo dunque l'esperienza ed i criteri di questo A. si verrebbe ad affermare che la castrazione sia non pure un efficace cura dell'anomalia sessuale in se e per sè; ma ad esercitare un influsso psichico. Così quando anche l'operato restasse omosessuale, egli perderebbe quello stato di torbida esistenza psichica che lo sottrae ai contatti sociali ed all'occupazioni, di talchè riescirebbe possibile anche evitargli l'ulteriore corsa all'errore. Forse oltre l'influsso fisiologico l'operazione eserciterebbe quello della suggestione.

Nella donna anomalie sessuali non possono sperare nell'ausilio operatorio; giacchè la sottrazione ovarica, non altrettanto che quella testicolare ha influsso sui rapporti o le tendenze sessuali.

La rimozione del seno modifica le apparenze esteriori senza esercita influsso sul transvestitismo. Neanche speranze lascerebbe concepire il trapianto testicolare nella donna castrata. Dunque tali anomalie sessuali non sarebbero da operarsi.

Del resto siamo ancora troppo ignari su le cause di tali anomalie, sulla natura del pervertimento endosecretivo, per poter dare giudizio concreto sulla migliore terapia.

Torsione del funicello spermatico. — CAMPBELL in New York. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 44, 3, 1927.

Sono riportate 15 osservazioni. Crede l'A. che casi simili si riscontrino meno di rado di quanto parrebbe dalle casistiche già possedute. L'etiologia non appare ancora ben definita. Tuttavia nei casi noti fu più o meno riscontrata qualche malformazione congenita.

Causa predisponente fra tutte, l'anormale mobilità del didimo; buona parte dei pazienti avevano mostrata incompleta migrazione dell'organo. Del presente gruppo 4 casi presentavano il gabernaculum abnormemente lungo; quattro altri ne mancavano affatto. Non mancano in parecchi casi fattori adiuvanti, rappresentati da sforzi corporei, contrazioni del cremastere. Età limite 15-49 a. ma possibile anche nell'infanzia.

Nella torsione acuta dolori al testicolo. La regione è tumefatta, e talora rialzata per contrazione flogistica del cremastere. Non di rado nausea, vomiti, febbre dolori in sotto del ventre, partenti dal funicello. C'è casi nei quali la sintomatologia richiama quella dell'ernia strozzata. Sintomi locali e sistematici possono essere gravi fino alla prostrazione. La temperatura può essere elevata. Ci sono peraltro casi di torsione passati senza sintomi.

Iniziatasi la gangrena va scemando il dolore magari fino a cessare. Più precocemente anche si può vedere l'acuta dolorabilità, restando sotto quella provocata dalla pressione. Torsioni recidivanti possono richiamare la sintomatogia dell'esacerbazione di un'epididimite cronica. Ma la crisi dura poche ore. Quando l'organo è arrestato nel canale inguinale, possono i sintomi generali essere anche più imponenti, come di peritonite, il che rende anche meno spedita la diagnosi. La torsione del testicolo ectopico inguinale può simulare i sintomi dell'ernia strozzata, salvo l'assoluta stipsi ed i vomiti fecali; mentre c'è vomiti e timpanismo. Per queste ed altre ragioni, la corretta diagnosi della torsione funicolare resta difficile avanti la scopertura del funicolo e del testicolo; specie se non si abbia avuta in mente codesta possibilità. Se nessuna infezione uretrale esista la probabilità di epidimite la cede innanzi a quella di torsione, specie quando si sapeva la pretermobilità antecedente dell'organo, la scomparsa e ricomparsa di essa dall'anello.

All'esame del paziente già l'ispezione lascia notare edema, tumefazione, rossore dei segmenti regionali; ma sull'inizio è quasi impossibile differenziare la torsione dell'epididimite. Non basta la palpazione del testicolo intrainguinale per differenziare dall'ernia, o tumori, od epididimite. In uno dei casi stando ai precedenti, e tenuto conto dell'attuale infezione uretrale, si pensò alla torsione ed alla epididimite. All'intervento ecco un neoplasma. La diagnosi dipende dalla intensità delle sofferenze, tanto più che esse sono ben più intense che nell'epididimite. D'altra parte alla bioscopia è notevole lo stato quasi normale del funicolo prossimale, di fronte allo stato congesto o gangrenoso del tratto distale.

Di solito un versamento sero-ematico nella vaginale è patognomonico. Al taglio è manifesta la trombosi diffusa del funicolo in sotto della torsione; testicolo ed epididimo rassomigliano ad un voluminoso coagulo sanguigno organizzato.

Al microscopio: infarti emorragici, emorragia interlobulare ad atrofia. Questa e la gangrena vengono calcolate in 86 % dei casi, non subito curati. Gli esperimenti mostrano la gangrena già dopo 48 ore.

Degli operati avanti la produzione di gangrena, alcuni ebbero salvo il didimo; ma non si scongiurò l'atrofia. Meglio dunque il preventivo intervento sul testicolo in ritenzione. Operare sullo strozzamento senza metter fuori il testicolo è procedura poco giovevole. Del resto quando, per necessario intervento si noti lo stato di vitalità del testicolo e del funicolo, aperta la tunica vaginale ed invertitala, si può suturare il didimo allo scroto. Nel caso opposto l'ochiectomia si impone.

Patologia e Chirurgia dell' epifaringe. — DOBRZANIECKI, Clinica Chirurgica in Lwow. *Zentralblatt f. Chirurgie*, N. 46, 1926.

Sarebbe affatto fuor di posto un cenno sulla patologia del cavo faringonasale; patologia multiforme che va dalla semplice flogosi fino alla produzione cistica, alle neoformazioni basali, fibroidi, polipi, cordoni etc. ed ai blastomi maligni. Si sa anche che i meningoceli cranio-basali occupano un posto anatomo-patalogico e clinico molto importante.

Veniamo a qualche osservazione della predetta clinica diretta da Schramm.

C'è un giovane di 21 a. nel quale si era lentamente sviluppata una produzione succulenta, vascolarizzata, la quale invadeva le coane, respingendo anche il velopendolo. Alla rinoscopia posteriore presenza di una massa poliposa rosseggiante, ed occupante tutto l'epifaringe. Sotto l'anestesia locale (fossa pterigopalatina, forame etmoidale, cute) fu eseguita la resezione temporanea del naso secondo Chassaigne von Bruns. Con cucchiaio asportazione delle masse neoplastiche dal cavo naso-faringeo, antro di Highmoro a sinistra; mèches di garza. Emorragia intensa la sera stessa; nuovo zaffo.

Dopo 7 settimane recidiva di questo sarcoma rotondo-cellulare.

Nel secondo caso si ha una signora di 28 a. sofferente di osteite fibrosa generalizzata, a tipo cistico. A codesta affezione avrebbero partecipato l'etmoide e lo sfenoide. L'inferma era già stata operata correttivamente per alcune delle deformità scheletriche. Poi era sopravvenuta qualche perdita sanguigna, con ostruzione delle vie nasali. Alla palpazione si constatava l'epifaringe riempito da una grossa massa dura.

La rinoscopia posteriore confermò un tumore rivestito dalla mucosa. Essendo notevole l'emorragia si operò secondo Partsch. Scollata la mucosa si asportò col cucchiaio la massa. La struttura era «quella caratteristica dell'osteite fibrosa con cisti e masse neoplastiche brune» (*sic*). Non è detto con quale risultato.

Nel 3° caso un uomo di 56 a. presenta un adeno-carcinoma papillifero dell'epifaringe. Anche questo fu operato secondo Partsch. L'emorragia fu così imponente da richiedere dopo 7 ore la allacciatura della carotide ad ambedue i lati. Non è riferito il risultato.

Ecco quanto è pubblicato; quanto siano istruttivi cotesti contributi vede ciascuno; se non altro per domandarsi se con più accurata diagnosi istologica ante operatoria, non si possa rinunziare a certe tecniche ardimentose quanto coronate da così magre soddisfazioni!

= 495

Digitized by Google

ANATOMIA PATOLOGICA

Contributo anatomopatologico sull'angina pectoris. — PAULI, Istituto patologico Ospedale München-Schwabing. *Zeitschrift f. Kreislaufforschung*, n. 5, 1927.

Sono 20 osservazioni analizzate in clinica e controllate all'esame necroscopico. Lo spoglio sintetico di codesti casi fornisce quanto segue: trombosi nel ramo discendente dell'arteria coronaria sinistra, chiazze miocardiche e sclerosi coronaria; aortite sifilitica con restringimento all'origine delle coronarie, con infarto anemico di tutta la parete ventricolare sinistra; intensa sclerosi coronaria con similari conseguenze; soltanto aortite luetica con invasione valvolare, ipertrofia con dilatazione totale del cuore, modica sclerosi delle coronarie; ipertrofia intensa e dilatazione di tutto il cuore, molte chiazze tendinee con aneurisma della punta del cuore oltre a trombosi parietale; semplice intensa sclerosi coronaria con estesa degenerazione fibrosa del miocardio; estesa calcificazione coronaria con degenerazione miocardia.

Questi, come dicevamo, i tipi fondamentali intorno ai quali, salvo alcune varianti si aggirano le venti osservazioni dell'A. Conviene sintetizzarli ancora per definire più convenientemente il concetto della discussa sindrome. Anzitutto i disturbi di nutrizione del miocardio, gli infarti, le cotenne, gl aneurismi delle pareti cardiache, specialmente nel dominio del setto e del mucrone, come conseguenza di un alto grado di sclerosi coronaria o di una restrizione dei punti di partenza di queste arterie. Queste le più manifeste alterazioni anatomiche. Qundi l'angina pectoris va senza dubbio messa in intimo rapporto con disturbi nutritivi e circolatorii del miocardio. Chiarito questo punto resta tuttavia a spiegare come e perchè spesso il reperto anatomico non sia proporzionale alla entità della sindrome.

Gli è che in tali contingenze bisogna pure assegnare qualche influsso di fattori funzionali. Ecco entrare in campo l'elemento nervoso a tipo spastico, che vediamo cedere ai sedativi: nitrati, diuretina, morfina, theominal ed altri narcotici. Senza dubbio ci sono pazienti stenocardici, sui quali anche negli intervalli delle crisi si constata una eccessiva suscettibilità nervosa; senza dire l'influsso dell'emotività psichica sul ritorno degli accessi.

L'A. si ferma quindi su le mediane tendenze terapeutiche, cioè sulla chirurgia del sistema vegetativo nell'angina di petto. Le colonne del nostro periodico hanno dato così largo posto a quest'ultimo argomento da superare di gran lunga la trattazione che ne fa l'A. Si allude pertanto ai contributi di Jonnesco, Brüning, Sauerbruch, Leriche ed altri. Si sa come sia complesso questo problema perchè intricata la fisiologia non ostante i lumi venutici dal Frank e da altri. Resta dunque ancora da attendere nuovi studi che chiariscano la questione delle correlazioni fra simpatico e parasimpatico.

Nuovi studi, che in verità si posseggono presso noi italiani, molto al di là di quanto questo A. si mostri edotto.

Aneurismi multipli dell'arteria splenica. — ALLAN BERRY, Napier Hospital, N. Z. *The Lancet*, 5, marzo 1927.

Una donna di 60 a. sofferente di ittero da circa due mesi venne ricevuta in ospedale. Mancano precedenti, salvo sofferenze all'epigastrio, dopo i pasti, e frequenti vomiti. All'esame si trova nella regione della colecisti una massa dolente. Alla radiodiagnosi: calcoli nella cistifellea, stomaco normale. Nelle urine mancanza di zucchero; negativo il saggio di Loewi.

Intervento laparotomico; ectomia della colecisti piena di calcoli, drenaggio del condotto comune. Si notano alla palpazione masse di ghiandole nell'omento gastro-epatico.

All'esame microscopico della colecisti: carcinoma del colletto di essa. Condizioni favorevoli post-operatorie. Morte con sintomi di embolia cerebrale. Alla necroscopia parziale attraverso la ferita chirurgica masse ghiandolari resistenti intorno alla porzione sopraduodenale del condotto comune, con locaizzazioni secondarie nel fegato. Ateromasia dell'aorta ventrale.

Seguendo il corso della celiaca, si scorge che l'arteria splenica, dopo aver presentata una prima dilatazione, ne presenta una maggiore sul punto di sua biforcazione nei rami che si distribuiscono all'organo. Dei due rami superiori uno presenta una dilatazione aneurismale. In complesso, stando al disegno semischematico dell'A. si contano, tra grandi e piccoli 5 aneurismi. Di essi la ricerca röntgen non aveva fornito ragguagli indicatori.

PEDIATRIA

Prolasso dell'uretra in bambine. — HEPBURN, in Hartford-Connecticut. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 44, 3, 1927.

Questo A. si riporta ad una sua osservazione di già sei anni, riguardante il prolasso uretrale in una bambina di un lustro. Le sue conclusioni furono: 1° il prolasso dell'uretra feminile è una vera ernia, risultante da congenita disposizione e deficienza di tessuti. 2° L'operazione di elezione per il prolasso uretrale nella infanzia deve eseguirsi per via sopraubica, perchè riesce così ridurre il prolasso, uncinando anche la parete anteriore della vescica al periostio del pube ed alla parete addominale anteriore. 3° Non si ha ragione per escludere che questa semplice operazione possa attuarsi anche alla donna adulta.

Infatti dopo il 1920 l'A. ha attuato questo intervento su due adulte, e ne dimostra in tre figure gli atti particolari.

Sulla scorta di queste figure si riesce a vedere appunto come stirando dall'incisione soprapubica la vescica, vada scomparendo il prolasso uretrale. Si rileva altresì come sono applicati alcuni punti di sutura tra vertice dell'urocisti e periostio retropubico.

La ferita è rinchiusa intorno ad un drenaggio tubolare, nello spazio prevescicale. La cura post-operatoria deve mirare alla frequente minzione, per evitare che la vescica subisca eccessivi stiramenti, a pressione addominale.

Colecistite acuta in un bambino di 4 anni. — MULLER, Clinica Chirurgica in Marburg. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 49, 1926.

Punto frequenti queste osservazioni in tenera età; e dei pochi casi noti, la più parte fu un trovato necroscopico. Chi volesse attingere dati casistici, li troverebbe in un contributo di Khautz. Qui ci resta a riassumere la osservazione raccolta nella predetta clinica.

Il bambino aveva sofferto da 14 giorni avanti la ricezione, dolori ventrali specialmente a destra. Dolori irradiati, durante le crisi addominali, alle gambe, ai ginocchi, al braccio destro.

Ritenzione di materiali e di gas enterici. In clinica si ripetettero questi sintomi con vomiti. Nulla di importante all'esame degli organi toracici. Soltanto l'addome meritevole di attenzione. Fu necessaria la narcosi per vincere la difesa parietale. Si trovò allora un tumore che di sotto l'arcata costale discendeva al livello dell'ombelico. Si era sospettato un'invaginazione intestinale. Con laparotomia pararettale, si vide venir fuori dal cavo peritoneale un essudato seroso giallastro.

Niente all'appendice. Si riscontra come una sacca enormemente dilatata la colecisti, a pareti molto distese, a copioso contenuto grigio-verdastro. Con punzione se ne estrassero 20 cc. ed altri 30 al taglio. Si procedette alla ectomia subserosa, previa allacciatura dell'arteria cistica sul colletto della colecisti. Guarigione.

Il contenuto della colecisti si mostrò sterile. Nessuna concrezione fu trovata. Lo stato delle varie tuniche mostrava soltanto i caratteri di una flogosi acuta, onde la diagnosi di colecistite purulenta acuta. Come già si è fatto notare le rarità della osservazione trovava anche maggiore ostacolo nella difficoltà della ricerca clinica. Non si poteva fare molto assegnamento sui sintomi subbiettivi, se si eccettui forse il dolore alla spalla ed all'arto superiore destro.

La reazione novocainoformalinica di Costa in pediatria. — CANELLI e BOSCO. *La Pediatria del medico pratico*, n. 2, 1927.

La reazione novocaino-formalinica di Costa è di semplice esecuzione e presenta in pediatria un'alta frequenza di positività, nei processi morbosi febbrili. Si esegue nel seguente modo:

Si sciolgono due gr. di cloridrato di novocaina Meister Lucius in 100 gr. di soluzione fisiologica. Un centimetro cubo e mezzo di questa soluzione si versa in una proveta da centrifuga. Se si fa la prova a temperatura elevata (per es. in estate) bisogna aggiungere nella provetta tre gocce di soluzione al 5 % di citrato sodico.

Dal polpastrello di un dito, previa disinfezione alcool-eterica si lasciano cadere nella provetta tre gocce di sangue, avendo cura di non far cadere nella provetta la prima goccia che esce dal polpastrello. Si capovolge la provetta, la si agita fortemente fino a colorazione uniforme. Indi si centrifuga fino a che gli eritrociti si sono ammassati bene al fondo, lasciando limpido il liquido soprastante. Mancando la centrifuga si lascia la provetta per 12 ore in ghiacciaia oppure involta in ovatta impregnata di etere.

Dopo di ciò, si versa nella provetta una goccia di formalina Schering e si osserva in buone condizioni di luce. Se la reazione è positiva si nota entro 15 minuti la formazione di una nube grigiastra o grigio-giallastra che si eleva dal basso in alto e si fa più intensa sino a formare una specie di polvere bianca depositata sul fondo della provetta.

Le reazioni fortemente positive avvengono in pochi minuti, sono deboli se si verificano dopo 15 minuti primi.

Secondo Costa la reazione è negativa nelle persone sane, positiva nella gravidanza e nei processi tossi-infettivi.

Gli AA. che hanno eseguito la reazione in 180 bambini di età variante dal primo semestre di vita ai 12 anni, hanno constatato una positività del 95 % nei febbricitanti per diverse malattie infettive acute, una positività

Digitized by Google

dell'8 % nei bambini clinicamente sani, mentre la reazione è negativa solo nel 5 % dei casi febbrili.

Gli AA. concludono che la reazione non ha alcun valore nè pronostico nè di specificità per alcuna delle malattie osservate; ha quindi solo valore di reazione generale, dovuta probabilmente a sostanze contenute nel coagulo del sangue, le quali si mettono in evidenza per l'azione della febbre.

Sulla patogenesi dell' ittero dei neonati. — MARABOTTO. *Folia Gynaecologica,* fasc. 1, 1927.

Secondo l'A. l'ittero dei neonati risponderebbe ad una particolare condizione fisiologica fetale, poichè il feto viene alla luce con un forte contenuto in bilirubina dovuto alle deficienze funzionali escretorie della placenta che si manifestano nell'ultimo periodo della gravidanza. L'aumento del tasso bilirubinico nei primi giorni di vita extra-uterina sarebbe dovuto al persistere delle peculiari condizioni di funzione del fegato fetale, e cioè che la cellula epatica continua ad immettere nel circolo generale, attraverso il polo sanguigno, la bile elaborata. Solamente dalla terza giornata in poi, quando cioè normalmente si fanno sentire gli stimoli digestivi sul polo di secrezione intestinale, la bile si avvierà nella massima parte verso l'intestino, mentre solamente una minima parte continuerà ad essere versata nel circolo sanguigno a costituire la bilirubinemia fisiologica dell'adulto.

VENEREO - SIFILOGRAFIA

Iniezioni intravenose di joduro sodico nella cura dell' epididimite gonococcica. — P. RODRIGUEZ. *Jour. of the Philippine Island Med. Ass.,* vol. 6, n. 7.

Fra i diversi metodi di cura dell'epididimite gonococcica l'A. ha dato la preferenza a quello consistente in inezioni endovenose di ioduro sodico. Queste iniezioni sono state nei casi descritti praticate in giorni alterni e alla dose di 20 cc. della soluzione al 10 %.

Contemporaneamente l'A. ha avuto cura di mantenere gli infermi a letto, di somministrare loro dei purganti, applicare dei buoni sospensori e infine prescrivere l'uso della pomata d'ittiolo e di fomentazioni di acqua tepida, nonchè di dare per via orale l'urotropina nelle comuni dosi.

Il metodo è facile e innocuo: le iniezioni sono in genere ben tollerate.

Il meccanismo d'azione dell'ioduro sodico non è affatto noto: l'A. a tal proposito ritiene che esso faciliti sia direttamente che indirettamente (attraverso la sua azione sulla circolazione locale) il riassorbimento delle infiltrazioni.

Già 24-48 ore dopo la prima iniezione il dolore generalmente diminuisce, si fa minore l'indurimento dell'epididimo, nello stesso tempo che l'epididimite regredisce e perde i suoi caratteri minacciosi.

La cura richiede da 4 a 8 di queste iniezioni: in genere due settimane di trattamento a giorni alterni saranno sufficienti alla bisogna terapeutica.

Iniezioni endovenose di gonacrina nel trattamento della blenorragia. — CLARA e LEBEUF. *Annales des Maladies Vénériennes,* n. 10, 1926.

Quanto più recente è la blenorragia tanto maggiore effetto — secondo questi AA. — avrebbe la gonacrina per via venosa, tanto che ha valore abortivo.

Insuccessi si hanno nella bl. antica, anche dopo un gran numero d'iniezioni (parecchie serie di dieci iniezioni!). Non ha valore preventivo sulla epididimite, come pure nel trattamento di questa e della prostatite i risultati sono molto mediocri.

Come inconvenienti della cura gli AA. hanno riscontrato oltre il subittero, anche disturbi gastro-enterici, eruzioni pruriginose urticaria, cistalgie e un caso di anuria transitoria. Bisogna dunque sapersi servire di questo nuovo medicamento che in qualche caso può riuscire utile.

DERMATOLOGIA

La terapia aurica nella psoriasi. — A. ORO. Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Napoli. *Rivista Italiana di Terapia,* n. 1, 1927.

L'A. ha trattato 15 malati di psoriasi con iniezioni endovenose di preparati aurici, servendosi a preferenza del Trifal (auro-tio-benzimidazol-carbonato sodico). Le iniezioni venivano praticate ogni 7-8 giorni, sciogliendo il sale in 1-2 cc. d'acqua distillata sterile, e in dosi progressive da 0.005 a 0.025, fino a una quantità globale variante da gr. 0.045 a 0.230; mai si è avuto a lamentare il più piccolo disturbo, nè stomatite, nè lesioni renali, nè febbre, ecc. Dei 10 pazienti nei quali la cura si è potuta seguire fino alla fine, in 5 si è ottenuta la scomparsa completa dell'eruzione psoriasica, in 2 una notevole miglioria, in 3 invece un evidente peggioramento (maggiore diffusione o accentuazione della malattia).

In quasi tutti i pazienti, in corrispondenza di alcune delle chiazze regredite, residuavano macchie acromiche; la guarigione è stata ottenuta in un minimo di 27-28 giorni ed in un massimo di 45.

L'azione curativa dei sali di oro è, come risulta dalla casistica dell'A., incostante, nè sembra che vi sia alcuna relazione fra effetto della cura ed età della malattia, nè fra quello e costituzione del paziente. L'influenza favorevole o nulla del medicamento, del resto, è già rilevabile fin dalle prime iniezioni, anche se si sono usate dosi minime di preparato, dosi che, nonostante la tossicità dell'ione oro, non offrono alcun pericolo per il paziente, tenendo presente che unica controindicazione assoluta di tale terapia è rappresentata dalla tendenza della eruzione alla fase eritrodermica.

L'A. non crede ancora possibile stabilire la durata della apparente guarigione e interpreta l'azione del medicamento come un'azione di shock modificatrice, cioè, dell'equilibrio colloidale degli umori.

Il trattamento della lepra con preparati di oro. — HOFFMANN. Leprosario in Habana. *Münchener Mediz. Wochenschrift,* n. 10, 1927.

Partendo dalle ricerche e dai risultati di Madsen sulla terapia della tubercolosi mediante l'oro era presumibile che si potesse, almeno in linea sperimentale ottenere qualche buon risultato da applicazioni similari nella lepra. Le affezioni oculari leprose, notoriamente invadenti con molta lentezza l'interno si prestano all'osservazione; tanto più che questo organo destinato quasi sempre alla cecità nei leprosi, si presta a far seguire tutte le fasi della malattia.

In questo intento e su numerosi infermi fu usato il Krysolgan della fabbrica Schering. In tutta una serie di flogosi leprose acute dell'occhio interno, la cura presentò un pronto regresso delle manifestazioni irritative. Già dopo una o due iniezioni scompaiono rossore, fotomi e lacrimazione: l'infermo è alleviato dalle sofferenze, e più ancora dall'incubo di accecarle.

Il risultato oculare lasciava presumere vantaggi anche per altre localizzazioni. Infatti numerose iniezioni di Krysolgan hanno dato risultati ottimi, anche perchè il prodotto è benissimo tollerato. Sembra secondo l'interpretazione del Madsen, condivisa dall'A. che i prodotti aurei, oltre ad agire contro gli agenti patogeni, esercitino un energico influsso sui poteri di deviazione dell'organismo leproso.

CRENOTERAPIA

Il potere zimostenico delle acque minerali. — LOEPER, MOUGEROT e AUBERTOT. *Presse Médicale,* n. 16, 1927.

Roger intende per « potere zimostenico » la proprietà che hanno alcuni metalli, introdotti nell'organismo sotto forma colloidale, di esaltare le attività dei fermenti solubili o diastasi.

Le recenti ricerche sulle acque minerali portano ad ammettere che, essendo tali acque delle soluzioni naturali di elettroliti allo stato colloidale, esse avrebbero la proprietà di attirare o paralizzare certi fermenti solubili d'origine cellulare.

Per esempio, Courbin (citato dagli AA.) avrebbe dimostrato che le acque delle sorgenti di Bagnère-de-Bigorre in Francia, a contenuto prevalentemente solfato-calcico avrebbero la proprietà di attivare considerevolmente le amilasi salivare e pancreatica.

Altre ricerche sono state fatte allo stesso scopo su molte altre sorgenti, ricorrendo ad un mezzo empirico, cioè servendosi di amido colorato e notando il tempo da questo impiegato a scomparire sotto l'influenza di processi amilolitici, in confronto a quello impiegato sotto l'azione di diverse acque minerali.

Gli AA. hanno eseguito le loro ricerche su molte e diverse acque allo scopo di stabilire a che cosa debbasi attribuire questa proprietà, se alla radio-attività delle acque minerali, recentemente messa in luce o non agli elettroliti che in esse abitualmente sono contenuti. Essi ritengono essere questi ultimi ad attivare in vario modo i fermenti diastasici, tanto più che oggi si ammette dalla maggior parte dei biologi che i fermenti non agiscono per la loro costituzione chimica, ma per una energia elettrica, una carica elettronica; sicchè essi avanzano l'ipotesi che l'esaltazione della attività diastasica provocata dalle acque minerali sarebbe un puro fenomeno di carica elettronica.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA ANCONETANA

Seduta del 23 novembre 1926

Presid.: prof. G. MODENA

Motolese. *Caso interessante di oftalmia simpatica.* — Il primo segno (fornito dall'esame microscopico del vitreo) venne riscontrato 20 giorni dopo la ferita dell'altro occhio; poco dopo fotofobia e diminuzione dell'accomodazione e da ultimo, dopo due mesi e mezzo, neurite ottica nell'occhio ferito ed intensa papillo-retinite nell'occhio simpatizzato, associata a lieve uveite anteriore; perfetta restitutio ad integrum di quest'ultimo durante da quasi un anno. Per la spiegazione del caso non può essere invocata la teoria anafilattica di Elsohndg, ma la migratoria (Mackenzie-Leber-Deutschmann).

Balietti. *Ricerche sperimentali nella bradicinesia dei malati di encefalite cronica.* Le ricerche dell'O. tendono a dimostrare che la curva motrice dipende da un alterato rapporto tra le due componenti: clonica e tonica del lavoro muscolare, per una esagerata reattività della componente tonica.

Romani R. *Raro caso di due fratelli affetti dal rene policistico bilaterale.* — Dopo aver descritto la malattia dei due fratelli ed averla illustrata con molteplici esami della funzione renale e con due interessantissime pielografie bilaterali, l'O. mette in evidenza la rarità dell'affezione famigliare, di cui si trovano pochi esempi nella letteratura medica; indi discute le diverse teorie sulla etiologia del rene policistico.

Russi F. *La legge di Vidal nell'uremia.* — L'O. espone importanti considerazioni sulla legge di Vidal che stabilisce un rapporto fra la concentrazione ureica del sangue e la prognosi. L'O. fa osservare che lo schematismo assoluto di tale legge non può corrispondere alla realtà delle cose, perchè sulla prognosi dell'uremia influiscono numerosissimi fattori parte legati intimamente alla etiologia e alla patogenesi dell'uremia stessa; parte di difesa individuale e parte dipendenti dagli uni e dagli altri.

Il Segretario: prof. A. MONTANARI

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE IN BARI

Seduta del 17 giugno 1926

Presid.: prof. N. LEOTTA

Mariani. *Corionepitelioma a lunga latenza.* — L'O. illustra un caso di corionepitelioma in una donna di 51 anni che aveva espulso tre anni prima una mola vescicolare, dopo di che aveva avuto periodi di amenorrea e metrorragia. Eseguito un raschiamento nel dicembre 1925 per metrorragia furono estratti frustoli grigiastri e dopo un mese comparvero i primi focolai vaginali e in seguito metastasi polmonari, delle quali l'O. mostra dei radiogrammi. L'inferma fu sottoposta ad isterectomia che fu ben tollerata ed all'asportazione delle metastasi vaginali ed a radioterapia delle metastasi polmonari. A più mesi di distanza le condizioni locali si mantengono ottime, anche le metastasi polmonari con la radioterapia profonda hanno tendenza a regredire; solo si riconosce un nuovo focolaio nel lobo polmonare superiore sinistro.

L'O. ricorda le discussioni sorte sui casi di corionepitelioma a lunga latenza e porta argomenti in favore di essi. Insiste sulla necessità di fare l'esame istologico dei frammenti estratti da ogni raschiamento uterino in donne nelle quali siano avvenute perdite di sangue dopo una mola vescicolare.

Girone. *Strati addominali e scrotali.* — L'O. comunica le sue ricerche condotte allo scopo di studiare il comportamento degli strati superficiali addominali in rapporto allo scroto. I suoi risultati si scostano molto da quelli del Blumberg, col quale l'O. polemizza e modificano tuttavia i reperti dello Sterzi.

Cerletti. *Agenesia totale del cervelletto in un uomo di 28 anni* (con dimostrazione dell'encefalo). — L'O. riferisce la storia clinica di un caso estremamente raro di « agenesia totale del cervelletto » che aveva permesso la vita sino all'età di 28 anni. Per quanto disgraziatamente la storia clinica non fosse stata raccolta in modo completo, risulta che l'infermo aveva delle asimmetrie cranio-facciali, non presentava alcun che di notevole all'esame degli organi interni.

Gli arti superiori sono robusti e le masse muscolari valide, sì che l'infermo con gli arti superiori può far tutto. Presenta nella stazione eretta delle oscillazioni notevoli che aumentano di ampiezza sino a far cadere il malato. Notasi una ipotonia dell'arto inferiore destro ed ipertonia del sinistro. Notevole deficienza mentale. L'O. descrive le lesioni anatomiche che si estendono anche agli emisferi, specie al sinistro, e richiama e discute alcune questioni di fisiopatologia cerebellare.

Conichi. *Nuovi problemi di angiotettonica cerebrale.* — L'O. afferma l'esistenza di una tettonica propria al sistema vasale sanguigno della corteccia cerebrale e con l'illustrazione di un disegno, riprodotto da un preparato, spiega la disposizione dei vasi nella corteccia motoria (IV area del Brodmann). Molti problemi, oltre a quello della tettonica, si impongono alla ricerca, quali: proporzioni fra arterie e vene dei « tronchi corticali primitivi », direzione della corrente sanguigna arteriosa e deflusso venoso.

L'O. ha intrapreso lo studio di questi problemi.

Milella. *Sulla biologia del bacterium coli.* — L'O. dopo fatta la sintesi dei lavori sino ad oggi pubblicati sulla biologia del bac. coli, afferma che esso costituisce sempre un indice di inquinamento, che la luce e l'essiccamento danneggiano notevolmente la sua vitalità, che esso può vivere lungamente nel terreno, avendolo isolato dopo 179 giorni, che ha debole potere di concorrenza.

Rivela. *La soroplasmosi del coniglio rispetto alle Puglie.* — L'O. riferisce le sue ricerche condotte ad individualizzare nei conigli raccolti qui in Bari quella particolare malattia detta « soroplasmosi » studiata da Bonfiglio e Levaditi, dovuta al « soroplasma citofilum ». I conigli da lui esaminati sono sempre risultati immuni da questa malattia.

Trerotoli. *Alcune considerazioni sulla cura del diabete con l'insulina.* — L'O. espone i risultati della sua esperienza su la cura insulinica del diabete, praticata su 50 casi. In 48 casi ha sempre ottenuto una netta diminuzione del tasso glicemico, in due nessuna, anzi in uno ha notato aumento del glucosio nel sangue, ciò che fa pensare all'O. che non tutti i casi di diabete siano da riferirsi ad alterata funzione pancreatica. In 5 casi di cangrena diabetica, in 3 ha avuto guarigione, in 2, una gonosinovite ed un vasto flemmone di tutto l'arto destro, nel quale l'intervento chirurgico fu troppo tardivamente praticato, l'esito fu negativo. L'O. afferma che la paura dell'ipoglicemia, qualora la cura si pratichi con i dovuti controlli, è insussistente. Conclude dicendo che, pur non avendo in principio condiviso l'entusiasmo di molti autori, l'insulina costituisce un valido rimedio contro il diabete e che non merita lo scetticismo col quale oggi molti autori vogliono considerarla.

Rivela. *Mioclonie nelle sindromi postencefalitiche.* — L'O. ha studiato il significato ed il valore delle mioclonie nelle sindromi postencefalitiche e cerca di identificare queste sindromi con quella della Chorea elettrica del Dubini. Enuncia una sua ipotesi per spiegare queste mioclonie.

Il Segretario: C. ROSSI

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA BERGAMASCA

Seduta del 20 giugno 1926

Presid.: prof. LUGIATO

Aprendo la seduta il Presidente commemora con breve e commossa parola il socio Dr. Teodoro Niccolini già primario emerito oculista dell'Ospedale maggiore deceduto lo stesso giorno proponendo le onoranze da tributare alla memoria dell'estinto, onoranze che vengono votate alla unanimità.

Lugiato. *Nuovi orientamenti della terapia della paralisi progressiva.* — L'O. espone, in una rapida rivista sintetica, i criteri che hanno persuaso gli studiosi a ritenere la paralisi progressiva di natura squisitamente sifilogena ed a questo proposito cita tutte le ricerche di indole anamnestico-anatomo-patologica che autorizzano a venire a questa conclusione. Dopo avere spiegato brevemente quali sono i criteri fondamentali che possono condurre il medico pratico alla diagnosi precoce della paralisi progressiva passa ad esporre i risultati ottenuti coi vari metodi di cura ed in particolar modo coi mezzi specifici antiluetici e coi cosidetti metodi febbrili. Si sofferma in modo speciale sulla cura della paralisi progressiva mediante l'infezione malarica ed espone i risultati complessivi ottenuti dai ricercatori di tutti i paesi ed anche alcuni casi trattati con la malaria nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Bergamo.

Conclude poi dicendo che questi risultati, anche se non possono condurre ad una sicura conclusione, sono però tali da incoraggiare gli studiosi a persistere su questo ordine di ricerche, invita alla fine i medici presenti a cercare di fare la diagnosi della malattia quando più precocemente è possibile, per poter appunto sottoporre i paralitici alla cura malarica nel momento più propizio per sperare in un utile risultato.

Segue una brillante discussione a cui prendono parte i soci Dr. Castelli, prof. Raffaelli, prof. Minelli, dott. Jona, prof. D'Alessandro, dott. Daina, dott Moretti. I primi due portano il

Digitized by Google

contributo di osservazioni personali sulla nuova terapia. A tutti risponde esaurientemente l'O.

Moretti. *Indirizzi teorici e risultati pratici dell'opoterapia ovarica.* — L'O. analizza le forme morbose per le quali viene consigliata da AA. diversi la terapia ovarica; mette in rilievo, per alcune forme ginecologiche, l'ipotetico meccanismo di azione e passa poi ad un obiettivo esame critico sia dei vantati successi, come dei tanti dichiarati insuccessi, imputabili spesso ad incompleta ed imprecisa conoscenza casa per caso, del quadro somatico e dello stato delle correlazioni endocrine in particolare

Il Segretario: Prof. D'Alessandro

SOCIETA' MEDICA BELLUNESE

Seduta del 7 luglio e del 4 agosto

Presid.: prof. G. Pieri

Milani P. *La sifilometria nella diagnosi e nella cura della sifilide.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Pieri G. *Plastica del cardias nella dilatazione idiopatica dell'esofago.* — Un giovane di 19 anni, boscaiuolo, da circa tre anni soffriva disturbi dell'alimentazione rappresentati da difficoltà sempre crescenti nella deglutizione: negli ultimi mesi poteva solo ingoiare i liquidi e solo stando col tronco in posizione verticale. La radiografia dimostrava una dilatazione di tutto l'esofago in cui ristagnava il pasto di prova.

L'intervento, per via transpleurodiaframmatica, fu preceduto di due giorni da un pneumotorace sinistro (700 cc.) ad evitare lo shok per il brusco spostamento della pleura mediastinica. La operazione fu praticata in narcosi eterea, e iniziata collo scoprimento e alcoolizzazione del frenico sinistro, per ottenere una paralisi temporanea del diaframma. Quindi, resecata la nona costola di sinistra nella sua quasi totalità e incisa la pleura largamente, divaricando la gabbia costale si ottenne un largo accesso al diaframma. Questo fu inciso radialmente e si attirò dall'incisione lo stomaco e poi il cardias che appariva stenosato, ma senza aspetto cicatriziale. Fu eseguita una plastica del cardias, incidendolo verticalmente per oltre due centimetri, e suturando trasversalmente l'incisione. Sutura del diaframma e della parete toracica.

L'effetto della operazione fu evidente poichè il malato potè immediatamente ingerire i cibi liquidi senza più alcuna difficoltà. Il decorso postoperatorio fu turbato da una violenta bronchite, ma questa era ormai vicina alla guarigione, quando al nono giorno dall'operazione il malato mentre era seduto sul letto cadde improvvisamente riverso, morto. L'autopsia dimostrò che un grosso trombo, formatosi a livello della valvola tricuspide, si era in gran parte distaccato e aveva totalmente bloccato l'arteria polmonare.

Spanio A. *Note di pratica pneumoterapica.* — L'O. riferisce osservazioni personali su 45 casi di tubercolosi polmonare trattati nel corso di 5 anni con il pneumotorace artificiale.

Si diffonde sui criteri con i quali ha proceduto alla scelta dei casi; nella sua statistica figurano prevalentemente casi cosidetti monolaterali con lesioni limitate ed estese ad un piccolo numero con lesioni bilaterali, sempre però nettamente prevalenti da un lato.

Nei riguardi della tecnica tratta del significato della manometria e della necessità di ripetute osservazioni radiologiche.

Su 1303 introduzioni denunzia un caso mortale di eclampsia della pleura. Tratta in particolare della pleurite pneumotoracica che considera, in linea generale, come una complicanza benigna.

Conclude considerando il pneumotorace artificiale un trattamento di grande valore terapeutico a cui pensa sia bene ricorrere abbastanza precocemente se si vuole ottenere da esso il massimo rendimento.

Bottesella R. *La frattura spontanea del femore da metastasi di cancro della mammella.* — L'O. dopo avere esposti succintamente due casi di frattura spontanea femorale da cancro della mammella osservati nell'Ospedale di Venezia, riferisce più estesamente un terzo caso osservato ambulatoriamente in questi ultimi mesi; fu anzi durante l'esame obbiettivo della paziente, che si presentò claudicante per un dolore al terzo inferiore della coscia destra datante da oltre 20 giorni, che si produsse la frattura. Il femore era ingrossato a fuso. La donna appariva in condizioni generali buone, nè aveva mai fatto attenzione ad un tipico tumore che occupava la mammella sinistra, mobile sul piano profondo e con scarso ingrossamento dei gangli ascellari.

Esclusa la natura tubercolare, gommosa ossea e la possibilità di due tumori *diversi generis* fa diagnosi di frattura spontanea.

Furono proposte: amputazione mammaria e vuotamento ascellare e amputazione alta della coscia, oppure la sola amputazione della coscia onde permettere alla malata di alzarsi dal letto fino a quando la invasione generale cancerigna lo avesse permesso. Nessun intervento venne accettato. Sono trascorsi tre mesi e la paziente è sempre con atto ciondolante malgrado da altri si sia tentato con apparecchi gessati di favorire il consolidamento essendo stato giudicato il caso come na frattura traumatica.

Ponzian A. *Danni delle ipodermoclisi adrenalinizzate.* — In una paziente affetta da placenta previa centrale, e profondamente anemizzata da emorragie che duravano da una ventina di giorni, malgrado la liberazione col parto rapido e lo zaffamento, si ebbe continuazione della emorragia, che ridusse la malata in condizioni allarmanti. Si praticarono, a poche ore di distanza, due ipodermoclisi, iniettando sotto la cute della parete addominale 750 cc. di soluzione fisiologica coll'aggiunta di 3 cc. della soluzione di adrenalina al millesimo, e sotto la pelle della coscia destra 500 cc. di soluzione fisiologica con 1 cc. di adrenalina.

Fin dal giorno successivo nel posto di ognuna delle due ipodermoclisi si rese evidente una vasta zona necrotica (oltre un decimetro quadrato), che si eliminò, ma la cui riparazione richiese oltre due mesi.

L'O., in base anche allo studio di altri casi del genere di recente pubblicati, ritiene che il meccanismo della avvenuta necrosi vada ricercato in un duplice ordine di cause: anzitutto alla nota azione ischemizzante della adrenalina, e poi all'altissimo grado di anemia per cui la circolazione cutanea, già deficiente, viene annullata dalla vaso costrizione.

E' consigliabile in questi casi, se si vuole evitare tale dannosa complicazione, iniettare separatamente il siero per via sottocutanea, e la adrenalina per vie intramuscolare.

Spanio A. *Patologia del sistema nervoso endocrinosimpatico e pseudotubercolosi.* — L'O. riferisce le storie cliniche di cinque malate nelle quali una febbricola serale costante per mesi ed accompagnata da tosse secca, sudorazione, dimagramento, astenia, dispepsia gastrointestinale poteva far pensare alla diagnosi di tubercolosi polmonare iniziale.

In base al reperto obbiettivo dell'esame clinico e degli esami speciali (radioscopia, cutireazione alla tubercolina) l'O. dimostra che nei casi studiati la febbre e il complesso sintomatico che l'accompagnava si dovevano porre in relazione con turbe endocrine, prevalentemente in rapporto a disfunzione della tiroide e dell'ovaio; richiama l'attenzione per la diagnostica diffrenziale particolarmente sullo speciale comportamento della temperatura del corpo, segnalato dal Prof. Lucatello nei malati di ipertiroidismo, per cui la temperatura del cavo ascellare risulta spesso inferiore a quella della bocca e del retto.

Si sofferma ad esaminare la patogenesi della tosse, della dispnea, della sudorazione, del dimagrimento, delle turbe dispeptiche nei disordini endocrini, e conclude con l'affermazione che la diagnosi fra squilibrio endocrino e tubercolosi deve esser fatta, nelle circostanze in esame, soltanto per via di esclusione, dopo accurati ed esaurienti esami clinici e di gabinetto.

Broglio R. *Megacolon e megauretere.* — In un soggetto di 21 anni venuto a morte in seguito a una occlusione cronica l'autopsia dimostrò, accanto a un tipico reperto di morbo di Hirschsprung, una dilatazione cospicua dell'uretere di sinistra, che era duplice.

Nell'esposizione dei dati l'O. si sofferma sulle particolarità anatomiche di queste due malformazioni per dimostrarne l'origine congenita(assenza di vizi di canalizzazione e di alterazioni infiammatorie che potessero in qualche modo spiegarne la patogenesi).

Il Segretario: dott. G. Locatelli

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 28 novembre 1926

Presid.: Prof. R. Stanziale

Oro A. *Primi tentativi di terapia aurica nella psoriosi* (con presentazione degli ammalati). — I sali di oro, iniettati per via endovenosa, esercitano, anche a dosi minime, un'azione rapidamente benefica in alcuni casi di psoriasi; in altri l'azione è lenta ed incompleta, in altri è sfavorevole. L'azione curativa dei sali di oro è, perciò, incostante.

L'influenza si rileva fin dalle prime iniezioni: la cura non offre inconvenienti a dosi basse e con le necessarie precauzioni; è controindicata nelle eruzioni acute e che tendono alla fase eritrodermica. Non è possibile stabilire la durata dell'apparente guarigione. L'azione del medicamento può essere interpretata come un'azione di choc, modificatrice, cioè, dell'equilibrio colloidale degli umori.

Ascione G. *Influenza della lattalbumina sulla immunizzazione dei conigli col b. tifico e con lo stafilococco.* — In conigli immunizzati con i germi sopra nominati, ed inoculati con lattalbumina, i risultati sperimentali dimostrarono che la lattabulmina rafforza notevolmente l'azione del vaccino (come appare dallo studio del comportamento delle agglutinine, delle batteriolisine e delle batteriotropine), e ciò specialmente quando è inoculata

Digitized by Google

48 ore dopo la sospensione dei germi, nel qual caso il titolo agglutinante del siero antitifico è quasi doppio di quello dei controlli. La efficacia del trattamento con lattalbumina è assai più spiccata nei conigli immunizzati col b. tifico che in quelli immunizzati con lo stafilococco.

Seduta del 19 dicembre 1926

Presid.: Prof. R. STANZIALE

Puca A. *Demorfinizzazione e solfato di magnesio.* — L'O. comunica, a completamento delle sue ricerche sul morfinismo, il metodo clinico di divezzamento, da lui ideato, fondato sul sinergismo fra morfina e solfato di magnesio. Riporta ricerche personali sulla sterilità delle soluzioni e le curve di rapido, lento o brusco divezzamento, e riferisce la casistica clinica, in cui ha applicato il metodo proposto, senza alcun sintoma clamoroso di astinenza.

Spiega gli effetti favorevoli ottenuti con la nota azione deprimente esercitata dal solfato di magnesio sul sistema neurovegetativo e sulla eccitabilità muscolare.

A sostegno della sua tesi, riferisce i risultati delle sue ricerche sperimentali sull'azione ipnotica esercitata nei cani dalla associazione delle due sostanze, adoperata ciascuna in dose pari all'ottava parte di quella che sarebbe attiva qualora venisse usata da sola. Riporta anche i risultati delle sue ricerche cliniche con il riflesso oculo-cardiaco, e presenta grafiche della eccitabilità muscolare, dei movimenti spontanei di muscoli lisci, del polso cerebrale, ottenute sotto l'azione delle due sostanze a dosi singole, per sè inattive, poi associate.

Conclude affermando che il sinergismo fra morfina e solfato di magnesio deve essere solo chiarito nei suoi particolari farmacologici.

Ascione G. *Sulla produzione di emolisine nei conigli a dieta autoclavata.* — Dopo aver constatato con esperienze preliminari che i conigli adulti non sono indifferenti ad una protratta dieta avitaminica, per quanto non si riesca a suscitare in essi il quadro classico delle avitaminosi sperimentali, l'A. ha immunizzato con globuli rossi di bue un secondo lotto di conigli, iniziando il trattamento con la dieta devitaminizzata, ed adoperando come controlli conigli egualmente immunizzati e tenuti parte a dieta normale, parte a dieta autoclavata con aggiunta di succo di arancia.

I risultati sperimentali dimostrarono che i conigli a dieta autoclavata producono emolisine di titolo notevolmente basso in paragone dei controlli, e ciò già dopo una settimana di tale alimentazione, quando i disturbi da avitaminosi non sono ancora comparsi ed il peso corporeo, la vivacità, ecc. si mantengono ancora normali.

ASSOCIAZIONE NAPOLETANA DI MEDICI E NATURALISTI

Sedute del 12 luglio e del 13 dicembre 1926

Presid.: prof. PIANESE

Enea D. *La terapia Röntgen nella profilassi del cancro dell'utero.* [La comunicazione è stata integralmente pubblicata nel n. 9, 1927 della nostra rivista].

Nacciarone A. *Metamorfosi metaplasiche dei blastomi benigni dell'utero.* — Comunica due casi di metamorfosi maligne di miofibromi uterini diagnosticati clinicamente con controllo istologico, di cui presenta micrografie; entrambe le donne furono operate e guarite con isterectomia totale. Nell'una si trattava di leiomioma in metaplasia sarcomatosa, nell'altra di miofibroma originario metaplasizzato in mio-sarco-condro-osteoma ed abbinato ad adenoma metatipico dell'angolo superiore sinistro del fondo dell'utero. Illustra i due casi istologicamente e clinicamente, richiamando l'attenzione su le manifestazioni cliniche permettenti una diagnosi tempestiva per la cura radicale.

Puca A. *Morfinismo cronico* (1ª *nota*: *contributo sierologico e clinico*). — L'O. dopo una esposizione del piano del suo lavoro, di cui l'attuale è la prima nota e che si completa con la nota seconda e terza sulla produzione sperimentale degli anticorpi nel morfinismo cronico, e nella quarta sulla demorfinizzazione fondata sul sinergismo col $MgSO_4$, fa un breve cenno statistico e prognostico delle tossicomanie da stupefacenti, mette in rilievo le modificazioni della conta, della formula e dell'indice di Arneth nel periodo di stato e nello svezzamento brusco e lento, del saggio di Loevi-Castellini sul siero di sangue di astinenti, i riflessi oculo-cardiaco pilo-motore, la sudorazione, la diuresi, la febbre da svezzamento e le prove farmacodinamiche, per concludere che la sindrome da svezzamento è prevalentemente organica, specie a carico del sistema neuro-vegetativo, che si esalta nel suo tratto orto-simpatico durante il periodo di stato e la prima fase demorfinizzante e si deprime con netta prevalenza vagale nella fase terminale.

REALE ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 29 maggio 1926

Presid.: prof. R. ALESSANDRI

Sabatini G. *Sull'etiologia dell'insufficienza aortica.* — L'O. riferisce dati statistici sui casi di insufficienza aortica osservati in circa un decennio, per dedurne l'importanza etiologica che spetta volta a volta alla sifilide, al reumatismo articolare acuto e all'arterosclerosi.

Chiasserini A. *Contributo allo studio dell'acrocefalo-sindattilia.* — Vien illustrato un caso di acrocefalia con sindattilia completa ossea e membranosa dei quattro arti. L'O. propende per l'origine ipofisaria dell'affezione e discute un'eventuale cura chirurgica (puntura del corpo calloso e canal-operazione).

Ascoli V. *Polso giugulare destro come segno di aneurisma dell'arco dell'aorta.* — L'O. illustra l'importanza diagnostica del polso venoso giugulare destro positivo, rilevabile con la semplice ispezione e meglio ancora con i metodi grafici, in casi di aneurisma aortico dell'arco. Tale segno si può verificare per l'aneurisma in ogni sede dell'arco e dipende più che da compressione diretta, da modificazioni cardiache che rendono più imponente l'accumulo nel cuore destro.

Bonfiglio F. *Atrofia cerebrale circoscritta di Pick, malattia di Alzheimer e demenza senile.* — Dalla descrizione particolareggiata dei sintomi clinici di tre casi, l'O. trae argomenti per la diagnosi differenziale tra le predette affezioni.

Pestalozza E. *Corpi estranei nell'utero.* — Riferisce su di un caso di corpo estraneo endouterino consistente in spighe di frumento; la sindrome clinica faceva pensare al carcinoma uterino e il reperto anatomico presentava in molti punti simiglianze notevoli con una forma neoplastica.

Ciminata A. *Studio sperimentale sulla enervazione delle capsule surrenali.* — Dagli esperimenti dell'O. risulta che dopo l'enervazione completa e bilaterale delle capsule surrenali, gli animali (gatti e cani) possono sopravvivere lungamente (fino a 102 giorni in un caso) in ottime condizioni di salute e aumentare di peso. Non è stata osservata alcuna influenza della enervazione sulla predisposizione agli attacchi convulsivi provocati da sostanze tossiche, e scarsa o nessuna influenza sulla produzione di adrenalina. Inoltre, l'iperglicemia provocata da stimolo doloroso diminuisce, in confronto ad animali normali, dopo l'osservazione.

Ciminata A. *I risultati lontani della resezione gastro-duodenale nell'ulcus ventriculi et duodeni.* — Come risultati lontani negli operati di resezione gastro-duodenale, l'O., nei riguardi del succo gastrico, ha trovato valori bassi di acidità totale e ac. cloridrico libero assente. Pensa che tale effetto sia dovuto alla resezione della *pars pilorica* dello stomaco e che, se la mortalità non fosse troppo elevata, tale operazione dovrebbe essere considerata come il mezzo radicale di cura.

Seduta del 5 giugno 1926

Presid.: prof. R. ALESSANDRI

Puntoni V. *Applicazioni pratiche dell'autovaccinazione antirabica.* —L'O. ha ideato e proposto nella pratica veterinaria un nuovo metodo di vaccinazione contro la rabbia, consistente nella diretta trasformazione dell'encefalo dell'animale rabico morsicatore in un vaccino fenicato col quale si curano gli animali morsicati. Riferisce ora i primi risultati ottenuti con tale procedimento, i quali sono veramente incoraggianti e superiori a quelli che si hanno con i comuni vaccini.

Alessandrini P. e Frattali F. *Le iniezioni endorachidee di solfato di magnesio nel parkinsonismo encefalitico.* — In due malate con parkinsonismo post-encefalitico, la cura intrarachidea con solfato di magnesio (gr. 0.80-1 pro dosi, diluiti in 10 cc. di acqua, ripetendo l'iniezione ogni tre giorni per 3-4 volte) ha determinato la scomparsa dell'ipertonia muscolare, permettendo in una perfino il lavoro abituale.

Galatà G. *Primi risultati terapeutici dell'azione antiemetica e antivagale della pituitrina e della pituitrina-adrenalina.* — Con le iniezioni di pituitrina e della miscela pituitrina-adrenalina, l'O. ha visto sempre, dopo le prime somministrazioni, il vomito cedere, qualunque era la sua origine; solo in un caso di tumore cerebrale ha resistito.

Trenti E. *L'ultrafiltrazione come mezzo di isolamento e studio delle globuline specifiche per la reazione di Wassermann.* — L'O. comunica il risultato di nuove esperienze compiute con l'ultrafiltrazione con sacchetti di collodion su liquor a Wassermann positiva e negativa. Le sostanze alle quali è dovuto il fenomeno della R. W. non passano attraverso il filtro; esse sono legate alla globulina, ma non sono la globulina, poichè la globulina da liquor a R. W. negativa non dà reazione positiva. La tripsina distrugge con la digestione la globulina e la sua capacità deviante.

Meldolesi G. *Su due casi di disturbi della conduzione seno-au-*

Digitized by Google

ricolare. — L'O. riferisce su due casi di aritmia sinusale (bradicardia totale) da alterazioni della conducibilità seno-auricolare.

M e l d o l e s i G. *Esperienze di misurazione nell'uomo del tempo di circolazione totale.* — L'O., con la tecnica di Stewart, modificata, ha trovato che il tempo di circolazione totale nell'uomo risulta di 8-9 secondi.

E g i d i G. *Sulla cura radicale dell'ernia ombelicale e delle ernie in genere.* — Riferisce su un espediente operatorio atto ad evitare le facili recidive dopo le operazioni di ernia ombelicale; esso consiste essenzialmente nella preparazione di due strisce aponevrotiche dalla guaina anteriore dei retti dell'addome, peduncolate sulla linea alba, ciascuna delle quali vien fatta passare in un occhiello praticato nell'aponevrosi del lato opposto: traendo sugli estremi delle striscie, l'anello ombelicale resta obliterato.

Il Segretario: T. PONTANO

PER LA PRATICA

SIFILOGRAFIA

I DENTI DISTROFICI E LA SIFILIDE EREDITARIA

per il prof. GIUSEPPE CIRILLO
Docente di Chirurgia nella R. U. di Napoli

La distrofia dentaria ha richiamato sempre l'attenzione degli scienziati e dei clinici, perchè essa si ricollega alla diagnosi di sifilide ereditaria; e ciò fin dal tempo in cui Hutchinson disse che a costituire la sua classica triade concorreva il famoso dente che da lui si denomina.

Senonchè oggi, a dire di molti distinti sifilografi (Verrotti ed altri), non è più tanto comune a riscontrarsi nella pratica il dente di Hutchinson, per cui fra i molti e svariati segni, in cui si appalesa a noi la sifilide ereditaria, come per es. naso a sella, fronte olimpica, cranio natiforme, bozze frontali accentuate ecc. acquista sempre maggiore importanza la distrofia dentaria, o sindrome dentaria, come sarebbe più opportuno denominarla.

E ciò perchè, mentre tutti gli altri segni in un eredoluetico possono mancare, la sindrome dentaria manca solo di rado ed anche solo eccezionalmente.

In che consiste questa distrofia dentaria? Essa varia per i denti temporanei e per i denti permanenti. I denti temporanei degli eredo-luetici sono per lo più piccoli, distanziati fra loro, spesso con bordo libero, frastagliato, e coperti da macchie color ruggine, come se fossero stati sottoposti all'azione corrosiva di sostanze chimiche; inoltre vanno facilmente soggetti a processi di carie.

Ma le alterazioni classiche si osservano a carico dei denti permanenti. Questi molto spesso sorgono l'uno lontano dall'altro; gli incisivi superiori, più grandi dell'ordinario, e gli incisivi inferiori hanno il bordo libero frastagliato, qualche volta anche arcuato. Ma la distrofia che non manca, se non raramente e per la quale, secondo me, si può seriamente sospettare la sifilide ereditaria è la cattiva disposizione dentaria: con denti piccoli e denti grandi, denti accavallati in vario modo, denti diretti in avanti, denti che escono dalla bocca e deturpano la fisionomia del paziente. Va da sè che simili alterazioni dentarie variano col variare del grado e dell'intensità dell'infezione che si è ereditata; e a misura che l'infezione stessa tende ad estinguersi col succedersi delle generazioni, la distrofia dentaria, tende anche essa a scomparire. E così l'organismo per una legge biologica fondamentale che ci governa, tende a ritornare al tipo fisiologico.

A che è dovuto tutto ciò?

A perturbamenti di natura eredo-luetica che si determinano nel *germe dentario,* e che conferiranno al nascituro un marchio di cui, se non interviene l'arte, egli si libererà soltanto con la morte.

Certo è, e i più lo ammettono senz'altro (Pende, Galdi, Ferrata, ed altri), che la sifilide turba profondamente i processi di ortogenesi e devia l'organismo dal tipo fisiologico.

Io in quest'ultimo tempo ho avuto occasione di occuparmi di molti infermi provenienti da genitori sicuramente luetici; ebbene solo di rado non ho riscontrato in essi qualcuna delle anomalie dentarie da me dianzi accennate, come per es. qualche dente frastagliato, che si conserva tale fino all'età di 17-20 anni e più: denti grossi più dell'ordinario; denti con bordo arcuato; denti torti sul proprio asse di impianto; denti mal disposti ecc. ecc.

Potrei anche citare le storie cliniche di quegli infermi che sono stati oggetto del mio esame, infermi discendenti tutti da sifilitici; ma per brevità non lo faccio. E' bene che si sappia, che la sifilide acquisita non dà mai queste modificazioni a carico del sistema dentario. Per cui quando si nota in un infermo una qualsiasi anomalia dentaria: di forma, di volume, di numero, di sede, di direzione, di eruzione, di struttura, di distribuzione infine, bisogna in lui sospettare e seriamente la sifilide congenita, che forse è la sola generatrice di tutte le anomalie dentarie, e, se non la sola, certamente la più importante e quella che più frequentemente si incontra nell'anamnesi di questi infermi che portano in giro, tutta compendiata nel sistema dentario deforme, la stimmata più eloquente del male con cui vennero procreati.

Spesso in ammalati difficilissimi affetti da neurastenia, o diabete, o incipiente atrofia del nervo ottico, o dolori di cui non era dato sapere l'origine, neanche con la reazione di Wassermann (che, d'altronde, in questi casi è per lo più negativa) io soltanto basandomi sulla distrofia dentaria, potetti fare una diagnosi di sifilide ereditaria, precisa in ogni suo dettaglio; per cui, istituita una cura opportuna, potetti aver ragione del male e conseguire in tal modo brillantemente il duplice obbiettivo che ogni medico e ogni chirurgo deve sempre porsi dinanzi: *cioè la diagnosi e terapia dei morbi.*

Queste mie osservazioni vanno ristudiate e consigliano analoghe ricerche a chi di dovere. E se un giorno, che non sia lontano, si potrà addivenire al concetto da me dianzi esposto, cioè che tutte le anomalie dentarie per lo più sono di origine luetica, di quanto non si avvantaggeranno e la scienza e l'umanità, potendo allora ogni medico generico diagnosticare *de visu* la sifilide ereditaria per poi convenientemente curarla! E non è neppure necessario che egli chiegga l'ausilio delle prove di laboratorio, lunghe e indaginose, perchè in questi casi, mentre la reazione di Wassermann ha un valore semplicemente aleatorio, la sindrome dentaria da me dianzi enunciata ha un valore fermo, sicuro, costante.

L'individuo eredo-luetico può per pura eccezione avere il sistema dentario normale: ma che l'individuo con anomalie dentarie, non sia luetico per eredità, questo poi è strano, oltremodo strano.

Nè si venga a dire che l'accennata distrofia dentaria entra nel concetto generale della sifilide distrofica, e, come tale, non ha alcun valore. La scienza oramai riconosce i gravi pericoli cui va incontro un eredo-luetico che per ignorare il suo male non si cura convenientemente, e oggi poi, per non poche osservazioni, è da tutti ammesso che « affezioni che passano inosservate perchè rientrano nella così detta *sifilide distrofica,* possono essere seguite anche a lunga scadenza da manifestazioni di sifilide attiva ». (Vedi: Verrotti, La sifilide congenita nella dottrina ecc. *La medicina pratica,* n.i 11 e 12, 1926).

INFEZIONI

Sintomatologia e cura della laringite grippale

La diminuzione di resistenza dell'organismo e l'esaltazione della virulenza dei microbi che sono ospiti banali della gola e del naso sembrano essere le due condizioni essenziali per il prodursi delle complicazioni laringee grippali. Di queste si possono distinguere varie forme:

a) *Forma catarrale acuta.* L'ammalato si lagna di secchezza e di senso di bruciore alla gola, presenta tosse secca, talora stizzosa, che aumenta durante la notte, ed espelle scarso espettorato, qualche volta striato di sangue; la voce si altera come timbro o vi può essere afonia. L'esame laringologico mette in evidenza soltanto un rossore più o meno vivo e lieve tumefazione di tutta la mucosa. E' la forma di laringite grippale più benigna e scompare in pochi giorni; basterà associare al trattamento ge-

Digitized by Google

nerale della grippe delle inalazioni calde (non bollenti) 2-3 volte al giorno, della durata di 5 minuti, di gomenolo, essenza di pino, balsamo del Perù, tintura di benzoino, ecc. Una buona formula, secondo M. CANNAC (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n. 19, anno 47) è la seguente:

Balsamo del Perù	
Balsamo di trementina	anagr. 4
Tintura di benzoino	gr. 120

Un cucchiaino da caffè in 1/2 litro d'acqua calda.

Quando le manifestazioni locali saranno meno intense, si ricorrerà a sostanze più attive, come:

Gomenolo	
Essenza di pino silvestre	anagr. 25
Tintura di eucalipto	
Tintura di benzoino	anagocce XXV

XX-XXV gocce in 1/2 litro d'acqua calda.

Se, dopo qualche giorno, le lesioni persistono ancora, si pennellerà la mucosa laringea con una soluzione di cloruro di zinco a 1:50 o a 1:30.

b) *Forma infiltrativo-edematosa.* E' caratterizzata da una sensazione di pizzicore in corrispondenza del faringe e del laringe, accompagnata da dolori violenti nella deglutizione e nella fonazione. Questi disturbi si accentuano durante la notte, producendo un senso di angoscia e di mancanza di respiro e si attenuano verso il mattino; la voce può diventare rauca e afona. La palpazione del laringe è dolorosa, specialmente se si imprimono a questo organo dei movimenti di lateralità. All'esame laringoscopico si nota una colorazione rossa e un'infiltrazione edematosa della mucosa del vestibolo, mentre l'epiglottide è solo congestionata; l'edema è invece pronunziato nella regione aritenoidea, più dal lato esofageo che da quello interno del laringe; le corde vocali o sono indenni o presentano un colorito bianco matto, per mortificazione dello strato epiteliale della mucosa, e presentano diminuzione della loro mobilità. In questa forma, anch'essa, come la precedente, molto frequente, v'è maggiore o minore tendenza allo spasmo laringeo a seconda degli individui, per irritazione delle terminazioni del nervo laringeo superiore.

Come terapia, si consiglieranno le polverizzazioni, fatte con un polverizzatore a vapore, per 5 minuti, 3 volte al giorno, con:

Cloridrato di cocaina	gr. 0.30
Antipirina	
Bromuro di sodio	anagr. 6
Tintura di eucalipto	gr. 20
Glicerina neutra	» 30
Acqua sterile	q. b. p. » 500

Per combattere il tenesmo laringeo, si somministrerà al mattino e alla sera un *cachet* di:

Valerianato di chinino	
Piramidone	anagr. 0.25
Estratto tebaico	gr. 0.01

Si consiglierà inoltre al malato di mettere la sera prima di coricarsi, in ogni narice, un po' della pomata seguente:

Mentolo	
Eucaliptolo	anacentigr. 5
Stovaina	centigr. 50
Benzoato di soda	gr. 1
Vaselina sterile	» 20

Inoltre: applicazioni di compresse calde, ghiaccio o sanguisugio, a seconda del caso, sulla regione anteriore del collo; somministrazione di bevande calde; alimentazione leggera. Se, nonostante tutto quanto si è detto, i disturbi asfittici si aggravano, si praticherà la tracheotomia d'urgenza.

c) *Forma ulcerosa.* In questa, la diagnosi etiologica è più difficile e la si dovrà sopra tutto differenziare con accortezza dalla laringite tubercolare, essendo entrambe croniche, tenendo presente il modo d'insorgenza dell'affezione, la sua evoluzione, lo stato generale e gli antecedenti del malato, l'esistenza o meno di una epidemia di grippe, ecc. Secondo la situazione e il numero delle ulcerazioni, i disturbi funzionali saranno più o meno accentuati; vi può essere alterazione della voce, fino all'afonia, e dolore alla deglutizione.

L'esame laringoscopico mostra: a) nei casi benigni, in corrispondenza dell'inserzione posteriore, e più raramente del terzo anteriore, delle corde vocali, delle piccole ulcerazioni come unghiate, superficiali, ricoperte da essudato giallo-grigiastro, con margini arrossati. b) nei casi più gravi, le ulcerazioni si approfondano e appaiono come nette escavazioni ricoperte da un intonaco giallastro poco aderente. In generale le lesioni sono bilaterali e molto resistenti ad ogni cura; questa forma poi può combinarsi con la precedente.

Si prescriveranno delle polverizzazioni, della durata di 5 minuti con:

Acido fenico cristallizzato	centigr. 60
Resorcina	gr. 8
Glicerina neutra	» 50
Alcoolato di menta	» 10
Acqua sterilizzata	q. b. per » 500

alternandole con polverizzazioni fatte con:

Gomenolo	gr. 1
Acqua sterilizzata	» 200

Si caustiche ranno, inoltre, le ulcerazioni, una o due volte ogni settimana, con una soluzione di nitrato di argento o di argirolo 1:50, o con la soluzione seguente:

Iodio	centigr. 5
Ioduro di potassio	» 10
Laudano del Sydenham	gr. 1
Glicerina neutra	» 30

d) *Forma flemmonosa.* La grippe può causare, sebbene più raramente delle forme precedenti, un vero ascesso peri-epiglottico o perilaringeo, senza che le cartilagini del laringe siano interessate. L'infermo accusa una costrizione dolorosa al laringe, che aumenta con la fonazione e la deglutizione; v'è febbre; la voce è alterata; v'è modica tosse; i disturbi della respirazione possono aggravarsi, fino alla minaccia di asfissia; talora si nota una tumefazione della regione cervicale.

L'esame laringoscopico mostra, nei primi giorni, edema e rossore della mucosa laringea nei punti ove si formerà la raccolta purulenta; le corde vocali sono quasi normali. Nei giorni seguenti, se l'ascesso tende ad aprirsi nel laringe, compare un punto bianco sulla superficie mucosa rossa; allo svuotamento dell'ascesso, segue, entro 20-30 giorni, la guarigione E' forma piuttosto grave per il pericolo di asfissia.

All'inizio, la cura sarà medica: impacchi caldo-umidi, sanguisughe da ambo i lati del laringe, fumigazioni con:

Timo	
Rosmarino	anagr. 5

far bollire in 1/2 litro d'acqua, tre volte al giorno, per 5 minuti.

Se il pus non compare sotto la mucosa, Ségura consiglia una puntura esplorativa e eventualmente curativa con un ago di 3 mm. innestato su una siringa da 20 cc.: in caso di presenza di pus, la puntura sarà ripetuta fino a scomparsa di esso. L'evacuazione del pus si potrà praticare anche col galvanocauterio, se l'ascesso è intra-laringeo, o col bisturi, se si è in presenza di un flemmone cervicale. Svuotato l'ascesso, sarà utile fare delle iniezioni intratracheali con olio di vaselina mentolato, e se nel pus si rinvengono pneumococchi, streptococchi o altri germi, si potranno iniettare dei vaccini polivalenti. In caso di minaccia di asfissia, tracheotomia.

e) *Forma necrotica.* Ancor più grave della precedente, in questa forma, o secondariamente ad una raccolta purulenta intra-laringea o anche primitivamente, vengono pure colpite le cartilagini del laringe: l'infiammazione del pericondrio si propaga ai tessuti del collo e si produce un flemmone cervicale profondo, di prognosi grave. I fenomeni generali (febbre, abbattimento, ecc.) sono molto gravi, così pure sono imponenti i fenomeni locali (dolori, voce afona, ecc.).

L'intervento terapeutico deve essere precoce: nelle pericondriti circoscritte, si faranno applicazioni locali di unguento napolitano con belladonna 1:10 e di cataplasmi tiepidi, ripetendo questi ultimi mattina e sera e l'unguento ogni 24 ore. Si potranno sostituire a queste applicazioni esterne, le polverizzazioni laringo-tracheali, fatte al mattino e alla sera per 2-3 minuti, con:

Acido fenico cristallizzato	gr. 1
Alcool	» 50
Acqua	» 950

Si consiglieranno anche le fumigazioni con:

Rosmarino	
Foglie di coca	anagr. 10

da far bollire in 1/2 litro d'acqua e da ripetere 4-5 volte al giorno, ciascuna volta per 5 minuti.

Se, nonostante ciò, la pericondrite continua ad evolvere e si forma una raccolta purulenta, è necessario l'intervento chirurgico, con incisione larga e tale da permettere un buon raschiamento della cavità infetta.

Contemporaneamente, si curerà lo stato generale con iniezioni di soluzione fisiologica, di caffeina, d'olio canforato, ecc.; nei casi gravi, si tenteranno le iniezioni intravenose di metalli colloidali e la produzione di un ascesso di fissazione. Con tutto ciò, talora, la setticemia porta rapidamente a morte l'ammalato.

A. TARSITANO

Digitized by Google

TERAPIA

Sulla cura dell' insonnia

LOGRE (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 25 marzo 1927) distingue quattro varietà d'insonnia: quella sintomatica, la costituzionale, le insonnie intermittenti, infine quelle che si verificano negli stati febbrili.

Tra le sintomatiche meritano particolare attenzione quella da disturbi gastrici (dispepsia), quella puberale in rapporto a disturbi endocrini, e passibile di guarigione col trattamento ipofisario e curando l'adenoidismo; l'insonnia della menopausa e quella da disturbi della tensione arteriosa. Nella menopausa cura ovarica; nella depressione arteriosa eccitanti, cardiocinetici, iniezioni di ossigeno. Nei casi da ipertensione molto utile il benzoato di benzile.

L'insonnia costituzionale dipende da un difetto congenito delle funzioni del sonno: può essere emotiva, astenica, tossico-maniaca, da disquilibrio motore con tics.

Come cura si prescriverà quella igienica bagni caldi, fisioterapia, bagni di luce, diatermia del plesso solare e inoltre la psicoterapia suggestiva. Gl'ipnotici saranno dati in via transitoria e regressiva onde impedire l'assuefazione: utili la belladonna, il gardenal o veronal, il giusquiamo specie nella vagotonia. Molto utile la associazione di fosfato di codeina e dial.

Le insonnie intermittenti sono sintomo di stati eccitativi e depressivi alternati in ciclotimici con psicosi intermittenti. Non sono passibili di cure razionali.

Negli stati febbrili, adoperare solo piccolissime dosi di ipnotici, altrimenti si potrebbero provocare forti stati di agitazione, secondo l'autore.

Cura delle gravi emorragie post-operatorie

Le emorragie post-operatorie rappresentano in alcune branche specializzate della chirurgia, per es. in oto-rino-laringoiatria, una delle più gravi complicazioni, per il fatto specialmente che ci si trova di fronte a emorragie a nappo, provenienti da cavità relativamente strette e di difficile accesso e contro le quali è difficile agire con la legatura dei vasi della regione. E' perciò che in simili circostanze bisogna intervenire con gli emostatici generali, e tra questi GALAND (*Le Scalpel*, n. 1, 1927) ricorda:

a) l'emoplastina di Parke e Davis, la quale contiene della protrombina e della trombochinasi, capaci di attivare la coagulazione del sangue, e dell'anti-antitrombina, destinata a neutralizzare eventualmente l'azione dannosa sulla coagulazione dell'antitrombina; *b*) il siero fresco di cavallo, che agisce favorevolmente per il suo contenuto in trombina attiva; *c*) il siero antiemorragico di Dufour e Le Hello, proveniente da animali intenzionalmente sottoposti ad uno shock; *d*) la trasfusione sanguigna, capace talora di operare delle vere resurrezioni; *e*) l'irradiazione Roentgen sulla milza.

In confronto dei mezzi ora detti, rimedio eroico, sia per la rapidità di azione sia per la costanza dei risultati, è sembrata all'A. l'iniezione endovenosa di una soluzione di cloruro di calcio al 5 %, alla dose di 10 cc. In ogni caso, a scopo profilattico, è preferibile assodar bene, prima di procedere a qualsiasi intervento operatorio, se nell'infermo esiste uno stato di emofilia o di emogenia, e in tal caso praticare al malato, la sera prima dell'operazione, a scopo di aumentare la coagulabilità sanguigna, un'iniezione di peptone o di un'altra delle sopra dette sostanze coagulanti.

Come preparare i diabetici prima dell' intervento chirurgico

DUNCAN FROST in Philadelphia e Morristowu (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 44, 2, 1927) si regolano nel modo seguente:

Tre giorni avanti l'intervento, il contenuto dietetico d'idrocarbonati viene accresciuto a 100 grammi, i grassi serbati al minimo. L'insulina è aumentata se necessario, per ridurre alla norma lo zucchero normale del plasma. L'ora dell'intervento viene fissata di massimo verso le ore 9 a. m. Il periodo più critico viene così trascorso avanti la notte. Alle ore 6 a. m. si somministra in glucosio e succo d'arance il contenuto mattinale solito in carboidrati, accresciuto di 10 gr. Al tempo stesso si somministra l'usuale dose mattinale di insulina. Si lascia bere a volontà fino alle 8 a. m.

Alle 7,30 a. m. si pratica un semplice clistere. Immediatamente prima di passare nella sala operatoria, si esegue un saggio per la determinazione nel sangue di zucchero, acetone e plasma-carbonato. L'insulina è somministrata allora, variandone la dose tra 10-20 unità. Dosi più tenui cioè ai soggetti denutriti, dosi più alte a quelli vigorosi.

Prima di abbandonare la sala operatoria si procede alla somministrazione endovenosa di 30-40 gr. di glucosio. Dopo il ritorno in reparto si somministrano 20-30 unità di insulina, regolandosi per il dosaggio a seconda dello stato dell'infermo. Due ore più tardi si prende un altro saggio di sangue per valutare il potere combinato diossicarbonico, l'acetone, lo zucchero. Regolandosi da cotesta analisi si somministra insulina ed idrati di carbonio. Più raramente, esaurito questo programma, si ricorre più tardi all'uso di glucosio nelle vene, e liquidi nell'intestino. Se questo è necessario, bisogna tener conto accuratamente del totale somministrato. Liquidi per via orale sono eccezionalmente ritenuti 20-30 minuti. La dieta rimane liquida (arance premute, succo d'uva, orzo, glucosio) finchè la temperatura sia normale e scompaiono le altre manifestazini di tossiemia. Conviene non eccedere in calorie totali quelle di una dietetica di sostegno durante il periodo dell'attiva guarigione.

Quando tutto questo viene ottemperato c'è da augurarsi buoni risultati.

APPUNTI

Ritenzione endomuscolare di bismuto.— GUIBERTEAU (*Journ. de Méd. et Chirurgie Pratiques*, 25 marzo 1927) ricorda che numerose osservazioni sono state riferite di incistamento dei sali di bismuto nella sede d'iniezione, incistamento — specie dei sali insolubili — che qualche volta è seguito da ascesso in genere di natura asettica ma che bisogna operare. La cicatrizzazione ne è lenta e segue a una fistola.

L'A. ha riprodotto negli animali, con lunghe serie di iniezioni terapeutiche l'incistamento, onde studiarne la patogenesi.

Secondo tali esperienze l'incistamento sarebbe dovuto all'idrossido di Bi causa la sua stabilità chimica e la formazione d'un sapone insolubile che esso forma con l'acido grasso formatosi nel suo eccipiente. Questo si combinerebbe con l'idrossido: la combinazione, il sapone, ha effetto nei muscoli di corpo estraneo, donde l'ascesso.

E' consigliabile quindi non usare veicoli oleosi.

Cura radicale delle cisti sebacee con lo xilolo.— Nelle cisti sebacee del cuoio capelluto, SULDEY (*Gazette hébdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, gennaio 1927) preferisce, all'exeresi chirurgica, il trattamento con l'iniezione nella cisti di xilolo. Dopo asepsi della regione e eventualmente anestesia al cloruro di etile, si fa col bisturi un'incisione di un cm. circa e si punge la cisti; indi con una siringa Luer si iniettano attraverso l'apertura poche gocce o 1-2 cc., a seconda del volume della cisti stessa, di xilolo, facendo ben aderire i margini della ferita al becco della siringa per evitare riflusso di liquido. Si lasciano passare 2-3 minuti, poi si ritira la siringa e si svuota accuratamente la cisti, iniettandovi di nuovo poche gocce di xilolo, per completarne il lavaggio; medicatura compressiva caldo-umida.

Si determina una reazione infiammatoria abbastanza vivace, che dura 2-4 giorni, durante i quali si impedirà la chiusura precoce della ferita chirurgica, dato che questa assicura il drenaggio dei residui siero-sanguinolenti della cisti. Quindi si applica una medicatura secca compressiva, che sarà protratta per 8-12 giorni; le pareti della cisti si accollano e la pelle cicatrizza senza lasciar traccia alcuna. In tal modo operando, l'A. non ha mai notato complicazioni o recidive.

Le stomatiti infettive gravi. — Le stomatiti possono clinicamente, secondo J. RENÈ-CELLES (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n. 1, 1927), essere distinte in: *a*) Stomatiti dentarie, che sono le più frequenti e si sviluppano in individui che hanno poca cura della propria bocca, che soffrono di carie dentaria, ecc. *b*) Stomatiti secondarie, sia ad una malattia generale (tifo, scorbuto, ecc.) sia all'assunzione di un medicamento (mercurio, per es.). *c*) Stomatiti anginose, aftose, ulcero-membranose, difteriche ecc. che sono complicazioni orali dell'angina causale.

Per lo più localizzate alla bocca, con gengive sanguinanti e bordi alveolari sanniosi, accompagnantisi con dolori alla masticazione e con abbondante salivazione, solo più di rado tali stomatiti possono assumere l'aspetto di una malattia grave col quadro di un'infezione generale: nella maggioranza dei casi, però, la prognosi resta buona. Dal punto di vista diagnostico, uniche confusioni possono determinarsi con un tumore ulcerato della lingua o con manifestazioni luetiche, ma i segni concomitanti varranno a ben fare la differenziazione.

La cura è piuttosto semplice: dopo aver fatto praticare al malato dei gargarismi boro-ossigenati, si toccheranno tutte le lesioni con una soluzione glicerica di neosalvarsan (gr. 0.30 su 10 di glicerina), preparata al momento dell'uso. Si faranno inoltre succhiare al malato due compresse di clorato di potassio al giorno, così pure durante la giornata si ripeteranno molte volte i garganismi boro-ossigenati; si praticherà, ancora, una serie di tre iniezioni endovenose di oro colloidale, con due giorni d'intervallo l'una dall'altra. Nei primi giorni, dieta lattea e piccole dosi ripetute di calomelano; le pennellazioni col neosalvarsan potranno essere ripetute ogni due giorni, alternandole con pennellazioni con cloruro di zinco al 20 %.

Digitized by Google

NOTE FARMACOTERAPICHE

La Plasmochina, nuovo rimedio della malaria.— Nella Riunione della Società dei naturalisti e medici tedeschi, tenutasi a Düsseldorf verso la fine dello scorso anno, HÖRLEIN ha riferito su di un nuovo rimedio della malaria, la Plasmochina. E' un derivato della chinolina, ottenuto per via sintetica, che presenta sui preparati di chinino il vantaggio di un costo minore e di non essere disgustoso per il palato nè irritante per lo stomaco. Provato dapprima nella malaria sperimentale degli uccelli, se ne è fissato poi il dosaggio nell'uomo usandolo per interrompere gli accessi malarici di paralitici progressivi sottoposti alla malarioterapia. Si somministra alle dosi giornaliere di gr. 0.05-0.15, suddivise in parecchie piccole dosi singole, per es. 5 volte gr. 0.02 *pro die*. Mai i malati si sono lagnati di disturbi sgradevoli, se si eccettui una colorazione turchina del viso comparsa talora con le dosi più alte, la quale deve essere considerata come un avvertimento benigno ad interrompere la cura. Poichè il preparato è quasi insapore, è preso volentieri anche dai bambini.

Gli effetti terapeutici ottenuti con la Plasmochina sarebbero ottimi: dopo pochi giorni dall'inizio della cura, gli accessi febbrili scompaiono e sembra che le recidive di terzana e quartana siano più rare che con l'abituale terapia chininica. Solo nella malaria tropicale, la Plasmochina agisce più lentamente; però dopo 5-7 giorni di cura si vedono scomparire dal sangue le forme semilunari sessuali dei parassiti. Inoltre nei casi recenti di malaria tropicale con numerosi parassiti asessuali, senza comparsa ancora di forme sessuali, la Plasmochina somministrata precocemente impedirebbe quasi sempre lo sviluppo delle forme semilunari, trasmettitrici della malattia.

FORMULARIO

Nell' orticaria.— Nell'orticaria di media gravità, si somministrerà per via orale e in dosi refratte *pro die*:

Soluzione di adrenalina al ‰	cc. 1-5
Soluzione fisiologica	cc. 250

Si potrà eventualmente anche usare la stessa soluzione per goccia a goccia rettale.

Nell'orticaria grave, con ipotermia, polso filiforme, tendenza alle sincopi, si inietterà *pro die* e a dosi frazionate, sotto cute:

Soluzione di adrenalina al ‰	cc. 1
Novocaina	cc. 0.01
Soluzione fisiologica	cc. 250

(da! *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n. 4, 1927).

□□□

COMMENTI E POSTILLE

A proposito di fenomeni emolitici nelle infezioni tifoidi

Nel 1904 fui mandato dalla Prefettura di Macerata in un paese delle Marche, dove era scoppiata una fiera epidemia di tifoide: in una mia noticina stampata nella « *Rivista Critica di Clinica Medica* » ho riferito qualche rilievo utile a conoscersi da me fatto in quell'occasione.

Avevo osservato, per esempio « in molti infermi un colorito subitterico ». Il bacillo isolato dalla milza per puntura *intra vitam* in due di questi casi « in confronto con bacilli tipici osservati in un laboratorio presentava una forte proprietà emolitica... ». Scrissi allora: « in questa epidemia mi sono domandato se il colorito giallastro, subitterico dei pazienti non potesse mettersi in relazione colle ritrovate sostanze emolitiche nelle brodoculture del bacillo isolato dalla milza ».

Nella mia noticina intitolata *Elmintiasi e tifoide* quell'argomento era trattato, per così dire, collateralmente: ma era detto chiaro che il bacillo isolato aveva proprietà emolizzanti e che a queste proprietà si poteva ascrivere il colorito giallo, subitterico che molti ammalati presentavano in quella epidemia.

Proprio ciò che ha provato con diligenti ricerche in un caso occorsogli il Dalla Volta, ricerche esposte insieme con molte considerazioni in un poderoso lavoro apparso recentemente nell' *Archivio di Patologia e Clinica Medica*. Lo stesso Dalla Volta, nel suo più recente lavoro, che è una accurata rassegna degli studi sugli itteri emolitici secondari, cita le sue ricerche, ma conclude con una affermazione alla quale non sottoscriverei « che nell'infezione da tifo.... la comparsa di un ittero emolitico è evenienza estremamente rara ».

Non sottoscriverei perchè durante certe epidemie questi casi possono presentarsi con frequenza; e deve esser così se l'ittero deve ascriversi a proprietà emolitiche, a un carattere acquisito dal bacillo tifoso!

Nella lunghissima bibliografia accodata ai lavori del Dalla Volta non c'è cenno della mia osservazione fatta tanti anni prima. Ma dato il titolo della mia noticina, non posso far carico al collega Dalla Volta se non l'ha ricordata.

E poi i nostri giovani autori italiani hanno troppo bisogno di far conoscere che conoscono tanta letteratura straniera!

Prof. R. SILVESTRINI

(Direttore della Clinica Medica di Perugia)

LIBRI ED OPUSCOLI

CARRAVETTA M. *Le Fratture* (Lezioni di Traumatologia complementari al Corso Ufficiale di Patologia Chirurgica). R. Istituto di Pat. Spec. Chirurgica e Clinica Chirurgica Proped. della R. U. di Napoli, diretto dal Prof. D. B. Roncali. Edit. Borrelli e figlio, via Tribunali 339, Napoli. Vol. di pagg. 290 con 81 radiografie. Prezzo L. 30.

Questo libro, opera diligente di un valoroso allievo del Roncali, è una guida pratica e ordinatissima dello studio delle fratture, che riuscirà molto utile a chi, bisognoso di formarsi delle nozioni esatte chiare ed esaurienti, pur senza il corteo di inutili esposizioni teoretiche, sul meccanismo di produzione di tutte le fratture e sulla loro diagnosi e cura, vorrà approfittarne.

Inutile elencarne i capitoli, poichè tutti trattati, nessuna varietà di frattura essendo negletta dall'osservazione diligente dell'A. che ha corredato il suo lavoro di nitide e sceltissime radiografie (81) in modo da illustrare molto appropriatamente il testo di ogni capitolo.

E' questo un nuovo e non meno encomiabile lavoro che la Scuola del Prof. Roncali offre alla estimazione degli studiosi.

MACKENZIE J. *L'angina di petto* (L'angine de poitrine). Traduzione dall'inglese del dott. E. Guilleaume. 1 col. in 8° con 67 figure nel testo. F. Alcan, edit., Parigi. Prezzo frs. 25.

Il nome di sir James Mackènzie è troppo conosciuto, perchè si debbano spendere molte parole nel presentare al lettore italiano quest'altra sua opera. Come le altre pubblicazioni precedenti dell'A. — il « Trattato delle malattie del cuore » e « I sintomi e la loro interpretazione », per es. — anche la presente è di carattere puramente clinico ed è il risultato della lunga pratica dell'A., che affronta il problema dell'angina di petto con la sua solita chiarezza e competenza. La patogenesi, la prognosi e la cura di questa affezione, intorno alla quale tante discussioni si sono svolte e si svolgono tuttora, vengono dal Mackenzie esposte secondo vedute spesso personali, ma sempre logiche e convincenti.

Numerose osservazioni cliniche, alla fine dell'opera, valgono a dare solide basi alle opinioni dell'A. e servono quasi di conferma alla loro fondatezza.

ROTH. *Terminologia clinica* (Klinische terminologie). 1 vol. di pag. 576, rilegato in tela. 10ª edizione. G. Thieme, editore Lipsia, Prezzo M. 40.

E' un dizionario di termini di medicina, sia clinici che farmacoterapici, che anatomici, ecc., non ingombrante, sintetico ma completo specialmente in questa ultima edizione. E' utile anche ricordare che delle varie voci è riferita la rispettiva etimologia e che la chiara edizione tipografica agevola molto la ricerca. Libro di consultazione, quindi, molto utile.

TADDEI D. *Trattato di semejologia fisica e Diagnostica Chirurgica generale e speciale*. Fasc. 148-177. Torino. Unione Tipografica Editrice, 1927, prezzo L. 30.

Si chiude con questi fascicoli l'opera densa, della quale la rubrica di questo Periodico, ha di volta in volta reso conto, con quel doveroso riguardo che l'accolita di Collaboratori merita, e che la nota Casa Editrice impone.

Fu fatto notare, (e lo si ripete a chi non ne fosse edotto), che l'opera, essendo in buona parte redatta dal Taddei, prendendone nome da lui, risulta in realtà anche, e largamente svolta da Collaboratori; i quali vanno dal Putti al Ferroni, al De Lieto Vollaro, al Delitala, al Fragnito e così via. Competenze dunque affermate, ciascuna nel campo della propria attività. E' dunque il tipo di pubblicazioni importateci dall'Estero, per modo da avere una serie di blocchi bibliografici ciascuno solido, ben costruito dal proprio artefice, e cementati spesso tipograficamente da un nome.

Incontestabile la competenza e l'allenamento di ciascuno degli Autori, noi crediamo (senza pretendere di far seguaci in codesta nostra vi-

Digitized by Google

sione!) che in siffatte costruzioni la disparità di maneggio nella dottrina e nella pratica dei singoli autori; la concisione sintetica dell'uno o la prolissità analitica dell'altro, siano inevitabilmente rilevate da ogni competente di materia libraria, pure ammirando la personalità di ciascuno degli artefici. E' il concetto nostro, che rendiamo pensando che le Recensioni non debbano essere stereotipati elogi, specie a persone già paghe di esser pervenute, ed estimatissime.

Il recente ultimo gruppo di fascicoli — seguito dell'indice generale — ricco di circa 250 fig., riguarda: la Semejologia e Diagnostica ortopedica; e la Diagnostica dei traumatismi e delle malattie dello scheletro degli arti. Quando avremo detto che l'una delle parti ha la firma di Vittorio Putti; l'altra quella di Francesco Delitala, avremo detto tutto agli studiosi; ed avremo ai discenti indicate due personalità rispettate dell'Ateneo di Bologna e di Padova.

Nella prima parte troviamo studiata la Colonna Vertebrale nella sua anatomia, fisiologia, patologia; dalle deformità congenite, ai traumi, alle malattie, alle deviazioni nelle singole forme, il Putti svolge l'argomento con la scorta dell'invidiabile materiale a sua disposizione nell'Istituto Rizzoli. Sono: 110 pagine dedicate a questo studio.

Le altre 219 pagine dal Delitala dedicate a tutte le multiple affezioni o lesioni dello scheletro del bacino e dei quattro arti.

Edizione nitida.

AIEVOLI

VERROTTI G. *La Dermatologia*, vol. I, con 37 illustrazioni intercalate nel testo e 41 tavole a colori ed in nero. Casa Editrice Libraria Vittorio Idelson, via E. De Marinis 28, Napoli, 1926, prezzo L. 40.

E' il primo volume di un manuale di dermatologia che il prof. G. Verrotti, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Catania, ha dato alle stampe con l'intento di fornire ai medici pratici ed agli studenti, in una esposizione sintetica, concisa ma nell'istesso tempo completa, le nozioni elementari delle diverse malattie cutanee sia per quanto riguarda la sintomatologia, la etiopatogenesi e la istopatologia che la cura.

Il materiale è esposto in forma chiara, con pregevole metodo didattico, e la classificazione dei quadri morbosi è fatta secondo criteri moderni in base alle recenti vedute acquisite nel campo sopratutto della etiologia e della terapia.

Il volume è corredato da numerose figure e tavole in nero ed a colori, in parte originali ed in parte riprodotte da trattati e da atlanti classici, che rendono più agevole la comprensione del testo.

Molto opportunamente l'Autore ha largheggiato nella parte generale, specie nei riguardi della descrizione delle lesioni elementari cutanee (il cosidetto alfabeto dermatologico), convinto e giustamente che senza la esatta conoscenza di esse non è possibile formarsi un concetto preciso delle affezioni cutanee.

Questo primo volume è diviso in due grandi capitoli: una *parte generale* ed una *speciale*.

Nella *parte generale* viene trattato della anatomia, fisiologia ed anatomia patologica della cute, della sintomatologia generale, della etiologia, della patogenesi, dell'esame del malato, della terapia generale e della classificazione delle dermatosi.

La *parte speciale* contiene la descrizione di tre gruppi di malattie cutanee: I. Dermatosi parassitarie propriamente dette; II. Dermatosi infettive o Dermato-microbiosi; III. Dermatosi infiammatorie.

La edizione è molto nitida, il formato comodo, quasi tascabile, di che va data ampia lode alla Casa editrice Idelson.

ATTILJ S. *Il primo anno di vita dell'Istituto di Terapia fisica della R. U. di Bari*. Roma. Tip. G. Piaggesi, 1926.

CORSONELLO P. *Sul valore diagnostico e prognostico della nuova prova dell'Artusi nelle urine dei tubercolotici*. Estratto dal « Giornale di Tisiologia », n. 1, 1926.

FEDERICI N. *Due ascessi addominali profondi, voluminosi, per congestione, curati operativamente*. Estratto dalla « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », 1926.

GIORDANO D. *Orazione tenuta nell'Aula magna dello Spedale civile di Venezia nel centenario della dottrina di Tommaso Rima sulle varici*. Prem. Off. d'Arti grafiche C. Ferrari. Venezia, 1925.

LANDOLFI M. *Il fremito cranio-vocale e la diagnosi delle encefalopatie*. Estratto da « Rinascenza medica », n. 10, 1926.

MODENA G. *1ª relazione sull'Ufficio di statistica delle malattie mentali in Italia*. Ancona. Stabilimento tipografico del Commercio, 1926.

TRIDENTE M. *Un processo di semplificazione della reazione di Wassermann*. Estratto dalla « Gazzetta medica italo-argentina », n. 8, anno IX.

VERNONI G. *Sull'aumentata resistenza alla stricnina di animali stiroidati*. Estratto dallo « Sperimentale », fasc. III-IV, 1923.

I CORSI LIBERI

Corso didattico di perfezionamento in Tisiologia e Lotta antitubercolare in Napoli

Questo Corso è stato organizzato dal Prof. Andrea Ferrannini nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana e vi si svolgerà da giovedì 27 aprile a martedì 31 maggio.

Il corso si compone di esercitazioni dimostrative, di lezioni, di discussioni, e di visite nei dispensarii antitubercolari e nelle varie istituzioni d'igiene sociale in Napoli.

Possono iscriversi al Corso i medici e gli studenti in medicina dell'ultimo biennio. Ciascuna iscrizione si fa presso la Segreteria della Scuola dalle ore 14 alle 15 in tutti i giorni feriali (S. Aniello a Caponapoli, n. 6) pagando L. 40 di cui si versano L. 25 nell'atto della iscrizione e L. 15 alla ricezione del diploma di frequenza al Corso didattico.

Questo diploma si consegna soltanto agli iscritti che abbiano versato la quota complessiva di L. 40.

L'orario delle lezioni, esercitazioni dimostrative ecc. è dalle 17 alle 18 in tutti i giorni feriali (Aula della Scuola Libera). Per le visite negli Istituti della Città, sarà affisso ogni volta l'orario relativo.

PROGRAMMA DELLE LEZIONI ED ESERCITAZIONI DIMOSTRATIVE

Il bacillo tubercolare nella sua varia morfologia e biologia — Prof. D'Arrigo.

Tecnica per la ricerca del bacillo tubercolare nei vari prodotti organici (espettorati, fecce, urine, ecc.) — Prof. Calendoli.

Meccanismo della invasione del bacillo tubercolare nell'ambiente intraorganico. — Prof. De Bonis.

Le localizzazioni del bacillo tubercolare nei vari organi. — Prof. D'Arrigo.

Le reazioni intraorganiche biologiche al bacillo di Koch. — Prof. Franceschelli.

Importanza delle associazioni microbiche diverse con il bacillo tubercolare. — Prof. De Bonis.

Marchio biologico-clinico generale negl'infermi tubercolizzati. — Prof. A. Ferrannini.

Dimostrazioni tecniche sull'applicazione delle tubercoline negl'infermi. — Dott. Verde.

La endocrinologia in rapporto alla tubercolosi. — Dott. R. Marotta.

Valore clinico e sociale della predisposizione nell'attecchimento della tubercolosi. — Prof. A. Ferrannini.

L'artritismo in rapporto alla tubercolosi. — Prof. A. Ferrannini.

Le tubercolosi larvate. — Prof. Pirera.

La tubercolosi delle vie respiratorie: sindromi cliniche e diagnosi precoce. — Prof. Landolfi, Prof. Papale, Prof. Blasi.

Manifestazioni emopatiche della infezione tubercolare. — Prof. Martelli.

Le localizzazioni ginecologiche della tubercolosi. — Dott. Lenzi.

La diagnosi precoce della tubercoosi nella infanzia. — Prof. De Stefano.

Localizzazioni neurocentrali e sindromi psichiatriche nella tubercolosi. — Prof. Sciuti.

Forme cliniche della bacillemia tubercolare. — Prof. Pirera.

La diagnosi precoce della tubercolosi urinaria. — Dott. Di Fabio.

Forme subdole della tubercolosi oculare. — Prof. De Vincentiis.

Forme subdole delle dermatosi tubercolari. — Prof. De Amicis.

Rapporti fra tubercolosi e sifilide. — Prof. De Amicis.

Rapporti tra tubercolosi e tumori maligni. — Prof. Pirera.

Le sindromi osteo-articolari della tubercolosi. — Proff. Rosati e Spinetti.

Lo pneumotorace terapeutico. — Prof. De Bonis

I sieri e vaccini nella terapia e profilassi della tubercolosi. — Prof. Franceschelli.

L'elioterapia nella tubercolosi. — Prof. A. Ferrannini.

I raggi ultravioletti nella tubercolosi. — Prof. Blasi.

Le applicazioni del radio nella tubercolosi. — Dott. Moscariello.

Gl'interventi chirurgici nella tubercolosi delle vie respiratorie. — Prof. R. Falcone.

Sintesi sulla terapia della tubercolosi. — Prof. Landolfi.

I criteri della prognosi nella tubercolosi. — Prof. A. Ferrannini.

I dispensari antitubercolari. — Prof. De Bonis.

La profilassi antitubercolare rispetto al matrimonio. — Prof. A. Ferrannini.

La profilassi antitubercolare nei bambini. — Prof. De Stefano.

Digitized by Google

La profilassi antitubercolare nelle famiglie, nelle scuole, nei vari ambienti di lavoro urbano e agricolo. — Prof. A. Ferrannini.

La tubercolosi nei riguardi della emigrazione. — Prof. A. Ferrannini.

I preventorii baliatici; i preventorii asili; le colonie sanatoriali di lavoro; i sanatorii; i tubercolosarii. — Prof. A. Ferrannini.

La statizzazione e il finanziamento della lotta antitubercolare — Prof A. Ferrannini.

NOTIZIE

Per il centenario di Vulpian. — In occasione della Riunione annuale della Società di Biologia e dell'VIII Riunione Neurologica internazionale, che avranno luogo a Parigi dal 27 maggio al 2 giugno 192., sarà commemorato il centesimo anniversario della nascita di Vulpian; questo coincideràpure col centenario della morte di Pinel, organizzato dalla Società medico-psicologica. E' stato già costituito un comitato d'onore ed uno organizzatore per la cerimonia, la quale, oltre le Riunioni delle predette Associazioni, ha in programma una visita agli antichi servizi di Pinel e Vulpian all'Ospizio della Salpetrière, un banchetto al Palais d'Orsay, un ricevimento all'Hôtel de Ville, ecc. I temi di relazione dell'VIII Riunione neurologica internazionale, intanto, sono: 1. « Sonno normale e patologico »; relat. Lhermitte e Tournay. 2. « Metodi di esplorazione clinica dell'apparecchio vestibolare »; relat. de Klejn e Hautant.

Le adesioni alla cerimonia non comportano nessun pagamento di quota; esse vanno indirizzate al dott. Crouzon, Segretario generale del Comitato d'organizzazione, Hospice de la Salpetrière, 47, Boulevard de l'Hôpital, Paris XIII.

Convegno della Lega italiana per la lotta contro il cancro a Milano. — Allo scopo di coordinare l'azione di tutte le istituzioni, sezioni della Lega stessa e studiosi, che, nelle varie città, vanno svolgendo opera utile per la lotta contro i tumori maligni, la Lega italiana per la lotta contro il cancro indice per l'ottobre 1927 una riunione a Milano, alla quale chiede l'intervento di quanti si interessano in qualsiasi modo della questione del cancro: clinici medici e chirurgi, patologi, medici ospedalieri e condotti, liberi esercenti le professioni sanitarie, odontoiatri, levatrici, filantropi, amministratori di ospedali, di Opere pie, di Comuni studiosi di questioni sociali, ecc.

Il Convegno avrà indirizzo eminentemente pratico: far conoscere quanto la Lega italiana per la lotta contro il cancro ha fatto finora e si prefigge di fare e nello stesso tempo apprendere dagli altri quello che hanno fatto e che faranno; portare a conoscenza di tutti l'organizzazione delle istituzioni simili di altre Nazioni e stabilire, dopo gli opportuni scambi di idee, un programma coordinato per l'avvenire.

Le adesioni al Convegno vanno inviate alla Presidenza della Lega (Roma, 13, Via Alberico II, 4-B), indicando anche se si vorrà riferire su qualche argomento e comunicandone l'oggetto (di indole generale o particolare, profilattico, terapeutico, statistico, ecc.). La Presidenza della Lega curerà di trasmettere le adesioni al Comitato Milanese, che ha sede in via Darwin, 25, Milano (24).

V Viaggio d'istruzione per medici alle stazioni di cura.— Dal 27 giugno al 4 luglio avrà luogo il 5° V. I. M., organizzato dall'ENIT per diffondere tra i medici italiani la conoscenza diretta delle nostre stazioni di cura.

Il viaggio avrà inizio a Riva del Garda e termine a Domodossola. Saranno visitate le seguenti località: Riva, Arco, Terme di Comano, Molveno, Bagni di Rabbi, Bagni di Pejo, Terme di Casino Boario, Bagni di S. Pellegrino, Fonte Bracca, Terme di Bognanco.

Esso avrà luogo parte in treno speciale e parte in automobile; in ognuna delle stazioni di cura anzidette verrà tenuta una conferenza medica illustrativa, cui farà seguito la visita degli stabilimenti e della località.

Possono iscriversi al V. I. M. i medici e gli studenti di medicina.

La quota d'iscrizione è stabilita in L. 620, comprensive d'ogni spesa di viaggio e soggiorno. I partecipanti godranno di un biglietto a tariffa ridotta per il viaggio dalla loro residenza a Desenzano, Mori o Rovereto — per portarsi a Riva — e da Domodossola alla residenza.

Le iscrizioni verranno chiuse il 31 maggio 1927: esse si ricevono dall'Ente Nazionale Industrie Turistiche, Via Marghera 6, Roma.

Il quinto V. I. M. offre ai medici un particolare interesse scientifico, sia dal punto di vista idrominerale che da quello climatico e presenta le maggiori attrattive turistiche per la bellezza delle regioni alpine che saranno percorse, non ultimo il tratto Pejo-Edolo attraverso il Passo del Tonale.

La medicina italiana all'estero. — Riferiamo con vivo compiacimento che l'on. Prof. Umberto Gabbi, direttore della clinica medica di Parma, dalla *British Medical Association* è stato invitato a prender parte al Congresso annuale, che si terrà ad Edimburgo dal 19 al 23 luglio 1927.

Concorso Lombroso pel 1927. — Ripigliando una tradizione interrotta dalla guerra l'Amministrazione dell'*Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale,* fondato da Cesare Lombroso, apre un Concorso per un lavoro su argomenti di Antropologia Criminale esclusivamente tra tutti i suoi abbonati pel 1927. Il premio è di L. 1000, ma ove il numero e l'importanza dei lavori presentati lo richiedano l'Amministrazione è disposta ad aggiungere un secondo premio di L. 500.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di Antropologia Criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici o psicologici, narrazione commentata di casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

I lavori non dovranno superare 3-4 fogli di stampa formato *Archivio;* quelli premiati saranno pubblicati nell'*Archivio* e resteranno di proprietà della Casa Bocca. I manoscritti saranno indirizzati entro il 31 dicembre 1927 alla Direzione dell'*Archivio;* e, ove non siano firmati, verranno contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà incluso il nome dell'Autore.

Il premio del Concorso pel 1926 fu assegnato al Dr. Giulio Tului, Direttore delle Carceri Giudiziarie di Sassari.

Premio Locatelli pel 1927. — Non essendo stato aggiudicato all'unico concorrente il premio Locatelli pel 1926, l'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani ha riaperto il concorso per l'anno 1927, con la somma di L. 2.000, da consegnarsi all'autore del migliore lavoro sul tema: « Le dermatosi scolastiche ». Il lavoro ha scopo di propaganda igienica e perciò sarà svolto in forma tale da poter essere letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali, per ragioni di insegnamento, di educazione, di custodia ecc. sono affidati dei bambini in età da frequentare la scuola. Dovrà essere perciò corredato da numerose figure.

I lavori, scritti a macchina o stampati, devono essere inviati al Segretario dell'Associazione, dott. Felice Brunetti, Torino, via Garibaldi 5 entro il 31 gennaio 1928.

Per la letteratura radiologica italiana. — La letteratura radiologica italiana verrà nuovamente raccolta, per il quinquennio 1920-25, in un indice bibliografico che verrà pubblicato a seguito del primo volume, già comparso alcuni anni or sono, e che comprendeva tutti i lavori italiani della specialità dall'inizio (1895) al 1920.

Si fa appello, oltre che ai radiologi, a tutti quei cultori delle scienze mediche i quali avessero pubblicazioni nel campo della radiologia o in argomenti affini, perchè vogliano mandare subito un elenco preciso di tali lavori, con la indicazione bibliografica completa, al Prof. Olindo Alberti: Brescia, Spedali Civili.

Visita dei medici militari agli istituti antitubercolari della C. R. I. — I medici militari, che frequentano il corso di tisiologia, istituito dal Ministero della Guerra presso il Sanatorio militare di Anzio, hanno visitato con la guida del Direttore del Sanatorio Dr. F. Bocchetti e del Maggiore Dr. Rinaldi, gli Istituti antitubercolari, che la Croce Rossa Italiana ha in Roma. Furono prima nel Preventorio per Lattanti E. Maraini insieme col Dr. C. Benedetti Direttore del Dispensario antitubercolare municipale e poi nel Sanatorio « Cesare Battisti », esaminando minutamente tutti gli impianti ed i servizi e rendendosi conto del loro funzionamento. Nel Sanatorio visitarono anche il nuovo padiglione per bambini con tubercolosi polmonare, il primo istituto del genere che sorga in Italia, per offerta generosa delle famiglie dei due compianti Presidenti dell'Associazione on. Conte della Somaglia ed on. Conte Frascara.

NECROLOGIO

Col più vivo dolore annunziamo la morte repentina ed inaspettata del prof. GIUSEPPE MOSCATI, nostro amatissimo compagno di lavoro, che ancor giovane, per le sue spiccate doti di scienziato e di cittadino aveva conquistato la generale estimazione.

L'accompagnamento funebre è stata una dimostrazione commossa di popolo.

Di lui dirà degnamente nel prossimo fascicolo, il prof. Giovanni Castronuovo, della nostra redazione, amico affezionato dell'illustre scomparso.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 18 Aprile 1927 — N. 16

PROLUSIONI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI PADOVA

PROBLEMI DI IPERSENSIBILITA' IN CLINICA

Prolusione al Corso di Clinica Medica tenuta il 9 marzo 1927 dal prof. CESARE FRUGONI — Direttore

Magnifico Rettore dello Studio Padovano, Illustre Preside della Facoltà Medico-Chirurgica, Colleghi insigni, Studenti carissimi,

È con trepidante emozione e vivo palpito di riconoscenza che oggi ricevo l'investitura di una cattedra che ha tanto fastigio e prestigio di rinomanza e di storia.

Ma l'animo mio oggi non è solo festante per il compiacimento dell'alta meta raggiunta, ma anche velato di tristezza in pensoso raccoglimento e rievocazione.

Poichè due grandi lutti ho scolpiti nel cuore e mi sento qui amorosamente vegliato da due ombre a me famigliari e care: il compianto mio predecessore prof. Locatelli e il venerato indimenticabile Maestro Pietro Grocco.

Concedetemi che prima di ogni cosa io sciolga il voto della reverenza e della riconoscenza.

Volgiamo mesto e virile saluto alla memoria di Luigi Lucatello caduto sulla breccia in pieno svolgimento di quella battaglia per la rinnovata grandezza dello studio padovano che da anni infaticabile conduceva dal posto di Rettor Magnifico tenuto con tanta nobiltà di intenti.

E ricordiamo accanto alla eminente figura del cittadino le benemerenze dello scienziato. Armonizzando le indagini predilette nel campo delle scienze ausiliarie con le finalità pratiche della clinica, in tal senso orientò la sua produzione.

D'onde gli importanti lavori sul potere battericida del siero, la patologia del tifo e infezioni tifo-simili, la puntura splenica ed epatica, sui sieri emopoietici, tutta una serie di notevoli osservazioni e sistematiche indagini sulla pellagra e molti altri contributi ancora. Onore e reverenza a Lui che ha ben meritato della Scienza e della Patria.

Ma è impulso dell'animo e dovere di discepolo anche rievocare il Maestro. Sorto in un'epoca nella quale le meravigliose conquiste sperimentali — che di tanta luce illuminarono la clinica — attraevano le menti, ma sembrarono deviare attraverso tante altre correnti di idee, la grande vena fluida della tradizione clinica generale, Grocco non subì influenze o deviazioni.

Delle scienze ausiliarie quanto più potè prese, assimilò ed applicò alla clinica, ma educò a studiare il malato a ragionar sul malato, a far del malato, punto di partenza e punto di arrivo.

Semeiologo finissimo, fu un esaminatore meraviglioso dell'ammalato. E in semeiologia lasciò traccie profonde in scritti brevi, netti e precisi, più ricchi di concetti che di parole.

Sintetico ed assimilatore individualizzò sindromi cliniche che classiche sono rimaste e che sarebbe qui fuor di tempo e luogo analizzare, perchè a tutti voi ben note.

Poichè ognuno di voi oltre ai contributi semeiotici sulle pleuriti, le aortiti, la patologia del cuore, il respiro dissociato ecc. anche certo ricorda i classici lavori sulla colelitiasi, lo pseudoreumatismo tubercolare, l'angina di petto, il gozzo esoftalmico, la miastenia grave, le polineuriti e molti altri ancora.

Nè la sua opera è circoscritta nei lavori, ma si allarga in quell'influenza invalutabile eppure enorme che un clinico dalla cattedra può esercitare.

Poichè l'insegnamento clinico crea consensi intellettuali e sentimentali indistruttibili fra Maestro ed allievi. Esso è studio ed emozione, vibrazioni di pensiero e palpiti di cuore, d'onde la passione sconfinata che al letto dei nostri infermi ci trae e ci fa vivere ansie di studiosi e trepidazione di uomini.

E Grocco anche in ciò fu insuperato Maestro a generazioni di medici e di allievi che, permeate del suo pensiero, testimoniano della forza di una tradizione e di un'indirizzo.

Ed io son certo che più che per le modeste mie forze è per la scuola clinica da cui provengo che mi avete voluto fra voi, onde è anche per questo che io non potevo non rievocare il Maestro qui presente in ispirito.

Ma concedetemi anche che io rivolga un saluto alla facoltà fiorentina dalla quale mi sono con dolore staccato e alla dolce terra di Toscana ove tutta la mia carriera si è svolta in un fervore di opere e di lavoro che oggi nella vostra designazione — o Colleghi insigni dell'ateneo padovano — trova la ricompensa più ambita.

A voi che mi avete fatto il più alto onore cui la mia ambizione di studioso poteva aspirare, non parole oggi, ma un sentimento di gratitudine profonda che durerà fin che la vita duri e l'assicurazione e l'impegno che consapevole dell'alta responsabilità onde mi avete investito e che pur trepidando m'assumo, tutte le forze dedicherò a questa gloriosa università.

Due ricordi conservo di Padova vostra sì scolpiti nell'animo che quasi mi pare di tornarvi come in pellegrinaggio spirituale.

Rievoco la figura di Achille De Giovanni nel Congresso di medicina interna qui tenutosi nel 1903 e l'impressione e l'influenza che la sua ispirata parola esercitò sul mio spirito.

Essa rivelava la bellezza e la potenza della fede scientifica per la quale combattè tanto difficile e nobile battaglia della quale la storia ha fatta tarda ma completa giustizia.

Benchè osteggiato e incompreso egli, con la veggenza del precursore tuttavia perseverò e completò, per quel che i tempi permettevano, la sua dottrina.

E rendendo la sua concezione da astratta a sempre più aderente alla realtà clinica fondò su basi che il tempo più non avrebbe intaccate quella dottrina delle costituzioni che è vanto l'esser stata bandita dalla cattedra padovana e che tutto il mondo ormai segue ed accetta.

Essa reca la più luminosa impronta del genio intuitivo di nostra razza ed è gloria altresì della giovane scuola clinica italiana (Viola, Castellino, Pende) di averla perfezionata con insaziato spirito di indagine, metodo e tenacia.

E profondo nell'anima è il ricordo di Padova nella sua vita di guerra di Padova tormentata ed eroica, fremente di quella volontà che fu preparatrice di vittoria nel purpureo periodo che straziò i corpi, ma esaltò gli spiriti e costituì l'ambiente storico dal quale doveva emergere e la figura del Capo del Governo che dato alla patria il possente battito d'ala dell'aquila romana alta la sospinge nei cieli del destino per la sua gloria e la sua storia.

Con questi intendimenti e questi sentimenti io vengo a voi e con il preciso programma di inquadrare l'opera mia nell'indirizzo della scuola che mi ha educato e della tradizione che si altamente onora la cattedra padovana.

E se ho prescelto un tema che ancora or sono pochi anni sarebbe sembrato il più teorico ed astruso è per mostrare un'altra funzione della clinica che in visione eclettica e comprensiva valorizza ed adatta quanto di utile e di applicabile la scienza pura va offrendo alla medicina pratica.

***

Stabilito che l'anafilassi è un fenomeno di specie con chocs diversi e caratteristici per ogni specie animale, qualunque ne sia la sostanza preparante, ne risulterebbe che in questo meno ancora che in qualsiasi altro campo le conoscenze dei fenomeni sperimentali osservati in animali, possono essere applicati all'uomo. Quindi soltanto l'anafilassi sperimentale umana potrà istruirci sull'anafilassi naturale umana (Bastai).

E infatti decisi progressi si conseguirono solo allorquando l'indagine si volse direttamente all'uomo.

Onde siam giunti ad un concetto clinico di ipersensibilità e

Digitized by Google

di anafilassi cronica ed acuta umana che va considerato ed affrontato con criterio prettamente clinico.

E' aperto il problema se a taluni dei fatti che noi osserviamo meglio corrisponda il termine di anafilassi o quello di allergia (Pirquet) o di sensibilizzazione proteica (Vanghan) o di ipersensibilità o di atopia (Coca) o se i varii fenomeni in parola rientrano in altre più o meno delineate categorie che ancora attendono più esatta delimitazione (1). E non è ancora convenuto quali requisiti si richiedano per dichiarare di natura anafilattica un fenomeno nel campo della patologia umana, e tanto meno se devono addottarsi gli stessi rigidi criteri che nei fatti sperimentali su animali.

E non sono ancora definiti i rapporti che intercedono tra anafilassi sensu strictiori e fenomeni di ipersensibilità in senso lato fino ad includervi intolleranze, idiosincrasie o altro.

Argomenti tutti di capitale pratica importanza ma che prospetto, ma non affronto, poichè, richiederebbero lunga analisi critica che qui sarebbe fuor di tempo e luogo.

Fissiamo invece per ora soltanto ben chiara la indeducibilità in questo campo dall'animale all'uomo e in attesa che siano chiaramente risolte queste quistioni di carattere pregiudiziale parliamo in genere di fenomeni di ipersensibilità e osserviamo i malati.

Il loro studio ci fa intravedere due ordini fatti :

Da un lato sindromi morbose prima in loro essenza oscure e che oggi ricevono nuova luce rivelatrice che le stacca da uno sfondo indeterminato per farne malattie anafilattiche bene individualizzate.

E dall'altro sintomi (cutanei, mucosi, nervosi o viscerali) che senza coesione chiaramente manifesta figurano in quadri morbosi diversi e possono rappresentare componenti o interferenze di ipersensibilità in malattie non anafilattiche.

Donde la visione di sindromi e di sintomi di ipersensibilità di varie categorie, cui corrispondono diversità di interpretazione, di prognosi, di cura.

Può farsi uno schema? I sintomi variano dai più leggeri (un prurito, un pomfo orticarico) ai più gravi, fino al collasso e morte in pochi minuti.

In nessun altra condizione clinica i fenomeni sono più variabili per natura, grado, sede e gravità.

Tre tipi di reazioni possiamo con Duke teoricamente fissare: locali, solitarie, generali.

Le reazioni locali sono essenzialmente reazioni di contatto con formazione di pomfi, eritemi, fatti vasomotori o secretori.

Tale, per esemplificare la coriza da pollini o febbre del fieno nella quale si hanno come delle mucoso-pomfo-reazioni nasali al contatto sulla mucosa dei pollini sospesi nell'aria verso i quali il paziente sia in istato di ipersensibilità.

Tali i pomfi causati da strofinamento o sperimentali delle prove cutanee di fronte a determinate sostanze cui il soggetto sia ipersensibile.

Tali forse certi dolori addominali che improvvisamente insorgono per sostanze di per sè non tossiche nè irritanti e probabilmente dovuti a corrispondenti più o meno intense reazioni di contatto della mucosa gastro-intestinale per elettiva ipersensibilità.

Le reazioni solitarie — assai meno frequenti ed importanti — sono manifestazioni locali e circoscritte che si ripetono sempre nello stesso punto per azioni generali o a distanza : ricordo un pomfo al mento di un bambino asmatico ipersensibile all'uovo, ad ogni prova cutanea coll'uovo e un eritema alla guancia sinistra in una signora ad ogni endovenosa di neosalvarsan.

Ma più importanti sono le reazioni generali che comprendono fatti generali i più diversi fino allo choc e fatti locali ma che sopravvengono in organi lontani quali parte di una reazione generale dopo che la causa noxae, l'anfilattogene, è stato assorbito.

Ricordiamo fra questi l'asma, l'orticaria, la diarrea eosinofila per citare tre esempi noti di tre organi o parti fra di loro diverse.

Tale lo schema che va tuttavia nello studio dei fenomeni morbosi seguito per le pratiche applicazioni che ne conseguono.

E non mancano criteri — benchè non assoluti — per differenziare le reazioni di contatto da le generali.

E per vero — le prime sono in genere pronte e dovute a sostanze naturali che anche danno abitualmente prove cutanee positive, mentre le seconde (Duke) sono forse talora dovute a prodotti di scomposizione nell'organismo e posson dare reazioni ritardate e cuti negative.

Non solo, ma le reazioni di contatto sono poco sensibili all'adrenalina e al trattamento aspecifico, sensibili invece alla corrispondente terapia specifica e vengono facilmente rimosse allontanando la causa.

In quelle generali invece detta rimozione è più difficile potendosi trattare di sostanze comuni a molti agenti e il trattamento specifico spesso fallisce, mentre più attive riescono la terapia aspecifica e l'adrenalina.

Differenze queste pratiche e fondamentali a stabilirsi poichè —per esemplificare—una dermatite da contatto da un lato o una chiazza di eritema o un eczema pruriginoso da ipersensibilità alimentare dall'altro, richiedono giudizio, prognosi, provvedimenti curativi totalmente diversi.

Ecco quindi tutta una serie di fenomeni morbosi che figurano in forme le più disparate e che converrà d'ora in poi considerare sotto questa speciale luce, qualunque ne sia l'entità.

E questa, a seconda del grado di ipersensibilità del soggetto e dell'intensità e tempo di azione della sostanza, può andare per le reazioni locali dal semplice prurito alla cancrena e per le generali da un lieve malessere o una modica astenia, ad uno choc rapidamente mortale.

Chi ha visto morire per choc anafilattico sa la violenza della bufera che in pochi minuti talora collassa il malato e svelle la vita.

E io ho ragione di supporre che qualche volta in casi di soggetti sani o senza precedenti morbosi noti, venuti improvvisamente a morte senza chiare ragioni cliniche, nè riscontro anatomico di causae mortis, possa trattarsi di chocs anafilattici che possono esplodere — è ben noto — anche per fattori banali e per minime dosi quando l'ipersensibilità si sia in alto grado costituita.

Ho ben chiaramente detto per altro che non osserviamo

---

(1) Bastai recentemente affrontò questo problema come di natura pregiudiziale e accetta come fenomeni di anafilassi umana lo choc da siero (e non la malattia da siero), l'ipersensibilità idatidea, quella da certe insuline e da albume d'uovo e parla per le altre forme di fenomeni di ipersensibilità naturale fra i quali pone ad es. l'asma osservando « che la multiformità dei sintomi contrasta con quanto si osserva nell'anafilassi sperimentale nella quale i fenomeni sono sempre gli stessi indipendentemente dalla qualità degli anafilattogeni. Questo contrasto appare in modo specialmente evidente nel caso particolare di certi individui asmatici, ugualmente ipersensibili alle emanazioni animali e al siero di sangue degli stessi animali. In questi individui tanto l'inalazione delle esalazioni animali che la inoculazione di estratto di pelo o di forfora per via parenterale, provoca l'attacco asmatico classico mentre la inoculazione del siero di sangue provoca invece una sindrome tutt'affatto diversa che si riassume nella insorgenza immediata di uno vero choc da siero.

In qualsiasi altra specie animale, se in entrambi i casi si dovesse trattare di anafilassi le due sindromi così provocate dovrebbero essere identiche; e se la stessa legge vale anche per l'uomo — e nulla autorizza a priori a ritenere che non debba valere — si deve concludere che almeno in uno dei due casi non può trattarsi di anafilassi. Ma non possiamo nemmeno affermare che anche una soltanto delle due sindromi sia la risultante di uno choc anafilattico perchè ci manca il termine di confronto, la pietra di paragone, il paradigma per giudicare della natura anafilattica di fenomeni che si verificano nell'uomo poichè questo giudizio può essere dato come nelle altre specie animali soltanto dal confronto della sindrome anafilattica definita precedentemente nei suoi caratteri essenziali con la sindrome di cui si deve determinare la natura.

Nè a dirimere la difficoltà possono servire i dati desunti dallo studio dell'anafilassi nelle altre specie animali, nulla potendo autorizzare l'illazione che alcuno dei fenomeni anafilattici delle altre specie si verifichi anche nell'uomo, ma dovendosi anzi ritenere per analogia che nel suo complesso, se non nei singoli elementi, anche la specie umana abbia il proprio quadro anafilattico di specie.

E le stesse osservazioni pregiudiziali varrebbero evidentemente anche per tutte le altre sindromi, fin qui riferite comunemente all'anafilassi umana.

Bastai. Stati di ipersensibilità umana, ecc. *Revista sudamericana de Endocrinologia* ecc., a. IX, 15 nov. 1926, n. 11.

Digitized by Google

soltanto sintomi generali di ipersensibilità, ma anche tutta una serie di manifestazioni locali nelle più diverse sedi ed organi, ognuno dei quali singolarmente reagisce con sintomi suoi particolari e corrispondenti.

Poichè di fronte anche allo stesso turbamento vasomotorio o eccitosecretorio ogni organo o parte reagisce come sa e può: la pelle con orticaria o edemi, il naso con sternuti e idrorrea, i bronchi con tosse ed asma l'intestino con dolori e diarrea e così via.

Ed è più che probabile che molte di queste reazioni siano a noi finora se non ignote nella loro essenza, incomprese almeno nella genesi loro.

Vediamone taluna: i tegumenti partecipano largamente a tale sintomatologia e sarebbe banale io ricordassi i rapidi eritemi, i pruriti intensi e tormentosi, l'orticaria, l'edema angioneurotico fugace e migrante, i pomfi delle prove cutanee e tutte le manifestazioni del gruppo che sono di comune nozione.

Meno nota invece è l'origine analoga di certi edemi cronici del volto e specie delle palpebre di variabile intensità, talora con prurigo e leggero eczema o con chemosi palpebrale e crisi secretorie lagrimali che figurano in soggetti — giovani abitualmente — presentanti facies apparentemente brightica e nei quali tutto può essere subordinato a ipersensibilità cronica alimentare da sostanze comuni.

E lo stesso si dica forse per certe forme eczematose insistenti e ribelli per certe non fisse imbibizioni della cute associate ad alterazioni vasomotorie per certe crisi secretive sudorali e manifestazioni papulo vescicolose di origine oscura, ecc.

Certo la cute è un po' la grande rivelatrice degli stati di ipersensibilità e per le manifestazioni spontanee di diretta osservazione e per le prove cutanee, che — eseguite con materiali i più diversi rendono in clinica i più segnalati servigi, e costituiscono spesso il filo di Arianna orientatore nel complicato labirinto della ipersensibilità umana.

Analoghe sono le manifestazioni mucose, d'onde la tipica coriza da pollini con oculo-rinite spastica e secretoria con sternuti a salve, idrorrea ecc. d'onde cefalee da brusca congestione dei seni, turgore vasomotorio acuto della faringe, dell'ugola, della lingua o della laringe, quest'ultima con quelle singolari forme di tosse spastica e irritativa che hanno valore di equivalenti d'asma. Esse si manifestano in soggetti ipersensibili a polvere vegetale o ad emanazioni animali e insorgono quindi quando i pazienti o salgono in vettura o entrano in granai o in stalle di vaccine a seconda della rispettiva ipersensibilità.

E vi è nell'entità di reazione la più vasta scala di grado fino ad aversi crisi di minacciosissimi edemi acuti della glottide che io pure ho qualche volta osservati.

E' probabile anzi che non pochi di quei misteriosi casi di rapidissima morte col quadro dell'edema acuto della glottide ma senza alcuna delle condizioni morbose che sogliono esserne la determinante nota, tengano a brusche reazioni locali da stato di ipersensibilità.

E io sto proprio in questi giorni osservando un collega con ricorrenti e continue manifestazioni di edema acuto comparente qua e là nelle più varie parti del corpo, nella famiglia del quale quasi tutti per tre generazioni sono stati o sono affetti da tale forma e che morirono di edema acuto della glottide a sorpresa, in pieno benessere a rene integro.

E ciò senza dire dell'asma bronchiale pel quale la geniale intuizione clinica di Trousseau che parlò di orticaria dei bronchi, ha ricevuto piena conferma da la broncoscopia e da le più moderne vedute, sì che io stesso ho parlato di vaste muco-so-bronco-reazioni analoghe alle cutireazioni e che hanno per la genesi dell'attacco importanza diretta.

Nella pratica sono troppo poco considerati anche taluni sintomi addominali, poichè accanto alla nausea, vomiti, improvvise diarree spesso eosinofile e non di rado col tipo della diarrea postprandiale ecc., emergono talora crisi brusche e imponenti di meteorismo acuto o fatti dolorosi che vanno debitamente analizzati e interpretati.

Così ad esempio, appartiene alla letteratura un caso (1) di gravissima ipersensibilità alla trementina il contatto con la quale provocava oltre all'asma anche collasso e meteorismo addominale di tale entità di spingere alla diagnosi errata di occlusione intestinale per la quale il disgraziato fu per ben quattro volte sottoposto a laparotomia.

Io stesso poi ho raccolti non pochi casi di crisi dolorose addominali da ipersensibilità alimentari di fronte a cibi di per sè, non tossici, nè irritanti, con dolori di vario tipo, sede e diffusione, probabilmente dovuti a vivaci reazioni di contatto della mucosa intestinale.

E questo è notevole in sè e per sè per le difficoltà diagnostiche inerenti e la necessità di istituire le indagini opportune. Ma queste non saranno intraprese se prima il pensiero non si sarà in questo senso orientato.

E' poi importante che, secondo Duke — e io credo si debba in parte accedere a questo concetto — le ripetute manifestazioni vasomotorie e secretorie da ipersensibilità predisporrebbero ad infiammazione e ad infezione locale si che attraverso tal meccanismo potrebbero ordirsi conseguenze fisse e alterazioni organiche all'addome come del resto altrove.

Valga come più noto l'esempio dei rapporti asma-bronchiti e asma-polipi nasali.

Esso va inteso in duplice modo: 1° nel senso che l'alterata permeabilità da bronchiti pregresse e da anomalie nasali favorisce l'ordirsi di quella ipersensibilità che porta all'asma; 2° nel senso che l'asma con le ricorrenti congestioni e turgori e disturbi vasomotori e secretori delle mucose dispone e all'infezione bronchiale e dei seni e alla formazione di polipi nasali che sarebbero allora non che causa, effetto.

Uno stato di poliposi nasale anzi, secondo Duke — ed è a chiedersi se ciò non valga anche per altre regioni — già di per sè dovrebbe far considerare e quindi ricercare eventuale stato di ipersensibilità, dal che potrebbero venire orientamenti curativi completamente diversi dagli attuali.

D'altra parte è noto che l'alterata permeabilità della parete intestinale specie se associata a disfunzione epatica e a perdita del potere proteopessico del fegato — può a sua volta contribuire a determinare l'anafilassi alimentare.

Nel caso tipico infatti, questa contempla: 1° assunzione di albumina eterogenea sensibilizzante (per es. per somministrazione di albume d'ovo in corso di enterite in un lattante); 2° azione scatenante allorquando a distanza anche di anni si diano analoghe abnormi condizioni di assorbimento intestinale e di nuovo albumina eterogenea passi in circolo immodificata.

Ma numerosi altri richiami ancora si potrebbero fare e ricordare ad es. — come sintomi del gruppo — violente cefalee accessionali fino alla tipica emicrania per la genesi anafilattica della quale si vanno raccogliendo dati clinici di non trascurabile valore e che potrebbero fare anche più chiari i rapporti di collegamento emicrania-epilessia; e crisi asteniche, ragguardevolissime talora e accessi vertiginosi o convulsivi o, inversamente, crisi di narcolepsi da ipersensibilità: Così Pagniez et Lieutaud ad es. hanno illustrato un caso di tipiche convulsioni epilettiche da ipersensibilità al cioccolato e casi analoghi incominciano ad essere noti.

Interessanti sono anche talune manifestazioni articolari.

E quì mi riferisco non già alla ben nota sindrome poliartralgica della malattia da siero (per la quale ultima del resto da taluno — Coca e più esplicitamente Bastai — si tende a negare la natura anafilattica che sarebbe invece sempre riconosciuta allo choc da siero), ma a forme di apparente flussione più o meno dolorosa articolare con brusca e saltuaria formazione di idrarto (eosinofilo?) in vario intreccio con edemi cutanei, con o senza rapporto di vicinanza con le articolazioni; forme di delicata diagnosi, per lo più elencate come pseudoreumatismo flussionario gottoso e che rientrano invece probabilmente nell'orbita dei fenomeni di ipersensibilità.

Interessanti, anche perchè di recente nozione, i disturbi (quali calore locale prurito, eruzione orticata confluente, febbre ecc.) che si possono talora osservare per l'uso di certe insuline.

Essi si devono al diverso modo di loro preparazione per il quale — ormone pancreatico a parte — possono contenere proteine animali che, per quanto degradate, ancora esplicano proprietà antigene.

Tali fenomeni vanno considerati come di comprovata natura anafilattica poichè con le corrispondenti qualità di insulina anche fu possibile sensibilizzar cavie e riprodurre lo choc (Bastai).

Ma è per altro evidente che non parleremo di anafilassi da

(1) Riferito nel trattato « Asma bronchiale » di Frugoni. Ancona. Soc. Edit. Torinese, 1927.

Digitized by Google

insulina ma da impurità albuminoidee contenute in certe preparazioni commerciali di insulina, in modo perfettamente analogo a quanto può avvenire per numerose altre preparazioni.

Non trattasi quindi di una sindrome particolare ma di una interessante esemplificazione ed applicazione di una condizione generale.

Accenno solo invece ai vari tipi clinici di ipersensibilità a punture di insetti, sui quali tante interessanti cose si potrebbero dire per le più grandi differenze di individuale reattività, per i fenomeni a distanza che si verificano talora (per es. diarree anafilattiche da puntura), per la possibilità di dissensibilizzazione come Ancona ha realizzato nel mio Istituto in un apicultore divenuto ipersensibile alla puntura delle api.

Sorvolo, perchè unanimamente nota e riconosciuta, sulla anafilassi idatidea, mentre sono allo studio la ipersensibilità eventuale a parassiti intestinali, il questito del favismo considerato come sindrome di ipersensibilità ai fiori e frutti di fave (come Lusena per il primo nel mio laboratorio ha prospettato) e l'ipotesi di Cesaris Demel di una genesi anafilattica dell'ulcera gastrica che le successive ricerche di Shapiro e di Ivy sarebbero venute a sperimentalmente riprodurre e convalidare (1), mentre molto discutibile invece mi sembra il tentativo di rapportare all'anafilassi taluni fatti inerenti allo choc traumatico, all'acclusione intestinale, alle ustioni estese nonchè a taluni effetti degli innesti di vario tipo e degli scambi tra blastomi e portatori (Fichera).

Così come ritengo prematuro affrontare il quesito molto interessante se esista o meno un'allergia fisica specie da caldo e da freddo (eritemi, orticaria, eczemi). Per essa — secondo Duke — pazienti con tendenze allergiche potrebbero divenire ipersensibili a qualche nuova sostanza formantesi nei loro tessuti sotto l'influenza di agenti fisici e che si comporterebbe da albumina eterogenea con funzione antigene.

Occorre in merito procedere con oculata prudenza.

Poichè se è vero che vi è tutto un orizzonte nuovo che si apre dinanzi a noi e di cui oggi non possiamo, nè stabilire, nè prevedere i confini; se sarà certo di grande interesse considerare sintomi e malati sotto questa nuova luce delle reazioni paradosse, è pur necessario seguire tale indirizzo senza unilateralismi e eccessivismi, poichè sarà solo attraverso indagini metodiche e complete e critica severa che contribuiremo positivamente alla conoscenza di questi processi morbosi.

E per vero dopo cenni tanto svariati e per brevità di tempo superficiali e considerando la cautela con la quale si deve procedere in un campo nel quale ogni innovazione è modificazione di precedenti idee, è venuto il momento di chiederci: ipotesi o fatti? e sopratutto: su quali basi è possibile la diagnosi clinica? quando e come si può attribuire all'allergia un complesso sintomatico?

Criteri fondamentali sono: scoperta dell'agente direttamente causale; scomparsa dei disturbi col suo allontanamento; riproduzione dei fenomeni per nuovo contatto simile al naturale; dimostrazione di trasporto passivo di anafilassi; prove cutanee segnalatrici di stato di ipersensibilità; e infine con prudente criterio critico considerati i risultati terapeutici secondo questo indirizzo ottenuti.

L'esempio dell'asma bronchiale è tipico a questo riguardo e sono note in argomento le ricerche mie e della mia scuola, la lotta sostenuta, l'assentimento conseguito.

Poichè oggi è completamente tramontata la nevrosi bulbare coi riflessi asmo-bulbari di buona memoria, e più non si contesta la parte essenziale della dottrina; ed è patrimonio comune la nozione di forme di asma di origine alimentare e da emanazioni animali oltre che vegetali con tutte le curiosità cliniche inerenti. E sono ormai accettate le singolari categorie da noi descritte per es. di asma da cuscini di piume, o per ipersensibilità a polveri antiasmatiche; e fra le categorie di asma localistico quelle da pollaio e da polvere di abitazione.

E oggi il fervore di ricerca è tutto volto a identificare la intima natura e il meccanismo di azione delle singole sostanze scatenanti la crisi; i nostri malati hanno finalmente una terapia causale razionale ed efficace. Ma se tutto ciò è vero, non è men vero che a questo si è giunti attraverso una lenta e metodica conquista di fatti e di cliniche documentazioni resa possibile da una casistica quanto mai larga e dalla valida cooperazione di valorosi allievi (Ancona, Scimone, Melli).

Le prove cutanee certo sono state in questo campo di indagine di grande utilità.

Trattasi — è ben risaputo — di reazioni non analoghe, ma ben diverse dalle cuti da tubercolina delle quali tutt'ora si discute e per le quali si ammette oltre ad un fattore specifico una componente aspecifica di generale cuti-reattività di questi soggetti.

Si tratta — ripeto — di speciali e pronte reazioni cutanee a tipo di pomfo orticarico che vengon praticate con particolari estratti delle più varie specie e sono espressione fedele di stato di ipersensibilità in genere e verso la sostanza in prova in ispecie, indipendentemente da necessario legame con la sindrome in atto.

Altra benemerenza questa della cute, di questa specie di organo bifronte da un lato intimamente legato all'ambiente interno in via sanguigna, ormonica, nervosa e dall'altra affacciato al mondo esterno, pronto ed adatto a tutte le nostre indagini ed osservazioni.

Si è così riconosciuto che un'alta percentuale di asmatici bronchiali sono tali per dimostrabile stato di ipersensibilità verso determinate sostanze: pollini, alimenti, esalazioni animali e sostanze le più diverse.

Il che si afferma: 1° perchè esse sostanze danno specifica cutireazione; 2° perchè messe a contatto con l'ammalato (oltre a particolari reazioni biologiche, crisi colloidoclasica ecc.) riproducono l'asma sperimentalmente, così come asma insorge ad ogni naturale contatto o rapporto con le medesime; 3° perchè ogni disturbo sparisce allontanando (ove sia possibile) la sostanza identificata asmogena ed è talora modificabile da pratiche di dissensibilizzazione; 4° perchè infine io ho potuto per primo chiaramente ottenere trasporto passivo di ipersensibilità da uomo a uomo.

Infatti: iniettando nelle vene di soggetti controllo siero di asmatici per ipersensibilità a causa nota e a corrispondenti prove cutanee positive, ho potuto ottenere e riprodurre nei soggetti iniettati le stesse cutireazioni dei datori di sangue.

Reperto questo di evidente importanza per la dottrina umorale dell'asma e per la dottrina in genere delle cutireazioni e che Bastai in varie prove di trasfusione sanguigna diretta e di iniezioni endovenose di siero o sottocutanee di sangue in toto, ha confermate.

Con il che siamo ben lungi dall'aver chiarito tutti i problemi, dei quali sono maggiormente all'ordine del giorno quello delle ragioni onde si ordisce e si compone il terreno asmatico e della natura delle sostanze sensibilizzanti.

Quanto alla diatesi e al terreno organico, essi hanno certo valore preponderante, poichè nell'attrito diuturno che tiene l'organismo in contatto con gli imponderabili della natura, ognuno diversamente si comporta a seconda delle sue proprie qualità umorali e recettività e resistenze particolari, in una parola, della sua costituzione.

E' a questa che chiediamo perchè di fronte a cause ambientali comuni cui tutti siamo ugualmente esposti solo in taluni organismi e non in altri si costituiscono idiosincrasie, intolleranze, ipersensibilità.

Ma poichè altrove ho in argomento ripetutamente chiarito il mio pensiero, (1) così chiedo di esimermi di qui dissertare intorno alla costituzione allergica della concezione tedesca o alla costituzione colloidoclasica di Widal o altro.

---

(1) Cesaris Demel. La teoria anafilattica dell'ulcera rotonda. *Pathologica*, 15 feb. 23, n. 34, pag. 128, e vol. XIX, n. 423; pag. 2; 1927.

Shapiro e Ivi. *Archiv. of intern. med.* a. XXXVIII, n. 2, 15 ag. 1926.

Sostiene Cesaris Demel che l'ulcera rotonda possa essere interpretata come una manifestazione locale di uno stato anafilattico (fenomeno di Arthus) o come manifestazione sulla mucosa gastrica e duodenale della stessa natura delle manifestazioni cutanee (pomfi) con autodigestione circoscritta dovuta a quelle alterazioni endovascolari che sono specifiche delle manifestazioni anafilattiche (flocculazione, ammassamenti di piastrine ecc.) con inerenti notevoli disturbi circolatori e trofici. Il che avverrebbe in soggetti sensibilizzati con una determinata proteina quando questa possa penetrare in profondità nella mucosa, come a Shapiro e Ivy sarebbe riuscito di sperimentalmente ottenere.

(1) Frugoni. *Policlinico* S. M. 1922. 1925 e *Riforma Medica*, 1925, n. 18 e Frugoni Ancona. L'asma bronchiale. Unione Tip. Edit. Torinese, 1927.

Digitized by Google

E quanto alle sostanze asmogene a parte il quesito ancora aperto se tutte o no sian di natura proteica (1) e se in tutte o no sian dimostrabili proprietà antigene, è di importante rilievo che esse risultarono talora diverse da quanto apparentemente sembrava.

Onde ad es. nell'asma da cuscini di piume e piumini da me e collaboratori messo in evidenza e trovato tanto frequente anche potemmo affermare che non le piume sono asmogene in sè e per sè, ma bensì prodotti di putrefazione o parassiti contenuti nei cuscini stessi, come poi Storm Van Leeuwen ebbe a documentare.

E per talune forme di asma da farine (che sono da inalazione e non da ingestione) e più precisamente per quelle che con frequenza e intensità colpiscono mugnai o contadini che operano sul cosiddetto grano ribollito o guasto, un mio allievo, Ancona, ha dimostrato essere asmogena, non la farina ma certi insetti parassitanti il chicco ed essere quindi questa speciale categoria di asma da farine di origine animale e non vegetale.

E ad agenti parassitari o derivati loro si devono secondo ogni probabilità (e sono in corso ricerche) le forme di asma da pollaio e da polvere di abitazione.

E ciò indipendentemente dalle sostanze che sono semplicemente veicolo di fattori sensibilizzanti per le quali può valere benchè in altro campo e cioè di sensibilizzazione per via intestinale, l'esempio di Spillmann di un individuo nel quale il vin bianco dava orticaria e cutireazioni positive per la colla di pesce usata per la chiarificazione del vino.

Non solo, ma taluni agenti asmogeni sembrano agire in virtù di sostanze che provengono da loro scomposizione e che in tal modo potrebbero essere comuni o analoghe, ma di origine diversa. E in questo caso il quesito potrebbe semplificarsi, non complicarsi. Questo dicasi per le ipersensibilità multiple di origine alimentare che tali potrebbero essere attraverso un denominator comune di loro derivazione o decomposizione.

Ma Doerr e Landsteiner han dimostrato che gli animali sensibilizzati a proteine alterate artificialmente con l'aggiunta di gruppi azotati o bromici, reagiscono all'iniezione scatenante della proteina alterata e non della proteina originale.

E' lecito quindi supporre (Duke) che la ipersensibilità a sostanze delle quali non si è potuto dimostrare potere antigene, avvenga a mezzo di proteine alterate (evidentemente dal soggetto).

Così come nel caso di idiosincrasie medicamentose — secondo Wolff-Eisner — potrebbe invece talora trattarsi di stati di ipersensibilità a proteine prodotte in vivo dalle droghe.

E con analogo concetto potrebbero forse anche spiegarsi altre incognite della clinica delle ipersensibilità, per es. il diverso tempo che talora intercorre fra momento di introduzione della sostanza e la reazione e, questo potrebbe dipendere non solo dal diverso periodo di contatto e di assorbimento, ma anche dal fatto che la sostanza agisca non di per sè ma per sostanze di derivazione prodottesi durante la sua digestione.

Il che può avvenire anche fuori dell'organismo quando vediamo sostanze indifferenti se freschissime, dare invece a determinati soggetti reazioni le più diverse se alcun poco rimaste a sè, pur essendo per gli altri assolutamente innocue e indifferenti.

E' tutto un campo che converrà di profondamente esplorare ove si pensi alla grande importanza e frequenza dell'anafilassi alimentare specie nel bambino (vedi l'ottima monografia di Drago) e la svariata e talora grave sua sintomatologia con sindromi emetizzanti, coleriformi, dissenteriformi, nervose, respiratorie (asmatiche per lo più), cutanee coi vari tipi di dermatosi anafilattiche e così via.

Secondo il quale indirizzo di indagine, sarà di notevole utilità l'applicazione del trasporto passivo locale secondo Praussnitz e Kustner.

Mi spiego: se si inietta intradermicamente ad un controllo del siero di sangue di un soggetto in istato di ipersensibilità e se poi e fino a vari giorni dopo sul tratto di pelle circostante si fanno cutireazioni con la sostanza verso la quale è sensibile il datore di siero, ivi si ottengono le stesse prove cutanee positive.

Proprietà questa che il pezzo di cute per alcuni giorni conserva anche se trapiantato su di un altro controllo.

Non solo: ma talune recenti indagini dimostrerebbero che se si sensibilizza la pelle di un soggetto col metodo detto di fronte a talune proteine alimentari, per es. bianco d'ovo o la carne di pesce e gli facciamo poi ingerire questi alimenti possiamo in particolari condizioni osservare nel tratto di cute così preparato comparsa di un pomfo o di una zona di arrossamento a dimostrare — quando ciò si avveri — più o meno profondamente modificate condizioni di permeabilità intestinale di fronte a quella sostanza almeno.

Altro indirizzo di ricerche questo per lo studio delle alterazioni anatomiche e funzionali dell'intestino e delle modalità, condizioni e sostanze che possono portare all'anafilassi alimentare che noi seguiremo pazienti e curiosi, convinti che, anche qui lo studio dei malati sarà per dare fertili frutti.

Poichè già accennammo alla grande importanza che un'abnorme permeabilità della pelle e delle mucose in genere, ha per l'assunzione in circolo di sostanze poco o punto modificate e per la costituzione di uno stato di ipersensibilità che per le forme di origine alimentare su duplice punto precisamente si impernia: anormalità sia dell'assorbimento che delle funzioni digestive intestinali, ed epatiche, specie con perdita del potere proteopessico del fegato.

Il campo quindi si allarga e si concreta ma per quanto grandi progressi già siano stati raggiunti, tuttavia per ora occorre ancora molto indagare e nulla affermare in attesa di dati più concreti e più sicuri.

Ma chi vive seguendo e scrutando i malati e sa che la clinica è fatta talora di sensazioni che solo l'ulteriore studio pertinace precisa, ha l'impressione che questo campo sia aperto all'indagine la più fruttuosa, sia per la identicazione di malattie anafilattiche in senso stretto, che di manifestazioni di ipersensibilità inscritte in altre cornici morbose.

Perciò ho parlato in genere di « problemi di ipersensibilità in clinica »

E tale argomento ho scelto per due ragioni:

L'una perchè riportandoci col pensiero ai primi studi sull'anafilassi, apparentemente i più teorici ed astrusi (quali le ricerche di Richet sulla actinocongestina) ci si convinca sempre più che non esiste scienza pura fine a sè stessa perchè qualsiasi indagine biologica — anche la più lontana dalla pratica — finisce sempre come per fatale legge di gravitazione a cadere nell'orbita della clinica.

L'altra perchè dimostra come va inteso il compito della clinica che le scienze ausiliarie deve profondamente conoscere, non per male ripetere su animali e mal copiare nei nostri gabinetti quanto nei laboratori di biologia pura vien fatto ma per applicarne le conquiste a quel meraviglioso animale che è l'uomo con tutte le sue particolari leggi individuali e le sue disarmonie costituzionali ed acquisite.

***

E ho finito. E se qua e là anche ho dovuto parlarvi di qualche mia ricerca e se in luogo di accademiche celebrazioni passate ho più volte accennato a piani di indagine e di futuri lavori, mi sia scusa da un lato la considerazione che una prolusione è un pò anche presentazione e programma e dall'altro che viviamo in un'epoca nella quale il paese in fervido lavoro prepara oggi con ritmo accelerato il suo domani: inquadriamoci quindi ognuno nel proprio raggio di azione, in questo semplice e forte proposito di lavorare, migliorare e progredire.

---

(1) Importanti in questo campo le ricerche di Melli per la natura proteica dei pollini. (*Rif. Med.*, 1927).

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretto dal Prof. GIUSEPPE ZAGARI

LA PERMEABILITA' DELLA PLEURA E DEL PERITONEO, ALLO STATO PATOLOGICO, VERSO GLI ANTICORPI.

per il dott. GIROLAMO PANSINI — Aiuto Onorario

Ricorderò due mie note precedenti, nelle quali ebbi pure ad occuparmi della diffusione degli anticorpi fra il sangue ed i liquidi patologici dell'organismo. Nella prima nota (1) studiai il comportamento della R. W. contemporaneamente praticata delle sierose verso le agglutinine tifiche a seconda del luogo ove era stata praticata la iniezione vaccinante.

Sembrami ora che metta conto di riunire i risultati separatamente pubblicati nelle precedenti note perchè, dal raffronto di essi, alcuni dati forse è possibile ricavare che ci permettono di illustrare altri quesiti in merito alla permeabilità delle sierose.

Pertanto noi qui piglieremo a studiare:

1. il comportamento della stessa sierosa patologica nello stesso individo verso anticorpi di diversa natura circolanti nel sangue; successivamente, non avendo potuto dalle precedenti ricerche stabilire le condizioni per cui in individui soggetti allo stesso processo morboso, la medesima sierosa, sede di raccolta liquida, mostrasi diversamente permeabile alle reagine sifiliti-

Tabella I.

Numero dell'ammalato	DIAGNOSI CLINICA	Esito della Reazione Wassermann			Esito della Reazione agglutinante (dopo vaccinazione)						CARATTERE del LIQUIDO
		Sangue	Liq. pleurico	Liq. periton.	Sangue		Liquido pleurico		Liquido peritoneale		
					1:50	1:100	1:20	1:50	1:20	1:50	
1	Pleuro-mediastinite.	— — ∓	— — —		+	+	—	—			Essudato
2	Cirrosi epatica di Laennec da sifilide.	+ + +		+ + +	+	+			—	—	Transudato
3	Morbo di Banti.	— — ∓		— — —	+	+			—	—	"
4	Cirrosi epatica da alcoolismo.	∓ + +		— — —	+	+			—	—	"
5	Sifilide costituzionale. Pericardite adesiva.	— — —		— — —	+	+			—	—	"
6	Cirrosi epatica da sifilide.	+ + +		+ + +	+	+			—	—	"
7	"	+ + +		— — —	+	+			—	—	"
8	Doppio vizio cardiaco scompensato.	— — —		— — —	+	+			—	—	Essudato?
9	Cirrosi epatica da sifilide.	∓ + +		— — ∓	+	+			—	—	Transudato
10	Peritonite essudativa.	— — ∓		— ∓ +	+	+			—	—	Essudato
11	Cirrosi epatica da alcoolismo.	+ + +		+ + +	+	+			—	—	Transudato
12	"	— — —		— — —	+	+			—	—	"
13	Pleurite essudativa.	— — —	— — —		+	+	—	—			Essudato

Tabella II.

N. dell'ammalato	Diagnosi Clinica	Esito della Reaz. W.		ESITO DELLA REAZIONE AGGLUTINANTE (DOPO VACCINAZIONE)														CARATTERE del LIQUIDO
		Sangue	Liq. periton.	SANGUE								LIQUIDO ASCITICO						
				1:20	1:50	1:100	1:150	1:200	1:250	1:300	1:350	1:20	1:50	1:100	1:150	1:200	1:250	1:300	1:350	
14	Perit. tubercolare	— — —	— — —	+	+	+	+													Essudato
15	Cirrosi epatica	+ + +	+ + +	+	+	+	+	+	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+	—	Transudato

nel sangue e nel liquido da versamento nello stesso individuo, nell'altra (2) mi occupai della distribuzione delle agglutinine tifiche fra il sangue e gli stessi liquidi patologici.

Dalle ricerche che formarono argomento del primo lavoro potetti fra l'altro rilevare che spesso la R. W., positiva nel sangue di alcuni infermi, non offre risultato conforme se è praticata nello stesso tempo nel liquido della raccolta sierosa dello stesso paziente. Dovetti perciò concludere che le sierose pleurica e peritoneale non sono costantemente permeabili alle reagine sifilitiche circolanti nel sangue. La filtrazione degli anticorpi, secondo i risultati da me ottenuti, si effettuerebbe solo nel 50 % dei casi esaminati.

Con altre ricerche, da me esposte nella nota successiva sopraricordata, potetti mettere in rilievo la diversa permeabilità che contenute nel sangue, sulla base di dati sperimentali già noti, ci proponiamo:

2. di ricavare elementi in favore dell'ipotesi sulla origine locale delle reagine sifilitiche presenti nei liquidi da versamento.

Non fa d'uopo perciò che io qui novellamente descriva la tecnica seguita in tali studi, perchè essa venne da me dettagliatamente esposta nelle precedenti note: è bene soltanto aggiungere che nell'intento di studiare esaurientemente il fenomeno della permeabilità delle sierose verso gli anticorpi, stimai opportuno di condurre le due ricerche su riferite, contemporaneamente negli stessi individui. Con tal metodo, non variando le condizioni del paziente soggetto all'esperimento, io avevo agio di stabilire elementi più precisi in rapporto alla funzione per-

Digitized by Google

meante delle sierose. E perciò, oggi dal raffronto di quei risultati separatamente pubblicati nelle precedenti note, ci viene consentito di poter stabilire altre importanti deduzioni, e di proporre più logica interpetrazione nella valutazione della R. W. praticata nei liquidi da versamento.

Riunisco intanto in un'unica tabella i primi 13 risultati delle ricerche pubblicate nella prima nota, e tutti quelli elencati nella tabella 1ª della nota 2ª (vedi tabella).

Per i risultati della precedente tabella è lecito per altro stabilire che: *immunizzando attivamente contro il tifo per la via intramuscolare individui forniti di raccolta sierosa, le agglutinine antitifiche compaiono costantemente nel sangue, mentre non compaiono nei liquidi da versamento, siano essi essudati che transudati, anche quando nel sangue e nei liquidi da versamento degli stessi individui si siano constatati contemporaneamente anticorpi devianti il complemento per la R. W.*

Da ciò si può dedurre che:

Nello stesso individuo la medesima sierosa, sede di una raccolta liquida, è diversamente permeabile ad anticorpi di diversa natura circolanti nel sangue: e precisamente essa è assolutamente impermeabile alle agglutinine antitifiche circolanti nel sangue, mentre può dar passaggio alla reagine antiluetica.

Le membrane sierose possiederebbero una certa elettività nel dar passaggio all'uno anzichè all'altro degli anticorpi in istudio.

Il fenomeno apparentemente discordante della elettiva permeabilità delle sierose verso anticorpi di diversa natura può forse essere agevolmente spiegato da una serie di conoscenze che noi già possediamo. Anzitutto è da osservare che anche Pastega (3) nel suo studio sperimentale sugli *anticorpi negli umori oculari di animali immunizzati*, ebbe qualche volta a notare una elettiva filtrazione della stessa membrana verso uno soltanto degli immuncorpi presenti nel sangue. Le diverse frazioni di siero poi, cui le agglutinine tifiche e le reagine sifilitiche sono a loro volta legate, possono costituire elementi per una diversa permeabilità delle sierose: dagli esperimenti di Pick e Askawa (4) sembra infatti che le agglutinine tifiche siano legate alla globuline del siero, e più specialmente alle euglobuline o alle pseudoglobuline, mentre le reagine sifilitiche sembrano essere legate ai lipoidi di esso (Rondoni) (5).

A ciò è da aggiungere ancora il diverso meccanismo, da cui traevano origine nello stesso individuo i due anticorpi messi a confronto; le reagine sifilitiche comparse in conseguenza della infezione luetica, e presenti nell'organismo dall'epoca della infezione, le agglutinine invece originatesi recentemente sotto lo stimolo del vaccino. Finalmente non va dimenticato che è tuttora viva la questione circa la natura immunitaria della R. W., per cui se all'intento che oggi ci occupa è lecito catalogare le reagine sifilitiche tra gli anticorpi, è molto probabile invece che il fenomeno della deviazione del complemento nella R. W. si discosti molto nella sua genesi dalla classica osservazione di Bordet e Gengou. Non mi sembra poi che sia lecito addebitare la mancata dimostrazione di agglutinine dei liquidi da versamento, ad una eccessiva diluizione delle medesime nel passaggio dal sangue nel liquido della raccolta: ciò forse avremmo dovuto ammettere se avessimo introdotto in circolo sieri immuni anzichè vaccino. In condizioni sperimentali diverse poi, come avemmo già a mettere in rilievo nella precedente nota e come appresso avremo a ripetere, le agglutinine tifiche furono contemporaneamente dimostrabili nel sangue e nel siero della raccolta.

Maggiori difficoltà invece s'incontrano per potersi render conto di un altro contrasto nella funzione permeante delle sierose verso gli anticorpi.

Risulta infatti dalla tabella precedente che, mentre la impermeabilità delle sierose verso le agglutinine tifiche è costante, non altrettanto può dirsi della permeabilità delle medesime verso le reagine sifilitiche, che passerebbero nei liquidi da versamento solo nella metà dei casi. E tale proporzione, in ricerche che io vado sistematicamente registrando, si mantiene press'a poco costante. Degno di nota, è, a me sembra, il variabile comportamento delle sierose verso gli anticorpi di Wassermann, e tanto maggiormente per il fatto che nessuna delle ipotesi sopra riferite può renderci ragione del fenomeno, nè altre cognizioni possiamo all'uopo invocare. In altri fattori, finora ignoti, bisogna perciò cercare l'origine del fenomeno.

Un dato sperimentale, che io ho potuto stabilire che già altrove ebbi agio di illustrare, a me sembra metta conto di essere ricordato, perchè da quello forse sarà lecito trarre deduzioni in favore della ipotesi sopra enunciata.

L'esito di questo esperimento è evidente: in seguito all'introduzione del vaccino per via endoperitoneale, direttamente nella raccolta liquida, sono dimostrabili agglutinine antitifiche nei liquidi da versamento. E' necessario cioè che la sierosa peritoneale sia direttamente stimolata dal vaccino, perchè sia possibile constatare agglutinine antitifiche nel sangue e nel liquido ascitico.

Può questo esperimento farci luce sul fenomeno che noi desideriamo chiarire? Possiamo cioè affermare che l'esito positivo della R. W. nei liquidi da versamento non è la conseguenza della filtrazione delle reagine sifilitiche attraverso la parete della sierosa, bensì espressione che lo stimolo infettivo si eserciti sulla sierosa stessa? Tale questione si ricollega a quella della partecipazione delle sierose al processo sifilitico. Questione troppo vasta e molto discussa, che non è qui il caso di riassumere. Basterà solo accennare che essa è tutt'altro che definita, e l'opinione dei patologi è tutt'altro che concorde. Pertanto non essendo stata ancora risoluta la questione dal punto di vista anatomo-patologico, e non essendo ad alcun autore riuscito possibile dimostrare la spirocheta nel liquido delle raccolte pleurica o peritoneale in sifilitici, nella interpretazione del fenomeno che a noi interessa, debito conto merita il risultato dell'esperimento sopra riportato, in virtù del quale e per analogia, sarà lecito di considerare le reagine sifilitiche presenti in un liquido da versamento di sifilitico, come espressione di reazione della sierosa ad uno stimolo che sulla sierosa stessa si esercita; e perciò molto probabilmente di origine locale, per attiva partecipazione della sierosa al processo sifilitico.

Riassumendo perciò si può concludere che:

1. In uno stesso individuo la medesima sierosa patologica è sempre impermeabile alle agglutinine antitifiche circolanti nel sangue e comparse mercè iniezioni endomuscolari di vaccino, mentre può dar passaggio alle reagine antiluetiche; donde:

2. La permeabilità della stessa sierosa verso anticorpi di diversa natura circolanti nel sangue non è uguale.

Infine, per il fatto di aver notato agglutinine antitifiche nel liquido di raccolte sierose soltanto dopo aver inoculato il vaccino nella cavità stessa della sierosa, essendoci apparso logico ritenere le agglutinine di origine locale, per analoghe considerazioni può forse trovar credito l'ipotesi per cui:

3. L'esito positivo della R. W. nel liquido da versamento di un luetico a R. W. positiva nel sangue, sia in dipendenza non della permeabilità della sierosa alle reagine contenute nel sangue, bensì l'espressione della sua stessa attività secretiva per reazione della medesima allo stimolo infettivo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Pansini. Sulla R. W. nei liquidi da versamento. Rif. Med., 1926, n. 3. — (2) Idem. La permeabilità della pleura e del peritoneo, allo stato patologico, verso le agglutinine tifiche. Minerva Medica, 1927 (in corso di stampa). — (3) Pastega. Gli anticorpi negli umori oculari. Spezia Tipogr. Argiroffa, 1914. (4) Pick ed Askawa. Citati da Rondoni. — (5) Rondoni in Lustig. «Le malattie infettive dell'uomo e degli animali», vol. I, Milano, Vallardi, 1922.

OSPEDALE DI S. AGOSTINO IN CASTIGLIONE DEL LAGO
Direttore: Dott. GIOVANNI ZAMBONI

DI UNA RARA FORMA DI PIELONEFROSI DOVUTA AD UN ZOOPARASSITA: L'EUSTRONGYLUS GIGAS

per il Dott. UMBERTO GENAZZANI — Medico Assistente

La localizzazione di zooparassiti nell'apparato urinario dell'uomo è cosa assai rara. Se si prescinde dalla bilharziosi vescicale, malattia endemica in varie regioni dell'Africa e dovuta, come è ben noto, ad un verme della classe dei trematodi lo *Schistosomum haematobium*, pochi casi si conoscono di elminti che determinino nell'uomo lesioni degli organi deputati alla funzione urinaria.

Tale rarità è anche più spiccata tra noi in quanto che la bilharziosi vescicale è stata riscontrata in Italia eccezional-

Digitized by Google

mente (Badaloni e Alessandrini) e solo in soggetti provenienti da paesi in cui la malattia è endemica ; quindi in presenza di una lesione degli organi urinari non vien fatto tra noi di pensare alla possibilità di una infestione da vermi.

Ho ritenuto perciò interessante riferire il caso seguente che può aggiungersi allo scarso numero di osservazioni di elminti patogeni dell'apparato urinario.

C. R. anni 33, da Castiglione del Lago, colona.

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare e personale remota; essa appartiene ad una famiglia di coloni che abitano in un podere situato a pochi metri dalla spiaggia del lago Trasimeno. Per necessità agricole (tagliatura di canne) i coloni sono costretti, in determinati periodi dell'anno, a stare a lungo colle gambe immerse nell'acqua. Essi sono anche pescatori e buona parte della loro alimentazione è rappresentata da pesce.

Il 4 gennaio 1927 la P. si presenta al mio ambulatorio accusando lieve tenesmo vescicale con minzioni frequenti e scarse; dice anche di aver notato nelle urine alcuni fiocchetti di sangue coagulato. Non ebbe mai

febbre nè altri disturbi rilevanti. L'esame dei vari organi ed apparati risultò negativo se si eccettua una lieve dolorabilità alla palpazione della regione renale destra.

Mi feci lasciare un calice di urina per l'esame e presorissi un disinfettante delle vie urinarie (urotropina ed elmitolo).

L'esame delle urine mi dette i seguenti risultati:

Colore: giallo-scuro.

Aspetto: alquanto torbido. Si vedono sospesi nel liquido alcuni coaguli della grossezza di una capocchia di spillo e parecchi altri assai più piccoli, appena visibili.

Reazione: acida.

Peso specifico: 1018.

Albumina: presente, 0,50 ‰.

Sangue: Weber intensamente positivo.

Glucosio: assente.

Acetone: assente.

Pigmenti biliari: assenti.

Urea: 16,71 ‰.

Sedimento: lasciata nel calice fino al mattino l'urina dette un abbondante sedimento biancastro costituito da uno strato denso puriforme e da uno mucoso soprastante a guisa di nubecola. Esaminato al microscopio fece rilevare: forte quantità di eritrociti e di corpuscoli di pus, numerosissime cellule di sfaldamento delle vie urinarie aventi i caratteri dei vari tipi di cellule che costituiscono l'epitelio di transizione (Chiarugi). Pochi cilindri ialini e ialino-granulosi, non cristalli, scarsi bacteri. Attrassero la mia attenzione particolari formazioni leggermente elissoidali di un colore giallo-oro che un esame più accurato mi fece identificare per uova di elminti. In ogni vetrino ne contai da 7 a 20 circa.

Onde assicurarmi che le uova suddette non fossero pervenute nelle urine da qualche altra origine (meato urinario imbrattato di feci, recipienti non sufficientemente puliti) volli prelevare l'urina mediante cateterismo sterile direttamente in vescica. Infatti cinque giorni dopo, quando la P. in seguito ai disinfettanti urinari diceva di essere migliorata dei disturbi vescicali, praticai il cateterismo e nel sedimento dell'urina, che ottenni per centrifugazione, oltre a rinvenire su ogni vetrino una media di 30-40 uova, rinvenni anche un embrione di verme che tuttora conservo e che fu riprodotto nella qui unita micro-fotografia.

A complemento delle mie ricerche volli stabilire la formula leucocitaria su quattro strisci di sangue colorato col metodo May-Grünwald-Giemsa ed ottenni i seguenti risultati: Linfociti 38 %; grandi mononucleati 6.75 %; forme di passaggio 5.25 %; eosinofili 13.25 %; polinucleati basofili 0.25 %; neutrofili 36.50 %.

I corpuscoli rossi apparivano normali per forma, per grandezza, per colorabilità.

La P. rifiuta la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri da me propostole.

Diario riassuntivo. 5 febbraio 1927. L'inferma non ha più avuto alcun fenomeno soggettivo a carico della minzione. Vari esami di urina praticati dopo i primi riferiti nella storia hanno fatto rilevare sempre qualche corpuscolo rosso e parecchi corpuscoli di pus, ma in quantità più scarsa che nei primi esami; inoltre una fortissima quantità di cellule del bacinetto e degli ureteri. Costante si è mantenuto il reperto delle uova di elminti in maggiore o minor copia aventi sempre i medesimi caratteri. Non vi fu mai febbre e l'inferma potè sempre attendere al suo lavoro. Uno striscio di sangue praticato il 28 gennaio fece ancora rilevare eosinofilia (14 %).

Dalla storia che ho riferito si rileva trattarsi evidentemente di una lesione delle vie urinarie che interessa prevalentemente il bacinetto e l'uretere e scarsamente il rene. La vescica ha presentato una lieve cistite intercorrente che ha durato solo pochi giorni ed ha ceduto all'uso dell'urotropina.

Per tale sintomatologia propria di una pielonefrosi, tenuto conto del reperto delle uova e di un embrione di verme da un lato e dell'eosinofilia dall'altro, abbiamo elementi per diagnosticare la malattia in questione come: *pielonefrosi con lieve cistite intercorrente di natura zooparassitaria.*

Ho parlato di cistite intercorrente perchè fino dalle prime somministrazioni di urotropina la P. non ha più avuto fenomeni morbosi a carico della vescica mentre anche nelle urine prelevate qualche giorno fa si sono rinvenute le uova e gli epiteli di sfaldamento del bacinetto.

Questa considerazione ha grande importanza perchè mi autorizza a ritenere distinte le due manifestazioni: pielonefrosi e cistite per ciò che concerne la natura. Infatti mentre non v'ha dubbio che la pielonefrosi sia di natura elmintica, la cistite pur avendo rapporti indiretti con la presenza del parassita, deve considerarsi una manifestazione dovuta a germi banali e capace di decorrere indipendentemente dalla malattia fondamentale. Inoltre per ciò che concerne la diagnosi si deve notare che la pielonefrosi non sembra per lungo tempo esser capace di dare fenomeni soggettivi importanti, per cui l'inferma mai sarebbe ricorsa al medico se non vi fosse stata la cistite intercorrente a richiamare la sua attenzione. Ciò significa che la cistite pur essendo una manifestazione accidentale può avere grande importanza per guidarci alla diagnosi.

Definita così la diagnosi clinica ed eziologica ho voluto stabilire una diagnosi parassitologica.

Le uova da me osservate nei vari campioni di urina ammontano ormai a qualche centinaio. Hanno per lo più una forma leggermente elissoidale — le loro dimensioni oscillano fra micron 22-35 di larghezza e 30-45 di lunghezza; talora sono isolate, talora riunite a gruppi — hanno un colore giallo-oro — guscio spesso, liscio, trasparente. Debbono essere assai fragili perchè nei sedimenti ottenuti per centrifugazione le uova erano per lo più frammentate e schiacciate. Invece colla sedimentazione mediante il calice ho potuto vedere delle uova perfette. Internamente alcune si presentano uniformi, altre sono allo stato di morula, altre infine contengono un embrione avvoltolato ad S o a spira.

La larva da me rinvenuta libera nelle urine appariva immobile — si presentava come un lungo verme cilindrico avvoltolato irregolarmente su se stesso a guisa di gomitolo — dello stesso colore delle uova — appena visibile macroscopicamente. Le sue dimensioni erano: 24 micron di diametro nella parte media del corpo — l'estremità cefalica terminava a cono con apice smusso; l'estremità caudale aveva uno svasamento a nappo raggiungente i 29 micron di diametro da cui usciva un prolungamento filiforme di 34 micron circa. La lunghezza potè solo calcolarsi approssimativamente in mm. 3 e mezzo, data la difficoltà di poter misurare l'embrione in tutti i suoi avvolgimenti. La superficie

Digitized by Google

esterna del verme era ricoperta da una spessa cuticola la quale impediva di vedere le caratteristiche degli organi interni del parassita.

I caratteri delle uova e quelli dell'embrione fanno ascrivere senz'altro il parassita all'ordine dei vermi ed alla classe dei Nematodi.

***

Per quanto abbia consultato la letteratura medica e veterinaria ho trovato un solo nematode parassita degli organi urinari: l'Eustrongylus Gigas. E' questo un grosso nematode del genere Eustrongylidae ben noto ai veterinari perchè determina un parassitismo abbastanza comune nei cani da caccia. A cominciare dal Cesalpino e dal Redi che per primi ne diedero la descrizione, ne furono osservati dei casi da Vallisnieri, Valsalva, Dubini, ecc.; tra gli antichi — Silvestrini, Perroncito, Neumann, Leinati, ecc. tra i più recenti. Fu riscontrato non di rado nel lupo, nella lontra, nella martora ed anche nel bue, nel suino, e nel cavallo.

In patologia umana Carazzi ne ha raccolti 9 casi.

La descrizione del verme che si trova nei trattati corrisponde esattamente per ciò che si riferisce alle uova ed agli embrioni a quella da me fatta poc'anzi. E' solo da rilevare che mentre si dice che il guscio delle uova di Eustrongylo è irregolare per fossette e rilievi, le uova da me osservate erano lisce. Anche per le dimensioni le uova da me descritte sarebbero più piccole poichè a dire di Perroncito le uova di Eustrongilo misurerebbero micron 43 x 68.

Ad ogni modo se anche morfologicamente si riuscisse con ulteriori indagini a riscontrare un'indubbia differenza tra il parassita da me descritto e l'Eustrongylus Gigas, dal lato clinico ci troviamo sempre in presenza di un verme della classe dei nematodi dotato di un potere patogeno sull'uomo analogo a quello che l'E. G. determina negli animali; cosicchè nel mio caso concluderei per una eustrongilosi del bacinetto renale.

Il caso che ho ora descritto oltre a presentare un certo interesse per la sua rarità si presta anche a delle considerazioni sulle modalità di infestione, sulla sintomatologia e sul reperto urologico dell'eustrongilosi che sono date nei trattati come fatti incompletamente conosciuti.

Per ciò che si riferisce alla eziogenesi giova osservare anzitutto che non conoscendosi i particolari del ciclo evolutivo del parassita, siamo tuttora nel campo delle ipotesi. Si ritiene generalmente che vi sia un ospite intermedio, poichè tutti i tentativi di infestare direttamente il cane nutrendolo con uova embrionate, riuscirono negativi (Balbiani). Inoltre l'aver riscontrato per lo più il parassita in animali ittiofagi avrebbe fatto formulare l'ipotesi che l'ospite intermedio fosse un pesce.

Sebbene questa ipotesi non sia assolutamente da scartarsi e sebbene il caso da me riferito possa anche avvalorarla, perchè la P. si nutre spesso di pesce del lago, pure io ritengo che si debba accoglierla con molte riserve: — in primo luogo le esperienze del Balbiani non si limitarono al cane, ma furono estese, sempre con risultato negativo, a varie specie di pesci, anfibi e rettili — inoltre non si sono mai trovati pesci spontaneamente infestati di eustrongilo — infine il parassita fu riscontrato nel cavallo, nei bovini e nel porco, animali tutti non ittiofagi.

Per questi motivi riterrei più attendibile l'ipotesi che le larve anzichè penetrare per la via del tubo digerente, possano, alla stessa guisa di altri Strongilidae (Anchilostoma) nonchè della Bilharzia vescicale, penetrare per via cutanea e raggiungere seguendo il corso della linfa o del sangue il bacinetto renale e quivi insediarsi definitivamente. Questa ipotesi oltrechè avere a sua conferma l'analogia con l'anchilostoma e con la bilharzia, viene avvalorata nel mio caso dall'essere la P. abituata a trascorrere, a causa dei suoi lavori agricoli, in certi periodi dell'anno, lunghe ore con le gambe immerse nell'acqua. Inoltre questa ipotesi permette di renderci conto del perchè oltre agli animali ittiofagi, i quali si immergono nell'acqua per afferrare la preda, ammalino di eustrongilosi anche il porco, il cavallo e il bove che, presso i laghi o sul greto dei fiumi hanno spesso occasione di intrattenersi con le zampe immerse nell'acqua per il pascolo o per il lavoro.

Nei trattati è detto che la sintomatologia dell'eustrongilosi è assai incerta (Lussana e Romaro; Perroncito). I vari Autori parlano di una sintomatologia che dovrebbe probabilmente esser simile a quella determinata dai calcoli renali (ematuria, coliche nefritiche, ecc.).

L'anatomia patologica, secondo le osservazioni riferite da Ravenna, Alessandrini e recentemente da Leinati, consisterebbe in fatti di pionefrosi, pielite, distruzione progressiva del parenchima renale fino a che il rene si trasforma in una cisti nella cui cavità vive il parassita.

Da quanto ho potuto finora osservare nella mia P. sono venuto nel convincimento che la presenza del parassita di per se, non sia capace (eccetto forse nel periodo terminale) di determinare fenomeni soggettivi e semejologici degni di nota, finchè non compaiono delle complicazioni. Il parassita si sviluppa a spese del rene e della pelvi renale; questi organi vengono progressivamente distrutti mentre il parassita si accresce. Ne deriva che normalmente non si può palpare una cospicua tumefazione del rene. Anche i dolori devono essere scarsi finchè il caso non è complicato. Viceversa quando il verme viene occasionalmente ad occludere l'uretere, oppure quando sulla mucosa privata di gran parte del suo epitelio si impiantano infezioni secondarie, allora potranno aversi tutti i fenomeni di colica nefritica, di idro- o pielonefrosi, di pielite, cistite, ureterite, ecc.

Nel caso nostro infatti si è avuta come complicanza una cistite intercorrente con ematuria e piuria, fenomeni tutti che si sono attenuati e quasi scomparsi in seguito all'uso dell'urotropina.

Poco è detto nella letteratura a proposito del reperto urologico. Le osservazioni di eustrongilo si riferiscono per lo più a casi di animali venuti all'autopsia, nei quali raramente si ebbe occasione di praticare in vita l'esame delle urine.

Per quanto si riferisce al caso da me osservato il reperto urologico caratteristico è rappresentato da questi dati:

urine torbide che lasciate a sè presentano un abbondante sedimento puriforme risultante di scarso numero di leucociti e di globuli rossi e di un enorme quantità di cellule sfaldate dal rene, dal bacinetto e dall'uretere — lieve albuminuria con rari cilindri — infine, elemento decisamente patognomonico dell'affezione, *la presenza delle uova coi caratteri che ho descritto ed eventualmente di embrioni aventi le caratteristiche di quello da me osservato.*

Questo reperto è importantissimo dal punto di vista clinico, perchè può costituire l'unico sussidio diagnostico per l'eustrongilosi.

Dal lato terapeutico non si conosce alcun medicamento che possa considerarsi parassiticida specifico. Le complicazioni potranno venire curate volta a volta secondo le loro particolari indicazioni. Qualora la malattia assuma caratteri clinici e lesioni anatomiche gravi, tali da giustificare una cura radicale, si deve cercare di stabilire mediante una divisione delle urine in quale dei due reni sia annidato il parassita e potrà allora mettersi in discussione l'opportunità di un appropriato intervento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRINI. Infestazioni da vermi in: Lustig. Malattie infettive dell'uomo e degli animali, vol. III, Vallardi, Milano, 1923. — CARAZZI. Parassitologia animale, Milano, 1913. — CELLI. Manuale dell'igienista, 1912. — LEINATI. Contributo alla conoscenza delle lesioni anatomiche provocate dallo « Eustrongylus Gigas ». La Clinica Veterinaria, anno 1922, n. 15, riporta importante bibliografia. — LUSSANA e ROMARO. Elminti intestinali. In Maragliano e Cantani. Trattato di patologia e terapia medica, Vallardi, Milano. — PERRONCITO. Parassiti dell'uomo e degli animali utili, ecc., Milano, 1902. — RAVENNA. Parassiti animali, in Foà, Trattato di anatomia patologica, Torino, 1923. — SILVESTRINI. Dello Eustrongylus Gigas nel cane. Giornale di anatomia, fisiologia e patologia degli animali domestici, 1888, n. 5, pag. 255. — TABUSSO. L'E. G. parassita negli animali e nell'uomo. Giornale della R. Soc. di Med. Veterinaria, Torino, anno 49, n. 23, 1900, pag. 529.

Digitized by Google

NOTE DI IDROLOGIA

LE APPLICAZIONI TERAPEUTICHE DELLE SOLUZIONI ISOTONICHE DI ACQUA MARINA E LA SPIEGAZIONE PIÙ ACCETTABILE DEL LORO MECCANISMO DI AZIONE.

per il prof. P. PICCININI (Milano)

In una voluminosa e dotta monografia del triestino Dott. Augusto Guastalla, edita a Milano nel 1842 (1) e nella quale sono ricordate tutte le applicazioni terapeutiche dell'acqua marina allora conosciute, non si fa cenno, come ben si comprende, di «iniezioni» sottocutanee; mentre si ricorda che già Ippocrate, Areteo, Scribonio, Celso ecc. usarono prescrivere acqua marina per via orale.

Non mi soffermo affatto su quanto può riguardare questa via di applicazione terapeutica, intorno alla quale svolse una interessante comunicazione il Dott. Felice Pullè al « XVI Congresso Nazionale Idrologico » (1925), riassumendo anche quanto, su questo argomento, era stato pubblicato, dopo la bella opera del Guastalla.

Poichè mi propongo di esaminare l'azione dell'acqua marina isotonizzata e iniettata sotto cute, comincerò coll'affermare non essere affatto giusto che tale terapia vada sotto il nome unicamente di Renè Quinton; poichè in realtà se indubbiamente il libro di Quinton (L'eau de mer milieu organique) deve considerarsi molto importante per la grande eco che esso ebbe, meritatamente, nel mondo medico e scientifico, sta il fatto che spetta al Prof. Pagano, Docente di Fisiologia presso la Università di Palermo, la priorità della intuizione e anche dell'uso terapeutico (anche per iniezioni) dell'acqua marina. (2)

La quale priorità italiana rivendicavo in mie pubblicazioni che datano dal 1906, e che si riferivano largamente alle applicazioni delle iniezioni isotoniche di acqua di mare (3) anche in pediatria.

Non è affatto da nascondersi che queste applicazioni terapeutiche, sia in pediatria come, in generale, in clinica medica ecc. non hanno trovato fortuna: e potrebbe anche affermarsi, forse, che esse sono ormai del tutto abbandonate, o quasi.

Nè certo mi permetterei di concepire la idea di volerle riportare in onore; mentre non è solo in Italia che esse sono state poco a poco trascurate, ma anche, se è esatta la rapida inchiesta che ho fatto in merito esse non hanno avuto largo sviluppo neppure in Francia, nè altrove.

Credo, però, molto interessante l'esaminare, a proposito di questa terapia, quali sono le basi, teoriche ed obbiettive ad un tempo (ipotetiche, cioè, e reali) che rendono tutt'altro che irrazionale l'uso delle iniezioni isotoniche marine, anche se formidabili obbiezioni possano loro essere mosse; obbiezioni che forse furono le determinanti della loro parabola discendente. Se anche non sarà più possibile (o almeno non credo che lo sia allo stato attuale delle nostre cognizioni) il fare delle soluzioni isotoniche marine un « mezzo terapeutico », si presenterà almeno molto opportuno il considerarle un ottimo « mezzo complementare », qualora si possa associarlo ad altri agenti terapeutici fondamentali.

Obbiezioni che si possono muovere per infirmare la efficacia delle soluzioni isotoniche marine.

Sono essenzialmente le seguenti:

I) Il « siero marino », considerato come un menstruo organico vivente non può più considerarsi tale quando esso sia stato sottoposto (come in pratica è necessario sottoporlo) alla sterilizzazione.

II) La quantità di sali e principii attivi contenuti nell'acqua di mare è notevolissima per il cloruro di sodio, di calcio, di magnesio ecc. ma certamente è piccola, invece, per i molti altri sali contenutivi; per taluni, anzi, piccolissima. Poichè, per dare la « isotonicità », noi dobbiamo diluire l'acqua marina con acqua distillata, come è possibile che ancora permangano le azioni dei sali, od elementi, ridotti in quantità minima?

A queste due fondamentali obbiezioni, che hanno innegabile base di accettabilità, si possono contrapporre fatti e considerazioni che hanno pure un valore innegabile.

In rapporto al primo argomento, vanno ricordate le esperienze (di Puchet e Chambry) secondo le quali delle uova fecondate di riccio mantenevano completa la propria vitalità in acqua di mare non sottoposta ad alte temperature, mentre la perdevano in acqua che si fosse portata sopra ai 120° C. Analoghe esperienze di Lyon e di altri tendono a dimostrare che, se esistono condizioni di vita, e financo un *quid* analogo alle «vitamine» (« vitamine marine ») nel siero marino naturale, questo *quid*, qualunque esso sia, viene a mancare quando l'acqua marina isotonizzata (siero marino) venga riscaldata sopra i 100° C. o sopra i 120°.

Senza addentrarci a discutere se realmente si possa parlare di un vero biologismo dell'acqua marina naturale, e fino a che punto lo si possa ammettere, è certo che, se ammettiamo che le comuni « soluzioni isotoniche » (di cloruro sodico) hanno una sufficiente analogia col siero del sangue umano, in virtù della quale esse si iniettano sottocute in alte dosi senza sensibili inconvenienti, dobbiamo ammettere pure che le soluzioni marine isotonizzate avranno, anche dopo che siano state sterilizzate, almeno altrettanta analogia con la composizione del siero sanguigno quanto ne hanno le soluzioni sodiche comuni, alle quali non si richiede nessun biologismo. Tutto questo ammettendo come assolutamente dimostrato che il biologismo, prima esistente nella soluzione marina, venga completamente a mancare colla sterilizzazione ad alta temperatura.

Ma quanto stiamo per dire in rapporto alle dosi degli elementi mineralizzatori ha in parte anche valore per la prima obbiezione, pure riferendosi essenzialmente alla seconda.

E' accertato che molte azioni farmacologiche si producono con dosi assolutamente minime di sostanze attive. Sabbatani ricorda che Roncato dimostrò la azione della adrenalina alla diluizione di 1 su 30 milioni, la azione della aconitina ridotta, in soluzione, al millesimo di milligramma, e così vi hanno sensibilità di azione anche con dosi assolutamente infinitesimali, che sono indicate con precisione matematica (4).

Anche Battistini, trattando di «chemoterapia », ricorda la digitossina attiva in diluizioni che la mettono in proporzioni, in uomo del peso di 70 Kil., di 1 a 70 milioni per grammo del suo corpo e fa, quindi, presente la « elettività » che devono avere i singoli tessuti, o le singole cellule, verso dati farmaci, fissando, anche in presenza di dosi infinitesimali, quelli che rispondono a tale elettività (5).

Il che corrisponde al principio formulato da Ehrlich con la espressione: « Corpora non agunt nisi fixata ».

Anche al di là di una azione farmacologica in senso stretto si arriva quando si considerino le così dette « azioni oligodinamiche », per le quali, oramai largamente studiate anche in Italia (ottimi lavori ricordo, ad esempio, dei Proff. M. Ascoli e Novello, Ascoli-Preti, Izar, Fedeli, Meneghetti ecc.) dette il primo impulso un notevole lavoro di Naegeli, nel 1893. Riguardo alle dosi di metalli « sciolti in acqua distillata », attivi sopra filamenti verdi di alghe (specie la « Spirogira nitida ») egli computò, ad esempio per il rame, la diluizione di « uno per mille milioni » (6).

Queste azioni « oligodinamiche » per le quali pressochè tutti i metalli, dopo avere avuto contatto con acqua, impartiscono a questa una azione battericida che è data da tracce infinitesimali di essi rimaste nell'acqua stessa, sono state dimostrate in rapporto alle emolisi che si determinano con argento, piombo ecc. sui globuli rossi sanguigni.

Si tratta, insomma, di azioni evidenti, e di grande importanza biologica, ottenute con dosi le quali sono assolutamente infinitesimali. Nè è possibile mettere in dubbio la serietà delle esperienze, ormai numerosissime e che hanno riferimento anche alla Clinica, aventi per base queste « azioni oligodinamiche ».

Non vi ha dubbio, altresì, che nelle acque contenenti sostanze allo stato « colloidale », queste possono agire potentemente per « azione catalitica », cioè riuscendo eccitatrici di reazioni che avvengono solo in quanto ricevono dai « catalizzatori » l'impulso determinante.

Fino a che punto entri il « biologismo » in tutti questi fenomeni non è certo possibile stabilire. E' certo, però, che « indipendentemente da ogni intervento di vitalismo » (nel senso antico, o recente, di questa parola) della acqua pura distillata messa a contatto con corpi inorganici, quali sono i varii metalli, può dare, e dà, avendo acquisito quantità pressochè imponderabili di essi metalli, fenomeni importantissimi sopra organismi viventi, sia pure primordiali.

Non importa, dunque, quasi affatto la dose o il biologismo; quello che importa si è che vi sia la presenza di determinati metalli, i quali hanno, per determinate cellule, la « azione elettiva ».

Come è noto, l'acqua marina è la soluzione naturale di ben trentadue corpi, secondo Justus Roth, di trentacinque secondo altri (7) mentre tutti ammettono che « varii di questi corpi, anche in proporzioni infinitesimali, hanno una grande importanza nel determinare la azione dell'acqua di mare » (8).

La discussione teorica, dottrinale, intorno al modo di interpretare il meccanimo di azione delle soluzioni isotoniche marine, può dunque dar luogo all'esame e alla valutazione di una serie di ipotesi, in dipendenza di quanto sopra accennato e che si ricongiunge essenzialmente alla «Chemoterapia ».

Credo però che molto più che alla discussione dottrinale si debba lasciare il responso ai risultati controllati dalla Clinica.

BIBLIOGRAFIA

(1) A. GUASTALLA. Studi medici sull'acqua di mare. Presso Angelo Bonfanti, Tipogr. Libraio, Milano 1842. — (2) Gazzetta Medica di Roma,

Digitized by Google

(MALPIGHI), n. 1 del nov. 1906. — (3) P. PICCININI. Le soluzioni isotoniche d'acqua marina. Rivista Sanitaria di Milano, n. 12, dicembre 1906. — (4) L. SABBATANI. Dosi minime, in Archivio di Scienze Biologiche, n. 1-2, del 1921. — (5) F. BATTISTINI. Principi di Chemoterapia in Minerva Medica, n. 33, del 1926. — (6) C. NAEGELI. Ueber die oligodynamische Erscheinungen in lebenden Zellen; in Neue Denkschrift, XXXIII, 1893. — (7) G. CERESOLE. Talassoterapia, nell'opera « Terapia Fisica », Milano 1925. — (8) F. LALESQUE. Thalassotherapie in Bibliothèque de Thérapeutique, Gilbert et Carnot. Baillière ed Fils, Paris.

ATTUALITA'

I. ***La reazione di Kahn per la sifilide.***
II. ***La diatermia della milza nell' asma bronchiale.***
III. ***Gli spirocheti delle vie digerenti.***

I. Un'ennesima reazione sierologica, per la sifilide ci è stata recentemente proposta dallo americano KAHN (1).

Si tratta di una reazione di precipitazione, ed i tre elementi necessarii al suo svolgimento sono: 1) siero in esame; 2) antigeno di Kahn; 3) soluzione fisiologica.

L'antigeno di Kahn è un estratto alcoolico di cuore di bue polverizzato e colesterinizzato. I dettagli di tecnica, per la preparazione di questo antigene si possono leggere nel lavoro originale dell'Autore; ma è più semplice prelevarlo bell'e pronto, commissionandolo alla « The Digestive Ferments Company » Detroit-Michigan, U. S. A.

Il materiale tecnico necessario per la reazione si riduce ad alcune provette per diluizioni; altre provette più piccole per la reazione; pipette da 10 cmc. graduate al decimo, e pipette da 2 ed 1 cmc., graduate al centesimo.

Il siero in esame, ottenuto dopo accurata centrifugazione (deve essere limpido, esente da fibrina, precipitati etc.), va inattivato per mezz'ora a 56°, con le norme consuete.

La soluzione fisiologica (8.5 ‰) dev'essere anch'essa limpida, e possibilmente, sterile.

La temperatura ambiente dev'essere di almeno 25°; temperature maggiori non guastano, ma inferiori ostacolano lo svolgimento della reazione.

La quale richiede una tecnica semplicissima.

In primo tempo si procede alla diluizione dell'antigene con soluzione fisiologica, in corrispondenza del titolo dello antigene stesso.

Dopo dieci minuti dall'avvenuta diluizione, l'antigene è pronto per l'uso.

Si dispongono allora le prove, secondo uno schema di questo genere.

I. PROVA

Provette	I	II	III
Antigene	0.05	0.025	0.0125
Siero in esame	0.15	0.15	0.15

E' bene aggiungere il siero allo antigene, e non viceversa:

II. CONTROLLI

Provette	I	II	III
Antigene	0.05	0.025	0.0125
Soluzione fisiologica	0.15	0.15	0.15

Altri controlli possono essere effettuati con sieri sicuramente positivi, o sicuramente negativi.

Effettuato il miscuglio, le provette si agitano vigorosamente, e si attendono quindici minuti, per leggere il risultato, alla temperatura ambiente suddetta.

La lettura va fatta con buona luce, su fondo oscuro: i sieri Kahn-positivi mostrano una netta precipitazione, i tubi negativi rimangono opalescenti.

Si classifica con ++++ il fortemente positivo e con +++, ++, + le diverse gradazioni di positività.

Se invece del siero si esamina il liquido cefalo-rachidiano, la tecnica varia un poco.

Si centrifuga il liquido, per eliminare detritus, etc.

A 3 cmc. di liquido si aggiungono 2 cmc. di soluzione satura di solfato di ammonio, si rimescola bene e si inattiva per 15' a 56°, poi si centrifuga a grande velocità per separare le globuline precipitate.

Si decanta il liquido soprastante, ed al precipitato si aggiungono 0,3 cmc. di soluzione fisiologica, introducendo la pipetta fino al fondo del tubo per evitare la mescolanza col solfato d'ammonio che può esser rimasto lungo le pareti.

Questa soluzione concentrata di globulina costituisce il materiale per la reazione. Di essa, si aggiungono 0.15 cmc. a 0.01 di antigeno, per ciascuna provetta, e dopo 15' si legge il risultato.

Poichè alcuni antigeni precipitano in presenza del solfato di ammonio, i controlli hanno la maggiore importanza.

Una delle caratteristiche della reazione di Kahn sarebbe quella di poter avere anche un valore quantitativo, misurando la quantità di « unità sifilitiche » (unità Kahn) che il siero del paziente contiene. Si potrebbero quindi sorvegliare passo passo gli effetti del trattamento sugli infermi.

Si opera, a tale scopo, su 8 diluizioni del siero; si è constatato che una serie di questo genere contiene il massimo di diluizione capace di dar precipitato, nella maggor parte dei sieri luetici.

Le diluizioni sono le seguenti:

1) 1:5 (0.2 di siero non diluito, in 0.8 di soluz. fisiologica).
2) 1:10 (0.6 della diluizione precedente, in 0.6 cmc. di soluzione fisiologica);
3) 1:20 (0.2 della diluizione 1:10 in 0.2 di soluzione fisiologica);
4) 1:30 (0.2 della diluizione 1:10 in 0.4 cmc. di soluzione fisiologica);
5) 1:40 (0.1 della diluizione 1:10 in 0.3 cmc. di soluz. fisiologica);
6) 1:50 (0.1 della diluizione 1:10 in 0.4 di soluzione fisiologica);
7) 1:60 (0.1 della diluizione 1:10 in 0.5 cmc. di soluzione fisiologica).

Ad una quantità costante (0.01) di antigene titolato di Kahn, si aggiungono 0.15 cmc. di ciascuna diluizione del siero, in otto tubi da reazione. Si agita per 3 minuti, poi si aggiungono 0.5 cmc. di soluzione fisiologica, e si lascia riposare per 15', dopo i quali si esegue la lettura.

Il numero di unità sifilitiche contenute nel siero del soggetto ci sarebbe dato dalla formola

$$S = 4\ D$$

in cui S rappresenta la potenzialità del siero, D il massimo di diluizione del siero in esame con cui è possibile ottenere una reazione nettamente positiva (++++), e 4 un coefficiente.

Se, ad es. una reazione fortemente positiva si ottiene al massimo con la diluizione 1:5,

$$S = 4 \times 5 = 20 \text{ unità sifilitiche}$$

Ora, si è osservato che un siero che conteneva all'inizio della cura 200 unità sifilitiche, non ne conteneva più di 20, dopo una serie di iniezioni.

Ricordiamo, per altro, le ben note critiche fatte al metodo sifilimetrico del Vernes, che è ormai pressocchè abbandonato; tali critiche riteniamo possano rivolgersi a qualunque metodo sifilimetrico, e neppure quello di Kahn dovrebbe sfuggirvi.

Controlli al metodo di Kahn ce ne sono già stati.

H. LUCY (2), ha eseguito ricerche comparative con la Wassermann su 178.656 (?) casi, trovando esatta concordanza nel 92.62 % dei casi. I sieri anticomplementari non modificherebbero i risultati, e certe affezioni che sogliono dare una Wassermann positiva (scarlattina, tubercolosi, etc.) non eserciterebbero la stessa influenza sulla Kahn. Così pure i sieri emolizzati od inquinati darebbero risultati più attendibili con la Kahn.

S. W. HOWARD (3) pensa che la Wassermann sia più attendibile, ma non si nasconde i vantaggi della Kahn, sopratutto per la semplicità di mezzi, che ne permettono la esecuzione a chiunque.

Noi non abbiamo un'esperienza personale in merito, ed è solo in base a larghissime ricerche di controllo che potrà dirsi una parola sicura sulla attendibilità della nuova reazione, dal punto di vista del suo valore qualitativo. Quanto al tentativo di farne un metodo sifilimetrico, abbiamo già esposto le nostre riserve.

V. M. PALMIERI

***

H. R. GASSUL (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 41) pone in rilievo che le nuove ricerche nel campo dell'anafilassi ci mostrano sempre più come l'asma bronchiale non sia una malattia per sè stante, ma piuttosto una sindrome di ipersensibilità generale, di esaltata capacità reattiva da parte dell'apparato respiratorio verso alcune so-

(1) R. L. KAHN. Serum-diagnosis of Syphilis by precipitation.

(2) H. S. LUCY. *The Hospital Corps Quarterly*, vol. X, fasc. 2.
(3) S. W. HOWARD. *La Semana Medica*, 1926, n. 40.

Digitized by Google

stanze estranee o verso stimolazioni di carattere psichico e fisico. Si tratterebbe in sostanza di una idiopatia tossica costituzionale a carico del sistema nervoso vegetativo.

Le sostanze asmogene, od anafilattogene, sono per lo più proteine, che penetrando per via aerogena nello organismo, lo sensibilizzano, provocando l'accesso asmatico.

Così in questi ultimi tempi la terapia dell'asma si è andata orientando in questo senso, che, non essendo possibile allontanare l'organismo in modo completo e definitivo dalle sostanze asmogene, bisogna immunizzarlo attivamente verso di esse.

Ma nella maggior parte dei casi non è possibile identificare nel singolo individuo la sostanza anafilattogena, e quando si tratta di diverse sostanze riesce pressocchè praticamente inconcepibile il praticare una cura immunitaria polivalente di questo genere.

L'Autore partendo dalla concezione attuale che la formazione degli antigeni e degli anticorpi spetti in modo particolare alla milza, e che d'altra parte l'iperemia attiva favorisce un'esaltazione funzionale dell'organo, ha pensato di trattare gli asmatici con applicazioni diatermiche sulla regione lienale, con 0.8-2.5 Amperès per dose, e per 15-30 sedute.

Le esperienze si sono finora praticate su 60 casi; l'Autore non può dare ancora dei risultati definitivi, ma può dire fin da ora che la diatermia della milza rappresenta uno dei più delicati metodi fisiologici di termopenetrazione, di iperemia attiva e di esaltazione funzionale dell'organo.

V. M. Palmieri

***

III. Il Prof. Giuseppe Sanarelli, che fa tanto onore alla medicina italiana con il suo lavoro pertinace di un trentennio e con la originalità delle sue indagini, ne offre una prova recente in una pubblicazione (*Annali d'Igiene*, marzo 1927), in cui riassume tutta una serie di sue osservazioni microbiologiche sugli spirocheti delle vie digerenti, in specie del colon, in rapporto a quanto è noto per opera di altri ricercatori.

La scoperta degli spirocheti patogeni, agenti di malattie specifiche realizzata in epoca recente, grazie all'uso dell'ultramicroscopio e dei metodi microscopici dell'impregnazione argentica, ha attirata l'attenzione su altri spirocheti, ritenuti generalmente come saprofiti od innocui commensali nella flora cotanto ricca e varia, che è ospite abituale delle ultime porzioni del canale digerente, sopratutto del cieco.

Escherich per il primo nel 1884 indicò, nelle deiezioni di colerosi, la presenza di un grande numero di microrganismi dall'aspetto spirillare, analogamente a quanto si osserva nel contenuto del cavo orale.

Nel 1894, Sanarelli, in occasione di alcune ricerche sui vibrioni intestinali delle cavie, fece un'analoga constatazione nel contenuto intestinale di quegli animali in istato di diarrea.

Nel 1900 Le Dantec ritenne che uno speciale spirochete, notato nelle deiezioni di animali dissenterici sostenesse il processo dissenterico e perciò parlò di una dissenteria da spirocheti. Le osservazioni posteriori, invece, vennero definendo che a quel parassita rinvenuto nella dissenterite non fosse da assegnarsi alcun significato patogeno specifico, perchè si venne osservando anche nel colera nostras, nel colera asiatico, nelle enteriti gangrenose, ulcerose, fetide, emorragiche, nelle diarree infantili, nell'amebiasi cronica, nella lambliosi intestinale, nelle appendiciti, nel carcinoma gastrico. D'altra parte, la presenza di spirocheti fu notata anche allo stato di normale salute nell'apparato digerente di bovini, equini, cani, gatti, volpi, maiali; topi; uccelli; rane; pesci, ostriche.

Fuori dalle vie digerenti, gli spirocheti sono stati notati nelle malattie delle vie respiratorie (broncospirochetosi di Castellani), della bocca (stomatiti ulcerose), nella tubercolosi broncopulmonare specialmente se con emottisi, nelle piorree alveolo-dentarie, nelle amigdaliti, nel noma, nelle peritoniti, nella balanopostite, nell'angina ulcero-membranosa individualizzata da Vincent (in associazione con il bacillo fusiforme, donde il nome di angina fuso-spirillare).

Nelle deiezioni intestinali gli spirocheti assumono una grande varietà di aspetti morfologici: forme ad esse, forme simili alla cifra 3, forme spirillari con ondulazioni di varia sorta. La loro nomenclatura è tuttora empirica, basandosi sulla misurazione dei passi di spira, sul rapporto tra la lunghezza e il numero dei giri di spira.

Non pochi osservatori ritengono che tanto gli spirocheti intestinali o gastrici, quanto quelli bronchiali o pulmonari, appartengono tutti ad un ceppo comune.

Le difficoltà di una classificazione scientifica sono sostenute specialmente dal fatto che gli spirocheti non si erano riusciti sinora ad isolare in cultura pura. Sanarelli vi è pervenuto, riuscendo ad isolare, per due volte in cultura assolutamente pura lo spirochete cecale della cavia e nella memoria ora pubblicata riferisce tutti i particolari delle culture ottenute con la documentazione di parecchie figure illustrative, tra le quali riportiamo una come tipo (vedi fig.), dove si rileva l'aspetto dello spirochete cecale da cultura di 4 giorni.

Dippiù, lo stesso Sanarelli ha notato, che al pari dei vibrioni colerici e di altri microbi enterofili, anche gli spirocheti cecali si presentano dotati di un certo tropismo intestinale. Onde l'insigne batteriologo non esclude che nell'uomo essi siano in grado d'intervenire attivamente anche nella produzione di enteropatie acute o croniche, le quali, bene inteso, pur provenendo da inquinamento del sangue con via d'ingresso rappresentata specialmente dal cavo orale, sono provocate dallo arrivo degli spirocheti, esaltati in virulenza e con potere tossico diretto, causato dallo stesso loro proteide, come si verifica per i gonococchi e meningococchi. L'ambiente intestinale, se ricco di materiali proteici, favorisce l'attecchimento degli spirocheti, sopratutto quando contiene sangue, perchè questi microrganismi sono emofili, oltrechè enterofili. In simili circostanze la loro presenza in grande quantità indica che lo intestino è gravemente infermo, anche se la malattia non è sostenuta primariamente dagli spirocheti. Ciò non esclude che, insistendo troppo la malattia intestinale primitiva, i tessuti rispettivi vengano così menomati nella loro resistenza o difesa contro i processi tossi-infettivi da rendere virulenti e quindi patogeni gli spirocheti, che abitualmente sono commensali indifferenti. Si costituisce così un circolo vizioso tra la enteropatia primaria e quella sopraggiunta per la esaltata virulenza degli spirocheti.

Come si vede, questi recenti studi di Sanarelli aprono un altro capitolo nella patologia microbica, che nei rispetti della clinica interesserà non meno del contributo originale, apportato dallo stesso batteriologo ed igienista nostro nel campo del tifo e del colera.

Andrea Ferrannini

RIVISTE SINTETICHE

LA TUBERCOLOSI DEL FARINGE

Con la denominazione di tubercolosi del faringe si comprendono tutte le lesioni da bacillo di Koch situate in corrispondenza della retro-bocca (velo pendolo, tonsille, parete posteriore del faringe), prescindendo dalle lesioni tubercolari del faringe nasale. Localizzazione specifica piuttosto rara (1 caso su 1.307 tubercolosi nella statistica di Willigk; 14 casi su 1.226 in quella di Heinze), essa è anche meno frequente della tubercolosi laringea (1 caso di tubercolosi faringea su 40 casi di tubercolosi laringea secondo Rosemberg). Più colpita sembra l'età dai 20 ai 40 anni e con prevalenza il sesso maschile; fattori predisponenti possono considerarsi le irritazioni locali (tabacco, alcool, ecc.) e tutte quelle cause che diminuiscono la resistenza organica generale (affaticamento, gravidanza, allattamento, grippe, morbillo, pertosse, tifo, ecc.) così pure gli interventi chirurgici sul faringe (adenotomia, ecc.) e le affezioni faringee di altra natura, luetiche, per es.

Patogenesi. Sebbene si ammetta una localizzazione faringea primitiva, essa è rara e più spesso si tratta di lesioni tubercolari del faringe secondarie a lesioni simili del pulmone. La propagazione al faringe, in tal caso, può avverarsi o per via diretta o per via linfatica o per via sanguigna. E' facile convincersi che la prima maniera di propagazione non sia la più frequente, quando si pensi al gran numero di tubercolosi polmonari e alla relativa rarità della tubercolosi del faringe; così pure eccezionale sembra la propagazione dai gangli linfatici bronchiali, per via retrograda, ai gangli cervicali e di qui alle tonsille e al faringe. Sono emboli bacillari, invece, che pervenendo al faringe per via sanguigna, quivi provocano le ulcerazioni specifiche: questo modo di vedere viene confortato dall'osservazione anatomo-patologica che ogni ulcerazione faringea è sempre preceduta dalla formazione di tubercoli sottomucosi.

Forme cliniche. Si possono distinguere: una forma miliare, una forma caseosa cronica, una forma sclerematosa, una forma larvata e una forma speciale, associata o non a lesioni identiche del volto, il lupus del faringe.

1. *Forma miliare.* Secondaria quasi sempre ad una tubercolosi del polmone piuttosto grave, se ne possono distinguere clinicamente tre tipi prin-

Digitized by Google

cipali: la tubercolosi miliare acuta d'Isambert, la tubercolosi anginosa acutissima di Letulle e la tubercolosi miliare subacuta.

a) Forma miliare acuta d'Isambert. Le lesioni faringee sono precedute dai segni di una granulia generalizzata: temperatura molto alta, con oscillazioni, stato generale molto grave, ecc.; così pure si possono rilevare contemporaneamente altre localizzazioni tubercolari nel laringe, nell'intestino, alle meningi, ecc. L'inizio delle lesioni faringee è contrassegnato da dolori atroci alla deglutizione, sopra tutto alla deglutizione dei liquidi, con irradiazione verso l'orecchio; anche la deglutizione della saliva provoca vivo dolore e perciò l'infermo preferisce lasciarla colare fuori della bocca. Si può, inoltre, osservare riflusso alimentare per il naso, dato che il velopendolo, diventato rigido per l'infiltrazione specifica, non compie più le sue funzioni normali. La voce è alterata e può assumere i caratteri della rinolalia aperta.

All'ispezione, la mucosa della volta palatina appare scolorata; il velopendolo è edematoso e pallido; sulla mucosa della parete posteriore del faringe, ora pallida ora congesta, si vedono numerosi piccoli granuli, simili ai grani di semola o alle uova di pesce, della grandezza di una testa di spillo, grigiastri, disseminati o riuniti a chiazze. In seguito questi granuli diventano giallastri e ad essi si sostituiscono delle ulcerazioni cupoliformi, a margini irregolari e a fondo mammellonato. Si osservano in pari tempo per lo più delle adenopatie cervicali (sotto-angolo-mandibolari o latero-cervicali), indolori, raramente accompagnate da periadenite.

Con l'evolvere della malattia, le ulcerazioni miliari si fondono, formando delle vaste chiazze ulcerate, interessanti il velopendolo, i pilastri palatini, le tonsille e la base della lingua, ulcerazioni ricoperte da mucosità, di aspetto pseudo-membranoso, e che possono approfondarsi producendo imponenti distruzioni, specie dell'ugola, dell'epiglottide, del velopendolo, che può perforarsi, ecc. Possono essere colpiti anche il laringe e le tube, nonchè la cassa timpanica; in uno stadio avanzato, tutta la cavità faringea si trasforma in una vera cloaca.

La durata media della malattia va da 3 a 6 settimane e di regola il malato muore per le localizzazioni miliariche che invadono tutti gli organi.

b) Forma anginosa acutissima di Letulle. A decorso molto più acuto della forma precedente, questa evolve in pochi giorni, avendosi così una vera angina tubercolare acuta ulcerosa, la cui etiologia, per la rapidità stessa di evoluzione, spesso non viene riconosciuta. I segni fisici e funzionali sono simili a quelli della forma precedente, ma più imponenti; la prognosi è anche infausta.

c) Forma subacuta. In questa, le granulazioni miliari del faringe hanno la possibilità di regredire e di cicatrizzare; ben presto però compare una nuova «poussée» di granulia, la quale può a sua volta regredire. In tal modo il decorso dell'affezione può prolungarsi anche per anni e talora, per un processo di sclerosi fibrosa, può aversi una guarigione definitiva

2. *Forma caseosa cronica.* A differenza che nella forma miliare, qui le lesioni anatomo-patologiche sono più circoscritte e prevalgono i processi di caseificazione; inoltre sono colpiti non solo la mucosa, ma anche la sottomucosa e persino lo strato muscolare. E' la forma più comune delle tubercolosi del faringe ed è ad inizio lento, insidioso, specialmente se le lesioni sono circoscritte ad una tonsilla, o al velopendolo o in corrispondenza dei pilastri palatini; in questo stadio la mucosa mostra delle zone infiltrate, zigrinate, leggermente rilevate e circondate da una stretta zona d'iperemia.

In seguito l'esame del faringe fa rilevare delle ulcerazioni, in generale poco numerose, di dimensioni variabili, a margini irregolari, leggermente rilevati, con fondo ricoperto da un intonaco grigiastro, al di sotto del quale si rinvengono numerosi granuli, grossi quanto una testa di spillo, grigiastri o caseificati. L'adenopatia satellite può mancare.

I segni clinici consistono in dolori, talora assenti se le ulcerazioni sono localizzate alle tonsille, talora, violenti, specie alla deglutizione, e irradiantisi all'orecchio; quando è interessato il velopendolo si può avere riflusso nasale degli alimenti e la voce può diventare nasale; la salivazione è abbondante, l'alito fetido. Contemporaneamente lo stato generale si modifica solo quando l'alimentazione è compromessa; si possono vedere allora riacutizzarsi le lesioni polmonari e insediarsi una vera cachessia tubercolare.

L'evoluzione è lenta (7-8 mesi o più); con l'avanzare della malattia si hanno vaste distruzioni dell'ugola, del velopendolo, ecc. e l'ammalato muore per il rapido sviluppo delle lesioni specifiche in altri organi (laringe, intestino, ecc.).

Come varietà cliniche di questa forma, si è descritta una « tubercolosi faringea caseosa subacuta », che evolve in 8-12 settimane, vera tubercolosi galoppante del faringe, e una « forma pseudo-poliposa », nella quale le ulcerazioni si ricoprono di rilevatezze polipiformi dolorose, talora di vere fungosità mollicce, che ricordano l'aspetto delle vegetazioni adenoidi.

3. *Forma sclerematosa.* Forma per lo più primitiva, si localizza prevalentemente al velopendolo e ai pilastri palatini: i tessuti sono infiltrati profondamente, di consistenza dura, quasi cartilaginea. Il dolore, tranne nei periodi di riacutizzazione, è assente; tutt'al più vi è qualche disturbo della deglutizione. Lo stato generale si conserva buono e l'evoluzione è molto lenta; solo raramente si osservano delle ulcerazioni. La prognosi è benigna, ma i tessuti colpiti restano sempre infiltrati e non riacquistano la loro elasticità normale.

4. *Forma larvata.* In questa, le sole tonsille palatine sono in causa: esse appaiono aumentate di volume o anche normali e solo l'istologia patologica può mettervi in evidenza dei tubercoli, situati al di sotto dell'epitelio di rivestimento o anche più profondamente, e dei bacilli di Koch. Si possono distinguere:

a) una forma ipertrofica cronica, dalla quale vengono colpiti per lo più fanciulli e adolescenti, non presentanti altri segni di tubercolosi. L'ipertrofia tonsillare, con la sua superficie liscia o criptica senza ulcerazioni o essudato, non mostra alcun carattere che la contraddistingua in modo particolare. Mancano segni funzionali patologici e lo stato generale è buono, se si eccettuano le alterazioni dipendenti dalla costituzione linfatica di questi infermi (adenopatie, ecc.). Dopo un decorso piuttosto lungo, l'affezione può guarire per un processo di trasformazione fibrosa; oppure può seguire la comparsa di alterazioni polmonari specifiche, che aggravano la prognosi

b) una adenite tonsillare tubercolare (Portmann), caratterizzata da «poussées» congestive delle tonsille, che si accompagnano con reazione ganglionare. Durante queste «poussées» le tonsille ipertrofiche provocano dei disturbi della deglutizione (dolori), della fonazione (alterazioni della pronunzia di alcune lettere, per es. b e d), della respirazione (russare, bocca aperta durante il sonno, tosse stizzosa, fino alla vera soffocazione). All'ispezione le amigdale sono più o meno ipertrofiche, con mucosa arrossata, a superficie regolare, di consistenza molle. Tutto il sistema linfatico faringo-cervicale partecipa alla «poussée» congestiva, ipertrofizzandosi. Lo stato generale è scarsamente colpito: pallore, dimagrimento, lievi alterazioni febbrili.

Tra miglioramenti e riacutizzazioni, questa forma evolve in modo sub-acuto e può trasformarsi nella forma precedente; se le tonsille sono asportate, è frequente la recidiva.

5. *Lupus del faringe.* Sopravviene secondariamente ad un lupus delle fosse nasali, della cavità orale o del laringe e si localizza prevalentemente sull'ugola o sul velopendolo. All'inizio la mucosa appare di colorito violaceo, feccia di vino e in seguito appare infiltrata e sollevata dai caratteristici noduli lupos, ora giallastri, ora di color rosso-vivo. Quando i noduli si caseificano si producono delle ulcerazioni, che non tardano a ricoprirsi di croste giallastre, e che tendono alla cicatrizzazione, residuandone delle cicatrici a forma di strie biancastre.

L'evoluzione è di anni, ma con tendenza alla distruzione delle parti colpite; i disturbi funzionali, tranne una lieve disfagia, sono scarsi.

Diagnosi differenziale. La forma miliare acutissima della tubercolosi faringea può essere facilmente confusa con l'angina strepto-difterica, questa però raramente presenta ulcerazioni e mostra false membrane caratteristiche; l'esame batteriologico dell'essudato, del resto, discriminerà ogni dubbio.

Alla forma miliare acuta sono simili l'angina erpetica, l'angina aftosa e lo zona faringeo, affezioni che, a parte gli altri sintomi, si distingueranno dalla tubercolare per la rapida guarigione.

Dalla forma ulcerosa cronica dovranno differenziarsi le ulcerazioni sifilitiche, sporotricotiche, actinomicotiche, ecc. La sifilide secondaria si distinguerà perchè le ulcerazioni sono molto superficiali, più numerose, di tinta opalina, impiantate su una mucosa rossa; la sifilide terziaria, perchè la mucosa ha un colorito rosso rameico e le ulcerazioni sono a fondo vegetante, a margini netti, tagliati a picco, a contorni più regolari. I criteri sierologici giovano pure alla diagnosi differenziale. Le ulcerazioni della sporotricosi non sono ricoperte da essudato e non sono mutilanti; in esse è positivo l'insemenzamento su terreno di Sabouraud. L'actinomicosi si localizza al faringe solo secondariamente alla fistolizzazione di lesioni cervico-facciali; la morva ha rapida tendenza alla necrosi, l'angina ulcerosa di Vincent ha un decorso più rapido, con fenomeni funzionali e generali meno gravi e le ulcerazioni sono tomentose, ricoperte da un detrito poltaceo, fetido; gli arsenobenzoli inducono rapida guarigione.

La forma sclerematosa può essere confusa con la sifilide gommosa della retro-bocca e con l'epitelioma a forma infiltrativa: la prima affezione è più circoscritta e prima o poi finisce con ulcerarsi; l'epitelioma ha una rapida tendenza alla proliferazione e si accompagna con un'adenopatia caratteristica.

Digitized by Google

Nella forma larvata la diagnosi esatta non è talora possibile che soltanto con la biopsia; nel lupus, invece, non si farà confusione col sifiloma diffuso della retro-bocca, che in generale è più localizzato, unilaterale, colpisce a preferenza la base della lingua ed è a superficie più regolare con infiltrazione dei tessuti più profonda.

In tutti i casi la ricerca batteriologica dell'agente specifico aiuta molto la diagnosi.

CURA. *a*) Nelle *forme evolutive*, la cura è palliativa. Ci si limiterà a calmare i dolori, prescrivendo dei gargarismi con:

Bromuro di sodio	
Resorcina	anagr. 8
Tintura di eucalipto	gr. 15
Glicerina neutra	q. b. p. » 200

Se i dolori sono molto intensi, si ricorrerà alle polverizzazioni con:

Cloridrato di cocaina	
Cloridrato di morfina	anacentigr. 25
Soluzione di adrenalina al ‰	gr. 5
Benzoato di soda	» 8
Alcoolato di menta	» 10
Acqua sterilizzata	q. b. p. » 500

Praticare delle polverizzazioni un quarto d'ora prima dei pasti; lavarsi la bocca con acqua bollita tiepida prima di cominciare a mangiare.

Si possono anche ricoprire, 2-3 volte per settimana, le parti malate, con la seguente polvere:

Cloridrato di cocaina	centigr. 25
Diioformio	
Scuroformio	
Gomma adragante	anagr. 5

Si sopprimeranno dalla alimentazione i brodi, il latte e in genere i liquidi, che sono di difficile deglutizione; la dieta invece sarà semi-liquida: tapioca, zuppe al latte un po' dense, pastine, frutta, ecc. Contemporaneamente si istituirà un trattamento generale, che sarà quello di tutte le tubercolosi evolutive.

b) Nelle *forme torpide* (forma sclerematosa, forma larvata, lupus). si praticherà una cura generale con preparati iodici, arsenicali, fosfati, sali di calcio, olio di fegato di merluzzo e si somministrerà un'alimentazione ricostituente, consigliando anche le cure d'aria e di altitudine.

Localmente, ci si asterrà da ogni intervento attivo nelle «poussée» acute; tutt'al più si prescriveranno dei gargarismi con:

Iodio	gr. 0.30
Ioduro di potassio	» 0.50
Laudano del Sydenham	» 5
Glicerina neutra	» 120

un cucchiaino da caffè in mezzo bicchiere d'acqua bollita tiepida, 3 volte al giorno.

Nell'intervallo tra le «poussées» acute si ricorrerà alla galvano-cauterizzazione, alla diatermia, ai raggi ultravioletti. Per il lupus, il trattamento elettivo è la diatermia o il raschiamento. Dopo quest'ultimo, si faranno applicazioni con un batuffolo di ovatta della seguente soluzione:

Acido lattico	gr. 1
Glicerina neutra	» 5

BIBLIOGRAFIA

DESPONS J. Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, n. 6. 1927. — ESCAT e RIGAUD. Annales des maladies de l'oreille, maggio 1926. — PORTMANN. Annales de Médecine, 1920. — PORTMANN e DESPONS. Société anatomo-clinique de Bordeaux, seduta del 6 dicembre 1926.

A. TARSITANO

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La dilatazione gastrica rispetto alla iperestesia del plesso celiaco. — LEVEN. *Presse Medicale*, n. 29, 1927.

L'A. riferisce quattro casi interessanti di ammalati cui furono diagnosticati processi morbosi gravi sia a carico dello stomaco sia di altri organi, perchè essi presentavano una sintomatologia ingannevole, come di magramento, vertigini, crisi gastriche, oppure tosse stizzosa e dispnea.

L'A. all'osservazione potette constatare trattarsi in tutti i casi di una dilatazione gastrica la quale durante la stazione eretta veniva a provocare uno stiramento del plesso celiaco che o provocava o accentuava la sintomatologia su descritta.

Logicamente il cambiamento di posizione aveva l'effetto di far cessare subito i dolori e gli altri disturbi, mentre nello stesso tempo aveva valore diagnostico preciso poichè dimostrava essere soltanto la trazione esercitata dallo stomaco sul plesso imputabile della sintomatologia.

L'uso di adatte cinture, riuscì nei casi dell'autore a far scomparire disturbi che duravano da lungo tempo.

Trattasi in questi casi di iperestesia del plesso celiaco da dilatazione gastrica: lo stomaco dilatato e abbassato produce uno stiramento sul plesso, che viene mantenuto e si accentua con la posizione

L'A. si serve di questa posizione (dolore segnale) per una diagnosi che viene poi costantemente confermata dalla radiografia.

Su sei casi di singhiozzo grippale contagioso osservati in sei giorni. — MATEESCO. *Paris Médical*, n. 9, 1927.

L'A., nel periodo di 6 giorni, dal 29 dicembre 1924 al 10 gennaio 1925, ha avuto occasione di osservare sei casi di singhiozzo grippale epidemico, nei quali, data la comunanza di vita, si poteva affermare con sicurezza il carattere di contagiosità. In tutti il singhiozzo ebbe inizio bruscamente, con accessi molto intensi e che si ripetevano a intervalli brevissimi; in qualche caso gli accessi erano doppi (nell'inspirazione e nell'espirazione), in qualche altro subentranti e producevano dei disturbi a carico dell'apparecchio respiratorio e generali (cefalea, congestione, agitazione, ecc.) In tutti gli infermi lo stato generale si mantenne buono, nè comparvero alterazioni di altri organi; non si ebbero neppure a lamentare mioclonie degli arti, diplopia, strabismo, ptosi, paresi, iperestesie; sonnolenza ecc.

Contemporaneamente al singhiozzo, gli infermi presentavano catarro naso-faringeo con scarsa secrezione, nella quale all'esame batteriologico fu possibile rilevare streptococchi, stafilococchi e, in due casi, piccoli ammassi di coccobacilli (Pfeiffer); esisteva anche congestione delle tonsille. Nulla di notevole all'esame dell'espettorato; negative le emoculture.

Il trattamento istituito consistette nell'applicazione di compresse di Priessnitz calde sulla regione diaframmatica e nella somministrazione di 1 gr. di antipirina al giorno, per due giorni di seguito; la compressione del frenico al collo, invece, e l'urotropina non avevano dato nessun risultato favorevole.

L'A. crede che, nei suoi casi, si sia trattato di una localizzazione grippale del frenico e emette il dubbio che sia da mettere in questione una forma larvata di encefalite epidemica.

Crisi dolorifiche addominali da anemia perniciosa. — H. BAILEY, Birmingham- Inghil. *The Brit. Med. Jour.*, n. 3429, 1926.

L'A. ha osservato che accanto alle crisi gastriche tabetiche, simulatrici di processi morbosi locali quali l'ulcera gastrica o la pancreatite acuta, esistono anche altre crisi, con sede addominale, le quali sono in stretta dipendenza dalla anemia perniciosa.

Queste crisi consistono in accessi dolorosi accompagnati da vomiti e da rigidità delle pareti dell'addome.

L'A. spiega il meccanismo di questi fenomeni assai semplicemente.

Durante il catabolismo di gran numero di eritrociti, il fegato è stimolato alla produzione e alla secrezione di una quantità grandissima di pigmenti biliari. Questi pigmenti, a causa della loro alta concentrazione precipitano assai rapidamente, dando così origine alla insorgenza di una grave colica epatica.

Queste osservazioni e queste spiegazioni sono fondate su un numero notevolmente grande di ricerche condotte dall'A. direttamente.

Regime ipergrasso e acidosi diabetica. — M. YRIART. *Arch. Argen. de enferm. del Apar. Dig. y de la Nutricion*, giugno 1926, vol. 1, n. 6.

L'A. nell'accurata disamina di numerosissime osservazioni ha notato come il pericolo di acidosi diabetica per regime ipergrasso sia stato enormemente esagerato. Mantenendo i pazienti ad una bassa dieta proteica e al limite di tolleranza per gli idrati di carbonio, si è visto che pur somministrando loro dei grassi in quantità 5-6-7 volte maggiori dei carboidrati, non si è avuto a manifestare nessun caso di acidosi.

L'A. quindi, contrariamente alla comune opinione, ritiene che siano le proteine ad avere notevole importanza nella genesi dell'acidosi in que-

Digitized by Google

stione. Il regime ipergrasso presenta perciò vantaggi evidenti per i diabetici. Esso viene generalmente ben tollerato, nè dà mai origine a disquilibri acido-basici.

Precauzioni consigliabili nella rivaccinazione antivaiolosa. CAMUS. *La Clinique*, n. 71, 1926.

L'A. si occupa di alcune reazioni vacciniche particolarmente vivaci e moleste, che si osservano in individui sottoposti a rivaccinazione antivaiolosa. La larga pustola vaccinica si accompagna, in tali casi, ad edema ed iperemia notevole di tutto l'arto, con reazione linfatica, febbre, malessere generale, ed ha una evoluzione lunga, perfino di parecchie settimane. L'esito è fortunatamente benigno, tuttavia la fenomenologia lunga e sgradita non soltanto aumenta le prevenzioni contro la vaccinazione ma pone anche il medico in una situazione non facile. Camus perciò consiglia alcune precauzioni per evitare incidenti così molesti.

Anzi tutto predisposti a queste reazioni vivaci sono gli individui che da molti anni non hanno subita una vaccinazione, ed anche i soggetti linfatici o affaticati. La regione più esposta a reazioni così intense è la gamba.

La virulenza del vaccino ha poi grande importanza nella genesi degli incidenti: i vaccini più puri, più concentrati, meglio conservati sono molto più attivi di quelli preparati con metodi antiquati o non conservati al riparo dal calore e dalla luce.

In terzo luogo ha importanza la tecnica della vaccinazione: le scarificazioni danno reazione più intensa delle semplici punture. Sicchè praticamente per evitare incidenti: è consigliabile in primo luogo di ripetere ogni tre o quattro anni le vaccinazioni; è indispensabile poi che il medico conosca bene la virulenza del vaccino, anzicchè usare un vaccino qualsiasi a portata di mano; infine, conoscendo vaccino e soggetto il medico sceglierà il metodo di inoculazione che giudicherà più adatto tenendo presente la norma su riferita.

Particolarità della cutireazione nella tubercolosi. — NOBEL. Clinica pediatrica in Wien. *Die extrapulmonale Tuberkulose*, fasc. 7, 1926.

L'ampliata esperienza ha portato alla constatazione seguente: spesse volte in soggetti tubercolosi agiscono positivamente non solo le dermoinoculazioni con tubercolina, ma anche quelle con altre sostanze. Osservazioni di Major e Nobel mostrarono che molti bambini presentano una completa differenza nella reazione tubercolinica e toxidissenterica, e che bambini infetti da tubercolosi mostrano una elevata recettività anche di fronte ad altri veleni.

Quando si tentarono altre iniezioni e più particolarmente quelle di auto-siero, si fu colpiti dal rilevare che quei bambini i quali non presentarono reazione di sorta all'autosiero si mostrarono altresì negativi alla reazione Pirquet-Mantoux, senza che si potesse parlare di un parallelismo tra le due reazioni. L'A. ripetendo le osservazioni si è convinto di non potersi dalla positività della reazione all'auto-siero, trarne sicure deduzioni sulla attività del processo tubercoloso. Tentando le iniezioni intracutanee di siero di cavallo, si è anche constatato non esistere alcun parallelismo tra questa reazione e quella da autosiero. Si è piuttosto propensi a sospettare che il contegno dell'autosiero-reazione nei bambini abbia qualche correlazione con la tubercolosi. Procedendo anche a confronti con l'inoculazione intracutanea di soluzione clorosodica o di brodo, è risultato che ambedue le reazioni sono almeno parzialmente negative in bambini che offrano positiva cutireazione tubercolare. Un gran numero di bambini tubercolo-positivi, senza manifeste tubercolosi aperte, reagiscono in gran parte positivamente ad 1-2 mg. di brodo-glicerina.

In tutti i bambini, tubercolo-negativi con affezioni di altro genere fu negativa la reazione sia clorosodica sia di brodo. Si può affermare che la reattività o recettività di fronte alla tubercolina liberata da albumose, sia alquanto minore che non quella di fronte all'antica Koch-tubercolina: tuttavia al saggio intracutaneo tutti i bambini tubercolino-positivi reagiscono anche positivamente alle tubercoline prive di albumose E' sempre da tener presente nella valutazione il fatto che una reazione non specifica che duri oltre 24 ore, di fronte ai vari corpi albuminici, si constata soltanto in bambini tubercolino-positivi.

Ad ogni modo queste sono ricerche sulle quali bisogna ritornare con molti controlli.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La surrenalectomia nella cangrena spontanea degli arti. — SENÈQUE. *Presse Medicale*, n. 29, 1927.

Si sa (dopo i lavori di Oppel) che esistono in alcuni individui dai 30 ai 40 anni in media delle cangrene dette spontanee degli arti, che starebbero in relazione con una iperadrenalinemia, la quale provocherebbe in primo tempo uno spasmo dei vasi periferici e finalmente — col concorso di modificazioni sanguigne locali — una alterazione della parete vasale con trombosi consecutiva tendente a progredire.

Questa cangrena da iperadrenalinemia, non sarebbe ammessa da alcuni autori, ma pare che la clinica e la terapia chirurgica — consistente nella asportazione dei surreni — diano entrambe ragione ad Oppel.

I casi pubblicati finora sono 110, come rilevasi da una statistica di Herzberg, riportata dall'A., più 6 osservazioni del Leriche in Francia.

La maggior parte di questi ammalati avevano dai 30 ai 50 anni.

Su 112 di essi si sarebbe osservata guarigione (scomparsa del dolore, cicatrizzazione della cangrena) in 14 casi. Per poter affermare guarito un infermo occorre che siano trascorsi almeno due anni e più senza altri attacchi.

Come si vede da questa statistica la percentuale dei guariti non è poi molto numerosa, ma quel che rende fiduciosi è che una maggiore estensione del metodo chirurgico e una più esatta interpetrazione delle cause della cangrena, porteranno maggior luce in questo capitolo.

Come combattere le complicazioni pulmonari postoperatorie. — GMELIN. *Die Therapie des Gegenwart*, 10, 1926.

L'argomento non è nuovo, tuttavia ancora discusso. Fondamentale distinzione è questa: complicazioni pulmonari devolute a perturbamento meccanico delle vie respiratorie o circolatorie; complicazioni provocate da infezioni delle vie respiratorie.

Il primo gruppo si presenta per cresciuta essudazione nei bronchioli e negli alveoli. Clinica ed esperimento concordano nel farne risalire la causa ad irritazione o compartecipazione del peritoneo parietale. Si presenta come bronchite in un elasso tra le 24 ore ed i 5 giorni dopo l'intervento. Le complicazioni pulmonari sono in realtà dipendenti da cachessia, debolezza cardiaca e stati simili. Temperatura fra 38-39. Respiro difficile, ostacolata espettorazione.

Possono stabilirsi zone atelettasiche sia per ostruzione di più o meno grossi rami dell'albero bronchiale da parte dell'essudato, sia per paralisi della muscolare respiratoria, del diaframma in ispecie. Embolie ed infarti s'ingenerano per cause meccaniche del circolo; fatto non raro nelle laparotomie ed a preferenza quelle ginecologiche essendo prive di valvole le vene pelviche. Se minimi gli emboli, grazie alla ricca vascolarità polmonare passano senza sintomi. Se otturati maggiori vasi ecco la formazione di infarti; se settici gli emboli siamo di fronte alla possibilità di ascessi pulmonari. Codeste forme vanno separate da quelle nelle quali, fattori meccanici (narcosi ed operazioni) possono agevolare la penetrazione di germi preesistenti nel polmone.

In quanto ai rapporti di tali complicazioni con il genere di narcosi, le casistiche ben compulsate mostrano non esserci quasi differenze percentuali, a seconda che si tratti di narcosi generale o di anestesia locale. Peraltro volendo invocare influssi, essi si troverebbero non nella qualità del narcotico, bensì nella particolare giacitura imposta all'operando. Senonchè bisogna riconoscere alla qualità del narcotico, ed al metodo per inalazione, anche maggiore influsso sull'insorgere di complicazioni postoperatorie infettive. Se gli uomini sono più facilmente colpiti, non vi è estraneo l'influsso del tabacco sulle vie respiratorie.

La terapia deve dunque precisare il suo indirizzo sulla scorta dei fattori causali. Combattere l'essudazione, favorire l'espettorazione. Nella Clinica del Bier si sono adottate le iniezioni di olio etereo. Esso riesce efficace agli scopi predetti, senza tuttavia potersi attribuire virtù profilattiche sulle ulteriori complicazioni. Esercitazioni respiratorie, precoce abbandono del letto sono anche di buona norma. Ma non si possono trascurare gli eventuali vantaggi delle auto-emo-iniezioni, del salasso, e possibilmente delle applicazioni röntgen. Finalmente sembrerebbe di molto significato tener presente quello che si è osservato in Russia, cioè la frequenza di queste localizzazioni in determinati ambienti operatori; e come esse scomparivano dopo che i padiglioni venivano rinnovati.

Il mesocolon trasverso come sostegno allo stomaco ptosico. — LOSIO, Ospedale Civile Legnano. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 17, 1. 1927.

Scopo di questo contributo è non soltanto di ritornare su qualche personale osservazione che risale al 1923, ma di ripristinare qualche priorità sull'intervento che da un chirurgo russo, il Braizew, sarebbe stato presentato come di propria concezione. Contrario per convinzione alla gastroenterostomia, l'A. ha creduto confacente combattere il vizio statico, mediante una ricostruzione operatoria.

Come è agevole intendere l'A. da un caso all'altro si è studiato di perfezionare la tecnica, venendo così ad ovviare ad alcuni inconvenienti nei quali sarebbe, secondo lui, incorso il citato chirurgo russo.

E' implicito che qui ci si tenga alla tecnica che l'A. ha attuata nel suo ultimo intervento.

Laparotomia mediana dall'angolo epigastrico scendendo fino a due dita trasverse sotto l'ombelico. Il legamento gastro-colico è sezionato fra lacci, ed il mesocolon trasverso è esposto. Arrovesciando fortemente i

Digitized by Google

margini della incisione laparotomica si scolpisce da ambo i lati nel peritoneo parietale, ad un paio di centimetri sopra la linea ombelicale trasversa, una striscia larga due centimetri, e di lunghezza pari all'estensione della linea progettata di adesione parieto-mesocolica. Ciò fatto si tende il mesocolon trasverso, e sopra di esso si stabiliscono esattamente la posizione e la estensione della zona che dovrà essere accollata alla parete.

Dopo di che (partendo dalla parte mediana di questa zona, ed operando separatamente sulle due metà) si trasfigge lungo la zona prestabilita il mesocolon a tutto spessore, mediante un grosso Klemmer chiuso, che viene ripassato due o tre volte, a guisa di passanastro, fino al confine laterale della zona. Le punte del Klemmer escono in corrispondenza della base della detta striscia o benderella peritoneale. Nella trasfissione si dovrà badare che i vasi decorrenti nel meso siano lasciati di sotto del Klemmer, onde non corrano pericolo di esser poi stretti contro la parete addominale Mentre il Klemmer è in posto si passano due o tre anse di seta a tutto spessore nel meso, e si tengono a disposizione per servirsene poi come rinforzo alla fissazione. Si apre il Klemmer, vi si carica sulle punte l'estremo libero della benderella che si trascina dentro le asole create dal Klemmer stesso. Si procede ora sulle anse di seta. Esse sono montate su di un grosso ago con il quale si trapassano nello spessore della parete addominale, per annodarle alla superficie cutanea. Infine l'estremo libero della benderella o striscia si ferma con due o tre punti ai margini della ferita laparotomica, là d'onde era stata originariamente staccata. Chiusura a strati dell'addome.

La descrizione è accompagnata da figure.

Sulla parotite postoperativa. — Kagan e Silbermann, Clinica Chirurgica in Rostow. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 41, 1926.

Su 3665 operazioni diverse questa complicazione viene registrata in 12 casi, e cioè 3 per interventi sull'utero, 3 sull'intestino, 3 per erniotomie, 2 per interventi sullo stomaco, 1 per intervento sulla vagina. Questa complicazione che oggi si prospetta come disfunzione dell'apparato incretivo, fu da altri osservatori calcolata a 72 % delle operazioni, specialmente ginecologiche, mentre qui si arresterebbe soltanto al 25 %.

Constatato il fatto sorge il quesito della interpretazione; giacchè come si sa, sono controverse le opinioni sulla genesi della complicazione. Cioè: endocrinogena, stomatogena, traumatogena, neurogena etc.

Queste varie teorie, secondo gli AA. non suffragano, nè riescono a minorare l'importanza della teoria più attendibile, cioè quella embolobatterica, della quale essi sono sostenitori.

Questa convinzione deriva loro da ricerche anatomiche eseguite sui cadaveri, con risultati che non ci sembrano punto nuovi. Sono 8 cadaveri, 16 parotidi dunque iniettate secondo Teichmann. Hanno constatata la ricchezza di vasi penetranti dalla parete capsulare posteriore, per suddividersi in piccoli rami, alcuni dei quali si anastomizzano con i rami della carotide esterna. Questa ricchezza vascolare proviene in parte dalla carotide esterna, per lo più da divisione della mascellare interna, senza con ciò restare esclusa la provenienza della trasversa della faccia. Siccome intimo rapporto esiste tra questa irrorazione e quella del massetere, bisognerebbe vedere nella contrazione di quest'ultimo un meccanismo molto favorevole alla genesi embolica della parotite.

PEDIATRIA

La pneumonite caseosa del lattante.— Ch. Gardère e Schoen. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 febbraio 1927.

Contrariamente alla opinione della maggior parte degli AA., la pneumonite caseosa del lattante è affezione relativamente frequente, specie durante il primo anno di vita. E' importante, dal punto di vista diagnostico, di non confonderla con le forme pseudo-lobari della broncopneumonite tubercolare o con le forme croniche della tubercolosi ulcero-caseosa; essa, però, può costituire talora una delle forme della lesione iniziale della tubercolosi polmonare.

Anatomo-patologicamente, l'aspetto delle lesioni è caratteristico: tubercolosi massiva caseosa lobare, corrispondente ai diversi tipi dell'infiltrazione gelatiniforme, dell'infiltrazione bianca di Ribadeau-Dumas, ecc. Il focolaio pnuemonitico si caseifica rapidamente, con formazione di caverne voluminose; spesso, come scena terminale, si osserva una broncopneumonite o una miliare.

La sintomatologia assume due diversi aspetti: l'uno, a inizio violento, che ricorda quello della pneumonite franca, con persistenza della febbre e dei segni fisici e rapida comparsa dei segni cavitari; l'altro, più frequente, a sintomatologia meno acuta, insidiosa, caratterizzata da un profondo scadimento dello stato generale, da segni fisici che si possono mettere in evidenza solo ricercandoli con grande accuratezza, e da temperatura subfebbrile irregolare. Per la diagnosi esatta di quest'ultima forma è indispensabile la radioscopia.

L'evoluzione di questa affezione varia da due a tre mesi, e la diagnosi, facile nel periodo terminale (segni cavitari, bacilli di Koch nell'espettorato o nelle feci), è invece molto difficile all'inizio. Bisogna scartare, infatti, l'ipotesi di pneumoniti franche in individui tubercolotici, di pneumoniti croniche, di pneumoniti tubercolari curabili, come si possono anche osservare nel lattante.

La prognosi è fatale; le direttive terapeutiche non possono essere che di ordine profilattico..

Le infezioni urinarie dei lattanti. — A. Dufourt. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 febbraio 1927.

Le infezioni urinarie dei lattanti sono piuttosto frequenti e colpiscono in prevalenza il sesso femminile, fatto questo che si può spiegare, secondo l'A., solo ammettendo un'origine ascendente di dette infezioni; la teoria dell'infezione per via ematogena, infatti, non può spiegare tutti i casi. Tra i fattori predisponenti più recentemente studiati sono da ricordarsi in particolar modo gli stati di acidosi e di avitaminosi.

L'agente patogeno in questione, tranne casi eccezionali, è il colibacillo. Le lesioni riscontrate alla autopsia sembrano provare che abitualmente tutto l'albero urinario è infettato.

La sintomatologia è delle più vaghe: il pallore, la perdita di peso, l'insonnia, l'anoressia, la febbre, sono i segni più costanti; talora si notano disturbi digestivi o disturbi nervosi impressionanti. I segni locali (minzioni dolorose, ecc.) sono in genere scarsi.

La diagnosi di certezza sarà posta solo dopo un esame dell'urina raccolta asetticamente.

La cura consiste sopra tutto nella somministrazione di sostanze alcaline e degli antisettici che si eliminano per l'urina; talora danno buoni risultati i vaccini e la batteriofagoterapia.

La prognosi varia a seconda delle forme cliniche; per lo più è benigna.

La diagnosi batteriologica della tubercolosi polmonare dei bambini con l'esame del contenuto gastrico. — Armand-Delille e Vibert. *La Presse Médicale*, n. 23, 1927.

Gli AA., tenendo presente le difficoltà che si incontrano per la ricerca del b. di Koch nei bambini i quali non sanno espettorare, ha applicato sistematicamente a tale scopo il metodo di Meunier, consistente nella centrifugazione del contenuto gastrico estratto con la sonda a digiuno e nell'allestimento di preparati dal centrifugato, previa omogeneizzazione. Con questa tecnica, gli AA. hanno ottenuto il 31 % di risultati positivi in lattanti e in bambini, i quali, per altre ragioni, erano da considerarsi come sospetti di tubercolosi, In alcuni malati, anzi, nè alcun segno fisico nè l'esame Roentgen permettevano di supporre l'esistenza di una lesione polmonare aperta e solo la conoscenza del contagio familiare aveva fatto praticare la ricerca.

Gli AA. insistono sulla facilità della tecnica, la quale sembra loro molto più semplice e precisa della ricerca del b. di Koch nelle feci e sul grande valore dei loro risultati dal punto di vista dell'accertamento della tubercolosi dei bambini.

Sulla curva glicemica nel bambino durante il digiuno prolungato. — G. Tosi, R. Ciinica Pediatrica di Pavia. *La Clinica Pediatrica*, ottobre 1926.

La curva glicemica, mentre nei bambini divezzati si abbassa e raggiunge il suo minimum entro la 48ª ora ed anche più tardi, nei lattanti si abbassa già nelle prime 24 ore di digiuno. A partire dal punto in cui il tasso glicemico ha toccato la sua soglia (limite compatibile) si determina un aumento della glicemia per urgente richiamo di glucosio nel sangue. Questa fase di ripresa della curva glicemica si verifica in modo più spiccato e costante nei lattanti.

Esiste una reale e stretta relazione fra consumo di carboidrati, bisogno di energia, entità di materiali di riserva e tolleranza individuale. Su questo equilibrio influisce sensibilmente l'età del bambino, in relazione al fatto che col variare dell'età variano pure le proporzioni fra peso e superficie del corpo. Da questo studio complessivo emerge che i bambini divezzati possono senza danno apparente o reale essere tenuti a dieta idrica per un massimo di 50 ore, ed i lattanti invece fino ad un massimo di 24-30 ore.

OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Su di un caso di lesione radioterapica tardiva del laringe.— Jes Jessen. *Acta Oto-laryngologica*, fasc. 2, vol. X.

In un infermo curato con i raggi X per un cancro laringeo, l'A. ha riscontrato, dopo recidiva del cancro, una lesione, nella regione stessa del laringe che era stata esposta alle radiazioni, la quale presentava i caratteri di una alterazione radioterapica tardiva al primo stadio. Dal punto di vista morfologico, infatti questa lesione mostrava una serie di alterazioni istologiche, contemporaneamente di carattere irritativo e necrotico

Digitized by Google

(degenerazione dell'epitelio; qua e là proliferazione di cellule erranti e fisse; in qualche altro punto degenerazione e necrosi delle cellule e delle fibrille connettivali; dilatazione dei vasi capillari). Sebbene considerate isolatamente queste alterazioni non hanno nulla di caratteristico, pure, considerate nel loro insieme, formano un quadro speciale proprio delle lesioni radioterapiche tardive.

L'A. crede molto importante di poter sorprendere queste lesioni al loro inizio e ritiene che esse sarebbero notate più frequentemente se, nelle autopsie, si pensasse alla loro possibile eventualità e si ponesse mente a ricercarle.

La rinite leprosa. — G. PORTMANN e H. RETROUVEY. *Acta oto-laryngologica*, fasc. 2, vol. X.

Nella lebbra, e sopra tutto nella lebbra cutanea o mista, sono assai frequenti, come risulta dalla casistica degli AA., le lesioni nasali. Tra queste, abbastanza precoci sono le epistassi, spontanee o provocate con una leggera irritazione locale; la secrezione muco-purulenta, inoltre, si accumula nelle fosse nasali determinando una ostruzione di esse più o meno accentuata. La mucosa nasale appare in genere ipertrofica, ma in certi casi presenta invece lesioni atrofiche; si riscontrano inoltre diminuzione del senso dell'odorato, fino all'anosmia completa, e zone di anestesia al tatto e alla temperatura, localizzate a livello del setto e del cornetto inferiore.

All'esame obiettivo di questi infermi, si possono osservare lesioni esterne del naso, varie a seconda che il processo leproso avrà prodotto un'infiltrazione dei tegumenti o una perdita di sostanza coinvolgente anche la parte cartilaginea della pinna nasale; a questi segni esterni si accompagneranno poi tutti gli altri, cui è dovuto l'aspetto leonino di questi malati. Le lesioni endonasali sono invece caratterizzate da una congestione diffusa della pituitaria, riacutizzantesi ad ogni riaccensione delle alterazioni leprose cutanee, la quale si accompagna con infiltrazione diffusa o localizzata; in questo ultimo caso si ha la vera gomma leprosa che tende ad ulcerarsi.

S'intende che una diagnosi di certezza delle dette lesioni è fondata sulla ricerca del b. di Hansen nel muco nasale e talora addirittura sull'esame biopsico.

La profilassi della foruncolosi dell'orecchio. — F. NOLTENIUS, Montevideo. *Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1926, n. 43.

Mentre le mucose hanno bisogno dell'umidità, l'epidermide ha invece bisogno di rimanere asciutta, ed infatti un inumidimento prolungato della cute porta alla desquamazione, ed alla penetrazione dei germi nelle soluzioni di continuo che ne risultano.

Poichè nelle vie uditive più strette l'acqua penetratavi può difficilmente evaporare, il condotto uditivo viene naturalmente protetto dalla secrezione del cerume. Il cerume ha elementi costitutivi che — al contrario del sebo cutaneo — non si sciolgono in molti solventi (etere, xilolo, cloroformio); e l'acqua non aderisce alla sua superficie. Il condotto uditivo sano non deve mai essere schizzettato, affinchè non venga completamente allontanato il cerume. Poichè il cerume spesso può mancare, se il condotto uditivo viene lavato con una soluzione acquosa, deve essere subito disseccato con alcool, per evitare un eczema od una otite esterna.

Le paste all'acido acetico portate nell'orecchio, nelle otiti esterne, rammollendo l'epidermide leniscono i dolori, ed accelerano la suppurazione, ma creando un ambiente umido, favoriscono anche la riproduzione dei batterii e indeboliscono la forza di resistenza dell'epidermide.

I foruncoli dell'orecchio si combattono ripulendo meccanicamente il condotto uditivo, e risciacquando cautamente con alcool, affinchè venga eliminata l'acqua. Poi l'orecchio viene due volte al giorno trattato per mezz'ora col calore irradiante molto intenso, con la lampada Sollux, di Hanau, o nel seguente modo: su di un pezzo di cartone viene fatto un buco rotondo della grandezza di una palma di mano; poi il cartone viene collocato sulla testa in modo che l'orecchio e la zona periauricolare rimangano nel buco; allora una forte sorgente luminosa (lampada elettrica a mezzo watt, o a spirito, o a gas), viene avvicinata allo orecchio alla distanza minima a cui il calore può essere sopportato.

Il primo giorno si può avere infiammazione ed esacerbazione del dolore, ma bisogna continuare egualmente, per quanto con prudenza, il trattamento.

Si tratta insomma di provocare una iperemia attiva che rafforzi i poteri di resistenza dei tessuti.

UROLOGIA

Un nuovo apparecchio per l'estrazione di calcoli ureterali attraverso l'uretra. — W. COUNCILL. *The Journal of Amer. Med. Assoc.*, vol. 86, n. 25, 1926.

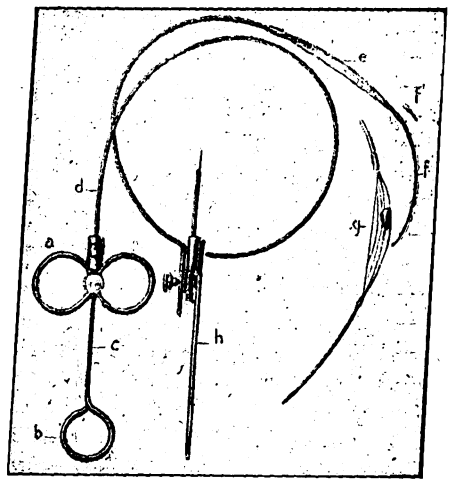
Per l'estrazione di calcoli dall'uretere attraverso l'uretra l'A. ha ideato un apparecchio che è stato usato con molto successo in numerosi casi.

La figura mostra uno strumento flessibile formato di 5 parti principali: un manubrio, *a*, connesso ad un'assicella centrale, *c*, che termina con un anello *b*; l'assicella è scavata da una gronda si che *a* e *b* possono essere, secondo i bisogni, allontanati e avvicinati. Con questo movimento la filiera *e* viene espansa e poi distesa in modo da comprendere e tenere fisso fra i suoi filamenti il calcolo in questione. Una spirale metallica, *d*, serve a stabilire la connessione fra il manubrio e la filiera.

Prima dell'estrazione è necessario prendere un roentgengramma per mostrare la posizione e la grandezza del calcolo, e un pielogramma per determinare la grandezza e le condizioni dell'uretere. Se si trovano restringimenti, bisogna dilatarli prima di procedere oltre.

Quando l'uretere è stato sufficientemente dilatato, come è confermato da un secondo pielogramma, si può procedere all'estrazione. Al paziente si dànno mg. 16 di morfina e mg. 0.6 di scopolamina.

Si introduce un cistoscopio e quindi il catetere ureterale. Nel catetere si inietta e si lascia per 10 minuti una soluzione al 4 % di procaina. Quindi si inietta dell'olio d'oliva finchè non si rende trattabile



la regione renale. Il catetere è estratto e l'estrattore introdotto in sua vece, sempre con l'aiuto del cistoscopio. Un nuovo roentgengramma viene preso per mostrare la relazione fra l'apparecchio e il calcolo. Quando questa è trovata opportuna, la filiera viene aperta mediante tensione del manubrio *a* (che si avvicina a *b*) in modo che il calcolo viene preso fra i filamenti.

Si smonta quindi il manubrio, si porta via il cistoscopio e in ultimo l'estrattore col calcolo prigioniero.

La ricerca uretero-pielografica nella nefrite ematurica. — ROLANDO, Ospedale Galliera, Genova.

Crede l'A. che compulsando la bibliografia sulla nefrite ematurica si resti meravigliati nel constatare che i casi pubblicati non sempre siano corredati da un esame urologico completo, difettando specialmente di ricerche uretero-pielografiche. Invece nei casi di ematuria renale, specialmente senza coaguli (riferibile per lo più ad una nefrite ematurica, giusta l'esatta indicazione di Marion) sia conveniente non trascurare l'uretero-pielografia.

Grazie a quest'ultima l'A. ha potuto ricostruire la successione morbosa: genicolatura dell'uretere, idronefrosi iniziale, focolaio di nefrite emorragica al terzo superiore del rene.

Un uomo di 55 a. senza precedenti aveva da tre mesi ematuria incostante, senza mai coaguli. Negativa la radiografia per calcoli; vescica cistoscopicamente sana; dalla papilla ureterica destra abbondanti eiaculazioni ematiche. Negativa la ricerca per la tubercolosi. Alla pielografia: uretere destro con ginocchiatura di circa 120° in corrispondenza della terza lombare. Pelvi renale a livello tra 2ª-3ª lombare ed apparisce lievemente dilatata; calice superiore con uno strozzamento nella sua parte iniziale.

Intervento: presenza di ginocchiatura e di nodulo sospetto neoplastico. Asportazione del rene.

All'esame microscopico, il rene di questo paziente, campo di errata diagnosi presenta soltanto una zona assai circoscritta di nefrite parenchimatosa a livello del terzo superiore.

Purtroppo, caso istruttivo!

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Seduta dell' 11 giugno 1926

Presid.: Prof. GAIFAMI

Tema generale: *La febbre melitense nei rapporti con lo stato puerperale.*

Iannello A. (di Castel San Giorgio). Ha osservati 4 casi e li riferisce ampiamente, corredandoli di considerazioni generali sulla diagnosi e sulla cura. Un caso è sopratutto interessante perchè la cura vaccinica eseguita ad alte dosi troncò presto una melitense insorta al III mese di gravidanza, ma poi si ebbe nel puerperio una riaccensione in forma grave, durata due mesi. Il benessere seguito fu poi turbato da una nuova gravidanza che terminò al VII mese e fu anche questa volta il puerperio segnalato da un peggioramento a forma tifosa, durato oltre due mesi.

Degli altri casi in uno l'infezione seguì ad un aborto al III mese; negli altri 7 e 4 giorni rispettivamente dopo un parto spontaneo a termine.

Solo nell'ultimo caso, edotto dai precedenti la diagnosi fu precoce; in tutti gli altri per molto tempo fu pensato a forma di infezione puerperale e si praticarono invano cure relative. Purtroppo però le cure specifiche non diedero risultati brillanti, nè col siero nè col vaccino, tolto il I caso su detto in cui fu usata una dose molto forte, ma a cui seguì una reazione che impressionò talmente l'ammalata da rifiutare in seguito la ripetizione della cura vaccinica.

Colorni. Ha osservato di recente una puerpera febbricitante da tre settimane; mancando ogni lesione genitale pensò alla melitense e la sierodiagnosi fu positiva; tanto in questo caso come in altri fuori della gravidanza egli restò colpito dalle condizioni generali relativamente buone, non ostante le temperature elevate, ed ebbe ottimo effetto dal vaccino.

De Pace. Ricorda il contributo, dato molti anni fa da Lastaria, che per primo segnalò la possibilità di equivoci diagnostici. Per suo conto vide solo un caso in cui sospettò la melitense in una puerpera con localizzazioni articolari e pleuriche; ma in mancanza della prova sierologica non può portare un contributo sicuro.

Giamporcaro. Vide pure una melitense in puerperio 5 anni e trovò solo vantaggio con la cura arsenicale.

Clemente. Ha osservati due casi. Uno nel corso di una gravidanza in pluripara nella quale la cura fu presto efficace e in cui la gravidanza andò a termine con un feto però iponutrito e tale rimasto oltre un anno. Un altro caso è notevole per l'inizio con delle localizzazioni mammarie presto cedute a cure topiche ma poi seguite da forma febbrile riconosciuta al III settenario come melitense. La cura risultò efficace con la mangianasi protratta anche dopo lo sfebbramento.

Tripputi. Richiama l'attenzione sulla necessaria serietà degli esami sierologici, sulla opportunità di dare valore solo alle agglutinazioni oltre 1 su 500, sulla necessità di usare sieri inattivati. Insiste sulla emocultura la quale è spesso positiva e rende possibile l'autovaccino.

Iannello. La ipotesi che nei casi con aborto si tratti di infez. da Bang invece che di Bruce è suggestiva ma attende conferma, nel suo caso di aborto si trattava però certo di melitense da Bruce.

E' sorpreso delle guarigioni col vaccino nei casi della Puglia mentre nel suo paese esso restò inefficace; forse è questione di stipiti diversi. Le forme riviste da lui anche erano tutte gravi con nocumento pure dello stato generale.

Gaifami. Compiacciuto del largo contributo apportato oralmente dai soci presenti, riassume i casi comunicati per iscritto.

De Pace I. Osservò la esplosione di una febbre elevata in puerperio dopo un parto operativo (rivolgimento); dopo quasi un mese di cure rivolte ad una presunta infezione puerperale fu pensato alla melitense con esame sierologico positivo.

Volpe A. In una puerpera già alzata da letto dopo parto spontaneo insorsero febbri elevate con brividi e vomito; trattandosi di vecchia malarica fu tentata la cura chininica e nell'insuccesso di essa dopo tre settimane di malattia la prova sierologica riuscì positiva per il b. di Bruce. La guarigione fu rapida dopo l'iniezione endovenosa di stomosina antimelitense.

D'Erchia. In un caso seguito col Dr. Albanese (di Cerignola) la melitense si manifestò in III giornata di puerperio e dimostrò una resistenza notevole alle cure vacciniche cedendo solo dopo 25 giorni; così da far pensare che il puerperio abbia reso la infezione più virulenta.

Giubba E. Al III mese di gravidanza delle febbri insorte in donna dapprima sana furono interpretate come influenzali, dopo circa una settimana si ebbe l'aborto con metrorragia grave. Dopo alcuni giorni di apiressia le febbri si fecero più violente facendo sospettare una infezione puerperale dato che c'era stato un raschiamento dell'utero ma fu invece accertata la melitense guarita presto col siero.

Pesce A. In una gravida al IV mese delle febbri prima credute influenzali poi malariche si chiarirono come da melitense (Sierodiagnosi positiva per il Bruce 1 su 200), la cura con le stomosine endomuscolari ebbe presto ragione delle febbri e la gravidanza decorse regolarmente fino a termine.

Guerrin Valmale (Marsiglia). In una primipara al III mese di gravidanza febbri elevate riconosciute di origine maltese solo dopo un mese. Al IV mese e mezzo aborto spontaneo con feto morto da giorni. Dopo due giorni le febbri dapprima mitigatesi si riesacerbarono durando ancora due mesi.

Inoltre il Dr. P. Follieri di Foggia scrisse di avere avuti due casi di esplosione in forma grave di melitense nel puerperio, ma senza dare particolari sicchè non possiamo tenerne conto.

Un nuovo caso può comunicare egli stesso osservato in questi giorni e che quindi va aggiunto ai primi due dall'O. già riferiti in altra sede (Accademia Pugliese di Scienze, febbraio 1926).

Si tratta di una pluripara affetta da più mesi da febbri a tipo ondulante diagnosticate come da Melitense nel corso delle quali aveva esperimentato il cambiamento di clima. Rimasta gravida abortì al II mese in modo incompleto sicchè dopo circa un mese per la metrorragia dovetti procedere allo svuotamento strumentale dell'utero; in assenza di altre cause (la donna aveva avute altre tre gravidanze regolari prima della Maltese) è verosimile che l'aborto attuale sia da riportare alla malattia.

Riunendo quindi i suoi tre casi personali ai 7 comunicati oggi alla Società, e ai sei riassunti dalle comunicazioni scritte si dispone di un materiale di 16 casi di Melitense nello stato puerperale. Se ne deduce che la comparsa di febbri di Malta nel uerperio rappresenta in queste regioni un fatto abbastanza frequente e tale che conviene pensarci più che non si sia fatto dai più fin qui.

Una seconda osservazione può farsi circa le conseguenze della melitense sul decorso della gravidanza.

Se escludiamo i casi riconosciuti solo in puerperio e prima asintomatici troviamo che tre volte la gravidanza proseguì indisturbata al termine; ma in 4 casi si ebbe aborto ed in un V parto prematuro. Ossia si vede che è possibile tanto l'uno che l'altro evento. Anche un'altra constatazione deriva e cioè che possiamo e dobbiamo come in altre complicazioni della gravidanza (es. tipico la malaria) apprestare i mezzi di cura senza preoccuparci della coesistente gravidanza.

Merlini. *La ereditarietà dei fibromi.*

Colorni. *Inversione puerperale dell'utero guarita con autoeliminazione.* — Riferisce di un caso veduto dopo circa un mese dal parto e nel quale riconobbe trattarsi di una inversione dell'utero. Trovandosi già avanzato un processo di gangrena non credette di fare alcun intervento e seppe che avvenne poi la eliminazione a frammenti della massa uterina con successivo ristabilimento della donna che fu visitata giorni fa (a distanza di 4 mesi dalla I visita) e trovata portatrice di un monconcino di collo.

Colorni. *Per la cura della endometrite catarrale.* — Di fronte alla frequenza delle donne sofferenti di leucorrea da endometrite acquisterebbe importanza un metodo di cura efficace. Ricorda i vari tentativi fatti nell'ultimo quarto di secolo dal raschiamento, che depreca, alla amputazione del collo e a tutte le varie modalità di medicazioni endouterine dal blu di metile allo iodio. Egli ha trovato i migliori vantaggi istillando con la siringa di Braum del liquido di Calot un po' modificato (olio 70, etere 30, iodoformio 6, creosoto 3, gomenolo 4).

Usa anche delle causticazioni endouterine sopratutto col nitrato di argento e si serve con vantaggio di speciali portatamponi di acciaio flessibili.

Gaifami. Tiene sopratutto a far rilevare la necessità di ridurre al minimo ogni manovra endouterina. Le teme sopratutto nelle mani dei medici pratici che tenderebbero a generalizzarle con certo danno anche perchè non sempre è facile identificare la causa della leucorrea, da quella psichica a quella cervicale o annessiale o vaginale od ormonica costituzionale, che sono certo più frequenti di quelle pure endometriali.

Cetroni *Gli endometriomi e endometriomiomi.*

De Candia. *La colesterina nel sangue materno, fetale, retroplacentare.* — Servendosi del metodo di Grigaut, studiò il sangue della madre prendendolo dal braccio, il sangue retroplacentare e il sangue del funicolo.

I valori nel sangue retroplacentare vanno da 0.196 % a 0.340 %; nel sangue del braccio da 0.205 % a 0.350 %, nel sangue fetale da 0.054 a 0.165 %.

Digitized by Google

CELEBRAZIONI CENTENARIE

LORD LISTER
(1827-1927)

Ha avuto luogo, a Londra, dal 4 al 7 aprile u. s., la celebrazione del centenario della nascita di Lister. Convennero alla solenne cerimonia tutti i delegati delle nazioni europee, del Canadà, dell'Australia, delle Indie e dell'Africa del Sud; per l'Italia vi partecipò il prof. Roberto Alessandri, direttore della R. Clinica chirurgica di Roma. Il giorno 4, i delegati furono ricevuti dal Re a Buckingam Palace; quivi sir Ernest Rutherford, presidente della Royal Society, lumeggiò la figura di Lister al Sovrano, che rispose dando il saluto dell'Inghilterra ai convenuti. Nella successiva riunione della Società listeriana, tenuta al King 's College Hospital, sir Watson Cheyne, che fu assistente di Lister, ricordò le diverse vicende della vita del suo Maestro; nella serata, poi, ebbe luogo un gran ricevimento alla Società Reale di Medicina, durante il quale sir Saint Clair Thomson ricordò Lister con una conferenza dal titolo: "Ricordi di un chirurgo assistente".

Il martedì, 5 aprile, i delegati furono ricevuti dal presidente del consiglio dei Ministri, Baldwin, alla "British medical Association" e quivi parlarono, a nome dei delegati stranieri, il prof. H. Hartmann, di Parigi, e il prof. Max von Gruber, di Monaco. La giornata si chiuse con un ricevimento al Collegio reale dei Chirurgi e con un banchetto al "Merchant Taylor' s Company". Il giorno seguente, dopo una cerimonia all'abbazia di Westminster e dopo di aver deposto delle corone sulla tomba di Lister, i delegati convennero alla Società Reale di Medicina, dove sir Charles Sherrington parlò di "Lister fisiologo", il prof. William Bullock di "Lister batteriologo,, e sir Berkeley Moynihan di "Lister chirurgo". I delegati quindi assistettero alla proiezione di una cinematografia scientifica del dott. Canti e visitarono l'annessa esposizione di cimeli, tra cui alcuni listeriani.

L'ultimo giorno, 7 aprile, ebbe luogo un ricevimento al "Wellcome Historical Medical Museum", dove era stato organizzata un'esposizione di ricordi ed oggetti appartenenti a Lister. Vi furono discorsi di sir Watson Cheyne, di sir Saint Clair Thomson, del prof. Young e dei prof. Pasteur Vallery-Radot.

Oltre che a Londra, quasi contemporaneamente, Lister è stato commemorato a Glascow, nella cui Università e Reale Infermeria Lord Lister trascorse vari anni, a Upton (Essex), di lui paese nativo, a Toronto (Canadà) e altrove.

***

Per noi maturi, o sul declivio, materiati di ricordi, evocatori del giovanile nostro anelito di sapere, basterebbe, al cospetto della austera magnificenza onde oggi l'Inghilterra tramanda ai posteri la celebrazione centenaria, richiamare il nome di LORD LISTER, senza dilungarci nell'intesserne il pensiero e l'azione, la preparazione e la vittoria.

Noi frequentatori degli Atenei di oltre un quarantennio, possiamo dirci spettatori di una delle più grandi rivolte ideali; del passaggio dall'èra preantisettica a quella Listeriana. Rinascita quella sulla quale, tra molte, giganteggiavano due figure: LISTER e PASTEUR; e di quel culto, che assurgeva alla dignità di una religione, erano assertori e propulsori i nostri Maestri di quel tempo — scomparsi anch'essi la più parte dalla ribalta — non senza lasciarci il retaggio di questo culto.

Fu quello, come si diceva, un periodo di trapasso della Chirurgia operativa dal dominio della estetica, alla fattività della etiopatogenesi, alla combattività contro i perturbatori della finalità ultime e più alte di nostra scienza: la reintegrazione, quanto più riportata alla normalità dell'evoluzione biologica dei tessuti viventi. Sulle vie di tale conquista, se non unici di certo superanti per vividezza di irradiazione, risplendevano quei due fari LISTER, PASTEUR; le cui ombre luminose oggi si raccolgono, per ancora tramandarle alla posterità.

Ma la Stampa vive dell'ora che volge; e del passato onde noi fummo spettatori, si fa ora ricostruttrice, per gli studiosi nuovi; tanto più meritamente a veder nostro, in quanto, dopo un periodo nel quale tendenze nuove avevan segnato un indirizzo che, pur rispettando le conquiste dell'*antisepsi*, ne confinava alla storia molta parte, per l'avanzarsi dell'*asepsi* — l'aspra esperienza del flagello bellico ha fornita una riviviscenza del passato listeriano, comunque modellato a più moderne esigenze — contemperando nella più giusta misura ogni eccessiva intransigenza tra' due indirizzi; mostrandone la solidarietà ultima con quel senso di ecclettismo, che ai superficiali può apparire quiescenza, agli intenditori invece panteismo sereno, senza del quale niuna scienza meriterebbe di esser così designata.

Ma ai nuovi ed ai futuri la rievocazione centenaria, quando si incardinasse soltanto sulla parte che si direbbe manuolità della pratica Listeriana, riescirebbe assolutamente sterile di esempio. Perocchè LISTER, come nella sua sagoma corporea aristocraticamente intellettuale, dove par si riveli la introspezione di una esistenza di lavoro e di equilibrata perfettività, ha altresì una sagoma morale nettamente scolpita; ma curriculum nel quale si possono riconoscere gli sforzi di affinamento intellettuale, le basi culturali, sul quale sarebbe poi surto l'edificio. A differenza del simbolico costruttore ibseniano, l'Uomo del quale oggi le società civili commemorano l'opera va specialmente esemplificato a coloro i quali serbano ancora il concetto sorpassato che la chirurgia sia un'arte soltanto, e che a superare basti essere abili manipolatori!

In realtà la storia della vita scientifica di LISTER, riassunta con la sobrietà che si richiede, da conferenzieri ciascuno quanto l'altro eminenti — ho detto Sir Sherrington, Bulloch, Moynihan — prospetta i vari lati della

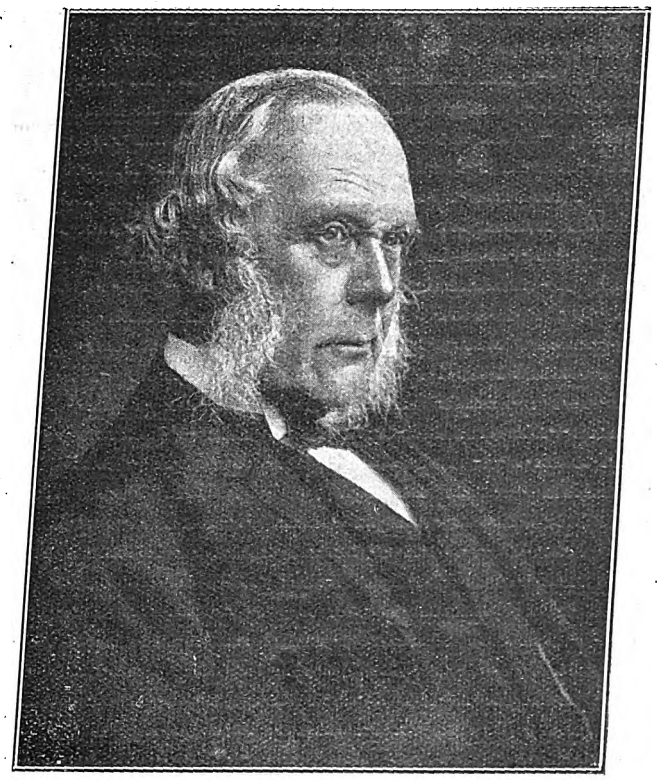


figura Listeriana, quale cultore e ricercatore in Fisiologia, in Patologia e Batteriologia, in Chirurgia operativa.

Edotto fin dalla fanciullezza dagli studi paterni, sull'ottica e sul microscopio acromatico, il primo contributo di LISTER venticinquenne ebbe a tema il « tessuto contrattile dell'iride », e pochi mesi dopo, un altro, di conferma alla scoperta allora recente (1854) di Kölliker sui « muscoli erettori dei peli ». Pur continuando in codeste ricerche, nella esposizione di fatti con sobrietà di maturo osservatore, rifuggente da qualsiasi esuberanza giovanile, LISTER si iniziava in ricerche collaterali sul « controllo nervoso delle arterie », intuendo un'interpetrazione degli effetti di stimoli locali, che si potrebbe dire precorra alcune delle moderne vedute. Si scorge già, in questo ordine di studi, la traccia di ricerche che più tardi Egli venne compiendo su « l'azione inibitoria dei nervi splancnici », non pure nella norma, ma nell'eventuale correlazione con il processo flogistico. Filiazione, si può dire, di codesta introduzione alla fisiopatologia, furono i suoi contributi sulla « coagulazione del sangue ». Quando dunque si scorre l'inizio del cammino di Lord LISTER non è difficile intuire che la preparazione, mentre affinava il suo spirito di ricerche, gli spianava la strada a creare, più che a controllare, grazie alla sagacia di penetrazione, alla inquietudine di andar oltre nel suo patrimonio intellettuale; agilità e gusto di sapere perseverato, come afferma il Bulloch fin nella tarda età, per seguire ed immedesimarsi le conquiste anche più contraverse, le opinioni anche più soggettive, come quelle di Ehrlich e di Bordet sulla natura dell'emolisi, e sulla costituzione della diftero-tossina.

Quando LISTER prese a ristudiare la coagulazione del sangue, ebbe ad opporsi alla dominante teoria del Richardson sull'azione dell'eliminazione di ammonio, per giungere ad ammettere un'azione di conflitto tra' componenti corpuscolari ed il siero. Se queste conclusioni personali, non tro-

Digitized by Google

vano, nel corso degli anni successivi, conferma, giacchè non si potrà disconoscere al nostro grande italiano Bizzozero, il merito di avere proiettata una luce tuttora viva su questo argomento, si può forse, senza alcun gesto polemico, vedere negli studi e nelle conferenze che il LISTER ebbe a svolgere (1857) più avanti di parecchi anni al Cohnheim, sulle «prime fasi del processo infiammatorio» lo schema di una teoria; sebbene alla sistemazione di due fatti anatomici fondamentali: la vaso-dilatazione e l'alterazione vasale parietale, sorgente di alterazione sanguigna, non si fosse fatto concorrere lo studio e l'alta valutazione della diapedesi e di tutte le ulteriori intime manifestazioni cellulari, le quali dal Cohnheim al Metchnikoff — per citare soltanto due capiscuola — sono state analizzate, sintetizzate, fino a costituire la dottrina basilare della patologia generale della flogosi.

Introdottosi in questo campo — era induttivo passare allo studio della batteriologia inerente alla chirurgia — essendo già diffusa in ogni centro di studi patologici e biologici, da più di un lustro, la parola magistrale di Pasteur sulle «fermentazioni e le putrefazioni». Sarebbe fuor di luogo stabilire, da quell'epoca in poi un qualche confronto tra codesti due Grandi ricercatori, al cui lato va certamente posto quello del grande botanico Cohn. Noi non siamo in tema di storia critica; ma anche sotto il punto di vista della semplice cronaca, non si può non riconoscere all'ausilio insigne di Pasteur non pure l'obbiettiva realtà di una dottrina imperitura, ma l'incentivo e la direttiva mentale, alle ulteriori ricerche, le quali venissero a costituire la teoria dell'*antisepsi*. Quella prima metà di secolo trascorso segnava così una rinnovazione geniale; sebbene, a chi volesse essere più addentro, non mancherebbe di poter risalire a frammentarie ricerche, ad enunciazioni di fatti, specialmente di qualche sperimentatore italiano, a torto taciuto fra' precursori del nuovo verbo.

La Chirurgia mondiale — (non certo soltanto inglese!) — aveva già a quel tempo un passato, ed un presente gloriosissimo. Se si volessero citare soltanto i luminari, tra esteri ed italiani, non basterebbe un'intera colonna. Ma nessuno potrà disconoscere, come la comparsa di un Uomo geniale, quale il LISTER, mentalità riorganizzatrice di quanto fornivano l'esperienza biologica promettente, e l'esperienza clinica sconsolante, venisse a costituire una forza, un dominio dell'arte e della scienza operatoria, sulle insidie disfattrici del minimo mondo dei patogeni e dei saprofiti. La tecnica dell'*antisepsi* non può qui essere ricostruita quale fu.

Deve bastarci segnare le pietre miliari del pensiero e delle applicazioni del Listerismo: affermare che la decomposizione nei tessuti feriti fosse dovuta all'attività di germi viventi, indagare e realizzare la possibilità di ostacolare codesta attività; andare più oltre nella razionalità, cioè eliminare l'arrivo e l'insediamento di codesti provocatori di perturbamenti, nell'ambito dei tessuti scontinuati. Di qui allo studio per la scoperta dei mezzi più adeguati per il raggiungimento di codesto obbiettivo; la tendenza ad avvalersi di una serie di sostanze chimiche germicide, fu tutto un perseverare di ricerche, un escogitare mezzi; un ripiegarsi a sistemarli a seconda delle finalità profilattiche oppure curative. In questa pertinacia non esausta dalle ostilità e dallo scetticismo dei più, incontrati sempre da tutti coloro i quali hanno mostrato vie nuove da calcare, nelle ascensioni umane, confortato sempre più dall'opera di Pasteur che si imprimeva con orme sempre più indelebili, LISTER era pervenuto ad un rigorismo, che noi stessi vedemmo attuato, per convinta importazione, con ribadita efficacia, dal Maestro D'Antona; come fuori di questo centro, in tutti gli altri di Italia, vi si associavano Maestri contemporanei non meno insigni.

Per intendere la vastità della concezione, l'intensità della portata del Listerismo non basta la considerazione generica delle vedute biologiche, pur tuttavia interessantissime. Occorre invece tener presente la chirurgia delle grandi cavità, in tutti i suoi ardimenti, divenuti poi slanci audaci, non prima consentiti senza il terrifico tormento dell'insuccesso. Bisogna altresì ponderare la nefasta vicenda delle infezioni endemiche ed epidemiche, stroncatrici di vite, e di sacrifici sanitari.

Gli è così che tra' successi inobliabili, della teoria e della pratica Listeriana, la chirurgia addominale segnerà nomi dei primi assertori dell'attuazione antisettica, grande fra gli altri lo Spencer-Wells. Così anche la chirurgia del cranio, grazie ad Horsley, Macewen, Sherrington assumeva la sua avanzata, costituendo oltre che un presidio terapeutico, una fisiologia sperimentale, alla quale i futuri attingeranno sempre come ad una polla viva.

Senza dubbio, nella concezione ed attuazione originarie il Listerismo, può dirsi sorpassato. L'asepsi che in apparenza parrebbe aver demolita l'antisepsi, è in realtà una filiazione logica e stringente del monumentale edificio creato dal Pasteur e dal Lister. Pertanto a Lui resta incontestato, come al Pasteur il merito delle fondazioni. Che anzi, ad una visione più moderna dei fatti — grazie come dicevo alla multipla esperienza di guerra — si è venuti ad una specie di ritorno sul passato. Si direbbe che mentre la immensa nostra opera profilattica resti pertinenza dell'asepsi, l'opera curativa resti condivisa con l'antisepsi, guardata ed intesa, secondo una concezione moderna.

Alla commemorazione centenaria di Lord LISTER la «Riforma Medica» partecipa ben più che con queste brevi colonne di cronistoria. Perseguendo essa l'alta missione voluta dal lucido intelletto di Gaetano Rummo; organo pulsante di attività, di propaganda, di collegamento intellettuale — durante quarantatre anni nulla essa ha tralasciato che potesse scolpire il cammino glorioso di questi Uomini superiori.

Nessuna fatica più degna di questa, annosa, nel perennarne la memoria.

E. AIEVOLI

□□□

PER LA PRATICA

TERAPIA

CONTRIBUTO ALLA TERAPIA BISMUTICA DELLA PSORIASI

per il dott. FERDINANDO CATAPANO (Napoli)

La terapia della psoriasi ha richiamato e richiama l'attenzione degli studiosi, sia perchè non si è ancora trovato un farmaco capace di debellare la resistente forma morbosa, sia perchè si tende oggi a impiegare una terapia generale, la quale sia capace, senza l'ausilio di tossici, di far regredire le persistenti e a volte deturpanti manifestazioni.

Molti e i più disparati rimedi hanno dato a vari autori buoni risultati, sia pur transitori. Così le iniezioni di estratti timici (Samberger) e la stimolazione del timo (Brock) mediante deboli dosi di raggi x hanno dato notevole miglioria e perfino guarigione in casi in cui vi era una ipofunzione timica; analogamente la somministrazione di estratti tiroidei ha agito in senso favorevole in individui con note di ipotiroidismo.

Molti, pur riconoscendo che turbe del sistema endocrino-simpatico potessero rappresentare la causa predisponente, ma non esclusiva determinante, della psoriasi, hanno diversamente e variamente orientati i loro tentativi di terapia generale.

Anche le iniezioni di calomelano, quelle di Enesol, di cacodilato di sodio, le iniezioni endovenose di arsenobenzolo, di salicilato di sodio ecc., hanno contribuito, sibbene sempre transitoriamente, ad arricchire di una nuova arma la terapia della psoriasi.

Recentemente è apparsa dapprima una nota preventiva e poi una estesa pubblicazione del Versari, che ha ottenuto per primo la regressione delle lesioni in psoriasici, sottoponendoli ad iniezioni intramuscolari di tartro-bismutato di sodio e potassio (Trepol), e in un infermo che egli ha seguito e tenuto in un lungo periodo di osservazione non si è manifestata recidiva.

Il Michailow di Mosca, in una pubblicazione successiva alla nota preventiva del Versari dice di aver ottenuto con un altro preparato di bismuto, il Biiochinol, dei buoni risultati, sia coll'impiego delle sole iniezioni, sia medicando le chiazze dopo alcune iniezioni, con deboli unguenti alla crisarobina o all'acido salicilico.

Questi incoraggianti risultati mi hanno indotto a sperimentare questa nuova terapia e riferisco ora su quattro casi da me sottoposti al trattamento bismutico.

CASO I. — B. A. di anni 42. Affetto fin dall'età di tredici anni da psoriasi volgare nummulare al tronco, arti superiori ed inferiori e cuoio capelluto.

Nulla all'esame sifilografico. R. W. (— —)

Si comincia il trattamento il 13 luglio 1924, praticando 12 iniezioni, una ogni settimana, ciascuna di 2 cmc. di Trépol.

Alla 5ª iniezione le lesioni cominciano a regredire: scomparsa del segno di Auspitz. Alla 7ª desquamazione. Alla 10ª ogni lesione è regredi-

Digitized by Google

ta, Integre le funzioni renali. Si nota solo la presenza di un orletto gengivale bismutico.

Si rivede, dopo tre mesi, l'infermo che presenta chiazze guttate al tronco e agli arti. Si riprende il trattamento il 1° febbraio 1925, praticando 24 iniezioni, una ogni settimana, ciascuna di 2 cmc. di Trépol.

Sin dalla 5ª iniezione si nota una accentuata desquamazione. Solo alcune chiazze persistono al cuoio capelluto. Alla 12ª scompaiono anche queste e non si nota più alcuna chiazza in altra regione del corpo. Nulla al rene. Buone le condizioni generali.

Si ripresenta dopo sei mesi, con numerose chiazze nummulari al cuoio capelluto. Al tronco e agli arti si notano solo macchie iperemiche. Si comincia un trattamento di arsenico e bismuto il 28 gennaio 1926 (Bismarsol da 5 cmc.), una ogni sette giorni, praticandone un totale di dodici.

Alla 4ª iniezione le chiazze cominciano a desquamare e ad impallidirsi. Alla 9ª l'affezione è completamente regredita.

Caso II. — A. S. di anni 40. Presenta psoriasi volgare al tronco ed agli arti. Negativo l'esame sifilografico. R. W. (——).

Comincia il trattamento il 1° giugno 1924, praticando 14 iniezioni, una ogni settimana, ciascuna di 2 cmc. di Trépol.

Fin dalla 3ª iniezione le lesioni cominciano ad impallidire e a desquamare; tende a scomparire il segno di Auspitz.

Alla 10ª tutte le lesioni sono regredite.

Integre le funzioni renali. Non stomatite.

Rivediamo l'infermo dopo tre mesi, il 21 dicembre 1925, e non si osserva alcna chiazza. Riprendo il trattamento, allo scopo di evitare la recidiva, praticando ancora dodici iniezioni dal 3, 1, 1926 al 28, 3, 1926.

Si ripresenta il 28 giugno 1926 e non si osserva alcuna recidiva. In tali condizioni esso è stato da me rivisto nel dicembre u. s.

Caso III. — A. C. di anni 47. Affetta da psoriasi volgare nummullare al cuoio capelluto, volto, tronco ed arti. Nulla all'esame sifilografico. R. W. (——).

Si comincia il trattamento il 10 agosto 1924, praticando 12 iniezioni, una ogni settimana, ciascuna di 2 cmc. di Trépol.

Alla 3ª iniezione compaiono nuovi elementi al volto. Ciò preoccupa molto l'inferma, ma persistiamo nella cura. Difatti alla 5ª iniezione comincia la desquamazione, ma persiste l'Auspitz.

Alla 9ª la desquamazione è completa e l'Auspitz è scomparso. Tutte le lesioni sono regredite, ad eccezione di quelle del cuoio capelluto. Ottimo lo stato generale. Negativo l'esame dell'urina.

Si ripresenta dopo tre mesi, il 1° marzo 1925, con piccole chiazze punteggiate ai gomiti ed alle ginocchia. Persistono le lesioni al cuoio capelluto.

Riprende il trattamento, praticando ancora 20 iniezioni di Trépol dal 1° marzo 1925 al 16 agosto 1925.

Alla 4ª iniezione comincia la desquamazione dei piccoli elementi alle ginocchia ed ai gomiti e si inizia pure la desquamazione delle chiazze del cuoio capelluto, le quali, però, non possono dirsi che regredite solo alla 16ª iniezione.

Si ripresenta dopo sei mesi il 14, 2, 1926 con piccole chiazze al cuoio capelluto. Nulla nelle altre regioni del corpo.

Caso IV. — C. M. di anni 47. Affetto da psoriasi volgare tronco ed arti.

Si comincia il trattamento il 7 settembre 1924, praticando dodici iniezioni, una ogni settimana ciascuna di 2 cmc. di Trépol.

Alla 3ª iniezione cominciano le chiazze ad impallidire e a desquamare.

Alla 6ª scompare il segno di Auspitz.

Alla 10ª tutte le lesioni sono regredite. Integre le funzioni renali.

Si ripresenta il 22 marzo 1925. In alcuni punti, specialmente al tronco, notansi chiazze acromiche, in altri punti, agli arti, specialmente a quelli inferiori, si notano piccoli elementi di colorito rosso vivo, ricoperti di squame.

Si ricomincia il trattamento, praticando ancora 12 iniezioni di Trépol, che hanno termine il 30 giugno 1925 con la regressione di tutte le lesioni.

L'infermo che non si è potuto più rivedere, perchè partito per l'estero, informa che dopo sei mesi vide ricomparire alcuni elementi alle ginocchia.

Nei quattro infermi, dei quali ho riferito, in tutti ho ottenuto la regressione delle lesioni con quantità varie di farmaco; tre hanno presentato recidive, uno (caso II) osservato anche di recente (nel dicembre u. s., dopo nove mesi dall'ultima iniezione di Trèpol) non ha avuto finora recidiva alcuna.

Nel I caso la prima recidiva è avvenuta dopo tre mesi; la 2ª, dopo sei mesi, è stata parziale, notandosi solo elementi al cuoio capelluto.

Il 2° caso ha presentato la prima recidiva dopo tre mesi, con piccoli elementi ai gomiti e alle ginocchia e dopo sei mesi una seconda recidiva, con varii elementi al cuoio capelluto.

Il 4° caso ha avuto la prima recidiva con piccoli elementi agli arti dopo tre mesi; la seconda dopo sei mesi con solo poche lesioni alle ginocchia.

Le chiazze recidivate sono state, dunque, sempre di minor quantità ed entità che all'inizio del trattamento bismutico. Nel caso 4° dopo la regressione delle lesioni del tronco, ho osservato la presenza del leucoderma psoriasico, già notato dal Versari in tre dei suoi infermi.

Il trattamento bismutico è stato in generale ben tollerato, non ho riscontrato lesioni renali, nè stomatiti sì da dover interrompere la cura.

Il meccanismo di azione del bismuto nella psoriasi è, allo stato attuale delle nostre conoscenze, oscuro. E' noto che un gran numero di farmaci sotto forma di iniezioni agiscono in determinati momenti favorevolmente nella psoriasi, e io, per vero, credo che per ora la ipotesi più plausibile sia quella della «scossa», ipotesi emessa dal Sabouraud per altri farmaci e alla quale ha pure pensato il Versari, scossa che si viene a determinare per azione del farmaco nell'organismo o sul ricambio, provocando la regressione delle lesioni.

Nei miei casi non si potrebbe, invero, chiamare in causa il terreno luetico, sia acquisito che ereditario, sul quale avrebbe potuto eventualmente agire il bismuto e così indirettamente influenzare la psoriasi, perchè sia dall'anamnesi che dall'esame clinico e sierologico la sifilide doveva escludersi.

BIBLIOGRAFIA

Brock. Beziehungen der inneren Sekretion zur deuppenflechte und deren Behandlung mit Thymusbestrahlung. Strahlenther, Bd. 11; Dermatosen und innere Sekretion. XII congresso della Società dermatologica tedesca, Amburgo 1921. — Michailow. Uber die Behandlung der Schuppenflechte mit Wismut injektionen. Dermatologische Wochenschrift,, n. 51, b. d. 81, 19 dezember 1925. — Sabouraud. Entretiens Dermatologiques. Vol. I, Masson, 1922. — Samberger. Eins bis jetzt umbeschrubenes Sympton der psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese. Dermat. Woch., Bd. 67, n. 41; Das Wesen der Psoriaris. Ceshà Dermatologie, Bd. 2, H. 6, 1920. — Versari. Tentativi di bismutoterapia nella psoriasi. Nota preventiva. Riforma Medica, n. 24, 1924. — Idem. La terapia della psoriasi con iniezioni di tartro-bismutato di sodio e potassio. Riforma Medica, n. 18, 1926.

CASISTICA

Carcinoma della mammella maschile

Pistocchi (*Minerva Medica*, n. 10, 1927) riferisce di un individuo di 44 anni che ebbe a notare una tumefazione in corrispondenza della mammella destra, andatasi formando lentamente, senza dolore nè senso di peso nè calore nè altri disturbi di sorta, tanto che l'infermo per lungo tempo ristette dal consultare il medico. Ma finalmente consigliato da questi si fece operare.

L'esame istologico del tumore praticato dall'A. mostra trattarsi di carcinoma mammario: stroma scarso, formazione cistica, in breve i caratteri istologici comuni allo stesso carcinoma della mammella feminile.

Dopo l'operazione il tumore si riprodusse in un ganglio ascellare, che l'A. asportò, riscontrando, poi, all'esame istologico, identiche formazioni cistiche a carattere maligno.

Sui tumori maligni della mammella maschile, molte ipotesi emesse riflettono l'incertezza etiopatogenetica di tutti gli altri. L'A. in attesa di nuove acquisizioni, emette la ipotesi di una maggiore frequenza in questa sede del cancro più che di altro tumore, riportandosi alla identità embriogenetica fra cute e mammella.

Quanto alla frequenza del cancro mammario nell'uomo, secondo qualche autore sarebbe dell'uno per cento in rapporto allo stesso tumore nella mammella femminile.

La cura operatoria ha maggiore possibilità di riuscita, data la minore riluttanza da parte dell'uomo a farsi osservare. Molto utile la associazione radioterapica.

Cisti da echinococco dell'epiploon e cisti ovarica

Volpe (*La Clinica Ostetrica*, fasc. 3, 1927) riferisce il seguente caso: Giovane di 20 anni nubile; viene colpita improvvisamente da forti dolori, localizzati nei quadranti inferiori dell'addome, i quali dolori si attenuano dopo un giorno senza però scomparire. Contemporaneamente fu notata

Digitized by Google

discreta tumefazione dell'addome che all'inferma sembrò leggermente diminuita dopo la crisi dolorosa. Lieve rialzo termico, non vomito, stitichezza, minzione normale. All'esame obbiettivo, milza lievemente ingrandita alla percussione, addome spiccatamente e regolarmente prominente nella metà inferiore. Alla palpazione si nota una tumescenza che occupa tutta la regione sottombelicale che in alto era un dito sopra l'ombelicale trasversa e in sotto si affonda nel bacino. Forma globosa superficie liscia consistenza cistica, evidentissimo segno del fiotto.

Fissa e dolente alla pressione. Alla percussione suono ottuso sulla area corrispondente al tumore con linea a concavità inferiore in alto. All'esame del sangue fu riscontrata eosinofilia, per cui il sospetto di cisti da echinococco, venne avvalorato.

L'operazione accertò una massa cistica della grandezza di una testa di adulto, aderente al peritoneo parietale nella parte più prominente. Cisti unica a sede intraomentale. Alla puntura liquido leggermente opalescente. Le considerazioni che si possano dedurre da questo caso dell'A. riguardano sopratutto la necessità di ricorrere sempre alle prove biologiche in casi consimili, non potendosi avere nella maggior parte dei casi nessun elemento di diagnosi differenziale, clinicamente.

Molto valore può avere la intradermoreazione del Casoni e la precipito-reazione; prove utili e facili entrambe.

Nevralgia facciale sinistra da sinusite mascellare destra

Fallas (*Le Scalpel*, n. 14, 1927) riferisce che una donna di 62 anni soffrì di influenza accampagnata da violento catarro nasale con abbondante secrezione. Tre o quattro settimane più tardi ebbe delle crisi dolorose alla tempia sinistra, le quali non ostante le cure divennero sempre più frequenti e dolorose, al punto che si ripetevano ad ogni piccola occasione. Duravano qualche minuto, erano intensissime e non traevano beneficio da nessun calmante.

L'A. all'osservazione, per mezzo della transilluminazione dei seni mascellari potette notare che il seno destro era opaco. Apertolo ne uscì un pus densissimo e fetido. Lavaggio asettico. Dopo qualche giorno le crisi erano diminuite di intensità e di frequenza, poi scomparvero del tutto, mentre il pus perdeva poco a poco il suo odore fetido e poi scomparve del tutto. Nessun fatto anatomico, che si sappia, spiega la dolorabilità nella sede opposta.

Difterite vulvare primitiva

Coggi (*La Clinica Ostetrica*, fasc. 3, 1927) riferisce un caso di difterite vulvare primitiva in donna gravida al nono mese; questa da circa un mese avvertiva una perdita giallastra di cattivo odore, abbondantissima dai genitali esterni; minzione spontanea e indolore.

All'esame dei genitari esterni l'A. riscontrò nella faccia interna delle piccole labbra, numerose membrane pseudo-difteriche di colore grigiastro aderentissime; vagina arrossata a tratti, depitelizzata, dolente.

La ricerca anamnestica, prova che l'inferma proviene da un ambiente in cui la infezione sospettata si è verificata nelle vicinanze della sua abitazione.

L'esame batteriologico dà forme morfologicamente identiche al b. di Loeffler. Ricerca del gonococco negativa. Wassermann negativa. Esame delle urine, idem. Si ottiene la garigione con applicazioni locali di siero antidifterico e lavande vaginali al permanganato potassico. Le pseudomembrane scompaiono per ricomparire dopo una settimana: nuova cura, guarigione definitiva.

Questa volta la reazione di Schick e la ricerca del b. di Loeffler erano riuscite intensamente positive.

Nessuna localizzazione difterica alle vie aeree, per cui l'A. ritiene trattarsi di una localizzazione primitiva.

La donna partorì a termine un feto vivo e vitale e la reazione di Schick praticata su questo riuscì pure negativa, essendosi iniettato alla madre per via muscolare siero antidifterico, nel corso della cura.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Dicodid. — Pavesi (*Gazz. Osp. e Clin.* n. 15, 1927) ricorda che il Dicodid è chimicamente un idrocodeinone, di cui viene adoperato in pratica il bitartrato, sale che si presenta sotto forma di piccoli aghi bianchi solubili in acqua. Ha dunque l'azione della codeina, ma molto più intensa, tanto da avvicinarsi al cloridrato di morfina, di cui non ha gl'inconvenienti tossici. Sulla codeina ha poi i seguenti vantaggi: agisce con prontezza molto maggiore; oltre calmare la respirazione e la tosse insistente agisce come ottimo espettorante; e infine, mentre con la codeina, per ottenere gli effetti voluti occorrono dosi molto maggiori, col dicodid si ottengono buoni effetti con un centigrammo e mezzo al giorno.

Tra gli inconvenienti notati dall'A. si possono annoverare: leggero senso di nausea, capogiri, cefalea gravativa, ma ciò solo per aver adoperato dosi un po' maggiori delle ordinarie. Per questi vantaggi esso trova indicazione: negli accessi di tosse insistente, negli interventi sul torace e precisamente nella toracentesi e nell'applicazione e nei rifornimenti del pneumotorace terapeutico. Le dosi comunemente adoperate sono di tre pastiglie al giorno da cinque milligrammi ogni pastiglia.

Quando si notano i disturbi suddetti saggiare con dosi minori.

□□□

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA TARANTO

Inaugurazione di una lapide in memoria di Ignazio Carrieri— In Grottaglie, di lui paese nativo, è stata recentemente inaugurata una lapide in memoria di Ignazio Carrieri, a ricordo delle di lui benemerenze verso il paese e la Patria.

Nato il 3 giugno 1862, Ignazio Carrieri si laureò giovanissimo in medicina e chirurgia nella R. Università di Napoli e ancora studente fu allievo del prof. Giuseppe Ria e fu assistente nell'Ospedale Incurabili. Ben presto, ricoprì molte ed importanti cariche: fu vice-presidente dell'Ordine dei medici di Terra d'Otranto, membro del Comitato Antitubercolare ed ispettore medico della C. R. I., medico delle Ferrovie dello Stato, membro della Giunta provinciale delle Scuole medie e della Commissione di Beneficenza ed Assistenza pubblica. Presidente del Ricovero provinciale degli inabili al lavoro Umberto I, ecc. Esplicò sempre e dovunque opera di filantropo, specialmente durante l'ultima grande guerra, nella quale non ristette dall'essere vero animatore di energie. Oltre che della medicina, coltivò anche le arti belle e predilesse la musica; tutti ricordano, tra l'altro, i versi che improvvisava in occasione dei Congressi, cui partecipava con assiduità e fervore.

La cerimonia è riuscita veramente solenne; vi intervennero tutte le Autorità della Provincia Jonica, civili e militari, e numerosi rappresentanti della classe medica, tra i quali il dott. D. Vito Maraglino, per il Patronato provinciale degli Orfani dei contadini morti in guerra, il dott. Augusto Colucci, il dott. Alfredo Mannarini, ecc. Pronunziò per primo un breve discorso il rag. Mattesi, che prese in consegna la lapide, opera dello scultore leccese Giurgola, e lesse le numerose adesioni pervenute; indi, a nome del Comitato delle Onoranze, il prof. dott. Giuseppe Petraroli tratteggiò sinteticamente la figura del Carrieri. Parlarono pure il dott. Lentini di Mottola e il Segretario federale dei Fasci.

542 =

NOTIZIE

III Congresso internazionale di Urologia. — Il III Congresso della Società internazionale di Urologia avrà luogo a Bruxelles dal 3 al 6 agosto p. v., sotto la presidenza del prof. J. Verhoogen.

I temi di relazione posti all'ordine del giorno sono: 1. Valore comparativo dei diversi esami del sangue e dell'urina in chirurgia urinaria (relatori: Chabanier, di Parigi, Kojen, di Belgrado e Quinby, di Boston). 2. Cura dei tumori della vescica con gli agenti fisici (relatori: Beer, di New-York, Fryszman, di Varsavia, e Heitz-Boyer, di Parigi). 3. Cura della tubercolosi genitale (relatori: Barney, di Boston, Gamberini, di Bologna, e K. Walker, di Londra). Per informazioni, rivolgersi al dott. Jean De Smeth, 126, Boulevard de Waterloo, Bruxelles.

Premio per la cura della leucemia. — Un filantropo olandese ha creato un premio di 125.000 fiorini da attribuirsi al miglior lavoro sulla cura della leucemia. Una commissione composta dai professori: Naegeli (di Zurigo), van den Bergh (di Utrecht) e Snapper (di Amsterdam) giudicherà il valore dei lavori, che dovranno essere inviati entro il 1° marzo 1928 al prof. Hymans van den Berg, Clinica medica di Utrecht (Paesi Bassi). Il premio sarà raddoppiato nel caso in cui una persona di famiglia del fondatore del premio, affetta da leucemia mieloide, guarisca.

Per l'esercizio dell'actinoterapia in Inghilterra.— Per impedire che l'uso dei raggi ultra-violetti venisse esercitato da persone incompetenti, il Ministro della Sanità pubblica inglese ha disposto che condizione necessaria per accordare il permesso di installazioni actinoterapiche sia che la cura venga diretta da un medico esperto della specialità. E' noto, inoltre, che a Londra funziona una clinica specializzata, nella quale medici e infermieri possono apprendere la teoria e la pratica delle cure con luce artificiale.

Digitized by Google

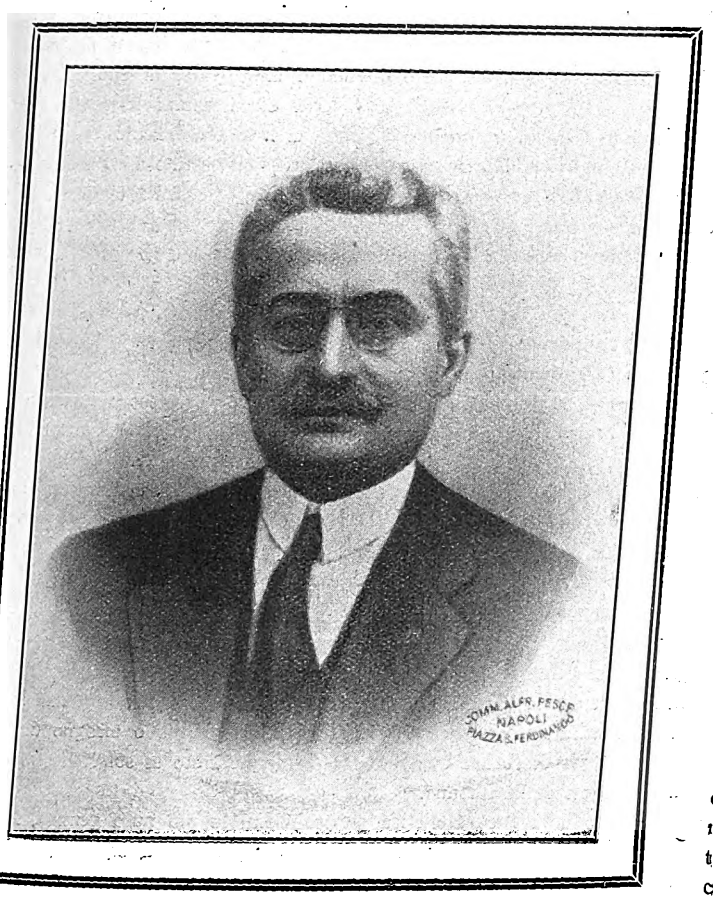
NECROLOGIO

GIUSEPPE MOSCATI

Come è triste quest'ora per noi della famiglia della *Riforma Medica* di cui fu acuto e coltissimo Redattore per la letteratura straniera (inglese e tedesca) il Prof. GIUSEPPE MOSCATI che in numerose riviste sintetiche, recensioni ed articoli originali segnò l'impronta della forte fibra di scrittore e divulgatore, talchè altri grandi giornali medici bene spesso riproducevano i suoi limpidi scritti.

Come è triste quest'ora per la grande famiglia ospedaliera di cui Giuseppe Moscati era fulgida gemma!

Come è grave la sua dipartita per tutti i medici, per tutti i Docenti



del nostro Ateneo d'ogni categoria che l'ebbero eletto compagno nel fecondo lavoro!

Come è amara la sua scomparsa per noi, suoi compagni ed amici, per i suoi tanti devoti discepoli, per i buoni, per i derelitti! Tutti, tutti inopinatamente ed irrimediabilmente perdono la luce del suo consiglio, la pace del suo conforto, la piena delle sue ispirazioni quasi profetiche, l'esempio della sua carità inesauribile!

E come questa stessa ora è lieta per Lui, che deve sentirsi ricongiunto al raggio divino, guida della sua vita, onde chiara sempre gli appare l'essenza delle cose e lieto avanzò sotto l'usbergo del sentirsi puro.

Ora Egli vede con gioia celestiale alta la messe di cui fu nobile seme; ora Egli avverte che il bene sparso a piene mani fa chini e pensosi innanzi alla sua scomparsa Maestri illustri e discepoli insigni, ora si avvicendano sulla sua fronte spaziosa il bacio della gloria e quello della umana gratitudine, entrambe mai meno richieste, mai meglio meritate.

Questo giovane apostolo di rinnovellate forme di vita, nella quale la primavera della scienza e dell'arte fioriscono all'ombra della fede perennemente viva ed invitta, è morto a soli quarantasei anni, essendo nato a Benevento nel 1880 da illustre progenie le cui virtù rifulsero accresciute nell'altezza del suo cuore e del suo ingegno.

E' morto subitaneamente, visitando gli infermi, che a lui traevano d'ogni parte d'Italia, in quel piccolo suo studio di via Cisterna dell'olio 10, da tanti ritenuto sede d'oracoli.

E, serenamente è morto, reduce appena da quell'Ospedale degl'« Incurabili », in cui passava tante ore della luminosa sua giornata, in mezzo al cenacolo dei suoi cari allievi, tessendo ad ora ad ora la trama della loro cultura, assiduo, semplice e modesto, come un vero sacerdote, che goda della duplice grazia rivelatrice degli arcani degli organi alterati e delle vie migliori per le quali l'umano spirito, prodigandosi generoso, li corregge, li esalta e li sublima.

G. Moscati già durante lo studentato classico si era molto distinto; ma giunto appena al primo anno di medicina vinse il premio Costa e procedette spedito, frequentando Laboratori, Cliniche ed Ospedali, negl'Istituti diretti da Paladino, Albini, Castellino, Corrado, Pane; Malerba; Bottazzi e nelle Sezioni affidate a Jappelli, a Reale ed altri. Sostenne brillantemente anche esami liberi, come quelli in Istologia ed in Chimica clinica e si laureò il 4 agosto 1923, a 22 anni con lode ed una tesi magistrale, dichiarata degna di stampa, sull'*ureogenesi epatica*.

Il possesso delle lingue straniere, la fenomenale sua memoria, l'indefesso studio contribuirono a fargli formare una profonda e varia cultura nelle lettere, arte e scienze che tanto più destava ammirazione in quanto era fresca l'età del medico, che già si affermava Maestro per la larga produzione scientifica e la rara attività didattica.

Presto seguirono importanti lavori di tecnica, di diagnostica, di terapia, nei quali non si sa se più ammirare la acutezza dell'intuito o la vasta conoscenza degli argomenti, la sobrietà delle conclusioni o l'impeccabilità dei metodi, la veste smagliante dell'espositore od i richiami assidui e provvidi alle necessità della pratica, sempre più illuminata dalle conquiste della scienza pura.

Vennero così man mano alla luce nei giornali italiani ed esteri le sue belle ricerche sui più diversi temi, che voglio riunire in ordine cronologico, perchè meglio traspaia l'erta delle sue fatiche e l'enorme vuoto della sua immatura fine, che ha privata l'Arte e la Scienza, la Carità e la Scuola di un magnanimo artefice di pronti e grandi sollievi e di pure gioie sbocciantì dagli aurei filoni della sua mente geniale.

1) *Ureogenesi epatica;* 2) *nuovo apparecchio per la determinazione del sudore anche in piccole quantità;* 3) *effetti della salda d'amido iniettata nell'organismo e sulla coagulazione del sangue;* 4) *ritenzione dell'amido e trasformazione in glicogeno;* 5) *applicazioni terapiche della salda d'amido;* 6, 7, 8) *il glicogeno nella placenta muliebre e negli espettorati e nei muscoli dell'uomo;* 9) *l'ammoniaca delle urine nelle varie diete;* 10) *l'influenza del riposo e movimento sull'eliminazione dell'ammoniaca urinaria;* 11) *ricerche sperimentali sull'urea;* 12) *penetrazione di amido nelle vie aeree;* 13) *potere d'assorbimento della cistifellea;* 14) *indagine chimico-fisica del peptone nell'urina;* 15) *azione della chinina sull'autolisi epatica e splenica;* 16) *esperimenti in animali privati della ipofisi con un nuovo metodo;* 17) *misure dei liquidi di versamento nelle sierose;* 18) *peritoniti tubercolari sperimentali;* 19) *cisti coloide dell'apice polmonare;* 20) *il boro nell'organismo animale ecc.*

Già in pochi anni tutta questa produzione e la sua qualità di prim'ordine è limpida testimonianza dell'attività molteplice di Lui; ma questa è nulla di fronte al prodigio della Sua carriera clinica ed ospedaliera, dove trasvolando come un ispirato di concorso in concorso, di Clinica in Clinica, di Reparto in reparto sempre stringeva nelle mani sicure la face della vittoria, onde raggiunse giovanissimo i primi posti, che seppe tenere con crescente fortuna, conquistando l'animo e la mente di quanti lo avvicinavano.

Così egli passò come assistente volontario nel Laboratorio di Fisiologia alcuni anni di studentato ed altri dopo la laurea fino al 1908. Seguì un lungo periodo di assistente ordinario e di aiuto nell'Istituto di Chimica fisiologica, che frequentò con distinta e tenace laboriosità fino agli ultimi giorni, appassionato com'era di ogni sottile indagine e di trasportare saggacemente nel campo della Patologia e della Clinica le leggi fondamentali delle reazioni organiche, i metodi e le misure per rendersene conto.

Oltre le pubblicazioni succitate ha lasciato inedito molto materiale clinico e anatomico, essendo sua intenzione di pubblicarlo, quando si fosse accumulato in modo da permettere conclusioni davvero esaurienti [ascessi pulmonari epipleurici (v. discussione, a cui partecipò, del XXVII Congresso di Medicina interna); ascessi epatici e subfrenici; ulcera duodenale; terapia delle ulcere gastriche e duodenali; occlusioni intestinali; vaccinazione e rivaccinazione; aneurismi occulti etc.].

Ha fatto pubblicare vari lavori clinico-sperimentali da allievi.

Di quei primi anni dalla laurea è pure la concessione, per concorso, ed il tenere degnamente il posto di Studio nella Stazione zoologica di Napoli, che si specchia, circondata di verde, sull'incantato golfo, come il Vesuvio e di fronte a questo è vivente fucina dove vengono a chiedere ospitalità e battesimo i più grandi scienziati del mondo.

Nominato, per concorso, preparatore volontario della III Clinica medica, diretta dal tanto compianto Maestro Gaetano Rummo, fu indi a poco prescelto come Capo del Reparto chimico fino al 1911 e vi si prodigò in maniera così alta da crearsi un'aureola di simpatia e notorietà, intorno alla quale nuovi raggi si andarono sviluppando man mano ch'Egli incedeva nella chiara sua via.

Digitized by Google

Le gloriose tradizioni mediche napoletane hanno questo singolare segreto, che la gioventù studiosa e veramente promettente è attirata dai diversi fari di luce che loro offre la grande piattaforma dell'Ateneo e può tra insegnamento ufficiale e libero, tra Laboratori, Cliniche ed Ospedali, abbracciare nel contempo più discipline, coordinandone i moniti più salutari agli effetti di una rapida, proficua, intensa cultura scientifica e professionale. Così vien facilmente messo a frutto, nell'età più propizia, il vivace e versatile ingegno meridionale, che perfeziona con l'intuito, il pronto potere d'acquisizione, di critica e di scelta, tutto l'acerbo della farraginosa cultura e lo matura nella mente giovanile. Questa particolare attrattiva del nostro Ateneo si rivela in tutta la sua grande portata nel « fenomeno Moscati », in questo Maestro plasmato in pochi anni attraverso il suo passaggio per le varie tappe. Eccolo nello stesso anno di laurea esporsi a vincere al 2° tra ventuno posti e molti bravi giovani il concorso di assistente ordinario negli Ospedali Uniti: eccolo, quasi contemporaneamente, in altro pubblico concorso di prove e di titoli, vincere il posto di coadiutore straordinario nei medesimi Ospedali Uniti, moltiplicando la sua attività e distribuendola con accortezza tra infermerie e direzione del servizio di guardia e di pronto soccorso. Eccolo distinguersi per aver riorganizzato il servizio di ospedalizzazione dei colpiti di rabbia ed eccolo ancora e sempre in prima linea a soccorrere gl'infermi profughi durante l'eruzione vesuviana del 1906 specialmente nella succursale degli Ospedali, a Torre del Greco, dove affluivano i derelitti.

Con lo stesso valore concorre e vince il posto di preparatore nel Laboratorio dell'Ospedale di malattie infettive D. Cotugno; e vince l'altro concorso come medico condotto di Napoli, carica a cui rinunziò.

Chiamato dalla fiducia dell'Ispettore di Sanità pubblica (Ministero Interni) e dall'Ufficio di Sanità della Prefettura, alla profilassi, durante l'epidemia di colera del 1911, fu prezioso consigliere delle migliori misure preventive e presentò una dotta relazione al riguardo che investiva anche il problema napoletano edilizio, e molte delle opere da lui indicate furono efficacemente tradotte in realtà.

Ma una speciale menzione riguarda il gran concorso pubblico che nel 1911 fu tenuto negli Ospedali Uniti tra numerosissimi concorrenti, tra cui figuravano i più colti medici e docenti del mezzogorno. Si trattava di soli sei posti ed il vincere costituiva come il possesso del bastone di maresciallo, giacchè i Primari degli Ospedali e coloro che hanno facoltà di dettar lezioni nelle infermerie appartengono, come provenienza, a questa unica categoria. Giuseppe Moscati, per la prova scritta e quelle successive fece sobbalzare di ammirazione tutti i presenti al Concorso, di cui erano illuminati e severi giudici: Antonio Cardarelli, Errico De Renzi, Rodolfo Stanziale, Modestino, De Ritis e Gabriele Tedeschi. Gli stessi concorrenti cedettero al fascino di questo giovane-prodigio e da rivali si mutarono in fratelli, orgogliosi di portarlo sugli scudi, onde trionfalmente G. Moscati riapparve nelle Corsie degl'Incurabili, mentre gli facevano corona proprio coloro che dal 1880 s'erano logorati nell'attesa di questa gran prova decisiva della loro carriera. Poi tutti lo ritenevano come il figlio del Reggimento, che rivelatosi atto al comando, andasse esplorando man mano le posizioni più pericolose, i punti strategici più decisivi e vi sapesse ammanire le armi e le opere più pronte e sicure. Avvenne che come gli altri e più degli altri io ne seguissi con fraterno amore le varie attività ospedaliere, prima da lontano e poi più da presso, quando ebbi la somma ventura di averlo compagno nella stessa Sala, dove i maggiori anni miei mi portarono prima di lui al posto di Direttore. In quella dolce comunanza spirituale di tre lustri circa, così improvvisamente ora spezzata, ebbi la netta visione della gemma che si schiudeva al bacio della Fede ed al soffio dell'Eternità e lo volli partecipe, prima come aiuto e poi come condirettore, a tutto il movimento della nostra zona, la più oscura dell'Ospedale, ch'Egli seppe rendere la più radiosa. E quando mi chiese, prima ancora che conseguisse la Libera docenza in Clinica medica, di dividere meco le fatiche del mio Corso pareggiato di Patologia, Clinica e Semiotica, fui felice di aprirgli le braccia, presagendo l'effetto del suo lucido pensiero, che se pur mi metteva in una quotidiana inferiorità nel confronto, inondava di tanta buona luce la nostra Scuola da sommergere nel supremo interesse degli studi e dell'elevazione spirituale ogni altro sentimento.

Spianata così la via alle maggiori risonanze della sua mente intuitiva ed ispirata, sorse come d'incanto l'oasi nel deserto e quella III sala umida ed oscura, accolse a schiere, a schiere, i giovani studenti, in mezzo ai quali apparve, prima isolata e poi più fitta, la falange dei medici, onde spesso crini canuti ed occhi pensosi lo seguivano entusiasti di letto in letto, per apprendere in una frase concettosa e sicura la genesi e le tappe degli umani dolori, come le vie fisiche e morali del sollievo.

Di fronte all'osservazione semiologica e clinica Egli offrì, in aggiunta, agli studenti e medici larga maniera di addestrarsi nelle pratiche terapiche ed in quelle di Laboratorio.

Maggiore fu poi il suo merito nel togliere dall'oblio e dall'incuria quel glorioso Istituto di Anatomia patologica, semenzaio in altri tempi di sperimentatori sagaci, sotto la guida del Maestro dei Maestri, di Luciano Armanni, cui l'Istituto è intitolato.

Giuseppe Moscati trovò deturpato e cadente questo Istituto, ma in poco ebbe la forza, come per miracolo quadriduano, di farlo risorgere a nuova vita, in ciò validamente coadiuvato dalla forte fibra di Arnaldo Cantani. E non solo vi ripristinò tutte le vecchie ramificazioni; ma improvvisandosi Settore, divenne subito perfetto anche in questa importantissima branca delle chiare verità e dei controlli supremi e nel contempo arricchiva di nuovi apparecchi e nuovi impianti la parte biologica e batteriologica dell'Istituto medesimo.

Segretario del IV Congresso della Società per il progresso delle Scienze, Socio aggregato della R. Accademia medico-chirurgica di Napoli, per votazione plenaria; Socio fondatore della Società di cultura e della Scuola Ospedaliera Incurabilistica, di cui faceva parte come insegnante e membro del Consiglio direttivo; nonchè della Società dei medici e naturalisti di Napoli, portò dovunque uno spirito di alta e serena discussione, un profondo ossequio alla verità ed ai sommi dei nostro Ateneo, coi quali visse in comunione di studi, di lavoro e didattica, specie con quella forte tempra di scienziato, Direttore dell'Istituto di Fisiologia e Rettore Magnifico del nostro Ateneo, il Bottazzi, che ben prepose G. Moscati, insieme con l'amicissimo ed eletto emulo, il Quagliariello, alle ricerche scientifiche ed agli esperimenti e dimostrazioni agli allievi interni dell'Istituto.

E mentre più tardi Quagliariello, vinta la cattedra passava da Messina alla Direzione dell'Istituto di Clinica fisiologica, a G. Moscati, che già temporaneamente aveva avuto il modo di supplire sulla cattedra ufficiale così il Malerba come, nelle rare sue assenze, lo stesso Bottazzi, la Facoltà medica di Napoli, su proposta che torna ad onore di A. Cardarelli, P. Castellino, G. Boeri e Bottazzi, gli designò l'incarico di chimica clinica; ma a G. Moscati più sorridevano i vasti orizzonti dell'insegnamento clinico ospedaliero, onde questi Egli prescelse. Ed è proprio in questo insegnamento, così adatto al suo spirito superiore, che più rifulse la genialità e prodigalità didattica Sua, tanto che con sincera ammirazione tutti lo seguivano nella rapida ascesa.

Volle essere e fu un grande Clinico pur nella veste giovanile, e nulla gli faceva difetto; anzi tutto aveva dovizioso: la simpatia, la lena, l'intuito, la cultura, l'arte; ma su tutte queste qualità prevaleva una sorgente di continue ispirazioni ch'Egli traeva dal profondo bisogno della sua anima eletta di recare comunque e dovunque aiuto ai sofferenti, ai miseri e diseredati dalla fortuna.

La Scuola Incurabilistica perde in Lui la più pura gemma, alto decoro dell'insegnamento libero, sicuro rifugio di chiunque avesse voluto all'ombra delle vetuste mura gloriose rifare il suo cammino clinico od iniziarlo, sentire il fascino della ridonata vita, come lo schianto ammonitore quando inerme fosse la terapia e tutto nell'orbita di una perenne dedizione e di una modestia, non mai smentita, tanto che il giovane titano mai smise l'abito e le forme del «missionario», a tutto pronto pur di fare il maggior bene, pur di rendere a Dio i massimi suffragi.

Ora è in nome dei Maestri giovani e vecchi, che l'ebbero eletto compagno ed esempio, in nome della Scuola libera, come di quella ospedaliera, di cui fu lustro e decoro, in nome degl'infermi che sollevò dalle pene, dei figli che ridonò ai genitori e di questi a quelli, in nome della nostra Sala comune, ch'Egli con la sua anima generosa e pia fece tempio e cilizio, pellegrinaggio e meta agognata di cerchia sempre più vasta di dissetati alle pure fonti della Sua fede e cultura; in nome della comune Scuola e dei cari discepoli di cui Egli soltanto era degno Maestro; per tutti questi sentimenti, da cui moniti e rimpianti ora distillano, e sopratutto in nome della fraternità che ci avvinse e di cui sacro retaggio resta quella Scuola medesima che ci fu mistica scala, accolga Egli ancora e sempre il saluto del devastato mio cuore; ancora e sempre la grande anima Sua aleggi a sollievo dei nostri infermi a consiglio dei nostri giovani, mentre la Sua ombra amica, ci ripeterà l'incitamento ad ascendere, che in Lui sorrise alla gran luce del vero, al massimo conforto del bene.

G. Castronuovo

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 25 Aprile 1927 — N. 17

LEZIONI

ISTITUTI DI CLINICA E PATOL. SPECIALE MEDICA DELLA R. U. DI MESSINA

SINDROME DI ANEMIA PERNICIOSA IN AMEBIASI CRONICA

Lezione dettata il 1° dicembre 1926
dal prof. GUIDO IZAR — *Direttore*

L'ammalata che oggi vi presento non offre difficoltà alcuna alla diagnosi clinica. Il quadro morboso, completato con gli esami di laboratorio, è così semplice e limpido che nessun dubbio può sorgere circa l'affezione che affligge la nostra paziente.

Tuttavia il caso non è privo di interesse, in quanto ci permette di investigare un po' da vicino alcuni elementi del complesso sintomatologico e sopratutto ci dà modo di approfondire le nostre conoscenze sulla etiologia dell'anemia perniciosa.

***

Nessun rilievo importante offre l'anamnestico famigliare della nostra ammalata. Il padre morì a 60 anni per ictus apoplettico. La madre, di ben 87 anni, vivente e sana, ha avuto 7 gravidanze, tutte condotte a termine. Dei nati, 2 morirono in tenera età per malattie esantematiche, uno morì in guerra per ferita, uno morì pochi anni or sono per probabile neoplasma delle vie biliari.

Anche il passato remoto della nostra inferma, che ora conta 56 anni, non presenta note importanti. Allattata dalla madre crebbe sana e robusta. A 7 anni contrasse morbillo, a 13 infezione eberthiana, malattie che vennero a guarigione senza postumi. Mestruata a 12 anni, i catameni si seguirono regolari per tempo, qualità e quantità. Sposata a 15 anni ebbe 9 gravidanze, tutte condotte a termine. Dei 9 nati, il 1° morì durante il travaglio del parto, il 3° perì nel terremoto del 1908 all'età di 20 anni, il 5° a 18 mesi per convulsioni. Dei 6 figli viventi, 2 hanno prestato servizio militare durante la guerra, uno nell'armata navale, l'altro in Albania. Quest'ultimo, interrogato, affermò di aver quivi contratto grave dissenteria afebbrile. Questi 2 figli non coabitano con la nostra paziente ma ne frequentano l'abitazione.

Discreta bevitrice di vino, la nostra inferma ha usufruito di una dieta mista, con prevalenza degli idrati di carbonio. Ha sempre abitato in case salubri e ben esposte. Non ha mai tenuto presso di sè cani, ma ha sempre allevato gatti.

L'attuale malattia è iniziata gradatamente 15 mesi fà con debolezza via via crescente, febbricola (37°,2-37°5), alvo stitico. La febbre non era preceduta da brivido, nè seguita da sudori. Tale stato di cose durò invariato per circa 3 mesi, poi, all'improvviso, senza cause apparenti, i sintomi si acuirono.

La febbre aumentò a 38°-38°5, la debolezza si rese ancora più spiccata, comparve diarrea con feci liquide senza muco nè sangue. Sottoposta a cura ricostituente per via ipodermica, la nostra ammalata ne risentì un notevole beneficio.

La febbre scomparve, le condizioni generali migliorarono sensibilmente. Ma dopo circa 7 mesi di apparente benessere la febbre ricomparve assumendo un andamento irregolare, per lo più di continua remittente con massime serotine. Col ridestarsi dello stato febbrile, anche le condizioni generali andarono deperendo, accompagnandosi a profonda adinamia ed a segni di grave anemia (pallore, ronzii e fischi alle orecchie, disturbi cardiaci e gastrici, stitichezza).

Pochi giorni prima del suo ingresso in clinica, senza aver commesso disordini dietetici, l'inferma ebbe alcuni conati di vomito con emissione di liquido verdastro; l'alvo si fece irregolare, a volte stitico a volte diarroico, con feci liquide senza sangue o muco.

L'ammalata è entrata in clinica il 10 novembre, e da allora ad oggi le condizioni generali subiettive non han subito modificazioni notevoli. La febbre ha mantenuto un andamento irregolarissimo. Elevata in principio ha perdurato per 5 giorni coi caratteri di una continua remittente; poi con caduta brusca ha assunto il tipo di una febbricola. L'alvo si mantenne stitico, frequentemente chiuso. Il 26 del corrente mese, a seguito di un trattamento che vi illustrerò in appresso, insorse per 2 giorni diarrea, con 3-4 scariche giornaliere di feci muco-sanguigne.

Obiettivamente il nostro soggetto, di tipo mediolineo microsplancnico, si presenta notevolmente deperito con masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche, pannicolo adiposo scarso, cute pallida, color cera vecchia, arida, secca ben sollevabile in sottili pliche. Anche le mucose visibili sono alquanto pallide.

Esiste macro-poliadenia biascellare e biinguinale, con ghiandole dure mobili indolenti. Nessun rilievo importante offre l'esame del capo e del collo all'infuori di quelli soliti a riscontrarsi negli stati di profonda anemia (pallore della mucosa orale, pulsazioni venose visibili, rumor di trottola ecc.). Il torace, di forma cilindrica, non presenta anomalie anatomiche, nè alterazioni di sorta dimostra l'esame dell'apparato respiratorio. L'aia cardiaca, non rilevata, appare alla percussione lievemente ingrandita verso destra. All'ascoltazione i toni son deboli: il primo tono su tutti i focolai è accompagnato da un rumore di soffio dolce aspirativo con le note di soffio anorganico. Il polso, frequente (90), è abbastanza valido, uguale, ritmico, un po' duro. La pressione arteriosa al Pachon-Gallavardin segna: mx. 120, mn. 70, i. o. 6.

Non maggiori dati offre l'esame dell'addome, lievemente globoso, simmetrico, ben trattabile, indolente. Colla palpazione non si rilevano masse abnormi: solo il sigma e la porzione inferiore dell'ascendente si presentano come tubi semirigidi, a pareti alquanto ispessite. Lo stomaco, all'insufflazione, appare nei limiti. L'insufflazione del colon dimostra lieve ectasia e ptosi del trasverso; ed ectasia del discendente. Nessun rilievo offre l'ispezione rettale.

Il fegato, nei limiti fisiologici, è liscio, regolare, di consistenza non aumentata; il margine è pure liscio, regolare, di durezza normale.

La milza, non palpabile sotto l'arco costale anche nel decubito laterale destro, appare alla percussione lievemente ingrandita nel suo diametro trasverso.

Poichè così scarsi sono i dati obiettivi, vediamo se qualche particolare rilievo offrano gli esami collaterali che possa spiegare lo stato anemico così spiccato della nostra paziente.

Nelle urine, a reazione acida, di densità 1015, i ripetuti esami rilevarono tracce minime, ma costanti, di albumina, alle quali risponde il reperto microscopico di rari cilindri ialini con qualche leucocita e aumento dell'urobilina.

Le prove della funzionalità e del chimismo gastrico dimostrarono lieve ipocinesi con spiccata ipocloridria. Un'ora dopo l'ingestione della colazione di prova di Ewald-Boas si estrae circa 1/3 del pasto: HCl libero assente, HCl combinato 0,18 ‰, adicidità totale 0.5 ‰; pepsinogeno, labfermento presenti; assenza di pigmenti ematici e di acido lattico: le alterazioni gastriche funzionali che sogliono accompagnare tutte le forme gravi di anemia.

Nelle feci tre esami eseguiti rispettivamente il 13, il 16, il 22 su feci da purgante, non dimostrarono alterazioni sensibili nè dal punto di vista chimico nè da quello morfologico.

L'esame del sangue ha dato negative le prove di agglutinazione sia per l'infezione bruceana che per le infezioni paratifiche. Pure negative la prova di deviazione del complemento con antigene luetico, la prova di flocculazione di Sachs-Klopstock e la reazione precipitante per i tumori maligni.

Più importanti, perchè ci han permesso di chiarire per via diretta il diagnostico, sono stati i reperti dell'esame chimico ed ematoscopico. Essi dimostrarono anz'tutto intensa ipoglobulia, alla quale non va parallelo il comportamento del tasso emoglobinico. In due successivi esami troviamo: 15 novembre, Hb. 30; G. R. 1,000,000. V. G. 1,50; 23 novembre, Hb. 50. Glob. rossi 1,260.000. V. G. 1,98.

Ne risulta quindi un'anemia a V. G. assai aumentato, di

Digitized by Google

molto superiore all'unità, cui corrisponde all'esame citologico spiccata aniso- e poichilocitosi, presenza di un discreto numero di normoblasti con rari megaloblasti e di globuli rossi con corpi di Jolly e anelli di Cabot. Rari invece gli eritrociti policromatofili. Nessuna variazione notevole a carico degli elementi bianchi all'infuori di lieve leucopenia. In due successivi esami: leucociti 4800-5000; formula leucocitaria: polinucleari neutrofili 69-71 per cento; polinucleari eosinofili 0.5-1 %; linfociti 23,5-20 %; monociti 7-8 %.

La ricerca dei parassiti malarici riuscì costantemente negativa.

Positiva ma debole e ritardata riuscì la reazione di Hymans van den Berg diretta: positiva, forte e rapida l'indiretta.

***

Dunque il quadro di un'anemia grave, con elementi immaturi della serie rossa nel sangue circolante, o, con formula clinica, il quadro di Anemia perniciosa orto-metaplastica.

Sino a pochi anni or sono, giunti a questo punto e segnata la diagnosi su esposta, il nostro compito si poteva considerare quasi ultimato, giacchè, vigendo allora l'opinione che questa sintomatologia costituisse il quadro nosografico di una particolare malattia, nè potendo sorgere dubbio sull'esattezza della diagnosi posta, null'altro ci restava a fare che concludere la nostra lezione dandovi le norme per una qualsiasi cura ricostituente a base di ferro, arsenico, fermenti e nutrizione abbondante.

Ma le nostre conoscenze sull'anemia perniciosa ed in particolare sulla sua etiologia, si sono in breve volger di tempo notevolmente approfondite, tanto che non torna più lecito considerare così alla leggiera uno di questi casi. Accanto alle forme cosidette primarie, noi conosciamo oggi parecchie forme secondarie di anemia perniciosa ad etiologia nota, consecutive cioè a svariati stati morbosi ed anche a modificazioni fisiologiche dello stato dell'organismo.

Così è certo che una ne esiste imputabile alla gravidanza, ed è forse la forma più frequente. E che sia la gravidanza sola, per una esagerazione di quella anemia gravidica così ben nota, e non la complicanza di altre cause morbigene, lo dimostrò brillantemente il Micheli: l'A. P. guarisce quando si provochi l'interruzione della gravidanza.

Altra forma bene accertata di A. P. è quella legata all'esistenza di un tumore maligno, ed anche in questo caso pure ben dimostrati sono i rapporti di interdipendenza e non già di semplice concomitanza.

Del pari è ben stabilito che un certo numero di casi di anemia perniciosa son dovuti all'esistenza del botriocefalo e dell'anchilostoma. Quà vanno come cause e le continue perdite di sangue e l'azione emolitica di tossine particolari. Controprova ne è la guarigione, più volte verificatasi, che segue l'espulsione dei parassiti.

Resta sempre però, a lato a questo grande gruppo di anemie perniciose ad etiologia ben accertata, un altro non meno grande gruppo di casi nei quali il processo etiologico sfugge. Sono le così dette forme idiopatiche o essenziali o, per dirla in modo più veritiero, quelle forme che così chiamiamo per essere incapaci di trovarne le cause etiologiche. Non furono infatti ritenute essenziali o idiopatiche sino a pochi anni or sono quelle forme di anemia perniciosa che abbiamo visto essere invece legate all'impianto di una neoplasia maligna o alla presenza di parassiti nel tubo gastroenterico ed ancora più semplicemente allo stato di gravidanza?

Lungi dal ritenere che l'A. P. costituisca un'entità morbosa a sè, da tempo siamo venuti affermando il concetto che essa non rappresenta che una sindrome morbosa, legata a svariati momenti etiologici, ma nel cui determinismo il terreno organico individuale ha particolare importanza, sia in rapporto all'impianto della lesione ematica, sia in rapporto al grado di reazione che porta ai noti quadri di A. P. aplastica, ortoplastica, metaplastica.

Questa convinzione mi ha indotto ad insistere nel nostro caso nella ricerca della causa etiologica. E poichè le cagioni più note erano qui da escludere, mi sovvenni di un caso analogo osservato nell'ottobre scorso assieme al collega Zito Tarsitani da Cittanova, nel quale una cura emetinica apportò rapido benessere. Qui pur esistevano nell'anamnestico turbe enterocoliche, ma l'esame delle feci non mi fu dato eseguirlo non potendo l'ammalato trattenersi in Messina.

Insistetti pertanto, nel nostro caso, nell'esame delle feci e, riusciti come dissi negativi tre esami su feci da purgante, feci praticare un clistere iodato allo scopo di riacutizzare un'eventuale parassitosi intestinale latente. Il risultato corrispose alla mia aspettativa, anzi la sorpassò, perchè, praticato il 20 il clistere iodato, il 26 insorse diarrea muco-sanguigna che persistette per 3 giorni con 3-4 scariche giornaliere. Il 27 l'esame chimico accertava la presenza di forti quantità di pigmenti ematici nelle feci: il 28 l'esame coproscopico su feci da purgante dimostrava rare forme mobili di entamoeba histolytica, accanto a numerose forme precistiche.

Come ha potuto assumere questa infezione la nostra ammalata? Data la frequenza fra noi di questa forma morbosa, potrebbe ben trattarsi di una forma nostrale, autoctona. Ma anche non volendo accettare questa ipotesi, resta pure sempre la possibilità che essa l'abbia contratta per contagio diretto dal figlio, già militare, che ha sofferto in passato in Albania di enterocolite afebbrile, oppure che l'abbia assunta per contagio indiretto a mezzo dei gatti, che allevava in buon numero, animali che, come dimostrano le belle ricerche condotte dal Franchini in provincia di Bologna, per essere facilmente recettivi a questa infezione, sono, fra gli agenti trasmettitori i più pericolosi.

***

Affermata la presenza di parassiti patogeni in seno alla mucosa del grosso intestino, si prospetta il quesito se questi parassiti possono costituire il momento etiologico di un'anemia perniciosa.

Che l'entamoeba histolytica possa essere cagione di sindromi morbose varie ed anche poco comuni, è acquisizione recente s., ma ormai ben stabilita e confermata.

Come ho per il primo dimostrato, accanto a sindromi nelle quali prevalgono i sintomi rispecchianti lesioni del tubo gastroenterico e che si potrebbero considerare come forme attenuate o parziali o fruste della grande sindrome dissenterica propria ai climi tropicali, l'entamoeba histolytica induce nei nostri paesi quadri morbosi atipici rispetto alla localizzazione intestinale, ma che ben rispecchiano il concetto fondamentale, comune a tutte le infezioni protozoarie ad andamento cronico. Così, fra noi, accanto all'amebiasi a sindrome enterocolica o diarroica o dissenterica o gastro-dispeptica, accanto alle sindromi di rettite o di rettocolite semplice o pseudo-cancerosa, di appendicite e di pseudo-appendicite, troviamo due forme singolarmente atipiche, che già possono attestare l'azione depauperante ed anemizzante dell'infezione amebica: la forma cachettizzante e la forma pseudotubercolare, da me descritte per il primo nel 1921 (1).

Raffrontando l'azione dell'entamoeba con quella del plasmodio della malaria cronica, affermavo allora il concetto, più ampiamente svolto nel 1922 (2) dopo una più larga esperienza clinica, che, come la malaria e la sifilide, anche l'amebiasi cronica sia causa di anemia.

Come il microbismo latente, anche il parassitismo latente è causa di gravi danni al soggetto ospite. Vita latente sì, ma non innocua per l'organismo portatore se in tutti i casi la persistenza dei parassiti ha come conseguenza uno stato anemico grave con fenomeni tossici generali (3).

E non è l'anemia perniciosa in ultima analisi un'anemia grave con fenomeni tossici generali?

Esisteva dunque il concetto di una possibilità di altra forma clinica non ancora individuata. Oggi il caso ci offre modo di chiudere il ciclo delle diverse lesioni che l'entamoeba histolytica può determinare sulla crasi sanguigna: dal semplice stato anemico che sempre accompagna anche le forme enterocoliche più lievi alla gravissima anemia perniciosa.

E nel contempo ci dà pure modo di portare un contributo, interessante dal punto di visto scientifico, utile dal punto di vista pratico, nel campo ignoto delle cosidette anemie perniciose essenziali.

Così che, alla primitiva diagnosi di anemia perniciosa idiopatica, noi possiamo qui sostituire la seguente: *amebiasi cronica a sindrome di anemia perniciosa*, ed alla cura puramente sintomatica ed empirica contrapporre in questo caso una cura specifica.

---

(1) *Riforma Medica*, n. 4, 1921.

(2) *Amebiasi*, volume, Giannotta ed Catania, 1922.

(3) *Ibidem*. pag. 154.

Digitized by Google

a base di un trattamento alterno con emetina e stovarsolo, quale già abbiamo imparato a conoscere per le varie manifestazioni dell'amebiasi cronica.

Lezione del 19 gennaio 1927

Come ben ricordate il 1° dicembre vi ho presentato una ammalata affetta da amebiasi cronica con sindrome di anemia perniciosa. Vi comunico ora i risultati della cura mista iniziata subito dopo.

L'ammalata per suo desiderio lasciò la Clinica il giorno 3 dicembre e seguì a domicilio la cura con emetina e stovarsolo secondo le mie prescrizioni, ripresentandosi alla nostra Clinica dopo ogni serie del trattamento, per gli opportuni esami ematoscopici.

Le condizioni generali della paziente andarono rapidamente migliorando. Scomparve il senso di astenia, ripresero gradatamente le forze, il polso si fece valido, pur persistendo un lieve pallore della cute e delle mucose.

Parallelamente al miglioramento subiettivo ed obiettivo, l'esame del sangue dimostrò progressivo aumento del numero degli eritrociti con diminuzione del valore globulare sin quasi alla norma, e scomparsa delle forme immature della serie rossa. Infatti, il 16 dicembre, dopo 12 iniezioni quotidiane di cloridrato di emetina da 3 ctgr. ciascuna, l'esame del sangue dimostra:

Eritrociti 2.000.000; Leucociti 9.600; Hb. 65; V. G. 1,62.

Formula leucocitaria: Polinucleari neutrofili 73 %; Linfociti 21 %; Monociti 6 %.

Aniso- e poichilocitosi di modico grado. Assenza di globuli rossi nucleati.

L'8-1-27, dopo trattamento con stovarsolo (2 compresse al dì per 14 giorni), l'esame del sangue rivela:

Eritrociti 2.500.000; Leucociti 9.200; Hb. 60; V. G. 1,20.

Formula leucocitaria: Pol nucleari neutrofili 72 %; Linfociti 20 %; Monociti 8 %.

Modica aniso- e poichilocitosi.

Il 17-1, dopo 6 altre iniezioni di cloridrato di emetina da 5 ctgr. ciascuna, l'esame del sangue dà:

Eritrociti 2.700.000; Leucociti 8.950; Hb. 60; V. G. 1,11.

Formula leucocitaria: Polinucleari neutrofili 73 %; Linfociti 18 %; Monociti 9 %.

Aniso- e poichilocitosi di lievissimo grado.

L'esame delle feci (da purgante), eseguito il 10 gennaio, dimostrò assenza di forme mobili e cistiche di entamoeba histolytica.

La cura va naturalmente continuata per altre due serie almeno secondo quanto è a voi noto, ma già questi primi rilievi, confermando la diagnosi etiologica, permettono di sperare in una definitiva guarigione.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI MILANO
diretto dal prof. dott. GIOVANNI CASTIGLIONI

RICERCHE INTESE A MODIFICARE IL DESTINO DELL'INNESTO OMOPLASTICO DI ORGANI A SECREZIONE INTERNA.

per il prof. dott. GIOVANNI CASTIGLIONI — Direttore

Il concetto dell'intervento di fenomeni anafilattici nel processo dell'attecchimento di innesti omo-eteroplastici è stato emesso per la prima volta dallo Schöne che ha supposto che dal conflitto tra i succhi del datore ed il tessuto innestato venissero a mettersi in libertà delle sostanze capaci di dar luogo ad una reazione anafilattica. Esso è stato in seguito ripreso da Kongrold, Fichera, Scaglione ecc. mentre le ricerche di altri autori mettevano sempre più in evidenza l'importanza di fatti immunitari nel complesso fenomeno dell'attecchimento.

Loeb innestando sottocute rene di cavie a cavie previamente trattate con emulsione di rene di cavia vide nell'animale trattato infiltrazione leucocitaria ed edema locale; Fleisher in cavie previamente trattate con innesti ripetuti vide formarsi intorno ai nuovi innesti alterazioni che mancavano ai primi e che presentavano modificazioni locali rapportabili al fenomeno di Arthus. Fasiani in innesti di cute, Fichera in innesti embrionali, Pettinari in innesti di ovaia videro un più rapido riassorbimento ripetendo nello stesso animale l'innesto. Carmona ha osservato la rapidissima distruzione di impianti di tiroide e di pelle di animali pretrattati con iniezioni endovenose di siero del datore e viceversa di innesti di organi di animali sensibilizzati nei fornitori di siero.

Recentemente Lehmann e Tamman hanno visto che in animali in cui era stato eseguito il cosiddetto bloccaggio dell'apparato reticolo-endoteliare si riusciva ad ottenere l'attecchimento di innesti cutanei mentre risulta dalle esperienze di Schittenhelm che negli animali bloccati si riesce ad impedire la comparsa dello shok anafilattico.

Confrontando questi reperti sperimentali con i tentativi fatti per modificare le condizioni dell'ospite e quelle dell'innesto, sia ripetendo successivamente l'impianto, sia cercando di trattare previamente l'ospite con le albumine del datore o con peptone e il datore con le albumine dell'ospite — esperienze eseguite coll'impiego di alte dosi di materiale e completamente negative, che hanno condotto anzi ad un più rapido riassorbimento dell'innesto — ho pensato che qualche risultato si sarebbe forse potuto ottenere battendo la via opposta, cercando cioè di desensibilizzare l'ospite.

Ho cercato perciò di utilizzare un fenomeno che può riportarsi alla tachifilassi impiegando un procedimento simile al metodo di Besredka che consiste, come è noto, nell'impedire lo scoppio dei fenomeni anafilattici somministrando poco prima dell'iniezione scatenante una piccola quantità, di per sè inefficace, della sostanza usata come sensibilizzatrice.

Già Cesabianchi aveva dimostrato con un procedimento simile che era possibile aumentare notevolmente la resistenza di animali verso la inoculazione di estratti tossici di organi praticando poco prima una piccola iniezione della stessa sostanza.

Ho provato quindi a trattare l'ospite successivamente all'innesto con piccolissime dosi di estratto di organo omologo partendo dal concetto di desensibilizzarlo qualora, per l'inevitabile riassorbimento di piccole parti dell'innesto, si fossero formate delle sostanze sensibilizzatrici. Le iniezioni furon ripetute poichè è noto che l'aumento di resistenze prodotto per tachifilassi è di breve durata. In un primo gruppo di ricerche ho sperimentato sull'ovaia mentre analoghe esperienze venivano eseguite nell'Istituto da me diretto da Lazzarini sul testicolo e da Pettinari sulla surrenale.

La tecnica fu sempre identica. Gli innesti furono eseguiti nel sottocutaneo al dorso di animali (cavie e per il testicolo anche ratti) di pari peso e per l'ovaia di sesso femminile. A partire dal secondo giorno vennero praticati a giorni alterni iniezioni sottocutanee in dosi non maggiori di cc. 0,5 di una soluzione 0,03 su 10 di estratto fresco di ovaio od altro organo.

L'estratto veniva ottenuto triturando e pestando sterilmente la ghiandola fresca in soluzione fisiologica e filtrando su garza.

I controlli furono ugualmente innestati ma non trattati. Tutte le esperienze sono state eseguite su animali integri ed i risultati sono stati concordanti in via di massima. Anche dopo 100 giorni nel maggior numero degli innesti ovarici si può osservare una buona conservazione del parenchima, con follicoli in diverso stadio di sviluppo. Mentre l'epitelio germinativo rapidamente scompare e diminuiscono i follicoli primordiali, sono abstanza numerosi i follicoli più maturi, con elementi della granulosa ben conservati ed in cariocinesi e spesso con ovociti ben conservati. Sono presenti talvolta corpi lutei e qualche corpo albicans.

Il reperto varia da caso a caso e, mentre in alcuni innesti il tessuto ovarico non solo presenta aspetto normale ma anche vivaci fenomeni di proliferazione follicolare, in altri compaiono zone di sclerosi e fenomeni degenerativi, ma la conservazione è

Digitized by Google

di regola migliore che non nei controlli, nei quali al di là di 60 giorni i follicoli sono completamente distrutti od alterati.

Solo in prosieguo di tempo, tra il 100° ed il 150° giorno, l'innesto anche degli animali trattati va incontro a fenomeni degenerativi più o meno gravi che finiscono a portarne alla completa distruzione.

Analogamente Lazzarini per il testicolo, mentre ha avuto i controlli rapidamente negativi tanto da non poterne spesso avere il riporto, nei ratti trattati ha osservato fino a tre mesi di distanza una discreta e parziale conservazione degli elementi dello strato basale dei tubuli e Pettinari ha concluso dagli innesti sulla surrenale per una migliore conservazione negli animali trattati, nei quali ha potuto riscontrare, a differenza che nei controlli, fino a 50 giorni una buona conservazione sia della corticale che della midollare.

Per quanto altre esperienze sieno tuttora in corso, anche con opportune modificazioni di tecnica (pretrattamento, iniezioni di siero) appare già lecito trarre da questo insieme di reperti obbiettivi alcune conclusioni.

Noi possiamo in linea generale affermare che il procedimento descritto ha dato risultati incoraggianti e ha permesso una miglior conservazione degli innesti globalmente considerati.

Questi primi risultati anche se moderati acquistano poi maggior valore se consideriamo da un lato l'incostanza dell'estratto preparato in modo tale da non permetterne un'esatta determinazione delle dosi e dell'attività, e dall'altro le condizioni sfavorevoli in cui noi abbiamo appositamente cercato di porci per più severo controllo dei risultati, esperimentando su animali integri.

E' infatti noto da numerose ricerche (Cristiani, Pepere, Pettinari ecc.) che gli innesti di organi sono destinati a riassorbirsi quando vengano eseguiti su ospiti che non si trovano in stato di carenza verso la ghiandola impiantata.

Proseguendo in questa via, in più favorevoli condizioni, sono forse quindi da attendersi risultati migliori e più duraturi.

Quanto all'interpretazione del fenomeno noi possiamo per il momento emettere solo delle ipotesi ma non abbiamo dati sufficienti per spiegarci il meccanismo di azione delle piccole dosi.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze e se ricordiamo le numerose esperienze già citate che hanno costituito la premessa logica del mio procedimento, la spiegazione più verosimile, appare quella di una desensibilizzazione dell'ospite nel senso sopra esposto.

Non possiamo però escludere, per quanto sembrino meno probabili, l'ipotesi di una possibile azione eccitante delle piccole dosi sull'innesto o di una possibile esaltazione della capacità di adattamento e quindi di vita del tessuto impiantato: esaltazione che potrebbe essere forse indiretta e direttamente invece legata inibizione funzionale delle corrispondenti ghiandole in situ.

In ogni modo, qualunque sia l'interpretazione, ciò che importa è la constatazione di fatti obbiettivamente osservati. Le ipotesi di lavoro possono mutare per via, a me basta aver segnalato un reperto che credo possibile di ulteriore sviluppo.

BIBLIOGRAFIA

CASTIGLIONI. Atti Soc. Ital. Chirurgia, 1925. — IDEM. Atti Soc. Lomb. Scienze Med. Biol., 1926. — LAZZARINI. Atti Soc. Lomb. Sc. Med. Biol., 1926 — PETTINARI. Atti Soc. Lomb. Sc. Med. Biol., 1926.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA
DELLA R. U. DI TORINO
diretto dal prof. O. UFFREDUZZI

LE MANIFESTAZIONI GASTRO-INTESTINALI DELLA COLELITIASI

per il dott. MARIO MAIRANO — Aiuto volontario

Fra gli ammalati che accusano disturbi gastrici ed intestinali di varia entità, spesso numerosi e male definiti, ne esiste un certo numero che non presenta alterazioni organiche vere dello stomaco o del duodeno ma bensì un'affezione di un altro organo, vicino o lontano, che si riflette in gran parte o per intero sul segmento gastro-duodenale causando una serie svariata di disturbi.

Pauchet giunge ad affermare che su dieci ammalati che consultano il medico per turbe gastriche uno solo è affetto da una lesione vera dello stomaco o del duodeno; per gli altri si tratta di dispepsie riflesse da lesioni addominali di altri organi. Ora, pur ammettendo che questa asserzione di Pauchet sia alquanto esagerata, in ogni modo sta di fatto che numerose forme dispeptiche, talvolta gravi, si riscontrano in ammalati di appendicite, di affezioni renali, in donne con lesioni utero-annessiali e sopratutto nelle affezioni delle vie biliari delle quali dobbiamo appunto occuparci. Ramond sostiene che su dieci gastropatici presi a caso tre sono colelitiasici. La cistifellea è adunque l'organo che più spesso ricorre a questa sintomatologia presa a prestito o, per dirla con una frase di Moyniham « racconta la storia della sua malattia in termini gastrici ».

Si capisce come sia facile in siffatti casi incorrere in errori diagnostici ed istituire una cura che non approda spesso ad alcun risultato; di quì la necessità per il medico di avere presente l'esistenza di queste affezioni morbose e di procedere ogni volta ad un accurato esame anamnestico ed alle altre indagini cliniche e di laboratorio che il caso richiede per rilevare quegli elementi che facilmente sfuggono all'osservatore superficiale e che costituiscono talvolta la chiave della diagnosi.

Sono stato indotto a scrivere queste pagine in seguito all'osservazione di un certo numero di ammalati che ho potuto studiare e seguire nella Clinica di Patologia Chirurgica per gentile concessione del mio Maestro Prof. Uffreduzzi che vivamente ringrazio.

Come si può vedere dalle storie cliniche riportate in seguito, scelte fra quelle più caratteristiche, si trattava di pazienti ancora in buona età, in maggioranza donne, che accusavano disturbi di natura essenzialmente gastrica, sopratutto dolori simulanti ulcera gastrica o duodenale, e nei quali l'intervento, eseguito talvolta sotto diagnosi di probabilità, ha messo in luce la presenza di colelitiasi, accompagnata spesso da pericolecistite con aderenze tra le vie biliari ed il segmento duodeno-pilorico.

***

Se consultiamo la bibliografia che riguarda il nostro argomento, vediamo che lo studio dei disturbi gastrici di origine biliare ha già interessato gli autori per il passato e la prima citazione in proposito risale al 1784 per merito di Pujol.

Egli aveva constatato che non esisteva malattia di fegato alla quale non partecipasse pure lo stomaco e faceva rilevare fin da allora come l'ipocondrio destro, che è la vera sede del male, non presenti qualche volta « nè dolore, nè elevazione, nè la più piccola ansietà apparente ».

Più tardi troviamo ancora nella letteratura altre citazioni sull'argomento ma sono descrizioni sporadiche di casi che non corrispondono sempre a quanto vogliamo oggi trattare. Nel 1879 Cornillon descrive per primo la vera forma di litiasi biliare a tipo dispeptico e Bouveret nel 1893 richiama l'attenzione su queste forme nascoste di litiasi biliare. Egli scrive: « Il paziente localizza male le sue sensazioni dolorose, lo si crede affetto da gastralgia fino al giorno in cui l'apparizione dell'ittero viene a rettificare la diagnosi ». Queste osservazioni caddero a quel tempo nel disinteresse e la mancanza di sufficienti nozioni di patologia e di controlli al tavolo anatomico ed a quello operatorio non permisero alcun progresso in questo studio. E' solo al principio di questo secolo che l'argomento è stato ripreso e nuove pubblicazioni sono comparse per merito di Chauffard, Tuffier e Marchais, Salignat e Foucaud, Loeper ed altri che si sono occupati della questione.

Ma per trovare una trattazione completa noi dobbiamo farci più innanzi, o meglio portarci al tempo in cui il passaggio della litiasi biliare dal dominio della medicina a quello della chirurgia, ne permise, coi dati forniti dagli interventi, uno studio completo. Arriviamo così al lavoro di Cotte e Bressot del 1912 nel quale troviamo nozioni precise per quanto riguarda la patogenesi, l'anatomia patologica, la diagnosi e la cura di queste affezioni.

In seguito si sono occupati ancora della questione varii altri autori fra cui Le Noir, Lecène, Debrile.

In Italia sono comparsi recentemente pregevoli studi di Fedeli e Ricci, quest'ultimo con un'estesa trattazione ultimamente pubblicata e che non ho potuto consultare perchè comparsa poco prima di questa mia nota. In Germania hanno portato contributi clinici importanti Rohde collo studio di una numerosa

Digitized by Google

serie di ammalati di colelitiasi dal punto di vista della funzionalità gastrica, Cohn, Meulengracht ed altri.

Sintomatologia

La *sintomatologia*, in queste forme di litiasi biliare a tipo gastrointestinale, non è in alcun modo definita ma è quanto di più vario si può immaginare riguardo al modo di presentarsi e di decorrere. Il dolore predomina ordinariamente nel quadro; esso può essere intenso e soverchiamente penoso con sede alla regione epigastrica accompagnato da nausea e da vomito perfettamente come si verifica in un'autentica ulcera gastrica o duodenale; da questa forma violenta si può scendere per gradi fino ad incontrare pazienti che accusano un semplice senso di peso all'epigastrio che si accentua dopo i pasti e si attenua gradualmente collo svuotamento dello stomaco senza recare soverchio fastidio e permettendo al malato il suo abituale lavoro.

Il dolore epigastrico può presentarsi in modo repentino e con carattere parossistico anche in una persona che non ha avuto precedenti sofferenze. Chauffard si è particolarmente interessato di questa sindrome ch'egli definisce come l'esponente di una vera colica biliare a carattere frusto che si svela con un solo segno che pure si ritrova nelle forme tipiche: la epigastralgia.

Fra i miei ammalati ho avuto occasione di osservare in un caso questa sintomatologia e ne riporto brevemente la storia clinica.

Caso I. — C. E. d'anni 23, casalinga. L'anamnesi famigliare non ci fornisce dati importanti. Quella personale ci avverte che l'ammalata non ha sofferto per il passato malattie di qualche gravità; sofferse soltanto disturbi della sfera genitale consistenti in irregolarità nella comparsa delle mestruazioni e dolori durante il flusso. Sposata a 24 anni ebbe dopo pochi mesi un aborto spontaneo seguito da raschiamento; poco dopo ebbe una nuova gravidanza che portò a termine con parto regolare; nacque una bambina sana e vivente.

Durante questa gravidanza la donna fu colta un giorno improvvisamente, senza alcun sintomo prodromico, da un dolore violentissimo alla regione epigastrica che durò alcune ore accompagnato da nausea e vomito, indi scomparve lasciando per alcuni giorni cefalea ed anoressia. Questo accesso doloroso si ripetè dopo circa un mese e ricomparve ancora, con gli stessi caratteri, dopo il parto. Non ebbe mai irradiazione del dolore verso la spalla nè traccia d'ittero.

Stato presente. All'entrata in clinica l'ammalata si presenta in condizioni generali abbastanza buone. Nulla si nota all'esame del capo, del collo e degli organi toracici. La regione epigastrica è dolente alla palpazione come pure il punto cistico. Gli altri quadranti dell'addome sono perfettamente trattabili. Nulla ai genitali.

Esame delle urine: Nessun componente patologico.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti; acido cloridrico libero: 0.56 ‰; Acidità totale: 1.15 ‰.

Esame radiologico: Lo stomaco appare normale con peristalsi accentuata. Si svuota regolarmente. Il bulbo duodenale ed il duodeno s'iniettano bene ma il contrasto si sofferma alquanto a lungo prima di passare nel digiuno; il duodeno è alquanto spostato in alto e verso destra.

In base ai dati clinici, di laboratorio e radiologici si può quasi con certezza escludere la presenza di fatti ulcerativi dello stomaco e del duodeno per cui viene posta la diagnosi di probabile colelitiasi.

Operazione (Prof. Uffreduzzi). Laparotomia pararettale destra. Lo stomaco ed il duodeno si presentano normali. La cistifellea appare tesa e ripiena di tanti piccoli calcoli friabili. Colecistectomia. Drenaggio del letto cistico; sutura delle pareti a strati. Guarigione.

Più frequenti del caso descritto sono certo quelle forme che vanno col nome di pseudo-ulcus. In esse il dolore epigastrico segue in genere ad un periodo più o meno lungo di disturbi digestivi più lievi ed a poco a poco si rende ben definito; ad esso si associano spesso altri sintomi così che ne può risultare un quadro che ha tutto l'aspetto dell'ulcera gastrica. Gilbert e Lereboullet hanno segnalato alcuni casi nei quali oltre a tutti gli altri sintomi era stata notata anche l'ematemesi senza che esistessero vere ulcere del tratto digerente superiore. Il caso seguente simulava in modo perfetto l'ulcera gastrica e non esisteva alcun sintomo che potesse far supporre l'esistenza di colelitiasi.

Caso 2. — D. M. 30 anni. Venditrice ambulante. Non ha sofferto alcuna malattia fino all'età di 20 anni. Da quest'epoca cominciò ad accusare inappetenza, disturbi di digestione, stitichezza e qualche dolore diffuso in corrispondenza dell'addome con preferenza al quadrante ileo-cecale. Questi disturbi si mantennero per lungo tempo molto moderati. L'a. si sposò a 22 anni ed ebbe due bambini sani e robusti. Sottoponendosi di tempo in tempo a cure mediche e riposo la paziente giunse fino a due anni or sono; in quest'epoca fu colta da forti dolori al quadrante cecale e venne riconosciuta affetta da appendicite ed operata nella nostra Clinica.

Dopo l'operazione ebbe un anno di benessere indi i disturbi ripresero un carattere alquanto diverso: Nausee, vertigini, qualche conato di vomito, eruttazioni acide e dolore epigastrico che si presentava regolarmente 3-4 ore dopo i pasti e durava fino allo svuotamento dello stomaco. Mai ittero; mai irradiazioni dolorose alla spalla destra.

Stato presente: Alla sua entrata in clinica l'a. si presenta alquanto deperita. Cute e mucose pallide, muscolatura flaccida, nulla alle sclere. Organi del capo, del collo e del torace sani. Addome dolente in corrispondenza della regione epigastrica. Sul punto cistico si riesce a risvegliare dolore solo colla palpazione molto profonda.

Esame delle urine: Nulla di patologico.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti; Acido cloridrico libero: 1.55 ‰; Acidità totale: 2.65 ‰.

Esame radiologico: Stomaco alquanto ptosico. Lo svuotamento è abbastanza ritardato ma completo. Bulbo duodenale deformato a clessidra; piloro e duodeno lievemente stirati a destra ed in alto.

Il dolore epigastrico dopo i pasti, la scarsa dolorabilità della regione cistica ed i dati del chimismo gastrico ci fanno propendere per l'ulcera duodenale. Anche l'esame radiologico non controindica questa diagnosi.

Intervento operativo (Prof. Uffreduzzi). Laparotomia mediana sopraombellicale. Lo stomaco ed il duodeno esplorati non presentano ulcera in atto nè segni di ulcera pregressa. Il duodeno è aderente all'ilo epatico ma lo si può staccare con molta facilità, la cistifellea si presenta tesa e contiene numerosi calcoli; essa aderisce col fondo al colon trasverso. Liberazione delle aderenze; colecistectomia. Drenaggio tubulare della loggia cistica. Guarigione.

Questo caso è adunque fra quelli la cui diagnosi è realmente molto difficile anche dopo tutti gli esami poichè nessun dato lascia supporre l'esistenza della colelitiasi. Nella nostra ammalata infatti il dolore si presentava regolarmente dopo i pasti, la regione epigastrica era nettamente dolente mentre quella cistica reagiva solo leggermente alla palpazione molto profonda. L'acidità gastrica era leggermente superiore alla norma ed i dati radiologici, nonostante lo spostamento verso destra del duodeno, potevano corrispondere a quelli che si riscontrano in un'ulcera duodenale.

Nel caso seguente invece, quantunque i sintomi fossero esclusivamente gastrici esistevano dati per supporre la colelitiasi.

Caso 3. — G. S. d'anni 18. Impiegata. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare ed in quella personale remota. L'attuale infermità dura da un anno circa. S'iniziò con inappetenza, digestioni lente e penose, senso di distensione dello stomaco e talvolta dolore epigastrico. Negli ultimi tre mesi è comparso pure il vomito che interviene abbastanza frequentemente dopo i pasti.

Stato presente: All'entrata in Clinica si presenta molto dimagrita, di colorito pallido e con accentuato scadimento delle forze. Nulla alla testa al collo ed agli organi toracici. Addome dolente alla palpazione profonda nella regione epigastrica e cistica. Gorgoglio nella fossa ileo-cecale che si presenta pure dolente sul punto appendicolare. Trattabili gli altri quadranti.

Esame delle urine: Reaz. acida. Densità 1023. Albumina: tracce. Zucchero: assente.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti. Acido cloridrico libero: 0.51 ‰. Acidità totale: 1.16 ‰.

Esame radiologico: Stomaco che si contrae pigramente; bulbo duodenale che si inietta quasi subito; ristagno del contrasto nella 1ª porzione del duodeno che persiste ancora dopo sei ore. Il duodeno appare stirato in alto ed a destra verso l'ilo epatico.

In base ai dati chimici e radiologici si sospettò la presenza di colelitiasi e si sottopose l'a. ad intervento (Prof. Uffreduzzi). Morfioeteronarcosi. Laparotomia pararettale destra. La cistifellea appare un po' distesa, aderente lassamente al duodeno e contenente un grosso calcolo. Colecistectomia: Incappucciamento e peritoneizzazione del moncone cistico. Drenaggio della fossa cistica.

Esplorati il ceco e l'appendice si nota che questa è aderente e retratta per cui si decide di asportarla. Vengono pure lacerate alcune briglie cicatriziali retratte del mesocolon ed asportate alcune membrane pericoliche addossate al ceco ed al colon ascendente. Sutura parziale delle pareti a strati. Decorso regolare. Guarigione.

Digitized by Google

***

Un dato al quale si deve sempre attribuire importanza nella diagnosi differenziale è il rapporto cronologico fra il pasto e l'insorgenza del dolore. Nella litiasi frusta esso non segue nella maggioranza dei casi alcuna regola ma può presentarsi subito dopo il pasto oppure a distanza di ore. Questa particolarità anzi ha suggerito al Loeper una classificazione delle dispepsie biliari che si basa appunto sul rapporto cronologico tra l'ingestione dei cibi e l'insorgenza del dolore. Questa classificazione, che è seguita pure dal Fedeli, distingue:

1. Una *varietà precoce,* nella quale i disturbi compaiono durante l'ingestione del cibo o appena al termine del pasto.

2. Una *varietà tardiva,* nella quale i disturbi compaiono in media 3-4 ore dopo la presa del cibo. Inoltre esiste una:

3. *varietà,* nella quale i disturbi si verificano prevalentemente a distanza dai pasti, a stomaco vuoto, e che il Fedeli chiama *intermedia* o *interprandiale.*

A questa classificazione non si può attribuire però che un valore relativo perchè il dolore nelle forme gastriche di colelitiasi è troppo irregolare per essere classificato. Chi ha avuto occasione di esaminare un certo numero di questi ammalati ha potuto certo persuadersi di ciò ed avrà notato come non esistono due casi uguali riguardo alla sintomatologia dolorifica.

Oltre al dolore che deve essere considerato il sintomo capitale esiste una serie di altri sintomi minori, in parte sempre presenti e che contribuiscono a dare un'impronta particolare ad ogni caso.

Descriverò brevemente questi sintomi trattandoli singolarmente poichè ritengo impossibile stabilire dei tipi clinici secondo associazioni particolarmente frequenti.

Già il segmento esofageo partecipa con una certa frequenza al quadro morboso ed il sintomo principale che si può manifestare è il *cardiospasmo.* Questo è bene definito dal Loeper come « una sensazione di costrizione, di crampo, assai sgradevole e talvolta dolorosa, localizzata dall'ammalato nella regione dello stomaco, accompagnata da una specie di tiramento interno, di lacerazione intratoracica con irradiazione tra le scapole e soggetta ad esacerbazioni più o meno frequenti e talvolta estremamente penose ».

Conseguenza dello spasmo e dell'irritazione del cardias è quasi sempre un eccitamento della secrezione salivare per via riflessa che dà luogo a scialorrea. Parturier riferisce di avere osservato casi di colelitiasi nei quali esisteva scialorrea così pronunciata da poter raccogliere 300 gr. di saliva in due ore. Questo disturbo è facile a complicarsi. L'ammalato affetto da scialorrea diventa tosto scialofago e spesso anche aerofago. La saliva che in abbondanza viene deglutita talvolta non può varcare il cardias spastico ed avvengono allora rigurgiti di saliva mista a secrezione mucosa proveniente dalla porzione terminale dell'esofago.

In un'ammalata ho potuto osservare una sintomatologia abbastanza evidente di cardiospasmo:

Caso 4. — B. A. 50 anni, casalinga. Nessuna malattia d'importanza nel passato. Sposata a 18 anni ebbe due gravidanze portate regolarmente a termine. Da circa dieci anni accusa stitichezza grave; solo con purganti e clisteri l'ammalata riesce a liberarsi emettendo feci dure, nerastre. Da circa due anni si sono presentati disturbi a carico dello stomaco consistenti in senso di peso, eruttazioni, digestioni lunghe e difficili accompagnate qualche volta da un dolore continuo, di media intensità, all'epigastrio ed all'ipocondrio. Negli ultimi mesi è intervenuto un fatto nuovo che maggiormente ha impressionato l'ammalata e che consiste in un dolore più vivo, talvolta lacerante che la colpisce alla regione epigastrica con senso vivo di costrizione e con irradiazione posteriore intrascapolare. Durante questi accessi dolorosi che la colpiscono di solito un'ora circa dopo il pasto l'ammalata ha frequenti rigurgiti di liquido spumoso, biancastro e abbondante produzione di saliva.

Stato presente: All'entrata in Clinica l'ammalata si presenta in discrete condizioni generali; scheletro regolare. Nulla alla testa al collo ed al torace. L'ispezione dell'addome mostra una lieve tumefazione della regione epigastrica e dell'ipocondrio destro. Colla palpazione si avverte il fegato abbassato, debordante di circa due dita trasverse dall'arco costale. La palpazione profonda della regione epigastrica e dell'ipocondrio è alquanto dolente.

Esame delle urine: Nessun componente patologico.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti. Acido cloridrico libero: assente. Acidità totale: 0.75 ‰. Acido lattico: assente.

Esame radiologico: Si notano delle ombre tondeggianti della grandezza di un fagiolo all'altezza della 2ª vertebra lombare che potrebbero essere calcoli biliari. Lo stomaco appare normale e si svuota regolarmente; il duodeno è alquanto stirato a destra ma non esistono alterazioni della

Operazione: (Prof. Uffreduzzi). Morfionarcosi eterea. Taglio pararettale destro. Il fegato arriva col margine inferiore fin quasi all'ombelicale trasversa e ricopre la cistifellea alquanto ingrandita, allungata. Essa contiene un liquido chiaro, limpido e nel suo fondo alcuni calcoli piccoli, duri. Isolamento della cistifellea; colecistectomia. Drenaggio della loggia cistica; decorso post-operatorio buono. Guarigione.

L'*aerofagia* si riscontra pure negli ammalati di colelitiasi anche in assenza della scialorrea. E' specialmente molesta per il senso di distensione continua dello stomaco al quale dà luogo; questi pazienti sono costretti ad eruttazioni continue o meglio a frequenti tentativi di eruttazione per liberarsi del peso che il tormenta ed in questi continui sforzi deglutiscono nuova aria creando così un circolo vizioso che aggrava sempre più la situazione. L'aerofagia va dunque ricordata come uno dei sintomi minori abbastanza importanti e del quale bisogna tenere conto nei casi di incerta diagnosi.

La *pirosi* e le *eruttazioni acide* sono tra i sintomi più costanti. La pirosi sovente può presentarsi a stomaco vuoto e l'ammalato in questi casi viene facilmente scambiato per un ipercloridrico e trattato come tale. Molte volte invece, come giustamente fa rilevare anche il Fedeli, in questi soggetti non esiste affatto ipercloridria. E' cosa nota che pirosi ed ipercloridria non sono sintomi dipendenti anzi la sensazione di pirosi può essere presente in soggetti nei quali fa difetto la secrezione acida dello stomaco.

Negli ammalati ch'io ho avuto occasione di osservare in uno solo ho trovato un tasso di acido cloridrico alquanto più elevato della norma (caso II) mentre quasi tutti i pazienti soffrivano di eruttazioni acide.

La pirosi che s'incontra frequentemente nei colelitiasici, non dobbiamo dunque riferirla ad ipercloridria ma piuttosto va ritenuta, come oggi la maggioranza degli autori opina, quale sintomo dipendente da gastrite con ipersensibilità della mucosa gastrica e con irritazione delle vie nervose che ad essa si distribuiscono.

Il *vomito* alimentare o bilioso si riscontra piuttosto negli stadi avanzati della malattia se questa non è stata convenientemente curata. Talvolta esso è causato da una vera lesione della prima porzione duodenale consistente in un'estesa stenosi con deformazione in seguito a fatti di duodenite secondaria a pericolecistite; talvolta è una semplice briglia fibrosa che stira sul duodeno producendo un'angolatura stenosante.

Mi si permetta di ricordare ancora i due casi seguenti che mi paiono abbastanza istruttivi e nei quali esiste gran parte dei sintomi suddetti. Il caso VII è pure interessante per la concomitanza di una cicatrice stenosante del duodeno da pregressa ulcera.

Caso 5. — F. F. 58 anni, pensionato. Nulla di notevole importanza nel gentilizio. Il paziente non sofferse malattie degne di nota per il passato; moderato fumatore e bevitore. Sei mesi fa venne colpito da grave epistassi che si presentò ripetute volte nel periodo di una settimana. Da quest'epoca cominciarono i disturbi dell'attuale malattia con insorgenza di dolore epigastrico sotto forma di vivo bruciore, nausea, eruttazioni acide e frequenti conati di vomito. Questi sintomi si attenuavano o scomparivano del tutto se l'ammalato teneva un regime alimentare con vitto leggero, ricomparivano appena l'ammalato tornava al vitto comune. Più frequentemente i dolori comparivano un'ora dopo il pasto ed avevano una durata varia da 2 fino a 12 ore. Quando erano più persistenti l'ammalato ha notato che il dolore si diffondeva anche verso l'ipocondrio destro ed una volta ha notato anche irradiazione verso la spalla.

Stato presente: All'entrata in Clinica il paziente si presenta in condizioni generali di nutrizione alquanto scadenti. All'esame fisico nessuna lesione si nota a carico del capo del collo e del torace. L'addome è normale all'ispezione. La palpazione risveglia dolore all'epigastrio ed all'ipocondrio destro. Stomaco e fegato in limiti normali, milza appena palpabile. I quadranti inferiori dell'addome sono trattabili, indolenti.

Esame delle urine: Nulla di patologico.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti. Acido cloridrico libero: assente. Acidità totale: 0.70 ‰. Acido lattico: assente.

Digitized by Google

Esame radiologico: La pars pilorica dello stomaco appare stirata a destra ed aderente all'ilo del fegato. Piloro fortemente incontinente così che il pasto di bario passa immediatamente nel duodeno. Bulbo duodenale deformato.

Viene fatta diagnosi probabile di colelitiasi in base al dolore sul punto cistico e sopratutto dall'esame chimico del succo gastrico. Venne pure affacciata la possibilità di un carcinoma gastrico che però fu esclusa per l'assenza di acido lattico, il dolore sui quadranti superiori e la mancanza assoluta di una qualsiasi tumefazione palpabile in corrispondenza dello stomaco.

Operazione: (Prof. Uffreduzzi). Laparotomia pararettale destra. Piloro retratto a destra da aderenze. Cistifellea molto ridotta di volume, retratta, inniccchiata profondamente nel parenchima epatico e contenente alcuni calcoli. Viene isolata con grande difficoltà ed estirpata. Drenaggio del letto, cistico. Sutura a strati. Guarigione.

Caso 6. — C. S. d'anni 21, operaia. Anamnesi famigliare senza fatti importanti. L'ammalata fu affetta da difterite a 7 anni e di pertosse ad 8 e guarì bene di entrambe le malattie. L'attuale infermità s'iniziò circa due anni or sono con disturbi a carico dell apparato digerente. Inappetenza, celafea, nausea ed eruttazioni acide dopo i pasti con senso molesto, continuo di acidità in gola. Da un anno i disturbi digestivi sono peggiorati. L'a. accusa senso di peso o distensione epigastrica accompagnati da dolore a carattere puntorio che si presenta in qualunque ora del giorno e dura indifferentemente da poche ore a due-tre giorni. Negli ultimi mesi tali crisi dolorose si sono fatte più frequenti ed agli altri sintomi si è aggiunto il vomito che si presenta ordinariamente due ore circa dopo il pasto con emissione di parte del cibo ingerito misto ad abbondante liquido mucoso. Dall'inizio della malattia l'alvo è sempre stato stitico.

Stato presente. All'entrata in Clinica l'ammalata si presenta in condizioni generali scadenti. Cute e mucose visibili pallide. Muscolatura flaccida, adipe scarso; lingua patinosa. Nulla all'esame del capo, del collo e degli organi toracici. Addome avvallato, poco trattabile, dolente alla palpazione nella regione epigastrica ed all'ipocondrio destro. Stomaco alquanto dilatato e ptosico. Fegato e milza in limiti normali. Nulla ai quadranti inferiori ed ai genitali.

Esame delle urine: Nulla di patologico.

Esame gastrico: Colazione di Ewald estratta dopo 45 minuti. Acido cloridrico libero: 0.73 ‰. Acidità totale: 1.64 ‰.

Esame radiologico: Stomaco abbassato; il polo inferiore arriva al pube; peristalsi del corpo e dell'antro esagerata per profondità e punto d'insorgenza. Piloro pervio normale. Bulbo duodenale e prima porzione del duodeno deformati, non dilatati, dolentissimi alla pressione. Il contrasto si sofferma in essi durevolmente. Lo svuotamento è rapido in primo tempo; dopo sei ore esiste ancora bario nel fondo dello stomaco e piccoli residui nel tratto duodenale.

La diagnosi radiologica in questo caso era di sospetta ulcera duodenale; l'esame clinico e quello chimico non parlavano nettamente in favore di questa diagnosi sia per l'acidità normale sia per i dolori che non avevano le caratteristiche di quelli di una forma ulcerativa, ma non offrivano neppure elementi sicuri per poterla escludere. Si sottopose l'ammalata ad intervento: (Prof. Uffreduzzi).

Anestesia morfio-cloroformica. Laparotomia mediana sopraombelicale. Stomaco contratto con forti e frequenti spasmi anche durante l'operazione. Cicatrice stellata sulla porzione orizzontale del duodeno che è alquanto stenotica. Si pratica la gastrocenteroanastomosi transmesocolica posteriore. Cistifellea pendula, piriforme, ingrossata ed allungata; poco fissa alla faccia inferiore del fegato; completamente ripiena di calcoli. Si isola con facilità e si pratica la colecistectomia. Drenaggio tubulare della loggia cistica. Sutura delle pareti a strati; decorso post-operatorio buono. Guarigione.

L'intestino partecipa pure abbastanza spesso al quadro morboso. Questi ammalati sono in grande maggioranza degli stitici. Lo svuotamento si compie costantemente con l'aiuto di purganti e clisteri.

Lefranc ha descritto pure una sindrome opposta consistente in crisi diarroiche mattinali e Linossier ha potuto osservare casi nei quali si erano avute crisi diarroiche post-prandiali. Le prime succedono in genere ad una notte con sonno pesante seguita ad un pasto serale più abbondante del solito. L'ammalato si sveglia improvvisamente per forti dolori addominali e con bisogno urgente di defecare. Le feci sono liquide, talvolta verdastre, danno senso di bruciore all'ano. Dopo la defecazione i dolori scompaiono e tutto rientra nella norma per ripetersi forse dopo un lungo periodo di tempo.

Le crisi postprandiali sono più comuni e consistono nel bisogno di defecare che interviene durante o verso il finire del pasto accompagnato da dolore vivo alla regione epigastrica con trafitture intestinali. Le feci sono ordinariamente scarse e contengono bile.

Oltre a questi sintomi a carico del tubo gastroenterico ricorderò un fenomeno di natura vasomotrice simpatica che Ramond ha recentemente segnalato e che egli così descrive: « appena dopo il pasto, più raramente dopo mezz'ora, l'ammalato prova una sensazione di calore e di congestione alla faccia, la testa è pesante, il bisogno di sonno quasi costante; talvolta l'orecchio interno, parimenti congestionato, ronza e provoca degli svenimenti, più che delle vertigini. Nello stesso tempo le estremità sono madide e fredde, l'ammalato prova una sete d'aria puramente subiettiva, il ritmo cardiaco è instabile ».

A completare il quadro sintomatologico descritto, intervengono spesso, nei casi che per lungo tempo restano indiagnosticati, i disturbi d'indole nervosa. E' per lo più negli stadi avanzati che questi si presentano, quando il paziente ha sopportato già un lungo periodo d'infermità che non è mai riuscito ad attenuare con le cure mediche più diverse. L'ammalato si fa impaziente, irascibile, talvolta depresso e seriamente preoccupato delle sue condizioni che egli vede giornalmente peggiorare. A questo punto l'ammalato viene spesso scambiato per un nevrastenico e trattato di conseguenza. Le condizioni organiche intanto peggiorano con l'aggravarsi delle lesioni viscerali che dai dintorni della vescichetta si diffondono sempre più allo stomaco ed al duodeno e possono guadagnare anche il colon ed il cieco coll'appendice.

In queste condizioni il fegato e spesso anche il pancreas risentono dei fatti morbosi che si svolgono nelle loro vicinanze e la loro funzione ne risulta perciò alterata. Questi ammalati, così seriamente compromessi nelle funzioni del loro organismo, diventano così dei soggetti fragili, privi di resistenza assolutamente inetti a sopportare un intervento operativo di una certa entità.

Questo in breve il quadro sintomatologico della colelitiasi a tipo gastroduodenale. La diversità dei sintomi non permette di individuare dei tipi clinici secondo associazioni particolarmente frequenti. Non si trovano perciò vere classificazioni ma soltanto alcune distinzioni fatte con criteri molto larghi od in base ad elementi di secondaria importanza. Così, oltre alla classificazione di Losper-Fedeli che ho citato prima ne troviamo una seconda molto semplice di Cotte e Bressot che divide questi ammalati in due categorie. Alla prima appartengono quelli cosidetti ipertonici, che soffrono di crisi dolorose violente, con vomito, eruttazioni, costipazione o diarrea. Alla seconda categoria appartengono al contrario quegli ammalati che presentano segni di astenia gastrointestinale con digestioni lente, senso di peso, meteorismo, appetito scarso, lingua patinosa.

Anatomia patologica

Le lesioni anatomo-patologiche sono molto diverse per intensità ed estensione e sono in rapporto sopratutto alla durata della malattia. Anche in questi casi, nei quali la colelitiasi non si manifesta in modo violento colla tipica colica biliare, ma con sintomi talvolta lievi, la vescichetta biliare può presentare segni molto evidenti di processi infiammatori e profonde lesioni alla stessa guisa dei casi antichi di litiasi passati attraverso a numerose e gravi coliche.

Nei casi riferiti, operati dal Prof. Uffreduzzi di colecistectomia ho potuto osservare vari tipi di cistifellea litiasica; in alcuni essa si presentava ispessita, fibrosa, friabile, retratta, aderente intimamente alla faccia inferiore del fegato e bloccata da aderenze del duodeno, della pars pilorica dello stomaco e dell'angolo epatico del colon.

Nel caso 5° la cistifellea era così profondamente situata, ridotta di volume, e mascherata dalle aderenze vicine che riuscì lungo e difficile individuarla ed asportarla.

Il cistico in questi casi è ordinariamente chiuso; i calcoli contenuti possono essere in vario numero ma ordinariamente sono pochi e molto friabili.

Se durante l'atto operativo si palpa il piloro di questi ammalati è facile riscontrarlo ispessito ed indurito nelle sue pareti; talvolta è soggetto a spasmi che simulano alla palpazione, per la loro resistenza, delle vere callosità cicatriziali e che si risolvono con molta lentezza sotto la mano che palpa. Il duodeno è soven-

Digitized by Google

te deformato, stirato in alto ed a destra, spesso aderente al lobo sinistro od all'ilo del fegato; la testa del pancreas va pure soggetta ai fatti infiammatori cronici ed alla palpazione si presenta indurita e talvolta anche ingrossata.

In altri casi, come ad esempio in quello citato al N. 6, la cistifellea era ingrandita, piriforme, ripiena di grande quantità di calcoli e completamente libera nell'ipocondrio.

Le sue pareti erano notevolmente ispessite e la superficie aveva perso il caratteristico colore bluastro facendosi biancastra; in questi casi l'isolamento, la legatura e la toilette del moncone cistico riescono facilmente ed il decorso postoperatorio è in genere molto buono. Nell'ammalata N. 4 ho osservato la presenza di calcoli unitamente ad un leggero idrope della cistifellea.

In complesso adunque, senza troppo soffermarci sulle lesioni che si riferiscono alla vescica biliare, si può ritenere che in questi casi esse sono del tutto simili a quelle ormai ben note della colelitiasi tipica recente od antica.

Le lesioni che possono esistere nei visceri addominali circostanti sono quelle che maggiormente c'interessano nel nostro studio.

Perchè gli organi della digestione partecipano in questi casi in modo così marcato al processo morboso tanto da assumersi a carico talvolta l'intera sintomatologia?

Sono in gioco fatti riflessi esistenti fra le vie biliari e lo stomaco ed il duodeno, dovuti forse alla comune innervazione di questi organi, oppure si tratta di un'autentica compartecipazione al processo morboso che dalla cistifellea si estende progressivamente a questi organi?

Non si può in modo assoluto accettare un punto di vista e rigettarne completamente l'altro ma sta di fatto che la prima opinione ha perso oggi molto terreno. Le nuove cognizioni acquisite sopratutto coi reperti operatori e coll'indagine radiologica, che in questi ultimi anni ha raggiunto un alto grado di perfezione nella diagnostica delle malattie dello stomaco e dell'intestino, stanno a dimostrare che spesse volte esistono in questi casi vere lesioni organiche dello stomaco, del duodeno ed anche del pancreas che senza dubbio sono in grado di provocare i disturbi gastroenterici di cui soffrono alcuni ammalati di litiasi biliare.

Per la genesi dei dolori inoltre bisogna tenere conto delle nevriti di natura infettiva che alcuni Autori sostengono e che pare siano state messe in evidenza.

Il Loeper scrive in un suo lavoro: « Si può ritenere che le lesioni della cistifellea, come quelle dello stomaco, possono generare delle nevriti del plesso solare. E' naturale di ritenere queste nevriti capaci di propagare allo stomaco atonie, spasmi o eccitazioni motrici diffuse ed estese ». Lo stesso autore ammette che le turbe nervose che si verificano in alcune malattie come nell'appendicite, nell'enterocolite ecc. non siano dovute esclusivamente ad un fattore psichico ma a vere lesioni del sistema nervoso autonomo dell'intestino.

A queste lesioni nervose, direttamente constatate nella colite ulcerosa, il Loeper ha dato il nome di enteronevriti.

E vediamo ora brevemente in quale modo può avvenire la propagazione dell'infezione dalla cistifellea alle parti vicine. Quest'argomento è di studio recente e lavori molto interessanti sono stati pubblicati da vari autori fra cui Morris, Tripier e Paviot, Cole, Duval, Soupault; Roux e Béclère, Schlecht, Widerke ed altri.

L'infezione dalle ghiandole della mucosa vescicolare guadagna gradatamente la tunica muscolare e la sierosa.

Questa ne risulta infiltrata, iperemica, si formano sulla sua superficie dei veli di essudato ed in queste condizioni dalla sierosa cistica l'infezione può trasmettersi alla sierosa duodenale colla quale viene direttamente a contatto.

In seguito, di tratto in tratto l'infezione guadagna terreno e può assumere in un tempo variabile un'estensione più o meno cospicua sul segmento duodeno-pilorico. A questo quadro morboso partecipa quasi sempre anche il colon. Il suo angolo destro e la prima porzione del trasverso, per la loro situazione topografica sono soggetti ad infettarsi allo stesso modo del duodeno e l'infezione si estende con preferenza in basso lungo il colon ascendente, raggiungendo in non pochi casi il ceco e l'appendice.

Questo processo di diffusione infettiva per invasione lenta per contatto della sierosa peritoneale non è il solo che interviene in questi casi. La linfangite sottosierosa gioca un importante ruolo facilitando ed accelerando l'estendersi dell'infezione. Dalle vie biliari i linfatici s'incaricano del trasporto dei germi alla regione duodeno-pancreatica e per le numerose anastomosi esistenti fra di loro possono raggiungere anche le altre regioni vicine. Il succedersi di queste crisi di linfangite sottosierosa, anche in forma larvata, porta allo stabilirsi di lesioni definitive di questi organi accompagnate quasi sempre da lesioni pancreatiche.

Queste alterazioni possono assumere una cospicua gravità tale da essere in seguito difficilmente curabili. Ad esse il più delle volte vanno imputate le sofferenze che gli ammalati ancora accusano anche dopo un intervento che, coll'asportazione della cistifellea, abbia allontanato il focolaio centrale dell'infezione. Di qui un'altra indicazione alla terapia chirurgica precoce appena la colelitiasi ha potuto essere individuata e prima che abbiano avuto tempo di stabilirsi complicazioni definitive.

Clohde, uno fra i più strenui sostenitori della terapia chirurgica precoce, ricorda in una sua statistica di avere trovato periviscerite del segmento duodeno-pilorico in trenta ammalati su 37 operati di colelitiasi.

Gli agenti infettivi che danno luogo a queste lesioni sono ordinariamente germi banali fra i quali primeggia il bacterium coli, ed i fatti infiammatori sono del tipo essudativo-plastico senza alcun carattere anatomo- ed istopatologico particolare.

Gli esiti del loro passaggio come si può desumere da quanto è stato detto sono modificazioni profonde nella forma degli organi colpiti come angolature, restringimenti, dilatazioni; fissazione a livello delle aderenze con perdita della mobilità e dell'elasticità normali del viscere.

Dal punto di vista anatomo-patologico-morfologico queste lesioni si possono distinguere in due tipi principali:

1. Una forma *membranosa* nella quale esiste un velo diffuso, senza limiti precisi, di solito sottile, rossastro, vascolarizzato, facilmente scollabile, molto simile alla cosidetta membrana di Jackson del colon, ed esteso dalla porzione sopramesocolica del duodeno verso le vie biliari. Nei casi più inveterati questa membrana si presenta più intimamente aderente alla sierosa, ispessita, in alcuni tratti fibrosa e quasi callosa.

2. Una forma *legamentosa*, più comune, nella quale si ha formazione di briglie fibrose che si portano da un punto all'altro legando spesso il bulbo duodenale alla cistifellea o al lobo di Spiegel, stirandolo in alto ed a destra, oppure fissandolo al colon trasverso. Alcune di queste briglie sono sottili, facilmente lacerabili; altre resistenti, fibrose, biancastre e richiedono la forbice per essere recise.

Diagnosi

La ricerca dei sintomi soggettivi dovrà sempre essere condotta in modo accurato e completo con un'anamnesi quanto più è possibile chiara, poichè molte volte la sintomatologia è così complessa ed indefinita che il paziente non riesce a spiegarsi in modo preciso e il medico non può trarne sufficienti cognizioni di guida per la diagnosi. Da un buon interrogatorio possono emergere dati di importanza capitale, come un lieve ittero fugace a quale il paziente non ha attribuito alcuna importanza, qualche leggera crisi dolorosa con tendenza all'irradiazione scapolare destra, qualche leggero movimento febbrile. Una certa importanza è stata pure attribuita dagli autori all'eredità e perciò sarà bene interrogare l'ammalato anche su questo punto.

E' importante per la diagnosi differenziale colle lesioni ulcerative del segmento gastro-duodenale, accertare bene le relazioni di tempo fra i pasti e le crisi dolorose; è già stato detto che nei litiasici queste non sono quasi mai così regolari dal lato cronologico come negli ammalati di ulcera.

In seguito si passerà all'esame obbiettivo fisico procedendo con un certo ordine. Lo stomaco, in alcuni casi, non presenta alcun segno rilevabile coi comuni metodi della palpazione e della percussione; altre volte, principalmente trattandosi di donne, si può riscontrare uno stomaco ptosato ed alquanto dilatato con sintomi di guazzamento. In questo caso può trattarsi di individui astenici con spiccata atonia gastrica, come quelli che Cotte e Bressot pongono nella categoria degli ipotonici, oppure dei malati con una vera stenosi del piloro o del duodeno come si possono incontrare nelle forme gravi di peripilorite e periduodenite. La palpazione in corrispondenza della regione epigastrica è quasi sempre dolorosa. Si tratta per solito di un dolore lieve, perfettamente sopportabile e la cui presenza può dirci poco riguardo alla

Digitized by Google

diagnosi poichè in questo punto converge la dolorabilità del piloro, del duodeno e della testa del pancreas.

Nell'ipocondrio destro si dovrà ricercare sempre la dolorabilità del punto cistico. Anche se la cistifellea, per la sua situazione profonda, non potrà in alcun modo essere palpata il dolore in questo punto è tuttavia sempre presente e, com'è facile comprendere, la sua constatazione è di grandissima importanza. Per facilitare questa ricerca Murphy ha descritto un metodo di palpazione al quale egli attribuisce una grande importanza. Egli dice: « L'infermo è nell'impossibilità di compiere un'inspirazione completa quando le dita del medico vengono profondamente insinuate sotto l'arco costale destro al disotto del fegato. Il diaframma abbassa il fegato finchè la cistifellea sensibile tocca le dita esploratrici e l'inspirazione cessa istantaneamente come fosse stata impedita ».

Per essere completo l'esame dovrà anche essere esteso al resto dell'addome, ciò che permetterà di riconoscere alcuni punti dolorosi che possono essere molto importanti per la diagnosi. Di questi ne sono stati descritti parecchi ed io mi limiterò qui a ricordare i principali.

Parturier fa due principali distinzioni di sede e cioè: punti in vicinanza della linea mediana e punti situati a destra o a sinistra di questa linea. I primi sarebbero punti di celialgia (punto solare, punto periombellicale) gli altri punti viscerali. Fra questi ultimi si può determinare con sufficiente approssimazione la topografia di quelli d'osservazione più frequente come il punto pilorico ed il punto duodenale. L'esistenza di dolore in queste regioni può avere un reale valore ma data la loro incostanza non si può fare su di essi un soverchio assegnamento per la diagnosi differenziale.

Parturier in questa circostanza suole fare uso di un sistema di differenziazione terapeutica dei punti dolorosi impiegando all'uopo l'antipirina, l'oppio e la belladonna. La prima ha il potere di attenuare tutti i dolori d'origine celialgica lasciando immutati gli altri. L'oppio ha un'azione rapida sedativa sul punto vescicolare sopprimendo la difesa muscolare, mentre lascia quasi invariati i punti gastrici o duodenali che a loro volta sono beneficamente influenzati dalla belladonna.

Oltre a questi punti vicini al focolaio morboso ne sono stati descritti altri a distanza di cui i principali sono: il punto costolombare, situato all'incrocio tra la massa muscolare spinale di destra e la dodicesima costa. Il punto frenico destro di Chauffard tra i due capi dello sternocleidomastoideo. Il punto di Binet che consiste nel provocare dolore colla pressione sulla punta dell'undicesima costa.

E' facile comprendere che non si troveranno sempre dolenti tutti questi punti, ma sarà sufficiente rilevarne anche uno solo per essere avvisati che può trattarsi di colelitiasi.

Dopo l'esame fisico dovranno possibilmente essere praticate anche le prove di laboratorio che il caso richiede. L'esame chimico del succo gastrico, per la facilità di esecuzione, dovrà sempre essere praticato in tutti i casi sospetti, ed io ritengo che questa prova debba essere considerata fra le più importanti per la diagnosi differenziale fra la colelitiasi e l'ulcera gastrica o duodenale. Un'ipoacidità depone per la prima, un'iperacidità per le seconde.

E' cosa nota ed ormai suffragata dall'osservazione di numerosi casi clinici che la colelitiasi s'accompagna in un grande numero di casi ad alterazioni della secrezione gastrica consistenti sopratutto in una diminuzione dell'acido cloridrico.

Rohde che cita una delle statistiche più numerose ha osservato che l'ipoacidità o l'anacloridria è presente nel 75 % degli ammalati di colelitiasi e precisamente nel 69 % di quelli nei quali il cistico si mantiene pervio e nell'85 % di quelli nei quali vi è occlusione del cistico. Questo difetto dell'acido cloridrico si mantiene poi per anni dopo la colecistectomia ed è presente nell'80 % circa dei colecistomizzati. Negli ammaleti da me osservati in uno solo, come ho detto, esisteva leggera ipercloridria, in uno vi era un tasso normale di acidità, in quattro ipoacidità ed in due anacloridria.

La patogenesi di questo sintomo non è ancora oggi ben chiara. La comune innervazione delle vie biliari e dello stomaco fece pensare a fatti nervosi riflessi con ripercussione sulla mucosa gastrica; Rohde interpreta questo sintomo come dovuto alla mancanza della funzione della cistifellea quale organo secernente oltrechè serbatoio della bile.

Quest'ultima veduta è stata appoggiata in seguito dai risultati di ricerche sperimentali nelle quali la colecistectomia praticata nei cani produceva un abbassamento del tasso cloridrico del succo gastrico (Holweg, Ohly, Pietri).

Per spiegare inoltre l'ipoacidità dopo la colecistectomia venne incolpato lo stillicidio continuo della bile nel duodeno che alcuni Autori ritengono avvenga dopo l'ectomia, per cui la persistenza nel duodeno di grassi ed alcali biliari verrebbe a deprimere per via riflessa l'attività secretrice dello stomaco (Pawlow e Bichel). Dopo gli studi più recenti che hanno portato a conoscere l'esistenza frequente di lesioni organiche dello stomaco e del duodeno negli ammalati di colelitiasi, specialmente se di lunga data, alcuni autori hanno pensato che ad esse si debbano attribuire le alterazioni della secrezione gastrica. Io, per conto mio, anche in base ad esperienze personali eseguite sull'animale, credo che questa ipotesi sia la più verosimile.

Per la ricerca dell'acido cloridrico nel succo gastrico si potrà ricorrere al metodo più semplice somministrando la colazione di Ewald che verrà estratta in una sola volta o frazionatamente col sondino di Einhorn tenendo presente che il massimo dell'acidità in uno stomaco normale si riscontra generalmente 50-60 minuti dopo la colazione.

Fra le altre ricerche sul succo gastrico è importante quella del sangue; in questo esame occorre essere molto guardinghi per non essere ingannati da tracce eventuali di sangue provenienti da piccole lesioni fatte colla sonda; l'assenza di sangue è un ottimo sintomo per escludere l'esistenza di una lesione ulcerativa dello stomaco.

Gli altri esami di laboratorio sono molto meno importanti agli scopi della diagnosi. Il più semplice, e cioè la ricerca dei pigmenti biliari nelle urine, si può dire che non ha valore in questi casi nei quali riesce costantemente negativa. La ricerca quantitativa della colesterina nel sangue è di difficile attuazione pratica ed ai risultati non si può attribuire un grande valore.

Il sondaggio duodenale col sondino di Einhorn completato colla prova di Meltzer-Lyon, che consiste nell'iniettare nel duodeno direttamente una soluzione concentrata di solfato di magnesio e estraendo in seguito frazionatamente la bile, può dare elementi importanti sopratutto nelle forme infiammatorie coll'esame microscopico e batteriologico della bile della cistifellea. Anche questo esame però non riesce sempre con sicurezza e non gli si può attribuire nessun valore nel caso di esclusione della cistifellea per occlusione del cistico.

L'esame radiologico è della massima importanza dopo il perfezionamento che la radiologia ha raggiunto in questo campo. Se si sanno interpretare in modo esatto i dati dell'esame radiologico e dell'esame del chimismo gastrico diligentemente eseguiti si potrà in quasi tutti i casi formulare la diagnosi con grande probabilità di essere nel vero.

La visione diretta dei calcoli, per la grande permeabilità ai raggi di questi, si ottiene solo in una parte dei casi, per cui il reperto negativo non può fare escludere l'esistenza della litiasi. Sono allora le alterazioni che si riscontrano frequentemente negli organi vicini, e sopratutto nel duodeno, quelle che ci forniscono gli elementi diagnostici più importanti. La visione di queste alterazioni duodenali riesce talvolta molto difficile, trattandosi di una regione molto spessa e mascherata dalla colonna dorso-lombare, ed il radiologo dovrà ricorrere in questi casi alla presa in serie di radiografie per distinguere esattamente le alterazioni permanenti da quelle temporanee.

I sintomi permanenti consistono il più delle volte in: *deformazione e spostamento* del bulbo duodenale. Questo trovasi rinserrato in aderenze che partono dal corpo e dal collo della cistifellea e dal cistico e che ne alterano la forma in modo molto diverso. In linguaggio radiologico si descrivono queste deformazioni coi termini di: bulbo a ferro di lancia, a stella ecc. Il riempimento col contrasto avviene difficilmente e lentamente e come bene lo descrive Joulia il bulbo « dà l'impressione di essere chiuso in una maglia più o meno stretta ch'egli può distendere ora a destra ora a sinistra senza mai poterla rompere per assumere il calibro e la forma normali ».

Le variazioni di posizione del bulbo consistono in uno spostamento di questo in alto ed in addietro: coll'esame laterale può in taluni casi vedersi l'ombra bulbare che normalmente è coperta da quella dello stomaco.

Oltre al bulbo anche le altre porzioni del duodeno possono

Digitized by Google

presentare deformazioni e spostamenti che rendono irregolare la loro immagine e creano un ostacolo al riempimento ed al passaggio del pasto opaco.

Nella periduodenite sottomesocolica, che pure può seguire alla pericolecistite, si possono osservare aderenze e briglie che serrano la terza porzione duodenale sino a stenosarla notevolmente riproducendo talvolta un quadro che si avvicina alla stenosi duodenale d'origine mesenteriale. In questo caso le porzioni superiori del duodeno appaiono dilatate ed il passaggio del contrasto nel digiuno avviene molto lentamente. Tanto in questo caso come in quello di lesioni stenosanti delle porzioni sopramesocoliche del duodeno si osserva sempre un certo grado di iperperistalsi del tratto piloro-duodenale.

Fra le acquisizioni più recenti della radiologia nel campo della diagnostica biliare dobbiamo ancora ricordare la colecistografia.

Questo nuovo mezzo di indagine, che conta appena tre anni di vita, è stato proposto per primi da Cole e Graham. Il metodo si basa sulla constatazione fatta precedentemente da Abel e Rowntree che i corpi ftaleinici e loro derivati vengono eliminati quasi esclusivamente per la bile. Aggiungendo a queste sostanze un elemento di peso atomico elevato si ottiene un composto impermeabile ai raggi e che può quindi dare sulla lastra radiografica un'evidente ombra della vescica biliare.

Cole e Graham si servirono di elementi del gruppo degli alogeni e fra questi il bromo e sopratutto il iodio diedero i migliori risultati. Il preparato che oggi è più in uso a questo scopo, sia perchè meno tossico, sia per le sue proprietà di impermeabilità è la tetraiodofenolftaleina sodica. I migliori risultati si ottengono somministrandola per via endovenosa alla dose media di 0,04 gr. per kg. di peso del corpo. La radiografia va eseguita otto ore circa dopo l'iniezione. Si può pure somministrare per via orale alla dose di 2-3 gr. divisi in 8-10 capsule di gelatina ed allora la radiografia si eseguirà 14-15 ore dopo.

Questo secondo sistema è più semplice e più sicuro da inconvenienti ma certo meno costante del primo nei risultati. Berstein ed Held che l'hanno ultimamente impiegato in una serie di ammalati dicono però che questo metodo serve bene nell'80 % circa dei casi.

L'interpretazione del radiogramma è spesso alquanto difficile. Un ritardo od un mancato riempimento della cistifellea può essere l'indice di varie lesioni come un'alterazione della secrezione del fegato, occlusione delle vie biliari, alterazione della funzione cistica di condensazione della bile. Quando il riempimento della cistifellea avviene bisogna attentamente studiare la forma e la grandezza dell'ombra colecistica. I contorni irregolari, la diversa densità dell'ombra sono sempre sintomi di una cistifellea patologica.

Per la diagnosi differenziale bisogna tenere presente che possono pure comparire sul radiogramma bolle gassose della flessura epatica, calcoli renali, focolai costali, ghiandole calcificate ecc.

Il metodo, che tecnicamente non presenta alcuna difficoltà, non è esente da inconvenienti che non debbono essere taciuti per i fatti tossici ai quali può dare origine.

Quasi tutti gli autori che l'hanno sperimentato hanno descritto sintomi d'intolleranza quali cefalea intensa, nausea, vomito.

Non tutti gli ammalati perciò potranno essere sottoposti a questa prova senza che siano stati prima diligentemente esaminati. Si dovranno senz'altro escludere tutti quelli che presentano affezione del miocardio, del rene, del fegato (cirrosi).

La prognosi può già facilmente desumersi da quanto è stato detto. La malattia abbandonata a sè può evolvere in modo diverso; può mantenersi per molto tempo in condizioni di quiete, in altri casi meno benigni invece l'estendersi e l'aggravarsi dei fatti morbosi possono rendere precarie le condizioni del malato; in altri casi più gravi, per una riacutizzazione della colecistite, la malattia può esitare in un'angiocolite quasi sempre mortale.

Quando interviene la terapia la prognosi migliora notevolmente ed in ragione diretta alla precocità dell'intervento.

Terapia

Quando la diagnosi di colelitiasi ha potuto essere posta con certezza o con grande probabilità mediante i mezzi indicati, tutti gli sforzi della terapia devono naturalmente essere rivolti contro l'infezione delle vie biliari. E' necessario perciò non accontentarsi delle cure palliative sintomatiche ma, se le condizioni dell'infermo lo permettono, fare qualcosa di più radicale.

La *terapia medica,* in casi relativamente benigni senza segni evidenti d'infezione biliare, ed in pazienti che per le loro privilegiate condizioni sociali possono osservare scrupolosamente le prescrizioni terapeutiche, può senza dubbio portare a buoni risultati e mantenerli a lungo; in altri casi meno benigni le cure mediche più diverse e ben condotte possono essere seguite dall'insuccesso più completo. Sono questi i casi che il medico deve in tempo riconoscere come superiori alle risorse mediche ed affidarli al chirurgo.

Nella terapia medica sono state impiegate numerose sostanze come il salicililato e il benzoato di soda, il rabarbaro, la chinina che favoriscono la secrezione biliare.

In questi ultimi tempi poi è stata messa in commercio una numerosa serie di prodotti specializzati che, oltre all'azione di quelli già nominati, avrebbero una vera azione antisettica sulla infezione delle vie biliari. Sul loro valore non si può oggi ancora emettere un giudizio perchè troppo recente il loro impiego nella clinica.

Per ottenere un lavaggio più completo delle vie biliari sono pure in uso sistemi più diretti consistenti nell'iniezione di particolari sostanze direttamente nel duodeno per mezzo del sondino di Einhorn.

Queste agirebbero provocando la paralisi dello sfintere di Oddi e la contrazione della cistifellea con abbondante scolo di bile.

Si può adoperare una soluzione concentrata di solfato di magnesio, l'olio di oliva, la glicerina o estratti di bile.

Contro le manifestazioni dolorose gastriche è stata impiegata tutta la serie dei calmanti e pare che i migliori risultati si siano ottenuti coi preparati di belladonna, dalla bellafolina, più che dagli oppiacei che accentuano la stipsi. Questa a sua volta sarà curata con lassativi blandi, non irritanti come l'olio di paraffina, piccole dosi di olio di ricino, oppure con enteroclismi abbondanti di acqua con aggiunta di piccole dosi di estratti di bile.

Tutte queste prescrizioni andranno sempre unite al riposo e ad un regime dietetico adatto alle circostanze. Le cure colle acque minerali come quelle di S. Vincent, Chianciano, Montecatini, Vichy, Vals contribuiranno sempre favorevolmente ad un buon risultato.

Fra le cure fisiche, nei malati gravemente sofferenti di dolori viscerali diffusi, si possono prescrivere gli impacchi caldo-umidi, e ultimamente sono stati segnalati risultati abbastanza buoni colla diatermia e l'attinoterapia (Trémolières e Olivier, Soupault). La diatermia va praticata per 15 sedute almeno di 30-40 minuti ciascuna, con larghi elettrodi con corrente massima di 2000 M. A. e ripetuta ogni due giorni. L'attinoterapia non è così nettamente regolata come la diatermia ma anch'essa dev'essere continuata per lungo tempo.

L'intervento chirurgico sarà regolato dall'entità delle lesioni esistenti e potrà essere limitato esclusivamente alle vie biliari oppure al segmento gastro-duodenale o a questo ed a quelle nello stesso tempo.

L'operazione di elezione da praticarsi ogni qualvolta le circostanze lo permettano, è la colecistectomia. Con essa viene allontanato il focolaio centrale di infezione ed il più delle volte basta da sola per ottenere la remissione di tutti i sintomi e la guarigione. La colecistostomia, praticata un tempo largamente, oggi ha perso quasi interamente le sue indicazioni di fronte alla prima e va riservata solo a quei casi nei quali, per la gravità delle lesioni, sarebbe troppo pericolosa l'ectomia. Gli esiti della colecistostomia di fatti sono molto meno buoni di quelli della colecistectomia e da una statistica di Schott del 1903, epoca in cui la stomia era sovente eseguita, risulta che su 180 malati operati alla clinica di Heidelberg 66 e cioè il 36,6 % soffrivano ancora dopo l'intervento di turbe gastro-intestinali. Ora, in questi ammalati, era stata fatta in 148 la sola colecistostomia. Altri dati numerosi tolti dalle statistiche di vari chirurghi confermano pure quest'asserto per cui la superiorità della colecistectomia può considerarsi oggi come una verità indiscussa.

Nei casi nei quali, oltre alla calcolosi biliare esistono evidenti lesioni secondarie del piloro e, più frequentemente, del duodeno talvolta così gravi da superare la stessa colelitiasi, l'opera del chi-

Digitized by Google

rurgo dovrà pure essere ad esse rivolta con quelle modalità richieste dal caso. Andando dall'operazione più semplice alla più complessa dobbiamo ricordare:

La *piloro-* e la *duodenolisi* che consistono nella liberazione di questi visceri da tutte le aderenze e le briglie infiammatorie che stirano e deformano l'organo. Questa operazione richiede molta attenzione e pazienza. Le aderenze devono essere staccate per via ottusa o coll'aiuto del bisturi con molta prudenza e le briglie potranno essere recise fra due legature. I risultati di questo metodo, per parere quasi unanime dei chirurghi che l'hanno adoperato, si riducono quasi sempre ad una delusione. Le aderenze, anche quando il chirurgo ha seguito una tecnica perfetta ed ha cercato di non lasciare superficie cruente prive di sierosa, si riproducono quasi di regola ed il paziente ritorna poco dopo con gli stessi disturbi. Anche qui sono stati messi in opera i metodi svariati suggeriti dagli autori per evitare il riformarsi delle aderenze, come l'uso di sostanze di natura oleosa colle quali viene spalmata la superficie dei visceri, l'uso del siero fisiologico suggerito da Lardennois, i trapianti liberi di epiploon secondo Duval, ma i risultati non sono mai apparsi buoni. Un nuovo metodo è stato recentemente proposto da Carnot e su questo non può essere ancora formulato un giudizio. Quest'Autore riferisce di aver ottenuto sperimentalmente sui cani dei buoni risultati praticando un pneumoperitoneo per alcuni giorni dopo l'operazione.

Meglio della duodenolisi serve, quando esiste stenosi del piloro e del duodeno, la gastroenteroanastomosi. In casi più lievi ed adatti, quando la stenosi è nettamente limitata, può servire anche un'operazione di plastica. Colla gastroenteroanastomosi si ottiene più facilmente lo svuotamento, e coll'esclusione completa della parte ammalata si è sicuri di non avere recidive.

La colecistectomia con gastroenteroanastomosi è stata eseguita in una delle nostre pazienti (N. 6) che oltre alla colelitiasi presentava una stenosi duodenale da pregressa ulcera. L'esito è stato completamente favorevole.

La gastroenteroanastomosi associata a lisi delle aderenze sarebbe da un punto di vista teorico l'operazione di scelta ma praticamente risulta un intervento troppo complesso che può costituire un serio pericolo per la vita del malato.

Al termine dell'intervento operativo il chirurgo non dovrà mai dimenticarsi di esaminare le condizioni degli altri visceri come il colon, il ceco e l'appendice. Abbiamo visto che anch'essi, e sopratutto quest'ultima, possono prendere parte ai processi morbosi infettivi delle vie biliari. Se qualcuno di questi organi risulterà ammalato si potrà nella stessa seduta od in un secondo tempo praticare le cure necessarie oppure l'asportazione se si tratta dell'appendice.

Quali sono i risultati di questi interventi? Essi sono buoni in un'alta percentuale di casi, ma occorre dire chiaro che l'esito favorevole non dipenderà soltanto dalla tecnica che il chirurgo ha adoperato ma sarà subordinato ad altri fattori non meno importanti che occorre ricordare e cioè:

1. Lo stadio raggiunto dalla malattia. Questo, giova ripeterlo, ha la massima importanza nella prognosi, come risulta da tutte le statistiche di chirurgia biliare fatte da chirurghi che hanno al loro attivo centinaia di interventi. Un'operazione precoce e ben condotta ha tutte le probabilità di portare a risultati soddisfacenti.

2. Prima dell'intervento operativo sarà di grande utilità un adeguato periodo di riposo e di cure mediche adatte per mettere a freddo quanto più è possibile ogni fatto infiammatorio.

Il chirurgo opererà così in un terreno meno infetto e le probabilità di infezioni postoperative e di recidive delle aderenze saranno meno probabili.

3. Dopo l'operazione sarà necessario ancora per un certo periodo di tempo un trattamento medico. Solo così si potrà gradatamente ottenere la cessazione degli spasmi dolorosi ed il ristabilimento del ritmo motore e secretore dello stomaco e dell'intestino.

Ho creduto necessario riassumere ancora questi concetti ch'io ritengo altamente utili nel trattamento di questi ammalati. Io credo che l'applicazione sistematica di questi mezzi sussidiari può migliorare notevolmente l'esito dell'intervento risparmiando a taluni pazienti quei disturbi postoperatori che affliggono l'ammalato a varia distanza di tempo e che Hartmann e Petit Dutaillis con frase appropriata hanno chiamato « les lendemains douloureux de la cholécystectomie ».

Ridotto in tal modo al minimo il numero degli insuccessi la colecistectomia potrà essere più esattamente interpretata, acquisterà migliore credito tra i medici e presso gli ammalati assurgendo sempre a maggior valore nel campo della chirurgia biliare.

BIBLIOGRAFIA

Berstein e Held. Die neuoren Methoden der Diagnose der Erkrankungen der Gallenwege und ihre Grenzen. Klin. Woch., n. 50, 1926. — Binet. Crisi premestruali e litiasi biliare. Trib. Médicale, 1909. — Bouveret. Trattato delle malattie dello stomaco. Parigi, 1893, pag. 154-173. — Chauffard. Ictère cronique dyspeptique. Societé Médicale des hopitaux de Paris, vol. XVIII, pag. 485, 1901. — Cornillon. Rapports de la dyspepsie douloureuse avec la lithiase biliaire. Progrès Médical, vol. VII, pag. 157, 1879. — Cotte e Bressot. Des troubles dyspeptiques d'origine biliaire. Revue de Chir., pag. 126, 1912. — Debrive. Medicina, n. 3-4, 1925. — Fedeli. Le sindromi gastriche della colelitiasi. La Riforma Medica, n. 18, pag. 415, 1925. — Gilbert e Lereboullet. Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. Journal Medical Français, nov. 1907. — Graham, Cole e Copher. Journal of the Americ. Med. Assoc., vol. 82, pag. 613, 1924. Vol. 82, pag. 1777, 1924. Vol. 84, pag. 14, 1925. Vol. 84 pag. 1175, 1925. Vol. 86, pag. 467, 1926. — Joulia. Radiologie des Périviscérites. Le Journal Médical Français, vol. 15, n. 2, 1926. — Lardennois. Les périviscérites adhésives de l'abdomen. Le Journal Médical Français, vol. 15, n. 2, 1926. — Lecene. Presse Médicale, dicembre 1923. Journal Médical Français, aprile 1924. — Lefranc. Thèse, Paris, 1881. — Linossier. La diarrea prandiale dei biliari. Arch. des maladies de l'appareil digestif, 1908. — Loeper. Le Journal Médical Français, agosto 1920. — Parturier. Seméiologie biliaire. Doin e C. Paris, 1926. — Pietri. Scritti in onore di Carle. Arch. It. di Chir., vol. II, pag. 212. — Pujol. Dissertazione sulle malattie della pelle relativamente allo stato del fegato, 1784. — Ramond. I piccoli segni della dispepsia litiasica. Presse Médicale, n. 49, 1924. — Ricci. Le sindromi gastriche della colelitiasi. Proja, Roma, 1926. — Rohde. Beiträge zu den Wechselwirkungen zwischen colelithiasis und Verdauungsapparat, Klin. Woch., n. 14, 1923. — Salignat e Foucaud. Les dyspepsies des lithiasiques biliaires. Gazette des Hôpitaux pag. 687-699, 1908. — Schott. Uber Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen. Beitrage zur Klin. Chir., Bd. 39, 1903. — Soupault. Les Périduodenites et leur Traitement. Le Journal Médical Français, vol. 12, n. 2, 1926. — Trèmolières e Olivier. Les Périviscérites digestives adhésives. Le Journal Médical Français, vol. 15, n. 2, 1926. — Tripier e Paviot. Le péritonite sous-epatique d'origine vésciculaire. Encyclopèdie, Masson, Paris. — Tuffier e Marchais. Des rétrécissements du pylore d'origine epatique. Revue de Chir., vol. XVII, pag. 100, 1897.

NOTE DI TOSSICOLOGIA

La reazione xantoproteica nel sangue degli avvelenati da sublimato corrosivo.— M. Ajazzi-Mancini. *Archivio per le Scienze mediche*, n. 2, 1927.

La reazione xantoproteica è stata proposta da Becher, della scuola di Volhard, per valutare quantitativamente i gruppi aromatici (fenoli, cresoli, ossiacidi aromatici, aminoacidi aromatici, ecc.) che sono presenti nel siero di sangue e che secondo Becher aumentano progressivamente col progredire dell'insufficienza renale. Per eseguire la reazione, si dealbuminizzano 3 cc. di siero di sangue con altrettanti di ac. tricloroacetico e poi si filtra accuratamente; 2 cc. di filtrato si versano in una provetta, vi si aggiunge 1/2 cc. di ac. nitrico concentrato purissimo e si fa bollire sulla fiamma per trenta minuti secondi; si lascia raffreddare e vi si aggiunge 1,5 cc. di soluzione di soda caustica al 33 %; compare immediatamente la colorazione gialla. Si lascia raffreddare e si filtra in un cilindro graduato, portando poi a 4 cc. con qualche goccia di acqua distillata. Si agita e si versa tale liquido nella vaschetta del colorimetro di Auteurieth e lo si confronta con il cono dell'apparecchio riempito con una soluzione che contiene gr. 0,03874 di bicromato di potassio su 100 di acqua distillata. Poichè il colorimetro è graduato dall'alto in basso, così si è convenuto di togliere da 100 il numero letto; il resto esprime l'intensità della reazione che nel sangue normale varia da 15 a 25.

In 4 casi di avvelenamento da sublimato corrosivo, l'A. ha praticato detta reazione comparativamente con la determinazione dell'azoto residuo, dell'urea e dell'indacano nel siero di sangue: dal confronto dei risultati appare che i valori di tutte queste ricerche procedono per lo più di pari passo e possono essere considerati come l'esponente dello stato tossico dei malati; la reazione xanto-proteica, però, ha seguito con maggiore fedeltà la curva dell'andamento clinico, così che essa, secondo l'A., è da ritenersi, nei rapporti dell'insufficienza renale, di un valore diagnostico e prognostico non trascurabile.

Digitized by Google

NOTE DI SEMEIOLOGIA

OSPEDALE S. CASA DI LORETO

LO SFREGAMENTO EPATICO NELLA EPATITE CRONICA INTERSTIZIALE DIFFUSA (CIRROSI EPATICA)

per il dott. POLIDORO ARSENIO - Assistente

Ho sfogliato vari libri di Patologia, di Diagnostica, alcune riviste ma non ho trovato segnalato questo sintoma speciale, che talune volte può essere preziosissimo. Nessuna menzione di questo segno speciale rilevabile oltrechè alla palpazione meglio assai all'ascoltazione. Ho creduto bene di denominarlo « sfregamento epatico » in correlazione con quello sfregamento pleurico con cui con ogni probabilità ha in comune la patogenesi.

Ho potuto assai bene rilevarlo in un paziente affetto da cirrosi epatica e si presentava sì evidente da aversi netta anche la sensazione palpatoria. Però ho voluto meglio indagare ed eliminare ogni causa di errore: alla fine, confermato nel proposito da una attenta ascoltazione, ho dovuto concludere trattarsi effettivamente di confricamento di superficie.

Il caso da cui detraggo questa nota è troppo scolastico per ammettere una errata diagnosi: la cirrosi epatica da cui il mio paziente è affetto ha avuto ed ha svolgimento così banale, se pure l'inizio sia stato subdolo, da non ammettere errori. Attualmente si è nel periodo intermedio tra il primo ed il secondo stadio della cirrosi. Notevole ascite con edema della metà inferiore del corpo, circolo venoso cutaneo ascendente sviluppato in modo notevole, tumore di milza, urobilinuria, stato marantico, mai ittero: la diagnosi di cirrosi epatica si impone.

A conferma viene l'esame del liquido ascitico, che ha tutti i caratteri del trasudato: non meno di sei volte è stata fatta la paracentesi ed ogni volta sono stati misurati almeno quattordici litri di liquido. La puntura evacuativa viene eseguita al massimo ogni quindici giorni per *indicatio vitalis*. Il paziente è giovane, di discreta costituzione, non etilizzato: al lume delle conoscenze odierne non si dà più all'alcool quell'importanza etiopatogenetica di una volta: però l'anamnesi del malato è muta completamente e non solo non si riscontrano affezioni viscerali che possano avere intossicato l'organo attualmente affetto, ma nemmeno malattie diatesiche, distrofiche o infettive, che abbiano messo l'ammalato stesso in condizioni di minor resistenza. Non lues. Trattasi dunque di una epatite interstiziale cronica diffusa a decorso grave in soggetto giovane.

Il segno da me sopra enunciato appartiene dunque ed è manifestazione di questo morbo; io aggiungo ancora che è solo di questo morbo e se l'assolutismo in medicina non fosse un peccato direi quasi che lo sfregamento epatico è caratteristico della cirrosi! Perchè? Per la patogenesi stessa della malattia confermata dall'anatomia patologica.

Lo sfregamento epatico si sente dunque ascoltatoriamente bene in una zona elettiva localizzata lungo l'ascellare media di destra, a livello della VIII, IX, X e XI costola e meglio nei relativi spazi intercostali: assume all'udito il carattere di confricamento dolce fra due pareti non eccessivamente ruvide: si ode meglio a cavo peritoneale pieno quando la massa epatica venga spinta in alto. Per il suo carattere non può confondersi con lo sfregamento pleurico, assai più rude e aspro e poi per la localizzazione in quanto il cul di sacco pleurico destro a cagione appunto del fegato è di uno spazio intercostale più alto dell'omonimo sinistro. E' vero che in un secondo stadio a fegato impiccolito anche il seno pleurico diaframmatico destro può scendere, ma allora vi ha una deformazione toracica caratteristica omolaterale data dalla retrazione della parete costale.

Ad ogni modo prestare sempre la massima attenzione in questa diagnosi differenziale perchè non di rado si può avere idrotorace destro da ascite cirrotica per compressione della v. hemiazygos di destra. Palpatoriamente lo sfregamento epatico si rende più evidente in uno stadio più avanzato della malattia.

La diagnosi differenziale di questo segno con il fremito idatideo (echinococco del fegato) è più difficile a descriversi che a comprendersi: basti pensare che il secondo ha più i caratteri del tremolio dato dal movimento delle piccole cisti: la sensazione è così netta che una volta percepita non si dimentica, per quanto questo segno sia più raro di quanto non si creda e che i trattati non dicano.

Non pongo le diagnosi differenziali tra lo sfregamento epatico ed i rumori cardiaci, che pure si possono trasmettere: il riconoscimento è semplice e la discriminante è data dall'atto respiratorio perchè è proprio durante gli atti respiratori e specie nella espirazione che si percepisce lo sfregamento epatico. Non credo di dover accennare ai rumori intestinali: sono diversissimi ed in nessun rapporto coi ritmi respiratorio o cardiaco. I rumori confricativi dei calcoli biliari, rari ma pure descritti, hanno sede ascoltatoria differente.

Esattamente definito lo sfregamento epatico non appartiene a nessuna malattia tranne la cirrosi.

A parte tutte le epatiti acute suppurate e la cisti da echinococco del fegato, che ledono solo secondariamente la capsula di Glisson, a parte il fegato da stasi o secondariamente cirrotico, la degenerazione grassa epatica e l'atrofia giallo-acuta, la cui decorrenza è assolutamente diversa mi restano da prendere in considerazione queste due malattie: la sifilide del fegato e il carcinoma epatico. Prima di passare a questa parte deduttiva esaminiamo perchè avviene e si genera questo rumore di sfregamento. Se si pensa alla anatomia patologica della cirrosi la spiegazione viene facile. La proliferazione del tessuto connettivo interstiziale, di cui la capsula di Glisson possiamo dire sia la madre, in seguito alla distruzione del parenchima epatico, porta ad una retrazione del connettivo stesso con strozzamento di vasi all'interno ed insenatura alla capsula esterna con formazione di tanti piccoli lobi, che danno alla superficie della Glisson un aspetto particolare di raggrinzimento (come una buccia di arancio sotto forte ingrandimento).

La capsula per questa flogosi cronica perde la sua caratteristica lucidità e la superficie da liscia e levigata diventa granulosa. Sono appunto queste granulosità che confricando contro il peritoneo parietale danno il rumore sopradescritto. Il rumore è tanto più lieve quanto più si è verso il principio della malattia, tanto più forte quanto più si progredisce e quanto più il fegato è respinto contro le pareti dal liquido ascitico. A peritoneo vuoto il rumore diminuisce e talora può scomparire.

Così stando le cose si capisce come abbiamo sopra preso in considerazione le due malattie: sifilide e cancro, le uniche che diano lobature nel senso grossolano. La cirrosi di Hanot è molto rara e si manifesta sempre con ittero.

La sifilide del fegato (parliamo della forma t[illegible] grosse lobature che appunto perchè tali non determinano rumori di sorta.

Il rumore di sfregamento è legato dunque alle granulosità ed alla rugosità fine della superficie della capsula di Glisson, granulosità e rugosità che si riscontrano solo caratteristiche nella epatite interstiziale cronica. Che il rumore sia dovuto a confricazione lo dà per certo il fatto che esso cessa collo svuotamento del cavo peritoneale. Sviluppo semeiologico in contrasto con quello della pleurite, se si vuole; qui è la presenza del liquido che impedisce e maschera lo sfregamento ma in effetti la patogenesi è la stessa ed è la modificazione strutturale della superficie interna (superficie ruvida).

RIVISTE SINTETICHE

LA DEMENZA PRECOCE INFANTILE

Nella gran maggioranza dei casi, la demenza precoce si manifesta tra i 15 ed i 30 anni, ma come esistono degli schizofrenici tardivi, ne esistono di quelli precoci, che si manifestano nell'infanzia, ed anche nei primi anni di esistenza.

Di questa demenza precoce infantile, lo studio è disgraziatamente assai difficile, e per diverse ragioni. Anzitutto noi conosciamo ancora assai male le psicosi infantili, in genere; questi bambini sono, inoltre, quasi sempre curati da medici non specialisti; da parte loro, i genitori sono restii ad accettare la diagnosi di psicosi, e credono che si tratti, invece, di qualche forma insignificante, o semplicemente di uno stato di nervosismo.

Più tardi le manifestazioni cliniche della schizofrenia sono assai spesso prese per forme di idiozia o di imbecillità. Spesso si può affermare che si tratti di demenza precoce solo in base all'anamnesi, che generalmente è infedele; se poi si ha occasione di esaminare direttamente un fanciullo in cui si fa diagnosi di demenza precoce, lo si perde quasi sempre di vista, e non si può quindi controllare a posteriori l'esattezza della diagnosi.

Kahlbaum ha per il primo affermato la possibilità della demenza precoce infantile, seguirono le prime osservazioni cliniche di Bartschinger in Svizzera e del nostro Sante de Sanctis; poi vennero i lavori di Vogt (1909), Raecke (1909), Aubry (1910), Kraepelin (1913), Pujol e Tenrier (1914), etc.

Sull'*eziologia* della demenza precoce infantile regna la stessa incertezza che sulla demenza precoce in generale; l'importanza dell'eredità è variamente apprezzata; si dà anche valore al fattore tossico, alle emozioni ed agli spaventi dell'infanzia (Aubry), alla tubercolosi (Carezzano), ed ai disturbi delle ghiandole a secrezione interna, particolarmente della tiroide (Kraepelin).

Digitized by Google

Interessante è lo studio dello stato mentale di questi fanciulli prima dello sviluppo della psicosi. Raramente non vi è nulla di notevole, ma di frequente si hanno delle particolarità psicologiche, che hanno indotto il Kunkel a suddividere i fanciulli futuri dementi precoci, in quattro categorie: 1) fanciulli presentanti sopratutto fenomeni di autismo; 2) fanciulli facilmente irritabili; 3) fanciulli con istinti antisociali; 4) fanciulli pedanti.

Esistono naturalmente delle forme di passaggio, e delle altre che non è facile far rientrare nella classificazione anzidetta, che, per altro, è la più comprensiva.

L'*inizio* della demenza precoce infantile è in genere altrettanto insidioso e progressivo che la forma dello adulto, ma si presentano anche delle particolarità speciali.

Vi sono dei casi a sviluppo lento, e degli altri, a sviluppo relativamente rapido; il fanciullo, fino allora completamente normale, incomincia ad essere pigro, indisciplinato, testardo, talvolta impulsivo; può abbandonarsi al furto. Talora vi è una dissociazione tra le qualità morali che si abbassano, e la lucidità intellettuale che permane per lungo tempo immutata.

La *sintomatologia* del periodo di stato non presenta nelle sue linee generali gran che di differente da quella dell'adulto; si osserva più frequentemente la forma catatonica, più di rado quella paranoide; in genere i delirii e le allucinazioni non sono molto frequenti.

Esiste una forma depressiva, ed è piuttosto frequente una alterazione del carattere e del senso morale, che può rivestire i caratteri di una vera e propria forma eboidofrenica.

La *diagnosi* della demenza precoce infantile solleva gli stessi problemi della schizofrenia nella pubertà o nell'età adulta. L'errore più frequente e più difficile ad evitare è quello di confondere una forma di questo genere con uno stato di idiozia o di imbecillità; vi è anche la possibilità di confondere questa forma clinica con tumori cerebrali, soprattutto a causa dello stato di obnubilamento e di stupore, che presentano i piccoli ammalati.

Una diagnosi differenziale con l'isterismo e l'epilessia si rende qualche volta un po' difficile, tantoppiù che nella schizofrenia infantile si possono avere delle convulsioni epilettiformi e delle psicosi combinate.

Sante de Sanctis ha distinto nella demenza precoce infantile, una forma precocissima, che non sarebbe perfettamente identica alla forma abituale; si tratta di sindromi che insorgono assai di buon'ora, e che rapidamente sboccano in uno stato demenziale profondo.

La *prognosi* della demenza precoce infantile è riservata, soprattutto per un elemento di gravità particolare, che non esiste nell'adulto, vale a dire che la malattia colpisce un cervello in pieno stadio di sviluppo; così ne risulta una forma di debilità mentale acquisita, che in certo modo si sovrappone alla psicosi propriamente detta.

Così l'avvenire di questi poveri fanciulli è gravemente compromesso; tantoppiù che la malattia si stabilizza di solito per mezzo di « pousseés » successive, e da un miglioramento, che può essere passeggero, non si può inferire una guarigione definitiva.

Alcuni, dopo queste manifestazioni infantili, restano degli individui bizzarri, negativisti, autistici; altri divengono dei vagabondi, o delle prostitute, se si tratta di donne.

In sostanza, la possibilità della demenza precoce infantile rovina la teoria di coloro, che mettono questa forma in esclusivo rapporto con la pubertà, e costituisce un argomento di più contro l'opinione degli psicoanalisti, il cui valore, almeno per ciò che concerne le vesanie a carattere demenziale, è molto dubbio. Infatti, all'infuori della predisposizione e della degenerazione, e forse, in certi casi, di processi autotossici mal conosciuti, noi non conosciamo nulla della eziologia di questa affezione, che probabilmente gli studii ulteriori dissocieranno in un certo numero di malattie mentali quasi autonome. Dal punto di vista medico-legale, la conoscenza delle forme infantili di demenza precoce non è trascurabile poichè essa contribuisce a far comprendere certi disturbi del carattere, che sembrano legati ad un semplice squilibrio mentale, mentre non sono in realtà che i postumi di una sindrome vesanica antica spenta, o semplicemente arrestata.

V. M. Palmieri

BIBLIOGRAFIA

Aubry. Encephale, ottobre 1910. — Bartschinger. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, 1901, pag. 269. — Carezzano. Note e riv. di Psichiatria, 1924, pag. 287. — Kraepelin. Psychiatrie, 1913. — Pujol e Terrien. Revue de Psychiatrie, gennaio 1914. — Raecke. Archiv f. Psychiatrie, 1909, pag. 245. — S. de Sanctis. Rivista sperimentale di freniatria, 1906. — Idem. Rivista di Neuropatologia, 1909. — Idem. Folia neurobiologica, 1909. — Vogt. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. 1909. — Kunkel. Monatschrift f. Psychiatrie, 1920, pag. 254.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il cloridrato d' istamina per la prova del chimismo gastrico. P. Moretti. *Minerva Medica*, n. 9, 1927.

Tra i diversi metodi proposti per lo studio della funzionalità gastrica, recentemente si è ricorso ad osservare il modo di risposta della secrezione gastrica all'eccitazione prodotta con una iniezione di cloridrato d'istamina. L'istamina o beta-imidoazoliletilamina è un prodotto di decarbossilazione dell'istidina per azione di funghi o di speciali batteri, sopra tutto del gruppo coli; si trova in grande abbondanza tra i prodotti della putrefazione ed oggi si prepara anche per via sintetica. Per la prova del chimismo gastrico, si consiglia di iniettare, stando l'infermo a digiuno, 1 mmgr. di cloridrato d'istamina, eventualmente addizionato ad 1/4 mmgr. di adrenalina, come ha fatto l'A. allo scopo di evitare le azioni secondarie di shock dell'istamina, e di svuotare dopo con la sondina duodenale di Lyon completamente lo stomaco per aspirazione ogni 15 minuti e per otto volte di seguito: si ricerca, poi, il comportamento dei vari componenti del succo gastrico nelle diverse frazioni di esso e si possono con questi dati disegnare delle grafiche.

L'A., avendo eseguito comparativamente, in persone normali e affette da varie gastropatie, lo studio del chimismo gastrico con la colezione di prova di Ewald-Boas e con la prova della istamina, ha osservato che esiste un evidente parallelismo, non però identità, tra i risultati ottenuti coi due metodi, sebbene con la prova dell'istamina i valori siano in molti casi notevolmente amplificati con aumento di acidità a carico sopratutto dell'ac. cloridrico libero. D'altra parte, secondo l'A., la prova dell'istamina non può sostituire integralmente la prova classica di Ewald-Boas, sia perchè non c'informa sull'attività motoria dello stomaco, sia perchè, non conoscendo l'intimo meccanismo di azione del prodotto chimico, non lo si può paragonare a quel complesso di stimoli fisiologici che regolano la secrezione gastrica.

Ma la prova dell'istamina permette, se eseguita come ha fatto l'A. con sondaggio frazionato, uno studio più dettagliato delle varie fasi della secrezione gastrica; bisogna tener presente però che oltre al farmaco anche la sondina agisce stimolando meccanicamente la mucosa dello stomaco. Tra i vantaggi della prova dell'istamina vi è quello di fornire del succo gastrico quasi puro, privo di residui alimentari, sì che le ricerche riescono più facili e più precise; inoltre provocando l'istamina costantemente la comparsa di pigmenti ematici nel contenuto gastrico nelle sole lesioni gastriche ulcerose, può assicurare o chiarire una diagnosi dubbia. Detta prova trova anche particolare indicazione, secondo l'A., nei casi di dispepsie chimiche o secretorie puramente funzionali, dimostrandosi in alcuni casi adatta ad eccitare le ghiandole dello stomaco insensibili allo stimolo della colezione di prova di Ewald-Boas; quest'ultimo metodo, però, molto più pratico e meno fastidioso per i pazienti, risponde sufficientemente negli usi correnti della clinica. Non bisogna anche dimenticare che l'iniezione d'istamina, anche se associata all'adrenalina, determina una vivace azione generale (congestione del volto, tremore delle mani, lieve ambascia precordiale, spesso dolori addominali a tipo colico o intensa pirosi, polso frequente, abbassamento della pressione arteriosa, ecc.), che non permette di ritenere il farmaco del tutto inoffensivo; pertanto esso va usato con prudenza.

Forma granulomatosa della splenomegalia primitiva (splenogranuloma). — C. Gamna, Patologia medica della R. U. di Siena). *Archivio per le Scienze mediche*, n. 2, 1927.

L'A., sin dal 1922, ha descritto una particolare forma di splenomegalia, caratterizzata anatomicamente da speciali lesioni di natura granulomatosa e clinicamente da una sindrome pseudobantiana: primitività della splenomegalia; produzione in seno alla polpa splenica di un tessuto polimorfo *sui generis* che procede dagli elementi fissi, avventiziali, reticolo endoteliali della polpa e che per il complesso istologico misto di fenomeni proliferativi ed essudativi presenta caratteri generici di granulomatosi.

Digitized by Google

mentre restano indifferenti gli elementi strettamente emolinfopoietici della milza; deposizione in seno alle lesioni spleniche di un abbondante pigmento sideroforo e produzione di caratteristici fenomeni regressivi delle fibrille collagene ed elastiche e delle pareti vasali, consistenti in ialinosi e necrobiosi con impregnazione di ferro, focolai regressivi che si rendono visibili macroscopicamente sulla superficie di taglio della milza in forma di chiazze disseminate color foglia di tabacco, spesso circondate da un sottile alone emorragico; integrità dell'apparato follicolare della milza, non colpito che da atrofia secondaria per l'aumento della polpa rossa; limitazione del processo alla milza e ai viciniori gangli emolinfatici; scarso e non caratteristico riflesso ematologico dell'affezione splenica. Ritornando ora sull'argomento, l'A. riafferma il suo concetto che i focolai splenici non sono caratteristici di questa forma di splenogranuloma, solamente si producono in essa con frequenza ed abbondanza tutta speciale; così pure l'A. lascia impregiudicata la questione se possa individualizzarsi come una sindrome a sè la forma morbosa in parola.

Circa il problema etiologico, recenti ricerche di Nanta, Pinoy, Costantini, ecc. avrebbero messo in luce che nei focolai splenici esiste l'agente patogeno, rappresentato da una specie di streptobacillo, accanto al quale esisterebbero delle formazioni ovoidi, le quali dovrebbero interpretarsi come forme di incistamento del bacillo stesso; l'A., però, esprime il suo riserbo sull'argomento, che ha bisogno di essere più estesamente studiato.

Essendo la malattia in questione circoscritta, almeno per lunghissimo tempo, alla milza, si può presumere una radicale efficacia terapeutica dalla tempestiva splenectomia; negli operati fin'oggi, però, non si può essere ancora sicuri, data la brevità del tempo trascorso dall'intervento, degli effetti definitivi.

Speciale riflesso spleno-epatico e periosteo. — S. S. Galant, Mosca. *Zentralblatt f. Innere Medizin*, 1926, n. 42.

1. E' accaduto di frequente che palpando ripetutamente ed in modo grossolano una milza ingrossata essa divenga, dopo qualche tempo, impalpabile, mentre, per converso, il fegato appare ingrossato.

Tale fenomeno si potrebbe spiegare pensando che la milza, sotto lo stimolo delle palpazioni ripetute, si contragga per azione riflessa e che il sangue espulso dalla milza attraverso la vena lienale vada ad inondare il fegato, che, impreparato a ricevere questa inattesa massa di sangue e ad istradarla per la vena cava inferiore, si ingrossa sotto le mani dell'osservatore.

2. Palpando il fegato un po' sensibile di una donna tubercolosa, si può avere, in seguito ad una pressione un po' più intensa, un movimento della gamba simile a quello che si verifica nel riflesso patellare. Esso è dovuto ad uno spasmo muscolare delle masse che ricoprono il femore, e particolarmente del rectus femoris.

3. Molti tubercolosi presentano un'esaltata sensibilità del periostio, per cui percuotendo col dito la clavicola in questi individui, si ha un movimento riflesso della spalla, uno spasmo della muscolatura del viso, del collo, del petto e spesso anche del ventre.

Questo riflesso periosteo generalizzato si presenta più frequentemente dei due precedenti, e non può ricevere altra spiegazione che questa, che cioè l'esagerata sensibilità del periostio provochi una serie di movimenti, che in parte hanno il carattere di esteriorizzazioni dolorose riflesse, ed in parte di riflessi di difesa.

Lo stato colloidale del plasma nella patogenesi degli edemi. P. Marin. *Minerva Medica*, n. 9, 1927.

Con la denominazione di pressione oncotica, Schade ha indicato la energia con cui i colloidi tendono a fissare l'acqua. Lo studio di questa pressione, con un metodo dallo Schade stesso e dalla sua scuola ideato, ha portato recentemente ad un'ingegnosa concezione della patogenesi degli edemi, che l'A. qui compendia. In prima linea si sono distinti degli edemi, che dipendono da un aumento della imbibizione dei tessuti, e sono gli edemi da alcali, da sali iodici, da cloruro di sodio (nei bambini) ecc. Gli edemi da stasi, invece, troverebbero la loro causa prevalentemente in un'alterata meccanica dell'equilibrio della imbibizione tra sangue e tessuti e il fattore decisivo della loro genesi starebbe nell'aumento della pressione venosa: quanto più quest'ultima aumenta, avvicinandosi con ciò alla tensione dei tessuti, tanto più diminuisce nel sistema capillare l'energia traente sulla corrente reflua e poichè la diffusione di liquido nella rete capillare arteriosa non si arresta, ne deriva che il liquido si accumula nel connettivo. Nella patogenesi degli edemi infiammatori collaborerebbero insieme fattori vari, tra i quali avrebbero grande importanza quelli osmotici. Per gli edemi nefritici, infine, la patogenesi sarebbe del tutto speciale, fondata cioè sull'abbassamento (e non sull'aumento come negli altri edemi) della pressione oncotica del plasma sanguigno (edemi iponcotici).

Il rene, secondo Schade e Claussen, ha il compito della oncoregolazione; il rene normale, cioè, elimina dal plasma sanguigno sempre una quantità di acqua tale per cui la pressione oncotica del sangue si mantiene costante intorno ai 2,5 cm. di Hg. Quando il rene, ammalando, attenua il suo potere eliminatore per l'acqua, ne deriva che i colloidi del plasma sono in certo qual modo abbandonati alla loro naturale tendenza ad imbeversi e fissano acqua magari fino a saturarsi. Con ciò diminuisce naturalmente la loro idrofilia, rispettivamente il loro potere di attirare acqua dall'esterno, come diminuisce l'energia con cui tengono legata l'acqua e con la quale si oppongono a tutti i fenomeni disidratanti. In codeste condizioni i plasmi dei tessuti, che dispongono di una pressione oncotica normale sottraggono con maggiore facilità l'acqua al plasma sanguigno ed aumentano la loro imbibizione. Questa circostanza tuttavia avrebbe importanza nel solo preedema, ossia nella prima fase dell'edema; il vero edema dipenderebbe soltanto dalla rottura dello equilibrio fra transudazione e riassorbimento, rottura dell'equilibrio che è una conseguenza diretta dell'iponchia, la quale fa sì che sempre nuova acqua venga spremuta dal sangue dei capillari nei tessuti. Poichè poi la transudazione iponcotica ha luogo di preferenza nelle sedi in cui minore è la contropressione, ciò spiegherebbe la particolare distribuzione topografica che assumono gli edemi.

L'adrenalina come "scatenante„ delle crisi epilettiche. — Rizzatti. *Giornale di Clinica Medica*, fasc. V, 1927.

In medicina legale, quando si voglia scoprire la simulazione degli epilettici, si ricorre a diverse sostanze, che iniettate dovrebbero provocare una vera crisi epilettica se il soggetto in osservazione è realmente epilettico.

Una delle sostanze fra le molte adoperate (alcool, cocaina, cloruro di calcio ecc.) è l'adrenalina, che il Benedek adoperò nella dose di un milligrammo per via cutanea, ottenendo su 19 epilettici una convulsione epilettica in 7.

E' stato da altri riscontrato che per quanto efficace questo mezzo non sempre riesce, per il modo di somministrazione, a provocare le convulsioni epilettiche.

L'A. invece è ricorso alla iniezione endovenosa in dosi di frazioni di milligrammo fino ad un milligrammo.

L'adrenalina allora produce un quadro impressionante, quantunque transitorio e privo di pericoli: il malato si rannicchia su se stesso, prova un senso opprimente di strettura al petto, il polso diventa aritmico, diseguale e la vasocostrizione periferica è tale che il paziente assume un colorito cadaverico. Dopo pochi minuti tutto svanisce. La prova è innocua, si può eseguire in tutti i casi di epilessia anche se esistono altre complicazioni, come la nefrite.

Non bisogna sorpassare la dose di 1/2 milligrammo; adoperare in media da tre a 5 decimi di milligrammo. Si spinge il liquido lentamente in una vena del braccio, avendolo prima diluito in soluzione fisiologica.

L'itterizia nell'ulcera duodenale. — M. Cortesini. *Giornale del Medico pratico*, n. 3, 1927.

Molto spesso, quando la diagnosi resta incerta tra ulcera duodenale e colecistite, per l'indeterminatezza dei sintomi e dei reperti che in gran parte sono comuni alle due malattie, si propende per l'affezione epatica se compare ittenizia. L'A., anche in base ad una casistica riferita, nella quale l'atto operatorio accertò l'affezione realmente esistente, richiama l'attenzione sulla possibilità che anche l'ulcera duodenale possa presentare tra i suoi segni l'itterizia. Le cause che, in quest'ultima malattia, possono determinarla, sono varie: cause meccaniche, per stenosi o per aderenze essendo la lesione in vicinanza della papilla di Vater; cause spastiche, per riflesso, o della muscolatura duodenale o dello sfintere di Oddi; molto più comunemente, cause infiammatorie, catarrali, tossiche, in dipendenza del processo ulceroso, con conseguente edema della porzione intraduodenale del coledoco, occlusione da zaffo di catarro, angiocolite ascendente, assorbimento tossico, ecc.

In questi casi, l'itterizia può presentarsi sotto forme diverse: cronica, più o meno intensa, specie per postumi aderenziali da periduodenite o cicatriziali; o più frequentemente ad accessi più o meno fugaci, accompagnati anche da crisi dolorose; o forma lieve, di subittero cronico. Anche nell'ulcera duodenale, l'ittero può accompagnarsi con acolia delle feci, prurito, polso raro, ecc.

La questione, come si vede, è più d'interesse medico che chirurgico: per il chirurgo, a parte l'amor proprio per l'errato giudizio diagnostico, resta pur sempre giusta l'indicazione dell'intervento, sarà solo prudente tenersi preparato ad una operazione gastrica o epatica; per il medico, l'impostazione diagnostica errata potrà portare all'omissione di una opportuna, a volte vantaggiosa, cura medica ed a porre una prognosi essenzialmente diversa.

Lo stato infettivo dei neonati di madre tubercolosa. — A. Couvelaire, Clinica Ostetrica Baudelocque, Parigi. *La Presse Médicale*, 1927, n. 15.

La trasmissione per via transplacentare del virus tubercolare, deter-

Digitized by Google

minante una tubercolosi congenita con lesioni tubercolari già sviluppatesi durante la vita intrauterina, è assolutamente eccezionale; meno rara è invece la trasmissione per via transplacentare di virus tubercolare, senza che si determini alcuna lesione anatomica specifica durante la vita fetale e nelle prime settimane di vita extrauterina.

Tale trasmissione di virus tubercolare può essere rilevata per la constatazione diretta di bacilli acido-resistenti nei gangli e nei visceri del feto, o indirettamente per inoculazione del materiale sospetto nelle cavie, che a scadenza più o meno breve presentano nei gangli dei bacilli acido-resistenti, senza che, per altro, esistano lesioni anatomiche specifiche.

Questa trasmissione transplacentare del virus tubercolare, che si effettua in un modo che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, è impossibile precisare, è, stata verificata non solo in alcuni feti espulsi prematuramente e morti nel corso della gravidanza o immediatamente dopo la nascita, ma anche in neonati morti nelle prime settimane della vita extrauterina, sia per infezione banale, sia dopo aver presentato una sindrome di denutrizione progressiva.

Allo stato attuale non si può dire con certezza in quale misura questa infezione congenita così speciale è suscettibile di estinguersi, di restare silenziosa, o forse di determinare ulteriormente una tubercolizzazione banale. Tuttavia, è certo che un gran numero di figli di madri tubercolose nascono vivi e vitali; la mortalità di questi fanciulli dipende anzitutto dalle condizioni di allevamento. Infatti, messi in condizioni di igiene e di alimentazione convenienti, e rigorosamente protetti fin dal momento della nascita da qualunque contaminazione post-natale, questi fanciulli crescono spesso sani come i figli di genitori sani, cresciuti nelle stesse condizioni.

Per cui, anche essendo dimostrato che il numero dei neonati non propriamente tubercolosi, ma certo portatori di bacilli tubercolari è molto notevole, non cessa il dovere di metterli tutti egualmente ed accuratamente al riparo da ogni contaminazione bacillare post-natale.

La peristalsi intestinale osservata direttamente nell'uomo. — L. E. Hines e H. C. Mead, Chicago. *Archives of internal Medecine*, 1926, vol. 38, n. 4.

Per lo studio dei movimenti della peristalsi intestinale gli Autori hanno utilizzato un uomo che presentava ernia ombelicale contenente una sola ansa di intestino tenue.

Onde peristaltiche attive si presentarono nell'89 % dei periodi di fame, e nel 19 % dei periodi di non fame.

Una peristalsi in senso inverso fu osservata con insistenza durante periodi di movimento attivo; essa è probabilmente normale nello intestino tenue.

Le onde attive peristaltiche ed antiperistaltiche non sono abitualmente associate a dolore, ma le contrazioni toniche spastiche sono sempre accompagnate da violenti dolori colici. Le contrazioni toniche si presentarono due volte, durante periodi di diarrea ed una volta quando l'individuo aveva semplicemente fame.

Movimenti intestinali attivi si iniziarono anche gonfiando un pallone intragastrico. Durante il sonno, i movimenti intestinali non sono apparentemente influenzati, nè nel senso dell'acceleramento, nè in quello del ritardo.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La chirurgia nella cura del prurito. — Kuttner, Clinica Chirurgica in Breslau. *Deutsche Zeischrift f. Chirurgie*, vol. 200, 1927.

Non potendo lungamente intrattenerci qui sulla natura, sul significato, la interpretazione di cotesta particolare neurosi di sensibilità cutanea, intorno alla quale si è molto dissertato, riferiamo soltanto la tendenza attuale a collegarla sempre più con le funzioni del sistema simpatico. Importante è invece, dal lato pratico, ricordare quanti insuccessi ci offre il quotidiano esercizio, allorchè ci si prefigga un trattamento soltanto farmaceutico. Premesso, sulla scorta dei patologhi la distinzione in prurito sintomatico ed essenziale; localizzato e diffuso; premessa la distinzione eziologica, è da ritenere che molti casi siano suscettibili di guarigione definitiva, soltanto attraverso un intervento operatorio. Chiunque abbia esperienza pratica conosce l'entità del prurito delle parti pudende; il prurito senile od eventualmente legato a carcinomi addominali latenti, ad ipertrofia prostatica.

La terapia chirurgica di forme gravi ed essenziali, localizzate, vuole esser qui analizzata a seconda delle forme, dei tipi, dei casi. Così nel prurito localizzato genitale in quello anale, nulla di più radicale della asportazione rispettivamente del prepuzio, o della cute ano-perineale. Base di questa procedura è non soltanto la rimozione di zone cutanee affette, ma l'interruzione delle vie nervose di ricezione in questa perturbata sensibilità. Si interpretano cogli effetti, sia della recisione o resezione dei nervi perineali, sia le plastiche naturalmente modellate a seconda delle esigenze singole.

In modo similare, nel prurito vulvare, si è praticata con successo la asportazione vulvare sotto l'anestesia locale o parasacrale. Ci sono peraltro forme di prurito anale accompagnate da alterazioni delle columnae rectales, e dei seni rettali, e del sinus di Hermann. Stando al consiglio di Payr, sono queste le condizioni nelle quali giova eseguire l'asportazione circolare di tutta la zona colpita.

Non si può ritenere molto accetta la cura col termo. Partendo dall'odierno concetto dermatologico che il prurito sia una neurodermatite, e che da essa dipendano alterazioni distrofiche, si è rivolta l'attenzione alla chirurgia del simpatico, senza escludere che talvolta questo prurito potesse esser rivelatore di qualche palese o latente affezione o deformità vertebro-midollari. Si è così mostrata qualche tendenza ad interrompere la via di conduzione tra la zona di prurito ed i quattro segmenti sacrali superiori, dai quali prendono origine le fibre del nervo pudendo; quindi anche i neuroni simpatici (ganglia-trunci sympathici) connessi ai nervi spinali mercè i rami comunicanti.

L'attuale progresso sulle iniezioni per interrompere la conduzione ai stimoli, ha suggerito servirsi anche di attenuate soluzioni di cocaina, o preparati affini; magari anche di iniezioni di soluzione clorosodica normale. Restano ancora da attendersi maggiori osservazioni comparative tra questa maniera di interruzione, ovvero l'uso di anestesia sacrale, parasacrale o lombare.

La chirurgia cruenta sembra raccogliere qualche notevole successo, procedendo con la sezione semplice delle vie nervose, o con una vera resezione. Si ebbero così le multiple incisioni transcutanee peri-anali, nel primo caso, e le vere e proprie resezioni di tronchi nel secondo. P. es. del grande nervo auricolare, del nervo pudendo e suoi rami.

Ad ogni modo le attuali tendenze di chirurgia del simpatico, lasciano ritenere che le sue risorse non manchino nella cura del prurito.

Diagnosi e trattamento delle rotture traumatiche della milza. Quenu, Paris. *Journal de Chirurgie*, n. 4, 1926.

Ai casi già noti l'A. aggiunge 19 osservazioni personali. Gli elementi sui quali si possa fondare la diagnosi sono attinti ai seguenti gruppi di dati.

1° Circostanze dell'accidente e precedenti morbosi: Tutte le età sono passibili di tale traumatismo. Esso è di solito brusco, violento, sull'ipocondrio sinistro; cadute, investimenti etc. Ma mancano osservazioni nelle quali non si possono invocare traumatismi, nè sull'addome in genere, nè sull'ipocondrio sinistro.

La milza palustre per la sua dilacerabilità presenta notevole predisposizione. Non si esclude una disposizione similare creata da altre infezioni: pneumonia, tubercolosi, sifilide, leucemia. E' dubbia una vera rottura spontanea.

Nella sintomatologia bisogna tener presente quanto segue: 1. Stato di choc, che a rigore di concetto moderno, andrebbe meglio definito: complesso di fenomeni di inibizione nervosa da offesa del simpatico addominale. 2. Sincope iniziale: non si può esagerarne il valore quanto più essa venga immediata. Importante di più è la sincope susseguente o tardiva, ritardata, quale esponente di ritardata emorragia, talora persino di uno o più giorni. Intesa così la sincope, specialmente quando precorsa da trauma sull'ipocondrio sinistro, si potrebbe dire segno patognomonico, e di indicazione operatoria. 3. Il dolore spontaneo che può anche mancare, non è caratteristico; ma va preso in considerazione se sopravvenga a qualche intervallo dal trauma, p. es. nel corso della notte. Sua sede prevalente l'ipocondrio sinistro, fianco, angolo, costo-vertebrale, esagerantesi nel decubito dorsale. Non si esclude talora qualche riferimento od irradiazione lontana; tra le quali più caratteristica quella alla spalla sinistra. Da ricercarsi con cura il dolore provocato mediante palpazione o pressione e la contrattura addominale di difesa. Tuttavia questa contrattura veramente generalizzata è tuttaltro che segno costante nelle contusioni con lesioni splancniche, e particolarmente nei traumatismi splenici. Più importante è senza dubbio la contrattura localizzata, anzichè diffusa. Peraltro non mancano esempi strani, sia cioè di assoluta mancanza di contrattura, anzi di flaccidità del ventre, sia di contrattura in regioni che porterebbero a far pensare a lesioni differenti. 6. L'ottusità alla percussione ha senza dubbio valore purchè la si trovi e si valuti opportunamente, giacchè il sintomo è incostante, e la ricerca rispettiva bene spesso ostacolata dalla presenza di meteorismo cospicuo. 7. Il polso a prevalenza rallentato e più raro, non può esser ben giudicato se non a fasi e gradi, cioè di ora in ora, per approntarsi ad intervenire quando lo si veda accelerarsi. Ma anche in questo bisogna saper discernere, giacchè potrebbe doversi operare anche con polso in sotto il 90.

Quindi se l'accelerazione del polso deve essere considerata come

Digitized by Google

indicazione operatoria, l'assenza di accelerazione non costituisce una ragione di astensione. 8. La temperatura: se essa di solito dopo un abbassamento sale in poche ore a 38° e vi si mantiene, elevazione dunque precoce, questa temperatura anzichè deviarne dal sospettare una rottura splenica, può razionalmente essere aggregata ai sintomi di essa. 9. Il vomito è incostante. 10. La ritenzione di urine anch'essa incostante, epperò di secondaria importanza.

Le forme cliniche vogliono anch'esse andare distinte in ragione del modo di apparire e di svolgersi della sintomatologia. Queste forme corrispondono alle modalità diverse di sanguinamento della milza lacerata, epperò bisogna distinguerle in: Emorragia immediata profusa, rapidamente mortale; Emorragia immediata abbondante nella quale, stando allo stato generale, non si ha l'impressione di un pericolo assolutamente imminente: Emorragia abbondante ritardata. In questo caso il sanguinamento primario al momento dell'accidente è nullo o poco importante; ma dopo qualche elasso variabile tra alcune ore o più giorni, dopo un periodo di latenza completa nei casi tipici, l'emorragia interviene con impeto e copia sorprendenti. Questa latenza od intervallo libero se è caratteristico costituisce anche una difficoltà nella diagnosi di rottura, se non si tenga conto, secondo l'A. dei seguenti particolari: 1. Il ventre dopo il trauma resta leggermente dolente alla palpazione; 2. C'è una temperatura oscillante intorno ai 38°. Esistono peraltro forme intermedie per concomitanze o per deviazioni dei tre tipi fondamentali.

Come si vede, pure avvalendosi della formola sanguigna, del tasso emoglobinico, della cifra globulare la diagnosi precoce è spesso di probabilità. Su 19 casi inediti dell'A. soltanto in 8 si era fatta con precisione tanto più che facendo lo spoglio di 151 osservazioni talvolta si è trovato coesistere l'emotorace, la contusione o rottura anche del rene sinistro.

Intuita od affermata la rottura renale, l'intervento laparotomico è di rito sotto l'anestesia generale. Entrano allora in discussione la sutura, il tamponamento o l'ectomia, magari la resezione. Tra tutte queste procedura particolarmente nei casi imponenti è da ritenere meno incerta, meno rischiosa la splenectomia la quale ha dato guarigioni 14 % prima dei 20 anni, e 32 % dopo.

Stenosi piloro-duodenali di origine biliare. — Agrifoglio, R. Clinica Chirurgica, Genova. *Annali Italiani di Chirurgia*, n. 10, 1926.

Queste complicanze non eccezionali, ma non meno importanti, venutesi studiando a misura che la chirurgia epato-biliare è andata sviluppandosi, si trovano analizzate e ristudiate dall'A. sulla base di tre nuove osservazioni. Le stenosi propriamente dette biliari, possono aver sede, quasi a parità di frequenza, sia nella regione pilorica, sia sul duodeno, od interessarli ambedue, restandone possibile la distinzione soltanto anatomica. Ora si tratta di una grossa cistifellea calcolosa, che comprima; ora di un calcolo incuneato, sia attraverso il coledoco dilatato, sia attraverso una fistola coledoco-duodenale; ora e più frequente anche, la patogenesi si riassume nella pericolecistite, assai frequente nella calcolosi, specialmente nella colecistite ulcerosa, ulcero-flemmonosa cronica.

Descrivere qui questo stato anatomo-patologico ormai notissimo, sarebbe fuor di luogo. Certo è che o per compressione sclerosante, o per produzioni tumoriformi, si può persino incorrere nello scambio diagnostico con neoplasma pilorico. Si aggiunga a questo stato di fatto l'eventuale trasformazione sclerosa del piccolo omento, alla cui retrazione viene stirato sotto il fegato l'angolo duodenale superiore, epperò una ginocchiatura duodenale. D'altra parte stenosi piloro-duodenali possono talora susseguire ad operazioni sulle vie biliari.

Poco o punto di particolare offre la sintomatologia; ci sono dunque i caratteri della stenosi completa od incompleta, della quale l'esponente più decisivo resta sempre l'esame radiologico. Ora la diagnosi di natura di coteste stenosi è tuttaltro che agevole. Possono mancare tutti i dati anamnestici più importanti. Il tipo ulceroso può naturalmente attrarre l'attenzione del diagnosticatore.

Ma in linea differenziale si deve, secondo l'A. assegnare molta valutazione all'esame macroscopico e batteriologico del liquido duodenale, per la costanza dei reperti. La diagnosi radiologica dunque, importante per la forma e la topografia, non chiarisce il tipo patogenetico.

Difficoltà si incontrano anche nel differenziare i neoplasmi; mentre difficile è riconoscere i casi di stenosi a brusco inizio, decorso acuto, come suole quando un calcolo si insinua od incunea nella regione piloro-duodenale. Dal punto di vista terapeutico le operazioni discusse nelle predette condizioni, sono: la gastro-enterostomia semplice, la colecistectomia, la gastro-enterostomia combinata con l'ectomia della cistifellea, o più raramente con la colecistocolostomia. Facendo lo spoglio dei casi raccolti secondo questi diversi indirizzi, risulta doversi accordare maggiore affidamento alla combinazione di queste operazioni, imperocchè mentre si sopprime un organo gravemente alterato, e cronicamente infetto, si provvede ad assicurare una stomia gastrica per la sua reintegrazione funzionale.

Lo stato generale grave, o se mai le buone condizioni anatomiche della colecisti, possono giustificare soltanto la stomia colecistica.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Conseguenze e valore della castrazione Röntgen. — Feldweg, Clinica Ginecologica Stuttgart. *Münchener Medizin. Wochen.*, 6, 1927.

La valutazione si basa su 220 donne tutte sottoposte, con lo stesso apparecchio al trattamento Seitz-Wintz. L'indicazione del trattamento nei singoli casi è esposto in una lunga tabella, dalla quale risulta tuttavia essere tra le maggiori percentuali: le menorragie preclimateriche, i miomi, le menorragie funzionali etc. Altre tabelle riassumono i particolari delle osservazioni postume. Nella impossibilità di qui inserirle, eccone alcuni rilievi essenziali.

Innanzi tutto nessuna differenza fondamentale tra climaterio naturale e quello röntgen. Se turbe sono da ammettersi in questo ultimo, esse sono similari a quelle che spontaneamente vengono registrate nella vita delle donne private del ciclo, non escluse quelle varianti o differenze che sogliono attribuirsi a singole condizioni individuali etc.

Minimo è senza dubbio il numero di donne che restino esenti da disturbi postumi; tuttavia purchè precisa l'indicazione e accurata l'applicazione, anche delle donne rimaste turbate si potrà ridurre la percentuale. Pertanto da eliminarsi le inferme con labile sistema nervoso, con disordini psichici, anche per sottrarle al cruccio di attribuire danni al trattamento. Consigliabile è di non trattare donne in stato di ipofunzione tiroidea, mentre si può sperare qualche miglioramento nelle ipertiroidee ancora giovani.

Precauzioni maggiori meritano le donne ben nutrite e pingui, anzichè quelle asteniche purchè non manifestamente neurasteniche: ad ogni modo la determinazione dell'azoto totale costituisce sempre una buona guida per desumere lo stato tiroideo.

Premesse queste norme di selezione e di procedura, non è priva di vantaggio una profilassi psichica delle donne da castrare. Giova aver preparata l'inferma con uno schema dei possibili effetti del trattamento röntgen, non fosse che ad evitare postume nonchè inutili inquietudini.

Peraltro, seppure queste turbe climateriche richiedessero trattamento terapeutico, gioverà non accantonare quello di carattere umorale, rappresentato dal salasso, la cui quantità totale in una o più volte non dovrebbe sorpassare 200-600 cc. Basta nei più casi una sola sottrazione sanguigna a fare constatare non dubbi miglioramenti. Del resto tale sottrazione sanguigna andrebbe concordata ad un confacente regime dietetico; nonchè, nelle polisarciche, alla sottrazione di alcoolici, the, caffè, ed all'uso del sale mirabile Glauber. Non si può molto attendere dalla opoterapia di sostituzione.

La sacro-ileite in ginecologia. — P. Pincherle, Istituto radiologico dell'Ospedale Regina Elena di Torino. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1927, n. 2.

La denominazione di sacro-ileite comprende tutte le affezioni infiammatorie che si insediano nella articolazione sacro-iliaca.

Questa è particolarmente esposta al trauma durante la gravidanza ed il parto, e può soffrire alterazioni svariate, acute o croniche, causa di dolori intensi e ribelli alla terapia.

Le lesioni consistono in alterazioni della articolazione sacro-iliaca e delle ossa componenti. Queste ultime consistono in irregolarità dei contorni dovute ad apposizioni osteofitiche, quali si osservano, nelle artriti deformanti della colonna vertebrale.

Oltre alla forma traumatica, ne esiste una stafilococcica, una tubercolare, con due sottospecie (ossea, sinoviale), e quadri simili possono essere forniti anche soltanto per breve tempo, da tumori maligni, e specialmente da metastasi di carcinomi dell'utero e della mammella alla colonna vertebrale.

La sintomatologia è comune in ogni caso, qualunque sia la sua eziologia; la terapia invece varia, poichè mentre è consigliabile intervenire nelle forme pio-genetiche, nelle tubercolari l'immobilizzazione — eventualmente dopo punzione — è il metodo di elezione.

I postumi della sacro-ileite possono essere notevoli, come le anchilosi parziali estese ad un tratto limitato di una sincondrosi, o l'anchilosi di tutta l'articolazione, o le gravi vizïature del bacino, dopo processi distruttivi dell'osso e dei legamenti.

Sui fermenti nel liquido amniotico. — S. Di Francesco, Clinica Ostetrica della R. U. di Genova. *Folia Gynaecologica*, 1926, n. 2.

L'Autore indagando sulla presenza e sulla quantità dei fermenti nel liquido amniotico di 25 gestanti, ha osservato la presenza costante di diastasi e di lipasi, mentre in due casi la pepsina, ed in un caso la tripsina non hanno potuto essere riscontrate. Egli discute la genesi dei singoli fer-

Digitized by Google

menti, li esamina poi da un punto di vista comune, mettendo pure in rilievo come non esiste rapporto alcuno fra la loro quantità e quella del sangue, nè con la parità e l'età della gravida, nè con la lunghezza del funicolo, il peso degli annessi, il peso del feto, e la durata del travaglio.

Tratta della funzione dei fermenti esaminati, mettendoli in relazione con lo scambio di materiale tra la madre ed il feto, attraverso il liquido amniotico, ed ammettendo la probabile precipua provenienza di essi dal sangue materno, ne trae delle conseguenze, discutendole, circa l'origine del liquido amniotico, che trarrebbe la sua origine dal sangue materno, attraverso l'amnios, che agirebbe da membrana regolatrice della dialisi.

UROLOGIA

Contributo sulla pielografia. — Cohn in Koenigsberg. *Zentralblatt f. innere Medizin*, n. 2, 1927.

Spettano all'A. 248 casi clinici i quali forniscono largo materiale di considerazioni pratiche.

Il materiale di riempimento è svariatissimo, quindi anche la scelta di esso è subordinata all'esperienza personale, alla preferenza, ai casi anche ed agli obbiettivi che ci si propongono. Senza poter qui ripercorrere la storia di questa procedura, bisogna tuttavia ritenere che la selezione del mezzo debba essere inspirata alle seguenti tre condizioni: innocuità, precisione, comodità. Dunque un materiale d'infarcimento dovrebbe possedere i seguenti requisiti: essere isotonico, non caustico, innocuo sulla mucosa; non tossico e privo di germi; renda manifeste le vie di conduzione urinaria e loro contenuto; essere comodamente preparabile, sterilizzabile, conservabile; facile a penetrare il che significa fluido e trasparentemente colorato pen il reflusso in vescica. Ora passando in disamina le molteplici sostanze, sembra all'esperienza dell A. doversi anteporre a tutte il bromuro di sodio, al quale si può dare una tinta con indacoazzurro, o violetto di genziana. Tuttavia una larga esperienza sull'uso di gas dimostra che si può accortamente rivolgervisi, senza avere a lamentare offese della pelvi renale. Il riempimento aeriforme è sufficientissimo a far precisare posizione, dimensioni, forma della pelvi renale e dell'uretere, e magari prevedere visione di alterazioni nelle vie escretive, neoformazioni, cisti renali etc.

Le indicazioni per l'uso offrono anche materia di analisi critica. Mentre la pielografia in quasi tutte le diagnosi malsicure porta un costante ausilio, vuole tuttavia essere usata con discenimento. Se infatti è vero che in 25 % dei casi con semplice cateterismo ureterico non si è chiarita la diagnosi, mentre in più di 50 % la pielografia mostrò un'alterazione pielorenale non intravista, è tangibile la differenza della pratica.

Il riempimento pelvico per l'imagine röntgen ha, a sua volta, fornito largo incremento alle nostre cognizioni sulla forma, la situazione, le dimensioni pelvi-ureteriche, rapportate a punti anatomici di repere, mentre ci ha messi in grado di vedere lo intero letto della corrente urinaria, ampolla, calici di I e II ordine, fornici peripapillari, specialmente attenendosi a particolari tecnici che non si possono riassumere. Aggiungeremo che anche negli spostamenti renali, difformazioni etc. l'osservazione combinata è non meno appropriata a fornire chiarezza.

L'uso clinico della pielografia ha messo in più definita sistemazione il concetto dell'idronefrosi, risultando sempre più essere questa una concomitanza sia di ritenzione urinaria nella pelvi pura e semplice per ostacoli al decorso escretivo, congeniti od acquisiti, ovvero ritenzione e dilatazione pelvica infetta.

Dalla forma delle imagini, oltre che dal complesso di tutte le altre ricerche del caso, si è pervenuti dall'Israel a designare tipi differenti ed abbastanza caratteristici di pionefrosi, non senza rapporto alle particolari forme etio-patogeniche. Se d'altra parte in fatto di flogosi renali si è ottenuto di meglio distinguere l'alterazione diffusa, da quella circoscritta a forma di ascesso, in fatto di tumori, soltanto grazie alla pielografia si è pervenuti a distinguere se un tumore appartenga o meno al rene od alle sue prossimità, e presumibilmente di qual sede renale esso sia.

I danni del riempimento non possono essere misconosciuti. Lo studio anzi impone di ridurli alla minima entità. Già all'esame clinico si riesce a convincersene; ma certo la migliore riprova è quella bioscopica. Si sa che le offese dovute alla pielografia si presentano come edema perirenale o periureterale; penetrazione della soluzione nei canalicoli e capillari delle colonne di Bertini fin nella corticale e sotto la capsula renale; senza escludere qualche caso di scoppio data l'eventuale estrema sottigliezza della sacca nefrotica.

Tra le varie conseguenze sfavorevoli del riempimento sono precipue le scontinuità prodotte nell'uretere o nella pelvi. Quest'ultima, specie quando non sia integra, offre una straordinaria tendenza a risentire danni chimici, termici, meccanici. Il grado dei perturbamenti ingenerati dal riempimento pelvico, dipende su per giù dalla durata e dalla intensità della iperpressione sotto cui trovasi il contenuto, il che può dipendere sia da erronea manovra, sia da ostacolo nel corso dell'uretere. Naturalmente quando il riempimento fosse bilaterale sarebbero da tener presenti difficoltà ed eventuali complicazioni maggiori.

Si deduce da tutto questo che l'esperienza e la buona oculatezza possano essere di garenzia, senza farci rinunziare ad un così importante progresso diagnostico.

ENDOCRINOLOGIA

Le ghiandole endocrine negli anencefali di sesso maschile. A. Mattina, Clinica Ostetrico-Ginecologica della Università di Palermo. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1927, n. 2.

Dallo studio istologico di tre casi della specie, l'Autore giunge alla conclusione che nell'anencefalia vera, con o senza rachioschisi, tra le ghiandole a secrezione interna, la tiroide, le surrenali ed il timo presentano alterazioni gravi, che molto probabilmente hanno una parte notevole in questa malformazione; alla compromessa funzione della tiroide parrebbe legato lo aspetto particolare degli anencefali. Infine, data la struttura dei surreni dei feti maschi anencefali, sembra che tra ipoplasia del sistema interrenale e maggior frequenza del sesso femminile non esista alcun rapporto.

La calvizie in rapporto alla endocrinologia sessuale. — E. Bertarelli. *Pensiero Medico*, 10 gennaio 1927, n. 1.

Secondo Zenope, medico turco, la ipotrichia in tutte le forme compresa la calvizie, sarebbe un fenomeno rivelatore di una ipoattività della ghiandola interstiziale nel testicolo. Ciò però non permetterebbe di dare per vera la formula opposta e cioè che l'ipertrichia sia sempre in relazione con una grande attività orchitica.

Quindi alla base di tutte le calvizie dovrebbe trovarsi una diminuita funzione orchitica, sia pure associata più o meno ad altri fatti o ad altre lesioni (difetto funzionale dei bulbi piliferi ecc.).

L'Autore turco è naturalmente condotto ad affermare che la cura della calvizie deve sovratutto essere rivolta all'aumento dell'attività orchitica, e invoca quindi una terapia orchitica. Nello stesso tempo fa presente la possibilità di una cura mediante l'operazione di Steinach o mediante gl'innesti testicolari.

TECNICA DI LABORATORIO

Sulla determinazione quantitativa della stercobilina. — A. Bareggi, Clinica Medica della R. U. di Milano. *Folia Clinica, Chimica et Microscopica*, fasc. IV, 1926.

Per le sue determinazioni, l'A. si è servito del metodo proposto da Pietra e Bozzolo, col quale è possibile ottenere una estrazione completa del bilinogeno fecale. Dalla massa delle feci delle 24 ore, pesata se ne preleva un grammo e si stempera in 50 cc. di alcool etilico a 95°; indi si versa il tutto in un pallone di vetro, aggiungendosi qualche goccia di ossidante (acido nitroso-nitrico, V-VI gocce; reattivo di Obermeier, XI-XII gocce) per facilitare la trasformazione del bilinogeno in bilina. Si immerge il pallone di vetro in un bagnomaria, vi si sovrappone un distillatore a ricaduta e si porta quindi l'acqua del bagnomaria ad una temperatura tale che l'alcool evapori e incominci a ricadere: si protrae l'estrazione per 1/2 ora, finchè non ricada più alcool. Si decanta l'estratto e dalla parte sovrastante limpida se ne preleva 1 cc. e vi si determina quantitativamente la bilina. Pietra e Bozzolo fanno ciò col metodo della fluorescenza, mediante il reattivo di Nencki; l'A. invece ha usato il metodo spettroscopico, diluendo successivamente l'estratto con alcool sino a scomparsa della stria d'assorbimento caratteristica della bilina.

Dai risultati ottenuti in varie malattie e in soggetti sani, comparativamente a risultati avuti col metodo di Riva-Zoia (estrazione coloroformica), l'A. deduce che con la tecnica da lui seguita si hanno valori quantitativi più alti, tali da far credere che l'estrazione della bilina fecale sia stata, se non totale, almeno molto prossima alla totalità. Si può concludere affermando che il metodo di Riva-Zoia è sufficiente per la pratica medica, dovendo dar peso in questo caso a variazioni notevoli della quantità di bilina, ma per ricerche puramente scientifiche è da dar la preferenza al metodo di Pietra e Bozzolo, perchè dà risultati più esatti.

Apparecchio per inattivare i sieri. — F. Pulgher e L. Gabbano, R. Istituto d'Igiene di Genova. *Giornale di Batteriologia ed Immunologia*, anno I, n. 7.

Consta di un bagnomaria a doppia parete, la cui intercapedine, comunicante con l'esterno solo per mezzo di un refrigerante a ricaduta, è riempita per due terzi di acetone.

Digitized by Google

Un fornellino elettrico, applicato in basso, permette di riscaldare l'acetone fino al suo punto di ebollizione che è a 56° C., temperatura che viene trasmessa all'acqua del bagno in cui sono immerse le proteine da inattivare. Il riscaldamento sarà preferibilmente fatto con focolare elettrico moderato e non alla fiamma, per evitare un'ebollizione tumultuosa e il pericolo che l'acetone s'infiammi.

Sarà prudente rivestire di stagno l'interno dell'intercapedine, per evitare che l'acetone a lungo andare ne intacchi le pareti. Un coperchio messo sul bagno impedirà che la temperatura dell'acqua si abbassi, sia pure leggermente, per effetto della evaporazione.

Un nuovo metodo per la colorazione delle ciglia dei batteri.— PULGHER F. *Annali di Igiene*, fasc. 8, 1926.

L'A. consiglia di usare la seguente sol.: si sciolgono a caldo seperatamente gr. 0.90 di ac. tannico e gr. 0.45 di cristalvioletto, ciascuno in cc. 100 di acqua distill.; dopo raffreddamento si mescolano e si addizionano con cc. 100 di soluz. di acido cloridrico al 3 % in acqua distillata. Si forma un precipitato violetto-azzurro, che lentamente si deposita al fondo. La miscela si conserva in bottiglie di vetro oscuro a tappo smerigliato e non si altera col tempo.

Per usarla, si scuote energicamente la miscela colorante e se ne riscaldano fino alla ebollizione 3-4 cc. in una provetta: il precipitato così si scioglie. Atteso che la temperatura sia discesa di qualche grado, se ne versa sul preparato da colorare tanto da coprirne tutta la superficie. Quando il colore è completamente raffreddato, si lava il vetrino, tenuto di coltello, sotto un forte getto d'acqua corrente; indi si asciuga con carta da filtro e si monta in balsamo del Canadà.

Con questo metodo, secondo l'A., le ciglia batteriche si mettono in evidenza in modo sicuro.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DELLA ROMAGNA IN FAENZA

Seduta del 19 settembre 1926

Presid.: Prof. S. SOLIERI

Pasini U. (Alfonsine). *Considerazioni clinico-operatorie su di un caso di distacco precoce della placenta normalmente inserta.* — L'O. riferisce di una donna, secondipara, d'anni 38, nefritica, intossicata nella quale si ebbe il quadro classico del distacco precoce della placenta normalmente inserta. Di fronte allo stato minaccioso per la vita della madre, nella speranza di salvare il feto, l'O. procedette alla cesarea classica conservatrice: la donna fu salva, ma non così il feto, che non fu possibile rianimare.

Ginnasi A. (Faenza). *Isterectomia totale precesarea.* — L'O. riferisce su di un caso di gravidanza a termine in donna di 33 anni affetta da grossi nodi fibromiomatosi del collo uterino, presentatasi all'Ospedale Civile di Faenza dopo tre giorni dalla rottura delle acque e dopo aver subito parecchi riscontri vaginali. Stabilita l'impossibilità all'espletarsi di un parto per via vaginale fu deciso l'intervento per via addominale praticando l'*isterectomia totale precesarea*.

Pure essendo stata eseguita altre volte l'isterectomia sub-totale precesarea (Solieri), l'ablazione totale dell'utero gravido non consta sia ancora stata praticata.

L'esito fu dei più brillanti: si salvò la vita alla madre e al neonato.

Pausini L. (Forlì). Coglie l'occasione per riassumere il suo lavoro sulla *isterectomia precesarea subtotale addominale*, pubblicato sul *Policlinico, Sezione Pratica*, n. 27, 1926, lavoro basato su 4 casi.

Franchini A. (Santarcangelo). L'O. dà la preferenza all'operazione del Roger quando non si possa essere conservatori.

Solieri S. (Forlì). La isterectomia precesarea, intervento di facile esecuzione per chi operi con tecnica disciplinata e sicura, ha avuto nelle mani dell'O. e di quanti l'hanno praticata esito felice costante per la madre e per il feto. Ha per indicazioni le stesse del taglio cesareo conservativo qualora si abbia ragione di ritenere che la matrice sia stata inquinata.

Solieri S. (Forlì). *Presentazione di un'inferma operata da circa 6 mesi di resezione di un tratto di tenue e di quasi tutto il grosso intestino in seguito ad invaginamento.* La paziente, che trovasi in condizioni ottime di salute, fu operata d'urgenza 7 mesi fa di resezione di 35 cm. di intestino tenue e di tutto il crasso sino a metà del sigma per invaginazione ileocolica manifestatasi nel decorso di una appendicite subacuta. La svaginazione non era stata possibile causa l'edema enorme del cieco. La continuità del tubo intestinale fu ripristinata a mezzo di ileo-sigmoidostomia latero-laterale. Il decorso postoperatorio fu semplicissimo, il circolo intestinale si ripristinò al 3° giorno spontaneamente. La operata, che si nutre di ogni alimento con appetito, è cresciuta di peso ed ha ora alveo regolare con defecazione quotidiana di feci poltacee, mentre era stata sempre una stitica ostinata costretta a prendere ogni giorno lassativi.

Tenuta di recente in osservazione per otto giorni, le feci si sono mostrate normali, senza residui alimentari non digeriti. L'esame del tubo digerente, praticato radiologicamente, dopo somministrazione di pasti opachi e di clima, dimostra la stomia stabilita assai ampia e bene funzionante. L'ultima ansa del tenue si è fatta estasica per funzione vicaria e così pure la poca parte residua del grosso intestino.

Galli P. e Ghetti G. (Faenza). *Rara manifestazione di eredolue in lattante di sei mesi.* — Riferiscono intorno ad un bambino, nato da genitori giovani, entrambi a R. W. negativa, il quale a 6 mesi di età presentò insieme a fatti generali di natura sifilitica, un ingrossamento al lato destro del collo. Si trattava di una gomma, che guarì con la cura specifica.

Gli OO. ammettono nel bambino una sifilide di 2ª generazione, essendo i due nonni paterni sicuramenti sifilitici.

Il Segretario: dott. P. GALLI

SOCIETA' ITALIANA DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 13 dicembre 1926

Presid.: Prof. CIACCIO

Amantea G. e Gliozzi S. *Alcune osservazioni sulla funzione dei centri corticali sensitivo-motori del gatto.*

Cappellani S. *La crisi leucopenica per la diagnosi della gravidanza.* — L'O. partendo da alcune ricerche del D'Amato sulla crisi emoclasica tubercolinica, ha istituito delle ricerche allo scopo di utilizzare la reazione leucopenica come diagnosi biologica di gravidanza. Come sostanze ha adoperato: l'estratto placentare, il siero di sangue del funicolo (tralcio placentare e tralcio fetale), l'estratto idroalcoolico di cancro, il Caseal calcico, l'Hemostil Roussel, il siero antistreptococcico, una soluzione di albumose 1 %. Fra queste sostanze quelle che hanno dato una reazione leucopenica in una percentuale elevata sono: l'estratto placentare, il siero di sangue del funicolo e più di tutte quello del tralcio fetale. Delle altre sostanze alcune non danno reazioni ed altre le danno in una percentuale molto bassa. L'O. si riserva di estendere le ricerche e di entrare meglio nella questione.

Castorina G. *Comportamento del tasso glicemico in seguito all'introduzione per via parenterale di nucleinato di sodio.* — Il nucleinato di sodio determina, come altri mezzi adoperati nella terapia aspecifica, una netta per quanto variabile individualmente iperglicemia che raggiunge l'acme per lo più dopo 90' per poi discendere in alcuni casi anche al disotto del tasso iniziale.

Ciaccio C. e Racchiusa S. *Azione dei vari zuccheri introdotti nello stomaco sul tasso glicemico con speciale riguardo al comportamento paradossale di miscele di destrosio con alcuni disaccaridi e col fruttosio.* — Gli OO. comunicano i risultati di due serie di ricerche: 1) l'influenza di varie specie di zuccheri sulla glicemia; 2) l'azione inibente di alcuni zuccheri sulla iperglicemia costante e molto più spiccata di quella determinata dal fruttosio e dai disaccaridi.

Nella seconda serie di ricerche mettono in evidenza un fenomeno paradossale per cui il levulosio, i disaccaridi e specialmente il saccarosio somministrati contemporaneamente al destrosio sarebbero capaci di inibire l'iperglicemia del destrosio, dando dei valori glicemici di molto inferiori a quelli determinati dal solo destrosio e quasi uguali a quelli dello zucchero aggiunto, sebbene la quantità complessiva fosse doppia.

Per quanto riguarda al meccanismo di azione per le ricerche della prima serie gli OO. discutono alcune possibilità e cioè: *a*) la velocità di assorbimento; *b*) lo stimolo della secrezione acida dello stomaco; *c*) l'influenza della struttura molecolare degli zuccheri.

Per la seconda serie di ricerche cioè per il fenomeno paradosso messo in evidenza non è possibile dare una spiegazione pienamente attendibile e come ipotesi ammettono: *a*) l'inibizione dei disaccaridi e del fruttosio

Digitized by Google

relativamente alla multirotazione del destrosio; *b*) l'azione dei suddetti zuccheri sulla velocità di assorbimento; *c*) l'azione di essi sulle funzioni legate al metabolismo degli idrati di carbonio.

Ciaccio C. e Trimarchi G. *Reazione leucocitaria specifica nella tubercolosi in seguito ad iniezione sottocutanea di piccolissime dosi di tubercolina libera di albumose.* — Gli OO. dimostrano che la reazione leucocitaria determinata nei tubercolotici dalla tubercolina Koch e rispettivamente dell'albumose è completamente diversa da quella determinata dalla tubercolina senza albumose. E parte che la reazione determinata da quest'ultima sia specifica in senso immunitario perchè mentre hanno ottenuta una chiara iperleucocitosi nei tubercolotici, invece nei soggetti normali ed in quelli affetti da malattie diverse o non si è avuta alcuna reazione o addirittura leucopenia.

Izar G. e Mastroieni G. *Sulla chemioterapia della infezione melitense.* — La comunicazione è stata integralmente pubblicata nel n. 5 1927 della nostra Rivista.

Scordia C. *Esperienze intorno all'azione di acqua anisotonica su di un mollusco marino.*

Scordia C. *Resistenza alla concentrazione salina di alcuni organismi marini.*

Solarino G. *Reazione leucocitaria nel cane per influenza della contenzione.*

Solarino G. *Reazione leucocitaria in seguito all'ingestione di acqua.*

Spatolisano B. *Comportamento del tasso glicemico in seguito all'introduzione parenterale di gelatina.* — L'introduzione sia per via endoperitoneale che endovasale, determina costantemente una netta iperglicemia, che raggiunge l'acme dopo 60'-90' per ritornare gradatamente ai valori iniziali o anche al disotto.

L'iperglicemia si manifesta ugualmente, raggiungendo valori pressochè uguali, sia iniettando gelatina neutralizzata o non al tornasole, sia iniettando gelatina priva o quasi di ioni metallici preparata secondo il processo di J. Loeb.

Il Segretario: Dott. Racchiusa

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICHE DI PALERMO

Seduta del 3 luglio 1926

Presid.: prof. E. Tricomi

Chianello L. *Di un processo operatorio che utilizza i tessuti cicatriziali locali in sostituzione degli innesti nella cura delle antiche ed estese distruzioni dei tendini delle dita.*

Amato A. *Ricerche sulla fisiopatologia del timo. Nota* 1ª. — Secondo le esperienze dell'O., l'involuzione lenta e graduale del timo di giovani cagnolini, ottenuta con l'applicazione ripetuta di raggi X sulla regione timica, esplica una netta azione ostacolante sullo sviluppo corporeo degli animali, mentre lo sviluppo psichico non viene sfavorevolmente influenzato. Al contrario, le iniezioni ripetute di estratto acquoso di timo di vitello esercitano un'azione favorevole sullo sviluppo corporeo dei giovani cani, forse perchè stimolano ad iperfunzionare il timo di tali animali.

Piazza C. *Ulteriori risultati ottenuti con l'insulina atossica nel diabete mellito.* — L'insulina atossica, preparata dall'O., si differenzia da quella di Banting per la sua termostabilità, per la sua azione lenta ma continua e per la sua completa atossicità; essa inoltre non può essere somministrata a dosi progressive, ma ha dei punti fissi di azione fisiologica, oltrepassati i quali si hanno effetti paradossi. In genere si inietta alla dose giornaliera di gr. 0,01, ma mentre alcuni diabetici sono molto sensibili alla sua azione e la glicosuria scompare completamente in 3-4 giorni, altri malati sono meno sensibili e mostrano solo dopo 10-14 giorni dei miglioramenti; altri ancora sono insensibili a tale insulina.

L'O. avendo intanto avuto agio di estendere ad un più gran numero di diabetici le iniezioni della sua insulina ha confermato ed in parte modificato i concetti ora esposti. In alcuni diabetici egli ha potuto osservare infatti, che l'azione benefica, anzi che lentamente, si è manifestata in modo immediato, completo e duraturo; l'O. ammette perciò che la rapidità o lentezza dell'azione dipenda dalla sensibilità dei vari malati. L'azione è più rapida quanto più l'insufficienza che determina il diabete è solo a carico del pancreas mentre quando esiste anche un'insufficienza di uno o più organi che dipendono dalla secrezione interna del pancreas, l'azione dell'insulina atossica è ritardata o addirittura dissociata. Nei casi, poi, ritenuti dapprima insensibili a tale insulina, l'O. ha potuto ottenere anche, prolungando di molto il trattamento, dei risultati permanentemente buoni. Se al diabete si associa una lesione renale, l'azione della insulina atossica è nulla.

L'O. si crede, quindi, autorizzato ad applicare l'insulina atossica, indistintamente in tutti i casi di diabete, perchè nei casi nei quali si ottiene un effetto completo esso è sempre più o meno duraturo; nei casi nei quali si ottiene un'azione parziale essa è sempre di giovamento all'ammalato modificando specialmente la poliuria, estinguendo la sete molesta e ridando all'infermo migliore padronanza del suo organismo; nei casi, nei quali l'effetto è nullo, si constata sempre un certo miglioramento delle condizioni generali.

Pavone M. junior. *Reflusso vescico-ureterale.* — Da molte osservazioni cistografiche, l'O. desume che in condizioni normali o quasi non sia possibile il reflusso dalla vescica negli ureteri, mentre questo si verifica quando vi sono alterazioni speciali congenite o acquisite che alterano la struttura degli osti ureterali (dilatazione congenita degli osti, megauretere e talora ureteriti, tubercolosi renale e vescicale, ecc.).

Ciò l'O. ha potuto confermare anche con esperienze su cadaveri. Negli animali, invece, (cani, cavie), tale reflusso si può talora ottenere sperimentalmente ma i risultati delle esperienze sugli animali non possono estendersi all'uomo per le differenze anatomiche presentate dalla vescica di quelli. Per spiegare, poi, le così dette infezioni ascendenti, l'O. crede esagerata l'affermazione che quando esse si verificano ciò avviene per reflusso dalla vescica; egli pensa piuttosto che la causa di dette infezioni debba essere ricercata nel fatto che, quando vi è stasi nelle vie urinarie superiori, facili sono le infezioni o per via ematica o per ascesa di germi negli ureteri privati dei movimenti peristaltici. In alcuni casi anzi il reflusso potrebbe essere secondario; esso sarebbe cioè dovuto a lesioni degli ostii ureterali da infezioni delle vie urinarie superiori e non già primitivo e causa delle dette infezioni.

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta dell' 11 giugno 1926

Presid.: Prof. E. Alfieri

Alfieri E. *Aborto e sterilizzazione tubarica temporanea in una sola seduta laparotomica.* — L'O. espone ed illustra un suo procedimento personale di svuotamento dell'utero mediante isterotomia addominale bassa, seguito da sterilizzazione tubarica temporanea mediante affondamento dei padiglioni, allacciati e riuniti fra di loro al davanti dell'incisione uterina, sotto il lembo peritoneo-vescicale previamente preparato, e che viene da ultimo suturato alla parete anteriore dell'utero.

Il metodo rapido ed elegante venne eseguito dall'O. in 4 casi di tubercolosi polmonare evolutiva complicante la gravidanza nei primi mesi. Un quinto caso analogo venne pure operato con successo dal Dott. Nava, assistente nella Clinica.

Analogamente ha proceduto l'O. in un caso di tubercolosi fibrosa ormai guarita, fuori di gravidanza in donna pluripara, associando la sterilizzazione uterina alla isteropessi pelvica alla Pestalozza per retroversione uterina molesta ed incontenibile con pessari.

Di Guglielmo G. *Sulla evoluzione di una forma di lipodistrofia.* — L'O. illustra un caso di lipodistrofia progressiva, caratterizzato da uno strano comportamento dell'adipe, che è notevolmente ridotto alla faccia, agli arti superiori, alla parte alta del tronco, mentre è accumulato in grande quantità alla parte bassa dell'addome, alle natiche, alle cosce. Il metabolismo basale è normale; le prove dell'adrenalina danno risultato positivo (aumento della frequenza del polso, della pressione massima, vasocostrizione periferica, palpitazione, diuresi abbondante, glicosuria). L'ammalata presenta da molto tempo manifestazioni di disfunzione ovarica e di lieve ipertiroidismo (lieve tremore, instabilità del polso, facile emotività, incapacità di corrugare la fronte). In seguito a trattamento con raggi ultravioletti, la circonferenza bisiliaca si è ridotta di circa 13 cm., mentre è rimasta quasi immodificata la bitrocanterica, conferendo alla forma il tipo prevalente di obesità trocanterico-pelvica o «a calzoni da cavallerizzo».

Omodei Zorini A. *Cirrosi grasse e cirrosi tubercolari del fegato.* — L'O. tratta la questione delle cosidette «cirrosi ipertrofiche grasse» del fegato e quella delle «cirrosi tubercolari». Egli ha studiato dal lato anatomo-patologico 59 cirrosi delle quali 18 presentavano i caratteri delle cirrosi adipose.

Egli ritiene, sulla base della sua casistica, che esista una vera forma di cirrosi ipertrofica grassa ad eziologia alcoolica. In molti di questi casi coesiste anche una tubercolosi cronica sopratutto nel campo addominale (polisierositi croniche, tabe meseraica, tubercolosi dell'intestino), la quale avrebbe solo un'azione coadiuvante quella dell'alcool.

Lainati F. *Sullo strozzamento e la cura dell'ernia crurale vaso-lacunare.*

Digitized by Google

PER LA PRATICA

VACCINOTERAPIA

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA — VII PADIGLIONE
Primario: Prof. U. ARCANGELI

SOPRA L'AZIONE E L'USO DELLA VACCINOTERAPIA INTRAVENOSA IN ALCUNE MALATTIE INFETTIVE.

per il dott. LUCHERINI TOMMASO — Aiuto medico

La letteratura medica è ricolma di osservazioni e di studi intorno al valore della vaccinoterapia nelle varie malattie infettive; ma contrastanti sono ancora le opinioni sulla efficacia terapeutica di questo metodo di cura, che rappresenta un processo di immunizzazione attiva in quelle malattie nelle quali esso viene applicato.

Senza entrare a parlare della storia della vaccinoterapia, dirò soltanto che i vaccini impiegati secondo l'odierno indirizzo scientifico per il trattamento delle malattie infettive possono essere preparati con ceppi di laboratorio, ed allora costituiscono i cosiddetti *stock-vaccini*, oppure sono preparati con colture isolate dal paziente stesso, costituendo gli *autovaccini o vaccini autogeni*. Quest'ultimi meno usati nella pratica corrente per la difficoltà del prelevamento del materiale patologico, sono però quelli che dànno i migliori risultati, perchè essendo preparati di recente sono i più freschi e quindi immunologicamente i più attivi, e sopratutto perchè corrispondono al vero concetto di specificità. Infatti essendo note le differenze di azione fra ceppo e ceppo di una stessa specie microbica, mediante l'autovaccino si ha il raggiungimento di identità assoluta fra l'agente del processo morboso e l'antigene da adoperarsi per l'immunizzazione.

Inoltre le vie di introduzione dei vaccini possono essere varie: la via percutanea, la sottocutanea, la intramuscolare e la intravenosa. Secondo la via di somministrazione variano le reazioni generali dell'organismo, e gli effetti terapeutici diversificano alquanto.

Io mi propongo di rendere noti i risultati ottenuti, e le osservazioni relative che sono scaturite dall'uso sistematico della vaccinoterapia intravenosa applicata in numerosi casi di alcune malattie infettive, osservati al VII Padiglione (Ospedale Policlinico), durante un periodo di un anno e mezzo.

I vaccini da me usati sono stati in alcune malattie gli stock-vaccini del commercio (antigonococcico, antipneumococcico, ecc.); nel tifo ho adoperato i così detti vaccini lisizzati secondo il metodo Di Cristina-Caronia (innesto in acqua di carne di parecchi stipiti di bacilli del tifo, che si lasciano sviluppare a 37° per 12 ore: aggiunta di sangue di tifosi guariti; ancora a 37° per 36 ore; aggiunta di altro sangue di tifoso; altre 76 ore a 37°; centrifugazione leggera, aggiunta di fenolo 0.50 %; a dosi progressive da 0,5-1-2 c. c.); in qualche altro caso ho usato l'autovaccinoterapia intravenosa, e precisamente in qualche caso di polmonite franca, prelevando direttamente il materiale mediante la puntura del focolaio pneumonico.

A seconda della malattia riunisco in determinati gruppi i casi trattati con questo metodo di cura:

Tifo e paratifo. N. 120 casi (accertati o con la sierodiagnosi di Widal, o con l'emocultura, a seconda del periodo di malattia), trattati tutti col vaccino lisizzato Di Cristina-Caronia, somministrato per via intravenosa nel seguente modo: tre iniezioni e qualche volta quattro, a giorni alterni, alla dose la prima di 1 c. c.; la seconda di 1 1/2 c. c.; la terza di 2 c. c. Tale vaccino ha dimostrato una influenza benefica sul decorso del tifo; e salvo rare eccezioni, la malattia non aveva più una evoluzione lunga ad andamento più o meno grave. In generale la curva febbrile cominciava a modificarsi favorevolmente subito dopo la crisi colloidoclasica determinata dalla prima iniezione. Lo stato subiettivo migliorava; i diversi fenomeni di delirio, cefalea, agitazione, prostrazione, ecc. venivano attenuati; in molti casi si otteneva in 9ª, 10ª e 12ª giornata la defervescenza per crisi. Non ho mai notate complicazioni di sorta; ed in verità i risultati erano tanto più brillanti quanto più precocemente si applicava la cura, e quanto più intensa era la reazione dell'organismo all'introduzione del vaccino.

Usata nel primo settenario la vaccinoterapia intravenosa in molti casi aveva il valore di cura abortiva; e soltanto in qualche raro caso questa cura ha fallito.

Ho notato che il tasso della mortalità è notevolmente abbassato: su 120 malati curati col vaccino, soltanto due, entrati a malattia avanzata in condizioni gravissime, sono morti.

In varii casi ottenutasi la caduta della febbre per crisi nel corso del II settenario, dopo 12-14 giorni di apiressia completa insorgeva una nuova elevazione termica, che veniva subito giustiziata mediante una nuova iniezione intravenosa di vaccino.

In un altro piccolo numero di casi (15) ho usato per via intravenosa a scopo di controllo, uno stock-vaccino antitifico del commercio; ma i risultati con questo sono stati inferiori sotto molti punti di vista a quelli ottenuti col vaccino lisizzato. Infatti con il vaccino antitifico del commercio non ho mai visto cadere bruscamente la temperatura, ed interrompersi la malattia.

In quattro casi ho usato il vaccino antitifico lisizzato per via intramuscolare, ma non ho avuto i risultati favorevoli che mi ha dato la via intravenosa.

Polmonite. In questa malattia (N. 22 casi da me osservati) lo stock-vaccino antipneumonico usato a giorni alterni, non ha dato risultati troppo incoraggianti; il decorso della malattia non è stato in alcun modo influenzato da tale metodo di cura.

In sei casi di polmonite franca ho applicata l'autovaccinoterapia intravenosa prelevando il materiale mediante la puntura del focolaio pneumonico; e gli effetti per quanto non siano stati brillanti, pur tuttavia io credo che i pazienti da tale cura se ne siano giovati, poichè la malattia in essi ha avuto un decorso non grave, e la crisi si è ottenuta regolarmente in 9ª giornata senza complicazioni.

Però l'autovaccinoterapia antipneumonica non è un mezzo di cura pratico, poichè il prelevamento del materiale per mezzo della puntura del polmone non è scevro di pericoli. Infatti un mio paziente subito dopo la puntura del polmone, per quanto fatta con tutte le dovute cautele, è stato colpito da una sincope improvvisa, da cui si è potuto salvare mediante l'iniezione intracardiaca di adrenalina. D'altra parte l'emocultura che dovrebbe essere il metodo più rapido e più conveniente per la preparazione del vaccino autogeno antipneumonico, difficilmente riesce positiva specie dopo i primissimi giorni di malattia.

L'efficacia della vaccinoterapia nella polmonite dipende con tutta probabilità oltre che dal periodo della malattia in cui essa si inizia, sopratutto dai germi usati nella preparazione del vaccino, essendo noto che varii sono i ceppi di diplococco che possono produrre la polmonite; per questo è utile e vantaggioso l'uso dei vaccini autogeni.

Bronco-polmonite. In questa forma di malattia (N. 12 casi) ho usato lo stock-vaccino polibacterico (antistrepto-stafilo-pneumococcico), ma non ho ottenuto risultati degni di nota.

Infezione gonococcica. In genere ho avuto occasione di curare numerose donne con uretriti e cerviciti blenorragiche, e con affezioni dell'endometrio e degli annessi, ed ho potuto rilevare che nelle forme acute lo stock-vaccino antigonococcico non ha alcuna efficacia mentre nelle forme subacute e croniche esso dà buoni risultati. Infatti sotto la sua azione si vede rapidamente diminuire la secrezione, il dolore, la febbre.

In 8 casi di artrite gonococcica, che è una delle complicanze più frequenti di questa infezione, ho adoperato il vaccino per via intravenosa, ed ho sempre ottenuto il ripristino completo dell'attività funzionale articolare. A questo proposito però faccio notare che in questi casi di artrite blenorragica, olte la vaccinoterapia è stato praticato anche il trattamento locale mediante le iniezioni intraarticolari di siero antigonococcico.

In ogni modo io ritengo che nell'infezione blenorragica, e specialmente nelle sue complicanze, la vaccinoterapia è utile, e costituisce un ottimo aiuto ai trattamenti locali.

Febbre melitense. Ho avuto occasione di osservare un solo caso accertato (sierodiagnosi positiva) di febbre di Malta, che

Digitized by Google

decorreva da un paio di mesi con febbri altissime, e posso affermare che dopo una iniezione intravenosa di 1 c.c. di vaccino lisizzato (Caronia-Di Cristina) antimelitense, la febbre è caduta rapidamente, e le condizioni generali del paziente sono andate progressivamente migliorando. Dopo circa 3 mesi di apiressia completa e di benessere rientra all'Ospedale con febbri altissime, che vengono di nuovo rapidamente troncate da una iniezione intravenosa di 1 c.c. di vaccino lisizzato antimelitense.

Bronchite cronica. In 4 casi di bronchite cronica, in due dei quali si manifestavano frequentemente crisi asmatiche, ho usato l'autovaccinoterapia per via intravenosa. Il materiale per il vaccino autogeno è stato prelevato dall'espettorato dei singoli malati. Ebbene in tutti e 4 i casi ho ottenuto notevoli vantaggi rilevando diminuzione, durante e dopo la cura, dell'espettorato, della tosse, dell'affanno, miglioramento dello stato generale; ed in un caso scomparsa delle crisi asmatiche.

***

Da quanto ho esposto si rileva che il valore della vaccinoterapia intravenosa nel campo di alcune malattie infettive non è sempre lo stesso. Infatti esistono malattie che vengono influenzate facilmente dalla vaccinoterapia (blenorragia, tifo), mentre altre sono assai più difficilmente influenzabili (polmonite, erisipela ecc.). L'utilità e l'efficacia di questo metodo di cura dipende da varii fattori che cercherò di analizzare.

Si sa che mediante l'iniezione dei vaccini si vuole stimolare l'organismo malato alla produzione di sostanze specifiche di difesa verso l'agente morboso; ma, come è noto, non è però indifferente se questi vaccini siano fatti con uno stipite qualunque della specie batterica in questione, oppure provengano dal germe stesso che ha causato la malattia. E' indiscutibile che i vaccini autogeni, secondo le leggi dell'immunologia, siano in generale i più adatti a promuovere lo stimolo e la produzione degli anticorpi specifici, e quindi possano dare i migliori risultati. Però nella pratica non è facile nè semplice poter ottenere l'autovaccino, e perciò vediamo oggi usare largamente in molte malattie infettive i cosiddetti stock-vaccini. Questi usati per via intravenosa mi hanno dato risultati favorevoli nei casi di infezione blenorragica, mentre nella polmonite e bronco-polmonite si sono dimostrati assolutamente inefficaci. Nel tifo invece, come risulta dalle note soprascritte, il vaccino antitifico lisizzato ha dimostrato di essere assai utile, abbreviando la durata della malattia, diminuendo la frequenza e la gravità delle complicazioni, ed abbassando notevolmente il tasso della mortalità.

In un gruppo di malati di tifo ho praticate le stesse iniezioni di vaccino antitifico lisizzato per via intramuscolare allo scopo di controllarne l'azione, ma ho osservato che usando questa via si hanno risultati meno rapidi e meno vantaggiosi di quelli ottenuti con la via intravenosa.

La ragione sta con ogni probabilità nel fatto che l'introduzione del vaccino per via intramuscolare non provocava mai una forte reazione da parte dell'organismo, mentre usando la via intravenosa si aveva dopo poco tempo (non più tardi di una mezz'ora) una intensa reazione generale (cefalea, brivido di freddo seguito da una rapida elevazione della temperatura a 40°-41°, che perdurava dalle 6 alle 12 ore, talvolta vomito ed artralgie). La febbre poi cadeva dopo abbondante sudorazione, e spesse volte non ritornava, ovvero riprendeva ma più moderata sino a cessare completamente dopo qualche altra iniezione. In varii casi, e precisamente in quelli nei quali la temperatura era caduta per crisi, ho visto, come ho già detto, riaccendere la febbre dopo 12-14 giorni di apiressia, ma una o al più due nuove iniezioni di vaccino erano sufficienti a troncare la improvvisa ricaduta.

Ora io ritengo che l'efficacia del vaccino antitifico lisizzato, introdotto nelle vene, sia dovuta non soltanto ad una azione di indole immunitaria, ma anche al fatto che per le sostanze in esso contenute (siero di convalescente), detto vaccino agisce in qualità di stimolo aspecifico come una iniezione di proteina eterogenea, provocando uno choc colloidoclasico. A ciò è dovuta con ogni probabilità la sua maggiore attività e la sua più utile azione in confronto dei comuni stock-vaccini antitifici del commercio.

La vaccinoterapia intravenosa non mi ha dato, come ho già detto, alcun risultato degno di nota nei casi di polmonite e di bronco-polmonite passati sotto la mia osservazione; mentre invece posso dire che buoni successi ho avuto campo di registrare nella infezione gonococcica cronica e subacuta e nelle sue complicanze specie articolari mediante l'uso della etero-vaccinoterapia antigonococcica spesse volte associata ai comuni trattamenti locali.

Il risultato fortunato ottenuto in un solo caso di febbre melitense mediante una iniezione di vaccino antimelitense lisizzato, che è stata ripetuta dopo circa tre mesi in seguito a recidiva, non può fare per ora azzardare alcun giudizio sulla efficacia ed utilità di detto vaccino in questa malattia.

La vaccinoterapia intravenosa specifica otterrà in genere i migliori successi quando sarà usata il più precocemente possibile, e quando la malattia non abbia un decorso troppo rapido e grave, non sia troppo inoltrata, e quando non esista una controindicazione speciale (disturbi nervosi, cardiaci, iperpiressia, enterorragie, tubercolosi ecc.).

Per ciò che si riferisce alle dosi bisogna essere assai prudenti, essendo queste soggette a variazioni individuali: nella scelta della prima dose debbono guidare le condizioni del malato, l'età, il periodo della malattia, la febbre; e così pure le dosi successive si regolano a seconda delle reazioni da esse provocate.

In genere se l'iniezione è seguita da forte reazione generale non occorre aumentare la dose vaccinale successiva.

Per quanto riguarda il periodo di tempo da lasciar trascorrere fra una iniezione e l'altra è necessario attendere che sia scomparsa la reazione susseguente all'iniezione fatta, in media 2-3 giorni. La cura vaccinica va continuata sino alla scomparsa definitiva dei sintomi morbosi.

L'introduzione del vaccino per via intravenosa non presenta alcun pericolo quando è fatta con prudenza e con discernimento, e non si ha da temere la fase negativa (discesa dell'indice opsonico), segnalata dal Wright.

Però nei malati di una certa gravità è preferibile fare le iniezioni di vaccino per via intramuscolare.

Certamente la via intravenosa, quando è possibile farla, ha una azione più attiva e più pronta ed i suoi risultati sono superiori a quelli che si ottengono con le altre vie di introduzione. Qualche volta in verità essa agisce brutalmente, e la reazione che determina è in alcuni casi mal tollerata dal paziente; e questa è la ragione per cui la vaccinoterapia intravenosa è poco usata nella pratica medica.

In ogni modo questo metodo di cura può essere tentato in svariate malattie infettive, semprechè ci si valga di un vaccino adatto e ben dosato e preparato.

Io ho voluto riferire queste brevi note per contribuire alla conoscenza della vaccinoterapia intravenosa, che teoricamente rappresenta il metodo migliore di immunoterapia attiva, atta a stimolare la produzione degli anticorpi specifici.

Certamente nel vagliare i successi terapeutici bisogna andare assai cauti; però posso dire che nei numerosi casi di tifo da me studiati, l'uso del vaccino lisizzato per via intravenosa mi ha dato risultati assai favorevoli, e ciò concorda con gli stessi risultati avuti da molti altri autori.

DIAGNOSTICA

Segni clinici indiretti delle localizzazioni tubercolari della pleura e del polmone

Se la diagnosi clinica della tubercolosi conclamata è in genere facile, si resta invece talora perplessi di fronte alle localizzazioni iniziali, specialmente quando non si può disporre di mezzi più complicati (radioscopia, ecc.) che valgano a dirimere il dubbio. E' in quest'ultimo caso appunto che è di grande aiuto una serie di piccoli segni clinici, i quali, se presi singolarmente non sono forse specifici di affezioni tubercolari, nel loro insieme completano lo scarso esame steto-acustico e danno maggiore consistenza alla diagnosi. Tra questi segni, E. BUFALINI (*Rivista di Clinica Medica*, n. 21, 1926) ricorda: l'ineguaglianza pupillare, i segni muscolari, l'adenite e linfangite sopraclaveare e le irradiazioni dolorose.

Uno studio completo dell'*ineguaglianza pupillare* si deve al Sergent: il sintoma consiste in un'anisocoria dipendente da midriasi della pupilla corrispondente al lato del pulmone malato, che talvolta è allo stato latente e può essere messa in evidenza solo con la instillazione nell'occhio di midriatici. Instillando, infatti, nei due occhi la medesima quantità di una soluzione 1 % di atropina o di cocaina al 4 % si osserva che la midriasi è più accentuata nell'occhio corrispondente all'apice malato; la reazione comincia a manifestarsi dopo 10-12 minuti e diventa completa in 20-25

Digitized by Google

minuti: la pupilla in midriasi latente si dilata e raggiunge il massimo di dilatazione molto prima dell'altra, perdendo anche più precocemente il suo riflesso alla luce e all'accomodazione: tale midriasi permane per qualche giorno, poi le pupille cominciano a tornare allo stato normale che è raggiunto sempre prima dalla pupilla corrispondente al pulmone del lato sano, il che viene a determinare un nuovo stato di anisocoria, detta da Sergent «anisocoria di ritorno». Questa prova naturalmente è controindicata in tutti quei casi nei quali esiste una ipertensione endoculare (glaucoma, ecc.) e perchè abbia valore si deve escludere che esistano altre cause locali o generali, capaci di provocare anisocoria per conto proprio. L'anisocoria, poi, dovrebbe mettersi in conto di una eccitazione dei filetti pupillo-dilatatori che pei rami comunicanti giungono al primo ganglio toracico ed al terzo ganglio cervicale, a loro volta in rapporto di vicinanza con la cupola pleuro-polmonare. Quanto al valore clinico di essa, dalla maggior parte degli AA., si è d'accordo nell'affermare che la ineguaglianza pupillare apparente o provocata, non ha valore nelle forme tubercolari del polmone bilaterali, trattandosi di solito di forme piuttosto avanzate con chiara sintomatologia obiettiva, nè in esse può dirci da qual lato la lesione sia più estesa o più attiva; ha invece molto importanza nelle forme unilaterali concorrendo a rilevare lesioni al loro primo esordio, non ancora apprezzabili coi comuni segni fisici e con l'indagine radiologica: in quest'ultimo caso non solo ha valore di localizzazione, indicando una lesione apicale, ed a preferenza pleurica, ma ha anche valore quale indice di attività del focolaio, sempre purchè non venga considerata isolatamente ma col complesso di tutti li altri elementi diagnostici che si ha a disposizione.

L'*adenite sopraclaveare* è caratterizzata da un ganglio allungato posto immediatamente al di sopra e dietro la clavicola, col massimo diametro a questa parallelo, appoggiato al bordo esterno dello sterno-cleido-mastoideo; il volume varia da quello di un fagiuolo a quello di una fava, la consistenza è maggiore quanto più il ganglio è piccolo. Talora, invece del ganglio, si trova nella stessa regione un cordoncino presentante qua e là piccole nodosità: *linfangite sopraclaveare*. Anche questo segno sarebbe indice di localizzazione bacillare pleuro-pulmonare dell'apice; inoltre esso avrebbe un valore prognostico in quanto che un ganglio duro e piccolo indicherebbe una lesione apicale antica e cicatriziale, un ganglio molle e grosso una lesione attiva.

Tra i *segni muscolari* si debbono ricordare: *a*) l'ipotrofia dei muscoli del cingolo scapolare dal lato corrispondente alla lesione pleuro-polmonare e, più specialmente nelle forme iniziali, l'atrofia del bordo esterno del cucullare (Boeri). *b*) il segno del mioedema di Loeper e Godet, che consiste in un rigonfiamento istantaneo, segmentario del muscolo che compare nel punto ove il muscolo stesso viene stimolato meccanicamente e che rapidamente scompare quando lo stimolo è cessato; lo si provoca a preferenza sul bicipite, stringendolo trasversalmente alla sua metà, in corrispondenza del margine libero del trapezio, ecc. Questo segno è oggi ritenuto indice di tubercolosi attiva. *c*) vivacità dei riflessi scapolo-toracici dal lato corrispondente alla lesione pulmonare (Collin), ben rilevabile stando l'ammalato in piedi, con le braccia pendenti in risoluzione muscolare, e percuotendo sul terzo medio del sottospinoso lungo il suo bordo interno, con un dito sull'olecrano: si apprezza così l'ampiezza e la prontezza di movimento di rotazione in fuori del braccio. Si può anche apprezzare l'ampiezza e la prontezza del movimento che insorge, stando l'ammalato seduto di faccia all'osservatore, col braccio pendente e l'avambraccio che riposa sulla mano di lui, quando si percuote la parte media o sterno-costale superiore del gran pettorale. Questo segno denoterebbe sempre un processo infiammatorio cortico-pleurale dell'apice. *d*) all'osservazione radioscopia si possono rilevare: l'ipotonia dell'emidiaframma corrispondente all'apice colpito (segno di Williams); la depressione dell'attività muscolare emitoracica dal lato corrispondente alla lesione (segno di Striker); la riduzione dell'angolo funzionale costo-vertebrale (segno di Bouchard e Guilleminot); tutti segni questi che si possono anche avere in affezioni non tubercolari del polmone.

I *dolori toracici* sono fra le manifestazioni più precoci delle localizzazioni tubercolari dell'apparato respiratorio; fra questi più frequenti sono: quello provocabile comprimendo il punto medio del margine libero del cucullare (Boeri), quelli provocabili nella fossa sottoclaveare (Peter) e nella zona di allarme di Chauvet e Sergent, quello provocabile con la pressione nella regione ascellare in corrispondenza del 1° spazio intercostale (Iacono), ecc. Talora i dolori toracici sono spontanei, con irradiazioni varie. Fanelli insiste sulla frequenza di un dolore spontaneo del fianco corrispondente ad una localizzazione apicale tubercolare destra; Miranda ha descritto un dolore a tipo appendicolare pure dovuto a lesioni pleuro-polmonari, ecc.

Con l'aiuto dei sopra detti segni clinici indiretti delle localizzazioni della pleura e del pulmone non v'è più dubbio che il medico potrà istituire una terapia adatta quanto più all'inizio è possibile, avvicinandosi così maggiormente a quel che dovrà essere lo scopo primo del medico dell'avvenire: la prevenzione delle malattie.

A. Tarsitano

TERAPIA GENERALE

Sulla terapia della furuncolosi

Th. Zechlin (Lazzaretto civico di Goslar. *Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1926, n. 42) si attiene alla pratica seguente.

Il foruncolo, e la zona circostante (per 4 o 5 cm.), vengono accuratamente ricoperti di unguento cinereo, in istrato non troppo sottile. Su questo strato vengono applicate delle compresse con una soluzione di allume acetico-tartarico (un cucchiaio da zuppa in un litro di acqua) che vengono frequentemente rinnovate.

Rapidamente sparisce la dolorabilità del focolaio infiammatorio, ed in un giorno o due si ha l'arresto del processo, che poi regredisce.

Questi risultati possono essere spiegati non solo con l'iperemia locale prodotta dal medicamento, ma anche con una particolare azione in profondità del mercurio, che esercita inoltre indubbiamente un'azione stimolante generale.

Lo stesso trattamento può applicarsi ai paterecci ed alle diverse forme infiammatorie del tessuto connettivo.

La migliore pomata mercuriale si è rivelata quella che contiene il 33 % di mercurio metallico.

L'Autore si serve di questo metodo terapeutico dal 1915, e l'ha provato su 4000 persone, in gran parte soldati, senza avere alcun insuccesso.

Lodato (*Arch. Ital. di Scienze Mediche e Coloniali*, fasc. 1, 1927) in cinque casi ha sperimentato l'autoterapia, ottenendo completa guarigione in tutti, di foruncolosi ribelli.

Prelevato il pus dal foruncoli, veniva iniettato sottocute. Si aveva subito una reazione febbrile non molto intensa accompagnata da brivido, cefalea, dolore nel punto iniettato. Dopo una ventina di ore in media si ha caduta per crisi della temperatura e già si cominciano ad osservare modificazioni nel colorito e nella consistenza dei foruncoli che diviene più pastosa.

Il numero delle iniezioni varia secondo gli effetti e la intensità della foruncolosi. In uno dei casi l'A. praticò 18 iniezioni da 1 cmc. in giorni alterni; l'a. guarì benissimo. Notevole il fatto che le cicatrici residue sono appena visibili.

Per la tecnica, si raccoglie in modo asettico il pus e si diluisce in proporzione di una goccia in 5 cmc. di fenolo sintetico per uso ipodermico: si divide in fiale di un cmc. che si iniettano per via ipodermica in giorni alterni.

Profilassi e cura delle aderenze peritoneali

V. Pauchet (*La Clinique*, n. 81, 1927) distingue due varietà di aderenze peritoneali: temporanee e permanenti; le prime si riassorbono facilmente, sono di origine infiammatoria e fibrinose; le seconde di origine traumatica, chirurgiche e sono fibrose.

In genere, tutte provocano una sintomatologia dolorosa, a dolori vaghi o precisi, estesi o localizzati, lievi o forti; non costituiscono quindi una sindrome precisa.

La causa del dolore, deve riferirsi secondo l'A. a due ragioni principali: 1) la trazione sul peritoneo parietale (in questi casi il dolore è intermittente lieve e si allevia col decubito); 2) il peristaltismo, perchè l'aderenza provoca attività peristaltica e può provocare dolori acuti e un timpanismo segmentario.

E' più facile prevenire le aderenze che curarle.

Cominciando da quella operatoria, può essere evitata sopprimendo le cause provocatrici, come il raffreddamento, il disseccamento, compressione, manovre brutali, frizioni, antisettici, infezioni ecc.

Gli innesti epiploici, spesso possono rendersi utili, per coprire superficie denudate o per rafforzare anastomosi diverse.

Da qualcuno, come profilassi, è stato suggerito di adoperare lubrificanti, olii minerali ecc. ma secondo l'A. questi agiscono come corpi estranei provocando irritazione e quindi favoriscono le aderenze invece di impedirle. Utile, invece, sembra una soluzione acquosa al 2 % di citrato di sodio con aggiunta del 4 % di cloruro di sodio. Questo sale per il suo potere ipertonico attirerebbe il liquido peritoneale nella sierosa, mentre il citrato di sodio ne favorirebbe l'endotelizzazione. Vi si lava la cavità all'atto dell'operazione.

Tra i medicamenti preventivi sono pure molto raccomandabili l'estratto pituitario alla dose di un cmc. al giorno per quattro giorni di se-

Digitized by Google

guito e poi per tre giorni alla settimana, associandovi la paraffina per bocca; quest'ultima sarà somministrata prima dell'operazione due volte al giorno, in dosi di 15 gr. nell'intervallo fra i pasti.

Non va infine dimenticata la fibrolisina o tiosinammina, per via muscolare e ancora meglio la iodotiosinammina. Di questa si inietteranno 2-3 cmc. due volte alla settimana per cinque o sei settimane. Iniziare la somministrazione non prima di 15-20 giorni dalla cicatrizzazione della ferita operatoria.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Arsylen. — L'Arsylen è un nuovo composto organico di arsenico o acido allilarsinico, che, a differenza dei cacodilati, non dà, se somministrato per via gastrica, nè nausea nè odore agliaceo ed è anche più attivo di essi. Si trova in commercio sotto forma di granuli, per la somministrazione orale, contenenti il sale calcico dell'acido allilarsinico e dosati a gr. 0.01, corrispondenti a gr. 0.0045 As. Per via ipodermica, l'Arsylen è preparato sotto forma di fiale di 1° e 2° grado, contenenti le prime 1 cc. e le seconde 2 cc. della soluzione al 5 % del sale sodico dell'acido allilarsinico e corrispondenti le prime a gr. 0.0225 As. e le seconde a gr. 0.045 As. I granuli vengono prescritti secondo il metodo Fowler, in modo che la cura segua un ciclo ascendente ed uno discendente, arrivando fino ad un massimo di 6 granuli al giorno. Per le iniezioni da 1/2 fiala di primo grado, si passa poi gradatamente alle più forti.

Le indicazioni di questo nuovo preparato sono in genere quelle di tutti i cacodilati, (astenia e sue conseguenze, esaurimento, nevrastenia, clorosi, anemia, malaria, tubercolosi cutanea, ossea, ganglionare; psoriasi; affezioni sifilitiche della pelle, periodi depressivi dopo il trattamento bismutico o mercuriale, pankinsonismo post-encefalitico); a differenza, però, degli altri arsenicali, l'Arsylen mostra un'azione molto più spiccata sul treponema pallido, avvicinandosi sotto questo punto di vista agli arsenobenzoli.

In complesso dall'Arsylen ci si può ripromettere una terapia arsenicale intensa, pur senza temere gli inconvenienti che questa talora dà.

FORMULARIO

Nella porpora infantile. — Riposo a letto, fino alla scomparsa delle macchie; dieta nutriente e facilmente digeribile, a base di latte, minestre, uova, cacao, biscotti con burro, riso, «pourée», e, secondo Bendix anche mele, pere, fragole, succo di arancio, limonate.

Se si verificano emorragie intestinali si somministrerà solo acqua ghiacciata con limone o pezzetti di ghiaccio o acqua albuminosa; solo 24 ore dopo cessata l'emorragia si daranno di nuovo le minestrine. In caso di abbattimento: caffè e poco alcool (cognac, vino, ecc.).

A scopo emostatico si ricorrerà ai seguenti medicamenti:

Decotto di corteccia di china	gtt. 5-8/170
Estratto di segala cornuta	» 1
Sciroppo di arancio	q. b. p. » 200

S. 2 cucchiai, 3 volte al giorno.

Oppure:

Percloruro di ferro	gocce XXX
Acido idroclorico	gtt. 8
Acqua distillata	» 100
Tintura tebaica	una goccia per ogni anno di età
Sciroppo di cedro	gr. 30

S. 1 cucchiaino ogni mezz'ora o ogni ora.

Oppure:

Estratto fluido di hydrastis canadensis	gr. 10

S. 5-15 gocce, 3 volte al giorno.

Oppure:

Ergotina	centigr. 50
Mucillagine gommosa	gr. 60
Sciroppo di ratania	» 20

S. un cucchiaino ogni mezz'ora o ogni ora.

Oppure:

Cloruro di calcio	gr. 1
Mucillagine gommosa	» 80
Sciroppo semplice	» 20

S. come sopra.

Oppure:

Cloruro di calcio	centgr. 5
Acqua distillata per una fiala	gr. 1

S. 1/2-1 fialetta nei glutei, 1-2 volte al giorno.

Nei casi gravi si ricorra ai clisteri di gelatina, o meglio ancora alle iniezioni di gelatina, di ergotina, di siero di cavallo o di peptone. Per quest'ultimo si prescriverà:

Peptone Witte	gr. 5
Cloruro di sodio	» 0.50
Acqua distillata	» 100

da filtrare a caldo e da sterilizzarsi a 120° per 15'.

Si pratica una iniezione da 5-10 cc. ogni 3 giorni nei muscoli glutei; però dopo 2-3 iniezioni, le altre si fanno a dosi decrescenti.

In caso di enterorragia e di gastrorragia, vescica di ghiaccio sull'addome. Contro la febbre si usi il salicilato di sodio o l'aspirina.

(da M. Flamini. *Manuale di Pediatria pratica*. 3ª edizione. Luigi Pozzi edit., Roma, 1927).

LIBRI ED OPUSCOLI

Blechmann G. *Lattanti. Bambini* (Nourrissons. Enfants). 1 vol. in 16° di pag. 392, Edit. G. Doin, Parigi, 1926. Prezzo fr. 21,60.

In forma chiara e concisa, questo volume della collezione delle « Consultations journalières » comprende tutto ciò che il pratico ha bisogno di conoscere in materia di pediatria per l'esercizio quotidiano della propria professione. Vi trovano una conveniente esposizione: la dietetica del lattante, la cura dei disturbi della digestione e delle affezioni cutanee della prima infanzia, la sifilide ereditaria latente, la tubercolosi, ecc. ecc.; tutte questioni aggiornate secondo i più moderni concetti. Nella seconda parte del libro, poi, per ogni malattia sono indicati i medicamenti di riconosciuta efficacia, la loro posologia secondo l'età, la loro via di somministrazione, i loro vantaggi e i loro inconvenienti, non trascurando, anzi dando una dettagliata descrizione dei vaccini, sieri e agenti terapeutici fisici.

Ferrannini A. *Prontuario di Medicina Interna*. Vol. di pagg. 1235, rilegato. Casa Editrice Idelson, via E. De Marinis 28, Napoli, 1927. Prezzo L. 135.

« Come nella costruzione degli edifici sono indispensabili i grandi massi e le piccole pietre, così in ogni edificio scientifico necessitano i libri classici e i manuali, anzi questi ultimi si rendono via via più necessari nella pratica della medicina, perchè offrendo in pagine succose quel tanto che per la pratica medica bisogna, ne spianano mirabilmente il cammino ed allo scopo più direttamente conducono ».

Queste parole, che un dotto medico napoletano del secolo scorso scriveva come prefazione di un suo libro di medicina pratica, parmi utile riprendere oggi nel presentare al pubblico degli studiosi il « Prontuario di medicina interna » compilato dal prof. Andrea Ferrannini e pubblicato in elegante veste tipografica dalla Casa Idelson. Ma, in verità, di presentazione tale libro non ha bisogno, sia per il successo che già felicemente gli arride sia perchè l'A., che è un forbito scrittore e un maturo didatta, è troppo noto nel mondo scientifico, perchè discorrendo di lui o di un'opera sua si renda indispensabile l'elogio; e noi dobbiamo piuttosto essere grati all'A. che ha voluto recare il contributo della sua preziosa attività alla emancipazione del mercato librario nazionale, che in questo momento rappresenta uno degli aspetti del poliedrico programma fascista.

Questo libro che modestamente l'A. chiama « Prontuario », ma che invece racchiude nella sua squisita fattura la compiutezza del Trattato, la facile compulsazione del Dizionario e la praticità del Formulario, è costituito di sedici capitoli, nei quali sono condensate in laconiche locuzioni e per ordine alfabetico le principali nozioni di semiotica, di patologia e di terapia dei vari organi ed apparati: scorrendolo, si rileva come pur non essendo trascurate in virtuose pennellate le disquisizioni teoriche più sane, esso non è affetto da sclerosi teorica, come pur non contenendo vecchie imbastiture verniciate di fresco, vi si respira l'aria del classicismo più puro, come pur essendo manifesta e preponderante l'impronta personale in ogni questione ancora dibattuta, le vedute dell'A. rappresentano illazioni logiche di valutazioni critiche armoniche ed accurate.

Tali essendo i pregi dell'opera, si comprende facilmente quanto affidamento essa dia agli studiosi come strumento di rapida e sicura compulsazione e come diventi addirittura indispensabile e per gli studenti che compiono i primi passi nella selva aspra e selvaggia delle nostre conoscenze e per quelli che si accingono alla preparazione degli esami di Stato.

I. Jacono

Kahn P. *Guida dello psichiatra* (Guide du psychiatre). 1 vol. in -8. di pag. 252. Edit. N. Maloine, Parigi, 1926. Prezzo fr. 18.

L'A. ha inteso scrivere con la presente pubblicazione un libro che

Digitized by Google

potesse servire da introduzione ai grandi trattati di psichiatria e da vademecum per il pratico. E' stata, perciò, da esso bandita ogni discussione teorica e ampia trattazione è stata fatta degli argomenti pratici, quali: l'interrogatorio dell'ammalato, la terapia d'urgenza, la redazione dei certificati d'internamento, ecc. Così pure sono stati adoperati il meno possibile termini tecnici poco comprensibili e di quelli usati viene data la spiegazione in un piccolo dizionario inserito alla fine del libro.

NOTIZIE

Riassunto delle denunzie delle principali malattie infettive dell'uomo dal 3 gennaio al 13 marzo 1927 — Come si rileva dal *Bollettino della Direzione generale della Sanità pubblica*, dal 3 gennaio al 13 marzo 1927, sono stati denunziati nel Regno: 14.737 casi di morbillo; 2.911 casi di scarlattina; 2.514 casi di varicella; 9 casi di vaiuolo e vaiuoloide; 4.160 casi di tifo addominale; 26 casi di dissenteria; 3.496 casi di difterite e croup; 116 casi di meningite cerebro-spinale epidemica; 42 casi di poliomielite anteriore acuta; 73 casi di encefalite letargica; 15 casi di tifo petecchiale; 0 casi di colera; 773 casi di rabbia; 164 casi di pustola maligna. La più alta percentuale di morbilità si è avuta: per il morbillo, nella Lombardia, nel Lazio, nelle Calabrie, nel Piemonte, nella Liguria, nel Veneto e nella Campania; per la scarlattina, nella Sicilia, nella Lombardia, nel Lazio, nella Campania, nella Calabria e nel Veneto; per la varicella, nella Lombardia, nel Veneto, nell'Emilia, nella Toscana, nel Lazio e nella Venezia Giulia; per il tifo addominale, nel Lazio, nella Lombardia, nel Veneto, nella Emilia, nella Campania, negli Abruzzi e Molise e nella Sicilia; per la difterite, nella Lombardia, nel Veneto, nella Toscana, nell'Emilia, nel Lazio e nella Campania; per la meningite cerebro-spinale epidemica, nella Lombardia e nel Lazio, nel Veneto e nella Sicilia; per la polinevrite anteriore acuta nell'Emilia, nella Toscana e nel Veneto; per l'encefalite letargica nella Lombardia e nel Piemonte; per il tifo petecchiale, nelle Puglie; per la rabbia, nella Campania e nel Veneto; per la pustola maligna, nel Lazio nella Basilicata, nella Calabria, nella Sicilia e nella Campania.

Per la rèclame sulla stampa quotidiana. — La Sezione pugliese della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, considerando la nefasta opera svolta a danno della scienza medica e degli stessi pazienti dalla « réclame » ciarlatanesca diffusa a mezzo della stampa quotidiana, a proposito di miracolosi segreti terapeutici nel campo dermosifilografico, ha deplorato in un recente o. d. g. la mancanza di qualsiasi controllo e sanzione efficace in una materia così importante per la salute pubblica, invocando disposizioni opportune perchè, eventualmente per opera di una Commissione tecnica a ciò deputata dalle superiori autorità statali, venga esercitata una stretta sorveglianza sui limiti entro i quali possa essere concessa una onesta ed utile diffusione fra i profani di « réclames » medico-farmaceutiche di specialità.

Congresso Internazionale delle dottoresse in medicina. — E' uscito il « Giornale Internazionale delle Dottoresse in Medicina », che riporta gli Atti del Congresso tenutosi a Praga nell'agosto scorso e nel quale il tema principale di relazione fu: « Tubercolosi e gravidanza ». Sul tema hanno riferito dottoresse delle varie nazionalità: per l'Italia la dott. Clelia Lollini. Le conclusioni sono state molto riservate, ma si è notata nelle relatrici una spiccata tendenza a proteggere la vita della madre su quella del feto. La dott. Carcupino Ferrari, inoltre, riferì al Congresso sull'attività dell'Associazione Italiana delle Dottoresse in Medicina. L'Italia è stata scelta a sede del prossimo Congresso Internazionale.

Commissione Internazionale per le malattie professionali. — Si è ricostituita in una riunione del Consiglio direttivo a Düsseldorf e si prepara a riprendere la sua attività la Commissione Internazionale per le malattie professionali, fondata a Milano nel 1906. Il suo ufficio di segreteria generale è a Ginevra, presso il Servizio di Igiene dell'Ufficio Internazionale del Lavoro (Prof. L. Carozzi); la presidenza a Milano presso la R. Clinica del Lavoro (Prof. L. Devoto).

I membri titolari della Commissione sono i seguenti: *Austria*: Dott. Brezina (Vienna), Prof. Von Schroetter (Vienna), Prof. Sternberg (Vienna). *Australia*: Prof. Badham (Sydney), Prof. Robertson (Melbourne). *Belgio*: Dott. Glibert (Bruxelles), Prof. Herman (Mons), Prof. Malvoz (Liegi), Prof. Stassen (Liegi). *Canadà*: Prof. Cunningham (Toronto). *Cecoslovacchia*: Prof. Loewy (Praga). *Francia*: Prof. Agasse-Lafont (Parigi), Prof. Koln-Abrest (Parigi). Prof. Martin (Lione). *Germania*: Prof. Hahn (Berlino), Prof. Holtzmann (Karlsruhe), Prof. Koelsch (Monaco), Prof. Teleky (Düsseldorf), Prof. Thiele (Lipsia). *Giappone*: Prof. Teruoka (Kurashiki). *Gran Bretagna*: Dott. Bridge (Londra), Prof. Collis (Cardiff), Sir Thomas Oliver (Newcastle), Sir Thomas Legge (Londra), Prof. Prosser-White (Manchester). *Italia*: Prof. Biondi (Siena), Dott. Carozzi (Ginevra) Segretario, Prof. Devoto (Milano) Presidente, Prof. Monti (Pavia). Prof. Pieraccini (Firenze), Dott. L. Veratti (Milano), Dott. Viganò (Milano) Tesoriere. *Norvegia*: Prof. Lorange (Oslo). *Olanda*: Dott. Heyermans (Amsterdam), Dott. Kranenburg (La Haye). *Stati Uniti d'America*: Prof. C. K. Drinker (Cambridge), Prof. A. Hamilton (Boston), Prof. Hayhurst (Columbus). *Svizzera*: Prof. Cristiani (Ginevra). *Unione delle Repubbliche Russe dei Sovieti*: Prof. Kagan (Kankhow), Prof. Kaploune (Mosca). *Ungheria*: Dott. Szegedy Maszak (Budapest). *Polonia*: Dott. Zielinski (Varsavia).

Il nuovo Padiglione Somaglia-Frascara nel Sanatorio "Cesare Battisti" della C. R. I. — Ha cominciato a funzionare nel Sanatorio Cesare Battisti il nuovo Padiglione « Somaglia-Frascara » per il ricovero e la cura dei bambini con tubercolosi polmonare. Il Padiglione è stato costruito con le oblazioni delle famiglie dei due illustri e compianti Presidenti Generali della C. R. I. ed è il primo Sanatorio per bambini che si inaugura in Italia.

Alla cerimonia inaugurale assisteva S. E. il Barone Giacomo Acerbo reggente la Presidenza della C. R. I. accompagnato dal Prof. Baduel Direttore Generale e dai medici del Sanatorio.

NECROLOGIO

— Il 5 aprile si è spento, in seguito a grave infezione contratta durante un atto operativo il Prof. Dott. Cav. GIUSEPPE MARCARINI, Chirurgo primario e direttore dell'Ospedale Celesia di Genova-Rivarolo e Pastorino di Genova-Bolzaneto.

Il chiaro chirurgo già tre anni or sono era stato colpito da altra grave infezione contratta pure operando, ed allora, amputato di un dito della mano sinistra, fu a stento salvato dalle amorevoli cure dell'illustre prof. Tusini, direttore della Clinica Chirurgica di Genova.

Era nato a Forlì il 28 marzo 1875. Laureatosi nell'Università di Genova nel 1899, fu assistente volontario nell'Istituto di Anatomia Patologica di Torino e poi nella Clinica Chirurgica di Genova, diretta dal prof. Novaro, dove fu nominato prima assistente ordinario, indi, nel 1907, aiuto ordinario. In quest'epoca conseguì per titoli la docenza in patologia speciale chirurgica.

Nel 1908 per concorso fu nominato direttore dell'ospedale di Fivizzano (Massa Carrara) ove rimase fino al 1911.

Anche per concorso vinse il posto di Direttore chirurgo dell'ospedale Celesia di Genova-Rivarolo e dell'ospedale Pastorino di Genova-Bolzaneto.

Durante la guerra prestò servizio come maggiore medico di complemento, dapprima direttore di un ospedale di riserva e poi in ospedale da campo per sua domanda. Nel 1926 fu promosso tenente colonnello.

Lascia numerose e pregevoli pubblicazioni scientifiche fra cui menzioniamo quelle riguardanti: *la patogenesi dolla miosite ossificante traumatica, lo studio del neuroma plessiforme, la cura della colite poliposa, la cura chirurgica precoce della tubercolosi renale, la cura chirurgica delle stenosi non neoplastiche del retto, la diagnosi e la etiologia della pancreatite emorragica* ecc.

Diagnostico preciso, operatore abilissimo il prof. Marcarini aveva eseguito in questi ultimi tempi negli ospedali di Fivizzano e Rivarolo più di 6000 interventi operativi, la maggior parte di alta chirurgia.

Cade così sulla breccia una nuova vittima del dovere; una austera e disinteressata figura di chirurgo che per circa un ventennio prodigò a piene mani il bene alla umanità sofferente.

Quanto egli fosse amato e venerato lo hanno dimostrato le popolazioni di Rivarolo e Bolzaneto con le solenni onoranze tributategli e con la folla commossa di operai che ha accompagnato la sua salma all'estrema dimora.

Il prof. Riccardo Versari direttore dell'Istituto Anatomico della Università di Roma, alla sua gentile Signora, al prof. Attilio Versari, congiunti del compianto prof. Marcarini, giunga la espressione del nostro sentito cordoglio.

PROPRIETÀ LETTERARIA
Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI
Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 2 Maggio 1927 — N. 18

LEZIONI

SCUOLA PAREGGIATA DI CLINICA ORTOPEDICA E DI TRAUMATOLOGIA DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI

SCOLIOSI ED ANEURISMA AORTICO

Lezione del prof. dott. ORESTE NUZZI

E' con profonda commozione che io parlo su questo argomento il quale si ricollega agl'immortali nomi di due fari della Scienza Italiana, ormai irradianti da orizzonti ultraterreni il nostro aspro cammino: Antonio Cardarelli ed Alessandro Codivilla. Maestro l'uno della Medicina, creatore l'altro della Chirurgia Ortopedica; entrambi animatori possenti dell'ansia prometea che sollecita la nostra mente investigatrice ed osservatrice ed il nostro cuore beneficante e curatore.

Dobbiamo, invero, alla sagacia geniale di Antonio Cardarelli i più importanti studii diagnostico-clinici sull'aneurisma aortico, ed a quella di Alessandro Codivilla le fondamentali osservazioni anatomo-cliniche sulla scoliosi e sulle condizioni viscerali negli scolliotici gravi.

***

La paziente attuale è stata inviata al nostro Ambulatorio dal distinto dottore Gaetano Muti, valoroso esercente della provincia (Casavatore): essa conta 35 anni, è coniugata ed ha una figlia di 18 anni, già passata a nozze. Mestruata a 13 anni, e poi sempre regolarmente, ha avuto, dopo la prima gravidanza felice, un aborto al quinto mese. Racconta che dal marito, dopo la nascita della figlia, si contagiò di lues, per cui fece una cura di 10 iniezioni ipodermiche, non ricorda di quale medicinale. Andò al matrimonio con una deformità vertebrale, quale questa che oggi presenta, e che è tanto vistosa da avere, senza dubbio, già richiamata la vostra attenzione. Null'altro ci dice spontaneamente.

Dietro nostre domande risponde con chiarezza di voce e di idee e dice di non avere sofferto nessuna malattia nell'infanzia e nella giovinezza, di non aver abitato in zona malarica, di non essersi esposta soverchiamente a cause reumatizzanti, di non avere abusato di bevande alcooliche, nè di cibi generosi ed eccitanti, e di avere sempre condotta un'abitudine morigerata nella sua vita casalinga.

Da due mesi a questa parte ha incominciato ad essere molestata da tosse accessionale ed ha avvertito un senso di formicolio e come delle punture all'emitorace sinistro, nonchè un senso di peso alla spalla di questo stesso lato. Dette sofferenze si sono sempre esacerbate durante la notte.

Ha praticato cure antireumatiche ed analgesiche farmacologiche senza apprezzabile risultato.

Prima di noi ha consultato un Clinico medico, il quale ha riscontrato in lei un'apicite a destra ed ha consigliato una cura recalcificante e balsamica. Il collega che ci ha inviato l'inferma ne ha eseguito l'esame delle urine, la deviazione del complemento per la lues, nel sangue, e l'esame dello scarso escreato bronchiale.

Dalle relazioni scritte si rileva che le urine presentano traccia di albumina, notevole copia di fosfati, indacano e qualche cilindro ialino-granuloso. L'esame dell'espettorato non ha dato reperto positivo per lesione tubercolare aperta del polmone. La Wassermann è stata decisamente positiva (+ +).

Esaminando la nostra ammalata la prima cosa che colpisce, dopo lo stato di deperimento notevole del suo fisico, è la deviazione del rachide. Questo si mostra sede di quelle cospicue deviazioni che, come in precedenti lezioni abbiamo esaurientemente esaminato nei riguardi semiologici, fanno porre la diagnosi di « *scoliosi grave dorsale destro-convessa* ». Vi è quì da notare che la scoliosi è ad ampie curve, e che l'asimmetria toracica è davvero imponente. Questi caratteri, ed il dato anamnestico ci confermano che la deviazione non si è manifestata di colpo nè di recente.

Nella regione dorsale ed in quella lombare non vi sono cicatrici. Solo in corrispondenza del V spazio intercostale, nella R. paravertebrale sinistra, si nota una lievissima tumefazione, globosa, a limiti indecisi.

La regione toracica anteriore appare molto ridotta specialmente nella sua metà destra. La metà sinistra è più prominente della destra e mostrasi sede, all'esterno della mammillare ed un pò più in basso della trasversa bipapillare, di ritmici scuotimenti che rivelano l'itto cardiaco.

Il tipo respiratorio è l'addominale.

La paziente ha l'andatura tipica degli scoliotici, su cui non è il caso ora di soffermarci, ed, invitata, si flette e compie i movimenti di rotazione sul tronco con facilità *sui generis*.

Se noi pratichiamo la palpazione toracica, dorsale ed addominale non troviamo alcun punto circoscritto di massima dolorabilità. Non si acuisce il dolore puntorio all'emitorace sinistro.

L'esame dei riflessi non ci offre nulla di particolare.

Volendo esaminare, però, più attentamente l'inferma, la nostra mano è andata a poggiarsi sulla sede della tumefazione della regione dorsale alta. E' così che si ha agio di raccogliere come una specie di pulsazione espansiva, dolce e ritmica che parte come dal centro della tumefazione in parola. Viene, pertanto, istintivo, di vedere se detta pulsazione sia o non sincrona con quella cardiaca: all'uopo, mentre la nostra mano destra poggia sulla bozza, la mano sinistra tocca la sede dell'itto della punta cardiaca. Le due pulsazioni sono quasi sincroni, forse quella percepita nella R. dorsale è un po' ritardata.

Dato questo fatto passiamo ad esaminare in dettaglio l'apparato circolatorio.

Il polso radiale batte 80 volte al minuto primo, è duro, pieno, ritmico e non vi è asincronia fra esso, l'omologo, quello carotideo ed il battito del cuore. Questo organo mostrasi, alla percussione, un po' spostato verso sinistra, ed, all'ascoltazione, lascia ascoltare toni normali sulla punta e toni rinforzati sulla base, specie il 2° sul focolaio aortico.

Non vi è pulsazione evidente nè al giugulo nè ai lati del collo, ove si osserva solo una lieve turgescenza dei vasi venosi. Facendo rovesciare un po' il capo indietro all'inferma non si osserva alcuna pulsazione laringo-tracheale, e poggiando un dito sul tiroide di destra e premendo leggermente, quasi volendo spingere il laringe sul lato opposto, non si avverte alcuna vibrazione. Fa d'uopo ch'io qui ricordi che questa ricerca porta il nome del Cardarelli perchè ai primi del 1879 l'Illustre Maestro la illustrò per la ricerca degli aneurismi dell'arco aortico.

Per completare la ricerca del sincronismo dei polsi periferici si è posta una mano sul triangolo di Scarpa di sinistra alla radice della coscia di questo lato nell'inferma: notasi subito che il polso femorale è ritardato rispetto al battito cardiaco ed a quello degli arti superiori.

Eseguiamo, ora, una metodica percussione.

Di speciale non abbiamo da rilevare che una ipofonesi nella regione apicale destra che si estende a tutta la regione paravertebrale dello stesso lato, mentre a sinistra vi è ottusità solo dal IV° al VI° spazio intercostale nella analoga regione paravertebrale, e suono chiaro, forte, più alto del normale, nelle zone circonvicine dello stesso emitorace.

Nulla di diverso, nelle altre regioni, di quanto si osserva abitualmente negli organismi che hanno una cospicua deformazione vertebrale, in virtù della quale gli organi interni, come vedremo, soffrono di una topografia splancnica tutta speciale. Per ultimo ascolto sulla sede della bozza toracica sinistra posteriore e vi dichiaro che a questo livello esiste un soffio duplice abbastanza rude che ricorda, però, le vibrazioni cardiache.

Estendendo l'ascoltazione all'ambito polmonare noto respiro aspro, ad inspirazione prolungata a sinistra, silenzio all'apice destro, respiro debolissimo ad espirazione prolungata nelle regioni lobari di destra.

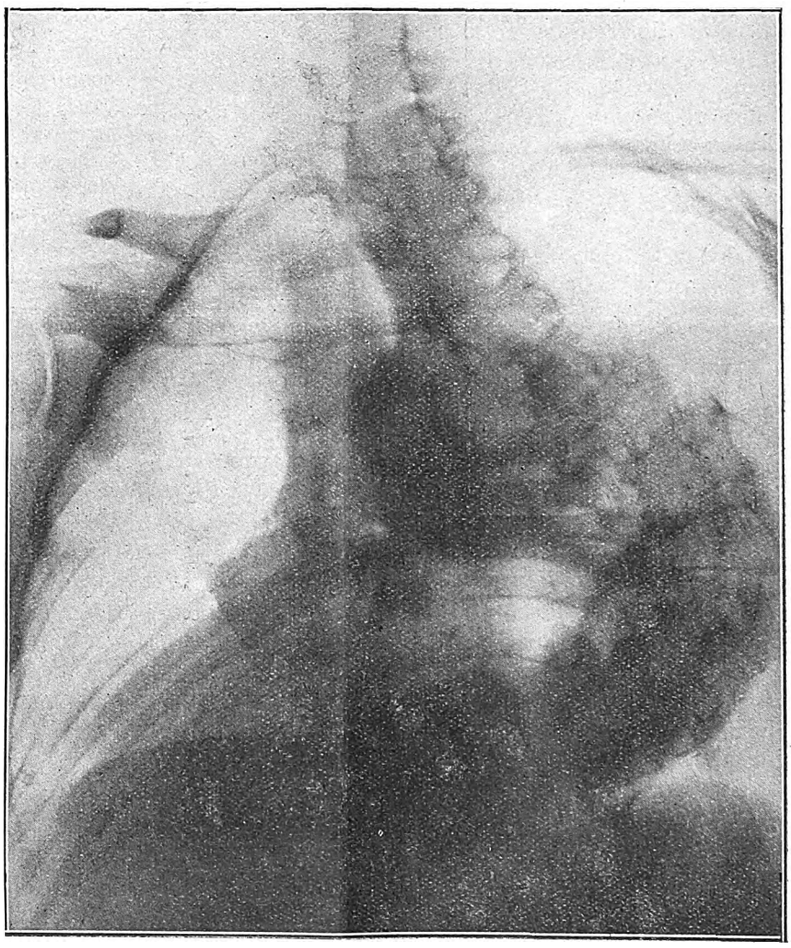
Digitized by Google

Qualche lieve nota di sfregamento pleurico nella regione apicale sinistra ed in corrispondenza del seno costo-diaframmatico di destra.

Facendo tossire l'inferma non si notano modifiche nei particolari già notati, nè si ascoltano rantoli.

Giunti a questo punto del nostro esame, poichè già sento mormorare una diagnosi bem logica e naturale, non mi indugio a mostrarvi il risultato dell'esame radiologico che ho avuto cura di fare praticare sull'inferma, in mia presenza, nell'Istituto Universitario della specialità, diretto da quell'Illustre e squisito Maestro che risponde al nome del Prof. P. Sgobbo. Vi mostro un radiogramma del torace preso in proiezione postero-anteriore a paziente verticale con l'emitorace sinistro più vicino allo schermo.

Nelle positive che fo circolare fra voi, oltre i segni ossei comuni della scoliosi, avrete notato la notevole rarefazione dei corpi della IV, V, VI e VII vertebra dorsale e la presenza, sulla porzione sinistra di essi, di una sezione curvilinea di una grossa ombra circolare che occupa tutto il settore medio del mediastino sinistro.



La V costola è ricacciata in alto dall'ombra suddetta, mentre la costa VI, la VII e la VIII sono respinte in basso e ravvicinate fra loro.

La detta ombra circolare è indipendente da quella cardiaca.

E' da riferirsi che all'indagine radioscopica non si è osservata alcuna alterazione nella struttura del parenchima pulmonare, solo si è visto che l'apice destro si rischiarava poco o nulla ai colpi di tosse e così pure il seno c. diaframmatico dello stesso lato. Normali le regioni ilari propriamente dette.

Il cuore, invece, si è mostrato alquanto raddrizzato sul suo asse longitudinale, maggiormente lateralizzato a sinistra di quello che non lo sia nella norma.

Subito al disotto dell'arco aortico vi era la presenza dell'ombra notata nella radiografia; detta ombra apparteneva, per i suoi caratteri di movimento e di sede al primo segmento dell'aorta discendente.

Dopo tanto, io son lieto di raccogliere da voi tutti all'unisono il responso che siete per suggerirmi e pongo con voi la diagnosi di « *Aneurisma dell'aorta toracica al punto in cui da questa s'inizia la porzione discendente* ».

Mi è obbligo, però, dirvi qualche cosa di peculiare sulla sintomatologia degli aneurismi dell'aorta toracica, non perchè io voglia invadere il campo del clinico-medico, ma per accennarvi a qualche carattere semiologico che nel soggetto in esame fa difetto, ma che, abitualmente, sarete per incontrare in siffatto tipo di lesione aortica nei pazienti a rachide normale. Mi fermerò sopra tutto sui sintomi determinati dalla compressione degli organi situati nel mediastino, e della colonna vertebrale; e ciò faccio perchè alla compressione esercitata dall'aneurisma, nel caso in esame, si devono due elementi importanti: primo l'*usura dei corpi vertebrali*, secondo le *parestesie toraciche a sinistra* lamentate dall'inferma.

La compressione può avvenire, più o meno fortemente, sulla trachea, sui bronchi e sui polmoni, e determinare quella specie di stridore che Stokes chiamava *inferiore* per distinguerlo da quello *superiore* che si riscontra nelle affezioni laringee pure, stridore che può rivelarsi come *cornage* ed essere esponente di stenosi grave.

Questo segno ha valore ben considerevole quando si accompagna a depressione soprasternale e ad indebolimento del mormorio respiratorio in uno dei polmoni mentre l'ascoltazione e la percussione non rivelano alcuna affezione polmonare.

Nello scoliotico, però, il valore del segno suddetto non è patognomonico perchè i due polmoni, come diremo, soffrono alterazioni anatomo-funzionali secondarie alla deviazione vertebrale. Inoltre nel torace a rachide normale, l'aneurisma può dare il soffio *interscapolo-vertebrale* che si origina all'ilo polmonare, sia a destra, sia più frequentemente a sinistra, mentre nello scoliotico il detto soffio può mancare come nel caso presentatovi, e può esservi solo a destra per lo stato di compressione in cui si trova il polmone del lato sede della convessità vertebrale.

La compressione dei vasi, frequente negli stati aneurismatici, ed a carico talvolta delle arterie del collo e degli arti superiori, e, meno raramente, a carico della cava superiore e dei tronchi brachiocefalici, può aversi senza aneurisma per la sola presenza della scoliosi toracica, come vedremo.

Anche la compressione dell'esofago per aneurisma può dar luogo a sintomi analoghi a quelli che si hanno allorchè una scoliosi grave modifica i rapporti dei vari segmenti fra di loro, e tali sono le sensazioni di ostacolo al passaggio degli alimenti, il vomito, il singhiozzo, la tosse e la dispnea dopo la deglutizione.

La compressione dei nervi va dalle sindromi irritative del tipo radicolare a quelle delle nevralgie intercostali, cervicobrachiali, ecc. Ma detti elementi sintomatici e messi in gran valore da Law e Green in merito alla presenza di aneurisma che, per esempio, causi dolori localizzantisi alla colonna vertebrale, sono comuni, specie di quest'ultimo tipo, alle turbe nervose di scoliosi, per irritazione da compressione delle radici nervose all'uscita dei forami di coniugazione del lato concavo della deviazione rachidea.

In altra sede vi parleranno dei sintomi da compressione del pneumogastrico (dolori precordiali, accessi di tosse convulsivante, ecc.) e da alterazione per stiramento del ramo ricorrente (disturbi della voce da paralisi delle corde vocali:—Traumbe, Tungel, Potain — e deficiente sostenutezza del tono vocale — Cardarelli), io vi ricorderò soltanto che anche la scoliosi toracica grave può dare gli accessi di tosse, la tossicula persistente e la dispnea.

Così pure negli scoliotici può osservarsi l'anisocoria, con la pupilla sinistra che sembra più dilatata, analogamente a quanto negli aneurismi toracici, per eccitazione del simpatico del lato sinistro (Ogle), è dato di riscontrare.

Devo ricordarvi che il segno del Cardarelli — pulsazione laringo-tracheale — non si riscontra che negli aneurismi della parte trasversa dell'arco aortico, perchè è questa che si trova in rapporto col bronco sinistro; nel caso nostro non si è riscontrato imperocchè trattasi di aneurisma della porzione discendente.

E' vero che la diagnosi di sede ci è stata facile porre con la radiografia sotto gli occhi e con il ritardo del polso femorale verificato sotto la mano, ma la diagnosi di aneurisma situato sul

Digitized by Google

tragitto dell'aorta discendente toracica — entità nosologica rara — è spesso ira di difficoltà. Infatti i sintomi di compressione non sono sempre accentuati ed i segni fisici passano inosservati perchè il tumore non sporge nella regione dorsale che in epoca avanzata della malattia e può frequentemente mancare.

I sintomi più importanti sono a carico dell'apparecchio respiratorio (stenosi bronchiali, silenzio pulmonare) nell'a. dell'A. toracica discendente, ma negli scoliotici detti sintomi, specialmente quelli che scaturiscono dall'esame comparativo dei due polmoni, sono abitualmente dovuti alla deformazione scheletrica.

Mayne, Stokes e Rendu hanno richiamata l'attenzione sulla *retrazione della parete costale sinistra* dovuta ad alterazioni pleuro-polmonari secondarie all'aneurisma; detto segno non può assurgere a dignità semiologica negli scoliotici per le gravi malformazioni del complesso costo-vertebrale che in essi rinvengonsi e che determinano le vistose plagioprosopie patognomoniche di siffatte alterazioni morfologiche della cassa respiratoria.

Nell'aneurisma dell'aorta t. d. si riscontra spesso un soffio dovuto a compressione bronchiale, ma nella scoliosi grave dorsale questo soffio può presentarsi essendo in esclusiva funzione del variato rapporto topografico dei visceri del respiro.

Dujardin-Baumetz osservò fenomeni nervosi parestesici e paraplegici da aneurisma dell'aorta t. discendente, per compressione del midollo, ebbene nella scoliosi grave si ha una sintomatologia radicolo-midollare ancora più classica e frequente.

Insomma le difficoltà già di per sè stesse notevoli per la diagnosi di aneurisma dell'aorta t. discendente, quali si incontrano nel paziente senza deviazioni scheletriche, assurgono ad una gamma critica e strenua allorchè si ha da fare con uno scoliotico.

Perciò sarebbe necessario conoscere bene l'anatomia topografica e la fisio-patologia dell'organismo umano allorchè è affetto da deviazione ben grave del rachide, come quella che piglia nome di scoliosi dorsale.

***

Dopo quanto sino ad ora ho detto, io credo utile, prendendo occasione dall'osservazione presente, di parlarvi senz'altro indugio sulle condizioni viscerali anatomiche e funzionali degli scoliotici. L'argomento, di natura essenzialmente medica, è stato però magistralmente trattato dal grande Ortopedico nostro Alessandro Codivilla. I suoi studi, in proposito, risalgono a 22 anni or sono, e ad essi nulla, o quasi, può dirsi sia stato aggiunto dai più moderni osservatori: epperò io non vi dirò cose nuove ma in sintesi, vi parlerò di quanto acquisì, alla conoscenza delle condizioni splancniche negli scoliotici, il Codivilla, senza tèma di usare tinte scolorite o modificate dal tempo, ma con la sicurezza d'intrattenervi su di un argomento già sviscerato da tempo e che, tuttavia, non ha perduto alcuno dei suoi seducenti e vivaci attributi nosologici.

Le scoliosi gravi sono, come sappiamo, convesse a destra nella R. toracica, e convesse a sinistra in quella lombare: la torsione vertebrale, concomitante alla deviazione laterale (scoliosi), avviene sempre nel verso della convessità della scoliosi.

Due grandi cavità, la toracica e l'addominale, sono, quindi, notevolmente modificate nella forma, capacità, e rapporti, e, del pari, gli organi in esse contenuti subiscono correlative modificazioni anatomiche e funzionali.

Le deviazioni laterali del rachide, mentre diminuiscono l'altezza del tronco, accorciano il diametro verticale del torace e dell'addome: la diminuzione della distanza xifo-pubica ha per conseguenza che le ali costali (ultime coste) si abbassano fino a livello delle ali iliache (creste omonime) e vietano alle pareti molli addominali di giocare quelle funzioni (distensione per esempio) che, in virtù della propria costituzione ascheletrica, possono attribuirsi.

La simmetria delle due emicavità toraciche è perduta: le costole del lato convesso assumono una direzione più inclinata verso il basso della norma e si raddrizzano, o, come dicesi, si dispongono sagittalmente, rendendo più pronunziato (acuminato, e però meno aperto) il loro angolo posteriore; tutto il contrario accade per le coste del lato concavo, cioè, queste ultime, si dispongono più orizzontalmente, e con curva più ampia raggiungono lo sterno (che si trova sempre spostato dal lato della concavità toracica) dischiudendo, fino ad annullarlo, il loro angolo posteriore.

E' chiaro, per tanto, che il diametro antero-posteriore ed il trasverso saranno diminuiti a seconda che si considerino nell'emitorace destro e in quello sinistro.

I due emitoraci, dal punto di vista della loro capacità, non sono uguali.

Giudicati dall'esterno, e visti da dietro, appare più grande il destro perchè si valuta il gibbo costale creato dall'insieme degli angoli costali resi più acuminati e sporgenti: visti davanti appare più grande il sinistro perchè si considera che ad esso appartiene la R. dello sterno e perchè si valuta la concomitante prominenza delle costole di sinistra, le quali mentre sono raddrizzate (cioè a curva più ampia, come un settore di arco spiegato) nel loro decorso, vanno a connettersi al margine sternale sotto un angolo più pronunziato.

Se invece, giudichiamo i due emitoraci dall'interno, vediamo che i nostri apprezzamenti cambiano.

L'emitorace destro è più piccolo perchè tutti i suoi diametri sono accorciati, meno l'obbligo che è aumentato (l'antero-posteriore sembrerebbe maggiore ricordando l'esistenza della gibbosità, ma, in effetti, questa si compie a spese degli angoli costali del proprio lato, mentre lo sterno è lateralizzato verso il lato opposto, il sinistro, disponendosi a minor distanza dalla colonna vertebrale, che non sia nella norma. L'emitorace sinistro è meno piccolo del destro, rispetto al fisiologico, epperò si può anche dire più grande del destro, nello scoliotico. Non è a credersi tuttavia che il polmone di s. sia più grande di quello di destra, forse la superficie respiratoria di quello di destra ne sarà inferiore perchè nella zona del gibbo, cioè nella provincia lobare dal limite posteriore polmonare (degli anatomici) il parenchima è atelettasico, come diremo; bisogna anche valutare la presenza del mediastino, cuore ipertrofico, come dimostreremo, compreso, che usurpa spazio nell'emitorace sinistro cui volge — rotando verso di esso — per allogarvisi a guisa di corda che sottenda l'arco formato dalla curva rachideo-toracica destra.

L'aorta, collegata all'apice toracico dai suoi robusti legamenti fibrosi e dai vasi che partono dal suo arco, vincolata al diaframma, in basso, alla colonna vertebrale ed alla parete toracica posteriore per le intercostali ed i legami fibrosi che dalla sua tunica avventiziale sul segmento discendente di esso, si collegano al valido complesso dei fasci legamentosi vertebrali, subisce poderosi stiramenti nei suoi diversi assi. E' obbligata a seguire i vari mutamenti di forma e di direzione della colonna vertebrale, non solo nel riguardo della deviazione laterale (scoliosi), ma anche in quello della deviazione frontale (rotazione), ed, in conseguenza, si verificano a carico di essa aorta, curvature abnormi e piegature ad angolo le quali ultime restringono il lume del vaso e lo assoggettano, secondo norma di inusate contingenze topografiche, a rispondere alle esigenze della propria funzione circolatoria con nuovi ed anormali adattamenti economici.

Tutto ciò ha, come vedremo, diretto influsso sulle condizioni cardiache, e sulla fisio-patologia degli organi e sistemi tutti.

Nella cavità addominale troviamo il fegato maggiormente sviluppato nel senso verticale anzichè in quello trasversale, come è normalmente, e, spesso, diviso in varii lobi. Il rene sinistro è più piccolo e quasi schiacciato fra la colonna vertebrale e la cassa toracica, quello di destra può essere, invece ipertrofico e talora idronefrotico perchè, rimanendo insaccato tra la colonna vertebrale ed il muscolo ileo-psoas, è costretto a servirsi come può del proprio uretere decorrente anormalmente e formante un inginocchiamento sul margine del predetto muscolo.

Il tubo gastro-enterico soffre di ben gravi vizi di posizione e gode di una disponibilità di movimento e di dilatabilità estremamente ridotte.

***

Abbiamo dato uno sguardo rapido alle condizioni anatomiche dei principali visceri toraco-addominali degli scoliotici, è opportuno passare a dirvi qualche cosa della funzione degli stessi organi.

Dopo di ciò potremo esaminare il quadro clinico dell'individuo scoliotico in genere, e valutare quello offertoci in particolare dalla paziente che vi ho presentata.

Lo scheletro del tronco cifoscoliotico è meno mobile di quello dell'individuo normale: le costole, le vertebre, il cingolo

Digitized by Google

scapolare sono i più compromessi, e le relative articolazioni sono talvolta perfino anchilosate.

Il torace frequentemente resta quasi immobile durante la respirazione, specie dal lato della convessità. I movimenti respiratori sono compiuti quasi esclusivamente dal diaframma.

Il polmone destro si muove pochissimo e respira superficialmente: il sinistro si espande di più e si enfisemizza per compenso.

Il cuore è spostato e rotato col mediastino verso sinistra, cioè verso la concavità, mostrasi ipertrofico (sino a 1500-2000 gr. di peso!), specialmente nella sua metà destra, per le difficoltà del piccolo circolo e per la insufficiente funzione respiratoria: questa ultima è resa sufficiente ai bisogni dell'economia perchè nell'unità di tempo il sangue, spinto con impulso maggiore, circola in maggior copia attraverso il polmone, utilizzando, quindi, maggiore quantità di ossigeno. Münzinger ha fatto osservare che il cuore sinistro compartecipa all'ipertrofia vuoi perchè la maggiore irrorazione del destro interessa anche esso, vuoi per gli ostacoli che deve vincere nei territori del grande circolo. Questi ostacoli si trovano culminanti in due punti diversi: nell'aorta e nelle grandi vene, date le variazioni topografiche dei vari organi interni e dei grossi vasi medesimi. Ad esempio la cava ascendente, fissa come è sul diaframma, deve piegarsi ad angolo per raggiungere l'orecchietta, e, talora, deve subire una seconda piegatura all'immettersi in essa. Anche verso lo sbocco delle vene sopraepatiche e delle vene renali la cava devia e si ripiega ad angolo.

Per le deviazioni topografiche già esaminate a carico dell'aorta il ventricolo sinistro deve lottare inoltre contro difficoltà consimili a quelle che si hanno nella stenosi dell'ostio aortico.

Le alterazioni funzionali degli organi addominali, tubo gastro-enterico ed annessi, si rivelano con vizi di ricambio, con alterazioni digestive e nutritive. All'astenia gastrica si trova spesso complicato il catarro colico; al lento svuotamento intestinale è contemporanea la stasi chilifera e la replezione del dotto toracico che si svuota con difficoltà nella vena succlavia.

A ciò devesi il notevole grado di anemia da cui sono colpiti quasi sempre i cifo-scoliotici, poichè manca loro molta parte del materiale di formazione del sangue.

Il quadro clinico dello scoliotico è ben complesso: si tratta per solito d'individui di deficiente sviluppo, a tessuti potrofici, spesso di un pallore con sfumature cianotiche lievi, *precocemente ateromatosi,* tormentati da tosse, cattiva digestione, stipsi, fiacchezza generale, emotività, melanconia.

Due sistemi organici in questi infermi sono i più compromessi: il respiratorio e quello cardio-vascolare. I polmoni degli scoliotici gravi sono in alcune zone enfisematosi, in altre atelettasici: perciò offrono propizio terreno per l'attecchimento di processi infiammatori catarrali quasi sempre funesti, come nel caso della polmonite (100 % di morte). Negli scoliotici gravi la tubercolosi non trova condizioni propizie all'attecchimento per la incompleta decarbonizzazione del sangue e la stasi del piccolo circolo: per quanto spesso vi siano segno di tbc. obsoleta nei corpi degli scoliotici, pure, statisticamente, di questi muore per tubercolosi la metà circa della media comune (Bechmann).

Alla polmonite non resistono gli scoliotici, non solo perchè in essi si ammala quasi sempre il polmone di sinistra che è l'unico che può funzionare appena a sufficienza, ma, anche, perchè il cuore di cotesti disgraziati è sempre grosso ma fiacco, in continuo equilibrio instabile, con nessuna forza di riserva, e va incontro a precoce degenerazione grassa.

I vasi degli scoliotici vanno soggetti, come dicemmo, a rapidi e precoci processi ateromasici, e l'aorta mostra sempre una stenosi nel suo tratto toraco-discendente e subito dopo il segmento dal quale si dipartono le arterie che vanno alla testa ed alle braccia.

Per questo vediamo che gli scoliotici, spesso hanno un'esagerata funzionalità cerebrale e psichica che si riverbera, a loro scherno, sul grottesco della propria sagoma somatica rendendoli tristi, irritabili, sospettosi, malvagi, vendicativi. Nell'arte musicale abbiamo la figura classica, vendicatrice, infausta, di Rigoletto, nella poesia la tristizia mortale del Leopardi, nella vita quotidiana un'infinita schiera di gobbi che circolano scontenti e vergognosi fra l'indifferenza o la diffidenza del pubblico beffardo che, paradossalmente, talvolta li crede apportatori di fortuna.

Nella povera inferma che vi ho presentata abbiamo osservata una complicanza grave della scoliosi, a carico del sistema vasale, per opera sopratutto della sifilide acquisita.

Abbiamo verificato un aneurisma in un tratto dell'aorta t. come il discendente, cui di eccezione detta alterazione suole presentarsi, e ciò deve, senza tèma di errare, imputarsi al *locus minoris resistentiae* che l'aorta discendente presenta negli scoliotici, nei quali è appunto detto segmento vasale che soffre i più gravi spostamenti topografici, le maggiori trazioni ed i più notevoli insulti funzionali.

***

La prognosi negli individui affetti da aneurisma aortico è ben grave, per quanto si siano visti infermi luetici giovarsi sino a tal punto della cura specifica da potere tener fronte a siffatta alterazione vasale, ma, nella nostra paziente, la quale è una cifo-scoliotica grave, la prognosi dovrebbe essere fatta decisamente infausta per tutte le considerazioni in precedenza dette, a meno che le risorse della natura, accarezzate dalla farmacoterapia, non operino uno di quei prodigi che, non a torto, il volgo suole attribuire abitualmente alle divine virtù.

Non è in fine di questa lezione nè a proposito di cotesta inferma che vi intratterrò sulla cura delle scoliosi e su quella dell'aneurisma, tanto più che esorbiterebbe la prima dal nostro odierno assunto, la seconda dalla nostra specialità vi dirò soltanto che la paziente, sottratta a qualunque *surmenage,* sarà sottoposta, data l'etiologia sifilitica, ad energica cura specifica, dando la preferenza ai cicli di cura mista alternante. Secondo i dettami del venerato Maestro Cardarelli, prenderà ioduro ad alte dosi per via orale (cento gocce al giorno); si sottoporrà alle frizioni di unguento cinereo, per ora, dati i disordini renali osservati; in prosieguo, se il tempo le sarà amico, passerà al bismuto ed agli arseno-benzoli, somministrati sempre per via endomuscolare. Nulla daremo per calmare sintomaticamente i dolori, perchè negli scoliotici l'esperienza insegna che anche piccolissime dosi di alcaloidi possono determinare la morte, in quanto che i centri della respirazione e della circolazione sono in essi ipoeccitabili e precocemente alterati.

NOTE DI MEDICINA LEGALE

La fluorescenza e la sua utilizzazione come mezzo di indagine medico-legale. — V. M. Palmieri. *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia,* 1926, n. 4.

L'utilizzazione della ricerca delle proprietà fluorescenti di una determinata sostanza, come mezzi di identificazione medico-legale presenta essenzialmente questi vantaggi: 1) la possibilità che il materiale di ricerca sia in quantità assai piccola; 2) che detto materiale non viene distrutto ma può prestarsi a reiterati esami; 3) la rapidità del metodo che non richiede tecniche complicate; 4) la sicurezza dei risultati.

Associando poi la ricerca delle proprietà fluorescenti con la ricerca spettrografica, il campo di utilizzazione si allarga notevomente, e rende possibile, in certi casi, anche una ricerca quantitativa.

Allo stato attuale, la ricerca delle proprietà fluorescenti viene soprattutto utilizzata in Medicina Legale per la dimostrazione di tracce di sangue, di sperma, di meconio, ed in tossicologia per la dimostrazione degli alcaloidi.

Vi sono delle sostanze che hanno radiazioni di fluorescenza del tutto specifiche (p. es. ematoporfirina); per altre invece bisogna contentarsi di aver potuto accertare la presenza di tracce sospette, e far seguire le ricerche chimiche, biologiche, che servono per la precisa identificazione.

Un prezioso servizio che la fluorescenza rende al perito medico legale è quello di permettergli di determinare rapidamente su di un oggetto qualunque in esame, per es. su un pezzo di tessuto colorato, l'esatta topografia delle macchie da utilizzare per l'eventuale ricerca. Inoltre le tracce sporche banali o accidentali non hanno alcuna fluorescenza (ruggine, nerofumo, carbone, cenere, lucido per le scarpe; grassi alimentari etc.) o hanno emissione di fluorescenza in colori così sgargianti, come alcuni olii industriali, polveri di farine, inquinamenti professionali degli abiti e degli strumenti da lavoro, che è raro che possa sussistere incertezza o errore, con traccie che abbiano importanza forense.

L'A. esamina successivamente, in capitoli diversi, il partito che può trarsi in Medicina Legale dall'esame, colla lampada di quarzo e filtro all'ossido di nickel, per l'identificazione di macchie di sangue, sperma, meconio, di frammenti di peli, unghie, di umori, secreti, urina etc. e delle polveri di alcaloidi.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

R. UNIVERSITA' E R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA DI FIRENZE

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E II TURNO MEDICO
diretti dal prof. SICILIANO

MODIFICAZIONI DELL'ORTOCARDIOGRAMMA IN SEGUITO ALLA PROVOCAZIONE DELLA STASI VENOSA DEGLI ARTI.

per il dott. ENRICO PERITI — Medico Aiuto ospedaliero

In precedenti lavori ho esposto il metodo della provocazione della stasi venosa degli arti ottenuta mediante l'applicazione di lacci alla radice di essi (i lacci vanno stretti quanto occorre perchè non si abbia a determinare la scomparsa del polso alla radiale e rispettivamente alla pedidia) sia come mezzo curativo dell'edema polmonare acuto che come metodo di indagine della funzionalità del cuore.

Durante lo studio di quest'ultima, in molti casi per controllare le variazioni plessiche mi sono servito dell'ortocardiogramma prima e dopo l'applicazione dei lacci ed in questa occasione ho notato modificazioni ortocardiografiche per la cui importanza ho deciso di fare uno studio speciale su questo argomento.

Le modificazioni volumetriche che subisce il cuore in svariate circostanze normali e patologiche sono oggi un tema di attualità.

Dopo che il fisiologo Starling formulò la nota « legge del cuore », la dilatazione che si riscontra nell'organo in svariate contingenze non ha più per noi un significato patogenetico semplice e dirò così volgare, ma una serie inaspettata di cognizioni ha arricchito il nostro patrimonio scientifico sulla conoscenza della fisiopatologia del miocardio.

Alle quattro proprietà già note della fibra muscolare del cuore (batmotropa, dromotropa, inotropa e cronotropa) da molti autori se ne aggiunge una quinta: la *tonotropa*.

La dilatazione del cuore non va considerata come l'effetto meccanico del sangue che entrando in maggior copia nelle cavità dell'organo distende e sfianca passivamente la fibra miocardica.

Quest'ultima ha invece la proprietà di adattare la sua lunghezza secondo i bisogni dell'organismo e l'aumento della capacità delle cavità cardiache è spesso l'espressione di un riflesso che si verifica nel cuore per la via nervosa in seguito a modificazioni circolatorie nell'organismo o ad alterazioni funzionali del miocardio stesso.

Indipendentemente dallo stato di sistole o di diastole e dall'equilibrio elastico, la fibra muscolare del cuore può modificare la sua lunghezza e ciò costituisce il tono di essa.

Il La Franca, seguendo i concetti del Mackenzie ammette lavoro il meccanismo di varii riflessi del cuore, i quali sono in rapporto con i nervi intra- ed estracardiaci.

Quelli che a noi ora interessano sono i riflessi ad effetto tonotropo che così spesso sono congiunti con quelli ad effetto inotropo.

La pressione dominante negli atri e nei ventricoli rappresenta lo stimolo che viene trasmesso ai gangli atriali e da questi, attraverso le vie centrifughe, giungono al muscolo cardiaco gli eccitamenti tonici.

Il La Franca, seguendo i concetti del Mackenzie ammette che normalmente le cavità cardiache abbiano una ampiezza tale che permetta loro una contrazione efficace e le modificazioni tonogene riflesse avrebbero il compito, secondo le varie contingenze, di modificare l'ampiezza delle cavità cardiache in maniera che sia assicurata costantemente (in condizioni fisiologiche) l'efficacia contrattile del miocardio. I riflessi tonogeni, modificando l'ampiezza delle cavità, provocherebbero l'altro riflesso a potere inotropo stabilendo così l'adattamento compensatorio.

Questi fenomeni, con vedute un po' diverse, costituiscono in fondo la « legge del cuore » formulata nel 1915 dallo Starling, secondo cui, in condizioni fisiologiche quanto più la fibra miocardica si distende con tanta maggior forza essa si contrae nella sistole.

Con un meccanismo che segue una via diversa e entro certi limiti inversa, alla diminuzione della proprietà inotropa fa seguito il processo di dilatazione (dilatazione miogena del Moritz) che, tenendo presente la legge del cuore, ha valore compensatorio.

Sui riflessi cardiaci hanno certamente grande importanza lo stato di equilibrio neuroendocrino e tutte le turbe circolatorie che possono verificarsi nell'organismo in quanto esse, anche a distanza, possono influire, per via riflessa, a modificare le proprietà tonotropa e inotropa del cuore.

A proposito di queste vedute, bisogna ricordare che il Potain aveva già notato la dilatazione del cuore che si verifica in molti disturbi gastro-intestinali ed in affezioni epatiche.

Per spiegare il meccanismo patogenetico di tali dilatazioni si era pensato ad un riflesso che determinando una vasocostrizione nei polmoni facesse sfiancare il cuore per l'aumento delle resistenze nel piccolo circolo. Ma questa ipotesi è giustamente criticata dal La Franca il quale fa osservare che tale meccanismo spiega la dilatazione del ventricolo destro ma non del sinistro e questo autore pensa che sia più logico ammettere l'intervento del vago che esplica la sua azione tonotropa negativa ed in tal caso si tratterebbe di riflessi vago-vagali.

La stasi circolatoria che si verifica per insufficienza cardiaca nei più svariati territorii vasali dell'organismo può rappresentare alla sua volta uno stimolo che agisce a distanza sulle proprietà inotropa e tonotropa del cuore ed avente valore compensatorio. Questo meccanismo sui riflessi cardiaci ha certamente importanza e noi dobbiamo tenerlo presente nella valutazione delle modificazioni della figura ortocardiografica subite dopo la provocazione della stasi venosa degli arti mediante lacci applicati alla radice di essi.

Le modificazioni di volume del cuore ottenute con questo mezzo sono certo l'espressione di un riflesso dovuto in parte alla diminuita quantità di sangue che così giunge nell'organo nella unità di tempo, in parte ad uno stimolo che agisce a distanza rappresentato dalla stasi venosa stessa.

La distensione tonogena del cuore infatti è un fenomeno non passivo, ma attivo come il Pende ha dimostrato fin dal 1919. Ad essa poi è congiunta intimamente l'altra proprietà del cuore di contrarsi con maggiore o minor forza (proprietà inotropa) secondo la nota « legge del cuore » a cui abbiamo già accennato.

E' così che tutte le volte che il cuore deve compiere un superlavoro aumenta la capacità delle sue cavità, dove può essere contenuta una maggior copia di sangue che con più intensa energia sistolica viene spinta in circolazione.

Quando questo meccanismo compensatorio raggiunge i suoi limiti massimi e il lavoro richiesto è ancora maggiore è allora che entriamo nella vera fase della insufficienza cardiaca: le contrazioni sistoliche non raggiungono l'energia occorrente ai nuovi bisogni e il sangue comincia a ristagnare prima nelle stesse cavità del cuore e poi nei varii territori della circolazione sanguigna. Tutte queste proprietà del cuore sono regolate dal sistema nervoso vegetativo autonomo e simpatico e indirettamente dal sistema endocrino.

L'azione di tali nervi è intimamente connessa col metabolismo del muscolo cardiaco da cui dipende in gran parte la stessa funzione di questo ultimo.

I ioni di potassio e di calcio hanno influenza sul sistema nervoso vegetativo e precisamente secondo Kraus e Zondek il vago agisce sul miocardio sinergicamente al potassio e il simpatico sinergicamente al calcio.

Come il Pende e l'Hering avevano già ammesso, oggi si ritiene che il vago sia il nervo espansore del ventricolo e il simpatico il nervo costrittore, sull'atrio invece il vago ha effetto costrittore. Il vago ha influenza anabolica e risparmiatrice di energie, il simpatico ha invece influenza catabolica e la sua influenza produce dispersione di energie.

Per l'esatta interpretazione di alcuni fatti riscontrati nel nostro studio allo schermo, non possiamo qui passare sotto silenzio il fatto notato dal Weiser: che in determinate circostanze si possa avere restrizione tonogena delle cavità cardiache e ciò si verificherebbe in molti casi di diminuite resistenze periferiche e, secondo Wilson, in molte tossi-infezioni acute, e negli stati marantici o dopo profuse emorragie. In questi casi si tratta di

Digitized by Google

un'altra specie di compenso circolatorio nel quale interviene il simpatico con la sua azione cardiocostrittrice; arteriocostrittrice e venocostrittrice.

Lo stabilire con esattezza questa specie di compenso ha gran valore pratico, giacchè in simili casi bisogna rispettare l'ipertono simpatico che ha effetto compensatorio e utile e la somministrazione della digitale annullerebbe quest'ultimo, con la sua azione stimolante sul vago.

Molti AA. considerano soltanto un tono elastico, confondendo quest'ultimo con la elasticità del miocardio, fattore in realtà solamente fisico. Per noi invece il tono è una proprietà vitale della fibra miocardica e più precisamente della sua parte sarcoplasmatica. Essa è in relazione con le condizioni variabili di nutrizione e di metabolismo, legati all'influenza neuroendocrina.

Per opera di questa proprietà il cuore, per l'influenza di meccanismi riflessi è capace di modificare la sua forma e il suo volume in rapporto alle variabili condizioni di circolo in maniera che l'ampiezza delle sue cavità (indipendentemente dallo stato di sistole o di diastole) sia corrispondente ai bisogni circolatori dell'organismo.

Seguendo i concetti fin qui esposti, io ho studiato le variazioni ortocardiografiche ottenute mediante la provocazione della stasi venosa degli arti.

Come abbiamo già accennato, è questo uno studio che ho già fatto prevalentemente dal lato clinico, giacchè quando ho ricercato le modificazioni funzionali provocate dall'allacciatura degli arti, mi sono riferito principalmente alle variazioni plessiche che con questo mezzo si ottenevano e queste costituiscono il substrato più importante per giudicare della funzionalità del cuore specie se messe in rapporto con le variazioni della p. a. e della frequenza del polso.

I risultati a cui sono giunto nel mio precedente lavoro sono i seguenti:

« Quando il cuore diviene insufficiente, esso, per poter far fronte a tutte le esigenze, si serve come risorse fondamentali della distenzione delle sue fibre, ciò che gli permette una contrazione più energica; quando questo non basta aumenta il numero dei battiti e nonostante ciò la forza miocardica può continuare ad essere insufficiente e in tal caso la pressione si abbassa e si stabilisce la sindrome dello scompenso.

Provocando la stasi venosa degli arti riduciamo certamente il lavoro imposto al cuore. Questa riduzione potrà lasciarci ancora al di là dei limiti del maggior lavoro esplicato dal centro circolatorio quando esso ha messo in atto le risorse accennate: potrà condurci presso a poco nei limiti del maggior rendimento delle risorse stesse o portarci al di qua di esse.

Nel primo caso nessuna riduzione dei diametri e della frequenza del polso con riduzione della p. a. Nel secondo caso invariati i diametri, aumento della pressione e riduzione della frequenza del polso.

Nel terzo caso riduzione dei diametri del polso e della pressione. I risultati da noi ottenuti conformi a queste vedute ci dicono se le risorse di cui si avvale il cuore per lavorare meglio siano impiegate tutte col massimo rendimento o se esse siano impari ai bisogni ». Lo studio radioscopico delle modificazioni di volume del cuore in seguito alla stasi venosa provocata negli arti, può offrirci dei dati importantissimi per la soluzione di varii problemi.

Come abbiamo visto la dilatazione del cuore è spesso l'espressione di una diminuita funzionalità del miocardio, ma essa va interpetrata piuttosto come fenomeno attivo, vitale, che si esplica sotto l'azione del sistema nervoso e che ha il compito di adattare l'ampiezza delle cavità cardiache ai nuovi bisogni circolatorii.

Il concetto banale che il cuore sia passivamente disteso dalla maggior copia di sangue che entra nella cavità dell'organo è da rigettare o, tutt'al più, esso può essere accettato in casi molto rari di eccessiva fiacchezza del muscolo.

In ogni caso di fronte ad una dilatazione che si possa presumere sia avvenuta passivamente, è sempre difficile potere escludere il fattore attivo riflesso; viceversa esso è sempre ammissibile nei casi studiati col nostro metodo.

Tecnica eseguita

Nella scelta degli individui ho avuto cura di comprendere possibilmente casi svariati di tutti i vizi cardiaci in differenti stati di scompenso. Gli ammalati tenuti a riposo sono stati messi avanti lo schermo comodamente seduti e si è sempre aspettato da dieci minuti a un quarto d'ora al buio, in maniera che l'ammalato fosse ben adattato, tanto alla posizione, che doveva tenere ben fissa avanti lo schermo, che al buio.

Si è avuto cura che lo schermo fosse tenuto fisso sempre nella stessa posizione, bene aderente al petto del paziente e perpendicolare al raggio normale dell'ampolla.

Si è disegnato il contorno cardiaco spostando l'ampolla in modo che il raggio normale fosse sempre tangente ad esso come nell'ordinaria ortodiagrafia. Si è eseguita una prima radioscopia disegnando il contorno del cuore sullo schermo, da cui veniva poi copiato su carta oleata. Il contorno del cuore è stato in ogni caso eseguito nella fase diastolica dell'organo e si è tenuto conto dell'ampiezza delle pulsazioni tanto alla punta che nelle altre parti del contorno cardiaco.

Eseguito il primo ortocardiogramma, dopo avere misurato la pressione arteriosa e contate le pulsazioni, si applicavano i lacci alla radice dei quattro arti con le modalità a cui abbiamo accennato e dopo venti minuti circa si rimetteva l'ammalato nuovamente avanti lo schermo con i lacci ancora applicati.

Dopo rimasti al buio dieci minuti o un quarto d'ora, si eseguiva con i medesimi accorgimenti un secondo ortocardiogramma che veniva ricopiato, con un lapis di diverso colore, sul primo, avendo cura che coincidessero esattamente almeno tre punti fissi di repere.

Nella seconda radioscopia si è tenuto sempre conto delle modificazioni eventuali che subiva l'ampiezza delle pulsazioni cardiache.

Dopo tale ricerca si riscontrava il polso e si rimisurava la p. a., e quindi i lacci venivano gradatamente e prudentemente tolti a cinque o dieci minuti d'intervallo l'uno dall'altro.

***

Con questo metodo sono stati studiati in tutto 13 soggetti dei quali: otto miocarditici, quindici mitralici (insufficienza, stenosi, o doppio vizio mitralico) dieci vizi combinati e dieci affetti di ipertensione arteriosa per nefrite cronica e per arteriosclerosi e fra questi ultimi tre con insufficienza dell'aorta. Tutti poi si dividono in soggetti in perfetto compenso, altri leggermente scompensati ed altri ancora in stato di scompenso conclamato.

Vedremo meglio in seguito le modalità delle modificazioni dell'ampiezza dell'ombra cardiaca, specie in rapporto alle lesioni e allo stato funzionale dell'organo; qui accenno soltanto che, in genere, dopo l'allacciatura degli arti si è ottenuta una riduzione dell'ampiezza d'ombra, che in alcuni casi è stata prevalente o esclusiva nel contorno destro, e in altri casi sul contorno sinistro. Negli scompensati gravi, con cuore enormemente dilatato, la figura ortocardiografica ottenuta dopo l'allacciatura degli arti non ha subito modificazioni di fronte alla prima, mentre in molti casi di ipertensione con fatti di leggero scompenso, ho notato una maggiore ampiezza nel contorno sinistro sul secondo ortocardiogramma.

In tutti i soggetti studiati si è tenuto conto dell'ampiezza delle pulsazioni del contorno cardiaco prima e dopo l'applicazione dei lacci.

E' questo un argomento di grande importanza e di attualità giacchè l'ampiezza delle pulsazioni cardiache secondo alcuni è in rapporto con lo stato iniziale della dilatazione nella insufficienza del cuore.

Bordet insiste sul fatto che l'inizio della dilatazione cardiaca non è apprezzabile allo schermo. I diametri sono, è vero, un po' aumentati, ma sempre nei limiti normali; viceversa l'ampiezza delle pulsazioni è in questi casi esagerata e persiste anche durante il riposo, ciò che distingue questa maggiore ampiezza delle pulsazioni da quella che si osserva negli individui normali, che si siano assoggettati ad uno sforzo.

Dovendo ora esporre uno studio radioscopico del cuore premetteremo alcune nozioni fondamentali seguendo quelle esposte dal Bordet e riguardanti la figura del cuore ottenuta allo schermo. La dilatazione del cuore può essere globale, o interessare una parte soltanto dell'organo. In questo caso l'aumento di volume può essere dovuto ad ipertrofia piuttosto che a dilatazione. Quando l'aumento del volume non è esagerato, esso può essere dovuto alla sola ipertrofia; viceversa si ammette anche la dilatazione quando si ha un aumento di volume considerevole. Ma in quest'ultimo caso occorre tener conto della sezione del cuore.

Digitized by Google

Quando cioè è interessato il V. S., questo in genere è ipertrofizzato e dilatato insieme; viceversa al V. D. è da attribuirsi una preponderanza della dilatazione sulla ipertrofia e per ciò che riguarda le orecchiette quasi sempre si tratta di dilatazione.

Per ciò che riguarda il ventricolo sinistro, quando si tratta di ipertrofia, il punto G è innalzato e il punto G' abbassato con un arrotondamento maggiore della punta. Il segmento G G' è dunque aumentato, ma la sua faccia è di lunghezza normale o quasi. Quando si tratta di ipertrofia con dilatazione, la punta è maggiormente arrotondata e, mentre il diametro G G' non è notevolmente aumentato, la sua freccia si dimostra più lunga del normale. Questi ultimi dati si esagerano enormemente quando prevale la dilatazione sulla ipertrofia.

Quando il V. D. è il solo interessato e in esso predomina l'ipertrofia, si ha la configurazione del cuore a zoccolo; quando in esso predomina la dilatazione si ha la configurazione triangolare.

Quando sono ingranditi i due ventricoli, spesso si tratta di una dilatazione con ipertrofia. Il diametro trasversale è in questo caso predominante, ma giacchè il suo allungamento può esser dato dallo stato dei due ventricoli e dell'orecchietta destra, allora è il diametro D'G' che è l'espressione dello stato del ventricolo destro; e quando esso oltrepassa i cm. 14,5 in un uomo di età media e di costituzione normale si può senz'altro parlare di dilatazione del ventricolo destro.

Premesse queste nozioni indispensabili sulla radioscopia del cuore, esporremo le osservazioni che noi abbiamo fatto allo schermo prima e dopo l'allacciatura degli arti.

Dopo istituita la stasi venosa, quando si è avuta una riduzione dell'ombra cardiaca, noi abbiamo osservato che i battiti, alcune volte si sono attenuati e altre volte sono divenuti più ampi; tale maggiore ampiezza l'abbiamo ottenuta anche in alcuni casi nei quali, alla diminuzione della frequenza del polso, si è accompagnato un aumento della pressione arteriosa e nessuna modificazione dell'ombra cardiaca.

Prima di addentrarci nella discussione di questi fenomeni, riporto, a titolo di esempio, quattro casi, dei più dimostrativi, corredati dell'ortocardiogramma. In questo il tratto pieno indica la figura del cuore presa avanti l'applicazione dei lacci e il tratto punteggiato indica l'ortocardiogramma ottenuto circa mezz'ora dopo istituita la stasi venosa.

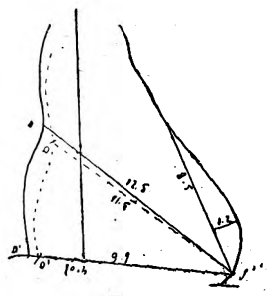


Fig. 1.

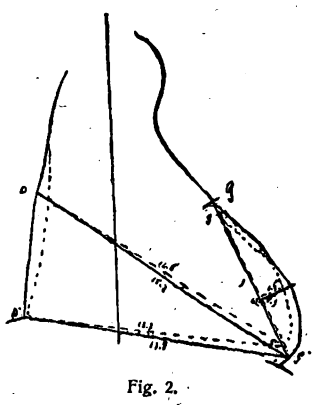


Fig. 2.

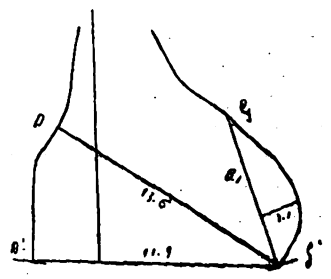


Fig. 3.

I. Osservazione. — Trattasi di una giovane donna di 26 anni degente in ospedale per reumatismo poliarticolare acuto, da cui è colpita per la seconda volta. L'ammalata, fin dal primo attacco reumatico avvenuto due anni fa, ebbe una endocardite a cui residuò un doppio vizio mitralico.

Nel momento in cui si esegue l'ortocardiogramma, la paziente è guarita dell'attacco reumatico da circa due settimane, e non presenta, nè ha mai presentato alcun sintomo di scompenso.

Nell'ortocardiogramma eseguito prima dell'applicazione dei lacci, si nota un cuore di ampiezza pressochè normale.

Il ventricolo sinistro si presenta normale nella sua ampiezza o tutt'al più leggermente ipertrofico, tenendo conto della lunghezza della sua corda e della freccia relativa.

Dopo istituita la stasi venosa, l'ortocardiogramma denota una riduzione del limite destro, mentre il sinistro rimane invariato. Il diametro D' G' è ridotto di mezzo cm. e precisamente è di cm. 9,9 (il diametro D' G' del primo ortocardiogramma era di cm. 10.4, valore ancora compreso nei limiti normali; ma la sua riduzione a cm. 9,9 dimostra che il V D era leggermente dilatato. In questo caso dopo l'applicazione dei lacci, i battiti si sono notevolmente ridotti di ampiezza.

II. Osservazione. — Questo caso si può dire che sia l'inverso del precedente: trattasi di un uomo di 57 anni luetico con Wassermann +++ fortemente iperteso Pmn 135 Pmx 225 misurata col Riva Rocci).

Non esiste alcun segno clinico di insufficienza del cuore.

Nel primo ortocardiogramma il V D si dimostra leggermente aumentato di volume: il suo segmento, G G' è di 9 cm. e la freccia è di cm. 1.6.

Stabilita la stasi venosa si esegue un secondo ortocardiogramma, dal quale risulta che il punto G si è abbassato tanto che il segmento G G' è di cm.7.9 e la sua freccia cm. 1.5, il contorno sinistro è ridotto di fronte al precedente. Il limite destro non ha subìto modificazioni apprezzabili e i battiti lungo il contorno sinistro, sono notevolmente più ampii.

III. Osservazione. — Trattasi di una giovane donna di 29 anni che, per un reumatismo poliarticolare sofferto tre anni fa, è ora affetta da un doppio vizio mitralico. Presenta durante la sua degenza in ospedale (per otite acuta) qualche lieve fatto di scompenso cardiaco (dispnea da sforzo). La p. a. a differenza di quella riscontrata nel caso precedente, è normale: Pmn 85 Pmx 115.

Il V S si dimostra lievemente dilatato (la freccia è di cm. 2,1), mentre il segmento G' G è nei limiti normali (cm. 8,1). Il diametro D' G' è di cm. 12,9. In questo caso, dopo stabilita la stasi venosa, non si è avuta nessuna modificazione nella figura ortocardiografica, la pressione arteriosa massima misurata col Riva-Rocci è aumentata di 10 mm. di Hg (Pmx 125) e l'ampiezza dei battiti è notevolmente maggiore.

IV. Osservazione. — E' un uomo di 32 anni nel quale, per un reumatismo poliarticolare, sofferto due mesi or sono, è residuato un doppio vizio mitralico. Non si nota alcun segno di scompenso. La figura del cuore presenta diametri pressochè normali: D' G' cm. 12, segmento D' G' cm. 13.6.

Il V. S. è anch'esso normale (segmento G G' cm. 7, sua freccia, mm. 9). Dopo l'applicazione dei lacci si nota una leggera riduzione del V. S. con notevole diminuzione dell'ampiezza dei battiti all'osservazione del contorno sinistro.

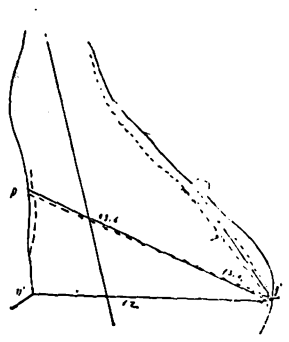


Fig. 4.

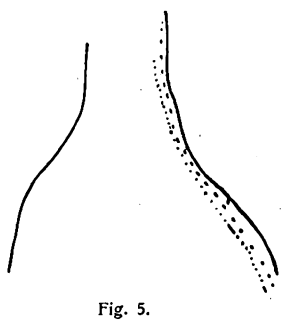


Fig. 5.

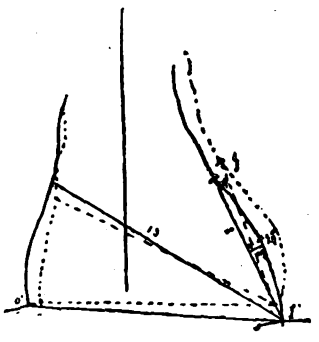


Fig. 6.

Dalla disamina dei quattro casi, che a titolo di esempio abbiamo riportato, come prima cosa emerge che, dopo la stasi venosa degli arti, alcune volte, lungo il contorno sinistro, i battiti sono divenuti più ampi e le altre volte la loro ampiezza è

Digitized by Google

diminuita. Dobbiamo cercare di spiegare questo fenomeno studiando le circostanze nelle quali esso si è prodotto.

In genere la diminuzione dell'ampiezza pulsatoria si è verificata nei casi compensati, mentre quando esisteva più o meno accentuata la sindrome dell'insufficienza cardiaca, le pulsazioni sono divenute più ampie. Ciò può essere spiegato ammettendo che nel primo caso il cuore esplicava una energia sufficiente ai bisogni e, dopo istituita la stasi venosa, esso si è contratto con minor forza per la diminuita massa sanguigna circolante. Nel secondo caso l'energia esplicata dal cuore era inferiore ai bisogni per cui si era istituita la sindrome dello scompenso, e, dopo il riposo dell'organo ottenuto con la stasi venosa degli arti, esso ha potuto contrarsi con maggiore energia. Volendo sottilizzare si potrebbe, è vero, fare l'obiezione che la maggiore ampiezza delle pulsazioni osservata allo schermo possa essere l'espressione di una più estesa escursione del margine cardiaco piuttosto che di una più forte contrazione sistolica. Ma la massa di sangue circolante è ridotta, l'ombra cardiaca, disegnata come abbiamo visto nella fase diastolica, è diminuita anch'essa: dobbiamo quindi ritenere che la quantità di sangue contenuta nelle cavità cardiache sia realmente diminuita e che la maggiore ampiezza dei battiti, sia dovuta ad una più energica contrazione piuttosto che alla escursione più estesa del contorno cardiaco.

Questo concetto è anche confermato dallo studio di altri casi come quello riportato ad esempio nella 3ª osservazione.

Qui trattasi di una giovane donna che presentava lievi fatti di scompenso cardiaco e in cui l'ortocardiogramma confermava una dilatazione del V. S. La stasi venosa degli arti non produsse alcun cambiamento della figura del cuore e la p. a. aumentò di 10 mm. di Hg. In questo caso la maggiore ampiezza dei battiti osservata allo schermo nel secondo ortocardiogramma è certamente l'espressione di una maggiore energia contrattile del miocardio, essendosi osservato contemporaneamente un sicuro aumento della pressione arteriosa.

L'escursione più estesa dei battiti che persiste nel riposo (a differenza di ciò che si osserva negli individui normali dopo lo sforzo) è ritenuta dal Bordet come uno dei primissimi segni della insufficienza del cuore e della sua dilatazione tanto che quest'ultima è tradita da tale maggiore ampiezza anche quando i diametri cardiaci, sebbene aumentati, presentano tuttavia valori compresi nei limiti normali.

Ma dopo quanto abbiamo esposto e sopra tutto per aver osservato più ampie pulsazioni dopo la riduzione dell'ombra cardiaca, ci riteniamo autorizzati ad interpretare la maggiore estensione dei battiti come indipendente dalla dilatazione del cuore e solo in relazione con la maggiore forza sistolica che spesso è esplicata dal cuore specie all'inizio del suo scompenso.

Per ciò che riguarda l'ampiezza pulsatoria del cuore dobbiamo tener conto ancora di un altro fattore.

Quando ho notato una riduzione dei battiti, si è trattato in genere di miocarditici o mitralici, non di aortici o di ipertesi.

In questi casi (osservazione 1ª) si rileva dall'ortocardiogramma che dopo l'applicazione dei lacci si è avuta una riduzione del V. D. il che prova che questo era dilatato e che per la stasi venosa riceveva una minore quantità di sangue. E' chiaro che per questa ragione anche al V. S. giungeva una minore quantità di sangue, e perciò esso ha pulsato con minor forza a giudicare dalla diminuita ampiezza dei battiti nel contorno sinistro.

Viceversa nei casi come l'osservazione 2ª, c'era una dilatazione del V. S. con fatti di scompenso da riferirsi a questo ultimo. La stasi venosa ha potuto produrre indirettamente la diminuzione della p. a. che era la causa prima della dilatazione e dello scompenso e il V. S. alleviato nel suo lavoro ha potuto pulsare con maggior forza (aumento dell'ampiezza dei battiti).

Abbiamo estesamente esposto i concetti moderni sul potere tonotropo e inotropo del cuore in rapporto alla legge di Starling ed abbiamo visto le conclusioni alle quali io sono giunto, basandomi su di esse, in un precedente lavoro, nel quale ho studiato la funzionalità del cuore col metodo della stasi venosa provocata mediante lacci applicati alla radice dei quattro arti.

Ma dopo lo studio attuale io credo che su tutto questo argomento debba apportarsi qualche modificazione.

Una legge generale della fisiopatologia dei muscoli, dice che, entro certi limiti quanto più la fibra è distesa, con tanta maggior forza si contrae. Basandomi sopratutto su questa ultima, io credo che la legge di Starling sia accettabilissima in quanto essa è l'applicazione speciale al cuore di una legge generale di fisiopatologia muscolare, ma essa è seguita dal cuore solo in parte e io ritengo che si sia un po' esagerato nel ritenere così intimamente e totalmente connessi i poteri tonotropo e inotropo del cuore. Questi sono stati già ritenuti indipendenti nell'insufficienza del cuore dalla intuizione geniale del nostro Murri.

In molti casi senza esserci una eccessiva distensione del cuore, si è ottenuta tuttavia una riduzione dell'ombra cardiaca, accompagnata da segni indubbi di una maggiore energia contrattile del miocardio, e da ciò si può facilmente dedurre che il potere inotropo del cuore, che generalmente va di pari passo con quello tonotropo, sia in realtà, almeno parzialmente, indipendente da questo ultimo.

La distensione del cuore in gran parte si stabilisce per un riflesso che è indipendente da quello ad effetto inotropo ed esercita una influenza su questo molto minore di quanto si creda.

Essa ha il compito più modesto di poter far ricevere nelle cavità cardiache una maggiore quantità di sangue che nelle contingenze di aumentate richieste di lavoro ristagna in quantità superiori alla norma nelle cavità cardiache.

Il metodo dell'allacciatura degli arti è in grado di rivelarci i rapporti esistenti tra la distensione del cuore e l'energia contrattile di esso nel modo che abbiamo esposto, ma il criterio clinico con i risultati dell'ortocardiogramma debbono guidarci nel giudicare in quale misura distensione ed energia contrattile sono in intimo rapporto tra di loro e per quanta parte esse siano indipendenti e per queste ultime considerazioni le nostre conclusioni sulla funzionalità del cuore precedentemente esposte, vanno così integrate:

La distensione del cuore, oltre a provocare una contrazione più energica, si stabilisce per via riflessa allo scopo di far contenere una maggiore quantità di sangue nelle cavità cardiache ogni qual volta le esigenze di lavoro sono aumentate o il potere inotropo diminuito.

La provocazione della stasi venosa degli arti, secondo lo stato funzionale del miocardio, producendo un riposo del cuore può far sì che il potere contrattile, se eccessivamente debilitato, non risenta affatto di tale riposo e la dilatazione del cuore non subisce alcuna modificazione.

In seguito al riposo può il potere contrattile migliorare al punto di fare diminuire il numero dei polsi e aumentare la p. a., senza modificare la quantità di sangue ristagnante nelle cavità cardiache perchè non si ottiene alcuna modificazione del volume del cuore sebbene i suoi battiti si mostrino più ampii allo schermo.

In altri casi, sempre nell'ambito dell'insufficienza, ma di abbastanza buona funzionalità cardiaca, la riduzione della massa circolante, fa sentire maggiormente i suoi effetti: il sangue ristagna in minor copia nelle cavità del cuore e il volume di questo ultimo si riduce per conseguenza; e quantunque fosse aumentata la forza esplicata dal miocardio (ampiezza maggiore dei battiti), tuttavia la p. a. si riduce per la notevole diminuzione della quantità di sangue lanciata in ogni sistole, data la massa di esso che ristagna nelle vene.

Finalmente in altri casi di funzionalità ancora migliore, non solo si riduce il volume del cuore, la p. a. e la frequenza del polso, ma il miocardio che prima lavorava esplicando una energia quasi normale, per la minore quantità di sangue che riceve dopo istituita la stasi venosa, finisce per contrarsi con forza minore (diminuzione dell'ampiezza dei battiti).

Alcuni risultati ottenuti col nostro metodo si prestano a far decidere se l'aumento di volume di una data sezione del cuore sia dovuto a dilatazione o ad ipertrofia.

Bordet per ciò che riguarda per es. il V. S. dà delle regole che sono intuitive più che dimostrate.

Secondo questo A. un aumento del segmento G'G. è l'espressione dell'ipertrofia del V. S. e l'aumento della lunghezza della freccia sarebbe per la sua dilatazione. L'ipertrofia accompagnata da dilatazione è rappresentata da valori intermedi ai succitati.

In seguito alla provocazione della stasi venosa nel 2° ortocardiogramma abbiamo notato una riduzione globale del V. S. in casi in cui, secondo queste regole, avremmo giudicato trattarsi di ipertrofia semplice, tenendo presenti i valori della corda G'G e della sua freccia come risulta dallo ortocardiogramma dell'osservazione 2ª.

E' evidente che una riduzione così marcata non si sarebbe

Digitized by Google

potuta avere se si fosse trattato di ipertrofia non accompagnata da dilatazione.

La riduzione che nelle varie sezioni del cuore abbiamo visto determinarsi in seguito alla stasi venosa degli arti ha il significato, secondo i concetti dominanti nella cardiologia moderna, di una migliorata funzionalità del miocardio e ciò è confermato pienamente da tutti i criteri da noi esposti in questo ed in altro precedente lavoro riguardanti le variazioni plessiche, di frequenza del polso, della pressione arteriosa e delle modificazioni dell'ampiezza dei battiti in seguito all'applicazione dei lacci.

Per maggiore conferma di ciò, ho voluto paragonare la figura ortocardiografica del cuore ottenuta a compenso sicuramente ristabilito, con quella che si era eseguita precedentemente tanto prima che dopo l'applicazione dei lacci, quando esisteva ancora la sindrome dello scompenso.

L'ortocardiogramma, che ad esempio qui riproduco, riguarda una donna miocarditica scompensata, la quale presentava aritmia completa e i segni dell'insufficienza volgare del miocardio: cianosi, edemi, dispnea, fegato e reni da stasi.

Un primo ortocardiogramma eseguito quando l'ammalata presentava la sindrome sudescritta ha fatto rilevare che dopo la applicazione dei lacci si è avuta una riduzione del limite sinistro (tratto pieno e tratteggiato della figura).

Circa un mese dopo l'ammalata si era completamente ristabilita da ogni disturbo di scompenso e allora si è eseguito un secondo ortocardiagramma (tratto punteggiato della figura).

Da questo chiaramente si rileva che dopo ristabilito il compenso circolatorio il cuore si è retratto in proporzioni maggiori nello stesso senso e nelle sezioni nelle quali si era retratto per effetto della stasi venosa, quando un mese avanti presentava chiare note di una insufficienza funzionale.

Lo studio dell'ortocardiogramma ottenuto in seguito alla provocazione della stasi venosa degli arti ci ha permesso di fare un'altra constatazione importante

In quattro casi di ipertensione pura accompagnata da leggeri sintomi di scompenso (lievi accessi di asma cardiaco prevalentemente notturno) ho notato che l'ortocardiogramma eseguito dopo l'allacciatura degli arti presentava una leggera retrazione del limite destro e un aumento di volume del V. S.

Consideriamo, come esempio, il caso seguente:

V. Osservazione. — Trattasi di un uomo di 53 anni luetico (Wassermann ++++) e forte bevitore iperteso (Pmn 130 Pmx 225). Da pochi giorni va soggetto di notte a lievi crisi di asma cardiaco che durano in genere un'ora circa. L'ammalato un paio d'ore dopo che si è addormentato viene improvvisamente svegliato da un senso angoscioso di mancanza d'aria, deve star seduto sul letto, ma non sente la necessità di alzarsi e di aprire la finestra. La dispnea non è accompagnata da tosse nè da escreato, non si è mai lamentato di dolori al precordio, nè in altre regioni. L'accesso asmatico finisce dopo circa due ore e l'infermo, tornata la calma, può riprendere il suo sonno fino al mattino. La giornata è trascorsa bene senza alcun disturbo e il paziente si alza e può camminare e salire le scale, sebbene lentamente, senza che insorga affanno.

Eseguito l'ortocardiogramma, si nota che i diametri D. G' e D' G' sono di cm. 13 e la corda del V S. G' G, lievemente aumentata, è di cm. 8.8 le la sua freccia di mm. 9. Qui ci troviamo di fronte ad un V. S. ipertrofico e probabilmente contratto a giudicare dalla forte diminuzione della freccia che è di mm. 9.

Il secondo ortocardiogramma fu eseguito, mezz'ora dopo che si era istituita la stasi venosa. In esso si nota una leggera riduzione del limite destro e dei diametri D' G' e D G' mentre il V. S. si dimostra sicuramente aumentato di volume non tanto per le dimensioni della sua corda, che rimane pressochè invariata, quanto per l'aumento notevole della freccia che da mm. 9 ha raggiunto mm. 19. La p. a., la frequenza del polso sono notevolmente diminuite, l'ampiezza dei battiti è aumentata. Questo risultato ci fa pensare che dopo la stasi venosa il V. S. si sia dilatato; ma noi riteniamo piuttosto per le ragioni che or ora diremo, che il V. S. era primitivamente contratto e che in seguito alla stasi venosa tale contrattura sia diminuita o scomparsa.

Abbiamo già esposto che, secondo quanto ha fatto notare il Weiser, accanto alla dilatazione del cuore, in determinate circostanze esiste un meccanismo di compenso dirò così inverso e consistente in un restringimento del miocardio con conseguente diminuzione delle cavità cardiache: tutto ciò avverrebbe sotto l'influenza vaso-costrittrice e cardiocostrittrice del simpatico.

Noi spieghiamo l'ultimo reperto che abbiamo esposto al lume di queste vedute.

Negli ipertesi, al primissimo inizio del loro scompenso, il simpatico, che in questi individui è già in stato di ipertono, determina una costrizione del V. S. la quale ha il compito di diminuire la cavità di questo ultimo, per cui ad ogni sistole viene lanciata nell'albero arterioso una minore quantità di sangue; ciò che tende a moderare i valori elevati della p. a. che costituiscono, secondo tutta probabilità, il fattore, primitivo ed etiologico dello scompenso cardiaco.

Dopo l'allacciatura degli arti, essendo diminuita la p. a. non diviene più necessario il suddetto meccanismo di compenso: il V. S. cessa di essere in contrattura e nel secondo ortocardiogramma si riscontra aumentato di volume, mentre le sue pulsazioni sono divenute meno frequenti e presentano un'ampiezza maggiore.

Come corollario di queste vedute si deve dedurre che nell'inizio dello scompenso per ipertensione può essere controindicata la digitale la quale con la sua azione stimolante sul vago e cardiodilatatrice verrebbe ad ostacolare il meccanismo compensatorio che abbiamo esposto.

Negli ipertesi a scompenso inoltrato questo meccanismo non esiste più e il cuore si dilata come si può dedurre dal restrigimento del V. S. ottenuto dopo la stasi venosa, secondo l'esempio riportato nella osservazione 2ª.

In altri casi di ipertesi ben compensati la stasi venosa non ha prodotto alcuna modificazione dell'ortocardiogramma come ho potuto rilevare in alcuni ipertesi ben compensati e degenti in ospedale per malattie non in relazione con l'apparato cardiovascolare.

***

In conclusione dal nostro studio risulta che in seguito alla applicazione dei lacci alla radice degli arti per provocare la stasi venosa, l'ortocardiogramma eseguito dopo tale manovra ha subìto rispetto al primo delle modificazioni nei suoi diametri e nell'ampiezza dei battiti, che ci autorizzano di ritenere i fatti seguenti:

a) L'ampiezza maggiore delle pulsazioni è l'espressione di una più marcata energia contrattile del miocardio, tenendo conto che i battiti sono divenuti più ampi in casi di restringimento dell'aia cardiaca e in altri in cui, rimanendo inalterata la figura del cuore, è aumentata la pressione arteriosa.

b) La maggiore ampiezza dei battiti, per le suddette ragioni non si può dire sempre che sia il segno rivelatore dell'inizio della dilatazione e dell'insufficienza del cuore.

c) La proprietà tonotropa del miocardio è soltanto in parte in intima connessione con quella inotropa, ma in gran parte la distensione del cuore si stabilisce per un riflesso indipendente da quello ad effetto inotropo ed essa principalmente ha il compito più modesto di aumentare le capacità cardiache perchè possa esservi contenuta la maggior copia di sangue che in esse ristagna.

d) La provocazione della stasi venosa degli arti per la restrizione della corda e della freccia del V. S. ottenuta nel secondo ortocardiogramma, ci ha permesso di rivelare la coesistenza di una dilatazione di detta cavità anche in casi nei quali per le dimensioni della corda G G' e della sua freccia si sarebbe detto trattarsi di ipertrofia semplice.

e) Negli ipertesi che presentano fatti iniziali di scompenso nel secondo ortocardiogramma il V. S. si è mostrato aumentato di volume mentre nel primo, per i suoi diametri, era da giudicare contratto.

Questa osservazione ci ha permesso di pensare che all'inizio dello scompenso provocato dalla ipertensione interviene il simpatico con la sua azione cardiocostrittrice ed avente lo scopo di moderare l'altezza della pressione stessa riducendo la cavità del V. S. e quindi l'onda sanguigna spinta ad ogni sistole.

Da tale osservazione abbiamo tratto, come risultato pratico che in questi casi può essere controindicata la digitale, la quale con la sua azione eminentemente vagale e cardiodilatatrice può turbare la opposta funzione compensatoria del simpatico.

Ringrazio vivamente il Prof. Siciliano a cui è dovuta l'esecuzione e l'interpetrazione degli ortocardiogrammi.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIA

Abrams. Médical Record, 5 gennaio 1911. — Avezzu. La stasi venosa provocata quale prova dello stato funzionale miocardico. Rivista di Clinica Medica 1926. — Barlocco. Cardiopatie e servizio militare in guerra. Le malattie del cuore, 1918. — Bessone. Minerva Medica, 1926. — Bordet. La dilatation du coeur. Etude radioscopique. Baillière, Paris, 1926. — Brugsch. Allgmeine Prognostik, Berlino, 1917. — Cyon. Arch. f. d. ges., Phis., 1874. — Frank. Berl. Klin. Woch., 1919. — Gossage. Proceedings of Roy. Soc. of Medic., London, 1908. — Ghetti. Del rapporto tra riflessi cardiaci e tono del cuore. Folia medica, n. 32, 1919. — Hering. Deut. Med. Woch., 1921. — La Franca. La Riforma Medica, 1922. — Maestrini D. La legge del «lavoro del cuore» dimostrata mediante uno speciale preparato cardiaco (preparato cardiovascolare) ed un nuovo apparecchio atto al suo funzionamento. Arch. di Farm. Sper. e scienze affini. Vol. XXXVI, fasc. III, anno 1923. — Idem. L'influenza del peso sulla corrente d'azione e sul lavoro meccanico del muscolo cardiaco. Arch. di Farm. Sper. e Scienze affini, vol. XX, anno XIV, 1915. — Idem. Loc. cit., 1915. — Idem. Un nuovo dispositivo per la circolazione artificiale del cuore di animali inferiori. Loc. cit., anno XX, vol. XXXII, 1921. — Idem. La «legge del cuore» in clinica. Cuore e circolazione, 1925, n. 12. — Marey. Circulation du sang, Paris, 81. — Meldolesi G. Contributo allo studio semiologico e clinico del tono miocardico. Cuore e circolazione, fasc. 7, 1926. — Meldolesi Gastone e Meldolesi Gino. Contributo allo studio radiologico delle pulsazioni cardiache negli stati fisiologici e patologici del circolo. La radiologia medica, settembre 1926, fasc. 9. — Milani e Meldolesi. Le malattie del cuore. 1923. — Minerbi. Le malattie del cuore, 1919. — Moritz e Dietlen. Münch. Med. Woch., 1908. — Moritz. Handbuch der Allg. Path., 1915. — Murri A. La legge del cuore, Policlinico, Sez. Med., 1919. — Pende. Arch. di Pat. e Clin. medica, 1922. — Idem. Meccanismi fisiopatologici del compenso e tipi clinico-patogenetici dello scompenso. Conferenza tenuta alla scuola di sanità militare di Firenze. Rinnovamento medico, aprile 1926. — Periti. Patogenesi dell'edema polmonare acuto e sua cura mediante la provocazione della stasi venosa degli arti. Riv. Clin. Med., n. 3, 1926. — Idem. La provocazione della stasi venosa degli arti come metodo d'indagine della funzionalità del cuore. Riv. Clin. Med., 1926. — Rossi. Atti Istituto Veneto 1917-1920. — Idem. Morfologia clinica e fisiopatologica del cuore. Ed. Pozzi, 1925. — Sacconaghi. Arch. di Pat. e Cl. Med., 1923. — Starling. Law of the heart, Longmans, Green and C., London, 1918. — Idem. Loc. cit., 1918. — Th. Lewis. Clinical disorders of the heart. London, Shaw and Sons, 1918.

OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA — SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. MATTEO DARDANELLI - Chirurgo primario

CONTRIBUTO SUGLI PSEUDOSTROZZAMENTI ERNIARII

per il dott. VIRGINIO SILVESTRINI — Assistente

L'argomento degli strozzamenti erniarii è troppo conosciuto perchè debba qui ripeterne, sia pure per sommi capi, i punti più importanti.

Quanto invece riguarda gli pseudostrozzamenti è stato oggetto in questi ultimi tempi, in Italia, di lunghi e diligenti studi che hanno assai contribuito a fissarne i caratteri clinici.

De Gironcoli nel 1924 ha trattato estesamente l'argomento degli pseudostrozzamenti e così pure non sono prive di interesse le monografie del Giordano, Palma, Clairmont. L'Oliva recentemente (1926) ha di nuovo ripreso l'argomento portandovi il contributo della sua personale esperienza clinica.

Ma in una parte sopratutto gli autori si sono trovati in perfetto accordo: nello stabilire cioè quanto sia difficile la diagnosi precisa negli pseudostrozzamenti tenendo conto altresì degli inconvenienti ai quali si può andare incontro, nell'operazione, quando vi sia incertezza diagnostica.

Io ritengo assolutamente inutile il dilungarmi sull'argomento che del resto è già stato assai ampiamente studiato specialmente per opera del De Gironcoli.

Desidero solo di portare il contributo della mia modesta esperienza riferendo su due casi che mi è stato possibile osservare ed operare in quest'anno nella sezione chirurgica del nostro Ospedale, poichè hanno molti punti di contatto con gli pseudostrozzamenti.

Caso I. Nel dic. 1925 veniva inviata al nostro Ospedale l'ammalata Tina M. di anni 44. Il medico che l'accompagnava riferiva che l'ammalata che fin allora aveva goduto di ottima salute, era stata colta nella notte da violenti dolori alla regione ileo-cecale. Era subito comparso vomito, l'addome si era leggermente tumefatto ed in tal punto si avvertiva una netta difesa muscolare. Fatte alcune prescrizioni di calmante il medico era ripartito per ritornare al letto dell'ammalata dopo circa cinque ore. Era comparso allora un fatto nuovo: l'a. accusava un dolore alla regione inguinale sinistra ove confessò di avere da circa sei anni un'ernia. Difatti in tal punto la cute era sopraelevata, una tumefazione grossa come un uovo di gallina occupava tale regione che d'altra parte non era eccessivamente dolente. La pelle aveva colorito normale ed era leggermente tesa.

In tali condizioni il medico trasportò la sua a. all'ospedale: polso: 112; respiro: 30; temperatura: 38°,5.

Esame delle orine: normali.

Fatta diagnosi di peritonite da rottura appendicolare si decise immediatamente di intervenire alla regione destra dell'addome.

Si praticò la solita incisione col metodo Roux ed, in anestesia locale, si raggiunse ben presto il peritoneo; appena aperto ne uscirono circa quaranta cc. di pus densissimo e fetido, l'esplorazione permise di rilevare aderenze ed essudati conglobanti cieco ed appendice sì da non lasciare dubbio sulla diagnosi di rottura. Applicazione di tubo di drenaggio, sutura parziale della cute.

Il decorso fu abbastanza normale: dopo i primi due giorni in cui comparvero fenomeni di paresi intestinale, la canalizzazione si fece regolare. La temperatura andava man mano diminuendo senonchè la tumefazione in corrispondenza dell'inguine sinistro aumentò gradatamente; la pelle si fece arrossata ed, in quarta giornata dall'intervento, comparvero netti segni di raccolta: si aprì immediatamente e ne uscirono circa venti cc. di pus avente gli stessi caratteri di quello riscontrato in corrispondenza dell'appendice. La temperatura scomparve immediatamente. La guarigione avvenne in breve tempo mentre persisteva ancora secrezione abbondante dai drenaggi posti nel focolaio appendicolare.

L'a. uscì guarita nel periodo di 35 giorni.

Caso II. Il 21 sett. 1926 veniva inviata al nostro ospedale l'a. P. Cristina di a. 50, contadina, con diagnosi di ernia crurale sinistra strozzata con fenomeni di peritonite.

L'a., figlia di ignoti, era sempre stata bene. A 26 anni andò sposa ed ebbe tre figli tuttora viventi e sani. Da tre anni si era accorta di una tumefazione alla regione crurale sinistra che aumentava sotto i colpi di tosse e nella stazione eretta, scompariva nella posizione orizzontale.

Il mattino precedente al suo ingresso in ospedale avvertì un vivo dolore in corrispondenza della suddetta tumefazione. Si mise subito a letto, ma poichè il dolore aumentava e d'altra parte era scomparso vomito, la sera aiutata dal marito, aveva cercato premendo di farla rientrare. Durante queste manovre fatte con una certa violenza, un improvviso dolore, come di coltellata, la colse in tal punto. Poi ogni dolorabilità scomparve, ma intanto nella notte aumentò il vomito, l'alvo si fece chiuso anche ai gas, l'addome tumido e rigonfio. Preoccupati per l'aggravarsi dei sintomi, i famigliari chiamarono allora il medico che ordinò l'immediato ricovero in ospedale.

Al momento del suo ingresso l'a. presentava: polso: 130; respiro: 36; temperatura: 39°.

Addome teso e dolente in toto ma specialmente alla regione cieco-appendicolare; in corrispondenza dell'anello crurale sinistro la pelle, di colorito e d'aspetto normale, è sollevata sì da formare una bozza grande come un mandarino, leggermente dolente, non tesa, ma fluttuante. Tale tumefazione era irriducibile con le manovre di taxis praticato con precauzione.

Nulla di anormale all'apparato cardio-vascolare e respiratorio.

Urine: normali.

Con la diagnosi di ernia crurale sinistra strozzata con peritonite da sospetta rottura intestinale, mi accinsi insieme al collega Guarnieri all'intervento.

In anestesia locale aprii il sacco previa incisione obliqua della cute: le pareti erano iperemiche, ricoperte di essudati e dopo l'incisione, uscì abbondante pus. L'anello crurale ed il colletto erano liberi e comunicavano direttamente con la cavità addominale dalla quale continuava a fuoriuscire liquido purulento. Sbrigliato l'anello si rinvenne un agglomerato di anse ricoperte di essudati fibrinosi aderenti fra loro in molti punti e col peritoneo della fossa iliaca. Applicazione di tubo di drenaggio e zaffo.

Allo scopo di favorire un maggiore drenaggio peritoneale ed anche tenendo conto della particolare dolorabilità nella regione ileo-cecale, venne praticata l'apertura anche alla regione appendicolare. Ciò permise di rilevare che l'appendice era normale, nella cavità peritoneale vi era notevole

Digitized by Google

versamento purulento e pus uscì in gran copia attraverso la ferita laparotomica.

Una revisione rapida di alcune anse del tenue e del ceco non mise in evidenza alcuna lesione a carico dell'intestino. Un più lungo esame era sconsigliato dalle condizioni dell'a. che andavano sempre più aggravandosi.

Ci limitiamo quindi ad introdurre un lungo drenaggio tubulare fino alla pelvi ed un altro più piccolo in corrispondenza della zona ileo-cecale.

Il decorso post-operatorio nei primi giorni fu assai burrascoso: ileo paralitico, complicazioni bronco-pneumoniche misero in pericolo grave la vita della paziente; in sesta giornata si potè rinnovare in parte i drenaggi.

In 25ª giornata tanto la ferita crurale che quella addominale, furono medicate a piatto.

In 38 giorni l'ammalata guarita, lasciava l'ospedale.

Ho voluto riunire di proposito questi due casi, perchè mi pare che illuminino in alcuni punti la questione degli pseudostrozzamenti erniarii.

Tanto l'Oliva che il De Gironcoli, e gli altri che hanno riferito statistiche si trovano concordi nel sostenere la difficoltà della diagnosi.

Ora io ritengo invece che quando questi ammalati sono portati al chirurgo al comparire dei primi sintomi il problema diagnostico è assai facilitato.

Ho riferito il primo caso appunto per dimostrare la verità della mia asserzione: si trattava di un'ammalata che fu inviata alla nostra osservazione appena dodici ore dopo la comparsa dei primi sintomi. Era ernicsa da tre anni ed il sacco erniario si presentava già se non eccessivamente teso, dolente sì da richiamare l'attenzione.

Ma d'altra parte l'anamnesi parlava chiaro sulla sede dei dolori iniziali che erano nettamente di origine appendicolare. E di fatto l'intervento confermò il concetto diagnostico: l'appendice era rotta e vi era in atto un processo di peritonite. Intanto anche il sacco erniario aveva contemporaneamente partecipato alla flogosi peritoneale e noi fummo costretti, in quarta giornata, ad aprire una raccolta purulenta a carico del sacco. Il decorso seguente fa supporre che detta raccolta non più comunicasse colla cavità addominale, ma che il colletto si fosse obliterato in un primo tempo. Per ciò si ebbe una guarigione assai più rapida della lesione peritoneale primitiva.

Il secondo caso da me citato che ebbi occasione di vedere con circa 48 ore di ritardo dall'inizio, presentava sintomi netti di peritonite. Esisteva invero un ernia crurale, ma i caratteri obbiettivi del tumore erniario escludevano che ancora vi fosse contenuto un viscere strozzato: mancava tensione, non spiccata era la dolorabilità, la pelle soprastante di aspetto normale. D'altra parte era netto il senso della fluttuazione. La regione ileo-cecale era dolente e la palpazione provocava, più che in ogni altra parte dell'addome, una netta difesa muscolare. Anche in questo caso l'anamnesi ci ha servito di guida nella diagnosi: se infatti ci fosse mancato il dato delle manovre brutali fatte dal marito per ridurre l'ernia strozzata, non avremmo certamente iniziato il nostro intervento dalla sede erniaria perchè un sintomo più spiccato era nella dolorabilità e resistenza delle pareti addominali nella regione ileo-cecale. Paragonando la sintomatoogia dei due casi vediamo che nel primo avevamo un sacco erniario presso a poco cogli stessi caratteri di quello del secondo, mentre una sindrome di appendicite acuta escludeva che la parte principale dei fenomeni avesse origine dall'ernia il cui sacco era ingrossato ed in preda ad un processo infiammatorio comune a tutto il peritoneo.

Prima di venire a conclusioni è bene che ricordi alcuni particolari del secondo caso. Non vi è dubbio ch'eravamo di fronte ad una peritonite piuttosto diffusa. Quale ne sia stata la causa, per quanto da noi non sia stata, per ragioni opportune di tecnica, messa in vista nettamente, non è difficile stabilire.

Aperto il sacco erniario che noi trovammo pieno di pus comunicante liberamente col cavo addominale, sbrigliato l'anello crurale, rinvenimmo un ammasso di anse intestinali, del tenue, in blocco. Esse evidentemente erano quelle abitualmente erniantisi. Certamente in tal punto era avvenuta la lesione e già attorno erano sorte le barriere difensive date dalle stesse anse e dall'omento.

Noi non credemmo opportuno di sciogliere tali provvidenziali aderenze e il nostro modo di agire ci è stato confermato giusto dal decorso successivo.

Non è raro del resto questo fatto specialmente nelle lesioni gastriche traumatiche o per rotture di ulceri: si formano a volte aderenze intime perfino del fegato e del pancreas che salvano, più di ogni intervento, la vita del paziente. Ad ogni modo la canalizzazione intestinale nella nostra ammalata è rimasta ottima ed anche ultimamente, in cui ho avuto occasione di vederla, non soffre di disturbi di sorta.

CONCLUSIONI. — Un processo di appendicite acuta può dar luogo anche a distanza di poche ore (nel nostro caso dodici ore) a una peritonite del sacco erniario a sinistra.

Ma anche in tal caso mancando i segni principali: dolore nella sede dell'ernia, acuto, improvviso, tensione del sacco, difficoltà alle manovre del taxis, ed avendo di contrapposto una particolare reazione alla sede appendicolare non sarà difficile considerare di secondaria importanza i dati obbiettivi a carico dell'ernia.

L'esame del malato quanto più è possibile precoce (almeno entro le ventiquattro ore) è a mio parere, di grande aiuto e molte volte può rendere possibile la diagnosi molto difficile di pseudostrozzamento.

I caratteri obbiettivi di un sacco in pseudostrozzamento sono uguali a quelli che si riscontrano in casi di peritonite da rottura e conseguente riduzione di ansa strozzata: lieve tensione del tumore, dolorabilità diffusa a tutto e non al solo colletto, arrossamento della cute, senso più o meno netto di fluttuazione.

Non solo a destra, ma anche a sinistra ed alla distanza di dodici ore, si può avere, in casi gravi di appendicite acuta con rottura, un sacco erniario presentante i caratteri dello pseudostrozzamento.

BIBLIOGRAFIA

AIGROT. De l'obturation spontanée de certaines perforations d'estomac en peritoine libre. Presse Médicale, n. 3, 1927. — OLIVA. Strozzamento erniario da peritonite purulenta. Policlinico, Sez. Chir., fasc. 9, 1926. — DE GIRONCOLI. Sullo strozzamento erniario simulato da appendicite purulenta. Arch. It. di Chir., vol. 9, fasc. 1. — GIORDANO. Gli appendicitici erniosi. Ann. It. di Chir. 1924. — PALMA. Patogenesi ed anatomia patologica dei falsi strozzamenti negli appendicitici erniosi. Ann It. di Chir., 1925. — CLAIRMONT. Die Scheineinklemmung von Brüchen. Archiv f. Klin. Chir., vol. LXXXVIII, 1909. — DONATI. Chirurgia dell'addome.

NOTE DI ORTOPEDIA

L'echinococco delle ossa pelviche. — ANGELI A. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI.

L'A. illustra un caso del genere che sarebbe il primo osservato in Italia: uomo di 20 anni con processo parassitario interessante la testa femorale sinistra e tutto il segmento inferiore dell'osso iliaco; esito in setticemia.

Rivede gli altri casi analoghi osservati dai diversi Autori e viene alle seguenti conclusioni. L'echinococco delle ossa pelviche ha evoluzione lenta e graduale, e tendenza ad espandersi e ad invadere anche i tessuti molli vicini; il processo giunto a diagnosi ha quasi sempre impossibilità di utile trattamento chirurgico: l'esito è stato sempre infausto. Nei casi in cui è stato possibile asportare completamente i focolai ossei, allorquando questi non erano molto estesi, vi è stata la guarigione. Oltre la resistenza organica già fortemente indebolita bisogna prendere in seria considerazione le notevoli difficoltà tecniche dell'intervento e la presenza delle postume ferite operatorie in vicinanza degli orifici naturali. Dall'esame dei casi ad esito fausto appare che la localizzazione all'ala dell'osso iliaco è quella che meglio si presta al trattamento radicale quale la resezione. Quando l'echinococco è abbastanza ben localizzato in una zona breve di altri segmenti ossei (sacro, ischio, testa femorale, articolazione coxo femorale) il trattamento radicale consistente nell'asportazione completa del focolaio può riuscire efficace e fausto.

In tutti i casi la guarigione fu rapida ed i pazienti ritornarono alle loro abituali occupazioni; alcuni di essi si sono nuovamente dedicati ad esercizi sportivi e particolarmente al giuoco del calcio.

Digitized by Google

NOTE ORIGINALI DALL'ESTERO

I CLINICA MEDICA DELL'UNIVERSITA' DI ATENE

TRATTAMENTO DI DUE CASI DI ASCESSO POLMONARE MEDIANTE VACCINO MISTO

per il prof. S. LIVIERATO — Direttore

Casi simili sono interessanti perchè non comuni, ed interessante in modo speciale è il primo caso, per il risultato terapeutico ottenuto mediante autovaccino misto. Credo utile rendere noti questi risultati, perchè; sebbene in questi ultimi anni la sieroterapia sia stata sperimentata in casi analoghi di gangrena distruttrice, non mi risulta però sia stata usata la siero- e vaccinoterapia nell'ascesso polmonare come appunto nel mio caso.

I. Caso. — Ammalato di anni 40, nato in Epiro. Entrato in Clinica il 2-4-25. Dall'anamnesi risulta malaria e polmonite al lobo superiore destro.

Il 20-3-25, cioè 12 giorni prima della sua entrata in Clinica, in pieno benessere, venne colto da brivido intenso di freddo, e da dolore puntorio in corrispondenza della regione mammaria sinistra.

In seguito insorse febbre alta, tosse prima secca, dolorosa, poi accompagnata da scarso espettorato ora ematico, ora no. L'espettorato divenne gradatamente più abbondante e di odore cattivo. Il malato entrò in clinica con 39° di temperatura, 92 pulsazioni, 24 respirazioni.

Esame generale. Alito gravcolento, non fetido. Polmone sinistro: aumento del f. v. t. dall'apice alla VII costa; indebolito al di sotto. Indebolito pure nella regione ascellare.

Con la percussione, dall'angolo della scapola alla base, ottusità spiccata ed aumentata resistenza. All'ascoltazione, nulla si apprezza dall'apice fino alla quarta costa; da questa fino all'angolo della scapola soffio bronchiale con rantoli crepitanti che si odono rinnovati dopo colpi di tosse. Su questa stessa regione: broncofonia e trasmissione intensa della tosse, non pettoriloquia afona. Dall'angolo della scapola in basso: indebolimento del mormorio vescicolare e rari monchi. Alla regione mammaria: nulla.

Non succussione ippocratica. Quantità di espettorato 150-300 cc. al giorno di colorito grigiastro. Odore fetido. Aspetto ora purulento ora siero-purulento (primo strato spumoso, secondo strato poco purulento). Pare che l'ammalato non abbia mai avuto vomica. L'esame dell'espettorato negativo per il bacillo di Koch. Molte fibre elastiche. Una puntura esplorativa nella regione dell'ottusità, due dita trasverse sotto l'angolo della scapola ha dato facile esito a 5 cc. di pus molto fetido, di colorito verdastro, assai più fetido di quel che fosse l'alito.

Leucociti 25 %. Nel pus non uncini da echinococco.

Radioscopia: Grande cavità centrale nel parenchima del polmone sinistro, è piena per metà di liquido la cui superficie è facilmente mobile.

Febbre 38°-38°,8.

Preparazione del vaccino.

Dal pus estratto sono stati isolati streptococchi, stafilococchi e batteri gramnegativi; con questi germi si prepara il vaccino di: streptococchi 45 %, stafilococchi 17 %, bacteri gramnegativi 38 %.

La cultura è stata fatta in agar con siero-ascite (1:3). Preparazione della parte sospesa in siero fisiologico; numerazione dei microbi con la capsula di Thoma-Zeiss. Sterilizzazione a 70° per un'ora. Prova della sterilità del vaccino: messo per 24 ore in termostato, in agar-siero ascitico, diluizione e distribuzione in fialette.

16-4-25. Ogni due giorni 4 iniezioni di 50, 100, 200, 300 milioni di microbi. Con l'ascoltazione verso l'ilo del polmone sinistro si sentono rari rantoli sottocrepitanti dopo i colpi di tosse. Nella regione dell'ipofonesi rari ronchi. Nulla all'emitorace destro. La quantità di sputo è grandemente diminuita, tanto da non permettere la misurazione; lo stato generale ottimo, apiressia e molto appetito. Temperatura 36°,2-36°.

Seconda radioscopia: La cavità centrale del polmone sinistro notevolmente ridotta (circa la metà della prima osservazione); presenza di scarso liquido che non si muove più.

25-4-25. L'ammalato è uscito dalla Clinica in istato normale.

Dalla storia clinica e dalle ricerche e reperti di laboratorio e dalle radioscopie, risulta che in questo caso si trattava di raccolta purulenta nel polmone sinistro, consecutiva a pleurite fibrinosa.

Facilmente si eliminava l'ipotesi di: infarto emorragico, pleurite interlobare, cisti da echinococco, polmonite gangrenosa, bronchiettasia e caverna tubercolare; malattie colle quali si può confondere un ascesso polmonare.

L'importanza clinica e pratica di questo caso sta nella sua guarigione dopo l'uso di autovaccino polivalente preparato dal pus tolto dalla cavità ascessuale. I risultati favorevoli di queste cure, sono stati dimostrati dalla caduta della febbre gradatamente alla cifra normale; dalla progressiva diminuzione della quantità dello sputo: da 300 cc. a 0 cc.; dalle modificazioni di tutti i sintomi generali e locali dell'emitorace sinistro.

Questo caso è particolarmente interessante, se lo confrontiamo ai casi analoghi e alla terapia usata.

Di tutti i mezzi terapeutici il più usato in pratica è l'intervento chirurgico, il quale è il mezzo che fin'ora ha dato i migliori risultati.

Un altro mezzo che è stato messo in pratica è il pneumotorace artificiale; l'introduzione endotracheale di varie sostanze antisettiche non ha dato risultati reali. La guarigione spontanea dell'ascesso streptococcico è molto rara, tanto che non è menzionata dai trattati classici come quello di Lumiéres Kinnberg e Bernard i quali hanno ultimamente descritto un interessante caso analogo al mio: raccolta streptococcica da causa ignota, guarita dopo vomica.

Un altro caso venne descritto da Achaud e Mouzon in cui si trattava di raccolta streptococcica del polmone conseguenza di infezione uterina, guarita con vomica. Questo caso è analogo a quello del Paisseau e Salomon cioè raccolta pneumonica streptococcica consecutiva ad infezione uterina che guarì in seguito a vomica. Così di raccolte polmonari nelle quali vennero fatte cure speciali posso ricordare:

I casi di Tremoliéres e Lassame, nei quali si trattava di setticemia da *bacterium coli*. La raccolta era dovuta al *bacterium coli;* questi casi guarirono con l'autovaccino-terapia.

A questi due casi se ne può aggiungere un terzo che descrisse nella *Gazette des Hôpitaux de Paris* 1924 l'Abadia, il quale ebbe risultati brillanti con l'auto-vaccino-terapia.

I due primi casi nei quali si usarono terapie speciali contro la raccolta, differiscono dal mio punto di vista eziologico; il primo in quanto è stato adoperato un siero.

Tutti e tre questi casi sono interessanti perchè dimostrano le buone azioni terapeutiche della terapia specifica e documentano la possibilità delle cure e delle guarigioni dell'ascesso polmonare con mezzi specifici escludendo l'intervento chirurgico che si considera l'unico mezzo di cura.

A proposito noto il buon risultato che hanno dato vaccini in brodo e filtrati metodo Besredka, in un caso di pleurite purulenta (caso di Marmase) dopo 9 mesi.

Nel mio caso la guarigione è dovuta all'azione del vaccino misto come vaccino specifico e come eteroproteinoterapia; oppure la guarigione deve considerarsi spontanea.

La risposta è facile. In tutti i casi la guarigione spontanea era dovuta alla vomica e questo fatto non si osservò nel mio ammalato.

II. Caso. — In dicembre dell'anno passato un altro malato presenta gli stessi fatti clinici e radioscopici.

Storia clinica: Ammalato S. di anni 55 impiegato governativo, da Lamia. Sofferse malaria. Da quattro anni ha febbre, dispnea, tosse leggera, l'8° giorno di malattia emottisi abbondante (800 cc. di sangue di colore rosso spumoso).

Il medico curante diagnosticò influenza con bronco-polmonite. 15 mesi dopo una seconda emottisi abbondante (900 cc.) seguita ancora da espettorazioni sanguigne per la durata di 8-10 giorni. L'esame dello sputo negativo per il bacillo di Koch. L'inverno del 1923-24 narrò che quando si coricava veniva colto da tosse accessuale con poca espettorazione. Più tardi (5-6 mesi dopo), i suoi parenti si accorsero che il suo alito, specie dopo la tosse era fetido. Nel giugno del 1925 febbre a 38° che cede dopo poche ore e si ripete con brivido intenso, arrivando a 39°; la tosse si intensifica l'espettorazione aumenta, gli sputi di colorito caffeico sanguigni emanavano cattivo odore; dopo 25 giorni la febbre scompare ed il malato migliora; la tosse persiste, specialmente verso sera, forte, accessuale, con espettorazione muco-purulenta di odore cattivo non però fetido ripugnante. Il malato riferisce che quando si corica con la testa più bassa del corpo, viene colto da tosse accessionale con emissione di abbondante espettorazione. Alla sua entrata in Clinica la temperatura è di 36°,3, polso 68, respiro 19.

Digitized by Google

L'esame dell'apparato respiratorio rileva: indebolito il f. v. t. alla base del polmone sinistro; ipofonesi e diminuzione del mormorio vescicolare, respiro leggermente bronchiale dall'alto fino all'angolo della scapola. In ambedue le basi: ronchi.

Tosse con espettorazione muco-purulenta con cattivo odore. Ricerca del bacillo di Koch negativa, positiva per le fibre elastiche.

La *radioscopia* rileva una cavità nel polmone sinistro della grandezza di un uovo di gallina piena di liquido mobile (27-12-25).

La cultura degli espettorati su agar-ascite, dimostra abbondanti colonie di micrococchi catarrali, rare colonie di pneumococchi, di streptococco, e rarissime di bacilli gram-positivi.

Da queste culture abbiamo preparato un vaccino misto. Abbiamo raccomandato all'ammalato di coricarsi prono con la testa più bassa del corpo. In questa posizione, dopo tosse parossistica, emise 150 cc. di sputo muco-purulento, dopo i quali la quantità degli sputi è diminuita, ed è pure meno intenso il cattivo odore.

La seconda radioscopia dimostra, come la prima volta, la stessa cavità. Dal 25 gennaio, a giorni alterni, pratichiamo iniezioni gradatamente crescenti di 50, 100, 200, 300, 500, 750; 1000; 1500; 2000 milioni.

La terza radioscopia dette lo stesso risultato della seconda. Pratichiamo una seconda serie di applicazioni di autovaccino come la prima volta. Durante la sua degenza in clinica l'ammalato aumentò di tre Kgr. ed il 10 febbraio 1926 uscì in buono stato.

La quarta radioscopia dette assolutamente lo stesso risultato delle tre volte precedenti.

In questo secondo caso si tratta di raccolta pneumonica classica nel polmone sin. In esso per controllare i risultati terapeutici del vaccino specifico o no, abbiamo preparato un autovaccino misto dagli sputi del malato nelle seguenti proporzioni: micrococco catarrale 40 %; pneumococco 35 %; streptobacillo 15 %; bacillo gram-negativo 10 %.

Con questo autovaccino abbiamo praticato 10 iniezioni a giorni alterni da 50 fino a 2000 milioni di microrganismi.

I risultati di questo vaccino sono stati negativi rispetto ai fatti locali. La quantità dello sputo è diminuita. Nel secondo caso dunque si deve considerare miglioramento parziale dell'ascesso polmonare.

Nel secondo infermo inoltre differisce molto la flora batterica che si trovò negli sputi. La diminuzione dell'espettorato si deve agli svuotamenti provocati artificialmente e non all'azione dell'auto-vaccino come nel primo ammalato.

Il confronto del risultato positivo del primo caso e di quello negativo del secondo, non ci permettono per ora di precisare il meccanismo di azione dell'auto-vaccino (vaccino specifico e etero-proteinoterapia).

ATTUALITA'

I. ***Immunità provocata da tumori maligni trapiantati.***
II. ***La cutivaccinazione nella febbre tifoide.***
III. ***I preparati di piombo nella cura del cancro.***
IV. ***Inoculazione emorragica nella cura del furuncolo.***

I. Animali immuni inoculati con un tumore trapiantabile, eterologo od omologo, producono anticorpi tossici, in relazione allo sviluppo del blastoma.

Il siero solo, nel caso di animali immunizzati verso un tumore eterologo, è letale per le culture in vitro del tumore antigene, se è presente una quantità sufficiente di complemento; il siero, invece, di animali immunizzati verso un tumore omologo uccide le culture del tumore antigene solo in presenza di leucociti in condizioni opportune, o di alcune secrezioni di essi.

Così le cellule maligne che si sviluppano in un ratto, in assenza di leucociti, sono lasciate indenni dagli anticorpi presenti nel siero dello stesso ratto o in quello di un altro. I leucociti formano la loro specifica citasi solo quando sono stravasati. Un'anaerobiosi parziale è probabilmente il fattore determinante di ciò.

L'essudato peritoneale di un ratto immunizzato verso il sarcoma del ratto di Sensen (S. R. S.) mostra quattro ore dopo una iniezione peritoneale di frammenti di S. R. S. (o di brodo ordinario) sempre un'azione dannosa od addirittura letale su culture in vitro di S. R. S., ma solo dopo un periodo di latenza di 6-8 ore. L'essudato peritoneale di un ratto normale è tossico solo in proporzione della naturale resistenza del singolo animale, e spesso forma un eccellente terreno di cultura per le cellule della S. R. S.

Il liquido chiaro ottenuto centrifugando l'essudato peritoneale di un ratto immune è letale con la stessa certezza dell'essudato in toto. Se questo liquido è riscaldato a 56° per 45 ore esso non danneggia più le cellule tumorali, ma può essere riattivato mediante la aggiunta di cellule peritoneali o delle loro secrezioni, non però con siero fresco proveniente da un animale immune.

Le cellule ottenute da un essudato mediante la sedimentazione, insieme con quelle del siero di sangue, sono dannose o addirittura letali per culture di S. R. S. Anche le cellule di un ratto normale, se vengono addizionate di siero di sangue di un animale immune, danneggiano le cellule di S. R. S., ma in modo meno grave.

L'immunità di un animale (ratto) per un tumore omologo innestato appare essere dovuta all'effetto combinato di due fattori: uno di questi circola nel sangue dell'animale immune ed è potenzialmente tossico per alcune varietà delle cellule maligne; l'altro è essudato dai corpuscoli bianchi quando essi vengono stravasati e sono soggetti ad una bassa tensione di ossigeno (20 a 40 mm. di mercurio), quale esiste nei tessuti e negli interstizii dell'organismo. Nessuno di questi fattori è letale da solo; insieme essi invece lo divengono, e la loro tossicità è più o meno specifica per il tumore trapiantato, che ha provocato la loro apparizione.

Gli effetti più caratteristici prodotti da essi (6-8 ore dopo la loro applicazione) sono la sparizione della membrana cellulare, e la lisi susseguente della cromatina nucleare.

Gli antisieri per i tumori eterologhi contengono d'altra parte ambedue queste sostanze, e sono rapidamente letali (in 5 o 10 minuti). In questo caso la membrana cellulare non sparisce, ma la sua permeabilità è profondamente alterata, e ne segue egualmente la cromatolisi.

Le cellule tumorali di tutte le specie studiate sembrano avere questo di comune, che esse contengono una sostanza antigene identica. Che questa sostanza sia il comune fattore eziologico non è evidente; sembra più facile che tutti i costituenti cellulari siano comuni alle cellule maligne poichè dagli effetti citotossici osservati risulta che la cellula stessa, e non la sua malignità viene distrutta, (TH. LUMSDEN, Sezione di Patologia sperimentale dell'Istituto Lister. *The Lancet*, n. 3, 1927).

***

II. V. NALLI (Ospedale Coloniale Italiano G. Garibaldi, di Tunisi. *Annali di Clinica Medica e di Medicina Sperimentale*, 1926, novembre) si è proposto di applicare le dottrine attuali sulla immunità locale alla terapia del tifo, ed ha istituito un metodo personale di cutivaccinazione allo scopo.

Tale metodo ha egli stesso sperimentato in 22 casi diversi di febbre tifoide, constatando che esso non è di alcun nocumento, e non comporta, a differenza della vaccinazione per via sottocutanea, nessuno dei più lievi pericoli od inconvenienti di choc o di ripercussioni nocive sullo stato generale e sull'evoluzione dell'infezione; che, al contrario dal punto di vista terapeutico, essa esercita una incontestabile azione favorevole e risolutiva; che le speciali condizioni del terreno organico, la presenza contemporaneamente di un'altra infezione, o il suo precedente passaggio per l'organismo possano influire a ritardarne o ad incepparne gli effetti. In questo caso rientrano specialmente la malaria e la tubercolosi, e per la tubercolosi, la cutivaccinazione specifica può coadiuvare, colla correzione del terreno, ad una migliore evoluzione della infezione tifosa, allorchè la cutivaccinazione antitifica si dimostra poco operante.

I fatti rilevabili dopo la cutivaccinazione antitifica presentano un interesse notevole, e ci forniscono un importante contributo clinico — sperimentale per lo studio, e per chiarire il meccanismo di azione della immunità cutanea.

***

III. Varie volte ci siamo occupati dell'argomento. In una rassegna del PAGNIEZ (*La Presse Méd.*, 1927, n. 12) sui contributi più suggestivi in favore di questo nuovo rimedio del cancro, sono sintetizzati contributi di Blair Bell, Lewis, Dilling, Wood e Cunnigham.

Questi contributi sono tratti dal *British Med. Journ.* del 20 novembre 1926.

Da noi, in Italia, non abbiamo ancora una statistica che possa farci valutare l'efficacia della terapia alla stregua dei risultati ottenuti, essendosi alcuni autori (Citelli, Guarino ecc.) orientati verso altri rimedi da sperimentare, quali lo zolfo e il glucosio, tentativi riferiti dagli autori stessi sulle colonne di questo giornale e ancora in via di esperimento.

Ora bisogna stabilire alcuni punti di partenza per la interpetrazione dell'utilità almeno teoricamente ammissibile del piombo nella terapia dei tumori maligni.

La cellula neoplastica, elemento in via di reversione embriologica rassomiglia in questo ritorno ancestrale alla cellula epiteliale del corion,

Digitized by Google

elemento dotato di forte potere di invasione e di erosione dei suoi vasi nella ricerca del suo nutrimento. Tra cellula neoplastica e cellula coriale esiste analogia chimica (funzione glicolitica, ecc.), strutturale e funzionale quindi, e ancora una vera affinità tossicologica. Il piombo ha un'azione tossica per entrambe queste specie di cellule, provocando a contatto di esse una vera azione distruttiva.

Questo il punto di partenza delle ricerche di Blair Bell, l'autore che ha introdotto la nuova terapia. Preparando sospensioni colloidali contenenti 0.5 % di piombo l'azione verrebbe esplicata dal ione Pb, convertendosi, nel sangue in ragione dell'85 % in fosfato di piombo e per il resto in carbonato.

Blair Bell parla inoltre di una vera azione elettiva che avrebbe il piombo sulla cellula cancerigna, ma Dilling esprime al contrario l'opinione che l'azione del piombo sia piuttosto quantitativa e non di affinità, sicchè il piombo non avrebbe che una azione comune ad altri metalli.

Comunque sia non si può escludere che la sua azione curativa riesce efficace in molti casi, specialmente se viene associato alla cura chirurgica o al trattamento Roentgen.

Nella esecuzione della cura è indispensabile una grande sorveglianza, potendosi verificare dei casi di intossicazione.

La somministrazione del piombo è seguita da una reazione dolorosa nel luogo dove risiede il tumore, reazione che si manifesta qualche ora dopo l'iniezione. Si hanno fenomeni generali a carico dei diversi organi, frequenti sono i fenomeni di anemia.

Per queste ragioni le iniezioni (endovenose) vanno praticate con grandi cautele e all'inizio le dosi della soluzione al 0.5 % saranno minime, regolando le successive secondo i risultati.

Questa terapia merita di essere presa in giusta considerazione e vagliata attraverso una più numerosa casistica e una più intensa osservazione critica.

***

IV. Kuhn (Ospedale Norbert in Berlin-Schöneberg. *Münchener Medizin. Wochen.* n. 11, 1927) si propone suggerire una variante, cioè un'inoculazione protettiva nel foruncolo mediante depositi minimali di miliardi della sostanza protettiva, e proprio finemente ripartita e compenetrata in tutti i diametri del focolaio infiammatorio, mediante la provocazione del sanguinamento, mediante il noto apparecchio per il vuoto alla Bier.

Questo trattamento i cui risultati pratici hanno indotto l'A. a sempre più rinunziare alle incisioni, può essere anche contemplato in rapporto ad altri metodi di concorrenza. Innanzi tutto con il metodo della stasi e dell'aspirazione; ma qui nulla può trovarsi da paragonare ad una vera pratica di innesto del sangue totale; poi col metodo delle auto-emo-iniezioni alla Loewen, ma qui il sangue ricavato da una vena è iniettato in grossi depositi presso il focolaio, senza alcuna minuziosa distribuzione, epperò si può dire che il suo influsso si eserciti non sul foruncolo ma sui tessuti circonvicini; come terzo metodo rivalleggiante vorrebbe essere ricordato quello della espressione alla Ritten, nei grossi foruncoli già trattati con tintura di iodo ed applicazioni calde, esercitando una graduale spremitura dai dintorni fino a vedere uscire sangue essudato etc.

I vantaggi di questa inoculazione vacuum-emorragica, sono fondati su alcuni principi fondamentali ,cioè portare l'autosangue in immediato contatto con i singoli componenti del territorio infiammato; sangue in totalità, non di singoli suoi costituenti. Poi l'opportuno frazionamento in minimi campi, tutti parimenti compenetrati. Ancora la possibilità di raggiungere questa distribuzione senza praticare incisioni, ferite esterne. L'inoculazione emorragica si dimostra anche microscopicamente ripartita nel modo più sottile. Inoltre la tendenza e la conseguenza fisiologica dell'inoculazione emorragica è quella di una vera inibizione sul processo flogistico nell'interno del foruncolo, ed un arresto dell'evoluzione necrotizzante.

L'interpretazione fisiologica dell'effetto curativo, ci prospetta varie tesi. Si può invocare la teoria del Bier sullo stimolo, con l'aggiunta di un'influsso di questi corpi stimolanti, in loro. A rigore si richiamerebbe la terapia proteinica, con la variante di una immissione locale. Anche sotto l'aspetto della produzione di anticorpi, si può pensare che in questa inoculazione i corpuscoli rossi fuoriusciti con il loro siero formino gli antigeni, che a loro volta ingenerano, anche meglio, per l'introduzione locale, gli anticorpi. Si può anche invocare la perturbatrice azione del siero fresco, su molti batteri, con un potere antibatterico non trascurabile. Finalmente non sarebbe da escludersi che gli elementi istologici chiamati nel processo di guarigione da ferita, assumono, nella ipernutrizione una capacità eccessiva di resistenza e di attività.

RIVISTE SINTETICHE

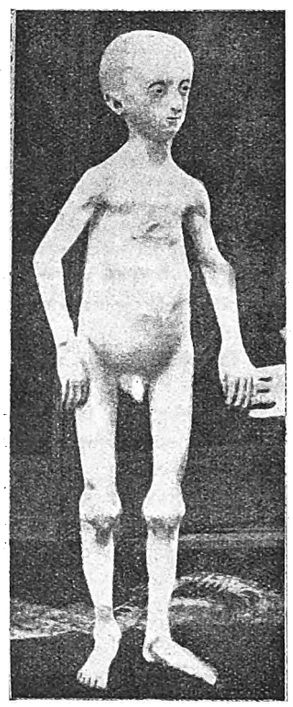
LA PROGERIA

La *progeria* (da *προγερος* = precocemente vecchio) o malattia di Hastings Gilford, e dai francesi detta nanismo senile di Variot, è una forma morbosa, descritta nel 1904 dal Gilford, che le diede il nome.

Consiste in alterazioni dello scheletro e della pelle, che colpiscono il ragazzo o l'adolescente, sì da fargli assumere un aspetto del tutto senile (v. figura).

La pelle è pergamenacea, rugosa, avvizzita e opaca, i vasi sottocutanei eccessivamente duri, fanno risalto sulla pelle, le arterie sono ateromasiche, le articolazioni nodose, i movimenti di queste limitati.

Subito si verifica un arresto nello sviluppo scheletrico, mentre la pubertà non accenna a svilupparsi, i capelli cadono e non si rinnovano più, sicchè può giungersi all'assenza completa di sistema pilifero totale. Le unghie sono più o meno anormali: o atrofizzate o ridotte a piccole linguette membranacee cortissime e larghe. Le falangi terminali delle dita alle mani e ai piedi sono ridotte a dei dischi poco spessi e le articolazioni presentano una limitazione dei movimenti sia per effetto di retrazione fibrosa, sia per alterazioni osteo-articolari.



Specialmente colpito, poi, è il cranio, sul quale suture e fontanelle sono aperte e i punti di ossificazione sono interrotti da lacune molli, membranacee o solo in parte ossificate.

La primitiva descrizione che il Gilford fece di questa malattia, si riferiva a due soggetti di cui uno di 17, l'altro di 41 anni, in persona di una donna. Il primo soggetto, fin dall'età di 3 anni era stato osservato da Hunchtinson e poi da altri, i quali avevano osservato il primo iniziarsi della malattia (assenza dei peli, dei capelli ecc.) fin quando non venne sotto l'osservazione di Gilford, che lo descrisse e diede il nome di *progeria* (Aper e P. Robin in *Presse Médicale*, n. 28, 1927). Gilford, infine, ha potuto eseguire l'autopsia dello stesso ammalato, morto a 17 anni.

Egli riscontrò alterazioni vascolari, cardiache, renali, rilevabili soltanto in un'età avanzatissima; indurimento delle arterie, chiazze ateromasiche sull'aorta e sulle valvole cardiache, stato sclerotico dei due reni e delle surrenali. Caratteristica la persistenza del timo, che pesava 48 gr. invece di 26 gr. quanto è il peso del timo normale nel suo massimo sviluppo. Gilford pare non abbia dato molta importanza a questo fatto, mentre è importantissimo secondo Aper e Robin.

Dopo i casi di Gilford ne fu pubblicato, in Francia uno da Variot e Pironneau, che diedero alla malattia il nome di *nanismo senile*, perchè tra i caratteri più salienti di essa esisteva una straordinaria brevità del corpo (102 cm., bambina di 15 anni) e un'enorme diminuzione del peso (11 Kgr. e 650, cioè il peso di un bambino di 2 anni). La bambina era completamente calva, senza ciglia, nè sopracciglia, le pelle del tutto priva di tessuto adiposo sottocutaneo, il collo magrissimo, assenza di mammelle, i rilievi muscolari molto visibili e così pure le vene, flessuose e rilevate. Infine in Italia un caso identico fu pubblicato nel 1925 (*La Pediatria*) da Ivo Nasso, in persona di una bambina di 4 anni e mezzo, che ben sviluppata all'inizio, aveva cominciato a perdere i capelli all'età di 20 mesi e a 3 anni era completamente calva; lo sviluppo somatico si era poi completamente arrestato, e la piccola inferma aveva assunto un aspetto di vecchia sofferente, magra, pallida, la cute grinza, i tendini facenti rilevanza sotto la pelle, le ene epioraniche apparentissime, i denti malamente impiantati. L'intelligenza era però conservata.

Aper e Robin aggiungono ai casi su ricordati un'osservazione personale in un ragazzo di 13 anni che merita di essere riassunta.

Nato a 7 mesi da madre trentenne e da padre tubercoloso di temperamento bizzarro, al punto che la madre lo dovette abbandonare prima della nascita del bambino.

Allevato al *biberon* è cresciuto su piccolo ma senza alcuna malattia e d'intelligenza normale. All'osservazione dei diversi segmenti del corpo

Digitized by Google

si nota: *a*) Cranio: alto e appiattito alla parte posteriore, si presenta di consistenza membranacea per tutta l'estensione della squama occipitale, cosparsa di ossa wormiane. La parte inferiore dello stesso osso appare alla radiografia solcata da suture anormali obbliquedavanti in dietro e da alto in basso. Le altre ossa craniche sembrano normali, mentre la sutura coronale è ancora larga di parecchi millimetri alla parte superiore, visibili i solchi dell'arteria meningea media, depressioni digitiformi sul frontale, base del cranio normale.

b) Faccia: assottigliata dall'alto in basso, naso piccolo, mascellare inferiore retratto. Gli occhi sono molto prominenti, la pelle, alle orecchie e al naso aderisce alla cartilagine sottostante, la quale è disseminata di piccoli rilievi irregolari che sollevando la pelle, le danno un aspetto sclerodermico, e bianco, anemico. Sparse qua e là sul volto si osservano piccole chiazze pigmentose color caffè-latte, specialmente abbondanti sulla cute delle palpebre, delle guance, sul naso e sulle orecchie.

c) la dentizione è del tutto viziosa; i bordi alveolari sono riavvicinati l'uno all'altro come se avessero subito una doppia pressione laterale. Al mascellare superiore sono avvicinati ugualmente ma si notano delle fessure che fanno pensare in un primo esame ad una gola di lupo. Incisivi superiori irregolarmente situati, uno dietro l'altro. In complesso la dentizione sia inferiore che superiore è irregolarissima.

d) le glandole sottolinguali sono voluminose e accostate l'una all'altra per la deformazione del mascellare inferiore. Grossi gangli sottomandibolari e latero-cervicali. La pelle del collo ha zone iperpigmentate, è rugosa e secca, scarsissima di adipe.

Il torace è deformato, le clavicole deviate e incurvate, lo sterno prominente, tumefazione delle giunture condro-sternali. Omeri molto accorciati a causa di fratture della diafisi (radiografia) all'unione del quarto inferiore coi tre quarti superiori; la linea di frattura è obbliqua dall'alto in basso e da dentro in fuori e il consolidamento è irregolare.

Al gomito l'estensione completa è impossibile e la radiografia mostra i nuclei epifisarii condiloidei sviluppatissimi; così pure per le altre articolazioni dell'arto, quantunque più normali quelle più distali.

La stessa limitazione dei movimenti e le stesse alterazioni all'arto inferiore. Alterazioni delle unghie come le osservazioni precedenti.

Quello che di più caratteristico hanno osservato gli AA. in questo caso, sono stati dei disturbi cutanei curiosi alle mani, ai polsi, ai gomiti, alle natiche, consistenti in proliferazioni epidermiche limitate, alcune di apparenza verrucosa, altre crostosa, altre infiltrate di una sostanza apparentemente calcarea, e alla radiografia nettamente ombrate. Seguendo l'evoluzione di queste chiazze, si vede che esse iniziano parecchi mesi prima con una crosticina, che poco a poco s'infiltra di una sostanza bianca o grigia; in seguito cade lasciando una piccola cicatrice bianca.

Nulla, infine, di speciale agli altri apparati od organi. Non si rivela inoltre alcun ombra del timo.

Quanto all'etiologia di questa malattia, essa è ancora oscurissima. Pare che nè lue nè tubercolosi siano in causa. Se l'unica autopsia che si abbia finora di questi malati ha mostrato a Gilford una ipertrofia del timo, non si può tuttavia dire che radiograficamente o clinicamente si sia anche constatata.

Sicchè la progeria o malattia di Gilford o nanismo senile di Variot è un'entità morbosa ben definita.

I diversi sintomi non sono costanti, come la caduta dei capelli e dei peli e la mancanza di adipe sottocutaneo, che può essere più o meno conservato. Il cranio presenta sempre alterazioni caratteristiche (ossa wormiane, membranacee ecc.) e così tutto lo scheletro e specialmente le articolazioni, che sono ingrossate; come pure costanti sono le alterazioni delle falangette e delle unghie.

La pelle è sempre alterata e presenta le note caratteristiche su descritte.

Come l'etiologia e la patogenesi sono oscure altrettanto sconosciute sono la profilassi e la cura.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le piloroduodeniti.— L. Bouchut e P. Ravault, della clin. med. di Lione. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, febbr. 1927.

Il sintoma principale è un dolore spastico, che si presenta con ritardo rispetto all'ingestione degli alimenti, come se si trattasse di una ulcera duodenale o piloroduodenale, senza che alla necroscopia o alla biopsia chirurgica si rinvengano nè questa ulcera, nè cancro, nè colecistite, nè appendicite. Talvolta, secondo le osservazioni degli AA., si rinviene una infiammazione peritoneale, che occupa la regione piloro-duodenale ed anche sotto-epatica. Il sostrato anatomico della sindrome consiste in una gastrite parenchimale ed interstiziale cronica, ad esacerbazioni subacute sopratutto all'inizio della primavera o dell'autunno. E' raro notare sangue nelle fecce anche con reattivi molto sensibili. Manca sempre l'ematemesi. Il vomito è poco frequente, ma quando si presenta, allevia molto la gastralgia, la cui sede è più verso l'ipocondrio destro che nello scrobicolo epigastrico ed abitualmente ha una ripercussione vertebrale nel punto di Cruveilhier. Spesso notasi ipercloridria con poca o niuna ipersecrezione gastrica. Gli AA. ritengono che origine prima del male stia in microbi non nettamente definiti, i quali localizzino la loro azione patogena sulla mucosa piloro-duodenale. In ogni modo è da tener presente la sindrome per i possibili equivoci con l'ulcera rotonda, che è esclusa anche dall'esame radiologico.

La colecistite lipoidea. — Bergeret e Dumont. *Presse Medicale*, n. 12, 1927.

Già Virchow, Ranvier, Aschoff ecc. avevano osservato sia nei canalicoli intraepatici che nella mucosa della vescicola biliare dei cani delle inclusioni epiteliali lipoidee alcune delle quali presentanti le caratteristiche della colesterina. Sono grosse granulazioni rifrangenti sopra o infranucleari, che si colorano elettivamente col Sudan o col bleu Nilo. Secondo Ranvier tali inclusioni devono essere considerate come il prodotto di un assorbimento, da parte dell'epitelio cistico di una parte dei lipoidi eliminati dal fegato.

Queste inclusioni possono essere il punto di partenza di calcoli, confermando il concetto, ormai ammesso da tutti, che le alterazioni della mucosa cistica hanno grandissima importanza nel determinismo della litiasi biliare e che l'origine di questa risiede in una alterazione generale del metabolismo che regola le ossidazioni intra- ed extra-epatiche, le quali sono il punto di partenza della futura colelitiasi, influendo sulla formazione dei calcoli, per via indiretta.

Da Chauffard-Gosset sono state messe in evidenza delle inclusioni intramucose di corpuscoli lipoidei che tendono a sporgere nel lume vescicolare, dove costituiscono il primo nucleo dei futuri calcoli. Esse inclusioni, riscontrabili anche in altri organi rivestiti di mucosa (per es. le trombe) sarebbero il prodotto di una infiammazione cronica, ma non è detto che debbano necessariamente dar luogo alla formazione di calcoli.

Ecco i caratteri istologici dei calcoli lipoidici, dagli AA. riscontrati in una loro osservazone: Nella cistifellea asportata essi riscontrano un calcolo di 2 gr. e mezzo allo stato fresco, faccettato e quasi trasparente da rassomigliare un *bombon* al miele. Il contenuto della vescicola biliare è composto da muco torbido con numerose strie brunastre, puriformi, conformate in granuli minuscoli come sabbia. Tale sostanza all'esame istologico appare come muco ialino, contenente rari globuli bianchi granulosi e rari cristalli di acidi grassi. Elementi più abbondanti i globuli rossi deformati e ridotti allo stato di ombre globulari. Alla superficie di essi si osservano granulazioni lipoidee rifrangenti e fra questi elementi diversi delle masse molto più voluminose, due o tre per campo d'immersione, opache al centro e trasparenti alla periferia. Esse sono il prodotto di fusione di numerose granulazioni lipoidee, di forma diversa e fra loro stipate, spesso moriformi che si colorano in bruno nero con l'acido osmico, a caldo.

Le orchiepididimiti da tifo e paratifo A. — Sebrazès. *Revue Medicale Universelle*, n. 3, 1927.

L'orchiepididimite dipendente da febbre tifoide è una complicanza rara, abitualmente insorgente nel periodo della convalescenza. Il b. di Eberth, perviene al testicolo per via sanguigna, più raramente per via ascendente dal canale deferente.

L'orchite è abitualmente unilaterale, a comparsa spesso insidiosa con poca reazione generale, ma sempre con un ritorno della febbre e con cefalea e dolore locale, che è di una certa entità, tanto che il testicolo non si può palpare, e spesso anche perchè si ha un idrocele acuto che vi si accompagna. L'epididimo partecipa in maniera variabile e scarsa alla infiammazione che è propria del testicolo.

Si possono avere, clinicamente, due forme di orchi-epididimite tifica: una semplicemente infiammatoria, che guarisce in 7-8 giorni e può recidivare e in cui il testicolo si decongestiona prima dello stesso epididimo,

Digitized by Google

si ha lenta restitutio ad integrum, e qualche volta non si ha affatto potendosi al contrario iniziare un processo d'atrofia.

La seconda forma clinica è la suppurativa. Si forma un testicolo o nell'epididimo un ascesso che perfora l'albuginea e si versa nella vaginale che si distende. In questa evenienza si procede alla incisione chirurgica.

Interessante per il suo inizio, decorso e cura un caso dell'A. in cui fu riscontrato agente causale il paratifo A.

Il decorso di questa affezione dura in genere dai 35 ai 40 giorni, quando vi è suppurazione; nella prima forma clinica invece, con riposo e topici si abbrevia di molto l'evoluzione infiammatoria. Dopo l'ascesso, quando si è verificato, si ha atrofia testicolare, ma per fortuna, essendo l'affezione sempre unilaterale, la funzione genetica viene conservata dall'altro testicolo.

Non si conoscono orchiepididimiti da paratifo B.

Le iniezioni di latte nella cura abortiva delle infezioni. – T. Silvestri. *Il Policlinico, sez. pratica,* fasc. 6, 1927.

L'A., riferendosi ad altre osservazioni precedentemente pubblicate, riferisce ora altri risultati ottenuti con le iniezioni di latte precocissime nelle malattie infettive, i quali confermano i concetti prima formulati. Il latte è preferibile ad altri preparati proteinoterapici per la facilità di procurarselo, di sterilizzarlo, per l'azione terapeutica più fedele e perchè non lascia ipersensibilità, così che può sempre usarsi nello stesso individuo in qualunque momento se ne presenti l'occasione, senza paura di fenomeni anafilattici. L'uso di queste iniezioni sin dall'insorgere della malattia, ancora prima che la diagnosi sia accertata con esattezza, sembra all'A. giustificato dal fatto che se l'organismo possiede in sè stesso tutto un mirabile sistema di difesa per resistere un tempo più o meno lungo contro l'aggresione di germi infettivi, non bisogna aspettare di venirgli in aiuto quando questo cede ed è solo intervenendo precocissimamente che si possono aumentare i poteri defensionali. Nei casi ora riferiti si tratta di 5 malati di eresipela, 6 di morbillo, 8 di reumatismo poliarticolare, 3 di parotite, 13 di probabile influenza, 14 di probabile febbre tifoidea.

In tutti le iniezioni di latte (due o al massimo tre, ripetute a giorni alterni) sono state seguite da guarigione pronta, duratura, per lisi rapida e senza che si verificassero reazioni violente di schok umorale: solo la temperatura subisce un lieve rialzo (1/2 grado) dopo la prima iniezione, rialzo che è molto più basso dopo la 2ª iniezione. Ora, se non si può negare che le malattie infettive possono presentare forme abortive e crisi spontanee, di fronte alla costanza dei risultati ottenuti con le iniezioni di latte, in paragone a casi controllo, sembra all'A. di poter affermare che il giudizio sulla bontà del detto trattamento debba essere tenuto in seria considerazione.

Linfogranulomatosi del midollo spinale. — Urechia e Goia. *Presse Médicale,* n. 12, 1927.

Raramente sono segnalate localizzazioni nervose del morbo di Hodgkin, e non è quindi inutile riferire queste degli AA.

Un uomo di 40 anni, che soffrì all'inizio dolori addominali ripetuti, e in cui dopo poco comparvero gangli ascellari e cervicali, con accentuazioni termiche. Dopo cinque mesi fortissimi dolori epigastrici esagerati dalla ingestione del cibo. Dopo un mese dolori addominali e ipertrofia dei gangli inguinali con edema da compressione agli arti. Pleurite con linfocitosi e Rivalta positiva. A carico del sistema nervoso: parestesie alle membra inferiori, abbondante trasudazione e brividi.

Dopo un breve sonno l'ammalato si trova spesso con le gambe paralizzate, sicchè non può camminare che con le grucce. Dopo ancora qualche giorno, dolori a cintura nella regione ombelicale. A carico degli sfinteri: difficoltà nella minzione, pollachiuria, costipazione. Dopo la defecazione dolori rettali. Sensazione di freddo dopo l'orinazione, che dagli arti inferiori si propaga fino alla vescica.

Allo stato in cui viene osservato dall'A. offre a constatare: leggero edema agli arti inferiori; eritema trofico alla regione lombo-sacrale. Reazioni biologiche sul liquor negative. Iperemia del fondo dell'occhio. Anisocoria, con reazione pupillare lenta, esoftalmo destro. Dermografismo. Il cammino è spastico-paretico. Riflessi tendinei esagerati, qualche volta con clono agli arti inferiori, e più a destra. Babinski positivo bilaterale. Riflessi cremasterico e addominale inferiore aboliti. Ipoestesia tattile e dolorosa fino all'altezza dell'ombelico, sempre più accentuate a destra.

Il secondo caso, uomo di 48 anni, venuto a morte e di cui si potette eseguire l'autopsia, vide comparire la sua malattia nella stessa maniera del precedente, e — caratteristico — la comparsa, anche in questo caso, dei dolori addominali con ipertrofia dei gangli addominali. Anche qui a questa fase segue paraplegia con deambulazione paretico-spastica e riflessi patologici.

Secondo gli AA. la propagazione della malattia generale al midollo spinale si compie attraverso le vie linfatica e sanguigna oppure per diffusione in contiguità, potendo constatarsi dei granulomi nelle cavità toracica e addominale che si diffondono nella cavità midollare vicina attraverso i forami vertebrali.

Il tessuto granulomatoso può interessare le vertebre, lo spazio epidurale e la dura e qualche volta anche il midollo, ma in piccolissima parte. Si tratta, dunque, sopratutto di una meningite granulomatosa, caratterizzata clinicamente da una sindrome anemica di tutto il midollo spinale con sintomi di radicolite e mielite trasversa. Spesso si hanno delle chiazze circoscritte, per cui si può fare anche la diagnosi di localizzazione. Quando la linfogranulomatosi in questa sede vertebrale colpisce anche l'osso si possono avere dei sintomi che essendo comuni alla sindrome di Pott potranno ingenerare confusione con questa malattia. Gioverà la radiografia che può ben allontanarne il sospetto. Dal punto di vista anatomo-patologico si osservano dunque alterazioni dirette, dovute al tessuto granulomatoso che può invadere l'osso, come abbiamo detto, e inoltre lo spazio epidurale, la dura madre spinale o cerebrale, le radici, i gangli i nervi della cauda equina e perfino il midollo, con alterazioni indirette di questo, dei gangli e del cervello dovute allo stato tossi-anemico.

La cura radioterapica apporta dei miglioramenti transitorii spesso molto sensibili, sicchè giova sempre tentarla, ma l'evoluzione della malattia generale è fatale.

Ematurie intermittenti di origine tonsillare. — G. Nisio. *Archivio Ital. di Urologia,* vol. 3, fasc. 3.

L'A. osserva che vi sono delle nefriti frequentemente emorragiche, che sopravvengono ad infezioni faringee (angine, amigdaliti, adenoiditi), le quali possono anche passare inosservate, e comunque possono non essere proporzionali all'entità delle nefriti stesse.

Queste nefriti hanno tendenza a ripetersi in occasione di ogni riacutizzazione del processo faringeo. Esse hanno quasi sempre la forma emorragica; l'ematuria è talvolta il solo sintoma presente, onde si può incorrere facilmente nell'errore di disconoscerne la vera causa e di scambiarle con altre affezioni, specialmente con la tubercolosi renale.

Numerose ricerche di ordine microbiologico e fisio-patologico sono state portate per spiegare il meccanismo di tale rapporto esistente fra alterazioni renali e tonsillari; i risultati però sono ancora discordi e non permettono conclusioni definitive.

Sta di fatto, ciononostante, che tali ematurie guariscono con l'ablazione delle amigdale.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Quando e come dev' essere operato l' echinococco polmonare. — S. C. Lehmann, Clinica Chirurgica di Rostock. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,* vol. 197, fasc. 1-6.

Nel primo stadio — cisti piuttosto piccola ed intatta — si deve eseguire la terapia conservativa se la cisti è in posizione centrale, e la terapia operativa in due tempi, se la cisti è in posizione superficiale.

Nel secondo stadio — cisti più grossa con limitazione di spazio — bisogna operare, anche qui in due tempi, con abbondante resezione di costola, ed opponendosi alla chiusura primitiva della cavità cistica.

Nel terzo stadio — perforazione — si deve operare nei casi di piopneumotorace, nel pneumotorace da tensione, nell'ascesso polmonare, nell'empiema, come pure nei processi di guarigione che tendono a provocare ispessimenti.

La narcosi con protossido d' azoto (gas esilarante). — H. Schmidt, Hambrg Eppendorf. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie,* 1926, vol. 137, n. 3.

Si può anzitutto rinunziare alla iperpressione per ottenere una maggiore profondità della narcosi.

In combinazione con l'acido carbonico si può ottenere la narcosi con minor quantità di protossido d'azoto; la narcosi è sicura solo quando viene esattamente misurato l'ossigeno.

La maniera di agire, le modalità di manipolazione, la tecnica, ed i vantaggi di questo procedimento in confronto della narcosi eterea, rassomigliano a quelli della narcosi per stordimento col narcilene.

Qualche volta è utile far gocciolare anche un po' di etere (da 1/2 a 30 cmc.). Non si ha mai cianosi.

Sono da sorvegliarsi il colorito e la respirazione del paziente la capacità di stordimento rimane al disotto di quella del narcilene. I vantaggi del metodo sono rappresentati dalla sicurezza dell'esplosione, dalla mancanza di odore, dal formato conveniente delle bombole, dalla rapidità dell'azione, dal fatto che la respirazione non è influenzata in condizioni normali.

Con l'introduzione nella tecnica operativa della narcosi con gas e particolarmente della narcosi con protossido d'azoto, vengono resi migliori gli esiti operativi.

Perciò è necessario che i medici si familiarizzino con questa tecnica.

Digitized by Google

GINECOLOGIA

L'esplorazione utero-annessiale mediante il lipiodol. — PORCHER e AMELINE. *Revue Medicale Universelle*, n. 3, 1927.

Il malato non subisce alcuna preparazione, se si eccettua qualche spennellata di cocaina sul collo uterino. Si pone quindi in posizione ginecologica, si introduce uno speculum bivalve e mediante pinzettamento si stira il collo in modo che si possa introdurre agevolmente in utero la sonda o la cannula che serviranno per introdurre il lipiodol.

Gli AA. hanno ideato una cannula tipo di diametro diverso adattabile a ciascun collo, aperta all'estremità d'immissione da due fori laterali. All'estremo distale di essa può adattarsi una siringa che spingerà nella cannula stessa il lipiodol.

E' indispensabile, secondo gli AA. praticare l'iniezione sotto il controllo radioscopico, onde evitare che un'eccessiva spinta di liquido ne faccia penetrare nel peritoneo, dopo aver riempito le trombe. Nè occorre servirsi di un manometro, dovendosi impedire che si abbia un reflusso del lipiodol in vagina e tutto ciò non potendo meglio essere regolato che dalla vista, che dovrà far arrestare la spinta appena una delle due trombe sia già piena (se l'altra non lo è contemporaneamente vuol dire che vi è ostacolo e quindi un'ulteriore spinta farebbe entrare in eccesso il lipiodol dalla parte opposta, pervia). Quandanche, però, del lipiodol penetrasse nel peritoneo, ciò non sarebbe pericoloso. Dopo fatta la iniezione si esegue la radiografia, di prospetto. Nell'utero normale la cavità si mostrerà in forma di triangolo e le trombe, piene, appaiono come canali pieni sinuosi di diverso diametro. Il lipiodol iniettato si elimina nelle 24 ore successive. Il metodo è scevro di pericoli.

E' applicabile in tutti i casi, e merita di essere studiato, allo scopo di meglio valorizzarne l'utilità diagnostica.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Autovaccino polimicrobico nella blenorragia. — PIERO G. CASTELLINO, Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Napoli. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. VI, 1926.

L'A., in 26 casi di uretriti gonococciche, subacute, croniche totali e complicate, ha sperimentato la terapia vaccinica, usando un vaccino ottenuto coltivando su agar-siero-ascite, agar-siero-idrocele e brodo-ascite la secrezione uretrale o, in mancanza, il sedimento urinario o lo sperma dei rispettivi infermi e usufruendo di tutti quei germi che attecchivano nel terreno usato; delle colture venivano preparate diluizioni in soluzione fisiologica da 100 milioni a 1 miliardo di germi per cc., che erano sterilizzate col calore. L'A. ha inoltre sperimentato anche la sensibilizzazione dei germi con l'autosiero, ed a tale scopo ha aggiunto alle colture già sviluppate il siero di sangue dello stesso infermo, lasciando in contatto per 24 ore a 37°; per altre esperienze ancora si è servito del siero immune gonococcico di cavallo, usando la stessa tecnica che per l'autosiero oppure aggiungendo alle fiale 2 cc. di siero immune.

Nelle prove eseguite, l'A. ha registrato 7 guarigioni (casi nei quali la ricerca microscopica eseguita anche a distanza di mesi ha dato sempre risultato negativo per il gonococco), tutte riguardanti uretriti croniche totali; 16 miglioramenti (casi nei quali accanto ai favorevoli risultati clinici si notava ancora presenza del gonococco, sia pure in modo scarso), di cui 9 uretriti croniche, 6 subacute e 1 acuta; 3 insuccessi e cioè 1 uretrite cronica, 1 acuta e una vulvo-vaginite con metrite. In relazione al tipo di vaccino usato, pur non avendo osservato grandi differenze nei risultati, l'A. afferma che gli è sembrato migliore quello autosensibilizzato.

In conclusione, l'autovaccino è sempre da tentarsi specialmente in quei casi dimostrativi ribelli alle comuni cure e trova le sue migliori indicazioni nelle forme complicate sia prossimioni che a distanza e nelle forme uretrali subacute e croniche.

Il pus blenorragico come rimedio in manifestazioni gonococciche. — LODATO. *Arch. Ital. di Scienze Mediche e Coloniali*, fasc. 2, 1927.

In due casi, uno di artrite gonococcica della mano destra ed uno di uretrite cronica, l'A. ha adoperato il pus blenorragico, con lo stesso metodo adoperato per la foruncolosi, cioè una goccia di pus diluita in 5 cmc. di fenolo sintetico. Iniezioni di un cmc. in giorni alterni.

Come conclusione l'A. afferma rapida scomparsa delle lesioni articolari e della secrezione uretrale, solo dopo 6 iniezioni. Reazioni non molto imponenti. Sintomi reattivi comuni alla schok-teparia. Utile il controllo di una più vasta applicazione.

L'albuminuria ortostatica in rapporto alla sifilide. — S. GÜBERT, Reparto Dermatologico dell'Ospedale Civico Caterina di Stuttgart. *Zentralblatt f. innere Medizin*, 1926, n. 42.

L'albuminuria ortostatica deve ritenersi come manifestazione puramente funzionale; se esistessero rapporti di dipendenza anche lontana tra essa e la nefrite, tanto la sifilide di per sè, quanto — ed a più forte ragione — un intenso trattamento antiluetico a dosi elevate dovrebbe aggravare l'albuminuria e quindi le eventuali manifestazioni nefritiche, il che non è.

La sifilide non rappresenta la causa della schietta albuminuria ortostatica, come, da parte sua, la albuminuria ortostatica non rappresenta una causa predisponente per un'eventuale lesione renale di natura sifilitica. L'albuminuria ortostatica va piuttosto considerata come sintomo di una debolezza della costituzione generale, o di una minorazione dei reni in particolare.

E' una fortuna determinare la natura ortostatica di una albuminuria in quanto ciò permette ad un luetico di dedicarsi ad un intenso trattamento specifico, senza preoccupazioni, e d'altra parte offre un elemento prognostico di indubbio valore.

Stenosi rettali, elefantiasi ano-rettali, sifiloma ano-rettale di Fournier. — G. BERTACCINI, Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Genova. *Giornale Italiano di Dermatologia e di Sifilologia*, fasc. VI, 1926.

L'A. ritiene che la diversità di opinioni espresse dai diversi autori sull'etiopatogenesi della forma denominata dal Fournier « sifiloma ano-rettale » dipenda dal fatto che questo termine è stato impropriamente usato descrivendo casi che non rispondevano alle condizioni stabilite dal Fournier come caratteristiche della sindrome in parola. L'A. esprime quindi il convincimento che, pur ammettendo forme svariatissime di stenosi rettali e di elefantiasi ano-genitali di origine certamente non luetica, bisogna riconoscere che esistono casi tipici nei quali la natura luetica e la patogenesi tale come il Fournier l'ha descritta appaiono quanto mai probabili.

L'A. descrive sette casi da lui osservati, i quali pei caratteri clinici obbiettivi, pei reperti dell'esame rettoscopico, per la sintomatologia, ecc. possono considerarsi tutti appartenenti al tipo del sifiloma ano-rettale di Fournier. Notevole in uno di questi casi la presenza di tubercolosi polmonare e di adeniti tubercolari dei gangli mesenterici; nonostante queste lesioni concomitanti, che hanno portato la malata a morte, l'A. ritiene che il restringimento rettale sia di natura luetica, del tipo del sifiloma ano-rettale. Questa sindrome è perciò probabilmente meno rara di quanto oggi alcuni autori vorrebbero sostenere.

Contributo su un germe patogeno dell'ulcera venerea. — B. CARTIA, Clinica Dermosifilopatica della R. U. di Milano. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. VI, 1926.

In tentativi di coltura dello strepto-bacillo del Ducrey, fatti seminando su agar-sangue di coniglio del materiale prelevato da ulcere da auto-inoculazione, l'A. ha isolato in coltura pura un germe, diverso per alcuni caratteri da quello di Ducrey e capace di riprodurre sperimentalmente lesioni ulcerative a tipo venereo sull'uomo. Tale germe è stato dall'A. frequentemente riscontrato nel pus delle ulcere da auto-inoculazione, specialmente di quelle a tipo più distruttivo, dalle quali è stato possibile isolarlo con facilità (6 volte su 10); lo si è riscontrato anche e quasi allo stato di purezza nel pus delle ulcere sperimentali, dalle quali lo si è potuto nuovamente coltivare.

Detto germe si presenta sotto forma di un bastoncino diritto, con estremità arrotondate, della lunghezza variabile da 1 a 1.5 micron e larghezza da 0.40 a 0.80 micron; solo alcune forme lasciano vedere un piccolo spazio centrale non colorato, così come lo strepto-bacillo di Ducrey, a differenza del quale, però, non si dispone in lunghe catene e solo talora si dispone in corte catenelle di 3-4 elementi al massimo. Altri caratteri differenziali dal b. di Ducrey sono: la gram-positività e la possibilità di cultura su tutti i mezzi nutritivi.

L'A. ha tentato anche con detto germe la preparazione di un antigene per intradermoreazione e di un vaccino per la terapia dell'ulcera venerea, ma i risultati finora ottenuti non lo autorizzano a conclusioni in proposito.

In conclusione, dalla frequenza con cui ha riscontrato il detto microrganismo nel pus delle ulcere da auto-inoculazione e dalla possibilità di determinare con le culture di esso un'ulcera sperimentale nell'uomo, l'A. è portato a concludere che il germe isolato possa avere una certa importanza nella patogenesi dell'ulcera venerea, sia contribuendo ad esaltare la virulenza del bacillo di Ducrey, sia concorrendo anche direttamente alla produzione dell'ulcera.

NEUROPATOLOGIA

Ipertensione endocranica senza stasi papillare. — A. MAGITOT. *Revue Neurologique*, n. 1, 1927.

Le ipertensioni endocraniche senza papilla da stasi sono, secondo l'A., ancora poco note; è perciò interessante conoscere che è possibile svelarle,

Digitized by Google

prescindendo dalla puntura lombare, con la semplice ricerca del polso retinico. A tale scopo si valutano contemporaneamente la pressione dell'arteria centrale della retina mediante l'apparecchio di Bailliart e la pressione dell'arteria omerale con uno sfigmomanometro: si sa che normalmente la pressione arteriosa sistolica retinica è di 75-80 mm. di Hg e la diastolica di 30-35 mm. di Hg, e che il rapporto tra pressione retinica e pressione omerale è di 0.45 a 1. Ora l'esperienza mostra che quando la pressione del liquido cefalo-rachidiano aumenta, la pressione retinica può contemporaneamente aumentare, senza che la pressione arteriosa periferica si modifichi.

L'A., qui, riferisce 4 osservazioni di malati, sofferenti di disturbi vari (cefalea, vertigini, piccolo male, ecc.), nei quali, pur mancando ogni modificazione del fondo dell'occhio, una ipertensione dell'arteria retinica permise di svelare una ipertensione endocranica transitoria, controllata, poi, in tutti i casi con la puntura lombare.

Il metodo riferito dall'A., confortato da ulteriori osservazioni, è pertanto di gran valore per mettere in evidenza le ipertensioni endocraniche fruste o iniziali.

ENDOCRINOLOGIA

Sindromi ipofisarie da traumatismi cronici. — Galluppi, della Clinica Medica di Genova. *Revue Française d'Endocrinologie*, n. 1, 1927.

Sette osservazioni cliniche, in cui il dato anamnestico, trauma, si è potuto accertare, permettono all'A. di concludere che le lesioni traumatiche del cervello rappresentano uno dei fattori etiologici fra i più frequenti e importanti del determinismo delle alterazioni sellari e quindi delle sindromi ipofisarie.

Spesso non viene data importanza sufficiente a questo fattore anamnestico, il quale passa inosservato, perchè di data molto anteriore alla insorgenza della sindrome ipofisaria, ma, in realtà nel traumatismo cranico si verificano sicuramente a carico della sella e dell'ipofisi piccole emorragie, le quali vengono oscurate dal quadro imponente della sintomatologia generale e solo più tardi rivelano i loro effetti. Queste piccole emorragie danno luogo, dopo un certo tempo a piccole cisti ematiche e più spesso a focolai sclero-atrofici in seno all'ipofisi, i quali ne diminuiscono il volume e per adattamento consecutivo anche la cavità della sella si restringe: quindi diminuzione del diametro di apertura, e riduzione, spesso, di tutta la cavità. Le appendici ossee libere, possono assumere una direzione anormale, possono subire processi di iperostosi e di sinostosi localizzate alle apofisi clinoidee e alle altre regioni ossee vicine, sellari ed extra-sellari.

I fenomeni ipofisari post-traumatici consistono in sindromi lievi, che spesso però determinano per riflesso alterazioni in altre glandole endocrine. Frequente la diminuzione del campo visivo, secondo l'A. dovuta alle lesioni o alla compressione delle alterazioni ossee e glandolari nella loggia sellare.

L'A. richiama l'attenzione sulla importanza medico-legale e medico-pedagogica che hanno tali sindromi, le quali nel primo caso possono stabilire eventuali risarcimenti e, nel secondo caso, spiegare alterazioni del carattere e disturbi inerenti alla funzione dell'ipofisi.

TERAPIA FISICA

Trattamento radioterapico delle artriti gonococciche. — Attilj Sordello. *Arch. di Radiol.*, 1926, fasc. 6.

Partendo dalla conoscenza che i raggi X esercitano una indubbia azione benefica sulle infiammazioni specialmente da cocchi e dai lusinghieri risultati ottenuti dal Grynkraut col trattamento radioterapico, in due casi di reumatismo blenorragico l'A. ha applicato lo stesso trattamento per la cura delle artriti gonococciche.

I risultati, come si rileva dai 6 casi riferiti, sono stati superiori alle speranze: basta per raggiungere l'effetto valuto una sola seduta di radioterapia, dopo la quale gli infermi avvertono una notevole diminuzione del dolore e una maggiore possibilità di funzione delle articolazioni malate, la guarigione procede relativamente rapida, nè residuano postumi sgradevoli, anzi le articolazioni guarite conservano tutta la loro funzione, tanto da permettere in un caso perfino di tornare a giuocare al foot-ball. Quanto alla tecnica, l'A. ha trovato sufficiente la dose di raggi corrispondente al 15-20 % della D E, ottenuta con raggi di media durezza.

Il metodo dà ottimi risultati anche senza l'associazione di nessun altro sistema di cura, ma può riuscire utile, specialmente nelle artriti non troppo recenti, associare alla radioterapia la diatermia.

Secondo l'A., l'azione favorevole dei raggi è dovuta scarsamente ad un'azione diretta; essa deve ritenersi legata invece sopra tutto ad un'azione indiretta, ossia ad una messa in circolo di sostanze (batteriolisine, antitossine, antiaggressine, ecc.) capaci di combattere il processo morboso in atto: questa ipotesi è convalidata dal fatto che talora l'irradiazione di una sola articolazione ha portato benefici effetti, sebbene in modo meno intenso, su altre articolazioni malate e non influenzate direttamente dai raggi.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE IN BARI

Seduta del 15 luglio 1926

Presid.: prof. N. Leotta

Mariani. *Cute e paratiroidi.* — Illustra la storia clinica di un giovane affetto da epidermolisi, cute e annessi, ossa e articolazioni delle mani e dei piedi riferibili in parte all'epidermolisi, in parte a fenomeni congeniti.

Aveva nell'infanzia un quadro marcato di spasmofilia e presentava tuttora reazioni di tipo vagotonico ed una ipereccitabilità del simpatico. Essendogli stata somministrata per una tigna favosa che aveva una dose di acetato talloso di gran lunga inferiore a quella che può esser tollerata da un soggetto della stessa età, ebbe in 10ª giornata un quadro tipico di tetania paratireopriva che lo condusse a morte. La necroscopia dimostrò: riduzioni delle paratiroidi, ridotte ad isolotti, sparse nella tiroide, abbondanza di cellule ossifile, cicatrici emorragiche, sclerosi. Viene così dimostrata l'origine prevalentemente paratiroidea della sindrome distrofica cutanea a precisare l'importanza pressochè specifica di queste ghiandole nella difesa di alcuni veleni eminentemente endocrini (tallio).

Neri. *Sull'azione patogena del bac. anthracis.* — L'O. riferisce i risultati dei suoi studi sull'azione patogena del bacillo del carbonchio, e riguarda in modo particolare la questione sollevata da Besredka circa la pretesa esclusiva recettività della pelle all'azione patologica del bacillo carbonchioso. Egli impiega degli stipiti di carbonchio attenuati, patogeni ancora per la cavia, non più patogeni per via sottocutanea pel coniglio.

Il coniglio inoculato con questo stipite sopra una larga superficie cutanea scarificata presenta intensa reazione locale e a volte soccombe, ciò che non avviene mai per inoculazione. La cavia, che soccombe all'azione di questo stipite attenuato per qualunque via inoculato, tollera forti dosi per inoculazione endoperitoneale, quando la patina culturale sporificata sia racchiusa in un tubetto con l'apertura protetta da un lasso tappo di cotone idrofilo. L'O. deduce che i diversi risultati delle varie vie di inoculazione non si debbono spiegare con una diversa recettività dei vari tessuti ed organi, ma bensì con la diversa virulenza del germe impiegato e con la diversa possibilità e intensità della difesa fagocitaria nei vari tessuti.

Nisio. *Sull'enervazione del rene.* — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche sperimentali sulla enervazione renale. Si è prefisso di studiare i risultati lontani in rapporto alla funzione del rene. Ha fatto due serie di esperimenti: la decorticazione dell'arteria renale e la sezione dei filuzzi nervosi visibili nel peduncolo. Ha notato anche egli la diversa influenza, che si esplica con modificazioni di ordine secretorio e circolatorio, esercitata dall'interruzione dei due principali sistemi di innervazione del rene. Ma tali modificazioni ha trovato solo transitorie e dopo qualche mese la funzione del rene enervato è nettamente inferiore a quella del rene sano. L'O. conclude contro l'operazione della enervazione renale.

Insabato. *Qualche osservazione sulla terapia dei parkinsonismi.* — L'O. fa alcune considerazioni sulla terapia dei parkinsonismi. Parla dell'autosieroterapia intrarachidea e degli scarsi e solo temporanei vantaggi che presenta. Lo stesso della terapia salicilica endovenosa a forti dosi.

La terapia sintomatica che, pur assai vecchia, gode maggior favore nella cura del morbo di Parkinson, è quella delle tropeine.

L'O. richiama l'attenzione dei colleghi sull'abuso che si fa anche da parte dei medici di questi farmaci e specialmente di tutte quelle specialità farmaceutiche contenenti ioscina, atropina, duboisina e simili, la cui somministrazione viene spesso affidata agli infermi stessi. Infine parla del meccanismo di azione di questi rimedi.

Bonomo. *Grandezza respiratoria e aria respiratoria nei normali.* — L'O. allo scopo di stabilire le medie normali della grandezza e dell'a

Digitized by Google

ria respiratoria, risultandogli troppo alte quelle riferite dai fisiologi in rapporto alle cifre ottenute nei malati dell'apparecchio respiratorio, ne ha determinato il valore in venticinque adulti sani a digiuno da 12 ore a riposo. Ha ottenuto per la grandezza respiratoria una media di cmc. 4350 con valore minimo cmc. 2600 massimo 6000, per l'aria respiratoria una media di cmc. 275 con valore minimo cmc. 165, massimo cmc. 400. Le medie trovate sono risultate notevolmente inferiori a quelle accettate come normali.

Trinchera. *Enuresi infantile essenziale e suo trattamento.* — L'O. riferisce i risultati ottenuti mediante la puntura epidurale alla Cathelin nella cura dell'enuresi essenziale. Egli ha modificato in parte la tecnica originaria iniettando forti quantità di liquido sino a 50-100 cmc. a temperatura di 45-50° ed a queste modificazioni attribuisce verosimilmente i buoni risultati ottenuti nei quattro casi trattati. Conclude che il metodo, nei casi di enuresi essenziale, va preso in miglior considerazione contro allo scetticismo col quale molti autori lo considerano.

Santanastasio. *Degenerazioni corneali nel tracoma* — L'O. presenta quattro casi di degenerazione corneale in tracoma. Dopo la descrizione dell'aspetto esterno di queste lesioni e della costituzione istologica, classifica tre delle medesime come uno studio intermedio fra la degenerazione ialina e l'amiloide, la quarta come una degenerazione ialina pura.

Si occupa poi della patogenesi, della diagnosi e cura di queste lesioni, che sono abbastanza rare.

Il Segretario: C. Rossi

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DELLA ROMAGNA IN FAENZA

Seduta del 12 dicembre 1926

Presid.: prof. S. Solieri

Artusi G. (Cesena). *La limonata benzoica.* — Si tratta di una preparazione in uso nel Cesenate da parecchi decenni e sempre più prescritta dai medici e richiesta dai malati. Questa limonata leggermente frizzante è di sapore gradevole, tanto da potersi usare anche come bevanda abituale.

L'O. ne dà la formula seguente: acido benzoico gr. 2 sciogli a caldo in acqua gr. 1000, sciroppo cedro q. b.

La limonata benzoica trova la sua principale indicazione nelle affezioni dell'apparato urinario, specialmente nelle vecchie cistiti, nelle uretriti blenorragiche o no, nelle albuminurie. E' anche utile nei catarri delle vie respiratorie.

L'O. mette in rilievo la grande tolleranza e l'indubbia efficacia del rimedio; crede, che, oltre all'azione diuretica e antiflogistica blanda, la limonata eserciti anche un'azione antiurica e antiureica non disprezzabile.

Giugni F. (Lugo). *Nuove vedute e recenti ricerche sui rapporti tra febbre maltese e aborto epizootico.* — L'O. facendo seguito a precedenti comunicazioni sull'argomento riferisce i particolari della comparsa della febbre maltese nel circondario di Lugo durante l'ultimo triennio 1924-25-26 avendone osservato in questo periodo circa un centinaio di casi. Nel triennio precedente invece un solo caso si era manifestato nella zona. Dalle indagini eseguite in ogni caso isolato come pure nei piccoli focolai della infezione ha constatato che nella grande maggioranza esisteva un rapporto diretto con l'aborto delle bovine, ma non solo con queste, bensì in piccola percentuale anche con l'aborto delle pecore, e in un caso con l'aborto di cavalla.

Riguardo all'andamento clinico della affezione nell'uomo non ritiene, come alcuni AA., trattarsi di una malattia nuova prodotta dal germe di Bang; ma in base ad osservazioni personali di febbre maltese periodica in Sicilia e a Malta, non mette alcun dubbio nell'identificare la classica infezione da micrococco di Bruce.

Ad interpretare la comparsa della malattia in zona fino allora pressochè sconosciuta, l'O. ha eseguito un'inchiesta presso i veterinari esercenti nella regione, avendone come risultato la concorde affermazione di un maggior numero di aborti nelle bovine osservato in questo ultimo triennio.

Vagliando le diverse ipotesi affacciate dagli altri studiosi dell'argomento, egli conclude che una spiegazione della comparsa e della diffusione della febbre maltese nella zona, debba trovarsi in una particolare diffusione del micrococco di Bruce, come agente di aborto epidemico negli animali e specialmente nelle bovine, e di conseguenza con più facili contagi all'uomo.

Zanardi G. (Medicina) — L'O. riferisce intorno a 17 casi di febbre maltese da lui osservati in questi ultimi anni, casi distribuiti in 4 focolai: di questi focolai, 3 furono dati da aborto vaccinico, uno da aborto di una scrofa.

In tutti i casi fu trovato sia negli animali che negli uomini fortemente positiva (++++) l'agglutinazione del bacillo di Bang, leggermente positiva (+) quella del micrococco di Bruce.

Civalleri I. (Faenza). *Indagini sulla capacità respiratoria negli stati iniziali della tubercolosi polmonare.* — Ha applicato a questo studio il metodo del Franck (prova della apnea volontaria postinspiratoria), compiendo oltre 500 osservazioni in soggetti inizialmente colpiti da lesioni specifiche dell'apparato respiratorio.

Esaminando le medie dei valori ottenuti in confronto con le medie fisiologiche, risulta una notevole diminuzione della capacità respiratoria che sembra anzi proporzionale al grado ed estensione della lesione in atto.

Anche in casi di latenza del processo morboso (stadi cosidetti pretubercolari) la prova del Franck rivela delle deficienze funzionali, che possono (insieme ad altri segni) convalidare il concetto diagnostico sempre delicato e difficile in tali fasi scarsamente e vagamente sintomatiche della malattia.

Solieri S. (Forlì). *Di una piccola, ma utilissima particolarità di tecnica nella isterectomia totale addominale per neoplasia maligna del corpo e del collo uterino.* — L'O. raccomanda che non sia trascurata ma che anzi venga sistematizzata, nella isterectomia totale addominale per carcinoma del collo o del corpo dell'utero, l'applicazione in vagina, previo lavaggio con soluzione calda di permanganato di K., di una lunga fascia di garza sterile che ordinatamente zaffi i fornici e la vagina stessa. L'estremo della fascia si lascia sporgere di circa un metro dalla vulva e servirà di presa all'infermiere che, al momento in cui il chirurgo apre la vagina dovrà su comando tirare rapidamente la fascia.

Questo zaffamento ha il compito, oltre che di assorbire i liquidi settici che nelle manovre sull'utero scolano in vagina e potrebbero facilmente refluire nella cavità peritoneale della donna in posizione di Trendelenburg, anche di mettere in evidenza la parte della vagina su cui si deve incidere poichè questa per lo zaffamento si fa *bombée* dove ancora è distendibile cioè libera da infiltrazione neoplastica.

Testi A. (Faenza). *Una malattia che scompare.* — Premesse alcune ragioni per le quali non può mettersi in dubbio che la clorosi stia per scomparire almeno nelle regioni nelle quali l'O. ha potuto praticare delle precise ricerche per accertare la verità del fatto, parla su quanto ha potuto raccogliere anche per l'Estero dove questa scomparsa è stata notata. Crede che in Italia nessuno abbia segnalata la cosa, ma non può affermarlo assolutamente.

Sorvola sulle antiche dottrine della clorosi per abbracciare l'odierna dottrina dell'insufficienza ovarica (Von Rooden, Nägeli, Pende) in uno a perturbamenti di altre secrezioni interne con prevalenza di quella ovarica. Combatte il concetto che il busto della donna che con la moda ha abolito possa essere stata la cagione prevalente della clorosi nei tempi passati. Ricorda che il matrimonio si concedeva alle clorotiche e non poche volte afferma d'averne avuto esito buono sia perchè la clinica lo confortava nell'origine genitale della malattia sia perchè ricordava il detto degli antichi nel *morbus virginum*: Nubat illa et morbus effugiet.

Conclude col ritenere che la scomparsa della clorosi tenga ad un più precoce e rapido assestamento della funzione ovarica determinato più che da un miglioramento dell'igiene generale, da un radicale combiamento in seno alla Società che ha profondamente modificato la psicologia della vita giovanile.

Oggi si è costituito uno stato ambientale, incosciente anche per le fanciulle che menano una vita regolare, ben diversa dal passato nel quale i sentimenti intimi affettivi venivano piuttosto repressi dall'austerità dei costumi, mentre al presente tutto favorisce e completa il funzionamento della sessualità e quindi rende normale la secrezione endocrina specialmente ovarica cui si deve la scomparsa della clorosi. ma senza che avvenga un miglioramento nell'organismo femminile, sebbene per il maggior consumo della vita uno stato di esaurimento che favorisce l'attecchimento del bacillo di Koch; sicchè da una anemia clorotica leggiera e facile a guarire ci troviamo a combattere una anemia grave, difficile a curarsi, e che è l'anemia pretubercolare.

Il Segretario: dott. P. Galli

Digitized by Google

CONGRESSI E CONVEGNI

VII Riunione del Gruppo centro-meridionale e siculo della Società Italiana di Radiologia medica

(Perugia - Aprile, 1927)

I radiologi dell'Italia Centrale e Meridionale si sono riuniti recentemente nella città di Perugia, ove hanno ricevuto cortesi accoglienze da parte del Podestà, del Prof. Eugenio Milani, incaricato di Radiologia in quella R. Università, del suo Aiuto dott. Bruno Bellucci e degli altri radiologi della città. La riunione ebbe carattere di speciale importanza e per il numero degli intervenuti e per l'interesse degli argomenti discussi.

Erano presenti, tra gli altri, i Proff. Rossi di Parma; Saraceni, Lanzi, Coleschi, Bianchini, Attilj, Pazzi, Serena di Roma; Del Buono di Bari; Guarini, Tandoja, Piergrossi di Napoli; Nicotra di Catania; Utili di Faenza; Pampiglione, Nuvoli, Santoro, Gentile, Turano; Sforza; Salvatori di Roma; Lapenna di Belluno; Piccinini, Vaiano, D'Istria, Moscariello di Napoli, Todaro di Jesi, ecc. Inviarono adesioni perchè impossibilitati ad intervenire i Proff. Busi, Balli, Ponzio, Sgobbo, Siciliano, Spinelli, Giovetti, ecc.

La riunione fu inaugurata dal Presidente della S. I. R. M. Dott. P. Tandoja, il quale, con la nota sua competenza parlò a lungo sul tema della *Colecistografia per via orale*. Seguì una interessante discussione a cui parteciparono il Prof. Rossi di Parma (il quale espone il risultato delle sue ricerche sull'atonia della cistifellea) il Prof. Saraceni, il Dott. Nicotra, Piccinino, Vaiano ed altri. Seguirono numerose comunicazioni, di cui ricordiamo le principali.

Coleschi parlò della *radioterapia dei fibromiomi uterini*, e di alcuni casi atipici di *calcolosi vescicale*. Santoro illustrò un caso di *calcificazioni paravertebrali* ed un caso di *tubercolosi dello stomaco*. Espone quindi il risultato ottenuto col metodo Antonucci nella cura di alcune cisti da echinococco del polmone. Illustrò infine un interessante caso di *disostosi*. Pampiglione mostrò alcune pellicole radiografiche di notevole rarità e di difficile interpetrazione. Il Prof. Del Buono comunicò un *nuovo metodo di irradiazione con raggi molli ed ultra-molli*, ed i risultati da lui ottenuti con l'irradiazione ipofisaria nelle distruzioni utero-ovariche. Turano riferì sulla *roentgenterapia degli epiteliomi cutanei*. Nuvoli presentò un *caso di lesione polmonare, con emottisi, da ascaridiosi*. Gentili illustrò alcuni casi di *tumore delle ossa*. Nicotra parlò sul significato della *ginocchiatura del 2° tratto duodenale* descritta dal Busi; comunicò alcune osservazioni personali sulla *colecistografia;* presentò infine un caso di *vertebre avorio*, discutendone la etiologia. Zamboni presentò un interessante caso di *tumore del colon*. Seguirono alcune interessanti comunicazioni del Prof. Bianchini su di un *caso di megaduodeno*, ed un caso di invaginazione *ileo-colica*. Piccinino riferì sui *vantaggi e sulle deficienze della colecistografia*, illustrò un *caso di fistola biliare* iniettata con sostanze opache, parlò in fine di *alcuni incidenti nella iniezione del lipiodol*. Serena riferì interessanti particolari di *tecnica radiologica*. Vaiano illustrò alcuni *casi di periduodenite*. Pazzi espose i risultati di alcune ricerche sulla *visibilità radiologica delle scheggie di vetro*. Lapenna mostrò interessantissimi radiogrammi di *utero-salpingografia*, e di *cisto e neumocistografia*. Salvatori riferì sui risultati della *roentgenterapia nelle ulcere corneali*. Sforza illustrò un *caso di calcolosi gigante del rene, un caso di calcificazione della pleura* e molti interessanti radiogrammi dimostranti la evoluzione e la risoluzione di *polmoniti franche ed influenzali*. Il prof. Milani presentò un secondo caso di *diverticolo del duodeno*, ed un radiogramma di una *lesione polmonare* di difficile diagnosi. Bellucci riferì sui *tubi per la produzione ed utilizzazione dei raggi catodici* e su di un *caso di strano contenuto nell'appendice cecale*. Gentile riferì sul *riflesso spondilocardiaco*. Moscariello illustrò un caso di *cistoma ovarico* trattato e guarito con il radium. Campione infine comunicò un *caso di angioma dell'orbita*, e riferì casi interessanti di *calcolosi vescicale*.

Terminati i lavori un pranzo, offerto dai radiologi perugini riunì tutti i Congressisti, i quali, negli intervalli liberi, avevano avuto agio di visitare le principali opere d'arte della città. Le signore visitarono anche la famosa fabbrica di cioccolato « La Perugina » e le fabbriche di maioliche artistiche. A tutti i Congressisti fu infine offerta una magnifica gita ad Assisi. Questa riunione di Perugia, che è ottimamente riuscita per l'importanza degli argomenti scientifici, ha lasciato un gradito ricordo nell'animo dei partecipanti, i quali sono rimasti ammirati delle bellezze artistiche e naturali dell'Umbria Verde.

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

AMBULATORIO CIVILE INDIGENO DI MISURATA

DUE CASI DI LEBBRA A FORMA MUTILANTE

per i dott. G. CROCCO e S. LOTTICO

Anzitutto, pure essendo convinti di non portare nell'argomento alcuna novità, ci piace esprimere in questa nota alcune idee personali, frutto di un assiduo studio, che abbiamo eseguito sui casi che qui esponiamo.

Il fatto che ha richiamato la nostra attenzione è stato quello che, essendo i due pazienti affetti dal morbo l'uno da cinque anni e l'altro da otto, e vivendo a contatto, come vivono gli indigeni nelle cabile, non hanno contagiato altri individui, sia della propria famiglia, sia della stessa cabila.

Ora se si pensa, che è costume degli arabi radunarsi a sera intorno al ceppo ardente, nei pressi di una più o meno mefitica ceriba, a consumare il rituale the, che viene distribuito ai cabilani in un unico recipiente, e se si pensa che questo recipiente non viene mai lavato nel passaggio da una bocca all'altra e questo fatto si mette in relazione con quanto lo Schaffer constatò, che cioè dalla laringe di un lebbroso vengono proiettati in un brevissimo volgere di tempo (10 minuti) 185000 bacilli di Hansen, facilmente si resta sorpresi pur escludendo la trasmissione per via respiratoria, sul perchè nessuno dei conviventi resta contagiato di lebbra.

A volerci strettamente attenere a questa osservazione, fatta del resto anche da Hallopeau, nell'Ospedale di S. Luigi, a Parigi, e dal Gennari in quello di S. Remo in Italia, si dovrebbe concludere che il tanto invocato contagio diretto da uomo a uomo non esiste; mentre vi sono casi ben certi di tale trasmissione diretta citati da Besnier, da M. Lande, Perrin e Wolff e Kalindero.

Noi perciò non ci permettiamo dinanzi a sì illustri affermazioni ed innanzi ai fatti cotanto evidenti di negarlo, ma solamente abbiamo voluto impostare così la quistione per quanto concluderemo.

Danielssen tentò, per ben quattro volte, delle autoinoculazioni ed inoculò altri venti individui sani; Profeta tentò anche egli sopra sè stesso e su altri nove individui indenni, ma tali esperimenti rimasero senza effetti. A tale fatto si oppone il caso di Koffin, l'inoculazione di Arning, i quali hanno visto che individui inoculati accidentalmente o volontariamente con bacilli di Hansen ebbero manifestazioni della malattia.

Si cita anche, dall'Hallopeau e da Mense, il fatto che le trasmissioni familiari, cessano di prodursi, quando gli individui si trasferiscono in luoghi non infetti, sull'esempio dei 160 norvegesi lebrosi, che emigrarono nel Minnesota e nessuno dei loro bimbi ereditò la malattia.

In fine Audain (Haiti), Joli, Scott, Sommer, Noc ed Hallopeau si mostrano convinti nel ritenere molto probabile che per la trasmissione della lebbra sia necessario un ospite intermediario ed accusano tra gli agenti essenziali speciali zanzare; Hansen incolpa i culex avendo visto che in quelli che avevano punto i lebbrosi esistevano bacilli. Come si vede molto arduo ed ancora inoluto è il problema della trasmissione della malattia.

Noi non sappiamo, a vero dire, uniformarci al criterio più o meno assolutista dei diversi autori e propendiamo, forse perchè discepoli di quella scuola ove fiorirono i più ardui propugnatori della disposizione, ad ammettere anche per questa malattia una disposizione, congenita, nella trasmissione germinale, acquisita, negli altri casi.

Questa disposizione entrerebbe, come quella per la tuberco-

Digitized by Google

losi e per molte altre malattie, nel groviglio nebuloso del mistero; ma soltanto con essa possiamo trovare una verosimile spiegazione della constatazione di Hallopeau nell'Ospedale di S. Luigi e del Gennari nel leprosario di S. Remo; solo così potremo avere la luce sul fatto dell'infruttuosa inoculazione di Danielssen e del Profeta, e dell'inoculazione positiva nel caso di Koffin e di Anning; e così anche possiamo relativamente perdonare a quel comune recipiente, che mai ebbe l'onor dell'acqua e che gira per tutte le bocche degli indigeni. Questo recipiente, che è frequentemente il veicolo nefasto della sifilide e della tubercolosi, malattie, la prima diffusissima tra gli indigeni, la seconda, apportata in popoli immuni dalla civiltà europea, e perciò straordinariamente virulenta, non è invece ugualmente veicolo della lebbra.

E che sì, che gli arabi non usano i calzari nostri e quindi escoriazioni ai piedi non ne mancano mai; e che sì, che tali escoriazioni sogliono prodursele artificialmente, scottandosi ad ogni minimo dolore; e che sì che, oltre al famoso recipiente, hanno in comune e barracani e stuoie (sulle quali giacciono in ibridi accoppiamenti uomini e donne, vecchi e bambini) e gorgolette (recipiente per acqua) e piatto, nel quale tendono le mani, più o meno rivestite di una patina grigio sporca, a ghermire il kus-kusa e il bazzin; e che sì, che non dispregiamo avere in comune la doviziosa messe di pidocchi e pulci e cimici e topi.

Caso I. — Sihion Buaron, israelita, di anni 40 circa, da Misurata, venditore ambulante di patate. Nessuna della sua famiglia è stato affetto dalla stessa malattia. Non ricorda di aver avuti contatti intrinseci con lebbrosi. E' stato sempre bene e dice di non essersi mai contagiato di sifilide.

Cinque anni or sono si accorse di avere delle macchie, più oscure, sul fondo bruno della pelle, queste macchie erano piccole e prominenti, di forma circolare, più o meno regolare, alla guancia. Non si impressionò e quindi non chiese consiglio medico, ma qualche anno dopo si accorse che alla fronte e alle guance, molto verosimilmente (riferisce) al posto dove erano state le macchie, comparivano dei noduli a forma di prominenze rilevate ed isolate, tondeggianti; poscia queste prominenze aumentarono e si disposero a cerchio; anche le sopracciglie ne furono man meno invase. Fattosi visitare da un medico, fu isolato in Ospedale dal quale, non sa dire precisamente, fu dimesso, ma qualche anno dopo vi fece ritorno per esserne ancora dimesso.

Un giorno mentre attraversavamo la piazza del mercato fummo sorpresi dall'aspetto di questo individuo e lo facemmo venire con noi in ambulatorio.

E. O. Facies leontina, caratteristica. Individuo tracomatoso con largo panno corneale, con naso rincagnato, di scarsa nutrizione, a masse muscolari ipotrofiche. Costituzione scheletrica normale, tipo longilineo. Colorito della pelle giallo-sporco. Sul viso si notano scarsi tubercoli rugosità profonde, ed assenza di ciglia e sopracciglia e peli.

Le mani, ad artiglio, edematose, pelle inelastica ed insensibile alle punture, sensibile soltanto alla pressione profonda, scomparsa dell'eminenza tenare, onicomicosi accentuata di tutte le dita con soluzione di continuo ai polpastrelli e ragadi. A carico del 3° dito del piede sinistro si nota distruzione delle falangi (1ª e 2ª), nelle altre dita ragadi subungueali ed onicomicosi, con incipiente necrosi; anestesia del dorso e della pianta del piede, estendentesi anche alle gambe, lungo il tragitto dei peronei e del tibiale anteriore. Riflessi plantari aboliti, patellari torpidi.

All'esame microscopico del secreto nasale e dell'icore dell'ulcera del 3° dito si sono ritrovati abbondanti b. di Hansen (colorazione col liquido di Ziehl).

Caso II. — Suliman Ben Ali Bescir, mussulmano, della cabila Drarfa, Misurata.

Anche in questo paziente il gentilizio non offre alcuna nota interessante: Individuo di circa 50 anni, ammogliato con prole; la moglie e i figli non presentano alcun indizio della malattia paterna. Afferma di aver sofferto 15 anni or sono una lunga malattia viscerale che lo avrebbe confinato nella tenda in grave stato di prostrazione per circa tre mesi. Non sa precisare l'inizio dell'attuale malattia solo ricorda che da sette anni ha cominciato ad avere dei noduli diffusi al viso e delle alterazioni alle unghie.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica bene sviluppata, tipo longilineo, pannicolo adiposo e masse muscolari normali, colorito di cera sporca; assenza completa di ciglia, sopracciglia e peli della barba. Facies leontina. Mani edematose e dita affusate, con onicomicosi accentuatissima, iposensibilità dolorifica al dorso delle mani. Al corpo, specialmente al tronco ed all'addome, si notano chiazze di anestesia; si riesce a produrre dermografismo. Al dorso dei piedi presenta delle bolle, alcune delle quali sono integre, altre invece lasciano vedere un sottostante tessuto necrobiotico. Mutilazione della punta del 3° e del 4° dito del piede sinistro; si notano distruzioni che lasciano scoperto, per brevissimo tratto la falange sottostante. Nella parte laterale del piede si notano verruche in ammassi con ragadi multiple e tessuto calloso. Sensibilità abolita alla pianta ed alla regione posteriore del piede.

Esame microscopico: Nella saliva, colorata col metodo di Gram, abbiamo notato scarsa quantità di bacilli di Hansen, parimenti nel materiale prelevato dall'ulcera delle dita dei piedi.

MALATTIE SESSUALI

Le cause della sterilità nell'uomo

La apparente vigoria di un uomo che compie regolarmente le funzioni sessuali con la moglie, senza che peraltro si abbiano dei figli, fa riferire più facilmente come osserva opportunamente il Lavenant (*Journ. de Med. et Chirurgie pratiques*, 10 febbraio 1927), alla moglie la causa della sterilità, molto facile essendo la dimostrazione in questa di piccoli disturbi nella sfera genitale, o di eccessiva acidità del secreto vaginale ecc. Ma in realtà, a parte le condizioni anatomiche come vedremo, l'agenesia, nell'uomo potrebbe in moltissimi casi essere affermata, ove si volesse ricercarla con maggiore assiduità.

Per l'uomo, dal punto di vista individuale e psicologico, quello che sopratutto costituisce una causa di degradazione morale e una grande sventura è la *impotentia cöeundi* e non l'*agenesia* propriamente detta, che lo lascia più spesso indifferente.

Tra le cause della prima dobbiamo ricordare:

1) le anomalie anatomiche congenite del pene; sono: assenza totale del pene (una diecina di casi in tutta la letteratura) la atrofia, la bifidità, l'assenza dei corpi cavernosi, le torsioni, lesioni che si accompagnano spessissimo ad altre malformazioni congenite degli altri organi imputabili ad arresto di sviluppo

2) Vengono poi: l'elefantiasi del pene, l'epispadia, peniena o penopubica, con incontinenza d'urina, l'ipospadia (se questa è balanica il coito può eseguirsi e non aversi sterilità), che nella sua varietà peniena o penoscrotale può provocare deformazioni del pene da rendere il coito difficile o impossibile. Molto importante a questo proposito la classificazione che fa il Bonisson delle ipospadie e dal punto di vista della fecondazione: *a*) le ipospadie balaniche o peniene con apertura ravvicinata del glande da permettere il coito e la fecondazione; *b*) peniene o scrotali, da permettere il coito ma non la fecondazione; *c*) scrotali in cui coito e fecondazione sono impossibili, specie in una varietà di questa ultima forma, detta varietà vulviforme con incurvazione, flaccidità del pene e criptorchidia.

Alcune forme peniene dell'ipospadia sono passibili di operazioni che però vanno eseguite nella pubertà e più tardi permettono sia il coito che la fecondazione.

Tra le malformazioni acquisite della verga bisogna menzionare i tumori, l'ossificazione del pene, l'indurimento dei corpi cavernosi, tutte alterazioni che se pure permettono il coito, fatta eccezione di qualche caso doloroso, sono causa di sterilità per fattori meccanici.

Così pure dicasi della atresia congenita del meato uretrale o di tutta l'uretra.

I fattori della agenesia sono:

1) L'anorchidia congenita doppia, per fortuna rara. Più frequente invece è quella unilaterale, che però non impedisce la fecondazione.

Non bisogna confondere però un'apparente anorchidia con la criptorchidia, molto più frequente, la quale può essere svelata da un attento esame del canale inguinale. Si hanno ritardi nella discesa del testicolo che quando si prolungano fino all'età adulta devono far fare poco assegnamento sulla validità dell'organo, pur rimanendo il coito e l'estro venereo normalissimi. Ma il testicolo è andato in atrofia, e non si può più nulla sperare agli effetti del potere genesico.

Bisogna considerare poi la insufficienza di sviluppo dei testicoli; dipendente da lesioni endocrine di insufficienza testicolare, d'ipotiroidismo, di alterazioni funzionali dell'ipofisi. Oltre di ciò fra le anomalie di sviluppo somatico e glandolare vanno notati l'ermafroditismo e l'anandrismo, ma questi non hanno stretta pertinenza allo studio della sterilità propriamente detta.

2) Sterilità acquisita.

In questo gruppo si includono tutte le affezioni, infettive e neoplastiche, nonchè traumatiche, le quali possono colpire i testicoli, in modo da inficiare o annullare definitivamente la loro funzione.

Dall'orchite traumatica, a quella gonococcica, tifosa, parotitica, micosica ecc. ecc. a quella sifilitica e tubercolare, ai tumori maligni del te-

Digitized by Google

sticolo, resta sempre possibile la fecondità ove uno solo dei due testicoli venga colpito e sia perfetta la integrità anatomica e funzionale dell'altro.

Dobbiamo analizzare un po' più da presso la sterilità così detta uretrale, quasi sempre dipendente da infezione gonococcica, e che ha un'importanza grandissima per la sua diffusione. In tutti gli individui ad apparato genitale normale, ma affetto da sterilità, bisogna ricercare il dato anamnestico dello scolo o l'infezione in atto, e apparentemente nascosta.

Molte volte se non può constatarsi alla palpazione la esistenza retrospettiva di un'epididimite gonococcica, un lieve idrocele senza altra causa evidente, potrà dare l'avviso della precedente affezione. Vengono poi i noduli prostatici, le vescicoliti, le funicoliti, le stenosi infiammatorie dei canali ciaculatori e dell'uretra, le lesioni del verummontano ecc. senza dimenticare che anche la tubercolosi, può qui avere la sua grande importanza.

In alcune retrazioni infiammatorie l'eiaculazione è dolorosa e lo sperma urta contro lo strozzamento, sicchè refluisce in vescica oppure perdendo la sua forza espulsiva iniziale passa lentamente attraverso l'ostacolo, venendo così a mancare uno dei fattori meccanici importantissimi della fecondazione.

Oltre tutte le cause locali sopradette bisogna ricordare un gruppo di affezioni e intossicazioni generali che possono provocare sia la impotentia coeundi che quella generandi ma specialmente la prima. Esse sono: la gotta, il diabete, l'obesità, la sifilide; e tra le intossicazioni croniche: quella da piombo, da ossido di carbonio, da alcool, da oppio, morfina, cocaina.

Tra le affezioni generali hanno pure molta importanza quelle a carico del sistema nervoso, come la nevrastenia, la psico-astenia, i pervertimenti sessuali (impotenza degli onanisti, inversione sessuale), il surmenage intellettuale e fisico, gli eccessi genitali, ecc.

Infine bisognerà annoverare l'azoospermia che può essere congenita o acquisita, in conseguenza di tutte le cause suddette.

Il Lavenant richiama l'attenzione sulla importanza che ha l'esame dello sperma, in questi casi, potendosi verificare una azoospermia intermittente, la quale deve perciò essere tenuta presente dall'analista, affinchè non dichiari assolutamente sterile un individuo che in alcuni periodi invece non lo è.

E non sarà inutile ancora ricordare che l'uomo, dice il Lavenant, non accetta con la stessa rassegnazione di molte donne la notizia della sua sterilità, e ciò senza pregiudizio di quello che si è riferito più sopra; alcuni individui ricorrono perfino al suicidio.

La cura è sempre in diretta dipendenza della causa e ove questa può essere rimossa, è facile ottenere dei buoni risultati. Non si dimenticherà che la terapia Voronoff può essere in alcuni casi attuabile, quantunque siano ancora da attendersi, riguardo al ripristino del potere fecondativo, studii e osservazioni che allo stato attuale sono possibili solo negli animali da esperimento (Voronoff e Dartigues).

TERAPIA

Cura degli ascessi freddi con i lavaggi d'acqua a 60° C.

Come liquido modificatore degli ascessi freddi non fistolizzati (ascessi glandolari, artrofluenti, ossifluenti, ecc.) H. L. Rocher (*La Presse Médicale*, n. 23, 1927) si serve dell'acqua calda a 60° C. La tecnica è molto semplice. Si prepara un recipiente contenente dell'acqua bollita per 10 minuti e poi mantenuta costantemente alla temperatura di 60°; indi si punge l'ascesso secondo le norme comuni con un ago piuttosto grosso e si aspira con una siringa il contenuto dell'ascesso, iniettandovi subito dopo l'acqua calda. Questa operazione si ripete più volte, in modo da praticare un vero lavaggio della cavità ascessuale, senza preoccuparsi se il liquido di lavaggio è roseo, ma interrompendo se il liquido è nettamente rosso per la presenza di abbondante sangue. Ritirato l'ago, dopo l'ultima evacuazione completa della cavità ascessuale, se l'orificio cutaneo della puntura è piuttosto largo, vi si applica per 48 ore una piccola «agrafe» e una medicatura con ovatta leggermente compressiva: si evita così il pericolo di una fistolizzazione secondaria.

Questo metodo di cura è un po' doloroso, ma tale da poter essere sopportato, tanto più che il senso di forte bruciore determinato dal contatto con l'acqua calda scompare abbastanza presto dopo la fine dell'intervento, al quale non segue alcuna reazione infiammatoria o altro disturbo.

Circa gli effetti consecutivi, dopo un primo lavaggio in genere, la raccolta purulenta si riproduce, ma in proporzioni minori della precedente; è perciò necessario, per ottenere risultati permanenti, ripetere più volte i lavaggi, con intervallo variabile a seconda dei casi.

Con questa tecnica, l'A. ha potuto osservare la scomparsa di ascessi freddi voluminosi, che non erano stati in precedenza influenzati favorevolmente da altre iniezioni modificatrici (iodoformio, olio gomenolato, ecc.).

Il cloruro di calcio nell' eczema

In 56 malati di eczema acuto, E. Bizzozero (*Il Dermosifilografo*, n. 8, 1926) ha constatato una considerevole efficacia terapeutica dall'uso del cloruro di calcio per via endovenosa, alla dose media di 1 gr. *pro die*. Gli ammalati erano affetti prevalentemente da eczemi vescicolosi e papulovescicolosi localizzati o diffusi, forme datanti in taluni da vari mesi, recidivanti e ribelli ai comuni rimedi esterni. Già dopo la 1ª-2ª iniezione di cloruro di calcio, l'A. ha notato diminuzione dell'essudazione e dopo la 3ª-7ª iniezione la lesione si presentava di solito completamente essiccata; un po' più resistenti sono apparse le lesioni papulose ed il prurito che qualche volta ha persistito, sebbene diminuito di intensità, ancora parecchi giorni dopo la soppressione dell'essudazione. L'A. consiglia, inoltre, allo scopo di allontanare il pericolo di recidive del processo morboso, di proseguire le iniezioni per un certo tempo dopo la scomparsa delle lesioni cutanee e di riprenderle di tanto in tanto in serie, anche in assenza di manifestazioni.

Circa l'azione benefica del cloruro di calcio, l'A. ritiene che il fattore principale, più che in un'eventuale azione astringente esercitata dal medicamento sulle pareti dei vasi sanguigni o le membrane cellulari, o in un'azione diretta ed esclusiva sul sistema organo-vegetativo, risieda in un'azione desensibilizzante operata dal sale di calcio sull'organismo e dimostrata dalla crisi emoclasica che, come l'A. stesso ha messo in evidenza, sussegue ad ogni iniezione. Questa stretta analogia tra il modo di agire del cloruro di calcio (cristalloidoterapia) da una parte e delle sostanze proteiche dall'altra (proteinoterapia) come desensibilizzanti trova la sua esatta corrispondenza nella nota analogia che intercede tra i meccanismi con cui rispettivamente sostanze cristalloidi e proteiche manifestano la loro azione antigenica e rappresenta quindi un nuovo argomento a favore della stretta affinità tra anafilassi, idiosincrasia e sensibilizzazione.

APPUNTI

Come curare i vomiti delle gravide. — L. Calkins (*Virginia Medical Monthly*, volume 53, num. 4) somministra alle inferme per via rettale 4 gr. di bromuro sodico, disciolti in 60-90 cmc. di acqua, e ripete tale somministrazione ogni 6 ore, sì da raggiungere un totale di 16 gr. giornalieri.

Il riposo a letto e il digiuno completo per un giorno rappresentano delle condizioni assolutamente necessarie per la riuscita del trattamento. L'alimentazione quindi può essere ripresa trascorse le 24 ore di digiuno: essa sarà eminentemente composta di sostanze assai gradite e ben sopportate dalle singole inferme.

Dopo due o tre giorni di cura, con dose di 16 gr. *pro die*, si può gradualmente diminuire la somministrazione del bromuro a 13 gr., 10 gr., e infine a 6 gr. *pro die*. Quest'ultima dose potrà anche essere somministrata per bocca, sempre frazionatamente e ad intervalli di sei ore.

L'alimentazione inoltre andrà gradualmente ad essere aumentata, facendo però in modo che predomini in modo assoluto la parte carboidrata.

La calcolosi renale senza dolore. — La calcolosi renale è in genere considerata come il prototipo delle malattie dolorose del rene, e infatti come in caso di calcoli migranti si ha una sindrome morbosa a tipo di colica con tutto il corteo sintomatico ben noto, così allorchè si tratta di calcoli fissi (cioè trattenuti nella pelvi o nella massa del rene), nonostante che abbia caratteri diversi, esiste pure il sintomo dolore (dolenzia al fianco insorgente con gli strapazzi o continuo, ecc.). Ora è appunto nelle calcolosi fisse che il dolore può qualche volta mancare del tutto per tutta la durata della malattia; ciò si verifica specialmente pei calcoli innicchiati nella sostanza renale, dove se ne sono visti di grossissimi che, pur avendo distrutto gran parte del rene e provocato ematurie e piurie, non avevano mai destato il più lieve dolore. Così in due casi riferiti da B. Sigurtà (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 2, 1927) solo la radiografia permise di rilevare in uno più calcoli piccoli sparsi in diversi punti del parenchima del rene sinistro e nell'altro un grosso calcolo coralliforme occupante per buona parte la pelvi e addentrantesi con la branca laterale in un calice; clinicamente, invece, nel primo caso l'attenzione era richiamata solo sulla vescica e nel secondo esisteva soltanto un'ematuria ribelle. In entrambi i casi fu eseguita la nefrectomia con buon risultato.

Questa sindrome renale da calcolosi senza dolori è in dipendenza della scarsa sensibilità del rene al tatto e dell'estrema lentezza di formazione e d'accrescimento dei calcoli, con conseguente lento adattamento dei tessuti circostanti.

Digitized by Google

MEDICINA SOCIALE

Una Lezione del Prof. Devoto sulla Carta del Lavoro

Il Prof. Devoto, direttore della Clinica delle Malattie del Lavoro nella R. Università di Milano, ha dedicato la prima delle lezioni, dopo le vacanze pasquali, alla illustrazione della Carta del Lavoro; ed alla presenza dei medici e degli studenti ha trattato specialmente dell'alta missione educatrice che viene ad esprimersi da tutta la compagine della Carta stessa. E dopo aver ricordato che la Facoltà di Medicina di Milano ha trasmesso un suo ordine del giorno di plauso al Capo del Governo, che il Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha pure inviato una dichiarazione al Capo del Governo con significato di plauso e di promessa da parte dell'Istituto di concorrere alle realizzazioni dei principi che informano la Carta, e che la Commissione internazionale Permanente per le Malattie Professionali (Sezione Italiana) si è fatta premura di segnalare alle principali organizzazioni Mediche italiane la importanza del documento, esprime il più vivo compiacimento come cittadino, come medico e come Direttore di questa Clinica per la elargizione della Carta del Lavoro, che è e sarà sempre il testo dell'attività evolutiva di questa Clinica.

Se coloro, continua il Prof. Devoto, che hanno vissuto in mezzo al lavoro, lavoro dato o lavoro prestato, potevano attendersi, dalle conosciute concezioni del Capo del Governo, una tavola italica del lavoro che mettesse il nostro paese in prima linea, non osavano certo contare su un tale testo, il quale tutti ci solleva in un'atmosfera nuova, così nitida da consentire la visione del popolo italiano moventesi, in pienezza di salute di forza e di pace, verso un solido avvenire.

Chi esamina il grande documento è portato a meditare, sente la voluttà di partecipare attivamente con ogni sforzo.

Non vi è collegio universitario, istituto scientifico, non scuola di qualsiasi grado che non si riconosca avvicinata e toccata dal nuovo statuto: come non inserirsi nelle nuove fila, che con lo spirito animatore della Carta si vanno intessendo?

Quelli che, prima d'ora, per inclinazione, per educazione, ravvisarono da anni nel lavoro un nobile istrumento di pacifica elevazione nazionale, salutano con viva emozione il nuovo patto, perchè in esso trovano oltre quello che fu tema e meta di studi e di azioni, riforme ardite che nessuno avrebbe osato presentare nella sicurezza di una adozione, nei tempi andati: le vacanze annuali operaie retribuite, le assicurazioni contro la tubercolosi e le malattie sociali. Tutti sanno il destino dei disegni di legge per le assicurazioni contro le malattie; la resistenza di alcuni comitati di agitazione bastò a farne dimettere il pensiero e a ridurre in grandi minoranze coloro che avevano lavorato per le assicurazioni. Ora da queste prospettive germoglieranno fronde vigorose di ricerche e, di applicazioni che non saranno più pretta accademia. E quelli tra i medici italiani, che finora vissero più appartati dai problemi del lavoro e concentrati nella medicina individuale, usciranno, per il richiamo possente della Carta del Lavoro, dal loro isolamento, per dare anch'essi un contributo attivo alla più felice riuscita del patto, che formerà la gloria e sarà il battesimo secolare del secondo lustro del Regime.

La Carta del Lavoro è sovratutto per i medici la chiamata, la sirena che addita la meta per il popolo d'Italia perchè divenga sano, come è già serio e laborioso.

Ma questa carta valicherà gli oceani, darà i suoi sviluppi e le sue maturazioni all'estero; innanzi tutto tra i nostri connazionali che non hanno mai lasciato raffreddare gli animi italiani ed avranno legittimo motivo di andarne fieri, mentre fungerà da fermento presso coloro che attraverso le erosioni degli anni, degli affari e dei nomi, son divenuti sordi alla voce del sangue e più non hanno provato l'orgoglio dell'origine, perchè risalenti ad un'Italia come fu, frammentata, umiliata e malfamata. I fremiti patriottici ed umani contenuti entro i trenta paragrafi della Carta, illustrati agli italiani di ogni parte del mondo, risveglieranno qualche cellula non del tutto forestierizzata, donde ravvedimenti a beneficio della madre comune, e provvidi ritorni.

Le benemerenze della classe che fece l'unità d'Italia non la assolvono dalla fredda leggerezza con cui furono fino a poco tempo fa agitati in Italia i problemi del lavoro, che sembravano per parte di parecchi predisposti più per dividere gli animi che per riunirli. Oggi la Carta del Lavoro ci riunisce, se possibile, più che mai. Nelle ore difficili del 1848 Cavour ammoniva « è finito il tempo della carità: noi dobbiamo inaugurare il periodo della previdenza », ancora nel 1859, Cavour, dopo aver promesse le pensioni operaie, fa promulgare la relativa legge-regolamento nel giorno in cui la pace di Villafranca lo induce a dare le dimissioni da Primo Ministro. Ma anche prima di Cavour vi fu tutto un movimento italiano che conteneva i nuclei visibili e parlanti di rinascte e di pacifica-zioni da conseguire col lavoro; da Machiavelli a Campanella, a Ramazzini, a Scopoli, a Pietro Verri, a Frank, a Racchetti, a Puccinotti; a Paolo Mantegazza, a Guido Baccelli e giù fino agli albori del secolo XX, a tanti altri, tante generose sementi rimaste silenziose per secoli, vanno oggi incontro alla vita.

La Lombardia, che, durante il secolo XVIII e XIX, dai suoi centri gloriosi di Pavia e di Milano si è fatta eco dei bisogni economici, igienici e salutari delle classi lavoratrici, deve sentire in modo particolare l'ammirazione verso la Carta del Lavoro, che costituisce un perfezionamento ed un riconoscimento di tutto quello che fu ambizione, studio e lavoro di insigni studiosi lombardi. Le pagine dei giornali medici italiani sono piene di queste nobili seminagioni fatte inutilmente dai nostri maggiori.

Nel 1891 Leone XIII pubblica l'Enciclica *Rerum novarum* e l'Italia resta quasi indifferente davanti al maestoso monumento che all'Estero raggiunge notevoli sviluppi; si vedono anzi i cattolici di Francia e della Svizzera esprimere, con procedure molto riservate e prudenti, il desiderio di vedere riconosciuti, come ispiratori del famoso documento, i sigg. De Mun e La Tour du Pin e la « Union de Fribourg », dopo che Leone XIII aveva chiamato suo grande predecessore il Vescovo di Magonza, Ketteler, che dal 1850 in poi aveva spinto in avanti in Germania, l'interessamento per la salute degli operai.

La politica da una parte, il rispetto umano dall'altra, hanno reso assenti per tanti anni gli italiani, che oggi vedono ed ammirano l'alto legame spirituale tra l'Enciclica e la Carta del Lavoro.

La Carta del Lavoro non è una improvvisazione, non è uno scatto, è il frutto di una lunga e ponderata meditazione: il Governo ha il merito di esservi arrivato attraverso il Regolamento dell'Igiene del lavoro promesso da oltre otto anni, che proprio in questi giorni è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* e che costituisce, specialmente con la creazione dei medici di fabbrica e di altre disposizioni a favore degli operai e dei contadini, il sostegno del capitolo 4° della Carta del Lavoro nelle sue attinenze alla previdenza, all'assistenza, all'istruzione e all'educazione professionale.

Con la Carta del Lavoro, i diritti della fisiologia e della medicina in genere sono consacrati, saranno quindi rispettati; i riconoscimenti verso la maternità ottengono nuove sanzioni, la salute di chi lavora, di chi è in pericolo, di chi è stato minorato nel lavoro trova nella Carta finalmente la perequazione attesa da tanti anni.

I migliori commentatori della Carta del Lavoro saranno i [illegible]

In seno alla famiglia italiana, negli ambienti di lavoro, in tutte le scuole penetrerà con la Carta un raggio nuovo di luce che determinerà riflessioni ed intese, sconosciute in passato. La nostra vita universitaria che sente di doversi elevare, ma che tanto stenta a decollarsi dalle acque fosche dell'iper-individualismo, respirerà l'ossigeno nascente dallo spirito delle collaborazioni; gli universitari discenderanno dalle loro tribune o cattedre un po' fittizie, usciranno dai recinti piccolissimi dei loro istituti e si rimetteranno nelle grandi correnti; ritorneremo a risentirci, come lo si fu in guerra, militi sereni ed esemplari della nazione — officina, che prepara le nuove generazioni per l'assolvimento della missione che il fato d'Italia assegna ai venturi.

Dall'Estero ci verranno manifestazioni di plauso incondizionato, di stupore e forse di diffidenza. Ci comprenderanno gli americani; gli americani che sono oggi dominati non solo dai nomi di Marconi, di De Pinedo, di Nobile, di De Bernardi, ma da ogni segno, da ogni gesto, da ogni movimento che dimostra in ogni nostro Comune, grande o piccolo, il fermo proposito degli italiani di sollevarsi dalle morte gore che non saranno mai più toccate.

Anche dal punto di vista degli insegnamenti medico-igienico-sociali, nelle Facoltà mediche del Regno la Carta del Lavoro è la provvida ben venuta, perchè le Facoltà non potranno più, come è avvenuto in questi anni, valendosi della libertà concessa dalla legge Gentile, ignorare i principi ora depositati nella Carta del Lavoro, che avrà tante ripercussioni nella vita universitaria del paese.

Il lavoro che si redime, che diventa amico, premio e salute di tutta una nazione, in quanto che questa lo considera la sua massima funzione fisiologica, fa ripensare alle infinite sofferenze di quelle generazioni italiane, che tra il 1848 e il 1918, pur ritrovandosi in istato di minorata nutrizione e di incompleta efficienza, ritrovarono i compensi nei reconditi dell'anima italiana, che seppe dare la scintilla e la passione per preparare gli eroismi leggendari. Questo stesso lavoro redento fa prevedere la grandezza della vita nuova di cui la Carta del Lavoro detiene le chiavi per gli anni venturi. Una corrente di sangue nuovo, per la Carta del Lavoro, va circolando per l'Italia; ma non lascerà gli italiani spettatori muti o gaudenti della vita nuova, li tramuterà tutti in elementi attivi per uno scambio perenne di energie ristoratrici, di cui sarà dispensatrice la Carta del Lavoro.

Digitized by Google

Il Prof. Devoto chiude la sua esposizione esprimendo a nome di tutti i presenti che assentono un voto di plauso al Governo e formulando la dichiarazione che la Clinica moltiplicherà le sue attività per rendersi meritevole, per quei rispetti che la riguardano, della Carta del Lavoro, e per concorrere a renderne meritevoli i medici, gli studenti e gli operai che vivono nella Clinica del Lavoro.

Dott. E. M.

LIBRI ED OPUSCOLI

DROUIN H. *Solubili o insolubili* (Solubles ou insolubles). 1 vol. di pag. 96, con 10 figg. Edit. Paul Martial, 4, Rue de la Michodierè, Parigi. Prezzo fr. 6.

Questo volumetto, primo di una collezione nuova: « Les cahiers médicaux », discute la questione dell'uso dei sali solubili o insolubili in sifilioterapia; esso può perciò definirsi una vera opera polemica, nella quale l'A. si schiera decisamente a favore dei sali solubili. Questa opinione è sostenuta con argomenti logici ed è appoggiata dai giudizi autorevoli di personalità ben note nel campo delle malattie sifilitiche. Qualunque possa essere il concetto di ogni medico al riguardo, il libro è degno di essere letto per il modo originale, col quale l'argomento è trattato.

GAIFAMI P. *Prontuario di terapia ostetrica*. 1 vol. di pag. 314, con 105 figure, rilegato. 2ª edizione, riveduta ed ampliata. Ed. Luigi Pozzi, Roma, 1926.

Questo vademecum di terapia ostetrica, che ha già al suo attivo una traduzione in spagnuolo, per la praticità e brevità, nonchè per le chiare figure illustrative, è destinato ad essere la guida fidata di ogni medico, specialmente del medico isolato, del medico condotto. Come si esprime nella prefazione al volume il prof. E. Pestalozza, esso è il frutto di una vasta esperienza clinica e di una conoscenza intima delle esigenze della pratica. E' pieno di prudenza nello stabilire le indicazioni ai diversi interventi, perspicuo nella descrizione dei singoli atti operativi; nulla vi è trascurato dei suggerimenti terapeutici che possono scaturire dalle più moderne cognizioni. Il nome del Pestalozza è garenzia sicura della serietà del libro.

GATÈ J. *Dermatologia* (Dermatologie). 1 vol. in -16, di pag. 438. G. Doin, ed., Parigi, 1926. Prezzo fr. 28.

Questo compendio di dermatologia, come tutti gli altri volumi della collezione delle « Consultations journalières » dell'editore Doin, è diretto al pratico. In una prima parte, questi troverà esposti i vari procedimenti terapeutici: l'igiene generale, con uno studio sulle diete e sui climi; i rimedi biologici (vaccini, tubercolina, iniezioni endo-venose ed intra-muscolari, mezzi desensibilizzanti e mezzi provocatori di shok, opoterapia, crenoterapia); i medicamenti locali, distinti in fisioterapici (applicazioni umide, lozioni, polverizzazioni, cataplasmi, bagni; asportazione delle croste; epilazione; aria calda, elioterapia, luce artificiale; termo- e galvano-cauterizzazione, scarificazioni e radioterapia) e chemioterapici (polveri, pomate, paste, creme, glicerolati, vernici; antiflogistici; antipruriginosi; antisettici, antiparassitari, cheratolitici, riduttori, cicatrizzanti; cheratoplastici).

Nella seconda parte, sono descritte le lesioni elementari della pelle, le quali costituiscono il vero filo conduttore per arrivare alla diagnosi delle dermatosi, che vengono esposte nella terza parte del libro. In questa, di ogni affezione cutanea è data una descrizione semeiotica, diagnostico-differenziale, etiologica e terapeutica.

ROASENDA G. *Suggestione e persuasione nella cura delle malattie nervose*. Torino. Fratelli Bocca Edit., 1927. 1 vol. di pag. 220. Prezzo L. 16.

La nota e rispettata Casa Editrice, con l'accorgimento che la guida, e la nitidezza consueta di tipi, pubblica, con questo volume il n. 343 della sua «Piccola Biblioteca di Scienze». Sarebbe per tutti i conoscitori dell'importanza di quella collezione, già bastevole garenzia, quando, per avventura non si conoscesse di già l'Autore del presente volume, per contributi neurologici, e per l'indirizzo vigoroso che gli proviene dal Prof. Negro, degno della maggiore estimazione.

Il volume è diviso in due parti. Nella prima si svolgono sei capitoli: Considerazioni generali; Suggestione ed ipnotismo fino ai tempi moderni; Psicoterapia secondo Dubois; Psicoanalisi di Freud; Coneismo; Fachiri e Yoghi. La seconda parte risulta di dieci capitoli di saggi psicoterapici, cioè: come si deve applicare la psicoterapia; Sindromi gastroenteriche di origine funzionale; forme cardiache e circolatorie; disturbi funzionali dell'albero respiratorio; le neurastenie sessuali; disturbi della sensibilità di natura isterica; disturbi della motilità; disturbi funzionali dei sensi specifici; disturbi del sonno; psicoterapia nei fenomeni di astenia psichica.

612 =

Questa impalcatura basterebbe a mostrare che il libro abbia attrattive e seduzioni, non soltanto per i medici, quale che sia il ramo al quale sia dedicata la loro attività; ma per ogni desideroso di tenersi al corrente di studi discussi e controversi.

D'altra parte, ad accrescere il pregio della trattazione c'è la linea di personalità dell'A.; la critica indipendente di teorie e di dottrine; il controllo di una lunga esperienza; lo stile spesso argutamente polemico.

Il libro, per queste complesse sue attribuzioni, si diffonderà sicuramente.

AIEVOLI

Cinica Oto-rino-laringoiatrica della R. U. di Pisa: Attività e propositi. Pisa. Arti grafiche cav. Mariotti, 1925.

Federici N. *Contributo allo studio dei limiti terapeutici dell'aborto provocato*. Estratto dalla « Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica », anno VIII, n. 1.

Federici N. *Nota sul semplicismo in medicina e in chirurgia*. Estratto dalla « Rivista medica », 1926.

Giordano D. *Sulla posizione inversa in chirurgia*. Estratto dalla « Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali », nn. 7 e 8, 1925.

Perantoni-Satta G. *Neo fibro-angiomatoso sistematizzato tardivo*. Estratto dal «Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia», fasc. I, 1926.

NOTIZIE

Nomine e Onorificenze. — Il prof. G. Mingazzini è stato nominato membro corrispondente della Società dei Medici di Vienna, presieduta dal prof. Eiselsberg, e contemporaneamente socio onorario della Società Neuropsichiatrica di Washington, nella cui Università è stato invitato a tenere delle conferenze.

Contro il tracoma nella provincia di Lecce. — Considerata la sempre maggiore diffusione del tracoma in provincia di Lecce, il Prefetto ha richiamato recentemente l'attenzione sulla necessità di istituire in ogni Comune ambulatori antitracomatosi e di iniziare un'attiva propaganda igienica nella popolazione. Questa opera sarà devoluta ad un Ente, pel quale già si è provveduto alla nomina del Consiglio direttivo e al finanziamento. Frattanto il prof. Pansini, a Lecce, e il proff. Chiatante, a Maglie, hanno iniziato dei corsi teorico-pratici di perfezionamento per i medici non specialisti che saranno a capo degli erigendi ambulatori.

Congresso sull' artritismo. — Nei giorni 5 e 6 giugno 1927, si riunirà a Vittel un congresso sull'artritismo, organizzato sotto gli auspici della Società d'idrologia e di climatologia di Nancy e dell'Est e della Società di medicina di Vittel; presidente ne è il prof. Carnot, di Parigi. Le relazioni saranno le seguenti: 1. La concezione moderna dell'artritismo (Loeper, di Parigi); 2. Fegato e artritismo (Perrin, di Nancy); 3. Rene e artritismo (Mercklen, di Strasburgo); 4. Apparecchio circolatorio e artritismo (Doumer, di Lilla); 5. Artritismo infantile e sua cura (Mouriquand di Lione); 6. La dietetica degli artritici (M. Labbé, di Parigi); 7. La cura di diuresi e i coadiuvanti della cura (Castaigne).

Quota di iscrizione: frs. 25 per i membri aderenti e frs. 10 per i membri associati (studenti, famiglie degli aderenti). Per ogni informazione rivolgersi a M. Renard, Société générale des Eaux, a Vittel, Vosges.

Conferenza internazionale sul gozzo. — A Berna, dal 31 agosto al 2 settembre p. v., si terrà una conferenza sul gozzo, presieduta dal dott. H. Carrière, presidente della Commissione svizzera per il gozzo. Argomenti di discussione saranno l'anatomia patologica e la fisiologia patologica della tiroide, l'eziologia, l'epidemiologia e la profilassi del gozzo. Lingue ufficiali saranno la francese, l'inglese, l'italiana e la tedesca. Sarà possibile, facendone richiesta, ottenere alloggi e vitto in albergo ai prezzi giornalieri di 12, 14, 17 e 22 franchi svizzeri. Per ogni informazione rivolgersi alla detta Commissione, Bollwerk, 27, Berna.

Per la lotta contro il cancro negli Stati Uniti. — E' stato presentato al Senato dello Stato della Virginia Occidentale un progetto di legge per lo stanziamento di 5 milioni di dollari (pari a circa 100 milioni di lire italiane), destinati a promuovere la scoperta di una cura efficace del cancro. Il progetto prevede la nomina di una Commissione composta di tre eminenti studiosi la quale dovrà saggiare l'efficacia di tutte le cure del cancro che le verranno proposte.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 9 Maggio 1927 — N. 19

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA DELLA R. U. DI GENOVA

CONTRIBUTO ALLA PATOGENESI DEL MEGACOLON ED ALLA SUA TERAPIA NELLA PRIMA INFANZIA.

per il prof. DARIO MARAGLIANO — *Direttore incaricato*

Scopo essenziale di questa mia nota è quello di attirare l'attenzione dei colleghi sulla possibilità di curare la sindrome del così detto megacolon congenito con un provvedimento semplice che non mi risulta sia stato finora consigliato od utilizzato da altri. Prima di esporlo insieme all'illustrazione dei tre casi clinici che ho potuto trattare, credo opportune alcune considerazioni dedotte da mie ricerche personali e dallo studio critico di quanto si è scritto su questa affezione.

Le numerose e vivaci discussioni relative alla patogenesi del megacolon congenito si possono ritenere oggi quietate nella formula che vi sono *megacolon essenziali* in cui l'ectasia del colon si può ritenere primitiva, congenita e rappresenta per se stessa la causa della stipsi ostinata ed invincibile, e *megacolon secondarii* in cui tale ectasia si stabilisce in seguito ad ostacoli congeniti o di natura diversa che si oppongono alla libera e normale fuoriuscita delle feci e dei gas. Il megacolon essenziale è molto più raro di quello secondario. Io credo inoltre che debba essere sottoposta a revisione la teoria che considera i megacolon essenziali congeniti secondo i criteri di Hirschsprung-Mya come dovuti ad un'anomalia di sviluppo che porti ad un'ectasia del colon indipendentemente da qualsiasi ostacolo di natura meccanica o funzionale.

Dopo i primi studi di Tandler (1902) gli embriologi vanno accordandosi nella dottrina che il canale intestinale durante il suo sviluppo nell'embrione attraversi tre stadi successivi. In un primo stadio che va in media dalla prima alla quinta settimana di vita intrauterina, il tubo intestinale è pervio e mostra all'esame microscopico un lume ben riconoscibile. Più tardi a partire dalla quinta settimana, si ha un'attivissima proliferazione dell'epitelio intestinale le cui cellule perdono la primitiva disposizione e si accumulano senza ordine definito dentro il lume occludendolo completamente. Così l'intestino, almeno in determinati tratti, diventa un tubo chiuso. Questa fase di occlusione sarebbe di breve durata e verso la decima settimana si entrerebbe nel terzo stadio embriologico in cui l'intestino riacquista il suo lume stabile definitivo. Mentre Tandler aveva potuto dimostrare lo stadio di occlusione temporanea solo per il duodeno e la prima porzione del digiuno, le successive ricerche di Krenter avrebbero dimostrato che esso può stabilirsi in tutti i tratti del canale intestinale.

Rilevo in proposito che non mi sembra esatta l'affermazione di Forssner che Krenter cercando di estendere l'ipotesi di Tandler a tutte le atresie intestinali sia stato costretto a presupporre le accennate occlusioni temporanee nei tratti caudali non essendogli riuscito di dimostrarle nei suoi preparati. Perchè, se non possiamo dubitare delle ricerche di Forssner, Schridde e Johnson che non sono riusciti a trovare le occlusioni temporanee che nelle porzioni craniali dell'intestino, non dobbiamo nemmeno disconoscere i reperti di Krenter che non soltanto ha presupposto ma ancora ha potuto dimostrare in diversi preparati di embrioni occlusioni evidenti in tutti i tratti dell'intestino. Considerando specialmente il tratto che più c'interessa, ossia quello caudale corrispondente al futuro intestino crasso, Krenter ne descrive chiaramente queste occlusioni in embrioni umani di età diverse. In un embrione di mm. 6 1/2 egli osservò che nelle porzioni più caudali dell'intestino terminale il lume era completamente scomparso. Eguali reperti potè dimostrare in due altri embrioni, l'uno di mm. 9 e l'altro di mm. 12 e 1/2, mentre in due successivi di mm. 14 1/2 e 15 trovò non occlusione completa ma un fortissimo restringimento del lume stesso.

Questi reperti di Krenter acquistano valore e conferma per le ricerche precise ed accurate di Livini in un embrione umano di mm. 9,1, ben fissato in liquido di Zenker appena espulso e sezionato in serie.

Livini avrebbe potuto dimostrare in un modo indubbio « un fortissimo restringimento con cavità minuscola o mancante in corrispondenza del colon fin presso alla cloaca ove l'intestino sbocca dilatandosi leggermente ».

Noto per incidenza che questo riapparire del lume subito prima della cloaca venne anche messo in rilievo da Krenter nei suoi primi tre embrioni in cui il tratto terminale dell'intestino si mostrava completamente obliterato. Come già aveva accennato Krenter e come ha riconfermato Livini, questi reperti ottenuti in embrioni umani acquistano un significato di maggiore importanza per il fatto che in embrioni di animali si osservano occlusioni temporanee del colon. Richert le ha osservate nei selaci, Sarasin negli anfibi, Gosser e Minot in uccelli. Per ciò che riguarda i mammiferi, Livini le ha osservate in embrioni di vitello e Fleischmann in un embrione di volpe. Non mi pare quindi che possano accettarsi le conclusioni di Forssner il quale pur ammettendo, per averle personalmente osservate, le occlusioni temporanee per i tratti craniali dell'intestino, non vorrebbe accettarle per i tratti caudali. Se si legge il trattato di embriologia di Bromann si trova come ormai accertato che « in casi anormali si può avere l'occlusione epiteliale temporanea nell'ileo o nel colon » durante lo sviluppo embrionale. Se le occlusioni temporanee dell'intestino siano da considerarsi come un'anormalità o invece come uno stadio regolare che tutti o quasi tutti gli embrioni umani debbano attraversare, è un problema che ancora non è stato definitivamente risolto, nemmeno per il duodeno.

Ma siano esse espressioni di uno sviluppo fisiologico o di uno sviluppo patologico, esse si trovano effettivamente in una certa percentuale di embrioni umani come uno stadio transitorio di cui ancora non sono ben chiare la morfogenesi e la finalità biologica.

Secondo Tandler esse si stabilirebbero perchè l'accrescimento della parete entodermica dell'intestino fra la quinta e la decima settimana è assai più vivace di quello della parete mesenchimale in modo che la proliferazione dell'epitelio avviene troppo rapidamente in confronto all'allargamento del tubo mesenchimale.

Successivamente la canalizzazione definitiva si ristabilirebbe per un processo inverso, perchè in uno stadio ulteriore dell'embrione la parete mesenchimale cresce assai più rapidamente della parete entodermica e l'occlusione si dissolve perchè le cellule epiteliali che riempivano il lume, non più contenute dalla ristrettezza dello spazio si portano alla periferia e servono tutte a tappezzare il tubo mesenchimale che si è rapidamente allargato.

Tale spiegazione non è accettata integralmente da tutti. Secondo Krenter ed altri l'occlusione si dissolverebbe invece per un processo di vacuolizzazione dell'epitelio entodermico. Egli ha osservato, nelle cellule che occupano il centro del lume, vacuoli che poco a poco confluiscono in cavità sempre più ampie restituendo così gradatamente all'intestino il suo lume. A questa opinione si accosta anche Livini che crede poco persuasiva l'opinione di Tandler e che in base ai suoi reperti pensa che l'occlusione si dissolva per degenerazione e successiva scomparsa degli elementi centrali del primitivo ammasso cellulare, precisamente come egli ha dimostrato avvenire per l'occlusione temporanea dell'esofago in embrioni di pollo.

Le nozioni embriologiche accennate vennero invocate per

Digitized by Google

una razionale spiegazione delle atresie intestinali che dipenderebbero da un arresto di sviluppo in un tratto più o meno esteso dell'intestino in cui l'occlusione temporanea resterebbe anormalmente definitiva e duratura. Malgrado le obbiezioni di alcuni autori (Marfan, Righetti ed altri) questa ipotesi ha trovato caldi sostenitori e va acquistando un consenso sempre più largo. Ora io penso che si possa avanzare un'ipotesi collaterale a questa cercando se è possibile stabilire un rapporto di causa ad effetto fra le accennate occlusioni temporanee dell'intestino ed il così detto megacolon congenito essenziale. Allo stesso modo che si ammette per uno o più tratti dell'intestino un arresto di sviluppo nel senso che l'occlusione rimanga più o meno completa e definitiva, potremmo logicamente ammettere che in determinati casi si abbia un *ritardo* nel senso che l'occlusione in uno o più tratti si dissolva assai più tardi di quello che non avvenga normalmente. Come giustamente ha rilevato Livini, « si dovrebbe ammettere la possibilità di variazioni nel tempo nel quale l'occlusione si compia e si dissolva ». Parlano a favore di tali variazioni le stesse osservazioni di Tandler che ha trovato già pervio il lume duodenale in embrioni umani di mm. 10,5 ed 11, ancora chiuso in embrioni di mm. 12,5. Krenter ha trovato ancora occiuso completamente per lunghi tratti l'intestino terminale di un embrione di mm. 12 1/2 ed un forte restringimento pure del lume terminale in un embrione di mm. 14 1/2. Nessun dato si oppone ragionevolmente all'ipotesi che in condizioni anormali la pervietà dell'intestino si ristabilisca al quinto mese od anche più tardi, tanto più che noi sappiamo che atresie e restringimenti intestinali non sono incompatibili collo svolgersi della vita intrauterina. Supponiamo ad esempio che un fortissimo restringimento persista fino al 7° mese nell'estremo distale dell'intestino terminale. Il meconio troverà un ostacolo alla sua discesa, si stabilirà prima una stasi del contenuto intestinale e poi una ectasia del segmento intestinale a monte del tratto ristretto.

Se successivamente, prima del termine della vita fetale, la dissoluzione dell'occlusione avviene in un modo completo, il bambino nascerà con un intestino sufficientemente pervio in tutti i suoi tratti ma con un colon ectasico. Tale ectasia ha avuto così la sua causa in un ostacolo alla libera discesa del contenuto intestinale, ostacolo che non troveremo più dopo la nascita per l'avvenuta dissoluzione dell'occlusione prima del termine della vita intrauterina. Non mi nascondo che tale concezione patogenetica del megacolon congenito può riuscire ostica e suscitare più di un'obbiezione.

Si può intanto opporre che male si può comprendere la dissoluzione di un'occlusione in un periodo relativamente tardivo se si ammette la ragionevole ipotesi di Forssner che a costituire l'atresia concorra in gran parte l'ipertrofia degli zaffi mesenchimali. L'obbiezione avrebbe un valore decisivo se in queste occlusioni temporanee persistenti in periodi relativamente tardivi, si stabilisse sempre una costituzione istologica quale l'osserviamo nelle atresie complete e definitive che si hanno nei neonati. Ma noi possiamo supporre occlusioni determinate insieme dal massiccio di cellule entodermiche embrionali e dall'ipertrofia degli zaffi mesenchimali che più tardi si riaprano col ristabilirsi del lume intestinale e del rivestimento mucoso.

Forssner descrive un embrione di 29 mm., ottimamente fissato, in cui al disotto del duodeno si osservava che l'epitelio esuberante in spesse travate si portava da una parete dell'intestino a quella opposta dividendo il lume in parecchie sezioni senza però occluderlo completamente. In queste travate epiteliali erano penetrati zaffi mesenchimali ipertrofici di cui tre si congiungevano al centro in modo che il mesenchima di una parete si continuava con quella opposta per il tramite di tali zaffi. Lo stesso Forssner non parla per quest'embrione di un'atresia vera ed ammette la possibilità che nell'ulteriore processo di allargamento dell'intestino tali travate mesenchimo-entodermiche avrebbero potuto lacerarsi permettendo il ristabilirsi di un lume normale.

Di contro a tale anomalia di sviluppo, direttamente constatata all'esame microscopico, in cui gli zaffi mesenchimali provenienti da una parete si erano fusi con quelli del lato opposto, se ne può facilmente ammettere un'altra in cui al di là del quarto mese un tratto dell'intestino presenti un lume molto ristretto delimitato da una porzione del massiccio cellulare embrionale incompletamente vacuolizzato intessuta da zaffi mesenchimali. E si può ancora logicamente ammettere che per la sollecitazione funzionale del contenuto intestinale che va continuamente aumentando per la crescente funzione del fegato, tale tratto d'intestino riacquisti il tempo perduto allargandosi fino ad un calibro normale o quasi normale. Nel frattempo, però, a monte del restringimento può essersi stabilita una stasi con una consecutiva ectasia dell'intestino.

Un'altra obbiezione che si può opporre alla mia ipotesi è che l'intestino fetale non ha normalmente movimenti peristaltici e che mancando questi male si spiegherebbe come pur avendosi la stasi al di sopra di un punto occluso si dovesse stabilire il binomio ectasia più ipertrofia dell'intestino che costituisce la caratteristica della malattia di Hirschsprung-Mya. Ora, se è vero che è opinione generalmente accettata che nel feto mancano in via normale i movimenti peristaltici, è pur vero che la parete intestinale è in potenza capace di contrazioni ed è pur vero che il contenuto intestinale è sottoposto ad una spinta che lo fa scendere dai segmenti craniali del tubo digerente verso quelli terminali. Sotto questo impulso potrebbe dilatarsi il tratto a monte del restringimento. Io credo troppo spinte le idee di Konietzny che insieme ad altri nega in ogni caso la possibilità di un megacolon congenito dovuto unicamente ad uno sviluppo esuberante parziale del colon. Questa possibilità così calidamente sostenuta da Hirschsprung possiamo accettarla per quei casi, rari finchè si vuole ma che pure esistono, in cui sono associate l'ectasia e l'iperplasia congenite del colon. Ma fra i megacolon congeniti essenziali si descrivono ectasie del colon le cui pareti sono assottigliate ed ipoplasiche e queste logicamente non si possono considerare come un esuberante sviluppo e tanto meno come un gigantismo parziale primitivo poichè l'uno e l'altro presuppongono un'iperplasia di tessuti e non possono essere solamente rappresentati dall'ectasia di un organo cavo. Per questi casi in cui le pareti del colon congenitamente ectasico sono ipoplasiche, volendo invocare un'anomalia dello sviluppo embrionale, mi sembra più logico ricercare la patogenesi piuttosto in un ritardo di sviluppo nel senso da me sopra accennato che in un gigantismo parziale. Non voglio insistere oltre, per ora sulla mia ipotesi suggerita dagli studi embriologici e dalla critica delle varie teorie patogenetiche del megacolon perchè non dispongo finora di dimostrazioni positive e dirette che mi permettano di darle consistenza.

Per quanto interessanti siano i problemi relativi alla patogenesi del megacolon, più interessante è quello del suo trattamento specialmente nella primissima infanzia in cui per l'età e le gravi condizioni non sono consentiti i grandi interventi eseguiti con successo in epoche più avanzate della vita in cui l'organismo presenta resistenze maggiori. Alle considerazioni generali su questo tema così interessante faccio precedere la storia clinica di tre casi da me trattati.

Caso I. Mario C. di m. 26. Venne portato nel maggio 1923 nel mio ambulatorio in condizioni disastrose. La madre racconta che dopo la nascita vi fu ritardo alla fuoriuscita del meconio e che il piccino presentò sempre una stitichezza ostinata per cui dovette ricorrere quasi giornalmente a clisteri od a purganti. Poco a poco l'addome andò distendendosi tanto da raggiungere un volume considerevole, rare volte si ebbe vomito alimentare o muco-biliare.

Lo stato generale che fu sempre poco buono presentò negli ultimi due mesi un peggioramento rapido ed intenso. Da dodici giorni, malgrado ripetuti clisteri e purganti, non si riuscì più a provocare alcuna defecazione e la distensione dell'addome aumentò in modo impressionante.

Status praesens. Bambino in condizioni generali allarmanti, oligoemico, con cute di colorito giallo terreo. L'addome è straordinariamente disteso, con pelle lucida, cianotica, leggermente edematosa, percorsa da un reticolo di vene molto dilatate. A intervalli si nota un'intensa peristalsi delle anse del colon, speciamente nel quadrante superiore di sinistra. La percussione dell'addome rivela un timpanismo uniforme e diffuso; non si riesce ad individualizzare l'ottusità della milza, l'aia epatica è notevolmente ridotta. Vi sono i segni evidenti di uno spostamento in alto del diaframma e di una consecutiva compressione degli organi endotoracici, il battito cardiaco si percepisce al 3° spazio intercostale; vi è dispnea con polso piccolo e frequentissimo.

Degno di nota è il reperto dell'esplorazione digitale del retto. L'orifizio anale si presenta normale e non oppone alcun ostacolo all'introduzione dell'indice che percorre agevolmente tutto il retto. Questo si avverte di forma cilindrica, senza dilatazioni ampollari al di sopra dello sfintere interno, non presenta nè formazioni valvolari nè restringimenti apprezzabili. Arrivati sei centimetri sopra l'orifizio anale, la punta del dito si arresta contro una tumefazione del volume di una grossa arancia, di note-

Digitized by Google

vole durezza che appare rivestita di normale mucosa intestinale. Questa tumefazione non determina però alcuna stenosi del lume del retto perchè spostando la punta del dito verso l'indietro e seguendo la concavità del sacro e quindi la parete posteriore dell'intestino, si penetra *senza vincere alcuna resistenza* in una grossa cavità che si estende verso la parete anteriore dell'addome e che contiene feci pastose in piccola quantità ed un gran numero di scibale ovoidi di varia grossezza e di una durezza veramente lapidea. La presenza di tali stercoromi m'impedisce a tutta prima un'esatta esplorazione della cavità, tento quindi di farne l'estrazione uncinandoli dall'indietro all'avanti. Ma la manovra non mi riesce perchè le scibale, invece di scivolare lungo il lume sottostante, si impegnano contro la parete inferiore della sacca spostandola in basso. Per rendermi ragione a tale difficoltà respingo allora in alto le scibale più vicine al mio dito e che si lasciano con tutta facilità spostare in tale direzione.

Riesco così a riconoscere la seguente disposizione nelle pareti dell'intestino. Circa due centimetri al di sopra del margine superiore della sinfisi iliaca, il retto il cui calibro è normale, si apre bruscamente nel sigma enormemente dilatato. Mentre nella zona di passaggio fra il retto ed il sigma, lungo la parete posteriore dell'intestino non si avverte nulla di particolare, la parete anteriore presenta una plica falciforme assai sporgente nel lume e che certamente non è costituita da sola mucosa. Essa si lascia con una certa facilità deprimere dal basso in alto in modo che il dito spinto dal retto nella cavità del sigma non avverte un ostacolo apprezzabile. Se invece si cerca di ritirare dal sigma il dito piegato anteriormente ad uncino, la plica spostandosi alquanto in basso si tende, si fa renitente, arriva quasi a contatto colla parete posteriore dell'intestino ed ostacola il ritiro del dito finchè esso è mantenuto flesso ad uncino.

Il reperto dell'esplorazione digitale del retto insieme all'anamnesi ed alla sintomatologia m'indicano come io mi trovo di fronte ad uno di quei casi di megacolon con meccanismo di chiusura a valvola per inginocchiamento del sigma nel suo punto di passaggio nel retto, descritti così magistralmente da Perthes. La tensione della plica sotto al mio dito mi suggerisce l'idea di tentarne con prudenza la distensione nella speranza di migliorare le condizioni della funzione intestinale. Spingo il dito in basso ed in avanti con una pressione continua e sotto di questa sento cedere e distendersi di tanto la plica da poter ritirare il dito piegato ad uncino. Come primo effetto di tale manovra mi riesce ora di snucleare le numerose e durissime scibale che riempivano la cavità sigmoidea, mentre fuoriesce una grande quantità di gas insieme a feci semiliquide, tanto che ad operazione finita la distensione dell'addome appare assai diminuita. Rivedo il bambino dopo due giorni in condizioni generali straordinariamente migliorate.

La distensione dell'addome è modica, la sua cute non è più nè cianotica nè edematosa, la respirazione ed il polso sono soddisfacenti. A detta della madre nel giorno stesso della manovra accennata si ebbero due evacuazioni e frequenti emissioni di gas; un'altra evacuazione si è avuta nel giorno seguente. Ripeto l'esplorazione rettale. Nè nel retto nè nella cavità del sigma si trovano scibale; in quest'ultima vi è una certa quantità di feci poltacee. La plica della parete anteriore è poco apprezzabile. Incoraggiato dal buon risultato ottenuto cerco di completare l'opera iniziata e col dito deprimo ancora in avanti ed in basso con una pressione non violenta ma continua la parete anteriore dell'intestino nella zona fra il retto ed il sigma e la modello in modo da non avvertire più alcun ostacolo ritirando il dito flesso ad uncino.

Senza insistere su ulteriori particolari, posso dire come il risultato sia stato veramente brillante perchè il bambino pur mantenendo una leggera tendenza alla stitichezza, presentò una tale attenuazione della sintomatologia primitiva da potersi dire clinicamente guarito. Lo rividi l'ultima volta nel luglio 1925 più di tre anni dopo il trattamento, in buone condizioni di salute, con sviluppo corporeo regolare, colorito normale, senza alcuna distensione dell'addome. Coll'esplorazione digitale, malgrado l'avvenuto accrescimento del bacino e degli organi intrapelvici mi riuscì di penetrare ancora nel sigma, sempre ancora molto dilatato ma in grado minore, e di rilevare come la plica accennata fosse molto ridotta, appena apprezzabile e non potesse più costituire ostacolo alla libera progressione delle feci e dei gas. Un dato che può essere di un certo interesse è che si poteva avvertire un'evidente dilatazione ampollare del retto, ripiena di feci, la quale, come ho accennato mancava completamente all'epoca dell'intervento.

Caso II. — Olga F. Venne inviata il 25 aprile 1926, in età di mesi tre e mezzo, all'Istituto dal Direttore della Clinica pediatrica, Professor Pacchioni, alla cui cortesia devo la pubblicazione del caso.

Anamnesi remota e prossima. Dopo il parto si osservò ritardo nell'emissione del meconio, poi una distensione progressiva dell'addome con stipsi ostinata e continua per cui si dovette ricorrere giornalmente a clisteri. Qualche volta vomito.

Nell'ultima settimana non si riuscì più ad ottenere alcuna evacuazione malgrado ripetuti clisteri. Il 24 aprile, in Clinica Pediatrica, venne eseguita un'enterolusi con un catetere che penetrò facilmente in alto senza incontrare ostacoli e provocò abbondante emissione di gas e la fuoriuscita di una discreta quantità di feci semiliquide diminuendo alquanto la distensione dell'addome. Nelle 24 ore seguenti nessuna nuova emissione di feci e di gas.

Status praesens (25 aprile 1926). Bambina di sviluppo corporeo adeguato all'età. Nessuna malformazione congenita apprezzabile all'ispezione. La cute di tutto il corpo presenta un colorito cianotico, più evidente all'addome dove si nota un reticolo di vene dilatate con lieve edema. L'addome stesso è straordinariamente ed uniformemente disteso e dà suono timpanico alla percussione. Non si riesce ad individualizzare le anse del colon nè si vedono onde peristaltiche. Il diaframma è respinto in alto, non si palpa il bordo inferiore del fegato, il battito cardiaco si percepisce al 3° spazio intercostale. Notevole dispnea. Polso frequentissimo e piccolo. Condizioni generali gravissime.

Esplorazione digitale del retto. Orificio anale ben conformato. Riesco ad introdurre facilmente l'indice nel retto che non presenta alcun restringimento apprezzabile nè alcuna dilatazione ampollare. Arrivato a circa due centimetri al disopra del margine superiore della sinfisi, il dito che fino a questo livello era strettamente inguainato dal cilindro rettale, seguendo la sua parete posteriore arriva senza avvertire ostacoli apprezzabili, in un'ampia sacca costituita evidentemente dal sigma dilatato, ripiena di feci semiliquide.

Cercando ora di ritirare il dito flesso anteriormente ad uncino, avverto nettamente, nel punto di passaggio fra il sigma ed il retto, una plica della parete anteriore, certamente non costituita dalla sola mucosa, che si oppone al ritiro del dito e che sotto la pressione di questo si tende e si sposta in basso e verso la parete posteriore dell'intestino costituendo una specie di sprone. Ammaestrato dal caso precedente, eseguisco la depressione modellante di questo sprone che sento cedere sotto la pressione continua del dito. Ritirato questo, fuoriescono abbondanti feci liquide, semiliquide e gas. Dopo qualche minuto ripeto l'esplorazione digitale con cui posso convincermi che il modellamento della parete anteriore sigmorettale è soddisfacente poichè ritirando il dito flesso ad uncino non avverto più lo sprone accennato.

Il risultato fu ottimo. Nelle prime 24 ore si ebbero emissioni ripetute di feci e di gas in grande quantità e la distensione dell'addome andò progressivamente riducendosi. Dopo 3 giorni le condizioni generali erano straordinariamente migliorate, l'addome era divenuto trattabile e non mostrava più che una modicissima distensione. L'emissione delle feci si era stabilita spontanea e con frequenza alquanto superiore alla norma. Da allora la bambina non ha più avuto disturbi apprezzabili da parte dell'intestino, ha mostrato uno sviluppo corporeo regolare ed oggi, quasi un anno dopo il piccolo intervento, continua nelle sue condizioni soddisfacenti.

Caso III. — Carlo G. giorni 5. Nato a termine, dopo una buona gravidanza, da genitori sani e robusti. Dopo la nascita, emissione in ritardo di scarsissima quantità di meconio. Al terzo giorno si eseguirono clisteri evacuanti introducendo un catetere Nélaton del n. 22 che un valentissimo collega pediatra non riuscì ad introdurre per più di 4 centimetri. Il liquido del clistere penetrava facilmente nel retto senza riuscire a produrre l'effetto voluto, anzi non veniva riemesso che in parte. La distensione dell'addome andò progressivamente aumentando, le condizioni generali peggiorarono; nelle ultime 36 ore si ebbe vomito ripetuto.

Status praesens (3 novembre 1926). Bambino di sviluppo corporeo regolare, senza malformazioni congenite apprezzabili all'ispezione. Tutta la cute del corpo è cianotica, specialmente sull'addome che presenta una distensione relativamente enorme ed uniforme con vene del sottocutaneo appariscenti e turgide. Malgrado la distensione, all'epigastrio e nei quadranti superiore ed inferiore di sinistra, si individualizzano all'ispezione le anse del colon che mostrano ad intervalli vigorose ondate peristaltiche. La respirazione è frequente e superficiale, il polso frequentissimo e piccolo, il vagito debolissimo. Condizioni generali allarmanti.

L'orificio anale è ben conformato. Introduco il catetere Nélaton n. 22 che penetra per circa 4 centimetri e poi si arresta. Procedo allora all'esplorazione digitale. Dopo aver superato l'orificio, l'indice penetra con tutta facilità nella prima porzione del retto senza avvertire alcun ostacolo. A 4 centimetri dall'orificio, pur potendo spingere il dito sempre più in alto senza incontrare notevole resistenza, ho la sensazione netta di una parziale coalescenza delle pareti dell'intestino che, in alcuni punti e per un tratto lungo almeno 2 centimetri, sono riunite da aderenze che si lascia-

Digitized by Google

no staccare con tutta facilità. A circa 6 centimetri dall'orificio, senza incontrare altri ostacoli apprezzabili, penetro in una cavità ripiena di liquido denso che evidentemente è costituita dal sigma dilatato. Nel punto di passaggio fra il sigma ed il retto la parete anteriore dell'intestino presenta le stesse particolarità anatomiche descritte nel caso II e su cui non insisto per evitare inutili ripetizioni. Eseguisco anche qui, come nei due casi precedenti la depressione dello sprone ed il modellamento della parete anteriore. Ritirato il dito si ha l'emissione di circa 100 cc. di meconio misto a feci e di una piccola quantità di gas.

Il risultato immediato ed il decorso successivo furono soddisfacenti perchè il bambino da quel momento ebbe evacuazioni spontanee e regolari e potè essere convenientemente nutrito. Oggi gode ottima salute, dopo 6 mesi dal trattamento accennato; presenta però sempre una stitichezza notevole.

Dei tre casi riferiti i primi due presentavano la netta sindrome del megacolon congenito ossia fenomeni di occlusione cronica incompleta, senza stenosi, insieme ad una spiccata dilatazione del sigma. Il terzo caso era meno puro poichè oltre alla sintomatologia accennata esisteva la convalescenza parziale della parte più alta del retto.

Le numerose ed esatte osservazioni riferite nella letteratura ci hanno insegnato che malgrado l'assenza di stenosi vere e proprie constatata all'esame necroscopico, si trovano in un ragguardevole numero di megacolon condizioni le quali ostacolano la libera emissione delle feci ed anche dei gas. Tali condizioni possono essere di svariata origine e di natura diversa: lunghezza eccessiva del sigma (Marfan); anomalie congenite od acquisite di forma e di posizione del colon (Konjetzny); torsione dell'intestino (Okincyc); insufficienza motoria (Lennander, Richardson, Pennato ed altri); spasmo della tonaca muscolare (Fenwick); valvole rettali (Dejosseln e Muskens) (1). Però, la condizione anatomica che predomina per frequenza sulle altre è l'inginocchiamento dell'intestino che generalmente si trova nel punto dove il sigma si continua nel retto.

Per l'inflessione angolare del segmento fortemente ectasico sul segmento inferiore di calibro notevolmente minore, si determinerebbe, secondo gli autori una ripiegatura della mucosa sporgente nel lume intestinale, la quale può assumere aspetto e funzione di valvola. Rilevo qui per incidenza che opportunamente Tonnini a cui dobbiamo essere grati di aver valorizzato l'importanza degli studi italiani sul megacolon, ha ricordato come, prima di Perthes, il nostro Dagnini nel 1898 abbia dimostrato la possibilità che questo inginocchiamento costituisca un ostacolo alla libera emissione delle feci e di gas svolgendo un meccanismo di chiusura a valvola. Perthes più tardi ribadì la verità di tale concezione col suo caso ormai classico di megacolon in cui aveva praticato un ano preternaturale nel sigma. I liquidi introdotti nel retto per l'orificio anale fuoriuscivano liberamente dall'apertura artificiale mentre non potevano penetrare nel retto se introdotti attraverso l'ano preternaturale del sigma che si rigonfiava senza riuscire a svuotarsi. Nei miei tre casi i fenomeni di occlusione incompleta erano certamente dovuti ad un ostacolo a valvola determinato da un'inflessione angolare dell'intestino nel punto di passaggio del sigma nel retto.

Mi sono domandato se tali inflessioni costituiscono un reperto esclusivo del megacolon o se si possano trovare in grado meno spiccato ma nettamente rilevabile anche in individui che non presentino rilevanti disturbi della defecazione. Ho eseguito ricerche con questa direttiva in un ragguardevole numero di bambini nei primi quattro anni di vita. Secondo la divisione delle diverse parti del retto proposta nel 1899 da Waldeyer ed oggi generalmente accettata, l'ampolla rettale è costituita dai due terzi inferiori della porzione pelvina del retto e può considerarsi come il serbatoio delle feci. Queste, in condizioni fisiologiche, trovano ostacolo alla libera fuoriuscita unicamente nel tono dello sfintere interno e dello sfintere esterno. Nelle primissime epoche della vita troviamo invece condizioni anatomiche alquanto diverse. Occorre intanto ricordare che alla nascita l'ampolla rettale non è ancora formata; essa comincia a svilupparsi dal momento in cui la defecazione è sottoposta all'influenza della volontà e va progressivamente dilatandosi fino a raggiungere la capacità che le conosciamo a sviluppo completamente avvenuto. Questo dato è agevolmente apprezzabile coll'esplorazione digitale che nei bambini ci permette di esaminare tratti dell'ultima porzione dell'intestino relativamente assai più estesi che nell'adulto. In quest'ultimo il dito esploratore potrà solo eccezionalmente superare i limiti superiori dell'ampolla e palpare tutta la porzione pelvina del retto: il colon pelvico e tanto meno il sigma colon non si possono raggiungere.

Nei piccoli bambini invece, colla punta del dito si arriva a due, a tre ed anche più centimetri al di sopra del margine superiore della sinfisi del pube e quindi certamente nel sigma.

Con l'esplorazione rettale di oltre un centinaio di bambini ho potuto convincermi che in una forte percentuale non esiste nelle primissime età della vita un'ampolla rettale ma un'ampolla sigmoidea che funziona come serbatoio delle feci. Il dito, fino a livello del margine superiore della sinfisi avverte tutto il retto ed il colon pelvico come un tubo su per giù cilindrico, vuoto di feci, e poi penetra in una dilatazione più o meno ampia, la cavità del sigma ripiena di feci pastose o conglomerate in scibale.

In un terzo circa dei casi in cui l'ampolla sigmoidea è molto ampia se si cerca di ritirare il dito esploratore dopo avere flessa leggermente ad uncino l'ultima falange, si avverte nettamente un ostacolo rappresentato da una sporgenza della parete anteriore del canale, a foggia di plica falciforme, ostacolo che non si avverte all'introduzione del dito quando si segua la parete posteriore del retto lungo la concavità del sacro. Tale plica si trova in media circa due centimetri al di sopra del margine superiore della sinfisi; non l'ho mai riscontrata al di sotto di questa.

Sull'esistenza di tali condizioni anatomiche non ho dubbio, non ho potuto invece ancora orientarmi con precisione sulla natura della plica. Si potrebbe a tutta prima pensare a quella ripiegatura falciforme della mucosa che si trova al punto di passaggio del sigma nel retto, che venne descritta da Schreiber col nome di plica retto-romana, da Strauss con quello di *plica terminalis* e che secondo Alzona può qualche volta fare sporgenza nel lume intestinale tanto da costituire una vera e propria valvola. Però le pliche da me riscontrate non sono certamente costituite dalla sola mucosa; questa costituisce, è vero, la parte più sporgente nel lume ma appare alla palpazione sostenuta e rafforzata dalla parete muscolare dell'intestino e si ha l'impressione che a costituirla concorrano ancora elementi al di fuori della parete stessa. Con probabilità a determinarla concorre quella disposizione speciale del meso, invocata da Neugebauer come concausa dell'inginocchiamento nel megacolon, meso che passando dal sigma al retto diminuisce nella sua lunghezza. In qualsiasi modo costituita, è certo che tale plica della parete anteriore si apprezza in una discreta percentuale di bambini al di sotto dei 4 anni in condizioni direi fisiologiche, poichè alla sua presenza non si associano in genere disturbi apprezzabili della defecazione. Questi erano però presenti in qualche caso in cui essa era sviluppata in grado notevole.

Per quanto bene avvertibili, queste pliche che si possono riscontrare in condizioni di relativa normalità funzionale, sono ben lungi dal raggiungere le proporzioni da me riscontrate nei tre casi accennati in cui esse erano senza confronto più sporgenti e resistenti e costituivano una vera e propria valvola ostacolante la fuoriuscita delle feci e dei gas.

I reperti riscontrati nei miei tre casi confermano ancora una volta quelli già riferiti da diversi autori che all'esplorazione digitale trovarono condizioni anatomiche simili. Nel caso di Göppert il dito arrivava a sette centimetri circa al di sopra dell'orifizio anale in un'ampia cavità e, ritirando il dito flesso ad uncino, si ebbe l'evacuazione di una grande quantità di feci e di gas con il successivo afflosciamento del ventre. Bernheim-Karrer in un caso consimile, coll'esplorazione digitale riscontrò un'introflessione della parete anteriore del sigma nel retto. Spingendo il dito in alto lungo la parete posteriore di questo, dopo aver attraversato un punto ristretto arrivò nel sigma dov'erano raccolte scibale dure. Reperti analoghi rilevarono Pfisterer, Strobell, Friedrich, Treves ed altri.

Per tali casi in cui, per i rapporti anatomici propri alla prima infanzia, fu possibile una palpazione diretta dell'ostacolo, vi è ormai accordo nel ritenere che questo sia rappresentato dalla plica della parete anteriore dell'intestino costituita dall'inflessione del sigma sul retto. Si è osservato ripetutamente che

(1) Per conoscenze più estese sull'argomento rimando all'eccellente monografia di G. TONNINI « *Il Megacolon congenito* » L. Cappelli, Editore, Bologna.

Digitized by Google

nei piccoli malati coll'esplorazione digitale si è provocata una abbondante fuoriuscita di feci e di gas con un miglioramento momentaneo dei disturbi ed è di nozione corrente che negli adulti, in cui il dito non arriva all'ostacolo, nella maggioranza dei megacolon si possono egualmente ottenere benefici temporanei coll'introduzione di una sonda elastica spinta in alto ad una distanza notevole dall'orificio anale (25-40 centimetri).

Ma finora tali manovre si erano limitate a provocare la fuoriuscita delle feci e dei gas per il momento dell'introduzione della sonda o del dito; ritirati questi il disturbi ricomparivano perchè permaneva la causa.

Nessuno, per quanto ho potuto dedurre dalla letteratura, ha mai riferito di aver eliminato stabilmente l'ostacolo, come a me è riuscito, eseguendo la depressione modellante della porzione intestinale inflessa. La così detta valvolotomia consigliata specialmente da Goebell mal si potrebbe eseguire nei bambini senza anestesia generale ed è, a parer mio, applicabile alla cura delle vere valvole rettali ipertrofiche costituite essenzialmente da pliche della mucosa e non interessanti tutto lo spessore della parete intestinale. Ma se ammettiamo che nell'inflessione del sigma sul retto tutto lo spessore della parete anteriore dell'intestino prenda parte alla costituzione dello sperone, anche colle modalità consigliate da Goebell la valvolotomia non sarebbe sempre scevra da pericoli. Dal punto di vista pratico si può inoltre aggiungere che gli strumenti ideati per questo intervento non sempre potrebbero trovarsi a disposizione del curante.

La depressione digitale modellante che io propongo, eseguita con dolcezza e prudenza, non presenta pericoli. Sotto la pressione continua del polpastrello si sente cedere poco a poco lo sprone della parete anteriore in modo che quello scalino che all'esplorazione retrograda segnava un limite netto fra la porzione dilatata e quella normale dell'intestino si appiana completamente o quasi. L'effetto di tale manovra è durevole tanto sulle condizioni anatomiche quanto sulla sintomatologia.

L'esplorazione digitale si può eseguire senza timore di arrecar danni anche nei neonati in cui un dito indice di normali dimensioni penetra senza difficoltà attraverso l'orifizio anale e lungo tutto il retto.

Io sono ben lontano dal credere che tale manovra possa avere sempre il successo da me ottenuto nei tre casi riferiti. Ma essa è così semplice ed innocua che potrà essere tentata in tutte le sindromi di megacolon nella prima infanzia prima di ricorrere ad altri interventi più gravi e pericolosi.

***

(Per le relative indicazioni bibliografiche rimando alla letteratura veramente completa riportata nella già indicata monografia di Tornini).

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

Divisione Chirurgica diretta dal Prof. Sen. D. GIORDANO
Istituto di Anatomia Patologica e Laboratorio di Indagini Cliniche diretto dal Prof. E. E. FRANCO

PERITELIOMA DELL'INTESTINO TENUE INCARCERATO IN UN SACCO D'ERNIA INGUINALE

Osservazioni cliniche ed anatomopatologiche

del dott. SERAFINO GIUSEPPE GIARDINA — Aiuto Chirurgo

L'estrinsecazione attraverso ad una porta erniaria di un tumore a sviluppo endo-addominale e rimanervi incarcerato o strozzato, non è certamente un fatto che occorra di frequente, almeno se si tien conto dei casi esistenti nella letteratura.

Il Lejars (nel suo « Trattato di Chirurgia di urgenza », nel capitolo « Tubercolosi e neoplasmi erniari ») ritiene come eccezionale tale eventualità e ricordando per lo studio dell'argomento una sua monografia del 1889 sui « neoplasmi erniari e perierniari », ch'io non ho potuto leggere, riassume come esempio la seguente osservazione personale: un uomo di 75 anni con fisionomia allarmante, con polso piccolo, con vomiti fecaloidi, viene operato per voluminosa ernia inguinale destra strozzata da 48 ore. Il sacco trovasi occupato dal cieco molto disteso, di aspetto del tutto anormale, e dalla parte terminale dell'ileo. Lo strozzamento è poco accentuato e lo sbrigliamento, allo scoperto, non offre difficoltà. Ma nel liberare il cieco si riconosce che tutto il segmento inferiore fa corpo col sacco che è sede di un grosso tumore duro, bitorzoluto che si prolunga all'indietro sulla parete posteriore del sacco. Non avendo altro partito da prendere se non quello di fare un ano contro natura o di resecare il ceco, Lejars si attiene a quest'ultimo. Staccata in massa tutta la porzione erniata, attirato nella ferita il segmento inferiore del colon ascendente e una parte dell'ileo, dopo praticata l'enterectomia viene imboccato l'ileo con una enterorrafia circolare al taglio del colon di cui già si è ridotto il calibro colla riunione lineare di uno dei suoi angoli.

Ridotta l'ansa ileo-colica l'operazione viene terminata come di solito. L'ammalato muore dopo tre giorni, per congestione polmonare.

Il Lejars commenta che oggi in simili casi non seguirebbe più la medesima condotta essendo d'avviso di applicare in questi strozzamenti erniari neoplastici il principio che ci ha dettato l'esperienza per l'occlusione della medesima origine, cioè di non resecare subito e di fare l'ano contronatura, liberi di completare più tardi l'intervento se l'eseresi è possibile, quando i fenomeni di stasi e di stercoremia saranno cessati.

Il Donati nel trattato di « Chirurgia addominale » a proposito « del contenuto del sacco erniario », ricorda soltanto un caso interessante di leiomioma di un'ansa di tenue erniata, descritto dal De Almeida (Nuova Contribuiçao ao estudo dos neoplasmas herniarios; Rio de Janeiro, 1909), ma anche di questo caso non ho potuto consultare la memoria originale; e così pure dei casi che sono accennati nella monografia del Luxardo sull'ernia pura appendicolare (1), casi nei quali venne riscontrata l'appendice erniata in preda a carcinoma primitivo. Di questi i più interessanti sono quello operato dal Ramella nel quale si trovò un fibro-lipoma (il tumore non è stato oggetto di ricerche microscopiche) sviluppatosi all'apice dell'appendice, del volume di due pugni, occupante lo scroto, distinto e indipendente dal cordone e dal testicolo; e quello del Landi, pubblicato dal Rosi, di ernia inguinale cieco-appendicolare a sacco incompleto. All'atto operativo in questo caso si trovò un tumore della forma e del volume di una pera con diametro longitudinale di 9 cm. e il massimo transverso di poco meno di 6 cm., che faceva corpo per il maggior tratto della sua lunghezza coll'appendice cecale, il cui estremo era necrotico.

Gli elementi del cordone erano immedesimati nella massa del tumore che era a contatto colla vaginale del testicolo, alla parte superiore della quale aderiva. All'esame istologico si potè dimostrare come il neoplasma fosse un leiomioma originatosi dalla tunica muscolare dell'appendice vermicolare del cieco.

L'unica osservazione che ho potuto leggere nella memoria originale è quella del Rossi pubblicata in « Riforma Medica », anno 1909, p. 1245, riguardante lo « strozzamento erniario di un tumore a sviluppo endoaddominale dello spazio prevescicale di Retzius » e che ritengo opportuno riassumere avendo questa osservazione alcuni caratteri clinici che la avvicinano al mio caso:

Uomo di 70 anni, da Montecatini, colono, da un trentennio affetto di ernia inguinale destra facilmente riducibile ed abbastanza ben contenuta da un cinto erniario. Spesse volte negli ultimi anni fenomeni locali lievi e transitori di strozzamento, ma il paziente col riposo e con impacchi caldi è riuscito ad ottenerne la riduzione. Per circa quattro anni disturbi della minzione: dapprima pollachiuria poi anche disuria, senso di peso e bruciore al perineo, orina torbida e di odore ammoniacale. Non fu mai blenorragico. Mai siringato. 5 giorni fa in seguito a sforzi nel mingere dolore piuttosto vivo alla regione inguinale destra con fuoriuscita dell'ernia che malgrado alcune ore di tentativi l'ammalato non riuscì a ridurre. Il consiglio di un sanitario dell'immediato trasporto all'ospedale non viene seguito, sperando i famigliari nella riduzione spontanea dell'ernia. Viene accolto febbricitante dopo 5 giorni dallo strozzamento. E. O. Sulla regione inguinale destra una considerevole tumefazione ovoidale, strettamente fissata nel polo superiore al piano muscolare, tesa, elastica, vivamente dolente alla pressione anche superficiale, che dalla metà della piega dell'inguine scende obliquamente in dentro e in basso nella parte più alta della loggia scrotale omolaterale, ricoperta da cute calda, poco scorrevole che mal si lascia sollevare in pieghe.

---

(1) Augusto Luxardo. Considerazioni cliniche ed istologiche su alcuni casi d'ernia pura appendicolare. Treviglio tip. Ed. Messaggi, 1908.

Digitized by Google

Sul tumore la percussione dà suono ottuso, sul resto dell'ambito addominale suono timpanico, tranne all'ipogastrio dove si apprezza globo vescicale. Non vomiti. Alvo chiuso da 5 giorni; T. 39°,7, polso celere a ritmico, 95. Ateromasia delle arterie superficiali, debolezza dei toni cardiaci. Aspetto abbattuto, lingua secca e biancastra. Col cateterismo si dà esito a 1 litro di orina giallo cupo, torbida, fetidissima. Con enteroclismi d'acqua glicerinata si dà esito a copiosissima scarica di gas e di feci in parte solide e dure, in parte poltacee.

Intervento chirurgico: anestesia locale stovainica. Scollato dalle aderenze colla parte del canale inguinale e cogli elementi del funicolo sparpagliati il voluminoso sacco, questo viene aperto dando esito a pus denso cremoso, fetidissimo.

Deterso il campo, al colletto imbutiforme del sacco si presenta un tumoretto con estremità arrotondata e bluastro che dà l'impressione a tutta prima di un diverticolo della parete intestinale. Disimpegnata, dopo distaccata dalle aderenze verso la base della parete interna del sacco, la massa appare di forma e volume di un uovo di gallina, un po' depresso lateralmente con l'emiogivale basale più slargato, il quale poi si restringe a mo' di peduncolo brevissimo, dello spessore di un grosso dito pollice a livello del colletto del sacco, che lo coarta esattamente. La superficie quasi liscia, bluastra, con qualche riflesso bianco perlaceo, mostra alcune u-

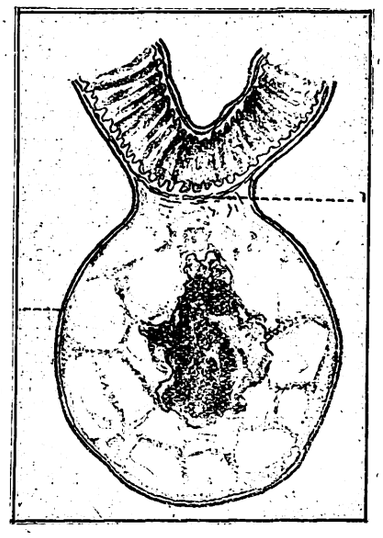


Fig. 1.

cerazioni superficiali, poco estese. La consistenza è uniforme anche sul peduncolo, fra carnosa e fibrosa. Asportato il tumore rimane un orifizio abbastanza largo da permettere l'introduzione di un dito col quale si esplora nelle vicinanze la cavità addominale, rilevando anzitutto come la superficie di resezione del tumore risieda poco lungi dall'orificio inguinale laterale e precisamente all'interno di questo e un po' in basso sul limite della parete dell'addome e la cupola della vescica, la cui parete afflosciata dal recente cateterismo appare ispessita. Drenaggio con garza della cavità addominale.

L'a. muore di peritonite diffusa purulenta dopo sei giorni. Alla necroscopia (parziale) si constatò che il breve peduncolo del tumore si approfondava nel cellulare lasso piuttosto scarso, che riveste la porzione soprapubica del cosidetto spazio di Retzius.

L'esame microscopico dimostrò trattarsi di un tumore costituito dall'associazione di due varietà di tessuto connettivo: il fibroso e l'adiposo; il connettivo fibroso ch'è il predominante, forma l'impalcatura del tumore entro i cui alveoli si annida il tessuto adiposo, distribuito in lobuli. L'A. però non crede poter definire il tumore come un fibro-lipoma considerando nel suo caso la proliferazione connettivale come l'espressione di un processo flogistico impiantato su un tumore *ab initio* semplicemente lipomatoso.

In questa pubblicazione del Rossi credevo di trovare qualche cenno di bibliografia sull'argomento, ma non vi è ricordato alcun caso, giacchè l'A. fino al 1909 non ne ha trovato altri esempi nella letteratura delle ernie per cui ritiene egli assolutamente eccezionale il reperire un tumore a sviluppo endoaddominale in un sacco erniario.

Ora dai casi che mi è stato possibile rintracciare credo che oggi se non assolutamente eccezionali dobbiamo ritenere tali eventualità cliniche come rare; è per questa rarità e per l'interesse che offre anche dal lato istologico che ritengo esporre il caso capitato sotto la mia osservazione il 21 maggio dello scorso anno.

Trattasi di un uomo di 72 anni, da Venezia, pensionato delle F. S., ricoverato di urgenza nelle prime ore pomeridiane con la diagnosi di ernia inguinale destra incarcerata.

L'a. racconta che i suoi genitori morirono di vecchiaia e che ha tre fratelli, dei quali uno è vivo e sano e degli altri due, emigrati da molti anni in America, non ne ha notizie. Dalla moglie, morta alcuni anni fa di bronco-polmonite, ha avuto due figli i quali sono vivi e in buone condizioni di salute. Afferma egli di non aver contratto lue o altre malattie veneree e di aver goduto sempre ottima salute, tanto che in 37 anni di servizio quale cantoniere nelle F. S. non tralasciò mai il servizio per causa di malattia. Si dichiara modesto bevitore di vino (circa 1 litro al giorno durante i pasti, di rado qualche bicchierino di «grappa» nella stagione invernale) e morigerato fumatore (due, tre sigari toscani al dì).

Da 10 anni è affetto da ernia inguinale destra riducibile e contenibile con cinto erniario, cinto che ha sempre portato senza alcun fastidio fin dalla comparsa dell'ernia. Qualche volta l'ernia si è fatta protrudente come una grossa noce, ma all'a. è stato sempre facile il ridurla; 8 giorni fa invece, improvvisamente nello sforzo del defecare, l'a. avvertì con un senso di scatto una massa estrinsecarsi nella sede dell'ernia, che lo impressionò e per l'insolito volume e per il fatto che non riuscì a ridurla. Il riposo a letto e tutti gli impacchi freddi e caldi praticatigli dai famigliari non gli hanno valso a nulla, per la qual ragione da un sanitario, che egli ha consultato soltanto stamani, è stato inviato di urgenza in ospedale. Non ha avuto nè vomito nè singhiozzo. Alvo chiuso da otto giorni.

L'a., soggetto robusto, alto, ben nutrito, ha un aspetto sereno e gioviale; faccia accesa colle venule superficiali del naso e degli zigomi ectasiche. E' apiretico. Lingua un po' asciutta e leggermente patinosa. Polso teso lento ritmico ed uguale con 68 battute al m'. Rivoluzioni cardiache regolari, toni vibrati, senza rumori. Poco espansibili le basi polmonari dove si ascoltano dei rantoli umidi diffusi. Addome adiposo, ampio, trattabile, indolente. Di notevole alla regione inguinale destra una tumefazione di volume e forma di una grossa arancia, ricoperta da cute normale, non aderente, di consistenza dura carnosa, irriducibile, indolente e sulla quale la percussione dà suono ottuso. Non si palpano ghiandole.

Null'altro riscontro all'esame complementare che possa fornirmi elementi per una giusta diagnosi, giacchè quella tumefazione, che alla semplice ispezione riporta subito colla mente alle comuni ernie inguinali dirette, a me in base alla anamnesi e all'esame obbiettivo dà il convincimento che abbia a trattarsi di un qualche cosa di anormale che non sia omento o intestino o altro organo cavo che formi il contenuto dell'ernia.

Per tanto non trovando indicazioni di urgenza dispongo perchè l'a. venga preparato per l'indomani; ma verso sera dovendo io intervenire in un ragazzo per appendicite acuta, ritengo conveniente di operare nella stessa seduta prima il nostro ernioso.

In anestesia locale con alipina, chinino e urea, previa iniezione di morfina, scopolamina e atropina, incido lungo l'asse maggiore del tumore erniario, scoprendo una massa rotondeggiante del volume di una grossa arancia, a superficie liscia, di consistenza fibrosa circondata al lato esterno dal funicolo, che facilmente si lascia isolare con tutti i suoi elementi. Aperto il sacco che riveste esattamente la massa tumorale, non si vede uscire liquido: la porta erniaria è bloccata dal peduncolo del tumore, che con moderata trazione non si riesce a disimpegnare. Onde accertatomi con una incisione prima superficiale, poi a tutto spessore, che trattasi di un neoplasma d'apparenza sarcomatosa procedo, dopo raccolti i labbri della ferita tra gli uncini di una pinza, e il tutto avvolto in una flanella nella mano sinistra, ad allargare colle forbici il cingolo erniario, il quale al lato mediale presenta delle aderenze fibrose che fissano la base del tumore alla parete addominale. Tagliate queste tirando sulla massa tumorale viene trascinata fuori un'ansa di intestino tenue circa a un metro dalla valvola ileo-cecale sulla cui parte convessa opposta al mesentere il tumore è impiantato. Accertatomi e coll'ispezione (fin dove è possibile) e con l'esplorazione, che non esistono altre formazioni neoplastiche in cavità addominale, circoscrivo il campo con flanelle e reseco alla base il tumore unitamente al tratto di parete intestinale sul quale è impiantato. Riparata la breccia intestinale residua estesa poco più di una moneta da 10 centesimi nuovo conio, con una sutura a piani in senso trasversale, come per una sutura termino-terminale, riduco l'ansa, lasciando a contatto uno zaffo di garza idrofila che faccio sporgere dall'angolo superiore della ferita (quantunque non si abbia avuto spargimento di liquido enterico) e suturo il resto della ferita operatoria come il solito.

Durante l'atto operativo, durato circa 35 minuti, l'a. non diede segni di sofferenze tranne durante l'esplorazione dei visceri addominali.

Decorso postoperatorio regolare. All'ottavo giorno abolisco lo zaffo, chiudendo con un punto di catgut il breve tragitto. Al 10° giorno con piccolo clistere oleoso l'a. svuota l'alvo, abbondantemente.

La cicatrizzazione della ferita cutanea per piccole zone di disfacimento

Digitized by Google

del grasso sottocutaneo avviene per seconda, cosicchè l'a. può essere dimesso soltanto il 19-7-1926 in ottime condizioni generali e con cicatrice ben consolidata.

Il tumore asportato del volume, come si è detto, di una grossa arancia, è a superficie liscia, di consistenza fibrosa, di colorito grigiastro con chiazze bluastre. La mucosa intestinale resecata si lascia facilmente dis-

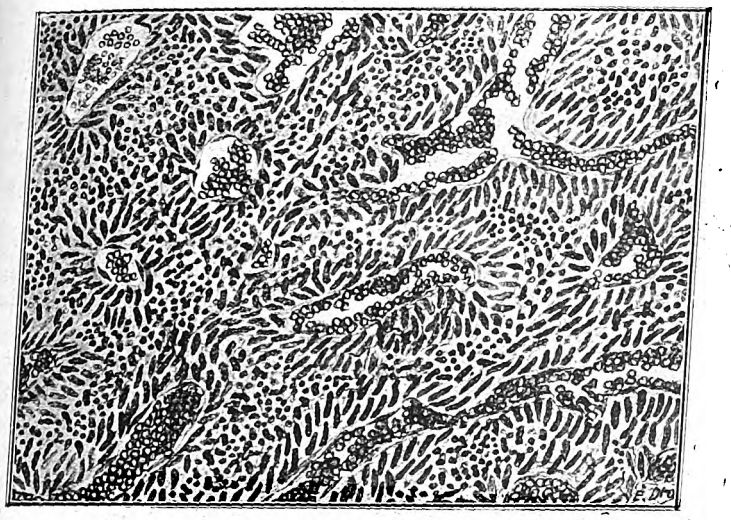


Fig. 2.

sociare dal peduncolo del tumore il quale invece è intimamente connesso con la sierosa.

Spaccata completamente per il mezzo si osserva che la massa è formata da tessuto d'aspetto lardaceo con striature alcune biancastre, altre rosee intersecate da sottili vasi che confluiscono verso il centro del tumore, dove è scavata una cavità irregolare del volume di una noce, ripiena di coaguli nerastri, alcuni dei quali difficilmente si lasciano distaccare dalla parete (v. fig. 1, semischematica).

L'esame istologico della massa tumorale eseguito sulle sezioni microtomiche di frammenti presi da zone differenti e fissati in formalina al 10 %, e colorate coi metodi comuni (ematossilina, eosina, van Gieson) ha rivelato ovunque aspetti identici.

Si scorge un fitto intreccio di capillari che il coltello ha colpito trasversalmente obliquamente e longitudinalmente, i quali sono rappresentati all'interno da uno strato unico di cellule endoteliali che possiedono nucleo ben evidente, ricco di sostanza cromofila. Il calibro di tali vasi è variabile, ma sempre ampio, spesso è anche varicoso. Il loro lume contiene sangue, in copia maggiore o minore a seconda delle zone.

Attorno all'esile parete endoteliale stanno manicotti di cellule piuttosto voluminose, del tipo epiteliale od endoteliale, provviste di un nucleo ovale, più grosso di quello degli endoteli ma meno ricco di cromatina. In molti punti questi elcmenti epiteliali od endoteliali si dispongono radialmente al lume del vaso: ma a mano a mano che da questo si allontanano, la disposizione radiata va scomparendo, mentre le cellule si fanno polimorfe, ed in generale, divengono di dimensioni più piccole e spesso sono le une contro le altre stipate.

Onde da qualche autore questo singolare aspetto microscopico è stato paragonato a un fiore di crisantemo, in cui il pistillo è formato dal vaso e la corolla dagli elementi neoplastici.

Rare sono le mitosi. Il citoplasma non presenta particolarità degne di nota. Le cellule immediatamente circondanti la lamina endoteliale si appoggiano direttamente su di essa, senza interposizione di altri strati (v. fig. 2).

Il tessuto connettivo mancante in molti punti, scarso e fibrillare in altri, è in qualche zona abbondante, e quivi spesso è ialino. Nella compagine tumorale sono frequenti le emorragie di data più o meno recente. Nelle parti centrali del blastoma il tessuto è necrotico.

Interessante è quanto si osserva rispetto a qualche capillare assai largo nei confini tra parete intestinale e tumore: mentre la proliferazione perivascolare a raggiera è ben evidente distalmente al lume intestinale, essa manca del tutto dalla parte delle tonache enteriche (v. fig. 3).

La neoformazione blastomatosa prende inizio all'esterno della muscolare a fibre trasversali. Della muscolare a fibre longitudinali e della sierosa non si vedono traccie. In ciò che rimane dell'intestino a livello del tumore non esistono lesioni apprezzabili.

Da quanto ho detto dell'esame istologico risulta chiaro che il tumore è sorto dall'elemento vasale, ma non dagli endoteli i quali, come anche le figure dimostrano, sono sempre normali, integri, e mai presentano movimenti proliferativi. La neoformazione si deve ricondurre a quelle cellule perivascolari che formano il così detto peritelio di Ebertn (1870), peritelio su cui moltissimo si è discusso da numerosi studiosi senza che ancora un accordo sia stato raggiunto, ma che per ricerche recentissime (Volterra) consisterebbe di una tonaca avventiziale di tessuto reticolare i cui elementi sarebbero dei veri e propri istiociti, con tutti i caratteri di queste speciali ed importantissime cellule dette « del reticolo », le quali quindi si identificherebbero con quelle di Rouget, coi clasmatociti di Ranvier, cogli emoistioblasti di Ferrata, coi poliblasti di Marchand, e perciò anche con le analogne della milza, del midollo delle ossa e con quelle dette di Kupffer del fegato. Ognuno sa quale grande importanza sia data a tali elementi dagli studi dell'ultimo ventennio.

Sulla natura periteliale del tumore non mi pare possa sorgere dubbio, nonostante sia ben noto come non sempre i perieliomi siano di diagnosi facile, tanto che talora è arduo classificarli come tali, oppure come sarcomi comuni od anche quali veri cancri. Classifico per tanto il blastoma in istudio come perieliomа: e poichè le cellule del reticolo da cui esso deriva sono di natura squisitamente connettiva, ne viene che, in ultima analisi, esso non è che una varietà speciale di sarcoma: onde quella di angiosarcoma periteliale (Kolakzeck) mi parrebbe più esatta denominazione.

Definito così istologicamente il tumore, resta a sapere ai fini pratici se in effetto codesti neoplasmi abbiano un andamento clinico più o meno maligno dei cancri e dei sarcomi.

Scorrendo la letteratura, almeno quella di quest'ultimi anni, non mi sono imbattuto in alcun studio clinico di perieliomа dell'intestino tenue; nè numerose sono le osservazioni di operati di tumori periteliomatosi di altri organi e sistemi, rivisti a distanza di tempo. Il Forni in uno studio sull'endotelioma e il peritelioma della mammella (*Arch. ital. chir.*, vol. X, fasc. 2), riferisce che ha potuto osservare in una sua amputata della mammella con relativo svuotamento del cavo ascellare per peritelioma una metastasi del cavo ascellare già dopo sei mesi dall'intervento; di un'altra sua operata della mammella per peritelioma ebbe informazioni della comparsa di dolori dopo un anno dall'intervento alla colonna vertebrale così da far pensare ad una metastasi.

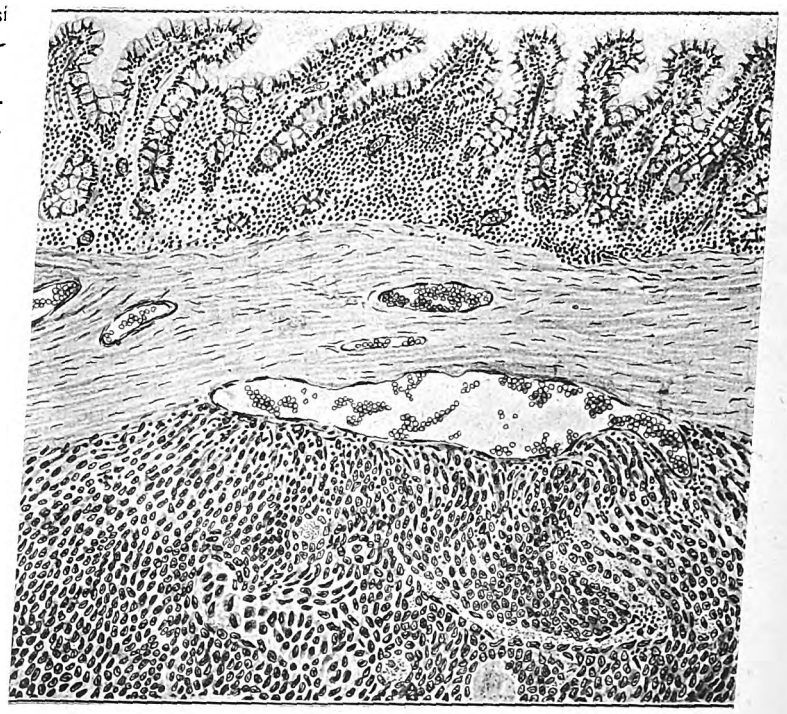


Fig. 3.

Queste ed altre osservazioni che si possono raccogliere come d'altra parte i reperti di autopsia che hanno fatto notare spesso la diffusione metastatica di codesti neoplasmi che hanno sede più frequente di sviluppo nelle meningi e non infrequentemente nella coroide, nella ghiandola carotidea, nelle capsule surrenali, nelle ovaie, nella mammella, ecc. (Ménétrier), devono fare avvertito il chirurgo che il trattamento operatorio dei pe-

Digitized by Google

riteliomi deve essere condotto come per i tumori maligni e la prognosi in conseguenza deve essere riservata.

Questo come punto di vista dottrinario, chè clinicamente questi neoplasmi quando sono visibili e palpabili spesso si palesano come tumoretti ben circoscritti del volume e forma, a seconda del periodo di accrescimento, di una noce o di un uovo di tacchina, al più di una piccola arancia, a superficie liscia di consistenza dura elastica o dura carnosa, non aderente ai tessuti circostanti, per lo più senza segni reattivi apprezzabili delle linfoghiandole delle stazioni viciniori, così da far pensare a un tumore benigno. Onde il trattamento si riduce spesso alla enucleazione e all'asportazione pura e semplice del blastoma.

Recentemente il Fusari ha descritto un caso di peritelioma, senza metastasi apparenti, del palato molle, del volume di una nocciola, da altri interpretato come gomma sifilitica e che, giudicato trattarsi di tumore, il Donati facilmente potè enucleare. A 15 mesi di distanza l'operato gode ottima salute e nulla fa supporre che debba verificarsi una recidiva del processo neoplastico (*Arch. Ital. di Chir.*, vol. XVI, p. 355).

Nel nostro caso dato il volume raggiunto dal tumore era da aspettarsi di trovare qualche segno di metastasi, ma, come ho fatto rilevare, nè nel mesentere corrispondente all'ansa del tenue su cui si trovò sviluppato il tumore, nè sulle pareti dell'intestino ad esso attiguo, nè nelle stazioni linfoghiandolari accessibili alla palpazione si potè quella notare. Nè credo che si debbano interpretare le aderenze fibrose che trattenevano la base del tumore alla parete addominale al lato mediale della porta erniaria come un processo di propagazione blastomatosa, chè integra appariva dopo asportata la massa tumorale, la capsula fibrosa che la circoscriveva; più logico penso dover riferire tali aderenze a quei processi reattivi che solitamente troviamo negli erniosi che hanno portato a lungo un cinto erniario; cinto erniario che nel caso in ispecie potrebbe essere incolpato quale stimolo estrinseco alla produzione blastomatosa. Non possiamo certo escluderlo, ma non possiamo altrettanto affermarlo essendo lecito pensare che la neoformazione possa essersi iniziata prima della comparsa dell'ernia, a lento sviluppo come sono codesti tumori. Non è improbabile che il neoplasma fosse stato negli anni precedenti, quand'era ancora di piccolo volume, abituale ospite del sacco erniario, che poi fissato alla parete addominale abbia continuato, forse anche stimolato dal cinto erniario, il suo progressivo accrescimento e che in ultimo, sotto le potenti forze del torchio addominale, quali possono entrare in gioco in un uomo robusto che si accoscia per compiere una defecazione stentata, improvvisamente e a viva forza s'a stato cacciato attraverso l'angusta porta per rimanere quindi incarcerato nel sacco erniario, dove deve aver subito un aumento di volume per le emorragie in esso determinatesi sia al momento del passaggio forzato sia perchè a lungo venne il tumore mantruggiato dall'a. nei tentativi di riduzione.

Queste emorragie in seno ai peritel omi sono facili a verificarsi per la sottigliezza delle pareti vasali, o anche per eventuali alterazioni degenerative, onde queste possono infrangersi anche sotto un aumento della pressione sanguigna. Manganotti in un uomo di 74 anni che era arrivato al tavolo anatomico con la diagnosi di emorragia cerebrale, rinvenne neoplasie multiple disseminate primitive del cervello, nelle quali erano avvenuti fatti emorragici recenti: esse istologicamente risultarono essere dei periteliomi. La causa determinante delle emorragie avvenute in tutti i noduli di peritelioma nel medesimo tempo era da attribuirsi ad un'aumento notevole della pressione sanguigna in un nefritico cronico iperteso.

Questa osservazione ho voluto ricordare anche ai fini medico-legali perchè ci sia presente la facilità con cui possono determinarsi delle emorragie in codesti tumori, anche sotto cause lievi e transitorie quali possono essere un colpo di tosse, uno starnuto, ecc.

Nel nostro operato, che tuttora a 9 mesi di distanza sta bene e non presenta fatti da far pensare a metastasi, fortunatamente la porta erniaria non si è aperta a discussioni medico-legali, ma ha dato adito a un salutare intervento su un tumore che in caso diverso sarebbe rimasto probabilmente misconosciuto con tutte le conseguenze inerenti ai suoi caratteri evolutivi forse maligni.

□□□

NOTE PREVENTIVE

REAZIONE SIEROCROMOGENA DELLA SIFILIDE

del dott. ENRICO DE SILVESTRI (Torino)

La sierologia ha aperto nuovi orizzonti alla diagnosi delle malattie infettive e permette il diagnostico anche in certi casi in cui la ricerca dell'agente patogeno non è identificabile e non autorizza a stabilirlo.

Nella febbre tifoide, nella dissenteria bacillare l'azione agglutinante del siero sopra il microbo rivelano la diagnosi, ed anche nella sifilide, durante il periodo secondario terziario (allorchè è difficile mettere in evidenza il treponema) le modificazioni del siero ne indicano la presenza.

Alla diagnosi sierologica della sifilide portarono un notevole contributo numerosi osservatori partendo da principii dottrinali diversi.

Gli studi e le ricerche culminarono nel metodo proposto da Wassermann che ha arricchito la siero-diagnostica di una reazione di alto ed indiscutibile valore. Tuttavia si può affermare che una reazione idealmente perfetta non esista. Ogni giorno si aggiungono nuove ricerche onde illuminare la diagnosi di una malattia che in certi casi è oscurissima e mette a dura prova la sagacia e l'esperienza di provetti clinici. E' perciò opportuno che si tentino nuovi indirizzi nel campo siero-diagnostico, poichè, data la complessa e variabile costituzione del plasma sanguigno e la natura fisico-chimica delle modificazioni del siero patologico, è forse estremamente difficile che una reazione segua una legge fissa e costante in ogni individuo. Il clinico potrà in casi dubbi valersi di mezzi siero-diagnostici fondati su elementi diversi e che si integrano a vicenda.

***

Io partii nelle mie ricerche dal proposito di mettere in evidenza le alterazioni che avvengono nel siero sifilitico mediante reazioni chimiche cromogene.

E' dimostrato che in tutte le infezioni avvengono alterazioni nel siero. Un antigene modifica il mezzo sanguigno e dà luogo alla formazione di anticorpi specifici, all'infuori degli anticorpi che esistono normalmente nel siero.

Questa modificazione nella natura e nella costituzione del siero prodotta dall'antigene e dagli anticorpi specifici, può essere messa in evidenza per mezzo di reazioni chimiche peculiari e possibilmente cromogene? Un metodo che mettesse in evidenza mediante dette reazioni una sostanza X, caratteristica della infezione (o gli antigeni-anticorpi specifici combinati), sarebbe la prova diretta dell'esistenza di una determinata malattia, ed avrebbe un indiscutibile e decisivo valore diagnostico. E' alla soluzione di tale quesito — limitato per ora alla sierodiagnosi della sifilide — che si volsero le ricerche che sono oggetto della presente nota, esperimenti che hanno conchiuso in un *procedimento* che può rappresentare per sè e per la sua applicazione in altri stati morbosi un nuovo mezzo per indagare la funzione della molecola vivente allorchè reagisce agli attacchi dei germi patogeni.

Stabilita codesta possibilità per una malattia infettiva (benchè sia arrischiato generalizzare) io penso si potrà probabilmente adottare un metodo similare per giungere ad un diagnostico preciso anche per altre, poichè tale metodo dovrebbe rispondere a delle esatte leggi biochimiche.

***

I reagenti da me usati a questo scopo sono stati varii e numerosi e, specialmente all'inizio, non avevano una ben definita direttiva, mancando ogni luce di esperimenti precedenti. Ora sarebbe superfluo elencare le sostanze che mi diedero risultanze negative o contraddittorie. Mi soffermerò soltanto a quelle

Digitized by Google

prescelte e che mi risultano essere di sicura utilità alla siero-diagnosi cromogena.

***

E per esporre con ordine come si debba procedere nella esecuzione del mio metodo, dirò anzitutto del materiale occorrente. Sono dunque necessarie:

A) Pipette tarate di 1 cc. con strozzamento interno (uso stalagmometro) con punta stillagocce che diano la goccia di 5 centg. e cioè di 1/20 di cc. Queste pipette sono indispensabili per eseguire la reazione.

B) Pipette calibrate di 3 mm. di diametro, tarate a 1/2 cc. e suddivise in 10 parti eguali e che diano la goccia come la pipetta A. Le pipette A e B servono per aspirare la soluzione di siero e al conteggio delle gocce.

Le pipette vanno rigorosamente controllate.

C) Boccette della capacità di 30 cc. con tappo di gomma, che chiuda ermeticamente l'apertura; al centro del tappo si infiggerà una pipetta A). Le boccette devono essere di vetro colorato e servono per contenere i reagenti. La soluzione idro-alcoolica di neosalvarsan va inoltre tenuta lontana dalla luce che la altera rapidamente. Sono da scartare le boccette contagocce, anche quelle cosidette di precisione, poichè anche le migliori marche non sono esattissime, e le gocce aumentano di volume man mano che discende il livello del liquido. Ora la esattezza delle singole dosi, è *conditio sine qua non* per la riuscita della reazione e perciò i mezzi incerti e malsicuri vanno senz'altro eliminati.

D) Provette graduate della capacità di 2-3 cc. e di cui ogni cc. sia suddiviso in 5 parti eguali nelle quali si operano le soluzioni dei sieri.

E) Provette semplici a piedino di 4 centimetri d'altezza del diametro di 7 mm. che servono per eseguire la reazione. E' bene che il diametro sia osservato perchè le tinte presentano gradazioni diverse a seconda dello spessore della colonna liquida.

I reagenti sono: Acido solforico purissimo (14,88 a 15°), acido monocloro-acetico (Merck) in soluzione alcoolica satura; vaniglina in soluzione alcoolica al 4 %. Acido citrico in soluzione alcoolica satura. Il siero va diluito in 1,25 parti in una soluzione idroalcoolica di fenolo liquido al 2 per mille, coll'aggiunta di arseno-benzolo Billon, al 1/10000. La soluzione va preparata nel seguente modo:

1 centg. di arseno-benzolo, 12 gr. di alcool etilico, 88 gr. di soluzione al 2 e mezzo per 1000 di fenolo liquido in acqua distillata o sterilizzata. In luogo della soluzione fenica si può usare acqua distillata, ed allora si aggiungono 10 gocce di fenolo liquido al miscuglio di 100 gr.

Il siero che meglio corrisponde alla reazione è quello giallo citrino e cioè non emolitico, e va preferibilmente usato fresco o almeno non invecchiato.

Nel fare la miscela si abbia cura di non turare la provetta graduata con cotone non sterilizzato o peggio con le dita, ciò che potrebbe alterare il miscuglio.

E' da raccomandare assoluta proprietà delle provette e delle pipette che prima di ogni reazione vanno bollite in liscivia di soda per almeno un quarto d'ora e poi risciacquate in abbondante acqua distillata. Se non si è molto accurati e rigorosi nella preparazione dei mezzi può avvenire che tracce impercettibili di precedenti reazioni rimaste aderenti alle pareti delle provette già usate, alterino o perturbino le reazioni e che questa venga male interpretata. Non è superfluo od esagerata la raccomandazione di usare provette e pipette assolutamente pulite; una reazione biochimica è assai più delicata delle semplici combinazioni chimiche perchè qui vi sono in gioco particelle minime di sostanze legate alla cellula vivente. Ora, ecco come si procede:

Si disponga di provette e pipette (come suddescritte) in numero corrispondente ai sieri da esaminare, si preparino i sieri esaminandi ed i reagenti nel modo suddetto, quindi, adoperando le pipette stillagocce, in una provetta a piedino si versino 7 gocce di acido solforico corrispondente a 1/7 di cc. vi si aggiunga 1 goccia di soluzione di acido monocloroacetico ed una goccia di soluzione di acido citrico, ed infine 1 goccia di soluzione di vaniglina; badando bene a che ogni goccia raggiunga il fondo senza toccare le pareti: a questo punto si agita bene il miscuglio che assume una tinta giallo-verdognola. Ora si può procedere subito — mentre la combinazione chimica sviluppa calore, ed è preferibile — o si può attendere che il reagente sia freddo, ad aggiungere il siero convenientemente preparato. In tutti e due i casi si aggiungono 3 gocce della soluzione in esame (corrispondente ad 1/9 di c.c.). (E' indispensabile che le gocce del siero raggiungano il reagente senza toccare le pareti!). Il siero galleggia sulla parete superiore formando una nubecola, s'imprimono tosto delle piccole scosse a tutto il liquido in modo che il siero si mescoli bene al reagente. Avvenuta la miscela, quasi immediatamente, vale a dire in pochi secondi, il miscuglio si colora. Nel caso di siero normale prende una tinta violetto-rosa (violetto cobalto), ed in un secondo tempo e cioè in capo a 10'-15' si fa più nettamente viola e carminato. Invece in caso positivo (siero-sifilitico) il miscuglio assume una tinta che va dall'aranciato-rosa (vermiglione) in primo tempo, al rosso rubino (carminio) in secondo tempo, e cioè dopo 10'-15'.

La reazione avviene pure aggiungendo le tre gocce di siero subito dopo l'acido solforico e mescolando, e, quindi, aggiungendo l'ac. citrico, l'acido monocloracetico, la vaniglina; io uso le due maniere parallelamente e quasi per controllo l'una dell'altra.

Nella più parte dei casi la reazione netta e ben definita si determina come ho innanzi descritto, e rimane caratteristicamente tale per circa un'ora e mezza. In seguito ha tendenza ad alterarsi, e cioè la reazione positiva assume sfumature violacee-porpora mentre la normale prende una gradazione più intensa violetto-cupo (violetto celeste).

Ritengo che la variazione suddetta possa interpretarsi (nel caso della reazione positiva) coll'esaurimento dell'ambocettore che è quello che dà la reazione vermiglione e poi rosso-rubino. Se la primitiva tinta aranciato rosa non passa al rubino, ma tende a farsi violetta soltanto dopo 10'-15', è probabile una lievissima positività, tanto più lieve quanto minore è stato il tempo impiegato dalla tinta normale a ricomparire, sarà prudente segnare: *reazione dubbia*. Si potrà in questo caso procedere come si fa per la riattivazione della W. e cioè riattivare gli anticorpi con una iniezione di neosalvarsan, e quindi ripetere la reazione. Se invece la tinta vermiglione dura oltre mezz'ora senza sfumature viola, si potrà segnare: *reazione positiva debole*.

Se infine passa prontamente dal vermiglione al rubino e codesta tinta resiste un'ora e mezza prima di assumere sfumature violette, si potrà segnare: *reazione forte*.

La lettura va fatta dopo venti minuti, mezz'ora; l'osservazione si deve fare tenendo la provetta sopra uno schermo bianco e voltando le spalle alla luce diretta, oppure guardando per trasparenza.

Inattivando il siero alla temperatura 56°-58° per mezz'ora la reazione avviene egualmente. Invece una goccia di neosalvarsan al 0,50 % od una goccia di soluzione di formalina al 5 % aggiunte ad 1 cc. di siero inibiscono la reazione.

Con l'esercizio la lettura si fa con facilità e sicurezza, abituando la vista alle sfumature di passaggio sia nei casi positivi che nei negativi.

In cinque anni di esperienza ho controllato 918 sieri fornitimi dalla mia clientela privata, dal dottor Pollano, aiuto della sezione Dermosifilopatica al Policlinico Generale e dal Dott. Prof. Desderi, direttore dell'Istituto Biologico. Di questi 918 sieri, 498 risultarono negativi, 420 positivi. Nella pluralità dei casi la siero-cromogena si accorda con la Wassermann (90 %); in qualche altro caso però si è dimostrata più precoce, e talvolta, più lenta a scomparire. Se dalle poche centinaia di casi non fosse temerario trarre deduzioni, si potrebbe affermare che la Reazione Sierocromogena è una delicata e sensibilissima segnalatrice che compare precocemente e tende a scomparire assai tardi. La Sierocromogena è pure presente nel liquor di sifilitici colpiti nei centri nervosi. In questi casi la diluizione va fatta in parti eguali. Nella tubercolosi, nella malaria, nel cancro non avviene la caratteristica reazione. Questa sarebbe quindi specifica della sifilide.

CONCLUSIONI. — Dalle mie osservazioni risulta che nel siero dei sifilitici esistono delle sostanze specifiche X le quali coi reagenti chimici da me adottati e colla tecnica suesposta dànno luogo a reazioni colorate caratteristiche.

Quali sono queste sostanze X che dànno luogo alla reazione cromogena? Probabilmente rappresentano una combinazione antigene-anticorpi o sono semplicemete l'anticorpo specifico.

La reazione da me descritta si dimostra sensibile ed è specifica e ritengo sia di grande utilità nella diagnosi della sifilide.

Digitized by Google

Nota. — Acido solforico 1 cc. = 4.9 gocce pipetta stillagocce; Sol. Alcool Monocloroacetico 1 cc. = 45 gocce pipetta stillagocce; Sol. Alcool-Acido citrico 1 cc. = 45 gocce pipetta stillagocce; Sol. Alcool-Vaniglina 1 cc. = 45 gocce pipetta stillagocce; Siero diluito 1 cc. = 26 gocce pipetta stillagocce; Siero diluito 3 gocce = 1/9 di cc.; Ac. solforico 7 gocce = 1/7 di cc.

L'acido solforico, l'acido citrico, la vaniglina, son di marca Schiapparelli (uso analisi) Torino. L'acido monocloroacetico, Merck. Le pipette stillagocce di precisione di A. Ferro (Torino).

Torino (via Po, 20).

RIVISTE SINTETICHE

LA TUBERCOLOSI DEL CUORE E DEI VASI

Un riassunto storico, come quello che ci offre il Piery della Facoltà di Medicina di Lyon (*Archives des Maladies du Coeur*, etc. dicembre 1926), può avere importanza per dimostrare una certa frequenza della localizzazione della tubercolosi sull'apparato circolatorio in genere.

Bisogna — d'altra parte — ammettere che questa frequenza è relativa, poichè data la enorme diffusione della tubercolosi la letteratura medica non è poi ricchissima di una casistica sulle localizzazioni vasali di questa malattia, checchè ne dica il Piery.

Comunque sia, gli studiosi non hanno mai trascurato lo studio di questo importante capitolo. Dalle prime osservazioni necroscopiche le quali risalgono al Portal (1727) al Corvisart (1806) e al Bayle (1811) emergono non soltanto le constatazioni sul cuore tisico e sulla presenza di tubercoli nello spessore delle valvole cardiache, ma la nozione precisa della pericardite tubercolare, per opera del Bayle, che nel suo trattato « Recherches sur la phitisie pulmonaire », così si esprimeva: « Quant au pericarde, il est rarement affecté d'une manière grave par le voisinage de la phtisie; mais le coeur de la plupart des phtisiques, présente des petites plaques membraneuses, qui forment comme des taches blanchâtres sur ce viscère. On peut les enlever avec assez de facilité, parce qu'elles ne sont, en quelque sorte, que celles de la surface du coeur. Ces petites plaques sont fibreuses; elles passent à l'état cartilagineux, et enfin à l'état osseux ».

La seconda fase degli studii in parola riceve l'impronta iniziale delle osservazioni magistrali del Laennec. E' questo il periodo in cui si iniziano le prime osservazioni cliniche, le quali da autori successivi vennero man mano pubblicate, mentre il Louis (1825) con chiare dimostrazioni anatomo-patologiche accertava nuovi reperti di pericardite, in numerosi soggetti tubercolosi, che avevano la caratteristica di presentare un cuore di dimensioni ridotte alla metà o un terzo delle ordinarie.

Più tardi Pollak e Gubler (1865), considerando frequenti le malattie del cuore nella tubercolosi, clinicamente dimostrarono la pericardite tubercolosa e le cardiopatie, di origine tubercolare; e Frommelt (1875) le alterazioni valvolari cardiache nel corso della tisi polmonare, e Damaschino, Hanot, Dieulafoy la flebite nella fase ultima della tubercolosi.

Ma qui sopraggiunge una fase negativa nell'evoluzione degli studi sulla tubercolosi vasale, per opera di Rokitansky ed altri, secondo i quali esisterebbe un antagonismo fra tubercolosi e cardiopatie, per cui tutto quello che era già acquisito passò come difetto di chiaroveggenza da parte di clinici ed anatomo-patologi, non ammettendosi più che le cardiopatie coesistenti in tubercolosi avessero la stessa origine. Senonchè, perchè le osservazioni si seguivano sempre più numerose, si cominciò a dire che l'andamento della tubercolosi vasale, in soggetto con tubercolosi polmonare fosse così banale che si poteva giustificare la mancanza di osservazioni precedenti.

Avvenne dunque quello che spesso avviene in medicina, in cui si distrugge ciò che si era edificato per riedificare sotto nuovi nomi e con nuove aureole sorte dalle rovine degl'idoli sepolti. Le autorità in medicina se sono utili nel dare impulsi a nuove geniali interpetrazioni nello studio dei morbi, qualche volta distruggono anche dei veri gioielli di acquisizione scientifica.

Ma sorpassata questa fase negativa lo studio della tubercolosi vasale risorge con la tubercolosi del miocardio (Towsend, 1832) l'endocardite tubercolosa (Wagner 1861), pericardite tubercolosa, arterite tubercolosa, sotto forma aneurismatica e infine la flebite tubercolosa.

Allo studio di queste diverse forme molti autori concorsero con pubblicazioni numerose, mentre l'anatomia patologica dava continue conferme alla clinica.

Seguendo ancora il Piery giungiamo al periodo contemporaneo di questi studii caratterizzato dalla scoperta del bacillo di Koch e dagli studii sulle lesioni sperimentali della tubercolosi cardio-vascolare.

Cornil e Babes (1883) repertano il bacillo tubercolare per la prima volta nei vasi obliterali delle meningi; altri (Kundrat, Heller, Burkard) nella endocardite tubercolare. Altri ancora dimostrano la frequenza delle forme adesive e tutte le diverse localizzazioni vasali, nonostante che Virchow dichiarasse che « la tubercolosi non poteva apparire nel muscolo cardiaco » e Peter di non aver mai osservato « la tubercolizzazione nei muscoli e più specialmente nel cuore, fra essi il più importante e il più funzionante ».

Ma gli studii proseguono nonostante autorevoli opposizioni, questa volta non più suggestive tanto da far tornare indietro; e Marfan (1891) afferma che l'ipotensione è di regola nelle tubercolosi e i progressi della cardiologia apportano sempre più sicure conferme.

Si studiano il polso dei tubercolosi, le palpitazioni, le tachicardie, si giunge così ad una ultima fase, la più importante che oggi ha il consenso di tutti gli osservatori, sanzionato da osservazioni sempre più complete: la tubercolosi infiammatoria dello apparato cardio-vascolare.

Questa nuova acquisizione, d'altronde non ha gran che di eccezionale oltre il fatto dimostrato, secondo il Piery, per la prima volta da Potain e Teissier che si possono verificare in tubercolotici latenti o ereditarii dei processi infiammatori cronici che colpiscono specialmente l'orificio mitrale senza reperto nè di tubercoli nè di bacilli di Koch, ma di natura sicuramente tubercolare. Sarebbe dunque la localizzazione vasale della tossiemia tubercolare.

Questo concetto — del resto intuitivo — si è venuto applicando alle diverse sezioni dell'apparato cardio-vascolare, e non sono mancati i relativi reperti anatomo-patologici, nonchè una numerosa casistica per opera di autori di tutti i paesi. Abbiamo perciò oltre una tubercolosi infiammatoria dello endocardio, quella del pericardio, del miocardio, una speciale forma di miocardite ipertrofica d'origine specifica (Paviot 1914), una tubercolosi infiammatoria delle arterie, un'aortite tubercolare infiammatoria e infine la tubercolosi infiammatoria delle vene.

Tutte queste localizzazioni sono caratterizzate dalla assenza di focolai specifici e del bacillo di Koch, mentre non è dubbia la loro origine tossi-infettiva, data dai veleni del bacillo tubercolare.

Resta dunque dimostrato anche rappresentare il sistema cardio-vascolare una localizzazione elettiva del processo tubercolare, non però frequentissima, come forma pura a sè stante.

Noi crediamo non doversi comprendere in questo capitolo le lesioni secondarie dei vasi che vengono a trovarsi in sedi in cui si svolge un processo tubercolare attivo con formazione di tubercoli ecc. Queste localizzazioni non sono veramente tali ma sono coinvolte nel processo distruttivo locale per cui i vasi presentano le note reattive di qualunque altro tessuto (trombosi, emboli ecc.).

La granulia tubercolare non è perciò la diffusione di una bacillosi in circolo la quale ha avuto la sua prima origine da un vaso, ma è il processo distruttivo che, per mezzo di uno o più dei tanti vasi che distrugge nel suo ambito, si diffonde in circolo e provoca la bacillemia tubercolare. Pauly e Weigert per citare i più recenti, si occuparono della tubercolosi vasale. Secondo Pauly il processo sarebbe caratterizzato dalla formazione di tessuto di granulazione che invade l'avventizia e la media e, a carico dell'intima dà ispessimento connettivale vascolarizzato con conservazione dell'endotelio e della lamina elastica; questo tessuto subisce poi trasformazione fibrosa oppure, non verificandosi questa, l'intima si estroflette dando luogo alla formazione d'un aneurisma.

Weigert oltre che dimostrare le lesioni tubercolari nei vasi, mise in evidenza l'importanza che tali alterazioni dell'intima possono assumere nella genesi della tubercolosi miliare, queste localizzazioni potendo essere il punto di partenza degli emboli settici, che si diffondono in circolo.

Successivamente il Meyer, studiò la genesi degli aneurismi nelle caverne polmonari, concludendo per la formazione di una parete connettivale, che formerebbe un sacco sostituente le primitive tonache arteriose, mentre l'Eppinger sostenne che le arterie poste vicino a una caverna subiscono nelle porzioni a contatto con questa una alterazione cronica consistente in tessuto di granulazione, il quale in un primo tempo aumenta, ma successivamente cade in degenerazione ialina e caseosa lasciando scoperta l'intima, che andrebbe infine anch'essa in degenerazione ialina; donde ne deriverebbe uno sfiancamento secondario e formazione d'aneurisma per l'eccessiva pressione arteriosa. Questo aneurisma fu detto da Eppinger « da arrosione ».

Il Menetrier confermò in linea generale le ricerche del Meyer, ma aprì un nuovo campo alle ricerche domandandosi se le lesioni vasali in genere fossero da attribuirsi esclusivamente all'agente tubercolare e non pure ad altra flora batterica simbiotica.

Ma i successivi casi studiati da varii osservatori, quali Giannettasio,

Digitized by Google

Zenoni, Dittrich, Sigg, Buttermilch, Ribber; Liefemann; Hedinger ecc. potettero far prevalere il concetto che la tubercolosi vasale induce alterazioni tipiche non imputabili ad altre cause che le tossine tubercolari o la propagazione di processi neoformativi specifici.

Particolarmente interessante, è da ricordare il caso, del Vanzetti, di una giovane affetta da un processo tubercolare di probabile origine dalle vertebre cervico-dorsali, con ascesso prevertebrale e diffusione al mediastino posteriore, interessante la parete aortica in corrispondenza dell'arco, in un punto del quale aveva provocato la formazione di un aneurisma spurio. Oltre le alterazioni dell'avventizia e della media (sostituzione di tessuto di granulazione a carico della prima e, a carico della seconda, gravi fatti degenerativi; fibrocellule muscolari con nuclei non colorabili fibrille connettive rigonfie e non più tingibili, fibre elastiche rigonfie o in via di frammentazione, scarsamente colorabili), l'intima si presentava diffusamente ispessita per iperplasia dell'elemento connettivo i cui fasci ad aspetto ialino presentano scarsi elementi nucleati con scarse e sottili fibre elastiche).

Così pure un caso di Moriani, in cui un processo pericarditico tubercolare si era diffuso al tessuto periaortico e all'aorta extrapericardica, formando una sacca aneurismatica, della grossezza di una noce, a punto di partenza dalla faccia anteriore della aorta ascendente. L'esame istologico di tale parete invasa dal processo tubercolare fece osservare l'avventizia più o meno infiltrata e costituita esternamente da larghe aree di tessuto necrotico, mentre internamente è limitata da uno spesso cerchio di tessuto infiammatorio sparso di tipici tubercoli con numerose cellule giganti e scarsi b. di Koch, ricco di vasi di cui alcuni neoformati e provvisti di sola parete endoteliale. L'intima non invasa dal processo è leggermente ispessita e invasa di leucociti. A carico della media, fatti degenerativi. Secondo l'A. l'aneurisma era dovuto alla scontinuazione molteplice della media da parte dei focolai infiammatorii e al dislocamento susseguente dei suoi segmenti in un tessuto facilmente distensibile.

Ma veniamo ad un ultimo caso, pubblicato dal CASSARINI (*L'Ospedale Maggiore*, n. 10, 1925). Donna di 29 anni che in seguito di uno sforzo fatto per sollevare un ramo d'albero, ebbe per 6 o 7 giorni dolore trafittivo alla regione costale sinistra, esacerbantesi coi movimenti respiratorii, cardiopalmo e febbre, preceduta da brivido, a tipo subcontinuo.

Questi dolori successivamente si sono ripetuti in conseguenza di sforzi e emozioni, da obbligarla immobile per dei lunghi momenti; la febbre si è poi ripetuta dopo 10 mesi, insieme con dolore allo stesso punto e con tosse secca, affanno, cardiopalmo e malessere generale; quindi dopo alcuni mesi un nuovo attacco febbrile, con lo stesso corteo di sintomi. Da qualche mese prima dell'osservazione ebbe disfonia e nuova esacerbazione dei dolori, che sembra si originassero dalla colonna vertebrale all'altezza delle ultime vertebre cervicali e prime dorsali. Accentuazione dei dolori coi movimenti di estensione e di rotazione verso sinistra del capo.

Decubito semi-eretto obbligato all'e. o.; torace lievemente asimmetrico per maggiore espansione della metà inferiore sinistra, che con l'emitorace sinistro si espande poco alla respirazione. Normale l'emit. di destra. Sui due terzi inferiori dell'emit. sin. posteriormente si ha ottusità, respiro scarso quasi soffiante, egofonia. Posteriormente, al terzo superiore suono sub-timpanico, respiro aspro con qualche crepitio, ipofonesi paravertebrale per una ampiezza di tre dita trasverse.

A destra, nel triangolo paravertebrale di Grocco, qualche crepitio pleurico e rantoletti mobili, non risonanza alla base.

Risalendo verso il collo, l'ispezione della regione anteriore mostra il laringe lievemente spostato a destra. La carotide primitiva di sinistra, di grossezza superiore alla norma emerge dal torace nel punto di mezzo della fossa giugulare, dirigendosi verso l'alto e l'esterno con curva a concavità in basso. Al margine sinistro del tratto iniziale extratoracico del vaso e, come facente corpo con esso, si nota una tumescenza del volume di un piccolo mandarino, a consistenza molle elastica, liscia, fortemente pulsante in modo espansivo.

All'ascoltazione locale si percepisce un aspro e prolungato rumore avvertibile su tutto il torace e specialmente a sinistra.

Vasi venosi della reg. cervicale sinistra turgidi.

In complesso, oltre questi fatti a carico dell'apparato circolatorio esistevano nell'a. chiari segni di pleurite tubercolare, confermati dal reperto del liquido pleurico estratto, dalla anamnesi, dalla Pirquet, dall'esame radioscopico, ecc. in una col reperto diagnostico di una dilatazione aneurismatica della carotide primitiva.

L'a. essendo peggiorato, in seguito di un accesso, caratterizzato da grande ambascia respiratoria cardiopalmo, senso di mancamento, durati parecchie ore e successivamente aggravatosi sempre più il suo stato, venne a morte.

La diagnosi anatomica (prof. Zenoni) fu la seguente: « vasto aneurisma del tratto discendente dell'arco aortico, in più punti intimamente aderente alla pleura parietale sinistra. Rottura recente della sacca. Idroemotorace sinistro. Tubercolosi caseosa disseminata a placche (pleura, peritoneo, salpinge, Douglas, periepatite e perisplenite). Tubercolosi caseosa delle ghiandole tracheo-bronchiali e mesenteriche. Tumore subacuto infettivo di milza ».

Quanto all'aneurisma, si estrae in blocco col polmone sinistro, cuore e grossi vasi e si osserva che il polmone è ridotto ad un sottile strato di parenchima atelettasico nel quale il cuore e i grossi vasi con la sacca aneurismatica si trovano inclusi, intimamente aderenti fra loro.

Infine si ammette, dovendo escludere qualsiasi altra causa nella genesi dell'aneurisma, che esso debba imputarsi alla diffusione del processo tubercolare dalle adiacenze della parete aortica.

***

Ora ritornando alla patogenesi di queste alterazioni vasali, come avviene la diffusione del processo tubercolare dagli organi parenchimali alla parete del vaso, per determinarvi le alterazioni cui abbiamo accennato?

Lo studio più accurato che abbiamo oggi sull'argomento è quello del Vanzetti. Per questo A. stabilitosi un processo tubercolare, nelle immediate vicinanze di un vaso, esso attacca l'avventizia lentamente ma progressivamente e poi anche la media e l'intima, distruggendo quella e provocando in questa una reazione proliferativa, specialmente per opera dell'endotelio, ma accompagnato dagli elementi connettivali che formano del tessuto lasso scarso di nuclei o molto denso e, per contro, ricco di elementi cellulari e fibre, con qualche neoformazione di fibrille elastiche: in generale si tratta di un processo reattivo-iperplastico, comune a tutti i processi infiammatorii cronici, è il granuloma tubercolare il quale infiltrandosi nelle pareti vasali distrugge, provoca insieme degenerazioni (ialina, più frequentemente) e reazioni connettivali. Più resistente è la media, fra le tuniche, opponendo una grande resistenza alla invasione del granuloma. Ma quando il granuloma ha distrutto le due tuniche esterne, l'intima, quantunque iperplastica non resiste all'azione della pressione arteriosa, si sfianca ed ecco dar luogo alla formazione dell'aneurisma.

Questo sarà dunque formato da una sottilissima parete che va sempre più assottigliandosi andando l'intima, in un secondo tempo, in degenerazione ialina.

Ma oltre questa descritta vi è un'altra modalità di invasione del vaso da parte del bacillo tubercolare. *Endoangite tubercolare* è la parola che la definisce e la caratterizza, poichè l'invasione avviene dall'interno del vaso e non più dall'infuori.

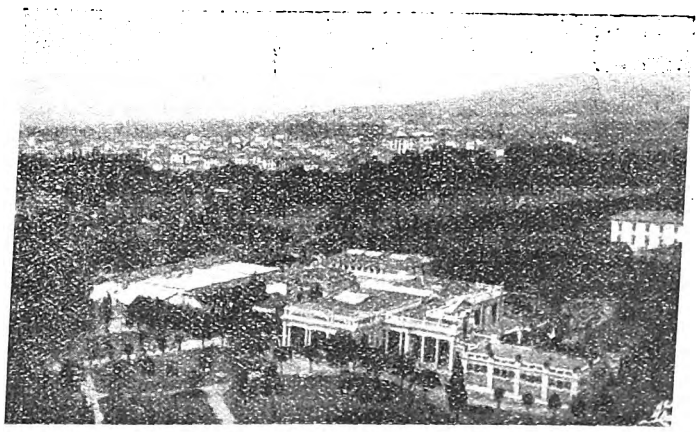
Un'embolo settico, un bacillo in circolo si fissano su un punto qualsiasi dell'intima vasale e vi determinano la formazione di un tubercolo. Questo avviene di solito nei grandi vasi, quasi sempre, come epifenomeni di una bacillemia tubercolare. Si può avere uno o più tubercoli confluenti. C'è controversia fra gli autori se sia sempre questa la patogenesi della endoangite tubercolare o non piuttosto che il processo possa avere punto di partenza dai *vasa vasorum*: in molti casi di gravi fenomeni degenerativi della media e dell'avventizia questa ipotesi non sembra si possa escludere.

Comunque, non è estranea alla possibilità della tubercolosi vasale in genere, l'arteriosclerosi, la quale frequentemente vi coincide (Benda).

Quanto alla localizzazione venosa (endoflebite-periflebite tubercolare) essa differisce dalla endoangite per una invasione più rapida della parete, per conto del processo specifico. A quest'ultima, per le frequenti formazioni trombotiche, si attribuisce da alcuni AA. grande importanza nella genesi della tubercolosi miliare.

M. GIOIA

STAZIONI TERMALI ITALIANE



Panorama di Montecatini e dello Stabilimento " Tettuccio „

= Cr

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La colecistografia nelle malattie delle vie biliari.— C. CARNEVALE-RICCI. *La Radiologia Medica*, fasc. IV, 1927.

L'A. ha praticato la colecistografia in 54 individui, affetti da calcolosi biliare, colecistite, aderenze duodeno-cistiche, idrope della cistifellea, ecc. iniettando per via intravenosa, secondo la tecnica di Graham e Cole, il sale sodico della tetraiodofenolftaleina. L'iniezione va fatta al mattino, a digiuno e previo purgante di olio di ricino e un abbondante enteroclisma il giorno precedente; la quantità di tetraiodofenolftaleina da iniettare è di gr. 0.05 per Kgr. di peso del corpo, sciolti in cc. 3,30 di acqua bidistillata: tale dose si inietta in due riprese di mezza dose ciascuna alla distanza di 30'. E' da consigliarsi il riposo a letto, in decubito laterale destro, per facilitare il riempimento della cistifellea; si prendono, poi, radiogrammi dopo 4, 8, 12, 24, 36 ore dopo aver localizzato sotto il controllo dello schermo, l'ubicazione della cistifellea. L'A. ha osservato che con alcune tetraiodofenolftaleine (Erba, Merck) si hanno negl'infermi trattati fatti tossici — forte caduta della pressione, polso piccolo e frequente, forte dolore alle regioni lombari, senso di oppressione alla regione precordiale, vomito biliare, brividi intensi seguiti da rialzo termico — evitabili con l'uso di altre tetraiodofenolftaleine (Poulenc; Jodeikon Mallinckrodt).

Con la detta tecnica la cistifellea è già visibile dopo 4 ore dall'iniezione; alla 10ª ora, la sua imagine è nettissima; appare con contorni regolari, mobile e capace di contrarsi. Ciò fisiologicamente; nella colecistite, invece, la comparsa della imagine cistica è in genere ritardata e l'imagine stessa è meno netta, i contorni della vescichetta sono irregolari e non si osservano contrazioni di essa o se ne vedono solo di debolissime. Nella calcolosi biliare, i calcoli appaiono come ombre positive, allorchè sono costituiti di calcio, come ombre negative, quando risultano di colesterina. La negatività della prova con la tetraiodofenolftaleina è, poi, di grande valore diagnostico, stando ad indicare che la cistifellea è venuta a mancare completamente alla sua funzione, perchè il suo lume è occupato da calcoli e le sue pareti, ipertrofiche e sclerotiche, si sono addossate sui calcoli stessi, o testimoniando che vi è un'obliterazione completa, da calcolo, del cistico.

E' sempre utile, inoltre, e consigliabile in tutte le forme sospette di lesione della cistifellea, di unire all'esame colecistografico la somministrazione di latte al bario, per controllare i rapporti tra cistifellea e organi vicini, per mettere in evidenza le eventuali aderenze tra vescichetta e pars pilorica dello stomaco, tra cistifellea e duodeno, tra vescichetta e flessura colica destra; tanto più che, secondo l'A., l'esame combinato non pregiudica l'esito della ricerca colecistografica rispetto ad un possibile anticipato svuotamento della cistifellea.

La emoterapia globale nel tifo addominale.— H. SCHOTTMULLER. Amburgo. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1026, n. 42.

Nel tifo, finora, tanto la terapia chimica, quanto quella immunitaria non hanno raggiunto risultati molto lusinghieri. Ci si doveva, perciò, porre il problema di stimolare per altra via la formazione di corpi immuni per lottare contro l'infezione.

Bisogna fare una distinzione tra anticorpi aventi azione antitossica, ed anticorpi ad azione antibatterica.

L'A. si dichiara favorevole particolarmente alla terapia antibatterica, ed a questo scopo già da un ventennio va sperimentando l'azione dell'emoterapia totale verso i batteri più diversi, e tra questi quello del tifo.

Il sangue umano in toto ha verso il bacillo di Eberth un comportamento assai caratteristico, poichè lo distrugge quando viene in contatto con esso, anche se trovasi in grandi ammassi, e ne impedisce lo sviluppo con tale tenacia, quale solo dimostra verso pochi altri germi.

Questo potere battericida si esalta durante l'infezione tifica, e per questo l'Autore si è proposto di utilizzare il sangue in toto (plasma e corpuscoli) di individui che da poco avevano superato il tifo, per curare i tifosi.

Previa la determinazione dei rispettivi gruppi sanguigni del donatore e del ricevente (a fine di evitare i noti gravi inconvenienti), l'Autore preleva da ex-tifosi sfebbrati da almeno 3-4 settimane 500-750 cmc. di sangue che trasfonde nello infermo. Si tratta quindi di donatori in convalescenza inoltrata, quando non vi è più timore di recidive, e l'autoimmunizzazione ha raggiunto diggià un grado elevato.

Naturalmente, il donatore deve trovarsi in buone condizioni, e non deve presentare complicazioni di alcun genere.

Si potrebbe anche studiare se il sangue di un donatore sano abbia le stesse capacità terapeutiche, per i casi in cui mancassero dei convalescenti tifosi utilizzabili.

Questo metodo terapeutico si dimostra particolarmente appropriato per i casi di media intensità, con prognosi dubbia, e per gli infermi gravi in istato minaccioso, specialmente se si sono manifestate emorragie intestinali.

E bisogna anche vedere se col metodo suindicato si possa praticare una terapia abortiva nei casi iniziali.

Le esperienze con questo metodo, finora fatte, non sono numerose, tantoppiù che in Amburgo il tifo è una affezione piuttosto rara, per altro risulta già dai casi sperimentati, che si ha generalmente una mitigazione nell'acuzie del processo morboso, con evidente tendenza della temperatura ad abbassarsi.

L'elettrocardiografia nel meccanismo dei farmaci cardiaci. GALLEMAERTS. *Bruxelles-Médical*, n. 22, 1927.

Non si possono agevolmente comprendere le varie e complesse azioni farmacodinamiche dei medicamenti cardiaci, prima fra questi la digitale, ove non si tengano presenti le non meno complesse funzioni del muscolo cardiaco.

Le azioni cardiache dinamiche più importanti sono: 1) l'automatismo, o cronotropismo, cioè la proprietà che ha il seno, nella regione posta dove la vena cava superiore sbocca nell'orecchietta corrispondente, di contrarsi automaticamente; 2) la conducibilità o dromotropismo, cioè la proprietà insita nel fascio atrio-ventricolare, o fascio di His, di trasmettere l'eccitazione automatica partita dal nodo del seno; 3) l'eccitabilità o batmotropismo, cioè la proprietà insita nella cellula cardiaca di eccitarsi come qualunque altra cellula muscolare agli stimoli che le pervengono (nel caso della fisiologia cardiaca, quindi, dal fascio atrio-ventricolare di His); 4) la contrattilità o inotropismo, facoltà appartenente pure alla cellula cardiaca e consistente nella proprietà di contrarsi per effetto degli stimoli ora detti.

Ciò premesso i medicamenti, di cui bisogna studiare l'azione, sono la digitale, sopratutto, e poi l'uabaina e lo strofanto, quest'ultimo ancora ritenuto inopportunamente un farmaco di sostituzione della digitale medesima.

Sulle differenti attività cardiache la digitale agisce in modo diverso, secondo che si somministri in dosi piccole, medie e grandi. A piccole dosi non ha alcuna azione sull'automatismo; a dosi medie lo diminuisce; a grandi dosi lo aumenta fino al punto da provocare la fibrillazione.

Sulla conducibilità non agisce a piccole dosi, ma, man mano che queste aumentano, la conducibilità diminuisce sicchè può menare al blocco cardiaco.

Sulla contrattilità, ha una azione opposta, diminuendola a piccole dosi ed aumentandola a dosi medie.

Più complessa sulla eccitabilità, infine, la sua azione si esplica aumentandola a dosi piccole mentre le dosi medie abbassano la soglia di eccitabilità. Quindi l'azione della digitale dipende dall'insieme delle azioni su ciascuna funzione del cuore, sicchè una sua prima ed efficace indicazione trovasi in quei soggetti colpiti da insufficienza del miocardio con edemi, stasi viscerale e polso irregolare da aritmia completa. Quest'ultima viene a svelare la fibrillazione auricolare caratterizzata da piccoli sollevamenti interrotti, che col tracciato del cardiogramma possono contarsi fino a 7-800 al minuto. In questi casi di fibrillazione auricolare l'eccitazione non proviene dal nodo sinusale ma dall'orecchietta stessa che è in uno stato di completa anarchia, sicchè onde di eccitazione nascono senz'alcuna regola in tutte le sue parti.

Somministrando in questi soggetti la digitale a dosi medie, essa agirà sull'automatismo diminuendo la contrattilità del seno, diminuirà anche la conducibilità del fascio atrio-ventricolare, e quindi renderà più difficile il passaggio di eccitazione dall'orecchietta al ventricolo sinistro in modo che questo possa avere una diastole più lunga che gli permetta di accrescere la sua contrattilità oltre alla azione specifica che ha su questa la stessa digitale. Il risultato di questa complessa azione sarà un miglioramento della circolazione, la scomparsa della cianosi, degli edemi e il manifestarsi di una diuresi riparatrice.

Ma vi sono dei casi in cui *coeteris paribus* i benefici suddetti non si verificano, come in due osservazioni dell'A. Tali insuccessi si spiegano coll'aiuto dell'elettrocardiogramma, il quale spesso rivela particolarità morbose insite nella conduzione atrio-ventricolare o nell'eccitabilità che la digitale ha influenzato in senso opposto, sicchè la sua azione invece di essere benefica è stata dannosa.

Si deduce da ciò che nella cura del cardiaco solo il tracciato delle

Digitized by Google

pulsazioni e della contrazione cardiaca devono guidare nella somministrazione del medicamento. Che se in pratica ciò non è sempre possibile, gioverà in molti casi il criterio che la somministrazione della digitale non deve essere più a lungo protratta ove non si ricavi da essa quel beneficio immediato che si vuole ottenere.

Per le dosi bisogna ricordarsi che un milligrammo di digitalina (sostanza attiva) è la dose utile. Si può somministrare la soluzione di digitalina al millesimo (un milligrammo corrisponde a 50 gocce della soluzione). Si daranno il primo giorno 50 gocce e il secondo giorno 5 o 10 gocce secondo i casi. Il trattamento deve seguire le modificazioni del polso. L'uabaina, medicamento affine è indicatissimo nella dilatazione ventricolare, mentre la digitale è inefficace anzi dannosa perchè può aumentare la dilatazione. L'uabaina esercita la sua azione sulla tonicità del miocardio rinforzandola (Vaquez); si pratica per iniezioni endovenose in quantità di un quarto-mezzo milligrammo.

Quanto allo strofanto, dopo quel che si è detto sulla digitale, si vede come la sua azione sia pen nulla identica, avendo esso solo azione tonica sul muscolo cardiaco.

[Le conclusioni sono, in massima parte, analoghe a quelle di precedenti osservatori italiani, che l'A. non cita affatto. Basti ricordare le ricerche già antiche di Gaetano Rummo e Andrea Ferrannini, attuate senza l'elettrocardiografia che in quei tempi non esisteva, e le ricerche compiute con il sussidio della elettrocardiografia nell'Istituto di pat. gener. di Napoli, allora diretto da Galeotti. N. d. R.].

Deformità di Madelung familiare. — C. Pedrazzi. *La Radiologia Medica*, n. 2, 1927.

E' la prima volta nella letteratura che vengono descritti dei casi di deformità di Madelung (lussazione spontanea della mano in avanti) a carattere familiare. L'A. infatti ha riscontrato tale affezione in due sorelle,

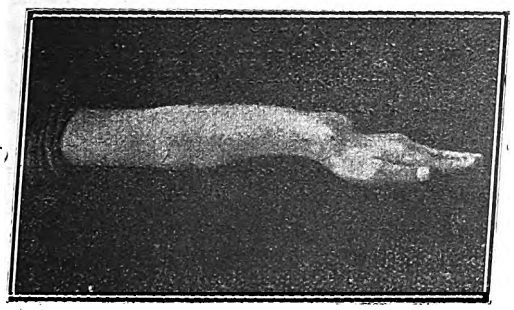


Fig. 1.

l'una dell'età di 12 anni e l'altra di 15 anni, figlie di madre tubercolosa e presentanti esse stesse delle note di rachitismo. Nella prima inferma, la deformità cominciò a manifestarsi all'età di 8 anni, col prodursi di una protuberanza in corrispondenza dell'apofisi stiloide dell'ulna dell'avambraccio sinistro, accompagnata da vivo dolore, accentuantesi coi movimenti.

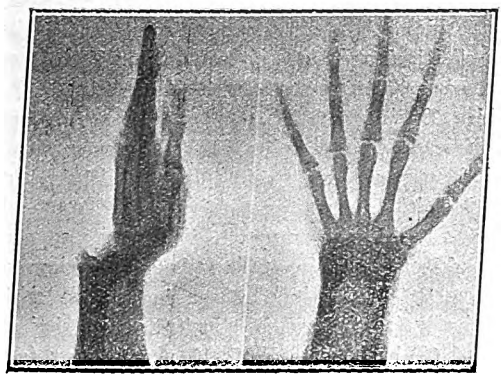


Fig. 2.

In seguito anche a carico del polso destro si presentò una simile deformazione ed attualmente si osserva chiaramente, con caratteri più netti al polso sinistro (vedi fig. 1), lo spostamento dei rapporti fra la mano, abbassata nel senso palmare, e l'avambraccio, sollevato in senso dorsale. Il perimetro dell'articolazione carpo-radio-ulnare è quasi raddoppiato rispetto alla media normale e si palpa libero il processo stiloideo dell'ulna, mentre la epifisi radiale, col suo margine articolare superiore ingrossato, è incurvata verso il lato palmare. Si apprezzano i tendini flessori tesi come le corde di uno strumento ad arco dal lato della concavità radiale e le manovre per riportare le ossa nei comuni rapporti risvegliano vivo dolore, mentre solo con notevole difficoltà si riesce a diminuire di poco il grado della deformità. Non si rilevano anomalie notevoli a carico delle due serie delle ossa carpali; i movimenti di flessione palmare sono facili, mentre quelli di flessione dorsale sono assai limitati, abbastanza conservati quelli di abduzione e adduzione della mano. L'esame radiografico (vedi fig. 2), mentre conferma la deviazione abnorme delle ossa dell'articolazione del polso, già visibile all'esame obiettivo, mostra pure integrità della cartilagine di coniugazione dell'epifisi distale dell'ulna, indicata dalla regolarità del sottile solco chiaro visibile nella radiografia, e al contrario un'evidente alterazione della cartilagine epifisaria del radio, essendo scomparso il solco che dovrebbe rappresentarla.

L'esame radiografico dell'avambraccio fa notare ancora che la metafisi radiale presenta nel suo lato mediale un'area di decalcificazione, della grandezza di poco meno di un centesimo, con alterazioni della trabecolatura ossea del tessuto spongioso.

La sorella di questa inferma, la cui affezione rimonta all'età di 11 anni, mostra alterazioni simili a quelle precedentemente esposte, ma più lievi, tali da interpretarsi come appartenenti ad uno stadio meno avanzato della malattia.

Il carattere familiare della deformità di Madelung si presenta, come si è già detto, per la prima volta nelle osservazioni dell'A.; inoltre nei casi presenti mancano quegli elementi etiologici (traumi ripetuti in un certo senso e pen lungo tempo) per cui le articolazioni radiocarpiche verrebbero sottoposte ad un lavoro gravoso esplicantesi in movimenti di flessione dorsale della mano (Putti). Il contributo dell'A., d'altra parte, conferma l'opinione che la deformità di Madelung riconosce come patogenesi un'alterazione della cartilagine epifisaria del radio, donde ineguale accrescimento delle due ossa, radio e cubito, (metaepifisite di accrescimento), mentre l'iperdinamismo dell'articolazione, secondo Putti, sarebbe il momento determinante delle alterazioni anatomiche. La familiarità dell'affezione è, poi, una conferma alle idee del Bertolotti, secondo le quali al fattore costituzionale deve attribuirsi non poca importanza nella patogenesi di detta deformità.

Il complemento secco di cavia nella reazione di fissazione. — P. Luridiana e L. Pais. *Il Dermosifilografo*, n. 8, 1926.

Si sa che il complemento, presente nel siero fresco di cavia, deve essere usato entro le 24 ore dal prelevamento dall'animale, per valersi della sua efficacia; vari metodi perciò sono stati escogitati per ottenere un complemento conservabile più a lungo. Così recentemente Straube e Koenigefeld, servendosi di un metodo di essiccamento a mezzo di speciali apparecchi, hanno fatto preparare dall'Istituto Gans di Oberursel un complemento secco, che vien messo in commercio a dosi di gr. 0.50; 0.25; 0.10, contenuto in fialette giallo-scure.

Le esperienze degli AA. furono eseguite su più di 500 sieri, fra i quali circa 200 di tubercolosi, una diecina di echinococcosi e il resto di luetici, praticando le rispettive reazioni di fissazione con l'uso di complemento fresco di cavia e di complemento secco, parallelamente. Quest'ultimo veniva diluito secondo le istruzioni dell'Istituto produttore, cioè sciogliendo la polvere in acqua distillata nella proporzione di 1:10 e diluendo in nove parti di soluzione fisiologica, praticando con questa diluizione la titolazione del siero emolitico.

Gli AA., in linea generale, hanno notato una corrispondenza quasi perfetta dell'azione emolitica tra i due complementi, e, perciò sicuri dell'attività del complemento secco in stato di prudente conservazione (all'oscuro e in luogo fresco e asciutto) hanno voluto saggiarne le eventuali alterazioni in rapporto all'azione della luce e alle variazioni della temperatura ambiente. Hanno così potuto notare che per l'influenza di queste condizioni, il valore alessinico si modifica di poco in inverno, mentre in estate si riduce del 30 %. In conclusione, gli AA. ritengono che il complemento secco, usato con i debiti accorgimenti, non è inferiore al complemento fresco di cavia.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Iniezione endovenosa di liquido cefalo-rachidiano per evitare gli accidenti della rachianestesia. — Daniel. *La Clinique*, anno 22, n. 78.

La rachi-anestesia dà talvolta luogo ad accidenti immediati (sincope cardiaca, respiratoria) e ad accidenti tardivi (vertigini, vomiti, cefalea, disturbi vaso-motori, ipo- o ipertermia ecc.).

Parecchie ipotesi sono finora state emesse per spiegare il meccanismo di tali accidenti, ma nessuna di esse sembra sia perfettamente rispondente a tutte le condizioni.

L'A. ammette che questi disturbi siano conseguenza del disquilibrio vago-simpatico indotto dalla rachianestesia e cerca di porvi rimedio con il seguente metodo.

Al momento in cui pratica la puntura lombare egli raccoglie 5-10 cmc. di liquido c. r. in una siringa e li inietta sotto la pelle o preferibilmente

Digitized by Google

endo-vena, appena che la soluzione anestesica è introdotta nel canale rachideo e il paziente è disteso sul tavolo in attesa della comparsa dell'anestesia.

L'A. non ha avuto finora che a lodarsi di questo procedimento.

Egli non ha notato nei suoi casi l'occorrenza di alcun accidente immediato, anzi ha osservato un aumento della intensità d'azione e della tolleranza dei prodotti anestetici iniettati; e solo in quattro casi, su oltre sessanta, ha notato la comparsa di lievissimi disturbi tardivi; consistenti in una leggera e passeggera cefalea manifestatasi al terzo giorno di distanza dalla pratica anestetica.

L'idrocele tubercolare. — PERIN. *Journ. de Méd. et Chirurgie pratiques*, 10 febbraio 1927.

Secondo Forgue l'idrocele tubercolare rivelerebbe delle lesioni, apprezzabili con la palpazione e l'ispezione, a carico dell'epididimo, punto di partenza della raccolta sierosa (Forgue, Precis de Patologie externe t. II), mentre secondo Fleury è spesso impossibile svelare la più piccola lesione negli organi sottostanti; il processo sembra abbia colpito *d'emblée* la sierosa senza causa apparente, sicchè il liquido è tutta la malattia, e si dà il nome di idrocele essenziale o idiopatico a un'idrocele che, questo A., ha potuto stabilire nel 25 % dei casi essere di natura tubercolare. Anche Delbet ha notato che su 59 idroceli osservati, 22 presentarono il b. di Koch all'esame batteriologico del liquido, e otto volte l'inoculazione dello stesso alle cavie riuscì positiva.

L'epoca della comparsa dell'idrocele specifico va dai 20 anni fino alla vecchiaia. L'aspetto del liquido e della sierosa non rivelano nessun carattere proprio.

Bisognerà, perciò, ritenere fortemente sospetto di natura tubercolare, ogni idrocele che non riconosca altra causa.

DERMATOLOGIA

La nefrite da impetigine. — M. ARTOM. *Il Dermosifilografo*, n. 8, 1926.

La nefrite, nel corso dell'impetigine, non è un reperto eccezionale; tale complicazione è quasi esclusiva dei bambini dai 2 ai 10 anni, appunto perchè è nell'infanzia e sopra tutto nell'età della scuola che i bambini si infettano di impetigo contagiosa. Di solito la complicanza renale avviene in impetigini estese del cuoio capelluto, ma spesso anche in conseguenza di lesioni più limitate; grande importanza sembrano avere, dal punto di vista causale, le recidive. Circa la patogenesi, la nefrite impetiginosa viene considerata come dovuta a una localizzazione nel rene di agenti tossi-infettivi localizzati primitivamente nella pelle.

Clinicamente, in questa forma morbosa debbono distinguersi due varietà. Una prima, in cui nessun segno clinico richiama l'attenzione sull'esistenza di una partecipazione del rene e solo l'esame dell'urina rivela una modica quantità di albumina (da semplici tracce fino all'1 ‰), che con la scomparsa delle lesioni cutanee scompare rapidamente. Tali forme non sono rare se si esaminano sistematicamente i bambini con impetigine. Nella seconda varietà, il gonfiore, l'edema, la diminuzione e l'arrossamento dell'urina, qualche volta la dispnea o i vomiti, sintomi di uremia, fanno pensare subito all'esistenza di una lesione renale. A seconda, poi, della rispettiva sintomatologia si sono descritte: una forma cloruremica, una emorragica, una ipertermica e una azotemica di nefrite da impetigine. Prevalgono le prime (emorragiche e cloruremiche); le altre sono molto più rare.

Manifestazioni cutanee consecutive alla sanocrisina. — E. RAMEL e L. MICHAUD, Clinica Dermatologica e Clinica Medica di Losanna. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 13.

L'apparizione di tuberculidi in due tisici, in seguito ad iniezioni ripetute di Sanocrisina, senza intervento di siero, dimostra l'azione certa di questa sostanza sul tessuto tubercolare ed il bacillo di Koch.

L'apparizione simultanea, in una delle due osservazioni, di tuberculidi e di una tossicodermia d'origine metallica, altamente differenziata, attesta la differenza minima che separa, dal punto di vista della posologia, le dose terapeutiche dalle dosi tossiche di Sanocrisina.

Le tossicodermie osservate durante il trattamento con la Sanocrisina sotto ogni riguardo sono paragonabili alle altre tossicodermie di origine metallica, ed alle dermatosi salvarsaniche tardive. Il loro sviluppo sembra essere legato alle condizioni particolari di eliminazione dall'organismo delle sostanze in causa.

SIFILOGRAFIA

Sull'arsenoresistenza nella cura della sifilide. — E. HOFFMANN Clinica Dermatologica della Università di Bonn. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 38.

Di fronte ai non rari casi di sifilide resistente al trattamento arsenobenzolico, si domanda se tale « arsenoresistenza » non sia più relativa che reale, e se essa non possa essere vinta da una più razionale somministrazione di dosi. L'A. ritiene che in questi casi sia sufficiente aumentare la dose della singola iniezione, ed abbreviare l'intervallo tra una iniezione e l'altra per vincere l'ostacolo.

Negli uomini egli incomincia infatti con 0.45, poi passa a 0.60 di neosalvarsan ogni 5-7 giorni, poi inietta la stessa dose ogni 4-5 giorni; ed infine due volte la settimana; e nelle donne giunge ad iniettare la dose di 0.525 due volte per settimana, avendo incominciato con 0.30 settimanali. In tal modo gli uomini ricevono gr. 1.20 e le donne gr. 1.05 di neosalvarsan per settimana, oltre a 2,5-3 gr. di Bismogenol (1.25-1.50 per dose).

La spiegazione di questa « arsenoresistenza », che va considerata — secondo l'Autore — come assolutamente relativa, va ricercata in particolarità strutturali del salvarsan o delle spirochete, ma sopratutto nella deficiente capacità dell'organismo a formare anticorpi, per rendere efficace e sufficiente l'azione del mezzo terapeutico sui parassiti. La stessa spiegazione può valere per i casi mercurio- e bismuto-resistenti, e per quelli — per vero più rari — di resistenza al trattamento combinato.

Se con la terapia intensiva combinata salvarsan-bismutica si superano quasi sempre le resistenze, ciò avviene anche meglio cambiando il preparato.

La reazione di Sachs-Klopstok per la sierodiagnosi di lue. — GAMNA e ANDREI, Clinica Medica di Torino. *Minerva Medica*, n. 20, 1926.

La reazione di Sachs-Klopstok è fondata sull'azione della resina di benzoino, sostanza che funge in modo analogo al balsamo del Tolù nella reazione di Meinicke, e che ha la proprietà di rinforzare i fenomeni di precipitazione nella miscela siero + estratto d'organo.

Per la tecnica, la miscela dell'estratto di cuore di bue e della soluzione di benzoino viene diluita rapidamente al ventesimo, mescolando una parte con 19 di soluzione fisiologica nella proporzione del 0.85 %.

Si versano in un boccetta 9.5 cmc. di soluzione fisiologica e riempita una pipetta con 0.5 cc. di miscela, se ne immerge l'estremo inferiore nella prima fino al fondo, tenendo chiuso col dito l'orificio superiore: si soffia quindi rapidamente il contenuto della pipetta nella soluzione fisiologica, aspirando poi ancora e soffiando il liquido ripetute volte per mescolarlo bene. Questa operazione deve essere ripetuta il più rapidamente possibile, perchè l'estratto diluito, lasciato in riposo, tende a precipitare: si raccomanda perciò di non prepararne ordinariamente più di 10 cmc. per volta.

I sieri in esame, inattivati e non diluiti, vengono posti, nella quantità di 0.10 cc. in provette lunghe 10 cm. e larghe 15 mm. Si aggiunge quanto più rapidamente è possibile la diluizione dell'estratto preparato immediatamente prima (0.5 cc. per provetta). Le provette così preparate vengono sottoposte a scuotimento per 10 minuti oppure scosse energicamente con le mani per un minuto. Si fa quindi una prima lettura: la prova positiva dà subito una forte flocculazione. Una seconda lettura, definitiva, si fa dopo 1/2 ora, un'ora di soggiorno in termostato. La lettura dei risultati si fonda sulla comparsa di flocculazione, cui segue una rapida sedimentazione, cosicchè già durante la permanenza in termostato la miscela si chiarifica e il precipitato si posa sul fondo della provetta.

I risultati clinici si possono così riassumere: Heyer sperimentò su 572 sieri paragonando la reazione di Sachs-Klopstock alla R. W.; su 69 a R. W. positiva 68 diedero S. K. R. pure positiva; Amend sperimentò su 931 sieri, riferendo che nei casi a R. W. fortemente positiva la reazione di S. K. fu pure positiva ma fu pure assai debole e incerta in sieri a R. W. e Meinicke fortemente positive, e fallì completamente in 18 casi. 36 volte (3.7 %) furono constatate sicuramente reazioni aspecifiche.

Gli AA. del presente contributo hanno sperimentato su sieri con R. W. e R. M. positivi ottenendo, su 70 sieri, 63 (90 %) R. S. K. positiva, 7 (10 %) negativa; inoltre su 208 sieri con R. W. negativa 203 (97.6 %) hanno dato R. S. K. negativa e 5 (2.4 %) positiva. Rare sono state le reazioni non specifiche (2.4 %).

Gli AA. ritengono che questa reazione meriti di essere meglio studiata ed applicata.

Le reazioni luetiche nel latte delle puerpere. — HACKERMANN, Scuola Ostetrica e Clinica Ginecologica di Elberfeld. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 42.

Una sistematica ricerca praticata quotidianamente nella prima settimana di puerperio, ha dimostrato che al risultato positivo della sieroreazione (Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke) nel sangue, corrisponde un risultato positivo nel latte.

La positività, per altro, diminuisce gradatamente, nelle donne che allattano per sparire completamente entro la quinta settimana di puerperio.

Nelle donne che non allattano, la reazione rimane invece positiva.

Spesso si è notata reazione positiva nel latte mentre è negativa quella nel sangue.

Digitized by Google

La ragione principale per cui nelle donne che allattano la reazione diviene rapidamente negativa, è data dal contenuto in albumina del latte, che aumenta di giorno in giorno, mentre il colostro è ricco in globuline. Ora le sieroreazioni sono legate alle globuline; ed infatti le ricerche dell'Autore dimostrano che parallelamente al diradarsi delle globuline nel latte delle donne luetiche, la reazione di Wassermann, diviene negativa.

E' probabile anche che qualche influenza la esercitino i linfociti, i quali entrano in funzione con i loro fermenti lipasici, non appena il petto incomincia ad inturgidirsi. Il siero luetico contiene intanto un profermento lipasico proveniente dai linfociti che è specificamente diretto contro l'antigene luetico lipoideo, o meglio contro la frazione lipoidea dell'antigene. Così si spiegherebbe come il sifiloma, che è fortemente infiltrato di linfociti, dà la reazione di Wassermann positiva, mentre essa è ancora negativa nel sangue.

Il trattamento salvarsanico della madre non influenza affatto la sieroreazione del latte.

Il salvarsan non passa nel latte maturo, come dimostrano i risultati negativi di tutte le ricerche fatte in proposito.

Nel colostro invece si ottengono abitualmente reazioni debolmente positive.

La perfetta trasformazione del colostro in latte maturo, si ha, secondo l'Autore, quando tutte le globuline sono scomparse.

ENDOCRINOLOGIA

La castrazione radiologica dell'ipofisi nelle disfunzioni utero-ovariche. — P. Del Buono. *La Radiologia Medica*, fasc. IV. 1927.

I rapporti interghiandolari tra ipofisi e ovaio oggi non sono più messi in dubbio, e si afferma che a stati fisiologici e patologici della menopausa, a ipofunzione ovarica (oligo- e amenorrea), a disfunzioni utero-ovariche (dismenorree, metropatie emorragiche, fibromi uterini) corrisponde una iperfunzionalità ipofisaria. Era presumibile ammettere contemporaneamente che la castrazione dell'ipofisi, ottenuta con le irradiazioni Roentgen di questa ghiandola, dovesse essere utile nelle sopra dette disfunzioni.

Dai casi trattati dall'A., appare, infatti, che nelle malate colpite da disturbi funzionali dell'ovaio per difetto (amenorree primarie e secondarie, dismenorree e altre sindromi ovaroprive) si possono con la castrazione radiologica della ipofisi, ottenere sempre dei vantaggiosi risultati. Anche nelle malate colpite da disturbi funzionali dell'ovaio per eccesso (metropatie emorragiche) come pure nelle emorragie causate da processi infiammatori dell'utero, degli annessi e dell'ovaio i risultati possono essere buoni e durevoli se si fa uso di una appropriata dosimetria delle irradiazioni. Nelle emorragie da processi flogistici, così operando, si ha inoltre il vantaggio di agire sull'ovaio a distanza, senza portare sugli annessi, cioè sul terreno infiammatorio (così come avviene nella castrazione Roentgen dell'ovaio) quella quantità di radiazioni che se da un lato è indispensabile per distruggere l'ovaio, può anche dar luogo ad un immediato riacutizzarsi del processo flogistico già sopito o addirittura guarito.

Le periartriti di origine endocrina. — Umber, Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 39.

Le artropatie croniche si possono distinguere in tre gruppi: 1) artriti infettive; 2) osteoartropatie deformanti; 3) periartriti di origine endocrina.

Queste ultime rappresentano la forma più rara (circa il 3 % fra le altre), e colpiscono quasi esclusivamente le donne, in connessione con la comparsa della prima mestruazione, o di dismenorree, del puerperio, del climaterio, della castrazione, e sono in relazione con altre lesioni di natura endocrina, la cui dimostrazione può farsi specialmente con una anamnesi esatta, che è assai importante per la diagnosi.

Tra gli altri fattori terapeutici, è qui, naturalmente, assai importante la istituzione di un trattamento ormonico, precoce quanto più è possibile

Se convenga la somministrazione orale dei prodotti endocrini. — Editoriale. *The Journal of Organotherapy*, genn.-febbr. 1927.

In questo articolo editoriale viene ricordato che recentemente, con ricerche condotte su animali e direttamente su loro stessi, alcuni studiosi hanno osservato che i vari preparati opoterapici possono venire senza alcun timore somministrati per via orale. Gli effetti che così si ottengono non differiscono molto da quelli che si sogliono ottenere con la somministrazione parenterale e perfino coi trapianti dei prodotti suddetti. Si riteneva finora che i fermenti del tubo digerente e i vari succhi potessero più o meno gravemente alterare i vari preparati somministrati oralmente. Ma accurate ricerche hanno dimostrato che la tripsina, la pepsina, l'erepsina, l'acido cloridrico, il succo pancreatico, ecc. non riescono a provocare in essi spiccate alterazioni.

[Questo giudizio andrebbe corroborato da ricerche rigorosamente obbiettive. N. d. R.].

MEDICINA LEGALE

Le rotture spontanee di cisti da echinococco in medicina legale. — L. Spampanato, Istituto di Medicina Legale della R. U. di Catania. *L'Osservatore Medico*, 1926, n. 5.

Nei portatori di cisti da echinococco, la morte può avvenire con quattro meccanismi diversi:

1) suppurazione della cisti, sua rottura, peritonite;

2) rottura della cisti senza peritonite, ma con emorragia mortale;

3) rottura della cisti senza peritonite e senza emorragia, ma con morte rapidissima, quasi improvvisa;

4) rottura della cisti senza peritonite, senza emorragia e con morte dopo alcune ore di essa rottura.

Questa ultima forma si potrebbe spiegare con un meccanismo di anafilassi, in cui l'iniezione scatenante sarebbe rappresentata dalla rottura della cisti, dalla fuoriuscita del liquido, e dal suo assorbimento da parte del peritoneo.

In un caso di morte sospetta (veneficio?), l'Autore ha potuto dimostrare, coi dati dell'autopsia, che si trattava invece di rottura spontanea di cisti da echinococco, con versamento nel cavo peritoneale; l'esito letale si era avuto parecchie ore dopo la rottura, verosimilmente con il meccanismo suddescritto.

Gli esiti tardivi delle ferite del cranio. — M. Fribourd-Blanc, Val-de-Grâce. *Annales de Médecine Légale*, 1927, n. 1.

Otto anni dopo la fine della guerra, è interessante rendersi conto di ciò che è divenuto dei feriti nel cranio, durante il grande conflitto, controllare quali sono i fenomeni patologici che persistono, e domandarsi se — dopo questo lasso di tempo — si possano considerarne i postumi come definitivamente consolidati.

Un'inchiesta ed alcune interessanti osservazioni cliniche fatte al centro neuropsichiatrico di Val de Grâce conducono l'Autore a conclusioni piuttosto pessimiste.

Dal punto di vista clinico egli pensa che la prognosi sull'avvenire dei « trapanati » debba sempre essere riservata, anche dopo 5-6 anni dalla trapanazione.

Nelle perizie medico-legali la sindrome subiettiva dei trapanati è spesso apprezzata in modo insufficiente. E' vero che molti di costoro si danno al bere, e l'intossicazione etilica interviene per una buona parte nella sintomatologia osservata, specialmente per ciò che concerne l'emotività, l'irritabilità, la cefalea e le vertigini, ma un esame minuzioso di questi soggetti può bene mettere in chiaro quali sintomi sono dovuti più all'una che all'altra causa.

L'importanza della sindrome dei trapanati assai di rado è proporzionale all'estensione della breccia cranica.

Comunque, bisogna tener ben fisso il principio che il trapanato è un individuo minorato in modo permanente.

Basedow traumatico con esito letale. — M. Vischer. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 45.

In seguito alla caduta di una tegola sul capo, si ebbe un violento shok nervoso, ed inopinatamente si sviluppò una sindrome basedowiana, che in 5 settimane dal trauma portò a morte la paziente.

Si trattava di una nubile di 43 anni.

All'autopsia si trovarono, oltre alla iperplasia della tiroide, deformazioni nei surreni ed una netta iperplasia del timo.

ODONTOIATRIA

Alterazioni dentarie in rapporto alla endocrinologia. — G. B. Poletti e C. Gasparini. *La Stomatologia*, dicembre 1926.

Gli AA. ritengono di potere affermare in base a loro numerose e accurate ricerche che l'iperfunzione dell'apparato endocrino in genere, dell'ovaio, della tiroide, dell'ipofisi in specie, possa dare luogo ad una decalcificazione dell'intero organismo e in parte quindi anche dei denti. La dimostrazione di Fehling — che l'osteomalacia può essere guarita dall'ovariotomia (oggi praticata su larga scala) — può chiarire anche la patogenesi dei disturbi endorali in gravidanza ed essere conferma al precedente asserto. Gli AA. inoltre ammettono che l'acidosi gravidica possa rappresentare un *primum movens* dei fenomeni endorali in gravidanza, sino ad ora di oscura eziologia.

E' probabile che non sempre sia l'uno o l'altro fattore bene individualizzabile; è verosimile invece che tutti si associno mantenendo ordina-

Digitized by Google

riamente la loro azione nei limiti appena avvertibili, ma potendo talora assurgere alla importanza di vere e proprie entità cliniche su base anatomo-patologica indiscussa.

Gli AA. hanno d'altra parte constatato che la gravidanza può talvolta causare processi di carie dentarie in soggetti che precedentemente non presentavano nessun'alterazione ivi localizzata. Evidentemente lo smalto, per ragioni di natura generale, deve perdere la sua normale resistenza e la sua durezza per una diminuzione dei sali di calcio di cui esso è formato; altrettanto deve succedere per la sostanza fondamentale della dentina.

E' noto come le glandole paratiroidi presiedano al ricambio del calcio, del magnesio e regolino la secrezione lattea e si comprende come nella gravidanza una ipofunzione di queste glandole porti una maggiore eliminazione di sali di calcio o ne ostacoli la loro fissazione nei tessuti che contengono tali sali, per cui si spiega come le gravide vadano soggette all'osteomalacia, all'eclampsia gravidica (per deficienza di sali di calcio e magnesio i cui ioni hanno azione inibitrice sul sistema nervoso) e alla fosfaturia.

Ad avvalorare i suaccennati intimi rapporti tra disfunzione paratiroidea-simpatica e carie dei denti gli AA. hanno sperimentato gli effetti della somministrazione alle gestanti, affette da carie multiple e acute, la paratiroidina Vassale dell'I. S. M. e hanno ottenuto dei risultati sorprendenti sull'andamento della carie dentaria. La dose somministrata era di 1-2 compresse, tre ore prima dei pasti da 3 a 4 volte al giorno, e veniva continuata a settimane alterne per periodi di 2-4 mesi, a seconda della tolleranza e dei risultati clinici dei vari focolai cariosi.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sedute del 3 e 10 dicembre 1926

Francioni C. *Presentazione di un caso di eritrocedema (Acrodinia).* — L'O. presenta la bambina A. E. di anni 4 e mezzo proveniente dalla provincia di Forlì la quale da vari mesi presenta una sindrome rappresentata dalle seguenti manifestazioni principali: prurito, bruciore e punture alle quattro estremità con arrossamento, tumefazione, forte sudorazione e desquamazione cutanea delle parti affette; arrossamento e tumefazione del naso e dei genitali esterni; sudorazione abbondante e diffusa a tutto il corpo; diffusa eruzione di miliaria rubra; prurito generale intenso con conseguenti lesioni cutanee gravi da grattamento; ipotonia muscolare generale; alterazioni della deambulazione; tremore a scosse rare; riflessi superficiali e profondi normali; riflessi da posizione esagrati; riflesso oculo-cardiaco assente; dermografia assente; sensibilità normale, eccetto un lieve grado di ipoalgesia generale; reazioni elettriche normali; alterazioni psichiche particolari; gravi perturbamenti del sonno con inversione del ritmo identica a quella propria della encefalite epidemica; tachicardia notevole; aumento della pressione sanguigna; leucocitosi polinucleare; lieve iperglicemia; abbondante flusso salivare; caduta precoce dei denti di latte, ecc.

Dalla analisi della sintomatologia e dal resultato delle varie indagini fatte sulla piccola malata, specialmente da quelle fatte impiegando i metodi di esplorazione farmacodinamica, l'O. è portato ad ammettere che si tratti di una affezione del sistema vegetativo: crede peraltro che non sia possibile riconoscere nei vari sintomi un quadro puro di simpaticotonia perchè, pur prevalendo indubbiamente i fatti di ipertono simpatico, sono presenti anche manifestazioni vagotoniche, ciò che deve indurre a parlare piuttosto di una neurotonia vegetativa in senso generico.

L'O. pensa che il quadro morboso presentato dalla bambina costituisca forse il primo caso osservato in Italia di una malattia che da pochi anni ha richiamato l'attenzione dei pediatri e che è stata descritta prima in Australia dallo Swift, nel 1914, che la denominò *Eritrocedema*, poi da medici del Nord-America che la chiamarono *Acrodinia*, più recentemente ancora in Europa da Feer che la descrisse molto accuratamente designandola come una particolare neurosi del sistema vegetativo, infine da alcuni altri medici inglesi, svizzeri, olandesi, tedeschi, polacchi ecc. Del tutto recentemente la malattia è stata osservata anche in Francia.

L'O. accetta completamente l'interpretazione patogenetica che della particolare malattia dà il Feer sulla scorta della analisi sintomatologica, però non crede opportuno di far uso, per ora almeno, della parola neurosi e, nell'ignoranza assoluta in cui ci troviamo attualmente circa il momento eziologico della forma, preferisce usare la espressione: affezione del sistema vegetativo, perchè non crede si possa escludere la possibilità che si tratti di una affezione organica.

L'O. infine non può astenersi dal richiamare l'attenzione dei Colleghi sulla grande somiglianza che i disturbi psichici ed i disturbi del sonno osservati in questa malata hanno con alcuni postumi della encefalite epidemica. Da qualcuno a tal riguardo è stata avanzata l'ipotesi che la causa della affezione in questione sia da ricercarsi proprio nello stesso virus della encefalite il quale sarebbe capace di produrre anche questa particolare sindrome. Ma la coincidenza di sintomatologie identiche nelle due malattie può spiegarsi anche in altro modo e, cioè, tenendo presente il fatto che nella encefalite epidemica una parte non piccola della sintomatologia prodotta dalla neuraxite è costituita proprio da alterazioni a carico del sistema vegetativo: quindi si comprende come le due forme morbose possano avere dei sintomi in comune.

L'esposizione completa e particolareggiata del caso clinico sarà fatta dall'O. prossimamente in una apposita pubblicazione.

Poletti P. *Intossicazione difterica e lesioni muscolari.* — Dal lato istologico lo stato della muscolatura volontaria nei soggetti colpiti da difterite è stato finora relativamente poco studiato. La prima dimostrazione anatomica risale all'Oertel e al Leyden. L'Hochhaus in seguito descrive importanti lesioni muscolari all'autopsia di quattro soggetti morti durante il decorso di una comune paralisi difterica. Più tardi il Nya, quasi contemporaneamente al Laslett ed al Bagiuski osserva al tavolo anatomico estesa degenerazione grassa nella musculatura del diaframma. Tale forma di degenerazione viene riprodotta sperimentalmente dal Benini in conigli e in cavie sottoponendo questi animali all'avvelenamento con tossina difterica.

L'O. ha ripreso lo studio sull'argomento riportando i risultati ottenuti dall'osservazione della muscolatura volontaria in due casi di tipica paralisi difterica tardiva cosidetta generalizzata e quelli di altri due casi venuti a morte in breve periodo di tempo per intossicazione difterica acuta. In questi ultimi l'esame della musculatura volontaria (diaframma, gran pettorale, intercostali, retti addominali ecc.) ha dimostrato importanti alterazioni a carattere regressivo consistenti sopratutto in fenomeni di degenerazione ialina e grassa. Nelle osservazioni di paralisi post-difterica le lesioni riscontrate sono invece da ascriversi in parte a fatti degenerativi del tipo di quelli precedentemente descritti, in parte rappresentano processi reattivi e in misura assai piccola fenomeni di riparazione secondari alle perdite subite dal tessuto.

L'O. ritiene le lesioni osservate nei due casi d'intossicazione difterica acuta dipendenti in modo diretto dall'azione della tossina difterica, quelle riscontrate nelle forme di paralisi difterica tardiva subordinate in certa misura alla lesione nervosa.

E' dell'avviso che tali lesioni rappresentino una parte non trascurabile nella genesi del sintoma astenia e nel meccanismo di produzione dei fenomeni paralitici.

In una seconda parte, dopo aver accennato ad alcune considerazioni cliniche nei confronti fra malati di morbo di Erb e quelli colpiti da paralisi postdifterica, espone il risultato sul comportamento della musculatura allo stimolo volontario e a quello ottenuto da una corrente faradica tetanizzante in un malato colpito da paralisi post-difterica, concludendo per una rapida esauribilità volontaria e elettrica dei muscoli di questo soggetto.

Studia infine il meccanismo patogenetico della cosidetta reazione elettrica miastenica, dimostrando come questa reazione spesso non sia che l'esponente d'importanti lesioni anatomiche della fibra muscolare striata.

Faldini G. *Indagine istopatologica in un caso di malattia metatarsale di Kochler.* — Da quanto fino ad oggi si è pubblicato sull'argomento, risulta che il campo è diviso tra coloro che sostengono esser la malattia di K. una necrosi epifisaria (K. Axhausen, Heitzmann, Herzog) o un'antica frattura (Fischer, Kappis), od una osteite fibrosa localizzata (Klett) ed infine un processo osteomalacico (Fromme). Il caso riferito dall'O. riguarda una bambina di 13 anni, figlia di genitori sani, senza tare ereditarie. Non ha sofferto di malattie degne di nota prima dei disturbi per i quali ricorre all'Istituto Rizzoli. Cinque mesi prima del suo ricovero in Clinica ha cominciato ad accusare dolori alla base del secondo dito del piede sinistro; il dolore, insorto senza causa apparente, era continuo, non eccessivamente influenzato dal carico. La protratta deambulazione però aumentava il dolore e tumefaceva la regione lesa. Non ha mai avuto febbre non ha fatto cure speciali.

Obbiettivamente fu riscontrato: bambina di aspetto normale, con

Digitized by Google

organi toracici ed addominali clinicamente indenni, apirettica. All'esame degli arti inferiori non si poterono dimostrare complessivamente deviazioni dalla norma, se non ai piedi, che apparvero corti, tozzi ma in complesso ben conformati. Il secondo dito del piede sinistro apparve impercettibilmente più corto del corrispondente. Completamente indenni le articolazioni falango-falangiche i cui movimenti erano nei limiti fisiologici. La articolazione metatarso-falangica del secondo dito sinistro era lievemente rigida ai movimenti impressi, i quali risvegliavano dolore. La palpazione riusciva dolorosa e dimostrava un lieve grado di tumefazione. Normale il colorito della cute. Il calore locale non era aumentato. Nessun risentimento ganglionare. Le impronte planatri non dimostrarono deviazioni dalla norma.

Negatività della reazione di Wassermann, della cutireazione tubercolinica, dell'esame delle orine. L'esame morfologico del sangue fu normale.

L'esame radiografico ha dimostrato quanto segue: il secondo metatarso, nella sua porzione più distale, ha perduto la normale sua configurazione; è assai accorciato cosicchè presso a poco eguaglia la lunghezza del primo dito. Nella sua superficie articolare è divenuto pianeggiante, da ciò consègue come lo spazio articolare metatarsofalangico risulti ampliato. La normale struttura trabecolare è scomparsa. Il capitello è slargato con margini sfumati. Al disotto della linea epifisaria si nota una piccola zona ovalare assai trasparente ai raggi. Nessuna lesione a carico della base della falange.

Per la sintomatologia clinica e radiografica fu posta diagnosi di malattia metatarsale di K. La cura ha consistito nella resezione dell'epifisi del secondo metatarso sinistro. Durante l'intervento si potè confermare il perfetto stato della superficie articolare della falange. I disturbi accusati dalla paziente sono, dopo l'intervento, scomparsi, e la guarigione si mantiene tuttora.

Il pezzo asportato comprendeva la intera epifisi del metatarso, la metafisi ed una piccola porzione della diafisi.

L'indagine istopatologica ha posto in evidenza il quadro di una necrosi secca con fenomeni già avanzati di riparazione. La forma, la disposizione della zona necrotica, gli elementi osservati all'intorno di questa, inducono l O. a porre la diagnosi istologica di infarto.

Quanto è stato osservato dall'O. corrisponde in parte alle descrizioni di Axhausen, di Fasiani, di Heitzmann, di Herzog, e di Fischer i quali ebbero a studiare stadii precoci della malattia. Il reperto personale sembra possa spiegare anche la diversità di quelli degli altri autori che dell'argomento si sono occupati in casi tardivi, e che hanno osservato i pezzi nelle diverse fasi involutive ed evolutive, cosicchè la descrizione loro doveva necessariamente discordare in più parti. Infatti, nelle fasi riparative di un così complesso organo, qual'è una epifisi, trovansi tutte le varietà del tessuto connettivo negli stadii di differenziazione i più disparati. L'O. poi crede che la lesione anatomica possa spiegare l'aspetto radiografico, la forma del metatarso e l'insorgenza dell'artrite deformante già da Axhausen descritta e da altri osservatori confermata. Il primo dall'abnorme trasparenza della zona necrotica nella quale le lamelle calcificate sono andate distrutte, la seconda dal rammollimento dell'epifisi che, male resistendo al carico, deve sicuramente deformarsi dal lato plantare, l'artrite deformante in fine quale logica conseguenza dei rapporti della cartilagine diartrodiale colla cicatrice neoformata.

□□□

PER LA PRATICA

VENEREOLOGIA

SULLA BLENORRAGIA URETRALE DELL' UOMO

Considerazioni del Prof. F. SPRECHER (Genova)

Chi dovesse rispondere alla dimanda, quali sono i caratteri clinici principali della blenorragia uretrale dell'uomo, credo non sbaglierebbe definendola, malattia che persiste a lungo; che recidiva spesso; che nella immensa maggioranza non guarisce. E potrebbe con coscienza tranquilla aggiungere, che, se oggi non si ripeterà forse più il caso di Ricord, il quale nel 1840 curava ancora un ufficiale per una blenorragia uretrale contratta nel 1800 e quello consimile di Desormaux, resta tuttavia sempre vero, che si sa quando la blenorragia comincia, ma solo Dio sa quando essa finirà.

Quali sono le cause di questo tenace persistere e spesso di non guarire d'un'infezione in apparenza benigna?

Esse sono diverse: parte dipendenti dall'ammalato; parte, non esito a scriverlo, dal medico. Consideriamo le une e le altre per trarne utili deduzioni.

La *blenorragia uretrale dell'uomo* o, più sinceramente, l'*infezione gonococcica acuta dell'uretra maschile* o, più semplicemente, l'*uretrite gonococcica acuta dell' uomo*, è considerata dai più una malattia lieve, insignificante, diffusa sì da non esservi quasi uomo che non l'abbia avuta; decorrente ordinariamente senza cagionare noie o molestie gravi; facilmente dissimulabile: facilmente guaribile.

Con questo concetto della malattia, che, come ho detto, è molto diffuso, si spiega facilmente il perchè, il blenorragico, al primo accorgersi del suo male, non si rivolga al medico, ma bensì all'amico esperto o tutt'al più al farmacista ed accetti ciecamente il consiglio di questo o di quello, che, nella immensa maggioranza dei casi, vale solo ad aggravare la sua malattia.

Se infatti l'amico od il farmacista hanno consuetudini di prudenza, dànno al loro inatteso cliente qualche norma dietetica ed igienica; gli fanno acquistare un sospensorio pur che sia; gli consigliano dei balsamici: uno dei soliti elettuari a base di copaive e cubebe o, semplicemente, delle perle di copaive o di sandalo. Se invece i suoi consiglieri sono più arditi, affrontano la situazione con terapeutica più vigorosa ed, allato alla cura interna di balsamici, ne consigliano una diretta di iniezioni o di irrigazioni uretrali. Nè manca infine taluno, più dotto in venereologia, il quale non faccia aggiungere alle cure precedenti qualche iniezione sottocutanea di siero o di vaccino antigonococcico.

La conseguenza di tutto ciò è, che il paziente, quanto ad osservanza di norme igienico-dietetiche, crede d'avere fatto tutto il dover suo smettendo di bere vino a tavola. Il sospensorio, che, già normalmente applicato a titolo profilattico vale assai poco, serve proprio a nulla nel modo con cui se l'applicano gli ammalati non istruiti dal medico: di dimensioni disadatte, di tessuto cedevole, senza passanti sotto le cosce, non ovattato, ora eccessivamente stirato ed ora pendente tra le cosce. I balsamici, che costituiscono la cosidetta medicazione soppressiva, quella intesa cioè a reprimere o sopprimere l'essudato dell'uretrite, esercitano tale capacità terapeutica solo in un dato momento evolutivo del processo morboso e, per precisare subito, nel momento in cui si inizia la sua declinazione. Somministrati invece all'inizio, nello stadio di floridezza della malattia, o apportano un certo miglioramento dei sintomi più appariscenti e molesti: lo scolo ed il bruciore, effetto benefico, che però cessa in capo a qualche giorno di fronte all'irrompere prepotente del processo morboso, oppure, se in casi più rari, il miglioramento appare più completo e durevole, appena smessa la cura, tutti i sintomi del male riprendono, come se nulla si fosse fatto.

Va subito detto però, che la medicazione soppressiva fatta a principio della blenorragia uretrale, non è solo inutile, ma pure nociva, dappoichè il processo morboso sotto i tentativi di repressione si acutisce, si diffonde e riduce il numero delle probabilità di guarigione, pure di fronte ad un'ulteriore cura, metodicamente proseguita.

Nel caso poi che il p. associ alla medicazione soppressiva le iniezioni uretrali o si valga senz'altro di questo mezzo nello intendimento errato di liberarsi più presto del suo malaugurato malanno, allora l'aggravamento della situazione è più spiccato ancora, essendochè non manchino mai in questo caso complicazioni ora lievi ed ora gravi.

In un'eventualità benigna, il processo si diffonde a tutto lo spessore della mucosa, invade la sottomucosa e talvolta le tonache sottostanti, dando luogo a quella periuretrite, che cede solo di fronte a cure savie e proseguite a lungo, mentre, non curata, prepara l'edema stabile del prepuzio, gli incurvamenti dell'asta, il restringimento uretrale.

In eventualità meno fortunate, si ha la diffusione del processo infettivo dall'uretra anteriore alla posteriore, ciò che apre la via alla prostatite, alla epididimite, alla vescicolite, alla cistite.

In un'eventualità e nell'altra poi, il diffondersi e l'accen-

Digitized by Google

tuarsi del processo morboso, espone il p. a quella serie di più gravi complicazioni, che sono le metastasi gonococciche.

A conferma della inutilità della cura diretta della blenorragia uretrale dell'uomo precocemente istituita; dello aggravamento, che essa solitamente apporta al processo morboso; dei pericoli, che fa correre al p., basterebbe ricordare, che spesso non sono esenti da tali inconvenienti le cosidette cure abortive della blenorragia uretrale, pure praticate a rigore di tecnica da valenti specialisti e ciò fino al punto, che molti di essi, altra volta entusiasti di questo metodo, vi hanno definitivamente rinunziato.

Quanto poi alle iniezioni di sieri e di vaccini consigliate da inesperti, che ne affermano l'efficacia terapeutica in ogni caso e non per esperienza fattane, ma per sentito dire di qualche successo ottenuto, non credo vi sia venereologo cosciente, il quale non abbia provato al riguardo di fare cura molte ed amare disillusioni, sì da trovarsi indotto ad applicarle con la debita riserva e solo in un ristretto numero di casi.

Veniamo ora alla parte di torto che spetta al medico. Molti colleghi, che con animo tranquillo si assumono la cura del blenorragico acuto, non posseggono le cognizioni necessarie del processo patologico, che s'accingono a curare. Non sanno o, se vogliamo, dimenticano, che si tratta puramente di processo infiammatorio acuto di mucosa, di un catarro acuto, e, mentre non esiterebbero un solo istante a prescrivere norme curative precise ed utili ad altro cliente, affetto da catarro acuto delle vie aeree superiori o dell'intestino, già, forse sollecitati dal cliente, che vuole liberarsi ad ogni costo ed al più presto del suo male vergognoso, pongono mano ad una terapia, non solo disadatta ed inutile, ma spesso capace di aggravarlo e complicarlo.

Se un cliente, affetto da *corizza acuta* si rivolge al suo medico per consiglio, questi non tarderà punto ad imporgli di starsene alcuni giorni rinchiuso in casa, quieto, senza occuparsi d'affari, ad una dieta semplice e gli prescriverà inoltre tisane calde, bevande emollienti ed anticatarrali, impacchi caldo-umidi attorno al collo e molte altre cose ancora.

Se un altro cliente andrà a consultarlo per un catarro acuto dello stomaco o dell'intestino, allora, le prescrizioni saranno ben più severe. E' certo infatti, che egli non sfuggirà più a parecchi giorni di letto, ad una teoria quotidiana di grandi cataplasmi, e, quanto a dieta, essa verrà accortamente ridotta a minimi termini e modificata sì, da non richiedere quasi od appena di essere elaborata dagli organi ammalati. E di fronte a ciò, poche o nessuna preparazione farmaceutica.

Quanti sono invece i medici, che sanno imporre ad un loro cliente affetto da catarro acuto della mucosa uretrale, provocato dal gonococco qualcosa di consimile? Perchè qui non il riposo del corpo e dello spirito, che in simili casi è l'alleato migliore del medico curante; il riposo assoluto dell'organo ammalato; la dieta severa; la cura dell'alvo; le medicazioni antiflogistiche locali e generali?

L'ottima norma d'una gloriosa scuola venereologica francese del *laissez aller*, imposta ad ogni blenorragico acuto durante i primi venti giorni della sua malattia, e ciò naturalmente sotto la costante ed oculata sorveglianza del medico, è completamente trascurata. Pare forse a molti medici di essere giudicati male dal loro blenorragico, se non gli prescrivono subito rimedi in apparenza attivi e si limitano a prescrizioni d'ordine comune, terra terra, note a tutti. La risposta a ciò mi pare facile ed, a mia veduta, dovrebbe essere questa. Il medico, che conosce perfettamente il processo patologico, che fu richiesto di curare e che sa, per esperienza secolare, quali siano i rimedi veramente utili per la cura di esso nei diversi momenti della sua evoluzione, prescrive questi via via, imponendone l'applicazione esatta e costante, senza preoccuparsi punto dell'impressione, che essi saranno per fare sul cliente e del giudizio, che egli, incompetente, presumerà di dare.

Di fronte al cliente, il medico non deve mai dimenticare, che egli è un sapiente e quegli un ignorante e che fra l'uno e l'altro debbono essere conservate costantemente le distanze.

La mucosa, che riveste il lungo canale uretrale dell'uomo, è, come tutte le mucose, costituita di tessuto fine e delicato; servita da un intreccio mirabile di vasi sanguigni e linfatici; dotata di squisite terminazioni nervose e di nervi afferenti ed efferenti di sensazioni e di stimoli; è percorsa da numerosi condottini ghiandolari, sottili all'estremo, che ora si affondano in essa per poco, ora tanto da oltrepassarne i limiti; s'aprono in essa gli accessi ad organi diversi ed importanti: le ghiandole di Cooper, le prostatiche, i condottini che vanno all'epididimo ed alle vescicole, l'adito alla vescica.

Sia ora apportata alla mucosa uretrale l'infezione gonococcica.

La mucosa uretrale, avvertita tosto dal suo squisito apparato nervoso, appresta immediatamente le difese contro l'ospite inatteso ed inopportuno. I suoi vasi si congestionano e lasciano trasudare siero sanguigno e di lì a poco trapelare traverso la loro parete i leucociti per ingaggiare la lotta. Il suo tessuto si arrossa, si fa turgido, ipersensibile; il suo rivestimento epiteliale si rinnova più attivamente; le ghiandole mucipare accentuano la loro funzione e versano una quantità di secreto, di gran lunga maggiore dell'ordinario nel canale uretrale.

A questi fenomeni anatomo-patologici, corrispondono clinicamente i sintomi del formicolio lungo il canale uretrale, accompagnato spesso da sensazione piacevole, donde le erezioni facili; il catarro sieroso, sieroepiteliale, sieromucoso, mucoso, mucoepiteliale.

Senonchè, il rapido prosperare dell'agente infettivo sul terreno favorevole della mucosa uretrale induce questa a moltiplicare e ad estendere le sue difese. E così, in un momento successivo, il turgore della mucosa si accresce, sì da rendere un po' difficile e molesta la minzione; l'epitelio, che prima cadeva copiosamente, ma rapidamente si rinnovava, ora cade, ma in molti tratti non si rinnova più, donde piccole zone di derma mucoso scoperte e, come conseguenza, bruciore, ardore, dolore spontaneo o provocato dall'emissione d'orina o dall'erezione; le ghiandole danno ancora muco abbondante e più di prima non solo, ma ora esso è commisto a pus, donde catarro non più mucoepiteliale, ma mucopurulento e purulento; infine, alla superficie della mucosa congesta affiora pus e talvolta un po' di sangue per rottura di vasellini sanguigni congesti, cosicchè spesso l'essudato uretrale marcioso è tinto di sangue.

La blenorragia uretrale è in questo momento costituita.

Se ora noi dovessimo scegliere un rimedio capace di guarire questa uretrite in piena fioritura, non è difficile immaginare di quali requisiti lo vorremmo dotato. Un alto potere battericida, atto a distruggere rapidamente tutti i gonococchi invasori dell'uretra in ogni fase della loro evoluzione; una capacità di penetrazione rapida per tempo, profonda e diffusa per estensione, sì da potere raggiungere i germi infettivi nei loro più profondi recessi nell'ambito della mucosa, della sottomucosa ed eventualmente delle altre tonache dell'uretra; tutto ciò associato alla più assoluta incapacità di nuocere ai tessuti, su cui si svolge la sua azione curativa.

Io non esito allora a soggiungere, che nessuno dei rimedi proposti per la cura della blenorragia uretrale, dai tempi remoti fino al presente, è da tanto da guarirla, se applicato al momento della sua floridezza.

Sono incapaci di ciò tutti gli astringenti, gli antisettici, i caustici in qualsiasi diluizione, copia, temperatura; soli od associati; aggiunti di speciali sostanze intese a favorirne la penetrazione attraverso i tessuti colpiti dall'infezione.

Nè all'accennato scopo riescono meglio le applicazioni terapeutiche offerte ancora dalla chimica, dalla fisica, dalle scienze biologiche: l'elettroterapia, la diatermoterapia, i sieri, i vaccini, la proteinoterapia, l'esametilentetramina, gli arsenobenzoli, l'argocromo ed altri preparati complessi dell'argento, il cloridrato di diaminometilacridina o tripaflavina, la sanoflavina e molti altri ancora, che porterebbe in lungo il solo enumerare.

Ma, per la verità, va aggiunto qualche cosa di più.

Molti dei rimedi proposti per la cura della blenorragia uretrale acuta sono inutili; molti invece sono inutili e nocivi, sì perchè, oltre non guarire il male, sono capaci di aggravarlo o di dar luogo a pericolose reazioni dell'organismo.

Siamo dunque completamente disarmati contro l'infezione gonococcica acuta dell'uretra maschile e dobbiamo assistere in veste di medico allo svolgersi sempre molesto e doloroso, spesso pericoloso di questo processo infettivo?

La risposta è immediata e risolutamente negativa.

La blenorragia uretrale acuta dell'uomo possiede il suo metodo di cura, che, nella immensa maggioranza dei casi riesce a guarirla senza complicazioni o postumi. Ma per ottenere ciò, è

Digitized by Google

necessario al medico ricordare più che mai, che curare una malattia vuol dire ingaggiare contro di essa quella lotta, che porterà alla vittoria solo se condotta costantemente con metodo preciso.

Inutile quindi iniziare la battaglia con lo sferrare violenti attacchi, che, oltre non riuscire all'intento, cagioneranno perdite, danno e sconforti, ma ben utile invece restare dapprima apparentemente inerti, apprestando efficaci opere di difesa contro l'invasore; lasciarlo avanzare entro certi limiti, affinchè egli stesso prepari la sua sconfitta; poi, al momento opportuno, mettere in opera via via mezzi di difesa sempre più attivi e quindi passare all'offensiva, che rapidamente porterà allora al conseguimento della vittoria.

Così procedevano nella cura della blenorragia uretrale dell'uomo antichi Maestri, che, pur non conoscendone ancora l'agente patogeno, ne supponevano già l'esistenza e più conoscevano tutte le particolarità dell'infezione nei suoi diversi momenti evolutivi e ricorrevano via via per combatterla e vincerla ad opportuni provvedimenti. Oggi, quei Maestri sono dimenticati, fors'anche derisi, e, come in tante altre cose del vivere nostro attuale, è sola consigliera la fretta.

Ma lasciamo le recriminazioni ed affrettiamoci a concludere che è tempo.

Che cosa s'ha da fare adunque, affinchè il blenorragico consegua l'agognata guarigione completa?

E' necessario anzitutto un accordo perfetto e costante tra medico e cliente.

Questi, appena accortosi d'essere ammalato, non si rivolga, nè si confidi all'amico, al farmacista, a chicchessia in fama usurpata di esperto, ma ricorra invece e subito al suo medico e si proponga fin da principio di accettare senza discutere mai e di eseguire con fede e con speranza incrollabili anche le minime prescrizioni.

Il medico, a sua volta, fatti i debiti accertamenti sulla natura, estensione, stadio, grado dell'infezione uretrale, che è richiesto di curare, rinunzi senz'altro a tentativi di cura cosidetta abortiva, che, se riesce talvolta, allorquando cospirano in suo favore numerose circostanze e viene eseguita *lege artis* da specialista provetto, fallisce molto spesso e, giova ripeterlo, non è pure infrequente il caso di conseguenze spiacevoli o pericolose.

E rinunzi pure il curante a qualsiasi altro tentativo, suggerito dalla fretta di abbreviare il corso della malattia, con l'uso intempestivo dei diversi rimedi antiblenorragici, ma s'attenga invece rapidamente, senza preoccupazioni di sorta, alla cura cosidetta metodica, che finora non fu pareggiata da alcuna delle successivamente proposte.

Il suo cliente guarirà certo più presto e senza complicazioni o postumi, se egli inizierà la cura con l'imporgli l'osservanza scrupolosa e costante di tutte quelle ben note norme igienico-dietetiche ed allato ad essa metterà in opera tutti i sussidi della cura antiflogistica; se, al momento opportuno, indicatogli dall'osservazione esatta del decorrere del processo morboso, passerà alla medicazione seguente, quella che fu detta soppressiva; se finalmente, quando lo giudicherà opportuno, farà un passo oltre e metterà mano alla medicazione locale, che allora solo; e se fatta con giusto criterio ed in misura precisa, coronerà di successo l'opera del medico e di felicità l'attesa del cliente.

Se poi giorno verrà, *quod est in votis*, che gli sforzi dei venereologi siano per essere coronati dalla scoperta di un rimedio atto ad effettuare la *sterilisatio magna* del canale uretrale dell'uomo invaso dal gonococco, saremo noi i primi a consigliare di smettere la guerriglia terapeutica della blenorragia uretrale dell'uomo, sola risorsa sicura al momento attuale, e benediremo ad alta voce la crociata per la battaglia immediata in campo aperto.

CHIRURGIA

Il falso male di Pott

La designazione, la nomenclatura, non è nostra. Prendendola, la trasmettiamo, perchè l'intesa si conservi. Siamo cioè fuori dal campo della «spondilite tubercolare»; e viceversa nel campo delle spondiliti infettive, di solito piogene; o delle cosidette spondiliti di crescenza. Chi conosce bene qual fu il concetto di Pott, nello stabilire quell'entità clinica che poi si è individualizzata in entità patologica, tenderebbe a domandarsi con quanta felice scelta di designazione si debba parlare di falso mal di Pott, nelle contingenze che andremo ad analizzare? Ma tanto esula dal nostro impegno.

Risulta storicamente dunque, che tra il 1922 e 1924, per opera di Poncet, Lance, Sorrel, Delahaye, si è identificata l'*Epifisite vertebrale dolorosa degli adolescenti*. Poi dal Calvé si è identificata l'*osteo-condrite vertebrale infantile*. Poi ancora, Massabuan ha avanzato, e Montagne lo segue, esserci una varietà di spondilite di crescenza *tipo Poncet puro* perchè la radiografia è negativa!

Montagne (interno degli ospedali di Montpellier), evidentemente animato da simpatica sufficienza giovanile, propone una definizione: chiamare spondilite ogni infiammazione acuta o subacuta, più soventi specifica della colonna vertebrale, caratterizzata da dolore e rigidità vertebrali accompagnate da segni radiografici precisi nei più casi (sindrome pseudopottica); dalla possibilità di mettere in evidenza nel sangue, durante la malattia, una reazione specifica dell'agente causale (emoculture, serodiagnosi, deviazione del complemento); da una evoluzione benigna verso la guarigione, con *restitutio ad integrum*.

Vedremo oltre quali commenti convenga, secondo noi, fare. Per ora, in materia.

La classificazione delle spondiliti infettive, deve secondo il giovane Autore, essere fondata sulla clinica, sia affermativo o negativo il responso radiologico. Eliminato l'elemento tubercoloso, mal di Pott vero, bisogna allora fermarsi intenzionalmente sui dati anamnestici: una malattia infettiva recente; una sifilide probabile; una infezione micosica o idatica possibile? Nel gruppo di spondiliti al tempo stesso rivelabili mediante la clinica, parrebbe persino superfluo l'ausilio radiologico; ma non rifiutarlo. Naturalissimo.

La spondilite tifica deve, secondo l'A., esser prototipo delle post-infettive; perchè anatomicamente e radiologicamente è contrassegnata da lesione dei tessuti perivertebrali (periostio, ligamenti) e dei dischi; clinicamente da una sindrome rachidiana particolarmente dolorosa, associata a disordini meningo-radicolari, e lievi segni di irritazione piramidale. Suole intervenire tra il 40°-90° giorno dall'inizio dell'infezione eberthiana; magari dopo più mesi; con tasso elevato di S. A. Widal. Il germe specifico è constatabile nelle vertebre di cadaveri di tifosi (Fraenkel). Prevale nella sezione lombare. L'inizio suole essere segnato da una recrudescenza della febbre, la comparsa di rachialgia più o meno parossistica ad ogni sforzo. Nel periodo di stato l'esame dei sintomi generali e funzionali si riassume così: febbre incostante, magari assente; dolori molto violenti, irradiati in 90 % dei casi a forma di cintura ed a tipo radicolare; rigidità intensa per contrattura muscolare riflessa. Ai sintomi fisici, concomitanza notevole sono: fasce di iperestesia e parestesia a distribuzione radicolare, segni di eccitazione piramidale riflessa, tendinea, rotulea, achillea; clono; rari i disordini motori e trofici. Dolorosa la pressione delle apofisi spinose, specie lombari. Deformità cifo-scoliotiche, transitorie. All'esame di laboratorio: iperleucocitosi; Widal positiva; emocultura negativa; Liquor iperteso, negativa la cultura, talora albuminosi, linfocitosi.

La radiodiagnosi offre quanto segue: diminuzione o scomparsa di uno e più spazi chiari intervertebrali, specie 3° e 4° lombare; ossificazione periostale e ligamentosa; possibile osteite condensante dei corpi vertebrali.

L'evoluzione, benchè lenta di più mesi, può avere una prognosi favorevole sia *quoad vitam*, sia *quoad functionem*, salvo qualche rigidità rachidiana, anche essa transitoria.

Si ammettono le seguenti altre spondiliti, etiologicamente distinte, ma anch'esse infettive.

1. *Paratifiche*: sembra esserne descritto un solo caso da Fried.
2. *Melitococciche*, ammesse da Roger e suoi discepoli.
3. *Tifo-esantematiche* e *ricorrenziali*. Per ora registrate dagli osservatori russi.
4. *Pneumococciche*, rarissime.
5. *Difteriche*: un caso registrato da Sayre.
6. Da *dengue mediterranea*: un caso di Schlesinger.
7. *Reumatiche* nella forma articolare acuta, secondo Aimes, Janowski.
8. *Streptococciche*, pure; raramente osservate da Quincke, Lance, Jaubert: nè si comprenderebbero forse anche quelle post-scarlattinose.
9. *Stafilococciche*, anche molto rare, essendone descritto un solo caso, su 610 delle ossa lunghe, raccolte da Hahn.

Chi dà una scorsa a tutto l'ingombro casistico, generato da contribuzioni sparse, quasi spesso, se non sempre fondate su di isolate osservazioni, non riesce, secondo noi, a vederci chiaro; nè efficace alla bisogna può dirsi lo sforzo del riassunto fattone dal Montagne. Acute o croniche queste osteomieliti vertebrali, possono secondo qualche osservatore, essere anche subacute. Sembrano di accordo codesti osservatori nell'insistere sulle difficoltà di distinguere le osteomieliti stabilococciche dal verace male di Pott. Vediamo sopratutto addotta la minima reazione termica; talora

Digitized by Google

accusata l'omissione di una precisa ricerca della porta di entrata di un'infezione banale.

Fin qui dunque, viene confermata la possibilità di osteonieliti di varia natura, non schiettamente cioè da farsi rientrare nell'osteomielite vertebrale tubercolare. Ma ancora una volta a noi sembra che tanto non significhi parlare di vera lesione pottica.

Alle spondiliti specifiche che possano simulare in clinica ed all'esame radiologico il male di Pott appartengono:

a) La *spondilite sifilitica,* di solito acquisita, prevale fra' 30-40 a.: prepondera in 2/3 dei casi alla colonna cervicale, a differenza di quella post-infettiva che suole essere lombare. In clinica è contrassegnata da dolori violenti osteocopi, rigidità vertebrale e contrattura muscolare; spesso intensa disfagia. Importante è la palpazione faringea, la constatazione dell'ulcera faringea. La prognosi è abbastanza grave, per le eventuali complicazioni.

b) *Spondilite micosica.* Qui le rare osservazioni vorrebbero comprendere: l'*actinomicosi* vertebrale quasi complicazione di quella cervico-facciale; caratterizzata da rigidità vertebrale, e dagli ascessi più o meno diffusi, e dalle rarefazioni più o meno avanzate dell'osso. Inoltre la spondilite *blastomicotica,* anche più rara della precedente; la spondilite *echinococcica,* della quale la bibliografia riconosce contributi importanti.

In complesso dunque, ogni studioso si trova di fronte alla sfilata di alterazioni le quali vengono a comprovare un'acquisizione non dubbia, cioè che agenti infettivi diversi possano localizzarsi sui costituenti osteoarticolari vertebrali. Ma, a nostro vedere, codesto sistema di esposizione non soltanto lascia il tempo che si trovava nel concetto generale della patologia ossea; ma non chiarisce la clinica. Chiamarli «falsi mal di Pott» non varrebbe che a significare un errore diagnostico ed etiopatogenico; aggregare, come fa il Montagne, a questo gruppo di spondiliti infettive, l'echinococco vertebrale, vuol dire, secondo noi grossolanamente confondere le lesioni flogistiche dovute ad una tossi-infezione, con le alterazioni eminentemente distrofiche dovute a localizzazioni parassitarie, ad infestione di un segmento scheletrico. Me ne appello ai competenti di anatomia patologica!

Ma la lunga serie di spondiliti rientranti nei falsi mal di Pott, non può dirsi finita, in quanto bisognerebbe farvi succedere quella delle epifisiti. Se ne fa anche un gruppo particolare, sotto nome di «osteiti, spondiliti di crescenza». In seguito di precorse infezioni viene allora constatandosi: la precoce ossificazione dei punti epifisari, negli adolescenti. Ecco allora la sindrome dolorosa pseudopottica, punti dolorosi più spesso a livello delle zone juxta-epifisarie. Dunque soltanto la radiografia chiarirebbe la diagnosi, mostrando premature lamelle di ossificazione epifisaria del corpo vertebrale, o sviluppo eccessivo di codeste lamelle in rapporto all'età del fanciullo; inoltre configurazione tortuosa di codeste lamelle, e loro comparsa in sedi anormali. Questa è insomma la cosidetta malattia di Lance, Sorrel e Delahaye.

Di apparizione più tardiva, ecco venire aggregata la cosidetta «cifosi dolorosa degli adolescenti». Essa andrebbe considerata come varietà di epifisite vertebrale dolorosa, complicata a cifosi; od altrimenti il termine di forme trascurate o misconosciute. Ma ecco che gli osservatori si contrastano sulla spiegazione: è deformazione di origine congenita? E' rachitide tardiva? Ma la recrudescenza di sintomi in seguito della pneumonia starebbe a deporre per l'influsso di questa infezione nella cifosi.

In questa farraginosa esposizione, la diagnosi si affatica non meno a diradare il groviglio. Come elementi positivi sono da invocare dunque: i precedenti; l'inizio abitualmente brusco; l'elemento dolore; la localizzazione quasi costante alla sezione lombare; la tendenza alla guarigione. Per il gruppo annesso, resterebbe: la sede sifilitica prevalente cervicale, il carattere osteocopio dei dolori, il trattamento di prova. Nelle spondiliti micosiche bisognerebbe dar peso agli antecedenti, ed alla durezza lignea degli ascessi.

Senza dubbio non si rinunzierà alla sero-diagnosi Widal nelle forme tifiche e paratifiche; a quella di Wright nella melitococcica; a quella Bordet-Wassermann nella sifilitica; alla sporo-agglutinazione Widal Abrami nelle forme micosiche; a quella Casoni-Weinberg nell'echinococco.

Si comprende da quanto precede che il trattamento debba essere ispirato alle seguenti linee fondamentali: la immobilizzazione ortopedica; ed il trattamento etiologico a base di vaccini, sieri etc.

Chi credesse attingere alla compilazione del Montagne (*Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier,* n. 11, 12, 1926) vi sarebbe un lungo elenco di contribuzioni sui singoli gruppi, o su singoli casi. Le esigenze di spazio non consentono di qui riprodurli. Nè ci sembrerebbe efficace lo sforzo, dopo quanto abbiamo finora tentato — pur non riconoscendo utilità di sottilizzare e confondere tipi che per ora sono sub judice. Il confusionismo ci è alieno!

E. Aievoli

NOSOGRAFIA

I sintomi di Squires, di Flatau e del priapismo nelle meningiti

Squires afferma di aver riscontrato costantemente, nella prima settimana della meningite tubercolare conclamata, midriasi nella retroflessione del capo e miosi nell'antiflessione; Flatau, invece, ha descritto, quale fenomeno caratteristico delle meningiti, la midriasi nell'antiflessione del capo o fenomeno nuco-midriatico. D'altra parte, poco noto è che nelle meningiti con la pressione digitale sulla regione pubica o sulle regioni ileo-inguinali si provoca la temporanea erezione del pene (segno del priapismo o meglio dell'eretismo temporaneo del pene). Ora, A. F. Camelli (*La Pediatria del Medico pratico,* n. 3, 1927) riferisce i risultati da lui ottenuti studiando i predetti sintomi.

Su 155 meningiti esaminate, l'A. ha trovato che la media di frequenza dei tre sintomi considerati complessivamente è stata del 59 % nella meningite tubercolare, del 24 % nella meningite purulenta, del 50 % nella meningite meningococcica e del 37 % nella meningite sierosa. Ne deriva la relativa importanza diagnostica di detti segni nelle meningiti in generale, tanto più che essi sono precoci ed a volte precedono gli altri sintomi comunemente noti delle meningiti, sopra tutto nella forma tubercolare. Occorre, per una valutazione esatta dei segni di Squires e di Flatau che la sorgente luminosa sia di uguale intensità sia durante l'antiflessione che la retroflessione del capo; è necessario pure che le palpebre del bambino siano tenute divaricate, data la tendenza di esso a chiuderle durante l'antiflessione. Tutti questi segni, d'altronde, si possono riscontrare anche nei casi di grave meningismo e nelle contratture dolorose della colonna vertebrale di natura spondilitica; ma questi sono i soli casi di non meningite con contemporanea presenza dei sintomi di Squires e Flatau.

Circa, poi, la divergenza tra questi due ultimi, l'A. pensa che essa sia solo apparente, perchè evidentemente i due sintomi sono in rapporto con una ipersensibilità dolorifica; quanto più essa aumenta, tanto più spiccatamente appare la midriasi durante il movimento del capo, in anti- o in retro-flessione, che provoca il dolore. In altri termini, i segni di Squires e Flatau si ridurrebbero ad uno solo, cioè al sintoma della midriasi, che si provoca repentinamente nel meningitico, durante una esacerbazione dolorifica, in determinate condizioni.

Ernia del mediastino

Cantieri (*Il Morgagni,* n. 5, 1927) apporta un contributo di due casi su questa rara affezione, uno in persona di un giovane l'altro in un vecchio. Essa si verifica di solito nel corso della cura pneumotoracica, più spesso a destra e in qualsiasi periodo di questa. Spesso ne è clinicamente muta la sintomatologia, ma talvolta esordisce con fenomeni acuti: dolore, affanno, cianosi, tachicardia e semeiologicamente comparsa di una zona controlaterale con i segni di pneumotorace.

L'esame radiologico è importantissimo, anzi è l'unico mezzo di diagnosi. Circa il meccanismo di produzione dell'ernia, secondo l'A. non solo bisogna tener conto di quattro fattori, quali: 1) i punti deboli del mediastino; 2) lo stato della pleura, 3) lo stato del mediastino. 4) la pressione endopleurica, sopratutto del fattore individuale, che avrebbe la massima importanza, coadiuvato dalla eventuale presenza di qualcuno o tutti degli altri suddetti.

Infatti la presenza di alcuni di essi non è di per sè bastevole a provocare l'ernia mediastinica. Non si può pertanto dare importanza assoluta a nessuno di essi, variando le condizioni caso per caso.

Quanto al comportamento da tenere in tali casi, basterà distanziare i rifornimenti e se esistono turbe funzionali converrà sottrarre quel tanto di aria o di gas che porti, se non alla scomparsa dell'ernia, alla scomparsa delle turbe funzionali.

La prognosi, quindi, è buona e non ostacola l'ulteriore proseguimento della cura.

Emorragia mortale consecutiva a flemmone peritonsillare

Simeoni C. (*Arch. It. di Otologia,* ecc., fasc. III, 1927) riferisce che un individuo di ottima costituzione fisica, senza precedenti anamnestici nè emofiliaci nè di altra natura fu osservato, perchè affetto da flemmone peritonsillare con accentuati segni di reazione infiammatoria peritonsillare. Temperatura 39°,5, polso 102, valido. Aspetto sofferentissimo dell'infermo.

L'A. pratica un'incisione nel punto più prominente della tumefazione, prima e per scarsa profondità col bisturi, poi facendosi strada con un Klemmer. Nessun esito di pus dalla incisione, solo scarso liquido sanioso fetido.

Dopo sei ore dalla incisione e senza alcuna causa apparente l'inf. comincia a sputare sangue che poco a poco va sempre aumentando nonostante i tentativi di compressione, tamponamento ecc. In meno di un quarto d'ora, mentre l'A. si accingeva a praticare l'allacciatura della carotide,

Digitized by Google

l'emorragia aveva portato via all'infermo circa due litri di sangue e cessava completamente.

Furono praticate le cure del caso, post-anemiche. Ma le condizioni del paziente erano gravi (stato soporoso). Il mattino dopo si osservano molti coaguli sanguigni che tappezzano il cavo orale e la faringe, i quali rendono la respirazione difficilissima; improvvisamente l'infermo diviene eccitato, fa tentativi di espettorazione che provocano nuova imponente emorragia e, nonostante tutto, dopo poco la morte.

L'A. in armonia con le vedute degli altri osservatori di questi rari e sfortunati casi, più che attribuire la causa a fattori costituzionali (emofilia ecc.) o a possibile anomalia di posizione di vasi che avrebbero potuto essere incisi all'atto dell'operazione, ritiene si debba attribuire l'emorragia alla ulcerazione di un grosso vaso, prodotto dal processo cangrenoso stesso.

Secondo l'A. perciò questo caso non va incluso in quella forma congestiva di flemmone peritonsillare descritta da Citelli, pur esistendo una grave congestione del tessuto cellulare peritonsillare.

VIE DIGERENTI

I rapporti patogenetici tra le varie parti del tubo digerente

La conoscenza di questi rapporti s'impone per la pratica specialmente per il fine di schivare gli equivoci circa la sede di origine primaria delle sofferenze. Dalla determinazione precisa della sede primigenia nonchè dal meccanismo intimo di disordini dipende per buona parte il successo della cura.

A questi rapporti d'interdipendenza nei vari segmenti delle vie digerenti adducono un pratico contributo alcune osservazioni di Oddo, de Luna e Gaelinger (*Archives des mal. de l'appareil digestif*, febbraio 1927).

La scialorrea può essere l'indice di una ipersecrezione gastrica anche senza ulcera rotonda oppure di una malattia delle vie biliari o di una colite. La diarrea può essere effetto di un accelerato svuotamento dello stomaco, che a sua volta può dipendere da una ipocloridria o achilia gastrica onde la reazione del contenuto duodenale precocemente e facilmente neutra od alcalina. La costipazione intestinale spesso consegue ad una ipercloridia gastrica così irritante per la qualità, oltre che per la esagerata quantità, dell'acidità cloridrica da aversi uno spasmo insistente della sezione piloro-duodenale con ritardo nello svuotamento dello stomaco.

La diminuzione dell'acidità gastrica può essere ottenuta mercè una stimolazione della secrezione bilio-pancreatica.

La somministrazione dell'olio di olive al mattino a digiuno risponde a questa indicazione, poichè menoma la secrezione gastrica oltre che stimola la secrezione bilio-pancreatica. Come controprova, si ha deficit della secrezione gastrica, quando esiste insufficienza epatica, ittero da lesione della cellula epatica, cirrosi venosa specialmente se atrofica.

La medicazione antispasmodica (belladonna, papaverina) riesce utile nello spasmo duodeno-pilorico, anche se sostenuto principalmente dallo stato irritativo delle vie biliari, perchè menoma la iperacidità gastrica e simultaneamente quello spasmo.

Speciali perturbamenti della funzione intestinale, come esagerata formazione di muco per diminuzione della funzione anticoagulante della bile, la menomata peristalsi intestinale, la stasi della mucosa intestinale, i fenomeni tossici per insufficienza della funzione antitossica del fegato, sono tutti disordini che possono attenuarsi per azione dei rimedi colagoghi, come il boldo, il combretum, la glicerina, i sali di magnesio se somministrati a piccole dosi, il salicilato ed il fosfato di sodio, le acque minerali cloruro-solfatiche.

I clisteri freddi alcalini stimolando la funzione pancreatico-biliare agiscono sulla secrezione gastrica.

Il meteorismo, la stasi emorroidaria, le alternative di stipsi e di diarrea, possono essere manifestazione di stasi intraepatica, donde la utilità dei lassativi salini (solfato di sodio o di magnesio), delle ventose sulla regione epatica, dei diuretici (molto utile il calomelano a piccole dosi).

Un efficace stimolante delle funzioni epatiche complesse consiste nei clisteri di siero glucosato.

Quando si vede una sindrome gastro-enterica, sopratutto come fenomeni diarroici, essere cronologicamente o ritmicamente influenzata dall'amministrazione dei pasti (diarrea post-prandiale), conviene calmare il sovreccitamento delle funzioni, specialmente secretive, e indagare se quei fenomeni rappresentino uno shock anafilattico scatenato dalla ingestione delle uova o dal brodo troppo grasso, o dal latte o da alcune frutta.

Come calmante di questi disordini giovano le piccole dosi di belladonna, le gocce di tintura tebaica, l'acqua cloroformizzata, l'acqua di calcio con cocaina o stovaina, il carbonato (non mai il sottonitrato) di bismuto, la valeriana, il bromuro.

Lo stato atonico-ptosico dello stomaco o dell intestino sarà curato con il clinostatismo nelle ore immediatamente consecutive ai pasti, con le cinture ipogastriche a calice, con il massaggio addominale, con la ginnastica addominale o respiratoria.

Barclay ha dimostrato radiologicamente la coordinazione degli sfinteri pilorico e ileo-cecale, onde la stasi cecale od ileo-cecale (stenosi, tiflite, peritiflite) può provocare uno spasmo pilorico con ritenzione o ristagno gastrico. L'identico effetto può essere conseguenza di uno stato irritativo della regione sigmoido-rettale.

I cataplasmi caldi, le applicazioni del termoforo elettrico, la belladonna, la canfora, il bromidrato di cicutina sono utili negli stati spastici di qualsivoglia sede. Quando, invece, convenga eccitare il vago gastrico, è da ricorrere alla pilocarpina, alla eserina, alla geneserina; laddove convengono l'adrenalina, la paraganglina, se si vuole eccitare il simpatico addominale..

Lo stesso sovreccitamento del massimo centro addominale del grande simpatico con la sindrome celiaca può essere effetto di perturbamenti gastrici o intestinali, a cui la eccessiva irritabilità del plesso celiaco fa semplicemente da sostrato preparatore o coadiuvante, senza escludere perciò nella rispettiva terapia, la utilità del giusquiamo, dei nitriti (nitrito di sodio, nitrito di amile), come calmanti del simpatico, laddove la eserina e la geneserina più che calmare il simpatico direttamente, riescono a questo scopo eccitando l'antagonista vago.

Contro l'aerofagia giovano i rimedi intesi a menomare la scialorrea e le irritazioni rispettive (dentiere male congegnate, malattie dentarie, stimolazioni del vago), a curare le malattie dell'orecchio l'ulcera rotonda gastrica, le malattie del sistema biliare, le coliti, l'ipotensione addominale. Contro questa ipotensione giovano la rieducazione dei muscoli addominali e toracici, il clinostatismo dopo pranzo, la opportuna alimentazione per rifornire l'adipe nell'interstizio degli organi intraddominali; se è necessario, si ricorrerà ad interventi chirurgici (gastropessia, gastroplicatio).

Il microbismo intestinale è spiccatamente esaltato da tutte le condizioni di stasi addominale. La secrezione biliare, ricondotta alla norma, è un grande rimedio contro quel microbismo. Coadiuvanti opportuni sono, il carbone di Belloc, la batterioterapia intestinale, lo gioddu, il kephir, lo yoghourt.

IGIENE

Profilassi degli avvelenamenti da funghi essiccati

E. Bertarelli. (*Pensiero Medico*, n. 9, 1927) in vista dell'aumentato numero di casi di avvelenamenti per funghi disseccati, propone un mezzo molto pratico di profilassi. Per quanto riguarda i funghi freschi poco c'è da fare; tutti li raccolgono e tutti mangiano quelli raccolti, per cui il meglio da attuare da parte delle Autorità è di sorvegliare strettamente i mercati e di illuminare il pubblico. A tale ultimo scopo occorrono figure murali nette, decisive, non dubbie, come sono spesso le tavole che tuttora si vedono nelle scuole e in molti uffici di igiene.

Per i funghi essiccati, invece, che costituiscono un pericolo ancora più grave in quanto che la difesa micologica stretta non è facile salvo un esame analitico e faticoso di un micologo esperto, si dovrebbe, secondo l'A., fare opera di profilassi individualizzando la responsabilità di chi li prepara e vende.

Si dovrebbe, cioè, proibire la vendita dei funghi secchi sciolti obbligando che la vendita sia fatta in pacchetti, scatolette chiuse, barattoli e simili, con la dichiarazione del contenuto e con la indicazione del preparatore. Una misura così fatta troncherebbe il commercio fatto da preparatori incoscienti, ridurrebbe le difficoltà della sorveglianza e nella peggiore ipotesi permetterebbe in ogni caso di avvelenamento di bene stabilire le responsabilità.

L'A. si augura che la sua proposta sia presa in degna considerazione dalle autorità competenti.

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Elettrodo diatermico per la cura della blenorragia nelle vergini. — V. Marselos, Atene. *La Gréce Médicale*, anno 38, n. 8.

Questo elettrodo è di ferro nichelato ed è formato da un corpo principale e da una sonda, formante un tutto col precedente.

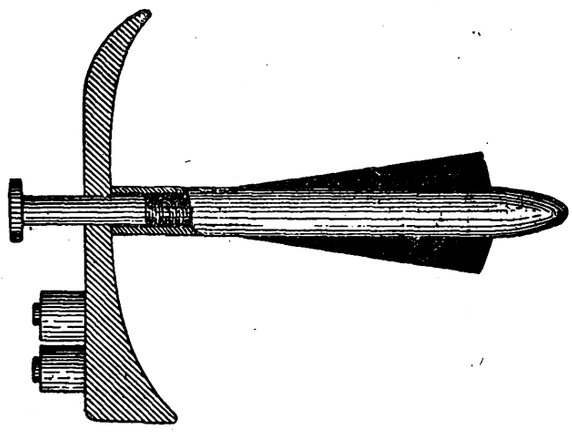
Il corpo principale presenta una superficie interna un po' concava e porta quasi nel mezzo la sonda solidamente fissata; la superficie esterna, anch'essa un po' curvata, è fornita di due piccoli tubi cilindrici di ferro nichelato, che devono essere messi in comunicazione col pirometro.

Più in basso, una seconda serie porta due altri tubi cilindrici un po

Digitized by Google

più grandi, di cui l'uno, di rame serve a ricevere uno dei poli della pila, l'altro, di bronzo, serve a ricevere il conduttore elettrico che trasmette la corrente dell'apparecchio diatermico.

Nel mezzo della superficie esterna si trova una vite che serve ad aprire due alette che si trovano nella parte concava della sonda.



Questa è cilindrica e concava in tutta la sua lunghezza e poma sulla due superficie laterali due fessure che permettono l'entrata e l'uscita delle due alette metalliche.

Messo l'elettrodo fra le gambe della paziente, si fa entrare la sonda nel foro dell'imene; dopo di che si spinge leggermente il piccolo apparecchio, in modo che la superficie concava tocchi strettamente le labbra della vulva. Si fa quindi passare la corrente.

Con questo elettrodo diatermico verginale si riesce non solamente a mettere fra le linee di forza elettrica la vulva intera, la vagina e l'uretra, ma anche a dare una superficie dielettrica incomparabilmente più grande di quella della sonda termofora che Roucayrol adopera per gli uomini.

Conseguentemente i risultati sono stati incomparabilmente più notevoli e più rapidi.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Gynergen (tartrato di ergotamina) per via endovenosa.— P. Sureg (Reparto Ginecologico dell'Ospedale Cantonale di S. Gallo. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 13) riferisce che il gynergen viene normalmente adoperato alla dose di 0.5 cmc., equivalente a 0.25 mg. di ergotamina. Non è consigliabile di aumentare tale dose, poichè da una parte l'effetto terapeutico non diviene più cospicuo, e dall'altra parte possono sopravvenire relativamente spesso degli esiti collaterali sgradevoli.

Questa dose, che chiameremo normale, iniettata per via endovenosa, provoca anzitutto una più valida contrazione uterina, e la sua indicazione terapeutica più importante è costituita dalle emorragie secondarie ad inerzia, in secondo luogo anche dal taglio cesareo, e dalla mancata involuzione dell'utero.

Il Gynergen, anche se iniettato per via endovenosa in casi di gravidanza recente e normalmente decorrente, non provoca alcuna contrazione, nè alcun aborto artificiale. Ma invece in casi di aborto spontaneo, il Gynergen rende segnalati servizi, se non in tutti almeno in molti casi, nel senso di provocare il vuotamento del cavo uterino, sicchè questa pratica è raccomandabile come ricerca decisiva, tantoppiù che se non riesce a nulla, niente è pregiudicato per eventuali ulteriori espedienti.

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

II I Congresso della Stampa Medica Latina

(Parigi; 28 aprile - 1 maggio 1927)

Ottima era l'idea fondamentale di questo Congresso, che si proponeva di raccogliere in una Federazione (infatti costituitasi) la stampa medica dei paesi latini. Innegabilmente le affinità di stirpe, di storia, di lingua, di pensiero ecc. costituiscono le basi migliori per dei raggruppamenti nei quali si abbia anche la fortuna che non debba entrare la politica. La Stampa Medica è nelle sue esplicazioni essenzialmente scientifiche, all'infuori e quasi diremmo al di sopra della politica. Comunque, gli organizzatori del Congresso « Medico-Latino » di Parigi (Prof. M. Loeper Presidente, Dott. L. M. Pierra, Segretario Generale) avevano fin dapprincipio ottenuto che gli Ambasciatori, residenti a Parigi, rispettivamente d'Italia, Spagna, Belgio, Brasile (oltrechè i Ministri Plenipotenziarii della Grecia, Rumenia, di tutte le Repubbliche Latine d'America ecc.) aderissero a far parte del Comitato d'Onore del Congresso.

Un vasto lavoro preparatorio e di propaganda assicurò la adesione effettiva delle Associazioni della Stampa Medica dei varii Paesi e dei singoli periodici. Bene scelti i temi delle Relazioni, coi rispettivi Relatori: ottimamente scelta anche la sede del Congresso, e cioè la grande sala del Consiglio della Facoltà di Medicina, ove ebbe luogo anche la seduta inaugurale, sotto la Presidenza del Decano della Facoltà di Medicina, di Parigi, l'illustre Prof. Roger.

Senza trattenerci sulla esposizione della cronaca del Congresso, la riassumiamo schematicamente ricordando che una prima giornata (28 aprile) venne dedicata unicamente al ricevimento (cortesissimo, veramente assai cordiale) dei Congressisti giunti dai varii Paesi, anche d'America; serata con buona musica, in gran parte italiana, un signorile rinfresco ecc.

I seguenti due giorni (29 e 30 aprile) vennero dedicati ai lavori del Congresso, dei quali diremo, sia pure brevemente, a parte.

Il 1° maggio (e anche, poi, alcuni giorni successivi per chi aveva tempo di fermarsi) vennero dedicati ad una visita a Vichy, e poi allo Stabilimento Heudebert, ecc.

Nella seduta inaugurale, portò, con discorso felicissimo, il saluto per l'Italia, il Prof. Vittorio Ascoli; il quale ebbe spunti di tanta levatura e obbiettività, che vennero applauditi anche da coloro che rappresentavano la antica « Associazione Internazionale della Stampa Medica », la quale evidentemente perderebbe la propria funzione qualora l'orientamento dei Paesi Latini fosse unicamente per una intesa fra di loro. Anche al banchetto ufficiale di chiusura del Congresso, il Prof. Ascoli V. parlò molto felicemente e molto elevatamente.

Complessivamente sedici Nazioni erano rappresentate alla seduta inaugurale, alla quale seguirono immediatamente la lettura, discussione e approvazione dello Statuto della « Federazione della Stampa Medica Latina », che avrà naturalmente un Comitato Permanente Direttivo, nel quale saranno rappresentate tutte le Nazioni partecipanti; un Congresso ogni due anni nelle capitali latine sarà un mezzo pratico per le ulteriori intese. Fra due anni (nel 1929) già è stabilito che il Congresso avrà luogo a Madrid, avendo fatto formale invito per tale sede il Prof. Cortezo, Direttore del « Siglo Medico » e Presidente della « Associazione della Stampa Medica Spagnuola ».

Delle relazioni svolte, di carattere generale, ricorderemo: « La unificazione della terminologia, classificazione, bibliografia della letteratura medica ». Relatori: Mirande (di Parigi), Rondopoulos (di Atene), Tecon (di Losanna).

Dopo ampia discussione, ed essendo tutti d'accordo sulla necessità che si fissino ulteriori intese per riuscire a criterii precisi, unici, che regolino la terminologia, il modo di esporre la bibliografia ecc. nei lavori medici dei Paesi Latini, venne nominata una Commissione, la quale ulteriormente studii l'argomento.

« La proprietà letteraria e la Stampa Medica ». Relatori: Gardette (di Parigi), Alcorta (di Saragozza), ecc. In assenza del Dott. Verney (di Roma), che era uno dei Relatori, prese su questo argomento la parola il Prof. V. Ascoli, il quale molto opportunamente dimostrò come la attuale legge italiana sulla proprietà letteraria (diritti d'Autore, in generale) sia la più evoluta e più completa per la reale tutela dei diritti di proprietà in questo campo.

« I rapporti della Stampa Medica con la pubblicità farmaceutica ». Relatori: Cruchet (di Bordeaux), Coca (di Madrid), Fumouze, Vice-Presidente del Sindacato francese dei fabbricanti prodotti farmaceutici.

Particolarmente notevole, oltre le brillanti relazioni, separatamente esposte, dei Proff. Cruchet e Coca, il fatto che anche al rappresentante diretto dei fabbricanti di specialità (Fumouze) si dette posto fra i Relatori, il che forse sarebbe sembrato eccessivo in Italia. Come è assai bene comprensibile, il Dott. Fumouze non ebbe presenti altri prodotti se non quelli francesi. Però, nella commissione che venne nominata per trattare queste questioni, vi figurano componenti delle varie Nazioni Latine. Una acuta osservazione del Prof. Coca riguarda il fatto che, se nei Paesi Latini abbondano in modo impressionante i periodici diramati ai medici gratuitamente, questo è dovuto al fatto che (a differenza di quanto fanno i periodici medici anglo-sassoni) i giornali medici latini non accolgono lavori riguardanti prodotti farmaceutici; donde la necessità per le Case produttrici di pubblicare periodici proprii, sia pure con grave dispendio. [Il nostro giornale non rifiuta i lavori riguardanti i prodotti farmaceutici italiani od esteri, sempre che sia indicata con precisione la composi-

Digitized by Google

zione del prodotto e questo sia preparato con ogni garenzia di serietà. N. d. R.].

« Importanza della Stampa Medica nella preparazione, organizzazione e resoconti dei Congressi Medici ». Relatri: Azevedo (di Lisbona), Beckers (di Bruxelles), Le Sourd (di Parigi), Pavel (di Bucarest), Turo (di Barcellona) ecc.

Molto giustamente, i varii Relatori posero in rilievo la grandissima importanza che la Stampa Medica ha nella organizzazione e nella efficienza, sotto ogni aspetto, dei Congressi Medici. Quindi, la opportunità somma che sia dato, in ciascuno Congresso Medico, un posto speciale d'onore, alla Stampa Medica. Ciascuna Associazione Stampa Medica, dei singoli Paesi, dovrebbe mandare un proprio incaricato ai Congressi Medici nazionali ed esteri. Una serie di altri voti vennero formulati dai Relatori; il testo completo di essi si può vedere nel Bollettino mensile della « Associazione della Stampa Medica Francese » (*N. 2, 1927*).

Fra le « comunicazioni », ricordiamo quella svolta dal Prof. Piccinini (di Milano) sul tema: « Utilità della Stampa Medica per la conoscenza reciproca delle Stazioni Termali dei Paesi Latini ». In essa, dopo avere ricordato quanto di tradizioni antichissime e di studii recenti può vantare l'Italia in questo campo, si faceva presente come giustamente il Sen. Prof. Queirolo abbia dovuto lamentare che in pubblicazioni francesi di primo ordine siano state poco bene ricordate le Stazioni termali italiane; mentre non è possibile nelle nostre pubblicazioni, italiane, trovare un qualsiasi accenno poco riguardoso verso le Stazioni termali francesi. Fatti presenti gli sforzi della nuova Italia anche nel campo idrologico, si invitavano i Colleghi di tutti i Paesi Latini, e particolarmente quelli della Francia, a voler venire numerosi al Congresso della Società Internazionale di Idrologia Medica, che avrà luogo a Roma nel prossimo ottobre, immediatamente dopo il Congresso Nazionale Idrologico di Milano, e che farà visitare ai Congressisti le principali Stazioni Termali Italiane.

Il Prof. Piccinini (che rappresentava, per incarico avutone dal Presidente Generale Prof. L. Devoto, la « Associazione Medica Italiana di Idrologia » e il relativo periodico e così pure, per incarico ufficiale, la *Riforma Medica*, il *Medico Italiano*, l'*Avvenire Sanitario* ed altri periodici Italiani) espose la sua comunicazione in parte valendosi della lingua latina; e fu vivamente applaudito.

Alla fine dei lavori, fu eletto il Consiglio definitivo della Federazione, che risultò così costituito: Presidenza d'onore, proff. Cortezo (Madrid), Sanarelli (Roma) e Roger (Parigi); Presidente effettivo: Loeper; Vice-Presidenti, Ascoli (Roma), Austregesilo (Rio de Janeiro), Danielopolu (Bucarest); Segretari generali, Beckers (Bruxelles) e Pierra (Parigi); Tesorieri, Baillière (Parigi) e Kohly (Cuba). Membri: Delchef e Hoedemackers (Belgio), Rodriguez Lima e Vianna (Brasile), Lopez del Valle e Lopez Silvero (Cuba), Battestini e Horno-Alcorta (Spagna), Baillière, Cruchet e F. Le Sourd (Francia), Clerici e Ferrannini A. (Italia), Cantacuzène e Cosacesco (Rumania), Osorio (Bolivia), Suarez Herrera (Cile), Bejarano (Columbia), Lesagne (Canadà), Rondopoulos (Grecia), Nemours (Haiti), Moutrier (Lussemburgo), Gonzales Ancira (Messico), Coelho (Portogallo), Etchegoin (Argentina), Grullon (Dominica), Caballero de Bedoya (Paraguay). de Ribeyro (Perù), Tecon (Svizzera), Conde Jahn (Venezuela).

Contemporaneamente furono anche nominate varie Commissioni per dare incremento alla vita della Federazione; esse sono: *a*) « Commissione della terminologia e della bibliografia »: Cortezo, Mirande, Rondopoulos, Tecon e Verney. *b*) « Commissione della proprietà letteraria »: Ascoli, Cosacesco, Delchef, Gandette, Horno Alcorta e M.e Ribadleau-Dumas. *c*) « Commissione della pubblicità »: Coca, Cruchet, Piccinini e Rodriguez Lima. *d*) « Commissione per la preparazione dei congressi medici ». de Azevedo, Bronha, A. Ferrannini, F. Le Sourd, Pavel, Turo e Kohly. *e*) « Commissione di studio del bollettino bibliografico e dell'ufficio di analisi »: Ascoli, Chavanne, Danielopolu, Etchegoin, Mayer, Osorio e Vianna.

Si è deciso inoltre che il prossimo Congresso avrà luogo tra due anni a Madrid.

Tanto il Presidente Prof. Loeper, come i Vice-Presidenti, Baudet, Collet, Combemale, Cruchet, Etienne, Forgue ecc. ed in particolare l'attivissimo Segretario Generale, Dott. L. M. Pierra, furono verso tutti i congressisti in generale e verso i due italiani in particolare, di una grandissima, squisita cortesia; che va doverosamente rilevata.

Non è forse possibile valutare con completa esattezza tutta l'importanza che, sotto molteplici punti di vista, ha avuto questo primo Congresso della Stampa Medica Latina; nè possiamo, per ora, soffermarci a valutare tutti gli effetti, prossimi e remoti, che da questi congressi e dalla costituita « Federazione » della Stampa Medica Latina, possono logicamente ripromettersi. Nè, certo, escludiamo che sarebbe discutibile l'orientamento « unicamente » verso una unione culturale tra i Paesi Latini, la quale escludesse lo scambio intellettuale con l'altra parte dei Paesi, «non Latini », con produzione scientifica che sarebbe impossibile ignorare. Come già accennato, la rappresentanza italiana ha portato, in tutto questo, una nota di completa serenità; anche non mancando di far presente come, specie oggi, l'Italia non può ammettere se non una base di leale reciprocanza, con qualunque dei Paesi Latini.

Certo è che, se non vogliamo poi lamentare invano che la nostra produzione scientifica, italiana, si trovi poco conosciuta in quei Paesi ove sono pur continui i nostri rapporti di altra indole (Argentina, Brasile, Cuba, Cile, Grecia, Messico, Rumania, Uruguay ecc. ecc.) dobbiamo essere presenti là dove si chiamano a raccolta i maggiori esponenti culturali medici dei detti Paesi e si discutono le direttive generali scientifiche e anche pratiche, che possono interessare tutta la classe medica.

Con sentimento di « italianità » che sovrasta anche la semplice qualità di medici, dobbiamo pertanto augurarci che siano numerosi i rappresentanti della Stampa Medica Italiana che prenderanno parte attiva ai lavori della « Federazione » ora costituitasi a Parigi ed a quelli dei Congressi che da essa saranno indetti, sì che l'Italia nostra possa avervi sempre più quell'altissimo posto che le compete.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

I. ***La lotta contro la tubercolosi e la malaria nel Governatorato di Roma.*** — 1. Il Prof. Benedetti, Medico Primario per la profilassi antitubercolare nel Governatorato, ha in una recente relazione sintetizzata l'opera svolta in questo campo in Roma.

Un primo *Dispensario comunale* fu istituito nel popoloso quartiere di S. Lorenzo, con le cure nell'ambulatorio e con l'assistenza a domicilio per opera di visitatrici alle quali fu pure affidata la propaganda. Questa istituzione fu poi trasferita negli ampi e bene arredati locali di via Galilei, ove fu annesso anche un Sanatorio diurno per bambini gracili o predisposti e un Solarium.

Negli stessi locali fu accentrata tutta la vasta e complessa opera di difesa antitubercolare.

Primo risultato delle inchieste fatte sulla diffusione del morbo fu la compilazione del *Caseliario dei tubercolotici*, parte integrante di un *Centro profilattico*, da cui s'irradia l'opera esplicantesi in una vera rete di *Dispensari* in ogni zona della città.

Quattro sono finora questi principali posti di combattimento arredati dei mezzi più moderni per l'accertamento diagnostico, per la ricerca e il controllo dei casi di tubercolosi, per lo studio delle cause sociali, affidato a medici specializzati e a visitatrici.

Si è iniziata anche l'*azione profilattica nella casa*, col precipuo scopo di evitare i molteplici danni dell'affollamento e con la cooperazione dell'Istituto delle case popolari.

L'*assistenza sanitaria* si è svolta negli ambulatori e a domicilio, servendosi di tutte le cure specializzate per quegli infermi che non possono essere ammessi negli ospedali.

Attiva opera sopratutto si svolge per la *protezione dell'infanzia*. Un *reparto baliatico* funziona nell'ufficio d'Igiene. L'assistenza *alla prima infanzia* è coordinata con quella che è svolta dall'Istituto Maraini e con l'Istituto di puericultura di S. Gregorio.

L'assistenza profilattica per la seconda infanzia e per la fanciullezza è finora la più organizzata: con colonie annesse ai dispensari, con l'ospizio marino di Ostia, con le colonie estive, marine, campestri e fluviali, con le scuole all'aperto, con la profilassi antitubercolare estesa nei collegi, negli orfanotrofi e simili.

L'azione antitubercolare nella scuola va sempre più estendendosi, con la cooperazione dei medici scolastici e delle loro assistenti, con la propaganda tra i maestri. Il Patronato scolastico particolarmente contribuisce in tale opera veramente provvida.

Per la profilassi nei luoghi di lavoro funziona uno speciale Riparto per l'Igiene del lavoro.

Per l'assistenza sociale dei malati e delle loro famiglie esistono già Patronati di beneficenza, fiancheggianti l'azione dei dispensari, ma è già in via di sviluppo lo speciale *Ufficio di assistenza sociale del Governatorato*.

Certo v'è ancora molto da fare, specialmente per coordinare l'opera delle varie istituzioni; ma si tende con ogni sforzo verso tale benefica finalità.

2. L'Ufficio d'Igiene di Roma va sempre meglio rafforzando ed estendendo l'organizzazione per la lotta antimalarica.

Digitized by Google

Si è cercato anzitutto di discentrare l'assistenza sanitaria nelle varie zone malariche e sono state già istituite 44 *Stazioni sanitarie* con tutti i mezzi per l'assistenza locale e pel trasporto degli infermi negli ospedali, e affidate a medici specializzati.

Si è istituito uno speciale servizio di *Segnalatori* per la ricerca dei malarici nelle parti più solitarie dell'agro, affinchè essi non potessero sottrarsi all'assistenza del medico, nel loro interesse e per la più efficace profilassi. Può farsi così anche un vero censimento dei malarici, che ha grande importanza per la prosecuzione della campagna antimalarica nell'inverno.

A tale scopo mira anche l'istituzione di un *servizio diagnostico ambulante*, a fine di accertare nelle varie zone i casi di malaria.

I bambini malarici vengono accolti nel *Sanatorio antimalarico Ettore Marchiafava*.

Per la *profilassi chinica* il Governatorato ha istituito un *Corpo di signorine*, alle quali è affidata la distribuzione del rimedio e la propaganda tra tutti gli abitanti dell'Agro, durante i mesi estivi ed autunnali; e ciò ha servito a diminuire molto il numero delle recidive.

A tutti i proprietari di case nell'Agro è stata imposta anche la *profilassi meccanica*.

Squadre di esperti nella piccola bonifica percorrono ogni giorno l'Agro e le immediate adiacenze della Città, sorvegliando le raccolte di acqua, ripulendo i fossi, petrolizzando, diffondendo l'uso delle gambusie, eseguendo in tutti i modi la lotta antilarvale e la distruzione delle alate. Si usa contro le larve, oltre il petrolio grezzo, la miscela Panama, il Verde di Parigi, il Cresolo. Contro le larve si usa la cattura a mano nelle abitazione e nelle adiacenze e le bombe fumogene.

Una grande difficoltà in quest'opera s'incontra talvolta nell'ostilità derivata dall'ignoranza, di molti agricoltori. A tal fine si cerca di intensificare sempre più la propaganda, affidata a medici che si recano a tener conferenze nei vari centri dell'Agro.

Una propaganda molto intensa si fa anche nelle Scuole, con piccole conferenze, opuscoli, disegni ecc. sicchè molti fanciulli conoscono ormai bene l'anofele, possono farne la ricerca nelle loro case, portare la loro piccola propaganda nelle famiglie.

L'aumento progressivo delle case di abitazioni rurali e degli abitanti dell'Agro, e la diminuzione dei casi di malaria sono i primi effetti di questa complessa opera di difesa.

II. ***L'assistenza all'infanzia nel Governatorato di Roma.*** —Il Prof. Mancini, capo dei servizi pediatrici del Governatorato, ha esposto in una relazione la serie dei provvedimenti finora attuati.

Le istituzioni più importanti sono i *Consultori per lattanti* affidati a medici specialisti, e che funzionano come veri centri di puericultura, allo scopo di favorire con ogni mezzo l'allattamento materno. Le visite eseguite nel 1925 furono 21144, e molte di più nel 1926.

Ogni quartiere ha il proprio *Ambulatorio pediatrico* annesso a quello del medico condotto, che può richiedere nei vari casi la cooperazione dello specialista.

In un giorno della settimana le consultazioni sono riservate per la seconda infanzia.

In questi Consultori per lattanti s'inizia la campagna antitubercolare, esplicantesi variamente anche a domicilio, per l'opera delle Infermiere visitatrici.

Sono state istituite *Scuole di puericultura* nella scuola professionale Margherita di Savoia, nell Istituto magistrale Fuà Fusinato e nella scuola commerciale Ernesto Nathan, con una vera crociata per l'allattamento materno.

Conferenze popolari d'Igiene infantile sono tenute in vari quartieri, con rappresentazioni educative cinematografiche.

Si è anche intensificata la vigilanza igienica sull'allattamento mercenario, pur con grandi difficoltà derivanti dalla sete di guadagno delle balie e delle sensali.

Nuovi consultori verranno aperti nel prossimo anno; e inoltre verranno istituite serie di conferenze di puericultura per medici del suburbio. Alle scuole dei quartieri popolari verranno annessi «*creches*» o «*nidi*».

A tale opera è coordinato il funzionamento del Preventorio Maraini della Croce Rossa Italiana e dell'Ospedale del Bambino Gesù.

Molte istituzioni private, che si propongono in vario modo l'assistenza infantile, verranno nel loro funzionamento coordinate, e l'Opera Nazionale per l'assistenza alla maternità ed all'infanzia potrà svolgere in questo senso una vasta e benefica attività.

E da augurarsi però che nuove istituzioni sorgano anche per quel che riguarda una delle più dolorose piaghe sociali: l'eredo-lues. Molto è ancora da farsi in questo campo, nel quale le difficoltà sono gravi e di complessa origine, e l'opera da compiere ha un immenso interesse sociale.

V. G.

NOTIZIE

Premio Maragliano pel 1927.— E' aperto il concorso al «Premio Maragliano» di L. 1.000, da assegnarsi al miglior lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi. Gli aspiranti al «Premio» dovranno trasmettere al Rettore della R. U. di Genova tre copie del lavoro scritte a macchina o in bozze di stampa, non essendo ammessi lavori già precedentemente pubblicati. I lavori debbono portare il nome e cognome dell'autore, nonchè l'indicazione del laboratorio od istituto nel quale furono eseguite le ricerche, e saranno inviati raccomandati e con ricevuta di ritorno al Rettore della R. U. di Genova, prima del 31 dicembre 1927.

Costituzione di una sezione siculo-calabrese della Società Italiana di Pediatria. — Per iniziativa del Prof. Cannata, Direttore della R. Clinica Pediatrica e Presidente della Federazione Provinciale dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, s'è costituita in Messina la Sezione Siculo-Calabrese della Società Italiana di Pediatria, che conta già numerosi iscritti. Essa ha lo scopo di promuovere e di diffondere gli studi Pediatrici e la loro applicazione pratica. Possono appartenervi i soci della Società Italiana di Pediatria ed i medici cultori delle discipline Pediatriche.

L'attività della Sezione si esplicherà con riunioni periodiche che saranno tenute a Messina e a Reggio Calabria.

Corso di conferenze sulla tubercolosi a Parma.— Nella R. Università di Parma, e organizzato sotto la direzione del prof. U. Gabbi, avrà luogo dal 23 al 30 maggio 1927 un Corso di conferenze sulla tubercolosi, integrato da dimostrazioni pratiche, al quale possono partecipare i laureandi in medicina, i medici, le assistenti sanitarie, le levatrici, i maestri e le maestre. Della «Tubercolosi polmonare» tratteranno i proff. Gabbi, Vercellana, Ponticaccia, Verga, Stoppato, Campanacci e Pariset; della «Tubercosi chirurgica» i proff. Stoppato, Razzaboni e Ferrari; della «Tubercolosi delle prime vie respiratorie», il prof. Lasagna; della «Tubercolosi infantile», il prof. Cozzolino; e della «Tubercolosi degli annessi», il prof. Acconci. Ai partecipanti al Corso sarà rilasciato un certificato di frequenza.

Corso di istruzione sulle malattie tubercolari a Modena.— Il 30 maggio p. v. avrà inizio presso la R. Università di Modena, promosso dal Consorzio provinciale Antitubercolare, un Corso di istruzione sulle malattie tubercolari per medici, con lo scopo di aggiornare le cognizioni di questi sui vari argomenti di tisiologia e di tubercologia. Il corso avrà la durata di 15 giorni e la frequenza regolare ad esso darà diritto al relativo certificato da parte della Segreteria della R. Università. L'iscrizione al Corso è gratuita. Le lezioni saranno tenute dai proff. Balli, Campani, Centanni, Colombini, Donaggio, Fiori, Marchetti; Piccinini; Podestà, Sanfelice, Simonini, Sisto, Tarozzi, Vaccari.

Eroismo medico. — Il giovane medico Pietro Falgairolle è stato citato all'ordine del giorno della Nazione francese, per essere morto a 27 anni, dopo aver dato il suo sangue sette volte ad ammalati gravi bisognosi di trasfusione, probabilmente come conseguenza dei ripetuti salassi rinnovati a troppo brevi intervalli.

Concorso per una Borsa di Studio A. Wassermann tra le dottoresse in medicina e chirurgia. — In questi giorni ha chiuso i suoi lavori la Commissione per l'aggiudicazione della Borsa di Studio, che la Ditta milanese Wassermann mette ogni anno a disposizione dell'Associazione Nazionale tra le Dottoresse in Medicina e Chirurgia, confermata anche per il 1926 dal Dottor Antonio Wassermann, degno continuatore dell'opera paterna. La Commissione era composta dalla dott. prof. Angiola Borrino di Torino, dalla dott. Di Vestea di Pisa e dalla dott. prof. Carcupino Ferrari di Salsomaggiore, Presidente dell'Associazione. Essa è addivenuta al concetto di suddividere per questo anno la somma messa a concorso tra la dott. Maria Rosso Lanzarini di Bologna e la dott. Emilia Sorrentini di Roma, specialista la prima in Clinica Pediatrica, la seconda in Clinica del Lavoro e Medicina Sociale.

Conferenza del prof. P. Piccinini sulla Idrologia Italiana.— Domenica 22 maggio, alle ore 15, nell'Aula Mangiagalli dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico, il Prof. P. Piccinini ha tenuto una conferenza sul tema: «Quanto si è fatto e quanto resta a farsi per l'idrologia italiana».

Tale conferenza (che chiudeva il corso di Idrologia e Crenoterapia) era sotto gli auspici del Comitato Organizzatore del XVIII Congresso Nazionale Idrologico.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 16 Maggio 1927 — N. 20

QUESTIONI DEL GIORNO

RIORDINAMENTO DEGLI STUDI MEDICI

Per l'intelletto d'amore, con cui tanto degnamente presiede al Ministero della Istruzione Pubblica, S. E. Fedele, ha voluto, nell'aprile ora decorso, indirizzare a ciascuna Facoltà Medico-Chirurgica del Regno una serie di quesiti relativi all'ordinamento degli studi di medicina e chirurgia, invitando le Facoltà a comunicargli una relazione, nella quale siano concretate le risposte ai quesiti.

La *Riforma Medica*, nel compiacersi di questo atto del Ministro, sente il dovere di esternare l'omaggio e la gratitudine apportando il suo contributo alle quistioni prospettate.

Il contributo dell'articolo presente riguarda mie opinioni esclusivamente personali, che perciò non impegnano nè il resto della Redazione, nè la Direzione.

Un primo argomento non è indicato nei quesiti di S. E. Fedele e riguarda quella, che può considerarsi come una pregiudiziale generica. Di questo argomento mi sono già occupato in varie occasioni su questo identico periodico. Intendo riferirmi alla abolizione tanto della tesi di laurea, quanto di ogni sorta di esami speciali. Un esame unico, quello finale di Stato: così ho formulato il mio pensiero, già da vari anni. Bene inteso però che debba trattarsi di un esame di Stato, attuato con il massimo rigore e con ogni seria garanzia, tanto come contenuto dell'esame, quanto come composizione della Commissione esaminatrice, secondo i ragguagli, che indicai negli articoli pubblicati.

In quegli articoli risposi preventivamente alle obbiezioni, che possono muoversi alla proposta di abolizione tanto della tesi di laurea, quanto degli esami speciali nonchè degli esami, che vorrebbero dirsi « di gruppo ».

Mi basta semplicemente insistere oggi su due tra i più gravi inconvenienti, inerenti alla esistenza degli esami speciali. L'uno inconveniente è il perturbamento nell'andamento delle lezioni, tanto che, tra sessioni di esame per luglio, per ottobre e spesso (anzi sempre) anche per marzo, l'anno scolastico finisce con essere una serie di esami, oltre che di vacanze, interpolata da qualche giorno di lezione. L'altro inconveniente è la incongruenza assurda di costringere lo studente ad esporre all'esame la materia dell'insegnamento rispettivo secondo le predilezioni personali dei componenti della Commissione esaminatrice, più particolarmente del Presidente, che è insegnante ufficiale, abbassando lo studente alle funzioni di un forzato ripetitore fonografico, quasi che vi siano tante scienze medico-chirurgiche, quante sono le persone degl'insegnanti.

Soppressi gli esami speciali, lo studente resta completamente libero d'iscriversi per il Corso di una data materia, presso l'insegnante, che ritiene più adatto a riuscire proficuo per la sua cultura, senza guardare se trattisi di libero docente o di docente ufficiale.

Questa libertà di scelta dell'insegnante si connette con una libertà anche più vasta, che dovrebbe avere lo studente: quella di ordinare la successione dei singoli Corsi e la durata annuale o biennale o magari triennale di ciascuno di essi, secondo la personale potenzialità d'ingegno e la sua varia attitudine nell'assimilare il contenuto di un insegnamento. La Facoltà non farebbe che semplicemente consigliare un dato ordinamento successivo dei singoli Corsi e la rispettiva durata, salvo poi il diritto allo studente di seguire altro ordinamento e altra durata.

Modificazioni troppo radicali sarebbero queste? Sarebbe, invece, vera obbiezione quella, la quale riuscisse a dimostrare che quelle modificazioni sono contrarie al fine supremo del massimo prodotto con il minimo sforzo nel profitto degli studi.

D'altronde, sono io forse il primo a prospettare la utilità di lasciar libero lo studente di ordinare il Corso degl'insegnamenti secondo le sue personali attitudini? Nientedimeno che il Ministro Casati, nella famosa legge che porta il suo nome e venne pubblicata in novembre 1859, all'articolo 125 indicava: « Gli studenti sono liberi di regolare essi stess. l'ordine degli « studi che aprono l'adito al grado a cui aspirano ».

In una seduta della recente sessione del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, il Senatore Prof. Supino ha fatto notare che, col sistema della assoluta libertà, può succedere che « alcuni studenti sostituiscano una materia con altra non « in base a criteri scientifici o di studio, bensì perchè questa « ultima è più facile ovvero anche perchè insegnata da un pro- « fessore più indulgente negli esami ».

Ma questa obbiezione del Senatore Supino suppone la esistenza degli esami speciali. La obbiezione cade, una volta eliminati gli esami speciali e una volta che a comporre la Commissione dell'unico, ma solenne, esame, quello di Stato, siano per sorteggio chiamati a far parte i professori, ufficiali e pareggiati, che non insegnano nella Università, presso la quale il candidato fa domanda di sostenere l'esame, come indicai in uno dei pubblicati articoli sull'esame di Stato.

Risulta superfluo trattare di una parte tra gl'importanti quesiti concretati da S. E. Fedele, cioè se la laurea dottorale debba essere conferita al termine degli studi o dopo l'esame professionale, ovvero indipendentemente da questo, in seguito ad ulteriore corso di studi; quale ordinamento si debba, eventualmente, dare a questo ulteriore corso di studi e quale ne debba essere la durata; se possano aggrupparsi, ai fini degli esami di profitto, alcune discipline e quali; se debba istituirsi obbligatoriamente il vincolo di aver superato gli esami dell'anno precedente per la iscrizione al successivo anno di corso.

Sono tutti quesiti, che presuppongono gli esami speciali e l'esame di laurea. Sono, invece, da trattare altri quesiti, indicati da S. E. Fedele, che prescindono dalla soppressione di quegli esami. Intendo riferirmi agli argomenti seguenti: in qual modo nell'ordinamento degli studi di medicina e chirurgia possa meglio conciliarsi l'indirizzo scientifico con la preparazione professionale; se sia opportuno distinguere il corso degli studi di medicina e chirurgia in corso preparatorio e corso di applicazione clinica; in quanti anni si debbano compiere gli studi di medicina e chirurgia, e, qualora si ritenga che il corso debba essere distrutto in due periodi, quanti anni siano da assegnare agli studi preparatori e quanti a quelli di applicazione; se, computo l'intero corso di studi, debba richiedersi, per l'esame professionale di Stato, un periodo di pratica nelle cliniche o negli ospedali; come debba essere regolato questo periodo di pratica per garantirne la serietà.

Specialmente nella Nazione nostra, che resta gloriosa antesignana rispetto ad ogni altra Nazione nell'improntare ad illuminata praticità l'insegnamento della medicina, dalla prima epoca italica della Magna Grecia con Alcmeone e Democede sino al Rinascimento, al Risorgimento ed al Rinnovamento dopo il 1860, non si può in quell'insegnamento far differenza tra pratica e scienza, tra insegnamento detto professionale e insegnamento detto scientifico. La carriera, che si vuol denominare scientifica, è per quei pochi, che si sentono adatti a ricerche originali e ad insegnare. Questo è compito, che si svolge separatamente o indipendentemente da quanto necessita impartire alla grande maggioranza di studenti, che frequentano l'Università per riuscire adatti alle esigenze della professione medico-chirurgica. Per questa grande maggioranza, sin dal primo anno di corso lo studio universitario deve essere permeato dallo spirito italico d'illuminata praticità. L'anatomia normale e poi quella patologica, nonchè la tecnica delle operazioni chirurgiche o medicina operatoria, debbono essere apprese sul cadavere, non sui libri; aboliti gl'insegnamenti generici di zoologia e di botanica, sin dal primo anno debbono iniziarsi le esercitazioni tecniche d'istologia, normale e patologica, di chimica e di fisica, ma applicate alla diagnostica ed alla terapeutica nonchè le esercitazioni di batteriologia e di sierologia; nel laboratorio deve apprendersi la fisiologia, non già attraverso sforzi mne-

Digitized by Google

medici di disquisizioni astratte; per definire la diagnosi e prognosi del male e le indicazioni curative, alle declamazioni enfaticamente chiacchieroidi, alla rettorica da foro penale va sostituita la osservazione diretta dell'ammalato con l'ausilio o il controllo dei vari laboratori e della sala necroscopica. Così, ogni lezione è dimostrazione; ogni cattedra è laboratorio. Non soltanto nelle cliniche e negli ospedali, cioè non solamente nell'ultimo biennio o triennio, deve parlarsi di « periodi di pratica », come è indicato nei citati quesiti. Tutti i sei anni di corso universitario debbono rappresentare un unico ed ininterrotto periodo di pratica e non può farsi differenza tra « studi preparatorii » e « studi di applicazione ». Ogni corso è applicazione e tutti i sei anni di corso rappresentano una organica e continuativa preparazione per la vita professionale, la quale, dovendo essere coscienza, non già empirico mestiere, è intimamente contesta di scienza e pratica insieme.

Per tutto ciò le risorse finanziarie dovrebbero essere tutt'altro che scarse, nel fondare e sostenere numerosi gabinetti e laboratori e sale necroscopiche e sale cliniche, e nel retribuire degnamente insegnanti e aiuti e assistenti. Ma questa non è difficoltà pregiudiziale. In qualunque campo dell'attività umana, quale opera, se veramente proficua, importa poca spesa? I pannicelli caldi, quelli certamente costano poco, ma certamente non risolvono nulla.

S. E. Fedele domanda se convenga riunire in unico istituto discipline affini e connesse, allo scopo di assicurare unicità d'indirizzo nell'insegnamento. Il guaio è che, stante la natura umana, il superdirettore di vari gabinetti o istituti insieme riuniti, finirebbe con non riuscire benviso ai direttori singoli rispettivi, donde rancore e gelosie reciproche, che andrebbero a discapito della concordia sincera. Si avrebbe una disciplina larvata o mascherata, non consensuale. Chi lavora seriamente e con originalità nelle indagini scientifiche ha diritto alla Dantesca « libertà che è sì cara...».

Se convenga limitare le iscrizioni degli studenti, in relazione ai mezzi didattici di cui ogni Facoltà dispone: ecco l'ultimo quesito di S. E. Fedele. Questo quesito avrebbe giustamente risposta affermativa, qualora si addivenisse al radicale riordinamento degli studi medici con tutti i mezzi indispensabili per rendere effettivamente dimostrativo l'insegnamento in ogni materia dei sei anni di corso. Per ora, come stanno le cose, essendo gl'insegnamenti in buona parte teorici, cioè chiacchieroidi, una cattedra, se intesa nel senso prettamente edilizio, a meno che non sia troppo stretta, può contenere tanto 50 quanto un numero maggiore di studenti. Ben diversamente la cosa dovrà procedere, quando ogni cattedra sarà un laboratorio o una sala necroscopica o una sala ospedaliera, e ogni studente dovrà trovare l'occorrente per vedere e fare, anzichè udire o scrivere.

Il Governo attuale con le varie leggi di medicina sociale, che ha già promulgate, mostra con i fatti di apprezzare e fortemente integrare il valore politico-sociale della medicina. Perciò siamo sicuri che addiverrà a tale un riordinamento degli studi universitari che nei medici lo Stato possa garantire per la società uomini praticamente degni della elevata funzione di diagnosticare e prevenire, oltre che curare, i mali individuali e collettivi; funzione, che naturalisticamente evoluta, è base per la saldezza della salute pubblica e quindi per il continuo incremento della capacità produttiva nazionale.

ANDREA FERRANNINI.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI BARI
diretto dal Prof. F. GALDI

ECCEZIONALE CASO DI ANURIA DA NEFROLITIASI

per il dott. L. QUARANTA — Aiuto di Patologia Medica

L'anuria, considerata semplicemente come cessazione dell'emissione di urina, ha colpito l'attenzione dei medici fin dai tempi più antichi e risalendo sino ad Ippocrate, si trova che questo grande osservatore ha descritto un caso di anuria, molto probabilmente calcolosa, per cui stabilì anche una particolare terapia basata unicamente sull'empirismo. Solo nei tempi più moderni si sono espressi per questa complessa sindrome criteri patogenetici convincenti, scaturiti dalle osservazioni fatte attraverso tutte le epoche e specialmente da quelle anatomo-patologiche e cliniche delle epoche recenti.

Alpino, della fine del XVI secolo, già intravide un rapporto tra anuria e calcolosi renale e Morgagni, più tardi, già rilevò alterazioni funzionali del sistema nervoso, consecutive all'anuria. Venendo avanti nei tempi, verso il 1700 si cominciò a distinguere l'anuria, intesa come cessazione della funzione renale, dalla ritenzione di urina per ostacolo al deflusso di questa. Verso il 1800, per opera di Bayer e di Merklen, le idee si sono ordinate e sono apparsi i primi concetti di notevole esattezza, che dagli ultimi anni dell'800 fino ad oggi, ad opera delle ricerche di Albarran, Achard, Ambard, Volard, Marion ecc., per citare solo i più autorevoli osservatori, sono stati ancora meglio chiariti. Oggi, per anuria s'intende quella speciale condizione in cui viene completamente a mancare la secrezione urinaria, distinta rigorosamente dall'altra condizione in cui viene a mancare la secrezione urinaria, per l'insorgere di un ostacolo meccanico lungo le vie secretorie dell'urina, sebbene anche attraverso questa seconda condizione può arrivare a stabilirsi la prima.

Il meccanismo di produzione delle anurie è dei più complicati, poichè i diversi fattori determinanti bisogna ricercarli in minorazioni o modificazioni di complessi apparati. Tra questi importanza grandissima ha il sistema nervoso a cui spetta la parte più importante nel determinismo delle anurie. Altri fattori che, pure possono acquistare valore, sono la pressione sanguigna, la funzione secretoria del parenchima renale ed infine anche il sangue, con le sue qualità fisiche e chimiche.

Una delle forme morbose che più facilmente porta all'anuria è la litiasi renale, in cui un calcolo o un intasamento di sabbia in uno dei due ureteri, può causare inibizione della secrezione renale in ambo i reni, per l'insorgere di quel fenomeno che si spiega come l'influenza nervosa di un rene sull'altro e che vien denominato riflesso reno-renale. Alcuni autori (Ascoli, Figari, Castaigne ecc.) a spiegazione di questo fenomeno, hanno ammesso la formazione nel rene calcoloso di una sostanza nefrotossica che agirebbe sull'altro rene, sostanza di cui altri autori (Albarran, Achard) oppugnano l'esistenza.

Diversi altri ricercatori (Ghiron, Pflaunder, Puglisi-Allegra) hanno accettato incondizionatamente il concetto del riflesso reno-renale, che hanno anzi cercato di dimostrare sperimentalmente. Ad onta però delle molteplici e molto serie ricerche, l'inibizione della secrezione urinaria prodotta da litiasi renale, allo stato attuale delle nostre conoscenze, si risolve solo in una constatazione clinica la cui genesi è ancora ipotetica. Oltre il riflesso reno-renale esiste pure un riflesso uretero-renale, un riflesso vescico-renale ed un altro uretro-renale, i cui meccanismi di produzione devono essere perfettamente analoghi a quelli del riflesso reno-renale, variando solo le vie che il riflesso seguirebbe. Oltre la litiasi renale, esistono diverse altre forme morbose che possono dar luogo ad anuria: nefriti, ingestione di sostanze tossiche (fosforo, mercurio, arsenico, ecc.), le malattie di cuore e financo i traumi. Charcot ha descritto ampiamente un'anuria isterica, alla quale però oggi si crede pochissimo.

Premesse queste sommarie notizie sulle anurie in generale, credo non privo di interesse illustrare il seguente caso capitato in clinica, che porta un contributo modesto ma utile alla patogenesi delle anurie, prestandosi a diverse considerazioni e ad alcuni rilievi che escono dalla comune patologia renale.

OSSERVAZIONE CLINICA. — B. M. di anni 42, casalinga, da Molfetta. Entra in Clinica il 18-5-926. L'anamnesi è muta per quanto riguarda gli ascendenti ed i collaterali. Niente di particolare nell'anamnesi remota.

A 25 anni sposò un uomo sano, che vive tuttora nelle migliori condizioni di salute.

Digitized by Google

Ha avuto sette gravidanze, di cui 6 condotte a termine bene e solo l'ultima con esito in aborto a 3 mesi. Un anno e mezzo fa e precisamente pochi giorni dopo l'aborto, insorse dolore sordo, continuo alle regioni lombari, senza speciali irradiazioni, cui dopo qualche giorno, si aggiunse qualche decimo di febbre serotina. Con pochi giorni di riposo a letto si ristabilì completamente, riprendendo l'abituale tenore di vita; ma dopo un mese e mezzo circa di benessere, improvvisamente fu colta da dolori acuti, trafittivi ai fianchi, più specialmente a quello sinistro, con irradiazioni a cingolo ed in basso sino ai genitali esterni.

Verso sera, permanendo pressochè invariati i dolori, ebbe vomito giallo-verdastro ed elevazione termica sino a 38°. Durarono tali fatti un paio di giorni con alternative di lievi remissioni seguite da esacerbazioni dolorifiche. L'inferma dice che le urine conservarono colore e trasparenza abituali, divenendo però alquanto scarse. Il medico, chiamato il secondo giorno, fece diagnosi di colica renale e prescrisse una cura *per os* in seguito alla quale i dolori andarono rapidamente diminuendo, per scomparire del tutto nello spazio di qualche ora. L'urina, il giorno successivo a quello della remissione dei dolori, prese un aspetto torbido e colorito oscuro, lasciando nel fondo del vaso abbondante sedimento rossastro; tale aspetto conservò per un paio di giorni, dopo di che riprese quello normale.

La nostra inferma stette bene due mesi, lamentandosi solo di tanto in tanto di qualche dolenzia ai lombi e passeggera cefalea; dopo tale periodo si presentò altra colica della stessa durata, accompagnata dallo stesso corteo sintomatologico della precedente. 25 giorni prima del suo ingresso in Clinica, ancora si ripresentarono gli stessi dolori, questa volta con acuzie maggiore, che durarono due giorni ed ai quali residuò dolore sordo, continuo, gravativo, molesto, ai fianchi, specie a quello sinistro. Con questo insorse anche qualche vomito giallo-verdastro, un pò di cefalea, inappetenza, astenia. Contemporaneamente le urine si intorbidarono e diminuirono di quantità, sebbene l'inferma bevesse in questi giorni forse più del consueto. Dopo una ventina di giorni il dolore scomparve del tutto e l'inferma da allora non sentì più alcun bisogno di mingere. Nei 5 giorni prima di entrare in Clinica tentò più volte di urinare, ma dalla vescica non fuoriuscì mai alcuna goccia di urina.

Meravigliata e molto preoccupata da quest'ultimo fatto, chiese ed ottenne il ricovero nel nostro Istituto.

Esame obiettivo. Discrete condizioni generali di nutrizione. Sensorio assolutamente integro. Qualche conato di vomito. Astenia. La cute del volto è molto pallida, appena umida e succulenta alle regioni pretibiali ed alle palpebre inferiori. Si cateterizza l'inferma e la vescica si trova completamente vuota, malgrado che la paziente assicuri di non avere urinato da ben 5 giorni.

Reperto completamente negativo presenta l'apparato respiratorio. Per l'apparato circolatorio: toni cardiaci netti, con timbro lievemente metallico, specie il secondo sull'aorta. Non vi è aumento dell'aia di ottusità del cuore. Il polso è leggermente contratto e un po' duro, di frequenza media, ritmico, eguale.

Pressione arteriosa massima: 150 mm. Hg.; minima: 90 mm. Hg. Respiri: 25. Negativo completamente l'esame addominale. Palpando anche profondamente negli ipocondri, non si risveglia alcun dolore; negativa riesce pure la palpazione bimanuale in questa regione. Lingua umida, scarsamente impaniata.

Nulla a carico del sistema nervoso: non miosi, non tremolio muscolare, non prurito cutaneo, non disturbi visivi.

Apiressia.

Esame ginecologico: utero ed annessi normali per forma, posizione e grandezza.

Riepilogo del diario dei giorni in cui l'inferma è restata in Clinica.

Dal giorno 19.5.926 fino alla sera del giorno 27 dello stesso mese, non ha emesso una sola goccia di urina: nè si può pensare che l'inferma abbia potuto urinare a nostra insaputa, poichè è stata giornalmente cateterizzata tre o quattro volte e la vescica si è sempre trovata completamente vuota. Durante questi giorni l'appetito si è mantenuto scarso e le si è somministrato dieta scarsamente azotata. Di tanto in tanto si è lamentata di cefalea a tipo frontale, ha avuto spesso conati di vomito e solo qualche rara volta vomito giallo-verdastro di sapore amarissimo, in modica quantità. Il quarto giorno dacchè era ricoverata in Clinica, ha avvertito come un vago bisogno di mingere, ed avendo provato, ha emesso solo quattro o cinque gocce di sangue. Nello stesso giorno, verso sera, ha avuto qualche leggera epistassi. Il suo sensorio è rimasto perfettamente integro, nè si è lamentata di sensazioni dolorose, assicurando di sentirsi in fondo non molto malata e preoccupandosi solo di non veder comparire la funzione urinaria. L'alvo si è mantenuto sempre regolare, poichè ha avuto ogni 24 ore una sola scarica di feci di aspetto normale.

A mezzo di calore secco non si è riusciti che a far scarsamente sudare l'inferma, ripetendosi giornalmente e per due o tre volte il tentativo.

Il giorno successivo a quello del ricovero, viene misurata la pressione arteriosa che è presso a poco uguale a quella segnata nell'esame obiettivo. Altrettanto dicasi per il numero degli atti respiratori e per il numero delle pulsazioni radiali. La pressione arteriosa in 6ª giornata di degenza in Clinica, raggiunge questa volta i 160 mm. di Hg. per la massima ed i 90 mm. di Hg. per la minima.

Viene dosato l'azoto del sangue il giorno successivo all'entrata in Clinica nonchè in settima giornata di degenza, e il suo valore, entrambe le volte, è di 0.75 ‰.

Le diverse radiografie che sono state eseguite sia per i reni che per gli ureteri non hanno messo in evidenza alcunchè di anormale.

In quinta giornata di ricovero, viene eseguita in Clinica chirurgica la cistoscopia e il cateterismo degli ureteri: dagli sbocchi degli ureteri, dei quali quello di sinistra è notevolmente iperemico mentre che è normale l'altro, non fluisce assolutamente urina. Si lasciano infilati negli ureteri i cateteri fino al mattino successivo. Durante la notte l'inferma ha avvertito l'insorgenza di qualche dolore alle regioni lombari che all'alba è scomparso, e quando al mattino si va per rimuovere i cateteri, si trova quello di destra ripieno di qualche coagulo di sangue; da essi però non è fluita alcuna goccia di urina. Il cateterismo degli ureteri viene ripetuto quattro giorni dopo, con gli stessi risultati; sono stati rimossi i cateteri anche questa volta il mattino seguente; la sera dopo l'inferma ha sentito, quasi improvvisamente, sorgere il bisogno di mingere. Essendosi provata a far ciò, ha emesso, avvertendo notevole bruciore al meato urinario, circa 200 grammi di urina molto torbida, con poca albumina e con una notevole quantità di minutissime concrezioni calcaree, costituite per la massima parte di cristalli di urati.

Sino al mattino successivo l'inferma ha urinato altre due volte, emettendo complessivamente circa 1800 cmc. di urina a basso P. S., contenente sempre poca albumina.

Ristabilitasi la funzione renale, le condizioni generali dell'inferma sono andate migliorando, persistendo solo un certo grado di astenia, inappetenza, colorito pallido e lieve cefalea per i sei giorni che è restata ancora degente in Clinica; da questa è stata dimessa a sua richiesta.

Il caso presenta scarsa importanza diagnostica: infatti la sintomatologia che ha preceduto l'istituirsi dell'anuria, nonchè i precedenti anamnestici, orientano subito a pensare ad un caso di anuria legata a litiasi renale.

Tuttaltro che comune, però, è il decorso clinico di questa anuria sia per la eccezionale durata e sia per la negatività della sintomatologia a cui si è accompagnata. Tutti gli autori ammettono concordemente che delle anurie, quella dovuta a calcolosi renale ha un decorso di maggior durata che essi dividono in un primo periodo, detto di tolleranza, in cui i segni di intossicazione dovuta alla soppressione urinaria sono di lieve entità e durante il quale le condizioni generali dell'infermo restano abbastanza buone. Al questo primo periodo, che si considera generalmente della durata massima di giorni sette, se non si ripristina la funzione renale, succede quello dell'intolleranza, in cui l'uremia esplode in tutta la sua sintomatologia, portando anche nello spazio di qualche ora e tutt'al più in tre o quattro giorni a morte l'individuo.

Nella nostra inferma invece vediamo durare l'anuria ben 14 giorni senza che si siano osservati fenomeni uremici, ma solo qualche lieve manifestazione, come cefalea, raro vomito, una epistassi, lieve innalzamento della pressione sanguigna e del tasso dell'azoto nel sangue.

Sono mancate quelle funzioni vicarie (diarrea, vomito abbondante, sudorazione, sciallorrea, copiose epistassi ecc.), a mezzo delle quali l'organismo cerca di liberarsi dei prodotti tossici di rifiuto, da cui normalmente viene liberato dai reni.

Vien fatto allora di domandarsi come l'organismo della nostra inferma sia riuscito a disintossicarsi durante 14 giorni. A questa domanda è assai difficile rispondere, per non dire impossibile, in base alle attuali conoscenze di fisiopatologia del ricambio, a meno che non si voglia pensare, come ritengono il Luciani ed il Castellino, che il fegato e l'intestino sostituiscano fino ad un certo punto i reni nelle loro funzioni svelenatrici.

Digitized by Google

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI PISA
diretta dal prof. D. TADDEI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA LINFOGRANULOMATOSI MALIGNA

per il dott. GIORGIO MILLUL — Assistente (*)

Il caso che è oggetto di questa memoria mi sembra meritevole di illustrazione in quanto che esso porta un contributo allo studio di una malattia ancora oscura sia dal lato clinico sia dal punto di vista patogenetico:

A. S. di anni 38 da Gavorrano, entrata in Clinica il 18 gennaio 192.

La paziente racconta che nel giugno del 1925 fu affetta da eresipela del capo: tale affezione, accompagnata da temperatura febbrile piuttosto elevata, durò circa tre mesi. Dopo circa due mesi dalla guarigione l'inferma notò l'esistenza di alcune tumefazioni, simili per il volume e per la forma ad un nocciolo di pesca, localizzate in modo irregolare sia nella regione occipitale sia in corrispondenza della parte alta della regione della nuca. Tali tumefazioni non furono nè dolenti nè furono accompagnate da temperatura febbrile.

L'ammalata non dette particolare importanza a quanto aveva rilevato tanto più che le intumescenze sopra accennate lentamente ma progressivamente andarono a scomparire. Dopo di ciò la paziente fu in completo benessere per alcuni mesi e cioè fino al settembre del 1926, epoca in cui fu rilevata una piccola tumefazione non dolente, localizzata in corrispondenza della regione sopraioidea di sinistra, simile per il volume ad un grosso cece. Tale tumefazione però rapidamente aumentò di volume, tanto che dopo circa dieci giorni aveva raggiunto le dimensioni di un nocciolo di pesca: questo aumento di volume fu accompagnato da un dolore non troppo vivo e da temperatura febbrile; la cute sovrastante, a detta dell'ammalata, era divenuta paonazza. Nello stesso periodo fu osservato nella regione corrispondente di destra la presenza di una tumefazione del tutto simile a quella ora accennata e che ebbe la stessa evoluzione.

Il sanitario consultato consigliò il ricovero in Ospedale per le cure del caso. Infatti la paziente il 7 settembre 1926 fu sottoposta all'Ospedale di G. ad un atto operatorio del quale attualmente residua una cicatrice corrispondente ad un centimetro circa al di dietro del margine della mandibola; tale cicatrice, che si estende per circa cinque o sei centimetri, è aderente ai tessuti profondi. Dopo 17 giorni di degenza essa fu dimessa chirurgicamente guarita.

Durante il periodo nel quale la nostra paziente rimase ricoverata in Ospedale fu notata la presenza di alcune piccole tumefazioni, simili per il volume e la forma ad alcune piccole nocciole, localizzate nelle regioni inguinali destra e sinistra; queste non erano dolenti, nè la loro insorgenza fu accompagnata da temperatura febbrile: contemporaneamente fu notata abbondante leucorrea, talvolta con cattivo odore. Chiesto consiglio al sanitario a proposito di questi nuovi disturbi fu consigliata una cura generale per via ipodermica (iniezioni di Solarson): durante questo trattamento le condizioni generali della paziente subirono un discreto miglioramento ma le tumefazioni sopra accennate in corrispondenza delle regioni inguinali andarono aumentando di volume. Pure in questo periodo fu notata in corrispondenza della regione anteriore della coscia destra (3° superiore) una nuova tumefazione simile per il volume ad una noce e che in breve tempo aumentò nelle sue dimensioni fino ad essere paragonata ad un limone. Furono fatte applicazioni calde e fu osservato durante tale trattamento come rapidamente, 8-10 giorni, la stessa tumefazione sparisse. Dall'epoca sopra nominata al mese di novembre del 1926 le intumescenze localizzate alle regioni inguinali subirono un progressivo aumento nel loro volume ed in questo periodo la malata cominciò ad accusare di quando in quando dei dolori che localizzati nel quadrante superiore della regione glutea di sinistra si portavano verso la regione latero-esterna della coscia corrispondente. Durante tali crisi la deambulazione provocava dolore piuttosto vivo e talvolta violento sì da richiedere iniezioni di Pantopon: la malata ha pure notato come tale sintomatologia non fosse sempre uguale per intensità.

Consultò un altro sanitario il quale consigliò un trattamento metodico di lavande vaginali e dei preparati iodo-arsenicali per via ipodermica. Durante la visita praticata dal medico fu riscontrata l'esistenza di una nuova tumefazione localizzata nel quadrante inferiore di sinistra dell'addome. Dopo circa venti giorni, durante i quali vi fu un evidente miglioramento, comparve di nuovo il solito dolore che dalla parte inferiore della natica di sinistra si portava verso la coscia e fu notato un lieve aumento nel volume delle tumefazioni sopra accennate: non vi fu temperatura febbrile.

Tale sintomatologia durò circa tre giorni e di poi scomparve completamente tanto che si può dire esservi stato pieno benessere fino al gennaio di questo anno, epoca in cui, senza una causa degna di speciale riguardo, comparve un dolore non troppo vivo che occupava tutto il quadrante inferiore di sinistra dell'addome. Tale dolore obbligava l'inferma a mantenere la posizione orizzontale; vi fu temperatura febbrile intorno ai 39°.

Durante questa crisi l'inferma ebbe l'impressione che un qualche cosa esercitasse una pressione in corrispondenza dell'intestino, avvertiva dei rumori ed aveva notevole sollievo quando veniva emessa dell'aria dall'ano. Precedentemente a questo fatto l'alvo fu sempre regolare per quanto non poche volte fosse osservato nelle feci del catarro. Nessun disturbo fu avvertito a carico della minzione, però da circa due o tre mesi a questa parte fu notato che durante le crisi riferite l'emissione dell'urina era come ostacolata; mai la paziente ebbe bruciori durante la emissione dell'urina stessa, mai pollachiuria diurna o notturna, mai ematuria.

Per i fatti sopra riferiti l'ammalata viene accolta nella Clinica.

Anamnesi personale: L'inferma durante l'epidemia influenzale del 1918 fu affetta da broncopolmonite che si risolvette per lisi e lasciò un lungo periodo di debolezza generale.

Mestruò a 12 anni e le mestruazioni furono regolari in ogni loro carattere fino a pochi mesi fa e successivamente presentarono delle irregolarità rispetto all'intercorrenza. All'età di 16 anni ha sposato un uomo tuttora vivente e sano: 9 figli, non aborti.

Anamnesi familiare: negativa.

Es. Ob.: Donna in discrete condizioni generali, costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo scarso, colorito della cute e delle mucose visibili pallido. Sensorio integro; decubito indifferente.

All'ispezione si rileva come in corrispondenza della regione parotidea di destra esista una tumefazione assai evidente paragonabile per il volume ad un uovo di gallina: essa si porta in alto ed all'esterno fino a raggiungere il padiglione dell'orecchio. La cute che ricopre la regione ora accennata si presenta di un colorito lievemente rossastro: non si apprezzano pulsazioni. A sinistra, nella regione sopraioidea laterale, si osserva una cicatrice lineare lievemente arcuata, lunga 5-6 centimetri corrispondente al margine della mandibola, la cute circostante si presenta di colorito normale.

Negativa è l'ispezione in corrispondenza del giugulo ed in corrispondenza della regione ascellare destra e sinistra.

In corrispondenza della regione inguinale destra si rileva l'esistenza di alcune tumefazioni di volume e forma simile a grosse noci; la cute che ricopre tale regione è arrossata: nella regione inguinale sinistra si rileva lo stesso reperto ora accennato. Negativa l'ispezione degli arti superiori ed inferiori ove la cute si presenta di aspetto normale. nulla di notevole si rileva in corrispondenza del poplite sia di destra, sia di sinistra.

Praticando la palpazione si rilevano nelle sedi sopra accennate i seguenti dati: nella regione parotidea di destra la cute è mobile sui piani sottostanti e lievemente edematosa. La tumefazione presenta dei solchi sì che possiamo rilevare come essa sia costituita da più elementi di forma quasi rotondeggiante e di una consistenza teso-elastica. Durante questa manovra si determina modico dolore.

Nella regione sopraioidea laterale sinistra si rileva come la cicatrice sopra accennata sia aderente ai tessuti sottostanti e come in corrispondenza del suo estremo interno esista una tumefazione che sembra simile ad una grossa nocciola, la forma è rotondeggiante, la consistenza piuttosto dura, non dolorabile.

La palpazione delle regioni inguinali permette di riconoscere i caratteri che le tumefazioni hanno, caratteri simili a quelli più sopra riferiti e cioè conglomerati di nodi sferoidali, duri elastici aderenti fra loro, poco dolorabili.

L'esame dell'apparato respiratorio è negativo ed anche l'esame radiologico del torace oltre a confermare il reperto clinico permette di escludere nel modo più assoluto l'esistenza di linfoghiandole tumefatte nel mediastino. Non dispnea, non tosse.

Il cuore si palpa in sede e limiti normali; i toni sono netti e puri su tutti i focolai di ascoltazione: arterie periferiche non indurite.

L'esame dell'addome fa stabilire come l'aia di ottusità del fegato e della milza corrisponda alla sede normale, nè con la palpazione è possibile riconoscere alcuna modificazione nel volume di tali organi; in corrispondenza della fossa iliaca di sinistra si palpa una massa del volume simile ad una arancia costituita da tumefazioni assai vicine una all'altra, di forma e volume paragonabile ad una noce: la palpazione profonda

(*) [La ricca bibliografia sarà stampata negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

risveglia dolore piuttosto vivo e permette di riconoscere un rapporto di vicinanza, assai evidente, con la pulsazione dell'arteria iliaca.

Negativo è l'esame delle regioni lombari: il rene sia di destra che di sinistra si apprezza con la palpazione bimanuale in sede normale. La quantità di urina eliminata nelle 24 ore oscilla intorno a 800 cc.

L'esame dell'urina, raccolta asetticamente, fa rilevare i seguenti dati: Colorito giallo-chiaro limpido; reazione acida; densità 1,016; albumina assente; fosfati assenti; glucosio assente; pigmenti biliari assenti. Urea: 16,32 %; Concentrazione ureica: 6.439; Cloruri: gr. 14 per litro di urina; Sostanze organiche eliminate: milligr. 52. Negativo l'esame del sedimento.

Esame ginecologico: Genitali esterni di pluripara con perineo ridotto: modico colpocele posteriore. Vagina ampia, collo dell'utero appiattito come spinto in alto con fornici poco incavati e rivolto un po' a destra della linea mediana. L'orificio esterno invece è espanso trasversalmente ma è regolare, guarda a sinistra.

Il corpo dell'utero in complesso è piccolo, retroverso ed immobile; gli annessi non si sentono, invece a ridosso della parete ossea anteriore di destra a larga base di impianto periosteo od osseo si sente il polo inferiore della massa notata all'esterno, perfettamente immobile, della grandezza di una testa di feto settimestre. A sinistra con la stessa disposizione e circa della stessa grandezza esiste un'altra massa di consistenza e forma uguale.

Queste due masse pare terminino assai anteriormente all'utero e al posto degli annessi.

Il legamento utero-sacrale di sinistra è duro, dolente, teso: con la esplorazione si provoca fuoriuscita dalla vagina di pus.

Allo speculum: vagina di colorito normale, collo dell'utero appena arrossato nel contorno dell'orificio esterno. L'isterometro si dirige posteriormente ed a sinistra, si approfonda per setto-otto cm. circa.

Esame otorinolaringoiatrico completamente negativo.

Esame dell'occhio: nulla a carico delle palpebre e della congiuntiva; l'esame del visus permette di stabilire i seguenti dati: a destra 10/10 con + 0,50, a sinistra 4/10 con + 4.

In vicinanza con l'occhio destro legge il n. 1 di De Wecher senza correzione, con l'occhio sinistro legge a stento il n. 1 di De Wecher con + 6.

Le pupille sono uguali e bene reagenti; ambedue sono allungate in alto e verso sinistra: mezzi bene trasparenti.

Papille un poco allungate verticalmente, quella di destra accenna ad essere pallida dal lato temporale, vasi normali, pigmento retinico poco vivace. Il fondo appare come cosparso di infiniti minutissimi puntini un poco più chiari del colorito circostante, ciò è meno evidente alla periferia.

Esame del sangue: Globuli rossi: 3.176.000 per mmc.; Emoglobina 85,4 %; globuli bianchi: 6.200 per mmc.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 73 %; Polinucleati eosinofili: 1 %; polinucleati basofili: 1 %; linfociti: 20 %; mononucleati e forme di passaggio: 5 %.

Dai dati raccolti sia nella storia clinica, sia dall'esame della nostra inferma varie erano le ipotesi che potevamo formulare: tenuto conto dell'insorgere e del decorso avuto dalla sindrome esposta avevamo non pochi dati per potere escludere una forma di comune leucemia poichè contro di essa vi era non solo il reperto ottenuto dall'esame del sangue, ma anche il reperto rilevato durante l'esame del fondo dell'occhio ed il decorso presentato poichè sappiamo che in tale forma ben presto si abbia un rapido decadimento delle condizioni generali fino a raggiungere un vero e proprio stato di cachessia a cui tiene dietro dopo breve tempo l'esito letale. Come sopra ho accennato nulla di tutto questo si è presentato nel caso speciale ove non si aveva la più piccola leucocitosi, nè la ipertrofia generale delle ghiandole linfatiche, sia periferiche, sia viscerali, avevano i caratteri propri dell'ingorgo leucemico e quindi la nostra attenzione doveva essere rivolta ad altre affezioni. Dovevamo cioè prendere in considerazione una localizzazione primitiva o secondaria del bacillo di Koch nell'apparato linfatico: non starò a dilungarmi sulle ragioni che fecero escludere tale causa, unicamente devo soffermarmi però su alcuni punti: l'esame clinico permetteva da solo di escludere una localizzazione polmonare poichè nessun elemento a suo favore fu rilevato durante molteplici esami sia al mattino di buon ora, sia in varie ore del giorno, nè mai l'inferma ebbe tosse ed espettorato; oltre a ciò è da tenere presente che l'esame radioscopico e radiologico permettevano di escludere tale ipotesi nel modo più sicuro essendo stato negativo e l'uno e l'altro. D'altra parte mai la sintomatologia presentata ebbe qualche carattere dell'affezione accennata, nè l'inferma presentava dolorabilità nè sull'aorta addominale, nè sui vasi iliaci tanto frequente ad osservarsi nella tubercolosi polmonare. Pure facilmente la sifilide poteva venire scartata poichè, oltre al reperto nettamente negativo dato dalla reazione di Wassermann, non fu rilevato non solo alcun dato anamnestico ma anche l'aspetto delle tumefazioni, l'insorgere di esse ed il successivo decorso facevano escludere la natura luetica dell'affezione in istudio.

Nel caso speciale dovevamo rivolgere la nostra attenzione o verso una forma neoplastica nel senso lato della parola o piuttosto dovevamo ammettere un processo di linfogranulomatosi: il decorso clinico faceva escludere la natura neoplastica, poichè è noto come la linfosarcomatosi se in un primo periodo ha dei caratteri simili a quelli sopra rilevati, ben presto però si discosta da questi ed acquista una individualità tutta propria. Questa individualità, rappresentata specialmente dall'andamento progressivo assai rapido e dalla presenza di una temperatura febbrile a tipo continuo, in un gran numero di casi, permetteva di escludere clinicamente tale processo, e quindi sempre di più ci venimmo ad orientare verso la linfogranulomatosi maligna. Clinicamente infatti noi avevamo raccolti non pochi dati a favore di questo giudizio diagnostico; ci autorizzava a ciò l'insorgere della malattia ed il successivo svolgersi di essa: come nella storia clinica è riferito, la nostra inferma dopo una affezione squisitamente infettiva ha notato l'insorgere di alcune tumefazioni in corrispondenza delle linfoghiandole del collo e successivamente fu osservato tale fatto nelle regioni inguinali ed iliache. Qualche volta vi fu temperatura febbrile che, se in alcuni periodi fu modica, in altri si portò anche a 39°; non mancarono delle *poussées* nel senso che a volte vi fu temperatura febbrile accompagnata da una accentuazione del volume delle tumefazioni, a volte fu osservata una spontanea diminuzione di esse; l'esame del sangue inoltre offriva un altro elemento a favore di questo giudizio diagnostico. Unico mezzo che in modo assoluto poteva darci una diagnosi esatta, evidentemente, era rappresentato dalla biopsia e dal successivo esame istologico e culturale del pezzo estirpato. E questa biopsia, essendo la malata consenziente, fu praticata da noi il giorno 26-1-1927; asportammo dalla regione sopraioidea destra una ghiandola simile per il volume ad una mandorla. Essa fu raccolta asetticamente e subito dopo fu provveduto agli esami culturali; questi non solo furono eseguiti su i comuni terreni di cultura, ma anche su terreni speciali in modo che si potesse avere lo sviluppo di germi aerobi ed anaerobi: il risultato di tali esami fu assolutamente negativo.

Pure negativa fu una emocultura praticata pochi giorni avanti della biopsia.

Il pezzo asportato si presentava di forma e di volume simile ad una mandorla: esso era rivestito di un tessuto biancastro e presentava una consistenza piuttosto dura. La superficie di sezione non presentava alcunchè di particolare, solo si poteva rilevare una superficie omogenea biancastra.

Furono praticati molteplici preparati istologici e dall'esame di essi si potè confermare il nostro giudizio diagnostico in quanto che ad un esame accurato potemmo osservare come in non poche sezioni il tessuto fosse completamente trasformato, la capsula si presentava notevolmente ispessita, non più evidente il limite tra la sostanza corticale e midollare: il normale tessuto linfatico era sostituito dal tessuto connettivo ed in alcuni punti si poteva rilevare una tipica disposizione areolare (vedi figura 1). Colpiva inoltre la presenza di numerosi elementi di forma varia, alcuni con aspetto fusato dei fibroblasti ed altri di forma rotondeggiante con nucleo bene evidente, ed infine quello che maggiormente colpiva era la presenza di alcuni grossi elementi rotondeggianti e provvisti di un nucleo ora rotondo, ora irregolare e con sostanza cromatinica bene colorata. In altri punti del preparato si poteva rilevare la presenza di granulociti e di plasmacellule; per quanto accurata sia stata la ricerca non fu possibile riconoscere l'esistenza di cellule di Langhans, nè le tipiche cellule espressione del processo tubercolare (vedi figura 2).

Da questo primo esame la diagnosi di linfogranuloma maligno si imponeva in modo assoluto dimostrando inoltre come

Digitized by Google

il ragionamento clinico da noi seguito fosse stato esatto in ogni particolare.

Eseguii ancora altri preparati con colorazioni speciali (Ziehl-Néelsen per la ricerca del bacillo di Koch, Mallory per la colorazione del connettivo, Polycromus Metilenblau di Unna per la colorazione delle cellule granulose, ecc.) e non solo ri-

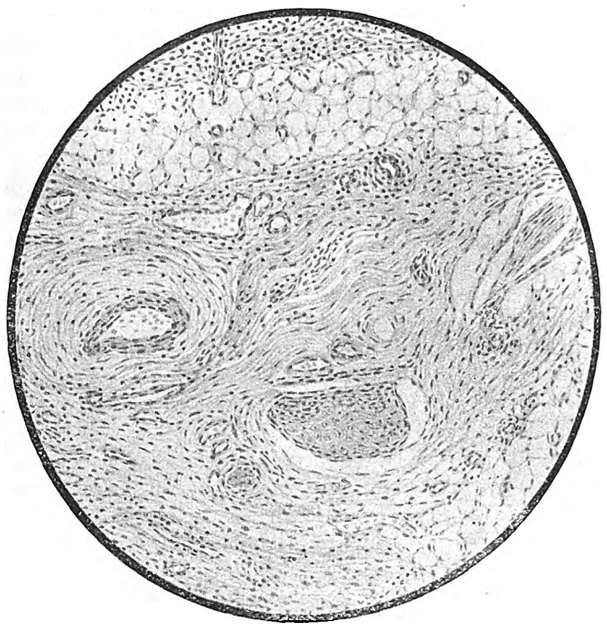


Fig. 1.

levai gli elementi sopra accennati ma dopo accurata e ripetuta osservazione potei ancora escludere la presenza di bacilli acido-resistenti e di granuli di Much osservati alcune volte da altri Autori.

Durante la degenza in Clinica la nostra inferma non presentò alcunchè di particolare: la temperatura si mantenne sempre al di sotto di 37°, se si eccettua che una sola volta, senza una causa degna di nota si è portata intorno ai 37°,5.

La paziente fu dimessa dal nostro Istituto con il consiglio di seguire un trattamento igienico-dietetico opportuno e le fu consigliato inoltre di sottoporsi ad un trattamento di vaccino antistreptococcico polivalente.

***

Questa forma di linfogranulomatosi considerata da un punto di vista generale ci permette di stabilire ancora una volta alcuni elementi di indiscussa importanza riguardo sia alla patogenesi sia al decorso. Nel nostro caso speciale il fatto riferito al principio della storia clinica non può essere trascurato: tra le varie teorie patogenetiche ammesse quella infiammatoria è certamente la più attendibile e tenuto conto di ciò non si può escludere in modo assoluto che il processo eresipelatoso non abbia influito nell'insorgere e nel successivo decorso della linfogranulomatosi presentata dalla nostra inferma. Insisto ancora su questo dato in quanto che sappiamo come lo streptococco determini nelle ghiandole linfatiche alterazioni piuttosto marcate e che assai spesso possono giungere fino alla necrosi del ganglio; tenuto conto di ciò non può sembrare strana l'ipotesi da me emessa per spiegare l'origine dell'affezione studiata nel caso speciale e la correlazione tra le due affezioni che in un tempo relativamente breve si sono svolte nella stessa ammalata.

Sarebbe fuori di luogo invocare l'affezione tubercolare poichè nessun elemento oggi giorno conforta più tale concetto; dagli studi di Micheli, di Musante, di Robertson, di Darling ecc. si può avere piena conferma; nè d'altra parte mi pare giusto accettare la teoria sostenuta da Binda, Chiari, Askanazy ecc. i quali ammettono che tale forma sia collegata con una intossicazione tubercolare o più propriamente con l'azione esercitata dalle tossine del bacillo di Koch.

Pure l'invocare come causa dell'affezione in istudio la natura protozoaria dell'elemento determinante mi sembra troppo azzardoso e benchè a favore di questa teoria vi siano non poche comunicazioni (Byron, Darling, Franchini ecc.) tuttavia ancora non esistono delle prove culturali e biologiche tali da non ammettere alcuna discussione in proposito.

Scarso appoggio adunque nella interpretazione della genesi del linfogranuloma viene dato dal reperto batteriologico; se in alcuni casi la ricerca ora accennata, pure compiuta con una tecnica precisa e minuta, non ha dato alcun risultato tuttavia non mancano certo reperti positivi.

Gobbi in un recente lavoro sull'argomento riassume i risultati ottenuti da varii autori e richiama l'attenzione su una forma messa in evidenza da lui durante accurate ricerche sperimentali. Questo nuovo germe avrebbe la proprietà di riprodurre il quadro morboso e tale fatto controllato dal reperto istologico porta in modo indubbio un notevole contributo nella spiegazione della sindrome; è giusto però il non potere ammettere questo dato come causa *sine qua non* senza che ulteriori indagini permettino di controllare questo reperto.

D'altra parte il giudizio espresso da Foà a riguardo della linfogranulomatosi è assai chiaro ed ancora una volta merita di essere riportato poichè ci dimostra come è opportuno essere guardinghi sia nell'accettare, sia nel formulare delle ipotesi. Egli infatti scriveva: « Queste ed altre considerazioni rendono sempre difficile il giudizio definitivo sulla eziologia del linfogranuloma, ed obbligano ad una minuta critica dei risultati positivi che si possono non di rado ottenere ».

Il decorso di questa malattia da alcuni autori è diviso in tre periodi e cioè: il periodo di invasione, il periodo di stato ed il periodo terminale o della cachessia; nel primo periodo si ha l'insorgere e la localizzazione della tumefazione ghiandolare a cui tiene dietro dopo un tempo più o meno lungo (durante il quale si hanno modificazioni piuttosto ampie riguardo al volume della ghiandola stessa) il secondo periodo caratterizzato dalla costanza del quadro clinico. A questo tiene dietro la fase finale che con una rapida evoluzione porta a morte l'infermo.

Si comprende che questa classificazione ha scarso valore pratico poichè difficilmente corrisponde al quadro clinico: la sintomatologia che comunemente si presenta alla nostra osservazione può dirsi oggi giorno bene stabilita attraverso la numerosa casistica studiata ed illustrata da non pochi autori.

Nella maggioranza dei casi l'esordio è lento e subdolo, si osservano lievi oscillazioni termiche al di sopra della norma a cui corrisponde o tiene dietro uno stato anemico, se non marcato, bene evidente, ed il successivo aumento di volume delle linfoghiandole.

L'andamento della curva termica, studiato per il primo da Cardarelli (1884) ed in seguito da Pel (1885) e da Ebstein (1887), è irregolare e cioè in alcuni casi si ha un tipo continuo, mentre in altri ad ogni rialzo termico corrispondono delle *poussées* nel volume delle linfoghiandole interessate. In non pochi casi l'andamento febbrile è stato veramente irregolare, anzi nessun dato poteva spiegare la causa di tale fatto e non solo ciò appare dalla descrizione del caso capitato sotto la mia osservazione, ma anche dai casi illustrati da Weiss, da Satta, da Isac, da Cantieri ecc. Da queste osservazioni si può desumere come

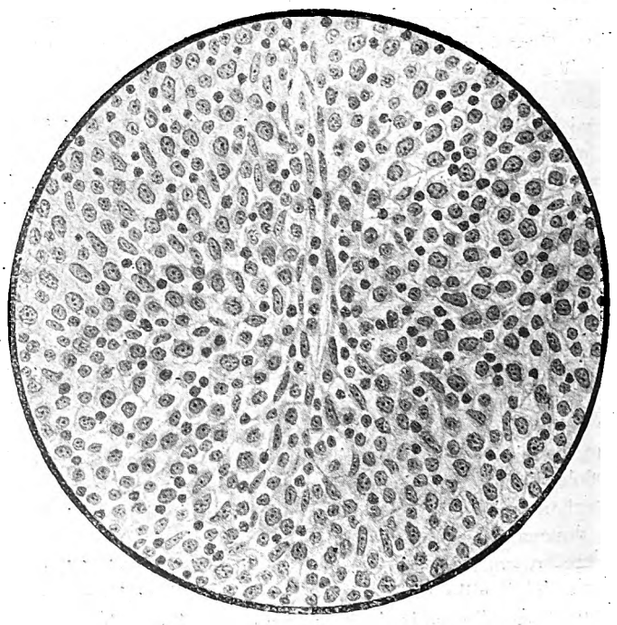


Fig. 2.

Digitized by Google

quando la febbre esista essa abbia un andamento irregolare e come ogni volta questa compaia, nella maggioranza dei casi, sia preceduta da brivido.

Altro segno che difficilmente manca in questi ammalati è il progressivo scadimento delle forze ed il contemporaneo aggravarsi delle condizioni generali fino a che non sopraggiunge l'aspetto cachettico premonitore della vicina fine del quadro sintomatologico. Ma oltre a questi segni, che del resto sono a comune con non poche affezioni, e assai più interessante lo studiare il comportamento delle linfoghiandole tumefatte ed il modificarsi della formula leucocitaria e per essere più generici le modificazioni che avvengono nel sangue.

I gruppi ghiandolari che più comunemente vengono per primi interessati sono i cervicali e tale fatto avviene o contemporaneamente nelle due regioni destra e sinistra o prima da un lato e di poi dal lato opposto. Solo quando il processo ha determinato l'aumento di volume della linfoghiandola interessata si ha una seconda localizzazione che avviene talvolta in corrispondenza della regione ascellare e talvolta delle regioni inguinali; tale fatto generalmente è accompagnato da malessere generale ed assai spesso da rialzo termico.

Come avviene ciò?

Tenuto conto di quanto ora ho detto credo inutile fare rilevare come da scartarsi *a priori* sia l'ammettere una propagazione del processo attraverso la via linfatica e quindi unicamente si deve ammettere come via di diffusione del processo la via sanguigna.

A proposito dello studio del sangue molto è stato detto: dalle varie osservazioni raccolte si può dedurre come i risultati di tali esami siano assai varii; infatti, secondo le osservazioni di Ziegler, nel sangue non si hanno alterazioni di speciale importanza durante il decorso della malattia, unicamente alcune volte fu riscontrato l'aumento delle cellule eosinofile, mentre costantemente si sarebbe riscontrata una diminuzione numerica dei globuli rossi. Jaksch ha riscontrato lo stesso reperto, mentre Stecher distingue l'alterazione sanguigna a seconda dei periodi della malattia avendo notato in alcuni casi come nello stadio iniziale esista linfocitosi polinucleare neutrofila e nella fase terminale invece linfopenia.

Da questi dati è chiaro che non è possibile precisare in modo assoluto un quadro ematologico patognomonico dell'affezione in studio, solamente è possibile affermare come in un numero piuttosto rilevante dei casi si sia riscontrata una diminuzione numerica a carico dei globuli rossi; a carico dei globuli bianchi qualche volta, come dice Micheli, fu riscontrato un aumento numerico, mentre in altri casi o è rimasto immutato il numero degli stessi leucociti o si è avuto anche una lieve diminuzione di essi (Jamasaki, Luce, Rosenfeld, Ewing, ecc.).

Pertanto è chiaro che nessun dato ci viene fornito da questo esame come elemento diretto nello studio della linfogranulomatosi ed unicamente esso deve essere sempre praticato per escludere o accertare la forma leucemica.

Altro dato incerto è rappresentato dal comportamento della milza: questo organo mentre in alcuni casi è aumentato di volume (Satta dal 75-80 % dei casi), in altri o presenta un aumento appena percettibile o si trova nelle normali dimensioni. Si comprende che ciò è completamente diverso quando si abbia una localizzazione splenica poichè in questo caso l'affezione segue il suo decorso abituale.

Solo difficilmente si hanno alterazioni a carico dell'apparato uropoietico e pure ritengo opportuno accennare come le manifestazioni cutanee non rappresentino un segno frequente della linfogranulomatosi. Tale manifestazione per lo più si presenta nel periodo terminale e secondo il mio modo di vedere deve essere attribuita in special modo ad alterazioni del ricambio generale piuttosto che alla malattia in se stessa.

L'unico elemento che caratterizza questa forma eziologicamente ancora non bene conosciuta è l'esame istologico: questo in modo indubbio ci ha permesso di considerare come entità morbosa a sè una sindrome che clinicamente non può dirsi bene definita. Infatti i reperti osservati e riferiti nelle molteplici memorie sono tutti concordi nell'ammettere una lesione che distruggendo progressivamente la linfoghiandola porta come conseguenza una trasformazione connettivale ed in mezzo a tale tessuto (altro elemento che caratterizza il quadro anatomopatologico) si ha l'esistenza di numerosi elementi cellulari di aspetto vario (rotondeggianti, fusiformi, irregolari nella forma) e talvolta anche con due nuclei ben distinti che permettono di differenziare il reperto stesso da altre affezioni e più precisamente dal sarcoma. Come più sopra ho accennato la malattia ha un decorso cronico con andamento progressivo che talvolta però ha esito piuttosto rapido e con la conseguente morte del paziente in un tempo anche breve.

Il trattamento è stato vario e molti autori hanno proposto i preparati jodo-arsenicali avendo ottenuto in alcuni casi dei buoni risultati; altri (Alessandrini, Chavul e Longe ecc.) hanno trattato questa forma con la radioterapia e sembra da quanto è stato riferito che i risultati non siano stati cattivi, ma come giustamente Micheli scriveva alcuni anni fa è opportuno ripetere che non si potrà stabilire un trattamento adeguato fino a che non si conoscerà in modo indiscusso la genesi della malattia.

***

Dai dati ricavati dal caso speciale capitato alla mia osservazione e dai dati riferiti nei casi riportati nella letteratura riguardante l'argomento sono venuto nel convincimento che la linfogranulomatosi deve essere considerata come una forma prettamente infiammatoria e causata da un agente ancora non conosciuto ma indipendente sia dall'infezione luetica, sia dall'infezione tubercolare.

□□□

NOTE DI TERAPIA

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E MATERIA MEDICA DELLA R. U. DI MODENA

IL SOLFO COLLOIDALE (SULFOSOLO) QUALE MEDICAMENTO SINTOMATICO PER I TUMORI GASTRICI MALIGNI.

(Priorità e motivi della indicazione. - Ricerche sperimentali)

Nota del prof. GUIDO M. PICCININI — Direttore

Una grande novità ci ha portato il prof. Cignozzi, il valoroso chirurgo direttore dell'Ospedale di Grosseto, con la sua nota preventiva dal titolo « Lo zolfo nella terapia dei tumori maligni » (*), pubblicata il 18 gennaio c. a. nel N. 3 di questo classico giornale medico (1).

Ci dice il prof. Cignozzi che « da due anni va sperimentando lo zolfo su vasta scala in un centinaio di malati affetti da neoplasmi maligni e i risultati incoraggianti ottenuti dimostrano come allo zolfo bisogna oggi accordare la massima fiducia come cooperante agli altri mezzi di terapia nel trattamento locale e generale dei neoplasmi a varia sede ».

Ora io mercè la cortesia dei redattori della *Riforma Medica* mi permetto di entrare nell'argomento perchè già da sette anni indico e raccomando il solfo colloidale per bocca nella cura dei tumori maligni dello stomaco, operabili e inoperabili, come il migliore rimedio analgesico ed eupeptico, e come mezzo anche, fatto questo di singolare importanza, che rallenta e ritarda l'evolversi di così grave processo morboso, del quale in primo tempo rimpiccolisce e rammollisce la massa. Vediamo quindi nella nota del prof. Cignozzi i punti che ora mi interessano: *Indicazioni, effetti, esito.*

Fra le indicazioni trovo:

« Carcinomi inoperabili delle pareti gastriche, sui quali si è fatto agire unicamente lo zolfo, che è stato somministrato sia per iniezioni intramuscolari, sia contemporaneamente a gocce per bocca »;

« Carcinomi del piloro, a tipo scirroso, operati di gastroenterostomia palliativa in cui dopo tale intervento fu istituita una lunga serie di iniezioni di zolfo arsenicale »;

(*) Si può dire e scrivere: il solfo, lo zolfo, il zolfo. In scienza si deve seguire la prima maniera.

Digitized by Google

« Carcinomi inoperabili dello stomaco, dell'intestino, nei quali furono eseguite solo prolungate iniezioni di zolfo ».

Gli effetti terapeutici, scrive il Cignozzi, sono:

« Rapida e sensibile attenuazione del dolore, che in alcuni soggetti si riduce al minimo; e in quelli abituati a stupefacenti, ho ottenuto effetti superiori e la possibilità di abolire per molti mesi gli oppiacei »;

« La tinta cachettico-paglierina si modifica nella maggioranza dei casi in modo favorevole, l'ematosi si rende più ricca già dopo un paio di settimane di cura »;

« La massa tumorale... si riduce quasi di un terzo... e in taluni casi a una buona metà »;

« Col migliorare dei fatti generali cessa quell'astenia dei tessuti ed i malati spesso possono ritornare alle loro occupazioni. I pazienti che procedono bene seguitano a mantenere il loro benessere... i benefici effetti durano moltissimi mesi, mentre gli altri dopo i primi miglioramnti ricadono verso la cachessia... la neoplasia riprende il suo fatale andare, pur restando i sintomi mitigati dalla continua terapia dello zolfo »;

« I casi di refrattarietà non sono frequenti: questi sono le forme encefaloidi del cancro, e quelle molto diffuse; il tipo fibroso è quello che meglio risente l'efficacia dello zolfo ».

Questi punti principali della nota preventiva del prof. Cignozzi si presentano dunque a ognuno dotati di grande valore, perchè oltre ad essere nuovi e a dischiudere problemi da risolvere, hanno essi un interesse immediato pratico. Se frattanto io intervengo nell'argomento, gli è per dire che il contributo del prof. Cignozzi viene a dare una piena conferma e una più ampia estensione a quanto ho scritto nel giugno 1920, ricordato nell'aprile 1922, ribadito nel dicembre 1924, e nuovamente illustrato nel luglio 1926 (2, 3, 4 e 8).

Non voglio insistere sulla questione della priorità: siamo tutti italiani, e tanto basta, perchè la indicazione del solfo nella cura dei tumori maligni, non si trova in scritti d'oltr'Alpe.

Dopo tre miei casi affetti da carcinoma gastrico, una donna e tre uomini, che ebbero effetti favorevolissimi dall'uso per bocca di solfo colloidale, ho incominciato nel 1919-20 a diffondere tale cura tra i medici dell'Emilia e, raccolta poi la loro statistica, mi sentii autorizzato a scrivere nel giugno 1920 quanto segue:

«Come dal punto di vista della preparazione il Sulfosolo (solfo nel vero stato colloidale: massima dispersione, purezza, stabilità) forma una individualità chimica, così da quello terapeutico esso porta una grande novità: il Sulfosolo combatte i tumori maligni e specialmente il carcinoma gastrico.

Sotto il suo uso:

a) i dolori allo stomaco diminuiscono, poi cessano e scompaiono del tutto;

b) il vomito si fa meno frequente, meno intenso e poi più non compare. L'infermo quindi trattenendo gli alimenti e liberato dai dolori, ne rimane assai sollevato, trae vantaggio dalla nutrizione e l'animo suo si rasserena.

Così anche solo per questo importantissimo e desideratissimo risultato, il Sulfosolo è da preferirsi in tutti i casi alla morfina e a qualsiasi altra preparazione sedativa, antispasmodica o narcotica.

c) Il tumore diminuisce di volume e di consistenza, si va rammollendo e perde alla periferia le sue aderenze o i suoi contorni (risultati semeiotici e radioscopici);

d) Le condizioni generali dell'infermo, sanguinificazione e nutrizione, migliorano in modo inaspettato.

Nei casi di tumore circoscritto, l'azione del Sulfosolo si presenta come veramente curativa, nosocratica; in quelli gravi, oltre a combattere i dolori e il vomito, spesso riesce ad arrestare l'evoluzione del tumore e a produrre così una insperata sopravvivenza dell'infermo, che in alcuni casi ha sorpassato un anno, mentre essi avevano avuto dai più una prognosi infausta a brevissima scadenza» (2).

Ecco dunque che i miei risultati collimano uno ad uno con quelli del prof. Cignozzi: sparizione dei dolori, senza più affatto bisogno di morfina e sostituti, risveglio dell'appetito e dell'ematosi, aumento di peso, remora del processo tumorale, rinascita delle forze fisiche e psichiche.

Mi sia concesso di presentare a scopo illustrativo un brano della storia clinica di un malato del Dott. Bargero, medico condotto di Castel Bolognese, la quale ha la data del 15 luglio 1920.

«La diagnosi di cancro dello stomaco si impose facilmente, sicchè inviai l'ammalato (Sante M., di anni 65, fabbro) alla Clinica Chirurgica del prof. Nigrisoli: L'a., come era da prevedere, lo rimandato con diagnosi di cancro inoperabile dello stomaco. Alla fine di febbraio fu decisamente obbligato al letto con vomito incoercibile e il 1. marzo ebbe ematemesi, che si ripetè per tre giorni successivi, e melena sicchè stremato di forze lasciava temere la fine non molto lontana. Fu in questo momento che io potei avere dal dott. Rossi dell'Istituto di Chimica farmaceutica della R. Università di Bologna una bottiglia di solfo colloidale da lui preparato con metodo speciale, e di cui avevo sentito parlare in varie sezioni del Policlinico. Ne somministrai tre cucchiaiate al giorno al malato e ne ebbi come risultato immediato la cessazione del vomito e dei dolori. Per tutto il mese di marzo l'a. fu obbligato al letto, ma si sentì ogni giorno ritornare alla vita: potè prendere qualche cibo di poco volume e molto nutriente, potè bere a volontà, mentre piano piano la regione epigastrica divenne meno dolente, alla palpazione più pastosa, più molle, ed i bernoccoli tendevano a scomparire. Ai primi di aprile l'individuo, di temperamento irascibile e nervoso, non tollera più di stare in letto e si persuade solo a stare in camera sua sopra una sedia a sdraio.

Scomparsi i dolori (il vomito non si era più manifestato) l'ammalato comincia a provare (è il termine da lui usato) il suo stomaco. Alla fine di febbraio fu decisamente obbligato al letto me pesta, poi le predilette paste all'uovo: tutto viene introdotto e consumato senza il più piccolo dolore. Verso il 20 di aprile mi comunica che oramai siede a mensa con la propria famiglia, perchè ha provato a mangiare di tutto e mi sbalordisce dicendomi che, malgrado gli avvertimenti e i consigli, ha provato carne di maiale, insalata, lupini! Sicuro di se stesso oramai si reca in maggio a Faenza per affari e compie una passeggiata a piedi di almeno 6 km. Dello stomaco non se ne parla più » (3).

In questo individuo la pelle e le mucose mantennero pressochè invariato il colore paglierino, il peso del corpo poco aumentò. Ma è da rilevarsi che egli incominciò la cura in uno stato di cachessia avanzatissimo e che ad ogni modo egli stette bene per tutto il resto del 1920 e buona parte del 1921, occupandosi dei suoi affari e mangiando senza preoccupazioni di sorta!

Venne sì poi quasi improvviso un arresto di questo benessere e una ripresa del processo canceroso, che rapidamente evolvette all'esito finale. Ciò tuttavia non diminuisce per nulla la virtù terapeutica del solfo sicuramente dimostrata, ed io non dò inoltre importanza al fatto che quell'uomo aveva smesso da molti mesi l'uso del Sulfosolo.

La nostra statistica andò aumentando per opera di molti medici, e così nella seconda edizione del Manuale di Materia Medica (4) credetti doveroso ricordare il Sulfosolo per questa indicazione terapeutica; e ancora due anni dopo, in base ad altra statistica mi sentii maggiormente spinto a parlare di tale cura più diffusamente in una Rivista di Materia Medica (5).

Motivi della indicazione. Desideroso di portare sollievo ad una donna in cachessia progressiva e dolorante per carcinoma gastrico, giudicato inoperabile dai chirurghi e abbandonata alla sua sorte, venni nel proposito di somministrarle una delle molte sostanze chimiche che nelle mani di vari ricercatori si erano mostrate capaci di inibire lo sviluppo dei tumori sperimentali. Fra le sostanze vi era l'eosina-selenio, che in questo senso fu la prima e rimase la più felice per opera di A. v. Wassermann e Keysser (1911); poi vi erano il platino, il palladio, l'oro, il rutenio, lo stagno, il piombo, il cobalto, il tellurio, l'uranio, ecc. (Neuberg, Gaspari e Lahe, Grillo, 1912, Almagià, 1919, ecc.), che da più a meno si mostrarono ognuno capaci di inibire l'evolversi dei tumori sperimentali, se dati per la via endovenosa. Una fusione del tumore e anche arresto di sviluppo aveva pure ottenuto (1912) l'Izar, egregio collega mio di allora e di oggi « con ripetute iniezioni endovenose di solfo colloidale Heyden o Kalhbaum in topi portatori di sarcoma trapiantabile ceppo Ehrlich (6). Ma nessuna di queste sostanze era stata consigliata o sperimentata nell'uomo. Solamente la cuprase, definita per ossido idrato colloidale di rame, era offerta ed indicata ai medici contro i tumori inoperabili, e da somministrarsi per iniezioni intramuscolari (Gaube du Gers, 1912), ma essa non raccoglieva la fiducia loro.

Digitized by Google

Fra le tante sostanze chimiche sperimentate ed ora vedute, fissai la mia attenzione sul solfo, per due serie di considerazioni, che si compenetrano a vicenda e che anche oggi non trovo motivi di abbandonare.

La prima riposa sul concetto espresso da un illustre Maestro scomparso, il Cantani: dovere distinguere gli elementi affini al corpo da quelli alieni, quelli della compensazione organica dà quelli dell'offesa. Concetto che troviamo ripetuto da altro eminente Maestro il Coronedi, nel suo Manuale di Farmacologia (2ª ediz.). Elementi pertanto, che io chiamai eccitanti fisiologici gli uni, eccitanti tossici gli altri, coi quali ultimi la materia vivente difficilmente potrà, rispetto ai primi, mantenere l'equilibrio metabolico, riacquistarlo e anche reintegrarsi. Per conseguenza fra le tante sostanze dimostratesi inibitrici l'evolversi dei tumori sperimentali, la preferenza era da assegnare al solfo, perchè questo è un elemento costitutivo caratteristico di ogni sostanza proteica, come insegna da tempo la chimica fisiologica (7).

In ciò risiede la seconda serie di considerazioni che fanno del solfo un medicamento ricostituente. Fu primo, se non erro, il farmacologo prof. Ugo Schultz dell'Università di Greifswald, che trattò del solfo ampiamente da questo punto di vista in varie memorie (1894-1907), giungendo anche ad esporre nelle sue «lezioni» il concetto di una fame di solfo da parte dei tessuti o di alcuni tessuti e in determinati casi o condizioni dell'organismo.

La priorità della « concezione di una possibile reintegrazione organica a mezzo dello zolfo » è dunque di questo studioso e non di altri, come viceversa si legge in un opuscoletto che in questi giorni raccomanda un preparato galenico di solfo.

Collaborando col mio Maestro, il prof. Novi, che da queste pagine devotamente saluto, alla redazione del suo « Trattato di Farmacoterapia » dove l'argomento del solfo è ampiamente svolto (8), mi riuscì facile scegliere la forma di solfo da somministrare a quella donna che ho ricordato. Fu il solfo colloidale, e, fra i tanti che portano questo appellativo, scelsi quello che unico, in seguito ai saggi, a buon diritto poteva così denominarsi. Fu esso il solfo colloidale Raffo (1908), che nel 1920 venne dato alle farmacie col nome di Sulfosolo.

A quella donna consigliai in primo tempo la cura per bocca, cinque, sei cucchiaini al giorno in acqua e a digiuno, per tentare poi eventualmente altre vie di somministrazione. Ma non ebbi bisogno di ricorrere a queste, perchè con mio infinito piacere, vidi prestissimo dei grandi benefici: scomparsa dei dolori e rinascita dell'appetito; poi riacquisto di forze, diminuzione progressiva di durezza alla parte; il resto è noto avendolo detto più sopra.

Ricerca sperimentale. Nell'anno accademico decorso 1925-1926, ho fatto studiare dal dott. Zagni l'« influenza del Sulfosolo sopra la evoluzione dei tumori sperimentali nei topolini bianchi », con un piano di esperienze bene vagliato. I risultati furono da me comunicati alla Società Medico-Chirurgica di Modena e il lavoro intiero è ora sotto stampa (9).

I fatti che emersero sono:

« 1. Il Sulfosolo arresta la evoluzione dei tumori sperimentali (sarcoma trapiantabile) dei topolini bianchi e fa scomparire la neoformazione prodottasi;

2° la scomparsa di questa è preceduta da un rammollimento al quale subentra un progressivo impiccolimento;

3° la zona già occupata dal tumore si presenta istologicamente con segni di avvenuta rigenerazione;

4° il Sulfosolo produce tale effetto per iniezioni ipodermiche in corrispondenza del blastoma trapiantato;

5° tale effetto si ottiene in dosi tenuissime di gran lunga inferiori a quelle di ogni sostanza fino ad oggi all'uopo sperimentata e riuscita favorevole solo per la via endovenosa ».

Meccanismo d'azione. Evidentemente in questa sua azione curativa dei tumori maligni il solfo colloidale (Sulfosolo) deve esplicare proprietà oncotrope, per le quali gli elementi blastomatosi sono arrestati nel loro sviluppo e vengono anche a ricevere un esaltamento nei loro poteri autolitici.

Oltre a questa proprietà, il solfo colloidale (Sulfosolo) ne eserciterà un'altra, quella di organo-restauratrice nel senso dello Schultz, cioè di stimolante fisiologico nutritivo, in quanto anche da alcuni autori si va ora pensando in seguito a certe analisi, che nell'organismo dei carcinomatosi vi sia difetto di solfo.

Intorno ad altro meccanismo d'azione scrive ora il dott. Campanacci, della R. Clinica Medica di Parma, pubblicando nel N. 11 di questo giornale, un commento alla nota del prof. Cignozzi, in quanto questi « nessun accenno fa, sia pure in via ipotetica, sul meccanismo con cui lo zolfo esplicherebbe la sua azione sui neoplasmi maligni ». Ricorda il dott. Campanacci che sue recenti ricerche mettono in luce un parallelismo di azione tra solfo e insulina, in quanto il primo determina ipoglicemia nei sani e nei diabetici, la seconda inibisce lo sviluppo dei tumori tanto sperimentali quanto umani; e siccome inoltre il solfo è un componente dell'insulina, e le insuline povere di solfo sono poco attive, così i reperti curativi del prof. Cignozzi ne riceverebbero una ragionevole spiegazione (10).

Vi sarebbe da discorrere su tali induzioni, ma sarà opportuno attender altri dati: faccio eseguire dalla dott. Levi prove di Sulfosolo in diabetici e presto renderò noti i risultati nella loro intierezza.

Somministrazione. Vi sarebbe infine da dire qualche cosa sia sul preparato usato dal prof. Cignozzi, che oltre a solfo (definito per soluzione satura alcoolglicerica e detta Sulfor) contiene arsenico (Sulfor arseniato: 20 gocce contengono 2 mg. di Arsenico); sia sulle dosi propinate per iniezione intramuscolare e per bocca. Dirò solo che, siccome le dosi del preparato somministrate ai suoi malati sono state piuttosto alte, il prof. Cignozzi avrebbe dovuto considerare anche l'altro componente, l'arsenico, che da antico tempo si sa capace di determinare qualche volta una sorprendente regressione di linfomi maligni, dato e per bocca e con le iniezioni intraparenchimatose.

Bene tuttavia fece a trascurarlo, perchè, come si è veduto, è sufficiente il solfo per sè nella cura in questione, come pure basta esso solo per dare l'azione ipoglicemica.

BIBLIOGRAFIA

(1) Cignozzi O. Lo zolfo nella terapia dei tumori maligni. Riforma Medica, 1927, XLIII, 58-59. (2) da: Terapeutica, bollettino bibliografico intern. di Farmacologia clinica, 1920, n. 1, pag. 11. Edito dall'Istituto I. C. O. di Bologna. — (3) da: Terapeutica, 1920, n. 2 (novembre), pag. 25-26. — (4) Tappeiner-Piccinini G. M. Manuale di Materia Medica e Farmacoterapia. 2ª ediz. ital. pag. 494. Torino, Utet, 1922. — (5) in Annuario Scientifico ed Industriale, LX, vol. II, 388-394, Milano, Treves, 1923-24. — (6) G. Izar. Pathologica, 1912, IV, 225-26; 1913, V, 162; 470. — (7) Vedi articolo e letteratura in Beaunis-Aducco. Elementi di Fisiologia Umana, vol. I, pag. 54-56, Torino, Utet, 1901. — (8) a pag. 368-416 del vol. II con letteratura e citazione critica dello Schultz. Torino, Utet, 1913. — (9) Idem Vedi: Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Modena, an. 1926, fasc. 2, pag. 71-74. Il lavoro del dott. Zagni sta per uscire nel giornale del prof. Fichera, i Tumori. — (10) D. Campanacci. A proposito di zolfo-terapia nei tumori maligni. Riforma Medica, 1927, pag. 262-63.

RIVISTE SINTETICHE

LA ECHINOCOCCOSI RETROPERITONEALE

Molto rare sono le osservazioni, sinora note, di cisti da echinococco a sede retroperitoneale. Secondo una statistica di Devé, poggiata su 272 casi di cisti idatidee primitive, rimpetto alla sede epatica con percentuale di 74.9 si ha per le cisti retroperitoneali una percentuale di appena 1 o 2. In Italia sono state pubblicate osservazioni da Baldoni, Ferretti, Caucci, Cavina, da Mario Fanucci, che in una esauriente monografia con il contributo di una osservazione personale, studiata nella Clin. Chir. di Pisa (diretta dal Prof. D. Taddei), esamina tutti i lati di questo argomento, che interessa tanto l'anatomopatologo quanto il clinico.

Sembra molto probabile che la via di accesso al connettivo retroperitoneale per gli embrioni dell'echinococco sia quella sanguigna. Per il resto, come anatomia patologica, le cisti da echinococco retroperitoneali non presentano differenze con quelle degli altri organi. Infatti possono rimanere asettiche o infettarsi o degenerare e il liquido contenutovi può essere limpido, come acqua di roccia, od apparire giallastro, puriforme, poltaceo, gelatinoso, cretaceo. La parete della cisti può essere rugosa, zigrinata, calcarea; la sua struttura è quasi sempre lamellare con rare cellule connettivali od elementi linfatici; il volume varia da una testa di feto ad un uovo di gallina.

Le cisti retroperitoneali, se a sede mediana, si presentano quasi sem-

Digitized by Google

pre a livello e sotto la regione peri-ombelicale, onde l'addome, come aspetto, risulta paragonabile a quello che notasi nelle donne incinte. Quando la sede è laterale, la cisti può occupare i quadranti addominali superiori (ad es. sotto l'arcata costale) oppure inferiori, nel quale caso simula una cisti ovarica.

Il rene può subire spostamento in basso, qualora la cisti si svolga verso il diaframma. Se, invece, la tumefazione cistica è retrorenale, il rene verrà a trovarsi innanzi ad essa. In questo caso, l'uretere viene in parte scollato dal peritoneo posteriore e respinto contro la parete muscolare posteriore con conseguenti disordini meccanici nella discesa dell'urina. Le anse intestinali si spostano verso la parte opposta al tumore, se questo è a sede laterale; circuiscono, a guisa di corona, il tumore, se questo è a sede mediana.

Il quadro clinico esordisce con dolori, vaghi e transitorii, esacerbabili per cause insignificanti, specialmente durante i cangiamenti di posizione; più intensi nella sede corrispondente alla intumescenza e spesso irradiati in vario senso, ciò che accresce le difficoltà nel giudizio d'agnostico. Si aggiungono disordini gastro-enterici, ma di non spiccata intensità ed anche lo stato generale si mantiene normale finchè non si designa e s'intensifica una intossicazione intraorganica, la cachessia idatidea.

Nella sede della intumescenza talvolta notasi uno sviluppo abnorme del reticolo venoso sottocutaneo addominale. Se quella sede è prossima alla colonna vertebrale, potrà attuarsi la palpazione lombo-addominale e percepirsi il ballottamento come nelle tumefazioni renali. Se la tumefazione è discesa nel cavo pelvico, è necessario associare alla palpazione l'esplorazione rettale e quella vaginale per definire i rapporti di quella tumefazione con i vari organi contermini. Se la cisti giunge in contatto con la parete addominale anteriore, allora nel caso in cui la posizione sia mediana, si potrà mettere in rilievo rispetto al piano orizzontale una zona di ottusità, contornata nel resto da una zona uniforme di risuonanza timpanica o ottuso-timpanica; qualora la sede sia laterale, l'ottusità si noterà eccentricamente perchè la massa del tenue è raccolta verso il lato opposto. La ottusità si continuerà con quella epatica, se la cisti si sviluppa in corrispondenza dall'epiploon gastro-epatico. In questo caso, come in un infermo studiato da Fanucci, si nota, dopo l'insufflazione rettale, l'ottusità corrispondente alla fossa iliaca occupata dal tumore, diminuire verso la parte mediana e poi essere sostituita da un suono timpanico. La indagine radiologica concorre a precisare la sede.

Come criterio differenziale, i lipomi si riconoscono rispetto alle cisti, per la spostabilità passiva, per la lobulazione, per la netta chiarezza ai raggi X, anche quando si tratti di massa molto voluminosa. Insidiosi per la diagnosi sono i fenomeni di deperimento generale, quando la intumescenza sia molto vicina alle pareti ossee del bacino e però il pensiero può volgersi verso l'ascesso freddo o tubercolare latero-vertebrale. Un buon criterio differenziale con questo ascesso è la sensazione tattile di una netta tensione, che rarissimamente o non mai si osserva in caso di ascesso freddo ed è invece comune nella cisti da echinococco.

Se la cisti comprime nettamente la testa del pancreas, possono notarsi i fenomeni di menomata escrezione del succo pancreatico e di ostacolato deflusso della bile.

Le cisti ovariche si originano sempre dal piccolo bacino, poi nell'aumentare di volume riescono a spingersi in alto, oltre che la esplorazione vaginale farà sentire la connessione delle cisti ovariche con l'utero, il quale si nota deviato dal lato opposto al tumore. Lo stesso dicasi per i cistomi del paraovario.

Il fremito idatideo ha perduto parecchio della sua importanza rispetto all'echinococco, potendo mancare in questo tumore e viceversa osservarsi in malattie differenti da questa.

Quando alla presenza della tumefazione non precedeva una lesione renale l'albuminuria e la cilindruria, secondo le osservazioni di Cignozzi, hanno valore diagnostico-pronostico, indicando che esiste la cisti idatidea e che questa presenta complicanze o degenerazione (suppurazione, tisi idatidea). La eosinofilia, se esiste, concorre ad accertare la diagnosi, senza avere significato specifico. La deviazione del complemento ottenuta col siero dell'infermo rispetto all'antigene, rappresentato dal liquido idatideo, è abbastanza sicura come valore diagnostico, specialmente considerando che dà risultato negativo in caso di cancro, di tubercolosi, di sifilide, per quanto debbano tenersi presenti le reazioni dette di gruppo e verificabili in casi di tenia saginata, di botriocefalo.

La intradermoreazione, ottenuta iniettando nello spessore del derma il liquido cistico e l'estratto acquoso della membrana idatidea (saggio di Casoni), ha valore importante, quando sono molto netti i fenomeni di allergia (eritema, infiltrazione edematosa). Il saggio di Casoni dà risultato negativo, sempre che la cisti sia andata soggetta a suppurazione o degenerazione.

Nel 1923, Luridiana ha proposto e attuato un saggio, basato sull'anafilassi passiva. All'uopo, 3 parti di siero fresco e limpido, proveniente dall'individuo supposto malato di cisti idatidea, si mescolano con 5 parti di liquido cistico; questa miscela s'inietta nella vena marginale di un coniglio. Si nota a questa iniezione seguire i fenomeni di anafilassi acuta, se il siero appartiene a individuo sicuramente colpito da echinococcosi. Luridiana ritiene che si tratti della formazione di una anafilotossina echinococcica.

Nella echinococcosi retroperitoneale, come cura è naturale che questa sia di spettanza chirurgica. Ma la difficoltà dell'intervento è non scarsa, qualora esistano forti aderenze col peritoneo o con organi confinanti (uretere). Se la cisti è propagata da organi retroperitoneali, talvolta necessita ricorrere alla demolizione parziale o totale dell'organo interessato. In genere, conviene aggredire la tumefazione per la via lombo-iliaca anzichè per quella transperitoneale.

BIBL. Mario Fanucci. Il Policlinico, Sez. Chir. 1927, fasc. 1. — Nassetti. Arch. Ital. di Chir., 1925. — Luridiana. Sassari Tip. Operaia, 1923. — Cavina. Riforma Medica, 1924.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'oleotorace nella cura di alcune complicazioni della tubercolosi polmonare. — L. Bottacin. *Atti della Società Medico-chirurgica di Padova*, n. 5-6, 1926.

La pratica dell'oleotorace terapeutico, proposta nel 1922 dal Bernou, consiste nell'iniezione endopleurica di una soluzione sterile di olio di olive con gomenolo all'8 %, alla temperatura di circa 37° C per aumentarne la fluidità, previo svuotamento del cavo pleurico in caso di empiema. L'A. si è servito di detta tecnica in 12 infermi, 8 di pneumotorace spontaneo, dei quali tre in corso di cura di pneumotorace terapeutico, e 4 di pleuriti purulente recidivanti, nei quali erano falliti i trattamenti terapeutici più comuni. Modificazioni apportate dall'A. alla tecnica originale sono state: lavaggio accurato del cavo pleurico, in casi di pio-torace, con una soluzione di lisolo 5 % prima dell'introduzione dell'olio medicato; sostituzione in certi casi all'olio gomenolato di una soluzione oleosa di Mugolio al 4 %; posizione laterale dell'ammalato, infiggendo l'ago lungo l'ascellare media, in modo che ad ogni espirazione uscisse dal cavo pleurico, dopo tolta la siringa, una certa quantità di aria, così da impedire la iper-pressione endopleurica, causa degli spostamenti mediastinici, dei dolori più o meno vivi e degli accessi di tosse e di soffocazione dei malati. La quantità di olio iniettato fu sempre molto minore della quantità di pus estratto, aggirandosi in media alla prima introduzione sui 400-500 cc. e aumentando in seguito fino a 1000 cc. e più in modo da bagnare abbondantemente la maggior parte di pleura possibile e da arrivare col livello dell'olio superiormente alla lacerazione polmonare.

Nei casi trattati, l'A., sia adoperando l'olio con gomenolo che quello con Mugolio, ha sempre raggiunto lo scopo della disinfezione della pleura nei casi di empiema; crede inoltre che con detto mezzo si ottenga la chiusura delle fistole pleuro-polmonari nel pneumotorace spontaneo, qualora le lesioni non siano troppo vaste, e che esso sia utile specie nei pneumotoraci a valvola per mantenere la chiusura della valvola ed evitare la iper-pressione endopleurica.

Il pneumotorace sintomatico a basse pressioni. — E. De Castiglione. *L'Ospedale Maggiore*, n. 3, 1927.

Il pneumotorace sintomatico a basse pressioni è, secondo l'A., un rimedio terapeutico che non pretende di curare la malattia tubercolare, ma solamente i sintomi principali di essa, almeno in parte, ed a soddisfare alcune indicazioni speciali. Esso è attuabile in molti casi di tubercolosi polmonare bilaterale avanzata — sempre s'intende quando vi sia una certa sproporzione delle lesioni nei due lati — e qualora gli altri rimedi si siano dimostrati insufficienti; costituisce, allora, in tali casi l'unico mezzo di cura, materiale e morale, che può dare ancora qualche vantaggio. Il pneumotorace ipotensivo è da praticarsi inoltre in quei casi con lesioni prevalentemente monolaterali, nei quali uno pneumotorace compressivo fin dall'inizio potrebbe avere effetti dannosi; non è, d'altra parte, consiglia-

Digitized by Google

bile, perchè inutile e dannoso, nei casi di tisi polmonare avanzata, nei cachettici, negli individui con condizioni cardio-renali gravemente compromesse. Anche i casi a rapida diffusione ematogena (forme miliari) sono da evitarsi.

In ogni caso il pneumotorace sintomatico esige, sia da parte del medico che del paziente, prudenza ancora maggiore del pneumotorace curativo; anzi è opportuno che la cura venga praticata in luogo adatto per il controllo continuo dell'ammalato e per le condizioni di ambiente richieste. Praticata con queste cautele, la collassoterapia ipotensiva permette in certi casi, dopo un periodo di attesa adeguato, di ottenere un collasso completo curativo, ciò che non sarebbe stato possibile se al principio della cura si fosse voluto raggiungere direttamente tale scopo.

Non è possibile, secondo l'A., dettare regole fisse per il decorso della cura; la tecnica da seguire, infatti, dipende da vari fattori (diffusione, gravità e carattere delle lesioni; precedenti morbosi del paziente, suo stato generale, condizioni degli altri organi, sopra tutto cuore e vasi, ecc.), i quali variano da individuo a individuo e non permettono una linea unica di condotta. Circa le pressioni endopleuriche, occorrerà tener presente che esiste un «valore critico» individuale, che si avrà cura di non superare se non si vorranno avere conseguenze dannose.

Il contenuto del sangue in sali minerali in condizioni patologiche. — A. Blumgarten e G. Rohdenburg, New York. *Arch. of Internal Medecine*, 15 marzo 1927.

Gli AA. hanno ricercato in oltre 170 infermi, affetti dalle più svariate malattie, il contenuto del sangue in sali minerali.

Dalle loro precedenti indagini risulta che normalmente detti sali si trovano nelle seguenti quantità: sodio, 120-180 mgr. per 100 cmc.; potassio, 130-170 mgr. per 100 cmc.; calcio, 6-11 mgr. per 100 cmc.; magnesio 2,98-4 mgr. per 100 cmc.; sali totali 250-300 mgr. per 100 cmc.

Queste cifre subiscono notevoli variazioni in svariate condizioni patologiche e specialmente nel carcinoma, nella leucemia e nella porpora emorragica.

Nei carcinomatosi fu notata nel 50 % dei casi una notevolissima diminuzione del magnesio e del calcio.

Nei leucemici e negli affetti da porpora emorragica esiste una forte riduzione della concentrazione del potassio e un aumento compensatorio della concentrazione del sodio e del calcio.

La nefrite cronica con ipertensione mostra uno scarso contenuto del sangue in calcio e un aumento del contenuto in sodio.

Le affezioni della vescicola biliare inducono in genere un aumento dei sali totali, con speciale riguardo al magnesio.

I perturbamenti della secrezione pancreatica esterna nel diabete mellito. — Marcel Labbè e Rèchard. *Arch. des mal. de la digestion*, tom. XVI, n. 8.

Con il contributo di osservazioni personali, gli AA. provano che negl'infermi di diabete mellito, oltre alla nota insufficienza della secrezione pancreatica interna (corpuscoli o isolotti di Langerhans), debbono ammettersi perturbamenti nella secrezione esterna. Anche in America i risultati delle più recenti indagini convergono verso questa conclusione, specialmente come scarsezza del fermento lipolitico o lipasi e del fermento proteolitico o tripsina. Labbé e Réchard vorrebbero riservare la denominazione di diabete pancreatico ai casi, in cui esiste questa insufficienza della secrezione pancreatica esterna, oltre che della secrezione interna.

Come trattare i bambini di madri tubercolotiche. — Couvelaire e Bernard. *La Presse Méd.*, 1926, n. 95.

Secondo le osservazioni degli AA., i nati morti di madri gravemente tubercolizzate hanno presentato, nella proporzione di 3 su 6, bacilli di Koch acido-resistenti nei gangli linfatici o nella milza. Nei 3 cadaveri, in cui non si rinvennero bacilli specifici acido-resistenti, si prepararono estratti da vari organi e la inoculazione di questi estratti nelle cavie non provocò lesioni caseose, ma in questi animali inoculati si rinvennero bacilli specifici, per quanto rari, nei gangli linfatici.

Nei bambini, sottratti immediatamente dopo la nascita alle madri gravemente tubercolotiche, la mortalità fu molto elevata, ma nel primo mese della vita extrauterina; invece la mortalità andò gradatamente diminuendo, a misura che passavano altri mesi di permanenza in locali di separazione, fino a notarsi una mortalità di appena 7 per 100.

Nei bambini morti si osservò una emaciazione progressiva, ma senza nette lesioni alla necroscopia.

Gli AA. mettono in rilievo che nei bambini morti nel primo mese della vita extrauterina deve trattarsi di trasmissione del virus specifico dalla madre al feto, per quanto in forma prevalente di virus filtrabile. Notano anche che, nei bambini sopravvissuti dopo l'allontanamento precoce dall'ambiente familiare, il risultato benefico si è ottenuto senza bisogno di vaccinazione specifica.

Etiologia della sindrome di Korsakow. — Köster in Gothenburg. *Acta Medica Scandinavica*, vol. 65, 5-6, 1927.

Si discute tuttora sulla possibilità o meno di osservare questo complesso sintomatico indipendente dall'influsso dell'abuso di alcool; ed ecco che qualche osservazione verrebbe ad affermare si possa riscontrarla anche in seguito di beriberi, influenza, encefalite epidemica.

Un'osservazione minutamente riportata dall'A. rientra in questa categoria, e riguarda una donna di 66 a. A breve intervallo da una piloroectomia, subentrarono disordini psichici concomitati da una polineurite. Nel corso di qualche mese si perturbò la intelligenza, si andò perdendo il concetto della propria personalità e di quanto la circondava. Sebbene adagio adagio i sintomi andassero decrescendo, persisteva tuttavia una totale debolezza amnesica su gli avvenimenti più prossimi, una spiccata loquacità mista ad ostentata euforia, sintomi ancora persistenti, sebbene attenuatisi. Notevole la completa scomparsa di sintomi di ulcera, il tumultuario apparire di sintomi stenotici, uno stato di sofferenze articolari, la totale debolezza della memoria, mentre restava salva la memoria musicale.

Pur essendovi dubbio in principio si ebbe tendenza poi alla diagnosi di possibile encefalite epidemica, per l'esistenza di fatti oculari (nistagmo bilaterale, paralisi dell'abducente): peraltro mancavano caratteri migliori per la diagnosi. Senonchè la diagnosi andò chiarendosi al succedere della ncurite multipla, l'amnesia, l'eufonia, la loquacità. Intanto difettavano gli elementi etiopatogenetici; niente abuso di alcool; c'era stato un intervento, ma finora non sarebbe registrato un complesso tipico Korsakow, in seguito di trauma operatorio.

Il dato più prossimo restava un disturbo autotossico; l'inferma infatti da più anni soffriva di catarro intestinale cronico. Mentre era stata più sana per l'avanti, ora da qualche tempo si erano manifestati sintomi cutanei, reiteranti dopo certe alimentazioni. Tuttavia l'andamento non preoccupava; talchè l'operazione avrebbe rappresentato la goccia che faccia traboccare il vaso; in altri termini essa avrebbe consentita una esaltazione tossica del contenuto intestinale, stante la mutata condizione di trattamento alimentare imposto dall'atto operatorio. Per questo i sintomi avrebbero avuto una pronta ascensione dopo l'intervento, per poi andare scemando.

Patogenesi e trattamento degli stati emorragici.— Semerau-Siemianowski e Misiewicz. *Polck Arch. Med. Werc.*, vol. IV, n. 3, 1926.

L'emofilia o diatesi emorragica distrombica è dovuta a un difetto di coordinazione tra gli agenti trombopoietici e quelli antitrombici in dipendenza di alterazioni epatiche.

L'emogenia consiste in un disturbo angioematico con conseguente fragilità dei capillari e diminuita produzione di piastrine.

La porpora reumatoide è dovuta ad una dilatazione e rottura dei capillari in dipendenza di lesioni di natura batterica o proteolitica.

Affine alla porpora reumatoide è la porpora infettiva.

La diatesi emorragica distrofica è dovuta alla deficienza di vitamine.

Quanto alla cura, nell'emofilia si ricorre alla transfusione del sangue in toto, del sangue citrato o del plasma citrato; inoltre all'iniezione di estratti di organi (trombocinasi), di soluzioni ipertoniche di cloruro di calcio o di sodio (per via endovenosa), di peptone oppure alla irradiazione della milza.

Per curare l'emogenia riesce opportuna l'iniezione di estratto ipofisario, di soluzioni ipertoniche, d'adrenalina o, anche, la splenectomia.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La frenicoexeresi nel pneumotorace artificiale incompleto, nei versamenti da pneumotorace artificiale e spontaneo e nell'ascesso polmonare. A. Castelli. *L'Ospedale Maggiore*, n. 3, 1927.

E' razionale il praticare la exeresi del frenico nel pneumotorace artificiale parziale per aderenze, allo scopo di ottenere un più completo riposo del polmone parzialmente collassato, poichè con essa si può contare e sull'innalzamento e sopra tutto sull'immobilità del diaframma. Anche nelle raccolte sierose e purulenti della cavità pneumotoracica è parso logico attendersi qualche buon effetto dalla frenico-exeresi, in rapporto alla riduzione d'ampiezza della cavità stessa ed alla soppressione del continuo movimento, cui la massa fluida è soggetta da parte del diaframma funzionante. Nell'ascesso polmonare in corso di pneumotorace artificiale, poi, l'operazione sul frenico può avere valore terapeutico a seconda della localizzazione dell'ascesso.

Premesso ciò, l'A. riferisce i risultati dei 13 casi da lui trattati con la frenico-exeresi; da essi risulta che nel pneumotorace artificiale incompleto, per aderenze, tale atto operatorio ha valore come coadiuvante del riposo polmonare, non ha, invece, valore preventivo contro il versamento e l'empiema. Nell'empiema da pneumotorace, la frenicoexeresi non ha

Digitized by Google

dimostrato una netta efficacia, ha giovato, però, in qualche caso di fistole toraciche molto basse e con mobilità diaframmatica ampia; nel versamento siero-fibrinoso da pneumotorace con tenace decorso acuto, invece, la frenicoexeresi può determinare una spiccatissima diminuzione dell'acuzie del processo. Negli ascessi polmonari localizzati alle basi polmonari, l'indicazione della frenicoexeresi è precisa; in quelli in altre sedi il risultato favorevole può mancare.

Prostatectomia perineale sotto l'anestesia sacrale. — Davis in Omaha. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 88, n. 11, 1927.

Il progresso nella chirurgia prostatica durante l'ultima decade risulta, secondo l'A. dalla diminuzione dei rischi dell'intervento; pertanto la mortalità della procedura può essere paragonata favorevolmente alle altre operazioni consuete (appendicectomie, erniotomie), di solito praticate su soggetti giovani e resistenti. Fatto d'altra parte il bilancio tra il rischio dell'ectomia, e quello dell'astensione, si vede che è maggiore in quest'ultima.

Appartiene all'A. una serie di 107 interventi consecutivi, con mortalità al di sotto di 1 %. Queste proporzioni si riscontrano anche in altre recenti casistiche, cosichè vien a confermarsi quanto il Young ebbe a sintetizzare, cioè: che dal 20 % di or son venti anni, la mortalità è ridotta a nulla.

L'alleviamento di codesta mortalità può attribuirsi precipuamente a questi fattori: 1. Ricognizione generale professionale del valore del drenaggio preoperatorio. 2. Divulgazione nel pubblico della conoscenza dei danni che provengono dalla trascuranza. 3. La maggiore esperienza e diffusione dell'anestesia sacrale. 4. Maggiore attenzione all'emostasi. Bisogna attribuire la maggiore importanza appunto al drenaggio preoperatorio; tanto vero che Hunt analizzando 1,783 casi li divide in tre gruppi, la cui mortalità rispettiva si può così calcolare: 1. Drenaggio preliminare soprapubico 7.5 %; catetere-drenaggio preliminare 3.2 %; senza drenaggio preliminare 6.6 %. A misura che l'esercizio ci ha portati ad un più esatto maneggio del drenaggio preliminare, si è del pari progredito nella vigilanza dell'emostasi, mentre la sacrale anestesia riduce al minimo i disturbi di pressione sanguigna favorevoli alle congestioni prostatiche. Del resto a simiglianza di quanto han fatto Hagner e Pilcher per l'uso della borsa emostatica dopo l'intervento soprapubico, attualmente se ne possiede anche uno per la esecuzione perineale.

In quanto alla scelta della via da seguire, implicito è che la disparità dipenda essenzialmente dal diverso esercizio personale dell'operatore; nessuno può contestare che nelle proprie mani dell'operatore ogni metodo sia ottimo.

Come si è detto su 107 casi si è avuto un decesso in persona di 91 a. Ma da informazioni postume, durante cioè due anni dopo l'intervento, si hanno altri sei casi letali, uno dei quali ad 84 a. colpito da un accesso di angina tre mesi dopo l'intervento.

In quanto alle complicazioni, viene registrato un caso di lesione del retto, la quale impose la pronta chiusura della breccia perineale, per passare subito al drenaggio soprapubico, ed in secondo tempo alla enucleazione da questa stessa via. In un solo caso ci fu persistente fistola perineale, mentre in quelli più comuni essa era già chiusa durante i primi 29 giorni.

L'incontinenza completa fu anch'essa molto rara; ma non si può disconoscere che in alcuni pazienti essa è dovuta ad una individuale fiacchezza dello sfintere, accresciuta dall'intervento.

L'epididimite è in realtà conseguenza molto frequente, e forse moralmente deplorevole; ma non si può ritenerla preoccupante, se scoperta prontamente la suppurazione, ed istituito presso il drenaggio.

Tumori primitivi delle articolazioni. — F. Harbitz, *Norsk Mag. for Laegevidensk.*, a. 88, n. 5, 1927.

L'A. descrive due casi di sarcomi localizzati nella sinoviale articolare. Nel 1° caso si tratta di un giovane di 22 anni, il quale notò un rigonfiamento diffuso al ginocchio nel decorso di 7-8 settimane. Alla resezione dell'articolazione si constatò, che la sinoviale presentava una superficie granulosa con incrostazioni calcaree. All'esame microscopico si trovarono numerosi granuli calcarei in un tessuto del tipo del sarcoma polimorfo. Di lì a poco tempo il p. morì.

Nel 2° caso si notò ingrossamento del ginocchio nel decorso di 2 1/2 anni e si era fatta diagnosi di tubercolosi.

All'intervento si riscontrò nella sinoviale un xanto-fibro-sarcoma gigante-cellulare pigmentoso. Resezione dell'articolazione. Guarigione.

OSTETRICIA

Intervento cesareo dopo la morte della madre. J. Rosin. *The Lancet*, 16 aprile 1927.

L'A. riferisce il caso di una donna che, improvvisamente e senza che alcun motivo facesse prevederlo, venne a morte proprio negli ultimi giorni di gravidanza. I tentativi di ricondurla in vita con respirazione artificiale, somministrazione di ossigeno, iniezioni ipodermiche di stricnina, digitalina, pituitrina, eseguiti per oltre 15 minuti, rimasero senz'alcun risultato.

La palpazione dell'addome durante tutto questo tempo rivelò tumultuosi movimenti da parte del feto e lasciò sentire anche i battiti cardiaci del piccolo organismo (oltre 150 per minuto).

L'intervento cesareo praticato senz'altro permise l'estrazione di un bambino in stato di asfissia livida.

Venti minuti di respirazione artificiale e di alternate immersioni in bagni caldi e freddi furono sufficienti a ricondurre il piccolo essere in vita. Questi pesava oltre tre chilogrammi ed ha poi avuto un normale sviluppo.

All'osservazione post-mortale della madre si notò che il fegato era ingrossato e cosparso di piccole emorragie, la milza e i reni erano sede di infiammazione acuta, e il cuore era in degenerazione grassa. Il cervello, all'asportazione, appariva perfettamente normale; ad una più accurata ricerca invece si notò che il ventricolo sinistro era riempito di grossi e recenti grumi sanguigni.

Le vitamine in rapporto alla gravidanza. — E. Poulson. *Norsk Mag. for Laegevidensk.*, a. 87, n. 11, 1926.

L'A. riferisce il caso di una donna, che partorì per la prima volta nel 1912 un bambino a termine e di costituzione normale, negli anni successivi ebbe varie gravidanze, nelle quali si notò una progressiva diminuzione di peso del neonato e, poi, nelle ultime, parto prematuro e feto morto.

Nel 1922 fu somministrato alla donna a cominciare dal 4° mese di gravidanza olio di fegato di merluzzo; la gravidanza si condusse a termine con la nascita di un bimbo perfettamente normale. Pure nel 1925 si potè condurre a termine un'altra gravidanza con la somministrazione di olio di fegato di merluzzo.

Da questo l'A. pensa, che le turbe gravidiche siano da riferirsi a decienza del fattore alimentare annessovi.

TERAPIA FISICA

Il radon (emanazioni di radio) nel trattamento del cancro intraorale. — F. Simpson e R. Flesher, Chicago. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 87, n. 9.

Il Radon è un gas che viene estratto da una soluzione acquosa di cloruro di radio a mezzo di uno speciale apparecchio. La soluzione deve contenere al minimo un grammo e mezzo di radio elemento: il gas viene raccolto entro speciali tubi. I raggi emessi da questi tubi sono identici a quelli emessi da tubi contenenti radio. Il radon perde piuttosto rapidamente il suo potere. I suoi vantaggi sul radium sarebbero: che una grande dose può essere concentrata su una piccola lesione, abbreviando il tempo di esposizione; che tubi di vetro contenenti radon, senza alcun rivestimento, possono essere affondati nei tessuti; infine che la perdita di un tubo di radon non è un grave danno, dato il suo piccolo valore. La tecnica dell'applicazione dei tubi è riportata in dettaglio, ma non differisce gran che dalla tecnica comune di simili applicazioni.

In tre anni (dal 910 al 922) il trattamento è stato usato su 56 ammalati di cancro della cavità orale, inoperabili. Non sono riportati dettagli. La mortalità globale è stata di 36 casi (63.3 %). Venti ammalati (35.7 %) sono stati bene per periodi da tre a cinque anni, con una durata media di assenza di sintomi del cancro da 3 anni a nove mesi. La fig. riguarda uno di questi casi.

La roentgenterapia nella cura dei tumori midollari. — R. Ledoux-Lebard e E. Piot. *La Presse Médicale*, n. 30, 1927.

Gli AA. affermano, in base alla loro esperienza, che la terapia roentgen dei tumori del midollo spinale dà risultati più favorevoli quando vie-

Digitized by Google

ne associata al trattamento chirurgico. Ecco come essi hanno proceduto in 4 casi osservati: previa localizzazione esatta del tumore con l'iniezione intrarachidea di lipiodolo, il chirurgo esegue la laminectomia, l'apertura della dura madre e pratica l'estirpazione totale o parziale, a seconda dei casi, del tumore midollare. Allorchè, in seguito, la ferita operatoria si è cicatrizzata, l'infermo viene affidato alle cure Roentgen, per le quali gli AA. hanno usato un apparecchio generatore di corrente ad alta tensione, costruito dalla ditta Gaiffe, Gallot e Pilon dietro indicazioni di Ledoux-Lebard e Danvillier; questo permette di ottenere con 3 milliampères una tensione di 200 Kilovolts, sicchè è possibile, con un filtro di rame di 1 mm., con distanza anticatode-pelle di 28 cm. e con un campo da irradiare di 12 × 12, raggiungere in 20 minuti la dose di 1.000 unità R. Come tecnica, gli AA. consigliano di irradiare un campo di cute più largo di quello corrispondente ai limiti del tumore, campo in genere mediano e unico, talora diviso in due campi laterali diretti obliquamente in basso e in dentro; la dose per ciascuna seduta sarà di 500-1.000 R e le sedute saranno ripetute ogni 2-3 giorni, per periodi da 3 settimane ad 1 mese.

Tre degli ammalati così trattati dagli AA. (due sarcomi e un glioma) sono clinicamente guariti, mentre nel quarto caso, che ha risentito meno della cura, si trattava non di un tumore vero ma di un angiocele della pia madre. La roentgenterapia ultrapenetrante con raggi fortemente filtrati dà quindi una percentuale di guarigioni superiore alla roentgenterapia con raggi di media penetrazione, pur non provocando disturbi locali degni di nota.

Effetti del polonio nell'organismo umano. — A. Moscariello. *La Radiologia Medica,* fasc. IV, 1927.

Il polonio è un prodotto di trasformazione del radio, che ha una durata di attività relativamente lunga (circa 140 giorni) e che emette esclusivamente raggi alfa. Introdotto nell'organismo, in soluzione debolmente acida, per iniezione sottocutanea, esso, che è fornito di spiccato organotropismo, si fissa nell'organismo stesso e una parte si distrugge spontaneamente, mentre il resto è rimesso in circolo progressivamente e poi eliminato; la radioattività degli organi e dei prodotti di eliminazione dura più di tre mesi, dopo una sola iniezione.

Allo scopo di rilevare le eventuali modificazioni che si determinano nell'organismo umano in seguito alla somministrazione del polonio l'A. ha iniettato in 3 infermi (1 di carcinoma del fegato, 1 di calcolosi epatica e 1 di epitelioma dell'orbita destra) quantità piccolissime di polonio, a dosi refratte (60 U. E. S. in tutto, in un periodo di 6 giorni), servendosi di polonio espressamente favoritogli da M.me Curie. I risultati sono stati poco incoraggianti: infatti, in tutti e tre gli infermi, l'A. ha notato, oltre ad una leucopenia più o meno accentuata, la comparsa di una forma abbastanza grave di nefrite emorragica. L'A., perciò, è del parere che, stando alle cognizioni che si hanno oggi sulla natura e sull'azione biochimica del polonio, non è consigliabile usarlo nell'uomo per le gravi alterazioni che esso determina, anche a piccolissime dosi, negli organi ematopoietici e nei reni, alterazioni dovute, secondo l'A. e contrariamente all'opinione degli altri, più che alle radiazioni alfa, ad un potere tossico ancora ignoto del polonio.

Il pericolo dei raggi ultravioletti nei tubercolotici. — Jeanneney e Matey Cornat. *La Clinique,* marzo 1927.

Le radiazioni ultra-violette devono essere usate con una estrema prudenza, specialmente nei piccoli bambini e nei soggetti tubercolosi.

Anzi in questi ultimi (tubercolosi evolutive sospette di bacillemia, forme congestive febbricitanti) la cura coi raggi ultra-violetti sarà evitata. Così pure deve costituire controindicazione al prosieguo della cura l'ipertermia reattiva che si osserva dopo la prima seduta. Sarà tenuto anche molto conto della dosimetria e della selezione dei raggi.

Gli AA. riferiscono il caso di un tubercoloso con varie localizzazioni, fra le quali un'epididimite bilaterale; dopo alcune sedute, di raggi ultravioletti sui due testicoli, durante le quali si era osservata una ipertermia reattiva, l'ammalato muore per meningite tubercolare.

Altri casi simili sono stati riferiti da altri Autori (Piquet e Ingelrans, fra cui un bambino di 18 mesi con localizzazioni tubercolari ossee multiple, che morì con temperatura elevatissima 48 ore dopo un minuto di esposizione ai raggi, lampada distante un metro.

I raggi ultravioletti corti in dermatologia. — Duwè. *Bruxelles-Médicale,* n. 24, 1927.

L'A. ritiene che nell'applicazione radiologica, sia generale che locale, in dermatologia debba darsi l'assoluta preferenza ai raggi ultravioletti di corta lunghezza d'onda per le seguenti ragioni:

1) perchè l'esperienza dimostra che i raggi ultravioletti corti, contrariamente ai raggi X e al radium vengono più facilmente assorbiti dalla cute;

2) perchè la pelle li assorbe in maniera così intensa da risultarne degli effetti caustici, i quali provocano un aumento di vascolarizzazione e intensificano gli scambi nutritivi dei tessuti;

3) perchè esiste da parte di alcune sostanze albuminoidee (sieroalbumina, nucleina, tirosina, triptofano) affinità (constatabile allo spettro di assorbimento) verso i raggi ultravioletti;

4) perchè i raggi corti sono più microbicidi.

L'A. ha praticato le irradiazioni nel seguente modo: prima seduta a un centimetro di distanza e per cinque minuti, con intensità minima. Dopo due o tre giorni sul sito di applicazione si ha, intorno alla lesione, una scottatura di 1° o 2° grado. Se la lesione da trattare è un lupus, si arriverà a provocare una scottatura di II grado; se è una lesione superficiale, di primo grado. Una seconda applicazione si fa un po' prima che la reazione precedente sia scomparsa. Quanto al trattamento generale, riservato alle manifestazioni cutanee bacillari, le applicazioni si fanno a dosi e distanza progressive.

L'A. riferisce parecchie osservazioni personali, ben curate, col suo metodo.

VENEREOLOGIA

Il vaccino di Nicolle nelle adeniti e ulcere veneree. — Maggiulli. *Arch. It. di Derm. Sif. e Vener.,* fasc. II, 1926.

L'A. ha praticato le iniezioni intradermiche del vaccino di Nicolle nella regione antero-esterna della radice delle cosce. Il trattamento intradermico era eseguito in modo frazionato constando di diverse serie di tre iniezioni ciascuna, che praticava a distanza l'una dall'altra di circa due centimetri.

La seconda serie veniva regolarmente praticata nel giorno successivo alla prima qualunque fosse stata la reazione da questa provocata.

Le altre serie nel giorno successivo alla seconda o dopo tre giorni, secondo le condizioni della lesione, per cui se il male era restio a migliorare insisteva maggiormente, o se invece tendeva a guarigione distanziava le serie.

Per ogni iniezione intradermica, l'A. adoperava una quantità di vaccino sufficiente a produrre un pomfo della grossezza d'una lenticchia: dose media da 1/2 a 2/3 di cmc. per ogni serie. In media sono state sufficienti 5 serie d'iniezioni per ottenere guarigione. Nessuna dolorabilità della papula nel punto di iniezione, nè fenomeni generali; solo localmente all'iniezione una sensazione di calore e di tensione. Talora qualche reazione di focolaio, sia sull'adenite (iperemia e dolore), che sull'ulcera (sanguinamento). Nei casi trattati dall'A. (16) si è verificata la guarigione, col vaccino di Nicolle, in una media di 10 giorni. Le adeniti erano in stato presuppurativo o di modica fluttuazione. Obbiettivamente il processo di guarigione iniziava con una rapida diminuzione del gonfiore e il riassorbimento della zona suppurante, ove esistesse. Soggettivamente scomparsa o attenuazione del dolore.

L'intradermoterapia vaccinica è, secondo l'A., tanto più efficace quanto maggiore è la reazione che essa provoca.

L'A. ne consiglia l'uso sistematico.

Cheratosi blenorragica. — H. Chr. Gjessing, *Norsk Mag. f. Laegevidensk.* a. 88, n 2, 1927.

L'A. riferisce su 3 casi di cheratosi blenorragica. Nel 1° si tratta di un soggetto di 29 anni; ebbe la blenorragia nel 1918; poi di nuovo nel 1924. Oltre la gonorrea uretrale presentava un processo infiammatorio alle articolazioni del ginocchio e del gomito e un esantema cheratosico tipico ai piedi e ai ginocchi. Nel 2° caso si trattava pure di una recidiva blenorragica con esantema cheratiforme alla pianta del piede e al ginocchio sinistro; nel 3° caso, infine, si trattava di una gonorrea recidivante con infiammazione delle articolazioni del ginocchio e cheratosi blenorragica diffusa al corpo e alle estremità.

SIFILOGRAFIA

Riattivazione della reazione Bordet-Wasserman nel liquido cefalo-rachidiano. — B. Dujardin e F. Dumont. *Paris Médical,* 7 maggio 1927.

Gli AA. hanno osservato che in un liquido cefalo-rachidiano normale l'iniezione di 4-10 cmc. di acqua distillata può provocare la comparsa di un aumento di temperatura (38°-39°) e di modificazioni strutturali nel liquido stesso (leucocitosi, iperalbuminosi) le quali stanno a testimoniare l'esistenza di fatti irritativi meningei.

Nel caso poi che sia presente una sifilide ancora in attività, benchè la Bordet-Wassermann sia stata già negativa nel sangue e nel liquor, questa prova d'irritazione meningea potrà far apparire degli anticorpi sifilitici nel liquor stesso, conducendo così ad una vera riattivazione rachidea.

Digitized by Google

Speciali preparati arsenicali nella fase d' incubazione della sifilide. — G. Delpiano. *Minerva Medica*, 10 febbr. 1927.

Circa 4 anni or sono, vennero proposti questi speciali preparati arsenicali, da usarsi per via orale nella fase precoce della infezione luetica, cioè nei primi giorni immediatamente consecutivi all'epoca, in cui l'individuo o ha contratta manifestamente la lue o ha fondati sospetti dell'avvenuta infezione.

I farmaci sono: lo stovarsol (acido ossi-amino fenil-arsinico), il treparsol (derivato formilico dell'acido amino-ossi-fenil-arsinico), lo spirocid (acido ossi-acetil-amino-arsinico). Gli osservatori, che hanno proposto questi farmaci, sono Levaditi, Navarro-Martin, Schwartz e Roux, Clement Simon. Lo stovarsol, il treparsol, lo spirocid vengono posti in commercio sotto forma di compresse dosate a centigr. 25 e racchiuse in flaconcini o tubetti. Si somministrano 3 o 4 compresse al giorno, preferibilmente al mattino a digiuno, per 3 giorni consecutivi; indi si sospende per 3 o 4 giorni e si riprende per altri 3 o 4 giorni alle identiche dosi.

L'A. ritiene chiaramente dimostrata l'azione parassitotropa dei 3 rimedi e riferisce che su 59 di supposto contagio sifilitico, trattati con i 3 rimedi, ha notato un solo insuccesso. Per essere sicuri dei risultati, necessita seguire gl'individui almeno per 3 mesi dopo il coito sospetto, facendo ripetuti esami clinici oltre che ripetute reazioni sierologiche.

Il rene eredo-luetico. — Froyez. *Revue Médicale Universelle*, n. 4, 1927.

Allo stato embrionario le lesioni renali dell'eredo-sifilide che si riscontrano consistono in vascolariti e perivascoliti. Il rene è grosso, liscio, le gomme rare. La capsula si solleva facilmente. Numerose cellule embrionarie, linfociti stravasati. I tubuli e i glomeruli raramente sono colpiti in modo grave.

In uno stadio più avanzato dello sviluppo, all'autopsia di bambini morti poco dopo la nascita, si osserva al taglio un'organizzazione connettiva interstiziale che precorre alla fase sclerotica. Esiste anche vasculite e perivascolite, i glomeruli possono essere atrofici o fibrosi o cistici, l'epitelio dei tubuli desquamato. Ma accanto a questo, delle zone di tessuto sano, ciò che spiega la possibile guarigione dopo un trattamento energico di queste nefriti.

Dopo i due anni d'età il rene è sclerotico, atrofico, liscio o granuloso, pallido o rosso, la capsula spessa e aderente; si ha qualche rara gomma spesso perinefrite. Si possono ancora verificare in questo periodo (Hutinel): lesioni anatomiche associate, per cause tossi-infettive varie; aplasia renale, non si sa entro quali limiti, però, imputabile alla sifilide ereditaria.

Più importanti le lesioni della seconda infanzia, potendo consistere in nefriti acute con edemi, oliguria, cefalea, di evoluzione in genere benigna, in nefrite subacuta, con episodi acuti: il bambino è pallido, stanco; la permeabilità renale con le prove adatte risulta diminuita, le orine sono rare, cariche, albuminose, possono contenere qualche emasia, cilindri e leucociti. Si hanno edemi.

Il miglioramento è lento, interrotto da attacchi acuti, che possono portare la morte.

Una forma di nefrite di questo periodo, pure da eredo-lue, è quella sclerotica-ipertensiva, forma infantile della nefrite interstiziale cronica: poliuria chiara, con urine poco cariche, poca albumina, segni cardio-vascolari, grande ipertensione, spesso azotemia ed emorragie nasali.

Anche l'aplasia renale può presentarsi sotto questa forma. Per la diagnosi ricercare la lue nei genitori e con le siero-reazioni.

Per la cura: regime dietetico, riposo, trattamento specifico (frizioni mercuriali, bismuto, ecc.).

Lo stovarsol e il treparsol nella paralisi generale. — Tinel. *Bruxelles Médical*, n. 23, 1927.

Il trattamento praticato con questi farmaci da Barbé e Sezary consiste in iniezioni intravenose quotidiane di un gr. circa (cominciare da mezzo gr. a un grammo e mezzo nelle ultime iniezioni). Si pratica una serie di 15-20 iniezioni fino a raggiungere la dose totale di 20-22 gr. di stovarsol. Le altre serie si ripetono a un mese di intervallo. Sono meno efficaci le iniezioni endomuscolari o sottocutanee degli stessi farmaci. Tolleranza perfetta, non crisi nitritoidi, nè reazione di Herxheimer. Ma c'è un peri-solo più grave: la nevrite arsenicale del nervo ottico, che può portare alla cecità completa e si verifica nell'8 % dei casi trattati!

D'altra parte si avrebbe il 33 % di miglioramenti considerevoli contro altri due terzi di risultati mediocri o nulli. La Wassermann scompare dopo cura completamente, ma spesso non c'è parallelismo fra la Wassermann e i risultati clinici, potendo questi essere buoni senza che le reazioni biologiche siano scomparse.

Perciò gli AA. ritengono che i risultati benefici siano dovuti più che ad un'azione specifica, alla azione stimolante ed eutrofica dell'arsenico.

□□□

CONFERENZE

LA CHIRURGIA DEL DOLORE

Conferenza ai medici del Basso Reno, del prof. R. LERICHE

Esiste una chirurgia del dolore che si propone di apportare un sollievo ai sofferenti di affezioni in cui la sintomatologia dolorosa occupa un posto preminente e resta in fondo l'unica causa rimovibile, la malattia provocatrice essendo per se stessa inguaribile.

Questo concetto della necessità di troncare il dolore, essendo stato applicato sporadicamente ed avendo in molti casi dato luogo ad insuccessi, ha impedito che avesse una maggiore applicazione, sicchè ancora molti poveri infermi soffrono perchè il medico non porta ad essi alcun soccorso.

Senza dubbio sono moltissimi i medicamenti contro il dolore, ma essi o provocano delle delusioni o danno luogo ad assuefazione, e l'aumento progressivo delle dosi, mentre non abolisce definitivamente il dolore, produce intossicazioni.

Resta dunque al chirurgo di far ritrovare ai sofferenti quella calma che solo può essere apportata dalla consapevolezza che il timore spaventevole del ritorno dello accesso doloroso sia definitivamente allontanato.

Questo compito che la chirurgia si assume è molto arduo, ove si consideri essere il suo campo d'azione non limitato alla rimozione delle cause che direttamente provocano il dolore, come per esempio, l'asportazione di un tumore doloroso, il sollievo a una tensione infiammatoria in un organo qualsiasi, bensì a ben altre affezioni, cioè quelle in cui il dolore è tutto e senza una causa apparente, palpabile, senza alcuna evidente lesione organica, insomma questa chirurgia del dolore mira a esplicarsi in un affezione: il dolore, che ha la sua sede e origine nel solo sistema nervoso periferico o centrale.

Quindi l'eccitazione che lo provoca può essere una causa banale, e la sua topografia non permette sempre d'individuarne il punto di partenza, come non dà alcuna nozione del suo meccanismo patogenetico.

Un errore, per il medico, sarebbe di non individuare il dolore che, apparentemente « essenziale », ad una osservazione più rigorosa e con indagini più attente, risultava dipendente da una causa banale e rimovibile. Quindi ogni volta che una sindrome dolorosa gli si presenta in apparenza allo stato puro, egli deve sforzarsi di trovarle una causa anatomica; sotto la maschera di un dolore periferico persistente egli deve saper riconoscere il piccolo tumore radicolare che non ha ancora dato segni di compressione sul midollo e che forse per molto tempo ancora non ne darà; nello spasmo vascolare dolonoso deve saper ricercare l'arterite o un'anomalia vertebrale ecc.; e dove egli non arrivi a trovare una causa deve saper ricorrere allo specialista più educato all'osservazione di singoli sistemi e territori.

Ed anche quando nessuna causa anatomica è in gioco, non è legittimo operare a caso, specialmente se si ignora il meccanismo di produzione del dolore. Tutte le ipotesi devono essere esaminate con cura, non bisogna mai iniziare un trattamento senza un filo conduttore: la chirurgia del dolore esige senso raffinato ed educazione patologica più che virtuosismo di tecnica, diventando utile solo quando non inizia la sua opera con un errore diagnostico o d'interpetrazione degli accidenti o di indicazione.

A tal fine, allo scopo di dare utili ragguagli bisogna esaminare i diversi tipi di dolore.

Essi sono due, dal punto di vista fisiologico: il *dolore cerebro-spinale* ed il *dolore simpatico*.

Il dolore cerebro-spinale ha una topografia anatomica classica sempre identica e che non esorbita da un territorio d'innervazione ben definito.

Fisso e senza irradiazione può non diffondersi a tutti i rami di distribuzione, ma ove ciò avvenga esso segue un tracciato anatomico costante. Non è continuo; termina bruscamente senza ragione e la tregua che ne segue è completa fino ad un nuovo incalzare. Esempio caratteristico di questo dolore la nevralgia del trigemino.

Il dolore simpatico è, invece, instabile. Non ha una topografia fissa e si diffonde, irradiandosi in territorii sempre nuovi, rimontando poco a poco verso la radice di un membro e potendo passare al lato opposto. Aggravato da tutte le emozioni, che possono anche farlo cessare un istante, esacerbato da insulti esterni, sottomesso ad influenze atmosferiche,

Digitized by Google

influisce rapidamente sullo stato morale e affettivo del paziente che diventa angosciato, inquieto e triste; esempio tipico il malato affetto da causalgia traumatica. Ma a parte questo quadro schematico che ha il suo valore, una questione bisogna porsi, a giustificare quei casi che non sono nettamente definiti nella loro manifestazione dolorosa, e cioè: *esistono nel sistema simpatico fibre centripete,* in altri termini, il *simpatico è dotato di sensibilità* oppure è un nervo esclusivamente motore, come vorrebbero i fisiologi?

Questa tesi ha assertori e denigratori, esperimenti in un senso e nell'altro, sicchè non si può essere in grado di stabilire un'armonia di fatti concomitanti nella determinazione di un solo concetto. Ma che esistano o non, nel simpatico, fibre centripete, conduttrici di sensibilità necessarie all'armonia della vita vegetativa, non significa che i disturbi dolorosi delle membra che noi attribuiamo al simpatico rivelino un'eccitazione anormale di queste fibre. Può essere che ben diversamente si debbano interpetrare i fenomeni ed eccone una maniera.

Tutto lo apparecchio della nostra sensibilità cosciente è connesso al sistema dei nervi cranici e rachidei: essi soli sono atti a percepire le impressioni piacevoli o dolorose che noi conosciamo. Allo stato normale il loro funzionamento esige un optimum di circolazione, affinchè possa regolarmente esercitarsi la trasmissione degli stimoli. Se per effetto di una lesione distale, di un neuroma traumatico, per esempio, di una cicatrice, l'armonia della circolazione è turbata, gli organi tattili di tutta una regione possono entrare in una fase di iperemia attiva. Il piccolo seno arteroso-venoso che circonda il corpuscolo tattile, più irrorato di sangue che normalmente, porrà le sue terminazioni sensitive in uno stato di recettività acuta: il nervo viene a trovarsi sulla soglia del dolore, sicchè basta che una nuova variazione circolatoria sopravvenga e la soglia è sorpassata, il dolore si rivela. Con questa interpetrazione il meccanismo della sensibilità simpatica viene illustrato e ci è facile spiegarci, sulla guida di esso, l'assenza di topografia sistematizzata dei dolori, i disturbi di pervertimento sensitivo, il parossismo doloroso provocato dalle emozioni, le variazioni atmosferiche, ecc. ecc.

Viene così anche ribadita la difficoltà, sopra cennata, nella quale abitualmente ci troviamo di sopprimere la minima causa anatomica che disturba l'innervazione simpatica: bisogna limitarsi soltanto ad interrompere la via alle eccitazioni vaso-motrici.

Per questo, la chirurgia del dolore essendo ancora in uno stato di empirismo, ci si dovrà limitare a suggerire alcune:

Regole direttive. 1) *Non nuocere,* astenendosi dall'ablazione di sistemi ganglionari, che sono spesso mutilanti e certamente meno efficaci delle neurotomie limitate, non essendo troppo corrivi alle radicotomie posteriori che — secondo l'esperienza dell'O. — provocano ipotonie ed edemi definitivi, e, specialmente all'arto superiore non sono sempre efficaci. La cordotomia — introdotta in Francia dall'O. — è un'operazione cieca e spesso la sezione delle fibre sensitive non essendo completa lascia dei residui dolorosi, quando non provoca disturbi sfinterici e qualche sintomo piramidale. La cordotomia deve essere riservata sopratutto ai cancerosi.

Dal punto di vista tecnico, nelle operazioni contro il dolore l'exeresi dev'essere minima ed evitare di arrecar nocumento agli organi vicini e specialmente nelle operazioni sul simpatico cervicale badare alla carotide, al dotto toracico, al pneumogastrico. Ma vi sono altri pericoli ancora: il ganglio cervicale superiore può associarsi con lo pneumogastrico e la sezione totale può dar luogo a paralisi del velopendolo o di una corda vocale; negli interventi sul simpatico lombare la sezione dei vasi linfatici può esporre a scolo di linfa nello spazio sotto-peritoneale e dar luogo ad infezione. Nella simpatectomia periarteriosa un trattamento brusco delle arterie può ledere le tuniche interne e dar luogo a trombosi. Insomma tutta la delicatezza tecnica deve esser adoperata al fine di arrecare il minor nocumento possibile.

2) *Intervenire precocemente,* per evitare che il sofferente diventi psicopatico e morfinomane. Bisogna ricordare che il dolore simpatico in poco tempo agisce potentemente sul morale del sofferente. La chirurgia del dolore attuata in queste condizioni potrebbe urtare contro serie difficoltà.

3) *Non moltiplicare le operazioni.* I reinterventi aumentano le cause di insuccesso creando numerose cicatrici, senza dire che, al collo specialmente, queste provocano modificazioni di circolazione che renderebbero pericoloso un secondo intervento.

Vi sono infine delle raccomandazioni di ordine morale, consistenti nella lealtà di riconoscere l'insuccesso ottenuto da operazioni malamente condotte e quella di non prendersela col malato se ritorna al suo dolore, nonostante l'operazione, poichè ciò avviene per causa di chi ha operato con imperfezione.

Si tratta di regole psicologiche oltre che tecniche, da tener presenti nella chirurgia del dolore.

Un'osservazione ultima resta a farsi ed è la seguente.

La chirurgia del dolore è basata sulla pratica delle neurotomie. Ora nessuno finora ha considerato che ogni nervo sezionato chirurgicamente si cicatrizza come in seguito ad una ferita accidentale, formando un neuroma. Questo neuroma può essere il punto di partenza di nuovi dolori e portare una recidiva di quegli stessi dolori per cui si era intervenuti. Non si parla perciò con esattezza quando si afferma che la recidiva sia dipendente da una rigenerazione delle fibre nervose, rigenerazione che non è stata mai osservata attraverso il neuroma.

Sarebbe quindi molto interessante trovare un mezzo che recida il nervo, evitando o riducendo al minimo la riproduzione neurogliomatosa del moncone nervoso. (da *La Presse Méd.*, 1927, n. 32).

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - BARI

Seduta del 21 dicembre 1926

Presid.: prof. Gaifami

Del Buono. *La irradiazione dell'ipofisi in ginecologia.* — L'O. riferisce i risultati avuti colla irradiazione della ipofisi in casi di disfunzione ovarica, in eccesso o in difetto, e nella ipermenorrea o da fatti flogistici o da tumori dell'utero. Ha ottenuto lievi risultati; ha inoltre notato che sono meno accentuati i fatti ovariprivi; pure i fenomeni ovariprivi della menopausa venire bene combattuti colla irradiazione della ipofisi. Usa anche sempre irradiare la ipofisi nei cancri dell'utero; non ottenne miglioramento nei risultati terapeutici, ma osservò la mancanza dei fenomeni di Kather così molesti talora dopo forti dosi di raggi.

Lojacono. *Epistassi nel corso di una gravidanza al 4° mese.* — Una gravida al 4° mese ebbe cospicue epistassi senza lesioni locali; fu anche notevole dopo l'aborto una portata lattea di proporzioni inconsuete.

Revoltella. *La cosinofilia locale nel cancro dell'utero.* — Ha ricercato la cosinofilia locale in molti casi di cancro dell'utero, alcuni inoperabili e irradiati, altri operabili. Spiccata la trovò solo 2 volte. Non gli pare di poter confermare l'opinione di recente emessa che la eosinofilia locale rappresenti un esponente della difesa organica e quindi nemmeno che se ne possa derivare un elemento prognostico.

Cetroni. *Sarcoma dell'utero.* — Presenta un utero sede di sarcoma parvifusocellulare del miometrio divenuto il doppio della norma e di formazioni multiple polipose della mucosa. Dal lato clinico interessante perchè un raschiamento diagnostico eseguito alcuni mesi prima era stato negativo; ancora adesso pur con vegetazioni racemose multiple esse sono raccolte solo su un terzo circa dall'endometrio mentre il resto è rivestito da mucosa sana.

De Candia. *Rottura vaginale da coito.* — L'elemento eziologico della lacerazione del fornice pare da riportarsi ad un eccesso di ardore erotico e alla posizione *more pecudum.* Emorragia discreta, sutura, guarigione rapida. —

Mazzuoli L. *Si deve lasciare la vernice caseosa al neonato?* — Dopo il lavoro di Keiffer con vedute personali sulla genesi ed il significato della vernice caseosa dei feti si sono sperimentate nella clinica di Bari le norme dettate dal Keiffer, ossia si è evitato di perdere tempo appena nato il feto al quale viene lasciata la vernice caseosa. Si è osservato che il giorno dopo ogni traccia di vernice è scomparsa, forse davvero riassorbita. Certo il numero degli itteri è ridotto. Data la concordanza dei risultati con quelli del proponente è il caso che si provi largamente il metodo in qualche clinica.

Gaifami. *Sulla isterectomia precesarea.* — Precisa i limiti ben ristretti in cui potrebbe esser adottato il metodo valorizzato da Solieri dell'asportazione dell'utero gravido senza aprirlo, ma teme che si cominci ad applicarlo con troppa larghezza quando sarebbe già sufficiente salvaguardia l'eseguire la cesarea bassa transperitoneale. Teme che altrimenti si finirà, senza necessità, ad isterectomizzare troppe donne.

Gaifami P. (Direttore della Clinica Ostetrico Ginecologica di Bari). *Sul distacco prematuro di placenta norm. inserta.* — Sarà grato a quanti colleghi, (clinici, ospedalieri, pratici), vorranno comunicargli casi di personale osservazione di distacco prematuro di placenta norm. inserta; questi saranno compresi (sotto il singolo nome di chi li comunica) nella statistica italiana di tale complicazione che l'O. aggiungerà alla sua relazione al prossimo Congresso di Ostetrici.

Allo scopo di evitare lacune nella bibliografia italiana, l'O. sarà anche grato a quanti, avendo pubblicazioni al riguardo, vorranno comunicargliele possibilmente aggiungendone un estratto.

Digitized by Google

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Seduta del 17 dicembre 1926

Presid.: Prof. G. MASINI

Commemorazione del Prof. Gr. Cr. Luigi Lucatello tenuta dal Senatore Prof. E. Maragliano.

Commemorazione del Dr. Luigi Consiglio tenuta dal Prof. A. Gismondi.

Raffo e Giongo. *L'apparato escretore del rene all'indagine radioscopica.* — Osservazione radioscopica delle modalità di riempimento, degli aspetti assunti e delle particolarità di svuotamento delle cavità renali rese evidenti con mezzi di contrasto.

Premessa la descrizione della tecnica da loro seguita, gli OO. si diffondono sugli aspetti normali desunti da numerosi esami praticati nella Clinica Chirurgica di Genova.

Per una regolare introduzione del liquido opaco occorre che la sonda oltrepassi il colletto dell'uretere. Il mezzo riempie allora successivamente buona parte della pelvi, i calici superiori e da ultimo i medi e gli inferiori, fino a raggiungere determinato grado di replezione oltre il quale intervengono fenomeni spastici reattivi.

Delle modalità di svuotamento è interessantissima la formazione di un «antro pielico» che ritmicamente si contrae proiettando «getti» del liquido di contrasto oltre il colletto ureterale. La durata dello svuotamento (i calici superiori si svuotano generalmente per ultimi) ha una grande importanza perchè — indipendente dalla capacità delle cavità renali — varia sensibilmente nei passaggi dal normale al patologico.

Giongo. *Un caso di articolazione coraco-clavicolare bilaterale.* — L'articolazione coraco-clavicolare costituisce un'anomalia raramente constatata sul cadavere, ed eccezionalmente accertata sul vivente allorquando lesioni traumatiche o localizzazioni morbose di parti vicine hanno richiamato l'attenzione del radiologo sulla profondità del trigono delto-deo-pettorale.

La sua esistenza è dovuta ad un'ossificazione parziale che trasforma la porzione superiore dei legamenti trapezoide e conoide in una larga apofisi articolare — apofisi coracoidea della clavicola — mentre che la superficie scabra della loro inserzione coracoidea è mutata in una faccetta articolare pianeggiante. La normale sindesmosi anartrica viene così sostituita da una vera enartrosi.

Nel caso che diede oggetto alla comunicazione, l'anomalia era solitaria bilaterale, individuale. Essa non ebbe influenza alcuna sulla lesione traumatica che portò al suo occasionale riconoscimento.

L'O. ritiene che l'articolazione coraco-clavicolare possa venire osservata meno raramente in avvenire, grazie alla maggiore conoscenza ed alla la più accurata ricerca.

Seduta del 14 gennaio 1927

Presid.: prof. CLIVIO

Catterina A. *La fenolsulfonftaleina nello studio delle funzioni renali.* — L'O. su 20 casi di ammalati chirurgici studiò la prova della f. s. f. e comparativamente la costante di Ambard. Egli conclude:

1) La prova dell'f. s. f. è un eccellente metodo per valorizzare lo stato funzionale del rene, per la proprietà che ha questa sostanza di eliminarsi solamente attraverso quest'organo.

2) E' di maggior vantaggio sugli altri metodi di eliminazione provocata perchè può apprezzarsi quantitativamente nella unità di tempo, ciò che le dà un valore matematico.

3) I dati proporzionali con la costante d'Ambard sono in generale in perfetto accordo; quando esista una disparità, si deve investigare la causa di errore per parte della costante, in caso contrario prevarrà il dato della costante poichè questa determina anche quel gran fattore che corrisponde all'organismo del soggetto mentre la f. s. f. ci dimostra esclusivamente lo stato del parenchima renale.

4) La f. s. f. non deve adoperarsi come metodo esclusivo per la esplorazione renale. Si può e si deve utilizzare come elemento prezioso di giudizio al fianco degli altri procedimenti che si usano normalmente.

Maragliano D. *Contributo alla patogenesi del megacolon ed alla sua terapia nella prima infanzia.* — [La comunicazione è stata integralmente pubblicata nel n. 19 c. a. del nostro giornale. N. d. R.].

Clivio I. *Casi non comuni di fibroma uterino.* — Si trattava di tre casi di fibroma uterino: il primo molto voluminoso originato nella porzione sopravaginale del collo, si era sviluppato nello spessore del labbro posteriore e lateralmente a sinistra, respingendo in alto il corpo uterino: in questo caso la diagnosi inesatta di sede poteva trarre in errore anche per l'indirizzo dell'intervento operativo. L'enucleazione del tumore per via vaginale permise la cura conservativa, ed un esito felice dell'intervento.

Il secondo caso aveva pure sede nella regione sopravaginale ed istmica del collo mentre il corpo uterino svasato nella sua parte inferiore sovrastava alla grossa massa neoplastica. L'intervento operativo per la fissità del tumore indusse l'O. a incidere circolarmente la parete uterina, enucleando così il tumore e rendendo facile la sua asportazione.

Nel terzo caso si trattava di un grosso fibroma impiantato su tutto il fondo di un utero gravido al 5° mese. Le condizioni cardio-renali della paziente da un lato e la modalità d'impianto del tumore rendevano perplessi sulla natura dell'intervento. L'isterectomia subtotale con trattamento esteriore del peduncolo, per ridurre al minimo la gravità dell'intervento operativo e la sua durata, diedero felice esito all'intervento stesso e la donna, soppresso lo stato gravidico, migliorò rapidamente nelle condizioni renali e cardiache.

□□□

PER LA PRATICA

MALATTIE SESSUALI

DISFUNZIONE SESSUALE DA CONGESTIONE PROSTATICA

per il dott. PIERO G. CASTELLINO
Assistente vol. nella R. Clinica Dermosifilopatica di Napoli

I disturbi della funzione sessuale e l'impotenza, vengono generalmente messi in rapporto a malattie costituzionali (tubercolosi, sifilide) o a malattie nervose (malattie del midollo spinale, esaurimenti nervosi, per strapazzo psichico e sessuale); e la terapia, si basa su cure specifiche, ricostituenti del sistema nervoso, prodotti opoterapici, eccitanti sessuali, correnti elettriche, e quasi sempre l'esame della sfera sessuale viene trascurato, o si riduce a qualche superficiale investigazione su possibili pregresse blenorragie.

Non è raro invece, che le debolezze sessuali e l'impotenza dipendano da lesioni degli organi genitali stessi, che, originate da processi infettivi, come la blenorragia, o da anormali funzioni sessuali, si iniziano lentamente e subdolamente in principio, e poi man mano si aggravano fino a determinare nell'infermo uno stato depressivo psichico che ritarda ed ostacola seriamente la guarigione.

Per poter riconoscere queste cause è necessario procedere ad un minuzioso e completo esame dell'infermo, non solo anamnestico e dell'intero organismo, ma, soprattutto, degli organi genitali, servendoci di tutti i procedimenti che la tecnica mette a nostra disposizione.

Lo scopo della presente nota è appunto quello di mostrare la necessità di questo esame, la di cui utilità ed importanza non è soltanto quella di poter ricercare la causale della lesione, ma anche di poter stabilire una terapia che può essere, come nel caso in questione, semplice, rapida e definitiva.

Riassumo brevemente la storia dell'infermo soffermandomi soltanto su quei punti che possono avere attinenza con le sue anormali condizioni.

G. B., di anni 22 da Napoli, studente. Il padre è morto da [illegible] anni di polmonite, la madre è vivente e sana. Nulla nella anamnesi familiare, nessuna tara ereditaria. L'infermo non ha sofferto per lo passato alcuna malattia degna di nota.

Fino allo scorso anno si è astenuto, per timidità, da rapporti sessuali si è invece masturbato con discreta frequenza, senza avvertire, per il passato, alcun disturbo. Da circa due anni, invece, egli ha notato una certa debolezza nel getto seminale ed un ritardo alla sua emissione. A questo fenomeno, d'altra parte non costante, non aveva dato alcuna importanza, come pure a qualche frequente stimolo di urinare che accusava talvolta ed a polluzioni notturne che si ripetevano abbastanza spesso.

Un anno fa egli, dietro imperioso stimolo sessuale cercò, vincendo la sua naturale timidità di praticare l'amplesso con una professionale. Ma l'at-

Digitized by Google

to sessuale non fu condotto a termine, perchè, per quanto l'erezione fosse stata pronta, normale e duratura, non gli fu possibile ottenere l'eiaculazione, con alcun mezzo. Lo stesso fenomeno si è ripetuto per altre quattro volte, e con la stessa persona e con altre. L'infermo poteva, solamente a casa, mediante masturbazione, ottenere l'eiaculazione che si presentava stentata e debole.

Impressionato da questo stato di cose l'infermo si rivolgeva ad un sanitario il quale, ritenendo trattarsi di semplice debolezza sessuale con inibizione psichica, gli prescriveva prodotti opoterapici e gli consigliava un periodo di riposo sessuale, e di ritentare in seguito l'amplesso con calma e sicurezza.

La prescrizione fu eseguita, ma il risultato fu lo stesso. Frattanto aumentavano le polluzioni notturne.

Si recava allora da altri sanitari che gli prescrivevano ricostituenti nervosi, eccitanti, iniezioni, e pastiglie a base di yoimbina; gli praticavano altresì correnti elettriche alla spina dorsale ed alla regione lombo-sacrale, senza migliorare la situazione; anzi, dopo questa cura, l'infermo si trovava nella quasi impossibiltà di praticare l'atto sessuale per erezione stentata e flaccida, mentre permanevano invariate le condizioni a riguardo della eiaculazione.

In questa epoca veniva da me visitato.

L'esame generale dell'infermo faceva notare normale sviluppo scheletrico e muscolare, scarso pannicolo adiposo, sistema glandolare normale, nulla di patologico nei vari organi e sistemi. Le urine non presentavano filamenti, ma un lieve intorbidamento dovuto a fosfati, l'esame microscopico era negativo per il gonococco.

L'esame dei genitali mostrava testicoli di grandezza normale; la palpazione non provocava alcun dolore patologico, così pure per gli epididimi in cui non si notavano noduli infiammatorii nè dilatazioni venose; l'asta era ben sviluppata.

L'esame della prostata fatto per via rettale mostrava questa glandola ingrandita *in toto* più del doppio, poco dolente alla palpazione, lieve dolore alla pressione del dito, di consistenza dura, elastica, senza noduli, nè zone di indurimento connettivale; la sua grandezza impediva di palpare le vescicole seminali. Il massaggio prostatico, previo lavaggio vescicale profondo con leggera soluzione disinfettante, provocava la comparsa al meato urinario di una goccia di umore biancastro; all'emissione del liquido immesso in vescica, si poteva constatare un'abbondante sedimento fioccoso che esaminato al microscopio appariva costituito da normale secrezione prostatica, con qualche leucocita e sperma.

Non fu possibile procedere all'esame uretroscopico del *verum montanum*, avendo l'infermo chiesto di non essere sottoposto alla meatomia necessaria per la introduzione dello strumento, presentando egli un piccolo meato.

Di fronte ad un simile stato congestivo della prostata, ritenni opportuno doversi praticare una cura di massaggi locali, nell'intento di espellere i secreti che ristagnavano e di riattivare la funzione della glandola.

Furono quindi praticati, a giorni alterni, una ventina di massaggi e cioè fino a quando la prostata fu ridotta quasi ai suoi limiti, e la secrezione (abbondante in principio, fino a riempire con l'emissione del liquido contenuto in vescica per due dita trasverse il fondo di un cmune bicchiere conico d'analisi) quasi scomparsa. A questi massaggi, feci seguire cinque applicazioni di diatermia, con elettrode prostatico e pubico, per la durata di mezz'ora, raggiungendo l'intensità di un Amp. Il risultato di questa cura fu ottimo e l'infermo poteva ottenere, al primo amplesso, erezione rapida e normale e per quanto stentamente anche l'eiaculazione. In seguito anche l'emissione seminale divenne regolare e le funzioni sessuali si seguirono costantemente normali.

L'infermo guarì completamente.

Considerazioni. L'ammalato era giovane, sano, non aveva alcuna lesione del sistema nervoso, nè tare ereditarie, non tubercolosi, nè sifilide, non aveva sofferto di blenorragia; nessuna malattia quindi a cui si suole attribuire la causa delle malattie sessuali. Quale doveva essere allora l'origine della sua sintomatologia?

In primo tempo l'ipotesi di una semplice inibizione psichica poteva avere le sue ragioni, specialmente in un individuo che per la prima volta si trovava di fronte a stimoli ed a funzioni diverse, da cui era sempre rifuggito appunto per la sua timidità. Questo fenomeno inibitorio psichico al primo amplesso è infatti molto meno raro di quel che sembra, ma in genere si può presentare solamente ai primi tentativi, e cessa facilmente col familiarizzare con la stessa persona ed inoltre più frequentemente influenza l'erezione anzicchè l'eiaculazione. La terapia, infine, diretta in questo senso, come pure quella elettrica con applicazioni alla regione sacrale nell'intento di stimolare l'innervazione degli organi genitali, non ha ottenuto nessun risultato e non ha impedito che la situazione diventasse peggiore col presentarsi della debolezza alla erezione. Pur tuttavia, il fattore specifico qui vi è certamente stato ed ha svolto un importante azione con molta probabilità determinante, ma non causale.

Bisognava quindi considerare e ricercare qualche altro fattore che con tutta probabilità risiedeva negli organi genitali stessi.

La storia clinica dell'infermo mostrava come egli fosse stato un masturbatore, un astinente dalle normali funzioni sessuali. Ora è noto quale influenza provochino sull'intero organismo e specialmente sulla prostata, la continenza, gli abusi, e tutte le deviazioni dalla normale funzione sessuale, specie la masturbazione, e tutti i tentativi che specialmente con essa vengono fatti, nello scopo di ritardare e di prolungare l'erezione.

Non è mio intendimento qui di discutere i danni che la precocità sessuale, la masturbazione e gli altri vizi accennati arrechino sul normale e regolare sviluppo corporeo e psichico, che troppo a lungo vi sarebbe da parlare; accennerò solo alle lesioni e disfunzioni che vengono a determinarsi sulla prostata ed alle conseguenze che da ciò possono derivare. Lesioni che furono appunto osservate sull'infermo e da cui credo ebbero origine i suoi disturbi sessuali.

Le ripetute masturbazioni e la prolungata erezione determinano infatti nella prostata uno stato congestivo che se in primo tempo interessa specialmente il *verum montanum*, ed in modo non continuo, diventa in seguito costante e si estende a tutta la glandola. Questa continua congestione provoca un aumento della produzione di secrezione, che, non venendo espulsa normalmente, ristagna nei dotti secretori provocando la formazione di cavità cistiche dei cul di sacco ghiandolari e determinando così uno stato ipertrofico congestivo della glandola.

Col modificarsi delle condizioni normali della prostata vengono di conseguenza a provocarsi dei fenomeni dipendenti, dall'anormale rapporto anatomico verso gli organi vicini, e verso i dotti secretori suoi stessi, come pure dall'alterata funzione di secrezione. Per ciò è facile osservare, nelle congestioni ed ipertrofie di questa glandola, disturbi nella minzione, disturbi dell'alvo rettale, disturbi circolatorii emorroidarii e disturbi della eiaculazione, i quali sono dovuti in gran parte alla stiratura e strozzatura che subiscono i dotti eiaculatorii nell'attraversare la prostata dall'indietro all'avanti. Coll'alterarsi delle sue secrezioni esterne ed interne vengono certamente a diminuire le sue importanti funzioni che essa svolge sullo sperma, favorendone l'eiaculazione, sulla nutrizione e sulla vitalità degli spermatozoi, e sui testicoli, eccitandone la produzione degli spermatozoi stessi, e forse anche, per quanto non ancora studiato ed assodato in modo preciso sul trofismo del sistema nervoso e sull'intero organismo.

L'ipotesi quindi che questi disturbi eiaculatori e sessuali potessero, in gran parte, dipendere da un disturbo prostatico aveva il suo fondamento, l'esame clinico dell'infermo mostrava evidente una congestione prostatica, la terapia infine diretta a svuotare e liberare i dotti escretori ed a riattivare le normali funzioni della glandola otteneva un completo risultato.

Io credo quindi che, in questo caso, si possa concludere col dire che le frequenti masturbazioni o le prolungate deviazioni dalla normale funzione sessuale avessero determinato nell'intermo una congestione del *verum montanum* e della prostata con conseguenti alterazioni funzionali ed anatomiche della glandola che hanno provocato disturbi di varia natura, tra cui, i più importanti, quelli della eiaculazione tanto da poter giungere ad un vero arresto quando è subentrato un fattore psichico inibitore, alla cui provocazione ha forse potuto influire la diminuita secrezione interna prostatica. La terapia infatti si è mostrata efficace soltanto quando è stata rivolta, non ad eccitare il sistema nervoso generale e quello sessuale, ma a decongestionare la prostata e riattivarne la funzione.

BIBLIOGRAFIA

G. Luys. Maladie de la prostate, ed. Doin, Paris. — F. Legueu. Traité chirurgical d'urologie, ed. Alcan, Paris. — L. Luciani. Fisiologia dell'uomo, Soc. Ed. Libr. — M. Hirschfeld. Sexualpathologie, Marcus und Werbers, Bonn. — N. Pende. Edocrinologia, Ed. Vallardi. — G. Franceschini. La vita sessuale, Ed. Hoepli.

Digitized by Google

DIAGNOSTICA

La diagnosi differenziale delle vaginiti infantili non gonococciche

TOMMASI (Direttore della R. Clinica dermocelitica di Siena. *Il Policlinico, Sez. Prat.*, n. 12, 1927) mette in rilievo che la diagnosi differenziale delle vaginiti non blenorragiche è spesso molto difficile e anche se alcuni reperti batteriologici vengono riferiti come di sicura infezione blenorragica possono venire dimostrati inesatti da un indagine più rigorosa.

Non è chi non vede dunque quanta importanza abbia questa differenziazione, se si considerano le possibili conseguenze medico-legali di un'errata affermazione di infezione blenorragica.

Ecco, secondo l'A., molto competente in materia per avervi dedicato speciale studio, quali sono i criterii che devono guidare il medico nell'indagine clinica e batteriologica.

Nelle vulvo-vaginiti blenorragiche, l'insorgenza dell'infezione è acuta, marcata e di discreta durata, la secrezione abbondante cremosa biancogiallastra o giallo-verdastra. I genitali esterni sono sempre compromessi e spesso anche la zona perigenitale. L'uretra — carattere importantissimo — partecipa quasi sempre (circa nel 90 % dei casi) alla infezione.

Batteriologicamente si hanno reperti ben distinti, perchè ilgonococco, in fase di attività pura non consente simbiosi con altre forme batteriche. La secrezione è costituita soltanto da pus ben conservato, in cui possono osservarsi caratteristici gonococchi intracellulari, gram-negativi. Scarse cellule epiteliali e leucociti in disfacimento.

Al vaginoscopio si constata precoce estensione del processo alla parte alta della vagina e ai fornici: presenza di erosioni, emorragie puntiformi, sottoepiteliali. Gli esami del pus prelevato in queste parti alte danno reperti più sicuri. A differenza di tali reperti nelle vulvo-vaginiti acute non gonococciche si osserva: inizio della infezione non acuto in modo così caratteristico come nella blenorragia; la secrezione è scarsa e di consistenza più fluida, a volte quasi sierosa, contenente piccoli stracci puriformi, e somiglia ad acqua di riso. La zona perigenitale non è quasi mai compromessa dalla infiammazione, e — sopratutto — *l'uretra non partecipa alla infezione.*

Microscopicamente si osserva: secrezione fibrinosa con parecchie cellule epiteliali, pus più o meno abbondante, ma spesso mal conservato, a cellule vacuolizzate malamente tingibili. Assenza di germi o — più spesso — presenza di una flora abbondante mista prevalentemente costituita da un solo tipo morfologico di germi (cocchi o bacilli).

Alla vaginoscopia, la vaginite è limitata alla parte bassa, mancano erosioni ed emorragie, o se vi sono, sono più larghe e non a carattere puntiforme.

L'esame microscopico va eseguito su materiale prelevato più in alto.

Quando la vaginite gonococcica e quella di natura diversa hanno inizio e andamento cronico o subacuto, la insorgenza insidiosa, subdola, la scarsa acutezza e le piccole riacutizzazioni, dipendenti da peggiorata igiene locale, devono far pensare alla vulvo-vaginite con gonococcica, perchè in quest'ultima al contrario le riacutizzazioni sono sempre più imponenti sì da destare spesso anche l'attenzione dei famigliari della bambina. Nella forma non blenorragica, le vere riacutizzazioni sono rare. Manca l'uretrite anche nella forma cronica non blenorragica mentre è presente in questa.

Gli esami microscopici vanno ripetuti diverse volte, poichè i caratteri della secrezione sono infidi. La ricerca del Gram, se eseguita bene, ha un valore positivo.

Si possono eseguire le ricerche sulla secrezione endocervicale, allo scopo di osservare il gonococco. Inoltre si possono provocare, nella forma blenorragica, mediante i vaccini o con mezzi locali delle riacutizzazioni che non si ottengono mai nelle forme non blenorragiche.

Le prove di deviazione del complemento non sono sicurissime.

Sulla diagnosi dell' ipernefroma latente

NISIO (di Bari. *Il Policlinico, Sez. Chir.*, fasc. 4, 1927) prende occasione da un caso personale, operato con successo dal prof. Leotta, per discutere le possibilità diagnostiche dell'ipernefroma silenzioso. Si sa che questa neoplasia è il prodotto dell'evoluzione maligna di germi aberrati di capsula surrenale nella corticale del rene.

Il volume di un ipernefroma potendo variare da piccole dimensioni a quelle di una testa d'adulto è logico che la sintomatologia che provoca vari secondo la mole. Sicchè negl'ipernefromi di piccolo volume manca uno dei sintomi più caratteristici: la tumefazione.

Tuttavia, per quanto piccola, esiste e vi sono dei mezzi che accuratamente adoperati possono farla osservare, come per es. il pneumorene e successiva radiografia.

Nel caso dell'A. si trattava di un uomo di 55 anni, che fu ricoverato in clinica per essere operato — col metodo del prof. Leotta — di tubercolosi polmonare. Ma all'osservazione nè bacilli di Koch, nè, clinicamente, segni di affezioni bronco-polmonari, se si eccettua una lieve bronchite cronica. Condizioni generali scadute febbre a tipo intermittente non superiore ai 38°,3, rimettente con sudore, colorito terreo.

Risultato negativo l'esame del torace si scoprì, all'esame renale, che il polo superiore renale ingrossava e non conservava una superficie uniforme. Questa osservazione che non era stata richiamata da nessun fatto anamnestico fece orientare l'attenzione sul rene, sicchè la radiografia, previo pneumorene confermò la constatazione clinica. All'esame dell'urina si riscontrarono emasie in discreto numero e il cateterismo ureterale potette accertarne la provenienza dal rene destro. Sicchè in complesso i sintomi presentati dal paziente furono: tumefazione, ematuria, febbricola, stato di nutrizione profondamente scaduto, vero stato cachettico con colore giallastro della pelle.

La nefrectomia (prof. Leotta) asportò col rene, un'ipernefroma, discretamente voluminoso. Guarigione.

L'A. insiste sulla necessità di un'indagine accurata e precoce da cui quasi sempre dipende il successo operatorio.

TERAPIA

I rimedi delle sindromi del sistema vegetativo

G. MOLINARI (*Rivista Italiana di Terapia*, a. I, n. 2, 1927) riferisce che l'azione curativa dei medicamenti, elettiva sul sistema della vita vegetativa, si esplica sui due segmenti che lo costituiscono e cioè il sistema simpatico propriamente detto o sistema toraco-lombare, corrispondente al gran simpatico degli autori antichi e il sistema parasimpatico, il cui componente principale è il vago.

Come è noto questi due sistemi equilibrano, nell'armonia della vita vegetativa, le loro azioni antagoniste. Se per cause patologiche questo equilibrio viene turbato, l'azione è duplice, poichè da una parte viene a mancare la funzione di uno dei due sistemi turbati, mentre l'altro, per effetto della mancanza di azione opposta fa sentire maggiormente la sua azione.

Ora i medicamenti di cui si dirà moderano o esaltano queste due opposte azioni. Essi possono dividersi in quattro gruppi: 1° stimolatori del simpatico; 2° inibitori del simpatico; 3° stimolatori del parasimpatico; 4° inibitori del parasimpatico.

Al 1° gruppo appartengono, tra i principalissimi: l'adrenalina, il cloruro di calcio, la stricnina.

L'adrenalina è lo stimolante tipico del simpatico, meno il cloruro di calcio e la stricnina (per ottenere effetto sul simpatico bisogna usare dosi discretamente elevate).

L'adrenalina esplica la sua azione nella insufficienza surreno-simpatica, nello choc anafilattico, in certi stati di eccitamento vagale perchè ristabilisce l'equilibrio vago-simpatico, aumentando il tono di quest'ultimo.

In soluzione al millesimo, l'adrenalina si può somministrare per bocca (poco efficace) per via muscolare o sottocutanea. Per via endovenosa bisogna esser molto cauti, adoperandola solo nei casi gravi e a forte diluizione (un milligrammo in 100 cmc. di soluzione fisiologica, e iniettando nella vena molto lentamente).

Appartengono al secondo gruppo (inibitori del simpatico) la chinina, i nitriti, la segala cornuta, gli antinervini, i derivati xantinici.

La chinina è indicata nella tachicardia e nella diarrea dei basedowiani; modera l'ipereccitabilità cardiaca in netto antagonismo con l'azione dell'adrenalina.

I nitriti si adoperano a gocce per inalazioni (nitrito d'amile) e hanno azione ipotensiva e vasodilatatrice; il nitrito di sodio si adopera *per os*, mezzo grammo al giorno, o per via sottocutanea in dosi di 8-10 ctgr. *pro die*. La trinitrina in soluzione al centesimo, 3-4 gocce *pro die*. Della segala cornuta si usa il derivato ergotamina in dose di 1/2-3 milligrammi al giorno per 15 giorni, nell'orticaria, nell'emicrania e nel Basedow.

Dei derivati xantinici sono da adoperare la teobromina e la caffeina.

Al terzo gruppo (eccitatori del vago) bisogna ascrivere sopratutto l'eserina o fisostigmina, alcaloide della fava del Calabar; essa stimola le fibre lisce, aumentando le contrazioni intestinali. Ha indicazione elettiva in tutte le simpaticotonie per l'azione stimolante sul vago. Quindi è impiegata: nella tachicardia parossistica essenziale, negl'ipertiroidei e in certi tubercolotici, nell'atonia delle vie digerenti e in certe forme di costipazione atonica da ipertonia simpatica. Pare che agisca anche direttamente sul simpatico inibendolo (azione anfotera). La genesenina, derivato della eserina (Polonowski e Nitzberg) ha le stesse proprietà terapeutiche

Digitized by Google

ma è meno tossica, tanto che se ne possono dare fino a 5 milligrammi sotto cute senza aversi azione tossica.

La somministrazione dell'eserina si fa per bocca alla dose di un milligrammo (solfato o salicilato di eserina) sotto forma di granuli in un eccipiente comune.

Altro stimolatore del parasimpatico è la pilocarpina, ma questa ha un'azione molto complessa, non ancora bene studiata, sicchè non si può utilizzarla nello studio del sistema nervoso vegetativo (Danielopulo).

Esplica effetti favorevoli nella cura dell'asma, della coriza spasmodica e di stati affini: si usa l'infuso di foglie di jaborandi (2-3 gr. di foglie) o la tintura di pilocarpina (da 1 a 5 gr. in pozione).

Infine all'ultimo gruppo (inibitori del vago) appartiene fra i primi l'atropina. Ma ha un'azione netta ed elettiva sul vago, e trova indicazione in tutte le ipertonie di questo nervo. Ha anche azione amfotera. Si usa il solfato neutro di atropina per via sottocutanea in dose da 3/4 di milligrammo fino a 2 mill. e mezzo nei casi di ipertonia vagale.

La belladonna si usa sotto forma di tintura da 30 a 150 gocce al giorno, cominciando da dosi basse, per saggiare la tolleranza.

La scopolamina o ioscina ha proprietà analoghe all'atropina ma la sua azione è più lenta e ne differisce per l'azione paralizzante sui centri nervosi: attenua l'ipereccitabilità cerebrale ed ha azione ipnotica, tanto che viene associata alla morfina per anestesia generale. E' stata usata, sola nel Parkinson, alla dose di 1/2 millgr. *pro die*.

Infine un'ultimo medicamento fra i più importanti di questo gruppo è la lobelia (lobelia inflata), rimedio antiasmatico, contro lo spasmo dei muscoli dei piccoli bronchi. La lobelina, principio attivo, si prescrive principalmente come antiasmatico.

Si usa la tintura di lobelia alla dose di 1 a 5 gr. nell'adulto e 1-2 gr. nel bambino.

Sull' autoemoterapia

G. De Nito (*Rivista Ital. di Ter.*, a. I, n. 2, 1927) ricorda che i metodi più comuni per praticare l'autoemo-terapia sono: o l'estrazione di 40 cmc. di sangue dalla vena cubitale, che si mescolano con 5 cmc. di una soluz. di citrato sodico al 3 %; si agita leggermente e si reinietta nella massa muscolare dei glutei o nella zona su cui si desidera che la sostanza agisca a preferenza; oppure dopo di aver estratto il sangue lo si defibrina, poi si tiene per qualche ora in ghiacciaia e poi si reinietta. Altro metodo è quello di emolizzare il sangue appena estratto dalla vena con soluzione di cloruro di sodio al 3.6 ‰ e reiniettarlo. Da qualcuno furono adoperate soluzioni glucosate al 4.7 % che per un certo tempo impediscono la coagulazione del sangue. [Un metodo, il più semplice e ugualmente efficace consiste nella estrazione e reiniezione senz'alcuna defibrinazione o altro; basta semplicemente agitare un po' la siringa, appena estratto il sangue dalla vena. N. d. R.].

I fenomeni che si hanno dopo le iniezioni sono quelli comuni alle iniezioni di proteine: modica febbre preceduta da brividi, indolenzimento della parte, lievi sudori; tutto ciò in scarsa misura. I benefici si fanno presto notare sia nello stato generale (euforia, appetito ecc.) che sulla lesione che si è voluta combattere.

Le iniezioni si praticano in giorni alterni, od ogni tre giorni secondo l'importanza della lesione e i risultati che si vogliono ottenere. Il campo di applicazione dell'auto-emoterapia è vastissimo: dal tracoma (Angelucci) alle dermatosi, dalle malattie infettive (tifo, scarlattina, morbillo, erisipela ecc.) e quelle croniche, specialmente emofilia, emoglobinuria parossistica ecc. (Widal, Abrami, Brissaud).

Giova non abbandonare questa proteinoterapia che sempre dà nuove prove della sua efficacia in tutte le affezioni in cui viene applicata.

IGIENE

Latte e tubercolosi

L'argomento ha avuto recente e larga discussione in seno alla « National Milk Conference» (*The Lancet*, 20 nov. 1926).

Afferma il relatore Buckley che ripetuti esami su svariati saggi di latte, provenienti da luoghi diversi di Inghilterra e dipendenze hanno mostrato in 6.5 % l'infezione tubercolosa. Questa percentuale non autorizza ad affermare che tale sia la percentuale di vacche tubercolotiche; bensì a ritenere che basti una sola provenienza infetta ad inquinare parecchi altri saggi puri, con i quali venne mescolata.

A sua volta il Dr. Chick rileva il largo e crescente pericolo di infezione nella età infantile, per l'uso di codesto latte, non essendo, dall'esperienza abbastanza controllata la opinione del Koch, cioè che fossero relativamente esigui i casi di tubercolosi umana di provenienza bovina. Ecco perchè gli sforzi attuati nella preparazione di sostituti, nell'alimentazione infantile, vogliono essere lodati.

Il Dr. Raw obbietta essere praticabile la ricerca e la selezione di tutte le vacche lattifere tubercolose. Consiglierebbe l'allontanamento immediato di ogni vitello affinchè non si contamini nella stalla. In addizione al latte anche i prodotti alimentari derivati, possono contenere bacilli tubercolari viventi.

Il Dr. Savage rileva potersi calcolare a circa 3000 i decessi annui per tubercolosi di provenienza bovina. Si è discusso anche il fatto che l'ingestione di latte infetto possa fornire una particolare immunizzazione, nella presunzione che la bovina agisca in modo più attenuato di quella umana; ma se il batteriologo può stabilire differenze, esse sfuggono al clinico. Non bisogna confondere la diversa virulenza con la differente porta d'infezione. Azzardata essendo la somministrazione orale di bacilli viventi, non si può istituire alcun confronto tra essa e la vaccinazione, la quale procede con norme scientifiche, ed in mani esercitate.

APPUNTI

Il siero normale di cavallo per via orale nella enterorragia tifosa. — G. Alessio, di Molocchio (*Terapia*, aprile 1927) in un caso di gravissima enterorragia tifosa (emissione di circa 300 cmc. di sangue) in una donna trentenne, ha notato che la somministrazione del contenuto di 4 fialette di siero normale di cavallo, per via orale, nel corso di 24 ore, e una seconda somministrazione di questa dose *pro die*, sono state seguite dalla scomparsa del sangue nelle feces. Per quanto siano stati prescritti nel caso così curato, anche il cloruro di calcio, l'adrenalina e la vescica di ghiaccio a permanenza sull'addome, non può escludersi che buona parte del risultato sia dovuta al siero, per il quale perciò il pratico viene ad apprendere che la somministrazione può farsi anche per via orale, non esclusivamente per via parenterale.

L' ascaridiosi delle vie biliari. — D. Dumitresco e Stoia (*Spitalul*, a. 47, n. 3, 1927) riferiscono il caso di una donna di 33 anni, che accusava disturbi gastrici, dolore provocato alla cistifellea, pigmenti nel siero di sangue. Non aveva nè febbre, nè ittero. All'intervento si trovarono un calcolo solitario alla cistifellea della grandezza di una noce e nel dotto epatico un ascaride morto di 25 cm. di lunghezza.

Il solfato di magnesio come rimedio delle crisi gastriche tabetiche. — Secondo Marinesco e Façon (*Spitalul*, anno 47, n. 2, 1927) le sostanze paralizzanti il vago, l'atropina compresa, non esplicano che un'azione transitoria sul decorso della crisi gastrica. Il rimedio più efficace consiste in iniezioni endorachidee di solfato di magnesio.

La pasteurizzazione come effetto sterilizzante nel latte inquinato da tubercolosi. — Secondo le recenti indagini di Wite (*The Lancet*, 1926, p. 222), se si porta alla temper. di 62°,5 C. il latte infetto da tubercolosi, perchè proveniente da mucche con tubercolosi mammaria, e a quella temperatura si mantiene il latte per trenta minuti, la sua sterilizzazione è assicurata, perchè, quando venga inoculato nella cavia, non riproduce la infezione. Sicchè praticamente la pasteurizzazione è da utilizzare nella sterilizzazione del latte tubercolizzato, perchè si raggiunge lo scopo senza perturbare la composizione chimica e i fermenti del latte, ciò che si verifica con la ebullizione.

La gonacrina per via endovenosa. — La gonacrina è il cloridrato di dimetilacridina, che è stato impiegato per la prima volta contro la blenorragia per via endovenosa da Zieler e Unna nel 1920.

Trifu (*Spitalul*, n. 3, 1927) ha impiegato il farmaco per via endovenosa e viene alla conclusione che esso serve egregiamente nelle uretriti superficiali e nelle cistiti acute. Nelle forme croniche, la gonacrina per se stessa non è sufficiente.

FORMULARIO

Nella pitiriasi rosea di Gibert. — Evitare i bagni solforosi e le pomate riduttrici troppo forti. Sono indicati i bagni amidati e le lavande con sapone al catrame. Se vi è molto prurito adoperare delle polveri inerti oppure una pasta all'ossido di zinco con la seguente formula:

Glicerolato d'amido	gr. 90
Acido tartarico	» 3
Acido salicilico	» 1
Acido fenico	» 2
Ossido di zinco	» 20

Dopo avere applicata la pomata cospargere della polvere di amido o di talco. (Gougerot. *La Dermatologie en clientèle*, Maloine Ed. Paris).

= 675

Digitized by Google

EDILIZIA OSPEDALIERA

Il Criterio psicologico nella Edilizia ospedaliera

E' noto che il moderno indirizzo costituzionalistico è eminentemente unitivo nel considerare l'individuo ammalato come una personalità inscindibile psico-fisica. Nessun medico pratico deve oggi circoscrivere la propria azione terapeutica al *fisis* del suo paziente. La psiche ha sempre una grande importanza in tutti i processi morbosi. Il Krehl dice giustamente che i fenomeni ultrameccanici dello sprito si insinuano, per così dire, sotto i fenomeni meccanici e li alterano, per cui l'unico modo di curare è quello di assumere il governo e il coordinamento di tutto l'organismo dal punto di vista corporale e spirituale. Coll'aiuto di questo indirizzo, assenisce il Krehl, si ottiene molto di più che col solo trattamento psicologico.

Gli ammalati che fanno con grande convinzione le cure se ne giovano molto di più e hanno molta maggiore probabilità di guarire che non quelli che sono scettici, sfiduciati, pessimisti e passivi di fronte alla terapia. Non vi è medico pratico che possa negare per es. che lo stato psichico abbia una grandissima influenza nella cura della tubercolosi polmonare.

La psiche ostacola o favorisce l'azione benefica delle cure: ne esalta o ne annulla l'effetto. Questi ammalati, quando sono sfiduciati, impauriti, depressi e passivi di fronte al male, sono destinati all'insuccesso di tutte le cure.

Va segnalato ai lettori di questo periodico un ingegnere notissimo in Italia per costruzioni ospedaliere, il Comm. Giulio Marcovigi di Bologna, che ha al suo attivo oramai moltissime e felici costruzioni ospedaliere, quali in Bologna l'Ospedale Benito Mussolini, il grande ospedale Pizzardi, le nuove cliniche di Sant'Orsola, l'Ospedale di Guerra e inoltre l'Ospizio marino di Rimini, i grandi nuovi ospedali civili delle città di Como e di Bergamo, l'Ospedale e le Cliniche di Parma, il tubercolosario, il lazzaretto e la stazione di disinfezione di Mantova, l'Ospedale di Cesena col padiglione infetti ed altri.

Il Marcovigi si è messo francamente nelle moderne direttive della Medicina, cui sopra accennavamo, e nel costruire le case degli ammalati invece di ispirarsi ad un rigido e freddo criterio igienico soltanto, innesta il criterio psicologico a quello igienico e ne trae ispirazione per costruzioni e decorazioni di nuovo tipo, che rappresentano una vera innovazione nel campo della edilizia nosocomiale. L'arte architettonica e decorativa torna così ad entrare negli Ospedali, come nei secoli passati, sposandosi però alle esigenze delle moderne dottrine igieniche. E' questa, diciamo così, una *idea-madre* che può aprire le porte alle più grandi innovazioni e varietà di costruzioni e di decorazione degli Ospedali e delle case di salute.

Così si esprime infatti il Marcovigi:

« In Italia, a tutto il secolo XVIII, le costruzioni spedaliere, in cui per influsso dei tempi dominava l'arte e il misticismo, godettero fama mondiale incontrastata; dopo di che, questa particolare architettura nostrana, decadde irreparabilmente per finire, fino a questi giorni, nell'imitazione dei nosocomi di oltre monte e d'oltre mare.

« Ora, da vari anni a questa parte, noi andiamo proclamando la necessità, che nelle costruzioni spedaliere si tenga sistematicamente nella dovuta considerazione il fattore psicologico tendendo in tal modo a riannodarci alla tradizione, che ha le sue prime radici nell'indole prevalentemente idealistica della nostra stirpe.

« Ma questo ritorno all'anima dimenticata o comunque negletta per oltre un secolo, di fronte alle travolgenti conquiste di una civiltà esclusivamente meccanica, perchè conduca agli effetti desiderati, dovrà effettuarsi mediante criteri e sentimenti affatto moderni, avvalorandosi di quanto la scienza e la tecnica hanno prodotto e producono tuttavia per appagare pienamente gli ammalati, soddisfacendo non solo alle esigenze del corpo, ma a quelle non meno indispensabili dello spirito.

« E' questa la meta generosa e luminosa a cui dobbiamo mirare; la quale ci farà guadagnare, prima, la riconoscenza infinita degli infermi e, poi, quella del nostro Paese, perchè seguendo la via che abbiamo tracciata, potremo, anche nell'architettura nosocomiale, riconquistare l'antico primato ».

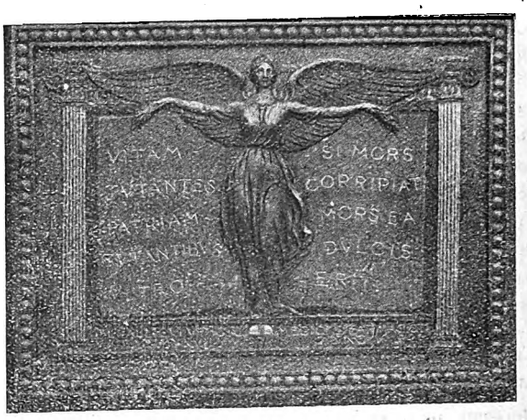
Togliamo queste notizie dalla « *Voce di Bergamo* » del 26 marzo 1927 per segnalare ai lettori de *La Riforma Medica* questo nuovo indirizzo, che sotto tutti i punti di vista ci pare caldamente raccomandabile.

G. V.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA FIRENZE

Inaugurazione di una targa in bronzo in onore dei medici caduti in guerra. — Prima della chiusura del corso allievi ufficiali medici e chimici farmacisti, frequentato quest'anno da circa 400 giovani colleghi, fu inaugurata nel chiostro della Scuola di Sanità Militare in Firenze, una targa in bronzo offerta alla quadruplice centuria di medici caduti nella grande guerra, il cui monumento, magnifica opera dello scultore



Minerbi, sorge, devoto e memore omaggio di tutti i sanitari d'Italia, nel cortile della antica caserma del Maglio.

La cerimonia solenne ed austera si svolse alla presenza delle autorità militari del presidio, di tutti gli ufficiali medici della guarnigione e degli allievi della Scuola. Il bel lavoro è opera dello scultore Michelassi, l'epigrafe fu dettata dal Senatore Prof. Vitelli.

La pregevole opera d'arte fu presa in consegna dal Direttore Colonnello Medico Prof. Giovanni Grixoni, il quale, plaudendo alla bella iniziativa dei nuovi gregari del corpo sanitario militare, che coronarono idealmente l'altra non meno nobile fatica di esser venuti largamente in aiuto degli orfani dei medesimi eroici nostri colleghi morti per la Patria, si compiaceva di constatare che la nostra Scuola di sanità, avviata sicuramente ormai ad alti destini, non prepara solo la mente e la mano all'adempimento degli ardui e molteplici compiti che incombono al medico militare nell'esercizio professionale, ma ancora feconda ed affina nei suoi allievi i più elevati sentimenti di umanità e di solidarietà, la comprensione ed ammirazione dei supremi valori morali ed intellettuali della nostra stirpe, radica il culto del dovere e lo spirito di sacrifizio che costituiscono il fulcro della opera e della vita di ogni medico.

G. G.

LIBRI ED OPUSCOLI

Belli. C. M. *Guida alle analisi cliniche*. Istituto editoriale scientifico, Milano, 1927. Prezzo L. 60,

La Guida alle analisi cliniche pubblicata dal Prof. Belli, da lunghi anni specializzato in materia, si presenta sotto un aspetto nuovo e differente dai comuni manuali. Questi, per ogni indagine riportano vari metodi, lasciandone la scelta agli analisti. Ciò costituisce per coloro che s'iniziano a questo genere di ricerche una difficoltà che l'A. sopprime, descrivendo un sol metodo, quello che nella sua lunga pratica gli ha dato i migliori risultati. Tale scelta dei metodi offre pure il vantaggio di riferire i metodi di analisi con tutti i particolari senza aumentare notevolmente la mole del libro.

Una seconda novità consiste nella indicazione delle ricerche eseguibili nelle varie affezioni. I medici generici non di raro si trovano in imbarazzo sulla ricerca da praticare nel caso speciale; emocultura o sierodiagnosi, ricerca del treponema o reazione di Wassermann? Da ciò consegue che non di rado il risultato dell'analisi non è utile per il quesito diagnostico e i medici perdono la fiducia nel concorso che il laboratorio può portare alla diagnosi clinica. Il manuale rende facile la richiesta al laboratorio delle ricerche più adatte nelle malattie più comuni e nelle fasi di esse.

Il volume è arricchito di 77 figure in nero intercalate nel testo e di 23 a colori in tavole separate e di un esteso indice alfabetico-analitico che offre l'agio di trovare immediatamente l'argomento che si desidera.

Digitized by Google

DE NAPOLI F. *Sesso e amore.* «Bibl. di scienze moderne» n. 99-100, 2 vol. Frat. Bocca ed., Torino 1927. Prezzo lire 125.

Precede l'opera un attestato di cordialità, sotto forma di lettera del maestro dei maestri: Augusto Murri. Attestato, inesattamente interpetrato nel frontespizio come « prefazione »; la prefazione non precede soltanto un libro, ma lo presenta assegnandogli, intellettualmente o cronologicamente, il posto raggiunto fra tanti e tanti altri che dello stesso argomento prospettano teorie! Questa inesattezza interpetrativa ha spinto forse l'A., a riannodarsi, in una seconda prefazione, alla competenza sessuologica del Murri e a ricordarci quale fonte ricchissima di cogn[i]zioni logiche sia il volume del Murri « Nosologia e Psicologia » (Ed. Zanichelli)! Francamente la citazione di quello del Murri è inopportuna in un libro come questo espositivo sempre scientificamente critico mai.

L'opera ha le sue basi su la « Sociologia », « Fisiologia », « Igiene », « Psicologia », « Pedagogia », « Etica e legislazione sessuale »; ecco perchè i due volumi hanno una gran mole, 1020 pagine, e un titolo « Sesso e amore », così vasto! L'A. in sociologia, igiene, legislazione sessuale, fisiopatologia, si mostra quasi sempre un maestro; ma in quanto al resto, il libro ripete teorie vecchie e superate ed elenca « fatti » la cui esposizione, sempre *vitalistica* andrebbe severamente discussa. In realtà, l'A. è in buona fede, perchè si mostra così poco influenzato dalle luci dei grandi titani della scienza contemporanea, quali lo Yerckes, lo Jennings, l'Hamilton, il Loeb, da non nominarli nemmeno; soltanto il Loeb, qualche volta è citato, ma in così malo modo da far orribile figura. L'A. è invece prigione di un artista, Remy de Gourmont; un mezzo filosofo, il Weminger, e qualche romanziere, il Balzac e lo Stendhal. Contemporaneamente mentre la procreazione, qualche volta, rientra nel campo chimico (meccanico) qualche altra volta va a sconfinare in quello della... fantasia. Per es. a pag. 245 si parla di Castori che pare *sappiano* il valore commerciale della speciale essenza elaborate dalle loro glandole perigenitali e *sappiano* anche la ricerca che ne fa l'uomo, perchè, inseguiti dei cacciatori si strappano i testicoli e lasciano sul cammino quella borsa quale prezzo per aver salva la vita! Questo è più che vatalismo; è superpsichismo. Costoro così ammaestrati in astuzia, farebbero tremare il povero, grande Loeb abituato a registrare fra i tropismi, persino il volo nuziale delle api!

E però l'A. nelle primissime pagine dichiara « *la procreazione un avere* »; l'etica che dà consigli alla biologia! pagine dedicate alla lotta per l'esistenza e la dinamica biologica.

Non abbiamo trovato, pertanto, alcun accenno ai fenomeni di bioluminescenza a cui s'interessano oggi i sessuologi e i biologi, circa le attrazioni luminose e la formazione marina (ossigenazione da esaltazione sessuale) di questa luce. Su gli « odori » è detto poco o meglio e riferito soltanto quanto disse, a suo tempo, lo scrittore artista De Gourmont. Il capitolo « Psicanalisi » è derivato dall'ultimo lavoro del Morselli, edito dal Bocca, e mai dalle fonti vere e originarie.

Quindi, i psicosessuologi tedeschi appaiono insufficienti e quelli americani (Clarkes) che così grande contributo apportarono ai fenomeni mimici di ambivalenza (questo, è sesso e amore nel vero significato!) e quelli francesi (La Forgue, Hesnard, Allendy etc.) non appaiono affatto.

L'A. potrà rispondere: ma io ho mirato alla sociologia e all'igiene e alla legislazione sessuale! E allora perchè mettere quel titolo e attardarsi nelle prime 504 pagine in una ridda di inesattezze biopsichiche e sessuologiche?

La seconda parte è la più interessante e alcuni capitoli come quelli sul « regolamentarismo » e il « proibizionismo » in tema di prostituzione, rivelano appieno la padronanza del venereologo e dell'ispettore dermosifilografo. In quanto ai motivi di questa padronanza, va accettata la tesi regolamentarismo contro il proibizionismo sostenuto dal Mariani; ma sessuologicamente, psicosessuologicamente (sesso e amore, è il titolo!) va, secondo mè, suggerito il proibizionismo. Sono le prostitute e i prostriboli, come notava il sessuologo Böhm, ultimamente, che avviano l'uomo delle capitali all'omosessualità (circoli, clubs, associazioni mascoline etc.) e spingono la donna a ricorrere ai richiami di allarme della foggia del « toucourt »!

Concludendo: un libro, monumentale, dunque; ma sempre piacevole, chiaro, seducente per l'inganno creato in chi legge dal pathos che l'A. ritiene necessario (prefaz. pag. XX) in chiunque si accinga a contemplare il mistero della natura in un lavoro.

Noi avremmo preferito un pò di « self-control » più energico per questo pathos; un pò di freno su gli slanci affettivi di chi scrive sul fenomeno e non sul romanzo « sesso e amore ».

E allora, « possedendo il briciolo di autorità », il Murri (prefazione pag. I), avrebbe potuto consigliare la lettura del libro anche a qualche uomo di scienza oltre che *a quei tanti disoccupati di mente, che tengono sotto gli occhi un giornale o qualche libraccio per non essere del tutto oziosi!*

M. MUSELLA

Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Band 200, Leipzig, Vogel 1927.

L'opportunità di registrare in questa rubrica, il volume della predetta pubblicazione tedesca, vuole essere anche chiarita..

Da parte il contesto di esso, al quale hanno collaborato, chiamandosi a raccolta, i nomi più autorevoli della chirurgia germanica, è per ogni studioso interessante sapere che questo ponderoso volume ha ben 230 pagine di indice generale per materia e per Autori. Una miniera dunque contenuta in 200 volumi apparsi nell'elasso tra 1872-1927.

Senza sentirci trascinati nè dalla filia, nè dalla fobia, tendenze ambedue condannevoli nel giudicare il progresso della cultura, noi dobbiamo riconoscere nella fervida opera dei nostri colleghi tedeschi, uno spirito di continuità, di tenacia, di perfettività, certamente degno della considerazione nostra. Se come in prefazione scrive il Sauerbruch, la prima centurie di volumi raccoglie una somma di lavori improntati ad una genialità, ad una originalità che venne scemando nella seconda, tanto non esclude si possa con rinvigorita lena protendere a risollevarne le sorti.

Come che sia la vitalità di codesti importanti Annali, non ostante la ricca produzione del genere, in quella lingua, assicura ai ricercatori una larga fonte cui attingere, sperabilmente con quel senso di ponderazione che negli italiani ancora difetta, al punto da tenere in supremo oblio quanto è nostro, per asservirsi idolatramente quanto gli altri sanno utilizzare.

AIEVOLI

PEZZOTTI L. *Commenti e Critiche al concetto dei « circoli viziosi » in patologia.* Un vol. di pag. 69. Ed. L. Cappelli, Bologna 1926. Prezzo L. 10.

Questo volumetto, denso di spunti critici e di concetti appare dopo un libro di Jameson B. Hurri, sul modo di interpetrare i « circoli viziosi » in patologia.

L'A. non condivide del tutto le idee dell'Autore inglese, sulla interpetrazione molto comoda dei circoli viziosi, la quale — tuttavia — non sarebbe esatta, secondo le più recenti vedute e specialmente tenuto conto della interpetrazione di cause ed effetti delle malattie e loro sintomatologia.

L'A. dopo alcune considerazioni generali, nei diversi capitoli esamina il valore dei sintomi, la costituzione e diatesi le malattie infettive e l'immunità, le ricadute e recidive, le false causali ecc. in correlazione al concetto dei circoli viziosi. Sono capitoli, con uno di numerose note esplicative, che oltre una ricca bibliografia, permettono di avere una precisa idea di quello che noi comunemente denominiamo circolo vizioso.

RIETTI F. *La terapia insulinica.* 1 vol. di pag. 112. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1927. Prezzo L. 10.

E' il 2° volume della collezione « Biblioteca di cultura medica » edita dall'U. T. E. T. sotto la direzione del sen. prof. Alessandro Lustig; nè deve sembrare superfluo un nuovo lavoro riassuntivo sulla terapia insulinica, dato che esistono già molte monografie al riguardo, italiane e straniere. Dette monografie, infatti, in parte sono troppo estese per i bisogni dei medici pratici, in parte sono antecedenti a lavori recentissimi che hanno fatto progredire in modo non trascurabile lo studio dell'insulina e delle sue applicazioni curative. Perciò il presente volumetto, il quale si basa sullo studio della bibliografia a tutt'oggi ed anche su dati di osservazioni personali raccolte nell'esercizio professionale dall'A., incontrerà largo favore tra i medici, che, non avendo il tempo o l'opportunità di consultare la letteratura italiana e straniera sulla terapia insulinica, desiderano di trovare riassunto in forma sintetica lo stato attuale dell'importante questione.

Bailey S. *A burden on the medical profession.* Estratto da « The Jour. of the Iowa State medical Society », luglio 1926.

Bartolone G. *Per un Ministero di igiene, previdenza e assistenza sociale.* Relazione all'VIII Congresso medico siculo-calabro. Milazzo, « La Provincia Sanitaria » editrice, 1926.

Bayet A. *La radiumchirurgie au Congrès de Londres.* Estratto da « Le Cancer », n. 3, 1925.

Bini G. *In margine alla lotta antimalarica svolta dalla Stazione di Fiumicino.* Coop. tipogr. Castaldi, Roma, 1926.

Cavallucci U. *Sul pemfigo cronico benigno con diffusa e persistente pigmentazione cutanea.* Estratto da « Rinascenza medica,», n. 8, 1926.

Federici N. *Nota sul semplicismo in chirurgia e in medicina.* Estratto dalla « Rivista Medica », 1926.

Lampronto G. *Gotta, reumatismo ed artropatie croniche.* Empoli, Tip. Guainai, 1926.

Lucangeli G. L. *Esiste un'uremia cronica?* Estratto dagli « Atti del XXXI Congresso della Società italiana di Medicina Interna», 1925.

Minerbi C. *Il riflesso mio-carotico di Hering in riguardo ai suoi effetti sulla funzione tonotropa del cuore e delle vene toraciche.* Estratto da « Cuore e Circolazione », a. 1925.

Digitized by Google

VITA UNIVERSITARIA

La prolusione del prof. Nicolò Castellino al corso ufficiale delle Malattie del Lavoro nella R. Università di Napoli.

Nell'aula di Clinica Medica della R. Università di Napoli, il 2 maggio u. s., il prof. Nicolò Castellino ha tenuto la prolusione al corso ufficiale sulle Malattie del Lavoro, assumendo così la direzione di questa cattedra che tanta importanza acquista oggi come completamento del nuovo indirizzo legislativo nei riguardi della protezione e dell'igiene del lavoro.

Tra i numerosi intervenuti, erano presenti moltissime Autorità sia politiche che scientifiche, tra le quali S. E. Bottai, S. E. il Sen. Corradini, S. E. Castelli, Alto Commissario per la Provincia di Napoli, il R. Commissario Comm. Montuori, l'on. Sansanelli, Segretario della Federaz. Provinciale Fascista, il prof. Loiacono, i rappresentanti della Sanità militare e marittima e del Corpo d'Armata di Napoli; il Sen. Prof. Edoardo Maragliano, il Rettore Magnifico prof. F. Bottazzi, i proff. Zambonini, Pietro Castellino, Boeri, D'Amato, Caporali, Pascale, Jemma, Stanziale, Marfori, Castronuovo, Cicconardi, Cantani, Orsi, Landolfi e numerosissimi altri, nonchè un folto gruppo di liberi docenti, studenti e ammiratori dell'Oratore, che già tanta simpatia ha ispirato in ogni campo della sua molteplice attività. Hanno aderito ancora con telegrammi, S. E. Turati e l'on. Melchiori, vice-Segretario del Partito fascista.

Tema della prolusione è stato: « L'igiene del lavoro ». Il chiaro O., dopo avere inquadrato nell'attuale momento storico il programma che costituisce il fine della nuova cattedra che egli è stato chiamato a dirigere, ricorda e discute la dottrina del Taylor sulla selezione del lavoro e sulla migliore utilizzazione delle proprie facoltà. In Italia, secondo l'O., la tutela dei lavoratori deve estendersi a tutte le loro attività e non restringersi a quelle della fabbrica, dell'officina e della bottega, deve seguire il lavoratore fin nella sua vita domestica, che poi è quella che lo prepara e lo rende più o meno atto ad un'operosità proficua. Pertanto l'opera di tutela dovrà comprendere anche il regime alimentare, spesso difettoso non per quantità, ma per errati criteri di scelta qualitativa, l'igiene delle abitazioni, e dovrà mirare a far sorgere una sana passione per lo sport, perchè con esso il lavoratore si ritempri dopo la diuturna fatica.

Sana e razionale alimentazione, casa igienica, sport, ecco il tripode su cui dovrà impiantarsi la nuova igiene del lavoro.

L'O. parla, quindi, dello stato attuale della pubblica beneficenza — ospedali, stazioni di cure balneo-termali, convalescenziari ecc. — e della Previdenza ed assicurazione, illustrandone il funzionamento e rilevando la necessità di indirizzarle su più razionale strada.

Dobbiamo — egli dice — riformare dalla base, tutta l'organizzazione italiana, pubblica e privata, della beneficenza e della previdenza mutua, come ora è intesa. E' su questo campo che va particolarmente richiamata da noi medici, l'attenzione del Governo Nazionale: in Italia, secondo le ultime statistiche esatte, che rimontano a prima della guerra, oltre agli ottocento milioni di lire oro che costituivano il patrimonio delle varie società di assistenza, a non meno di 2 miliardi oro — e cioè, tenuto conto dell'aumentato valore degli immobili e del corso della lira, ad oltre 10 miliardi carta — ammontava il tesoro dei «sol» istituti di pubblica beneficenza eretti in ente morale! Dieci miliardi che, se pur erano e sono saggiamente amministrati, sono, salvo qualche rara eccezione — a titolo di onore una napoletana: l'Ospedale dei Pellegrini — spesi male.

Sono spesi male perchè già il sempre farraginoso loro servizio di devoluzione sperpera e dissemina in infiniti esangui rivoletti la gran massa di denaro che tanto bene potrebbe invece apportare; e poi perchè troppo ancora sussiste, nella costituzione stessa di tali Enti morali, dell'antica superata mentalità democratica e demagogica, che considerava ottimo e bastevole compito benefico l'elargizione di qualche tenue sussidio ai bisognosi e le fantasmagoriche e inutili famose dispense pubbliche di abiti e di viveri in alcune determinate ricorrenze.

Anche in questo ramo, dunque, deve il Governo Nazionale fare in modo che l'attività benefica ed umanitaria degli italiani marci con la stessa cadenza delle altre forme di attività: avochi a sè tutto, amministri e distribuisca lui solo!

Indi l'O. conclude augurandosi che questo giorno segni l'inizio di un'attività più gagliarda pel giovane Istituto del Lavoro.

Alla fine della sua prolusione, il prof. Nicolò Castellino fu festeggiatissimo da tutti i presenti e gli studenti organizzarono al suo indirizzo una simpatica manifestazione di omaggio, degna ricompensa per chi tanto ha già dato alla Nazione e tanto ancora si appresta a dare in un perenne ritemprarsi di sempre più giovanile energia.

La prolusione del prof. G. Castronuovo al corso ufficiale di Malattie Esotiche e Tropicali nella R. Università di Napoli.

Sabato 30 aprile u. s. il prof. G. Castronuovo tenne la sua prolusione al Corso Ufficiale di Malattie Esotiche e Tropicali della R. Università di Napoli.

La viva attesa destata dalla fama del conferenziere e dal tema suggestivo « Malattie esotiche ed igiene coloniale nell'etica imperiale fascista » non è stato punto delusa.

La grande aula della Clinica medica al Policlinico già prima dell'ora fissata, era gremita di studenti, di professori, di autorità accademiche, di rappresentanti della Camera, del Senato, dell'Alto Commissario, del Municipio del Corpo d'Armata e della Divisione militare di Napoli, della Sanità militare, dell'Esercito, della Marina, dei Sindacati professionali, della Federazione fascista. Notati i medici provinciali Dott. Sica in rappresentanza dell'Alto Commissario S. E. Castelli, Dott. Ciocchi per il medico provinciale-capo Briscia; l'avv. Mattia Limoncelli, Presidente dell'Istituto di Belle Arti; l'on. Sansanelli, Segretario della Federazione provinciale fascista e deputato di Basilicata, con il suo Segretario particolare Tricarico; l'on. Siniscalchi, Segretario Politico provinciale di Potenza; il Prof. Cautiero della Federaz. prov. fascista; i Senatori: Pascale, Di Lorenzo, Angiulli, Mango, l'ex Rettore Prof. Zambonini, il Direttore di Sanità Militare Colon. Lagrotteria con il Colon. medico De Porcellinis, ed un folto gruppo di brillanti ufficiali; il Preside della facoltà di medicina Prof. Corrado, l'on. Prof. Pietro Castellino, Direttore della I Clinica medica, ed i Professori: Jemma, Sgobbo, D'Amato, Caporali, Baldi, Nicolò Castellino, Cicconardi, Cantani, Lombardi, Bernabeo, Fede, Cominelli, Guidone, Tramontano, Ippolito, Blasi, Landolfi, il Direttore del « Pensiero Sanitario » Prof. Capasso, il comm. Leggieri, in rappresentanza anche del Cav. di Gr. Cr. Marcialis, il comm. Mancini, degli Ospedali Uniti, i proff. Matozzi-Scafa, Cafiero, Marenduzzo, De Vecchis, Stanganelli, Scala, Polito, i dott. Guzmann Di Domenico, Briganti, Evangelista e moltissimi altri.

Adesioni entusiastiche sono pervenute da S. E. Diaz, Duca della Vittoria, dall'Ammiragliato e Comando Corpo d'Armata, da S. E. De Nicola, dal Sen. Giustino Fortunato, da Alfredo Vittorio Russo, dai Proff. Pane, Stanziale, Scaffidi, De Gaetano, Laccetti, Della Cioppa e tanti altri.

Il conferenziere dopo un felicissimo esordio in cui a larghi tratti accenna all'importanza degli studi di Patologia esotica ed igiene coloniale ed alla storia della Cattedra napoletana per queste materie, prima tenuta dai Proff. Aldo Castellani e Gino Galeotti, espone in un quadro sintetico le condizioni di clima, di suolo, di fauna, di flora delle nostre quattro fiorenti Colonie africane, e delle malattie che vi dominano con la necessità improrogabile di studiarle meglio e prevenirle mercè la fondazione di un Istituto per le malattie esotiche ed igiene coloniale che deve sorgere a Napoli per un gran numero di ragioni esposte e commentate lucidamente.

Paragonando tutto quello che le altre nazioni colonizzatrici fanno in questo campo dimostra la utilità e le tappe della organizzazione dell'Istituto che dovrà comprendere un centro per l'accertamento delle malattie esotiche e divulgazione dell'igiene coloniale con Ospedale d'isolamento per malattie infettive; ed una nave-scuola per la Sanità marittima e per i viaggi d'istruzione dei laureandi di medicina, secondo la proposta già avanzata al Governo nazionale della facoltà medica di Napoli.

In una brillante sintesi finale in cui esalta tutte le benemerenze del fascismo e del Duce nel campo dell'istruzione, ed in quello delle provvidenze volte a far di Napoli la regina del Mediterraneo, mercè l'opera assidua e provvida di S. E. Castelli, chiude con una forte perorazione in cui descrive le virtù della gioventù studiosa meridionale, che esorta a darsi a questi studi importanti per la valorizzazione delle nostre Colonie, vere valvole di sicurezza della super-popolazione della madre Patria, e si dichiara sicuro che il fascismo saprà realizzare, anche in questo campo di gare civili e internazionali, il Primato italico.

Digitized by Google

I NUOVI ISTITUTI SCIENTIFICI

La Scuola superiore di Malariologia a Roma

Come già precedentemente abbiamo annunziato, il Governo Nazionale ha istituito in Roma una Scuola superiore di Malariologia, che mira a costituire, nell'ambiente più adatto, un centro di coordinazione e di propulsione della campagna che tenacemente si va svolgendo per la redenzione delle zone malariche. Pertanto detta Scuola non si occupa soltanto delle questioni biologiche, relative cioè alla vita del parassita nell'uomo e nell'anofele, ma estende il suo dominio all'ambiente in cui la vita del parassita si svolge; fissare le condizioni localistiche, è, infatti, il perno della lotta antimalarica. All'istituzione della Scuola si sono particolarmente interessati gli Stati dell'America latina, ripromettendosi che numerosi loro cittadini, come pure molti degli italiani che colà si recano a portare il contributo delle loro energie, affluiranno alla nuova Scuola per essere adeguatamente preparati allo sfruttamento agricolo di vaste regioni che attendono di essere bonificate.

Per essere completa, la Scuola si divide in una *sezione medica* di cui è centro lo studio completo dell'uomo infermo in sè e nei rapporti sociali, e in una *sezione economica* che mira sopratutto alla bonifica e alla coltivazione delle terre palustri. Ad essa sono ammessi italiani e stranieri e precisamente, medici e laureandi in medicina, alla sezione medica, ingegneri e agricoltori alla sezione economica.

La durata dei corsi va dal 15 giugno al 15 ottobre. Coloro che avranno frequentato i corsi di una sezione potranno dare gli esami e ottenere il diploma. La tassa d iscrizione è di L. 300 per ogni allievo. Per informazioni rivolgersi al Direttore della Scuola Prof. Vittorio Ascoli, R. Clinica Medica — Ospedale Policlinico — Roma.

Ecco, pertanto, il programma generale per questo anno:

A. *Programma della sezione medica* (1). — * 1 Distribuzione geografica della malaria ed epidemiologia — Prof. Giuseppe Sanarelli — Direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma.

* 2 Geografia fisica e metereologia dei paesi malarici — Prof. Filippo Eredia — Docente di Metereologia nella R. Università di Roma — Capo dell'Ufficio presagi al Ministero dell'Aeronautica.

* 3 Geologia nei suoi rapporti con la malaria — Prof. Gioacchino De Angelis della R. Scuola di Architettura di Roma.

4 Fauna dei paesi malarici — Prof. Federico Raffaele — Direttore dello Istituto di Zoologia della R. Università di Roma.

5 Flora delle zone malariche — Prof. Enrico Carano — Professore di Botanica nella R. Università.

6 Sui protozoi parassiti del sangue — Ematozoo della malaria — Lezioni ed esercizi — Prof. Giulio Alessandrini — Professore di Parassitologia nella R. Università di Roma.

7 Patologia generale della malaria — Prof. Amico Bignami — Direttore Istituto di Patologia generale della R. Università di Roma.

8 Anatomia patologica della malaria — Lezioni con dimostrazioni — Prof. Antonio Dionisi — Direttore Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Roma e Prof. Alessio Nazari — Primario degli Ospedali di Roma e docente di Anatomia patologica.

9 Sulla chimica degli alcaloidi della chinina — Prof. Pietro Biginelli — Direttore dei laboratori chimici della Direzione generale della Sanità.

10 Farmacologia dei chinacei — Prof. Attilio Bonanni — Direttore Istituto di Farmacologia e tossicologia della R. Università di Roma.

11 Diagnostica e clinica della malaria — Lezioni dimostrative — Prof. Giuseppe Bastianelli — Ordinario di Semeiotica medica nella R. Università di Roma.

12 Clinica e terapia della malaria — Lezioni dimostrative — Prof. Vittorio Ascoli — Direttore Istituto di Clinica medica della R. Università di Roma.

13 L'esame del sangue con speciale riguardo alla diagnosi della malaria — Esercitazioni — Prof. Tommaso Pontano — Primario degli Ospedali di Roma — Docente di Clinica medica nella R. Università di Roma.

14 Perniciosità — Conferenze — Prof. Ettore Marchiafava — Emerito di Anatomia Patologica nella R. Università di Roma.

15 La malaria come infortunio sul lavoro — Prof. Salvatore Diez — Medico ispettore delle Ferrovie di Stato.

16 Inoculazione della malaria a scopo terapeutico — Conferenze — Prof. Giovanni Mingazzini — Direttore Clinica Malattie nervose e mentali nella R. Università di Roma.

* 17 Profilassi generale della malaria — Lezioni — Prof. Tito Gualdi — Docente di Igiene sperimentale nella R. Università di Roma.

* 18 Piccola bonifica — Lezioni teorico-pratiche — Prof. Bartolomeo Gosio — Direttore Laboratori micrografici di Sanità pubblica del Regno.

* 19 I pesci nella lotta antimalarica — Conferenze — Prof. Massimo Sella — Direttore Stazione di Rovigno.

* 20 Impianti di bonifiche — Lezioni dimostrative — Prof. Battista Pancini — Direttore tecnico della Bonifica di Parmigiana Moglia e Piscinara.

21 Tecnica e Igiene delle trasformazioni Fondiarie — Lezioni — Prof. Giacomo Rossi — Insegnante di Batteriologia agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 22 Risicoltura nei rapporti con la malaria — Conferenze — Prof. Novello Novelli — Direttore della Scuola di Risicultura di Vercelli.

23 La malaria in rapporto al servizio ferroviario — Conferenze — Dott. Azeglio Filippini — Medico Ispettore delle Ferrovie dello Stato.

* 24 Legislazione italiana antimalarica — Lezioni — Prof. Giuseppe Giardina — Ispettore generale della Sanità pubblica.

B. *Programma della sezione per ingegneri e agrari.* — 1 Bonifica idraulica — prof. Umberto Puppini — Ordinario di Idraulica nella R. Scuola di Ingegneria di Bologna.

2 Idrologia e idrografia — Prof. Ing. Mario Giandotti — Ispettore superiore del Genio Civile.

* 3 Geografia fisica e metereologia — Prof. Filippo Eredia — Docente di Metereologia nella R. Università di Roma — Capo dell'Ufficio presagi del Ministero dell'Aeronautica.

* 4 Impianti di bonifiche — Lezioni dimostrative — Prof. Battista Pancini — Direttore tecnico della Bonifica di Parmigiana Moglia e Piscinara.

5 Pedologia chimica — Prof. Alberti De Dominicis — Insegnante di chimica agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 6 Geologia nei suoi rapporti con la malaria — Prof. Gioacchino De Angelis della R. Scuola di Architettura di Roma.

7 Trasformazioni fondiarie agrarie nei rapporti con la malaria — N. N.

* 8 Tecnica ed igiene delle trasformazioni fondiarie — Prof. Giacomo Rossi — Insegnante di Batteriologia agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 9 Piccola bonifica — Lezioni teorico-pratiche — Prof. Bartolomeo Gosio — Direttore Laboratorio di Sanità pubblica del Regno.

* 10 Distribuzione geografica della malaria ed epidemiologia — Prof. Giuseppe Sanarelli — Direttore Istituto d'Igiene nella R. Unversità di Roma.

* 11 Fauna dei paesi malarici — Prof. Federico Raffaele — Direttore Istituto di Zoologia della R. Università di Roma.

* 12 Flora delle zone malariche — Prof. Enrico Carano — Professore di Botanica nella R. Università.

* 13 Profilassi generale della malaria — Prof. Tito Gualdi — Docente di Igiene sperimentale nella R. Università di Roma.

14 Legislazione delle bonifiche — Avv. Eliseo Jandolo — Capo divisione al Ministero dei LL. PP.

* 15 Legislazione italiana antimalarica — Prof. Giuseppe Giardina — Ispettore generale della Sanità pubblica.

* 16 Sul credito agrario in relazione alla bonifica — Gastone Bolla — Docente di Credito Agrario nella facoltà di Giurisprudenza di Firenze.

Ambedue le sezioni chiuderanno i corsi con la visita di zone bonificate, da bonificare e tuttora palustri. Potranno essere aggiunte altre conferenze integrative.

(1) I corsi segnati con asterisco sono comuni alle due sezioni.

NOTIZIE

XII Congresso della Società Italiana di Pediatria. — Nei giorni 28, 29, 30 settembre e 1° ottobre corrente anno avrà luogo in Napoli il XII Congresso della Società Italiana di Pediatria.

A detto Congresso possono pure intervenire i medici-chirurgi non soci e presentare comunicazioni, a norma dell'art. 14 dello Statuto Sociale, purchè queste siano d'indole pediatrica ed inviate, analogamente per quanto è stato stabilito per i soci, non più tardi del 15 agosto prossimo.

La quota d'iscrizione per i non soci è di L. 50. I medici iscritti avranno gli stessi diritti dei soci e riceveranno in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, la copia delle relazioni a stampa, il modulo per i ribassi ferroviari, le disposizioni per l'alloggio e tutte le altre possibili facilitazioni. Per ogni persona di famiglia che si accompagnerà al Congressista la quota d'iscrizione è di L. 25, con diritto ad usufruire di tutte le sopra elencate facilitazioni.

Digitized by Google

I temi delle relazioni sono:

1) Le nefropatie (Relatori Prof. Maggiore e Prof. Canelli).

2) Importanza sociale dell'enedolue (Relatore Prof. Mensi).

Il Comitato ordinatore del Congresso è così costituito:

Prof. Rocco Jemma - Presidente.

Prof. Ruggero Vaglio - Segretario.

Prof. Luigi Aurricchio - Tesoriere.

Per ogni chiarimento rivolgersi al Segretario del Congresso Prof. Ruggero Vaglio, S. Andrea delle Dame 21, Napoli (57), al quale anditanno anche a suo tempo inviati i titoli delle comunicazioni.

Corso di perfezionamento in tisiologia e lotta antitubercolare. — Questo corso, iniziatosi nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana il 28 aprile, con la partecipazione di 21 professori paneggiati si va svolgendo con largo concorso di medici e studenti, i quali, oltre prender parte alle esercitazioni dimostrative di diagnostica e di terapia ed alle lezioni, guidati dal Presidente della Scuola, Prof. Andrea Ferrannini, hanno visitato la Colonia agricola Geremicca per i ragazzi pretubercolotici fondata e diretta dal Prof. Pantaleo a Posillipo Alto; la Stazione Elioterapica e l'Ospedale per bambini diretto dal Prof. De Stefano nel Pausilipon (Villa Dini); l'Asilo-Scuola a Marechiaro, fondato e diretto dal Prof. Tropeano; il Dispensario Antitubercolare Leonardo Bianchi diretto dal Prof. De Bonis; il Manicomio Provinciale diretto dal Prof. Sciuti a Capodichino.

Il corso si continuerà sino ai primi di giugno.

Istituto per le ricerche psico-fisiologiche sull'aviazione in Firenze. — Questo istituto recentemente è stato intitolato al compianto Prof. Gino Galeotti a ricordo del grande impulso che l'eminente biologo italiano dette alle ricerche psico-fisiologiche sull'aviazione. Questo omaggio alla memoria del Grande commuove la famiglia redazionale de *La Riforma Medica,* perchè questa ebbe l'alto onore che il Professore Galeotti non semplicemente collaborò all'incremento del giornale e vi pubblicò molte ricerche della Sua scuola fiorente, ma volle far parte del Comitato di redazione e vi partecipò con il più esemplare impegno come in ogni altro ramo della Sua multiforme e altruistica attività.

Riunione internazionale per lo studio del gozzo endemico a Berna. — Come già abbiamo annunziato, per iniziativa della Commissione svizzera del gozzo, dal 24 al 26 agosto p. v., si terrà nell'Università di Berna una riunione internazionale. I temi ufficiali di relazione sono: 1. « L'anatomia patologica del gozzo » (relatori: Aschoff, di Friburgo; Weggelin, di Berna; Marine, di New York). 2. « La fisiologia patologica del gozzo » (relatori: Plummer, di Rochester, U. S. A.; von Eischberg, di Vienna; De Quervain, di Berna). 3. « L'etiologia e l'epidemiologia del gozzo endemico » (relatori: Bérard, di Lione; Mac Carrison, di Coonor — Indie Britanniche —; Galli Valerio, di Losanna; Bircher, di Aarau). 4. « La profilassi del gozzo endemico » (relatori: Wagner von Jauregg, di Vienna; Muggia, di Sondrio; Silbersomidt, di Zurigo).

Contemporaneamente a tale Riunione sarà organizzata una mostra, che raccoglierà preparazioni, plastiche, tavole, grafiche e altri documenti relatici ai vari problemi della patologia della tiroide.

Il 27 agosto, poi, per coloro che si interessano alla chirurgia del gozzo, avranno luogo delle dimostrazioni pratiche alla Clinica Chirurgica del prof. De Quervain.

XIX Congresso francese di medicina. — Dal 10 al 13 ottobre 1927 avrà luogo a Parigi, sotto la presidenza del prof. Tissier, il XIX Congresso francese di medicina. I temi delle relazioni ufficiali sono: 1. « Semiologia delle setticemie mediche », su cui riferiranno Gastinel e Reilly, di Parigi (Semeiologia generale dello stato setticemico), le Lavergue, di Nancy (Forme cliniche delle setticemie acute o croniche specifiche a virus conosciuti e sconosciuti), Arloing e Dufour, di Lione (Forme cliniche delle setticemie acute o croniche non specifiche). 2. « Fisiopatologia degli edemi», su cui riferiranno Maurice e Aubel, di Bordeaux (Studio sull'importanza di alcuni ioni e della loro ripartizione nell'organismo per la patogenesi degli edemi), Gowers, di Bruxelles (Importanza delle proprietà fisico-chimiche delle proteine nella patogenesi degli edemi, con uno studio sulle variazioni della pressione osmotica e della pressione capillare), Pasteur Vallery-Radot, di Parigi (Gli edemi brightici). 3. « Indicazioni mediche e valore terapeutico della splenectomia », su cui riferiranno Fiessinger e Brodin, di Parigi (La splenectomia nei processi emolitici), Nanta, di Algeri, e Jean Tapie, di Tolosa (La splenectomia nelle anemie).

Le relazioni ufficiali perverranno agli aderenti al congresso, affinchè ne prendano visione in antecedenza, nel mese di luglio; non saranno accettate comunicazioni che non si riconnettano ai temi ufficiali.

Contemporaneamente al Congresso, si terrà un'esposizione di prodotti farmaceutici, di apparecchi d'igiene e di radiologia, di giornali e libri di medicina. Saranno organizzate inoltre feste, ricevimenti, escursioni e saranno accordate riduzioni ferroviarie.

Quota di iscrizione, fr. 50; per le famiglie dei congressisti, per gli interni ed esterni di ospedale, per gli studenti di medicina, fr. 25. Inviare le quote a Pierre Masson, editore, 120, Boulevard Sain-German, Paris (VI); per ogni informazione rivolgersi alla segreteria del XIX Congresso francese di medicina, salle Béclard, alla Facoltà di Medicina di Parigi, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, o a M. Chiray, segretario generale del Congresso, 14, rue Pétrarque, Parigi (XVI), o a M. Lian, 19, rue de Bourgogne Parigi (VII).

Premio Voronoff per l' U. M. F. I. A. — Il dott. Sergio Voronoff ha fondato due premi, uno di fr. 10,000 e l'altro di fr. 5.000, a favore dell Unione Medica Franco-Ibera-Americana (comprese anche l'Italia e la Romania), destinati cioè a medici dei paesi latini. Gli argomenti posti a concorso sono: 1. Esistono nell'uomo delle insufficienze e delle iperfunzioni delle ghiandole endocrine? 2. Le iperfunzioni di queste ghiandole possono essere reazioni all'insufficienza parziale di ciascuna o di parecchie di tali ghiandole?

I lavori debbono farsi pervenire in nove esemplari entro il 31 dicembre 1928 al dott. Léopold Lévi, 16, rue Théodore de Banville, Parigi (XVI); essi possono essere firmati o anonimi e contrassegnati da un segno di riconoscimento.

Tutti i manoscritti dovranno essere in lingua francese, e se originariamente scritti in altra lingua dovranno essere tradotti in francese.

Assegnazione del Premio Marchiafava. — Il premio « Ettore Marchiafava » per il miglior lavoro di anatomia patologica o di patologia sperimentale pubblicato a stampa da medici italiani — messo a concorso il 16 dicembre 1925 — è stato conferito ai proff. Ugo Soli e Raffaele Brancati.

L'Associazione Sanitaria Milanese.— L'Associazione Sanitaria Milanese — una delle più vecchie istituzioni mediche cittadine — ha superato una crisi difficile che minacciava di travolgerla.

Fortunatamente l'opera vigile ed attivissima del suo presidente prof. Filè-Bonazzola, il quale ha trovato l'appoggio cordiale ed intelligente dei capi del fascismo milanese, ha valso a salvarla da certa morte.

E' bene ricordare che l'Associazione Sanitara Milanese — continuazione della Associazione Medica Lombarda — ha al suo attivo bellissime iniziative, utili istituzioni, discussioni scientifiche interessanti, un passato insomma ed una tradizione veramente ammirevoli. Fu essa che istituì gli Ordini prima ancora che venissero sanciti e riconosciuti dalla Legge; che contribuì alla formazione e all'incremento della valorosa Associazione dei Medici Condotti; che appoggiò la creazione dell'Istituto Sieroterapico Milanese; che studiò il regolamento d' Igiene per il Comune di Milano, fatto poi approvare dal Sindaco Avv. Picozzi e che ottenne la medaglia d'oro dal Ministero degli Interni.

Ultimamente, l'Associazione Sanitaria Milanese, precorrendo come sempre gli eventi, aveva assunto una funzione prevalentemente sindacale colla formazione ed aggregazione di parecchie associazioni mediche di categoria, quale l'Associazione liberi professionisti, fondata dallo stesso prof. Filè-Bonazzola con 36 Sezioni sparse per tutta Italia, l'Associazione Medici Ospitalieri; Medici Infortunisti, Medici Igienisti, Medici condotti di Milano, ecc., riunite in un vero e proprio Sindacato Medico.

A tale funzione sindacale aveva però spontaneamente rinunciato in seguito alla legge sulle corporazioni, votata recentemente dal Parlamento. Le associazioni aggregate vennero sciolte e passate ai nuovi sindacati medici e alla corporazione sanitaria, restando così il solo nucleo centrale che va ora ricostituendosi.

La Sanitaria, è una semplice associazione di fatto che, ossequiente alle leggi, intende ora occuparsi unicamente di questioni culturali pratiche, mediante conversazioni istruttive e riunioni familiari.

Per esplicare il suo nuovo programma ha ora modificato il proprio Statuto e sotto la direzione del nuovo Consiglio Direttivo, presieduto ora dal Prof. Pietro Boeri, prssimamente inizierà le sue « conversazioni mediche » che avranno luogo il primo e il terzo giovedì di ogni mese (esclusi i mesi estivi) alle ore 18 nel salone di via S. Paolo, 10.

Edizioni della Casa Vallardi. — E' stata pubblicata dalla Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi (Milano, Via Ausonio n. 22) una grossa puntata del «Trattato di Ginecologia ed Ostetricia» a cura dei Proff. Cuzzi, Guzzoni, Mangiagalli, Pestalozza. Con questa puntata il Sen. Luigi Mangiagalli ha ultimato il suo volume sulla Ginecologia.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 23 Maggio 1927 — N. 21

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I. — ANCONA

TUBERCOLOSI POST-OPERATORIE

Lezione del prof. UMBERTO BACCARANI
Medico Primario e Direttore

Voi sapete che fin dai primi mesi — forse fin dai primi giorni di nostra vita — noi albergh'amo il bacillo della tubercolosi. Contro questa infezione bacillare nascosta, noi manteniamo per tutta la vita una immunità in equilibrio instabile.

Infatti questo processo tubercolare assopito e mai spento — la cutireazione positiva è là a convincere gl increduli! — si può riaccendere non appena si allentano le difese naturali.

Noi corriamo allora il pericolo di divenire da portatori del bacillo di Koch, dei veri e propri ammalati di tubercolosi. Corriamo il pericolo, ho detto, chè l'organismo non appena è scomparsa o allentata la causa anergizzante corre pronto e gagliardo al riparo. Si ristabilisce così nuovamante un perfetto equilibrio fra l'individuo e il bacillo della tubercolosi. Purtroppo, — e non di rado, — l'organismo non sempre vince in questa lotta; l'infezione bacillare allora ha il sopravvento e la malattia tubercolare prende stanza nell'individuo.

Questo corpo di cognizioni che vi ho riassunto in poche parole è il frutto di lunghi, faticosi, difficili studi e pare patrimonio sicuramente acquisito alla scienza medica.

***

Da molti anni io vado richiamando la vostra attenzione sulle forme tubercolari che sopravvengono qualche volta dopo atti operativi di una certa importanza.

L'argomento è stato oggetto di studio in questi ultimi tempi, ma di stuggita; quasi fosse poco delicato nei riguardi dei colleghi chirurgi parlare e discutere di reinfezioni tubercolari dopo un intervento operativo. In verità quì il chirurgo non c'entra proprio nulla!

Naturalmente io non alludo a quei casi nei quali la tubercolosi, sebbene iniziale, è in atto e manifesta; poichè in queste particolari circostanze i chirurgi non sogliono intervenire, a meno che non si tratti di forme morbose non altrimenti giustiziabili o in casi di vera urgenza. Il Ruggi soleva ripetere che in un tubercoloso ogni atto operativo non necessario era una spinta delittuosa verso la morte.

Non alludo a questi casi; sarebbe un portare vasi a Samo. Alludo a quei casi — e io ne ho raccolti nella mia esperienza personale un discreto numero — nei quali, senza che nessun elemento clinico lo facesse sospettare, si manifesta, dopo un atto operativo di una certa importanza, una localizzazione tubercolare più o meno tumultuosa. Sono delle sorprese: dirò meglio, sono dei veri e propri infortuni professionali nei quali non hanno alcuna parte di responsabilità nè l'operatore, nè il medico che eventualmente ha consigliato l'operazione.

Purtroppo la nostra scienza è molto lontana dalla perfezione e « vedere innanzi, diceva Socrate, non è di nessun uomo » e tanto meno, possiamo aggiungere, di noi medici. « La natura, scriveva Leonardo con maggiore signorilità ed esattezza, è piena di secreti e d'infinite sorprese ».

Di regola i fatti si svolgono in quest'ordine. Un soggetto con affezione chirurgica sopratutto dell'addome (ernia, colecistite, ulcera gastrica o duedenale, appendicite, pericolecistite ecc.) viene operato. Operazione e decorso postoperativo normali; solo qualche volta il decorso postoperativo è stato un pò indaginoso o accidentale.

Prima dell'atto operativo — come ho detto poco innanzi — l'infermo non aveva presentato alcun segno clinico, nè anamnestico di una forma tubercolare. In molti casi anche la storia famigliare era del tutto negativa.

Ebbene, pure in queste circostanze, non è punto rarissimo che in qualcuno di questi soggetti, dopo qualche pò di tempo dall'atto operativo, compaia una evidente manifestazione tubercolare. Manifestazione tubercolare varia da caso a caso in rapporto al momento del suo divenire, in rapporto alla forma clinica, all'andatura ecc.

In alcuni soggetti la localizzazione tubercolare si fa manifesta dopo pochi giorni dall'atto operativo; in altri ritarda qualche settimana e più di rado qualche mese. Ma anche in questa ultima evenienza la derivazione chirurgica non è dubbia, chè ad interrogare bene la storia — a scavare nell'anamnesi come io sono solito dire — risulta chiaramente che dopo l'atto operativo gl'infermi non hanno avuto una buona convalescenza, ma piccole e vaghe sofferenze non bene precisabili e sintomi di malessere generale, che volentieri s'imputavano al traumatismo dell'operazione.

La manifestazione tubercolare post-operativa che a me è parsa la più frequente, è rappresentata dalla infiammazione di una sierosa (pleura) e più di rado da più sierose contemporaneamente (poliorromenite). Di regola si tratta di una pleurite a decorso subacuto e a essudato siero-fibrinoso più o meno abbondante. Quando si tratta di poliorromenite ho visto che la pleurite aveva pur sempre il governo e il comando della forma morbosa.

Una particolarità di queste sierositi post-operatorie — così almeno a me è apparso nel maggior numero dei casi — è quello di decorrere in forma relativamente mite. Coteste flogosi delle sierose sono poco vivaci, hanno decorso relativamente breve e sintomatologia bassa; tanto bassa che molte volte è il medico che scopre casualmente la pleurite e non la pleurite che richiama l'attenzione del medico.

In qualche raro caso ho visto seguire all'atto operativo una tubercolosi del parenchima polmonare. Ma con un'anamnesi serrata ho ritratto l'impressione che almeno qualcuno di questi pazienti non fosse sicuramente scevro di una lieve, lievissima lesione tubercolare, avendo — pure in buono stato generale — qualche raschio al mattino, pollalgie vaganti al torace, periodi di malessere vago, senso ogni tanto di astenia etc. Sindrome questa alla quale gl'infermi non avevano dato alcuna importanza e per la quale non avevano mai chiesto l'opera di un sanitario.

Io so bene che con questi piccoli segni, che non hanno alcuna trasparenza clinica precisa, è un po' azzardato un giudizio diagnostico retrospettivo di tubercolosi polmonare. Ma so anche che è più difficile negare ogni valore a questo fascio di sintomi ed escludere quindi sicuramente ogni lesione tubercolare prima dell'atto operativo.

Naturalmente in questi casi la mancanza di un esame obbiettivo meticoloso dell'apparato respiratorio prima dell'atto operativo lascia la questione insoluta e quindi il giudizio diagnostico di una forma specifica, preesistente all'intervento chirurgico e passata del tutto sotto silenzio, è affidato a sintomi vaghi e punto espressivi.

Queste forme bacillari del parenchima polmonare sono rappresentate da apiciti a tipo essudativo e sono assai più gravi — agli effetti della durata e della prognosi — che quelle delle sierose. Ma se l'ammalato ha buone condizioni economiche o può essere mandato in un Sanatorio, anche queste tubercolosi polmonari post-operative guariscono abbastanza presto. Un buon programma climatico-terapeutico risveglia le difese dell'organismo affiosciate dal trauma chirurgico e l'individuo ripara facilmente la lesione parenchimale.

Non ho osservato personalmente la forma bronco-pneumonica della tubercolosi post-operativa; ma nella letteratura medica è ricordato anche qualche caso di questa grave forma.

***

Un altro gruppo di tubercolosi post-operative — senza dubbio meno importante della varietà alla quale ho accennato un pò

Digitized by Google

più avanti — è rappresentato da quegli esemplari nei quali si ha la riaccensione di un processo clinicamente spento.

Sono dei soggetti con un passato tubercolare fuori di ogni dubbio, nei quali l'esame fisico e sopratutto radioscopico praticato qualche tempo innanzi l'intervento operativo, aveva messo in rilievo una sclerosi polmonare più o meno diffusa.

I medici e i famigliari consideravano questi soggetti come dei tubercolosi guariti, non avendo essi da molto tempo alcuna molestia soggettiva, essendo in ottimo stato generale e con lesione anatomica ferma, cristallizzata.

In qualcuno di questi individui, dopo un atto operativo, ho assistito a una riaccensione del processo: ricomparsa di qualche rantolino a un apice, un pò di febbre vespertina, leggero dimagramento, astenia ecc. Ma si è trattato quasi sempre di risveglio tubercolare fugace, chè dopo una cura appropriata e un pò di riposo in montagna, la lesione si raffreddava e i fatti fisici ritornavano allo stato di prima.

Questo riattivarsi di una tubercolosi polmonare in soggetti ritenuti clinicamente guariti dimostra quanto sia difficile e malsicuro giudicare della guarigione di una forma tubercolare e perciò come siano instabili — cioè pronte a riaccendersi per cause diverse — le così dette guarigioni cliniche della tubercolosi polmonare. Si può ben dire che queste forme bacillari fanno con l'atto operativo, una prova della loro guarigione stabile.

***

Io sono solito dire — e voi da anni conoscete la mia frase fatta — che quando un chirurgo compie un atto operativo, opera tutto l'ammalato. L'operazione cioè non rimane circoscritta al viscere o apparato sul quale s'interviene, ma tutto l'individuo risente più o meno vivacemente l'operazione. L'atto operativo — bisogna che ve lo fissiate bene nella memoria — è un trauma generale.

I fattori che compongono il trauma chirurgico sono molti e variano da caso a caso, per cui non saprei ben dirvi quale degli elementi che lo costituiscono abbia nella fattispecie la maggiore importanza nel provocare la rinascita di queste forme di tubercolosi.

Infatti fra codesti fattori sono da considerare la qualità e quantità del narcotico adoperato, la durata dell'atto operativo, la sua gravità e sede, le cure post-operative ecc.; insomma tutti quei particolari che sono dentro e intorno all'atto operativo. In verità non è la stessa cosa che si adoperi il cloroformio o l'etere o l'anestesia locale o spinale; che l'operazione sia breve o protratta; che s'intervenga sovra il fegato con un'operazione indaginosa o si asporti, per esempio, un cancro della mammella; che il soggetto sia forte, robusto, ben portante o immiserito da lunghe sofferenze o da un regime dietetico povero, incompleto, ecc.

Breve: i fattori sono tanti e poi tanti che ogni operazione ha una sua personalità chirurgica e una sua particolare azione traumatizzante generale.

Anche la resistenza dei soggetti — indipendentemente dallo stato nel quale vengono a trovarsi per la malattia chirurgica e per le sue conseguenze — ha grande importanza, forse la importanza maggiore, chè io ho visto fare una tubercolosi della sierosa nei soggetti che hanno subito un atto operativo breve e modesto, mentre non si contano i casi d'individui i quali, pure dopo un'operazione protratta e indaginosa, hanno un eccellentissimo decorso post-operativo.

Evidentemente in questi casi entra in gioco la resistenza individuale, poichè l'atto operativo non può commentare da solo la diversità degli effetti.

***

Ho detto resistenza individuale e sta bene! Ma questa è una di quelle frasi stereotipate che non dicono — specialmente agli effetti pratici — un bel nulla.

Ora io mi sono chiesto le cento volte: nel caso particolare — cioè in queste forme tubercolari post-operatorie — interviene un qualche meccanismo speciale a provocare la rinascita della infezione bacillare? C'è qualche organo o apparato che dopo il trauma operativo affloscia la sua resistenza e nega poi il suo contributo nella resistenza generale, donde il prendere sede di una tubercolosi, per esempio, nelle sierose? Insomma quale è il viscere o quali sono gli apparati che gestiscono la resistenza e la difesa contro l'impiantarsi di una tubercolosi post-operativa?

Sarebbe molto interessante di potere conoscere con sicurezza quali sono stati i congegni naturali che hanno dimostrato minore resistenza o non hanno funzionato affatto, donde il divenire della localizzazione tubercolare, e con quale meccanismo si sono poi ripresi, così da rimettere in perfetto ordine la difesa generale.

***

Permettetemi a questo proposito — e la ragione vi apparirà fra poco molto chiara — che io apra una breve parentesi di clinica medica.

Io ho osservato — e non ho mancato di farvelo constatare ogni qual volta mi si è presentata l'occasione — che nelle forme tossi-infettive, come per esempio nelle febbri tifoidee, nelle quali è impegnato il fegato, la convalescenza procede più lunga e stentata in confronto degli ammalati nei quali il fegato, — almeno clinicamente — non aveva dimostrato alcun patimento. Nei primi la convalescenza si fa con fatica, mentre in questi ultimi decorre rapida e leggera. Naturalmete ci sono delle eccezioni: la Clinica, diceva Trousseau, è piena di eccezioni.

Ora è noto, per le eleganti ricerche del Fiessinger confermate poi da molti altri Autori, che il fegato possiede un tono difensivo antitubercolare cospicuo, tanto che in base a questa cognizione — documentata del resto da prove biologiche suggestive — è nata e ha preso voga un'opoterapia epatica della tubercolosi. E sembra, almeno da quello che hanno pubblicato i giornali, con qualche buon vantaggio: alcuni osservatori anzi dicono con vantaggi brillanti. E sia!

Così stando le cose, quale argomento o considerazione si oppone a sospettare che quelle particolari forme di convalescenza protratta o ritardata, di cui vi dicevo or ora, non rappresentino un aspetto della tossi-infezione tubercolare?

La tubercolosi ha tanti e così vari modi di esprimersi, che nulla, proprio nulla si oppone a fare supposizione che queste forme cliniche indecise, che si commerciano erroneamente con l'etichetta di convalescenze irregolari, non esteriorizzino invece una vera e propria manifestazione tubercolare meta-infettiva. Manifestazione tubercolare a sindrome così lieve e imprecisa da mentire — ripeto — una convalescenza un pò affaticata.

In qualche caso — a conferma di questa interpretazione dei fatti clinici — ho visto nascere in queste pseudo-convalescenze delle pleuriti e persino delle polisierositi. In tutti gli esemplari il fegato, che era aumentato di volume nel tempo della tossi-infezione in atto — vero e proprio tumore epatico infettivo — era rimasto ingrandito anche nella così detta convalescenza.

E finalmente vi ricordo — perchè l'abbiamo visto insieme più volte — che negli ammalati di fegato, nei cirrotici per esempio, la cutireazione suole essere negativa e può divenire positiva dopo un buon trattamento igienico-medicamentoso, compresa l'opoterapia.

Questo particolare modo di comportarsi della reazione tubercolinica negli epato-pazienti è senza dubbio molto suggestivo per la tesi del Fiessinger: per la tesi cioè dell'alta importanza della buona funzionalità epatica per la difesa normale contro la tubercolosi.

***

E adesso che vi ho ricordato questi fatti e vi ho anche abbozzato sopra qualche considerazione, chiudiamo la parentesi squisitamente medica e ritorniamo alle tubercolosi post-operatorie. E domandiamoci: negli ammalati nei quali dopo un atto operativo si rileva una localizzazione bacillare, si suole di regola constatare uno stato di ipoepatia, un'alterazione cioè del fegato? In altre parole: tubercolosi post-operativa e insufficienza epatica stanno forse sempre insieme?

Rispondere a questa domanda — di cui voi intendete tutta l'importanza — io non so, poichè i casi che ho osservato nel mio esercizio ospitaliero e in quello privato non sono ancora così numerosi da potere trarre delle conclusioni sicure. Quello che posso dire con certezza è questo: che nella maggioranza degli esemplari di tubercolosi post-operatoria venuti alla mia osservazione, il fegato appariva aumentato di volume. In codesti esemplari clinici la cutireazione era negativa o appena accennata.

Questo rilievo si sovrappone esattamente a quanto ho rilevato nelle forme tubercolari post-infettive e non può non fare una certa impressione.

A volere essere superficiale — e quante cose non vere hanno affermato i medici per troppa leggerezza! — a volere essere

Digitized by Google

facilone, io potrei quindi concludere che la tubercolosi post-operativa si verifica in quegli ammalati nei quali, per dato e fatto dell'atto operativo nel suo complesso, si ha un notevole patimento del fegato, espresso sopratutto in un aumento di volume dell'organo e nell'assenza della cutireazione.

Ma io non voglio tirare siffatta conclusione che in seguito potrebbe essere smentita da ulteriori osservazioni. Io mi accontento di rilevare il fatto, il quale — se sarà confermato dai Colleghi in un grande numero di casi — permetterà forse di leggere uno dei meccanismi del divenire delle forme tubercolari post-operative.

E fin da ora — pur riconoscendo nel fattore ipoepatia o anepatia una grande importanza — sono fermamente convinto che altri congegni, altri meccanismi possono essere chiamati in causa a commentare il risveglio di una forma tubercolare.

In verità non sembra ammissibile che in ogni caso di tubercolosi post-operativa sia sempre e solo in gioco uno stato anergico da anepatia.

La Clinica si ribella a questi semplicismi. La successione dei fenomeni, così come a me è apparsa, è forse uno degli aspetti — se volete anche il più frequente — per la comparsa di queste particolari forme bacillari e niente di più.

***

Vi ho ricordato, nel corso di questa chiaccherata, che nei casi nei quali si osserva la complicanza della tubercolosi post-operativa la cutireazione o manca del tutto o è appena appena accennata.

Su questo argomento — e cioè intorno al modo di comportarsi della cutireazione prima e dopo le operazioni — pochi osservatori hanno lavorato. Io invece porto opinione che l'argomento sarebbe molto interessante e non solo dal lato ideologico, ma anche e sopratutto ai fini pratici.

Decresac e Jaquelin che sono stati i primi (1924) — se io non m'inganno — a studiare questa questione, hanno trovato che dopo gli atti operativi in anestesia cloroformica o eterea si avrebbe rispettivamente le il 25 e 40 % di cutireazioni negative, mentre non si avrebbe che il 7 % negli operati con rachianestesia.

Il Romeo, della Clinica Chirurgica di Roma, ha ripreso di recente (1926) l'argomento e avrebbe notato un'anergia post-operativa meno frequente. E più precisamente cutireazioni negative nel 20 % degli ammalati con anestesia locale; nel 27 % con anestesia eterea e 6 % negl'infermi con rachianestesia. In tutti i casi cifre piuttosto elevate, molto più elevate di quel che non sieno le tubercolosi post-operatorie.

Ma anche qui, come per il blocco epatico post-infettivo, bisogna fare qualche riserva. Voglio dire che non basta la comparsa di uno stato anergico perchè debba necessariamente verificarsi una riaccensione della tossinfezione tubercolare.

Io ho notato molte volte — dopo una forma infettiva acuta protratta — la cutireazione negativa e non per questo ha seguito necessariamente una manifestazione tubercolare.

Sarebbe interessante — e non mi risulta che sia stato fatto — studiare negli operati la durata di questa anergia post-operatoria, chè forse in questo particolare biologico può stare una delle ragioni del vario modo di comportarsi da individuo a individuo in rapporto al divenire o meno della tubercolosi post-operatoria.

***

Io ho creduto di fare opera saggia a richiamare la vostra attenzione sulle tubercolosi post-operatorie le quali non hanno avuto fin qui l'attenzione dei Colleghi, nè lo sviluppo nosologico che avrebbero meritato.

E poichè, come scriveva Leonardo, ogni scienza che finisce in parole, così come presto ha vita altrettanto presto ha morte, io mi sono posto il quesito se non convenga — a prevenire le forme di reinfezione tubercolare che ho tentato di abbozzarvi — consigliare un'abbondante e protratta opoterapia epatica.

Opoterapia epatica che dovrebbe essere somministrata prima dell'atto operativo in tutti quei casi nei quali la cutireazione appare modesta o si hanno ragioni di sospettare qualche segno di tossinfezione bacillare o di piccola insufficienza epatica e finalmente quando si debba ricorrere alla narcosi eterea o cloroformica.

Concludendo: ricordatevi che esiste una varietà di tubercolosi che può tenere dietro qualche volta ad atti operativi e alla quale perciò bene conviene l'appellativo di tubercolosi post-operatoria; — che cotesta forma particolare di tubercolosi si osserva sopratutto in quegli esemplari nei quali il fegato ha mostrato segni di patimento, cosicchè pare ragionevole ritenere che il meccanismo di riaccensione della tossinfezione bacillare debba ricercarsi nella mancata linea di difesa della glandola epatica; — e che infine un'opoterapia epatica larga generosa, prima e dopo gli atti operativi, può sembrare consigliabile e logica in quegl'infermi nei quali vi è qualche ragione per sospettare che possa ravvivarsi — via fegato — la tossinfezione tubercolare.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretta dal prof. C. FRUGONI

SPLENOMEGALIA TROMBOFLEBITICA PRIMITIVA

per il dott. VITTORIO SCIMONE — Aiuto

Se la diagnosi di splenomegalia tromboflebitica può farsi con relativa sicurezza negli stadii avanzati della forma, lo si può invece con notevole difficoltà e talora solo in via ipotetica negli stadii iniziali. La possibilità però di una splenomegalia tromboflebitica va prospettata in tutti i casi di splenomegalia primitiva — e sono frequenti — che non rientrano chiaramente nelle sindromi morbose ben note e definite. Casi si danno però benchè rari in cui il quadro della forma si presenta già nei primi periodi così chiaro e completo da render possibile una diagnosi precoce e sicura.

Dopo che Frugoni ha di recente lucidamente sintetizzato e posto nei suoi precisi confini clinici il quadro della splenomegalia tromboflebitica, mettendo in rilievo particolarmente gruppi di sintomi di cui sinora poco conto si era tenuto, che valgono a porre con sicurezza la diagnosi, l'attenzione degli studiosi è stata richiamata su tale entità clinica ed a breve distanza abbiamo un fiorire di lavori, taluni anche con ricca casistica, i quali se da una parte mostrano che la forma è meno rara di quel che si possa ritenere, tendono d'altra parte a lumeggiare il problema in tutte le sue difficoltà cliniche e patogenetiche.

Noi vogliamo pertanto riferire di un caso in cui fu possibile precocemente porre la diagnosi di s. t. che presentava delle particolarità cliniche eziologiche e patogenetiche specialmente interessanti.

Gas... Alfredo, anni 42, guardia campestre da Barberino di Mugello, entra in clinica il 13.11.1926.

Il padre è morto a 73 anni di carcinoma; la madre a 76 anni vive e sta bene; null'altro di particolare nel gentilizio.

Sposa a 21 anno; la moglie, vivente, ha avuto 5 gravidanze di cui una esitata in aborto; quattro bambini vivono e stanno bene. Forte mangiatore e bevitore (più di un fiasco al giorno); forte fumatore.

Non sa di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. Polmonite bilaterale a 11 anni di cui guarì bene. Nell'agosto 1917 per un periodo di due mesi dolore alle grandi e piccole articolazioni degli arti; le articolazioni non erano nè tumefatte, nè arrossate; per un primo periodo vi fu febbre; quindi apiressia. Stette bene fino al dicembre '24 quando ebbe ancora un periodo di tre mesi di dolori alle grandi e piccole articolazioni degli arti coi caratteri del precedente attacco. Fece cure opportune e dopo tre mesi si rimise completamente.

Da quattro anni va soggetto a frequenti cefalee frontali più spesso nei mesi invernali che scompaiono in seguito ad epistassi non molto notevoli.

Alla fine del dicembre scorso si osserva un periodo febbrile durato

Digitized by Google

due giorni: la febbre insorge senza brivido raggiunge un massimo di 38.8, non è seguita da sudorazione, non si accompagna ad alcuna particolare sensazione subbiettiva. Il p. prende un purgante; ha abbondante emissioni di feci senza caratteri particolari, si riprende subito e bene. Dopo quindici giorni altro episodio febbrile, la febbre è preceduta da brivido; raggiunge i 39; cade dopo due giorni anche questa volta senza alcuna sintomatologia subbiettiva. Sta così bene fino a quindici giorni fa, quando ha una terza ripresa febbrile che dura tutt'oggi: la febbre irregolarmente intermittente, insorgente talora con brivido ha raggiunto i 39°, la defervescenza non si accompagna a sudorazione. Un giorno dopo l'inizio della temperatura, epigastralgia non di grado intenso; qualche conato di vomito inane che scompare di lì a poco, però si stabilisce un dolore all'ipocondrio sinistro costante pur durata, variabile per intensità raggiungendo talora gradi notevoli ed il quale dura tuttora. Il medico curante ci informa che già nel dicembre aveva notato tumore di milza debordante per circa tre dita trasverse, tumore che si è andato poi estendendo a poco a poco lateralmente ed in basso.

Nessuna sensazione a carico dell'apparato circolatorio se si eccettua cardiopalmo insorgente dopo rapida corsa. Appetito ben conservato, alvo regolare, urinazione normale. Attualmente l'infermo si lagna unicamente di un dolore all'ipocondrio di sinistra irradiantesi medialmente verso l'epigastrio ed un po' anche posteriormente verso la regione scapolare.

L'esame obiettivo dà nei dati essenziali: colorito bruno pallido della cute; pannicolo adiposo abbastanza ben conservato; qualche piccola linfoghiandola alla regione ascellare sinistra. Sviluppo scheletrico regolare; polso 100, celere, pieno, qualche aritmia. Respiro tipo costo-addominale, 24 al m'. Al capo: normali i riflessi pupillari, evidente polso capillare alla fronte, intercisione del respiro. Danza carotidea ben evidente. Nettamente visibile una pulsazione al giugulo ove si percepisce la pulsazione dell'arco aortico.

Torace: cilindrico, leggermente svasato alla base, con angolo di Louis eccentuato, scarsa mobilità della gabbia toracica durante gli atti respiratori, però con espansione simmetrica delle due metà del torace.

L'esame sistematico dell'apparato respiratorio dà delle note di enfisema di grado discreto con scarsi fatti di stasi alla base di sinistra.

Cuore: lieve bozza precordiale. Tutta la regione precordiale è animata da vivaci pulsazioni specialmente evidenti in corrispondenza del 4°, 5° e 6° spazio intercostale sull'emiclaveare. In corrispondenza del 5° spazio il sollevamento sistolico acquista l'aspetto cupoliforme. Alla palpazione la maggiore intensità dell'itto si localizza nel punto suddetto; esso è notevolmente valido sollevante ed esteso. In tale regione si percepisce netto fremito sistolico, discendente, piuttosto dolce; un altro fremito sistolico ascendente si ha in corrispondenza del secondo spazio intercostale di destra. Alla percussione il limite esterno dell'ottusità cardiaca si localizza a sinistra in corrispondenza dell'ascellare anteriore a 17 cm. dalla emisternale; il limite destro a 2 cm. dalla marginale destra dello sterno; il tratto orizzontale sulla terza costa a 5 cm. dalla marginale sinistra. Ottusità retromanubriosternale. All'ascoltazione il 1° tono si ascolta velato e oscuro alla punta; il 2° non è percettibile. Soffio sistolico alla punta, dolce propagantesi nettamente verso l'ascella ed anche verso la base ove in corrispondenza del focolaio aortico è sostituito da altro soffio sistolico più breve, più aspro il quale si propaga verso l'alto a destra. Sullo sterno e più specialmente verso l'apofisi ensiforme soffio diastolico dolce, aspirato, filato. Posteriormente alla regione scapolare e sottoscapolare sinistra si ascolta il soffio sistolico udibile anche fin sulla regione lombare sinistra.

Addome: Uniformemente e modicamente tumido; cicatrice ombellicale normalmente infossata. Alla palpazione non si riconoscono masse endocavitarie. Non si riesce a mettere in evidenza liquido libero nella cavità addominale.

Nulla a carico dello stomaco.

Il fegato è in alto alla 5ª costa sull'emiclaveare, deborda in basso per circa due dita trasverse dall'arco; ha superficie uniforme, consistenza normale, margine arrotondato, mobile coi movimenti respiratori, non si palpa la cistifellea.

La milza si palpa debordante per circa 7 cm. dall'arco sull'emiclaveare prolungata; ha superficie liscia, uniforme, piuttosto dura al tatto, dolente alla palpazione, mobile, negli atti respiratori; il margine è arrotondato, presenta ben evidenti le incisure spleniche e si segue dalla metà sinistra della regione epigastrica fino all'ascellare posteriore. Il limite superiore si fissa alla 7ª costa sull'ascellare media, venendo così in tutto a misurare su questa linea 18 cm. Lo spazio semilunare di Traube è in gran parte occupato dall'ottusità splenica. All'ascoltazione non soffi, non sfregamenti.

Arti: riflessi presenti ed eguali bilateralmente. Doppio soffio di Duroziez.

Esami speciali. Esame urine: Colorito: giallo arancio; aspetto: limpido; densità 1.022, reazione: acida; albumina, sangue, pigmenti biliari assenti; urobilina, presente, intensa; nel sedimento nulla di notevole. Reazione di Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi: negative. Reazione di Ghedini: negativa. Esame emocromocitometrico: emoglobina 0.60; globuli rossi: 4.350.000; globuli bianchi 4.800; valore globulare 0.62. Formula leuccitaria: polimorfonucleati neutrofili 66; eosinofili: 2; basofili 1; linfociti 20; monociti 11.

Pressione arteriosa 130/65. Ricerca del parassita malarico nel sangue circolante: negativa. Sieroagglutinazioni: negative per tifo, paratifi A e B, maltese, Bang. Esame delle feci: sangue assente. L'emocultura in brodo, brodo glucosato rimane sterile. Resistenza globulare: Km. 0.32, KM. 0.46. Negativa la ricerca delle cellule endoteliali (sintoma del Patella). Leucociti: al dito prima dello stroncamento 4.800, dopo 5.000; all'orecchio: prima 5.100, dopo 5.200.

Esame radiologico. Notevole deformazione del cuore per aumento rilevante del ventricolo sinistro. Posizione quasi orizzontale. Aumento uniforme del fascio vascolare. Forte pulsazione dell'aorta (cuore a tipo aortico). Nulla di notevole al torace.

L'infermo rimase per 50 giorni sotto la nostra osservazione. Durante tale periodo non presentò mai sintomi a tipo di scompenso circolatorio. La temperatura presentò delle saltuarie elevazioni non mai eccessive, più frequenti nel primo periodo, mai precedute da brivido nè seguite da sudore. Come già in precedenza, quello che dominò sempre il quadro nosologico fu la splenomegalia: in un primo tempo noi assistemmo al rapido aumento del tumore di milza che si fece debordante per circa 12 cm. dall'arco costale mantenendo i caratteri già in precedenza ricordati. In questo periodo vivi dolori spontanei alla regione splenica; non si palpano nè si ascoltano sfregamenti nè soffi. Il fegato non presentò modificazioni di sorta. Durante il primo periodo quando più attiva era la temperatura ed il progredire della tumefazione splenica, assistemmo al lento costituirsi di un versamento peritoneale che, dubbio all'inizio, diede in pochi giorni segni evidenti: la raccolta si dimostra modesta, mobile prontamente coi cambiamenti di posizione dell'infermo. La puntura esplorativa in sede classica dà esito a 20 cmc. di liquido limpido, giallo citrino, di densità 1.008, contenuto di albumina 15 ‰, prova del Rivalta: negativa, pigmenti biliari: assenti; nel sedimento si nota un discreto numero di leucociti in massima parte linfociti. Carattere quindi nettamente di trasudato eccetto che per la parte corpuscolata.

A poco a poco la forma sembrò arrestarsi nel suo progredire; la milza divenne meno dolente e si mantenne nelle proporzioni raggiunte; la temperatura cadde completamente; il versamento addominale non fu più dimostrabile cosicchè quando l'infermo lasciò l'ospedale oltre la sua cardiopatia presentava come unica manifestazione patologica splenomegalia di notevole grado. La leucopenia si mantenne invariata (4.100 all'uscita dell'ospedale) non modificazione del fegato, nè del circolo delle pareti addominali. Dopo cinque mesi le condizioni dell'infermo sono migliorate; non v'è ascite; però il tumore di milza rimane immodificato; il p. ha ripreso le sue ordinarie occupazioni.

Riassumendo ci trovavamo dunque in presenza di un individuo portatore di una cardiopatia composta (insufficienza aortica e mitralica) il quale senza che nulla mai avesse richiamato la sua attenzione sulla regione splenica è colto da temperatura a larghe intermittenze, all'inizio della quale si nota cospicuo tumore di milza che rapidamente progredisce raggiungendo proporzioni notevoli ed accompagnandosi ad una sintomatologia dolorosa locale che domina tutto il quadro morboso. In coincidenza del periodo febbrile: comparsa di ascite a tipo nettamente trasudativo; l'esame ematologico mette in rilievo una leucopenia persistente anche dopo il periodo acuto della forma.

Con tali dati venivano poste in discussione tutte le numerose forme di splenomegalia, di cui però la massima parte potevano venire facilmente scartate. E così per il reperto ematologico, l'ascite, la rapidità con cui progrediva la tumefazione splenica potevano escludersi le forme leucemiche, l'anemia splenica degli adulti, il morbo di Vaquez, la splenomegalia da ittero emolitico. Così anche prima che il reperto sierologico portasse all'esclusione definitiva, poteva già in base solo ai dati clinici porsi fuori discussione una splenomegalia da forma infettiva generale e per il notevole tumore di milza così rapidamente progrediente, e per i caratteri di consistenza dell'organo ed infine per la mancanza di ogni altro sintoma di alcune delle forme infettive più comuni. Nel nostro caso però particolare attenzione andava posta alla possibilità di una endocardite lenta. Sappiamo difatti la notevole frequenza con cui lo streptococcus viridans si insedia in un endocardio già alterato da una pregressa infezione; come la forma

Digitized by Google

possa accompagnarsi a splenomegalia anche notevole, a temperature le più irregolari possibili, ecc.

Però a parte le emoculture in terreni adatti negativi, a parte la mancanza di leucocitosi con polinucleosi che in tali casi è regola e del sintoma del Patella, tutti elementi di notevole valore per escludere la diagnosi di endocardite lenta; mancava anche qui qualunque segno clinico pertinente alla forma e d'altra parte il tumore di milza era troppo spropozionato sia nelle dimensioni che nella rapidità di accrescimento, il che sarebbe dovuto coincidere con sintomatologia più vivace e clamorosa di quella che era offerta alla nostra osservazione dando un maggiore risentimento anche a carico degli altri organi ed in particolare del fegato.

E così più per rivista sistematica che perchè troppo validamente fondate, venivano poste in discussione la malaria, la sifilide, la cisti di echinococco, la tubercolosi della milza; ma anche qui rispettivamente l'anamnesi, il tipo febbrile, l'assenza di plasmodio in circolo, la negatività della reazione di W. di Ghedini e di eosinofilia, l'ascite ecc., i caratteri già citati dell'organo ci facevano senz'altro scartare tale ipotesi.

L'ipotesi di un ascesso splenico conciliabile con parecchi dati clinici (tumefazione dell'organo; rapidità di accrescimento, dolori) non era ammissibile però per la consistenza uniforme del tumore, per il tipo e per il grado della temperatura; per la mancanza di dati etiologici, di leucocitosi; di stato grave quale sarebbe stato con un ascesso così cospicuo dell'organo. Senza dire che l'ascite in campo di ascesso non avrebbe avuto carattere trasudativo, ma piuttosto essudativo.

Ed in ultimo non rimanevano che la cirrosi epatica, il morbo di Banti in 3° stadio e la splenomegalia tromboflebitica.

A proposito di cirrosi epatica, a dimostrare come non sia facile differenziare le due forme e come in passato casi di s. t. erano diagnosticati senz'altro come cirrosi epatica, ci pare interessante riportare da una delle belle lezioni del Cadarelli un caso diagnosticato come cirrosi epatica ed in cui invece oggi si trova quasi classicamente tracciato il quadro di una s. t.

Dice il Cardarelli: « Il caso più importante e dimostrativo fu quello del Senatore Fusco ed allora non ho più avuto il menomo dubbio sulla natura di queste emorragie. Il Senatore Fusco, che era un po' anemico volle andare ai Bagni di Salsomaggiore. Quivi fu osservato da un medico, che notò un grosso tumore di milza e lo rimandò a Napoli con la diagnosi di splenomegalia primitiva. Chiamato io ad osservare l'infermo, riconobbi il tumore di milza e credetti anch'io si trattasse di splenomegalia primitiva. Di poi fu chiamato il Prof. Uffreduzzi, che dubitò di cirrosi epatica, essendosi manifestato un leggero versamento peritoneale; chiamato ancora una volta io ad osservare l'infermo ammisi un principio d'ascite, ma feci le mie riserve sulla diagnosi di cirrosi epatica. Certo è, che dopo poco tempo, il Senatore Fusco ebbe gastrorragie imponentissime e per 5-6 giorni di seguito melena profusissima. Il Prof. Jappelli che l'assisteva, notò il fatto, che la milza, da grossissima che era, dopo le dette emorragie si era ridotta notevolmente. Non così però l'ascite: la quale anzi andò sempre più aggravandosi, tanto che fu necessario praticare 7-8 volte la puntura, e alla fine il povero Senatore se ne morì per esaurimento. Questo, dunque, è il caso più dimostrativo che io abbia osservato; ma ci sono casi meno evidenti in cui le lievi gastro- od enterorragie possono essere piccoli avvisi di cirrosi epatica».

Contro la cirrosi nel nostro caso sta il volume del fegato debordante oltre l'arco, l'ascite scarsa e transitoria, l'episodio febbrile, l'urinazione che si manteneva abbondante: e così pure contro il morbo di Banti in 3° stadio i caratteri del fegato suddetti e la mancanza di alterazioni tipiche della crasi sanguigna e la durata e la mancanza dei sintomi delle fasi che necessariamente avrebbero dovuto precedere. Non ci rimaneva quindi che di ammettere la diagnosi di splenomegalia tromboflebitica.

Il caso di nostra osservazione è certamente uno dei pochi in cui tale diagnosi poteva essere posta così precocemente con relativa sicurezza non solo per via di esclusione, ma anche come diagnosi diretta.

Precocità di diagnosi s'intende relativa all'inizio apparente del male, poichè sia nel nostro caso che nei casi in genere di s. t. la prima può decorrere tacita e la splenomegalia esser rilevata unicamente quando ha assunto proporzioni così notevoli da essere notata dal malato stesso.

Infatti benchè dei tre sintomi posti come fondamentali: splenomegalia - anemia - emorragie, noi non avevamo di decisamente dimostrabile che il primo pure valorizzando i sintomi collaterali, specialmente l'episodio febbre-ascite, su cui bene a ragione il Frugoni ha richiamato l'attenzione, si doveva ammettere una trombosi della splenica con diffusione episodica del processo flebitico verso il tronco della porta.

Esaminiamo un pò la sintomatologia offerta dal nostro malato: La splenomegalia è quella che domina tutto il quadro clinico nel nostro caso come del resto in tutti i casi di splenomegalia tromboflebitica che non si complicano con fatti vasali ed in cui la compromissione della splenica non è secondaria a processi morbosi svolgentisi nelle regioni vicine; donde il nome di splenomegalia tromboflebitica primitiva datale dal Frugoni (1), secondo il concetto clinico su cui tutti sono d'accordo del Ferrio il quale dice che « quando un cospicuo ingrandimento della milza appare per il primo e resta isolato e predomina sopra ogni altro sintoma in una sindrome clinica possiamo parlare nel senso più lato e (concediamo senza riserva) più empirico di una splenomegalia primitiva »; al Micheli il quale lo ha così brillantemente delucidato nella sua relazione al 19° Congresso di Medicina interna sulle splenomegalie primitive; al Cesa-Bianchi il quale nelle sue lezioni dice: « Noi dobbiamo tenere presente e riunire in uno stesso capitolo non soltanto le splenomegalie primitive in senso patogenetico stretto, ma ancora tutte quelle numerose forme di splenomegalia in cui il tumore di milza pur non rappresentando nè tutta la malattia nè il primum movens di essa, tuttavia finisce col dominare il quadro morboso. Ed è perciò che noi riteniamo di dover conservare il termine di primitiva alla splenomegalia tromboflebitica intesa nel senso di Frugoni, di forma cioè che figura a sè e non come complicazione di malattie evidenti di organi viciniori, tumori ecc.

Il tumore di milza rimane così infatti e anche per lungo tempo a dominare tutto il quadro morboso, talora anzi ad esserne l'unica espressione.

Per relazione del medico curante, la splenomegalia fu constatata ed in notevole grado già all'inizio del periodo morboso attuale, senza che il p. avesse avuto mai sensazioni che avessero richiamato la sua attenzione su tale organo, il cui risentimento d'altra parte non era possibile riportare nell'anamnesi ad alcuna delle forme che comunemente danno splenomegalia.

E' quello che comunemente succede in questi infermi i quali ricorrono al medico anche dopo anni dall'inizio della forma morbosa, quando un'emorragia gastrica o intestinale si è verificata o quando la milza notevolmente ingrossata dà un fastidioso senso di peso o delle algie all'ipocondrio o alla regione lombare. Tali dolori sopravvegono in genere tardivamente e sono sempre di lieve grado. Nel nostro caso invece il dolore raggiunse gradi talora molto intensi e persistè per parecchi giorni coi caratteri tipici del dolore splenico ad irradiazioni epigastriche e verso la base posteriore del torace sinistro. Tale sintomatologia dolorosa è facilmente interpretabile, perchè assistemmo alla progressiva ed abbastanza rapida tumefazione dell'organo che raggiunse ben presto proporzioni notevoli obbligando così la capsula ad una distensione esagerata, nel che deve vedersi quì la genesi del dolore splenico.

A noi pare poter affermare che una tumefazione così notevole della milza che si stabilisce così rapidamente accompagnandosi ad una sindrome così vivamente dolorosa senza fatti di perisplenite e senza che faccia parte del quadro di una forma infettiva generale acuta debba far sorgere senz'altro l'idea di una trombosi della vena splenica: di questa e non della porta in genere chè, come afferma anche Rommelaere, il tumore della milza acquista proporzioni più notevolmente marcate nella trombosi splenica anzichè nella piletrombosi.

Tali caratteri ci toglievano dalla più grave difficoltà diagnostica della forma di s. t., lo sceverarla cioè dalla anemia splenica degli adulti e dalla prima fase del morbo di Banti contro cui da altra parte parlava la mancanza di anemia e quel che è più la

(1) Il Frugoni parla difatti di splenomegalia tromboflebitica primitiva non di tromboflebite splenomegalica primitiva, per cui siamo d'accordo con le considerazioni messe avanti dal D'Arbela.

Digitized by Google

comparsa dell'episodio febbre-ascite che viene a far conferma alla nostra interpretazione diagnostica.

Mancava infatti nel nostro caso il secondo del tripode sintomatico della s. t.: l'anemia. Ma un tal reperto è facilmente comprensibile nel caso speciale ove si pensi che dei due elementi a cui comunemente si riporta l'anemia in corso di s. t. le emorragie e le alterazioni splen'che, le prime non si erano ancora verificate (se si eccettua l'epistassi di cui parleremo) e le seconde non si erano forse ancora stabilite in grado tale da far risentire la loro azione, benchè d'altra parte la leucopenia, che si ha nella maggioranza delle osservazioni sinora fatte e che nel nostro caso era ben manifesta, stesse già a dimostrare un'alterazione della funzione splenica.

E per la mancanza di anemia crediamo opportuno ancora di ricordare che il nostro p. era un cardiopatico di alto grado e che, secondo Eppinger, nei cardiopatici si ha una maggiore attività negli organi emopoietici con esagerata formazione di corpuscoli del sangue; mentre d'altra parte casi vi sono stati in cui anche dopo avvenute emorragie, non si era trovata anemia (Oettinger) e talora era stata riscontrata iperglobulia (Ewald, Lommel, D'Arbela).

Per quel che riguarda l'emorragia nel nostro caso troviamo che da 4 anni il paziente andava soggetto a frequenti cefalee frontali più spesso nei mesi invernali, che scomparivano in seguito ad epistassi non molto notevoli.

Epistassi in corso di s. t. sono state già in precedenza segnalate da varii A.A. (Oettinger-Eppinger, D'Arbela); esse possono precedere ed anche di molto tutti gli altri sintomi; sono ripetute, frequenti, talora abbondanti. Eppinger non sa quale valore si possa attribuire a tali emorragie; D'Arbela, seguendo Brahme, le ritiene dovute al fatto che la stasi nelle vene dello stomaco e dell'esofago si può ripercuotere fin nelle vene nasali e boccali. Che rapporto debba probabilmente esservi fra lesioni epatiche e portali in genere ed emorragie a sede nasale, ci viene anche mostrato dalla frequenza con cui epistassi si verificano in corso di cirrosi di Laennec anche prima che si sia stabilito in pieno la sintomatologia della stasi portale. Però se esse possono essere dovute a fatti di stasi che veramente si comprendono male a tanta distanza in territori circolatori così completamente indipendenti, mentre d'altra parte ancora si discute se nell'epistassi l'emorragia è di origine arteriosa o venosa, o ad alterazioni delle pareti vasali o della crasi sanguigna donde facilità alle emorragie come in altre forme morbose in cui stasi portale non esiste, mal sappiamo dire: ci pare però più probabile e comunque più corrispondente alla constatazione dei fatti questa seconda ipotesi. Notiamo intanto che nel caso di Eppinger si ebbe epistassi negli ultimi cinque mesi della malattia in coincidenza con la menopausa; in quello di Oettinger si ebbe epistassi violenta all'inizio in coincidenza con una forma di ittero da ritenzione durata ad accessi per due anni; nel caso VII di D'Arbela l'infermo ebbe quasi annualmente in primavera scarse epistassi, e nel VI le epistassi si verificarono solo per un mese quando la forma durava già da qualche anno, aveva dato ematemesi e melena ed il p. era in uno stato di discreta anemia. Nel nostro caso noi segnaliamo il fatto pur non sentendoci in modo definitivo di concludere sul suo intimo significato e sul valore patognomonico che esso può avere nella forma di cui trattiamo, in quanto non sapremmo veramente pensare una stasi che dia un risentimento così a distanza, così precocemente e per tanto tempo senza che ancora si fosse manifestata una sintomatologia corrispondente nei territori più prossimiori. Noi rileviamo solo che nel nostro caso sono anche in giuoco due fattori che potrebbero avere una parte non indifferente nel verificarsi delle epistassi: l'alcool e la cardiopatia. Concludendo a noi pare che il sintoma epistassi in caso di s. t. vada meglio lumeggiato nella sua vera essenza prima di potergli riconoscere valore diagnostico.

L'episodio febbre-ascite, le cui diverse fasi noi seguimmo e durante il quale assistemmo all'evoluzione del tumore splenico, merita particolarmente di esser messo in rilievo, poichè veramente ad esso, come osserva il Frugoni, va dato valore diagnostico di capitale importanza.

In genere i due sintomi vanno quasi sempre associati; l'ascite può assumere le proporzioni più varie; da modesta come nel caso nostro a notevolmente abbondante, così che paracentesi e talora ripetute si impongono. L'insorgenza di un versamento peritoneale accompagnantesi a febbre fa sorgere l'idea di una sierosite peritoneale; ma l'esame del liquido toglie subito ogni dubbio. Nel nostro caso, infatti, come nei casi di Frugoni, esso aveva caratteri nettamente trasudativi così che l'ipotesi di una sierosite peritoneale o di natura specifica o per propagazione di fatti di perisplenite poteva escludersi.

Abbiamo detto sopra perchè sentivamo di escludere la cirrosi epatica ed il morbo di Banti; superfluo ci pare dire ancora come il versamento non potesse mettersi in rapporto con uno scompenso cardiaco di cui non avevano segno alcuno.

Ed allora anche nel nostro caso all'episodio febbre-ascite andava attribuito il significato di una ripresa del processo tromboflebitico con diffusione verso il tronco della porta, donde la ascite, e di una più completa occlusione della splenica, donde l'esagerazione della stasi splenica con notevole ingrandimento e distensione dell'organo.

Vediamo ora quali considerazioni permette la nostra osservazione di fare nel campo intricato ed oscuro dell'etiologia e della patogenesi della s. t.

Superfluo ci sembra passare in rassegna tutte le cause in gran parte ipotetiche messe avanti dai varii AA. e che nel nostro caso dovremmo escludere; noi vogliamo solo fermarci qui su questi tre elementi che ci sembrano di primaria importanza e che si offrono alla discussione del nostro caso: etilismo, cardiopatia, reumatismo articolare.

L'etilismo è ricordato nell'etiologia della forma come sicuro in un caso (Oettinger-Fiessinger II) e come sospetto in due (Oettinger-Fiessinger I-Humbert) fra i dieci raccolti da Cauchois; esiste in 4 dei 5 casi di Frugoni ed in 2 dei 7 di d'Arbela. Però mentre nei casi di Cauchois, ove esistevano anche delle affezioni epatiche, egli pensa che la trombosi è forse di origine tossica potendo il veleno sclerogeno attaccarsi alle pareti venose sia intra- che extra-epatiche, nei casi di Frugoni — almeno in 3 sui 4 in cui esisteva il fattore etilismo — vi erano delle note anamnestiche per cui esso veniva a perdere ogni valore nella sua possibile azione determinante della forma; e nel caso di D'Arbela, in cui veramente l'alcool esisteva come agente unico, è ad esso difatti che potevano ben riferirsi tutte le lesioni più spiccate ritrovate alla autopsia, di un'arterio-sclerosi viscerale con cirrosi epatica arteriosa e biliare, oltre i fatti di spleno e pile-trombosi.

Certo che se una parte vuole attribuirsi al fattore etilismo, questa non può essere che un'azione sclerotizzante sulle pareti venose, nel caso particolare elettivamente su alcuni rami del distretto portale. Riassumendo brevemente le vedute attuali sulla patogenesi della tromboflebite della splenica e della porta possiamo dire che taluni attribuivano le alterazioni sclerotiche della vena ad un effetto della trombosi; mentre altri invece (Borrmann, Simmonds, Herve, Lotten, Wohlwill, Meyer) validamente sostengono che può esistere una sclerosi primaria della porta o di una delle sue radici, indipendentemente anche dalla sclerosi di qualunque altro tratto della rete circolatoria.

Tale sclerosi era stata interpretata analogamente all'arterio-sclerosi riconoscendo anche come fattori etiologici tutti quelli che dànno origine ad arterio-sclerosi. Alcuni però oppongono che la tromboflebite è più frequente nei giovani e ritengono ignota la vera causa per cui la forma si stabilisca; il Wohlwill nega anzi che l'alcool possa essere considerato fra i fattori etiologici della forma. La sintomatologia della trombosi da sclerosi primaria coinciderebbe con quella della s. t.; almeno secondo la maggioranza degli A.A.

Si vorrebbe da taluni che la sclerosi vasale è sufficiente perchè trombosi si determini, mentre secondo altri non si produce trombo se non v'è disturbo di circolo nel senso di un rallentamento della corrente.

Il nostro individuo non più giovane, etilista, portatore di una cardiopatia composta mitro-aortica, con delle note indubbie di sclerosi del tronco aortico, presentava tutti gli elementi perchè fleboi-sclerosi si fosse data e perchè trombosi si potesse determinare nel vaso alterato.

Però se tale ipotesi si concilia veramente con varii dati del caso di nostra osservazione, se l'ipotesi della costituzione primitiva di una sclerosi nel ramo portale con successiva trombosi iniziatasi a carico della splenica e quindi tendente a diffondersi verso il tronco della porta, può bene spiegarci tutta la sintomatologia, eccetto però l'episodio febbrile che dovremmo

692 =

Digitized by Google

allora attribuire ad una forma intercorrente, noi ci sentiamo però portati a valorizzare il terzo elemento posto in discussione e cioè il reumatismo articolare di cui il nostro p. era stato ripetutamente ed anche di recente sofferente. Le flebiti in corso di reumatismo articolare sono ormai un fatto acquisito in patologia umana. Segnalate già da Bouillard, sono state dimostrate da Hirtz e da Ceusier: quest. A.A. pensano che esiste un vero reumatismo venoso inglobante un gran numero di flebiti dette primitive, precedenti il reumatismo, seguendolo od evolvendo per proprio conto. Questo reumatismo potrebbe colpire le vene profonde, i seni, e benchè la periflebite senza coagulazione sia la forma predominante, si possono vedere egualmente delle flebiti più profonde con tutte le loro conseguenze.

Nel nostro caso noi riteniamo veramente possibile che flebite della porta o della radice splenica di essa si possa essere stabilita in corso di reumatismo e che noi abbiamo assistito ad una fase di ravvivamento della forma con propagazione verso il tronco della porta ed una maggiore occlusione del ramo della splenica. Ipotesi anche questa che viene tutto a render chiaro nell'anamnesi, nell'obbiettività e nel decorso della nostra osservazione.

Nessuno per lo innanzi ha dato valore o elencato il reumatismo articolare nell'etiologia della forma, benchè esso figuri nei precedenti anamnestici di due casi di Eppinger e di uno di D'Arbela.

Abbiamo prospettato le due ipotesi eziopatogenetiche, entrambi, abbiamo visto, conciliabili colle conoscenze che sinora abbiamo dell'etiologia e della patogenesi della forma, entrambi conciliabili coi dati clinici a nostra disposizione; però come recentemente esponeva anche il Marini nel suo interessantissimo studio sulle sindromi bantiane, difficilmente talora anche al controllo anatomo-patologico può dirsi una parola definitiva e sicura.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER. Nouveau Traité de Médecine de Widal et Roger, vol. II. — BRAHME. Acta medica Scandinavica, 1924. — CARDARELLI. Lezioni scelte, vol. II. Studium, Napoli, 1921. — CAUCHOIS. Thése de Paris, 1908. — CESA BIANCHI. La splenopatie, L'attualità medica, 1916. — D'ARBELA. Rivista di Clin. Medica, 1926. — EPPINGER. Die Hepatolienalen Erkrankungen Springer, Berlino, 1920. — EWALD. Deut. m. Woch., 1913. — FERRIO. Diagnostica malattie interne, vol. III, Utet, 1908. — FRUGONI. Archiv. Pat. e Clin. Med. 1924. — MARIN. Il Policlinico S. M., 1926. — MICHELI, Le splenomegalie primitive, Utet, 1910. — IDEM. Minerva medica, 1925. — SIMMONDS. Virchow 's Arch., vol. 207, 1912. — TORRIGIANI. Lo sperimentale, 1926. — UMBERT. Mitt. aus. d. Grenz, d. M. u. C., vol, VIII, — VANZETTI. In Trattato di Anatomia Patologica del Foà.

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NOVA DI FIRENZE
Reparto medico diretto dal prof. E. SIGNORELLI

CONSIDERAZIONI ETIO-PATOGENETICHE SU ALCUNI CASI DI ARTRITE CRONICA DEFORMANTE PRIMARIA.

per il dott. N. MAUGERI (*)

Se l'artrite cronica deformante primaria con le sue suddivisioni in artrite cronica progressiva ed artrite cronica parziale (nella quale ultima forma omai si unifica il *malum coxae senile* e la forma giovanile) ed infine con la spondilosi rizomelica tipo Strümpell-Marie e tipo Betcherew, risulta allo stato attuale ed in modo non dubbio nettamente individualizzabile dal punto di vista nosografico, non così può dirsi nei rapporti della sua etio-patogenesi che si presta ancora ad una profonda differenza di vedute e di teorie.

A parte l'importanza del terreno organico inteso nel senso di temperamento morboso e dell'influenza del freddo umido, Charcot, Cardarelli, Skoda, Riselmann e Remak e sopratutto il Teissier e Roque, tenuto conto della somiglianza tra alcune manifestazioni dell'artrite deformante primaria e le affezioni dei centri nervosi (bilateralità e simmetria delle deformazioni, disturbi trofici con atrofia dei muscoli, sclerodermia ed elefantiasi, osteo-porosi ed alterazioni delle unghie e dei peli) ammettono che essa, senza avere alcuna relazione col reumatismo articolare acuto, con la diatesi urica, con le infezioni o le tossiemie, debba ritenersi come un'affezione di ordine nettamente neurotrofico.

In contrapposto molti autori ammettono invece una etiologia sicuramente infettiva.

Vernoogen infatti, a parte i pseudo-reumatismi infettivi di origine tubercolare, sifilitica o gonococcica, considera in ogni caso l'artrite cronica progressiva come una conseguenza lontana di una malattia settica. D'altro canto i Hastings studiando sistematicamente la deviazione del complemento con diversi antigeni in 44 casi di artrite riesce ad accertare reazione positiva per lo streptococcus viridans dello Schottmüller, mentre Billings, Coleman ed Hibbs parlano di streptococchi non emolitici attenuati ed il Teissier e Mayet emettono l'ipotesi di un'infezione tubercolare ad andamento speciale (paratubercolosi) che niente ha da vedere con la tubercolosi propriamente detta.

Secondo i concetti espressi nel Congresso di Bath dell'ottobre 1925 bisogna ammettere grande importanza a focolai settici-cronici bucco-faringei e sopratutto a focolai latenti d'infezione delle radici dei denti che secondo Rolleston sarebbero in grado di dare a lunga scadenza delle lesioni articolari così imponenti per una particolare sensibilizzazione dell'articolazione stessa che reagirebbe in modo anafilattico.

Dal punto di vista patogenetico poi, bisognerebbe ammettere che le cartilagini d'incrostazione vengano a subire lentamente l'azione diretta di tossine microbiche cui seguirebbe l'artrite deformante a similglianza di quello che accade nell'alcaptonuria in cui è dimostrato che l'osteoartrite risulta indubbiamente dall'azione locale dell'acido omogentisinico derivato da una imperfetta ossidazione degli acidi aminici della serie aromatica.

Il moderno indirizzo degli studi di patologia ha portato a ricercare la connessione tra disfunzione dell'apparecchio endocrino-simpatico, e specie dell'ipotiroidismo, con l'artrite cronica deformante (Sergent), tanto in quanto in molte affezioni dello scheletro appariva una stretta connessione con alterazioni delle ghiandole a secrezione interna.

Sono note difatti per gli studi di Shethoch le modificazioni di struttura dello scheletro in cretini sporadici con deficiente funzione tiroidea e per quelli di Lowet e Nicholls l'esistenza di un rapporto fra imperfetta osteogenesi e piccolezza di capsule surrenali. E' ammesso inoltre che l'osteomalacia sia legata a difetto e mancanza di secrezione interna delle ovaie, che nella acromegalia esista un rapporto fra alterata funzione dell'ipofisi e nutrizione dello scheletro e che d'altra parte le malattie dell'ipofisi si accompagnino con una certa frequenza ad ipotrofia della tiroide e più raramente del timo. In analogia sono le osservazioni del Blake che ricorda casi di coesistenza di artrite deformante in individui affetti da gozzo esoftalmico e morbo bronzino, di Jones che ammette l'influenza delle ovaie e della tiroide, di Oppenheim che ha descritto nelle articolazioni degli acromegalici alterazioni analoghe a quelle dell'artrite deformante e che quindi, data l'associazione quasi costante delle alterazioni ipofisarie e tiroidee nell'acromegalia, porta ad ammettere che la proliferazione osteo-cartilaginea dell'artrite deformante stessa possa attribuirsi a disturbi nutritizi dei capi articolari conseguenti a perversione funzionale di una o più ghiandole a secrezione interna.

Le osservazioni fatte e raccolte dimostrano invero un intimo ma non ancora ben definito legame fra artrite deformante e patologia endocrina: le numerose incognite però che ancora circondano la funzione normale e patologica delle ghiandole a secrezione interna fanno sì che non si possa attribuire finora valore etiologico certo al loro disordine funzionale, tanto più che non sono conosciute particolari alterazioni di determinati organi a secrezione interna capaci di riprodurre, anche sperimentalmente, l'artrite deformante, mentre è possibile, sempre che si voglia, riprodurre i quadri di gigantismo, d'infantilismo e, in generale, di altri vizi di sviluppo e di morfologia nello scheletro.

A questo gruppo di teorie etiopatogenetiche un altro se ne contrappone in cui in confronto al fattore trofoneurotico, tossinfettivo od endocrino-simpatico si fa prevalere lo statico-funzionale.

(*) [La ricca bibliografia sarà stampata negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

Aievoli per il primo in una sua monografia del 1895 mise in evidenza l'importanza del disturbo statico iniziale e della consecutiva deformità anatomica nella patogenesi dell'allux valgus. Successivamente Preiser e Pommer emettono e sviluppano il concetto della sproporzione statica e d'incongruenza articolare secondo la quale i processi distrofici e degenerativi ar-

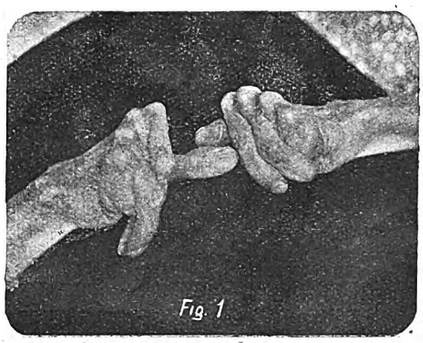


Fig. 1

ticolari sarebbero null'altro che effetto di reazione e di compenso di fronte a condizioni statiche perturbate. Questo concetto si riconnette ad una teoria funzionale riassumibile nel fatto che avveratosi un processo degenerativo iniziale nella cartilagine articolare si sviluppano di poi altri processi regressivi e progressivi del tessuto osseo subcondrale e delle cartilagini, processi che dipenderebbero dalla funzione ossia dalle condizioni statiche e dinamiche articolari, teoria alla quale più recentemente Axhausen, in base ad una numerosa serie di ricerche sperimentali e di osservazioni anatomo-cliniche, ha contrapposto la propria, nella quale si mette a fondamento delle alterazioni anatomiche caratteristiche dell'artrite deformante una necrosi primaria asettica della cartilagine articolare.

A queste teorie si riconnette strettamente la complessa questione del trauma quale agente causale preminente dell'artrite cronica progressiva, questione che è stata agitata in lavori di tutti i tempi, dai più antichi Autori (Adams, Colles, Smith, Engel, Bell) ai più moderni (Galeazzi, Wollemberg, Stubenrauch, Seeliger) senza che però essa sia ancora sufficientemente chiarita.

Ed in proposito, profittando di numerosi casi messi gentilmente a mia disposizione dal Prof. Signorelli, ho creduto opportuno studiarli attentamente dal punto di vista dell'etiopatogenesi in rapporto al fattore traumatico, analizzando le diverse idee finora esposte in proposito, e mettendole in stretto raffronto con la realtà clinica.

Ne riassumo pertanto le diverse storie:

Caso I. — P. Emilia di anni 70. Non si è esposta a cause reumatizzanti nè a lavori faticosi. Nessuno accenno a traumi pregressi anche minimi.

L'attuale malattia si è iniziata circa 20 anni addietro con accessi dolorifici senza febbre insorgenti alle piccole articolazioni delle mani, che però non subirono deformazioni, e propagatisi sotto forma di crisi alle articolazioni del gomito che man mano e molto lentamente si fissarono

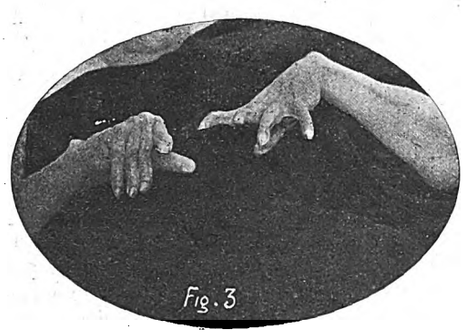


Fig. 3

in leggera flessione coll'impossibilità all'estensione. Contemporaneamente e lentamente progredirono le simmetriche deformazioni delle ginocchia.

E. O.: Agli arti superiori simmetricamente esiste: leggera contrattura in flessione dell'articolazione del gomito con impossibilità all'estensione. Ipotrofia degli estensori. Articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee leggermente ispessite e gonfie però con motilità conservata in tutti i sensi.

Arti inferiori: Atteggiamento di leggera flessione della coscia sul bacino e della gamba sulla coscia. Articolazioni del ginocchio simmetricamente deformate ingrossate con estremità inferiore del femore fortemente sporgente in avanti. Rotula spostata in fuori e come incastrata sul condilo esterno. Testa del perone sporgente in fuori. Limitati i movimenti di flessione. Ipotrofia dei muscoli della coscia e della gamba. Cute li-

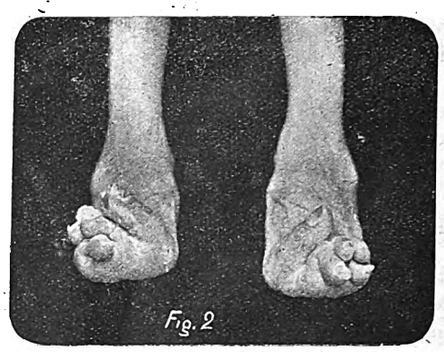


Fig. 2

scia, lucente, fredda. Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame urine: tracce di albumina.

Caso II. — Z. Luigia di anni 60. Dice di non essere stata mai malata. Si è esposta molto a cause reumatizzanti ed ha abitato case umide vivendo in condizioni di miseria. Nessun trauma pregresso. Ha dovuto però sopportare lavori pesanti e continui. Circa 12 anni addietro cominciò ad avvertire dolori e modico gonfiore alle dita delle mani senza però temperatura. I dolori erano a tipo di crisi diurne e notturne e non nettamente articolari ma diffusi nella continuità delle dita. Queste crisi, intervallate da senso d'intorpidimento delle dita e da formicolii, si susseguirono più o meno intensamente e le articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee cominciarono gradatamente a deformarsi sino a raggiungere progressivamente lo stato attuale. I disturbi s'iniziarono alle dita della mano destra diffondendosi poi alla sinistra ed ai polsi. Gradatamente e senza fatti dolorosi si ebbe in seguito la deformazione alle ginocchia ed ai piedi.

Agli arti superiori esiste (figura I): nella mano sinistra contrattura in flessione del mignolo ed anulare che sono come accavallati dal medio e dall'indice deviati verso il lato cubitale. Nella mano destra contrattura in flessione del mignolo anulare e medio accavallati dall'indice. Le articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee sono uniformemente ingrossate. Atrofia degli interossei per cui il dorso della mano si presenta incavato. Mano pallida, rigida, fredda, con pelle dura simulante la sclerodermia. Ipertrofia dell'epifisi del radio e del cubito restando i metacarpi in un piano inferiore in modo da sembrare che la mano rientri nelle ossa dell'avambraccio.

Arti inferiori: Gambe leggermente flesse sulle coscie. Ginocchia simmetricamente deformate, ingrossate con l'estremità inferiore del femore sporgente in avanti della testa della tibia, rotula come spostata in fuori verso il condilo esterno. Testa del perone sporgente in fuori. Piedi simmetricamente deformati (figura II), articolazione tibiotarsica rigida. Alluce in estensione e rivolto verso l'esterno in modo da ricoprire le altre dita che sono deviate verso l'esterno a « colpo di vento » e flesse ad uncino. Piccolo dito flesso sotto le altre tre. Pelle desquamante, pitiriasica.

Unghie rigate, incurvate, fragili. Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame delle urine: negativo.

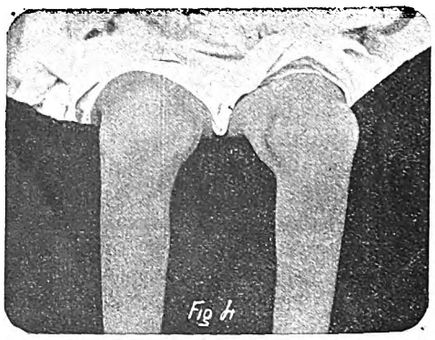


Fig. 4

Caso III. — Flavia B. di anni 65. A 31 anno s'iniziarono dolori alla mano destra ed al polso perdurando i quali venne ricoverata in ospedale. Durante la degenza i dolori si estesero all'altra mano, le articolazioni interfalangee e metacarpo-falangee si tumefecero con crisi dolorose fortissime. Le altre articolazioni di cui è cenno nell'esame obbiettivo si deformarono successivamente e lentamente e senza che l'ammalata ne avesse coscienza per disturbi dolorosi e movimenti febbrili.

Digitized by Google

Agli arti superiori simmetricamente esiste una contrattura invincibile per flessione dell'avambraccio sul braccio ad angolo acuto, atrofia dei muscoli estensori specie a sinistra. Alle mani (figura III), flessione delle articolazioni radiocarpiche di entrambi i lati, dita ad uncino ed in flessione. Atrofica la muscolatura interossea con incavamento del dorso della mano, rigide tutte le articolazioni interfalangee del 1° 2° e 3° dito, conservata la carpo-falangea. Conservata l'opponenza del pollice. Arti inferiori: coscie abdotte; gambe leggermente flesse sulle coscie. Atteggiamento delle dita del piede, stabilendo le analogie anatomiche, eguale a quello delle mani. La cute dei piedi presenta zone di ittiosi ed ulcerazioni a chiazze alla pianta. Iperonichia. Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame delle orine: negativo.

Caso IV. — Giovanna C. di anni 82. Nessuna notizia di traumi antecedenti anche minimi. L'attuale malattia si è iniziata circa 15 anni fa con dolori all'articolazione delle ginocchia che insorgevano ad accessi senza però tumefazione ed arrossamento e senza la menoma elevazione di temperatura. Fece cure iodiche e balneo-termali senza effetto dato che le ginocchia progressivamente andavano deformandosi sino ad impedire la stazione eretta e la deambulazione.

E. O.: Agli arti inferiori simmetricamente esiste: coscie leggermente flesse sul bacino e gambe sulle coscie. Articolazioni del ginocchio fortemente deformate nel senso del valghismo con maggiore accentuazione a destra (fig. IV). Estremità inferiore del femore sporgente in avanti ed in dentro. Rotula spostata in fuori e come incastrata nel condilo esterno. Testa del perone sporgente in fuori. Piede in atteggiamento varo. Piccole articolazioni delle dita indenni.

Pelle lucida, fredda, desquamante a piccole squame. Movimenti segmentarii possibili in tutte le articolazioni tranne che alle ginocchia in cui si mantiene la posizione di semiflessione. Ipotrofia dei muscoli della coscia e della gamba.

Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame orine: negativo.

Caso V. — Maria Emma di anni 79, nessun trauma pregresso. All'età di 34 anni cominciò ad avvertire dolori alle piccole articolazioni delle mani. Successivamente ebbe crisi dolorose senza tumefazioni o elevazioni di temperatura alle ginocchia che si deformarono lentamente contemporaneamente alle piccole articolazioni delle mani e dei piedi.

E. O.: Agli arti superiori: Le articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee delle due mani sono leggermente ispessite.

Agli arti inferiori: ginocchia simmetricamente deformate. L'estremità inferiore del femore sporge in avanti della testa della tibia, condilo femorale interno sporgente, rotula rigettata all'esterno.

Movimenti di flessione e di estensione leggermente limitati e provocanti scricchiolio. Cute tesa fredda e desquamante. Piedi poggianti sul margine esterno e con angolo aperto all'interno. Alluce in forte atteggiamento valgo.

Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame delle orine: negativo.

Caso VI. — Armida C. da Firenze, anni 48. Un fratello affetto da morbo di Pott. A 26 anni s'inizia una sindrome articolare acuta con febbre, edema periarticolare intenso, rossore, tumefazione e dolore delle articolazioni delle ginocchia ed interfalangee. Le crisi si ripeterono ad intervalli tanto da costringerla a ricoverare in ospedale dove oltre ai fenomeni articolari venivano riscontrati fatti di natura specifica a carico del polmone destro. Le articolazioni sono andate gradualmente deformandosi sin dai primi tempi e la deformazione continuamente sebbene lentamente, è andata aggravandosi.

E. O.: Mediocre costituzione fisica, nutrizione scaduta, colorito pallido. Apice destro ipofonetico, inspirazione aspra con espirazione prolungata e soffiante. Non fatti umidi. La colonna vertebrale, tratto cervicale è fissa talchè sono possibili, ma alquanto limitati, i movimenti di flessione e di estensione, mentre sono aboliti quelli di rotazione. Il cingolo scapolo omerale, è immobile e l'articolazione scapolo-omerale fissa. L'articolazione del gomito è mobile. Mani deformate per torsione e flessione del carpo, metacarpo, falangi con dita a forma di fuso e spostate sui loro assi. A destra anche l'articolazione del polso è deformata. Articolazioni coxo-femorali fisse, quelle del ginocchio gonfie con pelle lucida tesa leggermente edematosa. Impossibile qualsiasi movimento sia attivo che passivo. I piedi, tenuto conto delle analogie anatomiche, presentano uguali deformazioni di quelle descritte per le mani.

Esame dello sputo: negativo per il bacillo di Koch. Cutireazione: positiva. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame delle orine: tracce di albumina.

Caso VII. — Girolamo S. A 28 anni si contagiò di blenorragia. Dopo qualche giorno avvertì forte dolore alla regione cervico-dorsale. Ricoverò in ospedale da dove fu dimesso dopo qualche mese in apparenza guarito. In seguito ad una riacutizzazione blenorragica con partecipazione delle articolazioni ricoverò di nuovo in ospedale. Dimesso dopo circa 8 mesi rientrò nel 1921 e successivamente nel 1924 nel quale anno venne passato ai cronici.

E. O.: Dolenti ed anchilosate in flessione le articolazioni dei ginocchi. Ipotrofia del quadricipite e dei muscoli della gamba. Limitati i movimenti dell'articolazione tibio-astragalica. Rigida la regione cervico-dorsale. Abolizione dei movimenti di lateralità del collo. Ipotrofia dei muscoli cervicali e della spalla.

Cutireazione: negativa. Wassermann, Hecht, Sachs-Georgi: negative. Esame dell'urina: negativo.

Dei casi suesposti solo i primi cinque si possono riportare alla forma pura di artrite cronica primaria, progressiva deformante poichè essi rientrano ed assolvono i dati fondamentali dentro cui dovrebbero essere fissati i limiti dell'entità nosologica in parola. E cioè:

a) Sviluppo quasi esclusivo, o per lo meno assolutamente preponderante, nella donna.

b) Scoppio dell'affezione graduale senza stadio acuto e senza febbre.

c) Etiologia apparentemente muta con esclusione assoluta dei fattori tubercolari, sifilitici, blenorragici o di sepsi reumatica acuta.

d) Invasione graduale con inizio delle piccole articolazioni delle estremità superiori ed inferiori con frequente partecipazione di quelle del gomito e del ginocchio e quasi costante integrità dell'articolazione coxo-femorale e della spalla.

e) Simmetria delle lesioni con contratture, anchilosi, sublussazioni, ipotrofia dei muscoli ed alterazioni trofiche della pelle e delle unghie.

f) Evoluzione lenta dell'affezione la quale attraverso a possibili miglioramenti transitori ed a stazionarietà relativa e temporanea è fatalmente progressiva sboccando a gravissime ed irreparabili deformazioni, specie delle estremità.

g) Nessuna complicazione cardiaca. Nel caso 6° invece, oltre al terreno tubercolare, si può accertare una forma di sepsi reumatica acuta iniziale a cui seguì successivamente la forma cronica attuale, e nel caso 7°, da riportare senz'altro alla categoria dei cosidetti pseudo-reumatismi infettivi, è indubbio etiologicamente il fattore blenorragico.

Sgombrato quindi il terreno da questi due ultimi casi, e limitando le nostre indagini nei riguardi dell'influenza etiologica del fattore traumatico, a malgrado un'anamnesi raccolta nel modo più scrupoloso, non è stato possibile di poter dimostrare l'intervento del trauma inteso nel senso di una forza esterna unica e violenta che abbia potuto dar luogo ad alterazioni cartilaginee sempre prime a verificarsi nell'evoluzione dell'artrite deformante.

Certo nelle forme monoarticolari di artrite cronica parziale il valore biologico del trauma appare chiaro e solenne se, come dice il Forni, in conseguenza di esso si determina una frattura epifisaria o iuxtaepifisaria e iuxta-articolare con lesione dell'arteria nutritizia dell'osso e con conseguente temporanea sospensione della nutrizione dell'estremo articolare, che darà luogo alle alterazioni cartilaginee di cui sopra.

Ed in proposito difatti sono molto probativi gli argomenti in parte sperimentali ed in parte di ordine clinico esposti da diversi autori.

L'Axhausen, ad esempio, impiegando il metodo elettrolitico o iniettando delle sostanze caustiche nell'articolazione del ginocchio dei cani, ha potuto ottenere una necrosi della cartilagine seguita a qualche mese di distanza da un'artrite deformante vera e propria, controllata all'esame microscopico.

Lo stesso Autore poi ha potuto seguire quattro casi di traumatismo dell'articolazione del ginocchio con necrosi della cartilagine in cui successivamente ha dovuto constatare l'insorgenza di un'artrite deformante.

Fatti simili infine sono citati, e sempre per la forma monoarticolare, da Wohlkoff e Schutte in base ad osservazioni conseguenti a traumatismi di guerra.

Ed il IV Congresso delle malattie del lavoro, tenutosi in Amsterdam nel 1925, ammise, malgrado l'opposizione di Marcus ed Ewald, l'esistenza di un intimo rapporto fra artrite de-

Digitized by Google

formante e trauma anche se quest'ultimo abbia agito a distanza di molti anni considerando così implicitamente queste artriti come infortuni del lavoro.

Il trauma violento agirebbe secondo i diversi autori esercitando o un'azione lesiva sulla cartilagine articolare con conseguente perdita di sostanza (Pommer) o alterando la cartilagine epifisaria (Zezas, Frangenheim) od il tessuto osseo subcondrale (Ziegler, Amstad, Perthes). Il Seeliger infine in un suo recentissimo lavoro del Giugno 1926 pubblicato sulla *Münchener Med. Wochenschrift* dà grande importanza nei riguardi dell'esito del trauma all'alterata reazione della sinovia normalmente alcalina, ed allo stato funzionale dell'articolazione. L'Autore attraverso numerose osservazioni personali ed esperienze di laboratorio ha potuto constatare che il sangue versatosi nell'articolazione coagula completamente se questa subito dopo la lesione è costretta al riposo assoluto, mentre resta fluido se dopo il trauma sono possibili movimenti attivi e passivi dell'articolazione stessa.

Nel primo caso il sangue coagulato ridiverrebbe successivamente e lentamente fluido e sarebbe riassorbito, senza lasciare nessun disturbo apparente nell'articolazione, dato che la sinovia abbia mantenuta la sua reazione alcalina, reazione che che avrebbe la massima importanza nel meccanismo del riassorbimento stesso. Nel caso invece in cui l'articolazione è messa subito in moto il deposito di fibrina endoarticolare non viene sciolto e riassorbito e diventa punto di partenza di processi cronici con produzioni connettivali che interessano tanto la sinoviale quanto i capi articolari. La diminuzione di alcalescenza della sinovia sarebbe in ultima analisi il fattore più importante nella produzione dei processi cronici connettivanti e dei corpi mobili articolari che finiscono poi col ledere la superficie articolare stessa.

In ogni caso però dalla lesione primitiva traumatica partirebbe lo stimolo per lo sviluppo dell'artrite deformante.

La questione invece appare molto intrigata ed oscura e di non facile soluzione nei casi in cui, a simiglianza dei nostri, le lesioni sono poliarticolari e d'altro canto l'anamnesi resta assolutamente muta nei riguardi del trauma. Si dovrebbe o potrebbe in questi casi pensare al trauma leggero minimo e ripetuto inteso nel senso più lato sino all'iperfunzione e legato a particolari condizioni di lavoro quale potrebbe essere, in rapporto alle nostre pazienti, quello di donne costrette continuamente e duramente alle faccende domestiche, e sopratutto al lavoro di stiratura e lavatura in cui, alle condizioni suesposte, s'sommerebbe la prolungata esposizione al freddo umido.

Per meglio chiarire pertanto questa condizione di trauma minimale e continuo che sbocca in ultima analisi nell'iperfunzione, è bene riportare e ricordare dei dati desunti dalla fisiologia.

Le articolazioni sono per la maggior parte del tempo dei centri di movimento ed appunto perciò esse sono, per così dire, attrezzate in modo da evitare per quanto è possibile gli effetti dello sfregamento. Le cartilagini che rivestono le superfici articolari sono, di fatti, compressibili ed elastiche e formano specie di cuscinetti protettori che smorzano gli urti, diminuiscono l'attrito e resistono alla pressione nei diversi tempi della locomozione e nell'equilibrio della stazione eretta. Esse sono poi lubrificate da una sostanza liquida, filante, untuosa: la sinovia. Questa sierosità che è stata a torto comparata a quella della pleura e del peritoneo se ne distingue per una viscosità caratteristica dovuta ad una grande quantità di mucina. Essa è d'ordinario di colorazione giallastra o semplicemente citrina e qualche volta affatto incolore. I movimenti e gli sfregamenti delle superfici articolari influiscono molto sulla composizione della sinovia. In un animale a riposo, essa è molto fluida, poco vischiosa e povera in residui cellulari; in seguito invece ad un esercizio lungo ed energico il liquido diventa opaco, vischioso, più ricco in mucina ed in frammenti epiteliali. La sinovia così formata è dotata di una grande forza di coesione ed aderisce molto energicamente alle superfici articolari che spalmot. Da ciò risulta in ultima analisi che non sono le cartilagini a muoversi le une sulle altre, ma questi strati liquidi, in modo che l'attrito si riduce quasi a nulla. E' solo in certe condizioni patologiche che la sinovia scompare e che cominciandosi a produrre l'attrito si arriva rapidamente all'usura ed alla deformazione degli strati cartilaginei ed ossei sottostanti.

Tutti i cambiamenti fisico-chimici nella struttura della sinoviale e nella secrezione della sinovia, allo stesso modo che tutte le usure non riparate della cartilagine articolare, hanno un contraccolpo sulla struttura normale e sul funzionamento dell'articolazione. Delle pressioni molto forti al livello del centro cartilagineo, ripetute regolarmente e continuamente, possono apportare un'alterazione dell'elasticità di essa. E così la iperattività funzionale da parte, per esempio, delle piccole articolazioni delle mani nelle stiratrici e di altre articolazioni negli operai in genere combinata all'azione del freddo umido, può alterare il coefficiente di elasticità della cartilagine stessa che non è capace di riacquistare, una volta perduto, il suo stabile equilibrio. In altri termini un'iperfunzione della cartilagine articolare può alterare la sua funzione principale, l'elasticità, e farla sparire progressivamente, se essa iperfunzione si ripete ed è continua.

Queste considerazioni però, a simiglianza delle teorie statico-funzionali, sarebbero con più attendibilità applicabili alle deformazioni degli arti inferiori e sopratutto alle omai identificate forme mono-articolari di *malum coxae* senile e giovanile, che il Calot ritiene abitualmente in rapporto a sublussazione congenita dell'anca e che più strettamente rientrano nel campo dell'ortopedia.

Ma nelle forme, per così dire, idiopatiche, generalizzate di poliartrite cronica progressiva di più stretta pertinenza medica, quali sarebbero i casi da noi descritti ed in cui l'affezione generalmente s'inizia dalle piccole articolazioni delle mani e man mano progredisce offrendo lesioni a dir poco prevalenti negli arti superiori e lasciando quasi sempre indenne l'articolazione coxo-femorale, le condizioni del trauma ripetuto, anche nella sua comprensione più larga d'iperfunzione, sono certo molto meno applicabili. Tanto più che nessuna differenza esiste nell'entità delle lesioni dell'arto superiore di destra o di sinistra, mentre essa dovrebbe essere nettamente evidente nelle condizioni di trauma inteso nel senso di cui sopra, dato che, logicamente, questa causa determinante dovrebbe far sentire i suoi effetti più sull'arto di destra che su quello di sinistra. Chè, al contrario, nelle forme in parola, si è sopratutto colpiti dalla bilateralità delle lesioni e non soltanto dalla bilateralità sibbene e più ancora dalla simmetria e dalla uniformità delle medesime. Condizioni queste talmente evidenti e suggestive da indurre clinici ed osservatori sommi come lo Charcot, lo Skoda, il Cardarelli, il Teissier e Roque, il Sicard ecc. ad ammettere — tenuto conto anche di molti altri fattori di ordine anatomo-ghtologico e clinico cui sopra abbiamo accennato — l'origine nevropatica dell'artrite deformante con un meccanismo variamente interpretato anche attraverso originali ricerche che però aspettano ulteriore conferma.

Concludendo: E' indiscutibile, sopra tutto nelle forme monoarticolari di artrite deformante per così dire di spettanza chirurgica, che il trauma unico e violento abbia valore etiologico dato che in conseguenza di esso si determini una qualunque lesione iuxtaepifisaria o iuxtaarticolare capace di dar luogo ad alterazioni cartilaginee.

E' ammissibile, e sempre nelle forme suddette, che il trauma lieve sia unico che ripetuto ed inteso anche nel senso d'iperfunzione, possa essere invocato come concausa dato che agisca su articolazioni già in condizioni patologiche per quanto non identificate od ignote.

E' contrario infine alla realtà clinica il voler dare valore etiologico preminente al fattore traumatico, anche inteso nel senso di cui sopra, nelle forme primarie poliarticolari a lesioni simmetriche quali più spesso s'incontrano nel campo medico.

Ogni medico italiano dovrebbe essere abbonato ad una importante rivista medica italiana.

Il gran numero di abbonati rende una rivista sempre più completa, ben fatta e solida.

MEDICI ITALIANI!

Contribuite alla ***Festa Nazionale del Libro*** *incitando i vostri colleghi ad abbonarsi alla nostra rivista!*

Digitized by Google

NOTE DI MEDICINA SOCIALE

INFLUENZA DELLA MALARIA SULLO SVILUPPO FISICO

Nota del dott. FRANCESCO NEGRO
Ufficiale Sanitario di Grosseto

L'importanza della malaria sopra lo sviluppo fisico è questione ancora controversa in quanto mentre alcuni affermano che essa sia piccolissima altri invece con pari sicurezza affermano che sia molto grande.

Ho potuto avere sottomano oltre un migliaio di bambini appartenenti alle scuole elementari del Comune e in questi ho intrapreso gli studi necessari a portare nella questione anche un mio modesto contributo.

Disgraziatamente in questi ultimi anni e precisamente dopo il 1917 si è avuto in questa zona una recrudescenza piuttosto grave della epidemia malarica per numerose ragioni che non è qui il caso di discutere per cui tra i bambini delle nostre scuole si trova un numero non indifferente di malarici.

Dirò subito che ho preso in esame 1044 bambini delle scuole, senza previa scelta e di una età variante tra i sette ed i tredici anni, cioè dai nati nel 1913 a quelli nati nel 1919.

Tra questi si trovavano 560 maschi e 484 femmine. Ho considerato come malarici allo scopo dello studio che mi interessa nella presente nota i bambini che portavano la malattia da almeno un anno perchè, si comprende facilmente, che una forma recente di infezione non può ancora aver prodotto delle modificazioni importanti nello sviluppo fisico. Fatta questa premessa, dirò che il numero complessivo di malarici era di 338 e cioè di 161 maschi e di 177 femmine con una percentuale rispettiva sulla totalità dei bambini esaminati di 28.75 % e di 36.57 %.

Non sono riuscito a spiegare il perchè della maggiore percentuale delle bambine malate di malaria in confronto dei maschi non presentando i due sessi durante la età infantile differenze molto spiccate nel genere di vita.

Mi sia ora concesso di passare in rivista i bambini nati nei singoli anni e vedere le differenze in peso ed in altezza tra quelli malarici e quelli non affetti da tale malattia.

Tra i nati nel 1919 furono esaminati 84 maschi e 70 femmine.

Per i maschi il peso medio fu di kg. 21.573.

Per le femmine il peso medio fu di kg. 20.678.

Per i maschi l'altezza media fu di m. 1.132.

Per le femmine fu di m. 1.134.

Dei maschi 59 non avevano sofferto mai di malaria e 25 erano malarici.

La media del peso tra i primi fu di kg. 21,683, mentre tra i malarici fu di kg. 20.333.

La media delle altezze dei bimbi non malarici fu di m. 1,136, quella dei bambini malarici fu di m. 1,115.

Passando alle femmine dello stesso anno, ne furono esaminate 70 di cui 37 non avevano mai sofferto di malaria e 33 sì. Per le prime si ebbe a constatare un peso medio di kg. 20,436, per le malariche un peso medio di kg. 21,185.

Per le non malariche un'altezza media di m. 1.105, per le malariche un'altezza media di m. 1,136.

Tra i nati nel 1918 furono esaminati complessivamente 117 bambini di cui 68 maschi e 49 femmine avendosi rispettivamente come peso medio kg. 23.575 e kg. 21.750 e come altezze medie rispettivamente m. 1,175 e m. 1.121.

Tra i maschi si avevano 47 non malarici e 21 malarici. Per i primi si aveva un peso medio di kg. 23.843, per i malarici si aveva un peso medio di kg. 22.071.

Parimenti per i non malarici si aveva un'altezza media di m. 1.180, mentre per i malarici si aveva un'altezza media di m. 1,161.

Per le femmine non malariche dello stesso anno si aveva un peso medio di kg. 21,739, mentre per le malariche si aveva di kg. 21,665.

Per le femmine non malariche si aveva un'altezza media di m. 1.143 e parimenti per le malariche di m. 1.143.

Tra i nati dell'anno 1917 furono esaminati 126 bambini di cui 64 maschi e 62 femmine avendosi rispettivamente come medie per il peso kg. 25,620 e 24,916 e come medie per l'altezza rispettivamente m. 1,222 e 1,225.

Tra i maschi considerati 36 non avevano mai sofferto di malaria e 28 erano malarici.

Come medie per il peso si aveva per i non malarici kg. 25,349 e per i malarici kg. 26,240. mentre le medie per l'altezza erano rispettivamente m. 1,214 e m. 1,236.

Delle femmine 40 erano indenni da malaria e 22 avevano già sofferto di malaria.

La media del peso era per le indenni di kg. 24,372 e per le malariche di kg. 24,826.

La media dell'altezza per le indenni di m. 1,198, per le malariche di m. 1,211.

Tra i nati del 1916 furono esaminati 166 bambini di cui 71 maschi e 95 femmine avendosi come medie rispettivamente il peso di kg. 28.549 e 26.610 e come altezza m. 1,288 e 1,254.

Dei maschi 53 non avevano mai sofferto di malaria e 18 erano invece malarici.

Per i primi si aveva una media in peso di kg. 28,715 e per i malarici kg. 28,100.

Riguardo all'altezza: per i non malarici m. 1,286, per i malarici m. 1,283.

Delle bambine 65 non malariche e 30 malariche.

Per le prime si aveva una media in peso di kg. 26,878, per le malariche una media di kg. 25,965.

Riguardo all'altezza, per le non malariche si aveva una media di m. 1,261 e per le malariche m. 1,246.

Tra gli scolari nati nel 1915 ne furono esaminati 224 di cui 128 maschi e 96 femmine.

Si ebbero rispettivamente le seguenti medie:

Per i maschi kg. 30.925, per le femmine kg. 29,646.

Per i maschi m. 1,319, per le femmine m. 1,311.

Dei bambini 96 erano indenni da malaria e 32 avevano già sofferto di malaria.

Per i primi si aveva una media in peso di kg. 30.895, per i secondi si aveva una media in peso di kg. 31,129, per le altezze medie si aveva: per i non malarici m. 1,322, per i malarici m. 1,304.

Riguardo alle bambine 62 erano indenni da malaria e 34 malariche.

Per le prime si aveva una media in peso di kg. 29.947 e per le malariche di kg. 29.373.

Tra i nati nel 1914 furono esaminati 148 bambini di cui 80 maschi e 68 femmine.

Per i maschi si aveva un peso medio di kg. 34.031, per le femmine di kg. 31.617, per i maschi un'altezza media di m. 1.374, per le femmine un'altezza media di m. 1.364.

Dei maschi 56 non avevano mai sofferto di malaria e 24 erano malarici.

Per i primi si aveva un peso medio di kg. 33.912.

Per i malarici un peso medio di kg. 34.308, per gli indenni da malaria un'altezza media di m. 1.373 e per i malarici di m. 1.378.

Delle femmine 30 non avevano mai sofferto di malaria e 29 avevano già sofferto di malaria.

Per le prime si aveva un peso medio di kg. 32.502, per le malariche un peso medio di kg. 30.288.

La media altezza per le non malariche era di m. 1,370 e per le malariche di m. 1.355.

I bambini del 1913 presi in esame furono 109 di cui 65 maschi e 44 femmine.

Si aveva per i maschi un peso medio di kg. 36.455 e per le femmine un peso medio di kg. 35 870; per i maschi un'altezza media di m. 1.410, per le femmine un'altezza media di m. 1.420.

Tra i maschi 52 non avevano mai sofferto di malaria e 13 avevano già sofferto di malaria.

Si aveva per i primi un peso medio di kg. 36.125 e per i malarici un peso medio di kg. 36.769, per i non malarici un'altezza media di m. 1,414 per i malarici una altezza media di m. 1.423.

Per le femmine 36 erano malariche ed 8 non malariche, per le prime si aveva un peso medio di kg. 37.480, per le seconde un peso medio di kg. 32.700, per le non malariche una altezza media di m. 1.426, per le malariche un'altezza media di m. 1,404.

Il numero dei bambini presi in esame, per quanto abbastanza grande, non può certo permettere di fare delle conclusio-

Digitized by Google

ni molto definitive perchè a ciò occorrerebbero cifre molto più rilevanti di bambini esaminati e necessiterebbe di tener conto di molti altri fattori.

Nel complesso tuttavia credo di poter affermare che l'infezione malarica esercita un'azione ben poco spiccata nei riguardi del normale sviluppo.

Tale azione è un poco più sensibile e costante nelle femmine nelle quali, come accennavo sopra l'infezione malarica colpisce relativamente un numero maggiore di individui.

Non va trascurato che molti dei bambini malarici abitano nelle zone rurali, dove, se maggiore è il pericolo nei riguardi della malaria, si hanno condizioni di alimentazione e di ambiente più igieniche che non tra le popolazioni povere della città.

RILIEVI DI CHIRURGIA

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE NEFRITI

Questa chirurgia, della quale i primi tentativi, sebbene con risultati imprevisti, risalgono ad oltre un trentennio, costituisce uno tra gli argomenti più degni, per le speranze che essa lascia concepire. Sebbene con scopi alquanto diversi, operando l'Harrison sul rene scarlattinoso, Edebohls sul rene mobile nefritico, Roosing sulla nefrite dolorosa, un fatto sorgeva a fornire la traccia per interpretare i risultati più immediati, (cioè la scomparsa dell'ematuria, dell'albuminuria, dell'oliguria), ed era: lo stabilirsi di vie collaterali in seguito della recisione o dell'asportazione della capsula propria. Fu per questa azione, che potremmo chiamare «derivativa» che l'Harrison ebbe a paragonare la nefrotomia all'iridectomia per il glaucoma; ed Edebohls paragonare lo scapsulamento alla omentopessia secondo Talma.

Sarebbe inesatto affermare che, non ostante l'autorità dei sostenitori di codesta chirurgia, siano mancati scettici, o per lo meno riservati. Frattanto l'ausilio del laboratorio sperimentale veniva innanzi, specialmente per chiarire come e fin dove i risultati favorevoli si potessero concepire; e al tempo stesso, grazie all'anatomo-patologia ed alla urologia clinica, si procedeva verso migliore comprensione delle nefriti. Quando si fosse potuto riconoscere che un aumento, un turgore del parenchima renale, mettesse l'organo sotto tensione per la resistenza del suo involucro, lo scapsulamento sarebbe spiegato nei predetti suoi effetti. Ma non mancarono questi o similari risultati; anche quando non si poteva ammettere una compressione capsulare. Ecco che venne, da parte di Zondek e di altri, l'obbiezione: che, decapsulato l'organo avvenisse uno stillicidio di linfa e di sangue dalla ferita renale, essudazione non soltanto decompressiva, ma disintossicante.

Risponde pienamente ai nostri tempi, ed alle tendenze attuali di fisiopatologia, l'essersi rivolti, dal Fischer, Volhard ed altri, a valutare l'innervazione renale, la sua importanza sul circolo rispettivo; epperò anche gli effetti eventuali dello snervamento totale o parziale. L'argomento, per quanto lasci bene sperare da esperienze novelle, richiede tuttora attesa; mentre come che sia prodotta, si è quasi concordi nel riconoscere un'iperemia venosa del rene, da scapsulamento. Era intuitivo che si moltiplicassero le ricerche, alle quali si legano noti ricercatori italiani, dal Parlavecchio al Fatti, al Martini, al Pieri ed altri, tanto più che si imponeva conoscere l'entità e la durata eventuali, di codesto scapsulamento. A voler sintetizzare le opinioni, si rileva una certa attenuazione di entusiasmi, in quanto fu messa in forse la voluta formazione di nuove vie anastomotiche; si discusse in Congressi urologici (1924) la labilità dei risultati; si avanzò l'ipotesi che gli effetti fossero dovuti alla sola operazione nefrotomica, alle semplici iniezioni proteiniche; alla irradiazione röntgen cioè effetti similari di modificare la circolazione intrarenale. C'è, secondo il Kappis, da guardare alle affinità di altri interventi, p. es. la laparotomia nella tubercolosi peritoneale; le parziali escissioni di pareti dello stomaco gastralgico; la scomparsa dell'ittero al solo intervento laparotomico esplorativo per inesatta diagnosi. Permane dunque un nucleo di fatti che non può respingersi, per negare un qualche successo alla scopertura renale od al decapsulamento.

Stabilito d'altronde, dal punto di vista tecnico, che lo scapsulamento non offre cospicue difficoltà, nè preoccupanti rischi, anche se transitori, ma non trascurabili, gli effetti, l'indagine ulteriore imponeva quanto più chiara la sistemazione delle malattie renali suscettibili di un'indicazione operatoria di codesto genere.

In Germania sogliono attenersi ad una teoretica classifica di Volhard, in categorie, a seconda che il disturbo interessi o non la irrorazione glomerulare. Dunque un primo gruppo dove essa non è disturbata, e nel quale rientrano la *Nefrite dolorosa* e la *Nefrite emorragica,* ambedue forme emboliche a focolaio, come quella da endocardite lenta.

La decapsulazione nella forma dolorosa è elogiata dal Kümmel, da Rubritius. Ma la questione è ancora subjudice in codesta forma clinica, la quale offre invece molte speranze agli sperimentatori sul campo nervoso (piccolo splancnico, fibre inferiori del cordone limitrofo, grande splancnico, in sintesi alla simpatectomia periarteriosa). Neanche tacere si può che se qualche chirurgo non discute l'indicazione dell'intervento nella metastasi purulenta del rene, altri, come il Casper, non è alieno, nell'ematuria glomerulare, dal praticare la röntgenterapia. Consiglia il Kappis: non intervenire se non quando l'internista abbia nettamente invocato il chirurgo.

Che se si tratti di nefriti mediche, del gruppo «senza offesa glomerulare», e chiamate altresì nefrosi, c'è, secondo il Volhard da rinunziare ad interventi nelle nefrosi primarie criptogenetiche, tenuto conto di una spiccata spontanea loro tendenza a guarire. Tuttavia qualche osservazione di Kappis, Cassel, Blum, indurrebbe a ritenere: che mancando ogni successo dalla terapia interna, sia plausibile un tentativo operatorio. Si può aggiungere che, come era da attendersi, speranze sorgessero sull'efficacia di cotesti interventi, anche in altre lesioni, che rientrerebbero in codesto gruppo di nefrosi; cioè la intossicazione acuta da sublimato, la nefrosi luetica, la nefrosi amiloidea. Ma, a voler dire la nostra impressione, ci sembra che il discutere cotesta chirurgia non sia segno di competenza anatomo-patologica. Tiriamo via!

Restando nella classifica del Volhard (sulla cui solidità noi avanziamo personalmente non poche riserve!) è il luogo di passare al secondo gruppo: cioè di nefriti nelle quali è perturbata la irrorazione glomerulare. Sono per lo più nefriti strepto-pneumococciche; vi rientrano: quella scarlattinosa, quella di guerra (Kriegsnephritis), quelle tossi-infettive. Veramente in questo ordine di indicazioni vengono avanti due particolari condizioni: l'uremia e la anuria. Non sembrano finora confortanti alcuni casi di uremia; tanto più che non si escludono altre risorse, meno rischiose che non l'intervento. Invece contro l'anuria lo scapsulamento dopo un elasso non superiore a due o tre giorni, è consigliato da Casper, Kappis ed altri.

Certo questo elasso è abbastanza lungo, per aver prima consentito altri tentativi: irradiazione röntgen, iniezioni di sostanze proteiniche e così via. Ad ogni modo l'irradiazione röntgen proposta da Stephan contro l'oliguria od anuria, pur dando buoni effetti, non è ancora di chiara interpretazione, prestandosi il fatto a non poche ipotesi (rialzo di attività cellulare, disfacimento di essudati e detriti infiammatori, reazione iperemica del parenchima etc.). Fu anche fatto ricorso alle iniezioni di novocaina, nello splancnico, o nel segmento paravertebrale renale, partendo dalla nozione che il vago sia nervo schiettamente attivatore della secrezione renale, mentre lo splancnico sia vasocostrittore ed inibitore del rene, tenendo esso anche sotto il proprio dominio la muscolatura pelvica ed ureterica. Di qui si venne avanzando l'esclusione dello splancnico, contro l'anuria od oliguria.

Poichè intanto la persistenza ai tentativi terapeutici consente (dopo qualche tempo di manifesta elevata pressione sanguigna, oliguria, ematuria), il passaggio allo stadio cronico, sarebbe, secondo Ersinger, dopo un mese di tale persistenza, ancora il caso di sperare nelle risorse dello scapsulamento. Rientrano in questa categoria le glomerulonefriti ribelli al miglioramento, e le nefriti miste. Ma se la glomerulonefrite sia già nello stadio cronico, senza capacità di regressione; se si tratti di nefrosclerosi, cioè alterazioni renali puramente arteriosclerotiche; se si tratti di rene raggrinzato genuino, sono di accordo quasi tutti i chirurghi nel rinunziare allo scapsulamento. Senonchè non facile è concordarsi sulle difficoltà di valutare le guarigioni, i miglioramenti delle nefriti croniche, e le cause dalle quali questo miglioramento dipenda, non ostante alcune statistiche abbastanza accurate, raccolte finora dal Frehse. Allo stato attuale si è ancora lontani da un giudizio preciso, sul quale possa anche prendere fondamento un indirizzo terapeutico nelle forme croniche. Qualche nuova tendenza chirurgica verso la rimozione dei gangli simpatici lombari, non costituisce finora nulla di preciso. La decapsulazione, inutile nel rene raggrinzato, potrà, se mai, considerarsi come un alleviamento agli stadi che precorrono questa alterazione finale.

AIEVOLI

BIBL. — KAPPIS. Zentralblatt f. innere Medizin n. 7. 1027. — VOLHARD. Zeitschr. f. Urologie, 1025. — PIERI. Archivio ital. di Chirurgia, 1926. — KÜMMEL. Klinische Wochenschrift, 1925.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Contributo sulle meningiti pseudotubercolose. — WALLGREN, Hôpital des Enfants in Gotebörg. *Acta Medica Scandinavica*, vol. 65, 5-6, 1927.

Scopo dell'A. è riaffermare la necessità di invocare per la diagnosi di meningite tubercolosa, prove batteriologiche positive, o testimonianze di autopsie, astenendosi dal fondarla sulla sola anamnesi, il quadro clinico, qualche reazione tubercolinica positiva, i dati cito-chimici del liquido rachidiano. Per i casi di sedicente guarigione è per lo meno necessario fondare la diagnosi sopra inoculazioni positive su animali, e prove batteriologiche. Esistono nella bibliografia circa 200 casi di cosidette meningiti tubercolose guarite, e nei quali manca ogni prova batteriologica.

A sostegno del suo studio l'A. riferisce minutamente sette osservazioni personali, le quali possono, come si comprende soltanto qui sintetizzarsi. In un primo caso in fanciulla di 13 anni sotto parvenze tubercolari si aveva una meningite sifilitica: deponevano in questo senso l'anamnesi, i risultati migliorativi della cura specifica; tuttavia standoci un fondo tubercoloso, si spiega la successione di un secondario idrocefalo interno, e la morte. In un'altra bambina decenne con infezione tubercolosa in potenza, la meningite acuta di natura benigna, era concomitata da sifilide ereditaria e da spina bifida anteriore.

Data la deformità vertebrale non si potette fare assegnamento sulla puntura rachidea. Il trattamento antisifilitico istituito portò alla guarigione. In un bambino di 18 mesi la meningite si manifestò nel corso della pertosse. Ci erano ghiandole peribronchiali tubercolose. Sotto l'uso di iniezioni di sanocrisina si riaffermò un miglioramento già iniziatosi. La guarigione, messa in rapporto con le manifestazioni, lasciava indurre che non fosse di natura tubercolosa la affezione meningea.

Nel quarto caso, un fanciullo di 14 a. colpito da infezione tubercolosa la meningite fu del tipo clinico riscontrabile nella parotite epidemica, dalla quale era affetto un fratello. Un quinto caso è anch'esso di meningite acuta benigna in un bambino di 5 1/2 a. i cui gangli bronchiali presentavano tuttavia manifestazioni specifiche. Caratteristico in questo caso il contrasto tra i dati positivi per la tubercolosi, offerti dall liquido rachidiano e l'assenza di sintomi di meningite. Tuttavia siccome in quel corso di tempo dominava la parotite epidemica, si potrebbe assomigliare questo caso al precedente. In un'altra osservazione, bambino di 5 anni con tubercolosi dei gangli bronchiali, la meningite acuta, asettica, restò di origine sconosciuta.

In complesso negli ultimi casi si trattava di fanciulli infetti da tubercolosi, la quale era anzi dimostrabile clinicamente in tre dei casi. All'inizio la malattia fu sempre considerata tubercolosa, mentre non autorizzava ad affermarla tale nè il decorso ulteriore favorevole, nè la negatività dell'esame batteriologico.

La pancreatite acuta. — R. I. MAC NEILL LOVE. *The Lancet*, n. 25, 1926.

Il processo fondamentale della pancreatite è costituito da accessi ripetuti a carattere progressivo, che abitualmente accentuano la propria gravità ad ogni recidiva.

Dal punto di vista terapeutico può mettersi in discussione solo il drenaggio della regione pancreatica, che, quando la vescichetta biliare è sana, può con vantaggio essere situato in posizione retroperitoneale, dalla regione lombare.

Per l'attività enzimatica del succo pancreatico, i tubi di drenaggio non debbono essere introdotti attraverso la ferita della laparotomia, ma attraverso forami separati, praticati mediante punture dall'interno, mentre la ferita viene chiusa sufficientemente per prima intenzione.

La prova della iperpnea volontaria. — PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, n. 36, 1927.

La prova della iperpnea volontaria, ben studiata tra i primi dagli americani Collip, Backus, Grant e Goldman, consiste nel far eseguire al paziente, a torace libero e in decubito orizzontale, delle respirazioni il più possibilmente profonde, con un ritmo di 11-15 atti respiratori al minuto. Ben presto il paziente accusa dei formicolii alle mani e alla faccia esterna delle cosce, poi presenta una certa rigidità dei muscoli della faccia e compare il segno di Chvosteck (contrazione dei muscoli della faccia percuotendo su un punto a metà distanza tra orecchio e commessura labiale); infine si manifestano chiari segni di tetania (mano in posizione ostetrica segno di Trousseau, ecc.) generalizzati a tutto il corpo. Le manifestazioni di tetania persistono finchè il paziente è capace di continuare la prova, poi, cessata l'iperpnea, tutti i fenomeni scompaiono in pochi minuti, nè, nell'individuo normale, si è mai notata alcuna conseguenza spiacevole. La prova ora descritta compare in tutti gli individui normali, in genere 10-30 minuti dopo l'inizio dell'iperpnea. A spiegare il fenomeno, la teoria più accettata è quella la quale ammette che l'iperventilazione polmonare determina una diminuzione del CO^2 alveolare e quindi una diminuzione del contenuto in CO^2 del sangue; di qui un'alterazione dell'equilibrio acido basico dell'organismo e uno stato di alcalosi con carenza di ioni calcio, causa dei fenomeni di tetania.

In clinica, la prova dell'iperpnea ha avuto finora varie applicazioni, che certo aumenteranno a mano a mano che proseguiranno gli studi su di essa. In primo luogo, si è visto che detta prova può provocare negli epilettici la comparsa di accessi caratteristici e giova così non poco alla diagnosi in certi casi dubbi. Anche nell'emicrania, la prova dell'iperpnea determinerebbe un'accentuazione dei sintomi morbosi, che avvalorerebbe la diagnosi in questione. J. Rosett con la stessa prova ha visto, in lesioni delle vie piramidali, manifestarsi un Babinski latente; in affezioni del canale vertebrale comprimenti le radici spinali posteriori o i cordoni posteriori e laterali si è visto la prova dell'iperpnea provocare la comparsa di mioclonie al di sotto del livello della lesione. Draganesco, inoltre, ha visto nei tabetici ricomparire dopo un tempo più o meno lungo di iperventilazione riflessi tendinei che erano solo apparentemente aboliti. In ogni caso, qualunque siano i risultati finora ottenuti, la prova è degna di ulteriori studi.

L'autovaccino nella polmonite. — K. BAERTHLEIN, Würzburg. *Arbeiten Reichsgesundheitsamt.*, 1926, n. 57.

L'A. riferisce sui favorevoli risultati della autovaccinazione nella polmonite, che per lo più già dopo la prima iniezione si manifestano con una rapida risoluzione del processo polmonare, senza crisi penose.

Su 101 casi vi furono solo due esiti letali, nei quali le condizioni dei pazienti erano particolarmente sfavorevoli.

Se si vogliono ottenere i vaccini dall'escreato, è necessario praticare preventivamente un'accurata ricerca microscopica nello sputo, allo scopo di escludere le forme saprofitiche.

Per lo più si fa uso di vaccini misti, dosati secondo le regole comuni. Le iniezioni frequenti e rapide di piccole dosi, per via intramuscolare, sono le più efficaci.

Sul contenuto in acido lattico dei versamenti patologici. — R. SCHELLER, II Reparto Medicina dell'Ospedale di München-Schwabing. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 45.

I trasudati della pleura hanno la stessa quantità di acido lattico e di zucchero del sangue.

Nei versamenti linfo- e leucocitarii sterili si trova — secondo i casi — una quantità di acido lattico oscillante tra i 17 ed i 32 milligrammi per cento.

Nelle forme tubercolari della pleura e nelle infezioni purulente di questa si è trovata sparizione completa dello zucchero e notevole quantità di acido lattico nell'essudato. Lo stesso reperto si ha nell'essudato dei tumori.

Nel liquido ascitico da tumori si è trovato un aumento nel tasso dell'acido lattico, senza che ad esso corrispondesse una notevole diminuzione dello zucchero.

I trasudati e gli essudati della pleura e del pari il liquido ascitico, fintantocchè non contengno formazioni purulente, non dimostrano alcuna glicolisi.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Cura chirurgica dell'asma bronchiale. — FRÜND. *Brun's Beiträge zur Klinische Chirurgie* n. 4, 1926.

L'A. ha trattato vari infermi di asma bronchiale con la vagotomia o la resezione del simpatico cervicale; su 36 vagotomie, ha avuto 6 guarigioni, 7 risultati incompleti e 23 insuccessi nel senso che il miglioramento è stato solamente temporaneo; su 4 simpaticectomie, ha registrato 1 morto e 3 insuccessi. L'A. ritiene da questa sua statistica che i detti trattamenti sono insufficienti, poichè essi non aggrediscono la lesione causale dell'asma bronchiale che si trova all'ilo polmonare; il vero trattamento dell'asma bronchiale deve invece ritenersi la radioterapia intensiva del polmone. Con essa l'A. ha curato 6 dei 7 malati nei quali la vagotomia aveva dato solo risultati parziali e ha potuto così ottenere in 3 guarigione completa; in altri due casi per avere risultati favorevoli bisognò ricorrere ulteriormente alla resezione del ganglio cervicale superiore; in 1

Digitized by Google

caso, infine, vagotomia, irradiazione e simpaticectomia non dettero alcun risultato buono.

In conclusione, secondo l'A., la condotta da seguirsi nella cura dell'asma bronchiale deve essere la seguente: cominciare con una vagotomia a destra e, se non si ottengono risultati felici, passare alla radioterapia dei due polmoni. Si potrebbe anche procedere in ordine inverso, ma è raro che la vagotomia dia qualche vantaggio allorchè la radioterapia è stata negativa e d'altra parte quest'ultima non può essere fatta se esiste una tubercolosi polmonare latente. Soltanto in caso di insuccesso e con la vagotomia e con la radioterapia è lecito praticare l'estirpazione del ganglio cervicale inferiore e del primo toracico di sinistra.

Dati di fisiologia gastrica a base della chirurgia dell'ulcera. — GOETZE in Frankfurt a. M. *Münchener Medizin. Wochenschrift*, n. 15, 1927.

L'argomento discusso nella seduta 7 febbr. 1927 innanzi alla «Aertzlicher Verein an Frankfurt a. M.» ci sembra tuttaltro che peregrino, specialmente dopo il largo contributo che la chirurgia italiana gli ha dedicato. Senonchè alcuni punti di vista giova riassumerli.

1. La *forma dello stomaco*. Questa va distinta in normale; da digiuno; da dilatazione, e dipende dal potere di ritenzione dell'anastomosi. Se questa ritiene più del tempo presumibile a piloro normale, si hanno forme dilatate e sofferenze.

2. La *motilità*. Lo stomaco è dotato di sistole e di peristaltica; la principale forza di ritenzione è rappresentata dal piloro, meccanismo di apertura e chiusura non sostituibile. Fattori di sano funzionamento sono la sistole gastrica ed il giuoco regolatore del piloro. Non si può escludere che in questo dispositivo possa anche portare influsso la pressione, tanto da poter notare differenze di peristalsi a seconda della giacitura prolungata sul dorso, o quella a sedere. Non si può escludere il fattore idrostatico. D'altra parte in ogni intervento che rimova il piloro o lo paralizzi, la forma idrodinamica di svuotamento richiama l'andamento della nota legge di Torricelli. Sullo stomaco resecato manca normalmente la peristaltica; che se la si vede, essa è espressione di stenosi. Resecata la pars pylorica vien meno il proseguire dell'impiccolimento gastrico; frequenti masse dure passano nell'intestino, con possibili alterazioni dei margini dell'anastomosi, specialmente quando persista il normale potere peptico, e manchi la protezione difensiva del muco.

3. Il *chimismo*. Numerose osservazioni, nel laboratorio clinico ed in quello sperimentale, portano a concludere che in oltre 50 % dei casi perduto il piloro passano nell'intestino troppo presto grandi quantità di liquidi o contenuto gastrico. Non si può fare affidamento sul riflesso di Mering. Ne segue un forte abbassamento riflesso di acidità. Siccome è innegabile nell'uomo anche la fase psichica, si può desumere che dopo la G. E. e la resezione si trova spesso subacidità ed anacidità.

In luogo di acido idroclorico, si trovano in notevole quantità cloridi neutri. Tuttavia la mucosa del fondo serba in massima la sua produttività acida, e di qui nella resezione subtotale sono possibili anche recidive ulcerose.

Il reflusso di succhi duodenali non neutralizza l'acido idroclorico; soltanto perturba l'equilibrio peptico ed attenua gli influssi meccanochimici sull'anastomosi già vulnerabile. Nella G. E. posteriore c'è un favorevole meccanismo di ritenzione; per riflesso intestinale entra in giuoco la subacidità, che nel corso del tempo si equilibra verso la norma. Poichè la bile stimolando la pars pylorica accresce la produzione acida, inutile diventa la cosidetta «farmacia interna» cioè la somministrazione del succo totale duodenale, nello stomaco.

Analizzando le condizioni create dalle singole operazioni bisognerebbe riconoscere il complesso tipico alla Billroth I, sebbene non manchino talora soddisfacenti risultati dalla sola G. E.

Allacciatura della vena cava nella pioemia. — SCHWEDER, in Kiel. *Münchener Mediz. Wochenschrift*, n. 15, 1927.

Il caso comunicato dall'A. alla «Medizinische Gesellschaft» 24 febbraio 1927, concerne una giovane abortitasi al III mese.

Al 14° giorno emorragia, febbre; svuotamento ostetrico. Dopo 4 giorni di nuovo febbre, brividi ripetuti. Dopo 38 giorni dallo svuotamento ammissione in reparto.

Reperto negativo; utero bene involuto; non infiltrazioni parametriche, non palpabili cordoni vasali, non resistenze dolorabili. Nel secreto vaginale strepto-stafilococchi anaerobi obbligati; non segni di metastasi; anemia modica.

In tre settimane di permanenza in clinica sempre sterili i saggi sul sangue: brividi ricorrenti con temperature fino a 41°.

Nel dubbio di trombosi alta, si procede alla laparotomia, senza riescire a palpare trombi. Senonchè seguendo la vena cava, sulla sua parete destra, circuita da ghiandole tumefatte ed aderenti, si trova un trombo riconoscibile dalla durezza e dall'inspessimento parietale. Allacciatura della vena cava appena in sotto della inserzione della vena spermatica.

Niente shok, nè perturbamento di circolo: cessazione dei brividi. La convalescenza subisce qualche inciampo, per la formazione di un ascesso delle pareti addominali, e per un infarto pulmonare.

Di casi simili, che in totalità sarebbero 19, questo sarebbe soltanto quinto fra i guariti.

La resezione diafisaria precoce nella cura delle osteomieliti acute. — MATHIEU. *La Presse Médicale*, n. 36, 1927.

L'A. riferisce su tre casi di osteomielite, operati dal Leveuf, nel suo reparto dell'Ospedale Bretonneau: 1. Osteomielite dell'estremità inferiore della tibia in un fanciullo di 6 anni. Semplice incisione d'un ascesso sottoperiosteo in un primo tempo; un mese dopo resezione di buona parte della diafisi tibiale: l'osso si è ricostituito in 5 settimane. 2. Osteomielite del perone. Resezione della diafisi 45 giorni dopo l'apertura della raccolta suppurata; ricostituzione dell'osso in 5 settimane. 3. Osteomielite dell'omero. Ascesso sottoperiosteo aperto d'urgenza in presenza d'uno stato generale grave; secondariamente si pratica una resezione della estremità inferiore dell'osso, poi, progredendo le lesioni, si reseca in totalità la diafisi; la ricostituzione dell'osso è rapida e il gomito conserva tutti i suoi movimenti.

Dall'analisi di questi casi, l'A. insiste sulla necessità di ben distinguere le resezioni precoci propriamente dette e le sequestrotomie praticate allorchè la breccia diafisaria si è in parte ricostituita. L'incisione dell'ascesso, o svuotamento dell'osso e, più tardi, la sequestrotomia, se necessaria rappresentano per l'A. una tecnica le cui indicazioni debbono essere molto più frequenti della resezione precoce. Questa, infatti, nonostante i buoni risultati sopra detti, deve essere considerata sempre come un intervento eccezionale, tanto più che essa non mette il malato al sicuro da recidive ulteriori, che si possono pur manifestare, ben inteso a distanza dal focolaio primitivo.

BATTERIOLOGIA E SIEROLOGIA

Le ricerche sierologiche nei cadaveri. — V. M. PALMIERI. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Napoli. *Giornale di Batteriologia e di Immunologia*, 1927, n. 4.

La questione se la reazione di Wassermann dia risultati attendibili nei cadaveri è stata posta non da oggi, ma non per questo appare definitivamente risolta.

L'obbiezione che la Wassermann, essendo dovuta a fenomeni biologici e non cadaverici, non poteva essere eseguita che sul vivente, è priva di fondamento, se si pensa che il risultato positivo o negativo della reazione dipende dalla presenza o meno nel siero del soggetto di anticorpi specifici, e che non è affatto dimostrato che immediatamente dopo la morte sopravvenga la distruzione di detti anticorpi, anzi si può, per analogia con altri fenomeni immunitarii, ritenere il contrario.

Il Palmieri ha ripreso la dibattuta questione, mosso anche dalla convinzione che la possibilità di eseguire la Wassermann nei cadaveri — con risultati attendibili — potrebbe avere anche un certo interesse medico-forense.

Egli ha diviso il suo studio in quattro parti: 1) la Wassermann nei cadaveri di adulti; 2) la Wassermann nei cadaveri fetali. 3) la Wassermann sul coagulo sanguigno, col metodo di Dold; 4) l'influenza della putrefazione del cadavere sulla Wassermann.

Dalle ricerche eseguite risulta che la reazione di Wassermann praticata sul cadavere fresco dà risultati consonanti con la Wassermann praticata in vita, e con i dati clinici e microscopici desunti dall'esame del cadavere.

Tale consonanza, manifestantesi anche per i cadaveri fetali, conferma l'esistenza di anticorpi specifici (verosimilmente trasmessi per via transplacentare) nei feti eredoluetici, in quantità sufficiente per poter essere dimostrati.

Il praticare la reazione sul coagulo, col metodo di Dold, anzicchè sul siero non pare alteri l'attendibilità dei risultati.

Tale attendibilità cessa invece col sopravvenire della putrefazione nel cadavere, poichè l'estratto del coagulo presenta allora un netto potere anticomplementare, manifestamente aspecifico.

L'utilizzabilità medico-forense della ricerca è pertanto strettamente limitata dalle condizioni di conservazione del cadavere.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il trattamento insulinico dei vomiti gravidici. — SACHS, Ospedale Lankwitz in Berlin. *Medizinische Klinik*, 15, 1927.

Si considera, come è noto, sempre più tra le intossicazioni il vomito gravidico; e mentre se ne studia l'intima origine, la terapia più confacen-

Digitized by Google

te, sorge d'altro canto la tendenza a veder quanta parte vi prenda l'elemento psichico.

Di recente contro l'iperemesi, come nell'acidosi, si è instituito l'uso dell'insulina; e di essa si è anche servito l'A. senza volerlo considerare quale rimedio specifico, ma intravedendo qualche altro lato della sua efficacia. La più parte delle donne da lui curate, pur non soffrendo di vomiti compromettenti la vita, presentavano di caratteristico uno stato tale da mettere in forse il proseguimento fino all'espletamento favorevole della gestazione.

Se ora in contrasto con il dimagrimento progressivo si potesse disporre di un rimedio capace di impedirlo anzi agevolare l'aumento progressivo di peso, sarebbe, secondo l'A. di già una cura. Questo concetto deriverebbe da un contributo di Frank sulle cure di ingrassamento mediante l'insulina. La quale avrebbe due modi di agire: l'uno mediato, l'altro immediato. Quello mediato andrebbe inteso nel senso di possedere un ausilio artificiale per stimolar l'appetito ed il senso del digiuno. Se nel campo sperimentale riesce difficile precisare quel complesso che risulta per l'abbassamento glicemico dopo l'introduzione dell'insulina, si può nell'uomo valutarlo, per il suo contributo subbiettivo. Infatti tra le prime manifestazioni c'è il senso del digiuno, che sembra intervenire allorquando lo zucchero del sangue sia disceso appena di 10 mill. % in sotto della cifra alimentare normale. Istintivamente, come riferiscono, i pazienti sono già dopo due o tre ore portati ad alimentarsi; anzi è sorprendente vederli ingerire notevoli quantità di cibo, essi che erano dianzi spiccati anoressici.

Queste constatazioni furono fatte anche dall'A. nelle gravide-gestanti, nelle quali la somministrazione di insulina non fu mai preceduta dall'ingestione di idrati di carbonio, nè accompagnata da infusioni di zucchero d'uva. Si vede dunque che si consegue uno stato di ipoglicemia. La cura che l'A. consiglia di sperimentare si inizia con piccole dosi, cioè 2 volte al giorno 5 unità, salendo cautamente fino a 2 volte 20 u. Se si facesse precedere dall'uso di idrati di carbonio, non si otterrebbe questa ipoglicemia, perchè non si attaccherebbe lo zucchero già esistente.

Come già Frank ha fatto notare l'immediata azione dell'insulina consiste in una ritenzione di acqua; e così si avvera un aumento di peso. Il che si può dire constatabile de visu, di giorno in giorno. Il soggetto stesso si accorge come gli si riempiono le guance; e questo turgore si può constatare anche alla palpazione, sulle varie parti del corpo.

Nuovo metodo per correggere l'inversione vaginale completa, con o senza prolasso totale. — MILLER, Università di Michigan. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 44, 4, 1927.

Vantaggi dell'operazione sarebbero questi: ottenere una vagina funzionale normalmente lunga e diretta; correggere il cistocele; curare il rettocele ed il perineo lacerato; usufruire di un metodo razionale per trattare la completa inversione vaginale consecutiva alla panisterectomia; disporre di un metodo per sorreggere l'apice vaginale consecutivo alla panisterectomia vaginale praticata per tale prolasso; essa non presenta particolari difficoltà; si procede senza necessità di laparotomia.

Questi i vantaggi che si raggiungerebbero attraverso una tecnica che l'A. illustra con 14 figure. Eccone il transunto, nelle sue principali linee.

Il vertice della vagina invertita è presa da un Klemmer e respinto o tirato in basso. Si pratica un'incisione lunga circa due pollici, in direzione trasversa in sotto della riflessione vescicale. La incisione interessa la mucosa e la sottostante fascia pubo-cervico-vescicale.

Dal centro di codesta incisione si fa partire una incisione verticale, la quale va ad arrestarsi a circa 1/2 pollice dal meato uretrale, servendosi di un paio di forbici introdotte tra fascia e vescica, ed interessando anche qui la mucosa e l'anzidetta fascia.

Essendo abbastanza netta la linea di separazione tra vescica e fascia soprastante, non riesce difficile seguirne il piano di clivaggio. Il lembo combinato mucoso-fasciale è da ciascun lato della vescica, verso il rispettivo margine vaginale. Ciò fatto, e soltanto sul lato destro, si sdoppia il lembo, in modo da ottenere un lembo autonomo di fascia. Questa dissezione può ottenersi meglio per via ottusa, anzichè con taglio. Asportato l'eventuale tessuto cicatriziale, aperto il cavo peritoneale, si accede agli organi intrapelvici. Verso la base del legamento utero-sacrale, a circa 1 1/2 pollice in sotto del promontorio sacrale, lato destro, mediante catgut cromico n. 2 e piccolo ago curvo, si sutura il peritoneo ed il sottostante piano fascio-muscolare. Parimenti sul lato sinistro, sempre guidandosi sull'indice sinistro. I fili si fanno passare attraverso l'apertura peritoneale, e si completa il ricoprimento della parte vaginale anteriore.

Ora il lembo fasciale libero del lato destro è trasportato sopra la vescica, e mediante il suo margine libero viene suturato al contrapposto margine mucoso-fasciale del lembo sinistro, servendosi di catgut cromico n. 1, a punti intercisi. Quindi il residuo lembo mucoso destro viene trascorrendo sulla struttura al lembo mucoso-fasciale di sinistra, mediante altri punti in catgut similare. Consecutivamente tra il margine libero di questa sovrapposizione ed il margine residuo della primaria incisione trasversale, si passano altri punti. Il cavo peritoneale resta chiuso, e riavvicinato il restante piano mucoso. A misura che vengono applicandosi le suture, l'intera vagina inventita va risalendo sulla pelvi; quindi si può dire completa la correzione del cistocele.

Si passa quindi a correggere il rettocele e la lacerazione perineale, stirando con pinza il perineo presso la caruncola, quindi escidendo gli strati interposti, e passando a dissecare la parete vaginale posteriore. Ridotto il rettocele e suturatovi sopra il piano aponevrotico, non resta a fare se non la perineorrafia.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Il calcio per via endovenosa nell'annessite gonorroica. — S. VONKENNEL, Reparto dermatologico dell'ospedale civico di München-Schwabing. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 45.

La terapia calcica endovenosa, combinata con gli altri rimedii antiflogistici (borsa di ghiaccio, impacchi umidi, termoforo etc.) rende possibile di ridurre la durata dello stadio acuto di una annessite gonococcica ad 8-12 giorni; le ammalate si trovano dopo questo periodo in uno stato quale — con i semplici metodi antiflogistici — è possibile ottenere solo dopo 3 o 4 settimane.

Un'annessite acuta può essere arrestata in 2 o 3 giorni con due somministrazioni quotidiane di calcio per via endovenosa, iniziate a tempo opportuno.

Il preparato più raccomandabile è l'afenil (soluzione di cloruro di calcio al 10 %) alla dose di 10 cmc.

Anche le metropatie che frequentemente si accompagnano alle annessiti gonococciche vengono favorevolmente influenzate con tale metodo.

Non sono mai state osservate azioni collaterali sgradevoli, con questa terapia.

Miscela di calomelano e bismuto nella cura della sifilide terziaria. — CH. FOUQUET e J. MICHAUX. *La Presse Médicale*, n. 87, 1927.

Gli AA. hanno tentato di curare dei casi di gomme sifilitiche e di sifilide nervosa con un miscuglio contenente per ogni cmc. d'olio, 5 centigr. di carbonato basico di bismuto e 1 centigr. di calomelano; ogni fiala, di 3 cmc., contiene 12 centigr. di bismuto metallico. Le iniezioni erano praticate nelle masse muscolari e ripetute ogni tre giorni fino ad un totale di 12-15 per ogni serie; in tal modo gli AA. non hanno avuto a notare alcun fenomeno tossico, prendendo solo cura di sorvegliare lo stato della bocca. In qualche caso soltanto si sono avuti dolori leggeri e passeggeri al punto dell'iniezione, sempre meno accentuati di quelli che si provocano con le abituali iniezioni di calomelano.

I risultati, almeno nella prima serie di malati trattati dagli AA., sono stati incoraggianti, specialmente favorevoli sulle crisi dolorose e sull'atassia dei tabetici. Nei casi nei quali è stata fatta la ricerca, la R. di Wassermann è diventata dopo il trattamento negativa; così pure la cura è stata ben tollerata in 3 lattanti eredo-luetici. Gli AA. hanno tuttora in corso esperimenti in casi di sifilide secondaria.

Le proteine nell'attivazione e riattivazione della reazione di Wassermann. — A. MUCCI, Clinica Dermosif. della R. U. di Roma. *Il Policlinico, Sez. Med.*, 1 febbr. 1927.

L'A. ha cercato in numerosi casi di luetici trattati o non, tutti con Wassermann negativa o positiva debole, di ottenere l'attivazione o la riattivazione mediante l'iniezione di sostanze proteiche.

Egli ha praticato profondamente nei glutei una iniezione di caseal calcico, facendo successive prese di sangue dopo 1-3-5-8-15 giorni. Egli ha osservato che la percentuale di riattivazioni da lui ottenute (40 %), pur essendo molto inferiore a quella ottenuta da altri ricercatori con arsenobenzoli (70-90 %), ha su questa il grande vantaggio della maggiore specificità e della maggiore precocità di comparsa.

Il momento migliore di prelevare il sangue dopo la riattivazione è fra la 3ª e la 5ª giornata: la riattivazione però si manifesta da un minimo di 24 ore ad un massimo di 15 giorni dopo l'iniezione.

La percentuale più elevata di attivazioni è stata ottenuta nei sifilomi iniziali (66 %). In questi casi però si deve tener presente, che pur essendo i pazienti ancora nel periodo a R. W. negativa, non è facile potere stabilire se si tratti di una vera e propria attivazione o non piuttosto di un trapasso naturale dal periodo a R. W. negativa a quello a R. W. positiva.

In numerosi casi in soggetti con R. W. debole l'A. è riuscito con l'iniezione di proteina ad aumentare notevolmente l'intensità della reazione e a darle spiccati caratteri di positività.

Digitized by Google

MALATTIE TROPICALI

Il "Mossy foot„ nella Somalia Italiana. — C. Veneroni. *Annali di Medicina navale e coloniale,* settembre-ottobre 1926.

Il « Mossy foot » è una malattia cutanea identificata per la prima volta da Thomas nel Brasile e riscontrata poi anche nell'America centrale (Costa Rica e Guatemala). Una forma identica ad esso l'A. ha avuto occasione di osservare, sebbene raramente, in Somalia. La malattia, come dice il suo nome, colpisce i piedi, i quali, come appare dalla figura, si mostrano aumentati di volume in totalità, ma specialmente nella loro parte anteriore, con l'avampiede coperto nella regione digitale e dorsale di noduli granulomatosi, di varia grandezza, e di masse verrucose ricoperte da croste di colore giallo sporco. Rimuovendo queste croste i noduli appaiono molto simili a quelli del Pian, con una superficie rossa granulomatosa, che secerne una tenue secrezione.

Poco conosciuta ne è la patogenesi ed interessante è la diagnosi differenziale da forme simili sifilitiche, tubercolari, actinomicotiche, sporotricotiche, da forme neoplastiche, dal Piede di Madura, dalla framboesia e dalla verruga peruviana. Per limitarsi a queste ultime forme morbose, si terrà presente che nel Piede di Madura vi sono veri seni fistolosi secernenti un liquido purulento nel quale si trovano i caratteristici grani più o meno scuri dati dagli sclerozi del fungo che ne è l'agente etiologico; inoltre nel Piede di Madura i piedi sono enormemente ingrossati e come formati da tante cavità. Nell'actinomicosi si hanno numerosi tragitti fistolosi, il piede in molte parti è duro-lapideo e con il pus vengono espulsi granuli actinomicotici. Nel Pian la lesione è diffusa in generale a tutto il corpo e così pure nella verruga peruviana. In ogni caso gioverà per la diagnosi di « Mossy foot » conoscere che il decorso clinico è essenzialmente cronico, con buona conservazione dello stato generale; che in questa malattia la Wassermann è negativa, come pure negativa la ricerca di eventuali parassiti, del b. tubercolare, di spirochete, della Leishmania, ecc. Mancano in essa seni fistolosi e la localizzazione morbosa, come si è detto, è limitata esclusivamente alla regione dorsale e anteriore del piede; inefficaci riescono poi il neosalvarsan, il tartaro emetico, il mercurio, l'ioduro.

All'esame istologico delle biopsie, non si osserva paracheratosi e tranne numerosi, piccoli focolai d'infiltrazione parvicellulare nel sottocutaneo, mancano cellule giganti vere e proprie e formazioni rassomiglianti a granulomi. La cura chirurgica è la sola che dia discreti risultati; Castellani crede utili anche i raggi X.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE - BARI

Seduta del 9 dicembre 1926

Presid.: prof. N. Leotta

Cerletti U. *Un segno di probabile eredo-lues facilmente rilevabile.* — Si tratta di strie cutanee lineari o ondulate, più o meno lunghe, più o meno numerose, talora parallele, talora disposte a larga rete; per lo più di color bianco, talora di color paonazzo, spesso incavate nella pelle, più di rado rilevate. L'O. le ha riscontrate più frequenti sulla faccia laterale esterne delle natiche e nella regione lombo-sacrale, dove sono disposte molto regolarmente orizzontali « a rigo musicale ». Si trovano anche sulla regione trocanterica, sulla faccia anteriore delle coscie e, più raramente in altre parti del corpo.

L'O. ha constatato che molto frequentemente i portatori di queste strie presentano inoltre piccole o grandi stigmate di certezza o di probabilità per l'eredo-lues; non di rado ha trovato reazione del Wassermann positiva nel soggetto e nei consanguinei. Ampie ricerche statistiche confermano la frequenza del reperto negli eredoluetici.

Nisio. *Il valore delle prove delle sostanze coloranti e della cromocistoscopia nell'esame funzionale dei reni separati.* — L'O. mette in rilievo i vantaggi dell'indaco-carminio sulle altre sostanze, e si intrattiene sui criteri che si possono trarre dalla cromocistoscopia. Reputa questa prova come il più semplice e il più pratico dei mezzi di esplorazione al quale però assegna il solo valore di « orientamento ».

Simonetti. *La soluzione alcali-albuminata, nuovo mezzo liquido per la ricerca del vibrione colerigeno nelle feci.* — Prendendo lo spunto dalle ricerche di Neri e Deycke circa l'importanza degli albuminati alcalini l'O. ha sperimentato il valore della soluzione alcali-albuminata del lievito di birra e di diversi organi (milza, fegato, muscolo) preparata con 100 gr. della sostanza adoperata finamente triturata e infusa per circa otto ore in un litro di acqua alcalinizzata con 10 cc. di soluzione di potassa caustica N. con aggiunta di gr. 5 di cloruro di sodio.

Su dieci esperienze eseguite, seminando in 50 cc. di soluzione alcali-albuminata, cc. 0.20 di feci coleriche sperimentali (numero di vibrioni trattabili da 800 a 40) il valore dell'arricchimento risulta notevolmente superiore in confronto del metodo classico con l'acqua peptonizzata soluta; il numero di colonie vibrioniche sviluppatesi nella successiva cultura di isolamento elettivo era di gran lunga superiore nei trapianti da soluzione alcali-albuminata, che non dalla soluzione di peptone.

Data la semplicità di preparazione questa soluzione potrà dunque utilmente sostituire la classica soluzione di Durham-Koch nella cultura di arricchimento per la ricerca del vibrione colerigeno nelle feci.

Rivela. *Quanto la presenza di sangue possa modificare le reazioni colloidali nel liquor.* — L'O. comunica i risultati di esperienze da lui condotte per dimostrare fino a qual grado la presenza del siero di sangue possa alterare le reazioni colloidali nel liquor. In base ai dati ottenuti da queste ricerche, ritiene non esser di pratica attendibilità il risultato negativo della reazione del mastice, quando detta reazione viene eseguita su un liquor che contenga siero di sangue in proporzioni maggiori di 1/1000.

Bonomo. *La riduzione della superficie respiratoria dopo interventi collassoterapici.* — L'O. ha osservato che la maggiore riduzione della superficie respiratoria è data, in ordine, dal pneumotorace, successivamente dalla toracoplastica extrapleurica e dalla frenico-exeresi.

Perrone. *Modificazione della laringe nella tubercolosi polmonare.* — In tubercolotici polmonari trattati o no con pneumotorace, frenico-exeresi, toracoplastica, è stato riscontrata una rotazione della laringe accompagnata qualche volta da incompleto sollevamento dell'epiglottide. Nessuna alterazione della voce.

Il Segretario: C. Rossi

SOCIETA' DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 15 gennaio 1927

Presid.: prof. Ciaccio

Amantea G. *Sulla rialimentazione dopo il digiuno.*

Martino G. *Ricerche sulla rialimentazione dopo il digiuno.* — 1. *Variazione della capacità del consumo alimentare nei vari periodi la rialimentazione.* — Espone i risultati di alcune prime ricerche sulla rialimentazione dopo il digiuno. La capacità del massimo consumo alimentare sempre nei colombi sottoposti a digiuno di entità varia è notevolmente diminuita nel primo giorno di rialimentazione in confronto con la capacità di consumo prima del digiuno, e ciò anche per digiuno di scarsa entità.

In seguito, tale capacità di consumo si eleva progressivamente fino a raggiungersi le condizioni normali verso la fine della rialimentazione. Negli ultimi giorni poi si riscontra spesso un massimo di consumo alimentare notevolmente superiore a quello presentato dallo stesso animale prima del digiuno.

Ranieri G. *La siero-reazione di Sachs-Klopstock in medicina interna.* — L'O. eseguendo la reazione di Sachs-Klopstock comparativamente alla Wassermann su 189 sieri conclude che in soggetti affetti da svariate malattie risulta che la reazione di Sachs-Klopstock riesce negativa in un certo numero di casi di lue ereditaria e con sieri fortemente itterici, mentre può riuscire positiva in alcune affezioni febbrili e nella nefrite cronica azotemica, per cui ritiene che la suddetta reazione dà poco affidamento per la diagnosi di sifilide.

Ruggeri G. *Sul comportamento del tasso glicemico negli animali*

Digitized by Google

gravidi in seguito ad iniezione di diuretina. — La diuretina mentre determina ipoglicemia lieve ma sensibile negli animali non gravidi, determina invece una netta iperglicemia nelle coniglie e cavie gravide.

Zagami V. *Contenuto in Ca e K del siero di sangue ed epilessia sperimentale nel cane.* — Il contenuto in calcio e potassio del siero di sangue nei cani, tenendo conto del loro diverso comportamento nei riguardi dell'epilessia da eccitamenti afferenti, presenta sensibili differenze e precisamente: nei cani predisposti — preliminarmente classificati esplorando gli animali col metodo fisiologico di G. Amantea — all'epilessia da eccitamenti afferenti il contenuto in calcio è solo lievemente inferiore, mentre quello in potassio è sensibilmente inferiore a quello dei cani non predisposti, per conseguenza il rapporto (Ca x 100)/K risulta superiore nei predisposti rispetto ai non predisposti.

Gli accessi epilettiformi determinano un aumento del contenuto in calcio e potassio nel siero di sangue; un simile ma più spiccato aumento determinano gli accessi stricninici.

SOCIETA' NAPOLETANA DI CHIRURGIA

Seduta del 15 gennaio 1927

Di Core A. *Anestesie o resezione del nervo laringeo superiore nella disfagia della tubercolosi laringea?* — Con la semplice tecnica di anestesia del nervo laringeo superiore l'O. ha ottenuto sempre risultati ottimi, con una durata media di 15-20 giorni; in cinque casi la stessa soluzione, con la stessa tecnica e nelle stesse mani non ha raggiunto affatto lo scopo.

Infine l'O. accenna la tecnica della resezione del laringeo inferiore, che molti AA. ritengono veramente curativa nella disfagia dei tubercolotici laringei; è convinto che nel tubercolotico non sia da preferirsi per molte ragioni alle iniezioni anestetiche, anche quando queste ultime non abbiano dato risultati soddisfacenti.

Marsiglia G. *Insuccesso dell'operazione Condoleon-De Gaetano, in un caso di elefantiasi.* — Riferisce su di un caso personale di elefantiasi della gamba trattata con l'operazione Condoleon, modificata da De Gaetano, con risultato definitivo completamente negativo.

Nuzzi O. *Ascesso sub-frenico del fegato guarito con emetina ed epatocentesi.* — L'O. conclude: I caratteri del pus estratto con la epatocentesi, nel caso osservato, deponevano per un ascesso amebico (prodotto colliquativo).

Se l'emetina non ha che specifica azione nelle raccolte da ameba, il caso osservato è tale dal punto di vista etiologico per quanto le ricerche di laboratorio siano state, nella specie negative.

Se l'emetina sia o non uno specifico dello ascesso epatico in genere, non è possibile dire: anche egli ha eseguito ricerche sperimentali di controllo nel cane con esito negativo sino ad oggi, perchè non gli è riuscito di provocare nell'animale l'ascesso del fegato.

L'O. crede, come il suo caso dimostra, che la puntura evacuatrice della raccolta, allorchè si ha ragione di credere che questa si sia sterilizzata artificialmente (assenza assoluta di febbre) e s'imponga lo svuotamento per ragioni di economia funzionale, possa completare la guarigione ed evitare un intervento chirurgico di stile e di non mediocre gravità, la di cui riparazione ha d'uopo di un lungo periodo di cura.

Alaique A. *Interventi sullo sciatico nella cura dell'ulcera perforante.* — L'O. ha voluto praticare in una sua inferma affetta da ulcera perforante del piede destro una simpatectomia perisciatica associata a distensione del nervo stesso ed ha ottenuto la rapida cicatrizzazione dell'ulcera che datava già da vari mesi. La tecnica è semplicissima, poichè, dopo lo stiramento, riesce oltremodo facile e assolutamente scevro di pericoli isolare ed escidere il perinervio per un tratto di 5-6 cent. facendo uso di una sottile pinza e di una piccola forbice retta da oculistica, senza bisogno di ricorrere a quegli accorgmenti speciali di tecnica, escogitati per la simpatectomia periarteriosa, fra i quali la più pratica e largamente diffusa è l'iniezione sottoavventiziale di soluzione fisiologica.

La inferma ha accusato per vari giorni consecutivi all'intervento, senso di formicolio e di calore alla gamba e al piede, sensazioni che altri suoi operati di distensione del nervo per nevralgia non hanno mai avvertito. Per una diecina di giorni è residuata una lieve paresi del piede, ma che si è rapidamente attenuata e si è alla fine dileguata, tanto da consentire alla operata di percorrere a piedi e senza alcun fastidio, al 14° giorno dall'atto operativo, i due chilometri che separano la clinica ove essa fu operata dalla stazione ferroviaria. Il giorno in cui la inferma venne dimessa l'ulcera era perfettamente cicatrizzata e siffatta cicatrizzazione perdura tuttora.

L'O. reputa, sia sempre consigliabile, quindi, nella cura dell'ulcera perforante l'associazione dello stiramento dello sciatico alla simpatectomia perineurale del medesimo.

Il Segretario: F. Buonomo La Rossa

R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 26 febbraio 1927

Presid.: prof. R. Alessandri

Ascoli M. *Su di un caso di incontinenza ureterale congenita e di duplicazione bilaterale degli ureteri.* — E' il 15° caso, di duplicatura bilaterale completa degli ureteri, esistente nella letteratura e riguarda una femmina: i due ureteri del rene destro sboccavano in vescica, mentre dei due ureteri del rene sinistro, uno sboccava in vescica, l'altro nell'uretra con incontinenza di urina. Il caso è stato trattato chirurgicamente con eminefrectomia sinistra, preferibile alla semplice resezione dell'uretere uretrale, poichè con questa operazione, essendo le due pelvi del rene da cui si dipartono gli ureteri separate tra loro si sarebbe rischiato di produrre idronefrosi.

Valdoni P. *Un nuovo mezzo di diagnosi nelle affezioni degli organi genitali maschili.* — L'O. descrive un nuovo mezzo di diagnosi delle affezioni testicolari, consistente nell'insufflare ossigeno nella cavità vaginale e nell'eseguire poi radiografie.

Ayala G. e Altschul R. *Sulla istopatologia della chorea minor.* — In un caso di chorea minor venuto a morte per endocardite vegetante, venne trovato dagli OO. il quadro di un'encefalite, non suppurativa, con piccole emorragie diffuse ed infiltrazione perivasale, nonchè partecipazione della pia madre, senza gravi lesioni delle cellule corticali. Essendo diversi i reperti isto-anatomici nei vari casi riferiti, gli OO. ritengono che la corea debba riguardarsi come una sindrome in dipendenza di varie cause, talora cause infettive.

Iura V. *Ulcera perforata del tenue dopo gastro-digiunostomia per ulcera duodenale.* Il caso riferito dall'O. riguarda un uomo di 37 anni, che venne a morte per peritonite al 6° giorno dopo una gastroenterostomia per ulcera duodenale. L'autopsia dimostrò un'ulcera del digiuno, a un metro dal duodeno, in corrispondenza di un follicolo solitario. Gli esami eseguiti stabiliscono trattarsi di un'ulcera semplice, dovuta probabilmente ad un'embolia retrograda post-operatoria.

Di Mattei P. *Sopra un saggio biologico degli estratti ipofisari.* — L'O. riferisce su di un saggio proposto da AA. tedeschi, consistente nella produzione di un'espansione dei melanofori tegumentali della rana, e dimostra che tale reazione non è dovuta all'azione dell'estratto ipofisario, ma bensì al cloretone, che viene aggiunto dai produttori a scopo conservativo a detto estratto.

Pontano T. *I vari tipi di meningococco nella prognosi e nella cura della meningite cerebro-spinale epidemica.* — L'O. ricorda che in passato la sieroterapia anti-meningococcica venne ritenuta efficacissima; in seguito, però, si ebbero a lamentare numerosi insuccessi anche con notevoli quantità di siero. Riferisce casi personali, nei quali la sieroterapia fu poco o nulla efficace e prende da ciò occasione per discutere il rapporto fra l'efficacia dei sieri e il tipo di meningococchi. Conclude affermando che occorrono in proposito ulteriori studi sui tipi di meningococchi ed il loro potere antigeno, e rileva che la cura dei meningitici dovrebbe esser fatta in reparti specializzati.

Puntoni V. *Studio dei rapporti fra leptospira icteroides e leptospira icterohaemorragiae.* — Dalle sue numerose ricerche, l'O. deduce che, per lo meno in taluni casi, è impossibile il differenziamento della leptospira icteroides da quella itteroemorragica, anche coi più sensibili procedimenti microbiologici; ai due gruppi di leptospira, intesi nel senso epidemiologico, non corrispondono pertanto due gruppi diversi tra loro microbiologicamente.

Il Segretario: V. Puntoni

Festa Nazionale del Libro

(Napoli, Giugno 1927)

ITALIANI!

I libri ed i periodici che si pubblicano oggi in Italia non sono inferiori a quelli di qualsiasi altra nazione. Una nuova letteratura, degna della nuova storia, è in cammino. Ma voi leggete meno di qualsiasi altro grande popolo e non avete ancora creato al libro italiano una popolarità nazionale.

Bisogna dunque che voi acquistiate coscienza dei vostri doveri intellettuali verso voi medesimi e verso il vostro paese. Scienza, arte, poesia, coltura sono le armi dell' intelligenza, indispensabili quanto le altre ad una grande politica. Il mondo si conquista anche con le idee e con le opere dello spirito.

MEDICI ITALIANI!

Frequentate le librerie, formatevi una piccola biblioteca, scegliete i libri che fanno per voi, abbonatevi alle riviste che vi sembrano più utili e incitate i vostri colleghi a fare altrettanto!

Digitized by Google

PER LA PRATICA

PROFILASSI

I danni economici della Tubercolosi e del Cancro

E' indiscutibile la importanza pratica della lotta, che si va svolgendo contro il cancro. Anche la medicina italiana si va slanciando con fervore e con onore in questa lotta. Ma, per le finalità ultime della profilassi e della medicina sociale, cioè la integrità e l'incremento della capacità lavoratrice o produttiva dell'uomo, l'interesse della lotta antitubercolare certamente è superiore a quello della lotta contro il cancro.

Le ragioni della superiorità per la tubercolosi sono non poche.

Una prima ragione riguarda la diffusione del male. Nessun osservatore potrà oppugnare che il terreno intraorganico dell'uomo rappresenta per il bacillo tubercolare un terreno adatto di attecchimento incomparabilmente superiore rispetto alle cause dei tumori maligni, comunque si vogliano considerare queste cause. Dippiù l'uomo è accerchiato da molte specie animali (bovini, suini, ovini, uccelli), in cui il bacillo tubercolare pullula abbastanza bene, anche se dotato di minor potere infettante per l'uomo, trattandosi di peculiari sottospecie o varietà di bacillo.

Altra ragione, di non minore importanza è l'età, in cui la tubercolosi si evolve con maggiore frequenza e con maggiore virulenza, l'età giovanile, la età socialmente più produttiva, a differenza del cancro e di altri tumori maligni, che si evolvono a preferenza (per quanto non esclusivamente) al di là della quarantina o della cinquantina, quando la capacità produttiva, nella maggioranza delle persone, comincia a declinare. Anche il sesso prediletto rafforza la differenza, perchè la donna, in cui i tumori maligni attecchiscono più che nell'uomo, per certo concorre, meno del maschio, al progresso dei cespiti di produzione nell'economia nazionale.

Finalmente, non è da trascurare un altro dato di fatto, rappresentato dalla insufficienza lavorativa di non pochi operai, del cervello o del braccio, i quali non sanno di essere tubercolizzati, perchè la infezione non si svolge in maniera conclamata o scenografica, e quella insufficienza lavorativa spiegano con diagnosi anodine, come neurastenia o anemia o febbricola (se esiste questo squilibrio termico). Non scarso è il numero dei lavoratori, che si trovano in queste condizioni e perciò si sentono costretti a menomare la loro produttività con danno economico, personale e collettivo.

Perchè voglio attirare l'attenzione su queste differenze tra tubercolosi e cancro? Forse per smorzare l'entusiasmo, che si va accendendo per la lotta contro il cancro? Chi oserebbe cadere in questo assurdo?

Anzi lo faccio principalmente per prospettare il concetto che non vi ha ragione di concorrenza o d'interferenza o di predominio da assegnarsi socialmente ai mezzi profilattici intesi a combattere l'uno o l'altro di quei due mali, nonchè la malaria, le malattie venereo-sifilitiche, l'alcoolismo. La utilità di respingere il concetto di concorrenza o, magari, gelosia deriva dalla considerazione di fatto che le due grandi armi per la lotta sono comuni contro tutti quei malanni a grave ripercussione sociale. Intendo riferirmi alla necessità bilaterale di elevare la resistenza intraorganica mercè la opportuna igiene e ridurre al minimo le cariche microbiche, rappresentate dalla esaltata virulenza e dall'eccessivo numero dei parassiti patogeni contenuti nell'unità di volume dell'ambiente che ci circonda. Questo binomio è il fulcro della profilassi.

Per la malaria si fa una guerra insistente agli anofeli, quali veicoli degli emosporidii, perchè quegl'insetti rappresentano il veicolo sinora noto, e contrastare alla diffusione del veicolo non significa ridurne al minimo le cariche parassitarie? D'altra parte, la bonifica dei terreni malarici non vale soltanto per lo scopo di sopprimere gli acquitrini e le plaghe paludose, che costituiscono il mezzo culturale più opportuno per l'agente patogeno oltre che per gli animali, noti e non noti, che fanno da veicolo. Bonifica dei terreni significa simultaneamente migliorare il regime delle acque, la igiene delle abitazioni, la dietetica, la qualità dell'acqua potabile: tutte condizioni, che elevano le energie intraorganiche di difesa contro gli attacchi delle infezioni, mirano, cioè, all'altro elemento del binomio profilattico. Questo altro elemento si riduce in fondo a bonifica del terreno umano la quale perciò non può consistere nella semplice somministrazione preventiva del chinino, come nel prevenire il tifo o il colera non ci restringiamo semplicemente a inoculare il vaccino antitifico o anticoleroso. Bonifica complessa del terreno umano, che per certo non è da trascurare neppure nella profilassi delle malattie venereo-sifilitiche, nel tempo stesso in cui l'attenzione converge a menomare le cariche microbiche, cercando di ridurre al minimo le occasioni del contagio.

In altri termini, sotto parvenze diverse esiste la unicità del piano di lotta contro queste cause molteplici di degenerazione della stirpe umana. E questa unicità è arra di successo, perchè si combatte contro quelle cause simultaneamente e mirando per tutte alla radice del male, donde la utilità di stringere in una confederazione tutte le forze impegnate nelle lotte singole, che si differenziano soltanto come tecnica di attuazione, ma sono sorrette da una direttiva unica.

ANDREA FERRANNINI

MALATTIE DI FEGATO

Se possa guarire l'atrofia gialla subacuta del fegato

TILLGREN e BLOMSTROM (Hôpital de Maria, Stockholm. *Acta Medica Scandinavica*, vol. 65, 5-6, 1927), mettono in rilievo che dalle prime cognizioni su questa alterazione patologica, si è venuti, col tempo modificandone sempre più il concetto, fino a riconoscere una spiccata affinità con l'ittero catarrale. Si è acquisito che le funzioni epatiche possono restare anche gravemente compromesse in forme relativamente benigne dell'affezione. Grazie alle esperienze sulla ritenzione di sostanza colorante (saggio alla bromosulftaleina) si è visto che nell'ittero catarrale la prova cromatica offre risultati molto spiccati, e l'imagine bilirubinemica assume valori considerevoli. Tuttavia molte ancora sono le oscurità dominanti, particolarmente sulla valutazione degli esiti dei casi più cospicui di ittero catarrale o di epatite acuta.

Certamente importante riescirà lo studiare quali siano gli estremi di coteste lesioni epatiche ancora compatibili con la reintegrazione.

Ecco perchè gli AA. riferiscono quattro personali osservazioni.

In una di esse, donna di 25 a. la diagnosi differenziale restava molto dubbia, se di ittero calcoloso. Ma si era innanzi ad un caso di ittero dissociato: negativa la reazione di Hay; mancanza di prurito. Seguì uno stadio di accentuato dolore epigastrico, senza tuttavia potersi affermare ingrossamento dell'organo, o calcolosi, restando altresì negativa anche la radiografia. Si ebbe ancora uno stadio febbrile, con vomiti, durato più settimane, per poi iniziarsi la defervescenza. In otto mesi l'inferma si ritrovava in piena guarigione.

In un altro caso, nel corso di una delle sue periodiche crisi di colelitiasi con ostacolo al coledoco, si ebbero segni di infezione setticemica, brividi, temperatura alta, leucocitosi leggiera, debolezza cardiaca, mentre l'azoto residuale raggiunse cifre elevate, per ridiscendere, sul cadere della crisi, a cifre sensibilmente normali, senza albuminuria, nè segni di intervento di alcun fattore nefritico.

Commentando le quattro osservazioni, risulta che i segni di ritenzione pigmentaria costituiscono, senza dubbio, una tra le più fedeli prove della funzione epatica, nel corso della maggior parte delle affezioni acute del fegato. La cromodiagnostica fornisce un progresso notevole, specie quando l'ittero sia modico, come suole in certe metastasi neoplastiche. Sembrerebbe che l'alta cifra di azoto residuale nel sangue, in mancanza di altra lesione organica, potesse assumere un significato particolare come segno di disordini funzionali del fegato. Senonchè non si ebbero alti valori azotemici nel primo di codesti casi, che va considerato come ittero catarrale grave, confinante con l'atrofia gialla acuta.

CHIRURGIA

Di alcune cose che si dovrebbero sapere in tema di ulceri gastriche e loro perforazioni

D. GIORDANO (*Rassegna Clinico-scientifica*, a. V, 2, 1927) con quella simpatica vena di critica e di sapere a tutti nota, riferisce quattro osservazioni, le quali forse non avendo nulla di peregrino, sono tuttavia, per la maniera con cui sono esposte, di grande proficuità. Eccone un rapido cenno.

1. Un sofferente di stomaco, tenace fumatore di sigarette, in seguito di un bagno avendo sintomi di peritonite, viene operato. Perforazione alla faccia esterna della prima porzione del duodeno. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore. Morte.

Tutto lascia credere che l'insuccesso non si sarebbe avuto se il paziente fosse stato osservato bene, consigliato opportunamente, senza lasciarlo incurato, tra una diagnosi di indigestione, ed una di reumatismi.

In un altro paziente anziano, sofferente da tempo, ritenuto ipercloridrico, ipertiroideo, ipotiroideo, si ebbe un attacco di perforazione. All'intervento la si trovò sulla faccia duodenale rivolta al fegato; sutura e

Digitized by Google

gastro-enterostomia retrocolica posteriore. Emoterapia, flebo- e ipodermoclisi. Morte. E' presumibile secondo l'A. che non si sarebbe venuti alla catastrofe se non si fosse andati gingillandosi tra diagnosi astruse.

In un terzo caso già radiograficamente diagnosticato come ulcera stenosante il piloro, la perforazione sarebbe avvenuta in seguito di una prova al bario. Alla laparotomia si constatò una ulcerazione a cavallo del piloro; gastroenterostomia posteriore. Guarigione.

E' da commentare che si potrebbe fare a meno di eccedere nella prova radiologica, allorquando la sintomatologia consenta una pronta diagnosi clinica.

In un quarto caso, anch'esso aggravato da abuso di tabacco e di vino, la perforazione accadde in seguito di una generosa dose di olio di ricino. Operato come gli altri tre; guarigione.

In complesso, commenti istruttivi: l'infermo se ha una tiroide, delle paratiroidi ed altre ghiandole interessanti, ha anche uno stomaco che bisogna sorvegliare, e sottrarre ad ogni maltrattamento. Avanzato il dubbio se non la certezza, meglio ricercare una perforazione nel vivo anzichè in un cadavere.

La dieta prima e dopo le operazioni

E. Baumann (Ospedale di Wattwill. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 13), ricorda che nelle operazioni sul capo, collo, torace ed estremità non si rende abitualmente necessaria nessuna speciale dieta. Lo stesso può dirsi per le piccole operazioni addominali (erniotomie, appendicectomie), fino al giorno dell'operazione: verrà semplicemente corretta un'eventuale costipazione cronica con lassativi tenui (olio di paraffina, foglie di senna), mai con purganti veri e proprii.

Nelle grandi operazioni addominali, come le ernie della cicatrice, tumori, interventi sulla vescichetta biliare, sui reni, sulla prostata, sullo stomaco, deve evitarsi anche l'uso dei lassativi. Il giorno prima dell'operazione viene somministrato un pasto leggero.

Un radicale vuotamento dello intestino va praticato solo negli interventi sull'intestino o sulla vagina. Negli interventi vaginali o rettali si somministra olio di ricino 2 o 3 giorni prima dell'operazione, e poi si dà dell'oppio affinchè non avvengano più evacuazioni circa per 5 giorni.

Fino al giorno dell'operazione si può concedere in questi casi alimentazione liquida o poltigliosa.

Dopo l'operazione tutti i pazienti riceveranno qualche cosa per bocca; se si è operato con anestesia locale, dopo circa 2-3 ore si dia del thè, o qualche altra bevanda diluita.

Frequentemente si hanno stimoli al vomito, che non raramente dipendono dal vuoto dello stomaco, o dalla acidità del contenuto gastrico. Si dia allora dell'acqua di calce pura o mescolata con thè.

Nei pazienti sottoposti a narcosi si dia qualche cosa da bere dopo 4-6 ore, anche se si sia trattato di gastroenterostomia, resezione dello stomaco, o di interventi sulla vescichetta biliare (acqua di calce pura, o con thè, a cucchiai).

Nelle grandi operazioni addominali (eccettuate quelle rettali e vaginali) si dia un purgante sia per introdurre del liquido, che per stimolare la peristalsi intestinale, fino a che non si verifichi la prima evacuazione.

Il giorno dopo l'operazione, nei casi più lievi si può già somministrare un pasto piuttosto leggero, in quelli meno lievi thè, latte, acqua di calce e zuppa di mucilagine.

Dal secondo giorno tutti i pazienti (eccettuati gli interventi vaginali e rettali) debbono ricevere dei lassativi, per facilitare lo svuotamento intestinale. Si possono anche praticare dei clisteri di glicerina. Solo in casi rari, in cui la peristalsi intestinale deve essere energicamente stimolata si daranno purganti veri e proprii (olio di ricino) o lassativi a forti dosi.

TERAPIA

Gli accidenti locali da iniezioni di preparati bismutici

Le iniezioni di preparati di bismuto possono provocare degli accidenti locali di varia entità. Barthèlèmy (rif. in *Journal des Praticiens*, n. 48, 1926) distingue: a) *Accidenti benigni*. Quando l'iniezione è superficiale, come può accadere nelle donne grasse, e quindi il preparato non arriva nelle masse muscolari, si producono delle nodosità. Se queste conservano nella loro parte centrale un po' del liquido iniettato, si forma una specie di gomma medicamentosa, che si apre sulla pelle ed è di lentissimo riassorbimento. Altre volte il liquido iniettato si riassorbe, ma dopo un certo numero di iniezioni i muscoli diventano fibrosi, sclerotici e le natiche assumono una consistenza lignea.

b) *Accidenti gravi*. Tra questi: 1. La cisti oleosa, che è dovuta al non riassorbimento dell'eccipiente del preparato bismutico e produce una specie di ascesso, senza raccolta di pus: basta una semplice puntura evacuatrice per assicurarne la guarigione.

2. L'ascesso settico profondo, che insorge alcune settimane dopo la cura e si accompagna con una violenta reazione della natica: non v'è pus, ma ciò nonostante bisogna incidere largamente e profondamente.

3. La trombosi arteriosa, abbastanza grave, che si manifesta con dolore e una tinta violacea, marmorizzata della cute. Nei giorni seguenti compare una zona ischemica, che si necrotizza: l'escara, secca e nerastra, a poco a poco si elimina e ne resìdua una cavità conica con apice in profondità. L'embolia è, fortunatamente, accidente eccezionale.

Per evitare questi inconvenienti, bisogna spingere l'ago per iniezione in pieno muscolo, assicurandosi prima di innestarvi la siringa che non si è penetrati nel lume di un vaso. E' bene, inoltre, non usare preparati che contengano come eccipiente grassi minerali e che il bismuto del preparato sia finemente suddiviso sì da dare una sospensione omogenea. Se, infine, il malato ha già praticato altre serie di iniezioni in antecedenza, è prudente iniettare piccole dosi, due volte alla settimana, e lasciare tra una serie e l'altra un periodo di tempo abbastanza lungo, eventualmente alternandole con l'uso di suppositori mercuriali (gr. 0,06-0,08 di unguento napoletano; un suppositorio ogni due giorni, per un mese).

Alcune applicazioni terapeutiche dei farmaci vasocostrittori e vasodilatatori

Ch. Abadie (*La Presse Méd.* n. 37, 1927) ammonisce che in presenza di qualsiasi processo morboso, è interessante stabilire quanta parte vi prendano i disturbi circolatori; ciò perchè una conoscenza esatta in proposito può dare ottimi risultati terapeutici con l'uso di farmaci vasocostrittori o vasodilatatori, a seconda dei casi. A conferma di questa sua convinzione, l'A. cita parecchi esempi.

In una malata, presentante una sindrome caratterizzata da crisi quotidiane di emicrania accompagnate da idrorrea nasale e da lacrimazione dallo stesso lato, sindrome interpretata come da disturbi circolatori da vasodilatazione, con 20 iniezioni sottocutanee di adrenalina (1 mmgr. per iniezione) si ebbe la completa scomparsa dei disturbi.

In alcuni casi di cecità unilaterale o bilaterale, dovute a spasmo vasale, e confuse spesso le prime con le embolie dell'arteria centrale della retina, le seconde con atrofie ottiche da tabe, basta la somministrazione di atropina (2 mmgr. per iniezioni sottocutanee o *per os*) per ridare la vista agli infermi. Nel glaucoma, che, secondo l'A., è dovuto ad una vasodilatazione del sistema vascolare dell'occhio, il trattamento simultaneo con: a) soluzione di adrenalina al ‰, 10 gocce, 3 volte al giorno; b) ergotina, un *cachet* al giorno da 20 centigr.; c) cloruro di calcio, gr. 10: sciroppo di scorze di arancio amaro, gr. 60; acqua, gr. 150, 2 cucchiai da zuppa al giorno (dosi medie e variabili secondo l'età e il peso del malato), ha dato sempre dei buoni risultati, evidentemente per l'azione vasocostrittrice dei farmaci somministrati.

A parere dell'A., anche le manifestazioni cutanee dello zona oftalmico (vescicole, pustole, ecc.) sono dovute non a disturbi nervosi, ma ad una vasodilatazione esagerata delle arteriole e dei capillari delle papille dermiche della regione; ora in questi casi l'uso di farmaci vasocostrittori (adrenalina, ergotina, cloruro di calcio, ecc.) guarisce in breve tempo l'affezione.

L'uso dei farmaci vasodilatatori e vasocostrittori ha, poi, anche un'importanza diagnostica, in quanto che dall'uso alternativo di essi e dall'osservazione del peggioramento o del miglioramento della sindrome morbosa che si discute si può dedurre la vera natura della lesione in istudio. Per es., il glaucoma cronico semplice può essere confuso con le atrofie ottiche; ora nel primo caso le instillazioni di atropina (vasodilatatrice) aggraveranno il quadro morboso, mentre quelle di pilocarpina (vasocostrittrice) lo miglioreranno; nel secondo caso, invece, le instillazioni alternate di entrambi i farmaci non avranno alcun effetto: così la diagnosi differenziale resterà stabilita.

INTOSSICAZIONI

Intossicazione cronica da fluoro

H. Cristiani (*La Presse Médicale*, n. 37, 1927) dice che in una precedente pubblicazione ha richiamato l'attenzione sulla possibilità di produrre sperimentalmente negli animali un'intossicazione cronica con la somministrazione prolungata di piccole quantità di fluoro (fluoruri e fluorosilicati), intossicazione sintomatologicamente simile ad un quadro morboso che colpisce gli animali che vivono in vicinanza di officine donde si sviluppano vapori di fluoro. In seguito le indagini sono state rivolte ad accertare se una simile malattia possa manifestarsi anche nell'uomo, il quale è esposto ad ingerire piccole quantità di fluoro sopra tutto perchè i sali di questo alogeno sono spesso usati per conservare certi alimenti (latte, vini, birra, carne ecc.). Il pericolo è certo molto grande, special-

Digitized by Google

mente se si tien conto che detta intossicazione negli animali da esperimento si manifesta con una cachessia progressiva e grave, che si chiude con la morte.

Le quantità di fluoro usate a scopo conservativo sono, in verità molto piccole, ma se si pensa che nella cavia dosi di 1/20 di quella mortale che è di gr. 0,50 per kg. di peso del corpo, uccidono l'animale in 3-4 mesi e che in un lattante di 3-4 kg. basterebbe un'ingestione di 4-5 centigr. giornalieri per produrre la morte in pochi mesi — quantità inferiore a quella che si suole aggiungere a un litro di latte per conservarlo — si comprende come il pericolo sussiste ed è tale da dover pensare a scongiurarlo.

Quali dovrebbero essere le misure da prendersi contro di esso? Secondo l'A., bisognerebbe porre il pubblico sull'avviso contro l'uso di tali sali di fluoro e spingere le autorità ad aumentare la sorveglianza a questo proposito, accertando con sicurezza quali sostanze alimentari sono addizionate con composti di fluoro e in che quantità. Una prima inchiesta promossa dall'A. in Isvizzera gli fa pensare che in questo Paese il pericolo di una fluorosi non deve temersi.

L' esetone nella intossicazione da morfina

E. Helaers (*Bruxelles Médical*, 9 gennaio 1927, anno 7, n. 11) asserisce che nel coniglio l'iniezione endovenosa di esetone disciolto nel benzoato sodico fa sparire gli effetti nocivi di forti quantità di morfina sulla frequenza e sul volume respiratorio. Quest'azione dipende essenzialmente dall'esetone, poichè non si produce con la soluzione acquosa di benzoato sodico non contenente l'isomero della canfora.

L'esetone giunge anche a salvare dei conigli in apnea respiratoria prolungata in seguito alla iniezione di una fortissima dose di morfina. La previa iniezione di esetone può dunque impedire ogni azione della morfina sulla respirazione.

FORMULARIO

I. Negli itteri infettivi. — Nell'ittero catarrale apiretico e in quello consecutivo a infezione tifo-paratifica, a malaria, pneumococco, ecc., la cura è sintomatica. All'inizio Rienso e Zoeller (*Traitement des Maladies Infectieuses*, Maloine ed., Parigi) consigliano di prendere al mattino, a digiuno, un *cachet* di:

Calomelano Bicarbonato di sodio	anagr. 0,30

Dopo una mezz'ora si somministrano 15 gr. di solfato di soda. Nei giorni seguenti si farà uso, due volte al giorno e fino alla scomparsa dell'ittero, di un *cachet* di:

Benzoato di soda Salicilato di soda	anagr. 0,30

Si può anche, invece, prescrivere:

Citrato di sodio Sal di Seignette	anagr. 50

Un cucchiaino da caffè in un bicchiere d'acqua calda, a digiuno; oppure:

Solfato di soda	gr. 8
Bicarbonato di sodio	» 6
Fosfato di sodio	» 4
Acqua	» 1000

un bicchiere da marsala ogni mattino.

Chauffard propone i clisteri freddi; P.-E. Weill il goccia-a-goccia rettale con:

Urotropina	gr. 1.50
Glucosio	» 45
Acqua bollita	» 1.000

1/2 litro al giorno.

Per calmare il prurito, si faranno bagni con gr. 500 di amido, alla temperatura di 37° C e per la durata di 1/4 d'ora, e lozioni con alcool canforato. La dieta sarà lattea, nei primi giorni, poi latto-vegetariana. Nella convalescenza, somministrazione di preparati tonici.

Nell'ittero sifilitico si associeranno, alla predetta cura, le iniezioni endomuscolari di calomelano.

II. Nei dolori dopo operazioni addominali. — Quando l'introduzione di calmanti per via rettale non dà risultato e non vi è nausea, somministrare ogni mezz'ora un cucchiaio da dessert fino ad effetto calmante di:

Idrato di cloralio	gr. 3
Bromuro di sodio	» 4
Sciroppo di codeina	» 60
Acqua di tiglio	» 80

(H. Lorin. *La Prèsse Medicale*, n. 33, 1927).

□□□

MEDICINA SOCIALE

La Lotta sociale contro l' Adenoidismo

Il Capo del Governo e Duce del Fascismo ha inviato recentemente la seguente Circolare a tutti i Prefetti del Regno:

«Le recenti acquisizioni scientifiche circa la sindrome morbosa conosciuta col nome di «adenoidismo» e la constatazione della sua notevole diffusione in Italia ed all'estero vanno sempre più richiamando l'attenzione della classe medica e, in particolare, degli specialisti anche per l'influenza che tale stato morboso ha sullo sviluppo somatico e su quello mentale del fanciullo e per la predisposizione che esso produce alle malattie infettive in genere e alla tubercolosi in ispecie.

Anche la pubblica opinione segue con interesse l'argomento, rivolgendo particolarmente l'attenzione ai mezzi additati come i più idonei a combattere l'adenoidismo, avuto riguardo ai fini di carattere sociale, che si connettono con tale lotta. Questa indubbiamente, oltrechè rendere notevoli benefici nei riguardi di una più completa conoscenza della patologia infantile, fa sperare d'altro canto cospicui vantaggi ai fini generali del miglioramento somatico del fanciullo con riflesso anche in confronto della prevenzione della tubercolosi.

Data l'importanza profilattica e sociale che deve essere attribuita a tale lotta, di questa non possono nè devono disinteressarsi le autorità amministrative scolastiche ed è veramente desiderabile che essa, sulla norma anche di quanto si è testè compiuto dal Governatorato di Roma, sia condotta ovunque è possibile con premurosa sollecitudine e con chiara visione del problema. I mezzi finanziari che si richiedono sono limitati. A tale considerazione deve dalle SS. LL. e dalle autorità competenti darsi particolare risalto in quanto da essa scaturisce la relativa facilità dell'azione invocata.

Cade a questo proposito opportuno ricordare che le disposizioni emanate dal Ministero dell'Interno e da quello della P. I. menzionate con la circolare in data 12 gennaio 1926 circa la lotta contro le malattie sociali nelle collettività giovanili, offrono in buona parte la guida anche per lo svolgimento della lotta contro l'adenoidismo.

In modo particolare si richiamano quelle relative alle visite sanitarie nelle scuole, alle istituzioni delle vigilatrici sanitarie e alle opere dei Patronati Scolastici.

Nè va poi dimenticato che le disposizioni medesime devono altresì ricollegarsi con quelle contemplate nella legge 10 dicembre 1925 per la protezione della Maternità e Infanzia, con quelle di cui agli articoli 1 e 8 della legge istitutiva dell'Opera Nazionale Balilla del 3 aprile 1926, e, infine, con quelle contenute nell'art. 8 del regio decreto 30 dicembre 1923.

Nei riguardi speciali dell'adenoidismo, è da tenere presente che esso è sopratutto frequente nella popolazione infantile urbana, e però la scuola in particolare della città, il convitto per l'istruzione o per l'avviamento all'artigianato costituiscono il campo più propizio per lo svolgimento della speciale azione terapeutica profilattica invocata.

E pertanto al vigile interessamento degli ufficiali sanitari comunali, dei medici scolastici, degli insegnanti deve essere affidato il compito di porre in evidenza i bambini che dimostrino di avere le note caratteristiche della sindrome adenoidea, per poterne fare così la premurosa segnalazione alle famiglie e ai capi di famiglia, allo scopo di rendere questi edotti della necessità di un tempestivo trattamento terapeutico a seconda dei casi, o chirurgico, oltrechè ai ben noti trattamenti postperatorii di riconosciuta efficacia.

Spetta alle autorità ed alle Amministrazioni in precedenza contemplate il predisporre con semplicità di mezzi e con armonica coordinata a-

Digitized by Google

zione con gli Enti ospedalieri, Dispensari e simili quanto occorre per lo svolgimento dell'azione terapeutica e assistenziale sopra accennata.

Attendo un cenno di assicurazione e al più presto notizie dettagliate sul programma esecutivo che si intende in questo campo particolare di svolgere, segnatamente in coordinazione con la vita scolastica e con la vigilanza sulle collettività giovanili ».

***

Davanti a questo importantissimo documento restiamo ammirati sia come medici ed igienisti, che come fascisti.

E sentiamo il bisogno di ritornare brevemente sui nostri passi, non certo per vuoto esibizionismo, ma per riandare il recente passato, che concorse senza dubbio a preparare l'ambiente, ed ha resa possibile la realizzazione di questa lotta di Stato contro l'adenoidismo, la quale viene oggi ad assumere una importanza sociale e politica di primissimo ordine!

La *Riforma Medica* sempre sensibile a quelli che sono i più urgenti e reali bisogni sanitari della Nazione, fin dal 1922 mi diede cortese ospitalità per una metodica propaganda della profilassi contro l'adenoidismo, e contro le complicanti affezioni catarrali delle prime vie respiratorie nonchè le infezioni organiche che ne conseguono.

In una serie di articoli mi fu dato di trattare questo importante problema sociale dai suoi vari punti di vista (1).

In un ultimo articolo sull'istesso giornale (*Adenoidismo e vegetazioni adenoidi. Loro grande importanza profilattica e sociale*, n. 7 del 14 febbraio 1927), dopo una rivista sintetica della etiologia, terapia e profilassi della importante sindrome morbosa, esprimevo la urgente necessità e la fondata speranza che presto le alte Gerarchie del Fascismo lungimirante e realizzatore avessero stimolato opportunamente le nostre varie amministrazioni ad una illuminata e doverosa lotta sociale contro l'adenoidismo, anche per la più efficace e seria difesa della integrità della razza.

Lo stesso importante problema ho potuto più volte trattare altresì sul benemerito « *Progresso Sociale del Mezzogiorno* », diretto con tanta competenza ed acume dal collega Botti, che è anche magna pars della famiglia della « *Riforma* » e fu con me largo di ospitalità e di incoraggiamento in queste belle battaglie per i nostri comuni ideali.

I medesimi obbiettivi sociali ho perseguito in un Opuscolo: «La difesa della salute» distribuito nel 1925 a tutti i maestri elementari di Terra di Lavoro (per la propaganda igienica nelle scuole); nonchè in pubbliche Conferenze tenute agli Ufficiali ed ai Capi-squadra della M. V. S. N. nelle principali Città della Campania, alla Università Popolare di Napoli, in varie Città di Terra di Lavoro, presso la Poliambulanza G. Garibaldi in Napoli, presso la R. Scuola di Metodo per il Magistero dei Sordomuti, e al Corso di Cultura Fascista presso la R. Università di Napoli.

Il nostro Duce magnifico con la sua Circolare ai Prefetti viene oggi ad assumere personalmente l'iniziativa geniale ed il comando effettivo della importantissima crociata per la completa restaurazione somatica ed intellettuale della stirpe italica, e ne prospetta il grave problema nei riflessi dell'adenoidismo con una straordinaria chiarezza di vedute, che sbalordisce perfino i tecnici!

L'altissima parola del Capo ci affida pienamente non solo sui risultati della lotta, ma anche sulla rapidità della sua integrale applicazione, la quale sarà realizzata al più presto — ne siamo sicuri — con perfetto stile fascista ed al disopra delle immancabili velleità personali e degli interessi individuali dei soliti apostoli dell'ultima ora.

Se le cose anche a Napoli, dove il bisogno non è meno sentito che altrove, saranno fatte a dovere, come ce ne dà garenzia la grande autorità e l'assoluta rettitudine dell'Alto Commissario S. E. Castelli, la serena chiaroveggenza delle Gerarchie locali del Fascismo, e l'alta competenza del Prof. Orsi, Capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune, la nostra generosa gioventù potrà quanto prima essere seriamente difesa anche contro questa nuova piaga sociale rappresentata dall'adenoidismo, che se non curato a dovere andrà sempre più diffondendosi ed aggravandosi, fino a diventare il nostro problema economico e politico più grave, per le dolorose ripercussioni sulla diffusione delle malattie infettive in genere e della tubercolosi in ispecie.

Fatte queste semplici constatazioni ritengo assolutamente superfluo qualunque altro commento al nuovo importantissimo documento della sapienza dinamica del nostro Duce e dell'opera valorizzatrice del Fascismo.

A noi ora non resta che ubbidire e collaborare con sincerità e disciplina fascista, agli ordini del Capo!

Prof. Angelo della Cioppa

(1) v. *Riforma Medica*, n. 36, 1922; n. 1, 1923; n. 40, 1925; n. 3, 8, 29, 36 e 51, 1926.

LIBRI ED OPUSCOLI

Bendix B. *Malattie dei bambini.* Voll. 2, di pag. 400 ciascuno. Unione tipografica editrice Torinese 1927. Prezzo L. 100.

La nota Casa Editrice con la consueta eleganza e nitidezza pubblica con questo trattato un nuovo numero della sua Collezione di Manuali di Medicina. Ciò potrebbe essere per tutti i conoscitori di questa preziosa ed interessante Collezione, già sufficiente garenzia, quando per avventura non fossero noti il valore dell A. (che ha già pubblicato in Germania ben 8 edizioni della sua opera, della quale ultima edizione si presenta qui la traduzione) e quello del traduttore, Prof.ssa Angiola Borrino, già apprezzata per i suoi vari contributi.

Comprende in due volumi l'esposizione dettagliata di tutte le malattie che affliggono l'infanzia, divise in capitoli corrispondenti ai vari apparati organici, dei metodi diagnostici, clinici e di laboratorio, della più moderna terapia e profilassi.

Con sapienti ed avvedute note il traduttore ha provveduto alla chiarezza dell'opera; d'altra parte, per ragioni ovvie, ha dovuto alquanto cambiare la dietetica consigliata dall'Autore tedesco, per meglio adattarla e renderla più consone alle consuetudini italiane.

Il libro si raccomanda come opera di rapida consultazione, sia allo studente che deve formarsi la cultura generale, sia al medico pratico, che, pur senz'addentrarsi nei particolari della specialità, non può più oggi ignorare gli elementi di quel complesso di studi clinici e di attività profilattica sociale, che viene sempre meglio attuando la moderna pediatria.

Castellino P. *La costituzione individuale. La personalità.* Lezioni raccolte dal Dr. P. Corsonello, Casa Editrice Idelson, Napoli.

Opera chiara, densa e dotta, questa di Pietro Castellino. Il Dott. Corsonello che ha raccolto con gran perizia queste lezioni del suo Maestro ha dato modo al pubblico medico italiano di essere a giorno dei problemi più importanti della patologia costituzionale e della endocrinologia.

Poichè in queste lezioni del Castellino, principe dell'indirizzo costituzionalistico moderno in medicina, è tutta trasfusa la direttiva della sua scuola motivata da tre ragioni fondamentali — la grande importanza del sistema nervoso vegetativo, come determinante e dominante della costituzione — la incompleta evoluzione dell'organismo parziale o totale, come base delle predisposizioni o minor resistenza alle cause dei mali — la minore unità dell'organismo immaturo che più evolve e più si rinsalda nelle sue correlazioni. Con quella vasta e profonda cultura filosofica che è una delle doti principali di questo Maestro, Egli risale alle prime dottrine sulla costituzione e rende chiaro il quadro dell'interesse che ha sempre suscitato lo studio delle costituzioni del corpo umano. Si sofferma, quindi, sull'indirizzo individualistico e sul metodo morfologico e correlazionistico dettato da Achille de Giovanni, rivendicando anche al Genio italiano, l'acquisizione che la Clinica ha fatto delle dottrine di esso, dottrine che, senza dubbio, sono di grande importanza all'indirizzo nello studio dei fenomeni che si svolgono nell'uomo malato.

Altamente degna ed interessante è la trattazione dei rapporti tra le glandole endocrine ed il sistema nervoso vegetativo. Il sistema glandolare endocrino è nel giuoco del sistema nervoso vegetativo; è questo che ne domina le funzioni; ed il prevalere dell innervazione vagale o di quella simpatica nelle varie costituzioni è legato alle incomplete oppure eccedenti evoluzioni del sistema simpatico su quello vagale. La vagotonia e la simpaticotonia non vanno considerate nel senso di Eppinger e di Hess, ma secondo la concezione del Castellino che precedette, di molti anni, quella di Eppinger e di Hess.

La concezione del Castellino (simpatico-estesie, vago-estesie parziali) riguarda l'organo come la fucina delle eccitazioni le quali si originano nelle particolari anomali costituzioni dell'organo stesso, ed è questo che, poi, li diffonde all'apparato nervoso. Eccitazioni che si possono diffondere a quegli altri organi che per ragioni di correlazioni anatomiche e funzionali embriologiche si trovano in rapporto alle malformazoni dell'organo, dal quale l'eccitazione parte per arrestarsi là dove un diverso regime evolutivo non rende l'apparato sensibile al tipo dell'eccitazione.

Nella filogenesi e nella ontogenesi è primo a comparire il sistema vagale. Il simpatico si sviluppa più tardi e se questo non giunge a perfetta maturità di sviluppo, rimane la prevalenza del vago anche nelle funzioni: se il simpatico, invece, eccede, l'innervazione simpatica domina nella costituzione. Dottrina questa che spiega il perchè i megalosplancnici (ipoevoluti) sieno dei vagotonici ed i tipi microsplancnici (ipervoluti) sieno dei simpatico-tonici. Ad avvalorare questa concezione stanno le esperienze di Gaskell che ha dimostrato anatomicamente che il sistema vagale si diffonde prevalentemente nel campo viscerale entodermico ed il simpatico nel campo ectodermico, sicchè megalosplancnia e vagotonia, microsplancnia

Digitized by Google

e simpaticotonia devono ritenersi come binomii fondamentali delle leggi sulle dottrine costituzionali.

Con tesi chiara e sottile discussione clinica Castellino valuta ed espone tutti i vari tipi endocrini e le varie utopie costituzionali, documentando con varie fotografie i casi più importanti che furono oggetto delle sue osservazioni e del suo studio.

La scienza dev'essere grata al Maestro illustre della bella, dotta ed aspra fatica

Prof. GIACOMO CICCONARDI

GELERA M. *L'equilibrio acido-basico dell'organismo e sue applicazioni cliniche nella diagnosi funzionale del rene.* Prefazione del Prof. Nicola Pende. Milano. Soc. An. Istituto Edit. Scientifico, 1927.

Una pregevole pubblicazione, indispensabile, direi quasi, tanto al biologo che al clinico è questa del Prof. Gelera sulla funzione del rene nel regolare l'equilibrio acido-basico dell'organismo sia in condizioni normali che in alcuni stati morbosi.

L'Autore, con la nota competenza nel campo della chimica e della chimico-fisica applicata alla clinica, in questa monografia porta un originale e importantissimo contributo in uno dei campi più difficili della patologia e su cui si cimentano quotidianamente le menti dei più sagaci sperimentatori.

Il Gelera ha diviso il lavoro in 5 parti.

Egli, dopo aver esposto nella prima parte le nozioni generali di chimico-fisica indispensabili allo studio dell'equilibrio acido-basico dell'organismo, passa, nella seconda parte, a trattare della fisiopatologia di tale equilibrio diffondendosi opportunamente sull'equilibrio acido-basico del sangue e sul meccanismo di tale regolazione.

Tratta in maniera chiara e completa delle *sostanze tampone* del sangue, dell importanza dei polmoni, fegato, intestino, reni nella regolazione dell'equilibrio acido-basico dell'organismo. Speciali capitoli sono riservati alla trattazione dell *acidosi* ed *alcalosi,* alle influenze terapeutiche e farmacologiche sul pH urinario e alla influenza degli spostamenti dell'equilibrio acido-basico sul volume urinario dell'individuo sano e del nefropatico.

La parte terza è completamente riservata allo studio dell'equilibrio acido-basico delle nefropatie nelle più diverse condizioni della malattia. Sono passate in rivista le varie prove sulla funzionalità del rene in seguito a carico alimentare di valenze acide ed alcaline ed è messa al suo giusto valore l'importanza da dare ai fattori extrarenali in simili prove.

Sul valore da attribuire all'acidosi nel corso delle malattie renali, l'Autore, giustamente nota che «l'abbassamento della riserva di alcali ha un valore prognostico assai maggiore che l'iperazotemia: i casi di iperazotemia con acidosi sono assai più gravi che quelli senza acidosi».

L'Autore in fine, dopo aver passato in rivista, nella parte quarta, i vari metodi per la determinazione dell'acidità e dell'alcalinità delle urine, espone, nell'ultima parte, le numerose esperienze personali condotte in individui clinicamente sani ed in altri affetti da malattie renali o cardiache o epatiche e sottomessi alle prove con introduzione orale di acidi ed endovenose di alcali (prova di Rehn e Günzburg) e alle prove con diete composte di sostanze a valenze prevalentemente acide o prevalentemente alcaline (prova di Bekmann).

Nell'impossibilità di riassumere ampiamente i risultati ottenuti dall'Autore, e che sono di una notevole importanza, mi limiterò ad accennare a qualche punto più saliente delle conclusioni. E cioè:

1. Dopo introduzione di limonea fosforica o acido cloridrico le differenze del pH urinario sono minime e non permettono quasi una differenziazione di comportamento da parte del rene sano e di quello insufficiente o da parte del rene sano e dei reni dei cardiopazienti o epatopazienti. Invece sono enormemente diverse, e perciò assai più importanti, le variazioni dell'eliminazione di H' computate in unità Sörensen.

2. Dopo l'introduzione endovenosa di bicarbonato il rene insufficiente si caratterizza per la fissità o per le minime variazioni nel quantitativo delle sostanze eliminate e possono utilizzarsi per la diagnosi di sufficienza o meno del rene i mutamenti del valore del pH urinario.

3. Le prove funzionali del rene con le diete acide ed alcaline hanno dato nei normali una curva giornaliera del pH uguale tanto nel giorno acido che in quello alcalino. Nei nefropatici con insufficienza renale assoluta il pH rimane quasi fisso, mentre negli altri con insufficienza relativa si osservano spostamenti dopo il pasto, ma di minimo grado.

Nei cardiopatici il pH presenta pure piccole oscillazioni, ma, a differenza dei nefropatici la curva è prevalentemente spostata verso i valori acidi. Negli epatici la curva giornaliera è simile ai normali.

Questi rapidi e necessariamente incompleti cenni sul vasto problema affrontato dal Gelera non possono che dare una pallida idea sull'importanza del lavoro da lui compiuto: lavoro, che per il rigore scientifico con cui è stato condotto e per i risultati notevoli a cui è pervenuto sarà apprezzato dal mondo scientifico al suo giusto e meritato valore.

Concludendo, mi piace riportare dalla bella prefazione del Pende a questo lavoro, la chiusa finale: «Auguro alla monografia del Gelera tutta la fortuna che essa merita».

Prof. DOMENICO LIOTTA

CALLIGARIS G. *Ricerche sulle linee iperestesiche del corpo.* Estratto dagli «Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie», fasc. 1, 1926.

LEYRO DIAZ J. *Criticas a la traqueotomia en e cancer de la laringe.* Tip. «Las Ciencias», Buenos Aires, 1925.

PELLEGRINI R. *Sul valore medico-legale delle modalità di suicidio.* Estratto da «Il Foro penale», fasc. V-VI, 1926.

STORIA DELLA MEDICINA

La Chirurgia di Andrea Vaccà Berlinghieri

Perseverando nella sua multiforme attività il prof. D GIORDANO, l'insigne chirurgo di Venezia (*Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali,* 3-4, 1927), ricostruisce la figura e l'opera del celebre chirurgo italiano, deceduto nel settembre 1826 presso Pisa. Iniziato alla scuola del proprio Padre, passato giovanissimo in Francia sotto i più eminenti Maestri dell'epoca, e sopra tutti seguendo la scuola di Desault; trasferitosi

Andrea Vaccà Berlinghieri

poi in Inghilterra per trarre profitto dalla scuola di Hunter e di Cullen Andrea Vaccà, parimenti dotato di energie patriottiche, sportive e chirurgiche, osò all'età di 21 a. scrivere un Libro sulla Chirurgia di Beniamino Bell. Ben presto, cioè nel 1803 essendo stata per lui creata una Cattedra di Clinica esterna in Pisa, e dopo averla illustrata con l'acume dei suoi insegnamenti, il Vaccà si riaffermava con una Memoria sulla struttura del Perineo, quindi ancora dettando all'Alyon un «Trattato di mali venerei», pubblicato prima in francese, poi ridotto al nostro idioma. Nel 1812 vediamo il Vaccà raccogliere il formidabile onore di sostituire e succedere allo Scarpa, sulla cattedra in Pavia. Ma il suo tenace attaccamento filiale lo indusse alla rinunzia, per rientrare nella propria orbita di attività. Nella interessante pubblicazione che la signora Laura Vaccà Giusti ebbe a fare (1878) sotto il titolo di «Memorie» si trovano le fonti più importanti per la biografia del celebre italiano.

Ma è accaduto all'insigne Giordano di trovare un grosso volume manoscritto con il seguente frontespizio: «Trattato di Chirurgia Teorico-Pratico di Andrea Vaccà Berlinghieri, 1813). Egli ha fatto pazienti indagini per precisare la mano che scrisse questo trattato; senza peraltro riescire ad identificazioni non dubbie.

Lo storico si indugia a disaminare i capitoli più importanti del volume manoscritto; cioè sulla trapanazione; ascesso epatico; malattie oculari; amputazioni della lingua; estirpazione delle tonsille; esofagotomia; ferite della carotide e della giugulare. Così in tema di chirurgia del torace, del ventre, e soprattutto della vescica urinaria, vediamo sempre l'impronta di una grande personalità. Onde bene commenta il Giordano nel mostrare come da quella scuola Pisana fossero sparsi germi di progresso chirurgico, e proposte geniali, che ancora oggi si trovano nella nostra pratica.

Digitized by Google

DECRETI E LEGGI

Il Regolamento generale per l'Igiene del lavoro

E' stato recentemente approvato, con R. Decreto 14 aprile 1927, n. 530 (vedi *Gazzetta Ufficiale*, n. 95, 1927), il regolamento generale per l'igiene del lavoro. Nelle disposizioni generali, è contemplato che detto regolamento deve essere applicato a tutte le aziende industriali, commerciali e agricole, nonchè a quelle esercitate dallo Stato, dalle Provincie, dai Comuni, dai consorzi e da altri Enti pubblici, e agli opifici e laboratori annessi sia a case di salute sia a ospizi, ospedali e altri istituti di beneficenza. Le disposizioni che seguono, invece, non saranno applicate al lavoro a bordo delle navi, nè ai lavori sotterranei delle cave, delle miniere e delle gallerie.

Disposizioni relative alle aziende industriali e commerciali. — Il lavoratore di dette aziende deve essere avvisato del pericolo cui si espone e informato dei mezzi di preservazione adatti, qualora vengano adoperate nel suo lavoro o si svolgano dal lavoro stesso materie asfissianti, tossiche, infettanti o comunque nocive alla salute. D'altra parte, le materie prime e i prodotti o rifiuti, che abbiano proprietà tossiche o caustiche, devono essere custoditi in recipienti a perfetta chiusura e devono essere contrassegnati dalla parola «veleno» e dal segno del teschio.

Nelle aziende industriali, con almeno 25 operai, deve trovarsi sempre una cassetta di pronto soccorso, per prestare le prime cure ad un individuo ferito o colpito da malore improvviso; nelle altre aziende industriali deve trovarsi almeno un pacchetto di medicazione. In ogni azienda, poi, in cui il lavoro presenti rischi di scoppio, di asfissia, di infezioni o di avvelenamenti, quando il numero degli operai sia superiore ai cinque, dovrà esservi anche una camera di medicazione, con un lettuccio, una bacella e acqua da bere e per lavarsi. Nelle lavorazioni industriali, ove si producano sostanze tossiche o infettanti, i lavoratori dovranno essere visitati da un medico, prima della loro ammissione al lavoro e anche, a intervalli, successivamente, per accertarne la resistenza o meno individuale e la conservazione del buono stato di salute; sarà inoltre indicato il recapito del medico cui, in caso di bisogno, si potrà ricorrere, e, nelle industrie pericolose, vi sarà un infermiere per i primi eventuali pronti soccorsi, in attesa del medico.

I locali per le aziende industriali, costruiti dopo la data del presente regolamento, dovranno avere un'altezza non inferiore a m. 3, una cubatura non inferiore a mc. 10 per persona e una superficie di almeno mq. 2 per persona; i locali già costruiti avranno un altezza minima di m. 2.50 e una cubatura di mc. 8 per persona. I locali inoltre saranno ben difesi contro gli agenti atmosferici; ne sarà assicurato un conveniente ricambio dell'aria saranno asciutti e ben difesi contro l'umidità; avranno pavimenti e pareti tali da permettere una facile pulizia; saranno convenientemente illuminati, ove particolari condizioni non impongano diversamente con luce diretta naturale; godranno di una temperatura adatta e, se questa è ottenuta artificialmente, si baderà ad un tiraggio sufficiente pei prodotti della combustione. L'operaio sarà riparato dalle irradiazioni calorifiche, e, con lenti affumicate o altro, dalla luce troppo viva; si provvederà alla difesa dell'aria dagli inquinamenti con prodotti nocivi, si forniranno i locali di acqua corrente per bere e lavarsi; non si accumuleranno nei locali materiali putrescibili e suscettibili di dare emanazioni sgradevoli; la pulizia dei locali sarà fatta in ore di non lavoro e sollevando il minimo possibile di polvere o con aspiratori, nonchè si disporranno nei locali stessi sputacchiere.

In ogni azienda industriale e commerciale, inoltre, nelle immediate adiacenze vi sarà almeno una latrina igienica, eventualmente latrine separate per uomini e donne; il numero delle latrine non sarà inferiore ad 1 per ogni 40 persone occupate nell'azienda. Nelle aziende con ambienti molto polverosi o ricchi di fumo, ecc. vi saranno dei bagni per la pulizia dell'operaio alla fine del lavoro, e nelle aziende, ove gli addetti possono bagnarsi durante il lavoro, degli adatti spogliatoi.

Norme igieniche dettate anche dal presente regolamento riguardano i locali adibiti a uso di refettorio, alle camere di allattamento e ai dormitori stabili o temporanei. Circa poi i carichi dei quali possono essere gravati gli operai, è stabilito che i pesi non possono essere superiori ai seguenti: a) Trasporto a braccia o a spalla: maschi sotto i 15 anni, Kg. 15; maschi dai 15 ai 17 anni, Kg. 25; femmine sotto i 15 anni, Kg. 5; femmine dai 15 ai 17 anni, Kg. 15; femmine sopra i 17 anni, Kg. 20. b) Trasporto con carretti a tre o a quattro ruote su strada piana: otto volte i pesi precedenti, compreso quello del veicolo. c) Trasporto con carretti su guide di ferro: venti volte i pesi precedenti, compreso il peso del veicolo.

Disposizioni relative alle aziende agricole. — Per queste, le principali disposizioni dettate dal presente regolamento sono le seguenti: Non possono essere adibiti a abitazioni o dormitori, le grotte naturali le capanne di tutta paglia, a meno che non si tratti di temporanei ricoveri diurni e di ricoveri per pastori durante il solo periodo del pascolo. Le stalle non devono comunicare direttamente con i locali di abitazione, devono essere fornite di pavimento impermeabile e ne deve essere assicurato lo scolo delle deiezioni liquide; le concimaie devono trovarsi a non meno di 25 metri dalle abitazioni e dai depositi di condutture e acque potabili. E' presa inoltre in considerazione l'igiene degli acquai, delle latrine e dell'acqua potabile di dette aziende. Quando, poi, in queste si compiano lavori nei quali si producano sostanze asfissianti, tossiche o infettanti, ecc. si applicheranno le stesse disposizioni impartite per le aziende industriali e commerciali.

L'ultima parte del Regolamento riguarda norme sulla vigilanza per l'applicazione delle predette disposizioni — la quale verrà esercitata sotto la direzione dei Circoli di ispezione del lavoro in collaborazione con le altre autorità sanitarie — e stabilisce le varie penalità per i contravventori alle norme su elencate.

Costituzione dell'Associazione nazionale fascista dei Medici condotti

Con R. D. 12 maggio 1927 (v. *Gazzetta Ufficiale*, 27 maggio 1927, n. 122) è stata autorizzata la costituzione dell'Associazione nazionale fascista dei medici condotti, aderente all'Associazione generale fascista del pubblico impiego. Lo stesso Decreto pubblica lo Statuto di detta Associazione che, in breve, riportiamo.

Secondo tale Statuto l'Associazione ispira la propria azione ai principi fondamentali del Fascismo, e si propone compiti morali, culturali ed assistenziali.

Il compito morale si esplica promuovendo la formazione nella classe dei medici condotti e nel Paese di una sana coscienza igienico-sanitaria, dalla quale possa conseguire la migliore preparazione ed applicazione delle più feconde provvidenze sanitarie, a beneficio di tutta la Nazione, ed in ispecie alle popolazioni rurali, tra le quali quasi totalmente si svolge la funzione dei medici condotti.

Il compito culturale si attua, promuovendo il rinnovamento della cultura dei medici condotti, mediante corsi speciali accelerati presso ospedali ed università, conferenze e congressi per la trattazione delle più importanti questioni riguardanti l'assistenza igienico-sanitaria, le malattie sociali, gli infortuni dei lavoratori in genere e di quegli agricoli in ispecie.

L'Associazione, esclusivamente a mezzo degli organismi centrali responsabili, provvede all'esame delle proposte inerenti al trattamento giuridico ed economico dei propri associati, esame che persegue il fine di rendere note alle Amministrazioni con opportune memorie illustrative, le aspirazioni dei medici condotti, caldeggiandone l'accoglimento in armonia con le superiori esigenze della Nazione.

Il compito assistenziale consiste nella creazione di opere di mutualità di previdenza e di assistenza a favore dei medici condotti e delle loro famiglie.

Sarà cura dell'Associazione di istituire uffici legali per la consulenza tecnica riguardante la carriera, il servizio e le pensioni dei medici condotti in rapporto alle leggi ed ai regolamenti dello Stato.

Gli organi dirigenti centrali dell'Associazione sono: il segretario nazionale e il Direttorio nazionale.

Il segretario nazionale viene nominato dal segretario generale dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego, previa autorizzazione del Ministero delle corporazioni, sentito il Ministero dell'interno.

Egli provvede a tutto il funzionamento ed alla disciplina dell'Associazione; la rappresenta; ne dirige gli uffici centrali; esamina col Direttorio i vari problemi interessanti la sua vita ed il suo sviluppo; stabilisce annualmente i contributi, in accordo con gli organi dirigenti dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego, dei quali esegue gli ordini emanando tutte le disposizioni del caso.

Il Direttorio è nominato dal segretario nazionale, previo nulla osta del segretario generale dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego.

Esso si riunisce quante volte il segretario nazionale lo crede opportuno.

Il Direttorio nazionale ha il compito di:

a) coadiuvare il segretario nazionale nella esplicazine delle sue funzioni;

b) eseguire le deliberazioni dei Congressi;

c) attuare il programma generale dell'Associazione;

d) assumere in caso di necessità, e salvo ratifica, i poteri del Congresso.

Digitized by Google

I membri del Direttorio possono essere delegati a funzioni ispettive nel campo dell'Associazione.

Il Congresso nazionale è composto dei segretari provinciali dell'Associazione. Ad essi è riservato il diritto di voto. Possono parteciparvi tutti gli iscritti. E' convocato ogni due anni dal segretario nazionale.

Sono di sua specifica competenza:

a) l'esame delle direttive generali dell'Associazione;

b) le deliberazioni sulle questioni di maggiore importanza riguardanti l'ordinamento e le funzioni dei servizi di assistenza sanitaria a carico dei Comuni e delle Opere Pie per la condotta medica;

c) l'esame dei resoconti morali e finanziari, e la ratifica delle deliberazioni prese di urgenza dal segretario nazionale e dal Direttorio nazionale.

L'Associazione ha base nazionale e provinciale.

L'Associazione nazionale è composta di sezioni provinciali, queste a loro volta, possono avere delle sottosezioni circondariali. Le sezioni provinciali sono dirette da un segretario, nominato dal segretario nazionale dell'Associazione in accordo con le Segreterie provinciali dell'Associazione nazionale fascista del pubblico impiego, Sezione dipendenti enti local., e da un Direttorio eletto dall'assemblea dei soci, e composto al massimo di sette membri.

Le sottosezioni circondariali, ove saranno ritenute necessarie dal Direttorio provinciale, saranno rette da un fiduciario nominato dal Direttorio provinciale, e da un Direttorio circondariale, eletto dall'assemblea degli iscritti.

Possono iscriversi all'Associazione tutti i medici condotti che abbiano dato prova di leale adesione al Regime, e che dichiarino esplicitamente, sul loro onore, di non appartenere ad Associazioni i cui fini siano in contrasto con il Regime fascista.

I medici condotti tesserati dal Partito Nazionale Fascista, hanno l'obbligo di iscriversi all'Associazione.

Non possono rivestire cariche dell'Associazione i medici condotti non inscritti al Partito Nazionale Fascista e che non siano in effettivo esercizio del servizio di condotta medica. Il Consiglio di amministrazione è composto dal segretario nazionale, che lo presiede, dal segretario amministrativo, dal cassiere-economo, e dal Direttorio nazionale. Le deliberazioni prese, in via d'urgenza, dal segretario nazionale, devono essere ratificate dal Consiglio di amministrazione.

L'amministrazione è vigilata da un Collegio di tre revisori dei conti, nominati dal Congresso Nazionale.

Al Collegio dei revisori dei conti sarà sottoposto, per l'approvazione, il bilancio dell'Associazione, nell'anno in cui avrà luogo il Congresso. Tale bilancio, sarà tuttavia sottoposto anche al Congresso, per la ratifica delle deliberazioni del Collegio dei revisori dei conti.

Il bilancio annuale sarà sottoposto per l'approvazione alla Segreteria amministrativa centrale dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego.

Al principio di ogni anno la Segreteria nazionale provvederà al tesseramento di tutti i Soci, secondo le direttive impartite dall'Associazione generale fascista del pubblico impiego.

L'esercizio dei poteri disciplinari avverrà nelle forme che saranno stabilite dal regolamento.

I provvedimenti, presi a carico delle Segreterie provinciali, debbono però essere ratificati dalle gerarchie dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego.

NOTIZIE

XII Congresso Internazionale di Idrologia, Climatologia e Geologia Medica.— Si radunerà a Lione dal 5 al 9 ottobre 1927. Avrà tre Sezioni; 1° Idrologia sotto la presidenza dei Professori Pinilla e Sellier. Vi saranno svolte le seguenti relazioni: Equilibrio acido-basico e terapia idrominerale; relatori: Glenard, Mathieu de Fossey e E. Manceau; Ginecologia medica e cure idrominerali; relatori: Dr. David, Mace de Lepinay, Magrez, Pierra; Le basi patogeniche delle cure idrominerali in ginecologia; relatore G. Cotte; Torio e cure idrominerali; relatori: Cluzet e Chevallier.

II. Climatologia; Presidenti Prof. Ceresole e Chassevant: vi saranno svolte le seguenti relazioni: Radio-attività dell'atmosfera e sua azione in climatologia; relatori: Pech, Lepape. Il simpatico in climatologia; relatori: Laignel-Lavastine, Dr. Sardou.

III. Geologia e organizzazione scientifica delle stazioni di cura. Presidente Prof. Deperet-Mayet.

Vi saranno svolte le seguenti relazioni: L'origine geologica delle acque minerali radio-attive; relatore: Pierre Urbain. L'ordinamento scientifico d'una stazione idrominerale radio-attiva; relatori: Milhaud, Piery e Pierre Urbain.

Al Congresso sarà annessa una Esposizione internazionale delle stazioni idrominerali, climatiche e marine. Per dettagli e informazioni rivolgersi al Prof. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

XVIII Congresso della Società Freniatrica italiana.— Sarà tenuto a Trento, dall'8 all'11 settembre 1927, il XVIII Congresso della Società Freniatrica italiana. Temi prescelti per le relazioni ufficiali sono: 1. « Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e con le psicosi » (relatori, proff. Ayala e Boschi). 2. « Le alterazioni della citoarchitettonica corticale nelle malattie mentali » (relatori, proff. Cerletti e Bonfiglio). 3. « La capacità civile degli infermi ed anormali di mente nella legislazione attuale e possibili riforme di questa » (relatori, proff. Cappelletti e V. Bianchi).

Presidente del Comitato organizzatore del Congresso è il prof. Alberti, direttore del Manicomio di Pergine (Trento). Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Presidenza in Genova, Casella Postale 879.

Nell' Istituto Nazionale V. E. III per lo studio e la cura del cancro. — Il direttore generale dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per la cura e lo studio del cancro è stato nominato il prof. gr. uff. Gaetano Fichera, della R. U. di Pavia; a condirettori dirigenti di sezioni sono stati nominati i profi. Alberto Pepere e Pietro Rondoni, della R. U. di Milano.

Sanatorio antimalarico E. Marchiafava. — Questo Sanatorio antimalarico fu fondato nel 1918 dal Comune di Roma nei locali di S. Egidio, per iniziativa del prof. sen. Ettore Marchiafava, allora assessore dell'Ufficio di Igiene. Esso ricovera i piccoli figli dell'Agro Romano, raccolti dalle zone più colpite dalla malaria, ed ogni anno vi passano circa 700-800 bambini scelti fra quelli più colpiti dall'infezione.

Nel Sanatorio, ora diretto dal prof. De Rossi, si compie l'opera di bonifica con la chinina e le altre cure del caso ed oltre alle cure fisiche si impartiscono ai piccoli utili cognizioni d'igiene, specialmente nei riguardi della malaria, nonchè nozioni patriottiche, religiose e morali: i piccoli malati, così, tornando nelle loro famiglie diventano anche propagandisti della piccola bonifica antimalarica.

Assegnazione del premio della Fondazione E. Marchiafava.— Il premio della Fondazione Ettore Marchiafava, della somma di L. 8.000, per i migliori lavori di anatomia patologica e di patologia sperimentale pubblicati durante l'ultimo quinquennio, è stato assegnato in parti uguali al prof. Ugo Soli, titolare della cattedra di anatomia patologica della R. U. di Palermo, per i suoi lavori sull'arteriosclerosi sperimentale da Spiroptera sanguinolenta, ed al prof. Raffaele Brancati, aiuto nella Clinica Chirurgica della R. U. di Roma, per le sue ricerche sul cancro sperimentale interno da catrame.

Assegnazione del premio della Fondazione Mazzoni. — Il premio della Fondazione «Gaetano Mazzoni» presso la R. Università di Roma, per l'anno accademico 1925-26, è stato conferito alla dottoressa Elena Civico.

V Congresso internazionale di Genetica. — Si adunerà a Berlino, dall'11 al 18 novembre 1927, il V Congresso internazionale di Genetica. Lingue ufficiali, stabilite per ora, saranno la francese, la tedesca e l'inglese. Una parte del Congresso riguarderà la medicina. La tessera di membro costa 15 RM.; il resoconto sarà messo a disposizione dei membri al prezzo di 30 RM. Durante il Congresso si terranno feste e ricevimenti; alla fine avranno luogo una gita a Potsdam ed una escursione ad Halle.

Istituzione di un Ufficio di informazioni termali e climatiche a Parigi. — Per facilitare coloro che intendono praticare cure nelle stazioni termali e climatiche francesi, si è costituito a Parigi, rue Royale, 15, un Ufficio dove è possibile ottenere tutte le informazioni relative allo stabilimento da scegliere, alle condizioni più favorevoli di permanenza in esso, ecc.

Per la decadenza dei liberi docenti. — Con recente circolare il Ministro della P. I., considerando la opportunità che i liberi docenti residenti all'estero in qualità di direttori o di primari di ospedali non vengano sottoposti alla dichiarazione di decadenza dall'abilitazione per mancato esercizio quinquennale dell'insegnamento, ha comunicato ai Rettori delle RR. Università che anche l'ufficio di direttore o di primario in ospedali dell'estero deve essere compreso fra i casi di legittimo impedimento alla libera docenza. (da *L'Università Italiana*, n. 3, 1927).

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 30 Maggio 1927 — N. 22

NOTE DEL GIORNO

LA POLITICA SANITARIA DEL GOVERNO

« In uno Stato bene ordinato la cura della salute fisica del « popolo dev'essere al primo posto ».

Prima del 26 maggio 1927, non mai, in Italia, un Capo di Governo, con asserzioni così recise e profonde, aveva prospettato alla Camera dei Deputati il valore della salute per il fine supremo del progresso nazionale.

Nella politica sanitaria, come in ogni altro problema relativo alla vita dello Stato, il Duce mira alle radici.

Perciò affronta il problema della salute pubblica in tutta la sua complessità: dalla pellagra all'alcoolismo, dalla tubercolosi e dalla malaria all'urbanesimo ed alla natalità.

Il discorso del 26 maggio è squilla di battaglia nel campo della igiene sociale e alla squilla tutti hanno il dovere di rispondere: presente! Risponderanno, anzitutto, le schiere dei medici condotti e degli ufficiali sanitari: i militi più immediatamente impegnati nella lotta di redenzione dai mali sociali e sempre anelanti all'azione, che, nel richiedere il sacrificio, ne assicurì ed elevi il prestigio e li compensi degnamente delle diuturne fatiche.

Anche in condizioni meno favorevoli di oggi, la Direzione Generale di Sanità Pubblica del Regno è stata attamente benemerita in quella lotta per opera del degnissimo Capo, Grand'Uff. Messea e dei suoi collaboratori egregi. Oggi il forte volere del Capo del Governo assicurerà che la battaglia per la pubblica salute s'ingaggi e si svolga in grande stile.

Vittorio Veneto mostrò al cospetto dei nemici ed anche degli alleati la potenza militare dell'Italia risorta. Nel campo della politica sanitaria, per il quale il Duce ha chiamato all'appello le forze tutte della Nazione, la vittoria mostrerà che l'Italia vuole e fortemente vuole la rigenerazione immanente della salute in ogni regione ed in ogni cittadino. Questa rigenerazione è arra sicura di progresso nella capacità produttiva, nelle risorse economiche, nel carattere morale.

Un popolo saldo nella salute del corpo e della mente ha la gioia di vivere in fraterna cooperazione all'interno ed è rispettato e temuto all'estero.

La Riforma Medica.

CONFERENZE

CELEBRITÀ MEDICHE DEL SANNIO ALLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Riassunto della Conferenza del prof. MICHELE LANDOLFI alla Sezione Napoletana di « Humanitas » (29 maggio 1927)

Il Sannio, regione ideale storica indefinita, non più realtà esistente, perchè frantumata in diverse province, che appartengono in oggi a regioni diverse, è ricca di uomini illustri, non solo per la medicina, che, attratti dalle malie estetiche e scientifiche di Napoli, vengono e permangono in questa divina metropoli, svolgendo quivi ogni loro attività.

Nulla l'O. dirà della fioritura medica vivente: Giovanni Pascale, Giuseppe Pianese, Andrea Ferrannini, Luigi Ferrannini, Luigi d'Amato, Francesco Paolo Sgobbo, Gabriele Tedeschi, Domenico Pace, Alfonso Pirera, Vincenzo Bianchi, Nicola Fede, Angelo Zuccarelli, generale medico Petella, Fragnito, ecc.

Per contro delle grandi figure della medicina, vissute dopo fondazione del regno italico, ed omai scomparse, così come a lui apparvero, in una visione magica avuta, nell'ora del tramonto, in un giorno della passata primavera, durante un viaggio nella storica Valle Caudina, dirà con parole tumultuose e riboccanti di sentimento.

Aperto dal grande Pietro Ramaglia, sfilano in lungo trionfale corteo tutta una teoria di uomini illustri, che rivivono sotto le frasi toccanti dell'oratore: Angelo Maria Maffucci, Luigi Amabile, Felice de Rensis, Michele Pietravalle, Michelangelo Fedicini, Arcangelo de Fabritiis, Giuseppe Biondi, Adolfo Biondi, Ferdinando Fazio, Enrico de Renzi, Salvatore de Renzi, Modestino del Gaizo, Francesco Fede, Domenico Capozzi, Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi, Gaetano Rummo, Penta, de Dominicis, Giuseppe Moscati, ecc.

« Adunque », esclama l'O., « quanti nomi gloriosi, che formano tutto il nostro orgoglio di sanniti e d'italiani! E quanti ne potrei aggiungere, ove per poco, come avrei potuto e dovuto, avessi esteso i confini del Sannio, fin, per esempio, a Roccaraso, dove sfolgora sublime il genio di Salvatore Tommasi! ».

Non potendo riportare in *Riforma Medica* tutto quanto l'O. dice in merito a ciascuno di essi, in ispecie di Pietro Ramagna, di Francesco Fede, di Enrico de Renzi, di Domenico Capozzi, di Antonio Cardarelli, di Gaetano Rummo, di Leonardo Bianchi, di Giuseppe Moscati, dei quali più ampiamente tratteggia le nobili figure, ci limitiamo a riferirne solo qualche brano.

Riguardo a Domenico Capozzi, l'O. così si esprime:

« Omai è tempo di ricordare Domenico Capozzi, il più equilibrato e perfetto clinico che mai abbia avuto Università al Mondo! Al nome caro e venerato di Lui un fremito di commozione mi assale, e mai come in questo momento sento la pochezza del mio dire di fronte ai sentimenti che si agitano nel mio spirito! Nulla vorrei ripetere, perchè nulla mi sembra degno di tanto Uomo! Vorrei per lo meno possedere il verbo alato che Pietro Castellino adoperò quando alla R. Accademia Medico-Chirurgica notomizzò il metodo diagnostico di Antonio Cardarelli!

Ma consentite una digressione;! Io ho avuto parecchi maestri egregi, ma quattro sopra tutto hanno diritto alla mia particolare riconoscenza: Gennaro Petteruti, mirabile insegnante dell'Analisi Semeiologica, come Domenico Capozzi lo fu della Sintesi Clinica, Gaetano Rummo dell'Innesto felice delle indagini da laboratorio su quelle cliniche, e come lo è, in oggi, in tutto il suo splendore, Pietro Castellino, senza adulazione, il creatore vero di gran parte dell'Endocrinologia, mirabile insegnante dico di quel dinamismo clinico che fa spiccare voli arditi al pensiero medico mai sazio di penetrare più addentro nel mondo dell'ignoto!

Ad essi devo il poco che valgo, con essi ho vissuto successivamente tutta la mia vita! Eccovi spiegato lo stato di animo mio al ricordo solo di Domenico Capozzi, che pel primo volle, fortemente volle, che giovanissimo, appena laureato, io mi dessi all'insegnamento. Il ciglio mi si inumidisce alla rievocazione delle care sembianze di quel vecchietto simpatico, dal caratteristico e reiterato gonfiar delle gote!

Fu Maestro davvero singolare, e l'insegnamento, nel più ampio senso della parola, fu senza alcun dubbio, il suo più grande titolo di gloria: la sua vita istessa è tutta un insegnamento!

Dignitoso, austero, metodico, onesto, sopra tutto onesto, fu un impasto di Socrate e Kant, e se talvolta fu accusato di misantropia, egli per altro non fu mai un Alceste! Certo compiacevasi della solitudine, nella quale però non era mai solo, perchè gli erano compagni prediletti ad alterne vicende Morgagni e Giusti, Virchow e Manzoni, Cesare e Platone!

Rude in apparenza, aveva un cuore d'oro: il vero tipo del burbero benefico; fu severo solo con sè stesso, indulgente con gli errori degli altri; provò un odio solo, contro i mentitori, essendo la lealtà la gemma più fulgida del suo nobile carattere; in un'epoca in cui tutti conoscevano i loro diritti, qualcuno forse anche i doveri, egli conobbe solo questi; avvicinatolo, si rimaneva avvinti a Lui per la vita, e non si poteva non amarlo; modesto sempre, non ambì cariche, nè onori, e spesse fiate rifiutò tante soddisfazioni nella vita, che altri avrebbe vivamente agognate; dalla politica si tenne deliberatamente lontano, anche quando poteva essere strumento di pace tra i partiti che straziavano le sue contrade natìe; moderato, tipo Cavour, amò di immenso amore la Patria, e le gioie ed i lutti d'Italia furono suoi; in religione fu cattolico, ma non bigotto; fu scrupoloso fino all'eccesso; ma

Digitized by Google

sì ciò gli tarpò le ali per voli più arditi, fu per certo una delle precipue ragioni del favore inestimabile con cui fu accolto dalla umanità sofferente!

Domenico Capozzi fu clinico sommo, esperto e coscienzioso, analizzatore perspicace, nella diagnosi maestro, divinatore e pronosticatore superbo, terapista miracoloso: fu giustamente paragonato con quei condottieri che sui campi di battaglia salvano milioni di militi votati alla morte, per virtù di una grande e sconfinata esperienza!

Certo fu diagnosticatore infallibile, il vero emulo di Antonio Cardarelli, questi più pronto, quegli più ponderato. Nei dieci anni che sono stato accanto a Lui, mai o al ferro chirurgico o al tavolo anatomico, mai dico, ho visto una sua diagnosi sbagliata! Orator fit, poeta nascitur, disse Cicerone. Noi diciamo: Medicus nascitur atque fit! E non diciamo di certo: medicus nascitur aut fit! Se manca un indispensabile naturale intuito, più o meno divino, se manca l'esperienza degli anni, acquisita dopo severi e profondi studii, specie su migliaia di infermi, medico non si è mai! A Capozzi fu esuberante l'uno e l'altra. Fu noto per contro in passato qualcuno dei grandi scienziati, senza quel tale bernoccolo, che mai imbroccarono una diagnosi!

Nella prognosi Domenico Capozzi fu semplicemente meraviglioso, da rivaleggiare con le divinazioni di Biagio Lauro, di quel Biagio Lauro, tanto per dirne una, che annunziò, alla sola ispezione, senza voler praticare altra osservazione, la morte di un infermo tubercolotico all'Ave Maria dell'ottavo giorno della sua osservazione, morte che si avverò come quell'insigne Uomo aveva predetto, fra lo sbalordimento di quanti assistettero all'avvenimento! E' da notare che mentre i progressi nella diagnostica e nella terapia in oggi sono innegabili, per contro è difficile riscontrare un buon pronosticatore. Certo l'estensione della cultura, chimica-clinica, microscopica, radiologica, batteriologica, biologica, è a danno della profondità dello studio degl'infermi con i soli nostri sensi, per cui manca quello stato d'ipersensibilità che agli antichi era indispensabile per vincere tutte le difficoltà!

Nella terapia fu davvero insuperabile, anche perchè ebbe fede sconfinata in essa, a differenza di Antonio Cardarelli, che di certo fu alquanto più scettico; ma, come Antonio Cardarelli, adoperò i mezzi semplici, senza arrivare alla polifarmacia ragionata di Gaetano Rummo o alle esuberanze riprovevoli di altri!

Domenico Capozzi aveva sopra tutto questo gran merito: egli era convinto di quel che diceva o faceva e sapeva molto egregiamente trasfondere queste sue convinzioni anche agli altri!

Durante la lezione Domenico Capozzi si trasformava, sembrava talvolta ispirato, ma era sempre presente a sè stesso. Si andava da lui come ad una festa, perchè sapeva esporre, rendendola gradita assai, anche la materia più arida, con un metodo che aveva del Socratico, con uno stile sobrio e scultoreo nel pensiero, ed elegante nella forma, condito di sano umorismo e tal fiata di indispensabili salaci geniali allusioni che mettevano una nota gaia nell'uditorio, che pendeva silenzioso dalle sue labbra d'oro, per non perderne una parola, e si usciva, al termine della lezione, dall'aula, contenti e soddisfatti, per il diletto intellettuale goduto, e supremamente convinti che mai più si sarebbero dimenticati i quadri morbosi osservati, e i metodi di cura dei quali si era intravista l'efficacia miracolosa.

Dopo ciò è facile comprendere che cosa diveniva l'aula d'insegnamento di Domenico Capozzi durante l'ora di lezione. Un vero torrente umano di medici e studenti si riversava nella storica 7ª Sala uomini degl'Incurabili per udire la voce del popolare ed amato Maestro. Tutta l'anima goliardica meridionale, vibrante di entusiasmo, si espandeva in grida di evviva nel vedere apparire quella figura veneranda; ed al termine della lezione, ogni giorno, quasi una processione trionfale lo accompagnava fino a casa, fra applausi incessanti, reiterati, ai quali partecipava con eguale fervore il popolo del vicinato, che ammirava ed adorava l'Uomo così insigne.

E Domenico Capozzi, il Maestro più idolatrato dalla unanimità degli studenti, meritava questi onori, perchè ebbe il merito di aver plasmato alla perfezione una teoria infinita di medici pratici, che benedicono e benediranno ancora e sempre, fino all'ultimo superstite quell'insegnamento così giovevole agli scopi finali della medicina!».

Dopo di aver tratteggiata con frasi scultoree la figura titanica di Antonio Cardarelli, l'O. fa un parallelo tra questi e Leonardo Bianchi, che riportiamo integralmente:

« Ma quali espressioni adoperare, in oggi, per dire delle virtù eccelse di quel Mago della penna e della parola che fu Leonardo Bianchi?

Come Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi, genio possente e creatore, direttamente plasmato dagli Dei, raggiunse l'apice di ogni successo, in quanto il suo nome sulle ali della gloria valicò i confini della Patria e si sparse pel Mondo come simbolo purissimo dell'immortale scienza medica napoletana!

Come Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi esercitò un fascino straordinario leggendario su quanti avevano la fortuna di avvicinarlo, e non si contano le innumerevoli schiere di discepoli, che ascrivono a singolare onore l'averlo avuto a Maestro e di malati, che guariti da Lui, hanno benedetto Iddio che ha consentito la nascita di tanto Uomo!

Come Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi visse di luce propria, e non ebbe mai bisogno di attingere all'Estero neppure un briciolo del pensiero altrui come luminosamente lo attesta il suo immortale *Trattato di Psichiatria*, una delle opere più poderose, più complete, più originali, prodotte dalla mente di scienziato italiano!

Come Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi parve in tarda età ringiovanire e la vita sembrò per entrambi, non solo per il corpo, ma sopra tutto per la mente, un'eterna primavera rispettivamente di fervide attività e geniali creazioni! Ma mentre Antonio Cardarelli, pur permettendo al suo genio fecondo qualche piccola incursione in altri campi, come il politico o il letterario, manifestando sempre la sua alta personalità, tutto si concentrò nello studio della Medicina interna, dove come clinico e come Maestro, fu, si può dire, unico al Mondo, Leonardo Bianchi per contro fu poliedrico nel più esteso senso della parola, e fu uomo politico, scienziato, clinico, psichiatra, letterato, oratore, poeta, sociologo, educatore, Maestro, ecc. riuscendo sempre e dovunque a stampare orme indelebili della sua possente genialità.

Quanto l'uno fu profondo nel campo della diagnostica tanto l'altro fu esteso in varii campi dell'umana attività. L'uno, tutto chiuso in sè, negli ultimi anni visse sopra tutto della gloria del suo nome, che tanta luce irradiava anche da lungi, l'altro per contro non era mai sazio di prodigarsi in sempre nuove attività, ed in tarda età fu entusiasta assertore delle dottrine eugeniche, col medesimo fervore col quale era stato Maestro, Rettore della Università, Deputato, Ministro, Conferenziere, Direttore di Clinica Psichiatrica e del Manicomio, ecc. e mentre a 75 anni scriveva la *Meccanica del Cervello*, a 77 compiva il Trattato su l'*Eugenica!*

L'uno morì nel suo letto serenamente com'era vissuto, tranquillo e sicuro dell'adorazione dei medici e dei maestri; l'altro morì sul campo di battaglia, come il soldato, mentre ancora stupiva con i suoi fiumi di incomparabile e fascinatrice eloquenza i suoi ascoltatori, nella R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Ai funerali di entrambi trasformati in una vera apoteosi chi assistette ebbe la visione dell'infinito nella gloria. I due immortali spiriti, sorti dalle nobili bare, parevano aleggiare sulla folla, dando una sensazione che non si oblierà più mai!

E solo la marcia funebre di Sigfrido, poichè il Walhall era infranto, aveva il diritto di accompagnare i due Numi nel regno dell'infinito!».

In fine ecco le sentite frasi che l'O. adopera quando ricorda il nome glorioso di Gaetano Rummo:

« Della sublime figura di Gaetano Rummo quì vo ricordare sopra tutto il clinico incomparabile, lo scienziato geniale, il Maestro sommo ed il giornalista medico unico al mondo!

Ma chi oserà descrivere la multiforme attività del genio di Uomo tanto insigne, nato a provare la origine divina della stirpe di Adamo, destinato a rendere vera la leggenda di Prometeo?

Al nome fatidico di Gaetano Rummo, chi non rianda alla mente, in sublime rievocazione, e le falangi degli ammalati che o sperimentarono una sua cura miracolosa ovvero ebbero una di quelle diagnosi che fanno riconoscere un singolare genio clinico in individui privilegiati dai Numi; e la numerosa teoria di lavori che tanto fecero progredire le mediche discipline; e le legioni di discepoli, che mai oblieranno le sue magistrali lezioni, organiche, poderose, complete, moderne?

Digitized by Google

Chi non ricorda sopra tutto le sue attraenti lezioni sull'Isterismo e sull'ipnotismo, degne di Lui, discepolo di Charcot, e ancora più quella su di un soggetto, che contemporaneamente presentava in metà del corpo fenomeni di letargia, e nell'altra metà fenomeni di sonnambulismo o di catalessia, documentando in tale guisa la natura doppia della psiche umana, lo sdoppiamento della personalità, il sì ed il no che nel capo si tenzonano, l'uno forse attributo dell'emisfero destro del cervello e l'altro dell'emisfero sinistro, documentando ancora la legge dei contrasti, la legge del dubbio sia questo amletiano o faustiano? Chi ignora tra le sue immortali produzioni scientifiche, la Cardioptosi ed il Geroderma genito-distrofico? Quella cardioptosi cui ha omai legato nei secoli il suo nome, e che dette luogo, nel momento in cui il tedesco Rumpf tentava di sottrargliela col suo cuore mobile ad una polemica, in cui il Rummo spiegò un linguaggio sì logico e sì geometrico che Spinoza gl' invidierebbe? Quel geroderma genito-distrofico che porta il nome di Rummo e Ferrannini Andrea, che è tutta una squilla in tema di endocrinologia, che è una delle poche sindromi degne di figurare accanto a quelle classiche di Flajani, di Marie, di Addison, di Castellino-Cruveilhier, ecc.; e che è il primo magnifico e classico esempio di sindromi pluriglandolari, oscenamente, anche da autori italiani attribuite a scienziati francesi?

Non fu egli, che si vantava di essere stato discepolo di Domenico Capozzi, il più perfetto coordinatore di quello che fu la medicina antica, specie l'esame clinico secondo i dettami della scuola medica napoletana, e delle indagini da laboratorio moderne, che tutte conobbe ed assimilò? E chi può obliare infine e sopra tutto la *Riforma Medica?*

Non è possibile scindere il nome di Gaetano Rummo da quello di questo glorioso giornale. Il pensiero vola ad entrambi come ad un tutto uno ed indissolubile.

La *Riforma Medica* balzò fuori dal cervello di Gaetano Rummo come un organismo poderoso e completo di coltura, di civiltà e di propaganda scientifica, e fu un miracolo vivente la sua stessa esistenza! Fu il miglior monumento che Rummo elevò a sè stesso.

Nata in un'epoca di rinnovamento semplicemente colossale delle discipline mediche, la *Riforma Medica* ha accolto nelle sue pagine tutto quanto è stato oggetto di studio, di discussione, di esperienze nel mondo intero, e moltissimi nuovi veri furono banditi dal forte giornale. Non è possibile ripetere quale influsso benefico abbia esercitato in Italia il grande periodico. Molto più facile è dire i motivi per cui la *Riforma Medica* rimase salda, come una quercia, che nessuna bufera abbattette mai!

La *Riforma Medica* non fu l'esponente di una determinata scuola, ma tutte le rappresentò ed accolse nel suo seno, per cui fu da vero la banditrice della scienza medica mondiale. In essa non vi furono nè passionate tenerezze per alcune di quelle, nè astiosi ostracismi per altre. Ogni lavoro degno di tal nome fu pubblicato, ogni cosa mediocre fu senz'altro respinta. In ciò Gaetano Rummo fu inflessibile cogli amici più cari, con i suoi stessi discepoli!

La *Riforma Medica* non fu mai una speculazione finanziaria. Ma solo la fiaccola dell'ideale più puro la guidò a traverso il cammino aspro e battagliero della sua nobile esistenza. Nessun lavoro di *réclame* apparve mai nell'onesto periodico. A tal proposito Gaetano Rummo aveva accenti fieri e sdegnosi contro coloro che prostituivano la medicina e il giornalismo medico in guisa così indegna e pareva affetto da santa idrofobia di carducciana memoria.

La *Riforma Medica* fu con Gaetano Rummo strumento sempre del più puro patriottismo e di rivendicazioni italiche, ed omai è nota quale opera di energia morale abbia esercitato in Italia durante la guerra mondiale il magnifico periodico.

La *Riforma Medica* infine non rimase mai fossilizzata in sè stessa, ma fu un organismo sempre rinnovantesi. Quì si rivelò intero il genio di Gaetano Rummo. Ogni annata della *Riforma Medica* non fu mai eguale alla precedente, sempre nuova e sempre migliore di sicuro. Nel 1914, dopo 30 anni dalla sua fondazione, Rummo ancora una volta riunì in sua casa la redazione al completo con l'aggiunta di parecchi professori per prendere nuovi accordi onde migliorare sempre più la *Riforma Medica*. Tutti rimasero conquisi dalla perenne giovinezza dell'uomo insigne. Dal suo labbro fluivano nuove idee e nuove proposte come da una sorgente limpida ed inesauribile. Colpito da tanto entusiasmo Antonino Anile esclamò: « Ha parlato come se si fosse dovuto pubblicare il primo numero di un nuovo giornale! ». Il più grande miracolo fu di aver fondato un giornale quotidiano di medicina — unico al mondo — che visse tale per diciannove anni, e che solo in seguito si trasformò in settimanale, ma che sarebbe dovuto divenire, secondo le nobili intenzioni del grande estinto, di nuovo quotidiano.

La *Riforma Medica* mercè l'opera egregia degli eredi continua il suo ritmo normale. Possa lo spirito grande di Gaetano Rummo aleggiare sempre su di essa!

Intanto noi curviamo la fronte davanti a questa sublime figura di scienziato, che il tempo, che tutto tende a ridurre al nulla, non distruggerà mai, almeno finchè, e ci auguriamo per sempre, palpiterà cuore medico italiano! ».

L'O. conclude con un alato inno a Napoli, la città dalle inaudite bellezze, gigante nei ricordi del passato glorioso e nello splendore presente, potente nelle scienze e nelle arti, infinita nel pensiero, dinamica nelle azioni.

« Qui », prosegue l'O. « la scienza si fonde con l'arte del connubio il più felice, e la medicina che è arte e scienza insieme, vi ritrova il suo naturale sviluppo.

Erede della celeberrima scuola salernitana, la Facoltà Medica di Napoli ebbe splendori di gloria, che raggiunse l'apogeo all'epoca di Cirillo e di Cotugno, e a quella assolutamente aurea più recente di Tommasi, Cantani, Cardarelli, Capozzi, De Renzi, Rummo, d'Antona, Gallozzi, Morisani, Palasciano, Armanni, Schrön, De Amicis, De Vincentiis, Antonelli, Albini, Leonardo Bianchi e simili titani, ognuno dei quali da solo potrebbe costituire la gloria di ogni facoltà, di ogni epoca, di ogni paese!

Ci si rende per tanto ragione del potente influsso che questa ammaliante città esercita sugli uomini del Sannio qui convenuti, i quali vi arrivano diamanti greggi, e, abilmente lavorati da essa, diventano brillanti dai mille sprazzi di luce variegatissimi, e Gaetano Rummo dal Vesuvio, dai Campi Flegrei, e da tutto il dinamismo che ferve quivi acquista quel prepotente bisogno di muoversi, di progredire sempre, quell'insaziabile brama di apprendere e produrre cose nuove, che ne costituisce tutto il carattere, e lo fa divenire gigante tra i giganti, e Leonardo Bianchi e Antonio Cardarelli dalle malìe delle sirene, che qui posero il loro regno, acquisirono quel fascino indescrivibile singolare, che promanava da tutta la loro persona, da farne gl'idoli delle folle incantate; e dall'ellenismo sempre immanente in questo nobile paese Domenico Capozzi trasse *lo bello stile che gli fece onore* e del quale rimase tanto ammirato il celebre abate Fornari; e dalla suprema spiritualità che promana da tutte le cose di Napoli si plasmò l'anima angelica di Giuseppe Moscati, e così via!

Gli è come tutta una teoria di sorgenti, che passano attraverso un magnifico filtro di arte, di poesia, di pensiero, di sentimenti incomparabili, e che per ciò si purificano, si perfezionano, e diventano sublimi! ».

L'O. vorrebbe che tutti i grandi Estinti del Sannio, vissuti qui a Napoli, fossero uniti nel recinto degli uomini illustri del Cimitero di Napoli, come in una novella S. Croce di Firenze, dove converrebbero in mesto ma trionfale pellegrinaggio i giovani per recitarvi *I Sepolcri* di Ugo Foscolo ed il *Carme Secolare* di Orazio.

Festa Nazionale del Libro

(Napoli, Giugno 1927)

ITALIANI!

I libri ed i periodici che si pubblicano oggi in Italia non sono inferiori a quelli di qualsiasi altra nazione. Una nuova letteratura, degna della nuova storia, è in cammino. Ma voi leggete meno di qualsiasi altro grande popolo e non avete ancora creato al libro italiano una popolarità nazionale.

Bisogna dunque che voi acquistiate coscienza dei vostri doveri intellettuali verso voi medesimi e verso il vostro paese. Scienza, arte, poesia, coltura sono le armi dell'intelligenza, indispensabili quanto le altre ad una grande politica. Il mondo si conquista anche con le idee e con le opere dello spirito.

MEDICI ITALIANI!

Frequentate le librerie, formatevi una piccola biblioteca, scegliete i libri che fanno per voi, abbonatevi alle riviste che vi sembrano più utili e incitate i vostri colleghi a fare altrettanto!

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

II ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. U. DI NAPOLI
diretto dal prof. L. D'AMATO

DI UNA NUOVA EMODIAGNOSI DELLA SIFILIDE MEDIANTE LA REAZIONE EMOCLASICA

per il prof. LUIGI D'AMATO

Sono già alcuni anni che ho avuto l'idea di utilizzare per la diagnostica medica lo shock emoclasico. Nel Congresso di medicina interna tenuto a Napoli nel 1921, annunziai i primi risultati ottenuti con l'uso di dosi piccolissime di tubercolina, le quali provocano lo shock emoclasico in modo specifico solo nei tubercolotici, ed esposi, dopo, diffusamente i risultati delle mie indagini in una pubblicazione apparsa nel 1924.

Consecutivamente mi sorse l'idea di applicare il metodo alla diagnosi della sifilide e di alcune malattie infettive usuali, come l'infezione tifoide e la febbre melitense, ed esposi i primi risultati, nettamente favorevoli al metodo, nel Congresso di medicina interna tenuto a Milano nel 1924.

Fin d'allora potei stabilire che le iniezioni di piccole dosi di preparati mercuriali solubili, come il bijoduro di mercurio o di preparati arsenobenzolici o di bismuto, provocano in modo specifico la crisi emoclasica solo nei sifilitici e non in individui sani o affetti da altre malattie. Osservai inoltre che questa reazione spesso si presenta positiva anche in individui sicuramente sifilitici, ma che hanno la Wassermann negativa in seguito a cure energiche praticate.

D'allora in poi ho sottoposto ad indagine quanti ammalati ho potuto, sia nella Clinica Medica di Messina, durante il tempo che ne ho avuta la direzione, sia nel mio Istituto di Patologia Medica di Napoli.

In queste indagini ho avuto a diligenti collaboratori il Dr. Ranieri della Clinica Medica di Messina, allora mio assistente, e il Dr. Bossa, mio attuale aiuto, che qui ringrazio.

Recentemente il Colella, nella Clinica Medica di Pavia, diretta dal Ferrata, ha controllato il mio metodo per la diagnosi della sifilide, servendosi delle iniezioni di sublimato, ed ha ottenuto risultati perfettamente identici ai miei. Ecco la conclusione generale del suo lavoro: « Quanto sopra permette, mi sembra, di considerare come caratteristica e specifica la reazione leucopenica da sublimato nei luetici.

La ricerca di questa reazione appare un mezzo abbastanza preciso e sicuro d'indagine diagnostica di una sifilide pregressa, un mezzo dotato di più fine sensibilità delle prove di Wassermann e di Sachs Georgi, mentre richiede per suo conto una tecnica abbastanza più semplice di quelle ».

Poche parole sulla tecnica seguita.

In sul principio, quando pensai alla diagnosi della sifilide, per analogia di quanto avevo osservato nella tubercolosi, credetti di dover sperimentare con la luetina; ma la difficoltà di procurarmi questa sostanza m'indusse a battere una via diversa.

Partendo dal principio che tutti i rimedi antiluetici producono in primo tempo una riattivazione della malattia, volli vedere se nell'istesso tempo essi provocassero nei luetici uno shock emoclasico specifico.

Provai dapprima con le iniezioni di 2 centig. di bijoduro di mercurio, e poi adoperai in un numero più ristretto di casi, anche il neosalvarsan per via endovenosa, nella dose più piccola, e qualche preparato di bismuto. Ragioni ovvie mi consigliarono di preferire nella maggior parte dei casi il bijoduro di mercurio alla dose di 2 centig. per via ipodermica. Le indagini venivano praticate sugl'infermi a digiuno. Si procedeva accuratamente alla conta dei leucociti, e solo in un numero limitato di casi si ricercarono anche gli altri segni dello shock emoclasico, come la pressione arteriosa, la velocità di coagulazione del sangue, l'indice refrattometrico del siero, la formola leucocitaria.

Fatta la conta dei leucociti si procedeva all'iniezione del preparato antiluetico, e dopo mezz'ora si ripeteva la conta dei leucociti e in pochi casi si facevano anche le altre indagini. Bisogna stare accorti di non procrastinare la seconda numerazione dei leucociti al di là di mezz'ora, perchè la reazione emoclasica è fugace, e quindi i risultati potrebbero essere fallaci. Nella maggior parte dei casi si è proceduto solo alla numerazione dei leucociti, poichè è fuori dubbio che il fenomeno più importante e più costante dello shock emoclasico è la leucopenia.

E' inutile aggiungere che la conta dei leucociti veniva fatta con la massima diligenza e che si prendevano le medie di parecchie conte, fatte talvolta da diversi osservatori.

La diminuzione dei leucociti non accade in egual misura in tutti i casi. Alcune volte la diminuzione è di poche centinaia, e di questi casi non ho tenuto conto, considerando la diminuzione compresa nei limiti di errore della tecnica. Ho considerato come nettamente positive solo quelle reazioni emoclasiche in cui la diminuzione dei leucociti era vicinissima al mille (+); quando invece era alquanto minore dei mille, per esempio di 600 a 800, la consideravo debolmente positiva o dubbia (+ —): quando la diminuzione era di circa 2 mila leucociti la consideravo fortemente positiva (+ +), e quando arrivava o sorpassava i 3 mila leucociti, la consideravo fortissimamente positiva (+ + +).

Gl' individui esaminati sono stati divisi in parecchie categorie: 1. Individui sicuramente sifilitici con W. nettamente positiva; 2. Individui sicuramente sifilitici con W. negativa o dubbia; 3. Individui sani o affetti da malattie diverse dalla lue con W. negativa; 4. Casi in cui clinicamente si era incerti se ammettere o escludere la sifilide.

Riassumiamo in breve i risultati ottenuti:

In 204 individui sicuramente sifilitici, a W. positiva, la reazone emoclasica (R. E.) è risultata fortissimamente positiva in 40; fortemente positiva in 64, positiva in 76, dubbia in 16, negativa in 8; quindi in conclusione, è stata positiva in 180 casi su 204 e dubbia in 16 casi. Ma è da notare che dei 16 dubbi 13 avevano fatto cure intense antiluetiche e degli 8 negativi sei erano in cura nel momento in cui la prova fu praticata.

In 80 individui sicuramente luetici, ma con W. negativa, la R. E. è risultata fortissimamente positiva in 6, fortemente positiva in 12, positiva in 25, dubbia in 20, negativa in 17: dunque è stata nettamente positiva in 43 su 80 casi.

In conclusione, su 284 individui sicuramente luetici la R. di W. è stata positiva 204 volte, mentre che la R. E. è stata positiva 223 volte.

E' da notare che quasi tutti gl' infermi nei quali la reazione è stata dubbia o negativa avevano fatto o facevano intense cure antiluetiche; ma è da notare egualmente che anche parecchi di quelli che avevano fatto o facevano intense cure antiluetiche presentavano la R. E. positiva.

Su 151 individui sani o affetti da malattie diverse dalla lue, con W. negativa, la R. E. è stata negativa 149 volte.

In 128 fra questi 151 individui le iniezioni di bijoduro di mercurio hanno prodotto un aumento di leucociti, che da poche centinaia, imputabili alle inevitabili cause di errore inerenti alla tecnica, è salito a più di mille. In 23 si è avuta una diminuzione insignificante di poche centinaia di globuli bianchi, e solo in due, la reazione è stata di 1000 leucociti e anche più, in modo da doverla considerare come positiva. Di questi due infermi, nei quali non vi era nessun dato sicuro per ammettere la sifilide, uno era affetto da pseudoleucemia linfatica e l'altro da distrofia muscolare progressiva pseudoipertrofica.

In 64 infermi nei quali la lue era dubbia, si ebbe che in 51 casi la r. di W. e la R. E. diedero risultati perfettamente concordi, in 4 la W. riuscì positiva e la R. E. dubbia, e solo in 9 il disaccordo fu completo. In uno di questi casi, in cui si trattava di una lesione sospetta delle tonsille e la W. fatta 2 volte era riuscita 2 volte pos., mentre la R. E. fatta due volte era riuscita 2 volte negativa, si potè avere il controllo anatomico, perchè un pezzetto della neoformazione fu asportato ed esaminato, e risultò che si trattava di epitelioma e non di gomma sifilitica. In un altro caso, studiato minutamente nel mio Istituto, si trattava di una donna con tumore epato-splenico ed ascite, nel quale la storia clinica menava ad ammettere una lue ereditaria. La W. fu negativa anche dopo la riattivazione, la R. E. fu debolmente positiva. Viceversa in un altro caso di un giovine affetto da tumore epato-splenico e con cachessia da enterite cronica, da attribuire a lue

Digitized by Google

ereditaria, la W. fu debolmente positiva solo dopo riattivazione, la Meinicke fu debolmente positiva, mentre la R. E. ripetuta due volte fu negativa. In un altro infermo malarico, nel quale non vi era nessun dato che permettesse di pensare alla lue, la W. risultò debolmente positiva, mentre la R. E. risultò nettamente negativa.

Infine debbo rammentare il caso, veramente strano ed inesplicabile, di un giovinetto sofferente di distrofia muscolare progressiva del tipo pseudoipertrofico, nel quale non vi era nessun dato clinico per pensare alla lue nè ereditaria nè acquisita, che aveva la W. negativa, ma che presentò una reazione emoclasica intensa (i leucociti scesero da 11.400 a 7200).

Sorpreso da questi risultati, volli vedere in che modo l'infermo reagiva all'iniezione di altre sostanze; ebbene potei constatare che l'infermo presentò una R. E. nettamente positiva in seguito ad iniezione del vaccino antitifico e di quello antiparatifico B, malgrado che non avesse mai sofferto di infezioni tifoidi. Invece non reagì alla iniezione di siero di sangue di altro infermo, nè ad una iniezione di estratto acquoso di tiroide di bue, nè ad un'iniezione di adrenalina. Questi risultati sono rimasti per me inesplicabili.

***

In pochi infermi luetici furono saggiati in giorni successivi il bijoduro di mercurio, il neotrépol e il neosalvarsan (quest'ultimo per via endovenosa). La R. E. apparve positiva con tutti e tre questi preparati; ma mi è sembrato che la reazione più intensa si sia avuta col neosalvarsan. Ad ogni modo i casi esaminati sono ancora troppo pochi perchè io possa permettermi di affermare che si tratti di un fatto costante.

Volli vedere se ripetendo la reazione emoclasica negli stessi individui, in giorni consecutivi, la reazione si conservasse press'a poco della stessa intensità. Ebbene, in 8 individui sicuramente luetici, a W. positiva, la R. E. fu ripetuta tre volte di seguito, in giorni alterni, e tutt'e tre le volte risultò positiva con una intensità press'a poco costante.

Era interessante vedere come si comportassero la R. di W. e la R. E. in individui sicuramente luetici, durante o dopo un energico trattamento specifico.

Ho voluto stralciare dalle mie tabelle tutti i casi nei quali ero sicuro che gli infermi avessero subito o subissero questo trattamento; ed ecco quello che risulta dalle mie osservazioni:

In 31 casi convenientemente trattati, in cui la W. era diventata negativa, la R. E. fu 12 volte nettamente positiva, 8 volte dubbia e 11 volte negativa.

In altri 23 casi trattati, nei quali la W. era rimasta positiva e in altri 3 nei quali era parzialmente positiva, la R. E. fu positiva 18 volte, 6 volte dubbia e 2 volte negativa. Sicchè, in conclusione, su 57 individui fortemente trattati, la W. è riuscita positiva 23 volte, 3 volte parziale e 31 volte negativa; mentre la R. E. è riuscita 30 volte positiva, 14 volte debolmente positiva e 13 volte negativa.

Se è lecito trarre conclusioni da un numero così ristretto di casi, parrebbe che le cure intense antiluetiche facciano sparire un po' più facilmente la r. di W. che la R. E.

***

In alcuni infermi di lue ho voluto vedere se si riusciva a provocare la R. E. iniettando le comuni proteine che si adoperano a scopo terapeutico (sieri, latte sterilizzato); ebbene posso affermare che le iniezioni di 0.5 cc. di siero di sangue e di 0.5 cc. di latte sterilizzato non hanno provocato mai la leucopenia caratteristica.

La reazione leucopenica ottenuta nei sifilitici è realmente uno shock emoclasico?

In parecchi infermi ricercai la sindrome emoclasica al completo, cioè la velocità di coagulazione del sangue, il modo di comportarsi della pressione vasale, l'indice refrattometrico, la formula leucocitaria.

Ecco i risultati ottenuti.

1. R. L. Contagio luetico dal 1917, curato in modo insufficiente solo con preparati mercuriali. Attualmente ha cefalea e dolori osteocopi prevalementemente notturni.

R. W. + + +. La R. E. dà: leucoc, prima dell'iniezione 11.000, dopo dell'iniezione di bijoduro di mercurio 10.000.

La pressione arteriosa prima dell'iniezione era Mx180/Mn100.

Dopo dell'iniezione era Mx150/Mn85.

La velocità di coagulazione del sangue prima dell'iniezione era di 10', dopo era di 8'.

L'indice refrattometrico del siero prima dell'iniezione era di 1.34873; dopo dell'iniezione era di 1,34850. La formula leucocitaria si comportò così:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleati neutrofili	63 %	62 %
Polinucleati eosinofili	2 %	2 %
Polinucleati basofili	4 %	1 %
Linfociti	11 %	22 %
Gr. mononucl. e forme di pass.	20 %	13 %

2. P. F. Contagio luetico 7 anni fa. Cure incomplete, anche recenti, con preparati arsenobenzolici e mercuriali. R.W.+ +—; la R. E. dà: prima dell'iniez. leucociti 6400, dopo dell'iniezione 5200.

Pressione arteriosa prima dell'iniezione M x 135, Mn 85.

Dopo dell'iniezione Mx 135, Mn 80.

Indice refrattometrico, prima era = 1.35021: dopo era di 1,34984.

La formula leucocitaria era:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleati neutrof.	48 %	64.5 %
Polinucleati eosin.	0.5 %	1.5 %
Polinucleati bas.	0.5 %	—
Linfociti	42 %	28.5 %
Grandi mon. e forme di pass.	9 %	5.5 %

3. D. G. Sicuro contagio luetico 5 anni fa. Cure incomplete. R. W. + + + R. E. leucoc. 6600-5000. Pressione arteriosa prima dell'iniez. Mx 130/Mn 75.

Dopo dell'in. Mx 130/Mn 65.

Velocità di coagul. del sangue: prima 8'; dopo 7'.

Formula leucocitaria:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleati neutrof.	70 %	67 %
Polinucleati eosinofili	1 %	1,5 %
Polinucleati basofili	—	—
Linfoc.	21 %	26 %
Grandi mononu. e forme di pass.	8 %	5.5 %

4. M. G. Eredolue non curata:

R. W. + + — R. E. 9800-8200. Pressione arteriosa prima dell'iniez. Mx 140, Mn 80.

Dopo Mx 140, Mn 70.

Velocità di coagul. del sangue prima 9', dopo 7'.

Indice refrattometrico prima = 1.3490: dopo 1.34947.

5. F. S. Anamnesi dubbia per la lue (vi furono ulceri sospette, aborti da parte della moglie). Qualche anno fa gli fu praticata la R. W. dopo riattivazione e risultò fortemente positiva.

Ripetuta, senza riattivazione, si ha W. ++— R. E. 7400-6000.

Formula leucocitaria:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleati neutrof.	65 %	65 %
Polinucleati eosinof.	2 %	3 %
Polinucleati basofili	0.5 %	1 %
Linfociti	18 %	23 %
Gr. mon. e forme di pass.	14.5 %	8 %

Riferisco ora le ricerche fatte su individui esenti da lue.

6. T. M. ha una neoplasia mediastinica. R. W, — La R, E, dà:

Leucoc. 6200-6400, dunque è negativa:

Pressione arteriosa prima Mx 150, Mn 85.

Pressione arteriosa dopo Mx 150, Mn 85.

L'indice refrattometrico del siero è = 1.34836 prima ed è = 1.34850 dopo.

La formola leucocitaria è:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleati neutrof.	75.5 %	72 %
Polinucleati eosinof.	1.5 %	1 %
Polinucleati basofili	0.5 %	0.3 %
Linfociti	20.5 %	23 %
Grandi mononucl. e forme di pass.	2 %	3.5 %

= 725

Digitized by Google

7. D. G. G. affetto da colite mucosa: R. W, —.
La R. E. è 6000-7000, quindi negativa.
Pressione arter. prima Mx 110/Mn 70.
Dopo Mx 105/Mn 70.
L'indice refrattometrico del siero prima è = 1.34988, dopo è 1.34967.
Formula leucocitaria:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinucleari neutrof.	59 %	55 %
Polinucleari eosinofili	1 %	2 %
Polinucleari basofili	0.5 %	1.55 %
Linfociti	35.5 %	34.5 %
Grossi mon. e forme di pass.	4 %	7 %

8. C. A. Dolori reumatici senza esacerbazione notturna.
R. W. — 4800-6400. Dunque negativa.
Formula leucocitaria:

	Prima dell'iniez.	Dopo l'iniez.
Polinuc. neutrof.	60 %	58 %
Polinuc. eosin.	2 %	2 %
Polinuc. basof.	1	1
Linfociti	24	23
Grandi mon. e forme di pass.	13	16

Queste ricerche documentano in modo non dubbio che la reazione provocata nei sifilitici con le iniezioni di preparati antisifilitici è un vero shock emoclasico, poichè si manifesta con tutti i fenomeni caratteristici di tale shock; però è da notare che fra tutti questi fenomeni il più costante e quindi il più prezioso è la leucopenia: nè la ricerca della pressione sanguigna, nè quella dell'indice refrattometrico, nè quella del tempo di coagulazione, nè l'inversione della formula leucocitaria presentano eguale costanza; ed ecco la ragione per la quale nella pratica clinica la ricerca dello shock può essere circoscritta alla conta dei globuli bianchi.

Poche considerazioni sui risultati ottenuti.

Un primo risultato vien fuori dall'esame delle statistiche riferite, ed è la costanza con la quale la R. E. si è presentata negli individui affetti da lue con W. positiva. Nei pochi casi nei quali la R. E. è stata negativa, si trattava quasi sempre di individui che avevano fatto cure antiluetiche energiche o che le stavano praticando nel momento della ricerca. Viceversa in un buon numero di individui sicuramente luetici ma con W. negativa, la R. E. è stata nettamente positiva parecchie volte; è stata negativa solo in pochi e quasi sempre in quelli che si erano curati o si curavano energicamente.

In tutti gli individui sani od affetti da malattie diverse dalla lue la R. E. è stata costantemente negativa, meno che in due casi. E in un buon numero di casi clinicamente dubbi il più delle volte la W. e la R. E. hanno dato risultati concordi e solo pochissime volte i risultati sono stati discordi: in qualche caso in cui si è potuto avere il controllo la R. E. si è mostrata più precisa.

L'insieme di questi fatti permette, a mio modo di vedere, di asserire che la R. E. provocata con l'uno o l'altro dei noti rimedi antiluetici, si presenta in modo talmente specifico negli individui affetti da lue, da potere essere riguardata come un attendibile mezzo di indagine diagnostica non meno sensibile degli altri finora conosciuti. Posso dunque confermare, con un corredo molto più ricco di osservazioni, quanto ho asserito nel 1924 sul valore clinico della R. E. provocata col metodo da me proposto.

Nessun dubbio che la reazione leucopenica provocata nei luetici sia una reazione emoclasica, perchè negli infermi nei quali sono stati ricercati anche gli altri fenomeni dello shock emoclasico (pressione arteriosa, velocità di coagulazione del sangue, indice refrattometrico, formula leucocitaria) questi fenomeni erano presenti, per quanto meno costanti della leucopenia.

La reazione emoclasica nei sifilitici, oltre che un valore diagnostico, presenta anche un valore biologico speciale.

Non ho bisogno di rammentare che lo shock emoclasico si può presentare in circostanze biologiche diverse.

Infatti è noto che accanto allo shock anafilattico che sorge nei soggetti sensibilizzati, bisogna considerare lo shock proteico che sorge in individui non precedentemente sensibilizzati a cui si iniettino proteine eterogenee per via parenterale.

E in fine bisogna considerare la possibilità che anche alcune altre sostanze, che non sono di natura proteica, riescano a suscitare uno shock emoclasico in individui non apparentemente sensibilizzati.

La reazione che io ho indicato nei sifilitici non appartiene a nessuna di queste categorie. Essa ha un carattere fondamentale che la ravvicina alle reazioni anafilattiche, perchè si produce solo in individui affetti da lue e quindi sensibilizzati: è, in fondo, espressione dello stato allergico dell'organismo. Ma vi sono nella mia reazione dei caratteri biologici differenziali interessanti, che sono i seguenti: 1° lo shock si produce in individui non artificialmente sensibilizzati; 2° si produce per effetto di sostanze che esplicano un'azione curativa antiluetica; 3° si produce per effetto di sostanze cristalloidi e non proteiche.

Queste ragioni mi sembrano sufficienti per fare assegnare un posto a parte alla mia reazione nella categoria degli shock.

Nella clinica della sifilide vi è un fenomeno che ha indubbiamente la più grande affinità con la reazione da me studiata, ed è la reazione di Herxheimer; però mentre questa è caratterizzata da fenomeni essenzialmente clinici, come il risveglio delle eruzioni cutanee, oppure la comparsa di roseole fugaci, la febbre, le eventuali manifestazioni viscerali ecc., la mia reazione è del tutto silenziosa, non accompagnandosi ad alcun fenomeno clinico rilevante negli infermi che non hanno manifestazioni luetiche in atto. Si aggiunga che le manifestazioni della reazione di Herxheimer si attenuano rapidamente dopo le successive iniezioni di rimedi antiluetici, mentre la mia reazione si presenta con intensità press'a poco eguale negli stessi individui, se venga ripetuta, per parecchi giorni di seguito.

E' molto difficile, nello stato attuale delle nostre conoscenze, dare una spiegazione conveniente della mia reazione, come non si conosce una patogenesi sicura della reazione di Herxheimer. Questi fenomeni che hanno un'importanza clinica e diagnostica così notevole, non ne hanno una minore dal punto di vista biologico, poichè potranno contribuire ad illustrare il meccanismo col quale i noti rimedi antiluetici agiscono contro la lue.

Non ho per ora ricerche personali per potermi addentrare in tale questione; ma mi limito ad affermare che la identità delle reazioni emoclasiche da me proposte nelle diverse infezioni è soltanto apparente, poichè mentre per la tubercolosi e per le infezioni tifoidee e melitense io adopero dei vaccini specifici, i quali provocano la formazione di sostanze difensive da parte dell'organismo contro i germi, invece, per la diagnosi della lue adopero sostanze che esplicano un'azione diretta contro il germe e che in ogni modo non agiscono come i vaccini. Fra queste diverse reazioni vi debbono essere perciò punti di contatto e punti divergenti che meriterebbero di essere accuratamente studiati. E' probabile che un legge biologica generale regoli queste reazioni, e non è infondata la speranza di potere applicare il metodo anche ad altre infezioni.

In attesa che ulteriori studi vengano a dilucidare le questioni patogenetiche e ad allargare il campo diagnostico delle reazioni emoclasiche, io credo di potere affermare che la reazione emoclasica per la lue con le modalità da me indicate è di tale squisitezza e specificità che merita di entrare nella pratica clinica, tanto più che la sua tecnica è semplicissima e meno irta di difficoltà e di cause di errori delle altre reazioni finora conosciute.

CONCLUSIONI. — 1. Le iniezioni parenchimali o endovenose dei preparati solubili di mercurio o dei preparati di bismuto o di arsenobenzoli provocano in modo specifico negli individui affetti da lue un shock emoclasico, il cui esponente più caratteristico e più costante è la leucopenia.

La reazione emoclasica è positiva nell'enorme maggioranza dei casi di lue; è negativa in un numero esiguo di casi e specialmente in quelli che hanno fatto cure antiluetiche intense.

2. Negl'individui sani o affetti da malattie diverse dalla lue la iniezione dei preparati antiluetici non provoca quasi mai la reazione emoclasica, anzi provoca spesso una leggiera leucocitosi.

3. La iniezione dei preparati solubili mercuriali fatta per pochi giorni successivi nei sifilitici provoca la reazione emoclasica positiva sempre all'istesso modo.

4. Le cure antiluetiche energiche e protratte fanno diventare negativa la reazione emoclasica: però con minore facilità di quello che fanno per la reazione di Wassermann.

5. La iniezione di alcune proteine (siero di sangue, latte sterilizzato), nei luetici non provoca la reazione emoclasica.

6. La reazione emoclasica ottenuta nei sifilitici con l'iniezio-

Digitized by Google

ne dei rimedi antiluetici si presenta così evidente e costante che può essere riguardata, come un mezzo diagnostico di grande valore.

7. la reazione emoclasica dei sifilitici ha un valore biologico speciale, perchè si produce in individui non artificialmente sensibilizzati, e si produce per effetto di particolari sostanze cristalloidi, che esplicano un'azione curativa.

BIBLIOGRAFIA

D'Amato L. Riforma Medica, p. 1047, anno 1921. Atti del 27° Congr. di Medicina int., pag. 99, Napoli 1922. — Idem. Sulla crisi emoclasica da tubercolina nei tubercolotici, Riforma Medica n. 42, 1924. — Idem. Lo shock emoclasico come mezzo di diagnosi della tubercolosi della sifilide e di altre infezioni. Atti del XXX Congr. italiano di med. interna tenuto a Milano, nell'ottobre 1924, pag. 214, Roma, Ed. L. Pozzi. — Colella G. Sulla crisi emoclasica da sublimato nei luetici. Folia Medica, n. 4, 1927.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretta dal prof. C. FRUGONI

SULLA NATURA DELLE SOSTANZE SENSIBILIZZANTI DEI POLLINI

per il dott. GUIDO MELLI — Assistente

I fortunati studi di questi ultimi anni sulle malattie anafilattiche ed in particolare sull'asma bronchiale, ed il conseguente entrare nella pratica medica di un nuovo mezzo diagnostico, le cuti- o intradermoreazioni, hanno fatto sorgere un'interessante questione: quale è la natura delle sostanze cuti-reattive?

Per un certo tempo si ammise, senza dimostrazione, per analogia con quanto ci è noto sull'anafilassi in genere, che si avesse a che fare sempre con sostanze proteiche. Recentemente però due lavori (i soli che a mia conoscenza si siano pubblicati in materia), quasi contemporaneamente condotti, l'uno in America, da Coca e Grove (1), l'altro in Italia da Bastai (2), affrontano direttamente l'importante problema.

Sia l'uno che gli altri autori giungono ad eguali conclusioni e cioè che la sostanza cutireagente dei pollini (accenno a questi solamente, che solamente di questi si tenne parola nella presente nota) non è una proteina. Questa affermazione è di tale importanza, talmente, se confermata, varrebbe a sconvolgere le nostre fondamentali cognizioni, le basi stesse di tutto quanto l'edificio dell'anafilassi, quale da tanti anni siamo abituati a considerarlo, che non è possibile senz'altro accettare tale affermazione, ma conviene viceversa dettagliatamente discuterla e vagliarla.

Prendiamo per le prime in considerazione le ricerche di Coca e Grove (loco citato). Questi autori procedettero nel modo seguente: sottoposero a digestione triptica estratti di polline ottenuti fondamentalmente secondo la tecnica di Alice Evans (3) ed il prodotto di digestione sottoposero per più giorni a dialisi contro acqua distillata, nel concetto di allontanare con questo doppio meccanismo tutte le sostanze proteiche. Il liquido così trattato rimase altrettanto attivo quanto un controllo. Siccome, in ricerche di questo genere, le minuzie tecniche sono tutto, mi sia permesso di scendere a qualche dettaglio.

Come fermento gli autori americani ricorsero ad un prodotto commerciale (una « Pangestina » della « Digestive Ferments Company ») di cui sospendevano 5 gr. in 100 cc. di soluzione fisiologica fenicata e filtravano in capo a un'ora.

Sull'attività della soluzione così ottenuta i nostri Autori non hanno altro che dire, se non che essa era capace di liquefare la gelatina in non so quanto tempo.

E' veramente un po' troppo poco, allo stato attuale delle nostre cognizioni, per caratterizzare un fermento ed in particolare la tripsina, specie se si tiene presente che tale enzima è viceversa inattivo di fronte alla gelatina, e che anzi è questo uno dei dati che valgono a differenziare questo da altri fermenti proteolitici. Riporto a maggior chiarezza la seguente tabella: (4).

SUBSTRATO	EREPSINA	TRIPSINA	TRIPSINA + ENTEROCHINASI
Alanilglicina.	+	—	—
Glicil-tirosina	+	—	—
Glicil-glicina	+	—	—
Glicil-alanina	+	—	—
Leucil-glicina	+	—	—
Leucil-alanina . : . .	+	—	—
Leucil-glicil-glicina .	+	—	—
Peptone (ex album.)	—	+	+ +
Clupeina.	—	+	+ +
Timoistone	—	+	+ +
Caseina	—	—	+
Fibrina	—	—	+
Gelatina	—	—	+
Gliadina	—	—	+
Zeina.	—	—	+

(I segni —, +, + +, stanno ad indicare rispettivamente = nessuna idrolisi, idrolisi, forte idrolisi).

***

Si vede quindi che il prodotto usato non fu certamente tripsina, ma più probabilmente una miscela di tripsina, enterokinasi ed erepsina, e che in ogni caso abbiamo sulla sua attività garanzie molto limitate. Ma v'ha di più: la tripsina attivata ha il proprio optimum di attività (prendendo a substrato la gelatina) tra ph 8.2 e 8.7 (5), le miscele di tripsina, enterokinasi ed erepsina (pancreatina) hanno il loro optimum a ph 8 (6). Orbene i nostri Autori operarono a ph 7. Chiunque ricordi quanto strettamente legata alla concentrazione in idrogenioni sia l'attività dei fermenti e per quale breve zona della scala del ph ogni singolo fermento esplichi la propria attività, comprende subito come sia sufficiente questa sola menda tecnica ad infirmare l'intera ricerca. Del resto anche senza voler tener conto di queste così gravi tare pregiudiziali, la sola digestione triptica anche se condotta in condizioni ottimali solo eccezionalmente arriva a distruggere tutte le sostanze proteiche (7) e date le minime quantità di proteina che possono bastare a dare cutireazione (v. avanti), non v'ha chi non vede come venga a mancare di base l'intero piano di ricerche.

La digestione nel modo che si è visto, veniva condotta in un dializzatore di collodio, immerso in acqua distillata cambiata di sovente. Attraverso le pareti di collodio dovevano, nel concetto degli Autori, disperdersi i prodotti di digestione.

Erano veramente idonei allo scopo i dializzatori usati? Non ne sappiamo niente. Troviamo, nel citato lavoro, una descrizione assai minuziosa delle manualità con cui furono costruiti i dializzatori stessi (manualità che del resto non si allontanano notevolmente dalle usuali), ma nulla ci è detto relativamente al controllo della permeabilità e rispettivamente impermeabilità della membrana dializzante, ed il controllo stesso non sembra essere stato eseguito; solo ci viene detto che tale membrana risultava piuttosto spessa. Ora noi, che (come chiunque abbia anche modesta pratica di questo genere di lavori) sappiamo, quanto più frequente sia ottenere dializzatori non usabili, che idonei allo scopo, e quanti dei primi debbano essere scartati per trovarne uno solo dei secondi; noi riteniamo che nessuna garanzia di idoneità allo scopo presentasse il dializzatore usato dagli Autori Americani.

Malgrado tutto però Coca e Grove ottennero risultati assai confortanti; determinarono il contenuto in azoto da un lato del loro estratto digerito e dializzato, dall'altro di un controllo identicamente trattato, ma in cui l'estratto pollinico era stato sostituito da una soluzione salina. I risultati furono identici in un caso e nell'altro; ogni cc. di liquido conteneva esattamente mmgr. 0.0924 di azoto. E per quante volte fu ripetuta la ricerca sempre fu ot-

(1) *Journal of Immunology*, vol. X, n. 471, marzo 1925.
(2) *Minerva Medica*, a. 5, n. 25, settembre 1925.
(3) *Journ. Infect. Dis.*, 30-95, 1922.

(4) Rona. *Prktikum der Physyologischen Chemie*, parte I, pag. 261, Springer, Berlin, 1926.
(5) Waldschmidt-Leitz. *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 138, pag. 181, 1924.
(6) Michaelis e Dawidsohn. *Bioch. Zeit.*, vol. 36, pag. 280, 1911.
(7) Rona. loco citato, pag. 233 e seguenti.

= 727

Digitized by Google

tenuto il medesimo reperto: mmgr. 0.0924, mai più, mai meno. Gli autori ne concludono che le sostanze proteiche dell'estratto pollinico sono state in totalità digerite e disperse.

Non ci è detto però con quale tecnica si ebbe tale risultato, identico in una decina di ricerche, sino al *decimillesimo di milligramma*. Ci si dice « metodo di Kjeldhall » ma in quale delle diverse vesti in cui fu elaborata l'idea madre del Kjeldhall, non sappiamo. E si noti che, ad esempio, un chimico-fisiologo del valore e della perfezione tecnica del Bang, ammette per il proprio micrometodo (che è forse il più preciso e sensibile) un limite di errore di mmgr. 0.003 (8), limite, posso aggiungere per mio conto, nel quale non è facile restare.

Ma del resto, a parte ogni virtuosismo tecnico, è, a priori, secondo verosimiglianza, possibile a mezzo di determinazioni quantitative stabilire se o meno sono presenti sostanze proteiche in quantità sufficiente a dare intradermo-reazione? Io non lo credo. E' vero che non sappiamo ancora quale sia il quid cutireattivo, quindi tanto meno sappiamo quale dose ne occorra per risvegliare una sensibilità, ma possiamo forse, con qualche presunzione di non sbagliare troppo di grosso, pensare che si tratti di cifre dello stesso ordine di grandezza di quelle occorrenti in fenomeni similari. Per esempio Rosenau e Anderson ci dicono che per sensibilizzare la cavia del peso di 200 gr. basta 1 milionesimo di gr. di siero di cavallo e quindi (aggiungiamo noi) circa 0.08 milionesimi di grammo di sostanze proteiche. Tale quantità dovrebbe essere soluta in circa 0.1 cc. di liquido (quantità media iniettata per ogni intradermoreazione). Si verrebbe quindi ad avere (se il nostro calcolo può, con molta approssimazione, in qualche modo reggere) qualche cosa come una soluzione all'1:1.250.000. Quale reazione chimica, non dico quantitativa, ma anche qualitativa sarà capace di svelare quantità di quest'ordine di grandezza? Evidentemente nessuna (V. ricerche in proposito più avanti).

Infine Coca e Grove per controllare i loro risultati sperimentarono a diluizioni crescenti l'attività del liquido, trattato come si è detto, parallelamente ad un controllo. I risultati furono anche qui eccellenti. Ad ogni maggior diluizione corrisponde un impicciolimento del pomfo orticato, identico per la prova e per il controllo, ed infine le reazioni cessano simultaneamente. Anche qui, chi ha pratica di questo mezzo diagnostico e sa come spesso incostanti sieno queste reazioni, ora più ora meno evidenti a seconda del soggetto, del momento, del punto della pelle prescelto, di una infinità di altre cause, note ed ignote, non può non restare meravigliato di fronte alla perfetta scala di pomfi regolarmente descrescenti, che gli vengono esibiti in un nitidissimo grafico.

Con maggior rigore scientifico e tecnica più severa sono condotte le ricerche del Bastai. Gli argomenti sui quali si basa questo Autore per affermare la natura non proteica della parte attiva dei pollini (e dei peli) sono i seguenti:

1. Alcuni degli estratti da lui ottenuti, cutaneamente attivi, non davano la reazione delle sostanze proteiche (reazione del biureto, reazione xantoproteica, reazione di Millon).

2. Il quid cuti-reattivo gli risultò dializzabile attraverso membrane di collodio (non dializzabile viceversa attraverso pergamena).

3. Tentativi fatti di sensibilizzare animali con estratti pollinici, dettero al Bastai (come ad altri precedenti Autori) risultati negativi.

Nessun valore crediamo si possa attribuire al 3° argomento eccepito dal Bastai, e ciò perchè successive ricerche di altri Autori (9) dimostrarono viceversa presente il potere antigene purchè per ricercarlo si ricorra ad un rivelatore sufficientemente sensibile (utero di cavia vergine, tecnica di Dale).

Relativamente alla dializzabilità del principio attivo noi vorremmo dapprima mettere in chiaro che cosa si cerca e che cosa ci può dare una esperienza di dialisi o di ultrafiltrazione. Nel linguaggio corrente è entrato nell'uso di sovrapporre il concetto di « indializzabile » con quello di « sostanza proteica » e viceversa. Ora questo non è giusto. Il fatto che una determinata sostanza è dializzabile prova soltanto che le particelle ultime in cui la sostanza medesima è dispersa, sono di grandezza inferiore ai pori della membrana usata: il che spesso (ma non sempre) equivale a dire sostanza non colloidale.

Il fatto inverso e cioè la indializzabilità di una determinata sostanza, non è di per sè stesso sufficiente ad informarci sulla natura e sullo stato fisico della sostanza medesima. A chiarire questo punto valga il noto esempio del rosso congo, che, mentre è trattenuto da determinate membrane di collodio, passa viceversa agevolmente attraverso le medesime membrane, quando per esse sia stata prima filtrata una soluzione di albumina (10).

Sicchè soltanto il dato positivo (dializzabilità) è capace di darci qualche informazione, se non direttamente sulla natura, per lo meno sullo stato di dispersione della sostanza in ricerca; nessun criterio attendibile viceversa sa darci il dato negativo.

Nel caso in questione Bastai ci informa che il principio attivo dei pollini passa attraverso membrane di collodio, non passa viceversa attraverso pergamena (dializzatori Schleicher e Schull N. 579). Questo reperto ci meraviglia alquanto, giacchè per quanto fino ad oggi ci è noto, membrane di pergamena e collodio, sono rispettivamente permeabili ed impermeabili alle medesime sostanze.

Ad ogni modo questa constatazione sta a dimostrare non ancora che la sostanza in ricerca non è un proteide, certo però che le particelle ultime in cui essa sostanza è dispersa sono più piccole dei pori della membrana messa in opera.

Ma quale sarà stata la grandezza di tali pori?

Bastai ci dice che le membrane da lui usate erano impermeabili al rosso congo, ma che cimentate con siero di sangue od emoglobina davano un filtrato in cui si rilevava una traccia di reazione con l'acido solfosalicilico. Il che è quanto dire che le membrane messe in opera lasciavano passare tracce di albumina. Ora se si ricorda quanto abbiamo rilevato più su circa le quantità di sostanze proteiche verosimilmente sufficienti a dare cuti- o intradermo-reazione, si comprenderà facilmente come a ciò possano essere bastate le piccole quantità di proteine messe in evidenza nell'ultra-filtrato dall'acido solfosalicilico.

Abbiamo ad ogni modo voluto ripetere queste esperienze con membrane di collodio a tessitura più fitta. La soluzione di collodio è stata preparata secondo la seguente ricetta:

Celloidina Schering (peso netto)	gr. 60
Alcool a 95°	cc. 250
Etere	cc. 700

Gli ultra-filtri sono stati costruiti secondo la tecnica di recente descritta da Giemsa (11).

Il controllo della permeabilità della membrana è stato eseguito filtrando una soluzione 1-2 % di peptone Witte e ricercandolo nel liquido raccolto a mezzo della reazione alla ninidrina. La impermeabilità fu riconosciuta cimentando i nostri ultra-filtri unicamente con sangue lasciato in acqua distillata (circa 10 cc. su 50). Furono usati solamente ultrafiltri che nettamente permeabili al peptone, davano con la soluzione di sangue un filtrato assolutamente incoloro, che non presentava la più tenue traccia di reazione sia con l'acido solfosalicilico, sia col ferrocianuro di potassio.

L'estratto di polline fu preparato secondo la tecnica che sarà esposta più avanti.

Operando in questa guisa abbiamo ottenuto un ultra-filtrato assolutamente e completamente inattivo.

Rimane ancora un fatto a discutere ed è la assenza constatata da Bastai delle reazioni delle sostanze proteiche in liquidi cutaneamente attivi. Per verità negli estratti attivi con cui ho avuto a che fare io, tale constatazione non ho potuto fare mai. Ma naturalmente ciò non toglie alcun valore all'osservazione di Bastai e si tratta di un fatto di tal natura che di fronte ad un sol dato positivo, perdono ogni peso mille negativi.

Ma una obiezione si può fare: non potrebbe trattarsi di grado di sensibilità, non potrebbe per avventura essere il reattivo biologico più sensibile di quello chimico, la cutireazione, della prova del biureto? Per analogia con dati accertati nel

(8) Bang. *Mikromethoden* ecc., pag. 13, Bergmann. München, 1922.

(9) Walker e Grove. *Journal of Immunology*, 10-483, 1925. — Parker. *Proc. Soc. Exper. Biol.*, 18-297, 1921. — Idem. *Journal of Immunol.* 9-515, 1924. — Longcope, O 'Brien, Perlzweig. *Journal of Immunol.*, 10-599, 1925.

(10) Michaelis. *Praktikum der physikalischen Chemie* ecc., Springer, Berlin, 1925.

(11) *Bioch. Zeitsch.*, vol. 132, pag. 488, 1922.

Digitized by Google

campo dell'anafilassi sperimentale, abbiamo più su ammesso che fosse bastevole a dare cutireazione una soluzione in cui il principio attivo si trovasse ad una diluizione di un ordine di grandezza come 1 su 1.250.000 circa. Ma se anche non vogliamo attribuire valore a queste cifre troppo ipotetiche e che non poggiano su nessun dato sperimentale, possiamo rilevare che, ad esempio, Ramirez (12) operando con un prodotto chimicamente ben definito come l'Istamina, ha in qualche caso ottenuto cutireazione ad una diluizione di 1 su 1.000.000. A risultati analoghi con sostanze diverse sono giunti anche altri autori.

Orbene a diluizioni di questo ordine di grandezza come si comporteranno le reazioni del biureto e le altre analoghe? Evidentemente saranno negative: nessuna reazione chimica raggiunge una sensibilità di questo genere.

Tuttavia non abbiamo voluto senz'altro concludere in questo senso in base soltanto a ragionamenti, ma abbiamo voluto suffragare la nostra convinzione con ricerche sperimentali. Abbiamo avuto occasione di poter osservare un gruppo di pazienti che avevano in tempo più o meno lontano avuto un trattamento sieroterapico (13).

Fra questi soggetti fu scelto quello più intensamente cutireattivo di fronte al siero, e ad esso furono praticate cutireazioni con diluizioni progressivamente crescenti del siero medesimo, fino allo scomparire della reazione. Parallelamente su di ogni campione fu eseguita la reazione del biureto. Potemmo così vedere prima comparire la reazione del biureto e solamente dopo (notevolmente dopo) cessare la reattività cutanea. In altre parole la pelle si dimostrò di gran lunga il più sensibile dei reattivi.

Dalla somma dei fatti fin qui esposti ci sentiamo autorizzati a concludere che nulla è dimostrato circa la natura delle sostanze cuti-reattive.

Questo argomento quindi noi ci accingeremo ora ad affrontare *ex novo*.

E per prima cosa una questione preliminare: il quid attivo dei pollini è un qualche cosa inerente all'intima natura del polline stesso o semplicemente ad esso aderente? Il problema è stato sollevato da Bastai che nettamente afferma per vera la seconda ipotesi. La sostanza attiva dei pollini (e dei peli) è qualche cosa di estraneo all'intima costituzione del polline stesso (e del pelo).

Bastai basa le sue osservazioni (fatte sui peli) sul fatto che le sostanze attive possono essere asportate per semplice lavaggio con acqua purchè questo sia prolungato per una settimana circa, mentre lo scheletro cheratinoso del pelo è insolubile in acqua. Per analogia Bastai estende poi la sua affermazione anche ai pollini. Noi non sappiamo se Bastai abbia altri argomenti (altri però non ce ne vengono esibiti) in appoggio alle proprie vedute: comunque sia queste non ci sembrano sufficientemente provate e noi ne dissentiamo in modo assoluto, *almeno per quanto riguarda i pollini*.

Prima di tutto interpretando i fatti come vuole Bastai, male sapremmo spiegarci la specificità di reazione dei diversi pollini. Da una bracciata di fieno, mietuto nel medesimo campo e poi stivato nel medesimo covone, riusciamo ad isolare, per mò di dire, 50 pollini di specie diverse, ma anche assai simili tra loro e tra tutti uno solo è attivo di fronte ad un determinato oggetto, per esempio la *Poa pratensis* mentre la pur tanto prossima *Poa annua* resta indifferente.

Come ammettere che si tratti di qualche cosa di estraneo al polline, di semplicemente adeso ad esso?

La macerazione prolungata in acqua semplice è capace di estrarre la sostanza attiva pur non potendo a rigore sciogliere i costituenti del polline e del pelo. Ma che c'è di straordinario in ciò?

I fenomeni di diffusione e di osmosi ci giungono forse nuovi? Urta in qualche modo le nostre cognizioni che attraverso uno scheletro insolubile, le sostanze attive (solubili) diffondono nel liquido ambiente, per semplice processo d'osmosi, quando a questo sia concesso un tempo tanto lungo (1 settimana)?

Ma a noi pare che sarebbe il contrario che dovrebbe stupirci.

Venendo al caso particolare dei pollini che cosa è in sostanza un granello di polline? (14). Una cellula nucleata fornita di una membrana delimitante, cellula per costituzione chimica, per natura e funzione biologica assai prossima agli spermatozoi, cellula nella quale i fenomeni osmotici posseggono una singolarissima attività. Vero è che, come di regola, la membrana avvolgente la cellula, è impermeabile al succo cellulare, ma è tanto inverosimile ammettere che una prolungata macerazione leda tale membrana al punto da renderla permeabile a sostanze che prima non potevano attraversarla? Questa supposizione è tanto poco inverosimile che su di essa si basano parecchi metodi, ben noti ai botanici, di estrazione per macerazione del succo cellulare e tra gli altri il metodo di Lebedeff di estrazione della zimasi dal lievito (15).

Se d'altra parte all'acqua come liquido estrattivo, sostituiamo altro liquido più lesivo per la membrana delimitante, per esempio della soda N/10 (tecnica correntemente in uso in questa Clinica) l'estrazione non richiede più una settimana, ma è istantanea (gli estratti così ottenuti hanno breve durata, poche ore, per l'azione nociva dell'alcali sul principio attivo). Cosa significa ciò se non che in un liquido più aggressivo il succo cellulare ha potuto più rapidamente superare la barriera frapposta dalla membrana delimitante?

Infine abbiamo ancora potuto rilevare che se si sottopone il polline per un certo periodo di tempo, all'azione dei vapori di etere o di cloroformio, la sostanza attiva diviene istantaneamente estraibile anche con acqua semplice. Orbene Giglioli (16) ha dimostrato che per l'appunto i vapori di etere e di cloroformio (e così di molte altre sostanze) hanno la proprietà di ledere in tale modo la membrana delle cellule vegetali, che esse lasciano liberamente colare il succo in esse prima racchiuso. Mi sembra quindi chiaramente dimostrato che la sostanza attiva dei pollini fa realmente parte integrante dell'intima loro struttura.

Stabilito questo, il nostro compito è relativamente semplificato. Esistono nei pollini sostanze proteiche? Indubbiamente ed anche della più elevata classe. Non solo ma queste sono fra i più cospicui componenti dei pollini (17).

Così per esempio il polline dell'*Ambrosia artemisifolia* contiene albumina in ragione del 24.40 % del proprio peso (18) e il *Cerillus Avellana* del 30.06 % (19).

Sarà per altro veramente questa albumina responsabile delle sindromi di asma o di oculo-riniti o di febbre, cosiddetta da fieno? E' quanto ci proponiamo di vedere.

Due vie diverse abbiamo tentato di battere a questo scopo. Abbiamo cioè in un primo tempo cercato di avviarci alla soluzione del problema a mezzo della tecnica degli adsorbimenti ed eluzioni elettive, inspirandoci al metodo da Wildstaetter e dalla sua Scuola con tanto successo introdotto in fermentologia.

Malgrado qualche incoraggiante risultato iniziale siamo stati costretti ad abbandonare questa strada per difficoltà tecniche e sopratutto per la poderosa attrezzatura necessaria (particolarmente centrifughe a grande portata ed alto numero di giri) attrezzatura di cui disgraziatamente non potevamo disporre. Ci siamo allora incamminati per altra strada, abbiamo cioè tentato con tutta una serie di fermenti proteolitici, se era possibile inattivare estratti prima attivi. I fermenti ai quali ci siamo rivolti furono i seguenti: Pepsina, Tripsina, Tripsina + Enterochinasi, Erepsina, Papaina, Papaina + Acido cianidrico. Per non incorrere nel medesimo errore di Coca e Grove abbiamo voluto operare con fermenti al più alto grado di purezza ed attività. Non abbiamo tuttavia potuto raggiungere quel

(12) *Medical Journal and Record*, vol. 119, n. 2, 1924.

(13) Questi soggetti furono posti a mia disposizione dalla cortesia del prof. Salvioli, aiuto della R. Clinica Pediatrica di Padova che colgo qui l'occasione di vivamente ringraziare, in una al chiar.mo Prof. Berghinz, direttore della Clinica.

(14) I dati relativi alla costituzione e natura dei pollini qui e più oltre riportati e così pure le fonti bibliografiche le dobbiamo alla squisita cortesia dell'Illustre Prof. Gola, direttore dell'Istituto Botanico dell'Università, che cogliamo l'occasione di vivamente ringraziare.

(15) Lebedeff. *Cpt. r. d. l'Ac. d. Sc. Paris*, vol, 152, 3 gennaio 1911, pag. 49.

(16) Giglioli. *Rendiconti dell'Acc. dei Lincei*, vol. 20, S. 5ª, 2º semestre, fasc. 8, pag. 349, 1911.

(17) Czapek. *Biochemie der Pflanzen*, vol. II, pag. 289, Fischer, Jena 1920.

(18) Heyl. *J. of Am. Chem. Soc.*, 39-147, 1917.

(19) Planta. *Land. Vers. stat.*, 32-215, 1885.

Digitized by Google

massimo di purezza che avremmo desiderato, per le medesime difficoltà di ordine materiale già ricordate più su. Ad ogni modo ecco in poche parole la nostra tecnica di preparazione dei singoli fermenti:

Pepsina. Abbiamo fondamentalmente seguito il metodo di Pekelharing (20) tuttavia per maggior facilità siamo partiti anzichè direttamente dalla mucosa gastrica di maiale, da un preparato commerciale di pepsina. 30 gr. di pepsina Schuchardt sono soluti in HCl 0.2/N e dopo 8-10 ore di digestione a 37° filtrati a carta. Il liquido limpido ottenuto è dializzato contro acqua distillata. Si forma un precipitato che viene ridisciolto in HCl 0.2/N e che dopo nuova digestione è nuovamente dializzato.

L'intero procedimento viene ripetuto per tre volte. Infine il fermento lavato con acqua distillata è spremuto tra due fogli di carta da filtro ed asciugato nel vuoto sopra acido solforico. L'attività del fermento fu poi determinata secondo la tecnica di Michaelis e Rothstein (21) avendo preso a substrato siero di sangue intorbidato per aggiunta di acido solfosalicilico, e fu riconosciuta notevolissima.

Tripsina. Siamo anche qui partiti da un preparato commerciale. A 100 cc. di una soluzione 2 % di tripsina Schuchardt sono stati aggiunti 10 cc. di sol. 1/10 N. di lattato sodico e 10 cc. di sol. 1/10 N. di acido lattico. Il precipitato formatosi è stato dopo 24 ore separato, brevemente lavato per centrifugazione e quindi asciugato in essiccatore (Michaelis e Davidsohn) (22). L'attività del preparato fu riconosciuta (dopo attivazione con enterochinasi) a mezzo della tecnica di Wildstaetter e Waldschmidt-Leitz (23).

Mi corre l'obbligo di avvertire che il preparato così ottenuto se possedeva un alto grado di attività (circa 12 volte quello dei comuni buoni prodotti commerciali) non aveva che un grado molto relativo di purezza essendo sicuramente soltanto in parte privo di enterochinasi e forse anche di tracce di erepsina.

Enterochinasi. La mucosa duodenale di una ventina di maiali, accuratamente dissecata e finemente triturata venne disidratata per successivi lavaggi in acetone, acetone + etere, etere. Il residuo ridotto in mortaio a polvere finissima e passato per staccio a trama assai fitta, fu sospeso in ammoniaca 0.05 N. e dopo 3 ore l'ammoniaca scacciata a mezzo di una corrente di aria riscaldata a 35 gradi (in essiccatore da sieri tipo Weigardt e Fausl-Heim).

Scomparsa la reazione alcalina si aggiunse altrettanta glicerina a 87 %. Il preparato così ottenuto era sicuramente privo di erepsina ed altamente attivo, ma la sua durata non superava le 1-2 settimane (Waldschmidt-Leitz) (24).

Fu dosato in uno con la tripsina secondo la tecnica già ricordata a proposito di questa.

Erepsina. La mucosa duodenale di una diecina di maiali accuratamente dissecata e triturata con sabbia fu sospesa in poca soluzione fisiologica. Dopo 24 ore decantazione. A due parti dell'estratto acquoso furono aggiunte 3 parti di solfato d'ammonio saturo. Il voluminoso precipitato ottenuto fu sospeso in acqua distillata e dializzato per più giorni. Il fermento andò in soluzione e la soluzione (filtrata) fu resa relativamente stabile per aggiunta di glicerina [principalmente secondo Conheim (25) e Jakoby (26)]. La tecnica di Conheim (25) ci servì ad assicurarci dell'attività del preparato.

Papaina. Partimmo dal prodotto commerciale di Schuchardt (succo di *carica papava* essiccato a temperatura ambiente). A 6 gr. del preparato sciolti in 400 cc. di acqua si aggiunsero 1.5 gr. di acido cianidrico (sotto forma di cianuro di sodio). Il ph venne quindi portato a 5 e mezzo di tampone di fosfati e si lasciò poi digerire a 60-65 gradi per 3 giorni, in recipienti ermeticamente chiusi (operare con molta precauzione data la volatilità e l'alto potere tossico dell'acido cianidrico!). La soluzione venne poi concentrata per evaporazione a bagno maria (a 60-80 gradi) sotto pressione diminuita (in recipiente chiuso collegato alla pompa ad acqua). Infine il fermento fu precipitato per aggiunta di alcool (fino ad aversi una concentrazione alcoolica dell'80 %), lasciato sedimentare, raccolto e rapidamente lavato con poca acqua distillata per centrifugazione, e liberato nel vuoto dalle ultime tracce di acido prussico.

Ci assicurammo dell'attività del preparato (dopo aggiunta di acido cianidrico) dall'idrolisi indotta in una soluzione di gelatina [preparazione e dosaggio fondamentalmente secondo le indicazioni di Rona (27)].

Dei diversi fermenti ottenuti come è stato detto furono preparate le seguenti soluzioni:

10 gr. di pepsina vennero messi in sospensione in 100 cc. di soluzione fisiologica lievemente acidificata con HCl e lasciati a se a temperatura ambiente per 24 ore, indi filtrati a carta.

5 gr. di tripsina furono messi in sospensione in 100 cc. di soluzione fisiologica e dopo 24 ore filtrati.

6 gr. di papaina vennero sospesi in 100 cc. di soluzione fisiologica (a seconda del caso con o senza aggiunta di acido prussico, nel caso cianuro di sodio in quantità corrispondente a gr. 1,5 di acido cianidrico).

La miscela venne mantenuta in termostato intorno ai 60 gradi per 1-2 giorni, poi filtrata.

Erepsina ed enterochinasi furono usate tal quali.

Quando nelle pagine seguenti si terrà parola di pepsina, tripsina ecc. si intenderà accennare alle soluzioni ora ricordate.

Gli estratti di pollini su cui furono fatti agire i diversi fermenti vennero preparati nel modo seguente: 2-4 gr. di polline grezzo furono intimamente mescolati con soda normale decima. Dopo 5-6 minuti (non più!) si aggiunse rapidamente acido fosforico circa molar decimo quanto basta per esattamente neutralizzare (ph = 7.7, titolazione elettrometrica). Quindi si aggiunse soluzione 0.4 % di NaCl fino a 100 cc. e la miscela vigorosamente agitata e poi lasciata in riposo per 24 ore, venne finalmente filtrata a carta.

Il filtrato sterilizzato a bagno-maria bollente e suddiviso in fiale saldate alla fiamma, mantenne la propria attività per tempo assai lungo.

I pollini usati furono solamente 4 e precisamente:

Poa pratensis, Agrostis alba, Nordeum Murinum, Parietaria officinalis.

L'attività dei singoli estratti fu ricercata sia prima che dopo ogni esperienza a mezzo di cutireazioni eseguite su soggetti sicuramente e fortemente ipersensibili, e la cui reattività era ricontrollata volta per volta.

Alcune volte non potendo disporre di soggetti corrispondentemente cuti-reattivi mi valsi del trasporto passivo di sensibilità, a mezzo di siero di ipersensibili (conservato infialato sterilmente) trasportato intradermicamente in un soggetto indifferente, secondo la tecnica di Prausnitz e Kustner (28). L'inoculazione avveniva in due zone simmetriche (generalmente la faccia flessoria degli avambracci) delle quali l'una serviva per la prova l'altra per il controllo. Controllo che venne eseguito per ogni ricerca con modalità tecniche identiche a quelle della prova vera e propria. Come liquido di controllo per la pepsina, tripsina, enterochinasi ed erepsina servirono i medesimi fermenti inattivati per ebollizione.

Per la sola pepsina questa tecnica non fu potuta seguire giacchè questo fermento non perde che in piccola parte la propria attività anche dopo ebullizione prolungata. Pertanto come controllo della papaina servì soluzione fisiologica, della papaina + acido cianidrico, dell'acido cianidrico in soluzione fisiologica.

Una difficoltà tecnica notevole è stata frapposta dalla necessità di portare l'estratto pollinico al ph ottimale dei diversi fermenti e ciò perchè abbiamo notato [e concordiamo in ciò con Coca e Grove (29)] che tali estratti si conservano bene, solo a ph rigorosamente neutrale. Abbiamo però altresì rilevato che lo ambiente acido è relativamente meno nocivo di quello alca-

(20) *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 35, pag. 8, 1902.

(21) *Bioch. Zeit.*, vol. 105, pag. 50, 1920.

(22) *Bioch. Zeit.*, vol. 144., pag. 294, 1924.

(23) *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 132, pag. 181, 1924.

(24) *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 132, pag. 204 e 235, 1923 e vol. 142, pag. 217, 1924.

(25) *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 33, pag. 451, 1901.

(26) *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 30, pag. 135, 1900.

(27) Rona. *Praktikum der Physiologischen Chemie*, vol. 1, pag. 284-285. Springer, Berlin 1926.

(28) *Zentralblatt f. Bakter.* 86. 1921.

(29) *Journal of Immunology*, vol. X, n. 2, pag. 471, marzo 1925.

Digitized by Google

lino. Non essendo d'altra parte assai lunga la durata di ogni singola esperienza, a noi bastava che la durata dell'attività di ogni estratto raggiungesse le 24-48 ore. Per poter ottenere ciò fu tuttavia necessario in qualche caso condurre la digestione a ph non ottimale, non essendosi potute superare le cifre di ph = 2,5 da un lato e 7,8 dall'altro.

I particolari si troveranno menzionati in una con le singole esperienze che passeremo ora a descrivere.

Esperienza I. A 20 cc. di estratto si aggiungono 5 cc. di pepsina; d'altra parte ad altri 20 cc. del medesimo estratto si aggiungono 5 cc. di pepsina inattivata. Nell'una e nell'altra soluzione si porta il ph a 2.60 a mezzo di HCl N/10 (titolazione elettrometrica), si copre di toluolo e si tappa accuratamente. Dopo 24 ore di termostato a 37° le due soluzioni sono neutralizzate con soda normale indi saggiate nella loro attività.

Sia con l'una che con l'altra si ottengono grassi pomfi orticarioidi, fra i quali nessuna differenza sia qualitativa che quantitativa è rilevabile.

Esperienza II. — A 20 cc. di estratto si aggiungono 5 cc. di tripsina; d'altra parte ad altri 20 cc. del medesimo estratto si aggiungono 5 cc. di tripsina inattivata. Nell'una e nell'altra soluzione si porta il ph a 7,80 per aggiunta di fosfato basico di sodio (titolazione elettrometrica). 24 ore di termostato a 37° sotto toluolo. Le due soluzioni neutralizzate con soda, sono saggiate nella loro attività. Con entrambe si ottengono grossi pomfi, sia qualitativamente che quantitativamente non differenziabili. Tuttavia pare che la cuti-reazione ottenuta col campione digerito compaia alquanto più sollecitamente (non però più intensamente) di quella ottenuta col controllo.

Esperienza III. — Ricerca, 20 cc. di estratto pollinico + 5 cc. di erepsina.

Controllo, 20 cc. di estratto pollinico + 5 cc. di erepsina, inattivata.

Le due soluzioni sono portate a ph = 7.80 a mezzo di fosfati basici di Na (titolazione elettrometrica). 24 ore di termostato a 37°, sotto toluolo. Neutralizzazione. Nessuna differenza rilevabile nell'attività dei due liquidi.

Esperienza IV. — Ricerca: estratto pollinico cc. 20 + tripsina cc. 5 + enterochinasi cc. 3.

Controllo: estratto pollinico cc. 20 + tripsina inattivata cc. 5 + enterochinasi inattivata cc. 3.

Ph a 7.80 (come sopra). 24 ore di termostato a 37°, sotto toluolo. Neutralizzazione.

L'estratto digerito ripetutamente saggiato dà un pomfo marcatamente più piccolo, meno rilevato e pruriginoso del controllo. La cutireazione è però coll'estratto digerito notevolmente più rapida (inizio rilevabile del pomfo dopo 6-8 minuti, contro minuti 12-14 del controllo).

Esperienza V. — Due porzioni di 20 cc. ciascuna di estratto pollinico sono sottoposte alla digestione pepsinica come è stato descritto al N. 1 Indi portate a ph 7.80 e trattate esattamente come al N. 4 (digestione con tripsina + enterochinasi).

Medesimo risultato che all'esperienza precedente.

Esperienza VI. — Ricerca: 20 cc. di estratto pollinico + 5 cc. di tripsina + 3 cc. di enterochinasi + 5 cc. di erepsina.

Controllo: 20 cc. di estratto pollinico + 5 cc. di tripsina inattivata + 3 cc. di chinasi inattivata + 5 cc. di erepsina inattivata.

Ph a 7.80: 24 h di termostato a 37°, sotto toluolo. Neutralizzazione.

Il controllo dà il solito grosso pomfo a ramificazioni ameboidi in tempo di 12-15 minuti.

Il campione, digerito dà minimo rilievo di meno di 1/4 di cm. di diametro (tuttavia a caratteristica forma ameboide).

Tempo di insorgenza 7-9 minuti.

Esperienza VII. — Due porzioni di estratto pollinico, ciascuna di 20 cc., sono sottoposte a digestione pepsinica come al N. 1. Indi sono portate a ph 7.80 e trattate in modo identico a quanto è esposto al n. 6.

Identici i risultati. L'estratto digerito persiste nel dare piccola, ma sicuramente positiva cutireazione, in tempo notevolmente accelerato di fronte al controllo.

Esperienza VIII. — 20 cc. di estratto pollinico + 5 cc. di papaina (senza acido cianidrico).

Controllo: 20 cc. di estratto + 5 di soluzione fisiologica. Ph a 5.00 (a mezzo di HCl N/10; titolazione elettrometrica). 24 ore di termostato a 65°, sotto toluolo. Neutralizzazione. I due campioni si dimostrano quasi ugualmente attivi.

Esperienza IX. — 20 cc. di estratto pollinico + 7 cc. di papaina e acido cianidrico.

Controllo: 20 cc. di estratto pollinico + 7 cc. di acido cianidrico in soluzione fisiologica.

Ph a 5.0 (come sopra). I due campioni coperti di toluolo, in due provettoni saldati alla fiamma, soggiornano per 24 ore in termostato a 65°. Quindi sono sottoposti ad evacuazione alla pompa ad acqua, immersi a bagno-maria a 50-65°, per più ore. Infine dopo neutralizzazione se ne inietta un forte campione in cavia e solamente dopo aver così constatato la completa eliminazione dell'acido prussico si passa a saggiare l'attività dei due preparati. (Tutte queste manipolazioni vanno naturalmente compiute sotto una cappa chimica, ben chiudibile ed a buon tiraggio, e ancora con le più grandi precauzioni onde evitare avvelenamenti da acido cianidrico, assai volatile).

L'estratto digerito saggiato ripetutamente per cuti- ed intradermoreazioni (sino alla dose di 0.2-0.3 cc.) si dimostra assolutamente e totalmente inattivo.

Col controllo si ottengono tutt'ora manifeste e caratteristiche reazioni, se pure queste sembrano forse di qualche cosa meno intense di quelle rilevabili coll'estratto non trattato.

Discussione dei risultati. Abbiamo dunque visto che nessuna azione apprezzabile sulla attività di un estratto pollinico è stata esercitata nè dalla pepsina, nè dalla erepsina, nè dalla papaina non attivata. La digestione con tripsina non attivata (più esattamente, non completamente attivata, chè come abbiamo già rilevato, la nostra tripsina non era completamente esente da chinasi) non influì sulla intensità della reazione, ma parve accelerarne alquanto l'insorgenza. Marcatamente meno spiccata si fece l'attività del nostro estratto dopo l'azione combinata della tripsina e dell'enterochinasi e più ancora se fu aggiunta anche l'azione dell'erepsina. L'inattivazione completa per altro non si ottenne mai. La reazione benchè minore divenne più sollecita a comparire.

La scomparsa completa di ogni attività seguì viceversa la digestione a mezzo della papaina attivata.

Cosa possiamo dedurne? Siamo di fronte ad una sostanza proteica? Probabilmente sì.

Alla papaina non sono conosciute altre attività all'infuori di quella proteolitica, quindi lo scomparire di una funzione, in seguito a trattamento con papaina, deve di necessità far pensare che tale funzione fosse legata a proteici. E' provato questo?

Provato tassativamente no, chè non si può escludere che il fermento abbia agito per un altra via che non quella che siamo soliti riconoscergli, ma possiamo tuttavia ammetterlo con una certa presunzione di essere nel vero. Presunzione che trova un valido sostegno nel fatto che anche dall'azione combinata di altri fermenti proteolitici (tripsina + enterochinasi + erepsina) è risultata una cospicua diminuzione della capacità cuti-reattiva dell'estratto.

Non ne è però risultata l'abolizione: perchè? Si possono fare due ipotesi e cioè o che la digestione tripsinica-erepsinica sia risultata incompleta in quanto si dovette operare ad un ph non ottimale (al contrario della papaina): oppure si può pensare che tripsina, enterochinasi ed erepsina come fermenti di origine animale siano meno attivi della papaina (fermento di origine vegetale) di fronte a proteici vegetali. Le due ipotesi non stanno affatto in contradizione fra loro e possono entrambe contribuire al risultato ottenuto.

Come mai resta senza efficacia la digestione condotta a mezzo della pepsina, della erepsina e della tripsina e papaina non attivate? Per interpretare questo punto dobbiamo rifarci alla sistematica dei fermenti proteolitici (30).

Possono questi dividersi sistematicamente in 4 gruppi:

Al primo appartiene l'erepsina che è attiva solamente di fronte a peptidi semplici quali mono-, bi- o tripeptidi.

Al secondo gruppo appartiene la tripsina non attivata che

(30) Secondo: OPPENHEIM. *Die Fermente*, pag. 808 e 899 e WALDSCHMIDT-LEITZ. *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 149. pag. 203 e 211, 1925 e WALDSCHMIDT-LEITZ e SCHAFFNER. *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 151, pag. 31, 1926.

Digitized by Google

riconosce a substrati per quanto fino ad oggi sappiamo il peptone (ex albumina), la clupeina ed il timoistone.

Al terzo gruppo va ascritta la tripsina attivata (tripsina + enterochinasi) capace di aggredire ogni specie di proteide ad eccezione di alcune albumine complesse (albumina di sangue, albumina d'ovo) che viceversa sono rapidamente idrolizzate dalla pepsina (pertinente al 4° gruppo) capace per altro di scinderle solo fin al grado albumina e peptone.

Protamine e polipeptidi non vengono intaccati da questo fermento.

Fra le albumine superiori fa solo eccezione la mucina più facilmente idrolizzata dalla tripsina, che non dalla pepsina. La papaina non ricordata in questa classificazione si riavvicinerebbe assai alla tripsina attivata e non attivata. Tuttavia l'azione dei due fermenti non può essere sovrapposta.

Valga per esempio della specificità dei due fermenti la seguente breve tabella (31).

	GELATINA	PEPTONE	DIPEPTIDI
Tripsina	—	+	—
Tripsina + Enterochinasi . .	+	+ +	—
Papaina + acido cianidrico .	+ +	+	—
Papaina	+	—	—

I segni —, +, + + indicano rispettivamente: nessuna idrolisi, idrolisi, forte idrolisi.

Riprendendo quindi il nostro argomento si dovrebbe concludere che la sostanza cuti-reagente è una proteina più complessa di un mono- di- o tripeptide ed anche del peptone, della clupeina ecc., in quanto l'azione della sola erepsina o della tripsina e papaina non attivate è insufficiente a distruggerla; siccome però la sola digestione tripsina + enterochinasi è pure insufficiente, mentre un notevole risultato si ottiene se all'azione tripsina + enterochinasi si associa l'azione erepsina, così si dovrebbe concludere che la sostanza attiva è una proteina a composizione complessa ma che i suoi prodotti di disintegrazione conservano fino ad un certo stadio almeno la capacità reattiva, ed in questo senso depone anche l'inutilità della digestione pepsinica che idrolizza solo fino al grado di albumina e peptone.

Saremo di fronte allora ad albumina del più alto grado di organizzazione? Probabilmente no, in quanto è sufficiente la digestione tripsinica-erepsinica ed il farla precedere da una digestione pepsinica non è di utilità. Quindi concludendo *probabilmente* siamo di fronte a proteici a costituzione relativamente complessa, ma non dei gradi più elevati di organizzazione.

Che cosa starà a significare la maggior rapidità di reazione rilevata con alcuni prodotti di digestione di fronte ai controlli?

Io propenderei a pensare che i prodotti di disintegrazione ancora attivi, di sostanze asmogene, diano più rapida reazione in quanto minore elaborazione richiedono dall'organismo ipersensibilizzato, per dar luogo alla formazione della ipotetica anafilassotossina.

Questa potrebbe essere la ragione per cui materiali comunemente poco asmogeni, attraverso azioni fermentative e parassitarie, lo divengono in grado altissimo (tali i cuscini di piuma, il grano guasto ecc.). Ma su questo mio concetto ritornerò in altra sede.

Egualmente in altra sede ritornerò sulla constatazione, credo di molto interesse, più volte fatta nel corso di queste ricerche, che attraverso determinate azioni fermentative su determinati proteici si possano ottenere prodotti universalmente cutireattivi.

Queste per altro, vorrei ancora rilevare, sono conclusioni di probabilità, non di sicurezza. Perciò appunto mi sia permesso di andare in cerca di altri argomenti in appoggio alla mia tesi della natura proteica del quid cuti-reattivo dei pollini.

Già Bastai (loco citato) aveva notato che l'aggiunta di tutta una serie di sostanze dealbuminizzanti ad estratti cuti-reattivi ne provocava l'immediata inattivazione. Bastai (che sperimentò con l'acetato d'uranile, l'acido fosfowolframico e il reattivo di Esbach) conclude tuttavia che queste esperienze sono ben lungi dal dimostrare che le sostanze attive degli estratti cuti-reagenti siano proteiche. Noi che abbiamo ripetuto con egual risultato le ricerche del Bastai, vorremmo essere meno assoluti nelle conclusioni. Non vogliamo dire che l'inattivazione di estratti cuti-reattivi in tal maniera ottenuti sia assolutamente probativa della loro natura proteica, ma anche l'escludergli ogni valore è forse un po' eccessivo.

E' vero, e l'abbiamo già visto, che gli estratti pollinici sono oltremodo delicati e facilmente alterabili, di modo che non ci meraviglierebbe affatto che acidi forti o sali di metalli pesanti ecc. avessero la capacità di deteriorare liquidi di tal sorta, all'infuori di ogni azione dealbuminante; però ci parrebbe logico che tale azione per esplicarsi richiedesse un tempo di contatto più o meno lungo, ma in ogni caso sempre apprezzabile. Viceversa l'inattivazione che si ottiene coi dealbuminanti è assolutamente istantanea: non appena avvenuta l'aggiunta il liquido si dimostra inattivo. Questo comportamento non può a meno di far pensare che le sostanze attive siano proteine.

Per convalidare questa nostra impressione abbiamo voluto saggiare su estratti pollinici l'effetto di tecniche di dealbuminazione basate su tutt'altro principio, in cui non entra in causa nessuna sostanza particolarmente aggressiva. Sono queste due tecniche che dobbiamo l'una al Rona e Michaelis (32), l'altra a Hagedorn e Jensen (33). Sia l'una che l'altra si basano sul medesimo principio; cioè aggiungono una soluzione colloidale al liquido da defecarsi: il colloide aggiunto e quello già esistente in soluzione (albumina) si sensibilizzano a vicenda e precipitano, previa o meno aggiunta di un elettrolita. Rona e Michaelis si valgono di idrossido di ferro colloidale, oppure di caolino, Hagedorn e Jensen di idrossido di alluminio. Sia con l'una che con l'altra tecnica ottenni inattivazione completa del filtrato, mentre (nel modo più chiaro con la tecnica del Hagedorn e Jensen) il precipitato conservava, sia pure meno spiccata, la propria attività.

Un'ultimo punto: in altro mio lavoro (34) dimostrai la positività nel siero di soggetti cuti-reattivi a pollini della reazione di Abderhalden verso estratti dei pollini corrispondenti. Ora non è quì il caso di riaprire la vexata quaestio sull'intima natura di questa reazione, sul suo valore e significato (questioni già esaurientemente trattate nel citato mio lavoro), ma mi sia solo concesso di ricordare come le più valide prove e gli argomenti più convincenti militino a favore dell'interpretazione di questa reazione fin dall'inizio avanzata dal suo Autore. E cioè che si tratti di scissione di sostanze proteiche eterogenee, dovute a fermenti proteolitici specifici elaborati dai soggetti ipersensibili. Ora è patente che ove si voglia ritenere per vera questa interpretazione, il dimostrare come io ho fatto, l'esistenza di reazione di Abderhalden tra estratto pollinico e siero di soggetti corrispondentemente ipersensibili, equivale a dimostrare la natura proteica del quid ipersensibilizzante.

Concludendo. Noi crediamo di aver dimostrato nella prima parte di questo lavoro, che nessuna prova, che nessun argomento di reale consistenza è stato portato a dimostrare la natura non proteica delle sostanze attive dei pollini.

D'altra parte a favore della natura proteica di tali sostanze, militano i seguenti argomenti:

1. Il principio attivo è indializzabile.
2. Esso viene inattivato per l'azione di fermenti proteolitici.
3. Esso viene distrutto o precipitato dalle sostanze dealbuminanti.
4. Esso provoca positività della reazione di Abderhalden.
5. Infine per analogia vorremo attribuire un qualche valore anche alle cognizioni acquisite in campo di sensibilità ed anafilassi, cognizioni che ci indicano, possiamo dire senza eccezione, come responsabili di tali sindromi, sostanze proteiche.

---

(31) WALDSCHMIDT-LEITZ. *Zeit. f. physiol. Chem.*, vol. 149, pag. 212, 1925.

(32) *Biochemische Zeit.*, vol. 7, pag. 832, 1908; vol. 14, pag. 479, 1908; vol. 8, pag. 955, 1908; vol. 13, pag. 122, 1908; vol. 7 pag. 330, 1908.

(33) *Bioch. Zeit.*, vol. 135, 1923.

(34) MELLI. La reazione di Abderhalden nei cuti-reattivi. Comunicazione del 9 marzo 1923 all'Accademia Medico-Chirurgica Padovana. In extenso: *Riforma Medica*. In corso di pubblicazione.

Digitized by Google

Sappiamo bene che nessuno dei nostri argomenti ha valore probativo assoluto e su nessuno di essi, isolatamente preso ci sentiremmo autorizzati a concludere in modo perentorio.

Ma il valore che non vogliamo attribuire ad un solo dato, non sapremmo negarlo al loro complesso.

Ci parrebbe di fare troppo posto al caso se volessimo negare significato di prova raggiunta al coincidere di tanti dati di così diversa natura.

Verosimilmente la sostanza proteica sensibilizzante non appartiene alle albumine più altamente organizzate, ma nemmeno alle più semplici: verosimilmente si tratta di un quid medium. Però la capacità reattiva si conserva fino a un certo punto almeno nei prodotti di degradazione della proteina stessa. Queste conclusioni per altro, dobbiamo riconoscere essere assai meno provate delle precedenti e ci accontentiamo di formularle in via di probabilità.

Infine quasi sicuramente la sostanza sensibilizzante è qualche cosa di pertinente all'intima costituzione del polline.

□□□

NOTE DI ONCOLOGIA

A PROPOSITO DELL'EREDITA' DEL CANCRO

per il prof. CARLO GUARINI
Radiologo Capo dell'Istituto Foto-Radio-Terapico di Napoli
diretto dal prof. R. Stanziale

In una recente comunicazione all'«Académie de Médecine» (seduta del 22 marzo 1927) Auvray dalla osservazione di due serie di fatti si è convinto che il cancro debba ritenersi una malattia ereditaria del più alto grado e che in alcuni casi l'eredità si osserva sullo stesso organo, oppure sullo stesso sistema organico.

Le osservazioni dell'A. riguardano: il primo caso una donna morta per cancro del colon (forse del retto); il figlio di questa donna, circa 15 anni più tardi è morto per cancro del retto ed il figlio di quest'ultimo a 28 anni di distanza è morto per cancro del retto. Per il fatto che i tre individui non sono vissuti insieme l'A. ne trae l'illazione che bisogna rigettare l'idea del contagio.

Il secondo caso dell'A. riguarda una donna che morì di tumore forse dell'ovaio; la figlia è restata indenne da cancro, ma la nipote è morta di cancro doppio dell'ovaio, constatato all'intervento chirurgico; l'ultima delle nipoti è stata anche operata per cancro dell'ovaio, istologicamente confermato.

***

Nella mia pratica privata ho diagnosticato radiologicamente in una signorina, anziana, cancro dello stomaco. La sorella, anche nubile è morta un anno prima per cancro dello stomaco. Le due sorelle hanno sempre vissuto insieme fin dalla nascita; i genitori ed i collaterali pare che abbiano goduto sempre buona salute.

Nello spazio di tre anni sono capitati alla mia osservazione tre fratelli. Nei precedenti familiari si trova una dubbia sifilide del padre; nei genitori e nei collaterali non sono state notate forme blastomatose.

Tutti e tre i fratelli oltre ad essere dei probabili eredo-luetici, sono degli eredo-artritici con tutte le note somatiche, oggettive e soggettive dell'artritismo.

Sono individui alti, con sistema scheletrico e muscolare molto sviluppato; nulla da rilevare negli altri sistemi ed organi. Ottimi mangiatori, fumatori, hanno ecceduto nel bere (il secondo beveva fino a dodici litri di vino al giorno!).

Nella anamnesi personale dei tre fratelli non si trova nulla di importante.

Il primo di questi fratelli sui quarant'anni notò la comparsa di piccole ulcerazioni sul dorso del naso che furono diagnosticate per epiteliomi ulcerati. Dopo poco tempo dalla manifestazione degli epiteliomi cutanei, comparve una ulcerazione della lingua, variamente diagnosticata e trattata. Si riconobbe in seguito trattarsi di forma epiteliale ulcerata della lingua. Sottoposto da me a trattamento röntgen, senza risultato, dopo circa sei mesi è morto.

Il secondo fratello, circa due anni or sono ha cominciato a notare piccole ulcere del corso del naso, le quali furono subito diagnosticate per epiteliomi e da me sottoposte a trattamento röntgen-diatermico. L'infermo guarì. E' stato bene fino a circa sei mesi or sono (novembre-dicembre 1926) epoca in cui si manifestò una ulcerazione della tonsilla di destra: è stato sottoposto a varii trattamenti, ma senza risultato. Trattasi di un evidente cancro della tonsilla destra, che invade i pilastri e si infiltra nel faringe; è a rapida evoluzione, ha determinato edema della glottide che ha richiesto la tracheotomia di urgenza. L'infermo è rapidamente dimagrato: circa venti chili in due mesi. Attualmente l'ho in trattamento röntgen.

Il terzo di questi fratelli oggi presenta dei piccoli epiteliomi del dorso del naso; non è improbabile che la nemesi che perseguita questi tre fratelli non risparmierà anche questi!

***

Dalla numerosa statistica dell'Istituto Foto-radio-terapico potrei trarre numerosi esempi di discendenze dirette di cancerosi, cioè di forme cancerigne, specie dell'utero e delle mammelle, che si notano in varii membri della stessa famiglia ed in ordine di discendenza.

Da questi casi si potrebbe dedurre che la ereditarietà è da invocarsi quando esistono diversi cancerosi in alcuni membri della stessa famiglia.

Ma di contro a questi casi ne esistono altri, numerosi, nei quali il cancro è assente negli ascendenti, discendenti e collaterali.

Spero poter pubblicare quanto prima le osservazioni al riguardo tratte dallo studio clinico di circa duemila cancerosi osservati dal 1922 a tutt'oggi.

I casi che ho sopra riferiti non possono dimostrare in maniera inconfutabile l'ereditarietà del cancro.

Se dovessimo trarne una deduzione, questa deporrebbe forse per una forma contagiosa, perchè sia nell'uno che nell'altro caso si tratta di consanguinei dello stesso sesso che quasi nella stessa epoca presentano la medesima lesione nello stesso organo (stomaco), oppure allo stesso apparato (cute del dorso del naso) ed in due casi riproduzione a breve scadenza dalla insorgenza della malattia in organi differenti (cavo orale), ma della stessa origine embrionaria.

Si potrebbe pensare forse ad una peculiare predisposizione dei soggetti, ma non ad ereditarietà.

Da quanto sopra penso che non sia per nulla accettabile la convinzione di Auvray, essere cioè il cancro una malattia ereditaria al più alto grado. Esistono casi, forse non molto numerosi, nei quali l'ereditarietà sembra manifesta, osservandosi varii membri della stessa famiglia colpiti dal cancro e sempre nello stesso organo, come nei casi riportati da Auvray e come ne ho registrati anche io.

L'osservazione dei casi che ho riportato, non riscontrandosi negli ascendenti e nei discendenti, specialmente nei tre fratelli, forme cancerigne, nel mentre potrà farci sembrare strano la localizzazione del cancro sugli stessi sistemi organici, non può per questa semplice constatazione, farci asserire e ritenere convinti che esista ereditarietà.

Lungo forse sarà il cammino per stabilire quali fattori eziologici influiscono o meno sul manifestarsi del cancro; dalla conoscenza di questi potrà scaturire la nozione esatta circa la triste ereditarietà di questo flagello.

La diffusione del libro italiano all'estero è indispensabile perchè il pensiero e la cultura italiana, espandendosi nel mondo, conquistino l'influenza che loro spetta, il prestigio che meritano agli occhi delle altre nazioni.

PIETRO BADOGLIO

Perchè il libro italiano si diffonda fuori d'Italia, è necessario che esso sia prima diffuso in Italia.

Solo quando gli italiani leggeranno libri italiani dieci volte di più di quello che non leggono oggi si potrà parlare, come di una realtà non lontana, di imperialismo italiano nel campo della cultura.

ALFREDO ROCCO

Digitized by Google

ATTUALITÀ

I. *Una nuova reazione per la diagnosi della febbre tifoide.*
II. *Un nuovo sintoma della sclerosi neurocentrale a piastre.*
III. *Se il cancro sia una malattia locale o generale.*

I. Questa reazione dovuta a C. A. MILLS e K. V. KITZMILLER di Cincinnati (*Archives of Internal Medicine*, vol. 38, n. 4) si fonda sull'alto contenuto in antitrombina del sangue dei tifosi.

Un po' di sangue viene prelevato dalla vena del braccio del paziente ed immediatamente mescolato con una quantità sufficiente di soluzione di citrato di sodio, fino a che si abbia un sangue citratato nella proporzione del 0.5 %. Questo sangue viene centrifugato, ed 1 cmc. del plasma così ottenuto va lasciato per dieci minuti a bagnomaria a 60°; in tal modo viene distrutto il fibrinogeno e la prototrombina ma non viene toccata l'antitrombina.

Plasma di cavallo (o di altro animale utilizzabile) ottenuto da sangue citratato viene a questo punto coagulato per ricalcificazione, ed il siero espresso dal coagulo può essere usato dieci minuti dopo la coagulazione. Per la ricalcificazione bisogna trattare ogni cmc. di plasma citratato con circa 0,2 cmc. di una soluzione di cloruro di calcio all'1 %.

Per la completa attivazione della prototrombina in trombina viene usata la cefalina (a 6 cmc. di siero si aggiungono 0.6 di una emulsione di cefalina al 0.1 %).

Il procedimento viene fatto in modo che il siero di cavallo venga attivato in quei dieci minuti in cui il plasma dell'individuo in esame sta in bagnomaria. Vengono allora preparati 3 tubi:

il primo contiene 2 cmc. di siero riattivato ed 1 cmc. di una soluzione di cloruro di sodio al 0.5 %;

il secondo tubo contiene 2 cmc. di siero ed 1 cmc. di plasma normale riscaldato;

il terzo tubo contiene 2 cmc. di siero ed 1 cmc. di plasma di tifoso riscaldato.

Questi tre tubi rimangono a temperatura ambiente. I tubi contenenti 0,5 di plasma di cavallo citratato sono posti a bagnomaria a 40°. Dopo due minuti dai tre tubi contenenti le mescolanze precedenti, vengono prelevati 0,3 cmc., aggiunti nei tubi del plasma citratato, e viene notato il tempo in cui si produce la coagulazione.

Lo stesso esperimento è ripetuto anzicchè dopo due, dopo cinque, dopo dieci, dopo venti e dopo trenta minuti da che i tubi col plasma hanno soggiornato a temperatura ambiente.

Calcolando = 1 il tempo di coagulazione del tubo di controllo (normale), gli altri tempi vengono calcolati come decimali di questo (0,9; 0,8 etc.), e con i diversi valori ottenuti negli esperimenti successivi (a 2, a 5, a 10, a 20, a 30 minuti) si costruisce una curva.

Ora, mentre con un plasma normale si ha una curva di questo genere: 0,9-1.0-1.2, 1.0-1.02, con un tifoso si ha invece: 1.0, 1.6, 1.95, 2,0, 1.85.

Si vede così che l'attività antitrombica nel tifoso è molto elevata, e che il massimo viene raggiunto dopo 20 minuti (4° esperimento).

Questo gli Autori hanno potuto dimostrare costantemente in 13 pazienti di tifo; un decorso analogo si è avuto solo in due soggetti non tifosi, ma si trattava di individui per i quali una confusione non era possibile, dato il carattere delle manifestazioni cliniche presentate. Invece è importante notare che la tubercolosi miliare, così di frequente confusa con le forme tifoidee, ha una curva totalmente diversa, quasi sempre inferiore alle cifre normali.

Questo rappresenta come una promessa di grande valore, circa la possibilità di differenziare per questa via le due forme, in mancanza di dati clinici.

V. M. PALMIERI

***

II. Il nuovo sintoma viene prospettato da LHERMITTE, LÈVY e NICOLAS (*La Presse Méd.*, 14 maggio 1927) e consiste in una sensazione brusca di vibrazione, che percorre la spina dorsale e gli arti, analogamente a quanto si sente, per la scarica di una corrente elettrica. Non si presenta durante il riposo ed il sonno. Invece si estrinseca durante la fatica e durante alcuni movimenti peculiari, come la flessione della testa o la inclinazione del tronco in avanti, tanto che l'infermo schiva di pettinarsi, di abbassarsi per raccogliere un oggetto o per calzare le scarpe. Brevissimo è il tempo di durata per ciascuna sensazione di scarica vibratile, e la brevità è dovuta anche al fatto che l'infermo per non far continuare quella sensazione desiste immediatamente dagli speciali movimenti, che la provocano. Con la sensazione di scarica elettrica si associa talvolta uno stordimento o un senso di ansietà.

In alcuni infermi la sensazione, invece che diffondersi dalla nuca verso l'estremità di un arto sino a giungere alla punta delle dita del piede, può localizzarsi sulla fronte o su un pomello, ricordando la sensazione d'insetti, che rapidamente s'inseguano sulla cute.

Certo si è che il peculiare sintoma non può confondersi con l'indormentimento o con altre analoghe parestesie.

Lhermitte, Lévy e Nicolas tentano di spiegare la ragione del sintoma ammettendo che trattisi di lesione grave e persino assorbimento della mielina nei tronchi nervosi, compresi nell'ambiente delle piastre di sclerosi neurocentrale. Ritengono così, perchè nella sola altra condizione morbosa, in cui può osservarsi il sintoma speciale, cioè nella commozione del midollo spinale, spesso i tronchi nervosi si presentano sprovveduti di mielina. Nella sclerosi a piastre gli speciali movimenti provocatori della sensazione di vibrazione o scarica elettrica sarebbero atti a distendere i tronchi nervosi, in cui esisterebbero le lesioni della mielina.

Checchè sia della spiegazione, senza dubbio è utile avere acquistato nella nosografia della sclerosi a piastre un nuovo sintoma, tanto più che esso si nota all'esordio del male, e perciò può concorrere alla diagnosi precoce, che interessa qui come in ogni altra condizione morbosa.

ANDREA FERRANNINI

***

III. In non pochi articoli ho esternata la mia convinzione che ogni tumore maligno rappresenta una infezione. La mia convinzione è poggiata su argomenti di fatto nel campo clinico. E' naturale, perciò, che mi prema mettere in rilievo quei lavori, i quali si avvicinino a quel concetto eziogenico.

Sulla principale rivista francese, che si occupa dell'argomento, nel fascicolo I, 1927 di *Les néoplasmes*, KOTZAREFF e DE MORSIER discutono se il cancro sia un malattia locale o generale e finiscono con ammettere che, sotto l'aspetto curativo, conviene considerare le neoplasie maligne come manifestazione tanto locale quanto generale. Giustamente asseverano che agire localmente e precocemente sulle lesioni, dette precancerose, non esclude di metter mano ai rimedi generali, che vanno risultando più adatti ad allontanare e persino eliminare la evoluzione maligna di quelle lesioni e l'esito letale.

All'uopo ricordano che un osservatore, della competenza di Carrel, ha veduto la iniezione o l'innesto di cellule embrionali normali provocare negli animali la insorgenza di un blastoma, più sicuramente e più precocemente, quando nel tempo stesso s'iniettavano l'arsenico o l'indolo o il catrame.

Kotzareff ha notata la cancerizzazione dei papillomi sull'orecchio del coniglio spalmato di catrame, in meno di 15 giorni, se simultaneamente si facevano iniezioni intravenose di piccole dosi di torio o di emanazioni di radio, laddove nel coniglio testimone, cioè non sottoposto a quelle iniezioni, la cancerizzazione si verificava 4 a 6 mesi dopo la pennellatura di catrame. L'identico effetto accelerante si osserva con le iniezioni intravenose di torio X o con la simpaticectomia cervicale superiore o con la ligatura della carotide esterna.

Le differenti reazioni sierologiche (di Chodat o Botelho o Thomas o Roffo), che si vanno proponendo per la diagnosi dei tumori maligni partono dal presupposto di modificazioni umorali, svelabili sin dall'esordio di sviluppo dei tumori maligni.

Ad evitare la insorgenza delle lesioni locali mirano: l'uso degli schermi protettori contro le radiodermiti e il successivo sviluppo dei tumori maligni; la estirpazione dei nevi, delle ulceri gastriche, del gozzo; la cura della sifilide, della tubercolosi, della elmintiasi, che possono predisporre ai tumori maligni. Alla cura generale o dell'ambiente intraorganico mirano: la chemioterapia con i sali di rame (Gaube Du Gers), di zinco (Cristol), con i metalli pesanti allo stato colloidale (Neuberg e Caspari), con i sali di piombo (Blair Bell); la vaccinoterapia (Fichera, Bertrand, Rovsing, Thomas), la curieterapia interna con il mesotorio, il torio X (Lazarus), la emanazione di radio per iniezione intravenosa (Kotzareff); l'applicazione combinata del radio, cioè tanto come aghi o piastre o tubetti quanto come iniezioni intravenose di liquidi carichi di emanazione (Beuttner, Cornioley, Henneberg).

L'Italia ha molto originalmente contribuito a scoprire le modificazioni umorali dei carcinomatosi. Basti citare la reazione meiostagminica di Maurizio Ascoli e i lavori di Fichera sullo squilibrio oncogeno.

Ora fervono dappertutto le ricerche sulle modificazioni della ionizzazione e dello stato colloidale, oltre che sull'alcalescenza degli umori intraorganici. Sendrail ha insistito sulla iperglicemia come sintoma prodromico della cancerizzazione, per quanto, a vero dire, si tratti di un sintoma

Digitized by Google

a significato molteplice, e però poco utilizzabile come dato semeiologico deterministico.

L'intervento patogenetico degli organi endocrini e del sistema nervoso detto vegetativo non può escludersi, come, d'altronde, risulta per ogni processo tossi-infettivo. Non può escludersi la importanza della diatesi o predisposizione o costituzione personale e quale patologo oserebbe escluderla per qualsivoglia processo tossi-infettivo?

Sino a pochi decenni or sono, il cancro era stato considerato troppo anatomo-istologicamente. Per buona fortuna oggi si va studiando biologicamente. Le stesse metastasi si erano ritenute effetto semplicista di trasporto di particelle blastomatose da un punto, primigeniamente colpito, in parti diverse dell'organismo.

Senza escludere la importanza di questa concezione prettamente anatomica, già altra volta ho esposto che, per considerazioni cliniche, soglio considerare le metastasi come effetto di spiccata diminuzione della resistenza locale. Il rapporto tra sede primigeniamente colpita e metastasi mi sembra prospettabile così: la infezione, di cui è manifestazione anatomo-istologica il blastoma, dà la sua primitiva localizzazione in un organo per la ragione convergente del tropismo dell'agente infettante verso quell'organo e per la costituzionale o acquisita diminuzione di resistenza di questo organo; lo stesso si verifica simultaneamente per qualsivoglia altro organo, ma, in proporzione molto minore di quanto succede per l'organo, che si ritiene sede «primaria»; per molti anni l'organismo compensa gli effetti della infezione a sede molteplice, finchè, quando sopravviene quello che Fichera chiama «squilibrio oncogeno», che per me è scompenso o disfatta della difesa intraorganica generale, allora la manifestazione della disfatta sotto la forma anatomo-istologica del blastoma sarà maggiore nel punto della prima localizzazione, minore negli altri punti, per i quali si parla di metastasi. Naturalmente si ordisce in aggiunta uno dei tanti circoli viziosi, per cui i prodotti tossici e del tumore e dei tessuti che ne sono inquinati esacerbano la disfatta generale e questa disfatta intensifica la evoluzione delle singole manifestazioni, tanto quella primitiva quanto di quelle, dette metastatiche.

Ipotesi *de travail?* E sia pure così, ma ciascuno ha il diritto di esternare le proprie convinzioni, specialmente in argomenti, che tanto interessano la clinica individuale e la profilassi sociale.

ANDREA FERRANNINI

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Particolare reazione febbrile al salasso in soggetti epato-lienali. — D. CAMPANACCI. *Giornale di Clinica Medica,* fasc. 7, 1927.

Sottoponendo a modico salasso (60-70 cc. di sangue o anche meno) una ventina di ammalati, in maggioranza epatici ed epato-lienali, l'attenzione dell'A. è stata richiamata dall'insorgere in alcuni di essi di un rialzo termico più o meno marcato, poco dopo l'avvenuta sottrazione sanguigna, una volta anche preceduto da lieve brivido. Carattere comune ai casi che presentarono detta particolare reazione era che non si trattava di epatici puri, bensì di individui presentanti contemporaneamente lesioni del fegato e della milza (cirrosi ipertrofica splenomegalica, ittero emolitico).

Dal complesso delle ricerche istituite per spiegare la genesi di tale rialzo termico, l'A. deduce per primo che in questi ammalati ogni squilibrio di circolo un po' brusco, anche se di modica entità (salasso, paracentesi, iniezione endomuscolare di adrenalina) è capace di produrre detta elevazione febbrile. Esclusa, d'altronde, la genesi infettiva o parassitaria della febbre (ricerca del plasmodio malarico, emocultura negativa), l'A. emette l'ipotesi di una febbre da passaggio in circolo di prodotti abnormi di scissione proteica (come è dimostrato dall'aumento dell'N-aminico riscontrato nel siero), passaggio che dovrebbe essere avvenuto a livello del circolo portale (contrazione splenica). Tali sostanze proteiche febbrigene potrebbero avere origine splenica e passare immodificate in circolo attraverso un fegato funzionalmente insufficiente o invece potrebbero essere di origine epatica, dovute ai processi autolitici disintegrativi provocati nel fegato da sostanze tossiche provenienti dalla milza. Il determinismo del fenomeno sembra quindi legato alla lesione del sistema epato-lienale sinergicamente considerato; sembra però all'A. che, almeno nei casi del tipo di quelli descritti, la milza costituisca l'organo primitivamente responsabile, per cui, accanto alle sostanze cirrogene ed anemizzanti di certe splenopatie, si potrebbe emettere l'ipotesi dell'esistenza di sostanze febbrigene, forse solo quantitativamente differenziantisi dalle prime: intossicazione proteica cronica, nel primo caso; intossicazione proteica accessuale, nel secondo.

La reazione descritta, qualora venga riscontrata costante su larga scala, potrà essere utilizzabile quale indice di lesione splenica primitiva e fondamentale.

Sul significato semejologico della pulsazione delle vene superficiali nelle estremità. — D. KRESTIN, Londra. *The Lancet,* 12 febbraio 1927.

L'A. descrive il caso di una donna di cinquantadue anni, la quale, oltre a fibrillazione auricolare, stenosi mitralica e adesioni pericardiche, presentava netti segni di pulsazione venosa centrifuga in corrispondenza delle estremità. L'A. pensò senz'altro in principio, che questo fatto fosse dovuto ad insufficienza tricuspidale, stante che questa condizione poteva spiegare assai facilmente il fenomeno in parola. Ma l'esame clinico e radiologico venivano con assoluta sicurezza a negare l'esistenza di una anche minima insufficienza della tricupside.

L'A. quindi ammette che la pulsazione venosa debba in questo caso mettersi in rapporto con la stasi e con la ipertrofia osservata nell'orecchietta destra, nonchè con le adesioni pericardiche e con la evidente fiacchezza delle pareti venose (l'ammalata presentava grosse varicosità alle vene degli arti inferiori).

Dall'esame di questo caso, l'A. deduce che, essendo le condizioni attuali della paziente non molto peggiori di quanto la pulsazione venosa fu per la prima volta notata (18 mesi prima), il detto fenomeno non è incompatibile con la continuazione della vita, anche per un periodo di tempo molto lungo.

La terapia delle sindromi post-encefalitiche. — A. RADOVICI. *Spitalul,* a. 46, n. 12.

L'A. richiama l'attenzione sull'azione sedatrice dell'atropina sui movimenti involontari e sull'ipertonia nell'encefalite. La via di somministrazione del medicamento è la sottocutanea, l'endovenosa o per bocca. La dose non deve superare i 2 mgr. per giorno.

Per trattamenti prolungati si alternano a periodi di 10 giorni l'atropina sola e l'atropina associata all'ioscina. In questo caso si può allestire la seguente miscela: atropina 0,01, cloridrato di ioscina 0,02-0,03, acqua distillata 150. Si somministra a cucchiai. La dose media giornaliera di 3 cucchiai contiene 1 mgr. di atropina e 2-3 mgr. di ioscina.

Questo trattamento apporta benessere al malato, il quale spesso si pone in grado di riprendere la propria professione. La cura può essere prolungata per anni.

L'insulina nella magrezza patologica. — MILOCCHI. *Rivista d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica,* n. 4, 1927.

Le indicazioni della cura insulinica possono essere opportune oltre che nelle ipotrofie infantili, anche nel dimagramento di adulti per malattie gravi, per morbo di Glenard, nei senili precoci, nelle donne in menopausa e in genere in tutta la schiera dei magri e dei dimagriti.

La stessa cura insulinica è controindicata invece nel dimagramento dipendente da morbo di Basedow o da disturbi endocrini diversi e nei tubercolotici, come pure nelle anemie perniciose.

King usa pure l'insulina nelle gravide con vomito incoercibile e relativo dimagramento, associando all'insulina iniezioni endovenose di glucosio e prescrivendo un'alimentazione ricca d'idrati di carbonio.

Nei casi di dimagramento in cui l'insulina è indicata la tecnica della somministrazione va osservata come segue.

Esame della glicemia prima d'iniziare la cura e durante questa ogni tanto a digiuno ripetere l'esame. Controllo quasi giornaliero delle urine, calcolando la quantità di eliminazione nelle 24 ore.

Somministrazione dell'insulina in dosi iniziali di 5-10 unità in 2-3 volte al giorno, almeno mezz'ora prima dei pasti. Salire poi gradatamente fino a 40, 60 unità al giorno. Il regime alimentare sia ricco di sostanze idrocarbonate. Non è necessario aumentare i pasti, ma mantenerli a quattro al giorno. Il paziente tenga del cibo a portata di mano durante la notte (cioccolata, zucchero, biscotti ecc.) perchè si può avere un improvviso bisogno di assumere cibo, che ordinariamente si annunzia con brivido, sudore, agitazione, che scompaiono subito dopo aver mangiato. La cura si continuerà per tre settimane. Il paziente circa mezz'ora dopo l'iniezione comincia ad avvertire un miglioramento dell'appetito, che qualche volta può essere imperioso e dare i disturbi suddetti.

L'A. ha curato in questo modo 7 casi dei quali 3 con esito favorevole e aumento sensibile di peso 2 in cura e con risultati già buoni e 2 con

Digitized by Google

risultati negativi, essendo il primo un caso di Basedow, l'altro di malattia non precisata.

L'azione della teobromina sulla secrezione del liquido cefalo-rachidiano. — R. Targowla e A. Lamache. *Paris Médical*, vol. 17, n. 2.

L'azione attivante della teobromina sulla secrezione del liquido cefalorachidiano fu messa per la prima volta in evidenza da Petit e Girard, ed è stata successivamente negata da altri, onde ancora un giudizio preciso circa la sua influenza non è stato possibile trarre.

Gli AA. hanno ricercato l'azione di questa sostanza in individui sani ed ammalati ed hanno trovato che, di regola, essa determina un aumento della secrezione rachidea parallela a quello della secrezione urinaria.

Questa constatazione può essere spiegata tenendo conto dell'azione simpaticotropa della teobromina o anche dell'importanza attribuita al simpatico nell'innervazione renale e nella secrezione corioidea.

Dal punto di vista pratico la somministrazione di teobromina appare dunque come un mezzo per prevenire gli accidenti della puntura lombare. Tuttavia, è bene conoscere che, in diverse psicopatie, essa esercita sulla formazione del liquido c. r. un'azione inibitrice parallela a quella che produce sulla secrezione renale. In questi casi (stati melanconici, confusionali, deliranti, isolati o associati a lesioni del nevrasse) essa è controindicata ed è suscettibile di provocare dei disturbi cerebrali di natura tossica, verosimilmente in rapporto meno con l'ipotensione relativa che con l'insufficienza delle funzioni di depurazione dell'organismo.

Il dimagrimento che sopravviene nei tubercolotici e nei diabetici obesi. — G. Leven. *La Clinique*, a. 22, n. 78.

Avviene frequentemente di incontrare dei tubercolotici obesi, in cui tale stato anormale è dovuto a sopra-alimentazione e ad errori dietetici. Quest'aumento in peso si accompagna non di rado ad un peggioramento dei sintomi pulmonari, i quali andranno poi retrocedendo non appena si inizierà il dimagrimento.

Quest'affermazione potrà a prima vista sorprendere non poco il pratico, il quale ha finora sempre mirato ad aumentare il peso dei tubercolotici con un regime conveniente; ma riflettendo bene si verrà a notare che l'ingrassamento rapido e di molto superiore a quello compatibile con il normale svolgimento delle funzioni organiche rivela un disturbo nel meccanismo d'azione del sistema nervoso regolatore degli scambi [e anche degli organi endocrini. N. d. R.] e costituisce quindi una condizione sfavorevole per l'infermo che ne è colpito.

Tali considerazioni si adattano bene oltre che ai tubercolotici, anche ai diabetici.

Di qui si trae una norma che dovrà regolare d'ora innanzi il comportamento dei medici e cioè che: l'eccesso di grasso non è nei tubercolotici e nei diabetici, come pure nell'uomo sano, un segno di buona salute. Esso rivela generalmente errori di regime che bisogna senz'altro correggere.

La perdita di peso che si produce in queste condizioni, lungi dall'essere funesta, è salutare.

Gruppi sanguigni e tubercolosi. — M. Alperin, Odessa. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 1926 64, fasc. 3-4.

Le ricerche fatte su 95 individui, col metodo macroscopico di Moy e Vicenta hanno riaffermato il carattere costituzionale dell'isoemoagglutinazione nell'uomo, ed hanno dimostrato che la tubercolosi non riesce a modificare l'appartenenza ad un determinato gruppo sanguigno.

Gli individui appartenenti al secondo gruppo (cioè con agglutinogeno A ed agglutina β) sembrano particolarmente disposti ad ammalare di tubercolosi.

Disturbi cardiaci consecutivi al tifo esantematico. — M. Gubergritz. *Klin. Wochen.*, maggio 1927, n. 19.

Molte volte, in conseguenza di un tifo esantematico sofferto alcuni anni prima, si presentano dei disturbi di ordine cardiaco. Consistono questi in gran parte in sensazioni dolorose precordiali, a volte intensissime, che sogliono prodursi dopo sforzi eccessivi, e che spesso fanno pensare a disturbi neurotici. All'esame obbiettivo si nota con frequenza una piccola dilatazione del cuore, specie a sinistra, dilatazione che è frequente anche in quelli che, pur avendo precedentemente sofferto di tifo esantematico, non presentano alcun disturbo consecutivo.

Il primo tono in genere non è netto, a volte seguito da un soffio sistolico senza accentuazione del secondo pulmonare, con rinforzo e anche timpanismo del tono aortico. La pressione arteriosa oscilla nei limiti normali e il ritmo cardiaco presenta anomalie di tipo extrasistolico e respiratorio. L'A. ha osservato in quattro casi attacchi di tachicardia parossistica, che gli infermi non avevano mai presentato prima dell'infezione tifoidea.

Le alterazioni anatomiche responsabili di queste manifestazioni cliniche hanno sede all'inizio dell'aorta, sono di natura sclerotica, e vanno accompagnate a pericardite, miocardite e lesioni dei gangli simpatici del collo.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Recente contributo della terapia chirurgica nella tubercolosi polmonare. — Sauerbruch in München. *Münchener Medizin Wochenschrift*, 15, 1927.

La toracoplastica extrapleurica paravertebrale raccoglie la fiducia della più parte dei chirurghi ed internisti. Si riesce con essa alla riduzione di spazio toracico, senza intralcio funzionale; senza lasciar insorgenza alla scoliosi vertebrale; non disturbo della spalla, e degli atti di normale rotazione dell'arto superiore. Gli apprezzamenti sfavorevoli possono attribuirsi a difetto di cognizioni.

Si è tentato anche ridurre lo spazio, e coartare il pulmone mediante la piombatura. Si conosce infatti la introduzione di tessuto adiposo alla Tuffier, e quella di paraffina alla Baer, mentre va ottenendo fautori anche la paralisi artificiale del diaframma.

Un concetto definitivo non è agevole, se prima non si proceda ad uno spoglio casistico comparativo tenendo a base la precoce mortalità a seconda delle singole operazioni. Questa in realtà si può dire abbastanza elevata nel dissociamento toracico secondo Brauer, Friedrich; cioè una cifra oscillante tra 4-8 %. Senonchè stando all'A. si affermerebbe la possibilità di ridurre sotto il 4 % la mortalità, quando si operi in modo severamente asettico. La toracoplastica ha tuttora i suoi aspetti molto gravi, innanzi tutto perchè si suole eseguirla su individui defedati; quindi anche lavorando con la più precisa tecnica, le conseguenze, il decorso postumo sono già disposti dalle condizioni del paziente. La mortalità precoce comprende i decessi che si avverano durante le prime quattro settimane; nè si può sperare a farla discendere anche più in sotto del 2 %. In quanto alla mortalità fardiva, essa può a distanza di 1-12 mesi dall'intervento essere calcolata tra il 10-20 %. Ma si può intuire la riducibilità di codesta percentuale certamente preoccupante, allorquando si facesse una più accurata selezione dei casi da operare, e del metodo da preferire.

Volendo tener conto della cifra dei guariti, bisognerebbe notare che anch'essa subisce varianti cospicue, del 32-42 % in cifra tonda.

Se dunque l'indicazione operatoria fosse più severamente data, si potrebbe sperare di portare la percentuale, secondo crede l'A. a 60-70 %.

Non occorre seguire più oltre l'esposizione del resto anch'essa sintetica del Sauerbruch. Chi conosca anche superficialmente il contributo della sua scuola in questo campo chirurgico, saprà anche più di quanto in queste poche colonne, l'A. possa sostenere ad incitamento di una attività operatoria la quale può non esser condivisa universalmente, giacchè sono noti alcuni vantaggi incontestabili dello pneumotorace, nonostante che, secondo l'A. la pratica del Forlanini apparterrebbe a Quincke Spengler.

Modalità dell'intervento chirurgico nell'osteomielite infettiva acuta. — Krasnobaew. *La Chirurgia degli organi di movimento*, fasc. 6, 1926.

Secondo la pratica dell'A. le norme della modalità sono: 1) tener conto, innanzi tutto, dello stato generale del malato, delle sue forze, e riguardare quanto più è possibile i suoi tessuti ammalati; 2) nei casi gravi di osteomielite acuta evitare, in primo stadio di malattia, qualunque operazione che richiede la narcosi generale; è pericolosa ogni operazione grave, in questo periodo, oltre che inutile; 3) si aprirà, nel primo stadio settico, l'ascesso fino all'osso e in seguito si avrà cura del flemmone periosteale, evitando di adoperare tamponi, zaffi o drenaggi, o adoperandoli solo eccezionalmente e per breve tempo.

4) Nei casi di osteomielite diafisaria le complicanze articolari dipendono spesso da cattiva sorveglianza della ferita operatoria; questa sorveglianza attenta farà ricorrere all'amputazione solo in casi eccezionalissimi.

5) Alla fine del periodo settico e senza attendere le formazioni di una ipertrofia compensativa dell'osso eccessiva, bisogna praticare la sequestrotomia allontanando tutti i tessuti necrotici e suturando la ferita operatoria.

6) Nei casi di osteomielite epifisaria dei bambini specie quando si constata l'empiema articolare, si praticheranno ripetute aspirazioni del pus con una comune siringa. Se, come nei casi gravi, tali aspirazioni sono insufficienti si ricorrerà alle incisioni o all'artrotomia, con tagli non molto grandi e senza zaffi o tamponi. Si amputerà solo nei casi di necrosi totale dell'epifisi con distacco.

PATOLOGIA GENERALE

Biologia patologica dei pigmenti. — L. Binet. *La Presse Médicale*, n. 25, 1927.

Col nome di pigmenti vengono coprese tutte le sostanze naturalmente colorate, elaborate dalla materia vivente, vegetale o animale, e presenti sia

Digitized by Google

in soluzione sia come elementi figurati nell'organismo, in condizioni normali o patologiche. A seconda della provenienza, si possono distingue dei *pigmenti endogeni*, cioè risultanti dal metabolismo della materia vivente propria dell'organismo in cui si trovano, e dei *pigmenti esogeni,* provenienti cioè da un altro organismo, animale o vegetale, e che l'organismo in cui si trovano può più o meno modificare.

A. *Pigmenti endogeni.* Sono rappresentati principalmente dalle *melanine* e dai *cromolipoidi.* Le prime sono pigmenti endocellulari e risultano dall'azione di un fermento su prodotti che si formano durante la disintegrazione delle sostanze proteiche, specialmente sulla tirosina; il fermento è generalmente una tirosinasi, ma può essere anche una perossidasi o una dopa-ossidasi (agente cioè sulla diossifenilalanina o dopa). Le melanine contengono spesso zolfo e, in casi patologici, un aumento della melanina cutanea può essere secondario a un disturbo del metabolismo di questo elemento. I cromolipoidi, invece, sono il prodotto dell'ossidazione di diversi lipoidi; sono endocellulari e si trovano nella sostanza nervosa, nel testicolo, nell'ovaio e nella parte corticale delle surrenali.

B. *Pigmenti esogeni.* Fanno parte di questo gruppo: a) la *carotina,* che è un idrocarburo, abbondante specialmente nelle radici delle carote e anche nelle foglie verdi, e la *xantofilla,* che differisce dalla carotina per la presenza di ossigeno nella sua molecola. Entrambi questi pigmenti, nell'uomo, sono extra-cellulari e colorano il plasma sanguigno; si fissano inoltre sui lipoidi delle cellule del corpo luteo dell'ovaio e delle cellule della corticale dei surreni.

b) i *pigmenti a nucleo tetrapirrolico,* derivanti dalla clorofilla e dall'emoglobina contenuta negli alimenti; ad essi appartengono l'emoglobina delle emazie, il miocromo o emoglobina muscolare e tutti i derivati dell'emoglobina (pigmenti biliari, porfirina, emosiderina, ecc.).

c) i *pigmenti urinari,* i quali provengono dalla disintegrazione nell'intestino di sostanze proteiche alimentari.

Si comprende, intanto, che mentre i pigmenti endogeni non dipendono in alcun modo dall'alimentazione, quelli esogeni, invece, ne sono influenzati; così l'ingestione di alimenti ricchi in carotina produce una ipercarotinemia e quindi una colorazione speciale della pelle.

Dal punto di vista fisiologico, si possono distinguere:

1. *Pigmenti respiratori,* cioè suscettibili di legarsi facilmente all'ossigeno, in un ambiente che ne è ricco (polmoni, per es.), e di cederlo in un ambiente che ne è povero (tessuti). Tipici pigmenti respiratori sono l'emoglobina, nell'uomo, e l'emocianina, l'emeritrina, la clorocruorina, negli invertebrati; tutti sono caratterizzati dalla presenza di un nucleo metallico, ferro o rame, nella loro struttura chimica, al quale sembra devoluto l'ufficio di fissare l'ossigeno. Anche la carotina è capace di fissare l'ossigeno, ma, a differenza dei precedenti pigmenti, essa non è suscettibile di cederlo facilmente. Più importante è il citocromo di Keilin, ossia un pigmento intracellulare, diffuso specialmente nel regno animale (particolarmente nei muscoli striati), il quale starebbe a base della maggior parte delle reazioni perossidasiche nell'organismo.

2. *Pigmenti fissatori di energia.* Se la proprietà di fissare l'energia luminosa trasformandola in energia chimica è riconosciuta senza opposizione alla clorofilla, non si è ancora sicuri se un compito simile possano compiere i pigmenti degli organismi animali.

Per Fuchs i derivati rossi dei pigmenti carotinici dei crostacei delle grandi profondità sarebbero destinati a captare le radiazioni luminose a grande lunghezza d'onda, che, sole, pervengono a simili profondità. Rollier e Rosselet ammettono che anche la melanina è capace di modificare i raggi assorbiti. Per Kuklenski invece i pigmenti animali servirebbero a immagazzinare il calore interno e perciò essi, nei vertebrati a sangue freddo, abbonderebbero intorno ai vasi e alle sierose.

3. *Pigmenti in rapporto con la nutrizione.* Non sembra, come qualche autore ha voluto, che i pigmenti carotinici possano considerarsi come dei prodotti di riserva per l'organismo; sembra, invece, più provato che essi abbiano importanza per la nutrizione, stante i loro rapporti con le vitamine lipo-solubili; infatti in molti vegetali (mais, patate, ecc.) le percentuali di questi due elementi sono più o meno alte, concordemente. Negli animali ciò non sempre si verifica, così per es. le uova di polli, nutriti con una dieta povera di pigmenti carotinici, presentano solo tracce di tali pigmenti, eppure sono ricche in fattore A. Neppure per i cromolipoidi è sicura la loro funzione come alimenti di risparmio; al contrario sembra accertato che la porfirina influenzi i processi di calcificazione.

4. *Pigmenti di escrezione.* Se ne distinguono due varietà: a) *esogeni,* La clorofilla, ingerita con gli alimenti, in un gran numero di invertebrati, si comporta come una sostanza escrementizia; essa è, infatti, eliminata attraverso il fegato o attraverso l'epato-pancreas. In altri casi, il pigmento di escrezione che deriva dalla clorofilla va ad accumularsi nella cute: così avviene per la chetopterina; in un altro tipo biologico, infine, la clorofilla introdotta con gli alimenti è disintegrata dall'organismo animale e si producono le porfirine, che vengono escrete da organi vari (ovidutto degli uccelli, glandola di Harder dei roditori, ecc.). Nella maggior parte dei casi, però, a spese dei prodotti di disintegrazione della clorofilla, l'organismo fabbrica l'emoglobina o i pigmenti analoghi; a loro volta questi pigmenti sono disintegrati e eliminati attraverso il fegato come pigmenti biliari. Negli animali, la cui dieta alimentare non contiene clorofilla ma solo emoglobina, è a spese di questa che si forma l'emoglobina specifica dell'organismo e i suoi derivati.

Anche i pigmenti carotinici si comportano come pigmenti di escrezione; essi però non sono trasformati nel loro passaggio attraverso l'organismo e vengono eliminati con la bile e col latte. In linea generale, quindi, tutti i pigmenti di escrezione di origine esogena sono eliminati attraverso il fegato; fanno eccezione i pigmenti urinari (pigmenti indossilici), risultanti dalla disintegrazione nell'intestino delle sostanze proteiche alimentari.

b) *endogeni.* Elaborati dalle cellule pigmentarie, questi si depositano principalmente nella cute e con lo staldamento di questa o con la sua muta in certi animali, vengono eliminati. Ad essi appartengono le melanine e il pigmento purinico, ed è seducente concepire che mentre le prime risultano dalla scomposizione delle sostanze proteiche, il secondo invece dalla scomposizione dei nucleo-proteidi; così pure, per completare tale concetto, si può aggiungere che un altro pigmento della cute, il pigmento carotinico endocellulare (da non confondersi con quello di origine esogena) è stato messo in rapporto col metabolismo della colesterina.

Ai pigmenti di escrezione di origine endogena bisogna riavvicinare anche i cromolipoidi, tra i quali il pigmento delle cellule nervose, la cui comparsa prematura è un segno di senilità precoce.

5. *Pigmenti di protezione.* L'esistenza di colorazioni pigmentarie negli animali ha fatto sorgere un'idea finalistica e cioè che i pigmenti cutanei servissero a proteggere l'organismo dall'azione nociva se troppo prolungata dei raggi del sole. Si è detto che la prova di questo compito di protezione è data dal fatto che gli animali esposti a un sole ardente sono molto pigmentati e che gli animali poco pigmentati formano molta melanina sotto l'azione della luce. Sembra più giusto ammettere invece che questi ed altri fatti indicano solo che la luce è necessaria per la produzione dei pigmenti, ma non testimoniano per nulla sul loro compito protettivo. Si sa, come altro esempio, che la luce, sia direttamente sia per mezzo degli occhi, determina la contrazione dei melanociti e quindi l'animale diventa di colorito più chiaro: sarebbe curioso constatare proprio allorchè l'organismo ne ha maggiormente bisogno, perchè la luce agisce su di esso, che le cellule pigmentarie si ritraessero, lasciando così ampia libertà alla luce di penetrare fin nei tessuti profondi.

ANATOMIA PATOLOGICA

Le lesioni vasali nelle emorragie renali. — VOLTERRA, Halle. *Zentralblatt f. Innere Medizin,* 1926, n. 36.

La causa più importante per la provocazione delle emorragie renali sotto la pressione della corrente sanguigna è data da una alterazione dello strato reticolare dell'avventizia dei capillari e delle piccole vene. Questa alterazione si manifesta particolarmente nelle lesioni croniche dello stroma come un ispessimento della parete vasale.

I preparati istologici ad impregnazione argentica dimostrano che l'avventizia ha perduto la proprietà di impregnarsi in nero; essa si è modificata nella sua struttura, ed ha anche perduto l'elasticità e la capacità di resistenza; l'endotelio non appare modificato.

BATTERIOLOGIA

Soluzione alcalialbuminata per la ricerca del vibrione colerigeno nelle fecce. — F. SIMONETTI, Ist. d'Igiene della R. U. Adriatica «B. Mussolini». *L'Igiene Moderna,* febbr. 1927.

Prendendo lo spunto dalle ricerche di Neri e di Deycke circa l'importanza degli albuminati alcalini per lo sviluppo del vibrione colerigeno, l'A. ha sperimentato il valore della soluzione alcali-albuminata del lievito di birra e di diversi organi (milza, fegato, muscoli) preparata con 100 gr. della sostanza adoperata, finemente triturata e infusa per circa otto ore in un litro d'acqua alcalinizzata con 10 cc. di soluzione di potassa caustica normale con aggiunta di 5 gr. di cloruro sodico.

In dieci esperienze eseguite seminando in 50 cc. di soluzione alcali-albuminata 0,20 cc. di feci coleriche sperimentali, il valore dell'arricchimento è risultato notevolmente superiore in confronto del metodo classico con l'acqua peptonizzata salata; il numero delle colonie vibrioniche, sviluppatesi nella successiva cultura di isolamento elettivo, era di gran lunga superiore nei trapianti da soluzioni alcali-albuminate che non dalla soluzione di peptone.

Digitized by Google

I migliori risultati furono ottenuti con soluzione alcali-albuminata preparata dal lievito di birra e dalla polpa splenica.

Data la semplicità di preparazione, questa soluzione potrà utilmente sostituire la classica soluzione di Dunham-Koch nella coltura d'arricchimento per la ricerca del vibrione colerigeno nelle feci.

GINECOLOGIA

L'operazione di Baldwin per la costruzione di una vagina artificiale. — JUDIN, Industrial Hospital in Serpouhoff, Russia. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 44, 4, 1927.

Contro il difetto aplasico o le difformazioni del canale vaginale, si sono escogitati non pochi metodi e processi, a seconda della necessità di riparare altre lesioni, o la maniera di ricavare i tessuti. Sarebbe impossibile anche il semplice elenco. Fra i tanti metodi c'è quello di Baldwin il quale nel 1904 propose, per la plastica, usare un segmento della flessura sigmoide. Ben presto coloro i quali vennero praticandola vi apportarono modifiche, al punto da restarne tuttavia il principio fondamentale, cioè ricostruite una vagina artificiale dal mesentere fornito di vasi sanguiferi. Secondo l'A. al quale appartengono sei interventi personali, attraverso lo spoglio delle casistiche, si può notare come l'idea fondamentale di Baldwin abbia avuto il contrasto più sostenibile in quella di Popov, il quale attuò la ricostruzione rimovendo l'ampolla rettale conservando lo sfintere. Ulteriori modifiche apportate al metodo Popov, vanno registrate sotto i nomi di Schubert, Strassmann, e naturalmente vennero istituiti confronti, con valutazioni che risentono sempre di subbiettività.

L'operazione Baldwin può eseguirsi attraverso una incisione laparotomica. L'approccio può esser fatto dal perineo. Facile è, senza danno, scavarsi un passaggio attraverso il connettivo lasso fra retto e vescica; e soltanto dalla laparotomia può risultare l'opportunità o meno di operare con successo. Questo successo dipende dal giudizio, se e qual tratto di intestino possa rispondere al postulato di lasciarsi trasportare fino a livello del perineo, senza danno del mesentere; questione di massima importanza per l'esecuzione ed il successo. Quando queste contingenze mancassero, sorgerebbe la necessità di cambiare l'andamento operatorio, praticando cioè qualcosa di simulare alle plastiche di un esofago artificiale secondo Roux-Gerben-Mori. Ad ogni modo ricorrono casi nei quali il mesentere va sezionato, previa allacciatura dei maggiori vasi trasversali, mentre è da tener presente che l'ulteriore destino del tratto da utilizzare dipende non soltanto dal modo di utilizzare l'intestino, ma dalla precisa anastomosi che segue. Affinchè il segmento trapiantato abbia duievole attecchimento è implicito essersi accertati che il mesentere sia fornito di cospicui tronchi vasali. Dopo che l'intestino è suturato all'apertura vulvare, dipenderà anche il successo dalla orientazione dei vasi.

In quanto al passaggio tra retto e vescica, è necessaria un'incisione trasversale presso il margine inferiore della vescica, per ampliarla quindi mediante trazione con due klemmer. Questa linea di incisione è spesso indicata dalla linea del Douglas presso la porzione mediale della tromba falloppiana. Procedendo in profondità, riesce anche meglio orientarsi per non ledere la vescica. L'introduzione di un dito dall'adito vulvare basta ad assicurare un passaggio al segmento; il quale nei limiti più desiderabili dovrebbe misurare 20-30 cm. di lunghezza.

In quanto all'estremo libero è preferibile non suturarlo secondo Baldwin, ma farlo funzionare da fondo cieco cloacale, perchè non vi si arresti muco nè sperma che possano andar guasti.

Il miglior metodo di anestesia è quello rachidiano che suole essere bene tollerato perchè si tratta di giovani donne.

NEUROPATOLOGIA

Le forme periferiche dell' encefalite epidemica. — A. RAVINA. *La Presse Médicale*, n. 41, 1927.

Accanto alle forme classiche di encefalite epidemica con i suoi postumi di parkinsonismo, recentemente sono state descritte delle varietà, nelle quali la sintomatologia encefalitica è piuttosto scarsa e invece il quadro morboso è contrassegnato principalmente da paralisi flaccide, variamente localizzate, a evoluzione piuttosto benigna. L'inizio di queste forme periferiche dell'encefalite epidemica è quasi sempre brusco; si ha febbre intorno a 38°, cefalea, talora angina, erpete. I segni di meningite sono modicamente intensi: Kernig, costipazione, eccezionalmente confusione mentale e delirio. Le paralisi, che compaiono in questo periodo, sono per lo più a tipo paraplegico, ma si sono descritte anche delle emiplegie, delle monoplegie e delle quadriplegie; vi è diminuzione o abolizione dei riflessi tendinei con conservazione di quelli cutanei; l'atrofia muscolare è lieve, senza reazione elettrica degenerativa e predomina alla radice degli arti. Gli sfinteri sono per lo più integri e i disturbi sensitivi si limitano a pochi dolori, sordi, lungo il percorso dei tronchi nervosi; talora si hanno formicolii e parestesie.

La puntura lombare lascia prelevare un liquor limpido, contenente pochi linfociti e con leggera iperalbuminosi (0.50-2 gr.), con reazione del benzoino colloidale positiva, con iperglicorachia. La guarigione è la regola, sebbene talora sopraggiunga lentamente: nell'epidemia di Lilla si sono avuti 6 morti su 50 casi; finora, inoltre, si conosce un solo caso nel quale a tale forma morbosa siano seguiti a distanza di tempo dei veri fenomeni di parkinsonismo post-encefalitico.

La diagnosi differenziale va fatta con le polinevriti tossiche e infettive acute, con la paralisi bulbare astenica di Erb e le miopatie primitive, con la poliomielite anteriore acuta, ecc.

Quanto, poi, alla natura di queste paralisi, parlano per la loro etiologia infettiva i fatti febbrili e meningitici che ne accompagnano l'inizio, nonchè il fattore epidemiologico; la loro coincidenza con epidemie di encefalite letargica parla poi per l'unità etiologica tra le due forme morbose. Del resto non fa meraviglia che il virus encefalitico, il quale ha tanta spiccata affinità per il sistema nervoso centrale, ne abbia pure per quello periferico.

La pachimeningite emorragica interna. — A. VON SARBÒ. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, 1926, vol. 92, fasc. 4-6.

Per l'eziologia di questa forma diversi fattori hanno importanza: la sifilide, l'influenza, i traumatismi. Accanto a questi, pare abbia qualche influenza anche il fattore ereditario.

La pachimeningite emorragica interna si inizia per lo più in modo acuto, con forte mal di capo, a sede occipitale.

I segni della forte pressione sul cervello sono dati dalla bradicardia, dalla papilla da stasi, da lesioni nel sensorio, confusione cerebrale. Più tardi sopravvengono sopore, coma, od una incoscienza completa.

In questo stato possono sopravvenire altri sintomi, sempre attribuibili all'aumento della pressione endocerebrale. Oltre alla bradicardia surricordata, vomito, emiparesi, o emiplegia con accentuazione dei riflessi profondi, ipertonia, assenza della reazione di convergenza, pupilla miotica, lesioni dei movimenti oculari associati. Il liquor si mantiene normale.

E' sintomo di irritazione meningea l'irrequietezza motoria degli infermi.

Altri sintomi caratteristici: da un lato paralisi, dall'altro manifestazioni di irritazione, e spesso contratture alle estremità. Il sintoma di Kernig è positivo dal lato non paralizzato.

IGIENE

I laghi artificiali in rapporto alla malaria. — CANALIS, della R. U. di Genova. *L'Igiene Moderna*, n. 3, 1927.

In due relazioni dell'Alessandrini e del De Marchi sono state espresse recentemente, nei riguardi igienici, opinioni concordemente contrarie alla costruzione del bacino del Sangro, in provincia di Aquila, perchè, secondo questi AA., la costruzione stessa favorirebbe la formazione di zone paludose, tali da poter dar luogo alla costituzione di focolai malarici più o meno gravi.

Il Canalis, si oppone a tale affermazione, dimostrando che tutti i bacini finora costruiti in zone non malariche non hanno dato luogo a malaria e che quelli, come il bacino del Tirso in Sardegna, costruiti in zone malariche, non hanno provocato nessun aumento della malaria già esistente, chè anzi, per quanto l'esperienza non abbia ancora potuto dimostrarlo per ragioni di tempo, è a ritenersi che i bacini costruiti in zone malariche debbano al contrario produrre una diminuzione della malaria perchè permetteranno la coltura intensiva di zone, finora sottoposte a paludamenti e irrigazione irrazionale. Le zone che, per l'abbassamento del livello delle acque, in estate, rimangono scoperte, non possono poi favorire l'attecchimento e lo sviluppo dell'anofele, poichè sono prive di vegetazione e quindi inadatte.

Ma vi sono ancora altre considerazioni scientifiche importanti contro l'affermazione dei due oppositori. La più importante è che non basta la presenza di anofele e di persone malariche per determinare l'endemia malarica. Gli anofeli si trovano in moltissime località dove la malaria non esiste affatto (anofelismo senza malaria). Nè si può attribuire l'immunità di questi luoghi alla mancanza dell'uomo malarico, perchè in molti di essi ne fu accertata la presenza e l'immigrazione continua. Sicchè allo stato attuale delle conoscenze scientifiche deve ammettersi che le cause determinanti l'insorgenza di un focolaio malarico sfuggono e non sono dipendenti soltanto dalla presenza dell'anofele e dell'uomo malarico, per cui sarebbe un grave danno ostacolare la costruzione di bacini, tanto utili allo sviluppo economico, igienico e agricolo della Nazione, per dei preconcetti inesistenti e forse del tutto erronei.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DELLA ROMAGNA IN FAENZA

Seduta del 27 febbraio 1927

Presid.: prof. E. MONDOLFO

L a m a A. (Faenza). *Di un nuovo ipotensivo.* — L'O. si riferisce al bismuto che avrebbe dimostrato qualità ipotensive sia in individui luetici che affetti da ipertensione cosidetta essenziale.

Si è servito di sali indisciolti di bismuto (tartrobismutati e ossidrati). La dose iniziale per entrambe le qualità è di 0.5 cc. di sospensione, aumentata poco dopo fino ad 1 cc. per gli ossidrati, a 1.5 cc. e a 2 cc. per i tartrobismutati. Ha adoperato il tartrobismutato doppio di sodio e di potassio (Trepol) ogni 5 giorni e l'ossidrato di bismuto (Casbis) ogni 3 giorni. Il periodo di cura per il Casbis è di 15 iniezioni, per il Trepol di 18.

Talvolta ha fatto 2 o 3 periodi di cura, alternati con un mese di riposo.

L a m a A. (Faenza). *Di un nuovo riflesso.* — L'O. non ha trovato ancora descritto un riflesso che gli vien dato osservare di frequente e che si mette in evidenza facendo pervenire un getto di acqua fredda o tiepida sul perineo di un individuo sdraiato a muscoli rilasciati e che prima abbia nella vescica urinaria una determinata quantità di liquido o naturalmente raccoltosi od artificialmente immessovi (specie se l'uretra è piena del liquido e tenuta chiusa al meato). In cotal modo il getto d'acqua provoca una contrazione della vescica urinaria ed una emissione a getto del liquido contenuto nell'uretra. Tale riflesso sarebbe assente in qualche malattia, ad esempio nella tabe. Si riserva ulteriori studi.

M o n d o l f o E. (Cesena). *Sopra una forma monosintomatica di encefalite epidemica.* — L'O. tratta di una particolare forma di encefalite epidemica afebbrile, sulla quale ebbe a riferire sino dal 1922 al Congresso di Medicina Interna: forma essenzialmente caratterizzata da vertigini e da vomiti incoercibili.

P a s i n i U. (Alfonsine). *Il rosso neutro per la diagnosi di tumore.* — La reazione al rosso neutro di Roffo (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, sett-ott. 1925, Buenos Aynes) si produce aggiungendo ad 1 cc. di siero, perfettamente limpido, 5 goccie di rosso neutro Gubler all'1 ‰; nei sieri normali la colorazione è gialla; nei sieri di neoplasici la colorazione vira rapidamente al rosaceo, più o meno intenso. Un eccesso di rosso neutro intensifica la colorazione del siero neoplastico. Per la nettezza della interpretazione della reazione occorre rifiutare tutti i sieri con emolisi.

La semplicità del metodo, la facile tecnica, hanno invogliato l'O. ad esperimentarlo. Su 20 casi di tumori maligni, di cui la maggior parte accertati con la biopsia o con l'esame istologico, la reazione è stata nettamente positiva in due epiteliomi della faccia senza metastasi ganglionari e senza risentimento generale, la reazione è a tutt'oggi negativa; in una operata di cancro della mammella (controllato istologicamente), la reazione positiva prima dell'intervento, si è manifestata negativa 30 giorni dopo; il caso è tutt'ora in osservazione. In due casi d'aborto la reazione è stata pure negativa e su 110 infermi affetti dalle più svariate forme (psoriasi, sifilide, appendicite, sciatica, ptosi viscerale, tubercolosi polmonare, artrite, ulcera dello stomaco, lupus, ernia, asma, cervicometrite) la reazione è stata pure costantemente negativa.

A r t u s i G. (Cesena). *Di alcune nuove provette per colture particolarmente adatte per speciali ricerche batteriologiche con terreni liquidi.*

A r t u s i G. (Cesena). *Nuovo procedimento tecnico utile nella diagnosi differenziale tra alcuni microrganismi.* — La dimostrazione dei gas sviluppati da microrganismi seminati su terreni liquidi si può ottenere anche con l'uso di due provette comuni di laboratorio di calibro diverso rovesciate l'una nell'altra e private d'aria mediante un procedimento molto semplice che l'O. illustra.

A r t u s i G. (Cesena). *Un unico, nuovo e semplice terreno per la diagnosi differenziale tra bacilli del gruppo tifo-paratifo-coli.* — Quando si sia isolato un germe che per i caratteri, la forma, la grandezza, la mobilità, il comportamento colle colorazioni non possa ascriversi che al gruppo tifo-paratifo-coli, seminando nel latte glucosato e usando le provette suddescritte è possibile un'ulteriore differenziazione per l'assenza, la presenza e la quantità di gas sviluppatosi e il comportamento del l[illegible]

M i c e l i E. (Longiano). *Taglio cesareo in utero inerte per enorme distensione da gravidanza protratta oltre i 300 giorni.* — L'O. descrive un caso da lui operato con pieno successo nel suo Ospedale di donna sicuramente gravida da oltre 300 giorni in cui col taglio cesareo mise alla luce una bambina viva del peso di Kg. 5.200.

Esamina quindi le cause patogenetiche del ritardo nelle contrazioni uterine attribuendole ad alterata funzione di glandole endocrine e conclude fissando come netta indicazione per il taglio cesareo anche questi casi rarissimi per i quali esso rappresenta brillantissima ed unica risorsa.

V i c c h i R. (Faenza). *L'uso dell'insulina nel collasso postoperatorio.* — L'O. riferisce su due casi di collasso postoperatorio trattati coll'insulina; senza la preventiva iniezione di siero glucosato praticata da altri.

L'esito è stato brillante e di rapido effetto: in uno dei due ammalati l'iniezione di insulina fu fatta una seconda volta perchè a distanza di 24 ore si era ripetuto il collasso.

L'O. attribuisce lo choc postoperatorio a un disquilibrio funzionale acuto delle ghiandole a secrezione interna.

C o l l i n a G. (Faenza). *La cura chirurgica dell'angina pectoris.* Rivista sintetica.

Il Segretario: dott. P. GALLI

SOCIETA' DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 19 febbraio 1927

Presid.: prof. CIACCIO

C i a c c i o C. *Sulla natura e significato funzionale di un costituente cellulare e suoi rapporti con l'apparato di Golgi ed altre immagini cellulari.* — Nel citoplasma bisogna differenziare un'area speciale a situazione per lo più iuxtanucleare, con speciali caratteri, fra cui quello di avere speciali attitudini funzionali. Alla formazione suddetta l'O. propone la denominazione di orgoplasto.

C i a c c i o C. *Sul significato dell'idiozoma e delle formazioni peridiozomiche.* — L'O., considerando l'idiozoma come un orgoplasto propone per le formazioni peridiozomiche la denominazione di orgosomi.

A m a n t e a G. *Sull'azione del fattore B. nei suoi rapporti con l'inanizione.* — L'oratore illustra il singolare comportamento di un colombo, che gli permette la contemporanea duplice conferma della sua ipotesi relativa all'usura della riserva in fattore B anche durante il digiuno, nonchè della sua opinione relativa all'indipendenza dei fenomeni di denutrizione (che sogliono osservarsi durante l'alimentazione con riso brillato) della vera e propria azione del fattore B.

M a r t i n o G. *Ricerche sulla rialimentazione dopo il digiuno. II. Sulle modalità della ripresa del pesó del corpo nei colombi rialimentati a grano ed a granturco.* — L'O. espone i risultati di numerose esperienze dalle quali derivano dei dati relativi alla curva del peso, alla quantità di alimento (grano e granturco) consumato per la reintegrazione del peso del corpo, alla durata della rialimentazione ecc. La ripresa avviene molto più rapidamente e con maggiore economia in un primo periodo subito dopo il digiuno ed invece molto più lentamente e con maggiore dispendio di alimento verso la fine della rialimentazione. Accenna ad un fattore sempre costante per ogni animale, ma variabile da un soggetto all'altro (rapporto tra alimento consumato e tempo impiegato per la ricostruzione: A/T) ed illustra un indice da lui trovato costante per tutti gli animali, a parità di alimento, indipendentemente dall'entità di digiuno (indice di rialimentazione) costituito dal rapporto tra l'alimento consumato diviso per la durata della rialimentazione, moltiplicato per il peso iniziale dell'animale.

Z a g a m i V. *Alcune osservazioni sul comportamento di un'ansa alla Volta dopo un lungo periodo di inattività.*

Z a n g h ì G. *Sul quoziente beri-berico e sulla riserva in fattore B nei colombi normali.*

C a n n a v ò L. *La glicemia climoterica nei carcinomatosi.*

C a n n a v ò L. *Acidi grassi nel sangue dei carcinomatosi.*

Il Segretario: S. RACCHIUSA

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 18 gennaio 1927

Presid.: prof. M. DONATI

R o m a n i A. *Nefralgia con ematurie intermittenti da perinefrite sclerosante. Intervento e guarigione.* — L'O. riferisce su di una donna di 25 anni nubile con tipico dolore ed ematurie intermittenti, nella quale il reperto radiografico poteva far pensare a calcolosi. Però le dimensioni normali del bacinetto che per la lunga durata della malattia avrebbe dovuto essere più ampio, la sintomatologia subbiettiva che interveniva anche durante l'assoluto riposo, la scarsa sofferenza renale erano tutti elementi atti a fare sospettare che l'ombra rilevata non appartenesse al rene. Era tuttavia da escludersi una nefrite ematurica per l'assoluta integrità del-

Digitized by Google

l'organo che soltanto aveva dimostrato un ritardo nell'eliminazione del carminio d'indaco. Le forti sofferenze della paziente consigliarono l'intervento. Si trova una estesa e totale perinefrite sclerosante, anzi le aderenze sono così tenaci che per le manovre necessarie a liberare ed esteriorizzare il rene si provoca il laceramento della capsula in un punto. Anche la capsula è retratta ed ispessita e presso il polo inferiore abbraccia il rene con un fascio spesso che sembra agire sull'organo come un cingolo strozzante. La nefrotomia dimostra che non esiste calcolo; l'esame della loggia rivela invece che presso i vasi dell'ilo renale nella sede indicata dal radiogramma esiste una linfoglandula ingrossata e calcificata che per volume e forma ricorda perfettamente l'ombra radiografica. La paziente è guarita. Riguardo alla natura del processo con ogni probabilità si tratta di una perinefrite specifica.

Seremin L. (Società di Biologia). *Considerazioni sul sinergismo farmacologico.*

Spagnol G. (Società di Biologia). *Come il curaro svolge l'azione sua in rapporto alla velocità di iniezione nei mammiferi.* — Dalle ricerche dell'O. risulta: 1) come varia la dose minima curarizzante del curaro in funzione della velocità di iniezione sua; 2) che nei mammiferi l'eccitabilità dei nervi nell'avvelenamento progressivo da curaro va diminuendo di continuo e regolarmente fino alla sua scomparsa totale; 3) che nel decorso anche se assai lento dell'azione curarica non si osservano quei fenomeni di stanchezza nervosa dimostrati negli eterotermi.

De Toni G. M. *Contributo alla conoscenza di una rarissima affezione: la paralisi congenita del radiale.* — In una bambina di costituzione regolare e di peso quasi normale, l'O. ha riscontrato una paralisi del radiale di sinistra che fu vinta gradualmente con applicazioni galvaniche della durata di 2 a 10 minuti con una corrente di 2 a 5 M. A. Attualmente la paziente ha tre mesi e mezzo e presenta solo ancora evidente una ipotrofia. Si tratta di una paralisi del radiale di origine congenita, che deve ritenersi causata secondo l'interpretazione più logica da una posizione viziata assunta dal feto nel bacino per cui si è avuta la compressione del radiale.

Pari. Data l'importanza del caso per la rarità e per la difficoltà di diagnosi sarà certo gradito alla Società se il De Toni vorrà informare dell'ulteriore decorso. Può darsi che qualche fatto intervenga in seguito a chiarire i punti oscuri. Per suo conto l'O. ad esempio, nonostante le ragioni che sembrano stare in contrario non si sentirebbe oggi di escludere con sicurezza la lesione midollare, come una siringomielia (ematomielia?) atipica.

□□□

PER LA PRATICA

CHIRURGIA

OSPEDALE CIVILE DI CITTADELLA — DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal dott. cav. ALBERTO GASPARINI

UN RARO CASO DI ERNIA INGUINO-INTERSTIZIALE NELLA DONNA

CONTRIBUTO CLINICO

per il dott. MARIO PENADA — Assistente

Lo scarso numero dei casi riportati dalla letteratura (Bérard e Stefani ne raccolsero una quarantina) e la rarità dell'ernia inguino-interstiziale, specie nella donna, mi spingono ad illustrare un caso venuto sotto la mia osservazione. Controllando infatti il Registro degli atti operativi eseguiti in questo Ospedale dal Chirurgo Primario Dott. Cav. Gasparini, dal 1909 al 1926 (con l'intervallo del periodo bellico) risulta come su 3423 ernie operate e suddivise nelle seguenti qualità: Ernie inguinali = 2877; Ernie crurali = 364; Ernie di altre varietà = 172.

Quello che andrò descrivendo fu il primo caso notato.

Delle varietà di ernie inguinali tre sono non troppo frequenti ad essere osservate:

Ernia inguino-superficiale (Kuster) in cui il sacco si sviluppa tra i tegumenti e l'aponevrosi del grande obliquo.

Ernia properitonale in cui il diverticolo del processo vaginoperitoneale si insinua nel tessuto cellulo-adiposo properitoneale.

Ernia inguino-interstiziale. Tale varietà di ernia è osservata con maggiore frequenza nell'uomo, raramente nella donna. Il sacco erniario si insinua tra l'aponevrosi del grande obliquo e l'obliquo interno; o fra questo ed il trasverso e la fascia trasversalis.

L'ernia può essere semplice, a sacco unico; od a bisaccia (Berger), quando, al sacco interstiziale si accompagna un prolungamento scrotale, con una parte inguinale e due diverticoli. Varie ipotesi vengono emesse per spiegare la sua formazione. Così, viene da alcuni autori (Tillaux) ammesso come fattore determinante la ristrettezza dell'orifizio inguinale esterno. Altri la mettono in relazione ad anomalia congenita del dotto vagino-peritoneale (con ectopia testicolare nell'uomo). E' riportata pure la forma acquisita, come conseguenza di tentativi violenti di tassi, riduzioni in massa, uso di cinti che premono sull'anello esterno, infiammazioni inguinali.

Caso clinico. — Costa Luigia. Anni 55. Camposanmartino.

Entra in questo Ospedale il 5-4-926 con diagnosi di «Sventramento».

Dati anammestici. Genitori viventi e sani. Un fratello morto a 50 anni per broncopolmonite. Due fratelli ed una sorella vivi ed in ottima salute. Nata a parto regolare. Allattò al seno materno. Dentizione e deambulazione normali. Le mestruazioni, iniziate a undici anni, proseguirono poi sempre regolari cessando a 45 anni. Sposò a 24 anni un uomo vivente e sano, da cui ebbe otto figli partoriti spontaneamente tutti vivi. Non aborti. Dedita alle faccende domestiche, modica mangiatrice e bevitrice. Nessuna malattia degna di nota, salvo i comuni esantemi dell'infanzia; fino a 26 anni fa. In quell'epoca fu operata di ernia ombelicale, insorta sei mesi prima dell'operazione. Stette poi sempre bene. Da circa un anno e mezzo notò una tumefazione man mano ingranditasi, dolente nella stazione retta, al quadrante inferiore sinistro dell'addome. Detta tumefazione scompariva nella posizione orizzontale. Provò a mettere una fascia addominale; ma riportandone scarso giovamento, entra in questo ospedale per sottoporsi all'atto operativo.

Esame obbiettivo. Individuo obeso. Peso del corpo Kg. 78. Niente di notevole all'esame dell'apparato polmonare, cardiaco, uropoietico e genitale. All'esame dell'addome rilevasi: Pannicolo adiposo sviluppatissimo. Pareti flaccide sfiancate; numerose strie gravidiche di vecchia data. In corrispondenza dell'ombelico notasi la cicatrice della pregressa operazione subita. Alla palpazione del quadrante inferiore sinistro, non si riesce ad individuare alcuna diastasi dell'aponevrosi del grande obliquo. Si ha però la sensazione di un largo cordone allungantesi dall'anello inguinale interno fin verso l'arcata costale sinistra con direzione dall'interno all'esterno e dal basso all'alto. Esaminando la paziente in piedi, nella suddetta zona, si osserva formarsi una grossa tumefazione, che, palpatoriamente, dà l'impressione di anse intestinali raccoltesi al disotto dell'aponevrosi del grande obliquo. Rimettendo l'ammalata orizzontale si riesce facilmente a ridurre le anse intestinali. Si fa diagnosi di «probabile ernia inguinale interstiziale intra-aponevrotica».

7-4-926. Operazione. Anestesia eterea. Operatore Dott. Gasperini.

Incisione laterale obliqua interessante cute, sottocutaneo e fascia superficiale, decorrente al disopra del legamento inguinale di circa tre centimetri, alquanto verticalizzata, della lunghezza di 15 centimetri. Messo allo scoperto il tendine del grande obliquo, si può palpare al di sotto dello stesso un grosso cordone con direzione in alto ed all'esterno. Incisa l'aponevrosi si scollano ottusamente i due lembi degli strati profondi e si divaricano. Appare il sacco erniario, il quale uscendo dall'anello inguinale interno, all'esterno dei vasi epigastrici inferiori; si dirige insinuandosi al disotto dell'aponevrosi del grande obbliquo, tra questa ed il piccolo obliquo e trasverso, in alto ed all'esterno. Il fondo del sacco termina quasi a ridosso dell'arcata costale, sul prolungamento dell'ascellare anteriore sinistra. Esso misura, dalla sua uscita dall'anello interno al fondo, circa venti centimetri. E' accompagnato dal lato interno da un piccolo lipoma. Il canale inguinale come pure l'anello inguinale esterno sono normali. Il legamento rotondo decorre all'interno del colletto del sacco.

Si passa all'isolamento del sacco erniario, liberando dallo stesso il piccolo lipoma. Aperto il sacco questo appare libero da aderenze con anse intestinali od omento. Il colletto misura circa un centimetro di diametro. Allacciatura alla base del sacco e del lipoma; asportazione degli stessi.

Si procede quindi alla ricostruzione del piano profondo secondo il terzo tempo dell'operazione di Bassini: sutura, cioè, a punti staccati del

Digitized by Google

margine dei muscoli obliquo interno, trasverso e fascia trasversalis al margine della piega tendinea del legamento inguinale. Avvicinamento dei lembi dell'obliquo esterno con sutura continua. Sintesi della cute e sottocutaneo. Decorso operatorio normale.

In decima giornata si tolgono i punti dalla pelle. Esce guarita il 18-4-926.

Dalla descrizione del caso su riportato, si spiega come sia stata possibile la diagnosi di laparotomia, fatta dal medico curante, dato, sia la rarità dell'ernia interstiziale, sia anche per l'impressione che si aveva alla palpazione, di una diastasi della parete addominale; la flaccidità della parete, infatti, dava alle dita il senso di penetrare, dopo la riduzione del contenuto erniario, nel cavo addominale.

Come spiegare la migrazione intra-aponevrotica in alto del sacco, a canale inguinale ed anello esterno normali?

Non credo sia da imputare come causa determinante, il piccolo lipoma decorrente lateralmente al sacco, che penso non preesistesse, ma che sia stato trascinato dal sacco stesso nella sua espansione. Come ipotesi più probabile credo si possa ammettere che il sacco erniario si sia insinuato fra l'aponevrosi del grande e del piccolo obliquo, per il minor senso di resistenza offerto, alla sua uscita dall'anello inguinale interno, dalle pareti addominali flaccide e rilasciate per le pregresse otto gravidanze, in confronto del canale inguinale normale.

BIBLIOGRAFIA

DONATI. Chirurgia dell'addome. — FORGUE. Patologia Chirurgica. — BÈRARD e STEFANI. Lyon Chirurgical, 1909. — BAUDET. Archives gen. de chir., 1907. — RUGGI. Trattato Italiano di Chirurgia Ernie V. 4 P. II. — MONZARDO. Sull'ernia properitoneale. Policlinico, 1904. n. 38. — CONFALONIERI. Gazzetta degli Ospedali e Cliniche, 1906, n. 87.

TERAPIA PEDIATRICA

Cura dell' asma infantile

Nella cura dell'asma infantile, è bene distinguere con LESNÈ (*Bruxelles-Médical*, n. 17, 1927) un trattamento sintomatico dell'accesso, un trattamento etiologico ed un trattamento del terreno sul quale si è impiantata la sindrome morbosa.

A. *Trattamento sintomatico dell'accesso asmatico.* L'adrenalina rappresenta un vero medicamento di urgenza, a patto però che sia somministrata per via sottocutanea: nella seconda infanzia, a seconda dell'età, si inietterà 1/4-1/3 o 1/2 cc. della soluzione di adrenalina al ‰, dose che si potrà ripetere anche dopo poche ore; nei bambini più piccoli, si iniettano 2 gocce per anno di età diluite in 5-10 cc. di soluzione fisiologica. L'adrenalina può essere anche somministrata per istillazioni rettali o nasali, alle stesse dosi. Hallion ha proposto di associare all'adrenalina l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi, sempre per iniezioni, con buoni risultati.

Si ricorrerà, inoltre, durante l'accesso alle rivulsioni con ventose secche o impacchi caldo-umidi al torace; si potranno fare anche inalazioni con piridina, polveri antiasmatiche, ossigeno o, negli accessi gravi, con cloroformio o etere.

Quando le crisi si ripetono, si potrà fare uso della seguente prescrizione:

Tintura di belladonna	gr. 2
Tintura di drosera	
Tintura di lobelia	anagr. 4

III gocce, 3 volte al giorno, per un bambino di 3 anni; VI gocce per un bambino di 6 anni.

Recentemente, è stato anche proposto il gardenal, specialmente negli accessi resistenti all'adrenalina: nel lattante si comincerà col somministrarne 1 centigr., ma si potrà arrivare nei casi ribelli fino a 4-5 centigr. al giorno; nei bambini più grandicelli non si sorpasserà la dose di 10-15 centigr.

B. *Trattamento etiologico.* Se esiste un'affezione organica, causa dell'asma (polipi nasali, deformazioni del setto o dei cornetti), è chiaro che bisogna rimuoverla. Più spesso, però, nei bambini si tratta di asma anafilattico, specialmente da anafilassi alimentare. In tal caso, soppresso l'alimento supposto anafilattizzante, si desensibilizzerà l'organismo o per via gastrica (facendo ingerire, cioè, al piccolo infermo dosi minime e crescenti della proteina nociva — uova, latte — ben cotta) o per via cutanea (praticando delle cutireazioni settimanali, dapprima con diluizione debolissme della proteina incriminata in acqua distillata, poi con diluizioni sempre più concentrate, fino ad ottenere una cutireazione negativa). La desensibilizzazione potrà essere anche aspecifica, usando cioè come antigene il peptone (somministrazione di un *cachet* di gr. 0,50 di peptone, 3/4 d'ora prima del pasto; iniezioni quotidiane intradermiche di una soluzione di peptone al 50 %, cominciando da 1/10 di cc. e non superando i 2/10). Si è ricorso anche alla vaccinoterapia e all'auto-vaccinoterapia, con vaccini polimicrobici (stafilococchi, streptococchi, pneumococchi, b. di Pfeiffer, enterococchi, ecc.), ma sembra che essi agiscano aspecificamente, come proteinoterapia: in ogni caso, bisognerà essere prudenti nella loro somministrazione, per evitare forti reazioni di shok. Sono state tentate, infine, sempre a scopo desensibilizzante l'autoemoterapia, l'omo-terapia e l'autosieroterapia, i risultati ottenuti, però, non sono sempre concordanti. L'uso, infine, di sieri di animali trattati con pollini o altre sostanze la cui inalazione è asmatigena, per istillazioni nasali o congiuntivali, non è stato seguito da effetti favorevoli.

C. *Trattamento del terreno asmatico.* Accanto al trattamento della causa dell'asma, è necessario anche modificare il terreno organico sul quale esso si impianta. Utili a tale scopo sono l'ioduro di potassio e l'arsenico, che si potranno anche usare alternativamente, ossia per 15 giorni un cucchiaino da caffè della seguente pozione, prima dei due pasti principali:

Ioduro di potassio	
Tintura di lobelia	anagr. 5
Sciroppo di scorze d'arancio amaro	gr. 40
Acqua distillata	q. b. per gr. 250

oppure, per 15 giorni, 5-10 gocce *pro die* di tintura di iodo di recente preparata, ogni mattino.

Negli altri 15 giorni di ogni mese si somministrerà l'arsenico:

Metilarsinato di sodio	gr. 0.50
Acqua distillata	gr. 20

X gocce a 5 anni; XX gocce a 10 anni; *pro die.*

oppure, ogni mattino, 5-20 gocce di soluzione di trioduro di arsenico all'1 %.

Lian consiglia la somministrazione di 1-2 gocce al giorno per ogni anno di età di tintura di belladonna.

Non si trascurerà di modificare la dieta alimentare, eliminando certi cibi (uova, pesci, crostacei, carni insaccate, cioccolatto, ecc.), e si cureranno le funzioni gastro-intestinali ed epatiche di questi infermi (fermenti lattici, estratti biliari, ecc.).

Buone, spesso, le cure idrominerali con acque solfo-arsenicali; successi, pure, netti, sebbene talora non costanti, con le irradiazioni ultraviolette.

Cura della diatesi emorragica nei bambini

La cura della diatesi emorragica nei bambini (porpora emorragica, morbo maculoso di Werlhof, porpore secondarie a polmonite, scarlattina, ecc.) in principio è sintomatica; così, partendo dal concetto che la somministrazione di calcio aumenta la coagulabilità del sangue, alcuni fanno prendere per bocca molta acqua di calce, oppure ricorrono al carbonato ed al fosfato di calcio ad alte dosi, o ancora al cloruro o all'ipoclorito di calcio (gr. 0,30-1, secondo l'età). Si può usare inoltre il lattato di calcio alla dose di 2-3 gr. nelle 24 ore, associato alla soluzione di adrenalina al ‰ in pozione gommosa. Anche le iniezioni di gelatina hanno azione emostatica, ma nei bambini spesso esse determinano febbre; emostatici, pure, sono il solfato di soda, l'essenza di trementina, il citrato di soda ad alte dosi, ecc. Più recentemente sono stati usati lo zimema e il coaguleno, che sono bene sopportati per iniezioni anche in piccola età; nei neonati, in casi di leggere emorragie intestinali, si possono usare clisteri con dischi emostatici, che sono di facile applicazione.

Risponde anche bene nelle forme emorragiche la sieroterapia, sia che si adoperi il siero antidifterico, per applicazioni locali in casi di emorragie superficiali o per iniezioni, sia che si ricorra al siero di cavallo. Le trasfusioni di sangue e la proteinoterapia possono dare grandi vantaggi, almeno temporaneamente; come proteinoterapia è meglio, secondo A. MUGGIA (*Minerva Medica*, n. 3, 1927), ricorrere ai preparati di yatren, perchè danno minori reazioni dei comuni preparati a base di latte.

Altri nelle malattie da diatesi emorragica ha preconizzato una terapia specifica, partendo dal concetto che la porpora semplice infantile è spesso di origine intestinale; si è usata perciò la sieroterapia anti-coli (che forse agisce per la sua azione proteinoterapica). Pensando ad altri presunti agenti etiologici, si sono pure praticate iniezioni di siero antistreptococcico, antipneumococcico, ecc.

Ai predetti rimedi emostatici è bene associarne altri che stimolino il midollo osseo ad una più attiva piastrinogenesi quali l'arsenico (sotto forma di liquore del Budin o nella seconda infanzia sotto forma di liquore arsenicale del Fowler o di iniezioni di preparati cacodilici), il midollo osseo o meglio l'estratto glicerinato della polpa midollare alla dose di due cucchiaini da caffè al giorno. Anche il succo di carne crudo, alla dose di 2-3 cucchiaini, agisce bene contro lo stato anemico che accompagna la diatesi emorragica; allo stesso scopo, fu pure usata la colesterina per uso

Digitized by Google

interno in emulsione oleo-gommosa alla dose di 1-2 gr. al giorno, secondo l'età.

Naturalmente tutte queste cure saranno maggiormente vantaggiose, se associate ad una scrupolosa igiene alimentare, ricca in vitamine, e a un soggiorno in abitazione e clima salubre. La elioterapia, prudentemente applicata, ha pure azione benefica sulla crasi sanguigna. Per ultimo, utili ancora nelle forme emorragiche sono la röntgenterapia e la splenectomia; naturalmente, sono degli interventi, specialmente il secondo, che presentano una certa percentuale di pericoli e che quindi hanno solo un'indicazione di necessità. Le irradiazioni possono praticarsi sulla milza o sul midollo osseo, non usando dosi troppo forti e presentano una non indubbia efficacia. La splenectomia andrà eseguita, quando altri mezzi (trasfusioni, irradiazioni, ecc.) non hanno dato alcun risultato e occorre intervenire di urgenza ripetendosi violentemente le emorragie.

TERAPIA GENERALE

Il borato di soda in medicina interna

Preconizzato già nell'epilessia come sedativo, quando venga somministrato internamente, il borato di soda offre altre utili applicazioni terapeutiche in medicina interna che sono state recentemente riassunte da Loeper, Garcin e Tounet (rif. in *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, n. 2, 1927). Innanzi tutto può essere somministrato per via orale alla dose di 2-4 gr. di soluzione 1:20, prima o dopo i pasti; Loeper vi aggiunge del citrato di soda, nelle stesse proporzioni, allo scopo di aumentarne l'attività. In tal modo il borato di soda esplica un'utile azione nei basedowiani, nei quali diminuisce la frequenza del polso, abbassa la pressione arteriosa, diminuisce i sudori, il tremore, il nervosismo e anche l'ingrossamento della tiroide.

Per via endovenosa, il borato di soda può essere iniettato in soluzione diluitissima, data la sua scarsa solubilità; se ne fa una soluzione al 4.5 % e se ne iniettano 10-50 cc., ossia gr. 0,45-2.25 di medicamento, per un uomo di peso medio. Così somministrato, esso rallenta la coagulazione del sangue e allunga il tempo di sanguinamento, abbassa notevolmente la pressione arteriosa e diminuisce la frequenza del polso: è perciò indicato in tutti gli stati di aumentata viscosità sanguigna, nell'ipertensione e nella tachicardia.

L'iniezione di borato di soda, in dose di gr. 0,45, è, inoltre, nettamente diuretica. L'urina così escreta è ricca in cloruri e in azoto totale, ma povera di urea; sembra che ciò debba farsi dipendere da un'azione del borato di soda sul fegato, come è dimostrato dal fatto che esso abbassa, spesso durevolmente, la glicemia: perciò gli AA. lo credono indicato nel diabete.

Per ultimo, il borato di soda diminuisce la percentuale sanguigna di acido ossalico e di colesterina, per cui potrebbe usarsi con vantaggio nella gotta e nel reumatismo cronico.

L'anestesia locale sottocutanea nella cura dei dolori di origine viscerale

Roch e E. Frommel (*La Presse Médicale*, n. 25 ,1927) ricordano che Lemaire, l'anno scorso, ha proposto la iniezione sottocutanea di una soluzione 1/2 % di novocaina nella zona di proiezione di un dolore viscerale, allo scopo di sopprimere questo dolore: i risultati da lui ottenuti sono stati dei più incoraggianti. E' per maggiormente diffondere questa semplice pratica analgesica che ora gli AA. riferiscono il contributo della loro esperienza personale. Nei casi trattati furono iniettati 10 cc. della detta soluzione di novocaina e i risultati possono così classificarsi: a) negativi: dolore temporale causato da un tumore del cervelletto, dolore toracico durante una meningite tubercolare, diarrea con dolore epigastrico in un tubercolotico polmonare, dolore diaframmatico destro in un malato con grosso fegato cardiaco, dolore da colica nefritica. b) dubbi (cioè, soltanto lieve attenuazione del dolore), in un tabetico, in una donna affetta da pleuro-polmonite, in un infermo di colica nefritica, in una inferma di pleurite sierosa. c) nettamente favorevole: 2 casi di angina pectoris, 1 di pericardite acuta, 1 di cancrena polmonare con risentimento pleurico, 6 pleuriti, 1 colecistite, 1 colica epatica, 3 ulcere dello stomaco, 2 cancri dello stomaco, 1 ptosi viscerale con dolori lombari. Un altro vantaggio di questa pratica anestesica è quella di provocare un rilasciamento muscolare che permette così la palpazione profonda, per es. dell'addome, prima impossibile. Unico inconveniente è che in qualche caso, per es. nell'appendicite, calmato il sintoma dolore, il medico ritarda l'intervento — ingannato dal miglioramento soggettivo dell'infermo — mentre esso è forse urgente, e anche che per le stesse ragioni, l'infermo rifiuta di sottoporsi all'atto operatorio.

Il meccanismo d'azione dell'anestesia sottocutanea novocainica nel sopprimere i dolori viscerali resta, però, ancora senza una spiegazione soddisfacente.

APPUNTI

Il bleu di metilene nelle lesioni corneali. — G. Riva (*Annali di Medicina navale e coloniale*, fasc. III-IV, 1927) nella cura delle piccole lesioni dell'epitelio corneale da corpi estranei (scheggie metalliche, ecc.) ha usato un collirio al bleu di metilene così composto: Bleu di metilne, centigr. uno; Idroclorato di cocaina, centigr. dieci; Acqua distillata bollita, gr. dieci. Previa estrazione del corpo estraneo, venivano istillate nell'occhio due gocce del detto collirio, due volte al giorno, non trascurando dei lavaggi caldi con soluzione debole di bicloruro di mercurio (1:10.000). Reperto costante, in tutti i casi trattati, fu l'effetto benefico del collirio sul senso subiettivo di molestia, talora addirittura di dolore, di tali traumatizzati oculari, la rapida scomparsa dei fenomeni obbiettivi di irritazione cherato-congiuntivale ed il pronto processo riparatore delle perdite epiteliali, infine, la riduzione al minimo dei postumi.

Ricerca clinica dell' albumina nell' urina. — Hilonin (rif. in *Bollettino Chimico-farmaceutico*, fasc. 3, 1927) richiama l'attenzione sul fatto che, a suo giudizio, l'esame dell'urina, in quanto a ricerca dell'albumina, non è sempre fatto a dovere. Non sempre, invero, in pratica si ricorda che: 1. le albumine vengono coagulate dal calore solo in un liquido contenente una certa quantità sufficiente di sali; 2. le albumine riscaldate in soluzione allungata con un acido si trasformano in acido-albumine incoagulabili col calore; 3. l'albumina non è precipitata a freddo con l'acido nitrico, se di questo acido non ne viene aggiunta una quantità sufficiente. D'altro canto l'A. rileva che in un'urina contenente un eccesso di solfato di soda si è sicuri di coagulare l'albumina qualunque sia l'acido usato e indifferentemente se sia stato aggiunto prima o dopo il riscaldamento. Per tutte queste considerazioni, l'A. consiglia la seguente semplice tecnica per la ricerca clinica dell'albumina nell'urina.

Aggiungere all'urina da esaminare un eccesso di solfato di soda, sì che ne rimanga una piccola parte non disciolta; si filtri e si aggiunga una goccia di acido acetico per assicurarsi che l'urina non contenga nucleo-albumina (pseudo-albumina), la quale precipita a freddo con l'acido acetico. Si porti poi a ebullizione la parte superiore del tubo da saggio e si formi o no il coagulo, si aggiunga una goccia di acido acetico e si riscaldi di nuovo. Se si ha intorbidamento, c'è albumina; se non si ha intorbidamento, l'albumina in quell'urina è assente.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Un nuovo diuretico mercuriale: il 440-B. — Mouquin, Giroux e Schmidl; e Carnot, Barièty e Boltanski (*Paris Médical*, n. 20, 1927) riferiscono che a somiglianza del novasurol e del salyrgan, Fourneau, dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha fatto preparare al dott. Girard una serie di nuovi composti mercuriali ad azione diuretica, tra i quali è stato prescelto a scopo clinico quello denominato 440-B o composto mercurico dell'acido salicil-allil-amino-acetico. Si usa per iniezioni endomuscolari da 1 cc. e una sola iniezione si è mostrata capace di provocare una profusa diuresi(3-4 litri) che raggiunge il massimo entro le 24 ore dall'iniezione; alcuni giorni dopo, nei casi favorevoli, si produce, senza alcun'altra iniezione, una seconda crisi poliurica, ma meno abbondante della prima. Le iniezioni possono essere ripetute, ma con intervallo [illegible] di 4 giorni, non avendosi notato alcun vantaggio sulla poliuria col ripeterle più da vicino; in media è bene lasciar passare 8 giorni tra una infezione e l'altra, somministrando eventualmente negli intervalli della teobromina: questa, se prima delle iniezioni di 440-B non dava più alcun risultato favorevole, viene quasi riattivata dopo di esse.

Le controindicazioni alla cura col 440-B sono ben poche: nelle grandi cachessie, nelle insufficienze epatiche gravi, nelle insufficienze cardiache con fenomeni di collasso, le iniezioni del detto diuretico mercuriale non hanno provocato per nulla poliuria, ma non hanno neppure arrecato alcun aggravamento dell'infermo. E' prudente, inoltre, astenersi da questo diuretico negli emofiliaci e negli emogenici, potendosi presentare emorragie più o meno imponenti. Nella febbre, infine, il 440-B dà risultati nulli.

All'infuori di questi casi, le indicazioni sono molto estese e comprendono tutti gli stati di oliguria con edemi o anasarca, qualunque ne sia l'origine; il 440-B è quindi anche utile nell'insufficienza cardiaca con stasi periferica, nelle epatiti croniche con ascite, nei versamenti pleurici, ecc. In tutti i casi degli AA. non si è avuto a lamentare comparsa di albuminuria o di ematuria e l'esistenza di lesioni renali non è loro sembrato controindicazione assoluta.

Circa il meccanismo d'azione del nuovo diuretico, gli AA. credono che sia più accettabile l'ipotesi di un'azione extrarenale: le sierosità degli edemi passerebbero nel sangue per una specie di attrazione dipendente dall'aumento del potere osmotico del sangue; in dipendenza di questa idremia sarebbe la poliuria. Il 440-B determina inoltre un aumento dell'eliminazione dei cloruri urinari.

Digitized by Google

QUESTIONI DI BIOLOGIA

SU DI UNA NUOVA IPOTESI DI BIOLOGIA GENERALE

(A Charles Richet)

Ultimamente, il « *Mattino* » (1) pubblicò un mio articolo su Charles Richet. Tale articolo constava di due parti esattamente distinte: una, introduttiva, mirava a traverso un gioco stilistico di narrazione a prospettare al consueto incompetente lettore di quotidiano politico, la poliedrica figura di Charles Richet sullo sfondo vasto e sconfinato della scienza; l'altra, invece, essenzialmente analitica, recensiva un libro del maestro francese edito dal Montaigne, soltanto qualche mese fa: « *L'Homme impuissant* ».

In questo libro, l'uomo di scienza accompagnandosi assai da presso al filosofo, ha di tratto in tratto momenti di scorata amarezza: nemmeno per le cognizioni fenomeniche, sempre più progredite, riusciremo forse a dire una parola definitiva sui problemi del nostro essere! Tale amarezza improntò la mia interpretazione ad un vero e proprio pessimismo; e però, il Richet, che aveva sorpreso il mio articolo a Parigi, si affrettò cortesemente ad inviarmi una mirabile lettera, in cui accanto alla lode generosa del maestro, vi è.... (perchè non dirlo?) un appunto critico non trascurabile: « *impuissant ce n est pas malheureux!* ».

Dichiaro francamente di dissentire questa volta dal grandissimo fisiologo di oltralpe. Sono del parere che qualsiasi consapevolezza d'impotenza (nè importa il grado di tale consapevolezza) è generatrice fatale di dolore e quindi fonte spontanea d'infelicità. Ma il Richet, sospettando che il mio pessimismo avrebbe potuto rendere il suo « Homme impuissant » un « *désespéré* », mi promise un suo nuovo libro di psicologia, personalmente inviatomi, ora è qualche giorno.

Il nuovo libro si riconnette al nostro scambio epistolare per un capitolo di singolare importanza: « Une Nouvelle Hypothèse de biologie générale ». Ma insieme a questo capitolo, numerosi altri sul linguaggio, sulla memoria, sulla paura, sulle cause finali mostrano come Charles Richet non abbia perduto, con l'avanzare degli anni, un raggio solo di quel faro luminoso del suo intuito che permise al mondo di conoscere l'anafilassi, la psicofisiologia, la metapsichica etc.

Il libro ha il titolo già presentato da una raccolta di « fragments de psychologie et de physiologie » sin dal 1887: « L'intelligence et l'homme »; ma il suo contenuto è ben altro.

Ho annunciato al Richet che avrei questa volta recensito il suo lavoro nella Rassegna scientifica più degna del suo nome. E perchè il Richet fu legato da vincoli sentimentali indimenticabili col fondatore di *Riforma*, Gaetano Rummo, ho scelto per l'incrocio polemico questo giornale. D'altronde è l'ora che anche il medico pratico, uniformizzato dalla sua silenziosa fatica diagnostica e terapeutica, cominci a partecipare ai nobili conviti spirituali per cibarsi di quella sapienza definita da Aristotele: Divin nutrimento.

Forse il medico del domani dovrà decidersi tra l'eutanasia e l'eugenica; e assurgere quindi ad autentico giudice sociale. Primi tentativi non mancano. Il Dott. Saint-Paul, medico ispettore a Nancy, ha suggerito in un suo articolo pubblicato da *Medicina Argentina* (anno 1927, n. 58) la utilizzazione degli... assassini (dechets et sous-produits sociaux!). E poichè, questo dotto direttore del servizio sanitario del ventesimo corpo d'armata francese ritiene che « donner la mort, c'est donner l'inconnu », egli suggerisce alla società di servirsi dei delinquenti in un laboratorio di esperienza per la ricerca etiogenetica del cancro o terapeutica della tubercolosi anzichè avviarli al patibolo! Mi si potrà obbiettare che la medicina finirà così con l'invadere il campo della morale! Ma è appunto questo campo che dovrà raggiungere la medicina.

Esiste una gerarchia delle scienze. Le scienze che derivano dalla nostra attività psichica direttamente, le matematiche, hanno consentito, con la precisione delle loro formule, la esattezza di apparecchi e di istrumenti idonei alle ricerche chimico-fisiche. La chimica e la fisica, evolvendosi, hanno svelato gran parte della biologia e della fisiologia. Quando conosceremo a fondo la struttura e le funzioni del nostro corpo, quando intenderemo il significato di quelle tendenze che chiamiamo istinti, saremo obbligati a ricostruire per intero tutta la morale. Perchè la morale sin oggi ci è stata trasmessa da dei invisibili che ignoravano l'endocrinologia, la psicanalisi, il « behaviourismo »!

D'altronde noi vediamo quale superiorità netta presenti la scienza sulla filosofia. La filosofia, trovate le sue verità (quelle che l'uomo trova in sè stesso come soggetto contrapposto al mondo), le ha chiamate eterne e si è arrestata. I naturalisti ellenici o i filosofi ledantumi non sono stati superati nella loro verità di un palmo solo! Ma la scienza invece non si accontenta del più « esatto » ma chiede il più « progredito » ed è perciò che essa è condannata a rinnovarsi sempre. Fine ultimo, resta la conoscenza della essenza della vita! E già biologicamente, a differenza dei metafisici, noi della vita conosciamo la risultante: l'assimilazione e l'adattamento. Ogni corpo, atto a trasformare in sostanze simili a quelle di cui si compone, sostanze ambienti in un mondo eterogeneo, e capaci di accrescerlo, si definisce vivente. Quindi vita non è la facoltà di muoversi, di aumentare di volume, di esternare una forza. Alcuni corpi viventi sono immobili; i cristalli di materia inerte affondati in soluzioni della loro stessa sostanza aumentano di volume e pertanto non vivono; il vento esterna una forza eppure non vive.

La vita è invece determinata dalla fusione delle due facoltà: l'assimilazione e l'adattamento. D'altronde la gigantesca polemica suscitata nel mondo scientifico dalla scoperta del d'Herelle e basata sull'analisi dei caratteri che definiscono il criterio della vita. Il d'Herelle ha ultimamente ribattuto le critiche del Bordet e del Ciuca (Le bacteriophage et son comportement, Masson 1926) appunto appellandosi alle due proprietà di cui sarebbe dotato il suo batteriofago. Ma se queste proprietà costituiscono la risultante della vita quale forza ne potrebbe spiegare l'essenza?

Ed ecco allora il Richet avanzare questa ipotesi: l'accrescimento della materia vivente è determinato dall'attrazione. L'attrazione, fenomeno meccanico fisico elementare, comune ad ogni materia, sarà più importante e più varia negli esseri organizzati, viventi, e la vita ci apparirà come un insieme di condizioni che rendano l'attrazione non solo più efficace ma irresistibile. La stessa lotta per la vita, lo stesso sforzo alla vita non sono che tendenze di accrescimento. Intendiamoci, però, questa tendenza del Richet non è equivocabile con una di quelle sospirate dai vitalisti e dai neo-vitalisti, ma una tendenza meccanica come l'attrazione di qualsiasi altra materia. Più che un'ipotesi, questa del Richet, è quindi, come il geniale pensatore rileva, un'analogia. Ma appunto perchè analogia, noi la crediamo più feconda di una stessa ipotesi. Sono queste analogie che ci hanno consentito, come ebbe a osservare il Boerhaave, la scoperta degli acidi gastrici. Per analogia, si suppose che, come gli acidi attaccavano i metalli, i succhi gastrici avrebbero attaccato gli alimenti. Per l'analogia tra la combustione e la respirazione, sorta nelle menti di Boyle e Lavoisier, si pervenne a classificare i fenomeni chimici che si producono nei corpi che bruciano e negli animali che respirano fra i fenomeni di ossidazione. E finalmente per la grande analogia del Pasteur tra fermentazione e malattia, si riuscì a creare la branca scientifica che tanto donò alla dolente umanità: la batteriologia.

Con ciò però, non vorrei mostrare ora al grande maestro d'essermi purificato del *nero pessimismo* a cui s'improntava il mio articolo pubblicato dal *Mattino* per l'opera mirabile svolta sul mio spirito dal suo nuovo libro di psicologia. Senza dubbio dell'ignoto che ci circonda non tutto è inconoscibile; ma il nobilissimo tormento, di cui pativa Prometeo, resta purtroppo nel cuore di noi tutti che ci apprestiamo ad un'indagine o ad una ricerca.

La speculazione filosofica ha messo in bocca ad Amleto parole la cui eco dovrebbe essere sopraffatta dal clamore delle verità della scienza.

Ma ancora pertanto quelle risuonano: There very many things between heaven and hearth, that all our Knowledge can never explain!

MARIO MUSELLA

Il collega e amico Musella ha voluto ricordare i rapporti di fraterna amicizia tra Charles Richet e il compianto fondatore de La Riforma Medica, *Prof. Gaetano Rummo.*

Per parte mia, è doveroso ricordare i rapporti di gratitudine, che mi legano al grande biologo-filosofo francese. A Parigi lo ebbi Maestro per un intiero anno. Non posso dimenticare nè i Suoi preziosi ammaestramenti nè l'alto onore, che mi fece all'Accademia delle Scienze di Parigi rivendicando a me, in due sedute di quell'Accademia, la priorità di osservazione di due fatti. L'uno riguarda la opoterapia gastrica, che attuai per il primo in tempi, in cui, come opoterapia scientifica, non si conoscevano che le iniezioni di estratto testicolare proposte da Brown-Sequard. L'altro fatto, che osservai, a quei tempi (mi riferisco al 1890) potè sembrare paradosso, cioè che l'acido cloridrico in peculiari condizioni può funzionare da inibitore della pepsina, può riuscire, come dissi, un "antipeptico".

Come vuole Musella, il medico nell'esercizio della professione non può e non deve essere un automa che applica, ma anzitutto un cervello, che vuole assimilare le correnti dei postulati naturalistici atti ad illuminarlo sul perchè dei fatti. Il nostro periodico ha procurato sempre di prospettare quei postulati, come una oasi nella vita tormentosa della professione.

(1) 3-4 Maggio 1927.

Digitized by Google

Circa la superiorità della scienza sulla filosofia, mi duole di non essere di accordo con l'amico Musella. Il non accordo promana da una petizione di principio. Per un naturalista dallo spirito italico la filosofia non può essere che scienza, anzi la scienza delle scienze, sempre che nel mirare ad illuminare, per quanto più intimamente è possibile, i rapporti causali dei fenomeni in un contesto organico, prenda come sostrato soltanto i fatti scientificamente assodati.

Quanto, poi, alla nuova ipotesi di biologia generale, prospettata da Richet, a me sembra che l'«attrazione» di cui parla il Maestro, rappresenti una fase di fatto (più che ipotesi) prodromica dell'assimilazione e poi dell'accrescimento nei viventi: è una chemiotassi positiva verso le energie dell'ambiente nel renderle omogenee alla costituzione fisico-chimica individuale a ciascun vivente.

ANDREA FERRANNINI

NOTIZIE

Nomine ed onorificenze. - Il prof. Emilio Alfieri, della R. U. di Pavia, è stato chiamato con votazione unanime dalla Facoltà medica della R. U. di Milano a succedere al prof. sen. L. Mangiagalli nella direzione della cattedra di Clinica ostetrico-ginecologica.

Sindacato Nazionale Fascista dei Medici. — Con recente decreto è stato giuridicamente riconosciuto il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici. Quanto prima sarà provveduto dal competente Ministero delle Corporazioni alla approvazione delle nomine, a norma di Legge, dei dirigenti dei Sindacati nazionali.

Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista. — E' convocato in Roma nei giorni 4, 5 e 6 luglio 1927 il Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista col seguente ordine del giorno: 1) Relazione Morale. 2) Relazione Finanziaria. 3) Statuto del Sindacato Nazionale e inquadramento sindacale. 4) Designazione del Segretario Generale e nomina del Direttorio Nazionale. 5) Assicurazione contro la tubercolosi e contro le altre malattie in rapporto alla applicazione della Carta del Lavoro. 6) Previdenza e assistenza ai liberi professionisti. 7) Ordini dei Medici. 8) Modifiche all'attuale legislazione sanitaria anche in rapporto ai nuovi Enti assistenziali creati dal Regime. 9) Nomina delle Commissioni direttive delle Sezioni tecniche del Sindacato. 10) Eventuali e varie.

A questo Ordine del Giorno del Congresso possono venire aggiunti quegli altri temi che i Soci crederanno di svolgere e che presenteranno alla Segreteria Generale del Sindacato Nazionale Medico Fascista (Via Lucchesi n. 31, Roma) non oltre il giorno 25 giugno.

Con successivo avviso verranno indicate la Sede del Congresso e le modalità per le concessioni ferroviarie.

Al Congresso possono partecipare tutti i medici iscritti ai Sindacati, ma hanno diritto al voto soltanto i Segretari dei Sindacati Provinciali, o, in mancanza, un rappresentante da essi designato.

Interverrà al Congresso l'on. Rossoni.

Alla R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli. — Con Regio Decreto in corso di registrazione sono state approvate le sottosegnate nomine all'Ufficio di Presidenza della R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli per il biennio 1927-28.

Prof. Gaetano Jappelli, Presidente; Prof. Rocco Jemma, Vice Presidente; Prof. Giovanni Boeri, Segretario; Prof. Cesare Colucci, Vice-Segretario; Prof. Francesco Paolo Sgobbo, Tesoriere.

Conferenza del prof. Landolfi all' " Humanitas ,,. — Il 29 maggio u. s., il prof. Michele Landolfi ha tenuto nella sala del Consiglio Provinciale di Napoli in S. M. La Nova, gentilmente concessa alla Federazione Humanitas, una conferenza sulle «Celebrità mediche del Sannio nella R. Università di Napoli». Il pubblico delle numerose personalità, specialmente mediche, intervenuto ascoltò con viva attenzione la brillante rievocazione fatta dall'O., lo interruppe e chiuse con ripetuti e generali applausi la fine della bella conferenza. In altra parte del giornale ne riportiamo un ampio riassunto.

Nella stampa medica. — Si è pubblicato il primo fascicolo di un nuovo periodico mensile, « Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi », con Redazione e Amministrazione in Bologna, via Dante 6. Redattore-capo ne è il prof. G. Costantini. Questo nuovo periodico sorge con l'intento di raccogliere, coordinare e valorizzare la produzione scientifica italiana nel campo della tubercolosi.

Fervidi auguri di prosperità al nuovo periodico.

— Il commissario governativo dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, prof. Paolo Medolaghi, cedendo alle insistenti richieste del prof. Ettore Levi, lo ha esonerato, per motivi di salute, dalla direzione del periodico «Difesa sociale», organo dell'Istituto, affidandolo al dott. Augusto Carelli.

— Un nuovo giornale, il « Nederlandsch Tijdschrift voor Hygiene, Micrologie en Serologie » prende il posto del «Tijdschrift voor Vogelkende Patologie», il cui redattore capo, dott. De Gong, è morto recentemente; esso si occuperà di igiene e di microbiologia non solo applicate alla medicina ma anche all'industria e all'igiene sociale, con speciale riguardo alla legislazione e all'amministrazione sanitaria.

Munifiche donazioni. — Il Conte Francesco Matarazzo ha fatto versare a S. E. Mussolini la somma di L. 1.940.000. Il Primo Ministro ha gradito la generosa e nobile offerta dell'illustre italiano residente in San Paulo, ed ha voluto che le lire 500.000 destinate per volontà, espressa del donatore a « Il Popolo d'Italia », fossero invece così distribuite:

L. 50 mila al comitato provinciale romano dell'Opera nazionale per l'assistenza civile e religiosa degli orfani dei morti in guerra; L. 25 mila per opere di beneficenza per la città di Zara; L. 25.000 allo stesso scopo per la città di Fiume; L. 300 mila per opere assistenziali del P. N. F. e precisamente per le colonie montane e marine della prossima estate; e L. 100 mila per opere varie e minori di assistenza e beneficenza che già da tempo attendevano la personale protezione del Capo del Governo. S. E. Mussolini ha poi assegnata la restante somma di 1.400.000 nel seguente modo: L. 100 mila alla «Dante Alighieri» in conformità del desiderio espresso dal Conte Matarazzo; L. 140 mila al campo sportivo del Littoriale al Vomero di Napoli; L. 200 mila all'opera per la maternità e l'infanzia; L. 400 mila all'opera nazionale Balilla; L. 100 mila per la lotta antimalarica e L. 500 mila ai consorzi antitubercolari delle provincie meridionali e delle isole. Infine S. E. Mussolini ha incaricato l'on. Sansanelli e l'on. Ianfolla di ringraziare il conte Matarazzo per il quale ha espresso parole di vivo elogio e di particolare compiacimento.

— La N. D. Isabella di Valmarana Canerini, di Ferrara, ha destinato con disposizione testamentaria un lascito di L. 160.000 a favore del Consorzio provinciale antitubercolare di Ferrara, e il conte dott. Lugi di Valmarana ha donato allo stesso ente la somma di L. 140.000; la metà della somma complessiva dovrà servire per l'erigendo dispenesario provinciale antitubercolare.

NECROLOGIO

— a Roma il prof. ERASMO DE PAOLI, già ordinario di patologia e clinica chirurgica nella Università di Perugia. Prestò ammirevole servizio durante la guerra come tenente colonnello medico negli ospedali di Genova e Sampierdarena. Autore di pregevoli pubblicazioni recentemente ne aveva scritta una dal titolo: *Come morì Napoleone*, documentando come la causa della morte del grande condottiero fosse da imputarsi al cancro e non alla tubercolosi.

— a Siena il prof. OTTONE BARBACCI, ordinario di Anatomia Patologica in quella Università e Preside della Facoltà di medicina. Era nato a Rossignano Marittimo (Pisa) nel 1860. Fu insegnante fra i più apprezzati ed efficaci, autore di numerose pubblicazioni scientifiche, fra cui va menzionato il trattato sui *Tumori*, rimasto classico.

— a Modena, il prof. LUIGI VANNI, direttore di quell'Istituto di Patologia medica. Contava 71 anno ed era nato a Belforte (Siena). Aveva percorso tutta la sua carriera a Modena, ove fu preside della Facoltà; lascia apprezzate pubblicazioni.

— a Napoli il prof. Dott. LUIGI MAUCIONE docente di oftalmoiatria ed Assistente ordinario nella Clinica Oculistica della nostra Università.

— a Napoli, in età di 78 anni, il prof. PASQUALE SORGENTE, fine semejologo e professionista molto stimato.

— a Mugnano di Napoli, il dott. CARLO LUIGI DE MAGISTRIS, ufficiale sanitario di quel Comune, già medico degli Ospedali Riuniti, distinto ed apprezzato professionista.

— a Napoli, il dott. FRANCESCANTONIO PITIMADA, assistente ordinario della R. Clinica Ostetrica.

— a Napoli, il prof. GIUSEPPE SCOTTI, libero docente in Patologia speciale chirurgica e Medicina operatoria.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 6 Giugno 1927 — N. 23

LEZIONI

ISTITUTO DELLA I. CLINICA CHIRURGICA DELLA R. U. DI NAPOLI
diretto dal Sen. Prof. G. PASCALE

CISTI LINFATICA MULTILOCULARE DEL COLLO DA MALFORMAZIONE CONGENITA IN UN ADULTO

Lezione di Supplenza al Corso ufficiale di Clinica Chirurgica

del prof. LUIGI DE GAETANO

Raccolta dal dott. FRANCESCO PAOLO TINOZZI
Assistente Ordinario

Ritengo utile pubblicare questa lezione Clinica anzitutto per la rarità della lesione in un adulto, ed anche perchè essa costituisce un ulteriore contributo allo studio delle malformazioni congenite del collo, argomento, che forma da parecchi anni oggetto di ricerche e di osservazioni da parte della nostra Scuola.

STORIA CLINICA. — A. A. di anni 28 da Schiavo (Caserta) donna di casa.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Non ricorda di aver avuto malattie degne di nota. Mestruata a 16 anni, le mestruazioni furono sempre regolari. Andò a marito a 21 anno ed ha avuto tre gravidanze a termine e normali: l'ultimo parto tre mesi fa.

Fu solo tre anni or sono, che la paziente, in pieno benessere, si accorse della presenza di una tumefazione della grandezza e forma di una mezza noce, di consistenza molle, a limiti indecisi, indolore, ed abbastanza spostabile, sorta senza causa determinante apprezzabile, alla regione laterale sinistra del collo, a circa due dita dalla clavicola sinistra. Da quell'epoca la tumefazione è andata sempre aumentando di volume ed è sembrato alla paziente che questo aumento di volume fosse un pò più rapido durante il periodo di gravidanza, senza causare alla paziente alcun disturbo oltre quello della sua presenza.

La inferma nega disturbi a carico della fonazione e della deglutizione; essa non ha mai avuto a lamentare turbe vasomotorie, tremori, ambasce notturne, nè ha avuto mai febbre.

Stato presente. Donna di costituzione organica normale; cute e mucose appariscenti rosee; pannicolo adiposo scarso, muscolatura bene sviluppata, sviluppo e conformazione scheletrica regolare. Assenza di gangli ingrossati alle regioni epitrocleari ed alle altre regioni.

Apparecchio respiratorio: normale; app. digerente: normale. App. circolatorio: polso piccolo, ipoteso, aritmico. Aia cardiaca aumentata verso destra; 1° tono mitralico impuro; 2° aortico lievemente rinforzato.

Esame del collo: La regione antero-laterale sinistra del collo si presenta deformata per la presenza di una tumefazione della grandezza e forma di una mezza arancia, a limiti indecisi, che occupa quasi tutta la fossa sopraclavicolare, ricoperta da cute del tutto normale (fig. 1ª). La palpazione conferma i dati dell'ispezione, ma fa rilevare che la tumefazione ha limiti abbastanza decisi, che giungono in basso al margine superiore della clavicola nella metà mediale di questa; il margine superiore giunge ad una linea orizzontale, che passa per la parte più sporgente della cartilagine tiroide sulla linea mastoideo-acromiale; il margine posteriore giunge al margine superiore del trapezio sinistro ed il margine anteriore si nasconde dietro il ventre dello sterno-cleido-mastoideo sinistro. La consistenza della tumefazione—che ha superficie bozzuta, a piccole e grosse bozze—è in ogni punto molle-elastico, fluttuante. Il senso di fluttuazione, però, non si trasmette da un polo all'altro del tumore; ma è evidente nelle singole bozze da cui è formato. Con la pressione della mano a piatto non si riesce a determinare alterazione nel volume della tumefazione stessa; si riesce però con la mano a portarla verso la linea mediana, dietro al ventre dello sterno-cleido-mastoideo.

La tumefazione non segue i movimenti del tubo laringo-tracheale.

All'ascoltazione non si avvertono soffi, nè toni sulla sede della tumefazione.

Esame delle urine: nulla di anormale.

Esame del sangue: Emoglobina: 90; Emazie 4.300.000; Corp. bianchi: 7.000; Formula leucocitaria: Linfociti 19; Grandi mononucleati 5; Forme di passaggio 4; Polinucleati neutrofili 71; Eosinofili 1; Basofili —.

Cutireazione: negativa.

Reazione di Wassermann, di Sachs-Georgi, di Meinicke: negative. 8282

Puntura esplorativa: La puntura esplorativa eseguita sulla tumefazione ha dato esito a 2 cmc. di liquido lievemente torbido, citrino, a reazione alcalina, che, lasciato a sè stesso, coagula abbastanza celermente.

L'esame microscopico del sedimento, ottenuto per centrifugazione, ha lasciato rilevare, la presenza di pochi elementi sanguigni bene conservati e di numerosissimi linfociti di aspetto del tutto normale. Rari cristalli di acidi grassi. Qualche rarissimo elemento cellulare di aspetto endotelioide.

Fig. 1.

***

Dall'insieme dell'anamnesi, dall'osservazione clinica e dai risultati della puntura esplorativa è possibile far diagnosi nella paziente in esame di una lesione cistica, ad andamento cronico, del collo, di una delle regioni, cioè, dove più facilmente si trovano formazioni cistiche di varia natura e di diversa origine.

Escludendo *a priori*, dai dati anamnestici, e dalle ricerche eseguite, ogni raccolta liquida di origine infiammatoria, acuta o cronica della regione, si può anche, data la sede della lesione e l'assoluta indipendenza dal tubo laringo-tracheale, scartare ogni lesione in dipendenza della glandola tiroide, e così non può farsi parola delle cisti in dipendenza delle borse sierose (igroma delle borse) la cui sede è anteriore, al di sotto dell'osso ioide ed in avanti della cartilagine tiroide ed il cui contenuto è tenace, mucoso.

Le cisti ateromatose e le cisti dermoidi, in questa regione piuttosto rare, si lasciano anch'esse escludere per il loro contenuto, nè, per questa stessa ragione, sono da prendersi in considerazione le cisti parassitarie (echinococco), che sono quelle che, per il loro aspetto proteiforme e per la loro ubiquità, potrebbero anche qui essere sospettate.

La mancanza delle pulsazioni espansive e la non dipendenza dal circolo arteriale fa escludere che si tratti di una bozza aneu-

Digitized by Google

rismatica, mentre la mancanza di compressibilità e di variazione di volume, in rapporto a variazione della pressione sanguigna, rende impossibile l'idea di un emangioma cavernoso; e parimenti per l'assenza di questi caratteri, nonchè per il risultato della puntura, cade ogni possibilità di una cisti sanguigna, che del resto è un'affezione assai rara di questa regione.

Fra le affezioni cistiche interessanti della regione del collo meritano di essere messe in discussione le *cisti congenite branchiogene*, che hanno formato oggetto da parte nostra di continue e numerose ricerche che abbiamo avuto occasione di eseguire su di un rilevante numero di lesioni di tal genere, le quali hanno formato argomento di parecchie nostre pubblicazioni.

Seguendo la classificazione anatomo-clinica da noi proposta per codeste cisti, classificazione che deve precedere quella anatomo-istologica, possibile solo dopo l'asportazione del pezzo si può senz'altro escludere nel caso in esame tutto il gruppo delle cisti branchiogene *mediane* e si potrebbe tutt'al più ammettere la possibilità di una cisti *laterale* ossia di quelle cisti che clinicamente rimangono anche nell'adulto in posizione laterale. L'osservazione embriologica dimostra che tutte le derivazioni branchiali sono in origine laterali dato che i solchi branchiali si ar-

Fig. 2.

restano ad una certa distanza dalla linea mediana, restandone separate dal cosidetto campo mesobranchiale di His. Con lo svilupparsi però dell'embrione, e col formarsi della clavicola, a mano mano che si restringe la fessura medio-sternale e che il torace si chiude anteriormente, tutte le formazioni in dipendenza dei solchi branchiali si spostano medialmente in guisa tale che esse tendono a raggrupparsi nella regione compresa fra i due muscoli sterno-cleido-mastoidei superficialmente ed in profondità fra i due fasci nerveo-vascolari, e a terminarsi a livello del bordo antero-interno dello sterno-cleido-mastoideo. Ed in effetti solo in uno dei numerosi casi da noi descritti, e propriamente in una grossa cisti tiroidea laterale sinistra, che all'esame risultò una cisti branchiale endodermica ad epitelio pavimentoso (mucoide) si ebbe che la tumefazione debordasse appena dal margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo, mentre tutte le altre erano mediali, rispetto al ventre di questo muscolo. Ora la tumefazione riscontrata nella nostra inferma ha avuto sede di origine e si è svolta del tutto lateralmente a questo muscolo e quindi al di fuori della regione sede solita delle cisti branchiogene.

Inoltre l'idea di una cisti branchiogena va esclusa anche per l'esito della puntura esplorativa; che nelle cisti branchiogene dà esito in massima a liquido siero-mucoso o a sostanza di aspetto di *purée*, come il contenuto di un ateroma, e nel caso in esame, invece, ha dato del liquido citrino facilmente coagulabile, ricco di linfociti, che facilmente si riconosce per linfa. Da tutto ciò facilmente si può desumere che si è in presenza di una formazione di origine linfatica.

Le neoplasie di origine linfatica, o linfangiomi, hanno di frequente la loro sede nel collo, dove come nota il de Quervain, se anche non sono direttamente congenite, il loro abbozzo è tale il più delle volte, nel senso cioè che la loro prima origine è dovuta a malformazioni congenite del tessuto linfatico.

La divisione più comune che dei linfangiomi cistici del collo si fa, dopo le pubblicazioni del Koster e del Wegner, che furono tra i primi ad occuparsi particolarmente di queste lesioni è quella: di linfangioma cistico congenito e di cisti linfatiche dell'adulto, ma questa divisione è più per l'epoca di sviluppo e di comparsa della neoplasia, che per la costituzione anatomica macro- e microscopica che in entrambi i casi è pressochè simile.

La prima forma è la più frequente. Essa è una lesione congenita che si sviluppa nei primi mesi di vita, con inizio nel sottocutaneo verso l'estremità superiore del muscolo sterno-cleido-mastoideo e che cresce fissandosi ai tessuti profondi ed invadendo alle volte gli organi del collo, così da produrre gravi disturbi respiratorii e dell'alimentazione, stasi sanguigna nel capo e vivi dolori nevralgici. Delle volte essa si estende anche verso l'altro lato quasi da circondare completamente il collo. Negl'infermi si provoca, a volte, la scomparsa di una grave cachessia e per lesione della cute che ricopre la neoplasia può andar questa soggetta a processi infiammatorii e suppurativi.

Lesione molto più rara è quella delle cisti linfatiche nell'adulto, a cui appartiene il caso capitato alla nostra osservazione. I primi casi descritti di questa affezione sono quelli operati da Langenbeck e da König ed anche in questi ultimi tempi, in cui gli studi delle formazioni cistiche del collo hanno avuto un notevole impulso per opera di numerosi clinici, i casi descritti sono assai scarsi; sembra, tuttavia, che la lesione sia più frequente nelle donne che negli uomini e la sua sede più frequente è, come nel caso in esame, al di sopra della clavicola o verso la nuca.

Come si è già detto, queste lesioni cistiche linfatiche del collo dal lato anatomico ed istologico non presentano notevoli differenze: esse possono giungere ad un notevole volume e sono formate raramente da una grande, unica vescicola — che però presenta nella sua parete sempre delle piccole cisti microscopiche. — e più frequentemente da un insieme di vescicole, ripiene di linfa, riunite insieme a grappolo da tessuto connettivo. Le vescicole sono variamente grandi, a volte comunicanti tra loro e possono essere uniloculari o a volte multiloculari, per la presenza di sepimenti, di creste o di speroni, situati sulle pareti e che rappresentano il residuo della parete di due cisti adiacenti, che si sono fuse.

Istologicamente la neoplasia è costituita da uno strato endoteliale continuo, che riveste le cavità, e che è circondato da connettivo, ricco di vasi e di spazii linfatici, in cui si notano tessuto elastico e tessuto muscolare, delle volte ipertrofico, fatto a cui alcuni danno molta importanza, ritenendolo come conseguenza della difficoltata circolazione della linfa (Schmidt), mentre da altri più giustamente è ritenuto derivante dalla causa stessa, che produce lo sviluppo degli elementi linfatici. La presenza della linfa nelle cisti e negli spazi linfatici, e l'abbondante tessuto linfoide costituiscono la caratteristica della neoplasia; il tessuto linfoide o infiltra il connettivo fascicolare o si riunisce in ammassi così da costituire dei gangli linfatici microscopici; talora alquanto atipici per la loro struttura.

Riassumendo la costituzione della cisti linfatica è quella di un linfangioma, i cui vasi linfatici oltre che essere numerosi, come nel linfangioma semplice, e molto anastomizzati e alquanto dilatati come nel linfangioma cavernoso, presentano questa ultima particolarità della dilatazione vasale in un grado molto più elevato e vistoso. Si è in precedenza detto della importanza, che oramai si dà da tutti per la genesi dei linfangiomi cistici del collo alle malformazioni congenite del collo (Borst, Quenu e Delbet) lesioni che possono accompagnarsi ad altre alterazioni congenite dell'apparato linfatico, come la macrocheilia e la macroglossia.

Sulla natura di queste malformazioni il Borst ritiene che si tratti di disturbi di sviluppo costituiti da un'eccessiva formazione di vasi linfatici, forse congiunta ad anormalità nelle connessioni col restante sistema linfatico, che spiegherebbe la stasi linfatica e la consecutiva ipertrofia muscolare delle pareti vasali. Codeste malformazioni possono portare o alla semplice dilatazione dei vasi preesistenti — linfangectasia — o a vere neoplasie con neoproduzione del sistema vasale, che solamente costituirebbe il linfangioma (e la cui origine rientrerebbe poi nella

Digitized by Google

dibattuta e complessa questione della etiologia dei neoplasmi), o all'uno ed all'altro processo contemporaneamente. Non sono tuttavia mancati Autori che hanno attribuito a processi infiammatorii del tessuto perivasale (Ribbert, Klebs), una notevole importanza nella genesi di queste affezioni. Il maggior lavoro muzione di tessuto di granulazione in vasi linfatici (neoplasia eteroplastica); la prima origine sarebbe per il Wegner la più frequente.

Vi sono, infine, ricercatori, che hanno attribuito l'origine del linfangioma ad altro meccanismo. Ricorderemo tra questi coloro

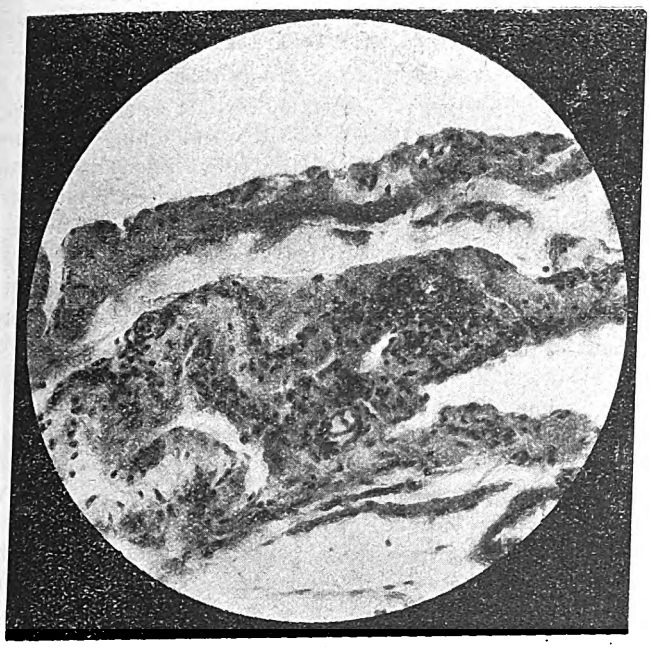


Fig. 3.

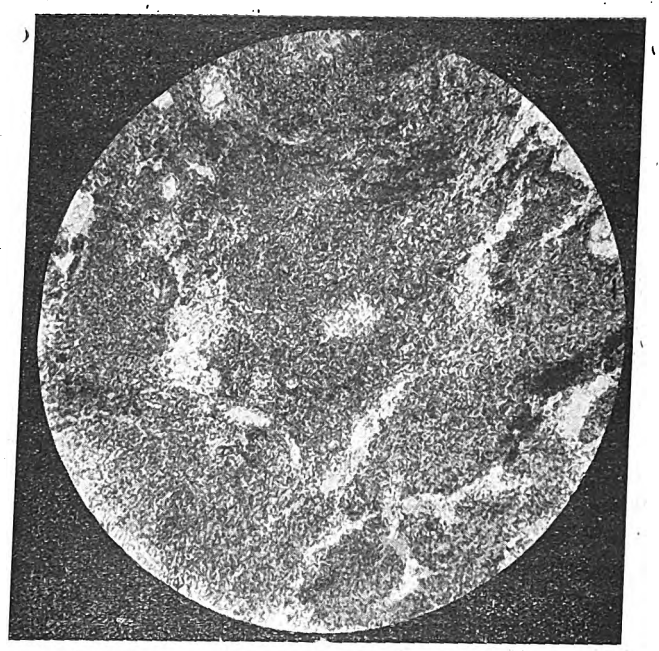


Fig. 4.

scolare la molta importanza per Albrecht, poichè, determinando una più attiva corrente linfatica, quando vi siano malformazioni nelle connessioni vasali linfatiche, una maggior quantità di linfa ristagna: così potrebbero spiegarsi il sorgere di questi tumori ad una certa età quando gli individui si sottopongono ad un lavoro muscolare maggiore. Se si pensa che la gravidanza determina una pressione intraaddominale, e anche intratoracica, essendo il diaframma spinto in alto, maggiore, e quindi un difficoltato efflusso della linfa nelle vie linfatiche alte, si potrebbe forse così spiegare il fatto riferito dalla nostra inferma dell'aumento di volume della tumefazione maggiore durante il periodo di gravidanza, fenomeno, sembra, non ancora segnalato da altri Autori.

Circa poi l'origie delle formazioni linfatiche nei linfangiomi cistici, si può dire che i concetti espressi dal Wegner siano anche ammettono la neoplasia possa sorgere nel tessuto adiposo con la formazione in esso di spazii cavitarii (Aievoli, Catterina); e quelli che ne ripetono la genesi da elementi giganti vasoformativi (Cassanello, Niosi).

Fatta diagnosi di: Cisti linfatica multiloculare del collo da malformazione congenita, si procede alla sua asportazione.

Intervento operativo: Anestesia locale con 100 cmc. di soluz. di Tutocaina al 0.90 %. Incisione lineare della lunghezza di circa 10 cm. sulla linea mastoidea-acromiale sinistra, della cute, sottocutaneo ed aponevrosi superficiale.

Si giunge così sulla formazione cistica, che viene scollata dai tessuti circostanti e profondi della regione carotidea e sopraclavicolare. Essa è una massa costituita da numerose cisti (circa una ventina) di grandezza varia da una noce ad una nocciuola e

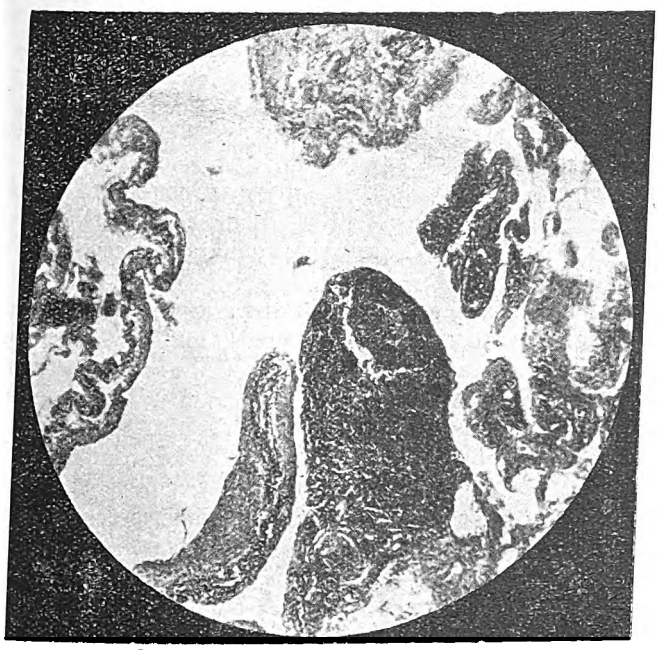


Fig. 5.

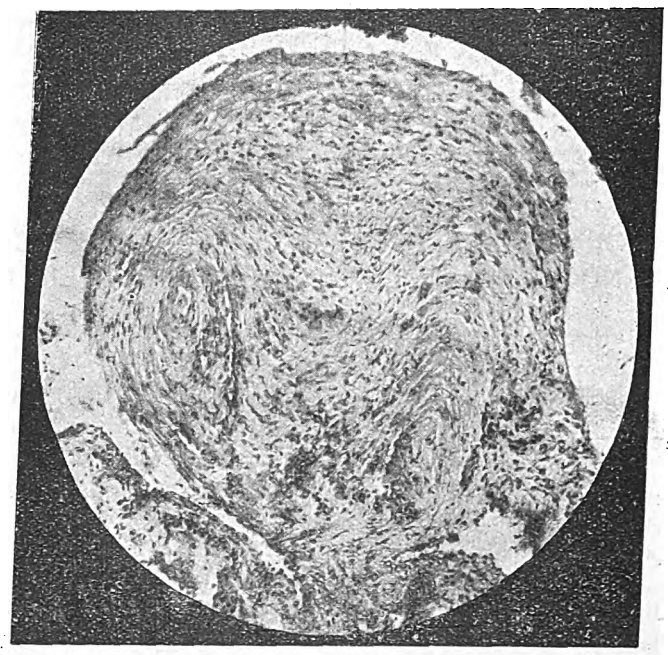


Fig. 6.

che oggi accettati e che, cioè esse abbiano origine: 1° o da dilatazione delle vie linfatiche preesistenti con neoformazione di elementi vasali parietali (ectasia e iperplasia); 2° o da attiva proliferazione dell'endotelio dei vasi linfatici con formazione di nuovi vasi linfatici (neoplasia omoplastica) o 3° da trasformaad un cece, quasi tutte — o per lo meno le più grandi — comunicanti fra loro e riunite da scarso connettivo lasso adiposo. Qualche cisti, di quelle situate più in basso, si pone addirittura dietro la clavicola sinistra e quelle più mediali dietro lo sterno-cleido-mastoideo sinistro, onde la loro asportazione ivi riesce al-

Digitized by Google

quanto difficile, ma si finisce per asportarle tutte e complete, perocchè, spostando medialmente il ventre muscolare, tutte erano abbastanza facilmente scollabili dai tessuti, con cui erano in rapporto. Sutura con crini di Firenze; drenaggio.

Decorso post-operativo regolare: *guarigione per primam* (fig. 2ª).

Dal tumore asportato furono prelevati in varii punti dei pezzetti, che, fissati in liquido di Zenker, vennero inclusi in paraffina e, tagliati in serie, furono variamente colorati.

Questi preparati istologici confermarono perfettamente la diagnosi clinica, e, data l'importanza del caso, sarà utile riportarne la descrizione istologica completa.

Il tumore è costituito da una parte stromale e da una parte cavitaria. La parte stromale è formata da tessuto connettivo, in alcuni punti ricco di elementi grassosi, in altri, invece, più compatto, ma sempre formato da sottili fibrille e da elementi connettivali fusati, fra i quali si notano elementi vasali sanguiferi, discretamente copiosi.

La parete cavitaria è formata da cisti di grandezza assai varia, perocchè alcune, le maggiori, sono ben visibili macroscopicamente, altre, più piccole, sono visibili solo al microscopio. E' questa parte cistica, che costituisce la massima parte della massa tumorale. Passando allo studio della parete cistica (fig: 3ª), si nota, che essa è costituita, verso il lume da elementi endoteliali piatti, ben conservati e colorabili, e formanti uno strato continuo al di fuori del quale si notano tessuto connettivo fibrillare ed, in alcuni punti, delle fibrocellule muscolari, bene sviluppate. La forma delle cavità è abbastanza irregolare, poichè mentre alcune sono più o meno irregolarmente rotondeggianti, in altre zone, esse, dapprima strette, improvvisamente si dilatano e presentano nel lume delle estroflessioni della parete, che a guisa di papille, di speroni o di frangie, pescano nel lume stesso, restringendone notevolmente il calibro. In alcuni tratti, accanto alle formazioni cistiche si notano nel connettivo delle fessure a forma irregolare, in cui però non è possibile riconoscere nettamente uno strato endoteliale. Il lume delle cavità cistiche appare, di solito, vuoto e solo qualcuno presenta accumulati verso il centro o in un punto delle parete alcune emazie o leucociti, in predominanza linfociti, o a volte solo elementi di questa ultima specie, impigliati in una massa reticolare, che si colora in roseo con l'eosina.

Ciò che è veramente notevole e che colpisce nello studio delle sezioni del tumore, è la presenza in esso di ammassi di elementi linfocitari, che o infiltrano semplicemente il connettivo o si trovano addensati in modo tale da non lasciare più scorgere lo stroma fra essi interposto, o, infine costituiscono dei veri tollicoli linfatici in miniatura, circondati da una capsula e perfettamente riconoscibili nella loro parte corticale e nella loro parte midollare. In qualche follicolo si nota, verso la parte centrale di esso o un pò eccentricamente la presenza di veri spazii, fissurali, unici o multipli ed alla periferia di questi spazii si notano degli elementi pianeggianti (fig. 4ª).

La disposizione del tessuto linfoide è varia: in qualche punto, subito al di sotto dello strato endoteliale o, a volta, dopo un sottile straterello connettivale, si ritrovano *ammassi linfocitarii irregolari o disposti a follicolo*, e si rileva anche che in alcune zone le gittate di parete, che a guisa di sprone si protendono nel lume vasale sono costituite proprio da queste formazioni (fig. 5ª), che hanno talora la forma di clava, di cui la parte più grossa pesca nel lume. Altre formazioni che si notano nelle pareti sono costituite da specie di bottoni connettivali, con elementi disposti concentricamente, in modo da lasciare nella parte centrale di essi un piccolo spazio, che si riconosce per un vasellino linfatico in via di sviluppo (fig. 6ª).

Ritornando ora alla disposizione generale degli spazii cistici si nota, che dove la loro capacità è maggiore, lo strato connettivale fra essi interposto è in minore quantità ed, a volte, ridotto ad una semplice lamina; in altri punti invece, in cui lo spazio cavitario è ancora piccolo, la parte stromale è abbondante. Si ha inoltre l'impressione che alcune delle cavità di maggior volume siano costituite dall'unione di due o più cavità vicine per la distruzione di tutto o di parte del sepimento interposto; e che le porzioni di parete estuberanti nel lume cistico stiano a rappresentare proprio i residui di questi sepimenti; ed è per la costituzione stessa del follicolo linfatico e per la sua maggiore resistenza, in confronto del tessuto connettivo lasso, che esso molte volte — quando trovasi compreso nel setto interposto fra due cavità — resiste e ci è dato — come abbiamo visto — spesso di scorgerlo ancora nel lume cistico, come residuo del setto distrutto.

I vasi sanguiferi sono notevolmente abbondanti nel tumore, senza però che mostrino alterazione alcuna nelle loro pareti, nella loro forma, e nel loro contenuto.

In diversi preparati sono visibili sezioni di nervi, che non presentano alterazione alcuna.

Le fibre elastiche, messe in evidenza col Weigert, sono abbondanti, specie nel connettivo che circonda le grosse cisti.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

SCUOLA PER LA LIBERA DOCENZA NELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
Laboratorio Batteriologico del Prof. C. NINNI

SINGOLARE REPERTO MICROBICO IN UN CASO DI ENDOCARDITE LENTA: " B. PARA-PFEIFFER ,,

per il prof. CAMILLO NINNI — Docente di Batteriologia

Ad Osler sopratutto spetta il merito di aver richiamata l'attenzione dei patologi su un particolare quadro anatomo-clinico che è l'endocardite lenta o endocardite settica cronica, caratterizzata dall'impianto quasi costante del processo su un antica lesione cardiaca, dallo speciale decorso clinico con febbre a tipo setticemico ed anemia con reperto di cellule mononucleate di aspetto endotelioide (Schilling, Bittorf, Fontana, Ottander), dall'esito mortale nella maggioranza dei casi e dal particolare quadro anatomo-patologico delle lesioni endocarditiche ben distinto da quello dell'endocardite fibrosa cronica, dell'ulcerosa e della verrucosa.

Nel 1910 Schottmüller non solo mise meglio in rilievo i principali caratteri clinici ed anatomici, ma assegnò a detta forma morbosa una etiologia tutta particolare, individuandone l'agente in uno speciale streptococco, il mitior seu viridans, che si differenzia dallo streptococco emolitico principalmente per la spiccata colorazione verde delle colonie su agar sangue, intorbidamento diffuso del brodo con deposito fine polverulento, virulenza molto bassa negli animali da laboratorio.

Numerosi studiosi hanno confermato il reperto del viridans nelle endocarditi lente (Latour, Löning Lewinski, Rosenow, Libman, Kinsella, Tata, Zirolia, Marchiafava, Ceccni, Livierato, Micheli, Conti ecc.).

Anche sperimentalmente è stata riprodotta l'endocardite (Libman, Rosenow, Kinsella, Vanni), ma la vera endocardite lenta con le sue caratteristiche alterazioni anatomiche non è stata chiaramente riprodotta; e solo il Vanni inoculando sangue di reumatici e dopo qualche giorno brodo-colture di viridans ha potuto riottenere il viridans dalle lesioni endocarditiche riprodotte.

Ma il concetto etiologico dell'endocrdite lenta da viridans non è sembrato a molti studiosi sostenibile, perchè più o meno frequentemente si sono riscontrati altri microbi oltre il viridans, sia all'emocultura che alla autopsia. Così Hernstel isolò lo streptococcus conglomeratus, Wegner, Kammener il micrococcus flavus, Stefan e Schilling il diplococcus crassus, Dickson e Wilburn diplococchi capsulati, Rejé, Kastener, Tata lo streptococco emolitico, Cotton in 3 casi 2 volte lo stafilococco ed 1 un diplococco; Vaquez, Curschmann, Loewenhardt, Achard e Rouillard, Gessler, pneumococchi; Libman nel 5 % dei casi il b. di Pfeiffer.

Che anzi nelle osservazioni di alcuni (Jungmann, Morawitz, Gessler, Curchmann, Lämpe, Hassecamp, Reinolds) lo streptococcus viridans figura nella minoranza dei casi.

Vero è che parecchi studiosi (Rosenow, Libman, Clawson)

Digitized by Google

hanno potuto ottenere in vitro con speciali accorgimenti la trasformazione dello streptococcus emolitico in viridans; e Morgenroth, Schnitzer, Kuczjnski da conigli e topi inoculati con streptococco emolitico a virulenza per lo più bassa hanno ottenuto colonie di streptococcus viridans o di viridans ed emolitico; il che per detti ricercatori è una conferma sperimentale dell'unità etiologica dell'endocardite lenta, data la presunta trasformabilità in viridans e viceversa non solo dell'emolitico, ma anche del peumococco. Ma uno dei caratteri del viridans ben fissato dallo Schottmüller è la sua debolissima resistenza rispetto al potere battericida del sangue umano normale o di infermo (da ciò probabilmente i facili insuccessi dell'emocoltura), mentre i presunti viridans ottenuti per mutazione in vivo od in vitro di Kuczjnski continuano ad essere abbastanza resistenti alla battericidia da sangue umano e si trasformano facilmente nel tipo emolitico primitivo.

In ogni caso resterebbe sempre da interpetrare il reperto del Libman di b. di Pfeiffer non certo trasformabili in viridans, per non accennare ad altri reperti in cui la presunta mutazione è soltanto impossibile.

Ed è perciò che alcuni studiosi più cauti sono più proclivi a riconoscere come forme di endocardite sub-acuta a decorso prolungato quelle in cui il viridans od un equivalente streptococco anemolitico non figura (Micheli).

Si è però più nei limiti del vero se si ammette con la maggioranza degli studiosi che se è chiaramente provato che il viridans o uno streptococco anemolitico è il reperto più frequente dell'endocardite lenta, non si può escludere che anche altri germi abbiano importanza causale, giacchè l'esclusivismo etiologico per una forma clinica ed anatomica fissa non è la regola nelle infezioni.

Osservazione personale. Nella seconda metà del maggio 1926 eseguii un'emocoltura su una donna inviatami dal prof. Moscati con la diagnosi «endocardite lenta; stenosi ed insufficienza mitralica, insufficienza aortica», che per ben due volte successive dette luogo al reperto microbico che vengo a descrivere.

Pochi dati clinici raccolti dal Dr. Briganti assistente del prof. Moscati.

Rosa E. di anni 30, maritata, contadina, di Avella. Il padre morì a 39 anni di polmonite; la madre è vivente e sana. Ha quattro fratelli e tre sorelle che godono ottima salute. La madre ha avuto l'ultima gravidanza interrotta da parto premturo ad otto mesi con feto morto.

A ventisei anni si è maritata con un uomo sano: dal matrimonio ha avuto un solo figliuolo che sta bene.

Nata a termine da parto fisiologico, ha avuto allattamento materno. E' cresciuta sempre bene e si è alimentata discretamente. A dodici anni ebbe per la prima volta la mestruazione la quale poi si è mantenuta sempre normale per cicli, ma abbondante. Nell'infanzia ha avuto solo il morbillo. Dato il suo mestiere si è continuamente esposta alle cause reumatizzanti ed a quindici anni ha sofferto lieve attacco di reumatismo.

Nell'ottobre 1925, in seguito ad una grave controversia con un suo familiare, riportò un forte patema d'animo. Da allora notò una grande svogliatezza per qualsiasi lavoro, continua disappetenza, sensazione di freddo specie nelle ore serotine, leggieri sudori notturni, qualche raro colpo di tosse e dolori articolari vaganti. Detti sintomi si esacerbarono nello spazio di un mese.

La febbre, a dire della paziente, le incominciò dopo due settimane, dapprima modica sui 38° e poi più alta fino a toccare dopo pochi giorni 40°, con remissione ora al mattino ora alla sera. Contemporaneamente i sudori aumentarono nella notte ed i brividi si resero intensi e cessarono sempre nelle ore serotine; ma la tosse si mantiene sempre scarsa stizzosa con rare espettorazioni mucose. In seguito a cambiamento di dimora, consigliato da un sanitario, la tosse si ridusse in proporzioni insignificanti, e della febbre non rimasero che pochi decimi la sera.

Dopo alcune settimane però l'inferma avvertì un forte dolore all'arto inferiore sinistro, senza rossore nè gonfiore del medesimo, e di nuovo febbre alta e sudori profusi. La siero-agglutinazione fatta praticare dal medico curante, dette risultto negativo per tifo, paratifo e melitense; tuttavia l'inferma fu sottoposta ad una cura proteinica da cui ottenne apparente miglioramento temporaneo; ma dopo una diecina di giorni di apinessia, la febbre ritornò con gli stessi caratteri della prima volta: irregolare ed accompagnata da tosse stizzosa.

Ai primi di maggio 1926 essendo comparso affanno che non le permetteva neanche il sonno, si recò dal prof. Moscati per una visita.

Le urine esaminate due volte durante la malattia, hanno mostrato note rilevanti di nefrosi (albuminuria e cilindruria).

Stato attuale: nutrizione notevolmente scaduta, pannicolo adiposo quasi scomparso, cute sollevantesi ovunque in pliche ampie; non edemi agli arti inferiori; pallore estremo della cute e delle mucose.

Apparecchio respiratorio: respiro aspro diffuso su tutto l'ambito polmonare con qualche gruppo di rantoli umidi a medie bolle alle basi.

Apparato circolatorio: Esiste una discreta bozza precordiale con itto cardiaco più esteso dell'ordinario che giunge fino al 6° spazio intercostale sulla ascellare anteriore. Alla percussione l'aia cardiaca è aumentata nel senso trasversale e più nel longitudinale. Alla palpazione si percepisce un fremito nella regione della punta, presisto-sistolico. All'ascoltazione sulla punta si nota un soffio lungo presisto-sistolico che si propaga bene verso l'ascella; sul focolaio aortico due soffi: l'uno sistolico l'altro diastolico, propagantesi il diastolico verso la punta, però con timbro differente da quello che si ascolta sulla punta e che si propaga verso l'ascella Sul focolaio della polmonare soffio in primo tempo propagato ed accentuazione del secondo. Polso radiale ritmico piuttosto celere con 98 pulsazioni al minuto. Fegato debordante di un dito al disotto dell'arcata costale lungo la papillare di consistenza leggermente aumentata milza appena palpabile durante le respirazioni profonde.

Esami di laboratorio da me eseguiti. Urine: Densità 1013, reazione acida, albumina gr. 1.50 ‰, urea gr. 8.90 ‰, cloruri gr. 5.50 %°, tracce di urobilina, parecchi cilindri ialino-granulosi.

Sangue: emazie 3.200.000; leucociti 11,000; emoglobina 60; valore globulare 0,93. Formula leucocitaria: neutrofili 65 %, basofili 0 %, eosinofili 1 %, linfociti 23 %, monociti e cellule monocitoidi 11 %.

Reazione di Wassermann: negativa. Widal: negativa per tifo, paratifi, melitense, b. di Bang.

Emocultura: positiva al 5° giorno. Date le particolarità del reperto microbico che vengo ad illustrare l'emocultura è stata ripetuta dopo una settimana dando luogo all'identico reperto.

Da detto microbo fu anche preparato un auto-vaccino, ma l'inferma decedette nel suo paese dopo due mesi.

Il reperto microbico. Premetto che per l'emocultura io uso sempre prelevare il sangue da una vena della piega del gomito nella quantità di 12 a 15 c.c. e raccogliere in c.c. 20 a 25 di brodo con citrato sodico all'1 %. Tale miscela viene immessa dopo mezz'ora se possibile o dopo qualche ora se il prelevamento è fatto a domicilio dell'inferma in 400 c.c. di brodo glucosato al 0,5 % contenuto in due palloni.

Aspetto microscopico del microbo: Piccoli bacilli della lunghezza di non oltre 1 μ, gram-negativi, immobili asporigeni, ben colorabili con lo Ziehl assoluto, per lo più ad estremi arrotondati. Oltre dette forme che rappresentano il germe tipico, si notano numerosissime forme rotonde sub-microscopiche del diametro massimo, di 0,2 a 0,3 μ cioè equivalente al diametro massimo trasverso del germe tipico, che assumono ugualmente i colori sebbene più debolmente.

Dette forme che si possono chiamare granulari, rare nelle culture liquide e nelle solide di 24 ore, sono numerose nelle culture di 2 a 5 giorni, sopratutto se l'acqua di condensazione si è evaporata o se si ha cura di eseguire i preparato dalla parte distale della cultura rispetto all'acqua di condensazione. Si notano infine forme a navetta e forme allungate quasi filamentose, più rare (fig. 1. a).

Nelle colture solide di 4 a 10 giorni sono presenti forme a navetta e rare filamentose e moltissimi granuli (fig. 1. b).

Eseguendo filtrazione di patine sospese al momento in acqua, attraverso Berkfeld N per aspirazione, circa un quinto dei granuli cioè i più piccoli passano nel filtrato; ma l'insemenzamento anche di forti quantità di filtrato in materiali idonei non dà luogo a sviluppo di sorta: sono dunque detti granuli da ritenersi prodotti di disfacimento del microbo. Il germe adunque microscopicamente presenta i caratteri del pleomorfismo dei b. di Pfeiffer e simil-Pfeiffer, con la singolarità di disfarsi rapidamente a contatto dell'aria dando luogo a granuli minutissimi.

Detto aspetto si è mantenuto costante per oltre sei mesi. Attualmente dopo quasi un anno preponderano le forme regolari con accenno di vacuolo centrale e rare forme a navetta; mentre i minutissimi granuli sono solo numerosi nelle culture solide di cinque a dieci giorni: in brodo, specie se con sangue, prevalgono le forme quasi cocciche normali o rigonfie, che spesso si dispongono a strepto (fino a sei elementi in serie).

Caratteri culturali. Il germe è di una delicatezza estrema ed anche attualmente dopo un anno, se non trapiantato dopo dieci

Digitized by Google

giorni al massimo non dà luogo a sviluppo. Quando fu isolato non era possibile la cultura in agar od in brodo ordinario; era solo coltivabile in presenza di tracce di sangue od emoglobina umana e meglio ancora nel brodo fegato di cavia naturalmente sterile. Quivi la sua vitalità non oltrepassava mai dieci giorni;

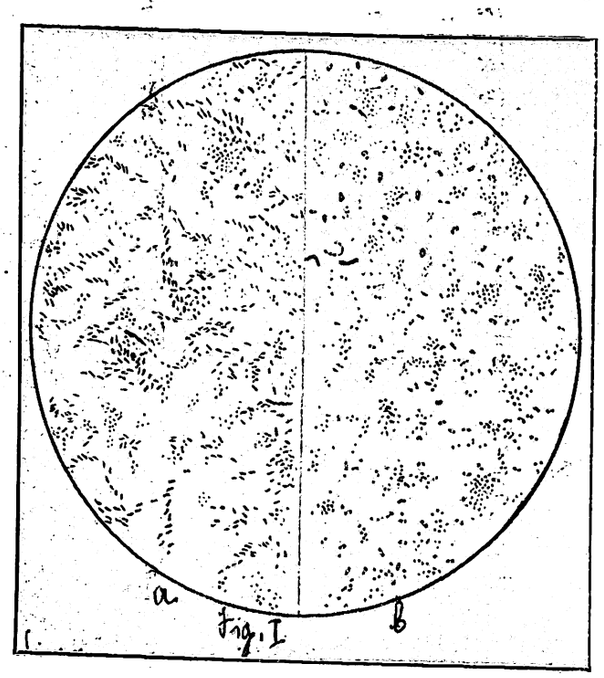


Fig. 1.

anzi le culture di dieci giorni spesso risultavano non trapiantabili; successivamente nello spazio di tre mesi si è andato via via adattando ai mezzi nutritivi ordinarii di laboratorio senza mutare le proprie caratteristiche culturali. Lo sviluppo è appena visibile dopo 24 ore ed è completo dopo due a tre giorni.

L'essiccamento lo danneggia enormemente, giacchè gli innesti risultano solo positivi se fatti dalle parti limitrofe all'acqua di condensazione.

Le singole colonie non sono visibili ad occhio nudo dopo 24 ore. Lentamente s'ingrandiscono, raggiungendo una dimensione massima di mezzo millimetro dopo 3 a 4 giorni: la generalità delle colonie è della grandezza della punta di uno spillo.

Viste dopo 24 ore ad ingrandimento di 60 diametri le singole colonie sono quasi prive di struttura, appena distinguibili dal terreno circumambiente per una tinta più carica, talvolta rotondeggiante ed ovali, spesso irregolari; se profonde sono ovali, chiare, prive di struttura con un margine grigiastro che le distingue dal terreno culturale (fg.2 a).

Osservate dopo 48-72 ore mostrano una tinta più grigiastra sbiadita, con struttura leggermente granulare.

Ma le caratteristiche culturali del germe appaiono dal 4° al 6° giorno in un buon quarto delle colonie; si osservano cioè nelle stesse degli anelli sovrapposti o lateralizzati più o meno numerosi incolori e con solo orlo scuriccio, simili a piccole colonie vacuolari sovrapposte, che sono da riguardarsi come tentativi di ulteriore sviluppo della colonia, quasi gemmazioni secondarie della colonia madre (fig. 2. b). Eccezionalmente si ha qualche colonia gigante del diametro non superiore ad 1 m.m., in cui sono distinguibili tre zone: l'una centrale, grigio scuro quasi omogenea, l'altra di aspetto grigio chiaro, una terza sfumante in chiaro abbastanza distinto dal terreno circumambiente; anche dette colonie giganti presentano la struttura vacuolare già descritta (fig. 2 c.).

Gli strisci in agar-sangue od in agar comune dànno luogo a colonie confluenti con maggior sviluppo verso l'acqua di condensazione, dapprima trasparenti poi opache, sempre incolori, rassomiglianti al quarto giorno a culture di melitense scarsamente sviluppate. La patina verso il 10° giorno è leggermente mucosa.

Il brodo sangue ed il brodo ordinario è lievemente ed uniformemente intorbidato dal secondo giorno in poi; verso l'ottavo giorno si ha un deposito minimo al fondo mucoso.

Non si ha mai emolisi.

L'aggiunta di glicerina al 3 % all'agar od al brodo, non sembra ne agevoli lo sviluppo; invece l'aggiunta di sangue o di emoglobina di uomo o di cavia lo favorisce, tanto che mi è stato possibile, quando il trapianto era eseguito verso il 10° giorno, di riprendere culture non più sviluppabili nei materiali ordinarii.

In gelatina a 25° non si nota cultura apprezzabile. Il latte resta immodificato, pur moltiplicandosi il germe.

Attività biochimiche: Non dà indolo; non è riducente. Non dà gas con nessuno zucchero. Dà acidificazione col glucosio e maltosio evidente; scarsa con levulosio, galattosio, saccarosio; nessuna acidificazione col lattosio, mannite, glicerina. Il germe era agglutinato dal siero di sangue dell'inferma fino alla diluizione di 1 a 500; non è agglutinabile neanche alla diluizione di 1 a 10 da sieri antimelitense, antiparamelitense, anti-Bang.

Patogenicità e virulenza. a) L'inoculazione di brodo-cultura-sangue di tre giorni in dose massiva, cioè c.c. 4 a 6 per via sottocutanea o peritoneale in cavie del peso di gr. 300 a 400, dà luogo costantemente alla morte dell'animale in sedici a diciotto ore. All'autopsia colpisce lo stato emorragico di tutti i parenchimi e particolarmente delle capsule surrenali; il polmone è congesto; milza infettiva, tumida; fegato e rene di consistenza diminuita, di colorito molto carico, tumefatti; per via peritoneale si ha essudato abbondante emorragico nel peritoneo. Il microbo si rinviene in tutti gli organi in cultura pura, non escluso il sangue del cuore.

b) L'inoculazione di 1 a 2 centimetri per via sottocutanea o per via peritoneale dà luogo a forte dimagrimento delle cavie, che però restano in vita; uccise dopo 4 a 20 giorni presentano focolai suppurativi nel sito di inoculazione più o meno estesi (da 2 a 4 centimetri di pus denso, tendente al caseoso) con poca tendenza del pus a farsi strada all'esterno ed alopecia persistente nel sito di inoculazione.

Il microbo si rinviene nel pus sempre, e frequentemente, se le cavie vengono uccise nei primi dieci giorni, anche nel sangue del cuore.

c) I filtrati per candele Berkfeld N di culture liquide di quattro ad otto giorni dànno luogo a morte dell'animale col quadro emorragico generalizzato se in dosi di 4 a 6 c.c. od a lesioni suppurative locali: peritoneali o cutanee secondo la via di inoculazione, se iniettati con 1 a 3 c.c.

Non ho notato lesioni endocarditiche.

Riassumendo: il germe è tossigeno ed altamente setticemico e dà luogo a suppurazioni localizzate con reperto di pus denso quasi caseoso.

Il germe isolato in emocultura per ben due volte dall'inferma affetta da una chiara forma di endocardite lenta, non lascia alcun dubbio sul suo rapporto di causalità con l'endocardite istessa: onde dal punto di vista clinico conferma il criterio ecclettico di quegli studiosi che ritengono che l'endocardite lenta

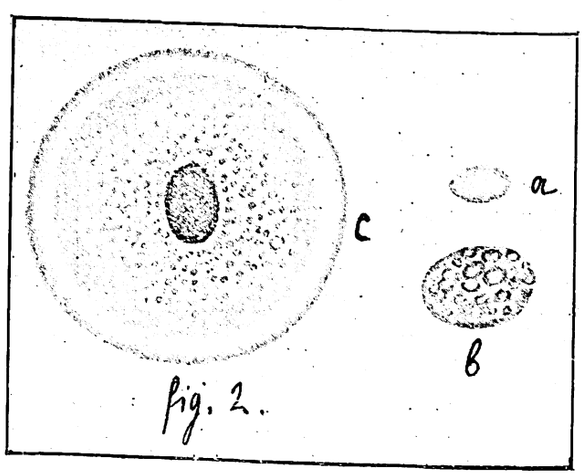


Fig. 2.

sia data per lo meno in una minoranza di casi, anche da altri germi oltre che dallo streptococcus viridans.

Detto germe da me individuato per un insieme di caratteri (polimorfismo microbico, sviluppo stentato, emofilia, debolissima resistenza all'essiccamento) rientra nel gruppo dei b. di Pfeiffer e simili-Pfeiffer. Ma delle particolarità poco frequenti in detti germi, cioè formazione più o meno rapida di granuli mi-

Digitized by Google

nutissimi sub-microscopici, colonie vacuolari o gemmanti, ne fa un tipo a sè o per lo meno una varietà di detto gruppo. Prescindendo però da dette particolarità, il germe in parola può bene considerarsi come un anello di transizione fra il vero Pfeiffer ed i simili-Pfeiffer, tanto da giustificare la denominazione di b. para-Pfeiffer da me indicata.

Noi non abbiamo attualmente alcun criterio sicuro per differenziare tra loro i diversi tipi di b. simili-Pfeiffer più o meno emofili descritti finora come tali in base ai caratteri morfologici, giacchè il criterio dell'agglutinazione si è mostrato infido, avendo dato luogo ad agglutinazioni di gruppo (Wolstein).

Possiamo solo, sia pure alquanto artificiosamente, date possibili transizioni, raggrupparli in 3 tipi:

I. Quelli che, pur avendo caratteristiche morfologiche e culturali simili o quasi al Pfeiffer, danno setticemie negli animali da laboratorio: il b. di Elmassian quasi non emoglobinofilo; il bacillo haemoglobinophilus canis di Friedberger; il bacillo riscontrato da Wolff nel muco bronchiale di un ratto morto in seguito all'iniezione di tossina colerica, emoglobinofilo solo all'inizio dello sviluppo; il b. di Cohen riscontrato in parecchi casi di meningite.

II. Quelli innocui per gli animali da laboratorio ed occasionalmente patogeni per l'uomo: b. riscontrati da Pfeiffer in bambini morti di ditterite complicata da bronco-polmonite; b. di Kossel e Beck trovati nel muco nasale di infermi di dermotifo.

III. Quelli privi di qualsiasi proprietà patogena nell'uomo e negli animali: i b. da Pfeiffer e Beck riscontrati nelle caverne polmonari; i cocco-bacilli emoglobinofili rinvenuti da Jochmann, Krause e Moltrecht negli espettorati di bronco- polmonite degli individui affetti da pertosse (b. pertussis Eppendorf), i bacilli della bronco-polmonite dei conigli di Beck.

Più decisi sono i caratteri del vero Pfeiffer per cui è possibile la distinzione dai simili-Pfeiffer, se si accettano interamente gli studi di Gosio e della sua scuola, sviluppati durante l'ultima pandemia influenzale.

Oltre i caratteri già noti: facilissima esauribilità, scarsissima resistenza al disseccamento, pleomorfismo, satellitismo culturale, Gosio ne ha meglio delineati altri e cioè:

a) la cultura esclusiva del b. di Pfeiffer in materiali nutritivi con sangue di speciali animali (piccione, tortora, pavoncella, rana, serpe) o con cervello (già notato da Cantani) o con fegato, rene, milza scaldati ad 80° (Caldarola);

b) il potere fermentativo limitato a singoli zuccheri e cioè: glucosio e levulosio fermentati copiosamente; galattosio e maltoso in misura limitata; saccarosio, mannite e lattosio con assenza di fermentazione; arbutina non trasformata in chinone (Caldarola);

c) lo spiccato potere tossigeno per meccanismo endotossico del germe nelle cavie e conigli, con un quadro congestivo emorragico di tutti gli organi a manifesta elezione per il polmone, reni e glandole linfatiche, senza mai setticemia (Gosio e Missiroli);

d) possibilità di riottenere il bacillo solo se inoculato nello encefalo di cavia in cui si ha una moltiplicazione e diffusione per continuità.

In detto tipo di b. di Pfeiffer, tenuta presenta la stretta emofilia e la mancanza di aggressività, rientrano quindi i microbi A e B di Grassberger ed il coccobacillo emofilo di Rosenthal.

Il germe da me descritto, che per le sue particolarità morfologiche può rappresentare un tipo a sè nel multiforme gruppo dei b. tipo Pfeiffer tossici per gli animali da laboratorio e simili-Pfeiffer setticemici per gli animali da laboratorio, è più affine a questi ultimi; ma potrebbe a mio parere essere riguardato come un germe che fa da anello di transizione, e ciò non tanto per la sua emofilia che via via si è perduta e per i caratteri fermentativi dei carboidrati, ma principalmente per il suo comportamento nella cavia in cui dà setticemia come i pseudo-Pfeiffer tipo Elmassian-Wolff, e lesioni a tipo emorragico dei parenchimi come il Pfeiffer tipico secondo l'individualizzazione recente di Gosio e della sua scuola.

BIBLIOGRAFIA

Beck. Zeit. f. Hig. u. Inf., 1893, bd. 4. — Bittorf. Deut. arch. f. Klin. Med., 1920, bd. 33. — Caldarola. Ann. di Igiene, 1922, p. 27 e 32. — Cantani, Centr. f. Back. Or., 1902, p. 692. — Curschmann. Münch. med. Woch. 1022, H. 12, s. 419. — Ceconi. Rif. Med. 1918, maggio e Minerva Med., 1922, n. 7. — Dikson e Wilburn. Calif. St. Journ. Med. S. Francisco, 1914, p. 439. — Elmassian. Ann. Inst. Past., 1899, p. 621, — Fontana. Haemathologica, 1926, f. 4. — Friedberger da Kolle e Hetsch. — Gosio e Missiroli. Ann. di Ig., 1922, pag. 6. — Jochmann e Krause. Deutsch. med. Woch., 1901, Bd. 26. — Jungmann. Deutsch. med. Woch. 1921, h. 18, S. 496. — Idem. Ver. f. Inn. med. Berlin, 1923, 17 gennaio. — Kolle und. Hetsch. Trattato di Batteriologia e malattie da infezione, 6ª Ed., 1922. — Kuckzynski. Berl. Klin. Woch., 1921, H. 29, S. 794. — Kinsella. Arch. of. intern. med. Chicago, marzo 1917, p. 369 e 1212. — Livierato, Le malattie del cuore, 1918, n. 3. — Libman. Americ. Journal of. med. sc., 1910, pag. 313. — Idem. Journ. of the americ. med. Assoc. 1923, n. 12. — Latour. Les endoc. malignes à evol. prolongée, Thèse de Paris, 1912. — Lowenhardt. Werhandl. d 34 Kongr. d. Deutsch. Gesell, f. inn. med. Wiesbaden, 1922, S. 536. — Morawitz. Münch. med. Woch. 1921, H. 46, S. 1478. — Morgenroth. Klin. Woch., 1922, H. 35. — Marchiafava. Rivista ospitaliera, 1917, VII, p. 20. — Micheli. Minerva Medica, 1923, n. 18-20 e 1924 n. 17. — Ottander. Acta med. scandin. 1926, vol. 63, f. 4. — Osler. Interst. med. Journ. 19-1912, p. 103. — Idem, Quart. Journal of med. II, Oxford, 1909, p. 219. — Idem. The Practitioner, L. 1893, p. 181. — Pfeiffer. Zeitsch. f. Hig. u. Inf. 1892, bd. 13, Rosenow. Journal of infect. dis., 1912, p. 210. — Idem, The Lancet 1914, — Idem. Münch. med. Woch. 914, h. 51-52 e 1923 h. 14. — Schnitzer, Zeit. f. Hig, und Inf. 1920, Bd. 93, S. 96. — Schilling. Zeitsch. f. Klin, med, 1919, Bd, 88. — Schottmuller. Münch. med. Woch., 1903, n. 20-21 e 1910 n. 12. — Tata. Le endocarditi infettive, Maglione e Strini Edit. Roma, 1926. — Vanni. Le malattie del cuore, 1923. — Vaquez. Soc. med des Hôp., 1917, dec. — Wolstein. Journ. of evp. med., vol. 22. — Zirolia. Igiene moderna. 1914, n. 1.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO — REPARTO CHIRURGICO
diretto dal Prof. PIERI

MEGACOLON E MEGAURETERE CONGENITI

per il dott. RUGGERO BROGLIO

L'associazione di queste due particolarità anatomiche, riscontrate al tavolo operatorio prima e controllate all'autopsia poi assieme ad un uretere bifido in un soggetto di 21 anno, acquista un carattere d'eccezionalità meritevole d'illustrazione.

Benchè entrambe le alterazioni non sieno nuove nella letteratura medica, e si possano leggere partitamente descritte in pregevoli lavori, ho accettato di buon grado il consiglio del mio Primario d'occuparmi dell'argomento al fine di portare un modesto contributo sulle controverse opinioni della loro patogenesi e classificazione.

L'osservazione che presento è tipica per stralciare dalla discussione l'origine congenita delle due deformità: l'esame dei pezzi anatomici, visibili nelle fotografie riprodotte, non dimostra alcun vizio di canalizzazione, tranne una ristrettezza anomala ma che permette l'introduzione di un dito indice, senza soverchia difficoltà a livello dello sfintere anale interno. Inoltre la normale dimensione dell'intestino tenue, l'integrità dei reni e dell'uretere superiore sinistro, della vescica, delle papille ureterali, la bilateralità e la simmetria degli ureteri con un uretere bifido sono dati di un valore indiscusso per trarne il convincimento di alterazioni strettamente congenite. Aggiungiamo, quale ultima ragione, il controllo eseguito *intra vitam* della conservazione delle due funzioni intestinale e renale. Già poco prima dell'esito infausto l'ammalato ebbe una scarsa scarica alvina e il cateterismo vescicale, scevro da inconvenienti, estrasse oltre 600 cc. di urina d'aspetto ematico.

Ad ovviare l'eventuale supposizione che le dilatazioni ureterali possano essere conseguenze di un vizio di canalizzazione o di una compressione esercitata sugli ureteri dall'enorme sacca sigmoidea, dirò che essa cade per l'assenza di ogni risentimento da parte dei reni e viene negata, con maggior persuasione, dall'esistenza di un uretere bifido il cui ramo superiore unitamente al suo terzo inferiore (punto di fusione dei due dotti escretori dell'urina) ha un calibro perfettamente regolare.

Ho insistito su questi dati perchè ritengo erronea la denominazione di megacolon e di megauretere a tutti i casi di cui l'eziologia appare evidente.

Richiamandomi al concetto primitivo di Hirschsprung,

Digitized by Google

che per primo ci ha fornito un quadro preciso e completo del megacolon congenito, credo che la restrizione del significato di megacolon e megauretere unicamente alle dilatazioni congenite non consecutive ad ostacolo meccanico sia corrispondente a verità. Così quando il collega Pisani, e come lui altri autori che si sono interessati dei due argomenti, parla di megauretere illustra non già una malformazione tipicamente congenita compatibile con l'integrità anatomica e funzionale del parenchima renale, prescindendo dalla particolare sua predisposizione ad ammalare, bensì una conseguenza o un fenomeno secondario a molteplici stati patologici, non importa se congeniti od acquisiti. Il fatto stesso di una commessione fra causa (congenita od acquisita) ed effetto non specifica una alterazione anatomica essenzialmente indipendente, ma una successione di lesioni che perdono della loro autonomia nel mezzo del complesso quadro morboso. Di qui l'inopportunità di una distinzione fra forma congenita ed acquisita, dove si concederebbe valore d'eccezionalità a quadri clinici ed anatomo-patologici troppo comuni che non sempre verrebbero identificati nelle suddette denominazioni.

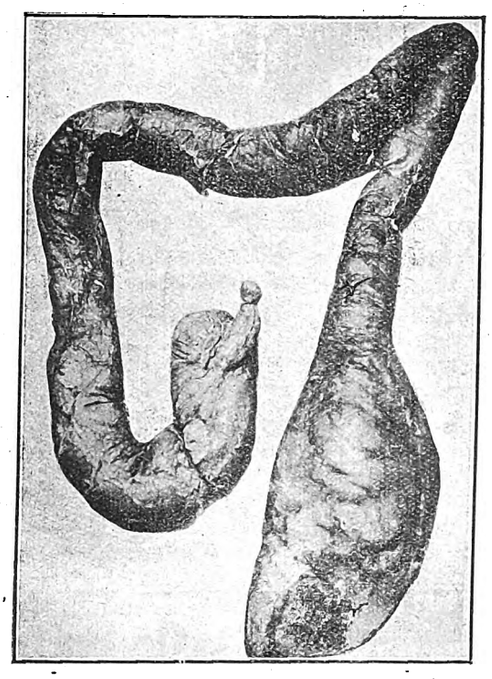


Fig. 1.

Già il dato « congenito » allude a un incerta patogenesi, e fino a che l'embriologia non verrà a darci maggiori lumi non si potrà uscire dal campo delle più disparate ipotesi. Ma qualunque sia la spiegazione embriogenetica che si vuol dare, resta ormai assodato dai tutti che essa è in diretta dipendenza di un deficiente o anormale sviluppo ontogenetico del feto.

Non è in contradizione con le nostre affermazioni la constatazione nel nostro ammalato di una stenosi relativa anale, poichè se essa può aver concorso a favorire o ad aggravare le condizioni di distensione dell'intestino non può essere ritenuta l'unico movente causale, non giustificando nè la dilatazione bilaterale degli ureteri, nè l'anomalia dell'uretere sinistro.

Provata esaurientemente l'origine congenita delle malformazioni riscontrate nel nostro ammalato, sulle molteplici ipotesi emesse per spiegarne il meccanismo patogenetico noi siamo molto ecletici sembrandoci che più di un fattore possa concorrere alla formazione di simili alterazioni. Il tentativo stesso dell'organismo di adattarsi a condizioni particolari contrastanti con il regolare funzionamento dell'organo alterato potrebbe esercitare una influenza notevole sulle modificazioni assunte dalla primitiva lesione, rendendone difficile l'interpretazione. Così si spiegherebbe nel nostro ammalato il tardo epilogo di sì gravi alterazioni organiche con il loro accrescimento ed aggravamento progressivo all'aumentare dell'età.

La lunghzza esagerata dell'ansa sigmoidea, il restringimento congenito, la contrattura spasmodica dell'estremità inferiore del colon e in particolare dello sfintere anale (Fenwick) quali fattori patogenetici del megacolon sono poco soddisfacenti e convincenti non spiegando la dilatazione limitata ad un solo tratto del colon o sigma. Più razionale sarebbe il pensare, per il nostro caso, che la dilatazione parziale del sigma dati fin dalla nascita, e sia andata accentuandosi man mano, sotto l'influsso delle esigenze richieste dallo sviluppo fisico.

In base a questo criterio accettiamo, nei riguardi del megauretere, la concezione di Gérard (come la più probabile) secondo la quale il megauretere sarebbe dovuto ad arresto di sviluppo, persistendo la dilatazione che si produce nel quarto mese della vita intrauterina.

Non condividiamo, perciò, le opinioni di Legueu, di Papin e di Rene Bouchard secondo i quali la dilatazione ureterale sarebbe da ricercarsi in turbe d'innervazione da dove paralisi ed atonia primitiva dell'uretere, per la mancanza nella nostra osservazione delle alterazioni che costantemente s'accompagnano a simili insufficienze: come ristagno d'urina, distruzioni parenchimali e papille ureterali beanti.

La diagnosi delle due malformazioni non presenta in generale gravi difficoltà, solo il megauretere può costituire un reperto d'autopsia quando complicazioni non sieno sopraggiunte a richiamare l'attenzione sugli organi urinari, dove l'indagine urologica del cateterismo e della pielografia ci renderanno edotti della dilatazione ureterale.

La prognosi in entrambe queste anomalie non è eguale, sempre grave nel megacolon specie se associato ad altre malformazioni, come nel nostro caso; il megauretere invece consente una lunga sovravvivenza. Il nostro paziente presumibilmente sarebbe ancora sopravvissuto se non si fossero accompagnate le due malformazioni, di cui quella ureterale fu una scoperta d'autopsia.

Durante i 20 anni di vita l'ammalato non ha ricordato sofferenze urinarie, solo aveva notato fin dall'infanzia uno sviluppo abnorme del ventre, il quale ampio e grosso andò assumendo proporzioni mostruose negli ultimi giorni. Va notato che l'esame delle urine ha rilevato forte indicanuria con tracce di sangue, fenomeno attribuibile a una nefrite tossico-acuta insorta in seguito ai disturbi intestinali.

L'esame istologico condotto su pezzi anatomici fissati in formalina e colorati con ematossilina ed eosina non dimostra particolarità degne di nota, all'infuori di un ispessimento delle tuniche muscolari e di tracce infiammatorie a carico della mucosa specie di quella del megacolon.

Se però il reperto istologico non offre elementi di considerazione di una certa importanza nei riguardi del megacolon, assume invece un grande interesse nel megauretere; dove lo stridente contrasto con quelli descritti dal Pisani avvalora ancor più la nostra tesi che il megauretere è una alterazione diversa e del tutto indipendente dalle comuni dilatazioni ureterali sostenute da cause note od almeno apprezzabili.

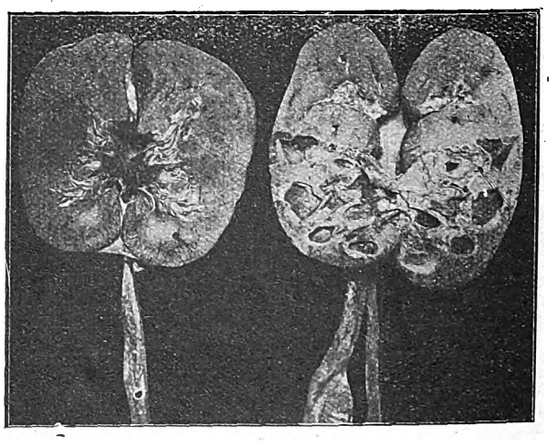


Fig. 2.

Le note degenerative a carico delle pareti ureterali sono assenti: la sierosa e la sottosierosa sono normali, esiste lieve ispessimento della muscolare, e la mucosa presenta un epitelio polimorfo a più strati di cui il superiore è appiattito, del tutto corrispondente a quello normale. Il reperto è quindi mancante di ogni traccia d'alterazioni che sia paragonabile a quelle che si osservano in caso di dilatazione conseguente a un qualsiasi ostacolo al deflusso dell'urina o a qualsiasi affezione capace d'alterarne la costituzione anatomica.

Digitized by Google

La lieve ipertrofia della muscolare non mi pare che possa essere invocata sulla stregua di Bouchard in appoggio della teoria nervosa; anzi penserei che le pareti del canale escretore non più eccitate dall'impulso nervoso e rese inattive per l'impossibilità di contrarsi dovessero presentarsi atrofiche. E l'asserto non solo sarebbe in armonia con gli insegnamenti della fisiologia, ma verrebbe anche suffragato dall'assenza nel nostro caso di alterazioni parenchimali sia pure minime. Atonia ed ipertrofia sono due termini in antitesi, l'uno esclude l'altro, e una loro relazione di causa ad effetto non è persuasiva.

Macroscopicamente poi gli ureteri appaiono simmetricamente tortuosi, e gli strozzamenti e i rigonfiamenti s'alternano dall'una e dall'altra parte con regolarità segmentaria fino al terzo inferiore, dove entrambi acquistano un calibro normale se si tiene conto che il sinistro è formato dalla fusione di un doppio uretere. La parete al tatto appare tonica e così pure l'introduzione di uno specillo lungo 10 cm. circa dimostra la permeabilità delle papille e del lume ureterale. L'uretere soprannumerario ha invece un calibro regolare su tutta la sua estensione, e corrisponde superiormente al polo superiore del rene (che è notevolmente più voluminoso del suo congenere) ad una porzione di parenchima distinta dall'altra più voluminosa da uno strozzamento circolare. I bacinetti sembrano sboccare direttamente nel parenchima, e all'infuori di quello dell'uretere superiore sinistro che è appena accennato, non presentano una sproporzione al volume del canale.

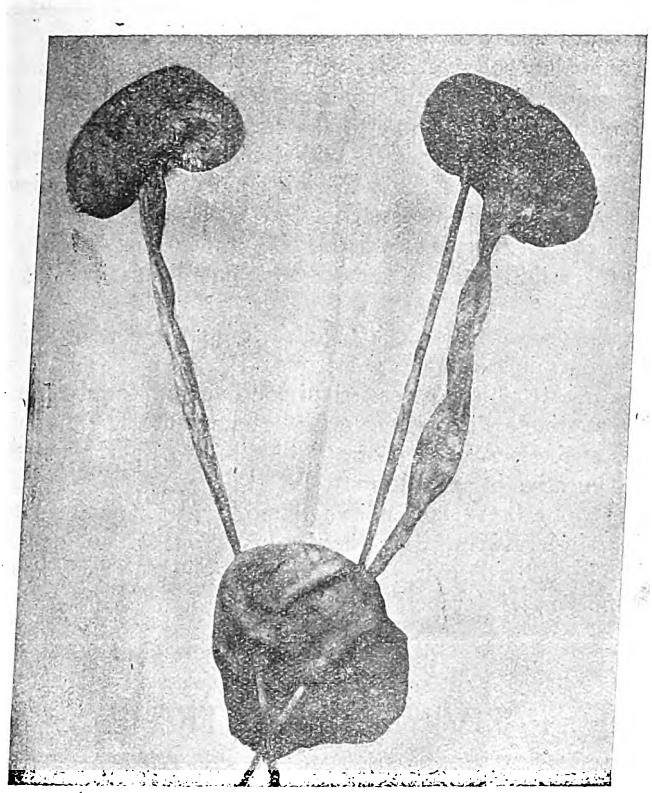


Fig. 3.

La descrizione che abbiamo data del nostro caso non deve intendersi come il quadro tipico e costante del megauretere congenito, essa può variare a seconda della localizzazione, dell'estensione e della gravità della malformazione. Così nell'estesa bibliografia troviamo descritte numerose varietà di megauretere sicuramente congenito, per cui non dovrà meravigliare se a dilatazioni parziali o totali dell'albero urinario con o senza complicazioni non corrispondano reperti eguali.

Venendo alle conclusioni delle nostre considerazioni, ispirate dal controllo obiettivo dei fatti, ci dichiariamo decisamente avversi alla classificazione usualmente adottata per esprimere una modificazione di calibro di un canale che non ha con le malformazioni in argomento alcuna affinità all'infuori della dilatazione; e sosteniamo che esse costituiscono una malattia a sè, di origine fetale a decorso cronico progressivo, con particolarità nettamente differenziabili da altre congeneri. Aggiungiamo infine nei riguardi del megauretere che esso è di prognosi benigna salvo nei casi complicati, e che può rimanere per parecchi anni misconosciuto e costituire un reperto casuale d'autopsia.

De T. G., a, 21, soldato. Entrato il 2 luglio 1926.

Gentilizio ed anamnesi remota negativi, tranne la constatazione fin dall'infanzia di un addome più grosso del normale. Tre giorni fa, mentre trovavasi in licenza, fu colto da vivi dolori addominali accompagnati da vomito nei primi due giorni, e poi da singhiozzo insistente. Contemporaneamente all'insorgenza dei dolori l'addome si fece tumido aumentando progressivamente di volume fino a raggiungere proporzioni mostruose. Non ebbe febbre. Ebbe evacuazioni giornaliere, e la minzione fu sempre normale. Entra in ospedale d'urgenza con diagnosi di occlusione intestinale. Temperatura al momento del suo ingresso normale.

E. O. Giovane robusto, condizioni di nutrizione discrete. Polso 140 appena percettibile. Respiro 40 eminentemente toracico. Tiroide normale. Lingua con patina giallastra. Per non disturbare il malato non si esegue l'esame dei polmoni. L'addome è tumefatto in modo pressochè mostruoso, sotto di esso si designano le sporgenze delle anse intestinali. La percussione dà suono timpanico anche nei punti declivi. La palpazione non riesce dolorosa salvo che nell'ipogastrio, dove del resto il dolore è lieve. All'esame rettale si constata che il retto è pieno di feci solide, e l'esplorazione riesce disagevole perchè a livello dello sfintere interno la penetrazione del dito è ostacolata dalla presenza di una specie di diaframma sottile ma rigido.

Operazione (Prof. Pieri).

Anestesia locale (stovaina 1 %). Taglio di Mac-Burney. Fuoriescono dalla ferita anse intestinali di aspetto pressochè normali, ma in fondo si palpa un grosso organo sacciforme che non si identifica.

Si passa allora alla narcosi eterea e alla laparotomia mediana sottombelicale. Si constata che l'organo suaccennato è il colon, di dimensioni enormi. Si tenta il vuotamento con il tre quarti, e fuoriesce solo pochissimo gas. Si procede allora all'incisione del colon: fuoriesce un'ondata di feci fluide, di parecchi litri, che, malgrado tutte le precauzioni prese, inquina largamente il campo operatorio.

Si abbocca alla pelle il segmento intestinale inciso, e si fa la sutura di ambedue le incisioni a un solo piano, con punti di seta. Il malato muore in nottata.

Autopsia: All'apertura dell'addome si constata che il colon (fig. 1ª) è tutto ingrossato, e molto lungo. Il sigma presenta un enorme dilatazione (grosso quanto una coscia di adulto) che occupa per 3/4 la cavità peritoneale. Intestino tenue, stomaco normali. Il fegato e milza non presentano alterazioni degne di nota, invece l'esame dell'apparato urinario dimostra che entrambi gli ureteri sono fortemente dilatati (quanto un'ansa intestinale) nei loro 3/4 superiori, e che l'uretere sinistro è bifido (fig. 3ª). Tanto l'uretere soprannumerario (che si congiunge a quello dilatato a livello del terzo inferiore) quanto gli altri due nel loro terzo inferiore hanno un calibro del tutto normale. I bacinetti sono alquanto dilatati ma non in proporzione agli ureteri. I reni sembrano integri, sono a superficie liscia di aspetto normale, solo il sinistro è un pò più voluminoso del destro e nel suo terzo superiore presenta un solco circolare, che sembra dividere le due porzioni di parenchima corrispondenti ai due ureteri. Il bacinetto della porzione renale superiore è appena accennato. Al taglio il parenchima renale non presenta alterazioni macroscopiche apprezzabili, solo la porzione di parenchima corrispondente all'uretere inferiore sinistro è scavata da 4 cavità disposte simmetricamente (fig. 2ª) contenenti liquido d'aspetto ematico del tutto simile all'urina. Vescica normale, così pure le papille ureterali, nelle quali si introduce uno specillo lungo 10 cm. per constatare la permeabilità del lume ureterale.

Nulla al cuore, ai polmoni e alla restante parte dell'organismo.

Esame microscopico dei pezzi (fissazione in formalina e colorazione con ematossilina ed eosina).

Colon: la mucosa è in preda ad alterazioni di natura infiammatoria, in alcuni punti l'epitelio è assente e in altri è notevolmente alterato, pure la sottomucosa è alterata con evidente infiltrazione leucocitaria. Gli strati muscolari si presentano soltanto aumentati di spessore, mentre la sierosa e la sottosierosa sembrano normali.

Reni ed ureteri: Il parenchima presenta il quadro tipico di una nefrite acuta, e le cavità riscontrate corrispondono ognuna all'estremità interna di un calice. Nessuna alterazione istologica si osserva a carico della parete ureterale, all'infuori della de-

Digitized by Google

squamazione in alcuni punti dell'epitelio e di un lieve ispessimento della tonaca muscolare.

BIBLIOGRAFIA

GIORDANO G. Contributo al trattamento chirurgico del megacolon. Policlinico, sez. chir., vol. XXX, fasc. 6, pag. 281, 15 giugno 1925. — PISANI. Contributo alla conoscenza del megauretere, Atti della società it. d'urol. del 3° congresso, pag. 267. — RENÈ BOUCHARD. La dilatation congénitale primitive des voies urinaires supérieures, Jour. d'urol. tome XXI, n. 4, aprile 1926, pag. 289 e tome XXI, p. 5, maggio 1926, p. 413. — LEGUEU et PAPIN. Dilatations congénitales des uréteres, XVII session Ass. franç. d'urol., 1913. — LEGUEU. Double dilatation congénitale des uréteres, bassinets et calices. Presentation de pyélographie, Soc. franç. d'Urol., 12 febbraio 1923. — BROGLIO. Enervazione e pielografia in serie in un controllo sperimentale, Archivio di radiologia, settembre 1926.

NOTE PREVENTIVE

ISTITUTO DI CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. U. DI NAPOLI
diretto dal prof. R. STANZIALE

LE INIEZIONI ENDOVENOSE DI GLUCOSIO IN DERMATOLOGIA

Nota Preventiva del prof. CANDIDO MADERNA
Aiuto e Libero Docente

In due articoli comparsi nel 1921 sulla *Deutsche Medizinische Woncheschrift*, n. 50 e sulla *Dermatologische Zeitschrift*, n. 3, Scholtz e Richter riferirono su ottimi risultati ottenuti in alcune dermatosi con iniezioni endovenose di glucosio al 33,1/2 %.

Con la suddetta terapia questi AA. avrebbero riportato vantaggi in tre sole dermatosi, e cioè nell'eczema, sia acuto che cronico, nella psoriasi e nel pemfigo.

Abbiamo iniziato largamente, per incarico dell'illustre Maestro Prof. Stanziale, tale metodo curativo in svariate affezioni cutanee come: eczemi, eritema polimorfo, dermatite erpetiforme del Duhring, dermatite erpetiforme recidivante delle mani, prurigine, herpes zoster, orticaria, psoriasi, lichen, ecc. La soluzione di glucosio che stiamo adoperando è al 33 1/2 %, e parte ci è stata fornita dalla Pharmazeutische Industrie A. C. di Vienna (preparato che è denominato « Osmon Phiag ») e parte dall'Istituto Ipodermoterapico del Dott. Verde.

Le iniezioni invece che in giorni alterni, come prescrivono gli autori tedeschi, sono da noi state praticate ogni giorno e nella dose costante di 10 cmc. A nessun infermo abbiamo prescritto alcuna cura locale e ciò per poter essere edotti delle eventuali modificazioni apportate esclusivamente dal nuovo medicamento.

Fin da ora possiamo asserire che i risultati ottenuti con la glucosio-terapia sono stati così incoraggianti da spingerci a riferirne in una breve nota preventiva.

In quattro infermi affetti da herpes zoster, abbiamo in tutti costantemente notato che, fin dalla prima iniezione, le vescicole si vengono ad afflosciare ed iniziano la loro fase di essiccamento, che è completa alla terza giornata.

Il dolore nevralgico, il bruciore locale che precede e accompagna l'eruzione e qualche volta persiste ancora per tempo non breve dopo di essa, cessa completamente fin dalla prima iniezione, e noi sappiamo quanta molestia esso arrechi agli infermi e quanto persistente sia, da obbligarci a ricorrere non poche volte all'ausilio delle cure fisiche.

In cinque casi di eritema polimorfo fu notato il medesimo, benefico risultato. Anche in questi si ebbe una rapida, intensa regressione delle chiazze eritematose. In un infermo con eritema nodoso contusiforme i vivi dolori articolari e muscolari, che di solito accompagnano queste malattie, cessarono con le prime due iniezioni, mentre le lesioni cutanee regredirono, scomparendo poi alla quarta.

Ciò è di non scarsa importanza, se si tiene presente che l'evoluzione di ogni singolo elemento in questa dermatosi si compie in 10-15 giorni e che il decorso della malattia è di solito maggiore per il verificarsi di eruzioni successive, tanto da far oscillare la durata dell'affezione tra 4-8 settimane ed anche più.

In un caso di psoriasi complicato a dermatite esfoliativa, consecutiva ad iniezioni di bismuto, iniezioni di glucosio hanno apportato manifesto e rapido beneficio.

L'infermo presentava la cute del tronco e degli arti fortemente arrossata, ricoperta di squame laminari, sottili, bianche, e di lembi epidermici facilmente distaccabili. Il cuoio capelluto era letteralmente ricoperto da squame sottili, furfuracee. Il processo desquamativo era così intenso che ogni mattina si raccoglievano nel letto abbondanti residui epidermici. L'ispessimento della cute era notevole e presentava qua e là qualche soluzione ragadiforme.

Alle palme delle mani ed alle piante dei piedi lo strato corneo si poteva distaccare a larghi e spessi lembi.

L'ammalato, oltre che del prurito, si lagnava sopratutto di una sensazione continua di freddo che si accentuava con forti brividi quando veniva scoperto.

Con la glucosio-terapia le condizioni locali e generali migliorarono rapidamente. Dopo la 16ª iniezione l'infermo fu dimesso di Clinica completamente guarito.

Nei casi di eczema, sia acuto che cronico, nel lichen la miglioria è sensibilissima ottenendosi una energica azione sul prurito.

Nella psoriasi la cute affetta si desquama con facilità e lo arrossimento delle chiazze si attenua.

Ma queste ultime osservazioni sono ancora sotto controllo e ci ripromettiamo di discuterne dettagliatamente in un prossimo lavoro, anche perchè è nostro intendimento sperimentare tale metodo curativo in altre dermatosi.

In questa breve nota noi vogliamo, per ora, render noto che la glucosio-terapia apporta rapida guarigione in un tempo brevissimo in molte dermatosi, che non si modificano facilmente con i comuni mezzi terapeutici.

RIVISTE SINTETICHE

LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DI UBBRIACHEZZA

per il dott. VINCENZO MARIO PALMIERI
Assistente Ordinario nell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Napoli
diretto dal prof. Gaetano Corrado

I. *Importanza e necessità di una esatta valutazione medico-legale dello stato di ubbriachezza.*

Mentre nei tempi andati la Giustizia utilizzava solo occasionalmente il risultato di ricerche scientifiche come mezzo di dimostrazione per la ricostruzione di un rapporto di dipendenza causale, ormai si va facendo strada la tendenza a servirsene ogni qual volta sia possibile, tendenza fondantesi sulla giusta convinzione che al risultato di una ricerca scientifica, *bene eseguita e bene interpretata* spetti una forza dimostrativa superiore a qualunque deposizione testimoniale; tantoppiù che lo studio psicologico delle testimonianze ha dimostrato in modo sempre più esauriente quanto esse possano essere anche involontariamente fallaci, e quanta influenza vi abbiano un insieme di fattori di svariatissima natura.

Le più antiche richieste dei Consessi Giudicanti ai Medici-Legali sono state quelle in materia di veleni, stante la grande larghezza con cui questi vennero adoperati — soprattutto in passato — come strumenti criminosi; attualmente queste ricerche tossicologiche si sono molto raffinate, e non ci si ferma alla dimostrazione qualitativa del veleno, ma si passa al dosaggio delle quantità esistenti nell'organismo, alla ripartizione nei singoli organi, ed alla valutazione delle possibilità di eliminazione. Ed è così che le pretese della Giustizia si sono andate raffinando anch'esse — parallelamente ai progressi delle tecniche di ricerca biologica — per cui oggi si manifesta sempre più netta la tendenza dei Magistrati ad orientarsi non solo sui veleni molto forti, ad uso abitualmente omicida, ma anche sulla natura e sull'azione di veleni più deboli, generalmente inappropriati a dare senz'altro la morte, ma capaci piuttosto di indurre modificazioni psico-somatiche assai interessanti per le loro conseguenze.

Cosicchè, accanto alla classica domanda: « *Vi è stata morte per asio-*

Digitized by Google

ne di questo o quel veleno? », si va facendo strada l'altra: « *Come è giuridicamente valutabile lo stato psichico che risulta dall'uso — anche in piccole dosi — di questo veleno?* ».

Si tratta quasi sempre di veleni voluttuarii, di narcotici, di alcaloidi dell'oppio, di cocaina, di alcool.

Limitando il nostro studio a quest'ultimo, è evidente l'importanza che ha — per le sue conseguenze giuridiche — l'accertamento dello stato di ubbriachezza.

L'ubbriachezza può essere, infatti di per sè stessa causa della morte, o per la dose eccessiva di alcool ingerito, o perchè durante il coma alcoolico, il rigurgito degli alimenti nelle prime vie aeree provoca la soffocazione. Più spesso può rappresentare un elemento attenuante per l'imputato di una lesione violenta, volontaria o colposa, sia perchè egli stesso, a causa della ubbriachezza, si trovava in istato tale da togliergli o da scemargli gravemente la coscienza o la libertà dei proprii atti (art. 48 del nostro Codice Penale), sia perchè in tale stato trovavasi la vittima.

Una persona accusata di omicidio volontario, può, infatti, invocare uno stato di legittima difesa, per essersi trovata in presenza di un ubbriaco in fase di eccitazione; ove trattisi di omicidio involontario, è qualche volta il caso di stabilire se la responsabilità civile e penale dell'accusato sia eventualmente attenuata per il fatto che la vittima si trovava in istato di ubbriachezza al momento dell'accidente (investimento automobilistico, etc.); la constatazione dell'ubbriachezza « in servizio » può avere infine le più gravi conseguenze morali e materiali per alcune speciali categorie di persone (agenti di polizia, conducenti di veicoli etc.).

In queste circostanze, ed in altre consimili, le prove testimoniali e le stesse apparenze possono indurre in grave errore; una risposta decisiva può esser data solo dalla prova biologica, vale a dire dalla ricerca dell'alcool nel sangue, e dal relativo dosaggio.

Finora la diagnosi di ubbriachezza è stata fatta abitualmente solo in base ai sintomi esterni e clinici, che possono caratterizzare tale avvelenamento, e per lo più da persone assolutamente profane.

Così l'alito alcoolico viene generalmente considerato come un indizio sicuro di ubbriachezza, mentre è risaputo che esso può comparire anche dopo aver mangiato alcune cioccolatine al liquore, o dopo aver bevuto anche un solo bicchierino. Così il tremore delle mani ed il rossore della cute possono provenire da numerosi e non esternamente percettibili cause; l'eccitazione psichica, l'irrequietezza motoria, la scomparsa dei freni inibitori le manifestazioni paralitiche che succedono allo stato di eccitazione (particolarmente le alterazioni della coordinazione) sono comuni tanto all'intossicazione alcoolica, quanto all'azione di altri veleni particolarmente diffusi nelle industrie (ossido di carbonio, solfuro di carbonio, benzina, acetone, cloruro di metile, bromuro di metile, etc.) o a repentine manifestazioni di stati maniaci.

Il barcollamento, lo stato di eccitazione, le alterazioni della consapevolezza, possono dipendere inoltre anche da shocks del sistema nervoso per traumi del cranio, o da intossicazioni endogene, come lo stato maniaco, il coma diabetico, accessi epilettici, insulti apoplettici etc. (*).

Inversamente, forti stimolazioni repentine (caduta nell'acqua, spavento, etc.) possono provocare una relativa scomparsa dei sintomi esterni della ubbriachezza, mentre il tasso di alcool nel sangue permane inalterato.

Così uno chauffeur ubbriaco, che ha provocato un disastro, e che sotto il violento trauma psichico riacquista una relativa lucidità, può sembrare ai profani ed alla polizia un soggetto normale, mentre in realtà è sempre un ubbriaco dal punto di vista biologico, e tale dovrebbe essere considerato anche nei suoi rapporti con la Giustizia, poichè il suo stato di relativa lucidità è sopravvenuto dopo che il disastro è stato provocato, ed è stato provocato in condizioni di incoscienza da alcoolismo acuto.

E così pure un ubbriaco potrebbe, con una grande tensione della propria energia psichica, dissimulare il suo stato, di fronte ad un osservatore profano, mentre non per questo cessa su di lui l'azione dell'alcool ingerito, etc.

Ancora più delicato si manifesta il problema della diagnosi medico-legale di ubbriachezza sul cadavere, ove si faccia astrazione dalla prova biologica della ricerca dell'alcool nel sangue.

Infatti il contenuto in alcool degli organi (specialmente del cervello), e del sangue non viene certo denunziato sul cadavere dall'odore, o al più questo potrebbe verificarsi solo a concentrazioni straordinariamente elevate, in casi nei quali la morte è direttamente sopravvenuta per intossicazione alcoolica massiva.

Talora la diagnosi dell'intossicazione acuta da alcool si vuol fondare sull'odore o sul colore del contenuto gastro-intestinale, ma su questo punto non solo valgono le obbiezioni che abbiamo fatte a proposito dell'alito sul vivente, ma vi si aggiunge l'altra assai grave che alcool presente nello stomaco o nell'intestino non è alcool passato in circolo; per cui noi ignoriamo, in sostanza, egualmente se e quanta parte di alcool fosse stata già assorbita e quindi efficiente in realtà sull'organismo, al momento della morte.

Senza dire che talora può darsi il caso che il soggetto in esame abbia ricevuto proprio poco prima di morire, e magari nella speranza di rianimarlo (svenimenti, coma e simili) delle dosi, qualche volta assai elevate, di alcool, sotto forma di rhum, cognac, etc.

In certi paesi si ha poi l'uso di porre sul viso dei morti un panno imbevuto di acquavite o di alcool, per evitare il fetore della putrefazione.

Tutte queste considerazioni ci portano alla conclusione che in materia di diagnosi medico-legale di ubbriachezza, in vista sopratutto delle gravi conseguenze morali e materiali che un responso del genere può avere, bisogna diffidare dalle apparenze, dare credito relativo alle testimonianze che possono essere involontariamente fallaci o artatamente false, valutare esattamente gli elementi di fatto, e tendere alla dimostrazione obiettiva della intossicazione alcoolica, quale solo può essere data dalla ricerca e dal dosaggio dello alcool nel sangue e negli organi.

II. *L'alcool nell'organismo. Combustione. Eliminazione. Ricerca qualitativa. Ricerca quantitativa.*

Dell'alcool esiste anche in condizioni di astemia nell'organismo; si tratta, per altro, di quantità assai piccole, che variano tra gr. 0,001 e gr. 0,08 per mille, secondo i diversi ricercatori e gli animali impiegati (cavie: Ford, Nicloux; muscoli di coniglio: Landsberg; sangue di cani: Maignon; ratti tenuti a digiuno per 12 ore: Pringshein; uomo: Schweisheimer). Tali ricerche sono ormai abbastanza antiche, poichè le prime datano da un trentennio, ma hanno ricevuto costante conferma dagli studi ulteriori.

La esiguità di queste dosi è tale, che esse non possono in alcun modo falsare il nostro giudizio, nelle indagini medico-legali tendenti ad accertare lo stato di ubbriachezza, poichè si hanno cifre nettamente superiori anche quando la quantità di alcool assunta dall'esterno non è ragguardevole.

L'assorbimento dell'alcool così introdotto per la via normale del tubo gastro-enterico si inizia nello stomaco e si continua nel resto dell'apparato digerente. Assorbito dalla mucosa intestinale, passa nella vena porta, attraversa il fegato, ed è successivamente versato nella circolazione generale, tanto sanguigna che linfatica. Successivamente l'alcool si ossida e si decompone in una serie di sottoprodotti, di cui gli ultimi sono anidride carbonica ed acqua.

Tuttavia, quando la quantità di alcool introdotta è di una certa entità, esso non si ossida e non si decompone completamente, ma una certa quota, di varia entità, ma sempre assai esigua, viene eliminata per le vie respiratorie, per le urine, per l'intestino, per la pelle. Così, secondo Atwater e Benedict, circa il 2 % dell'alcool introdotto si sottrae alla combustione mentre tale quantità sarebbe maggiore secondo Völltz e Dietrich, che, entro 10-15 ore dall'assunzione, poterono riprendere circa 2.4-7,8 % dell'alcool ingerito, per la via dei polmoni e dell'urina. Secondo Gréhant, la percentuale di alcool eliminata non è direttamente proporzionale alla quantità di alcool introdotta nell'organismo per Kg. di peso del corpo, ma, col crescere di questa, essa aumenta in modo assai più notevole.

Su queste premesse si fondano alcuni metodi di diagnosi medico-legale di ubbriachezza, fondati appunto sulla determinazione dell'alcool presente nell'aria espirata o nelle urine.

Il quesito medico-legale potrebbe essere rivolto tanto dal punto di vista *qualitativo* (*l'individuo in questione ha assunto dell'alcool*), che *quantitativo*.

Il quesito qualitativo ha, evidentemente importanza medico-legale nei paesi in cui vige il proibizionismo, o in casi estremamente rari, in cui si trattasse di provare che il soggetto in esame non ha assunto alcool da oltre 24 ore.

Per quanto riguarda l'aria espirata, una diagnosi qualitativa può essere fatta con un apparecchio semplicissimo, ideato dal Dr. Bezzola Celerina. Si tratta, in sostanza, di una bottiglia terminante ad imbuto, che contiene una soluzione di ioduro di potassio in liscivia di soda. Insufflando in tale bottiglia dell'aria contenente alcool, si forma iodoformio, la cui presenza si rende immediatamente percettibile per l'odore caratteristico. Lo iodoformio forma un precipitato o almeno un intorbidamento giallo-chiaro, che al microscopio si rivela formato da cristalli esagonali facili a riconoscersi. Riscaldando con fenato sodico si forma acido rosolico, che si può ridisciogliere aggiungendo alcool concentrato; quest'ultimo prende una bella tinta rossa; la reazione è estremamente sensibile. Tutta-

(*) Si è detto che nel coma uremico le pupille sono in miosi e nel coma alcoolico in midriasi, ma si tratta di un segno troppo vago, per avere una reale importanza pratica.

Digitized by Google

via accadde che un noto astemio desse con questo metodo un risultato positivo: si trattava di un diabetico, che emetteva acetone con l'aria espirata.

Non abbiamo, invece, notizie molto precise, sul *metodo quantitativo*, che viene adoperato in America, e che pare vi abbia destato grande entusiasmo (v. *Der Blutlose phlebotomist*. Serie XXVI, New York). L'aria espirata verrebbe captata per mezzo di una maschera, ed introdotta in uno speciale apparecchio «*misuratore dell'ubbriachezza*»; il grado dell'ubbriachezza verrebbe determinato in numeri, attraverso la determinazione del grado di ossidazione interna. Ma in qual modo questo calcolo venga fatto, quali sieno almeno i fondamenti teorici del metodo, le sue possibilità di errore, non mi è riuscito di sapere.

Egualmente, per quanto riguarda la ricerca nelle urine, mentre la determinazione qualitativa (se esista o meno alcool nelle urine, e, se quindi ne sia stato introdotto nell'organismo) è facile, ci sfugge, invece — nonostante le interessanti ricerche sulla esistenza di correlazioni piuttosto esatte tra il contenuto in alcool del sangue e dell'urina, dovute a Kostich, Widmark, Miles, Turm e Specher — l'esatto rapporto tra alcool introdotto ed alcool eliminato attraverso il rene; quindi la ricerca nelle urine, che può, in genere, essere eseguita con tutti i metodi, che appresso elencheremo per il sangue, non si presenta di pratica utilità per la diagnosi medico-legale di ubbriachezza.

Abbiamo detto che l'alcool assorbito passa rapidamente nel sangue: il tasso in alcool del sangue va continuamente aumentando fino ad un paio di ore dall'assunzione del liquido alcoolico; resta inalterato per un tempo abbastanza notevole, e poi diminuisce sino alla sparizione completa, che abitualmente si verifica — come vedremo — entro le 24 ore dall'assunzione.

Nello stesso tempo l'alcool invade tutti i tessuti dell'organismo, ed impregna tutti gli organi, ma più particolarmente i reni, il fegato ed il cervello, in modo abbastanza uniforme. Le ricerche di Gréhant e di Nicloux sulla localizzazione dell'alcool nell'organismo dimostrano che la quantità di alcool contenuto — dopo un certo tempo dall'introduzione — nei muscoli, nel fegato, nei reni è identica, e quella contenuta nel sangue e nel cervello è ad essa leggermente superiore. Comunque, le ricerche di Balthazard, di Gréhant e di Nicloux hanno ormai accertato che i valori medii più attendibili circa lo stato di impregnazione dell'organismo sono dati dal sangue, sicchè è più che sufficiente — anche per una diagnosi accurata — praticare il dosaggio dell'alcool sul solo sangue, poichè le cifre che danno il tasso massimo dell'alcool nel sangue (per mille) rappresentano con sufficiente esattezza la quantità di alcool ingerita per chilogrammo di peso del corpo. Per altro, le cifre ottenute sono, in realtà, quasi sempre più o meno inferiori al reale, perchè una certa quantità di alcool sfugge abitualmente al dosaggio. Eseguendo questo con un buon metodo, evitando le diverse cause di errore (che poi esamineremo), e tenendo presenti tutti gli altri rilievi che andremo via via esponendo, noi potremo, di fronte, per es. al reperto di 2 gr. per mille di alcool nel sangue di un soggetto di 65 kg., dire che quell'individuo ha poco tempo prima ingerito *almeno* $65 \times 2 = 130$ gr. di alcool, vale a dire circa un litro e mezzo di vino comune.

III. *I metodi di dosaggio.*

Questi metodi servono tanto per il sangue — di gran lunga il più comunemente esaminato — che per l'urina (abbiamo già accennato allo scarso valore medico-legale di tale ricerca), che per gli organi diversi. Naturalmente, ove si avesse a fare con questi ultimi, si metterà a macerare un peso noto di tessuto in una certa quantità di acqua distillata, e dopo una macerazione più o meno prolungata si eseguirà la titolazione sul liquido filtrato e distillato.

I metodi di ricerca sono di varia natura: li distingueremo in *fisico-chimici* e *chimici*.

Tra i fisico-chimici, i metodi picnometrici e vaporimetrici non sono adatti alla determinazione esatta di piccole quantità di alcool; quindi non è il caso di occuparcene in questa nota, che vuole essere essenzialmente pratica.

Molto più utile è il metodo interferometrico di Kionka-Hirsch, che è nello stesso tempo semplice, e di un'esattezza valutata dall'Autore a $\pm$ 0.003 per mille.

Questo metodo, come tutti quelli fisico-chimici, ha il grande vantaggio di non comportare distruzione di materiale, e di poter quindi essere eseguito più volte; esso è inoltre esente da molte cause di errore a cui si va incontro con i metodi chimici; anch'esso, per altro, non è specifico per l'alcool: l'acetone può ad es. influenzare la valutazione interferometrica, non così la glicerina e l'acido lattico, se la distillazione viene eseguita correttamente.

Tra i metodi chimici, diremo del metodo del bromo, del metodo del joduro, e dei metodi di ossidazione.

Veramente, il *metodo del bromo*, già poco adoperato, oggi non ha quasi più importanza: l'alcool etilico viene ossidato dal bromo, in determinate condizioni, in seguito a che quantità isomolecolari di bromidrato si pongono in libertà, e sono queste che vengono determinate per la titolazione (Bugarzky, Stolz).

Col *metodo del joduro*, l'alcool etilico viene trasformato, mediante l'acido jodidrico, in joduro etilico. Il Prunier utilizzò per primo questa proprietà, ricavandone un metodo quantitativo di dosaggio dell'alcool, che poi è stato notevolmente semplificato da Zeissel e Fanto e da Stritar: il joduro etilico viene trasformato, mediante nitrato d'argento, in joduro di argento; questo viene pesato, e dal suo peso, con un breve calcolo, si può ricavare la quantità di alcool. Questo metodo comporta possibilità di errore oscillanti tra 0,5 ed 1 %, se esistono nel liquido in esame almeno gr. 0.05 di alcool.

La reazione però avviene egualmente in presenza di altri alcools, e di tutto gli eteri e gli esteri volatili; la formaldeide può essere trattenuta durante la distillazione, in un ambiente fortemente ammoniacale.

I *metodi di ossidazione* sono i più importanti ed i più comunemente adoperati. Essi si fondano sull'ossidazione dell'alcool da parte di un'altra sostanza, che, riducendosi, serve al tempo stesso, col viraggio di colore, da indicatore.

In genere, i metodi di ossidazione sono molto semplici, ma un po' meno precisi di quello interferometrico; essi servono perciò benissimo per gli usi pratici, ma sono meno adatti per ricerche scientifiche molto minute.

Come sostanza ossidante viene, per lo più usata il bicromato di potassio, o l'anidrite dell'acido cromico ($Cr\ O_3$), più raramente il cromato di potassio, o il permanganato di potassio (Astruc e Radet). Per i primi lavorarono con tale metodo Ludger, Lallemand e Perrin, e Duroy, che adoperarono come mezzo ossidante una soluzione di bicromato di potassio in acido solforico; poi Bodländer, che adoperava l'anidride dell'acido cromico in acido solforico; ma al Nicloux si deve il metodo più generalmente adottato: il bicromato di potassio è ridotto dall'alcool in solfato di sesquiossido di cromo, che a caldo ha un colorito bleu-verdastro. Ad un miscuglio di alcool e di acido solforico viene aggiunta, a goccia a goccia, una soluzione titolata di bicromato di potassio. Si verifica allora la reazione:

$$K_2Cr_2O_7 + H_2SO_4 = K_2SO_4 + Cr^2\ (SO_4)^3 + H^2O + 3O$$

Quando tutto l'alcool è stato ossidato, la prima goccia di bicromato di potassio in eccesso fa virare il color bleu-verdastro in verde giallastro; la difficoltà consiste appunto nel saper cogliere il primo apparire di questo viraggio, e nel saperlo cogliere sempre allo stesso momento, in tutte le ricerche. I gradi di ossidazione dell'alcool non sono costanti; esso viene ossidato in aldeide, in acido acetico, in parte anche in acido carbonico ed acqua. Quanto all'approssimazione del metodo, lo stesso Nicloux ammette che essa possa comportare uno scarto del 5 %.

Una numerosa serie di esperimentatori ha cercato di apportare modificazioni e miglioramenti al metodo originale di Nicloux, che data dal 1896; citiamo tra essi i soli nomi di Duprè, Frankland, e Frew, Bordas e Rakowski, Kuriloff, Benedict e Norris, Atwater e Benedict, Th[illegible] Holmes, Pringsheim, Cotte, Schweisheimer, Dox e Lamb, Widmark, Miles, Shaffer e Ronzoni, Cennan e Salzer, Martini e Nourrisson, Kohn-Abrest, etc.

Vielledent, che ha esaminato comparativamente il metodo originario di Nicloux la modificazione di Martini e Nourrisson ed il metodo di Astruc e Radet, ha trovato che essi danno praticamente un'esatta concordanza, e che, comunque, lo scarto è dell'ordine del centesimo. In sostanza, possiamo dire che tutti questi metodi possono considerarsi sufficienti, in rapporto alle esigenze della pratica; lo scegliere una modificazione o l'altra ha poca importanza quando si possiede bene la tecnica e si evitano accuratamente le cause di errore.

Volendo avere grande esattezza (per lo più non indispensabile per le ricerche della pratica forense) si potrà completare la ricerca chimica con quella interferometrica, come abbiamo detto a principio; i risultati ottenuti con questi due metodi si integrano a vicenda, raggiungendo una approssimazone del 0.02 per mille (Zangger).

Io mi servo abitualmente della seguente tecnica che è, in sostanza, quella originaria del Nicloux.

10 cmc. di sangue si pongono in un matraccio assieme a 65 cmc. di acido picrico in soluzione satura; le albumine precipitano rapidamente; il matraccio occluso ermeticamente con un tappo forato, è posto in comunicazione con l'estremo del serpentino di un apparecchio di Schloesing-Aubin, che passa attraverso il foro suddetto. L'apparecchio è costituito sostanzialmente da questo serpentino, l'altra estremità del quale (quella che non è in connessione col matraccio) è circondata da un manicotto refrigerante, e si continua con un tubo, che pesca in un cilindro graduato, in cui sono contenuti pochi (5-6) cmc. di acqua distillata.

Digitized by Google

Si riscalda accuratamente ed uniformemente il matraccio, e la distillazione incomincia: il distillato, allo stato di vapore, passa attraverso il tubo circondato dal refrigerante, si raffredda, e ridivenuto liquido, cade a goccia a goccia nel cilindro graduato. Detto liquido è costituito da acqua e dal alcool (o da altre sostanze che distillano egualmente: etere, cloroformio etc.).

Quando si sono ottenuti 25-30 cmc. di distillato, è certo che tutto l'alcool eventualmente esistente nel sangue è passato nel cilindro. Di questo distillato totale (che chiameremo V), si prelevano 15 cmc., che si pongono in un matraccio assieme a 15 cmc. di acido solforico concentrato: il miscuglio va fatto con grande prudenza dando luogo a notevole sviluppo di calore.

Si preparano allora tre piccoli matracci, contenenti ciascuno 10 cmc. del miscuglio suindicato; per mezzo di un buretta graduata, a becco molto sottile, si aggiunge, goccia a goccia, il riducente, cioè una soluzione di bicromato di potassio al 19 per mille. La presenza dell'alcool viene svelata dalla colorazione bleu-verdastra del miscuglio (solfato di sesquiossido di cromo), mentre se alcool non vi è, il liquido prenderà il colore arancio del bicromato di potassio.

Nel primo matraccio si spingerà la reazione sino a che una goccia di bicromato in eccesso non dia una tonalità verde-giallastra al liquido; nel secondo si arresterà la reazione quando ancora essa non è assolutamente completa; nel terzo si raggiungerà la dose esatta, che sarà quella che servirà per il dosaggio.

Per il quale io applico una formola semplicissima, che debbo alla cortesia del prof. Etienne Martin di Lyon, presso l'Istituto del quale, ho trascorso proficuamente alcuni mesi nell'autunno 1926:

Chiamando con X i cmc. di alcool contenuti in un litro di sangue, con V il volume totale del distillato ottenuto, con n il numero dei cmc. di bicromato che sono stati impiegati per l'ossidazione nel terzo matraccio, ed essendo eguali a 10 i cmc. di sangue impiegati, calcoliamo:

$$X = \frac{V, n}{10}$$

Detta formola è fondata sul calcolo che 1 cmc. di soluzione di bicromato al 19 per mille corrisponde a 0.001 cmc. di alcool per centimetro cubico di distillato impiegato.

Questa ricerca è molto semplice; è però necessario che con essa ci si familiarizzi, mediante l'esercizio preventivo di prove in bianco, sopratutto per quanto riguarda la lettura dei risultati. Inoltre è bene che la soluzione di bicromato di potassio venga controllata prima di ogni titolazione verso una soluzione di alcool di titolo noto. Bisogna infine lavorare in circostanze sempre identiche (concentrazione dell'acido solforico adoperato, grado del riscaldamento, qualità ed intensità della sorgente luminosa etc.), ed è bene aggiungere un certo numero di prove di controllo (tubi testo di Nicloux).

IV. *Le Cause di errore.*

Una prima serie di cause di errore è intrinseca agli stessi metodi ed ai principii su cui essi sono fondati, e a queste abbiamo sommariamente accennato volta per volta.

Ricordiamo che non esistono *prove specifiche* nel vero senso della parola per l'alcool etilico. E, specialmente per le ricerche qualitative, noi dobbiamo con grande cura escludere che le determinazioni possano riuscire positive anzicchè per la presenza di alcool etilico, per quella di corpi chimicamente analoghi (altri alcool, aldeidi, eteri, esteri, chetoni, etc.).

Particolarmente, servendoci dei metodi di ossidazione, dobbiamo preventivamente assicurarci che queste altre sostanze sono assenti, o almeno presenti in dosi che non possano realmente influenzare il risultato, poichè con questi metodi noi determiniamo non solo l'alcool ma tutti i corpi distillabili facilmente ossidabili, che sono presenti nell'organismo, o meglio, nel materiale su cui si esegue la ricerca.

Passando ad un esame più minuto di queste sostanze chimiche, che possono importare cause di errore nelle nostre determinazioni, noi le distingueremo in 1) *sostanze normalmente presenti nell'organismo;* ed in 2) *sostanze che vi giungono dall'esterno.*

Alla prima categoria appartengono: 1) l'*alcool,* 2) l'*acetone;* 3) la *glicerina,* 4) alcuni *prodotti disintegrativi;* 5) i *prodotti putrefattivi.*

L'alcool esiste sempre in tracce nell'organismo, come prodotto normale del ricambio, proveniente dalla degradazione degli idrati di carbonio, che entrano giornalmente nella nostra alimentazione. Bechamp, Rajewski ed Hoppe Seyler hanno trovato alcool in diversi tessuti (cervello, muscoli), quando poteva essere esclusa qualunque introduzione alcoolica. Il glucosio contenuto normalmente nel sangue subirebbe una fermentazione glicolitica (Lépine), e l'alcool sarebbe uno dei termini della trasformazione. Ma si tratta sempre di quantità minime. Tralasciando le classiche ricerche in proposito di Gréhant, Nicloux, Landsberg, Schweisheimer, Melanby, Cannan e Sulzer, ricorderemo che Balthazard cita come tasso medio di alcool normale nel sangue quello di 0.01 per mille, e come massimo quello di 0,04 per mille.

Dopo tre giorni di assoluta astemia, nel sangue si troverebbe, 0,021 per mille di alcool (Kühn); nel cervello di morti da poco, dopo essere stati privi per un tempo più o meno lungo di alcool, Walter ha trovato circa 0,10 per mille nel cervello, e risultati analoghi ha ottenuto Schwartz nel sangue di astemii viventi.

Un'abbondante introduzione — per una volta tanto — di idrati di carbonio non provoca un evidente aumento del contenuto normale di alcool nel sangue (valore massimo ottenuto da Kühn 0,057 per mille).

L'alcool normalmente preformato nell'organismo può essere quindi sufficientemente neutralizzato, come causa di errore, apportando al risultato finale della determinazione una piccola correzione (diminuzione di circa il 0.05 per mille).

L'*acetone* non è normalmente presente, o lo è solo in tracce nell'organismo normale, ma aumenta fortemente — com'è noto — tanto nel sangue, quanto nei tessuti, in alcune alterazioni del ricambio materiale, in prima linea delle quali sta il diabete; ma anche i cosidetti corpi acetonici (acido ossibutirrico, acido acetacetico, etc.) possono egualmente influenzare la determinazione di alcool. Per evitare questo inconveniente, è sufficiente in pratica, eseguire la ricerca preventiva di queste sostanze nell'urina.

La *glicerina* può essere presente nel sangue in quantità notevoli, fino a 0,95 per mille, secondo le ricerche di Nicloux, di Doyon e Morel, di Monneyrat, Tangel e Weiser, ma con accurata distillazione si può trattenere tanto questa, quanto l'acido lattico.

Nelle gravi *malattie croniche* (tubercolosi, carcinoma) possono esistere nell'organismo prodotti di disintegrazione albuminica di carattere tossico, e di acidosi da inanizione, come si ha nella cachessia, i quali possono simulare la presenza di alcool. Ma la quantità di tali prodotti, è, secondo le ricerche di Walter, fatte col metodo di Nicloux sul cervello di individui morti da poco, talmente esigua (abitualmente circa 0.10 per mille) che essi non possono influenzare la lettura dei risultati definitivi.

Dell'importanza dei *prodotti putrefattivi* parleremo a proposito della determinazione dello stato di ubbriachezza nel cadavere.

Le *sostanze provenienti dall'esterno,* che possono simulare la presenza di alcool nell'organismo, sono essenzialmente: 1) l'*etere,* 2) il *cloroformio;* 3) alcuni *veleni;* 4) alcune *sostanze alimentari!*

In presenza di etere o di cloroformio la ricerca dell'alcool è talmente influenzata, da divenire inutile. Questa condizione può verificarsi nello stato di narcosi, con i consumatori di etere, con persone che si siano trattenute più o meno a lungo in un ambiente che conteneva sotto forma di vapori questo o analoghe sostanze. Inoltre hanno qui importanza i numerosi solventi, che rapidamente evaporano, e che durante il lavoro in ambienti chiusi vengono assunti dagli operai con l'aria inspirata (acetone, alcool metilico, altri alcool, solfuro di carbonio), e che oggi sono tanto numerosi (Flury annovera circa mille sostanze industriali volatili e velenose).

Per l'etere può addirittura adoperarsi lo stesso metodo di ossidazione, per determinare la sua concentrazione durante la narcosi; anzi sono state apportate al metodo particolari modificazioni a questo scopo (Leeuwen, Nicloux, Shaffer e Ronzoni, Ronzoni).

Tra i veleni che analogamente all'alcool, mescolati a caldo con acido solforico e bicromato di potassio, danno una chiara colorazione bleu-verde annoveriamo l'ossido di carbonio, i vapori di acido prussico, ed il fosforo.

Tra le sostanze contenute negli alimenti, che possono influenzare l'esattezza della determinazione, annoveriamo gli alcools, gli eteri, i chetoni, le aldeidi, gli acidi volatili, che sono presenti naturalmente o aggiunti artificialmente in molte bevande (comprese quelle cosiddette antialcooliche), in molte frutta, succhi di frutta, essenze, conserve, aromi, e nelle stesse bevande alcooliche, oltre all'alcool etilico.

Le stesse sostanze possono trovarsi, sebbene in grande diluizione, nei recipienti adoperati per raccogliere il sangue o gli organi da sottoporre alla ricerca, e che non siano stati accuratamente puliti prima dell'uso.

Tutto questo, ha, per altro, un valore più teorico che pratico, poichè accanto alle cifre date dall'alcool ingerito in una certa quantità, queste sostanze danno abitualmente delle cifre insignificanti.

Maggiore importanza ha la presenza di sostanze riducenti trasportate sul materiale in esame durante alcune manipolazioni (per es. spugne, nell'autopsia, guanti di caucciù contenenti solfuro di carbonio, etc.), o per la loro conservazione in vasi che precedentemente contenevano liquidi diversi (alcool, aldeidi, chetoni), per contatto con panni (che cedono piccole quantità di sostanze riducenti), etc. Così pure l'ago e la siringa che hanno servito a prelevare il sangue debbono essere completamente privi di al-

Digitized by Google

cool, e sterilizzati solo con l'acqua bollita. I tubi nei quali il sangue viene raccolto debbono essere anch'essi esenti da ogni traccia di alcool, e sterili, per evitare le alterazioni batteriche del sangue. Inoltre essi vanno riempiti sino all'orlo (per impedire un'evaporazione dell'alcool nell'aria presente nelle provette), e chiusi bene con un tappo.

Per la disinfezione della cute nella regione in cui nel vivente si esegue il prelevamento (ordinariamente dalle vene superficiali del braccio) può essere tranquillamente adoperato alcool puro, etere o tintura di jodo, purchè al momento della fuoriuscita del sangue l'antisettico sia completamente evaporato.

Sostanze molto fortemente volatili, ed attive in superficie, come la canfora, possono, se il materiale non è rapidamente adoperato, essere assorbite in modo più o meno cospicuo, ed influenzare il risultato complessivo, potendo rappresentare una causa di errore del 2 e perfino del 3 %.

In conclusione, possiamo dire che, per quanto un numero considerevole di composti organici sia suscettibile di essere ossidato nelle stesse condizioni dell'alcool, in realtà le cause di errore sono di poca importanza, per la minima dose in cui esse sostanze generalmente possono essere presenti, o per la relativa facilità con cui la causa di errore può essere scoperta (acetone, etere, cloroformio).

V. *La diagnosi di ubbriachezza nel cadavere.*

Particolari caratteristiche presenta la diagnosi di ubbriachezza nel cadavere, che ha richiamato l'attenzione di diversi ricercatori, e tra essi del nostro Carrara.

Anzitutto, possiamo dire che l'alcool contenuto negli umori e negli organi del cadavere non sparisce rapidamente, anzi può essere ritrovato parecchi giorni dopo la morte, ed in quantità non molto inferiori a quelle presenti nel momento della morte.

Per un'esatta valutazione delle cifre ottenute hanno importanza la causa della morte, le condizioni in cui il cadavere è stato mantenuto, (particolarmente la temperatura, i medicamenti, gli alimenti eventualmente ingeriti), ma sopratutto il *tempo* trascorso dall'epoca della morte. Infatti le possibilità di questa ricerca sono inesorabilmente limitate dal sopravvenire dei fenomeni di putrefazione.

Su questo tutti gli Autori sono d'accordo. La putrefazione dà infatti, origine a prodotti volatili non ossidabili, che possono simulare la presenza dell'alcool, alterare quantitativamente il dosaggio, tanto nel senso dell'aumento che della diminuzione, di quello realmente esistente nell'organismo.

Nella formazione di questi prodotti hanno grande importanza le modalità con cui si svolge la putrefazione (contenuto in acqua, quantità di aria, quantità e qualità di batterii, temperatura). Landsberg ha dimostrato che specialmente la decomposizione batterica ha grande importanza come produttrice di alcool, mentre nella autolisi sterile non vi è un notevole aumento dell'alcool preformato negli organi.

E' inoltre importante il fatto che l'idrogeno solforato dà nettamente la reazione del solfato di cromo: combinazioni solfuree volatili possono anche avere importanza come causa di errore, quando ci si serva del metodo del joduro.

Finchè la putrefazione non è molto avanzata, ci si può sbarazzare da questi prodotti con successive distillazioni in ambiente acido ed alcalino; ma quando il cadavere è in istato di putrefazione gassosa, specie nelle esumazioni, la tossicologia è disarmata.

Balthazard e Lambert ci fanno, per altro, acutamente osservare che l'alcool si ossida immediatamente per aggiunta di bicromato di potassio e di acido solforico; mentre questi composti che potrebbero falsare le ricerche si ossidano lentamente e progressivamente, in seguito ad ebullizione prolungata. Questo semplice ricordo potrebbe bastare, in generale, a metterci sull'avviso contro il pericolo di valutare per alcool dei composti prodottisi durante e per effetto della putrefazione.

Normalmente, nei cadaveri il sangue si preleva dal ventricolo destro. Se è trascorso un tempo piuttosto lungo dalla morte, e si teme che una quantità notevole di alcool sia evaporata, e che il sangue sia già stato alterato dai batterii, allora si ricorre al cervello, poichè l'evaporazione dell'alcool dalla scatola cranica e l'alterazione putrefattiva della sostanza cerebrale avvengono più lentamente che per il sangue. Il cervello viene rapidamente asportato e collocato in un vaso di vetro assolutamente pulito. Ci si guarderà, inoltre, in modo particolare, dai vapori di formalina, dall'acqua ossigenata, dai cresoli, combinazioni fenoliche, ed altre sostanze conservatrici o disinfettanti, strumenti sporchi, panni, guanti etc., che in maggiore o minor grado possono alterarne l'esattezza dei risultati.

La ricerca può anche esser fatta nel liquido cerebro-spinale, che è una sede più riposta, dove l'alcool ed i suoi immediati sottoprodotti, dopo esservi passati dal sangue, più integralmente ed a lungo possono conservarsi.

L'illustre prof. Carrara, che, insieme al prof. Romanes, si è occupato di questo argomento fin dal 1913, cita interessanti fatti relativi alla ricerca qualitativa e quantitativa dell'alcool nel liquido cerebro-spinale.

E' utile prelevare, possibilmente, anche l'urina.

Tanto nel sangue, quanto nel distillato cerebrale bisogna ricercare la presenza di acetone o di sostanze acetoniche.

VI. *Interpretazione dei risultati.*

Da tutto quello che è stato fin qui detto appare come la diagnosi medico-legale di ubbriachezza, se pure fondata su tecniche relativamente semplici, non è facile, per il complesso dei fattori di ogni specie, che vanno valutati prima di giungere al responso medico-legale.

Di tutti questi fattori, o almeno dei più importanti, abbiamo più o meno diffusamente parlato nel corso della presente trattazione; vogliamo però ancora accennare al fatto che una certa quantità di alcool abitualmente sfugge al dosaggio. Qualunque sia il metodo adoperato per la ricerca, solo in condizioni strettamente limitate esso ci permette di calcolare la quantità di alcool esattamente ingerita, ma nella grande maggioranza dei casi esso ce ne rivela solo una quantità inferiore, poichè per la maggior parte, l'alcool viene con diversa rapidità bruciato dall'organismo ed in piccola parte viene eliminato attraverso i reni, i polmoni e la cute. Così il risultato bruto della ricerca chimica va integrato con la valutazione di quale sia — in un determinato momento — il rapporto tra l'alcool presente nell'organismo e l'alcool effettivamente ingerito.

Sulla concentrazione dell'alcool nel sangue a determinati intervalli di tempo esistono numerose osservazioni di Grehant, Nicloux, Nicloux e Placet, Schweisheimer, Kühn, Biehler, etc. Circa due ore dopo l'ingestione, viene raggiunta nel sangue la massima concentrazione di alcool; tra i 90 ed i 150 minuti dall'ingestione di una certa quantità di alcool possiamo praticamente considerare che la quantità di alcool ingerito per Kg. di peso del corpo è eguale alla quantità di alcool per mille esistente nel sangue; poi la curva di concentrazione incomincia a scendere, prima rapidamente, poi più lentamente. Dopo circa 5-8 ore è la metà; dopo circa 15-18 ore, e al più entro le 24, tutta la quantità di alcool assunta è sparita dal sangue.

Nel cervello è più ancora nel liquido cefalo-rachidiano si può però trovare dell'alcool anche piu tardi.

Tenendo conto del tempo trascorso dal momento dell'ingestione — se è possibile conoscerlo — ci si può — basandoci sulle medie anzidette — formare un criterio abbastanza esatto sulla quantità di alcool che è sfuggita al dosaggio, e che per altro ha agito, determinando o meno lo stato di ubbriachezza, con tutte le sue conseguenze.

Ma possiamo ritenere queste medie come valevoli per tutte indistintamente le contingenze?

Certo la rapidità di combustione e di eliminazione varia da individuo ad individuo, ma le variazioni individuali sono normalmente minime in rapporto alle cifre suindicate; altre variazioni di notevole importanza possono aversi per i due fattori, uno inerente al soggetto; l'altro inerente all'ambiente.

Voglio dire: 1) l'assuefazione all'alcool (alcoolismo cronico); 2) le diverse condizioni dell'ambiente esterno.

Sul primo punto possiamo dire che la scomparsa dell'alcool dall'organismo si verifica in modo molto più rapido nell'alcolizzato che nell'individuo abitualmente sobrio. Nell'alcoolizzato la concentrazione dell'alcool nel sangue è sempre inferiore alla quantità di alcool effettivamente ingerita anche quando la concentrazione medesima raggiunge il suo acme nel periodo (da un'ora e mezza a due dall'ingestione) surricordato; inoltre dopo circa 7 ore non si ritrova più alcool nel sangue, mentre ciò si verifica dopo 15-18 ore nel soggetto abitualmente sobrio.

Quanto al secondo elemento (diverse condizioni ambientali), esso non è stato prima d'ora — a quanto io mi so — oggetto di particolare studio. Da parte mia, ho ricercato sperimentalmente l'effetto delle temperature dell'ambiente esterno sulla scomparsa dell'alcool dal sangue, ed ho trovato risultati interessanti, che riferirò in altra sede.

A qual tasso di concentrazione dell'alcool nel sangue possiamo parlare di « ubbriachezza »?

Dobbiamo anzitutto dire che i risultati ottenuti con i diversi metodi non possono essere tra loro comparati in maniera assoluta: infatti ogni metodo dosa inevitabilmente insieme con l'alcool una quantità più o meno notevole di altre sostanze che alterano il risultato finale; con le diverse modificazioni dei metodi di ossidazione esiste inoltre sempre una certa divergenza subiettiva, per la lettura dei risultati (valutazione dell'avvenuto viraggio del colore); anche la tecnica della distillazione non è sempre la stessa, ma dal modo della distillazione dipende anche quali sostanze rimangono nel distillato oltre all'alcool.

Tutte queste considerazioni ci danno ragione del perchè i risultati

Digitized by Google

finora pubblicati dai diversi Autori non siano tra loro strettamente di accordo.

Così, per es., Schweisheimer, lavorando col metodo di ossidazione di Nicloux, trovò nel sangue di ubbriaco il valore massimo di 2.266 per mille; Kühn in un individuo abitualmente sobrio che aveva bevuto dopo un copioso pasto due bottiglie di birra, trovò, servendosi del metodo interferometrico, un aumento assai lieve del tasso di alcool nel sangue, vale a dire un'elevazione del 0,033 per mille.

Tuttavia, per quel che riguarda la diagnosi di «ubbriachezza», che è quella che in sostanza ci riguarda, tutti gli Autori sono d'accordo su alcune medie, che sono sufficientemente determinate per permetterci una risposta precisa al quesito propostoci dal magistrato.

Così, trovando dell'alcool nel sangue, alla concentrazione del 2 per mille (vale a dire 2 cmc. di alcool assoluto per Kg. di peso del corpo), possiamo dire che il soggetto in esame trovasi (o trovavasi) in istato di ebrietà.

Bisogna qui tener conto di un altro fatto, ed è la diversa reazione soggettiva alla stessa dose di alcool: taluni si ubbriacano con dosi relativamente molto piccole di liquori o di vino, mentre altri resistono magnificamente anche a dosi ingenti. L'ubbriachezza si manifesta in modo più rapido particolarmente nei figli degli alcoolizzati, negli affaticati, nei convalescenti, in individui esposti, per le loro occupazioni, ad intossicazioni particolari (piombo, solfuro di carbonio). Anche gli sbalzi bruschi di temperatura possono affrettare l'insorgere dell'ubbriachezza, o aggravarne lo stato.

Ma tuttociò ha importanza per introduzione di dosi non molto forti di alcoolici, poichè quando noi troviamo, per es. nel sangue alcool nella proporzione del 2,8-3 per mille, possiamo già dire con sicurezza che, indipendentemente dalla varietà delle reazioni individuali, il soggetto si trova (o trovavasi) sotto la forte azione acuta dell'alcool.

Ma un sicuro stato di grave ubbriachezza (fase di eccitazione e titubazione, periodo di depressione) anche in un alcoolizzato inveterato, non può essere dichiarato che ad una concentrazione del 4 per mille (Nicloux, Balthazard e Lambert, Vielledent).

A concentrazioni ulteriori (7-8 per mille) si hanno anche fenomeni di anestesia, talora completa. Morte per intossicazione massiva ed acutissima da alcool può aversi (Ogier e Kohn-Abrest, Gelma e Simonin) ad un tasso del 10 per mille (10 cmc. di alcool assoluto per Kg. di peso del corpo vale a dire, per es. 700 cmc. di alcool in un individuo di 70 Kg. cioè qualche cosa come 7 litri di vino comune a 10., o circa un litro e mezzo di acquavite). Queste ultime cifre sono state ritrovate assai raramente in casi reali (9, 12 per mille in un caso di Gelma e Simonin) perchè è in realtà assai difficile giungere ad assorbire una tale quantità di alcool, sopratutto se introdotto rapidamente.

In genere lo stomaco si incarica saggiamente di liberare, col vomito, l'ubbriacone da una parte dell'alcool ingerito ma non ancora assorbito; e poi la morte sopravviene in generale, prima che tale assorbimento venga completato (anche ad una concentrazione del 6 per mille nel sangue), non per intossicazione massiva, ma per raffreddamento sopravvenuto nel periodo di depressione dell'ubbriachezza, oppure lesioni organiche croniche, in cui l'ubbriachezza ha costituito solo un elemento favorente il prodursi della morte.

BIBLIOGRAFIA

Data la grande mole bibliografica sono riportate solo le indicazioni dei più importanti lavori citati nel testo.

Astruc e Radet. Annales des falsifications et des fraudes, 1925, marzo. — Atwater e Benedict. Washington Bull. Depart. of Agr. 1898, LXIX e 1902 n. 9. — Balthazard e Lambert. C. R. Societé de Biologie, 1920, XXI. — Carrara. Atti del I Congresso Italiano di Medicina Legale, 1913. — Gelma e Simonin. C. R. Soc. Méd. Leg., 8 febbraio 1926, in Ann. Méd. Légl., 1926, n. 3. — Grèhant. C. R. Academie des Sc., 1899, novembre. — HohneAbrest. Annales de Médicine Legale, 1926, n. 7. — Landsberg. Zeitschrift f. Phys. Chemie. 1904, XLI, 505 — Martin e Nourrisson. Ann. des falsifications et des fraudes, 1925, aprile. — Nicloux. C. R. Societé de Biol. 1896, pag. 841 e 1126; 1904 pag. 652; 1906, pag. 1034. — Vielledent. Annales des Médecine Légale, 1926, n. 5. — Zanger. Vierteljahr. f. ger. Medizin, 1912.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La cianosi cronica idiopatica. — Ch. Trunecek. *Bruxelles Médical*, n. 29, 1927.

La cianosi trae origine sempre da un impedimento alla normale ossidazione del sangue; ciò può avverarsi, per es., negli individui normali in seguito alla permanenza prolungata in un'atmosfera ricca di acido carbonico, negli individui affetti da vizi congeniti di cuore, ecc. Esiste però, come ha osservato l'A., una cianosi cronica idiopatica, il cui meccanismo patogenetico è il seguente: il sangue dei capillari, nell'uomo normale, si sofferma solo poco, circa 1/2 secondo, a livello dei tessuti ove vien trasformato da arterioso in parzialmente venoso; quando, invece, la corrente sanguigna si rallenta o s'interrompe, come nella sincope, e resta più lungo tempo a contatto con i tessuti, diventa molto più venoso e rende la cute e le mucose violacee o bluastre. Simili modificazioni hanno luogo se il sangue circolante si carica di acido carbonico proveniente dall'interno stesso dell'organismo: conseguenza ne è la cianosi idiopatica.

Sintomi di questa sono principalmente il colorito livido della pelle e la tinta bluastra delle mucose, sopra tutto della bocca e delle labbra. La replezione dei capillari e delle vene può determinare delle emottisi e determinare anche un'iperemia del capo e un aumento del volume del fegato; d'altra parte la cianosi provoca un affaticamento precoce di tutti gli organi, espressione del quale è anche la claudicazione intermittente che può manifestarsi alle estremità. Questa claudicazione comincia lentamente, non è quasi mai completa e si accompagna con iperemia, il che la distingue dalle paresi e dalle paralisi che compaiono durante l'ipertensione spasmodica o bianca, descritta dall'A., che è dovuta ad una vasocostrizione delle arterie. Tra i sintomi subbiettivi, all'inizio e sopra tutto nei giovani, debbono notarsi l'eccitabilità, l'irritabilità, l'insonnia; nei casi più avanzati e negli adulti, la depressione mentale, il torpore, il senso di stanchezza, la perdita della memoria e del senso di orientamento.

Finora i malati di cianosi cronica idiopatica erano stati, in parte, compresi in altri gruppi di malattie; così gli eretistici erano confusi con i neurastenici, i torpidi erano considerati come simulatori o isterici e più tardi come astenici.

L'A. cita il contributo di Andrea Ferrannini nel differenziare nosograficamente i vari tipi di cianosi e di stasi (v. *Riforma Medica*, 1924, N.o 5).

La cura di questa forma idiopatica di cianosi sarà diretta a diminuire la percentuale di acido carbonico che è in eccesso nel sangue, o neutralizzandolo direttamente o aumentando gli alcali dell'organismo. Si consiglieranno perciò a questi malati delle cure di acque minerali dirette a tale scopo o, per aumentare l'alcalinità sanguigna, si somministrerà la chinina. Utili pure riescono gli ioduri alcalini, specie nei cianotici pletorici. Per neutralizzare direttamente gli acidi del sangue, si ricorrerà alle iniezioni sottocutanee di sali alcalini, tra i quali ottima la soluzione di essi che costituisce il siero di Trunecek. Buoni pure i carbonati, che fissando acido carbonico nell'organismo, si trasformano in bicarbonato.

Anastomosi tra vena porta e vena cava nel trattamento dell'ascite da cirrosi.— Krestowski. *Paris Médical*, n. 22, 1927.

Un'inferma, sofferente da più di 4 anni di ascite, ripetutamente evacuata, fu sottoposta dall'A. a intervento operatorio, nel dubbio che esistesse una cisti ovarica che necessitasse l'asportazione; l'operazione invece mostrò l'esistenza di una cirrosi del fegato, specialmente a carico del lobo destro. Rinchiuso l'addome, in seguito l'ascite si riprodusse ancora, tanto che ogni mese venivano estratti con la paracentesi 15-20 litri di liquido. L'A. decidette, quindi, di intervenire di nuovo allo scopo di creare un'anastomosi tra il sistema della vena porta e quello della cava. Fu aperto, perciò, l'addome ed evacuata l'ascite; l'intestino tenue fu allontanato in basso e a sinistra e il colon trasverso respinto in alto, in modo da mettere in evidenza il mesocolon. Trovata la vena mesenterica superiore, al di sopra del duodeno, venne isolata, denudata per 6 cm., legata subito al di sotto della vena colica mediana e sezionata dopo l'applicazione di una pinta di Hopner all'estremità inferiore del tratto di vena denudato. Liberata, ora, e spinta in alto la porzione trasversale del duodeno, si scoprì la vena cava inferiore, che venne isolata per un tratto di 6 cm.; indi la parete anteriore di essa fu afferrata con una pinza a branche molto curve elastiche e del tutto lisce, seguendo le indicazioni di Bogoraz; in tal modo la corrente sanguigna nella cava inferiore non fu interrotta. Subito dopo, la cava venne incisa per una lunghezza di 1,5 cm. e fu prati-

Digitized by Google

cata l'anastomosi tra essa e la mesenterica. Tolta la pinza e rimessi a posto i varii visceri, l'addome venne rinchiuso.

Per impedire un'iperemia *ex vacuo*, data la grande quantità di liquido ascitico tolto dall'addome, questo, prima di essere chiuso, venne riempito con due litri di soluzione fisiologica. Tranne fenomeni di shock, la sera dell'operazione, l'inferma ebbe un decorso post-operatorio favorevole.

Dopo 4 mesi, dall'operazione, l'a. ha dovuto subire solo due paracentesi e ciascuna volta sono stati estratti appena 5 litri di liquido; ciononostante essa si sente come rinata. E' probabile che con lo stabilirsi di altre anastomosi collaterali, anche questa modica ascite non si riproduca più.

In conclusione, l'A. ritiene che nei casi di ascite da cirrosi sia razionale praticare l'anastomosi porta-cava, seguendo il metodo di Bogoraz, e non legando la vena porta, il che priverebbe il fegato completamente del sangue di quest'ultima, con pericolo d'intossicazione.

Sulla malattia di Köhler-Lewin. — Lambranzi. *Diario Radiologico*, n. 2, 1927.

Questo giornale si è occupato diffusamente in una rivista sintetica delle malattie osteo-articolari da carenza, fra cui la malattia di Köhler, per cui crediamo inutile ritornare sulla sua descrizione e patogenesi.

Gioverà solo notare il contributo di 3 casi dell'A., da cui desumiamo in dettaglio il reperto radiologico della affezione.

Essa da questo punto di vista è caratterizzata dal seguente reperto :

1) l'ombra di contorno della superficie articolare della prima falange del piede presenta un arco irregolare, spesso quasi a forma di *esse*;

2) lo spazio articolare è in quasi tutti i casi più ampio del normale e non è soltanto allargato, ma presenta delle irregolarità;

3) il contorno dell'articolazione del condilo metatarsale, perde la sua normale rotondità; nei casi recenti è solo più o meno appiattito, nei casi invecchiati ha irregolari gibbosità;

4) nei casi vecchi con alterazioni di alto grado, si trovano nello spazio articolare delle ombre grandi come capocchie di spillo e fino alla grandezza di lenticchie della compattezza di osso, somiglianti a lamine di calce nelle capsule articolari di articolazioni piuttosto grandi, ma distintamente sferoidali.

5) Il condilo metatarsale è raccorciato ma non in toto, solo nel suo terzo distale; il metatarso nell'insieme è pure un po' accorciato;

6) In tutti i casi è alterata più o meno tutta la metà distale metatarsale: distalmente esso aumenta di circonferenza di modo che sotto la testa non vi è segno di collo, sicchè spesso la metà distale è uguale alla prossimale per forma e grandezza.

Insufficienza dell' arteria polmonare nel corso della stenosi mitralica. — V. Scimone. *Cure e Circolazione*, fasc. 1, 1927.

In due casi di cardiopatia, uno di stenosi mitralica ed uno di doppio vizio mitralico, entrambi di origine endocarditica reumatica, l'A. ha rilevato dei dati che lo hanno autorizzato a porre la diagnosi di insufficienza delle valvole sigmoidee polmonari. A tale diagnosi egli è stato condotto dal reperto di: un'ottusità retromanubrio-sternale maggiormente debordante verso sinistra; un soffio diastolico, dolce, aspirativo, filato, sul focolaio della polmonare, propagantesi a sinistra in corrispondenza del corpo dello sterno all'altezza del 3° e 4° spazio intercostale; un notevole aumento dell'ombra dell'arteria polmonare alla radiografia; mancanza di segni di insufficienza aortica.

L'A. ritiene che, in caso di stenosi mitralica, bisogna tener presente, più di quel che non si faccia comunemente, la non rara possibilità della comparsa di una insufficienza della polmonare. Questa può interpretarsi, o come una forma puramente funzionale per dilatazione semplice del tronco della polmonare sottoposta ad una aumentata pressione, o come insufficienza organica determinatasi per arteriosclerosi distrettuale del piccolo circolo, o per un processo di endocardite od endoarterite subacuto o lento di cui è dimostrata la frequenza in campo di pregressa endocardite.

Si può osservare, intanto, che le emottisi in corso di stenosi mitralica semplice, o complicata con insufficienza della polmonare, vanno interpretate non sempre come infarto da embolia o congestione passiva, ma anche, e frequentemente, come emorragie in campo di arteriosclerosi del circolo polmonare.

Sulla terapia della pneumotubercolosi mediante Lipatren.— Rad, Sanatorio «Baumgartnerhöhe», Wien. *Zeitschrift für Tuberkulose*, vol. 47, 4, 1927.

Sotto il nome di lipatren viene usato in Germania un prodotto risultante da una miscela di Lipoide animale 5 % con soluzione Yatren 4 % (Lipatren A). Si otterrebbe così un composto di cui un costituente serve a sostegno della cellula, l'altro eserciterebbe le sue virtù di antigene. Da qualche osservatore come il Mattausch si è pensato così rafforzare la debilitata costituzione mesenchimale, nella supposizione che nella tubercolosi sia molto colpito il connettivo, dal bacillo spicifico. Sarebbe superfluo ricordare qui le già note qualità antisettiche del Yatren. Soltanto noteremo che aggiungendo al Lipatren A. del vaccino polivalente Behring strepto-stafilococcico, si ottiene il Lipatren B.

L'A. ha avuto agio di sperimentare l'uno e l'altro prodotto. Ma per inopportunità ha rinunziato al Lipatren B, attenendosi a quello A. I suoi casi si suddividono in: tubercolosi adeno-bronchiale; miliare discreta (ematogena parvinodulare dei lobi superiori); o fibrosa densa; o fibrosa diffusa; tisi fibrocaseosa, tisi fibrocaseosa cavitaria. Le iniezioni nel bicipite furono all'inizio di 0,1 cc. al più 0,2 cc. nei casi più resistenti. Fu tenuto conto della temperatura misurandola quattro volte il giorno; fu modificata l'ascensione o la discesa delle dosi sul modo di comportarsi della celerità di precipitazione eritrocitica.

In complesso l'A. mentre non trova giustificata la propaganda a favore dell'uso interno di Lipatren, ritiene che quello A. per uso iniezioni possa offrire qualche vantaggio nella tubercolosi miliare discreta; e magari servire da stimolatore nei casi in cui l'intensa celerità di precipitazione renda guardinghi di ogni terapia specifica.

Iniezioni intra-aortiche di adrenalina.— P. Sarmiento. *Cuore e Circolazione*, fasc. 1, 1927.

Seguendo la proposta di J. Tornai, l'A. ha praticato in una ragazza di 15 anni in periodo di agonia un'iniezione intra-aortica di 1 cc. di soluzione di cloridrato di adrenalina al ‰. Con una siringa fornita di ago sottile da 12 cm. si penetra nel 2° spazio intercostale destro, perpendicolarmente, lungo la margino-sternale e, dopo avere perforati i comuni tegumenti e i muscoli, si porta la punta dell'ago appena medialmente, sì da incontrare l'aorta ascendente nel punto dove si fa più superficiale, avvicinandosi allo sterno, dal quale è solo separata dal pericardio, da tessuto adiposo con residui di timo e, per una variabile estensione, dalla pleura e dal margine anteriore del polmone destro. Percorso qualche cm. (circa 4) la punta dell'ago penetra nell'aorta ascendente, come si può anche desumere dal sangue che penetra nella siringa. Con tale tecnica praticata l'iniezione di adrenalina, l'A. ha visto nella sua malata solo per poco tempo ricolorarsi i pomelli, l'itto della punta diventare più visibile e gli atti respiratori più regolari e più ampi: senza ripigliare coscienza e sempre con polso ipoteso. l'ammalata è, poco dopo, morta. All'autopsia, contrariamente a quel che avviene per le iniezioni intracardiache, era possibile notare con evidenza il punto in cui l'ago era penetrato nell'aorta.

L'A. ritiene che le iniezioni intra-aortiche di adrenalina abbiano scarso valore pratico, poichè, se, come ammette Baglioni, l'adrenalina per dar luogo al fenomeno della reviviscenza deve pervenire ai centri bulbari, è solo attraverso l'iniezione intracardiaca che ciò si può ottenere, in quanto che essa agendo sul cuore da stimolo meccanico può determinare quelle contrazioni del miocardio, sia pure lievissime, ma che saranno sufficienti a far sì che l'adrenalina raggiunga i centri bulbari.

La calcificazione pleurica. — Baudey. *Journal de Médical et Chir. Pratiques*, maggio 1927.

La calcificazione cui può andare incontro la pleura, riveste diverse forme: concrezioni calcaree, frammenti calcarei endopleurici, noduli calcificati della pleura.

Queste diverse modalità di calcificazione pleurica hanno come punti di elezione la regione ascellare e quella diaframmatica, corrispondenti ai punti frequenti d'incistamento delle collezioni pleuriche.

Tali produzioni s'accompagnano a lesioni concomitanti degli organi vicini, come la sclerosi polmonare, la sinfisi pleuro-polmonare, l'enfisema. A carico della parete toracica può essere concomitante una retrazione dell'emitorace, diminuzione di larghezza dello spazio intercostale, deformazioni vertebrali, e in forma generale i segni delle pleuriti croniche. Il processo di calcificazione appare come un deposito anormale dei sali di calcio, caratteristico delle pleuriti tubercolari. La patogenesi è oscura. Il trattamento consiste nella asportazione delle placche calcificate, se le condizioni dell'infermo lo permettono.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Trattamento chirurgico della dilatazione dei bronchi. — Isemein, Hôpitaux di Marseille. *Gazette des Hôpitaux*, 21, 1927.

Dopo un lungo periodo di inefficacia terapeutica, la cura di queste alterazioni si è andata istradando sempre più verso la chirurgia. I metodi possono così venire analizzati suddividendoli in indiretti e diretti.

1. *Pneumotorace artificiale*. La collassoterapia ha la sua giustificazione nel senso di esercitare una compressione la quale favorisca la tendenza di questa suppurazione aperta a vuotarsi per le sue vie naturali. Tuttavia va notato accanto a qualche buon successo, la frequenza dell'insuccesso. Le ragioni di quest'ultimo si possono attribuire sia alla fre-

Digitized by Google

quenza di aderenze che renda impossibile lo pneumotorace; sia all'eventuale bilateralità della lesione; sia alla presenza di sclerosi peribronchiale la quale ostacoli la compressione e la retrazione del polmone. Ad ogni modo l'indicazione a questa terapia si può anche distinguerla: nell'adulto di solito già la semeiologia e la radiologia chiariscono la presenza o meno della sinfisi pleurica; nel fanciullo di solito non c'è la sclerosi, epperò non si esclude la spontanea guaribilità. Si aggiunga che la bilateralità costituisce una controindicazione; senza tacere poi che tra le eventuali complicazioni di questo intervento ci sono: le lacerazioni del polmone quando le aderenze fossero molto tenaci, e le pleuriti essudative di sotto purulente o putride.

2. La *frenicotomia*. Per affinità con quanto si è proposto per la tubercolosi basale, qui le indicazioni vogliono essere ponderate. Innanzi tutto bronchettasie del lobo inferiore; circoscritte lesioni anche se bilaterali. Ci sono affinità nelle indicazioni con quelle della collassoterapia. Pertanto c'è da regolarsi sulla scelta dell'uno o dell'altro metodo; senza dire che essi potrebbero anche combinarsi. Controindicata a rigore, soltanto nelle affezioni eccessivamente estese, la frenicotomia (della quale abbiamo in più contingenze esposta la tecnica) deve essere non solo totale, cioè del tronco principale e dei nervi accessori ed anastomosi, ma piuttosto una ectomia. Ottenutasi l'emiplegia del diaframma, si eleva ed immobilizza la base e si hanno i segni semeiologici, e radiologici dimostrativi. La cavità toracica è ristretta non solo nel senso verticale ma in quello trasversale: diminuzione di 1/6-1/3 della capacità emitoracica. Salvo qualche caso infausto, gli altri starebbero a mostrare l'innocuità dell'intervento. Tuttavia non si può a rigore vantare grandi successi, perchè molto parziali, se non si volle associare il trattamento allo pneumotorace ed alla toracoplastica. Si può affermare una certa tendenza della chirurgia verso queste innovazioni, tanto più che l'operazione viene considerata come facile ed innocua.

3. *Scollamento pleuro-parietale*, seguito da interposizione di garze, tessuto adiposo o muscolare, o pailoncino di cautchouc insufflabile. Scarse osservazioni.

4. *Toracoplastiche*. Riportandosi a quanto si sa per la tubercolosi, si può anche qui invocare questa operazione allorquando la sinfisi pleurica e la sclerosi pulmonare non offre risorse nella collassoterapia, la soppressione di parte dello scheletro viene a secondare il processo autocurativo della depressione parietale toracica. Implicitamente dunque l'intervento ha indicazione quando sono controindicati quelli anzidetti. Controindicano tuttavia l'intervento i limiti di età in sotto di 15 ed in sopra di 40 anni: la bilateralità delle lesioni; il cattivo stato generale; l'esistenza di altre lesioni specialmente cardiache.

Prescindendo dalla tecnica, che non ci sembra qui il caso di riportare, tanto più che sono sviscerati i metodi operatori, i risultati vorrebbero così considerarsi: temperatura dopo una fase di ascensione ritornata alla norma; espettorazione resasi più abbondante nei primi dieci giorni. Senza voler essere oppositori nè caldeggiatori eccessivi, sta il fatto che anche i chirurghi i quali favoreggiano l'intervento (tuttaltro che lieve) finiscono per dichiarare di non poter contare veri successi.

5. La *pneumotomia*. Indicata nei soli casi acuti con ritenzione essa lascia di solito una fistola la cui chiusura è compromettente; la mortalità post-operatoria oscilla tra 25-33 %..

6. La *pneumectomia* o *lobectomia*, intervento eroico ma imponentissimo, con una mortalità di 51 %, sopratutto per deficienza cardiaca o respiratoria, emorragie, infezioni della pleura o del mediastino.

Pneumotorace bilaterale associato alla toracoplastica. — SAMSON. *Zeitschrift für Tuberkulose*, vol. 47, fasc. 4, 1927.

In un caso di grave affezione estesa al lato sinistro, a tipo cavernoso, prevalentemente cirrotico, sebbene accompagnata da versamenti, mentre sul lobo superiore destro si svolgeva un processo cirrotico, venne eseguito uno pneumotorace bilaterale, prima a sinistra, e dopo poco più di un mese a destra. Gli effetti favorevoli si sono mantenuti dal 1924. A fine aprile 1925 la affezione lobare superiore destra si era arrestata. Di qui la possibilità di curare la grave affezione cavernosa del lato sinistro, ricorrendo alla toracoplastica. Anche questo sforzo venne ben tollerato dal polmone destro. Il miglioramento clinico con reintegrazione di capacità lavorativa in contrasto con lo stato precedente al bilaterale pneumotorace, si mantiene da 1/2 anni.

In un secondo caso di tisi bilaterale estesa, cavernosa, prevalentemente cirrotica, si eseguì lo stesso pneumotorace in febbraio 1925 a destra, ed a fine aprile s. a. a sinistra.

Il miglioramento clinico si manifestò ben presto col ritorno della capacità lavorativa, e si mantenne durante un anno consecutivo. Il miglioramento è confermato obbiettivamente dalle manifestazioni stetoscopiche di regresso del catarro.

L'esperienza dell'A. e di altri su codesta pratica bilaterale, autorizza dunque a ritenere che, anche non apportando la guarigione anatomica, lo pneumotorace bilaterale sia raccomandabile per la sua efficacia.

L'autosangue nelle emorragie gastriche postoperatorie. — C. RAUSCHE, Eisleben. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1926, ...

In emorragie secondarie più o meno gravi susseguenti a quattro resezioni dello stomaco ed a 5 gastroenterostomie posteriori (in un gruppo di 65 interventi sullo stomaco) l'Autore si è servito con vantaggio di iniezioni di autosangue senza ricorrere di nuovo alla laparotomia.

Successivamente l'A. ha adoperato queste iniezioni a scopo profilattico, iniettando 10-20 cmc. di autosangue, fin da principio, in un altro gruppo di 46 operazioni sullo stomaco, senza avere giammai emorragie secondarie.

OSTETRICIA

La diagnosi sierologica della gravidanza col metodo di Kottmann. — N. DALLERA, Clinica Ostetrica della R. Università di Parma. *Folia Gynaecologica*, 1926, n. 2.

Questo nuovo metodo siero-diagnostico della gravidanza si basa sulla proprietà riscontrata nel siero di donna gravida di scomporre il legame ferro-albumina, rendendo libero il ferro, mentre di fronte ad un siero di donna non gravida la combinazione ferro-albuminica rimarrebbe inalterata.

All'uopo il Kottmann ha preparato alcuni speciali composti, i «sorcimi», in cui i corpi albuminoidei specifici di diversi organi e tessuti allo stato normale e patologico sono combinati con speciali sali metallici, in modo che con la scomposizione dell'unione metallo-albuminoidea si rende nuovamente libero il metallo.

Il meccanismo della reazione verrebbe spiegato nel modo seguente: i corpi di reazione del siero di gravida vengono adsorbiti dal sorcima, ed indipendentemente da qualsiasi azione fermentativa, mediante fenomeni di trasposizione, liberano il ferro che passa nel siero; nel filtrato il ferro è facilmente dimostrabile per mezzo della reazione del solfocianuro di potassio.

La tecnica della reazione non è complessa, ma esige numerose precauzioni, perchè l'esito sia attendibile. L'Autore ha esperimentato il metodo di Kottmann su 250 sieri di donne gravide, puerpere e non gravide, ottenendo in gravidanza risultati positivi nella percentuale del 96,3 %, e nei controlli risultati negativi nella proporzione del 97,9 %. E' specialmente in rapporto alla forte percentuale dei risultati negativi ottenuti nelle varie forme ginecologiche che, secondo l'Autore, il metodo presenta sugli altri mezzi di indagine notevoli vantaggi.

Il sorcima adoperato è stato quello placentare, al cloruro ferrico.

La radiografia fetale come mezzo per la diagnosi di gravidanza. — A. PERALTA RAMOS, S. E. BERMANN, S. A. SARALEGNI, Ospedale Rivadavia di Buenos Ayres. *La Semana Medica*, 1926, n. 40.

In molti casi la palpazione addominale non permette una diagnosi certa di gravidanza, soprattutto nei primi mesi. I segni certi della gravidanza non appariscono, o esistono delle condizioni particolari che ostacolano l'indagine del medico (obesità, contrattura della parete addominale, etc.); il dubbio può essere anche più grave quando la paziente ha avuto delle amenorree in periodi in cui non era certamente gestante, o quando, al contrario, dopo una prima amenorrea si sono verificate una o varie metrorragie.

I tentativi di ottenere con la indagine radiologica una risposta all'importante quesito, se la donna trovasi o meno in gestione, rimontava al 1895, ma solo dopo il 1910 il perfezionamento tecnico ha permesso la generalizzazione di questo procedimento.

Gli Autori si servono, allo scopo, della seguente tecnica:

Nelle due notti precedenti alla esecuzione della radiografia si somministra alla paziente una cucchiaiata di polvere di liquirizia composta. Un'ora prima di eseguire la radiografia, si applica un cataplasma caldo di seme di lino.

Alimentazione leggera, a base di farinacei e liquidi, per i due giorni che precedono l'esecuzione della radiografia.

La paziente viene, al momento opportuno, posta nella stessa posizione che si utilizza in pratica per l'esame dei due reni, vale a dire orizzontale dorso-lombare, con le cosce flesse sul bacino in un angolo di 135° a 145° e le gambe flesse sulle cosce ad angolo uguale. La lastra è collocata sotto la pelvi.

Il tubo è collocato perpendicolarmente alla pelvi, obliquandolo in un angolo di 20° a 40°, secondo la conformazione della pelvi ossea, così si otterrà che il raggio normale cada sul centro della lastra.

Non è possibile ottenere buone fotografie, se non con alte cariche elettriche, e con esposizione rapida; è consigliabile un tubo Coolidge ultimo modello, servendosi di 90 a 120 kilovolta e di 100 milliampéres. Il

Digitized by Google

periodo di utilità radiologica è di 1/20 o ad 1/5 di 1". La distanza focale è di dieci ad otto pollici.

Nelle donne che pesano più di 65 kilogrammi, è bene servirsi del diaframma Potter-Bucky, a duplice parafuoco rinforzato e film a doppia emulsione; in questi casi la esposizione arriva ad un secondo, e la distanza focale è di venticinque pollici.

E' provato che in questi casi i raggi Röntgen sono senza pericolo alcuno tanto per la madre quanto per il feto, trattandosi di esposizione rapidissima, e di radiografie eseguibili a grandi intervalli.

Sulla diagnosi della gravidanza extrauterina.— RIZZACASA, in Aquila. *La Clinica Ostetrica*, 4, 1927.

Fondandosi sopra alcune osservazioni personali l'A. prende a disaminare le contingenze meno frequenti, epperò di più delicata diagnosi. Innanzi tutto non si esclude che la frequenza delle gestazioni ectopiche oggi osservata, possa essere in parte dovuta alla maggior diffusione purtroppo bellica delle affezioni veneree.

La diagnosi offre frequenti difficoltà, che si riflettono quindi sulla condotta terapeutica. Un caso osservato dall'A. non ci sembra molto peregrino, perchè con i fenomeni di aborto (coaguli e membrana decidуale) si trovò utero vuoto e gravidanza tubarica sinistra. In un altro caso dopo qualche tempo dalla stabilita diagnosi di gravidanza ectopica, una nuova osservazione non constatò il reperto; perchè attraverso la breccia rotta del corno uterino rudimentario, sgusciatosi il sacco amniotico e il fetolino, non si riesciva a palparlo.

In un altro caso di grave inondazione peritoneale sulla perforazione del corno uterino si trovarono villi coriali che avevano esercitata la corrosione.

In un caso molto simile al precedente coesistevano sintomi di aborto così precisi da indurre facilmente in errore.

Bisogna specialmente nei casi di cospicua inondazione dare sempre più importanza al cosidetto sintomo «frenico» (dolore alla spalla destra o sinistra) per ritenerlo esponente di uno stato che richieda un intervento quanto più presto.

In qualche caso in cui si sarebbe indotti a diagnosticare una sactosalpinge, potrebbe scongiurarsi l'errore riscontrando l'angolo formato dalla tromba in corrispondenza del passaggio della porzione vuota a quella occupata dall'ovo e dal sangue (Segno di Pestalozza).

Superfluo dire che l'A. è convinto partigiano dell'intervento operatorio nella gestazione ectopica.

La desensibilizzazione aspecifica nella cura dei vomiti gravidici. — LÈVY-SOLAL, DALSACE, COHEN-SOLAL. *Paris Médical*, n. 22, 1927.

Gli AA. premettono, a base della nuova terapia da essi proposta, una concezione personale, dimostrata sperimentalmente, circa la patogenesi dei vomiti gravidici: questi rappresenterebbero nella loro essenza dei fenomeni di shock provocati dalle proteine ovulari. Starebbero a dimostrare ciò i seguenti fatti: 1. Le donne presentanti vomiti gravidici sono sensibilizzate verso gli estratti placentari, sensibilizzazione che dura ancora 3-4 giorni dopo il parto; al di fuori dello stato gravidico le donne non appaiono sensibilizzate verso detti estratti. 2. Esiste nella placenta delle donne affette da vomiti gravidici un antigene, il quale, reso attivo dal contatto con un siero di sangue umano qualunque, è capace di determinare nella cavia fenomeni di shock. 3. Le donne gravide colpite da vomito si dimostrano sensibilizzate verso lo sperma del marito, più che verso lo sperma di un individuo qualsiasi; d'altra parte lo sperma del coniuge può determinare nelle cavie fenomeni di shock molto più intensi che lo sperma di un altro individuo. Sembrerebbe provato da quest'ultimo fatto che le proteine spermatiche siano quelle che danno origine ai fenomeni di shock che determinano i vomiti gravidici.

Da queste premesse, gli AA. deducono che la cura dei vomiti in gravidanza debba essere una cura di desensibilizzazione. A tale scopo, anzi che usare le iniezioni intradermiche di estratti placentari (i quali sono instabili e hanno azione variabile secondo la maniera di preparazione), gli AA. si sono serviti della desensibilizzazione aspecifica col peptone di Witte, ottenendo la cessazione dei vomiti dopo 6-12 iniezioni, ma preferendo completare la cura col praticare totalmente una ventina di iniezioni.

PEDIATRIA

La reazione di Kottmann in pediatria. — FANTON. *La Pediatria*, fasc. III, marzo 1927.

Nell'infanzia esistono stati lievi di distiroidismo (ipotiroidismo) che sono frequentissimi ma, a causa della loro labilità, passano per lo più inosservati o vengono attribuiti a cause diverse. Poichè la tiroide agisce durante le varie fasi dell'accrescimento, dominandone tutti i processi, è ovvio quanto sia opportuno conoscere le sue disfunzioni, che, potendo essere modificate con opportuna terapia tiroidea, apportano notevoli vantaggi nei bambini poco sviluppati fisicamente e psichicamente, nella diatesi essudativa, in dispepsie lunghe e recidivanti, in attacchi asmatici ed in certi soggetti ad abito pastoso, apparentemente linfatici.

La disfunzione tiroidea si manifesta più frequentemente, nei bambini sotto forma di ipotiroidismo.

Allo scopo di svelare questa deficienza glandolare il Kottmann ideò una speciale reazione, fondata sulla determinazione del diverso potere di dispersione dei colloidi nel plasma sanguigno in rapporto con la funzionalità della glandola tiroide. Secondo questo A. negli ipertiroidei i colloidi del plasma sarebbero più grossolanamente dispersi in confronto del normale, mentre il contrario avverrebbe nei casi di ipotiroidismo. Questa reazione del Kottmann non è altro che una reazione fotosierologica, analoga ai processi fotografici, e basata sul seguente concetto fisico-chimico: aggiungendo il nitrato d'argento al bromuro di potassio quando il sale di argento è disperso nella gelatina, le particelle di quest'ultimo sale si trovano in uno stato di alta dispersione e non sono eccessivamente sensibili. Quando la lastra viene esposta alla luce le particelle della emulsione gelatina più nitrato d'argento si fanno più grandi e divengono per la loro minore dispersione più sensibili alla luce. Quindi la rapidità con cui questa modificazione avviene è in rapporto con l'azione protettiva devoluta alla gelatina o, meglio, con la maggiore o minore dispersità dei colloidi: se la dispersione è alta il sale d'argento sarà meno sensibile alla luce; nel caso contrario aumenta.

Il Kottmann sostituì alla gelatina il siero ed al bromuro di argento il ioduro di argento, considerando i rapporti esistenti fra iodo e metabolismo negli stati tiroidei.

La reazione dovrà risultare: ritardata nei casi di ipertiroidismo (quindi aumento della dispersione dei colloidi del siero; accelerata nei casi di ipotiroidismo (diminuita dispersione); normale con funzionalità della tiroide normale.

Questa reazione fu introdotta in pediatria da Little e Sutton. Altri Autori pure l'adoperarono, e infine l'A. apporta un contributo personale di 182 osservazioni praticate sul siero di sangue e 28 sul liquor. Ha adoperato la seguente tecnica. Prelevare una certa quantità di siero a digiuno, estraendo da una vena del gomito o da un dito. Centrifugato il siero, perchè sia perfettamente limpido, se ne preleva un cmc. che viene posto in provetta sterile del diametro non superiore ad un centimetro. Vi si aggiungono 0,25 di ioduro di K al 0.50 % e cmc. 0,30 di nitrato d'ag. pure al 0.50 %. Si ha così nel siero una sospensione di ioduro d'arg., che agitata prima, si espone alla luce di una lampada da 500 Watt, ponendo la provetta alla distanza di 25 cm. e per non più di 5 minuti primi.

L'A. ha distinto la sua casistica in cinque gruppi: bambini con sintomi di disfunzione tiroidea, bambini affetti da idiozia, bambini con malattie varie, bambini normali, liquidi cefalo-rachidiani.

In tutti questi gruppi la reazione di Kottmann ha avuto un grado di positività tale da giustificarne la utilità per cui l'A. conclude che esistono effettivamente dei rapporti diretti fra stati di alterata funzionalità tiroidea e R. K. e che, infine, se pure tale r. non è specifica in quanto tutto ciò che altera la viscosità del siero di sangue influisce pure sul comportamento di essa reazione, pure può essere utilizzata come prezioso sussidio diagnostico in tutti gli stati di disfunzione tiroidea, qualora si possano eliminare le eventuali cause di errore.

Le cause della dispnea nel bambino. — BROCA e LAMY. *Gazette des Hôpitaux*, n. 33, 1927.

Qualche volta la dispnea sul bambino può raggiungere tale intensità da dominare tutto il quadro clinico. Per la sua chiara interpetrazione bisogna ricordare che essa può dipendere, più frequentemente, dall'apparecchio respiratorio (laringe, trachea, grossi e piccoli bronchi, alveoli polmonari, pleura, spazie perifaringeo, periesofageo e mediastino) oppure dai sistemi nervoso, renale, circolatorio e infine dalla febbre o da una intossicazione.

Prima di trattare di queste varie forme bisogna ricordarne i diversi tipi. Esiste un tipo inspiratorio che si produce quasi esclusivamente nelle ostruzioni alte delle vie respiratorie; questo tipo si accompagna a *tirage* sottosternale e sottoclavicolare, e spesso anche a rumori laringei. Il tipo espiratorio è più caratteristico delle compressioni basse alle vie respiratorie, specialmente da adenopatia tubercolare mediastinica.

Il tipo Cheyne-Stokes che caratterizza il periodo terminale di nefriti acute o subacute o croniche.

Il tipo polipnoico in cui si ha un fortissimo aumento dei respiri al minuto (normalmente il respiro del neonato, che è di 50 atti al minuto, va progressivamente diminuendo fino a raggiungere il numero quasi normale dell'adulto, all'età di 3-8 anni in cui è di 20 atti); allora la dispnea

Digitized by Google

si accompagna a cianosi, angoscia, sudori freddi, alterazioni dei movimenti delle pinne nasali, ecc.

Tra le cause dipendenti dallo apparecchio respiratorio o da formazioni connesse alle sue varie sezioni bisogna elencare: l'adenoidite acuta, l'ascesso retrofaringeo (3-18 mesi, epoca più frequente), l'ipertrofia del timo, in cui la dispnea sopravviene per accessi, ma negl'intervalli si ha un sibilo respiratorio, dovuto alla compressione dell'organo ipertrofico sulla trachea. Tutte queste forme sono proprie della prima infanzia.

Nella seconda infanzia la dispnea può essere più frequentemente provocata dalla laringite stridula o falso croup. In questa forma la dispnea è a intervalli, e succede bruscamente dopo una fase di riposo. Il bambino durante la notte, mentre stava apparentemente bene, viene improvvisamente colpito da una mancanza d'aria, i respiri aumentano di frequenza, la voce è rauca, la tosse abbaiante. Dopo rapidamente la crisi termina, il bambino si riaddormenta e il respiro ritorna normale.

Nel croup vero all'inizio la dispnea si presenta pure ad accessi in forma di soffocazione; è intermittente, ma col progredire della malattia diviene continua. E' del tipo inspiratorio; la respirazione è difficile ma non accelerata. Si accompgna a *tirage* sottosternale, caratteristico dell'ostacolo laringeo e soprasternale. Si ha anche un respiro soffiante come un rumore di scia. Questi segni sono di tale gravezza che se non s'interviene con l'intubazione, sopraggiunge la fase asfittica che fa morire il bambino.

Molto importante è la coesistenza di un croup con una bronco-polmonite; in questo caso la diagnosi può essere molto difficoltata. Saranno presi in massima considerazione: l'intensità maggiore della polipnea, elevazioni della temperatura, e la circostanza dell'intubazione, che, essendo stata fatta, non ha arrecato nessun sollievo al malato.

Tra le altre affezioni di questo gruppo bisogna ricordare ancora le laringiti sotto-glottidee che hanno in genere un'evoluzione subacuta e in cui possono verificarsi delle crisi di soffocazione. La voce e la tosse sono rauche, ed è possibile che si abbia anche una vera afonia da simulare il croup.

Viene poi la dispnea dipendente dalla presenza di corpi estranei nelle vie aeree. I corpi estranei raramente si soffermano nel laringe. In questi casi provocano varie modificazioni della voce: raucedine e qualche volta afonia. La tosse è abbaiante, violenta, qualche volta calma, spesso soffocante. Il corpo estraneo può dar luogo, secondariamente a edema glottideo. I corpi in trachea possono esser mobili ed allora quando, spostandosi in seguito a varii movimenti, si accostano alla glottide possono provocare intense crisi di soffocazione, tra le quali la dispnea può esser continua.

Se il corpo estraneo è penetrato in un bronco, colpirà il contrasto fra i sintomi dispnoici e la normalità del reperto semeiologico polmonare.

Resta infine da ricordare la dispnea nel corso di affezioni croniche. Tra le più importanti di queste ricorderemo: i papillomi del laringe, che, crescendo danno luogo a stridore, tosse velata, secca o rauca; i disturbi si accentuano a misura che il tumore progredisce. La laringite eredo-luetica, che provoca, in seguito al processo specifico una stenosi laringea, con dispnea permanente, voce rauca bitonale (possono intercorrere accessi di soffocazione). Lo spasmo della glottide, che sopravviene dal 4° al 14° giorno dalla nascita ed è caratterizzato da crisi di soffocazione con apnea.

Tra le dispnee a tipo espiratorio, bisogna annoverare, quali cause più frequenti, che le producono, le adenopatie tracheo-bronchiali e le crisi d'asma. La sintomatologia varia per le adenopatie secondo il grado e la sede della compressione.

Infine nella bronco-polmonite, la dispnea è comune alle due fasi della respirazione, con caratteristiche proprie, che fanno parte del quadro sintomatico di questa affezione.

TERAPIA FISICA

Gli accidenti della diatermia. — Laquerrière. *Le Journal Médical Français*, n. 4, 1927.

Si possono dividere in due categorie: quelli più leggeri e frequenti costituiti dalle piccole scottature e quelli gravi, prodotti da un'azione estesa di un calore eccessivo che induce tanto gravi modificazioni da determinare in secondo tempo un vero sfacelo dei tessuti.

Le scottature sono in generale poco gravi ma molto frequenti e si determinano con un meccanismo molto vario.

La disposizione degli elettrodi può esser tale che la corrente diatermica si localizza su una superficie troppo ristretta, come può accadere, per esempio, se si piazzano i due elettrodi alla superficie esterna d'una gamba, l'uno al di sotto dell'altro: la corrente, il cui potere di scarico è molto rapido e tende a seguire la linea retta, passerà direttamente dal bordo superiore dell'uno a quello inferiore dell'altro elettrodo, sicchè aumentando troppo l'intensità della corrente si può provocare la sensazione di una scottatura localizzata oppure, insistendo ancora si può veder comparire un rossore o una flittene o un'escara sul contorno dei due elettrodi nel punto dove essi sono più vicini.

Parimenti, se un elettrode è malamente applicato in alcuni punti si può avere la formazione di una scintilla, la quale costituisce un piccolo cauterio sul punto della cute dove essa si scarica.

Può accadere ancora che un filo attaccato a un elettrode si interrompa o si distacchi: se si stacca molto da presso all'elettrode la corrente passerà su quest'ultimo per scintilla ed allora il punto dell'elettrode che la riceverà si scalderà molto più che tutti gli altri provocando una scottatura nella cute sottoposta. Lo stesso avviene se il filo interrotto o staccato cadrà sul paziente. E ancora se si applica per elettrode invece del metallo nudo un'altra sostanza umida, può accadere che questa si dissecchi nel corso dell'applicazione e allora la corrente passerà sotto forma di scintilla scottando nel suo punto di scarico.

Anche applicando il metallo nudo può accadere che la resistenza della cute arida in certe zone dia luogo alla formazione di scintilla e scottatura.

Va notata infine la possibilità di applicare ad infermi, la cui sensibità sia diminuita per diverse cause soggettive, mentre va tenuto conto che le correnti ad alta frequenza sono per se stesse un po' analgesiche, ragioni che renderanno il tecnico guardingo e solerte nel seguire diligentemente tutta la durata della applicazione. Un'altra causa di pericoli lievi può essere in ultimo determinata dalla cattiva applicazione di cuscinetti di sabbia, che producendo una centa anemia nelle zone che comprimono, possono esser causa di danni.

Gli accidenti della seconda categoria, per fortuna rari, sono da temersi per la loro eccezionale gravezza. Sono determinati da due fattori, come ha dimostrato d'Arsonval. Da una parte la elevata temperatura e dalla altra le alterazioni preesistenti della sensibilità nei soggetti trattati e i disturbi circolatorii pure anteriori al trattamento.

Se in un soggetto sano una forte intensità di corrente può esser tollerata in quelli con le alterazioni suddette per effetto dell'alta frequenza si può provocare la coagulazione in massa del sangue nel territorio vasale e la fatale cangrena, che obbliga a delle vere e complete mutilazioni.

OTORINOLARINGOIATRIA

La tubercolosi miliare del faringe. — Escaut e Rigaud. *Annales des mal. de l'oreille*, T. 45, fasc. 5.

La tubercolosi miliare del faringe può presentarsi sotto tre forme cliniche diverse: l'angina tubercolare acutissima, rapidamente mortale; la forma miliare acuta, di cui l'evoluzione non sorpassa i tre mesi circa; e la forma miliare subacuta o cronica.

Queste forme sono proprie della età adulta, più frequenti nell'uomo che nella donna, la quale può essere colpita durante la gravidanza o l'allattamento. Si possono anche osservare dopo asportazione delle vegetazioni adenoidi e abitualmente, in questi casi sono concomitanti a tisi polmonare cronica.

L'angina tubercolare acutissima non s'accompagna a reazioni nodulari e presenta subito un grande numero di bacilli di Koch. Il faringe, le amigdale, il velo si coprono rapidamente di ulcerazioni a fondo rosso con essudato aderente. La laringe è infiltrata, i gangli cervicali sono voluminosi e dolenti, la disfagia è intensa. L'evoluzione è di una ventina di giorni. La tubercolosi miliare acuta sopravviene nel corso di una granulia generalizzata. Si annunzia con dolori faringei intensi, accompagnati da eccesso di salivazione (d'origine riflessa). Il velopendolo, la parete faringea presentano granulazioni grigiastre che si aggruppano in placche da assumere un aspetto caratteristico di uova di pesce.

L'infiltrazione si estende ed evolve verso l'ulcerazione prima granulare, poi confluente, progressivamente distruttiva.

In un buon numero dei casi esiste adenopatia indolente. La morte sopravviene in due-quattro mesi circa. La forma miliare subacuta o cronica è caratterizzata dallo sviluppo d'una reazione fibrosa di difesa, ma poi anche questa evolve verso l'ulcerazione caseosa del faringe, ma può durare parecchi anni. Questa forma può confondersi con tutte le ulcerazioni pseudo-tubercolari e quelle di natura luetica.

Il trattamento sintomatico delle forme acute sarà fatto con pennellazioni di mentolo 0.20, cloralio gr. 3, guaiacolo gr. 1, glicerina neutra gr. 6.

Nelle forme croniche si ricorrerà alla cura generale oltre quella locale sintomatica.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

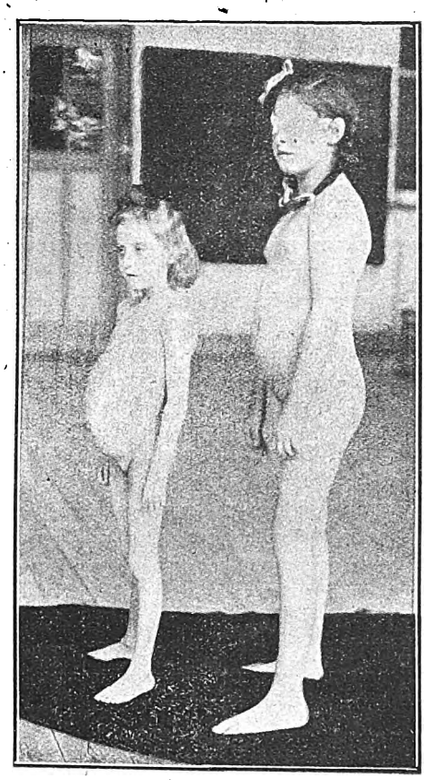
NOSOGRAFIA

Infantilismo intestinale o malattia celiaca

Con quelle denominazioni dal clinico inglese Gee venne indicata nel 1888 una malattia, in cui coesistono spiccati perturbamenti nella crescita del corpo e nella funzione ventrale. Nell'annessa figura la ragazza a destra ha la crescita normale; quella, a sinistra, della identica età, è affetta da infantilismo intestinale. Per malattia celiaca si vorrebbe intendere appunto malattia del ventre (da *coilia*, ventre).

La sindrome è preceduta da costipazione o diarrea e da malattie infettive, come lo scorbuto, o da disordini consecutivi alla dentizione, alla vaccinazione antivaiolosa.

Il fenomeno intestinale più speciale è lo stato delle fecce: spiccata steatorrea oltre a presenza, ma non costante, di muco, di sangue; gli amilacei spesso si presentano pochissimo digeriti, onde deve ammettersi



allora una insufficienza digestiva simultanea di quei carboidrati e dei grassi. La digestione degli albuminoidi è poco perturbata. Nelle fecce a tinta grigiastro-pallida è normale la presenza di stercobilina. L'addome presenta sempre spiccato meteorismo.

Nel tempo stesso si designa un arresto della crescita generale, sopratutto come lunghezza. Secondo l'A., il rachitismo è stato osservato soltanto in 8 su 36 casi studiati. Il cranio come circonferenza è normale; la dentizione non è nettamente ritardata; la nutrizione può essere soddisfacente. Nessuna netta anomalia all'esame radioscopico. Lo sviluppo psichico è quasi normale; invece è molto evidente la insufficienza genitale, come sviluppo degli organi e come funzione. Talvolta si nota ascite come la localizzazione di uno stato edematigeno generale. Spiccata diminuzione degli eritrociti e dell'emoglobina è la nota emopatica senza cangiamenti nè numerici nè di formula nei leucociti.

Le cinque necroscopie sinora note hanno mostrato niente altro che enterocolite e pancreatite cronica, per quanto secondo i risultati dell'A., anche nel succo duodenale esaminato la tripsina sia risultata normale, per quanto sia risultata assente l'amilasi, onde non può parlarsi di netta e completa insufficienza della secrezione pancreatica esterna.

L'arresto di sviluppo come infantilismo potrebbe mettersi in rapporto con un difetto di assimilazione dei grassi e delle corrispondenti vitamine, che influenzano il metabolismo delle proteine e delle sostanze minerali. L'A. non ritiene così, tanto più che negli infermi personalmente studiati l'olio di fegato di merluzzo, così ricco in grassi e in vitamine, spesso è stato seguito da azione sfavorevole e invece è notata una miglioria con la diminuzione o soppressione di altri alimenti, parimenti ricchi di vitamine, come il latte non bollito, le uova, i legumi. All'A. sembra più plausibile trattarsi non d'insufficienza di assorbimento alimentare, ma di una tossi-infezione, che agisca sull'intestino e sullo sviluppo del corpo.

Come dietetica: sopprimere i grassi e viceversa largheggiare in amilacei specialmente le minestrine maltizzate, i biscotti, il riso molto cotto *purée* di patate, decozione di orzo o di the ma poco carico; succo di uva. Non tutti gli osservatori sono di accordo nel concedere la carne pesta, il succo di carne, il pesce lesso, le cervella.

Utili come farmaci, lo jodoformio, il salolo, la santonina gialla (rimedio molto in uso contro la diarrea della Cocincina o sprue). (L. Schaar di Amsterdam, *Archiv. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*. Anno XVI, n. 8).

CHIRURGIA

La cura radicale delle cisti sebacee con lo xilolo

E. W. Suldey (*Gaz. Hedb. des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1926-9-II) fa precedere alla piccola operazione l'asepsi più rigorosa e l'anestesia locale con cloruro di etile.

Si apre la cisti col bisturi, praticando un'incisione lineare di circa un centimetro.

Con una siringa Luer, si iniettano da 1 a 2 cmc. di xilolo, secondo il volume della cisti, avendo cura di far collabire i margini dell'incisione, per modo che il liquido non fuoriesca.

Si attende per due o tre minuti; poi si leva la siringa, e si spreme accuratamente la cisti, per vuotarla completamente.

Si iniettano poi ancora alcune gocce di xilolo, per completare la pulizia; si torna a spremere ed a vuotare la cisti, che una volta vuotata completamente, dev'essere schiacciata.

Si continua il trattamento con una cura compressiva caldo-umida.

La reazione infiammatoria, abbastanza forte, provoca un dolore sopportabile, che le applicazioni calde calmano. Tale dolore persiste da 2 a 4 giorni, durante i quali il paziente va sorvegliato per impedire la cicatrizzazione precoce della incisione, e favorire l'uscita dell'essudato siero-sanguinolento mescolato con i residui della parete steatogena, che distenderebbe nuovamente la cisti.

Si fanno degli impacchi compressivi secchi per otto giorni, dopo i quali le pareti della cisti son divenute aderenti tra loro, la cute si retrae e riprende l'aspetto normale.

L'Autore ha trattato numerosi casi di cisti sebacee, alcune delle quali oltrepassavano il volume di un mandarino, e datavano da 20 o 30 anni. Non ha mai osservato recidive o complicanze.

Le cure consecutive agli interventi chirurgici

Il risveglio. Conoscono anche i meno esperti, che la presenza o lentezza del risveglio dopo un atto operatorio dipendono dalla profondità, durata e qualità della narcosi.

Chiunque abbia un modesto esercizio nella pratica della narcosi, non sente proprio il bisogno di leggere dal Kappis (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 15, 1927) che ci vuol tempo, e che frattanto l'infermo debba tenere il capo ben poggiato, e che l'aria si rinnovi nell'ambiente.

Ci sono, ma ben rari, casi di asfissia tardiva: non è neanche peregrino il dovere di assistere il narcotizzato, ricorrere alla respirazione artificiale, iniezioni di lobelina, cardiocinetici. Ancora sub-judice può ritenersi la proposta americana di aggiungere all'aria da inalare dell'acido carbonico in proporzione di 8-10 %, quale stimolante del centro respiratorio. Allo stato attuale delle osservazioni, la condotta più consigliabile sarebbe quella di ricorrere alle inalazioni carboniche non per un pronto risveglio, ma per combattere l'asfissia nella narcosi ed i disordini cardio-polmonari post-operatorii; mentre non si rinunzia alle iniezioni intramuscolari o venose di lobelina, energico stimolatore del centro bulbare.

Il trasporto e la giacitura. Neanche nuovo è che l'operato durante il trasporto sia risparmiato a tutti i disturbi. Si capisce che sia già fasciato, ripulito, ben coperto; sembra persino inverosimile che si raccomandi di allontanare tutti i lini imbrattati di sangue, escrezioni, sudori, etc. etc.!

Ed ancora: se in camera isolata, essa sia ben netta; se in reparto esso sia non ingombro di degenti. Il letto sia ben preparato e riscaldato. Neanche nuove sono le norme sul modo di giacere dell'operato; diremmo più propriamente sulle giaciture multiple e svariate che converrà dare a seconda delle varie affezioni, operazioni eseguite, e parti del corpo interessate. La parte fondamentale è il riposo quanto più pieno, la quiete, la immobilizzazione della parte. Ognuno sa che questo insegnamento, oramai portato nelle scuole di infermieri, non può trarre alcun profitto dalle

Digitized by Google

scorribande di articoli nei quali si fa un'elenco di nomi, ed un rinvio ai libri, e sopratutto all'inestimabile libro della esperienza pratica.

La fasciatura e la medicazione danno all A. l'opportunità di esibire norme non meno peregrine. Il materiale deve essere non solo pulito, ma sterilizzato; la medicatura, salvo che abbia scopo compressivo, emostatico, non sarà eccessivamente compressiva.

Le sofferenze saranno alleviate mediante l'uso di calmanti; pertanto entra in campo la morfina ed i suoi sostituti. Le iniezioni vogliono esser praticate con siringhe sterili ed a cute sterilizzata.

L'infermo deve restar ben circondato da persone di garbo, esperte nell'assistenza, favorevolmente disposte e bene accette; esser vigilato e non disturbato nel sonno notturno.

DERMATOLOGIA

Lo strofulo nel lattante

Una malattia cutanea molto frequente nel lattante è lo *strophulus* o *lichen urticatus;* l'elemento eruttivo che lo caratterizza compare sotto forma di una papula di aspetto urticariforme, del volume da un grano di canape ad un piccolo pisello, di forma conica con sommità arrotondata, di colorito rosso vivo, contornato da un alone rosso che va digradando nella cute sana. A differenza dei veri pomfi dell'orticaria, la papula dello *strophulus* è sormontata al centro da un'eminenza bianco-giallastra, del volume di una testa di spillo, contenente talora un liquido chiaro, come una minuscola vescichetta tesa e prominente. In capo a poche ore, talora una giornata, l'elemento eruttivo scompare e ne residua solo la parte centrale ridotta ad un noduletto duro, ruvido al tatto e molto puriginoso, per cui il bambino si gratta e presenta lesioni dipendenti dal grattamento (escoriazioni, crosticine nerastre, ecc.).

L'etiologia di questa affezione, che può protrarsi fino al 3°-4° anno di vita, è finora oscura; sono stati a volta a volta incolpati: i disturbi dell'apparato digerente, il rachitismo, le febbri eruttive, la dentizione, la diatesi essudativa, ecc.

L'inizio è per lo più brusco, con più numerosi elementi eruttivi al tronco e alle estremità; il decorso, se si eccettuino i casi con prurito così intenso da accompagnarsi con insonnia ostinata e profonda anemia, è per lo più benigno.

La malattia predilige la stagione estiva, e si riacutizza nelle forme croniche in questo periodo. La diagnosi è relativamente facile: il prurito fastidioso farà differenziare lo *strophulus* vescicoloso da una varicella; così pure agevolmente riconoscibili saranno le punture di insetti (pulci, zanzare, ecc.), le quali prediligono le parti del corpo scoperte. Bisogna porre la diagnosi differenziale anche con la prurigo da bruchi di *Bombice processionaria,* dovuta a lepidotteri che vivono, come bruchi, sui pini e che dà luogo a papule pruriginose, disseminate su tutta la superficie cutanea, a tipo urticariforme, che regredendo lasciano in posto piccole papule miliari dure, sormontate da una crosticina. Eruzione e prurito presentano esacerbazioni notturne e durano in genere 1-2 settimane. L'eruzione colpisce di preferenza le superficie flessorie e la faccia interna degli arti; si può manifestare contemporaneamente in varii membri della stessa famiglia.

Più difficile è lo scambio dello *strophulus* con l'eczema papuloso, con la prurigo di Hebra, con le tuberculidi papulo-necrotiche, quando queste si manifestino con un'eruzione insolitamente fitta.

La cura, secondo A. Gismondi (*La Pratica Pediatrica,* nn. 11-12, 1927), deve mirare a rimuovere i fattori determinanti la malattia: si curerà la regolarità delle evacuazioni; si applicherà un regime dietetico appropriato; si somministrerà, se esiste rachitismo, olio di fegato di merluzzo fosforato. In qualche caso ha dato buoni risultati la somministrazione di lattato di calcio e di altri sali di calcio; del lattato se ne danno nei lattanti gr. 0,10-0,15, due volte al giorno, subito prima dei pasti, nei bambini gr. 0,25 e più. Sopprimere dalla dieta le uova, il cioccolatto, il pesce, il cervello e diminuire il latte. Si tenterà, inoltre, la desensibilizzazione generale, con:

Peptone Witte centigr. 25

una cartina, mezz'ora prima dei pasti.

oppure con:

Peptone liquido di carne al 25 %	gr. 25
Glicerina	» 10
Sciroppo di scorze d'arancio amaro fino a	cc. 125.

½-1 cucchiaino da caffè, ½-1 ora prima dei pasti.

Come trattamento locale, si sconsiglia il bagno nel momento dell'eruzione; Blechmann consiglia di frizionare più volte al giorno tutto il corpo del bambino con acqua calda addizionata del suo volume di aceto. Lasciare asciugare e spolverare con amido.

Quando il prurito è intenso, ungere il corpo con la seguente pomata:

Cloridrato di cocaina	centigr. cinque
Mentolo	» quindici
Vasellina neutra	gr. venti

Spolverare, quindi, con polvere di amido.

Nelle forme tendenti alla prurigo si userà, come pomata, la seguente:

Tumenolammonio	gr. 3
Ossido di zinco	» 6
Lanolina neutra	
Vaselina	anagr. 30.

CASISTICA

Un caso di craniorinorrea

Bruzzone (*Diario Radiologico* n. 2, 1927) riferisce di una signora, madre di tre figli vivi e sani, che sei anni or sono ebbe a soffrire di un trauma cranico, in seguito ad incidente automobilistico. Dopo di questo la paziente è stata sempre bene; senonchè essendo stata affetta da una forma catarrale ritenuta influenzale ebbe a soffrire uno scolo nasale (che raggiunse la quantità giornaliera di 600 e più cmc.) consistente in un liquido limpido, giallo-citrino, che all'esame presentò i caratteri tipici del liquido cefalo-rachidiano.

La radiografia in proiezione antero-posteriore mostrò: seni frontali e facciali di trasparenza normale con bordi ispessiti (seni frontali). Attraverso alle coane nasali, in corrispondenza del seno sfenoidale di sinistra, una zona di erosione. In proiezione laterale: vasi diploici profondamente marcati su tutta la calotta cranica. Profilo sellare notevolmente alterato, per la scomparsa del pavimento della sella. Seno-sfenoidale torbido, appiattito.

Si tratta dunque di una forma tipica di craniorinorrea durante da quattro anni senza dolori, senza fenomeni cerebrali, senza disturbi soggettivi, tranne il fastidioso stillicidio di liquido dalla cavità nasale sinistra e senza fenomeni a carico dell'apparato visivo. Sicchè riassumendo dall'esame radiografico si desumono tre sintomi obbiettivi importanti: 1. ipertensione endocranica cospicua; 2° alterazioni molto notevoli della regione della sella turcica; 3° comunicazione tra cavità cranica e cavità nasale sinistra attraverso il seno sfenoidale.

La Wassermann e la Meinicke praticate sul liquido, la ricerca delle tubercolosi hanno dato tutte esito negativo.

Circa l'etiologia l'A. ammette che il trauma sia stato solo un fattore predisponente, mentre che la causa determinante, dall'inferma attribuita alla influenza sofferta e in verità concomitante all'inizio dello scolo nasale, deve attribuirsi, secondo l'A. ad una forma frusta di meningite sierosa, per cui il liquido cefalo-rachidiano avrebbe trovato la sua via attraverso il seno sfenoidale precedentemente alterato dal trauma o dalla lesione infiammatoria influenzale, o anche soltanto per una deiscenza di anomalia di sviluppo.

Echinococco primitivo dell' omento

G. Ciaprini (*Il Policlinico, sez. pratica;* fasc. 14, 1927), dall'osservazione di un caso, crede di poter confermare ancora una volta la rarità della localizzazione primitiva dell'echinococco dell'omento e la difficoltà della sua diagnosi, che non si fa quasi mai, forse perchè, appunto per la rarità dell'affezione, non ci si pensa. Invece ogni volta che ci si trova di fronte a tumefazioni del grande epiploon con sintomatologia poco netta, senza grave risentimento dello stato generale del paziente, occorre sempre sospettare la esistenza dell'echinococco e ricorrere sistematicamente all'esecuzione delle reazioni specifiche dell'echinococcosi (ricerca della eosinofilia, reazione di Ghedini-Weimberg, reazione di Casoni).

La cura in questi casi è chirurgica e consiste nell'asportazione totale delle cisti che a parte le eventuali aderenze con l'intestino, non riesce pericolosa per la possibilità di enucleare le cisti senza pericolo di aprirle.

NOTE FARMACOTERAPICHE

La Transpulmina in pediatria. — Come vien riferito da S. Buttenwiesen e A. Reuter (*Die Therapie der Gegenwart,* 1927, aprile) la Transpulmina è una soluzione sterile di chinina basica e canfora in olio etereo. 1 cmc. di Transpulmina contiene 0,03 cmc. di chinina basica, ed il medicamento si somministra per iniezioni intramuscolari, di 0,5, 1, 2 cmc. al giorno.

La Transpulmina è stata adoperata con successo in pediatria, per bronchiettasie, bronchiti purulente, broncopolmoniti purulente.

L'azione benefica del preparato si esteriorizza particolarmente con la regressione dell'abbondante espettorazione, e con la scomparsa della febbre. Il medicamento si è invece dimostrato — almeno finora — senza effetto nelle polmoniti crupali, e nelle broncopolmoniti dei lattanti.

Digitized by Google

COMMEMORAZIONI CENTENARIE

EDME VULPIAN

(1826-1887)

Leonina la testa; fiero e generoso lo sguardo; quadrate le spalle e eretto il busto come il dantesco Capaneo; tra il jeratico e il montagnardo l'andatura; scultoria la parola: una volta veduta, questa sagoma di Vulpian si stampava indelebilmente nell'animo.

Ed alla sagoma del corpo rispondeva fedelmente lo spirito animatore.

Erano tempi, in cui, in Francia, la medicina si assideva alla testa del progresso, nel campo anatomo-clinico, per opera di Corvisart, Laennec, Bretonneau, Cruveilhier, Louis, Bouillaud, Duchenne de Boulogne; nel campo sperimentale, per opera di Longet, Ch. Bell, Flourens, Magendie, Brown-Séquard. Su tutti eccellevano due intelletti sovrani: Claude Bernard, Louis Pasteur.

In ambiente siffatto era facile lasciarsi trascinare nel vortice del progresso e nebbriarsene al di là di quanto obbiettivamente emergeva dalla realtà. Ad inibire questi voli, che avrebbero fatto degenerare nella metafisica o nell'empirismo la realtà, sperimentalmente indagata, Vulpian ebbe importanza, che resterà titolo di onore altissimo nella medicina universale durante l'ultimo quarantennio del secolo scorso.

La mentalità di Vulpian era potentemente inibitrice, anzitutto su sè stesso e quindi sui risultati dedotti dalla osservazione obbiettiva. La forza per tanta inibizione selettiva Vulpian attingeva dall'intimo del suo carattere in tre campi, in cui il valore del tecnico era ugualmente elevato: il laboratorio sperimentale, il tavolo dell'anatomo-patologo, la clinica.

A 22 anni (nel 1848) è interno degli ospedali; a 31 anni (nel 1857) è medico degli ospedali; a 34 anni (nel 1860) è *agrégé* alla Facoltà Medica di Parigi; a 38 anni (nel 1864) è chiamato a sostituire Flourens nella cattedra di fisiologia al *Museum* di Parigi; a 41 anni (nel 1867) è nominato professore di anatomia patologica nella Facoltà di Parigi, quale successore di Cruveilhier; a 46 anni (nel 1872) per Lui si fonda nella identica Facoltà la cattedra di patologia sperimentale comparata, che da Lui viene tenuta per 15 anni sino all'epoca della morte (nel 1887).

Dal 1848 sino alla morte: l'antimeriggio all'ospedale (della *Charité*, della *Salpêtrière*, dell'*Hôtel-Dieu*), il pomeriggio nella sala necroscopica o nel laboratorio d'istologia o di patologia sperimentale. Ecco la giornata di lavoro di Vulpian, con costanza rimasta proverbiale, per un intiero quarantennio. *Sic itur ad astra* nel non pronunziare un postulato, che non promani genuino dalla osservazione e non venga cribellato da un cervello eccezionalmente sensibilizzato per la critica più austera.

« *Physiologie générale et comparée du systéme nerveux* »; « *Clinique Médicale* »; « *Les maladies du systéme nerveux* »; « *Anatomie et Physiologie de l'appareil vasomoteur* »; « *Action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses* ». In questi volumi sono principalmente riunite le lezioni e le scoperte, comunicate nelle sedute delle Accademie e delle varie Società scientifiche, oltre che sui periodici medici.

Le scoperte o i fatti originalmente coordinati nell'ambito della anatomo-istologia, della fisiologia e della patologia sperimentale riguardano: la specificità funzionale dei tronchi nervosi come inerente alla loro connessione con i centri o con peculiari organi periferici; la rigenerazione autogena delle fibre nervose; il trapianto o innesto dei tronchi nervosi, sopratutto del nervo linguale con il nervo ipoglosso; l'anatomo-fisiologia del nervo linguale e della corda del timpano in rapporto al nervo glosso-faringeo; la esistenza di un tono nelle vene; il valore del simpatico periferico nel sostenere il tono vasale in genere; la relativa indipendenza di azione dei nervi sudoriferi dai nervi vasomotori corrispondenti specialmente nel tronco del nervo sciatico; i rapporti tra nervi vasomotori ed eccito-secretori della mucosa intestinale nel meccanismo specialmente della diarrea; la origine e il decorso della innervazione vasomotoria dal plesso celiaco e dagli splancnici al fegato; la localizzazione delle funzioni sensitive nei fasci o cordoni posteriori spino-midollari e delle funzioni motrici nei fasci o cordoni antero-laterali; l'incrocio incompleto delle fibre sensitive nel midollo spinale; l'azione inibitrice di un segmento del midollo spinale su quello sottoposto; i rapporti anatomo-funzionali dei nervi ottici con i tubercoli quadrigemini anteriori; l'influenza motoria di un emisfero cerebrale sulla parte omologa del corpo (oltre che sul lato opposto attraverso la nota decussazione bulbare delle piramidi); la indipendenza relativa del sonno naturale o del sonno artificiale (ipnotico) dallo stato della innervazione vasomotoria encefalica e la indipendenza di questo stato (vasocostrizione) dagli atti convulsivi; l'attività diretta dei vari tessuti e i nervi vasomotori nel meccanismo biologico dei centri termogeni e termoregolatori; la esistenza di peculiari centri trofici come sostrato della nutrizione nei muscoli, nella cute e nelle ossa; il valore dell'apparato vasomotore negli edemi e nei processi infiammatorii; il meccanismo biologico intimo del veleno del rospo, del curaro, dell'atropina, della stricnina, dell'aconitina, della digitale, delle sostanze ad azione vasale (segala cornuta ed ergotina, chinino, caffeina, oppio e morfina, cloralio); l'antagonismo farmacodinamico tra jaborandi e atropina (oggi tanto in onore nella semejologia endocrina) sopratutto sulle secrezioni biliare, pancreatica e renale; la speciale colorazione in rosso con gli alogeni, in verde con il percloruro di ferro, rimasta nella tecnica istochimica per le granulazioni dette perciò cromaffini.

Da parecchie di queste ricerche istochimiche e sperimentali Vulpian fu tratto a mettere in valore le lesioni, per quanto minime, nelle cellule grigie del midollo spinale e di altre parti dell'asse cerebrospinale, nonchè dei tronchi nervosi o dei muscoli o dei vasi, inaugurando così e in grande stile il postulato sulla esistenza di perturbamenti istochimici, cioè di materia, come base di quei quadri morbosi, che continuano a chiamarsi nevrosi, ma non possono più ritenersi come « sine materia ».

Nel resto del campo anatomo-clinico basti ricordare le osservazioni di Vulpian sulle compressioni del midollo spinale; sulle emorragie intramidollari; sulle mieliti acute; sulla classificazione delle lesioni midollari in mieliti sistematiche e mieliti diffuse; sulla distinzione tra leucomielite e poliomielite; sui disordini delle sensibilità generali e sulle crisi gastriche o renali o genitali nella tabe dorsale atassica; sul valore anatomo-clinico delle lesioni radicolari posteriori in quella medesima tabe; sulla individualità anatomo-clinica della sclerosi laterale amiotrofica nella sua affinità con la paralisi labio-glosso-laringea; sulla sclerosi midollare laterale e sulla tabe dorsale spasmodica; sulla forma ereditaria della sclerosi midollare combinata come sostrato della malattia di Friedreich; sulla poliomielite anteriore quale base anatomo-istologica di parecchie atrofie muscolari progressive; sui rapporti della paralisi muscolare pseudo-ipertrofica con l'atrofia muscolare progressiva nell'infanzia; sulle lesioni unilaterali ed incrociate del midollo spinale; sui perturbamenti muscolari nella patogenesi della lussazione congenita dell'anca; sulla sindrome associata di dolori urenti e di arrossimento improvviso nelle parti distali degli arti, indicata 3 anni dopo (nel 1878) da Weir Mitchel con il nome di eritromelalgia; sulle lesioni degenerative dei nervi e dei muscoli nelle paralisi faringee della difterite; sulla esistenza di centri fonatori nel bulbo rachideo; sulle lesioni della cute nel vaiuolo; sul colera considerato come setticemia; sull'anatomia patologica dell'eresipela e della malattia bronzina o di Addison; sui perturbamenti della vita detta vegetativa negli accessi epilettici; sulle anomalie circolatorie encefaliche come provenienti da perturbamenti dell'intestino o di altre parti dell'organismo nella patogenesi dell'emicrania; sulla « stria bianca dermografica » per saggiare lo stato della innervazione vasale periferica (dopo parecchi decenni il fatto è stato rinverdito dalla così detta stria bianca di Sergent).

Nessun fisiopatologo può vantare, come Vulpian, una messe di ricerche così originali ed estese nel campo dei nervi vasomotori. Eppure,

Digitized by Google

come esempio della sua serena, ma tenace, critica verso sè stesso e verso altri osservatori, della sua levatura, lungo il cammino di quelle indagini insorgeva contro le esagerazioni o deviazioni, per cui non pochi fenomeni della patologia umana volevano spiegarsi come semplici perturbamenti, detti funzionali, dei nervi vasomotori. E la suggestione per esagerazioni siffatte partiva da uomini che si chiamavano Schiff, Brown-Séquard, Cl. Bernard. Allo stesso Cl. Bernard venne contraddicendo anche nell'oppugnare la specificità elettiva di alcuni veleni per le fibre muscolari o nervose sensitive o motorie.

Resterà memorabile una vera campagna polemica svolta da Vulpian contro Brown-Séquard sul significato e sul valore deterministico delle localizzazioni cerebrali, e proprio quando il suo fratello di lavoro, più che amico, il grande Charcot, si sforzava di schematizzare in un quadro coordinato quelle localizzazioni. Specialmente la localizzazione cerebrale del linguaggio, individualizzata dall'altro suo degno amico, Broca, venne presa di mira dagli strali critici di Vulpian. Critica su quella localizzazione nel centro corticale, detto perciò di Broca ripresa con argomenti analoghi e con grande successo di discussione da Pierre Marie, a un ventennio circa dopo la morte di Vulpian.

Bene inteso, però, che non meno memorabile resterà la strenua difesa, che, nel campo della vita accademica, Vulpian fece a pro del metodo antirabbico di Pasteur, quando esso si svolgeva tra le sirti di obbiezioni molteplici e nella stessa Francia nativa era forte il manipolo di contraddittori con a capo il pugnace ed eloquente Peter.

Questi dibattiti, perchè ispirati da lealtà di carattere e sorretti da fede incontaminata, lungi dall'alienare gli animi dalla personalità di Vulpian, la rendevano fieramente simpatica, e il suo giudizio, in ogni quistione di clinica o di laboratorio, era atteso negli ambienti accademici con viva curiosità e con la più ampia fiducia. Come testimonianza di questa stima altissima di tutti verso lo insigne sperimentatore e clinico, è da citare che Vulpian già nel 1869 faceva parte dell'Accademia di medicina di Parigi; nel 1876 veniva eletto *Doyen* della Facoltà Medica di Parigi e questa carica teneva sino al 1886 cioè per un intiero decennio; nello stesso 1876, a soli 50 anni, era eletto membro dell'Istituto di Francia o Accademia degl'Immortali succedendo ad Andral e nel 1886 vi veniva eletto segretario perpetuo.

Anche nell'attuale ricorrenza centenaria della nascita la commemorazione a Parigi è riuscita solenne. Sedute speciali hanno avuto luogo tanto nel grande anfiteatro della Facoltà di Medicina quanto nella grande aula dell'Accademia di medicina, ove fu organizzata anche una esposizione di ritratti, disegni, lettere e pubblicazioni sull'opera di Vulpian, e al centro della sala si ammirava una statua del grande commemorato, modellata dal Prof. Paul Richer. Ambedue le sedute furono presiedute da André Faillières, Ministro dell'Igiene. Molti delegati esteri intervennero alla cerimonia e in nome di essi parlò il delegato italiano, Senatore Prof. Giulio Fano. Alla fine della commemorazione i convenuti alla cerimonia si recarono in reverente omaggio a via Soufflot, alla casa, ove Vulpian morì.

Vero è che, nell'acme dei vivi dibattiti, sostenuti da Vulpian, non mancarono i gelosi o i sobillatori, che osarono persino prospettare come due rivali inconciliabili Vulpian e Charcot, sol perchè ambedue lavorarono per parecchio tempo in un campo identico di azione, quello del sistema nervoso, e in questo campo non sempre combaciavano nei postulati o nelle direttive. Rivali, sì, ma talvolta; nemici, non mai.

Durante i miei studi di perfezionamento a Parigi ebbi l'onore di conoscere da vicino Vulpian e lavorare sotto la sua direzione, come ebbi l'onore di lavorare nella Salpêtrière sotto la direzione di Charcot. Erano personalità, tutte e due a sagoma decisa, a forte tempra, per quanto di indole alquanto diversa. Incontrandosi sul campo identico di azione, talvolta reciprocamente si urtavano e si rintuzzavano, ma sempre ad armi palesi e con la più nobile cavalleria animata dalla stima ed amicizia più sincera.

Charcot: più impulsivo, più incline alle generalizzazioni schematiche, più convivo a non abbandonare una idea, se pronunciata, anche quando non venisse assodata dalla esperienza ulteriore; non disdegnoso di popolarità nel propagandare i postulati delle sue osservazioni; clinico di fama mondiale sopratutto in neuropatologia. Vulpian: più obbiettivo, più sostenuto; rudemente rifuggente da tutto ciò, che anche lontanamente potesse interpetrarsi come scenografia; non adeguatamente conosciuto fuori dalla Francia nativa.

In ogni modo tutte e due personalità di levatura altissima, a prestigio ed onore delle medicina nell'ultimo quarantennio del secolo XIX.

La *Riforma Medica* si associa alle solenni onoranze tributate alla memoria del Maestro e con noi aleggia lo spirito memore e reverente di Gaetano Rummo che ebbe in Vulpian uno dei suoi più cari e stimati maestri.

ANDREA FERRANNINI

□□□

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA VENEZIA

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.— Nell'adunanza del 15 maggio 1927 il s. c. prof. L. Sabbatani, continuando precedenti studi sull'opera di *Luca Ghini*, parla «della cura del morbo Gallico nelle lezioni del Ghini», dettate a Pisa, e che parevano perdute dopo la morte, avvenuta poco dopo la sua chiamata a Bologna. Andarono allora disperse le sue carte; ma poi furono ritrovate a Spira da uno Schopp, che era stato studente a Padova, e che pubblicò le lezioni del Ghini, assieme a quelle che egli aveva sentito sullo stesso argomento a Padova dal Capodivacca. Il Sabbatani ne segnala la importanza pel collegamento tra il valore scientifico che avevano allora, e quello relativo che possono avere oggi.

Il s. c. prof. G. Ovid svolge una interessante discussione sul principale difetto oculare di Giacomo Leopardi e la sua pretesa influenza sull'opera del poeta.

Dissero infatti taluni che Leopardi era miope, desumendolo da due passi in cui egli parla della sua vista *corta*. Ma, osserva lo Ovid, come va allora che, quando scrive sul suo arrivo a Roma, dice che a 5 miglia di distanza vedeva la cupola di S. Pietro, colla palla e la croce. Ed altrove vedeva nuvolette, e gli interminabili filari di alberi. Sembra che il Leopardi non adoperasse occhiali, poichè in ben due passi mette in dileggio chi li usa. D'altra parte il suo carattere grande ripugna alla miopia. Lo Ovid ritiene invece il Leopardi fosse affetto da ipermetropia, alterazione che spiegherebbe bene i sintomi visivi da lui descritti. E se egli dice che vedeva meglio accostando il libro, gli è che allora l'ipermetrope vede meglio, apponendo le immagini più grandi. Anche le linee della faccia di Leopardi, asimmetrica, con una certa distanza tra le orbite, sono concordanti colla ipermetropia.

Con dotta critica l'oratore poi conclude che tale disturbo non ha concorso alla infelicità di Leopardi, nè ha fatto predominare le idee sulle sensazioni. Egli ebbe anzi sensazioni spasmodiche in cui le immagini visive anzichè scarse sono abbondanti (una novantina in 28 canti). Egli parla diffusamente dei colori, e muore anzi come Gothe, esprimendo con le sue ultime parole una invocazione alla luce.

e. o.

LIBRI ED OPUSCOLI

DELLA SETA ESCHILO. *Che cosa è la tubercolosi?* 1 vol. edito dalla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, 1927.

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi (Roma, Via Toscana 12) secondando l'opera del Governo Nazionale che anche per l'assistenza e previdenza sociale sta svolgendo una azione rinnovatrice e — come è stato anche annunciato nella Carta del Lavoro — si appresta ad emanare nuove disposizioni legislative contro la tubercolosi, ha ora pubblicato un ottimo volumetto di educazione popolare dal titolo: «*Che cosa è la tubercolosi?*». L'autore dott. Eschilo Della Seta con questa sua pubblicazione ha portato un nuovo veramente efficace contributo alla educazione igienica del popolo in difesa della salute. Scritta in forma facile e convincente riccamente illustrata, questa pubblicazione dovrebbe essere letta da tutti gli italiani.

E' necessario che ognuno sappia quale malattia è la tubercolosi, quanto essa è diffusa, come si prende, come si evita e come da essa si può guarire. E per difendersi da così terribile morbo occorre che il popolo comprenda anzitutto il pericolo che essa rappresenta, conosca i mezzi che la scienza dispone contro di essa e sappia vincere tante erronee credenze e tanti nocivi pregiudizi.

Riportiamo i titoli degli argomenti trattati: Che cosa è la tubercolosi. Ogni otto minuti muore un tubercoloso. Perchè una mortalità così grande? Si guarisce! La tubercolosi non è ereditaria. Il pericolo dello sputo. Non si sputi per terra! Il «seme» e il «terreno». La tubercolosi nell'infanzia. I «predisposti». Condizioni favorevoli alla malattia. I primi segni della tubercolosi. Che non sia troppo tardi! Che cosa è il «dispensario». L'infermiera visitatrice. Come si cura la tubercolosi. Il sanatorio. Paure ingiustificate. Consigli ai predisposti.

LEREBOULLET, HARVIER, GUILLAUME, CARRION, CHABRUN, BARIÉTY. *Simpatico e glandole endocrine.* Un vol. in 8°, di pag. 570. Edit. Norbert Maloine, Paris (Rue de l'École de médecine, 27), 1927. Prezzo fr. 40 netti.

Il volume fa parte del Trattato di Patol. Med. e terapia applicata, pubblicato da Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix. S'inizia il volume

Digitized by Google

con una introduzione sulle glandole endocrine e sulla rispettiva patologia. Il simpatico viene dettagliatamente esaminato come anatomo-fisiologia, come diagnostica e come terapia. Capitoli staccati sono dedicati alla tiroide, alle paratiroidi, alle glandole surrenali, all'ipofisi, alla epifisi, alle glandole testicolari, alle glandole ovariche, alla glandola mammaria, alle sindromi pluriglandolari. Un vasto capitolo è dedicato alla opoterapia.

Opera completa ed utilissima.

LUSENA G. *Traumatologia clinica.* 1 vol. di pagg. 1147, con 350 radiografie e figure originali. Unione tipografica editrice torinese, 1926. Prezzo L. 150.

Con la abituale serietà e nitidezza editoriale, la rinomata Casa presenta ai pratici il volume, redatto competentemente dall'A., dell'Ateneo genovese.

Il Libro ha la consueta ripartizione in parte generale e speciale.

La generale contiene rispettivi capitoli: Lesioni traumatiche fondamentali, nelle quali sono comprese anche quelle da cause fisiche, chimiche etc.; quindi le lesioni traumatiche dei tessuti molli; delle ossa e cartilagini; delle articolazioni.

La parte dedicata alla traumatologia speciale comprende: lesioni traumatiche del capo; del collo; del torace; dell'addome; della colonna vertebrale e midollo spinale; dell'arto superiore; dell'arto inferiore.

Ogni edotto di materia libraria, comprenderà che nei limiti della presente rubrica il nostro compito di elencare i capitoli e relativi paragrafi, è anch'esso limitato, ed insufficiente a render conto preciso dell'opera.

Bisogna tener conto dunque del nome dell'A. non nuovo nella produzione chirurgica; della sua specializzazione nella traumatologia; delle intenzioni sue, certamente lodevoli di fornire una guida al traumatologo, indicandogli tutti i più importanti fra i nuovi ausili diagnostici e curativi.

Nell attuale rinascenza della produzione libraria nazionale, riteniamo che il volume del Lusena prenderà un degno posto, specialmente presso coloro ai quali manchi l'agio o l'attitudine alla consultazione di opere maggiori.

AIEVOLI

PÈHU e DUFOURT. *La tubercolosi medica dell'infanzia.* Un vol. in 8° di pag. 732 con tavole fuori testo. Edit. Gaston Doin, Parigi (Place de l'Odéon, 8), 1927. Prezzo: fr. 75.

E' il primo libro, sinora pubblicato in Francia sulla tubercolosi medica nei bambini. Contiene indicazioni bibliografiche sulla letteratura di tutte le nazioni con un ricco indice. E' un libro indispensabile ai clinici, ai patologi, agli igienisti, che si occupano della tubercolosi. Due ampi capitoli sono dedicati alla eziologia, alla fisiologia patologica, all'anatomia patologica. In una parte separata si tratta della tubercolosi congenita nei vari significati e della tubercolosi del lattante. Capitoli speciali sono dedicati alla tubercolosi generalizzata ed alle tubercolosi localizzate, tanto come nosografia, quanto come diagnosi e prognosi.

Quanto alla tubercolosi nella seconda infanzia sono trattate le forme diverse della tubercolosi larvata, la tubercolosi del mediastino, la tubercolosi pulmonare cronica, la tubercolosi acuta compresa la forma bacillemica. Ampliamente svolte sono la profilassi e la terapia.

Edizione nitidissima ed elegante con molte fig. nel testo.

REDAELLI G. *Milano in campagna.* Guida delle villeggiature italiane. 1 vol. di pag. 500 circa. Milano, 1927. Prezzo L. 5.

Questa XVII edizione della Guida delle villeggiature italiane del Redaelli è molto più ricca delle precedenti, essendo stata aggiornata con le più recenti notizie turistiche e completata con la citazione di nuove Stazioni climatiche e balneari. Il libro, come nelle precedenti edizioni, è preceduto da una Rivista medico-igienica, nella quale sono dettati consigli di igiene, dietetica e terapia delle malattie più frequenti. Non v'è chi non riconosca l'importanza della presente pubblicazione per la diffusione della conoscenza del nostro patrimonio idro-climatologico e per la sua maggiore valorizzazione.

I medici possono ricevere gratuitamente il volume, facendone richiesta all'Amministrazione di « Milano in Campagna », via S. Andrea, 5, Milano, citando questa Rivista.

Cantieri C. *Alcune note cliniche di sifilide viscerale.* Estratto dal «Morgagni», n. 15, 1926.

Floris S. *L'elioterapia in alcune dermatosi specialmente di natura tubercolare.* Premiata Tipografia Giovanni Ledda, Cagliari, 1923.

Hishon D. J. e Roleston J. D. *Measles complicated by gangrene of the legs.* Estratto da «The British Journal of Children 's Diseases», gennaio-marzo, 1926.

Malan G. *Appunti sulle malattie di petto nel* 1925. Estratto dalla «Rivista internazionale di terapia», n. 2-3, 1926.

NOTIZIE

Le Giornate mediche di Bruxelles. — Dal 25 al 29 giugno p. v. avranno luogo a Bruxelles le Giornate mediche, organizzate dal « Bruxelles-Médical » e presiedute dal prof. Jean Verhoogen. Nella seduta inaugurale, cui interverrà anche S. M. la Regina, il prof. P. Mauriac terrà una conferenza dal titolo: « Ai confini della medicina ». Come negli anni scorsi il programma dei lavori riguarderà gli argomenti più recenti che possono interessare i medici; tra le comunicazioni, figurano già i nomi di Besredka, Cantacuzène, Danielopolu, Christiansen, Leriche, Lépine, Arloing, Chiray, ecc. Parteciperà a queste Giornate anche l'Associazione generale dei dentisti del Belgio. Contemporaneamente ad esse, sarà anche organizzata un'Esposizione internazionale delle Arti e Scienze applicate alla medicina, alla chirurgia, alla farmacia e all igiene sanitaria.

Vari festeggiamenti avranno luogo durante le Giornate mediche, tra i quali una serata di gala al « Théâtre royal de la Monnaie », con la rappresentazione dell'ultima opera di Puccini (Turandot) una « soirée dansante », una gita a Tournai e a Beloeil, la Versaille belga, ecc.

Quota di iscrizione, fr. 75 o 15 franchi belga; fr. 30 o 6 franchi belga per gli studenti. Saranno accordate riduzioni ferroviarie. Rivolgersi al segretario generale delle Giornate, dott. R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

Stazioni di cura della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. — Continuando nello svolgimento del suo programma di assistenza sanitaria per la prevenzione dell'invalidità al lavoro dei propri iscritti, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali aprirà quest'anno le seguenti Stazioni di cura: Battaglia Terme presso Abano; (cure di fanghi e bagni a vapore in grotta); Salsomaggiore (cure salsoiodiche); Sirmione (sul lago di Garda; bagni termali e di lago); Pelestrina (nella laguna di Venezia; bagni di mare e cura d'aria salsoiodica); Castellammare di Stabia (Napoli; cure termali e marine). Queste Stazioni resteranno aperte a tutto il mese di ottobre e i curandi vi succederanno a periodi quindicinali. Per ogni informazione, rivolgersi alla Sede provinciale della Cassa Nazionale, corso Italia, 45, Roma.

Istituto " Carlo Forlanini „ a Pavia. — Ad iniziativa del Comune di Pavia è stato aperto un Tubercolosario intitolato a Carlo Forlanini; esso occupa l'edificio in cui era ospitato il Ricovero di Mendicità. I posti finora disponibili sono 70 e presto si spera di poterli aumentare a 100; dell'Istituto, inoltre, fanno parte un gabinetto di analisi, un impianto radiologico completo. Del necessario adattamento ai vecchi locali è stato incaricato il dott. Maffei; direttore onorario ne è stato nominato l'on. prof. Morelli e vice-direttore il dott. Ricci. Per rendere meno monotona la vita dei ricoverati, l'Istituto è stato anche fornito di un impianto radiotelefonico; una società musicale locale, poi, vi si recherà di tanto in tanto dandovi concerti.

La tubercolosi bovina negli Stati Uniti. — Il «Department of Agriculture» degli Stati Uniti annunzia che all'inizio di questo anno le Contee riconosciute ufficialmente libere dalla tubercolosi bovina ammontano a 265. La graduale estinzione della tubercolosi dovina sembra in gran parte, secondo detto comunicato, questione di tempo, di personale e di mezzi economici, come pure sembra che proceda senza arresto.

Sezione siculo-calabrese della Società italiana di Pediatria. Si è costituita in Messina, per iniziativa del prof. Cannata, direttore di quella Clinica Pediatrica e presidente della Federazione provinciale dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, la Sezione siculo-calabrese della Società italiana di Pediatria, alla quale possono appartenere i soci della Società italiana di Pediatria ed i medici cultori di questa branca della medicina. La Sezione esplicherà la propria attività con riunioni periodiche che saranno tenute a Messina e a Reggio Calabria.

Per la bibliografia medica. — La direzione del « Biblion », ufficio italiano per la ricerca bibliografica, con sede in Roma, si è trasferita da Banco Santo Spirito, 21, in via del Governo Vecchio, 78; l'amministrazione ha sede in via Napoleone III, 70.

Il Congresso Internazionale sulla malaria. — Nel 1930, ad Algeri, in occasione del 50° anniversario della scoperta dello ematozoo della malaria fatto da Laveran, si terrà il II Congresso internazionale sulla malaria.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 13 Giugno 1927 — N. 24

QUESTIONI DEL GIORNO

TUBERCOLOSI ED EMIGRAZIONE

Di questo argomento si occupò l'egregio Dott. Giuseppe D'Urso in una comunicazione al I. Congresso Nazionale Antitubercolare, il 28 maggio 1925, in Napoli.

L'identico argomento sarà trattato dal Prof. G. Allevi nella seduta del 24 ottobre 1927 nel prossimo congresso di medicina del lavoro in Parma.

E si fa bene a insistere, finchè non si raggiunga lo scopo duplice: che gli emigranti nostri nel risiedere all'estero vengano dalle Autorità salvaguardati nella salute, nel ritornare in patria non propagandino la infezione nelle famiglie e negli ambienti di lavoro e siano personalmente rigenerati nella capacità lavorativa qualora la loro avvenuta tubercolizzazione rischi di menomare questa capacità.

Per raggiungere questa duplice finalità, pochi mesi dopo il Congresso di Napoli, nel 1925 consegnai un mio memoriale all'Ill.mo comm. Dante Viola, Colonnello di marina e allora Ispettore-Capo dell'emigrazione, affinchè quel memoriale venisse trasmesso alle Autorità Superiori.

Alcune delle proposte, concretate in quel mio memoriale, sono di attuazione non difficile.

Una proposta riguarda l'aumento del personale sanitario di visita tanto alla partenza degli emigranti quanto al loro rimpatrio e nel tempo stesso la necessità di provvedere quel personale degli apparecchi di laboratorio, scelti tra i più indispensabili per la diagnosi della tubercolosi, s'intende senza lusso di spese, perchè lo scopo è la diagnosi non già l'espletamento di lavori scientifici.

Occorre niente altro che il necessario, il quale intanto oggi manca. Basti considerare che in alcuni uffici, in cui si fa l'esame degli emigranti, non esiste nemmeno un microscopio.

Il personale sanitario aumentato, sorretto dall'ausilio di quegli apparecchi, specializzato nelle indagini diagnostiche e ben pagato corrispondentemente al lavoro ed alla responsabilità, procederebbe a visita rigorosa degli emigranti prima dell'imbarco e con rigore, non minore, al rimpatrio, nel momento cioè in cui i rimpatriati per ragioni molteplici hanno tendenza a sfuggire alla visita medica e anelano trasferirsi immediatamente nei paesi nativi.

Attualmente, a bordo delle navi in servizio di emigrazione, funziona un R. Commissario di bordo, che è un medico e, negli speciali giornali sanitari di bordo, tiene segnato l'elenco degli emigranti, che rimpatriano con speciale biglietto del Console. In questo biglietto è indicato che quel dato emigrante rimpatria perchè tubercolotico. Si comprende quanto sia scarso il numero degli emigranti muniti di questo biglietto di rimpatrio, rispetto al complesso degli emigranti che rimpatriano. La tubercolizzazione deve essere a forti tinte perchè l'individuo, non medico, riesca ad avvedersene ed allora ricorrerà dal Console. Invece la tubercolizzazione di gravezza media può sfuggire e l'emigrante rimpatria, ignaro del male, che invece potrà essere svelato dalla rigorosa visita da farsi dal medico specializzato nel momento, in cui l'emigrante sta per rientrare in patria.

Intanto, anche dopo esplicata la rigorosa visita, su cui vengo insistendo nel memoriale, in questo identico memoriale posi in rilievo che cosa si fa sin'oggi per i tubercolizzati, che risultino dichiarati così dal giornale sanitario di bordo.

Prima della grande guerra, gli elenchi dei rimpatriati respinti perchè tubercolizzati venivano comunicati alla Direzione generale di Sanità in Roma dalla Capitaneria del porto, ove gli emigranti sbarcavano, e poi quella Direzione Generale, per mezzo degli uffici dipendenti di porto, avvisava il medico provinciale e l'ufficiale sanitario del paese, ove il tubercolizzato rimpatriava. Quale è stato il risultato pratico di simile sistema d'informazione? Non si sa ufficialmente.

In ogni modo, stante simile incertezza, proposi nel memoriale che le informazioni della Capitaneria di porto, invece di essere comunicate alla Direzione Generale di Sanità, fossero indirizzate al Consorzio Antitubercolare della provincia, a cui appartenesse ciascun tubercolizzato che rimpatria e il Consorzio avrebbe il dovere di provvedere per quell'individuo così come avrebbe il dovere di provvedere per ogni tubercolizzato, che venga denunziato da un Dispensario antitubercolare dipendente da quel Consorzio, e per ogni emigrante che rimpatrii dalle frontiere continentali, non per mare.

L'appello di questa sorta al Consorzio allora, cioè quando, due anni or sono, presentai il memoriale al Commissariato dell'Emigrazione, potè sembrare un appello teoretico, ed anche teoretica potè sembrare la movimentata discussione che si fece al Congresso di Napoli, in due sedute, e teoretiche poterono sembrare anche le proposte concretate in quelle sedute perchè in Italia la funzione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari diventasse praticamente e rigorosamente efficiente in ogni Provincia, tanto come mansioni obbligatorie quanto come finanziamento, e all'uopo venisse elevato il limite massimo fissato per i mutui da accordarsi dalla Cassa Depositi e Prestiti e si mettessero i consorzi in condizioni di «spedalizzare» i tubercolotici. Quanto fu prospettato a Napoli venne presentato al Governo in apposito memoriale redatto dalla Federazione Nazionale Antitubercolare in una seduta del novembre 1925, alla quale presi parte come componente del Consiglio Direttivo.

Quello, che fu voto e proposta al Congresso di Napoli e memoriale della Federazione, oggi è una realtà. Secondo la legge ora approvata dalla Camera dei Deputati e dal Senato, il Duce vuole che i consorzi provinciali antitubercolari funzionino in «armonico programma di azione», con la massima efficienza pratica, in ogni provincia e, giusta l'art. 9 della legge ora promulgata, i mutui, che la Cassa Depositi e Prestiti è autorizzata a concedere, saranno collocati sui fondi degli istituti di previdenza e il termine per la concessione di quei mutui è prorogato di 10 anni, cioè sino al 30 giugno 1937.

Quanto poi alle sorti dei nostri emigranti all'estero, con riferimento al R. Decreto del 28 aprile 1927 sulla istituzione di una «Direzione Generale degl'Italiani all'Estero», in una circolare del 6 maggio 1927 ai Regi Uffici diplomatici e consolari all'estero il Duce comunica che il Ministero degli Esteri, attraverso la nuova Direzione Generale, assume le competenze, i servizi e le funzioni, che al soppresso Commissariato erano affidate.

«Il Governo Nazionale non considera il problema emi«gratorio solamente come un fatto d'ordine tecnico-ammini«strativo, ma essenzialmente come un problema d'ordine po«litico».

«E la tutela della collettività italiana all'estero deve essere «esercitata secondo un concetto unico ed inscindibile».

«Non vi può essere una tutela tecnica ed assistenziale di«giunta dalla tutela politica. E viceversa».

«Uniche direttive, di un solo organo, al centro: il Mini«stero degli Affari Esteri».

«Unici ed inscindibili i compiti e le responsabilità di chi «rappresenta in seno alle collettività italiane all'estero, la so«vranità dello Stato: il Console».

«Dalla pratica burocratica, che interessa il singolo, alla «grande manifestazione della collettività è tutta una vasta ope«ra — che deve essere meditata ed organica, appassionata e te«nace — di protezione e di difesa dell'italianità».

«E' mio intendimento che attraverso la Direzione Gene«rale degli italiani all'Estero siano: tutelata la vita, coordinate «e incoraggiate le attività, eccitate le iniziative della nostra «gente nei Paesi stranieri».

Queste sono parole del Duce e, come sempre, alle parole seguirà l'azione ed energica azione.

ANDREA FERRANNINI.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

MILZA PLASTICA O MALLEABILE NELL' ANEMIA FIBROADENICA, TIPO GRIESINGER-BANTI

per il prof. G. CASTRONUOVO
Primario negli Ospedali e Direttore dell' Istituto anatomo-patologico L. Armanni
Incaricato di Clinica e Patologia delle malattie esotiche
e tropicali nella R. U. di Napoli

Il caso clinico, di cui prospetterò alcune particolarità degne di nota, appartiene a quella categoria di anemie spleniche caratterizzate da *ipersplenomegalia fibroadenica,* con *oligocitemia, oligocromoemia, leucopenia e tenaenza emorragica senza alterazioni leucemiche,* nè *ittero,* nè *cirrosi epatica.*

Qusto tipo, cui dette il nome di *anemia splenica* il *Griesinger* nel 1867, accennando appena alla sua nosografia, fu invece perfettamente individuato da *Banti* nel 1882, con tutte le sue note fondamentali, tenendo conto, come quest'Autore italiano genialmente ha saputo fare, non solo dei sintomi più costanti e delle linee di demarcazione semiologica ed ematologica; ma della essenza patogenetica e delle peculiari lesioni anatomo-patologiche, su cui poggia ormai la comprensione di questa forma morbosa ed il meccanismo della splenectomia curativa.

Si devono allo stesso Autore italiano le nette illustrazioni dei rapporti comuni e di quelli differenziali, che il *tipo Griesinger-Banti* suole avere con l'altra malattia, pure dal *Banti* descritta nel 1894, cioè *l'anemia splenomegalica con cirrosi epatica o malattia del Banti propriamente detta.*

Sta di fatto che quando *Griesinger* accennò al tipo morboso sul quale ora richiamo l'attenzione e lo chiamò *anemia splenica,* non distinse questa forma speciale dalle numerosissime altre nelle quali pure s'incontra l'anemia splenomegalica, senza alterazioni leucemiche nel sangue, donde la confusione con tutte le *splenomegalie primitive,* con le *linfoadenie semplici, aleucemiche,* con la *forma splenomegalica dell'anemia perniciosa di Biermer* ecc.

E' indiscutibile merito del *Banti* aver precisato i *segni clinici,* le *lesioni anatomo-patologiche,* gl'inerenti *disturbi emopoietici ed emolitici* con *i corollarii patogenetici e terapici,* sia dell'*anemia splenica pura,* malattia della *giovinezza* e della *virilità,* di cui ora ci occupiamo, sia della *splenomegalia con cirrosi epatica;* onde mentre quest'ultima, nomata più universalmente e per antonomasia *Malattia* del *Banti,* deve circoscriversi ai casi più appropriati, quelli cioè di *anemia splenomegalica del Banti con cirrosi epatica in atto od in avviamento,* l'altra forma, descritta in antecedenza dallo stesso Banti, precisandone bene i termini, deve distinguersi in base alle sue caratteristiche con il nome di *anemia giovanile ipersplenomegalica, aleucemica, emorragipara,* senza cirrosi epatica, cioè il tipo Banti-Griesinger.

Una terza ed ultima forma, l'*anemia splenica infantile,* completa il *gruppo morboso delle fibroadenie,* nelle quali la prima manifestazione è l'*ingrandimento splenico,* cui si unisce la *speciale anemia con una modificazione fibroadenica del reticolo splenico, più intensa nei corpuscoli malpighiani, e mai preceduta da un tessuto di granulazione.* Questo gruppo perciò non ha niente di comune con le *linfoadenie* e con le *mieloadenie* (Banti).

***

Prescindendo da queste basi nosografiche ed istopatologiche, grande è l'interesse clinico e semiotico del caso clinico che prospetto:

G. V., di anni 21, è infermo, senza dubbio di sorta, della forma morbosa Banti-Griesinger, cioè di anemia ipersplenomegalica senza cirrosi epatica, (con oligocitemia, oligocromoemia, leucopenia, integrità funzionale del fegato) già da 4 anni. L'esordio fu quanto mai singolare e drammatico, caratterizzato da improvvisa ematemesi e melena, con consecutiva intensa anemia e prostrazione, da fare allora sospettare un'ulcera duodenale, essendo ciò [illegible] durante uno stato di benessere, bruscamente interrotto da questa scena, che si accompagnò anche a vaghi dolori nel quadrante superiore destro dell'addome ed epigastrio.

Alla prima osservazione, dopo questa scena grave, già si constatò l'esistenza di un notevole ingrandimento splenico, che si attribuì dapprima ai postumi di una infezione, a tipo tifoide, sofferta nell'infanzia e poi alla possibilità di una infezione luetica ignorata, essendo risultata positiva la reazione di Wa. e negative tutte le altre ricerche.

L'anemia postemorragica si attenuò relativamente presto; ma nel decorso di quattro anni si è ripetuta la melena per ben otto volte, mai più accompagnata da ematemesi. Le prime tre enterorragie, più cospicue, verificaronsi con l'intervallo di 12 a 15 mesi; le ultime più frequentemente, ma meno gravi.

Questo giovane è nato da parto gemellare ed ha avuto allattamento materno e sana crescita. L'altro gemello morì a 4 anni e mezzo di nefrite. Dopo questo parto, la madre ebbe due aborti.

L'infermo ha il padre e la madre e 4 sorelle, tutti sani. Il padre nega la lue e negativa è riuscita in lui la R. W.; mentre nel figlio infermo è stata e permane fortemente positiva, nonostante tutte le cure specifiche mercuriali, iodiche, arsenobenzoliche, bismutiche, le quali recano, in effetti, poco o nessun vantaggio, mentre è assai notevole il suo miglioramento in seguito alle cure climatico-marino-solari.

Presenta oligocitemia, oligocromoemia, leucopenia, fatti costanti, riscontrati da varii ematologi e specialmente dal Prof. *V. Tramontano,* che ho più volte pregato all'uopo.

Ecco, in riassunto, i varii *reperti ematologici* finora eseguiti:

Colorito rosso-pallido, coagulabilità diminuita. Corpuscoli rossi 2,468,000 per mmc. Corpuscoli bianchi 4860 per mmc. La formula leucocitaria è la seguente: polimorfo-nucleari neutrofili 63 %, polimorfo nucleari eosinofili 3 %, polimorfo-nucleari basofili 2 %, monociti 6 %, linfociti 26 %. All'esame microscopico lieve anisocitosi e poichilocitosi, ma nessuna forma immatura della serie rossa. Con la colorazione vitale col brillant-cresylblau si sono riscontrate parecchie emasie (5-6 %) con sostanza granulofilamentosa, rare emasie con sostanza metacromatica. L'emolisi s'inizia in una soluzione a 0,45 % di NaCl, quindi la resistenza globulare è normale. L'emolisi è completa a 0.35 % di NaCl. (Prof. Vincenzo Tramontano, Napoli, 20-9-1925).

Sig. G. V. ESAME DI SANGUE.

Siero diagnosi di Wassermann. Il risultato, dato il perfetto funzionamento dei controlli, deve ritenersi positivo (++++). Il risultato viene avvalorato dall'aver fatto reagire il medesimo siero contemporaneamente con tre diversi antigeni. (Dott. Arturo Mazzarella, Napoli, 3 maggio 1924).

Sig. G. V. ESAME DI SANGUE.

Antigeni: Fegato eredo-luetico. Titolo 0.05 per cc. Idem colesterinato 0,03 per cc. Cuore cavia id. 0,06 per cc. Il risultato, quindi, dato il perfetto funzionamento dei controlli, deve ritenersi positivo (++++). (Dott. Arturo Mazzarella, Napoli, 18 aprile 1925).

Sig. G. V. ESAME DI SANGUE.

Colorito rosso-pallido, coagulabilità notevolmente diminuita. Corpuscoli rossi 2,840,000 per cmc.; Corpuscoli bianchi 4800 per cmc.; Emoglobina = 60 (al Fleischl). Valore globulare = 1,05. Rapporto globulare = 1:591.

La formula leucocitaria è la seguente: Polimorfo-nucleari neutrofili = 65 %; polimorfo-nucleari eosinofili = 3 %; polimorfo-nucleari basofili = 1 %. Linfociti 18 %. Monociti = 10 %. Metamielociti neutrofili = 3 %. Al microscopio: parecchi corpuscoli rossi con spazio centrale scolorato, notevole poichilocitosi ed anisocitosi e niente altro di notevole. (Prof. Vincenzo Tramontano, Napoli, 31-1-1927).

Sig. G. V. ESAME DI SANGUE.

Riassunto analitico. Meinicke (IV metodo) positiva. Sachs-Georgi negativa. Reazione di Wassermann (8 prove) fortemente positiva (+++) (in presenza dei controlli del siero, antigene, complemento, sistema emolitico e di sieri sicuramente specifici e normali). Prof. Carlo Martelli, Napoli, 22-4-1925.

Il fegato è in apparenza normale e nulla ho riscontrato, specie nelle urine, che deponga per un'alterata funzione dello stesso. Anche il Prof. Primavera ha avuto un reperto urinario negativo. Lo stato gnerale è discreto, la nutrizione e digestione del pari. *Mai febbre; mai dolori addominali; mai ascite.*

***

Importantissimo è l'esame semiologico della milza, che è molto ingrandita, allungata e sorpassa di 14 cm. e più l'arcata co-

Digitized by Google

stale. Essa è liscia, indolente, spostabile con i moti del respiro, e risale plessicamente alla 7ª costola di sinistra, sull'ascellare posteriore, covrendo quasi del tutto l'area di Traube. Il carattere più saliente (non ancora descritto, a me pare) è la sua *modellabilità plastica, come se fosse di cera o di argilla,* per cui l'impronta delle dita prementi vi si affonda e permane per un po' di tempo, senza alcuna dolentia. Questo carattere di *modellabilità plastica o malleabilità della milza* deve, io credo, dipendere da peculiari ragioni anatomiche, che inducono questa forma semiologica, particolarmente importante anche forse ai fini diagnostici differenziali e patogenetici. Certo l'iperemia splenica vi gioca la sua parte; ma poichè il fenomeno succitato nella milza si accentua subito dopo l'enterorragia, anzicchè attenuarsi, non può dipendere solo dalla congestione (piutttosto è favorito dalla rapida decongestione), ma deve tenere sopratutto alla speciale alterazione fibroadenica, che colpisce molti follicoli ed anche la polpa, donde un aumento di consistenza dell'intero organo (un po' anche facilitata dall'ispessimento corticale) ed una *maggiore plasticità, essendo il connettivo neoformato poco elastico, ma non indurito.*

Viceversa la vena splenica, in questa forma morbosa, forse a causa dei veleni anemizzanti o germi dal sangue trasportati, è spesso sede di *endoflebite sclerotizzante,* che predispone alla trombosi, agl'infarti, mentre attenua i compensi elastici del calibro vascolare e può favorire in modo diretto — durante la parziale spremitura splenica esercitata dalla mano — il passaggio del sangue, sia nelle più vicine lacune vascolari spleniche, sia, lungo le radici portali, verso il fegato, che questa maggior copia di sangue può accogliere senza stenti, essendo rimasto normale o quasi per struttura e funzione, ma avvezzo alle iperemie, figlie dello stesso tipo morboso.

Perciò parmi che le singole pressioni esercitate sulla capsula splenica, ispessita e poco elastica, come ispessita e meno elastica è l'impalcatura trabecolare splenica, possano più facilmente riverberarsi nelle zone spleniche sottocorticali, diminuendovi il volume del sangue lacunare e cosentendo perciò di scavarvi la fovea o impronta digitale di una qualche durata, *ciò che caratterizza il fenomeno della modellazione plastica o malleabilità splenica.*

Per un analogo meccanismo si spiegherebbero, fino ad un certo punto (quale *concausa*) *le tendenze emorragiche gastro-enteriche* ed anche l'*aumento postemorragico della plasticità;* le prime favorite dalle alterazioni vascolari estese ai vasi gastro-enterici e dalla pilo-ipertensione, l'altro dalla decongestione nei distretti splenici ed epatici. Non diversamente fenomeni analoghi, in riguardo alla iperpressione portale, avvengono anche talvolta nelle tossinfezioni, come il tifo, e nelle intossicazioni da arsenico, sublimato, muscarina ecc., nelle qua'i l'epitelio enterico si distacca, l'iperemia venosa portale e quella linfatico-ganglionare provocano l'erosione emorragica; mentre, verificatasi la perdita sanguigna, si ristabiliscono condizioni meno anormali di pressione portale e quindi delle diverse funzioni che vi sono abbinate.

In ogni modo, sia questa la vera spiega patogenetica e semiologica, od altra, che la maggior sagacia altrui vorrà suggerirmi, il fatto importante è quello che ho potuto far controllare a molti Colleghi e, personalmente, agl'illustri Clinici, in seno all'Accademia reale medico-chirurgica di Napoli, loro presentando l'infermo (febbraio-aprile 1927) cioè l'evidente *segno di modellabilità plastica della ipersplenomegalia,* nel quadro nosologico del paziente, affetto dall'anemia splenica tipo Banti-Griesinger, con ricorrenti enterorragie.

A questo proposito non va taciuta l'opinione recente che alcune delle anemie splenomegaliche del Banti possano essere dovute a « micetomi della milza » e particolarmente all'*aspergillus repens,* come nei casi riferiti da *P. E. Weil e Grégoire,* controllati sia al reperto operatorio (splenectomia) sia d'autopsia. Secondo tali AA. il 50 % delle splenomegalie primitive a Parigi sono *splenomegalie micosiche,* confermanti i reperti di *Nonta* e *Pinay* (Algeri 1926) i quali sostengono che i « noduli siderosici di Gamna » altro non siano che noduli micelici (ben riconoscibili nei primi stadii dell'affezione splenica) circondati da elementi ematici, cellule plasmatiche, cellule giganti (contenenti miceli, spore ed estremità aspergillari) e tessuto connettivo (*Presse Médicale,* n. 42, 1927).

Conclusione. L'infermo che ho studiato si presta a queste considerazioni:

1. Chiara e precisa forma di anemia aleucemica, ipersplenomegalica, con ricorrenti e non comuni enterorragie, senza cirrosi epatica, nè ittero (*Malattia Banti-Griesinger, a tipo emorragiparo, specialmente nei distretti portali).*

2. *Cospicuo ingrandimento splenico modellabile,* cioè *con plasticità, simile a quella della cera o dell'argilla.*

3. *Rapporti probabili patogenetici tra la plasticità splenica ed il fenomeno di cospicue enterorragie e di ematemesi.* Queste piuttosto rare di solito, nella forma morbosa consueta, nel caso in esame devono attingere radici nella *iperemia tossica più spiccata con forte emolisi, desquamazione dell'epitelio intestinale* ed *erosione vascolare secondaria.*

4. *Costanza della R. W. e sempre fortemente positiva, nonostante le ripetute cure specifiche.* Ciò probabilmente depone per una origine non luetica dell'affezione (Speciale intossicazione? Speciale alterazione emopoietica? Altra forma treponemica? Altri germi? Causa ignota o aspergillica?).

5. *Inutilità lungamente provata delle cure specifiche e di altre cure mediche.*

Di fronte alla, patogeneticamente ben presunta e praticamente provata *utilità della splenectomia,* il pericolo che fatti enterorragici, o altri più gravi, si vengano ancora determinando, deve far decidere alla splenectomia, che può salvare la vita del paziente e dare il modo di controllare la *ragione precisa endosplenica* della *modellabilità plastica.*

OSPEDALE COLONIALE DI BENGASI
diretto dal Prof. G. LIONTI - Direttore Chirurgo

IL PRIMO CASO DI BILHARZIOSI INTESTINALE OSSERVATO IN CIRENAICA

Contributo nosogeografico e clinico alla conoscenza delle Schistosomiasi umane

per il dott. CARLO RIZZO — Capitano Medico

L'esatta conoscenza della distribuzione geografica delle malattie ha notevole importanza nei riguardi profilattici.

Questo è particolarmente vero per le cosidette malattie tropicali od esotiche, poichè ciascuna di esse vien sempre più estendendo i propri confini non solo nelle zone tropicali e sub-tropicali, ma anche nelle regioni temperate dei vari continenti. E ciò dipende dal continuo aumentare degli scambi fra le colonie ed i paesi civili, dal refluire nella madre-patria di coloniali ammalati o portatori sani dei germi di malattie esotiche, etc. Inoltre le indagini ed i mezzi diagnostici moderni fanno sì che tali affezioni ed i loro agenti etiologici ed il loro costante dilagare progressivo siano messi in evidenza sempre maggiore.

Così, se, da una parte, fra i cultori di malattie tropicali si va facendo sempre più strada il concetto del loro *cosmopolitismo* (1), si rende, dall'altra, ognora più importante la segnalazione di quelle forme morbose che sia possibile sorprendere in regioni ritenute, prima, immuni.

Per questo motivo, principalmente, credo opportuno pubblicare un'osservazione di bilharziosi intestinale che ebbi occasione di studiare all'ospedale Coloniale di Bengasi (2) (Cirenaica): osservazione che, dallo spoglio della letteratura, mi sembra, in tale zone, la prima del genere.

Il 7 Novembre 1924, proveniente dalla vicina infermeria di Merg entrava nel Riparto Indigeni dell'Ospedale Coloniale di Bengasi l'àscari Aluon Mugbel affetto da una sindrome dissenteriforme e da notevole deperimento organico.

Dall'interrogatorio dell'ammalato giovane intelligente ed esprimentesi con notevole chiarezza, risultò quanto appresso:

Nato ventisei anni prima a Manaka (nella regione montana dello Yemen: Arabia) vi abitò fino all'età di vent'anni, dedito alla pastorizia. Trascorse quindi nove mesi a Gibuti (Somalia Francese) in qualità di brac-

(1) GABBI. *Pathologica,* VIII, p. 329, 1916.

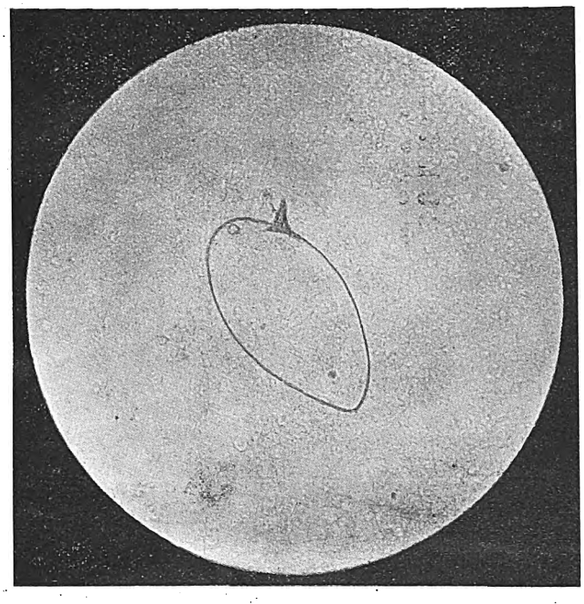
(2) Ringrazio il Prof. G. Lionti, Direttore-Chirurgo dell'Ospedale, che mi è stato largo di aiuti nello studio del caso clinico; nonchè il prof. G. Franchini — Direttore della Scuola di Patologia Coloniale di Bologna — per i suoi preziosi suggerimenti specialmente nei riguardi bibliografici.

Digitized by Google

ciante, ritornando poi a Maraka per altri due anni. Successivamente visse quattro mesi a Aden, dieci mesi a Massaua e due mesi all'Asmara ove si arruolò nel nostro Esercito Coloniale, e venne inviato in Cirenaica sbarcando a Bengasi nel Maggio 1924.

Durante tutto questo periodo l'Aluon, tranne un'infestione da tenia nella fanciullezza, non ebbe mai malattie degne di nota, nè, tanto meno, con disturbi simili agli attuali.

Giunto a Bengasi fece parte, per un mese, del presidio di Merg; nel mese successivo fu adibito a lavori stradali verso Tocra, poi ritornò a



Microfotografia N. 1. — Ingrandimento : 140

Merg (vedi cartina). Quivi cominciò ad avvertire, specialmente dopo qualche disordine dietetico lievi turbe intestinali (modici dolori, a intervalli, accompagnati da scarsa diarrea sanguinolenta e da un po di tenesmo rettale) cui si aggiunse qualche disturbo nella minzione: pollachiuria con tenesmo vescicale, urine torbide e rossastre.

Tali fatti andarono rapidamente progredendo di intensità e di frequenza, accompagnandosi altresì a modiche elevazioni termiche ed a progressivo, notevole deperimento organico. Dovette pertanto essere ricoverato, nei primi giorni dell'ottobre 1924, all'Infermeria Regionale di Merg donde, come ho già detto, venne trasferito a Bengasi con diagnosi di enterocolite.

Al suo ingresso in Ospedale l'infermo presentava:

Evidente oligoemia e notevole emaciazione e deperimento organico. Diarrea muco-sanguinolenta caratterizzata da frequentissime scariche diurne e notturne per cui il riposo era ostacolato, tenesmo rettale. Pollachiuria e tenesmo vescicale. Lingua lievemente patinata; addome alquanto avvallato. Alla palpazione addominale si notava una modica difesa muscolare più evidente nel quadrante superiore di destra e una certa dolenzia circoscritta alla regione sovrapubica.

Polso alquanto frequente, piccolo e compressibile. Temperatura subfebbrile (37°-37°,4).

Esame delle urine: quantità nelle 24 ore 900 cc. Colore giallo-rossastro; torbide. — Reazione leggermente acida. — Non albumina nè glucosio, etc. — Sedimento abbondante: qualche cristallo di ossalato di calcio; grandissima quantità di urati amorfi; non uova di parassiti nè altro.

Esame del sangue: emoglobina (all'apparecchio di Tallqvist): 75 %. Eritrociti = 5.572.000; leucociti = 7.400.

Rapporto globulare = 1:753.

Formula leucocitaria: mononucleati piccoli = 39; grandi = 11; polinucl. neutrofili = 40; polinuc. eosinofili = 10.

Esame delle feci: In ogni defecazione viene emessa una piccola quantità di feci a volte prettamente muco-sanguinolente, a volte giallognole, liquide, con abbondanti fiocchi di muco e strie sanguigne.

Costante la presenza di uova di «Schistosoma Mansoni»: grosse uova giallastre e semi-trasparenti dal diametro maggiore di circa 100-150 μ dal diametro minore di circa 50-70 μ costantemente provviste di un aculeo laterale lungo 20-25 μ (vedi microfotografie).

Stabilita così la diagnosi di *bilharziosi intestinale*, l'infermo, cui, frattanto, nei primi giorni di degenza erano state fatte, e invano, le solite cure sintomatiche, venne sottoposto, anche a titolo di esperimento, ai seguenti trattamenti antielmintici successivi:

Cura mista timolo-tannica;

Cura Milton = estratto etereo di felce maschio: gr. I tre volte al giorno;

Cura Alessandrini = olio di ricino cloroformico al 10 %;

Cura Mayer-Bonne = due serie di iniezioni ipodermiche di cloridrato di emetina.

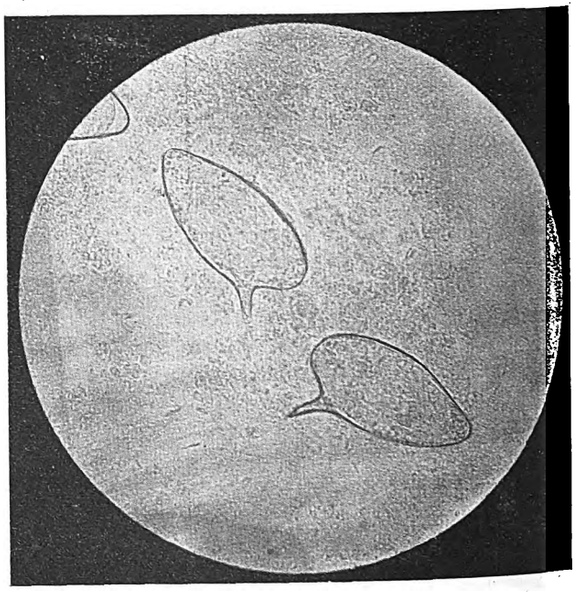
Cascun trattamento dette risultati costantemente negativi: le feci presentavano sempre uova specifiche, le urine erano sempre cariche di urati e di ossalati; persistevano invariati i fatti diarroici e la pollachiuria. Oltre a ciò si mettevano in evidenza due fatti nuovi: lo sporgere del bordo epatico (regolare per forma e consistenza) due dita trasverse sotto l'arco costale, e l'esistenza, nella regione sopra-pubica di una massa ovale, abbastanza ben circoscritta, della grandezza di un uovo di piccione, a superficie liscia e di consistenza dura, ma non lapidea nè lignea, che appariva localizzata dietro la parete muscolare dell'addome e anteriormente all'intestino crasso. Solo la temperatura era ritornata normale.

Decisi allora (gennaio 1925) di praticare una intensiva cura di tartaro emetico per iniezioni endovenose, ma poichè il deperimento organico era ulteriormente progredito e questa terapia, di per se stessa assai debilitante, esige una tal quale robustezza da parte di chi vi si assoggetta, così ritenni prudente ed opportuno il farla precedere da un intenso trattamento ricostituente a base di arsenico, di lecitina e di un'alimentazione corroborante, che durò oltre due mesi, cioè sin quando i fatti di oligoemia e di deperimento si attenuarono notevolmente mentre al tempo stesso diminuì pure il tenesmo vescicale e rettale e il numero delle deiezioni, con evidente sollievo dell'infermo.

Il 1° aprile 1925, dopo ripetuti esami delle urine e delle feci che continuarono a dare costantemente i risultati già riferiti, si iniziò il trattamento antimoniale alla Christopherson facendolo precedere da una breve cura di emetina e timolo secondo il suggerimento di Beaujean.

La terapia antimoniale consistè in una serie di iniezioni endovenose praticate ogni 4 giorni iniettando quantità progressivamente crescenti di tartaro emetico al 2 % in siero fisiologico sterile, a cominciare da cc. 1,5 di soluzione tartarica (pari a ctgr. 3 di farmaco) e aumentando la dose di ctgr. 0,5 per volta. Le iniezioni da principio erano ottimamente tollerate, ma giunti alle dosi sugli 8 ctgr. si dovettero sospendere per i gravi fenomeni di intolleranza cui l'ammalato andava soggetto: nausea, vertigini, cefalee, anoressia, etc. sì che la cura fu troncata dopo 12 iniezioni corrispondenti alla complessiva somministrazione di 70 ctgr. di tartaro emetico.

A questo punto, verso la metà del Maggio 1925, l'infermo, pur presentando nuovamente un certo grado di deperimento generale, era pressochè guarito della bilharziosi: le uva di Sch. mansoni erano completamente scomparse dalle feci, e queste avevano perduto i caratteri muco-sanguinolenti; la lingua si era detersa; il fegato quasi ridotto; anche le urine erano completamente normali, come pure era scomparsa la pollachiuria. Invece la



Microfotografia N. 2. — Ingrandimento : 140

tumefazione addominale, pur conservando immutate le sue qualità di forma, consistenza e spostabilità, appariva della grandezza di un uovo di pollo, era risalita a tre dita trasverse sopra il ramo orizzontale del pube sinistro ed era alquanto dolente alla pressione; invariati i suoi rapporti tra il piano muscolare della parete addominale e l'intestino.

Per due mesi, giugno e luglio, si riprese l'intensiva cura ricostituente con notevolissimo beneficio dell'infermo: ripetuti esami di urine e di feci

Digitized by Google

continuarono ad essere costantemente negativi; ogni fatto subiettivo era del tutto scomparso. Solo il fegato sporgeva ancora leggermente, e il tumore addominale non accennava a ridursi. Allora ricominciai, con le stesse norme e le stesse dosi, una seconda serie di iniezioni endovenose di tartaro emetico, iniettando in 10 volte quasi 55 ctgr. di farmaco.

Al termine della cura le feci erano del tutto formate e normali; il fegato si era ridotto nei limiti fisiologici. Quanto al tumore addominale si era anch'esso ridotto notevolmente tanto che, se non si fosse stati prevenuti, non lo si sarebbe forse potuto neppure rilevare. Eccellente lo stato subiettivo e le condizioni generali, sì che il paziente chiedeva insistentemente di far ritorno al propro battaglione.

Lo trattenni ancora circa un trimestre in Ospedale, sia per fargli trascorrere un adeguato periodo di convalescenza, sia per continuarne la osservazione, e poichè anche il tumore era scomparso e i vari esami di laboratorio furono sempre negativi, lo dimisi dal Riparto il 18 Dicembre 1925 restituendolo guarito al Corpo.

L'interesse del caso in questione, come ho già accennato, risiede precipuamente nel fatto che, a quanto io mi sappia, è questa la prima osservazione di bilharziosi intestinale constatata in Cirenaica.

Si affaccia però subito un quesito: il caso è autoctono, o si trattava di un infermo infestatosi in qualche altra regione?

I dati anammestici, in proposito, soccorrono assai poco. Infatti l'Aluon, nei numerosi interrogatori ripetutamente subiti, negò sempre di essere a conoscenza che altre persone, o al proprio paese natio o nei luoghi del suo successivo soggiorno, soffrissero del suo stesso male. Orbene, stando alle nostre attuali conoscenze, frutto principalmente delle ricerche di Miyari e Suzuki (1), Leiper (2), etc. — un individuo può contagiarsi soltanto se usa, per bagno o per bevanda, un'acqua contenente larve di schistosomi provenienti da uova ivi depositate con le feci da un ammalato: larve che abbiano previamente compiuto un ciclo evolutivo (trasformazione da miracidi in cercarie) nel corpo di determinati molluschi appartenenti al genere «Planorbis» e viventi nelle acque dolci. Non può quindi concepirsi la possibilità del contagio da parte di una sola persona, ma deve esistere un focolaio endemico o, almeno, una catena di casi.

D'altra parte l'asserzione dell'Aluon appare perfettamente plausibile se si consideri che molti casi possono, almeno per un certo periodo, decorrere latenti, o produrre tutt'al più fatti diarroici lievi cui l'ammalato non dà alcuna importanza, e se si tenga presente il fatto che, per i molti spostamenti subiti, il mio paziente non ebbe sempre modo di ben conoscere l'ambiente in cui viveva.

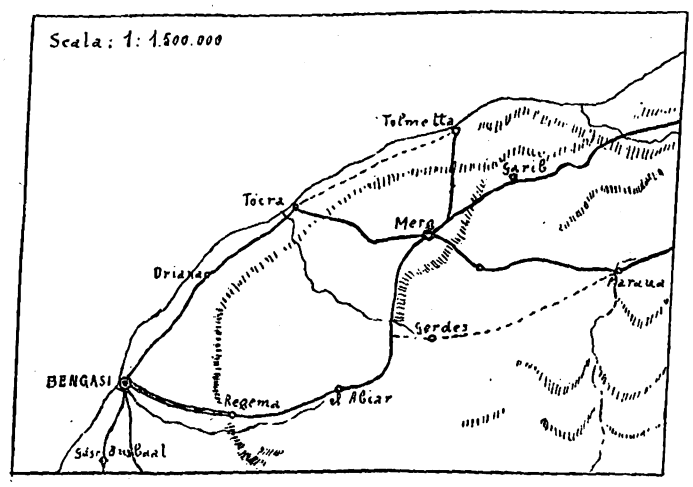
Anche sul sintoma subiettivo del prurito, che si noterebbe, secondo molti autori [Brumpt, Patané (3), etc.], qualora avvenga d'infestarsi, e sarebbe dovuto alla penetrazione delle cercarie attraverso la cute, l'anamnesi è completamente muta. Però il sintoma stesso, che presuppone un'infestione durante il bagno, è lungi dall'essere costante, potendosi avere il contagio anche per poche larve la cui penetrazione può avvenire del tutto inavvertitamente; e inoltre non è affatto detto che l'infestione stessa non possa avvenire o attraverso la mucosa anale come pensa Firlot (citato da Brouardel e Mosny), o per via orale — bevendo cioè dell'acqua contenente qualche cercaria che penetrerebbe nell'organismo attraverso la mucosa della bocca o delle fauci, o, infine, esclusivamente attraverso il perineo, come ingegnosamente sostiene il Diamantis (4).

Mancano dunque, nell'anamnesi, dati di fatto per ritenere con sicurezza che l'infestione sia avvenuta in un determinato periodo della vita del mio ammalato, il che equivale a sostenere che l'infestione stessa potrebbe essere avvenuta tanto nello Yemen quanto a Gibuti, ad Aden, nella Colonia Eritrea o in Cirenaica: paesi tutti, e soli in cui l'Aluon soggiornò durante la sua esistenza. Orbene, questo dato, anche nella sua indeterminatezza, conserva pur sempre un certo valore dal punto di vista nosogeografico giacchè, dallo spoglio della letteratura fatto a tutt'oggi, in nessuna delle località sopra citate mi risulta sia stata fatta una qualche osservazione di bilharziosi intestinale.

Difatti, oltre a non aver trovato alcun autore che descriva fatti d'infestione in taluna delle suddette zone, nessuno dei trattatisti da me consultati, enumerando i territori riconosciuti infestati da Schistosoma mansoni, accenna alle nostre colonie afrine o alla Somalia francese: tutti poi escludono categoricamente da tali zone l'Arabia. Anche il Milton (1) in un suo lavoro abbastanza recente sulla distribuzione geografica delle schistosomiasi umane, dopo aver detto che la casa madre degli schistosomi è l'Africa, non colma queste lacune, ed aggiunge, genericamente, che la diffusione delle varie bilharziosi è piuttosto capricciosa giacchè accanto a regioni molto infestate ve ne sono altre miracolosamente immuni.

Un recentissimo e accurato lavoro d'assieme del Grixoni sulla geografia medica delle nostre colonie, non parla mai, a proposito di nessuna di esse, della Bilharzia mansoni.

Ma noi possiamo verosimilmente precisare vieppiù il territorio dell'infestazione dell'Aluon qualora ci poniamo a considerare il periodo d'incubazione della malattia e la sintomatologia del soggetto sia al suo ingresso in Ospedale sia durante la degenza: e penso che sia questo un terreno assai più sicuro che non quello nosogeografico (od anche zoogeografico, relativamente alla distribuzione dei Planorbis — ospiti intermedi indispensabili) giacchè per difficoltà d'indagini e per deficienza di mezzi e di ricercatori in rapporto alla vastità dei territori e alla loro non sempre facile penetrabilità, ci mancano ancora troppi dati per conoscere, sia pur con relativa certezza, tutti i focolai di bilharziosi intestinale, mentre la patologia del male ci è ben nota.



Zona di Merg (Cirenaica)

Quanto al periodo d'incubazione, esso oscillerebbe, a seconda degli autori, da qualche settimana a qualche mese; gli autorevoli trattati di Castellani e Chalmers e di Brumpt lo fanno variare da 1 a 3 mesi. Il Fairley, studiando l'infestazione sperimentale nelle scimmie africane, trova che l'incubazione dura 2 mesi.

Nel mio infermo i primi indizi del male si sarebbero avuti dopo circa due mesi e mezzo di soggiorno in Cirenaica; il periodo immediatamente precedente a tale soggiorno l'aveva trascorso per due mesi all'Asmara e per dieci mesi a Massaua, cioè in centri abitati in grandissima parte da europei, sotto continua vigilanza sanitaria e nei quali non fu mai denunziato alcun caso di bilharziosi intestinale.

Nè credo possibile sostenere che il mio soggetto sia stato colpito da una forma lieve, ambulatoria, di bilharziosi per cui sia stato per dei mesi o magari degli anni senza che i fatti diarroici gli fossero di particolare nocumento o di ostacolo alle sue ordinarie occupazioni, giacchè l'Aluon localizza esattamente nel tempo l'inizio della propria affezione descrivendone con grande esattezza i prodromi e l'evoluzione; e giacchè inoltre tale evoluzione si compie assai rapidamente e arrecandogli bentosto un generale decadimento, il che mal si spiegherebbe con una particolare benignità dell'infezione. Si ricordi poi che l'infermo ha escluso nettamente, e certo senza alcun secondo fine, di aver mai sofferto, in tempi immediatamente precedenti a questi, di forme intestinali.

(1) Recensione nel *Trop. Dis. Bull.*, vol. III, 1914.

(2) *Journal of the Roy. A. Med. C.*, annate 1915-1916-1918. *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, vol. IX, pag. 145, 1916. *Bull. Instit. Egypt*, serie V, vol. X, 1916. *Trop. Dis. Bull.*, aprile 1919.

(3) *Ann. Med. Nav. e Colon.*, anno XXX, vol. 2, fasc. 1 e 2, 1924.

(4) *Bull. de la Soc. Internat. de Méd. du Coire*, 1922.

(1) *Journ. of Trop. Med. a Hyg.*, 15, IX, 1922.

Digitized by Google

Non ultima ragione per ritenere che l'Aluon godesse effettivamente ottima salute sino a qualche mese dopo il suo arrivo in Libia è il considerare che — se è plausibile ch'egli trascurasse i suoi disturbi quando era costretto a lavorare per vivere, o che, poi, li nascondesse per timore di non essere arruolato nel nostro Esercito Coloniale — è incomprensibile che abbia continuato a sopportarli per 5 mesi, una volta giunto in Cirenaica, mentre dai compagni doveva sapere che denunziando i suoi mali avrebbe potuto essere curato egregiamente e gratuitamente in uno dei nostri Ospedali Coloniali.

Per tutte le precedenti considerazioni io ritengo si possa sostenere che il caso da me osservato in Cirenaica sia autoctono. Quali, del resto, gli argomenti per pensare il contrario?

Che io mi sappia, sarebbero questi tre soli. Anzi tutto il fatto che in tanti anni di nostro dominio non sia mai avvenuto di fare altre osservazioni del genere; poi l'argomento che il caso in esame sia occorso proprio ad un ascari giunto da poco tempo in Libia, anzichè ad un indigeno della Cirenaica. Ma l'una e l'altra obiezione cadono se si consideri come anche della bilharziosi vescicale, affezione di maggiore evidenza e in cui si è più facilmente indotti ad esaminare microscopicamente le deiezioni patologiche, i primi casi si osservarono molto tempo dopo la nostra presa di possesso, e su soldati Italiani anzichè su arabi. E si aggiunga che, pur essendo i nostri Medici Coloniali portati a ricercare questa malattia avendo da una diecina di anni nozioni della sua accertata presenza, tuttavia non è stata riscontrata a tutt'oggi che in meno di una diecina di casi di cui due soli nella persona di indigeni.

Il terzo e più solido argomento contro la possibilità della presenza di Schistosoma Mansoni in Cirenaica è prospettato nella già citata pubblicazione del Patanè — valorosissimo studioso della Patologia e Zoologia di quella nostra Colonia. Egli propende a credere che la Cirenaica, pur essendo attigua all'Egitto in cui la Bilharziosi intestinale è presente e frequente, conservi una speciale immunità di fronte a quest'affezione perchè vi manca la specie Planorbis boissyi — specie che è invece presente in Egitto, ed alla quale, almeno per l'Egitto stesso, è strettamente legato il ciclo biologico di Sch. mansoni.

Per altro a ciò si può rispondere che, anzitutto, come giustamente osserva lo stesso A., le nostre conoscenze intorno alla malacologia della Cirenaica sono ancora incomplete e non può affermarsi che manchino i Boissyi pel solo fatto che non se ne sono ancora trovati; in secondo luogo potrebbe anche darsi che in quella nostra Colonia l'ospite intermedio dello Sch. mansoni sia un qualche altro Planorbis, ad esempio il Pl. Atticus già rinvenuto in Cirenaica stessa.

Del resto il Patanè, in considerazione, specialmente, dell'ambiente idrografico favorevole in molte zone allo sviluppo dei molluschi d'acqua dolce (1), e date le attuali numerose lacune sull'argomento della bilharziosi in quella nostra Colonia, non esclude in modo assoluto la possibilità di casi autoctoni di bilharziosi intestinale in tale regione, nè io in modo assoluto sostengo che il mio soggetto vi si debba essere contagiato; ritengo soltanto la cosa assai verosimile. Occorrono tuttavia ulteriori studi per risolvere definitivamente l'interessante problema.

A proposito dei quali studi, oltre l'essere perfettamente d'accordo col Patanè sulla necessità di estendere e di intensificare le indagini malacologiche in Cirenaica, credo doveroso richiamare l'attenzione di tutti quei nostri Medici Coloniali sull'utilità di praticare sistematicamente l'esame delle feci dei numerosi dissenterici e pseudo-dissenterici che capitano sotto la loro osservazione: un semplice esame microscopico, anche a piccolo ingrandimento, di qualche fiocchetto muco-sanguinolento (esame che si potrà fare a mezzo del più vicino laboratorio, cui potranno essere inviate le feci sospette senza eccessiva preoccupazione di tempo o di sterilità dei recipienti), potrà svelare qualche caso indiscutibilmente autoctono di bilharziosi intestinale, con evidente vantaggio scientifico e pratico.

Poche considerazioni mi restano ancora da fare circa la sintomatologia, la cura e la profilassi della schistosomiasi da Bilh. Mansoni: considerazioni originate dallo studio del mio ammalato.

(1) Il Mayer ci ricorda che, per la vita dei Planorbis basta assai poca acqua;

Dirò subito che, nel suo assieme, il complesso sintomatologico presente nell'Aluon (modica febbre, epatomegalia, linfocitosi con scarsa eosinofilia, ecc.) ricorda notevolmente il quadro clinico messo la prima volta in evidenza dall'Archibald (1) e poi confermato da molti altri autori.

Passando a considerare i vari fatti riscontrati, reputo ozioso soffermarmi su ciascuno di essi: tratteggerò solo i più importanti o per la loro rarità o per il loro significato.

L'infermo, all'ingresso in Ospedale, richiamava l'attenzione su due apparati: il digerente e l'urinario. Quanto al primo, si trattava allora della banale forma pseudo-dissenterica muco-sanguinolenta, comune di tale infestione e definita esattamente dal Fergusson (citato dal Lustig) come « colite bilharzica ». Circa le uova di Sch. mansoni presenti nelle feci del mio ammalato, stimo opportuno richiamarvi l'attenzione per un particolare morfologico non ancora, ch'io mi sappia, messo in evidenza e pure, a mio giudizio, d'una certa importanza se sarà da altri confermato. Alludo alle dimensioni del caratteristico aculeo laterale che nei miei preparati ho trovato essere pressochè costanti (circa 23-24 μ) e, ciò che più conta, affatto indipendenti dal volume delle uova, ossia non proporzionali — neppure approssimativamente — ai diametri delle uova stesse.

Merita uno speciale riguardo la sintomatologia a carico della minzione (dolore, tenesmo, pollachiuria) che influiva moltissimo sulle condizioni generali del paziente, giacchè concorreva, coi fatti intestinali, a dargli irritazione e insonnia. Poichè a tali sintomi si aggiungeva, al dire dell'infermo, un'emissione mista di Bilh. mansoni e Bilh. haematobia, la quale evenienza non è per nulla rara in Africa. Esaminai allora sistematicamente il sedimento urinario, senza per altro riscontrare mai non solo uova bilharziosiche, ma neppure globuli rossi od emoglobina o cellule anormali od altro. Le urine, giallorossastre e torbide, dovevano tale loro aspetto, che poteva a prima vista far pensare a qualche fatto emorragico, ad un banale, ma abbondantissimo contenuto di urati amorfi.

Come spiegare, però, l'imponente sindrome subiettiva?

La spiegazione trovasi, a mio avviso, in un fatto nuovo che si andò sviluppando durante il decorso del male: alludo alla intumescenza addominale descritta nella storia clinica. Essa, quando fu posta in evidenza, cioè due mesi dopo l'ingresso dell'Aluon in Ospedale, si trovava immediatamente al disopra del pube; in prosieguo di tempo andò gradatamente e continuamente spostandosi verso l'alto e verso sinistra sì che, se da principio si sospettò un tumore a carico della vescica, in un secondo tempo si dovette abbandonare questa ipotesi e pensare invece ad un tumore impiantato sul tratto inferiore dell'intestino o, più attendibilmente, sul mesentere dipendente.

Benchè la sicurezza diagnostica, in proposito, avrebbe potuto darla solo una laparotomia che l'ulteriore favorevolissimo decorso ci dette ragione di non aver tanto, pure l'ipotesi era solidamente fondata sul reperto costantemente negativo nei riguardi delle urine, nonchè sui controlli dell'esame bimanuale con riscontro rettale, che rivelava come la cupola vescicale fosse del tutto indipendente dalla tumefazione, come del pari non fossero interessate le pareti del retto e del sigma, come — infine — la tumefazione stessa si presentasse di forma allungata, col polo superiore arrotondato, spostabile e perfettamente libero, mentre il polo inferiore presentava una specie di corto peduncolo la cui radice insensibilmente si perdeva fra la parete posteriore della vescica urinaria e la parete anteriore del retto.

Ora, è assai plausibile che il tumore, in un primo tempo, avesse cominciato a svilupparsi in corrispondenza del trigono cistico esercitando su di esso una certa compressione: onde il tenesmo, la pollachiuria, il dolore, la relativa stasi urinaria con reazione acida e con abbondanza di urati rossastri. Quando, successivamente, il tumore, pur conservando affatto in basso il suo polo d'impianto, andò portando sempre più verso l'alto il proprio polo di sviluppo, esso diminuì la pressione precedentemente esercitata contro il trigono, e anche i fatti a carico della minzione si ridussero e quindi scomparvero del tutto e per sempre.

Non sono rarissimi i casi di tumori addominali negli infestati da Bilh. Mansoni, e la loro conoscenza mi ha anche soccorso nella diagnosi: pure, che io mi sappia, in nessuno dei casi fi-

(1) *Brit. Med. Journ.*, febbraio 1917.

Digitized by Google

nora descritti vi era la concomitante sindrome vescicale spiegabile con la presenza e la sede del tumore stesso.

La letteratura medesima, infine, ha mostrato quale plausibilmente fosse la natura di tale intumescenza: doversi trattare d'una di quelle neoformazioni dovute allo stimolo meccanico delle uova che il parassita — il quale vive, come è noto, nel sistema venoso portale — depone nel gruppo inferiore di venule del sistema stesso. Il giuoco combinato dello stimolo esercitato da dette uova e della violenta e intensa reazione tissurale, produce appunto, nei siti ove sono avvenute le deposizioni di uova più copiose, cioè oltre che nella parete del basso intestino, nel mesocolon o negli epiploon o nei legamenti peritoneali o nei gangli mesenterici — una o più formazioni polipose (particolarmente descritte nei trattati di Grall e Clarac e del Brumpt) simulanti spesso, per la loro rapida crescita e per lo stato sub-cachettico dell'infermo, qualche tumore maligno. Tumore maligno che, in realtà, potrebbe a sua volta svilupparsi secondariamente in queste zone di particolare irritazione, come sostengono molti fra cui recentemente il Mayer.

Che ,infine, nel mio caso si sia trattato effettivamente di una neoplasia papillomatosa bilharziosica (Kartulis), è dimostrato indiscutibilmente dalla sua mirabile regressione e scomparsa mercè la cura antielmintica specifica, come illustrerò più innanzi.

Tre altri punti dobbiamo esaminare ancora, nei riguardi della sintomatologia: il netto deperimento organico, il reperto ematologico, la tumefazione del fegato.

Quanto al primo, vi è chi pensa che lo stato di anemia e dimagramento, che può giungere sino a mortale cachessia, dipenda dalle continue emorragie (opinione sostenuta da competentissimi autori francesi: Leger, Mathis, Noc, etc.). La cosa molte volte può essere plausibilissima, ma non sempre. Nel mio caso, ad esempio, l'emissione di sangue con le feci fu ognora minima, nè mai si ebbero enterorragie eppure il deperimento generale era evidente: ed io credo, assieme al Brumpt, al Mayer e ad altri, che questo dipendesse da fatti tossici causati dalle bilharzie e dai loro prodotti e ripercuotentisi su tutta l'economia dell'individuo; analogamente a quanto avviene in molte elmintiasi: tipica la cachessia da anchilostoma (1).

Questa mia ipotesi è confermata dalla lieve epatomegalia: deve quì essersi trattato di una ipertrofia da aumentato lavoro del fegato, sia per il relativo ostacolo portale, sia appunto nei riguardi dell'attività epatica antitossica, senza che si debba affatto pensare ai gravi fenomeni reattivi dell'organo dovuti a presenza di vermi o di uova (onde una particolare forma di «cirrosi epatica ipertrofica» ben descritta dal Kartulis, dal Rispuez e da altri).

Venendo all'esame del sangue — sul quale credo necessario soffermarmi anche in considerazione della recente asserzione di Castellani che l'argomento non sia ancora esaurito, ma richieda ulteriori studi e osservazioni — il reperto ematologico dell'Aluon mostra essenzialmente i seguenti caratteri.

— Nei riguardi dei globuli rossi: una evidente diminuzione del tasso emoglobinico accompagnata a persistenza numerica degli eritrociti o, fors'anche, a un loro lieve aumento. Si dovrà quindi pensare ad una cloro-anemia di medio grado in soggetto emaciato i cui tessuti, cioè, compreso il sanguigno, erano alquanto disidratati — il che spiegherebbe la coesistenza della ipocromoemia e dell'iperglobulia (apparente, relativa).

— A carico dei globuli bianchi: una leucopenia con mononucleosi, reperto classico delle affezioni croniche esaurienti, e, nel caso in questione, espressione anch'esso di cloroanemia secondaria all'intossicazione bilharziosica.

Quanto all'eosinofilia, caratteristica, benchè non esclusiva, delle elmintiasi in genere, è degno di considerazione il suo tasso esiguo (7%). Esiguità riscontrata da quasi tutti gli autori più recenti (Castellani e Chalmers, Mathis, Noc e Leger, Brumpt, ecc.) e ritenuta, a ragione, propria della bilharziosi intestinale, in contrasto con la forte eosinofilia di altre elmintiasi e della stessa bilharziosi vescicale. Taluno, anzi, che ha potuto esaminare le formule leucocitarie fin dall'inizio dell'affezione, asserisce che da principio l'aumento degli eosinofili è assai rilevante (dal 36 al 76 per cento secondo il Brumpt), mentre si riduce notevolmente nella fase florida del male: il che concorda esattamente con i dati del caso in esame. L'Archibald (1), poi, che si è occupato dell'argomento al Sudan, crede addirittura che l'eosinofilia non esista.

Venendo ora alla cura, si somministrarono all'Aluon, anche a scopo di studio, quasi tutti gli antielmintici proposti nelle schistosomiasi dagli autori precedenti.

Dirò subito, in proposito, che, per le cattive condizioni generali dell'infermo, non si poterono, specialmente da principio, praticare «cure a ripetizione», ma, fra un periodo di cura e l'altro, dovetti sempre lasciar trascorrere un certo tempo in cui sospendevo ogni presidio terapeutico anti-bilharziosico, preoccupandomi solo di diminuire lo stato di deperimento con mezzi opportuni.

Orbene, si verificò in taluno di questi periodi intermedi il fatto, abbastanza strano, che l'infermo aveva come delle crisi di rapida miglioria tanto generale quanto dal lato della colite specifica, sì che egli stesso si diceva guarito e la cosa si sarebbe anche potuta credere se, oltre la persistenza di qualche sintoma particolare, non si fosse conservato positivo nelle feci il reperto delle caratteristiche uova, e per nulla morte o degenerate.

Insisto su tale fatto perchè esso può spiegare sia i brillanti risultati ottenuti spesso con antielmintici che, nel mio caso, si sono mostrati inefficaci, sia le stesse guarigioni spontanee. E questo fatto dimostra ancora che, se l'esame microscopico delle feci è indispensabile per accertare fin dall'inizio la natura del male, esso è assai necessario durante il decorso per non abbandonare l'infermo ad ogni, sia pur notevolissimo, miglioramento credendolo guarito, con grave nocumento tanto per l'infermo stesso quanto, e specialmente, dal punto di vista igienico.

Non credo inutile ricordare, in proposito, quanto il Giovini (2) raccomandava sin dal 1907 come ottimo complemento alla ricerca delle uova di elminti nelle feci sospette qualora tale ricerca riesca in un primo tempo negativa: il trattare cioè le feci stesse—raccolte dopo alcuni giorni di regime latteo-vegetariano—col metodo della benzidina e dell'acqua ossigenata: reazione sensibilissima per svelare anche minime tracce di sangue. Quando questa reazione riesca positiva, ulteriori e più accurate indagini microscopiche metterebbero senza fallo in evidenza qualche uovo del parassita in causa.

Tornando al mio soggetto, nessuna delle cure antibilharziosiche fatte in un primo tempo apportarono risultati apprezzabili: neppure il cloridrato di emetina (proposto da Tsamis nel 1913 e sperimentato e lodato da Tsykalas, Mayer (3), Diamantis (4), Fülleborn (5), nonchè dal Penne (6), il quale consigliò delle modificazioni alle modalità del trattamento) apportò da solo sensibili vantaggi.

Gli unici risultati vantaggiosi, così vantaggiosi da condurre alla guarigione completa e definitiva, accertata con ripetute indagini cliniche e di laboratorio, si ebbero coll'impiego del tartaro emetico per via endovenosa.

Usato le prime volte dal Christopherson (7), dal Wiley (8) e dall'Innes (9), venne successivamente e ripetutamente sperimentato da infiniti ricercatori i quali tutti conclusero per la sua sorprendente efficacia sì che a giusto titolo può ritenersi come il rimedio specifico della bilharziosi (Low (10), Castellani e Chalmers, Taylor (11), Low e Newham (12), Rogers (13), Hérisson,

(1) Con maggiore determinatezza si potrebbe pensare, nei riguardi della oligoemia, ad una tossina emolitica, analoga a quella — sospettata dal De Giovanni, dimostrata dal Castellani, confermata dal Preti etc. — che è presente nel secreto delle ghiandole cervicali appunto dell'anchilostoma.

(1) *Trop. Dis. Bull.*, III, 6, 1914.
(2) *Clinica Medica Italiana*, 1907.
(3) *Munchn. med. Wochenschr.*, n. 2, 1915. *Idem.* n. 23, 1918.
(4) *Trop. Dis. Bull.*, IX, 1918.
(5) *Arch. f. Schif. u. Trop. Hyg.* etc., n. 12, 1924,
(6) *Trans. Soc. Trop. Med. a. Hyg.*, II, 1919.
(7) *The Lancet*, II, 1918. *Idem*, IX, 1918. *Idem*, VI, 1919. *Journal of Trop. Med. a. Hyg.*, 16, VI, 1919. *Idem*, 15, VII, 1919. *Brit. Med. Journal*, 13, IX, 1919.
(8) *Brit. Med. Journ.*, XII, 1918.
(9) *Brit. Med. Journ.*, 13, IX, 1919.
(10) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 15, V, 1919.
(11) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 1, IX, 1919.
(12) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 1, XII, 1919. *The Lancet*, 15, X, 1919.
(13) *The Lancet*, 4, X, 1919.

Digitized by Google

Day (1), Cawston (2), Fülleborn (3), M. Mayer, Maciel, etc. etc.). Però la maggior parte degli autori, a cominciare da Archibald e Innes (4) che raccolsero fin dal 1919 una statistica dei pochi casi letali, denunziò anche la forte tossicità del farmaco, dovuta precipuamente alla sua azione cumulativa, sì che ognuno cercò, in base alla propria esperienza, di modificare la primitiva formula del Christoperson (5) nell'intento di ottenere i massimi effetti terapeutici col minimo rischio da parte dell'infermo.

Taluno propugnò l'uso di composti organici di tartaro emetico, quali lo « Stibenyl » (Heyden) usato efficacemente da Manson-Bahr, (6), Ziemann, ecc.; altri propose di associare più anti-elmintici (Cawston, ecc.) (7), ma a dosi meno generose: e ne venne, ad esempio, la cura mista alla Baujean adottata felicemente nel mio caso. Altri, infine, (Castellani, Chistopherson e Newlove (8), Taylor (9), Hérisson, Joyeux (10), ecc.) studiarono e definirono la sindrome d'intolleranza iniziale (vertigini, ambascia, tosse secca e stizzosa, vomito) per cui è indicata la sospensione della cura, e raccomandarono uno scrupoloso esame dell'infermo, per escludere altre malattie esaurienti in atto o lesioni cardiache e renali, prima d'iniziare il trattamento.

Nel mio caso, senza ripetere quanto ho già esposto nella storia clinica riguardo al metodo di cura seguito, ricordo solo che somministrai il tartaro emetico a dosi alquanto meno generose di quelle proposte dal Christopherson, compensando la minore introduzione di tale farmaco col far precedere un periodo di cura timolo-emetinica giusta il suggerimento del Baujean (esposto nei manuali del Brumpt e del Basile). Ricordo pure che, dato lo stato di deperimento dell'Aluon, questa terapia specifica era stata preceduta da un'intensa cura ricostituente.

Orbene, nonostante tutto ciò i fenomeni d'intossicazione prodotti dal tartaro emetico mi costrinsero a sospenderne la somministrazione dopo una dose complessiva di circa 70 ctgr.; e dovetti attendere altri due mesi per riprendere il trattamento.

Da quanto precede, oltre ad una conferma della tossicità del medicamento, risulta, a mio giudizio, la necessità che questa terapia si istituisca fin dall'inizio del male, prima che comincino fatti epatici o tumorali che esigono per la guarigione una grande quantità di tartaro emetico, e, specialmente, prima che sopravvenga quel profondo stato di oligoemia e di deperimento organico che indebolendo le difese naturali dell'infermo ne rende l'organismo più sensibile di fronte all'intossicazione da parte del farmaco.

I risultati della cura alla Christopherson-Baujean li ho già detti: si è trattato d'una brillante guarigione sulla quale stimo ozioso trattenermi dopo otto anni di felice esperienza al riguardo. Pure vi è un punto che merita vi si richiami l'attenzione: giacchè non mi risulta sia mai stato nettamente indagato e chiarito dagli autori precedenti: ed è il fatto della scomparsa del tumore addominale.

Tale tumore era così rilevante e, inoltre, andava crescendo con tale relativa celerità che, come dissi, fece pensare, per un certo tempo, ad un intervento chirurgico: si era confortati in questo non solo dall'opinione dei ricercatori che precedettero il Christopherson, ma anche da quelli successivi. Citerò in proposito il Mayer che nel suo volume sulle malattie esotiche, edito nel 1924, dopo aver propugnato il tartaro emetico, aggiunge testualmente che, in presenza di polipi e di tumori, pur non abbandonando tale cura medica, si deve intervenire chirurgicamente.

Invece il tartaro stibiato fece lentamente e gradatamente ridurre la tumefazione papillomatosa sino a farla clinicamente sparire. Come meccanismo d'azione possiamo ben supporre che la morte delle uova per opera del farmaco abbia, in un primo tempo, abolito il processo flogistico reattivo ipertrofizzante, e che in un secondo tempo sia avvenuta una distruzione delle uova da parte del tessuto circostante magari col concorso di fermenti autolitici sviluppantisi nell'interno delle uova stesse in seguito alla loro morte.

Comunque, la scomparsa della tumefazione con la cura antimoniale è stata da me accertata e devo concludere col consigliare, in occasione di casi analoghi, che venga almeno tentata, e per un congruo periodo di tempo, la cura stessa prima di addivenire ad un intervento operativo.

Infine, dato il caso di un tumore bilharziosico antimonioresistente, non si potrebbe sperimentare la radioterapia?

Vorrei tralasciare di parlare della profilassi anti-bilharziosica sia per non varcare i limiti del presente lavoro sia perchè nessun contributo sono in grado di recare alle accuratissime indagini svolte in proposito da una numerosa schiera di ricercatori, a partire dagli studi dei nostri Sonsino e Belelli. Indagini che ciascuno può trovare riassunte nel trattato di Castellani e Chalmers, in quello di Brumpt, o nei lavori di Diamantis (1), di Sheldon Elgood e Cherry (2), oppure estesamente riferite nelle già citate pubblicazioni del Leiper che senza dubbio è il più fortunato dei moderni ricercatori nel campo della biologia bilharziosica e della conseguente profilassi.

Per altro, il fatto della presenza di un bilharziosico intestinale nella nostra Colonia Cirenaica m'induce a prospettare brevemente alcune considerazioni profilattiche.

Ricorderò che la sola profilassi razionale consiste nello spezzare, in qualsiasi stadio, il ciclo vitale del trematode. Si dovrà quindi, da un canto, evitare l'inquinamento delle acque: il che riconferma l'importanza di procedere a un solecito esame microscopico delle feci degli pseudo-dissenterici sospetti per disinfestarne le feci stesse, nonchè di trattarli col tartaro emetico, per poterli poi restituire guariti al proprio ambiente nella certezza che non saranno più sorgente di contagio. Si ricordi anche, in proposito, la possibilità di portatori sani con feci cariche di uova, come il Morin (3) abbastanza recentemente ebbe occasione di mettere in evidenza al Madagascar, e come successivamente ha confermato anche il Mayer.

D'altra parte si dovrà proteggere l'uomo dal contagio sia disinfestando chimicamente le acque sospette prima di lasciarle adoperare per le abluzioni o come alimento; sia ricercando e sterminando i Planorbis, indispensabili ospiti intermedi, nel loro habitat naturale: corsi d'acqua, canali, stagni, pozzangnere, ecc.

Nè credo inutile insistere ancora una volta sull'importanza, da parte dei nostri medici coloniali, di interessarsi attivamente a questi due lati profilattici completantisi a vicenda, dato che il caso da me osservato — fosse esso o no autoctono della Cirenaica — potrebbe aver rappresentato una fonte di contagio anche per la popolazione italiana. Sul pericolo del qual contagio non credo vi sia alcuno che possa negarlo sol che si consideri come la zona di Merg, ove si trovava l'Aluon prima del ricovero in Ospedale, oltre essere abitata da molti connazionali, è vicinissima a Bengasi, il massimo porto e centro di quella Colonia, come risulta dall'annessa cartina.

CONCLUSIONI. — 1. Anche in Cirenaica si è osservato un caso, forse autoctono, di bilharziosi intestinale.

2. E' necessario diagnosticare precocemente(con l'esame microscopico delle feci sospette) gli ammalati: tanto agli effetti curativi quanto per ragioni profilattiche.

3. Oltre questa profilassi umana si impone quella ambientale che presuppone la conoscenza noso- e zoo-geografica della nostra colonia nei riguardi della schistosomiasi: conoscenza che è ancor lungi dall'essere completa.

4. La sola terapia indicata, anche in presenza di neoformazioni specifiche, è quella antimoniale con iniezioni endovenose di tartaro emetico.

(1) *The Lancet*, 12, III, 1921.

(2) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 15, X, 1921.

(3) Loc. cit.

(4) *Journ. f Trop. Med. a. Hyg.*, 15, II, 1919.

(5) Iniezioni endovenose di tartaro emetico cominciando dalla dose di gr. 0.03 di farmaco sciolta in cc. 1 di acqua distillata cui si aggiungono, al momento dell'uso, cc. 2 di siero fisiologico; praticare le iniezioni a giorni alterni aumentando ogni volta di gr. 0,03 fino alla dose di gr. 0,12 e continuando con tale dose fino a un totale complessivo di gr. 1,80.

(6) *The Lancet*, 24, VIII, 1920.

(7) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 1, XI, 1924.

(8) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, luglio 1919.

(9) *The Lancet*, agosto 1919.

(10) *Bull. Médicol.* 26, XI, 1921.

(1) *Journ. d'Urologie*, agosto 1917.

(2) *Journ. of Trop. Med. a. Hyg.*, 1, XI, 1919.

(3) *Bull. Soc. Path. Exot.*, 229, 1921.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIA

Basile. Diagnostica delle malattie parassitarie, Roma, 1923. — Brouardel et Mosny. Traité d'Hygiéne, vol. XI, 1907. — Brumpt. Précis de Parassitologie, 3ª Ediz., Paris, 1922. — Castellani and Chalmers. Manual of Tropical Medicine, 3ª Ediz., London, 1919. — Courmont et Rochaitx. Précis d'Hygiéne, Paris, 1925. — Gamma. Diagnosi e terapia specifica delle malattie infettive e parassitarie, Torino, 1925. — Grall et Clarac. Traité pratique de Pathologie exotique, vol. VI, Capitolo redatto da Mathis, Noc e Leger, Paris, 1913. — Grixoni. Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali, Roma, 1926. — Hérisson. L'Emétique et les Composés antimoniaux en Pathologie tropicale, en particulier dans la bilharziose. Thése de Paris, 1921. — Kolle e Wassermann. Handbuch der Pathogenen Mikroorganismen, vol. VIII, Capitolo redatto da Loos e da Kartulis, 2ª Ediz., 1913. — Kraus und Grugsch. Spezielle Pathologei und Therapie innerer Krankheiten, vol. VI, parte I, Berlin, 1922. — Lehmann's med. Atlanten, vol. XI, Capitolo redatto da Neumann e Mayer, 1914. — Lustig. Trattato di parassitologia. Milano, 1913. — Idem. Malattie infettive dell'uomo e degli animali, vol. III, Capitolo redatto da Alessandrini, Milano, 1923. — Mayer. Exotische Krankheiten, Berlin, 1924.

NOTE ORIGINALI DALL' ESTERO

ANASTOMOSI TRA LA PICCOLA E LA GRANDE CIRCOLAZIONE SANGUIGNA

per CH. TRUNECEK (di Praga, Cecoslovacchia)

Nella vita intrauterina, la grande e piccola circolazione comunicano direttamente per mezzo della fossa ovale del cuore e del dotto di Botallo; dopo la nascita, però, si determina una separazione completa delle due metà del cuore e il dotto di Botallo diventa impervio: è perciò che oggi, seguendo la teoria di Harvey, si considerano le due circolazioni come indipendenti l'una dall'altra. Scopo del presente lavoro è, intanto, di dimostrare che, anche nella vita extrauterina, sia normalmente che patologicamente, esistono comunicazioni dirette tra i vasi delle due circolazioni.

I.

In ogni polmone penetrano le arterie polmonare e bronchiale e ne fuoriescono le vene analoghe; questi vasi si possono raggruppare in due diversi sistemi: polmonari o *vasa publica* e bronchiali o *vasa privata* dei polmoni. Le due arterie polmonari, che a livello della 2ª vertebra dorsale nascono dall'arteria polmonare primitiva, si ramificano esclusivamente nel polmone e, a similianza delle arterie terminali, non hanno alcuna comunicazione tra loro. Le ramificazioni di esse, tutte molte corte, seguono le ramificazioni dei bronchi, senza venire a contatto con queste; dopo un percorso molto breve si suddividono nei capillari alveolari, dai quali si formano poi le vene polmonari: in questo modo, il sangue spinto dal cuore destro ritorna completamente nel cuore sinistro. Circa il secondo sistema delle arterie bronchiali, che provvede alla nutrizione degli organi respiratori, le bronchiali anteriori nascono dalle arterie mammarie interne, mentre le due bronchiali posteriori prendono origine o direttamente dall'aorta toracica o da una delle arterie intercostali.

Queste arterie accompagnano i bronchi in tutte le loro ramificazioni, dando delle diramazioni alle pareti dell'arteria polmonare, ai gangli linfatici dell'ilo e alla pleura viscerale; suddividendosi poi, formano dei reticoli capillari intorno alle pareti bronchiali e attraversando gli strati esterni di queste irrorano la mucosa bronchiale; di qui continuano verso i piccoli bronchi e si ramificano nei lobuli polmonari.

Le vene bronchiali, d'altra parte, nascono unicamente dai capillari dei grossi bronchi e pervengono nella vena cava, a destra attraverso la vena azygos, a sinistra attraverso la vena intercostale superiore. I capillari dei piccoli bronchi, invece, che pur hanno ricevuto sangue dalla grande circolazione, sboccano da una parte direttamente nei capillari polmonari, dall'altra si uniscono con le vene bronchiali anteriori, le quali, in numero di una o due per lato, sboccano nelle vene polmonari: è perciò che esse sono state denominate, vene bronco-pulmonari (Lefort).

Anche nei grandi bronchi, però, fino alla biforcazione della trachea, esistono piccole venule che, invece di raggiungere le vene bronchiali, versano il loro sangue venoso nel reticolo polmonare. Tutte queste vene, alle quale io ho dato il nome di vene aberranti dei bronchi, non costituiscono alcuna eccezione, ma si riscontrano nell'uomo normalmente.

Un'altra anomalia è rappresentata dai vasi sanguigni del mediastino. Si sa che il sangue destinato alla nutrizione delle pareti del cuore vi perviene per mezzo delle due arterie coronarie; le vene delle orecchiette, poi, sono costituite da canali scavati nelle pareti muscolari di esse e sboccano, attraverso *foramina*, quelle del lato destro in totalità e quelle del lato sinistro soltanto in parte, nell'orecchietta destra; la maggior parte delle vene dell'orecchietta sinistra, invece, si versa, come Lannelongue ha constatato, nella cavità auricolare sinistra. D'altra parte, i capillari e le vene dei due ventricoli si riuniscono in un sol tronco, la grande vena coronaria, che sbocca nell'orecchietta destra sulla faccia posteriore del cuore. Vi sono, però, nel cuore sinistro delle venule, dette minime, che sboccano direttamente nel ventricolo sinistro, come già avevano constatato Tebesio (XVI secolo) e Vieussens (1661-1720): il loro calibro sorpassa raramente un 1/2 mm., ma sono abbastanza numerose per bastare allo scarico del sangue venoso dello strato interno del cuore sinistro, sopra tutto dei muscoli papillari. J. Janosck, di Praga, ha trovato parecchie vene corte ma molto larghe le quali raccolgono il sangue della faccia anteriore del cuore destro e sboccano regolarmente nell'orecchietta sinistra. E. Zuckerkandl, di Vienna, che ha pubblicato una bella opera sulla circolazione sanguigna del torace, ha trovato nel mediastino una vena abbastanza grossa, che raccoglie il sangue delle pareti dell'aorta ascendente, dell'arteria polmonare e dell'orecchietta sinistra e che sbocca direttamente nella orecchietta sinistra. Io ho denominato tutti questi vasi: « vene aberranti del mediastino ».

La terza anomalia, non meno importante, è la seguente: le vene del mediastino formano un intricato reticolo che affluisce principalmente nelle vene azigos e emi-azigos; ciò nonostante parecchie di queste vene sboccano nelle vene pulmonari. Egualmente le vene diaframmatiche e esofagee sono da una parte in comunicazione con le vene gastriche e surrenali, dall'altra in unione diretta con le vene polmonari. Vi sono inoltre, nella mucosa respiratoria, dappertutto comunicazioni tra i reticoli capillari delle due circolazioni; io ho designato questi vasi come « vene comunicanti ».

Questi fatti provano che, nell'uomo, esistono delle comunicazioni dirette tra i vasi della piccola e della grande circolazione sanguigna.

II.

Le dette disposizioni anatomiche sono la causa di parecchi fenomeni interessanti, normali e patologici, primo tra i quali l'ineguaglianza della portata dei due ventricoli, destro e sinistro, fatto paradossale che da 60 anni era l'oggetto di numerosi studi e esperienze. Bröhe, Hiffelsheim e Robin, che per primi si sono occupati di tale questione, hanno misurato la capacità dei ventricoli per mezzo dell'iniezione di liquidi e hanno trovato che il volume del cuore destro è di un terzo più grande di quello del cuore sinistro. Una così grande differenza era evidentemente dovuta al fatto che il cuore destro, a pareti più sottili e più cedevoli, si distende facilmente di fronte al liquido iniettato e più del cuore sinistro; questa osservazione, però, non ha alcun valore per la questione della portata dei due ventricoli, giacchè questi ultimi non si vuotano mai completamente nella sistole e una certa quantità di sangue residua nelle loro cavità alla fine di ogni sistole. E' perciò che altri investigatori, come Ludwig, Volkmann e Dogiel, hanno preferito misurare le quantità di sangue che, in un tempo determinato, attraversano segmenti analoghi dell'aorta e dell'arteria polmonare. Nelle loro esperienze essi hanno constatato che la portata dell'aorta era costantemente maggiore di quella dell'arteria polmonare; ma prima che da ciò si fosse potuto trarre una conclusione decisiva, delle considerazioni di ordine teorico dovute a Landois e Stricker, hanno portato una soluzione della questione che sembrava definitiva. Le due

Digitized by Google

metà del cuore, nell'uomo normale, si contraggono simultaneamente ed egualmente, di modo che esse spingono il sangue nello stesso tempo e lo scacciano in maniera analoga. Ma il sangue veicolato dall'arteria polmonare non subisce alcuna diminuzione di volume nell'attraversare il polmone, eccezion fatta di una perdita di acqua che, durante ogni rivoluzione cardiaca, non raggiunge neppure un decigrammo. Per queste ragioni si è concluso che le portate dei due cuori dovessero essere assolutamente eguali e che appunto per questa eguaglianza il sangue restasse distribuito, durante la vita, in modo armonico nell'organismo. Se una metà del cuore, si diceva, spingesse più sangue dell'altra, il sangue si accumulerebbe nell'una delle due circolazioni e l'altra, dopo un certo tempo, ne sarebbe completamente privata.

Queste conclusioni, così semplici e, si direbbe, logiche, sono rimaste in seguito inattaccate; esse presuppongono che il sangue spinto dal cuore sinistro ritorna completamente nel cuore destro: tal fatto però non esiste nel nostro organismo. Infatti già la sola mancanza delle vene nei piccoli bronchi ha per conseguenza che una certa quantità di sangue che perviene al cuore sinistro sfugge durante ogni diastole cardiaca al cuore destro, di modo che la portata di questo viene a diminuire, mentre aumenta quella del cuore sinistro. Le vene aberranti del polmone e del mediastino accentuano vieppiù questa differenza.

Il secondo fatto dovuto alle anastomosi è la comparsa della bronchite cronica nel corso dell'insufficienza della valvola mitrale. Il sangue venoso dei piccoli bronchi si versa completamente, attraverso le vene pulmonari, nel cuore sinistro e la stasi di esso ha luogo, non già come nelle altre parti del corpo in seguito ad una stasi nella vena cava, ma in seguito ad un aumento di pressione nelle vene polmonari. E' perciò che il ristagno nei piccoli bronchi compare, durante l'insufficienza mitralica, sin dall'inizio della malattia, in un periodo in cui il cuore destro funziona ancora bene e lo scarico del sangue venoso nelle vene cave si compie normalmente. E se la stasi venosa, in questi casi, colpisce all'inizio solamente i piccoli bronchi, le vene aberranti e le anastomosi, però, la fanno ben presto propagare a tutta la mucosa bronchiale e anche al mediastino. Il ristagno del sangue venoso in una zona circoscritta aumenta la pressione nelle vene rispettive e rende perciò più difficile l'accesso del sangue arterioso, donde, nei malati affetti da insufficienza mitralica o da stenosi dell'orificio venoso sinistro, un difetto locale di ossigeno nella mucosa bronchiale e nel mediastino, il quale si manifesta principalmente come un senso subiettivo di oppressione dolorosa nella regione precordiale, quale questi malati accusano anche se il loro vizio valvolare è ben compensato.

Il terzo fatto in dipendenza delle anastomosi su dette è che gli infarti polmonari sono sempre emorragici, mentre quelli di altre parti del corpo umano, irrorate da arterie terminali, sono costantemente anemici. Per spiegare questo fenomeno, Rokitanski, di Vienna, ammetteva una congestione venosa retrotraumatica, ammetteva una congestione collaterale o una rottura del vaso embolizzato, fatti che si verificherebbero solo nei pulmoni e non in altre parti del corpo.

Cohnheim ammetteva invece una congestione venosa retrograda, la quale, se esistesse veramente, trasformerebbe ogni infarto di qualsiasi parte del corpo in infarto emorragico. La spiegazione logica di questi fatti è invece la seguente. Se è vero che le arterie polmonari sono terminali, è pur vero che esistono in tutta la cavità toracica, non solo delle anastomosi tra i capillari bronchiali e polmonari, ma anche delle piccole venule pulmonari che si uniscono talora con le vene bronchiali, le quali, poco dopo, si versano nelle vene polmonari: è perciò che la parte di polmone la quale è anemizzata per l'ostruzione dell'arteria polmonare viene presto riempita dal sangue apportatovi dalle vene bronchiali. Questo sangue, poi, si troverà sottratto all'azione propulsiva del cuore e perciò resta *in loco* in maniera definitiva.

III.

Dal punto di vista chimico, le anastomosi determinano che una certa quantità di sangue venoso appartenente alla grande circolazione sfugge costantemente all'ossidazione che questo sangue subisce nel pulmone; così la gran quantità di sangue che è passata attraverso le arterie bronchiali resta inossidato, sangue di molto superiore a quello delle vene aberranti del miocardio e del mediastino. Tutto questo sangue si unisce a quello che dal pulmone ritorna ossidato nel cuore sinistro, di modo che il sangue arterioso, prima di passare nell'aorta, si carica di certi prodotti di combustione interna, la cui presenza in esso, come ha ingegnosamente detto Cl. Bernard nel 1855, è necessaria per il sostenimento delle funzioni di certi organi vegetativi. Uno di questi corpi chimici più importanti, sia per la sua azione sia per la sua quantità, è l'acido carbonico, il quale, se nel sangue venoso rappresenta una sostanza che deve essere eliminata dall'organismo, nel sangue arterioso invece, nella modica quantità in cui vi è contenuto, serve alla regolarizzazione e alla coordinazione delle funzioni del centro vitale. Essendo infatti l'ossigeno contenuto nel sangue arterioso in quantità molto più grande di quella di cui i tessuti hanno bisogno, se l'acido carbonico mancasse nel sangue arterioso, si potrebbe produrre un'arterializzazione completa del sangue. Ciò avrebbe per conseguenza una saturazione dei tessuti in ossigeno, la quale dal punto di vista clinico, si manifesterebbe con l'apnea, stato caratterizzato da sospensione dei movimenti respiratori, da abbassamento accentuato dalla pressione arteriosa e da mancanza generale di tono muscolare. In queste condizioni, se la parte di acido carbonico era assai grande, e sopra tutto se essa è sopravvenuta bruscamente, il centro respiratorio interrompe la sua attività e la riprende soltanto quando i tessuti cominciano a sentire fortemente il bisogno di ossigeno e quando si è già sviluppato una cianosi spiccata. Tutti questi fenomeni non si producono se il sangue arterioso, pur essendo ricchissimo in ossigeno, contiene una certa quantità di acido carbonico. Il sangue avente queste qualità tiene il centro respiratorio in tonicità permanente e rende più energiche e regolari le contrazioni muscolari, specialmente quelle del miocardio. La tonicità, poi, delle pareti arteriose determinata dall'acido carbonico fa sì che il sangue si trova costantemente sotto l'influenza del centro vasomotore e non può restare inutilmente accumulato in una parte qualunque del corpo; di qui la facilità con la quale il sangue può distribuirsi prontamente nell'organismo secondo il bisogno momentaneo dei tessuti.

L'acido carbonico, prodottosi o nel sangue o nei tessuti, abbandona l'organismo umano quasi esclusivamente attraverso il pulmone. Questo organo, dal punto di vista anatomico, è caratterizzato dal fatto che il sangue passa attraverso di esso in totalità, mentre che gli altri emuntori, anche i più importanti (per es. i reni) ne ricevono solo una certa quantità: si spiega così la rapidità con la quale il sangue si libera dell'acido carbonico. Per prevenire la perdita completa di esso, quale per es. potrebbe aver luogo nell'aria rarefatta, l'organismo ha fatto sviluppare nell'uomo le anastomosi, le quali aggiungono una certa quantità di sangue venoso, che è l'eccitante fisiologico di tutte le cellule, al sangue arterioso prima che questo venga distribuito ai tessuti.

Per valutare l'importanza delle anastomosi, bisogna ricordare che il sangue arterioso, anche nell'uomo sano e normale, contiene sempre una certa quantità di prodotti di ossidazione, specialmente di acido carbonico (100 gr. di sangue arterioso ne contengono in media 43 cc.). In queste condizioni, se la pressione dell'aria ambiente è eguale ad una atmosfera, la tensione dell'acido carbonico negli alveoli polmonari varia tra 41 e 38 mm. Hg. e, secondo le esperienze di Haldane, essa è la vera regolatrice della ventilazione polmonare o, più propriamente detto, dell'intensità dei movimenti respiratorii. La tensione alveolare dell'acido carbonico è, entro il limite dei detti valori, costante nell'uomo normale e resta inalterata anche se la pressione atmosferica si abbassa fino a 550 mm. di mercurio, il che corrisponde alla tensione che l'aria atmosferica ha ad una altezza di 2.700 metri. Se la pressione atmosferica diminuisce di più, come avviene ad altezze ancora superiori, l'acido carbonico, che nella nostra atmosfera è circa 0,04 %, diminuisce rapidamente: la tensione alveolare di esso allora si abbassa pure e ben presto in un gran numero di individui si produce un complesso di sintomi che Mosso ha designato col termine di « acapnia », stato che, secondo questo A., avrebbe origine da una diminuzione della quantità di acido carbonico del sangue circolante.

Il valore di queste acquisizioni non è assoluto, ciò nonostante i fatti, su cui esse sono fondate, sono innegabili e esse acquistano massima importanza nei tempi moderni, considerato l'abbassamento considerevole della pressione vascolare che si verifica a grandi altezze. Questo abbassamento, infatti costituisce uno dei più grandi pericoli che l'uomo deve vincere passando al-

Digitized by Google

le grandi altitudini ed è dovuto essenzialmente alla perdita rapida di acido carbonico che il sangue subisce nell'aria rarefatta. Le anastomosi, anche in queste condizioni, conservano al sangue circolante una certa quantità di sostanze di rifiuto, specialmente di acido carbonico; esse costituiscono, sotto questo punto di vista, un apparecchio utilissimo per la conservazione della vita.

Vi è, a tal riguardo, una differenza integrale tra l'organismo umano e le macchine a vapore, le quali presentano nella loro costruzione dei punti morti. Il pistone, infatti, durante il suo percorso, arriva ogni volta a un punto nel quale le forze, che da ciascun lato alternativamente lo spingono, si equilibrano; allora queste non esercitano alcuna azione propulsiva sul pistone, il quale, in questo momento, continua ad avanzare per inerzia. Lo stesso avverrebbe nel nostro organismo se il sangue arterioso fosse privo di acido carbonico e di altre sostanze di rifiuto.

IV.

Oltre che per la sua funzione principale, la respirazione, il pulmone serve all'organismo come un serbatoio di sangue dove il cuore sinistro, in ogni circostanza, può spingere o donde può assumere sangue in quantità sufficiente perchè la circolazione sanguigna si effettui senza interruzione. Il sangue, nell'arteria pulmonare, è contenuto sotto una pressione che è quasi eguale ad un terzo della pressione aortica; ma il sangue dell'aorta, prima di arrivare nei capillari della grande circolazione, perde durante il suo percorso circa i due terzi della sua pressione primitiva, il che ha luogo, per la massima parte, nelle piccole arterie e nei precapillari, dove la resistenza e l'attrito sono più grandi. Le stesse condizioni si verificano nelle arterie bronchiali, anteriori e posteriori: il percorso di queste ultime è, in vero, più corto, ma il loro sangue perde molta della sua pressione primitiva, poichè i tratti iniziali di esse partenti dall'aorta toracica sono ricurvi in alto, cioè contro la corrente sanguigna. Al contrario le arterie polmonari sono molto corte e numerose, e si dividono presto in capillari e della più grande importanza è il fatto che le piccole arterie e i precapillari, i quali nella grande circolazione costituiscono il più grande ostacolo per la corrente sanguigna, mancano del tutto nel sistema dell'arteria polmonare: per tali ragioni, il sangue di questa conserva la sua pressione originaria quasi inalterata fin nei capillari polmonari. Per le ragioni anzi dette, le pressioni capillari, nelle due circolazioni, nell'uomo normale, si mantengono in equilibrio.

Certi stati patologici sono caratterizzati dal fatto che le diverse parti del cuore non si contraggono egualmente o che le loro portate differiscono come quantità. La prima condizione si verifica più spesso in seguito ad una miocardite locale, per cui il muscolo cardiaco non si conserva egualmente efficiente in tutte le sue parti e le contrazioni delle due metà cardiache non sono egualmente forti; la seconda condizione è dovuta alla stenosi di un orificio, o arterioso o venoso, del cuore. In questi casi vi è una grade sproporzione tra la portata dei due ventricoli e ciò nonostante non ne risultano, in ogni caso, le conseguenze dannose che Landois e Stricker avevano preconizzate, credendole inevitabili. Ecco come ha luogo in questi casi il compenso. Appena che la pressione aumenta nei capillari polmonari, l'afflusso di sangue che ha luogo dalle arterie bronchiali in essi diminuisce; se, invece, la pressione del sangue polmonare si abbassa, allora il sangue dei capillari bronchiali, trovando un più facile efflusso verso i piccoli bronchi che fanno parte del reticolo delle vene pulmonari, vi affluisce a preferenza e compensa così la diminuzione di pressione nella piccola circolazione. Non è dunque necessario, per la conservazione della vita, che le portate dei due ventricoli si conservino sempre in equilibrio assoluto, il che, del resto, non potrebbe sempre aversi, in ogni circostanza, se non assai difficilmente. L'organismo, invece, mercè le anastomosi, è capace di correggere da sè stesso, incessantemente, le conseguenze che lievi difetti, anche continui, potrebbero provocare per una ineguale replezione delle due circolazioni. Ciò scaturisce del resto dalle nostre cognizioni cliniche. Se un individuo presenta 60 pulsazioni al minuto, il loro numero in 24 ore è di 84.400; allora in caso di stenosi mitralica, quando la portata del cuore sinistro è diminuita, la massa sanguigna verrebbe, in poche ore, accumulata interamente nella piccola circolazione e la vita non sarebbe più possibile. Ciò nonostante numerosi ammalati, nei quali l'orifizio venoso sinistro è stenosato, vivono per molti anni e, conducendo una vita riguardata, stanno abbastanza bene.

Le comunicazioni, che esistono nell'uomo tra la piccola e la grande circolazione, costituiscono dunque un particolare sistema, che rende più stabili e regolari certe funzioni vegetative indispensabili per la conservazione della vita; inoltre questo sistema costituisce per l'organismo un mezzo di compenso che rende possibile di prevenire o anche di combattere efficacemente certe irregolarità della circolazione sanguigna. Per mezzo di questo provvido sistema naturale, l'organismo può più facilmente adattarsi a certe condizioni esterne, le quali altrimenti non sarebbero che solo difficilmente compatibili con la vita umana.

Il presente lavoro rappresenta un complemento indispensabile e logico della teoria di Harvey.

BIBLIOGRAFIA

CH. TRUNECEK. Les anastomoses entre la petite et la grande circulation sanguine. Revue de Médecine, 1913. — J. JANOSIK. Anatomie sloveta (en tchécoslovaque p. 987. Prague 1913, J. Springer, editeur. — F. ZIICKERKANDI. Uber die Anastomosen der Venae pulmonales mit den Bronchalvenen und dem mediastinalen Venennetzen. Sitzungsberische.

ATTUALITÀ

I. ***La malarizzazione nella cura delle leucemie.***
II. ***L'immunità dei paralitici generale rispetto alla sifilide.***
III. ***La eliminazione del riflesso pressore nella cura chirurgica dell'angina pectoris.***
IV. ***Una nuova reazione per la diagnosi del cancro.***

I. T. LUCHERINI (Ist. di Anat. Patol. della R. U. di Roma; *Il Policlinico; Sez. Med.*; 1 febbr. 1927) ritiene che nelle forme acute e subacute di leucemia, nelle quali, come è noto, sono assolutamente inefficaci le applicazioni radioterapiche, sia opportuno tentare l'inoculazione della malaria; invece nelle forme croniche di leucemia la malario-terapia, se non altro per la cruenza con cui agisce e per le preoccupazioni che desta, non debba essere preferita ad altri trattamenti e in ispecial modo ai raggi Roentgen.

Soltanto trattandosi di leucemici cronici, nei quali la prognosi è assolutamente e costantemente infausta, si potrà con le debite cautele tentare questo metodo di cura, posto che il trattamento con i raggi Roentgen non abbia dato risultati soddisfacenti.

Si può alla cura della malarizzazione artificiale far seguire immediatamente la somministrazione intravenosa di alte dosi di arsacetina (iniezioni a giorni alterni di dosi progressivamente crescenti da cc. 0,10 a 0,30 della soluzione al 10 %) per cercare di ottenere risultati più efficaci e più duraturi.

ROSENOW, della Clinica Medica in Konigsberg (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 15, 1927), circa un decennio indietro, avendo studiato un caso nel quale coesisteva la leucemia con la tipica malaria terzana, fu portato ad ammettere una correlazione fra questi due stati, ed attribuire qualche miglioramento alla röntgenterapia energicamente praticata.

Il fatto che tra le due affezioni la più curabile sarebbe appunto quella malarica veniva a fare avanzare anche qualche tentativo, che peraltro fu realizzato dal Jauregg quando mostrò l'innocuità delle inoculazioni di malaria.

In un recente caso personale di leucemia mieloide, Rosenow procedette all'inoculazione di sangue malarico proveniente da un affetto da sclerosi multipla, e malarizzato di terzana a scopo curativo. Gli effetti, in quanto al confronto di quelli ottenuti dalla röntgenterapia, pure mostrando qualche affinità, si rivelarono molto più transitori come cifra leucocitaria e composizione globale del sangue. Indesiderata anzi subentrò l'azione emolitica dell'inoculazione malarica.

Dunque per ora non si può affermare il trattamento malarico della leucemia in genere. Tuttavia, e con tutti i riguardi che una clinica possa fornire, è consigliabile tentare questo trattamento, sotto il ripetuto controllo ematologico.

***

II. E' comunemente noto il fatto che di regola l'uomo si infetta una sola volta di sifilide durante la sua vita, e che rimane — una volta infettato — immune verso ulteriori inoculazioni. Che sotto certe condizioni, o prima dello stabilirsi della immunità costituzionale, o nel periodo ter-

Digitized by Google

ziario, o dopo le cosidette cure abortive, possano presentarsi delle superinfezioni e delle reinfezioni, nulla muta a questa regola generale.

E' certo — secondo le esperienze di Neisser sulle scimmie — che, fino a che gli spirocheti albergano nell'organismo questi è refrattario alle nuove inoculazioni.

Se i paralitici progressivi siano o meno immuni verso la sifilide è un problema che non da oggi appassiona biologi e medici.

Fin dal 1896 Hirschl di Vienna tentò, con esito negativo, di reinfettare dei paralitici con virus sifilitico.

Più tardi gli studii sulla immunità e sulla immunoterapia hanno preso un grandissimo slancio, tanto che si pensò di utilizzare gli spirocheti della sifilide come mezzo di cura per la paralisi progressiva, e Sagel riferì interessanti esperimenti in proposito.

Tuttavia si tratta di esperienze troppo ristrette per poterne ricavare delle conclusioni convincenti, e diversi altri Autori hanno fatto numerosi tentativi nello stesso senso senza venire a capo di nulla (F. Sahnel e I. Lange, etc.). In sostanza, non è finora stato mai possibile di reinfettare dei paralitici non trattati, col virus sifilitico. Un'altra questione che si è presentata allo studio è quella se i paralitici siano immuni verso determinati stipiti di spirocheti, o verso tutti.

E' infatti nota l'ipotesi che esistano speciali tipi di spirocheti neurotropi, e diversi Autori si sono domandati se questa differenza biologica tra i varii stipiti (differenza che, per altro, è lungi dall'essere ammessa da tutti) possa avere anche qualche ripercussione sull'immunità. Siemens non ha potuto giammai ottenere l'attecchimento di una seconda sifilide in paralitici o tabici, ad onta che si servisse per i suoi tentativi di inoculazione di spirocheti provenienti da 19 origini diverse, e risultati egualmente negativi hanno ottenuto Nichols e Kolle.

Cade quindi la speranza di potere, immunizzando attivamente i paralitici verso il virus sifilitico ottenere un'esaltazione dei poteri di difesa dell'organismo verso la paralisi progressiva, e possiamo, almeno allo stato attuale concludere che nell'uomo esiste chiaramente una *panimmunità* verso i più diversi stipiti di spirocheti, una volta che si sia infettato con uno qualunque di questi, e che tale immunità persiste anche nei paralitici.

Nei conigli non pare che questa immunità sia polivalente come nell'uomo, ma le poche, isolate esperienze in proposito, non possono essere in alcun modo applicate ed utilizzate per quanto concerne la sifilide umana. (F. Sahnel e S. Lange. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 45).

***

III. Il professore di Clinica medica nella Facoltà di Bucarest, D. Danielopolu, si associa, in fondo alla tanto nota teoria vaso-costrittiva delle arterie coronarie come patogenesi dell'accesso di angina pectoris: teoria che fu caldeggiata specialmente dal compianto Huchard. La modifica di Danielopolu a questa teoria consiste nel ritenere che la vaso-costrizione delle coronarie si origini riflessamente per una stimolazione tossica, che parte dall'aorta o dal cuore e si riflette sul miocardio (riflesso pressore) con una ischemia, che intensifica la intossicazione di quel muscolo, stabilendosi così uno dei tanti circoli viziosi tra effetto e causa; il dolore dell'accesso sarebbe la estrinsecazione principalmente della stimolazione delle fibre sensitive, che rappresentano la branca afferente o centripeta del riflesso pressore o vasocostrittore. Per ottenere la resezione di buona parte di quelle fibre sensitive, se non di tutte, Danielopolu ha proposto il taglio del cordone simpatico cervicale (senza il ganglio cervicale inferiore) e il taglio successivo delle branche del nervo vago cervicale, le quali entrano nel torace, nonchè del nervo vertebrale, dei rami comunicanti, che uniscono il ganglio cervicale inferiore e il primo ganglio toracico della catena del grande simpatico con il VI, VII e VIII paio dei nervi cervicali e con il primo paio dorsale, nonchè il taglio del filetto nervoso (quando è nettamente delimitabile), che uscendo dal nervo laringeo superiore si unisce con il tronco del vago.

Come si vede, trattasi di un intervento operativo, che richiede dal chirurgo nozioni profonde di anatomia e pratica non comune di Medicina operatoria sulla importantissima regione cervicale. In ogni modo, Danielopolu assicura che il metodo proposto è esente da pericoli e, quando venga applicato con la sufficiente estensione, elimina certamente il meno sopportabile sintoma dell'angina pectoris, rappresentato dal senso di costrizione retrosternale. E la soppressione sarebbe efficace per il taglio non tanto delle comuni fibre della sensibilità cardio-aortica e delle rispettive irradiazioni nel territorio cutaneo del II, III e IV paio dorsale, quanto delle speciali fibre afferenti del riflesso pressore. Il vantaggio del metodo starebbe anche nel fatto che non sono tagliati i filetti cardio-acceleratori e i filetti vaso-motori delle coronarie, donde la possibilità di applicazione anche quando in un infermo si veggono iniziati i fenomeni di insufficienza miocardica, detta comunemente asistolia.

DANIELOPOLU consiglia (*La Presse Médicale*, 1926, n. 79) di attuare l'intervento chirurgico in due sedute successive. Nella prima seduta s'interverrebbe alla base del collo ed a sinistra, tagliando il cordone del grande simpatico (al di sopra del ganglio cervicale inferiore), il nervo vertebrale e i rami comunicanti citati sopra. Questa prima seduta potrebbe bastare e non si passerebbe al secondo intervento, se si notasse migliorata buona parte dei sintomi. In caso contrario, in un secondo intervento, si taglierebbero la parte rimasta ancora integra del cordone simpatico cervicale e i vari filetti nervosi provenienti dal vago nella sua parte toracica e che si erano lasciati intatti durante il primo intervento; si possono tagliare anche i filetti nervosi, che uscendo dal laringeo superiore vanno ad unirsi nel tronco del vago. Qualora non si ottenessero benefici risultati neppure con questo secondo intervento a sinistra, si attuerebbe la prima seduta dell'intervento nel lato destro.

Il giudizio convergente del medico e del chirurgo definirà se, nello speciale infermo, che è da curare, convenga correre l'alea dell'intervento in una sola seduta oppure segmentarlo in due sedute successive. Certo si è che è proibito l'intervento di quals'voglia sorta, allorchè le condizioni cardiovascolari siano tali da rendere probabile uno shock operatorio.

Danielopolu riporta i nomi di vari chirurgi, che con successo hanno eseguito l'intervento proposto. Spetta ai controlli avvenire precisare anche meglio la opportunità e la utilità dell'intervento nei casi, in cui la terapia medica risulti scarsa di risultati benefici.

Innanzi alle sofferenze troppo atroci e in caso d'insufficienza della cura medica, *divinum opus sedare dolorem* è ricordo, che spinge all'atto operativo.

ANDREA FERRANNINI

***

IV. G. VERCELLOTTI e A. PAVESI (*La Clinica Medica Italiana*, n. 1, 1927) hanno controllato la nuova reazione, proposta dal dott. Pignotti.

Si esegue prelevando da una vena del gomito circa 5 cc. di sangue, che si versano in una provetta sterile; dopo circa 1/2 ora si mette il contenuto della provetta in una capsula di ferro smaltato o di porcellana, si pesa esattamente e si aggiunge un egual peso di acqua distillata. Si tritura, quindi, accuratamente il coagulo in modo da formare una poltiglia ben omogenea, si filtra e si prelevano 2 cc. del filtrato, aggiungendovi 12 cc. di reattivo del Pignotti, che è costituito da una nitro-cloro-aldeide-glicerina. Si agita leggermente e dopo 4-6 ore si leggono i risultati: nelle provette contenenti sangue di individui sani si osservano al fondo 2-3 cc. circa di precipitato grigio-biancastro, fioccoso, mentre il liquido soprastante appare limpido ed uniformemente colorato in rosso-ciliegia, rosso-granata. Nelle provette contenenti sangue di carcinomatosi, invece, si nota scarsezza e talora assenza del precipitato, mentre il liquido soprastante, pur mantenendosi limpido, assume un colore variante dal giallo paglierino chiaro al giallo-marrone scuro.

Dalle prove degli AA. risulta che, sebbene detta reazione dia un'alta percentuale di positività nelle forme carcinomatose, essa dà anche una discreta percentuale di casi positivi in altre forme morbose (forti anemie, stati di idriemia, ecc.). Il suo valore quindi scema, anzi sembra agli AA. che la positività della reazione stia più in rapporto col deperimento generale e con la profonda anemia che non col grado di sviluppo del tumore. Essa dimostra, quindi, che la molecola dell'emoglobina, sia nelle anemie secondarie a forme carcinomatose come in altre anemie gravi essenziali e secondarie a stati tossico-infettivi, trovasi in uno stato di labilità per cui viene più facilmente attaccata da sostanze chimiche ad alto potere riducente.

Il libro è fra gli istrumenti primi per la creazione, la diffusione, la conservazione delle civiltà nazionali.

Il libro, quando è degno di questo nome, quando ha una adeguata forza, è un' azione come tutto ciò che si chiama azione. Solo l' azione del libro non tanto appare nel presente quanto si sviluppa nell'avvenire.

ERRICO CORRADINI.

La diffusione del libro italiano all' estero è indispensabile perchè il pensiero e la cultura italiana, espandendosi nel mondo, conquistino l' influenza che loro spetta, il prestigio che meritano agli occhi delle altre nazioni.

PIETRO BADOGLIO

Perchè il libro italiano si diffonda fuori d' Italia, è necessario che esso sia prima diffuso in Italia.

Solo quanto gli italiani leggeranno libri italiani dieci volte di più di quello che non leggono oggi si potrà parlare, come di una realtà non lontana, di imperialismo italiano nel campo della cultura.

ALFREDO ROCCO

MEDICI ITALIANI!

Completate la vostra cultura e concorrete all' incremento della stampa medica italiana.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Metodo dell'Artusi per la prova del permanganato nelle urine dei tubercolotici.— S. TRENTINI. *Giornale del Medico Pratico*, n. 4, 1927.

La modifica apportata dall'Artusi alla tecnica del permanganato nelle urine è la seguente: si diluiscono 5 cc. di urina con 10 cc. di soluzione fresca di permanganato di potassio al %; si mescola accuratamente e si osserva; le reazioni positive assumono subito un bel colore giallo, mentre le negative si colorano in rosso. Se si procede nella reazione, facendo bollire l'urina così trattata per un minuto circa, si vede, qualche tempo dopo, raccogliersi nel fondo della provetta un sedimento: a questo punto si deve prendere in considerazione sia il colore della colonna liquida, la quale mantiene lievemente chiarificata la bella tinta gialla nelle prove positive e diviene invece del tutto incolore in quelle negative, sia il colore del sedimento, il quale è giallastro o brunastro a seconda che la prova è rispettivamente positiva o negativa. Gli stessi risultati si possono ottenere, secondo l'Artusi, senza ricorrere all'ebollizione, lasciando a sè la miscela di urina e permanganato per un periodo di tempo che varia dalle 12 alle 24 ore.

Seguendo questa tecnica, l'A. ha studiato il comportamento della reazione del permanganato nelle urine di 50 casi di tubercolosi delle più diverse forme cliniche (forme circoscritte e ad andamento torpido, forme evolutive con lesioni estese ed ulcerative).

Dai risultati ottenuti, appare che la prova è riuscita negativa nelle forme iniziali e ad andamento torpido non solo, ma qualche volta anche nelle forme gravi ed evolutive, per cui essa si dimostra insufficiente ai fini della diagnosi di tubercolosi in generale e della diagnosi precoce in particolare. Così che, secondo l'A., anche la modifica dell'Artusi non mostra alcun vantaggio, nè diagnostico nè prognostico, rispetto alla prova classica del permanganato secondo Moritz Weiss.

Il metabolismo basale nella prognosi della tubercolosi pulmonare. — G. Bosco. *Revista Médica Latino-Americana*, marzo 1927.

Secondo l'A., l'aumento graduale o brusco dell'indice del metabolismo basale permette di affermare l'evoluzione fatale della tubercolosi, laddove una diminuzione dell'indice preludie sempre ad un notevole miglioramento dell'affezione.

L'A. quindi ritiene che un basso metabolismo basale, in qualsiasi tubercolotico autorizza l'osservatore a fare prognosi benigna.

L'evoluzione della tubercolosi possiede perciò, nello studio del metabolismo, un indicatore sicuro del cammino che seguirà il suo sviluppo; di quì la necessità di incorporare definitivamente alla clinica tale metodo d'investigazione, preciso e sicuro.

Il contenuto del sangue in calcio e potassio. — E. KYLIN. Edit. Tryckeri Aktiebolaget. Jänköping (Svezia), 1927. 1 vol. in -8 di pag. 112.

Il XIX *Supplementum* di «*Acta Medica Scandinavica*» è dedicato a un esauriente lavoro sul contenuto del sangue in calcio e potassio.

Vi sono esposti i diversi metodi in uso nella determinazione di tali elementi minerali e tutte le più moderne teorie circa la loro partecipazione all'equilibrio acido-basico del sangue. Le variazioni dei loro valori nelle condizioni normali e patologiche (diabete mellito, asma bronchiale, ipertonia essenziale, disturbi tiroidei, surrenali, nervosi, ecc.)trovano larga e completa esposizione.

Varietà pseudotubercolare della infezione melitense. — A. TERZANI, R. Arcipedale in S. M. Nuova in Firenze. *Folia Medica*, anno XII, n. 24.

Esiste una complicanza particolare della microbiemia melitense a tipo respiratorio che può simulare, per molteplici aspetti, un quadro tubercolare del polmone. Secondo la denominazione data da Pisani, essa viene oggi chiamata forma pseudo-tubercolare della febbre di Malta.

I dati etiologici sono quelli della setticemia melitense; i dati patogenetici non hanno niente di definito, non essendo di per sè nessuno sufficiente ad illustrare il perchè di una complicanza di questo tipo.

Esistono però vari momenti che sono rappresentati, più che da un tipo particolare di ceppo batterico, dai precedenti dell'infermo (tossi, bronchiti ripetute, ecc.) e dai suoi dati somatici.

La diagnosi di tale complicanza vuole essere un'esclusione delle più comuni forme respiratorie tubercolari specialmente. Essa si fonda, oltre che sull'assenza del b. di Koch, sulla presenza del M. nell'escreato, su alcuni dati particolari relativi ai fenomeni fisici rilevabili all'esame dell'infermo e, sopratutto, a dati di ordine generale, al decorso e alla variabilità nell'aspetto delle lesioni nelle varie giornate, o anche nelle varie ore di una giornata. A questi dati aggiungono valore le siero-agglutinazioni, le intradermo-reazioni e gli esami del sangue.

Il substrato anatomo-patologico di questa manifestazione è rappresentato da infiltrazioni interstiziali e da piccoli focolai di congestione con epatizzazione. Osservazioni sperimentali con inoculazione di M. attenuato al calore, hanno messo in evidenza emorragie intraalveolari e peribronchiali, con noduli peribronchiali ricchi di linfociti e contenenti numerosi micrococchi.

La prognosi è, in genere buona e soggetta eminentemente a quella della infezione melitense in generale. La durata delle lesioni è quasi sempre brevissima, ma talvolta per molto tempo rimangono segni fisici attenuati del loro passaggio.

La terapia è quella comune della infezione melitense.

I rapporti tra melitense e tubercolosi sono i seguenti: la M. può preparare il terreno allo sviluppo di una tubercolosi, che ne sarebbe aggravata; può risvegliare lesioni latenti di natura tubercolare; può complicarsi con una forma tubercolare ad andamento in genere rapido.

Oggi si tende ad ammettere che forse è su un terreno tarato dal b. di Koch, anche modicamente, che si svolge questo quadro respiratorio pseudo-tubercolare della febbre di Malta.

Malattia di Recklinghausen familiare. — ARTOM M. e FORNARA P. *Il Dermosifilografo*, n. 5, 1927.

La malattia di Recklinghausen, caratterizzata dalla presenza di tumori lungo il decorso dei nervi associata a tumori fibromatosi e a chiazze pigmentarie della cute, non sempre si presenta con la sua classica sintomatologia. Così il caso ora riferito dagli AA. riguarda due sorelle, nella maggiore delle quali esistevano solo pochi ma evidenti elementi cutanei a tipo di tumori a larga base, i quali all'esame istologico si dimostrarono essere dei dermatofibromi senza rapporto con elementi nervosi; esistevano pure numerose pigmentazioni cutanee, delle quali alcune a tipo di vere chiazze pigmentarie, altre di efelidi o di piccoli nevi puntiformi. Nella sorella minore le manifestazioni cutanee rivestivano l'unico tipo di macchie pigmentarie, senza che esistessero nè neuro- nè dermato-fibromi.

Nella seconda inferma, l'A. parla di forma frusta o monosintomatica della malattia di Recklinghausen, la quale nel caso riferito ha anche il carattere di essere familiare. La familiarità di questa affezione è stata anche notata da altri nella letteratura e si è cercata di studiarla alla luce delle leggi di Mendel; gli AA., però non credono che a detta malattia finoggi possano applicarsi leggi ben determinate, poichè in essa si notano i più diversi tipi di trasmissione, a carattere ora dominante ora recessivo, talora anche a tipo consessuale. Ritengono necessario, d'altra parte, d'insistere sull'importanza del fattore ereditario nella patogenesi della malattia di Recklinghausen e nella necessità di tener calcolo esatto di tale fattore in ogni caso studiato, non trascurando alcuna forma frusta, abortiva, alcun segno cutaneo isolato a tipo di semplice fibroma o di pigmentazione isolata, ricordando come tali forme così incomplete possono essere e restare come unica manifestazione della malattia, costituendo un anello di una catena di trasmissione ereditaria di forme complete.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La narcosi rettale coll'E 107 (Avertina). — E. UNGER e H. HEUSS. *Medizinische Klinik*, n. 17, 1927.

L'E 107 è una sostanza organica contenente bromo, solida a temperatura di stanza, la quale a 70°-90° C comincia a scindersi con formazione di bromo ionizzato e di prodotti irritanti per l'intestino, tali cioè da determinare un'enterite che dura 2-6 giorni. Perciò si consiglia di sciogliere la sostanza in acqua a temperatura di 45°-50°, e di saggiare prima dell'uso la eventuale scomposizione del prodotto, denunciata dalla comparsa di una colorazione bleu con rosso Congo o meglio dalla dimostrazione del bromo con sol. di nitrato di argento 10 %.

L'E 107 è un narcotico ad azione pronta che viene rapidamente reso atossico nell'organismo verosimilmente per unione coll'ac. glicuronico. Per via rettale la narcosi si raggiunge inoculando 0,1-0,15 per Kg. di peso del corpo, in sol. 2,5 %. 4-10 minuti dopo l'introduzione di liquido, il paziente comincia a sentirsi stanco, e cade, dopo 5-10 minuti ancora, in sonno profondo, con scomparsa dei riflessi. La narcosi dura in media 1-2 ore ed è così completa che per rilasciamento della lingua può aversi l'asfissia meccanica. Il volto presenta una leggiera tinta cianotica, dovuta ad influenza sul centro respiratorio, mentre manca ogni azione sfavorevole sul sistema cardiovascolare.

Digitized by Google

Si possono aggiungere piccole dosi di etere o cloroformio, se la narcosi è insufficiente: ma su 304 casi narcotizzati dagli AA. solo in 76 casi si dovette ricorrere a piccoli dosi di etere mentre solo in 24 casi si ottenne col clistere un semplice stato di sonnolenza, ma non l'anestesia.

Gli svantaggi del metodo sono: qualche volta un ritardo della narcosi: in rari casi una cianosi accentuata, dovuta all'azione del rimedio sul centro respiratorio, che però si dilegua rapidamente, e senza conseguenze. Altro svantaggio è il sonno che segue alla narcosi e che per parecchie ore richiede la sorveglianza dell'infermo. I vantaggi del metodo sono: il sonno tranquillo, senza tosse vomito, o eccitazione, neanche al risveglio, la mancanza di qualsiasi azione sfavorevole del rimedio sul cuore o sull'apparato respiratorio, l'azione efficace e pronta specie negli individui anziani, la facilità di somministrazione. I vantaggi del metodo secondo gli AA. superano quindi, e di molto, gli svantaggi.

La tutocaina nell' anestesia lombare. — A. DITTRICH. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 16, 1927.

L'A. si serve da un anno e mezzo della tutocaina per l'anestesia lombare. Ha applicato l'anestetico in 45 laparotomie, usando una soluzione 1,5 gr. %. Si fa scorrere prima una quantità di liquor equivalente alla soluzione di tutocaina da iniettare e si diluisce poi la sol. in 1/3-1/2 volume di liquor che si aspira nella siringa, reiniettando poi lentamente. L'infermo resta seduto sul tavolo operatorio finchè non avverte un lieve formicolio ai piedi, ed allora viene coricato lentamente, passivamente, specie se l'infermo deve esser posto in posizione alta del bacino. 3 cc. di una sol. 1,50 % danno anestesia per 2 ore: 2,3/4 cc. sono sufficienti per un'ora e un quarto. In nessun caso si ebbe collasso: in 3 casi si notò nausea e vomito, frequente nell'anestesia lombare, ma facilmente vinto con la inalazione di ossigeno. Queste sofferenze però furono molto più rare che con l'uso di soluzioni di novocaina 5 %.

FARMACOLOGIA

Sull' importanza del sinergismo dei farmaci in terapia. — P. MARFORI. *Rivista Italiana di Terapia*, n. 4, 1927.

L'azione sinergica dei farmaci ha una grande importanza in terapia; così il sinergismo fra adrenalina e cocaina od alcuni succedanei di essa (novocaina) viene già da tempo utilizzato per l'anestesia locale e generale. Nonostante certi inconvenienti che la combinazione di queste due sostanze può presentare, resta tuttavia fuori dubbio il fatto che anche una dose estremamente piccola di cocaina, per sè inattiva, rinforza fortemente l'azione generale e sui singoli organi dell'adrenalina. Altri preparati sinergici usati in terapia sono: l'H. M. C. Abbott, adoperato nella così detta anestesia morfino-scopolaminica; il preparato è in compresse da sciogliersi in acqua al momento di servirsene per iniezione sottocutanea; ogni compressa (n. 1) contiene gr. 0,0162 di morfina, gr. 0.000648 di scopolamina e gr. 0,001 di cactina, occorrono 2-3 compresse per ottenere l'azione, la quale più che una vera azione anestetica generale, è un'azione anona e narcotica. Un' altro preparato del genere è il sedol, che si trova in fiale per iniezioni ipodermiche (morfina gr. 0,006, scopolamina, gr. 0,0002 in 1 cc. di soluzione fisiologica con sparteina); viene consigliato specialmente come ipnotico.

Nell'Istituto di Farmacologia della R. U. di Napoli, diretto dall'A., Susanna ha trovato che buona azione sinergizzante rispetto alla morfina offre anche la guisquiamina sinistrogira (otticamente attiva). La nuova associazione medicamentosa, indicata col nome di paramorfina, si è dimostrata utile a sostituire la morfina in tutti i molteplici usi in terapia di questa: contro il dolore, contro gli spasmi dei muscoli lisci, come calmante generale e come ipnotico; può anche sostituire le iniezioni di morfina nei morfinisti e costituire una buona preparazione dell'organismo per lo svezzamento, senza far provare agli ammalati i gravi disturbi dell'astinenza. Inoltre, da osservazioni sugli animali, risulta che la detta associazione sinergica non dà luogo ad abitudine anche dopo lungo uso.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

L' immunizzazione locale con l' antivirus nelle uretriti gonococciche acute.—BARBILIAN, VOSCOBOINIC e FRANKE. *Paris Médical*, n. 22, 1927.

Gli AA. hanno curato 16 casi di uretriti gonococciche acute, iniettando nell'uretra di questi infermi l'antivirus gonococcico, in modo da praticare una immunizzazione locale secondo la concezione di Besredka. L'antivirus veniva preparato filtrando attraverso candela Chamberlain delle culture pure di gonococco in brodo-ascite, tenute per due settimane in termostato per ottenere una concentrazione massima di antivirus. Le iniezioni uretrali, praticate 2-3 volte al giorno, erano precedute da un lavaggio dell'uretra anteriore con acqua sterile; si iniettavano, poi 1-10 cc. di brodo-vaccino, invitando l'infermo a chiudere con le dita il meato urinario e a restare in questa posizione per circa un'ora, di modo che l'antivirus restasse a contatto della mucosa ammalata per un tempo abbastanza lungo.

Dopo 5-8 giorni quando la secrezione uretrale era molto diminuita, il brodo-vaccino veniva introdotto con una sonda direttamente nell'uretra posteriore. Gli AA. credono che, usando le dette precauzioni, non si deve temere nè di determinare una diffusione dell'infezione gonococcica nè di provocare la comparsa di complicazioni. Ritengono, d'altra parte, che debbano essere sottoposti a questo trattamento, per ottenere risultati favorevoli, solo gli infermi nei quali la malattia sia comparsa da 2-3 giorni, nei quali, cioè l'uretra posteriore è ancora sana e le lesioni dell'uretra anteriore sono superficiali.

Dei 16 casi trattati, 14 conseguirono una guarigione completa, accertata sia clinicamente che con la spermocultura; negli altri due l'insuccesso è da attribuirsi al fatto che essi non erano colpiti per la prima volta dalla blenorragia. In tutti, oltre la cura locale, venne somministrata una dieta che favorisse la diuresi (latte, tisane, ecc.), furono interdetti i rapporti sessuali e contro le erezioni, furono prescritte delle compresse fredde.

Gli AA. lasciano sospesa la questione, se lo stato di immunizzazione locale, ottenuto con la terapia locale con l'antivirus gonococcico, perduri dopo la guarigione e per quanto tempo ancora.

Trattamento antimoniale della sifilide e della tabe dorsale.— KAUFMANN e SCHAAF, Clinica Medica in Köln. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 15, 1927.

Antico quanto Paracelso l'uso dell'antimonio, viene da qualche tempo ripreso, grazie alla introduzione del cosidetto « Antimosan » che ha trovato applicazioni in varie malattie tropicali e nella sclerosi multipla.

Ecco perchè l'A. ha voluto farne uso, e trarne deduzioni.

In 10 casi di sifilide latente, col trattamento con l'Antimosan, non si constatò alcun miglioramento, nè alcuna variante della seroreazione. Non si hanno osservazioni nè sull'uso combinato dell'antimonio con altri preparati, nè intorno agli effetti della cura sulle manifestazioni cutanee.

Fu usato l'Antimosan anche in 13 tabetici di gravità differente. In genere ciascuno infermo ricevette 12 iniezioni. Il dosaggio fu fatto così: inizio con dosi di 3-5 cm. per salire rapidamente ad 8 cm. e ridiscendere a 5. Le iniezioni furono intravenose, tuttavia ogni tre ne fu eseguita una intramuscolare come iniezione-deposito.

In infermi a prevalenza tabetici furono fatte circa 200 iniezioni senza deplorare inconvenienti.

Si notò miglioramento delle crisi e dell'atassia in tutti i casi; in qualche caso la reazione serologica poco positiva, divenne affatto negativa.

In 10 soggetti con sifilide terziaria, nessun miglioramento nè clinico nè serologico. Di 13 tabici 8 presentarono sensibile miglioramento con dosi di 2-5-4 gr. Sb. Di due casi con ipercinesi uno (paralisi agitante) mostrò miglioramento; l'altro (encefalite) lasciò incerti sul risultato. Sono desiderabili tuttavia nuove documentazioni su questa terapia della tabe.

Le condizioni del fegato rispetto alla febbre sifilitica.— AUDIBERT e TOINON. *Gazette des Hôpitaux*, n. 26, 1927.

Alcune osservazioni di questi AA. giustificano il ricordo della febbre sifilitica, in cui si può dire che tutta la difficoltà consista nel ricordo che ne deve avere il medico pratico quando non può attribuire ad altra causa una febbre persistente, che al mattino tende ad abbassarsi fino alla norma e anche al di sotto e la sera si eleva. La cura specifica apporta sempre la guarigione (almeno nella maggioranza dei casi. N. d. R.).

Importantissimo è il comportamento del fegato. Nella grandissima maggioranza dei casi alla febbre sifilitica si accompagna turgore epatico e dolore, raramente ittero, sicchè in presenza di questo sintomo bisognerà sempre pensare alla febbre sifilitica. Anche altre manifestazioni a carico di altri organi (cuore, reni ecc.) possono accompagnarsi alla febbre sifilitica, ma anche quando nessun segno apparente è a carico del fegato, non è inesatto pensare che questo organo è in causa nel determinismo della febbre.

La siero-reazione di Sachs-Klopstok in sifilografia.— G. RANIERI. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, n. 3, 1927.

La tecnica della siero-reazione per la sifilide secondo Sachs-Klopstok è quanto mai semplice: a 0,25 cc. di estratto alcoolico colesterinizzato di cuore di bue, si aggiunge 0,1 cc. di soluzione al 10 % di resina di benzoino; di questa miscela 0,25 cc. si introducono con pipetta ben secca sul fondo di una provetta contenente 4,75 cc. di soluzione fisiologica di cloruro di sodio al 0,85 %. Si soffia nella pipetta per scacciare l'antigene, e, aspirando e soffiando ripetutamente il liquido con la stessa pipetta, si mescola in modo omogeneo. A 0,5 cc. di questa emulsione, di fresco preparata, si aggiunge di colpo 0,1 cc. di siero in esame inattivato; si mescola per agitazione e si colloca la provetta col portaprovetta

Digitized by Google

nell'agitatore. Dopo 10' di agitazione, si osservano le provette contro luce: prima lettura; poi si collocano in termostato a 37° C per 30' e si riosservano contro luce: seconda lettura. A reazione positiva, in 1ª e 2ª lettura si ha forte flocculazione.

Dai reperti ottenuti con questa tecnica in 131 individui, sospetti o affetti di lue o di altra malattia, comparativamente con i risultati della R. di Wassermann, l'A. deduce che la reazione di Sachs-Klopstok riesce negativa in un certo numero di casi di lue ereditaria e con sieri fortemente itterici, mentre può riuscire positiva nelle affezioni febbrili dell'apparato respiratorio e nella nefrite cronica azotemica. La reazione di Sachs-Klopstok, perciò, non può avere un valore diagnostico assoluto, tanto più che in alcuni casi particolari essa può riuscire positiva con un estratto alcoolico colesterinizzato di cuore di bue e negativa con un altro estratto.

OCULISTICA

Le soluzioni argentiche nella terapia oculare. — Boussi. *Evolution Thérapeutique*, marzo 1927.

Il nitrato d'argento è il medicamento di scelta nelle affezioni purulente acute della congiuntiva.

Si usa per istillazioni o impacchi alla dose di ctgr. 25 per cento o al massimo 0.50 %. Nella profilassi e cura gonococcica si userà all'1 per cento facendo una o due istillazioni al giorno di una goccia sola per occhio.

Il protargolo (albuminato d'argento) si usa in soluzioni più forti, contenendo minor quantità di argento.

Si può quindi usare in proporzione di 5 ctgr. in 10 gr. di acqua (5 %) instillandone 1-2 gocce per occhio, due o tre volte al giorno.

Il collargolo (argento colloidale) ha un potente potere battericida ed ha il vantaggio sul nitrato d'argento di essere meno irritante. Nelle congiuntiviti banali si prescrive il collirio di collargolo al 3 % (collargolo gr. 0.30, acqua gr. 10) mentre in quelle suppurative si dà più forte, cioè al 6 per cento (ctgr. 0,60 in 10 cmc. di acqua).

L'argirolo (vitellinato di argento) è il più adoperato in oftalmologia. Ha una forte percentuale di Ag. (30 %) ed oltre all'azione battericida ha una sicura azione calmante.

Si prescrive: argirolo ctgr. 60, acqua gr. 10; si istillano 2 gocce, tre o quattro volte al giorno.

Nelle congiuntiviti purulente acute si prescriverà 1 gr. e mezzo in 10 gr. di acqua facendone istillare 1-2 gocce ogni due ore.

OTORINOLARINGOIATRIA

La cura generale dell'organismo nella sordità. — U. Melzi. *Pensiero Medico*, n. 12, 1927.

Il sordo è sempre un ammalato generale. Molte malattie, infatti, esercitano per via riflessa o circolatoria la loro azione sull'organo dell'udito, ed è chiaro che la cura di esse varrà anche a diminuire la sordità. Se si aggiunge a ciò che una medicazione tonico-eccitante dei centri nervosi può anche beneficamente influire sui centri uditivi, si comprende quanto valore possa avere il trattamento generale del sordo. L'A. prende in considerazione, sotto questo punto di vista, solo la sordità cronica progressiva, con ipoacusia e evoluzione verso la degenerazione sclerosa, a torto considerata incurabile. Già la rieducazione metodica può aumentare, in simili casi, la capacità funzionale dell'orecchio; molto di più ancora si otterrà curando il terreno organico e le eventuali lesioni in atto di altri organi.

L'artritismo esercita, senza alcun dubbio, una azione considerevole sull'evoluzione delle sclerosi auricolari onde, in alcuni infermi, secondo l'A., queste possono considerarsi come una manifestazione artritica locale; una cura ed una igiene adatta avranno non solo un valore profilattico, ma anche realmente curativo. Accanto all'artritismo, la sifilide e la tubercolosi costituiscono pure un terreno favorevole all'evoluzione della sordità, anzi Gradenigo crede molto spesso essere l'otosclerosi una manifestazione sifilitica ereditaria tardiva.

Tra le affezioni generali croniche che sono capaci di influenzare l'organo dell'udito, si trovano in primo piano le malattie del cuore e dei vasi: sono note le congestioni cefaliche dei mitrali, l'anemia e le flussioni cefaliche degli aortici, la sindrome di Menière (epressione, secondo Escat, di arteriosclerosi dell'arteria auricolare interna); anche i rumori auricolari subbiettivi sono molto spesso di origine circolatoria. Pure le affezioni gastriche sono capaci di esagerare i disturbi uditivi già esistenti, agendo per l'intermediario del simpatico, che provoca una vasocostrizione riflessa dei vasi della cassa timpanica. Analoga azione esplicano pure le intossicazioni intestinali, le affezioni epatiche e renali (otobrightismo); così ancora l'eccitazione genetica e il coito, le epoche mestruali nella donna, la gravidanza, determinano spesso un'aggravamento dei sintomi di sordità.

Le anemie sintomatiche ed essenziali, la clorosi, la leucemia, la tubercolosi, e, nel campo delle malattie del sistema nervoso, l'idrocefalia acuta e cronica, la malattia di Little, le meningiti pneumococciche, tubercolari, tifoidee, cerebro-spinali, l'emorragia cerebrale, la sclerosi a placche e la tabe, i tumori cerebrali possono accompagnarsi con sordità. Così pure, le nevrosi, tanto da descriversi persino una nevrastenia uditiva.

Queste ed altre considerazioni dimostrano quanto sia necessario l'esame generale del sordo e quanto sia utile eventualmente un adatto trattamento generale, accanto a quello locale.

Applicazioni oto-rinologiche del batteriofago di d'Hérelle. Camus. *Archives de laringologie*, n. 5, 1926.

Secondo l'A. il batteriofago non può essere utilizzato attualmente in otorinologia altro che nelle affezioni da stafilococco puro, non associato ad altri germi. Prima di procedere al trattamento, bisogna eseguire la prova della lisi in vitro. Se questa è positiva è facile che l'applicazione riuscirà positiva.

Le otiti medie essendo raramente prodotte da stafilococco puro, l'uso del batteriofago non può avere nessuna utilità.

Nelle otiti esterne, foruncolose l'uso del batteriofago è indicato in quasi tutti i casi e la guarigione è rapida: da due a quattro giorni.

Nelle otiti foruncolose non si può ricorrere alla prova della lisi, data la rapida evoluzione della forma.

Nelle affezioni rinologiche bisogna distinguere i casi di foruncolosi pura da quelli a evoluzione torpida come la follicolite delle narici e le sicosi in cui i risultati sono dubbi, il che fa ritenere che il batteriofago è più efficace nelle affezioni acute, che in quelle croniche.

Quanto alla tecnica delle applicazioni si procederà nel seguente modo. Dopo aver eseguito la prova della lisi in vitro, se possibile, si applicano sulla parte dei pezzi di garza imbevuta di batteriofago.

Nella otite esterna forunculosa previa pulizia accurata del condotto uditivo esterno, si fanno degli impacchi di una intera fiala da 5-10 cmc. di batteriofago, di cui prima si sia verificata la limpidezza nella fiala stessa.

Non praticare mai iniezioni di batteriofago nel foruncolo.

Il trattamento locale può essere continuato per molti giorni senza inconvenienti.

Il trattamento generale consiste in iniezioni di due o tre fiale, e non di più, di batteriofago, perchè altrimenti si otterrebbe l'effetto opposto, venendosi a provocare nel sangue un ambiente anti-batteriofagico.

Si saggerà la tolleranza con una fiala da 2 cmc. Le altre iniezioni si ripeteranno ogni 24 ore, praticate sotto cute alla faccia esterna delle cosce. I vantaggi della terapia generale sono quelli di una rapidissima guarigione e la minore sofferenza. Non danno luogo a shock, nè vi sono controindicazioni.

Il bleu di metilene e il rosso scarlatto nella pratica otorinolaringoiatrica. — Masini. *Annali di Laring. Otol. Rin. e Faringologia*, fasc. I, gennaio 1927.

Il bleu di metilene è un cloruro di tetrametylthionina, polvere cristallina di colore turchino, inodore, insipida poco solubile in alcool, solubile in acqua.

E' stato adoperato largamente per via interna in varie malattie, specie per il suo potere antisettico, come la malaria, la dissenteria, l'enterite tubercolare, e localmente nelle angine da stafilo- e streptococchi, nella angina di Vincent, nell'ozena, nella stomatite ulcero-membranosa nella piorrea dentaria ecc.

Nella pratica otoiatrica trova la sua particolare indicazione nelle suppurazioni timpaniche e in genere in tutte le varie forme di otiti, quantunque non dia risultati costantemente benefici. Ma in certe forme di otiti medie purulente è utile per la sua azione antisettica e perchè ha la proprietà di colorare in vivo, uccidendoli i microbi annidati nella cassa. La medicazione si pratica dopo aver accuratamente eseguito la pulizia del condotto uditivo esterno, introducendo un batuffolino imbevuto della sostanza. Si pratica la medicazione una o due volte al giorno e anche più spesso secondo l'entità della otorrea.

E' importante anche il bleu di metilene, secondo l'A., per indicare l'evoluzione della malattia. Se questa migliora la garza imbevuta di bleu di m. si scolora più o meno a seconda della quantità di pus che esce dal foro uditivo: quanto meno la garza resta imbevuta di sierosità e quindi quanto meno si scolora, tanto più si può sperare in un rapido finire della suppurazione.

Nelle otiti medie acute, dopo la perforazione spontanea o la paracentesi, l'applicazione del bleu di m. provoca rapida guarigione affrettando

Digitized by Google

l'integrità anatomica e funzionale delle parti. Non si hanno grandi risultati se non associandovi lavaggi all'acqua ossigenata, in quei casi in cui il pus è molto denso, fetido e misto a molte cellule in degenerazione.

Nella laringite tubercolare il bleu di metilene agisce come analgesico, oltre che disinfettante.

Il rosso scarlatto (amidoazotoluolato-β-naftolo) è una polvere bruna-rossastra, insolubile in acqua nè a freddo, ma alla temperatura di ebollizione in alcool, etere, cloroformio olii, grassi. E' irritante ed in sua vece si ricorre all'amidoazotoluolo.

L'A. ha adoperato il rosso scarlatto, nelle malattie purulente della cassa del timpano e nella piaga auricolare postoperatoria, in cui l'epitelizzazione non si compie regolarmente e ritarda troppo.

La sua azione maggiore è quella di provocare una rapida rigenerazione epiteliale e una stabile guarigione cicatriziale.

Si usa in soluzione alcoolica 1-2 %.

Bisogna scegliere i casi in cui adoperarlo.

Per l'uso si pratica prima la più rigorosa pulizia della parte, e dopo aver accertato che il processo morboso fu mantenuto solo da alterazioni della mucosa, si porterà la soluzione a contatto delle lesioni, che non tendono a guarire, medicando ogni giorno fino a guarigione.

MEDICINA LEGALE

Dimostrazione di emorragie intracraniche nei bambini morti senza autopsia. — L. Schönholz, Düsseldorff. *Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 38.

Nei casi in cui non è possibile per ragioni diverse praticare l'autopsia dell'infante per ricercare la causa della morte, e dove una puntura esploratrice non raggiunge lo scopo, un'emorragia intracranica può con sicurezza essere ammessa od esclusa, iniettando del mirto attraverso la giugulare nel circolo sanguigno, e praticando dopo poco un esame radiografico del cranio.

Delle radiografie interessanti arricchiscono la comunicazione dell'autore.

Possibilità diagnostiche nei cadaveri esumati.— F. Schwarz, in Zurigo. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 41.

Nel cadavere di una ragazza di 25 anni, che era stata seppellita già da quattro mesi, è stato possibile dimostrare, in seguito alla esumazione ed alla autopsia, con adatte ricerche istobatteriologiche, che la causa della morte doveva ricercarsi in una infezione dell'utero, da stafilococchi.

Questo caso ha un grande interesse, dal punto di vista medico-legale, in quanto, ad onta del grave stato di putrefazione, della grave sepsi precedente, della temperatura relativamente alta, e della grande umidità, le ricerche hanno permesso di giungere ad una conclusione, dimostrando come l'esumazione e l'autopsia siano sempre da tentare, anche quando le condizioni di conservazione del cadavere parrebbero sconsigliarle.

L' identificazione dattiloscopica dei cadaveri. — G. Canuto ed A. Ganella, Istituto di Medicina Legale della R. U. di Modena. *Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale*, 1926, n. 2.

L'applicazione del metodo dattiloscopico per il riconoscimento dei cadaveri è ormai entrata nella pratica, per quanto la rigidità cadaverica, la scomparsa della pressione sanguigna, l'essiccamento, la putrefazione del cadavere, e la sua eventuale permanenza in acqua costituiscano dei fattori che ostacolano il prelevamento delle impronte.

Per tutti i varii metodi di tecnica di prelevamento consigliati dai diversi autori esistono dei limiti di applicabilità, relativamente alle varie condizioni in cui possono trovarsi le dita, bisogna conoscere quindi tutta una serie di metodi da applicare variamente, in relazione alle condizioni speciali di ogni dito, anche nella compilazione della scheda di un solo cadavere.

Gli Autori presentano un nuovo metodo di stampa con nerofumo del disegno del derma su carta ordinaria, che costituisce un'innovazione di tecnica che permette una raccolta dell'impronta più facilmente che non sulla carta affumicata, assai delicata da maneggiare. Esso dà anche la possibilità di raccogliere le impronte quando gli altri metodi falliscono, ed estende quindi notevolmente i limiti dell'impiego del metodo dattiloscopico per il riconoscimento dei cadaveri.

Morte da infiammazione della pleura costale. Esito di scottatura ? — Saugmann, Berlino. *Aerztl. Sachverst. Ztg.*, 1926, n. 18.

Un fuochista di 62 anni riportò scottature al viso ed al braccio, da vapori d'acqua; dopo la guarigione delle lesioni, e precisamente dopo 10 settimane dall'infortunio, si ammalò di infiammazione della pleura costale bilaterale, della quale morì.

Il medico curante ammise che la morte si era verificata per diretta dipendenza dell'infortunio, e sostenne il proprio giudizio assumendo che in seguito alle scottature si era verificato o un riscaldamento eccessivo dei polmoni, o un processo settico, o un processo embolico.

L'Autore, che fu chiamato quale perito, riuscì facilmente a dimostrare la inconsistenza di tali argomentazioni, e concluse doversi ritenere che la pleurite costale erasi verificata spontaneamente, senza alcun nesso con l'infortunio.

□□□

CONFERENZE

LE SINDROMI OCULARI NELLA DIAGNOSTICA DELLA MEDICINA INTERNA

Conferenza del dott. H. BIRNBAUM

Che l'occhio sia lo specchio dell'anima è intuizione popolare di antica data; che l'occhio malato possa mettere in evidenza l'esistenza di una malattia generale o possa permettere di stabilire la natura di una malattia poco chiara, è acquisizione piuttosto recente. Medicina generale e oculistica mostrano rapporti sempre più intimi e si accentua sempre più la tendenza di considerare le malattie oculari come sintomi di malattie generali. Per il tracoma, per es., molti sostengono che si impianti solo su un terreno linfatico; per l'ulcera serpiginosa corneale da pneumococchi, insorgente dopo un traumatismo sembra che giochino una parte importante l'età dell'individuo (vecchi o individui invecchiati prematuramente) e le particolari modificazioni organiche che a detta età si riferiscono. L'oculista non dimenticherà, quindi, mai l'organismo quando osserva l'occhio. Può accadere, per es., nella pratica giornaliera che delle madri richiedano al medico una prescrizione di lenti per i loro figli, giovinetti di 10-12 anni, perchè questi si stancano leggendo: il medico all'esame speciale, trova solo una lieve ipermetropia di 1,5 diottrie.

Nulla di più facile in simili casi che prescrivere una lente di correzione; ma si dovrà pertanto restare colpiti dal fatto che tali giovanetti non arrivano a compensare la loro debole ipermetropia con un piccolo sforzo muscolare all'interno dell'occhio, come dovrebbe avvenire a tale età. Evidentemente dovrà esistere qualche causa che impedisce detto compenso e un'indagine accurata, infatti, mostrerà che il piccolo infermo ha sofferto di malattie infettive acute da poco tempo, mentre l'esame generale farà rilevare delle note di anemia. La stanchezza dell'occhio in questi infermi sarà quindi sostenuta dalla debolezza generale, e perciò l'oculista, oltre alle lenti, prescriverà anche una cura generale.

Passiamo in rassegna i casi nei quali la malattia oculare può fornire indicazioni interessanti come uno dei sintomi di una malattia generale, prendendo in considerazione la tubercolosi e la sifilide. Tutte le membrane dell'occhio possono essere colpite dalla tubercolosi, ma a preferenza ne sono affette l'iride, il corpo ciliare e il fondo dell'occhio: non v'é chi non riconosca l'importanza che ha l'identificazione di una di tali localizzazioni allorchè le lesioni polmonari concomitanti non sono ben evidenti o non v'è nulla clinicamente concomitante a carico dell'apparecchio respiratorio ed esiste sola una sensibilità spiccata all'iniezione di tubercolina. Secondo Uthof il 50 % delle meningiti tubercolari hanno una ripercussone sull'occhio, sia sul fondo, sia sull'apparecchio muscolare, sia sulle pupille: più frequenti sono le ptosi palpebrali, la paralisi del retto esterno, il nistagmo e le deviazioni coniugate; la nevrite ottica ecc. Nella tubercolosi miliare, si può avere anche una tubercolosi miliare della coroide, e così se clinicamente vi può essere confusione tra tifo, pneumonite, ecc. e meningite, un tale reperto gioverà molto alla vera diagnosi. Le pupille, poi, possono presentare anisocoria e assenza o diminuzione di reazione alla luce.

Nella scrofolosi, d'altra parte, le lesioni oculari occupano un posto importante (congiuntiviti, blefariti, ecc.) e, accanto alla cura locale, una terapia generale (olio di fegato di merluzzo, sole) frutterà buoni effetti.

Anche nella sifilide, tutte le membrane dell'occhio e gli annessi possono essere colpiti dall'affezione specifica; il 3 % circa di tutti i sifilitici va incontro a lesioni oculari. In caso di sifilide del corpo ciliare e dell'iride potrebbe sorgere confusione con la tubercolosi, ma si può dire che un'irite luetica è affezione piuttosto acuta, mentre una irite tubercolare è piuttosto cronica. Le emorragie della retina sono spesso di origine luetica e possono o essere prodotte direttamente dalla sifilide o indirettamente in dipendenza di lesioni specifiche del cuore, dei reni o dei vasi.

Digitized by Google

Nella sifilide ereditaria, poi, la reazione di Wassermann può essere negativa; ebbene, una cheratite parenchimatosa, anche con prova sierologica negativa, farà porre con certezza la diagnosi di eredo-lue.

V'è, d'altra parte, una localizzazione della sifilide, quella del sistema nervoso centrale, che si complica quasi sempre con disturbi oculari, importanti talora per la diagnosi, per es. quando in alcuni casi si voglia differenziare la tabe dalla sifilide cerebrale. In ambedue queste due affezioni, intatti, si ha che le pupille non reagiscono alla luce, ma mentre nella tabe la reazione pupillare alla convergenza è conservata, questa può essere abolita nella sifilide cerebrale, nella quale, inoltre, manca la caratteristica miosi tabetica. Nella tabe le lesioni dell'apparecchio muscolare sono rappresentate da paralisi o paresi isolate; la nevrite ottica, invece, è più propriamente sintomo di sifilide secondaria del cervello, mentre nella tabe si riscontra la semplice atrofia ottica.

Anche infezioni acute possono presentare nella loro sintomatologia sintomi oculari: il morbillo comincia con una congiuntivite caratteristica e può lasciare tra i suoi postumi una congiuntivite fittenulare; la difterite anche può produrre una congiuntivite e tra le paralisi post-difteriche è quasi specifica di questa infezione quella dell oculomotore interno, la quale talora svela una precedente difterite passata inosservata perchè presentatasi come una semplice angina; comune è ancora la congiuntivite blenorragica che si accompagna o non ad irite, lesioni che possono essere anche prodotte dalla dissenteria; pure la grippe può dar luogo a congiuntivite, disturbi dell'apparecchio muscolare, neurite ottica, ecc.

Altre volte le affezioni oculari svelano lesioni di organi vicini; una lacrimazione unilaterale può essere espressione di un polipo o di deviazione del setto nasale o di altra lesione del naso che ostruisca il canale lacrimale; i processi, specie purulenti, dei mascellari possono propagarsi all'orbita; un tortuncolo del labbro superiore può determinare tromboflebite della vena oftalmica e amaurosi; un abbassamento della vista senza che vi sia una alterazione anatomica del nervo ottico deve far pensare a lesioni dei seni sfenoidali; le alterazioni del trigemino provocano dolori oculari, cheratiti neuroparalitiche o lesioni dell'apparecchio lacrimale.

E' noto ancora che la tubercolosi dell'apice polmonare è spesso accompagnata da anisocoria e che la ritenute albuminurica svela talora lesioni renali ignorate, che l'embolia dell'arteria centrale della retina dipende spesso da un endocardite di antica data, che l'arteriosclerosi è spesso causa di emorragie retiniche premonitrici d un colpo apoplettico. L'anemico si lagna frequentemente di disturbi congiuntivali, di affaticamento della vista e di scotomi; il basedowiano presenta una sindrome oculare a tutti ben nota; una cataratta in un giovine fa subito pensare all'esistenza di diabete; emeralopia, xerosi della congiuntiva e cheratomalacia possono dipendere da un'avitaminosi; ecc.

L'esame dell'occhio è poi indispensabile in ogni malattia del sistema nervoso centrale; è risaputo infatti che nei tumori cerebrali il nervo ottico può essere variamente colpito (neurite, atrofia, ecc.) e che vi può essere papilla da stasi, così pure papilla da stasi, alterazioni della pupilla e del nervo ottico possono riscontrarsi nel rammollimento e nell ascesso del cervello, nei tumori dell'ipofisi, ecc. Per ultimo anche intossicazioni varie possono agire sull'organo della vista, prime tra esse quella nicotinica e quella alcoolica (ambliopia alcoolica e nicotinica).

(da *Le Scalpel*, n. 47, 1926).

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SEZIONE TOSCO-UMBRA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Seduta del 9 aprile 1927

In una riunione tenuta il 9 aprile u. s. nei locali (g. c.) della R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze e promossa dal prof. Lodovico Tommasi vien stabilito di fondare una Sezione Tosco-Umbra della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia allo scopo di rendere più frequenti e proficui i rapporti scientifici fra i cultori della specialità nelle due regioni. Approvati lo Statuto e il Regolamento, su proposta del prof. J. Cappelli viene all'unanimità eletto Presidente il Prof. Tommasi Lodovico e nominato Segretario-Cassiere il dott. Ciambellotti Edoardo.

Il prof. Cappelli J. (dirett. R. Clin. Dermosifilop. di Firenze) presenta i seguenti casi:

A) *Un caso di Bromoderma tuberoso vegetante in una giovinetta.*

B) *Un caso di Sifiloderma micro-papulo-pustoloso in via di risoluzione.*

C) *N. 4 casi di Pemfigo, dei quali 2 a tipo di Pemfigo volgare cronico, 1 a tipo di dermatite di Duhring, uno a tipo di Pemfigo acuto febbrile.*

D) *Un caso di Xeroderma pigmentoso in fase neoplastica in un bambino di 5 anni.*

E) *Un caso di lepra tuberosa.*

F) *Un caso di Tubercolosi cutanea a tipo nodulo-ulcerativo generalizzata.*

G) *Un caso di tubercolosi cutanea a sindrome polimorfa nodulo-ulcerosa, nodulo-vegetante con gomme multiple.*

Bertaccini G. (dirett. inc. R. Clin. Dermosif. Perugia). *Alopecia diradante e atrofizzante* (presentazione di un caso clinico). — Si tratta di un soldato di 21 anni, il quale da circa 7 mesi si è accorto di un abbondante caduta di capelli senza altri sintomi. Non malattie precedenti, nulla nel gentilizio. L'a. è malarico, ma quest'ultima malattia si è iniziata dopo 3 mesi dall'inizio dell alopecia.

All'e. o. generale del malato, in ottime condizioni generali, nulla di notevole tranne una leggera ipertonia del vago (riflesso oculo-cardiaco intenso e prolungato, forte reazione a una dose minima di pilocarpina). R. W. negativa completa. Al capillizio notasi un diradamento diffuso più accentuato al vertice, i capelli restanti ben conservati e aderenti, secchi, qualcuno bianco, qualcuno molto esile. Qualcuno dei capelli estratti (con forza) presenta attorno al bulbo una lievissima guaina di cellule epiteliali e goccioline di grasso. Cute glabra di aspetto atrofico, pallida, sottile, secca, leggermente desquamante, sollevabile in pieghe fini. Nessun fatto visibile di follicolite.

All'esame istologico: atrofia dermo-epidermica, scomparsa dei follicoli e delle ghiandole sebacee nella cute glabra, linea dermo-epidermica rettilinea omogeneizzazione del connettivo che tende ad assumere i colori basici, infiltrati perivascolari parvicellulari; nessuna traccia di follicolite.

La forma si differenzia dalle più comuni forme di pseudo-area per il rapido decorso, per l'estensione a tutto il cuoio capelluto, per l'assenza clinica e istologica di fatti di follicolite.

Tommasi L. Domanda all'O. se abbia potuto sicuramente escludere la sifilide ereditaria in quanto in un caso di una giovinetta capitata sotto la sua osservazione appunto per la perdita dei capelli a tipo diradante e con sospetto di sifilide ereditaria pur con reazioni sierologiche in primo tempo negative la cura specifica condusse prima alla riattivazione della Hecht (che poi di nuovo tornò negativa con il proseguimento della cura) e rapidamente all'arresto della caduta dei capelli e al miglioramento delle condizioni generali. Domanda anche se il p., come aviatore, non abbia subito traumi psichici.

Sberna (Firenze) Domanda se esistano chiazze di seborrea in qualche sede.

Cappelli J. (Firenze). Rileva che il fatto più importante è costituito dalla rapida marcia dell'alopecia.

Bertaccini. Risponde che la R. W. è stata negativa, la Hecht non si è potuta eseguire; non esistono tare luetiche; non avvennero traumi psichici; manca completamente seborrea.

Bertaccini G. (id.). *Xeroderma pigmentoso.* (Ricerche cliniche e sperimentali; comunicazione preventiva). — In un caso tipico di Xeroderma pigmentoso con quadro clinico completo (pigmentazione, atrofie, teleangectasia, epiteliomi) ha praticato ricerche dirette principalmente a studiare:

1) la sensibilità della cute sana e malata verso diverse specie di radiazioni;

2) la presenza di sostanze foto-sensibilizzanti;

3) la funzione pigmentogena e l'influenza su di essa esercitata dalle diverse radiazioni;

4) la sensibilità della cute verso stimoli chimici;

5) lo stato della funzionalità epatica;

6) lo stato del sistema endocrino-simpatico.

I risultati ottenuti si possono riassumere così:

La cute sana si è dimostrata ipersensibile verso le radiazioni ultraviolette, per precocità e durata della reazione (eritema intenso, pigmentazione successiva, strie teleangectasiche) anche con dosi assai inferiori a quelle minime necessarie per provocare eritema nei controlli.

La reazione verso raggi X molli non filtrabili è stata normale come tempo di sviluppo e come intensità, ma possibile anche a dosi della meta di una dose eritema e molto protratta come durata. La cute xerodermica iperpigmentata si è dimostrata iposensibile a tutte le radiazioni.

I raggi X duri, i raggi calorifici, le radiazioni Beta e Gamma ottenute con radium a diverse filtrazioni hanno dato reazioni normali o subnormali.

Scarsa reattività si è pure notata agli stimoli chimici (vescicatori).

Le ricerche dirette a scoprire sostanze sensibilizzanti e particolarmente porfirina e porfirinogeno hanno avuto esito negativo.

L'iniezione di orina e siero della malata a topini bianchi esposti a radiazioni diverse non hanno portato disturbi apprezzabili.

= 8:1

Digitized by Google

Le ricerche sulla funzione pigmentogena, fatte principalmente con la dopa-reazione hanno mostrato che la funzione è normale nella cute sana e che non è molto notevolmente aumentata sulla cute irradiata (sono state fatte biopsie a varia distanza di tempo dall'irradiazione) come ci si potrebbe aspettare. Sono assai più rilevanti in queste sezioni i fatti infiammatori visibili coi comuni metodi.

Le diverse prove sulla funzionalità epatica hanno dimostrato che essa si svolge regolarmente.

L'apparato endocrino-simpatico si trova in equilibrio funzionale.

Della parte clinica e dei particolari delle singole esperienze, come di altre esperienze ancora in corso, verrà detto in altra nota.

Cappelli. Domanda se nella zona irradiata si formi qualcosa che ricordi lo xeroderma; la luce del resto è solo una causa e domanda se esistano particolari distrofie costituzionali spieganti le alterazioni di sensibilità che poi si trasformano nello xeroderma.

Tommasi. Domanda se esistano disordini pigmentari ed esaurimento del melanogeno.

Bertaccini. Risponde che nulla di tutto questo è stato potuto mettere in luce; lo xeroderma è iniziato a 6 anni dopo tifo.

Tommasi L. (Direttore della Clinica Dermosifilopatica di Siena). *Granulomatosi benigna diffusa da iniezioni sottocutanee di olio d'oliva.* — L'O. riferisce di un caso studiato di una donna di 39 anni che ricevette abbondanti iniezioni di olio di oliva a scopo di nutrimento (circa cc. 500 in 20 giorni) nel sottocutaneo dei quadranti inferiori dell'addome e sulla faccia interna della coscia. Vi fu un periodo immediato di relativa intolleranza locale. Dopo 6 mesi elaiopatia grave con edema e flogosi subacuta e acuta alle regioni iniettate, a quelle intermedie e viciniori e anche in sedi a distanza da esse dove si pensa l'olio si sia spostato o sia stato trasportato dalla corrente linfatica (metastasi). Vi erano lesioni oltre che cutanee anche delle fascie e del periostio; vi era stato generale con febbre elevatissima. Simili accessi di riacutizzazione generale e locale (corrispondenti all'edema elaiopatico di ritorno del Tommasi) si ripeterono più volte a causa di lievi traumatismi locali o applicazioni calde. L'olio estratto per puntura dai tumori era effettivamente olio di oliva (eccezionalissimo in letteratura come causa di elaiopatia).

L'O. termina commentando il caso, che sarà per esteso pubblicato quanto prima.

Ciambellotti E. (Siena). *Dell'iperpessia cutanea.* — Un uomo di 51 anno, fortissimo bevitore, già sofferente per epatomegalia senza ittero, da 6 mesi presenta orticaria ribelle ad ogni cura. Ha fegato ancor congesto; modica emoeosinofilia: per cutireazioni, e specie per albume d'uovo e farina di granturco, ha intense reazioni che bensì variano in successivi controlli e scompaiono insieme con l'orticaria dopo 4 giorni di dieta a latte e uova nel mentre diminuiscono glicemia, uricemia e cloruremia. Abbandonata l'ipotesi anafilattica il pomfo da cutireazione e l'orticaria possono essere spiegati dalla concomitanza di un'iperpessia cutanea ancor reversibile e vicariante un'insufficienza epatica. Lo sforzo terapeutico rivolto a esaltare la funzione epatica e a diminuire l'apporto tossico conduce alla guarigione.

Lo studio completo è di prossima pubblicazione.

Cappelli J. Si associa alle conclusioni dell'O.

Tommasi L. Conferma l'esposizione dei dati.

Maccari F. (Siena). *Primi risultati della reazione di Botelho nella diagnosi di cancro con speciale riferimento agli epiteliomi cutanei.* — L'O. riferisce intorno a esperienze iniziate nella Clin. Dermosifilop. di Siena sulla reazione di Botelho negli epiteliomi cutanei eseguita con la tecnica originale e con le modificazioni dell'acido azotico di Cabanis e Foulquier, e di Wilbouchevitch.

Finora è stata praticata su 7 casi di epitelioma cutaneo, su 11 di epiteliomi di organi interni e per controllo su 18 pazienti con malattie diverse (tubercolosi, sifilide, affezioni acute, gravidanza, ecc.).

Sugli epiteliomi della cute la reazione si è mostrata discretamente sensibile anche in quelli di modico sviluppo e senza compartecipazione ghiandolare, specialmente con la tecnica di Cabanis e Foulquier e con la originale. Reperti positivi più numerosi sono stati ottenuti in neoplasie di organi interni già diagnosticabili clinicamente, sia con le modificazioni di Cabanis e Foulquier e di Wilbouchevitch sia con la tecnica originale. Con queste stesse in tre casi di blastoma gastrico nel momento non accertabile clinicamente si sono avuti esiti positivi. Hanno dato resultati aspecifici sieri di donne negli ultimi mesi di gravidanza e di pp. con affezioni acute, in minor numero con la reazione all'acido azotico, in maggior copia con la modificazione di Wilbouchevitch.

Questi primi resultati della reazione nell'epitelioma cutaneo confermerebbero che essa è dotata di una certa precocità e che può rendere buoni servigi nella diagnosi di neoplasia specialmente se i resultati delle varie tecniche sono concordi. Gli esiti positivi aspecifici osservati sono stati numerosi ma il loro valore viene diminuito se si considera che le malattie in cui si sono verificati si differenziano facilmente dal cancro, dal punto di vista clinico, per il loro decorso acuto e che la positività nei casi di gravidanza può essere di regola nettamente interpretata.

Cappelli J. L'aspecificità della reazione è sempre stata il punto debole; un maggior valore alla reazione può esser dato quando, come dall'O. è stato fatto, si eseguano le ricerche con le varie tecniche.

Marcozzi A. (Pisa). *Meccanismo d'azione della terapia acridinica nell'infezione gonococcica.* — Nella sua comunicazione sull'acridinoterapia nell'infezione gonococcica (fatta all'ultima riunione della Soc. Ital. di Dermat. e Sifil. in Roma) l'O. concludeva che non gli era stato possibile accertare una sicura azione terapeutica tale da controbilanciare gli inconvenienti di questo modo di cura; che non aveva potuto rilevare alcun fatto che deponesse per un'azione diretta del medicamento sull'agente infettivo, salvo un accenno di sensibilizzazione di esso verso altri medicamenti successivamente adoperati e limitatamente alla localizzazione lungo le vie orinarie, per cui appariva probabile un'azione del medicamento eliminato con le orine piuttosto che dello stesso giunto ai germi per mezzo del plasma sanguigno e dei tessuti; tanto più che solo attraverso alle orine ed alle feci e specialmente con le prime l'eliminazione appariva compiersi.

Siccome alla discussione che seguì, alcuni Colleghi affermarono altrimenti, l'O. ha creduto opportuno continuare le sue ricerche govandosi anche di un nuovo preparato acridinico presentato dalla casa Bayer, sia dal punto di vista terapeutico sia dal punto di vista della modalità di azione.

In una prima serie di ricerche potè stabilire quanto segue. L'acridina iniettata per via endovenosa viene eliminata in scarsa quantità con la bile e dall'intestino con le feci, in grande quantità e rapidamente con le orine; non è apprezzabile neppure dopo continuate iniezioni una eliminazione lacrimale, sudorale, salivale. L'eliminazione con le orine è così intensa che in queste il rimedio raggiunge rapidamente una concentrazione maggiore di quella che si dovrebbe avere calcolando una semplice diluizione del medicamento iniettato nella massa liquida dell'organismo e anche del solo sangue.

Questa forte concentrazione si può mantenere elevata con iniezioni giornaliere, ma non pare oltrepassare la quantità di 1/3.000, che sembrerebbe rappresentare la soglia di secrezione.

Questa concentrazione è assai maggiore di quella per la quale venne dimostrato un netto potere antisettico anche verso il gonococco (1/300,000) mentre appare minore quella che si può accertare nel plasma sanguigno e nei tessuti degli organi che non abbiano una particolare funzione recettiva di questa sostanza.

A questa concentrazione si dovrebbe far risalire l'eventuale azione terapeutica, che forse è diminuita dal mezzo nel quale la soluzione è fatta o da modificazioni subite.

CONGRESSI E CONVEGNI

XIV CONGRESSO DELLA SOCIETA' SVIZZERA DI CHIRURGIA

(Lugano, 4 e 5 Giugno 1927)

Ristretta in confini piuttosto angusti, la Svizzera ha tuttavia dovizie di opere di assistenza: e tra queste si ebbe negli anni recenti una fioritura di Ospedali Cantonali, Comunali, od altri, costruiti del tutto, o rimodernati, per modo da offrire adatto campo di studio e di attività a numerosi chirurghi. Ciò spiega come quella Società conti oltre 130 soci, che portano degnamente il nome di chirurghi, e taluni dei quali sono Maestri noti a tutto il mondo.

Gli è che la Svizzera costituisce un terreno di concentrazione culturale: le tre razze confederate raccolgono, ed in taluni punti riescono anche a perfezionare, le culture dei tre grandi ceppi: tedesco, francese, italiano. Fatto al quale volle forse dare sanzione tangibile l'attuale Congresso, proclamando *Membri d'onore* della Società von Eiselberg, di Vienna, Rédard, di Lione, Giordano, di Venezia.

Delle tre culture madri, forse la Italiana pareva avere una parte meno appariscente: il che non sarà più dopo il Congresso di Lugano, ove Svizzeri Italiani, quali Vella, di Lugano, valoroso organizzatore del Congresso, Pedotti, Aiuto alla Clinica di Berna, altri affermarono italianamente la proficua opera loro. Ma più che tutto di altissimo significato fu l'intervento, colle Artorità Comunali, Cantonali, Statali, quali il

Digitized by Google

Dr. Galli, Consigliere di Stato, che ricordò simpaticamente il centenario celebrato due anni or sono della dottrina del Torinese Rima sulle varici, per parte dello Spedale di Venezia ove questi fu chirurgo Primario. Di altissimo significato fu l'intervento del Presidente stesso della Confederazione Elvetica, il Dr. Motta, il quale in un alato discorso, in elegante italiano, magnificò la scienza quale faro che illumina e conduce i popoli, e promise che, non subito ma in tempo non lontano, anche il Canton Ticino avrà la sua Università Italiana.

I Congressisti, in più di cento, si raccolsero nel *Palazzo degli Studi*, nell'Aula che vide per due anni alunno Alessandro Manzoni, ed ove l'epigrafe apposta al basso rilievo lo proclama «maestro, ora e sempre».

Tema di discussione era stato scelto l'*Osteomielite* sulla quale riferirono Looser, Sobernheim, e Monnier di Zurigo, Presidente del Congresso; e discussero Roux e parecchi altri dei chirurghi presenti.

Le Relazioni, poggiavano oltrechè sulla esperienza personale dei relatori, sopra un materiale di un migliaio di casi, messo assieme con una inchiesta condotta attraverso ai vari ospedali Svizzeri. Riccamente documentata ne risultò pertanto la discussione, col risultato che la osteomielite acuta rimane sempre una malattia grave. Se l'agente eziologico venne individuato di volta in volta in specie microbiche varie, la causa occasionale nel maggior numero dei casi rimane oscura, e le conclusioni unanimi conducono alla grande riduzione nella importanza eziologica (così ricercata in regime infortunistico!) dei traumi. Nessuno vide una osteomielite acuta complicare una frattura sottocutanea.

Quanto ad intervento rinacque ancora la vecchia discussione, che pareva decisa, tra trapanazione e semplice sbrigliamento periosteo. Apparvero però ripudiate le estese resezioni primitive. Unico progresso, non ancora ammesso da tutti, si avrebbe nell'uso precoce di vaccini polivalenti. Gli autovaccini giungono troppo tardi, e non valgono più ad abbreviare la durata della malattia, che si trascina per mesi od anni.

Lo Jentzer, di Ginevra, contribuì alla discussione riferendo di studi, che egli conduce da ben dodici anni, sulla efficacia, nelle osteomieliti e specialmente nelle infezioni da piogeni nelle parti molli, colle iniezioni endovenose di olii essenziali, nelle forme acute, e di lipoidi aromatizzati, nelle forme croniche. A domanda del De Quervain, se i rimedii vantati avessero una formula chimica definita, risponde esservi negli olii essenziali adoperati alcunchè di chimicamente non riproducibile, per cui i preparati sintetici corrispondenti ai prodotti chimici trovati analiticamente, non hanno ugual valore.

Oltre al tema centrale, attorno a cui si aggirarono le discussioni, si ebbero comunicazioni individuali, delle quali non m'è possibile se non qualche accenno parziale e fugace: il Rusca, di Locarno, vantò la rachianestesia colla *tutococcina*, che non permette di operare proprio *tute*, se si vuol badare a quelli che i fautori della rachianestesia dicono «piccoli inconvenienti»; ma che non fu ad ogni modo causa di allarmi gravi, e tanto meno di catastrofi.

Il Kummer, di Ginevra, illustrò il metodo di Raymond Grégoire (laparotomia extra-peritoneale) a lembo toracico ipocondriaco, per raggiungere l'esofago diaframmatico, illustrando un caso in cui il cardias era strozzato da un anello fibroso. Il risultato funzionale fu buono, ma si produsse in seguito un'ernia diaframmatica dello stomaco.

Il Pedotti fece un'interessante comunicazione sulla *importanza della ascaridiosi in chirurgia*, illustrando gli inconvenienti che possono portare le larve dell'ascaride già nel loro giro evolutivo per l'anello entero-porto-pneumo-faringo-enterico; e poi specialmente colle migrazioni del verme a pieno sviluppo, che arriva non solo nei dotti biliari, a lui favorevoli per l'ambiente alcalino, ma che ancora, risalendo nelle fauci, può giungere nei seni frontali e nella cassa timpanica.

Illustrò poi con esemplari e con radiografie la sua presenza nella appendice cecale isolata, ed in altre porzioni dello intestino, riunito in gomitoli di più vermi, fino a produrre l'occlusione. L'immagine radiografica se ne ha non perchè il verme ingoii, ma perchè rimane a lungo spalmato della pasta baritica.

Lo Neusser, di Basilea, illustra certi «gangli» simili a quelli sinoviali del polso, che si sviluppano dalla parte esterna del ginocchio, a spesa del menisco, che va perciò asportato. Tale comunicazione si fà esca ad una brillante, ed irriducibilmente opposta discussione tra il Bircher di Aaran, impetuoso parlatore, e chirurgo che ha al suo attivo (o passivo?) ecatombi di menischi, ed il Roux di Losanna, il quale afferma che se si passassero in rassegna dopo un numero conveniente di anni codesti operati di ablazione di menischi, li si troverebbero tutti colpiti da artrite secca.

Il Riter, di Zurigo, parla dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare; il Ceppi, di Porrontry, illustra un caso di tetano che colpì un beone cui le mani si erano congelate in seguito a ripetute cadute sulla neve. Il Vella, Chirurgo e Ginecologo degli Ospedali Cantonale e Comunale di Lugano, documenta un caso di piccolo gozzo, di aspetto ed andamento benigno, che diede metastasi adenomatose, istologicamente dapprima non atipiche, e neanche clinicamente tutte maligne poichè una frattura spontanea del femore si consolidò come una frattura banale. Ma le metastasi si susseguivano, e se ne ebbe anche una nel muscolo cardiaco, causa di scompensi clinicamente rilevabili e confermata poi all'autopsia. Il Fonio, di Langnau illustrò minutamente un caso di nevralgia del nervo glossofaringeo; ed altri ancora avrebbero l'interesse e la proficuità del Congresso, che si sciolse proclamando Leysin sede del congresso del 1928, colla *tubercolosi chirurgica* per tema di discussione.

D. G.

□□□

PER LA PRATICA

UROLOGIA

CONTRIBUTO ALLE GRANDI TREGUE MORBOSE NELLE NEFROPATIE CHIRURGICHE

per il dott. MICHELANGELO SORRENTINO
degli Ospedali Riuniti di Napoli – Urologo dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli

L'osservazione di alcuni casi di nefropatie chirurgiche nei quali v'è stato un assoluto silenzio di sintomi, una vera tregua morbosa, della durata di molti anni, fra i primi segni del male e la comparsa dei disturbi che indussero gl'infermi a consultarmi, mi ha indotto a scrivere dell'argomento, e per ribadire bene il concetto di tregua morbosa, e per richiamare l'attenzione dei colleghi su alcune considerazioni che, stabilito il principio fondamentale, verranno come corollarii.

Si tratta nel primo caso di un'inferma affetta da calcolosi renale che ebbe a soffrire 14 anni fa coliche nefritiche, ed ematurie, e che emise in quell'epoca sabbie, ed un piccolo calcoletto, e che da allora fino ad oggi non ha avuto nessun disturbo che potesse richiamare la sua attenzione sulle vie urinarie, tanto da ritenersi perfettamente sana sotto questo riguardo, non solo, ma da dimenticare quasi questo primo episodio del suo male, che oggi è riesploso con ematurie e coliche, devolute alla presenza di un grosso calcolo nel rene destro, come hanno esaurientemente dimostrato le indagini del caso.

L'altra osservazione si riferisce ad un infermo che 15 anni fa ebbe una cistite acuta, e lievi ematurie. Le diverse cure tentate: lavaggi, ingestione di antisettici e di balsamici, non davano alcun risultato e la cistite si mostrava quasi ribelle ad ogni cura, senonchè dopo un certo tempo, più o meno due mesi, la cistite sparì spontaneamente, nè, da allora fino ad oggi, l'infermo ha avuto a notare alcun disturbo. Un mese fa ha cominciato a lagnarsi per lievi fenomeni vescicali: bruciore, frequenza, specialmente notturna, ed ematuria, ora totale, ora solamente terminale. La pollachiuria andò aumentando, le urine divennero torbide ed emorragiche, poi comparvero piccole elevazioni di temperatura e qualche dolore renale. L'esame della funzione cardio-renale dà i seguenti risultati: Pressioni arteriose al Pachon-Gallavardin: Mx 140 Mn 70. PD. 70 PM 58 - Azotemia 0.56 - Costante di Ambard 0.086 - Costante di Van Slyke 3.8 - Prova della Fenolsulfonftaleina: 52% (iniezione intravenosa) - Indice di acidosi 3.4%. Si procede ad una cromocistoscopia (iniezione intravenosa di indaco di Pfaumer): tipica cistite tubercolare: orifizio sinistro ulcerato. Dopo 4',35" compare l'indaco a destra; a sinistra si ha la prima eiaculazione, lievissimamente colorata, solo dopo 11',55", alla quale sussegue qualche altra sempre pe-

Digitized by Google

rò tenuissima. A destra invece l'indaco si elimina con ritmo perfettamente normale. Il cateterismo ureterale fu anche praticato, sebbene non fosse affatto necessario dati i risultati della cromocistoscopia, e dimostrò che il rene destro era in ottime condizioni funzionali, mentre il sinistro non aveva quasi alcun valore. La ricerca dei bacilli di Koch nelle urine di sinistra è positiva. Si consiglia all'infermo la nefrectomia.

Casi simili ai due dei miei che ho riportato, non sono affatto rari, e solo ho creduto riferirli, spinto dal desiderio di insistere su qualche deduzione che scaturirà nettamente, stabilito il concetto fondamentale di tregua, ed intesa questa con una maggiore larghezza di vedute, ma principalmente nel suo più giusto senso, e nei suoi variabilissimi limiti.

Pirondini in un suo lavoro (*Rivista Ospedaliera* 1920) ha trattato questo argomento, ed è al suo lavoro, nonchè ad un copioso materiale di osservazioni da lui raccolto sull'argomento che io mi riferisco fondamentalmente nel compilare questo mio lavoro.

Tregua morbosa vuol dire completa interruzione di tutti i fenomeni clinici, soggettivi ed obbiettivi: può dunque definirsi come una guarigione clinica effimera: clinica poichè non raramente durante la pausa, anche in assoluto silenzio di sintomi, il processo, dal punto di vista anatomo-patologico, può continuare ad evolvere senza nessuna interruzione. Pirondini stabilisce tre fondamentali eventualità per l'effettuarsi di una tregua:

1°) La tregua è una pseudoguarigione.

2°) Un unico processo morboso evolve in un unico rene, e le modificazioni nel suo tipo anatomico, più o meno graduali, ma sempre importanti, ne spiegano il decorso a tappe.

3°) La tregua può riferirsi a una guarigione vera, ed il successivo periodo morboso ad una recidiva.

Nelle nefropatie chirurgiche la tregua può essere indefinita. E' noto infatti che lesioni renali, anche molto estese e gravi possono decorrere in pieno silenzio clinico, fino allo stabilirsi di uno stato di uremia latente, e le lesioni renali sono un inatteso reperto di autopsia.

Vi sono altri casi nei quali la tregua dura a lungo, e poi improvvisamente si interrompe per l'insorgere di una sindrome grave e complessa, che può essere perfino rapidamente letale, e ciò a volte coincide con l'epilogo del processo anatomo-patologico.

Talora v'è una causa occasionale che interviene: accade così che nel decorso di un lieve reumatismo, o di una lieve influenza, esploda un'uremia rapidamente mortale, e che all'autopsia si trovi per esempio una degenerazione policistica di ambedue i reni, che possa spiegar tutto.

Ma altre volte ogni causa occasionale manca: un intervento s'impone, e la mancanza di ogni fenomeno renale nella anamnesi, complica di molto la diagnosi e la terapia.

E' questa l'eventualità che si osserva in alcune anurie nefritiche e calcolose, ed in alcune pionefrosi a rapidissimo decorso, che per le vaste proporzioni non possono essere legate che ad infezioni di uronefrosi preesistenti. Tale eventualità di una latenza clinica che bruscamente si interrompa all'epilogo terminale del processo morboso, è veramente l'esempio di tregua clinica (Pirondini).

Certo è difficile poter definire la tregua come del tutto completa, perchè anche scomparendo ogni fenomeno soggettivo può persistere qualche alterazione delle urine, che magari per la sua lieve entità, non è apprezzata. Quindi generalmente il carattere di tregua può intendersi in modo meno esatto e più grossolano nel senso cioè di scomparsa dei fenomeni soggettivi, e del ritorno del perfetto benessere e della capacità al lavoro. Ciò non esclude però che in altri casi possano aversi tregue veramente complete (Pirondini).

Nelle calcolosi renali, lunghe, lunghissime tregue, fino a 10, 15, 30 anni possono osservarsi, ed in certi casi la pausa è devoluta ad una guarigione anche completa, se pur non duratura. Se vi sono state delle coliche, e se poi i calcoletti o le sabbie sono state eliminate, ecco che una guarigione si è ottenuta, ma una guarigione naturale della calcolosi renale, non della diatesi litogena: questa modalità patologica del ricambio, che favorisce la precipitazione dei sali, permane sempre, ed ecco perchè può sempre, anche dopo moltissimi anni riformarsi un calcolo, e tutta la sintomatologia di una calcolosi renale ricomparire di nuovo. Anche senza che avvenga l'espulsione, può aversi una tregua: per es. per progressiva e spontanea frammentazione e dissoluzione del calcoletto. Stabilitasi una tregua essa potrà durare per un periodo magari anche lunghissimo, fin quando non intervenga o una nefrite, o una semplice congestione, o una gravidanza, ed allora la pausa di benessere termina e ricompaiono i disturbi, ovvero il calcolo si sposta, o aumenta di volume rapidamente, magari per un accentuarsi della diatesi.

Ma lo studio delle tregue morbose, ha la sua maggiore importanza per la tubercolosi renale. Valga come regola fondamentale che molte, moltissime, se non tutte le guarigioni spontanee non sono che delle tregue morbose.

In molti casi la tubercolosi renale procede a tappe, separate l'una dall'altra da tregue che possono essere anche variabilissime per limiti di durata, consistenti in una cessazione dei sintomi soggettivi, talvolta anche obbiettivi, cessazione che appare in dato momento senza che noi possiamo prevederne o immaginarne la causa, e che per l'azione di un trauma, una gravidanza, o un qualunque processo morboso, sia pure apparentemente di trascurabile entità, può interrompersi, e ricompaiono i sintomi del male, e tutto ciò nonostante il processo continui sempre ad evolvere dal punto di vista anatomo-patologico.

Come possiamo spiegarci che una cistite in un dato momento spontaneamente guarisca, malgrado la tenacia e la resistenza dimostrata fino allora alla cura di un povero medico poco esperto di simili lesioni, e che poi, dopo due-tre anni ricompare di nuovo, senza che nessuna causa riesca a trovarsi apparentemente? Eppure la spiegazione appare semplice: esiste una lesione tubercolare di un rene: lesione aperta: allora ogni ejaculazione di urina dal lato malato rappresenta una immissione in vescica di bacilli, per qual fatto le lesioni vescicali sono continuamente « alimentate », e l'inanità di una cura che sia intesa a combattere unicamente esse lesioni vescicali, trova facile spiegazione; e l'olio gomenolato, anche esso, vergognosamente fallisce, e va ad aggiungersi alla serie dei medicamenti inutilmente tentati, ed il cui numero è in ragione diretta della poca sagacia del medico. Se invece in un dato momento quella lesione renale causa della persistenza delle ulcerazioni vescicali, contro le quali inutilmente infieriscono la caparbia del medico, e le virtù di un grosso bagaglio farmaceutico, da lesione aperta, si trasforma in una lesione chiusa, per una esclusione segmentaria, viene a scomparire il continuo riversarsi in vescica dei batteri, e la cistite può spontaneamente guarire. Ciò non toglie però che il processo continui ad evolvere in silenzio, fino a che altre lesioni si aprano, e con la nuova immissione di bacilli, la cistite ricompaia.

Questo avviene quando un solo rene è tubercolotico, ed il succedersi di lesioni aventi varia topografia, per la quale alcune di esse possono derivare all'esterno i loro prodotti, ed altre no, ci spiega come i sintomi vescicali possano in un periodo avere un posto importante, e magari prevalente nella sindrome presentata dall'infermo, e poi scomparire totalmente, salvo a ripresentarsi dopo un tempo anche lungo. Una lesione tubercolare di un rene, comunicante con le vie escretrici, cioè lesione aperta può dunque trasformarsi in lesione chiusa, può cioè escludersi. E il processo morboso continua fino alla distruzione del rene, cioè fino alla autonefrectomia.

Ma se pure, nel caso di lesioni evolventi in un sol rene, per un naturale processo di esclusione segmentaria, tutta la sindrome sembri scomparire, e l'infermo entra in un periodo che noi diciamo di tregua, in tanto nel rene del lato opposto si verificano lesioni degenerative per nefrite, per lo più azotemigena, lesioni che, direttamente, ed indirettamente, per l'indiscutibile ripercussione che avranno su tutto lo stato generale del paziente, favoriranno l'attecchimento del processo tubercolare, anche da questo lato.

E da ciò si deduce che, in particolar modo nelle tubercolosi, il ritenere per guarigione quella che non è che una tregua, può avere le più tristi conseguenze, e bisogna sempre diffidare ben ricordando che la guarigione spontanea della tubercolosi renale è rarissima, se pure esiste. E valga questo per massima, particolarmente per i medici generici, i quali non avendo come l'urologo l'opportunità di osservare, si può dire molto, ma molto più spesso di quanto non si immagini, quali siano i gravi danni che possono derivare da errori del genere, a volte facilmente sicontentano di certe semplici remissioni di sintomi, e dello stato apparentemente buono dell'infermo.

Digitized by Google

Anche nelle ritenzioni renali, sia settiche, sia asettiche le grandi tregue sono possibili, ma in tali casi, come afferma Pirondini, è molto più difficile che in tutti gli altri, cogliere i fattori causali della tregua. In alcuni casi i gravi sintomi di una pionefrosi iniziano dopo un trauma, e pure all'intervento chirurgico, si riscontrano tali alterazioni del rene, che senza dubbio la lesione renale deve avere un'origine molto remota, ed insistendo si riesce a trovare qualche cosa nella anamnesi, a carico della regione renale dolente.

Quando però una lunghissima pausa separa i due periodi, ed il primo è molto precoce, si può sempre pensare ad una uronefrosi preesistente. In questi casi per tregua clinica, osserva giustamente Pirondini, si intende essenzialmente quella dei sintomi soggettivi, poichè lievi alterazioni urinarie, e progressivi ingrandimenti del rene possono sfuggire.

Molte volte nell'anamnesi di certe pionefrosi non tubercolari nulla o quasi si ritrova, ed allora a ragione si va a pensare che la pionefrosi sia la trasformazione di una preesistente uronefrosi devoluta magari ad una alterazione congenita e che in un dato momento siasi infettata.

Pure nelle semplici uronefrosi, più spesso nelle congenite, ma anche nelle traumatiche, si hanno frequentemente latenze indefinite, e pause considerevoli.

Vi sono alterazioni renali congenite che si manifestano già nei primi anni di vita, ma questa precocità di sintomi non è la regola, ed anzi talora l'alterazione renale si manifesta solo molto tardi. Nelle uronefrosi questi fatti si spiegano oltre che con lo intervento di cause occasionali, con la successiva produzione di alterazioni, che sono le une alle altre subordinate, e che ad un epoca determinata possono portare persino alla scomparsa di ciò che rivelava l'origine congenita (Pirondini).

E finalmente vi sono casi nei quali in un dato momento del decorso di una uronefrosi, o pionefrosi, che ha presentato diverse, e magari lunghe pause, si rileva un trauma: questo trauma a volte sembra che metta in evidenza una preesistente uronefrosi, in altri casi ne accelera il decorso o lo complica: rottura, infezione, pseudoidronefrosi. Invece in altri casi il trauma, col dolore e con l'ematuria, è fra i primi disturbi accusati dall'infermo: apre la scena; poi una o più tregue separano il periodo iniziale da quello terminale identificabile con una uronefrosi o una pionefrosi, o una pseudoidronefrosi. In vero in questi casi talora si ha idronefrosi o pionefrosi calcolosa, quindi può darsi che il trauma produca il calcolo, e questo a sua volta la uronefrosi o la pionefrosi.

Dunque nelle ritenzioni, tregue cliniche anche lunghe possono frequentemente riscontrarsi, ma intanto nel periodo silenzioso della pausa, il processo seguita ad evolvere, fino a concludersi in un'atrofia dell'organo che ne è sede.

Di molte uronefrosi l'origine è congenita, ed allora i primi segni van ricercati con accurata indagine nell'anamnesi molto remota. L'infermo ha vissuto per anni in pieno benessere, fino a quando non è intervenuta una causa occasionale, come un trauma, o una gravidanza, che aggravando la vecchia e latente lesione la mette in luce.

In alcuni casi a distanza grandissima da un primo periodo di disturbi, o a terminare proprio una serie di tregue, che tutte, più o meno lunghe si sono succedute per anni, separate l'una dall'altra da periodi di ricomparsa dei sintomi, interviene improvvisamente un decorso tumultuario, dovuto alla perforazione della pelvi o del rene ectasico, ed al conseguente spandimento della raccolta negli involucri del rene: si viene così a costituire una pseudo-idro-nefrosi, la quale pone bruscamente fine alla tregua; bruscamente perchè tale complicazione segue per lo più immediatamente al trauma, che ne è stato causa efficiente, o per lo meno a breve distanza da esso, ed è accompagnata da dolori violentissimi, e comparsa di una tumefazione che rapidamente aumenta di volume, e può esservi febbre ecc.; ma in altri casi la pseudoidronefrosi si manifesta tardivamente, e può persino verificarsi al tavolo operatorio si rinvenga una perinefrite con raccolta di liquido urinoso (perinefrite cistica), e sulla pelvi, o sulla superficie renale una semplice cicatrice rivelante, e dimostrante la preesistita perforazione (Pirondini).

In quanto alle altre nefropatie chirurgiche nelle quali anche possono riscontrarsi tregue morbose, ben poco mi resta a dire. Nei tumori del rene, ed in quelli della pelvi, esse sono rare, e ciò facilmente s'intende, poichè spesso si tratta di tumori maligni, che, per la loro evoluzione non consentono tregue. Tuttavia qualche autore ha registrato osservazioni di tumori renali nei quali una pausa di tre, ed anche di quattro anni separò i primi disturbi, cioè le coliche e la ematuria, da quelli che poi indussero l'infermo a farsi visitare.

Viceversa tregue anche molto lunghe possono aversi nelle nefriti ematuriche e nelle nefriti dolorose.

Da quanto ho detto si può concludere che nelle nefropatie chirurgiche, tregue morbose, anche molto importanti in quanto a durata possono verificarsi, e da ciò si deduce come sia della più alta importanza avere costantemente presente questa tutt'altro che rara eventualità, per evitare errori che possono avere le più funeste conseguenze. Vaga ciò in paticolar modo per la tubercolosi, e ricordando che moltissime, se non tutte le guarigioni ottenute mediante cure mediche della tubercolosi, altro non sono che tregue morbose, sia pure lunghe, ma solo tregue del male, ogni scomparsa dei fenomeni di tubercolosi, venga per regola ritenuta una pseudo-guarigione, e se pur lo infermo si presenti in ottime condizioni generali, si diffidi, e lo si sottoponga alle indagini del caso, e si provveda alla diagnosi di lato, e, l'altro rene permettendolo, si pratichi la nefrectomia.

Egualmente molto guardinghi bisogna essere prima di pronunziarsi per vera guarigione di un infermo che abbia una volta presentato i segni di una calcolosi renale: l'avvenuta espulsione del calcolo non è nemmeno un criterio sufficiente. Due mezzi abbiamo a nostra disposizione per differenziare in questi casi una tregua morbosa da una vera guarigione: l'indagine radiologica, che però deve essere completa, cioè di tutto l'apparato urinario: reni, ureteri, e vescica; e l'esame ripetuto del sedimento urinario per svelare le scariche periodiche di urati e di ossalati ma in particolar modo per ricercare la presenza di ematurie microscopiche, prolungate e periodiche che sono della più alta importanza, poichè solo nel 20 % dei casi di calcolosi, e forse in una proporzione anche minore, l'ematuria microscopica è assente.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRI. Folia Urologica, dicembre 1913. — BABITLKI. Arch. f. Klin. Chir., 1912. — BOWEN. Brit. Med. Journ., 1912. — BRENTANO, Berlin Urol. Geselsch., 1912. — CARRARO. Il Morgagni, 1916. — CATHELIN. 16° Congresso Francese di Urologia. — FEDERICI. La Clinica Chirurgica, 1910. — HEITZ-BOYER. Journ. of d. Ur., VI. — LICHTENSTERN. Journal d'Urologie, tomo VI. — MAZZONI. Bollet. Soc. Lancisiana, Ospedali, Roma, anni XIV. — ORAISON. 16° Congresso Francese d Urologia. PIRONDINI. Rivista Ospedaliera, 1920. — POLLARA. Folia Urologica, 1909. — POUSSON. Journ. d'Ur., tomo VI.

OSTETRICIA

Per calmare i dolori del parto

S. M. RUIZ CONTRERAS (*Revista Española de Medicina y Cirurgia*, 1927, aprile), mette in rilievo che un primo mezzo psicoterapico per calmare i dolori del parto in donne ipersensibili, è quello di infondere ad esse fiducia, assicurandole che tutto si svolge normalmente, che non esiste alcun pericolo nè per la madre nè per il nascituro, e che tutto finirà con l'espulsione di questo.

Altri rimedii suggestivi sono dati da bagni generali, o semicupii (se le membrane non si sono rotte), compresse calde sullo ipogastrio, etc.

Ma se, esauriti i mezzi suggestivi, i dolori continuano, anzi passano la soglia del sopportabile, si potrà, per una volta sola, far ricorso alla morfina (1-1,5 cgr.), o al laudano (3 cgr.), o alla scopolamina (3/10 di milligrammo, sola o con una delle precedenti).

Naturalmente, il ricorso a questi mezzi è d'obbligo quando si interviene sulla partoriente (applicazione di forcipe, etc).

Modernamente si sono introdotti anche i metodi ipnotici o ipnonarcotici.

Il metodo ipnotico consiste in una iniezione sottocutanea di 1 gr. di soluzione fisiologica, o nel collocare sulle narici della paziente una piccola maschera, con ovatta imbevuta di aceto o di ammoniaca (Krönig e Gaurs).

Si può combinare questa pratica con l'uso di narcotici (Kirchstein), ma ciò rende necessaria la presenza del medico durante tutto il parto.

Il vero parto in istato ipnotico è un'operazione troppo complessa e non immune da pericoli, perchè possa entrare tra i metodi pratici.

Le iniezioni suddette di morfina, laudano, o scopolamina non si possono ripetere che a tre ore almeno di distanza, durante il periodo espul-

Digitized by Google

sivo, se si reputa necessario, si può far uso della istillazione di qualche goccia di cloroformio o di cloruro di etile sulla garza di una comune mascherina, che alternativamente si avvicina e si allontana dalle narici della paziente.

Per la sutura delle lacerazioni perineali è sufficiente un'anestesia per infiltrazione con una soluzione all'1,5 % di novocaina-soprarenina di Höchst.

Tra gli anestetici che si somministrano per inalazione, l'etere è certo il più innocuo, ma è pericoloso per la possibilità di incendi, facili soprattutto nelle case private; il cloroformio è molto più pericoloso per la vita della madre e del feto, e lo è ancor di più il cloruro di etile, che può usarsi solo per subanestesie molto brevi.

Utili pure riescono nei dolori da dilatazione la antipirina, l'aspirina, il piramidone, il veronal, il veramon.

Per avere un parto completamente indoloro, Siegel ha proposto il seguente schema di tecnica, che gli ha dato soddisfacenti risultati in molti casi:

Si incomincia col somministrare 1,5 cmc. di scopolamina ed 1,5 cmc. di amnesina (0,001 di lattato di morfina-narcotina, e 0,15 di bicloridrato-carbaminato di chinina), e poi di ora in ora si ripete una iniezione alternativamente di 0,5 cmc. di scopolamina e di 0,5 di amnesina, o di 0,5 cmc. di scopolamina soltanto.

Naturalmente, è indispensabile in questi casi, vigilare personalmente la partoriente per tutta la durata del parto; ed è d'altro canto necessario notare che una pratica simile va attuata solo in caso di necessità, quando il dolore rivesta il carattere di pericolo; tantoppiù che si dice — per altro senza portarne prove concrete — che il metodo non sia del tutto esente da danno per lo sviluppo soprattutto intellettuale del nascituro.

I fermenti del siero in gravidanza

E. Hermann e F. Korufeld (*Wiener Archiv für innere Medizin.* 1926-12-3) fanno noto che nelle donne che non sono incinte, le lipasi del siero assumono i valori più bassi nel periodo pre- e post-mestruale, ed i valori più alti nell'intervallo tra una mestruazione e l'altra.

Nelle donne gravide, si ha la diminuzione più forte all'inizio della gestazione, e poi il tasso incomincia a risalire, senza raggiungere, per altro, il valore normale.

Al momento della menopausa, il contenuto in lipasi del siero è minore, ma non così basso come nelle donne che trovansi all'inizio della gravidanza.

Nelle donne non incinte il tasso più basso di diastasi nel siero si riscontra nell'intervallo tra una mestruazione e l'altra, quello più alto nel periodo pre- e post-mestruale.

Nelle donne gravide si ha un forte aumento allo inizio della gestazione, che va man mano scemando col progredire di questa, senza, per altro, raggiungere mai i valori normali.

Nel periodo della menopausa si hanno valori analoghi a quelli che si riscontrano nella gravidanza avanzata.

DERMATOLOGIA

Le dermatosi precancerigne

Feldman (in New York. *Medical Journal and Record,* aprile, 1927) ricorda la opinione sempre più diffusa che si possa, in non pochi casi prevenire il cancro, osservando e curando in tempo delle affezioni che vi predispongono. Le dermatosi, sebbene non tutte di chiara etiologia, che meritano maggiore attenzione sono queste:

1° *Nei.* Per quanto innocenti in apparenza, essi possono per continuo attrito al quale siano esposti, degenerare. In un caso asportato con larga zona cutanea di impianto, mercè coagulazione endotermica e il coltello endotermico, guarito rapidamente, si ebbe tuttavia metastasi spinale sei settimane dopo l'asportazione. Particolare attenzione meritano i nevi verrucosi, semplici o pigmentati, della faccia e del collo, esposti a frequenti stimoli. Ritenuti provenire da avanzi epiteliali, le cui cellule hanno attività produttiva, questi nei possono mostrare cospicua metaplasia, moltiplicazione e penetrazione dentro il corion. La tendenza alla trasformazione cancerigna è frequentissima.

Anche le lentigini per la loro struttura e disposizione pigmentale possono talora dar luogo alla melanosi diffusa.

Il trattamento di coteste lesioni precancerose va affidato al radium, al röntgen, al diossido di carbonio, all'elettrolisi ed endotermia.

Quest'ultima perchè non carbonizza, riesce più profonda nel penetrare i tessuti, servendosi di debole amperaggio che non disidrata i tessuti. In qualche caso si può meglio riescire alla bisogna praticando prima, con l'ago dissecante, una circoscrizione d'una zona di circumvallazione. In complesso dunque l'endotermia si raccomanda in tutte queste affezioni.

2. *Papillomi e verruche* sembrano dovuti ad infezione, ed hanno la loro importanza, sebbene non si possa disconoscere la differenza tra questi ed i nei senili rivestiti di sostanza grassa, e di produzione cornea. Quel che si sa è che l'infrenato sviluppo cellulare può costituire una minaccia di trasformazione cancerigna.

3.° La *Cheratosi senile,* piuttosto frequente nei vecchi del popolo, è essenzialmente una degenerazione senile della cute, con ipercheratosi, talvolta anche in deviazione telangettasica.

Del resto si conosce la distrofia presenile, come degenerazione della cute nei giovani del popolo esposti alle frequenti intemperie. La lesione occupa le parti più esposte, e può assumere i caratteri di xeroderma pigmentoso. Atrofia, pigmentazione, ipercheratosi la contrassegnano. Si può aggiungere all'elenco: la radiodermite, la cheratosi arsenicale.

4° *Leucoplasia.* E' tra le più comuni affezioni precancerose. Rievale sulla lingua, angoli labbiali. Più di rado sul prepuzio, genitali esterni della donna.

Si può calcolare circa il 20 % di passaggio in epitelioma. A via di ispessirsi di questi depositi essi possono occupare parecchi millimetri, poi si ha lo screpolamento, sotto il quale si scorgono esulcerazioni, con incremento dello strato papillare, caratteristica dell'evoluzione epiteliomatosa. Iniziatosi nelle fissure, il carcinoma si diffonde anche in spessezza. L'esame microscopico della leucoplasia rivela la spiccata ipercheratosi con sclerosi ed atrofia della mucosa; cioè il quadro della sifilide terziaria sclerosante più l'ipercheratosi. Questo si spiega anche per il fatto che queste leucoplasie sono quasi tutte di origine sifilitica, non ostante la sieroreazione spesse volte negativa. Il trattamento vuole essere energicamente antiluetico, mentre si evitano i fattori irritativi e traumatici. Non c'è accordo sull'uso dell'arsenico, affermando qualche A. che esso possa intensificare la cheratosi.

Ma sembra consigliabile all'A. l'arsfenamina. Può ricorrersi alle tenui dosi röntgen. Possono distruggersi le placche con il disseccamento monopolare. Più ampie asportazioni radicali possono eseguirsi col coltello radiotermico.

5° *Malattia di Paget* alla quale si mostra molto affine la *malattia di Bowen.* L'affezione, come è noto, si presenta sul capezzolo, più di rado sulla regione perineo-scrotale. Croste si vanno formando intorno e sul capezzolo, potendo persino nasconderlo. Prima o poi vi si nota un indurimento dei tessuti; qua e là traccia di cicatrizzazioni a lungo andare un vero cancro. Facile è lo scambio diagnostico con l'eczema. Il quadro istologico è unico: cellule vacuolate sulla rete malpighiana con nuclei giganti e corpi sferici vacui; proliferazione epiteliale sul corpo mucoso.

6° Finalmente condizioni precancerose possono esser create da cicatrici; ulceri, fistole, gomme sifilitiche, lupus. Si sa anche, come alcune dermatosi precancerigne si riscontrano in soggetti esposti a contatti di lavoro con la paraffina, carbon fossile, calorifici etc.

La terapia attuale della psoriasi

Potremmo fin da principio riassumere quanto saremo per dire, con questo giudizio; che in questi ultimi anni molto si è fatto e tante nuove vie si sono tentate per guarire la psoriasi, ma che i progressi effettivi raggiunti sono molto scarsi.

Ancora — come prima — noi siamo sprovvisti di un mezzo che ci permetta di conseguirne risultati duraturi; noi possiamo solo ottenere la regressione delle manifestazioni psoriasiche, e questo non è difficile, come non lo era; ma nelle forme diffuse non possiamo neppure ora istituire un trattamento ambulatorio con speranze di grande successo, in primo luogo per questo, che il farmaco principale che noi possediamo, e che spesso è il solo veramente efficace, la crisarobina, non può essere adoperato — o solo molto limitatamente — nel trattamento ambulatorio.

Le ricerche terapeutiche degli ultimi anni si sono particolarmente orientate verso un trattamento al più possibile eziologico; noi sappiamo finora assai poco di certo sulla causa della psoriasi.

L'eredità ha certo grande importanza, talora essa si manifesta in modo diretto da uno dei genitori su uno o più figli, talvolta in modo indiretto (zio-nipote, etc.).

Il Veiel, in seguito a numerose osservazioni, crede di poter affermare che quei figli che hanno il colore dei capelli e degli occhi simile al genitore ammalato, erediteranno la psoriasi molto più facilmente.

Nè la teoria parassitaria, nè quella neuropatica hanno attendibile fondamento; qualche volta invece pare che la psoriasi si accompagni con una coincidenza troppo frequente per essere fortuita con malattie articolari, specialmente l'artrite deformante (Adrian, Jadassohn, Nobl, Falk, Bruhns, etc).

Digitized by Google

Molto malsicuro pare il rapporto tra psoriasi ed alterazioni endocrine (ipertiroidismo, distimismo), e l'opoterapia timica o tiroidea, come pure la stimolazione del timo con i raggi X non hanno portato a risultati conclusivi. Si è pensato a disturbi del ricambio, e si è perciò cercato di modificare variamente la dieta degli psoriasici (la dieta vegetariana e quella con scarse proteine porterebbero le manifestazioni a rapida regressione), ma anche qui con risultati contraddittorii, ed in realtà si può dire che un'influenza sicura della dieta sulla psoriasi non è stata potuta constatare; solo si è visto che negli psoriasici corpulenti una cura dimagrante giova anche alla scomparsa delle manifestazioni cutanee, e che nei pazienti iperglicemici la riduzione degli idrati di carbonio nell'alimentazione ha efficacia terapeutica anche verso le manifestazioni proriasiche (Downing).

Anche l'influenza del clima come elemento ezogenetico (nei paesi caldi la psoriasi è estremamente rara) è tutt'altro che stabilita.

Ad un'eziologia luetica non credono neppure coloro che hanno riscontrato giovamento in seguito alla terapia bismutica (Versari, Michailow, Catapano).

Così si ritorna sempre di nuovo alla vecchia terapia medicamentosa, prevalente esterna, in due tempi: eliminazione delle squame, ed applicazione dei rimedii, tra i quali primeggia la crisarobina, sotto forma di collodio crisarobinico al 10 %, o di pomata: crisarobina 5, lanolina 20, vaselina 75 parti.

Poichè la terapia crisarobinica irrita la pelle, bisogna interpolare, tra un'applicazione e l'altra, l'uso di pomate boriche.

Per sensibilizzare la cute verso la crisarobina, vale a dire per ottenere buoni effetti anche con crisarobina a debole concentrazione, si è fatto ricorso (Sachs ed Hübner) ad iniezioni endovenose bisettimanali di una soluzione di acido salicilico al 20 %, alla dose di 10, e successivamente di 15 e di 20 cmc. Bastano in generale 8-10 iniezioni, ed allora la crisarobina riesce efficace anche al 0,25 o al 0,50 %.

Durante la guerra, per la mancanza della droga da cui si estrae la crisarobina, i tedeschi hanno lanciato un prodotto sintetico: Cigulin, che usato sotto forma di collodion all'1 % o di pomata al 3 % in vasellina, ha dato buona prova.

Altri preparati usati con successo sono stati quelli di catrame, il pirogallolo e derivati e le pomate al precipitato bianco, talora facendo uso di una terapia combinata.

Si è fatto anche ricorso ai metodi di terapia fisica (röntgen e lampada di Kromayer) che hanno reso indubbiamente dei servigi. La terapia interna, diretta in modo particolare verso presunti fattori eziologici ha invece fatto fiasco, e non poteva essere diversamente, visto l'oscurità in cui brancoliamo circa l'eziologia della psoriasi.

Più che altro, a scopo storico, ricorderemo l'opoterapia tiroidea, il trattamento con gli antireumatici, etc. Più utili sembrano le grandi dosi di ioduro di potassio, incominciando da 3-5 gr. al giorno, e giungendo fino a 30-40 (Leven, Hasland, etc.) se non si manifestano fenomeni di intolleranza.

Ralle pratica delle iniezioni di una soluzione di Jodipina al 25 %, una o due volte al giorno, alla dose di 10-20 cmc., per una decina di volte.

Quasi senza effetto è rimasta la terapia stimolante, (latte, trementina, etc.), e la terapia alcoolica (Spiethoff), nonchè le iniezioni di preparati di zolfo, che hanno anche lo svantaggio di produrre dolori violenti e febbre.

Il Triphal, preparato aurico, è troppo pericoloso per le sue manifestazioni collaterali, (collasso), per poter essere a cuor leggero impiegato in una malattia come la psoriasi.

Dell'arsenale di terapia interna non ci rimane dunque che il vecchio arsenico, nelle forme e nella posologia ben nota del liquore di Fowler, delle pillole asiatiche, e dei preparati per iniezione.

Il trattamento potrà utilmente essere completato da bagni sulfurei e da acque arsenicali.

TECNICA

Una nuova formula per il metodo di Gram

E' stata proposta da Ruhland ed adottata da SANFORD (*Annali d'Igiene*, aprile 1927). Colorare il preparato mediante:

Cristalvioletto	g. 2
Alcool metilico purissimo	cmc. 100

per 30" indi lavare in acqua comune.

Poi versare abbondantemente sul vetrino e tenere per 30"-60" in:

Iodio	g. 1
Ioduro di potassio	» 2
Acqua distillata	cmc. 300

indi lavare in acqua comune e versare abbondantemente acetone fino a che non si asporti più colore.

La decolorazione degli strisci sottili ha luogo quasi istantaneamente. Colorazione di contrasto con:

Safranina	g. 1
Acqua distillata	cmc. 100

Quindi lavare e seccare.

I vantaggi del metodo sono molti. Il cristalvioletto (cloruro di esametil-para-rosanilina) può essere ottenuto nella forma più pura; la soluzione proposta è assolutamente stabile; l'alcool metilico è un buon mordente; la safranina è capace di dare un eccellente colore di contrasto, colorando i germi gram-negativi in rosso brillante.

FORMULARIO

Trattamento locale della difterite

Siero antidifterico secco in polvere	g. 10
Arsenobenzolo	» 1/2

S. per uso esterno (Martin).

Liquore di Labarraque	g. 50
Acqua bollita	» 1000

S. per collutori.

LIBRI ED OPUSCOLI

BRUNON R. *Igiene infantile* (Hygiène infantile). Vol. in -8 di 280 pagine. Ed. Maloine, Paris. Prezzo fr. 12.

Questo piccolo trattato, malgrado la ricchezza delle documentazioni, non ha alcunchè dell'aridità abituale dei libri didattici. Scritto in una lingua precisa e semplice, originale nel pensiero, elegante nella forma, contiene tutto ciò che è necessario sapere per la igiene razionale del bambino.

I mezzi fisioterapeutici e la dietetica vi sono in particolar modo considerati, specialmente nei riguardi della lotta contro la tubercolosi.

SCHROEDER R. *Trattato di ginecologia per studenti e medici* (Lehrbuch der Gynaekologie für studierende and aerzte). Ed. Vogel. Leipzig, 1926. 1 vol. di pagg. 726, con 330 fig. intercalate e tre tavole colorate. Prezzo Mk. 35.

Premesso che dal punto di vista tipografico il libro, con gli eccellenti *clichés* conferma l'indirizzo della nota Casa Vogel, giova considerare, dal lato della concezione, l'opera dell'Autore, già pervenuta alla 2ª Ediz.

Infatti essa si distacca sensibilmente da quasi tutti i manuali o trattati di Ginecologia esteri o nazionali. C'è nell'indirizzo e nella costruzione del Libro la mentalità prevalente del patologo su quella del tecnico. Ci si era assueti a considerare sotto la rubrica, o se vogliamo sotto la espressione polisensa di «Ginecologia», una specializzazione schiettamente diagnostica, terapeutica, operatoria delle affezioni della sfera genitale muliebre. Sotto questa consuetudine chi si aspettasse di trovare in questo Libro esposizioni di tecnica, metodi e processi, resterebbe disilluso.

E' evidente dalla maniera di svolgere l'etio-patogenesi, l'anatomia patologica, e corredarla di preziose figure microfotografiche, il proposito di volere che gli studenti ed i pratici siano portati ad una profondità che li renda dottrinali oltre che puramente terapisti. Novella prova delle intenzioni dell'A. ci sembra la documentazione addirittura insolita di una fonte bibliografica immensa e recentissima, che fa seguito all'opera, oltre ad un indice per materia ordinatissimo.

Per attenerci alla consuetudine editoriale ecco i titoli rispettivi dei dieci capitoli nei quali si ripartisce il volume, con numerosi sottotitoli di paragrafi: 1. Anatomia macroscopica e microscopica dei genitali; 2. Fisiologia normale della sfera genitale; 3. Anomalie del ciclo mensile; 4. Posizione normale ed anomalie dell'apparato genitale; 5. Infiammazioni dei genitali; 6. Corpi estranei, ferite, rispettive sequele cicatriziali, ematomi, ematocele; 7. Evoluzione normale e patologica dei genitali femminili; 8. Cisti dei genitali; 9. Tumori dei genitali; 10. Affezioni ginecologiche principali delle vie escretive urinarie.

AIEVOLI

D e S a n c t i s S. *Per la profilassi e la igiene mentale*. Tip. dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, Roma, 1926.

G r a z i a d e i G. *La propaganda igienica fatta coi cartelli ammonitori*. Estratto dalla «Difesa sociale», n. 8, 1926.

= 819

Digitized by Google

NOTIZIE

Primo Convegno Nazionale della Lega Italiana per la lotta contro il Cancro. — Nei giorni 16 e 17 del prossimo ottobre, nella sede Universitaria dell'Istituto Sieroterapico, via Darwin 20 Milano (124), sarà tenuto il primo Convegno Nazionale della Lega Italiana contro il cancro. L'ordine del giorno per tale Convegno sarà il seguente:

16 Ottobre: I. Statistica sanitaria demografica del Cancro in Italia. Relatore: Prof. Niceforo Alfredo.

II. Metodi di propaganda. Relatore: Prof. Ronzani Enrico.

17 Ottobre: III. Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici, (clinici, radiologici e istologici). Relatore: Prof. Morpurgo Benedetto.

IV. Assistenza dei cancerosi. Relatore: Prof. Fichera Gaetano.

V. La disciplina ed il controllo della radiumterapia del Cancro. Relatore: Prof. Perussia Felice.

Alla Presidenza della Lega ed a quella del Comitato organizzatore di Milano sono già pervenute numerose adesioni da parte di Enti e di personalità mediche illustri, e vertendo l'O. d. G. su questioni di alto interesse sociale e nazionale, si fa vivo invito ai Sigg. Medici ed agli Enti sanitari di inviare la loro adesione e di intervenire numerosi al Convegno.

Si pregano i Sigg. Congressisti che desiderano di prendere parte alla discussione degli argomenti posti all'O. d. G. di darne in tempo comunicazione al Presidente del Comitato, Prof. Serafino Belfanti, Milano, via Darwin, 20.

Congresso della società italiana di otologia, rinologia e laringologia. — Il XXIII Congresso della Società Italiana di Otologia, Rinologia e Laringologia avrà luogo in Parma nei giorni 22, 23, 24 ottobre p. v.

I titoli delle comunicazioni scientifiche dovranno pervenire alla Presidenza (Ospedale Civile, Venezia) non oltre il 31 agosto.

Per avere i documenti di riduzione ferroviaria e per la prenotazione degli alloggi rivolgersi al Prof. F. Lasagna, Clinica Otoiatrica, Parma.

Crociera medica del " Bruxelles - Médical ,,.— Anche questo anno il periodico belga « Bruxelles-Médical» ha indetto una crociera medica per le vacanze, che avrà luogo a partire dal 10 agosto e per la durata di 20 giorni, seguendo questo itinerario: Le Havre, Lisbona, Bordeaux, Tangeri, Algeri, Baleari, Barcellona, Marsiglia. La crociera comprende anche varie escursioni e gite. La nave su cui imbarcheranno i gitanti è la « Cap-Lay », di 15 mila tonnellate, lussuosa e moderna. Il prezzo (I classe) è di 2,000 franchi francesi, in esso sono compresi i pasti e l'alloggio agli scali, le tasse di soggiorno, ecc.

Alla crociera sono ammessi: i medici, gli studenti di medicina, le loro famiglie, e in caso di disponibilità, persone presentate e garentite da un medico.

Per l'iscrizione rivolgersi alla « Section de Voyages de Bruxelles-Médical», 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles (Belgio); indirizzo telegrafico: Belgifranav.

Accademia di Medicina di New York.— Il Ministero degli Affari Esteri ha trasmesso alla Confederazione nazionale dei Sindacati, affinchè gl'interessati ne siano edotti, le seguenti informazioni circa speciali facilitazioni offerte dall'Accademia di medicina di New York ai medici stranieri che si rechino in visita in quella città:

« *L'Accademia di medicina di New York,* desiderosa di ricevere tutti i medici in visita a New York, offre loro l'assistenza e le facilitazioni di cui dispone, a fine di rendere il loro soggiorno più piacevole e interessante che sia possibile.

La Biblioteca dell'Accademia, una delle più grandi del genere negli Stati Uniti, è visitata giornalmente da più di cento lettori. Essa possiede circa 140,000 libri ed oltre 100,000 opuscoli, tutti ben catalogati. La collezione delle pubblicazioni americane e straniere è affatto completa.

Conferenze. Oltre alle conferenze date dall'Accademia stessa e che hanno luogo regolarmente due volte al mese, vi sono dodici gruppi di membri, composti di medici specialisti, che fanno conferenze mensili su argomenti di pertinenza dei diversi rami della medicina e chirurgia, come pure sulla storia della medicina e sulla cultura medica.

Tutti i medici e gli studiosi possono assistere a queste conferenze. Vi è pure un gran numero di società mediche che tengono le loro conferenze all'Accademia. Di solito, una o più conferenze hanno luogo tutte le sere, eccetto la domenica e i giorni di feria.

Il Comitato d'igiene pubblica. L'ufficio del Comitato d'igiene pubblica raccoglie le informazioni che riguardano il lavoro delle agenzie municipali e il servizio sociale nel campo dell'igiene. Si occupa pure di questioni in rapporto con l'amministrazione della pubblica igiene, così come dell'opera compiuta negli ospedali, nei dispensari ecc. Una volta all'anno viene pubblicato un bollettino contenente i risultati di queste diverse investigazioni. (Da *La Federazione Medica,* n. 11, 1927).

Offerta alla C. R. I. della Società per la Bonifica di Maccarese. — La Società per la bonifica di Maccarese sta compiendo grandiosi lavori per la sistemazione delle acque e per la cultura del suolo in quella regione che era così soggetta alla malaria. In seguito a tali lavori ha dovuto riunire in quella tenuta oltre 3,000 operai, che vi dimorano in permanenza. Oltre tutti gli adattamenti necessari per la vita di tante persone in una località prima completamente abbandonata, la Società ha dovuto organizzare servizi sanitari completi, i quali con il concorso del Governatorato e sotto la guida del Prof. G. Rossi, Direttore del Laboratorio di Batteriologia agraria nell'Istituto superiore agrario di Portici, assicura una sufficiente protezione contro la malaria.

Per l'anno in corso la Società di bonifica ha chiesto alla C. R. I. di organizzare una Colonia estiva sulla spiaggia di Maccarese per i fanciulli degli operai e contadini che oramai hanno preso stabile dimora nella tenuta. La C. R. I. ha accettato e mentre l'organizzazione si compie, la Società di Maccarese con nobile gesto ha inscritto soci della C. R. I. tutti i disinfettatori che prestano servizio per la protezione di quella popolazione contro la malaria.

Il ritorno della Missione di soccorso della C. R. I. dall'Albania. — E' rientrata la missione della Croce Rossa Italiana in Albania composta dal Capo Missione Cp. Dr. Bonfigli, Ten. Med. Califano, Ten. Med. Cortese, Ten. d'Amm.ne Caniggia, Maresciallo Dei, Sergente Carletti e dall'ultimo scaglione di militi. Essa ha svolto per cinque mesi opera di assistenza e di soccorso ai colpiti dal terremoto, guadagnandosi la riconoscenza della popolazione albanese così duramente provata, e disimpegnando il compito con piena soddisfazione delle autorità locali e del Governo.

Contemporaneamente è giunto al R. Commissario della Croce Rossa Italiana un commosso telegramma di ringraziamento della Croce Rossa Albanese.

Statistica degli Studenti di medicina in Francia.— Il 15 gennaio 1913, vi erano, nelle Facoltà di medicina in Francia, 8,247 studenti, e, nelle Scuole di medicina, 1,497. Il 31 luglio 1926 si contavano, invece, nelle Facoltà di medicina 10,821 studenti, e, nelle Scuole, 1,465.

NECROLOGIO

— In viaggio verso l'India Occidentale si è spento il 2 maggio u. s. ERNESTO H. STARLING, professore di Fisiologia nella Università di Londra. Fu senza dubbio tra i più distinti fisiologi dell'ultimo trentennio.

Nacque a Bombay (India Orientale) nel 1866 da un alto funzionario ed emerito giurista inglese. Frequentò le più celebri scuole d'Inghilterra e al *King's College* di Londra; in giovane età conseguì la laurea in medicina. Si avviò subito verso gli studi di fisiologia, frequentando i laboratorii dei più grandi scienziati del tempo, fra cui quelli di Heidenhein (Breslau) e di Ludwig (Lipsia), dove ebbe lunga permanenza e favorevoli accoglienze per la sua grande laboriosità, per le sue spiccate capacità di critico nonchè di osservatore acuto. Nel 1890 ebbe, giovanissimo, la cattedra di Fisiologia nella Università di Londra.

Insieme con Bayliss venne, con la scoperta della secretina, a rappresentare un pioniere della moderna endocrinologia. A quella scoperta resterà indissolubilmente unito il suo nome.

Compì lavori preziosi di elettrofisiologia e di chimica fisica; condusse numerose ricerche sperimentali sulla meccanica e sulla fisiologia del cuore e dei vasi, sulla fisiologia della nutrizione, sul chimismo del sangue.

Dal 1915 al 1919, durante il periodo bellico, si interessò largamente delle necessità di vettovagliamento delle truppe, onde partecipò come rappresentante britannico al Comitato interalleato dell'approvviggionamento.

Nel 1921 fu incaricato di un viaggio di ispezione in India, specialmente sulle condizioni delle Scuole mediche universitarie di quella Colonia.

In questi ultimi anni fu colpito da carcinoma dell'intestino tenue: un pronto e felice intervento valse a indurre spiccata miglioria. Senonchè, recentemente, alcune disgrazie familiari avevano aggravato alquanto le sue condizioni cardiache, onde fu costretto lasciare ogni occupazione.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 20 Giugno 1927 — N. 25

CONFERENZE

LA CURA DEL TETANO

Conferenza del 21 maggio 1927 alla Società Filoiatrica Fiorentina

per il Prof. ADOLFO MARTIRI
Medico primario nell'Arcispedale S. M. Nuova in Firenze

« Non avvi forse fra le malattie convulsive una tanto « grave ed in cui i metodi curativi siano stati così promiscuamente messi in pratica senza scelta e dietro solo i princi« pi che ciascun medico professava ».

Così cominciava la sua lettura un socio di questa Società, il Dr. Bartoli nella seduta del 18 Dicembre 1819, a proposito della storia di 3 casi di tetano curati dal Prof. Bordo di Pavia col metodo controstimolante, vale a dire col tartaro stibiato, le mignatte ed i replicati salassi.

A più di cento anni di distanza, malgrado tutti i progressi della nostra Scienza, dobbiamo modestamente confessare che ancora non siamo in possesso di un sistema di cura univoco e sempre sicuro nei resultati.

Eppure in questo periodo di cento anni vi sono tre date gloriose per la conoscenza della terribile malattia:

1ª data, il 1884, l'anno in cui il testè defunto Carle ed il Rattone riuscirono per la prima volta a trasmettere il tetano sperimentalmente ed il Nicolaier a scoprire il bacillo anaerobio sporulato, agente specifico della malattia;

2ª data, il 1889, l'anno in cui quasi contemporaneamente il Tizzoni e la Cattani da una parte e il Kitasato dall'altra riuscirono ad isolare il detto bacillo in cultura pura;

3ª data, il 1890, l'anno in cui Faber mise in evidenza per la prima volta la tossina tetanica ed in cui Behring e lo stesso Kitasato dimostrarono che si può immunizzare gli animali contro il tetano mediante iniezioni di dosi crescenti di bacilli o di tossina tetanica, determinando nel loro siero la comparsa di speciali sostanze, le cosidette antitossine, capaci di neutralizzare *in vitro* il veleno tetanico.

Vorrei aggiungere una quarta data, quella del 1923, l'anno in cui Ramon nell'Istituto Pasteur di Parigi giunse alla scoperta dell'anatossina, ma essa è ancora troppo recente; e pur lasciando l'animo aperto a grandi speranze, credo non si possa dare su di essa giudizio definitivo.

Perchè allora, malgrado queste importantissime nuove conoscenze, i nostri metodi di cura sono ancora tanto incerti nella direttiva e nei resultati? Perchè rimane a trovare l'agente o l'accorgimento tecnico capace di portare la neutralizzazione della tossina dentro la cellula nervosa, là dove essa esplica la sua azione così profondamente nociva.

Peccheremo però di eccessiva modestia, anzi di ingiustizia se non riconoscessimo che dall'epoca dei salassi ad oggi si sono fatti dei veri progressi nella cura del tetano. E di questi progressi il più importante è certamente quello della Sieroterapia preventiva.

***

Come è noto fino dal 1893 Roux e Vaillard (*Ann. Inst. Pasteur*) hanno raccomandato di utilizzare la proprietà del siero antitossico per prevenire lo sviluppo del tetano. Dal 1893 ad oggi i fatti osservati in patologia veterinaria ed umana hanno ampliamente dimostrato il valore profilattico di questo metodo. Così anche nell'ultimo esecrando macello umano, al principio per mancanza di siero da iniettare in tempo utile ai feriti, si ebbe ricomparsa del tetano, che già nelle guerre precedenti aveva fatto strage; la sua quasi completa scomparsa accompagnò l'uso largo, precoce e sistematico a tutti i feriti.

Certo ogni tanto si pubblicano casi di tetano sopravvenuti malgrado l'iniezione preventiva, ma alcune volte si tratta di errori di diagnosi consistenti nel prendere per tetano degli accidenti da siero, altre volte l'iniezione era stata fatta troppo tardi, oppure esistevano delle condizioni sfavorevoli di ordine locale. Perchè bisogna ricordare che l'immunità conferita dal siero, come ogni immunità passiva, è temporanea e dura da un minimo di una al massimo di tre settimane, secondo vari ricercatori.

Ora in certe ferite da schiacciamento o anfrattuose e profonde o con sfacelo dei tessuti, che vengono curate col metodo conservativo, malgrado le più energiche disinfezioni, la cultura dei bacilli del tetano può sopravvivere anche parecchie settimane ed allora la tossina che essi continuano a secernere, a un dato momento non trova più neutralizzante, per cui si ha lo sviluppo del tetano malgrado l'iniezione preventiva.

E per la stessa ragione l'iniezione preventiva può avere insuccesso anche quando lo sviluppo dei bacilli del tetano impiantati sulla ferita è tardivo, mentre l'iniezione è stata fatta precocemente.

Donde la necessità di applicare possibilmente in tutti i casi la formula di Nocard (1895): vale a dire di ripetere l'iniezione preventiva di siero antitetanico due o tre volte a distanza di otto giorni; e noi aggiungiamo col metodo delle dosi sub-lentranti di Besredka, per evitare fenomeni anafilattici.

Queste iniezioni preventive vanno fatte il più presto possibile nel tessuto sottocutaneo o nello spessore dei muscoli, in vicinanza del focolaio d'infezione, alla dose di 1000-1500 U. I. inglesi Rosenau, che corrispondono a 20-30 Unità antitossiche tedesche Ehrlich. Vi è anche chi consiglia di tamponare la ferita con garza imbevuta giornalmente di siero antitetanico, per neutralizzare in luogo la tossina che eventualmente si vada formando.

Ma la sieroterapia preventiva non è senza pericolo e può provocare degli accidenti anafilattici immediati anche mortali (caso di Deroide; v. *Soc. Méd. Hôp.*, 26 Giugno 1925, per uso precedente di carne di cavallo?).

Recentemente poi Massary e Mèvel (*Soc. de Neur* 3 Marzo 1927) in un uomo di 29 anni, in seguito ad un'iniezione di siero antitetanico hanno osservato prima dei disturbi paretici, dopo un mese segni di encefalite (ipersonnia ed iperglicorracchia) e dopo 19 mesi dei fatti di sclerosi a placche.

A questi pericoli si cerca oggidì di ovviare con l'uso dei sieri purificati cioè deralbuminizzati, di cui sarà detto oltre a proposito della sieroterapia curativa.

Dati questi pericoli che sempre minacciano la sieroterapia è naturale che un grande interesse sia oggidì rivolto ai tentativi di sostituire questo metodo di immunità passiva con uno di immunità attiva, mercè una tossina tetanica attenuata. Così Vallè e Bazy hanno proposto una vaccinazione antitetanica per mezzo di tossina attenuata con l'iodio ed avrebbero ottenuto eccellenti risultati. Ma le esperienze più larghe si stanno ora facendo con la tossina tetanica trattata per 20 giorni a 37°-38° con formalina del commercio (2 cc. di aldeide formica al 40% ogni 1000 cc. di tossina), la cosiddetta Anatossina Tetanica di Ramon-Descombey (*Ann. Inst. Past.*, Genn. 1926), che ha perduto tutto il potere nocivo della tossina, pur conservandone ancora il potere flocculante e le proprietà immunizzanti. Ciò che è già vero ed utilizzato per la difterite è sperabile che presto possa essere applicato anche al tetano.

A titolo di curiosità voglio quì ricordarvi un metodo adoperato in un caso di lesione minacciata da tetano verso il 1850 da un chirurgo francese alla presa di Algeri e riferito a questa Società Filojatrica nella seduta del 21 Novembre 1852 dal Socio Dr. Calugi. Instillando continuamente una goccia di acqua sulla parte offesa, come fa l'arrotino sulla pietra molare, si sarebbe potuto più volte impedire la comparsa di contrazioni tetaniche in questo caso con sintomi prodromici di tetano.

***

Trattato così brevemente della cura preventiva del tetano immaginiamo ora di dover curare un tetanico in atto.

La prima cosa da farsi, ed in questo tutti gli AA. sono d'accordo è di isolare il paziente in luogo quieto ed oscuro, lon-

Digitized by Google

tano da ogni stimolo che lo ecciti. Questa cura di isolamento fu per la prima volta raccomandata da Marschall-Hall nel 1846, ma si deve al De Renzi d'averla propugnata con la maggior autorità ed efficacia fino dal 1873 (*Gaz. Med.* 1877). Il letto, possibilmente disposto contro luce, deve essere molto largo per evitare che durante gli accessi di crampo il malato possa cadere da un lato; deve inoltre essere libero da ambedue i lati affinchè il Pa. possa essere meglio aiutato nei suoi bisogni dagli infermieri. Il piano del letto deve esser molto sottile (alcuni consigliano anche dei cuscini pieni di acqua) per diminuire il contraccolpo degli urti provocati dai crampi. Il numero dei guanciali non deve essere superiore a due, perchè il rachide nell'epistotono possa poggiare un pò meglio sul piano del letto.

Si curerà anche che fra la testa del Paziente ed il margine superiore del letto vi sia un certo spazio per impedire che il capo vi batta contro nei crampi estensori. La copertura deve essere leggera; la camicia ampia ed aperta al collo.

Per evitare gli stimoli auditivi si terranno gli orecchi del Pa. tappati con cotone (alcuni dicono con cera) e non si discorrerà nella camera del malato che a bassa voce e di quelle cose che assolutamente non si possono evitare, obbligando gli infermieri a calzare scarpe con suole di feltro.

Qualunque visita, anche dei parenti più stretti, sarà rigorosamente vietata, fino a che non sia escluso ogni pericolo di rinnovamento dei crampi.

Gli infermieri devono essere scelti fra persone oltre che intelligenti e coscienziose anche silenziose e tranquille e che possibilmente abbiano speciale pratica di questi ammalati. Data la possibilità di incidenti improvvisi l'infermiere non deve allontanarsi, almeno nel periodo più acuto, nemmeno un momento dalla stanza dell'ammalato, ne perderlo mai di vista. La biancheria non sarà mutata troppo spesso e per la pulizia della pelle ci si limiterà solo ogni tanto a forbire leggermente il copioso sudore.

La determinazione della temperatura sarà eseguita tutt'al più 2-4 volte al giorno, curando che lo strumento non si rompa sotto l'ascella durante una contrattura spasmodica. L'urina verrà raccolta con pappagalli e scarpette prima riscaldati, non con padelle, per non smuovere troppo il Paziente. Talora è necessario il cateterismo.

Speciale attenzione deve essere rivolta all'alimentazione, che per via orale trova un ostacolo qualche volta insormontabile nel trisma e nella disfagia, mentre il tetanico consumando enormemente ha bisogno di ristorare le sue forze con una certa larghezza. Quando il trisma non è assoluto ogni tre-quattro ore, secondo la regola di De Renzi, si introdurranno per bocca alimenti liquidi (latte, brodo, minestre fini, uova sbattute, cacao e cioccolata, thè e caffè freddi, aranciate zuccherate) per mezzo di oggetti che non si possono rompere fra i denti in un crampo dei masseteri, come ad esempio con cucchiai o tazze di metallo, o biberon di gomma, o vasi con beccuccio ed allunga di gomma, con ogni cautela per evitare il rigurgito degli alimenti e quindi le polmoniti da aspirazione.

Quando il trisma è assoluto e non è possibile con alcuna forza allontanare le mascelle anche di pochi millimetri, si può tentare di introdurre una sonda di Nèlaton nello spazio retromolare, spingendo di poco per evitare di risvegliare lo spasmo faringeo; oppure dopo anestetizzata la retrobocca per la via del naso con cocaina, con delicatezza e lentamente introdurre lo stesso catetere di Nelaton per le narici e per suo mezzo ogni 24-36 ore del latte con torli d'uovo. Ma in questi casi è preferibile ricorrere alla via rettale od all'ipodermoclisi. Per la via rettale si potranno dare due clisteri alimentari e due di siero glucosato, più un clistere evacuativo nelle 24 ore; se i clisteri alimentari sono male assorbiti è meglio rinunciare alla loro somministrazione e limitarsi ai semplici clisteri glucosati.

Ma anche la nutrizione per via rettale è poco da consigliare al tetanico, almeno nell'acme del male, per i disagi che procura all'ammalato.

Per questo Jacob suggerisce le iniezioni giornaliere sotto la cute del fianco di 200 cc. di olio di oliva sterile, che ha un valore di circa 2 mila calorie, mentre un clistere di pancreas e carne, anche se tutto assorbito, contiene solo 650 calorie; ma io non ho avuto mai bisogno di ricorrervi.

826 =

Il tetanico di solito per i copiosi sudori è anche un disidratato e perciò saranno utili talora le ipodermoclisi di siero fisiologico, raccomandate da Hodson, e di siero glucosato isotonico al 47,5 per litro.

Provveduto così alla camera, al letto, all'assistenza ed all'alimentazione del malato per prima cosa ci si dovrà occupare, nei casi di tetano traumatico della medicazione della ferita, medicazione che è di capitale importanza, perchè se la ferita è insufficentemente curata continua a versare in circolo le tossine tetaniche. Per questo primo atto di guerra contro il nemico tetano, che ha per scopo di distruggere o almeno di danneggiare la sua fabbrica del veleno (perchè il tetano è un nemico moderno che combatte con armi chimiche) oggidì la maggioranza degli AA. sconsiglia l'amputazione già raccomandata da Verneuil. Infatti le esperienze di Kitasato dimostrano l'inutilità di questo relativamente grave atto operativo, quando, come capita il più spesso, si arriva dopo mezz'ora dal ricevuto trauma. E poi se per evitare le epidemie di tetano nelle corsie chirurgiche si è dovuto ricorrere all'isolamento di questi ammalati, chi ci garantisce che praticando un'amputazione, anche a distanza dal focolaio traumatico, non si innesti nuovamente il germe sulla superficie artificialmente cruentata?

Per cui tutti sono ora d'accordo che si deve medicare la ferita, prima applicando in larghezza tintura di iodio e poi sbrigliando ampiamente e mettendo allo scoperto i minimi recessi, i tragitti percorsi dai proiettili nei tessuti, sopprimendo le superfici ossee ed articolari alterate; asportando i coaguli di sangue, ottimo terreno di cultura per i b. del tetano, i brandelli di tendini e di legamenti, le parti di tessuto necrosato ed i corpi stranieri esogeni, sostituendo insomma ad una ferita irregolare una figura netta a superfici possibilmente piane e ampiamente aperta per facilitare il deflusso del secreto. Disinfettata poi nuovamente la ferita con tintura di iodio o con acqua ossigenata, col metodo del Kocher, essa viene coperta e drenata con uno strato sottile di garza all'iodoformio e quindi con un pò di garza asettica, che si fissa con alcune strisce di cerotto adesivo. Sono state consigliate anche iniezioni ipodermiche locali di Ossigeno (2 litri ogni 24 ore), data l'anaerobiosi del bacillo del tetano. La cauterizzazione della ferita da molti è sconsigliata perchè la formazione di croste porta al ristagno. Calmette nel 1903 raccomandò di spolverare la ferita con siero antitetanico secco, ma il metodo non ha dato alcun resultato positivo. La resezione dei tronchi nervosi raccomandata da alcuni, anche recentemente, per ostacolare il diffondersi del virus verso il midollo spinale a infezione tetanica in atto, data anche l'impossibilità di tagliare tutte le vie nervose, è operazione di nessuna utilità, anzi dannosa, per l'aprirsi di nuove vie all'infezione.

Nessuno più parla dello stiramento dei nervi dal lato leso, raccomandato dal Vogt nel 1876, e con giuste argomentazioni criticato in questa Società dal Dr. Bosi nella seduta del 13 Novembre 1880.

***

Con la disinfezione e medicatura della ferita la cura del tetano mira prima di tutto, razionalmente, a combattere l'agente tossico nel suo centro di formazione distruggendo ed ostacolando la moltiplicazione dei batteri che lo secernono. Subito in secondo tempo noi dobbiamo cercare di tagliare le vie al veleno che si avanza, neutralizzandolo prima che raggiunga il sistema nervoso centrale, chè là solamente egli esplica la sua attività morbosa.

A questo scopo dovrebbero provvedere le iniezioni sottocutanee ed intramuscolari di siero antitetanico a dose curativa (5000 U. I. Rosenau ogni 10 cc.) da praticarsi nei tessuti circostanti alla ferita.

Perchè riguardo alla sieroterapia antitetanica, in base alle prove sperimentali e cliniche io credo che ormai si sia avviati verso una conclusione forse definitiva, se non intervengono altri fattori tecnici a diversamente valorizzarla; cioè che essa riesce a neutralizzare solo quella tossina, che ancora non si è combinata col sistema nervoso. Quindi l'azione del siero, anche nel tetano in atto, è un'azione puramente preventiva, in quanto previene il fissarsi di altra tossina sulle cellule nervose; ma anche limitata a ciò ognuno vede quale ne sia l'importanza pratica.

Io non voglio qui annoiarvi con le statistiche. Questa parola mi ricorda sempre un *bon mot* paradossale, ma che, come tut-

Digitized by Google

ti i paradossi, ha un fondo di verità: Esistono due modi di mentire; la prima è quella di non dire la verità, la seconda quella di fare delle statistiche.

Infatti perchè le statistiche globali nel caso particolare, che ci interessa, avessero un valore assolutamente dimostrativo, bisognerebbe o che tutti i malati di tetano fossero votati sicuramente alla morte o che fossero tutti ugualmente gravi, mentre, fino ad Ippocrate, noi sappiamo che i tetanici possono guarire anche spontaneamente, e che la gravità dell'intezione tetanica è svariatissima. E d'altra parte, per quanto i casi sfortunati per solito non siano resi di pubblica conoscenza, la letteratura medica riferisce di casi di tetano morti malgrado una sieroterapia precoce e larga.

Un altro fatto che fa dubitare del valore curativo, in senso stretto, del siero antitetanico è che successivamente sono state vantate tutte le possibili vie di introduzione (sottocutanea ed intramuscolare; Roux-Arloing-Borrel e Vaillard-Schubert) endovenosa (Behring), rettale (Lang), faringea (Jousset), endonervosa (Eiselberg-Kuster-Klamnalt), paranervosa (Sicard), epidurale nel canale sacrale (Apert e Lhermitte), subdurale intrarachidea (Blumenfeld-Jacob-Sicard), endocerebrale (Roux e Borrel) ed ancora non si è giunti alla concordanza sulla migliore di queste vie.

Abbandonata ormai quasi del tutto la via endonervosa (iniezioni di siero nello sciatico o nel plesso brachiale messi allo scoperto dal chirurgo a seconda che la ferita è agli arti inferiori o superiori) perchè difficile e dolorosa, e così pure l'endrocranica (alle iniezioni entro il cervello seguirono troppo spesso shock, emorragie e perfino asosessi), incerti sul valore delle rimanenti, da molti si adoprano contemporaneamente varie di esse ed il più spesso l'endorachidea, l'endovenosa, l'intramuscolare e la sottocutanea.

Ma la via endorachidea è di una difficoltà tecnica non indifferente; dare l'opportuna posizione, con le spalle ben incurvate in avanti ed il ventre fortemente rientrante, al malato di tetano è assolutamente impossibile per l'incoercibile opistotono; inoltre il solo tentativo di porlo di fianco o seduto sul letto, la disinfezione, la puntura dell'ago ecc. sono operazioni che provocano un'accentuazione dei crampi, e grave tortura al povero ammalato, in contrasto con quel riposo più completo possibile che gli si raccomanda. Perciò si è consigliato da molti di narcotizzarlo con etere o cloroformio fin tanto che dura l'operazione, ma allora la sua attuazione diventa molto difficile fuori di un centro ospitaliero. E poi anche se si prende cura, come consiglia giustamente Darrè, di spingere l'iniezione molto lentamente, essa espone ad accidenti severi di anafilassi (Carnot, Marfan), di shock e di collasso rapidamente mortali (Lesnè).

Di più l'introduzione di forti quantità di siero nel cavo rachideo, anche seguendo tutte le regole dell'asepsi, talora giunge a provocare delle meningiti purulente asettiche a decorso cronico con progressiva cachessia ed esito letale, come è capitato anche a me di osservare nel caso di un bambino tetanica. E su queste meningiti seriche anche recentemente ha richiamata l'attenzione Macera di Buenos-Aires (*Semana Medica*, 25 Dic.1924).

Per tutte queste ragioni io credo che non convenga ricorrere alla via endorachidea.

Quanto alla via endovenosa, anche prescindendo dai pericoli mortali cui espone, non è giudicata da molti AA. più attiva della sottocutanea ed intramuscolare, nè d'altra parte può farla preferire l'idea di economizzare il siero, perchè anche per questa via sono consigliate dosi forti.

Quindi da vario tempo io adopero solo la via intramuscolare o sottocutanea possibilmente in vicinanza della lesione.

La stessa incertezza che sulla via d'introduzione si ha anche sulla dose di siero da iniettare. Dalle primitive dosi complessive di 50-100 cc. siamo giunti alla cosidetta sieroterapia intensiva o massiva o cosidetta inondazione di siero, per cui dosi complessive di 2-3 litri sono diventate abbastanza comuni, con quale fortuna per i fabbricanti di siero ognuno può immaginare. Perchè calcolando a tre litri il fabbisogno totale di siero per questa terapia massiva, se noi adoperiamo il siero curativo dell'Istituto Sieroterapico Milanese, che costa L. 14,40 all'Ospedale, L. 16,50 ai Medici e L. 24 al pubblico ogni 10 cc., si arriva alla spesa complessiva di circa 4000-7000 lire.

Si dirà che queste alte dosi di siero sono necessarie solo per i casi di tetano più gravi, ma purtroppo la prognosi di un tetano all'inizio, come dice il Vaillard, è per lo più difficile a stabilire e le previsioni più giustamente in apparenza rimangono spesso deluse; e per quanto di solito ad un più lungo periodo di incubazione corrisponda un decorso benigno, pure anche questo non è un dato prognostico di valore assoluto; fra i 7 casi di morti per tetano di mia osservazione sottoriferiti, tre avevano avuto un periodo di incubazione superiore ai dieci giorni. Donde la necessità, per non avere rimorsi, di trattare tutti i casi di tetano come casi gravissimi.

Si capisce che non farei questa critica di carattere economico se fosse veramente dimostrato che tali dosi sono assolutamente necessarie ed efficaci a salvare la vita del malato, ma questa dimostrazione ahime! non esiste, ed io piuttosto ho ragioni per ritenere che la corsa alle dosi sempre più alte sia una delle tante infatuazioni di cui è così ricca la Storia della Medicina, come del resto tutta la Storia della povera Umanità.

Perchè queste alte dosi di siero mi ricordano le alte dosi di sangue che gli antichi usavano togliere ai tetanici; Pelletier nello spazio di due giorni e mezzo pratico 5 salassi di 1 kg. ciascuno e l'ammalato non morì.

Però bisogna dire che il progresso è innegabile, perchè prima levavano ed ora invece mettono; ossia veramente levano anche adesso, ma dalle tasche dei poveri pazienti. E meno male che ancora per il tetano non siamo giunti alla cifra di 8 litri di siero, adoperati recentemente per combattere una gangrena polmonare (Loeper e Gargin; *Soc. Mèd. Hôp.*, Paris 1926).

Ora la mia esperienza personale per quanto non molto estesa ed il ragionamento mi portano a ritenere che con queste cosi si sia sulla via dell'esagerazione.

Prima di tutto il ragionamento: Se è vero come sembra, che l'azione terapeutica del siero si esplichi solo nel neutralizzare la tossina circolante o che è in via di formazione nel focolaio infettivo, perchè si devono adoperare dosi tanto superiori a quelle che tutti usano a scopo preventivo, se anche qui si tratta di prevenire l'arrivo della tossina ai centri nervosi? Si risponderà che a tetano in atto noi non sappiamo la quantità di tossina che è fabbricata dal focolaio di infezione, ma l'esperienza di laboratorio ci dice che l'attività antitossica di questi sieri, sulla tossina non legata alla cellula nervosa, è molto notevole.

In secondo luogo la mia esperienza mi insegna che si possono avere buoni resultati anche con dosi non troppo elevate di siero. Infatti dal 1920 al 1925 nel Turno di Isolamento del R. Arcispedale di S. M. Nuova io ho curato 25 casi di tetano di varia gravità con iniezioni biquotidiane intramuscolari e sottocutanee di 40-50 cc. per volta di siero antitetanico (80-100 cc. giornalieri) per la durata di 5-6 giorni; complessivamente quindi ho iniettato a questi ammalati 500-600 cc. di siero. Ebbene in questa serie di 25 ammalati ho avuto una percentuale di guarigione del 40% (morti 15 su 25). Questa percentuale se si volesse dare valore alle statistiche globali, sarebbe migliore di quella di Vaillard (Trattato di Medicina e Terapia di Brouardel e Gilbert), che è del 30-35%. Ma dal 9 settembre 1925 all'11 luglio 1926 mi sono capitati 7 casi di tetano acuto, che, malgrado le stesse dosi di siero, mi hanno dato una mortalità del 100% e questo, sia detto per incidenza, dà una categorica smentita alla gratuita affermazione di Jacob, che il tetano in Italia sia più benigno che altrove.

Di fronte a questa *débacle*, seguendo l'andazzo del tempo, per giungere ai tre litri complessivi, avrei dovuto sestuplicare la dose precedente o tentare nuove vie di introduzione del siero; io invece in 7 nuovi casi, che mi sono capitati dal 6 Agosto 1926 al 16 marzo u. s., e di questi due gravissimi, ho mantenuta la via intramuscolare ed ho *dimezzata la dose*, cambiando solo l'ipnotico. Di questi 7 casi mi è morta una sola bambina dopo un giorno di degenza in Isolamento; si trattava di una povera piccola di 10 anni, proveniente dal Turno del prof. Stori, e che il 23 Gennaio u. s. investita da un automobile aveva subita l'amputazione traumatica al terzo inferiore del femore sinistro, con tale emorragia, quale ci rivelava lo straordinario pallore della paziente. Il 31 Gennaio cominciarono i primi segni di tetano; il 1° Febbraio venne a morte; ma tale era lo stato di anemia e di shock di quel povero organismo che crederei ingiusto, se vogliamo andare in cerca della verità, metterlo insieme agli altri 6 casi che sono tutti guariti.

1° Otello di anni 25 di Firenze; entra il 6 agosto 1926; esce il 18 Settembre 1926;

Digitized by Google

2° Livio di anni 18, colono di Calenzano; entra il 25 Settembre 1926, esce il 13 Ottobre 1926;

3° Rina di Ettore di anni 12 di Greve; entra il 16 Novembre 1926, esce il 6 Dicembre 1926.

4° Cesare fu Giovambattista di anni 47 di Casellina e Torri; entra il 14 Novembre 1926 ed esce il 4 Dicembre 1926.

5° Sabatino di Aurelio di anni 13 di Scarperia; entra il 21 Gennaio 1927 ed esce il 26 Febbraio 1927;

6° Renato fu Augusto di anni 23 di Bano a Ripoli; entra il 16 Marzo 1927 ed esce il 9 Aprile 1927.

Ecco perchè io ritengo che le dosi di siero che oggidì si usano nella cura del tetano siano esagerate.

D'altra parte non bisogna dimenticare che la sieroterapia antitetanica, come le altre sieroterapie, non è sempre innocua, pur adoperando la via sottocutanea od intramuscolare. Anche recentemente sono stati pubblicati casi di paralisi ascendente (Lerond; *Soc. Mèd. Hôp.*, Paris; 16 Dic. 1926), di nevriti, di paralisi amiotrofiche dolorose (Lèri ed Escalier, *Soc. Mèd. Hôp.* Paris 28 Luglio 1926 — Crouzon e Delafontaine — *Soc. de Chir.* 16 Giugno 1926 — Thèvenard — *Soc. Mèd. Hôp.*, Paris 2 Luglio 1926 — Mazel e Dechaume — *Journ. de Mèd. de Lyon* 20 Novembre 1926); d'insufficienza surrenale grave (Cordier, Morenas e Dèlore — *Soc. Mèd. Hôp. de Lyon*, Marzo 1926) in seguito all'iniezione di siero antitetanico.

Non si conosce l'esatta patogenesi di questi accidenti da siero, ma è probabile che essi dipendano da una reazione dell'organismo di fronte alle proteine estranee. Onde da vario tempo si è cercato di ridurre il numero e la gravità oltre che con le cure antianafilattiche (metodo delle dosi subentranti di Besredka con iniezioni endovenose a giorni alterni di soluzione di Cloruro di Calcio al 10 % — Panzera — *Gaz. Osped. e Clin.*, n. 14, 1926, iniezioni di dosi deboli d'insulina; V. *Presse Med.*, p. 1246, 1920, o di adrenalina) anche diminuendo la quantità di proteine iniettate. Dappoichè sembra ormai accertato che nei sieri antitossici la pseudoglobulina racchiuda la quasi totalità dell'antitossina, ricorrendo ai metodi generali di precipitazione frazionata delle proteine, si giunge a conservare quasi tutta l'antitossina del siero, eliminando l'euglobulina e la sieroalbumina. La messa in pratica di questo principio ha portato alla produzione dei cosidetti sieri dealbuminizzati o purificati, che stanno ora entrando nella pratica corrente, e che solo raramente darebbero luogo ai accidenti da siero.

Però la loro capacità antitossica resta analoga, onde secondo alcuni (Mouchet — *Soc. de Chir.*, 7 luglio 1924 — Archambaud e Friedmann — *Presse Mèd.*, 25 Aprile 1927) la necessità di dosi massive anche con questi sieri, per cui la mia pregiudiziale sulla dose rimane invariata, anzi direi aggravata, per il loro maggiore costo.

Piuttosto a proposito del siero antitetanico, io credo che si potrebbero fare dei tentativi per portare la sua azione nell'interno della cellula nervosa con qualche accorgimento tecnico basato sui principi chemoterapici di Ehrlich; ad es. associando il siero al bleu di metilene, che ha spiccata elettività per le cellule nervose anche *in vivo*, o altri medicamenti ad azione neurotropa, che dovrebbero avere l'ufficio di cavalli di Troia, ma per salvare, non per distruggere.

Del resto vi è già chi sostiene, in base a dati sperimentali (Debrè e Lemaire 1910) che l'uso associato del cloralio e della morfina favorisca il passaggio dell'antitossina iniettata sotto la pelle nel liquido cefalorachidiano, facilitando così la sua diffusione nei centri nervosi.

Anche Dufour ritiene che il cloroformio permetta al tessuto nervoso, caricato di tossine, di essere influenzato più attivamente e più rapidamente dal siero; ed Archambaud e Friedmann (l. c.) spiegano il meccanismo di questa azione più rapida del siero sotto l'anestesia con una diminuzione della combinazione della tossina tetanica e del tessuto nervoso, dovuto all'azione inibitrice del cloroformio sulla cellula nervosa. La tossina tetanica messa così in parte in libertà sarebbe più accessibile all'antitossina contenuta nel siero. Sempre in questo ordine di idee avendo i lavori di Le Fiore De Arric, Millet, Mutermilch dimostrato che l'esametilentetramina aumenta la permeabilità delle meningi a certi virus (herpes) o tossine (tetanica), Vechiu di Bucarest (*Soc. de Path. comparèe*, 8 Febb. 1927) ha tentato di combinare l'azione del siero con l'azione permeabilizzante per le meningi dell'urotropina, ma i resultati sono stati poco favorevoli.

***

Un medicamento contro il tetano in atto ad azione curativo-preventiva analoga a quella del siero, ma di meccanismo diverso, vi è qualche motivo per credere che possa essere anche la sparteina.

Infatti Billard nel n. 8 della *Presse Mèdicale* di questo anno ha pubblicato un articolo molto interessante in cui riferisce dell'azione inattivante del solfato di sparteina sulla neurotossina del veleno di vipera. Ora, come la tossina tetanica, anche la neurotossina del veleno di vipera (lo dice anche il suo nome) ha un'affinità specifica per il tessuto nervoso e la sua tossicità, secondo le ricerche di Billard, scompare più o meno completamente quando, come la tossina tetanica nella classica esperienza di Wassermann e Takaki, si mescola con la materia cerebrale di animali sensibili. Però a differenza del comportamento dell'antitossina rispetto alla tossina tetanica questa inattivazione della neurotossina del veleno di vipera da parte del solfato di sparteina avverrebbe secondo l'A. non per contatto in vitro, ma in vivo per una specie di immunizzazione del nevrasse da parte della sparteina. Egli cioè emette l'ipotesi che queste due sostanze neurotossiche impregnino il tessuto nervoso alla maniera di una sostanza colorante e che durante il tempo in cui il nevrasse è impregnato da una delle due, non lo può essere dall'altra. Quindi supponendo l'analoga azione inattivante della sparteina sulla tossina tetanica, l'azione preventiva di questo farmaco avverrebbe con meccanismo diverso e più a monte dell'azione preventiva del siero.

La sparteina nel tetano è stata già consigliata da altri autori, ma come cardiocinetica. Nell'ultimo caso di tetano da me curato, terminate le iniezioni di siero, ho alternate ogni 6 core iniezioni di acido fenico e iniezioni di 3 ctgr. di solfato di sparteina e mi è sembrato, per quanto sia difficile dare un giudizio molto sicuro, data la diversità del decorso nei diversi casi di tetano, che il periodo di contrattura permanente fosse notevolmente abbreviato.

***

E' stato poi consigliato di applicare alla cura del tetano tutta una serie di sostanze chimiche, che hanno la proprietà di inattivare *in vitro* la tossina tetanica.

Così Lumière studiando l'azione degli ossidanti su detta tossina constatò l'alto potere antitossico del persolfato sodico ed allora Berard e lo stesso Lumière (*Presse Médic.*, 12 Sett. 1918) consigliarono le iniezioni endovenose uni o biquotidiane di 10-20 cc. di soluzione al 5% di persolfato sodico puro e neutro, conservata in fiale saldate.

Altri due metodi che tendono a distruggere la tossina tetanica con mezzi chimici ossidanti sono: 1° la cosidetta Ossidoterapia di Belin (*Soc. Biol.* 23 Febb. 1918), che consiste in iniezioni endovenose quotidiane di 20-50 cc. di una soluzione al 3% di Permanganato potassico fino a raggiungere 9 iniezioni; 2° la Ossidoterapia di Lèger (*Soc. de Biol.*, 9 Genn. 1915) mediante iniezioni ipodermiche di ossigeno da 1 a 2 litri per seduta sotto la pelle del fianco, iniezioni che sono state consigliate anche da Castaigne e Paillard, con altre vedute, quando i malati hanno le contratture dei muscoli inspiratori.

E siccome anche l'iodio ha il potere di inattivare la tossina tetanica in vitro Sinigaglia (*Arch. It. di Chirurgia*, Marzo 1920) ha proposto l'iodio ad alte dosi per la cura del tetano ed Almagià e Mendes (*R. Acc. Med. di Roma*, n. 44 anno 33) la colesterina, che ha analoga azione sulla tossina tetanica.

Tutti questi metodi applicati al tetano umano vantano qualche successo, ma rimane sempre il dubbio che i casi guariti fossero di quelli che guariscono anche spontaneamente e il dubbio è avvalorato dal fatto che detti metodi sono ora quasi del tutto abbandonati e che applicati al tetano sperimentale hanno sempre fallito.

Così in base ai recenti lavori di De Vincent sappiamo che i saponi e sopratutto il palmitato di sodio, in soluzione satura, messi in contatto con la tossina tetanica nella proporziose di 1 a 200 le fanno perdere la sua tossicità dopo 10-16 ore di termostato a 38° trasformandola in quella che egli chiama *criptotossina*. Vechiu (l. c.) ha iniettato senza grandi inconvenienti entro le vene e dentro il rachide del palmitato di sodio; ma ha visto che questo sapone era il più spesso impotente a impedire l'evoluzione mortale del tetano; si è osservato solo qualche volta un ritardo in questa evoluzione.

Digitized by Google

Lo stesso Vechiu (l. c.) ha fatto un altro tentativo sperimentale di neutralizzazione della tossina tetanica in vivo per via chimica. che dimostra una certa genialità dello sperimentatore. Come vi ho sopra detto l'anatossina tetanica di Ramon-Descombey è una tossina che è stata resa atossica in vitro mediante la aggiunta di piccole dosi di formolo ed una lunga permanenza a, 37°. Ora Vechiu, fondandosi su questo modo di attenuazione della tossina tetanica, ha voluto ricercare se l'introduzione di forti dosi di esametilentetramina o urotropina nell'organismo porta alla neutralizzazione in vivo della tossina tetanica inoculata. Dosi di urotropina molto inferiori a quelle utilizzate in queste esperienze fanno comparire una mezz'ora dopo l'iniezione la reazione caratteristica del formolo nel liquido cefalorachidiano e nella sostanza nervosa. Ma il prodotto iniettato è stato incapace di inibire l'attività della tossina.

La ragione dell'insuccesso di questi svariati metodi, secondo me, sta nel fatto che la combinazione della tossina tetanica col sistema nervoso è troppo stabile perchè possa risentire l'azione delle sostanze chimiche che la neutralizzano in vitro; ma questo è il senno del poi e l'esperienza meritava di esser tentata. Provando e riprovando.

***

Ma se finora siero e medicamenti non giunsero a *neutralizzare la tossina* nell'interno delle cellule nervose, noi abbiamo dei rimedi di natura fisica e chimica, che *neutralizzano* gli *effetti di detta tossina,* opponendo alla sua azione eccitante un'azione calmante. E' questa la cosidetta cura sintomatica.

Fra i metodi fisici calmanti vanno ricordate le applicazioni calde. A proposito di balneoterapia nel tetano posso dire che tutti hanno ormai abbandonato i bagni e le affusioni fredde preconizzate da Ippocrate, e per i quali spezzò una lancia in questa Società anche il Dr. Bigeschi nella seduta del 17 Febbraio 1821. Così pure sono state abbandonate le applicazioni di ghiaccio sulla colonna vertebrale raccomandate da Albertoni.

Invece il bagno caldo (38°-40°) prolungato (30'-40'), raccomandato fin da Pareo (1564), quando va scomparendo l'eccitabilità riflessa, cioè quando si inizia la guarigione, serve molto anche secondo la mia esprienza, a favorire la risoluzione delle contrattura permanente. Durante il periodo acuto è invece, secondo me, da proscriversi, perchè il trasporto dell'ammalato per collocarlo nel bagno, anche se ettuato con le più grandi precauzioni, aumenta le crisi di spasmo, e in questo periodo si citano perfino casi di morte nel bagno.

Vi fu pure chi tentò, con qualche successo, l'applicazione di borse piene di acqua calda (50°-55°) sulla colonna vertebrale. Il Dr. Gallizioli poi nella seduta del 10 Marzo 1820 di questa Società riferì sull'uso di un ferro caldissimo passato a piccola distanza della pelle, dapprima ogni quarto d'ora e poi a più lunghi intervalli, più volte, lungo la colonna vertebrale, dall'occipite fino al coccige. All'ammalato era poi somministrata una bevanda diaforetica, era collocato sul dorso e ben coperto per favorire la traspirazione. Con questo metodo il Dott. Pocher, medico di Pensilvania, in quell'epoca avrebbe avuta la guarigione in pochi giorni di tre casi di tetano traumatico.

E nel favorire la sudorazione doveva agire anche l'uso dei bagni a vapore raccomandati da alcuni AA. antichi; e così pure i clisteri di foglie di tabacco (due al giorno di un danaro o uno scrofolo di foglie di tabacco per ogni mezza pinta od otto oncie di acqua, su cui riferì il Dr. Bertini nella seduta del 18 dicembre 1824 di questa Società. Questa cura produceva nei malati una profonda prostrazione ed un'angoscia indescrivibile, con profuse sudorazioni. Ma per lo più nel tetano non vi è ragione alcuna per aumentare artificialmente la secrezione del sudore, già eccessiva.

Altro metodo fisico applicato in antico nella cura del tetano a scopo calmante è la corrente galvanica debole per 1-2 ore, 2-3 volte al giorno, in direzione discendente sul rachide, ovvero col catode in un punto indifferente e l'anode labilmente sui muscoli tetanizzati; ma su questo metodo non saprei darvi speciali delucidazioni.

Più ricca in quantità di rimedi raccomandati ed in resultati è la terapia sintomatica con mezzi chimici.

Anche il metodo all'acido fenico esperimentato per la prima volta dal Baccelli nel 1887 nel suo Policlinico fa parte, secondo me, di questa terapia sintomatica sedativa con mezzi chimici.

Perchè anche l'esperienza quotidiana del chirurgo dimostra l'azione sedativa analgesica del fenolo. Infatti applicando una soluzione non centrata sulla pelle, in primo tempo si ha senso di bruciore, ma poi, per paralisi dei nervi cutanei, si ha un'anestesia che permette anche piccoli interventi, come ad es. l'apertura di un patereccio, senza provocare dolore.

Ed a tutti è nota l'azione analgesica del fenolo in certe nevralgie, preconizzata dallo stesso Baccelli. Questa azione del fenolo è più intimamente illustrata dalle recenti ricerche dei chirurghi sulla cosidetta simpaticotomia chimica, con pennellature di acido fenico al 5% sul plesso spermatico e sul peduncolo renale nelle forme dolorose del testicolo e del rene; delle pennellature determinerebbero una distruzione elettiva delle fibre simpatiche e conseguenti medesimi effetti del taglio delle medesime (V. Pavone; *Acc. Sc. Med. di Palermo,* 26 Febb. 1927). La farmacologia poi ci insegna che il fenolo pervenuto all'assorbimento dirige la sua azione principalmente sui centri nervosi, dove il Gies, in seguito all'iniezione sottocutanea di fenolo, ne ritrovò una quantità doppia rispetto agli altri tessuti.

La letteratura relativa all'azione del fenolo nel tetano non è tutta favorevole e molti insistono sulla sua tossicità (V. ad es. recentemente Grollet e Taskin, *Soc. de Path. Comparèe,* 13 Aprile 1926). Certo la suscettibilità per il fenolo è molto variabile; in qualche individuo si è riscontrato che esso è capace di produrre alterazioni tali del parenchima renale, da dovere immediatamente troncare ogni ulteriore somministrazione del farmaco. Più sensibili sembrano particolarmente le donne ed i bimbi. Però in seguito all'uso continuato è stata osservata una maggiore tolleranza. Io per mio conto, nei numerosi casi di tetano in cui ho adoperato le iniezioni di acido fenico, non ho avuto mai a rilevare nessun fenomeno tossico. Per non moltiplicare le iniezioni, sempre moleste all'ammalato, sono solito adoperare una soluzione di acido fenico al 10% in olio di oliva sterile, anche perchè questo veicolo, secondo Maragliano, attutisce l'azione locale del medicamento; ed usualmente faccio due iniezioni sottocutanee di 2 cc. a distanza di 12 ore l'una dall'altra. Non ho mai adoperata la via endovenosa consigliata da Maiocchi (*Pensiero Medico,* 11 Ottobre 1914).

La dose massima complessiva da me iniettata è stata quella di 10 grammi nel corso di 25 giorni. La letteratura riferisce di ammalati di tetano, che avrebbero ricevuto nel corso della cura e senza inconvenienti fino a 26 gr. di acido fenico.

Altro agente chimico adoperato fino dal 1916 per consiglio di Blake per combattere l'aumentata eccitabilità dei riflessi e la rigidità muscolare nel tetano è il Solfato di Magnesio. Già Meltzer e Auer avevano esperimentato negli animali che una soluzione al 2 % di solfato di magnesio portata a contatto dei nervi ne abolisce la conduttività ed eccitabilità.

rosimilmente dovuta ad un meccanismo ionico. La maggioranza

L'azione intima di questa azione antispasmodica sembra vedegli stati spasmofili è in genere attribuita ad ipocalcemia; ora l'ione magnesio sposterebbe l'ione calcio e lo metterebbe in libertà. Nel tetano è stato adoperato per uso orale (3 gr. al giorno — Gioseffi, *Policl. Sez. Prat.* n. 33, 1920), per clistere (10 cc. di una soluzione al 20 % 3-4 volte al giorno—Hotz — *Schw. Med. Woch.* 14 luglio 1921), per via sottocutanea o intramuscolare (fino a 30-50 cc. di una soluzione al 25%), o per via endovenosa (25 cc. di soluzione al 3%) o endorachidea (da 3 a 6 cc. per un adulto di 70 Kgr. di una soluzione al 25% da ripetersi tutti i giorni). In caso che queste iniezioni provochino paralisi del centro del respiro si raccomanda di praticare subito l'iniezione endovenosa di una soluzione di cloruro di calcio al 5%.

Anche io in qualche caso ho praticato iniezioni intramuscolari di fiale contenenti 2 cc. di soluzione di solfato di magnesio al 25 % più 1 ctg. di cloridrato di morfina (associazione già raccomandata da Glass e Wallace—*Journ. Am. med. assoc.*, Genn. 1921, e da Puca — *Assoc. Napol. Medici Naturalisti,* 12 Dic. 1926) per aumento sinergico dell'azione dei due medicamenti); non ho rilevato inconvenienti, ma neppure resultati positivi ben apprezzabili. Anche altri (Johnson, Markoe, Matas e più recentemente Smithson — *Brit. med. Journ.* 28 Genn. 1922) non ebbero alcun buon risultato da questa cura con solfato di magnesio, che oggi è quasi del tutto abbandonata. Anzi secondo Sabrazès e Bonnin (V. *Sèm. Mèd.*, n. 205, 1912) le iniezioni endorachidee di questo sale possono produrre una reazione puriformi

Digitized by Google

me asettica suscettibile di lasciare dei residui nei centri nervosi e nelle meningi.

Altri sali, la cui azione calmante nel tetano è riconosciuta utilissima da tutti gli AA. sono i Bromuri, introdotti in terapia da Germain Sèe nel 1868; io sono solito somministrarli nel secondo periodo del tetano, quindi i parossismi non hanno più una grande violenza ed alla dose di 6-10 grammi al giorno per uso orale o per clistere; alcuni AA. sono giunti a somministrarne in questa malattia fino a 24 gr. nelle 24 ore.

Anche l'atropina, rimedio paralizzante del sistema nervoso vegetativo, è stata ed è vantata per la cura del tetano; così nell'anno testè decorso Lehnèrre (*Soc. Path. exotique,* 13 Genn. 1926) ha consigliato di associare alla sieroterapia massiva le iniezioni sottocutanee di solfato di atropina al quarto di milligrammo; e il Prof. Carlo Burci nell'adunata del 16 Marzo 1861 di questa Società, con fiorentino spirito bizzarro, gustosissimo, ha riferito su un caso di tetano curato e guarito dal Dr. Peschend americano, con iniezioni sottocutanee molteplici lungo il rachide e per due volte di una soluzione concentrata di solfato di atropina ed a tale potenza di azione, da cagionare quell'avvelenamento che è proprio della belladonna e dei suoi composti e derivati. Io non ho esperienza in proposito.

Tralascio di parlarvi del curaro rimedio sul quale al principio del secolo scorso (Laville—1912—Morgan—1833—Cl. Bernard — 1856) si erano fondate grandi speranze, ma ormai da tutti abbandonato, anche perchè molto infedele e molto difficile a dosare; e così pure non vi parlo della stricnina, consigliata da alcuni, forse nell'idea di curare *similia similibus,* e vengo ai narcotici.

Su un caso di tetano traumatico curato e guarito dal Dr. Pertusio mercè inspirazione di etere solforico riferì in questa Società il Dr. Alberti la sera del 7 Agosto 1847. In circa 20 giorni furono praticate 50 inalazioni di etere sempre brevi e di rado si impiegarono più di 2 dramme di etere; l'assopimento che se ne ottenne era assai leggero e non durava che pochi secondi. Anche Audrain nel 1919 (*Progr. Mèd.,* 20 Sett.) ha raccomandato inalazioni di etere praticate ogni due minuti nella quantità di un cucchiaino da caffè volta per volta, consumando complessivamente 60 cc. di etere al mattino e 50 alla sera.

Molti altri invece hanno ricorso al cloroformio ed anche nel 1925 Dufour (*Soc. Mèd. Hôp.,* Paris, 27 Marzo) e nel 1926 Dufour, Widie e Castèran (*Soc. Mèd. Hôp.,* Paris, 25 Giugno) e Ravina (*Soc. Mèd. Hôp.,* Paris, 25 Giugno) e nel 1927 Archambaud e Friedmann (*Presse Mèd.* 27 Aprile) hanno avuto dei buoni resultati associando la cloroformizzazione alla sieroterapia. Ma, secondo me, fanno sconsigliare le inalazioni dei narcotici: 1° La necessità di un medico sperimentato in questo speciale genere di operazione; 2° la difficoltà di dare una regola su quanto si deve prolungare la narcosi, tanto che in qualche caso si è consigliato di tenere il Pa. narcotizzato a permanenza per giorni interi; 3° i pericoli che la narcosi presenta in un tetanico per i fatti di soffocazione, che possono anche arrestare rapidamente la vita. Così in un due casi di mia osservazione, dopo le prime inalazioni di cloroformio, si ebbe una tale crisi di spasmo dei muscoli respiratori, da sconsigliarmi di ripeter mai più l'esperienza. Anche l'uso dell'etere per via rettale o per via endovenosa, come la recente tecnica chirurgica generale ha talora raccomandato, dà una narcosi troppo brutale e mal regolabile per potere essere consigliato nel tetano.

E veniamo ora al calmante per eccellenza: l'oppio ed i suoi derivati. Questo preziosissimo medicamento contava presso gli antichi il maggiore numero di buoni successi, malgrado il metodo di somministrazione talora molto strano. Così secondo Bettazzi (*Soc. Filoiatr. Fiorent.,* Maggio 1820) Lind avrebbe trovata utilissima l'applicazione alla pianta dei piedi di un miscuglio di canfora e di oppio. In un altro caso del Dr. Cherubini, riferito dal Dr. Cecconi nella seduta del 24 Dic. 1819 di questa Società si sarebbe ottenuta la guarigione di un tetano traumatico con fumigazioni ripetute di 4 in 4 ore di oppio e succino gettato nel fuoco, dirigendo il fumo sotto le lenzuola, nonchè con clisteri di assafetida e tintura acquosa di oppio. Ma per lo più lo si somministrava ogni mezz'ora ad ogni tre ore alla dose di 5-20 ctgr. di estratto di oppio secondo la violenza dei sintomi e gli effetti prodotti. In seguito, anche per la maggiore facilità di somministrazione dato il trisma e lo spasmo faringeo, si ricorse più volentieri alle iniezioni ipodermiche di morfina. Ma già fino dai tempi antichi alcuni AA. (Wendt, Bax, Mac Gregor) consideravano l'oppio come un medicamento inefficace nel tetano, anzi spesso nocivo. Ed Eichhorst fa notare che la morfina e molti altri oppiacei hanno la proprietà di provocare gli attacchi tetanici. E poi i tetanici orinano poco e quindi hanno la tendenza ad accumulare nell'organismo questa sostanza, che è già di per sè notevolmente tossica e che può anche esercitare un'azione deprimente notevole sul cuore dell'ammalato. Io non ho mai adoperato più di 2 ctg. di morfina al giorno e sempre associati al solfato di magnesio, con i resultati poco evidenti sopraccennati.

***

Ho lasciato di parlarvi per ultimo degli *Ipnotici,* rimedi ancora non conosciuti al principio del secolo scorso, e che secondo me hanno una delle parti più importanti nella cura del tetano.

Un loro rappresentante, il Cloralio, oggidì è la medicina più comunemente e più diffusamente adoperata in questi ammalati. Infatti poichè uno dei sintomi più tormentosi ed insistenti per il tetanico, dopo i crampi accessionali, è l'insonnia, e quando l'ammalato riesce ad addormentarsi cessa lo stato spasmodico, per riapparire appena si desta, e il ritorno del sonno naturale segna la guarigione della malattia, è razionale che si ricorra volentieri ad un rimedio, che ha lo scopo di provocare il sonno.

Il Cloralio è stato consigliato per la cura del tetano fino dall'epoca della sua introduzione in medicina (O. Libreich — 1869 — Langebeck-Verneuil, *Soc. de Biol.,* 1870) Fu trattato della cura del Cloralio nel tetano dei neonati anche in questa Società dal Dr. Barlacchi nell'adunanza del 4 Aprile 1874. La sua somministrazione per lo più si fa o per la via orale, in soluzione concentrata in modo che un cucchiaio da minestra contenga un grammo di medicamento, non potendosi fare inghiottire a questi ammalati grandi quantità di liquido, o per via rettale ed allora alcuni preferiscono incorporarlo nel clistere nutritivo, per non disturbare troppo spesso l'ammalato con la somministrazione di clisteri. La via endovenosa seguita da Ore (*Gaz. Mèd. de Bordeaux,* n. 9, 1874) e da Roche Cottin (soluzione al 5 % fino a 10 grammi al giorno; *Soc. Mèd. Hôp.,* Paris, 1914) e così pure la via sottocutanea seguita da altri sono da sconsigliare, la prima per i pericoli di trombosi, la seconda per gli ascessi che possono derivare. La dose del medicamento comunemente usata varia da gr. 5 a gr. 10 al giorno, ma vi è chi ha spinto la dose a 28 gr. al giorno (Nigay).

In un caso descritto da Berger nel 1892 furono somministrati da 12 a 22 gr. di Cloralio al g.; la quantità totale del medicamento che l'ammalato ricevette in 31 giorni fu di circa 500 gr., vale adire in media circa 16 gr. al giorno. Ma questo medicamento ha sapore cattivo raschiante, che eccita i crampi esofagei e che va sempre mitigato un poco aggiungendovi dei correttivi. In qualche caso, come hanno osservato Eicchorst e Rottenstein, dopo ogni clistere di cloralio si può avere un delirio, che dura parecchie ore. Io, adoperando questo rimedio sia per bocca, sia per clistere, anche a dosi elevate, non ho mai potuto ottenere nei 32 casi che ho avuto occasione di curare dai primi del 1920 al Luglio 1926 quel sonno tranquillo, che era desiderabile, e per di più con le dosi più alte ho sempre osservato fenomeni preoccupanti di miopragia cardiaca (polso molto frequente ed ineguale, talora intermittente, toni cardiaci deboli ed oscuri, intensa cianosi), che mi sono sembrati in diretta relazione con la somministrazione dello speciale ipnotico.

Per l'alta tossicità del Cloralio verso il centro circolatorio, da tutti riconosciuta, Cervello nel 1883 (*Arch. per le Scienze Mediche*) ha proposto di sostituirlo nella cura del tetano con la paraldeide e negli anni che sono seguiti alla comunicazione di Cervello sono stati publicati molti casi di tetano guariti con questo ipnotico; ma il rimdio ha un odore acuto etereo, non a tutti gradito ed un sapore bruciante; di più la sua azione ipnotica è debole ed incostante, tanto che conviene spingere la dose fino a 5-10 e più grammi al giorno (gr. 3 per dose) e talora associarlo, per consiglio dello stesso Cervello, alla morfina; molti ammalati poi sono disturbati dall'odore acuto persistente dei vari pori di paraldeide, che si eliminano per la via del respiro, tanto che oggidì la paraldeide è quasi del tutto dimenticata.

Così pure dicasi dell'Uretano altro ipnotico proposto nella cura del tetano dal Maresti nel 1890 (*Raccoglitore Medico,* Settembre) alla dose di gr. 2-3 al giorno.

Ma nessuno finora che io sappia, era ricorso al Veronale

Digitized by Google

scoperto e introdotto in Medicina nel 1903 da Fischer e v. Mehring.

Eppure questo medicamento, che appartiene alla preziosa serie dei derivati dell'acido barbiturico (dico preziosa e chiunque conosca i meravigliosi effetti del Luminal, altro derivato dell'acido barbiturico, nella cura dell'epilessia troverà non esagerato l'aggettivo), questo medicamento, dico, secondo Coronedi occupa il gradino più basso nella scala di tossicità degli ipnotici, mentre il Cloralio ne occupa il gradino più alto.

E la Scuola farmacologica Fiorentina con gli studi di Coronedi, Mancini, e Niccolini ha messo bene in evidenza questa scarsa tossicità del Veronale rispetto alle altre sostanze ad azione ipnotica.

Quindi a principiare dal 6 Agosto 1926 a tutt'oggi ho associato nella cura del tetano la siero- e la fenolo-terapia con la somministrazione di Veronale per via orale o per clistere a dosi di centgr. 25 per volta, ogni ora fino ad ottenere la soglia del sonno. In genere nel periodo più acuto del male, per quanto mi insegna la mia breve esperienza, occorrono da gr. 2,5 a gr. 3 al giorno per ottenere lo scopo; poi via via le dosi possono essere diminuite progressivamente. La necessità di somministrare il medicamento a dosi così frazionate, secondo il mio giudizio, deriva dal fatto che l'eliminazione del Veronale inizia rapida, ma continua lentamente, per cui la sua tendenza ad accumularsi. Ma siccome il principale segno d'intossicazione veronalica è il sonno, più o meno profondo secondo la sua gravità, se noi arresteremo la somministrazione del rimedio appena raggiunto un sonno leggero, che pure nel tetano è sufficiente a distanziare gli spasmi muscolari, non correremo il pericolo di fatti tossici gravi. Infatti in 6 casi curati fino ad oggi con tale metodo (ho detto le ragioni per le quali non credo giusto tener conto di un caso morto il 2° giorno dall'ingresso nel Turno) e tutti guariti, salvo una particolare facilità a perdere involontariamente le orine e talora le feci, fatto che prima non avevo mai osservato nel tetano, non ebbi mai a notare sintomi di intossicazione. Eppure le dosi di veronale somministrate furono complessivamente abbastanza elevate; nel 1° caso gr. 11,75 in 20 giorni; nel 2° caso gr. 15 in 21 giorni; nel 3° gr. 8,75 in 13 giorni; nel 4° gr. 9,75 in 10 giorni; nel 5° gr. 24 in 22 giorni; nel 6° gr. 7 in 14 giorni. Dall'osservazione di questi pochi casi mi è sembrato di poter notare un certo parallelismo, ma non però assoluto, fra gravità dell'infezione tetanica e la necessaria quantità e durata di somministrazione del medicamento. Quando il trisma e lo spasmo faringeo impediscono la somministrazione delle cartine, il che mi è accaduto raramente, si ricorre al Veronale sodico solubilissimo, che quindi si presta ad essere introdotto anche per la via rettale. Non consiglio di ricorrere alla via endovenosa o alla via endorachidea col Somnifen o il Luminal sodico, altri derivati dell'acido barbiturico, introdotti recentemente per queste vie nello stato di male epilettico, perchè sono metodi troppo brutali e non graduabili. Fra i vantaggi della terapia del tetano con un buon ipnotico vi è anche quello che permette di essere meno severi nel seguire le regole della cura di isolamento dettate dal De Renzi. Così ad es. il locale del Turno Isolamento Uomini del R° Arcisp. di S. M. Nuova non è il più indicato per la cura di questi ammalati; ha una rumorosa scala di legno, e dà sulla corte di farmacia non sempre tranquilla; di più qualche elemento del personale di immediata assistenza, in quasi continua rotazione, lascia un pò a desiderare nei requisiti necessari soprarammentati; tuttavia il Veronale riesce a tagliare i ponti col mondo esterno e l'ammalato non sembra soffrire molto da queste deroghe all'assistenza ideale.

Sarebbe interessante sperimentare se l'ipnoterapia veronalica da sola, senza siero e fenoloterapia, riesca a vincere l'infezione tetanica, il che io ritengo molto probabile per i casi meno gravi. Ma allo stato attuale, anche per la difficoltà sopraaccennata di prognosticare al principio i casi gravi ed i casi leggeri, io credo convenga attenersi al metodo di cura medicametosa misto, basato sul tripode siero-fenolo-veronale e che, in base alle considerazioni ed ai dati di fatto sopra esposti, mi inspira maggiore fiducia. Non si creda con questo che io voglia dare soverchia importanza ai miei resultati. Io che ho svalutato le statistiche globali degli altri, non posso cadere nella contraddizione di troppo valutare le mie. Troppe volte la Scienza si è illusa di aver trovato il sistema infallibile contro il tetano ed ha dovuto ricredersi. Vi sono casi acuti che finora sfidano qualunque terapia. Ma anche casi meno acuti lasciati a sè possono morire. Ippocrate nel 6° dei suoi celebrati aforismi ha detto: Gli infermi di tetano muoiono in quattro giorni; se oltrepassano questo termine guariscono. Ma poi egli stesso ha sentito la necessità di correggere questo giudizio troppo assoluto e trattando del tetano in generale ha aggiunto: L'ammalato muore al 3° o al 5° o al 7° o al 14° giorno. Passato questo termine guarisce. Noi, recando anche omaggio alla verità che la Clinica basata sui fatti risplende eterna, possiamo mantenere il secondo giudizio di Ippocrate corretto; ma è appunto su quei malati di tetano, che lasciati a sè potrebbero morire dal 3° al 14° giorno, che noi dobbiamo agire con la nostra terapia.

Il tetanico muore anche perchè avvelenato dalla grande quantità di prodotti tossici derivanti dalle contrazioni muscolari straordinariamente esagerate; egli muore anche di fatica; e non ha nemmeno la risorsa del sonno, questo potente svelenatore delle sostanze nocive da lavoro muscolare.

Ma se noi riusciamo a distanziare gli accessi di spasmo e a far dormire l'ammalato, ed ormai anche la mia pratica mi insegna che con un buon ipnotico possiamo raggiungere sicuramente questo scopo, noi evitiamo l'eccessiva produzione di miotossine, diamo tempo al suo organismo di svelenarsi e di fabbricare la sua antitossina, in modo da liberarsi così del male, da sè. Si può anche pensare che, come Archambaud e Friedmann (l. c.) sostengono per il cloroformio, anche il Veronale renda più labile la combinazione tossina-cellula nervosa, in modo che l'antitossina del siero possa meglio esplicare la sua azione curativa.

In conclusione se ci riferiamo a 100 anni fa, epoca da cui ha preso partenza questa mia lettura, riportandosi agli albori di questa Società, bisogna riconoscere con un certo compiacimento che qualche passo in avanti nella terapia, non solo preventiva ma anche curativa di questa terribile malattia, così spesso mortale, si è fatto.

Contra Necis Artem Vincere Magnum Decus, dice il bel motto della nostra Società. Perchè si può essere i più fedeli e convinti seguaci della filosofia di Lao Tse, di Epicuro o di Schopenhauer, e considerare serenamente la morte come un semplice fenomeno naturale di trasformazione dell'individuo, reso inutile, ai reconditi fini, dalla malattia o dalla vecchiaia, ma combattere la morte, questo atto di rivolta alle imprescrutabili leggi, dà a tutti grande soddisfazione.

VARIA

I. Se il pipistrello sia utile nella lotta antimalarica. — Gori. *L'Igiene Moderna,* n. 3, 1927.

Da molti anni in America si agita la questione sulla pretesa utilità del pipistrello come mezzo di distruzione degli anofeli, e specialmente il dott. Campbell fece una rumorosa campagna, che in un primo tempo incontrò favore, allo scopo di interessare le autorità perchè istituissero dei ricoveri, ove i pipistrelli avrebbero potuto trovare facile asilo nelle zone dove maggiormente abbondassero le zanzare.

Ma dagli studi successivi e da controlli numerosi è stato dimostrato che questa pretesa voracità dei pipistrelli verso gli anofeli è inesistente, poichè essi preferiscono insetti più grandi, ed hanno quindi uno scarsissimo potere distruttivo verso le zanzare.

II. Se i capelli possano improvvisamente imbianchire. — Herbeau. *Bruxelles-Médical,* anno 7, n. 6.

Numerosi sono i casi riferiti di canizie sopravvenuta improvvisamente in pochi giorni o in poche ore, in seguito ad emozioni vive, terrificanti o a dolori profondissimi. E questi casi, verificatisi in ogni volgere di tempo e anche recentemente, sono stati osservati da scienziati di indubbio valore.

Numerose sono le ipotesi emesse a spiegare questo strano fenomeno. Landais suppone che bolle d'aria penetrassero nei capelli e li facessero apparire bianchi. Ma come spiegare la formazione di tali bolle?

Bertrand invoca dei disturbi vaso-motori di origine simpatica (ma ciò, ben si comprende, non spiega gran cosa).

Léopold Lévi ritiene che le condizioni del sistema pilifero siano sotto l'influenza della secrezione del corpo tiroide e cita, ad appoggio della sua ipotesi, osservazioni di ipertricosi da ipertiroidismo e di ipotricosi da eunucoidismo. Nei casi di improvvisa canizie si tratterebbe dunque dell'arresto della secrezione del corpo tiroide, arresto causato dalla influenza del sistema nervoso e sopratutto del grande simpatico.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. U. DI PALERMO
diretto dal Prof. E. TRICOMI

SU DI UNA NUOVA PINZA PER L'EMOSTASI PROVVISORIA DEI GRANDI VASI PROFONDI

per il dott. PIETRO LEONE — Assistente

dispositivo a vite ed a pressione parallela, usate dai più, noi possedevamo ormai quanto poteva credersi sufficiente per ottenere l'emostasi provvisoria.

I grandi progressi della chirurgia vasale conservativa hanno necessariamente richieste la creazione di uno speciale strumentario, senza del quale sarebbe addirittura impossibile volersene occupare.

Uno fra gli strumenti più indispensabili è sicuramente la pinzetta per l'emostasi provvisoria; molti sono oggi i tipi usati e permettenti, nel contempo, il massimo rispetto della tunica interna. Così dal Klemmer di Hartmann, rivestito di caucciù e fornito di cremagliera, alla pinza Hoepfner, a pressione parallela e regolabile da un meccanismo a vite, da quella del Dieffenbach, pure a pressione parallela, ma affidata ad una molla più o meno rispettosa dell'intima vasale, a quella tipo Collin, anch'essa con

Spesso, però, quando si crede di aver raggiunto il massimo del progresso tecnico c'è sempre qualcosa che ad esso si sovrappone, tanto da potersi serenamente ammettere che al progresso non vi sia mai termine, ma che piuttosto esista una continua evoluzione di esso.

L'essermi occupato, infatti, da più tempo, in varie e numerose serie di esperienze di chirurgia vasale conservativa, mi ha indotto a ideare un nuovo modello di pinzetta che fosse più agevole ed utile per l'emostasi provvisoria dei grandi vasi profondi (aorta addominale e toracica). Chi ha esperimentato su tali vasi avrà sicuramente lamentato le gravi difficoltà che s'incontrano a lavorare a sì notevole profondità, con il pericolo di compromettere il felice esito dell'intervento per un possibile scivolamento delle comuni pinzette. Ho perciò sentito la necessità di risolvere questo lato tecnico dell'emostasi temporanea profonda, allo scopo di uniformarmi a quel sano principio chirurgico per cui ogni nuova idea, che sia capace non solo di abolire, ma anche di alleviare difficoltà tecniche, particolarmente d'indole strumentale, allo scopo ultimo di rendere sempre più agevole e semplificabile un grave e grande intervento, è sempre degna di speciale attenzione e di essere commutata in valida realtà. Considerato, quindi, che in chirurgia si richiedono in ogni minimo dispositivo tecnico, assieme a tordati requisiti di sicurezza, finalità semplificatrici, io credo che l'avere ideato questa nuova pinza, dotata di detti pregi, non posseduti dalle precedenti, specie per i grossi vasi profondi, possa costituire un considerevole vantaggio e segnare un vero progresso tecnico.

Ciò detto, ecco come risulta costituita la nuova pinza emostatica che ho adoperato negli interventi conservativi dei grandi vasi profondi e che può ottimamente giovare anche per quelli meno profondi.

Essa, a differenza delle comuni pinze emostatiche con pressione affidata ad una cremagliera e, a differenza delle altre già avanti ricordate, di cui alcune regolate da un sistema di viti, talvolta faticoso, ed altre da una pressione bruta affidata ad una molla, non sempre adeguatamente misurata, essa, dico, risulta, nel suo insieme, di due branche curve a Z, di cui una resta fissa e l'altra, scorrevole sulla prima mediante intelligente pressione esercitata dal pollice, è regolabile nel suo grado di apertura da una piccola vite che le tiene unite. Si ottiene in tal modo quel grado di pressione che si richiede per arrestare con dolcezza la corrente sanguigna.

Uno sguardo alle figure rende, pertanto, chiara la comprensione del suo meccanismo d'azione.

Nella 1ª figura si vede l'istrumento a branche chiuse a mezzo della vite che le riunisce nel punto medio; nella 2ª essa è a branche aperte, dopo aver girato la vite stessa.

L'applicazione pratica si può brevemente descrivere nel modo seguente: Isolato bene il vaso su cui si deve intervenire e presa la pinza introducendo il dito medio nell'anello della branca inferiore, ed il pollice in quello superiore, si fa passare la branca fissa, inferiore, al di sotto del vaso, e subito dopo si fa scorrere lentamente la branca mobile, superiore, fino al grado voluto per l'emostasi; a tal punto basta girare la piccola vite, nel senso contrario a quello che si è richiesto per mobilizzare le due branche, per renderle di nuo-

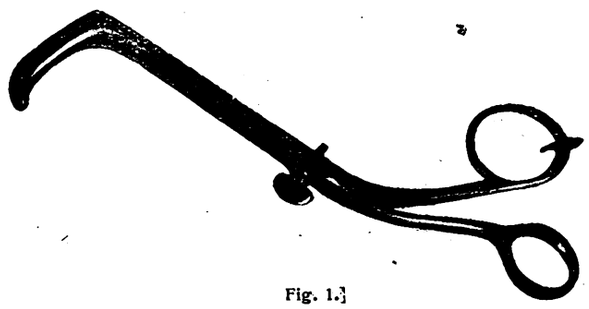


Fig. 1.

vo solidalmente riunite. Una fine zigrinatura è praticata nel punto in cui le branche comprimono il vaso e ciò allo scopo di non permetterne lo scivolamento, tanto detestabile per la mortale emorragia che ne potrebbe conseguire e altrettanto compromettente, in tal genere d'interventi, anche nel caso che l'emorragia si potesse frenare o che fosse minima. All'uopo si è dimostrata alquanto utile la curva, a mò di becco di uccello, conferita alle estremità delle branche medesime; esse, così costruite, contribuiscono ad impedire un possibile scivolamento del vaso in senso trasversale. Per tale sicurezza dell'istrumento ci si può permettere di sollevare molto utilmente il vaso dalla profondità. Molto comoda è stata pure la curva data al manico ad evitare il possibile impaccio durante le manovre operative.

Questa pinza fu da me provata nelle esperienze che condussi sui trapianti di trachea nelle arterie (1) ed oggi l'ho largamente usata in molte altre esperienze di trapianti sull'aorta addominale e su quella toracica.

Considerevole è stato il vantaggio rispetto alle altre pinzette e, particolarmente, a quelle Dieffenbach che tuttavia sono oggi le più comunemente usate, assieme a quelle tipo Collin. Sopratutto utile si è dimostrata per la mobilizzazione del vaso e per la sicurezza dell'emostasi, ottenuta con una pressione intelligentemente moderabile e che permette di lavorare con la massima tranquillità.

Sicchè ho creduto di certo interesse illustrare questa nuova pinza per far sì che l'esperimentatore o il chirurgo dei vasi, usandola, possa giudicarne i vantaggi che, a mio parere, s'impongono manifestamente su quelli delle altre esistenti.

Essi, riepilogando, sono:

1° moderata ed intelligente pressione, tale da non arrecare anche la minima lesione all'intima;

2° facilità di applicazione e sicurezza assoluta dell'emostasi;

3° evidente superiorità rispetto agli altri tipi di pinzette nei riguardi dell'emostasi dei grossi vasi profondi, di cui, nel contempo, agevola l'opportuna mobilizzazione dei monconi dalla profondità in superficie.

Per tutti i precedenti pregi io penso che questa pinzetta possa arrecare non indifferenti vantaggi a questa luminosa bran-

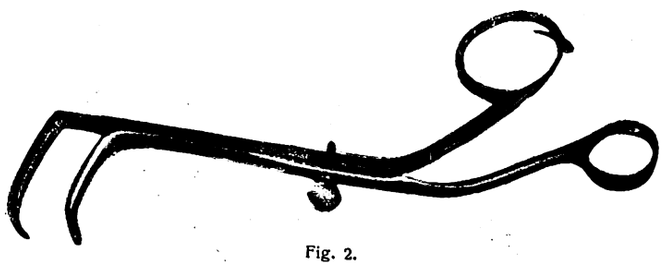


Fig. 2.

ca chirurgica, da cui l'animo vigile e tenace di quanti se ne occupano, spera trarre sempre nuove conquiste ed inestimabili eroismi a prò del genere umano.

(1) P. LEONE. I trapianti tracheali nella chirurgia vasale conservativa. XXXII Congresso Soc. It. Chir., Roma 1925, «Scuola Tip. Boccone del povero».

Digitized by Google

CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal Prof. DE CARLI

SULLA DIAGNOSI DELL'ASCESSO ENCEFALICO DI ORIGINE OTITICA

CONTRIBUTO CLINICO

per il dott. PASQUALE RUSSI — Aiuto v.

Le complicanze endocraniche di origine otitica formano un capitolo di patologia che ha fatto in quest'ultimo trentennio dei progressi veramente meravigliosi ai quali molto ha contribuito l'ultimo periodo bellico. Uno studio sistematico, una diligente e metodica indagine semiologica, una rigorosa tecnica operativa hanno in parte ridotta la mortalità che non raramente è causata dalle complicanze endocraniche di origine otitica. Anche oggi l'ascesso encefalico rimane la complicanza otitica più grave, giacchè sempre difficile è giungere ad una diagnosi tempestiva per un utile intervento.

Chi consulta i trattati e le monografie dell'ascesso encefalico otitico rimane veramente meravigliato di una effimera ricchezza sintomatologica, che a me pare possa paragonarsi a quelle masse corali che compaiono talvolta numerose, ma immutate, in tutti gli spettacoli, vestite su per giù con gli stessi abiti. Nulla molto spesso vi è di caratteristico nella sintomatologia degli ascessi encefalici che la differenzi da quella di molte complicanze intracraniche delle suppurazioni auricolari. Inoltre l'ascesso encefalico, ha un periodo spesso assai lungo di latenza, nel quale la sintomatologia è addirittura muta o rimane solo per quella parte che riguarda la otopatia. Manca così al clinico ogni punto di riferimento diagnostico e intanto il male subdolamente avanza e mina l'esistenza dell'infermo. Ad aumentare ancora più l'incertezza diagnostica contribuisce non raramente la molto giovane età dei pazienti, sia per la difficoltà a raccogliere con esattezza la sindrome fenomenica, sia ancora perchè insieme con l'otorrea o per questa o indipendentemente da questa, può accompagnarsi una meningite purulenta o peggio ancora una meningite tubercolare, od altra lesione endocranica.

Ed inoltre succede in pratica che non raramente l'otoiatra è chiamato a visitare il malato nel periodo quasi preagonico, quando per un possibile orientamento diagnostico mancano anche i segni subiettivi e non è possibile un minuzioso esame dei segni clinici. In conclusione molte circostanze congiurano insieme contro la possibilità di una diagnosi sicura dell'ascesso encefalico, non solo nel periodo di latenza, ma anche in quello manifesto della malattia.

Assai recentemente Gh. Ferreri (1), sulla guida di quattro osservazioni personali, ha richiamato l'attenzione sulle difficoltà spesso insuperabili che s'incontrano a diagnosticare un ascesso cerebellare e vi ha aggiunto un'analisi minuziosa ed una discussione clinica dei differenti sintomi più evidenti. Anche il Simeoni (2) della nostra scuola, sulla guida di tre casi operati in questa clinica ha riportato recentemente un importante contributo allo studio delle difficoltà diagnostiche dell'ascesso encefalico di origine otitica.

E' sempre meglio che la letteratura scientifica aumenti il suo patrimonio, già ricco, su questa grave complicanza otitica, che interessa il patologo in genere, ma in particolar modo il nevrologo e l'otoiatra ed a tale scopo si può contribuire anche con modeste note cliniche, come questa che io mi accingo a fare, memore di quanto ha detto in proposito Sydney Scott, che cioè lo studio dell'ascesso encefalico deve specialmente appassionare gli otologi che ad esso hanno dato il massimo contributo.

Caso I. — *Ascesso del lobo sfeno-temporale di destra.*

R. G. anni 23, militare, da Napoli. Ricoverato in Clinica il 31 marzo 1922. Padre e madre sani, cinque figli tutti viventi e sani. Il paziente a venti anni ebbe un'ulcera che in pochi giorni venne a guarigione. Nell'agosto 1921 si svegliò un mattino e trovò sul cuscino pus proveniente dall'orecchio destro. Non aveva avuto otalgia di sorta. Continuò per circa 4 giorni ad uscire dell'orecchio un liquido piuttosto sieroso, poi più denso assai e continuò sempre così con intermittenze di 2 o 3 giorni. Curavasi con istillazioni di acqua ossigenata. Chiamato a prestare servizio militare fu obbligato il 14-2-22 a darsi infermo, essendo comparso un piccolo rialzo termico accompagnato da cefalea. Da quel periodo la cefalea non è più scomparsa accompagnandosi con piccoli rialzi termici. L'11 marzo 1922 fu preso di notte da *convulsioni a tipo Jacksoniano* a sinistra, che si ritennero di origine epilettica; in quella epoca la secrezione era divenuta più scarsa. Non risentimento mastoideo, non papilla da stasi; non febbre, non sintomi di meningismo. Membrana timpanica assai congesta perforata nel quadrante antero-inferiore, costante la cefalea a tipo frontale. Il 20 marzo fece iniezioni di auto-vaccino senza reazione. Il 21 comparve la miosi, accenno al Kernig; non rigidità della nuca; apirettico. Normali i riflessi cutanei e muscolari; bradicardia (50 polsi aritmici). Sono notizie tutte forniteci dall'Ospedale Militare.

L'infermo viene il giorno 22 sottoposto, sempre nell'infermeria militare, alla puntura lombare e si nota l'aumento di pressione del liquido di aspetto limpido. Nelle urine si constata l'esistenza di cilindri jalino-granulosi, cilindroidi, cellule epiteliali; urea 21 %; densità 1030 albumina presente.

27 marzo - Vomito, cefalea più grave a destra, bradicardia sempre persistente, paresi del facciale di sinistra. Il giorno dopo paresi del retto esterno destro, lieve ptosi palpebrale a destra.

Il prof. Gradenigo chiamato in questo momento a consulto fa diagnosi di ascesso cerebrale e consiglia l'intervento, per cui il 31 marzo l'infermo viene trasportato nella nostra clinica.

Dopo il trasporto il paziente vomita; accusa dolori acutissimi alla testa; è apirettico. Profondamente depresso col sensorio oscurato, astenico, dall'aspetto sofferente, ha l'intelligenza però integra. Decubito indifferente, occhi arrossati; la palpebra destra abbassata; lo sguardo laterale destro è impossibilitato per paresi del sesto omonimo. Le pupille sono eguali, ma reagiscono male alla luce, all'accomodazione ed al consenso. Paresi del settimo di sinistra, Kernig positivo, flessione forzata della testa dolorosa; iperestesia cutanea specie negli arti inferiori. accentuazine del secondo tono aortico, polso ritmico, molle, bradicardia (50 battiti per m'). Riflessi addominali vivaci; patellari presenti anche leggermente accentuati; strie del Trousseau; non Babinsky.

La cefalea si acutizza talora in modo allarmante specie dopo qualche movimento. Abbondante scolo di pus dal condotto. Nistagmo spontaneo assente.

Urina di colorito rossastro (IV scala Vogel) limpida, reazione acida, densità 1020; albumina assente. Centrifugata per 20 minuti non dà che sedimenti scarsissimi in cui vi è qualche cristallo di acido urico; urea gr. 21,50; fegato e milza normali.

Atto operativo: Il 31 marzo viene sottoposto all'atto operativo. Part. molli senza alterazioni, osteoperiostite. Il pus proviene da una grossa cavità ossea collocata nella regione posteriore della mastoide dove il seno è nudo per circa 2 centimetri.

In corrispondenza del *tegmen tympani* è alterata e granuleggiante; essa non è fistolizzata. Demolita con le pinze la parte inferiore della squama del temporale, la massa cerebrale pulsa. Attraverso una piccola incisione della dura con un ago-cannula si estrae pus giallo, mal legato, inodoro. Si amplia a croce la sezione della dura e si riconosce che il tratto di cervello che riposa direttamente sul temporale è conservato; mentre una grande cavità ascessuale esiste circa un centimetro sopra il piano del temporale. Fuoriesce abbondantemente del pus (oltre 70 cc.) sopratutto quando il paziente emette grida e si lamenta. Si asportano con le forbici e le pinze due tratti di membrana limitante dell'ascesso onde ridurre l'apertura alle dimensioni di circa un soldo e collocandola in posizione declive si facilita il drenaggio.

1° Aprile: Dopo l'operazione l'infermo si assopisce. Polso 80. Il giorno dopo, la paresi del facciale è quasi scomparsa, anche l'elevatore della palpebra funziona discretamente bene; permane la paresi però del sesto di destra. Non brividi, non vomiti, non cefalea, non bradicardia, non nistagmo. Il decorso post-operatorio continua sempre buono; in modo che il 30 aprile l'infermo, sentendosi bene, viene dimesso dalla clinica per continuare le medicature ambulatoriamente.

Il 30 giugno la cicatrizzazione della ferita operatoria è completa, le condizioni generali ottime.

Lo studio di questo 1° caso clinico a me sembra importante per taluni particolari sintomatologici che quì si trovano a conferma delle difficoltà diagnostiche di cui innanzi si è detto a proposito degli ascessi cerebrali. Ho accennato allora come il più importante sintoma di suppurazione sia la *febbre*. Nel nostro infermo la temperatura lievemente febbrile che comparve insieme con la cefalea qualche giorno dopo il suo ricovero nell'Ospe-

(1) FERRERI GH. Sugli ascessi cerebellari muti. *Arch. Intern. de Laringologie* ecc. 1926, pag. 89.

(2) SIMEONI. *Arch. it. di Otologia*, ecc., fasc. IX, 1926.

Digitized by Google

dale Militare, dopo pochi giorni scomparve. Non febbricitante si manteneva l'infermo quando dopo un mese e mezzo dalla sua permanenza nell'Ospedale Militare fu visitato dal prof. Gradenigo. In questo momento però la diagnosi di ascesso cerebrale si lasciava per lo meno sospettare dal restante corteo fenomenico. Esistevano per vero sintomi a focolaio (nistagmo, paresi del retto esterno, ptosi palpebrale, paresi del facciale); e sintomi di compressione endocranica, fra questi la *cefalea* e la *bradicardia*, segno questo ultimo molto importante. Non ci pare possibile determinare con sicurezza quando si fosse iniziata la suppurazione endocranica. La cefalea che sin da principio si accompagnava con risentimento mastoideo ci sarebbe stata guida incerta nel periodo iniziale a sostenere con valide ragioni l'ascesso cerebrale; mentre in prosieguo questa vaga fenomenologia veniva rafforzata dalla comparsa delle *convulsioni a tipo jacksoniano*. Abbiamo inoltre in questa osservazione una prova del lungo periodo di latenza che non raramente accompagna questa grave complicanza endocranica, come vedremo anche a proposito del caso III. Un altro fatto merita la nostra attenzione: durante l'atto operativo, scoverta la dura, in corrispondenza della sede dell'ascesso essa faceva bene osservare l'esitenza di pulsazioni; mancava quindi uno dei segni che è quasi costante nell'ascesso cerebrale e che noi riscontreremo negli altri casi da noi pubblicati. La persistenza di pulsazioni della dura corrispondente alla sede dell'ascesso cerebrale può spiegarsi in due modi: o con la presenza di una zona di tessuto cerebrale sano abbastanza spessa che rimane tra la cavità ascessuale e dura o con la presenza di un ascesso molto superficiale e quindi vicino alla dura, per cui la zona di tessuto sano che esiste è poco spessa, ma si presenta molto vascolarizzata.

Caso II. — R. Assunta, anni 15, Napoli.

Soffre di otite media purulenta cronica destra dall'età di 8 anni. Da quell'epoca la secrezione purulenta è sempre stata ora scarsa, ora abbondante e in certi periodi assente. In questi ultimi tempi la secrezione si è ripresentata, non però in quantità cospicua. 15 giorni fa è stata colta improvvisamente da febbre preceduta da forti brividi e da forti dolori all'orecchio destro (orecchio malato), dolori che si irradiavano alla mastoide ed anche alla regione temporo-frontale dello stesso lato. La febbre sempre preceduta da brivido, si è ripetuta una volta al giorno e per quattro o cinque giorni. Nè la paziente nè la madre si ricordano a quale ora e se costantemente a quella data ora si ripetesse la febbre. In seguito gli accessi febbrili non si sono più ripetuti, solo è rimasto un lieve rialzo termico; il dolore però sia alla mastoide, sia alla regione temporo-frontale è andato sempre più aumentando fino ad occupare tutta la regione frontale e anche la temporale del lato opposto. Durante questo periodo ha avuto vomito due o tre volte.

Trasportata all'ambulatorio della clinica, il 10-1-20, la paziente viene ricoverata d'urgenza. La paziente ha un aspetto sofferente; emette lamenti; interrogata si lagna di fortissima cefalea localizzata alla fronte e alle regioni temporali, dove la pressione provoca dolore; anche la pressione sul la mastoide destra provoca intenso dolore. Condotto uditivo destro pieno di pus che si rimuove con un lavaggio a debole pressione.

Esiste lieve rigidità della nuca, nessun dolore agli arti; si ha decubito sul fianco destro e giacitura a cane di fucile; presente il Kernig; pupille eguali, midriatiche, torpide; non esiste nistagmo neppure nelle posizioni laterali dello sguardo. L'esame oftalmoscopico fa rilevare papilla da stasi all'occhio destro. Polso poco valido (60) Temp. 37,°8.

La puntura lombare dà esito a liquido che esce sotto pressione non a getto, ma a gocce quasi continue; se ne estraggono 36 cc.

Il giorno 11-1 si procede all'operazione radicale sull'orecchio destro.

Atto operativo. Parti molli senza alterazioni; osso molto compatto sano. Antro piccolo con colesteatoma e pus. E' andata distrutta la parete superiore dell'antro mastoideo; anche la cavità timpanica è occupata da pus fetido con colesteatoma. Compiuta l'operazione radicale e la spaccatura del condotto si demolisce quanto resta del *tegmen tympani* e *tegmen antri* e la parte inferiore e posteriore della squama del temporale. La dura appare normale salvo la parte che corrisponde al *tegmen antri* e *tegmen tympani* dove essa è granuleggiante; non esiste però perforazione. La massa cerebrale non pulsa. Si pratica una breve incisione della dura in corrispondenza al passaggio fra la parte orizzontale e la parte laterale dell'emisfero temporale; si introduce un ago di Pravaz con siringa Record e, aspirando lentamente, si estraggono circa 20 cc. di pus tenue verde-scuro, fetidissimo, contenente gas. Il cervello ricomincia a pulsare. Si amplia a croce la apertura della dura e vi si introduce un drenaggio di garza iodoformica.

L'atto operatorio ha dunque dimostrata l'esistenza di un ascesso cerebrale otitico del lobo sfeno-temporale sinistro. Il decorso post-operativo si segue in buone condizioni ed il giorno 29-2-1920 della ferita operatoria rimane solo un piccolo tratto granuleggiante. La secrezione dell'orecchio è scarsa; condizioni generali ottime; la paziente viene rimessa per continuare la cura ambulatoriamente.

Questo secondo caso ci sembra uno dei più dimostrativi di ascesso cerebrale a sintomatologia atipica capace di disorientare completamente il giudizio diagnostico. I fenomeni generali insieme col resto del quadro sintomatologico (cefalea, rigidità della nuca; presenza di Kernig, pupille torpide, emissione nella puntura lombare di liquido cefalo-rachidiano sotto pressione e non torbido) erano una guida che ci conduceva con maggiore probabilità alla diagnosi di meningite (sierosa?). Nessun segno di focolaio se non dimostrativo, almeno probativo della raccolta purulenta encefalica la di cui presenza potè essere dimostrata solamente dall'atto operativo.

Vengono così dimostrate difficoltà diagnostiche che aumentano anche di più quando esiste un focolaio suppurativo endocranico compagno ad una meningite, la quale ultima acquista un notevole predominio sul quadro sintomatologico.

Caso III. — C. Cesare, anni 15, studente da Taranto.

Viene ricoverato in clinica il 18-2-1920 con la seguente storia clinica fatta dal medico curante: soffre di otite purulenta cronica bilaterale fin dall'infanzia; fu operato in novembre 1919 di asportazione delle vegetazioni adenoidi e sottoposto ad una cura regolare delle orecchie. A sinistra la secrezione cessò circa dopo un mese; a destra persistette ribelle, fetida, densa e spesso verdastra. Un mese fa ossia verso il 20 gennaio fu colto da dolori violenti accessionali prevalentemente localizzati alla regione occipitale, accompagnati da recrudescenza del processo otorroico; ebbe anche un pò di gonfiore alla regione mastoidea che però sparì dopo qualche giorno; febbre assente. Alla fine di gennaio fu colto da influenza con fatti bronco-polmonari alla base destra. I dolori all'occipite continuano violenti, niente brividi; niente nausea; nessun disturbo visivo. Giorni addietro fu rimossa una granulazione dalla cavità timpanica destra. Da quattro giorni la febbre è caduta con la risoluzione del processo pneumonico; ciò non di meno persiste la cefalea. Tre giorni fa ebbe diplopia e disturbi della parola articolare; fenomeni questi comparsi fugacemente e non più ripetutisi. L'esame del fondo oculare dimostra papilla da stasi. Non febbre non nausea, non vertigine, non esagerazione dei riflessi, non paresi o paralisi non rallentamento del polso. Intelligenza torpida. All'entrata in clinica del paziente si nota: malato raffreddato, denutrito, decubito sul fianco sinistro con gli arti flessi (decubito a cane di fucile). Passa di tratto in tratto la mano sinistra sulla parte destra del capo. Pupilla destra più dilatata della sinistra. Paralisi del retto esterno di sinistra; occhio destro completamente immobile; lingua patinosa; leggera paresi del facciale di sinistra; polso da 48 a 60. Paresi dell'arto superiore destro. Invitato a rispondere al proprio nome non si mostra completamente vigile ed orientato. Condotto uditivo a destra ampio, con poco pus; nel fondo granulazioni.

Il 10-2-1920 viene sottoposto all'

Atto operativo: Si pratica dapprima la puntura lombare che dà uscita al liquido sotto modica pressione a gocce quasi continue e se ne estraggono circa 10 cc.; esso appare limpido, si interviene quindi sulla mastoide. Antro piccolo, contenente pus e qualche squama di colesteatoma. Si demolisce la parete post-superiore del condotto, si mette allo scoverto quasi per intero il lobo temporo-sfenoidale, la cui dura appare molto tesa e non pulsante. Attraverso una piccola puntura della dura con una siringa Record aspirando, si ricavano altri 7 cc. di liquido sieroso giallo-citrino, tendente al verdastro, a cui da ultimo son commisti fiocchi gialli di pus. In due ulteriori riprese si ricavano altri 8 cc. di pus cremoso-giallo. Ampliata la breccia ossea si incide la dura a croce ed introducendo un Pean si fanno uscire tre cucchiaiate di pus. Il cervello è sotto forte pressione e fa ernia sprappolandosi attraverso l'apertura della dura. Si asporta il *tegmen tympani* ed il *tegmen antri*. Laboriosa è l'introduzione di uno zaffo di garza nella cavità, perchè respinta dalla massa cerebrale che fa ernia. Tocchi abbondanti con tintura di iodio: medicazione allo iodoformio. Mercè dunque l'atto operativo si è potuto constatare l'esistenza di un ascesso del lobo temporo-sfenoidale destro di origine otitica.

Le condizioni dell'infermo si aggravano nei giorni seguenti l'operazione. Il giorno 20 si ha il decesso.

Il caso in esame è un'altra prova non dubbia del lungo periodo di latenza degli ascessi cerebrali.

Durante un mese la raccolta purulenta endocranica aveva

Digitized by Google

determinato cefalea occipitale. Questa osservazione viene quindi a dimostrare la grande importanza che può acquistare la cefalea in qualche caso a sintomatologia muta per sospettare almeno la presenza di una raccolta purulenta endocranica quando esiste un'otite purulenta. Il De Carli negli *Atti della clinica otoiatrica di Roma* dell'anno 1907 ha pubblicato un caso, nel quale l'infermo, che si manteneva in uno stato generale ottimo e parlava e scherzava con i compagni, con temperatura quasi normale (36°,2-37°), non presentava altra sofferenza che una cefalea frontale e intanto l'atto operativo dimostrava la presenza di un ascesso del lobo sfeno-temporale destro confermata dall'autopsia.

Anche nel nostro infermo mancava temperatura febbrile, se si toglie quella dovuta al processo bronco-polmonare che subito scomparve con la risoluzione del processo. Dopo l'entrata in clinica comparvero invece fenomeni a focolaio (anisocoria, paralisi del muscolo retto esterno, paresi del facciale di sinistra, paresi dell'arto superiore di destra). La diagnosi di ascesso cerebrale acquistava così elementi di maggiore probabilità.

E' bene poi ricordare questa osservazione per la sede occipitale della cefalea mentre la raccolta purulenta era localizzata sul lobo temporo-sfenoidale. Diremo fra poco come la sede del dolore non sempre corrisponde a quella della lesione.

Caso IV. — G. Anna, anni 15, da S. Valentino.

Ricoverata in clinica il 10 febbraio 1923. Ha genitori viventi e sani; la madre non ha avuto aborti. La paziente ha sofferto di morbillo all'età di due anni, ma ne guarì senza complicazioni. A 3 anni ha cominciato, senza cause apprezzabili, ad avere secrezioni dell'orecchio sinistro. A dire della madre la secrezione scompariva nei mesi estivi e ricompariva nell'inverno. I parenti riferiscono che circa un mese fa ha avuto dolore all'orecchio sinistro con cefalea e febbre preceduta da brividi di freddo. La febbre fu ritenuta di origine gastrica; dopo alcuni giorni i familiari si accorsero che la regione mastoidea incominciava a gonfiarsi, per cui si rivolsero alla clinica.

Giovanetta di mediocre costituzione fisica, di colorito pallido, di aspetto sofferente. Regione mastoidea gonfia, arrossata, fluttuante. L'esame otoscopico fa rilevare abbondante e fetido pus e presenza di granulazioni nella cassa.

L'esame funzionale mostra una notevole riduzione dei suoni bassi e medi ed anche degli alti.

L'esame vestibolare: negativo.

Durante la degenza in clinica, l'inferma non ha avuto febbre. Il giorno 11 febbraio si passa all'

Atto operativo. L'osso si presenta scarso di calce per cui in qualche parte offre una consistenza elastica. Vasta cavità di un ascesso sotto-periosteo che si era svuotato nel condotto. La cavità attualmente contiene poco pus fetido, non legato e bolle di aria con granulazioni. La fossa cranica media è molto bassa. Si mette allo scoverto per piccolo tratto la dura cerebrale. Antro abbastanza ampio con qualche granulazione. Nella cassa timpanica nessuna traccia evidente di ossicine; vi si contengono squame epidermiche e granulazioni.

15 febbraio. Ieri sera la paziente si assopì profondamente con temperatura 37,5, non fece accenno a cefalea. Stamane presenta anisocoria (pupilla sinistra più ampia della destra). L'occhio sinistro è quasi immobile in tutte le direzioni: compie solo limitatissimi movimenti di lateralità; si ha ptosi. La paziente mostra di scuotersi se chiamata fortemente, ma non dà risposta e non è possibile stabilire se esiste amnesia verbale. Istillando cocaina nei due occhi segue dilatazione pupillare di grado molto marcato solo a destra. Temp. 39. Polso 54.

L'esame oftalmoscopico dell'occhio sinistro rileva sfumati contorni della papilla specie in alto e in basso. Il giorno 15-2 si sottopone l'inferma ad un secondo intervento. Ampia scopertura della dura della fossa cranica media con asportazione del *tegmen antri* e del *tegmen tympani* cariati. Il cervello non pulsa, dura tesa, di aspetto normale. Si estraggono circa 20 cc. di pus liquido, fetidissimo; s'incide a croce la dura e si drena largamente l'ascesso di cui la cavità è tapezzata da membrana piogenica giallastra.

Anche in questo caso l'atto operatorio ha potuto constatare l'esistenza di un ascesso del lobo temporo-sfenoidale sinistro di origine otitica.

La paziente nei giorni successivi continua sempre a peggiorare e dopo un mese dall'entrata in clinica si ha il decesso.

Questo caso IV, molto si assomiglia al caso III, per il lungo periodo di latenza (un mese) senza alcun segno probativo per la diagnosi di un ascesso encefalico. In questo infermo la scarsa sintomatologia portò anche i medici ad una falsa interpretazione della febbre, che fu ritenuta di origine gastrica e cessò dopo pochi giorni. Però, dopo che l'infermo fu ricoverato in clinica e fu tenuto in osservazione, si ebbe un segno importante, pel quale la diagnosi di ascesso cerebrale era abbastanza giustificata: la presenza cioè di febbre a 39° con polso poco frequente (54 battiti).

Tutti gli AA. sono d'accordo nel ritenere che in un otorroico con o senza risentimento mastoideo, le eventuali ascensioni febbrili accompagnate da brividi e da un'esacerbazione della cefalea, mentre il polso si mantiene raro, costituisce un elemento diagnostico della massima importanza a favore di un ascesso encefalico.

Il caso in esame inoltre è una prova che i disturbi del linguaggio, sintoma patognomonico delle lesioni che hanno sede nel lobo sfeno-temporale sinistro, non è neppur esso un sintoma assolutamente costante.

Caso V. — D'A. Domenico di anni 5, contadino da S. Antimo, ammogliato.

La moglie ha avuto quattro gravidanze una delle quali seguita da aborto. Nega la lue. L'attuale affezione all'orecchio sinistro rimonta a circa due anni fa, epoca in cui, in seguito a forte raffreddore, ebbe otite acuta seguita di lì a qualche giorno da fuoriuscita di secrezione purulenta. La secrezione si è mantenuta sempre in modica quantità, leggermente fetida, talvolta intermittente. Da circa un mese, a quanto afferma, accusa dolori retro-mastoidei a sinistra non molto accentuati accompagnati da lievi e transitori elevamenti termici. Mai vertigini, non nausea nè vomito.

Buona costituzione organica. Nel rispondere alle domande che gli vengono rivolte l'infermo rivela uno stato di confusionismo mentale molto accentuato. Si nota lieve disartria e sordità verbale.

All'esame otoscopico presenza di scarsa quantità di secreto biancastro Membrana timpanica ampiamente perforata nel suo quadrante antero-inferiore. Regione mastoidea non tumefatta nè arrossata lievemente dolente a forte pressione, specialmente in corrispondenza della punta.

L'esame funzionale acustico fa notare Weber localizzato a sinistra (orecchio malato). Orologio non percepito neppure *ad conchum*, nè sulla mastoide, nè sul trago; voce afona non percepita.

L'infermo viene in un primo tempo sottoposto all'operazione radicale, durante la quale, pur avendosi fondato sospetto di un ascesso cerebrale, si crede per prudenza date le condizioni del polso di rimandare ad altro giorno la puntura del cervello. Perciò dopo due giorni dal 1° atto operativo l'infermo viene sottoposto al 2° intervento chirurgico, allo scopo di esplorare le fosse craniche. Ampliamento della breccia ossea in alto sino a mettere allo scoperto la dura della fossa cerebrale media per un'estensione di un doppio soldo di vecchio conio. La dura appare arrossata e tesa. Previa disinfezione con tintura di iodo, con una siringa viene punto il cervello in due punti. Con la 2ª puntura si aspira pus misto a sangue per circa 4 cc. Col bisturi si pratica un occhiello in corrispondenza del foro fatto con l'ago e col bisturi stesso si penetra per poco nella massa cerebrale. Continuandosi a far strada nella massa cerebrale fuoriesce pus abbondante e fetido sotto pressione per una quantità di circa 20 cc. Drenaggio della cavità ascessuale con garza allo iodoformio. Ascesso del lobo sfeno-temporale di sinistra di origine otitica.

Nei giorni successivi all'atto operativo l'infermo si mostra migliorato nelle condizioni generali; l'intelligenza appare più lucida per quanto sembra accentuato il confusionismo mentale. Torpore nei movimenti degli arti sia superiore che inferiore destro. Anisocoria. Pupille reagenti alla luce, accomodazione e consenso. Il giorno 10-5 con l'encefaloscopio si esplora la cavità ascessuale che si approfonda nella massa cerebrale per circa 5 cc. da cui fuoriesce liquido ematico purulento in discreta quantità (circa 10 cc.). In prosieguo le condizioni dell'infermo tendono a peggiorare. Temperatura 36,5-37.5. Il giorno 14-5 l'infermo viene colto da brivido di freddo accompagnato da molesta irrequietezza; compie movimenti disordinati; ha perdita della coscienza. Il 18 segue il decesso.

Per brevità non ripetiamo a proposito di questo caso quanto abbiamo già notato nei casi anzi descritti ed in special modo come non raramente compaiono pochissimi sintomi o quasi nessuno capace di lumeggiare le difficoltà diagnostiche dell'ascesso encefalico. Fortunatamente in questo caso esisteva però un sintomo patognomonico, che da solo bastava a guidarci alla diagnosi di ascesso encefalico del lobo sfeno-temporale di sinistra; i disturbi cioè, sensoriali, psichici, sotto forma di confusionismo mentale molto accentuato e i disturbi del linguaggio sotto forma di *amnesia verbale*. Ciò conforta il concetto che noi esamineremo fra poco; quanto cioè importante sia questo sintoma quando esso, pure essendo l'unico, si mantiene costante in osservazioni ripetute per diversi giorni.

Digitized by Google

Caso VI. — S. Alfonso, di anni 13 da Pianura.

Non ha sofferto malattie degne di nota; la madre ha avuto sei gravidanze; non aborti o parti prematuri. Quattro anni or sono il paziente cominciò ad avvertire, preceduto da forti dolori, fuoriuscita di secrezione di color giallastro in modica quantità, di odore fetido, dall'orecchio destro. In seguito a lavaggi cominciò a notare gonfiore della regione mastoidea destra; vi fu praticato dal medico locale un piccolo taglio che dette esito ad abbondante quantità di pus e sangue. La secrezione dall'orecchio ha continuato sino a 4 giorni primo del suo ingresso in clinica quando è cessata completamente ed è apparso gonfiore e dolore nella regione mastoidea con febbre (38,5-39,4).

Colorito pallido, sviluppo scheletrico e muscolare soddisfacente, aspetto sofferente, nessun'altro fenomeno degno di nota. Temperatura 38,5, atti respiratori 26.

L'esame otoscopico fa notare la presenza di secreto denso muco-purulento, fetido lungo il condotto, ampia distruzione dela membrana timpanica; presenza di granulazioni, regione mastoidea arrossata e fluttuante; molto dolente la persona. Leggera rigidità nucale.

L'esame funzionale acustico dell'orecchio destro fa notare diminuzione di percezione per i suoni acuti; i suoni bassi e medi non sono addirittura percepiti.

Esame vestibolare: qualche piccola scossa di nistagmo spontaneo, rotatorio-orizzontale verso sinistra, che si esaurisce presto; più accentuato verso destra (orecchio malato) indicazione normale. Romberg positivo. Con la sedia girevole girando da sinistra verso destra si provoca post-nistagmo a sinistra molto vivace (8"); da destra verso sinistra post-nistagmo a destra di 5", con leggera nausea, senso di vertigine, non vomito.

Atto operativo. Ascesso sottoperiosteo. Corticale integra, sottile; unica cavità contenente colesteatoma molto fetido. Il seno è a nudo con un largo tratto coperto di granulazioni organizzate nerastre. Fra la dura cerebellare e la parete cranica raccolta di pus sotto pressione. Si apre largamente l'orecchio medio; nessuna traccia delle ossicine. Granulazioni organizzate, che si asportano. Il seno è messo a nudo in tutto il tratto sigmoideo; pulsa ed apparisce ripieno in forma di cilindro ben sporgente. Si procede all'asportazione della parete posteriore del condotto. Si tocca con iodo la meninge malata. Prima dell'intervento puntura lombare con fuoriuscita di circa 20 cc. di liquido limpido sotto pressione. Il decorso post-operativo fu abbastanza buono. Le condizioni dell'infermo andarono migliorando sufficientemente. La cura venne accompagnata con stomosine ed autovaccini preparati dal liquido cefalo-rachidiano.

Il giorno 3-12 venne dimesso dalla clinica per continuare le medicature quotidianamente in ambulatorio.

Sette giorni dopo si notò che l'infermo, nell'entrare nella stanza delle medicazioni, aveva un'andatura alquanto incerta; fatto questo, che ci fece pensare ad un nuovo esame vestibolare i cui risultati c'indussero a ricoverarlo di nuovo in clinica.

Il paziente presenta andatura incerta e con tendenza a deviare verso sinistra. Nel cammino all'indietro retropulsione di ambo i lati più accentuata a sinistra (caduta). Romberg incerto; non si regge su una gamba. A seconda del modo come tiene la testa ad occhi bendati non vi è modificazione nella caduta. Indicazioni: nel piano verticale deviazione all'esterno di circa tre centimetri, in quello orizzontale deviazioni in alto di due centimetri. Nistagmo spontaneo; rotatorio verso destra, orizzontale verso sinistra. Con la sedia girevole da sinistra verso destra post-nistagmo molto vivace verso sinistra, però di breve durata; da destra verso sinistra si ha post-nistagmo molto vivace, ma che subito svanisce. L'esame oftalmoscopico fa notare sfumati contorni della papilla. La puntura lombare dà esito a 23 cc. di liquido limpido sotto pressione.

Il giorno 17-12 si procede ad un secondo intervento.

Si prolunga la incisione in alto ed all'indietro e si riconosce che la dura del *tegmen tympani* è perforata e attraverso l'apertura lo specillo procede per oltre 1 cm. Si amplifica, sulla guida della sonda, l'apertura della dura madre e fuoriesce soltanto materia cerebrale senza che sia dimostrabile una vera cavità. La dura del seno e la dura adiacente così nella fossa cranica posteriore come in quella media sono coperte da una cotenna fibrosa, molto aderente. Si pratica una puntura esplorativa del cervello senza risultato. Una puntura del cervelletto subito al davanti del seno rimane anche essa senza risultato; una puntura invece del cervelletto dietro al seno, un pò al disotto del gomito fa estrarre grande quantità di pus poco legato, giallo-verdastro, assai fetido. Si demolisce verso l'indietro la squama ossea e si pratica una incisione a croce alla dura madre cerebellare.

Penetrando allora con un Pean chiuso si attraversa uno strato di circa mezzo centimetro di spessore di tessuto cerebellare e si penetra in una vasta cavità, dalla quale fuoriesce altro pus fetido in grande quantità ed a parecchie riprese.

Nei primi sei giorni dall'atto operativo le condizioni dell'infermo si mantengono discrete. L'infermo però accusa forti dolori alla fronte ed all'occhio destro. Il giorno 21-12, mentre si esplora il cervelletto, un getto di pus viene fuori dalla parte anteriore della ferita e cioè dalla cavità cerebrale. Si zaffano ambedue le cavità ascessuali. Polso 130. Temperatura 38,6. L'atto operativo ha dunque dimostrata l'esistenza di ascesso cerebellare ed ascesso cerebrale destro di origine otitica.

L'infermo continua nei giorni seguenti a peggiorare. Le medicature danno esito a residui di sostanza encefalica necrosata e l'infermo con fenomeni molto accentuati di encefalite cessa di vivere nella notte del 2-1-24.

E' davvero molto istruttivo questo caso, perchè esso solo basterebbe a dimostrare come tutta la sintomatologia descritta dai classici trattati a proposito dell'ascesso encefalico nel nostro paziente era quasi al completo assente. E' veramente meraviglioso poi quanto rileviamo dalla lettura della storia clinica, che cioè il paziente sufficientemente migliorato, almeno in apparenza, dopo il 1° atto operativo sente tale un benessere che chiese di essere allontanato dalla clinica. Nelle medicature successive fatte ambulatoriamente di nulla si lamentò e solo dai sanitari della clinica si notò con meraviglia l'andatura alquanto incerta dell'infermo. Poca luce ci fu data dall'esame generale dell'infermo e dall'esame vestibolare; eppure un secondo atto operativo ci addimostrò l'esistenza di un ascesso cerebellare e dopo tre giorni anche quella di un ascesso cerebrale.

I pochi casi clinici da noi illustrati e le brevi osservazioni fatte seguire ad ognuno di essi ci paiono sufficienti a confermare quanto noi sin da principio abbiamo detto a proposito della sintomatologia dell'ascesso encefalico. Sintomatologia cioè apparente molto ricca, ma in realtà alquanto povera stante la frequente assenza di sintomi importanti di localizzazione o di sintomi patognomonici. E' bene quindi fermarci un pò a discutere brevemente del valore dei principali fra essi, per vedere se un minuzioso studio dei loro particolari possa almeno in parte lumeggiare la diagnosi.

Fra i sintomi di suppurazione vi è la *febbre*. Questa quando è presente è più o meno moderata, secondo che l'assorbimento del materiale piogeno è più o meno attivo (per cui può mancare nei vecchi ascessi provvisti di spessa parete cistica) e secondo inoltre che all'ascesso encefalico si trovi associata qualche altra complicazione endocranica (meningite purulenta, tromboflebite ecc.).

Vi sono dei casi i quali evolvono senza febbre od anche, come ebbe a segnalare per la prima volta Sir Samuel Wilks, la temperatura è sub-normale 35°-35°,5 (Denker) per intossicazione dei centri termo-regolatori. La *ipertermia* acquista, come nel nostro Caso IV., veramente un valore eccezionale per la diagnosi di ascesso encefalico quando si accompagna a *bradicardia;* la quale però anche da sola è sempre un segno veramente prezioso per quanto non costante. Fra le nostre osservazioni l'abbiamo constatata nel Caso I., nel quale le pulsazioni della radiale erano ridotte a 50 e la temperatura si manteneva normale. Altri AA. hanno osservato le pulsazioni ridursi a 40 (Macewen, Heimann, Gowers, ecc.) ed eccezionalmente a 16 ed anche a 10 (Tobye, Wreden).

Un sintoma di compressione quasi costante negli ascessi encefalici è la *cefalea,* sintoma che in qualche paziente, come nel nostro Caso III. e nel caso del De Carli innanzi menzionato, è l'unico che esiste e solo su di esso si deve fondare il sospetto di un ascesso cerebrale, specie se tale sintoma si accompagna con stanchezza generale del paziente e rapido emaciamento (segno quest'ultimo sul quale il Lermovez ha molto insistito); nonchè con fenomeni d'intossicazione, come: offuscamento d'intelligenza, perdita di appetito, lingua patinosa ecc.

La cefalea consiste in un mal di testa che i malati intelligenti localizzano nel cervello; perchè è profondo, grave, penosissimo. In taluni casi, quando l'ipertensione cranica è maggiore, l'infermo, è tormentato da un senso di costrizione cefalica tutta speciale, per cui egli accusa di sentirsi la testa chiusa fra una morsa stretta e tenta di trovar sollievo rallentando o addirittura allontanando la fasciatura che gli cinge la testa (*segno della fasciatura di Moure*).

La cefalea si manifesta quasi sempra sulla regione dove ha sede l'ascesso encefalico. Broca fece però per prima osservare che assai di frequente ciò non si verifica e per vero, per non citare le osservazioni precedenti, il caso del De Carli ed il nostro Caso III. sono una prova che la sede della cefalea non sempre corrisponde alla sede della raccolta purulenta endocranica. Nell'ascesso cerebrale la cefalea è per lo più di maggiore intensità

Digitized by Google

che nell'ascesso cerebellare ed è localizzata nella regione occipitale.

Questo sintoma subiettivo, assai prezioso e costante quando l'ascesso encefalico, anche di piccola dimensione, è esteso sulla zona corticale, può talvolta esser lieve e addirittura mancare (Hossley, Schmiegelow, Uchermann, Heiman, Longo ecc.) quando trattasi di suppurazioni profonde anche se queste siano abbondanti.

Segno di compressione anche frequente ma meno costante della cefalea è il *vomito,* che riveste il carattere cerebrale (vomito improvviso e senza sforzo).

Poichè la cefalea ed il vomito sono manifestazioni comuni a molti disturbi endocranici, è chiaro come essi presi da soli rappresentano segni incerti ed insufficienti per sostenere con sicurezza la presenza di un ascesso encefalico. In una diagnosi così irta di difficoltà meritano sufficiente fede taluni altri sintomi di compressione e propriamente: 1° *la rigidità della nuca,* specie quando si può escludere che sia mantenuta da fatti meningitici. Essa è più frequente negli ascessi cerebellari per compressione sulle vie posteriori dei nervi cervicali posteriori; 2° i disturbi della respirazione e particolarmente la *respirazione di Cheyne-Stokes,* anche questi più frequenti negli ascessi cerebellari; 3° *la papilla da stasi,* la quale, come osserva Ferreri Gh, acquista una straordinaria importanza quando, pure essendo bilaterale, è quasi sempre più accentuata nel lato dove corrisponde l'emisfero leso per la compressione della grossa vena di Galeno. Una importanza massima nella diagnosi degli ascessi cerebrali viene data dai sintomi di localizzazione e fra questi merita il primo posto la sordità verbale che è sintoma da mettersi in rapporto con una lesione del lobo temporo-sfenoidale sinistro. La sua presenza però non è costante e nei casi da noi illustrati è comparsa nel caso V e non nel caso II e IV. E' noto che negli uomini normali che sono destri, il centro del linguaggio è localizzato alla corteccia cerebrale dell'emisfero sinistro con un doppio centro, uno motorio della parola o centro di Broca, un altro centro sensoriale uditivo o centro di Wernicke che si trova in corrispondenza della prima circonvoluzione temporale sinistra. Questa nozione ci permette di mettere a profitto un segno di localizzazione importantissimo nell'ascesso del lobo temporo-sfenoidale sinistro: i disturbi della parola che si appalesano sotto forma di sordità verbale, o di cecità verbale.

Altri importanti sintomi da focolaio dell'ascesso del lobo temporo-sfenoidale sono taluni disturbi motori, che compaiono quando la raccolta purulenta ha raggiunta la zona motrice e corticale del lobo e consistono in crisi fruste di *epilessia jacksoniana* (ordinariamente a tipo facciale o brachiale come abbiamo osservato nel nostro Caso 1°), e *l'emiplegia* (anch'essa localizzata a certi gruppi muscolari). Non infrequente è la paralisi da compressione di taluni nervi della base cranica e specie dell'oculo-motore comune di cui, pare, vengano colpite a preferenza le fibre destinate all'elevatore del'a palpebra superiore (vedi caso 1°) ed all'iride, donde *ptosi e midriasi omolaterale.* Qualche volta può osservarsi *paralisi del sesto paio* oppure *paralisi del facciale* dello stesso lato o del lato opposto come nel nostro Caso III° per compressione sulla capsula interna; nonchè diminuzione di udito nell'orecchio opposto per lesione del centro dell'udito.

Addirittura impossibile poi diventa la diagnosi di un ascesso cerebrale quando nessuno dei sintomi descritti si appalesa, e non sono pochi i casi di ascessi encefalici muti della sintomatologia, stante che l'ascesso si può qualche volta svolgere a spese della sostanza bianca cerebrale, la cui lesione non dà sintomi facilmente apprezzabili.

In ogni modo è bene notare che anche quando possiamo fondare il nostro giudizio sulla esistenza di parecchi dei sintomi anzi descritti e del di cui valore e costanza abbiamo precedentemente discusso, dovremo quasi sempre con difficoltà arrivare alla diagnosi di un ascesso cerebrale. Tali difficoltà incontreremo maggiormente quando l'ascesso cerebrale non trovasi allo stato, per così dire, puro, senza fenomeni meningitici concomitanti; ma al contrario esso si accompagna con una meningite circoscritta o con segni di labirintite.

Maggiori ancora diventano le difficoltà diagnostiche nelle suppurazioni cerebellari, stante la oscurità che ancora avvolge la fisio-patologia del cervelletto, del quale ogni singolo segmento pare che abbia le stesse funzioni dell'organo preso in totalità: perfetto potere di compenso, reso anche più perfetto per l'azione bilaterale che esso esercita sull'organismo umano. Inoltre nell'ascesso cerebellare i sintomi di suppurazione e di aumentata pressione, quando esistono, rassomigliano quasi completamente a quelli dell'ascesso cerebrale; come pure i sintomi cerebello-vestibolari (vomito, vertigine ecc.) sono identici a quelli che accompagnano le suppurazioni labirintiche. Come abbiamo osservato nel Caso VI°, può talvolta essere assente ogni sintomo della funzione specifica cerebellare; assenti cioè quei disturbi di equilibrio del corpo e quelli della coordinazione dei movimenti segmentari, i quali ultimi, come è noto, si appalesano con la triade sintomatica caratteristica del Babinski (ipermetria, asinergia, adiadococinesi).

CONCLUSIONI. — Concludendo possiamo anche noi ripetere che la diagnosi dell'ascesso encefalico di origine otitica è sempre difficile; assai spesso impossibile. Si può arrivare spesso vincendo gravi difficoltà ad una diagnosi di probabilità, specie quando l'ascesso encefalico (casi assai frequenti) non si trova allo stato per così dire puro, ma si accompagna con altre complicanze endocraniche, sostenute anche esse dalla lesione otitica.

Anche i pochissimi segni patognomonici e fra questi i disturbi del linguaggio e dell'intelligenza, non sono costanti.

Quando mancano segni evidenti e specie sintomi di localizzazione, merita per il clinico una importanza speciale, almeno per la diagnosi di probabilità, lo studio di piccoli sintomi o di piccole particolarità che a quei sintomi sono legate (febbre, cefalea, polso, disturbi del respiro, disturbi psico-sensoriali etc.).

□□□

RIVISTE SINTETICHE

LA XEROSTOMIA

La diminuzione delle secrezioni boccali, tanto salivare quanto mucosa, è un fatto noto anche ai non medici, ma come fenomeno transitorio. A produrre questa evenienza transitoria possono concorrere, secondo i casi, le intense perdite di liquido per gli altri emuntoi organici (diabete mellito o insipido, poliuria da sclerosi renale, diarree profuse, gastrosuccorrea, sudori abbondanti); l'azione di alcuni medicamenti (atropina, daturina, stricnina, nicotina a forti dosi, cicuta, oppio, arsenico); certe forme d'isterismo; lesioni meccaniche (calcolosi dei dotti salivari); la paralisi intrapetrosa del nervo facciale.

Invece per xerostomia si vuole intendere la soppressione delle secrezioni, salivare e mucosa, ma in modo permanente. Sono sinonimi: asialia, asialiocrinia, acrinia salivare, aptialismo, *dry mouth* degl'inglesi.

Il primo osservatore, che siasi occupato dell'argomento, è un italiano, Roberto Sava, che pubblicò una memoria nel *Giornale Veneto di Scienze Mediche,* nel 1857 (p. 37 a 39). E le due più ampie pubblicazioni recenti appartengono ugualmente a due italiani, a Giuseppe Zagari nel 1907; a Nino Samaja nel corr. 1927 (Bologna, Edit. L. Cappelli).

Samaja distingue in tre forme la malattia. Una forma ad inizio brusco, spesso consecutiva ad una forte emozione; una forma lenta, progressiva, che s'inizia con una diminuzione della secrezione salivare e va a finire in una aridità completa della bocca; una forma ad accessi.

Nella forma progressiva le ghiandole salivari sono generalmente atrofiche, ma,talvolta, si son presentate ipertrofiche. Nel caso illustrato da Zagari l'esame istologico delle ghiandole salivari mostrò le cellule degli acini piccole con nucleo poco colorato, con protoplasma quasi nullo, o strozzate da strie di connettivo periferico; ristretto il lume degli acini; in alcuni punti nessuna traccia del tessuto ghiandolare e, al posto di questo, si notava connettivo retratto e infiltrazione di cellule rotonde, oltre a lipomatosi interacinosa. In 3 casi di Gougerot, oltre all'atrofia delle ghiandole salivari, si notò insufficienza ovarica e surrenale.

In tutti gli ammalati il disturbo più fastidioso consiste nell'aridità del cavo orale e nella difficoltà della deglutizione con frequenti e faticosi movimenti di succhiamento quasi per spremere la saliva dalle ghiandole. La secchezza delle fauci determina un senso di raschio tale da necessitare conati frequenti di espettorazione. La deglutizione non è possibile, se ad ogni boccone introdotto non si fa seguire immediatamente una boccata di liquido. La pilocarpina talvolta riesce ad eccitare la secrezione salivare. In nessun caso si sono constatati disordini della digestione gastro-enterica da mettere in rapporto con la mancata secrezione delle ghiandole salivari.

Digitized by Google

La glucosuria spontanea non è segnalata in alcuna osservazione; la glucosuria alimentare è rara. I denti sono lesi nella maggioranza delle persone. La secrezione lagrimale manca in alquanti infermi, ma senza provocare lesioni della congiuntiva e della cornea, perchè ad assicurare la umidità indispensabile della mucosa congiuntivale, anche quando è soppressa la funzione della ghiandola principale, non è deficiente la funzione delle ghiandole accessorie.

Raramente manca la secrezione della mucosa nasale e raramente si osservano disordini del gusto, come ageusia o ipoageusia, specialmente nella parte anteriore della lingua.

La sindrome prevale nel sesso femminile.

Samaja su 22 casi ha rinvenute 19 donne e 3 uomini. L'età preferita è dai 20 a 50 anni. La sifilide abitualmente manca. Sono cause occasionali gli shock nervosi nelle forme improvvise, i perturbamenti meccanici (dentiere artificiali, denti male curati), i cibi ricchi di spezie.

Come sostrato anatomico delle anomalie funzionali, a cui sussegue la xerostomia è da ricordare che, secondo le ricerche, rimaste classiche, di Jappelli, il solo centro bulbare della salivazione, messo in evidenza da sperimentatori molteplici, a cominciare da Cl. Bernard, è quello bulbare, localizzato presso al centro respiratorio ed ai centri cardiovascolari. E' stato descritto, ma non definitivamente stabilito, un centro corticale della salivazione. Jappelli ha descritto un centro cerebellare.

Le vie afferenti della secrezione riflessa bulbare sono costituite dai nervi del gusto, dai nervi sensitivi del trigemino e del glosso-faringeo nella cavità orale, dai nervi olfattivi e dai rami gastrici del vago. Le vie efferenti della secrezione salivare consistono nel ramo periferico della corda del timpano.

Jappelli ha osservato come l'esclusione dei centri più elevati nel nevrasse (sezione soprabulbare) sopprima ogni possibilità dei fatti d'inibizione nel decorso della secrezione salivare, onde bisogna ammettere un tono centrale, cerebrale, salivo-inibitore. La interruzione temporanea della secrezione salivare va messa in rapporto con un processo patologico, che o leda le ghiandole salivari o provochi una inibizione della secrezione per eccitamento della corteccia cerebrale.

Come spiegazione della interruzione lenta e progressiva nella secrezione si è prospettata una teoria involutiva, tenendo presente che la sindrome si verifica a preferenza in età piuttosto inoltrata. Però se un normale processo d'involuzione nelle ghiandole salivari fosse sufficiente per determinare la xerostomia, questa sarebbe molto meno rara. L'iperfunzionamento delle ghiandole genitali nella donna provoca antagonisticamente una labilità anatomico-funzionale nelle ghiandole salivari femminili. Ciò potrebbe spiegare la predilezione della xerostomia per il sesso femminile.

Parecchi processi infettivi inducono lesioni nelle ghiandole salivari. Basti ricordare il tifo, la tubercolosi, la difterite. Perciò si è prospettata anche una teoria infettiva della xerostomia.

Non ha sostrato di fatto una teoria endocrina.

Samaja ritiene che i perturbamenti del gusto, i quali talvolta si notano, possano spiegarsi con lo stato arido e screpolato della mucosa linguale nella xerostomia, donde perturbamento nei corpuscoli gustativi, che risiedono nello strato epiteliale della mucosa. Dippiù la mancanza della secrezione non fa sciogliere in bocca le particelle alimentari e la loro scarsa solubilità non le fa sapide.

La teoria bulbare sembra, almeno per ora, più adatta a spiegare la origine della xerostomia, o per lesione emorragica improvvisa (forma repentina della sindrome) o per cronica lesione vasale localizzata nel centro bulbare della secrezione salivare ed anche lagrimale (forma lentamente progressiva della sindrome). Resterebbe, in ogni modo, a definire per quale ragione così raramente le lesioni vasali si localizzerebbero nel centro bulbare, una volta che sono tanto rari i casi di xerostomia.

Samaja non ritiene infausta la prognosi della sindrome.

Per certo le ghiandole salivari sono organi di non scarso interesse funzionale. Esse, oltre ad elaborare ed eliminare la saliva, tanto importante nella funzione della digestione orale, rappresentano un emuntoio per parecchie sostanze di rifiuto negli scambi nutritivi (acido urico, urea ecc.), per parecchi virus (rabbia, encefalite letargica).

Però, Samaja è di opinione che per le ghiandole salivari non può parlarsi di una netta secrezione interna, perchè l'ablazione delle ghiandole salivari non conduce necessariamente a morte l'animale operato e non sempre provoca glucosuria; l'innesto peritoneale di quelle ghiandole avrebbe dato un risultato benefico anche senza che le ghiandole attecchissero; gli animali, sopravvissuti all'ablazione mentre in essi si è venuta praticando la iniezione di estratto idroglicerico di ghiandole salivari, non muoiono, nè deperiscono, quando si sospende la iniezione; l'autopsia degli animali sopravvisuti non ha messo mai in evidenza la ipertrofia di qualche organo vicariante.

Per analogia con l'argomento di questa discussione Samaja ricorda la sindrome, descritta per la prima volta da Andrea Ferrannini, cioè la glucoscialorrea, nella quale con la dietetica antidiabetica si veggono scomparire tanto la scialorrea quanto lo zucchero nella saliva, il quale, prima della cura, può raggiungere la dose anche di gr. 2,50 (saliva esaminata dopo eliminazione delle sostanze proteiche, delle basi puriniche, dell'acido glicuronico). Cita pure le ricerche di Farroni, che nella clinica di Camerino, sotto la direzione di A. Ferrannini, mostrò l'azione degli estratti salivari (scialopina) sulle glucosurie sperimentali e sulla tossina difterica e tetanica.

Come cura, nulla riesce a ripristinare la secrezione salivare negli infermi xerostomici. Al principio del male, possono riuscire di qualche utilità le iniezioni di pilocarpina e le applicazioni elettriche. Heindl consiglia l'alimentazione vegetale che avrebbe azione secretiva specialmente sulla ghiandola parotidea; Mygind consiglia di saggiare la tiroidina per analogia con il mixedema, una volta che la xerostomia si presenta spesso nell'età climaterica, durante la quale sono spiccatamente perturbate le ghiandole endocrine.

Tutti i malati di xerostomia devono curare rigorosamente la igiene della bocca per prevenire le suppurazioni ed altri processi infettivi nel cavo orale.

BIBL. Oltre le citate memorie di Zagari e Samaja consultare anche: Iappelli G. e Jappelli A. Archives Ital. de Biol., 1909. — Farroni Bruno. Riv. Crit. di clin. med., 1911.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il fenomeno del collasso selettivo nello pneumotorace artificiale. — Oekonomopoulo e Papanikolau, Atene, *Zeitschrift für Tuberkulose*, vol. 47, 4, 1927.

Sotto l'espressione di collasso selettivo, formulata dal Barlow, va anche più precisamente inteso quel che da Morgan era detto pneumotorace parziale, e da Gwerder pneumotorace decompressivo. L'evoluzione delle nostre conoscenze, ha portato a sottilizzare sempre più la tecnica, e la valutazione dei metodi più confacenti. Si sa ora che nell'applicazione del pneumotorace artificiale, essendoci l'indicazione e la possibilità di usare lo pneumotorace completo, si può in alcuni casi attuare il collasso completo delle parti pulmonari lese, e quello relativo delle parti sane. Ottenuto così questo pneumotorace viene chiamato «selettivo ideale», offre tutti i vantaggi di quello completo compressivo, senza averne gli inconvenienti. Premessa questa constatazione pratica, si viene a riconoscere che la forma selettiva ideale debba sempre più andar sostituendo quella di pneumotorace completo di scarso rendimento, e forse anche nocivo. Si sa che la minore compartecipazione espansiva delle zone pulmonari affette, è essenzialmente dovuta alla minorata efficienza elastica delle parti lese, nonchè alla scemata penetrazione d'aria dalle vie bronchiolari. Quest'ultima contingenza può attribuirsi sia alla presenza di un essudato nel lume bronchiolare (tubercolosi essudativa); sia edema o focolai produttivi della parete bronchiolare; o presenza di prodotti patologici per andamento progressivo dell'affezione nel lume dei bronchioli; o per pressione dall'esterno, esercitata dal focolaio iperplastico pulmonare sulla parete bronchiale o finalmente per sviluppo cianotico di connettivo intorno ai bronchi, o nel parenchima con rispettivi stati atelettasici.

Il fenomeno dal collasso selettivo è subordinato a tre fattori: la relativa soggiacenza del fattore dinamico dell'ispirazione nel polmone in collasso; localizzazione della affezione ad un lobo pulmonare o parte di esso, od a destra su uno o due lobi o parte di esso; forma anatomo-patologica della malattia, e come più favorevole lo studio iniziale della tubercolosi essudativa fin quando non si abbia degenerazione dell'essudato. La partecipazione dei polmoni in collasso al processo respiratorio non dipende assolutamente dal volume di gas introdotto, ma solo relativamente, in quanto resti negativo nell'inspirazione il fattore pressione intrapleurica.

Sulla base di parecchie osservazioni sulla comparsa del fenomeno «col-

Digitized by Google

lasso selettivo » e della minima compartecipazione delle parti affette al processo della respirazione; e sopratutto la possibilità di ottenere un collasso completo delle parti affette, ed uno relativo delle parti sane, e secondo l'A. alla concezione ed attuazione dello pneumotorace selettivo ideale. Il quale favorendo il collasso completo delle parti affette, non resta punto meno efficace dello pneumotorace completo.

Un caso di infezione da aspergillus versicolor.— E. E. Steele. *Boston Medic. Surgic. Journ.*, vol. 195, n. 11.

Il caso riferito è in persona di un operaio di 57 anni, di razza bianca. Ha avuto da molti anni lesioni cutanee-papule desquamanti sparse su tutto il corpo: lesioni durate per anni, guarite parzialmente e riprodottesi.

Ha avuto anche alcuni anni fa un ascesso nel cavo ascellare sinistro apertosi spontaneamente, un altro ascesso inciso tre mesi prima in ospedale e un altro segnalato da due mesi e che si è aperto da poco spontaneamente. Sulla fronte presenta numerose papule di diametro vario da 1 mm. a 1 cm. irregolarmente disseminate, e una lesione indurita lunga 5 o 6 cm. color rosso porpora.

La pelle di tutto il corpo è secca; sull'ascella sinistra vi è un'area desquamante di 4 cm. di diametro. Altre aree desquamanti sono alle natiche alle cosce, al collo. Al collo un seno aperto da cui fuoriesce materiale denso siero-purulento. Altri tre seni a sinistra dello sterno. Tutta la parete toracica a sinistra e anteriormente è rossa e indurita. Gangli cervicali e inguinali ingrossati. Alla metà superiore sinistra del torace vi è una relativa ottusità e rantoli sonori, così pure si sentono pochi rantoli all'apice destro. Il paziente ha da sei mesi tosse ed espettorato. All'esame radioscopico una marcata opacità nella metà sinistra del torace, a ventaglio, intorno all'ilo. I movimenti respiratori da questo lato sono limitati.

Un pezzo di tessuto preso dall'ascella dimostra un processo infiammatorio cronico con cellule giganti e plasmacellule. Esclusa la forma tubercolare. L'espettorato e il pus degli ascessi mostrano dei filamenti come di struttura fungosa.

Fra varie culture tentate si è avuto esito positivo in quelle su patata e su terreno con maltosio di Sabouraud. Le culture dopo un certo tempo mostrano dei filamenti che terminano ad ovoide con intorno numerose spore raccolte a grappolo.

L'inoculazione negli animali (cavie o topi) non ha dato esito, ma l'A. ritiene poter affermare l'azone patogena del germe in base al reperto microscopico. E' riportato anche un dettagliato studio morfologico del germe stesso.

Pseudotubercolosi polmonare? — C. Bartolotti. *La Radiologia Medica*, fasc. IV, 1927.

L'A. riferisce il caso di un infermo, nel quale l'esame obbiettivo rivelava: segni di una modesta infiltrazione attiva dell'apice del polmone sinistro, sclerosi dell'apice destro, esiti di pleurite basilare bilaterale; la radiografia confermava i segni semeiotici ora detti.

L'esame dell'espettorato, però, invece delle comuni forme del bacillo di Koch, mise in evidenza numerosissime forme filamentose di spessore presso a poco corrispondente a quello dei bacilli tubercolari e, come questi, acido-resistenti, raggruppate in ammassi composti di un numero vario di elementi, oppure isolate, di lunghezza 3-4 volte maggiore di quella di un b. di Koch e con una o più nodosità lungo il loro percorso.

Ripetuto l'esame dell'espettorato circa un mese dopo, tali forme parassitarie non furono più rinvenute, nè l'iniezione nella cavia del materiale sospetto, prelevato in questo secondo periodo, potette far dimostrare un'etiologia tubercolare dell'affezione.

L'A. presume che in questo caso si tratti di un processo pseudotubercolare ed escluse come causa la sifilide, l'echinococcosi, l'actinomicosi, la streptotricosi, l'amebiasi, la spirochetosi del Castellani, ecc. ferma l'attenzione sulla moniliasi e sulla nocardiosi del polmone. Contro l'idea di una moniliasi in questo infermo, parlano la bilateralità delle lesioni, la loro sede prevalentemente apicale, l'assenza di febbre e di odore fetido dell'espettorato; l'A. perciò propende per la diagnosi di una nocardiosi polmonare. Questa affezione ha una prognosi infausta a breve scadenza. Nell'infermo riferito, invece, la malattia dura almeno da cinque anni. Perciò la diagnosi resta piuttosto incerta.

La idroepatosi (dilatazione dei dotti biliari).— Counseller e Mc. Indol. *Surgery, Gynecology a. Obstetrics*, vol. 43, n. 6.

Sebbene da tempo conosciuto l'effetto di stati ostruenti le vie biliari sul parenchima epatico, i tentativi di darne la migliore dimostrazione sono di data recente; e particolarmente dovuti ad Hinman, Morrison, Brown, con una tecnica alla quale Counseller e Indol hanno apportato perfezionamenti. Nella Fondazione Mayo questi AA. hanno potuto usufruire di 26 casi, nei quali grazie alla tecnica che qui oltre è riassunta, si è potuto avere una specie di *moulage* delle vie biliari. Risulta in dieci casi di fegato normale il dotto epatico comune non superare 5 mill. di diametro interno, che nelle branche successive va riducendosi fino a 0.05 millimetri nel quinto ordine.

Su otto altri organi, nei quali la colecisti conteneva calcoli non sospettati, sette casi presentarono un generale slargamento dei dotti, per modo che il dotto epatico comune presentasse un diametro oscillante fra 6,5 ed 11,5 mill. La dilatazione era tanto più cospicua quanto più intensa la compartecipazione della colecisti, al processo.

Nel caso in cui mancava dilatazione, la colecisti conteneva tre piccoli calcoli, ma si presentava di aspetto normale. In tre casi nei quali erasi già praticata per colecistite calcolosa l'ectomia, 8-9-10 giorni avanti il decesso si trovò sempre dilatazione; senonchè questa era leggermente manifesta in un caso nel quale erasi constatata una fistola interna, all'atto operatorio, tra la cistifellea ed il colon.

In cinque fegati nei quali si erano reperate stenosi, tra benigne o maligne del dotto comune, l'entità della dilatazione era diffusa, e nel dotto comune la si calcolava tra 10-30 mill.

Il processo interessava i vari ordini fino al quinto, delle branche. Quanto più accentuata, e di più lunga durata la ostruzione, tanto più avanzata l'alterazione dei diametri e tanto più brusca la transizione dalle branche dilatate ai filamenti terminali.

L'atrofia concomitante del parenchima epatico risulta dalla compressione esercitata dai dotti dilatati, dalla ostruzione al flusso portale esercitata da cotesta pressione biliare, e dalla rapidità con la quale l'infezione è favorita dalla stasi sanguigna.

A codesta condizione di cose sembra adeguata la designazione di «Idroepatosi». La tecnica di questa ricerca, essendo molto minutamente descritta dagli AA. eccone le principali linee. Quanto più precocemente consentito, si asporta dal cadavere l'intero fegato con il diaframma, e quanto più si può di vena cava inferiore e superiore. Rispettare assolutamente la capsula del fegato. Mediante cannule introdotte sia nelle vene, sia nel dotto comune, quindi raccordate a tubi di gomma, il fegato è immerso in un bagno di acqua ghiacciata. Si stabilisce una corrente anch'essa ghiaccia per espellere lentamente, ma di continuamente la bile ristagnante in tutto il sistema.

Un complesso dispositivo di bottiglie intercomunicanti e regolate da un manometro a mercurio, viene connesso da una parte con l'organo, dall'altra con un serbatoio. La massa da iniettare è costituita da soluzione di celluloide in acetone.

La soluzione jodo-jodurata di Lugol nel gozzo esoftalmico. L. Cole, St. Thomas Hospital, Londra. *The Lancet*, 16 aprile 1927.

L'A. ha sperimentato in numerosi casi di vero gozzo esoftalmico la soluzione iodica di Lugol (soluzione acquosa di iodio al 5 % e di ioduro potassico al 10 %) ed ha ottenuto favorevoli risultati. Già dopo due settimane dall'inizio del trattamento egli ha visto regredire i sintomi dell'affezione ed ha notato talvolta il progredire di questo miglioramento anche dopo la sospensione della cura.

Il peso del corpo aumenta; il metabolismo basale viene ricondotto ai suoi limiti normali, nello stesso tempo che aumenta la tolleranza verso gli idrati di carbonio.

L'A. ritiene che 5-10 minime (cmc. 0,29-0,59) di questa soluzione, somministrate tre volte al giorno, siano sufficienti alle esigenze terapeutiche. Consiglia però di iniziare la cura con dosi un po' maggiori e quindi gradualmente portarsi verso quella di cmc. 0.30, tre volte al giorno, come quella che viene meglio tollerata e che può venire somministrata anche per mesi senza tema di inconvenienti di sorta.

Anche però in questo metodo di cura occorre sorvegliare attentamente i pazienti e sospendere il trattamento non appena si notano fenomeni di eccitabilità. Una tiroide anormalmente compatta e dura, una sintomatologia nervosa eccezionalmente grave, e una diminuzione considerevole del peso costituiscono dei fenomeni, che, verificatisi nelle prime settimane di cura in taluni soggetti che più risentano l'azione dell'iodio, stanno ad indicare che il trattamento con l'iodo di Lugol non è esente, in quei casi, da pericoli.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Anestesia da ossido nitroso. — C. Healey. *The Brit. Med. Journ.* n. 3424.

L'A. riferisce il caso di una bambina di 14 mesi, che affetta da ascesso sotto-mentoniero, fu sottoposta ad una preoperatoria anestesia con ossido nitroso. Ma ancora prima che questa fosse terminata si manifestò un grave stato epilettico. Bagni caldi e clisteri salini e glucosati non bastarono ad alleviare i sintomi. Furono estratti 15 cc. di liquor sotto pressione; furono somministrati per bocca 5 gr. di cloretone.

Due giorni più tardi si potè procedere all'intervento operatorio sull'a-

Digitized by Google

scesso. Continuando la cura con cloretone, lattato di calcio e glucosio, l'inferma migliorò e fu dimessa dall'ospedale dopo pochi giorni.

Nuova tecnica per operare il velo palatino negli interventi naso-faringei.— Samengo. *La Semana Medica*, n. 13, 1927.

Con 12 figure, la più parte schematiche, l'A. descrive la propria procedura. Eccone un riassunto possibilmente chiaro.

Quando il tumore è di modiche proporzioni, si fa strada rialzando il velo pendulo con tubo di gomma passato attraverso le narici, ed annodato sopra gli incisivi.

Quando non sia possibile l'A. ricorre al suo immobilizzatore linguale, alla cui massa superiore è annesso un elevatore del velopendolo, rivestito di tessuto.

In altra circostanza l'A. scinde il velopendolo ricorrendo ad una personale tecnica, grazie al suo istrumento «suturatore», mediante il quale elevando il velo con un filo di seta passato attraverso l'estremo inferiore dell'ugola, si esercita una lieve trazione per modo da completamente rialzarlo, portando tra gli incisivi la seta, e su quelli superiori annodandola, senza con ciò arrischiare alcun danno ai denti medesimi. Mediani o laterali, gli incisivi possono facilmente tollerare la trazione.

Il modello di suturatore dell'A. compendia in uno tre dispositivi: una pinza, un portafilo ed uno porta-aghi. Annesso a quest'ultimo trovasi un pezzo articolato che agisce da piano di resistenza per agevolare la retrocessione e la salita dell'ago. Grazie a questa complessa disposizione si può rapidamente eseguire i vari atti necessari al collocamento di un punto di sutura intracavitaria, con eccezione dell'atto finale di annodamento. Altra caratteristica del suturatore è l'automatica montatura dell'ago mediante la seta che sostiene il porta filo, e condurla attraverso i piani dell'incisione. D'altra parte il suturatore può esser modellato sulla pinza diversamente: retta, curva, a gomito; ad articolazione semplice o duplice, i cui rami terminali si aprano di dentro in fuori o viceversa. L'ago fissato ad una delle branche del suturatore, ha cruna aperta, e fa angolo retto con l'asse della pinza. Quando l'ago che ha infisso i piani dell'incisione retrocede, va a montarsi con la sua cruna aperta sul portafilo, e la seta prende senza difficoltà grazie al suo piano di resistenza anzidetto. Il portafilo opportunamente foggiato, e fornito di seta o catgut, viene portato dalla branca contrapposta. Sul manico della pinza si vede inoltre un dispositivo indispensabile a reggere la seta in una tensione necessaria al compimento della operazione.

Preparato il suturatore, anestesizzato il campo mercè spennellatura di cocaina 10 % ed infiltrazione di novocaina 1 %, si pinza l'estremo inferiore dell'ugola. Premendo sulle branche del suturatore si trapassa l'ugola con l'estremo del portaghi; si aprono le branche; il filo resta così incruentato, passato, portato fuori per annodarne i capi, come si è detto.

Il contegno della secrezione cloridrica dello stomaco in seguito ai varî modi di scontinuità dei nervi vago-simpatici. — Foà, Clinica Chirurgica, Modena. *Gazzetta Internazionale Medico-Chirurgica*, 9, 1927.

Queste minute osservazioni provengono dalla scuola del prof. Schiassi; e come è riassunto dal titolo, si possono dire corollario della chirurgia gastrica, sostenuta con fervore, dal noto chirurgo italiano. Partendo dai postulati fondamentali di fisiologia della secrezione, cioè dal concorso di tre elementi: 1. Contenuto clorurato del sangue (sodio ed ammonio); 2. Apparato ghiandolare della mucosa gastrica; 3. Ordegno nervoso eccitosecretore della secrezione gastrica, chiaro è che nei pazienti presi a studio dall'A. dopo l'intervento notissimo dello Schiassi, lo stomaco trovavasi privato di una parte della sua innervazione, epperò anche di uno degli elementi più essenziali alla secrezione medesima. Gli operati studiati mostrarono accentuata diminuzione della acidità. Restava a chiarire dunque con quale meccanismo avesse agito la scontinuità.

In uno dei pazienti, per l'ulcera duodenale, erano stati scontinuati i nervi pilorici, quindi quelli decorrenti lungo la piccola curvatura, circa in corrispondenza del suo tratto medio; poi con incisione circolare al corpo dello stomacoo, interessata una parte dei nervi decorrenti nella spessezza della parete gastrica. Con ciò dunque veniva riaffermato il concetto della funzione eccito-secretiva attribuita alle fibre del vago. Intanto non è da escludersi che la diminuzione della secrezione cloridrica sia dovuta tanto alla interruzione di dette fibre secretrici, quanto al benefico effetto sullo stato ulceroso, guarito il quale si sarebbero soppresse le stimolazioni riflesse con risultato ipersecretivo. Peraltro sono note le ricche anastomosi vago-simpatiche nei nervi pilorici, emanazione del plesso epatico.

Nel secondo caso le due sezioni dell'ordegno nervoso vegetativo dello stomaco, essendo state anche più accentuatamente scontinuate, l'effetto depressivo-secretorio risultò anche maggiore. D'altra parte premesso che la secrezione cloridrica degrada dalla porzione cardiale verso quella mediana dello stomaco, per ridursi nullo nella sezione pilorica, è da ritenere che le resezioni nervose quanto più alte verso il cardias, tanto maggior parte di apparato gastro-ghiandolare fosse sottratto alla innervazione vagale.

Confortando l'osservazione clinica con esperienze di laboratorio, si può anzitutto notare che la diminuzione della cloridria post-operatoria durava anche a distanza di 1 1/2 anno. Le scontinuazioni vagali o vago-simpatiche sui cani, hanno mostrato: che la recisione della sezione simpatica ha per effetto un aumento di secrezione cloridrica; viceversa forte diminuzione nella secrezione cloridrica dopo la recisione della sezione vagale. Recise ambedue le sezioni, si ha modica diminuzione della secrezione cloridrica. Questo complesso di esperienze viene dunque a rafforzare, con documentazioni, e con analisi critica, l'indirizzo biologico o di chirurgia fisiologica apportato e comprovato con magistrali trattazioni dallo Schiassi, più volte riassunte in queste colonne.

GINECOLOGIA

Un nuovo dispositivo per lo studio della insufflazione tubarica. — A. Rubinstein. *La Semana Médica*, 10 giugno 1926.

L'insufflazione tubarica per la diagnosi di sterilità nella donna non si è generalizzata nella pratica corrente a causa delle difficoltà tecniche e dell'elevato costo degli apparecchi.

L'A. presenta lo schema di un dispositivo semplice e pratico che riesce ad eliminare ogni inconveniente.

L'apparecchio adoperato consta di: uno sfigmo-oscillo-manometro di Pachon a cui è stato soppresso il braccialetto.

Afferente al manometro è un insufflatore la cui cannula presenta tratto tratto dei piccoli ammassi di cotone che servono a trattenere le impurità dell'aria immessa. Efferente dal manometro è un tubo a pareti rigide che si continua con una cannula intrauterina di Braun.

A 5 cm. più o meno dalla sua estremità uterina la cannula attraversa un tampone conico di gomma, destinato ad otturare l'orificio esterno del collo. La tecnica dell'operazione è semplicissima: si colloca la paziente in posizione ginecologica e, previa asepsi degli organi genitali, si introduce lo speculum e si prende il labbro superiore della bocca uterina con una pinza adattata. Si introduce quindi l'isterometro che indicherà la grandezza dell'utero e la sua posizione. Fatto ciò, si introduce il più profondamente possibile la cannula nella cavità uterina e la si fissa alla pinza suddetta, per mantenere i due strumenti in stretta relazione di reciproco sostegno. Si insuffla quindi aria e si ascolta nelle zone ovariche dell'inferma.

Se la prova del Rubin è positiva, si ascolterà un rumore caratteristico quando la pressione segnata dal manometro oscilla fra 100 e 200 mm. di Hg.

L'assenza del rumore caratteristico, quando tale pressione è stata raggiunta, indica impermeabilità tubarica.

DERMATOLOGIA

La dermatocalasi. — H. Fuhs, Clinica Dermatologica dell'Università di Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 46.

La dermatocalasi, detta altrimenti dermatolisi (Alibert), pachidermocele (Mott), calazodermia (Bazin), calodermia (Kétly), calasodermia (Weber) è una affezione cutanea piuttosto rara, contrassegnata da un'anormale distensione e rilassamento della cute, nonchè da formazione di rughe o di pliche cutanee in diverse parti del corpo.

Quando si può eseguire una biopsia si constata un assottigliamento del tessuto adiposo sottocutaneo, e spesso anche alterazioni nello strato elastico, nelle fibre collagene e negli strati più profondi, che insieme all'edema infiammatorio contribuiscono a dare alla cute l'aspetto vizzo caratteristico.

Le parti del corpo che possono essere colpite da tale affezione sono le più diverse: viso, palpebre (in questo caso si parla più specialmente di blefarocalasi), collo, petto, addome, dorso e genitali; più raramente nella regione delle natiche e lombare, sulle braccia e sulle gambe.

Pare si tratti di disturbi trofoneurotici o vasomotorii, probabilmente congeniti.

La radioterapia radicolare del lichen planus. — A. Zimmern e P. Cottenot. *La Presse Médicale*, n. 36, 1927.

Col nome di radioterapia radicolare gli AA. indicano il metodo di irradiazione Roentgen consistente nel dirigere i raggi X sulla regione di emergenza dei nervi, anzi che sulla loro regione periferica d'innervazione. Con tal metodo hanno già trattato, e con successo, molte nevralgie essenziali e certi pruriti ribelli. Partendo ora dal concetto che nel lichen planus il sistema nervoso deve essere interessato nella sindrome morbosa — come dimostrano la disposizione talora simmetrica delle lesioni del lichen, la distribuzione di esse altre volte seguendo le diramazioni periferiche dato nervo, la modica linfocitosi e peralbuminosi del liquor riscontrate qualche volta nel lichen — gli AA. hanno tentato di applicare al lichen la radioterapia radicolare.

Digitized by Google

In un caso di lichen circoscritto alla faccia interna della coscia destra, dopo due applicazioni Roentgen si è avuto guarigione completa; le sedute radioterapiche possono essere eseguite tutti i giorni, irradiando la regione rachidiana corrispondente alle lesioni e con una dose di 1-1 1/2 H ad ogni seduta, con raggi di media penetrazione e con un filtro di alluminio di 3-4 mm.

Circa i risultati terapeutici poco buoni ottenuti da altri Autori anche con la radioterapia, gli AA. della presente pubblicazione credono che debbano attribuirsi alla tecnica d'irradiazione diversa (dosi troppo forti) da quella da essi adoperata; in ogni caso, miglioramenti e peggioramenti dimostrano che la causa del lichen deve attribuirsi ad un elemento nervoso, sia esso rappresentato dai rami superficiali del simpatico (Gouin) o dal midollo stesso (Pautrier) o dalle radici spinali posteriori, come gli AA. ritengono.

UROLOGIA

Cateterizzazione dei dotti ejaculatori. — Bolnik in Chicago. *Surgery, Gynecology a. Obstetrics,* vol. 42, 5, 1926.

Duplice lo scopo di questa cateterizzazione: terapica cioè, e diagnostica. Iniettando le vescichette seminali attraverso il dotto eiaculatore, in 50 esperienze praticate, su 29 saggi post-mortem, si potette 8 volte dimostrare la penetrazione forzata del liquido nel deferente. Senonchè in alcuni casi la delicatezza dei dotti eiaculatori era tale da rendere impossibile la espressione delle vesciche seminali. C'è poi un numero di casi, peraltro esiguo, nei quali fu difficile localizzare l'ampolla del vaso deferente attraverso il dotto eiaculatore.

In complesso la procedura per questo cateterismo degli eiaculatori è ben più difficile e fallace di quanto si creda. Penetrato attraverso l'eiaculatore il liquido giunge piuttosto alle vescichette anzichè all'ampolla vasale. L'ampolla del vaso deferente può non comunicare direttamente con il dotto eiaculatore, interessando il colletto della vescica seminale. Soltanto in un eccezionale numero di casi riesce possibile cotesta localizzata penetrazione di liquido; mentre le manovre consigliate per il buon impianto dell'ago nel vaso deferente, sogliono venir meno, anche perchè manovre alla cieca. Pertanto anche ai fini terapici, essendo coinvolta dal processo anche l'ampolla, non si può fare molto assegnamento sulla procedura.

La tecnica per l'introduzione di soluzione 50 % ioduro o bromuro di sodio, è dunque incerta e se mai richiede un delicato e lungo esercizio, senza tuttavia costanza di risultati, per le difficoltà anatomiche intrinseche.

Caso di tubercolosi renale bilaterale guarito con la cura tubercolinica. — Zeri, Ospedale Avezzano. *La Clinica Chirurgica,* 3, 1927.

Le ripetute nostre analisi degli studi attuali sulla tubercolosi renale, hanno largamente fornito ai lettori lo *statu quo* della discussione: cioè se dare preminenza al trattamento operatorio, ovvero a quello tubercolinico. Si sa infatti che ci sono autorevoli sostenitori così dell'indirizzo interventista come di quello astensionista. Tra i fautori della cura tubercolinica c'è p. es. Liebermeister il quale commenda la cura precoce anche nelle forme ulcerose; anche un contributo di 70 casi del Mantoux con 24 guarigioni, 33 miglioramenti. Sarebbe eccessivo l'elenco dei contrapposti fautori.

Senonchè la discussione resta di per sè stessa attenuata od assopita allorquando si sia innanzi alla tubercolosi bilaterale conclamata.

L'A. ha avuto l'opportunità di trattare durante quattro anni, mediante la terapia specifica cinque infermi di tubercolosi renale, due volte bilaterale e tre volte unilaterale. Lieve miglioramento presentarono questi ultimi dalla cura tubercolinica; tuttavia non così rassicuranti da far rinunziare alla nefrectomia. Furono dunque associate: cura specifica e cura chirurgica.

Di due ammalati di tubercolosi bilaterale, uno in condizioni discrete, ottenne miglioramento, non guarigione. Un altro che iniziò la cura quando trovavasi in stato di grave deperimento, dopo varie oscillazioni giunse a guarigione completa, controllata con tutte le reazioni biologiche. La guarigione dura da tre anni in questo caso, del quale l'A. fornisce la storia minuta. Dal complesso e ripetuto esame risultò diagnosi di tubercolosi renale bilaterale, più grave a sinistra, senza altre manifestazioni specifiche in atto, e con lesioni secondarie a carico della vescica. Venne deciso di curare l'ammalato con iniezioni sottocutanee di emulsione bacillare. Si prescelse questa emulsione perchè essa nei febbricitanti consente un più rapido abbassamento della curva termica, con reazioni meno violente, mostrando tuttavia un più rapido aumento del potere agglutinante. Inizio della iniezione con 1/10 di milionesimo di grammo di emulsione bacillare progredendo di 1, 2, 3, 5, 8 dec. mil. e poi di 1, 3, 4, 5, 8 milionesimi. In 8 mesi si salì dal decimo di milionesimo sino a 10 milligr.

L' elettrocoagulazione nel trattamento di certe uretriti croniche inveterate. — Sacchi. *Archivio Italiano di Urologia,* fasc. IV, 1927.

Le osservazioni che l'A. è andato raccogliendo, anche dopo la sua pratica urologica nell'ospedale Necker, confermano che la littrite è spessissimo la causa della permanenza del gonococco nell'uretra, e del cronicizzarsi di una blenorragia. E' uno stato di cose che finisce per esaurire la costanza del sanitario e del paziente, attraverso tutti i vari rimedi più in voga. Sebbene l'esame uretroscopico, particolarmente nella littrite recente, poco o punto sia confortante o decisivo, il processo più profondo, cioè di infiltrazione embrionale intorno alla ghiandola ed al suo condotto escretore, ha la sua importanza, provocando la obliterazione che trasforma la ghiandola in una piccola cisti. Se anche la suppurazione non invada le ghiandole, l'incisione si conviene a far risolvere l'infiltrazione periglandolare.

Pertanto fra vari modi diretti a codesto scopo, crede l'A. spetti la preferenza alla elettrocoagulazione sotto il controllo della vista.

Tecnica semplice: attraverso un tubo da uretroscopio a visione diretta, sia quello del Luys o di altri, si ricercano gli orifici delle ghiandole e delle lacune, le vescichette translucide, le quali indicano la trasformazione di una ghiandola in cisti. Si applica su di essi l'estremità di una sonda da diatermia, ovvero di un altro elettrodo uretrale, che abbia una superficie attiva di 2 mill. circa; si lascia passare una corrente intorno ai 200 milliampères, e si lascia agire per qualche secondo. Nel punto di applicazione si forma una piccola escara biancastra, che in seguito cadrà, provocando la larga apertura della ghiandola, o della lacuna infiammata, che sarà allora facile disinfettare. L'applicazione della corrente di Arsonval sotto form di elettrocoagulazione, ha anche un'azione efficace per risolvere l'infiltrazione periglandolare.

La diagnosi dell' ematuria. — Girling Ball, London. *The Lancet,* 5 marzo 1927.

L'A. se ne occupa in una «Hunterian Oration». Si impone l'indagine immediata per cominciare dal chiarire l'origine: può esser constatato un ingrossamento renale; può un nodulo testicolare indurre ad intuire la tubercolosi delle vie urinarie; un ingrossamento prostatico lasciar pensare ad un processo maligno o benigno. Di coteste ed altre condizioni l'ematuria può essere segnale od esponente.

La cistoscopia durante l'emorragia ha segnato due fasi: se un tempo si richiedeva la chiarificazione del contenuto vescicale *conditio sine qua non,* più tardi si è ovviata alla difficoltà mediante il cistoscopio cateterizzante. Se la ematuria è di origine vescicale questa tecnica ne rende ragione, o magari lascia intuire, o ancora attendere un periodo di quiescenza. La constatazione della provenienza del sangue dall'uno o dall'altro uretere, è a sua volta un indirizzo alla diagnosi di sede, restando subordinato ad ulteriore cistoscopia la differenziale constatazione della natura del processo, specie quando i caratteri anatomici dell'eventuale lesione vescicale, forniscano dati riconoscibili.

La radiografia preliminare è di indiscutibile importanza, perchè guidata dal maggiore discernimento. Giacchè è noto non bastare la constatazione di ombre nella regione renale per asserirne la spettanza a calcoli. Sebbene non di rado sullo stesso piano radiografico possono presentarsi ombre che a rigore spettano a calcoli biliari, è la coincidenza di tali ombre con l'ematuria un dato favorevole alla calcolosi renale. E' consigliabile nel dubbio, ricorrere alla visione stereoscopica. Corpi estanei nell'appendice, calcificazioni adeno-linfatiche lungo l'uretere o nel mesentere, possono al radiologo poco perspicace, offrire sorgenti di errore. La mobilità di queste ombre non è favorevole alla calcolosi. Che se si voglia anche ammettere un rapporto eventuale fra lo stato ghiandolare e l'ematuria, non si tratta in questi casi di ghiandole calcificate, sibbene in piena evoluzione flogistica.

Dimostrata la presenza di ombre renali, si ha da risolvere la diagnosi differenziale. Conviene addizionare alla semplice radiografia l'introduzione di materiale opaco nell'uretra.

Insorgono talora in questa altre difficoltà: può non avanzare la candeletta, o magari rimuovere il calcolo e sorpassarlo, il che già depone per la natura dell'ostacolo. Ma non si esclude che ghiandole calcificate periureterali aderenti, sebbene di rado, possano ostacolare il passo alla candeletta. Se la massa opaca passa, può indurre dilatazione ureteropelvica e mascherare l'ombra di calcoli. Conviene allora tener conto dei contorni dell'ombra e delle distanze che possano intercorrere tra esse e la parete ureterica.

Ma il calcolo, sospetto come fattore di ematuria, può essere translucido; sebbene non frequente caso perchè si tratterebbe di puro acido urico.

Digitized by Google

Ripetendone la ricerca si riesce talvolta nella constatazione. Nondimeno sono queste le contingenze nelle quali si prendono in considerazione, specialmente dalla pielografia, rilievi complementari. Dilatazioni dei calici, alterazioni della parete pelvica. Risultati pielografici di ostruzione ureterica o pelvica, concomitanti lo stato idronefrosico si associano spesso con mobilità ed ectopia renale. Del resto anche concrezioni calcari di ghiandole aderenti all'uretere ed appendice, possono coesistere con ematuria, presumibilmente dovuta a congestione della mucosa.

L'ematuria può talora essere il solo segno di neoplasma renale, il che è anche più suggestivo, allorquando l'emorragia viene da uno degli ureteri. Quando questo rilievo difettasse il semplice esame radiografico sarebbe insufficiente, mentre dalla pielografia può aversi qualche norma in quanto alle deformazioni dei calici, ed alla irregolarità bizzarra dell'ombra, che può tenere a vegetazioni villiformi.

Nelle forme di ematuria a fondo infettivo la ricerca, e specialmente la presenza di stafilococco piogene, accenna con la sua presenza alla produzione di infarto renale.

La tubercolosi offre campo a non pochi quesiti da risolvere, come provenienza del sangue specie quando la cistoscopia non fornisca bastevoli caratteri di lesioni specifiche viscerali. Anche se non sempre positiva la ricerca bacillare, è sempre da consigliare la raccolta del contenuto ureterico, per sottoporlo all'esame citologico; e finalmente da non trascurare il saggio biologico dell'inoculazione.

Finalmente infezioni non tubercolose, a prevalenza di origine ematogena, il cui primo focolaio è forse tonsillare vengano tenute presenti nel caso di ematuria, tanto più che non mancano esempii di completa guaribilità, nonostante che il solito bilaterale e diffusa sia l'affezione. Come che sia è importante di sapere distinguere se si tratti di lesione ostruente, perocchè è di grande interesse conoscere l'eventuale associarsi di rene mobile, o di anormalità ureteriche.

L'ematuria essenziale od idiopatica è tuttora discussa.

Bisogna in tale dubbio far tesoro dell'opera concorde della cistoscopia, della radiografia, del patologo come del chimico, prima di aver risposto con ponderazione. La questione è tanto più delicata in quanto non di rado si procedette asportando qualche rene, la cui ricerca anatomica non mostrò lesioni di sorta.

OTORINOLARINGOIATRIA

Cisti congenite intra-tonsillari. — H. Zubizarreta. *La Semana Mèdica*, 29 luglio 1926.

In alcuni preparati istologici dell'amigdala l'A. ha riscontrato formazioni cistiche profondamente situate, proprio nel parenchima glandolare, le quali per la costituzione della loro parete, come per i caratteri del contenuto, sono di origine embrionaria.

La regione faringo-buccale e la parte anteriore del collo sono le regioni dove con più frequenza sono state constatate inclusioni embrionarie. Queste possono restare per un tempo indefinito nel loro stato iniziale, finchè stimolate in qualche modo, si moltiplicano, si organizzano, dando luogo a formazioni distinte, che conservano alcune caratteristiche che fanno riconoscere la loro origine comune.

Considerata embriologicamente, l'amigdala palatina è un organo in cui ectoderma e mesoderma si compenetrano a vicenda, mediante prolungamenti che si affondano dall'uno nell'altro foglietto e che lasciano fra loro degli spazi in cui si trovano i follicoli.

E' in questo labirinto di tessuti eterogenei, in parte destinati a scomparire, che si incontrano quei resti embrionari capaci di dare origine alle cisti congenite intra-tonsillari.

La parete di queste è costituita da due strati: uno interno, che tappezza la cavità cistica, con tutti i caratteri dell'epitelio pavimentoso stratificato; e uno esterno, l'avventizia, che si confonde col tessuto connettivo ambiente.

La partecipazione di queste cisti alla patologia dell'amigdala è praticamente nulla, perchè rare volte dànno luogo ad una sintomatologia che ne faccia sospettare l'esistenza: nel più dei casi sono state riscontrate in esami anatomo-patologici eseguiti a diverso fine.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Seduta del 21 Gennaio 1927

Presid.: prof. I. Clivio

Maragliano V. *Le idee direttive della Radiumterapia.* — L'O. comunica anzitutto all'Accademia Medica il munifico dono fatto dalla Rotary Club di Genova agli ospedali Civili di questa stessa città consistente in 201 mmgr. di Radium elemento mettendo in evidenza tutta la importanza scientifica ed umanitaria del nobilissimo atto del Rotary Club.

Prende poi in esame la questione delle relazioni che intercorrono nella pratica Radiumterapica fra Radiologi chirurgi e specialisti.

Sostiene il suo punto di vista che è opportuno che la Radiumterapia venga eseguita in centri speciali per la cura del cancro la cui direzione deve essere tenuta nel modo migliore da un radiologo colla collaborazione di chirurgi e di specialisti.

Segale G. C. (Ospedali Civili). *Tecniche Radiumchirurgiche.* — Riassunti brevemente i criterii che sono oggi seguiti nel trattamento dei tumori con il radium, vengono riferite alcune tecniche radiumchirurgiche, e alcuni metodi di trattamento, che per iniziativa del prof. Vittorio Maragliano, e per invito dell'on. Amministrazione degli Ospedali Civili col dott. A. Vallebona si sono potute apprendere direttamente in alcuni Istituti del Radium in Belgio, e in Francia.

Vallebona A. *Lo stato attuale della radiumterapia del cancro. Tecnica generale - Applicazioni esterne.* — Dopo avere brevemente accennato alle proprietà delle sostanze radioattive l'O. viene a parlare delle leggi fisiche che governano la tecnica radiumterapica (legge del quadrato della distanza, assorbimento e filtrazione; irradiazione diffusa ed irradiazione secondaria).

Considerndo poi le leggi biologiche che regolano la tecnica dice che il concetto attualmente ammesso di colpire la cellula neoplastica nel momento della sua massima radiosensibilità ci porta al trattamento continuo e di lunga durata. Viene poi a parlare del dosaggio; distingue un dosaggio diretto e un dosaggio indiretto.

Passa poi a considerare la tecnica delle applicazioni esterne. Descrive le varie tecniche per la costruzione degli apparecchi *moules* da applicarsi a permanenza; l'applicazione di questi apparecchi rappresenta un passo avanti nella radiumterapia del cancro.

Ed infine viene a parlare della gammaterapia profonda e ne descrive le varie tecniche proposte.

Seduta del 4 febbraio 1927.

Presid.: prof. G. Masini

Ricca S. *Illustrazione di un caso di tumore midollare operato.* — L'O. presenta un caso di tumore extra-midollare intradurale (endotelioma psomatoso) della regione dorsale superiore; operato dal Prof. Lusena all'ospedale Civile di Sampierdarena. L'a. presentava una grave paraplegia sensitivo-motoria; attualmente è molto migliorata. L'O. si sofferma ad illustrare la sintomatologia e accenna infine alle notevoli capacità reintegrative del midollo, quando la sindrome di paraplegia da compressione, per quanto intensa non sia di troppo lunga durata.

Gismondi A. *Pleuriti interlobo-mediastiniche.* — L'O. dopo aver dato un quadro esatto della sintomatologia di detta lesione, conclude che queste pleuriti interlobo-medianistiche e mediastino-interlobari come più comunemente sono denominate dai radiologi, sono quasi sempre espressione di una localizzazione di una infezione tubercolare. Egli crede che nella Clinica Infantile la loro frequenza sia molto probabilmente assai maggiore di quanto abtualmente non si ritenga, purchè si sappia ricercarle, sia coll'esame fisico, sia coll'esplorazione radiologica.

Giongo F. (Istituto di Clinica Chirurgica; R. U. Genova). *Note di tecnica pielografica.* — Considerati i danni ed i pericoli inerenti ai metodi finora usati nell'introduzione nelle cavità renali mezzi di contrasto a scopo pielografico l'O. propugna il controllo radiscopico del riempimento come artifizio atto ad eliminare qualsiasi inconveniente, e a favorire le migliori prese radiografiche.

Colle dovute cautele e controindicazioni la pielografia può praticarsi anche ambulatoriamente.

Usa l'ioduro di sodio, e propone una nuova presa sagittale del rene con direzione dei raggi secondo un piano frontale dell'organo.

Raffo. *I vantaggi della pieloscopia.* — La pieloscopia costituisce metodo semplice ed innocuo il quale non solo sostituisce ed integra tutti i metodi di valutazione della capacità pielica, ma studia a fondo le funzioni motorie dell'apparato pielo-ureterale. Inoltre chiarisce le relazioni fra cavità del rene, neoformazioni, ed organi vicini.

Consente l'esame dell'uretere senza particolari accorgimenti di tecnica, permette di scegliere il momento e l'orientazione migliore per la presa dei documenti radiografici.

Da ultimo chiarisce diagnosi dubbie ed aspetti pielografici falsi, co-

Digitized by Google

me l'O. comprova sulla scorta di esempi nei quali la pieloscopia ha fornito utili indicazioni d'agnostiche, prognostiche, e terapeutiche.

SOCIETA' DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 27 aprile 1927

Presid. prof. CIACCIO

Cannavò L. *Gli acidi grassi del testicolo dopo la splenectomia.*

Cannavò L. e Aragona F. *Variazioni del contenuto in grassi di vari organi in seguito alla splenectomia.* — Dalle ricerche riferite in queste due comunicazioni, gli OO. concludono che la splenectomia, mentre produce variazioni del contenuto in grassi della milza e del sangue non modifica la percentuale in grassi degli altri organi.

Ciaccio e Racchiusa. *Influenza del saccarosio sull'iperglicemia da destrosio.* Il saccarosio, anche a piccole dosi, è capace di inibire l'iperglicemia da destrosio.

Amantea G. e Martino G. *Morfinizzazione ed epilessia da eccitamento afferente nel cane.* — Se alla morfinizzazione del cane, che in genere è ben tollerata, si associa la strichnizzazione di un centro sensitivo motore cerebrale, resta favorito il fenomeno dell'epilessia da eccitamenti afferenti, pure in cani non predisposti.

Martino G. *Effetti dell'indrazione sulla glicemia alimentare nel colombo.* — La somministrazione di glucosio, nel colombo, determina un'iperglicemia maggiore dopo il digiuno che prima di esso.

Trimarchi G. *Influenza dell'argirolo sull'ipoglicemia sperimentale da insulina.* — L'argirolo, iniettato 15-90' dopo l'insulina, ne prolunga l'azione ipoglicemica; iniettato contemporaneamente all'insulina, l'ipoglicemia è tale quale si sarebbe avuta con la sola insulina.

Zagami V. *Modificazioni del tasso glicemico per effetto della strichninizzazione.* — La stricnina determina una modica iperglicemia, più spiccata con le piccole dosi (0,1 mmgr.) e raggiungente il massimo in un tempo vario, a seconda delle dosi, tra 15-60 minuti.

Il Segretario: dott. RACCHIUSA

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 27 marzo 1927

Presid.: Prof. R. STANZIALE

Susanna V. *Sul sinergismo sperimentale fra morfina, solfato di magnesio e giusquiamina.* — L'O., dopo aver ricordato i risultati di sue precedenti ricerche sul sinergismo d'azione fra morfina e ioscina, espone le ricerche da lui compiute sulla narcosi, sul cuore isolato di coniglio, sul respiro, adoperando morfina e solfato di magnesio morfina e giusquiamina, morfina e atropina, pantopon e le sostanze sopra dette. In base ai risultati ottenuti, conclude che fra morfina o pantopon e giusquiamina esiste sinergismo d'azione sulla narcosi e sul respiro. I risultati sono completamente negativi per l'atropina e solfato di magnesio, ed anche per la giusquiamina sul cuore isolato di mammiferi.

Colucci. Fa notare che i risultati ottenuti dall'O. trovano piena conferma in quanto si osserva nella pratica clinica. Il magnesio non rinforza l'azione della morfina e per la sua azione paralizzante sul sistema nervoso può scemare le sensazioni cenestetiche sgradevoli il senso di stanchezza, la sensazione di malessere, generando euforia.

Marfori. Comunica che sotto la sua direzione si sta studiando esaurientemente il problema del sinergismo dei farmaci, e che le ricerche dell'O. sono le prime fra quelle in corso.

Tesauro G. *Diabete e gravidanza.* — Riferisce su due casi di diabete pancreatico grave, con acidosi e denutrizione azotata, che migliorarono sotto il trattamento insulinico, tanto da portare a termine la gravidanza normalmente, partorendo nel primo caso un feto vivo e sano, nel secondo un feto morto durante il travaglio per causa contingente; in questo secondo caso vi era anche lue, ed i due trattamenti antiluetico ed insulinico furono fatti contemporaneamente. Il feto era bene e normalmente sviluppato. Le due madri hanno goduto dopo il parto ottima salute continuando la terapia insulinica.

L'O. discute l'azione dell'insulina sull'acidosi gravidica semplice e su quella diabetica, sia singolarmente, sia riunite nello stesso soggetto, e conclude che il diabete non può più costituire indicazione per l'interruzione della gravidanza, se non dopo avere sperimentato il trattamento insulinico. La gravida diabetica dovrà essere trattata come un diabetico da preparare ad un intervento operativo; si regolerà, cioè, la terapia e la dieta in modo che la glicemia sia nei limiti normali, ma, d'altra parte, che l'organismo si nutra bene, ripari alle perdite subite, si rafforzi realizzando anzi un bilancio materiale ed energetico attivo per sopperire ai bisogni costruttivi del feto.

Contrariamente a ciò che si verifica negli animali inferiori, il pancreas fetale non spiega azione vicariante nella deficienza del pancreas materno.

Marfori. E' d'opinione che il diabete dovrebbe continuare a considerarsi malattia del ricambio, perchè non tutte le forme di diabete derivano da disfunzione endocrina.

Gianturco, Stanziale. Chiedono chiarimenti sulle indagini fatte per mettere in luce una eventuale infezione luetica nelle inferme.

Pianese. Ricorda che la sifilide può produrre processi di sclerosi nelle isole di Langerhans, analogamente ai processi sclerotici che causa in altri organi. In tali casi il trattamento antiluetico non potrà mai giovare, trattandosi di alterazioni anatomiche che non regrediscono, nè si può in alcun caso parlare di rigenerazione degli isolotti di Langerhans.

Una eventuale funzione vicariante del pancreas fetale, se esistesse dovrebbe constatarsi, in base al reperto anatomico della esistenza delle isole. Tale funzione dovrà più facilmente trovarsi negli animali inferiori nei quali gli isolotti di Langerhans sono, proporzionalmente, in molto maggior numero.

Tesauro. Ricorda che la classificazione del diabete fra le malattie disormoniche è giustificata dal criterio etiopatogenetico, e che le forme che hanno altra origine non costituiscono diabete.

In uno dei due casi descritti vi era lue e la donna fu assoggettata al trattamento antiluetico. Questo, in ogni caso, potrà fare sparire una glicosuria ad etiologia specifica, ma non guarire un vero diabete secondario ad alterazioni morfologiche stabilitesi. Che il pancreas fetale produca insulina in quantità crescente dal 5° mese in poi è stato dimostrato da Paroli.

ASSOCIAZIONE MEDICI-CHIRURGI SPECIALISTI DI PALERMO

Seduta del 5 febbraio 1927

Presid.: prof. T. CIMINO

Cimino T. *Primi saggi di uro-pio-terapia delle infezioni non gonococciche nè tubercolari dell'apparato urinario.* — In 13 casi di infezioni dell'apparato urinario (cistite, pielonefrite ascendente, ecc.), prodotte da comuni piogeni l'O. ha iniettato a scopo terapeutico l'urina purulenta prelevata sul momento dal soggetto, previa ebullizione (dose mass. per iniezione di 2 cc.; iniezioni a giorni alterni fino a completare la serie di 10). In 5 casi (3 infezioni acute, 2 croniche) si è avuto guarigione (38 5 %); in 6 casi (cronici; 46 %) miglioramento sensibile dei fenomeni congestivi, dolorosi e notevole rischiaramento delle urine; in 2 casi (15,5 %), insuccesso. Tutti i casi acuti sono guariti. A parte la comparsa di reazioni locali e generali, le iniezioni sono sempre riuscite innocue. Tutte le prove sierologiche eseguite sono concordi nell'attribuire al complesso «urina purulenta» un valore vaccinico; quindi probabilmente l'azione dell'urina purulenta è duplice. immunizzante e proteinoterapica.

Ciulla M. *Contributo alla terapia dell'asfissia fetale con la lobelina.* — L'O. ha usato finoggi la iniezione di 1 mmgr. di lobelina (= alcaloide cristallizzato della lobelia inflata) in 13 casi di asfissia fetale pallida e uno di asfissia algida: tutti i feti furono rianimati rapidissimamente. Naturalmente non bisogna dimenticare di detergere contemporaneamente le vie respiratorie dal muco spesso in esse contenuto e di accertarsi che non sia assente l'attività cardiaca, nel qual caso si ricorrerà prima alla iniezione intracardiaca di adrenalina e poi, se è necessario, a quella di lobelina.

Lodato G. *Di talune alterazioni oculari nella tubercolosi polmonare.* — Le principali alterazioni oculari che, pur non essendo di natura tubercolare, si riscontrano con frequenza negli infermi di tubercolosi polmonare sono, secondo l'O., l'anisocoria, l'astenopia e la congiuntivite unilaterale. L'anisocoria spontanea, nelle forme di tubercolosi unilaterale è per lo più caratterizzata da midriasi in corrispondenza del lato affetto; tal'altra volta, l'anisocoria è solo svelata dall'instillazione di cocaina nell'occhio e quasi costantemente la dilatazione pupillare è allora maggiore dal lato del polmone malato. Nei casi di tubercolosi polmonare bilaterale, i risultati non sono concordi. L'anisocoria sembra dipendere da uno stato irritativo del simpatico cervicale, indotto dal processo tubercolare.

L'astenopia (stanchezza nella visione da vicino) si può addebitare alle tossine tubercolari, quando non esistono contemporaneamente vizi di refrazione che possano spiegarla. La congiuntivite, anche molto frequente, è caratterizzata da follicoli che, a differenza della congiuntivite follicolare, occupano i fornici congiuntivali, specie l' inferiore risparmiando sempre la congiuntiva tarsale.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

CASISTICA

NEFROPATIA GRAVE DA AVVELENAMENTO CON SUBLIMATO CORROSIVO E SUO TRATTAMENTO CON LE SOLUZIONI IPERTONICHE DI GLUCOSIO

per il dott. VINCENZO SCHIFANI
Maggiore Medico in A. R. Q. del R. Esercito

E' noto che l'ingestione e l'assorbimento di sublimato corrosivo nel corpo umano porta fatalmente con sè, a carico del rene, una nefropatia acutissima che culmina nel quadro clinico del Castaigne: anuria, coma, morte, per lo più senza che il malato presenti edemi nè segni di grande uremia.

L'intervento terapeutico per una sì grave affezione è stato finora scarso, ed unica possibilità era considerata la decapsulazione chirurgica del rene o la nefrotomia con drenaggio del bacinetto, mentre dei tentativi clinici di impiego di soluzoni isotoniche e ipertoniche di idrati di carbonio sono stati contrastati da tutta una serie sperimentale di studi che portano a conclusioni pressochè negative.

E' merito più che altro della scuola sperimentale medica italiana una mole di lavori svolti in quest'utimo trentennio e che han dato luogo a quelle applicazioni terapeutiche che vanno oggi sotto il suggestivo recente titolo di osmoterapia (Stejskal, Buerger, Hagemann) e che si riferiscono all'uso di iniezioni endovenose di soluzione ipertoniche di glucosio per provocare nell'organismo modifiche della concentrazione dei succhi organici e della pressione osmotica e conseguenti azioni reattive.

Come lo stesso Stejskal confessa, tale terapia è inspirata e basata sui profondi lavori del Bottazzi, sulle correnti osmotiche nei tessuti.

In complesso questi studi sperimentali sull'azione degli zuccheri sul nostro organismo e in particolar modo sul rene, ci portano a conclusioni che raggruppo a seconda si consideri la dose, la diversa via di introduzione, lo stato anatomico e funzionale dell'organo.

Circa la dose: Lo Monaco e la sua scuola han luminosamente dimostrato che gli zuccheri producono poliuria, nonchè aumento della secrezione salivare, pancreatica, biliare, enterica, se ingeriti o iniettati fino a un certo limite, dopo il quale la secrezione diminuisce per vasocostrizine e inibizione degli epiteli. Si direbbe che, per la dose, gli zuccheri sottostanno alla legge della stimolazione nervosa di Pfluger ed Arndt (stimolo leggero provoca effetti opposti a quelli dello stimolo intenso anche quando è della stessa natura). La pressione sanguigna e la frequenza del polso restano immutate con le piccole dosi, mentre si elevano con le grandi dosi (Crispolti). Anche la viscosità del sangue diminuisce (Lamy e Maver) e ciascun zucchero ha un valore diuretico massimo, ad un certo grado di diluizione che per la maggior parte è del 25% (Lamy e Mayer).

Al riguardo della via di introduzione: Sèe fin dal 1889 aveva notato l'azione diuretica del lattosio per via orale, azione che dava insuccessi solo se l'albumina nelle urine era superiore al 0,80 %. Diede al lattosio il pomposo titolo di nefrometro. La somministrazione per via sottocutanea provoca facilmente infiammazioni e suppurazioni (Lucibelli, Susanna) e diminuzione della resistenza organica (Lucibelli). L'iniezione endovenosa determina aumento di rapidità di circolazione e di pressione sanguigna, dilatazione vasale, poliuria e glicosuria (Albertoni), nel mentre il rene aumenta il volume parallelamente all'aumento della pressione sanguigna renale e all'aumentata secrezione (Theofari e Giurea).

Circa lo stato anatomico e funzionale del rene: Cosentino, dopo numerosi esperimenti, conclude che a rene sano gli idrati di carbonio, a dose piccola, hanno netta influenza sulla secrezione renale, mentre a elementi del filtro renale alterati, (sia forme acute, sia croniche), il saccarosio perde ogni capacità diuretica confermando i dati sperimentali di Theofari e Giurea che non riuscivano a vincere per via endovenosa le nefriti sia, a prevalenza glomerulari (da arsenico, cantaride, tossina difterica) sia le tubulari (da sublimato, cromato di potassio) nè con diuretici che agiscono sui tubuli renali (caffeina, soluzione di cloruro, di sodio) nè con lattosio che modifica lo stato vascolare del rene.

Fin quì i dati della sperimentazione. Per ciò che riguarda i dati clinici abbiamo invece: Jeanbrau in due individui anurici da 56 ore, con iniezione endovenosa di 400-500 c. c. di soluzione di saccarosio vide ristabilirsi la secrezione urinaria. Fleig in oligurici e anurici (tifo, scarlattina) con soluzioni endovenose ipertoniche al 25-25 % di lattosio, glucosio, mannite nella quantità di 1100 c. c. nelle 24 ore vide prodursi poliuria abbondante (4 litri) e rapida; poliuria non seguita da anuria. Ripetette le iniezioni a giorni alterni senza inconvenienti o indizio di intossicazioni e conclude per l'uso di soluzioni isotoniche quando si vuol praticare solo lavaggio del sangue e di soluzioni ipertoniche quando si vuole rapidamente ristabilire la diuresi e sottoporre i tessuti a disidratazione.

Stukowski recentemente negli avvelenamnti gravi da sublimato ha visto un'influenza favorevole delle soluzioni endovenose zuccherine per cui consiglia di iniettare ogni 3 giorni 300 c. c. di una soluzione al 20% di glucosio oppure soltanto 20-50 c. c. di una soluzione al 50% abbassando eventualmente con salasso l'alta pressione.

Rojdestwenskaia e Nietchaiew applicarono questo metodo con successo in due casi, riportandone il convincimento che le iniezioni endovenose di glucosio offrono una superiorità sulla decapsulazione del rene e ritengono che per ottenere buoni risultati sia necessario praticare le iniezioni tutti i giorni nella dose di gr. 40 al giorno.

Un caso gravissimo di ingestione e assorbimento di 5 gr. di sublimato corrosivo verificatosi in un giovane ufficiale, mi ha messo in condizione di usare questo nuovo indirizzo terapeutico fissando come dose media giornaliera quella di gr. 0,50 di glucosio per kgr. dell'ammalato in soluzione ipertonica al 25 %. Tale dose mi fu suggerita da uno studio sperimentale del Moutard-Martin e Ch. Richet (1805) che con l'iniezione endovenosa di gr. 0,50 di zucchero per kg. di animale nel mentre ottenevano notevole poliuria e aumento di urea, non osservavano modificazioni della pressione sanguigna. Fra gli idrati di carbonio preferii adoperare il glucosio perchè esso ha il più alto coefficiente diuretico ed energetico ed è il meno irritante. Lo iniettai in vena nella concentrazione del 25% perchè per tal via parenterale e a quel grado di diluizione presenta il massimo valore diuretico. Le fleboclisi vennero praticate ogni 24 ore fino al completo ristabilirsi della diuresi. Il risultato fu sorprendente così come vengo brevemente a tratteggiare.

R. A., di anni 34, ufficiale d'artiglieria, celibe. Padre morto di paralisi progressiva. Madre basedowiana. Tre anni fa l'ufficiale si contagiò di lue curata bene. Reazione di Wassermann in questi ultimi tempi costantemente negativa. Il 20 gennaio ingoiò, ben sciolte nel caffè, cinque compresse di sublimato corrosivo da 1 gr. l'una. Vagò poscia per circa mezz'ora per la via fino a che, vinto dagli spasimi e da violenti conati di vomito, si fece trasportare all'ospedale, ove i sanitari, di fronte a imponenti vomiti emorragici, si dovettero limitare alla somministrazione di acqua albuminosa e ad iniezioni coagulanti.

Trasportato a domicilio, lo trovai a sera in stato di profonda prostrazione con nausea e frequenti conati di vomito. Essendosi ripetuta una abbondante ematemesi, somministrai una dose generosa di gelatina coagulizzata. L'indomani l'infermo presentava ottusità sensoriale, stordimento, marcata astenia; temperatura 37,5, polso buono, cuore sano. Nulla a carico dell'apparecchio respiratorio. Dolorabilità epigastrica, melena, anuria assoluta. Praticai una ipodermoclisi di gr. 200 di soluzione ipertonica di glucosio al 25 % dell'Istituto Ipodermoterapico del Dr. Verde. Nella notte delirio e agitazione. Quasi del tutto vane riuscirono le pratiche per ottenere sudorazione. Il giorno appresso: stomatite intensa, ulcerosa, alito fetido, edema limitato alle guance, stato stuporoso, cefalea intensa, temp. 36°2. Polso piuttosto teso. Qualche conato di vomito; accenni di singhiozzo. Persiste completa anuria. Preceduto da

Digitized by Google

piccolo salasso di cento gr. di sangue dalla pedidia, praticai con lentezza (in circa 30 minuti) una flebolisi di 150 cc. della sopradetta soluzione ipertonica di glucosio. A sera rimasi meravigliato della quasi scomparsa dell'astenia e della perfetta lucidità di mente con cui l'ammalato rammaricandosi, argutamente commentava i vari episodi dell'avvelenamento e dei soccorsi avuti, animatamente discutendo in stato di perfetta coscienza. L'edema delle gote si era riassorbito. Temperatura 35°,8.

te alla comune terapia sintomatica e a tentativi di sudorazione con risorse fisiche, ripetei giornalmente l'anzidetta fleboclisi, sussidiata in 4ª giornata da salasso di 350 cc. per l'alterata tensione vasale.

L'anuria cominciò a cedere il sesto giorno con l'emissione di 5 cc. di urina molto densa. L'ammalato però era divenuto irrequieto per cui iniettai sotto pelle 300 cc. di ossigeno. In sesta giornata in totale emise 130 cc. di urina. Al settimo giorno eliminò gr. 650 di urina il cui reperto (Dr. Mazzarella) diede: reazione acida; albumina 0,80 ‰, urea 9,35 ‰, glucosio 2,53 ‰; cloruri tracce; fosfati scarsissimi, numerosi cilindri ialino-granulosi, alcune emazie. Nei giorni seguenti, verificatasi una vera poliuria, abbandonai la soluzione ipertonica glucosata e continuai la cura con ipodermoclisi di soluzione isotonica di glucosio al 47 ‰ alternate a soluz. di Locke. Verso il decimo giorno nuove gastrorragie seguite da reazione peritoneale, misero a dura prova la resistenza dell'infermo. La dolorabilità epigastrica si propagò alla zona duodenale, intervenne melena che persistette ostinato per tutto il tempo della malattia nonostante generose somministrazioni di carbonato di bismuto, emetina ed emostatici. In 17ª giornata l'esame dell'urina (Dr. Mazzarella) dava il seguente reperto: albumina assente, glucosio assente; urea 16 ‰; cloruri 6 %, assenza di cilindri; sostanze estrattive normali. Rene cioè integro. Quando si nutriva fiducia di aver salvato l'ammalato per aver dominato anche i sintomi di una accentuata reazione peritoneale circoscritta alla zona gastroduodenale, in 19ª giornata le feci divennero putride e si manifestò una brusca caduta del polso che si fece piccolo, frequentissimo, aritmico. Ebbe inizio così una grave setticemia da bacterium coli che dopo 48 ore diede luogo a cangrena gassosa della coscia destra e morte in 21ª giornata, nonostante precoce e generoso intervento operatorio (chirurgo Dr. Milone).

L'osservazione e lo studio di questo caso ci invita a parecchie considerazioni.

Il sublimato corrosivo ingerito a dose tossica nell'organismo umano determina causticazione diretta delle mucose con cui viene a contatto e particolarmente dello stomaco la cui parete, quando non viene erosa fino alla perforazione, aumenta di spessore e dà escare rilevate.

Penetrato in circolo il veleno intacca più o meno i tessuti con cui è messo a contatto dalla corrente sanguigna, ma su due organi sopratutto produce tipiche lesioni: sui reni e sul grosso intestino.

Senza dilungarmi sulla essenza anatomopatologica ed istologica del cosidetto rene da sublimato che tutti i medici conoscono, ricorderò che le lesioni degenerative degli endoteli renali e vasali sono tali da determinare ostruzione completa dei canalicoli renali e conseguente anuria che porta il clinico a formulare una prognosi molto sfavorevole. Il nostro caso clinico dimostra invece che, se s'interviene in tempo e in giusta dose, si ottiene l'arresto del rigonfiamento torbido all'inizio del grave processo degenerativo e una rapida azione rigenerativa che porta alla *restitutio ad integrum* in circa 2 settimane.

Come agisce la soluzione ipertonica di glucosio in questi casi?

Certo il glucosio non ha alcuna affinità chimica col bicloruro di mercurio per cui non è da pensare a neutralizzazione chimica della causa tossica sull'organismo e tanto meno sul rene. Il meccanismo di azione, come si può desumere dalla ingente letteratura sperimentale, è complesso. Si ha per prima, un'azione diretta di eccitamento sull'epitelio renale migliorandone la nutrizione e rendendolo meno permeabile al passaggio dell'albumina (Cosentino, Lomonaco). Azione diretta, altresì sugli endoteli vasali dei capillari renali che produce una benefica modificazione della circolazione renale. Azione osmotica del plasma sanguigno ipertonico che determina rapida disidratazione e declorurazione della cellula renale, così come della cellula nervosa e dei vari aggruppamenti cellulari di tutto l'organismo eliminando quel rigonfiamento idropico che inibisce ogni attività. L'ispessimento del plasma sanguigno benefica il tono vasale e assicura l'emostasi delle lesioni ulcerative. Si ha esaltazione dell'attività antitossica dei vari organi e in particolar modo della cellula epatica per complesse reazioni chimiche, fisiche e colloidali.

E per ultimo non è da trascurare l'azione tonico-energetica sulle fibre muscolari (fibra cardiaca) e sull'economia generale come apporto di calorie in ammalati condannati lungamente all'inedia.

Scongiurata la morte da anuria e vinte con questo nuovo metodo le alterazioni renali, resta ancora un grave pericolo per gli avvelenati da sublimato: le alterazioni del grosso intestino che nel nostro caso determinarono la morte in 21.ma giornata.

Il sublimato oltre che dal rene viene eliminato dalla parete dello intestino ed elettivamente dal grosso intestino. Nell'attraversare la parete il veleno produce pertanto delle lesioni caratteristiche, delle ulceri cioè che si svolgono col quadro classico della dissenteria e che non sono da confondere con le erosioni di diretto contatto che si producono nello stomaco e nel primo tratto del tenue, ulcerazioni cioè che si producono anche quando il veleno non è introdotto per bocca. Ora è appunto su queste lesioni sanguinolente che si virulenta il bacterium coli, ospite abituale del crasso e da esse trasse origine, come talvolta avviene nelle ulceri dissenteriche, quella forma setticemica che culminò nella localizzazione di una caratteristica cangrena gassosa da bacterium coli.

Dal nostro caso clinico scaturiscono perciò le seguenti conclusioni terapeutiche:

1°) la soluzione ipertonica di glucosio al 25% per fleboclisi deve oggi costituire il metodo terapeutico di elezione negli avvelenamenti da sublimato corrosivo per vincere l'anuria e dominare le lesioni infiammatorie del rene.

2°) dette iniezioni endovenose devono essere intraprese entro le prime 48 ore dell'avvelenamento e continuate giornalmente fino al completo ristabilirsi della secrezione renale.

3°) la dose giornaliera deve essere in ragione di gr. 0,50 di glucosio per kg. di peso dell'avvelenato.

4°) vinto l'ostacolo renale occorre combattere le pericolose ulcerazioni del grosso intestino e premunirsi contro il facile virulentamento morboso della flora intestinale patogena.

BIBLIOGRAFIA

Albertoni. Maniera di comportarsi degli zuccheri e loro azione nell'organismo. Arch. Ital. di Biolog., 1891. — Lo Monaco. L'azione degli zuccheri sulle secrezioni, Arch. di Farmacologia speriment. e Scienze Affini, 1914. — Cosentino. Gli idrati di carbonio nelle nefropatie. Id. id. 1916. — Sammartino. L'azione degli zuccheri sul potere coagulante del sangue. Id. id., 1916. — Bottazzi e Jappelli. Fisiologia dell'alimentazione. Casa Vallardi. — Lucibelli. Alcune ricerche sull'azione del glucosio nell'organismo animale. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1899. — Susanna. Ricerche sulle ipodermoclisi e fleboclisi di zuccheri in animali sani e nefritici. Riforma Medica, 1922. — Crispolti. L'azione degli zuccheri sulla secrezione renale e sulla circolazione nell'uomo. Policlinico, 1915. — Vespa. Ricerche sull'azione diuretica del lattosio e glucosio. Acc. Med. Roma, anno XVIII. — Sèe. Un nouveau medicament diurétique dans les maladies cardiaques. Bull. de l'Acad. de Méd., 1889. — Castaigne. Les maladies des reins et des capsules surrenales, Paris. — Moutard-Martin et Ch. Richet. Influence du sucre injecté dans les urines sur la secretion renale. C. R. Ac. Scienc., 1895. — Jeanbrau. Des injections sucrées dans le traitement de certaines anuried. Congr. intern. d'Urologie, Masson, Paris. — Lamy e Mayer. Etude sur le mécanisme de l'action diuretique des sucres, Soc. Biol., 1904. — Effects diurétiques comparés des differents sucres. Id. 1904. — Giurea e Theafari. Action des diurétiques sur le rein normal. Journal de physiologie et Patholog. generale, 1910. — Fleig C. Sur les sérums artificiels achlorurés diurétiques pour les solutions isotoniques on paraisotoniques des sucres (glicose, lactose saccarose, mannite). Bull. de thérapeutiq. T. 48, 2 livre. — Steiskal. Fondamenti della osmoterapia. Vienna, Springer, 1922. Idem. Nuove vie terapeutiche, Vienna, Springer 1924. Idem. Seuchenbekaempfung. Vienna 1924, n. 2-8. — Zatgel. Med. Klinik, 1925. — Kollert e Han. Wiener Arch. f. inn. Med. 1925. Kirsch. Deutsch Med. Wochen., f. 1, 1926. — Rojdestwenkaja e [illegible]. Recensione de La Presse Medicale, 25, 9, 1926. — Stukowski. id. id.

Digitized by Google

TERAPIA

L'oleotorace nella tubercolosi polmonare

G. Kuss (*Arch. méd. chir. de l'app. respiratorie*, 1926, n. 6) ritiene che il metodo di Bernau (riempimento della cavità pleurica con un olio antisettico) è una terapia di grande avvenire; però è necessario iniettare dosi massive, e costituire un oleotorace analogo allo pneumotorace, che abbia cioè la capacità non solo di esercitare una azione meccanica compressiva, ma anche di lottare energicamente contro la infezione pleurica.

Le indicazioni sono costituite dalle pleuriti dello pneumotorace artificiale (sierofibrinose o purulente) e dalle pleuriti bacillari di lunga durata.

Non costituisce invece indicazione la esistenza di essudato, a meno che il liquido non sia molto ricco di bacilli, e si riproduca incessantemente; l'oleotorace possiede il grande vantaggio di sostituire con una massa oleosa, inerte, antisettica, lentamente riassorbibile, l'essudato infiammatorio, con effetto evidente.

Senza dubbio, disturbare il corso di una pleurite quasi stabilizzata non è senza pericolo; per cui ogni caso deve essere studiato individualmente. Negli infermi con pleura molto sensibile, ci si dovrà limitare per qualche tempo ad estrarre piccole quantità di liquido, sostituendovi una dose equivalente di olio.

L'oleotorace è il trattamento decisivo nelle pleuriti dello pneumotorace artificiale o spontanee, o dei piotoraci che son divenuti cronici, e non tendono al riassorbimento, *a fortiori* quando i liquidi pleurici bacillari, purulenti o no, persistono dopo la fase iniziale, originando dei fenomeni tossinfettivi, o quando si riproducono rapidamente dopo le punture evacuative.

Contro i processi sinfisarii ad evoluzione progressiva, l'oleotorace opera meccanicamente, mantenendo la separazione permanente dei foglietti pleurici.

Nè — ove si proceda prudentemente e per tappe successive — è da temersi che si producano pressioni eccessive. L'oleotorace permette anche di ottenere una collassoterapia nei focolai polmonari e che resistono all'azione della pressione gassosa.

Non è invece indicato l'oleotorace nelle perforazioni polmonari seguite da fistole pleuropolmonari; in questi casi si hanno vomiche oleose.

Invece di praticare lo pneumotorace a forte pressione, e frequentemente ripetuto, è opportuno quasi sempre servirsi dell'oleotorace totale, che assicura la permanenza terapeutica, ripetendo piccole iniezioni a grandi intervalli.

Il miglior liquido che possa impiegarsi è l'olio di paraffina gomenolato, al 2 o al 4 %.

I soli incidenti che possono aversi sono: formazione di un paraffinoma resistente e doloroso, (d'altronde raro quando si procede con prudenza), e penetrazione di olio gomenolato nel polmone (innocua quasi sempre). Conviene piuttosto evitare di ferire il polmone, il che potrebbe esser causa di una fistola pleurica.

Sono stati segnalati alcuni casi di intolleranza per il gomenolo; in questi casi si può sostituire l'antisettico.

Lo stagno allo stato di jonizzazione nei foruncoli dell' orecchio

Mc. Auliffe (in New York, *Medical Journal and Record*, Aprile 1927), dice che l'affezione è notoriamente tra le più moleste. La precoce incisione e le cauterizzazioni; l'apertura del foruncolo mediante termo, seguita da instillazioni borogliceriche al 25 %, hanno spesse volte ben corrisposto. Anche la acriflavina ha dato buoni risultati. Da ricordarsi è quando si usano rimedi topici, che l'infezione non è soltanto locale, e tende a diffondersi, per modo che non si riesce a combatterla nelle origini. Il dolore di tensione è imponente, tanto più che propaga in profondità del condotto.

Quando si ricorre alla incisione non è di facile esecuzione, anche per la molteplicità dei foruncoli. Tuttavia l'A. si giova dell'anestesia locale con la soluzione Bonain o Gray.

Avendo presente una certa immunità contro questi foruncoli nella classe dei minatori di stagno, l'A. ha pensato di introdurre nella terapia codesto metallo, il quale sembra esercitare una azione antagonista alla infezione stafilococcica.

Per analogia con la jonizzazione dello zinco solfato nel trattamento dell'otite media purulenta, della quale si contano numerose guarigioni, l'A. ha in più casi di foruncolosi del canale ricorso alla jonizzazione dello stannoxile — mistura di stagno metallico e suo ossido.

Per raggiungere lo scopo è indispensabile aver rivestito bene in caucciù rosso, ad evitare i contatti nocivi, le branche del clamps. Tenendo il capo poggiato su di un tavolo, l'orecchio in alto. Il condotto è riempito della mistura in quantità sufficiente.

L'elettrode negativo è tenuto in mano; quello positivo attaccato alla speculo auricolare. La corrente che in genere può essere da 3-5 m llp. è gradatamente fatta agire, di solito per dieci minuti. Quindi riempito di cotone l'orecchio.

A seconda del beneficio il trattamento si ripeta per due o tre giorni.

Ci sono casi di meno rapida azione perchè il numero di foruncoli del condotto è notevole.

La tonsillectomia nelle malattie croniche cardiache e renali

Se non può escludersi una secrezione interna delle tonsille (come dell'appendice vermiforme), certo la loro asportazione, ammalate o sane che siano, o soltanto predisposte ad ammalare, si dimostra sempre più utile al fine di cura e della profilassi, sicchè il bilancio tra la perdita dell'azione ormonica e il beneficio della loro asportazione va a tutto vantaggio di quest'ultimo.

Lo confermano sempre nuove osservazioni, di cui importantissima quella del dott. Lenaz primario dell'Ospedale Civile di Fiume (*Gazzetta Ospedali e Cliniche* n. 50, 1926) riguardante alcuni casi di sua osservazione e quelle, precedenti, del Wicherz di Tubinga (*Münchener Med. Woch.* n. 46, 1926). Il Lenaz fece questo argomento oggetto di una comunicazione al congresso di medicina interna di Milano, due anni fa.

Tali studi stabiliscono che, essendo molte affezioni infiammatorie croniche renali e cardiache dipendenti da tonsilliti occulte, la tonsillectomia in una forte percentuale di casi abolendo il focolaio infiammatorio punto di origine delle affezioni suddette, ne provoca la guarigione, o per lo meno un sensibile miglioramento.

Questa concezione teoretica deve essere illuminata da una più esatta interpetrazione del processo infiammatorio, in genere, e renale in particolare.

Comunemente si è definita infiammazione, fino ad oggi, soltanto quella prima fase di un processo infiammatorio in cui i fenomeni vascolari, accompagnati da quelli degenerativi dei tessuti colpiti e dai fatti essudativi hanno la predominanza, mentre il fenomeno di riparazione del tessuto distrutto, funzione precipua del mesenchima, veniva considerato come un processo post-infiammatorio.

Così che il processo infiammatorio cronico sarebbe considerato — secondo tale concezione — come la continuazione del processo di riparazione e non più accompagnato quindi da fatti di reazione vascolare, quindi la nefrite cronica non si dovrebbe concepire come una infiammazione in atto, ma come un processo di riparazione del tessuto renale, che segue ad un primitivo fatto infiammatorio acuto.

A questo deve ancora aggiungersi che, secondo la vecchia concezione infiammatoria, il processo dovrebbe colpire contemporaneamente tutto il parenchima renale e che lo eventuale ritorno a fatti infiammatorii con reazioni cardio-vascolari prevalenti dovrebbe essere interpetrato come riacutizzazione, intendendo il Munk, con questa parola un nuovo processo infiammatorio che colpisca, però, nuovi glomeruli, non toccati ancora dal primitivo episodio.

Ora sta appunto in questo la nuova concezione della infiammazione cronica, la quale non deve essere intesa soltanto come un fenomeno di riparazione, bensì come il contemporaneo svolgersi di tutte le fasi della infiammazione da quella vascolare essudativa a quella di riparazione a quella di sclerosi fibrosa, come conferma la osservazione istologica dei glomeruli di rene con nefrite cronica, in cui si possono osservare (Lenaz) tutte le diverse fasi del processo, trovandosi alcuni glomeruli in preda a fenomeni vascolari, altri in fase più avanzata di riparazione, altri, infine, intatti o già sclerotizzati.

Questa osservazione fa ammettere, come corollario, che in un punto qualsiasi dell'organismo si svolga un processo tossi-infettivo, il quale fornendo sempre nuova causa di malattia poco a poco estende la distruzione a tutto un organo provocandovi alterazioni, persistenti finchè dura la causa che le produce.

Le tonsille, come abbiamo detto, sono maggiormente la sede di queste infezioni; l'asportazione di esse, totale e accurata, è il mezzo migliore di allontanare definitivamente dall'organismo un processo infettivo, che da sè solo è sufficiente a provocare o mantenere una affezione cronica dei reni o del cuore, organi sui quali il processo preferibilmente si localizza.

A carico del cuore devono annoverarsi, infine, alcune forme di endocardite, e fra queste in particolar modo l'endocardite settica, lenta, che si giova della tonsillectomia in quanto l'asportazione di un focolaio infettivo che dà sempre nuova èsca al perpetuarsi di una grave infezione, scongiura il pericolo di ulteriori e più gravi alterazioni valvolari e

Digitized by Google

sopratutto la miocardite, la quale secondo recenti studii è quella che maggiormente dev'essere incriminata nel determinismo dello scompenso cardiaco, quale che sia la causa anatomica o funzionale che dà maggiore risalto al quadro nosografico. I casi del Lenaz che per brevità ci asteniamo dal riferire sono una conferma pratica dell utilità di quanto si è detto.

Le iniezioni sclerosanti nella cura delle varici

Indicazioni: varici superficiali dolorose con o senza ostacolo funzionale; varici in imminenza di complicazioni, cioè rotture, eczemi, dermiti preulcerate; varici complicate da disturbi trofici delle unghie o della cute; volume varicoso deturpante.

Contro-indicazioni: varici sintomatiche di gravidanza, fibromi, cisti ovariche; varici diffuse telangettasiche, varici con infiltrazione elefantiasica od ulceri callose, varici infette o con piastroni di periflebite.

In quanto al modo di azione bisogna stabilire anzitutto che le sostanze ora in uso non agiscono provocando coagulazione del sangue. Invece si avverano modificazioni dell'endotelio venoso, e su di esso si stratifica della fibrina.

Per successiva proliferazione e pluristratificazione dell'endotelio, viene il vaso, compenetrato, organizzato, in modo asettico, fino alla produzione di un cordone fibroso, che a sua volta subisce involuzione.

I *sali usati*, sono per ordine di preferenza.

a) *Salicilato di soda* 30 %, 20-30 % a seconda dell'intensità di irritazione voluta. In ciascuna seduta 8 c.c. al 30 %; oppure 4 c. c al 40 %. Sale cristallizzato chimicamente puro in acqua bidistillata, tyndallizzazione a 100° per tre giorni consecutivi, e serbato in fiale di vetro duro inattaccabile. Rifiutare ogni soluzione non trasparente ed incolore. Ogni due giorni si può usarne 1,20 gr. Tolleranza tossica 10 gr. nelle 24 ore.

b) *Carbonato di soda*: preparazione analoga, ma a 10,5. 15 %; tyndallizzazione ad 80°. Iniezioni ogni 2 giorni frazionando 10 cc. su tre punti. Trattamento di 6-8 settimane. Dosi tossiche 8 gr. pro Kilo;

c) *Citrato di soda;* 30 % al massimo 50 %; una iniezione di 8 cm. cubi per seduta; due sedute la settimana.

d) *Bijoduro di mercurio* in soluzione fisiologica; ogni cc.: $\frac{1}{2}$ ctg. di bijoduro, e $\frac{1}{2}$ centg. di joduro di sodio; dosi in generale 1-3 cc. Tolleranza media 10 centigrammi per iniezioni;

e) *Idroclorato di chinina;* tre cc. per seduta, ripartito in tre punti; soluzione composta da: Uretano ed idroclorato chinina anacentigr. quaranta, acqua distillata cent. cub. tre.

Tra tutti questi sali, per efficacia e per tolleranza sono da raccomandare le soluzioni di salicilato di sodio.

Tecnica. Per il salicilato ed il bijoduro, una Luer di 2 cc. Per la chinina, il citrato, il carbonato, una di 10 cc. Aspirare la soluizione con ago che non servirà all'infissione. Ago di 6/10 mill. diametro interno, affilato e a breve taglio.

Giacitura: preferire la posizione seduta su di un tavolo o divano, salvo a passare, se necessario al decubito supino. Iniettare a rilento, ostacolando con pressione l'irruzione rapida endovenosa. Si può anche praticarla impiedi, quando la vena sia molto circondata di tessuto adiposo.

Preferire sempre 2 o 3 punti intervallati, in ciascuna seduta.

L'iniezione deve essere rigorosamente intravenosa. Esecuzione fatta seguire da qualche compressione sulla vena.

Gli *effetti* dell'iniezione sono: vaso-costrizione di tutto il segmento soprastante; qualche orripilazione; talora un crampo di non lunga durata. L'obliterazione si stabilisce fin dall'indomani, senza dolori. Durante una settimana la vena si vede circuita da una pastosità dura; gradatamente, dentro un mese si può dirne avvenuta l'atrofia.

Di effetti generali raramente accusati: vertigini, cefalee, salivazione, costrizione faringea.

Gli effetti duraturi sono, secondo LENDENT *Gazette des Hopitaux* 1927 confortantissimi, sia per i disturbi subbiettivi, sia per le alterazioni che eventualmente sono associate allo stato varicoso.

IGIENE

Il tracoma in Sicilia e sua profilassi

CALENDOLI S. (Tip. Ospizio Umberto I. Siracusa) riferisce che il numero dei tracomatosi in Sicilia oggi non è inferiore a quello ch'era prima della guerra mondiale.

Questa mise in evidenza che il numero dei tracomatosi in tutta Italia è rappresentato da una cifra elevatissima e che la Sicilia partecipa a queste cifre con una percentuale impressionante. Pur tenendo conto dei ciechi di guerra, il tracoma è oggi presso di noi la causa del maggior numero dei ciechi, se teniamo conto non solo dei ciechi assoluti, ma di quelli ridotti a potere attendere solo a lavori grossolani. La causa dell'elevatissima percentuale di tracomatosi in Sicilia (e non per la Sicilia solamente), è principalmente una: il pauperismo (il tracoma è malattia del povero). Le altre circostanze sono in gran parte in dipendenza di esso.

Quanto alla profilassi del tracoma a Siracusa, possiamo quasi dire che ci troviamo al disotto dei popoli, pure in meno progrediti, degli stati moderni, la cui civiltà non ha il retaggio dei secoli classici, e non molto meglio delle popolazioni primitive, ove la vita senza la luce può non essere un'inesorabile fatalità, in quanto che interviene in tempo la provvida natura con le sue profonde leggi della selezione.

APPUNTI

La siero-reazione di Wassermann nella malaria. — R. OLINESCU e G. TATARANU (*Spitalul*, an. XLVII, n. 4, 1927) hanno eseguito la reazione di Wassermann in parecchi casi di malaria sia acuta, che cronica e hanno constatato, contrariamente all'opinione finora invalsa, che in tali circostanze la positività della reazione è piuttosto rara.

Sulla tossicità della tutocaina impiegata da sola o in unione con l'adrenalina. — A. BRUSOTTI (R. Scuola di Odontoiatria di Milano, *La Stomatologia*, dicembre 1926) riferisce che la tutocaina (cloridrato di p-amminobenzoil-α dimetil-ammino-β-metil-butanolo) è una polvere microcristallina bianca, di sapore non eccessivamente amaro, solubile in acqua in proporzione della temperatura fino ad un massimo del 23 % a 30° C., dando luogo a soluzioni limpide e neutre. Sopporta bene la breve ebollizione a scopo di sterilizzazione. La tutocaina è anch'essa un prodotto sintetico, nel quale accanto al gruppo benzoile, anestosoforo fondamentale, si trova il gruppo butanolo, pure dotato di proprietà anestetica. La tutocaina, dal punto di vista della sua tossicità, deve porsi allo stesso livello della novocaina. La sua tossicità è molto bassa, non presenta pericoli, sempre che non siano sorpassate le dosi anestetiche comuni. Invece le miscele di tutocaina con adrenalina sono per la loro azione sull'organismo dieci volte circa più tossiche che le soluzioni semplici o separate.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Hemostyl e la sieroterapia emopoietica delle anemie. — Il vlore terapeutico della sieroterapia emopoietica delle anemie è stato studiato dal Dr. G. VASELLI, Assistente effettivo del R. Arcispedale di S. Maria Nuova in Firenze (*Minerva Medica*, n. 36, dicembre 1926) seguendo alcuni ammalati ricoverati nel 1° turno medico.

L'A. ha somministrato per via orale alla dose di una fiala al giorno il siero emopoietico fresco di cavallo Hemostyl, ed ha seguito metodicamente nei suoi ammalati il tasso emoglobinico, il numero delle emazie e dei leucociti, il tempo di coagulazione e la formula leucocitaria con particolare riguardo allo schema di Arneth.

I casi trattati concernono due anemie post-infettive, un'anemia post-emorragica ed un'anemia tubercolare.

I risultati ottenuti consentono all'A. di venire alle seguenti conclusioni:

A seguito della cura si constata un imponente aumento della massa globulare (fino a 1.782.000) e della quantità dell'emoglobina.

La formula leucocitaria, dimostra un progressivo aumento dei polinucleati neutrofili a spese dei linfociti, con spostamento a sinistra dello schema di Arneth, ciò che sta a dimostrare la esistenza dei neutrofili di recente formazione, indice di un attiva fase rigeneratrice del midollo osseo.

L'aumento delle piastrine e la diminuzione del tempo di coagulazione, spiegano l'azione efficace che l'Hemostyl esercita nelle emorragie. Lo stato generale dei pazienti mostra di risentire in modo pronto e favorevole l'influenza della cura emopoietica (aumento del peso corporeo, modico aumento della pressione sanguigna, migliorato trofismo dei tessuti).

FORMULARIO

Per la profilassi venerea. — Dopo il contatto sessuale, frizionare le parti esposte al contagio con la pomata sotto indicata, avendo cura di farne penetrare una certa quantità nell'uretra, per una profondità di due centimetri.

Cianuro di mercurio	centig. 10
Timolo	g. 1,75
Calomelano	» 25
Lanolina	» 50
Olio di vaselina	» 4
Vaselina	q. b. per » 100

(F. MARSAN)

Digitized by Google

NOTIZIE

I Congressi di Parma dell'Ottobre 1927. — Nel prossimo ottobre, in Parma, avranno luogo vari importanti Congressi, tra i quali quello della Soc. italiana di Chir. e quello della Soc. ital. di Med. interna. Conosciamo già il programma di quest'ultimo e perciò ne teniamo informati i nostri lettori. I temi ufficiali posti all'o. d. g. sono: 1. « Malattie della crescenza »; relatore prof. N. Pende. 2. « La stitichezza abituale » (tema in comune con la Società di Chirurgia); relatore della parte medica, prof. Francesco Schiassi (Ravenna). 3. « Le diatesi emorragiche » (rivista), relatore prof. Giovanni Di Guglielmo. L'inaugurazione del Congresso sarà tenuta il giorno 18; di questo Congresso, inoltre, farà parte anche una sezione di Medicina militare e coloniale; così pure è già preannunziata una conferenza dal titolo: « L'aviazione sanitaria militare ».

Coloro che intendono partecipare al Congresso sono pregati di inviare la loro adesione al segretario del Comitato organizzatore, prof. Luigi Ponticaccia (Clinica Medica — Ospedale Maggiore — Parma) entro il 30 agosto p. v., affinchè detto Comitato possa provvedere in tempo agli alloggi, dato che a Parma gli alberghi non sono numerosi e bisognerà approfittare di alloggi privati. Quota di iscrizione L. 40. Tra breve sarà data notizia delle facilitazioni ferroviarie e delle feste che il Comitato ordinatore sta organizzando.

Quasi contemporaneamente ai congressi di medicina e chirurgia, si terrà dal 24 al 26 ottobre c. a. il VII Congresso nazionale di Medicina del Lavoro, con due sedute in Parma, una a Modena il 25 e una a Carpi il 26. La presidenza del Congresso e del suo Comitato organizzatore è affidata al prof. on. Umberto Gabbi; funziona poi in Milano un Ufficio di segreteria presso quella Clinica del Lavoro: segretario generale ne è il prof. Aiello, segretario, il dott. Nebuloni, e cassiere-economo, il dott. B. Cavagliano. I temi generali del congresso sono rappresentati: 1. da una relazione dei proff. Aiello e Pugno Vanoni sulla «Patologia da elettricità e da raggi X»; 2. da una rivista del dott. Nebuloni sulle « Intossicazioni professionali ». La giornata di Modena sarà organizzata dal prof. Lattes e la giornata di Carpi sarà specialmente dedicata ad una rievocazione dell'opera di Ramazzini; a questa giornata sarà invitato il prof. A. Castiglioni, professore di storia della medicina della R. U. di Padova. Nella prima seduta del Congresso, il prof. L. Devoto illustrerà la « Carta del lavoro ».

La tassa di iscrizione al Congresso è di L. 25; saranno accordate, inoltre, riduzioni ferroviarie e facilitazioni di soggiorno, delle quali si occuperà il segretario locale dott. Campanacci.

V Congresso internazionale del freddo. — Avrà luogo a Roma dal 19 settembre al 1° ottobre 1927 il V Congresso dell'Istituto Internazionale del freddo. Esso comprenderà quattro sezioni, così distribuite: 1ª sezione. Questioni scientifiche. 2ª sezione. Materiale frigoriferо. 3ª sezione. Applicazioni generali del freddo. Alimentazione e derrate deperibili. Industrie agricole. Industrie del ghiaccio. Industrie chimiche. Industrie delle bassissime temperature. 4ª sezione. Trasporti frigoriferi. Legislazione. Insegnamento e volgarizzazione. Economia generale e statistica.

Concorso internazionale alla Fondazione L. Devoto. — In occasione delle onoranze per il 25° anno di insegnamento ufficiale del prof. gr. uff. Luigi Devoto, fondatore e direttore della Clinica delle malattie professionali di Milano, fu raccolta una somma destinata alla istituzione di un premio biennale, internazionale, da conferirsi all'autore di un lavoro, pubblicato nel biennio, il quale « abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ».

Il premio pel biennio 1926-27 è di L. 10,000 e ad esso possono concorrere italiani e stranieri, presentando le loro pubblicazioni nelle seguenti lingue: italiana, francese, inglese, spagnolo e tedesco. I lavori vanno diretti al Regio Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, entro il 31 dicembre 1927.

Congresso della Società Italiana per il progresso delle Scienze.— Il Congresso avrà luogo a Perugia, dal 1° al 5 ottobre. Ulteriormente ne pubblicheremo il programma.

Conferenza internazionale contro la tubercolosi pel 1928. La prossima Conferenza internazionale contro la tubercolosi avrà luogo a Roma, nel 1928, probabilmente in autunno. Per l'organizzazione di essa, il Presidente della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, on. prof. Raffaele Paolucci, ha già nominato un Comitato, composto: dall'on. prof. R. Paolucci, presidente; dai proff. Arcangelo Ilvento e Guido Mendes, e dai dott. Eschilo Della Seta, Federico Bocchetti e G. B. Roatta, membri; dal dott. F. Parodi, segretario. Questo Comitato ha già rivolto invito a tutti gli Enti e Società antitubercolari più importanti, affinchè propongano argomenti da presentarsi alla discussione.

Importante lascito all' Istituto di Patologia Generale della R. Università di Genova. — Con testamento trasmesso al Rettore della R. Università di Genova dal Console italiano di Pretoria (Transvaal), il medico ligure dott. Mangiamarchi ha lasciato la maggior parte della sua cospicua fortuna, che si ritiene di circa 10 milioni, all'Istituto di Patologia Generale di Genova diretto dal Gr. Uff. prof. Arnaldo Trambusti.

Scuola di educazione fisica a Bologna. — Funziona già dall'anno scorso a Bologna una Scuola di educazione fisica, annessa alla Università e diretta dal prof. Donato Ottolenghi, ordinario della cattedra di Igiene. Tutti i corsi, anche quest'anno, sono molto frequentati e vi si sono iscritti parecchi studenti di medicina, medici, professori di scuole medie, ecc. Gli insegnamenti che vi vengono impartiti riguardano la teoria, la metodologia e la storia dell'educazione fisica, l'anatomia, l'antropologia, la fisiologia, l'igiene, l'ortopedia, l'ortofrenia, il canto e, per gli uomini, la tecnica militare e il tiro a segno. Il grandioso campo polisportivo, che è in via di compimento, integrerà ben presto gli insegnamenti dal punto di vista pratico.

Tale Scuola è l'unica del genere in Italia, sebbene non sia ancora ufficialmente riconosciuta dal Ministero della P. I.

Per la protezione della maternità e dell'infanzia.— Presieduta dall'on. Blanc si è riunita la Giunta dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e della Infanzia ed ha deliberato la concessione di L. 684,500 di sussidi a Istituti di beneficenza.

Hanno ottenuto 50,000 lire ciascuno, l'Istituto provinciale Infanzia Abbandonata di Perugia, la Sala Maternità di Chieti, l'Opera Pia Brefotrofio di Cingoli, l'Istituto professionale e Casa di Riposo «Giovanni Pascoli» di Livorno, l'Opera Pia «Pro Infantia» di Napoli, l'Opera Pia Cassoli Guastavillani di Bologna e la Associazione «Pro Infantia» di Marsala.

Congresso Internazionale di Dermatologia e Sifilografia a New York. — Il prof. Hawood Fox, direttore della cattedra di Dermatologia della Università di New York, ha iniziato l'organizzazione di un Congresso Internazionale di Dermatologia e Sifilografia, da riunirsi in detta città durante il mese di settembre 1928.

Donazioni.— La Regina del Belgio ha donato 10 milioni di franchi alla «Fondazione Regina Elisabetta», la quale avrà sede all'Ospedale Brugmann a Bruxelles e si propone lo scopo di aiutare lo sviluppo scientifico della medicina nel Belgio, creando sopra tutto laboratori sperimentali, dove saranno accolti quei medici che desiderano iniziare ricerche scientifiche.

— L'industriale Carlo Pastorino ha lasciato 3 milioni agli Ospedali civili di Genova, 200 mila lire ed una somma per le spese di esercizio all'Ospedale Carolina Pastorino di Bolzaneto, 100 mila lire alla Fondazione per l'elioterapia, e L. 330 mila per beneficenze varie.

NECROLOGIO

— a Modena, il prof. Luigi Vanni, stabile di Patologia speciale medica. Lascia numerose pubblicazioni e molte lezioni raccolte in volumi.

— a Londra, il prof. Corrado Da Fano, libero docente di anatomia patologica a Pavia e attualmente lettore di istologia all'Università di Londra. Fu allievo del Golgi, dello Ziehen e del Bashford. Le sue pubblicazioni superano le sessanta, tra le quali parecchie riguardano le lesioni del sistema nervoso consecutive all'encefalite epidemica.

— a Parma, il prof. Calisto Bua, libero docente di Clinica ostetrica e ginecologica, aiuto della Clinica stessa a Padova.

— a Brescia, il prof. Giuseppe Carrara, libero docente di Clinica Ostetrica a Parma, attualmente direttore della Maternità provinciale a Brescia.

— a Roma, il prof. Eugenio Pirondini, libero docente di malattie urinarie. Ha pubblicato una serie di pregevoli lavori sulla specialità a cui si era dedicato.

— a Verona, il prof. Riccardo Avanzi, libero docente di Odontoiatria a Padova.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 27 Giugno 1927 — N. 26

QUESTIONI DEL GIORNO

LA SIFILIDE SPERIMENTALE NEL LAMA

Comunicazione del prof. RODOLFO STANZIALE
alla R. Accademia di Medicina di Roma, nella seduta del 25 Giugno 1927

Illustri Accademici!

E' a Voi nota la comunicazione di Jauregui e Lancelotti circa la trasmissione della sifilide sperimentale al lama e circa la possibilità di ottenere da questi animali un siero curativo per la sifilide umana.

Gli autori argentini, invero, riferirono di essere riusciti a trasmettere la sifilide al lama non soltanto sperimentalmente, ma anche con rapporti sessuali, procurati fra la femmina del lama ed un uomo portatore di sifiloma iniziale ulcerato ed anche con rapporti da lama a lama, giungendo perfino alla trasmissione ereditaria della malattia. Nei lama così infettati la sifilide avrebbe presentato presso a poco una evoluzione quasi identica a quella umana, notandosi soltanto una precocità nella comparsa del periodo terziario (in capo a cinque o sei mesi) con manifestazioni viscerali e, al massimo durante il terzo anno di malattia, sindromi paralitiche seguite da morte.

Gli stessi autori, inoltre, avrebbero ottenuta la cultura pura della spirocheta di Schaudinn, anaerobicamente con ceppi virulenti anche dopo 150 passaggi. Mediante tali culture avrebbero raggiunta la immunizzazione dei lama, il cui siero sanguigno si sarebbe mostrato terapeuticamente efficace contro la sifilide umana e dei lama istessi.

Esperimenti di sieroterapia con materiale fornito direttamente da Jauregui e Lancelotti sono stati finora eseguiti in Argentina da Chabroux e da Pierangeli con risultati controversi, essendo stati essi negativi per il primo che ha adoperato il siero soltanto in infermi di sifilide secondaria, mentre il Pierangeli afferma di aver avuto buoni risultati in 4 casi di tabe dorsale ed in uno di emiplegia, resistenti agli ordinari trattamenti antiluetici.

Bachmann e J. Puente in una comunicazione preventiva riferiscono di aver riscontrata la reazione di Wassermann positiva nei sieri di sangue di lama non inoculati. Gli autori, inoltre, hanno inoculato 4 femmine e 3 maschi, con materiale proveniente da sifilomi iniziali e da papule ipertrofiche, sulla pelle e sulla mucosa genitale previa scarificazione, con immissione di frammenti di tessuto in tasche sottocutanee ed anche con iniezioni intradermiche, sottocutanee e intratesticolari di emulsione di tessuto pestato.

I risultati furono costantemente negativi, e due dei lama femmina hanno portato normalmente a termine la gravidanza.

In Germania Mulzer, con lo stesso materiale ugualmente fornito da Jauregui e Lancelotti, ha eseguito dapprima esperimenti terapeutici su conigli sifilizzati senza notare alcun risultato benefico, e poi in 3 infermi, di cui 2 con manifestazioni primarie ed uno con manifestazioni secondarie (sifilide papulosa). I risultati sono stati egualmente nulli, non essendosi notata alcuna modificazione sierologica e sulle lesioni.

Frattanto l'Ambasciatore della Repubblica Argentina in Italia S. E. Perez, offriva, in nome del suo Governo, un buon numero di lama a questa R. Accademia di Medicina, allo scopo di controllare le ricerche di Jauregui e Lancelotti. L'Accademia distribuiva i lama ad alcune Cliniche Dermosifilopatiche del Regno.

E così Boselini a Roma, inoculando 9 lama con materiale luetico prelevato da sifilomi iniziali e da papule sifilitiche per via intradermica, intratesticolare e nella camera anteriore dell'occhio, ebbe risultati negativi; solo talvolta si ebbero reazioni infiammatorie senza carattere specifico. Egli praticò inoltre reazioni sierologiche (W — S. G. — e M.) su 21 lama fra cui i 9 inoculati, ottenendo alcune volte risultato positivo, tanto negli animali inoculati come nei controlli; anzi qualche reazione positiva forte la ebbe nei controlli.

Lombardo e Tornabuoni a Pisa, eseguirono tre serie di inoculazioni, sia adoperando virus umano che passato per coniglio, con risultato negativo. La reazione di Wassermann fatta sul siero del sangue, sia prima che dopo le inoculazioni, fu sempre negativa.

Pasini, a Milano, ha sperimentato su cinque lama, introducendo frammenti di lesioni sifilitiche umane in tasche epidermico- dermiche di pelle e mucose, con deposizione dello stesso materiale su pelle e mucosa, previa scarificazione, ed inoltre nello stroma testicolare e sulla cornea scarificata. Il risultato fu del pari negativo; la R. di Wassermann praticata tre mesi dopo la inoculazione diede anche risultato negativo.

Contemporaneamente in Germania Hoffmann e Zurhelle inocularono ripetutamente un giovine lama, a diverso intervallo, con materiale di lesioni sifilitiche umane e con virus Truffi al prepuzio e all'ano, sulla cute dello scroto e sotto la congiuntiva con risultato negativo. Essi poterono inoltre dimostrare che le spirochete appartenenti a pezzi precedentemente inoculati nel lama perdono la loro virulenza giacchè, avendo eseguito nel coniglio ritrapianti alla distanza di poco più di un mese, non si ebbe alcun attecchimento.

Nello scorso luglio dalla cortesia dell'illustre Presidente di questa R. Accademia di Medicina, io potetti ottenere due lama, un maschio ed una femmina che ho tenuti finora all'Istituto di Veterinaria.

Prima di accingermi a tentativi di trasmissione sperimentale credetti opportuno praticare indagini sierologiche sul sangue dei due animali, e la sieroreazione di Wassermann risultò fortemente positiva a siero inattivo. E' bene notare, però, che da informazioni posteriormente assunte in seguito a tale fatto appresi che dei due lama il maschio era stato già precendentemente inoculato allo scroto, con materiale sifilitico umano, con risultato negativo, mentre la femmina non aveva subito alcuna precedente inoculazione.

Mi proposi allora in primo tempo di vedere se mai il siero sanguigno di questi animali possedesse virtù terapeutiche specifiche. Furono fatte, invero, iniezioni a 10 luetici della mia Clinica con manifestazioni varie, alcuni con sifiloma iniziale ed adenopatia prossimiore, altri con manifestazioni sifilitiche secondarie (sifilodermi, condilomi piani), altri, finalmente, con manifestazioni sifilitiche terziarie (gomme cutanee ulcerate). Le iniezioni furono fatte per via sottocutanea in giorni alterni, alla dose di 2 cmc. fino a 10 cmc.; esse diedero quasi sempre luogo a reazioni locali, del resto fugaci e specialmente quando si iniettavano dosi elevate; giammai si ebbe reazione generale e di focolaio. Nessuna modificazione apprezzabile fu notata nei riguardi delle manifestazioni specifiche, anche dopo parecchie iniezioni. In qualche infermo fu raggiunto il numero di 10 iniezioni, iniettando nella totalità circa 80 cmc. di siero. E' da notare soltanto che in alcuni infermi (in quelli affetti da manifestazioni terziarie) si ebbe un miglioramento nello stato generale, e nei riguardi del subiettivismo.

Esaurita questa prima parte delle esperienze, passai agli esperimenti di inoculazione di materiale sifilitico umano, prelevato da sifilomi iniziali e da condilomi piani, alla mucosa perianale e vulvare, previa scarificazione, mentre nel maschio il materiale fu inoculato in una tasca sottocutanea dello scroto ed anche nel parenchima testicolare. I risultati furono negativi e, dopo tre mesi circa, l'inoculazione fu ripetuta, ma questa volta con culture di treponema pallidum (1), non soltanto nelle sedi indi-

(1) Le culture di treponema pallidum mi sono state inviate dalla cortesia del Prof. Reiter, Direttore dell'Ufficio di Sanità Pubblica del Mecklenburg-Schmerin. Esse venivano regolarmente ritrapiantate su terreno liquido, costituito da cinque parti di siero di coniglio inattivato a 56° per 24 ore, con l'1 per cento di liquido di Ringer e una parte di cervello fresco di coniglio ridotto in frammenti. I terreni così preparati furono inattivati per 24 ore a 56° e poi tenuti ancora per 24 ore a 36° in termostato per provarne la sterilità; vennero poi conservati in ghiac-

Digitized by Google

cate ma altresì sulla cornea (previa scarificazione); i risultati anche con questo materiale sono stati negativi.

Son passato così all'ultima parte delle mie esperienze, riflettente cioè il valore curativo del siero di sangue dell'animale trattato con culture di treponema pallidum, ed a ciò mi accinsi al solo scopo di controllare quanto affermavano di avere ottenuto Jauregui e Lancelotti, malgrado non fossi riuscito a avere la conferma della trasmissione sperimentale della infezione all'animale. Chiesi ed ottenni, perciò, dalla solita cortesia del Prof. Alessandri un altro lama sicuramente non inoculato, che mi venne inviato nell'ottobre scorso.

Trattavasi di un giovine animale, molto florido, che ho tenuto egualmente al R. Istituto di Veterinaria. La reazione di Wassermann praticata sul siero di sangue diede risultato nettamente negativo.

Ho sottoposto detto animale a reiterate iniezioni fatte ogni 5-7 giorni con culture di treponema pallido iniettando dapprima germi morti, poi germi attenuati ed in ultimo culture viventi di spirochete. Dopo 15 iniezioni ho riesaminato il siero di sangue del suddetto animale e la reazione di Wassermann è stata fortemente positiva; contemporaneamente ho eseguito la ricerca delle agglutinine e delle precipitine sul siero di sangue dell'animale così trattato e il risultato è stato positivo nella diluizione di 1:30. Le iniezioni all'animale venivano praticate nel quadrante inferiore dell'addome.

Verso la ottava iniezione i gangli linfatici della regione inguinale, al lato destro, mostrarono una evidente adenopatia. L'esame del succo glandolare non mostrò la presenza al paraboloide di treponemi, e, del resto, le sezioni istologiche ricavate da un ganglio asportato, trattate col metodo di Levaditi, non fecero rilevare la presenza di treponemi.

Questo ingrossamento delle glandole linfatiche ebbe la durata di pochi giorni, essendosi completamente dissipato una quindicina di giorni dopo l'ultima iniezione.

Col siero di questo animale sono stati trattati 15 infermi, di cui 4 con sifiloma iniziale, in due di essi associato a sifilodermi papulosi e condilomi piani. Negli altri casi si trattava di sifilodermi terziari (papulo-tubercolari e gomme). Tutti gli infermi presentavano, prima del trattamento, reazione di Wassermann fortemente positiva.

Le iniezioni sono state praticate in giorni alterni nel connettivo sottocutaneo, alla dose di 2 cmc., aumentando progressivamente fino a 10 cmc.(dose totale 80 cmc.).

Le iniezioni furono quasi sempre seguite da lievi fenomeni reattivi locali, ma in nessun caso fu notata reazione generale.

I risultati sono stati identici a quelli ottenuti con le iniezioni di siero di sangue dei lama non trattati con iniezioni di spirochete, cioè non si è notata nessuna apprezzabile modificazione sulle manifestazioni. Solo in alcuni infermi si è notato un miglioramento nello stato generale e nel subiettivismo (miglioramento dell'astenia generale, attenuazione della cefalea o di forme dolorifiche ossee). In qualche ammalato si ebbe un evidente peggioramento, specie in quelli affetti da forme eruttive del periodi secondario, nei quali gli elementi aumentarono e divennero sempre più confluenti.

Nei sifilodermi tardivi fu dato rilevare talvolta una lieve fase di regresso.

La reazione di Wassermann non fu per nulla influenzata.

Debbo, intanto far noto che uno dei lama adulti inoculati (il maschio) è deceduto in questo mese con il quadro clinico di una grave infezione acuta.

L'esame anatomo- ed isto-patologico degli organi interni ha dimostrato trattarsi di una setticemia emorragica.

Dal complesso delle indagini da me istituite risulta la mancata trasmissibilità della sifilide al lama, sia con inoculazioni di materiale sifilitico umano, sia di cultura di treponema pallidum.

Considerando il caso del giovine lama, trattato reiteratamente con culture di treponema, nel quale prima del trattamento la Wassermann fu negativa, e dopo divenne positiva, si sarebbe indotti a pensare che, se nel lama non attecchisce la sifilide, possono tuttavia prodursi sotto l'azione del treponema, minime alterazioni cellulari, determinanti il versamento in circolo di reagine anche non specifiche. Ma questa ipotesi non è necessaria, perchè, come abbiamo visto, la R. W. fu positiva anche nella femmina mai inoculata, nè mai accoppiatasi al maschio inoculato; ciò che concorda con le osservazioni di Bosellini, di Bachmann e J. Puente, i quali trovarono anche la R. W. positiva in lama non trattati.

Ma, lasciando da parte questa considerazione puramente scientifica, e venendo al lato clinico della quistione, affermo che la lama-sieroterapia della sifilide si dimostra assolutamente inefficace nel periodo primario e secondario della sifilide e talvolta addirittura nociva.

Nel periodo terziario, invece, i miglioramenti ottenuti in qualche caso, nei riguardi dello stato generale e di lievi modificazioni delle manifestazioni, non hanno alcun valore di specificità, essendo chiaramente riferibili ad una semplice azione di proteinoterapia aspecifica, così come si è del resto ottenuto negli altri svariati tentativi di sieroterapia fatti nella sifilide umana (Tommasoli, Pellizzari, Mazza, Piccardi, Neviorovsky, Wewiorovsky, Maillane, Vitner, Appel e Paulsen, Metschnikoff, ecc.).

Tratterebbesi, insomma, per conchiudere, di una terapia stimolante, aspecifica, dovuta alla immissione in circolo di proteine eterogenee.

Ai fini della pratica ritengo opportuno e doveroso di non consigliare un simile metodo di cura, che si è addimostrato assolutamente inefficace.

E a tal proposito, nell'interesse della umanità sofferente, mi permetto esprimere un voto che da questa Accademia parta una precisa parola che suoni monito, perchè non sia permesso lo smercio e l'uso di quei sieri vantati non soltanto contro la sifilide, ma contro un qualsiasi processo morboso, prima che essi non abbiano subito il rigoroso controllo scientifico.

Mi consenta la Onorevole Accademia che io esprima i miei vivi ringraziamenti per lo studio affidatomi.

BIBLIOGRAFIA

F. Jauregui e L. Lancelotti. Hacia la suero terapia de la sifilis. La Semana Medica, n. 1, 1925. — E. Chabroux. Algunos casos de sifilis tratados con el suero de Jauregui y Lancelotti. La Semana Medica, n. 8, 1926. — E. Pierangeli. Algunos casos de sifilis tratados con el suero de los doctores Jauregui y Lancelotti. La Semana Medica, n. 19, 1926. — A. Bachmann y José J. Puente. Essayo de inoculabilidad de la sifilis a la llama (Communicacion previa). La Prensa Médica Argentina, a. XIII, n. 17, 1926. — E. Hoffmann. Notiz über Lamasyphilis. Dermatologische Zeitschrift, Bd. XLVI, 1926. — Idem. Zweite Notiz über Lamasyphilis. Dermatologische Zeitschrift, Bd. XLVIII, 1926. — E. Hoffmann e E. Zurhelle. Gibt es eine Lamasyphilis? Dermatologische Zeitschrift, Bd. XLIX, 1926. — P. Mulzer. Zur Serumbehandlung der Syphilis. Klinische Wochenschrift, n. 41, 1926. — P. L. Bosellini, C. Lombardo e A. Pasini. La sifilide sperimentale nel lama. Comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma (seduta del dicembre 1926) ed alla XXIII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. Rif. in Riforma Medica, n. 4, 1927 e in Il Dermosifilografo, n. 1, 1927.

La interessante comunicazione dell'illustre prof. Stanziale pone definitivamente termine alla dibattuta quistione.

Anche la terapia col siero di lama trattato con culture di treponema (e questa volta con siero non fornito dagli autori argentini) è fallita.

Il voto espresso dal prof. Stanziale sul controllo rigoroso dei sieri adoperati contro la sifilide è stata accolto con viva soddisfazione dall'Accademia di Medicina di Roma ed approvato alla unanimità

Al plauso della eletta assemblea aggiungiamo il nostro; è tempo di agire severamente contro coloro che, a scopo di lucro, vantano successi inesistenti e danno a sperare guarigioni sicure della lue in qualche mese (!) con sieri di nessuna efficacia.

Sappiamo che in riferimento al voto della Accademia di Roma la importante questione sarà portata all'esame del Consiglio Superiore di Sanità, e non dubitiamo che in merito, col solito efficace sistema fascista, sarà provveduto con energia.

R. Rummo.

---

ciaia. Dopo eseguito l'innesto si coprì con paraffina liquida sterile. Volendo adoperare il terreno semisolido dirò che esso è costituito da una parte di cervello o di fegato fresco di coniglio, prelevato sterilmente, ridotto in frammenti, più cinque parti di siero di cavallo sterile, più l'uno per cento di liquido di Ringer. Inattivare per 24 ore a 56°, tenere per due ore a bagnomaria a 60°, poi per circa quindici minuti lasciare indurire a 75°, poi ancora per 24 ore a 36° per la prova della sterilità, ed infine conservare in ghiacciaia. Dopo l'innesto versarvi sopra dell'agar sterile.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
diretto dal prof. F. GALDI

SULLA SETTICEMIA DA BANG O DA BRUCE

per il dott. G. LONERO — Aiuto di Semeiotica

La odierna questione « micrococcus melitensis » (Bruce), « bacillus abortus » (Bang) risale al 1918, epoca in cui pel primo Evans e poi Mayer, Shaw, Feusier, Zeller, Maggi, Huddleson, Fleischner etc., occupandosi con ricerche sistematiche e comparative dei caratteri morfologici, culturali, sierologici, immunitari e patogeni dei due microrganismi, vennero alla conclusione che il b. abortus e il b. melitensis si comportano tanto similmente da riuscire impossibile poterli differenziare l'uno dall'altro, e che, se una differenza esisteva fra i due microrganismi, questa era rappresentata solo dalle proprietà patogene rispetto all'uomo, in quanto uno, il melitensis, sarebbe patogeno per certi animali e per l'uomo, mentre l'abortus sarebbe patogeno soltanto per gli animali.

Se non che alla fine del 1924 e principio del 1925 Ficai ed Alessandrini affermarono, per i primi, che oltre ad una setticemia umana da Bruce esiste anche una setticemia umana da Bang, e che può benissimo differenziarsi una forma morbosa dall'altra mediante un accorgimento di tecnica sierologica consistente nello scaldare per 30 m' a 65° il siero in esame e sottoporlo quindi alle prove delle ordinarie agglutinazioni; giacchè secondo i detti AA. le agglutinine antibruce verrebbero distrutte a tale temperatura, mentre quelle antibang verrebbero conservate.

Queste cognizioni, a somiglianza di ogni fatto nuovo che tende ad affermarsi, hanno spinto gli studiosi dei varii Istituti scientifici ad interessarsi della soluzione dell'importante problema scientifico e pratico, che, se vero, potrebbe spiegarci il perchè del contagio e diffusione della febbre che per un solo istante chiameremo tipo malta, in individui che non hanno fatto mai uso di latte di capra.

E come se non bastasse l'entusiasmo che suscita sempre l'acquisizione di un nuovo dato di fatto, v'è anche il pungolo dei medici pratici, i quali dinanzi ad una forma febbrile intermittente e continua remittente, domandano al laboratorio se si ha da fare con una setticemia da Bruce o da Bang essendo nota la stretta affinità sintomatologica che esisterebbe fra le due forme morbose, la cui differenziazione è assolutamente impossibile dal solo lato clinico.

Tutte queste considerazioni portavano ad approfondire il problema, al quale scopo abbiamo atteso partendo da:

Ricerche Sierologiche. I sieri da noi esaminati assommano a 250, dei quali quarantotto positivi per la melitense a diluizioni tali da non lasciar alcun dubbio (1:1000 ed oltre), per conseguenza da non richiedere l'ausilio della prova di Negrè e Rainaud e tanto meno quella di Lentz.

Anche clinicamente tutto deponeva per una setticemia da Bruce ed eventualmente da Bang. Dico questo perchè tra i 48 sieri melitense-positivi 10 appartenevano ad individui dediti alla pastorizia, e che quindi avevano quotidianamente contatto con buoi e capre.

Su tali sieri attivi, melitense-positivi, si praticavano le ordinarie agglutinazioni con quattro ceppi di Bruce (P, R, B_1, B_2) e quattro ceppi di Bang (B, P, I, M), ottenendo sempre agglutinazioni positive e nettamente specifiche tanto per i ceppi di Bruce che per quelli di Bang, a diluizione pressochè uguale, se si eccettua qualche insignificante differenza che ogni stipite possiede, come il De Blasi ha rilevato assai opportunamente.

Scaldando i medesimi sieri a 65° per mezz'ora, diluiti a 1/50 in acqua distillata secondo l'accorgimento di Ficai ed Alessandrini, abbiamo ugualmente ottenuto agglutinazioni positive tanto per gli stipiti di Bang che di Bruce alle stesse diluizioni di quelle ottenute con siero attivo, salvo in venti casi nei quali l'agglutinazione, rispettivamente per i due microrganismi, da un tasso di 1:1000 che raggiungeva con siero attivo, raggiunse, con lo scaldamento, il titolo massimo di 1:400 e solo dopo 24 ore ed a fiocchi tenui, minuti, trasparenti e poco netti.

Questa osservazione ci richiamava alla mente una cognizione di patologia generale: le agglutinine, cioè, sono dotate di una resistenza maggiore di quella che presentano altri anticorpi, possono sopportare un riscaldamento prolungato sopra i 55°-56° e sono distrutte completamente solo dal riscaldamento a 75°-80°. In tal modo differiscono grandemente dalle batteriolisine che a 56° perdono il loro potere.

Partendo da questa cognizione ho voluto vedere come si comportavano frazioni di detti sieri scaldati per mezz'ora a 68°-70° ed oltre.

Orbene scaldando i sieri alla temperatura di 68°, in quasi tutti scomparivano le agglutinine sia cimentandoli con ceppi di Bruce che con quelli di Bang, salvo in tre sieri soltanto nei quali abbiamo ottenuto un'agglutinazione a fiocchi fini, pulverulenti, poco netti, a una diluizione massima di 1 a 200, e tanto per gli stipiti di Bruce che per quelli di Bang.

Con lo scaldamento a 70° in tutti i sieri abbiamo ottenuto scomparsa di agglutinine salvo uno che dette agglutinazione tardiva positiva alla diluizione di 1:100, ma dopo 24 ore di laboratorio, e che aveva tutti i caratteri di una agglutinazione aspecifica, a simiglianza di quella che non raramente si osserva col siero attivo di un tubercoloso e che all'occhio esercitato fa giudicarne, con molta probabilità, la provenienza.

Questo stesso siero scaldato a 72° per 1/2 h dette scomparsa completa di agglutinine anche dopo due giorni (2 ore di termostato, 24 di stanza e 24 di ghiacciaia).

Queste ricerche di puro ordine sierologico avevano anche bisogno del sussidio sperimentale onde noi preparammo tre conigli, uno con iniezioni di m. melitense (P, R, B_1, B_2), uno con iniezioni di m. abortus (B, P, I, M) ed uno, infine, con iniezioni di tutti gli otto ceppi. Le culture venivano uccise al calore per un'ora a 60° e di poi inoculate per via endovenosa alla dose di 2 cmc. alla distanza di 5 giorni 3-4 volte; il salasso fu praticato 6 giorni dall'ultima iniezione.

Riporto succintamente i risultati delle mie esperienze:

Immunsiero antibruce non scaldato

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Immunsiero antibruce scaldato a 65°

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−

Immunsiero antibang non scaldato

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

= 863

Digitized by Google

Immunsiero antibang scaldato a 65°

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−

Immunsiero misto antibruce-antibang non scaldato

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Immunsiero misto antibruce-antibang scaldato a 65°

	1:100	1:200	1:300	1:400	1:500	1:600	1:700	1:800	1:900	1:1000
Bruce P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ R.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ B1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
„ B2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bang B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ P.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ I.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−
„ M.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−

Da quanto appare nelle tabelle i dati sperimentali hanno confermato quello già osservato nelle numerose prove sierologiche, che cioè lo scaldamento dei sieri a 65°, anche se esiste una eventuale setticemia da Bang, non serve a differenziare detta forma morbosa da quella melitense, conformemente a quanto hanno dimostrato Bastai, Cerruti, Tinti, Trentini ed altri.

Ricerche Batteriologiche. Il Vercellana alla fine del 1925 ha proposto un metodo differenziale tintoriale del m. melitense dal b. di Bang, applicando per tali microrganismi la colorazione proposta da Bezssonof per la differenziazione del b. paratifo B dal b. coli.

Il metodo, come è noto, consiste nel preparare, con cultura in agar di 48 h, debo'i sospensioni in acqua distillata e nel fare strisci uniformi e sottili. Dopo averli fissati alla fiamma si tengono per 20 ore a 37° in una soluzione di bicromato potassico all'1 % e tartaro emetico al 0,40 % in acqua distillata preparata al momento dell'uso, mescolando le soluzioni separate delle due sostanze che vanno sciolte a freddo. Di poi lavaggio in acqua comune ed in acqua distillata e rinnovata tre volte; colorazione a 100° per 2 ore in pentola di Koch in una soluzione acquosa di wasserblau al 0,17 %, nuovo lavaggio in acqua corrente ed acqua distillata, colorazione per un'ora e mezza a 100° in una soluzione di crisoidina al 0,07 % in acqua distillata, nuovo lavaggio in acqua corrente e distillata, ed infine colorazione con una soluzione acquosa di rosa bengala al 0,32 % prima per 15 m' a 65° e poi per 14 ore a 37°. U'timo lavaggio. Con tale metodo di colorazione secondo l'A. il melitense assumerebbe una colorazione rosa più o meno intensa, mentre il Bang una colorazione b'eu.

Attenendomi a tutte le modalità di tecnica suggerite dall'A., ho voluto vedere come i germi in questione, e precisamente tutti gli otto ceppi adoperati nelle numerose prove sierologiche, si comportavano con tale metodo differenziale; ma fui sorpreso nel constatare che tutti gli strisci assumevano una tinta più o meno rosa, ma nettamente rosa e senza mai poter riscontrare, dopo lunga osservazione microscopica, microrganismo alcuno colorato in bleu.

Ritenendo trattarsi di errore di tecnica, rifeci le varie soluzioni, ma sempre con i medesimi risultati, i quali erano anche gli stessi se si adoperava una soluzione di crisoidina, anzichè al 0,32 %, al 0,25 %.

Di poi lo stesso Vercellana, questa volta in collaborazione col Zanzucchi, ha proposto un saggio di agglutinazione aspecifica per poter differenziare i due germi in discussione.

Secondo detti AA. se si mescola una data quantità, un cc. di emulsione in acqua distillata di m. melitense proveniente da agar-cultura recente, con una quantità eguale di soluzione all'1 % di acido lattico, pure in acqua distillata, e si tengono i tubi in termostato a 37°, si ha dopo un certo tempo, da una a più ore, una netta agglutinazione dei germi.

Trattando invece alla stessa guisa una emulsione di b. abortus, non si verifica alcun fenomeno di agglutinazione.

Anche questa semplice prova, suggestiva alquanto, è stata da noi esperimentata sugli otto ceppi con risultati completamente negativi, in quanto che abbiamo ottenuto sempre una agglutinazione — per noi dico subito precipitazione — più o meno nettamente positiva tanto per i ceppi di Bruce che per quelli di Bang.

Riporto succintamente i risultato delle nostre esperienze, nelle quali si sono adoperate patino-culture di 60 h. in acqua distillata, sino ad avere un'emulsione lattescente come si usa per le ordinarie agglutinazioni. La lettura veniva fatta dopo 24 ore di termostato.

Emulsione batterica 1 cc + 1 cc. di A. L. 1 %

Br. P.	agglutinazione	liquido soprastante	poco limpido
Br. R.	»	» »	» »
Br. B1.	»	» »	quasi »
Br. B2.	»	» »	poco »
Bg. B.	»	» »	» »
Bg. P.	»	» »	quasi »
Bg. I.	»	» »	poco »
Bg. M.	»	» »	quasi »

Questo vario modo di maggiore o minore agglutinazione per una stessa varietà batterica ci fece venire il sospetto che tale fatto fosse dovuto alle patine-culture più o meno ricche di germi per il naturale diverso modo come essi si trapiantano, per la virulenza dei medesimi, per l'acqua di condensazione maggiore o minore dell'agar dei tubi, per la quantità dei germi presi con l'ansa ed insemensati, per la bontà dell'agar ecc., nonostante gli accorgimenti di tecnica più impeccabili.

Onde noi per eliminare tutte queste possibili cause di errore abbiamo adoperato, nelle nostre esperienze, in un secondo tempo, patine-culture di 60 h in agar di fresco preparato ed uguale per ogni tubo, e diluizioni batteriche in acqua distillata ottenute con ansa del n. 2 dell'apparecchio di Czaplewski e di cui riporto i risultati.

Diluizioni batteriche verisimilmente costanti con ansa n. 2 dell'apparecchio Czaplewski — diluizione 1/1 in acqua distillata

Br. P.	agglutinazione	+	liquido soprastante	quasi limpido
Br. R.	»	+	» »	» »
Br. B1	»	+	» »	» »
Br. B2	»	+	» »	» »
Bg. B.	»	+	» »	» »
Bg. P.	»	+	» »	» »
Bg. M.	»	+	» »	» »
Bg. I.	»	+	» »	» »

Come appare dai risultati riportati, anche con questi accorgimenti di tecnica noi abbiamo ottenuta agglutinazione netta con tutti i ceppi adoperati, agglutinazione per noi dovuta ad una netta precipitazione dei germi morti in un mezzo fortemente acido qual'è la soluzione di acido lattico all'1 %, nonostante che da quasi tutti gli autori, oggigiorno, non si faccia più una netta distinzione fra agglutinazione e precipitazione.

Digitized by Google

E per meglio confermare la nostra ipotesi, abbiamo decantato il liquido soprastante ai germi agglutinati e precipitati, e con essi abbiamo allestito svariate culture in brodo, agar semplice ad agar glicerinato, senza mai osservare sviluppo alcuno di germi anche dopo sette giorni di termostato.

E sempre per suffragare vieppiù il nostro asserto, abbiamo esteso le medesime ricerche sui molteplici ceppi di laboratorio del gruppo coli-tifo, ottenendo i medesimi risultati.

Veniva così sufficientemente dimostrato che anche con questi voluti criteri differenziali non è possibile, almeno per ora, poter risolvere l'arduo problema, anche quando si riesca a coltivare il germe in questione da uno dei vari liquidi e organi di ammalati.

Da quanto si è esposto ci sembra di poter concludere che allo stato attuale delle nostre conoscenze, se può esserci setticemia umana da Bang, questa non può differenziarsi da una setticemia da Bruce, anche quando si riesca ad isolare il germe infettante, non disponendosi, almeno per ora, di alcun mezzo culturale, morfologico e sierologico differenziale.

Ci sarebbe, è vero, il criterio biologico della patogenicità verso l'uomo; ma non credo si possa, anche in Istituti scientifici serii, fare le esperienze di Nicolle, Burnet e Conseil i quali avrebbero inoculato in ben 5 individui germi di cultura pura di b. abortus, constatandone — per buona fortuna — la assoluta innocuità.

Che se poi per differenziare una setticemia da Bang da una melitococcemia dobbiamo invocare i criteri clinici enumerati da Ficai ed Alessandrini, quali l'albuminuria maggiore che nelle ordinarie forme infettive, il notevole ingrandimento del fegato e della milza, la febbre continua ed affatto ondulante ecc., noi risponderemo che chi ha contatto con malati anche da poco tempo, ha avuto agio di osservare tutte queste varietà sintomatologiche, da milze grosse da destare il sospetto di una leucemia, ad albuminurie allarmanti con emoglobinuria e cilindruria di ogni genere, da quelli ialini a quelli ematici ed epiteliali.

Si potrà obiettare che in tali casi si tratta di una setticemia da Bang, al che noi rispondiamo che debbono considerarsi come fortunati quei cinque pazienti inoculati da Nicolle, Burnet, e Conseil, in quanto avevano nei loro succhi cellulari poteri di difesa tali da non risentire il minimo disturbo.

Riterremo quindi, pel momento, secondo l'opinione dei più, i due microrganismi appartenenti ad un'unica specie batterica «Brucella melitensis» con le due varietà di «Brucella melitensis s. s.» e «Brucella melitensis abortus» attribuendo col Bastai il potere patogeno bilaterale — animale, uomo — al b. di Bruce piuttosto che al Bang.

Si tenga infine presente che il Bruce oltre che nella milza, nel sangue, in genere nel fegato, nel sangue periferico, nelle feci, nell'urina, fu riscontrato anche nello sputo da Fiorentino e nel liquido sinoviale da Gilmour, e che vive da saprofita nel latte, burro, cacio (Neri), polvere stradale, e per molto tempo; onde nessuna meraviglia che si possa eventualmente isolare un Bruce anche dal pus di una coxite umana.

BIBLIOGRAFIA

Ficai-Alessandrini. Annali d'Igiene n. 1, anno 1925 — Polettini. Annali d'Igiene n. 10, anno 1924. — Bastai e Cerruti. Minerva Medica, n. 11, 34, anno 1925. — Tinti. Rivista di Clinica Medica n. 18 anno 1925. — Nicolle, Burnet e Conseil. C. R. Ac. des Sciences, 16 aprile, anno 1923. — Trentini. Giornale di Batteriologia e Immunologia, n. 2, anno 1926. — Andrei. Giornale di Batt. e Immun., n. 3, anno 1926. — Domenici e Lopez. C. R. Soc. de Biol., 15 dicembre, anno 1924. — Bastai. Minerva Medica, 31 maggio 1926. — Favilli. Lo Sperimentale, n. 1, anno 1926. — Vercellana e Zanzucchi. Pathologica, n. 415, anno 1926. — Cerruti. Giorn. di Batt. e Immun., n. 8, anno 1926. — La Grutta Giorn. di Batt. e Immun., n. 12, anno 1926. — Lustig e Galeotti. Patologia generale, vol. 1, pag. 242.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretta dal prof. C. FRUGONI

LA REAZIONE DI ABDERHALDEN NEI CUTI-REATTIVI

per il dott. GUIDO MELLI — Assistente

Obbiettivo del presente lavoro è stata la ricerca della eventuale presenza della reazione di Abderhalden nei cuti-sensibili. In questa prima nota saranno presi in particolare considerazione i cuti-sensibili da polline, senza tener conto se tale patologica sensibilità porti il soggetto in esame ad attacchi asmatici, oculo-riniti e corize stagionali.

La reazione di Abderhalden consiste, come ognun sa, nella ricerca, ed eventuale dimostrazione, nel siero del soggetto in esame, di fermenti proteolitici specifici ad una determinata sostanza proteica: quella verso la quale il soggetto stesso è ipersensibile, quella e non altre. Tale almeno la reazione nel concetto del proprio Autore, reazione che è stata elaborata con infinite varietà di principio e di tecnica.

La reazione di Abderhalden dopo aver goduto di un momento di grande voga è andata un po' alla volta cadendo in disuso ed oggi attraversa un periodo di pessima stampa sia in Italia che all'Estero, talchè forse il più autorevole e noto fra i trattati italiani di patologia (Lustig e Galeotti, «Patologia Generale», V Ediz. vol. I, pag. 351), così testualmente conclude il paragrafo relativo a questa relazione: «Nonostante le affermazioni in senso positivo che di tanto in tanto continuano ad apparire nella bibliografia, nonostante le statistiche a resultati favorevoli, la fiducia in questo mezzo diagnostico va sempre più scomparendo».

Giudizio conclusivo questo che rende in modo perfetto la situazione attuale di fronte alla ricordata reazione ed alla quale, come a constatazione obiettiva, non si può che sottoscrivere.

Potrebbe quindi parere fuor di luogo la ricerca che mi sono prefissa.

La contradizione però non è che apparente. E' vero che la fiducia in questo mezzo diagnostico va sempre più scomparendo e credo a ragione, ma le cause di ciò non vanno ricercate nel non giusto fondamento teorico della reazione medesima, ma bensì nella sua estrema delicatezza tecnica. La reazione di Abderhalden, in qualunque delle sue forme, checchè se ne dica, resta sempre di estrema difficoltà e complessità, la più delicata forse di tutte le reazioni sierologiche. Numerosissime sono le cause di errore che essa comporta sia in senso positivo, che negativo; talchè si presta a meraviglia, in mano a sperimentatori meno che prudenti, al formarsi delle più disparate statistiche.

Inoltre un numero non indifferente di sieri di per sè stessi non si prestano alla reazione che non può quindi su di essi essere eseguita. Infine si può dire che, anche in mano di un ricercatore non inesperto, almeno una reazione su tre va perduta. Per tali considerazioni ritengo che questa ricerca non si presti assolutamente ad entrare nella *routine* professionale; non può infatti essere eseguita in fretta e furia, in tempo prestabilito, per la necessità di fornire una risposta ad ora fissa. Viceversa, sorta nel periodo in cui videro la luce le più fortunate reazioni sierologiche, in cui parve per un momento che la diagnostica si potesse spostare dal letto del malato al laboratorio, dette origini ad infondate speranze (vivamente incoraggiate dallo stesso suo autore) e fu eseguita su vastissima scala, specie per la diagnosi precoce di gravidanza, dalle persone e nei laboratori che meno erano idonei ad affrontare ricerche di questo genere (ci fu un momento in cui non usciva numero di giornaletto ostetrico, che non portasse ricerche e statistiche sulla reazione di Abderhalden). La conseguenza fu quella che doveva essere: dopo un primo momento di fittizio entusiasmo, la sfiducia ed il discredito prima, l'abbandono più completo poi.

Abbandono che questa ricerca mi sembra non meritare. Ricondotta nella sua vera sede, nei laboratori scientifici, ed eseguita a scopo non pratico, la reazione di Abderhalden resta uno dei fatti più interessanti che sia dato rilevare nel campo della sierologia, capace, forse, di aiutare la comprensione del-

Digitized by Google

l'intima natura di molti fenomeni, di allargare, in ogni caso, il nostro raggio visivo.

Sull'essenza di questa reazione non è ancor detta l'ultima parola; per Abderhalden si tratta della dimostrazione di fermenti specifici, contenuti in determinati sieri capaci di disintegrare, di degradare fino allo stato di peptoni ed ammino-acidi determinate proteine; fermenti che sarebbero strettamente specifici. A me personalmente pare che la spiegazione del fenomeno fin da principio avanzata da Abderhalden, sia ancora oggi l'unica plausibile e che pienamente ci soddisfi. Non posso però tacere che tale concetto è stato da altri attaccato e che vi ha per esempio chi sostiene che la proteolisi, fermentativa o no, avvenga non già a carico della proteina eterogenea, ma bensì del siero in esame. Ma su questo punto come sull'interesse generico della reazione etc., ritornerò più avanti. Per ora intanto, seguendo in ciò lo stesso Abderhalden, preferisco la denominazione più generica e meno compromettente di reazione di Abderhalden, anzichè quella pure correntemente usata di reazione dei fermenti protettivi, sia perchè non è certa la esistenza di tali fermenti, sia perchè dubbia ne è la finalità protettiva.

La tecnica. — *Constatazione dell'ipersensibilità.* Questa fu rilevata a mezzo delle cuti-reazioni alla Walker eseguite con la tecnica usuale. Come antigene furono usati pollini grezzi, messi in sospensione al momento dell'uso, sulla pelle stessa del paziente in soda N/10 (tecnica correntemente in uso in quest'Istituto). Furono scelti unicamente individui nettamente e fortemente cuti-reattivi.

Prelevamento del siero. Il siero fu prelevato per puntura venosa con le più rigorose precauzioni onde garantirne la sterilità, ed in modo da ottenerlo assolutamente privo di emoglobina. Non mi dilungo qui in particolari essendo questi a tutti noti. Il sangue si lasciò sierare spontaneamente a temperatura ambiente. In qualche caso in cui per una ragione o per l'altra non si aveva la sicurezza della sterilità del siero prelevato, questo fu filtrato alla candela di Berkefed, con buoni risultati.

Preparazione degli antigeni. Sono qui presi in considerazione unicamente gli antigeni pollinici. In un primo tempo si ricorse a pollini grezzi lavati con acqua distillata fino a che non cedevano più sostanze capace di reagire con la ninidrina e sterilizzati di poi a vapore fluente. Con questi antigeni ebbi risultati non buoni. Ricorsi allora ad estratti acquosi preparati seguendo in parte la tecnica di Alice Evans (*Journ. Infect. Dis.* 1922-30-95). Circa due grammi di polline grezzo, sgrassato e ripetutamente lavato con etere, venivano intimamente impastati con circa 4-5 cc. di soda N/10. In capo a 5 o 6 minuti (non più) a questa miscela (eventualmente diluita con soluzione di cloruro di sodio al 0,4 %) veniva aggiunto da una buretta, acido fosforico circa molare/10 fino ad aversi un Ph = 7 (precisa titolazione elettrometrica con elettrodo a campana di Michaelis, a corrente di idrogeno). La soluzione veniva poi portata a 50 cc. con soluzione 0,4 % di cloruro sodico vigorosamente agitata e lasciata a sè stessa per 24 ore.

In capo a questo tempo si filtrava a carta ed il filtrato era sterilizzato a bagno-maria bollente. Il liquido così ottenuto veniva dializzato per più giorni a temperatura ambiente in dializzatore di pergamena (Schleicher e Schull n. 579) contro una soluzione in tutto identica a quella usata per l'estrazione. Il liquido esterno veniva cambiato di frequente e la dialisi prolungata fino a che l'estratto non cedeva più sostanze capaci di reagire alla ninidrina. Ebbi così occasione di constatare che, conformemente a quanto già affermarono Coca e Grove (1) da un lato e Bastai (2) dall'altro, le sostanze cuti-reattive dei pollini, almeno con questi dializzatori, sono indializzabili. L'estratto pollinico veniva allora suddiviso in fiale saldate alla fiamma e nuovamente sterilizzato in bagno-maria bollente. Antigeni così preparati si dimostrarono assai attivi e conservarono inalterata la loro attività per tempo lunghissimo.

Forma della reazione. In un primo tempo mi rivolsi al metodo ottico diretto, ricercando semplicemente l'intorbidarsi di una miscela, siero più estratto pollinico. Non ottenni mai risultati conclusivi. Ricorsi allora alla tecnica della dialisi che è anche teoricamente la più interessante. Univo cioè in un dializzatore di pergamena (Schleicher e Schull n. 579) 1,5 cc. del siero in esame con 1,5 cc. dell'estratto pollinico appropriato e prolungavo la dialisi contro acqua distillata, in termostato a 37°, per 24 ore.

In capo a questo periodo ricercavo nel liquido esterno l'eventuale passaggio di prodotti di degradazione delle sostanze proteiche, prodotti di degradazione che presenti in caso di risultato positivo, mancano in caso di risultato negativo. Per la dimostrazione di tali sostanze mi servii di regola della reazione alla ninidrina; a volte del dosaggio comparativo dell'azoto totale. In qualche caso alla dialisi attraverso membrana di pergamena sostituii la ultra-filtrazione attraverso membrane di collodio, dopochè i due liquidi erano stati in contatto, in termostato, per 24 ore. Di tutte le membrane filtranti fu in ogni caso controllata la permeabilità ai peptoni (peptone Witte, peptone di seta — reazione alla ninidrina) e l'assoluta impermeabilità alle albumine (reazione dell'acido solfosalicilico e del ferrocianuro di potassio) sia prima che dopo la ricerca.

In un matraccino a collo largo venivano introdotti 20 cc. di acqua distillata, quindi in essa veniva posto il piccolo dializzatore già controllato, ed in questo venivano versati 1,5 cc. dell'estratto pollinico appropriato. Il tutto chiuso con un tappo di cotone, era sterilizzato all'autoclave. Dopo raffreddamento veniva aggiunto sterilmente, nell'interno del dializzatore 1,5 cc. di siero limpido, ed il liquido dentro e fuori del dializzatore medesimo era coperto di uno strato di toluolo. Il matraccino nuovamente chiuso con tappo di cotone veniva posto in termostato per 24 ore. Operando in questo modo è successo qualche volta che, per effetto del riscaldamento, il sacchetto di pergamena si è alterato nella sua permeabilità e così è andata perduta qualche ricerca. Le maggiori garanzie di sterilità che si ottengono operando così, mi hanno per altro compensato di questo inconveniente, del resto non frequente. In ogni caso al termine della ricerca è stata nuovamente controllata la permeabilità e rispettivamente, impermeabilità, dei dializzatori usati. Di regola, in caso di risultati positivi, la sterilità dei liquidi in presenza è stata controllata con strisci su agar.

Per tutte le altre particolarità di tecnica (conservazione dei dializzatori, reazione alla ninidrina, lettura dei risultati etc.) ho seguito alla lettera le prescrizioni di Abderhalden alle quali rimando per maggiori dettagli, Abderhalden. *Die Abderhaldensche Reaktion* — Springer — Berlin 1922). Qui si troverà esaurientemente esposta sia la parte teorica che pratica della reazione, come pure la bibliografia completa.

Quando mi sono capitati sieri che di per sè stessi cedevano in quantità non indifferente sostanze reagenti alla ninidrina, per non complicare le ricerche con risultati di difficile lettura, li ho senz'altro abbandonati. Per ogni ricerca ho eseguito almeno due controlli, ossia ho cimentato il siero in esame, oltrechè con l'estratto di polline per cui il datore era cuti-reattivo, con l'estratto di altro polline per cui il datore era sicuramente non cuti-reattivo. Sempre poi ho cimentato l'estratto cuti-reattivo con un altro siero di persona sicuramente non sensibile ad esso. Laddove mi è stato possibile i controlli sono stati moltiplicati; così pure la reazione vera e propria, sempre che sia stata possibile, venne eseguita almeno in doppio esemplare. Quasi tutti i soggetti che caddero sotto la mia osservazione presentavano sensibilità multiple ai pollini. Dove non fu possibile eseguire la reazione su più pollini questa fu eseguita su uno scelto a caso fra i più nettamente cuti-reattivi. I più frequentemente usati furono i pollini della famiglia delle poacee, per la ragione che questi sono, almeno da noi, fra i più comuni responsabili di ipersensibilità.

I pollini usati furono quelli della Poa pratensis, Poa trivialis, Poa annua, Hordeum murinum, Agrostis alba, Ampelodesmus tenax, tutti appartenenti alla famiglia delle poacee. Inoltre: Artemisia absinthium (asteracee), Arum italicum (aracee), Aesculus Hippocastanum (ippocastanee), Ammi maius (apiacee), Eucaliptus rostratus.

I casi riportati nella seguente tabella costituiscono circa i due terzi di quelli presi in esame; ho di proposito tralasciato tutti quelli in cui per una ragione o per l'altra uno o più dei controlli dettero risultati positivi, od in cui si poteva sospettare un inquinamento, od in cui era sopravvenuta una alterazione della membrana dializzante od altro. I risultati sono compendiati nella tabella seguente:

(1) *Journal of Immunology*, vol. 10, n. 2, 1925.

(2) *Minerva Medica*, a. 5, n. 25, 1925.

Digitized by Google

TABELLA I.

NUMERO	MALATTIA	POLLINE CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del soggetto corrispondentemente cutisensibile).	CUTIREAZIONE	REAZ. ALLA NINIDRINA (Ninidrina 1 o|o cc. 0,2 + dializzato cc. 10)	MEDESIMO POLLINE (Estr. cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero indifferente) CUTI REAZIONE	MEDESIMO POLLINE (Estr. cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero indifferente) REAZIONE ALLA NINIDRINA (Ninid. 1 %, cc. 0,2 + cc. 10 di dializzato)	POLLINE NON CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del medesimo soggetto cuti-sensibile — non corrispondentemente).	CUTI REAZIONE	REAZ. ALLA NINIDRINA (Ninidrina 1 o|o cc. 0,2 + dializzato cc. 10).	RISULTATO DELLA RICERCA
1°	Oculo-rinite e coriza stagionale	Poa Pratensis (doppia reazione)	++	+++	—	—	Eucaliptus rostratus	—	—	Positivo
2°	"	Poa Pratensis	++	+++	—	—	"	—	—	"
3°	"	Hordeum Murinum	++	+++	—	—	"	—	—	"
4°	"	Ampelodesmus tenax (doppia reazione)	+++	++	—	—	Ammi Majus.	—	—	"
5°	"	Poa Pratensis	++	++	—	—	"	—	—	"
		Hordeum Murinum	++	++	—	+—	Aescul Hippocastanum	—	—	"
6°	Febbre da fieno	Arthemisia Absinthium	++++	+++	—	—	"	+—	—	"
7°	Asma bronchiale	Arum Italicum	++	++	—	—	Eucaliptus rostratus	—	+—	"
		Agrostis Alba	++++	+++	—	+—	"	—	+—	"
		Poa Pratensis	++++	++++	—	+—	"	—	+—	"
8°	"	Agrostis Alba	++	++	—	—	"	—	+	Deb. positivo
9°	Oculo-rinite e coriza stagionale	Poa Pratensis	+++	++	—	—	"	—	—	Positivo
10°	"	Poa Trivialis	+++	++	—	—	"	—	—	"
11°	"	Poa Annua	++	++	—	—	Ammi Majus.	+—	—	"
		Arum Italicum	++	+	—	—	"	+—	—	Deb. positivo
12°	Asma bronchiale	Arthemisia Absinthium	+++	++++	—	—	Eucaliptus rostratus	—	+—	Positivo
		Poa Pratensis	+++	++++	—	—	"	—	+—	"
13°	Oculo-rinite e coriza stagionale	"	+++	+++	—	—	"	—	—	"
		Agrostis Alba	+++	+++	—	—	"	—	—	"
		Arum Italicum	+++	+++	—	—	"	—	—	"

Il segno — indica reazione alla Ninidrina negativa: il liquido resta assolutamente incoloro.
Il segno +— indica reazione estremamente debole, talchè solamente osservando nel senso dell'altezza la colonna liquida essa mostra una vaga tonalità azzurrina.
I segni +, ++, +++, ++++, indicano reazione positiva (colorazione azzurra del liquido) e ne denotano l'intensità.
Analogo significato hanno i medesimi segni riferiti alle cutireazioni.

Come si vede le reazioni polline cuti-reattivo più siero di soggetto cuti-sensibile hanno dato tutte risultato positivo, sia pure con notevole differenza di intensità. I controlli (pollini cuti-reattivo + siero indifferente e polline indifferente + siero di cuti-sensibile) sono stati nella quasi totalità dei casi negativi. Qua e là però qualche controllo lievissimamente positivo si è avuto. E' noto però che nella reazione di Abderhalden è questione soltanto di quantità e non di qualità. Tracce di sostanze reagenti alla ninidrina capaci di passare attraverso una membrana semi-permeabile esistono sempre in qualsiasi siero. Solamente per la loro relativamente forte diluizione (23 cc. di liquido = 20 + 3) e per la relativamente piccola quantità di reagente (0,2 cc. di soluzione 1 %) non sono ordinariamente messe in evidenza. A volte per essere presenti in quantità un po' più rilevante danno una traccia di reazione, che per altro è sempre assai più debole che non nella corrispondente prova positiva, ove naturalmente non siano intervenute cause di errore. Questo come si vede dalla tabella su riportata è stato sempre il caso nelle ricerche da me eseguite, che hanno dato quindi il 100% di positività.

Dalla mia statistica (per altro ancora troppo limitata) non pare vi sia netta relazione tra intensità di cutireazione, gravità della forma morbosa ed intensità della reazione.

Le reazioni più intense si sono anzi avute di preferenza in casi di semplice corize stagionali, che non casi di asma, vero e proprio. In alcuni casi, oltre alla reazione alla ninidrina, fu eseguito il dosaggio dell'azoto totale nel dializzato comparativamente nella prova vera e propria e nei controlli. La titolazione dell'azoto è stata eseguita al Kjeldhall (secondo il micrometodo di Bang (1) lievemente modificato in vista del particolare materiale su cui si era costretti ad operare). La determinazione è stata di regola eseguita su 10 cc. di dializzato, mentre i residui 10 cc. servivano per la reazione della ninidrina. I valori dell'azoto sono stati riportati a 100 cc., perchè fossero meglio paragonabili fra loro, e perchè meglio risultassero le differenze. I casi adoperati per questa ricerca sono gli stessi riportati ai numeri 2, 3, 6, 8 della tabella precedente. I risultati sono compendiati nella tabella seconda. (V. Tab. 2).

Come si vede i risultati coincidono perfettamente e completamente con quelli rilevati con la reazione della ninidrina, che vengono così ad essere confermati.

In qualche caso infine alla tecnica della dialisi fu sostituita (o meglio aggiunta chè furono eseguite tutte e due le ricerche) quella della ultra-filtrazione. La ricerca fu condotta nel modo se-

(1) BANG. Mikromethoden ecc., pag. 13. *Bergmann-München*, 1922.

Digitized by Google

TABELLA II.

NUMERO	MALATTIA	POLLINE CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del soggetto corrispondentemente cutisensibile).	AZOTO MMGR. °/₀ (Determ. su 10 cc. di dializzato).	REAZIONE ALLA NINIDRINA (Dializzato cc. 10 + ninidrina 1 o/o cc. 0,2).	MEDESIMO POLLINE (Estr. cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero indifferente). AZOTO MMGR. °/₀ (Determinato su 10, cc. di dializzato).	MEDESIMO POLLINE (Estr. cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero indifferente). REAZIONE ALLA NINIDRINA (Dializzato cc. 10, ninidrina 1 o/o cc. 0,2).	POLLINE NON CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del medesimo soggetto cutisensibile — non corrispondentemente).	AZOTO MMGR. °/₀ (Determ. su 10 cc. di dializzato).	REAZIONE ALLA NINIDRINA (Dializzato cc. 10 + ninidrina 1 o/o cc. 0,2).	PROTEINE DISINTEGRATE NEL CORSO DELLA REAZIONE (Azoto mmgr. o/o).
1°	Oculo-rinite e coriza stagionale	Poa Pratensis	1,778	+++	0,482	—	Eucaliptus rostratus .	0,831	—	0,947
2°	„	Hordeum Murinum . .	1,440	+++	0,487	—	„	0,543	—	0,897
3°	Febbre da fieno . .	Arthemisia Absinthium .	1,126	+++	0,480	—	Aescul. Hippocastanum	0,532	—	0,694
4°	Asma bronchiale . .	Agrostis Alba	0,982	++	0,477	—	Eucaliptus rostratus .	0,712	+	0,271

I casi qui riportati sono i medesimi segnati ai numeri 2, 3, 6, 8 della tabella numero I.
I segni qui hanno il medesimo significato che ne'la I^a tabella.

TABELLA III.

NUMERO	MALATTIA	POLLINE CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del soggetto corrispondentemente cutisensibile).	AZOTO MMGR. °/₀ (Deter. su 10 cc. di) DIALIZZATO	AZOTO MMGR. °/₀ (Deter. su 10 cc. di) ULTRAFILTRATO	REAZ. ALLA NINIDRINA (Ninidrina 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) DIALIZZATO	REAZ. ALLA NINIDRINA (Ninidrina 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) ULTRAFILTRATO	MEDESIMO POLLINE (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero indifferente). AZOTO MMGR. o/o (Determ. su 100 cc. di) DIALIZZ.	AZOTO MMGR. o/o (Determ. su 100 cc. di) ULTRAFIL.	REAZ. ALLA NINIDRINA (Nin. 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) DIALIZZ.	REAZ. ALLA NINIDRINA (Nin. 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) ULTRAFIL.	POLLINE NON CUTIREATTIVO (Estratto cc. 1,5 + cc. 1,5 di siero del medesimo soggetto cutisensibile — non corrispondentemente).	AZOTO MMGR. o/o (Determinato su 10 cc. di) DIALIZZATO	AZOTO MMGR. o/o (Determinato su 10 cc. di) ULTRAFILTRATO	REAZ. ALLA NINIDRINA (Nin. 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) DIALIZZATO	REAZ. ALLA NINIDRINA (Nin. 1 o/o cc. 0,2 + cc. 10 di) ULTRAFILTRATO
1°	Oculo-rinite e coriza stagionale .	Ampelodesmus tenax	1,045	0,994	++	+	non determinato	0,571	—	—	Ammi majus	0,694	0,802	--	+—
2°	„	Poa Pratensis . .	non det.	1,235	++	++		0,612	—	—	„	non d.	0,897	—	+—
3°	„	„	1,302	1,472	++	+++		0,511	—	+—	Eucaliptus rostratus	„	0,602	—	—
4°	„	Poa trivialis . . .	non det.	1,380	++	++		0,642	—	—	„	0,654	0,512	—	—

I casi riportati in questa tabella sono gli stessi segnati ai numeri 4, 5, 9, 10 della I^a tabella.
I segni hanno qui i medesimi significati che nelle tabelle I e II.

guente. Con le consuete cautele di asetticità furono mescolate in una provetta di vetro duro, 1,5 cc. di estratto pollinico con altrettanto siero. Tutto, coperto di toluolo, fu lasciato in termostato per 24 ore. Al termine del qual tempo, la miscela venne passata all'ultra-filtro e nell'ultra-filtrato fu eseguita la reazione della ninidrina ed il dosaggio dell'azoto. Come ultra-filtri servirono quelli in collodio a filtrazione spontanea di Ostwald (*Kolloid. Zeit.*, vol. 22, pag. 143, 1918); la filtrazione fu aiutata da una debole aspirazione alla pompa ad acqua. Allo scopo di avere risultati confrontabili con quelli ottenuti a mezzo della dialisi, il residuo sull'ultra-filtro fu ripetutamente lavato con 20 cc. di acqua distillata, aggiunti in piccole porzioni. La permeabilità e rispettivamente impermeabilità della membrana di collodio fu controllata prima e dopo ogni ricerca con la tecnica già usata per le membrane di pergamena. Servirono per questa determinazione i casi N. 4, 5, 9, 10 della prima tabella. L'esito di questa ricerca è compendiata nella tabella 3. (V. Tab. N. 3).

I risultati come si vede coincidono ad un dipresso con quelli ottenuti a mezzo della dialisi. Sono però meno buoni, meno costanti: la ragione di ciò sta secondo me in due fatti principalmente e cioè: 1° nella difficoltà, in pratica assai grande, di ottenere membrane omogenee ed esattamente corrispondenti fra loro per grandezza di pori ecc.; 2° nel fatto che questi tipi di ultra-filtri sono sempre e necessariamente più o meno imbibiti di acqua, che va quindi, a più o meno diluire l'ultra-filtrato. Nel complesso la tecnica di ultra-filtrazione, notevolmente più complessa e difficile di quella di dialisi, mi parve valere assai meno di questa.

Scomplementazione. Per meglio identificare con la reazione di Abderhalden i risultati ottenuti, e nel contempo per riavvicinare se possibile questi fenomeni a quelli di tipo immunitario, eseguii alcune ricerche di scomplementazione (è noto che secondo Abderhalden sieri a reazione positiva, possono essere inattivati per scomplementazione e riattivati per aggiunta di nuovo complemento).

I risultati di questa ricerca non furono che poco dimostrativi. Dopo riscaldamento per 30-40 minuti a 56° la reazione, se pure attenuata, permaneva di regola positiva.

Negativa in generale diveniva se il riscaldamento spinto fino a 58 e 59 gradi, veniva prolungato per un'ora-un'ora e mezzo, circa. Forse il termine di scomplementazione usato a proposito di questo fatto è impreciso e val meglio lasciare impregiudicata la questione, parlando semplicemente di inattivazione da calore. Tentativi fatti di riattivare sieri inattivati al calore per aggiunta di complemento (fu usato come complemento 1,5 cc. di siero umano, fresco, indifferente, non diluito) non mi dettero mai risultati sicuramente positivi, talchè sarei portato a ritenere (pur senza poterlo tassativamente affermare) che una vera e propria ricomplementazione nel senso usuale della parola non sia possibile.

Potrà forse a taluno parere strano che io mi esprima in forma tanto dubitativa di fronte ad una ricerca, apparentemente così semplice. Ma se lo scomplementare e ricomplementare un siero come si fa per le comuni ricerche sierologiche, è operazione di facilità elementare, in ricerche di questo genere, di per sè stesse già oltremodo delicate, diviene operazione quanto è possibile difficile e disagevole. Intanto per prima cosa difficilissimo è in

Digitized by Google

pratica, checchè se ne possa pensare, mantenere la completa ed assoluta sterilità dei liquidi attraverso tante manipolazioni; e basta d'altra parte il più lieve inquinamento a far perdere la ricerca. Poi anche la prescrizione della assoluta assenza di emoglobina complica di non poco le cose. Ancora, per il semplice fatto del riscaldamento prolungato, viene assai spesso ad aumentare notevolmente la quantità di sostanze dializzabili, reagenti alla ninidrina, contenute nel siero.

Quantità che viene ancora notevolmente aumentata (circa raddoppiata) dall'aggiunta di altro siero (complemento che anche esso naturalmente deve essere assolutamente sterile e privo di emoglobina e non deve contenere più di un certo *quantum* di sostanze dializzabili, reagenti alla ninidrina).

Ne consegue che, se non si vogliono avere positivi anche tutti i controlli, bisogna variare le proporzioni della reazione e precisamente aumentare (più o meno a seconda del bisogno) il liquido esterno. In conseguenza di ciò si ha una maggior diluizione dei prodotti di proteolisi, che divengono dializzabili nel corso della reazione, ed una conseguente minor sensibilità e nettezza di reazione. Non voglio dire con ciò che ricerche di questo genere siano impossibili. Sono anzi teoricamente sicuramente possibili; ma presentano, in pratica difficoltà tali, che per me sono state insuperabili.

Reazione di Abderhalden con altri antigeni (non pollinici). Ho avuto occasione di poter studiare due malati presentanti netta e sicuramente constatata ipersensibilità a due alcaloidi, il chinino l'uno, la morfina l'altro. Il primo di questi due soggetti ha nella propria ascendenza numerosi casi di eczema, asma ed ipersensibilità varie. Un fratello spiccata ipersensibilità alla banana. Il paziente soffre fin dall'infanzia di eczema cronico.

Da parecchi anni si è avvisto che ogni qualvolta beve amari aperitivi e simili è colto da gravi disturbi generali, cefalea, capogiro, oppressione di respiro, vomito, diarrea ecc. Insorgenza di orticaria generalizzata. Eseguite le cuti-reazioni il paziente dimostra spiccata sensibilità al chinino; enorme pomfo a caratteristici margini sfrangiati con infiltrazione circostante, a volte eruzione di orticaria.

L'altro soggetto è quello medesimo riportato al N. 13 della prima tabella. La madre è intollerante alla morfina. Il paziente da molti anni soffre di oculo-rinite e coriza stagionale. Da bambino essendogli state somministrate alcune gocce di laudano, presentò disturbi generali gravi, vomito, diarrea, eruzione di orticaria, malessere profondo, cefalea ecc. Tali disturbi ricomparvero ogni qualvolta il paziente ingerì oppiacei, sotto qualunque forma. Le cutireazioni dimostrarono spiccata sensibilità a grandissimo numero di pollini (la maggior parte di quelli esistenti nei nostri paesi) e così all'oppio ed a tutti i suoi derivati: in modo particolarmente intenso alla morfina.

(Questi due casi sono stati studiati in quest'Istituto ad opera dell'aiuto Dott. Scimone che ne farà oggetto di pubblicazione; mi esimo quindi da ulteriori particolari al riguardo).

Ho voluto provare a cimentare il siero di questi due malati con le droghe verso le quali risultano rispettivamente ipersensibili, onde ricercare l'eventuale presenza della reazione di Abderhalden. Potrà forse parere ingenuo, dato il fondamento teorico su cui poggia la reazione medesima (degradazione fermentativa di una proteina eterogenea) il ricercarla a mezzo di un antigene non proteico. Ma non si deve dimenticare che il fondamento teorico della reazione stessa, è oggetto di discussioni e che per alcuni [Sachs (1), Bronfenbrenner (2)] la proteolisi si verificherebbe a carico non della proteina eterogenea, ma bensì del siero medesimo. Ora l'ipersensibilità ad alcune droghe e sostanze non proteiche in genere, è, per tanti caratteri, talmente simile a forme di ipersensibilità a proteidi (in cui come abbiamo visto reazione di Abderhalden, si ha) che veramente seducente appariva l'idea di ricercare la presenza di tale proteolisi anche nei due casi citati. Proteolisi che ove dimostrabile, avrebbe portato sicuro appoggio all'ipotesi di Sachs e Bronfenbrenner.

La reazione in questa forma presentava particolari difficoltà date dal fatto che gli alcaloidi da usarsi (chinino, morfina) diffondono rapidamente attraverso il dializzatore e quindi la quantità di essi con cui il siero resta in contatto, è assai piccola.

Perciò la reazione fu condotta nel modo seguente: 1,5 cc. di siero erano aggiunti in una provetta di vetro duro ad 1,5 cc. di soluzione dell'antigene opportuno (morfina per l'uno, chinino per l'altro).

Dopo 24 ore di termostato (sotto toluolo) il contenuto della provetta era travasato sterilmente in un dializzatore di pergamena del solito modello e la dialisi prolungata per 24 ore contro 20 cc. di acqua distillata, con le modalità usuali. Per il resto la reazione venne condotta in tutto come le precedenti. Oltre le due prove (rispettivamente siero più chinino e siero più morfina) vennero istituiti anche alcuni controlli e precisamente i seguenti: siero indifferente più chinino: siero indifferente più morfina; siero dei due ipersensibili più un alcaloide indifferente (sparteina). I tre alcaloidi furono usati in soluzione acquosa sterile, alle seguenti concentrazioni: morfina 1 %, sparteina 5 %, chinino 10 %. Le medesime soluzioni servirono anche per le cutireazioni.

Sia le prove che i controlli rimasero tutti e senza eccezione nettamente negativi.

Mi sia permesso di rilevare che il soggetto ipersensibile alla morfina era ipersensibile anche a numerosi pollini e che per questi presentava nettamente positiva la reazione di Abderhalden (caso N. 13 della tabella 1ª). E' quindi un caso che, in certo qual modo, si controlla da sè stesso, giacchè si tratta di un siero a reazione sicuramente e fortemente positivo, quando sia cimentato con antigeni opportuni. Quindi la mancanza di reazioni di fronte alla morfina non può essere imputata che ad incapacità di questa sostanza a provocarla.

Discussione di resultati e loro valore. Abbiamo dunque visto che i cuti-sensibili a pollini hanno dato reazione di Abderhalden positiva nel 100 % dei casi della mia statistica. Abbiamo visto ancora che non pare esistere stretto parallelismo tra intensità di cutireazione ed intensità di proteolisi, tra questa e gravità della forma morbosa. Abbiamo constatata la possibilità di inattivare sieri specificamente attivi, a mezzo del riscaldamento prolungato per tempo abbastanza lungo; non è sicuro però che tale fatto coincida con la scomplementazione nel senso usuale della parola; non pare che l'aggiunta di nuovo complemento valga a riattivare un siero inattivato. Infine come era da aspettarsi droghe, cimentate con sieri di soggetti ad esse ipersensibili, non danno alcuna reazione.

Prima di venire a discutere questi risultati, mi sia permesso in una breve digressione di prendere in considerazione la reazione di Abderhalden considerata in sè e per sè.

Notoriamente, secondo Abderhalden, la reazione consiste in ciò, che proteine eterogenee introdotte nell'organismo per le vie più diverse (endovenosa, sottocutanea, endomuscolare, endoperitoneale, parenterale) sia in una sol volta in forti dosi, sia in più volte in dosi deboli, eccitano l'organismo medesimo alla elaborazione di un fermento proteolitico specifico alla proteina in questione. La produzione di tale fermento avrebbe, nel concetto di Abderhalden, una finalità protettiva in quanto tenderebbe a sbarazzare l'organismo di un *quid* inutile e quindi nocivo. Ricerche condotte su larghissima scala, da moltissimi ricercatori e particolarmente dallo stesso Abderhalden, hanno dimostrato, sia nell'uomo, che nell'animale, reazione positiva in tutti i casi, sia naturali che sperimentalmente indotti, di ipersensibilità proteica. Per altro il campo nel quale la reazione ebbe più larga applicazione fu quello della gravidanza, per la diagnosi precoce della quale si cimenta il siero della paziente con tessuto placentare. Gli antigeni vengono preparati di regola dal corrispondente tessuto, privato di sangue, lavato e sterilizzato per ebullizione.

Lasciando da parte le molte eccezioni elevate alla tecnica di questa ricerca e le molte modificazioni pratiche proposte, tre principalmente sono state le obiezioni teoriche fatte alle vedute di Abderhalden.

1. Antigeni preparati come è stato detto sopra a mezzo dell'ebullizione non possono più conservare una struttura specifica, non può quindi essere specifica la reazione stessa. Abderhalden a questo proposito fa notare come viceversa poco sia alterata la struttura complessiva di un tessuto dal calore; nota ancora come, in generale, non sia possibile alterare un composto nella sua struttura e configurazione a mezzo del riscaldamento, e pensa che la attività del fermento sia legata per l'appunto alla configurazione ed allo stato fisico della proteina e ricorda come alcune proteine, difficilmente attaccate da fermenti, allo stato nativo, lo siano con grande facilità una volta coagulate.

(1) SACHS. *Kolloid Zeitschr.*, vol. 24, pag. 113, 1919.

(2). BRONFENBRENNER. *Journ. of exp. Med.*, vol. 21, pag. 221. 1915.

Digitized by Google

Io vorrei per conto mio rilevare, che la permanenza di una fisionomia propria a ciascuna proteina è per questo solo, ai miei occhi, provata, che alcune danno reazione positiva, altre no. Qualunque significato si voglia dare a tale reazione, non si può non riconoscere in essa un fatto e che questo fatto si verifichi specificamente con un antigene e non con altro mi pare stia già di per sè a chiaramente dimostrare, che questi diversi antigeni non sono uguali fra loro, non sono indifferenti, non hanno quindi perduta una loro personalità.

2. La proteolisi, fermentativa o no, non si verifica a carico dell'antigene ma bensì del siero stesso (Sachs-Bronfenbrenner, *loco citato*).

Questo conterrebbe normalmente antifermenti che sarebbero in un modo qualsiasi impediti nella loro attività dalla proteina eterogenea e verrebbe quindi lasciato campo libero ad un ipotetico fermento proteolitico normalmente presente, che porterebbe alla degradazione dell'albumina del siero. Abderhalden fa notare come prima di tutto sia puramente ipotetica, in linea di massima, l'esistenza di antifermenti, nel significato che si suole attribuire a questo termine. A più forte ragione assolutamente gratuita è l'ipotesi dell'esistenza di tali fermenti ed antifermenti nel sangue. Ancora mal si comprende con questa teoria la specificità della reazione. Infine Abderhalden ha condotto ricerche direttamente sotto il microscopio, ed afferma di aver potuto osservare nettamente la graduale e progressiva disintegrazione del tessuto estraneo, cimentato con siero ad esso reagente. Non è però a nascondere che non chiarita resta pur sempre, la constatazione dell'intorbidarsi del siero in esame, in corso di reazione positiva, fatto questo su cui alcuni autori hanno assai insistito. Qualche tentativo da me fatto di identificare il tessuto di provenienza dei prodotti della digestione fermentativa, non mi ha condotto a risultati di sorta.

Probabilmente tali prodotti di digestione sono troppo altamente disintegrati e hanno quindi perduta ogni specificità. La reazione da me condotta con antigeni non proteici (morfina, chinino) se positiva sarebbe stata assolutamente probativa di una disintegrazione dell'albumina del siero; negativa non ha, disgraziatamente, alcun valore. Per concludere ritengo l'opinione di Abderhalden di una disintegrazione del tessuto estraneo la più verosimile completa e soddisfacente, ma tuttavia non la ritengo assolutamente provata.

3. La reazione di Abderhalden non è una reazione a carattere fermentativo, ma può essere inquadrata negli schemi usuali dell'immunologia. Si avrebbe cioè a che fare con un ambocettore (Stephan, *Münch. Med. Woch.*, n. 15, 1924; Hauptmann, id. n. 21, 1924). Lascio da parte gli argomenti pro e contro portati dagli uni e dagli altri, che mi sembra sia più questione di parole che di fatti. Dalle teorie di Ehrlich sono scaturiti degli schemi, che accettati dalla maggior parte degli studiosi costituirono le fondamenta, su cui sorse l'edifizio della moderna immunologia. Ma per geniali che siano tali dottrine e schemi, non bisogna dimenticare che si tratta pur sempre di dottrine e di schemi, non di fatti provati. D'altra parte non meno incerta e malsicura è la definizione di che cosa in realtà sia un fermento: noi ci siamo abituati a designare col nome di azione fermentativa, una certa particolare attività che si svolge in determinate condizioni e con speciali caratteri, al riparo da inquinamenti batterici. E fermenti ci siamo abituati a chiamare gli ipotetici agenti di tali azioni. Ma questi fermenti noi non conosciamo affatto nella loro essenza ed è probabile che sotto la medesima etichetta raggruppiamo cose e fatti di assai diversa natura. In queste condizioni voler imprendere una discussione se una determinata attività di un siero, sia di carattere piuttosto fermentativo che immunitario o viceversa mi pare, sia vacuo bizantinismo.

Solamente i fatti contano e questi possono compendiarsi in poche parole: quando si ponga a contatto una proteina eterogenea col siero di un ipersensibile a questa proteina, ha luogo una degradazione di proteici, probabilmente a spese del *quid* eterogeneo, ma forse anche del siero. (Se questa azione abbia realmente finalità protettiva è difficile a dimostrarsi; per parte mia lo ritengo assai dubbio).

Che tale degradazione di sostanze proteiche effettivamente abbia luogo non è lecito porre in dubbio: alcuni fra i metodi atti a mettere in evidenza la avvenuta reazione, ne costituiscono di per sè, la più chiara riprova; così principalmente l'aumento dell'azoto dializzabile o ultra-filtrabile messo in evidenza sia con la reazione della ninidrina, sia direttamente per titolazione. Così pure assai probativa è la dimostrazione diretta dell'aumento degli amminoacidi. Fin qui in linea di massima.

Il caso particolare della reazione quale io la ho condotta si presta ad alcune considerazioni.

Vorrei intanto rilevare che, a mia cognizione, è la prima volta che viene messa in evidenza la positività della reazione di Abderhalden, spontaneamente costituitasi verso un materiale così eterogeneo ed assolutamente estraneo all'organismo. Non si ha a che fare quì con un tessuto, con qualche cosa di così altamente organizzato, come usualmente. Non solo, ma l'antigene usato non è stata la sostanza reattiva in sè e per sè presa, ma solamente un suo estratto, non un solido, ma un liquido. Malgrado ciò si sono avuti resultati positivi: si era però in presenza della vera reazione di Abderhalden Io non lo posso affermare in modo tassativo, anche perchè non è ben provato in che cosa consista la reazione medesima; posso solo dire, richiamandomi a quanto ho rilevato più su, che indubbiamente, cimentando estratto pollinico con siero corrispondentemente cutireattivo, ha luogo una proteolisi, non so a carico di quale delle due proteine in confronto; ma indubbiamente proteolisi vi è; ed è esaurientemente dimostrata dall'aumento dell'azoto dializzabile ed ultra-filtrabile. Questa tecnica, scelta ad arte come una delle più dimostrative, doveva nella mia intenzione essere corroborata nei propri risultati dalla constatazione diretta dell'aumento dell'azoto amminico; ricerca che viceversa per ragioni estranee, non potè essere eseguita. Ad altre tecniche atte a rivelare l'avvenuta reazione (refrattometria, polarimetria, interferometria, ricerca del tempo di sedimentazione, della tensione superficiale ecc.) meno costanti come risultati pratici, meno probative dal lato teorico, rinunziai senz'altro.

Eseguii invece più volte, come ho già ricordato, la ricerca col metodo ottico diretto ma sempre ottenni risultati non buoni. La ragione ne è evidente: cimentando un frammento di tessuto con un siero che ha proprietà litiche verso il tessuto medesimo, si può assistere alla disgregazione di esso. Evidentemente questa non si può osservare se l'antigene usato è un liquido. Bisogna peraltro rilevare che risultati negativi ho ottenuto anche ricorrendo a pollini in toto. Ma anche in questo caso, siamo di fronte ad una massa polverulenta, una disgregazione della quale non è facile a rilevarsi. Resta una parte della reazione che poteva essere colta ed è questa l'intorbidarsi del siero: in qualche caso ho creduto di osservarlo, nella maggioranza dei casi, no. E' però a notare che la reazione ottica diretta è fra tutte la meno sensibile.

E veniamo ad altro punto: La reazione così condotta è specifica e quale grado di specificità possiede? Che la reazione sia almeno in senso lato specifica è fuor di dubbio; lo provano in modo inconfutabile i controlli condotti con polline indifferente. E' però a notare che i pollini scelti a controllo appartenevano a famiglie assai lontane da quelle dei pollini cutireattivi. Che grado abbia questa specificità io non so quindi dire: ricerche con pollini di famiglie prossime o magari di diversi individui della stessa famiglia, non ho potuto condurre e ciò sia perchè non è facile avere soggetti fortemente cutireattivi ad un polline ed assolutamente non cutireattivi ad altro polline della stessa famiglia (ne esistono per); sia anche perchè non è sempre possibile avere a disposizione forti quantità di siero a reazione di Abderhalden positiva, come sarebbe necessario.

Con che frequenza si ha la reazione nei cuti-sensibili? Anche a questa domanda non so rispondere. Nella mia statistica (eccessivamente limitata per altro) la positività è stata del 100 %.

Qual'è il valore e quale significato della negatività della reazione tra sieri di cuti-sensibili a droghe e la droga stessa? Il significato può essere duplice: si può supporre che il fenomeno di ipersensibilità sia in questi casi fondamentalmente diverso da quello in cui altro è l'antigene: ed anche si può pensare, più semplicemente, che manchi la proteolisi caratteristica, unicamente perchè manca una proteina da aggredire; ma a ben guardare le cose, anche questa seconda ipotesi, non fa che confermare la prima, con altre parole, non fa cioè che stabilire una diversità di più fra queste due forme di ipersensibilità.

Quale il valore della positività della reazione di fronte ad antigeni pollinici?

Un valore pregiudiziale intanto: Ho rilevato più su le ra-

Digitized by Google

gioni che militano a favore delle vedute di Abderhalden, e cioè di una degradazione della proteina eterogenea e non del siero; è evidente che le medesime ragioni depongono per la natura proteica della sostanza cutireattiva dei pollini. Non è questa una constatazione banale, giacchè recenti lavori di Coca e Grove da un lato (*The Journal of Immunology*, vol. 10, n. 2, 1925) e di Bastai dall'altro (*Minerva Medica*, A. V, n. 25, 1925), concludono entrambi per la natura proteica dell'antigene pollinico; conclusioni queste, che sono messe in dubbio dai citati risultati. (Ricerche in corso che formeranno oggetto di altra nota mi portano a conclusioni opposte a quelle dei ricordati autori).

E veniamo ad altro punto. Le ricerche sono rimaste per ora limitate a cuti-sensibili a pollini; la relativa rarità di altre forme di ipersensibilità e, particolarmente, difficoltà tecniche, mi hanno per ora impedito di estendere le ricerche.

Non so quindi se la positività della reazione di Abderhalden sia una regola per tutti i cuti-sensibili (eccezione fatta per la sensibilità a droghe), come io ritengo probabile, oppure se sia un fatto limitato ai sensibili a pollini. Comunque stiano le cose è peraltro certo che sempre che fu ricercata, in tutti i casi di ipersensibilità a proteici, sia spontanea che sperimentalmente indotta e per qualsiasi via, tanto nell'uomo, che negli animali, fu constatata la comparsa di reazione di Abderhalden.

Uguale reattività nei sensibili ai pollini non può non far pensare ad alcunchè di comune fra questi stati di naturale ipersensibilità e la anafilassi sperimentale, sindromi che vengono così ad avere un nuovo punto di contatto, contrastando ciò con quanto in questi ultimi tempi si viene da più parti affermando, e cioè che si tratti di fatti assolutamente distinti, che nulla hanno a che vedere gli uni con gli altri.

Mi sia permesso prima di chiudere questa nota di toccare un ultimo punto: Quale funzione ha lo stabilirsi di un potere specificamente proteolitico del siero (ammesso che così sia), nelle sindromi di ipersensibilità? Questo potere che sorge nel siero, che prima non lo possedeva, parallelamente allo stabilirsi di una sensibilizzazione, non ha alcuna funzione? E' semplicemente un epifenomeno banale? Dobbiamo ammettere che si tratti di fatti indipendenti fra loro, in semplice rapporto di coincidenza, figliati da una medesima causa? Mi parrebbe assai strano. Niente in natura è senza ragione, e che l'insorgenza di questa particolare e caratteristica attività di un siero non abbia scopo alcuno, all'infuori di permetterci di eseguire una determinata reazione, non mi pare verosimile. Se d'altra parte andiamo a sfogliare la vecchia letteratura troveremo che ormai, parecchi anni or sono, reazioni di Abderhalden e choc anafilattico, furono messi in rapporto non di semplice coincidenza, ma ben più di stretta interdipendenza, come, fatti legati da rapporti da causa ad effetto. Questa ipotesi fu più tardi abbandonata in seguito ad alcuni dati di apparente difficile interpretazione. In questa ipotesi fui riportato, io pure, quando ancora non conoscevo le citate precedenti ricerche, da alcune osservazioni compiute nel corso delle quì descritte esperienze. Ogni affermazione od ipotesi sarebbe, in campo così delicato, prematura ed inopportuna. Ritengo tuttavia che l'antica ipotesi di una *consecutio* da causa ad effetto, tra reazione di Abderhalden e choc anafilattico, sia stata troppo frettolosamente abbandonata e che, se pure non alla lettera esatta, essa contenesse almeno in embrione, un germe di verità. Ma questa discussione sconfina di troppo dai limiti impostimi in questo lavoro. Le ricerche vengono proseguite ed, eventualmente, formeranno oggetto di altra nota.

CONCLUSIONI: 1°) Il siero di individui cutisensibili ai pollini dà reazione di Abderhalden positiva se cimentato col polline corrispondente.

2°) Tale reazione è, almeno fino a un certo punto, specifica.

3°) Non sembra esistere netto parallelismo tra intensità di reazione cutanea, gravità della forma morbosa ed intensità della reazione di Abderhalden.

4°) Sieri a reazione positiva possono essere inattivati per prolungato riscaldamento (60-90 minuti) a 58-59 gradi. Non sembra che tali sieri possano essere riattivati per aggiunta di nuovo complemento.

5°) Come era da aspettarsi, sieri di ipersensibili a droghe, cimentati con le droghe corrispondenti, non danno reazione di sorta.

NOTE DI ANATOMIA CHIRURGICA

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

FRENICOTOMIA E FRENICECTOMIA DAL PUNTO DI VISTA ANATOMO-CHIRURGICO

per il dott. GIUSEPPE RICCIUTI
Chirurgo aiuto - Docente di Anatomia Chirurgica e Medicina operatoria nella R. Università di Roma

La frenicotomia, proposta dallo Stuertz fino dal 1911, fu tentata dal Sauerbruch, che ne ignorava i lavori in un caso di tetano con contrattura del diaframma, e poi quale operazione complementare nei processi di toracectomia e toracoplastica per la cura chirurgica della tubercolosi. In lavori successivi il Sauerbruch stesso preconizzava ancora la frenicotomia, come processo utile nella cura della tubercolosi anche applicata senza l'ausilio di altro metodo.

Nella mia « Chirurgia del polmone (Roma 1917) » mi sono abbastanza diffusamente occupato dell'operazione proposta dal Sauerbruch, ne ho studiati gli effetti fisiopatologici, e la tecnica, che differisce notevolmente dai processi in uso. Negli ultimi anni le operazioni di frenicotomia sono all'ordine del giorno in specie nei paesi di lingua tedesca, dove sono apparsi sull'argomento lavori anche notevoli.

Più recentemente l'operazione ha trovato fautori in Francia ed in Italia. E' a tutti i chirurgi nota l'importante comunicazione del Morelli al Congresso di Padova, e ciò mi dispensa dal riassumerne il notevole contributo e le conclusioni.

Allo stato attuale della questione mi sembra però che il giudizio sul valore terapeutico della frenicotomia nella tubercolosi polmonare sia precoce. Giudicandola dal punto di vista fisiopatologico l'operazione sarebbe da condannare: i suoi sostenitori ad oltranza mal ribattono le assai serie obbiezioni che si possono addurre, e si limitano in genere a citare dei successi ottenuti, dei miglioramenti apprezzabili fino dal giorno successivo all'operazione.

Non è scopo di questa nota studiare il valore clinico dell'intervento nè le sue indicazioni: mi riservo di farlo in più completo lavoro con maggiore esperienza.

***

La frenicotomia va classificata tra i metodi della *collassoterapia*: ci si propone con essa lo scopo di creare con la paralisi e l'atrofia del diaframma una diminuzione di motilità, e con l'ascesa del muscolo una diminuzione di volume dell'organo.

Ora la semplice diminuzione di motilità non era forse dal Forlanini considerata come un elemento nefasto nei processi della tisi? Ecco le proposizioni dell'illustre Maestro:

« 1. I processi anatomo-patologici della tisi non differiscono, nè anatomicamente, nè per la patogenesi, da quelli similari del rimanente dell'organismo; ma nel polmone mettono capo al particolare esito di distruzione del parenchima, caratteristico della tisi, in causa delle particolarità della funzione dell'organo, e soltanto per questo, e più precisamente pel variare incessante della tensione del parenchima, della capacità dell'organo, della quantità e della pressione del contenuto, l'aria. La natura dei processi e dei loro prodotti non ha che una parte accessoria nel processo distruttivo.

« 2. L'influenza, che la motilità funzionale del polmone esercita sull'esito dei processi infettivi; è diversa secondo il grado di essa mobilità.

E precisamente: *a*) l'immobilizzazione assoluta del polmone inibisce il processo distruttivo: *b*) *la diminuzione della motilità favorisce lo sviluppo ed il progredire dei processi anatomo-patologici preparatori del processo distruttivo; c*) l'aumento della motilità vi pone qualche ostacolo.

L'immobilizzazione deve essere totale, assoluta ed inter-

Digitized by Google

rotta; se non lo è, si risolve in una semplice diminuzione della motilità, con che favorirà il progresso della malattia ».

Anche per chi non voglia giurare senz'altro *in verba magistri* queste proposizioni, che sono frutto di esperienza lunga ed illuminata, vanno profondamente vagliate.

Consideriamo brevemente gli effetti fisiopatologici della frenicotomia. Essi sono stati bene studiati dallo Stürtz, dallo Schepelmann, dal Sauerbruch, e facilmente possono rilevarsi sugli operati, specialmente allo schermo radioscopico.

Quando la sezione nervosa interessa un solo lato i fenomeni conseguenti sono lievi, e con la sola indagine semeiologica spesso neppure facili a riconoscersi. Alla radioscopia si rileva in genere l'ascesa, più o meno notevole, in qualche caso minima, del diaframma. Caratteristico è il movimento paradosso di questo: durante l'inspirazione esso in innalza ancora verso il torace, mentre il mediastino, a differenza di quanto avviene nel pneumotorace, dove pure si osserva un movimento paradosso, è stirato verso il lato sano.

La spiegazione ne è semplice: la metà sana del diaframma contraendosi avvicina alle inserzioni parietali il centro frenico, e quindi il mediastino, data l'aderenza a questo del pericardio, la metà paralitica non equilibrando più con la sua contrazione contemporanea: questa metà atonica viene inoltre aspirata e sollevata dalla diminuzione di pressione determinata dal movimento toracico di inspirazione (fig. 1.).

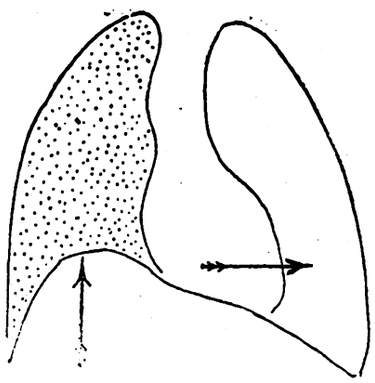


Fig. 1.

Degno di rilievo è il fatto che l'ascesa del diaframma si rileva anche quando la frenicotomia sia associata ad un pneumotorace terapeutico, vale a dire anche quando nell'emitorace le pressioni oscillino in valori positivi. Anche però nel solo pneumotorace terapeutico si constata un movimento paradosso del diaframma, con la differenza che il mediastino all'atto della inspirazione si porta verso il pneumotorace. Questo fenomeno che in passato era erroneamente attribuito a paralisi del diaframma è stato spiegato da Bittorf e Wellmann.

Quale il meccanismo dell'ascesa del diaframma, all'infuori dell'inspirazione? Per i fisiologi tedeschi la funzione di muscolo respiratorio del diaframma è secondaria, e la principale è quella statica, cioè di setto semovente intertoraco-addominale, che tiene in posto gli organi addominali, e ne impedisce l'ascesa allorquando nel torace si forma una pressione negativa inspiratoria.

La sezione bilaterale del frenico determina la morte solo di quelli dei comuni animali, da esperimento, nei quali la respirazione è quasi esclusivamente diaframmatica, quali il coniglio, la cavia.

Nell'uomo i fenomeni provocati dalla paralisi bilaterale del diaframma sono relativamente scarsi allo stato di riposo, però non appena l'infermo compia uno sforzo compare la dispnea: il torace viene fortemente sollevato ed abbassato, ma la ventilazione è limitata, perchè mancando l'azione del diaframma gli organi addominali risalgono ad ogni inspirazione, così che anche le pareti addominali presentano caratteristici rientramenti inspiratorii.

Tornando al nostro argomento mi sembra evidente che nell'ascesa del diaframma, gran parte abbia la pressione addominale. Una conferma ce ne è data dalle ernie diaframmatiche traumatiche, nelle quali si constata sempre il passaggio dei visceri della cavità addominale a quella toracica, e non l'inverso.

Il grado dell'ascesa è in rapporto con altri elementi: l'elasticità polmonare, il grado di atonia paralitica del muscolo, le aderenze pleuro-diaframmatiche che hanno duplice meccanismo, quello di briglie-freni e quello di ridurre la superficie del setto diaframmatico.

Quanto alla pressione positiva addominale, senza entrare in dettagli e in misurazioni manometriche, rilevate dai fisiologi con sonde sigmoidee, o meglio con rilievi diretti nell'occasione del pneumoperitoneo artificiale, essa varia certo grandemente nei suoi valori medi e limiti. Tra i fattori di variazione mi sembra che abbiano grande valore: la tonicità o l'ipertonicità di compenso dell'emidiaframma funzionante, lo stato delle pareti muscolari addominali, la tensione gassosa dei visceri cavi, in specie di quelli del piano superiore.

L'elasticità polmonare e le pressioni positive occorrenti per ottenere la compressione e l'atelettasia polmonare sono state oggetto di ricerche e di osservazioni numerose a proposito del pneumotorace terapeutico: con le conclusioni di variazioni grandissime da caso a caso.

Ammessa l'ascesa del diaframma, quale che sia il suo meccanismo, e poniamo anche di grado notevole, quale raramente si riscontra, di 10 centimetri ad esempio, avremo noi realizzato così una immobilità ed una compressione polmonare, quale nel concetto del Forlanini? Evidentemente ne siamo ben lontani.

E' opportuno notare qui che sono stati consigliati vari espedienti per la cura consecutiva degli operati, allo scopo di facilitare l'ascesa del diaframma: così una adatta fascia elastica addominale, il decubito dorsale alternato con quello sul lato malato, ecc. ecc.

Una buona fasciatura elastica può elevare invero il centro frenico di 2 o 3 centimetri, e dalle ricerche di Hofbauer, Paillard e Maingot si può rilevare che nel decubito laterale il diaframma è in parte innalzato nel torace, ma inegualmente, in assai maggior grado, cioè, dal lato del decubito. Nel soggetto normale è questa parte del diaframma però quella che si contrae di più, ma se è paralitica resta evidentemente inutile in posizione espiratoria.

Sauerbruch, Archibald, Goetze, Bérard attualmente cominciano con la frenicotomia, ma per completarla, dopo averne osservati i fenomeni consecutivi con una toracectomia. Alexander pensa che dopo la frenicotomia in caso di lesioni apicali, la toracoplastica può essere limitata alle otto coste superiori. Il Sauerbruch ha praticato la frenicotomia anche a scopo di prova, per ricercare se l'altro polmone è sano, in quanto che la frenicotomia ha su quello a volte l'effetto di attivare temporaneamente i focolai ivi esistenti.

Brauer raccomanda la frenicotomia dopo la toracectomia, sia per accrescere la compressione del lobo inferiore, sia per limitare lo spostamento del mediastino.

***

La *frenicectomia* è stata proposta dal Goetze nel 1921. Il Walter aveva notato che in più della metà degli operati persistevano piccoli movimenti respiratori diaframmatici. Goetze osservò persino il ripristino della motilità cinque giorni dopo l'operazione. Egli nell'idea di una funzione suppletiva di fibre dirette al tronco principale del frenico, sotto il livello di sezione, propose la *frenicotomia radicale* nell'intento di sopprimerle. Il Felix propose l'*exeresi del frenico*. Ricerche complete sul frenico accessorio sono state fatte dal Ruhemann: delle quali dopo numerose dissezioni cadaveriche ho rilevata l'esattezza.

Il nervo frenico emerge dalla IV radice cervicale, ma ha spesso radici della III e V, e più raramente dalla VI, VII, VIII e persino dalla I dorsale. Traversa obliquamente dall'alto in basso e da fuori in dentro la superficie dello scaleno anteriore, che per inserirsi al tubercolo di Lisfranc è diretto invece in basso ed in fuori. Il nervo è *coperto ed applicato alla superficie del muscolo da una sottile aponevrosi, contrariamente a quanto si legge in alcuni trattati di anatomia*: spesso aderisce intimamente all'aponevrosi stessa, così che a volte occorre per trovarlo esaminarne attentamente la pagina profonda. L'arteria cervicale ascendente fiancheggia il lato mediale del nervo, l'arteria cervicale trasversa lo incrocia in avanti, alquanto sopra l'inserzione dello scaleno.

Il frenico destro passa successivamente tra arteria e vena succlavia, e costeggia poi la vena cava superiore: il frenico sinistro discende dietro il tronco venoso brachio-cefalico, lateralmente alla succlavia, e quindi sul lato sinistro dell'arco aortico.

Digitized by Google

Il vago ed il simpatico situato medialmente non hanno rapporto immediato con il frenico.

Grande importanza dal punto di vista anatomo-chirurgico hanno le anastomosi del frenico (fig. 2): col nervo del succlavio, sottile filamento che passa sullo scaleno anteriore e raggiunge il frenico all'ingresso nel torace; col simpatico, anastomosi in genere doppia, costituita da un primo filamento trasverso al terzo inferiore del collo, tra i due nervi, e da un secondo filamento, che parte dal ganglio cervicale inferiore, circonda da dietro in avanti la faccia anteriore dell'arteria succlavia e raggiunge il primo innanzi a questa; con l'ansa dell'ipoglosso, incostante; *con gli ultimi nervi intercostali; e con il frenico del lato opposto sul diaframma, a mezzo di un ramo trasverso.*

In un certo numero di soggetti il *frenico riceve un frenico accessorio o parafrenico,* che forma un tronco indipendente, il quale nasce dalla V radice cervicale, o dalla III, o IV, o VII, discende all'esterno del tronco principale, passa al davanti dell'arteria succlavia e raggiunge il tronco principale nel torace, al disopra dell'ilo del polmone.

In numerose dissezioni, una sola volta ho constatato la presenza di questo tronco. Più di frequente la via accessoria del frenico segue il nervo del succlavio e la sua anastomosi con il frenico, più raramente la via dell'anastomosi dell'ansa dell'ipoglosso.

Le anastomosi con il simpatico condurrebbero solo vie centripete, che secondo Luschka contribuiscono all'innervazione sensitiva della pleura: Goetze rileva che gli operati accusano una speciale sensazione all'emitorace del lato interessato.

Felix e Ruhemann ritengono che la radice spinale accessoria, quale che sia la via che le sue fibre seguono, raggiunge il tronco del frenico al disopra dell'ilo del polmone.

Il Goetze nel suo processo di frenicotomia radicale, ricerca il tronco principale, lo libera dalle sue anastomosi con il simpatico, reseca un centimetro del tronco, poi identifica la V radice cervicale, che è la più elevata del plesso brachiale, e ricerca sulla sua superficie anteriore il nervo del succlavio, di cui reseca un tratto di due centimetri.

Il Felix nel suo processo di *exeresi del frenico*, seziona il tronco principale, libera il capo periferico dal suo involucro connettivale, e riesce ad asportarne un segmento di circa 12 centimetri, interessante sicuramente quindi anche il frenico accessorio, per strappamento, avvolgendolo lentamente su di una pinza.

L'ascesa del diaframma conseguente alla frenicectomia sembra essere più notevole che dopo la sola frenicotomia, e più duratura.

Gli incidenti operatorii registrati sono riportati dal Sauerbruch: lesione del vago, del canale toracico, embolie gassosa emorragie consecutive alla exeresi del nervo, emottisi in casi di aderenze del frenico al parenchima polmonare.

***

Le operazioni sul frenico si compiono assai bene con l'anestesia locale e regionale. Il processo attualmente più in uso consiste in una incisione sopraclavicolare, del tutto analoga a quella per la legatura della succlavia, nella sezione o reclinazione dell'omo-ioideo e dell'aponevrosi media, nella ricerca del nervo frenico sullo scaleno anteriore, nella sua sezione ed exeresi del moncone periferico alla Willy Felix.

Non è il processo nè più diretto, nè più semplice, nè più anatomico nè più sicuro. E così io sono per il processo già da me descritto nella « Chirurgia del polmone » per la ricerca del nervo, procedendo poi alla maniera del Goetze alla ricerca metodica delle vie accessorie. L'exeresi del frenico è un processo poco sicuro: strappamento cieco del nervo in una regione densa di pericoli, e per di più inadatta a rapidi e facili ripari.

Così mi valgo di una incisione sul bordo posteriore dello sterno-cleido-mastoideo: questo muscolo e la guaina integra dei vasi sono attratti in avanti: lo scaleno anteriore viene facilmente identificato: la sua direzione può essere bene apprezzata anche prima dell'intervento, tracciando una linea tra il tubercolo di Chassaignac e quello di Lisfranc.

Lo scaleno anteriore viene accuratamente preparato in tutta la sua lunghezza, *aprendone e disseccandone la guaina aponevrotica.* Il frenico viene ricercato sul muscolo, o eccezionalmente sulla pagina profonda della guaina aponevrotica. Il frenico viene isolato, le anastomosi visibili sono sezionate: *si identifica prima della sezione superiore la confluenza delle sue radici spesso molteplici* per tenersi al disotto di esse. Il moncone periferico viene liberato della guaina connettiva, stirato dolcemente in alto e sezionato al più basso possibile. Si cerca poi sulla superficie dello scaleno stesso l'eventuale presenza del n. frenico accessorio, che in genere costeggia il frenico ed è identificabile dalla sua direzione parallela ad esso, dal suo decorso verso il torace ecc. ecc. Il nervo del succlavio viene ricercato attraendo in avanti il bordo esterno dello scaleno, tra esso e la V radice cervicale, la prima in alto del plesso brachiale.

La sezione di questi rami non sopprime però *le anastomosi con gli intercostali,* che sembra innervino alcuni fasci del diaframma, *nè l'anastomosi trasversa* con il frenico dell'altro lato.

Secondo Pansini ciascun nervo frenico forma sull'emidiaframma corrispondente un plesso complicatissimo, al quale concorrono gli intercostali ultimi, e nelle cui maglie stanno dei gan-

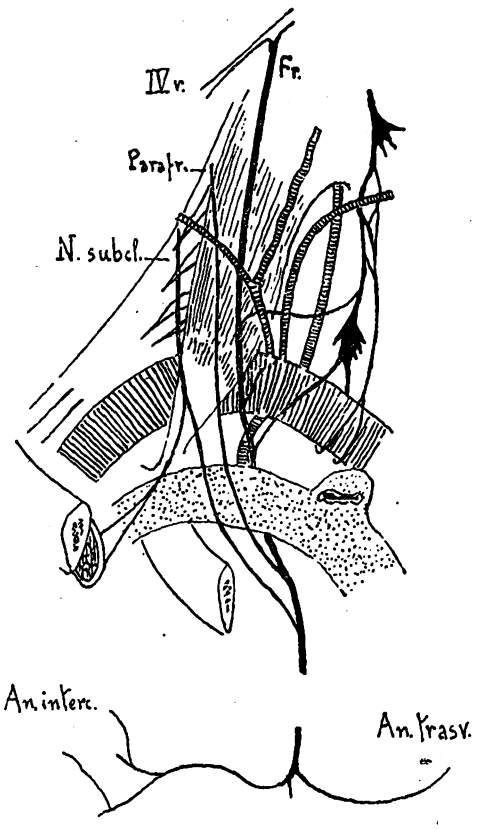


Fig. 2.

gli propri, la cui presenza denota secondo l'A. una certa autonomia funzionale del diaframma.

***

In conclusione, lasciando da parte ogni giudizio sul valore clinico delle operazioni sul frenico possiamo stabilire.

1. La frenicotomia e più sicuramente la frenicectomia, per le ricerche anatomo-chirurgiche sopra esposte, sono processi indiretti di *collassoterapia,* basati sulla abolizione della funzione respiratoria diaframmatica, e sull'ascesa del diaframma.

2. L'abolizione della funzione emidiaframmatica riduce ma non abolisce la ventilazione polmonare, per l'effetto vicariante dei muscoli respiratori ed accessori e per il moto pendolare del mediastino, determinato dalla contrazione dell'emidiaframma integro.

3. L'ascesa del diaframma è in rapporto con il grado di atonia della parte paralitica, con la pressione endo-addominale e quindi con la ipertonia di compenso dell'emidiaframma integro, con lo stato della muscolatura delle pareti addominali e con la tensione gassosa dei visceri contenuti. E' in rapporto inoltre con il decubito del paziente, ed è in rapporto con l'elasticità polmonare.

4. Per essere sicura, di maggior grado e di più lunga durata la sezione oltre che il frenico deve interessare le vie accessorie, anatomicamente e metodicamente ricercate.

BIBLIOGRAFIA

BÉRARD. Phrénicotomie et Phrénicectomie in PAUCHET. La Pratique Chir. ill., fasc. X, 1927. — BÉRNOU. Phrénicectomie e tonus abdominal, Presse Méd., 1927, n. 8. — GOETZE. XXXV Kongr. der Deutsch. Ges.

Digitized by Google

f. Med. inn., 1923. — Morelli. Rel. al XXIV Congr. Soc. It. Med. int. — Perret, Piguet, Giraud. L'exérèse du nerf phrenique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, Presse Méd. 1925, n. 29. — Ricciuti. Chirurgia del polmone, Roma, 1917. — Ruhemann. Die Verlaufsvarietäten des Nebnaphrenicus. Beitr. zur Klinik der Tub., 1924, v. LIX, fasc. 4. — Sauerbruch. Chir. d. Brustorgane, v. I, Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch Künstliche Lähmung der Zwerchfelles, Münch. med. Woch., 1913, n. 12. Münch. med. Woch. 1921, n. 9, 1923, n. 22. — Testut. Anatomia umana.

RILIEVI DI CHIRURGIA

STATO ATTUALE DELLA CHIRURGIA DELL'ANGINA DI PETTO

Il trattamento chirurgico dell'angina di petto entra nel più vasto capitolo della chirurgia del simpatico viscerale.

Giustamente è stata definita la chirurgia del dolore (Lériche) quella che mirando ad allontanare questo sintomo, predominante nella maggior parte delle affezioni simpatiche, tende ad annullare nello stesso tempo i danni che, particolarmente nella angina di petto, sono spesso in stretta dipendenza di esso.

Ma, come giustamente osservava il Leriche in una sua lezione,(1), troppo giovane ancora è lo studio della chirurgia del dolore perchè si possano giustificare eccessivi e precoci entusiasmi, i quali portano alcuni operatori a mutilazioni esagerate di tronchi nervosi, sovente senza una giustificazione sufficiente e senza tener conto di tutte le possibili dannose conseguenze alle quali un intemperante ottimismo potrebbe condurre.

Si aggiunga che ancora oggi l'anatomia e la fisiologia non ci permettono di avere una precisa nozione del decorso e funzione di alcuni — e forse molti — territorii di innervazione, sicchè spesso la sezione cade dove non dovrebbe cadere e le fibre sensitive non potendo essere nel più dei casi isolate (poichè è noto che in uno stesso nervo passano fibre efferenti ed afferenti) dalle motrici, la innervazione di un organo può venire a tal segno compromessa da indurre rovine irreparabili.

Ma tenute in debito conto queste riserve, merita l'attenzione del medico tutto il cammino meraviglioso che si compie in questo campo nel quale quando si potesse eliminare ciò che costituisce il fattore negativo, cioè gl'insuccessi, rimarrebbe la sicura affermazione di un beneficio quanto mai encomiabile.

E non è dunque eccessivo l'interesse che desta sopratutto la chirurgia dell'angina di petto, malattia in cui il dolore ha il suo più funesto gioco, fino al punto di trasformarsi da effetto di malattia in causa di morte.

Da quando il Jonnesco, nel 1916, praticò la prima operazione sul simpatico, allo scopo di curare l'angina di petto, la letteratura si è in pochi anni arricchita di numerosi contributi clinici, anatomici e fisiologici.

Di questi due ultimi specialmente ancor oggi si sente, però, il bisogno, poichè solo la conoscenza esatta ma ancora incompleta come abbiamo detto, del decorso dei nervi e della loro funzione può indicare quali di essi e dove debbano essere interrotti.

Per l'angina pectoris lo studio dell'innervazione cardiaca si rivolge sopratutto ai sistemi vagale e simpatico (cordone nervoso del simpatico cervicale) e al nervo depressore di Ludwig e Cyon.

Vi accenneremo brevemente, seguendo una sintetica esposizione del Bertone in corredo alla cura chirurgica dell'angina di petto (vedi bibliografia).

Esistono nel miocardio dei gangli nervosi (non da tutti riconosciuti) che sarebbero i centri nervosi dei movimenti del cuore, il quale per mezzo di fibre centripete e centrifughe sarebbe in connessione col sistema nervoso centrale e del simpatico.

Il vago contiene fibre regolatrici del battito cardiaco, ma nel suo tronco decorrono anche fibre acceleratrici. «Il vago è essenzialmente la via centrifuga del riflesso depressore, che può cioè abbassare la pressione intracardiaca con la dilatazione vasale nei visceri addominali».

Azione antitetica sarebbe devoluta ai nervi acceleratori, che sarebbero costituiti dal nervo depressore e dal cordone nervoso del simpatico cervicale.

L'origine e i rapporti anatomici del depressore, contenente come il simpatico fibre sensitive, è ancora discussa. Secondo Valenti originerebbe con due radici dalla porzione cervicale del nervo vago e dal laringeo superiore, ma questa origine — diversa per altri AA. — andrebbe soggetta a numerose varietà anatomiche, potendo aver inizio o direttamente dal laringeo superiore o dal simpatico, o decorrere isolato dopo aver preso origine dal vago e dal laringeo superiore, o infine può mancare del tutto come entità anatomica. Flörcken ritiene costante l'anastomosi di questo nervo col ganglio cervicale superiore.

Il cordone nervoso del simpatico cervicale avrebbe origine nel seguente modo.

Dal midollo allungato (Langendoff) attraverso il midollo spinale cervicale escono i nervi toracici superiori i quali si addossano al ganglio cervicale inferiore e al superiore toracico (Brunacci) detto il ganglio stellato, dopo aver dato luogo a monte all'ansa di Vieussens. Dal ganglio stellato i filamenti nervosi entrano come nervi acceleratori nel plesso cardiaco. Di essi il Pieri distingue tre gruppi: un gruppo discendente proveniente dalla 5ª, 6ª e 7ª radice cervicale; un gruppo trasversale proveniente dall'8.ª cervicale e 1.ª dorsale; un gruppo ascendente dalla 3.ª 4.ª e 5.ª dorsale.

Le vie centripete o sensitive passano attraverso i rami sensitivi del simpatico cardiaco come pure attraverso il depressore che dal suo punto d'origine, sopra cennato, seguendo un decorso variabilissimo si sfiocca nella porzione sopravalvolare dell'aorta.

Secondo Danielopolu i filamenti sensitivi del cuore e dell'aorta si dividono in due gruppi.

Il primo costituisce i nervi cardiaci inferiori e traversato il ganglio stellato si divide in quattro fasci che si distribuiscono ai nervi dorsali, a quelli cervicali ed al cordone simpatico cervicale.

Il secondo segue le branche cardiache del simpatico cervicale e della porzione cervicale del vago, non attraversa il ganglio stellato e si suddivide in due fasci, di cui uno attraversa i nervi cardiaci superiore e medio ed entra nel cordone simpatico cervicale, mentre l'altro segue i filamenti cardiaci superiori, compreso il depressore, e medii che si partono dal ricorrente, ed entra nel vago.

I rami del vago e del simpatico cervicale, che abbiamo ora descritti, giunti alla base del cuore si anastomizzano fra di loro formando il plesso cardiaco, il quale è situato alla biforcazione della trachea ed occupa, secondo Testut, lo spazio quadrilatero, limitato in basso dalla branca destra dell'arteria polmonare, in alto dalla porzione orizzontale dell'arco aortico a destra dalla porzione ascendente di questo, a sinistra dal cordone fibroso, residuo della obliterazione del canale arterioso.

Da questo reticolo si partono i nervi superficiali e profondi che costituiscono i due plessi coronarii destro e sinistro con fibre vasomotorie e dilatatrici e i nervi profondi del miocardio e superficiali dei solchi del cuore, che formano una ricca rete intermezzata da numerosi gangli.

Non si potrebbero agevolmente intendere i varii obbiettivi che i diversi operatori si sono proposti nella tecnica delle varie resezioni simpatiche senza gli accennati ricordi anatomici; e ciò ne giustifica la premessa.

Sorvolando sulla discussa patogenesi dell'angina di petto, se sia essa da ascriversi alla *teoria della coronarite* (Potain-Huchard) o a quelle dell'*aortalgia* (Vaquez, Schmidt, Albutt, ecc.), della *distensione acuta del cuore* (Merklen) e dell'*esaurimento del cuore* (Mackenzie), occorre sapere che la causa determinante l'attacco anginoso risiede in una forte irritazione tossica o tossi-infettiva del plesso cardio-aortico, la quale dà luogo ad una sintomatologia impressionante, a carattere quasi esclusivamente doloroso partente dalla regione precordiale, con irradiazioni al braccio sinistro specialmente ma anche al destro e alla nuca al volto, a tutto il tronco, provocando nell'ammalato un forte senso di angoscia oppressiva fino a dargli la impressione di una morte imminente che in molti casi sfortunati realmente avviene improvvisa e fulminea.

Ma accanto a questo tipo classico vi sono tante altre forme variabili secondo la costituzione neuropatica e morfologica del soggetto (Castellino, Pende) tanto da giustificare l'aforisma di Gallavardin: «tanti malati tante varianti».

Questo autore distingue tre tipi di angina pecoris (v. Bertone l. c.): 1°) angine organiche, forme gravissime; 2°) angine a significato incerto; 3°) angine benigne, forme nervose.

La chirurgia, dato il suo obbiettivo troverebbe la sua indicazione almeno teorica, in ognuna di tali forme. Tuttavia essa dovrà necessariamente essere adeguata alla entità dei disturbi, sicchè sarà limitata a quelle forme di angina soltanto, in cui ogni cura medica sia fallita e all'ammalato non rimanga che l'alternativa di scegliere tra una morte a breve scadenza o una operazione palliativa che offre allo stato attuale, il 50-60 % di guarigioni.

(1) Un'ampia rassegna di questa lezione è stata riferita in uno dei numeri precedenti della *Riforma*.

Digitized by Google

Gli obbiettivi e la tecnica delle operazioni sul simpatico tendenti alla soppressone definitiva degli attacchi di angina pectoris variano secondo la estensione della mutilazione, la quale può comprendere: 1°) la resezione del simpatico cervicale e del 1° ganglio toracico d'ambo i lati (Jonnesco); 2°) o la resezione degli stessi tronchi solo a sinistra; 3°) l'ablazione dei tre gangli cervicali da un lato, lasciando in sito il primo ganglio toracico (Reid e Friedländer);

4°) l'ablazione di alcuni dei gangli da un lato (Lihlienthal, Borchard);

5°) l'asportazione del ganglio cervicale superiore di sinistra (Bacon, Brown e Coffey);

6°) l'ablazione del ganglio cervicale medio (Halstead e Christopher);

7°) l'ablazione del ganglio stellare sinistro (Tuffier). Restano infine da menzionare:

8°) gl'interventi sul nervo depressore (Eppinger, Hofer, Odermatt).

Per la tecnica degli interventi sul simpatico cervicale si procede nel seguente modo. Si pratica un taglio lungo 12 cm. lungo il bordo posteriore del m. sternocleidomastoideo, partendo dall'apice della mastoide. Ricercati i nervi superficiali (spinale, che sarà rispettato, branche auricolare mastoidea e trasversa del plesso cervicale superficiale) si divarica la ferita operatoria tirando medialmente lo sternocleidomastoideo. Ricercare i grandi vasi del collo e il vago e spostarli col divaricatore. Ricercare il simpatico nella parte inferiore della ferita e quindi nella parte media del collo, a cui la ferita corrisponde. Il tronco del simpatico sarà situato nel piano pervertebrale immediatamente in dentro dei tubercoli anteriori delle apofisi trasverse. Accertatisi bene di essere giunti sul simpatico (risalire lungo il tronco fino a raggiungere il ganglio superiore), lo si isolerà facilmente e si sezionerà sopra e sotto del ganglio, coi rami comunicanti. Il ganglio si può asportare o lasciarlo secondo gli obbiettivi dell'operazione.

Lo stesso procedimento si seguirà se si vogliono asportare il ganglio cervicale superiore e il primo toracico, ma quest'operazione è stata abbandonata, come vedremo.

La resezione del nervo depressore preconizzata da Eppinger, è stata anch'essa abbandonata data la sua incostanza e la grande variabilità anatomica, senza dire che il numero dei filamenti sensitivi interrotti, sezionandolo, sarebbe troppo esiguo per ripromettersi effetti durevoli e completi (Danielopolu).

Alle simpatectomie, complete e incomplete, con asportazione dei gangli proposte ed eseguite per primo da Jonnesco, è seguito un criterio più conservativo, dati i risultati spesso disastrosi che si ottenevano con tanto vaste mutilazioni.

Il Danielopolu, fautore di questa moderazione, afferma che l'estirpazione del ganglio stellato deve essere definitivamente abbandonata come inutile e pericolosa, perchè responsabile di gravi turbe miocardiche e quindi di numerosi casi di morte rapida. Cosicchè egli si è proposto «di trovare i nervi che rispondono alla condizione indispensabile per esser sezionati, vale a dire alla condizione di contenere dei filamenti sensitivi senza gruppi importanti di fibre centrifughe cardiache». A tal fine, è giunto a proporre un intervento il quale si può così riassumere: «resezione del simpatico cervicale senza il ganglio cervicale inferiore, sezione delle branche del vago cervicale che entrano nel torace e del nervo vertebrale; sezione dei rami comunicanti che uniscono il ganglio cervicale inferiore e il primo toracico (ganglio stellato) al VI, VII, VIII paio cervicale, ed alla prima radice dorsale, completata dalla sezione del filamento nervoso, quando questo esiste, che uscendo dal laringeo superiore, si unisce al tronco del vago». Quest'ultimo filamento nervoso non sarebbe altro che il ricorrente di Ludwig e Cyon.

L'operazione indicata da questo autore va fatta in due tempi: prima sul lato sinistro, (perchè è quello che normalmente contiene il maggior numero di fibre sensitive) riservando al secondo tempo la resezione del simpatico cervicale. Se non è sufficiente a sinistra si passa sul lato destro.

Controindicazioni all'atto operativo dovrebbero essere tutti quei casi in cui lo stato generale e cardiaco fanno temere uno choc operativo.

A questi recenti contributi, vanno aggiunti quelli importanti del Leriche in Francia e del Pieri, fra noi, il quale in armonia alle direttive tracciate dal Danielopolu, intervenendo sul tronco del simpatico, sul nervo vertebrale e sui rami comunicanti, apportava un contributo interessantissimo che segna un reale progresso nella chirurgia dell'angina pectoris: l'ammalato, di 60 a., pletorico, miocarditico ed enfisematoso, sofferente da 10 anni di violenti attacchi di a. p. dopo un anno e più dall'operazione provava solo un senso di costrizione retrosternale durante gli sforzi; tutti gli altri dolori aboliti.

Queste, in fugace riassunto, le più recenti acquisizioni sulla chirurgia dell'angina di petto, di cui già si era fatto — almeno nei postulati fondamentali — portavoce il Congresso di Medicina e Chirurgia dell'anno precedente, tenutosi a Padova. La fase attuale nello studio dell'argomento è caratterizzata dalle recenti direttive degli autori sopracitati e dalla casistica della quale abbiamo bisogno, essendo questa la migliore dimostrazione dell'utilità di un metodo, se apportatrice di risultati buoni.

Giova, pertanto, tener presente che, quali siano i progressi futuri, non si diminuirà mai troppo il valore del criterio conservativo, al quale ogni chirurgo deve ispirarsi.

Sovratutto perchè non è senza valore il seguente concetto: essere un'intervento chirurgico, per incompleto che sia, per se stesso molte volte bastevole a determinare prolungati miglioramenti, in questa speciale chirurgia simpatica, dove sono in gioco, fra tanti fattori, anche la suggestione e tutte le cure secondarie pre- e post-operatorie.

BIBLIOGRAFIA

CARLO BERTONE. *La questione del trattamento chirurgico dell'angina di petto.* — Cormòns. Tipografia P. Moretti, 1927. In questo lavoro è riferita la più recente bibliografia sull'argomento. — V. anche la relazione al XXXII Congresso di Medicina e Chirurgia a Padova riferita in *Riforma Medica*, n. 45, 1926.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'iodo-bismutato di chinino solubile nella cura della malaria chinino- e arsenico-resistente. — P. CARNOT e E. BOLTANSKI. *Paris Médical*, n. 20, 1927.

I risultati finora ottenuti col trattamento bismutico nella malaria non sono stati sempre troppo lusinghieri, forse, secondo gli AA., perchè si sono usati sempre dei sali insolubili di bismuto. Con un preparato solubile, invece, l'oleo-bismutato di chinino o preparato 280 di Fourneau, dell'Istituto Pasteur, contenente gr. 0,0075 di Bi metallico per cc., gli AA. hanno registrato guarigione completa in un caso di malaria da *Plasmodium vivax*. Questo infermo aveva contratta la malaria nel 1908 e da allora, nonostante le cure, aveva presentato delle recidive a distanza di tempo più o meno lunga. In una recente recidiva, la somministrazione di solfato di chinino *per os*, alla dose quotidiana di gr. 2, e per iniezioni endovenose, alla dose di gr. 0,40 associata con una cura arsenicale a base di cacodilato di sodio e di stovarsolo (quest'ultimo in dose di gr. 0,50 al giorno), non riuscì a interrompere gli accessi febbrili, che erano accompagnati da vomito e da decadimento dello stato generale.

Gli AA. praticarono allora un'iniezione endomuscolare di 8 cc. di iodo-bismutato di chinino solubile: da allora la temperatura si è mantenuta sempre apirettica; nonostante ciò la cura fu continuata iniettando ancora per altre otto volte 8 cc. dello stesso preparato. L'a. fu considerato così guarito ed ha guadagnato dall'inizio del trattamento bismutico circa 5 Kgr. di peso.

Gli AA. pensano che l'uso dei preparati solubili di bismuto nella cura della malaria debba trovare più larga applicazione.

Valore semeiologico e pronostico dell'emorragia intestinale nei tubercolotici polmonari. — BONAFÈ e ROUGY. *La Presse Médicale*, n. 45, 1927.

Prescindendo dalle emorragie intestinali dei tubercolotici affetti da miliare, per il loro scarso interesse, e da quelle che sopravvengono durante l'evoluzione progressiva di una tubercolosi intestinale ulcerosa, come pure dalle piccole emorragie microscopiche svelate soltanto dai reattivi chimici, gli AA. in questo articolo intendono richiamare l'attenzione su certe emorragie intestinali, talora profuse e gravi, che si presentano inaspettatamente in tubercolotici polmonari cronici, accertati o non conosciuti come tali.

In un primo gruppo di 5 casi, l'emorragia (di circa 2 litri di sangue) comparve come un accidente isolato, non preceduto da alcun segno premonitore, nè seguito da alcuna conseguenza spiacevole: le funzioni inte-

Digitized by Google

stinali non ne apparvero affatto modificate. In altri 4 casi, invece, pur comparendo l'emorragia intestinale bruscamente, senza prodromi, furono notati durante la sua persistenza dolori spontanei o provocati nettissimi in corrispondenza della regione ileo-cecale o dell'angolo sinistro del colon discendente; contemporaneamente esisteva una reazione di difesa limitata alla regione dolorosa. Talora, si assistè al presentarsi di un vero quadro peritonitico, con vomiti e meteorismo, ciò nonostante la prognosi in questi casi fu benigna e non residuarono postumi. Gli AA. credono che tali casi debbano attribuirsi ad ulcerazioni intestinali tubercolari, latenti anteriormente all'accidente emorragico. Ciò viene confermato dal fatto che, in altri casi riferiti, l'emorragia intestinale segnò l'inizio di una vera sindrome di enterite tubercolare più o meno tipica.

Dal complesso di quanto sopra è stato riferito, appare che, nei tubercolotici polmonari cronici, un'enterorragia grave è spesso la prima manifestazione e talora l'unica manifestazione di una localizzazione intestinale della tubercolosi. Questa enterorragia, del resto, presenta tali caratteri particolari (abbondanza, assenza di ogni disturbo intestinale anteriore o immediatamente consecutivo, riparazione rapida dell'anemia e dei fenomeni di shock che essa determina, assenza di febbre e di fenomeni generali) che può far sospettare, quando si presenta, la esistenza di una tubercolosi, se prima essa non era stata riconosciuta. Gli AA. paragonano queste enterorragie solitarie, indici di una tubercolosi intestinale limitata o benigna, alle emottisi, le quali anche possono essere uniche e senza successive conseguenze morbose o segnare l'inizio di un processo pulmonare evolutivo.

Per gli AA., infine le enterorragie del tipo da essi descritte possono se lo stato dei polmoni lo permette, trarre vantaggio da un intervento chirurgico sul tratto intestinale ulcerato.

L'insulina nelle affezioni del fegato. — G. Ichok. *La Presse Médicale*, n. 45, 1927.

Jaksch-Wartenhorst, di Praga, e i suoi collaboratori hanno avuto per i primi l'idea di usare l'insulina in alcune malattie del fegato. A tutta prima, questa indicazione terapeutica dell'insulina sembrerebbe paradossale, quando si pensa che l'ormone pancreatico è capace di per sè di determinare ipoglicemia e talora edemi da ritenzione di acqua nell'organismo, fatti che si ritrovano, poi, con frequenza nelle malattie del fegato e che l'insulina dovrebbe aggravare. Secondo Klein, però, dopo un primo periodo di ipoglicemia, continuando la somministrazione di insulina, si ha un effetto diametralmente opposto e gli ammalati se ne possono avvantaggiare.

In ogni caso, quando si vogliano curare ammalati di fegato con l'insulina, bisognerà sempre premunirsi contro l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche. In tal caso, se i fenomeni sono lievi, si potrà somministrare dello zucchero *per os* (10-15 gm.) o del succo di arancio, se i fenomeni sono piuttosto gravi, si ricorrerà invece alla via endovenosa (200 cc. di una soluzione di glucosio al 5-10 %); si può, altre volte, ricorrere all'iniezione sottocutanea di adrenalina (1 cc. di una soluzione al ‰).

Premesso ciò, ecco le malattie del fegato nelle quali l'insulina è stata usata: 1. *L'ittero catarrale.* In 11 casi di tale genere Jaksch-Wartenhorst ha ottenuto un successo completo; 40-100 unità di insulina al giorno, senza altra cura supplementare, hanno condotto alla guarigione in un periodo di tempo variabile da 5 a 14 giorni. 2. *La cirrosi del fegato.* 5 malati sono stati trattati dallo stesso A. con 40-100 unità insuliniche al giorno, per 10-32 giorni. Quasi sempre si è avuta una diminuzione dell'ittero, del prurito e un miglioramento dell'appetito e del peso. Certo, non era da pensare a guarigione in simili casi. 3. *Tumore maligno del fegato.* Anche quì è da sperare con l'insulina solo un miglioramento dell'ittero e dello stato generale. 4. *Sifilide del fegato.* In un malato, con 60-80 unità d'insulina giornaliere, per due mesi, si ebbe scomparsa dell'ittero, che aveva resistito alle comuni cure antiluetiche.

In tutti gli epatopatici, quindi, gli effetti migliori ottenuti con l'insulina riguardano l'ittero e il prurito; ciò basta, perchè alle poche osservazioni che finora si hanno al riguardo, se ne aggiungano altre, di controllo obbiettivo, su larga scala.

Le false appendiciti da malaria. — E. Bressot. *La Presse Médicale*, n. 45, 1927.

Tra le varie forme cliniche che può assumere l'infezione malarica, ve ne sono alcune le quali possono trarre in inganno il medico, facendogli diagnosticare tutt'altra malattia che la malaria. Così, come è capitato di osservare all'A., certe crisi appendicolari non sono altro che una manifestazione acuta del paludismo. 5 casi di tal genere vengono riferiti, in tutti non vi era nessuna esitazione a far diagnosi di appendicite acuta, ma in quelli nei quali si procedette all'intervento operatorio «a caldo», si trovò un'appendice appena iperemica, non ipertrofica, e che non presentava nè essudato nè aderenze. In due casi, nei quali l'appendice stessa fu sottoposta ad esame istologico, non fu possibile dimostrare alcuna traccia di infiltrazione infiammatoria.

La persistenza della febbre, anche dopo l'appendicectomia, indusse l'A. a procedere ad un esame parassitologico del sangue, che fece notare la presenza, in 4 casi, di *plasmodium vivax*, ed in un caso di *plasmodium praecox;* d'altra parte una cura chininica produsse rapidamente non solo la scomparsa della febbre, ma anche della sindrome addominale.

Queste forme di infezione malarica simulanti l'appendicite sono, secondo l'A., piuttosto rare e poco descritte nella letteratura. Esse, clinicamente, sarebbero distinte dalle vere appendiciti dai seguenti caratteri: il punto addominale doloroso è più superficiale e la contrazione muscolare riflessa meno netta che nell'appendicite; alla palpazione, si incontra dapprima un senso di resistenza, ma, continuando a deprimere dolcemente con la mano la parete addominale, si arriva a vincere tale resistenza, mentre nell'appendicite vera la contrattura e il dolore si esagerano a mano a mano che la pressione della mano che palpa aumenta.

In queste false appendiciti, d'altra parte, v'è più un aspetto stanco che quello veramente peritonitico, il polso si mantiene piuttosto buono (intorno a 85 pulsazioni) e la temperatura persiste tra 38°-38°.4 senza brividi nè sudori.

La determinazione dell'albumina e della globulina nel siero di sangue. — G. Lewin. *Medizinische Klinik*, n. 17, 1927.

L'A. crede che il metodo più fedele di determinazione delle sostanze proteiche del siero sia il micrometodo di Robertson, col refrattometro di Pulfrich. In 68 casi esaminati si riscontrava, col metodo Robertson, aumento delle globuline nella tubercolosi, nelle infezioni, nei tumori maligni e nelle affezioni epatiche luetiche, mentre nell'anemia perniciosa i valori riscontrati erano normali. Non pare che alcun rapporto leghi il contenuto in globuline e la diazoreazione del siero. Il valore globulinico influenza poi la velocità di sedimentazione dei corpuscoli rossi, ma, almeno in 76 casi presi in considerazione dall'A., non ne è il fattore determinante.

L'A. crede infine, in base a ricerche comparative, che le modificazioni del siero e l'esito della reazione di sedimentazione spesso siano indicatori più fini dei processi patologici che si svolgono nell'organismo anzichè il quadro ematico periferico.

Influenza della sifilide sulla tubercolosi polmonare. — E. Bufalini. *Rivista di Clinica Medica*, n. 1, 1927.

I rapporti tra infezione luetica e tubercolare non sembrano, in base alle osservazioni dell'A., regolati da particolari, caratteristiche influenze di causa ad effetto; l'infezione luetica, quale causa minoratrice delle risorse difensive ed offensive, predispone in genere allo sviluppo della tubercolosi e ciò specialmente nel periodo immediato e prossimo del contagio, agendo peraltro come qualsiasi altro fattore tossico od infettivo atto ad influenzare dannosamente l'organismo. Quando le due infezioni compaiono contemporaneamente nello stesso individuo, si aggravano reciprocamente; la mancanza della possibilità di cure specifiche fa sì che la infezione Kochiana predomini sempre, giungendo alle sue manifestazioni più gravi ed acute.

D'altra parte, la preesistente infezione luetica, convenientemente curata e guarita, non influenza dannosamente una sopravveniente tubercolosi; tanto minori e tanto meno sentite sono queste influenze quanto più lontana è l'epoca del contagio luetico. Nè è vero che la preesistente infezione luetica determina un'evoluzione fibrosa dell'infezione tubercolare; i rapporti, infatti, della varietà fibrosa della tubercolosi polmonare con la infezione luetica non sono forse maggiori e più frequenti di quelli con qualsiasi altra forma infettiva, come con qualsiasi causa tossica endogena od esogena: non è dimostrato che l'esistenza del terreno luetico favorisca, nella tubercolosi fibrosa stessa, la formazione di focolai di sclerosi. Del resto, molte sclerosi polmonari ritenute di origine tubercolare sono, forse, in realtà di natura sifilitica, giacchè la diagnosi di natura Kochiana è di solito unicamente di presunzione in base alla sede dei focolai, nell'impossibilità talora dell'accertamento batteriologico attraverso l'esame dell'espettorato; anche le sclerosi sifilitiche, peraltro, hanno frequente localizzazione agli apici.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Tumore dell'angolo ponto-cerebellare trattato col metodo Cushing. — De Martel e Vincent. *Revue de Neurologie*, n. 5, 1927.

Sembrano abbastanza rare le osservazioni del genere di questa presentata dagli AA. alla «Società di Neurologia di Parigi», tanto più che questo caso starebbe a mostrare che anche quando la compressione della protuberanza e del cervello esercitata dal tumore sia molto pronun-

Digitized by Google

ziata, e da lunga data, un intervento ben condotto adduca effetti molto lodevoli. Si capisce che i vantaggi saranno in rapporto con la precocità, senza attendere la sordità e la cecità.

La inferma di 45 a. è incapace di tenersi in piedi e di camminare da sola. Non vede, non sente da ambo i lati. C'è amaurosi completa con atrofia del nervo ottico, post-edematosa. Bianco il centro della papilla, il contorno appena roseo con vene dilatate . Paresi facciale periferica con deviazione del lato destro. Asimmetria del velopendolo; contrattile la sola metà sinistra. Non rigurgiti di liquidi nel naso, ma frequente penetrazione di cibi solidi nelle vie aeree. Non deviata la lingua. Anestesia corneale completa a sinistra. Sordità completa a destra, incompleta a sinistra. La vertigine termica con acqua fredda a destra non provoca deviazione oculare, non nistagmo, neanche servendosi per 1' minuto di acqua a 15°. A sinistra un'irrigazione prolungata fa deviare l'occhio sinistro a 15°. A sinistra un'irrigazione prolungata fa deviare l'occhio sinistro a sinistra, con piccole scosse di correzione.

All'arto superiore destro si può mettere in evidenza dismetria ed adiadoco-cinesia; all'inferiore dismetria. Riflessi tendinei normali.

Si impone la diagnosi di tumore del piano inferiore del cervello. Difficile localizzazione, mancando precisi raguagli. Fu dapprima ammesso un neoplasma del forame lacero-posteriore, e consigliata la decompressione. Tuttavia la sordità bilaterale potrebbe esser data solamente da tumore dell'acustico. Poichè intanto la sordità era cominciata al solo lato destro, più tardi erano apparsi dolori al capo, e dopo lunghi mesi era cominciato l'affievolimento visivo. Si avanzò diagnosi di tumore dell'angolo ponto-cerebellare.

Fu operata sotto anestesia locale. Larga asportazione della scaglia temporale. Data l'intensa emorragia si sospende l'intervento. Si riprende dopo due giorni. Scoverto il tumore è scucchiaiato secondo Cushing. Decorso favorevole. A grado a grado l'inferma riacquista la posizione in piedi; poi stende qualche passo, può camminare in casa poggiandosi al braccio, o reggendosi ai mobili. Riesce possibile parlarle, essendo molto attenuata la sordità sinistra. Persistente l'amaurosi.

Anestesia all'etilene-ossigeno. — ALLEN e MURRAY. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, n. 5, 1927.

Alle numerose analisi che sull'argomento dell'anestesia, furono riportate in queste colonne, va aggiunta questa che concerne un materiale di 2.759 osservazioni. Di questa cifra totale 1.329 possono farsi rientrare in chirurgia minore od in procedure diagnostiche; 1.421 in chirurgia maggiore. Vi troviamo infatti 412 operati sulla ghiandola tiroide; 379 sull'addome; 123 sulle vie urinarie; 116 per interventi ortopedici; 95 per operazioni ginecologiche.

In complesso questa combinazione etilene-ossigeno, ha mostrato notevole valore pratico, e mezzo soddisfacente in rapporto agli altri più consueti.

Bisogna tuttavia non dissimularsi il danno dell'eventuale esplosività, e le precauzioni da prendere, con particolare allenamento del narcotizzatore.

A rendere efficace questa anesteria non si richiede eccessivo uso di oppiacei.

Tanto l'indurre lo stato narcotico, quanto il risveglio, è di rapida azione, tanto da potersi espletare quest'ultimo in cinque minuti all'incirca.

L'odore dell'etilene non costituisce contro-indicazioni.

In molti casi si riesce con tale anestesia ad ottenere sufficiente stato di rilasciamento.

Il gas non può rientrare fra quelli ad azione stimolante o deprimente sulla funzione cardiaca e respiratoria dell'anestesizzato.

La pressione sanguigna non ne risente perturbamenti; nè l'emorragia della ferita si può dire più eccedente di quella di altre anestesie.

Egualmente soddisfacente per giovanissimi soggetti e per molto anziani, l'etilene-ossigeno risponde specialmente bene nei debilitati.

L'uso frequentemente ripetuto non scema la potenzialità degli effetti, nè accresce la nausea ed i vomiti post-anestetici.

Effetti parimenti soddisfacenti fornisce questa anestesia nella chirurgia minore come in quella maggiore.

In quanto agli effetti post-anestetici, bisogna ritenere rare le complicazioni pulmonari; vomiti e nausea, sebbene più brevi e più lievi, possono calcolarsi al 39.6 %.

Finalmente il mangine di sicurezza è molto più ampio con l'etilene anzichè con l'ossido nitroso; mentre il costo-consumo nell'anestesia etilene-ossigeno può calcolarsi a centesimi 7 ½ p. minuto.

Innesti di testicolo nell'omento. — PARLAVECCHIO. *La Cultura Medica Moderna*, n. 10, 1927.

Queste ricerche prendono origine da altre dello stesso A. nelle quali si dimostrava che nella omiotizzazione intra e perirenale, l'omento aderendo lassamente e rapidamente all'organo da esso foderato riesce a permearlo e vivificarlo con una ricca vascolarizzazione periferica. Di qui ai tentativi sperimentali per giovarsi dell'omento come porta-innesti di ghiandole parenchimatose (ovaia, testicoli, capsule surrenali, tiroidi etc.) il passo era breve. Siamo dunque nell'orbita degli innesti Voronoff con orientazione diversa.

Chiunque abbia presente la pratica e l'indirizzo francese, in codesto campo, sa che le discussioni maggiori non concernono soltanto l'attuabilità agli innesti testicolari, in gran parte superata, ma la scelta del materiale quanto più strettamente omoplatico, e la durata o sopravvivenza del pezzo testicolare innestato. Le maggiori divergenze di opinioni, sono inerenti alla questione: se la secrezione ormonica dipenda soltanto dal tessuto germinativo e germi, o dal tessuto interstiziale, o dal testicolo in totalità. Non è questo il luogo di riportarle le opinioni pro o contro.

Quel che si può affermare allo stato attuale è che, negli innesti meglio riesciti non si ha una necrosi simultanea rapida, sibbene una progressiva necrobiosi dei singoli costituenti.

Come che sia, risolvere il problema di ottenere innesti permanenti e ben funzionanti essendo di là dall'essere risolto, bisognerebbe accontentarsi di poterne ottenere che durino più a lungo, epperò possano più a lungo riversare negli umori i loro prodotti ormonici, anche se questi siano rappresentati dai prodotti di necrobiosi degli elementi dell'innesto.

Di accordo in molti punti con le norme tecniche del Voronoff, l'A. non condivide l'opinione di utilizzare uno spicchio (1/4) del solo didimo, e ciò in base sia ad un concetto teorico, sia ai risultati sperimentali. Questi vengono a conferma del concetto teoretico cioè, secondo l'A, che la soppressione del deferente venga a rassomigliarsi alla obliterazione del dotto escretore, che provoca atrofia della ghiandola rispettiva.

Si è pertanto tratta la convinzione di trapiantare il testicolo spaccato in due valve ed omentizzato sia alla superficie di sezione che alla periferia (omentizzazione intra e peri-testicolare) insieme con l'epididimo intatto, e con un buon tratto di deferente.

In quanto alla scelta del tessuto porta-innesto, riconoscendo la necessità di un tessuto molto irrorato — si è preferito come si è detto avanti l'omento.

Sono tuttora in corso le varianti sperimentali, specialmente per riguardo al modo di spaccare o segmentare il testicolo nei vari suoi componenti.

Quel che risulta in tesi generica si è, che nei pezzi di ghiandole omentizzati si hanno fatti degenerativi meno diffusi e meno profondi. Il testicolo spaccato a metà, restandovi attaccati l'epididimo ed il deferente, viene omentizzato alla periferia e nell'interno (in maniera analoga alla omentizzazione intra e perirenale) ed il deferente foderato anche esso di omento.

PATOLOGIA SPERIMENTALE

Studio sperimentale nella colecisti-enterostomia. — TRAUTMANN, ROBBINS e STEWART. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, n. 5, 1927.

Sono ancora da risolvere alcune incognite, o per lo meno punti oscuri su questa operazione la quale attinge, come è noto, le sue origini a Nussbaum e C. Winiwarter nel 1880.

Si sa anche come uno dei punti più discussi debba riguardare il contegno del fegato subordinatamente alle nuove comunicazioni stabilitesi con l'intestino.

Questi AA. sono partiti dal campo clinico per passare ad un controllo di Laboratorio. Su quindici infermi così operati la fistola rimase pervia durante un elasso che oscillò tra le 15 e le 50 settimane. Nei casi di schietta pervietà fistolosa gli alimenti passavano a quando a quando dall'intestino nella colecisti, e talvolta nel dotto cistico. Ci fu anzi un reperto di alimenti oltre il dotto cistico, ed una volta anche nel dotto epatico.

In una colecistenterostomia con apertura in appropriata sede, l'esame radiologico e fluoroscopico mostrò presenza di bario sia nella cistifellea, sia nei dotti; che anzi in questi ultimi se ne riscontravano tracce anche dopo 24 ore. In un altro caso essendosi completamente obliterata l'apertura, non passava bario nel sistema biliare.

Le necroscopie non mettono in grande evidenza l'infezione epatica.

Consecutivamente a questa operazione lo stato infiammatorio fu constatato in 61 % interessare la colecisti ed il dotto comune; ed in 10 % più spesso il dotto anzichè la colecisti. Tuttavia la flogosi si dimostrò di grado lieve nella pluralità dei casi.

Esperienze di controllo e di chiarimento vennero fatte sui cani. Anche su questi animali risultò che il contenuto intestinale passa nei dotti comune e cistico, di rado oltrepassandolo, anche se l'apertura è in giusta

Digitized by Google

ampiezza. Questo contenuto suole provocare, sebbene non intensamente, la flogosi delle vie anzidette sia l'anastomosi pertinente allo stomaco od all'intestino. Tuttavia il carattere di cotesta infiammazione può dirsi tale che di fronte alle contingenze cliniche per le quali sarebbe indicata l'operazione risolutiva di gravi ostruzioni, non si debba esitare ad affrontarne la possibilità.

NEUROPATOLOGIA

Lo strabismo nelle malattie neurotrope. — A. GUÈRIN. *Journal des Praticiens*, n. 42, 1926.

Talvolta può accadere di osservare, in bambini di 3-5 anni, verso la fine di una malattia acuta, una deviazione oculare. Si tratta di malattie acute neurotrope, quali l'influenza, il morbillo, o di malattie acute spasmodiche, come la pertosse, l'encefalite, e ciò anche quando tali malattie abbiano assunto un andamento benigno.

La patogenesi dello strabismo può essere interpretata differentemente secondo che se ne localizzi la lesione anatomica causale a livello dei nuclei d'origine dei nervi oculomotori, o nelle fibre di associazione situate in dietro dei nuclei d'origine, o, infine, nella corteccia cerebrale.

Le encefaliti danno delle paralisi nucleari a carattere di paralisi dissociate, in quanto non è interessata la totalità delle funzioni del rispettivo nucleo; sicchè non si può mai attendere di riscontrare uno schema netto di paralisi pedunculo-protuberanziali (sindromi di Weber, di Millard-Gubler, oftalmoplegia nucleare prgressiva, ecc.).

In tali malattie la paralisi colpisce elettivamente il nucleo d'origine dei nervi in maniera parcellare e fugace.

Secondo Cantonnet, le paralisi oculari delle encefalite avrebbero per lo più origine sopranucleare; la lesione, cioè, interesserebbe non tanto i nuclei di origine dei nervi oculomotori, ma le vie di associazione ed i centri di coordinazione, posti in dietro di tali nuclei, nel mesencefalo.

Questi centri mesencefalici sono collegati a dei centri cerebrali oculomotori, l'uno anteriore, situato nella parte posteriore della seconda circonvoluzione frontale, l'altro posteriore, nella regione occipitale.

A questo punto, vien dato domandarsi se la corteccia cerebrale non abbia una importanza maggiore nella patogenesi dello strabismo, e se certi strabismi alternati, i quali non sono d'origine nè nucleare nè sopranucleare, non debbano essere ricollegati ad un fatto misconosciuto di encefalite o ad una affezione neurotropa.

L'astenia colpirebbe particolarmente i centri corticali regolatori della visione binoculare. E' noto che questa visione esige una completa sinergia di movimenti e richiede, senza sforzo apparente, una continua tensione della innervazione motrice. E' necessario, perchè la visione binoculare sia perfetta, non soltanto l integrità anatomica, ma anche quella funzionale dei due emisferi cerebrali occipitali. Se questa condizione funzionale non è ottenuta, se, per esempio, si legge senza prestare attenzione e durante la fatica, non soltanto il senso del testo può non essere compreso (cecità verbale), ma gli stessi caratteri possono non essere a punto (astenopia accomodativa) e potrà anche osservarsi diplopia.

Potrebbe ammettersi che ciò che è prodotto, in modo fugace, dalla disattenzione e dalla stanchezza, lo possa essere, in modo più completo, dall'encefalite o da un'altra affezione neurotropa, e che, probabilmente, il bambino, a causa dell'incompleta evoluzione del suo sviluppo cerebrale, possa essere in certo modo predisposto alla dissociazione della visione binoculare, ciò che spiegherebbe la più grande frequenza dello strabismo nella giovane età.

In queste forme il trattamento salicilico è spesso seguito da successo. Esso può essere somministrato in pozione, ed è il metodo preferibile, oppure per iniezioni intravenose, il qual procedimento è più difficilmente applicabile nei bambini.

Emianopsia eteromina binasale da lesione del chiasma e della sella turcica senza sintomi di disfunzione ipofisaria. — A. BUSACCA GORGONE, Osp. Maggiore di Bergamo. *Lettura oftalmologica*, a. 3, n. 12.

Dall'esame e dalla discussione di due casi venuti alla sua osservazione, nei quali la sindrome chiasmatica era accompagnata da reperto radiologico e da emianopsia binasale con atrofia ottica in uno di essi e papilla da stasi nell'altro, l'A. deduce che tale sintomatologia oltre che avere come causa, una lesione luetica delle carotidi interne, l'ateromasia delle medesime con aneurisma, un tumore degli angoli laterali del chiasma, l'ateromasia dell'arteria cerebrale anteriore, la leptomeningite della base di natura luetica, un idrocefalo interno, una frattura della base del cranio e un tumore della ipofisi che si diffonde lateralmente al di fuori di essa, può essere data da una lesione tubercolare della meninge (dura madre) e da una periostite della sella turcica a carattere iperplastico di natura tubercolare.

La terapia chirurgica non fu attuata nei 2 casi dell'A., perchè non è mai esente da pericoli, sia per quanto si riferisce alle difficoltà dell'atto operatorio, sia alle conseguenze dell atto operatorio stesso.

Nel 1° caso fu attuata la terapia medicamentosa indiretta (antitubercolare) e furono praticate iniezioni retrobulbari di 1 mgr. di stricnina: si ottenne un cospicuo miglioramento delle condizioni della visione, miglioramento che però fu seguito da un arresto, non potendo le fibre del nervo ottico, degenerate, riprendere la loro vitalità e funzionalità.

Nel 2° caso, invece la terapia fu principalmente fisica (irradiazioni profonde con i raggi X), intesa a modificare le condizioni della regione sellare e delle sue adiacenze; ma essa ebbe un insuccesso finale dovuto probabilmente al carattere dell'affezione, che non si è lasciata influenzare dalle dette irradiazioni, ed alla stasi papillare, con la conseguente atrofia dei nervi ottici.

PEDIATRIA

L'esame del contenuto gastrico nei bambini con tubercolosi polmonare. — ARMAND-DELILLE e VIBERT. *Presse Medicale*, n. 20, 1927.

E' nota la difficoltà della ricerca del b. di Koch nell'espettorato dei bambini affetti da tubercolosi polmonare, per la ragione che il bambino molto raramente espettora, cosicchè sono stati suggeriti svariati mezzi e tra gli altri l'esame del succo gastrico, nel quale si possono trovare i prodotti dell'espettorazione deglutiti (Meunier).

Gli AA. hanno eseguito ricerche sistematiche a tale scopo, procedendo nel seguente modo. Il lavaggio dello stomaco viene eseguito in ora la più lontana dall'ultimo pasto, cioè dopo i primi colpi di tosse che seguono al risveglio del bambino, la mattina. Qualunque sia la età del bambino, occorrerà molta calma e pazienza e sopratutto dolcezza nello introdurre la sonda gastrica, il cui diametro varierà con l età, dando la preferenza a quelle più grosse. La sonda si unge di olio e giunta nello stomaco si eleva a circa 50 cm. al disopra della testa del ragazzo. Indi si versano in essa 80-100 cmc. di acqua bollita tiepida. Dopo il lavaggio viene abbassata la sonda e il liquido estratto per sifonaggio. Molto spesso in questo liquido si possono riscontrare grumi di espettorato ancora integri, sicchè la ricerca del bacillo può essere eseguita direttamente su di essi. Altrimenti si procede senz'altro alla omogeneizzazione del liquido, che consiste nella centrifugazione dopo averlo ripartito in 4 o 5 tubi; il deposito del fondo di tutti, viene raccolto in una capsula di porcellana e vi si aggiungono 30 cmc. di acqua distillata e X gocce di liscivia di soda. Si riscalda per 10 m' sul gas e, poco a poco vi si aggiungono altri 50 cmc. di acqua, indi si lascia raffreddare. Si osserva il peso specifico, che se sorpassa i 1004 vi si aggiunge un po' di alcool a 50°. Questo liquido si distribuisce di nuovo in altri 4 o 5 tubi che si centrifugano ancora per tre quarti d'ora. Prima di procedere all'esame il liquido centrifugato può conservarsi per lungo tempo. Poi si procede alla ricerca del bacillo di Koch, col metodo comune, bisogna fare molti preparati, almeno quattro per ogni tubo.

I risultati ottenuti dagli AA. hanno una grande importanza, poichè accrescono di molto la percentuale dei casi positivi.

La febbre di Malta nella prima infanzia. — F. LO PRESTI-SEMINARIO. *Archives de Médecine des Enfants*, vol. 29, n. 12.

Dalla disamina della sua casistica l'A. deduce che la febbre di Malta non è così rara nell infanzia come comunemente si ammette; e gli attribuisce la scarsezza delle osservazioni finora condotte dagli altri ricercatori al fatto che la febbre di Malta non sempre si presenta con la sua sintomatologia caratteristica, rivestendo essa caratteri che riescono a simulare altre affezioni, specialmente quelle riguardanti il tubo gastro-enterico, o essendo associata ad altre infezioni, che per la maggiore loro violenza, vengono a mascherarla nelle sue manifestazioni, (tifoide, paratifoide, leishmaniosi, malaria, ecc).

L'A. quindi insiste sulla necessità di praticare in ogni caso dubbio la siero-diagnosi per la febbre di Malta e ripeterla più volte in caso di risultati negativi.

Quanto alla terapia, l'A. riferisce di avere talvolta ottenuto buoni risultati con la proteinoterapia aspecifica, e la vaccinoterapia, nonchè con preparati di arsenobenzolo per via intramuscolare.

Squilibri termici da perturbamenti alimentari o fisici nel bambino. — MORHARDT. *Presse Medicale*, n. 26, 1927.

Nei primi mesi di vita, l'organismo è estremamente sensibile alle elevazioni di temperatura, le quali sono in rapporto spesso con cause non

Digitized by Google

infettive nè tossiche, ma alimentari e fisiche. Tali sono: Le febbri asettiche alimentari; queste sono fra le cause più frequenti d'ipertermia e sono dovute a errori nella somministrazione razionale degli alimenti. Ecco un esempio tipico descritto da Rietschel: un bambino di 3-4 mesi prende come bevanda un totale di 100-120 cmc. d'acqua per Kilo, sotto forma di latte completo, addizionato a 5 gr. di burro, 5 di farina e 7 di zucchero, per cento. Questo regime lo fa crescere normalmente; ma se invece si sostituisce la farina e il burro con una quantità isodinamica di albumina per es. 8-10 gr. di caseina, allora si verifica una elevazione di temperatura, la quale tornerà normale se si ritorna al regime primitivo, o si somministra dell'acqua.

Questa ipertermia erasi interpetrata come un fenomeno tossico (Hutchinson) ma ciò non è esatto, specialmente se si tien conto che basta somministrare al bambino dell'acqua per veder scomparire l'ipertermia. L'ipotesi più accettabile pare che sia, invece, quella di ammettere in causa il maggiore sviluppo di calorie determinato dalle proteine, per cui questo aumento può turbare la regolazione termica del bambino.

L'ipertermia da insufficienza di bevande, è stata constatata da Müller in quei bambini che sono tenuti a digiuno per un tempo più lungo al fine di far loro prendere il seno di una nutrice che avevano rifiutato e che restavano senza bevande e senza nutrimento.

Ora che il regime secco nei bambini è più frequente, per l'uso eccessivo di sostanze secche, questi casi sono più frequenti. Bisogna avere per norma che un'alimentazione contenente meno di 80 gr. di acqua per Kilo, nel bambino può esser causa d'ipertermia.

Sono infine da ricordare la ipertermia da colpo di calore e da lavoro fisico e la febbre salina. Un esempio tipico della prima è citato da Marfan che osservò un bambino, convalescente di bronco-polmonite, il quale era coperto eccessivamente nonostante la stagione calda. A causa di questa cautela, la temperatura salì improvvisamente a 40,3, polso 120 respirazione accelerata, profonda, irregolare.

L'A. fa scoprire il bambino, aprire le finestre, dare dei bagni freschi e verso sera il bambino aveva 38°; il giorno dopo fuori pericolo.

Le ipertermie da trapazzo fisico sono dovute ai movimenti eccessivi, alle grida e al pianto del bambino, sicchè non è inesatta la convinzione delle mamme che il pianto faccia venir la febbre al bambino. In questi casi l'elevazione della temperatura è dovuta all'aumento del metabolismo sotto l'influsso del trapazzo fisico; può aumentare da 60 a 100 per cento (Rietschel e Prinke).

La febbre salina è dovuta alla somministrazione di cloruro di sodio, il quale provoca la sete dei tessuti e quindi questa ipertermia si riallaccia a quella da insufficienza di bevande, per la somministrazione di questa ne ha ragione.

Le conseguenze pratiche derivanti dalla conoscenza di queste ipertermie sono molto importanti, considerato che si ha quasi sempre la tendenza a pensare alla tubercolosi, ogni qualvolta piccoli rialzi termici appaiono nei bambini. Siccome queste ipertermie sono modificabili bisognerà ammetterle e curarle prima di stabilire la diagnosi.

OCULISTICA

Insulina e operazione di cataratta. — A. Mazzei. *Lettura Oftalmologica*, n. 4, 1927.

L'A. riferisce su una serie di diabetici da lui operati di cataratta, nei quali l'operazione gli fu permessa da una cura preventiva di insulina. Egli ha potuto così constatare che le iniezioni di insulina apportano un miglioramento nello stato generale di questi pazienti, quindi, nel caso di intervento, non bisogna solamente preoccuparsi della presenza o assenza dello zucchero nelle orine, ma anche della resistenza organica e la cura non si deve sospendere dopo pochi giorni dall'operazione, ma invece deve essere protratta, poichè si sa che, nelle operazioni di cataratta si possono avere anche al 10° giorno delle iriti di origine tossica. Pertanto, verificandosi in un'operato di cataratta, preventivamente insulinizzato e poi abbandonato a sè stesso, e quindi con presenza di nuovo di zucchero nell'urina, irite tossica, il risultato della operazione quasi sempre sarà annullato, perchè alla infiammazione iridea tossica (bacterium coli) si aggungerebbe la irite diabetica propriamente detta, caratterizzata da essudati nel campo pupillare. Così in uno dei casi operati dall'A. si ebbe un accenno di irite, che cessò quando la glicosuria scomparve.

In conclusione, l'A. ritiene che l'insulina permette l'intervento operativo della cataratta diabetica, qualora la funzione renale sia integra; che l'operazione deve essere condotta con molte precauzioni e con eccessiva delicatezza, e che la cura insulinica deve essere protratta dopo l'operazione finchè sia scongiurato qualsiasi pericolo, non escluso quello di una possibile, eventuale irite tossica da esaltazione del bacterium coli.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ASSOCIAZIONE NAPOLETANA DEI MEDICI NATURALISTI

Sedute del 14 e 21 marzo 1927

Presid.: prof. Pianese

Fabozzi S. *Sulla istogenesi del cancro primario del pancreas.* — Circa la istogenesi delle forme di cancro primario, dimostra di questo esistere tre forme, in rapporto alle tre specie di epitelio che compongono la glandola pancreatica, e ogni forma morfologica può, fino ad un certo punto, avere una sindrome clinica diversa, nella presenza o no del glucosio nelle urine. Chiarisce il concetto istogenetico dei germi degli isolotti primari coi quali le cellule neoplastiche hanno diversi punti di contatto, morfologico aggruppativo e fisico-chimico. Parla della forma escretiva, più facile a riscontrarsi, e ne dimostra l'istogenesi dai tratti indifferenziati degli abozzi primitivi. Espone infine la forma escretiva esocrina o acinale, che fa istologicamente derivare da cellule di abbozzi di acini primordiali, con le quali quali dimostra la similarità morfologica, fisiogenica e delle proprietà fisico-chimiche delle cellule del parenchima.

Mastronilli de Angelis. *Nuove notizie anatomo-morfologiche sui leoni.*

Aisenscitat G. *Difetti evolutivi del cervello dal punto di vista patogenetico.* — Le osservaioni dell'O. concernono fanciulli da lui direttamente osservati, e indagini nei registri dell'ambulatorio della Clinica Psichiatrica per un periodo che va dall'anno 1894 al 1924.

Sotto il nome di frenastenici, egli dice, sono compresi tutti i soggetti che presentano forme di difettosa evoluzione del cervello. Sono quindi frenastenici gli idioti, gli imbecilli, i tardivi, i deficienti, i deboli di mente, i degenerati. Espone i caratteri inerenti a ciascuna forma

Classifica i frenastenici dal punto di vista patogenetico in ereditari e acquisiti. Come causa dei primi pone l'alcoolismo dei genitori, la sifilide la tubercolosi ecc., dei secondi la meningite, la idrocefalia, l'encefalite, i traumi, il morbo di Little ecc. I casi da lui studiati ammontano a 510, 380 maschi, 130 femmine. Pone in rilievo come il numero dei frenastenici cresce dai 2 agli 8 anni, diminuisce dai 9 in sopra, aumenta di nuovo nel periodo della pubertà.

In base alle cause determinanti stabilisce dei raggruppamenti, e ne trae importanti conclusioni statistiche. Questi quadri, dice l'O., sono certamente assai rattristanti, ma non per questo si deve rimanere inerti, invece si deve sentire la necessità di modificarne le disastrose conseguenze. Dimostra la possibilità della educazione dei frenastenici, accenna alla insufficienza di adeguati istituti di cura, e prospetta la necessità della inibizione del matrimonio a scopo di profilassi sociale.

Piccinino G. *Un anno di esperienza sulla colecistografia.* — L'O. dopo avere accennato alle difficoltà che talvolta si incontrano nella diagnostica della colecistite, enumera tutte le risorse che può oggi mettere a disposizione la radiologia, soffermandosi in specie sulla colecistografia. L'O. che ha su detta ricerca la esperienza di un anno di studi, durante il quale l'ha praticata su oltre 60 infermi, dopo averne ricordata la tecnica si ferma sul valore pratico di detta ricerca mettendone in evidenza vantaggi e deficienze.

Secondo l'O. la prova del Graham è sopratutto una ricerca di orientamento pei casi dubbi onde esplorare la funzionalità delle vie biliari, mentre nei casi in cui è già evidente una sofferenza delle vie biliari, essa poco aggiunge alle altre ricerche che si possono eseguire per mezzo dei raggi X. Rileva che, anche essendo così, la ricerca è molto utile ed ha un campo estesissimo di applicazione, potendo essere utilizzata anche per stabilire i rapporti fra i vari visceri e la localizzazione di eventuali calcificazioni. Da ultimo considera l'attendibilità della ricerca ed afferma che in tutti i suoi casi controllati chirurgicamente essa si è dimostrata esatta.

D'Istria A. *Carcinomi della prostata e metastasi vertebrale.* — Presenta due casi nei quali la diagnosi si potè fare solo dopo che l'esame radiologico aveva fatto constatare il carcinoma secondario della colonna vertebrale, non avendo i pazienti quasi per nulla richiamata l'attenzione dei medici sulle condizioni vescicali, l'uno e l'altro lagnandosi invece qua-

Digitized by Google

si esclusivamente di forti dolori a tipo di lombaggine, che li avevano indotti a chiedere l'esame radiologico della colonna vertebrale.

Ricordando come il carcinoma prostatico sia quello che più frequentemente dà metastasi vertebrali, l'O. avendo constatato il carcinoma vertebrale, in tutti e due i casi raccolse con l'interrogatorio fra le notizie anamnestiche note indubbie di affezioni prostatiche. Inviati i due ammalati allo specialista, questo con la esplorazione rettale confermò la diagnosi clinica di carcinoma prostatico. Completa la comunicazione con alcune considerazioni cliniche e radiologiche desunte dai due casi.

Il Segretario: prof. D. Enea

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta di gennaio 1927

Piccaluga N. *La cistifellea a fragola in rapporto alla calcolosi.* — L'O. descrive due casi clinici di cistifellea a fragola dei quali, il primo permette di osservare la presenza di numerosissimi calcoli da forme microscopiche ancora legate alla parete sino a forme di circa un centimetro di diametro, liberi nel lume della vescichetta; il secondo uno stadio del tutto iniziale, in cui però appaiono ben manifeste le tipiche alterazioni della parete.

Partendo da questi casi clinici l'O. ha creduto opportuno trasportare le ricerche nel campo sperimentale, riescendo con adatti espedienti a riprodurre pure nei cani la tipica struttura della cistifellea a fragola, con la formazione di granuli di colesterina liberi o nei villi della parete.

Anardi T. *L'influenza della stasi sul microbismo della bile e della cistifellea dei cani.* — L'O. espone i risultati delle ricerche eseguite su 32 cani, con l'introduzione di un adeguato modello in vetro sterilizzato nella colecisti, provocando così una stasi della bile ed un'irritazione di tutta la parete della cistifellea. Egli esaminando batteriologicamente sia la bile che un frammento di parete prima e dopo, a vario intervallo di tempo, dalla introduzione e permanenza dello speciale corpo estraneo, ha constatato che la bile prelevata dalla cistifellea del cane in condizioni normali, può considerarsi sterile; la parete invece degli stessi animali risulta infetta nel 25 % dei casi. Con la permanenza invece del corpo estraneo, si ottiene frequentemente un'infezione della bile, ma più ancora della parete cistica. I microrganismi riscontrati dall'O. in ordine di frequenza sono il b. coli, lo stafilococco e lo streptococco, soli ed associati fra loro; inoltre tra le vie che percorrono per raggiungere la colecisti, pur non escludendo la via ematica, quella linfatica appare all'O. la più probabile e frequente.

Cioffari e Piccaluga. *Insulina e tumori da innesto* — Gli OO. si sono proposti di studiare l'azione dell'insulina negli animali portatori di tumore.

Dalle numerose ricerche fatte sono condotti a concludere: 1. Che gli animali normali o con tumore presentano la stessa tolleranza all'insulina; 2. Che l'insulina è capace di inibire, almeno in primo tempo, il decorso del processo neoplastico. Si tratta, però, di un semplice ritardo più o meno apprezzabile a secondo della tecnica usata, mai di una regressione, nè di refrattarietà acquisita all'innesto; 3. L'insulina inattivata non è più capace di determinare tali modificazioni di decorso. Il fenomeno sembra, quindi, dovuto all'azione ormonica di detta sostanza

Gli OO. però, in base a ricerche fatte, non credono che il fenomeno sia dipendente dal fattore ipoglicemico semplicemente per la carenza di idrati di carbonio, che si determina, ma derivi per via indiretta, attraverso all'azione stimolante che si provoca nell'organismo; come appare dalle modificazioni della formula leucocitaria e dell'indice refrattometrico.

Montemartini G. *Un caso di pseudobotriomicosi umana a sede rara.* — L'O. descrive un caso di pseudobotriomicosi della lingua. Dopo aver ricordata la discussione eziologica e patogenetica sopra tale entità morbosa egli conclude che, per ciò che riguarda il decorso clinico, si può asserire che detta affezione ha le caratteristiche di un tumore benigno incapace di dare metastasi, non recidivante se la sua estirpazione è completa. Tali caratteristiche, ammesse anche da altri OO., collimano con quelle dei fibromi teleangettasici; i quali, trovandosi sopra una mucosa, possono ulcerare sotto influenze varie, presentando fenomeni di infezione periferica.

Visto come la forma non sia di origine infiammatoria, egli esclude il granuloma e sostiene una neoformazione mesenchimale benigna; su cui il quadro infiammatorio, tanto frequente, viene portato da germi impiantati sulla superficie, in seguito ad alterazioni, nella sede particolare, sovratutto di ordine meccanico.

Ganassini D. — *Ricerca rapida del bismuto nel sangue e nei liquidi dell'organismo.* — Poichè nel sangue la ricerca rapida del bismuto presenta delle gravi difficoltà, l'O. propone un nuovo metodo semplice di ricerca a scopo clinico, che serve per potere seguire il passaggio e l'eliminazione del metallo attraverso al sangue durante il corso di una cura bismutica. Il metodo dell'O. si basa sopra una reazione di riduzione generale non caratteristica e consiste nel lasciar cadere, dalla puntura di un dito, 10 goccie di sangue in 5 cc. di acqua distillata, nell'aggiungere un cmc. di acido cloridrico concentrato ed una piccola quantità di clorato di potassio in polvere (20 a 30 centgr.). La miscela col riscaldamento dal bruno passa rapidamente al giallo chiaro, allora si raffredda e si aggiunge un piccolo eccesso di bisolfito di sodio in polvere (40 a 50 centgr.). Al liquido freddo che deve far sentire manifesto l'odore dell'anidride solforosa e che è divenuto incoloro, si aggiunge un pizzico di polvere di zinco e si agita. Si forma in queste condizioni dell'acido idrosolforoso il quale se sono presenti composti di bismuto nel sangue anche in traccie, ne riduce il metallo e forma del solfuro, per cui il liquido si colora in bruno più o meno intenso; in assenza di bismuto invece la miscela rimane perfettamente incolora.

Riferiscono anche comunicazioni i dott. P. Locatelli e A. Fieschi.

Il Segretario: F. Ricci

CONGRESSI E CONVEGNI

CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA RABBIA

(Parigi, aprile 1927)

Si è tenuta a Parigi, nell'aprile u. s., organizzata dalla Società delle Nazioni, la Conferenza internazionale sulla rabbia. Sede ne è stata la Biblioteca dell'Istituto Pasteur; presidente il prof. Roux e vice-Presidente il prof. Calmette. Vi erano rappresentati 24 paesi con l'intervento di 60 delegati.

Dopo un breve discorso del prof. Roux, che ha rievocato l'opera di Pasteur, e un discorso del prof. Calmette, che ha illustrato gli scopi della Conferenza, sono state costituite 4 Commissioni, col compito di riferire: la 1ª, sulla «Natura del virus rabbico» [relatore, dott. Marie; Presidenti, Bordet (Francia) e Kraus (Austria)]; la 2ª sugli «Accidenti della vaccinazione antirabbica» [relatore, dott. Remlinger; Presidenti, Mc. Kendrick (Inghilterra) e Bujdwich (Polonia]; la 3ª su «La vaccinazione antirabbica dell'uomo» [relatore, dott. Marie; Presidenti, Pfeiffer (Germania) e Zlatogoroff (Russia)]; la 4ª, infine, su «La vaccinazione antirabbica negli animali» [relatore, dott. Vallée; Presidenti, Di Vestea (Italia) e Kitashima (Giappone)].

Nelle relazioni riferite nella seduta plenaria di chiusura le predette Commissioni fra i molti metodi di vaccinazione umana, succedanei dell'originale metodo Pasteuriano, hanno specialmente preso in considerazione quelli con i vaccini fenicati e i vaccini eterizzati. Oggetto di particolare attenzione è stata anche la questione della pluralità del virus rabbico, sollevata dal dott. Puntoni. Si è, inoltre, stabilito di unificare i criteri con i quali oggi sono compilate le statistiche, per ottenere cifre meglio paragonabili tra loro. E' stato pure raccomandato, per le vaccinazioni animali, di sperimentare le vaccinazioni preventive nel cane; come pure si è riconosciuto che, quanto alle vaccinazioni curative in questo, essendo la regolamentazione della rabbia diversa nei vari Paesi, essa potrà essere praticata solo in quelli, nei quali si consente che i cani morsicati non siano abbattuti, purchè tenuti in osservazione per 6 mesi.

La Conferenza, per ultimo, ha fatto voto che un temperamento possa essere apportato nelle legislazioni sanitarie più severe, nei riguardi della rabbia, nel senso che i cani soltanto sospetti di essere stati contaminati (assenza di ferite manifeste) possano essere risparmiati e vaccinati. Contemporaneamente, la Conferenza ha raccomandato la vaccinazione dei grossi erbivori contagiati.

L'Italia è stata ufficialmente rappresentata a queste Conferenze dai prof. Di Vestea, Finzi e Puntoni; vi sono anche intervenuti i proff. Fermi e Lumban. Tutti essi hanno avuto una parte importante nelle discussioni, facendo rilevare il notevole contributo portato dall'Italia sulle questioni inerenti alla rabbia.

Dopo un discorso di Calmette ed uno di Roux, la Conferenza si è chiusa. Ai convenuti fu offerta una colezione al Trianon Palace a Versailles dall'Istituto Pasteur e un pranzo al Palais d'Orsay dalla Società delle Nazioni. I congressisti, inoltre, hanno visitato gli impianti di Garges dell'Istituto Pasteur e la Scuola di Medicina veterinaria di Alfort. Una visita, ancora è stata fatta alla tomba di Pasteur, sulla quale i delegati dei vari Paesi hanno deposto dei fiori.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

INTOSSICAZIONI

DISTURBO DELLE VIE URINARIE PER INGESTIONE DI CARNI DI RICCIO

per il dott. GIOVANNI DE ROMA (Pattada-Sassari)

Sul fenomeno che succintamente descrivo credo vi sia poco nella letteratura medica tanto che non ho potuto trovare alcuna nota a ciò riguardante.

Vi è nella fauna sarda il riccio (*Erinacous Europaeus*), piccolo roditore aculeato. Le sue carni sono gustosissime. Lo si prepara arrostendolo dopo aver distrutto col fuoco gli aculei difensivi che ne ammantano il corpo ed ablati gli intestini, stomaco, vescica e cistifellea.

Il grande naturalista Brehm nella sua vasta e bellissima opera dedicata alla descrizione della vita degli animali (1) dice che il riccio si pasce fra l'altro di *cantaridi*, e che le sue carni mangiate non inducono alcun male all'uomo. Ora, non è vero che le carni di riccio siano sempre innocue all'uomo: succede infatti, relativamente spesso, non sempre, che l'aver mangiato di queste carni induca un malore passeggero ma molestissimo, della massima durata di due giornate ed estrinsecantesi con iscuria, cistospasmo e stranguria: la sintomatologia è tanto più evidente e i fenomeni duraturi quanto maggiore è il quantitativo di carne ingerita. Da dieci a dodici ore circa dopo il pasto, insorge un senso di pesantezza lombare, retropubica e perineale. Grado grado questo senso di pesantezza molesta va acuendosi sino a prendere l'intensità di un dolore trafittivo, terebrante, spasmodico. Il dolore che è localizzato principalmente alla vescica, con trafitture perineali e senso di costrizione renale talora irradiato ai genitali esterni ed al sacro, abbatte ed accascia. Il paziente prende le positure più strane, si contorce e si agita tentando di attenuare le sofferenze col continuo cambiare di posizione. Il dolore diventa tanto intenso ed urente che è ben difficile trovare un individuo che, avendo una volta sofferto di questo disturbo, mangi novellamente carni di riccio. Si ha un doloroso ed intermittente stimolo all'urinazione, ma si possono emettere solo poche gocce di urina talmente arrossata che i pazienti dicono di aver emesso del sangue. Questa esigua minzione, che si ripeterà dopo una ventina di minuti acuisce il dolore ed è accompagnata da un acuto bruciore lungo l'uretra quasi un ferro arroventato la ustionasse. Gli ureteri restano gravati da una doglia quasi continua. Si ha qualche semi-erezione molesta.

I pazienti abbandonati a sè finiscono per evacuare completamente la vescica dopo una trentina di ore circa, emettendo da 600 a 800 cmc. di urina fortemente arrossata, ad alto peso specifico (sempre superiore ai 1030), a forte reazione acida, contenente qualche lieve traccia di sangue. Vuotatasi la vescica, dopo una giornata di sofferenza, cessa completamente il disturbo cui residua per qualche giorno una tenue molestia gravativa, l'urina si fa più abbondante, meno arrossata e di peso specifico di poco superiore alla norma.

Su di me ho notato che i dolori vescicali e delle basse vie urinarie cessano, se, appena insorti, si esegue il cateterismo evacuatore purchè lo strumento si lasci a permanenza. Però persiste il dolore sebbene tenue lungo gli ureteri ove non ha mai l'intensità del dolore vescicale. Se, evacuata la vescica, si toglie il catetere i dolori ricompaiono dopo circa un'ora. Dunque la permanenza dell'urina in vescica suscita i dolorosi disturbi che scompaiono sempre in giro ad 8-10 ore se col loro iniziarsi si somministra un energico diuretico che diluisca le urine. Su di me non si è mai manifestato il fenomeno quando alla ingestione delle carni ho fatto seguire o precedere di poco un infuso di uva ursina o di bacche di ginepro. Ma alla diluizione delle urine, indotta da questi infusi, non si deve dar gran valore di eliminatrice del dolore perchè non sempre e tassativamente all'ingestione del riccio seguono i fenomeni su descritti. Io su nove volte ho sofferto la seconda e la settima volta. Capita che un solo riccio, che generalmente pesa poco più di un kg. venga mangiato da parecchi individui di cui talora tutti, talora nessuno, tal'altra solo qualcuno venga colpito dal malore.

E' difficile interpretare perchè queste carni facciano male talora sì, tal'altra no, allo stesso individuo, e perchè lo stesso riccio ad alcuni possa far male, ad altri no. Non è pur facile rendersi conto del fatto per cui il rene venga inibito nella sua facoltà di eliminare acqua. Possono le urine concentrate (non v'è mai funzione vicaria: nè sudorazione, nè scialorrea) irritare le mucose delle vie urinarie determinando il fenomeno doloroso descritto? Non credo per nulla a ciò.

E' più opportuno pensare che le carni di riccio esplicano talvolta effetti irritanti sulle vie urinarie a seconda dell'alimentazione del piccolo roditore. Si sa (Brehm; *op. cit.*) che il riccio mangia la cantaride, non solo, ma è uno dei pochi animali assolutamente refrattari all'avvelenamento di essa (1).)

Ora il riccio, quando induce il fenomeno di cui mi sono occupato, dovrebbe aver di recente mangiato della cantaride i cui derivati restano per un pò di tempo insiti nelle carni dell'animale. Non ho ricercato la cantaridina nei muscoli del riccio, nè sull'urina dell'uomo sofferente dei disturbi descritti. Tuttavia si può aver ragione di credere che sia la carne imbevuta di cantaride che induca il disturbo poichè la cantaride somministrata ad un uomo sano induce (oltre ai fenomeni su altri organi) sulle vie urinarie un disturbo che ricorda quello dato dalle carni di riccio. Cioè irritazione renale, ureterale e vescicale, scarsa eliminazione di urina e presenza in essa di qualche traccia di sangue. Resterebbe però da assodare il perchè alcuni individui soffrano, altri no, pur mangiando dello stesso animale.

La terapia consiste nell'evacuazione della vescica e nella somministrazione di diuretici. I semicupi tiepidi sono sempre utilissimi.

(1) BREHM. *Vita degli animali*, vol. II, pag. 425 e segg. U. T. E, T. Torino.

(1) CANTANI. *Farmacologia clinica*, 2ª ediz., vol. IV, pag. 495 e segg. Ed. Vallardi.

TERAPIA FISICA

Applicazioni recenti della diatermia

Da *Le Journal Méd. Francais*, 1927, n. 4 riassumiamo alcuni contributi, tutti relativi a recenti applicazioni della diatermia.

I. LA DIATERMIA NELLE AFFEZIONI CIRCOLATORIE.

MOREL KAHN ritiene che tra le affezioni circolatorie quelle che si giovano della diatermia sono l'ipertensione, l'angina di petto, la claudicazione intermittente, la malattia di Raynaud, le cangrene circolatorie, e infine le emorroidi.

L'azione della diatermia sulla circolazione è complessa:

1) un'azione analgesica che agisce sullo spasmo arteriale e sui dolori che questo provoca, come per es. nella claudicazione intermittente;

2) un'azione antispasmodica che si manifesta specialmente sui nervi motori ed è quindi utilizzata negli stati d'eccitazione delle fibre lisce dei vaso-motori o dei vaso-dilatatori e quindi congestione e sudorazione.

3) un'azione sulla circolazione sanguigna e linfatica consistente in rigenerazione sanguigna con aumento del tasso emoglobinico, delle emasie, dei grandi mononucleari e delle forme di passaggio.

Se si tien conto del meccanismo dei disturbi in tutte le affezioni su elencate della circolazione sanguigna si comprende il suo meccanismo d'azione e i benefici che apporta.

L'A. riferisce alcuni casi di sua osservazione, i cui risultati furono incoraggianti.

II. LA DIATERMIA IN GINECOLOGIA.

VIGNAL così riassume le applicazioni ginecologiche.

Affezioni dell'utero. Ipoplasia uterina. Possono essere trattati con la diatermia gli uteri ipoplasici che non misurino meno di 4-5 cm..

Si eseguirà la seguente tecnica: cominciare il trattamento subito dopo la fine delle regole e proseguirlo sino all'inizio delle successive. Si porrà in vagina un grosso elettrodo vaginale, per es. una sonda di Hegar n. 26, che si riannoda ad uno dei fili dell'apparecchio diatermico, si applicano poi altri due elettrodi uno contro la regione lombo-sacrale (15-20) e l'altro sull'addome, rasente il pube. Tutti e due questi sa-

Digitized by Google

stanno attaccati ad un solo filo dell'apparecchio. Si farà passare una corrente di 1500-3000 milliampères per 30-40 minuti.

Metriti ed endometriti. Astenersi nel periodo acuto. Nel periodo subacuto o cronico la diatermia è buona come terapia d'aiuto, per la sua azione risolutiva negli stati flegmasici. Prima e dopo ogni applicazione fare un'accurata *toilette* vaginale e poi applicare dei tamponi glicerinati.

Polipi mucosi. Si deve intervenire solo in quelli che fanno prominenza all'esterno, che del resto sono i più frequenti; si pratica la diatermocoagulazione nel seguente modo: dopo accurata *toilette* vaginale il malato è messo in posizione ginecologica sul dielettrico morbido di Bordier, si applica uno *speculum* che permette una buona visibilità del polipo che si esplora e si afferra con la pinza diatermica di Bordier.

La coagulazione è ottenuta in qualche secondo e il polipo si stacca spontaneamente dalla sua base d'impianto.

Prolasso uterino. Nei grandi prolassi con ulcerazione e con cistocele e disturbi vari la diatermia è efficace, perchè provoca una migliore irrorazione e tonicità dei tessuti (Bordier) i quali tendono a risalire. Tutti i disturbi diminuiscono, o scompaiono. Lo stesso valga per il prolasso vaginale (Vignal).

Cancro del collo. In questo caso la diatermia viene consigliata come diatermo-coagulazione che dovrebbe asportare tutto il collo; ma essendo ancora allo studio questo metodo non è raccomandabile.

Come cura adiuvante alla radium e roentgenterapia, la diatermia avrebbe, secondo Recasens, la proprietà di sensibilizzare i tessuti alle irradiazioni.

Nelle *parametriti* e nei *disturbi della mestruazione* (amenorrea, dismenorrea, menopausa) la diatermia apporta dei reali beneficii.

Nelle parametriti si ha rapida scomparsa dei dolori lombari e addominali. La tecnica è la stessa che per l'ipoplasia uterina.

Affezioni ovariche. Salpingiti. Bisogna cominciare con delle applicazioni molto prudenti, salvo ad aumentare se non si va incontro ad alcun inconveniente.

Molti autori vantano ottimi risultati, mentre altri sono timorosi e hanno ottenuto insuccessi.

Affezioni della vulva e vagina. Vegetazioni. Sono i papillomi mucosi che vengono rapidamente distrutti dalla diatermo-coagulazione. La tecnica è come quella dei polipi uterini.

Vulvo-vaginite. Qualunque ne sia la natura la diatermia è uno dei migliori mezzi contro questa affezione. Essa, a causa del calore provoca un'iperemia circolatoria e linfatica che apporta un'abbondante leucocitosi. Segue nelle sedute successive una intensa leucorrea acquosa, che provoca eliminazione microbica, constatabile al microscopio. Nelle donne la tecnica è quella già descritta per altre affezioni. Nelle bambine, bisognerà aver cura di non ledere l'imene ed a tal uopo s'introdurrà in vagina con precauzione un elettrode uretrale metallico appropriato. La disposizione degli altri elettrodi è la stessa che per gli adulti.

Vaginismo. Iperestesia vulvare. Nevralgie clitoridee. Qui è importante conoscere la tecnica. Gli elettrodi indifferenti si disporranno come si è detto sopra per l'ipoplasia uterina. L'elettrode attivo, quando non potrà essere una comune sonda di Hegar, perchè doloroso ecc., sarà costituito da un batuffolo di cotone idrofilo imbevuto di una soluzione d'acqua salata tiepida e al di sopra si piazzerà una lamina di stagno che sarà connessa al filo della corrente diatermica.

L'intensità sarà regolata dalla tolleranza del soggetto. Sedute quotidiane di 30 minuti, la diatermia è pure utile nelle nevralgie ovariche e pelviche.

III. La diatermia nelle affezioni addominali.

Delherm e Laquerrière si sono serviti della diatermia nelle seguenti affezioni addominali: algie essenziali (simpatiche), perivisceriti, epiploiti, aderenze, dolori post-operatorii. Sopratutto le perivisceriti secondarie ad infezioni croniche (appendiciti, ulcere gastriche, colecistiti, enterocoliti), a traumi (contusioni ecc.), a operazioni chirurgiche.

Molto utile si è dimostrata anche nelle affezioni genitali femminili, specie nelle salpingiti croniche. I risultati generali si possono così riassumere. in 5 casi di algie una guarigione, un miglioramento spiccato e due attenuazioni; in 47 casi di perivisceriti, epiploiti ecc., 14 guarigioni di cui una non definitiva, 9 miglioramenti spiccati, 7 miglioramenti, 7 attenuazioni, 10 risultati negativi, ma nei quali in primo tempo pure si è avuto un miglioramento lieve; in 5 casi di disturbi della vescica biliare una guarigione, un grande miglioramento uno lieve e un risultato nullo: in 5 casi di disturbi gastrici un solo miglioramento e infine in 4 casi di costipazione cronica due miglioramenti e 2 risultati nulli.

IV. La diatermia in oftalmologia.

Monbrun e Casteran come tecnica procedono nel seguente modo. L'elettrodo indifferente è costituito da una tavola d'operazione condensatrice o una sedia d'operazione, su cui il malato s'asside così com'è vestito. L'elettrode attivo è composto di un pezzo di alluminio a forma di cupola ovalare applicabile esattamente sulle palpebre chiuse.

Questo elettrode è congiunto all'apparecchio diatermico da un'adatto conduttore. Il contatto di esso con le palpebre dev'essere intimo per evitare scottature. La chiavetta del reostato deve segnare il minimo d'intensità quando si fa passare la corrente; poi si gira lentissimamente sorvegliando l'ammalato, pronti a ridurre immediatamente l'intensità se questi accusa una sensazione sgradevole di calore. L'applicazione dura da 10 a 20 minuti. L'intensità varia secondo gli individui e l'apparecchio; con l'apparecchio di Walter occorrono da 150 a 200 milliampères.

Quando si voglia adoperare la diatermia per asportazione chirurgica di pezzi patologici si useranno aghi e *crochets* speciali, che devono essere usati in modo che la corrente possa essere interrotta a volontà e regolata per secondi, in modo da non aver effetti distruttori eccessivi. Non sorpassare mai i 200-300 milliampères.

Le affezioni oculari di cui la diatermia si utilizza sono il calazio, i tumori maligni orbito-palpebrali, gli angiomi, i papillomi, le cisti, lo xantelasma, lo pterigon, il simblefaron, l'angioma della congiuntiva bulbare, le ulcere atoniche della cornea, le congiuntiviti croniche, alcune tubercolosi palpebro-congiuntivali, le granulazioni tracomatose, le congiuntiviti follicolari, infine le cicatrici e i cheloidi della regione orbitaria.

MALATTIE DI FEGATO

Diagnosi e terapia delle epatiti sifilitiche tardive

Il sintomo più frequente della epatite sifilitica, così come fanno notare L. Franck e W. Worms (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n. 22, 1927), è dato dall'*ingrossamento del fegato;* tuttavia nei casi in cui la palpazione riesce agevole, non sempre è dimostrabile l'aspetto tipico del fegato lobato, ma piuttosto si avverte un ingrossamento diffuso dell'organo.

La consistenza del fegato ingrossato è in generale notevole ed anche maggiore di quello del fegato da stasi.

Non assolutamente costante è il *tumore di milza,* per quanto molto frequente; molto costante è invece la febbre, che è per lo più continua, con elevazioni lente, ma che qualche volta rassomiglia al tipo malorico, per le brusche remissioni.

Talora si rende perfino necessaria una diagnosi differenziale con la malaria, che può esser fatta con l'esame del sangue.

Data la grande diffusione dell'influenza in questi ultimi anni, qualche volta questa febbre è stata presa per febbre grippale, o per febbre settica (nelle forme intermittenti).

Questa febbre nell'epatite pare dipenda dalla distribuzione e dal riassorbimento di tessuto specifico nel fegato, ed apparterrebbe quindi al gruppo delle febbri sifilitiche primitive; il tipo e l'intensità della febbre dipenderebbero dalla maggiore o minore acuzie del processo morboso.

La febbre da epatite sifilitica, pur durando settimane e talora mesi ed anni, non danneggia notevolmente lo stato generale del paziente.

Nel sangue si trova abitualmente una lieve eosinofilia, con una più o meno notevole linfocitosi.

Altro sintoma cardinale dell'affezione è il dolore, che è anch'esso in relazione con l'acuzie del processo; esso si traduce abitualmente in un senso di tensione o di pressione dolorosa che prende tutto l'epigastrio, e che talvolta si localizza presso la colonna vertebrale, a livello delle vertebre lombari superiori.

Il dolore è da attribuirsi alla tensione a cui è sottoposta la capsula epatica per l'ingrossamento del fegato, o a lesioni infiammatorie della capsula stessa; i dolori a tipo colico sono da attribuirsi alla propagazione sulla vescica biliare e relative adiacenze del processo di perepatite.

Mentre l'*ittericia* vera e propria è piuttosto rara (gomme piuttosto grosse delle vie biliari), è molto frequente una tinta diffusa subitterica, ed in questi casi raramente si riscontrano pigmenti biliari nelle urine.

La reazione di Wassermann è frequentemente negativa, e questo spiega un certo numero degli errori di diagnosi.

L'adenopatia epitrocleare è molto frequente, nonostante essa venga abitualmente ritenuta come sintomo di sifilide recente.

Nella *terapia* è sconsigliabile far ricorso agli arsenobenzoli, perchè essi col rapido riassorbirsi delle gomme provocano la formazione di tessuto connettivo e di cicatrici, che strozzano le zone ancora funzionanti di tessuto epatico.

Bisognerà invece incominciare con una cura jodica, accompagnata dalle acque di Karlsbad.

Per i pazienti che non tollerano il jodo, si può praticare una cura combinata con modiche dosi di mercurio e di arsenico (si può far ricorso ad appositi preparati: Modenol Merck, etc.), che fa regredire rapidamente la febbre, il tumore epatico e quello splenico, la dolorabilità etc.

Digitized by Google

Per cure prolungate questa terapia non è sufficiente. Bisogna ricorrere anche al bismuto.

Bisogna curare anche la dieta, consigliando alimenti ricchi in idrati di carbonio, che migliorano la funzionalità epatica.

Nei casi non troppo avanzati la prognosi è favorevole.

FORMULARIO

Nella seborrea delle parti glabre — Fra le zone sprovviste di peli la faccia sopratutto merita di esser curata.

Il miglior metodo è quello di utilizzare le lozioni solforose. Ogni sera l'infermo si lozionerà le zone affette con:

Solfo precipitato	gr. 15 a 20
Alcool a 90°	» 20
Acqua distillata	» 60
Glicerina	» 10

La lozione lascia uno strato giallo. La mattina allo svegliarsi l'infermo passerà su questo strato un pò di cold-cream. Dopo qualche minuto vi passerà dell'acqua calda o etere e poi metterà la seguente polvere:

Sottonitrato di bismuto Amido polverato Talco polverato	anagr. 10

(AUDRY e DURAND. *Thérapeutiques des Maladies Cutanées*, J. B. Baillière, Ed. Paris).

LE TERME D'ITALIA

Le Indicazioni curative delle Terme di Agnano

per il dott. Gr. Uff. EMILIO DI TOMMASI
Direttore Sanitario delle Terme

Pubblichiamo questo interessante discorso pronunziato dal chiarissimo dott. Di Tommasi il 12 giugno u. s. in occasione della visita degli iscritti al Corso di perfezionamento in Tisiologia e Lotta Antitubercolare, svolto nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana.

Nel discorso è felicemente sintetizzata la attuale efficienza delle Terme di Agnano con le rispettive indicazioni curative e con i ragguagli delle diverse fonti.

Sono sommamente grato all'illustre Prof. Andrea Ferrannini, entusiasta Presidente della Scuola libera Medico-Chirurgica Napoletana, ai Professori, alle Signore e Signorine, ai Dottori ed ai giovani studenti, che gli fanno corona dell'onore e del piacere gradtissimo che ci hanno procurati nel visitarne queste nostre Terme, risorte sugli antichi ruderi dei greci e dei romani. Ed a nome del nostro illustre Presidente, Comm. Luigi Battinelli, rivolgo loro il saluto augurale ed i nostri ringraziamenti.

Due parole per darvi un'idea generale di esse, giacchè meglio varrà la visita che un discorso.

Voglio accennarvi soltanto che noi ci troviamo in un bacino idrico meraviglioso nel quale, come diceva il Prof. Macdonal, *quasi tutte le più celebri acque termali di Europa trovano riscontro.* Impressiona grandemente chi ammira questo panorama verdeggiante, il pensare che prima esso era il cratere ignivomo del Vulcano Arche Agnano che comprendeva nel pleistocene anche gli attuali crateri degli Astroni e della Solfatara. E dopo vi fu il Lago, che appena nel 1870 per misure igieniche fu prosciugato ed affiorarono allora le numerose sorgenti attuali di diversa termalità e di diversa composizione chimica. Per questa hanno tutte la caratteristica importante di una grande quantità di acido carbonico, ultima espressione della fase vulcanica e la prevalenza di carbonati e bicarbonati rispetto agli altri sali; contengono inoltre ferro, silice, manganese, zolfo, bromo, litio; ed in quanto a termalità le 75 sorgenti di Agnano si dividono in 7 fredde, temperatura 19° a 20° C.; 39 subtermali, 21° a 35°; 17 termali, 36° a 48° e 12 ipertermali 49° a 105°.

Quali le cure che pratichiamo in Agnano? Varie, perciò io la chiamo bene a ragione stazione *polivalente* perchè abbiamo le acque per bibita, che scientificamente captate possono bersi alle sorgenti o nel nostro Salone; i bagni clorurato-sodici, alluminiferi, ferrati, quelli di acido carbonico naturale nella grotta, i fanghi, le stufe secche, le docce-massaggio, le inalazioni, le cure elettriche, etc.

Acque da bibita sono l'*Apollo* con prevalenza di bicarbonato di sodio (gr. 1.064 per litro), gassata naturalmente, ipotonica, utilissima nella ipocloridia, renella, atonia gastrica etc.

La *Marte*, ferruginosa, bicarbonato-acidula, ricostituente ed ematogena; la *Tommasi*, detta *brodo di pollo*, bicarbonato-clorurato-sodico, da usarsi nella costipazione abituale.

La *Sprudel* e la *De Pisis*: le Wiesbaden d'Italia.

I *bagni termo-minerali* sono costituiti dalle acque, rigorosamente captate della sorgente *Ponticello* a 63° alcalina, bicarbonato-solfato-clorurato-sodico (Piutti e Comanducci) ipotonica (Cordoso), e della sorgente *Sprudel*, a 59° con un getto a circa 2 metri del suolo, acidula, bicarbonato-solfato-clorurato-sodica, fortemente carbonica (Comanducci, le quali sono raffreddate aggiungendovi un'acqua subtermale a 20°, di composizione similare leggermente ferruginosa (Comanducci). L'azione biologica di questo bagno consiste essenzialmente nell'attivare e regolarizzare i processi del ricambio materiale.

Abbiamo poi l'acqua termale carbonato-ferruginosa del bacino centrale, della temperatura di 38 5 con bicarbonato ferroso gr. 0,0385 p/ litro, che è la migliore e la prima d'Italia (Piutti e Comanducci) per uso di bagno ferruginoso diretto, senza bisogno di riscaldamento.

Abbiamo anche il bagno della vecchia sorgente Pisciarelli ipotonica ed una delle poche acide termali, cloro-solfato-ferrose, alluminifere, a 40°, ottima per bagni e specie per lavaggi astringenti e disinfettanti, utilissima nelle metriti croniche e nella uretrite postgonococcica.

I *fanghi termo-minerali* non sono un prodotto artificiale di manipolazione, ma una vera produzione naturale vulcanica, dalla presenza in essi della litina (Proff. Favilli e Gauthier), che non si riscontra all'analisi dei terreni circostanti. I fanghi vengono depositati lentamente da alcune sorgenti minerali della temperatura da 64 a 73 gradi centigradi in un grande bacino, ove conservano il loro calore e la loro mineralizzazione perchè immersi nella stessa acqua minerale.

Sono di colore bluastro-scuro, di consistenza pastosa, omogenea, untuosi al tatto, per l'alga bagiatea, di odore solforoso, mescolati con torba.

Per la composizione chimica appartengono alla varietà solfureo-ferruginosa; contengono bicarbonati alcalini-terrosi, solfati, bicarbonato ferroso, manganese, litina, silicati, acido umico ed emanazione radicattiva dovuta ai gas delle polle.

Essi vengono trasportati nello Stabilimento al momento del bisogno mediante la teleferica e la funicolare a doppio binario e si applicano come vengono estratti dalle sorgenti, appena la temperatura sia discesa a 50°-55°, senza perdere nulla dei loro elementi chimici; la produzione è così abbondante da non essere menomamente necessaria la loro riutilizzazione, come praticasi in altre stazioni: ciò che costituisce la più seria garenzia per i malati.

Abbiamo poi il gabinetto elettroterapico fornito:

1. di un pantelettrogeno generale per galvanizzazione, elettrolisi, cataforesi, faradizzazione, sinusoidale, correnti combinate, bagni idroelettrici, cauticazioni, endoscopia e massaggio vibratorio.

2. apparecchio per diatermia, elettrocoagulazione ed alta frequenza con trasformatore Tesla.

Abbiamo pure un gabinetto per analisi chimiche e microscopiche affidato al nostro ottimo Prof. Matozzi Scafa.

Inalazioni:

Lo *chalet* Gauthier la cui memoria aleggia sempre fra noi con il tenace Dr. Schneer conta 2 sale, una di 300 ed una di 400 mc. nelle quali a mezzo di aria compressa a varie atmosfere il getto di acqua è ridotto alla semplice parte cristallina, riempendo l'ambiente di fine nebbia che viene inalata a lungo dall'ammalato (inalazione a secco); di una sala inoltre fornita di inalatori a getto diretto, in cui, con eguale sistema, l'acqua è ridotta a minutissime goccioline, e immessa direttamente nelle vie respiratorie del paziente (inalazioni umide).

Le acque impiegate sono radioattive, carbonico-clorurate-alcaline e carboniche-solfato-alcaline; contengono pure litio, bromo, iodo, bario, manganese.

In generale si può ritenere che tali acque minerali abbiano un'azione risolvente dei processi infiammatori, subacuti e cronici, catarrali e iperplastici, leggermente antisettica e modificatrice del tessuto linfoide delle vie respiratorie.

La *Grotta di acido carbonico naturale* da noi inglobata nella costruzione dello Stabilimento è una sorgente perenne di tale gas che si spri-

Digitized by Google

giona dal sottosuolo quale emanazione ultima del vulcano spento. Ha una radioattività 20 volte superiore all'esterno ed agisce come potente stimolante dei nervi periferici e quindi di tutto il sistema nervoso. « Toglie la pigrizia de li membri e serve ad ingravidare le donne »: scriveva Pietro da Eboli nel 1471.

Doccia Massaggio Aix. Questo caratteristico massaggio usato largamente e con successo ad Aix-les-Bains, viene praticato sotto un getto localizzato o generale di acqua minerale ed è possibile in Agnano per la presenza della *baregina,* che conferisce all acqua una speciale untuosità.

Doccia alternata. Ce ne serviamo specialmente nelle nevralgie inveterate.

Ed ora: delle celebratissime *Stufe secche di S. Germano e di Pascasio,* le quali ubicate sul centro termico dell'antico vulcano di Agnano o ricostruite sui ruderi Romani rendono questa Stazione unica al mondo perchè le sole che abbiano un calorico secco. Rischiarate da abbondante luce naturale e costituite da venti ambienti intercomunicanti, graduabili per la temperatura, hanno uno speciale sistema di apertura e di chiusura per il quale l'aria è continuamente rinnovata

Dopo la sua speciale *toilette* nel proprio camerino, l'individuo passa nel *Tepidarium* (temp. 37°) dove mette una borsa con ghiaccio sul capo per evitare fenomeni congestivi ed entra nel *Calidarium* (temp. 46°) restandovi un quindici minuti e poi va nel *Laconicum* per cinque o sei minuti, se si vuole una sudazione abbondante.

Attenendosi scrupolosamente alle prescrizioni mediche sia per la durata che per la temperatura passa nell *Abluterium* o nel *Frigidarium* a seconda debba praticarsi la doccia (40°-36°) o il bagno (38°-36°) e quindi nel *Cubiculum* a riposare per 30 minuti; dopo va a rivestirsi nel proprio camerino, per riprendere l'ambiente esterno.

L'aria delle Stufe (Piutti) contiene sodio, calcio, potassio, zolfo, arsenico, litio, allume ,manganese; 19 a 20 % di osigeno ed una radioattività venti volte maggiore della normale.

L'aria calda e secca favorisce moltissimo la sudazione senza lo sgradevole senso di scotiatura dei sudatori saturi di umidità.

Indicatissime nell'artritismo, in tutte le manifestazioni del reumatismo e nelle malattie che in prosieguo accennerò, si consigliano per l'igiene del corpo anche nel *surmenage* degli individui sani per la profilassi di morbi a venire, perchè le cure sudatorie, seguite dal bagno e dal massaggio eliminano le scorie dei prodotti tossici e per la radioattività eccitano le funzioni digestive, temprano e rinvigoriscono l'organismo, determinano un senso di benessere generale.

Ed ora quali le indicazioni?

Dai dati fornitimi dagli infermi di oltre un venticinquennio le cure termali sia di bagni, che di stufe, fanghi, docce, associate o meno alla bibita di acque minerali, inalazioni, elettricità, massaggi, riattivando il ricambio ed influendo efficacemente a riordinare i poteri fisiologici dell'organismo, si sono dimostrate efficacissime nelle forme reumatiche articolari croniche e relativi postumi, nelle artropatie, nel reumatismo muscolare, nell'artritismo, gotta, calcolosi renale, renella, malattie cutanee ed in tutte le malattie del ricambio, nelle nevralgie, paralisi, sinoviti e tenosinoviti, nelle malattie degli organi genitali, nei catarri ed asma bronchiale, nei postumi di infezioni croniche, specialmente della sifilide, riniti, otiti, ecc. e con pari soddisfazione posso annotare i buoni risultati delle Stufe e dei bagni di acido carbonico nei reumatici ed artritici con disturbi funzionali del cuore senza scompenso, sfatando così la leggenda che fossero pericolose per la vita degli infermi senza portar loro benefici di sorta.

Signori, con i nuovi e celeri mezzi di comunicazione, villini, alberghi, con l'Ippodromo, Tiro a Volo, Foot Ball, Tennys, Golf, etc. noi ci sforziamo di rendere sempre più comodo e confortevole l'ambiente che ci circonda, come per una vera *città di acque* perchè crediamo che la *suggestione medicatrice* moltiplica per arcano meccanismo l'efficacia di qualsiasi mezzo terapeutico.

Ed io ringraziandovi della deferenza usatami in ascoltarmi, voglio pregarvi di osservare attentamente i nostri impianti, annotandocene le manchevolezze perchè desidero constatiate se abbiamo saputo mettere a profitto le naturali ricchezze di Agnano che gli illustri venerati nostri maestri, Professori Tommasi, Cardarelli, De Renzi, Cantani, Gallozzi, D'Antona, Capozzi, in un famoso documento scritto tutto di pugno del Prof. Cantani il 23 Aprile 1888, preconizzavano che avrebbero dato i più splendidi risultati.

NOTIZIE

Congresso internazionale per la tutela dell' infanzia. — Questo Congresso si terrà, a Parigi, dal 2 al 5 luglio 1928. Per le comunicazioni è ammessa qualsiasi lingua e durante le sedute funzionerà un servizio di traduzioni orali. Al Congresso sarà annessa un'esposizione, che durerà dal 1° al 15 luglio. Per informazioni rivolgersi all'ufficio del Congresso, Avenue Victor Emanuel III, 37, Parigi.

V Congresso francese di stomatologia. — Si terrà a Parigi dal 24 al 30 ottobre p. v. il V Congresso francese di stomatologia, sotto la presidenza del dott. Gilles. I temi delle relazioni ufficiali sono: 1. Sull'estirpazione chirurgica dei denti (relatore dott. Monier). 2. Le ostiti del mascellare inferiore (relatore dott. Gornouec). Saranno, inoltre, messi in discussione questi altri temi: 1. Igiene orale dei fanciulli in iscuola e in famiglia. 2. La disinfezione in stomatologia La prima discussione sarà aperta dal dott. Tellier e l'altra dal dott. Fargin Fayolle. Sarà annessa al Congresso, un'esposizione di strumenti e apparecchi riguardanti la stomatologia.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. Leclercq, Boulevard de la Madeleine, 9, Parigi (1er). La quota d iscrizione è di frs. 50 e va inviata al tesoriere dott. Psaume, rue de Rennes, 60, Parigi.

Corso di ortopedia all' Istituto Calot. — Sotto la direzione del dott. Calot si terrà a Berck-Plage (Pas de Calais) un corso di ortopedia, a partire dal 1° agosto p. v. e per la durata di una settimana. Il corso è per medici e studenti di qualsiasi nazionalità. Tassa d iscrizione, frs. 150. Rivolgersi al dott. Fouchet, Clinique Calot, quai d Orsay, 69, Parigi, ovvero all'Institut Calot, Berck-Plage (P. de C.).

Riordinamento del Consiglio nazionale delle ricerche. — Con R. D.-L. n. 638, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale,* n. 107, 1927, è stato deciso il riordinamento del Consiglio nazionale delle ricerche, perchè possa meglio rispondere agli alti suoi fini. Detto Consiglio ha lo scopo: di coordinare le attività nazionali nei vari rami della scienza e delle sue applicazioni anche nell'interesse della economia generale del Paese e a tal fine mantenersi in contatto con i diversi enti statali per tutte le questioni relative alle ricerche scientifiche ed alle loro applicazioni pratiche; di proporre al governo di istituire o trasformare laboratori scientifici per ricerche generali o speciali; di fornire, a richiesta degli enti statali, informazioni e pareri su determinati argomenti; di curare la bibliografia scientifica tecnica italiana; di provvedere perchè all estero sia adeguatamente conosciuta l'attività scientifica e tecnica italiana; di proporre la concessione di borse di studio all'interno e all'estero.

Tra i vari Comitati, che fanno parte di detto Consiglio nazionale, ve n'è anche uno biologico ed uno medico; il fondo stabilito per il funzionamento di esso è per ora di L. 500,000.

Conferimento del premio dell' Istituto Nazionale di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale per un lavoro sulla patologia del cancro. — La R. Accademia dei Lincei ha conferito il premio dell'Istituto Nazionale d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, per un'opera sulla patologia del cancro, al prof. Francesco Pentimalli.

Erezione in Ente morale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. — Con R. D. n. 114, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale,* n. 51, 1927, la Lega italiana per la lotta contro il cancro, con sede in Roma, viene eretta in Ente morale e ne è approvato il relativo Statuto.

Per un monumento a Camilio Golgi. — La Società Medico-Chirurgica Pavese si è fatta promotrice di una sottoscrizione nazionale per un monumento a Camillo Golgi. La sottoscrizione sarà aperta anche presso le Accademie e Istituti delle altre Università.

Provvedimenti a favore dell' Opera di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia. — Con R. Decreto-Legge 3 marzo 1927, n. 331, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale,* n. 68, 1927, nell intento di assicurare il normale funzionamento dell'Opera pia nazionale di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia (Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani), è stato deciso di elevare il contributo annuo obbligatorio dei sanitari a favore di detta Opera da L. 24 a L. 60, e il sussidio annuo governativo da L. 20,000 a L. 50.000.

Nell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell' infanzia. — E' stato sciolto il Consiglio direttivo dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia e in sua vece è stato nominato Commissario l'on. Barone Blanc.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 4 Luglio 1927 — N. 27

ARGOMENTI DEL GIORNO

METODI ANTIRABBICI PASTEUR, FERMI E ROUX REMLINGER ALLA CONFERENZA INTERNAZIONALE DELLA SOCIETA' DELLE NAZIONI.

per il prof. CLAUDIO FERMI
Direttore degli Istituti d'Igiene ed Antirabbico di Sassari

Nell'aprile si è chiusa la Conferenza Internazionale indetta a Parigi dalla Società delle Nazioni, per decidere principalmente quale tra i numerosi metodi di cura antirabbica sia quello da adottarsi universalmente.

Alla medesima hanno partecipato Direttori di Istituti Antirabbici di tutto il mondo, persino dagli Stati Uniti, dal Canadà, dalla Columbia, da Cuba, dall'Irac, dalle Indie Inglesi, da Ceylan, dalla China, dal Giappone, ecc.

Ora, il diffuso giornale francese, la *Presse Médicale,* invece delle conclusioni sostanziali, sia della Conferenza, sia del discorso di chiusura del Vice-Direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, Prof. Calmette, pubblica soltanto la seguente dichiarazione del discorso di apertura del medesimo che, come ben si comprende e si comprenderà meglio in seguito, non può essere che un errore di copiatura od un commosso omaggio del Prof. Calmette al Suo venerato Maestro. Eccola: « La méthode de vaccination après morsures préconisée par Pasteur se trouva, dès l'origine, si parfaite que les additions ou modifications qui lui ont été apportés depuis quarante et un an n'ont rien changé d'essentiel a ses résultats ». Ora, se tutti i rabbiologi di questo mondo saranno, senza eccezione, d'accordo nell'esaltare la scoperta del Pasteur, nessuno di essi certamente penserà che il di lui metodo sia ancora così perfetto come un quarantennio fa, e che quindi nessuno di tanti rabbiologi abbia ancora trovato un metodo più efficace, innocuo, sterile, conservabile ed adatto alla cura a domicilio di quello di Pasteur.

Valeva proprio la pena che la Società delle Nazioni indicesse a Parigi una sì solenne e costosa Conferenza Internazionale; che muovesse, con grandi disagi e spese, i rabbiologi di tutto il mondo, se si fossero raggiunti così meschini risultati, come quelli pubblicati dal corrispondente della *Presse Médicale?*

Ora, siccome la *Presse Médicale,* con il suo articolo ha, involontariamente, s'intende, indotto in errore pure i giornali ed il pubblico degli altri paesi ed ha prodotto una dolorosa sorpresa specialmente in Italia; siccome essa ci danneggia perciò tanto più gravemente, in quanto che diffonde notizie inesatte od incomplete in nome di una Conferenza Internazionale e della Società delle Nazioni; siccome anche dall'Estero, persino dall'Egitto, ci vengono chieste spiegazioni e ci si consiglia, nell'interesse pubblico, di rettificare, così, non per il Prof. Calmette, non per i rabbiologi, che non ne hanno bisogno, ma per i profani in materia, crediamo necessario nell'interesse della scienza, della verità e della giustizia, di far sapere quanto segue:

I. — Se è indubitato che la scoperta del potere immunizzante della sostanza nervosa rabbica e la creazione del virus fisso è rimasta tale e quale dopo un quarantennio, come avevamo già dichiarato noi stessi, e ben più recisamente nella nostra relazione, alla Conferenza e non per semplice omaggio alla memoria del grande Francese, ma per la verità, viceversa, come avviene di quasi tutte le scoperte, il metodo Pasteur classico, non solo non si usa più tale e quale da un trentennio in nessun Istituto Antirabbico, essendo stato, come si sa, modificato in cento modi, ma è stato persino sostituito dai più svariati metodi, quali quelli di Högyes, Protopopoff, Babes, Cuscariu, Ferran, Proescher, Remlinger, Phillps, Harris, Cumming, Fermi, ecc., i quali, benchè consistano in modificazioni del processo di attenuamento del virus, di sterilizzazione del vaccino, costituiscono, in grado maggiore o minore, dei veri progressi, sia riguardo all'efficacia, sia riguardo alla conservabilità, sia riguardo alla possibilità di praticare la cura a domicilio, e sia riguardo alla semplicità, praticità ed economia (1).

Non parliamo poi della modificazione italiana della sierovaccinazione francese, che in un decennio, non ha avuto in Sardegna alcun insuccesso, neppure apparente.

Del resto, allorchè si tratta dell'applicazione pratica di un metodo, specie poi quando esso ha per scopo di salvare l'uomo dalla più spaventosa delle malattie, una modificazione che ne raddoppi, triplichi l'efficacia, ne assicuri l'innocuità, la sterilità, la conservabilità, ne permetta la cura a domicilio e ne aumenti la semplicità e l'economia, costringe doverosamente nell'interesse pubblico ad adottarlo in sostituzione del metodo originale, assurgendo a vero e proprio nuovo metodo.

Anzi, tanto più la modificazione sarà semplice, facile ed economica, tanto più naturalmente saranno pregevoli ed importanti le modificazioni od il nuovo metodo.

II. — La Conferenza, come, del resto, aveva già dichiarato sin dalla prima seduta il Prof. Prausnitz, mettendo da parte tutti i suddetti metodi, non prese in considerazione che quelli di Fermi e Roux-Remlinger, proponendone persino alla Società delle Nazioni un esperimento comparativo su larga scala, in grandi Istituti.

Ecco, infatti, alcuni brani delle conclusioni della Conferenza che contraddicono, se ve ne fosse bisogno, completamente l'asserzione pubblicata dalla *Presse Médicale.*

« Les vaccins tués ou atténués, soit par le phénol (metodo Fermi), soit par l'éther (metodo Roux-Remlinger), provoquent une immunité satisfaisante ».

« La Conférence recommande l'exécution sur une large échelle d'épreuves comparatives des vaccins tués par le phénol et par l'éther, dans certains Instituts choisis à cet effet ».

Lo stesso Vice-Direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, Prof. Calmette, nel suo discorso di chiusura, scrive: « Il est certain que l'emploi dès virus tués par l'acide phénique ou par l'éther, selon les méthodes qu'ont expérimentées les prémiers, rspectivement Fermi et R. Rour, peut rendre de grands services et vous avez eu raison d'affirmer à la fois l'innocuité et l'fficacité de l'une et de l'autre ».

III. — Se il metodo Pasteur fosse ancora dopo un quarantennio così perfetto perchè allora la Conferenza Internazionale avrebbe proposto alla Società delle Nazioni di far decidere sperimentalmente qual'è il migliore tra il metodo Fermi ed il metodo Roux-Remlinger?

---

(1) « Bien que ce soit peut-être superflu, je ne peux faire de moins que de poser en principe, par respect pour le très grand Pasteur, pour la vérité et pour la justice, que toutes les soi-disant nouvelles méthodes qui ont été comparées, reconnues supérieures et substituées à la sienne, ne sont que des modifications de son processus d'atténuation, pour lequel, tandis que Pasteur recourait à la dessication lente en présence d'oxygène, Babes a employé la chaleur, Högyes la dilution, Ferran le sublimé, Fermi le phénol, Remlinger l'éther, Harris, la dessication rapide en l'absence d'oxygène, etc. ».

« Par contre, la vraie méthode Pasteur, c'est-à-dire la géniale decouverte qui consistait non seulement à utiliser la substance nerveuse rabique pour vacciner, mais à en accroitre et à en fixer le pouvoir par la création du virus fixe, reste, après près d'un demi-siècle, dans toute sa splendide intégrité ».

Ma già nel 1924 (I metodi Fermi di vaccinazione e di siero vaccinazione, ecc. *Istituto Sieroterapico Milanese,* pag. 27) e non soltanto in occasione della recente Conferenza che ha avuto luogo all'Istituto Pasteur di Parigi, io scriveva:

« Prima di intraprendere il confronto tra il metodo Fermi ed il metodo Pasteur, tengo a dichiarare, benchè sia superfluo, che qualsiasi critica si possa muovere e qualunque modificazione si possa introdurre al metodo Pasteur, la grande scoperta dell'eminente francese non ne resta in nessun modo menomata ».

Digitized by Google

IV. — Il Prof. Calmette non poteva neppure aver asserito che si siano presi in considerazione i due suddetti metodi, solamente perchè permettono di praticare la cura a domicilio, come parrebbe leggendo:

« Vous admettez seulement que, dans certains Instituts qui doivent desservir de vastes régions où les moyens de communication sont rares ou trop lents, il est opportun d'utiliser les procédés de préparation de virus susceptible de permettre le transport de celui-ci à grandes distances sans lui faire perdre ses propriétés immunisantes », sia perchè il Prof. Calmette sapeva benissimo che il metodo Roux-Kemlinger non è per nulla adatto allo scopo, putrefacendo il vaccino con esso metodo preparato già dopo poche ore dalla sua preparazione; sia perchè la cura a domicilio non fu uno degli argomenti discussi alla Conferenza; sia perchè, se ciò fosse vero, la medesima, invece di proporre un esperimento comparativo sull'efficacia dei due metodi, ne avrebbe proposto uno sulla conservabilità e sulla resistenza ai lunghi viaggi nei paesi tropicali.

V. — La frase del Prof. Calmette, riguardante la completa perfezione e la superiore efficacia del metodo Pasteur dopo un quarantennio, sa benissimo che per esempio il metodo di vaccinazione italiano è superiore al metodo Pasteur (come pure a tanti altri metodi) riguardo alla quindicina di requisiti seguenti:

1.) Perchè il vaccino fenicato, come è stato confermato negli Istituti di Roma, di Chicago, delle Indie Inglesi, di Oufa, ecc. è più efficace del classico metodo Pasteur e delle sue relative modificazioni, nonchè di tutti i consimili vaccini. Infatti:

a) da 24 esperienze comparative, istituite su 480 animali (muridi, cavie, conigli e cani) per il vaccino Fermi, e 190 per il vaccino Pasteur, risultò che il vaccino Fermi superò in efficacia il vaccino Pasteur in 6 esperienze del 20 %; in una esperienza del 30 %; in un'altra del 40 %; in 5 del 50 %; in una del 60 %; ed in altre 5 persino del 100 %.

b) Pure il potere lissicida e quello immunizzante del siero di cani trattati col vaccino Fermi superarono del doppio gli stessi due poteri del siero di cani trattati col vaccino Pasteur.

Queste due serie di esperienze furono completamente confermate da altrettante istituite su 166 animali dal Prof. Marras.

c) Perchè, come è stato dimostrato in Italia ed all'Estero il metodo Fermi, a differenza del metodo Pasteur e di tanti altri metodi, ha ridotto a zero gli insuccessi veri e quasi a zero quelli apparenti, pur trascurati, come si sa, dagli altri Istituti, benchè rappresentino un terzo e persino la metà di tutti i casi di morte per rabbia fra i curati.

Mentre, infatti, la media della mortalità totale di 32 Istituti che usano il vaccino Pasteur è del 10,5 ‰, e quella degli Istituti che usano il vaccino Pasteur conservato in glicerina (metod Calmette) è del 4,6 - 11,1 ‰, invece la mortalità totale degli Istituti che usano il vaccino Fermi originale od innocuamente modificato, quali quelli di Sassari, Roma e Chicago, è rispettivamente dell' 1,6 - 0 ‰.

Volendo, poi, confrontare i risultati di vari Istituti, anzichè con la mortalità totale, con il per mille degli insuccessi veri ed apparenti, riporto il seguente specchietto, da me compilato:

METODI	INSUCCESSI	
	Veri	Falsi
Pasteur	4,2 o|oo	5,2 o|oo
Calmette	5,0 o|oo	—
Högyes	5,2 o|oo	3,3 o|oo
Ferran	3,0 o|oo	—
Babes	4,4 o|oo	3,0 o|oo
Puscariu	4,8 o|oo	5,5 o|oo
Semple (modificazione dannosissima del vaccino Fermi)	4,5 o|oo (Indiani) / 4,6 o|oo (Europei)	1,2 o|oo / 0,95 o|oo
Fermi (risultato degli Istituti Sassari, Roma, Chicago, su 9342 curati)	0,1 o|oo	

2.) Perchè è completamente innocuo, poichè a cagione del fenolo non ha mai ucciso, nè potrà mai assolutamente uccidere di rabbia, pure usando per via sottocutanea il più virulento virus fisso che si conosca, quale, ad esempio, quello di Sassari.

3.) Perchè non ha mai prodotto paralisi o paresi da vaccino, mentre, invece, se ne hanno continuamente col metodo Pasteur e con tanti altri metodi. La Conferenza stessa, infatti, dichiarò che il vaccino fenicato, insieme al glicerinato, sono i migliori al riguardo.

4.) Perchè è assolutamente atossico.

5.) Perchè è assolutamente e durevolmente sterile, così da non aver mai prodotto e da non poter mai produrre ascessi e tanto meno flemmoni e setticemie, come avvennero ed avvengono con tanti altri metodi.

6.) Perchè conserva tutte le sue proprietà per mesi resistendo anche ai lunghi viaggi.

7.) Perchè permette perciò la cura lontano dagli Istituti, persino, come si disse, nei paesi tropicali.

8.) Perchè è di preparazione molto più facile, semplice, rapida ed economica, essendo costituito semplicemente da un'emulsione al 5 % di encefalo in soluzione fenica all' 1 %, ed essendo pronto per l'uso in sole 24 ore.

9.) Perchè permette di usufruire di tutta la sostanza nervosa centrale e specialmente della parte più attiva, qual'è l'encefalo, ciò che è impossibile, col metodo Pasteur, essendo costretti a buttarla.

10.) Perchè permette di sostituire la sostanza nervosa rabbica di coniglio con quella di altro più grosso animale, per esempio del cane, ciò che neppure sarebbe possibile col metodo Pasteur.

11.) Perchè, a cagione di dette possibilità, il vaccino Fermi non può mai mancare per qualsiasi evenienza, quale l'improvviso aumento dei morsicati ecc.

12.) Perchè, permette un trattamento più semplice ed uniforme del metodo Pasteur e di tanti altri metodi, venendo i morsicati, dal principio alla fine della cura, trattati sempre con la stessa emulsione, eliminando così le illusorie, inutili graduazioni.

13.) Perchè, inoltre, il trattamento è uguale per tutti i casi, nel senso che anche i cosidetti casi lievi, che pur producono una forte percentuale di mortalità, sono curati intensamente come i gravi.

14.) Infine, perchè pure le iniezioni, in virtù dell'azione anestetizzante del fenolo, sono meno dolorose ciò che, data la forte percentuale di donne, di fanciulli e di bambini, non è senza importanza, come ben sanno tutti i Direttori di Istituti Antirabbici.

VI. — Del resto, la superiorità del metodo Fermi sui metodi Pasteur, Högyes, ecc. è ormai confermata da tutti i rabbiologi italiani e stranieri che hanno sperimentato lungamente il metodo Fermi, come ad es., i seguenti:

1.) *Il Direttore dell'Istituto Antirabbico di Roma*, pubblica:

« Si può affermare che per quanto riguarda gli anticorpi antirabbici nel circolo la vaccinazione Pasteuriana non può competere con la vaccinazione a base di vaccini fenicati ».

« Riepilogando emerge dalle presenti ricerche la superiorità dei vaccini fenicati sul vaccino Pasteur in conformità di quanto ha già sostenuto Fermi, l'introduttore dei vaccini fenicati nella pratica ».

2. *Il Mello*, che sperimentò il vaccino Fermi negli animali pubblicò:

« Per le operazioni vaccinanti negli erbivori, le quali devono per ragioni intuitive eseguirsi a domicilio, rispondono soltanto bene allo scopo, tra quelli finora proposti, i vaccini fenicati, essendo sterili, innocui, atossici, di facile attuazione e di rapida preparazione ».

3.) *Il Direttore dell'Istituto Antirabbico di Chicago*, che nel 1900 andò espressamente a Sassari per studiare il metodo Fermi (come fecero del resto pure i Direttori degli Istituti di Dresda, Berlino e Breslavia) nel 26 *th. Annual Report on Rabies*, scrive:

« Sino dall'ottobre 1910 noi trattiamo i nostri morsicati con una emulsione di encefalo fresco, come consiglia Fermi, abbandonando completamente il vecchio sistema Pasteur dei midolli disseccati. Abbiamo già curato (sino dal 1916) 2352 persone con un totale di 49392 inoculazioni ».

« Il risultato è stato perfetto, nessuna infezione, nessun inconveniente, nessun insuccesso. Noi crediamo che il vecchio sistema Pasteur, ancora in uso in qualche Istituto, dovrebbe essere abbandonato e sostituito col metodo che abbiamo trovato così eccellente ».

Anche nell'altra relazione in data 1924, dello stesso Direttore, confermano gli identici risultati.

Digitized by Google

4.) *Il Presidente Hon'ble W. B. Barnnemann, dell'Associazione degli Istituti Pasteur dell'India,* alla riunione del Comitato Centrale, tenuta a Madras il 14 marzo 1912, così conclude la sua relazione:

« Noi siamo venuti in possesso di un vaccino antirabbico (vaccino Fermi) sicuro, efficace, innocuo, economicamente più conveniente dei precedenti (metodi Pasteur ed Högyes) e perciò è stato ordinato di introdurlo in tutti gli Istituti dell'India ».

5.) *Il Direttore dell'Istituto antirabbico di Gerusalemme, Prof. Krikorian,* scrive: « Dopo uno studio esauriente dei diversi metodi antirabbici riconosciuti, noi risolvemmo finalmente, che il migliore per la Palestina, era quello originale introdotto da Fermi a Sassari. Il vaccino fenicato Fermi è efficace ed innocuo. Esso segna, sotto tutti i riguardi, compresa la possibilità della cura a domicilio, un grande progresso sugli altri metodi ».

6.) *Il Direttore dell'Istituto antirabbico di Oufa prof. Nikolajew (Russia)* pubblica:

« Il vaccino fenicato Fermi si dimostra due volte più efficace del vaccino Pasteur e due volte e mezzo del vaccino Högyes. Se controntiamo il metodo Fermi col metodo Remlinger, il quale iniettando 30-40 encefali di coniglio, ottenne dal montone un siero che neutralizzava soltanto quantità uguali di virus fisso all'1 %, bisogna dare la preferenza al vaccino fenicato Fermi ».

VII. — *Gli inglesi, Semple e Cornwall,* che adottando il metodo Fermi nelle Indie Inglesi sino dal 1912, vi avevano introdotta, con la mania che abbiamo tutti di voler modificare i metodi altrui, una modificazione quanto mai superflua e dannosa, sono ritornati da un anno, come pubblicano ora i professori Kraus, Gerlach, Schweinburg, Marie, Remlinger e Valèe, al metodo originale Fermi.

VIII. — Mentre i metodi Pasteur, Högyes sono stati sostituiti dal metodo Fermi negli Istituti di Chicago, in tutti quelli dell'India, di Gerusalemme, Oufa, Kharkow, Mosca, Cracovia, di Roma, ecc., non è mai avvenuto, invece, che il metodo Fermi sia stato sostituito dal vaccino Pasteur, Högyes o da qualche altro.

IX. — Il vaccino fenicato si è poi adottato all'Estero oltre che negli Istituti già nominati, anche ad Omsk, in 25 altre città russe, a Varsavia in Inghilterra, in due altri laboratori degli Stati Uniti, nel Brasile, nel Giappone; ed in Italia, oltre che a Roma, anche a Genova, a Bari, a Messina e (come sezioni dell'Istituto di Roma) ad Aquila, Arezzo, Brescia, Grosseto, Gubbio, Lecce, Livorno, Macerata, Perugia, Pescara, S. Benedetto del Tronto, Siena, Teramo, Trento, ecc.

E siccome, oltre il metodo del Pasteur si è voluto pure esaltare quello del suo allievo, Prof. Calmette, svalutando così ingiustamente i metodi migliori di altri paesi, così sono obbligato a riportare qui risultati di uno studio comparativo sperimentale tra il metodo Calmette ed il metodo Fermi, pubblicato sino dal 1915.

Il metodo Calmette presenta diversi vantaggi sul metodo Pasteur, quali la maggiore sterilità, conservabilità, rendendosi così utile nei paesi tropicali, il maggior risparmio di conigli, di danaro, tempo e lavoro, la maggior facilità di rimediare allorchè qualche coniglio muore accidentalmente od aumenta considerevolmente il numero dei morsicati.

Invece, il metodo Calmette non presenta vantaggi di sorta sul metodo Fermi, sibbene gli svantaggi seguenti:

1.) Mentre l'efficacia del metodo Calmette non è, nè può essere superiore a quella del metodo Pasteur, essa è invece molto inferiore (persino del 34-100 %) al metodo Fermi. Ciò risulta, sia dalle esperienze espressamente istituite da me su 34 animali (13 cani e 18 conigli), sia dalla percentuale di mortalità ottenuta nei vari Istituti che usano il metodo Calmette e quella dell'Istituto di Sassari ove si usa il metodo Fermi originale.

Infatti, mentre tutti i cani trattati col metodo Fermi (virus fisso 5 % in acido fenico 1 %, 2 iniezioni al giorno per 20 giorni) resistettero all'infezione, sia endooculare che sottocutanea di virus fisso praticata 10 giorni dopo l'inizio del trattamento, trattati, invece, col metodo Calmette (serie dei midolli di 2ª-10ª giornata, conservati in glicerina per 10 giorni, 2 iniezioni al giorno per 20 giorni di 2 cc. di emulsione 1 : 3) soccombettero senza eccezione di rabbia quelli infettati come sopra per via endooculare, e se ne salvarono solamente 2/3 di quelli infettati per via sottocutanea.

Dato che in genere il virus vivo è più attivo del morto, parrebbe che l'immersione dei midolli in glicerina, dovesse col conservarne la virulenza, prolungarne pure l'azione immunizzante. Ma ciò, come ho dimostrato non avviene perchè la glicerina, mentre da un lato prolunga la vitalità del vaccino, dall'altro ne abbrevia la durata dell'efficacia.

La glicerina diminuisce il potere immunizzante del vaccino e distrugge anche quello della sostanza nervosa normale, ciò che non avviene per azione dell'acido fenico, come risulta dalla seguente esperienza di Fermi:

Si spappolarono 10 cmc. tanto di sostanza nervosa rabbica che di normale in 20 cmc. di glicerina neutra e dopo 15 giorni si prepararono emulsioni al 5 %. Ciò fatto si provarono le varie emulsioni sui muridi, infettati previamente di virus di strada sottocute, iniettandone ai medesimi da 2 cmc. (ratti) a 1 1/2 cmc. (sorci albini) al giorno per 10-15 giorni.

Ecco i risultati ottenuti:

Mentre il vaccino Fermi (virus fisso fresco 5 % in fenolo 1 %) salvò il 100 % dei muridi, la sostanza nervosa rabbica conservata 15 giorni in glicerina, ne salvò solo 40 %, mentre la normale non se salvò alcuno.

Il vaccino Calmette, come risulta da speciali ricerche di Fermi, può essere ancora virulento sottocute e quindi pericoloso. Basta un improvviso aumento della virulenza del virus fisso per via sottocutanea ed una speciale recettività di qualche morsicato, perchè si possano avere dei morti per vaccino.

Ecco i principali risultati delle esperienze istituite dal Fermi in proposito:

a) i midolli di 4ª-5ª giornata conservarono la loro virulenza in glicerina iniettati sottocute, non solo per 10, ma persino per 35 giorni;

b) il 66 % dei cani vaccinati col metodo Calmette, *senza infettarli,* soccombettero di rabbia e presentarono paralisi al 5°, al 10°, al 18° ed al 21° giorno morendo quasi tutti il giorno dopo. I due controlli infettati l'uno per via sottocutanea l'altro per via endooculare presentarono paralisi al 5° e morirono al 6° giorno. Quindi il vaccino Calmette preparato con un virus fisso virulento per via sottocutaea può riuscire fatale anche per l'uomo.

Anche le paralisi e paresi non pare che siano meno frequenti che col metodo Pasteur. Ecco che cosa scrive a Fermi, in data 6 febbraio 1924, il Direttore dell'Istituto Pasteur di Helsingfors, dottor Murto, a proposito del metodo Calmette:

« Senza contare il fenomeno d'Arthus, constatato in alcuni casi nel punto di iniezione, si ebbe, in un morsicato, una mielite ».

Gli accidenti infettivi, pur essendo meno facili che col vaccino Pasteur, a cagione della conservazione in glicerina sono sempre più numerosi che col metodo Fermi, perchè la glicerina ha un potere battericida inferiore all'acido fenico.

Il vaccino Calmette non è conservabile, nè preparabile in fialette e quindi, quantunque più adatto a spedirsi dei vaccini Pasteur, Högyes, ecc. non si presta facilmente e senza inconvenienti, come il vaccino Fermi ad essere spedito per la cura a domicilio.

Ma il metodo di vaccinazione italiano non è soltanto indiscutibilmente superiore sotto tutti i riguardi al metodo Pasteur, ed al metodo Calmette, ma lo è pure, senza alcun dubbio, su quello di Roux-Remlinger (Roux, come si sa è l'attuale successore del Pasteur e Remlinger è il famoso rabbiologo, Direttore dell'Istituto antirabbico di Tangeri).

Infatti, pur ammessa una eguale efficacia, mentre il vaccino fenicato Fermi è, ripetiamo sicuramente innocuo, completamente e durevolmente sterile, conservabile e quindi adatto per la cura per l'impianto di sezioni a qualunque distanza dell'Istituto, il vaccino Roux-Remlinger, invece, con l'inevitabile, rapida evaporazione dell'etere, putrefà, come si disse, già dopo poche ore dalla sua preparazione, divenendo così inadatto allo scopo.

Dopo ciò, che cosa potrebbe mai concludere la Società delle Nazioni se si limitasse a far istituire esperimenti comparativi esclusivamente sulla efficacia dei due metodi, la quale, ripetiamo, è, soltanto uno della quindicina di requisiti che deve avere un ottimo metodo antirabbico? Non perderebbe e farebbe perdere invece qualche anno a tutti gli istituti antirabbici che vorrebbero sostituire il loro metodo con quello che sarà dichiarato il migliore?

Digitized by Google

SIEROVACCINO E SIEROVACCINAZIONE FERMI.

Il nostro vaccino ed il nostro sistema di vaccinazione, pur avendo tutti i requisiti propostici non erano in grado di sopprimere o di ridurre a zero anche i cosidetti falsi insuccessi che si hanno peraltro con tutti gli altri metodi, ed ai quali non si dà, purtroppo, importanza di sorta. Essi, come si sa, sono prodotti specialmente o da torti ritardi nell'intraprendere la cura o da incubazioni eccezionalmente brevi. E' noto, per es., che il numero dei casi con una incubazione di soli 12-15 giorni arriva anche al 50 %.

Ora, per risolvere l'arduo problema, essendo riusciti, sino ad ora, vani tutti i nostri tentativi per scoprire, sia un vaccino od una combinazione opochemoterapica, che producesse una sufficiente quantità di anticorpi in soli 8 giorni, sia un siero sia un semplice prodotto chemioterapico dotati di alto potere lissicida in vivo, ed, oltre a ciò, innocui e pratici, cercammo un sierovaccino superiore per efficacia, innocuità, atossicità e, specialmente, per sterilità a tutti i precedenti e che, naturalmente, fosse pure, come il vaccino fenicato, adatto alla cura lontano dall'istituto.

Come si sa, il precedente sierovaccino dell'Istituto Pasteur di Parigi è stato abbandonato ovunque persino dallo stesso Autore, perchè mancava degli indispensabili requisiti.

Infatti, la siero-vaccinazione, era insufficientemente efficace, perchè il sierovaccino veniva iniettato solo per 3 giorni e solo nei casi gravi; perchè il sierovaccino non era sicuramente innocuo perchè la sua preparazione era quanto mai complicata, dovendosi ricorrere a centrifugazioni ed a lavaggi per eliminare l'eccesso di siero ritenuto forse infondatamente dannoso e, specialmente, perchè non essendo affatto sterile, era pericoloso. Come è noto, infatti, le esperienze istituite da una Commissione alla Scuola Veterinaria di Alfort diedero risultati addirittura disastrosi, tanto che 16 dei 17 cani in esperimento presentarono impressionanti accessi e flemmoni gassosi.

Noi, invece, principiammo con il preparare un siero efficacissimo, sia usando il mio vaccino, che anche al Nikolajeva ha dato, come pubblicò il siero a più alto titolo; sia servendomi del cavallo, anzichè del montone, del cane o del coniglio, come usarono i precedenti autori.

Infatti, il nostro siero è capace di salvare i sorci infettati previamente sottocute col potente virus fisso di Sassari, anche dopo 84 e persino 96 ore, vale a dire circa 4 giorni dall'infezione, cioè 2 giorni prima che l'encefalo divenga dimostrabilmente infetto.

Ottenemmo, poi, la sterilità completa e durevole con la conseguente possibilità di praticare la cura lontano dall'Istituto con l'aggiunta di fenolo all' 1 %.

Raggiunsi, poi, il massimo di efficacia della siero-vaccinazione iniettandolo per tutta la durata della cura ed in tutti i casi, sia gravi che lievi.

Da esperienze preliminari istituite sugli animali ci risultò, poi, quanto segue:

1. Il siero-vaccino dell'Istituto antirabbico di Sassari è efficacissimo contro le infezioni sottocutanee sicuramente mortali del più virulento virus fisso, in quantochè tutti gli animali (sorci, ratti, cavie, conigli e cani) preventivamente infettati di virus fisso sottocute e trattati subito con 3-10-40 cc. di siero o di siero-vaccino, concentrati o diluiti all'1 %, sopravvissero, mentre soccombettero tutti i controlli.

2. Il siero-vaccino ha un'efficacia più pronta del solo vaccino, per la presenza di anticorpi del siero, ed ha una efficacia più duratura del solo siero per la continua produzione di anticorpi da parte del vaccino.

Infatti, il siero-vaccino, a differenza del vaccino, è capace di salvare i sorci albini infettati di virus fisso sottocute, sia 84 ore avanti che 5 ed anche 20 giorni dopo; mentre che in questi due ultimi casi il siero solo è completamente inefficace, perchè gli anticorpi dopo 5-20 giorni sono scomparsi.

3. Inoltre, il siero-vaccino, per la continua produzione di anticorpi da parte del vaccino mantiene il potere immunizzante e lissicida del siero degli animali (cani) che vennero trattati col medesimo, attivo anche per mesi.

Questo metodo applicato per la prima volta nel 1915, nell'Istituto Antirabbico di Sassari, raggiunse il massimo dell'efficacia, tanto che nell'ultimo decennio su 3127 ridusse a zero persino gli pseudo-insuccessi e con essi la mortalità totale non avendosi avuto alcun morto su 3127 curati.

Il seguente specchietto ci prospetta la mortalità assoluta ottenuta nell'Istituto di Sassari con la siero-vaccinazione Fermi e quella ottenuta con i vari metodi di semplice vaccinazione, calcolata su 3000 morsicati.

Siero-vaccino Fermi, nell'ultimo decennio su 3127 curati o su 3000; Vaccino Fermi 0,9 su 3000; Vaccino Pasteur (media di 32 Istituti Antirabbici) 31,5 su 3000; Vaccino Calmette (midolli disseccati e glicerinati) 13,8-33,3 su 3000; Vaccino Hogyes 23,7-27,9 su 3000; Vaccino Ferran 9 su 3000; Vaccino Babes 21,0-20,7 su 3000; Vaccino Puscariu 10,8-30,9 su 3000; Vaccino Kemlinger (secondo Anvisatos) 7,1 su 3000.

Alle obbiezioni, poi, che qualcuno potesse fare ai risultati ottenuti dall'Istituto antirabbico di Sassari con la siero-vaccinazione, ad esempio, che qualche insuccesso potrebbe essere sfuggito, perchè forse in Sardegna non tutti i paesi hanno il medico; perchè i medici non tutti conoscono la rabbia; perchè in Sardegna potrebbe circolare un virus di strada meno virulento; perchè la maggioranza dei curati potevano appartenere alla categoria C., cioè essere stati morsicati da animali non rabbidi; perchè i curati potevano essere stati morsicati negli arti inferiori e leggermente; perchè potevano essersi presentati pure alla cura senza ritardo, rispondo in blocco come segue:

1. Ognuno dei 304 centri abitati della Sardegna possiede uno o più medici. Basti dire che ve ne sono circa 600 per i 304 paesi.

2. La rabbia è sì terrificante malattia che difficilmente sfugge al profano e tanto meno al medico.

3. La direzione dell'Istituto chiede sistematicamente notizie ai singoli morsicati per un anno dalla fine della cura.

4. Recentemente si è fatta pure un'inchiesta a mezzo delle due Prefetture, presso tutti i suddetti 364 Sindaci ed Ufficiali Sanitari, la quale ha confermato appunto che in un decennio non si è avuto tra i curati alcun caso di morte per rabbia.

5. Dei rarissimi morsicati che non si sono presentati alla cura in Sardegna, ben 10 sono già morti di rabbia, non solo, ma gli altri compagni morsicati dagli stessi cani e curati, si salvarono tutti.

6. Ben 14 di 24 pecore morsicate nel 1907 da un cane idrofobo morirono di rabbia in 25 giorni, cioè nella percentuale di oltre il 50 ‰.

7. Proprio a farlo apposta, mentre i virus fissi dei vari Istituti del Continente aumentano, notoriamente, di virulenza venendo in Sardegna, la riperdono pressochè costantemente ritornando al Continente.

8. Ben il 66 % dei morsicati appartiene, inoltre, alle categorie A e B.

9. Il numero dei casi gravi per infezione alla faccia ed agli arti superiori arriva al 50 %.

10. Infine il 33-50 % dei morsicati si sono presentati alla cura con 7 e persino 50 giorni di ritardo.

E', peraltro, certo che la siero-vaccinazione richiede personale, lavoro, tempo maggiori che non la semplice vaccinazione.

Per esempio, per 1000 curati sarebbero presso a poco necessari 30 litri di siero; ora se si calcola al minimo 6 litri all'anno per cavallo occorrebbero 5 cavalli.

Tuttavia, quando se ne hanno i mezzi, che importanza avrebbero simili ostacoli di fronte alla possibilità di poter raggiungere l'assenza assoluta di mortalità per rabbia salvando tante centinaia di disgraziati, condannati annualmente, con i metodi attuali, a soccombere della più terrificante malattia?

E quanti saranno all'ingrosso le vittime della rabbia in questi ultimi 10 anni imputabili a metodi dimostrati insufficientemente inefficaci? La risposta è molto imbarazzante, tuttavia, calcolando approssimativamente ed in cifra tonda una media di 1000 curati in 100 (numero inferiore alla realtà) Istituti Antirabbici e per conseguenza un milione di persone curate in un decennio; e calcolando una media del 5 ‰ di insuccessi veri e del 33 ‰ di insuccessi apparenti senza dubbio evitabili, noi avremo l'83 ‰ di morti, cioè oltre 80 mila vittime della rabbia che si sarebbero potuto salvare.

Con tutto ciò sarebbe già un grande progresso se si adottasse ovunque, come è già avvenuto in tanti Istituti italiani ed esteri, il semplice vaccino fenicato.

Concludendo, dopo quanto abbiamo esposto, non è forse ve-

Digitized by Google

ro, ripetiamo, che l'asserzione del prof. Calmette pubblicata dal corrispondente della *Presse Médicale* non poteva rappresentare che un semplice errore di redazione?

Come potevano, poi, degli scienzati francesi asserire seriamente che il metodo Pasteur, è, anche dopo un quarantennio, così perfetto che le modificazioni e le aggiunte apportatevi in tanti anni e da tanti altri rabbiologi, non hanno cambiato essenzialmente nulla nei suoi risultati? Non è invece vero, per esempio, che i metodi italiani di vaccinazione e di siero-vaccinazione costituiscono un forte ed indiscutibile progresso sui tre metodi francesi, di Pasteur, Roux-Remlinger e Marie?

Se è notoria la straordinaria venerazione che i Francesi hanno per il sommo Pasteur, tuttavia la proverbiale loro correttezza, non può permettere di sacrificargli la verità e la giustizia, che del resto lo stesso Grand'Uomo deplorerebbe!

Ma, attendiamo che la Commissione nominata dalla Società delle Nazioni studi seriamente e *sotto tutti i molteplici aspetti* i due metodi, Fermi e Roux-Remlinger e dia il suo solenne responso.

Sarebbe, peraltro, inutile che la Commissione consigliasse uno dei due metodi come il migliore, se poi noi non sottostassimo al suo giudizio.

Ecco, ciò che scrivevamo a questo proposito in una nostra pubblicazione nel 1915, cioè di circa 12 anni fa (1).

« Il bisogno di decidere quale è il metodo di cura antirabbica da adottarsi è sentito da molti rabbiologi, come risulta dallo speciale Congresso che è stato indetto all'Istituto Pasteur di Parigi (che poi non ebbe luogo). Ma perchè il futuro Congresso raggiunga lo scopo prefisso, è indispensabile che i Direttori degli Istituti Antirabbici, partecipanti od aderenti al medesimo, stabiliscano sin d'ora di essere pronti, in omaggio al pubblico interesse, di sacrificare senza tentennamenti il proprio metodo, sostituendolo con quello che il Congresso dichiarerà migliore ».

Affinchè, peraltro, i direttori degli Istituti Antirabbici del mondo, si decidano a sacrificare il metodo che usano da tempo per adottarne, senza tentennamenti, un altro, è naturalmente indispensabile che i giudici siano non solo dei rabbiologi competenti, ma che non abbiano alcun interesse a far prevalere un metodo piuttosto che un altro e quindi non possano, già a *priori*, essere sospettati di parzialità ed eventualmente sollevare incresciose polemiche!

(1) FERMI C. *I veri metodi di cura antirabbica*, Parte I, *Annali d'Igiene*, 1925, f. 2.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITA' DI PISA
diretta dal prof. TADDEI

DI UNA SINDROME MORBOSA CARATTERIZZATA DALLA DOLORABILITA' PROVOCABILE AORTICA-ILIACA.

per il prof. DOMENICO TADDEI — Direttore

Desidero richiamare brevemente l'attenzione dei medici e dei chirurghi su una sindrome, che sarà certamente descritta in qualche trattato o in qualche monografia, sia a proposito dell'appendicite, sia della colite, sia delle gastropatie, sia della stipsi cronica, e di altre forme addominali di diagnosi incerta.

Tale sindrome si troverà forse anche descritta a proposito di malattie generali (oligoemia, nevrosi, tossiemie intestinali, tubercolosi ecc.). Io non l'ho trovata descritta come sindrome a sè. E' certo che numerosissimi malati affetti da questa forma morbosa vengono nel massimo numero dei casi diagnosticati nel modo più diverso dai vari medici e chirurghi, ai quali si presentano, generando nei malati e nel pubblico la diffidenza e il discredito non solo sulla medicina, ma anche sulla chirurgia, quando come non di rado succede questi malati sono sottoposti ad inutili, se non dannosi, interventi.

E' precisamente su molte centinaia di malati che mi vengono inviati per consulenza e spesso con indicazione di intervento, con disturbi interpretati nei modi più svariati, che a poco a poco ho dovuto riconoscere che esiste una sindrome morbosa, che merita di avere un posto a sè nella patologia sia per la frequenza, con la quale essa si presenta coll'associazione dei sintomi, che cercherò di enumerare, sia per i dati differenziali con altre forme, che vengono di solito con essa confuse, sia per la interpretazione, che a questi sintomi deve, secondo, me, attribuirsi. sia per la cura, che si deve istituire.

Specialmente è interessante la conoscenza di questa sindrome per i chirurghi, per fermare loro la mano e per impedire interventi dannosi o almeno di nessuna efficacia in base a diagnosi errate e per i medici, che vista l'inutilità di cure mediche le più svariate, credono di trovare finalmente una indicazione chirurgica che non esiste e che cade di fronte al rifiuto per parte del chirurgo coscienzioso di un'operazione, fatta balenare al paziente come una risorsa valida o sicura.

Di questa sindrome morbosa, sulla quale porto la mia attenzione da anni, ho già fatto cenno in numerose mie pubblicazioni specialmente in occasione di studi di diagnosi differenziale (affezioni renali, appendiciti, membrane di Jackson, affezioni del simpatico addominale, stipsi cronica, punti dolorosi addominali ecc.), ma per quel riserbo, che deve essere di fronte ad ogni affermazione scientifica finora mi ero trattenuto dal sostenere l'esistenza di una sindrome morbosa a sè.

La somma delle osservazioni è oggi tale per parte mia che credo di poter uscire dal riserbo finora tenuto. Credo che in attesa di una sicura interpretazione patogenetica (se pure questa sarà possibile) la sindrome si possa denominare dal sintoma obbiettivo più caratteristico, più saliente, più costante e cioè la *dolorabilità alla pressione dell'aorta addominale e delle arterie iliache* (primitive ed esterne), facilmente rilevabile di solito in questi malati.

Riferisco nel modo più succinto possibile il quadro clinico.

Si tratta di giovani o di adulti tra i 20 e i 50 anni: non ho mai osservato detta sindrome nei ragazzi al di sotto di 15 anni o in vecchi al di sopra di 60 anni.

Si tratta prevalentemente di donne.

Lo stato generale è nel massimo numero dei casi compromesso: Deperimento, pallore, senso di stanchezza: i malati sono considerati talora come anemici e quindi erroneamente curati con ferruginosi, con i cosidetti ricostituenti, fra cui specialmente inutili le lecitine ecc.

In molti casi predominano sintomi nevrosici e come tali i malati sono quindi trattati erroneamente con medicamenti eccitanti o deprimenti dell'attività nervosa (fosforo, bromuri, ecc.).

Il decorso presenta spesso alternative di miglioramenti o peggioramenti. In alcuni si hanno periodi di febbricole (37,2-37,5) spessissimo diagnosticate, non come tubercolari, ma come maltesi (?) e ciò talora anche con sierodiagnosi positiva (?) ma a troppo basso titolo, più spesso senza alcuna ricerca ematologica. E' nota del resto la frequenza della positività dell'agglutinazione del melitense per parte del siero di tubercolosi.

Molti malati accusano inappetenza, bocca impastata o amara, lingua impaniata.

In alcune donne si hanno alterazioni mestruali (amenorree intercorrenti), leucorrea (frequentissima), senza che sia possibile riconoscere dati obbiettivi all'esame ginecologico.

Sulla base di questa sintomatologia non sarebbe possibile formulare una diagnosi: I sintomi subbiettivi, che insieme a quelli precedenti sono più importanti, anche perchè fanno pensare a morbi chirurgici addominali, sono i disturbi riferiti a carico dello stomaco e dell'intestino.

A carico dello stomaco si hanno sensazioni vaghe, senso di peso, pirosi, raramente dolore, ma, ciò che è importante, questi fatti non sono in rapporto coi pasti come nell'ulcera gastrica o duodenale anzi spesso si hanno a digiuno e senza il tipico ritmo, che si osserva negli ulcerosi (pasto, dolore, benessere, pasto, dolore, benessere nell'ulcera gastrica. Dolore, pasto, benes-

Digitized by Google

sere, dopo qualche ora dolore, pasto, benessere nell'ulcera duodenale). Sono questi i casi nella maggior parte considerati come dispepsie, nevrosi gastriche, ulcere gastro-duodenali. Eccezionale è il vomito: solo talora qualche nausea.

A carico dell'intestino si ha spesso stipsi, ma non di rado si hanno anche periodi più o meno notevoli di piccole diaree intercorrenti, con muco, talora anche con sangue di solito non abbondante, da cui le feci sono rivestite, con scarsi dolori, che non assumono il tipo colico.

Talora si hanno dolori a sede varia più spesso iliaca destra, talora anche iliaca sinistra, ma di solito non gravi, senza vomito spesso senza febbre, senza sintomi peritoneali, talora i dolori addominali sono vaghi, variamente localizzati nei vari momenti del decorso.

Le diagnosi più comunemente esposte sono quelle di appendicite, appendicite cronica (?), colite, tiflite, sigmoidite, talora anche calcolosi biliare, renale, annessite.

In molti casi il medico in queste donne deperite palpa facilmente il rene destro e allora la diagnosi di rene mobile è quella più comune; a carico di una inesistente vera mobilità renale viene attribuita la sindrome dispeptica, nevrosica ecc. Di solito viene consigliato l'uso di una panciera, che non ha alcuna azione sulla statica renale e che non determina del resto anche nessuna modificazione nella sintomatologia.

I dati obbiettivi sui quali la diagnosi specialmente si deve basare sono:

1° Sintomi polmonari: Ipotrofia dell'uno o dell'altro margine del trapezio: Ipofonesi nell'una o nell'altra fossa sopraspinosa: Abbassamento dell'apice: Aumento del fremito vocale tattile: Diminuzione del respiro: piccoli rantoli per lo più espiratori specie dopo un colpo di tosse, ecc. Insomma sintomi broncoalveolitici circoscritti spesso non gravi e unilaterali (chiusi) o di sclerosi apicale. Non è raro avere ipofonesi interscapolare: In qualche caso la localizzazione specifica è in altre sedi del polmone fuori dell'apice: Non rarissima è la presenza di sfregamenti pleurici. A questi fatti polmonari, spessissimo ben riconoscibili all'esame radioscopico o radiografico si debbono attribuire i dolori reumatoidi alle spalle, la febbricola ecc.

Alcuni di questi individui hanno raucedini intercorrenti: L'esame laringoscopico è spesso positivo: La maggior parte dei malati afferma di non avere tosse: però è frequente sapere, dietro domanda, che il paziente, che nega di avere tosse, ha spesso l'abitudine di « raschiare la gola ».

2° Negatività degli esami a carico del cuore, dei vasi, del fegato, del rene, delle urine (alla ricerca dei comuni composti anormali: ho già accennato sopra alla mobilità renale), del pancreas, della milza, dei genitali interni (donne).

3° Assenza di leucocitosi: spesso modica diminuzione dell'emoglobina e dei globuli rossi.

4° Negatività dell'esame clinico dello stomaco.

All'esame radiologico si ha talora stomaco ptosico o ipotonico: più spesso però stomaco di forma ed aspetto normale, che si vuota normalmente.

5° Dolorabilità alla pressione del cieco e del colon ascendente, più di rado del sigma, ancora più di rado del trasverso e del discendente. La dolorabilità, che si determina talora fino all'arco costale, fa escludere (insieme coll'assenza dei segni fisici dell'appendicite e del decorso di tipiche coliche appendicolari) l'appendicite, per lo più erroneamente diagnosticata. Non si hanno segni di distensione cecale, come nei casi di stipsi da membrane pericoliche o da angolature coliche. La radioscopia o la radiografia (somministrazione del bario, sia per bocca, sia per clistere) mostrano un normale riempimento del cieco-colon ascendente, per lo più normale funzione: Più di rado rallentamento o talora anche rapidità di svuotamento. Sotto lo schermo radioscopico si può stabilire che la dolorabilità è proprio cieco-colica ascendente e non appendicolare, che il cieco è libero da aderenze, mobile senza eccessiva mobilità (non cieco mobile), in sede normale, che non esistono angolature o fissità o aderenze del colon ascendente e dell'angolo epatico, che si spiega bene sotto la pressione per quanto il colon trasverso sia talora ptosico.

6° Il sintoma obbiettivo, che ha la massima importanza è la dolorabilità talora vivissima provocabile alla pressione dell'aorta addominale (specie in vicinanza della biforcazione) circa a livello dell'ombelico e delle iliache talora perfino delle femorali, subito sotto il legamento inguinale.

Questo segno, sul quale ho richiamato l'attenzione anche nell'ultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia tenuto a Padova (Ottobre 1926), e che si deve a mio parere con ogni verisimiglianza considerare come un segno di irritazione del simpatico periaortico-iliaco, manca nell'ulcera gastrica e duodenale, nella colelitiasi, nelle coliti, nelle stipsi croniche da causa meccanica, nell'appendicite, nelle affezioni renali.

Su questo segno della dolorabilità aortico-iliaca è stata richiamata da vari anni la mia attenzione dal mio ex Assistente Dott. Prof. G. Fantozzi, ora chirurgo primario a Pontremoli, il quale anche rilevò concomitanza costante di questo segno colle lesioni polmonari specifiche, talora minime, ma evidenti, sì da renderlo un sintoma importante per la diagnosi di tubercolosi polmonare iniziale o non grave o con tendenza alla sclerosi. Esso manca nei tubercolosi polmonari aperti gravi, febbricitanti, cachettici.

Il sintoma della dolorabilità aortico-iliaca ha una notevole importanza semeiologica anche dal punto di vista della sua possibilità di confusione col dolore provocabile sui corpi vertebrali (Morbo di Pott), sui punti dolorosi appendicolari (Mac Burney, Lanz, Munro ecc.), col dolore ureterico allo stretto superiore del bacino ecc. E' facile differenziarlo da questi. Basta seguire l'aorta e le iliache colla palpazione a dita sopraposte fin sopra il legamento inguinale: Si constata facilmente anche nei vari individui corpulenti, che presentano questa sindrome, che il dolore si provoca proprio alla pressione dei detti grossi vasi.

L'interpretazione dei sintomi, che presentano questi malati, è secondo me la seguente: Come ho potuto constatare anche in qualche caso operato per errore diagnostico, non si hanno lesioni anatomiche riconoscibili all'esame accurato laparotomico di tutti i visceri addominali. Sono da escludere quindi fatti anatomici o fatti riflessi da lesioni anatomiche addominali.

Bisogna pensare, mi sembra, a fatti tossici per spiegare la sofferenza di tanti organi (sintomi cosidetti nevrosici, sintomi simpatici, sintomi a carico del tubo gastro-intestinale, sintomi generali: oligoemia, debolezza generale ecc.).

La diagnosi di nevrosi, isterismo, neurastenia simpatico-tonia sono espressioni di ignoranza o dimostrazione di accontentarsi di parole, senza voler cercare di approfondire la nostra conoscenza.

Si potrebbe pensare a una tossiemia intestinale, ad una stercoremia, analoga a quella invocata nella stipsi cronica da causa meccanica e che risente giovamento dalle cure chirurgiche che mirano a togliere la stasi intestinale.

Ma l'assenza riconoscibile radiologicamente o riconosciuta alla laparotomia nei casi erroneamente operati, di cause meccaniche (aderenze, membrane pericoliche, angolature intestinali, mobilità cecale, cicatrici stenosanti, torsioni ecc.), la persistenza dei disturbi dopo appendicectomia, gastroenterostomia, colecistectomia, esclusioni intestinali, nefropessia, tante volte già praticate senza risultato nei malati, che a noi si presentano, fanno ritenere poco probabile l'ipotesi dell'origine intestinale della tossiemia. Certo è che questi malati hanno spesso disturbi (stipsi e diarree intercorrenti, mucose, talora sanguinolente) che fanno pensare alla coesistenza di lesioni coliche per lo più a localizzazione cieco-ascendente. Ma non mi sono mai potuto togliere il dubbio, se questi fatti intestinali non siano piuttosto della stessa natura dei fatti polmonari, siano cioè una concomitanza più che una causa efficiente. Gli esami fatti sulle feci non mi hanno permesso alcuna conclusione.

Un'altra ipotesi, che potrebbe essere affacciata, sarebbe quella di una origine endocrina: Ma a quale ghiandola a secrezione interna o a quali ghiandole insieme alterate attribuire i fenomeni? L'opoterapia sia ovarica, sia tiroidea, sia surrenale sia associata, che ho tentato in alcuni casi, non mi ha fornito alcun risultato.

L'ipotesi della tossiemia tubercolare è quella che, secondo me, meglio serve a spiegare i fenomeni.

Un elemento fondamentale è per questa interpretazione la assoluta costanza di lesioni polmonari. Interessante è anche il fatto che la sindrome si manifesta solo in individui con forme circoscritte, chiuse, tendenti spesso alla sclerosi, riconoscibili clinicamente solo con esami accurati, minuti, spesso ripetuti.

Digitized by Google

L'eredità ed i precedenti di questi pazienti sono spessissimo positivi.

La cutireazione (per quanto a questa negli adulti non si possa attribuire, come è noto, che un assai limitato valore) è di solito nettamente positiva.

Questi malati risentono di solito giovamento dal trattamento medico antitubercolare: Vita igienica all'aria aperta, cura di montagna o di mare: alimentazione semplice, ma sostanziosa, curando la stipsi non con purghe, ma con clisteri semplici (camomilla, olio, sospensioni di amido) o mediante somministrazioni di olio di vaselina: cure medicamentose per es. a base di jodio, di arsenico, di calcio (a nulla servono le lecitine): cura vaccinoterapica (metodo percutaneo alla Ponndorf).

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA IN FIRENZE

SULLA SCLEROSI DIFFUSA DELL'ARTERIA POLMONARE

per il dott. E. SIGNORELLI — Primario medico

Le osservazioni anatomo-istologiche sull'arterio-sclerosi della polmonare sono ormai parecchie, per cui si può dire che l'argomento da cotesto punto di vista è stato in parte chiarito sulle sue varie modalità.

La lesione talvolta è circoscritta ai grossi rami dell'A. come pura ateromasia, raramente calcificata (Giroux), più di frequente è lesione diffusa ai rami medii a tipo nodulare, specie nelle forme di sclerosi secondaria a vizii valvolari del cuore sinistro (stenosi mitralica), a malformazioni congenite cardiovascolari, ad affezioni croniche pleuro-polmonari, delle quali per la maggioranza degli AA. costituisce un reperto accessorio ed incostante, probabilmente secondario all'ipertensione stabilitasi nel piccolo circolo.

Le lesioni riproducono istologicamente quanto si osserva nella sclerosi del grande circolo (Marchiafava). Di gran lunga più rara è invece la sclerosi che predilige i rami piccoli e terminali e che sembra corrispondere a quella rara eventualità anatomo-patologica che è la sclerosi primitiva ed isolata della polmonare.

La letteratura ne registra poco più di 19 casi (Mattirolo) cui sono da aggiungere due casi recenti dell'Arrillaga ed uno del Pilotti.

Questa diffusa lesione vascolare, quasi sempre a tipo obliterante, per il profondo rimpicciolimento del circolo arterioso polmonare che determina, è sempre accompagnata da intensa ipertrofia e dilatazione del ventricolo destro, insufficienza relativa della tricuspide e dilatazione dell'orecchietta destra.

Mentre la sclerosi secondaria è di tutte le età, la primitiva colpisce in prevalenza soggetti giovani per cause come diremo molto diverse.

Benchè si conoscano abbastanza le modalità anatomiche della lesione, tuttavia questa viene raramente diagnosticata in vita per le grandi difficoltà che si incontra a differenziarla dalle cardiopatie.

Il Frugoni, poi il Mattirolo, in Italia, hanno prospettato per i primi una descrizione dei sintomi differenziali di questa complessa e rara sindrome; e di recente alcuni autori argentini studiandone l'etiologia e la patogenesi hanno voluto isolare un tipo anatomo-clinico i cui termini sarebbero: sclerosi diffusa dell'A. P. di natura luetica e cianosi intensa, malattia chiamata pertanto *cardiopatia nigra*. Questo termine veniva adoperato da Ayerza nel 1900 per indicare la fase iposistolica o d'insufficienza del ventricolo destro nei processi cronici del polmone. I malati presentavano ipertrofia cardiaca dominante nel ventricolo destro poliglobulia e colorito cianotico (feccia di vino) al volto ed alle estremità. In seguito l'Escudero asseriva che l'ipertrofia del ventricolo destro fosse dovuta in cotesti casi a sclerosi diffusa della polmonare con sifilide bronchiale. L'Arrillaga confermava l'ipotesi sulla natura luetica della lesione arteriosa che giudicava consecutiva alle croniche lesioni bronchiali. Nel mentre Scott Warthin dimostrava istologicamente la natura sifilitica dell'arterite polmonare, in un caso di cardiopatia nera tipo Ayerza, ed Elizado in un altro caso metteva in evidenza il treponema pallido, in preparati di bronchioli ed arteriole polmonari.

Da coteste osservazioni sembravano confermati tre fatti essenziali: 1° che la cianosi nera con ipertrofia del ventricolo destro coincide sovente con arterite diffusa della polmonare: 2° che la bronchite cronica è concomitante o conseguente: 3° che arterite e bronchite sono di natura luetica.

Ma in seguito, se resultò vera la stretta correlazione (peraltro intuitiva) tra sclerosi diffusa dell'arteria polmonare ed ipertrofia del v. destro e cianosi, non sembrò confermata la costante lesione bronchiale, che anzi secondo alcuni A. A. (Harte, Rattone, Gamna) l'arteriosclerosi consecutiva a processi cronici polmonari, come a lesioni cardiache, interessa più i rami extrapolmonari che di per sè determinano poco o affatto ipertrofia del v. destro (Franceschi). Pertanto veniva abbandonata l'ipotesi di un'interdipendenza tra lesioni polmonari e sclerosi dell'arteria ed anche l'Arrillaga di recente sostiene (basandosi su due casi) che le lesioni polmonari possono mancare restando come sintomi cardinali: cianosi, ipertrofia del v. destro per sclerosi luetica primitiva dell'arteria. Per l'Escudero invece, nella cardiopatia nera, o malattia di Ayerza, oltre ai caratteri detti si osservano poliglobulia e sifilide bronchiale, sebbene talvolta iperglobulia, cianosi e bronchite possano presentarsi con sintomi più o meno appariscenti. Per l'Aubertin e Mouquin la malattia di Ayerza colpisce individui dai 30 ai 50 anni, ed è osservata specialmente tra gli Israeliti dell'est di Londra, ed è caratterizzata da enfisema e sclerosi del polmone, dilatazione e ipertrofia del ventricolo destro, epatomegalia con lieve splenomegalia, cianosi intensa e poliglobulia talvolta considerevole, con arterite cronica sifilitica polmonare.

Nella malattia di Ayerza sintomatologia, patogenesi ed etiologia sarebbero quindi in parte definite e distinti resterebbero quei pochi casi di sclerosi primitiva (finora descritti, in cui poche volte figura la sifilide; casi del Rogers) come pure la cosidetta forma secondaria a vizii cardiaci o croniche affezioni pleuro-polmonari non sifilitiche.

Queste le recenti acquisizioni sull'argomento, ma che in parte sono controverse e quindi vanno rivedute o aspettano conferma, poichè fondate su poche osservazioni.

Pertanto ho voluto pubblicare questi due casi nei quali è stato possibile in uno di formulare la diagnosi di sclerosi della polmonare in vita e all'autopsia di studiare in entrambi le caratteristiche istologiche delle lesioni.

F. Cerchiari, di a. 75, casalinga, figlia d'ignoti, nata sana con infanzia ed adolescenza normali. Mestruazioni a 12 anni sempre regolari con menopausa a 47. Nega l'infezione luetica soffrì di vaiolo a 18 anni.. A 17 anni si unì con uomo sano morto improvvisamente di malattia imprecisabile. Secondo matrimonio a 28 anni ed anche dal secondo marito sano e robusto non ebbe nè figli nè aborti.

A 65 anni senza cause apparenti comincia a notare dispnea da sforzo edema malleolare. Dopo due anni è colpita da polmonite crupale di cui guarisce residuando più intenso l'affanno che la costringe al ricovero permanente in Ospedale.

Da allora la paziente riferisce di aver notato un progressivo accentuarsi di colorito cianotico del volto e delle estremità; spesso, saltuariamente, dolore a sbarra retrosternale senza irradiazioni, non accompagnato a tosse e ad espettorazione, ma che la costringe a restare a letto in posizione ortopnoica senza peraltro vera fame d'aria, che comincia lentamente, raggiunge il suo maximum dopo una mezz'ora e lentamente dilegua.

L'edema malleolare, la dispnea e tutti i segni subbiettivi dello scompenso cardiaco in questi ultimi anni si erano mitigati così che permettevano alla paziente di rimanere alzata per diverse ore del giorno.

Capita in coteste condizioni alla nostra osservazione nell'agosto 1925.

E. O. Brachitipo. Decubito ortopnoico. Respiri 36. Polso 110, piccolo depressibile, ritmico. Scheletro regolare. Nutrizione conservata con segni di modico edema lombare e dei malleoli. Intensa e diffusa è la cianosi alle labbra, al volto, alle estremità; di colorito bruno-violaceo e fredde al tatto. Sensorio e sensi normali. Linfatici superficiali indifferenti. Lieve esoftalmo, con pupille miotiche e torpide alla luce ed all'accomodazione. Al collo le giugulari turgide presentano un doppio impulso presistolico-sistolico, specie a destra dove la regione sovra-claveare è sollevata dal piano clavicolare.

Torace quadrato apparentemente simmetrico, abbastanza elastico;

Digitized by Google

forma del respiro costo-diaframmatica. Suono di percussione alto con mobilità dei margini limitata. Fremito conservato e rantoli a medie e piccole bolle basilari, bilaterali; mentre sul rimanente dell'ambito si ascoltano respiro aspro e rumori secchi.

L'impulso del cuore nel punto più basso ed esterno si rileva appena, non si palpa e si circoscrive percuotendo nel V spazio un centimetro fuori dell'emiclaveare. L'ottusità sulla terza costola è di 4 centimetri dalla margino-sternale sinistra lo sterno risuona normalmente.

A destra l'ottusità arriva a 5 centimetri dalla medio-sternale sulla IV costola. Esteso ed intenso l'impulso epigastrico. Non si palpano fremiti o sfregamenti e nel decubito laterale sinistro la mobilità della punta è di tre centimetri. Si ascolta il primo tono piuttosto forte, seguito da un rumore pigolante olosistolico, che bene si diffonde verso l'ascella. Si ascolta il 2° tono che si accentua man mano che si procede verso la base; è nettamente accentuato sulla polmonare, quivi il primo tono è seguito da un breve rumore aspro che si diffonde lungo i grossi vasi specie verso sinistra. Sul focolaio aortico e della tricuspide toni senza particolari accentuazioni. La pressione al Riva-Rocci è Mx. 130, Mn. 95. La pressione venosa misurata con l'apparecchio di Claude alla vena del gomito a destra è 200 mm.

L'addome uniformemente tumido trattabile normalmente timpanico su tutti i quadranti. Si palpa il fegato 4 centimetri fuori dell'arco sull'emiclaveare prolungata ed in alto arriva alla V costola. La superficie liscia margine arrotondato è indolente non pulsa. La milza debordа un dito, duro-elastica indolente.

Tepidi i riflessi rotulei; ma peraltro non si notano segni di alterata motilità e sensibilità.

Wassermann = negativa. Esame dell'escreato, negativo per il b. di Koch. Esame cromo-citometrico del sangue: G. R. 4,500 — Hg. 75. G. B. 5,600. — Esame urine cc. 1600 D. 1022. Albumina in tracce con rari cilindri.

Decorso: Durante il 1925 ed il 1926 le condizioni di relativo compenso si mantennero stazionarie mercè riposo quasi assoluto e la somministrazione di cardiocinetici; ma come episodii intercorrenti due fatti meritano menzione. Pur restando quasi immutato il reperto obbiettivo in dato ascoltare talvolta, in modo chiaro, un rumore diastolico sul focolaio della polmonare e lungo il bordo marginale sinistro fino alla quarta costola; rumore dolce aspirato che seguiva il secondo tono ed occupava specialmente tutta la grande pausa, si ascoltava quando la paziente subbiettivamente sentiva di stare meglio del senso gravativo gastro-epatico, della dispnea e quindi anche i rumori bronchiali erano meno intensi.

Detto rumore fu possibile ascoltarlo saltuariamente.

Durante la nostra osservazione senza cause apprezzabili, anzi spesso trovandosi alzata l'ammalata chiese ripetutamente la nostra assistenza per un dolore gravativo a localizzazione fissa dietro il manubrio sternale.

Obbiettivamente presentava: posizione ortopnoica con 26 A. R. al minuto, cianosi intensissima del volto, collo, torace ed estremità. Polso 105 regolare per ritmo; pressione arteriosa immutata, manifesto il rumore diastolico sulla polmonare, senza segni di edema polmonare, non vi era ansia respiratoria; non vero stato di angoscia. Lentamente nel corso di qualche ora si rischiariva relativamente nel volto e parallelamente cessava il dolore. Furono praticate ora iniezioni di canfora, talvolta di morfina, due volte abbondante salasso di circa 500 cc., dal salasso ebbe sempre maggior sollievo.

Nel dicembre i segni dello scompenso lentamente e progressivamente si accentuarono, si presentò ascite, non reagì più ai cardiocinetici, insorse anuria e tutti i segni della grave iposistolia.

Necroscopia N. 15211.

Cerchiai Francesca (anni 74) morta il 20-11-1927.

Esame esterno. Edemi diffusi agli arti inferiori, all'addome. Cicatrice da vaiolo al volto, alle braccia. Ventre alquanto tumefatto; vasti eczemi intertriginosi alle pieghe sottomammarie ed inguinali. Quasi sulla linea mediana del giugulo un pochino a destra si palpa un corpo duro, mobile, della grandezza di una mandorla. Viso ed estremità fortemente cianotiche.

Esame interno. Cavità Toracica. Dura madre ispessita. Cervello (g. 1015) volume rimpicciolito. Solchi più evidenti che di norma, circonvoluzioni rimpicciolite. Vasi leggermente arteriosclerotici.

Cavità Toracica. *Pericardio*: Cavità contenente liquido citrino limpido; alla base del cuore tra foglietto parietale e f. viscerale che ricopre i grossi vasi sono tese aderenze fibrose biancastre; le stesse saldano tra loro l'aorta e l'arteria polmonare nella superficie di contatto. Sotto l'epicardio che riveste l'atrio di destra si notano chiazze emorragiche. L'epicardio stesso è biancastro, scabro ed ispessito. Le stesse chiazze di ispessimento pericardico si osservano verso la punta del ventricolo sinistro e sulla superficie anteriore del ventricolo destro. Aumento del grasso sottoepicardico.

Cuore: (g. 500) volume aumentato. Miocardio molle con vaste chiazze giallastre; si osservano tralci di grasso sottoepicardico che s'insinuano nello spessore del muscolo. Ventricolo detro e sinistro pieni di sangue non coagulato; niente a carico delle valvole della polmonare. Ventricolo destro ipertrofico, contenente pochi coaguli. Atrio di destra enormemente dilatato ed ipertrofico. Dilatazione anche dello sbocco della vena magna cordis. Atrio di sinistra dilatato. Stenosi ed insufficienza della mitrale con prevalenza dell'insufficienza.

Valvole: Mitrale ispessita lungo il margine, libero, in parte raccorciata, rigida; filuzzi tendinei ispessiti, raccorciati; muscolo papillare anteriore ipertrofico. Tricuspide ispessita con placche giallastre.

Aorta: Ostio ristretto; porzione ascendente ectasica. Sulla superficie interna qualche placca ateromasica e calcificata estese alla porzione toracica ed addominale.

Polmoni: Edema diffuso. A destra, sul lobo inferiore, anteriormente, subito sotto la pleura, è situato un nodulo calcificato con centro necrotico caseoso. *Pleura*: aderenze bilaterali-basilari.

Organi del collo. *Esofago*: mucosa biancastra con chiazze rilevate sclerotiche.

Trachea: tumefatta arrossata, coperta di catarro.

Tiroide: (g. 75) grossa, dura. All'apice del lobo di destra si nota una cisti grande come un uovo di piccione a contenuto ematico. Aspetto del parenchima nodoso ricco di connettivo.

Cavità Addominale. Anello inguinale sfiancato costituente porta erniaria da cui protrude un'ansa intestinale. Aperta la cavità addominale appare l'intestino rigonfio e nella cavità peritoneale è contenuto abbondante liquido sieroso nel quale si notano coaguli di fibrina.

Milza: (g. 400). Capsula ispessita biancastra con punti calcificati. Dura, con iperplasia del connettivo, ricca di sangue, scarsa di polpa.

Stomaco: Tra le pieghe mesenteriali vicino al margine d'inserzione sono tesi ponti fibrosi biancastri estesi per tutto l'ileo ed anche alle radici mesenteriali del colon.

Pancreas: (g. 170). Intensamente emorragico, molliccio; grasso, peripancreatico, biancastro, asciutto.

Fegato: (g. 1500). Dimensioni normali; aderenze fibrose fra superficie inferiore del fegato e superficie anteriore dello stomaco: la superficie superiore è completamente aderente al diaframma. Aderenze fibrose cistici. Vena cava inferiore e Vena sopraepatica dilatate. Superficie di sezione variegata di punti che confluiscono in chiazze rosso-emorragiche e di aree giallastre untuose, parenchima congesto. La cistifellea contiene un calcolo a superficie rugosa. La superficie di sezione radiata biancastra: la sup. esterna pigmentata per pigmenti biliari.

Mucosa della cistifellea ipertrofica e rugosa.

Reni: (sinistro g. 140) (destro g. 125) il destro è più piccolo del normale.

R. sinistro: molle e congesto, la corticale è iperemica torbida: la capsula bene svolgibile. Superficie leggente granulosa.

R. destro: piccolo, congesto, capsula bene svolgibile, superficie fortemente granulosa percorsa da solchi; capsula sulla faccia interna sclerotica; corticale ridotta.

Vescica: contenente poca urina. Mucosa di aspetto normale.

Ovaie: in parte cistiche, atrofiche ipoplasiche, infossate in tessuto sclerotico. Aderenze sclerotiche sono tese tra parete posteriore dell'utero e retto.

Utero: cavità riempita da pus cremoso, giallicchio. Mucosa uterina ulcerata, arrossata.

Diagnosi Anatomica. Pericardite fibrosa adesiva cronica alla base del cuore. Lipomatosi cardiaca. Ipertrofia del ventricolo destro. Dilatazione ed ipertrofia dei due atrii. Lieve stenosi aortica. Endocardite cronica della mitrale (stenosi ed insufficienza). Miocardite degenerativa. *Arteriosclerosi grave con dilatazione dei rami medii dell'arteria polmonare.* Lieve arteriosclerosi aortica con ectasia dell'arco. Edema polmonare cronico. Focolaio primario tubercolare. Pleurite fibrosa adesiva cronica bilaterale basilare. Periepatite fibrosa adesiva cronica con perigastrite e peridiuodenite fibrosa. Calcolosi della cistifellea. Perisplenite cronica. Fegato grasso da stasi cronica. Milza dura da stasi. Pelvi-peritonite fibrosa cronica. Ovaie microcistiche ed ipoplasiche. Endometrite purulenta ulcerativa. Pancreatite emorragica. Struma nodoso cistico della tiroide. Polisarcia. Anasarca. Nefrite cronica. Settore Prof. Bindo De Vecchi.

Considerando l'età, le estese lesioni cardiache (pericardite, miocardite, insufficienza con stenosi della mitrale) e polmonari (bronchite con peribronchite, pleurite cronica basilare bilaterale), è certo che il nostro caso è da considerare tra le forme di

Digitized by Google

sclerosi della polmonare secondarie a malattie cardio-polmonari, per presupposta ipertensione del piccolo circolo.

Ma invero la nostra paziente dall'altra parte presenta, come diremo, tutti i segni finora descritti della sclerosi elettiva e primitiva dell'arteria e di questa ne ha le caratteristiche peculiari anatomiche come di recente sono state descritte (Foà).

Pertanto il nostro caso pone il problema dei limiti da assegnare alla sclerosi secondaria e primitiva e rispettivamente alla loro patogenesi e sintomatologia.

Per la diagnosi il primo sintoma saliente è stata la cianosi. cianosi nera come oggi si vuol denominare che facilmente si differenzia da quella dei mitralici per la sua intensità, estensione e persistenza anche nei periodi di relativo compenso cardiaco; se mai in cotesta malattia non assume una tinta così scura e si accompagna a reale aumento dei c. rossi, che mancò nel nostro caso malgrado, come ho premesso, alcuni Autori ne facciano della sclerosi della polmonare, sintomo peculiare e costante (Escudero).

Le lesioni cardiache, polmonari e pleuriche, potevano giustificare la cianosi per quanto intensa; ma insisto su un rilievo peraltro già messo in luce specialmente dal Frugoni: la discordanza tra la relativa dispnea accanto ad intensa e persistente cianosi, come solo nel morbo ceruleo o nella grave stenosi della polmonare è dato di osservare.

Ad orientarci sulla natura della cianosi concorsero quei parossismi dolorosi restrosternali durante i quali la cianosi raggiungeva il massimo della sua intensità. Si trattò verosimilmente di quella condizione morbosa accessionale della polmonare denominata « ipercianosi intermittente angiosclerotica polmonare dolorosa adispnoica » che dall'angina di petto vera si differenzia per la fissità del dolore mai angoscioso, irradiato, in cui l'aspetto del malato è pallido; ipercianosi dolorosa che si è voluta paragonare alla claudicazione intermittente angiosclerotica degli arti nel meccanismo genetico (Posselt). Sintoma finora supposto come patognomonico, di sclerosi diffusa della polmonare e che il nostro caso conferma con il reperto dell'autopsia.

Accanto alla cianosi l'imponente ipertrofia con dilatazione del ventricolo ed orecchietta destra e polso venoso vero della giugulare, erano il secondo sintoma obbiettivo invero sproporzionato alla lesione mitralica per potersi a questa attribuire. Solo una stenosi d'alto grado o una diffusa sclerosi del parenchima polmonare poteva giustificarla, mentre il vizio che dominava nella mitrale era l'insufficienza.

Altro sintoma importante per la diagnosi è stato il rumore sistolico-diastolico sulla polmonare quale espressione di una stenosi ed insufficienza relativa valvolare. Diagnosi resa possibile considerando la sede di maggiore intensità dei rumori, di cui il sistolico così diverso come tonalità, diffusione dal sistolico della punta da insuff. mitralica. Rumore relativo perchè breve, per l'assenza di fremito, di larga propagazione che come sappiamo nella stenosi organica si può ascoltare anche nel torace posteriore, tanto a destra che a sinistra, seguendo la proiezione dei grossi vasi della polmonare.

Il rumore diastolico non era mitralico e per la sede, perchè dolce ed aspirato, e poi perchè dei sintomi di stenosi mitralica tranne il primo tono forte alla punta, ogni altro mancò sempre; nè detti rumori potevano equivocarsi come aortici anche quì per ragione di sede, per la modica ipertrofia del ventricolo sinistro e per l'assenza di sintomi vascolari. Fra i rumori esocardici era verosimile pensare alla pericardite secca che non fu diagnosticata in vita; sappiamo che talvolta i rumori pericardici possono assumere un ritmo sistolico-diastolico; ma invero è reperto localizzato, transitorio, sono rumori aspri e che non si propagano. Così pure dei rumori di scroscio segnalati da Posselt sulla polmonare per rigidità delle pareti sclerosate.

La diagnosi di insufficienza relativa della polmonare era giustificata dal fatto che il rumore diastolico si presentò solo in determinati periodi sovratutto durante l'ipercianosi dolorosa accessionale, allora il sistolico scompariva del tutto, lasciando pertanto supporre che l'insufficienza valvolare riuscisse benefica all'ipertensione del circolo polmonare.

Oramai la letteratura è relativamente ricca di casi di vizio della polmonare organico o relativo, dopo che Grahm-Steel ne ammise la possibilità ed altri autori l'hanno confermato, specie in corso di stenosi della mitrale (Scimone, Netousek, ecc.).

Cianosi, ipertrofia dominante nel ventricolo destro stenosi ed insufficienza relativa della polmonare, ipercianosi intermittente dolorosa adispnoica, con le descritte modalità, furono in sintesi i sintomi positivi della diagnosi malgrado le concomitanti lesioni mitralica, bronchiale, e pleurica, potessero dare diverso orientamento.

Ma l'interesse del caso non è in quanto ci conferma in parte il quadro della malattia tracciato da precedenti autori, bensì per la più importante questione: etiologia e patogenesi.

Le lesioni sulle quali la nostra osservazione si è particolarmente fermata sono state quelle dei vasi e parenchima polmonari.

Ringrazio il Prof. Bindo de Vecchi, Direttore di questo R. Istituto di Anatomia Patologica, per l'ospitalità concessami permettendo e controllando le ricerche anatomo-istologiche.

1° Nel sistema arterioso microscopicamente osservato domina la sclerosi di tutti i grossi e medii; ma specialmente dei rami terminali senza eccezione, osservando punti diversi dei due polmoni: La lesione iperplastica domina nella meso e nell'avventizia; non si notano accumuli di plasmacellule.

2° Il sistema delle vene polmonari resulta invece uniformemente integro.

3° Nell'albero respiratorio: bronchite con peribronchite e desquamazione degli alveoli, scarsa presenza di cellule pigmentate o cardiache.

Ripetutamente si afferma che il vizio mitralico per l'ipertensione che determina nel circolo polmonare sia causa meccanica efficiente di sclerosi dell'arteria; è dimostrato che nei mitralici specialmente nella stenosi, quasi sempre si riscontrano alterazioni delle vene polmonari (Franceschi) e solo raramente partecipano della lesione sclerotica i rami dell'arteria e se mai sono i rami grossi e medi extrapolmonari (Rattone). Ora nel nostro caso il reperto anatomo-istologico è ben diverso; mentre il sistema delle vene non presenta apprezzabili alterazioni uniformi e dominante è la sclerosi dei rami terminali dell'arteria, accanto a quella dei rami medii e grandi come è stato riscontrato nella forma detta primitiva (Gamna, Franceschi).

Pertanto ci siamo chiesti quale altra causa ha potuto determinare la diffusa lesione ed anzitutto se conferma l'ipotesi degli AA. argentini che spesso quando c'è cianosi nera corrisponde un'arterite luetica primitiva della polmonare.

Nella nostra paziente la Wassermann resultò ripetutamente negativa, l'anamnesi poco c'illumina perchè mai abortì, nè presentò in vita o al tavolo anatomico sintomi o lesioni luetiche di altri organi. La ricerca istologica della spirochete fatta con i metodi conosciuti riuscì negativa tanto nelle tuniche dell'arteria che nelle pareti bronchiali e fece difetto altresì quella ricca infiltrazione di plasma-cellule che si vuole caratteristica delle lesioni luetiche.

Quì cade opportuno ricordare in succinto il secondo caso in cui la sclerosi della arteria polmonare fu accidentale reperto all'autopsia.

Pietro Latini di a. 67 - bracciante.

Infettato di sifilide a 20 anni. Ha sempre lavorato senza alcun disturbo, se si eccettua qualche catarro bronchiale invernale, negli ultimi anni. Da circa un anno dispnea da sforzo per cui ricovera in Ospedale dove sono diagnosticati per chiari sintomi: aortite con insufficienza aortica, con accessi stenocardici ed idrotorace a destra.

All'*Autopsia*: Aortite luetica ed arteriosclerosi aortica. Insufficienza delle valvole aortiche. Calli miocardici, arteriosclerosi dei rami della coronaria anteriore. Sclerosi grave dei rami medii dell'arteria polmonare. Ipertrofia del ventricolo sinistro e destro senza dilatazione dell'orecchietta, idrotorace a destra.

Ascite, epatite degenerativa, milza da stasi. Infarti antichi del rene.

All'esame microscopico dell'A. polmonare: Sclerosi vasale arteriosa dei rami medii che presentano lesione della mesoarteria, integri o quasi i rami terminali. Non appaiono abitualmente modificazioni specifiche e solo in qualche punto in vicinanza dei vasi di piccolo calibro a pareti sottili si osserva un tessuto composto di elementi a tipo linfoide o istiocitico, di varia forma ed aspetto, che con metodi adatti si vede trattarsi di numerose plasmacellule. Assenza di lesioni bronchiali e peribronchiali diffuse, integra il sistema delle vene polmonari.

In questo caso in cui sicura risultava l'infezione luetica le lesioni dell'arteria non si diffondono ai rami terminali; ma, come nella sclerosi detta secondaria, è solo de rami extraparenchima-

Digitized by Google

li, mentre mancano quelle lesioni mitraliche o polmonari che giustificano l'ipertensione del piccolo circolo. D'altra parte in vita nessun sintoma di sclerosi della polmonare: cianosi; ipertrofia e dilatazione del cuore destro, ipercianosi accessionale dolorosa, insufficienza o stenosi della polmonare.

Confrontando i due casi resulta chiara la differenza tra sintomatologia e tipo delle lesioni della polmonare, nè alcuna conferma porta all'ipotesi etiologica degli AA. argentini; chè se mai, date le diffuse lesioni dell'arteria e la sintomatologia, l'infezione luetica avremmo dovuto riscontrarla nel primo e le condizioni cardiache e pleuro-polmonari in questo secondo caso.

Ritornando allo studio dei fattori patogenetici se è verosimile che talvolta alla sclerosi del grande circolo partecipa l'arteria polmonare, sebbene eccezionalmente, nella prima malata abbiamo riscontrato invece intensa lesione in quest'ultima e scarsi segni (relativamente all'età della paziente) nell'aorta e nelle arterie dei principali visceri (cervello, fegato, rene, milza, cuore).

Resta da considerare la pleurite cronica bilaterale di probabile natura tubercolare cui fanno riscontro le analoghe lesioni pericardiche e peritoneali per cui si può senz'altro ammettere una vera cronica polisierosite. I movimenti del respiro e le modificazioni della pressione endo-toracica regolano principalmente la circolazione dei polmoni e quando esistono alterazioni pleuro-polmonari, il cuore destro deve supplire aumentando il suo lavoro per vincere le nuove resistenze, che nel nostro caso sarebbero state pleuriche, polmonari (bronchite con peribronchite) e cardiache sinistre, per cui ipertrofia del ventricolo che a sua volta mantiene ed aumenta la pressione del piccolo circolo, causa meccanica di sclerosi dell'arteria. Anche in una larga percentuale dei casi di sclerosi primitiva diffusa della polmonare, (5 su 19 raccolti dal Mattirolo) furono riscontrate aderenze pleuriche: ma come fa osservare quest'ultimo Autore in tutti i casi esistono o non aderenze pleuriche, le alterazioni vasali presentano la stessa intensità e la stessa diffusione (sclerosi dei rami medii e piccoli con forte restringimento del lume vasale e quasi completa obliterazione delle piccole diramazioni) per cui, aggiunge, non si può attribuire alle aderenze pleuriche una parte essenziale nella patogenesi della sclerosi e repugna altresì assegnare ad un'alterazione così frequente, come la sinfisi pleurica, la parte principale nella genesi di un'affezione tanto rara, qual'è la sclerosi diffusa dell'A. polmonare. Ragionamento pertanto che conserva lo stesso valore per la pericardite per la bronchite cronica, come fattori causali indiretti.

La nostra paziente aveva sofferto in gioventù di vaiolo e da Posselt cotesta infezione è stata segnalata come frequente nei casi da lui studiati, senza peraltro poter dare un'interpetrazione della coincidenza per la patogenesi.

Un'ultima ipotesi è consentita, quella di interpretare come di natura tubercolare, le lesioni del pericardio della pleura del peritoneo come all'endocardio e all'arteria polmonare. Sulle lesioni delle sierose è inutile fermarsi perchè evidenti sono le loro caratteristiche anatomiche; se mai difficile riesce dimostrare la genesi tubercolare per l'endocardite sinistra che avrebbe determinato il vizio mitralico e per le lesioni dell'arteria. L'esistenza di un'endocardite tubercolare è ormai ammessa da quasi tutti gli autori e Poncet ed i suoi allievi anche in casi in apparenza banali hanno dimostrato la presenza di bacilli di Koch, sia direttamente nelle lesioni che mercè inoculazioni negli animali. Nella cronica endocardite, senza lesioni specifiche o presenza di bacilli, si ammette che la forma passi per due stadi il primo virulento e setticemico, il secondo cicatriziale e cardiaco (Braillan). Invero lo studio istologico della lesione dell'endocardio da noi fatto non ci fece rilevare elementi di tessuto specifico tubercolare ma una endocardite cronica fibrosa. Anche la nozione di una tubercolosi delle arterie è ammessa: Chartier riferisce su 16 casi di aneurisma aortico in tubercolotici non sifilitici. Casi d'Arterite cronica con cangrena delle estremità riporta Piery, ed Houchard due casi d'aortite ed endocardite diffusa.

Per qualche Autore (Pic et Bonnamour) la tubercolosi occupa un posto importante quanto la sifilide nell'etiologia dell'arteriosclerosi distrettuale, specie nelle forme fibrose polmonari che si accompagnano a sclerosi renale.

Le ricerche sperimentali del Vanzetti hanno dimostrato l'esistenza di una periarterite tubercolare che si accompagna ad endo-arterite obliterante in vicinanza di focolai tubercolari. Processi di peri-endo-arterite che istologicamente non rivestono carattere di specificità. Nella nostra paziente c'era bronchite cronica con peribronchite diffusa senza caratteri di specificità e solo nel lobo inferiore di destra un nodulo tubercolare calcificato sottopleurico.

Se non risulta dai reperti istologici la natura tubercolare dell'endocardite e tanto meno dell'ateromasia sia polmonare che aortica, è sicuro altresì che le lesioni endocardiche e miocardiche non sono di natura reumatica e perchè l'infezione manca nell'anamnesi e per il tipo di lesioni che il miocardio presenta anche istologicamente. Altre infezioni non figurano oltre il vaiolo a 16 anni e la deposta polmonite dieci anni prima dell'esito, quando già da due anni erano cominciate le sofferenze cardiache. Lutenbacher ha descritto una sclerosi della polmonare endocarditica per diffusione di processo; ma è quasi sempre reumatica ed il processo è diffuso anche al sistema delle vene polmonari.

Per cotesta grande incertezza etiologica, che non è del caso presente, ma di quasi tutti i casi d'arterite diffusa tipo primitivo Monckeberg ha avanzato l'ipotesi di un'alterazione congenita delle pareti dell'arteria e tale da permettere l'abnorme distensione delle tonache arteriose in seguito o non a cause che danno ipertensione del piccolo circolo. Questa ipotesi che può aver valore per i casi giovanili riesce difficile ammetterla nella nostra paziente nella quale è verosimile che il processo sia iniziato dopo i 60 anni, mentre il decorso della sindrome calcolando la data della malattia dai primi sintomi della sindrome nei casi di sclerosi primitiva va da un massimo di 6 anni (Borelli) ad un minimo di 3 mesi (Mattirolo).

Poichè non resultano dalla letteratura casi nei quali è stata possibile porre in vita la diagnosi di sclerosi della polmonare, se concomitanti lesioni cardiache e pleuro-polmonari, il nostro caso è singolare ed istruttivo.

Singolare perchè clinicamente di molto si avvicina alla cosidetta sindrome di Ayerza; mentre per il tipo di lesione dell'arteria appartiene alle forme dette primitive; ed alle forme secondarie, per i presunti meccanismi patogenetici. Istruttivo in quanto dimostra che all'arteriosclerosi della polmonare, sia primitiva che secondaria, non si può ancora assegnare una definita patogenesi, nè possiamo questa desumerla attraverso i criteri etiologici: infine perchè permette di affermare ch una netta e proporzionata interdipendenza può esistere tra estensione ed intensità della lesione sclerotica dei rami terminali dell'arteria e sintomatologia clinica.

Conclusioni. In un caso di insufficienza con modica stenosi della mitrale, endocardite fibrosa, pericardite e pleurite cronica adesiva bilaterale basilare, bronchite cronica con peribronchite fu possibile porre in vita la diagnosi di sclerosi diffusa dell'arteria polmonare per i seguenti quattro sintomi principali:

A) Cianosi intensa (nera), persistente, diffusa e sproporzionata alla dispnea.

B) Ipertrofia notevole con dilatazione del ventricolo e dell'orecchietta di destra con insufficienza della tricuspide.

C) Ipercianosi accessionale dolorosa adispnoica.

D) Rumori sistolico-diastolici sul focolaio della polmonare per stenosi ed insufficienza relativa.

2° Anatomo-istologicamente resulta: sclerosi del sistema arterioso polmonare con obliterazione o forte restringimento dei rami terminali, ectasia dei rami medi e grandi con placche ateromatose. Integrità del sistema delle vene e relativamente del grande circolo arterioso.

3° Non conferma l'ipotesi recente sulla genesi sifilitica delle lesioni arteritiche e polmonari quando la sintomatologia riproduce la cosidetta malattia di Ayerza secondo la concezione di Arrillaga.

4° In quella vece in un'altro caso di arteriosclerosi dei rami grandi e medi dell'arteria polmonare in soggetto sicuramente luetico con aortite ed insufficienza aortica la sclerosi vasale fu reperto occasionale per assenza completa dei sintomi patognomonici descritti nel primo caso.

5° Le nostre osservazioni stabiliscono la proporzionata dipendenza tra diffusione del processo sclerotico obliterante ai rami terminali dell'arteria e sintomi clinici, tra i quali importante l'ipercianosi accessionale dolorosa segnalata da Posselt e confermata per la prima volta del reperto anatomico.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIA

ARRILLAGA. Sclerose de l'artère pulmonaire (cardiaques noirs). Soc. Med. Hôp., 7 marzo 1924, Revue de l'Association Médicale Argentine, n. 85, 1924. — AUBERTIN et MOUQUIN. Les poliglobulies. Nouveau Traitè de Medecine, fasc. IX, p. 217, Masson, Paris, 1927. — BORELLI. Giornale Accad. Medica di Torino, 1913. — BRAILLON. De l'endocardite tuberculeuse simple, Thèse de Paris, 1904-1995. — CHARTIER. Lesions d'origine tuberculeuse de l'appareil cardiovasculaire.Revue de la Tuberculose, p. 41, 1904. — FRUGONI. Arteriosclerosi polmonare. *Il Morgagni*, n. 36-38, 1912. — ESCUDERG. Les cardiaques noirs et la maladie de Ayerza. Arch. des Malad. du Coeur, n. 7, 1926. — ELIZADO et ARRILLAGA. Revista de la Association Medica Argentina, Tom. XXXII, p. 613, 4 nov. 1920. — FOÀ. Trattato di Anatomia Patologica, vol. III, p. 133. — GRAHM-STEEL. Medical Cronicle Mancester, vol. XI, p. 182. — GAMNA. Arteriosclerosi polmonare, Pathologica, vol. XIII, 1921. — GIROUX. Sclerose et athérome de l'artère pulmonaire, Thése de Paris, 1910. — HART. Berl. Klin. Woch., n. 2, 1916. — LUTEMBACHER. Arch. des Mal. du Coeur, 1917. — MARCHIAFAVA. Atti della V Riunione della Soc. italiana di Patologia, Palermo, aprile, 1909. — MATTIROLO. Sulla sclerosi primitiva dell'arteria polmonare. Arch. delle Sc. Mediche, n. 7, 1921. — MONCKEBERG. Deutsch. Mediz. Wochenschrift, n. 11, 1907. — NETOUSEK. Archives d. Malad. du Coeur, n. 12, 1925. — PILOTTI. Sull'arterosi primitiva diffusa del piccolo circolo. Rivista Ospedaliera, n. 20, 1923. — PIC et BONNAMOUR. Jorn. de Phys. et de Path., gen. 1906. — PIERY. Tuberculose du coeur et des vaisseaux. Arch. des Malad. du Coeur, n. 12, 1926. — POSSELT. Mün. Med. Woch., n. 31, 1909. — PONCET et LERICHE. La Tuberculose inflammatoire, Paris, Doin, 1912. — RATTONE. Giorn. Accad. med. di Torino e Arch. di Scienze Mediche, T. IX, n. 1, 1925-26. — SCIMONE. Insufficienza della polmonare in corso di stenosi mitralica. Cuore e Circolazione, 1927. — SCOTT MARTIN. La Prensa Médica Argentina, 1917. — VANZETTI. Ricerche sperimentali sulle alterazioni tubercolari dei vasi sanguigni, Arch. per le Sc. Mediche, 1910.

NOTE DI MALARIOLOGIA

DI ALCUNE FEBBRI MALARICHE CONTINUE

NOTA CLINICA

del prof. dott. MARIO BATTAGLIA (Napoli)
Col. Med. R. M. R. N.

Una delle infezioni che affliggono l'umanità e che specialmente da noi è più assiduamente osservata e studiata è l'infezione malarica e ciò avviene per diverse ragioni e cliniche e demologiche, da quando si accertò la sua etiologia con le preziose ricerche del Laveran prima e poi di quelle del Golgi, del Grassi e del Marchiafava; ricerche e trovati che determinarono utili e pratiche cognizioni.

Alcune febbri prodotte dall'infezione emosporidica tuttora stimolano l'acuta osservazione dei clinici e dei biologi e queste sono le febbri continue malariche senza reperto positivo per l'emosporidio, febbri che si osservano frequentemente nei climi tropicali e pretropicali e non tanto raramente da noi, come ho avuto ad osservare in qualche agro pugliese e siciliano. Queste febbri continue sono state da lunga pezza conosciute dai clinici anche prima dell'aiuto del reperto microscopico; essi davano molta importanza allo studio della curva termica e prima che il termometro fosse adoperato dai clinici, questi studiavano minutamente i sintomi del febbricitante e spesso con la china ottennero risultati meravigliosi, da qui forse la rutinaria cura chininica nelle febbri. E' per questa minuta osservazione clinica ed assiduo studio dell'ammalato che tuttora con soddisfazione si leggono alcuni capitoli su questi febbri continue in libri antichi di nostri grandi clinici e di qualche clinico di oltre Alpe.

Fatto è che l'importanza dello studio di tutti i sintomi clinici, oltre quello della curva termica, culmina in queste febbri continue, dove, per quanta cura si metta nella ricerca delle emosporidio malarico, nei preparati microscopici e a fresco e colorati, non si riesce ad avere un reperto positivo, anche usando il così detto metodo della goccia spessa, servendosi poi per sciogliere l'emoglobina o la semplice acqua distillata o questa acidulata leggermente con acido acetico ed acido fenico.

Questa difficoltà del reperto che sempre riesce negativo porta in queste febbri un'indecisione diagnostica e qualche volta anche una pericolosa confusione: giacchè queste febbri continue dei climi tropicali e pretropicali e di qualche zona del nostro Paese, come sopra ho ricordato, si manifestano acutamente e con sintomi non comuni nell'infezione malarica; mancando il brivido iniziale e constatandosi solamente un leggero ingrandimento dell'aia splenica, con lingua impaniata, gorgoglio ileo-cecale e certe volte con stato tifoso; nei primi giorni stitichezza e poi, specie in seguito a purganti, comparisce una molesta diarrea. Molti medici che praticano in tali zone malariche, specialmente in Sicilia ed in Puglia, per mettersi al sicuro, come essi dicono, somministrano in queste febbri continue che non hanno la sindrome dell'infezione malarica e con reperto microscopico negativo, il chinino per via orale o sottocutanea con molto profitto alcune volte, ma spesso solamente con l'ottenere una leggera remissione della febbre, che segue la sua curva continua se l'ammalato si aggrava ed il clinico perde, per così dire, la bussola e va a tentoni nel suo criterio diagnostico passando dalla diagnosi di colemia a quella di febbre criptogenetica (!?) o di febbre melitense; specialmente se trova nell'ambiente medico chi crede ancora specifica l'agglutinazione del bac. Brucei nella proporzione dell'1:100. Intendo parlare solamente delle febbri malariche continue a reperto negativo e non del tipo della febbre malarica continua per complicazioni di altre infezioni; ove si osservano e si constatano le doppie infezioni con gli aiuti sierologici, microscopici e culturali. Tale tipo di febbre malarica continua a reperto microscopico negativo l'ho osservato non rare volte non solo nei climi tropicali ma anche nel nostro Paese e devo confessare che nella loro sintomatologia anomala ho diagnosticato l'infezione malarica facendomi guidare dal criterio epidemiologico e per il reperto rilevante della leucopenia. Però ho insistito nella ricerca dell'emosporidio, che mai vi venne fatto di trovare; tale insistenza fu prodotta perchè nel ripetuto esame del sangue dei febbricitanti di tale tipo di infezione malarica erano frequenti, oltre la leucopenia, i corpuscoli del Poggi e non raramente si osservavano corpuscoli polimorfo-nucleati con qualche granulo di pigmento rossastro o nerastro. Però tale reperto l'ebbi solamente dopo il quinto giorno ed alcune volte anche dopo il decimo dall'inizio della febbre. Per tale osservazione in questi tipi di febbre decisi fare delle osservazioni microscopiche del sangue in serie, prelevando cioè dal lobo dell'orecchio dei febbricitanti una goccia di sangue ogni ora dalle otto del mattino alle otto del giorno seguente; così potei accertare che in queste febbri anomale e molto micidiali, perchè legano la mano del medico nella sua energica terapia chininica o perchè producono una pericolosa confusione diagnostica, il reperto del sangue è positivo nei preparati di sangue prelevato dalle ore ventiquattro in poi sino a quelli delle prime ore del mattino. In tali preparati si osservano sempre le forme ad anello con castone intraglobulari, apigmentate ed asegmentate e certe volte si osservano dei corpuscoli rossi con due o tre di questi emosporidi e le forme semilunari. Tali reperti prima non si era riusciti ottenere nei preparati di sangue prelevati durante il giorno, neanche dopo aver usato l'iniezione di adrenalina o di eteralbumina o di preparati arsenicali.

Da quanto ho riferito credo che tale osservazione abbia un valore pratico; perchè accerta indiscutibilmente l'infezione malarica e perchè, anche se il clinico ha un fortunato intuito diagnostico, fa più sicura e spesso più valida la sua opera, amministrando a grande dose il chinino o praticando, quando ne è il caso, l'iniezione chininica endovenosa. Consiglio quindi dopo questa ripetuta mia osservazione in ambienti tropicali, pretropicali e nostrani (ove esiste e non è rara la così detta febbre malarica continua senza reperto positivo dell'emosporidio), l'esame del sangue dell'ammalato prelevato nelle ore notturne o nelle prime ore del mattino, in tali ore, periodo cioè che va dalle ventiquattro alle ore cinque, per quanto la mia esperienza personale mi autorizza, posso affermare che si ritroverà l'emosporidio della malaria.

Digitized by Google

RILIEVI DI RINOIATRIA

I. I Tumori maligni del naso-faringe

Aboulker definisce col nome di tumori maligni del naso-faringe le neoformazioni che prendono origine in un punto qualunque della cavità naso-faringea e sono costituiti da un tessuto patologico a carattere invadente tipo epitelioma e sarcoma.

Clinicamente — secondo la sintomatologia che provocano — si possono classificare: una forma respiratoria, una forma ganglionare, forme nevralgiche o cefalalgiche ed otalgiche, una forma auricolare.

Vi sono poi tumori evolutivi che, partendo da sedi vicine invadono, sviluppandosi, la cavità naso-faringea; e sono i tumori tubarici e peritubarici e la forma classica di tumori del tetto del cavo-naso-faringeo che si iniziano nel recesso etmoido-sfenoidale e danno subito segni di ostruzione nasale, come vedremo.

La forma respiratoria, ha il più sovente una sintomatologia banale: s'inizia con una lieve difficoltà della respirazione nasale, che può essere all'inizio unilaterale. Il malato si sforza inutilmente di sbarazzarsi di un ingombro soffiando frequentemente il naso. Quando dorme respira con la bocca sicchè il soggetto ha una secchezza delle fauci dopo il sonno che è spesso molesta. Poco a poco, per la stasi del muco ha luogo una rinite cronica muco-purulenta e fetida; compaiono delle epistassi brevi e saltuarie, senza causa apparente, che qualche volta possono portare ad uno stato di anemia grave; ma in generale le condizioni del paziente si mantengono per lungo tempo buone.

La forma ganglionare è una manifestazione precoce di tumori maligni del naso-faringe che si presta a molti errori diagnostici. Insidiosamente può comparire una tumefazione della faccia laterale del collo lungo il fascio nerveo-vascolare e lungo la catena dei gangli carotidei o retro e sotto-angolo-mascellari o alla base del collo nella fossa sopra-clavicolare. Questa tumefazione è all'inizio unilaterale; va aumentando poco a poco e solo quando ha raggiunto un certo volume l'ammalato si porta all'osservazione. Potendo escludere affezioni primitive dei gangli (tubercolosi, adeniti acute profonde ecc.) e tumori maligni in altre sedi, si penserà al cavo naso-faringeo. L'evoluzione di questi tumori è straordinariamente maligna.

La forma nevralgica è caratterizzata da intensa e continua cefalea frontale che può durare ininterrotta per mesi; può avere diverse irradiazioni: occipitale oculare, otalgica. Queste algie dimostrano che il processo neoplastico ha invaso i filuzzi nervosi; sembrano particolarmente frequenti quando il tumore risiede sulla volta del cavo o sul recesso etmoido-sfenoidale. Sempre presenti anche in questa forma i segni di ostruzione nasale, che devono far attento l'osservatore in tutti i casi.

La forma auricolare è poi molto caratteristica. Il primo segno di essa è una sordità senza causa apparente, del tipo della sordità dell'orecchio medio, con autofonia: l'ammalato sente risonare esageratamente la propria voce; la masticazione è subbiettivamente rumorosa.

In alcuni casi si può avere un'otite media acuta con tutta la sua sintomatologia.

Possono comparire in questa forma sintomi nervosi: paralisi dei nervi motori dell'occhio, nevralgie del trigemino, che testimoniano dell'espansione del tumore.

Ma quello che è caratteristico e precede le paralisi è un dolore unilaterale, profondo, sordo ma tenace, allo stesso lato della ipocusia. Questo segno ha una grande importanza e se accompagnato agli altri suddetti, tenuto conto dell'età, deve far pensare alla possibilità di un tumore del rino-faringe.

Le forme evolutive comprendono i tumori tubarici e peritubarici Essi devono essere considerati come dei tumori della base del cranio a sviluppo sotto e intracranico.

Essi si impiantano sulla faccia laterale del cavo nasofaringeo, alla origine della tromba e alla base del cranio. Danno luogo a due grandi ordini di sintomi: auricolari e nervosi. I primi sono quelli già descritti Maggior attenzione, invece, meritano i sintomi nervosi, i quali sono precocemente favoriti per gli stretti rapporti esistenti fra la tromba cartilaginosa e la base del cranio e più propriamente il foro ovale e il piccolo rotondo in avanti, il forame lacero-anteriore in alto e, attraverso la parete ossea, da una parte il ganglio di Gasser nella fossetta osteofibrosa e dall'altra il seno cavernoso, e più internamente il nervo ottico.

Un tumore che risieda in questo spazio provocherà dei disturbi in tutte le prime sei paia di nervi cranici. A carico degli ultimi cinque, di tali nervi si avranno sintomi sensitivi, motori e sensoriali: cefalea temporale, profonda continua, esacerbazioni nevralgiche nella metà corrispondente della faccia; punti dolorosi nel territorio del trigemino, ipoestesia; inoltre oftalmoplegia unilaterale e totale o quasi, amaurosi unilaterale; diplopia per paralisi del retto esterno (sindrome di Gradenigo d'origine cancerigna, Piazza Missorici); infine una sindrome petro-sfenoidale completa. Molto tardivamente, quando cioè il tumore si estende nell'interno del cavo si hanno i sintomi di ostruzione nasale, mentre le epistassi sono rarissime.

La forma classica, infine, è data dai tumori che s'iniziano sulla volta del cavo naso-faringeo e fin dallo inizio danno segni di ostruzione nasale, uni o bilaterale. Il tumore tende ad esplicarsi nelle fosse nasali e può dar luogo a prolungamenti cranici, faringei che invadono questi diversi territori provocando in ciascuno di essi i sintomi proprii. Le metastasi ganglionari possono accrescere la sintomatologia che viene ad essere completata dai sintomi nervosi a carico dei quattro nervi simpatici: *glosso-faringeo* (paralisi del costrittore superiore del faringe; disturbi del gusto nell'emiterzo posteriore della lingua); *pneumogastrico* (anestesia palato-faringo-laringea, tosse, disturbi della salivazione); *spinale, branca interna* (emiparalisi velopalatina e laringea, tachicardi), *branca esterna* (paralisi e atrofia dello sterno-cleido-mastoideo e del trapezio); *grande ipoglosso* (emiplegia ed emiatrofia linguale con deviazione della punta dal lato leso); *simpatico* (miosi ed enoftalmo).

BIBL. NOUMIER-KUHN. *Gazette des Hôpitaux*, n. 27, 1927.

II. I gruppi sanguigni nell'adenoidismo e nell'ozena

Dallo studio di numerosi alberi genealogici Gradenigo ed altri autori hanno potuto dimostrare negli adenoidei un carattere costituzionale, che si trasmette secondo le regole della recessività ereditaria, a somiglianza e spesso anche in associazione della eredità familiare (otosclerosi).

Anche per gli ozenatosi (non potendosi tutto spiegare con la tanto discussa teoria contagionistica) si ammette oggi la esistenza di una speciale labilità ereditaria della mucosa nasale, per la quale l'individuo presenta la predisposizione a contrarre l'ozena. Ed anche questa predisposizione si comporterebbe, secondo Gradenigo, come un carattere mendeliano recessivo.

Premesso ciò il D'ONOFRIO in due interessanti pubblicazioni studia sia nelle famiglie degli adenoidei, che nelle famiglie degli ozenatosi il gruppo sanguigno (espresso questo dalla correlazione delle proprietà agglutinante ed emolitica del sangue).

Anche i 4 gruppi sanguigni oggi ammessi costituirebbero un carattere ereditario, che si trasmette secondo le leggi mendeliane dell'incrocio di ibrido. Il carattere differenziale fra individui di gruppi sanguigni diversi non sarebbe dato da una sola proprietà del sangue (agglutinante ed emolitica), ma dalla correlazione fra di esse, cioè dal prodotto che dalle medesime deriva.

D'Onofrio ha così studiato il gruppo sanguigno in 20 famiglie (genitori e figli) nelle quali erano uno o più soggetti adenoidei, ed in 15 famiglie di ozenatosi (pure genitori e figli). Dal primo studio ha tratto la seguente conclusione:

« Nella grande maggioranza dei casi non vi è alcun rapporto fra il carattere ereditario gruppo sanguigno e l'altro anche supposto ereditario, adenoidismo. Solo in pochi casi, se uno dei genitori ha stigmate adenoidee, e solo alcuni figli sono adenoidei, l'uno e gli altri appartengono allo stesso gruppo sanguigno, mentre tutti i membri della famiglia sani appartengono ad un altro gruppo sanguigno ».

Nelle 15 famiglie di ozenatosi (nelle quali uno o più componenti presentavano l'ozena in atto, o i postumi caratteristici della malattia) la ricerca del gruppo sanguigno ha fatto rilevare chiara correlazione fra i due caratteri in cinque di esse, ed in una soltanto il risultato parlerebbe contro tale correlazione.

L'autore però giustamente osserva che i risultati di questi suoi studi statistici, date le insuperabili difficoltà incontrate per studiare sistematicamente su di un maggior numero di casi, devono avere solo un valore relativo; perchè essi sono poggiati su di un numero troppo esiguo di osservazioni, e quindi non possono autorizzare conclusioni definitive, specie in questioni di biologia così complesse ed interessanti.

Nè si può non tener conto che altri fattori (anatomico, infettivo, endocrino etc.) oltre quello prettamente ereditario mendeliano, possono concorrere, ed in varia guisa, determinare la manifestazione sia dell'ozena che delle vegetazioni adenoidi negli individui predisposti.

BIBL. — F. D'ONOFRIO. *Rapporto fra carattere ereditario gruppo sanguigno, ed adenoidismo.* — IDEM. *Il carattere ereditario, gruppo sanguigno nelle famiglie degli ozenatosi.* Arch. It. Otologia etc., 1926.

Prof. ANGELO DELLA CIOPPA

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Echinococcosi epatica in rapporto alla colelitiasi.— P. NIGRISOLI, R. Clinica Chirurgica di Torino. *Minerva Medica*, a. 6, n. 34.

Nella echinococcosi epatica si verificano spesso delle condizioni per cui si produce una straordinaria somiglianza sintomatica con la colelitiasi. La diagnosi differenziale riesce in questi casi assai difficile onde si impone l'ausilio dei più svariati e moderni metodi di indagine.

Queste condizioni ingannatrici sono: il reperto radiologico, l'ittero e la colica epatica.

Il reperto radiologico, infatti, rivelando nella echinococcosi ombre nette e precise, può simulare una caratteristica calcolosi. Per fortuna l'eventualità di ombre radiografiche tali per sede, forma e carattere da far accettare la diagnosi erronea di calcolosi epatica, non è frequente.

Più importante è l'ittero, che può dipendere da causa meccanica estrinseca, cioè per compressione dei grossi dotti biliari all'ilo epatico (sono i casi in cui la cisti idatidea si sviluppa nella faccia inferiore del fegato, presso l'ilo, in vicinanza quindi delle grosse vie biliari); da infezione della cisti, e in questo caso è di natura colangitica e decorre con caratteri tali da simulare l'empiema della colecisti; da rottura e comunicazione della cisti colle vie biliari. Questa è una forma mista di ittero, dapprima meccanico (ma intrinseco), da riassorbimento per la stasi biliare determinata dalla più o meno completa occlusione delle vie intraepatiche che le vescicole idatidee hanno provocato e che non differisce per nulla da quello meccanico (ma estrinseco) per compressione dell'ilo del fegato; in seguito per l'avvenuta comunicazione della cisti idatidea con le vie biliari non tarda a sopraggiungere l'infezione secondaria e a stabilirsi l'ittero da colangite.

L'altra condizione che talora è comune all'echinococcosi epatica e alla colelitiasi è la colica epatica. Essa può essere determinata dal versarsi delle idatidi o dei loro brandelli nella corrente biliare, oppure da spasmo delle vie biliari per irritazione intermittente causata o da peritonite sottoepatica, o da irritazione della cisti o da compressioni intra- ed extraepatiche delle vie biliari o da fatti infiammatori da assorbimento della tossina idatidea.

Gli esami ematologici e la intradermoreazione di Casoni, possono essere di valido aiuto, benchè la eosinofilia non sia esclusiva dell'idatidosi e la intradermoreazione non sempre molto spiccata.

L'A. quindi non crede che la diagnosi differenziale fra le due affezioni sia sempre possibile, ma ritiene che ciò non debba aver conseguenze dal punto di vista terapeutico, poichè tanto nell'uno quanto nell'altro caso l'intervento si impone. E si potrà quindi *de visu* rendersi conto delle esatte condizioni del fegato e delle vie biliari.

Il fenomeno di Rumpel-Leede (segno del laccio) nell' arteriosclerosi e nell' ipertensione. — P. COCCHERI, R. Ist. di Patol. med. di Siena. *Minerva Medica*, a. VI, n. 34.

Il metodo di Stephan consiste nell'applicare sul braccio un tubo elastico di 5 cm. di altezza, in comunicazione con un apparecchio d'insufflazione e con un manometro atto a misurare la pressione del sangue. La pressione a cui si deve portare il laccio non è fissa, ma deve essere adattata alla pressione del sangue che si misura ogni volta (normalmente deve essere di non più 70-80 mm. di Hg). A tensione arteriosa normale la pressione da darsi al laccio deve essere di 70 mm. di Hg. e deve agire per 5 minuti, nei 5 minuti successivi si deve osservare il fenomeno. Questo si deve considerare negativo quando la pelle dell'avambraccio non cambia il suo aspetto, e positivo in minore o maggior grado a seconda del numero e della distribuzione delle emorragie puntiformi, che con maggiore facilità compaiono subito al disotto della piega del gomito e poi via via nelle parti sempre più distali della superficie flessoria dell'avambraccio, fino ad invadere, nel grado più intenso, la cute delle parti estensorie dell'avambraccio e quella della mano e delle dita.

Weisman ha sostituito con vantaggio al laccio di Stephan il largo manicotto elastico di Recklinghausen.

L'A. ha sperimentato questo metodo su 60 ammalati di arteriosclerosi.

Su 32 arteriosclerotici ipertesi il segno fu nettamente positivo in 18, incerto in 6, negativo in 8.

Su 28 arteriosclerotici con pressione massima inferiore ai 170 mm. di Hg. soltanto in 2 il segno fu nettamente positivo, incerto in 2, negativo in 24.

L'A. quindi ritiene che il sintoma endoteliale nelle forme arteriosclerotiche è dovuto essenzialmente non al fattore anatomo-patologico (lesioni arteriosclerotiche dei capillari), ma direttamente o indirettamente al fattore fisiopatologico (ipertensione arteriosa), nonchè ad alterazioni funzionali della parete capillare, probabilmente dovute a turbe del sistema neuro-vegetativo e specialmente del simpatico, e ciò in accordo coi recenti concetti patogenetici dell'ipertensione cosidetta essenziale, secondo i quali essa avrebbe per base alterazioni centrali del sistema neuro-vegetativo.

Il solfato di magnesio per via endovenosa e intramuscolare nella cura dell' eclampsia. — J. WODON. *Bruxelles-Médical*, a. 7, n. 7.

Il solfato di magnesio così somministrato arresta quasi sempre, fin proprietà di ridurre notevolmente le dosi necessarie di ipnotici (cloralio, morfina, ecc.) nel calmare gli accessi di eclampsia.

Questo sale può essere somministrato da solo, stante la sua energica azione sedativa.

Per le iniezioni intramuscolari l'A. utilizza una soluzione al 10-50 % di solfato di Mg. Egli inietta in una volta una quantità di soluzione equivalente a gr. 3,50-4 di solfato, e nei casi gravi procede ad ulteriori iniezioni, alla distanza di un'ora l'una dall'altra.

Il solfato di magnesio così somministrato arresta quasi sempre, fin dalla prima iniezione, le convulsioni; produce un'atonia intensa dei muscoli volontari, la quale però non interessa la muscolatura uterina, onde il parto non rimane difficoltato. Il solfato di magnesio ha inoltre una netta azione diuretica, onde riesce utile anche a combattere gli edemi.

L'azione di questo sale introdotto nella circolazione sanguigna è dovuta verosimilmente ad un meccanismo ionico. E' noto infatti che l'ione Mg sposta l'ione Ca e conseguentemente l'aumento della concentrazione del primo nel sangue (provocato dall'iniezione di grande quantità del sale magnesiaco) equivale alla messa in circolazione di ioni Ca liberi.

L'iniezione di solfato di magnesio sarebbe quindi un ingegnoso mezzo indiretto per combattere l'ipocalcemia, causa probabile della spasmofilia.

La trasfusione del sangue nell'anemia perniciosa. — JONES. *Journal of the Amer. Med. Association*, 1926, 29, V.

Nei casi gravi di anemia perniciosa la trasfusione del sangue può salvare addirittura la vita del paziente; nei casi meno gravi produce un miglioramento nei sintomi e la remissione della malattia.

La quantità di sangue da adoperare, nello stadio emolitico della malattia, è all'inizio di 50 cmc., solo negli stadii minacciosi sono indicati 100 cmc; si può successivamente salire fino a 450 cmc., però è raccomandabile di interporre tra una trasfusione e l'altra un intervallo di quattro giorni.

La diagnosi precoce delle leptospirosi (mordo di Weil, febbre gialla, etc.). — W. SCHNUFFER e G. SIEBURGH. Amsterdam. *Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indie*, 1926, pag. 801.

Le leptospire sono dimostrabili nel sangue solo con difficoltà, sebbene siano certamente presenti anche in piccole quantità di sangue, poichè la malattia è trasmissibile con 1-2 cmc di sangue.

La dimostrazione riesce facilmente nel sangue di cavie infettate, mentre nell'uomo non è stata ancora possibile.

Dopo lenta centrifugazione (500 giri a minuto, per 5-6 minuti), le leptospire sono dimostrabili nel centrifugato, in campo oscuro.

Non si è riuscito finora di determinare la presenza di spirilli nel sangue dei sifilitici, con lo stesso metodo.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Sarcomi da traumatismi cronici. — B. MARTIN, Berlino. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 18

Piccoli traumatismi sempre ripetuti non lasciano mai in riposo il tessuto se essi si succedono prima che la reazione del trauma precedente si sia estinta; così si formano sempre di nuovo cellule immature.

Come esito di queste stimolazioni ripetute, ove vi sia la disposizione alla formazione di tumori, si ha che le cellule giovani ed immature prendono il tipo cellulare proprio del sarcoma, e lo mantengono. Una dimostrazione sperimentale di questo fatto è stata ottenuta da Beck sugli animali.

Per riconoscere il diritto al risarcimento per un tumore che si pretende sviluppato per traumatismi ripetuti, non è sufficiente, pertanto, la dimostrazione che degli agenti lesivi appropriati hanno agito sulla lesione con frequenza notevole, ma occorre altresì fare emergere che

Digitized by Google

tra un traumatismo e l'altro l'intervallo di tempo era così piccolo che la reazione del tessuto per lo stimolo precedente non si era ancora esaurita.

L'acetonuria postoperativa. — N. Levy, Sezione Chirurgica dell'ospedale R. Wirchow di Berlino. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1927, n. 22.

La comparsa dell'acetonuria postoperatoria è dipendente, per gran parte dal sesso (nelle donne è estremamente più frequente che negli uomini), e dalle condizioni psichiche del paziente; molto meno dal genere di malattia, dal genere dell'operazione e dal narcotico impiegato.

La vera causa dell'acetonuria, è data, secondo l'Autore, dalla preoccupazione e dallo shock che si riceve dall'operazione, sicchè sarebbe più esatto parlare di acetonuria da angoscia, o da shock, che di acetonuria postoperativa.

Anestesia per via intratracheale. — Stanley Rowbotham, Londra. *Lancet*, 1926, n. 12, vol. 2.

L'A. che è uno specialista per le narcosi, adopera questo metodo per tutte le operazioni alla testa, al naso, alla bocca o al collo; invece del semplice catetere per lo più guidato attraverso la glottide per una lunghezza che nell'adulto raggiunge i 25 cm. gli adopera due tubi, dei quali uno è un catetere, attraverso il quale viene spinto l'anestetico (per lo più gas esilarante ed ossigeno), ed un secondo tubo che convoglia fuori l'aria espirata, la quale altrimenti si insinuerebbe tra il primo tubo e la parete tracheale in modo da formare bolle nella bocca o nelle vie aeree, che disturberebbero l'operatore nel suo lavoro.

Questo metodo di intubazione doppia è anche molto raccomandabile negli interveoti iatratoracici (operando attraverso la bocca o le narici).

PATOLOGIA GENERALE

Sistema reticolo-endoteliale ed immunità.— C. W. Sungeblut e S. A. Berlot, Albany. *Journal of experimental Medicine*, 1926, 44, 1.

Il blocco del sistema reticolo-endoteliale nelle cavie, mediante forti dosi di inchiostro di China indebolisce la sensibilità di una parte degli animali da esperimento, per il siero di cavallo; anche lo shock anafilattico non si produce,o decorre in modo più mite.

Anche il titolo delle precipitine è negli animali fortemente bloccati alquanto inferiore che negli animali sensibilizzati e non bloccati; invece i conigli debolmente bloccati possono manifestare un elevato titolo nel contenuto in precipitine del siero.

In generale non è dimostrabile un rapporto effettivo tra contenuto in precipitine del siero, e contenuto in anticorpi anafilattici.

Il siero di animali sensibilizzati e bloccati sopporta passivamente l'anafilassi; l'anafilassi passiva non viene influenzata dal blocco endoteliale.

PEDIATRIA

Artrite deformante primitiva infantile. — M. Gerbasi, R. Clinica Pediatrica di Palermo. *La Pediatria*, 15 giugno 1927.

L'A. descrive due casi di artrite primitiva a carattere deformante, i quali per la mancanza di infezione tubercolare o luetica, per l'avere progressivamente colpito parecchie articolazioni subdolamente e per la mancanza di fenomeni infiammatori appariscenti a carico delle parti molli nelle articolazioni lese, rientrano nel quadro delle poliartriti croniche primitive.

Il roentgengramma del ginocchio nel primo caso rivelava un ingrandimento della epifisi distale del femore e della tibia con zone di rarefazione e di ispessimento nella sostanza spugnosa, irregolarità dei contorni delle ossa e frastagliatamento della linea epifisaria.

Nel secondo caso si notava un ispessimento notevole della epifisi distale del femore, prevalentemente a carico della sostanza compatta. La sostanza spugnosa della stessa epifisi presentava zone di ispessimento e rarefazione con trabecolazione. Gli altri caratteri erano identici a quelli del caso precedente.

Analogamente a quanto molti Autori ammettono, l'A. ritiene che le alterazioni primitive si abbiano a carico delle parti molli e probabilmente della sinoviale, mentre vengono successivamente colpite le parti scheletriche.

L'A. non avanza nessuna ipotesi circa l'etiologia e la patogenesi della malattia. Solo, nei riguardi della etiologia, è da tenere presente l'esito negativo degli innesti del sangue nei terreni di cultura e nella inoculazione alla cavia dell'essudato articolare.

Inutili si sono dimostrati nei due piccoli infermi i tentativi di opoterapia ipofisaria, di proteinoterapia e le cure iodiche.

910 =

Sulla presenza di bacilli tubercolari nel faringe di lattanti con cutireazione positiva. — M. Miraglia, R. Clinica Pediatrica di Napoli. *La Pediatria*, 15 giugno 1927, n. 12.

Per determinare se siano presenti o non bacilli tubercolari in faringe di lattanti con cutireazione positiva, l'A. ha proceduto in numerosi casi al prelevamento del muco faringeo con bastoncini di vetro rivestiti ad una estremità con cotone sterilizzati all'autoclave.

Il muco prelevato veniva stemperato in 2-3 cmc. di soluzione fisiologica sterile ed inoculato sotto cute ad una cavia alla radice della coscia. Ogni animale veniva seguito per 45-60 giorni, indi sacrificato ed esaminato all'autopsia. In tutti i casi le cavie così inoculate non hanno dimostrato alcun dato patologico durante il periodo di osservazione (non deperimento, non formazione di ascesso nel punto d'inoculazione, non risentimento delle ghiandole prossimiori che pure, com'è noto, appaiono tumefatte già dopo 12-15 giorni dall'avvenuta inoculazione).

All'autopsia non fu poi mai possibile trovare tubercoli, malgrado accurate ricerche, nei vari organi.

In base alla uniformità dei risultati delle sue ricerche, l'A. afferma che il bacillo di Koch non è presente nel muco faringeo dei lattanti con cutireazione positiva.

VENEREOLOGIA

Il siero antigonococcico per via venosa nel reumatismo blenorragico e nella gonococcemia. — Ravaut e Ducurtioux. *Presse Médicale*, n. 1, 1927.

Dopo le diverse vie di somministrazione del siero antigonococcico nella setticemia gonococcica e specialmente nel reumatismo da stessa causa, in cui Paraf aveva recentemente consigliato l'iniezione intraarticolare, è ora la volta della somministrazione per via venosa.

La tecnica secondo gli AA. dev'essere la seguente. Dopo un esame accurato dei pazienti e una scelta di essi, eliminando quelli che o per iniezioni di siero già praticate o per tare organiche speciali potrebbero presentare delle reazioni pericolose si somministra il siero antigonococcico diluito in siero fisiologico al 9 per mille, nella proporzione del 15-20 per cento. Questo siero così diluito s'inietterà lentissimamente, facendo durare l'iniezione per una buona mezz'ora, allo scopo di evitare, o rendere insensibile lo choc. Alla diluizione suddetta si aggiunge prima d'iniettare una eguale quantità (15-20 cmc.) di una soluzione d'iposolfito di sodio al 20 %. E se si teme la reazione si può ancora aggiungere da un quarto a mezzo cmc. di una soluzione di adrenalina al millesimo.

Allo scopo di saggiare la suscettibilità dell'ammalato, nelle ore che precedono l'iniezione si somministrano lentamente, anche per via venosa, delle dosi minime e progressive dello stesso siero diluito che si dovrà poi usare in maggior quantità; per es. uno o due cmc.

La suscettibilità alle dosi è molto capricciosa, tanto che uno stesso ammalato che un giorno ha tollerato 15-20 cmc. e più in una sola iniezione, il giorno dopo non ne tollera più di 5 cmc.

Quindi l'intensità della reazioni non è in rapporto alla quantità di siero iniettata. Gli AA. in relazione a questi fatti procedono nel seguente modo. Preparano una diluizione di 50 cmc. di siero (quindi hanno dovuto diluirli in 250 cmc. di siero fisiologico al 9 ‰ + 50 cmc. di una soluzione di iposolfito di sodio al 20 %) di cui cominciano ad iniettare lentissimamente una certa quantità, fino a quando non compaiono sintomi di intolleranza. Se nulla accade si possono iniettare fin dal primo giorno 50 cmc. di siero diluito.

Il giorno dopo si procederà nel seguente modo; in ogni caso sospendere non appena i segni di reazione compaiono. All'inizio della cura si farà una iniezione in giorni alterni; generalmente bastano da tre a sei iniezioni. Fin dalle prime il malato comincia ad avere la sensazione del miglioramento dopo una fugace, iniziale riacutizzazione che segue poche ore dopo la prima iniezione. Dopo due o tre iniezioni si possono mobilizzare le articolazioni, eseguire massaggi ecc. Se vi è tendenza a miglioramento troppo lento si possono riprendere le iniezioni.

Gli accidenti della sieroterapia in parola sono numerosi ma non gravi. Quelli immediati seguono un'ora dopo l'iniezione e consistono in congestione del viso, su cui l'adrenalina esplica sicura azione; urticaria generalizzata che può sopraggiungere nel corso della iniezione o dopo poco, ed è frequente, e cede subito alla iniezione endovenosa di una soluzione di iposolfito al 20 %, di cui s'iniettano 15-20 cmc. Poi si può avere brivido, certe volte fortissimo, che dura poco ed anche frequente.

I fenomeni più gravi possono essere: subitaneo pallore, polso piccolo e frequente sensazione di estrema debolezza; questi sono più rari. Si somministrerà subito caffeina, olio canforato eccitanti in genere.

Gli incidenti tardivi più frequenti sono l'eritema serico e le artralgie.

Quanto ai risultati gli AA. nelle artriti recenti hanno constatato una

Digitized by Google

sedazione quasi completa e immediata del dolore, spesso nella sera stessa della iniezione. Questa cessazione del dolore permetterà di eseguire subito il massaggio e la mobilizzazione della articolazione. Il riassorbimento degli essudati articolari è più lento ma diviene senz'altro continuo e progressivo dopo le prime iniezioni, fino a che dopo 15-20 giorni le condizioni del malato si possono dire ristabilite, residuando qualche torpore articolare e una traccia di anchilosi che cedono poco a poco al massaggio ed alla mobilizzazine attiva.

Nelle artriti antiche non si possono nutrire grandi speranze, ma ove le condizioni generali dell'infermo lo permettono giova tentare la cura, che sarà adiuvata dai massaggi e dalla graduale mobilizzazione. Gli AA. hanno così ottenuto di far muovere e camminare regolarmente un infermo che era da un anno immobilizzato a letto per anchilosi.

Nella setticemia gonococcica o gonococcemia l'azione del metodo usato dagli AA. si esplica nettamente sullo stato generale, quindi influenza la febbre, l'anemia e tutte le manifestazioni generali dello stato infettivo. L'azione della sieroterapia venosa in questi casi è costante e la febbre specialmente, cede fin dalla prima iniezione. Anche l'anemia scompare rapidamente e l'ammalato migliora con forti sudori e abbondante urinazione, cui subentra la convalescenza.

Quanto al meccanismo di azione gli AA. ritengono che sia specifico, avendo iniettato ad un infermo nelle stesse condizioni del siero difterico invece di quello gonococcico, senza ottenere alcun risultato. Non è però escluso che accanto all'azione specifica del siero debba coesistere l'azione proteinica aspecifica.

La efficacia del trattamento, più che alla preparazione del siero stesso, è dovuta, dunque, alla via di somministrazione, la quale — tenuto in debito conto le reazioni umorali e la tecnica scrupolosa — va tentata in questa malattia così ribelle, rappresentando un sensibile progresso, se ulteriori attuazioni pratiche, confermeranno i successi degli autori francesi.

TERAPIA FISICA

Radioterapia delle affezioni del simpatico. — J. Elgart. *L'Encéphale*, n. 5, 1927.

Poichè la simpatectomia può esporre, sebbene raramente, a dei pericoli (perforazione secondaria dell'arteria sclerosata, usura del vaso sclerosato per suppurazione della ferita, ecc.), l'A. preferisce, nelle affezioni del simpatico, usare l'irradiazione Roentgen di esso. In 7 casi così curati, gli effetti sono stati veramente sorprendenti. Le lesioni erano rappresentate da: mal perforante plantare, ulcera callosa della pianta del piede e causalgia, tabe dorsale con mal perforante, ulcera impiantatasi su una cicatrice di una frattura multipla della mano, ulcera da congelamento dell'alluce, morbo di Raynaud. In tutti questi casi, la dose terapeutica è stata di 1/5 della dose-eritema, irradiata sulle cosce (simpatico femorale), per lo più essendo necessarie solo due sedute di applicazioni. Le ulterazioni sono guarite più o meno presto, mentre si erano dimostrate ribelli ai precedenti trattamenti; così anche scomparvero gli altri sintomi concomitanti (dolori, ecc.).

A spiegare l'ottimo effetto della radioterapia, specialmente nelle lesioni chirurgiche da alterazioni del simpatico, l'A. pensa che esse dipendano dalla propagazione dell'infiammazione alle vie linfatiche, che accompagnano i vasi e il simpatico periarteriale, a partire dalla lesione ulcerosa; questa infiammazione determinerebbe o un'irritazione tossica del simpatico o una modificazione flogistica del tessuto periarteriale, donde una retrazione cicatriziale di esso e quindi il blocco del simpatico periarteriale. I raggi X, pertanto sopprimendo la costrizione del simpatico o la irritazione di esso da parte delle tossine, produrrebbero i benefici clinici osservati.

Trattamento röntgen delle flogosi acute. — Seemann. *Medizinische Klinik*, 14, 1927.

Sebbene già da alcuni anni si possegga qualche tentativo di cura degli ascessi delle ghiandole sudoripare del cavo ascellare — soltanto in questi ultimi tempi questo indirizzo si va diffondendo. Si sa che l'irradiazione a piccole dosi, dopo una fase di rapido incremento dell'infiammazione, mostra un regresso che tende alla riduzione, per colliquazione dei tessuti e suppurazione. Basta allora pungere od aspirare il pus per vedere cessare lo stato flogistico. La ferita guarisce con sorprendente rapidità, già prima essendo scomparse le manifestazioni dolorose.

Si convengono particolarmente a questa terapia i foruncoli del naso, le infiltrazioni adeniche e linfatiche, i flemmoni con induzione progressiva p. es. al pavimento boccale, infiltrati post-puerperali della piccola pelvi, aborti, infiltrati periproctitici, tonsilliti. L'indicazione è costituita sopratutto da infiltrati chiusi; tuttavia anche ascessi possono giovarsene purchè precocemente vuotati. Se si tiene conto del comportamento di questa indicazione, si trova qualche affinità con quel che si ha dalla terapia stimolatrice. Senonchè bisogna meglio proporzionare il dosaggio. Che con maggiori dosi di luce röntgen si possa convertire in acuta una latente infezione cronica, era già provato nella clinica di Garrè e di Payr, nelle fratture di proiettili apparentemente guarite in modo asettico, e prima di decidersi ad operazioni sintetiche. Fu provato che il 30 % fosse la dose di tolleranza, mentre nella più parte dei casi dovrebbe bastare non oltre il 20 %.

Non si può attualmente più negare la compartecipazione di cotesti raggi ai processi immunizzanti, o solo chimicamente disintossicanti. Poichè non si può invocare una diretta azione battericida, bisogna invocare invece l'incremento della fase neutrofila di lotta nel sangue. Nelle 24-48 ore dall'irradiazione, il sangue mostra infatti l'aumento di linfociti con accumulo di grosse forme, diminuzione delle neutrofile, ricomparsa delle eosinofili quindi progressiva ridiscesa al normale dei linfociti polinucleari. Si ammette anche che le radio-sensibili cellule bianche disolute mettano in libertà sostanze capaci di accelerare il processo di guarigione. Del resto anche ad occhio nudo è possibile seguire le fasi di scoloramento della zona flogosata.

La tecnica particolarmente studiata da Heidenhain ha portato a ritenere che la dose utile resti tra 50-100 unità röntgen, al massimo 200 R. Tradotto in HED si può dire 5-20 % fino al massimo 33 1/3 %.

Tecnica semplice la quale non richiede particolari apparecchi, nè eccessivo allenamento.

Valore delle iniezioni di destrosio, durante il trattamento radioterapico di affezioni maligne. — Pfahler e Wielman *Medical Journal and Record*, maggio 1927.

La comunicazione fatta da questi AA. alla «American Medical Association» concerne centoundici casi, sui quali vennero praticate 1044 iniezioni intravenose di soluzione glucosio al 33 %.

Si trattava di studiare se, e in qual modo l'uso di questo prodotto valesse a sensibilizzare l'organismo ai raggi, e se mai attenuare gli eccessivi effetti. Le esperienze porterebbero a ritenere:

1. Che le iniezioni intravenose di soluzione ipertonica di destrosio, combinate con la terapia radiante, rendono il cancro più suscettibile di risentirne gli effetti.

2. La produzione scientifica offre molte affermazioni entusiastiche sul valore generale del destrosio in una grande varietà di malattie infettive e della nutrizione.

3. Le osservazioni di 111 casi con un totale di 1044 iniezioni, furono comparate agli effetti di un materiale radioterapico raccolto in 28 anni.

4. Non è punto evidente da codesti studii, che codesto trattamento combinato giovi al risultato finale, od in qualche modo renda il tessuto cancerigno molto più sensibile alla irradiazione.

5. Non si può attribuire al destrosio la proprietà di prevenire le cosidette reazioni costituzionali o la morbilità ai raggi. Se mai attenuarne l'intensità di azione. Quindi gli è come un conforto al paziente.

6. Preteso sarebbe affermare categoricamente la sopravvivenza. Ma allo stato attuale si può affermare che esso rappresentò soltanto un impegno nel determinare l'insuccesso od il successo nel trattamento.

La Roentgenterapia nelle forme infiammatorie degli organi di movimento. — F. Kraus. *Verein Deutscher Aerzte in Prag.* 1926, 22 X.

L'A. ha ottenuto buoni risultati nelle neuralgie, nevriti e paralisi, nonchè nella poliomielite anteriore acuta. Egli consiglia inoltre di usare la röntgenterapia nell'artrite reumatica acuta, in sei casi della quale egli ha riscontrato notevole giovamento.

Anche le lesioni sportive degli organi di movimento dovrebbero venir trattate in questo modo.

Tecnica della elettrocoagulazione (diatermica) delle tonsille. — Dillinger in Pittsburgh. *Medical Journal and Record*, maggio 1927.

Si scrive e discute da tempo intorno ai rischi della tonsillectomia, specialmente alludendo alle emorragie ed alle complicazioni, p. es. di ascesso polmonare. Mentre alcuni osservatori ne fanno una discussione più generica, cioè fisiopatologica, altri valorizzano di più i metodi operatori e la forma di anestesia ora locale ora generale.

Sarebbe fuor di luogo insistere sulle solite percentuali, perchè anche non mancano di risultati contradittori. Certo è che fin dal 1913 dal Portmann di Bordeaux vennero vantati eccellenti risultati dall'uso della diatermia. Seguendo codesta traccia l'A. si è convinto che questo indirizzo sia il più commendevole, oltre che per le affezioni tonsillari, anche per le tubercolosi ulcerose croniche del laringe, stenosi laringee, tumori maligni o benigni della lingua; lupus naso-facciale.

Senonchè al metodo diatermico l'A. crede doversi apportare alcune

Digitized by Google

innovazioni. Infatti egli ha sostituito alla macchina di 1 1/2 milione oscillazioni per 1", un'altra che ne dà 1.750.000, ben sopportata, senza shock di sorta. La graduazione va fatta progressivamente fino a 2500 m. a. Non si mette in uso la macchina, senza prima avere stabilito l'esatto dosaggio necessario alla elettro-coagulazione. Dunque tre importanti fattori di successo: messa in azione della macchina; tipo dell'elettrodo attivo in stagno di sei a dieci pollici; e durata di applicazione non calcolata a minuti, bensì secondo la reazione dei tessuti all'elettrodo attivo, cioè alla comparsa di un ampio anello intorno all'ago. Il che di solito non esige più di 1 1/2-2 secondi.

Il paziente siede su di una comoda seggiola, poggiando a pelle nuda su di un blocco di stagno da 7-10 pollici, situato dietro la schiena, e messo in rapporto con la macchina mediante un filo isolato. Si usa la soluzione di cocaina 10 %, ripassandone lo stesso batuffolo intriso, ad intervalli di cinque minuti, sul palato molle, intorno alle tonsille, base linguale. Si fa a meno delle iniezioni di cocaina per tre ragioni: ci sono i danni dell'anestetico; si imbevono di più i tessuti da disidratare; una parte della reazione è accresciuta più di quanto si vorrebbe dai tessuti molli. L'ago la cui punta è incurvata si lascia penetrare di 1/8-1/4 di pollice nella tonsilla. Manifestatosi l'anello intorno all'ago subito lo si ritira, avendo interrotta la corrente. Il numero di infissioni varia da 10-15 secondo l'ampiezza della tonsilla.

Con questo trattamento l'A. crede ovviati tutti gli inconvenienti ed i rischi della tonsillectomia.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta dell' 8 marzo 1927

Presid.: prof. M. Donati

Balbi G. *Sulla presenza di forme filtranti del b. di Koch nei processi tubercolari della cute.* (Nota preventiva). — La questione della filtrabilità del virus tubercolare, pure abbisognando ancora di molte ricerche tende ad essere risolta in modo positivo. L'O. ha ricercato se nel materiale ricavato da lesioni tubercolari cutanee si potevano mettere in evidenza forme filtranti. Egli ha esaminato undici casi (sette di lupus volgare, uno di tubercolosi verrucosa, due di lupus eritematoso, uno di sarcoide di Darier) ed ha riscontrato solo un caso positivo (di lupus volgare). La constatazione di questo solo caso deve indurre alla massima prudenza nelle conclusioni; tuttavia è da escludere che si possa trattare di un fortuito caso di tubercolosi spontanea della cavia. L'O. comunicherà in seguito i risultati di inoculazione di filtrati nelle cavie, che ha in corso di osservazione.

Casagrandi O. Ferma l'attenzione sull'importanza della comunicazione del dott. Balbi. Egli da solo e con vari collaboratori si è occupato dell'argomento fino dal 1922 e si è convinto che la dimostrazione di un *quid* che filtra attraverso le candele (e non è microscopicamente visibile) è indubbio si possa ottenere. Opportunamente vagliando gli esiti degli esperimenti negli animali si può anche escludere la possibilità di una infezione spontanea preesistente ed il passaggio del virus nella nota forma batterica attraverso le candele. Si tratta di lesioni che tali si mantengono e si ripetono in serie sapendole opportunamente condurre. Il fatto che vi siano lavori che tendono ad escludere la esistenza di queste forme nelle culture, non ha una importanza assoluta. Risulta all'O. che vi sono terreni di cultura che assolutamente non si prestano allo scopo. La possibilità di ottenere forme filtranti dai batteri non riguarda del resto il solo b. di Koch.

All'O., ad esempio, sono riuscite esperienze del genere anche in rapporto al b. del tifo coltivato nelle amebe. Ugualmente si sono comportati sotto questo riguardo gli stessi bacilli tubercolari inglobati dall'a. Limax. Il lavoro del Balbi è quindi molto importante avvalorando il dato della provenienza del virus per ottenere forme sicuramente filtranti. All'Accademia di Roma l'O. ha annunciato in proposito una comunicazione che sarà fatta il mese corrente e nella quale aggiungerà altri particolari.

Melli G. *La reazione di Abderhalden nei cuti-reattivi* (comunicazione preventiva). [La comunicazione è stata pubblicata per esteso nel precedente fascicolo N. d. R.].

Spanio A. *Un caso di raro glioma cistico del cervelletto. Considerazioni anatomo-cliniche.* — Si tratta di un paziente di 24 anni, operaio fabbro, il quale morì dopo circa sei mesi dall'inizio dei sintomi apprezzabili. Lo studio del caso porta alle seguenti interessanti conclusioni: 1. il glioma ha assunto primitivamente una forma cistica, rendendo difficile la diagnosi; 2. il tumore ha presentato (ciò che è molto importante) una costituzione fibrillare gliosomica; 3. le forme di lesioni del verme non si presentano sempre clinicamente più chiare delle forme che invadono gli emisferi cerebellari; 4. nella diagnostica del tumore cerebrale ha reale importanza anche per la più precisa localizzazione, il reperto dato dalla rachicentesi sopratutto nei riguardi della pressione e del quoziente rachidiano di Ayala; 5. la sintomatologia clinica è in apparenza del tutto paradossale in confronto alla lesione anatomica considerata macroscopicamente, ma può trovare una più sicura giustificazione nel reperto fornito dall'analisi istologica; 6. l'apparente integrità del cervelletto desunta dall'esame esterno può nascondere gravi lesioni, ciò che deve essere tenuto presente da chi tenti l'intervento chirurgico in casi di sindrome da tumore cerebellare.

Pecco R. *Su due casi di rene unico congenito.* — Due donne, una di anni 30, nubile, l'altra di anni 28 coniugata. Rene unico a destra accompagnato a ptosi ed idronefrosi. Nel secondo caso si ebbe complicazione di colecistite calcolosa. La diagnosi coi sussidi odierni è facile. La semplice cistoscopia può ingannare. Di solito col rene manca anche l'uretere e lo sbocco ureterale in vescica. Eccezionalmente (caso di Braasch citato da Israel) un'unico sbocco ureterale può rappresentare la confluenza di due distinti ureteri provenienti da due reni, distinti. Ma possono esistere con un rene unico due sbocchi ureterali. Allora di solito una resta immobile. Può darsi però che anche lo sbocco ureterale che non è esponente di un rene abbia movimenti eguali a quelli dell'altro sbocco normale. Quindi è bene integrare la cistoscopia colla cromocistoscopia e col cateterismo ureterale (al quale bisogna ricorrere meno che è possibile).

Nei due casi non esistevano alterazioni dei genitali. In uno si notava anche lombarizzazione dell'ultima dorsale. I pielogrammi dei due casi dimostrano l'idronefrosi. La ptosi ha avuto certo importanza nell'insorgenza dell'idronefrosi per stenosi ureterale dovuta ad angolatura.

L'idronefrosi può dipendere da alterazioni nervose come in uno dei due casi; od anche da vasi anomali. Bisogna essere cauti nella pielografia come nel cateterismo per il pericolo di infezioni.

Riguardo alla terapia una nefropessia può giovare in quanto colloca il rene in migliore posizione e facilita quindi lo svuotamento (nell'intervento poi possono essere esportati gli eventuali vasi anomali). Il processo idronefrotico progredisce anche se gli ammalati nnn se ne accorgono, data la scomparsa dei dolori, e la prognosi non può essere che infausta. Così è giustificato l'intervento suindicato per quanto pericoloso.

Halfer G. *Un nuovo metodo di dealbuminizzazione delle urine.* — L'O. propone come ideale il metodo di Abelin. A 40 cc. di una soluzione di idrato sodico decinormale si aggiunge una goccia di una soluzione alcoolica di fenolftaleina all'uno per cento. In questo liquido si lascia cadere a gocce una soluzione di solfato di zinco al dieci per cento finchè il colore rosso dell'idrato sodico diventa lattiginoso. Dopo avere aggiunto dell'acqua distillata fino a fare 50 cc. e dopo avere bene agitato si aggiungono 50 cc. di urina. Questa miscela viene versata in un Erlenmayer e messa in acqua fortemente bollente e lasciata per dieci minuti circa (durante questo tempo l'acqua deve continuare a bollire). Trascorsi i dieci minuti il liquido viene filtrato ed è atto alle varie determinazioni. Naturalmente nel procedere ad esse bisogna tenere presente che due cc di filtrato corrispondono ad un cc. di urina. L'O. ha esperimentato i filtrati di circa cento urine saggiandoli con tre reattivi sensibilissimi (acido sulfosalicilico in soluzione, reattivo di Spiegler-Jolles, reattivo di Pollacci) e mai ha notato anche traccie di albumina. Il metodo acquista speciale valore nella ricerca dell'indossile urinario, dove le tracce di albumina che facilmente residuano cogli altri metodi sono di danno.

Truffi G. *L'azione del liquido follicolare dell'ovaio* (nota II). *Esperienze su femmine impuberi castrate e su animali ibernanti.* — L'O. con esperienze comunicate in passato provò che lo sviluppo ed il trofismo degli organi genitali possono essere influenzati con semplice somministrazione di liquido follicolare indipendentemente dall'ovaio e da qualsiasi azione interferente di questo organo.

Le attuali esperienze su femmine castrate nei primi periodi della vita e su animali ibernanti (riccio) sono state eseguite adoperando liquido follicolare di cavalla. L'O. arriva alle seguenti conclusioni: 1) il liquido follicolare influenza nelle femmine immature castrate lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari surrogando l'ovaio in questa azione trofica; 2. il liquido follicolare determina l'insorgenza dei fenomeni estrali nella sfera genitale delle femmine di riccio in piena stagione invernale durante il periodo del completo letargo.

Digitized by Google

Terni. L'O. ha seguito con vivo interesse le esperienze del Truffi, si compiace dei risultati e li riscontra di notevole importanza. L'O. anzi afferma che dopo quanto ha osservato il Truffi si sente persuaso a ritenere che con ogni probabilità anche la sostanza interstiziale dell'ovaio abbia origine epiteliale.

Donati. L'O. rileva pure la notevole importanza delle ricerche del Truffi le quali aprono la via a nuove interessanti concezioni.

Il Segretario: F. Pancrazio

ASSOCIAZIONE DEI MEDICI-CHIRURGI SPECIALISTI DI PALERMO

Seduta del 12 maggio 1927

Presid.: prof. T. Cimino

Caffarelli B. *La cura della pleurite con i raggi ultravioletti.* — Secondo l'O., le pleuriti che traggono notevoli vantaggi dalla cura con i raggi ultravioletti sono le pleuriti secche e quelle essudative tendenti alla cronicità. Nelle pleuriti acute con febbre alta, in quelle purulente e in quelle che si accompagnano con focolai di tubercolosi polmonare evolutiva, la cura attinica è controindicata. La cura sarà molto sorvegliata, le prime irradiazioni saranno di breve durata e con distanza focale non inferiore a un metro; si sorveglierà la temperatura e ove questa aumentasse si distanzieranno le sedute. La cura inoltre può essere generale e locale; secondo l'O. è preferibile l'associazione delle due applicazioni. Ogni irradiazione per dare un effetto terapeutico deve produrre la reazione per dare un effetto terapeutico deve produrre la reazione biologica cioè l'eritema.

L'O. nei suoi casi (20 pleuriti secche e 30 essudative a decorso cronico con o senza fatti di tubercolosi iniziale degli apici) ha usato dosi medie nelle irradiazioni generali e dosi più forti in quelle locali, praticando in media due irradiazioni alla settimana; durata della cura da 20 a 30 sedute. I risultati sono stati rapidamente buoni, sia sullo stato generale, sia sui segni steto-acustici locali; ottenendosi nella maggioranza dei casi la guarigione clinica degli infermi dopo due mesi di cura.

Tristanio B. *Tracoma e scuola.* — L'O. ricorda che il tracoma in Palermo è molto diffuso, pur mostrando una tendenza alla diminuzione (55 % nel 1889; 29,5 % nel 1922), specialmente nella prima età Pertanto l'O. invoca provvedimenti governativi, sia di carattere igienico-ambientale (costruzioni di case popolari, ecc.) sia nei riguardi della scuola (costruzione di scuole-sanatorio antitracomatose; obbligatorietà della visita preventiva degli occhi a tutti gli alunni della scuole pubbliche e private, ecc.).

Misuraca F. *L'acridinoterapia nella blenorragia e nelle infezioni delle vie urinarie.* — Dei vari preparati acridinici, l'O. ha usato la tripaflavina e il rivanolo, sia nei casi di complicanze croniche gonococciche (vescicoliti, prostatiti, pielite, ecc.), sia in casi di infezioni delle vie urinarie, escluse le tubercolari. La tripaflavina è stata adoperata in soluzione al 2 %, per iniezioni a giorni alterni di 5 cc., più raramente di 10 cc. Tra gli inconvenienti molto spesso osservati, è stato il «colpo di sole acridinico», cioè una specie di eritemia solare generalizzato. Il rivanolo fu usato, invece, in soluzione 1 % o per via endovenosa o, più spesso, per uso esterno e applicazioni locali.

L'O., dalle sue osservazioni, conclude che l'uso dei preparati acridinici è di reale efficacia nelle uretriti inveterate, con complicanze, nelle quali, se pure da solo non è talora sufficiente a produrre la guarigione, accelera sempre il processo di guarigione, purchè non si trascurino le opportune cure locali. Anche nelle forme infettive delle vie urinarie (pielonefrite da b. coli, cistite acuta da calcolosi, cistiti croniche in prostatici, ecc.), l'uso dei preparati acridinici, sia pure per applicazioni locali, è, secondo l'O., commendevole.

Cascio Rocco G. Dalla sua esperienza, l'O. si è convinto che la tripaflavina non dà alcun miglioramento nelle sicosi coccogene, mentre, nelle uretriti blenorragiche, è capace di sensibilizzare i gonococchi verso le cure locali.

Cimino T. Ricorda che, accanto all'acridinoterapia, non deve dimenticarsi il processo di uroterapia da lui proposto, dell'iniezione cioè dell'urina purulenta dello stesso infermo, sterilizzata con l'ebullizione e usata a scopo vaccinante. Anche con questo metodo si possono ottenere talora grandi vantaggi nelle affezioni delle vie urinarie.

CONGRESSI E CONVEGNI

III CONGRESSO ITALIANO DI MEDICINA LEGALE

(Firenze 30 maggio - 1 Giugno 1927)

A distanza di 14 anni dal precedente, e preconizzato fin dal 1924, ha avuto finalmente luogo in Firenze gentile il III Congresso Nazionale di Medicina Legale.

Quasi tutte le scuole (ad eccezione di Pavia, Pisa, Perugia e Sassari) erano rappresentate, dai Cattedratici o dai loro Assistenti, anche l'Italia Meridionale vi figurava degnamente con Bianchini e Vacca di Bari, Palmieri di Napoli, Falco di Messina, Dalla Volta di Catania, e Nicoletti di Palermo.

Notevole anche un forte gruppo di medici infortunisti, con a capo il Ciampolini, il Diaz, il Cioffi, il Prosperi, il Mori, etc. ed una numerosa e costante partecipazione ai lavori del Congresso vi fu pure da parte del Corpo Sanitario Militare, col generale Medico Ispettore Riva, il col. Grixoni, Ferro-Luzzi, Pavia, ed una folta schiera di ufficiali di ogni grado.

La seduta inaugurale del Congresso ebbe luogo nell'Aula Magna della R. Università degli Studii con i discorsi di saluto pronunziati dal Prof. Burci, Rettore dello Ateneo Fiorentino e Presidente Onorario del Congresso, dal generale medico Riva, a nome del Corpo Sanitario Militare, dal prof. Leoncini, a nome del Comitato Organizzatore.

E si iniziano immediatamente i lavori veri e proprii del Congresso, con la prima relazione, affidata al Prof. Perrando, Titolare di Medicina Legale nella Università di Genova, e Presidente dell'Associazione Italiana di Medicina Legale.

I. Tema di Relazione

La Medicina Legale Italiana nell'ultimo decennio

Relatore: prof. G. G. PERRANDO (Genova)

L'O. ricollega idealmente la sua relazione al precedente movimento scientifico medico-legale in Italia. Ricorda come, per iniziativa sopratutto del Lombroso, del Filippi e del Severi, si riunisse in Torino nel 1858 il primo Congresso Nazionale di Medicina Legale, e come il secondo lo seguisse a ben quindici anni di distanza, nel 1913, a Genova, quando, ad opera del Carrara, del Ferrai, del Borri e del relatore, la Società Italiana di Medicina-Legale riuscì a ricostituirsi.

Il relatore non si limiterà quindi a considerare lo sviluppo scientifico della Medicina Legale in Italia in questi ultimi dieci anni, ma prenderà le mosse dalla fine del Congresso di Genova; si tratterà quindi in sostanza di 14 anni.

Ogni Congresso ha avuto una sua caratteristica: quello del 1858 segnò il trionfo e l'apogeo delle dottrine antropologiche Lombrosiane; quello del 1913 fu essenzialmente diretto allo studio delle dottrine infortunistiche, che avevano già nel Borri un Maestro insuperato.

Dal 1913 ad oggi il bilancio scientifico medico-legale italiano, nonostante la parentesi bellica, si presenta notevole ed interessante.

Questo bilancio il relatore esamina nei diversi capitoli, rilevando anzitutto come la grande guerra (durante la quale tutti indistintamente i cultori della disciplina resero preziosi servigi alla Patria) lungi dall'arrestare il progresso degli studii medico legali, è stata motivo di orientamenti e di conquiste nuovissime. Qui l'O. passa in rapida rassegna pubblicazioni e trattati, che ormai decisamente vanno emancipandosi dalla produzione straniera — dimostra il forte contributo di studii e di scoperte arrecato dalle varie scuole italiane: nel campo della *antropologia e psicologia criminale* mette in rilievo le benemerenze dell'Ottolenghi e della Sua Scuola di Polizia Scientifica, del Carrara; accenna al promettente sviluppo della Medicina Legale Carceraria con gli annessi psichiatrici di Roma e di Napoli, etc.

Nel campo delle *Assicurazioni Sociali e della Medicina Legale del Lavoro,* oltre a larghi cenni sulla produzione speciale, il Perrando mette in luce l'opera imperitura del compianto Borri, e poi le opere del Biondi e Bianchini, del Pisenti, del Peri, del Mori, del Ciampolini, del Prosperi, del Diaz, del Tovo etc. nè dimentica le particolari benemerenze del Devoto a Milano e del Ferrannini a Napoli.

Nel campo *traumatologico* ricorda i lavori del Romanese, del Cazzaniga e del Lattes sulla Medicina Legale dello investimento, nonchè quelli del Benassi su taluni punti connessi alla chirurgia di guerra.

Digitized by Google

A riguardo dell'*asfissiologia* pone in rilievo i lavori del Mirto, del Cazzaniga, del Romanese e dell'Enedin sull'ossido di carbonio, ed altri studii sui gas tossici ed asfissianti. Nel campo *tossicologico* sono ricordati il Cevidalli, il Leoncini, oltre la produzione di tossicologi specializzati, tra cui cita il Coronedi.

La *sessuologia* è stata largamente coltivata con modernissimo e nuovo indirizzo, non solo dalla scuola di Genova, ma da Corrado a Napoli, Pellegrini, Dalla Volta, Mariani, Canuto, etc.

Sul capitolo sempre attraente dell'*infanticidio*, della *vitalità*, dell'*aborto*, lavorarono ottimamente il Mariani, il Cazzaniga, il Pellegrini, il Romanese.

La *Tanatologia* si è arricchita di nuovi contributi dell'Ascarelli, del Falco, e specialmente del Romanese e del Bianchini.

Il campo *ematologico* è stato oggetto di larghissime ricerche, ma tra esse meritano particolare segnalazione gli studii del Lattes sui gruppi sanguigni, non soltanto nei riferimenti dell'identificazione individuale delle macchie, ma anche per rispetto alla ricerca della paternità.

Nella sua relazione, l'oratore non dimentica gli interessanti contributi scientifici delle giovani reclute, ed ha più volte occasioni di citare il Macaggi di Genova, il Palmieri di Napoli, il Boldrini di Milano, il Nicoletti di Palermo etc.; dal brillante esordio di questi giovani egli trae confortevoli auspicii per l'avvenire scientifico della Medicina Legale.

La Medicina Legale è attualmente orientata verso i più grandi orizzonti della *Medicina Sociale*: i due punti sui quali convergono gli sforzi degli studiosi sono: il *problema sessuologico* per la difesa della stirpe, ed il *problema del lavoro*, pel massimo rendimento umano.

Ed è in questi campi che più che mai si rende necessaria la feconda collaborazione del biologo e del giurista, in servizio del legislatore.

L'oratore si dichiara confortato dall'esame del bilancio scientifico, che è venuto esponendo, frutto di grandi sforzi e di scarsi mezzi; si dichiara soprattutto fidente nell'opera dei giovani, i quali sapranno riaffermare il primato e la gloria dell'Italia nostra, anche e più specialmente nel campo della Medicina Pubblica, che è storicamente medicina italiana per eccellenza.

II. Tema di Relazione

L'importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno, e nella liquidazione degli Infortuni del lavoro

Relatore: prof. CESARE BIONDI (Siena)

Nei problemi medico-legali dell'infortunistica deve ormai prendere posto lo studio dell'individuo, rispetto alla sua costituzione, intesa in senso lato, in quanto esso è esposto al fattore infortunio, è portatore della eventuale lesione, è soggetto della obbligazione creata dalle nostre leggi di previdenza.

La prevenzione degli infortunii fu esercitata prevalentemente con la ricerca dei dispositivi atti ad evitare l'insorgenza delle causalità accidentali, o quanto meno, ad evitare che queste si trasformassero in causalità lesive. Al fattore individuale prestarono attenzione, primi fra tutti, gli italiani (Pieraccini e Maffei, Merin), poi gli americani. Così si è giunti insensibilmente alla valorizzazione del fattore costituzionale nei rispetti del determinismo degli infortunii.

E' chiaro che sono disposti ad infortunarsi più facilmente coloro che risentono più intensamente le emozioni, e che non sono capaci di infrenarne i riflessi psicomotori e neurovegetativi, e tra questi soggetti sembrano predominare i biotipi catabolici, e ne appaiono abbastanza limpide le ragioni. E' chiaro altresì che di fronte a diverse occorrenze del lavoro, sia per evitare che insorgano causalità accidentali, sia perchè queste non si trasformino in causalità lesive, occorre talora una decisione pronta con esecuzioni altrettanto rapide, ed altre volte un dispiegamento di energia muscolare continuativo. A parte ciò che si riferisce alla rapidità del riflesso psichico, che pur varia a seconda dei temperamenti e quindi della costituzione, sta di fatto che nelle due diverse eventualità dovrà predominare, perchè l'infortunio possa essere evitato, l'azione del componente striato o del componente liscio del muscolo striato, colle relative varietà costituzionali. Ed infine lo stato di fatica, che pure ha una importanza nel determinismo degli infortunii, insorgendo variamente nei diversi biotipi, ed avendo a seconda della costituzione un risentimento diverso sull'equilibrio acido-basico degli umori, farà avvertire differentemente la sua influenza.

Rispetto alla intensità del danno e soprattutto a certe modalità del decorso dei postumi degli infortunii il fattore costituzionale sembra avere una importanza decisiva, sia nei rispteti dello smontarsi degli automatismi imposti dalla lesione, sia nella formazione di quelli richiesti dai postumi, agli effetti dell'adattamento.

Una influenza maggiore sembra avere il fattore costituzionale, sulla linea delle nuove vedute del Kretschmer, rispetto alle ipertonie muscolari, che simulano rigidità articolari e che illustrano, secondo il relatore, le sindromi paretico-spastiche così frequenti in tempo di guerra. E sia per queste prevalenti forme nei biotipi anabolici, come per le sindromi psicosteniche, prevalenti forse nei biotipi catabolici, il relatore rileva come il nesso di causalità non stia tra la lesione e la sindrome, ma tra questa e l'obbligazione che dalla lesione stessa prende origine, cosicchè non ritiene che si possa per queste successioni sostenere l'esistenza di quel rapporto che le vigenti leggi sugli infortuni del lavoro richiedono, per la concezione dell'indennizzo.

III. Tema di Relazione

L'avvelenamento acuto da Ossido di Carbonio

Relatore: prof. FRANCESCO LEONCINI (Firenze)

Il relatore si occupa dei reperti anatomo-patologici dell'avvelenamento ossicarbonico, lasciando al correlatore prof. Romanese la trattazione delle questioni fisiopatologiche (1). Le lesioni anatomopatologiche dell'avvelenamento cronico da CO non è stato finora possibile studiare nell'uomo, nè sperimentalmente riprodurre.

Dei casi di avvelenamento acuto vanno considerati separatamente quelli in cui la morte avvenne nell'atmosfera tossica o immediatamente dopo che l'individuo ne era stato tolto, e quelli in cui invece la morte avvenne a qualche distanza di tempo, dopo che l'individuo aveva respirato in ambiente ossigenato, si da avere eliminato in massima parte, od in totalità l'ossido di carbonio assorbito.

A proposito dei primi casi, il relatore accenna alle chiazze asfittiche in sede non ipostatica, di color rosso vivo (che però possono anche mancare), al ritardo osservato nello stabilirsi della putrefazione, al comportamento della temperatura e della rigidità cadaverica, all'aspetto particolare dei muscoli, ai caratteri particolari del sangue, ai reperti riguardanti i varii organi interni, particolarmente i centri nervosi ed i reni, a cui per l'addietro erasi voluta dare un'importanza tutta speciale, e conclude che nei casi di avvelenamento acuto ossi-carbonico, fatta astrazione dal particolare aspetto del sangue, non vi sono altro che reperti indifferenti e di scarsa rilevanza, aggiungendo che lo stesso aspetto del sangue, anche nei casi più tipici, non è affatto patognomonico, ma è un semplice criterio indiziario, che va integrato dalla ricerca tossicologica.

Passa quindi in accurata rivista tutti i metodi di ricerca dell'ossido di carbonio nel sangue, insistendo sulle modalità con le quali la ricerca dev'esser fatta nel cadavere, per mettersi al riparo dalle possibili cause di errore, rappresentate da un'eventuale dispersione di CO dal sangue e da un'ancor più facile penetrazione postmortale di CO nel cadavere, quando questo sia stato tenuto per qualche tempo in una atmosfera ricca del composto tossico.

Ed insiste anche sulla lunga permanenza del legame tra CO ed emoglobina nel cadavere, per cui può essere possibile una diagnosi sicura di avvelenamento anche a distanza dalla morte, in piena fase putrefattiva.

Parlando degli individui venuti a morte qualche tempo dopo essere stati sottratti all'ambiente inquinato, il relatore illustra le varie complicanze che possono riscontrarsi a carico della cute e degli organi interni, mettendo in rilievo la frequenza delle complicanze infiammatorie a carico dei polmoni e dei fatti trombotici endocardiaci ed endovasali, dei focolai emorragici o di rammollimento a carico dei centri nervosi ed in particolare nei nuclei della base. Comunque, in questi casi le indagini cadaveriche non offrono criterii di diagnosi assoluta per un avvelenamento ossicarbonico, ma in taluni casi è possibile una diagnosi di probabilità, ed anche di piena certezza, quando i dati raccolti dall'esame cadaverico si pongono a raffronto con quelli riguardanti le circostanze di tempo, di luogo, etc., nelle quali insorsero i disturbi che condussero a morte l'individuo.

Il relatore infine prende in esame la questione se sia possibile inferire dall'esame cadaverico se l'intossicazione sia dipesa da CO puro o da gas illuminante, e dopo aver passato in esame critico i diversi criterii differenziali proposti, conclude che a tutt'oggi manca un sicuro elemento di giudizio in proposito.

---

(1) La relazione del prof. Romanese non fu poi svolta, per mancanza di tempo.

Digitized by Google

IV. Tema di Relazione

Medicina Legale e Polizia Scientifica

Relatore: prof. SALVATORE OTTOLENGHI (Roma)

La polizia scientifica è una filiazione della Medicina legale, di cui a sua volta è venuta ad accrescere il campo ed estendere le applicazioni; la prima invocazione ad una polizia scientifica anche storicamente è venuta dalla Medicina Legale, e precisamente nel 1879 da Lombroso. Successivamente si ebbero all'estero delle preziose iniziative, quali quelle del Bertillon per il segnalamento descrittivo antropometrico e fotografico, quelle del Galton sul segnalamento dactiloscopico, ma esse vanno considerate come isolate manifestazioni di un rinnovamento tecnico.

E' nel 1897 che incominciò a funzionare a Siena il primo Corso di Polizia Scientifica, che preluse alla fondazione della Scuola presso la Direzione Generale di P. S. (1902) ed all'istituzione del Servizio di Stato che ormai in 25 anni di funzionamento ha segnato una continua progrediente applicazione non solo dell'Antropologia Criminale e Scienze Affini, ma anzitutto del metodo obiettivo e sperimentale a tutte le funzioni della polizia.

La Polizia Scientifica non si rivolge al solo campo della *repressione* (polizia giudiziaria), ma anche a quello della *prevenzione*, e trova esecuzione pratica in tre corrispondenti attuazioni: nei servizi di segnalamento, nei servizii di Polizia (sopraluoghi), e più di tutto nel servizio antropologico biografico annesso alla Scuola di Polizia Scientifica.

Il relatore illustra successivamente la funzione del *cartellino segnaletico*, che dev'essere considerato come una vera cartella biografica dei pregiudicati; ed il *ritratto parlato del sopraluogo*, nonchè altre attuazioni della Polizia Scientifica Italiana, che emerge assolutamente dal limitato campo di azione delle polizie tecniche degli altri Paesi.

Passa poi ad illustrare i rapporti reciproci tra la Medicina Legale e la Polizia Scientifica, mostrando come non solo la Medicina Legale ha informato lo sviluppo della Polizia Scientifica, ma questa stessa, a sua volta, è venuta ad esercitare una notevole influenza sulla estensione del campo scientifico-pratico della Medicina Legale, ed adduce il problema della *identità* come uno degli esempi più convincenti, per dimostrare la influenza reciproca delle due scienze di applicazione.

Si è venuto così creando — secondo l'indirizzo italiano — un nuovo ramo medico-forense: la *Medicina Legale di Polizia*, che va dal campo degli *accertamenti* a quello ben più ampio della *prevenzione*, e si affaccia una nuova funzione medica, quella del *Medico di Questura*, che, come il medico provinciale attende alla igiene fisica, si dovrà invece occupare dell'igiene morale in relazione alle prescrizioni della legge di P. S. ed alle provvidenze dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Le Comunicazioni

Un materiale enorme è stato portato al Congresso dalle comunicazioni che sono state 75. Non tutte però hanno potuto esser lette. Quasi tutte le scuole di Medicina Legale erano rappresentate, ed un notevole contributo è stato dato anche dal Corpo Sanitario Militare, con una serie di interessantissime comunicazioni, vertenti in modo particolare sulla medicina legale dell'aviazione. [Ten. Col. Ferrari Celli (Direttore dell'Istituto di Medicina Legale per l'Aviazione «Gino Galeotti»): *La scelta del pilota aereo;* Prof. Funaioli (Docente di Medicina Legale Militare alla Scuola di Firenze): *Costituzione e reati militari;* Magg. Cappelli (Firenze): *Potenziometria, luce di Wood, spettoscopia in Medicina Legale*, etc. etc.]. Anche la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali è stata degnamente rappresentata dalle comunicazioni del suo medico capo, dott: Giannini: *Finalità della Cassa per le Assicurazioni Sociali nella Previdenza e nella Assistenza;* dalla dott. Sorrentini: *Sobra alcuni specifici criterii di valutazione nell'assicurazione invalidità;* dal dott. Francioni: *La dipendenza da causa di servizio.*

Non è evidentemente possibile riferire neppure l'elenco di tutte le comunicazioni; non possiamo però tralasciare di menzionare almeno quelle che possano interessare in modo più diretto i lettori di «Riforma Medica»: Prof. Mibelli (Messina) *Sifilide e responsabilità civile;* Antonini e Brancalani (Firenze) *L'edema polmonare nei traumatizzati del cranio;* Prof. Lattes (Modena). *Determinazione spettrometrica della carbossiemoglobina;* Prof. Dalla Volta (Catania) *La reazione cloroemoglobinica in Medicina Legale;* Palmieri (Napoli) con quattro comunicazioni su: 1) *Le intossicazioni industriali da ossicloruro di carbonio;* 2) *La resistenza del bacillo tubercolare alla putrefazione;* 3) e 4) *Contributi alla diagnosi medico-legale di ubbriachezza;* Canuto (Torino) *Le ferite da trincetto da calzolaio;* Di Tullio (Roma) *La funzione sociale del medico criminalista moderno;* Nicoletti (Palermo) *Il comportamento dei leucociti perossidasici nell'asfissia; I linfoidi azzurrofili nell'asfissia meccanica; Artifizii di tecnica per ottenere preparati permanenti di cristalli del Florence;* Macaggi (Genova) *Sulla vita apnoica extrauterina;* Prof. Perrando (Genova) *Bilancia per la densità dei visceri;* Prof. Diez (Roma) *Il sistema della lista e la necessità biologica della valutazione individuale dell'invalidità;* Ballotta (Bologna) *Due casi di rottura traumatica del tubo digerente;* Avv. Vernarecci di Fossombrone (Genova) *La funzione medico legale nella elaborazione del nuovo diritto del lavoro;* etc etc.

Tutte le comunicazioni hanno suscitato vivo interesse, e molte hanno dato luogo a notevoli ed appassionate discussioni.

Cronaca del Congresso

La seconda seduta del Congresso fu dedicata alla commemorazione dell'illustre Prof. Lorenzo Borri, già titolare della cattedra di Firenze, spentosi immaturamente nel 1923.

Il prof. Leoncini, suo allievo e successore, con commossa parola rievoca la figura del grande scomparso, che fu Maestro della dottrina infortunistica in Italia.

Nella stessa occasione si è inaugurato un busto marmoreo del Borri qui riprodotto, nell'aula dell'Istituto Medico-Legale Fiorentino.

Busto del prof. L. Borri

Alla Presidenza delle sedute del Congresso sedettero successivamente il prof. Leoncini (Firenze), il prof. Perrando (Genova), il prof. Carrara (Torino), il prof. Biondi (Siena), il generale Medico Riva, il colonnello medico Grixoni, Direttore della Scuola di Sanità Militare.

A Segretarii del Congresso vengono chiamati il dott. Antonini (Firenze), il prof. Macaggi (Genova), il dott. Palmieri (Napoli).

Le sedute hanno avuto luogo nell'Aula Magna dell'Ateneo Fiorentino, nell'Aula dell'Istituto di Medicina Legale, alla Scuola di Sanità Militare, al Convalescenziario del Salviatino della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

I congressisti deposero una corona al monumento del medico caduto in guerra, e per l'occasione il prof. Leoncini ed il colonnello Grixoni pronunziarono brevi discorsi improntati al più puro patriottismo.

Veramente cordiale la accoglienza ricevuta alla Scuola di Sanità Militare, dove fu offerto un ricevimento, ed al «Salviatino», dove egualmente fu servito un rinfresco.

Dopo i discorsi di chiusura del prof. Perrando, Presidente della Società Italiana di Medicina Legale, e del Prof. Leoncini, Presidente del Comitato Ordinatore, a sede del prossimo congresso, che avrà luogo nel 1929, fu acclamata Bologna.

V. M. PALMIERI

Digitized by Google

PER LA PRATICA

PROFILASSI

Enolismo ed Alcoolismo

Con l'una o con l'altra espressione si vuole accennare ad un abuso. Ma le sostanze, di cui si abusa, presentano non lievi differenze, sotto un'apparente comunanza, secondo che si tratta di vino o di liquore.

Le acquaviti o i liquori od anche i vini-liquori (come il nostro vino Marsala) differiscono dal vino anzitutto per il tasso più elevato di alcool. Ma, fatto ancor più importante, le frodi del commercio inducono a preparare i liquori in massima parte con alcool, che sono differenti dall'alcool di vino e detto perciò etilico. Nella preparazione si preferiscono gli altri alcool, come quello butilico o propilico o amilico, perchè costano meno, ma intanto sono più tossici dell'alcool etilico, specialmente quale azione sul sistema nervoso e sui vasi, come venne provato dalle già antiche ricerche sperimentali di Dujardin-Beaumetz, Audigè, Lancereaux, Magnan. Anzi, anche come azione sui fermenti della digestione, con le ricerche sperimentali, che compii a Parigi nel laboratorio diretto da Charles Richet, provai che è maggiore il potere antipeptico di quegli alcool, diversi dall'alcool etilico e a peso atomico più elevato.

A ciò si aggiunga l'azione irritante tossica delle sostanze aromatiche od essenze, che si producono artificialmente dalla chimica industriale o magari si ricavano dall'assenzio, dal ginepro, dal garofano, dalla badiana, dal finocchio, dalla menta, dalla melissa, dall'origano e si addizionano per aromatizzarle alle miscele, che, si mettono in commercio sotto le denominazioni varie di vermouth, bitter, grappa, anici, rhum, wisky, acquavite, apéritif. Si riesce così a manipolare intrugli alcoolico-aromatici, che rappresentano frattanto il néttare non soltanto per i clienti manifesti degli *assommoir*, ma anche per persone altolocate che centellinano quei veleni nel segreto delle alcove, magari nell'intimo del tavolo da lavoro.

La differenza, come possibilità di nuocere, tra quei liquori e il vino, è di non scarsa entità. Una differenza ovvia consiste nel tasso minore dell'alcool contenuto nel vino.

So bene che anche per il vino le frodi del commercio rendono oggi araba fenice un buon bicchiere di vino puro. Anche quì si preparano intrugli artificialmente colorati e adulterati con alcool diversi da quello etilico. Ma l'interessante si è che, anche data e non concessa una parità di diffusione nella frode, quando il vino è pochissimo adulterato o, meglio ancora, è puro, deve considerarsi se non come alimento, di netto valore energetico, per lo meno come un liquido, ad azione simultaneamente tonico-digestiva e antisettica gastro-enterica.

Per quest'azione antisettica mi piace ricordare i risultati sperimentali del Dott. E. Fontana, pubblicati nel 1908, quando lavorando nel gabinetto della mia Clinica a Camerino, provò che il vino ha netta azione battericida sul bacillo tifico e sul colibacillo e quest'azione è in rapporto non tanto con il tasso dell'alcool e con il tasso dell'acidità (tartrati acidi) quanto con la «stagionatura» del vino, nel senso che, *caeteris paribus* come tasso dell'alcool e dell'acidità, più vecchio è il vino, più riesce battericida. Il fatto deve mettersi in rapporto probabilmente con la quantità degli aromi od eteri aromatici (*bouquet* dei francesi) i quali si sviluppano dippiù, per quanto più il vino invecchia.

Quanto poi all'azione tonico-digestiva del vino, dipende in parte dalla influenza locale sulla mucosa gastrica, in parte dalla stimolazione del gusto e anche della vista, giusta le note esperienze di Pawlow. D'altronde, buona parte della tecnica culinaria istintivamente mira a stimolare quei due sensi, a cominciare dalla mensa, bene imbandita, e dalle «portate» bene apparecchiate. La vista vuole la sua parte, non meno del gusto, per la buona digestione; concorre a «far venire l'acquolina in gola» secondo la espressione popolare.

Analoghi effetti possono essere provocati anche dal gusto e dalla vista dei liquori ma questi poi svolgono nell'organismo una perniciosità tossica, che il vino o non ha o la presenta in proporzioni minime.

Comunque sia, a me preme venire alla conclusione pratica che per la profilassi sociale la guerra contro l'abuso del vino od enolismo senza dubbio è utile, ma di gran lunga più importante è la guerra contro lo alcoolismo o abuso dei liquori, anzi contro l'uso stesso dei liquori. Ridurre al minimo il numero delle osterie sta bene, ma anche meglio sarebbe imporre la chiusura dei locali, che sono evidentemente spaccio di liquori e, ad un tempo, impedire che nei caffè, nei bar, nelle trattorie, nelle pasticcerie, negli alberghi si vendano liquori di qualunque sorta e in qualunque dose.

Misura troppo draconiana? Sarà facile eluderla? So bene. In questo mondo nulla vi ha di assoluto. *Inventa lege, inventa fraude.* Ma almeno la legge sarà un freno, una inibizione, che ridurrà il male a proporzione molto minore dell'attuale, senza pretendere di escluderne la esistenza del tutto. Noi medici avremo compiuto il nostro dovere nell'additare e propagandare la necessità di quel freno legale.

ANDREA FERRANNINI

ORGANI SESSUALI

Le cause della sterilità

Secondo H. VIGNES (*Les cahiers du Progrès Méd.*, 1926) è necessario distinguere la fecondità, che denota l'attitudine dell'individuo a formare delle cellule germinali, dalla fertilità, che è l'attitudine di una coppia a dare origine a discendenti.

La frequenza dell'infecondità maschile è assai grande, e si può calcolare ad oltre il 50 % sul totale dei casi di sterilità; essa può dipendere da cause molteplici. L'aspermatismo, o assenza di eiaculazione esterna, è assai raro: cause meccaniche di sterilità possono, inoltre, essere l'ipospadia, la brevità del frenulo, la fimosi, la deficiente energia della eiaculazione e la scarsa potenza dei muscoli perigenitali.

L'infezione blenorragica è, senza alcun dubbio, la causa più frequente della infecondità maschile. Un'uretra, che sia stata contaminata dal gonococco, non ostante che sia apparentemente guarita non è quasi mai completamente disinfettata: tutte le cause di irritazione, genitale, alimentare, meccanica, possono risvegliare il germe indovato in qualche cripta glandolare. D'altra parte, in molti casi il gonococco crea uno stato d'infiammazione cronica, nocivo alla vitalità degli spermatozoi. Le stenosi uretrali, le stenosi o le obliterazioni dei deferenti sono anche assai frequenti. E' da notare, infine, che uno stato infiammatorio delle vie genito-urinarie può essere prodotto con un meccanismo diverso dalla infezione gonococcica; così le irritazioni genitali, in particolare quelle consecutive al coito interrotto, possono creare uno stato congestivo permanente della mucosa delle vie maschili, in particolare della prostata.

L'azoospermia, o assenza degli spermatozoi nel liquido eiaculato, ha per conseguenza necessaria l'infecondità. Una causa importante di azoospermia, in un soggetto che non è un infantile, risiede nell'obliterazione delle vie escretive dello sperma, in particolare nell'obliterazione blenorragica già segnalata. Altra volta, si tratta di assenza di spermatogenesi, consecutiva ad un'infezione generale (parotite, tifoide, meningite cerebro-spinale, lue congenita od anche acquisita). Cause, poi dell'oligospermia, cioè di una diminuzione numerica dei nemaspermi nel liquido seminale, la quale, per lo più va di pari passo con una diminuzione del loro valore funzionale, sarebbero, secondo i vari autori, la malaria, i postumi di infezioni acute, la convalescenza di alcune malattie, l'alimentazione insufficiente, l'avitaminosi.

Il liquido prostatico conterrebbe, per alcuni autori, una diastasi che favorisce l'aderenza del liquido spermatico ed impedisce che sia rigettato. Anche alterazioni di questa proprietà fisica potrebbero avere effetto dannoso sugli spermatozoi.

L'infecondità femminile può riconoscere la sua origine in cause meccaniche facenti ostacolo alla copula ed alla progressione dello sperma: così l'atrofia, l'assenza totale o subtotale di tutto il sistema genitale, le cisti ed i tumori voluminosi, il vaginismo di grado elevato, la contrazione o l'insufficienza dei muscoli perineali, che producano la perdita dello sperma immediatamente dopo l'atto sessuale; le versioni del collo uterino, la stenosi congenita od acquisita; le salpingiti, l'ostruzione spastica delle tube, ecc.

Altre volte l'infecondità è dovuta ad alterazioni della mucosa dei vari tratti e delle relative secrezioni: vaginiti da gonococco, da colibacillo o da altri germi, aumento dell'acidità del secreto; cerviciti, endometriti, false endometriti congestive da versione, flessione, neoplasmi; dismorfosi della mucosa uterina da infantilismo, da superinvoluzione consecutiva a parto o ad aborto, specie ad aborto all'inizio del matrimonio.

Le cause d'infecondità dipendenti da lesioni ovariche, anatomiche o funzionali, sono l'ovarite sclerocistica, lo strangolamento del follicolo per parte di una corticale troppo spessa, l'insufficienza ovarica congenita od

Digitized by Google

acquisita, l'inibizione dell'ovulazione per persistenza d'un corpo luteo, per blocco dei vasi ovarici o per altra causa. Possono, infine, ripercuotersi sull'ovaio alcune gravi infezioni (sifilide, tubercolosi, parotite), alcune intossicazioni (da piombo, tabacco, alcool), malattie del ricambio (diabete, obesità), la avitaminosi, le endocrinopatie.

DIAGNOSTICA

Il diapason nella transascoltazione dell'apice pulmonare

All'uopo, il Prof. Verniewe, di Gand, applica (*Bruxelles Médical* 13 marzo 1927) un diapason in vibrazione sulla parete toracica nella parte corrispondente alla superficie anteriore (fossetta sopraclavicolare, clavicola, regione sottoclavicolare), mentre con un comune stetoscopio oppure con un fonendoscopio si ascolta nell'identico lato sulla fossetta sopraspinosa o sulla regione sottospinosa o sulla zona di allarme. Oppure si può fare in maniera inversa, cioè si applica il diapason in vibrazione su questa zona o sulle regioni sopraspinosa o sottospinosa, mentre si ascolta nella fossetta sopraclaveare ecc., come si è indicato pocanzi.

E' utile servirsi del diapason a cursore, come quello che usano gli otojatri nell'attuare il saggio di Rinne o del diapason di Gradenigo, per essere più sicuri che, ogni qualvolta si mette in vibrazione l'apparecchio, il numero e la intensità delle vibrazioni risulti uguale, nell'applicarlo comparativamente nell'uno e poi nell'altro lato del torace nella parte corrispondente all'apice polmonare. D'altronde, con qualsiasi diapason, mercè una pratica ripetuta, nel batterlo su un tavolo o sul ginocchio, si può riuscire ad ottenere un numero ed una intensità di vibrazioni, pressochè uguale, ogni volta che si fa vibrare.

La transascoltazione dell'apice, attuata in questa maniera, secondo le indagini dell'A. riesce bene a mettere in evidenza la presenza di addensamento (infiltrazione o congestione broncopulmonare come nella broncoalvolite tubercolare) o viceversa di rarefazione (enfisema pulmonare, caverna). Questa ricerca coadiuva gli altri metodi semeiologici, compresa la radioscopia, nel definire le condizioni anatomiche dell'apice pulmonare; non pretende di fornire un criterio esclusivo od assoluto.

Riconoscimento di uova di ascaride non fecondate

Traendo occasione da un caso di ascaridiasi da lui osservato, Padoan M. (*Minerva Medica*, n. 15, 1927) mette in evidenza quanta importanza abbia in questa affezione il riconoscimento nelle feci di uova di ascaride non fecondate. Le uova tipiche di ascaride, come si sa, sono grosse, rotondeggianti od ovali, racchiuse in una corteccia gelatinosa mammellonata e tinta da pigmenti biliari. Le uova non fecondate, invece, sono più piccole, di forma più irregolare, con assenza della corteccia esterna mammellonata o solo con un accenno di essa; non di rado mancano anche della capsula trasparente, i cui resti si ritrovano nel preparato con evidenti squarci lineari di deiscenza; il contenuto di esse, anzi che di granulazioni minute come le uova fecondate, consta di corpicciuoli simili alle goccioline di grasso, di grandezza non uniforme, molto rifrangenti alla luce. In complesso, le uova non fecondate mostrano rispetto a quelle fecondate modificazioni degenerative.

A prescindere dal fatto, se sia accettato o no che le due varietà di uova ora dette siano veramente l'esponente dell'avvenuta fecondazione o meno, e quindi della presenza nell'intestino di soli ascaridi femmine o di ascaridi dell'un sesso e dell'altro (nel caso dell'A., pur ritrovandosi uova non fecondate nelle feci, furono emessi due ascaridi, uno maschio e l'altro femmina), prescindendo da ciò, all'A. sembra più importante il riconoscimento di tali uova non fecondate, poichè è da presumersi che dall'aprirsi della loro capsula si produce una vera inondazione di proteine tossiche, tanto maggiore se si pensa che un ascaride può produrre 60 milioni di uova in un anno. Poichè queste uova non fecondate non sono di facile riconoscimento, l'A. avanza l'ipotesi che molte forme intestinali febbrili, magari leggere, vengono considerate criptogenetiche, solo perchè vien misconosciuta la presenza di queste forme in degenerazione.

TERAPIA

Il salicilato di sodio per via endovenosa

C. Gamna (R. Clinica Medica di Torino, *Minerva Medica*, a. 6, n. 34) mette in rilievo che in seguito ad una protratta introduzione di salicilato sodico nel circolo venoso si osserva un complesso di alterazioni regressive che colpiscono particolarmente gli elementi epiteliali dei reni e del fegato e le fibrocellule miocardiche. Sono alterazioni di grado moderato, tale da essere certamente possibile, in organismi sani come i conigli usati dall'A. nelle sue ricerche, la reintegrazione anatomica e funzionale quando cessi l'azione danneggiante; tale, d'altra parte, da non poterle credere indifferenti in organismi in stato di malattia infettiva, quando si consideri che gli elementi cellulari danneggiati dal salicilato sono appunto tra quelli che più facilmente soggiacciono agli effetti tossici dellle infezioni.

Queste osservazioni inducono a fare qualche riserva sopra l'opportunità di applicare alla cura della poliartrite reumatica un trattamento intensivo di salicilato sodico, per mezzo di iniezioni endovenose, tanto più che la via gastro-enterica permette di ottenere, anzi realizza meglio che non la endovenosa, quella intensa salicilizzazione che è richiesta per conseguire un effetto risolutivo sulle manifestazioni reumatiche.

L'incontinenza notturna di urina nel bambino

L'incontinenza notturna di urina, che sopravviene in bambini di tre anni o più, è un fatto patologico: essa riconosce numerose cause patogene, il cui studio è della massima importanza ai fini diagnostici.

R. De Butler D'Ormond (*La Clinique*, anno 21, n. 75) ritiene che i disturbi psichici (debolezza mentale, pervertimenti morali, ecc.) siano da annoverarsi fra i principali agenti.

I disturbi del sistema nervoso centrale sono del pari meritevoli di attenzione nella patogenesi di questa incontinenza. E infatti si è più volte notato che l'epilessia frustra e la spina bifida occulta determinano nei piccoli pazienti la comparsa dell'inconveniente suddetto.

La spasmofilia, l'eredo-sifilide e l'insufficienza endocrina (specie tiroidea) devono anche annoverarsi fra i principali fattori.

E non minore attenzione che ai precedenti si deve prestare alle modificazioni reazionali delle urine, alle lesioni dell'apparecchio urinario (fimosi, restringimento uretrale congenito, tubercolosi renale, ecc.) e alle lesioni degli organi viciniori, quali per es. quelle date dai parassiti intestinali.

In ogni caso di incontinenza urinaria, quale che sia la causa, occorre procedere alla istituzione di un trattamento generale così fatto: a) sopprimere ogni bevanda dal pasto serale; b) mandare il bambino a letto di buon'ora (alle 7-8 di sera); c) farlo levare almeno una volta durante la notte per farlo urinare; d) imporgli un regime vegetariano.

La terapia eziologica sarà intesa a combattere direttamente il fattore causale e così, si userà:

a) nell'epilessia: il luminal e il gardenal (2 compresse di ctgr. 0,5 l'una, a distanza di 12 ore, in bevanda calda);

b) nell'eredosifilide: il solfo-treparsan in iniezioni sottocutanee alternato alla terapia bismutica;

c) nell'insufficienza endocrina: 3-10 ctgr. di polvere del corpo tiroide, a dosi giornaliere crescenti dalla minima alla massima;

d) nelle modificazioni reazionali dell'urina: acque alcaline in casi di acidità, acido fosforico in casi di alcalinità;

e) nella elmintiasi: santonina e calomelano;

f) nelle lesioni dell'albero urinario e della rachide: operare largamente in caso di fimosi; laminectomia nela spina bifida occulta.

Si cercherà inoltre di studiare il malato con cura e di agire sul suo morale con la suggestione.

Nei casi più renitenti si praticheranno iniezioni epidurali di 3-5 cmc. di lipiodol in numero di 2-3 per settimana. Si avrà cura dopo dell'iniezione di tenere l'infermo per 20 minuti nella posizione declive di Trendelenburg.

Efficaci del pari riescono le docce calde a 34°, seguite da frizioni col guanto di crine, praticate ogni mattina, o anche i bagni caldi prolungati, presi al tramonto, tre per settimana.

La trementina nella eresipela e nelle streptococcemie

Hirtzmann (*Le Progrès Medical*, 26-2-27), dopo aver provato sperimentalmente il potere battericida dell'essenza di trementina sullo streptococco, ha utilizzato le iniezioni endovenose di collobiasi di trementina, con risultati talmente favorevoli, che attualmente egli non ricorre più ad altri trattamenti.

Dalla eresipela è passato successivamente alle altre forme di streptococcemia, con risultati soddisfacenti.

Si osserva infatti miglioramento notevole, tanto nello stato generale, che in quello locale, fin dalle prime ore dopo la prima iniezione; e se non intervengono accidenti o complicanze, la guarigione si ottiene in pochi giorni.

Le iniezioni si eseguono con la tecnica ordinaria endovenosa, alla dose di 2 cmc. di collobiasi di trementina, mattina e sera.

Digitized by Google

PER LA IDROCLIMATOLOGIA ITALIANA

Dei mezzi e dei metodi più efficaci per collaborare alla valorizzazione delle Stazioni italiane di Cura

Anche in questo campo il Fascismo è intervenuto a promuovere un nuovo fervore di attività, sia mediante opportune provvidenze di Governo, sia con lo stimolare le iniziative individuali, conformemente allo spirito nuovo creato nella Nazione, dimostrando di avere valutato appieno l'importanza economica e sociale che le Stazioni di cura nei nostri tempi sono andate ad assumere.

Perchè è bene ricordare che la mentalità corrente fino ad un passato non lontano, e di cui purtroppo permangono ancora vitali i residui, portava a considerare l'industria termo-balneo-climatica come una industria di lusso, a momenti parassitaria, e perciò stesso deprecabile: obbiettivo ideale delle più inique tassazioni e delle più ingiustificate odiosità per il relativo indispensabile appannaggio di mondanità.

Oggi è tutt'altra cosa, perchè si è arrivati finalmente a capire che il beneficio di una particolare industria è beneficio della Nazione tutta, e che anzi, nei riguardi della industria idroclimatologica, il beneficio è più diretto e palpitante, dato che la Stazione di cura moderna e la sua parte — ripetiamo indispensabile — di mondanità presuppongono un largo impiego di mano d'opera locale delle più diverse categorie e specializzazioni.

Sgombrato il cammino da queste insulse ostilità, si è provveduto all'opera diretta di valorizzazione, graniticamente fondata sull'adeguato concetto delle possibilità di sviluppo del patrimonio idroclimatico nazionale.

Il metodo fascista antepone ai provvedimenti lo studio e la conoscenza dei problemi, servendosi largamente delle indagini statistiche, considerate finalmente nella loro reale importanza.

Anche nei riguardi delle Stazioni di cura, si è proceduto quindi anzitutto ad una valutazione della loro efficienza attuale nel bilancio generale della Nazione e delle loro possibilità di sviluppo avvenire, e se ne è tratto il convincimento che esse possano contribuire in modo decisivo al ristabilimento della bilancia economica del nostro paese.

Ciò si era forse detto, scritto e pensato, anche da molti, in passato, ma non era diventato mai imperativo categorico di Governo nè programma nazionale.

E' stata questa inserzione del problema della valorizzazione delle Stazioni di cura nel grande programma di rinascita del paese, che ha deciso delle forme e della continuità dei provvedimenti ed iniziative che vi si riferiscono. Provvedimenti ed iniziative sono appena agli inizi e lunga è la strada da percorrere, ma l'itinerario, con le sue tappe e con le sue mete, è stato già perfettamente riconosciuto e determinato.

E saggiamente la valorizzazione è stata impiantata contemporaneamente su una linea generale, al centro, e nelle singole regioni, alla periferia. Naturalmente le valorizzazioni locali risentono alquanto delle differenze di criterii e di tradizioni, ed il loro sviluppo ed il loro ritmo ne è modificato in conseguenza. La linea generale invece presenta i vantaggi della unicità dei criterii informatori.

Ha assunto direttamente la responsabilità e l'onere della iniziativa il Consorzio Nazionale Fascista dei Comuni di Cura, Soggiorno e Turismo, organo della Federazione Nazionale Fascista degli Enti Autarchici.

Il Consorzio, costituitosi or è un anno sotto l'autorevole presidenza del Gr. Uff. Augusto Mario Rebucci, che già aveva acquistato grandi benemerenze alla presidenza della Federazione degli Stabilimenti italiani di cura, è tuttora in via di completamento della sua costituzione, e va provvedendo a formare i propri Comitati Regionali. Ma già ha dato prova del suo solido inquadramento e della sua fattiva operosità con la organizzazione della I. Mostra Nazionale dei Comuni di Cura, Soggiorno e Turismo, la quale ha trovato signorile ospitalità in seno alla Fiera Campionaria di Padova, per generoso gesto di solidarietà di S. E. Indri, Presidente dell'Ente Autonomo della Fiera, ed attualmente tutto inteso alla organizzazione delle cure termali e climatiche per gli operai, nella sua qualità di benemerito Presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

La Mostra di Padova (5-20 Giugno) è splendidamente riuscita. Incoraggiato dal successo, il Consorzio già provvede ad organizzare la seconda, abbinandola alla Fiera Campionaria di Milano del 1928, e giovandosi così del più lungo periodo di preparazione.

Ci sia permesso, a questo proposito, una rivendicazione dello sforzo modesto ma significativo da noi compiuto per organizzare una Esposizione Idroclimatologica nel Congresso di Castellammare di Stabia del 1921. Avemmo fede allora, perchè in noi già fermentava il lievito dei nuovi orientamenti, che ora trovano la loro trionfale attuazione.

Alla Mostra di Padova hanno partecipato oltre 130 Comuni italiani di cura, soggiorno e turismo, dando luogo ad una magnifica affermazione della potenzialità che hanno raggiunto gl'impianti delle nostre Stazioni di cura.

E' facile farsi un'idea dell'efficacia di questo mezzo di propaganda delle risorse idroclimatiche del nostro paese, quando si pensi alla folla di visitatori italiani e stranieri, questi ultimi provenienti specialmente dai paesi dell'Europa nord-orientale, che è accorsa, in continua rinnovazione alla Fiera di Padova.

Bene auspichiamo quindi alla continuazione ed al sempre maggiore incremento di Mostre ed Esposizioni delle nostre Stazioni di cura, giustamente apprezzando il grande valore di questo mezzo di propaganda.

***

Un'altra iniziativa assai conducente allo scopo è quella dei viaggi di istruzione, nazionali ed internazionali, alle nostre Stazioni di cura. Ne va data ampia lode all'Ente Nazionale per le Industrie Turistiche, che è già al VII viaggio nazionale ed al IV internazionale, senza per dimenticare la serie di ben 18 Congressi Nazionali, e dei moltissimi regionali, dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, che possono considerarsi, in aggiunta ai lavori scientifici, come altrettanti viaggi di istruzione, che non hanno tralasciata regione alcuna del nostro paese.

In quest'anno oltre al Congresso Nazionale di Milano, che avrà luogo ai principi di ottobre, si terrà, nei giorni 12-16 dello stesso mese, un Congresso di grandissima importanza: quello cioè della Società Internazionale di Idrologia, con sede in Londra e presidenza presentemente italiana, affidata all'illustre on. Prof. Gabbi. Il Congresso, che segue quello tenuto nello scorso anno in Czeco-Slovacchia, sarà inaugurato solennemente in Roma da S. E. Mussolini. I congressisti visiteranno dipoi le principali stazioni di cura italiane.

Accanto a queste imponenti adunanze, fioriranno qua e là iniziative per visite collettive a Stazioni termali, sanatorii, istituti di cura climatica, e così via. Ne usufruiscono a preferenza i medici iscritti ai Corsi di perfezionamento in Idrologia e in Igiene. Anche le Scuole Universitarie di Idrologia organizzano con frequenza visite alle stazioni di cura.

Indubbiamente è questo il mezzo migliore di propaganda; deve notarsi però che resta pur sempre precluso alla grande maggioranza sia pure dei medici, occorrendo, per visitare almeno le principali e più caratteristiche stazioni di cura italiane, molto tempo e non poco danaro. D'altra parte non sempre si ha dai medici il tempo disponibile per partecipare alle visite, che avvengono in epoche determinate, ed a lunghi intervalli.

E deve farsi, per essere completi, un altro rilievo. La visita ad una stazione termale — e chi scrive ne ha una certa esperienza — serve bensì a darne l'impressione d'insieme della potenzialità, dell'efficienza, del valore, ma non permette di fissare il quadro dei dettagli, cosicchè diviene necessario, per ricordare indicazioni terapeutiche, modalità di tecnica, e così via, consultare successivamente la letteratura, che viene distribuita largamente in occasione delle visite collettive.

***

Ed eccoci al *punctum saliens* della organizzazione di propaganda delle stazioni di cura.

Riconosciuto che il sistema delle Mostre ed Esposizioni ha un ottimo valore indicativo, e resta sopratutto come un riconoscimento delle successive tappe raggiunte nel cammino ascensionale delle stazioni di cura; e riconosciuto che le visite costituiscono la forma più utile di propaganda delle medesime, ma non sono di generale applicazione, resta sovrana la forma pubblicitaria.

Di questa forma si possono distinguere quattro sottospecie: pubblicazioni strettamente scientifiche (Atti di Congressi e di Accademie, monografie di studi sperimentali, ecc.); pubblicazioni descrittive edite dalle stazioni di cura; pubblicazioni nei giornali quotidiani; pubblicazioni nella stampa medica.

Le pubblicazioni della prima specie hanno un pubblico limitato, per quanto autorevole, ed i lettori si identificano il più delle volte con gli autori.

In ogni Congresso dell'Associazione di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica vi sono state circa un centinaio di comunicazioni, e di

Digitized by Google

poco più del doppio è stato il numero dei partecipanti ai quali spetta il Volume degli Atti. Per le Accademie è quasi lo stesso; della Rivista dell'Associazione sono lettori i soci, cioè i medici stessi delle stazioni di cura: è quindi una cultura tutto affatto localizzata a una piccola minoranza della classe medica.

Le pubblicazioni delle stazioni di cura, dalle più ricche monografie ai semplici opuscoli illustrativi vanno purtroppo confuse col materiale pubblicitario che inonda il tavolo da lavoro di ogni medico italiano, e di cui appena ora (segno anche questo dei tempi nuovi) si comincia a vedere una qualche remora. E' questa sicuramente una ragione di diminuita efficacia, se anche non voglia pensarsi a quel senso di istintiva e sia pure ingiustificata diffidenza che si ha rispetto a pubblicazioni che giungono direttamente da industriali. Certo che ogni buon medico dovrebbe sentirsi felice di essere illuminato circa le azioni terapeutiche di questa o quella buona stazione di cura, anche per arricchire il proprio specifico formulario, ancora troppo scarso nella maggioranza dei casi.

Ma, checchè ne sia di questa psicologia, resta il fatto che le pubblicazioni provenienti dalle stazioni di cura non sono circondate da quella unanime attenzione che teoricamente meriterebbero.

Per quel che riguarda la stampa quotidiana, siamo d'accordo con l'ottimo Comm. Saccani che la sua efficacia nella propaganda sarebbe grandissima, e che se ne dovrebbe aspettare la cordiale solidarietà da ogni buona stazione di cura nazionale. Ma tant'è, la questione della pubblicità a pagamento pende ancora insoluta a questo riguardo, e finchè una decisione collettiva non sia intervenuta, a scarsi casi di eccezione resterà affidata questa forma pur tanto utile di propaganda.

Resta la stampa medica a prestare il più utile, e questa volta il più disinteressato contributo. La stampa medica non può ignorare i progressi veramente portentosi conseguiti in questi ultimi tempi dalla terapia fisica naturale, ed è quindi tratta sempre più ad ospitare lavori sperimentali e di casistica clinica sulle azioni biologiche e terapeutiche delle cure termali e climatiche. Ma accanto a quest'opera, che è meno efficace ai fini della comune conoscenza delle nostre stazioni di cura, occorre che la stampa medica provveda anche ad un altra più modesta forse, ma certo più proficua: quella cioè della illustrazione degli elementi caratteristici di ciascuna stazione di cura, con riferimenti pratici, di facile acquisizione. Sta bene che siano pubblicati i casi limite che hanno trovato compenso e guarigione nella cura termale ed in quella climatica, ma si dia pure larga parte alla illustrazione delle comuni indicazioni terapeutiche, facendone minuta analisi nei confronti dei bisogni delle diverse categorie di infermi che possono giovarsene.

Scrivendo in un glorioso antico periodico che ha inteso questo dovere fin dai suoi ormai lontani inizi posso dispensarmi da paragoni con quello che fa la stampa medica degli altri paesi; ma non so astenermi dall'accennare alla tecnica precisa usata altrove nella descrizione delle stazioni di cura.

E mi basti citare la schematizzazione che la stampa medica francese ha recentemente fatto delle cure termali ai *coloniali*, circoscrivendo ad otto stazioni termali le principali indicazioni curative delle più comuni forme di malattie tropicali.

Anche quì potrebbe aspettarsi la voce di protesta delle piccole stazioni, che temono i danni della esclusione da queste rassegne, che necessariamente debbono considerare a preferenza le stazioni di migliore assetto e di maggiore efficienza, dovendosi parlare indifferentemente al connazionale ed al forestiero. Ebbene, possiamo dire onestamente: bando ai timori; le grandi stazioni, quando appieno affermate, fanno automaticamente, con la propria, la fortuna delle piccole stazioni viciniori dello stesso tipo, ciò anche nel loro interesse, per le necessità dello smistamento dei frequentatori e della difesa contro la pletora stagionale, sulla quale per lungo tempo ancora non avranno sensibile influenza nè gli auspicati e provvidi anticipi degli esami nelle scuole nè le logoranti esortazioni dei competenti.

Alla stampa medica italiana è affidato dunque un nobilissimo compito di collaborazione al vasto programma di ricostruzione nazionale. Consiste esso nella propaganda scientifico-pratica delle stazioni italiane di cura, estesa alla illustrazione degli elementi caratteristici di ciascuna stazione; lavoro non difficile e non ingrato, perchè trattasi di rivelare risorse meravigliose, che costituiscono forse la base più solida del programma di rinascita fisica ed economica del nostro paese.

ALBERTO BOTTI

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

I. ***L' Ospedale del Littorio.*** — La sistemazione dell'organizzazione ospedaliera volge, ormai, a Roma, verso una fase conclusiva, e ciò da quando il Governo Fascista ha chiamato alla Presidenza degli Ospedali Romani il gr. uff. Cotta. In tutto il vasto programma da svolgere da questi concepito, rientra per primo la costruzione di un nuovo Ospedale che sostituisca quelli di S. Giacomo e della Consolazione, i quali sono necessariamente da abolirsi per ragioni d'indole igienica e tecnica. Tale necessità, invero, si era sentita sin dal 1919, e già nell'aprile di quell'anno, alla presenza del Re e della Regina d'Italia, veniva posta sulle alture di Monteverde la prima pietra per la costruzione di un nuovo grande ospedale, che fu designato, in quel tempo, col nome di Ospedale della Vittoria. Esso fu concepito allora come un nosocomio generale di medicina e chirurgia, con speciali reparti oftalmici e otorinoiatrici, ed un'annessa sezione di isolamento per i bisogni interni dell'Ospedale e quelli della città bassa. L'area prescelta per la costruzione fu il terreno denominato Vigna di S. Carlo, sulle pendici del Monte Verde, in prossimità della nuova stazione di Trastevere, della estensione di 38 ettari.

I lavori, allora iniziati, però, dovettero essere sospesi nel 1922, specialmente per mancanza di fondi adeguati e restarono solo le vestigia dell'inizio dell'opera rappresentate dalle fondamenta dei vari padiglioni. Per opera del Governo fascista, intanto l'antico Ospedale della Vittoria, ribattezzato col nome di Ospedale del Littorio, vedrà la luce. Il Ministero delle Finanze ha infatti concesso già dei fondi necessari per riprendere i lavori e il gr. uff. Cotta, coadiuvato dall'ingegnere Marino Palombi, si è accinto alacremente all opera. Il nuovo Ospedale del Littorio sarà, intanto, in parte differente da come era stato primitivamente concepito: i padiglioni di medicina, per es., invece di cinque saranno sei, mentre quelli di chirurgia saranno ridotti da quattro a tre; i vari padiglioni di due piani, che avrebbero dovuto avere una copertura a tetto, saranno invece provvisti di ampie terrazze, in modo che, in caso di necessità, potranno essere elevati di un terzo piano, mettendo l'Ospedale in condizioni di avere altri 400 letti in più (come è stato oggi ideato, l'Ospedale disporrà di 1240 letti).

Il Governo ha in animo così di far opera degna di Roma e di sè e si augura che per il principio dell'anno 1919 il nuovo Ospedale possa essere in efficienza.

II. ***L' Ospedale di S. Spirito.*** — Anche l'Ospedale di S. Spirito ha bisogno di essere rinnovato, ed a ciò l'Amministrazione si è già accinta; esso, infatti, fra poco, per la demolizione di un suo edificio per la sistemazione del prolungamento del ponte V. E., si troverà a perdere un certo numero di letti. Si sta provvedendo, pertanto, al progetto di rinnovamento in modo che l'edificio attuale venga modernamente completato e nell'ala nuova potranno esservi trasferiti i reparti di medicina, di chirurgia, di pronto soccorso e di deposito; sarà inoltre sistemato convenientemente il reparto maternità e l'ingresso principale sarà dalla parte del Lungotevere. L'efficienza dei letti, col nuovo progetto, da 600 sarà portata a 720.

La questione ospedaliera, come si vede, a Roma, fa passi da gigante.

DA CAMPOBASSO

L'inaugurazione dell'Ospedale "Antonio Cardarelli". — E' stato con grande solennità inaugurato, nel m. s., l'Ospedale intitolato ad Antonio Cardarelli, per la cui fondazione anche il Capo del Governo, S. E. Mussolini, ha voluto concorrere con la somma di L. 200,000. Intervennero all'inaugurazione l'on. Martelli, in rappresentanza del Governo, il comm. Citarelli, in rappresentanza del P. N. F., le autorità cittadine e numerose altre personalità. La cerimonia si è svolta nel Teatro Sociale, ove hanno parlato il Podestà, il Commissario della Provincia, il Segretario Federale, il Presidente dell'Ospedale, l'on. Martelli e il comm. Citarelli.

L'on. Martelli ha espresso il compiacimento del Governo per la provvida istituzione civile, veramente degna della memoria di Antonio Cardarelli, del quale ha ricordato con elevate parole l'opera scientifica, la vita e lo spirito di vero italiano. L'O. ha quindi esortato tutti al compimento del proprio dovere per assicurare all Italia una maggiore grandezza, dicendo che l'Italia nuova deve ispirare la sua azione ai migliori esempi del passato, esigendo dai propri figli un volenteroso contributo di intelligenza e di attività.

Dopo una visita all'ospedale, ha avuto luogo al Palazzo Municipale un banchetto offerto dal Municipio e, la sera, un grande ricevimento al Circolo Sannitico. Le Autorità quindi si sono recate in gita alle sorgenti del Volturno.

Digitized by Google

LIBRI ED OPUSCOLI

OPPENHEIMER C. e PINCUSSEN L. *Tabulae Biologicae*. Vol. II, W. Junk, Berlino, 1927. Prezzo marchi 25.

E' questo il secondo volume della splendida pubblicazione che lo Junk sta compiendo e che costituisce uno dei migliori libri di biologia pubblicati di recente. Il volume comprende vari capitoli in cui sono riportati i dati di determinazione e di analisi nei riguardi della chimica-fisica applicata alla biologia e fisiologia generale. Ogni capitolo è fatto da uno specialista in materia cioè nell'insieme dai più rinomati biologi tedeschi. Il primo capitolo riguarda la termochimica, il secondo l'influenza della temperatura sui processi vitali, segue lo studio dei dati e delle costanti dei fermenti svolto in tre capitoli. L'elettricità, l'elettro-chimica, la chimica capillare e la fotochimica sono quindi ampiamente trattate. Vi sono due magnifici capitoli sulle radiazioni.

Segue quindi, in corpi distinti, lo studio dei dati di fisiologia generale dei muscoli e dei nervi, la cronassia nell'uomo, il sistema nervoso vegetativo, la morfologia e la fisiologia del sangue, della pelle, dei secreti della linfa, del latte.

Come si vede la messe dei dati che si trovano in questo volume è tale da costituire un prezioso aiuto per il biologo in qualunque ricerca sperimentale e bibliografica. Basta, difatti, sfogliare il volume per trovarvi raccolte minutamente e con esattezza i dati quantitativi che interessano.

L'opera sarà completa in quattro volumi e si deve essere grati ai direttori della pubblicazione, nonchè all'Editore, per la grande utilità che ne viene da essa agli studiosi.

L. CALIFANO

PERITI E. *L'insufficienza del cuore*. 1 vol. di pagg. 120, con 24 figure. Luigi Pozzi, editore, via Sistina 14, Roma, 1927. Prezzo L. 22.

Il presente volume fa parte della Collezione del «Policlinico» delle «Monografie medico-chirurgiche d'attualità». L'insufficienza del cuore vi è trattata tenendo presenti specialmente i moderni concetti di fisiopatologia cardiaca. E' perciò che dopo brevi e chiare nozioni di anatomia e fisiologia del miocardio, l'A. passa ad esporre i metodi di esame usati in cardiologia (sfigmogramma, cardiogramma, flebogramma, elettrocardiogramma, ecc.), per poi sintetizzare i rapporti tra disturbi del ritmo e insufficienza del cuore, tra ipertensione arteriosa e ipertrofia del cuore, nonchè i metodi di indagine della funzionalità del cuore. Nell'ultima parte del libro vengono riunite le nozioni riguardanti l'insufficienza del cuore propriamente detta, l'insufficienza delle cavità destre, l'insufficienza dell'orecchietta e l'insufficienza relativa del ventricolo sinistro.

Una dettagliata bibliografia chiude il volume, il quale è frutto non solo della cultura teorica, ma anche dell'esperienza clinica dell'A., che è medico-aiuto nel R. Arcispedale «S. Maria Nuova» di Firenze.

NOTIZIE

Congresso internazionale di Idrologia medica. — Dal 12 al 16 ottobre p. v., si terrà in Roma-Montecatini-Salsomaggiore il Congresso internazionale di idrologia medica. L'inaugurazione avrà luogo in Campidoglio, sotto la Presidenza Onoraria di S. E. Mussolini, con discorsi del nuovo Presidente della Società internazionale di idrologia, on. prof. U. Gabbi e del Preside della Facoltà medica di Roma, prof. Dalla Vedova. Seguiranno le prime relazioni ufficiali: 1. «Idroterapia nelle malattie acute» (relatori: prof. U. Gabbi, Parma; prof. Strasser, Vienna; Sir William Willcox e dott. Forsecue Fox e Suddel). 2. «Le acque di Chianciano» (relatore, prof. V. Ascoli; Roma). Il giorno 13 ottobre saranno visitati i principali monumenti di Roma e la sera si partirà per Montecatini.

Nel mattino del giorno 14, a Montecatini, sarà inaugurato il nuovo Stabilimento termale, con un discorso del sen. prof. Queirolo su «Le acque di Montecatini». Indi, nei giorni 14 e 15, si svolgeranno delle importanti comunicazioni sulle «Proprietà delle acque medicinali»: a) «I bagni termo-minerali, loro azione biologica e indicazioni terapeutiche» (relatori: prof. Valenti, Milano; prof. P. Marfori, Napoli; dott. J. B. Burt, Buxton). b) «I fenomeni elettrici nelle acque minerali» (relatori: prof. Chassevant, Algeri; J. Roce, Buxton). c) «Unità standard internazionale di misura» (relatore, dott. Judd Lewis, Londra). d) «Azione delle acque minerali sulla immunità: funzione antitossica e antianafilattica» (relat.: dott. Ferreyrolles, della Bourboule). e) «Azione delle acque minerali sui fermenti e sui microrganismi» (relatori: dott. Mougeot, di Royat; e Woodmansey, di Harrogate).

Il 16 ottobre, i Congressisti si recheranno a Salsomaggiore, ove il prof. L. Zoja, di Milano, parlerà su «Le acque di Salsomaggiore», e il prof. Zoerkendoffer, di Praga, sui «Processi di invecchiamento delle acque minerali».

E' anche in programma una visita facoltativa all'Ospedale Maggiore e agli Istituti di medicina della R. Università di Parma, da tenersi il 17 ottobre.

Le adesioni al Congresso vanno inviate al prof. U. Gabbi, Parma.

Premio Maragliano sulla tubercolosi. — E' aperto il concorso al Premio Maragliano di L. 1,000, da assegnarsi al miglior lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi. Gli aspiranti al premio dovranno trasmettere al Rettore della R. U. di Genova tre copie del lavoro, scritte a macchina o in bozze di stampa, non essendo accolti lavori già pubblicati. I lavori porteranno il nome e cognome dell'autore, nonchè l'indicazione del laboratorio o Istituto nel quale furono eseguite le ricerche, e saranno inviati raccomandati e con ricevuta di ritorno al Rettore della R. U. di Genova, prima del 31 dicembre 1927.

Inaugurazione della Scuola superiore di Malariologia. — Il mese scorso, è stata inaugurata, nell'Aula Magna della U. Università di Roma, la R. Scuola superiore di Malariologia, dei cui intenti e del cui programma già abbiamo informati i lettori di *Riforma Medica* in altro precedente numero. Tra gli intervenuti, vi erano il Ministro della P. I., on. Fedele, il Ministro dei Lavori Pubblici, on. Giuriati, il Sottosegretario di Stato agli Esteri, on. Grandi, l'ambasciatore della Repubblica Argentina, Ferdinando Perez, il prof. Ascoli, direttore della Scuola stessa, i membri stranieri del Comitato d'onore, il sen. Marchiafava, il generale Baduel della C. R. I., il Senato e il Corpo accademico universitario e numerose altre personalità nel campo scientifico. Tenne il discorso inaugurale il prof. Giorgio Del Vecchio, rettore della R. Università, il quale espose l'importanza del problema della malaria in Italia e illustrò i fasti della Scuola Romana al riguardo.

Concorso internazionale per ricerche sperimentali. — La «Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimioterapia», allo scopo di favorire le ricerche sperimentali, ha indetto un 2° concorso internazionale con 3 premi, rispettivamente di 1,000, 500 e 500 pesos argentini (al cambio attuale 1 pesos corrisponde a circa 10 lire italiane). I lavori premiati verranno pubblicati nella detta Rivista e gli AA. riceveranno 100 estratti in omaggio. I temi sono facoltativi, ma saranno preferiti i lavori di endocrinologia, immunologia e chemioterapia. I lavori non devono superare 16 pagine di stampa; possono essere scritti in italiano, francese, spagnolo, portoghese, ingiese, rumeno, ma la rivista si riserva la facoltà di farli tradurre in spagnolo per la pubblicazione, se lo ritenga opportuno; saranno firmati con uno pseudomino, che sarà ripetuto su una busta chiusa contenente il nome.

Indirizzare i lavori alla Direzione della Rivista, Rivadavia, n. 1745, Buenos Ayres (Argentina), prima del 31 dicembre 1927.

Proroga del concorso per lo sviluppo degli studii sul cancro tra medici del Piemonte. — L'Ospedale Maggiore di San Giovanni di Torino rende noto che la scadenza del concorso a quattro premi di L. 2,000 ciascuno fra i medici del Piemonte, per opere sullo studio clinico-ambientale del cancro, indetto con fondi offerti dal senatore prof. Bellom Pescarolo, è stato prorogato a tutto ottobre 1927.

Venticinquennio di laurea. — I laureati a Napoli nel 1902, che desiderassero festeggiare il 25° anno di laurea a Napoli, sono pregati di inviare la loro adesione al dott. Angelo Suriano, in Pianiga (prov. di Venezia).

Donazioni. — Il sig. Battista Barbieri, da Palanzano, ha lasciato in eredità un milione e mezzo di lire all'Ospedale di Parma, ove era stato amorevolmente curato.

— Il sig. Adolfo Donarini Buttafava, di Milano, ha donato lire 150,000 all'Ospedale Maggiore di Milano, in memoria della madre. Allo stesso Ospedale hanno lasciato: la signora Ida Finzi, da Ferrara, la somma di L. 800,000; la signora Paolina Brigola, vedova Cauda, da Milano, la somma di L. 100,000; la signora Rachel Bresa, da Milano, la somma di L. 150,000. Quest'ultima ha lasciato anche la somma di lire 50,000 per l'incremento della Sezione Fototerapica Ambrogio Bertarelli e altrettanto per la cura marina dei bambini dimessi da detta Sezione.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 11 Luglio 1927 — N. 28

LEZIONI

SCUOLA LIBERA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA

ARTRITISMO E TUBERCOLOSI

Lezione del Prof. ANDREA FERRANNINI
al Corso di perfezionamento in Tisiologia e Lotta antitubercolare (Maggio 1927)

Da non pochi osservatori, tubercolosi e artritismo si ritengono, anche oggi, due termini antitetici. Il postulato dell'antitesi scaturisce principalmente dalla pregiudiziale che in tutti gli infermi di tubercolosi o tubercolizzati esista una nota generica e costante, quale perturbamento degli scambi nutritivi, e questa nota consista nell'esaltamento degli scambi (tachitrofismo); d'altro lato, esista parimenti una nota generica e costante degli scambi negl'infermi, conglobati sotto la denominazione di artritismo o neuroartritismo e la nota consista nel rallentamento di quegli scambi (brachitrofismo). Da questa pregiudiziale scaturisce il sofisma che l'artritismo rappresenti un'ostacolo, persino una salvaguardia, all'attecchimento della infezione tubercolare.

Frattanto i fatti vanno smantellando la saldezza di ambedue i presupposti.

***

Chi oserebbe sostenere oggi che in uno dei prototipi dell'artritismo, nella gotta, esista rallentamento degli scambi o del ricambio, sol perchè meno ossidato dell'urea è l'acido urico, che si vede accumularsi nell'ambiente intraorganico dei gottosi o si trova presente in tasso superiore alla norma nell'urina, nel contenuto intestinale o in altri liquidi, prevalentemente escrementizi del corpo? Non esiste, al contrario, nei gottosi un eccesso di decomposizione delle nucleine, donde promana l'acido urico, e, fatto ancor più personale, la tendenza di questo acido ad essere trattenuto nell'ambiente intraorganico sotto forma diversa di depositi o concrezioni, a cominciare dal tanto noto accumulo plasticizzato nei tofi? Questa tendenza alla ritenzione urica non potrà, al certo, interpetrarsi come rallentamento del ricambio, se presuppone il fatto dell'esaltamento di metabolismo nelle nucleine.

Quanto alle calcolosi, non si sa con precisione la genesi chimica di formazione dei più speciali prodotti di composizione dei calcoli.

Per la colesterina, per questo più frequente elemento dei calcoli epatici, appena nell'ultimo ventennio si è venuto assodando che le sedi precipue della sua formazione sono la corticale delle capsule surrenali ed il corpo luteo. Per il resto, è forse dimostrazione di rallentamento del ricambio la nozione che la colesterina è tra le sostanze organiche ternarie la più ricca di carbonio?

Un'analoga presupposizione d'indice di rallentamento nel ricambio come potrebbe assegnarsi all'acido ossalico, a quest'altro frequente componente dei calcoli specialmente urinari, oltre che elemento aumentato in quantità nel sangue e nell'urina, nell'ossalemia ed ossaluria, una volta che non è ancora definito se quell'altra sostanza organica ternaria provenga da metabolismo soltanto dei connettivi collageni o anche da altre sostanze molteplici, tra cui si vanno indicando anche le basi o corpi purinici?

Per un altro componente dei calcoli, l'acido urico, vale quanto già ho accennato a proposito della gotta. Per i carbonati e fosfati, per questi altri elementi formatori dei calcoli, meno speciali dell'acido ossalico, della colesterina, dell'acido urico, nessuno vorrà per certo sostenere che costituiscano indizio di rallentato ricambio.

Per il diabete mellito si dia senza concedere che esista un rallentamento nel metabolismo del glucosio non già che il glucosio sia anomalo per qualità e perciò si metabolizzi scarsamente. Ma la intossicazione acida o acidosi, coesistente nei casi gravi, proviene sicuramente ed esclusivamente da quel rallentamento? Concediamo di non preoccuparci dell'esaltata decomposizione delle sostanze proteiche, dimostrata dalle mie ricerche del 1897 e 1898 anche in diabetici, in cui il levulosio era assimilato così proficuamente da non notarsi nè glucosuria, nè levulosuria, onde, in quei casi, è da parlare di un perturbamento nel metabolismo delle sostanze proteiche, relativamente indipendente dall'insufficiente metabolismo delle sostanze carboidrate. Sta, frattanto, il fatto che proprio nel diabete mellito, in questo componente della famiglia neuro-artritica, nel quale si ammette il più netto rallentamento del ricambio, si nota l'attecchimento della infezione tubercolare, più che nella gotta e nelle calcolosi, e con gravezza così intensa da aversi abitualmente l'esito mortale.

Quanto poi alla poliadiposi ed obesità, non hanno i clinici, da tempo immemorabile, additata una *phtisis florida*, cioè una tubercolosi, che si svolge in infermi pletorici e grassi, come avevano indicato con la semplice espressione di tisi la tubercolosi, che decorre invece con emaciazione progressiva?

La scarsezza dell'acidità urinaria, che, specialmente da Canter, era stata presentata come fenomeno caratteristico degl'individui, che sogliono considerarsi predisposti alla tubercolosi o presentano questa infezione in atto, in opposizione alla iperacidità urinaria, che si è indicata come caratteristica degl'infermi artritici, anche questa differenza presupposta è stata scossa dalle ricerche di Campani, R. Massalongo, G. Zampelli e sopratutto da quelle compiute nel 1910 da L. Castriota nella mia clinica di Camerino. Anzi con queste indagini Castriota vide, dippiù, che l'acidità urinaria negl'infermi di tubercolosi è tanto più elevata, per quanto più grave è il decorso della infezione, indipendentemente dalla esistenza della febbre, e in 67 infermi, scelti tanto tra le malattie più differenti quanto tra quelli tubercolizzati, notò la cifra più alta dell'acidità urinaria proprio in un'ammalata di tubercolosi con peritonite. Dallo stesso Castriota venne osservato che un criterio distintivo tra artritici e tubercolizzati non può essere rappresentato nè dalla durata della permanenza dell'acidità urinaria, come era stato proposto da Malmejac, nè da un altro fenomeno, studiato per la prima volta da Castriota e consistente nell'aumento dell'acidità durante i giorni, in cui essa permane indipendentemente dalla essiccazione e senza essere sostituita dalla reazione neutra od alcalina per sopraggiunta fermentazione ammoniacale.

Non parlo di un analogo contrapposto indicato per il sangue e per gli altri umori intraorganici in genere, nel senso che questi siano iperacidi negl'infermi artritici e viceversa alcalini o appena acidi o neutri negl'infermi tubercolizzati. La tecnica chimica, per quanto progredita, non sempre dà risultati costanti e quindi ben sicuri in un liquido organico così complesso come il sangue e così variabile fisico-chimicamente, specialmente come ionizzazione e come stato colloidale.

***

L'equivoco e, diciamo pure, l'errore nel supporre in ogni infermo tubercolizzato una condizione di ricambio sempre identica e sempre antitetica a quella degl'infermi artritici, deve, in ogni modo, essere alimentato da qualche fatto, per quanto interpetrato in maniera antitetica.

Uno di questi fatti può consistere nelle scariche di fosfati, specialmente di calcio, o di sostanze azotate, specialmente come urea, che talvolta si notano nell'urina. Ma, il fatto, considerato in senso assoluto, non è per certo peculiare ai tubercolizzati, potendo osservarsi in altre condizioni morbose, specialmente se decorrenti con febbre e con gravi perturbamenti della nutrizione. D'altra parte, non è raro vedere in un identico infermo di tubercolosi, se rigorosamente studiato per vario tempo, la fosfaturia o la calciuria o la iparazoturia scomparire e essere sostituite o da uno stato normale o persino da scarsezza di eliminazione di quelle sostanze dall'urina, anche quando i reni funzionano relativamente bene e perciò quella scarsezza non può interpetrarsi come insufficienza funzionale o mejopragia dell'organo renale.

Digitized by Google

Quelle alternative nella eliminazione e di senso persino opposto soglio interpetrarle come ripercussione sugli scambi nutritivi per parte di un'anomalia intraorganica generale, che in questi ultimi anni sono venuto sintetizzando con la espressione di «marchio biologico-clinico» dei tubercolizzati cioè un contrasto coesistente tra l'aumento nella eccitabilità e nella energia di risposta agli stimoli dell'ambiente, esterno o interno, e la deficienza di tono e di stenia nel mantenere il grado della reazione di risposta a quegli stimoli. Se predomina la fase della ipereccitabilità e della iperenergia gli scambi si esaltano, come si hanno equivalentemente gli sbalzi termici, la tachicardia (spesso con angiospasmo), il sovreccitamento psichico; quando invece predomina la fase della ipotonia e della ipostenia, la temperatura scende, allo spasmo vasale si sostituisce la dilatazione ipotonica, si designa la stanchezza muscolare o la psicastenia sino all'«umor nero» con tendenza persino assassina verso sè stesso (suicidio) o verso gli altri (omicidio). Il tubercolizzato vive, perciò, in uno stato di continua instabilità funzionale, donde quel contrasto tra l'aumento nella eccitabilità e nella energia di risposta agli stimoli rispetto alla diminuzione della stenia e del tono. Il predominio dell'uno o dell'altro lato di questa grave anomalia viene alla qualità delle tossine circolanti nello ambiente intraorganico: tossine, che possono variare secondo ciascun tubercolizzato e secondo le fasi del male in un identico tubercolizzato, perchè provenienti in varia proporzione e in diversa qualità dal bacillo specifico; dai microbi consociati; dai tessuti in cui è più localizzata la elaborazione di anticorpi o il disfacimento cellulare; dallo stato degli ormoni; dal perturbamento degli organi digerenti, o degli scambi nutritivi o degli organi emopoietici e linfopoietici; dalla ripercussione reciproca tra sistema nervoso, vegetativo e psichico, e lo stato di tutti questi altri componenti della collettività organica, che ora ho menzionati.

***

Un altro dato di fatto, che può suggestionare l'antitesi di processo tra tubercolosi e artritismo sta nel frequente predominio della sclerosi, come stimmata anatomo-istologica nei focolari di tubercolosi, quando questa nel dato individuo si avvia a guarigione nel senso che l'individuo da tubercolizzato, come doveva dirsi quando la infezione si svolgeva con vittoria del microbio sull'organismo attaccato, sta per ridiventare o è già ridiventato tubercolotico, come possiamo dirci tutti quanti gli esseri umani, sempre che il nostro organismo, pur lottando continuamente con il bacillo invasore, lo mette in uno stato di resa o per lo meno di simbiosi indifferente. Un'analoga sclerosi notasi spesso, in vari organi, negl'infermi della famiglia artritica, donde il sofisma che questa sclerosi faccia da salvaguardia negli artritici all'attecchimento della infezione tubercolare.

Che si tratti di sofisma arbitrario è indicato da un duplice ordine di fatti: la sclerosi dei vasi e dei vari parenchimi organici nell'artritismo è substrato anatomo-istologico di non poche sindromi gravi, che concorrono spesso all'esito letale; nei tubercolizzati la sclerosi dei focolai morbosi può essere interpetrata come effetto locale di alcune tossine provenienti dai corpi, anche morti, del bacillo tubercolare, e quelle tossine hanno azione tossica sclerogena, come altre hanno azione necrotizzante o colliquativa. Una tubercolosi può decorrere con poca gravezza, anche se manca la sclerosi nei focolai di localizzazione, e per un infermo di artritismo la sclerosi dei vasi e dei parenchimi organici è male sicuro e di spiccata gravezza, laddove resta ipotetica l'azione benefica di quelle sclerosi contro la infezione tubercolare.

D'altronde, il compianto Prof. Achille De Giovanni nella famiglia dell'artritismo assegnava tanto individui megalosplacnici o brevilinei (quelli che soglio chiamare brachisomatici) quanto individui microsplancnici e lungilinei (quelli che sogliono chiamare dolicosomatici). Questi ultimi, classificati da De Giovanni come 1 Combinazione morfologica, apparterrebbero spesso all'artritismo erpetico. Ebbene, dallo stesso Prof. De Givanni e dai suoi scolari i microsplancnici non sono additati tra i predisposti alla tubercolosi, come facevano anche gli osservatori antichi, che la microsplancnia e la morfologia lungilinea sintetizzavano con la espressione di abito tisico? Sicchè tra i più facilmente attaccati dal male possono trovarsi anche individui della famiglia artritica, per quanto della varietà detta erpetica di artritismo.

***

Non è scarsa, dunque, la messe dei preconcetti, che fomentano il preteso antagonismo tra tubercolosi e artritismo e finiscono con ripercuotersi anche su alcuni criteri di prognosi e di terapia.

Il gottoso o il poliadiposo o il diabetico non dovrebbero preoccuparci troppo dal punto di vista della profilassi contro la tubercolosi, perchè artritici. Intanto la pratica clinica vede, come colossi dal piè di creta, cadere innanzi alle cariche bacillari più facilmente un pletorico grasso o un diabetico che non un individuo senza sintomi dei quadri morbosi elencati nella famiglia artritica.

La iperalimentazione e il riposo assoluto da non pochi medici si prescrivono ai tubercolizzati come norma generica o routina burocratica, in base alla suggestione che quel riposo e l'ingrasso menomino le conseguenze del male. Dai francesi sopratutto si ricorre all'alimentazione forzata con l'espediente del così detto *gavage*.

Invece non sono pochi i tubercolizzati, ai quali il moto può convenire, ben s'intende sotto la guida del medico, che sorveglia gli effetti. D'altra parte sovraccaricare le vie digerenti con la iperalimentazione può in alcuni tubercolizzati indurre perturbamenti riflessi e tossici, di una qualche gravezza, sempre che lo stomaco, l'intestino e le ghiandole annesse, sopratutto il fegato, non apportino il sovraccarico di alimenti.

Da bando, dunque, differenze arbitrarie tra artritismo e tubercolosi. Conviene in ogni individuo sorvegliare la salute rispetto alla profilassi antitubercolare, appartenga oppur no alla famiglia del così detto artritismo. In ogni tubercolizzato i criteri pronostici e curativi conviene dedurli da tutto il complesso tanto della costituzione o terreno organico personale quanto delle sindromi locali e dello stato generale individualizzato dalle condizioni del marchio biologico clinico, quale risultante di processi tossici molteplici.

Un diabetico può non presentare alcun elemento funzionale del marchio biologico-clinico, dimostrativo della tubercolizzazione. Vuol dire che non è un tubercolizzato e la cura sarà indirizzata al diabete.

Un altro individuo è un gottoso e presenta parecchi degli elementi funzionali, che sintetizzano lo speciale marchio biologico, ed allora la prognosi e la cura saranno guidate da questa costatazione di fatto. Lo stesso dicasi per un altro individuo, che può presentare quel marchio biologico senza integrare alcun quadro clinico appartenente alla famiglia morbosa del così detto artritismo.

Ogni infermo artritico come ogni individuo non artritico rappresenta una condizione personale o di attecchimento o viceversa di relativa immunizzazione riguardo alla tubercolosi, come riguardo ad ogni altro processo tossi-infettivo. L'interesse sta nel respingere la pregiudiziale, di dedurre la esistenza o meno della predisposizione o dell'antitesi dalla presenza o non di altra condizione morbosa o condizione normale.

Quella pregiudiziale è una presunzione arbitraria. Non esiste un criterio preventivamente discriminativo, che sia di guida in ogni caso. Anche in questo lato la tubercolosi non ha monopolio di meccanismo biologico. Innanzi a qualsivoglia individuo, non conviene nè l'ombra di Banco di una condanna fatale all'attecchimento della tubercolosi per la presunzione della predisposizione, nè l'ottimismo sugestionato dalla peculiare condizione somatica, o antropologica o endocrina o biochimica generale, che faccia da amuleto o da usbergo sicuro.

In ogni caso singolo s'impone la necessità delle nozioni anamnestiche e delle indagini semejologiche, intese a definire se nella fattispecie si designino i fenomeni del marchio biologico, anche se appena accennati. Il semplice accenno consiglia la insistenza nelle indagini per dirimere i dubbi, senza preconcetti di sorta. Queste indagini decidono; le presunzioni frastornano la diagnosi e la prognosi.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

OSSERVAZIONE DI TUBERCOLOMA STENOSANTE L'URETRA, CON SECONDARIA METAPLASIA EPITELIALE.

per il Sen. dott. DAVIDE GIORDANO
Chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Venezia

Gli antichi avevano lungamente confuso col cancro talune delle localizzazioni tubercolari che oggi diciamo *chirurgiche*.

Classico il famoso *sarcocele*, che confondeva in sè manifestazioni ora sifilitiche, ora tubercolari, ora maligne, e talora miste.

Michelangelo Assovo, dotto ed acuto chirurgo di questo Ospedale, sostenne potersi sopra un focolaio tubercolare, sviluppare in seguito un cancro.

E tutti poi, o in molti almeno, abbiamo avuto occasione di osservare organi colpiti ad un tempo da cancro e da tubercolosi. Semplice coincidenza, si suol dire. Onde mi pare opportuno dare alla storia di tale quistione la osservazione di un tubercoloma uretrale e periuretrale, che mi capitò in cura, ed ove forse si può sorprendere una parte del meccanismo per cui la tubercolosi, sovrappostasi ad infiammazione cronica banale (o gonococcica), può a sua volta favorire lo sviluppo ulteriore di cancro.

Un lavoratore ferraio, di anni 60, riparò in Divisione perchè non poteva orinare.

Dice essergli morto il padre per paralisi cardiaca, e la madre, a 79 anni, per broncopulmonite. Di 18 fratelli, che erano, 14 morirono in tenera età; uno morì a 32 anni per tubercolosi polmonare; altri due vivono, a suo dire, sani. La moglie, di 58 anni, gli morì improvvisamente l'anno scorso, mentre stava attendendo ai lavori di cucina!

Essa aveva partorito 7 figli, dei quali due morirono di morbillo, uno con ittero, uno con enterocolite, uno per meningite. Dei due superstiti, una figlia ventenne, è ricoverata allo spedale S. Marco per tubercolosi polmonare.

Personalmente, egli dice che, allo infuori delle forme esantematiche, che, purtroppo, si sogliono tuttora dire comuni dell'infanzia, non sofferse altra malattia, finchè non iniziò il servizio militare, contraendo, come anche purtroppo si può dire, la comune blenorragia: che egli dice essersi più volte riacutizzata per causa di servizio, cavalcando, poichè era soldato di artiglieria. Egli trattò il suo scolo con iniezioni uretrali e bevendo decotti di semi di lino e di gramigna; e dice non avere avuto altre malattie se non, un anno fa, per dieci giorni diarrea sanguigna, curata in una Divisione Medica dello spedale con medicine in polvere.

Però da una quindicina di anni egli cominciò a notare, urinando, che il getto non era più pieno, ma si deformava, assottigliava, si faceva più stentato e frequente, pur conservandosi le orine limpide. Egli non si curò mai di prendere consigli medici per tali disturbi, che poi negli ultimi tre mesi si andarono esacerbando, con orinazione penosa, a goccia a goccia. Colla solita trascuranza di molti di codesti malati, egli giunse alla ritenzione completa: e solo dopo che da due giorni non gli riesciva ad emettere orina, si decise ad entrare in una Divisione chirurgica di questo spedale. E quivi, non avendo potuto siringarlo, gli fu intanto vuotata la vescica con puntura ipogastrica, e proposta una operazione per togliere l'ostacolo. Operazione che egli rifiutò, abbandonando l'ospedale. Ma non gli venne fatto di emettere neanche una goccia d'orina, per cui, dopo 36 ore, entrò colla vescica distesa, e dolorante nella nostra Divisione, ove lunghi tentativi di passare una minugia riescirono vani. Però cominciavano a fluire lungo la minugia alcune goccie di orina, per cui si lasciò passare la notte, durante la quale gocciolando, uscì un litro di orina rossastra, con 1022 di densità, 14.6 di urea. Erano stati somministrati pure enteroclismi di acqua calda.

Davanti alla storia famigliare, grave per tubercolosi, fu praticata la cutireazione, con esito negativo. Il malato si presentava in condizioni generali discrete, con qualche rantolo e ronco sparso per l'ambito polmonare, toni cardiaci normali, nulla di anormale allo esame dell'addome. Una oliva esploratrice si ferma al bulbo uretrale, e, come fu detto, non si riesce a superare l'ostacolo neanche con una minugia.

Palpando lungo l'uretra nella regione perineale si sente un ingrossamento sodo, cilindrico delle dimensioni delle due ultime falangi dell'indice, in corrispondenza dell'uretra bulbare e membranosa: si direbbe che in quel tratto un terzo corpo cavernoso sia accollato sotto i due, in corrispondenza del tragitto uretrale. La prostata è elastica e regolare, all'esame rettale. Nulla di anormale alla palpazione degli epididimi.

Il giorno dopo il suo ingresso, riusciti vani ancora i tentativi di superare l'ostacolo con una minugia, con incisione perineale si scopre l'ingrossamento uretrale, che appare di tessuto compatto, bianco rossastro, bene isolabile dai tessuti circostanti. In avanti cessa bruscamente, ed a quel punto viene recisa l'uretra: lo si disseca quindi rovesciandolo allo indietro, finchè si arriva sul becco della prostata: anche da questa parte il tumore cessa con un salto netto, circa un centimetro al davanti del becco della prostata; e quivi pure viene recisa l'uretra, oltre il limite del tumore.

Una siringa viene passata dal meato al perineo e superando lo spazio in cui fu resecata l'uretra introdotta pel moncone prostatico di quella in vescica. I monconi uretrali vengono sulla sonda avvicinati con un punto di sutura, ma non arrivano a reci-

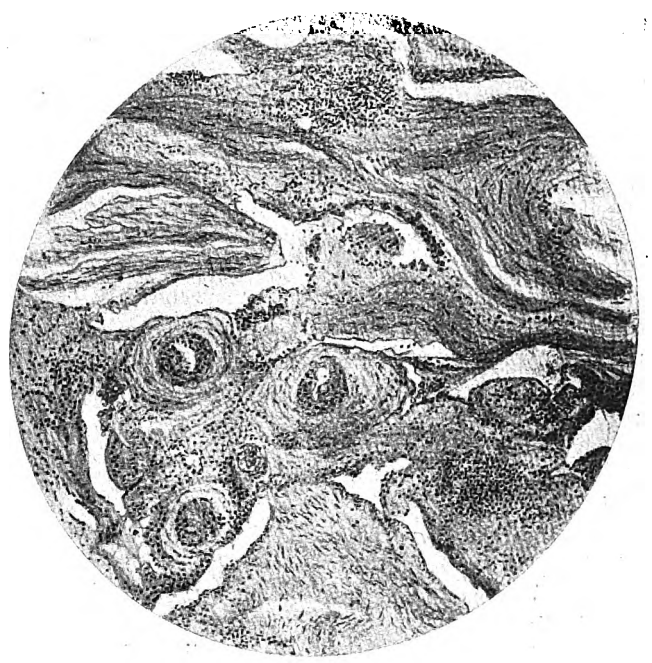


Fig. 1. — Una porzione del corpo spongioso dell'uretra. Nel tessuto interposto alle areole sanguifere si vedono focolai di infiltrazione parvicellulare.

proco contatto. La sonda è fasciata a permanenza, unita ad un tubo che serviva a rifare la vescica.

L'aspetto macroscopico del tumore faceva supporre si trattasse di un sarcoma, oppure di tumore ad endoteli partito forse dal bulbo.

Invece l'esame istologico dimostrò trattarsi, per ora, di tubercoloma, ma con tali manifestazioni istologiche da far supporre si sia sorpreso qui un vero stato precanceroso, per cui probabilmente, se fosse passato ancora dell'altro tempo prima dell'operazione, la diagnosi clinica di neoplasma si sarebbe trovata giusta.

Sul pezzo asportato infatti l'esame istologico (1) dimostra nel tratto anteriore, corrispondente all'uretra bulbare, il canale uretrale circondato da tessuto spongioso che ha le caratteristiche di quello dei corpi erettili, con focolai di infiltrazione parvicellulare nel tessuto interposto alle areole sanguigne (fig. 1).

Più addietro, attorno all'uretra membranosa, il tessuto è tutto invaso da focolai, di dimensioni relativamente grandi, costituiti da larghe zone di cellule epitelioidi, fra le quali spiccano alcune cellule giganti del tipo di quelle di Langhans (nuclei periferici a corona, prolungamenti del citoplasma, necrosi centrale, qualche volta vacuolizzazione dell'elemento ecc.). Attorno agli

(1) Praticato nell'Istituto anatomo-patologico dello Spedale, diretto dal Prof. E. E. Franco.

Digitized by Google

accumuli delle cellule epitelioidi stanno mantelli non cospicui e spesso non completi di cellule linfocitoidi.

Questi focolai, che hanno molta tendenza a confluire, sono spesso degenerati nelle parti centrali e quivi presentano larghe zone punteggiate da pulviscolo cianofilo, residuo di nuclei. Da questi caratteri riesce evidente la deduzione trattarsi di focolai tubercolari con degenerazione centrale (fig. 2).

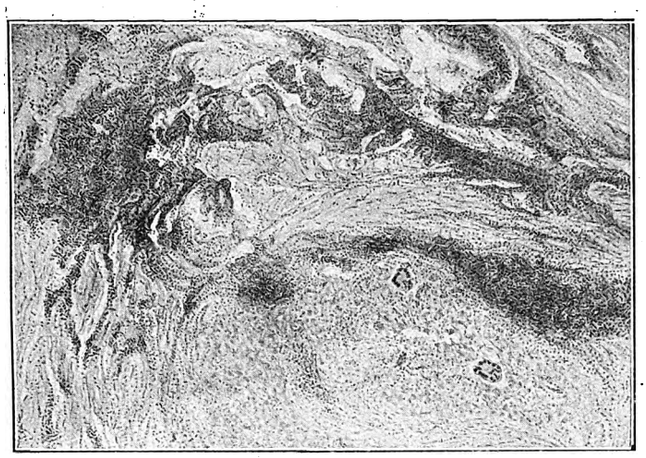


Fig. 2. — Tessuto periuretrale (segmento della uretra membranosa). Granuloma tubercolare caratteristico in basso e a destra. Tutto attorno, tessuto connettivo di reazione e vasti focolai di infiltrazione parvicellulare.

Il granuloma non si limita ai contorni dell'epitelio dell'uretra, ma spesso lo invade, lo distrugge, e affiora nella cavità del lume.

Interessante però è l'epitelio medesimo. Esso ha perduto completamente i caratteri normali di epitelio cilindrico, assumendo invece quelli dell'epitelio Malpighiano cutaneo (fig. 3). Più o meno spesso a seconda dei punti provvisti di brevissime papille l'epitelio di quest'uretra è formato da uno strato di cellule basali cilindriche, alle quali seguono più strati di cellule poliedriche fornite di numerosissimi, caratteristici, ben sviluppati ponti intercellulari; e negli spazi tra ponte e ponte vi sono copiosi granulociti. Poi, avvicinandosi al lume, le cellule perdono i ponti, si appiattiscono fino a divenire negli strati più interni completamente laminari. Si è pertanto in presenza di una vera metaplasia dell'epitelio, intesa nel senso di perdita, da parte delle cellule, di caratteri specifici proprii agli elementi di quella parte, con acquisto di caratteri specifici di specie cellulari differenti.

Si potrebbe parlare, in questi casi, di cutizzazione uretrale.

Le ghiandole del Littre sono sparite del tutto: nè se ne vedono di altro genere. Il chorion della mucosa non è più riconoscibile.

I due piani di fibre muscolari liscie sono in parte conservati, ma tra i fascetti dei loro elementi vi è abbondante infiltrazione parvicellulare. La stessa, ma in grado minore, si trova in grembo a residui di tessuto muscolare striato che esiste alla periferia.

A livello della stessa uretra membranosa, trovasi però un particolare degno di rilievo: ed è il trovarsi, isolate in mezzo alle formazioni del granuloma tubercolare o a tessuto cronicamente infiammato, pur senza caratteri di specificità, piccole masse di tessuto epiteliale pavimentoso, in via di cheratinizzazione, perfettamente identico a quello di rivestimento del canale dell'uretra. Evidentemente trattasi di frammenti che il processo flogistico ha staccato dall'uretra stessa, metaplastici anch'essi, e che poi sono cresciuti in modo autonomo.

A questo processo di distacco di tessuto, per esempio in seguito a traumi che li trapiantano in tessuti vicini, ma di costituzione istologica diversa, e che poi continuano a vivere ed a crescere indipendentemente dalla matrice loro di origine, è noto come, dopo il Ribbert, si dia particolare importanza, per la possibile genesi da essi di tumori maligni.

Si tratterebbe insomma di germi divenuti aberranti nella vita extrauterina, e che ripeterebbero per loro conto il fenomeno segnalato da Durante e Cohnheim per i germi fattisi aberranti per anomalie di sviluppo, della produzione di blastomi maligni.

Nei preparati però del tumore uretrale e periuretrale, di cui stiamo discorrendo, non fu possibile sorprendere indice alcuno di trasformazione maligna dell'epitelio, pure diventato metaplastico ed avulso della sua sede normale: non presenta cioè cariocinesi, nè proliferazione delle cellule fuori dei limiti delle membrane basali. Anzi, in tutte le formazioni epiteliali affondate nel tessuto infiammatorio, la palizzata delle cellule cilindriche basali è regolarissima come tipo e come disposizione.

Tuttavia pare sia lecito per analogia supporre che codesti germi aberranti, se lasciati in sito, avrebbero potuto quando che sia, cambiare di indole (se è lecita l'espressione) e farsi origine di cancro: cancro associato, e probabilmente dipendente dal preesistente tubercoloma.

A conforto di ciò si può anche ricordare che la cutizzazione, o metaplasia, di un epitelio cilindrico è l'esponente istologico delle cosidette leucoplachie, dalle quali o sulle quali appunto sappiamo insorgere frequentemente il cancro delle mucose.

E' pure da osservarsi che nei tratti in cui l'uretra è circondata dal corpo spongioso, cioè nella sua porzione bulbare, l'epitelio è identicamente metaplastico; ma mancano a tale livello le formazioni epiteliali isolate osservate nella porzione membranosa.

Inoltre non vi è, nella regione bulbare, più traccia del granuloma specifico, ma semplicemente, nello spessore dei sepimenti interposti alle areole sanguifere del tessuto cavernoso, più o meno cospicua secondo i punti, una infiltrazione parvicellulare, più spesso a focolai, che non diffusa.

Istologicamente, si potrebbe pensare che a valle del granuloma specifico si sia diffusa una semplice flogosi cronica: riflettendo clinicamente però, parmi sia da ammettere la via inversa: codesto vecchio blenorragico finì coll'avere, come di regola avviene, un restringimento uretrale, localizzato alla regione bulbare. Egli, che aveva avuto fratelli e figli infetti di tubercolosi, può avere avuto pure per proprio conto qualche focolaio specifico, di cui non rimane ricordo clinico, ma da cui poterono eliminarsi bacilli colle orine. Ed essi, fermandosi con qualche goccia di orina nell'uretra cronicamente infiammata dietro alla stenosi, che si andava serrando, possono essere penetrati nell'uretra e nel tessuto periuretrale, facendosi esame di quel tubercoloma, che pareva poi, stando al reperto microscopico, destinato a farsi letto per un cancro.

In ciò risiede l'interesse del caso. Operativamente, avvenne come si suole, che attorno alla siringa lasciata a permanenza si

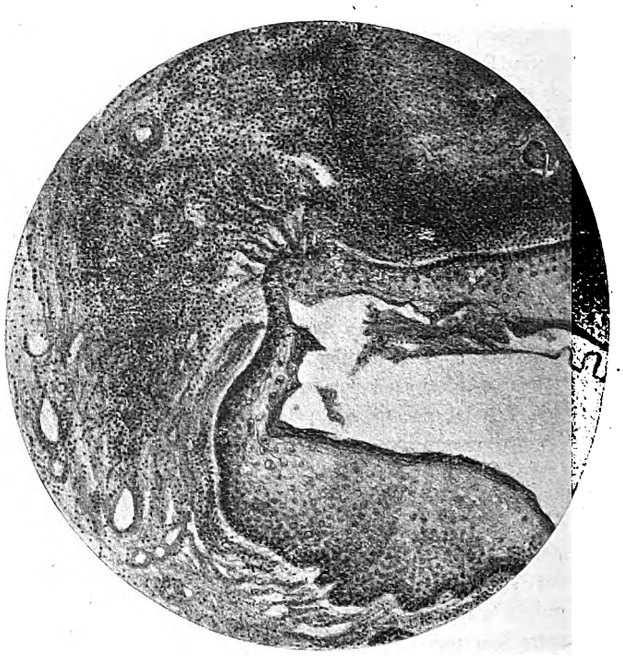


Fig. 3. — Si vede nettamente una porzione del canale uretrale tappezzato non, come normalmente, da epitelio cilindrico, ma da epitelio pavimentoso stratificato più o meno spesso a seconda dei punti. In alto a destra, tubercolo in via di caseificazione con una cellula gigante caratteristica. Nel resto del tessuto attorno all'uretra infiltrazione parvicellulare.

ristabilì un canale completo e ben calibrato, per cui l'operato orina in modo normale. Sarà da vedere se, colla negligenza abituale in codesti operati, egli non trascurerà di venire periodicamente per farsi passare una sonda, ad evitare ulteriore retrazione della cicatrice uretrale.

Digitized by Google

OSPEDALE CIVILE DI COSENZA
diretto dal prof. R. FALCONE

COLECISTITE CALCOLOSA A SINDROME GASTRALGICA

per il dott. LUDOVICO DOCIMO — Assistente

La colecistite calcolosa a tipo esclusivamente gastralgico è da poco nota. Negata in principo, confusa con varie affezioni poi, ha assunto recentemente la fisionomia di sindrome a sè e recenti studi su tale forma ne vanno stabilendo la patogenesi, in modo da renderne agevole la interpretazione.

Pochi casi ne sono oggi conosciuti; stimo perciò opportuno pubblicarne e illustrarne uno occorso in questo Ospedale.

G. Agnese di anni 47, contadina, da Luzzi, coniugata. Mestruò alla età di 15 anni e le ricorrenze mensili sono state sempre regolari per ciclo, quantità e durata. Sposa a 20 anni, ha avuto cinque gravidanze a termine e nessun aborto, i figli sono viventi e sani. Nulla di patologico negli ascendenti e nei collaterali, non ha mai sofferto malattie degne di nota.

Fa risalire l'inizio dell'attuale malattia a circa dieci mesi or sono, quando si accorse per caso di una tumefazione grande quanto un pugno, che occupava il quadrante superiore destro dell'addome. La tumefazione era mobilissima e l'ammalata riferisce che spesso occupava le sedi più diverse dell'addome, spesso non era più percepibile e ricompariva dopo vario tempo senza causa apprezzabile.

Asserisce di non aver avuto per tale affezione mai alcuna sofferenza, la tumefazione non fu mai sede di dolore nè l'ammalata ebbe mai a soffrire crisi dolorose di nessun genere.

Ha notato che la tumefazione è andata man mano crescendo di volume fino a raggiungere quello attuale.

Viene alla nostra osservazione perchè da vario tempo accusa inappetenza, acidità gastrica e senso di pirosi, che spesso si accentuano talmente da darle serie sofferenze. Sia l'acidità che il senso di pirosi spesso torturano l'inferma a digiuno, spesso all'atto dell'assunzione dei cibi, spesso dopo poche ore dai pasti.

E' stata ripetutamente osservata da diversi sanitari, che hanno interpretato la tumefazione come rene mobile e curato la dispepsia con scarso risultato.

E. O. Soggetto di regolare sviluppo scheletrico e muscolare con pannicolo adiposo scarso e cute e mucose visibili alquanto pallide.

Nulla si rileva a carico degli organi toracici. L'addome si presenta lievemente asimmetrico; visto tangenzialmente si nota che la metà destra è leggermente più grossa di quella di sinistra. Infatti a destra con la palpazione si rileva l'esistenza di una tumefazione globosa, grande quanto una grossa testa di feto, a superficie uniformemente liscia e regolare, di consistenza duro-elastica.

La tumefazione è mobilissima, si riesce a portarla facilmente in basso nella fossa iliaca destra, al di sopra del pube, nella fossa iliaca sinistra e la si può fare risalire a sinistra fino all'ombelicale trasversa; ricondotta a destra si nasconde in parte sotto l'ipocondrio. Tali manovre non provocano dolore alcuno. La percussione sulla tumefazione dà suono ottuso e gli atti respiratori non le trasmettono nessun movimento.

Fegato, milza e stomaco nei limiti fisiologici.

Nulla a carico dell'apparato genitale. Le regioni renali, simmetriche non sono sedi di dolori e la percussione dà suono ottuso, uguale d'ambo i lati.

Con la insufflazione del colon si nota che la tumefazione viene a risalire e a nascondersi per due terzi al disotto dell'ipocondrio destro e che sulla parte restante si colloca l'intestino ripieno di gas.

All'esame chimico e microscopico delle urine nulla di notevole. Ricerca del sangue nelle feci negativa. Nessun rilievo notevole all'esame radioscopico.

La diagnosi del quadro clinico su esposto offre certo non lievi difficoltà per la mancanza di uno o più sintomi decisivi per una o per altra affezione.

Si ritiene che probabilmente debba trattarsi di una neoformazione a tipo neoplastico benigna e più probabilmente di una cisti idatidea a sede non esattamente precisabile.

Deciso l'intervento il 30 Gennaio 1925, sotto anestesia morfio-eterea, viene praticato (Prof. Falcone) sul fianco destro, un taglio trasversale per precisare la sede della tumefazione. Riconosciuto che il tumore è intraperitonale, esso vien prolungato in avanti e inciso il peritoneo.

La tumefazione è costituita dalla cistifellea ispessita, dilatata, che raggiunge il volume di una grossa testa di feto; sulla faccia anteriore essa è aderente al colon ascendente, da cui viene dissecata. Si vuota la vescichetta, che contiene una sostanza gelatinosa, amorfa, di aspetto sebaceo, e dei calcoli voluminosi, irregolarmente faccettati e cubici.

Chiusa la breccia e disinfettato il campo all'etere, si procede allo scollamento sottosieroso della vescichetta.

Legati l'arteria cistica e l'inizio del dotto, si asporta al davanti col termocauterio la vescichetta. Zaffo sottoepatico e sutura parziale delle pareti.

Decorso post-operativo normale. L'inferma viene dimessa dopo 40 giorni dall'intervento in via di guarigione.

Anatomia patologica. — La cistifellea presenta il volume di una grossa testa di feto, a superficie liscia, tranne in corrispondenza dell'angolo epatico del colon, ove era aderente. Le pareti sono ispessite e aumentate di consistenza. All'interno le pliche caratteristiche della mucosa sono appianate e l'aspetto vellutato proprio del rivestimento epiteliale è scomparso.

La cavità, che è rotonda, uniloculare, è ripiena di una sostanza gelatinosa, giallastra, amorfa, di aspetto sebaceo, e in mezzo ad essa, numerosi calcoli di grandezza varia, alcuni voluminosi, liberi, irregolarmente faccettati, cubici.

Il cistico è atrofico e strozzato.

Si prelevano frammenti in varie parti della parete cistica e si allestiscono preparati con metodi vari e appropriati ai singoli scopi.

Esame microscopico — Semplici e uniformi, per quanto gravi, le alterazioni istologiche della parete cistica; esse si possono riassumere in una sola parola: « sclerosi ».

Dovunque si presti la nostra osservazione, qualunque punto si esamini, il quadro istopatologico non cambia. In una veduta d'insieme a piccolo ingrandimento (fig. 1) notiamo subito che, da parte l'aumento dello spessore, la sezione della parete ha perduto la sua normale fisionomia: ci si accorge subito che manca dell'elegante bordura (rivestimento) epiteliale, e delle formazioni del Luschka nessuna traccia.

Anche la caratteristica struttura a strati è scomparsa e non si vede che una configurazione confusa, irregolare, senza delimitazione netta tra le varie tuniche.

Se noi osserviamo ora a forte ingrandimento (fig. 2, 3, 4) per renderci conto di questo disordine di tessitura, rileviamo che un processo di sclerosi invade dappertutto, distruggendo e sostituendo più o meno del connettivo all'elemento nobile: epitelio, fibre muscolari.

Fasci di connettivo adulto, denso, fibroso, ondulato inondano la tunica muscolare, ne strozzano le scarse fibre lisce, che progressivamente degenerano e scompaiono.

Nella tunica propria il processo è ancora più grave: la mucosa è del tutto scomparsa senza lasciare traccia di sè, e così tutte le produzioni epiteliali dipendenti.

Il reticolo connettivale delicato si è ispessito, le fibre elastiche diminuite di numero e in parte degenerate, gli elementi cellulari divenuti più scarsi. In nessuna parte si nota infiltrazione polinucleare.

Le lesioni istologiche hanno caratteri di gravità crescente dall'interno verso l'esterno, fino al rivestimento sieroso, che presenta lievissimi fatti di una pericolecistite pregressa.

Però essa non è estesa a tutto il rivestimento peritoneale, ma più specialmente verso quella parte con la quale era aderente all'intestino.

I recentissimi studi sulla colecistite hanno alquanto scosso il concetto che prima si aveva di tale malattia e la terapia chirurgica, che oggi più che mai, in speciali condizioni anatomiche e cliniche, si fa di tale affezione, ha permesso lo studio della malattia nei suoi diversi stati e nelle sue varie modalità, ha allargato le nostre cognizioni anatomo-patologiche e ci ha mostrato come la sintomatologia sia varia e complessa.

Possiamo ritenere la colecistite calcolosa, di cui ci occupiamo in questo breve studio, come la manifestazione più frequente della colelitiasi.

Sembra un fatto strano che un processo così grave, svoltosi per lungo tempo in un organo importante e delicato quale la cistifellea, abbia potuto decorrere così silenziosamente senza neppure richiamare l'attenzione sull'organo leso.

L'assenza di crisi dolorose nella storia della patologia della cistifellea non è un fatto nuovo, ma il coincidere in questi casi con la mancanza di febbre, ittero e di tutti gli altri sintomi che ordinariamente accompagnano simili lesioni, mettono in rilievo

Digitized by Google

alcuni problemi di fisiopatologia, sui quali riteniamo necessario fermare la nostra attenzione.

Di solito la colelitiasi è sempre accompagnata da coliche, anzi il più delle volte è solo questo il segno rivelatore; successivamente, nell'evoluzione del processo morboso, alla trasformazione fibrosa diffusa della cistifellea, precede d'ordinario una colecistite purulenta, con grave lesione fino alla scomparsa della mucosa, onde la febbre caratteristica suppurativa, e, nella forma con ritenzione scleroipertrofica, anche ittero.

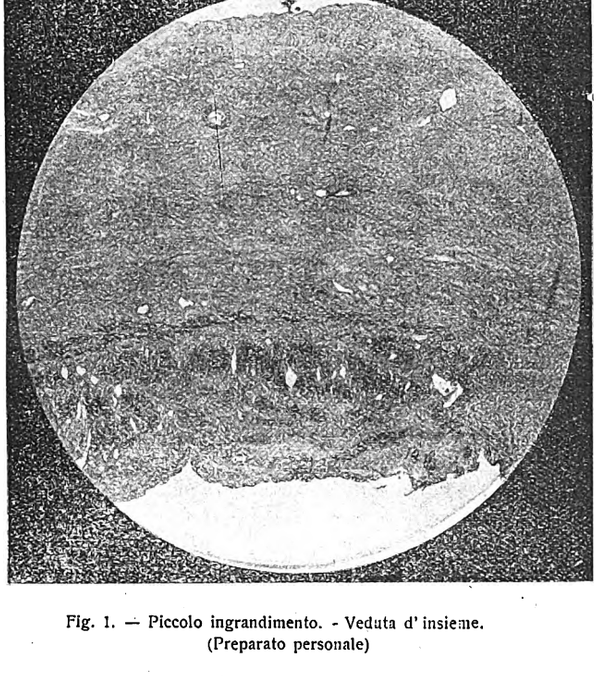


Fig. 1. — Piccolo ingrandimento. - Veduta d'insieme. (Preparato personale)

Nel caso in discussione invece mancano tutti questi sintomi, e però bisogna ammettere che il processo morboso si è svolto in modo del tutto eccezionale.

E difatti bisogna ammettere che le vie biliari intra- ed extraepatiche fino alla ampolla di Vater, sieno perfettamente normali, non essendo lesa che la sola vescichetta biliare e il suo dotto, in modo che la bile ha potuto sempre fluire fino al duodeno a traverso l'epatico e il coledoco illesi.

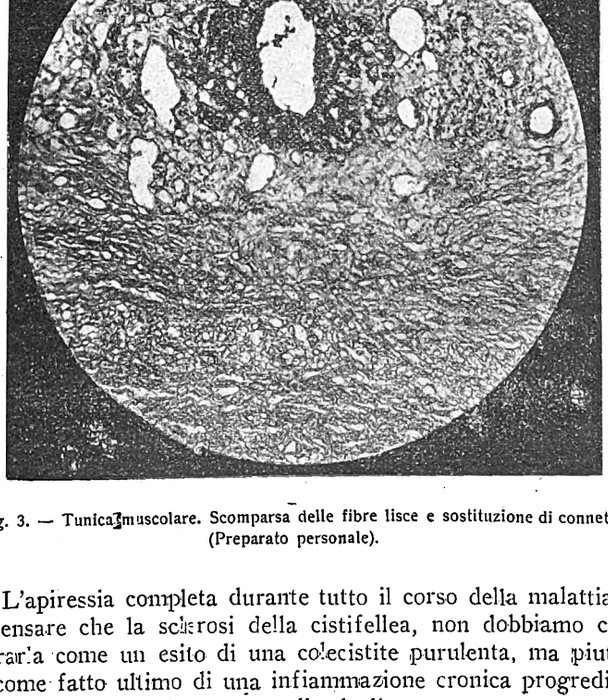


Fig. 3. — Tunica muscolare. Scomparsa delle fibre lisce e sostituzione di connettivo. (Preparato personale).

L'apiressia completa durante tutto il corso della malattia ci fa pensare che la sclerosi della cistifellea, non dobbiamo considerarla come un esito di una colecistite purulenta, ma piuttosto come fatto ultimo di una infiammazione cronica progrediente della mucosa, per la presenza di calcoli.

Maggiore difficoltà incontriamo invece nella spiegazione del sintoma dolore.

E' noto (Testut) che l'innervazione della vescichetta è fornita dal plesso solare, le fibrille terminali si distribuiscono alle

Fig. 2. — Forte ingrandimento - Tunica propria. Si nota la grossolanità e rarità della rete connettiva. Deformazione delle fibre elastiche. (Preparato personale).

fibre muscolari e alcune di natura sensitiva vanno al corion mucoso.

In caso di ritenzione il dolore può essere provocato per un duplice meccanismo: a) per stimolo diretto dei calcoli sulle terminazioni della tunica propria; b) per flogosi della parete in modo da avere contemporaneamente lo stimolo su tutte le fibre nervose compreso il peritoneo.

L'assenza di dolore non può essere dovuto alla non compartecipazione flogistica delle tuniche esterne poichè esiste una pericolecistite secondaria alla colecistite, come lo dimostrano chiaramente le scarse aderenze con organi vicini (colon) e soprattutto lo stesso esame microscopico.

D'altronde la eventuale integrità dei nervi sarebbe una

Fig. 4. — Tunica fibrosa ispessita e sclerotica. (Preparato personale).

condizione di più per la provocazione del dolore, come organi meglio eccitabili

E proprio i nervi siti più all'esterno, meno accessibili allo stimolo diretto dei calcoli, vengono eccitati dal dilatarsi dell'organo, cioè dal distendersi delle pareti, che porta per conse-

Digitized by Google

guenza allo stiramento dei nervi, provocandosi così il dolore con meccanismo analogo a quello che si risveglia nei sofferenti di sciatica, con la flessione forzata della coscia.

D'altra parte l'infiammazione del tessuto ambiente, anche se non si propaghi ai nervi, esercita su di essi uno stimolo doloroso.

Nel caso nostro quindi sono realizzate tutte le condizioni d'ambiente e di stimolo perchè il sintoma dolore non doveva mancare, ed allora per spiegarci un tale decorso silenzioso, non possiamo che invocare la meravigliosa capacità all'adattamento dell'organismo umano.

Evidentemente il processo di sclerosi e dilatazione è stato così lento, i calcoli hanno esercitato uno stimolo così minimo per quanto continuo da lasciare alla natura tutto il tempo di provvedere con le sue misteriose risorse, adattandosi giorno per giorno alle nuove condizioni create dal progredire del processo senza squilibrio e reazioni violente.

I disturbi gastrici dall'inizio accompagnano la malattia; essi sono costanti, importantissimi e variabili e vanno dalla semplice dolenzia all'epigastrio e all'ipocondrio a crisi violentissime e a disturbi di vera natura dispeptica; inappetenza, vomiti, acidità, senso di pirosi.

Non una sola volta si è intervenuti per ulcera dello stomaco e all'intervento ci si è trovati di fronte ad una colecistite.

Le sofferenze gastriche durano mesi ed anni e la dispepsia, la più importante di esse, può stabilirsi gradatamente, sia dopo una serie di coliche epatiche, o al contrario, come è più frequente, precedere le coliche, le quali, come nel caso nostro, possono mancare del tutto.

Non mai abbastanza ci sembra insistere sulla dispepsia come sintoma subiettivo, frequente, quasi diremo costante e spesso il solo del quadro morboso. Recentemente (agosto 1924) J. M. Bleckford e M. F. Dwier hanno pubblicato uno studio su 1650 ammalati che si presentavano con sintomi di dispepsia; nel 20 p. c. dei casi causa di essa fu accertata essere una affezione della vescichetta.

La percentuale è abbastanza alta se si pensa a quante malattie possono dare tale disturbo e quanta grande sia la frequenza di esse.

Il Fedeli ha anche recentemente (*Rif. Med.*, maggio 1925) richiamato l'attenzione su tali sintomi, pubblicando vari casi pervenuti alla sua osservazione, dei quali molti non presentavano che il sintoma « dispepsia ». Dopo una accurata esposizione e fine analisi dei casi e dei fatti, conclude insistendo sulla frequenza di tali manifestazioni, di cui la natura può rimanere spesso sconosciuta.

Abbiamo già accennato quanto possano essere vari tali disturbi, in quale grande gamma sono essi contenuti e come ne sia difficile la interpretazione patogenetica e clinica.

Il Loeper divide tali disturbi in due grandi categorie: quelli precoci e quelli tardivi. I disturbi precoci compaiono all'atto dell'assunzione degli alimenti, i tardivi a digestione ultimata.

Il Fedeli distingue una terza varietà di disturbi, quelli che compaiono a digiuno o in momenti distanti dai pasti; e per essi propone la denominazione di disturbi intermedi o interprandiali.

Tralasciando i casi in cui ad una colelitiasi coesista una affezione gastrica e non credendo opportuno esaminare quelli in cui una colecistite calcolosa possa dare ostacolo alla funzionalità gastrica, impedendo lo svuotamento dello stomaco, per compressione sul piloro della colecisti alterata o per strozzamento di briglie pericolecistiche fittamente aderenti alla regione pilorica stessa, ci soffermeremo brevemente su quei disturbi che non possono riferirsi ad una delle predette possibilità cliniche.

Quelli precoci trovano la loro spiegazione in uno spasmo del piloro d'origine vescicolare, spasmo che si verificherebbe per un riflesso combinato dello stomaco e della colecisti alterata; quelli tardivi avrebbero invece origine simpatico-vagale.

La stessa origine dobbiamo invocare per i disturbi della cosiddetta varietà interprandiale, che invero sono i meno frequenti e i più complessi, e quelli che maggiormente complicano l'esatta interpretazione della diagnosi.

Nel caso da noi riportato ritroviamo appunto tali disturbi, vaghi, accessionali, in rapporto diverso con i pasti e con tutti i caratteri di quelli di una vera dispepsia. Specie in tali casi l'esatto giudizio diagnostico è assai arduo; bisogna pensare alle affezioni della cistifellea nei gastropazienti ogni qual volta si può scartare un'affezione propria dello stomaco.

Ed il sospetto di una affezione della cistifellea deve far propendere per un trattamento terapeutico attivo.

L'intervento precoce è giustificato anche dal sospetto della esistenza della calcolosi; troppe sorprese ci serba l'attesa, le probabilità di insuccesso crescono fatalmente col ritardo e l'intervento può essere utile anche a solo scopo diagnostico.

Non è il caso di discutere la tecnica e le modalità dell'operazione, che varieranno caso per caso e rientrano nell'orbita della terapia chirurgica della calcolosi biliare.

La cosidetta *colecistectomia ideale* sarebbe il processo di scelta, specie nei casi in cui si tratta di un tumore isolato poco aderente, con scarse note infiammatorie pericolecistiche e non comunicanti col resto del sistema biliare; su essa si è largamente discusso in uno degli ultimi Congressi italiani di chirurgia.

Spesso però l'intervento brillante è a scapito dei buoni risultati, ai quali si mira; maggiore garenzia dà infatti la asportazione della vescichetta ed il consecutivo drenaggio del moncone cistico.

□□□

NOTE DI CHIMICA CLINICA

APPLICAZIONI CLINICHE DI UNA NUOVA REAZIONE CROMATICA DELL'ACIDO URICO E DEGLI ALTRI CORPI DEL SUO GRUPPO

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI

Ho esposto altrove una reazione cromatica dell'acido urico e degli altri corpi del suo gruppo, la quale per la grande sua sensibilità si presta alla ricerca delle più piccole tracce di quelle sostanze, e per la intensità e purezza di tinta permette di costruire dei metodi colorimetrici più semplici e più esatti dei congeneri.

Quì, nella *Riforma*, parlerò delle sue applicazioni alla clinica giornaliera.

Non si può dir davvero che metodi colorimetrici manchino dei corpi purinici (1); abbondano, anzi e Folin e i suoi collaboratori ne hanno fatto una delle occupazioni predilette della propria attività scientifica. Ma tutt'i metodi ideati finora hanno il difetto capitale di basarsi sopra una reazione troppo generica, e consistente nella riduzione degli acidi tungstico e molibdico, che sono incolori, in ossiduli dei rispettivi metalli, che sono colorati in azzurro. Ora questa riduzione la si ottiene bensì con l'acido urico e con le basi puriniche, ma altresì con ogni sorta di sostanze riducenti, delle quali, com'è noto, è ricca l'orina normale e più ricca ancora l'orina patologica. Sicchè essi richiedono in ogni caso operazioni preliminari per separare o isolare le altre sostanze riduttrici; ma allora la titolazione col permanganato, resa così precisa e relativamente semplice da Denigès, può ben reclamare i suoi diritti di preferibilità perfino nella pratica comune. E non parlo delle lungaggini e delle difficoltà tecniche inerenti a quei metodi: difficoltà e lungaggini che oggidì i medici italiani conoscono almeno attraverso il bellissimo libro di Rondoni, e che allontanano assolutamente i metodi stessi dalla clinica giornaliera.

E' per questo che il medico pratico, se gl'interessa il dosamento delle purine, non può fare a meno di ricorrere all'apparecchio di Ruhemann, il quale però è fondamentalmente erroneo anch'esso, perchè basato sul concetto, anzi sul preconcetto che l'iodio nell'orina non attacchi altro che l'acido urico. La qual cosa essendo molto lontana dal vero, conduce a deduzioni false,

(1) E' tempo oramai che, in omaggio alla nomenclatura adottata da E. Fischer, cui si devono i lavori più completi e definitivi sull'acido urico e gli altri corpi del suo gruppo, tali sostanze vengano denominate *purine*, ad esclusione di qualsiasi altro nome.

Digitized by Google

e tanto più pericolose, in quanto l'apparecchio, con le sue brave lineature, dà l'illusione di cifra e risultati esatti fino al centigrammo per litro.

Per questi motivi a me sembra che la reazione da me additata possa reclamare un posto nell'arsenale diagnostico: posto distinto nell'analisi qualitativa; posto modesto, ma provvisoriamente preferibile, nell'analisi quantitativa.

La reazione consiste nella colorazione gialla o giallo-bruna, che l'aggiunta di paramidofenolo o di metol e di persolfato sodico o potassico, produce nelle soluzioni alcaline dell'acido urico e degli altri corpi del suo gruppo.

La reazione sensibilizza correntemente un centomillesimo di acido urico; ma il limite della sensibilità trovasi molto più in avanti, al quattrocentomillesimo. E anche questo limite può spingersi oltre, con opportuni accorgimenti:

a) *estraendo il colore*: — Si acidifica il saggio, e si agita con qualche c. c. di alcool amilico o di acetato di amile; il colore passa nel solvente amilico;

b) *precipitando il colore*: — l'aggiunta diretta di solfato magnesico al saggio produce una lana giallo-bruna, la quale si deposita rapidamente e lascia il soprastante liquido del tutto incoloro.

Ma queste sono *virtuosità* analitiche, di poco interesse per la medicina: a questa è sufficiente, in ogni caso, la sensibilità del centomillesimo.

Ricerca nell'orina. — La grande sensibilità della reazione richiede la diluizione di questo liquido, almeno con 40-50 volumi di acqua; nei casi di purinuria, la diluizione dev'essere portata almeno a 90-100 volumi.

L'esecuzione è semplicissima.

Si prende 1 c. c. di orina, si diluisce fino a 50 volumi, e si addiziona successivamente di 5 o 6 gocce di ciascuno di questi reattivi:

Metol (preferibile) o cloridrato di paramido-fenolo: soluzione al 0,5 %;

Persolfato di sodio o di potassio: soluzione all'1 %;

Potassa o soda caustica: soluzione normale. Si esegue pure una prova in bianco con i soli reattivi. La colorazione gialla appariscе dopo alcuni istanti, e raggiunge la massima intensità dopo 15-20 minuti: in ogni caso, non bisogna tener conto delle trascolorazioni che si manifestano nel saggio, quando la prova in bianco abbia virato essa stessa verso il rossigno.

Dosamento nell'orina. — Se si possiede un colorimetro, l'operazione sarà condotta con le norme peculiari dei singoli apparecchi, e con ciò il dosamento resterà semplificato e precisato, in conformità del grado di precisione e di semplificazione che l'apparecchio comporti.

In mancanza di colorimetri, il dosaggio può eseguirsi facilmente con uno di questi due metodi:

1° METODO. — Si prendono due cilindri di vetro *di eguale calibro* e del volume di 70-80 c. c. ciascuno: è comodo, ma non è necessario che sieno graduati a c. c. In uno dei due (A) si mette 1 c. c. di orina; nell'altro (B) si mette 1 c. c. di soluzione di acido urico all'1:4000 (1); in tutti e due, poi, si aggiungono successivamente 40 c. c. di acqua, 5 gocce di metol, 5 gocce di persolfato e 5 gocce di soda. Si rimescolano bene, e dopo 15 minuti si osservano contro luce: quello dei due che è più carico di colore si addiziona di acqua, in modo da equiparare in tutti e due la intensità di colorazione.

A questo punto l'acido urico nei due cilindri si trova diluito nelle stesse proporzioni; per conseguenza, *volumi eguali dei due cilindri conterranno la stessa quantità di acido urico.*

E siccome sappiamo che il cilindro testimone (B) contiene mgr. 0,25 di acido urico, un semplice rapporto fra i volumi dei due cilindri c'indicherà la quantità contenuta nel cilindro (A).

Ciò posto, facciamo i due casi possibili: 1° il colore del cilindro (A) è *più intenso* di quello del cilindro testimone (B); 2° il colore del cilindro (A) è *meno intenso* di quello del cilindro (B).

Nel primo caso, è il cilindro (A) che bisogna diluire: supponiamo di averlo dovuto portare da c.c. 40 a c.c. 55. Nel 2° caso è il cilindro (B) che bisogna diluire: supponiamo di averlo dovuto portare da c.c. 40 a c.c. 47.

Ed ecco i calcoli rispettivi:

a) nel 1° caso: — Poichè i 40 c. c. di liquido del cilindro (B) contengono mgr. 0,25 di acido urico, i 55 c.c. del cilindro (A) quanto acido urico conterranno?

$$40 : 0{,}25 :: 55 : x$$

donde

$$x = (0{,}25 \times 55) : 40 = \text{mgr. } 0{,}344$$

Ma i 55 c.c. del cilindro A contengono 1 c.c. di orina, dunque 1000 c.c. (cioè, un litro) di orina conterrano mgr. 0,344 × 1000 = gr.mi 0,344 di acido urico.

b) nel 2° caso: Poichè i 47 c.c. del cilindro (B) contengono mgr. 0,25 di acido urico, i 40 c.c. del cilindro (A) quanto acido urico conterranno?

$$47 : 0{,}25 :: 40 : x$$

donde

$$x = (0{,}25 \times 40) : 47 = \text{mgr. } 0{,}212$$

Ma i 40 c.c. del cilindro (A) contengono 1 c.c. di orina, dunque 1 litro d'orina conterrà mgr. 0,212 × 1000 = gr.mi 0,212 di acido urico.

I calcoli si possono evitare con la seguente tabella, la quale li contiene bell'e fatti per un certo numero di volumi di diluizione, e per dei saggi praticati come sopra, cioè *adoperando 1 c. c. di orina, 1 c. c. di soluzione urica all'1:4 mila, 40 c.c. di acqua, 5 gocce di soda normale, 5 gocce di metol al 0,5 % e 5 gocce di persolfato all'1 %.*

CASO I.

Se il cilindro (A) deve essere diluito e portatone il volume a c. c.	L'acido urico contenuto in 1 litro di orina sarà di gr.
42	0.255
44	0.273
46	0.287
48	0.300
50	0.312
52	0.327
54	0.337
56	0.350
58	0.362
60	0.375

CASO II.

Se il cilindro (B) deve essere diluito e portatone il volume a c. c.	L'acido urico contenuto in 1 litro di orina sarà di gr.
42	0.238
44	0.227
46	0.217
48	0.208
50	0.200
52	0.192
54	0.185
56	0.178
58	0.172
60	0.166

2. METODO. Più semplicemente, anzi quasi meccanicamente si può eseguire un dosamento colorimetrico dell'acido urico in quest'altro modo:

Il colore delle soluzioni di vesuvina è, all'occhio nudo, del tutto identico a quello fornito dalla reazione in discorso, ma (contrariamente a questo, che si altera dopo 10-12 ore) è di una conservazione indefinita.

Se dunque con la vesuvina si preparano dei tubetti d'intensità di colorazione identica a quella ottenuta con quantità note di acido urico trattate come sopra, quei tubetti potranno servir poi a lor volta a titolare soluzioni uriche a titolo ignoto.

Si preparano all'uopo soluzioni alcaline di acido urico al 0,20-0,23-0,26-0,29-0,32-0,35 %: si prende 1 c.c. di ciascuna di tali soluzioni, si porta con acqua al volume di 50 c.c., e si aggiungono successivamente 5 gocce di metol al 0,5 %, 5 gocce di persolfato all'1 %, e 5 gocce di soda normale. Trascorsi 15 minuti, si mette ciascuna soluzione in una provetta di circa 20 c.c., e di ciascuna si fa, con soluzione di vesuvina, un campione equivalente in provette dello stesso diametro. Si approntano così 6 provette di vesuvina, corrispondenti dunque a soluzioni uratiche dal 0,20 al 0,35 %; e su ciascuna provetta si segna il % di aci-

(1) Si aiuta la soluzione con qualche goccia di soda.

Digitized by Google

do urico cui corrisponde. Le 6 provette si conservano in serie, bene otturate, in opportuno stativo (cassette, cartone, ecc.): sono inalterabili.

Per la determinazione dell'acido urico, per es., nell'orina, si prende 1 c.c. di questo fluido, si dilutisce a 50 volumi, e si tratta con metol, persolfato e soda caustica nelle proporzioni sopra stabilite. Dopo 15 minuti si prende una provetta che abbia lo stesso calibro di quelle riempite di vesuvina, la si riempie del liquido orinoso, e la si confronta con la serie delle 6 provette vesuviniche: la provetta della serie che ha la stessa intensità di colore di quella riempita del liquido urinoso, indicherà direttamente il ‰ di acido urico contenuto nell'orina.

Se il colore del liquido urinoso è più intenso delle provette di vesuvina, lo si diluirà opportunamente. E' poi ovvio che, invece d'una serie di 6, si può allestirne una contenente un maggior numero di provette di controllo.

Con tali metodi — come, del resto, con qualunque altro metodo — si dosano tutte le purine *in blocco*, cioè acido urico e basi puriniche. Volendo distinguere l'acido dalle basi, lo si separa allo stato di urato basico di zinco, che è perfettamente insolubile: all'orina neutra o neutralizzata si aggiunge un egual volume di solfato di zinco decinormale, e di soda caustica decinormale: si filtra, e si lava. Nel filtrato si trovano le basi puriniche: il precipitato contiene l'acido urico. Per la prova, si scioglie il precipitato con q. b. di soda caustica: lo zinco presente nella soluzione non turba la reazione.

Analisi delle purine nel sangue. Le operazioni sono le stesse, ma bisogna preliminarmente eliminare l'albumina e i corpuscoli rossi: il che si può ottenere nella maniera più semplice con l'ebollizione, previa aggiunta di alquanto cloruro di sodio. Anche qui si può operare sopra 1 c.c. di liquido, operando con tutte le cautele e gli accorgimenti richiesti dai metodi minimali.

Analisi delle purine nelle concrezioni. Basta polverizzarle, sospenderle in molta acqua, e trattarle con i reattivi, agitandole frequentemente.

ATTUALITÀ

I. *Sulla vitamina antirachitica irradiata.*
II. *Iniezioni di alcool intracorticali cerebrali nella atetosi.*
III. *Nuovo metodo per la valutazione della ritenzione di urea.*

I. I dettagli sono desunti da un articolo di TIFFENEAU (*Paris Médical*, n. 26, 1927).

Le ricerche di alcuni biologi americani e inglesi hanno fatto constatare, nella aliquota insaponificabile di molti grassi e specialmente nei composti colesterinici, l'esistenza di una pro-vitamina trasformabile con le irradiazioni in una vitamina antirachitica attiva nel topo. Ulteriori studi hanno dimostrato che questa pro-vitamina esiste solo in tracce nella colesterina del commercio e che solo le sterine con parecchi gruppi etilenici posseggono la proprietà di funzionare da provitamina e di fornire, con adatta irradiazione, la vitamina antirachitica. Sterine simili possono essere isolate da diversi funghi, specialmente dalla segala cornuta (in francese, *ergot;* onde il nome di *ergosterina* data alla pro-vitamina da essa ottenuta) e dal lievito di birra, o possono essere prodotte partendo dal derivato dibromico della colesterina. Sembra che la trasformazione di queste sterine in vitamine per mezzo delle irradiazioni non sia dovuta ad un'ossidazione o ad una condensazione, ma probabilmente ad uno spostamento di doppi legami.

L'ergosterina si altera all'aria per ossidazione, la si conserva perciò preferibilmente in olio di vaselina. Basta una dose di mmgr. 0,002 di essa per esplicare un'azione benefica sul rachitismo sperimentale del ratto, mentre di colesterina irradiata, per ottenere lo stesso risultato, occorrono dosi molto più forti (2 mmgr.). Nella margarina e in altri grassi che esistono in commercio, la pro-vitamina è distrutta durante la purificazione di essi, che ordinariamente si fa con l'acido solforico.

Sono in corso intanto tentativi di usare la ergosterina nei bambini, alle dosi di 1-4 mmgr., ma a tal riguardo bisogna attendere ancora per potere formarsi un giudizio esatto.

***

II. NASAROFF (Clinica prop. chir. Università di Saratow, *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 24, 1927) ricorda che nelle nostre attuali cognizioni, sono ancora divise le opinioni intorno alla patogenesi dell'atetosi. Si ammette quella corticale e quella subcorticale. I sostenitori di questa ultima si riferiscono ad alterazioni necroscopiche del nucleus ruber, tegmenti, thalamus opticus, Corpus subthalamicum, Corpus striatum. Scarseggiano i sostenitori della genesi spinale.

Da Omorokow, il quale ha accuratamente studiato un materiale anatomo-patologico, sono venute deduzioni personali abbastanza precise.

1. Non c'è atetosi che non si accompagni ad alterazioni corticali.

2. L'atetosi è inconcepibile nella completa distruzione della zona corticale psicomotoria.

3. Si può, mediante la operazione Horsley attendersi la duratura scomparsa di manifestazioni atetosiche.

Bisogna intanto notare che l'atetosi, ritenuta per lungo elasso incurabile, fu aggredita chirurgicamente dall'Horsley, il quale ha avuto imitatori in Frazier, Anschütz e più altri. Non si può tuttavia disconoscere che questi interventi, per la loro importanza, non mancano di destare preoccupazioni.

Bisogna altresì ricordare che il Rasumowsky (del quale è assistente l'A.) ha proposto non senza giovamento, nell'epilessia corticale, le iniezioni di alcool.

Fu, per analogia, in questo medesimo Istituto, tentato il trattamento nell'atetosi, mediante l'alcool ad 80 %, iniettato nella corteccia cerebrale.

In uno dei casi rispettivi fatta la trapanazione, determinato il territorio del centro della mano con stimolazione unipolare, si iniettarono da 1-1 1/2 cc. soluzione 50 % alcool.

Nel secondo caso, previo lo stesso intervento, si iniettarono 0,5 cc. alcool 80 % nel campo del centro della mano.

Queste osservazioni metterebbero dunque il problema terapeutico nei seguenti termini: studiare e valutare, se nella atetosi convenga meglio estirpare i centri cortico-motori secondo Horsley, oppure chimicamente distruggerli, secondo Rasumowsky.

***

III. P. S. HENCH e M. ALDRICH (Rochester Minnesota, *Archives of internal Medicine*, 1926, vol. 38, n. 4) illustrano che la presenza o l'assenza di ritenzione ureica nel sangue circolante può essere determinata, servendosi per la valutazione del potere combinante del sangue per il mercurio.

Questo potere combinante del sangue per il mercurio è dato dal numero di cmc. di una soluzione di sublimato al 5 % capace di combinarsi con 100 cmc. di sangue deproteinizzato. Il valore normale di questo potere oscilla tra 70 e 100. L'urea del sangue può essere generalmente valutata servendosi di una semplice formola, da applicare ai risultati del potere combinante del sangue verso il mercurio.

Il «potere combinante» del siero o del plasma verso il mercurio è pressocchè eguale, ma inferiore ciascuno al potere combinante verso il mercurio del sangue intero. L'urea del siero e del plasma può essere anch'essa calcolata per mezzo di una formula.

Il potere combinante del sangue verso il mercurio nella policitemia e nella leucemia varia con il variare dell'azoto totale non proteico, piuttostocchè con l'urea del sangue, e ciò è in rapporto con la costituzione anormale del sangue in questi casi. Il potere combinante del siero, del plasma o della saliva (indice ureo-salivare) verso il mercurio invece non si altera in questi casi, e può essere benissimo adoperato per la valutazione dell'urea.

Le cause di errore di questi metodi rientrano in limiti perfettamente accettabili dalla clinica e dal laboratorio, e la rapidità e la semplicità della tecnica per la valutazione del potere combinante del sangue verso il mercurio sono elementi favorevoli ad una larga applicazione di questo metodo.

VARIA

Delinquenza da encefalite epidemica. — EDITORIALE. *Journ. of Am. Med. Ass.*, vol. 88, n. 5.

L'encefalite epidemica oltre che da perturbamenti somatici, è spesso accompagnata o seguita da gravi disturbi psichici. Nel periodo acuto della malattia questi disturbi possono essere così gravi da richiedere la detenzione del paziente; dopo che questo periodo è passato, possono manifestarsi segni evidenti di delinquenza. Questa delinquenza è il risultato di lesioni cerebrali più o meno gravi e più o meno estese, dipendenti dal pregresso processo morboso. Questi infermi debbono quindi, dal punto di vista giuridico, ritenersi perfettamente irresponsabili dei loro atti e perciò non debbono in nessun caso esser trattati alla stessa stregua dei comuni e volgari malfattori; la loro condizione richiede invece speciali considerazioni e conseguentemente speciali misure restrittive per togliere loro la possibilità di ulteriormente nuocere.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'oppio negli ipertonici.— R. Fritz Weiss, Berlino Grunewald. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 51.

Nella cura dell'ipertonia costituzionale uno degli obiettivi da raggiungere è la tranquillità dell'intero organismo, e particolarmente dei vasi e del sistema nervoso vasale; inoltre la calma psichica è altrettanto preziosa quanto il riposo del corpo.

Invece si trova frequentemente che gli ipertonici sono in preda a stati depressivi psichici.

In questi casi, accanto alle prescrizioni dietetiche, idroterapeutiche, etc., debbono trovar posto anche i sedativi: talvolta è sufficiente il bromo, il luminal, o qualche altro preparato del genere; spesso è necessario far ricorso all'oppio, la cui azione regolatrice sulle nevrosi a tipo depressivo è ben nota; nel caso degli ipertonici si aggiunge anche l'azione antispasmodica, che non rimane senza effetto sulla elevata pressione sanguigna di questi pazienti.

Una buona formula è questa:

Tintura tebaica	gr. 20
Tintura di belladonna	
Tintura di valeriana	anagr. 10
Spirito di menta piperita	gr. 2

10-20 gocce, tre o quattro volte al giorno, per la durata di 4-6 settimane. Bisognerà somministrare contemporaneamente dei lassativi, per ovviare all'azione costipante dell'oppio. Questa cura va, naturalmente, completata dal riposo, possibilmente all'aria fresca, e da una alimentazione blanda, prevalentemente vegetale.

Si ottiene così una diminuzione nella ipertonia, ed un miglioramento nelle condizioni generali, in tutti quei casi che non sono estremamente gravi (eccessivo aumento della pressione, manifestazioni di nefro-sclerosi tardiva etc.).

Ricerche biochimiche sulla natura dell'anemia da anchilostoma. — S. Narita. *Zeischrif f. Klinische Medizin*, Bd. CIII, n. 3 e 4.

Lavorando sul sangue degli ammalati di anchilostomiasi, l'Autore ha osservato un'aumentata capacità di resistenza degli eritrociti verso le soluzioni ipotoniche e la soluzione saponina-NaCl. Questo modo di comportarsi si manifesta già nello stadio iniziale della malattia, quando ancora negli ammalati non è riscontrabile alcun sintomo di anemia.

Si tratterebbe, secondo l'Autore, di un'azione diretta delle tossine proprie dell'anchilostoma.

Nelle ricerche sperimentali fatte sui conigli, iniettando sostanze solubili in etere, emolitiche, con acidi grassi, come l'acido oleico, l'ac. palmitico, l'ac. stearico, o con sali di acidi grassi, con lipoidi non si sono riscontrate affatto le manifestazioni che si hanno negli individui affetti da anchilostomiasi.

Così oggi la teoria lipoidea che vorrebbe spiegare l'anemia dell'anchilostomiasi dev'essere abbandonata.

Inoltre nel corso delle ricerche fatte sul sangue degli ammalati di anchilostomiasi è stata riscontrata una diminuizione nelle lipasi del sangue, una grave diminuzione del iodo e diminuzione anche nei lipoidi del sangue, fatti che parlano direttamente contro la teoria lipoidea, secondo la quale l'aumento dei lipoidi del sangue avrebbe grande importanza nella genesi dell'anemia, che costituisce una manifestazione costante della anchilostomiasi.

Secondo le ricerche dello Autore, la tossina che agisce con azione emolitica caratteristica nella produzione dell'anemia da anchilostomiasi non è solubile in etere, ma in acqua, ed è dializzabile per modo da potersi ritenere che appartenga ai lipoidi.

Trattamento delle affezioni reumatiche mediante la spiroprotasina. — Richert. Clinica Medica Charité in Berlin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 25, 1927.

Siamo in un ordine di idee, ed in un indirizzo terapeutico che appartiene alla proteino-terapia. Si sa che seguendo il criterio modernissimo di curare tutto l'organismo accanto ed oltre l'organo ammalato, si è p. es. introdotta la novoproteina per la cura dell'ulcera gastrica, la cibalbumina per le affezioni degli annessi. Seguendo questo indirizzo specie nelle infezioni si è mirato ad ottenere un rialzo del potere di deviazione, cioè discesa della temperatura, miglioramento delle funzioni circolatorie, cessazione dei sintomi tossici, rialzo cenestesico generale. Nelle affezioni articolari, intanto, pur trattandosi di un'influsso infettivo, c'è anche un disturbo del ricambio, ed un influsso di sistema endocrino. La terapia stimolante o meglio dei corpi proteinici ha reso più interessante la ricerca per ottenere un prodotto che al tempo stesso lasciasse agire l'acido salicilico.

La «Fiama Troponwerke Dinklage» in Köln-Mülheim, ha ottenuto, sotto il nome di Spiro-protasin, un preparato da usarsi, a simiglianza della protasina pura, per via intramuscolare. Il suo contenuto in salicilato di sodio è 16 %.

Il prodotto fu ripetutamente sperimentato. L'uso non provocò mai manifestazioni sfavorevoli, non nausee, non brividi; non ci furono brividi, parimenti a quanto nelle pure iniezioni di latte.

Le articolazioni affette mostravano un arrossimento reattivo, poco dopo l'iniezione. Rapidamente andavano cedendo i dolori, il disturbo funzionale, cedeva la tumefazione, aumentava la mobilità. Mai osservati fenomeni ascrivibili all'acido salicilico, nè sul cuore, nè sul sistema vascolare. Si usò il rimedio intramuscolare due volte la settimana. Di rado le dosi raggiunsero 3 cmc. salendo adagio dalla dose iniziale di 1 cc.

Nella casistica figurano anche osservazioni complesse di reumatismo muscolare e sciatica acuta.

La reazione di Boveri per la diagnosi di affezione meningea. — Reggiato U. *Giornale del Medico pratico*, n. 6, 1927.

La reazione di Boveri sul liquido cefalo-rachidiano si esegue versando in una provettina 1 cc. di liquor e stratificandovi sopra 1 cc. di soluzione di permanganato potassico 1:10,000; nella zona di confine, se il liquor è normale, non si ha nessuna colorazione, nei casi patologici, invece, si forma un anello di colore giallo più o meno carico. Più chiara di questa reazione zonale è, però, quella globale, che si ottiene mescolando i due liquidi con l'agitare la provetta; la colorazione rosa-violacea del permanganato allora scompare se il liquido è patologico e si ha una tinta giallo-paglia, giallo-canarino.

Il valore della reazione è in rapporto con la rapidità con la quale essa si produce; si ha una reazione forte (+++), quando essa ha luogo in meno di 2 m'; una reazione media (++) se si produce in 3-4 m', debole (+), se in 5-6-7 m'; al di là di questo limite, anche se il permanganato vira di colore, la reazione è da ritenersi negativa.

L'A. ha controllato questa reazione per accertarne il vero valore pratico nelle affezioni delle meningi. In 14 casi di fratture varie del cranio, egli ha constatato positività della reazione in un tempo variabile da pochi m" a 4 m' al massimo. In altre lesioni traumatiche, invece, nelle quali non poteva ammettersi un processo flogistico delle meningi, la reazione, è stata negativa; così, pure, negativa o dubbia, in alcuni casi di tetano, di arteriosclerosi spinale, di sospetti tumori cerebrali o cerebellari. Positiva, al contrario, rapidamente è stata la Boveri in 20 casi di meningite, specifica o cerebro-spinale epidemica.

L'A. perciò è indotto a ritenere che la reazione di Boveri sul liquido cefalo-rachidiano serve molto bene in pratica per stabilire e avvalorare la diagnosi di meningite (tubercolare, cerebro-spinale, chimica post-traumatica), specie se si associa ad altri sintomi clinici probativi.

Sulla patogenesi della sclerosi dell'arteria polmonare. — Lenoble, Houllier, Pineau e Pouzin, dell'Ospedale civile di Bresc *Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*, n. 4, 1927.

L'etiologia della sclerosi primitiva, idiopatica, della polmonare non è ancora delucidata, non potendo attribuirsi gran valore, o, per lo meno, significato esclusivo, alla lue, alla malaria, all'etilismo. Un fattore più serio, di cui bisogna tener conto, è l'aumento della pressione sanguigna nell'arteria polmonare: l'ipertensione e le sue oscillazioni sono state considerate da molti autori come la causa più importante delle lesioni della arteria polmonare, al di fuori di qualsiasi alterazione dei vasi della grande circolazione.

Però con tutta probabilità è da tenere calcolo anche di concomitanti alterazioni umorali. Tutti gli Autori insistono sull'evoluzione lenta dell'affezione, la quale culmina nella cianosi, tanto che gli ammalati sono stati denominati «cardiaci neri» da Ayerza.

Lenoble ed i suoi collaboratori paragonano il decorso di tale malattia con quello della così detta «tubercolosi infiammatoria» di Poncet, la tubercolosi afollicolare presentemente ammessa da tutti senza contestazione, la quale progredisce attraverso una serie di modiche infiammazioni del parenchima polmonare. Detti autori, quindi, sarebbero portati a riconoscere in questo processo le fasi seguenti: crisi di ipertensione ripetute con variazioni oscillatorie le quali, sotto l'influenza di una infezione tubercolare lieve, ma prolungata, provocherebbero la sclerosi dell'arteria polmonare.

Digitized by Google

Insomma sarebbe per una specie di vaccinazione progressiva che il cardiaco nero sfuggirebbe alla tubercolosi erosiva, ed invece la sclerosi progressiva dell'arteria polmonare resterebbe la caratteristica della malattia; invece di evolvere nel senso di un processo distruttore, l'affezione si manifesterebbe con una fibrosi estensiva, costituente una sorta di fenomeno di Koch in individui preparati da vaccinazioni anteriori successive e ripetute.

Se, in questa affezione, l'arteriosclerosi è esclusivamente limitata alla piccola circolazione, ciò dipende esclusivamente dalla struttura dell'arteria polmonare, cui la sottigliezza delle pareti crea un luogo di minore resistenza e facilita la degenerazione delle tuniche.

Efficacia della diatermia nella sindrome di Flajani-Basedow. — H. Bordier. *Paris Médical*, n. 26. 1927.

L'uso della diatermia nella cura della sindrome basedowiana è di data recente, ed il trattamento è basato sugli effetti favorevoli che esercitano le correnti di alta frequenza sulla nutrizione e sulla secrezione delle ghiandole a secrezione interna. L'A. ricorda, intanto, che i sintomi i quali sono, per i primi, influenzati sono la tachicardia, il gozzo e l'esoftalmo; il tremore, invece, sembra essere più refrattario. La tecnica delle applicazioni è semplice; un elettrode di stagno pieghevole viene applicato sulla regione tiroidea e modellato sulla pelle del collo; un altro elettrode, più largo, è applicato sulla regione dorsale.

L'intensità della corrente può arrivare fino a 1,500 milliampères, e ogni seduta può avere la durata di una mezz'ora.

L'A. riporta un caso di malattia di Basedow curato con detta tecnica, in una donna di 29 anni. Dopo le prime cinque applicazioni diatermiche già fu dato conseguire un notevole miglioramento (aumento delle forze e dell'appetito, cessazione dell'insonnia e diminuzione del nervosismo, diminuzione della tachicardia da 140 a 98-104, ecc.). Dopo circa un mese fu ripetuta un'altra serie di 4 applicazioni diatermiche, e da allora ad oggi tutte la sindrome basedowiana si è attenuata ed il polso è arrivato a 72-80. E' da notare che le usuali cure mediche, in questo caso, avevano fallito.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Emorragia cerebellare guarita chirurgicamente. — Kron e Mintz, Ospedale in Riga. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 25, 1927.

Questo caso certamente non comune, verrebbe a documentare la possibile guarigione rimovendo, senza pericolo di recidiva, un focolaio emorragico.

Una donna di 54 a. soffriva di mal di capo da 11 anni. D'improvviso, dopo una emozione, intensificandosi la cefalea vomiti, vertigini, depressione generale, si presentava questo quadro: nistagmo spontaneo, intensificato, costante nel guardare verso destra, tendenza a cadere verso sinistra; minima atassia locomotoria della mano sinistra, accenno alla emiipotonia e braditeleochinesi sinistra; reazione calorica a sinistra. Tutto il complesso sintomatico deponeva per una affezione cerebellare. Difficile la diagnosi di lateralità. La costante prevalenza del nistagmo a destra, l'atteggiarsi a giacitura destra, la maggiore cefalea a destra, indirizzavano l'attenzione verso il lato destro; mentre per quello sinistro piuttosto deponevano gli altri sintomi.

L'inizio brusco deponeva per una emorragia; ma questa poteva bene essersi svolta in una cisti od un tumore, senonchè la cefalea durava da anni. Inoltre tre precedenti osservazioni degli AA. mostravano esserci tumori cerebellari senza alcuna alterazione del nervo ottico.

L'operazione alla Cushing mostrò: dura madre a destra pulsante meno che a sinistra. Negativa la puntura transdurale a sinistra; a destra liquido brunastro. Allacciatura del seno occipitale; spacco della dura. Nell'emisfero destro, presso la linea mediana una chiazza violacea corrispondente all'uvola. A circa 3/4 di cm. in profondità si intravede una escavazione quanto un uovo di colomba. Se ne escide un pezzo parietale; si mette fuori l'anzidetto contenuto. Nessun drenaggio. Guarigione progressiva con la scomparsa di tutti i sintomi anzi cennati.

Le dimensioni del focolaio, come suole in casi simili, debbono in buona parte attribuirsi alla inibizione del tessuto nervoso intorno al focolaio emorragico. La sede del focolaio emorragico non era certo delle più frequenti.

Ernia duodenale sinistra. — Serra, Ospedale italiano Alessandria di Egitto. *Annali italiani di Chirurgia*, n. 4, 1927.

Questa ernia interna sviluppatasi in vicinanza dell'angolo duodeno-digiunale, fu osservata ed operata in un fanciullo di 9 anni. Ci erano naturalmente i segni di occlusione acuta, che secondo l'esame bioscopico viene dall'A. interpretato come inginocchiamento dell'intestino sul margine inferiore del colletto, mentre il distendersi delle anse contenute nel sacco erniario mantenevano ed accrescevano la inginocchiatura.

Durante il periodo di osservazione trascorso in ospedale prima dell'intervento fu possibile constatare il ripetersi di fatti di turbata canalizzazione e il cambiamento di forma dall'addome dovuto alle modificazioni di una speciale tumefazione ben confinata sul quadrante superiore sinistro. Attraverso le pareti sottili dell'addome si notavano talvolta onde peristaltiche, e talora chiaramente visibile il contrarsi spastico di anse intestinali in corrispondenza della massa globosa. Alla palpazione si aveva la sensazione tutta particolare di un cuscino ad aria, poco teso, ed a pareti quasi cedevoli più che elastiche. La massa globosa era chiaramente localizzata al di sopra ed a sinistra dell'ombelico, ed il suo rilievo considerevole in contrasto con il resto depresso dell'addome.

Il caso fornisce all'A. campo di esaminare la nota distinzione delle fossette peritoneali consuete intorno all'ultimo segmento del duodeno. Egli crede che dal lato chirurgico basti distinguere le ernie in ernia sinistra o di Treitz, ed ernia destra o di Broesike. Egli crede possibile questo differenziamento anche al letto dell'infermo, mentre dal lato anatomo-chirurgico la distinzione implica i soliti rapporti vasali all'atto di sbrigliare lo anello strozzante. Infatti nell'ernia sinistra lo sbrigliamento dovrebbe esser fatto quanto più in basso, zona più libera del colletto; nell'ernia destra il colletto è fatto dalla radice del mesentere.

In quanto all'origine di queste ernie l'A. accetta l'opinione del suo maestro Crescenzi, cioè che si tratti di anomalo sviluppo del peritoneo, saldamento cioè incompleto tra primitivo foglietto di sinistra del meso dell'intestino terminale e primitivo peritoneo della parete posteriore. Dunque un accenno iniziale di divertcolo peritoneale più profondo e più capace.

In quanto alla resezione totale del sacco non si può ritenerla sempre attuabile. Può invece bastare una sutura che accolli il più possibile il labbro anteriore dell'orifizio erniario al peritoneo parietale posteriore, giovandosi anche delle aderenze infiammatorie, per combattere la recidiva.

Contributo sull'immagine röntgen post-operatoria dello stomaco. — Dzialoszynski in Charlottenbnag. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 23, 1927.

Una centurie di casi che vennero resecati secondo Polya-Reichel, non forniva alcun contrassegno di Ulcus pepticum. Le sofferenze post-operatorie immediate, andarono scemando fino a scomparire tra 4-5 mesi. Accadde soltanto in qualche soggetto a fondo neuropatico, constatare qualche andamento retrogrado della massa di contrasto; riempimento retrogrado dunque che andò cessando.

Stahnke fa rilevare al precedente A. (relatore della casistica alla *D Gesellschaft für Chirurgie*, aprile 1927) che il flusso retrogrado non è infrequente, sebbene non cospicuo, quando si operi col metodo retrocolico Reichel.

Dopo anni va sviluppandosi una specie di meccanismo sfinterico. Nella clinica in Würzburg non si riscontrò, dopo l'uso del metodo Reichel, formazione di Ulcus pepticum; combinazione che, se mai dovrebbe attribuirsi ad errore operatorio, od a deficienza nella ampiezza di resezione.

Rileva Kirschner che alla ricerca röntgen post-operatoria immediata, è molto frequente constatare disturbi funzionali, anche se manchino sofferenze. Di qui la necessità di una molto rigorosa dietetica.

Crede v. Haberer, altro interlocutore, che il quadro röntgen rilevato dal primo osservatore sia da considerarsi quale circulus vitiosus, osservabile quasi sempre nell'intervento Billroth II; il che costituisce un pericolo, specialmente riguardo all'Ulcus pepticum.

Reflussi analoghi si possono anche osservare negli interventi operatori per ptosi duodenale. Ammette inoltre il rigorismo della dieta, giacchè risulta provato che durante circa 14-21 giorni, talora anche 30, c'è sempre disturbo funzionale post-operatorio dello stomaco.

Crede Finsterer che si possa non incorrere nel riempimento retrogrado quando si applichi bene l'ansa (di sopra, piccola curvatura, verso sotto, grande curvatura), nonchè parziale occlusione del lume gastrico e fissazione dell'ansa afferente, su di esso. La resezione da lui proposta viene appunto a scongiurare la torsione del grosso moncone gastrico, perchè l'anastomosi resta pendente e fissata all'esofago.

Mediante l'entero-anastomosi la comparsa di Ulcus pepticum digiunale viene favorita nelle poco estese resezioni su per giù come nelle anastomosi ad ipsilonne, dopo l'intervento radicale per ulcera digiuno-peptica.

Obbietta Reichel che non possa incorrersi nel circolo vizioso quando l'ansa afferente giaccia sulla piccola curvatura, quella efferente sulla grande. Si associa nel consigliare prolungata attenzione sulla dietetica.

L'operazione Billroth I secondo Shoemaker fornisce una specie di sfintere muscolare dallo stomaco sulla ferita duodenale. Lo svuotamento è più lento.

Digitized by Google

FARMACOLOGIA

L' alcool jodato. — JENTZER, ODERMATT, BAUMANN. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n. 23, 1927.

Questa discussione tenutasi in seno alla «Société de Chirurgie Suisse» può essere riassunta in blocco, sebbene a ciascuno dei tre relatori spetti il suo. Da tempo si vanno deplorando disordini dovuti alla volatilizzazione di gas irritanti, sia durante la narcosi, sia nelle sale operatorie. Si è proceduto ad una inchiesta, ad una specie di referendum, ottenendo risposte non sempre consone, tanto più che si trattava stabilire quanta parte fosse dovuta all'alcool, quanta al iodo.

Crede Jentzer essere necessaria la presenza del iodo per l'esplosione di detti disturbi. Ma ci sono fattori secondari: l'acetone poi l'etere di frutta nell'alcool di frutta; l'alcool metilico, l'aldeide iodidrica che si forma in contatto con l'alcool. L'aldeide iodidrica della tintura iodica ha soltanto effetto caustico. Di accordo col De Quervain bisogna invocare processi di decomposizione della tintura, che sarebbero accresciuti dall'aggiunta di acetone, ma indipendenti da altre cause nelle sale operatorie.

Bisogna tener conto della stabilità della tintura di iodo e della purezza dell'alcool, come i due più importanti fattori. Una tintura di iodo stabile è ottenuta usando una tintura non satura, dunque in sotto di 10 % addizionando ioduro potassico ad acido iodico. Peraltro si impone reclamare per la purezza dell'alcool, affinchè lo si possa ottenere purissimo a 95 %. Più economico e pratico sarebbe denaturarlo non già mediante l'acetone, ma con una sostanza indifferente, proposta dal Dr. Martin-Du Pan di Ginevra, ma non accettata, sebbene già siasi dimostrata la possibile denaturazione mediante i prodotti di distillazione del catrame greggio. Così si eviterebbe il iodacetone lacrimogeno. Potrebbe servire a denaturarlo anche la piridina.

La discussione chimica è precipuamente sostenuta dall'Odermatt. Egli attraverso tutte le considerazioni analitiche crede possibile escludere la produzione di gas irritanti usando la tintura di iodo pura, concentrandola solo al 5 % con aggiunta di ioduro potassico, ed una attenuazione dell'alcool non denaturato, fino a 70 %. Anche sommando questa tintura con alcool denaturato, non si sprigionano gas irritanti. Con ciò non bisogna escludere che nelle sale operatorie ci sian per essere altre sostanze volatilizzabili irritanti.

Il Rammann concorda nel giudicare impropria la denaturazione dell'alcool chirurgico mediante l'acetone; perchè irritante la cute di per sè, sprigiona con la tintura di iodo prodotti caustici. Pertanto elogia la denaturazione al catrame, dopo anni di esperienza. Il cosidetto alcool operatorio diluito, cioè a circa 70 % è raccomandabile perchè meno irritante la cute, e più diffusivo in essa.

La tintura di iodo al 10 % non è opportuna, sia perchè in breve e lasso riduce il suo contenuto iodico, sia per la facile produzione di prodotti di decomposizione, capaci di produrre dermatiti, irritazione delle mucose, cefalee, vertigini. La tintura di iodo deve esser preparata con iodo esente da cloro e cianuro, e con alcool purissimo. Deve essen conservata in bottiglie smerigliate e fuori la luce; sempre rinnovata, nè preparata in quantità che durino oltre 5-6 mesi. La miglior formula è la seguente: iodo: 5.0; ioduro potassico: 2,5; acqua distill.: 2,5; alcool ad 80 % fino a 100.

Per sincerarsi della tintura sono consigliabili questi due saggi:

a) Saggiando il cloro, bisogna dopo aver soprassaturata la soluzione con acido nitrico, generarsi una opalescenza appena constatabile.

b) Per il saggio di acidi liberi: 2 cc. di tintura, dopo titolazione con N/10 tiosolfato, con la neutralizzazione al rosso di metile come indicatore, bisogna non eccedere 0,3 cc. N/10 liscivia potassica.

Del resto la disinfezione del campo operatorio con alcool a 70 % dovrebbe rendere superflua la tintura di iodo.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Nuova narcosi rettale gineco-ostetrica. — BENTHIN, Ospedale civico in Koenigsberg. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 23, 1927.

Trattasi di un nuovo preparato, l'avertina. Le esperienze cliniche furono dapprima caute nel senso di determinarne il dosaggio. Si pervenne a stabilire 0,1 gr. per chilo; in casi ginecologici si raggiunse anche 0,125 g. Buona norma si è sospendere la polvere narcotica in poca acqua non acida, e preferibilmente su una fiala Erlenmeyer. La soluzione si ottiene preferibilmente a 35°-40°. Risultandone una soluzione 2,5 % la quantità necessaria in ciascun caso varia naturalmente. E' opportuno calcolare la dose totale moltiplicando per 40. Ad evitare che durante la narcosi rilasciatosi lo sfintere si perda il liquido, giova introdurlo mediante un tubo munito di pallone, che dopo l'introduzione del liquido resti insufflato. In mancanza si può anche tappare l'ano con garza arrotolata.

Spesso fu preventivamente iniettato 0 01 morfina con 0.0005 atropina; ma si può farne a meno. Di solito in persone non troppo nervose il sonno completo si lascia attendere 10'-12' minuti; spesso bastano 3-5' senza attraversare stadio di eccitamento. Tuttavia il sonno non rappresenta lo stato di completa narcosi. Casi refrattari richiedono 20'-30'. Nei casi dunque di estrema urgenza operatoria non è bene affidarsi a questo metodo. In genere la narcosi dura 1-1 1/2 ora per modo da consentire anche cospicui interventi radicali ginecologici, senza nuove addizioni di medicamento. Del resto qui come in non poche altre evenienze di narcosi, possono aversi casi di insuccesso.

Di solito con l'inizio del sonno si nota cianosi del volto, polso più frequente, respiro anche; in media 100-120 battiti, e 30-40 atti respiratori.

Il risveglio suole aversi tra 1 1/2-2 1/2 ore. Mancano nausee e vomiti post-operatori, anche nelle laparotomizzate. Non è indispensabile eliminare sempre con lavaggio postoperatorio qualche residuo di narcotico. Se ci è qualche accentuato abbassamento di pressione bastano modiche dosi di adrenalina a farla risalire.

Non ci sono particolari norme inerenti all'età, non controindicazioni per l'una o l'altra via di intervento ginecologico; nè averla praticata una volta costituisce controindicazione a ripetere l'intervento. In quanto allo svolgimento del parto ed al contegno fetale, non si ebbero a deplorare danni. Fu constatato un rapporto causale tra la narcosi ed il precoce distacco placentare.

L' insulina nel vomito delle gravide. — SACHS, Berlino. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 15.

L'A. ha avuto buon successo, trattando con l'insulina le gravide con vomito incoercibile.

Bisogna servirsi di piccole dosi di insulina lentamente crescenti, senza però somministrare contemporaneamente o precedentemente idrati di carbonio.

L'insulina giova anche nelle intossicazioni da gravidanza, eccita l'appetito, fa aumentare il peso, e così giova anche a tener elevato il morale della paziente.

Sindrome di Klippel e Feil dal punto di vista ostetrico. — DELLEPIANE, Clinica Ostetrica in Palermo. *La Clinica Ostetrica*, 6, 1927.

La sindrome descritta nel 1912 dai due AA. sopra indicati riguardava un uomo di 46 a. Nota predominante la riduzione numerica e la fusione delle vertebre cervicali, nonchè altre particolarità meno importanti. Nel 1921 se ne raccoglievano 21 osservazioni tra gli estremi di 10-34 anni di età. Le loro caratteristiche più comuni erano:

1. Assenza quasi completa del collo per cui la testa poggia quasi direttamente sulle spalle.

2. Limitazione dei movimenti cefalici nel senso assiale, mancanza assoluta di quelli di lateralità e di torsione.

3. Presso che costante scoliosi o cifo-scoliosi cervicale o cervico-dorsale.

4. Impianto basso dei capelli scendenti sino alle spalle.

5. Assoluta mancanza di dolori e di tumefazioni.

Dal punto di vista anatomico caratteri peculiari della sindrome predetta, sono:

1. Assenza delle vertebre cervicali individualizzate e rimpiazzate da un blocco osseo talora contenente anche elementi del rachide toracico. Nella massa ossea l'asse e l'atlante sembrano assenti; i restanti corpi vertebrali difficilmente differenziabili ridotti allo stato rudimentale.

2. Presenza di una spina bifida interessante la parte posteriore delle vertebre cervicali, talora di alcune dorsali e dell'occipite.

3. Presenza di una scoliosi o cifoscoliosi rigida cervicale o cervico-dorsale.

4. Presenza di un vero torace cervicale, cioè risaliente fino alla base del cranio essendo la situazione delle vertebre toraciche e delle prime coste più elevata per l'aplasia e la riduzione numerica dei segmenti cervicali fusi più o meno fra di loro.

Ora risponde a questo complesso anatomo- clinico l'osservazione fatta dall'A. di un feto estratto previa craniotomia per viziatura pelvica; col vantaggio, di fronte alle altre osservazioni, di averne potuto avere un esemplare in più iniziale evoluzione.

Eziologia e morfogenesi molto oscura. Parrebbe importante il dato di una malformazione (spina bifida sacrale?) che si ripeterebbe nel feto come spina bifida dell'occipite e del rachide cervicale e dorsale (sic).

Dal lato ostetrico non si può molto dare importanza alle lievi viziature pelviche, bensì alla malformazione fetale stessa come fattore di perturbata meccanica del parto, e di necessarie embriotomie.

Digitized by Google

DERMATOLOGIA

Sulla cura autovaccinica dell'acne cheloide. — LANTERI. *Archivio It. di Derm., Sif. e Vener.*, fasc. III, 1927.

L'A. ha trattato tre casi di acne cheloide coll'autovaccinoterapia stafilococcica, scegliendo per via d'introduzione il tessuto intradermico. Ha preparato il vaccino alla Wright nel seguente modo. Semina il materiale in tre tubi di agar, in serie, che vanno tenuti a 37° per 24 ore. Il conteggio dei germi si fa usando l'ansa normale, fatta con un filo di platino di 6 decimi di millm. del diametro interno di 2 millm. L'ansa preleva 2 millm. c. di materiale. Si immerge nell'acqua di condensazione dell'agar, si impasta la patina culturale e si fa il prelevamento: si hanno così due miliardi di cocchi per ansata.

A 10 cmc. di soluzione fisiologica fenicata al 0,5 % si aggiungono cinque ansate sì da ottenere la concentrazione di 1 miliardo per cmc. Si agita accuratamente e si procede alle diluizioni: da 10 milioni a un miliardo per cmc., che si chiudono in fiale, le quali vanno tenute a 37° per qualche ora. Quindi se ne controlla la sterilità seminando il contenuto di qualche fiala in brodo. Il prelevamento si fa dal contenuto di una pustola aperta asetticamente.

Con tale metodo l'A. ha ottenuto rapida guarigione nei tre casi trattati praticando una iniezione in giorni alterni, per via intradermica, all'intorno della dermatosi, e senza usare topici locali o altre cure.

Si è avuta scomparsa delle pustole con scarsa influenza sul tessuto cheloideo, se si eccettua una certa riduzione di consistenza.

La reazione di Kahn nella lebbra. — E. V. PINEDA e E. R. PINEDA. *The Philippine Journal of Science*, 1926, luglio.

Cento sieri di lebbrosi sicuri e di lebbrosi sospetti furono esaminati comparativamente con la Wassermann e con la reazione precipitante di Kahn (v. tecnica relativa nella *Riforma Medica* 1927, n. 16).

Tanto la Wassermann quanto la Kahn furono generalmente negative nei lebbrosi. La Wassermann fu positiva in un sol caso, in cui mancava qualunque dato anamnestico o clinico di sifilide o di malaria (percentuale molto più bassa di quella trovata da altri Autori! N. d. R.). mentre la Kahn fu positiva in 5 casi di lebbrosi, in cui mancava egualmente alcun dato che facesse pensare alla sifilide o alla malaria.

Secondo gli Autori, la Kahn sarebbe più attendibile della Wassermann per escludere la sifilide o la malaria, e di minor valore per diagnosticare l'una o l'altra di queste due malattie.

OTO-RINO-LARINGOIATRIA

Le istillazioni nasali di preparati oleosi. — BECO. *Revue de Laryngologie, Oto. et Rinologie*, n. 8, 1927.

E' aperta una controversia sulla utilità delle istillazioni nasali di preparati oleosi, in seguito ad una pubblicazione dell'autore americano Laughlen, il quale dalle autopsie di alcuni bambini morti di broncopneumonite, avrebbe dedotto essere in massima tale affezione stata provocata dalla paraffina e dai preparati oleosi, veicoli comuni di somministrazione per sostanze antisettiche destinate alle vie respiratorie.

Queste osservazioni del Laughlen, che egli avrebbe convalidato con studi sperimentali porterebbero ad escludere o per lo meno a limitare di molto la vasta applicazione, che attualmente si fa in Francia e nel Belgio, delle istillazioni oleose.

L'A. ribatte in parte queste affermazioni che dopo le pubblicazioni del Laughlen sono state fatte proprie da qualche autore e le cui osservazioni hanno perfino invaso qualche giornale politico, che, naturalmente, malamente appropriandosi lo spirito e la sostanza di tali obbiezioni, ha gridato l'ostracismo alle sospensioni oleose per uso respiratorio.

Ora sta a vedere quale conclusione dovrà dedursi e già l'A. ha interrogato alcuni specialisti allo scopo di conoscere le loro opinioni, le quali sono, com'era facile prevedere, pro e contro. Non sarebbe inutile che anche da noi si studiasse seriamente l'utilità o meno di questo metodo curativo, tanto esaltato; a questo scopo si è inteso riferirne.

Trattamento di alcune malattie della voce, mediante iniezioni di paraffina nel naso. — MEEROWITCH. Istituto di perfezionamento in Leningrad. *Revue de Laryngologie, Otologie* etc., n. 10, 1927.

Sono riferite dall'A. più osservazioni in appoggio di una proposta da lui fatta per migliorare o correggere il risonatore nasale dei cantanti. La tecnica delle iniezioni di paraffina è su per giù quella nota. L'A. si serve in tutti i casi della paraffina detta molle, punto di fusione cioè 45°-48° allo stato freddo, riscaldandola talvolta durante qualche secondo su di una lampada ad alcool, direttamente prima dell'uso, fino al momento della comparsa di un sottile filo all'estremità dell'ago dalla siringa.

L'A. prende la paraffina in tubi di vetro saldati, sterilizzati, contenenti 15-20 cc. di paraffina che si introduce direttamente nella siringa servendosi di una verga metallica. L'A. si serve soltanto della siringa Onodi, aiutato da un assistente che metta in movimento il pistone speciale. Si inizia l'introduzione di paraffina avendo previamente liberato il naso da croste e da mucosità, mediante una pinza, o lavandosi con qualche soluzione antisettica, preferendo la soluzione clorosodica normale. Niente anestesia locale, sia perchè l'operazione è molto dolorosa, sia perchè l'azione vaso-costrittiva della cocaina assottiglia di più la penetrazione della paraffina nella mucosa.

Si introduce la paraffina nella conca inferiore, nel setto, fondo nasale, progressivamente andando dalla parte posteriore verso quella inferiore. Non si introduce mai d'un tratto grande quantità di paraffina, ma a volta a volta 0,3-0,5 cc. con lievi interruzioni od intervalli di tre a dieci giorni, secondo la resistenza del paziente, e la reazione sia generale, sia locale.

In complesso 23 casi con risultati più o meno soddisfacenti; cioè data l'indicazione di migliorare qualche tono del diapason vocale. Certo è secondo l'A. che nelle malattie della voce poco o punto si dà importanza dagli specialisti alla cura del risonatore nasale, ostinandosi a volerle spiegare con alterazioni del laringe o faringe.

Dal lato pratico è raccomandabile dividere gli ammalati in tre gruppi:

1. Quelli con affezioni a tipo ozenatoso, formazione di croste e complicazioni faringo-nasali.

2. Quelli nei quali si aspira a migliorare la voce, specialmente dopo aver subita qualche altra inutile operazione allo stesso scopo.

3. Quelli nei quali, pur non presentando essi modificazioni obbiettive nel naso, così da esigere l'introduzione di paraffina, tuttavia si deplorava il difetto di voce cantata, specie nelle note acute.

Sul ripristino della voce dopo operazioni demolitrici. — KUSTER. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 200, 1927.

Due osservazioni di questo autorevole chirurgo, racchiudono insegnamenti per questa chirurgia così povera di speranze. Ambedue i casi di intervento radicale per carcinoma del laringe stanno, per la lunga sopravvivenza a dimostrare la possibile guarigione duratura in diretta correlazione con la precocità della diagnosi e della cura.

Gli interventi parziali concorrono a rendere più dubbia la prognosi; infatti il primo di questi due casi parzialmente operato per sarcoma, si convertì più tardi in carcinoma.

Quando la neoformazione comincia ad oltrepassare i limiti della corda vocale, anche la asportazione emilaterale del laringe può consentire la guarigione duratura, ed il paziente può conservare, seppure divenuta di timbro alquanto diverso, il tono di voce. Infatti, l'uno di questi operati, medico in una stazione balneare, ha potuto adempiere al suo ufficio per 30 anni dopo l'intervento. Importante è di tralasciare con la parte sana, l'intera epiglottide, a preservare la deglutizione, e scongiurare i pericoli della pneumonia da corpi estranei.

L'operazione ideale in tali casi è l'asportazione della corda vocale soltanto affetta, essendo solo così possibile la reintegrazione vocale. Operazione questa da raccomandarsi sempre nei casi in cui l'ulcera od il tumore siano ancora liberamente spostabili sulla parete cartilaginea. Peraltro non privo di importanza è per il risultato funzionale ottenere una cicatrice interna quanto meno retratta. Ecco perchè l'A. prescegliе l'uso del termo, e lascia senza sutura la ferita.

La cicatrice che ne risulta, stando almeno a questi pochi casi, assume dimensioni approssimative a quelle di una corda vocale.

MALATTIE TROPICALI

La terapia del bottone d'oriente. — FET. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1926, n. 24.

Per questa malattia che ha ricevuto nomi diversi nelle zone in cui essa è endemica sono stati poste in opera diversi metodi terapeutici.

Si è pensato all'escissione; successivamente sono stati adoperati varii antisettici come topici, sia sotto forma di lozioni, che di polveri o di unguenti: sublimato corrosivo, permanganato di potassa, tintura di iodio, acido borico, nitrato di argento, protargolo, bleu di metilene. Il salvarsan e l'atoxil sono stati usati senza buoni effetti; ed incerti sono stati i risultati della terapia fisica: raggi X, jonizzazione, neve carbonica.

Recentemente si sono invece avuti risultati favorevoli iniettando alla base dell'ulcerazione dosi gradatamente crescenti di cloridrato di emetina.

I migliori risultati si sono però avuti col tartaro emetico — che viene considerato come rimedio specifico — e con l'olio fosforato.

Il miglior modo di somministrare il tartaro emetico è per la via

Digitized by Google

endovenosa in soluzione fisiologica o in acqua distillata, all'1 %; meno adatta è la introduzione per via endomuscolare (ascessi, etc.). Può essere usato per via orale, come complemento della cura endovenosa, o come topico (unguenti all'1 %; la polvere sola è estremamente dolorosa).

L'uso dell'olio fosforato è stato preconizzato dal Castellani nel 1923.

Se l'ulcerazione è ben netta, l'olio è applicato direttamente sul fondo e sui margini dell'ulcera, dopo aver rimosso il detrito; se la lesione è speciamente nodulare e l'ulcera è piccola, bisogna aggiungere alle applicazioni locali delle iniezioni sottocutanee di olio fosforato (3-5 cmc.) di recente preparazione, immergendo l'ago nel nodulo, e successivamente attorno ai margini; qualche goccia si fa anche cadere sull'ulcera. Questa operazione va ripetuta una o due volte la settimana.

L'uso di questa terapia dev'essere prudente, per non arrecare danni, soprattutto al fegato.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - BARI

Seduta del 19 maggio 1927

Presid.: prof. Gaifami

Vurro M. *Sui gruppi sanguigni nel campo ostetrico.* — La individualità sanguigna non è variabile per la gravidanza nè per malattie, nè per il tempo. Non sempre il figlio appartiene allo stesso gruppo sanguigno della madre. Nella Puglia c'è prevalenza del quarto gruppo; la Puglia cioè non apparterrebbe ad alcune dei 3 grandi gruppi continentali dell'Ottenberg.

Schiralli. *La diastasi dell'urina e del sangue nel campo ostetrico.* — Ha seguito un certo numero di operate della Clinica di Bari confrontando i casi in cui si era lasciato tutto o parte di un ovaio e quelli in cui si era dovuto procedere alla asportazione completa degli annessi. Trova confermato che i fenomeni ovaroprivi sono molto più tardivi ad insorgere e di più lieve entità quando si è lasciato anche solo un piccolo frammento ovarico; e questo pure nelle donne già oltre ai 45 anni, ossia in quelle già prossime alla menopausa.

Sono anche riportati alcuni casi di gravidanza avveratasi dopo che si era fatta una resezione bilaterale delle ovaie, per ovaie sclerocistiche.

De Angelis. *Sul rapporto fra ciclo mestruale ed aborto.* — Ha studiato i rapporti fra data del ciclo mestruale ed inizio della emorragia e della epulsione dell'aborto e trova che la frequenza è minima nel periodo intermestruale, dal VI al XV giorno dopo la mestruazione. La prevalenza è però poco netta, forse anche in rapporto con la complessità dei fattori che entrano in giuoco, non ultimo quello che la causa dell'aborto spesso sfugge o per lo meno non è confessata.

Loiacono. *A proposito di tre casi di aborto provocato per tubercolosi polmonare.* — Si afferma sulle indicazioni presenti nei suoi tre casi ed a proposito del decorso febbrile dell'ultimo in cui aveva usato le candelette, sostiene che si devono ridurre molto le indicazioni, facendo più assegnamento sulla cura medica o chirurgica della tubercolosi.

Matera. *Sulla rottura prematura e precoce del sacco.* — Nel materiale della Clinica di Bari ha trovato il 19.7 % di rottura intempestiva del sacco; in questi casi si ebbero: interventi operativi nel 56 %; mortalità fetale 41 %, morbilità del puerperio 58 %, mortalità 25 %: ossia nuova conferma ai pericoli legati a tale complicazione e documento clinico della trascuratezza in questo campo da parte delle levatrici e dei medici.

Revoltella G. *In tema di dolore nel cancro dell'utero.* — Considera sopratutto il dolore frequente che si irradia lungo lo sciatico e ricorda che a interpretarlo conviene pensare non solo ad una compressione del neoplasma, ma anche ad una forma di neurite e perineurite. Raccomanda perciò di largheggiare nella cura sintomatica coi preparati di antipirina etc. in luogo dei derivati dell'oppio.

Ha inoltre esperimentato con successo la edemizzazione dello sciatico iniettando soluzione fisiologica con o senza sostanze anestetiche; inoltre ha provato pure la iniezione epidurale, anche questa con esito favorevole sintomatico, in modo da poter ridurre al minimo l'uso della morfina.

Revoltella G. *Su un caso di appendice retrocecale-retrocolica in un neonato.* — L'appendice aderiva completamente alla faccia posteriore del cieco e del colon con direzione mediolaterale e dal basso in alto. La porzione distale superava il polo inferiore del rene destro.

L'O. illustra l'interesse dei casi consimili oltre che per la relativa rarità (13 %), dal punto di vista diagnostico (clinico e radiologico) e dal punto di vista anatomopatologico (ascessi subfrenici, perinefritici, psoite, perforazione del colon etc.).

Viene pure trattata la importanza di tale anomalia nei riguardi dalla ostetricia e ginecologia; nella gravidanza infatti essa potrebbe costituire in un momento predisponente alla insorgenza di processi appendicolari.

Cetroni M. *Il fibromioma rosso.* — Presenta 7 casi di fibromioma rosso operati nella Clinica di Bari; ne discute la genesi ed il decorso clinico.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Seduta del 17 dicembre 1926

Presid.: prof. Silvagni

Putti V. *Ulteriore contributo al trapianto osseo per rovesciamento della tibia sul femore in caso di neoplasia dell'epifisi femorale distale.* — L'indicazione dell'intervento era data da un sarcoma dell'epifisi inferiore del femore. La tecnica è stata la seguente: resezione della estremità inferiore del femore per l'altezza di 16,5 cm.; con la sega elettrica si mobilizza un segmento osseo della lunghezza di cm. 20 e dello spessore di circa 3 dalla faccia anteriore della tibia, lo si capovolge sull'estremo distale del femore con fissazione ad incastro, rinforzata da ghiere prelevate dalla rotula. Il tutto è tenuto solidamente in posto da una robusta allacciatura di catgut; apparecchio gessato; dopo tre mesi controllo radiologico. A 11 mesi dall'operazione l'arto operato è solido e tollera perfettamente il carico. L'aspetto radiologico del trapianto è tale da convincere della sua completa vitalizzazione.

Putti V. *Sciatica e lombartrite. Sciatica originatasi in malato affetto da scoliosi naturale.* — Il malato, da tempo sofferente di sciatica destra, presenta una scoliosi di tipo omologo, cioè con la concavità della curva lombare rivolta verso il lato dolente. L'estrema rarità di questo reperto, nonchè la constatazione che la deformità non presenta le note caratteristiche della scoliosi sciatica, inducono a concludere che in questo caso la scoliosi probabilmente rachitica preesisteva alla sciatalgia e che questa ha la sua origine nell'artrite vertebrale di cui dimostrano segni evidentissimi le articolazioni intervertebrali del lato concavo della curva scoliotica.

Lüttichau A. *Sullo scarso valore dei fenomeni di intolleranza durante il trattamento insulinico prolungato.* — L'O. distingue i fenomeni di intolleranza in tre categorie e cioè: dovuti ad un improvviso aumento della tolleranza del malato, per gli idrati di carbonio, in crisi pseudo-ipoglicemiche ed in eruzioni cutanee; queste ultime, somiglianti a pomfi d'orticaria, apparvero generalmente in prossimità delle articolazioni, ebbero durata da pochi giorni ad una settimana ed una volta furono accompagnate da febbre. In base alla sua esperienza l'O. crede che l'insulina possa aver largo uso nella pratica medica anche al di fuori degli ospedali e che specialmente le medie e le piccole dosi non possano portare a gravi inconvenienti.

Palmieri G. G. *Rilievi ed ipotesi intorno ad alcune conseguenze fisiche e biologiche dell'effetto Compton. Alcune rivendicazioni personali.* — L'O., accennato all'essenza del cosidetto «effetto Compton» ricorda una serie di proprie comunicazioni e pubblicazioni di cui le prime risalgono al maggio 1923 e dalle quali risulta aver egli portato un notevole contributo intorno a tale fenomeno che, molto recentemente è stato oggetto di particolare trattazione.

Zanoli R. *La tubercolosi degli archi vertebrali.* — Questa rara affezione colpisce generalmente un solo arco, come eccezione due o tre; può essere diffusa a tutto l'arco oppure localizzarsi ad un'apofisi trasversa, spinosa, articolare, ad una lamina: quelle più frequentemente, quest'ultima assai di rado. L'evoluzione del focolaio iniziale non differisce dalla tubercolosi dei corpi vertebrali, però è dato molto spesso di osservare formazione di sequestri; la sintomatologia è identica a quella del morbo di Pott. L'A. ha potuto riscontrare nel materiale dell'Istituto Rizzoli otto casi di quest'affezione dei quali ne illustra quattro occorsi rispettivamente in una ragazza di 18 anni, in una donna di 22 ed in due uomini uno di 21 anni ed uno di 26.

Camurati M. *Le produzioni osteofitiche nella tubercolosi vertebrale.* — In una revisione dell'archivio radiografico dell'Istituto Rizzoli, l'O. ha potuto osservare che in 1034 casi di spondilite tubercolare furono constatate 98 forme di iperostosi; di queste, 51 appartenevano a forme pure non fistolizzate, 47 a forme complicate a fistole. Per quanto le produzioni osteofitiche non siano nella maggioranza dei casi altro che un tentativo di riparazione locale del processo carioso, che naturalmente

Digitized by Google

non implica una guarigione anatomica, il carattere di esse è importante ad essere conosciuto dal punto di vista teorico e da quello della diagnostica differenziale radiologica.

Il Segretario: F. VIGI

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 1° maggio 1927

Presid.: prof. R. STANZIALE

Pace D. *La pressione del sangue nella simpatectomia periarteriosa.* — L'O. ha eseguito misurazioni accurate della pressione arteriosa durante i vari tempi della operazione di simpatectomia, e, in base alle cifre ottenute in sei casi, ha potuto tracciare delle curve relative all'andamento della pressione stessa. Egli ha osservato, durante l'operazione e subito dopo, brusca discesa della pressione fin quasi all'ascissa; in seguito, graduale elevazione, già durevole più tardi, persistente almeno per quarantotto ore; in ultimo, lenta diminuzione per 8-10 giorni e poi ritorno all'equilibrio. L'O. ha potuto confermare l'osservazione di Leriche che l'ipertensione sia anche controlaterale e che del pari la fase ipotensiva sia bilaterale. Tali fatti dimostrano l'esistenza di fibre centripete nell'avventizia delle arterie, e con ciò la possibilità di riflessi vasali omolaterali e controlaterali.

Jappelli G. Osserva che nei risultati ottenuti nulla vi è che non possa trovare logica interpretazione in ciò che è già noto in fisiologia sulla innervazione dei vasi e sui riflessi vasali. E' noto ad es. che riflessi di simile genere possono avere punto di partenza nei vasi stessi, i quali sono sicuramente provvisti di innervazione centripeta, e che lo stesso depressore di Cyon è in sostanza un nervo aortico centripeto. Raccomanda che in altri casi siano proseguite le osservazioni tenendo presente anche i cambiamenti cardiaci.

Boeri. Ricorda i riflessi vasali controlaterali e le algie irradiate nei casi di affezioni polmonari.

Minervini. A proposito dei cambiamenti controlaterali, riflessi nel regime circolatorio, afferma che, in casi di ulcera perforante bilaterale, l'operazione da lui eseguita in un lato è stata seguita da guarigione anche nel lato opposto.

Castronuovo G. *Milza plastica in un caso di anemia del tipo Banti-Griesinger.* [La comunicazione è stata pubblicata integralmente nel fasc. 24, 1927, del nostro giornale. N. d. R.].

Ninni C. e Molinari G. *Antigene a costituzione chimica definita, specifico per la reazione di Wassermann.* — Gli OO. hanno riscontrato nella soluzione alcoolica di fenolo (fenolo cmc. 1 + alcool a 96° cmc. 49) delle proprietà identiche a quelle dei comuni antigeni lipoidei di uso corrente per l'esecuzione della reazione di Wassermann. Tale soluzione, stabile e di facile preparazione, viene al momento dell'uso diluita in soluzione fisiologica nel rapporto di 1 a 9. Essa è stata dagli OO. ampiamente sperimentata su sieri luetici e non luetici, con soddisfacenti risultati.

Pane N. Comunica di avere fatto qualche controllo dell'antigene proposto, con esito favorevole.

Boeri G., Castronuovo G. Si augurano che detto antigene chimico sia ampiamente sperimentato; nel caso che i risultati fossero favorevoli, il suo uso potrebbe evitare i risultati discordi dovuti all'impiego dei vari antigeni lipoidei.

Stanziale R. Desidererebbe che le ricerche con detto antigene fossero eseguite anche su infermi di lebbra.

Oro A. *Il vaccino Vaudremer nella cura della pitiriasi rubra pilare.* — L'O. presenta due ragazzi già affetti da una eruzione cutanea generalizzata con i caratteri della pitiriasi rubra pilare di Devergie, come si può rilevare da fotografie eseguite prima della cura. I due piccoli pazienti, eredoluetici, presentavano, alla radiografia del torace, focolai nodulari d'infiltrazione dei lobi superiori ed adenopatia ilare, ed in essi erano positive la reazione di Pirquet e quella di Besredka; una iniezione di tubercolina vecchia provocò febbre e reazione focale accentuata.

Sulla base di queste constatazioni e tenendo presente la guarigione ottenuta da Gougerot, in un caso simile, con iniezioni di vaccino antitubercolare Vaudremer, l'O. ha sottoposto alla stessa cura i due pazienti. Nel primo di essi ha praticato sei iniezioni di Tebecin ed altre sei di vaccino Vaudremer, nello spazio di quattro mesi e mezzo, ottenendo completa guarigione; nel secondo ha ottenuto, finora, guarigione quasi completa, dopo tre mesi e mezzo adoperando lo stesso vaccino e le iniezioni di tubercolina.

I risultati ottenuti porterebbero valido appoggio alle vedute di Milian, il quale fin dal 1906 sostenne la pitiriasi rubra pilare doversi considerare come una tuberculide. Beninteso, per aversi delle probabilità di successo, la cura deve essere iniziata precocemente, prima ancora, cioè, che si arrivi allo stato cheratosico definitivo.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta del 18 febbraio 1927

Perroncito. *Sulla patogenesi dell'ascite.* — L'O. avendo provocato, mediante una serie di operazioni diverse, stasi nel circolo portale di diverse intensità giunge alla conclusione che l'ostacolo meccanico al deflusso venoso, anche nelle vene a scarse anastomosi, non soltanto non provoca direttamente i versamenti ma è anche insufficiente a determinare le condizioni adatte alla produzione dei versamenti stessi.

Anardi T. *Sul distacco della tuberosità tibiale anteriore. Malattia di Schlatter-Osgood.* — L'O. illustra un caso di distacco della tuberosità anteriore della tibia destra in un giovane diciassettenne.

Precede lo studio clinico e radiologico del caso nonchè l'esame microscopico dei frammenti asportati dalla superficie di distacco dal quale si rileva un'irregolare ossificazione ed un rallentamento notevole nei processi di calcificazione e formazione di tessuto osteoide. Dal complesso dei dati raccolti sembra all'O. riportare il caso illustrato in quel quadro clinico conosciuto sotto la denominazione di malattia di Schlatter-Osgood.

Circa la patogenesi dell'affezione, ancora oggi tanto discussa, per il modo col quale si determinò la lesione, per le modificazioni strutturali e per il reperto radiografico della sella turcica piccola, l'O., piuttosto che a fattore traumatico e flogistico, ritiene debba essa riferirsi a disturbi endocrini in genere, con speciale riguardo a quelle ghiandole che più direttamente influenzano lo sviluppo scheletrico dell'uomo.

Le alterazioni o disfunzioni di tali ghiandole possono essere congenite o sopraggiungere in seguito ad una malattia, nella maggioranza dei casi a tipo generale; donde un meccanismo non univoco, sebbene il più delle volte a ripercussioni effettive disendocrine.

Migliavacca A. *Su alcune speciali formazioni intraprotoplasmatiche della cellula nervosa.* — L'O. descrive nel protoplasma della cellula nervosa dell'Astacus delle formazioni, che a seconda dei metodi usati appaiono come anelli (metodi di Golgi, Cajal, Regaud, Benda, Altmann e Kull) e come vescicole col bordo periferico regolare fortemente colorato (metodi di Prenant, Meves).

Nella zona protoplasmatica perinucleare le formazioni anulari si dispongono secondo linee concentriche al nucleo; nel rimanente campo protoplasmatico si dispongono in modo irregolare.

Le particolari strutture, di cui l'anello o il bordo delle vescicole sono l'espressione morfologica, sono sede di una concomitante elaborazione di lipoidi e di grassi, quella effettuantesi al loro interno, questa alla loro periferia.

DALLE ACCADEMIE E SOCIETA' ESTERE

Società di Medicina Interna di Berlino

Seduta del gennaio 1927

BOAS. *Sul trattamento delle emorroidi.* — L'O. ha comunicata la sua esperienza decennale sul trattamento delle emorroidi, nella convinzione che si possa — molto meno di quanto si suole — rimettersi al trattamento operatorio. Insistere sulla distinzione delle emorroidi in interne, miste, esterne, non è opportuno: esse sono in realtà interne, e da quelle esterne si differenziano sostanzialmente perchè le prime sono croniche, le seconde sono acute; pertanto sono più rare, più transitorie, meno esigenti atti operativi. La distinzione dovrebbe essere in intrarettali, intraanali ed extraanali.

Il principio curativo secondo B. dovendo essere quello di servirsi di una sostanza energicamente coagulante, essenziale e portare all'esterno quelle interne, mediante l'apparato Bier. Solo così si rendono visibili emorroidi impalpabili. Il miglior mezzo antisettico per iniezione è l'alcool, coagulabile e non tossico. Così l'O. ha curato 195 casi. L'iniezione mira alla produzione di un trombo asettico. Sono soltanto degni di codesto trattamento i casi pertinacemente sanguinanti e prolassati. Preferibile curare in clinica, sebbene anche possibile a domicilio. Non si arrischia embolismo.

Al paziente purgato e lavato fin dal giorno avanti, viene 1/2 ora avanti l'operazione fatta un'iniezione di morfio-atropina poi nel retto viene immessa una soluzione di 50 cc. novocaina-soprarenina 1/2 %. Posizione genupettorale, ed applicazione della ventosa Bier, fino a rendere ben plastici i nodi. Allora si inietta da 1/2-1 al più 2 cc. di alcool dentro ciascun nodulo.

Digitized by Google

Per ciascun nodulo un ago-cannula, ad evitare la necrosi delle pareti venose. Dopo l'iniezione ciascun nodulo si riduce quanto più rapidamente possibile, seppure non risalgano spontaneamente. Degenza per 3 o 4 giorni con sola dieta liquida. Dolori trascurabili, così da esser superflui i narcotici. Fra terzo e quarto giorno detersione rettale. Dopo sei, otto giorni dimissione. Alla esplorazione rettale si trovano già tutti i nodi trombosati, e subdoli alla mucosa rettale. Di rado qualche nodulo necrotizzandosi bisogna attenderne l'eliminazione tra 8-12 giorni. Questo trattamento sarà controindicato nei casi di strozzamento acuto delle varici; allora i noduli sogliono spontaneamente necrotizzarsi. Altra controindicazione sta nella ipertonia dell'età avanzata.

Il risultato è radicale, come fosse operatorio.

Con questo metodo hanno ottenuto ottimi risultati anche Eisner, Guggenheim ed altri.

Società di Chirurgia e Urologia di Bucarest

Seduta di gennaio 1927

NASTA T. *Peritonite purulenta generalizzata da infezione gonococcica.* — L'O. riferisce una osservazione abbastanza rara. Una giovane ventiduenne, nubile, viene operata di laparotomia con incisione nella fossa iliaca destra parallela all'arcata crurale in base alla diagnosi di peritonite acuta generalizzata per perforazione dell'appendice vermiforme. Invece si rinviene integra l'appendice, che non è neppure infiammata spiccatamente. All'apertura del peritoneo fuoriesce una grande quantità di pus giallastro, spesso, viscoso, con anse intestinali libere e senza false membrane; gli organi genitali interni sono molto congesti; le frange delle trombe di Falloppio sono tomentose e piene di pus. L'esame batteriologico del pus, tanto peritoneale quanto della secrezione vaginale, fa scoprire una grande quantità di gonococchi (comprovati anche dai caratteri culturali) in contrasto alla scarsezza di stafilococchi. Sicchè la peritonite generalizzata era di origine gonococcica e la infezione era pervenuta al peritoneo o per il tramite della mucosa uterina o salpingea o attraverso le vie linfatiche generali. La diffusione purulenta a tutto il peritoneo è molto eccezionale, per quanto non è rara la peritonite gonococcica, ma semplicemente pelvica.

Società di Scienze Mediche e Naturali di Rostock

Seduta del 17 febbraio 1927

CURSCHMANN H. *Il trattamento sintalinico del diabete mellito.* — L'O. comunica i risultati ottenuti in 13 casi curati colla sintalina nella Clinica Medica dell'Università di Rostock, dei quali 11, di media gravezza, con acidosi. 9 di questi infermi tollerarono bene il rimedio: la glicosuria scompare e si notò una notevole caduta della glicemia, che però non raggiunse la norma. L'acidosi per lo più sparì, ma non sempre: in 4 casi la cura fu sospesa, in due perchè, alle dosi prescritte l'azione del rimedio era troppo debole, sicchè la glicemia e la glicosuria aumentavano, ed in due casi per turbe gastriche. Notevole il successo completo della cura sintalinica in un caso di grave furuncolo della nuca e in un diabetico tubercolotico, trattato fin'allora con successo con pneumotorace ed insulina.

Il trattamento dietetico dev'essere curato nella terapia sintalinica con lo stesso rigore che nella cura insulinica. Nei casi più gravi, con acidosi, si deve tentare la cura sintalinica soltanto associando al principio insulina (a dosi minori) e sintalina e poi sospendendo l'insulina. Per ora però è bene eseguire tale sostituzione terapeutica soltanto in cliniche e non in clientela. Tutto sommato la sintalina rappresenta veramente il primo rimedio antidiabetico *per os* fidato, benchè le non rare sofferenze gastriche richiedano ancora ulteriore studio clinico e sperimentale.

Società scientifica di medicina di Stettino

Seduta dell' 8 marzo 1927

NONNENBRUCH. *Rimedi vari del diabete.* — La dieta di Petrén si è affermata nei casi non lievi di diabete, per la sua azione antichetogena, che deve alla povertà di proteine. I lavori recenti di Snapper sulla funzione dei reni nel ricambio dei corpi chetonici, spiegano forse col risparmio del rene, il benefico effetto della scarsezza delle proteine nella dieta. L'O. ha osservato l'effetto felice della sintalina in un caso insulinoresistente: quest'individuo, che con 80 U. C. di insulina eliminava 30-40 gr. di glicosio, con 40 mgr. di sintalina p. d., in due dosi, presentò un abbassamento della glicosuria a 20 gr. Sospesa la cura la glicosuria risalì a 80 gr. per ridiscendere di nuovo a 20 gr. riprendendo il trattamento. L'O. somministra la sintalina insieme ad un preparato di acidi biliari, per combattere la nausea, secondo il suggerimento di Morawitz.

Il trattamento del diabete con anidrozuccheri, introdotto dagli studi di Grafe sul caramello e poi elaborato da Pictet, e confermato da una serie di AA. tedeschi viene di remoto messo in dubbio da AA. americani. Ricerche americane sui cani hanno infatti dimostrato che gli anidrozuccheri non influenzano il ricambio respiratorio e si ritrovano quasi quantitativamente nelle feci e nelle urine. L'O. invece, seguendo la stessa tecnica degli AA. americani non ha ritrovato che tracce di anidrozuccheri nelle feci e nelle urine di individui diabetici e sani ai quali l'alimento era somministrato. Risultati che concordano del resto con quelli di Petow e Rothschild e che non consentono una esatta spiegazione del diverso risultato dei lavori americani.

Il ricambio intermedio degli anidrozuccheri è poco noto: certo è che in alcuni diabetici anche gravi essi sono ben tollerati, sicchè il problema chimico-fisiologico merita ancora grande interesse.

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPEDALE CIVILE DI S. FRANCESCO — MARRADI (FIRENZE)

L'APPENDICITE NEI GEMELLI

per il dott. AURELIO ANGELI — Chirurgo Direttore

E' ormai noto a tutti come non infrequentemente l'appendicite si manifesti in membri della stessa famiglia così da riscontrarla nel gentilizio ascendente, discendente e collaterale.

I casi sono ormai così numerosi che ogni chirurgo avrà avuto occasione di osservarne personalmente. Il fatto può adunque dirsi ben assodato e potrebbe ormai sembrare inutile la semplice esposizione di nuovi casi se questi, per le loro particolarità, non valessero a portare qualche contributo alla eziologia di queste lesioni, cosidette famigliari. Il Cignozzi, su una statistica di 500 operati, trova la presenza di questo dato anamnestico positivo nel 10 % dei casi. Il Lesi toglie dalla statistica del suo Maestro (Solieri) due gruppi di operati di appendicite, composti rispettivamente di 4 e di 7 persone della stessa famiglia.

Questi casi sono emersi dallo studio di oltre 1000 cartelle di operati di appendicectomia cosicchè, secondo l'A., la percentuale dovrebbe apparire assai più modesta.

In realtà, se si vogliono considerare solamente quei casi nei quali il fattore famigliare appaia in modo indiscutibile, le cifre di frequenza dovrebbero diminuire notevolmente, essendo logico pensare che una stessa malattia possa casualmente colpire diversi membri di una stessa famiglia.

Non so se siano noti in letteratura altri casi di fratelli gemelli contemporaneamente operati per appendicite; ed io reputo perciò interessante l'esposizione del caso occorso alla mia osservazione anche perchè, per certe particolarità, esso può prestarsi a qualche considerazione di ordine eziologico nel capitolo della appendicite famigliare.

Trattasi di due fratelli gemelli, Francesco e Giuseppe R. del fu Pietro, contadini, di anni 23, entrambi celibi abitanti nella campagna marradese. Entrano, dietro mio consiglio, contemporaneamente in Ospedale il 13 dicembre 1926.

Il padre loro morì per carcinoma gastrico all'età di 55 anni, la madre è tuttora vivente e in perfetta salute. Sei fratelli dei p. p. sono pure viventi e sani.

Per ciò che si riferisce all'appendicite, il gentilizio è completamente negativo. Nati da parto gemellare monocoriale, i due fratelli ebbero allattamento misto. Giuseppe all'età di otto anni ebbe una malattia che non

Digitized by Google

sa precisare, caratterizzata da dolori addominali, febbre periodica, inappetenza, cefalea. Guarì senza cure speciali, lentamente e stentatamente nel periodo di 6-7 mesi. Francesco invece non sofferse di alcuna malattia e i primi disturbi insorsero anche per lui all'incirca nell'età dei venti anni.

Da circa tre anni adunque i due gemelli vanno soffrendo dei medesimi disturbi caratterizzati da stipsi ostinata, dolori addominali periodici spesso uniti a vomito. Francesco fu anche a letto per qualche tempo con febbre elevata. Fin qui entrambi hanno fatto largo uso di purganti che permettendo lo svuotamento dell'alvo, davano loro qualche periodo di benessere.

Entrambi i gemelli si presentano all'ambulatorio in condizioni generali di deperimento, dolendosi sopratutto di cefalea, inappetenza, dolori addominali diffusi e stipsi ostinata.

L'esame obbiettivo, riassunto nei suoi punti essenziali, mette in evidenza nei due pazienti una grande somiglianza di caratteri somatici: la statura, la complessione, i tratti fisionomici del volto, la voce sono tali da permettere facilmente lo scambio di persona (vedi figura).

Volendo classificare il loro tipo morfologico individuale, essi apparterrebbero alla 1ª combinazione morfologica del De Giovanni, cioè al tipo longilineo, o abito microsplancnico del Viola.

L'esame degli organi toracici, del capo e degli arti nulla mette in evidenza di notevole. L'addome è trattabile per quanto, in entrambi gli ammalati, anche la palpazione superficiale metta in evidenza una speciale resistenza della metà destra della parete addominale, per leggera contrattura del m. grande retto di questo lato. La palpazione profonda della fossa iliaca destra provoca rumore di gorgoglio e dolore più spiccato al punto di Mac Burney. Nella fossa iliaca sinistra si percepisce il sigma in stato di ripienezza. In uno dei due ammalati è leggermente dolente anche la regione epigastrica.

Atto operativo. Operai entrambi gli ammalati con diagnosi di appendicite cronica, in anestesia spinale tropococainica. E il reperto bioscopico fu nei due casi quanto mai identico: l'ampolla cecale presentavasi in entrambi leggermente ectasica ed era mantenuta fissa alla parete posteriore da una pseudomembrana che, ricoprendola in parte, si estendeva a ricoprire la base della appendice. Questa era nei due pz. lunga (18-20 cm.) grossa e iperemica ed aveva direzione verso la linea mediana e in alto. In uno dei due ammalati l'apice appendicolare presentava due anelli cicatriziali di strozzamento. Tutte e due le appendici apparivano pervie e contenevano materiale fecale.

In ambo i casi si liberò il fondo cecale dalla pseudomembrana descritta e si fece l'appendicectomia. Il decorso post-operatorio fu regolarissimo e gli ammalati guarirono di prima intenzione.

Ebbi modo di seguirli poi per vari mesi e potei constatare in entrambi un rapido miglioramento dello stato generale; e ciò in rapporto al ripristino delle funzioni intestinali.

Nessuno dei due fratelli ha infatti dovuto ricorrere più all'uso dei purganti cosicchè entrambi possono ora nutrirsi regolarmente, essendo scomparsi i dolori addominali, la cefalea e tutti quegli altri sintomi che valevano a mantenerli in uno stato cronico di malattia e di prostrazione di forze.

L'esame istologico delle due appendici ha messo in evidenza il quadro classico della forma ipertrofica dell'appendicite cronica caratterizzata, in entrambi i casi, da iperplasia dei follicoli e da piccole zone di infiltrazione leucocitaria, uniti a neoproduzione vascolare.

Per quanto, per necessità di ambiente, non mi sia stato possibile uno studio molto accurato dal punto di vista bibliografico mi sembra che i vari autori, trattando dell'appendicite famigliare, abbiano voluto considerare il problema della eziologia mettendolo in rapporto col concetto della ereditarietà.

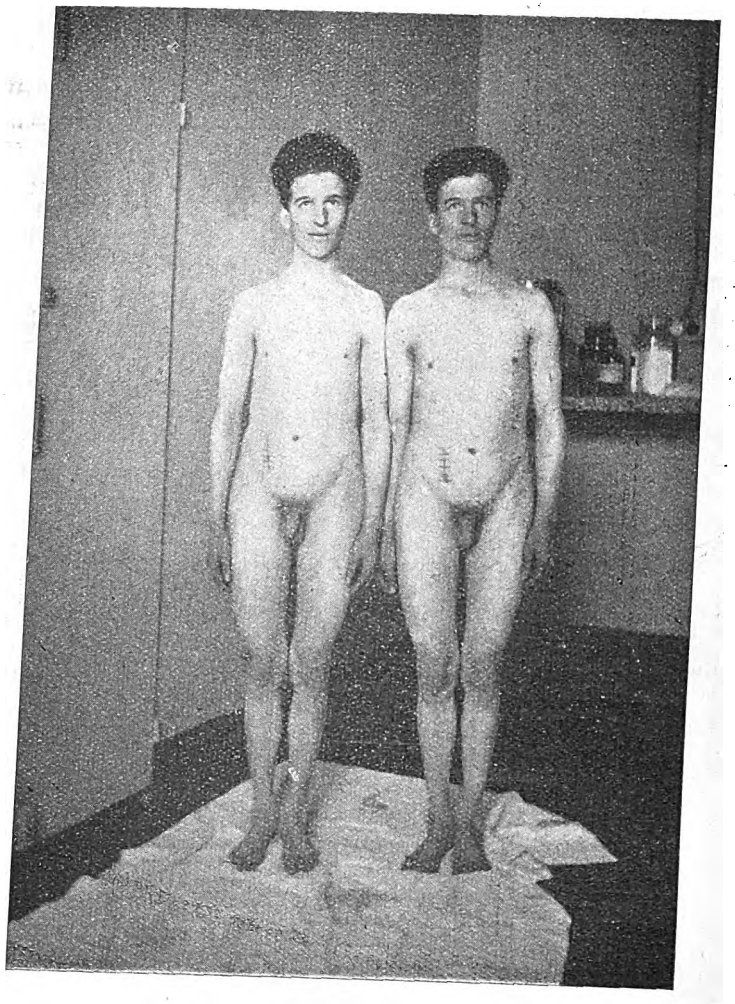
Secondo alcuni si erediterebbe la « costituzione anatomica dell'organo » favorevole allo sviluppo dell'appendicite (Tuffier, Broca, Murphy, Sonnenburg); secondo altri la « disposizione alle turbe gastro-intestinali » (Hayem, Delbet, Bouchard, Legendre).

Il Lesi propende ad ammettere la ereditarietà, non già della disposizione e della forma dell'appendice, ma dell'intima « struttura anatomica dei tessuti dell'organo stesso ».

L'Atkinson vorrebbe dare maggior valore alla tendenza ereditaria alla « iperplasia e infiammazione dell'apparato linfatico » e ciò in rapporto alla frequente concomitanza, nello stesso soggetto, di lesione appendicolare e di alterazioni del tessuto linfatico della retrobocca.

Il Cignozzi infine mette in speciale evidenza le disposizioni anatomiche congenite (membrana di Jackson) che possono rappresentare altrettante cause predisponenti alle infiammazioni tifloappendicitiche. E nota il frequente insorgere dell'appendicite in soggetti costituzionalmente tarati, osservando che il « tipo distrofico con infantilismo più o meno marcato dà il massimo contributo alla forma di appendicite famigliare ».

Ora considerando bene i dati anamnestici ed obbiettivi e sopratutto il reperto operatorio nei due gemelli da me studiati, mi pare logico mettere in evidenza in primo luogo la eguaglianza di costituzione morfologica nei due soggetti e, in secondo luogo, la loro equivalenza anatomica così evidente anche all'esame degli organi interni addominali e sopratutto della regione cecale dove si sono potute osservare due appendici perfettamente eguali per forma e disposizione, unite a un'ampolla cecale ectasica in entrambi i casi, e tenuta fissa, insieme alla base appendicolare, da una tipica membrana di Jackson della quale ormai è ammessa da tutti la natura congenita.



Dall'anamnesi dei due ammalati non risultano, nei collaterali o ascendenti loro, altri casi di appendicite cosicchè il fattore « famigliare » entrerà nel caso presente solo subordinatamente al fattore « organico costituzionale congenito ».

I miei due ammalati infatti nella loro qualità di « gemelli monocorii » non debbno essere considerati come due personalità nettamente distinte dello stesso ceppo ereditario. In essi la equivalenza anatomica è, perciò, spinta al grado massimo e si deve ammettere che tale eguaglianza esistesse congenitamente data anche la eguaglianza costituzionale.

Nel caso speciale credo adunque che si debba ammettere prima che la particolare disposizione anatomica, identica nei due gemelli, abbia favorito l'insorgere dell'appendicite; secondo che tale disposizione anatomica era in entrambi i casi di origine congenita.

Considerando ora il fattore « famigliare » si può pensare che, se la equivalenza anatomica e costituzionale ha raggiunto il grado massimo nel caso dei due gemeli monocorii, tale equivalenza possa a volte esistere, sebbene in grado meno evidente, anche in persone appartenenti allo stesso ceppo ereditario.

Ed allora apparirebbe chiaro come si potesse parlare in realtà di una appendicite famigliare di origine ereditaria ed eziologicamente dipendente dalla disposizione anatomica e dall'abito costituzionale famigliare.

Digitized by Google

VIE GENITO-URINARIE

Etiopatogenesi e cura delle balanopostiti

Sulla etiopatogenesi della balanopostite si è discusso recentemente, volendosi da alcuni autori americani attribuire l'insorgenza a contatto boccale più spesso che ad altre cause. La bocca contenendo abitualmente lo spirillo fusiforme e spirochete banali, trasporterebbe sulla verga con la saliva la infezione, che si sviluppa poi per scarsa pulizia o per cause diverse di debilitamento delle difese locali e generali.

CIRILLO (*Archivio italiano di Dermatologia, Sifil. e Vener.*, fasc. III, 1927) riferisce un caso classico pubblicato dal Milian, di una signora che presentava un edema considerevole bianco roseo delle piccole e grandi labbra ed un'ulcerazione del clitoride ad imbuto, molto profonda, da cui usciva una secrezione abbondante di un odore sgradevole e di colore giallo sporco. E' ovvio dire che questa forma è analoga alla balanopostite nell'uomo. Orbene l'anamnesi potette svelare che il marito aveva usato delle *carezze boccali* alla propria moglie e risultava affetto da una estesa gengivite fungosa. L'esame microscopico del pus mostrava la presenza di una associazione fuso-spirillare abbondantissima, identica a quella repertata nel secreto vaginale.

L'A. ha studiato 15 casi di balanopostite erosiva e 5 di balonopostite cangrenosa. In essi ha ricercato con insistenza, trovando una costante positività, l'origine boccale della infezione. All'esame microscopico ha notato in tutti i casi un bacillo con corpo leggermente rigonfio in rapporto alle estremità affilate, cioè bacilli a forma di fuso, colorabili col Gram e appartenente al gruppo *fusiformis* di Plaut e Vincent. Compagno indivisibile di questo bacillo erano sempre o lo *spirillum nigrum* o la *spirocheta buccalis*, e l'esame della bocca di tutti gl'infermi in cui fu eseguito, mostrò che sempre la stessa associazione fuso-spirillare o fuso-spirochetica aveva dato luogo al processo di balanopostite. Quanto alla cura la balanopostite trova efficacissimo rimedio nell'applicazione locale di polvere di neosalvarsan, introdotta nel solco balanico mediante listerelle di garza cosparsa del medicamento.

Con questa terapia fin dalla prima applicazione scompare l'odore caratteristico e scemano i segni infiammatorii.

L'esame batteriologico fa notare presto la scomparsa dei fuso-spirilli lasciando i comuni saprofiti ospiti abituali del solco balanico.

Viene così resa inutile ogni incisione o intervento chirurgico nelle balanopostiti.

TERAPIA

Tecnica di somministrazione dell'insulina

Dacchè è stato istituito il trattamento insulinico per la cura del diabete mellito, uno dei pericoli dai quali, principalmente, si è visto che bisogna premunirsi è quello dei fenomeni da ipoglicemia, determinati dall'uso di dosi troppo alte di insulina. Ciò dimostra quanto sia utile in pratica, conoscere con esattezza le modalità di somministrazione di questo medicamento, che, se ben usato, può rendere dei vantaggi veramente reali. A dimostrare, d'altra parte, che l'accordo non è completamente raggiunto su questo argomento, basti ricordare che Allen, per es., ha proposto di dare al diabetico tanta insulina da determinare uno stato di permanente ipoglicemia, sì da mettere a riposo il più che è possibile le cellule pancreatiche degli isolotti di Langerhans. Altri AA. invece (Starling, Olmsted e Kahn, Sahli, Gugenheim, ecc.) propongono di lasciar persistere nella cura insulinica un po' di iperglicemia e di glicosuria, ritenendo che quel che importa non sono dette manifestazioni semeiotiche del diabete, bensì che i malati di diabete godano di uno stato di salute generale soddisfacente. Più razionale sembra, intanto, l'opinione di altri, tra i quali E. AUBERTIN (*Gazette des Hôpitaux*, n. 11, 1927). che si contentano di raggiungere con l'insulina lo scopo di riportare la percentuale di zucchero del sangue del diabetico alla norma.

Due punti debbono tenersi presente nella tecnica della somministrazione dell'insulina: il primo riguarda le modalità di prescrizione dell'insulina stessa; l'altro la dieta alimentare, che è fattore coadiuvante della cura.

L'insulina è titolata in unità cliniche; ogni unità clinica è la terza parte di quella fisiologica, la quale corrisponde alla quantità di insulina che è necessaria per abbassare, in 4 ore, a gr. 0,45 % la glicemia normale di un coniglio di 2 Kgr., a digiuno da 24 ore. Anche nell'uomo, per essere attiva, l'insulina deve essere somministrata per iniezioni; data per via orale, infatti, essa è inefficace, poichè è distrutta dai fermenti digestivi; così pure incostanti sono gli effetti della somministrazione per via perlinguale, per via rettale, ecc. Le iniezioni possono essere praticate per via endovenosa, ma in tal caso l'ipoglicemia consecutiva è rapidissima a istituirsi, per cui tale via è solo consigliabile in caso di estrema urgenza, come per esempio nel coma diabetico. In pratica, si ricorre più spesso alle iniezioni intramuscolari, o meglio ancora sottocutanee, via di introduzione che presenta pur sempre degli inconvenienti, se si pensa che le iniezioni debbono essere ripetute ogni giorno, talora anche due volte al giorno, per periodi di tempo abbastanza lunghi. Si è tentato, in verità, di ridurre il numero delle iniezioni, aumentando le dosi somministrate ogni volta e cercando di diminuire contemporaneamente la velocità di assorbimento dell'insulina nel sottocutaneo. A tale scopo si è proposto di incorporare l'insulina con una soluzione di gomma arabica al 20 %, di colesterina, di caseina, ad olio di ulive, ecc.; ma questi tentativi non hanno poi avuto seguito.

La maggior parte degli AA. consiglia di iniettare l'insulina 1/2 ora prima dei pasti; ciò perchè l'insulina, come si sa, provoca ipoglicemia, mentre i pasti determinano iperglicemia: la prima quindi serve a compensare e ad infrenare la seconda, la quale è considerevole appunto 1/2 ora dopo l'ingestione dei cibi. Nei malati, che conservano ancora una tolleranza verso gli idrati di C abbastanza elevata, basta talora ricorrere ad una sola iniezione di insulina, praticata per es. prima del pasto del mezzogiorno, per ottenere la scomparsa della glicosuria, specialmente se si fa coincidere con questo pasto la somministrazione della più grande quantità di idrati di carbonio della giornata. Negli altri diabetici, più spesso si ricorrerà a due iniezioni giornaliere di insulina, o prima dei pasti di mezzogiorno e della sera, o prima dei pasti del mattino e della sera. Solo in malati gravi, e sempre eccezion fatta del coma, le iniezioni quotidiane di insulina saranno tre.

La posologia dell'insulina è variabile, sia a seconda del preparato commerciale usato, poichè non tutti hanno eguale efficacia terapeutica, sia a seconda delle condizioni individuali del diabetico che si cura. Certi AA. americani, temendo molto i pericoli dell'ipoglicemia, iniettano dapprima 1 unità di insulina, ripetendo l'iniezione alla stessa dose e di 20 in 20 minuti fino a 5 unità complessivamente. Joslin somministra 1 unità alla prima iniezione, 2 alla seconda, 3 alla terza, 4 alla quarta e, in seguito, 5 unità ogni volta, aumentandole se necessario.

Queste precauzioni, però, sembrano ad altri AA. eccessive, e questi non esitano a somministrare 10 unità o più sin dall'inizio della cura. In ogni caso, la cura insulinica ha per scopo di supplire all'insufficienza della tolleranza dei malati di diabete verso gli idrati di C, quando questo non permette più di utilizzare quella quantità di razione alimentare necessaria per il conservarsi in buono stato di salute dell'organismo. Perciò, è necessario somministrare insulina in tanta maggiore quantità, quanto più debole è la tolleranza del malato verso gli idrocarbonati.

Empiricamente, poi, si è cercato di stabilire, nell'uomo, qual'è la quantità di idrati di C che 1 unità di insulina permette ad un diabetico di utilizzare; i risultati però non sono concordi, essendo questa quantità per alcuni di 1,45, per altri di 2-3-3,6. Queste variazioni sembrano legate a differenze individuali. Secondo E. Aubertin, però, si tenderà sempre a usare le più piccole dosi possibili di insulina, sia per l'alto costo di essa, sia perchè essa proporzionalmente sembra agire molto meno a grandi che a piccole dosi. Joslin, per es., cerca di non usare più di 10 unità al giorno, in media; E. Aubertin, nei suoi malati, è ricorso a dosi medie di 20-40 unità al giorno. In tutto ciò, però, ha grande importanza la dieta alimentare alla quale il malato è sottoposto.

Questa, innanzi tutto, sarà adatta come valore calorico, ed è per stabilire quale sia il numero di calorie necessario per un dato organismo che Haub, Du Bois, De Elmet, ecc. hanno formato delle tavole con le quali detto calcolo si può fare molto agevolmente, tenendo conto del peso, dell'altezza, della superficie del corpo, dell'età del sesso, ecc. del malato; il numero di calorie così ottenuto viene denominato dagli americani «dieta di mantenimento». All'ingrosso, essa può essere calcolato moltiplicando il peso dei malati per un numero convenuto, che varia, secondo gli AA., tra 20 e 30. Del resto, questo calcolo vale solo per determinare il valore calorico dell'individuo a riposo; quando questi si troverà in lavoro, detto valore andrà aumentato proporzionalmente. Anche su questo aumento di calorie non v'è accordo generale; secondo Joslin, se un individuo a riposo ha bisogno di 25-30 calorie per Kgr., ossia di 1750-2100 calorie, durante un lavoro leggero, avrà bisogno di 35-40 calorie per Kgr., ossia di 2450-2800 calorie, durante un lavoro moderato di 40-45 calorie per Kgr., ossia di 2800-3150 calorie, e, infine, durante un lavoro faticoso di 45-60 calorie per Kgr., ossia di 3150-4200 calorie. In verità, queste sono solo delle indicazioni generiche.

Un altro punto è interessante e cioè la qualità della dieta del diabetico sottoposto a trattamento insulinico. Quanto agli idrati di C, non sembra opportuno di somministrarne in forti quantità per rialzare lo stato generale degli infermi, richiedendosi d'altra parte forti quantità di

Digitized by Google

insulina per metabolizzarli. Così, sia in America che in Inghilterra, per ogni diabetico con tolleranza naturale molto debole si fanno entrare nella dieta solo 40-80 gr. di idrati di C; Graham li diminuisce ancora più, fino a 15-20 gr. Nè ciò sembra esporre con maggiore frequenza allo scoppio di fenomeni di ipoglicemia ,purchè si sappia ben dosare l'insulina, tenendo anche conto della determinazione della glicemia.

La restrizione degli idrati di C, però, non sarà troppo forte, specie in periodo di acidosi; si sa, infatti che gli idrati di C sono antichetogeni. A questo proposito, si dice dai più che una razione alimentare per essere convenientemente equilibrata deve rispondere alla seguente proporzione:

$$\frac{A}{C} = \frac{\text{Chetogeni}}{\text{Antichetogeni}} = \frac{\text{grassi} + 44\,\% \text{ di proteine} + 10\,\% \text{ di idrati di C}}{58\,\% \text{ di proteine} + 90\,\% \text{ di idrati di C}}$$

Sfortunatamente non tutti gli AA. credono alla validità di questo rapporto ed è più razionale in pratica procedere per tentativi, selezionando caso per caso.

Anche le proteine bisogna che nella dieta del diabetico si trovino in una certa percentuale, bastevole per mantenere l'equilibrio azotato, e che oscilla da gr. 0,50 a 1.50 per Kgr. di peso del corpo. Anche queste cifre non sono condivise, come tali, da tutti gli AA.

Molto più discusso è il valore chetogeno dei grassi, ma pare che la conclusione più accetta sia che per una quantità sufficiente, ma tanto più limitata di proteine quanto più si tratta di individui con acidosi, bisogna tendere a dare ai diabetici, curati con l'insulina, la minore quantità di idrati di C e d'insulina e il massimo possibile di grassi, sempre nei limiti compatibili con la chetosi. Il che vuol dire che, in caso di acidosi, dopo aver aver ridotto al minimo la quantità di proteine, bisogna stabilire una specie di equilibrio tra grassi e complesso glucosio-insulina, sforzandosi di somministrare al malato una razione sufficiente, utilizzando al massimo il valore calorico, dei grassi e al minimo quello degli idrati di C. E' questo che non si può ottenere con nessuna formula, ma solo con l'esperienza.

La cura dei dolori dopo le operazioni sull'addome

Lorin (*Presse Médicale*, n. 33, 1927) ritiene utili, anzitutto, le seguenti cautele: durante l'operazione adoperare compresse imbevute di siero caldo, diminuire quanto più è possibile il trauma operatorio, non esercitando trazioni forti, nè provocando suffusioni sanguigne e procurando di rimettere a posto i visceri delicatamente e poi lavando con siero prima di chiudere. Inoltre un'ora prima dell'anestesia praticare un'iniezione di morfina-scopolamina, che gioverà a mantenere l'insensibilità dopo il risveglio, per molte ore.

Dopo l'operazione ha una grande importanza l'uso di compresse addominali, che tuttavia non devono provocare strettura, ma servono per mantenere i visceri nella giusta posizione e un costante grado di calore. Questa compressione moderata trova maggiore indicazione allorchè si sviluppano dei gas, i quali, se producono distensione, occorrerà sfasciare il secondo giorno.

Se l'operato soffre di coliche dolorose si ricorrerà alla vescica di ghiaccio, oppure a impacchi caldi preferibilmente negli ammalati nervosi.

Può riuscire utile, quando vi siano dei gas, di applicare una sonda rettale numero 30, allo scopo di facilitarne l'evacuazione, ma ciò deve farsi quando l'ammalato comincia ad avere la sensazione che il gas voglia uscire.

Se vi sono ancora delle difficoltà nella emissione del gas si può iniettare una fiala di ipofisina infundibulare. Dopo la 36ª ora dall'operazione si può somministrare il goccia a goccia rettale o un clistere di 200 cmc. di acqua, oppure, se vi è paresi, uno di olio di uliva pure di 300 gr.

Contro tutte le cause di dolore e nell'insonnia, oltre il riposo assoluto e la immobilità dell'operato, si possono somministrare piccole e ripetute dosi di calmanti utilizzando sempre la via rettale, per esempio, suppositorii di estratto di belladonna 1-2 ctgr. ed estratto di oppio 1-2 ctgr. tre quattro volte al giorno. Quando vi è intolleranza per via rettale ricorrere alle iniezioni sottocutanee o alla somministrazione per bocca, ma ciò sempre dopo un certo tempo dall'operazione e con molta cautela.

Il bijoduro di emetina nelle infezioni da Schistosoma Haematobium

R. M. Gordon (*Annals of tropical Medicine and Parasitology*, 1920, 13, VIII) ha diviso in due gruppi 28 ragazzi che soffrivano di infezione da Schistosoma haematobium della vescica in modo grave (molto sangue ed uova vive in ogni saggio di urine).

Dei due gruppi: il primo fu trattato con cloridrato di emetina per iniezioni sottocutanee; il secondo con bijoduro di emetina per via orale.

Si trattava nel primo gruppo, di bambini tra i sei mesi e gli undici anni, e nel secondo di bambini tra i sette mesi ed i nove anni; ma l'età non parve avere alcuna influenza sull'esito della cura.

Con il bijoduro di emetina i risultati furono più rapidi, e non si verificarono inconvenienti nel corso della cura, senza dire che i piccoli pazienti preferivano le somministrazioni orali alle iniezioni sottocutanee.

Le iniezioni endovenose di estratto ipofisario a scopo profilattico subito dopo il parto

F. Jess (Clinica Ginecologica di Düsseldorff, *Zentralblatt f. Gynäkologie*, 1926, n. 38) osserva che nei cinque minuti successivi al parto, tanto nei parti normali che in quelli patologici dev'essere praticata un'iniezione endovenosa di estratto ipofisario, e se la placenta non viene espulsa nei venti minuti, va praticata una seconda iniezione. I vantaggi di questa pratica sono l'abbreviamento (di più della metà) del secondamento, il risparmio di molto sangue, e la possibilità di fare a meno in molti casi della pratica di Credé.

L'Autore deplora che questa misura profilattica venga ancora scarsamente seguita dagli ostetrici.

TECNICA

Reazione diagnostica del cancro secondo Roffo

Hilarowicz e Jaukowska-Hilarowicz (Università in Lwòw, Polonia, *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 24, 1927) ricordano che la reazione Roffo va così condotta: A 2 cc. di siero molto limpido ed esente da emoglobina, si addizionano 5 gocce di soluzione acquosa al 1 ‰ di rosso neutro. Il siero normale diventa giallo; quello di pazienti con tumori assumerebbe costantemente una tinta rossastra. Roffo afferma pertanto positività in 100 % nei casi di cancro, anche se iniziali; negatività in 100 % nei non cancerosi. Non influsso di età, sesso, stadio di sviluppo del tumore.

Non sono mancate ricerche di controllo; nè dissensi. Punto importante restava questo: se e fin dove potersi valere del rosso neutro quale indicatore.

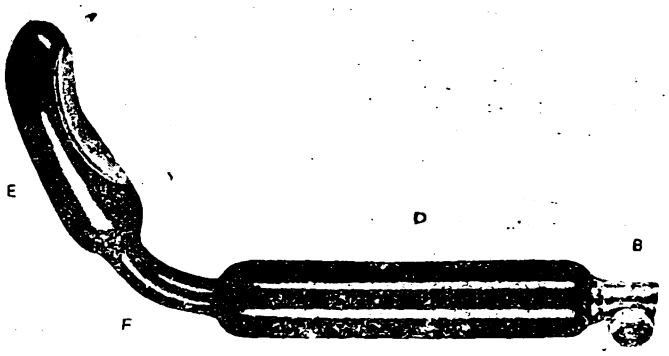
Le ricerche presenti menano appunto a ritenere che la reazione del Roffo dipenda anzitutto dalla concentrazione degli idrossilioni, ed anche dai corpi albuminici del siero. Tutte le ricerche di controllo verrebbero a deporre, secondo gli AA. che si debba invocare la differenza di Ph di sieri ricercati per spiegarsi il diverso loro comportamento di fronte al rosso neutro. Mancano serie basi per ammettere una specificità della reazione Roffo come contrassegno di blastomi maligni. Può se mai considerarsi minima l'importanza come stato generale all'inizio di un qualche stato morboso. La reazione Roffo, considerata nella sua totalità, vorrebbe rientrare tra le reazioni serocolloidali che si attribuivano alla presenza di certi antifermenti o corpi specifici.

Le molteplici osservazioni fatte sul siero scosso con olio di paraffina prima della sottrazione di CO^2: sul sangue venoso ed arterioso; sul siero normale e di soggetti patologici, hanno dunque offerto agli AA. se mai soltanto minime differenze di tonalità.

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Nuova forma di elettrodo per le applicazioni diatermiche della prostata e delle vescichette seminali

Una nuova forma di elettrodo per la diatermoterapia della prostata non è cosa superflua, se si pensa principalmente alla difficoltà con la quale quelli già esistenti si adattano, con pressione uniforme, alla superficie



dell'organo ammalato. Quello proposto ora da A. Gazzarini (*Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. VI, 1926) è, come si vede dalla figura, completamente costruito in abanite, all'infuori della faccetta metallica A-A' e del serrafilo B, elettricamente collegati da un conduttore che corre nell'interno dell'elettrodo stesso. E' composto di una impugnatura D e di una parte attiva E, riunite da uno strozzamento ricu-

Digitized by Google

vo F. La parte essenziale, quella che deve entrare nel retto, è data da un ovoide molto allungato, col polo più acuto verso l'estremità dell'elettrodo, e porta una lunga incavatura a mo' di cucchiaio (A-A'), che costituisce la superficie attiva dell'elettrodo. L'angolo formato dalle due parti E e D è di circa 120°.

Per l'applicazione, nella diatermia della prostata, stando l'ammalato disteso sul letto in posizione supina e con le gambe alquanto flesse e divaricate, si introduce nel retto l'elettrodo vaselinato, spingendolo lentamente in avanti e abbassando nel tempo stesso un po' il manico, che ad introduzione perfetta sporge fra le cosce ed ha sul piano del lettino un'inclinazione di circa 45°. Per le applicazioni diatermoterapiche delle vescichette seminali, basta spingere ancora un poco l'elettrodo verso l'interno, abbassando assai poco l'impugnatura e ruotandolo a destra o a sinistra a seconda della vescichetta che si vuole trattare.

Vantaggi di questo elettrodo, secondo l'A., sono: applicazione facile ed indolora, senza pericolo di spostamento o di espulsione volontaria; mancanza di tenesmo o di sovrariscaldamento della regione degli sfinteri; possibilità di orientamento dell'elettrodo sulla porzione malata e possibilità di arrivare fino alle vescichette seminali; facilità nella pulizia e nella disinfezione dell'elettrodo.

FORMULARIO

Per favorire la desquamazione nella scarlattina. — Si applicherà sulla cute:

Acido borico	
Acido fenico	
Balsamo del Perù	anagr. I
Glicerolato d'amido	gr. 100 (Comby)

(dal *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, n. 11, 1927).

COMMENTI E POSTILLE

Sulla pretesa specificità della reazione del triptofano sul liquido cefalo-rachidiano nella meningite tubercolare

per il dott. GIOVANNI DE TONI
Docente di Clinica pediatrica - Medico primario e Direttore dell'Ospedale infantile di Alessandria

In una rivista critica pubblicata recentemente su questo giornale (10 gennaio 1927, pag. 35 N. 2), il collega Aiello mi onora di alcune frecciate perchè in occasione dell'undicesimo Congresso pediatrico italiano (Milano, ottobre 1924), mi sono permesso di esprimere alcuni dubbi sul valore pratico della reazione del triptofano per la diagnosi di meningite tubercolare.

Dopo aver fatto rilevare che io non ho mai in seguito dato giustificazione documentata del mio giudizio, l'Aiello così continua:

« Invece nello stesso Congresso, lo stesso giorno, un autorevole pediatra, il Fornara, che lavora nello stesso ospedale del De Toni, comunicò i risultati delle reazioni chimiche più comuni eseguite sul liquido cefalo-rachidiano in ben 34 casi di meningismo e meningite sierosa. Si tratta quindi di una casistica formidabile, ben differente dai casi isolati di cui parlò il De Toni.

Orbene, il Fornara scrive che la reazione del triptofano riuscì sempre negativa in tutti i 34 casi di meningismo. Non vi potrebbe essere migliore conferma delle mie ricerche basate appunto su questa negatività della reazione del triptofano nelle flogosi meningee non specifiche. Il notevole valore della reazione del triptofano per la diagnosi differenziale delle meningiti è dato non solo dalla positività della reazione nei processi di natura specifica, ma anche dalla negatività che essa presenta negli altri processi. Il De Toni è stato quindi smentito da uno stesso suo collaboratore con una statistica di ricerche su la meningite sierosa che è la più imponente di quante oggi si conoscano ».

Così scrive l'Aiello. Pertanto, poichè il Fornara, nell'epoca in cui tenne la predetta comunicazione, era già da tre anni mio assistente all'ospedale infantile di Alessandria, e poichè la casistica da lui riportata al Congresso si riferisce appunto per la massima parte a malati ricoverati nella sezione medica da me diretta e che perciò ho avuto agio di seguire e studiare dal principio alla fine, sarebbe per lo meno strano che potesse esistere un disaccordo tra quello che noi due abbiamo osservato.

E' perciò opportuno venire ad un chiarimento:

Al Congresso io dissi dunque di non credere che la reazione del triptofano potesse costituire per il pratico un aiuto diagnostico dinanzi ad una sindrome meningea dubbia, in quanto io l'avevo riscontrata positiva anche in casi di meningismo, di meningite sierosa e perfino in un caso di paralisi postdifterica.

A questo punto giova ricordare che in merito alle definizioni di meningite sierosa e di meningismo, non regna tuttora l'accordo. Il Fornara, seguendo l'idea di alcuni autorevoli neurologi stranieri, fa rientrare nel quadro della meningite sierosa tutte le reazioni meningee a liquor limpido con aumento di albumina e globuline, mentre classifica nel gruppo del meningismo le sindromi meningee in cui non è dimostrabile l'aumento di queste sostanze. Questo criterio in linea di massima è giustissimo ed è da augurarsi che venga generalmente accettato; così si eviteranno confusioni e sarà più facile intenderci. Ma non credo sia utile prendere troppo alla lettera queste definizioni.

Esistono infatti, come ha ben ammonito il Fornara, tutte le associazioni possibili tra le reazioni a tipo meningitico e quello a tipo encefalitico; specialmente frequenti, anche per mia personale esperienza, sono quelle sindromi in cui, a molto spiccati caratteri di meningismo (glicorachia da 1 a 2 gr. per mille), si associano solo lievissimi segni flogistici meningei (albumina 0,20-0,30 gr. per mille). Pertanto, è opportuno far rientrare questi casi nel gruppo della meningite sierosa? Non lo credo, poichè così facendo si verrebbe a dare la massima importanza discriminativa ad un fattore che nel caso speciale è appena accennato. La meningite sierosa è una sindrome acuta per eccellenza, che si accompagna a sintomi clinici quasi sempre imponenti facendo rientrare in essa anche i casi in cui l'albumina è appena appena aumentata ad es. con un tasso di gr. 0,20-0,30, si viene ad allargarne eccessivamente il quadro clinico, poichè tali lievissime alterazioni sono frequenti anche in stati morbosi cronici di tutt'altro carattere (ad es. nella sifilide del neurasse, in alcuni tumori cerebrali ecc.).

Dunque per le forme associate di cui or ora parlavo, non mi sembra conveniente il nome di meningite sierosa; si può parlare di meningismo con associazione meningitica, oppure più semplicemente di reazioni meningoencefalitiche; certo è che appunto queste forme associate, del pari che le meningiti sierose propriamente dette, sono quelle che danno più filo da torcere nella diagnosi differenziale con la meningite tubercolare.

Orbene può la reazione del triptofano venirci in aiuto in questi casi dubbi? Non lo credo, o per lo meno non ritengo che essa dia molto di più di quanto danno le ottime e semplici reazioni di Pandy e di Nonne-Apelt-Ross-Jones.

Al Congresso, parlando di meningismo, io usavo questa parola con un significato un pò più vasto, di quello assegnatole poi dal Fornara, poichè vi comprendevo quel tipo di reazioni cui ho testè accennato. Cosa del resto perfettamente possibile in un campo ove regna ancora tanta disparità di pareri, e non credo possa intorno a ciò farmi rimprovero il collega Aiello, che, come si rileva dal periodo più sopra da me riportato, usa addirittura indifferentemente le voci meningismo e meningite sierosa.

Se l'Aiello avesse letto più attentamente la comunicazione del Fornara al Congresso, avrebbe rilevato che essa si basa non su soli 34, ma su circa una cinquantina di casi di reazioni meningee di vario genere. I 34 casi di cui parla l'Aiello, appartengono al solo gruppo del meningismo in senso stretto, come lo intende il Fornara. E' ben vero che in questi casi la reazione del triptofano era negativa, ma erano anche negative, come nota il Fornara, le reazioni di Pandy e Nonne-Apelt, e l'albumina non appariva aumentata. In tali casi la diagnosi è semplice e non vi è certo bisogno di nuovi lumi, poichè non si conoscono casi accertati di meningite tubercolare con meno di gr. 0,20 di albumina nel liquor.

Ma accanto ai sopracitati 34 casi di meningismo, inteso in senso stretto, il Fornara riportava una decina di casi di meningite sierosa, in due dei quali la reazione del triptofano era risultata positiva. Non comprendo come ciò possa essere sfuggito al collega Aiello, che pure ha saputo citare il rimanente con tanta cura. A questi due casi altri se ne possono aggiungere: citerò quello di un bambino di nove mesi a sindrome meningea influenzale; il liquor era limpido, formò tenue reticolo, albumina gr. 0,33 per mille, reazioni delle globuline e del triptofano positive, glucosio gr. 2,77 (sic!) per mille (Folin-Wu). Morte con sintomi uremici. All'autopsia: congestione polmonare, nefrosi, congestione ed edema delle meningi e della corteccia cerebrale (vedi G. De Toni,

Digitized by Google

Rendiconti dell'Ospedale infantile di Alessandria. Vol. 2°, 1924-1925, pag. 55).

Altri due casi sono stati pubblicati dal Fornara (*Clinica Pediatrica,* 1927, pag. 85. Casi n. 1 e 2): si riferiscono ad un bambino di 10 anni affetto da tetano e ad una bambina di 5 anni con difterite tossica, in cui accanto ad una fortissima ipercitosi, si notavano iperalbuminosi, ipergli-corachia, e reazione del triptofano fortemente positiva.

Potrei aggiungere alcuni casi ancora inediti, ma credo che gli esempi riportati bastino.

Un'ultima parola per ciò che si riferisce alle paralisi post-difteriche: io avevo avuto occasione di osservare in un primo caso (quello appunto di cui riferii al Congresso), alcune evidenti alterazioni del liquor; consigliai perciò il Fornara ad approfondire l'argomento. Ci fu possibile studiare il liquor in sette casi recenti ed antichi, ed in sei di questi fu ricercata anche la reazione del triptofano. Orbene, in tutti e sei i casi essa risultò evidentemente positiva. Dinanzi a questa positività del 100 su 100, io sarei dunque tentato ad affermare che la reazione del triptofano è specifica... per la paralisi postdifterica.

I risultati di queste ricerche sono stati pubblicati dal Fornara stesso (*Clinica Pediatrica,* 1925, fasc. 9), in un lavoro che certamente è sfuggito all'Aiello, altrimenti non so se quegli sarebbe rimasto ancora nel suo concetto un autorevole pediatra.

Per concludere, io non nego che la reazione del triptofano possa avere un qualche valore, se non altro teorico, e che sia utile praticarla accanto alle numerose altre reazioni che si eseguiscono sul liquor; da una ricerca più completa non potremo ricavare che giovamento. Ma guardiamoci bene dal metterla nelle mani del pratico, sotto pena di veder cadere nel discredito l'opinione sui risultati che fornisce il laboratorio.

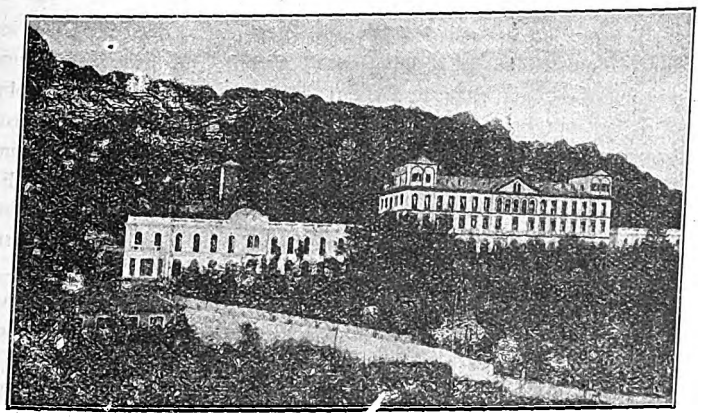
Io ho dunque la debolezza di ripetere quanto già dissi al Congresso: solo il reperto positivo di bacilli di Koch nel liquor e la inoculazione positiva nella cavia, possono accertare una diagnosi clinica di meningite tubercolare.

LE TERME D'ITALIA

L' Idroterapia nel Biellese

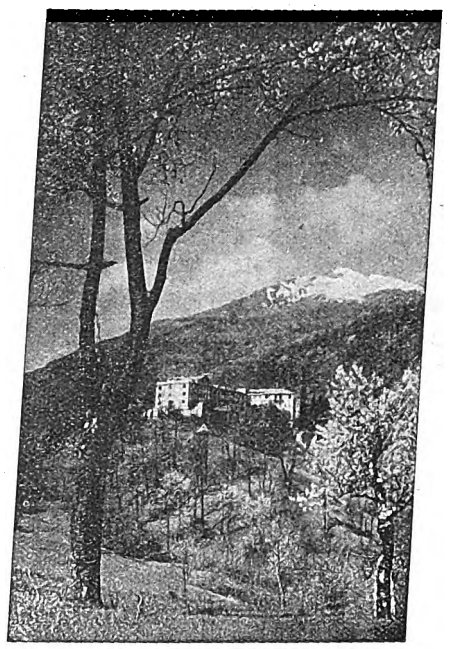
Quando si parla di idroterapia il nostro pensiero corre subito alle verdi vallate dell'industre Biellese, che alla nascente idroterapia, oltre mezzo secolo fa, offrirono un'adatta culla in uno scenario di lussureggiante vegetazione, di vasti panorami e di limpidissime sorgenti.

E la regione, come ambiente balneare, non poteva essere scelta con più fine discernimento, quando si pon mente ai coefficienti indispensabili ed a quelli collaterali che ad una vera stazione di cure idriche si richiedono. Di fatti, sorvolando sull'essenziale problema della quantità, freschezza e limpidezza delle acque, che devono essere captate e conservate secondo i più perfezionati sistemi della tecnica e dell'igiene, la stazione idroterapica, intesa nel suo senso moderno più ampio, deve essere inquadrata in un ambiente di tranquillità, lontano dai rumori assordanti della turbinosa vita moderna metropolitana, incorniciata da un panorama boschivo, al riparo dai venti e dai calori eccessivi dell'estate.



Andorno

Premessi questi elementi formanti la base naturale della stazione, altri se ne debbono menzionare derivanti soprattutto dalle installazioni sanitarie e terapeutiche; dalla comodità della vita materiale, senza lussi e divertimenti eccessivi, che frusterebbero non poco l'azione della cura intesa a ritemprare organismi logorati e stanchi dalla tumultuosa e snervante attività dell'oggi; dalla metodica suddivisione delle ore della giornata, ben regolata fra cure, riposo e svago; dalla rigorosa ed intelligente osservanza di particolari norme dietetiche e da quella oculata e vigile assistenza medica, che deve presiedere, senza troppo apparire, su tutti gli svariati servizi dello stabilimento idroterapico.

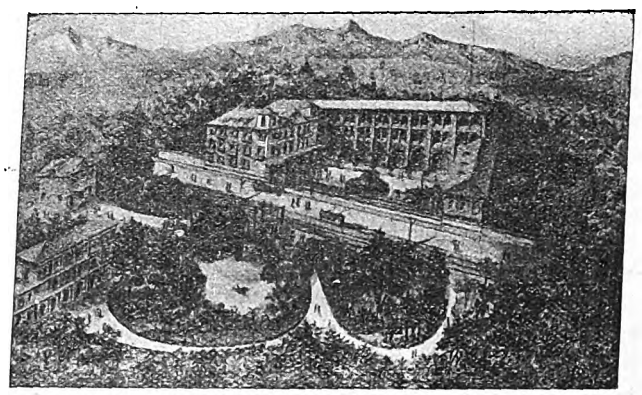


Graglia

A quest'ultimo fattore, sul quale deve poggiare saldamente l'organizzazione tecnica della stazione, si deve essenzialmente la fama ed il valore di ogni singolo stabilimento.

Ma per raggiungere questa fusione armonica di servizi e di organismi occorsero decenni, dall'epoca nella quale Priessnitz, il grande empirico della Slesia, vaticinò ed iniziò, con una chiaroveggente intuizione, la pratica dell'acqua in terapia. Egli nella sua assoluta impreparazione scientifica, limitava essenzialmente il valore della cura idrica alla sola temperatura dell'acqua, e da questo erroneo postulato, seguito ciecamente dai discepoli per dei decenni, derivarono inconvenienti grandi, che infirmarono per un non breve periodo posteriore, la reale efficienza della idroterapia.

Attualmente questo mezzo fisico terapeutico ha assunto un nuovo orientamento scientifico, che, poggiato da prima sulle osservazioni del suo apostolo più eminente, il Winternitz di Vienna, ha avuti intelligenti seguaci, come Fleury, Beni Barde, Materne, Delmas in Francia; Naumann, Buxbaum, Samuel in Germania; Edwards, Brown Sequard, Fox in Inghilterra; Strasser, Wertheimer, Fodor in Austria; Bozzolo, Silva, Micheli, Murri, Rovighi, Burgonzio, e sopratutti G. S. Vinaj e la sua scuola di Andorno fra i nostri migliori.



Cossila

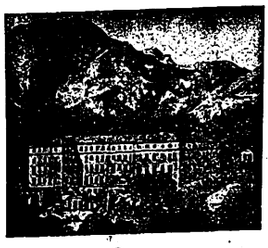
Le numerosissime ricerche fisiologiche intese ad indagare il comportamento dell'idroterapia, nelle sue varie applicazioni, sul sistema nervoso e circolatorio, sul ricambio in genere, sulla temperatura ecc., rappresentano oggi per il medico specializzato, come i capisaldi ed i postulati più sicuri nella pratica del mezzo idrico terapeutico.

Ma all'elemento fisico rappresentato dall'acqua, oggi lo stabilimento

Digitized by Google

idroterapico, per poter degnamente corrispondere alla sua missione, deve aggiungere tutti quegli altri presidi fisico-terapeutici, che la scienza e la pratica moderna hanno introdotto in medicina. Ricorderemo così l'elettroterapia, la termoterapia, che assieme alla psicoterapia ed alla dietetica, vengono a formare l'ambiente curativo dello stabilimento idroterapico moderno.

I suddetti agenti fisicoterapici saggiamente applicati ed intelligentemente combinati fra loro, a seconda dei riflessi e degli effetti che si vogliono conseguire, rappresentano per molte forme morbose del sistema nervoso e del ricambio, un validissimo mezzo di cura, del quale il medico pratico deve valersi attraverso la collaborazione dello specialista in fisicoterapia.



Oropa

Questi diversi concetti, impostati sull'esperienza clinica e sperimentale, son seguiti rigorosamente presso gli Stabilimenti idroterapici del Biellese, che, al vanto di essere stati i primi iniziatori della terapia idrica in Italia, oggi aggiungono quello altrettanto degno, di aver saputo seguire passo passo ed applicare tutti i suggerimenti della scienza, tanto nei riguardi della idroterapia, che della fisicoterapia in generale. A questo aggiornamento scientifico, al quale essi si sono attenuti, debbono la lunga e gloriosa loro vita e la fama saldamente conquistata.

Prof. A. VINAJ

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA MILANO

All'Associazione Sanitaria Milanese. — Come abbiamo già avuto occasione di annunciare in numeri precedenti il nuovo Consiglio Direttivo, presieduto dal prof. Pietro Boveri, ha deciso di tenere al primo e terzo giovedì di ogni mese (esclusi i mesi estivi di luglio, agosto e settembre) delle «Conversazioni cliniche», nelle quali — senza alcuna veste cattedratica — vengono esposti e discussi dei casi pratici, sia di medicina, che di chirurgia e di specialità, che gli intervenuti credono di particolare interesse od importanza.

Le Conversazioni, molto utili ed istruttive, analoghe a quanto si fa all'estero («Ora Clinica di Vienna») e in altre città d'Italia (Roma, Padova ecc.) vennero iniziate a Milano nella sede della Asssociazione Sanitaria Milanese in via S. Paolo, 10 il 19 maggio u. s.

Possiamo ora dare brevemente la cronaca delle prime due conversazioni.

Nella prima del 19 maggio venne da un egregio medico condotto esposto un caso, occorsogli nella sua pratica privata di «probabile tumore del mesenterio», che per l'incertezza dei sintomi, per la mancanza dei reperti obbiettivi, non ostante tutti i più accurati esami chimici, microscopici, radiografici ecc. di cui la scienza moderna può oggigiorno disporre, per le ipotesi varie e contrastanti di molti ed esimi consulenti di ogni branca, ha alla fine permesso di formulare soltanto una diagnosi di probabilità. Dalla esposizione chiara e succinta della sintomatologia riscontrata, dalle tavole radiografiche presentate, dall'ampia ed istruttiva discussione avvenuta, i presenti hanno potuto convincersi che la diagnosi ultima di tumore del mesenterio era precisamente quella che doveva ritenersi come più probabile e più attendibile.

Nella seconda conversazione che ebbe luogo il 2 giugno un distintissimo chirurgo della nostra città ha invece esposto, presentando anche i pezzi anatomici, alcuni casi di colecistite gangrenosa parziale e totale, discutendo i criteri diagnostici e terapeutici e prendendo spunto per accennare alla diagnosi differenziale di varie forme di calcolosi biliare in riferimento alle deduzioni curative. L'argomento diede luogo ad ampia discussione e destò il vivo interesse dei convenuti che in buon numero parteciparono al convegno.

Queste «conversazioni cliniche», nel modo in cui sono state impostate semplice e serio insieme, verranno sempre più apprezzate dai Colleghi di Milano e fuori, i quali possono liberamente intervenirvi.

Avvertiamo intanto che la prossima conversazione, cadendo il terzo giovedì del mese in giorno festivo, verrà tenuta il 23 giugno alle ore 18 in via S. Paolo, 10, sede della Associazione Sanitaria Milanese.

Le «Conversazioni cliniche» verranno poi riprese nell'ottobre p. v.

LIBRI ED OPUSCOLI

FORNI e ZAGNI. *Patologia Chirurgica generale ad uso degli studenti.* 1 vol. di pagg. 201, con 130 fig. intercalate. Bologna L. Cappelli Edit., 1927. Prezzo L. 50.

Il fascicolo è diviso in parti tre.

La prima comprende i capitoli: sulle Infezioni in generale; le Infezioni in particolare; i Disturbi trofici.

La parte seconda tratta dei Neoplasmi: Tumori in generale; classificazione dei Tumori; Connettivomi; Epiteliomi; Forme particolari; Tumori a complessa costituzione.

La parte terza svolge le lesioni e contusioni in generale; Complicazioni non infettive dei traumi; Cicatrizzazioni e cicatrici; Fratture traumatiche in generale; Lussazioni traumatiche in generale.

Come si vede una piccola guida, che gli studenti dalla Facoltà medica dall'Ateneo bolognese accoglieranno come la voce del loro Maestro, per assimilarla, e per la rutinaria prova di esami.

Edizione lodevole come suole in quella casa Libraria.

AIEVOLI

LEVI G. *Trattato di Istologia.* Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1927. 1 vol. pagg. 989, con 640 figure intercalate in gran parte a colori. Prezzo L. 160.

La presente pubblicazione costituisce senza dubbio, un nuovo documento della importanza e della serietà di codesta Unione, sulla scelta di nomi e di argomenti.

Il Libro infatti, dedicato alla Memoria del Prof. Gino Galeotti, ha la impronta di un indirizzo biologico che tende a superare la consuetudine; mentre senza alcuno sforzo dissimulato l'Autore perviene a fornire gli studenti e gli studiosi in genere, di un vero Trattato che, attraverso non pochi anni, costituisca con quello del Fusari e quello del Pensa, un'altra pietra solida nella costruzione bibliotecaria italiana.

Chiara ed ordinata la materia; sicuro il possesso nell'Autore, documentata da una ricca collezione di preparati microscopici, costa poco il presagire che l'opera del Levi incontrerà favore, in sostituzione di altre straniere.

L'opera è divisa in tre parti.

La prima comprende due capitoli sulla proprietà della sostanza organizzata ed i metodi di indagine nell'istologia.

La seconda parte comprende sette capitoli, su la cellula (forma, nucleo, dinamica, metabolismo, accrescimento, divisione).

La parte terza tratta dei tessuti: nell'embrione e nell'adulto, dedicando quindici densi capitoli ai singoli tessuti molli e solidi; agli umori circolanti, vasi sanguigni e linfatici.

Figure e veste tipografica, ammirevoli. AIEVOLI

LUSTIG A. e VERNONI G. *La febbre ondulante* (*febbre maltese o mediterranea*). 1 vol. di circa pagg. 150, con 11 figure. Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino, 1927. Prezzo L. 12.

La solerte Casa editrice Torinese continua ad arricchire con interessanti volumetti la sua «Biblioteca di Cultura medica», per la quale si preannunziano già altre importanti pubblicazioni. Questo IV volumetto di detta Collezione, di cui è garenzia il nome del Prof. Sen. Lustig, riguarda un argomento di grande attualità, per i rapporti specialmente che di recente si sono voluti stabilire tra bacillo di Bruce e bacillo di Bang. La discussione a tale riguardo non può considerarsi ancora definita, ed anche perciò sarà bene accolto questo volume, che in uno dei suoi capitoli riassume la questione fino ad oggi.

Non minore sviluppo vien dato, poi, alla epidemiologia della febbre ondulante, alla conoscenza dei b. paramelitensi, dell'infezione melitense negli animali e, sopra tutto, all'infezione melitense nell'uomo.

Ogni capitolo è svolto con chiarezza di sintesi e la trattazione ne è completa, sì da esser degna, non di un piccolo volume soltanto, ma di un trattato.

RAAB W. *Ormoni e Ricambio* (*L'importanza degli ormoni nel ricambio degli organismi animali e vegetali*). [Hormone und Stoffwechsel (Die Bedeutung der Hormone für den Stoffhaushalt der tierischen und pflanzlicher Organismen)]. Freising-München. I. P. Datterer u. C., 8°, pag. 195, 1926, Mk. 12.

E' un libro utile per gli studiosi di endocrinologia. In serrate pagine questo allievo dell'illustre Biedl ha raccolto una quantità grandissima (1231 lavori consultati e riferiti nel testo) di dati circa l'ufficio e l'importanza degli ormoni negli animali e nei vegetali. Il volume viene così a completare l'opera a tutti nota del suo Maestro. Per rendere più facili le ricerche a chi ha bisogno delle notizie relative, la tratta-

Digitized by Google

zione è suddivisa in capitoli per ogni ghiandola endocrina, e a sua volta in ciascun capitolo in paragrafi diversi vengono svolte le influenze che ciascuna glandola ha su parti diverse del metabolismo. L'esposizione degli argomenti è fatta in modo da tener conto dei più attendibili risultati, e anche dei più recenti; io stesso ho avuto la prova del vantaggio della consultazione di questo volume per svariati argomenti che ho in studio.

L. CASTALDI

RONDONI P. *Fisiopatologia generale del ricambio.* Un vol. in 8° grande, di pag. 152. Unione tip. edit. Torinese, 1927.

Questo volume fa parte del Trattato di Anatomia Patologica pubblicato da Pio Foà. Precede un capitolo di generalità sul ricambio della materia e della energia. Seguono speciali capitoli sul diabete mellito e ricambio intermediario dei carboidrati; sull'obesità ed il ricambio intermediario dei grassi; sulla gotta ed il ricambio intermediario dei corpi purinici; sul ricambio intermediario delle proteine e le sue alterazioni; su alcune alterazioni del ricambio idrico e salino; sul digiuno, sulla iponutrizione, sulle malattie da carenza.

Dalla tanto nota perizia del Prof. Rondoni ogni capitolo è aggiornato secondo i risultati più recenti del laboratorio e della clinica, con grande vantaggio per la cultura dei pratici.

ALOI V. *Idrope della cistifellea e calcolosi del coledoco senza sintomi.* Estratto dagli «Atti della Società italiana di chirurgia» XXXII Congresso, ottobre 1925.

Boletin del Departamento de Salubridad publica. Messico, 1925.

CANTIERI C. *Disfunzione del sistema vegetativo addominale e pondisendocrinia.* Estratto dalla «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche» n. 4-5, 1926.

CIAMPOLINI A. e LEONCINI F. *La magistratura, la rappresentanza e la difesa delle controversie fondate sui rapporti assicurativi. La perizia e l'autopsia come elementi integrativi del giudizio.* Arti grafiche Panetto e Petrelli, Spoleto, 1925.

DE CASTRO A. *Le più comuni lesioni violente del carpo.* Tipog. Fortunato, Rho, 1925.

GALLI P. *Avvelenamento acuto da solfuro di carbonio: esito in emiplegia spastica infantile.* Estratto dalla «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», n. 7, 1926.

GRAZIADEI G. *Osservazioni igieniche su di una nuova piscina natatoria in Torino.* Estratto da «L'Igiene moderna», n. 12, 1925.

MAGNI L. e PIRAMI E. *Intorno ad un'osservazione di malattia celiaca di origine pancreatica.* Estratto dalla «Rivista di Clinica pediatrica», n. 3, 1926.

MALAN G. *Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia.* Estratto dalla «Rivista internazionale di terapia», n. 5, 1926.

ONGANIA R. *Contributo pratico di chimica clinica alla diagnosi e alla prognosi delle malattie febbrili.* Estratto dalla «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», n. 3, 1926.

TINOZZI F. P. *Beitrag zum Studium der Blutveränderungen bei Ratten mit Experimental-Tumoren.* Estratto da «Zeitschrift f. Krebsforschung», n. 22 B., 6 H., 1925.

VITA UNIVERSITARIA

Per il ritiro dall' insegnamento del prof. Bocci.— Nel Laboratorio di Fisiologia della R. U. di Siena, in occasione dell'ultima lezione tenutavi dal prof. Baldovino Bocci, che per limiti di età abbandona l'insegnamento, è stata scoperta una lapide, a ricordo dell'attività svolta in quell'Istituto dall'illustre scienziato. Alla simpatica cerimonia, intervennero numerosi studenti laureati e ammiratori del Maestro.

Ritiro dall'insegnamento del prof. Kraus.— Il prof. Kraus, della 2ª Clinica Medica di Berlino, si è ritirato dall insegnamento. Gli studenti, gli amici e gli ammiratori suoi hanno voluto festeggiare questo avvenimento ed è stato scoperto in suo onore un busto, opera dello scultore Lederer, nell'atrio della Clinica, di fronte a quello di Traube. Per disposizione del Ministro dell'Istruzione, il prof. Kraus potrà continuare le sue ricerche in un laboratorio dell'Accademia Imperatore Guglielmo.

Insegnamento obbligatorio della fisioterapia presso la Facoltà medica di Bruxelles. — E' stato istituito presso la Facoltà medica di Bruxelles l'insegnamento della fisioterapia, la cui frequenza è stata resa obbligatoria. Detto insegnamento è stato affidato al prof. Günzburg, il quale ha già tenuto la lezione inaugurale, trattando de « La periartrite scapolo-omerale ».

NOTIZIE

VII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.— Il VII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro sarà tenuto a Parma il 24 ottobre, proseguendo il 25 a Modena e si chiuderà a Carpi, città natale di B. Ramazzini, il 26 ottobre p. v.

Saranno presentate e discusse le seguenti relazioni.

1. Patologia da elettricità e raggi X, per i proff. G. Aiello ed E. Pugno Vanoni.

2. Tubercolosi ed emigrazione, per il prof. G. Allevi.

Seguiranno una rivista sintetica e critica del dott. A. Nebuloni, dal titolo: Le intossicazioni professionali dal 1924, e le comunicazioni scritte.

Al Congresso potranno pure iscriversi, prendendo anche parte alle discussioni e presentando comunicazioni, i cultori di discipline affini e di sociologia.

Il Comitato Organizzatore locale del Congresso, presieduto dall'on. Prof. U. Gabbi, predisporrà per i congressisti le migliori facilitazioni di soggiorno ed ha già ottenuto le consuete agevolazioni ferroviarie.

La quota di iscrizione al Congresso con diritto agli atti, è di L. 25 (per le persone di famiglia dei congressisti L. 10) e dovrà essere inviata al Cassiere-Economo dott. B. B. Cavagliano, Via S. Barnaba 8, Milano.

Il Congresso Regionale d' Idro-climatologia a Ischia. — Il successo eccezionale di questo Congresso, a Ischia in ottobre 1925, viene rinverdito come ricordo dalla pubblicazione degli Atti, che ora ha avuto luogo in edizione molto nitida. Il Congresso fu indetto sotto l'Alto patronato del Duce e la Presidenza onoraria dell'On. Roberto Farinacci. Alla seduta inaugurale intervenne, in rappresentanza del Governo, S. E. Panunzio.

Nello scorrere le 140 pagine degli Atti ed ammirare le artistiche figure, che riproducono i più incantevoli panorami e i vari stabilimenti idro-minerali dell'Isola, risultano evidenti le benemerenze della Presidenza della Sezione Italia Meridionale dell'Associazione Nazionale, in ispecie del Presidente On. Prof. Sgobbo e del Consigliere-Segretario Dott. A. Botti. La riuscita lusinghiera del Congresso mostra che il Mezzogiorno vuole rigenerarsi e valorizzarsi nelle sue risorse idroclimatiche. Il nostro giornale se ne felicita, come di tutto ciò che mira all'incremento della scienza idroclimatologica ed alla sua degna industrializzazione nazionale.

III Congresso internazione di Urologia. — Dal 3 al 6 agosto p. v. avrà luogo in Bruxelles il III Congresso internazionale della Società di Urologia, sotto la presidenza del prof. J. Verhoogen. Le relazioni ufficiali sono le seguenti: 1. «Valore comparativo dei vari metodi di esame del sangue e dell urina in chirurgia urinaria» (relatori: Chabanier, di Parigi, Kojen, di Belgrado, e Quimby, di Boston). 2. «Cura dei tumori della vescica con gli agenti fisici» (relatori: Beer, di New-York, Fryszman, di Varsavia, e Heitz-Boyer, di Parigi). 3. «Cura della tubercolosi dei genitali» (relatori: Barney, di Boston, Gamberini, di Bologna, e K. Walcher, di Londra). Per informazioni rivolgersi al dott. Jean De Smeth, 126, Boulevard de Waterloo, Bruxelles.

Riunione del Comitato esecutivo dell' Unione internazionale contro la tubercolosi. — Si è riunito a Parigi, recentemente, sotto la presidenza dell'on. prof.. Raffaele Paolucci, Presidente della Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi, il Comitato esecutivo della Unione internazionale contro la tubercolosi. Si decise, tra l'altro, che, nella prossima riunione, la quale si terrà a Parigi in settembre, il prof. Francis Harbiz riferirà sul tema: «Gli effetti dell'iniezione sottocutanea di vaccino B. C. G. nel bambino e nell'adulto non allergici ».

Convegno a S. Pellegrino per gli studi sugli stati uricemici. Fin dall'anno 1925, in occasione della celebrazione del suo giubileo, la Società delle Terme di S. Pellegrino aveva deliberato di indire una riunione in S. Pellegrino per far illustrare da eminenti studiosi lo stato attuale delle conoscenze e delle tendenze nel campo della Clinica e Terapia sugli stati uricemici, all'infuori e al disopra di ogni ragione contingente, colla partecipazione di medici, ai quali si sarebbero fatti speciali inviti. La riunione avrebbe dovuto aver luogo nell'agosto 1927.

Ma essendo venuta la notizia che i medici francesi si sarebbero riuniti a Vittel nel giugno 1927 per un Convegno consimile, la riunione di S. Pellegrino venne rinviata al luglio 1928 e precisamente ai giorni 15-16. Per questa riunione il prof. Rondoni presenterà una relazione « sulla patogenesi dell'uricemia »; il prof. Pepere « sull'anatomia-patologica dell'uricemia». Il prof. Devoto illustrerà le forme cliniche dell uricemia. Il prof. Pacchioni (Genova) tratterà dell'uricemia nei bambini.

I relatori presenzieranno alla riunione e risponderanno a tutti i quesiti che saranno posti.

Digitized by Google

La Società delle Terme di S. Pellegrino sarà onorata di offrire per i giorni della riunione l'ospitalità ad un determinato numero di medici italiani, che, interessandosi agli studi sull'uricemia, le avranno espresso il desiderio di partecipare alla riunione, che, del resto, ammetterà ogni medico, senza alcuna tassa di iscrizione.

Le relazioni e le discussioni verranno riunite in un volume, che sarà poi distribuito a tutti gli intervenuti.

Premio Hoffman-La Roche. — Il concorso al I. Premio Hoffmann-La Roche, di lire 10 mila, al migliore lavoro di Terapia Medica, è ulteriormente prorogato al 30 settembre 1927.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina Interna, in Roma, presso la R. Clinica Medica al Policlinico, e pervenire entro le ore 16 di detto giorno.

Nell' Ospedale Psichiatrico di Napoli. — La Commissione Reale per l'Amministrazione Provinciale di Napoli ha, recentemente, approvato ad unanimità un voto di plauso all'indirizzo del prof. Sciuti, che da un triennio dirige l'Ospedale Psichiatrico di Napoli, a Capodichino, migliorandolo e trasformandolo radicalmente con la sua ben nota competenza. Detta Commissione si è recata, pertanto, a visitare l Ospedale ed ebbe parole di lode pel prof. Sciuti, restando ammirata del modo come sono stati riorganizzati i servizi, specialmente i reparti di lavoro (confezione degli oggetti di vestiario e biancheria, lavorazione del cuoio, del legno, tipografia, banda musicale, ecc.).

Congresso nazionale argentino contro la tubercolosi. — Dal 10 al 16 ottobre p. v. si terrà a Cordoba il Congresso nazionale argentino contro la tubercolosi. Ad esso, per l'Italia, è stato dal Governo argentino invitato il prof. Umberto Carpi, medico primario dell'Ospedale Maggiore e professore incaricato di semeiotica presso la R. U. di Milano. Il prof. Carpi presenterà al Congresso una relazione sul tema: «Complicazioni della tubercolosi polmonare e loro cura»; inoltre egli è stato incaricato di tenere nella Facoltà di medicina di Cordoba cinque conferenze su argomenti attinenti all'infezione tubercolare ed ha proposto che le conferenze siano tenute in forma di un ciclo di lezioni sulla cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.

Disposizioni sanitarie al Consiglio dei Ministri. — Recentemente, in una seduta del Consiglio dei Ministri, sono state deliberate alcune disposizioni di indole sanitaria. Tra queste alcune riguardano la composizione del Consiglio Superiore di Sanità e dei Consigli provinciali di Sanità, ai quali saranno chiamati a partecipare i delegati delle Associazioni sindacali legalmente riconosciute; altre vertono sui compensi spettanti agli ufficiali sanitari per le prestazioni di interesse privato e per le analisi nei laboratori di vigilanza igienica, sull adozione di più severe sanzioni per omissioni delle denunzie in casi di malattie infettive e per le frodi nelle bevande e negli alimenti.

Si è provveduto inoltre ad impedire la pubblicità dei così detti mezzi terapeutici o preventivi quante volte essa si possa prestare a sorprendere la buona fede del pubblico o dimostri comunque tendenze o finalità riprovevoli. Si è altresì stabilita un'adeguata disciplina per i casi di aborto, rendendo possibile su di essi un opportuno controllo delle autorità sanitarie; si sono meglio regolati l'esercizio professionale delle levatrici, i presidii medici e chirurgici, le case e le pensioni per gestanti; si è approvato il regolamento per l'esecuzione della legge sulla produzione e il commercio delle specialità medicinali; ecc.

Corso di perfezionamento in Dermatologia e Venereologia a Strasburgo. — Presso la Clinica delle malattie cutanee e sifilitiche della Facoltà di medicina di Strasburgo, sotto la direzione del prof. L.-M. Pautrier, avrà luogo dal 19 settembre al 5 novembre 1927 un corso di perfezionamento in Dermatologia e Venereologia. Il corso sarà teorico-pratico, con dimostrazioni batteriologiche e istologiche, nonchè dei diversi metodi terapeutici (cauterizzazioni, scarificazioni, elettrolisi, neve carbonica, radioterapia, uretroscopia, ecc.). Gli allievi, inoltre, avranno libero accesso nelle sale degli ammalati, nell'ambulatorio, nella ricca biblioteca e al museo fotografico e istologico. Alla fine del corso sarà rilasciato un certificato di frequenza. Tassa d'iscrizione, frs. 300, da inviarsi al prof. Pautrier, 2, quai St. Nicolas, Strasburgo. I medici stranieri possono anche fissare l'alloggio prima del loro arrivo, a prezzi piuttosto modici.

Contemporaneamente a detto corso, ne avrà luogo un altro riguardante i principali metodi di laboratorio e di anatomia patologica delle dermatosi, il quale comprenderà 20 lezioni. I partecipanti ad esso avranno agio di formarsi una collezione di tagli istologici e di culture di tigne, che resterà di loro proprietà; saranno loro anche insegnate le varie tecniche sierologiche (reazione di Bordet-Wassermann, di Hecht-Bauer, fiocculazione di Vernes). La tassa di iscrizione è di frs. 300 e va inviata anche al prof. Pautrier.

Per la lotta contro il cancro. — Un anonimo industriale piemontese ha fatto pervenire, per mezzo del prof. sen. Bellom Pescarolo, al Presidente dell'Ospedale di San Giovanni in Torino, la somma di L. 250,000 in Prestito del Littorio, a vantaggio del «Centro ospitaliero di studio, diagnosi e terapia dei tumori».

Premio della Fondazione Carnegie. — La Fondazione Carnegie per atti di eroismo ha assegnato una medaglia d'oro al dott. Honcré Vercanteren di Ghent (Belgio), distinto radiologo, che è stato reso parzialmente invalido da quei stessi benefici mezzi da lui adoperati nell assistenza agli infortunati.

Per la coltivazione della soja in Italia. — Il Comitato costituito dal Capo del Governo per gli studi sul problema della soja in Italia si è riunito, per la prima volta, presso la sede di Roma dell'Istituto nazionale di genetica per la cerealicoltura. Dopo che il sen. Raineri ebbe precisati i compiti e le attribuzioni del Comitato, gli intervenuti hanno preso atto dei lavori e dei risultati ottenuti già con la coltivazione della soja. Indi il Comitato ha stabilito che a cura dell'Istituto di genetica, nei propri terreni e presso un certo numero di agricoltori, siano condotte culture sperimentali di soja controllate dall'Istituto stesso. Si è deciso pure di interessare le cattedre ambulanti di agricoltura ed altri Istituti agrari, affinchè vogliano svolgere opera di propaganda e di dimostrazione pratica, perchè si raggiungano rapidamente quei risultati che tecnicamente ed economicamente si prospettano fin d ora come conseguibili nell'interesse dell'economia nazionale.

Vittima della professione medica. — Il dott. Guilpui, di Parigi, primario psichiatra, è stato ucciso con due colpi di arma da fuoco alla schiena da un antico ricoverato al manicomio. E' il terzo caso del genere che si deve deplorare in Francia nel corso di pochi mesi. Ricordiamo ai lettori che, come altra volta pubblicammo, da un attentato simile, fortunatamente andato a vuoto, fu colpito il nostro illustre condirettore Sen. Davide Giordano, or non è molto.

Pinza emostatica dimenticata nell'addome. — Si è svolto recentemente a Londra un processo, in seguito alla morte di una donna per peritonite sopraggiunta dopo un intervento operativo il quale rilevò che causa dei disturbi della paziente era un Klemmer dimenticato dal chirurgo in una precedente operazione (1923) per laparotomia d'urgenza.

La perizia medica giudicò che la morte era dovuta al secondo intervento, mentre la dimenticanza del Klemmer era da ascriversi a negligenza non colposa.

Congresso dell' Associazione tedesca di neurologia. — Dal 13 al 17 settembre 1927, avrà luogo il congresso annuale dell'Associazione tedesca di neurologia. L'argomento di relazione ufficiale riguarda «L'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema sensitivo»; su di esso riferiranno: Wallemberg, di Danzica; v. Frey, di Würzburg; v. Weizsacher, di Heidelberg; Schwatz, di Breslau. Per informazioni rivolgersi al dott. Hurt Mendel, Augsburgstrasse, 43, Berlino.

NECROLOGIO

— a Napoli, il prof. comm. Luigi D'Emilio, docente di chimica farmacologica, molto noto nella classe medica e dei farmacisti. Fu Presidente dell'Ordine dei farmacisti. Lascia importanti pubblicazioni di botanica, di farmacoterapia, ecc.

— a Buenos Ayres, improvvisamente, pochi minuti dopo aver assistito alla cerimonia organizzata per il suo allontanamento dall'insegnamento, il prof. Lopez Figueroa, ordinario di anatomia umana alla Scuola medica di Buenos Ayres.

— E' morto in Dorpat nel suo 70° anno di età il prof. Carlo Dehio, Rettore dell'Università di quella città, cultore appassionato delle discipline mediche, diagnosticatore profondo e chiaro didatta. Compì interessanti ed utili ricerche sulla meccanica cardiaca, sulle malattie dello stomaco, sulla tubercolosi e sulla lebbra.

Sperimentò e diffuse, uno fra i primi, la proteinoterapia parenterale, portando un prezioso contributo alla conoscenza dei fatti anafilattici e alla loro interpretazione.

Era tra i più distinti clinici medici tedeschi.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 18 Luglio 1927 — N. 29

CONFERENZE

LA FEBBRE CANCERIGNA

Conferenza alla Società Medico-Chirurgica della Romagna

del prof. ALBERICO TESTI
Primario Emerito dell' Ospedale Civile di Faenza

Di fronte all'enorme numero di casi di cancro che nel volger di molti anni si sono presentati alla mia osservazione nell'Ospedale di Faenza pochi decorsero a tipo febbrile fino dall'inizio od a processo più o meno avanzato, sicchè si sarebbe creduto che la letteratura scarseggiasse in fatto di lavori su tale argomento. Invece ciò non è cosicchè, sia nei trattati che in speciali monografie o nella casistica, del materiale ne può trovare a dovizia.

Egli è perciò che questa mia conferenza può aver solo qualche interesse considerata come indirizzo alla diagnosi del cancro quando si presenta sotto l'aspetto di una febbre nascosta.

Il problema della febbre nel cancro è stato molto studiato ma nella sua parte più essenziale non ancora risoluto. Quando ci troviamo a studiare cancri che percorrono il loro ciclo fatale con febbre più o meno alta intermittente, a tipo etico, continuo in taluni si rivela in concomitanza al processo eteroplastico qualche focolaio flogistico semplice, suppurativo o tubercolare che può dar ragione della febbre come avvenne a me in due casi di recente data ed operati dal chirurgo Vecchi.

Ma in altri casi si tratta di un carcinoma diagnosticato, chè tal volta la febbre è legata ad un processo che attacca un viscere, in ispecie il fegato, mettendo a dura prova la accortezza del medico e la sua abilità diagnostica; per esempio alle volte fra ascesso e carcinoma del fegato l'errore può essere inevitabile; e voglio per nostro ammaestramento ricordare due memorabili lezioni cliniche, che forse taluno di voi che mi ascolta può avere presenziato sul finire del maggio 1898, e nelle quali il Murri fu tratto dal tipo della febbre e da un insieme di altri fatti a scambiare l'ascesso epatico col carcinoma; ed i medici aiuti di allora ne fecero ampio cenno in due loro pregevolissimi scritti, lo Gnudi, in quello della *febbre nelle malattie epatiche* (1902), ed il Silvagni nelle *rarità ed anomalie di sintomi e di decorso nei carcinomi dell'apparato digerente* (1903).

E non mi attardo ulteriormente a dire di queste febbri che accompagnano i tumori viscerali, in special modo i primitivi del fegato e degli organi digerenti, nei quali è più facile l'infiltramento dei germi pirogeni che si fanno operativi di processi flogistici infettivi para- od endo-cancerigni che spiegano l'insorgenza ed il mantenersi della febbre che a sua volta non torna facile a spiegarsi allora quando manchino queste contingenze morbose. Ultimamente Ascoli nella Clinica di Roma (1924) presentò appunto un carcinoma primitivo del fegato a inizio brusco e febbrile, e in questo caso una severa necroscopia praticata da Dionigi non illuminò molto sulla febbre che accompagnava il tumore.

In questi tali casi si tratta invero di febbre che accompagna i carcinomi ma obbiettivamente si rileva tanto da potersi istituire una discussione clinica che può portare alla diagnosi del carcinoma. Ma io bramo considerare sotto altro punto di vista il problema quando, cioè, la febbre è l'unica o quasi espressione della malattia e mi domando di fronte ad una febbre la cui natura resta ignota, cosicchè è forza chiamarla febbre d'origine nascosta, (che alla greca chiamano criptogenetica) si può fra le tante ragioni pensare anche alla esistenza di un cancro? A questa domanda noi entriamo nel *mare magnum* delle febbri asintomatiche delle quali poche possono presentarsi con un tipo speciale caratteristico da far pensare al processo che le mantiene.

Ma talune volte è tutt'altro che facile fissare qualche punto essenziale che guidi verso la diagnosi, sicchè i medici si affidano nell'interpretazione ad una infezione intestinale anche quando la durata della febbre e l'inefficacia della cura li dovrebbe avvertire dell'inganno nel quale sono caduti. E quando il più accurato esame obbiettivo ci porta ad escludere la lesione di qualunque viscere, la storia anamnestica minuta, l'esistenza nella ricerca di qualche minuto fatto subbiettivo del malato richiama talvolta la mente del medico a qualche affezione che sembrava impossibile potersi determinare. A me occorse per ben due volte che un leggiero bruciore nell'emissione dell'orina, che il malato accusò solo dopo averlo reiteratamente interrogato, mi portasse a diagnosticare una febbre ritenuta malarica per una cistite del collo della vescica tanto che poca urotropina fece ragione della febbre; ed in un altro caso di febbre leggera serotina, lo stesso bruciore nell'orinare fece stabilire la sede di un cancro nella prostata.

Con tutto ciò le difficoltà della diagnosi di fronte a febbri asintomatiche sono tali da mettere a dura prova l'abilità del medico il più esperto.

E dovendo secondo il proposito di questa comunicazione riferirmi alla febbre cancerigna nascosta sulla cui natura al presentarsi a noi dell'ammalato versiamo nell'oscurità completa diagnostica, debbo dire che senza citare il Bozzolo io non potrei proseguire in questa disamina, il quale nei due congressi di Medicina interna (XIII, XIV, 1903, 1904) affrontò l'interessantissimo tema apportando un notevole contributo all'indirizzo diagnostico.

Nella classificazione che egli fece di queste febbri, cui oggi se ne possono aggiungere altre, assegnò ad un gruppo le febbri precancerose, e tali appunto le denomino perchè non si tratta di quelle da me accennate quando il neoplasma è già sviluppato nel viscere ed al quale va compagna la febbre, ma di altre nelle quali la febbre, diremo così, soprasta al tumore del quale sfugge qualsiasi traccia.

Il Bozzolo cita a questo proposito il caso di un cancro o sarcoma del mediastino nel quale per parecchi mesi perdurò la febbre senza che si manifestasse alcun fatto obbiettivo o funzionale della presenza del tumore, ciò che avvenne solo tardivamente.

Intanto è giuocoforza ritenere che una diagnosi diretta non essendo possibile bisogna studiare in tutte le sue particolarità il caso; e non è opportuno nè pratico vagare entro una stipa delle febbri criptogenetiche bensì stare a quel giusto criterio clinico generale per stabilire le più probabili affezioni da doversi prendere in esame e valutarle alla stregua di un processo di eliminazione.

Naturalmente, anzitutto, dovremo assicurarci di non essere di fronte ad una febbre tubercolare o sifilitica, e facendo qualsiasi espressione obbiettiva anche radioscopica per la prima potremo ricorrere a quel qualunque lume potrà darci la cuti- e percuti-reazione tubercolinica, non potendo in simili contingenze far grande assegnamento su altre ricerche di dubbia utilità diagnostica; per la sifilide poi dovremmo ricorrere alla Wassermann ripetuta ed agli altri metodi che servono ad integrare il suo referto; dappoichè non trattasi della febbre che accompagna l'eruzione del periodo secondario, nè di quella degli alti gradi di marasma sifilitico ma di una febbre che in apparenza non sembra avere alcun rapporto con una sifilide subita da tempo che decorre a tipo quotidiano, irregolare, a temperatura non molto alta, a volte con dei periodi di remissione e che cede e presto alla cura specifica.

La difficoltà e quindi l'incertezza diagnostica aumenta quando siamo costretti ad ingolfarci nello studio delle infezioni setticoemiche, nè io mi indugierò a dire quanto tutti sanno, che se il tipo di febbre non serve per sè a stabilirne la natura si è costretti a ricorrere al bacteriologo.

Talora lo studio minuto del caso in ispecie il rilievo di qualche perturbamento del circolo e del respiro guida ad un esame così diligente del cuore che una volta o l'altra l'endocardio, a seguito di qualche segno statico od auditorio, si riscontra offeso e l'endocardite settica, che può avere anche un decorso lento, come dal Micheli, Cavallaro, Tata, Livierato ed altri è stato ultimamente dimostrato, giunge a metterla in evidenza.

Digitized by Google

Ma il bacteriologo colla siero-agglutinazione e colla emocultura ci potrà rischiarare la strada sull'esistenza o meno di processi infettivi, di quelli per esempio d'origine intestinale come per l'Eberth ed i paratifi, sia per la febbre melitense che subdola talvolta si presenta fuori del suo tipo particolare che tutti conoscono a modo da non essere diagnosticabile se la siero-agglutinazione non ci dà (e purtroppo non sempre) un referto positivo.

Dai gruppi delle febbri nascoste debbonsi eliminare certi processi a carico degli organi emopojetici, per esempio pseudoleucemia ed altri, nei quali un attento e ripetuto esame del sangue può dar ragione dell'iniziale insorgere di così fatte affezioni morbose.

Senonchè dopo aver pensato alle molteplici ragioni della febbre nascosta, innanzi passate in rivista, al medico oculato non può sfuggire la possibilità che la febbre sia mantenuta dallo sviluppo di una affezione cancerigna, ed il miglior modo per venir in aiuto della diagnosi sarebbe di possedere una reazione che accertasse della cagione della febbre, ma per quanto i ricercatori abbiano indagato queste prove hanno dato risultati incerti e molti non applicabili alla clinica. Altrettanto dicasi della reazione miostagmica di M. Ascoli che in ulteriori prove compiute anche da Izar con risultati incoraggianti, confermati in parte dalle ricerche di Lotti, non possono essere significativi, perchè la siero-reazione miostagmica può mancare in forme sicuramente neoplastiche e perchè può manifestarsi in forme senza tumore. Dicasi ugualmente dell'enzimo-reazione dapprima lodatissima per la tubercolosi, oggi in ispecie dopo le prove di Mennitti e Balbi, ritenuta quasi specifica per il cancro!

Nè diversamente possiamo tener calcolo a favore della diagnosi del carcinoma della peculiare formula ematologica, perchè se è vero che gli estratti di organo colpiti dal cancro, anche secondo le ricerche di Micheli e Donati hanno un'azione emolitica sul sangue tanto da produrre le anemie le più considerevoli e tal volta a tipo pernicioso, come nel cancro gastrico di Hayem, ciò nonostante una formula ematologica significativa tanto da potercisi fidare noi non la abbiamo nè manco quando troviamo un notevole aumento dei mononucleari che vennero nel carcinoma per primo segnalati da Beaujard, e poscia da altri anche in Italia.

Ora è un volere porre fede nel laboratorio, ed anche umanamente vengono fuori nuove reazioni le quali però al fine della diagnosi precoce dei tumori maligni non possono dare molto affidamento in quantochè si manifestano quando il tumore ha raggiunto o quasi il suo pieno sviluppo, mentre l'ideale sarebbe quello di arrivare alla diagnosi prima o quasi dell'apparizione del tumore stesso. Pare faccia eccezione la reazione del Roffo al rosso neutro che oltre alle prove eseguite da Pilar ed Encina ebbe anche la conferma del Pasini di questa Società Medico-Chirurgica. Certo egli è che qualsivoglia altra reazione che non presenti il carattere della precocità non può servire allo scopo della diagnosi che sempre urge stabilire, e quindi nemmeno a quello del trattamento curativo immediato.

Allordunque se da mezzi diretti nulla possiamo ricavare, anche senza tener calcolo assoluto di certe esclusioni fatte a base di esami bacteriologici che talvolta possono essere fallaci per imperfezione delle ricerche od altro, senza tener conto dell'occhio clinico che pur vuole la sua parte, conviene fermarci sopra qualche particolare sintoma che ci possa aprir la via alla diagnosi.

Un abito particolare del corpo che ci faccia conoscere i predisposti non si può dire si riscontri come, per esempio, nella tubercolosi, e per ciò, se anche in taluni casi non si potesse prendere in considerazione, bisogna pensare che la prima espressione dell'intossicazione cancerigna, non sempre tardiva, è il colorito speciale affatto caratteristico dei cancerosi, il quale, ben stabilito all'inizio, ha un'importanza somma.

Naturalmente la strada ci è meglio aperta quando alla febbre ha preceduto un'affezione cancerigna che per opera chirurgica era stata demolita. Tengo una discreta casistica di febbri neoplastiche desunte dalle innumerevoli osservazioni fatte da me in ospedale, nel mio dispensario privato e nella consulenza dalle quali trovo interessante citarne talune. Nella prima per esempio innanzi allo sviluppo della febbre aveva preceduto un sarcoma dell'omero per il quale fu necessità ricorrere alla disarticolazione omero-scapolare; un ripetuto e diligente esame obbiettivo dimostrò solo molto tempo dopo la esistenza di un tumore maligno nel rene sinistro che prima d'allora non si poteva avvertire. Questo dato anamnestico della precedenza di un cancro operato, naturalmente nell'affermare una febbre di origine cancerigna, ha un interesse massimo anche quando come in una altra mia osservazione non è possibile di rilevare coll'esame diretto nessun dato obbiettivo da far travedere l'origine neoplastica della febbre.

Senonchè in mancanza del precedente sopra notato ci è da tener calcolo dell'ereditarietà della malattia. Io so che al giorno d'oggi non sono molti che invocano la trasmissione ereditaria, ma io sono precisamente d'opposto avviso. Proprio in questi giorni furono date alla luce due pubblicazioni; la prima di propaganda igienica di Eschilo Della Seta, nella quale si nega recisamente qualsiasi influenza dell'eredità nello sviluppo del cancro, e non sò se per evitare la triste impressione sull'anima popolare; l'altra del Fichera che porta una stipa di fatti, compresa la prova sperimentale nei ratti, ma con molte riserve che lo fanno restare alquanto perplesso nell'accettare l'eredità diretta come un fattore di qualche importanza nello sviluppo del cancro, dandone maggiore alla costituzione acquisita dai genitori, alla predisposizione. Nel caso di una signora di Pergola nella quale, la febbre faceva pensare all'ascesso epatico, io presi in considerazione anche l'eredità (madre e sorella) per chiarirmi di una diagnosi che per la febbre iniziale, il suo decorso lungo e tipico si era condotti a diagnosticare diversamente dalla realtà.

Più largo consenso al fatto ereditario è dato dagli studi della signorina Maud Slye di Chicago e di Mino della Clinica di Torino dai quali viene confermata l'origine spontanea del cancro nei topi per fatto sicuramente ereditario. Se poi i medici studiosi degli alti problemi che riguardano il cancro non fossero per la più parte giovani e versati quasi soltanto negli studi di laboratorio, ma coltivassero anche la clinica e la pratica ospedaliera e privata vedrebbero ciò che capita a taluno ed anche a me; che cioè, se ogni caso venisse studiato in tutte le sue contingenze con una storia clinica vera e completa non sfuggirebbero certo i rapporti esistenti tra il malato di cancro ed i suoi ascendenti e collaterali a modo, a parer mio, da rendere indiscutibile il fatto dell'eredità; e torna a me di soddisfazione e conforto leggere ora che quanto io avevo sostenuto in una mia comunicazione (La lotta contro il cancro in Romagna, *Società Medico-Chirurgica Romagnola*, Seduta del 2 febbraio 1924) viene ugualmente sostenuto dall'opinione del Senatore Pescarolo nella sua bellissima conferenza tenuta in Novara nel decorso gennaio il quale, valentissimo clinico e medico pratico, mise in chiaro la importanza e l'appoggio grande che la medicina pratica apporta allo studio della storia del cancro.

Quando adunque la via diretta verso la diagnosi comincia a travedersi egli è d'uopo nel successivo decorso della febbre criptogenetica mettere in rilievo qualche sintoma funzionale o segno obbiettivo che ci porti a stabilire qualche cosa di positivo: per esempio nella mia osservazione seconda, testè citata, la palpazione metodica del margine del fegato ingrossato e sporgente fece sentire una piccola rilevatezza che per i suoi caratteri: margine reciso, durezza forte, non poteva essere scambiata con una espressione d'ascesso, ma bensì di un nodulo carcinomatoso. Nei neoplasmi addominali si riesce più facilmente a mettere in rilievo queste piccole manifestazioni che negli organi toracici, dove il palpamento non può essere praticato, mentre la percussione e l'ascoltazione non apportano a rilievi obbiettivi che a sviluppo avanzato del tumore, come avvenne nel caso da me citato del Bozzolo.

Ma quando nessun segno locale viscerale appaia non si deve trascurare di studiare nel malato se nessuna disseminazione siasi manifestata non dico a carico di cavità con trasudati o secrezioni cariche di cellule neoplastiche provenienti dal tumore iniziale o dalle sue metastasi, perchè non è più il caso di incontrare difficoltà diagnostiche, ma sibbene degli altri segni rivelatori dei cancri che in prima linea sono peculiari adenopatie, abbastanza precoci, regionali e che spesso sono manifeste; invero la loro utilità diagnostica è pur tuttavia minima perchè di esse si riscontrano nei cancri esterni facilmente diagnosticabili, ma ci sono delle adenopatie a distanza che possono in alcuni casi assicurare una diagnosi di cancro viscerale difficile a conoscersi da altri segni.

Digitized by Google

Abbiamo delle adenopatie cervicali, inguinali ed ascellari e le prime sono le più importanti,

L'adenopatia sopra-clavicolare sinistra, quella del Troisier, si sviluppa nella parte interna del triangolo sopra-clavicolare sinistro e sta a rappresentare un'infezione, trasmessa per la via del canale toracico ed è l'indice di un cancro della regione addominale. Questo è un segno assai prezioso, ma del quale non si può fare un grande assegnamento perocchè sebbene medici stranieri ed anche dei nostri abbiano rilevato il segno del Troisier, e Tarchetti lo abbia riscontrato sette volte in 38 cancri gastrici, duodenali, epatici, pancreatici, io in una strepitosa casistica di cancri addominali, quale non si può raccogliere che in Romagna, specialmente gastroepatici, non ebbi a riscontrarla che quattro volte.

Delle adenopatie della base del collo sia a destra che a sinistra si possono riscontrare nei casi di cancri della cavità toracica, come adenopatie inguinali e le une e le altre abbastanza precoci e queste ultime come rivelazioni di cancri dell'addome ed anche dello stomaco per il meccanismo dell'infezione linfatica retrograda: egli è d'uopo però in simili contingenze tener d'occhio la possibilità d'essere confuse con delle adenopatie cervicali ed inguinali di natura tubercolare.

Dei segni di intossicazione o di cachessia cancerigna non ho qui a far parola perchè manifestandosi ad una fase avanzata dell'affezione non servono al diagnostico del cancro all'inizio; qualche complicazione però abbastanza frequente può servirci come indice rivelatore nel caso di cachessie febbrili poco precisabili come indice di un'affezione cancerosa. Si tratta di certe trombosi d'origine diretta per l'invasione del cancro per esempio nella cava in affezioni epatiche, renali; oppure trombosi marantiche, una specie di *flegmasia alba dolens,* che però nulla ha di specifico per il cancro.

In conclusione in mancanza di un segno specifico che nel decorso di una febbre criptogenetica ci guidi verso la diagnosi di carcinoma noi dobbiamo tener conto di tutti i rilievi fatti giudicandoli nel loro insieme per la loro associazione ed evoluzione al fine di giungere alla diagnosi del cancro.

Quando adunque uno studio accurato degli antecedenti del malato dia qualche sospetto, tanto più se precedette un'affezione maligna operata, o quando possa essere stabilita un'eredità cancerigna diretta o collaterale, quando si verifichi un progressivo dimagrimento in ispecie se antecedentemente alla febbre e si rilevi il colorito speciale dei tegumenti, qualche sintoma funzionale localizzato, l'ingrossamento di glandole nelle ordinarie sedi dianzi citate, indipendenti da altri processi morbosi, qualche dato obbiettivo a carico di talun viscere, quando si possono escludere le altre ragioni della febbre, è necessità pensare al cancro. Talvolta però ci troviamo di fronte a qualche caso nel quale le nostre induzioni arrivano a stabilire che la febbre è di origine cancerigna, ma la sede dell'affezione per quanto l'indagine dei sintomi e dell'obbiettività sia scrupolosa non è possibile stabilire.

Un'osservazione, che io potei raccogliere nell'Ospedale, è un'esempio chiaro di quanto sto dicendo. La sola necroscopia potè assicurarmi che la sede del cancro era nel pancreas, ma che non aveva preferita la solita porzione del viscere, la testa, nella quale il lento iniziarsi dell'ittero progressivo e permanente presto convalida la diagnosi, bensì il corpo e la coda dell'organo erano pervasi da una infiltrazione eteroplastica senza formazione di tumore ma all'infuori di qualsiasi altro processo suppurativo o tubercolare, come avvenne nell'osservazione dianzi cennata, nella quale non si riscontravano colla biopsia raccolte purulente benchè minime nè tampoco tessuti infiammati o tubercolosati che potessero dar ragione della febbre. Questi risultati ci insegnano anche una volta che la febbre del cancro se può essere determinata da associazioni morbose, in ispecie infezioni endo- o paracancerigne, nel qual caso la febbre ha un importanza relativa, può insorgere per fatto autoctono, cioè, diretto per un'alterazione insita nello stesso neoplasma sulla cui natura non è detta l'ultima parola.

La febbre si è voluta attribuire a distruzione cellulare, necrosi ed autolisi in seno ai neoplasmi maligni per effetto della loro singolare struttura, oppure alla produzione di sostanze abnormi che versate nel torrente sanguigno si farebbero operative della febbre, ed io non farò che cenno a quanto taluni pensano, cioè, alla possibile presenza di parassiti per entro i tumori i quali ritenuti ente causale od accidentale sarebbero una contingenza necessaria per aversi la febbre.

Nella sopracitata conferenza il Prof. Pescarolo impressionato da alcuni casi di cancro a decorso febbrile, che magistralmente descrive, pensa che si tratti di malattia infettiva, ma simile concetto non può essere generalizzato perchè il cancro è malattia essenzialmente afebbrile in generale considerato, mentre i singoli casi a decorso con febbre, sia pure colla parvenza tumorale, possono trovare spiegazione in un'associazione con germi pirogeni di cui talvolta non si riesce a stabilire l'esistenza. L'origine del cancro è tenebrosa e tanti e tanti studi compiuti e che si compiono non la rischiarano ulteriormente; ma purtroppo si travede che la teoria parassitaria dovrà naufragare, per dar passo a quella embrionale sostenuta da un italiano, dal Durante, prima ancora che Cohnheim ne dimostrasse il suo grande valore.

Ciò però che più interessa dal mio punto di vista si è che la febbre del cancro merita di essere ancora studiata e compulsato l'andamento della temperatura allo scopo, se possibile, di costituire un tipo febbrile proprio della febbre autoctona del carcinoma, e sebbene Lucatello e Michelazzi (1909) e Mario Giovanni (1913) abbiano colle loro osservazioni dato molto peso al tipo remittente della febbre cancerigna, dirò così, essenziale, bisogna convenire che fino ad ora non ci possiamo fare assoluto assegnamento; e di tal pensamento è pure M. Giordano (1918) che di una centuria di osservazioni ha preso le grafiche senza poter venire ad una conclusione di qualche valore.

La conclusione del mio dire è questo: che nel cancro bisogna fare la diagnosi oltre ogni dire all'inizio dell'affezione; nei casi di febbre da cancro nascosto il medico non potrà che rare volte soddisfare a queste necessità, ma non indugi a battere la via che quando più presto possibile lo conduca ad una diagnosi sicura.

VARIA

Sulla scoperta dell'acaro della scabbia. — Il primo a far noto che la scabbia è provocata «da un parassita simile al pidocchio, che si infiltra sotto l'epidermide ed è così piccolo da potersi appena scorgere ad occhio nudo», fu un autore arabo del XII secolo, di nome Avenzoar.

Sembra strano, intanto, come circa sette secoli dovessero passare da allora, perchè tale acquisizione fosse condivisa da tutti; predominava infatti, ai tempi di Avenzoar l'opinione che la scabbia fosse una malattia diatesica o una manifestazione sifilitica o una varietà di lebbra, ecc. Più tardi, verso la metà del XVI secolo, un medico inglese, Thomas Monfet, sostenne di nuovo l'etiologia parassitaria della scabbia e considerò questi parassiti come i più minuscoli esistenti, corrispondenti anzi all'atomo di Epicuro: di qui il nome di acaro che significa in greco *indivisibile.*

Come ricorda S. Abbatucci (*La Presse Médicale,* n. 1, 1927), di nuovo tale asserzione cadde nell'oblio e di nuovo se ne risollevò nel 1685 per opera di un italiano, Cestoni, naturalista e farmacista di Livorno, che scrisse a riguardo una monografia dal titolo: «Osservazioni intorno alli pellicelli del corpo umano, insieme con altre nuove osservazioni». Cestoni, nella sua monografia, descrive il parassita, così come oggi si sa che si presenta il *Sarcoptes scabiei,* ne indica il modo di trasmissione per contagio diretto o indiretto, stabilisce il meccanismo di produzione delle lesioni cutanee, e indica la cura, che si avvicina molto a quella odierna.

A questo punto la storia dell'acaro della scabbia sconfina nella beffa. Galés, farmacista capo dell'Ospedale Saint-Louis ebbe da Alibert, come argomento di tesi, l'incarico di studiare appunto la scabbia, dato che la denominazione francese di questa malattia (*gale*) ricordava molto da vicino il suo nome. E Galés descrisse anche lui un parassita della scabbia, che differiva però morfologicamente da quello in precedenza descritto dal Cestoni; fatto questo che trovò in Francia molti sostenitori. Il reperto di Galés, però, non fu riconfermato da altri e subito contro di esso si elevò un coro di proteste. Ma avendo Lugol nel 1829, proposto un premio di 100 scudi a chi scoprisse il parassita della scabbia, Raspail (l'autore della terapia con la canfora) svelò pubblicamente la frode di Galés, indicando come il farmacista guascone aveva ben tenuto fede alla fama del suo paese e che aveva indicato come sarcoptes scabiei non altro che un mite verme del formaggio.

E fu così che nel 1834, finalmente, Renucci, uno studente corso, potette inconfutabilmente dimostrare l'esistenza dell'acaro nelle lesioni scabbiose, presentandolo sulla punta di uno spillo ad Alibert, durante una conferenza di questo, dopo averlo dinanzi a lui estirpato da lesioni di cui era portatore.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretto dal prof. GIUSEPPE ZAGARI

IL METABOLISMO BASALE NELL'OSSALURIA

NOTA III

per il dott. ERMANNO LOMBARDI
Assistente Ordinario

In una mia precedente nota « Sulla patogenesi dell'ossaluria », pubblicata sulla *Riforma Medica* (A. 1926, N. 37), accennai alle diverse teorie, che attualmente si contendono il campo per la spiegazione di questo problema, e tra le altre a quella, la più seguita, che la mette in rapporto ad un rallentamento del metabolismo in genere, o dei soli idrati di carbonio.

Portai dati sperimentali comprovanti la produzione di ossaluria in individui indenni, mediante la somministrazione per os, di uno speciale stipite di *bacterium coli* ossaligeno, isolato da me e da Piccininni, e dimostratosi ossaligeno in vitro. Potei constatare che l'acido ossalico introdotto nell'organismo con alcuni alimenti, che ne sono ricchi, solo in piccola quantità viene emesso con la urina, essendo un corpo ossidabile, ed assodai che l'alimentazione può influenzare variamente l'escrezione ossalica urinaria, poichè con la dieta mista di sostanze proteiche e di idrati di carbonio essa è maggiore che non con la dieta esclusiva di sostanze proteiche; o di idrati di carbonio; e ne diedi la spiegazione.

Un altro lato del problema della patogenesi dell'ossaluria mi è parso interessante sviluppare, lato già affrontato e discusso variamente da diversi AA.: quale importanza cioè possa attribuirsi al metabolismo, in quei casi in cui esso fosse rallentato per la formazione dell'acido ossalico, e se eventualmente una tale alterazione metabolica potesse avere una decisa importanza nella determinazione dell'ossaluria.

Ho cercato risolvere i seguenti quesiti:

a) Individui a metabolismo rallentato presentano sempre e costantemente l'ossaluria? (Non intesa solo nel senso di abbondante sedimento urinario di ossalati, riscontrabili al microscopio, ma di alta percentuale, per mille, di acido ossalico eliminato).

b) Gli scambi respiratori rallentati sono di per sè stessi causa di ossaluria?

I diversi AA. non sono tutti concordi a questo proposito: alcuni ammettono senz'altro la dipendenza assoluta dell'ossaluria dal metabolismo rallentato (Cantani, Prout, Beghie, Kausch ecc.) altri negano simile rapporto, invocando cause diverse nella produzione di questa sindrome. Per i primi l'ossaluria è l'appannaggio necessario di un tipo speciale, a ricambio torpido, che tende per legge atavica al risparmio dell'energia.

Non pare ammissibile che l'ossaluria sia un'affezione esclusiva di questi tipi costituzionali, quantunque forse li prediliga, principalmente perchè numerosi sono i casi, in cui la si riscontra, nel mentre le loro combustioni organiche sono vive, ed alle volte anche troppo accelerate.

La ragione della maggiore frequenza con cui l'ossaluria si riscontra nei soggetti a ricambio torpido, pare invece che dipenda da tutt'altra causa, che non dal metabolismo rallentato.

Le mie presenti ricerche tendono appunto allo studio della patogenesi dell'ossaluria, da questo punto di vista.

Golding Bird, Bence Jones ed altri parlavano già di diatesi ossalica (1842-1844) e Cantani, tra i più in vista, fu il più fervente assertore di questa teoria. Egli collocò l'ossaluria (diagnosticata allora solo dall'abbondante sedimento di ossalati, riscontrabile al microscopio) tra le malattie del ricambio materiale, così come il diabete e la gotta; anzi ne fece tutto un gruppo di affezioni, che si riscontrano in individui « a diatesi uro-ossalica ». Notò i rapporti tra il diabete, l'obesità e la gotta e parlò degli ossalurici, quali dei diabetici in potenza.

Egli riteneva l'ossaluria come la malattia più affine al diabete, perchè se in questo lo zucchero non viene utilizzato ed abbandona l'organismo come tale, nella ossaluria l'ossidazione degli zuccheri devia dal cammino regolare ed invece di dare per prodotto finale della combustione acqua ed acido carbonico, dà acido ossalico, che è un corpo meno ossidato dell'acido carbonico.

$$\text{acido oss.} \begin{matrix} COOH \\ COOH \end{matrix} + O = 2\,CO^2 + H^2O$$

Anche Fürbringer notò questa relazione, mentre Reale e Boeri, Terray, Aiello ecc. facendo inspirare a cani, ai quali avevano applicato busti alla Sayre, aria a scarso contenuto di ossigeno, videro aumentare l'escrezione ossalica urinaria. Sicchè attualmente domina ancora la teoria che l'ossaluria sia l'esponente di un ricambio torpido, di un metabolismo basso.

Col presente lavoro è mio intendimento stabilire:

1. Il comportamento dell'escrezione ossalica in individui a differente metabolismo basale.

2. Se la somministrazione *per os* del *bacterium coli* ossaligeno, isolato da me e da Piccininni, possa provocare ossaluria in individui, a metabolismo basale diametralmente opposto.

ESPERIENZE PERSONALI. *Metodo di dosaggio dell'acido ossalico*. Mi son servito, per i dosaggi dell'acido ossalico urinario, dello stesso metodo di Salkowski e Mac Lean che potei controllare nello scorso anno e che mi diede risultati molto precisi. Esso è descritto nell'altra mia nota « Sulla patogenesi dell'ossaluria » (*Riforma Medica*, A. 1926, n. 37).

Determinazione del metabolismo basale.

Come è noto, per metabolismo basale intendiamo, la quantità di calore, espressa in grandi calorie, prodotta per ora e per mq. della superficie del corpo, allorchè il soggetto è in riposo completo, a digiuno da 14-16 ore, in un atmosfera di temperatura media di 16°C., sufficientemente coperto, da non dover reagire contro stimoli di freddo, o di caldo.

Per la sua misurazione mi son servito del metodo della calorimetria indiretta, con un apparecchio a circuito aperto. Per mezzo di questo, il paziente aspira l'aria dell'esterno e la espira in un recipiente, munito di raccordi, che da una parte lo mettono in comunicazione con uno spirometro per la misura dell'aria respirata e dall'altra con un apparecchio per l'analisi dell'ossigeno e dell'acido carbonico, contenuti nell'aria espirata. Conoscendo il vol. di CO_2 e di O_2, si desume il valore del quoziente respiratorio e quindi delle calorie prodotte in un dato tempo.

Il valore del metabolismo basale è indicato da una cifra preceduta dal segno positivo o negativo e che rappresenta il % in più, o in meno del M. B. di un soggetto sano dello stesso sesso e della medesima età di quello esaminato.

I soggetti di cui mi son servito nelle mie esperienze, tenuti nelle migliori condizioni dovute, sono i seguenti:

1.) S. F. di anni 36, da Sorrento, bottaio.

E' stato forte bevitore e si contagiò di lues a 20 anni. Attualmente ha cirrosi atrofica di Laennec.

2.) C. A. di anni 30, contadino, da Bellavista (Portici). Da diversi anni accusa dei disturbi gastro-enterici, consistenti in diarree periodiche, alle quali succede stipsi ostinata. Si lagna spesso di dolori lombari.

Ha enterite cronica.

3.) I. G. di anni 60 da Resina, pescatore.

Ha goduto sempre buona salute, ma da varii anni ha visto ingrossare le ghiandole linfatiche del collo, delle ascelle e degli inguini. Si è potuto diagnosticare una linfoadenosi aleucemica.

4.) B. N. di anni 22, da Torre Del Greco. Presenta sindrome parkinsoniana post-encefalitica. (Il caso è riportato nell'altra mia nota «Sulla patogenesi dell'ossaluria» nota II. *Riforma Medica* a. 1926, pag. 870).

5.) Z. G. di anni 26, da Napoli. Ha sintomi d'insufficienza ipofisaria, da tumore dell'ipofisi (anche questo caso è riportato come il precedente).

6.) M. C. giovane contadino da S. Biagio Saracinesco (Caserta) Presenta tutti i segni caratteristici del morbo di Basedow (riportato come gli altri due precedenti).

Ho ottenuto i risultati, riassunti nella seguente tabella:

Malattia	Dieta priva di cibi contenenti acido ossalico.	Acido ossalico elim. nell'urina delle 24 ore.	Metabolismo basale %
1. Cirrosi	— —	gr. 0.014463	— 22
2. Enterocolite	— — —	» 0.02817	+ 13
3. Linfoadenosi aleuc.	— —	» 0.062673	+ 28
4. Sindr. post-encef.	— —	» 0.0065	— 21
5. Tumore dell'ipof.	— —	» 0.01629	— 21
6. Morbo di Basedow	— —	» 0.01542	+ 41

Digitized by Google

Dalla superiore tabella risulta evidente che nei soggetti esaminati, l'escrezione ossalica urinaria, non ha alcuna dipendenza dal metabolismo basale. Difatti mentre i casi 4. e 5. hanno l'identico metabolismo basale, pure la loro eliminazione ossalica urinaria è differente (nel 4° gr. 0.0065; nel 5° gr. 0.01629).

Tipici sono poi i risultati ottenuti nel 5° e 6° caso, e su questi mi pare utile fare delle speciali considerazioni, poichè si tratta di malattie, in cui il M. B. è diametralmente opposto.

Sappiamo che il M. B. in diverse malattie non presenta alcuna rilevante variazione, mentre in altre è costantemente abbassato, o aumentato. E' noto che è aumentato: nelle malattie della tiroide con segni di iperfunzione (morbo di Basedow), nelle sindromi dipendenti da iperfunzione dell'ipofisi, nella leucemia e negli stati febbrili.

È ordinariamente abbassato: nelle sindromi da ipofunzione tiroidea (mixedema, cretinismo, gozzo colloide), dei surreni (morbo di Addison), dell'ipofisi, dell'ovaio, dei testicoli ecc.

Il caso 5°, come si può rilevare, presentava sintomi d'insufcienza ipofisaria: il metabolismo basale era — 21, l'escrezione ossalica urinaria delle 24 ore di gr. 0,01629.

Il caso 6° (morbo di Basedow) aveva il metabolismo basale + 41 e l'escrezione ossalica urinaria era di gr. 0.01542.

Come si vede, in questi due casi si ha il metabolismo basale basso nel 5° e notevolmente elevato nel 6° mentre l'escrezione ossalica urinaria è quasi identica in entrambi.

È quindi evidente, almeno per quanto può dirsi dall'esame di questi casi, che nessun rapporto esiste tra metabolismo basale ed escrezione ossalica urinaria.

Il metabolismo attivo o torpido può esercitare una qualche influenza sulla più o meno attiva combustione dell'acido ossalico nell'organismo, ma non è la causa precipua dell'ossaluria. I risultati ottenuti da Reale e Boeri, Terray ed Aiello, si possono rapportare ad una deficiente ossidazione di questo corpo, nelle condizioni realizzate dagli AA. nelle loro esperienze.

A maggiore dimostrazione di quanto son venuto esponendo, mi piace riportare i risultati ottenuti sulla variazione dell'escrezione ossalica urinaria delle 24 ore, nei due casi 5° e 6°, dopo che si era a questi stessi somministrato *per os* il *bacterium coli* ossaligeno, isolato da me e da Piccininni.

Riporto i risultati nella tavola seguente:

	Acido ossalico eliminato norm. nelle 24 ore	Dopo 3 giorni di somm. del B. coli ossal.	Dopo 7 giorni di detta somm.
Caso V	gr. 0.01629	gr. 0.14655	gr. 0.05206
Caso VI	» 0.01542	» 0.13063	» 0.15063

Si nota da questa tavola, che la somministrazione del *bacterium coli* ossaligeno provoca in entrambi i casi una rilevante ossaluria, ma che questa raggiunge un grado molto elevato nel Basedowiano, al 7° giorno, mentre è più modica nella paziente con insufficienza ipofisaria.

Tra le ipotesi che potrebbero emettersi, per spiegare questi risultati, a me pare che la più verosimile sia quella di ammettere che il *bacterium coli* ossaligeno abbia trovato nell'ambiente intestinale del Basedowiano, condizioni più favorevoli al suo attecchimento e sviluppo che non nell'altra, e che quindi in questa il M. B. basso non abbia affatto influenzata o favorita l'escrezione ossalica urinaria.

Conclusioni. — Dalle esperienze innanzi riportate si possono trarre le seguenti conclusioni:

1. Il metabolismo basale elevato, o diminuito, non determina alcuna speciale azione sulla formazione ed eliminazione dell'acido ossalico urinario.

2. La somministrazione *per os* del *bacterium coli* ossaligeno provoca sempre una rilevante ossaluria, in individui con metabolismo basale sia elevato, sia rallentato.

BIBLIOGRAFIA

Cantani. Le malattie del ricambio, Ed. F. Vallardi 1875. — Liotta. D. Annali di Clinica Terapeutica. Anno III. vol. VI, n 3 — Loeper-Teissier. Presse Médicale, vol. II, a. 1911. — Lombardi E. e Piccininni. Riforma Medica, a. 1925, nota I. — Lombardi E. Riforma Medica, a. 1926. nota II.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI PISA
diretta dal prof. D. TADDEI

ESCISIONE TRANSGASTRICA DELL'ULCERA GASTRICA

per il dott. LAMBERTO MARIO MORICONI — Assistente

Intendo sotto tale titolo descrivere uno speciale trattamento chirurgico ideato ed applicato dal mio Maestro, che non ho trovato descritto non solo nell'immensa bibliografia riguardante la cura chirurgica in genere dell'ulcera gastrica, ma neppure in alcune pubblicazioni comparse sotto lo stesso titolo di Escisione dell'ulcera gastrica. Ho potuto infatti rilevare, studiando l'argomento, che viene anche chiamata escisione d'ulcera gastrica ogni resezione segmentaria di stomaco, ad es. ricorderò tra esse quella più nota quale la resezione a sella per ulceri della piccola curva. Questo determina una notevole confusione, poichè la denominazione di escisione dell'ulcera gastrica non risponde davvero agli intendimenti ed alla conseguente opera del chirurgo che intende asportare un tratto di stomaco e non la sola ulcera ed il tessuto malato, corrispondente ai margini dell'ulcera stessa.

L'intervento di cui intendo parlare, diretto sull'ulcera, è quello per cui dallo stomaco per mezzo di gastrotomia anteriore si asporta completamente il tessuto malato lasciando intatto il tessuto circostante, intervento, cui a differenza degli altri surricordati, mi pare spetti la denominazione di escisione dell'ulcera gastrica. Questo intervento fra i più conservativi che ha dato dei buoni risultati in alcuni casi operati in questa Clinica, ha delle particolari indicazioni. Esso merita anche l'aggettivo «transgastrico» perchè l'escisione si fa diversamente che nel metodo di Balfour sotto la guida della vista attraverso gastrotomia.

Non è il caso che qui mi fermi a fare la storia dei trattamenti chirurgici dell'ulcera gastrica, dalla semplice gastroenterostomia dei primi tempi fino alle recenti ampie resezioni di stomaco. Solamente debbo accennare alla termocauterizzazione dell'ulcera alla Balfour, essendo questo l'intervento che più si avvicina al nostro nell'intendimento di toglier via il solo tessuto malato ed al quale quindi pure giustamente s'addice il nome di escisione.

Balfour nel 1914 propose di intervenire direttamente sull'ulcera onde distruggerla col calore della punta incandescente del termocauterio.

Tale intervento si può così riassumere: estrinsecazione quanto più è possibile dello stomaco attraverso la ferita laparotomica, individualizzazione dell'ulcera sia coll'ispezione che colla palpazione. In corrispondenza di essa si perfora lo stomaco a tutto spessore dall'esterno all'interno. Quindi sutura della piccola breccia ed eventuale gastro-enterostomia.

Quando il peritoneo viscerale sia molto ispessito oppure, come è frequente nelle ulceri della piccola curva, il piccolo omento sia aderente, devesi togliere l'aderenza od incidere l'ispessimento in corrispondenza dell'ulcera onde metterla meglio in evidenza prima di cauterizzarla.

Nel 1918 Balfour riferiva di 215 casi operati col metodo suddetto, l'autore è convinto della bontà del suo metodo basandosi sui buoni risultati ottenuti, ma premette che è esso da praticarsi solo quando lo *stomaco sia mobilizzabile*. Metodo perciò impossibile ad essere seguito nei sottoriferiti casi, tutti con stomaco fissato da aderenze, nei quali s'è invece adoperato quello dell'escisione transgastrica.

I. Giovanni D., 55 a. da Peccioli, entra in Clinica il 19-X-25.

Ebbe i primi dolori dopo un'ora dal pasto localizzati all'epigastrio circa 6 anni or sono, dopo un po' di tempo ricorse alle cure mediche (magnesia usta e dieta bianca) e si sentì migliorato. Mentre trovavasi in un periodo di benessere fu colto dai soliti dolori e da ingenti ematemesi, continuò la cura medica dalla quale ha tratto apparente vantaggio sino al settembre u. s. Allora risopravvennero intensi dolori all'epigastrio, che venivano mitigati solamente coll'ingestione di cibo. Pochi giorni or sono fu colto da lipotimia, a cui ha fatto seguito una copiosa melena.

Anamnesi personale e familiare: negative.

Condizioni generali scadenti.

All'esame radioscopico rivelasi un'ulcera della piccola curva con escavazione nella porzione mediogastrica.

Digitized by Google

Operazione (22-X-25) (Taddei). Laparotomia mediana xifoombelicale. Si trova in corrispondenza della piccola curva proprio a metà un'ulcera callosa visibile per le aderenze e per l'ispessimento del piccolo epiploon palpabile e della consistenza dura, grossa come una mezza noce. Si ritiene opportuno di procedere alla escisione dell'ulcera non potendo praticare la resezione gastrica date le condizioni del malato. Incisione della parete anteriore dello stomaco dalla piccola verso la grande curva iniziante ad 1 cm. da essa per l'estensione di 4 cm. La gastrostasi è praticata sollevando la parete ant. dello stomaco, per mezzo di pinze chaput applicate ai margini della ferita gastrostomica, in modo da ottenere anche divaricazione di essa. Si mette così bene in evidenza l'ulcerazione tipica imbutiforme, che si approfonda fino alla sierosa; la perforazione evidentemente non è avvenuta per la reazione perigastritica. Escisione

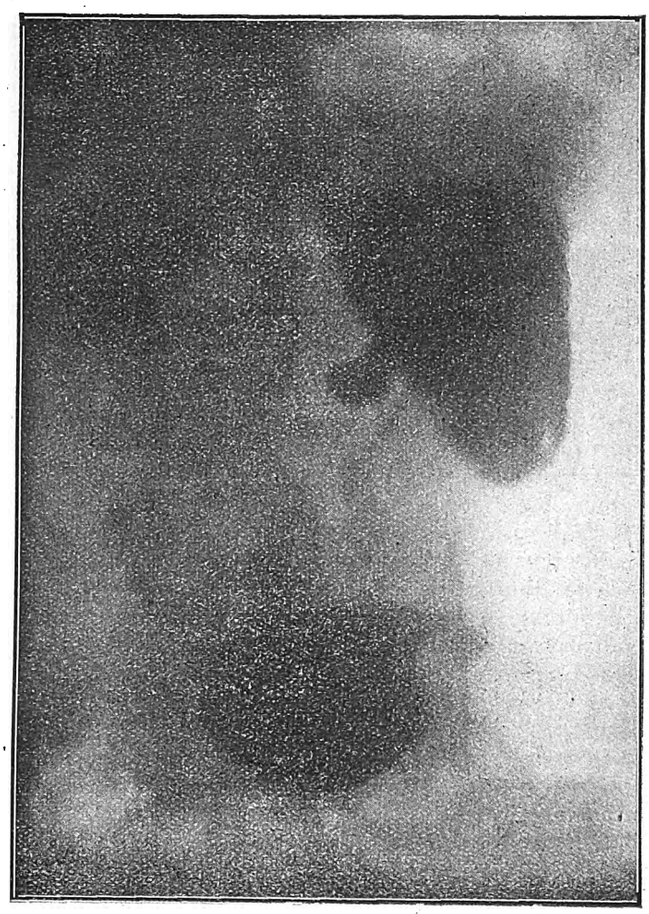


Fig. 1.

circolare dell'ulcera a 2-3 mm. dai margini callosi. Sutura con seta sottile dei margini della incisione senza alcuna sutura di rinforzo, la sutura si fa continua. Gastrorrafia con seta robusta.

Gastroenterostomia posteriore transmesocolica lunga 7 cm. verticale. Sutura delle pareti addominali.

Il decorso postoperatorio è stato ottimo. Esce guarito di prima intenzione il 10 novembre 1925 e in condizioni generali in via di ristabilmento.

Riveduto dopo 14 mesi dall'intervento, presentasi notevolmente ingrassato, è aumentato 11 kg., riferisce di non avere più avuto alcun disturbo, sottoposto ad un esame radiologico si vede che lo stomaco ha una morfologia normale e si svuota regolarmente.

II. Amato G., 33 a., entra il 7-1-26.

E' già stato operato due volte per ulcera gastrica, la prima volta è stata praticata solamente la gastroenterostomia, la seconda resezione gastrica e nuova gastroenterostomia.

E' stato dopo l'ultimo intervento bene per 4 mesi, allorchè fu colpito improvvisamente da dolore molto intenso all'epigastrio e da vomito biliare e alimentare, il dolore era quasi continuo con brevi intervalli ed il vomito molto frequente. Una volta il vomito è stato ematico. Attualmente persiste il dolore ed il vomito, ma non ematico; esiste sangue nelle feci.

Le condizioni generali sono scadenti, il paziente oltre la cura chirurgica già ha esperimentato ogni cura medica; è divenuto accanito morfinomane.

All'esame radioscopico si vede uno stomaco a clessidra con restringimento mediogastrico di apparenza spastica. Lo svuotamento è rapidissimo, la palpazione nel punto ristretto è dolorosissima.

Operazione (9-1-26) (Taddei). Aperto l'addome trovansi una grande quantità di aderenze in gran parte epiploiche in tutta la regione piloro-duodenale, inoltre lo stomaco è aderente al colon trasverso. Negativa l'ispezione e la palpazione della piccola curva. In corrispondenza della gastroenterostomia si sente un ispessimento grosso come una noce. Non essendo possibile riconoscere dall'esterno la sede dell'ulcera si pratica una gastrotomia verticale nella parete anteriore. Si conferma così l'inesistenza di ulceri nella piccola curva e si constata la presenza invece di una grande ulcera ellittica in corrispondenza di un angolo della bocca anastomotica, l'ulcera ha il volume di una nocciuola a fondo pallido lardaceo, a margini duri. Si pratica con bisturi e pinze la escisione del tessuto lardaceo dei margini e del fondo così ad interessare quasi completamente lo spessore del sottile strato residuo della parete gastrica. Sutura in catgut n. 3 dei margini della escisione; viene ad aversi così una linea di sutura che prosegue a sinistra la direzione della prima gastroenterostomia. Sutura in seta della gastrotomia. Sutura della parete addominale.

Il decorso post-operatorio è stato ottimo, guarigione per primam, viene dimesso il 29-1-26 in migliorate condizioni generali, ma accusa sempre dolori addominali vaghi e senso di bruciore, non più vomito.

Rivisto dopo 12 mesi dall'intervento il paziente dice di avere sempre dolore all'epigastrio, bruciore e qualche volta vomito; il dolore è tanto forte, dice, da dover ricorrere alla morfina, ma all'esame radiologico non trovasi spiegazione di tali fatti. Lo stomaco si vuota benissimo e non presenta alterazioni patologiche. Dai familiari si apprende che continua ad essere un accanito morfinomane.

III. Cherubina M., 45 a., da Putignano. Entra in Clinica il 6-11-26.

E' ammalata da 19 anni, in tale epoca cominciò ad avere eruttazioni acide e dolore, insorgente circa 2 ore dopo l'ingestione dei cibi, e localizzato all'epigastrio; dopo 1 ora di sofferenza tutto scompariva senza aver dato luogo a vomito nè alimentare nè ematico. Così all'ora del pasto seguente si sentiva bene ed avendo appetito mangiava con piacere, ma sempre dopo circa 2 ore ritornava il dolore epigastrico e le eruttazioni acide. Tale sintomatologia durava qualche giorno, scompariva completamente seguita da un periodo di benessere per poi ricomparire cogli stessi caratteri. Dopo alcuni anni ai fatti suddescritti si aggiunse vomito alimentare, che accompagnava sempre l'acme dolorifico e recava sollievo alla paziente. In questi ultimi anni le sofferenze ed il vomito sono aumentati causando un notevole scadimento delle condizioni generali tanto da decidere la paziente a ricorrere all'opera del Chirurgo. Non pare vi sia mai stata melena nè ematemesi.

L'esame radiologico conferma la diagnosi clinica di ulcera dello stomaco e più precisamente della piccola curva con formazione di nicchia evidentissima e clessidra mediogastrica (vedi fig. 1).

Operazione (8-11-26 (Taddei). Laparotomia dell'apofisi ensiforme fino a 1 dito sopra l'ombelico. Si notano fatti diffusi di perigastrite, aderenze dello stomaco alla cistifellea, alla parete inferiore del fegato, alla parete addominale. Si riconosce la presenza di un'ulcera della piccola curva nella sua porzione intermedia grande come una mezza nocciola a margini duri; non esiste la clessidra riscontrata radiologicamente, la quale deve quindi ritenersi di natura spastica. Gastrotomia verticale lunga 5 cm. sulla parete anteriore tra la grande e piccola curva, accurato isolamento dello stomaco. Escisione col bisturi dei margini e del fondo dell'ulcera, sutura dei margini della mucosa sana corrispondente con punti staccati in catgut n. 2. Sutura della ferita gastrostomica prima totale perforante in seta; cambio di guanti, sutura siero-muscolare.

Sia perchè l'esame radiologico aveva dimostrato che lo stomaco si svuotava bene, sia perchè la malata è in condizioni generali molto scadenti si crede opportuno di riporre i visceri e di praticare la sutura a strati della parete addominale senza praticare cioè la gastroenterostomia.

Decorso postoperatorio ottimo. Guarigione per primam. Esce il 27-11-26. Ho potuto rivedere circa 12 mesi dopo l'intervento la paziente, la quale è aumentata 10 kg. di peso, riferisce di stare benissimo, l'esame radiologico dimostra una perfetta conformazione della piccola curva ed un regolare svuotamento (vedi fig. 2).

IV. Spartaco P., a. 38 da Pisa. Entra in Clinica il 16-VIII-26.

Soffre di disturbi gastrici da circa 10 anni. Fino ad 1 anno fa si mantennero di lieve entità e si alternarono a lunghi periodi di completo benessere; per tutti questi anni avvertiva senso di peso alla regione epigastrica dopo l'ingestione dei cibi e pirosi assai molesta, l'appetito era conservato. Or è un anno che ai suddetti fatti s'è sostituito un dolore epigastrico che insorge a stomaco vuoto, l'ingestione di cibo lo fa scomparire arrecando benessere al paziente per un paio d'ore, ma poi rinsor-

Digitized by Google

ge accompagnato da pirosi intensa. Non v'è mai stato vomito nè alimentare nè ematico neppure in questo ultimo periodo; pare che abbia avuto melena, però attualmente non esiste traccia di sangue nelle feci. Si è sottoposto a cure mediche, ma dice di non averci trovato alcun giovamento.

Fig. 2.

L'esame radiologico non è possibile completarlo colla radiografia per un'eccessiva peristalsi; si è potuto solamente rilevare una deformità del bulbo duodenale.

Operazione (17-VIII-25) (Taddei). Laparotomia mediana sopraombelicale. Si trova un grande stomaco, si vede e si palpa in corrispondenza della parte alta della piccola curva un ulcera che alla palpazione è dell apparente volume di una nocciuola, un altro ispessimento è in corrispondenza del piloro, il quale appare però largo. Esistono estese aderenze fibrose tra la seconda porzione del duodeno, colon, epiploon gastroepatico. Si pratica: I. Gastrotomia verticale lunga 4-5 cm. dalla piccola curva in basso sulla parete anteriore. Gastrostasi praticata sollevando lo stomaco; si mette così in evidenza un'ulcera profonda che interessa la muscolare e con una cavità di mezzo pisello. Escisione completa dell'ulcera stando a 3-4 mm. dai margini ed in profondità al piano muscolare. Sutura dei margini con seta. Sutura della gastrotomia alla Lambert. II. Gastroenterostomia verticale transmesocolica colla tecnica della Scuola descritta da Bufalini. Il decorso postoperatorio fu complicato da fatti bronchiali, ma tuttavia il paziente potè abbandonare completamente guarito la Clinica 13 giorni dopo l'intervento.

Nei successivi esami a scopo di controllo dell'esito operativo, non s'è mai constatato alcun ritorno ai fatti patologici ante-operatori. L'ho rivisto anche 6 mesi dopo l'intervento e pure radiograficamente ho potuto ben sincerarmi delle ottime condizioni in cui egli dice di trovarsi; è aumentato 5 kg. di peso.

V. Teresita D., a. 66, da Chiesina Uzzanese. Entra in Clinica il 17-XI-26.

E' ammalata da circa 25 anni, in quel tempo accusò il primo dolore epigastrico che insorgeva mezz'ora dopo il pasto andava aumentando fino a che dopo circa 1 ora era colta da vomito, costituito dal cibo precedentemente ingerito; non ematemesi nè melena. Tali fatti fino a quest'ultimi anni duravano per un periodo di circa 1 mese, quindi poi scomparivano completamente per ricomparire quando la paziente si ritrovava in completo benessere anche dopo un anno. Negli anni ultimi decorsi tale crisi si è ripetuta ad intervallo di tempo minore. Ora è circa due mesi le sono nuovamente sorti i vivi dolori dell'epigastrio ed il vomito, questi non ancora hanno lasciato la paziente, che trovandosi nell'impossibilità di nutrirsi è in questo frattempo ridotta in condizioni generali scadenti. Non ematemesi neppure nel presente periodo, nelle feci si trovano tracce di sangue (3 ‰).

L'esame radiologico mostra uno stomaco a clessidra con evidente ulcera della piccola curva nella porzione cardiaca (vedi fig. 3).

Operazione. (19-XI-26) (Taddei). Laparotomia mediana sovraombelicale. Con la divaricazione dell'arco costale sinistro si riesce a mettere in evidenza un blocco costituito da un addensamento connettivale del piccolo epiploon; si palpa attraverso la parete gastrica un'ulcera corrispondente alla parete posteriore della piccola curva nella porzione cardiaca. Vi penetra il polpastrello dell'indice. La clessidra riscontrata radiologicamente si deve ritenere spastica, non esistendo attualmente. Data l'età della paziente, data la sede dell ulcera non si ritiene indicata una resezione od una gastroenterostomia. Isolati i margini della ferita si pratica una incisione verticale lunga 4 cm. iniziante dalla piccola curva; con la divaricazione si mette bene in evidenza l'ulcera. Si escide l'ulcera a qualche mm. dai margini. L'ulcera ha una forma ovalare, della grandezza di mm. 15 per 9 con grande asse diretto verticalmente. Essa si approfonda anche nella muscolare. Sutura a punti staccati della ferita risultante con punti staccati in catgut n. 2. Sutura della ferità gastrotomica con seta sottile, totale, continua, interrotta. Sutura siero-sierosa. Toilette, riposizione dello stomaco e sutura a 3 strati della parete addominale.

Esce completamente guarita per prima intenzione il 6-XII-26, il decorso postoperatorio è stato ottimo, non più i dolori epigastrici nè il vomito, che erano persistiti fino al giorno dell'intervento.

L'esame radiografico ci mostra la scomparsa della nicchia, una piccola curva regolare ed uno svuotamento normale (vedi fig. 4).

VI. Giulia S., 56 anni, da Peccioli. Entra in Clinica il 12-11-1927.

Or sono 25 anni ebbe dolore trafittivo alla regione epigastrica, insorgente un'ora dopo il pasto; il dolore durava un'ora e scompariva con forti eruttazioni acide. Aveva dei periodi di benessere di qualche mese. Tale sintomatologia si mantenne nei primi anni, ma poi durante il dolore in luogo dell'eruttazioni cominciò ad avere vomito alimentare. Quindici anni or sono ha avuto, sempre all'epigastrio, crisi dolorifiche intense. Col passare degli anni fino a tutt'oggi, nonostante le numerose cure mediche, la paziente ci riferisce di essere gradatamente deperita e di avere più frequenti periodi dolorifici e vomito; inoltre in questi ultimi

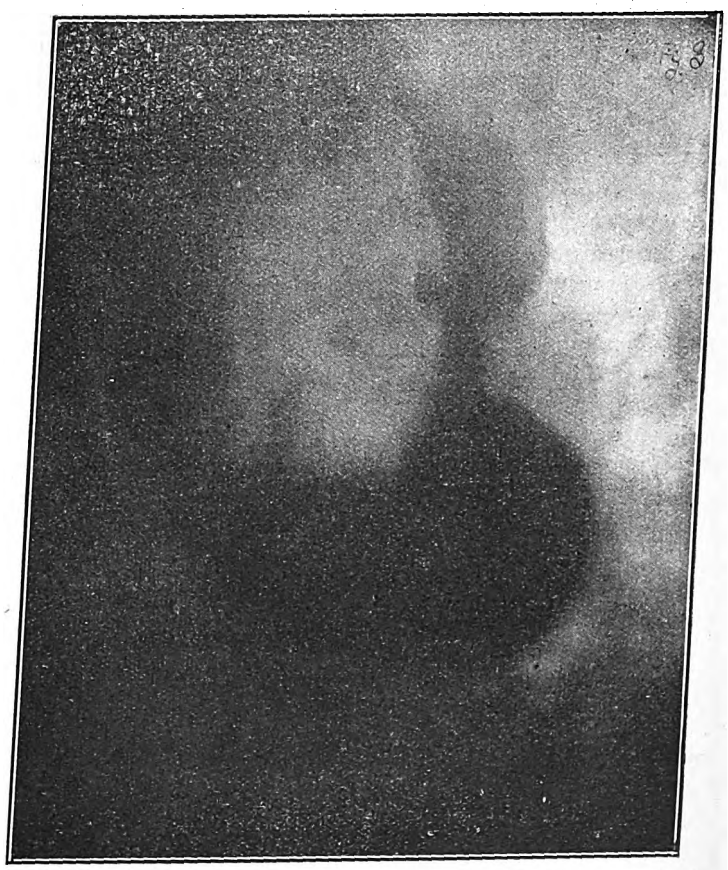


Fig. 3.

mesi il dolore all'epigastrio è rimasto sempre fisso. Non ha mai notato tracce di sangue nè col vomito, nè colle feci.

Donna in condizioni generali scadenti.

La radiografia ci mostra una grande ulcera con nicchia della piccola curva e stomaco a clessidra.

Operazione (15-11-27) (Taddei). Laparotomia mediana sopraom-

Digitized by Google

belicale. Si trova un'ulcera della piccola curva nella parete posteriore dello stomaco, che riesce bene palpabile anche attraverso la parete anteriore; in corrispondenza di essa esiste una massa dura irregolare che fissa la piccola curva profondamente. All'esplorazione della parete posteriore dello stomaco si vede che la massa suddetta fa corpo col pancreas. Inoltre lo stomaco presenta la clessidra mediogastrica già riscontrata radiologicamente. In corrispondenza dello strozzamento della clessidra si pratica una gastrotomia trasversale lunga 5 cm. L'ulcera si presenta del volume e della forma di mezza noce con fondo lardaceo riposante su una larga placca di tessuto cicatriziale. Escisione circonferenziale dei margini dell'ulcera e raschiamento del fondo con cucchiaio di Volkman. Plastica della incisione gastrotomica suturandone i margini in senso opposto cioè verticalmente. Con grande difficoltà per la tenace aderenza

Fig. 4.

si pratica una gastroenterostomia posteriore verticale transmesocolica. Sutura delle pareti addominali.

La paziente è tuttora degente in Clinica, ha un buon decorso postoperatorio. Data la pochezza di tempo dall'intervento è prematuro ogni apprezzamento sugli effetti di esso.

I risultati ottenuti nei casi sopradescritti mi sembrano tali da far ritenere l'intervento degno di essere conosciuto ed applicato, nei casi nei quali trova la sua indicazione.

Per quante ricerche bibliografiche io abbia fatto non mi è stato possibile lo ripeto ritrovare che esso sia stato praticato colla tecnica ideata e seguita dal Taddei.

L'intervento tipico si può così riassumere:

Dopo il più accurato isolamento con compresse, apertura dello stomaco (estrinsecato il più possibile fuori della ferita laparotomica) con incisione lunga 4-5 cm., verticale dalla piccola alla grande curvatura, sulla sua faccia anteriore; esplorazione della cavità gastrica. La sede della gastrotomia, sempre sulla parete anteriore, varia a seconda della posizione dell'ulcera. A 3-4 mm. dai margini dell'ulcera già di solito ben localizzata colla ispezione e palpazione esterna tutto all'intorno di essa si incide la mucosa ed il tessuto sottostante fino ad una profondità variabile, tale da lasciare solo il connettivo cicatriziale di reazione; il tessuto ulceroso si asporta. Sutura dei margini della breccia residua con punti staccati in catgut. Sutura della gastrotomia: prima totale, poi cambio di guanti quindi sierosierosa. Gastroenterostomia posteriore verticale transmesocolica quando si creda possibile o conveniente.

Una particolarità di questo intervento è la gastrotomia anteriore; con essa è possibile intervenire in qualunque stomaco anche se fissato ad aderenze, cosa facilissima ad aversi quando il processo è impiantato, come è frequentissimo sulla piccola curva e sulla faccia posteriore dello stomaco; con essa ci rendiamo conto *de visu*, sia principalmente della unicità o no dell'ulcera sia anche dell'aspetto di essa in rapporto ad eventuale avvenuta trasformazione cancerigna.

Moynihan pur essendo uno dei più autorevoli sostenitori degli interventi diretti sull'ulcera da cui riferisce di aver tratto ottimi risultati (nessuna recidiva in 17 operati) muove a tale genere d'interventi l'appunto di essere di applicazione limitata, non essendo possibile quando vi siano aderenze.

Tutti i chirurghi sono d'accordo nell'imputare a questi interventi di lasciare delle piccole ulcere indiagnosticabili dall'esame esterno e da ciò ne fanno derivare le numerose recidive; come ciò sia possibile lo confermano le statistiche portate da Friedmann che ha trovato nel 36 % la presenza di ulceri multiple e da Abadie che riferisce di aver trovato su 200 estese resezioni per 10 volte ulceri multiple non prima sospettate all'esame esterno.

La gastrotomia anteriore ci fa facilmente arrivare sul focolaio ulceroso senza dissecare delle aderenze coi vicini organi, che è spesso pericoloso e molte volte impossibile, e ci permette di asportarlo, inoltre come già ho detto essa ci fa rendere conto di altre eventuali alterazioni importanti sia per la cura che per la prognosi. All'obbiezione che la gastrotomia allunga il tempo dall'intervento e che le manualità endogastriche possono pregiudicare l'asepsi del campo, si può rispondere che sia per l'una che per l'altra è questione di abilità tecnica.

In tutti i casi operati dal mio Maestro, non è mai fuoriuscito materiale dallo stomaco grazie ad un accorgimento molto vantaggioso e facile ad eseguirsi al tempo stesso quale quello di far tenere sollevata dall'Aiuto la parete anteriore dello stomaco; si ottiene così una gastrostasi migliore che con qualunque gastrostato in molti casi per le aderenze inapplicabile. Inoltre viene fatto sempre il cambio di guanti e degli strumenti dopo la prima sutura della gastrorrafia, a tutto questo si unisce sempre il classico isolamento accurato con flanelle precedentemente alla apertura dello stomaco. A tali accorgimenti certamente devesi l'assoluta mancanza in tutti gli operati di fatti reattivi susseguenti all'intervento. Ma quegli interventi diretti che mirano all'asportazione dell'ulcera e di una ristretta porzione di stomaco periferica ad essa, presentano un altro grave fatto quando vengano eseguiti specialmente sulla piccola curva, come ho già ricordato resezione a sella da Taddei assolutamente abbandonata. Essi deformano lo stomaco e conseguentemente la sua motilità sia che si suturi parallelamente al grande asse che verticalmente, nel primo caso si ha un restringimento che porterà allo stomaco a clessidra, nell'altro lo stomaco viene trasformato in una specie d'imbuto o di una sacca deforme. Colla escisione tale fatto è molto diminuito e nei casi migliori si può considerare abolito, la perdita di sostanza infatti è minima sempre, e, quando non si abbia a che fare con casi gravi vicini alla perforazione, si può riuscire a rispettare il piano muscolare. Non vi è così bisogno di ricorrere a tutti quegli accorgimenti per diminuire i danni derivanti dalla perdita di sostanza. Citerò tra questi il procedimento di Ehrlich che mobilizza il piloro per diminuire la tensione della sutura trasversale seguente alla resezione segmentaria; quello di Ostermayer con plastica falciforme associata a piloro-plastica; quello di Payr colla resezione a scala. Tutti questi artifizi non riescono mai a ridare una forma fisiologicamente buona allo stomaco e inoltre prolungano molto di più l'intervento di quello che non faccia una semplice gastrotomia lineare e conseguente gastrorrafia.

Nella realizzazione di concetti operatorii è sempre necessario essere eclettici, come un individuo non è mai uguale al suo simile, ancor più nessuna lesione patologica è uguale all'altra e da ciò ne deriva la convenienza di una differenza di trattamento da caso a caso. Questo in linea generale, ora quando come nella nostra lesione in discussione a tale diversità debba aggiungersi una sì grande disparità di vedute sulla sua natura, è necessario che il trattamento chirurgico varii da caso a caso e si adotti così, invece di una condotta sistematica seguendo una determinata teoria, una condotta mutevole che cerchi di raccogliere dei differenti e molteplici concetti scientifici quanto di essi appare migliore e più indicato ai singoli casi. Tale condotta viene seguita

Digitized by Google

nella nostra Clinica. Ho creduto appunto necessario riferire particolarmente i casi nei quali è stato praticato il metodo in discussione, per mostrare le speciali condizioni individuali che hanno determinato ad attenersi ad esso invece che ad un altro, questi casi, per il loro decorso, servono inoltre a confermare i vantaggi di cui in parte già ho parlato.

Si tratta dunque di 5 casi a sintomatologia tipica di ulcera gastrica curati fino all'intervento con mezzi medici e di 1 caso di ulcera peptica in individuo già sottoposto a due precedenti interventi. Di essi 2 sono stati riesaminati dopo 1 anno dall'intervento, altri 2 dopo qualche mese e l'ultimo è stato operato in questi giorni. Il tempo di osservazione postoperatoria non è così molto lungo, ma la immagine radiografica colla sua nitidezza è in grado di svelarci oggi incipienti modificazioni che clinicamente si manifesterebbero dopo un più lungo periodo di tempo.

Dall'esame dell'anamnesi dei singoli casi rivelasi in tutti l'assoluta inefficacia delle varie cure mediche ed in uno la non infallibilità sia della gastro-enterostomia semplice che associata ad estesa resezione dello stomaco. Inoltre trattavasi in maggior parte d'individui in condizioni generali scadenti, con continue riacutizzazioni della sindrome ulcerativa e di età avanzata fino a raggiungere nel caso V 66 anni, malati dunque in complesso non molto resistenti, sia per l'età che per lo stato generale.

L'indagine radiologica è stata positiva in tutti i casi per ulcera gastrica: solo nel caso IV data l'eccessiva peristalsi non si potè documentare stabilmente con una radiografia.

Dai dati anatomopatologici rilevati durante l'intervento risulta trattarsi quasi sempre di stomaci fissati da tenaci aderenze: nel II caso tutta la regione piloro-duodenale è imbrigliata da aderenze epiploiche; nel III lo stomaco è aderente alla parete inferiore del fegato, alla cistifellea, alla parete addominale; nel V il piccolo epiploon è ridotto ad un ammasso connettivale infiammatorio; nel VI il blocco dell'ulcera faceva corpo con il pancreas.

In tutti i casi, tolto il II l'ulcera aveva sede nella piccola curva o in corrispondenza della sua metà o al di sopra di essa, nel V caso anzi l'ulcera era impiantata in prossimità del cardias, inoltre in tutti lo sviluppo dell'ulcera era avvenuto nella faccia posteriore; nel II caso l'ulcera recidiva era impiantata in vicinanza di un angolo della bocca anastomotica della pregressa gastro-enterostomia.

L'ulcera è sempre stata unica, non ha mai avuto caratteristiche da far pensare al neoplasma; gli esami istologici di controllo hanno in ogni caso tolto il dubbio, che l'età dei soggetti faceva sorgere.

Sono sempre stati interessati tutti gli strati fino alla sierosa rinforzata dal connettivo di reazione e fino ad essa si è spinta l'escisione meno nei due pazienti III e IV in cui fu sufficiente arrivare fino alla tonaca muscolare. L'ulcera di maggiore dimensione era larga 9 mm. e lunga 15 mm., aggiungiamo pure a questa altri 10 mm., 5 da un lato e 5 dall'altro, la perdita di sostanza residua è sempre minima e quindi insufficiente per deformare lo stomaco anche nei casi in cui si è tolta la muscolare, impossibile è ciò quando ci si è limitati alla mucosa e sottomucosa per la grande abbondanza di esse.

La gastrotomia è stata sempre praticata sulla faccia anteriore, lineare della lunghezza da 4 a 5 cm. La direzione fu perpendicolare alle curvature in tutti meno nell'ultimo caso, e ciò per la condizione speciale di quello stomaco. In quel caso si aveva infatti una clessidra cicatriziale già constatata radiologicamente, a livello dell'unione del fondo del corpo dello stomaco, perciò alla gastrotomia si dette una direzione trasversale onde potere correggere la deformazione colla sutura in senso verticale come poi fu eseguita. Ecco perciò un altro vantaggio della gastrotomia da aggiungersi ai già suddescritti.

Nell'ultimo caso dato il saldamento col pancreas l'escisione s'è limitata ai margini, il fondo è stato raschiato con cucchiaio di Volkmann, in questo caso inoltre a differenza di tutti gli altri non è stata praticata neppure la sutura, poichè la mucosa era friabile e fortemente adesa al blocco cicatriziale, inoltre tale era l'ampiezza della cavità ulcerosa, che, anche riuscendo a farvi scorrere al disopra la mucosa, sarebbe rimasto uno spazio vuoto. Non si tratta dunque in questo caso di un'applicazione esatta del metodo descritto.

Credo opportuno aprire una piccola parentesi onde prevenire un'obbiezione ed una conseguente innovazione che potrebbe essere fatta da alcuno circa questo tempo dell'intervento. Alcuno potrebbe infatti obbiettare che il termocauterio sarebbe più efficace del bisturi in quanto col calore si potrebbero distruggere gli eventuali germi neoplastici dei margini residui. Ma l'obbiezione credo sia teorica e non è detto che la distruzione che si può operare con la estirpazione sia minore di quella col calore radiante che può alterare d'altra parte anche parti lontane.

Non si sono mai riscontrate durante l'escisione emorragie tali da dover ricorrere a lacci; la sutura è stata sempre sufficientemente emostatica.

Altra obbiezione potrebbe essere che la sutura della mucosa non regga. Ma anche ammesso che la guarigione avvenga per seconda intenzione, come nell'ultimo caso da me riferito, le cose sono sempre migliori che se la sutura non venisse fatta, come nella Balfour. Nei primi giorni, facendo la sutura, si ha difesa dei tessuti profondi; la riparazione non deve svolgersi eliminando un tratto mortificato come nei casi cauterizzati; i margini non sono alterati dalla alterazione degli elementi circostanti sui quali ha agito il calore radiante.

Per tutte queste ragioni e per l'incostanza dei resultati il mio maestro ha completamente abbandonata l'operazione di Balfour.

La gastro-enterostomia è stata praticata in quei casi nei quali le condizioni generali del paziente hanno permesso di prolungare l'intervento. Nei casi III e V si trattava infatti di individui molto prostrati ed inoltre, data la sede alta dell'ulcera, non appariva alcun pericolo di stenosi pilorica o gastrica, nel II caso già si aveva una anastomosi ben funzionante.

Il decorso postoperatorio è stato ottimo in tutti, nel IV caso solamente si sono avuti fatti bronchiali certamente da imputarsi alle speciali condizioni di fumatore accanito di quel paziente: in tutti gli altri non si è avuto nessuna complicazione; guarigione della ferita *per primam*, presto ristabilimento delle condizioni generali tanto da abbandonare la Clinica da 13 a 20 giorni dopo l'intervento.

Dei risultati raggiunti meglio delle parole sono i radiogrammi eseguiti a varia distanza di tempo dall'intervento, dei quali per l'esigenza di spazio riporto solo i più tipici riguardanti i pazienti III e V

Dove era impiantata l'ulcera noi vediamo dei contorni netti, lo stomaco non è deformato e la sua funzionalità è buona. Sono dunque attendibili le notizie dei pazienti dei quali 4 si sono ripresentati a noi, aumentati di peso rispetto al periodo dell'intervento chirurgico, in ottime condizioni generali; ci riferiscono essi di non aver più sofferto della sintomatologia pregressa, e di aver ripreso ognuno le proprie occupazioni dopo poco tempo dall'uscita dalla Clinica, dopo 1 mese dall'intervento chirurgico hanno ripreso senza danno la consueta alimentazione.

Nel caso II, l'esame radiologico ha dato un reperto di ottimo risultato. I dolori all'epigastrio, la difficoltata digestione e qualche volta il vomito accusati dal paziente morfinomane si debbono ritenere una scusa per ottenere di seguitare le iniezioni di morfina o una conseguenza di queste? A questa conclusione farebbero condurre e i risultati clinico e radiologico e le asserzioni dei famigliari.

BIBLIOGRAFIA

BALFOUR. Surgery, Ginecology, and Obstetrics, 1914, vol. XIX. Annals of Surgery, VI, 1918. — BUFALINI. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XIV. — EHRLICH. Beith. für Chir., pag. 44, 1917. — MOYNIHAN. L'ulcère gastrique et duodenal. Traduction de Victor Pauchet. Masson Editeur. — OSTERMAYER. Zentralblatt für Chir., n. 35, 1921. — PAYR. Archiv für Klinische Chirurgie, vol. XC. — PAUCHET. La pratique chirurgical illustrée, vol. VIII. — TADDEI. Conferenze, lezioni e note di chirurgia pratica. Unione Tipografica Ed. Torinese. — UFFREDUZZI. Minerva Medica, n. 13, 1922. — DOBSON. British Medical Journal, vol. III, 1912.

Digitized by Google

NOTE DI TERAPIA

IL SOLFO NELLA CURA DEI TUMORI MALIGNI

II. NOTA CLINICA

per il dott. prof. ORESTE CIGNOZZI
Chirurgo - Direttore dell' Ospedale di Grosseto

Nella mia nota preventiva del n. 3 di *Riforma Medica* del 1927 illustravo i risultati e gli effetti ottenuti nella cura dei tumori maligni con iniezioni di solfo soluto e mi soffermavo solo a mettere in luce l'efficacia terapeutica di esso solfo; astenendomi di entrare in merito ad altre quistioni attinenti a tale argomento. Infatti nel tracciare la posologia del sulfor arseniato, preparato che era oggetto delle mie ricerche, mi proponevo solo di elencare gli effetti terapeutici di tale solfoterapia ausiliare, mettendo in evidenza la sua importanza nella pratica clinica.

Nell'espletare ulteriori e più estese indagini sul sulfor arseniato nei neoplasmi cancerosi oggi ritorno sull'argomento, e sulla base di altri importanti contributi di ricerche cliniche credo utile dare una più esauriente valorizzazione della solfoterapia in queste forme morbose, di quanto poteva permettermi la sintetica esposizione di una modesta nota preventiva: la quale è valsa a stimolare la discussione su di un tema che riveste oggi la più grande importanza curativa.

Infatti dopo qualche mese il Campanacci esponeva su *Riforma*, n. 11, a proposito di solfo-terapia dei tumori maligni, i risultati di sue ricerche; dalle qual veniva messa in evidenza una netta azione ipoglicemica dello zolfo, sia nei sani che nei diabetici, incoraggiando perciò queste mie ricerche sul solfo.

Egli accennava come le sue indagini siano in armonia con quelle degli americani Abel e Geilling da avvicinare lo zolfo all'ormone pancreatico: con la dimostrazione che l'insulina contiene solfo in notevole quantità e che l'efficacia terapeutica dell'ormone è in proporzione diretta del suo contenuto in solfo. Vedremo più sotto come tale punto delle ricerche del Campanacci molto si adatta alla spiegazione del meccanismo d'azione del solfo nei tumori maligni.

Già Rondoni nel 1912 dimostrava il maggior sviluppo del sarcoma del ratto quando ad essi si diano forti quantità di glucosio.

È merito del Piccinini, il farmacologo di Modena, di aver messo in evidenza fin dal 1919 l'azione antineoplastica dello zolfo e dal 1920 ad oggi di aver scritto in varie occasioni su questo argomento, adoprando il solfo colloidale (sulfoso'o).

Nel N. 20 di *Riforma* del 1927 il Prof. Piccinini illustra tale azione del sulfosolo quale medicamento sintomatico per i tumori maligni gastrici, confermando coi risultati che egli riferisce su alcuni casi, le mie conclusioni della citata nota preventiva.

Il Piccinini ricorda le ricerche di Schultz (1894-1907) sulla fame di zolfo di alcuni tessuti: egli espone le conclusioni di ricerche sperimentali eseguite nel suo Istituto da parte del dott. Zagni sull'influenza del sulfosolo sopra la evoluzione dei tumori sperimentali dei topolini bianchi con un piano di ricerche ben vagliate: risultati comunicati nel 1926 alla Società Medico-Chirurgica di Modena dal Piccinini; mentre il lavoro è in corso di stampa su « Tumori » del Fichera.

È importante qui riportare i fatti che emergono da tali esperienze dell' Istituto del Piccinini:

1. Il sulfosolo arresta l'evoluzione dei tumori sperimentali (sarcoma trapiantabile) dei topolini bianchi e fa scomparire la neoformazione prodottasi.

2. La scomparsa di questa è preceduta da un rammollimento al quale subentra un progressivo impiccolimento.

3. La zona occupata dal tumore si presenta istologicamente con segni di avvenuta rigenerazione.

4. Il sulfosolo produce tale effetto per iniezioni ipodermiche in corrispondenza del blastoma trapiantato.

5. Tale effetto si ottiene in dosi tenuissime di gran lunga inferiori a quelle di ogni sostanza fino ad oggi all'uopo sperimentata e riuscita favorevole solo per via endovenosa.

Tali risultati sperimentali collimano con gli effetti terapeutici delle inezioni intramuscolari di sulfor arseniato da me illustrati nella predetta nota nei tumori maligni e danno una base d' importanza alle mie deduzioni curative in questi neoplasmi.

Prima di addentrarmi nella valutazione del meccanismo di azione del solfo nella cura di essi tumori, mi sembra utile aggiungere ai risultati che già illustrai nel decorso gennaio, gli altri che in questo ultimo semestre ho ottenuto con altre indagini estese su un materiale più numeroso e con constatazioni radiografiche ed operative biopsiche più minuziose: specie nei carcinomi gastrici, nei quali si deve convenire che la terapia solforosa sorte i migliori effetti, come anche il Piccinini mette in evidenza.

In base all'estesa pratica col sulfor arseniato avevo constatato la perfetta tolleranza del preparato somministrato per iniezioni durante un periodo di tempo prolungato, anche per due anni di seguito (1 cmc. al giorno).

Ho cercato perciò di aumentare il dosaggio iniziale delle iniezioni portandole da 2 a 5 cmc.; restando però l'arsenico in proporzioni più basse; e così con ogni fiala da 5 cmc. (3° grado) viene ad iniettarsi sulfor 1,50 ed arsenico 0,003; e ciò ho fatto per una serie di malati carcinomatosi per 60 giorni consecutivi; mentre per altri 90 giorni ho praticato iniezioni quotidiane con fiale da 3 cmc. (2° grado), contenenti ogni fiala sulfor 0.90 ed arsenico 0,002.

Dopo questi 5 mesi di cura, se gli effetti persistono favorevoli, continuo il trattamento con iniezioni quotidiane di sulfor arseniato di 1 cmc. (solfo 0,30, arsenico 0.001) per un periodo di molti mesi.

In questi soggetti, portatori di tumori maligni, la tollerabilità allo solfo è molto accentuata e mai ho avuto a notare il minimo inconveniente; e tale adattamento è da interpretarsi come l'espressione di fenomeni di carenza di solfo in questi malati; che presentano una vera fame per esso, come verrò dimostrando.

Con questa nota clinica io confermo del tutto i risultati già esposti nel mio primo scritto, affermando che lo solfo è un elemento prezioso nella cura dei cancerosi: e lungi da soverchi entusiasmi posso dichiarare che gli effetti di esso sui tumori maligni sono apprezzabili e che senza avere la pretesa di parlare di guarigioni stabili e radicali ottenute con la solfoterapia: affermo che il solfo, come già scrissi, gioca una parte importante nel trattamento di questi neoplasmi e che oggi è nostro dovere indagare fino a qual punto può e deve essere indicata la terapia solforosa.

Adunque le ulteriori ricerche mi hanno dimostrato:

1. Che i cancerosi, ed anche l'organismo umano normale, sopportano dosi di solfo più alte: e la massima tolleranza dei preparati arsenicali di solfo.

2. Che le iniezioni del solfo soluto associato all'arsenico influenzano beneficamente molti dei sintomi presentati dai tumori maligni, compresa la riduzione della massa neoplastica.

3. Che la cura sinergica associativa chirurgica operativa e fisioterapica è quella che dà i migliori risultati.

4. Che la solfoarsenicoterapia agisce in via secondaria nel prevenire ed allontanare le recidive nei malati operati o trattati con cure fisiche.

Naturalmente la cura complessa chirurgica, fisioterapica e solfoarsenicale mentre dà più sicuri vantaggi: specie nei riguardi alle guarigioni, che può giustamente chiamarsi trattamento sinergico dei tumori maligni, ci nasconde o per lo meno ci oscura la parte che il solfo ha nella terapia di questi neoplasmi.

Ciò dico perchè, benchè io attribuisca al solfo una parte importante nella cura di essi, io la considero per ora come complementare ed ausiliare.

Di fronte ai benefici effetti del solfo, che ho illustrato, allo stato attuale dei nostri studi ed indagini sulla terapia del cancro, io giudico che la cura chirurgica per me deve andare in prima linea: e d'altra parte in casi, in cui la fisioterapia trova le sue indicazioni, essa deve essere subito valorizzata; mentre l'efficacia dello zolfo acquista in questi esemplari un grande valore di criterio di collaborazione e di integrazione terapeutica.

Adunque pure intensificando nei malati di studio la terapia sulfurea ho creduto mio dovere nei casi appropriati fare precedere od associare il trattamento chirurgico e quello fisioterapico (Raggi X, radium, ecc.): mentre sul materiale clinico dei casi

Digitized by Google

inoperabili ho con più intensa indagine esperimentato il sulfor arseniato.

Le deduzioni che io posso far dal gruppo di questa seconda serie di esperienze sono:

1. Che il sulfor agisce con migliori effetti sui carcinomi gastrici, molto meglio che su cancri ad altra sede.

2. Che i tumori scirrosi risentono un effetto molto superiore di quelli encefaloidi.

3. Che l'associazione nei cancri dello stomaco della somministrazione del sulfor *per os* alle iniezioni dà migliori risultati.

4. Che nei cancri ulcerati (cancro del collo uterino, cancro mammario) i fiori di zolfo cosparsi sulla loro superficie determinano la necrosi più estesa del tumore.

5. La fisioterapia determina un'efficacia più marcata nella cura solforosa dei tumori inoperabili.

Prospettato questo quadro d'assieme che conferma pienamente le osservazioni cliniche della mia prima nota e ne avvalora le conclusioni, cerchiamo di entrare in merito al meccanismo di azione del solfo di fronte alla benefica efficacia sua nei tumori maligni.

Dirò subito che Campanacci ricorda come un parallelismo fra solfo ed insulina era stato intravisto da Burgi e Gordonoff nel 1926: e come Piccaluga e Cioffari, Stuhlern ecc. poterono mettere in evidenza un'azione inibente dell'insulina sullo sviluppo dei tumori tanto sperimentali che umani; e Ponticaccia e Campanacci nell 1926 facevano tentativi di terapia insulinica nei carcinomatosi.

Nel 1925 il Grumme dall'esame della letteratura relativa e dai risultati delle proprie ricerche sul contenuto in solfo delle urine dei carcinomatosi è stato indotto a ritenere che la disposizione al carcinoma è dovuto a carenza di solfo nell'organismo (Campanacci).

La tendenza degli ultimi studi ettiopatogenetici sui tumori maligni è rivolta verso la carenza endocrina di taluni organi: e gli ultimi congressi, specie quello americano, hanno molto insistito su questi concettti di difetto di secrezioni interne legate allo sviluppo di neoplasmi.

Seguendo questa traccia dei lavori del Campanacci e quelli degli autori citati: ma specialmente attenendoci alle ricerche cliniche e sperimentali del Piccinini e dei suoi allievi, io vengo ad interpretare l'azione del solfo nei tumori maligni quale fenomeno di integrazione di sostanze, di cui l'organismo sente la carenza.

Giustamente il Campanacci mette in evidenza il nesso che passa fra azione ipoglicemica dello zolfo, ed integrazione nei diabetici dell'insulina, specie pel suo contenuto in solfo: fenomeni da attribuirsi in gran parte a quei medesimi fattori anabolici: che vengono esaltati dall'insulina negli stati di denutrizione in genere e forse anche più a quell'inibizione dei tessuti che l'ormone pancreatico in antagonismo all'ormone tiroideo sarebbe capace di produrre attraverso l'aumento della riserva alcalina quale venne osservata da Campanacci e Ponticaccia.

Convenendo col Campanacci: mi sembra molto logico accettare di fronte all'azione dello zolfo sui neoplasmi maligni quel parallelismo di funzione fra zolfo ed insulina da questo Autore messo in evidenza: interpretando l'azione dello zolfo sui tumori sulla base dei medesimi fattori invocati per l'insulina.

Un altro punto da illustrare è quello del rapporto che, secondo il mio parere, intercede fra solfo ed arsenico.

Al pari dello jodio, del bismuto e di altri preparati l'arsenico nella combinazione con questi elementi, nel caso attuale il solfo, agisce nel rinforzare l'azione terapeutica di esso.

Già l'affinità benefica delle basi arsenicali pei tumori (linfomi) era nota fin da epoca remota. Nei miei lavori sugli arsenicali di bismutto ho dimostrato clinicamente come l'arsenico con questo elemento riesce a diminure da una parte la tossicità del bismuto, mentre dall'altra aumenta il potere terapeutico: concetto questo illustrato sperimentalmente sugli animali dal Ganassini.

All'arsenico dunque, che entra in combinazione col sulfor io attribuisco questa funzione importante di predisporre il tumore a meglio inglobare lo zolfo; e d'altra parte a renderlo più tollerabile: mentre non è trascurabile l'azione ricostituente dello stesso arsenico sui tessuti e la sua elettività verso i tumori maligni. Abbiamo anche da tenere presente l'efficacia riattivante di tutti i tessuti per la lotta organica generale dello solfo stesso: che rappresenta un vero ricostituente.

Ecco il perchè ho constatato essere più efficace clinicamente il sulfor arseniato a preferenza del semplice sulfor; e questa è la ragione che mi ha indotto a prediligere il primo preparato sul secondo.

Però è bene tenere in mente che l'azione fondamentale antineoplastica spetta principalmente al solfo per tutto quanto sono venuto esponendo, ed è per questo che attribuisce a questo elemento, come affermano gli altri autori, la parte preponderante nell'azione oncotropa.

L'arsenico perciò è secondo me un ausiliare benefico del solfo, molto consigliabile sulla scorta dei risultati clinici; per cui solfo ed arsenico oltre che l'oncotropismo possiedono anche ambedue azione ricostituente generale in tutti i tessuti dell'organismo; dal che si deduce che essi aiutano la lotta contro i tumori anche per queste loro proprietà curative ricostituenti; in modo che il sulfor arseniato concorre per questa parte terapeutica a migliorare i fatti generali dei cancerosi, oltre che svolgere azione antineoplastica.

È qui da ricordare come le ricerche su di un numero cospicuo di carcinomatosi mi hanno dimostrato come i tumori, che più si lasciano influenzare favorevolmente dallo solfo (anche senza somministrazione per bocca del preparato) mercè le sole iniezioni intramuscolari: siano a preferenza i carcinomi dello stomaco.

Tale fatto è stato messo anche in evidenza dal Piccinini: il quale appunto nel suo ultimo scritto su questo periodico parla del solfo colloidale (sulfosolo) quale medicamento sintomatico per i tumori gastrici.

Quale spiegazione noi possiamo dare di questo dato non trascurabile nello studio della terapia clinica?

In via di ipotesi io credo che l'ambiente acido dello stomaco sia quello che meglio faccia fissare lo solfo al tumore e che dia una più energica azione oncotropa: o meglio oncofaga.

Sta di fatto che tale ipotesi può anche essere allacciata alla soverchia alcalinità di taluni stati diabetici: e con il parallelo fra insulina e solfo può anche tale stato acido del contenuto delle pareti gastriche essere interpretato come un fattore di maggiore efficienza nella terapia sulforosa.

Alla spiegazione che io, d'accordo con gli autori che hanno trattato tale argomento di sulfoterapia (Campanacci, Piccinini) dò al meccanismo d'azione del solfo nella cura dei neoplasmi maligni, che cioè tale elemento terapeutico viene ad integrare una fase di carenza di organi endocrini e di predisposizione pel soggetto allo sviluppo del cancro: si può allacciare la quistione profilattico-sociale della propagazione e dell'insorgenza del cancro.

Può lo zolfo rappresentare un fattore di prevenzione allo sviluppo dei tumori maligni?

Se esso di fronte al neoplasma agisce per combatterlo con un meccanismo di integrazione della carenza dei tessuti, è logico che la cura solforosa dovrebbe volere ad evitare la fame degli organi, normalmnte nutriti di solfo (pancreas) ed evitare l'insorgenza del morbo.

Tale problema è perciò connesso molto intimamente a questo meccanismo d'azione del solfo e se ulteriori contributi clinici e sperimentali dimostreranno l'esattezza del nostro asserto (autori che si sono occupati di questo argomento) credo che la profilassi del cancro dovrebbe ricevere un grande aiuto dalla solfoterapia.

In ogni modo oltre queste vedute etiopatogenetiche sta evidentemente anche il risultato delle mie ricerche cliniche, le quali determinano i vantaggi profilattici negli operati o radiati di cancro e guariti, che con la cura secondaria per molto tempo dello zolfo non fanno constatare delle frequenti recidive: come è esposto nella mia prima nota preventiva su questo argomento.

Io intanto proseguo con alacrità e con paziente ricerca lo studio clinico della cura dello zolfo nei tumori maligni e pure assegnando al sulfor arseniato un posto importante nella teradia sintomatica di questi neoplasmi, senza lasciarsi trascinare da soverchi entusiasmi, credo doveroso per ora rivolgere tutta l'attenzione sul trattamento del cancro alle indicazioni di operabilità, di cure fisiche di essi: poichè, ripeto, la terapia solforosa, allo stato attuale delle nostre conoscenze, deve essere ancora considerata come un mezzo ausiliare e complementare di cura: ed infatti seguendo tali concetti il trattamento sinergico (opera-

Digitized by Google

torio, fisioterapico, solforoso) deve imporsi nei casi adatti, e lasciare allo zolfo un compito sintomatico nei soggetti inoperabili, o complementare negli organismi radiati.

Replico ancora che ulteriori ricerche sulla terapia sulfurea potranno meglio illustrare ed eviscerare questo argomento, che ho posto in discussione per il suo adeguato studio e per la più sobria e compassata soluzione.

In tema di priorità giudico che spetti al Piccinini il merito di avere sin dal 1919 avuto una chiara idea dell'applicazione terapeutica dello zolfo nei tumori maligni: mentre ricordo che, credo posteriormente, Opivez di Friburgo, assieme al selenio ed altri elementi usava anche il solfo.

La mia opera su questo argomento si è limitata a meglio disciplinare la posologia di esso; ad indagare clinicamente la vera efficacia ed i risultati di una metodica e continuata terapia solfurea arsenicale nei neoplasmi maligni e di illustrare sulla scorta di moltissimi casi l'importanza ed il valore antitumorale del solfo, mercè una sistematica e precisa norma di somministrazione di solfo soluto in associazione all'arsenico: mentre credo che i miei scritti sui reperti clinici abbiano avuto l'efficacia di meglio organizzare la discussione e lo studio su questo argomento oggi di capitale importanza terapeutica e sociale.

Gli ulteriori contributi varranno a farci conoscere ancora meglio i vari lati di questo problema di terapia.

RIVISTE SINTETICHE

GLI OSTEOSARCOMI

L'immensa mole di contribuzioni anatomo-patologiche; di collezioni anatomiche; di casistiche cliniche, dalle quali si ricavava una fonte inesauribile sì, ma incoordinata anche, di cognizioni, meritava davvero un tentativo di riordinamento e di sistemazione; quale appunto, con la tenacia di intenti e la prodigalità di mezzi, ha fatto la commissione del *Registry of Bone Sarcoma of the American College of Surgeons.*

L'ampia relazione, occupante oltre 200 pag. del *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, n. 4, a. 1927; corredata da 104 clichés, costituirà senza dubbio una documentazione imprescindibile per gli studi futuri; ed è il nostro soltanto un tentativo di prospettarne il contesto. Sforzo non lieve, esso può tuttavia non restare inefficace; giacchè se accanto alle tracce di indiscutibile progresso in queste cognizioni, si fosse pure costretti a riconoscere il nostro arresto, al cospetto del più fondamentale problema, — «etio-patogenesi» — sarebbe questa più che una ragione di disanimarci, un aculeo a perseverare verso la luce.

Questa considerazione preliminare, personalmente nostra, non esposta dal compilatore dell'americano volume, il Dr. Kolodny, ci sembra implicita; in quanto da essa scaturisce, anche a nostro avviso, una deduzione non priva di significato. Cioè: che lo studio di questi blastom., circoscritto volutamente alle ossa, non può se non essere eminentemente anatomo-patologico e clinico; mentre a priori non gioverebbe esso a diradare la densa ombra che ne avvolge le origini.

Etiologia dunque, oscura come sempre. Ed ecco invocato, anche qui, il fattore trauma; espressione che suole esser piena di significato, quanto più vuota di fatti, di elementi, di documentazione! Naturalmente anche qui le inchieste rimangono tra il sì ed il no; ed i patologi si sbizzarriscono a chiarire come e perchè il trauma possa rompere il ritmo di accrescimento, l'armonia dei tessuti, la reciprocanza di contegno. Superfluo ci sembra seguire questa traccia. Quì, come in altre contingenze, noi ci permettiamo ritenere: che la tendenziosa insistenza su questo tema, costituisca un diversivo di quiescenza alla torturante negatività di indagini. Da tempo incalcolabile, il trauma figura nelle tubercolosi chirurgiche; e se ne parla con minore nebulosità appunto da quando il momento etiologico della tubercolosi è individuato.

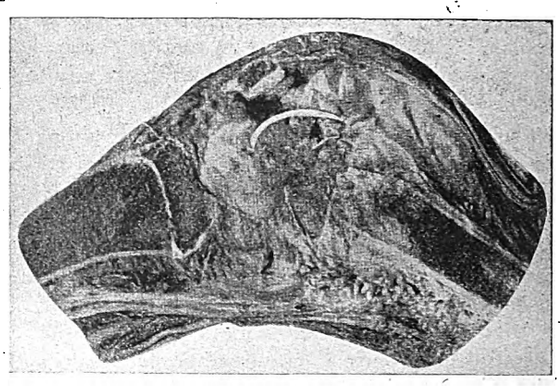
Dunque anche per questi osteosarcomi e sarcomi delle ossa, ombre e teorie. Nessuna esauriente, tutte tra loro capaci di supplirsi e completarsi. Senonchè è notevole che lo studio presente induca l'A. ad una laconica considerazione: «A study of the clinical and pathological nature of a neoplasm suggests that the etiology of each neoplastic entity is probably specific».

Ci teniamo a riferirlo, oltre che per una convinzione personale, per il domani di codesti studi nei quali già i ricercatori italiani si tennero all'avanguardia.

Il còmpito di una classificazione era realmente arduo. La «Registry Committee» comprese tutto il materiale in otto gruppi o categorie.

1. Tumori metastatici da primarie localizzazioni in tessuti differenti dallo scheletro.
2. Fibrosarcomi periostei.
3. Tumori osteogenici, rispettivamente benigni e maligni.
4. Condizioni infiammatorie.
5. Tumori giganto-cellulari benigni.
6. Angiomi benigni o maligni.
7. Tumore di Ewing.
8. Mielomi.

Ma bene a ragione questa raccolta e classifica, sottoposta all'analisi critica dei D.ri Codman, Ewing, Kolodny, doveva indurre ad una cernita, di notevole significato clinico ed anatomico. Sebbene codesti due aspetti dell'argomento sieno indissolubili reciprocamente, noi teniamo, in



Osteosarcoma del ginocchio.

queste colonne, a far primeggiare l'aspetto clinico, come più rispondente alle finalità del Periodico.

I tumori dunque, primariamente ossei, e maligni, vengono così divisi:

1. Sarcoma osteogenico.
2. Sarcoma di Ewing.
3. Mieloma.
4. Gruppo maldefinito, ma affine, comprendente gli angioendoteliomi ed i sarcomi estraperiostali. Codesta divisione, che tuttavia non aspira a restare definitiva, deriva dalle risultanze istografiche; e corrisponde almeno in parte alle finalità cliniche; il che vuol dire alla radio-diagnostica, la quale occupa ormai tanta parte decisiva; ed alle indicazioni curative, in un momento della nostra Chirurgia, la quale, sebbene non ideale, sebbene contrastante con gli sforzi conservativi, può tuttavia, con le pronte ed estese demolizioni, conseguire successi che sembrerebbero paradossali di fronte alla maligna entità dell'affezione.

Esiste peraltro un gruppo di neoplasmi che i patologhi odierni tendono ad individuare molto particolarmente sotto il nome di «Giant-cell-tumor»; tumori i quali vorrebbero costituirsi appunto una fisionomia anatomo-clinica, la quale, a sua volta, si riflette in una prognosi terapeutica più soddisfacente. Noi crediamo, invertendo il contesto della pubblicazione americana, meglio rispondere al carattere editoriale di questo articolo, anteponendo qualche cenno su codesto gruppo.

Non ostante la similarità esteriore con i blastomi maligni dello scheletro, questi *tumori giganto-cellulari*, caratterizzati dal loro nome, impongono di considerare preliminarmente tre tipi di giganto-cellule.

1. Cellule derivanti dalla cariorexi degli elementi cellulari, specie nei tumori a rapido incremento maligno, e rappresentandone molta parte nella biologia patologica.
2. Giganto-cellule da corpi estranei, come del tipo Langhans, p. es. nella tubercolosi e nelle gomme.
3. Le giganto-cellule del sarcoma, che è pertanto così designato.

Ora le lesioni scheletriche designate dal nome di sarcomi giganto-cellulari, si dividono in tre varietà:

1. Cellule giganti in continuo incremento nel corso dell'osteite fibrosa.
2. Epulidi.
3. Tumore giganto-cellulare ad evoluzione benigna. E' naturalmente di questo ultimo che si discute qui. Ma quanta via ancora da percorrere, secondo noi; e checchè sembri ad uno sguardo sommario!

Del resto, e nonostante le discussioni e le opinioni che dal Mikulicz vanno al Mallory, al Codman, Barrie, Lubarsch, Konjetzny ed altri, un quesito si avanza e discutibile permane: il giganto-cellulare è desso un neoplasma, od un prodotto infiammatorio e di riparazione? L'imponenza del quesito, le lunghe discussioni in merito, non qui riassumibili, si pos-

Digitized by Google

sono dire culminanti in una prevalente tendenza a favore della concezione infiammatoria. Saremmo dunque fuori dei veri sarcomi! Il fatto, se confermato, ci porterebbe, secondo noi, ad una non meno importante considerazione etio-patogenica più generale: la parentela originaria; le occulte affinità appunto dei blastomi ossei con le flogosi. Non ci sarebbe da sorprendersene, altro che per i tenaci assertori di certe teorie monoteistiche! Ad ogni modo, ed accantonando le minute descrizioni istologiche dei due componenti principali: cellule giganti e stroma, quel che più ci attrae è la fisionomia clinica. Questo tumore giganto-cellulare, prevalente tra 16-25 a. e nella donna, si trova in 56 % all'arto inferiore, 29 % al superiore; e con prevalenza spiccata all'estremo inferiore del femore. Talvolta assodato il fattore trauma; c'è dolore, ma non così intenso come nel sarcoma osteogenico.

La tumefazione, anch'essa circondata da venosità accentuate, va facilmente incontro alla infezione, specialmente allo stadio avanzato di ulcerazione cutanea. La palpazione consente spesso precisare i limiti sinoviali ed epifisari dalla diafisi, rispettata dall'invasione. Se anche il tumore irrompa nello spazio articolare e para-articolare, non restano coinvolti i muscoli. Le fratture spontanee sono tra gli esiti più contemplabili.

Ora, e dopo quanto i patologhi-anatomisti si ostinano a profilare, non è forse sconcertante la dichiarazione del patologo clinico: noi non siamo in grado di una sicura diagnosi differenziale, tra questo tumore, e gli altri maligni delle ossa? Non è del pari assorbente, l'asserzione di ricercatori: deplorano che anche l'accurata ricerca microscopica ci lasci in dubbio sulla diagnosi? Forse meno infida ci parrebbe la radio-diagnosi, specie guardando alcuni clichés nitidissimi riportati dal Kolodny. Dunque diremo: che allo stadio attuale, e non ostante l'immenso lavoro della « Registry Committee » noi ci troviamo dinanzi soltanto alle pietre basilari del futuro edificio oncologico. Non deneghiamo l'esistenza di cotesto tipo di tumori; tanto più che chiunque di noi conti parecchi decenni di esercizio, deve averne registrato qualche esemplare. Non deneghiamo, molto meno, la loro fisionomia prevalentemente infiammatoria. Soltanto, ed in contrasto forse con la opinione di molti, obbiettiamo: che la indecisa sagoma clinica differenziale, dovrebbe viemmeglio persuadere gli scettici, a guardare il crollo di certe barriere dottrinali tra processi infiammatori e produzioni blastomatose. Noi non crediamo neppure necessario, agli studiosi di levatura, far notare: che in questi ritorni siamo molto lontani da quel confusionismo che ci rivelerebbe stolti. Noi, nella nostra parvità, ma annosa pertinacia, riteniamo soltanto, necessario quanto proficuo, svecchiare e sgombrare; scindere e coordinare.

Crediamo, anche a rischio del sorriso altrui compassionevole, che alcuni « tumori » debbano escire fuori dai loro confini vetusti. Il nome gigantesco di Virchow non si oscurò dal vedere scomparsi dalla sua opera monumentale sui « Tumori » la gomma ed il tubercolo. Pensiamo che come il Lipoma debba rientrare tra le distrofie, così parecchi tra i tumori maligni passeranno sempre più verso le infiammazioni da agenti parassitari.

Da parte questa discussione, sulla quale ci soffermiamo non per vacua prolissità, ma perchè pensiamo che ogni futuro nostro progresso, in questa immane lotta contro i blastomi maligni, sia da ottenersi non tanto dall'approfondita cognizione istopatologica che è dei pochi; quanto dalla slargata cognizione della biologia patologica, che deve essere dei più. Quel che di pratico resta, concerne la terapia operatoriamente favorevole di questi tumori giganto-cellulari. Senonchè, a maggior sintesi, si converrà aver dato qualche cenno sui veri sarcomi osteogeni.

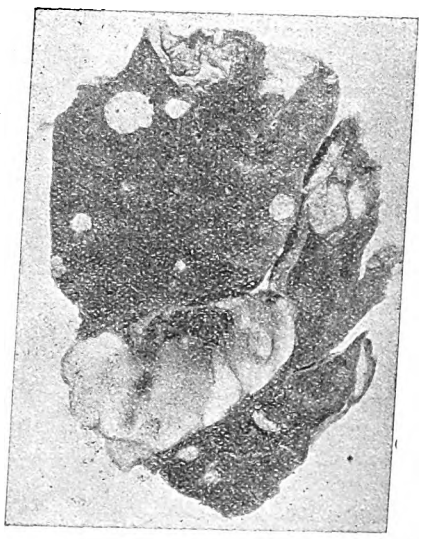
Il sarcoma osteogenico, nelle sue varietà istografiche, si riafferma nella presente registrazione americana: tumore eminentemente maligno, ed a quadro clinico pericoloso. Notevole la frequenza; spiccata la prevalenza nella metafisi delle ossa lunghe dei giovani. Basta leggere le cifre; basta ricordare il frequente scambio diagnostico con l'anzidetto tumore giganto-cellulare, per riassumere che ci sono cospicue rassomiglianze di sedi, sviluppo andamento, tra codeste forme che si vogliono intensamente differenziare. Se ci lasciassimo andare alle minute descrizioni del presente volume, sarebbe indugio privo di utilità schietta.

Dal più e dal meno, un rilievo ci sembra importantissimo: quello radiografico. Chi si allena nel confronto di codeste radiografie, può, secondo noi, affermare che, allo stato attuale, la clinica debba tenersi paga di diagnosticare « sarcoma dell'osso ». Il che vuol dire avere eliminata ogni eventuale confusionismo, con processi patologici ossei, di specificata e conclamata natura micogena, parassitaria in genere. Il resto, cioè una luce, se non decisiva, certamente preziosissima, viene dal radiologo.

Ci troviamo ancora di fronte un altro tipo di «sarcoma» che prende nome dall'Ewing, perchè da lui individuato. A differenza dell'osteogenico, questo sarcoma invade la diafisi anzichè le epifisi, le ossa piccole e piatte anzichè le lunghe; i suoi elementi sono poco aggressivi, e consentono una spiccata reazione difensiva del tessuto osseo; ha inoltre tendenze involutive. Le cellule hanno forma poliedrica, con nucleo rotondo od allungato; il citoplasma simula talvolta un sincizio. Manca ogni sostanza interstiziale. Si generalizza attraverso le vie linfatiche e sanguigne. Su 650 casi di «sarcomi delle ossa» sottoposti al «Registry», se ne trovano soltanto 40 tipici Ewing. Da parte tutte le sottigliezze istografiche; nonostante la nitidezza dei röntgengrammi, la diagnosi clinica è di un'astruseria impressionante! Per affermazione dello stesso Kolodny quando si sono accuratamente utilizzati tutti gli elementi, sino alla bioscopia, si riesce appena «*to reduce ad minimum the errores in diagnosis*». Ci basta questo.

Immagine radiografica tipica di un osteosarcoma del femore.

Esigenze di spazio; indole del Periodico, mi impongono di non continuare nella disamina, meno proficua ancora, dei miclomi e dei sarcomi non classificati, per venire a qualche considerazione eminentemente pratica; di una praticità tuttavia da non confondersi con il dileggio della anatomo-patologia e della istologia patologica, alla quale abbiamo dedicato molti anni di Laboratorio. L'imponente lavoro fatto ed esibito dalla «Registry» sarà per restare una doviziosa miniera per il patologo; ma per la Clinica, origine prima e finalità ultima dei nostri studi, esso costituirà un nebuloso palinsesto. Noi non mettiamo punto in forse, l'opportunità di sottilizzare l'anatomia patologica di codesti blastomi, specialmente nella prospettiva essenzialissima di chiarirne l'etio-patogenesi,



Metastasi pulmonare di osteosarcoma.

dal che potrà dipendere una completa rivoluzione di concetti, direttive, orientazioni, per la lotta inquieta contro affezioni così nefaste. Ma, allo stato attuale, a noi sembra che quanto più si ingombra il campo di tipi strutturali individuati, tanto meno si delinea netta, immediata, imperativa, la linea di condotta del clinico. Nel momento attuale, se il nostro giudizio non è errato, l'imperativo diagnostico resta sempre questo: data un'affezione di un segmento scheletrico, e prevalentemente in alcuni pun-

Digitized by Google

ti di ssso, attingere gli elementi più decisivi per una diagnosi precoce differenziale, da osteopatia od osteo-artropatie decisamente parassitarie. Nessun passo innanzi ci sembra venir sospinto dalla ricca decumentazione citata. I singoli capitoli, al paragrafo «diagnosi» riaffermano la dolorante nostra insufficienza discettiva; nè, fuori dell'intuito dell'osservatore allenato e sagace, altro verace ausilio può attendersi se non dalla röntgendiagnosi; titubante anche la bioscopia.

Ora non esige soverchia dialettica, la ponderazione di codesta inferiorità decisiva. Ci si trova infatti innanzi al bivio: dell'astensione, o dell'intervento quanto più conservatore o più radicale, con una risultanza terapeuticamente paradossa; giacchè quanto più giustificato l'astensionismo vigile, nelle affezioni p. es. tubercolose o luetiche, per altrettanto più nefasto esso nel sarcoma delle ossa.

La contrariante fattività demolitrice, imposta dalla malignità di codesti blastomi. ha, ed aspira sempre più a conseguire il conforto di una chirurgia economica. Il dilemma tra l'amputazione quanto più prossimale, o la resezione, e magari lo sgusciamento, appunto nel tipo di Sarcoma Ewing sarà per essere sempre meglio risolto in modo conservativo, quanto più, dinanzi ai chirurghi, particolarmente edotti di affezioni del sistema scheletrico, si presenterà intuitiva e pronta l'eventualità di colpire all'inizio, e svellere dalle sue radici ancora contrastate dalla autodifesa degli elementi strutturali sani, il neoplasma.

Siamo per verità lontani ancora e molto, dall'avvento di una terapia trionfatrice, o quanto meno dalla conquista di valido ausilio in un trattamento *immuno-tossico,* e simili. Non importa se il Kolodny lo definisca «a most romantic chapter in the history of these diseases». Fiduciosi nel responso avvenire di un lavoro fervente e multanime, in codesto labirinto della etio-patogenesi blastomatosa, ci permettiamo non condividerne lo scetticismo. La chirurgia non avrà per tanto minorato il suo dominio, se non a vantaggio sempre più della conservazione; la quale nella economica operatività dell'oggi, include il «trapianto» sempre più integrativo della chirurgia ideale del domani.

E. Aievoli

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'ascoltazione del piloro. — N. Fiessinger. *Journal des Praticiens,* n. 25, 1927.

L'A. suole non trascurare nell'esame obbiettivo del malato anche l'ascoltazione del piloro, la quale sarà eseguita con uno stetoscopio biauricolare a larga superficie e a membrana, applicato a destra della linea mediana, un po' più in alto dell'ombelico, cioè sulla regione pilorica. Il malato resterà, durante l'osservazione, sdraiato e in completa rilasciamento muscolare.

Normalmente i rumori che si rilevano all'ascoltazione del piloro si distinguono nettamente dai rumori intestinali, perchè sono poco forti e si ripetono ad intervalli; essi sono dovuti al passaggio del contenuto gastrico attraverso l'ostio pilorico e sono paragonabili a certi borborigmi intestinali: ogni rumore di norma comincia debolmente, aumenta di intensità e finisce bruscamente, durando in tutto circa 2-3 secondi. In periodo digestivo, detti rumori si possono più facilmente provocare sottoponendo lo stomaco alla manovra del guazzamento.

Negli stomaci atonici, i rumori pilorici sono molto distanziati, poco intensi, brevi. Più importante, però, patologicamente, sono: la percezione del «rumore di bolla» e il silenzio pilorico. Il «rumore di bolla» si apprezza come lo scoppio di parecchie bolle, a timbro metallico; si riscontra in alcuni restringimenti incompleti del piloro (da spasmo, da cicatrice post-ulcerosa, ecc.); non si rileva mai in condizioni normali. Il silenzio pilorico, l'assenza, cioè, di apprezzamento di qualsiasi rumore pilorico, può essere solo illusorio; alcuni stomaci atonici, infatti, richiedono per contrarsi una eccitazione artificiale di parecchi minuti.

Si deve, perciò, ammettere l'esistenza del silenzio pilorico solo quando, sentendo o vedendo l'onda gastrica peristaltica, si osserva che essa termina con nessun rumore.

In conclusione, secondo l'A., se l'ascoltazione del piloro non può sostituire lo studio radiologico dello svuotamento dello stomaco, ha il vantaggio su questo ultimo di osservare le modalità di svuotamento non di un pasto artificiale, quale quello di bario, ma di un pasto normale. Su questo reperto semeiotico può specialmente fondarsi la diagnosi di rallentamento del normale svuotamento dello stomaco e di torpore della contrattilità, sintomi costituenti i cardini della sindrome di distonia gastrica dell'A.

Il mixosarcoma primitivo del fegato a sintomatologia di ascesso epatico. — U. Beggiato. *Il Policlinico, sez. pratica,* fasc. 25, 1927.

I sarcomi primitivi del fegato, come osserva l'A., sono per lo più, a differenza dei carcinomi e di altre neoplasie epatiche, unici, più o meno grandi, danno rare metastasi e provocano un ingrandimento uniforme dell'organo, per cui, se non sono a sede esteriore o non sono impiantati fin dall'inizio su vie e organi biliari importanti, possono per un po' di tempo evolvere muti e passare inosservati, finchè un episodio nuovo nel decorso non vi attiri l'attenzione del malato e del medico. Il Pepere ha stabilito una triade fenomenica, che varrebbe a differenziare i sarcomi dai carcinomi epatici; pei primi caratteri distintivi sarebbero: volume epatico, sempre rapidamente molto aumentato; ittero, assente o tardivo; ascite, scarsa o nulla. Pei carcinomi: volume epatico poco o nulla aumentato, spesso impicciolito; ittero costante e precoce; ascite concomitante. L'A. ricorda pure che Andrea Ferrannini e Franceschi hanno aggiunto, come caratteristiche nosografiche del sarcoma, la mancanza di metastasi extra-addominali, la modestia dell'epatalgia (più propriamente è un senso di peso, e un dolore gravativo, anzi che veri fatti lancinanti), e la minore cachessia dei sarcomatosi.

In un caso dell'A. di tumore del fegato (mixosarcoma), riguardante una bambina di 6 anni, la prima diagnosi posta fu quella di ascesso epatico, presentandosi il fegato ingrandito, con bordo inferiore liscio, elastico alla palpazione sottocostale; v'era, inoltre, vivo dolore locale, spontaneo e provocato, e febbre fino a 38°,8, non costante, pare non preceduta da brividi.

L'atto operatorio, invece, e poi, l'esame necroscopico e istologico mostrarono trattarsi di un mixosarcoma primitivo del fegato, con una sacca, piena di sangue frammisto a tessuto epatico degenerato, situata inferiormente e in continuità col tumore stesso. L'A. ritiene che, nel caso osservato, il tumore esisteva da più antico tempo, finchè un episodio acuto, l'erosione o la trombosi di un vaso parenchimale, non ha creato una sintomatologia di acuzie, la quale simulava con molta probabilità quella di un ascesso del fegato.

La ricerca del bismuto nel sangue e nei liquidi organici. — D. Ganassini. *Rassegna clinico-scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano,* n. 4, 1927.

L'A. avverte, anzitutto, che il metodo, da lui proposto, per la ricerca rapida del bismuto nel sangue non è basato sopra una reazione caratteristica del metallo, ma sopra un processo di riduzione di indole generale, che può essere determinato anche da sali di altri metalli. Esso dunque può servire unicamente a scopo clinico, per mettere in evidenza in diversi momenti la presenza o meno del bismuto nel sangue circolante durante il corso di una cura bismutica. Naturalmente, prima di iniziare questa, sarà opportuno istituire la reazione sul sangue dell'individuo, e in questo caso si dovrà ottenere un risultato negativo.

La reazione si pratica raccogliendo, mediante puntura di un dito, dieci gocce di sangue, che si lasciano cadere in cmc. 5 di acqua distillata. Si aggiunge poi cmc. 1 di acido cloridrico concentrato e centig. 20-30 di clorato potassico in polvere. La miscela si scalda fino all'ebollizione o, meglio, fino a quando il colore del poco liquido è passato al giallo chiaro; si raffredda allora la miscela, si aggiunge un pizzico (centig. 30-50) di bisolfito di sodio in polvere, in modo da ottenere la scomparsa della colorazione gialla, ed alla miscela divenuta incolora, in cui sta sospeso un precipitato giallo, e che deve far sentire l'odore pungente dell'anidride solforosa, si aggiunge circa g. 1 di zinco in granuli o in polvere e si agita.

Per l'azione riducente di questo metallo sull'anidride solforosa e sul bisolfito di sodio si forma dell'acido idrosolforoso e dell'idrosolfito di sodio, i quali riducono i sali di bismuto, eventualmente presenti, con liberazione di bismuto metallico e formazione di solfuro. Pertanto, il liquido si colora dopo breve tempo in bruno o in nero, mentre, in assenza di bismuto, rimane perfettamente incoloro.

La stessa reazione si può eseguire direttamente sulla saliva o sulle orine, senza praticare la preventiva distruzione parziale delle materie organiche col clorato potassico. Ad es. basta aggiungere a circa cmc. 5 di

Digitized by Google

orina 5 gocce di acido cloridrico, poi un po' di bisolfito di sodio e, successivamente, di polvere di zinco. Agitando, sempre a freddo, il liquido imbrunisce ed annerisce in presenza di bismuto.

Come torna ad avvertire l'A., la reazione, quatunque sensibilissima, non è specifica, quindi non è preferibile a quella degli stanniti per la ricerca del bismuto nell'orina, nella quale possono trovarsi facilmente altre sostanze capaci di determinarla.

I mezzi di trasmissione della scarlattina. — U. Friedemann e H. Deicher, Reparto Infettivo dell'Ospedale Civile Rudolph Virchow di Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, n. 51.

Come sorgenti di trasmissione della scarlattina possono praticamente considerarsi solo gli streptococchi della scarlattina presenti nel faringe degli ammalati, e nel pus delle complicazioni settiche; le squame cutanee e l'urina non contengono streptococchi scarlattinogeni, e non sono perciò infettive.

Gli streptococchi scarlattinogeni si possono dimostrare in grande quantità sopratutto nelle vicinanze dell'ammalato.

Nel cento per cento dei convalescenti che lasciano l'ospedale dopo sei settimane di degenza, si trovano streptococchi scarlattinogeni sulle tonsille. E' perciò di urgente necessità l'istituzione di baracche di ventilazione nei lazzaretti per scarlattinosi.

I tipici streptococchi della scarlattina, emolitici e tossigeni si possono trasformare in forme atossiche, e poi di nuovo riprendere la caratteristica virulenza.

Tetania ed alcalosi. — S. Hollo e St. Weiss, Prima Clinica Medica dell'Università Pàzmàny-Peter di Budapest. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 49.

La reazione alcalina del sangue costituisce uno stimolo tetanogeno; la reazione acida del sangue ha invece azione antitetanica. Il meccanismo di queste azioni è ancora inesplicato.

Vi è una grande diversità, per ciò che riguarda la sensibilità individuale verso questo stimolo, secondo le diverse costituzioni ed i diversi stati.

L'alcalosi non appartiene alla natura tetanica; tuttavia esiste questa esagerata sensibilità verso gli stimoli tetanogeni, sicchè modificazioni anche piccole della reazione del sangue, abitualmente senza effetto, nel senso dell'alcalinità, provocano nei tetanici degli accessi.

Non è ancora chiaro se questa ipersensibilità dei tetanici abbia un fondamento umorale o nervoso-cellulare.

Insulina e jonoterapia nel diabete insipido. — C. Waldorp. *La Medicina Argentina*, vol. V, n. 55.

Contrariamente a quanto afferma L. Villa, l'A. riferisce di non avere ottenuto nei suoi casi di diabete insipido il minimo miglioramento con la insulinoterapia a piccole e a forti dosi.

Egli ha tentato altresì di associare alla insulino- la iono-terapia, servendosi di iniezioni di sali di sodio, calcio o potassio, nell'intento di indurre un eccitamento del sistema nervoso vegetativo; ma neanche in questa guisa ha osservato il minimo beneficio.

Ha utilizzato invece con successo le iniezioni di ipofisina. Associando a quest'ultima l'insulina, non è riuscito ad ottenere un rinforzo anche lieve dell'azione terapeutica.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La valvola rettale di Houston. — Montague in New York. *Medical Journal and Record*, gennaio 1927.

La funzione della plica trasversale del retto ha avuto descrizioni ed interpetrazioni, non sempre concordi, nè esaurienti. Mentre gli anatomisti ebbero a considerarla particolarmente come un sostegno il quale, al raggiungere di un certo grado di riempimento e distensione rettale si rilascerebbe per la defecazione, i fisiologi le attribuiscono anche il potere di concorrere ad ampliare la capacità del serbatoio rettale.

Ai clinici è sembrato più razionale escludere ogni vera missione funzionale a questo dispositivo, tanto più che non di rado stati ipertrofici di esso vengono a costituire un ostacolo anzichè un vantaggio; e per tanto si è proceduto ad interventi operatori, quali la valvotomia a curare la stipsi ostinata. Questo indirizzo non ha avuto molto successo, sia perchè si è visto non curata così la stitichezza, sia perchè si è visto risultarne perturbamento alla architettura rettale.

L'A. crede si possa venire ad un concetto funzionale più preciso, se più accurata è la constatazione anatomica. Infatti queste valvole possono considerarsi triplici, come pliche semilunari intrarettali, corrispondenti alle tre flessure laterali note a tutti gli anatomici.

1. Le tre valvole sono situate in parti differenti della circonferenza rettale, a livello anche differente, ed occupano all'incirca due terzi della circonferenza dell'intestino.

2. Il margine libero della plica proiettandosi nel lume può e deve opporsi alla discesa delle masse fecali.

3. Il piano della plica costituente la valva non è in nessuna orizzontalmente diretto; che anzi l'estremo dell'una viene a trovarsi in un livello superiore a quello dell'altra.

Sono dunque considerazioni precipuamente anatomiche le quali possono fornire elemento di ulteriore discussione.

In realtà, ed in contrasto con la generica affermazione clinica, il retto, nell'adulto normale non è un semplice serbatoio fecale, ma un vero organo. Si venne precisando che questo soffermamento fecale tra l'una e l'altra defecazione accade in realtà nel tratto sigmoide in condizioni fisiologiche grazie alla presenza dello sfintere di O. Beirnes, circolarmente situato, sebbene non dimostrato anatomicamente in modo ineccepibile. Le osservazioni degli altri e quelle personali dell'A. vengono a confermare che nell'uomo sano, anche se esplorato poco avanti che si manifesti lo stimolo alla defecazione, il retto si tiene vuoto. In complesso dunque le valvole di Houston non si possono ritenere disposte per un particolare sostegno delle materie fecali. Pertanto si può pensare piuttosto al loro intervento in un meccanismo funzionale del retto, data la differenza di livello nel loro impianto sulla periferia dell'organo. Essendo la cavità rettale precipuamente foggiata a cono, e la disposizione valvolare corrispondente ad un decorso spirale, si può ritenere che queste valve di Houston pure serbando azione, questa sia secondaria, cioè convertire le forze propulsive peristaltiche in direzione distale, accrescere la pressione intraddominale, spingere spiralmente le masse fecali contro lo sfintere e promuoverne l'apertura. Tali valvole dunque non hanno missione di sorporto se non soltanto momentaneo, ampliando per quel tempo la cavità rettale ed accelerandone il vuotamento.

Contributo alla chirurgia del simpatico perivascolare. — Bruning in Berlin. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 25, 1927.

In quattro casi di claudicazione intermittente nei quali c'erano segni di gangrena, scoperto il segmento vasale lo si trovò completamente trombosato. L'osservazione clinica fa ritenere all'A. che in un buon numero di casi con claudicazione intermittente e mancanza di polso all'arteria tibiale posteriore, vada a riscontrarsi già una trombosi dell'arteria femorale in sotto del punto di origine della femorale profonda.

L'A. ha al proprio attivo 14 casi operatoriamente trattati per gangrena Raynaud; ma l'efficacia della procedura perivascolare si può al più riconoscere in metà dei casi. Un fatto sul quale l'A. vuol richiamata la conoscenza dei clinici e dei patologhi, si è che nel morbo di Raynaud si trova regolarmente nel ganglio stellato qualche più o meno cospicua alterazione assumente caratteri di flogosi cronica.

Come che sia sommando i vari casi di claudicazione intermittente, disturbi vasali endarteritici ed arterosclerotici, l'A. è intervenuto venti volte; le quali contribuzioni computate globalmente con quelle personali dell'A. sommano a 100 senza alcuna complicazione che potesse dirsi tale da attenuare la semplicità e l'efficacia dell'intervento Lériche, se ne vede la valutazione e la meritata scelta, di fronte alla ancora discutibile asportazione del surrene proposta da Oppel, e la rami-cotomia sostenuta dallo stesso Lériche e sua scuola, nonchè il blocco dei nervi spinali.

PEDIATRIA

Caverne pneumotubercolari nella prima e seconda infanzia. Eckstein e Simon in Düsseldorf. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 48, 2, 1927.

La diagnosi clinica delle caverne nel primo anno di vita è reperto macroscopico molto raro. Bisogna peraltro distinguere due quadri clinici. In uno assume particolare importanza la presenza di caverne da vero disfacimento, con reazione connettivale scarsa od assente; queste caverne raramente superano le dimensioni di una lenticchia o di un pisello, epperò sogliono sfuggire alla ricerca clinica. Anche più rara l'altra forma di caverne isolate, con induramento: costituiscono eccezione in questa età. Posizione intermedia assumono le grosse caverne da disfacimento, con o senza limitata reazione connettivale, le quali possono svilupparsi in un periodo abbastanza breve; nel quale caso si attribuirebbe una certa importanza alla insufficiente allergia (reazione tubercolinica negativa). Sotto l'aspetto diagnostico-differenziale vengono in considerazione le pneumonie croniche miliari, le quali possono menare appunto a caverne ascessuali, come anche caverne apparenti in seguito di enfisema. Queste ultime possono persistere a lungo ed al loro riassorbimento mentire una guarigione.

In appoggio di queste cognizioni, il primo A. fornisce esempi tratti dall'Istituto pediatrico anzidetto.

Il secondo A. ha raccolto tra il 1915 ed il 1923 151 osserva-

Digitized by Google

zioni, delle quali 62 maschi ed 89 femmine. Di 135 la cui cognizione postuma fu continuata 120 sono deceduti, 7 guariti ed in condizioni lavorative, 8 infermi e più o meno incapaci di lavorare. Si può dunque calcolare la mortalità ad 88,8 % in un elasso tra 4-12 anni. Peraltro si intendono qui compresi i soli casi genuini di caverne, ed in un'epoca nella quale la collassoterapia non era sistematicamente applicata.

Dei guariti due presentavano caverne parailari. Una bambina fu guarita mediante pneumotorace artificiale; gli altri guarirono spontaneamente, non ostante si fosse avanzata prognosi grave. Si può in genere affermare che la pneumotubercolosi cavernosa, specialmente quella infantile senza collassoterapia, finisce salvo rare eccezioni, con la morte. La terapia dunque, se possibile vuole essere attiva.

Dei metodi spetta la preferenza allo pneumotorace. Di 23 casi personali di pneumotorace artificiale, 12 restano esenti da bacilli e da manifestazioni morbose; 2 morti, 4 infermi, 5 senza notizie. Delle osservazioni che Weise ha raccolto sulla frenicotomia nei fanciulli, si può poco fruire; sembrerebbe si dovesse valorizzarla come eventuale complemento della collassoterapia. Di plastiche si ha soltanto qualche raro esempio, non essendoci le condizioni favorevoli come per l'adulto. Tuttavia l'A. ne raccoglie 5 osservazioni positive.

Appendicite erniaria in lattante. — Melletti, Ospedale Civile di Pergola. *Il Policlinico, Sez. Chir.*, 6, 1927.

Il caso riguarda un bambino di 52 giorni nel quale si manifestarono sintomi di strozzamento nella regione inguinale destra. Nella necessità di risolverlo chirurgicamente, si trovò che il contenuto erniario era rappresentato dalla sola appendice, la quale a sua volta offriva una chiazza di sfacelo.

Eseguita l'ectomia, affondato il cieco, si suturò a piani, senza drenaggio (sic!). Morte. Non fatta la necroscopia. Diagnosi microscopica: appendicite flemmonosa.

Prendendo in considerazione l'anatomia e la patologia di queste ernie, l'A. ritiene che ogni adesione (non infiammatoria) che un'appendice presenta col peritoneo parietale debba ritenersi dovuta ad un processo di accollamento simile a quello tra colon e parete ileo-lombare. Tale adesione può avvenire sia in un'appendice in sede normale, sia in appendice che ha cambiato sede a causa di uno scivolamento del peritoneo parietale, che è andato a formare un sacco erniario (ernia da scivolamento cieco-appendicolare). Dunque inesatto è dire ernia appendicolare con sacco incompleto o senza sacco, dovendosi invece dire ernia con sacco in parte aderente. Dal lato operatorio tanto vorrebbe dire secondo l'A. che si possa isolare l'appendice ed il cieco senza ledere i vasi sanguigni e ricostruire un sacco completo, con grande vantaggio dell'esattezza e dell'efficacia operatoria.

Prendendo a considerare la particolare condizione patologica e clinica, anche per l'età insolitamente tenera del paziente, bisogna convenire che si incontrano difficoltà cliniche e terapeutiche significanti. L'appendicite acuta nel bambino, è ad ogni modo affezione rara; ma relativamente non troppo rara l'appendicite in sede urinaria.

La perforazione o la gangrena sono gli esiti abituali di ogni appendicite acuta nel bambino in sotto di un anno, e quindi anche nell'appendicite erniaria. La diagnosi è difficile prima di tutto perchè non vi si pensa, poi perchè è disagevole l'esame di un malato dal quale non si possono trarre giudizi sicuri sulla insorgenza, sulla sede e sulla diffusione del dolore. La diagnosi differenziale ha poca importanza perchè le affezioni con cui si confonde richiedono in genere l'intervento. Errori gravi di diagnosi possono essere evitati con l'attento esame e col seguire da presso l'ammalato. In ogni modo data l'estrema gravità degli interventi ritardati oltre le 24 ore, vale sempre meglio rischiare di errare operando, anzichè errare nella attesa, più pericolosa dell'operazione. L'intervento consiste nel praticare l'appendicetomia in un sacco erniario. Se l'appendice è adesa sarà facile distaccarla, avendo presente che le sue aderenze sono, o infiammatorie o dovute alla presenza di una fascia di accollamento, che permetterà di ricostruire un sacco erniario completo, con vantaggio della esattezza operatoria.

(Queste le valutazioni dell'A. che si potrebbero anche non condividere. N. d. R.).

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Applicazioni diatermiche in ginecologia. — Alamanni. *L'Actinoterapia*, fasc. 2, 1927.

I casi trattati dall'A. confermano le opinioni già acquisite sulla utilità di questa terapia nelle forme ginecologiche, quali annessiti semplici, uni o bilaterali, sactosalpingiti, metriti e parametriti, essudati pelvici con o senza fatti annessiali, tifliti, dolori nevralgiformi lombo-sacrali, retroversione uterina ipoplasie e sterilità, amenorrea, dismenorrea, ragadi anali ed emorroidi.

Tutte queste affezioni, più o meno, si sono giovate della diatermia. Per esempio l'A. nelle annessiti ha ottenuto buona guarigione clinica nel 70 0/0 per cento dei casi e nel resto notevole miglioramento sia locale che generale; nelle sactosalpingiti 50 % di guarigione rapida; miglioramento sempre; meno efficace la diatermia nelle parametriti, che si sa in genere esser ribelli, pure ha agito beneficamente migliorandole. Negli essudati pelvici quasi sempre utilissima (89,4 % di guarigioni).

La tecnica nelle forme suddette, di natura infiammatoria è stata la seguente: due sedute di prova con sole piastre di piombo rispettivamente di 200 cq. sopraubica e di 300 cq. lombosacrale con 1,5 Amp. per 15' a giorni alterni.

Se non sovraggiungono cambiamenti nella temperatura aggiunge un terzo elettrodo vaginale, olivare, elevando la intensità a 2 Amp. e prolungando la seduta per 20' sempre a giorni alterni. Intercorrendo uno stato di gravidanza, procede senza elettrodo vaginale mantenendo la intensità a 1,5 Amp. per 20'-25'. In tutte le altre forme non infiammatorie i miglioramenti furono pure notevolissimi.

La laminaria nel parto prematuro. — Nappi. *La Clinica Ostetrica*, 6, 1927.

La laminaria a scopi ginecologici è ormai nota da tempo. Ogni buon pratico sa che introdotta nel collo uterino si imbeve di secrezioni, si rigonfia, dilata meccanicamente, stimola il ganglio cervicale, epperò provoca reazioni contrattili. Ogni pratico sa anche come queste famose laminarie, per fas o nefas, abbiano dato luogo a malcontenti, a critiche, a consigli di non servirsene senza incorrere in qualche rischio: specie l'infezione.

Tuttavia ancora c'è ostetrici che si assicurano della sterilità delle laminarie, mediante immersione in acido fenico puro durante 24 ore, od in alcool a 96° ovvero soluzione satura iodoformio-eterica od alcoolica; od in alcool a 45° con altrettanta tintura iodica.

Ora, con l'appoggio di due osservazioni, l'A. vuol dimostrare che non si debba usarla soltanto nei primi mesi per interrompere la gestazione; ma anche nel provocare il parto prematuro. In queste due gestanti si cominciò con una laminaria di quattro millimetri; all'indomani due di quattro millimetri; il terzo giorno quattro laminarie di sei millimetri. Chinina per via orale. Al quarto giorno travaglio e parto senza incidenti.

Secondo l'A. nè la metreurisi, nè lo zaffo glicerimato, nè la sonda Krause etc., sono altrettanto innocui che la laminaria, della quale bisognerebbe allargare l'esperienza ostetrica.

DERMATOLOGIA

Un nuovo rimedio contro la psoriasi. — K. Herscheimer. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 16, 1927.

Non si tratta naturalmente di un rimedio specifico poichè l'etiologia della psoriasi è ancora affatto ignota, ma soltanto di un rimedio sintomatico. Senza parlare dei numerosi mezzi finoggi usati contro la malattia, l'A. ricorda come spesso la psoriasi tenacemente recidivi, sicchè specie nei casi inveterati giova avere nelle mani un rimedio, che per giunta agisca rapidamente. L'A. ha proposto anni or sono un nuovo rimedio, lo psorigallolo, che è una combinazione di crisarobina, pirogallolo e catrame, in veicolo alcoolico. Ora, invece dello psorigallolo liquido, l'A. ha esperimentato un psorigallolum spissum, che si ottiene dal primo distillandolo in parte nel vuoto e sostituendo la parte distillata con lanolina anidra. La pomata viene applicata due volte al giorno, dopo aver lavate le placche. In 60 casi non si notarono mai azioni secondarie dannose, tranne una lieve irritazione cutanea in tre casi. Mai si osservarono alterazioni renali, mai perdite di peso. In pochi giorni si nota, anche in individui sofferenti da 20-25 anni un rapido miglioramento e guarigione in 6-8 settimane. Il rimedio è molto efficace anche nelle alterazioni delle unghie.

Ha un'azione rapida anche nelle neurodermiti, in cui elimina il prurito: è meno efficace invece nelle micosi cutanee. Lo psorigallolum spissum è, in conclusione, rimedio molto attivo specie dei casi inveterati di psoriasi; anch'esso però non riesce ad evitare le recidive.

I piccoli segni della lebbra. — F. Radaeli, Direttore della Clinica dermosifilopatica di Genova. *Rassegna clinico-scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano*, n. 4, 1927.

Parecchi lebbrosi accusano, come primo ed unico sintoma, un senso di intasatura nasale, una specie di raffreddore persistente con frequenti epistassi. All'esame rinoscopico la mucosa nasale appare leggermente arrossata, o un po' tumida, specie in corrispondenza del setto, con piccole erosioni sanguinanti e croste, o con infiltrati nodulari e vere ulcerazioni,

Digitized by Google

che arrivano talvolta, senza dare disturbi notevoli all'ammalato, alla perforazione del setto.

Le ipo- od anestesie della mucosa, quando esistono, rappresentano sempre un sintoma assai caratteristico. Di più, nel muco nasale, nel sangue delle epistassi e nel sangue ottenuto mediante scarificazioni è facile dimostrare la presenza dei bacilli di Hansen, con l'avvertenza, però, che il reperto negativo non esclude l'infezione; nel caso che appaia opportuno, si può provocare, mediante somministrazione di ioduro, l'aumento del flusso nasale.

Nella lebbra, tanto nodulare quanto anestetica, possono aversi eritemi a tipo diverso, ad es. eresipelatoide od a tipo di eritema nodoso, con fenomeni generali (febbre, abbattimento, dolori). Vi sono poi altri tipi di eritemi, in chiazze di grandezza e di forma diversa, uniche o multiple, localizzate sugli arti o sul viso o sul tronco, di colorito rosso vivo o rosso cupo o vinoso, più spesso di un rosso un po' bruniccio o fulvo, a superficie di solito liscia, poco o punto desquamante, qualche volta lucida ed oleosa, pruriginose o no. Dopo aver persistito inalterate per un tempo variabile da settimane ad anni, queste chiazze eritematose posso trasformarsi in semplici macchie pigmentarie, o evolvere verso l'infiltrazione nodulare, la cui natura lebbrosa può sospettarsi per la loro fissità, per il colorito bruniccio tendente al fulvo, per la lucentezza e l'aspetto oleoso della superficie, e, sopratutto, per una frequente anestesia totale o parziale della cute. La dimostrazione del bacillo sopra strisci di sangue raccolto per la puntura o scarificazione della zona eritematosa offre un dato di certezza alla diagnosi se è positiva; come è di regola per tutti gli esami del genere, però, anche in una forma sospetta di lebbra il reperto negativo non esclude la malattia.

Un sintoma che si può dire patognomonico della lebbra anestetica è rappresentato dalla presenza di bolle o flittene, di dimensioni variabili, a contenuto sieroso o serosanguinolento od anche, successivamente, sieropurulento, che insorgono, senza dare sensazioni subbiettive, alle mani, ai piedi, ai gomiti, alle ginocchia. Quando si rompono, danno una erosione che ripara in qualche settimana e lasciano come postumo una cicatrice rotondeggiante, superficiale, bianca, liscia, sottile, pieghettata, anestetica. Queste bolle si presentano in gettate successive, in numero di pochi elementi per volta, sicchè è frequentissimo vedere, ai ginocchi o nelle altre sedi, delle bolle in evoluzione accanto a cicatrici di lesioni pregresse.

Nella lebbra nervosa, possono aversi, anche come fatto precoce, delle semplici macchie, ipercromiche od acromiche, le prime talvolta secondarie ad eritemi. Talvolta le une e le altre sono associate, avendosi chiazze di grandezza e di forma varia, bianche nella parte centrale e iperpigmentate nelle zone periferiche, così da ricordare suggestivamente la vitiligine.

Negli annessi cutanei, e specialmente nei peli, si hanno frequentemente fatti interessanti per la diagnosi di lebbra, e cioè alopecie che si determinano sopra noduli leprosi, caratteristiche quelle alla coda del sopracciglio. Notevoli, inoltre, i disturbi delle secrezioni cutanee (iperidrosi, efidrosi, anidrosi), distribuiti di solito nelle sedi in cui esistono le alterazioni di sensibilità.

In quanto ai sintomi subbiettivi, si è già accennato all'intasatura nasale ed al prurito che può accompagnare l'insorgenza di certi eritemi, o che talvolta può presentarsi anche indipendentemente dalla comparsa di elementi eruttivi. Altre volte sono semplici parestesie, sensazione di parte morta, anestesia termica, poi dolorifica, poi tattile.

Come in tutte le opere di profilassi, anche nella lotta contro la lebbra, che ora, a seguito di opportune disposizioni governative, è stata intensificata, è affidato ai medici il compito più importante, e cioè il riconoscimento dei casi iniziali, sì da poter instituire tempestivamente la cura e la profilassi opportuna.

OCULISTICA

Radium-terapia in oculistica. Franklin e Cordes in S. Francisco. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 5, 1927.

Appartengono all'A. alcune osservazioni di congiuntivite, pterigio ricorrente con ipertrofia, degenerazione corneale, gruppi nei quali venne adottata la suddetta terapia.

Bisogna notare che, oltre alle indicazioni già note, di radium-terapia per affezioni maligne, in questi ultimi anni si è avuta tendenza a curare così anche affezioni oculari benigne, ma con risultati non sufficienti a scuotere qualche dubbio sul valore del trattamento. Non si può tuttavia escludere che per buona parte, alla mancanza di convinzioni abbia contribuito la mancanza di metodo: quantità di radium, tipo del contenente, elementi od emanazione, tipo di applicatore, distanza, durata, particolari di applicazione, cose tutte le quali non si trovano abbastanza nesplicate nei rendiconti clinici finora apparsi. Tuttavia non è dubbio il posto che in terapia oculare spetti al radium, come già ebbe ad affermare Lane.

I casi riferiti qui dall'A. sono cinque, e tutti di tipo resistente alla comune terapia oculare, il che costituisce un vero disappunto per l'oftalmologo, vedendosi disarmato in ogni sforzo. Nei casi di congiuntivite il resultato fu raggiunto con dosi molto più attenuate, il che vuol dire a maggior distanza e con più accurato scranno che non nella congiuntivite primaverile, lo pterigio, le affezioni maligne corneali. Altro fattore da essere osservato il dosaggio, che con scranno veramente minimo va applicato direttamente sulla palpebra arrovesciata, senza destare reazioni nel catarro primaverile, bensì nello pterigio che ha tessuto di granulazione. Grazie alle applicazioni di radium nelle affezioni corneali non si è costretti ad enucleare l'occhio che serbi 1/8 di visione normale avanti e dopo l'intervento. Osservazione importante anche si è che non poche volte dopo cinque o più applicazioni di radium, i pazienti videro scomparire la sensazione dolorosa, a tipo neuralgico oculo-temporale. Fenomeno del quale non è data la spiegazione.

Diremo in tesi generica che l'A. ha usato 10 milligr. di radio-elementi in una piastra circolare di 0,8 centimetri scrannato con 0,5 mm. argento ed un pezzo di caucciù applicati sulle palpebre chiuse, durante un'ora, ed a distanza di un centimetro.

Nello pterigio si applicò un tubo capillare 53 millicurie, scrannato solamente con cerotto adesivo, ed applicato durante quattro minuti.

Nella cheratite maligna, previa cocainizzazione si usò un sottile tubo capillare con 143 millicurie (emanazioni) scrannato con 15 mill. argento e 5 alluminio, durante 5 minuti.

UROLOGIA

Uretero-pielo-plastica in uropielonefrosi del rene unico destro. — Zamboni, Ospedale Castiglione del Lago. *Archivio Italiano di Urologia*, fasc. IV, 1927.

Il titolo del contributo basta a richiamare l'attenzione sul caso operato dal Prof. Donati, ed illustrato dall'A. L'insieme anatomico macro e microscopico depose per la diagnosi di aplasia congenita del rene sinistro, idropionefrosi del rene destro in soggetto con ipoplasia marcata degli organi genitali interni ed esterni, di questa donna di 21 a. Il caso presentava tre obiettivi principali da raggiungere: 1. Fissare il rene in buona posizione per evitare inflessioni pelvi-ureterali. 2. Ridurre l'enorme volume della pelvi. 3. Evitare una neo-anastomosi per le possibili conseguenti stenosi. Si poteva così sperare di mettere l'organo in condizioni di funzionalità relativamente buone. Per conseguire questo intento venne praticata una incisione ad ipsilon dell'estremo superiore stenotico della ginocchiatura pelvi-ureterale.

L'uretero-pielotomia consentì pertanto una buona uretero-plastica. Il risultato operatorio fu lì per lì ottimo. Ma sopravvenne una nuova emorragia, con formazione di coaguli i quali ostruirono l'uretere. Per la brusca occlusione ureterica insorse insufficienza renale acuta, aggravata dal ripetersi di un processo infettivo (idropionefrosi) che portò la morte da uremia.

La mancanza totale di un rene è per fortuna una contingenza non frequente, giacchè su una raccolta di 20735 autopsie viene dal Pariset registrato 38 volte. D'altronde, come in questo caso non rara è la combinazione dell'alterazione dell'apparato urinario anomalo, con anomalie formative dell'apparato sessuale. Sembra che in questo caso dell'A. sia mancata la differenziazione del primitivo corpo di Wolff a sinistra. A destra l'evoluzione sarebbe rimasta normale. Difetto primigenio di sviluppo, di origine oscurissima.

Il fatto che con la accentuata ipoplasia genitale coincideva un sufficiente sviluppo mammario, lascia ritenere che il rene siasi assunta una qualche azione vicariante.

Sulla patogenesi della pseudo-idronefrosi traumatica. — Bianchetti, Ospedale SS. Trinità Varallo Sesia. *Archivio Italiano di Urologia*, fasc. 4, 1927.

Il caso descrtto dall'A. gli serve di fulcro a richiamare le note discussioni, alle quali in più contingenze si è ritornati in queste colonne. Il caso presentava un complesso che induceva alla diagnosi di grave contusione renale con probabile frattura del rene (destro) ed ematoma perirenale. Si giudicò operare in terza giornata. Sotto l'adipe perirenale si incontra una massa del volume di una boccia da giuoco, nerastra, tesa, lucida, nettamente fluttuante, profondamente fissata. Incisa posteriormente ne schizza fuori una raccolta di liquido chiaro, di colorito giallo-roseo, di aspetto e di odore urinoso, scarsamente ematico. Vuotata la sacca si trova addossata alla sua faccia antero-mediale la massa renale,

Digitized by Google

disposta come il testicolo in una vaginale distesa, di volume normale, ma trasversalmente lacerata fin quasi a distaccare il polo inferiore.

Tenuto dunque conto delle contingenze diverse secondo le quali la sacca è formata da strati diversi, cioè la raccolta è dentro o fuori la capsula fibrosa, bisognerebbe distinguere una varietà extracapsulare più frequente, ed una intra- o sottocapsulare più rara, che secondo l'A. si potrebbe definire vero idrocele perirenale. Queste varietà, come è chiaro, sono inerenti alla maniera diversa di comportarsi nel traumatismo, della capsula fibrosa. Così essa non sarebbe in grado di opporsi alla pressione idrostatica crescente. Nella varietà extracapsulare il tempo che intercorre fra il trauma e lo stabilirsi delle lesioni caratteristiche è sempre relativamente lungo; in quella sottocapsulare può essere assai breve, 1-2 giorni. La diagnosi è più che altro intuitiva: precedenza di grave trauma renale, formazione di voluminosa bozza, sono elementi che richiamano verso questa probabilità, specie se concorre l'oliguria o anuria riflessa.

La cistoscopia ed il cateterismo ureterale possono anche contribuire al chiarimento. Come che sia un dubbio ragionevolmente fondato, autorizza a non lasciar trascorrere tempo, senza intervenire, tanto più che bene procedendo non si arrischia la vitalità del rene, e la vita del paziente.

La luce ultravioletta in urologia. — Beutel in Louisville. *The Urologic and Cutaneous Riview,* marzo 1927.

Non occorre insistere sulla tendenza odierna alla sostituzione sempre che non sia controindicata, della lampada quarzo, nel trattamento di non poche affezioni, partendo dal concetto dell'efficacia della irradiazione ultravioletta. C'è tutta una produzione di ricerche fisiche e terapeutiche in proposito. Ed essa dimostra anche la tendenza all uso più ampio nella pratica urologica. Si cominciò specialmente dal curare l'uretrite cronica, l'epididimite, la salpingite gonococcica, la tubercolosi urogenitale. Senza voler farne una panacea, non si può, secondo l'A. disconoscerne l'alta efficacia almeno in certe forme.

Recenti ricerche hanno attribuito origine batterica al prurito vulvare, contro il quale si sono proposte innumerevoli peparati, unguenti; per passare poi alle scarificazioni, alla sezione dei nervi sensoriali, ablazione dei genitali esterni etc. Temporaneo è il risultato della soluzione alcoolica di iodo nella cataforesi. Sarebbe vano tentativo quello di elencare i molteplici danni che il prurito genitale, specialmente nella donna, ma anche quello ano-perineale possa indurre, sia sul sistema nervoso, sia sul trofismo generale, sia localmente per il traumatismo, il grattamento etc.

Ora, seguendo la tendenza odierna, l'A. ha curato con pieno successo alcuni casi di prurito vulvare; ma rientrano anche nel campo delle favorevoli applicazioni, casi di erpete prepuziale, ulcera, adenite inguinale, epididimite, vulvite.

Le norme fondamentali di tecnica sono queste: lavacro saponato e rimozione di tutte le croste. Protezione a cornice intorno al campo da irradiare e quindi applicazione della lampada quarzo per ultravioletto. Sarà opportuno cominciare in modo da non irritare la tolleranza del paziente, cioè tenendosi ad una esposizione di soli cinque minuti, con distanza di sei pollici dal campo. Se si nota qualche reazione, si farà per modo che l'ulteriore seduta durasse 2-3 minuti. Tre nella prima settimana, due nella seconda, una nella terza. Una irradiazione generale ha la sua razionale indicazione tonizzante.

Casi di herpes praeputialis, specialmente inveterati, risentono benefici effetti da 5 minuti di irradiazione. L'ulcera venereo-sifilitica non è tra le affezioni che se ne giovino. Le adeniti inguinali possono sensibilmente migliorare e persino guarire dopo 1-2 esposizioni. Giova anche nella epididimite irradiare per 5 minuti a quattro pollici di distanza.

Effetti anche lodevoli l'A. registra nelle vulviti di donne recentemente maritate.

TOSSICOLOGIA

Sul meccanismo dell'avvelenamento da idrogeno arsenicale. R. Cabes, Istituto Farmacologico dell'Università di Bonn. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1926, n. 51.

L'idrogeno arsenicale, l'idrogeno fosforato e l idrogeno solforato esplicano solo un'azione emolitica, quando sono resi possibili fenomeni ossidativi. I più elevati prodotti di ossidazione relativi: acido arsenico, acido fosforico, acido solforico, nonchè l'acido arsenioso, l'acido fosforoso e l'acido solforoso, ed i loro sali non hanno azione emòlitica mentre questa azione possoggono gli ultimi prodotti della degradazione, vale a dire l'arsenico e lo zolfo.

Così noi siamo autorizzati a spiegare nei suddetti composti idrogenati l'azione ossidante come l'estrinsecazione naturale del loro meccanismo di azione sui corpuscoli rossi.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI ALESSANDRIA

Seduta del 31 gennaio 1927

Presid.: prof. O. Finzi

Marocco G. (Alessandria). *Apparecchio per impedire l'inquinamento del tavolo da lavoro del batteriologo.* — Premesso che sterilizzando alla fiamma l'ansa di platino, dopo che ce se ne è serviti per il maneggio del materiale infetto o supposto tale, possono da essa staccarsi particelle del materiale stesso che verrebbero ad inquinare il tavolo da lavoro, l'O. presenta un apparecchio ideato per evitare tale grave inconveniente. Esso consiste in un manicotto di rame che può adattarsi al becco Bunsen in modo da raccogliere il materiale che si stacca dall ansa, e che ha poi il vantaggio di poter esser sterilizzato con i comuni mezzi evitando così qualsiasi pericolo di dispersione del materiale infetto o sospetto.

De Toni G. (Alessandria). *Considerazioni sopra un caso di ascite infantile di probabile patogenesi tubercolare.* — L'O. ricordati i possibili momenti eziologici dell'ascite nella infanzia, presenta un bambino di 10 anni con una ascite riproducentesi ad ogni paracentesi e che ha già dato luogo alla estrazione complessiva di 90 litri di liquido. Ritiene, in base ai risultati degli esami anamnestici, dell'osservazione clinica e delle varie ricerche, che causa dell'ascite in questo caso sia una cirrosi capsulare periepatitica conseguente ad una flogosi tubercolare peritoneale ormai spenta. Propone una laparotomia esplorativa.

Santone M. (Alessandria). *Risultati consecutivi alla malarizzazione di 4 casi di paralisi progressiva. Indicazioni e modalità di applicazione del metodo.* — L'O. ritiene che si debba intervenire con la cura malarizzante il più precocemente possibile e cioè anche quando, mancando evidenti sintomi clinici, esistano alterazioni del liquor che denunzino un'affezione luetica del sistema nervoso. Elenca anche le controindicazioni di tale metodo terapeutico.

Finzi O. (Alessandria). *Considerazioni sovra un caso di osteomielite post-tifica delle due tibie da bacillo di Eberth.* — L'O. attribuisce la localizzazione della lesione alla tibia al fatto che, essendo il soggetto un giocatore di foot-ball, aveva avuto frequenti traumi in tali regioni. La lesione è caratterizzata da piccole numerose escavazioni nella parte compatta dell'osso a guisa di alveare, occupate da granulazioni da cui si ricavò in cultura pura il b. di Eberth.

A sinistra data la vastità della lesione e la compartecipazione del periostio, eseguita un'ampia resezione, l O. suturò solo in parte lasciando uno zaffo; a destra, dove si era formata una specie di esostosi ed il periostio era integro, scollato questo e asportata la zona ossea alterata, senza aprire il focolaio, eseguì una sutura completa. Ottenne una perfetta guarigione per prima intenzione. Ne inferisce che in forme settiche, quando le particolarità anatomo-patologiche lo permettano, si possa, asportando il focolaio infetto senza aprirlo, seguire la stessa tecnica operatoria che si tiene nell'asportazione delle esostosi di natura amicrobica.

Il Segretario: Carezzano

ASSOCIAZIONE NAPOLETANA MEDICI E NATURALISTI

Seduta dell' 11 aprile 1927

Presid.: prof. Tedeschi

Castronuovo G. Commemora il Socio Prof. S. del Vecchio.

Jappelli G. *Di una rara anomalia del sistema carotideo.* — L'O. descrive una rara anomalia del sistema carotideo destro; identifica, in base alle nozioni anatomiche ed ai casi riferiti dalla letteratura, la carotide esterna con un grosso ramo arterioso sorgente con altri dalla carotide primitiva; e dà la spiegazione embriologica dell'anomalia rifacendosi allo sviluppo degli archi aortici, dei quali, secondo l'O., solamente il primo avrebbe concorso alla formazione del ramo anomalo. Fotografie schemi disegni, illustrano il caso interessante descritto.

Pansini G. *Metodo per iniezioni intratracheali mercè la intubazione.* — Per scopi terapeutici, o per scopi diagnostici nella pratica radiologica è di recente in uso di somministrare liquidi attraverso la tra-

Digitized by Google

chea; però tali iniezioni con i mezzi attualmente in uso, non sono praticabili da tutti.

L'O. ha studiato e sperimentato un metodo finora non provato, o appena tentato che si basa sulla tecnica di intubazione mercè la quale è possibile anche negli adulti di fare penetrare in laringe una cannula metallica senza bisogno dello specchio laringeo. Mostra e descrive apposite cannule che ha fatto costruire, mercè la prima egli introduce in sito nei vari organi la soluzione anestetica, con l'altra introduce in trachea e quindi nei bronchi, il liquido opaco medicamentoso e ciò per la via transglottica. Ne descrive dettagliatamente la tecnica ne mette in rilievo i vantaggi, la nessuna controindicazione per l'età e per le condizioni dell'infermo. Non trascura di fare anche rilevare gli svantaggi, che per altro non meritano gran conto: confronta il suo metodo con i mezzi finora in uso per lo stesso scopo, e dopo severa critica può stabilire i pregi del suo metodo su tutti quanti gli altri, compreso l'ultimo proposto dal Lorey.

Il Segretario: prof. D. Enea

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta del 1 aprile 1927

Presid.: prof. E. Alfieri

Di Guglielmo G. *La malattia di Simmonds (cachessia ipofisaria).* — L'O. illustra un caso di cachessia ipofisaria, forma morbosa della quale qualche osservazione era stata fatta anche prima del Simmonds (Ponfick Messedaglia, ecc.), ma che soltanto quest'Autore riuscì meglio a individuare clinicamente e anatomopatologicamente.

In una donna di 29 anni, con lue pregressa si è manifestata la seguente sintomatologia: senilità precoce, denutrizione profonda e rapida (diminuzione di 20 kg. in peso in pochi mesi), adinamia, sonnolenza, caduta di molti denti e dei capelli, scomparsa completa dei peli dalle ascelle e in gran parte anche dal pube, amenorrea, atrofia dei genitali interni ed esterni, microsplancnia, lieve atrofia della mandibola, pressione arteriale bassa, eosinofilia. Radiografia della sella turcica: atrofia della lamina quadrilatera con scomparsa delle apofisi clinoidee posteriori, fondo assottigliato e poroso e che si abbassa nel piano sottostante, forma quadrilatera della sella.

Il quadro clinico dell'inferma si ricollega ad un'atrofia del lobo anteriore dell'ipofisi, provocata probabilmente da una gomma, che però deve interessare anche le altre parti dell'ipofisi e forse la regione tuberoinfundibolo-ipofisaria, perchè coesiste un diabete insipido.

Con la terapia sostitutiva ipofisaria si possono ottenere in questi casi notevoli miglioramenti.

Redaelli P. *Sul procedimento diagnostico per la determinazione specifica di fermenti e pseudofermenti asporigeni.*

Nicoli L. *Angiocolite verminosa con numerosi ascaridi nel fegato in bambina di anni due.* — L'O. descrive il caso di una bambina di due anni giunta al tavolo anatomico per bronco-polmonite e ascaridiasi intestinale, nel cui fegato si riscontrò una dilatazione enorme delle vie biliari con migrazione di numerosi ascaridi nel lume che si spinsero fin sotto la capsula di Glisson, periepatite plastica a focolai, stasi biliare. All'esame microscopico del fegato: compressione del parenchima con infiltrazione grassa delle zone adiacenti ai dotti biliari dilatati, stasi biliare, cirrosi biliare in tutto l'organo, angiocolite catarrale e focolai di angiocolite e periangiocolite acuta suppurata causata dai microrganismi portativi dagli ascaridi.

Fatti interessanti: la mancanza di eosinofilia nell'esame del sangue e delle sezioni microscopiche del fegato; il reperto, nella zona di periepatite e nelle aderenze, di uova di ascaride in segmentazione, circondate da una zona di reazione.

Redaelli P. *Localizzazione gastrica dello Strongyloides intestinalis.*

Carnevale-Ricci F. *Otomicosi sperimentale.* (Nota preventiva).

Zorzoli P. *Oscillazione paradossa di pressione in pneumotorace.*

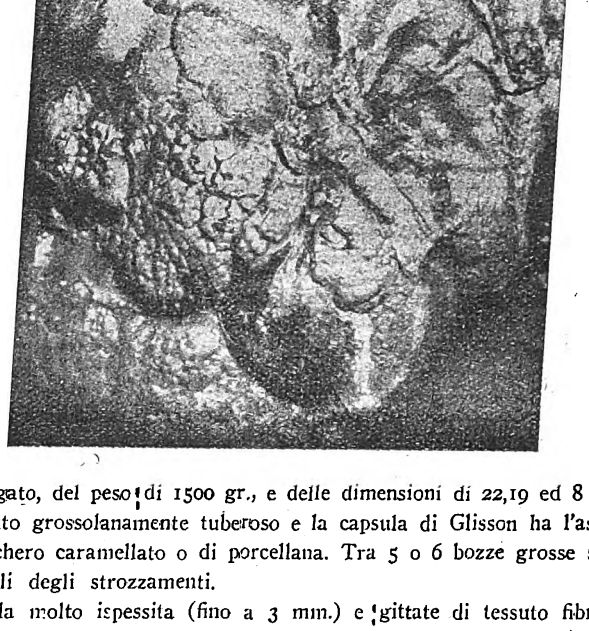
Migliavacca L. *Il Gynergen Sandoz in ostetricia e ginecologia veterinaria.* (Nota preventiva).

Il Segretario: Dott. F. Ricci

MEDICINA ICONOGRAFICA

Fegato sifilitico con aspetto caramellato

Il caso appartiene a V. Peiser e W. Nissel (Reparto di Medicina Interna dell'Ospedale Ebraico di Berlino, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 22).



Il fegato, del peso di 1500 gr., e delle dimensioni di 22,19 ed 8 cm., è di aspetto grossolanamente tuberoso e la capsula di Glisson ha l'aspetto di zucchero caramellato o di porcellana. Tra 5 o 6 bozze grosse sono distinguibili degli strozzamenti.

Capsula molto ispessita (fino a 3 mm.) e gittate di tessuto fibroso passano da essa nel parenchima epatico.

Al taglio, la sostanza epatica è giallo-brunastra e mostra certe macchie violacee. La divisione in lobi non è netta. La consistenza dell'organo è alquanto dura.

Ernia lombare gigante

Il caso di ernia lombare gigante, che ci viene riferito da R. Julia Roses, A. Blanco Serrano, J. Figueras e F. Faixat (*Revista médica de Barcelona*, a. III, vol. VI, n. 34) è veramente singolare.

Come si vede dalla figura, il tumore erniario invade tutta la regione glutea sinistra, come una grande bisaccia pendula, con un peduncolo che ar-

riva fino alle ultime costole e misura 105 cm. nella sua circonferenza maggiore, 92 cm. nella circonferenza minore. Detta ernia, a dire dei parenti dell'infermo, data fin dalla nascita, allorchè presentava la grandezza di una noce, la quale poi, andò a poco a poco raggiungendo quella di un melone; solo da tre anni ad oggi le proporzioni della tumefazione sono diventate enormi.

Nei primi tempi la tumefazione aumentava di volume tutte le vol-

Digitized by Google

te che l'infermo mangiava o beveva; da circa quattro anni l'infermo avverte in essa dei borborigmi. Presentemente, la tumefazione lascia notare la presenza di masse dure, molto spostabili, nella sua parte alta e l'esistenza di movimenti intestinali, nonchè, nei due terzi inferiori, di liquido di versamento; è irriducibile, nè si avverte alcun anello di comunicazione con la cavità addominale.

L'infermo è un luetico ed è affetto da insufficienza aortica con ipososistolia.

All'esame radioscopico, con pasto al bario, si vede che lo stomaco è dislocato nella sacca erniaria, occupandone la parte supero-esterna; mentre il cieco anche esso spostato ne occupa il fondo. Nella sacca è contenuto inoltre il rene sinistro.

La puntura della tumefazione ha fatto estrarre circa 7 litri di liquido color ambra, trasparente, che clinicamente presentava i caratteri di un trasudato; dopo l'evacuazione fu possibile notare la presenza di un anello di forma triangolare, corrispondente al triangolo di Petit, che faceva comunicare l'ernia con la cavità addominale.

In conclusione, nel caso che si riferisce alla figura, si tratta di un'ernia lombare congenita, irriducibile per molteplicità di aderenze, nella quale per ostacolo al ritorno del sangue venoso in corrispondenza dell'anello erniario si è determinato un versamento ascitico. E' da notarsi la completa assenza di disturbi funzionali da parte dell'infermo.

Per il cattivo stato generale dell'infermo e specialmente del suo apparato circolatorio, nonchè per le difficoltà tecniche cui sarebbero andati incontro, data l'esistenza di aderenze, gli AA. non ritennero opportuno intervenire chirurgicamente, limitandosi a ripetere le punture evacuatrici dell'ascite e a tener su con una specie di sospensorio la tumefazione, per diminuire i disturbi prodotti dal peso di essa.

□□□

PER LA PRATICA

MALATTIE INFETTIVE

A PROPOSITO DI DUE CASI DI RICADUTA DI SCARLATTINA

per il dott. IGNAZIO DI PACE (S. Marco in Lamis - Prov. di Foggia)

Nel corso della epidemia di scarlattina, che ha infierito in questa città, nella estate dell'anno passato, ho osservato i seguenti due casi, che mi sembrano interessanti per le discussioni che essi ci permettono di fare sul meccanismo di produzione delle ricadute nella scarlattina.

I. Scarano Elisabetta di Angelo, da S. Marco in Lamis, di anni 11. Genitori vivi e sanissimi; 5 fratelli e 1 sorella, tutti maggiori di lei, vivi e sanissimi. Nata da parto fisiologico a termine, ha avuto normale e armonico accrescimento ponderale e staturale. A 6 anni ha sofferto il morbillo, a forma mite, senza complicazioni e senza postumi. Prima e dopo di allora è stata sempre bene.

Il 15 luglio 1926 — alla distanza di 40 giorni dal primo caso di scarlattina denunziato e quando già si erano avuti 10 decessi (uno dei quali in vicinanza della sua abitazione) sui 25 casi denunziati — improvvisamente ha febbre, che raggiunge i 38° C. con brividi, con dolori reumatoidi diffusi e cefalea, con sensazione di bruciore in gola e di sete piuttosto intensa.

Il terzo giorno di febbre, resistente al chinino e ai purganti, sul collo, sulle superficie interne degli avambracci e delle cosce, e in modo più visibile sulle natiche e sulle spalle, si notano piccole papule puntiformi, di colorito rosso vivo, a sede perifollicolare, che non aumentano di numero, non si estendono alle altre regioni e che dopo 2 giorni impallidiscono e in seguito si desquamano a forma di lamelle. La lingua — coperta da sottilissima patina biancastra nei primi giorni — si presenta desquamata ai bordi e alla punta. Le tonsille sono rosse e tumide e la faringe è arrossata. Le regioni sottomascellari sono dolenti, ma non si notano ghiandole ingrossate.

Sono evidenti i sintomi del Sergent (segno dermografico), di Rumpel e Leede (del laccio), di Pastia (della piega del gomito), di Hech (della ventosa). Acetone e acido diacetico nelle urine.

Il 22 luglio si sente benissimo e si reca in campagna insieme con la famiglia.

La sera del 18 agosto fa ritorno in città. Il giorno successivo, improvvisamente viene colpita da febbre alta, preceduta da brividi, che persiste, con lievissime remissioni mattutine, fra i 39° e i 40° C., per una settimana; da cefalea, che dura fin che dura la iperpiressia; da bruciore e vivissimo dolore nella gola, con disfagia.

Il 20 agosto sul torace appaiono numerosissimi punticini rossi, fittamente stivati e collegati fra loro da zone iperemiche di diverse dimensioni, qua e là rosso scarlatto. Tali punticini guadagnano subito il collo, la nuca, il dorso, le natiche, gli arti, la faccia ad eccezione del contorno della bocca, e del mento, mentre ai lati del torace e sulla metà inferiore dell'addome si sviluppano numerose bollicine miliari (scarlattina miliare). L'eruzione così caratteristica persiste 3 giorni e poscia regredisce lentamente. A capo di una settimana si inizia la desquamazione lamellare su tutto il corpo, membranacea sulle mani e ai piedi.

Insieme con l'esantema progredisce l'enantema, con la caratteristica lingua a lampone, o a fragola, o di gatto, col forte rossore del cavo orale e delle fauci, con le tonsille i primi giorni fortemente tumefatte e in seguito ricoperte da essudato muco-purulento, con tumefazione delle ghiandole all'angolo del mascellare inferiore.

Il 5 settembre viene considerata guarita.

II. Cristalli Michele di Giovanni, da S. Marco in Lamis, di 26 mesi. Primogenito di genitori giovani e sani. Nato da parto fisiologico a termine, è stato allevato al seno materno ed è cresciuto sempre sano e robusto.

L'8 ottobre 1926 viene colpito dalla scarlattina, con esantema poco diffuso, con enantema poco accentuato e con manifestazioni generali relativamente miti, per cui il 18 viene considerato guarito. Nel meriggio del giorno 30 di quello stesso mese subisce una scottatura di primo grado, da versamento di acqua calda, sulla tempia, sulla guancia e sull'orecchio di sinistra. La sera ha febbre 39°,5 C., con brividi, vomiti, agitazione, delirio.

Il 1° novembre si ripresenta, intensissimo, il caratteristico esantema scarlattinoso, che dal petto si diffonde progressivamente al collo, alla nuca, al tronco, agli arti, alle tempie, al dorso del naso, alle guance e in modo particolarmente acceso alle natiche, alla faccia interna delle cosce. Tale esantema — che comincia a regredire dopo 4 giorni e che scompare lentissimamente in 6 giorni — viene accompagnato dall'enantema, con lingua a lampone, con infiammazione di tutto il palato molle, e con le tonsille sede di processo necrotico. Nel corso della desquamazione, mentre la scottatura guarisce, si hanno complicazioni bronchiali e a queste seguono ascessi multipli, che guariscono lentamente dopo lo svuotamento.

Riepilogando. Nel 1° caso abbiamo avuto manifestazioni di scarlattina (da escludersi qualunque dubbio sulla diagnosi) con esantema appena manifesto, con enantema mite e con manifestazioni generali mitissime; e, alla distanza di circa un mese dall'apparente guarigione, lo scoppio di nuove manifestazioni di scarlattina con esantema, enantema e fenomeni generali gravissimi.

Nel 2° abbiamo avuto anche scarlattina (anche in questo caso si deve escludere qualunque dubbio sulla diagnosi), con esantema, enantema e fatti generali relativamente miti, alla quale segue, dopo 14 giorni dall'apparente guarigione, una nuova esplosione di scarlattina a forma molto grave, seguita da bronchite e da ascessi multipli.

Cause manifeste della nuova esplosione sono state: nel 1° caso lo strapazzo di un viaggio di 2 ore sopra un baroccio, e nel 2° una lieve scottatura di 1° grado e lo spavento da essa causato in un bambino che si trovava allora in condizioni di facile eccitabilità.

Premesso ciò, cerchiamo innanzi tutto di dare una definizione a questo ritorno del tipico quadro della scarlattina nei due soggetti osservati. Cerchiamo cioè di stabilire se questo ritorno sia una ricaduta, o una recidiva di scarlattina.

Non mi pare superfluo stabilire ciò in considerazione del diverso significato che ancora oggi viene dato a queste due parole. Infatti, mentre gli Autori italiani, francesi e inglesi intendono: *a*) per ricaduta, o per ripresa, la riaccensione, o la ricomparsa della tipica sindrome scarlattinosa dopo la scomparsa clinica

Digitized by Google

di ogni traccia di manifestazione, sia locale che generale, di scarlattina e quindi in convalescenza e alla distanza massima di un mese o di uno e mezzo; *b)* per pseudo-ricaduta la riaccensione dell'esantema, con o senza altre manifestazioni, nel periodo febbrile della malattia, a decorso protratto; *c)* e per recidiva il ritorno della stessa sindrome scarlattinosa alla distanza di parecchi mesi o anche di parecchi anni da quando la prima manifestazione è effettivamente estinta e si ritiene perciò che si sia ottenuta la definitiva guarigione batteriologica; gli Autori tedeschi invece ritengono recidive le nostre ricadute, pseudo-recidive le nostre pseudo-ricadute e ricadute le nostre recidive.

Perciò, secondo la concezione della Scuola italiana, in ognuno dei due casi osservati abbiamo avuto una ricaduta.

L'osservazione clinica ha dimostrato che nella quasi generalità dei casi, quando si è superato il primo attacco di scarlattina, si acquista la immunità verso tale malattia; che molto raramente si hanno delle recidive; e che più raramente ancora si hanno delle ricadute (1).

Ma come spiegare il meccanismo della ricaduta?

Alcuni, ammettono quei principi generali più noti, in base ai quali si spiega, in senso astratto, la possibilità di una ricaduta nelle malattie infettive: la breve durata della immunità attiva; l'assenza di una sicura immunità residuale nel soggetto che ha superato spontaneamente la prima infezione; permanenza, per un tempo, più o meno lungo, dell'agente specifico, vivo e virulento, nel naso, nella faringe, o in altro organo del convalescente.

Ma io penso che se la produzione della ricaduta fosse legata solo a queste ragioni, esse ricadute sarebbero meno rare di quel che sono effettivamente.

Altri ammettono che le citate ragioni hanno valore di cause predisponenti, le quali possono determinare la ricaduta solo quando la loro azione è favorita dal sopraggiungere di cause coadiuvanti, sia locali (specialmente flogosi delle mucose, ipertrofie tonsillari, traumi locali), che generali (tutte le cause che diminuiscono i poteri di difesa generale dell'organismo, o che diminuiscono, o annientano quei poteri di difesa specifici, che l'organismo ha acquisiti in seguito alla pregressa infezione scarlattinosa).

A giudicare dai due casi descritti dovrei sottoscrivere subito a questa ipotesi, perchè nel primo di essi la ricaduta si è avuta dopo lo strapazzo di un viaggio (breve quanto si vuole, ma sempre strapazzoso) e nel secondo in seguito alla scottatura. Ma, riportandomi ai casi di scarlattina, con e senza ricaduta, osservati da tutti gli Autori, che la hanno studiata a lungo e diligentemente, e a quelli osservati da me, noto subito che questa ipotesi — benchè logica, di notevole importanza e convincente— non è sufficiente da sola a farci ammettere: da una parte la possibilità di una ricaduta, e dall'altra parte, a farcela spiegare quando si è già manifestata. Non è sufficiente, se non altro per il fatto che in moltissimi casi nei quali vi sono — e persistono anche spiccate — queste cause occasionali, la ricaduta non si manifesta, mentre invece, qualche volta, si manifesta quando l'esame diligente può far escludere con sicurezza la sovrapposizione di queste cause.

Altri ammettono un esaltamento di virulenza dello stesso germe che ha prodotto la prima volta la malattia — momentaneamente attenuato nel corso della prima manifestazione — che non era stato vinto dallo scarso potere di resistenza, o di reazione, o di difesa dell'organismo e che, sopraffacendo questa resistenza, o reazione, o difesa dell'organismo, riesplode con una sintomatologia più grave, esplicando la virulenza che prima non aveva esplicata.

Questa ipotesi sembra più idonea a spiegare la ricaduta nei due soggetti esaminati, perchè la seconda manifestazione di scarlattina in essi è stata molto grave al paragone della prima; ma non è la più idonea a spiegare tutte le ricadute dei casi conosciuti, perchè esse, in generale, sono state sempre miti, o meno violente della pregressa scarlattina.

Altri, non avendo la prova — se non dai fatti sperimentali, almeno dal costante ripetersi del quadro clinico, in tutti i casi di ricadute — dell'esaltamento di virulenza dello stesso germe che ha prodotto la prima esplosione della scarlattina, pensano ad una superinfezione eterogena, che si manifesta con violenza e con clamore più o meno accentuati in rapporto alla peculiare virulenza del germe e alla speciale disposizione individuale del soggetto. Ma anche questa ipotesi (pur ammettendo la superinfezione) non può, da sola, spiegare tutte le ricadute.

La concezione della importanza del fattore individuale, ai giorni nostri, nel fervore dei fecondi studi sulla costituzione, ha avuto molti consensi e un gran valore nella produzione e nella ricaduta della scarlattina. Secondo questa concezione la individualità viene intesa come una peculiare predisposizione dell'organismo a dar ricetto e vita a speciali microrganismi e quindi alla sua sensibilizzazione di fronte al primo o al successivo attacco della infezione prodotta da quel dato microrganismo.

Indubbiamente le recenti acquisizioni sulla biologia e sulla costituzione individuale ci portano a non farci riconoscere più nell'agente causale — con tutti i suoi caratteri incostanti — il fattore più importante nella produzione delle malattie infettive — e quindi anche della scarlattina — e ad assegnare pari importanza, nella produzione di dette malattie infettive, all'organismo col suo potere di difesa, col suo stato attuale di immunità, con la sua disposizione a reagire e ad essere attaccato dal detto agente causale. Ed è innegabile che il fattore costituzionale, nello studio della scarlattina, è più accessibile alle nostre osservazioni e alle nostre ricerche cliniche di quanto non sia stato, e non lo sia ancora, la indagine batteriologica sull'agente specifico. Ma ritengo che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, fissare sul fattore costituzionale la parte preponderante della scarlattina significhi sostituire l'enigma della costituzione a quello dell'agente causale di detta malattia, che affatica e tortura la mente degli studiosi.

I sostenitori di questo fattore costituzionale, fra le loro prove, portano la constatazione che in una stessa famiglia si hanno differentissimi quadri della scarlattina (differentissimi per gravità, di sintomatologia, di evoluzione, di complicazioni e di postumi) quando contemporaneamente sono colpiti, dalla stessa malattia, due o più dei suoi componenti.

A giudicare da tutti i casi da me osservati nel corso della epidemia dell'anno scorso, devo dire che quella constatazione non risponde alla verità, perchè ho notato che, nella quasi generalità, dove i colpiti sono stati due o tre nella stessa famiglia, o contemporaneamente, o a distanza di più giorni, le manifestazioni cliniche e gli esiti sono stati identici per tutti.

Ma, a parte le mie osservazioni — le quali depongono più per l'azione della virulenza dell'agente causale che per quella

(1) Il Costabile (*Gazzetta Medica Italo-Argentina*, n. 4, 1927) descrivendo un caso di scarlattina con ricaduta da lui osservato, cita 16 casi di ricadute e 28 di recidive pubblicati dal 1900 al 1922. Il Boschi, invece (*Rivista di Clinica Pediatrica*, 1924), studiando diligentemente questo lato del problema della scarlattina, ha notato che dal 1900 al 1921 nella letteratura si trovano registrati 38 casi di recidive. E' certo che se ci riportiamo alla letteratura anteriore al 1900 troveremo maggior numero di recidive. Infatti il Trojanowsky (citato dal Thomas in: *Patologia e Terapia Speciale Medica*, redatta dal Ziemssen. Vol. II, parte 2ª) Jovene e Pasquale, 1877, Napoli) in Livonia, su 300 casi di scarlattina notò 18 recidive.

Il Thomas (loco citato) — che è fra gli Autori più antichi che si è occupato di queste recidive — afferma che al suo tempo si conoscevano 200 casi di persone che erano state colpite due volte e anche più 3-4-7-11 (Steffen), 24 (Balser e Langdau) dalla scarlattina.

Ma poichè è innegabile che solo dal principio del nostro secolo è stato separato e distinto dalla scarlattina l'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante, che ha una individualità tutta propria [la prima vaga distinzione fra scarlattina e *forma morbosa pseudo-esantematica*, fatta dal Percheron il 1875; il primo abbozzo di un quadro dell'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante, fatto il 1876 nella Società Medica degli Ospedali di Parigi, in seguito alla comunicazione del Féreol; e la esatta descrizione clinica di tale eritema, fatta dal Brocq (*Arch. Gén. de Médecine*, 1884) non arrivarono prima del 1900 a distruggere il confusionismo che esisteva, fra i dermatologi dei diversi paesi, sulla individualizzazione di tale malattia]; così non mi pare arbitrario poter ammettere che forse molti dei casi descritti prima del Thomas e particolarmente quelli con più di due recidive, fossero dei casi di eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante. E che forse sia stato così viene dimostrato dal fatto che in questo primo quarto di secolo, con tanto fervore e ardore di studi intorno alla scarlattina, i casi di recidiva osservati sono pochissimi al paragone di quelli osservati prima. Quanto ai casi del Trojanowsky penso che forse la scarlattina della Livonia, in quel tempo era una forma speciale di scarlattina.

Digitized by Google

della costituzione — io dico che mancano prove di fatti inconfutabili per mettere o per escludere sia la influenza della costituzione, sia quella della varia virulenza dell'agente specifico nella differente gravità della malattia nei diversi componenti di una stessa famiglia; e che è probabile che ben può trovarsi a fianco al fattore costituzionale la differente virulenza del detto agente specifico.

Nel fiorire degli interessanti studi sull'anafilassi si è considerata la scarlattina come una sindrome anafilattica. Questa ipotesi sarebbe una estensione del concetto di Schick, secondo il quale anche nella scarlattina si verrebbe a verificare quel che si verifica per gli altri processi morbosi e per la malattia da siero: cioè uno stato allergico, o una ipersensibilità specifica dopo un breve tempo di insensibilità egualmente specifica.

Sembra che i due casi esaminati parlino in favore di questa nuova concezione. Infatti in essi, nella ricaduta abbiamo avuto manifestazioni gravissime. Questo fatto secondo quella concezione, e in armonia con quanto conosciamo sul problema dell'anafilassi, si spiega nel seguente modo: Nell'organismo dei due pazienti, dopo che è stato superato il primo attacco lieve di scarlattina — e quindi lo shock anafilattico — è subentrato lo stato antianafilattico, il quale è stato incompleto, o temporaneo, o parziale perchè la prima scarica anafilattica è stata debole, per la mitezza del primo attacco di scarlattina. Per questa antianafilassi incompleta si è avuta una reazione di ipersensibilità manifestatasi con la maggiore gravità del secondo attacco.

Ma questo ragionamento che appare logico, convincente e seducente in favore della concezione anafilattica della scarlattina, non mi pare che sia decisivo in sostegno di quella concezione, per due ordini di fatti:

1. Nella quasi generalità dei casi conosciuti la intensità delle manifestazioni scarlattinose locali e generali è stata più mite nella ricaduta che nella prima esplosione della malattia.

2. Se veramente nell'organismo, che ha subito un primo attacco mite di scarlattina, si stabilisce una ipersensibilità alla stessa malattia, perchè le ricadute sono così rare, mentre in una buona metà dei casi la scarlattina non si manifesta con gravi attacchi settici? E perchè nella quasi generalità dei casi si ottiene la immunità?

A questa obiezione si può opporre che è necessario, per questa ricaduta, la disposizione individuale e che questa disposizione è risaputo essere piccolissima nella grande maggioranza degli individui, come viene dimostrato dallo scarsissimo numero dei colpiti.

Ora questa opposizione viene a negare la influenza esclusiva, o preponderante del fattore anafilattico per dargli solo il valore di un fattore coadiuvante.

È innegabile, in ogni modo, che la concezione anafilattica della scarlattina ha una grande importanza e che perciò deve essere presa in considerazione, specialmente se si considera l'identità del quadro clinico che presenta l'allergia da medicamenti e della malattia da siero e quello della scarlattina. Ma è egualmente innegabile che essa — almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze — non risolve tutti i lati del complesso problema della scarlattina e principalmente quello del suo processo patogenetico e della sua ricaduta.

Come conclusione io credo che nella interpretazione del processo della ricaduta nella scarlattina si debbano tener presenti: una causa generale, predisponente e una causa codiuvante, sia locale che generale; e includendo:

a) nella causa generale, o predisponente, la infezione specifica — con tutto il corteo delle sue reazioni umorali — e la costituzione individuale, intesa come disposizione dell'organismo ad avere una speciale ipersensibilità o al primitivo germe specifico, che è stato esaltato nella sua virulenza, o al germe sopraggiunto, più virulento del primitivo;

b) nella causa coadiuvante locale: o l'esaltamento di virulenza del germe, ancora esistente nell'organismo, con attività attenuata o assopita, o l'arrivo di nuovo germe più virulento del primitivo;

c) e nella causa coadiuvante generale: la rottura dei poteri di equilibrio, o lo diminuizione dei poteri di difesa antibatterica e antitossica esistenti nell'organismo — per cause non sempre manifeste — che ne soverchiano la resistenza.

DIAGNOSTICA

Diagnosi della echinococcosi peritoneale

V. Scimone (R. Istituto di Patol. Medica di Firenze, *Rivista di Clinica Medica*, vol. 27, n. 24) ricorda che l'echinococcosi peritoneale con versamento può simulare la peritonite tubercolare, anche dopo la puntura esplorativa o la paracentesi. Nella differenziazione delle due forme però va tenuto conto della forma dell'addome che nell'echinococcosi è in genere di forma ovoide, con forte tensione, con cute non edematosa; della scarsa mobilità del liquido; di una zona di risonanza timpanica persistente ai lombi e ai fianchi.

Nessun valore differenziale può accordarsi al reperto di masse al disotto della parete addominale, potendo esse benissimo trovarsi anche fuori della echinococcosi peritoneale ed allora dovute o a placche calcaree o a zona di ispessimento della membrana endoperitoneale.

La neomembrana che si forma in casi di echinococcosi e che riveste il peritoneo parietale conglobando e fissando i visceri addominali, ha i caratteri di una membrana da infiammazione cronica.

Non è possibile fissare con certezza nell'anamnesi l'epoca di rottura della cisti primitiva, la quale può avvenire senza nessun quadro clamoroso; nè è sempre possibile, anche all'intervento o all'esame anatomopatologico, determinare la sede della rottura primitiva.

In un caso che l'A. descrive i caratteri macroscopici del liquido ricordavano quelli dei casi di colepertoneo. Non fu però possibile dimostrare la presenza di bile (pigmenti o sali biliari) in tale versamento. L'alto contenuto di colesterina, grassi ed acidi grassi, la lunga durata della forma, lo stato della sierosa indussero l'A. a stabilire un'analogia con i versamenti colesterinici osservati nella pleura e nella vaginale.

VIE GENITO-URINARIE

La tubercolosi della prostata

Berne-Lagarde (*Le Journal Medical Français*, n. 1, 1927) osserva che tra le vie preferite dal b. di Koch per aggredire la prostata vi è quella discendente, proveniente cioè da una tubercolosi renale: l'urina bacillifera per il suo passaggio ripetuto inocula il trigono vescicale e poi la prostata o questa direttamente.

Forgue tuttavia dice: «gli ammalati che hanno tubercoli nella prostata ne hanno anche nell'epididimo senza che si possa dire dove la lesione abbia cominciato».

Anatomopatologicamente si distinguono una forma miliare acuta, che è rarissima e quindi senza interesse; e una forma chirurgica cronica, la più frequente. In essa la lesione iniziale è la granulazione bacillare. Inizia intorno ai canali escretori o fra gli acini glandolari: la prima si definisce forma centrale o periuretrale, la seconda forma eccentrica o periferica.

La degenerazione caseosa delle granulazioni dà luogo alla formazione di tubercoli conglomerati, che, al taglio, appaiono distinti in numero variabile di grandezza variabile fino a un chicco di lenticchia, di color bianco giallastro, consistenza molle, circondati da tessuto normale.

L'evoluzione può essere duplice: calcificazione e trasformazione fibrosa (Broca) con conseguente atrofia di un lobo o di tutta la glandola: oppure, più frequentemente, degenerazione caseosa e formazione di caverna che si apre all'esterno, con orificio nelle docce laterali del verum montanum. Si può anche avere la fusione purulenta di lobi interi e disseminazione periambiente.

Qualche volta l'ascesso si apre nel perineo o verso il retto, dando luogo a fistola uretro-prostato-rettale. Rarissimamente si apre nel peritoneo, dando luogo a peritonite mortale.

Quanto ai sintomi, quelli della forma centrale o periuretrale offrono il quadro di una uretrite posteriore acuta qualche volta preceduti da un periodo più o meno lungo in cui l'unico sintomo è dato da uno scolo uretrale, che potrà essere distinto da quello cronico gonococcico solo con la prova biologica.

In seguito la minzione diviene dolorosa, frequente, imperiosa, sicchè il malato in nessun modo può trattenere il bisogno di urinare.

Si possono avere delle piccole ematurie all'inizio, più frequenti nella fase terminale, con eiaculazioni sanguinanti, tutti segni che progressivamente si accentuano, intervenendo altri a carico della vescica, e sopratutto tenesmo, ritenzione, fino a che le urine si presentano scure, purulente, miste a sangue e rivelano la sopraggiunta cistite tubercolare.

Nella forma eccentrica o periferica i sintomi clinici sono pure tardivi. Nello stadio di fusione purulenta, con fistola, raramente si osserva l'emissione spontanea di pus, o per lo meno essa è intermittente. Soltanto praticando la palpazione rettale o massaggio, oppure assoggettan-

Digitized by Google

dosi l'infermo a pressioni e sforzi può mettersi in evidenza il processo suppurativo cronico. S'intende che la tubercolosi prostatica segue l'evoluzione generale della malattia, in altri organi: quindi può durare mesi ed anni e può anche guarire.

La cura all'inizio offre delle possibilità di guarigione e quindi la prognosi non è assolutamente infausta ed è in stretta dipendenza dello stato generale, che bisogna fortificare innanzi tutto contro l'infezione, coi mezzi ormai notissimi.

Come cura locale si propone il trattamento intra-uretrale quando i sintomi indicano lesione dell'uretra posteriore; ma bisogna esser prudenti, potendo esacerbare i fenomeni dolorosi e influire sullo stato generale. Si possono in essa praticare istillazioni di qualche goccia di una soluzione acquosa di sublimato 1:10 mila, 1:5 mila, senza alcool nè acido acetico (Guyon e von Frisch). Si può adoperare il iodoformio in veicolo oleoso, secondo la seguente formula: iodoformio gr. 2; glicerina gr. 2; mucillagine gommosa gr. 4; acqua gr. 20. Oppure: iodoformio gr. 1, guaiacolo gr. 5, olio d'uliva sterile gr. 100.

Nelle crisi dolorose ricorrere, ai calmanti sotto forma di lavaggi vescicali contenenti per es. XXV gocce di laudano e gr. 0,75 di antipirina.

Come cura chirurgica: all'inizio può essere utile l'ablazione dell'epididimo, colla quale si sopprime il focolaio bacillare esterno. Si è anche eseguita con successo la prostatectomia per via perineale, ma essa è maggiormente indicata se vi è fistola, a meno che non vi sia una prostata voluminosa con crisi frequenti di tenesmo.

TECNICA

Colorazione dei bacilli tubercolari e delle loro forme granulari

R. Paolini (*Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi,* fasc. II, 1927) ha eseguito ricerche su vari prodotti patologici tubercolari, allo scopo di determinare quale fosse il miglior metodo di colorazione pei i bacilli di Koch e per le forme granulari di Much. I metodi confrontati sono stati quello di Ziehl, quello di Much e il metodo del Gasbarrini. Essendo quest'ultimo meno noto, ne riferiamo brevemente la tecnica: sul preparato fissato alla fiamma si fa agire la fucsina fenica dello Ziehl a caldo, per alcuni minuti, e si porta poi per 2'-3' nella miscela di lacto-bleu (bleu di metilene in eccesso, acido lattico cc. 40, acqua distillata cc. 160 — 1 parte — con alcool a 95° — 4 parti), che permette la decolorazione e la ricolorazione in uno stesso tempo. Si lava il preparato, si asciuga e si monta. Se si deve fare la ricerca dei b. di Koch nell'urina, si passa il preparato per 5'-10' in lisciva di soda addizionata con alcool nella proporzione del 5 %, per sciogliere il grasso del bacillo dello smegma che conferisce a questo germe l'acido-resistenza, o, meglio, si prolunga il tempo di permanenza del preparato nel lacto-bleu. I b. di Koch spiccano colorati in rosso sulla flora batterica associata, colorata in bleu. Prima di eseguire la ricerca, il materiale patologico veniva sottoposto ad arricchimento col metodo dell'antiformina.

Dalle ricerche eseguite, risulta all'A. che quando il metodo di ... non mette in evidenza germi acido-resistenti, ciò è possibile ottenere col metodo Gasbarrini e che sia il metodo di Much, come quello di Gasbarrini mettono in evidenza, in detto caso, anche la forma granulare del b. tubercolare. Nei liquidi pleurici e peritoneali raramente l'A. è riuscito a mettere in evidenza b. di Koch, mentre riusciva positiva la prova di inoculazione nella cavia. Al contrario, nelle urine si riusciva a scoprire il b. di Koch sia col metodo di Ziehl che con quello di Gasbarrini, previa omogeneizzazione del materiale d'esame. Nei tessuti hanno ugualmente corrisposto i due suddetti metodi, però con quello di Gasbarrini si è riuscito a mettere in maggiore evidenza le forme granulari.

In base alle sue ricerche, perciò, l'A. ritiene che per la ricerca dei bacilli tubercolari nei prodotti patologici il metodo di colorazione che meglio corrisponde nella pratica clinica è quello di Gasbarrini.

CASISTICA

Due casi di ulcera gastrica in bambini

N. Paus (*Acta Chirurgica Scandinavica,* vol. 61, n. 1) richiama l'attenzione sulla rara apparizione della ulcera gastrica nell'età infantile e ne ricorda le difficoltà che si incontrano per la diagnosi in vivo.

Fra 168 casi di ulcera gastrica da lui operati, l'A. ne ha osservato due di età assolutamente infantile: una prima volta in un bambino di 9 anni che presentava sintomi di ulcera gastrica da oltre tre anni e una seconda in uno di 14 che soffriva di tale affezione da tempo lunghissimo e non ben precisato.

Nel primo caso l'A. praticò la resezione totale dello stomaco, nel secondo eseguì una gastro-enterostomia.

Ambedue gli infermi avevano delle ulcere profonde, perforate nel panoreas. Ambedue guarirono in maniera pronta e completa.

FORMULARIO

Contro la scabbia — G. Franceschini (*Le Malattie della pelle.* Ed. U. Hoepli, Milano, 1927) ha ideato la seguente pomata, molto efficace, che non provoca irritazioni od eczemi sulle parti frizionate.

Fenolo puro	gr. 6
Canfora porfirizzata	» 12

M. sciogli ed aggiungi:

Vasellina	gr. 200
Fiori di zolfo	» 40
Acido salicilico	» 2

Si fanno 2 frizioni al giorno, una al mattino ed una alla sera, avendo cura per i primi tre giorni di cambiare la biancheria del corpo e quella del letto.

LIBRI ED OPUSCOLI

Franck R. *Terapia Moderna.* Un vol. ligato in 8°, di pag. 630. Editore Vogel, Lipsia, 1927. Prezzo: marchi 15.

Quest'opera si compone di due parti. In una prima parte sono indicati tutti i farmaci ed i rimedi attinti dalla dietetica, dalla terapia fisica, dai sieri, dai vaccini. Questa prima parte è una sintesi felicissima e completa di quanto è indispensabile al pratico per la terapia in medicina interna. Nella seconda parte è trattata la terapia speciale dei vari organi e sistemi organici con i più recenti ragguagli, specialmente nelle malattie del ricambio, dei reni, dello stomaco, del sistema nervoso.

La presente pubblicazione è una seconda edizione. Fu pubblicata in maggio 1926 la prima edizione, che perciò si è esaurita in un solo anno, come prova del grande valore pratico del libro.

Petella G. *La sanità militare in Omero e la medicina Egea.* Un vol. di pag. 11. Estratto dagli *Annali di Med. Nav. e Col.,* 1927.

E' un brillante scritto del Generale medico Prof. Giovanni Petella, che con la sua tanto apprezzata cultura umanistica illustra le parti dei poemi omerici, ove si contengono particolari sullo stato della medicina in quell'epoca eroica. In monografie di questa sorta si apprende con artistico diletto dello spirito.

Sacconaghi. *La diagnosi clinica dei tumori addominali.* Guida pratica per medici internisti. Stabilimenti Poligrafici Riuniti. Bologna, Piazza Calderini 4.

In bella veste tipografica esce la seconda edizione della diagnosi clinica dei tumori addominali.

Il prof. Sacconaghi ha fatto veramente « sua voglia della voglia altrui » con questa completamente diversa sua nuova edizione di un libro che già tanti consensi aveva avuto nel campo medico e del quale lamentavasi la mancanza.

Il libro di Sacconaghi si propone e consegue scopo e pregio di raccogliere in capitoli concisi chiari e completi tutto quanto riguarda la semeiotica e la diagnostica differenziale dei tumori degli organi addomino per meglio dire degli organi stessi.

Edizione rinnovata, emendata e rifusa, dice l'Autore: e veramente questa seconda che viene a tanta distanza dalla prima edizione ha capitoli completamente rifatti e riporta tutto quanto di nuovo si è in questi ultimi anni acquisito nel campo della semeiotica e diagnostica addominale e in ogni suo punto rivela perizia, personale esperienza, stile nitido e preciso, senso critico e clinico armonicamente fusi.

L'internista, il chirurgo, il ginecologo avranno dal bel volume di Sacconaghi guida, ammaestramenti e utili nozioni; chiunque lo dovrà avere, conoscere e consigliare e noi tutti dobbiamo essere all'A. grati di questa sua nobilissima fatica.

Frugoni

Digitized by Google

Donaggio A. *Effetti psichici del lavoro macchinale.* Relazione al Congresso di medicina del lavoro in Venezia, 1924. Stab. tip. C. Bertotti, Venezia, 1925.

Galli P. *Vitamine e reazioni allergiche tubercoliniche.* Estratto dal «Policlinico sez. pratica», a. 1926.

Ortali C. *La sifilide traumatica.* Estratto dalla «Rivista medica» 1926.

Venturelli G. *Di alcuni casi di prurito circoscritto con lichenificazione e di prurito anale e vulvare guariti con la doccia filiforme.* Estratto dal «Morgagni», n. 16, 1926.

Vernoni G. *Sopra un caso di angectasia cavernosa angioplastica congenita, diffusa, totale, dei muscoli della gamba e del piede.* Estratto da «La chirurgia degli organi di movimento», fasc. 6, 1926.

Vernoni G. *Sulla varia, opposta influenza esercitata dalla via d'introduzione (peritoneale o sottocutanea) sul grado di tossicità dei veleni.* Estratto da «Lo Sperimentale», n. 1, 1925.

NOTIZIE

XII Congresso Italiano di Pediatria. — Nei giorni 28, 29, 30 settembre e 1° ottobre corrente anno avrà luogo in Napoli il XII Congresso della Società Italiana di Pediatria.

A detto Congresso può intervenire e presentare comunicazioni anche chi non è socio. Le comunicazioni debbono riguardare argomenti di Pediatria ed essere inviate non più tardi del 15 agosto prossimo.

La quota di iscrizione è di L. 50 e chi prende parte al Congresso ha gli stessi diritti dei soci ricevendo in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, la copia delle relazioni a stampa, il modulo per i ribassi ferroviari, le disposizioni per gli alloggi, ecc.

I temi delle relazioni sono:

1. Le Nefropatie (Relatori Prof. Maggiore e Prof. Canelli).
2. Importanza sociale dell'eredolue (Relatore Prof. Mensi).

Il Comitato ordinatore del Congresso è così costituito:

Prof. Rocco Jemma (Presidente), Prof. Ruggero Vaglio (Segretario), Prof. Luigi Auricchio (Tesoriere).

Per ogni chiarimento rivolgersi al Segretario del Congresso Prof. Ruggero Vaglio, S. Andrea delle Dame 21, Napoli (157), al quale andranno a suo tempo inviati i titoli delle comunicazioni e le conclusioni.

Le iscrizioni devono pervenire al Comitato ordinatore non oltre il 15 agosto p. v.

II Congresso internazionale di Radiologia. — Si riunirà a Stoccolma, dal 23 al 27 luglio, il II Congresso internazionale di Radiologia. I lavori scientifici del Congresso riguarderanno la radiodiagnostica, la radioterapia (roentgenterapia, curieterapia, elioterapia), l'elettrologia medica, la radiofisica e l'insegnamento della radiologia medica. La quota d'iscrizione è di 40 corone svedesi. Per informazioni rivolgersi al Segretario generale del Congresso, Sophiahemmet, Stockholm (Svezia).

Inaugurazione di un busto a Gaetano Mazzoni. — E' stato inaugurato, al Protettorato di S. Giuseppe in Roma (via Nomentana), capace oggi di ospitare circa 700 bambini, un busto di bronzo, opera dello scultore Bartolini, per ricordare la memoria di Gaetano Mazzoni, che alla profonda cultura seppe unire uno spirito di alta filantropia e lasciò, alla sua morte avvenuta nel 1922, metà del suo cospicuo patrimonio al Protettorato.

Sono intervenuti alla cerimonia il sen. Marchiafava, il sen. Pestalozza, in rappresentanza del Ministro Fedele, il barone Mazzolani, in rappresentanza del Governatore, il prof. Quirico, il generale Baduel, il vescovo Castrense monsignor Panizzardi e numerosissime altre Autorità.

L'opera e la vita dell'illustre chirurgo Gaetano Mazzoni furono rievocate con un felice discorso del dott. Giacomo Rattazzi, presidente della detta Opera pia. A nome del Ministro Fedele, parlò poi il sen. prof. Pestalozza.

Corso di insegnamento pratico per medici condotti a Milano. Presso l'Ospedale Maggiore di Milano (via Ospedale, 5) avrà luogo dal 1° al 31 ottobre 1927 un corso pratico per medici condotti, organizzato, come i corsi degli anni precedenti, per iniziativa dell'Associazione dei medici ospitalieri e degli Istituti clinici. Detto corso si propone lo scopo di dare al medico condotto la possibilità di aggiornare le proprie cognizioni cliniche e di laboratorio, di dargli un'idea dei più moderni metodi di terapia, ecc. Il corso comprenderà le seguenti branche: Epidemiologia e profilassi (prof. E. Ronzani); Medicina interna (proff. I. Boni, V. Ronchetti, E. Clerici, U. Carpi, A. Aliprandi, F. Marcora); Pediatria (prof. G. Repaci); Neuropatologia (prof. E. Medea); Chirurgia generale (proff. R. Calvini, sen. B. Rossi, F. Crosti, G. Bagozzi, A. Maiocchi, G. Castiglioni); Ortopedia (prof. Bossi); Chirurgia d'urgenza (prof. G. Negroni); Urologia (prof. G. B. Lasio); Otrinolaringoiatria (prof. U. Calamida); Dermosifilopatia (prof. A. Pasini); Oftalmoiatria (prof. C. Baslini); Anatomia patologica (prof. C. Zenoni).

A corso ultimato; verrà rilasciato un certificato di iscrizione e di frequenza. Gli iscritti potranno, nelle ore libere, assistere ad operazioni, visite, ecc. o frequentare gli ambulatori negli istituti e sale dei diversi insegnanti.

Le domande di iscrizione, accompagnate dal diploma di laurea o certificato equivalente e da un vaglia di L. 100, vanno inviate alla Direzione medica dell'Ospedale Maggiore, entro il 31 ottobre 1917.

Per il coordinamento dei mezzi di lotta contro il cancro. Il Ministro dell'interno (Direzione generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti del Regno una circolare, nella quale questi ultimi sono invitati — affinchè vengano coordinati i mezzi di lotta contro il cancro — a provvedere a che le opere contro il cancro abbiano sufficienza di mezzi clinici e scientifici e competenza di personale specializzato, in modo da poter curare, oltre alla utilizzazione di tutti i vari congegni di indagine per la diagnosi precoce, anche la susseguente e necessariamente connessa azione terapeutica e di assistenza ai malati, mediante tempestivi interventi chirurgici, fisioterapici, ecc. Detta circolare consiglia inoltre che, quante volte non sia possibile di avere localmente tutti quei larghi mezzi finanziari o di altra natura, che sono indispensabili per un'ottima esplicazione della lotta contro il cancro, è necessario che più Provincie riuniscano le loro forze materiali e morali, realizzando pochi ma completi e forti centri di accertamento diagnostico e di intervento terapeutico.

Concorso a un posto di perfezionamento in Medicina del lavoro a Milano. — E' messo a concorso presso la R. U. di Milano un posto di perfezionamento in Medicina del Lavoro, della Federazione Pier Diego Siccardi, a favore di un giovane medico laureato a partire dal 1° luglio 1926. Il vincitore del concorso, che avrà funzione di medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella Clinica delle malattie professionali, per la durata di un anno scolastico, e godrà di un premio di L. 1,000, che potrà essere corrisposto anche a rate mensili. Alla fine dell'anno, il vincitore del concorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto, consistente in un diploma e una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla segreteria dell'Università di Milano (Corso Roma, 10) non oltre il 15 agosto p. v., accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti. Il concorso verrà giudicato entro il 15 ottobre prossimo.

Un aeroplano per i servizi sanitarii.— E' giunto in volo a Roma, sul campo di Centocelle, proveniente dalle Officine meccaniche di Marina di Pisa, il primo aeroplano sanitario costruito in Italia, che porta il nome di «Mercurio». Esso è tutto in accaiaio e duralluminio, è fornito di una comoda cabina particolarmente attrezzata per il trasporto in barella di due feriti o malati gravi, per il trasporto di 4 feriti, seduti, e di un medico, oltre a due piloti, i quali hanno i propri posti in uno speciale scompartimento anteposto all'ampia cabina dei feriti. La stabilità del «Mercurio» è tale che, a bordo di esso, è possibile compiere non solo delle semplici medicature, ma anche degli atti operativi.

NECROLOGIO

— E' morto in Berlino il 12 giugno u. s. in età di 90 anni Gustavo Fritsch, professore ordinario ed onorario nella Università di quella città, medico e naturalista insigne.

Compì profondi studi sulla istologia e sulla embriologia del cervello nei pesci e sulla morfo-fisiologia dei pesci elettrici, nonchè sulla struttura delle retina. Portò larghissimo contributo all'antropologia e all'etnologia, grazie ai suoi lunghi viaggi nelle regioni ancora inesplorate dell'interno dell'Asia, dell'Africa, dell'America e dell'Australia.

— a Budapest, per emorragia cerebrale sopravvenuta mentre eseguiva un intervento chirurgico, il prof. Paul Kubiny, da poco Direttore di quella Clinica Ostetrica, ove era succeduto a Bàrsony.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 25 Luglio 1927 — N. 30

QUESTIONI DEL GIORNO

ANCORA SULL'INFLUENZA DELLE MALATTIE RINOFARINGEE SUL SISTEMA IPOFISARIO

(con risposta al Prof. Salmon)

per il prof. SALVATORE CITELLI

Direttore della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Catania

Il Prof. Salmon, Libero Docente di Neuropatologia a Firenze, nel n. 15 di questa autorevole Rivista, pubblica un breve articolo che mi costringe a scrivere questa nota.

Il Salmon riconosce che io con un numero considerevole di osservazioni cliniche e sperimentali ho dato la dimostrazione più esauriente che le sinusiti sfenoidali e le vegetazioni adenoidi provocano spesso, con maggiore frequenza di quanto si supponga, delle alterazioni strutturali dell'ipofisi ed una sindrome ipofisaria. Riconosce i miei meriti per avere descritto la porzione superficiale di ipofisi faringea, la connessioni circolatorie tra ipofisi faringea e cerebrale, la frequenza nell'infanzia del canale cranio-faringeo ecc. Aggiunge inoltre che quanto io ho dimostrato ha una notevole importanza sia dal punto di vista rinologico che da quello endocrinologico, costituendo una delle più valide conferme che la poliuria, il diabete insipido, l'ipersonno, l'infantilismo e la sindrome adiposo-genitale non dipendono come sostengono oggidì gli Autori Francesi da alterazioni dei centri tubero-infundibulari, ma invece come si credeva sino a pochi anni fa, dall'ipofisi.

Secondo Salmon il dato bene stabilito che le affezioni rinofaringee di frequente si traducono con sindromi ipofisarie legate a modificazioni funzionali o a lesioni strutturali dell'ipofisi, i miglioramenti da me ottenuti colla cura ipofisaria nella sindrome psichica da me descritta nei casi di vegetazioni adenoidi e i dati sperimentali forniti da me e da Basile che alterazioni sperimentali del rino-faringe sono seguite da modificazioni istologiche dell'ipofisi, costituiscono una delle più valide conferme alla teoria ipofisaria delle sindromi sopracitate la cui patogenesi è tuttora oggetto di vive controversie. Ed anch'io sono d'accordo in quelle considerazioni che accrescono l'importanza di quanto io ho fatto.

Ma il valore principale delle nuove acquisizioni scientifiche che essenzialmente si debbono ai miei lavori largamente confermati e alle dure fatiche da me sostenute da ben 18 anni, consiste nella loro enorme portata sociale. Ciò non tanto per le sinusiti sfenoidali e le altre malattie dell'epifaringe che non sono abbastanza frequenti, quanto per le vegetazioni adenoidi che sono invece molto frequenti ed esplicano la loro molteplice azione nociva nell'infanzia e nella giovinezza, cioè quando si comincia a forgiare il futuro uomo nel suo sviluppo fisico e intellettuale. Mi limiterò a ricordare sul riguardo: 1° che la frequenza delle vegetazioni adenoidi nei bambini attualmente si aggira intorno al 30 %; 2° che esse danneggiano sovente lo sviluppo somatico generale (per lo più si ha infantilismo) e l'estetica del viso; 3° che la sindrome psichica che porta il mio nome, completa o frusta, dall'epoca della pubertà in poi l'ho riscontrata nella maggioranza degli adenoidei, non curati, ed è evidente la notevole importanza ch'essa ha sullo sviluppo intellettuale e sull'avvenire dei relativi infermi. Specialmente poi se si tien conto che per lo più con un semplicissimo ed innocuo atto operativo coadiuvato al bisogno dall'opoterapia ipofisaria ed altre facili cure mediche, i risultati terapici sono brillanti e rapidi, se non si interviene molto in ritardo.

Alla luce adunque delle odierne acquisizioni le vegetazioni adenoidi hanno acquistato un'importanza sociale di primo ordine per l'avvenire dei popoli. E riuscirà provvidenziale all'avvenire della nostra stirpe che S. E. Mussolini col Suo geniale intuito e col Suo slancio e fattività abbia preso a cuore questo grave problema, inviando ai Signori Prefetti del Regno un'apposita circolare per richiamare tutta la loro attenzione sulla difesa dei futuri cittadini d'Italia dalle gravi conseguenze delle vegetazioni adenoidi, e sulla necessità di impegnare a fondo e in tempo la lotta contro di esse con i mezzi assai efficaci di cui ormai disponiamo.

Senonchè il Salmon nel suo articolo fa anche una quistione di priorità, e dopo aver messo avanti alcune ragioni a suo favore, sul riguardo conclude: «pur avendo la convinzione di avere con i miei studii posto almeno le fondamenta dell'edifizio che il Citelli pretende di avere costruito da solo, io sono ben lungi dal negargli il merito ecc.».

Ma vediamo serenamente e s'intende succintamente come stanno le cose. Salmon nel 1905 (*Sull'origine del sonno. Studio delle relazioni tra il sonno e la funzione dell'ipofisi*. Tipografia Nicolai) pubblicò una memoria di 50 pagine divisa in 18 capitoletti, e poi nel 1910 un volume (*La fonction du Sommeil*, Paris, Vigot Frères) col solo scopo di spiegare la sede e l'origine non soltanto del sonno fisiologico ma anche del sonno patologico. In questi lavori concepì e cercò di costruire un edifizio del tutto diverso dal mio, concludendo, nel 1905, che il sonno fisiologico fosse essenzialmente dovuto alla ghiandola ipofisaria, la quale addirittura avrebbe secreto delle sostanze proprie a provocare il sonno. Dopo il lavoro del 1905 il Salmon — come egli stesso dichiara — cercò di moderare l'arditezza di queste conclusioni. E nel volume del 1910 scrisse che il sonno consiste in una funzione di secrezione interna restauratrice delle cellule corticali che rappresenterebbero la sede del sonno, però sotto l'influenza funzionale ipnica dell'ipofisi.

Io, come pubblicai nel '915, conobbi tali lavori alla fine del 1914 quando l'Autore gentilmente m'inviò in omaggio il lavoro del 1905 e per visione il lavoro del 1910, e quando dopo ciò inviai a lui alcuni dei miei lavori. Ma ciò non toglie nulla alla priorità del solo lavoro del 1905, perchè i diritti delle date vanno senz'altro rispettati. Debbo però premettere che non è vero quanto l'Autore asserisce che solo nel recente mio lavoro pubblicato nel n. 9 della *Riforma* di quest'anno io abbia accennato ai lavori suddetti, perchè a pagina 5 del mio lavoro sperimentale fatto con Basile accenno sia alla sua memoria preliminare del 1905 come al volume del 1910 (*Rivista Italiana di Neuropatologia ecc.*, vol. 8°, 1915) e ai disturbi del sonno da lui rilevati in alcuni casi di vegetazioni adenoidi e di sinusiti sfenoidali e che erano anche da lui spiegati con alterazioni ipofisarie. Pure in una brevissima nota del 1919 (*L'Oto-rhino-laryngologie internationale*) accenno che le idee di Salmon confermano le mie. Nè potevo dire altro finchè lui non si fosse mosso; perchè, come dimostrerò, egli non ha dei sostanziali diritti da far valere. Non ho atteso quindi quest'anno per ricordare i suoi lavori, ma cominciai a ricordarli appena li conobbi, e fui il primo dei rinologi a ricordarli. Invece è stato lui che pur conoscendo le vive questioni che si agitavano sul nostro argomento, non ha detto più nulla sul riguardo dopo del 1910 ed ha atteso fino adesso per far valere dei diritti di priorità; ora che dopo una fatica intensa ed assai lunga nonchè delle dure lotte sostenute da solo, sono riuscito a dimostrare e mettere in valore le suddette nuove acquisizioni. Mentre avrebbe dovuto almeno intervenire nella lunga questione fra me e Poppi, per confermare quanto io sostenevo ch'erano le vegetazioni adenoidi che provocavano le lesioni ipofisarie e non — come voleva Poppi — che l'alterazione dell'ipofisi fosse congenita e ch'era questa alterazione che provocava le vegetazioni adenoidi. Non ho mai fatto con Poppi questioni di priorità perchè fra concezioni opposte non esistono questioni di priorità, ma ho dovuto lottare molto per dimostrare la mia concezione.

E veniamo adesso al lavoro del 1905 del Salmon il solo che precedette i lavori di Civalleri (1907) quelli di Poppi (1908-1911) e quelli miei del 1909 e 1910. L'Autore comincia col rilevare che il problema del sonno costituisce uno dei quesiti più difficili. Riguardo alle relazioni fra i disturbi dell'ipofisi e quelli psichici dice: «i tumori dell'ipofisi superano di gran lunga le altre neoplasie cerebrali per la complicanza dei disturbi psichici. Anche in 25 casi di tumori dell'ipofisi notò che l'intelligenza

Digitized by Google

era sovente colpita e citò fra i sintomi più comuni lo stupore e la sonnolenza. Boyce e Beadles citarono 3 casi di cisti dell'ipofisi tutti con agitazione, delusioni, mania. Essi inoltre esaminarono 100 ipofisi che trovarono generalmente più piccole nei casi di pazzia di lunga durata e negli epilettici, riportarono 3 casi di cretinismo con tumore dell'ipofisi e ricordarono 5 casi di Niepce di cretinismo con ipertrofia dell'ipofisi. Aggiunge che è caratteristico il caso di Neusser di demenza rapidissima per un carcinoma metastatico dell'ipofisi. Una complicanza frequentissima dei tumori pituitarii è l'epilessia. Le allucinazioni visive costituiscono uno dei sintomi più frequenti delle neoplasie dell'ipofisi.

L'acromegalia che quasi costantemente si accompagna ad una alterazione dell'ipofisi presenta di regola i più caratteristici disturbi psichici che dal semplice indebolimento della memoria arrivano fino alla demenza. Moltissimi acromegalici erano pazzi o lo diventarono poi. Impulsi suicidi si osservarono nei casi di Brigidi, Adler, Henrot. Frequente nella acromegalia è l'epilessia. L'intelligenza invece di regola è integra nei casi in cui l'ipofisi fu trovata inalterata o non apparirono i sintomi del tumore ipofisario. Anche in alcuni casi in cui vi era distruzione dell'ipofisi senza neoplasia, si osservarono disturbi psichici: irritabilità nervosa, allucinazioni ottiche, acustiche, idee suicide, confusione mentale, delirio, ecc. Disturbi psichici si osservarono non solo nell'acromegalia ma in tutte quelle affezioni che di regola si accompagnano a lesioni dell'ipofisi, così nel mixedema, gozzo volgare, cretinismo, morbo di Basedow, adiposi dolorosa ecc.».

Qui adunque Salmon cita casi altrui di solito con tumori ipofisari, e qualche volta di distruzione dell'ipofisi senza tumore, *in cui i disturbi psichici furono i più diversi ma nessuno di essi — salvo l'indebolimento di memoria nell'acromegalia — ricorda quelli della mia sindrome,* che invece è dovuta non a tumori o distruzione completa o quasi dell'ipofisi, ma di solito a lievi alterazioni citologiche e funzionali.

Nel 4° capitolo l'Autore si occupa dell'importanza dell'ipofisi in relazione al sonno. Quivi — per la parte che ci riguarda — ricorda 60 casi di acromegalia pubblicati da diversi Autori, dove fu osservata la sonnolenza, e in tutti esistevano sintomi riferibili a tumori ipofisarii. Fra gli altri cita il caso di Foss in cui la sonnolenza migliorò con la tiroidina e peggiorò con la cura dell'ipofisi. Dice che *la sonnolenza è dovuta a iperattività funzionale dell'ipofisi e l'insonnia a ipofunzione o addirittura a distruzione dell'ipofisi.*

Io invece nelle malattie dei seni sfenoidali e dell'epifaringe credo di avere da tempo dimostrato che la sonnolenza è dovuta a lievi alterazioni ipofisarie di solito con ipofunzione e ipersecrezione patologica. Nel capitolo 5° ricorda i casi descritti da diversi AA., di tumori dell'ipofisi senza acromegallia, di solito con sonnolenza. e tra questi mette (pagina 22) il caso di Rayer che — come Salmon stesso dice — descrisse un tumore dell'ipofisi con focolai purulenti fetidi e con seni sfenoidali pieni di sierosità purulenta. Questo caso intanto, messo in questo posto e che è uno di quelli che Salmon ricorda nel suo recente articolo in sostegno dei suoi diritti di priorità, a me sembra dimostri che un tumore ipofisario suppurato abbia provocato un risentimento infiammatorio del seno sfenoidale, mentre io sostengo l'opposto che le sinusiti e le altre malattie del seno sfenoidale possono provocare alterazioni ipofisarie. Nel 7° capitolo Salmon poi dice, che la migliore conferma alla sua tesi della notevole influenza dell'ipofisi sul sonno, si ottiene esaminando le diverse condizioni fisio- e patologiche che di regola si accompagnano alle modificazioni del sonno. E di ciò si occupa nei capitoli seguenti. I giovani, egli dice, dormono più dei vecchi perchè in questi l'ipofisi presenta una ipoattività funzionale. Nella gravidanza vi è sonnolenza perchè l'ipofisi si ipertrofizza. Nel mixedema vi è sonnolenza perchè di regola c'è ipertrofia dell'ipofisi. Invece nel morbo di Basedow si ha l'insonnia, perchè secondo Salmon questo morbo sarebbe dovuto ad un pervertimento funzionale dell'ipofisi. L'insonnia è frequente pure nella corea e nella tachicardia parossistica, perchè molti AA. vogliono avvicinare queste nevrosi al morbo di Basedow. Le relazioni notevoli tra gli accessi epilettici e il sonno, sarebbero spiegate dalle lesioni riscontrate nell'ipofisi degli epilettici. Il tripanosoma della malattia del sonno provocherebbe una lesione dell'ipofisi con iperattività di questa, da ciò il sonno. Nelle meningiti e meningo-encefaliti in genere il coma sarebbe dovuto a lesione dell'ipofisi, e così pure la sonnolenza nell'influenza, nello scorbuto, nella rabbia, le febbri tifoidi ecc. Lo stesso si dica dell'insonnia nella tisi, della sonnolenza e dell'insonnia nella sifilide, dei disturbi del sonno nei diabetici, nell'avvelenamento da morfina, pilocarpina, atropina, nell'alcoolismo, nelle autointossicazioni da malattie epatiche, intestinali, gastriche, nell'uremia, nell'obesità (in questo caso per intossicazione da rallentato ricambio o per lesione diretta dell'ipofisi da tumori, traumi o indiretta per tumori cerebrali). Anche l'obesità nella gravidanza sarebbe dovuta all'ipofisi nonchè l'obesità, la sonnolenza e l'apatia psichica dei castrati, e la sonnolenza dopo traumi sul capo. Sul riguardo cita anche il caso di narcolessia di Laycock ch'ebbe pure origine da un trauma al capo ed in cui *la sonnolenza migliorò con medicamenti* e quì aggiunge: *vedremo poi le relazioni fra la mucosa nasale e l'ipofisi.* Pure l'insonnia delle emozioni, la sonnolenza nella lieve iperemia cerebrale, l'insonnia nei cardiopatici, quella della convalescenza, delle malattie infettive, della nevrastenia, delle gravi anemie, dell'inanizione, dell'arteriosclerosi vengono da Salmon spiegate con disturbi funzionali dell'ipofisi o, nell'arteriosclerosi, colla diffusione dell'arteriosclerosi all'ipofisi. In quanto ai disturbi del sonno in rapporto alla vita genitale *dice Salmon che i disturbi della vita genitale sono causa e non conseguenza — come ho rilevato io nelle vegetazioni adenoidi — delle alterazioni ipofisarie e del sonno* (v. pag. 41).

Infine Salmon in un capitoletto di 3 pagine si occupa anche dei disturbi del sonno in relazione *alle malattie nasali* e su di esso sono costretto a riferire con dettagli. Appunto per queste relazioni — dice Salmon — noi vediamo: «l'iperemia della mucosa e l'ipertrofia dei cornetti associarsi all'ipertrofia dell'ipofisi nella gravidanza, l'ingrossamento della stessa ghiandola nell'acromegallia si armonizza colla ipertrofia delle cavità nasali, molti tumori dell'ipofisi si accompagnano a secrezioni nasali ed epistassi. Nella 4ª osservazione del Rayer ad esempio un ascesso dell'ipofisi si associava ad una sinusite sfenoidale purulenta. Il Rosennaupt descrisse per un tumore cerebrale delle crisi inesplicabili di sternuto ed il tumore aveva sede nell'ipofisi.

Evidentemente però in tutti questi casi le alterazioni nasali sono secondarie a quelle ipofisarie, e nella gravidanza l'ipertrofia della ipofisi è secondaria a questa; mentre io per le vegetazioni adenoidi e le sinusiti sfenoidali sostenni e poi dimostrai il contrario. È degno di nota, poi, che il caso di Rayer, di cui come abbiamo visto parla anche a pag. 22 dove dice che trattavasi di un tumore dell'ipofisi suppurato (forse — aggiungo io — necrotico), è uno di quelli che Salmon cita a sostegno della sua priorità. Del caso di Thomson di sinusite sfenoidale con suppurazione dell'ipofisi — del resto anch'esso poco chiaro — Salmon non parla nel suo lavoro del 1905.

Dopo ciò Salmon cita il caso di Gowers con fistola al naso in cui ogni volta che si introduceva lo specillo, il paziente cadeva in un sonno profondo; quello di Lichwitz con scolo nasale e con sonnolenza marcatissima, cefalea, idee di suicidio, in cui la causa dei disturbi era un empiema di tutti i seni e col loro lavaggio si ebbe il miglioramento della sonnolenza; il caso Carrère, dove la narcolessia sorse insieme alla cefalea e all'adiposi secondarie ad alterazioni nasali e tonsillari; il caso di Pitres di ipertrofia delle tonsille con gomma ulcerata delle fosse nasali e infiltrazione gommosa della volta palatina, dopo qualche anno il paziente ebbe attacchi di sonno irresistibili e obesità.

Ora in questi quattro casi che Salmon riporta di nuovo nel suo recentissimo articolo per giustificare la sua priorità, non si parla di lesioni dei seni sfenoidali e dell'epi-faringe o di vegetazioni adenoidi, che com'io pensai e dimostrai sono le sole che per questa via possono provocare lesioni dell'ipofisi. Nel caso di Lichwitz si trattava di pansinusite e non si mette in rilievo quale dei tanti seni poteva dare la sonnolenza. Con questi quattro casi invece e cogli altri riportati da Salmon nello stesso gruppo (quelli di Lockwood in cui i disturbi del sonno sarebbero dovuti a ipertrofia e irritabilità vasomotoria dei turbinati inferiori, l'insonnia della febbre da fieno che si accompagna a rinorrea e sternuti) si esprime il concetto che qualsiasi lesione delle fosse nasali ed anche del palato e l'ipertrofia delle tonsille palatine possono dare i disturbi del sonno; mentre io ho detto e poi dimostrato che ciò non è vero. Senza dire che si tratta di casi assai poco soddisfacenti perchè male studiati dai relativi AA. Oltre ai suddetti quattro casi e al caso di Rayer che come

Digitized by Google

abbiamo visto non ha rapporto colla mia concezione, Salmon nel suo recente articolo a sostegno della sua priorità ricorda un sesto ed ultimo caso questa volta personale, che nel lavoro del 1905 è riferito così. Giovane di 19 anni con continua sonnolenza; il rinoiatra Gatteschi lo trovò affetto da vegetazioni adenoidi, intensa iperemia della mucosa nasale e ipertrofia tonsillare (1), l'operò e la sonnolenza per diversi giorni quasi sparì. Da qualche settimana però il ragazzo continua a riaddormentarsi sebbene sia notevolmente migliorato. Esistevano inoltre in questo caso lievi sintomi di acromegalia (marcato ingrandimento delle mani e dei piedi, ingrossamento della lingua, difetto dei desiderii sessuali riguardo all'età) e alcoolismo nell'eredità materna che come l'autore stesso aveva detto può provocare lesioni ipofisarie. Dunque anche quì non si sa se la sonnolenza ipofisaria era dovuta all'iperemia nasale intensa, alle vegetazioni adenoidi o alle tonsille palatine, oppure ai lievi sintomi di acromegalia che suole accompagnarsi a sonnolenza. E quando Salmon dice « l'operò », sintende che furono operate le vegetazioni adenoidi e le tonsille palatine, sicchè si fa credere che anche le tonsille palatine possono danneggiare l'ipofisi, ciò che non è (2). Si aggiunga che la sonnolenza, per quanto migliorata, ritornò dopo appena qualche settimana. Dunque un caso così complesso non dice nulla di chiaro; e non dice affatto che erano le vegetazioni adenoidi che provocavano la sonnolenza. Nè è vero, come afferma adesso Salmon, ch'egli avesse fatto nel 1905 rilevare che questo caso parlasse sicuramente di una sindrome ipofisaria secondaria alle vegetazioni adenoidi. Questi 6 casi ricorda adesso Salmon per sostenere la priorità di concezione; ma essi non rappresentano affatto la mia concezione, che fu precisa e limpida fin dapprincipio. Secondo essa soltanto le vegetazioni adenoidi e le più diverse malattie dell'epi-faringe e dei seni sfenoidali possono danneggiare il sistema ipofisario: cioè l'ipofisi faringea che nel 1905 non si conosceva e quella cerebrale alla quale soltanto allora Salmon si riferiva. Riguardo alle vegetazioni adenoidi Salmon in un altro punto del capitolo del 1905 (pag. 43) *dice soltanto questo*: « le vegetazioni adenoidi *si associano* non di rado ad ottusità di mente, a sonnolenza, talvolta a insonnia. Questa è pure un sintoma frequentissimo nei catarri naso-faringei, come è costante nella meningite cerebro-spinale epidemica di cui l'origine è attribuita al propagarsi dell'infezione purulenta dal naso-faringe alle meningi lungo il tramite dello sfenoide e della fossa pituitaria ». E riguardo alle sinusiti sfenoidali dice soltanto: « osserviamo i sintomi della sinusite sfenoidale cronica descritti da Furet: cefalea occipitale, disturbi oculari comprese le allucinazioni visive, disturbi psichici, dimagramento, una stanchezza esagerata e l'insonnia. Ma non sono questi i sintomi più caratteristici dei disturbi funzionali dell'ipofisi? Ora le sinusiti sfenoidali sono in ispecial modo frequentissime nella sifilide, nell'influenza, nella tubercolosi, meningite cerebro-spinale, e possono facilmente spiegare i disturbi del sonno in quelle affezioni ».

Questi sintomi delle sinusiti sfenoidali sono tutt'altra cosa della mia sindrome; e inoltre Salmon prima aveva detto che la lue, l'influenza, la tubercolosi, la meningite potevano per proprio conto alterare l'ipofisi. Questo dice Salmon prima dei miei lavori del 1909 e 1910 in cui impostavo nettamente su basi anatomiche e cliniche la mia precisa concezione.

Per far conoscere la tessitura e le direttive del lavoro di Salmon del 1905 ho creduto necessario riferire le argomentazioni allora da lui esposte — sulla cui fondatezza lascio che giudichino gli altri — per suffragare la sua tesi, che non solo il sonno fisiologico, ma anche i disturbi del sonno che accompagnano quasi tutte le malattie e intossicazioni dell'organismo, sono dovuti all'ipofisi. Naturalmente nel citare quasi tutte le malattie che si accompagnavano a disturbi del sonno, vi comprese anche le malattie del naso. Però esprimendosi sul riguardo in modo da ammettere un pò ch'esse fossero la conseguenza di lesioni ipofisarie, un pò la causa; ma anche in questo ultimo caso ammise che le malattie della mucosa nasale pure le più lievi (ipertrofia dei cornetti inferiori, iperemia ecc.) provocano alterazioni ipofisarie, e come se le sinusiti di qualsiasi seno, le etmoiditi, le lesioni del palato, l'ipertrofia delle tonsille palatine provocassero anche loro lesioni ipofisarie. Dopo questa baraonda di idee rivolta ad altro scopo, sorse nel 909 e 910 la mia ipotesi. Quale rapporto vi può essere fra due concezioni così diverse per impostazione, finalità, rigore scientifico, limpidezza di pensiero? Io lascio giudicare gli altri se con un lavoro come quello del 1905 di Salmon era possibile cavar fuori la mia concezione, la quale non ha nulla da vedere colla tesi generale di Salmon e solo qualche vago cenno di comune con quanto egli dice a proposito delle malattie nasali e della gola; però disperso in mezzo a molte altre affermazioni che la mia concezione e i miei lavori hanno dimostrato infondate. Se quindi mi fossi ispirato alle vedute di Salmon sui rapporti tra mucosa nasale e ipofisi, mi sarei messo su una strada falsa e avrei perduta la giusta via. Come si può dunque pretendere di aver posto le fondamenta del mio edifizio? D'altro canto sono io che dopo ben 18 anni di dure fatiche ho dimostrato e messo in valore la mia concezione del 1909 e 1910, mentre Salmon non ha aggiunto più nulla sul riguardo dopo del volume del 1910, dove in modo più largo e con qualche modifica — del resto posteriore al mio lavoro del 1909 e non anteriore a quello del 1910 — egli espone le stesse argomentazioni.

Si sa inoltre che il merito delle nuove acquisizioni scientifiche spetta non a chi ha un barlume di idea buona confusa in mezzo a tante altre inesatte o errate che mirano a uno scopo completamente diverso, ma a chi concepisce e individualizza con perfetta limpidezza e precisione un edifizio esatto, lo crea e ne dimostra la bontà. E tale edifizio l'ho costruito io in gran parte con materiale mio in parte — come suole accadere agli altri — con materiale altrui, però sparso e che senza l'opera mia sarebbe rimasto inutilizzato allo scopo. In qualsiasi nuova acquisizione si trova sempre qualche Autore che prima abbia lanciato incidentalmente o anche di proposito qualche idea vaga o che addirittura vi sia stato qualche precursore, ma il merito essenziale della concezione spetta a costui. Quando è stata esposta la stessa idea ma in germe e poi abbandonata, si parla di precursori, ma nel caso in questione non si può parlare nemmeno di questo. Anzi fa meraviglia come su un argomento tanto studiato come le vegetazioni adenoidi — sulle quali esistono migliaia di lavori — non siano comparsi ancora neanche dei precursori di quanto io ho concepito e poi dimostrato.

E per citare qualche esempio: nessuno discute che il merito della concezione e della applicazione del pneumotorace alla tubercolosi polmonare spetti a Forlanini, eppure Autori francesi, inglesi e forse anche altri avevano molto prima esposto — non incidentalmente ma di proposito — un germe di idea somigliante che poi lasciarono cadere. Bourru nel 1770 in riguardo alla cura della tisi disse che se fosse stato il solo movimento della parte ad opporsi alla guarigione, si poteva rimediare a questo ostacolo con una operazione simile a quella dell'empiema facendo penetrare dell'aria attraverso un'apertura dell'emitorace malato per ottenere l'afflosciamento del polmone. Ramadge nel 1834 aveva insistito sull'idea di comprimere le regioni polmonari affette per avere la cicatrizzazione delle lesioni. E il fisiologo Carson nel 1810 aveva stabilito sul coniglio la possibilità di provocare il collasso del polmone col pneumotorace, e nel 1821 aggiunse che avendo constatato che questo collasso veniva ben tollerato, si disponeva così di un rimedio efficace per combattere le lesioni cavitarie e le suppurazioni polmonari.

La paralisi del VII paio consecutiva ad otite media piogena, era stata notata da diversi Autori ed erano stati descritti in letteratura un discreto numero di tali casi prima del 1904. Ebbene sol perchè il compianto Gradenigo in base ad alcuni suoi casi personali richiamò in modo speciale l'attenzione e destò un notevole interesse su tale sindrome, numerosi Autori italiani e stranieri chiamano tale sindrome, sindrome di Gradenigo. Nel caso mio invece le cose stanno molto diversamente.

Riguardo alla mia sindrome, poi, debbo rilevare che i sintomi cui accenna Salmon nelle vegetazioni adenoidi sono soltanto ottusità di mente e sonnolenza o talvolta insonnia, e che a proposito della sinusite sfenoidale ricorda i sintomi descritti da

(1) Come si vede, quando Salmon parla solamente di tonsille, s'intende giustamente riferire alle comuni tonsille o tonsille palatine.

(2) Questo caso nel volume del 910 viene riferito da Salmon diversamente. Qui dice infatti che l'estirpazione delle vegetazioni adenoidi fece diminuire la sonnolenza, ma questa riapparve dopo qualche anno insieme con forte ipertrofia delle tonsille palatine, la cui asportazione fece di nuovo migliorare la sonnolenza.

Digitized by Google

Furet che non hanno niente da vedere con essa. Inoltre, come abbiamo visto, quando ricorda i disturbi psichici legati a tumori o distruzione dell'ipofisi, i sintomi di cui egli fa menzione sono ben diversi. Aggiunge Salmon che i sintomi della mia sindrome sarebbero legati alla sonnolenza; ma ciò non è esatto per il semplice fatto che numerosi malati dell'epi-faringe (sopratutto gli adenoidei) non hanno sonnolenza, e tuttavia presentano parecchi o tutti gli altri sintomi della mia sindrome. Possono inoltre avere sonnolenza e avere buona la memoria. Infine anche quando c'è la sonnolenza, essa di solito non raggiunge dei gradi assai marcati come nei tumori ipofisarii; ma si tratta solo di un discreto aumento del sonno nella sera e la notte e non durante il giorno. Riguardo al riassunto del lavoro di Salmon del 1905 pubblicato nel « *Bollettino delle malattie d'orecchio, naso e gola* » esso rimase ignorato non solo a me ma a tutti i rinologi italiani che come me sono abbonati al detto Bollettino; tanto vero che, pur essendo stato appassionatamente discusso l'argomento in questione per numerosi anni nei congressi di Otorinolaringologia e pur essendo stati pubblicati sul riguardo molti lavori, nessuno ha mai ricordato tale pubblicazione. Forse perchè essenzialmente si occupava dei rapporti tra il sonno e l'ipofisi e quanto diceva delle malattie nasali non persuase nessuno; comunque ripeto, io rispetto i diritti delle date. Infine non è vero che Torrigiani — pur essendo concittadino e amico di Salmon — abbia riconosciuto la priorità dei suoi studii sui miei. Difatti Torrigiani in tutto ha pubblicato 3 lavori per illustrare 3 casi di lesioni del seno sfenoidale con disturbi ipofisarii. Il primo nel 1915 (*Archivio di Otologia*, pag. 282), ed in esso non cita affatto Salmon; il secondo nel 1921 (*Atti del* XVIII *Congresso di Otorinolaringologia*) in cui dice che Salmon fin dal 1905 *stabilì i rapporti tra funzione ipofisaria e il sonno*. Poi aggiunge che la sonnolenza era uno dei sintomi già notati da Salmon, Citelli ed altri AA. Infine (p. 94) dice che per le *teoriche* di Salmon e di Citelli si sa come da infiammazioni dei seni sfenoidali si hanno sindromi ipofisarie.

Nel terzo, nel 1923 (*Atti del* XX *Congresso di Otorinolaringologia*, pag. 423), dice soltanto: sono noti i lavori di Citelli, Schmiegelow, Salmon, Torrigiani intorno alla influenza che sulla ipofisi possono avere le affezioni del seno sfenoidale. In questo lavoro Torrigiani riporta in ultimo la bibliografia in cui, oltre ad alcuni miei lavori, cita solo il volume di Salmon del 1910. L'aver messo Torrigiani nel 1921 il nome di Salmon prima del mio, non vuol dire riconoscergli la priorità; tanto vero che nel 1923 questo Autore mette il mio nome prima di quello di Salmon. Infine è da notare che nel 1921 Torrigiani accenna *alle teoriche* di Salmon e mie. E in verità si tratta di due teoriche ben diverse. Salmon sostiene che quasi tutte le malattie, comprese quelle nasali e della gola, le quali si accompagnano a disturbi del sonno, agiscono per il tramite dell'ipofisi. Io nel 1909 e 1910 sostenni che solo le vegetazioni adenoidi, le malattie della volta faringea (rino-faringe) e dei seni sfenoidali possono dare alterazioni ipofisarie e provocare la mia sindrome, nella quale è compresa la sonnolenza. Aggiungo che nessun Autore — a eccezione di Torrigiani — ha citato i lavori di Salmon, lavori che prima di Torrigiani citai io nel 1915 e poi nel 1919, e nessun Autore — senza eccezioni di sorta — ha mai attribuito a Salmon la priorità di concezione ch'egli adesso pretende. Ho esposto chiaramente nei suoi veri termini come stanno le cose in riguardo alla questione suscitata da Salmon, per mettere gli altri nella condizione di poter giudicare.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELLA SPIROCHETOSI ITTERO-EMORRAGICA NOSTRALE

per il prof. dott. UMBERTO CARPI
Medico Primario — Prof. incaricato di Semeiotica Medica nella R. Università di Milano

La questione della spirochetosi ittero-emorragica torna ad essere di attualità. Vengono illustrati con relativa frequenza casi sporadici o epidemie di ittero grave di questa natura. Fra le più recenti è l'epidemia di morbo di Weil osservata da Korner di Burg (Sassonia) originata e trasmessa dall'acqua di uno stabilimento di bagni situato in regioni paludose e aventi il fondo della vasca ricoperto da un deposito viscido abbondante, epidemia che cessò col chiudersi dello stabilimento.

Sotto un'altro punto di vista la questione dell'ittero spirochetico ritorna in discussione, quello dei rapporti fra la lepto-spira icteroides e la lepto-spira ictero-haemorragiae, la prima ritenuta da Noguchi agente specifico della febbre gialla, l'altra riconosciuta causa del Weil.

Recenti ricerche di M. Theiler e W. Sellards mettono in dubbio il compito della lepto-spira icteroides nella eziologia della febbre gialla ed ammettono anche la possibilità che la febbre gialla e la malattia di Weil siano eziologicamente identiche.

Le ricerche più recenti di Schüffner e Mochtar concludono per l'identificazione della L. icteroides colla L. ictero-haemorragiae, così nei riguardi morfologici e tintoriali come nei riguardi sierologici e immunologici come nelle azioni patogene sperimentali.

Un caso di spirochetosi ictero-emorragica da me identificato dal punto di vista clinico ed eziologico mi offre occasione di esporre queste mie note. Premetto senz'altro la storia del caso

Il 22 settembre 1926 entrava nella sala Santo Stefano della Divisione medica da me diretta certo Vai Ambrogio di anni 30 calzolaio coniugato, nato a Casorate e dimorante a Calvignasco.

Egli era stato colpito 4 giorni avanti, senza sintomi prodromici particolari, da febbre elevata da dolori vaghi alla musculatura lombare e surale, e alle articolazioni, da cefalea e da senso di astenia generale.

Al momento dell'entrata erasi manifestata una colorazione itterica, non molto intensa della cute e delle sclere. Non vi erano state manifestazioni gastriche o intestinali; l'ammalato erasi tuttavia purgato ripetutamente.

Egli riferiva che i genitori godono buona salute. Ha sei fratelli perfettamente sani; un giovane fratello è ricoverato nella stessa nostra corsia per nefrite emorragica. E' sposato dall'età di 27 anni con una donna sana dalla quale ebbe due figli in perfetta salute. Ha prestato servizio militare in guerra senza esser stato mai ammalato. Congedato, ha ripreso la sua professione di calzolaio. Nega di aver avuto malattie veneree o sifilitiche. A 15 anni fu ammalato di pleurite destra con versamento. In seguito ricorda di aver soltanto avuto qualche tonsillite. In rapporto all'attuale malattia, non sa riferire alcuna causa [illegible]. In questi ultimi tempi riferisce che alla sera recavasi abitualmente nelle risaie presso Galvignasco alla pesca delle rane, entrando nell'acqua a piedi scalzi e riportando diverse escoriazioni delle quali si vedono manifestazioni tuttora in atto.

All'esame il nostro paziente si presenta in discrete condizioni di nutrizione generale. Si nota un'iperemia notevole delle congiuntive che presentano pure una colorazione itterica di medio grado. La cute presenta pure un'evidente colorazione itterica. Temperatura 37.4; polso 88, ritmico. Pressione massima 110 minima 50. Si notano tumefazioni delle ghiandole epitrocleari ascellari e delle regioni inguinali e poplitee di grado medio, liscie, indolenti. Pupille bene reagenti; iperemia della mucosa nasale con tendenza all'epistassi; faringe diffusamente arrossata con piccole suffusioni emorragiche. Lingua asciutta un po' arrossata ai margini. Torace ben conformato e risonanza chiara su tutto l'ambito a sinistra. A destra alla base, note di uno stato congestizio diffuso. Cuore nei limiti; primo tono alla punta lievemente impuro. Addome trattabile, fegato lievemente ingrandito, con margine palpabile a un dito sotto l'arco costale a superficie liscia, di consistenza cedevole e alquanto dolente. Milza non palpabile e nei limiti plessici di norma. Alquanto dolente la palpazione nella musculatura degli arti particolarmente di quelli inferiori (alla regione sacrale) che non presentano tuttavia alcuna manifestazione obbiettiva.

Le urine discretamente abbondanti (1003-1005 cc.) sono di colorito giallo marsala; limpide, acide, densità 1030; presenza di albumina in tracce (1/4 per mille). Assenza di glucosio, presenza di pigmenti ematici in debole quantità e di pigmenti biliari in quantità notevole. Presenza di urobilina. Negativa la ricerca della tirosina e della leucina. Urea = 6.7 gr. per mille. All'esame del sedimento presenza di globuli rossi in di-

Digitized by Google

screto numero e di numerosi cilindriialini e ialino-granulosi e di elementi dell'epitelio renale, qualche leucocito e qualche cellula delle ultime vie. Nelle feci poltacee, fetide, di colorito giallo chiaro, la stercobilina risulta ridotta al disotto dei valori normali. Presenza di sangue alla ricerca microchimica. Nel siero riesce positiva la reazione van den Bergh (prova diretta). Nei giorni successivi l'ittero andava accentuandosi; compariva epistassi. La temperatura mantenevasi a decorso irregolare, remittente. Lo stato generale era caratterizzato da segni di depressione cardiovascolare e di tossiemia grave. Il 26 compariva un erpete labiale che si fece molto più manifesto nei giorni successivi. L'esame del sangue dava un reperto emocitometrico normale e un aumento notevole dei globuli bianchi (16000) con netta polinucleosi neutrofila. Persisterono i fenomeni congestizi polmonari alla base di destra. La diuresi mantenevasi discretamente elevata, l'alvo aperto.

Eravamo di fronte a un caso di ittero grave, a carattere infettivo insorto acutamente e di natura oscura nel quale mancava ogni dato di precedenti morbosi o comunque patogeni che potessero illuminare il concetto diagnostico. Nessuna causa tossica accidentale: l'a. escludeva anche ogni abitudine dietetica nociva. Nessun elemento d'altronde per ammettere un infezione tifosa. Dal decorso clinico e dal reperto ematogico nulla parlava in questo senso.

L'impressione complessiva del quadro morboso mi richiamò in modo suggestivo la sindrome morbosa dell'ittero infettivo da spirochetosi del quale la guerra ci aveva offerto vasto campo di osservazione. Questa forma speciale di ittero infettivo sostenuto dalla spirochete ittero-emorragica, finita la guerra, può dirsi completamente scomparsa nella sua manifestazione epidemica. Tuttavia qua e là vennero segnalati casi isolati, sporadici, che ricordano questa forma, per quanto non sempre ne riesca probativa la dimostrazione eziologica. Un caso di questo genere venne illustrato in una magistrale lezione clinica dal prof. Micheli. Io stesso ricordo di avere tre anni or sono osservato in una giovane donna la quale erasi gettata a scopo suicida nelle acque del Naviglio, una forma di ittero febbrile grave, rispondente alle caratteristiche cliniche dell'ittero spirochetico nel quale tuttavia la dimostrazione dell'agente eziologico risultò negativa. Nel caso attuale, le ricerche furono subito dirette in questo senso.

Ritenni più consigliabile di ricorrere all'osservazione diretta, come prova di accertamento, che non alla sola prova biologica dell'inoculazione in animali. Estratte le urine sterilmente, mediante cateterismo e ricorrendo all'esame in campo oscuro, potei individuare, il 24 settembre, nette forme spirochetiche a volute ampie, mobili, in discreto numero.

Dal sedimento urinario praticai inoculazioni in cavia sui risultati delle quali riferirò più sotto.

Accertata l'eziologia spirochetica nel nostro ammalato la *terapia* si rivolse senz'altro a un intervento chemioterapico: ricorsi, come antispirochetico, allo stovarsolo del quale già avevo potuto accertare l'efficace azione come antiluetico e come antimalarico e la perfetta tolleranza anche in individui denutriti e febbricitanti. Al malato vennero praticate iniezioni endovenose di stovarsolo in dosi da gr. 0,50 a gr. 1,50 a distanza di 5 giorni. Dopo la seconda iniezione le condizioni dell'ammalato subirono un netto e graduale miglioramento. L'ammalato accennò ad un sensibile miglioramento soggettivo e l'ittero che aveva raggiunto il massimo di intensità dopo la prima iniezione di stovarsolo, accennò a diminuire rapidamente.

Il 25 settembre, 24 ore dopo la prima iniezione di gr. 0,50 di stovarsolo l'esame del sedimento urinario in campo oscuro dimostrava ancora rare forme spirochetiche mobili. Il 29-9, queste erano completamente scomparse.

Dopo la seconda iniezione di stovarsolo di gr. 1, la temperatura si ridusse a valori subfebbrili ma l'ammalato non fu apiretico che a cura ultimata, dopo un mese circa di malattia. Col sedimento delle urine il 24-9, venne iniettata una coppia di cavie per via endo-peritoneale. Queste morirono a breve distanza tra la seconda e la terza giornata con segni di un'infezione settica acutissima a carattere emorragico, ma senza ittero. Un successivo trapianto venne fatto col fegato e col rene delle cavie morte dopo la prima inoculazione. I trapianti di fegato diedero nelle cavie la morte tra l'ottava e la nona giornata colla stessa sindrome settica emorragica e senza ittero. Nel rene spappolato di una di queste cavie potei dimostrare numerose forme spirochetiche mobili caratteristiche (vedi figura 1). Il trapianto di questa sostanza renale in altre cavie diede in sesta giornata la morte con ittero e colla sindrome emrragica precedentemente riscontrata.

Un nuovo trapianto da fegato e da rene di queste cavie fu seguito da morte per sepsi acutissima certamente dovuta alla presenza di germi di altra natura (cocchi); e i trapianti successivi non permisero più di riprodurre l'infezione caratteristica da virus spirochetico. L'eziologia era comunque chiaramente accertata dai risultati ottenuti. Restava da determinare quale fosse il focolaio presumibile d'infezione.

Interrogando il paziente potemmo apprendere che la risaia dove egli si recava alla pesca di rane era infestata da topi campagnoli tanto che egli stesso non escludeva di esserne stato morso. Comunque evidenti erano le lesioni di continuo che egli presentava sulla pelle alle regioni malleolari e tibiali e alle mani. Poteva essere dunque di particolare interesse la ricerca diretta ad accertare se i topi della zona frequentata dal nostro ammalato, fossero infetti della stessa forma spirochetica. Quando il paziente lasciò l'ospedale completamente ristabilito, lo incari-

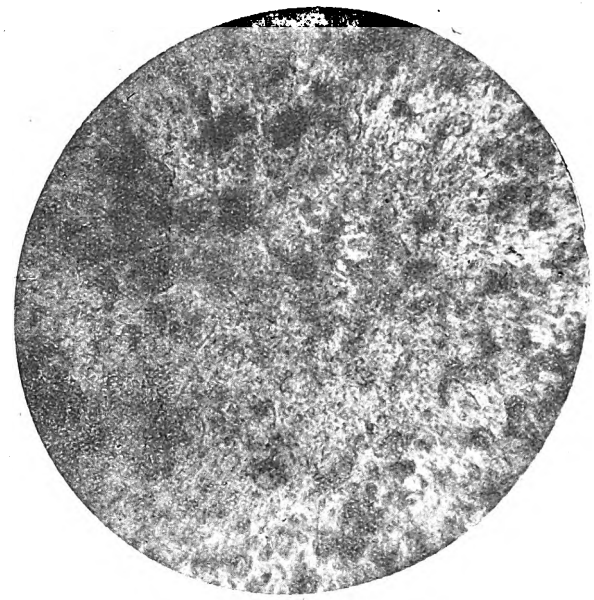


Fig. 1. — Spirochaete ictero-haemorragiae. - Striscio di fegato di cavia inoculata con sedimento di urina. - Colorazione Tribondeau-Fontana. - Microfotografia: Obb. Imm. Koristka 1/15. Oc. 4.

cammo di procurarci qualche esemplare di questa specie di topi. Egli potè così portarne a noi alcuni esemplari vivi e apparentemente sani che vennero da noi sacrificati. Inoculammo immediatamente polpa di rene e di fegato di questi topi alla cavia.

Le cavie inoculate con rene presentarono in ottava giornata una tipica sindrome itterica colle manifestazioni emorragiche classiche delle sierose, del polmone, e necrotiche del rene e del fegato. L'esame al paraboloide della polpa renale del topo e quello della polpa renale delle cavie inoculate, mostrarono la presenza di numerose e tipiche forme spirochetiche. Le ricerche sul virus ottenuto, sui caratteri morfologici delle spirochete, sulle manifestazioni anatomo-patologiche dell'infezione sperimentale tuttora in corso, ci inducono a ritenere che la forma infettiva riscontratta nel nostro ammalato risponde alle caratteristiche della forma di spirochetosi ittero-emorragica manifestatasi durante l'ultima guerra fra le truppe combattenti e della quale la prima dimostrazione per quello che riguarda il nostro Paese fu fatta dal compianto Prof. Carlo Moreschi e da me.

***

Par quanto ci permettono di concludere i dati su riportati, dobbiamo dire che il caso da noi osservato in nulla si differenzia da quelli che noi riscontrammo nella grande epidemia fra le truppe combattenti nel 1916-17-18. Anzi direi che esso risponda, per le manifestazioni iniziali, al tipo delle forme gravi della spirochetosi ittero-emorragica: Febbre alta, grave depressione generale, manifestazioni congestizie polmonari, nefrite emorragica. Solo la gravità del decorso subì una rapida e decisa modificazione in seguito alla terapia antispirochetica istituita. Nel nostro ammalato non si ebbero gravi segni di insufficienza epatica o almeno questi, comparsi inizialmente colle manifestazioni di uno stato sonnolento, di una notevole colemia, e di un'evidente ipocolia con scarsità di urea nelle urine, non progre-

Digitized by Google

dirono come avviene nelle forme a decorso gravissimo ma subirono un'attenuazione.

Lo stesso dicasi delle manifestazioni renali che, comparse colla sindrome di una nefrite acuta emorragica, subirono una netta regressione per effetto della terapia arsenobenzolica, cosicchè a cura compiuta il reperto delle urine era ritornato normale.

La forma morbosa presentata dal nostro ammalato va riferita a quella forma di ittero infettivo che era nota sotto il nome di morbo di Weil o di ittero infettivo di Weil, forma che quest'autore descrisse una quarantina d'anni fa, come forma sporadica ad eziologia oscura e che già prima del periodo della guerra era quà e là comparsa con carattere di piccole epidemie, come quella descritta da Hecker e Otto nei soldati e che essi attribuivano ad infezione contratta per bagni in comune e a probabile trasmissione per mezzo di insetti.

Anche da noi prima del periodo di guerra, erano state descritte epidemie cogli stessi caratteri. Filippo Rho nel 1904 illustra l'ittero infettivo a ricaduta febbrile ricordando osservazioni precedenti di Lanceraux e di Mattieux e quelle di Valassopaul su l'ittero endemico in Alessandria d'Egitto, a Smirne, e a Nauplia (Grecia). La storia epidemiologica dell'ittero infettivo epidemico è stata raccolta dal Prof. Monti, il quale ricorda fra le altre, l'epidemia descritta da Patella e Perugia e Orvieto nel 1889 e da Pari a Venezia nel 1890, e così le epidemie di Foligno nel 96 (A. Corimboni) e quella ricordata da Luigi Mangiagalli nel 1899 dimostrando un caso di ittero in gravidanza; e ancora quella descritta da Queirolo nel 1907 nell'isola di Elba e a Piombino, e ancora l'epidemia di morbo di Weil nel 1907, in Sicilia descritta dal Costa, così quella di Soriano nel Cimino nel 1910 descritta da Cova, e che nelle gravide si presentava con un quadro grave spesso mortale e colle note anatomo-patologiche dell'atrofia giallo-acuta. Un'epidemia fu descritta anche nel 1911-12 nelle truppe libiche da Scordo e Rizzuti che l'attribuirono a un'eziologia paratifica.

La dimostrazione di un'eziologia spirochetica dell'ittero infettivo epidemico per opera di Inada e Ido (1914), portava questi autori a identificare l'ittero infettivo endemico nella parte occidentale del Giappone, colla forma descritta da Weil, e in questo concetto si accordano ormai tutti gli autori. Si tratta di una forma infettiva a inizio acuto spesso con brivido e con manifestazioni generali intense, particolarmente la cefalea e i dolori lombari e alle regioni surali. In quinta giornata si ha un ittero di medio grado con evidente tumefazione del fegato. L'ittero è ritenuto di natura emolitica, e Lepehne lo considera di probabile origine anepatogena per emorressi del sistema reticolo endoteliale. Nel nostro caso, come sopra riferii, le ricerche eseguite depongono per un ittero epatogeno per quanto a base emolitica. Il tumore di milza non è costante nè cospicuo mentre sempre si osserva una nefrite emorragica con forte cilindruria e albuminuria e oliguria iniziale, ma senza edemi. Frequente pure l'epistassi, l'erpete facciale e qualche manifestazione eritematosa roseolare. Costanti le tumefazioni delle ghiandole inguinali epitrocleari, ascellari sulle quali per primo, con Moreschi, ho richiamato l'attenzione nel 1916. In casi gravi si osservano ecchimosi, emorragie sottocutanee, che possono arrivare al tipo del pemfigo emorragico.

Dal lato ematologico è tipica la polinucleosi neutrofila a cui segue una linfocitosi nella convalescenza. In forme gravi può aversi una vera reazione mieloide, come io ricordo di aver osservato in alcuni casi nell'epidemia di guerra. Il decorso della temperatura è molto vario: di regola febbre alta per 5 giorni, quindi defervescenza per lisi alla quale può seguire, dopo circa 9-10 giorni, un nuovo periodo febbrile. Complicazioni dal lato respiratorio non sono infrequenti; nei casi leggieri si limitano a lievi fatti congestizi polmonari, mentre nei casi gravi possono assumere il carattere della polmonite settica a focolai multipli e a rapida diffusione.

Dal lato *anatomo-patologico* domina il quadro di una affezione settica generale nella quale si presentano in tutti gli organi indistintamente focolai emorragici. Nel fegato si presentano note di tumefazione torbida e focolai necrotici delle cellule centro-acinose, eritrofagocitosi delle cellule stellate di Kupfer e stasi biliare. Gravi le lesioni renali col quadro della nefrite acuta parenchimatosa emorragica. Dal punto di vista diagnostico-differenziale, le forme meno gravi di questa malattia possono scambiarsi per manifestazioni di ittero catarrale o di colangite delle piccole vie biliari, come spesso accade in seguito a forme catarrali gastro-duodenali o a forme enteritiche; particolarmente difficile può essere la differenziazione da forme paratifiche che possono offrire un quadro molto analogo a quello dell'ittero infettivo spirochetico. Ricordiamo a questo proposito le forme descritte da Scordo e Rizzuti e da Frugoni e dai suoi collaboratori, come pure il caso di Fraenkel di eziologia sicuramente paratifica. Così pure l'epidemia di ittero delle truppe Franco-Inglesi dei Dardanelli descritta da Sarrailhe e Clunet venne riconosciuta di natura paratifica e ciò analogamente all'epidemia osservata fra le truppe dei Vosgi da P. Carnot e B. Weillhallè. La forma risponde al quadro dell'ittero infettivo pseudo-catarrale di Chauffard. Di particolare importanza per la diagnosi di questa forma, è la identificazione accertata dal Frugoni di germi paratifici nel contenuto duodenale. La dimostrazione eziologica dell'agente patogeno è certamente l'elemento diagnostico più sicuro. Gioveranno il reperto ematologico di una reazione di leucocitosi neutrofila che depone per una forma spirochetica, mentre la leucopenia o comunque valori leucocitari bassi sono di regola nel paratifo nel quale pure le complicazioni renali sono più rare, mentre il tumore di milza è più costante. Alla spirochetosi ittero-emorragica dobbiamo attribuire *varietà di tipi clinici* nei quali un gruppo di sintomi può prevalere imprimendo un carattere dominante al decorso morboso. Così accanto alle *forme manifestamente itteriche* e che possono offrire grandi variazioni per la loro gravità (forme itteriche gravi e forme benigne) dobbiamo porre forme in cui prevale il carattere emorragico nelle quali è tuttavia dimostrabile l'eziologia spirochetica; ricordiamo il caso di Siccardi, il quale in una sindrome emorragica pura col carattere della peliosi reumatica, dimostrava la natura spirochetica dell'affezione alla quale egli doveva tragicamente soccombere per infezione contratta collo stesso virus. È notevole la constatazione ricordata dal nostro Cesabianchi che il povero Siccardi presentò una classica forma infettiva con ittero, ematuria e albuminuria. Queste constatazioni escludono che le diverse varietà cliniche possono interpretarsi come esponente di una pluralità di tipi morfologici del virus spirochetico ma piuttosto ci portano ad imputare la varietà del decorso clinico alla grande variabilità che il virus presenta nel passaggio da individuo a individuo o da specie a specie. Questa grande variabilità di virulenza si dimostra nei trapianti sperimentali, all'evidenza. Così nella cavia possiamo assistere, in seguito ad inoculazione di virus ottenuto dall'uomo (sangue o sedimento urinario) alla comparsa di forme rapidamente mortali con carattere esclusivamente settico-emorragico, mentre nei trapianti successivi da cavia a cavia, dopo una fase di esaltazione della virulenza, si assiste alla riproduzione della forma itterica, con manifestazioni emorragiche più miti e a decorso prolungato. È interessante sotto questo punto di vista il fatto da noi osservato che la forma spirochetica può sussistere allo stato parassitario nel topo sano e da questo trapiantarsi alla cavia riproducendo la forma settica grave ittero-emorragica. Questo fatto offre a mio avviso motivo per ammettere che il virus spirochetico sia endemico nei topi di determinate regioni nostrane, come del resto risulta da osservazioni fatte sui topi di Bergamo (Monti) di Genova, (Grasso) di Bologna (Maggiore), di Faenza, (Ghetti) di Ancona (Selandari). Negli esemplari di topo campagnolo catturati nella zona di provenienza del nostro ammalato in tutti fu possibile dimostrare una spirochetosi allo stato parassitario, capace di riprodurre nella cavia la forma ittero-emorragica.

L'infezione all'uomo, che avviene spesso in seguito a bagni o comunque ad immersione, è da attribuirsi con tutta probabilità a inquinamento occasionale per mezzo delle deiezioni o urine di topi infetti. Solo la grande labilità del virus può spiegare la rarità delle manifestazioni epidemiche per le quali dobbiamo comunque ammettere particolari condizioni di disposizione a contrarre il contagio.

Per quanto ha rapporto colle vie di penetrazione del virus, io ritengo che la via abituale di infezione sia quella cutanea; direi anzi che questa sia l'unica via di penetrazione dimostrata dalle osservazioni cliniche e sperimentali. In tutti i casi osservati clinicamente io ho sempre constatato la presenza di tume-

Digitized by Google

fazioni linfoghiandolari alle regioni epitrocleari, ascellari, inguinali, tumefazioni che rappresentano la prima barriera di localizzazione difensiva alla penetrazione del virus attraverso alle vie cutanee. In tutti i casi studiati inoltre, l'indagine anamnestica riesce a documentare la possibilità della infezione per via epidermica; nel nostro caso questa era evidentemente avvenuta attraverso ad escoriazioni della pelle degli arti durante le manovre della pesca nel fango inquinato. È dimostrata la facilità di penetrazione delle spirochete attraverso alla pelle. Monti ha potuto ottenere l'infezione nella cavia applicando pezzi di fegato infetto sulla cute addominale perfettamente rasata. Però altre esperienze di Moreschi proverebbero la trasmissione della spirochetosi per via gastrica avendo egli riprodotto l'infezione nelle cavie alimentate con fegato di cavie infette. Io ho ripetuto l'esperienza in numerosi casi, mescolando fegato di cavie infette al cibo, con esito completamente negativo; pure negativi furono i risultati mescolando al cibo feci di cavie itteriche. Questi risultati porterebbero ad escludere, o almeno a sminuire, la importanza della via alimentare come tramite d'infezione, riconoscendo alla via cutanea il significato della più diretta, se non dell'unica via di trasmissione della spirochetosi ittero-emorragica.

***

Il caso da noi studiato non ha solo un interesse clinico-diagnostico isolato, ma ci porta a meglio considerare l'entità nosologica e la diffusione delle spirochetosi nella comune patologia dei nostri Paesi.

Il capitolo delle spirochetosi è stato sino ad ora incluso nella patologia esotica. Ma la più esatta conoscenza delle sue varie manifestazioni, ha richiamato l'attenzione degli studiosi al riconoscimento non infrequente di forme nostrane in tutto identiche a quelle manifestatesi in forma epidemica in paesi esotici.

Così sono stati descritti da noi con frequenza, dopo la prima osservazione di Frugoni, casi di malattia da morso di topo conosciuta in Giappone col nome di «Sodoku» causato dalla spirochaeta «morsus muris» (Jutaki, Takaki, Tanigughi, Osumi).

Pure relativamente comune è la comparsa di forme di broncospirochetosi, malattia descritta per la prima volta da Castellani a Ceylon nel 1906 e caratterizzata da manifestazioni di bronchite a tipo emorragico ora a decorso acuto o sub-acuto, ora a decorso cronico. Vennero in seguito descritte forme con carattere di bronchiti muco-purulente e fetide, sostenute da spirochetosi e ancora forme con carattere di broncopolmonite emorragica o broncopolmonite suppurata e infine di bronco-polmonite fetida gangrenosa della stessa natura. Le indagini recenti tendono ad attribuire a una eziologia spirochetica o fuso-spirochetica la maggior parte delle gangrene polmonari (Rosenthal Perrin, Plaut. Molnar).

Nella mia Divisione ospitaliera ho avuto occasione di osservare un caso di bronco-spirochetosi emorragica acuta febbrile che cedette rapidamente ad una cura arseno-benzolica. Più recentemente abbiamo accertato la natura spirochetica di una forma di bronco-polmonite gangrenosa ad evoluzione distruttiva, a decorso sub-acuto, nella quale una cura di stovarsolo portò un notevole miglioramento pur non riuscendo ad arrestare il processo ascessuale polmonare per il quale venne avanzata l'opportunità di una cura pneumotoracica.

Un caso recente di ascesso polmonare gangrenoso, sostenuto da spirochete, è pubblicato da Franchini. Questo autore fa notare la grande varietà del quadro clinico della spirochetosi bronco-pulmonare, la impossibilità di fare diagnosi, dalla sola morfologia, di spirochete bronchiale, essendo essa non differenziabile dalle spirocheti dentium, buccalis e intestinalis.

Un gruppo interessante sul quale ha recentemente richiamato l'attenzione Sanarelli è quello delle spirochetosi intestinali. Casi di questo genere, possono presentarsi colla sintomatologia clinica della recto-sigmoidite dissenterica (Le Dantec, Dellamare) o con quella dell'enterocolite algida o colera nostras spirochetico (Delamare, Curmont, Lesieur, Sangiorgi) o colla forma della enterocolite fetida (Abbatucci) o ancora con quella della enterocolite emorragica (Legier) o della enterocolite a ricadute (Piecker).

Sanarelli ha potuto coltivare allo stato di purezza, le spirochete del tubo digestivo e ritiene si tratti di germi di origine boccale che possono trovarsi anche normalmente nel contenuto del grosso intestino e che possono assumere un'azione patogena attiva per se stessi o associati a germi di altra natura, specialmente ad azione proteolitica.

La spirochetosi ittero-emorragica che potè ritenersi un episodio epidemiologico della patologia di guerra, e di lontana importazione, riappare oggi alla nostra osservazione fatta più attenta e meglio preparata alla sua identificazione. L'osservazione da noi raccolta colla documentazione del focolaio originario di infezione nel topo campagnolo ci induce a supporre che l'epidemia castrense così diffusa e imponente abbia rappresentato anzichè l'importazione di un virus esotico, la esagerazione e la diffusione di simili focolai sporadici nostrani, favorita dalla agglomerazione e dalla promiscuità delle masse di combattenti.

Un altro punto vogliamo ancora accennare di particolare significato pratico per la clinica ed è che non sempre l'infezione spirochetica si presenta colla forma tipica classica dell'ittero infettivo grave, ma può presentarsi con forme atipiche e incomplete per esempio colla sindrome di una nefrite emorragica senza ittero. Già abbiamo accennato alle osservazioni cliniche di casi gravi e mortali di nefrite emorragica acutissima. Ma accanto a questa forma, l'osservazione clinica ci fa intravedere la possibilità di forme attenuate della stessa natura. Per riferirmi al caso da me illustrato, è interessante ricordare come contemporaneamente al paziente che presentava la sindrome completa della spirochetosi ittero-emorragica, noi ricoverammo nella stessa corsia un suo fratello di anni 9 che presentava una sindrome di nefrite acuta a tipo emorragico. La ricerca delle spirochete nelle urine riuscì tuttavia negativa e così pure non fu possibile un risultato positivo da inoculazione in cavie. Ma la supposizione che si trattasse di una forma della stessa natura di quella del fratello era per noi suggestiva, data la possibilità della comune causa di infezione.

L'importanza dell'infezione spirochetica, come elemento patogenetico di affezioni epatiche o renali, va presa in considerazione anche da un altro punto di vista. Il Beitzke ha seguito al tavolo anatomico alcuni esiti tardivi di casi di infezione spirochetica ittero-emorragica e afferma che molti stati di cirrosi del fegato e di nefrite cronica possano essere messi in rapporto con postumi di lesioni epatiche e renali manifestatesi nel periodo acuto della sepsi spirochetica.

Io pure ho avuto occasione di osservare di recente un caso di epatite lieve ma persistente in un giovane di 33 anni, nell'anamnesi del quale, l'unico elemento patogenetico accertabile era un ittero epidemico contratto all'inizio della guerra.

Sulle manifestazioni cliniche del decorso morboso della spirochetosi ittero-emorragica non credo di ritornare e mi riferisco oltre che alle numerose pubblicazioni comparse (Monti, Frugoni, M. Ascoli, Gozzi, Cesabianchi), alle prime pubblicazioni mie e di Moreschi del 1916-17. Credo più interessante discutere alcuni di quegli elementi clinici che hanno valore per la diagnosi diretta e differenziale.

Per quanto ha rapporto colla diagnosi diretta, il reperto più probativo è dato dalla constatazione di spirochete nelle urine all'esame in campo oscuro o colle colorazioni elettive. Tuttavia il solo reperto di spirochete nell'urina non ha importanza assoluta dopo la constatazione della comparsa di spirochete nelle urine di individui non itterici privi di potere patogeno per le cavie (Stoddar e Patterson; Zironi e Cappone). La possibilità che si riscontrino spirochete banali nelle vie urinarie, non ci permette di dar valore al puro reperto di spirochete nelle urine quando questo non sia suffragato dalla prova di inoculazione nella cavia dalla quale risulta riprodotto il quadro classico della spirochetosi ittero-emorragica.

Disponendo di virus spirochetico possono essere praticate ricerche degli anticorpi specifici nel siero di itterici sia ricorrendo alla neutralizzazione in vitro del virus spirochetico (Micheli) sia alla dimostrazione in vivo dell'azione protettiva del siero di individui itterici contro l'infezione sperimentale di virus spirochetico (Carpi). La deviazione del complemento, di fronte ad antigeno spirochetico, non dà risultati probativi.

In mancanza della dimostrazione eziologica per una diagnosi diretta, avranno pur sempre valore i caratteri clinici che

Digitized by Google

valgono a differenziare questa forma da altre forme analoghe colle quali potrebbe essere confusa. E' caratteristico il periodo di invasione a inizio brusco con febbre elevata, con mialgie diffuse, cefalea, epistassi, nausea, talora vomito, albuminuria e manifestazioni congestizie polmonari: comparsa di ittero di regola in quinta giornata e colla comparsa di ittero, cessazione della febbre e attenuazione dei sintomi infettivi. Caratteristica è la comparsa della reazione polilinfoghiandolare alle regioni inguinali, ascellari, epitrocleari e di herpes facialis. Ha significato diagnostico la reazione ematologica di una leucocitosi con polinucleosi, carattere che può servire per la differenziazione dal tifo. Sotto questo rapporto ha valore anche il carattere del polso che presenta nel tifo una relativa rarità rispetto alla elevazione termica, mentre nell'ittero spirochetico presenta una frequenza notevole talora superiore a quella che sarebbe presumibile in rapporto al grado della reazione termica.

Un carattere diagnostico può assumere il criterio *ex iuvantibus*, quando, fissati i caratteri clinici di probabilità per la diagnosi di ittero spirochetico, si ricorra ad una terapia specifica con risultati favorevoli ed immediati. Già nell'epidemia castrense ebbi a segnalare l'azione favorevole dei preparati arsenico-mercuriali sulle manifestazioni infettive, sull'ittero e sull'albuminuria. Più efficaci sono da ritenere i preparativi arsenobenzolici per via endovenosa (neosalvarsan, stovarsolo) non solo nelle manifestazioni iniziali, ma anche nelle successioni morbose (oligoemia, deperimento organico) dell'infezione spirochetica.

La diagnosi differenziale deve escludere anzitutto una forma di ittero catarrale o di angiocolite delle vie biliari minori, ciò che spesso si verifica in conseguenza di enteriti o gastro-enteriti acute. Alcune forme di questa natura, per l'inizio acuto con febbre e diarrea per la comparsa di ittero a distanza di pochi giorni o per la possibilità che la temperatura presenti periodi di remissione e di defervescenza, talvolta anche la possibilità di complicazioni renali, possono avvicinare il quadro clinico a quello dell'ittero spirochetico. È questo il caso per quelle forme di infezione paratifica che vedemmo descritte come episodi epidemici di guerra. È comunque da ritenersi che esse rappresentano una varietà poco comune dell'infezione tifica e paratifica. Tra le infezioni paratifiche, quella del paratifo A più di frequente si associa ad una angiocolite ematogena. Come criteri differenziali possono servire i caratteri clinici dei dolori surali e lombari, le adeniti multiple agli arti, che non si riscontrano nel paratifo nella sua forma comune.

Criterio importante di differenziazione è quello basato sul reperto ematologico che presenta una leucopenia, con linfocitosi nel tifo e paratifo e una leucocitosi con polinucleosi nell'ittero emorragico. L'indagine sierologica e batteriologica del sangue completerà la differenziazione diagnostica. Alcuni casi di sepsi con ittero e manifestazioni emorragiche potrebbero offrire una analogia coll'ittero spirochetico in forma settica grave e in queste forme tuttavia è facile la complicazione endocarditica che manca nella forma spirochetica ed è possibile di regola l'identificazione batteriologica dell'agente morboso.

Più difficile è la differenziazione dall'atrofia giallo-acuta del fegato per la quale può valere un inizio di solito non acuto, ma con manifestazioni prodromiche attenuate che possono far pensare ad un semplice ittero catarrale; la mancanza di febbre elevata ad eccezione della fase premortale. Dal punto di vista anatomico è tuttavia indubbio che le manifestazioni dell'ittero spirochetico grave e mortale provocano alterazioni anatomiche degenerative che possono presentare una grande analogia con quelle dell'atrofia acuta del fegato (Frugoni, Gozzi, Morandotti, Nenke, Fahre Pick Dawson). Una analogia può aversi anche colla febbre ricorrente forma sconosciuta nei nostri paesi, forma tuttavia con decorso febbrile suo caratteristico e nella quale la constatazione degli spirilli di Obermeyer nel sangue è di regola probativa. Una grande analogia può infine presentare il quadro clinico iniziale della febbre gialla con quello dell'ittero spirochetico, si tratta tuttavia di forma essenzialmente tropicale, l'etiologia della quale, come dicemmo all'inizio di questa nota, è ancora suscettibile di discussione e di revisione.

BIBLIOGRAFIA

BEITZKE. Berliner Klin. Wochensch., 1916, n. 8. — CESA BIANCHI. Pensiero Medico, 1917, n. 7, 8, 9, 15; 1918, n. 4. Atti Soc. Lomb. Scienze Medico-Biologiche, 1917; vol. VI, fasc. 1, vol. VII; fasc. 1-4. — DELAMARE. Spirochetoses respiratoires stomatogenes, Masson, Paris 1924. — FRANCHINI. Pathologica, 15 febbraio 1926. — FRUGONI, GARDENGHI, ANCONA. Sperimentale, vol. LXX, fasc. VI. — HUBNER e REITER. Deut. Med. Wochenschr. 1911, n. 43. — KORNER. Deut. Med. Woch., n. 19 1925. — MICHELI F. Lezioni di clinica medica, Edizioni Minerva Medica, Torino, 1924. — MONTE. La malaria, l'itterò infettivo ecc. Hoepli; Milano 1921. — SAENS A. Espiroquetosis intestinal pura, Montevideo, Dornaleche, anno 1925. — SANARELLI G. Les spirochétes cecaux, Annals Inst. Pasteur, 1927; T. XLI; p. 1. — THEILER M. e W. SELLARDS. Am. Journ. of Trop. Med., nov. 1926. — SCHUFFNER e MOCHTAR. Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg. Op. 1927. — WEIL. Deutsch. Archiv. f. Klin. Mediz. 39. ZIRONI e CAPONE. Sperimentale, 1918, fasc. 1-2.

PORPORA EMORRAGICA POST-ARSENOBENZOLICA (*)

per il prof. CANDIDO MADERNA
Aiuto e Libero Docente in Patologia e Clinica Dermosifilopatica nella R. Università di Napoli

In questi ultimi anni la letteratura si è venuta arricchendo d'osservazioni e di studi su incidenti più o meno gravi emorragici, purpurici ed anemici osservati in infermi affetti di lue e curati con gli arsenobenzoli.

Malgrado la loro rarità in rapporto alla frequenza dell'uso di tale trattamento terapeutico questi accidenti ad evoluzione non poche volte mortale, cominciano oggi ad assumere tale importanza da richiamare l'attenzione degli studiosi.

Nel 1910 Jadassohn per il primo segnalò al Congresso di Medicina e Farmacia di Berna un caso di porpora emorragica consecutiva ad iniezione di «606». Trattavasi di un infermo che tre giorni dopo una iniezione da 0,60 presentò una eruzione purpurica disseminata agli arti inferiori.

Nel 1912 l'attenzione degli studiosi su questo nuovo importante argomento fu richiamata, in Germania, da Brauer, ed in Francia, da Guérot, pubblicando quest'ultimo tre casi osservati nella Clinica Dermosifilopatica di Parigi.

Ma fu solo nel 1919 che Leredde rese noto il primo caso di porpora emorragica seguito da esito letale.

Dopo si ebbero nel 1920 le osservazioni di Boutelier, Moore e Foley; nel 1921 di Vill; nel 1922 di Rabut e Oury, Callomsu, Feinberg. Perroud e Widjooche. Florand — Nicand e Froment, Leredde, Sicard, Weil — Isch — Wall, Widiooche e Ferroud, Lespine, Ferroud e Widjooche, P. G. Weil e Serary; nel 1923 di Chattellier, Daviot, Wall — Weil, Vedel -- M. G. Girand, Nicolas, Gatè — Lebeuf; nel 1924 di Georgiades; nel 1925 di Chambon, Citron — Hirschfeld; nel 1926 di Vidal -- Bertrand — Fontaine, Sicard. Feroud.

In Italia la letteratura su questi incidenti fortunatamente non è molto ricca. Ne sono registrati solo tre casi: il primo, nel 1925, dal Majocchi, purtroppo con esito letale; il secondo da Felugo, nello stesso anno, consecutivo a sulfarsenol; il terzo, nel 1926, da Riva e Spalluto.

Non è quindi inopportuno il riportare una nostra personale osservazione.

M. Teresa di anni 31, da Napoli, donna di casa. Nulla di importante dal punto di vista ereditario. I genitori sono viventi e sani. Ha tre sorelle e due fratelli di maggiore età e tutti aventi prole in ottima salute.

Si è coniugata a 25 anni.

Dieci mesi fa fu contagiata di lue dal marito, affetto da lesione iniziale al solco balanico. Ebbe sifiloma al grande labbro di destra, e un mese e mezzo dopo una eruzione in forma di macchie sul tronco e sugli arti, a tipo eritematoso.

Dal medico curante fu fatta diagnosi di roseola sifilitica e furono praticate n. sei iniezioni di calomelano al cinque per cento.

Durante il trattamento la roseola non scompare del tutto. anzi pochi giorni dopo la quinta iniezione furono notate delle papule non pruriginose, di colorito rosso-rameico agli arti e sull'addome, e ancora lesioni erosive alla faccia interna delle labbra, e numerose ai genitali esterni.

Venuta alla nostra consultazione fu fatta diagnosi di sifilide in peri-

(*) [La ricca bibliografia annessa al lavoro sarà pubblicata solo negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

do secondario — sifiloderma papuloso agli arti e tronco, papulo-condilomatoso alla regione orale e vegetante ai genitali.

Ci trovavamo quindi d'innanzi ad una inferma mercurio-resistente con manifestazioni contagiose in atto di non lieve importanza.

Consigliammo perciò un trattamento arsenobenzolico per via endovenosa. Il cuore era normale.

Il fegato e la milza erano nei limiti fisiologici

L'esame delle urine non rilevava nulla di anormale. Il peso specifico era 1019, cloruri 9,30, urea 19.140 normale la uroeritrina; urobilina; assenti l'albumina, glucosio, altri zuccheri, acetone; pigmenti biliari ed ematici.

L'esame microscopico del centrifugato era negativo per corpuscoli rossi, cilindri, cilindroidi.

Purgata con gr. 30 di solfato di sodio, il trattamento endovenoso fu iniziato il giorno dopo con la dose di 0.15 di neosalvarsan Meister Lucius. Dopo otto giorni si passò alla seconda di 0,30; fu ripetuta questa dose ancora, e poi fu praticata la dose di 0,45 non avendo l'inferma mai accusato durante la cura, disturbo di sorta.

L'iniezione fu fatta verso le undici e l'ammalata ritornata a casa osservò le prescritte cautele: si mise a letto, rimase a dieta lattea, prendendo a sorsi nella giornata acqua con bicarbonato di sodio. La mattina dopo fui invitato di urgenza perchè quattro-cinque ore dopo l'iniezione la paziente, contrariamente alle altre volte, era stata colta da ripetute lipotimie, che si erano presentate anche durante la notte. Aveva avuto brividi, febbre, cefalea intensa; dolori lombari violenti; un aumento di salivazione e dolori urenti alla gola e lungo i margini della lingua. La saliva che era obbligata ad emettere ogni tanto, era mista a sangue, come pure sangue colava persistente dal naso. Al momento della nostra osservazione, l'inferma presentava una temperatura di 38°,8 polso 100.

La mucosa gengivale era edematosa, e ricoperta di una salivazione abbondante rosso-viva che filante fuoriusciva spontaneamente dalla bocca semichiusa.

Richiamavano inoltre la nostra attenzione numerose macchie di colorito rosso-vivo, della grandezza di una goccia di cera ad una moneta di due centesimi, non modificabili affatto alla diascopia, spiccanti su cute pallidissima e situate simmetricamente agli arti superiori ed inferiori: sul torace e sull'addome si osservavano rari elementi puntiformi qua e là disseminati.

La mucosa del prolabio e la volta del palato erano anche esse sedi di numerose macchiette puntiformi emorragiche.

Il resto della cute pallidissima, non faceva rilevare alcuna tinta itterica.

Normale era il colorito delle congiuntive. Integra la funzione cardiaca; il fegato e la milza nei loro limiti fisiologici. Nessun'alterazione apprezzabile a carico del sistema nervoso.

Le urine abbondanti — circa 1.500 nelle 24 ore — svelano all'esame chimico gr. 0.25 di albumina, assenza di urobilina, uroeritrina; pigmenti biliari; pigmenti ematici. All'esame microscopico rari cilindri renali ialini e granulosi assenza di corpuscoli rossi.

Esame cromocitometrico del sangue. Globuli rossi 5.440.000; globuli bianchi 6.200; emoglobina 65 %; formola leucocitaria: linfociti 15.2 %; leucociti grandi mononucleati 20 %; leucociti polinucleati basofili — eosinofili 1 %, neutrofili 63.8 %.

Il tempo di coagulazione è ritardato; dopo la sedimentazione dei globuli la coagulazione plasmatica si compie in 4 ore; il coagulo si ritrae male, il siero rimane lievemente colorato.

Il tempo dello stillicidio sanguigno per puntura del lobulo dell'orecchio è molto prolungato, dopo venti minuti lo scolo persiste ed è frenato artificialmente.

Andamento clinico, cura ed esito. All'inferma fu subito per via intramuscolare praticata una miezione di adrenalina al millesimo e mezz'ora dopo, per via endovenosa, una seconda della dose di 1/10 di soluzione.

Nella stessa giornata furono fatte anche per via endovenosa a distanza di sei ore l'una dall'altra, due iniezioni di afenil Knoll da 20 cc.

Nei giorni seguenti l'inferma fu sottoposta al seguente trattamento terapeutico.

Iniezioni endovenose di 20 cc. di iposolfito di sodio all'uno per cento.

Per via orale una pozione fortemente zuccherata contenente gr. 3 di cloruro di calcio, e 60 gocce di adrenalina al millesimo.

La sera poi un clistere di 200 cc. di acqua contenente gr. 20 di Bic. di sodio.

Salvo la formazione di nuove piccole chiazze emorragiche all'addome, le condizioni generali e locali si mantennero stazionarie.

Alla fine della sesta giornata cominciò a delinearsi un sensibile miglioramento. I dolori, la cefalea, la gengivorragia, l'epistassi vennero gradatamente a diminuire per poi cessare al decimo giorno completamente.

La temperatura che oscillava intorno ai 37°,9 la mattina, 38°,3 la sera, si ridussero poi a 37°,2 e 37°.8 persistendo così per circa una diecina di giorni.

Fu solo dopo ben 14 giorni di cura che l'alterazione cutanea cominciò sensibilmente a migliorare.

Le macule emorragiche cominciarono ad impallidire, divenendo man mano di un colorito giallastro fino ad un giallo carico di limone.

Al ventesimo giorno l'inferma fu apirettica e al ventiquattresimo fu potuta dichiarare guarita.

Permase solo una astenia generale per la quale furono consigliate cure tonico-ricostituenti e un soggiorno in campagna.

Fu rivista, dopo un mese, in ottimo stato di salute.

La esistenza di una porpora salvarsanica non è più oggi messa in dubbio.

I sifilografi ne hanno distinte tre varietà cliniche: una porpora semplice, una seconda emorragica ed un'ultima grave con anemia aplastica.

La porpora semplice è la più antica, essendo stata rilevata fin dal 1912 da Brauer, è la più benigna e la più comune.

E' rappresentata da manifestazioni cutanee rossastre che persistono per alcuni giorni e che poi scompariscono senza lasciare in sito alcuna traccia.

La sede di predilezione sono gli arti inferiori.

Apparisce dopo quattro o cinque giorni dalla iniezione.

La porpora emorragica oltre a presentare una eruzione cutanea molto più intensa, è preceduta da febbre, brividi, cefalea, vomito.

Contemporaneamente si hanno emorragie della mucosa orale, epistassi, ematurie ed anche ematemesi.

Sono notevoli in questa forma i disturbi della crasi sanguigna. I globuli rossi sono poco o niente modificati, al contrario di quelli bianchi che sono estremamente diminuiti.

La formola è normale quando la cifra dei globuli bianchi è di poco abbassata, quando esiste invece leucopenia è deviata dall'ipopolinucleosi. Però ciò non è costante.

Sono invece costanti i disturbi della coagulazione e il tempo del gemizio sanguigno. Il primo è più o meno ritardato, il secondo è stato trovato sempre aumentato.

L'ultima forma è la più rara, ma anche la più grave perchè è quasi sempre mortale, osservandosi in essa il quadro della porpora emorragica complicata a quello dell'anemia aplastica. Si possono distinguere due forme cliniche: in una predomina la porpora emorragica a cui in secondo tempo si viene ad associare un'anemia più o meno intensa, nell'altra l'anemia aplastica predomina e i fenomeni emorragici passano in seconda linea.

Il quadro clinico è caratteristico. Si ha un pallore estremo, una astenia generale, una temperatura elevata, il polso è rapido.

Si possono osservare imponenti emorragie sia a carico del tubo intestinale, che a carico della vescica, e della mucosa orale.

L'esame morfologico del sangue fa rilevare una diminuzione più o meno accentuata dei corpuscoli rossi ed una notevolissima dei corpuscoli bianchi.

L'ipopolinucleosi è manifesta, dato che i neutrofili si contano 20-20-18 per cento. Non si osservano nè eosinofili nè mielociti. I mononucleati sono normali.

I disturbi della coagulazione e l'allungamento del tempo del gemizio sono considerevoli.

I casi di guarigione sono rarissimi, e, se la si ottiene, necessitano ben 4-5 mesi di cura.

E' stato notato qualche volta da Gorke e da Widal la concomitanza di una angina, la quale all'esame obbiettivo si presenta ulcerosa e necrotica, facilmente sanguinante e il cui prodotto, all'esame microscopico, fa rilevare un'associazione fuso-spirillare.

In generale sia la porpora semplice, che la emorragica quanto quella grave con anemia aplastica è osservata con maggiore frequenza negli adulti.

L'età degli infermi colpiti da queste complicanze varia tra i 30 e 40 anni.

La letteratura non rileva alcun caso di porpora arsenobenzolica nei fanciulli ed è perciò che il Marfan asserisce che questi

Digitized by Google

preparati vengono tollerati con maggiore facilità nella piccola età che nell'adulta.

Circa il sesso non sembra che vi sia una speciale predisposizione, perchè ne sono colpiti indifferentemente uomini e donne.

Gli accidenti purpurei possono presentarsi di colpo senza alcun sintomo prodromico ma sovente sono preceduti dalle comuni manifestazioni d'intolleranza.

Nulla di preciso vi è circa il tempo trascorso tra la comparsa della manifestazione cutanea e la somministrazione del medicamento. In alcuni casi si è presentato dopo qualche ora in altri dopo giorni e mesi: quello del Maiocchi dopo 18 giorni, quello di Vedel, M. Giraud e G. Giraud dopo ben 48 giorni.

La via endovenosa è quella che ha dato maggior numero di crisi, ma Petges studiando comparativamente le differenti vie di introduzione del medicamento conclude che le iniezioni sottocutanee e intramuscolari più pratiche, alla potata di tutti, sono ben lontano da essere inoffensive ed offrono gli stessi inconvenienti, anzi quando questi ultimi si presentano sono tardivi e gravi.

Circa la dose questa non ha alcuna importanza.

Se vogliamo scorrere la letteratura noi osserviamo che si sono avute, come nel caso di Leredde, porpore acute emorragiche in infermi dopo tre sole iniezioni da 0,10, 0,15, 0,15, quello del Maiocchi con una sola di 0,10, mentre nell'osservazione di Vebel e Giraud s'erano somministrati all'infermo gr. 16 di medicamento e ciò in tre serie nel corso delle quali nessun disturbo erasi mai rilevato.

Come pure non vi è alcuna proporzione tra la dose e la gravità del caso.

La patogenesi di queste forme emorragiche appare molto complessa. Quasi tutti gli Autori sono di accordo nell'ammettere oggi essere ciò dovuto ad un fatto *tossico* e nel doverlo individualizzare nel preparato arsenobenzolico, esplicando esso un'azione emolitica sul sangue ed un'altra istolitica sui vasi, ed apportando così sul primo la *dissolutio sanguinis*, resa evidente dalla incoagulabilità, sui secondi una spiccata alterazione istologica.

Nel caso di Maiocchi verosimilmente l'agente tossico non solo avrebbe alterato il sangue nei suoi elementi morfologici e nelle sue proprietà biochimiche (coagulazione e vischiosità) ma interessato anche l'intima dei vasi, portando rottura e stravasamenti emorragici (rammollimento istolitico dell'intima).

Bernard e Bombier ammettono che la sostanza tossica non solo agirebbe sul sangue e sui vasi, ma anche sul sistema nervoso centrale, e tale origine nevrotossica sarebbe ancora confermata da ricerche anatomo-patologiche e ancor più da prove sperimentali. Così Grenet ha potuto riprodurre la porpora emorragica grazie a lesioni combinate del sistema nervoso e del fegato, e nel 1905, ottenne, con la tossina difterica di azione vaso-diatatrice, forme purpuriche con alterazione dei centri vasomotori.

Secondo Widal l'arsenobenzolo determinerebbe invece un vero *choc emoclasico* che cagionerebbe l'emorragia; le esperienze di Gaston, Duhet, Frandin, Tranck, Zannol hanno infatti conferito agli arsenobenzoli un potere anticoagulante.

Questi Autori hanno osservato che il sangue diventa non coagulabile quando viene messo in una provetta le cui pareti sono state prima umettate con soluzione arsenobenzolica.

Ed hanno rilevato ancora che se si inietta nella vena di un braccio di un infermo una soluzione di arsenobenzolo e si preleva del sangue dal braccio opposto, appena terminata la iniezione, si osservano subito delle modificazioni importanti. In certi casi il sangue ha perduto la proprietà di coagularsi all'aria, in altri il suo tempo di coagulazione è solamente allungato, passando da sei o dodici minuti a 20 o 30 e molte altre volte ad ore e giorni addirittura.

Si arriva ad osservare così che il tempo di coagulabilità di un soggetto sottoposto ad una serie di iniezioni endovenose di arsenobenzolo resta modificato sensibilmente, tanto che in alcuni infermi sono necessarie alcune settimane per il ritorno alla norma.

Weil vuole ammettere una discrasia « endothelio-plasmatique » di origine endocrina.

Qualche Autore pensa che l'intossicazione deve la sua genesi a lesioni anteriori a carico del fegato (Leredde Vedel, Giraud, Eward); altro ad arteriosclerosi renale con un certo grado di atrofia (Rabut); a tubercolosi del rene (Citron); altri ancora ad affezioni renali e del fegato insieme, ciò che osservò Maiocchi che notò insufficienza epatica per estesa e grave degenerazione grassa ed insufficienza renale dovuta a nefrite precedente, in parte riacutizzata in seguito all'infezione sifilitica.

Nel 1924 Castex rilevava l'importanza delle lesioni midollari descrivendo una sclerosi cellulare in corrispondenza del *tractus intermedius*, una vascolarizzazione esagerata dei corni posteriori e lesioni dei vasi della commessura grigia in prossimità del *tractus*.

L'alterazione dei centri spinali simpatici favorirebbe una vasodilatazione generale ed il trasudamento del sangue in certi punti. Così i preparati arsenobenzolici avrebbero un'azione diretta sul sistema simpatico spinale e ciò determinerebbe quella disposizione simmetrica tanto caratteristica e sorprendente talora nelle forme purpuriche.

Ora, data la complessa composizione chimica dei preparati arsenobenzolici, in cui concorrono coll'arsenico elementi benzilici, fenolici ed aminici, capaci di per sè di azioni particolari che s'intrecciano l'una nell'altra in modo assai vario, a quali di questi elementi chimici deve essere imputata questa tossicità che interessando la crasi sanguigna si rende come sintoma manifesto, visibile, sotto forma di porpora più o meno grave?

Deve quest'azione tossica attribuirsi all'arsenico, al gruppo solfossilico, o spetta unicamente e principalmente a quello benzilico?

Certo all'infezione sifilitica assolutamente no, perchè mai si è pubblicata una sola osservazione di porpora emorragica in sifilitici curati col mercurio, coll'iodo ecc. e prima cioè dell'uso degli arsenobenzoli in terapia. Nè le anemie sifilitiche del periodo secondario hanno nulla di comune con la sindrome dell'anemia aplastica della porpora acuta postarsenobenzolica.

Corke l'ha attribuita all'arsenico, Ferroud e Widjooche al gruppo solfossilico, Ravaut e Ourey, Daviot ed altri al gruppo benzilico.

Ma Bloch e Nichel hanno praticato numerose ricerche sia cliniche che sperimentali con sali arsenicali inorganici e non hanno mai osservato la produzione di porpora emorragica.

Inoltre i quadri clinici della porpora emorragica acuta e quelli dell'intossicazione arsenicale presentano delle differenze molto sensibili.

L'intossicazione per arsenico acuta o cronica si manifesta sopratutto con una sindrome gastro-intestinale, vomito, diarrea; si ha una sensazione di sapore disgustoso, di secchezza alle mucose, sete intensa, anuria, crampi ai polpacci, sudori profusi freddi.

Per il gruppo solfitico Ferroud e Widjooche non essendosi mai verificati incidenti purpurici coll'uso dell'Eparseno di Pomaret — non contenendo tale preparato questo gruppo — avevano pensato essere questo la causa delle sindromi purpuriche emorragiche.

Ma poco dopo Sezary e Pernet, in una statistica di 166 infermi trattati appunto con l'Eparseno, notarono una porpora semplice, tre epistassi ed una metrorragia.

E a maggiore conferma subito dopo, P. Emile Weil descriveva minutamente delle osservazioni di porpora emorragica capitategli appunto con l'uso dell'Eparseno.

Il primo a richiamare l'attenzione sulla tossicità del gruppo benzilico fu Dubreilh, che nel 1919 alla Società di Dermatologia discusse un caso di eritrodermia esfoliativa dovuto al Sulfarsenol.

Contemporaneamente venivano pubblicate da Santesson una serie di intossicazioni ove la benzina ne era indiscutibilmente la causa. Si trattava di operai riparatori di biciclette, i quali, usavano la benzina come solvente del caoutchouc. Quattro di questi infermi presentavano appunto delle eruzioni purpuriche emorragiche.

Santesson volle allora ripetere l'esperienza sui conigli ed i risultati sperimentali confermarono tale nuova ipotesi.

L'intossicazione acuta da vapori di benzina fu messa ancora più in evidenza dai lavori di Selling, Delarne, Moss, Chambort, Faure, Beaulieu, Lèvy-Brühl e Crémieux, Barker, Le Noir, Claude, Julien e Bazin, Socquet, Frandin e Roberti.

La descrizione clinica e la evoluzione di questo intossicazioni era identica a quella che era stata descritta per la porpora emorragica post-arsenobenzolo.

Digitized by Google

Si avevano delle emorragie della medesima gravità, epistassi, gengivorragia, metrorragie, ematurie con porpora.

Si notavano ancora le medesime alterazioni ematologiche, irretrattilità del coagulo, la diminuzione dei globuli rossi, intensa leucopenia.

Infatti se si pratica una comparazione tra gli esami ematologici degli infermi colpiti da porpora emorragica post-arsenobenzolica e quelli degli infermi da avvelenamento acuto da vapori di benzina si nota che, per esempio, nel caso mortale di porpora arsenicale descritto da Labbé e Langlois fu osservato che il tempo di sanguinamento fu di 60 minuti, quello di coagulazione di 19; irretrattilità del coagulo, globuli rossi 1.601,000. bianchi 4,650 (Polin. 30 %).

Nell'infermo poi di porpora emorragica mortale dovuta al benzolo pubblicato da Fraudin e Roberti, noi vi leggiamo che anche qui il tempo di coagulazione fu pure di 7 minuti, quello di sanguinamento più di un'ora, oltre ad aversi irretrattabilità del coagulo, globuli rossi 2.110.000, bianchi 5.000 (Polinucleari 3 %).

L'azione leucocitotossica del benzolo fu poi dimostrata ancora da Levy-Bruhl.

Selling riproduceva inoltre sperimentalmente negli animali turbe emorragiche con iniezioni di benzolo, constatando che la cifra dei leucociti si abbassava sensibilmente, fino a scomparire addirittura all'avvicinarsi della morte. All'autopsia poi gli organi emetopoietici e specialmente il midollo osseo appariva in completo stato di aplasia.

In presenza di questa spiccata analogia che unisce l'intossicazione per i vapori di benzina e quella dovuta ai preparati arsenobenzolici, Ravaut e Oury, Daviot ed altri sostennero che le porpore emorragiche verificantisi dopo la somministrazione di questi ultimi medicinali, erano dovute esclusivamente alla tossicità del gruppo benzilico contenuto in questo preparato.

Infine Feroud ha potuto mettere in maggiore evidenza questa interpretazione. Egli con la ricerca diretta del gruppo benzilico nel sangue ha potuto provare che esso esiste, non coniugato, libero ancora nell'organismo, mentre l'eliminazione arsenicale per l'urina è già chimicamente terminata.

Il caso da noi descritto rientra completamente nel capitolo delle porpore emorragiche secondarie ad iniezioni endovenose di preparati arsenobenzolici.

L'insorgenza dei fenomeni cutanei poco tempo dopo la iniezione di Neosalvarsan — 0,45 — e preceduti da lipotimie, dolori, cefalea intensa non può lasciare alcun dubbio sulla esattezza della diagnosi.

Nè d'altra parte era possibile alcuna confusione perchè sia l'anemia aplastica primitiva, sia la leucemia acuta che una porpora emorragica primitiva, sviluppatasi indipendentemente dalla iniezione arsenobenzolica, era da escludersi nettamente.

L'anemia aplastica primitiva, anche quando si presenta con una evoluzione rapida, ha decorso cronico e se è accompagnata da emorragie, queste sono lievissime, come rare sono le ulcerazioni orali, nè si ha, quasi mai, elevazione febbrile.

La leucemia acuta quando si manifesta con fenomeni emorragici e con rapida deglobulizzazione presenta oltre ad una elevazione termica non lieve, una splenomegalia ed una spiccata ipertrofia glandolare.

In quanto poi ad una concomitante porpora emorragica primitiva dobbiamo dire che il quadro di questa è molto dissimile dal nostro sia clinicamente che ematologicamente, presentando esso una polinucleosi del tipo corrente con presenza di qualche mielocita.

CONCLUSIONI. — 1. La porpora emorragica post-arsenobenzolica è un incidente non frequente. Si presenta sempre con una certa gravità; non sono rari i casi di morte.

2. Pare che sia dovuta all'azione tossica degli elementi benzilici contenuti nella composizione chimica dell'arsenobenzolo. Questa azione tossica è favorita in molti casi da una speciale insufficienza delle funzioni del fegato e del rene.

Queste ultime alterazioni però, come nel nostro caso, possono mancare e tale eventualità contribuisce indubbiamente all'esito favorevole.

D'altra parte è assai difficile chiarirne il meccanismo patogenetico date le reazioni e le ripercussioni esercitate dall'ars. nell'organismo umano, tenendo presente anche che quest'ultimo è già in difesa contro una non lieve infezione che l'ha colpito.

3. Nello sviluppo della porpora emorragica non ha importanza alcuna la singola dose medicamentosa iniettata.

ATTUALITÀ

I. ***La Elettrofonocardiografia.***
II. ***Trasmissibilità dei parassiti malarici dalla madre al feto.***
III. ***Perturbamenti della secrezione gastrica consecutivi alla gastroptosi.***

I. Il tentativo di registrare graficamente i toni cardiaci, per una migliore conoscenza della fisiologia e della patologia del cuore, se non è affatto recente, ha solo da poco raggiunto tale perfezione tecnica da poter essere considerato praticamente utile.

Einthoven, per primo, riuscì ad ottenere delle grafiche dei toni del cuore, adattando un microfono al circuito di un elettrometro capillare, il quale riproduceva le variazioni di potenziale determinate da detti toni; ma, solo dopo la scoperta del galvanometro a corda dello stesso Einthoven, la elettrofonocardiografia ha progredito e si è perfezionata, per opera specialmente di Einthoven, Flohil, Battaerd, Franck, Weiss e Joachim, Kahn, H. Lewis, ecc.

Perchè il cardiofonogramma sia veramente utile è necessario che si possa stabilire, sulla grafica, il momento preciso della rivoluzione cardiaca nel quale i toni si producono. Perciò si usano registrare i toni cardiaci e le modificazioni dell'elettrocardiogramma su una stessa curva (Kahn e Fahr) o in curve separate, ma iscritte simultaneamente su di una stessa pellicola fotografica (Einthoven, Bull, Lewis, ecc.). Quest'ultimo metodo è quello più generalmente adottato, non potendosi così confondere le oscillazioni della corda del galvanometro dovute ai toni o rumori cardiaci e quelle dell'elettrocardiogramma.

Apparecchi modernamente costruiti, sui particolari dei quali non sembra utile diffondersi, permettono di ottenere tale intento. In linea generale, si può dire che, stando il paziente in esame seduto, con la testa leggermente inclinata indietro e immobile si applicano e si fissano alla parete toracica, secondo la tecnica consigliata da Battaerd, tre stetoscopi (uno sulla punta e gli altri due sui focolai di ascoltazione dell'aorta e della polmonare); uno dopo l'altro, poi, gli stetoscopi vengono connessi col microfono interposto nel circuito del galvanometro. Naturalmente, così come per l'elettrocardiografia, anche per la elettrofonocardiografia, è da eliminarsi ogni movimento volontario o involontario (tremori, ecc.), ed anche ogni rumore respiratorio, i quali altererebbero le grafiche cardiache.

Toni normali. I toni normali, sulla curva elettrofonocardiografica, appaiono come serie di piccole oscillazioni; quelle corrispondenti al 1° tono a seconda della loro ampiezza, possono essere raggruppate in: a) oscillazioni iniziali molto piccole; b) oscillazioni principali di maggiore ampiezza; e c) oscillazioni finali, di nuovo molto piccole. L'inizio delle oscillazioni (e quindi del 1° tono) segue, come appare con galvanometri a corda sensibilissimi, appena di qualche millesimo di secondo l'onda R dell'elettrocardiogramma; il che parla a favore del fatto che l'onda di contrazione cardiaca segue immediatamente all'onda di eccitazione. Il numero delle oscillazioni del 1° tono è variabile a seconda del punto della regione precordiale donde si rilevano i toni; in genere si preferisce applicare lo stetoscopio sulla punta. Così pure non è indifferente, per la comparazione, se l'elettrocardiogramma sia rilevato nell'una o nell'altra derivazione.

Il secondo tono, sulla curva elettrofonocardiografica, è anche segnato da oscillazioni, di numero maggiore (40-86) di quelle del 1° tono (45-70), ma che durano un tempo minore del 1° tono stesso, così come si apprezza con l'ascoltazione. Come tempo, esso ha inizio pochi centesimi di secondi dopo l'onda T dell'elettrocardiogramma.

L'elettrofonocardiografia ha permesso, inoltre, di provare la reale esistenza di un terzo tono cardiaco, descritto da Thayer, e ascoltabile talora in alcuni individui giovani normali sulla punta. Questo terzo tono, risultante di oscillazioni di ampiezza molto piccola e di scarso numero, come risulta dalle grafiche, sarebbe indipendente dalla contrazione auricolare, con la quale, invece alcuni AA. vorrebbero identificarlo.

Tono auricolare. Interessanti sono le modificazioni dell'elettrofono-

Digitized by Google

cardiogramma nei casi patologici; così nella dissociazione auricolo-ventricolare, è possibile registrare sulla grafica delle oscillazioni dovute all'orecchietta corrispondenti alle così dette «sistoli ad eco», espressione acustica della contrazione dell'orecchietta. Questo tono auricolare, come fa notare TIBURCIO PADILLA (*Electrocardiografia*, 1 vol. edito da *La Semana Medica*, 2254, Cordoba, Buenos Aires) — dal quale abbiamo tratto queste nozioni riguardanti la elettrofonocardiografia — è dovuto a due fattori: 1° contrazione dei muscoli e tensione delle pareti auricolari; 2° chiusura delle valvole auricolo-ventricolari, al termine del passaggio del sangue dall'orecchietta nel ventricolo.

Naturalmente il tono auricolare non si ode, perchè esso coinciderebbe con la tensione e la chiusura delle valvole per la sistole ventricolare; ma quando, per disturbi della conduzione dell'onda di eccitabilità cardiaca, l'intervallo As-Vs si allunga, il tono auricolare diventa percettibile e all'ascoltazione e sulla grafica elettrofonocardiografica, la quale ha permesso appunto di corroborare con chiara dimostrazione la precedente concezione. Con questa, intanto, è possibile dare anche spiegazione della comparsa del ritmo di galoppo nei disturbi della conduzione auricolo-ventricolare.

Si spiega pure perchè, essendo alterata la conduzione atrio-ventricolare e il ritmo cardiaco più frequente, coincidono la fine della sistole ventricolare con la sistole auricolare, il che si traduce acusticamente con un'accentuazione del secondo tono.

Rumori di soffio. Sull'elettrocardiogramma, i rumori di soffio appaiono come oscillazioni molto rapide e numerose, proprietà queste dipendenti dall'altezza del timbro dei diversi rumori. In genere, quando questi sono diastolici, si distinguono più facilmente; quando coincidono con la sistole, invece, si confondono con le oscillazioni del primo tono: si apprezza nelle grafiche, però, sempre l'esistenza di un elemento sovrapposto alla curva normale.

Blocco cardiaco. Lewis, che ha registrato simultaneamente l'elettrocardiogramma e i toni cardiaci in un caso di blocco del ramo destro del fascio di His, ha potuto rilevare un ritmo di galoppo per raddoppiamento del 1° tono.

Da questa breve sintesi sull'elettrofonocardiografia, appare chiaramente di quanta utilità potrà essere in avvenire questo nuovo mezzo di indagine fisio-patologica del cuore.

***

II. Tuttora discussa e incerta nelle conclusioni è la quistione del passaggio di protozoi dalla madre al feto attraverso la placenta.

Per quanto riguarda lo spironema della sifilide, esso è stato rinvenuto da parecchi autori non soltanto nella placenta materna, ma anche nel sangue della vena del cordone ombelicale, nelle pareti delle arterie del cordone, nel sangue e nei capillari dei villi. Sicura è la possibilità di trasmissione della spirochete Obermeyer, dei tripanosomi, del virus rabbico al feto attraverso la placenta materna.

Circa la malaria, le ricerche sull'argomento sono tutt'altro che scarse ed hanno valore specialmente quelle fatte in neonati, qualche giorno e magari qualche mese dopo la nascita, sempre che le indagini siano esplicate in paesi non infetti da malaria.

Un caso è stato studiato accuratamente da GIUSEPPE FIORITO, nell'istituto di pat. gener. di Catania (*Giorn. di batter. e immunol.*, nov. 1926). La madre malarica da molti anni dimorava in contrada malarica. Tre giorni prima che s'iniziassero le doglie del parto, venne colta da accessi febbrili, accertati di natura malarica (nel sangue presenza di plasmodium praecox con forme anulari, semilunari e adulte); la febbre si mantenne ad accessi per la durata del parto, la quale fu piuttosto protratta a causa della presentazione pelvica completa, tanto che fu necessario l'intervento di un ostetrico.

Dopo 18 ore, venne alla luce un bambino asfittico con il cordone ombelicale straordinariamente teso, sia perchè attorcigliato attorno agli arti inferiori, sia perchè relativamente corto. Il taglio del cordone ombelicale fu praticato 28 secondi dopo la nascita. Il bambino nell'atto della nascita era leggermente febbricitante (37°.5); la febbre nel giorno seguente si aggirò intorno ai 39° e tale si mantenne fino al mattino del 2° giorno.

Oltre gli strisci praticati col sangue materno, attinto dal lobulo dell'orecchio all'ottavo mese e durante il travaglio del parto, altri strisci si fecero con il sangue proveniente dai due monconi del cordone ombelicale e dal lobulo dell'orecchio del bambino, due giorni dopo la nascita. Le sezioni istologiche di una porzione del cordone ombelicale vi hanno messo in evidenza nettissime, per quanto rare, forme di emosporidii malarici per la maggior parte nella fase iniziale anulare dentro il sangue arterioso della vena ombelicale e dentro il sangue artero-venoso, per quanto in minor numero, delle arterie ombelicali. Positivi riuscirono come emosporidii anche gli strisci del sangue attinto direttamente dai due monconi del cordone ombelicale. Sicchè il feto nato da madre malarica venne a luce contenendo sicuramente nel suo sangue emosporidii malarici.

L'integrità del rivestimento cutaneo del neonato elimina l'ipotesi di contagio durante il parto, ed è da escludere la ipotesi anche di una infezione post-partum, perchè il parto si verificò in località indenne da malaria. Privo di qualsiasi fondamento è il sospetto che l'infezione sia stata contratta dal neonato attraverso il latte materno, poichè, come risultato concorde di vari osservatori gli emosporidii malarici non sono eliminati attraverso i differenti liquidi di secrezione ed esorezione.

In base alle lesioni, prevalentemente emorragiche, rinvenute all'esame istologico della placenta, l'A. ritiene che per effetto di queste lesioni la malaria della madre è stata trasmessa al feto durante la gestazione. Quando, al contrario, la placenta è sana, questo passaggio dei parassiti malarici dalla madre al feto è pochissimo o niente probabile.

ANDREA FERRANNINI

***

III. Trattasi di osservazioni, che quattro autori francesi, FAROY, DERON GRENIER e CHEVALIER sono venuti compiendo (*Paris Médical*, 2 aprile 1927) con nette applicazioni alla pratica delle malattie addominali.

Negli anni, in cui le indagini sul chimismo gastrico, per la seduzione della novità, avevano straripato al segno da suggestionare il postulato che tutta la patologia gastrica si riducesse a perturbamenti nel chimismo gastrico; mi contrapposi a questa corrente di esagerazione, di marca soprattutto tedesca, e lo feci, pur contribuendo con ricerche proprie allo studio sperimentale e clinico di quel chimismo. Parlo di un'epoca, che va dal 1889 al 1894.

Due mie conclusioni qui voglio ricordare, in connessione alle ricerche ora pubblicate dai citati osservatori francesi.

Una mia conclusione riguarda la sicura esistenza di perturbamenti della motilità gastrica provocati da perturbamenti del chimismo, e le anomalie della motilità riguardano tanto parti circoscritte del viscere (stomaco a clessidra senza lesioni istologiche, spasmo della regione piloro-duodenale), quanto quel viscere in totalità (gastroipocinesi e gastrectasia).

L'altra mia conclusione si riferisce alla esistenza di stenosi nella regione piloro-duodenale o anche nel passaggio tra 1ª e 2ª porzione del duodeno (stenosi duodeno-duodenale), per effetto della ptosi gastrica. Questo fatto, da me segnalato per il primo nell'ambito della medicina interna, ricevette conferma nel campo della biopsia chirurgica da un osservatore dell'autorità del clinico chirurgo di Padova, Prof. Donati, che benevolmente volle citare le mie prime osservazioni. Come ora viene ricordato da Faroy, Deron, Grenier e Chevalier, il medesimo fatto ha avuto conferma in Francia dal controllo radioscopico di Timbal.

Congiungiamo frattanto le mie due conclusioni ora ricordate e si avrà come risultante il fatto, messo ora in evidenza dai quattro citati osservatori francesi, cioè i perturbamenti della secrezione gastrica provocabili da una primaria ptosi verticale dello stomaco con la connessa fenomenologia della pirosi, del rigurgito acido, dei dolori in ore differenti ed in ore anche abbastanza lontane dai pasti, come si osserva spesso, non già esclusivamente, nella ulcera a sede duodenale. Dai quattro citati autori la ipercloridria è stata notata persino in 44 su 100 casi di gastroptosi verticale; in 8 casi, al mattino, a digiuno, si potevano estrarre dallo stomaco cmc. 20 a 110 di liquido iperacido. Questo disordine del chimismo sarebbe effetto del ristagno di contenuto gastrico per la stenosi, che si produrrebbe nel piloro o tra prima e seconda porzione del duodeno, stante la dislocazione verticale dello stomaco. In altri termini, un perturbamento primitivo della statica e dalla motilità di questo viscere avrebbe per effetto un perturbamento del chimismo, il quale, durando a lungo, potrebbe favorire l'attecchimento di una ulcera rotonda, gastrica o duodenale. Gli AA. citati francesi ricordano che questa possibilità in rapporto alla gastroptosi è stata prospettata, sin dal 1921, dal Prof. Parlavecchio: possibilità, che perciò deve spingere a preoccuparsi della gastroptosi con opportune cure mediche o chirurgiche.

ANDREA FERRANNINI

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

I sieri mielotossici nella leucemia mieloide. — LINDSTROM, 2ª Clinica Medica Serafimerlasarett in Stockholm. *Acta Medica Scandinavica,* Supplem. 22°, 1927.

Questo contributo molto minuto per dati di laboratorio e di clinica, a cui fanno sostegno dieci osservazioni esaurientemente analizzate, ha una finalità di terapia rispondente a concetti moderni. Le esperienze cliniche deporrebbero per l'efficacia se non totale, almeno rassicurante ad incitare a perseverare. Già ricerche altrui avevano messo in luce che i sieri leucocitici (mielotossici) hanno chiaro effetto nel campo sperimentale da laboratorio; ma tanto concerne i leucociti circolanti nel sangue e gli organi ematopoietici. Il prodotto ottenuto dall'A. con metodo personale, ed applicato in 15 periodi di cura, su dieci casi, avrebbe mostrato più sicura efficacia. La diagnosi di leucemia mieloide cronica fu constatata in nove casi; nel decimo si trattava di una forma di transizione che più tardi andò in leucemia mieloblastica. Effetti biologici, cioè in un senso o nell'altro, su uno o più sintomi della malattia, si constatano in 14 di codesti periodi; nè c'era ragione probabile di spontanea remissione, tanto più che non ci furono intercorrenti infezioni. Non si potrebbe assegnare molto influsso all'arsenico somministrato in più casi, tanto più che al farmaco si attribuisce piuttosto vantaggio sullo stato generale soltanto.

Maggiore attenzione va data invece al trattamento röntgen. Ma bisogna rilevare che quest'ultimo essendosi applicato in alcuni casi dopo 1 1/2-4 mesi, questi risultati non potrebbero dipendere dal trattamento. Tenendo conto pertanto delle dovute differenze sia inerenti ai casi, sia alle combinazioni del trattamento, si può desumerne quanto segue: Effetti biologici si possono contare in 14 su 15 periodi. Nei periodi (gruppo A) indipendenti dal röntgen, gli effetti biologici furono conseguiti in nove su dieci casi; mentre negli stessi periodi si ebbero effetti terapeutici in cinque su dieci casi. Nei casi dove non si potette precisamente escludre l'influsso röntgen (gruppo B) si ottennero effetti biologici in tutti e cinque i periodi, ed un effetto terapico in due casi.

Tanto nell'uno quanto nell'altro gruppo si ebbe aggravamento, con esito letale. Ma bisogna ritenere che questi casi si trovassero già allo stadio terminale della leucemia. Di sette periodi nei quali si conseguirono sicuri effetti terapeutici, quattro possono dirsi di remissione, e probabilmente non estraneo al risultato fu il trattamento röntgen, specialmente in due di essi. Tuttavia si può notare che il numero di applicazioni röntgen fu insolitamente tenue, quattro in periodo 1 e due in periodo 7; il che vuol dire in sotto di quanto si vuole attribuire al conseguimento di remissioni. Dunque si sarebbe autorizzati a credere che il preliminare trattamento col siero abbia «sensibilizzato» in modo da agevolare l'effetto totale.

Le particolari osservazioni sul contegno della milza inducono altresì a dedurre che esista una correlazione tra la riduzione di questo organo e l'eccessivo rapido incremento di leucociti nel sangue. P. es. nel periodo 9 di essi salirono a 350.000 per cc. C'è dunque da pensare che tra gli effetti del siero ci sia una contrazione dell'organo che lancerebbe così nel circolo una quantità di leucociti. Questo concetto concorda anche con la cognizione della eliminazione di leucociti dalla milza di animali.

(Queste le linee principali di un contributo non brevemente riassumibile perchè denso di ben 168 pagine. N. d. R.).

La tubercolosi traumatica della cute, delle mucose e delle parti molli. — F. ZOLLINGER, Aaran. *Medizinische Klinik,* 1927, n. 3.

La tubercolosi posttraumatica della cute, delle mucose e delle parti molli è relativamente rara. Essa si verifica il più delle volte in seguito ad una ferita: l'infezione penetra dall'esterno attraverso di essa, qualche volta contemporaneamente al traumatismo, qualche altra posteriormente. Casi di questo genere sono abitualmente indennizzati dalle assicurazioni statali, mentre le compagnie private sono più restie.

In alcuni casi l'infezione proviene invece dall'interno, cioè da materiale fornito dallo stesso organismo, da un focolaio lontano o vicino. Il vecchio focolaio tubercolare, mediante l'infezione specifica della ferita, rende, con grande verosimiglianza, gli esiti dell'infortunio più gravi di quello che sarebbero altrimenti stati.

Dopo contusioni senza dieresi dei tessuti cutanei, un'infezione tubercolare della cute, delle mucose o delle parti molli è di solito possibile solo per via interna. Bisogna in questi casi, che il traumatismo sia stato rilevante, vale a dire tale da poter realmente alterare in grado notevole la zona che più tardi si è manifestata infetta.

Possono esistere rapporti locali tra trauma e malattia nel senso che l'evoluzione della lesione traumatica può essere influenzata dal fatto che la regione colpita diviene posteriormente sede di una lesione tubercolare.

Non è possibile determinare esattamente i limiti di tempo entro i quali un fatto tubercolare locale può essere dichiarato o meno in dipendenza di un traumatismo regionale precedente; in ogni caso sono da escludersi da tale rapporto di dipendenza quei casi nei quali i fatti tubercolari sono riconoscibili già pochi giorni dopo il trauma.

Si possono presentare talora anche delle forme fruste, nel senso di una ritardata guarigione della lesione traumatica, o dell'apparizione dopo la guarigione, di un'infiltrazione indurata della regione, con gonfiore delle parti molli.

Ricerche comparative tra insulina e sintalina. — PEISER, Berlino. *Medizinische Klinik,* 1927, n. 15.

La sintalina è particolarmente raccomandabile nei diabetici lievi con arteriosclerosi di non rilevante entità; è meno indicata nei diabetici resistenti alla dieta, poichè provoca facilmente in essi dispepsia.

Tra la terapia insulinica e quella sintalinica è, nei diabetici gravi, raccomandabile un intervallo di 3 giorni con istituzione di una dieta soddisfacente, poichè nel trattamento combinato insulino-sintalinico possono sopravvenire o stati di elevata glicosuria e di acidosi, o ipoglicemia protratta, con manifestazioni generali tossiche.

La macroglossia micotica. — PEREINA FILHO, Istituto di Microbiologia della Facoltà di Porto Alegre (Brasile). *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* 1927, n. 1.

Un italiano di 53 anni, suonatore di flauto, stabilito a Porto Alegro da 37 anni, circa dodici anni fa aveva incominciato a notare una lieve ipertrofia della lingua, accompagnata da piccole macchie bianche disseminate sul dorso della lingua. Poco dopo, una specie di patina bianca coperse l'intera lingua; si trattava di una patina molto spessa, specialmente al lato destro.

Lo stato generale era buono; ed il paziente poteva attendere alla sua professione; non aveva difficoltà a parlare, e le ghiandole viciniori non erano tumefatte.

Asportando la patina, si presentava sottostante uno strato roseo mucoso, che non aveva la minima apparenza di tumore.

La reazione dello sputo era alcalina.

Una serie di iniezioni di arsenobenzolo non produsse alcun effetto, e del pari delle lavande con acqua ossigenata diluita non mutarono in nulla l'aspetto della lesione.

L'esame microscopico diretto dimostrò la presenza di numerose cellule epiteliali circondate da lunghi filamenti miceliali i quali coprivano press'a poco interamente il campo microscopico. Si vedevano anche alcuni cocchi e bacilli grampositivi, di varia forma.

Si fecero inoculazioni su terreno agar-glucosato di Sabouraud, che dopo 48 ore a 37° mostrarono alcune colonie bianche, che risultavano di cellule rotonde od ovali, aggruppate a due a due, raramente isolate; qualche volta a piccole catene.

Una settimana dopo, alcune cellule presentavano una spessa membrana. Un coniglio inoculato per via intraperitoneale con un'emulsione di cultura pura, morì al terzo giorno. All'autopsia si riscontrarono piccole granulazioni bianche nel peritoneo.

Lo stesso materiale inoculato per via endovenosa in una cavia, la fece morire in due giorni.

Le caratteristiche culturali e biochimiche del germe isolato fanno ritenere allo autore trattarsi di una nuova specie di monilia, che egli propone si chiami Monilia Aldoi, in onore di Aldo Castellani.

Alla malattia osservata da il nome di *macroglossia mycotica.*

Contributo diagnostico alla meningite tubercolosa, suppurazioni auricolari e sinusali. — PORTMANN e DESPONS, Facoltà Medica di Bordeaux.

Non rare volte meningiti tubercolose sono secondarie a suppurazioni otitiche della stessa natura; o consecutive ad intervento su otorree di pari etiologia, senza esser facile precisare fino a qual punto l'atto operatorio vi abbia concorso. Esistono osservazioni registrate nelle quali lo svuotamento mastoideo venne eseguito senza avere esatta cognizione della natura dell'essudato. In seguito del trattamento si manifestò ora una paralisi facciale accompagnata da sintomi meningei; ora una paralisi dell'oculo-motore esterno, cefalea con sintomi di meningite.

Si è allora dal decorso ulteriore o dalla necroscopia chiarita la esistenza della meningite basilare. Accanto alle otorree bacillari che sono

Digitized by Google

o possono rappresentare l'origine di una meningite, ci sono suppurazioni auricolari che possono accompagnare una meningite tubercolosa, restando difficile stabilire i loro reciproci rapporti.

Anche meno riconosciuta suole essere la coesistenza di suppurazione nasale e di meningite basilare della quale appunto gli AA. forniscono un esempio, in una fanciulla sui 13 a. Da più anni sofferente di suppurazione nasale con negativa esplorazione dei seni mascellari e dell'etmoide, ecco manifestarsi una reazione flogistica del seno frontale destro, diagnosticata sebbene non si constatasse pus, ma attribuita probabilmente alla dominante epidemia grippale, della quale si erano avuti esempi. Aggravandosi lo stato generale si intervenne. Integri i seni frontali, solo nell'etmoide del pus.

Prelevate ed esaminate delle fungosità non si trovarono giganto-cellule, non altro reperto tubercoloso decisivo. Tuttavia l'operata tra sintomi di meningite specifica, e con presenza di bacilli nel liquido cefalorachidiano, soccombe.

C'è qualche altra osservazione in contrasto: una fanciulla sui 16 a. è ospitalizzata con sindrome meningitica considerata di origine bacillare. Dubbi gli antecedenti personali; favorevoli quelli ereditari tbc.; insidiosa l'affezione; quasi trascurata l'otorrea. L'esame del liquor mostrò presenza di linfocitosi. In quanto a quest'ultimo esame bisogna ricordare che la linfocitosi a fondo tubercolare deve essere copiosa; ma a volte anche la sifilide può presentare una forte linfocitosi; e così anche la parotite epidemica, con meningite; la meningite verminosa.

La linfocitosi iniziale si può elevare fino a 74 % nel corso di un'otorrea cronica con complicazioni meningee. Se nella tubercolosi il tasso albuminico è molto elevato, non si esclude che esso aumenti in una semplice reazione meningea. In tutte le meningiti microbiche si trova ipoglicorachia.

Dunque non basta a decidere della natura l'esame del liquido rachidiano: può bene essere scambiata l'una con l'altra forma di meningite. Pertanto bisogna sopratutto fondarsi sui segni locali di otomastoidite, otorrea o reazione mastoidea, segni di localizzazione basale: meguaglianza pupillare, hippus, paralisi della muscolatura laterale esterna dell'occhio. La presenza del bacillo tbc. nel liquor è la sola prova irrefutabile. In mancanza, l'esplorazione chirurgica serba il suo diritto.

Dunque i due casi degli AA. possono rientrare fra gli ammaestramenti di errori diagnostici. Nel primo caso la meningite tubercolosa era stata scambiata con sinusite frontale a complicazione meningea; nell'altro una reazione otogena meningea fu durante più tempo contemplata come tubercolosi.

Resta poi affermato che in molti casi la reazione polilinfocitica non debba essere valutata con esagerata unilateralità di visione. Non sono punto di accordo specialmente l'Anglade sulla importanza dell'alta linfocitosi; infatti la si riscontra molto elevata anche nella paralisi generale; meno abbondante nelle meningiti sifilitiche semplici. Cuchet a sua volta trova molto difficile fondarsi su questo dato, tanto più che l'ha constatato fino a 60 per mill. c. nella semplice parotite epidemica; mentre Piechaud osserva la coesistenza di molto alta linfocitosi in un bambino con meningite verminosa, restando negativa la cutireazione.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Acidosi postoperatoria non diabetica. — Fickenwirth in Dresden. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 27, 1927.

Il succedersi di uno stato di acidosi agli interventi e particolarmente nei bambini, non è di constatazione peregrina. Soltanto ne è discussa la interpetrazione. Fu dall'A. e da qualche altro osservatore invocata la esistenza di qualche embolismo, particolarmente renale. Dal Winkler si ammise un'embolia adiposa.

Si ribattono ora le affermazioni, intorno a questo punto. C'è o non c'è questa embolia adiposa?

Ora le gocce di grasso non si sono trovate nelle urine; e neanche alla ricerca microscopica.

Altro punto sarebbe la narcosi; ma l'A. non crede sia abbastanza provato. In qualche caso l'A. ha riscontrato minime emorragie nel cervello e nella corteccia renale.

In complesso non siamo in grado di presagire quale dei pazienti sia per andare incontro all'acidosi post-operatoria. Ad ogni modo si consiglia l'alimentazione ricca in vitamine avanti e durante il trattamento di codesti piccoli pazienti.

Trattamento insulinico di processi settici in soggetti non diabetici. — Picard, Clinica Chirurgica Charité, Berlin. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 26, 1927.

Siamo già in possesso di varie osservazioni cliniche sulla efficacia di questo trattamento anche in soggetti non diabetici. Si è tuttavia ancora in tema di discussione su questi punti: 1. Anche nei processi settici non diabetici, quando la guarigione si ritardi, può essere chiamata in causa lo zucchero del sangue. 2. Anche qui l'elevazione dello zucchero sembra attribuibile all'insulina. Per poter trarre delle deduzioni l'A. del presente contributo, giudica opportuno cominciare dal precisare il livello della massa glucosica nel sangue come si comporti nei processi setticemici di lunga durata. Ora è risultato che mentre nei processi asettici il contenuto glicoematico possa essere risultato di 80-100 mg. % — in quelli setticemici invece, fatta eccezione dell'osteomielite, il contenuto di zucchero è più elevato. P. es. si hanno paterecci e foruncolosi con 120-130 mg.; appendiciti con 140 mg.; ascessi delle ghiandole sudorali con 165 mg. ascesso subfrenico con 177 mg. ed un massimo di 215 mg. % in un flemmone della faccia.

Considerato dal lato etiologico, il problema si prospettava così: o il processo distrugge la regolazione dello zucchero: o che viceversa essendo questo livello previamente elevato, l'organismo venga così reso più suscettibile. Quest'ultima valutazione è la più accetta in chirurgia. Da quanto precede è chiara la linea di condotta; é questa: essendo nelle altre forme molto minore il livello dello zucchero di fronte a quello diabetico, basterà attenersi a dosi piccole di insulina. I pazienti riceveranno 3 al più 10 U. I. per dose e sottocute. Soltanto quando il livello raggiunse o superò 100 %, si salì a 20-30. U. I. Le dosi si ridussero a misura che diminuiva il livello; il quale veniva dosato tra 24, 48 o più ore dopo la somministrazione.

I risultati clinici furono sorprendenti. Si vide rapidamente migliorare foruncolosi che resistevano da mesi. Rapidamente detergersi foruncoli ed ascessi sudorali. Talvolta fu trovato giovevole l'uso combinato di insulina e di atropina (0,5 ‰).

Praticamente dunque è buon consiglio usare l'insulina a ridurre la glicemia nei casi anche così lievi da non presentare alcuna glicosuria. L'ipoglicosuria che a codesto trattamento può tener dietro, non presenta alcun pericolo per i pazienti. Nei casi più gravi è di buon sostegno la dietetica povera di idrocarbonati. (Niente patate).

L'emostasi nella prostatectomia mediante la "boule montée". — Hoffmann. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* n. 27, 1927.

E' nota la giusta preoccupazione dei chirurghi nel combattere questa sequela di cospicua importanza. Premesso che non si può fare assegnamento su la emostasi per semplice contatto là dove lo zaffo è imbevuto di urina — gli americani hanno risoluto il problema mediante i piccoli palloni Hagner o Pilcher, da situarsi nel cavo operatorio. Essendo fornite di un tubo che fuoriesce dall'uretra, queste sfere che si adattano precisamente sui contorni del cavo, possono anche sottoporsi ad una trazione che riesca più emostatica.

Così l'A. potè risolvere il problema in modo semplice ed economico; costruendo intorno ad un tubo di cautchouc, di calibro confacente, una sfera di garza abbastanza compatta, delle dimensioni di una grossa castagna, ben fissata al caucciù mediante qualche punto di cucitura. Questa piccola sfera è fissata a 15 cm. da uno degli estremi del tubo avente lunghezza totale di circa un metro. E' bene prepararne due o tre, e farle bollire con gli istrumenti, non essendo anticipatamente calcolata la grandezza della prostata.

Enucleato l'organo, una sonda in argento o di metallo più corrente, spinta fino all'ipogastrio, vi condurrà poi la porzione lunga del tubo; quindi la sfera verrà a collocarsi nel cavo lasciato dalla prostata. Se la sfera è alquanto più grande, meglio, giacchè verrà a poggiare sui residui del collo vescicale anzichè su l'uretra membranosa, della quale potrebbe essere perturbata la funzione sfinterica. Sotto moderata trazione il tubo viene fissato con spillo al materasso, verso i piedi del paziente.

L'altro capo resta emergente dal meato ipogastrico, e serve ad irrigare la vescica, grazie ad un occhiello previamente scolpito su di esso, poco in sopra della sfera.

Esso serve anche di presa dopo 24-48 ore, nell'estrazione dell'apparecchio. Ma già alcune ore avanti questa estrazione si andrà rilasciando la tensione del tubo; così la sfera lascia il letto prostatico, mentre si è pronti a sorvegliare qualche emorragia secondaria.

Qualche iniezione sottocutanea di coaguleno prima di eseguire la ectomia, l'imbibizione della sfera con coaguleno, è sempre buon consiglio.

La cardiocentesi ravvivatrice. — Baillat, Università Toulouse. *Gazette des Hôpitaux*, n. 51, 1927.

Fin dal 1897 nel campo del Laboratorio Roenigstein, iniziava le sue esperienze di iniezioni intracardiache ravvivatrici, su animali intossicati da cloroformio. La non esigua serie di pubblicazioni su dati sperimentali e che nei nomi di Wintea, Sherrington, Meriel, Itesseu ed altri compren-

Digitized by Google

devano l'era schiettamente fisiologica degli studi sulla adrenalina per combattere codeste paralisi tossiche — venne seguita da quella clinica, che parrebbe iniziarsi con qualche caso di Latzko (1904).

Non bisogna tuttavia affermare che dal punto di vista farmacodinamico, siano difettati altri tentativi di iniezioni differenti.

La canfora è rafforzante, ma il veicolo stesso potrebbe dare embolie.

La strofantina è attiva anche come vasodilatatrice sulle coronarie, ma incostante, forse anche perniciosa, al miocardio.

La digitale, non sarebbe efficace se non a dose alta e pericolosa.

L'ipofisina offrirebbe il vantaggio di elevare la pressione sanguigna; quindi combattere la vagotonia, agevolare la vasocostrizione dei vasi tiroidei.

L'adrenalina eccita i nervi acceleratori, dà una contrazione potente dell'organo, oltre che vasocostrittrice periferica è vasodilatatrice delle coronarie; può essere iniettata in pieno miocardio. Lo studio delle indicazioni è intanto subordinato al concetto dell'accesso cardiaco. Se si è arrestata la corrente sanguigna, epperò reso impossibile apportare un eccitante chimico dalle vie periferiche al cuore, nello shock anafilattico; nella sincope da anestesia, nello shock traumatico, nello stato di morte apparente del neonato — ecco le varie e mutevoli conseguenze nelle quali si può ritenere fondata l'applicazione di questo metodo.

La tecnica è semplice: un ago per puntura lombare, una siringa da 2 c. c. Si può penetrare così nella metà sinistra come in quella destra del cuore. Interessante è non infiggere nel setto interventricolare sulle cui due facce scorre il fascetto di His, ed il punto di Kronecker. Dunque rasentare il margine sternale e quello superiore della 5ª cartilagine, nel IV spazio. Così si risparmiano anche il polmone e i vasi mammari. Penetrare perpendicolarmente; dopo 2-3 cm. di penetrazione dirigersi verso la linea mediana. Si incontra una resistenza. Poi superatola si è in cavo ventricolare. Aspirare poche gocce di sangue. Iniettare. Prima e dopo l'iniezione insistere sulla respirazione artificiale per assicurare l'ematosi polmonare.

Finora noti 20 successi su 25 sincopi per rachianestesia; e 10 successi su 18 per cloronarcosi.

PEDIATRIA

La puntura della milza e del midollo osseo nella infanzia. BARRUSO. *La Cultura Medica Moderna*, n. 11, 1927.

E' necessario talora ricorrere alla puntura della milza o del midollo osseo, sia per la ricerca di speciali parassiti, come quelli della Leishmaniosi e della malaria, sia per chiarire la diagnosi di alcune emopatie e di alcune malattie degli organi ematopoietici con tumore splenico. A tale scopo serve bene, come osserva l'A. la tecnica indicata dal Caronia.

a) Puntura della milza. Si immobilizza il paziente sul letto con lieve inclinazione sul fianco destro e si cerca il punto in cui vuole farsi la puntura o individuando con la palpazione e percussione il tumore splenico o ricercando semplicemente uno spazio intercostale, se la milza non deborda dall'arco costale. Si disinfetta la cute, e, mentre con la mano sinistra si cerca di fissare la milza, con la destra si infigge perpendicolarmente nel punto designato fino al sottocutaneo un ago sottile e lungo circa 7-8 cm. Si aspetta qualche secondo, perchè il bambino ritorni tranquillo, poi si spinge decisamente l'ago dentro la polpa splenica, che dà una speciale resistenza pastosa. Si lascia per pochi secondi l'ago a sè stesso in modo che possa seguire liberamente i movimenti respiratori; poi lo si estrae rapidamente: dalla punta defluirà quel tanto di polpa che, schiacciato fra due coprioggetti, fissato e colorato, servirà bene per la ricerca che ci si propone.

b) Puntura del midollo osseo. Ci si serve, o di un piccolo trequarti, n. 1,50 × 5, o di un ago corto e robusto fornito di anima, o di un ago di Weindraudi n. 1, lungo 3-4 cm., che presenta un robustissimo padiglione. Il punto di elezione è la zona interdiafisoepifisaria della tibia, verso la faccia interna dell'osso, dove, almeno fino ai 12 anni, non si incontra una durezza troppo accentuata dell'osso. Coricato il paziente in posizione supina e fatto immobilizzare da un aiutante l'arto inferiore, si tende la cute disinfettata con un mano, in corrispondenza del punto ove si vuole pungere, e si infigge con l'altra mano l'ago con lieve inclinazione dal basso verso l'alto. La resistenza che si incontra sarà minore a mano a mano che la punta dell'ago penetra nel tessuto osseo spugnoso. Si ritira allora l'ago per qualche mm., se non si è fatto uso del trequarti, e con l'anima si cerca di disostruirlo dalle eventuali scagliette osse che vi fossero penetrate dentro; indi dopo pochi secondi si estrae l'ago rapidamente. Le poche gocce di midollo osseo che così si ottengono vengono strisciate fra due coprioggetti e servono per essere esaminate.

Unico inconveniente della puntura splenica è il pericolo di lacerazioni e di conseguenti gravi emorragie, specie nei soggetti emofiliaci; con la tecnica suddetta ciò è abbastanza raro. E' bene perciò, in praticare, praticare prima la puntura del midollo osseo, e, in caso che questa dia risultato negativo in presenza di una forma morbosa parassitaria, ricorrere a quella splenica.

Il cuore vagale nella infanzia. — L. DOXIODES, Berlino. *Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 47.

Nel bambino esiste un cuore da vago, che si presenta con le seguenti caratteristiche: alla ricerca radiologica il cuore è afflosciato, l'ampiezza della pressione sanguigna è minore che nei fanciulli normali (il massimo si abbassa, il minimo si eleva tanto nella posizione di riposo che durante il moto), la frequenza del polso è per lo più aumentata, la replezione dei vasi periferici è deficiente; vi è aritmia respiratoria, maggiore ampiezza dell'itto della punta, senso di puntura nella regione cardiaca, accentuazione del secondo tono polmonare, un netto rumore diastolico e sistolico su tutto il cuore, dopo che il corpo del paziente è stato messo in posizione orizzontale per 15-30 secondi; debolezza della muscolatura periferica per motorietà imperturbata.

La sintalina nel diabete infantile. — R. PIESEL e R. WAGNER, Vienna. *Klinische Wochenschrift*, 1927, n. 19.

Gli AA. hanno cercato di sostituire alla terapia insulinica, già provata con ottimo risultato, la terapia sintalinica nel diabete infantile.

Le piccole dosi (10 mg. due volte al giorno) si sono mostrate inefficaci dosi maggiori portarono delle manifestazioni tossiche, sicchè il loro valore antidiabetico non fu potuto sperimentare con sicurezza.

Però la diminuzione di peso del corpo per perdita di acqua, l'aumento del glucosio nel sangue nel periodo di digiuno, la glicosuria e la reazione al percloruro di ferro occasionalmente positiva, nelle ricerche fatte durante il trattamento sintalinico, parlano contro l'azione antidiabetica di questo preparato.

In sostanza la sintalina è da sconsigliarsi nel diabete infantile.

NEUROPATOLOGIA

Fenomeni di miastenia di muscoli estrinseci oculari nell'emicrania oftalmoplegica e nel parkinsonismo post-encefalitico. — R. MEREU, R. Ist. di Neuropatologia di Torino. *Minerva Medica*, a. VI, n. 34.

L'A. riferisce due casi di insufficienza statica del muscolo oculare retto interno, per cui con lo sguardo in posizione normale e senz'alcuno sforzo da parte dell'ammalato si ha la deviazione del bulbo all'esterno per prevalente azione dell'antagonista in confronto a quella insufficiente del muscolo retto interno che è l'offeso. Lo strabismo è dunque dovuto ad ipoastenia del retto interno quale esito di pregressa ipo- od acinesi che nei due casi sarebbe documentata da una pregressa diplopia, onde si può parlare di reliquati miastenici da ascrivere fra le pseudo-miastenie di origine nervosa periferica(sindrome di Negro).

L'A. ritiene che i disturbi nel metabolismo cellulare in forma dissociata che vennero provocati, nel primo caso (emicrania oftalmoplegica), da alterazioni circolatorie e, nel secondo caso (parkinsonismo), dall'infezione encefalitica abbiano avuto come conseguenza un difetto d'innervazione dissociata in uno dei muscoli dipendenti dal III paio cerebrale. L'affezione può quindi ritenersi di origine essenzialmente nucleare.

Queste due osservazioni depongono in favore dell'esistenza di pseudo-miastenie, di origine nervosa periferica conseguenti ad affezioni e, relativamente, ad alterazioni circolatorie temporanee che colpiscono il neurone motore periferico.

VENEREOLOGIA

Sulle prove biologiche nella infezione gonococcica. — LANTERI. *Arch. It. di Dermat. Sifil. e Vener.*, fasc. III, 1927.

Le prove biologiche alle quali il laboratorio chiede abitualmente l'affermazione di un processo blenorragico latente sono — tra le principali — le seguenti: *a) fissazione o deviazione del complemento; b) la termoprecipitina* nel secreto vaginale; *c) l'agglutinazione; d) la flocculazione; e) l'oftalmo-reazione; f)* la *reazione locale* basata sull'osservazione dei sintomi che si svolgono nella sede dell'iniezione di vaccino antigonococcico; *g) l'intradermo-reazione; h) la reazione di focolaio,* data dai fenomeni infiammatori che si producono in regione, sede di complicanza della infezione gonococcica in seguito ad iniezione endovenosa di vaccino; *i) la reazione di provocazione* (per l'iniezione endovenosa si provocherebbero fenomeni infiammatori e acutizzazione del processo cronico, nel quale non era reperibile il gonococco); *l) la reazione generale* che, elevando la temperatura al di sopra di un grado e mezzo, in

Digitized by Google

seguito di iniezione endovenosa di vaccino antigonococcico, attesterebbe un'infezione blenorragica non ancora guarita.

Vengono infine il *quadro di Arnet* e la *spermocultura*.

L'A. esaminando queste diverse prove ritiene meritevole di attenzione la sola deviazione del complemento, come quella che sembra più specifica, servendo a testimoniare — in caso positivo — che la malattia non è ancora guarita. Manca tuttavia in una piccola percentuale dei casi (21,44 %).

Molto utile nel gonococcismo latente, in cui nonostante le ricerche batteriologiche negative pel gonococco, questa reazione merita, secondo l'A. di essere tenuta nella massima considerazione ai fini della diagnosi.

Dall'agglutinazione si potrebbero sperare migliori risultati se si potesse adoperare un'emulsione batterica recente di germi vivi, ma essa non è specifica e neppure tutte le altre.

Le metastasi oculari della blenorragia. — Breiger, Amburgo. *Eppendorff Dermatologische Wochenschrift*, 1926, n. 45.

In un complesso di 234 casi di iridociclite, 11 (vale a dire il 4,1 %) erano di natura blenorragica.

La malattia si manifesta in modo speciale nella blenorragia cronica complicata, e può presentarsi anche molti anni dopo dell'inizio dell'infezione, riscontrandosi frequentemente nel corso di un'artrite blenorragica. Presenta come sintomi la grave dolenzia, il cospicuo essudato e la disposizione alle recidive.

La natura blenorragica dell'affezione viene naturalmente dimostrata con sicurezza dalla presenza dello scolo genitale.

Come cura, sono consigliabili delle iniezioni intramuscolari di latte (5-10-15 cmc. ogni due giorni), che dà risultati superiori al vaccino. E' necessario trattare contemporaneamente il processo blenorragico genitale.

In tre casi furono osservate dalle complicanze metastatiche della blenorragia sulla congiuntiva, ma esse decorsero in modo blando. La diagnosi fu resa possibile per l'esistenza contemporanea di forme blenorragiche articolari, e per l'assenza di germi negli strisci ottenuti dalla congiuntiva.

E' superfluo trattare localmente gli occhi.

DERMATOLOGIA

Sull' emoclasia alimentare nel prurigo. — W. Brack, Basilea. *Zeitschrift f. die experimentelle Medizin*, n. 51, H. 3-4.

Nel prurigo vulgaris, dopo l'assunzione di cibo, si verifica un'emoclasia alimentare, che l'A. ritiene responsabile del prurito e delle alterazioni cutanee.

Quest'emoclasia alimentare è caratterizzata dal precipitare della pressione sanguigna, dalla forte diminuzione dei leucociti, della viscosità, dell'indice di refrazione e del contenuto in proteine del siero.

Il contenuto in cloro del sangue è invariato, mentre è diminuita la velocità di sedimentazione degli eritrociti.

Questa emoclasia alimentare può, nel prurigo, essere influenzata nei modi più diversi (aumentata, diminuita, invertita) per azione del peptone, della pilocarpina, della fisostigmina, della ergotamina.

UROLOGIA

I così detti "prostatici senza prostata". — Michon. *Le Journal Médical Français*, n. 1, 1927.

Volendo giustificare il titolo dello A. bisogna richiamare alla mente tutti quei casi in cui ad una sindrome nettamente prostatica non fa riscontro apparentemente alcuna alterazione prostatica. Ma in realtà il Legueu ha ricercato e dimostrato che esistono tre gruppi di fatti i quali permettono di scoprire delle alterazioni a carico della prostata. Tali sono: 1) certi casi in cui l'esame microscopico mostra un piccolo adenoma di cui nulla potrebbe svelare la presenza; 2) altri in cui l'adenoma è riscontrabile solo all'esame istologico, sperduto nello stroma muscolare ipertrofizzato; 3) altri, infine, nei quali l'adenoma consiste in una semplice iperplasia glandolare o, più spesso, muscolare e fibrosa. Per questi fatti Legueu definisce la malattia prostatica essere essenzialmente una ipertrofia di tutti gli elementi del collo, l'adenoma non essendo che uno degli aspetti della malattia stessa.

Ciò posto sarà possibile ammettere che la ritenzione vescicale, sintomo predominante della malattia prostatica, è sempre in diretta dipendenza di una lesione locale prostatica o cervicale, per cui, non potendo d'altra parte pensare che un piccolo adenoma o un semplice stato d'ipertrofia possono provocare una ritenzione spesso tanto grave, bisognerà ritenere con Albarran che esista in questi casi o una inibizione della contrattilità vescicale, oppure la perdita del potere d'inibizione che noi possediamo sullo sfintere striato.

Secondo Legueu il collo avrebbe perduto la sua estensibilità cioè la condizione indispensabile alla realizzazione della minzione normale, che è l'attitudine ad aprirsi.

Ma, quanto alla diagnosi, prima di ammettere un caso di prostatismo senza prostata bisogna poter escludere tutte le altre cause che possono aver provocato una sintomatologia identica; il che non è facile. La cistoscopia, la palpazione rettale della prostata, i diversi e rigorosi esami, dovranno esser tutti eseguiti, fino a che, non potendo trovare alcun'altra causa della sindrome, nè a carico della prostata segni di prostatismo, si potrà ritenere che in quest'ultimo caso la prostata non riveli all'esame obbiettivo nessuna alterazione, ma in realtà essa è la sola in causa nella malattia.

Il criterio curativo che si deduce da queste premesse deve variare secondo l'entità della lesione prostatica o vescicale.

Se non vi è distensione vescicale, prima di ricorrere all'atto operativo si tenterà il cateterismo. Ma quando tutto sia fallito bisognerà invocare l'atto chirurgico : la prostatectomia.

Diagnosi dei tumori dell'uretere. — Einar Key e Aeke Aekerlind, Ospedale Maria in Stockholm. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 200, 1927.

La rarità dei tumori primarii dell'uretere la difficoltà di diagnosticarli, è a cognizione di tutti. Pertanto si vanno raccogliendo casistiche, mentre si perfezionano i metodi di ricerca. Manca ogni sintomatologia patognomonica. Ematuria, dolori, tumefazione palpabile sono sintomi comuni anche agli ingrossamenti renali specialmente idro-ematonefrosi. D'altra parte l'ostacolo deflusso ureterico dà facile origine a questa concomitanza.

La grande difficoltà diagnostica ha avuto significatissimo ausilio dallo sviluppo della cistoscopia. Così la presenza di qualche papilloma sanguinante presso uno sbocco ureterico lascia ben sospettare che altro papilloma possa trovarsi lungo l'uretere o sulla pelvi. Se nell'intervallo di ematuria, il cateterismo ureterico urta contro un ostacolo, che al controllo radiologico non risulti essere calcolo, c'è da supporre un tumore ureterico, o magari una stenosi di natura tubercolare. Per ciò non è facile escludere la possibile compressione extraureterica. La ricerca combinata cistoscopico-röntgengrafica con catetere di contrasto, rappresenta un mezzo di specificazione con l'ureterografia. Sembra finora poco divulgato questo indirizzo. Ecco perchè due osservazioni degli AA. riescono ad approntare un notevole quadro dimostrativo, specie per quel che riguarda la differenza tra l'ureterografia semplice e quella ad elevata pressione.

E' noto che l'ureteropielografia richiede istrumentario ed esercizio particolari. Anzi ad ottenere imagini molto più nette, gli AA. hanno fatto modellare dal Gaillaud un catetere ureterico il quale invece della sola apertura terminale ne ha multiple laterali. Altrettante come su di un flauto.

Tubercolosi dell' uretra. — Kudlich. Istit. Anatomo-patologico in Prag. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 48, 2, 1927.

L'osservazione rara è anche più interessante perchè concerne un bambino sui 5 mesi — inviato al tavolo necroscopico sotto-diagnosi: pedatrofia, decubito etc.

L'accurata necropsia dimostrò indubbia l'infezione polmonare primaria, con focolaio caseo-cavernoso primario all'apice del lobo inferiore sinistro, con particolare interessamento del componente linfoghiandolare del complesso primario. Si riscontrarono metastasi canalicolari dipendenti dall'influsso primario, ed alterazioni di infezione ematogena. Notevolissimo un grosso focolaio caseoso nel pene, con ulcerazione uretrale, e nodi linfatici in ambedue le regioni inguinali. Il focolaio in sè con tubercoli sparsi all'intorno ricorda l'imagine di un focolaio primario nel polmone, con tubercoli da riassorbimento in vicinanza, cosa già nota. Anche la quasi completa caseificazione dei noduli ghiandolari corrisponde al complesso primario. Valutando il completo reperto si dovrebbe completamente escludere la metastasi canalicolare, giacchè nessuna alterazione macroscopica risultava nei reni. Che se anche volesse riconoscersi qualche isolato tubercolo miliare sfuggito alla serie di sezioni macroscopiche, non basterebbe questo a ritenerlo responsabile della genesi di così grosso focolaio caseoso. Essendosi constatato che il corpo cavernoso appunto conteneva il grosso focolaio, e che di là erasi diffuso all'uretra, autorizza a pensare non ammissibile una tubercolosi da eliminazione batterica escretiva attraverso il rene apparentemente sano. Del resto l'aspetto del focolaio e quello delle ghiandole linfatiche non contraddicono alla genesi metastatica.

In quanto a discutere se si tratti di metastasi ematogena o di superinfezione esogena, quest'ultima si escludeva sia per la età tenerissima dell'infermo, sia per la sede cavernosa. Ecco perchè restava in campo la sola via ematogena. Non si trovò alcun focolaio sulla sfera genito-

Digitized by Google

glandolare ed annessi. Qualche ulcera del laringe e del velopendolo non presentava alcun carattere specifico.

L'esame macro- e microscopico del focolaio e di tutto il tratto genitale, non forniva preciso chiarimento sulla origine del focolaio. E dopo quanto precede, ed una diluita discussione, l'A. non ritiene si possa nettamente escludere che dall'uretra il processo sia cominciato.

ENDOCRINOLOGIA

Contributo alle insufficienze pluriglandolari. — Borchardt, Königsberg. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 15.

L'A. distingue: 1) delle forme distrofiche, provocate da mancanza di lipoidi: infantilismo pluriglandolare senza chiari sintomi a carico delle ghiandole vascolari, e queste forme sono precoci o tardive (tipo più frequente). Qui l'origine della malattia va ricercato in una debolezza costituzionale delle ghiandole vascolari; 2) forme tireosessuali: insufficienza tireosessuale, che può essere di tipo benigno, ed è collegata alla pubertà, o al puerperio, o al climaterio; forma collegata alla obesità, che costituisce come un ponte di passaggio verso il mixedema.

3) Forme *cerebro-ipofisarie*: provocate da tumori giganti della regione ipofisaria o da processi distruttivi della regione ipotalamica.

Le forme 1) e 3) sono inguaribili; la forma 2) ha invece una prognosi benigna.

MEDICINA LEGALE

Il reale valore del nucleo di Bèclard come indice di maturità del feto. — V. M. Palmieri, Istituto di Medicina Legale della R. U. di Napoli. *Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale*, 1926, n. 4.

Alla presenza del nucleo di ossificazione dell'epifisi distale del femore il Béclard ha voluto dare il valore di segno assoluto di maturità, affermando che esso comparisse regolarmente avanti la seconda metà del nono mese, e fosse d'altra parte costante nel feto a termine.

Il Palmieri ritiene invece che alla presenza del nucleo di Béclard, soprattutto se constatata bilateralmente bisogna dare un grande valore, ma che essa non va considerata come un segno assoluto di maturità del feto.

Riporta, infatti un certo numero di osservazioni, nelle quali fu constatata mancanza del detto nucleo in feti a termine, ed altri casi — notevolmente più rari — in cui la presenza del nucleo fu constatata in feti certamente immaturi.

A quest'ultima serie appartiene un caso, personalmente osservato e studiato.

Si trattava di un feto di sesso femminile; la presenza del nucleo di Béclard fu constatata bilateralmente, e si trattava di un nucleo centrale, irregolarmente rotondo, i cui diametri erano rispettivamente di 5 e di 4 millimetri, e che si approfondava nella cartilagine per circa 5 millimetri.

In seguito ad un esame molto minuzioso di tutti gli elementi di giudizio, l'A. assegna il feto in questione alla prima metà dell'ottavo mese.

Il caso inoltre è notevole per altre anomalie nella comparsa dei nuclei di ossificazione, data l'età attribuitagli: mancanza di inizio di ossificazione nello sterno, a livello della seconda cartilagine costale, e mancanza del nucleo di ossificazione dello astragalo.

Errori nella determinazione dei gruppi sanguigni. — M. Kerubach, Istituto di Medicina Legale della Università di Cley (Romania). *Annales de Médecine Légale*, 1927, n. 1.

Sulle cause di errore che possono deviare il giudizio del perito nella determinazione dei gruppi sanguigni, ha già ampiamente dissertato il nostro Lattes, nella sua pregevolissima monografia «L'individualità del sangue». Vale, per altro, la pena di rilevare il contributo sperimentale apportato alla questione dal medico legale romeno, che giunge alle seguenti conclusioni:

1) Nella reazione di isoagglutinazione, si notano due fenomeni distinti: un'isoreazione specifica che si manifesta con l'emoagglutinazione, ed un'isoreazione non specifica che si manifesta con l'impilamento. Quest'ultimo si produce solo in presenza di globuli rossi freschi, essendo un fenomeno passeggero, che sparisce con le modificazioni fisico-chimiche dei globuli rossi, e per azione del calore, della putrefazione, della diluizione, del disseccamento.

(Per quanto riguarda il calore, queste ricerche confermano quelle da me fatte in vivo sugli operai che lavorano in ambienti sovrariscaldati per i quali io ho trovato ritardato potere impilante del siero. V. V. M. Palmieri. Velocità di sedimentaziine ed impilamento in particolari condizioni di lavoro. *Studium*, 1926, n. 2).

La fisiogenesi delle due reazioni va ricercata nei processi fisico-chimici, che si producono tra le diverse sostanze colloidali e fermentative, che costituiscono il tessuto sanguigno.

2) Pseudo-, auto- e panagglutinazione sono lo stesso fenomeno, caratterizzato dall'apparizione di pile di globuli rossi, dagli stessi aspetti morfologici, e soggetti alle stesse modificazioni fisico-chimiche dei globuli rossi.

3) Dal punto di vista pratico, per impedire l'impilamento nella determinazione dei gruppi sanguigni, bisogna adoperare dei globuli rossi testo, lavati in soluzione fisiologica.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE - BARI

Seduta del 3 febbraio 1927

Presid.: Prof. N. Leotta

Simonetti. *Sui rapporti fra m. melitense e bac. abortus. Ricerche sperimentali.* — L'O. ha esperimentato sui conigli e, sia nei riguardi della fissazione del complemento che del comportamento di fronte allo zucchero, non ha potuto rilevare fra i due germi alcuna differenza. Conclude ritenendo che i due germi costituiscano un unico ceppo diviso in due varietà.

Ronzini. *Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca per la rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da narcosi.* — Dopo brevi cenni storici sulla rianimazione del cuore, l'O. passa in rassegna le varie sostanze che furono introdotte nel cuore dai diversi OO. Indi discute i meccanismi patogenetici della sincope bianca in narcosi sia della fase iniziale che in quella tardiva, riconoscendo, nella grande maggioranza dei casi, una genesi di ipereccitazione vagale dipendente o da azione riflessa per la via sensitivo-bulbo-vagale o da azione diretta del narcotico sul bulbo oppure da un'eccitazione bulbare da parte dell'acido carbonico che si produce per lo stato di asfissia. In base a tali vedute l'O. spiega le ragioni che fanno dell'adrenalina, per via intracardiaca, il principio chimico di scelta. A questa sostanza egli si è sentito autorizzato di aggiungerne altre quali l'atropina, la retro-ipofisina e la lobelina, che per le loro diverse azioni sul miocardio, sull'innervazione cardiaca e sul centro respiratorio fanno sì che questa miscela meglio e più efficacemente si adatti alla fisiopatologia del cuore arrestato in corso di narcosi.

L'O. ha eseguito le sue ricerche sui cani con risultati che lo incoraggiano a persistere nei suoi esperimenti.

Rossi. *La splenectomia nella anemia splenomegalica infantile (Cardarelli).* — L'O. dopo aver accennato brevemente alla storia clinica ed alla diagnosi del caso in quistione, si occupa principalmente dei risultati ottenuti con la splenectomia, ciò che costituisce un problema di terapia chirurgica per ora per nulla risolto. Dopo sei mesi dall'operazione la piccola inferma presenta un certo miglioramento dello stato generale con un aumento di 3 Kgr. del peso corporeo, ma nessun beneficio mostra aver ricavato la crasi sanguigna. Modico aumento del tasso emoglobinico, i globuli rossi sono numericamente quelli di prima dell'operazione, i globuli bianchi sono aumentati (da 19000 a 34000); le emazie nucleate sono aumentate, sono comparsi i megaloblasti ed i mielociti che prima mancavano.

L'O. perciò ritiene che, dal punto di vista ematologico, la splenectomia abbia peggiorato la crasi sanguigna generando un'eccessiva iperplasia delle cellule bianche del midollo osseo spostando la situazione ematologica dell'inferma verso le forme fruste di leucemia mieloide. L'O. si ritiene perciò sfavorevole alla splenectomia in queste forme di anemia splenomegalica associate a leucocitosi e a forte reazione mieloide e ciò contrariamente all'opinione espressa dai vari autori specie americani.

Il Segretario: dott. C. Rossi

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 29 marzo 1927

Presid.: Prof. M. Donati

Ducceschi V. *La farina di soja nella alimentazione umana.* (1ª comunicazione). — Riferisce i risultati degli studii compiuti nell'Ist. di Fis. di Padova sul valore nutritivo del pane confezionato con il 10 % di fari-

Digitized by Google

na di soja, che contiene oltre il 50 % di sostanze azotate (proteine); questa prima comunicazione riguarda il ricambio dell'azoto.

Furono soggetto di esperimento sei individui adulti normali, di differente classe sociale, i quali durante 4 a 6 giorni si alimentarono esclusivamente con pane di soja salvo l'aggiunta di piccole quantità di burro, di caffè, di zucchero e di vino. La quantità media giornaliera del pane ingerito fu di 739 grammi. Questa alimentazione fu benissimo tollerata, i soggetti continuarono le loro occupazioni e due di essi aumentarono di peso.

Si studiò il bilancio azotato degli alimenti, delle feci e delle orine; ad un introito generale medio giornaliero di gr. 16,24 di azoto corrisposero dei valori di eliminazione azotata per le feci che oscillarono fra gr. 1,92 e gr. 3,24 equivalenti, nei singoli individui, ad un minimo del 15,15 % ed un massimo di 21,53 di perdite di azoto con le feci (medio generale del 16,77, corrispondente ad una assimilazione del 83,23 % di pane ingerito). Queste cifre indicano una utilizzazione nutritiva uguale a quella delle migliori qualità di pane di frumento.

Il bilancio azotato delle orine, rispetto agli ingesti, risultò positivo in due soggetti, molto prossimo all'equilibrio in altri tre e mostrò un deficit non molto sensibile in uno dei soggetti.

Concludendo: il pane contenente il 10 % di farina di soja, elaborata dopo l'estrazione dell'olio dai semi, è perfettamente digerito ed utilizzato dall'organismo umano.

Donati. Si compiace coll'O. e mette in rilievo la grande importanza della comunicazione.

Salotti A. *Il volume del cuore ai raggi* X (*con proiezioni*). - Espone i risultati di numerose ricerche radiologiche volumetriche del cuore, eseguite con i vari metodi di Brugsche, Seigel, Rossi ecc. e ne analizza le cause di errore che portano, nel 40 % dei casi, a disparità di giudizio sull'indice cardiaco costituzionale.

Queste cause gli sono state confermate anche in ricerche su cuori cadaverici dei quali ha poi determinato il volume vero.

L'O. espone un suo metodo di volumetrica cardiaca dimostrando, con preparati anatomici, e con numerose proiezioni, l'esattezza dei calcoli e la differenza notevole con le altre ricerche di AA. tedeschi e italiani. Il metodo semplice e rapido si basa sul volume dell'elissoide calcolato con elementi di elisse ruotanti e nei quali si può scomporre la superficie ortodiagrafica teleradiografica del cuore.

Aggiunge che in vivo, per il diverso orientamento del cuore, variabile nelle posizioni e da individuo a individuo, il metodo si è mostrato sempre di notevole esattezza per la sovrapposizione dei punti fondamentali di ricerca ed il compenso dei valori degli assi, e ne dimostra in vario modo e con proiezioni sovrapposte la veridicità.

Conclude nel ritenere, data la semplicità e la rapidità del metodo, possibile la sua introduzione nella pratica radiologica e stabilisce che il volume del cuore in vivo, fino ad oggi non definito, possa ritenersi di cc. 500 con un massimo di 650 ed un minimo di 400.

Enriquez. Si compiace con l'O. per la dettagliata esposizione, loda la genialità del metodo che evidentemente è il migliore di quelli fino ad oggi conosciuti e citati. Per l'errore minimo che esso porta in alcuni casi, consiglia di vedere se è possibile trovare una costante probabilmente legata a caratteri morfologici del cuore.

Salotti. Risponde che in studi in corso ha già cercato di introdurre collateralmente la funzione dell'angolo di inclinazione e spera, quanto prima poterne riferire.

Pagani-Cesa A. *Esperienze di immuno-profilassi antimorbillosa col metodo Rietschel.* — L'O. dopo aver parlato del grave quadro che assume l'infezione morbillosa nei degenti di tutte le Cliniche Pediatriche e le difficoltà di poter arginare una epidemia interna data la forte contagiosità della malattia, espone i tre metodi che abbiamo nelle mani per difendere i bambini che vivendo in ambiente morbilloso mal potrebbero sopportare la malattia. Il più efficace per concorde parere di tutti gli esperimentatori è l'iniezione secondo il metodo Degkwitz di 5-10 cc. di siero di convalescente praticata entro i sei giorni di incubazione. Viene di poi l'iniezione di sangue di adulto in forte dose, 30-40 cc. secondo il metodo Rietschel. Di nessuna efficacia e praticità si è verificato il siero antimorbilloso ricavato dalla pecora.

L'O. introduce il metodo Rietschel per arginare una epidemia avvenuta nella Clinica Pediatrica di Padova ed introduce poi il metodo nella sua clientela privata. Egli si serve, anzichè di sangue di adulto, di quello dei fratelli maggiori che ebbero a soffrire il morbillo anni addietro o di bambini sani degenti in Clinica che soffersero in antecedenza la malattia.

I suoi casi ammontano a 33. Di questi ebbe 15 immunizzazioni complete, cioè il 45 %, 7 forme abortive senza eruzione cioè il 21 %, 10 morbilli attenuatissimi cioè il 30 %, un morbillo normale cioè il 3 % non ebbe nei suoi casi alcuna complicanza post-morbillosa ed alcun morto.

Data la sua esperienza egli si mostra entusiasta del metodo che ha un evidentissimo valore pratico, poichè immunizza completamente o riduce di lievissima entità una malattia che nei rachitici, tubercolosi, sifilitici può assumere un decorso grave.

Il Segretario: Prof. Pancrazio

RESOCONTI CRITICI DEI CONGRESSI

Trattamento delle sindromi consecutive alle coxoartriti

Tra le questioni discusse all 8° Congresso della *Société Française d'Orthopedie*, c'è — relatore il Prof. Mathieu — anche questa.

La discussione è peraltro circoscritta ad alcuni punti principali. Eccone un rendiconto.

1° *Le anchilosi complete.* Nell'anca come del resto in tutte le articolazioni tubercolose, codesto risultato vuole essere contemplato per due aspetti: quello anatomo-patologico e quello funzionale. Non c'è nessun clinico oggi cui non appartenga la convinzione che un'anchilosi completa costituisca un postumo dei più desiderabili anatomicamente. Che se dal riguardo patogeno non è da dimenticare che anche uno stato simile possa costituire un fuoco sotto cenere, capace di riaccendersi all'insorgere di qualche traumatismo articolare in senso lato — tanto riesce efficace valutare come particolare monito pei il chirurgo il quale fosse sovercinamente interventista. Ma sotto l'aspetto funzionale cambia la discussione; si tratta di risolvere il quesito della posizione quanto più consona alla missione statica e cinematica dell'arto inferiore. L'anchilosi in linea retta, di fronte al carico, mette fuori controversia la terapia astensionista. Dunque il campo di indagine concerne l'anchilosi completa in *attitudine viziosa*. Non a torto bisogna incamminare questo esito ad una terapia erronea (od incompleta). Anzi il Treves afferma che adottando razionale e severo trattamento, immobilizzazione gessata in abduzione, lieve rotazione interna combinata alla elioterapia, lunga portata di apparecchio di riconvalescenza in celluloide con progressiva articolazione dell'anca tanto basti a far ottenere risultati tali da non considerare più come guarigione lo stato anchilosico. L'opinione del Treves potrebbe anche lasciare qualche scetticismo in chi non sia propenso, in fatto di artropatie tubercolari, a scindere lo stato anatomo-patologico anchilosico vero, come una cicatrice duratura, e se vogliamo come una barriera difensiva dell'organismo.

Ad ogni modo anche lasciando da parte i desiderata, di fronte al fatto compiuto, cioè l'anchilosi viziosa, sorge il quesito sulla restaurazione funzionale. Afferma il Mathieu, sulla scorta delle casistiche attuali, che l'osteotomia sottotrocanterica guadagni sempre più terreno.

La selezione tra quella obliqua e quella cuneiforme, è da contemplarsi non pure ai singoli casi, ma alle personali attitudini del chirurgo. Sono di accordo in questo concetto generico Lance, Novè Fosserand. Il Treves ritiene invece preferibile per i risultati l'osteotomia sottotrocanterica trasversale, praticata allo scoverto, conservando accuratamente il manicotto periosteo che evita l'accavallamento dei frammenti. Immobilizzazione gessata durante 45-50 giorni. Anche Sorrel, altro interlocutore, reclama l'osteotomia sotto-trocanterica, senza lungo indugiare.

2° *Anche coxitiche conservanti la mobilità.* Questo stato funzionale può a sua volta mettersi in correlazione a particolari stati anatomici qui indicati.

a) L'anchilosi è incompleta, talora misconosciuta al momento di rimuovere il gesso. Di qui il cammino saltellante; la tendenza dell'arto all'adduzione ed alla flessione, oltre le forme dolorose nelle quali non sempre è facile allontanare il sospetto che si tratti di riviviscenza tubercolare. Ecco che sorge il suggerimento dell'artrodesi. Vedremo in quali limiti e forme. Ma se d'avanzo si pone il quesito: la mobilità dell'anca esclude nettamente l'osteotomia? — risponde il Mathieu non potersi accettare in modo aforistico, mentre qualche modalità di tecnica può suggerirsi.

b) Pseudartrosi intracotiloidee con grandi lesioni distruttive. L'artrodesi è anche quì a posto, specialmente se c'è cospicua sindrome dolorosa.

c) Pseudartrosi extracotiloidee. Si tratta in realtà di lussazioni patologiche dell'anca, con grande raccorciamento, atteggiamento vizioso, sgradevole claudicazione. Tra l'intolleranza di alcuni soggetti, le-

Digitized by Google

clamanti un sostegno sia pure ortopedico, e la rassegnazione di altri, ecco i chirurghi escogitare interventi capaci di fornire un nuovo fulcro alla leva lussata; la osteotomia sottotrocanterica ad appoggio pelvico ha sostenitori in Laroyenne, Maragliano, Hass. Tuttavia, secondo Mathieu ci sono differenze di condotta da suggerire:

1° La pseudartrosi è poco mobile ed indolore; basterà allora secondo lui rimediare con un'osteotomia di raddrizzamento.

2° Essa è mobilissima ed indolora anche; è il caso della osteotomia con puntellamento pelvico, cioè creazione di una tettoia osteoplastica, a preferenza della fissazione del femore al bacino.

3° La pseudartrosi è dolorosa; può indicarsi un'operazione analoga all'artrodesi, per fissare il femore al bacino.

Si vede da questo schema esser sempre meglio valorizzata l'*artrodesi dell'anca;* ma tuttavia controverso se preferire quella *intraarticolare* caldeggiata da Albee, Rogers, Peabody, Brackett, Fall, Novè-Josserand, Tavernier; ovvero quella *extraarticolare,* mediante impianti osseipreconizzata da Maragliano, Kappis, Albee, Schmidt, Baron, Hass, Mathieu, sia che si tratti di eseguirla lontano dall'articolazione, sia paraarticolare etc. Veramente, e sebbene l'ultima parola sia ancora da venire, crede il Relatore preferibile accantonare l'artrodesi intraarticolare, sia per scongiurare la rivivisczenza di qualche antico focolaio, sia perchè il saldamento osseo intraarticolare spesso vien meno. Lo sportello osseo autoctono Mathieu-Wilmoth, per l'artrodesi extraarticolare, dovrebbe meritare maggiore fiducia ed applicazioni.

L'opinione del Relatore rimane per vero alquanto personale; giacchè sono partigiani dell'artrodesi intraarticolare Rendu, Tavenier, Novè-Josserand — sebbene tutti gli interlocutori citati commentino opportunamente essere abbastanza differenti le medicazioni per l'una o l'altra forma di artrodesi, oppure osteotomia a puntello pelvico; anzi non si escluderebbero le associazioni dell'una e dell'altra tecnica.

Così il Rendu mette come prima esigenza veder chiaro nelle lesioni articolari, asportare quanto si giudichi opportuno, scegliere allora la via preferibile per l'artrodesi migliore. Tavernier fa emergere la logica dell'intervento intraarticolare come rimozione della deformità e del dolore, nonchè di focolai obsoleti e tuttavia minacciosi. Premesso questo rimane soltanto ad eliminare un'innegabile alea, quella cioè della mancata fusione ossea. Ma anche qui c'è da sperare in un maggior saldamento quando si sarà vieppiù sostituito agli incostanti innesti di perone, la sutura, ed ancor più la vite metallica. Un'obbiezione tuttavia è avanzata dal Novè-Josserand, in quanto non sempre la testa femorale ed il cotile hanno rispettivamente conservato dimensioni che consentano lo affrontamento. L'artrodesi per saldamento ileo-trocanterico resterebbe precipuamente indicata alle pseudoartrosi intracotiloidee, senza atteggiamento viziato in adduzione. Sono su per giù in questo ordine di idee anche Treves, Sorrel, Rocher.

Il riassunto seppur breve, ma abbastanza chiaro dell'autorevole discussione, ci sembra portare ad una considerazione di indirizzo. Il problema, caso non nuovo in fatto di discussioni congressistiche — resta su per giù allo stato nel quale si trovava: opinioni disparate; tendenze personali; forse anche prevalenza di indirizzo di scuole. La scuola lionese infatti, al cui attivo è una storia importantissima nella chirurgia osteo-articolare, ha nei suoi esponenti una maggiore compattezza di concezione e di attuazione secondo un medesimo indirizzo. A nostro vedere in questa discussione, come in non rare altre, stando ai resoconti della stampa (*La Presse Médicale,* ottobre 1926) c'è la precocità della messa in discussione di un argomento, senza un elasso necessario a poter raccogliere non soltanto un ricco materiale; ma sopratutto guardarne a distanza i risultati definitivi. Allo stato della tecnica operatoria attuale, e sopratutto in mani bene esercitate, non è nella esecuzione il nodo della discussione. La precocità della messa in discussione è dunque tangibile, anche per consenso di questi autorevoli relatori ed interlocutori, giacchè in questo si possono dire di pieno accordo, nel rilevare cioè che di qui ad una più lunga esperienza, si potrà giudicarne con obbiettiva serietà.

AIEVOLI

□□□

PER LA PRATICA

CASISTICA

POLICLINICO "REMIGIA GIANTURCO,, - POTENZA — DIVISIONE CHIRURGICA
direttore prof. GIULIO GIANTURCO

SU DI UN CASO DI PSEUDO-ERMAFRODITISMO INTERNO (GINANDRIA) IN PERSONA CONIUGATA, AFFETTA DA ERNIA BILATERALE E PERITONITE TUBERCOLARE.

per il dott. MICHELE MARINO — Aiuto

Riferiamo brevemente su di un caso di perfetto pseudo-ermafroditismo interno che abbiamo osservato recentemente, la cui diagnosi fu stabilita durante un atto operativo per ernia bilaterale.

Le ragioni che mi hanno indotto alla pubblicazione del caso non sono tanto in rapporto alla rarità di qusta malformazione (basti ricordare che il Neugebauer ha potuto pubblicare pochi anni fa una serie di duemila osservazioni di pseudo-ermafroditismo) ma piuttosto con le importanti considerazioni sulla condotta chirurgica da adottare in contingenze simili, in cui l'operatore si trova di fronte ad un problema che richiede una soluzione immediata, che assicuri non solo il benessere fisico dell'inferma, ma non turbi nello stesso tempo la serenità di spirito e la tranquillità sentimentale della sua vita avvenire.

STORIA CLINICA. Maria Donata D. M., fu Donato, di anni venticinque, da Ripacandida, coniugata da cinque anni, senza figli, casalinga.

Gentilizio. Il padre è morto a 59 anni di bronchite cronica: la madre è vivente, ha 60 anni e gode buona salute. Ha un fratello e sei sorelle, fra i 36 e i 17 anni, che stanno bene: le prime quattro sorelle son maritate con figli, le due ultime sono nubili.

Passato remoto e prossimo dell'inferma. Ha sofferto all'età di otto anni di difterite; lo scorso anno contrasse la malaria, che cedette ben presto alle iniezioni di chinino: in seguito ha sofferto di reumatismo articolare per circa un mese. Non ha mai avuto mestruazioni: si è sposata a ventuno anni e non ha avuto alcuna gravidanza.

Malattia attuale. L'inferma racconta che fin dalla nascita le è stata notata nell'inguine destro una tumefazione grande quanto una piccola mandorla, che a suo dire, non si è mai ridotta nell'interno dell'addome e che, col passare degli anni, è aumentata gradatamente di volume, fino a raggiungere quello di un grosso uovo di gallina. Più tardi questa tumefazione è discesa in pochi mesi nello spessore del grande labbro di destra: fu fatta da un sanitario diagnosi di ernia e le fu consigliato l'uso di un cinto, da cui l'inferma ricavò assai più fastidio che vantaggio.

Da cinque o sei mesi si è accorta che una tumefazione simile è comparsa anche nell'inguine sinistro; essa, sino a due mesi fa, rientrava senza difficoltà all'interno dell'addome ed era indolente, mentre successivamente ciò non è stato più possibile: anzi gradatamente la tumefazione è discesa anche essa fino nello spessore del grande labbro corrispondente.

Da quindici giorni si sono iniziati bruscamente fenomeni dolorifici che partono dal tumore erniario.

L'ammalata soffre ora, particolarmente a sinistra, di un senso di peso e di stiramento, che le impedisce il lavoro ed il cammino.

Chiede perciò di essere liberata da queste tumefazioni che ritiene tumori erniari.

Esame obbiettivo. La Maria Donata ha l'aspetto di persona sana: è di media statura, è di regolare costituzione scheletrica, con sufficiente sviluppo delle masse muscolari e del connettivo sottocutaneo.

Organi toracici sani.

Addome un pò tumido: con i cambiamenti di posizione si rileva una piccola quantità di liquido libero; fegato e milza nei limiti normali; nulla a carico del sistema nervoso; nella regione epitrocleare destra si palpa una piccola ghiandola linfatica.

L'esame delle orine non rileva nulla di anormale.

Nel grande labbro di destra si palpa un corpo ovoidale, diviso in due parti da un piccolo solco, di cui una, superiore, grande quanto una piccola noce e una, inferiore, della grandezza di un mandarino; di consistenza duro-elastica, di superficie liscia, mobile.

Nel tentativo di riduzione si percepisce un breve rumore di gorgoglio. Nel grande labbro di sinistra si palpa un solo corpo ovoide, non riducibile, di consistenza duro-elastica, ma con confini meno bene definiti di quello di destra, della grandezza di una piccola mela, dolente.

Digitized by Google

I caratteri di queste tumefazioni, messi in relazione con la costante mancanza delle mestruazioni, ci fanno pensare a destra ad un'ernia dell'utero rudimentale e dell'ovaio con un piccolo enterocele; a sinistra ad un'ernia dell'ovaia, con fenomeni di torsione.

La nostra attenzione si concentra quindi sull'esame della sfera genitale e riscontriamo: Cute delle grandi labbra con superficie un pò rugosa; peli del monte di Venere impiantati secondo una linea curva a convessità superiore; essi non si continuano, come nei maschi, con una striscia mediana verso l'ombellico, nè hanno impianto di figura triangolare.

Divaricando le grandi labbra si scopre in alto un piccolo cappuccio clitorideo ed il corpo della clitoride normalmente sviluppato, con estremità irregolarmente conica, imperforata.

Notiamo che il meato uretrale si apre sulla linea mediana, ad una distanza dalla clitoride circa doppia del normale: ai suoi lati sono le piccole labbra alquanto rudimentali.

La vagina è stretta e corta, con colonne poco sviluppate: ad un centimetro e mezzo dall'ostio è una specie di sepimento circolare, come un diaframma, costituito esclusivamente di mucosa: il canale vaginale termina a fondo cieco e non esistono nè collo, nè muso di tinca, nè fornici.

Il riscontro vaginale combinato ci dimostrò nel modo più chiaro l'assenza dell'utero nella pelvi.

Con i dati così raccolti ci sembrò fosse confermata la prima impressione ottenuta all'esame obbiettivo dei tumori erniarii. Si potevano anche spiegare la modica quantità di liquido riscontrato nell'addome e l'accentuata dolenzia rilevata a sinistra, con l'ipotesi della torsione dell'ovaia nel sacco erniario.

Passammo perciò all'*atto operativo* che fu eseguito in narcosi morfio-eterea dal Prof. Gianturco, il 15 febbraio del decorso anno.

Taglio solito dell'ernia inguinale.

Incisa l'aponevrosi, si mette allo scoperto un corpo allungato, piriforme della grandezza di un mandarino, ad apice in alto, che si continua con un cordone grosso come un dito, il quale si sprofonda nell'addome attraverso l'anello inguinale interno. Dalla base di questo corpo piriforme si stacca un cordone connettivale che termina nello spessore del grande labbro.

Tentando una manovra di riduzione, si rileva come sia possibile, per la lunghezza e per la elasticità del cordone inferiore, ridurre per un pò la massa nell'interno dell'addome, ma non appena la manovra è interrotta, il corpo in esame ritorna immediatamente al di fuori.

Incidendo cautamente una lamina che ricopre il tumore di cui sopra, si vede comparire un corpo che ha tutto l'aspetto di un testicolo normale, con il suo epididimo, fornito di una vaginale anche essa normale: in corrispondenza della testa dell'epididimo è impiantata una cisti grossa come una noce.

Poichè dall'esame clinico risultava, per il breve rumore di gorgoglio avvertito durante i tentativi di riduzione, non dubbia la presenza di un enterocele, si isola più completamente il cordone superiore, quello che innanzi abbiamo visto affondarsi nell'interno dell'addome, ricercando tra gli elementi di quello che oramai possiamo chiamare funicello, la presenza di un sacco, che in fatti viene presto trovato ed isolato. Apertolo da esso fuoriesce discreta quantità di liquido citrino: la parete interna è cosparsa di tubercoli. Si fanno sollevare le spalle dell'ammalata e si dà esito a circa un litro di liquido.

Dopo breve riflessione, e per le considerazioni che esporremo in seguito, previa legatura del sacco e del cordone, l'operatore seziona il tutto, cauterizza il moncone del deferente ed affonda. Seziona poi il *gubernaculum testis* ed asporta il testicolo con la sua vaginale.

Ricostruzione a strati del canale inguinale.

Secondo tempo: a sinistra. Reperto presso a poco identico.

A sinistra il testicolo si mostra leggermente atrofico ed ha subito una rotazione di circa 90 gradi sul suo asse, in modo che l'epididimo guarda in avanti: la vaginale comunica direttamente con la cavità peritoneale attraverso uno stretto canale. La sierosa viscerale e parietale è cosparsa di tubercoli.

Atto operativo come a destra.

Decorso postoperatorio afebbrile: guarigione per prima nei due lati: l'a. esce in quindicesima giornata.

Prima che venga dimessa è sottoposta ad un nuovo esame, indirizzato ad approfondire le sue caratteristiche sessuali.

Possiamo così apprendere che durante il coito si aveva netta emissione di liquido biancastro (evidentemente sperma).

Abbiamo ricercato attentamente lo sbocco dei dotti eiaculatori nell'uretra, con il Mac Cartey ma con esito completamente negativo; nessuna formazione che potesse essere interpretata come verum montanum si potè mettere in rilievo.

Esito egualmente negativo hanno avuto le ricerche eseguite in vagina.

Evidentemente gli sbocchi dei dotti eiaculatori esistono, ma nascosti sotto qualche recesso della mucosa.

Non è stato possibile accertare la presenza di alcuna formazione che faccia pensare alla prostata.

Abbiamo voluto anche ricercare gli eventuali caratteri sessuali maschili secondarii: dobbiamo dire che il bacino, le mammelle, il sistema pilifero, se se ne eccettuino una ombreggiatura sul labbro superiore e sui capezzoli e la voce leggermente aspra, hanno caratteristiche essenzialmente femminili. Si tratta dunque di un caso di ginandria assolutamente perfetto.

Abbiamo potuto inoltre accertare, con un interrogatorio molto accurato, che le due sorelle nubili nate dopo di lei, una di 20 e l'altra di 17 anni, benchè siano bene sviluppate e conformate, non sono mai state mestruate, e presentano nello spessore delle grandi labbra dei corpi rotondeggianti, come la nostra ammalata.

Si tratta dunque, con molta probabilità, di una ginandria familiare. Notizie recentemente avute, a distanza di più di un anno, ci permettono di comunicare che lo stato dell'inferma è ottimo: i fenomeni dolorifici sono completamente scomparsi; il liquido endoperitoneale non si è più riprodotto: mutamenti psichici e somatici notevoli non sono, almeno per ora, comparsi.

L'ammalata interrogata cautamente in proposito, si lamenta solo di trovare diminuito il piacere dell'amplesso.

Esame anatomo-patologico dei pezzi. Il testicolo di destra appare perfettamente normale per forma e volume; così pure l'epididimo e il deferente, se se ne eccettui la piccola cisti rilevata in corrispondenza della testa: questa cisti è ripiena di liquido citrino.

L'esame istologico del deferente, dell'epididimo e del testicolo rilevano struttura assolutamente normale.

A sinistra, oltre la tubercolizzazione della sierosa viscerale e parietale, la lieve atrofia già notata, null'altro si rileva all'esame esterno: spaccato l'organo si nota intensa sclerosi ed emorragie parenchimali particolarmente accentuate in corrispondenza dell'epididimo (esito della torsione).

All'esame istologico salvo l'accentuata proliferazione connettivale nel parenchima testicolare, nulla di notevole.

Considerazioni conclusive. Il problema balzato improvvisamente innanzi all'operatore era imbarazzante.

Tre soluzioni erano possibili: 1. Lasciare i testicoli in sito; 2. Affondarli nell'interno dell'addome: 3. Asportarli.

Nello scegliere la via da seguire bisognava tener conto non solo di ragioni anatomo-patologiche, ma anche di un fattore etico di grande importanza.

Non si doveva infatti dimenticare che la Maria Donata si riteneva ed era ritenuta da tutti, fin dalla nascita, di sesso femminile, e, come donna, era da cinque anni sposata ad un uomo.

Ora la prima soluzione avrebbe profondamente turbato l'esistenza di lei e distrutta per sempre la sua pace famigliare.

Lasciando i testicoli in sito, avremmo dovuto evidentemente dire all'ammalata ed alla sua famiglia le ragioni della nostra determinazione, che non poteva essere mascherata da fantastiche difficoltà operatorie: avremmo cioè dovuto rendere nota la grave anomalia sessuale riscontrata, per cui mentre la Maria Donata possedeva in modo perfetto le forme esterne della donna, in realtà, per la presenza delle glandole sessuali maschili, doveva considerarsi un uomo.

L'operatore non si è sentito autorizzato a questa vera e propria devastazione della individualità sentimentale ed affettiva della persona che a lui si era affidata.

La seconda soluzione, cioè l'affondamento nell'addome, avrebbe, per il momento, eliminata ogni difficoltà. La Maria Donata poteva bene credere che i corpi estranei, che le davano tanta molestia, erano stati asportati, e mentre sarebbero verosimilmente cessati i fenomeni dolorifici, per cui aveva chiesto l'inter-

Digitized by Google

vento chirurgico, non sarebbe stata turbata la sua tranquillità spirituale.

Tuttavia bisognava tener conto di un fatto assai importante.

La perfetta conformazione del testicolo destro, la lieve atrofia del testicolo sinistro facevano logicamente ritenere che i dotti eiaculatori fossero pervii e che in un punto qualunque della sfera genitale essi dovessero sboccare. Ne deriva che una eventuale infezione si sarebbe ora sviluppata nell'interno dell'addome, con conseguenze certamente spiacevoli e forse gravi. Tanto più che l'ammalata mai avrebbe potuto illuminare il medico sullo stato reale dei fatti.

È ben vero che a questi inconvenienti si sarebbe potuto porre riparo, aggiungendo all'affondamento dei testicoli nello spazio prepperitoneale, la legatura dei deferenti. Ma a parte il fatto che la tubercolizzazione iniziale del testicolo sinistro meritava pure un provvedimento, sembrò discutibile se fosse utile lasciare ad un essere, conformato in tutto e per tutto in riguardo alla morfologia esterna come donna, delle secrezioni interne essenzialmente maschili, pensando che più utile sarebbe stato per l'ammalata avvicinarsi allo stato di indifferenza sessuale.

DIAGNOSTICA

La diagnosi delle principali affezioni urologiche

Richiamare ancora una volta l'interessamento dei pratici sulla importanza di queste osservazioni, potrebbe sembrare persino superfluo. Ma a ragione, recentemente il Dr. Merz (*Arch. de Méd. et de pharmacie militaire*, 1927, n. 4) ha creduto prospettare in forma quanto più proficua i punti più salienti nella linea di condotta clinica, partendo dal concetto che già prima di rinviare i pazienti all'esame dello specialista, il clinico generico siasi messo alla soluzione dei quesiti più importanti. Si può a seconda della maggior salienza di certi sintomi, distinguere sindromi diverse, e di esse fare l'esame analitico meglio rispondente ai bisogni diagnostici.

1. *Sindrome dolore renale.* Ben pochi tra coloro i quali si dolgono, ai reni, presentano vero dolore renale. Quanto spesso si incorra nello scambio eventuale con dolori di origine osteo-rachidiana, lombagini, nevralgie intercostali etc. non occorre ricordare. Dunque bisogna valorizzare la ricerca dei punti dolorosi renali o a distanza, spontanei o provocati. Se si sta alla stregua di quanto si consacra comunemente nei libri parrebbe piuttosto agevole la ricerca del punto costo-muscolare all'intersezione tra margine esterno della massa sacro-lombare e dodicesima costa; per quanto poco precisabile il punto pielico, perchè confondibile con quello vescicolare più elevato, o quello duodeno-pilorico, più all'interno. Ecco perchè si dà maggior valore ai punti renali a distanza (ureteri, ipogastrio, testicoli, pene, coscia); essi non deporrebbero certamente per affezioni gastro-duodenali od epatiche. Ma in realtà alla stregua delle più nuove osservazioni sulle proiezioni dolorose addominali ci sono riserve da fare. E' dunque più quotidiana l'osservazione di appendiciti i cui punti dolorosi possono confondersi con questi ora citati. Dunque bisogna anzitutto avere indirizzata l'attenzione sulla somma dei sintomi; e se pervenuti alla circoscrizione di essi alle vie urinarie, discernere a quale delle affezioni si possa meglio attribuire. Ammesso il tipo colico-nefritico, la migrazione di calcolo, ne è abbastanza caratteristica la provocazione da sforzo, movimenti, e l'alternarsi di crisi oliguriche e poliuriche. Senonchè specialmente nei giovani, meno disposti alle formazioni calcolose, bisogna avanzare anche, di fronte a codeste crisi, l'ipotesi di ritenzione idronefrosica. Senonchè tali crisi sono meno violente, più distanziate, e nelle pause consentono percepire un rene mobile. Che se poi si somma uno stato febbrile si potrebbe valutare il dolore come sintomo, segnale di pielite o di pionefrosi.

In quanto al flemmone perinefritico anch'esso sovente rivelato da dolori lombari, va ricordato che all'inizio bisogna valorizzare la contrattura dei muscoli lombari già senza attendere una tumefazione; mentre sono riconosciuti casi di forma subacuta di perinefrite suppurata, la cui interpretazione è spesso molto erronea, e che si maschera sotto il quadro di una setticemia più o meno lenta la cui porta di entrata vuole essere pazientemente scovata. Il sospetto di un calcolo del rene o del bacinetto sarà rafforzato dal carattere gravativo e persistente del dolore lombare, dalle esacerbazioni al contatto, alla compressione, sotto gli sforzi, mentre lo stato generale è rispettato, e finalmente comprovato dall'esame röntgen. Ogni pratico conosce tuttavia la necessità di assicurarsi dell'eventualità d'una sindrome da ptosi renale, ricorrendo alla più accurata manovra semeiologica, per sincerarsi dall'esistenza e del grado di ectopia.

2. *Sindrome tumore renale.* Più spesso la constatazione di un ingrossamento renale è occasionale, giacchè si suole essere richiamati su altre manifestazioni, e probabilmente ad altre diagnosi. Riferisco qui le cognizioni ormai notissime sui caratteri palpabili e percussori di tali tumori, ad ingrossamento per usare più precisa dicitura. Meglio richiamare l'attenzione su alcuni caratteri, che, fino ad un certo punto, potrebbero aver valore differenziale. Così: le cisti congenite (serose, ematiche, dermoidi) sfuggono di solito alla diagnosi preliminare; le cisti idatidee sogliono presentare la triade: tumefazione equabile, renitente, alternative coliche, frequenti emissioni di idatidi. Ma senza dubbio più frequente la contingenza dell'idronefrosi. Questa come tumore difficilmente si presenta iniziale; ha come più particolare carattere la variabilità, l'alternativa, onde il cosidetto carattere di tumore fantasma.

Invece nel cancro del rene meno incerti sono i caratteri: tumefazione regionale dura, bozzuta, frequenti e dolorose: crisi ematuriche, compressione e quindi formazione di varicocele.

L'ematoma perirenale progressivo può non accompagnarsi a nessun sintomo caratteristico; nè meno oscura è la diagnosi delle perinefrite sclerosa.

3. *Sindrome urinaria.* Qui bisogna, per quanto sinteticamente, ben vagliare le singole contingenze cliniche:

a) L'*ematuria* vuole essere per norma assoluta, valutata facendo urinare il paziente in presenza del clinico. Non basta il rosseggiare delle urine; bisogna guardare la uniformità o meno, la presenza di coaguli, la forma di essi per dedurne la provenienza; constatare in quale fase della minzione venga fuori il sangue, cioè sul cominciare (uretra) o sul finire (vescica) o a riposo (uretra). Assicurarsi con le rispettive reazioni urologiche, se la colorazione sia dovuta a pigmenti biliari, od a sostanze medicamentose (rabarbaro, sena, semencontra, acido fenico). Implicito è il controllo microscopico specialmente per l'emoglobinuria.

Bisogna dunque provarsi a stabilire con la prova classica dei tre bicchieri: se l'ematuria sia iniziale, totale, terminale. Frattanto l'attenzione è ridotta alla considerazione delle varie cause note di ematuria: traumatismi, infezioni acute, affezioni emorragiche, nefriti acute da veleni o da infezioni. Poi dalle singole varietà prospettate richiamarsi possibilmente alla provenienza. Così le ematurie iniziali sogliono essere uno dei sintomi delle svariate affezioni della prostata o della uretra posteriore, o del collo vescicale. Quelle totali depongono per l'origine piuttosto renale: cancro, tubercolosi, litiasi. Più precoci nella tubercolosi, più scarse meno dolorose che non nel cancro renale, le ematurie vengono meglio distinte dai precedenti dell'infermo, e sopratutto dall'avere scovato qualche altro focolaio tubercoloso, più singolarmente all'epididimo, al didimo, alla prostata. Invece nella litiasi le ematurie sogliono essere provocate o calmate, a seconda del cammino o del riposo; così anche essere scarseggianti o copiose. Con ciò non è trascurabile la considerazione di ematurie vicarianti, e di quelle concomitanti le pieliti e pielonefriti, mentre si ammettono, sebbene mal definite, le cosidette nefriti croniche ematuriche.

Venendo alle terminali anche designate come ematurie vescicali, l'attenzione va rivolta: ai tumori vescicali, nel quale caso sono prolungate e ribelli, talora accompagnate da vivi dolori, disuria, piuria. Ce non dubbia l'ematuria da calcolosi vescicale di solito scarseggiante e solo diurna; mentre nei soggetti di vita coloniale (Levante, Marocco) infestandovi la Schistosomum si rivolge la mente alla bilharziosi vescicale.

b) La *piuria* presuppone anch'essa un esame a fresco delle urine, premesso che urine torbide non vuol dire presenza di pus. Superfluo insistere sull'importanza della centrifugazione e dell'esame microscopico che ne risulta. Basta come è noto un riscaldamento a 40° per fare scomparire gli urati; qualche stilla di acido acetico o cloridrico per disciogliere fosfati e carbonati. Basta guardare in trasparenza qualche riflesso opalescente, per tener meglio presente qualche batteriuria forse anche di provenienza intestinale (colibacilli). La presenza di filamenti nell'uno o nell'altro dei tre bicchieri va altresì considerata per la provenienza anteriore o posteriore del canale. Nelle pieliti, con rene sicuramente compromesso, caratteristica si può dire la poliuria torbida del Guyon, cioè piuria totale uniforme, con poliuria di 2-4 litri nelle 24 ore, e col riposo separabile in un fondo cremoso, ed una superficie torbida o bianca.

Per converso le urine vescicali meno torbide, con più spessi grumi, striate di sangue o pseudo-membrane, dànno col riposo un fondo più viscido ed attaccato alle pareti; sono ammoniacali, si raddensano passando dal primo al terzo bicchiere.

Tutte queste nozioni restano molto sommarie senza il complementare esame microscopico. Giova già un esame estemporaneo sul deposito, facendone più vetrini, senza omettere la colorazione Gram per i batteri comuni, e quella Ziehl per la tubercolosi.

Digitized by Google

4. *Sindrome dolore vescicale.* Impossibile riepilogare qui la fisiologia della sensibilità vescicale, e le turbe che possano incontrarvisi. Certo è che l'eccessivo risentimento doloroso, la pertinacia in date fasi della minzione, vogliono avere una giusta significazione. Particolarmente la pollachiuria dolorosa, i dolori terminali. I quali diffusi dall'ipogastrio o al perineo, irradiati lungo la verga, possono talora circoscriversi al solo ghiande. L'intolleranza da ipersensibilità vescicale si rende anche più frequente a misura che diminuisce la capacità dell'urocisti. Dolorabilità provocata si ha alla pressione ipogastrica, e sopratutto all'esplorazione digitale intrarettale. Sono queste di solito le cistiti gonococciche. Ma il quadro cambia nelle cistiti tubercolose quasi costantemente secondarie ad una localizzazione renale, accompagnata da piuria copiosa e priva di germi, e pertinaci contro le indicazioni locali anche più confacenti.

C'è casi di corpi estranei introdotti e rimasti in vescica, adducendovi processi flogistici ulcerosi; una accorta analisi etiologica e sopratutto l'esame radiologico, ne rendono ragione. Difficilmente il carcinoma della vescica, anch'esso causa di intense algie durante la minzione, sfugge alla diagnosi per le sue complicazioni avanzate altrimenti diagnosticabili.

5. La *sindrome minzionale* vuole essere così distinta:

a) *Pollachiuria dolorosa* nella cistite; è di solito subordinata al dolore; notturna con urine chiare nella ipertrofia prostatica rivelabile all'esplorazione. Basta accennare alla pollachiurie non urinarie di origine nervosa, digestiva, ginecologica e nervosa. b) *Disuria* o minzione difficile: bisogna distinguerla: nei prostatici è anzitutto un ritardo alla minzione, ma iniziatasi questa prosegue; negli stenosici l'ostacolo permane dall'inizio fino al molto ritardato espletamento. Non sempre la forma del getto (bifido, a spirale etc.) esprime una stenosi. L'intensità del getto richiama, sempre che attenuato o scomparso, al pensiero di una stenosi, un'ipertrofia prostatica, una paresi del detrusore. Il brusco arresto del getto fa dirigere l'attenzione a calcoli incuneabili nell'uretra, a qualche polipo vescicale che si adatti sul collo. Minzione in due tempi suole particolarmente aversi nel caso di vescica con diverticoli, onde uno svuotamento in fase differente. c) *Ritenzione di urina*: se acuta, non difficile a diagnosticarsi dalla sporgenza ipogastrica globosa, e dal risultato della sporgenza ipogastrica globosa, e dal risultato della siringatura vescicale, porta la attenzione del sanitario, a seconda dei casi, ora ad una rottura dell'uretra se ci furono traumi dall'esterno, o manovre nel canale; o magari a ferite o rotture vescicali; ora alla presenza di ascesso prostatico in un giovane gonorroico; ora ad un'ipertrofia o carcinoma prostatico, se un anziano. La ritenzione cronica, quasi sempre parziale depone per lo più per una ipertrofia o cancro, che richiedono le consuete osservazioni. d) L'*incontinenza* si manifesta ora totale a goccia a goccia, p. es. nelle malattie del sistema nervoso, mal di Pott, deformita delle vie urinarie, sbocchi fistolosi; ora è un'incontinenza a minzioni involontarie da affezioni di vicinanza, se diurna; se notturna suole essere dei bambini e degli adolescenti (spina bifida, affezioni vescicali, fosfaturia, o riflessa da vermi intestinali, vegetazioni adenoidi, fimosi, ipospadia, idronefrosi; iperestesia vescicale). e) L'*anuria*: ora da lesioni organiche, ora funzionale, essa richiama l'attenzione alla oliguria progressiva da nefrite acuta, tossica; alla anuria calcolosa; ai tumori del piccolo bacino.

TERAPIA

I raggi ultravioletti nella cura della peritonite tubercolare

P. Nobècourt e D. Ilitch Dragolioub (*Paris Médical*, n. 26, 1927) stabiliscono un paragone tra la cura della peritonite tubercolare con e senza l'uso dei raggi ultravioletti. In generale, essi sottopongono tutti i bambini affetti da tale malattia ad una cura di riposo e di iperalimentazione; nel periodo acuto applicano del ghiaccio sull'addome, più tardi, poi, delle compresse calde, in caso di dolori, e delle pennellazioni di tintura di iodo guaiacolato; contemporaneamente, cura medicamentosa generale (fosfato, carbonato di calcio, ecc.). Passata la fase acuta, si procede in un gruppo di bambini alla elioterapia, in un altro gruppo alle applicazioni locali di raggi ultra-violetti.

Su 14 bambini peritonitici così curati, in 9 casi si trattava di forme ascitiche, con o senza pleurite, in 5 casi di forme secche; di molti di essi si è potuto seguire l'ulteriore evoluzione, dopo la cura, altri, invece, hanno lasciato l'ospedale prima che ci si fosse potuto formare un giudizio esatto a loro riguardo. In ogni caso, lasciando da parte le forme gravi, rapidamente mortali, gli AA. credono che alcune peritoniti ascitiche hanno una tendenza spontanea verso la guarigione, mentre le forme secche sono più ribelli, anche se si sia istituito un trattamento medico.

Circa l'azione dei raggi ultra-violetti, essi agiscono nello stesso senso dell'elioterapia; essi, cioè, hanno un'influenza favorevole sulle peritoniti, ma non spiegano, però, proprietà particolari. E', perciò, che conviene ricorrervi in quei luoghi nei quali non è possibile usufruire di un'elioterapia regolarmente praticata. Inoltre, i raggi ultravioletti sembrano sopra tutto efficaci nelle forme ascitiche, la cui prognosi è in genere favorevole, meno nelle forme secche; non impediscono, però, che si producano altre localizzazioni del bacillo tubercolare.

Una nuova cura della psoriasi

Finazzi (*Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 1, 1927) ha adoperato lo zolfo colloidale per via venosa, associando come cura locale, allo scopo di ottenere un'azione cheratolitica sulle squame psoriasiche, la seguente pomata: acido salicilico gr. 0,50; cignolina gr. 0.50-2.50; sottonitrato di bismuto gr. 10; precipitato bianco gr. 10; vaselina fino a gr. 100.

In quattro casi di psoriasi generalizzata ha ottenuto la scomparsa completa della efflorescenza, senza avere incidenti di sorta.

Residuarono delle zone di iperpigmentazione al posto dei focolai psoriasici. Le zone trattate con la cignolina (diossiantranolo) presentarono una leggera tinta brunastra.

Le iniezioni endovenose di zolfo colloidale vennero praticate in numero di 12, senza osservare mai alcuna reazione febbrile, nè crisi colloidoclasiche. Le iniezioni furono praticate ogni due-tre giorni, ogni fiala contenendo 2 cmc. di soluzione colloidale.

La guarigione si effettuò in poco più di un mese, e durante la cura i pazienti non tralasciarono le loro occupazioni nè ebbero bisogno di bagni o altri sussidi terapeutici.

Cura della porpora emorragica idiopatica

Sooy e Moise (*Journal of the American Medical Association*, 1926, 10-VII) riferiscono sui favorevoli risultati ottenuti nella cura della porpora emorragica con la lampada di quarzo.

Dei buoni risultati si sono avuti anche irradiando con lo stesso metodo la zona operatoria prima dell'intervento, allo scopo di rendere meno imponenti le emorragie, soprattutto nelle tonsillectomie e nell'estrazione dei denti.

L'esame del sangue ha confermato il favorevole risultato.

All'inizio sono sufficienti irradiazioni di sei minuti, dorsali e ventrali, due volte al giorno, successivamente si può aumentare la durata di ciascuna irradiazione.

Se si provoca un'iperemia dolorosa, l'intervallo tra un'irradiazione e l'altra sarà di tre giorni.

Se si opera con prudenza, non si hanno scottature.

NOTE FARMACOTERAPICHE

La cresopirina. — La cresopirina o acido acetil-orto-cresotinico è un omologo superiore dell'acido acetil-salicilico o aspirina. E' di lieve tossicità, inferiore a quella del salicilato; non si sdoppia, come l'aspirina, nello stomaco e non dà quindi luogo ad alcuna gastralgia.

Come l'aspirina, la cresopirina esercita la sua azione sulle penose condizioni dovute alla influenza. Combatte la cefalea e i dolori del periodo iniziale e fa sparire tutte le dolorose sensazioni che così spesso si producono agli arti ed ai lombi.

Più rapidamente del salicilato, la cresopirina nel reumatismo articolare febbrile calma il dolore, l'iperemia locale e la febbre, senza dare nessun fenomeno d'intolleranza anche se si oltrepassano i 6-8 gr. al giorno.

Il reumatismo articolare cronico, in cui nè il salicilato nè l'aspirina dànno mai grandi risultati, è bene influenzato dalla cresopirina. Gli accessi subacuti sono arrestati, in generale in meno di due giorni con una dose giornaliera di 2-4 gr. del preparato. Molti infermi colpiti da artrite secca del ginocchio, della spalla o della coxofemorale, vedono la tumefazione e il dolore ridursi fino a sparire con rapidità e ricuperano la libertà completa dei loro movimenti. Nel reumatismo deformante, nella cellulite gli effetti sono i medesimi.

Al di fuori del reumatismo, la cresopirina esercita una favorevole azione sulle diverse forme di nevralgie, anche quando queste sono il risultato di una nevrite o di una lesione del midollo come nella tabe. L'A. cita dei casi di sciatica, di nevralgia del trigemino e di dolori folgoranti rapidamente migliorati dalla cresopirina.

I dolori toracici dei tubercolotici, siano essi dovuti ad un accesso infiammatorio pleurico o pulmonare o siano il risultato di antiche aderenze, spariscono quasi sempre in tempo brevissimo con 1-3 gr. giornalieri di cresopirina. Poichè questa non provoca traspirazione ed è inol-

Digitized by Google

tre un leggero ipnotico, i malati provano un bel senso di euforia che contribuisce non poco al loro miglioramento.

Nell'adulto la cresopirina può esser data in cachets o in compresse. Queste devono essere polverizzate e sciolte in acqua al momento dell'uso. Si prendeva la precauzione di fare bere il malato subito dopo l'ingestione del medicamento.

Nel bambino è più comodo darla in pozione secondo la seguente formula:

Cresopirina	gr. 1.60
Olio di mandorle dolci	» 10
Polvere di gomma arabica	» 10
Sciroppo di fiori d'arancio	cmc. 120

Un cucchiaio da tavola di questa pozione contiene gr. 0,20 di cresopirina: se ne daranno quindi ai bambini reumatici tanti cucchiai quanti sono gli anni di età. (L. SERRÈ, *Thèse de Lille*, 1927).

FORMULARIO

Nell'otite media acuta suppurata. — Nel periodo — che sarà ridotto al minimo possibile — precedente l'atto operatorio (incisione del timpano), si praticheranno:

a) Istillazioni nel condotto uditivo, mattina e sera, con:

Acido fenico cristallizzato	gr 0,30
Cloridrato di cocaina	» 0,40
Cloridrato di morfina	» 0,05
Glicerina neutra sterile	» 15,

Riscaldare a bagnomaria prima dell'uso.

b) Cataplasmi di semi di lino sulla mastoide.

c) Disinfezione del naso-faringe. A tale scopo o si ricorre ai gargarismi con:

Resorcina	gr. 2.50
Acqua bollita	» 300.

o alle polverizzazioni nasali con:

Eucaliptolo	
Resorcina	anagr. 0,30
Olio vegetale	gr. 30

o alle polverizzazioni nasali con:

Eucaliptolo	
Resorcina	anagr. 0,30
Vaselina	gr. 30

Il malato, inoltre, sarà tenuto a riposo, a letto, somministrandogli bevande calde e un'alimentazione leggera; negli adulti, contro il dolore, si potrà far uso di pozione con oppiacei o dell'iniezione di 1/2 centigr. di morfina.

E' utile, infine, nel lattante sostituire la glicerina fenicata, che è troppo irritante, con olio di vaselina, prima della perforazione, e con acqua ossigenata borica dopo la perforazione del timpano. Così pure si ricorrerà nel lattante, piuttosto che a pomate, alle istillazioni in ciascuna narice di 4-5 gocce di una soluzione di collargolo 1 %. (da G. DE PARREL. *O. R. L.* A. Maloine, ed., Parigi, 1925).

□□□

COMMENTI E POSTILLE

L'obbligo del Lavoro

Lettera aperta al Ch.mo Prof. RINALDO PELLEGRINI, *Stabile di Medicina Legale ed Infortunistica nella R. Università di Padova.*

Non soltanto la solidarietà d'idee, che ci stringe, ma anche il fatto che dei suoi scritti il nostro giornale si è fregiato spesso, mi spinge a indirizzarle la presente.

Me ne porgono occasione le idee, da Lei brillantemente svolte nel recente fasc. IV dell'*Archivio Fascista di Medicina Politica*. Nell'illustrare l'art. 2 della «Carta del lavoro», Ella ha ampiamente svolto il postulato che ogni cittadino ha l'«obbligo» del lavoro, non semplicemente il diritto.

C'incontriamo nelle idee, perchè, come ho ricordato in un articolo pubblicato sull'identico fasc. IV dell'*Archivio*, da tempo ho prospettato che ogni cittadino ha l'obbligo (anche qui, non soltanto il diritto) di una visita medica, per una sola volta in ogni anno, per ordine dello Stato e per il tramite dei funzionari sanitari, dipendenti dalle Autorità, che rappresentano lo Stato: o medico condotto o ufficiale sanitario o medico del lavoro ecc., secondo le città singole. Visita del medico, la quale, per rispondere degnamente allo scopo, va esplicata con il massimo rigore e con il documento permanentemente controllabile della carta o scheda biografica, redatta dal medico come risultato della visita annuale. Questa visita tra le altre conseguenze pratiche varrà a definire in ogni individuo la sufficienza lavorativa e le attitudini qualitative di lavoro, inerenti al sesso, alla età, alla costituzione personale.

La mia proposta viene a dare l'indispensabile sostrato dell'opera sanitaria per il fine che ogni cittadino con forme qualitativamente diverse e con gradazioni varie soddisfi a quell'«obbligo del lavoro» su cui Ella così autorevolmente insiste. Il medico «individualizza» quell'obbligo.

Troppa roba a cuocere in padella! Proposte troppo radicali! Quanti medici saranno necessari per attuare tutto ciò? Quante saranno le spese! Non è difficile che queste ed analoghe obbiezioni saranno mosse tanto a Lei quanto a me. Si parlerà persino di utopia.

Sono sicuro che Ella, come me, accoglierà con piacere obbiezioni siffatte, quando le vedrà mosse da finalità elevate e animate dalla nobile buona fede di discutere, contrapponendo idea a idea, proposta a proposta.

Il caso sarà tutt'altro, quando si tratterà di verdi biscie, abituate a cogliere qualsiasi occasione per schizzare veleno. Tutti e due le lasceremo convellersi nel fango degli acquitrini e passeremo oltre.

Con questi sensi di colleganza nel bene, mi è grato salutarla distintamente.

ANDREA FERRANNINI

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

Chiusura dei Corsi alla Scuola Convitto della Croce Rossa Italiana.

Sabato 2 luglio alla Scuola Convitto per le Infermiere della Croce Rossa Italiana ha avuto luogo la consegna dei diplomi alle allieve che dopo due anni di corso e di pratica nelle cliniche medica e chirurgica del Policlinico hanno superato gli esami ed ottenuta l'abilitazione professionale. Oltre a ciò furono consegnati alle Assistenti Sanitarie i diplomi supplementari del corso della Cassa Nazionale Assicurazioni e del corso di Puericultura dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Furono inoltre consegnati i diplomi di grado superiore alle Infermiere Volontarie dell'Associazione.

Consegnando gli attestati il Regio Commissario della C. R. I. Gr. Uff. Dott. Piomarta rivolse alle diplomate opportune parole, rilevando l'importanza della missione della donna infermiera e come questo movimento in Italia sia avvenuto per merito sopratutto di S. M. la Regina e di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, animatrici, in guerra e in pace, dell'assistenza e del soccorso ai feriti ed agli infermi.

Ricordò altresì l'opera diuturna della Marchesa di Targiani, Delegata Generale e di tante altre gentili donne che con lei lavorano e lottano. Chiuse invitando le infermiere ad elevare lo spirito, nelle ore di dubbio e di sconforto, verso le alte figure femminili che della pietà e del soccorso furono l'esempio.

Così le Scuole della Croce Rossa provvedono a formare le tre categorie di Infermiere:

1) *Infermiere ospedaliere* che a norma del Decreto Legge 15 agosto 1925 conseguono il diploma dopo due anni di scuola convitto studiando e facendo pratica nelle Cliniche Universitarie.

2) *Assistenti sanitarie* che, con un 3° anno di specializzazione vengono abilitate all'assistenza sanitaria igienico-sociale.

3) *Infermiere volontarie* che seguono un'antica tradizione frequentano corsi esterni di due anni per essere pronte a dedicare la propria attività a pro delle opere assistenziali dell'Associazione in tempo di pace ed in occasione di pubbliche calamità.

La C. R. I. persegue nel suo alto compito umanitario, svolgendo magnificamente il problema dell'assistenza femminile sanitaria e sociale. Le sue scuole che cominciano ad istituirsi presso le principali Università del Regno raccolgono il prezioso contributo di eminenti clinici e di esperti nel campo assistenziale. L'insegnamento pur mantenendosi nei limiti delle esigenze professionali è inquadrato e coordinato con una larga esperienza pratica e tecnica; tutto inspirato ad un senso di umanità e di civiltà da formare, della donna italiana, il tipo ideale dell'infermiera.

Assistevano alla cerimonia: il Prefetto conte d'Ancora, il Direttore

Digitized by Google

Generale della C. R. Prof. Baduel, la Delegata per le infermiere Marchesa di Targiani, il R. Provveditore agli Studi Conte Salimei, il Prof. Ascoli, il Prof. Dalla Vedova, il Prof. Collina delegato della Sanità Pubblica, il Col. Ricci delegato della Sanità Militare, il Prof. Longa e Giannini della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, il Prof. d'Ormea dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, il Prof. Pastore del Governatorato, il Prof. Signorelli, il Prof. Sabatini, il Prof. Brancati, la Presidente del Comitato Ass. San. Duchessa Cita, con la Direttrice della Scuola Signorina Leonesi e con la Segretaria Signorina Torti, le Ispettrici della Scuola Convitto Signora Dalla Vedova e Signorina Pilastrini, l'Ispettrice delle Infermiere Volontarie e Signorina Gargiolli e la Direttrice della Scuola Convitto della C. R. I. Marchesa Stagno di Soreto.

NOTIZIE

Nomine e Onorificenze. — Il prof. Cesare Agostini, da oltre trenta anni docente nella Università di Perugia, è stato recentemente nominato professore di ruolo stabile della Clinica delle malattie mentali e nervose della stessa Università di Perugia, ai sensi della 2ª parte dell'art. 17 del Decreto sull'ordinamento universitario.

XVI Congresso Stomatologico Italiano. — Il XVI Congresso Stomatologico Italiano promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana avrà luogo a Milano dal 17 al 20 settembhe p. v. Esso sarà particolarmente solenne poichè quest'anno ricorre il XXV annuale della fondazione di tale sodalizio e del suo organo ufficiale «La Stomatologia».

Al Congresso interverranno stomatologi ungheresi, francesi e svizzeri.

Sono all'ordine del giorno una relazione del Prof. Cesare Cavina dell'Università di Bologna sul tema «Ascessi e flemmoni di origine dentaria», e due temi di libera discussione, uno sulla «Cura dei canali radicolari» e l'altro «Sui materiali e strumenti preferiti». Si annunciano già parecchie comunicazioni fra le quali quelle del Prof. Giuseppe Cavallaro dell'Università di Firenze «Sul comportamento della carie del terzo molare superiore»; dell'On. Prof. Amedeo Perna dell'Università di Bari sulle «Terminazioni nervose nel dente sano e in quello ammalato»; del Dott. Umberto Saraval di Venezia sulla «Ricerca della colesterina e del calcio nel sangue di individui con carie dentaria»; ecc.

Il programma dei festeggiamenti comprende una gita sul Lago di Como e la visita alla Certosa di Pavia.

Oltre ai soci della Federazione Stomatologica Italiana possono partecipare al Congresso i medici e gli odontoiatri italiani e stranieri, i quali avendo fatta domanda alla presidenza della F. S. I., siano stati da questa accettati. Le domande devono essere rivolte al Presidente di detto sodalizio Dott. Spiro di Mento, Via D'Azeglio 34, Bologna 129, non più tardi del 31 agosto p. v.

La tassa di iscrizione è di lire trenta per i soci della Federazione e di lire settanta per i non soci. Potranno iscriversi al congresso anche i membri delle famiglie dei soci colla tassa individuale di lire quindici per le famiglie dei soci e di lire trentacinque per quelle dei non soci.

Oltre ai problemi d'indole scientifica, tecnica e d'ordine sociale, nelle sedute del congresso si tratteranno anche importanti argomenti d'indole professionale, specialmente in rapporto alle nuove leggi sanitarie, di cui alcune interessano assai da vicino la classe dei stomatoiatri.

Onoranze al prof. Barduzzi. — Il 5 agosto p. v. il prof. Domenico Barduzzi, emerito dell'Università di Siena, entra nel suo 80° anno di vita. In tale occasione a Bagni di S. Giuliano, delle cui Terme il prof. Barduzzi è direttore sanitario, gli saranno rese solenni onoranze col conferimento della cittadinanza onoraria di S. Giuliano, e colla presentazione di un album e di una medaglia ed un volume commemorativi. Le onoranze acquisteranno maggiore interesse, riunendosi nello stesso giorno in Bagni di S. Giuliano il convegno del Comitato idrologico dell'Italia centrale, del quale il prof. Barduzzi è presidente. Le predette onoranze si svolgeranno sotto la Presidenza onoraria del Ministro della P. I., on. Fedele.

Inaugurazione di un ricordo marmoreo al prof. Calderini. E' stato inaugurato a Varallo Sesia, con l'intervento di S. A. R. il Duca di Pistoia e di molte altre autorità politiche e mediche, un monumento di marmo, opera di Gaetano Orsolini, in memoria del concittadino prof. Giovanni Calderini, illustre ostetrico e ginecologo alla Università di Parma, prima, di Bologna, poi. Per l'occasione, pronunziò un applaudito discorso il sen. prof. Mangiagalli.

Certificato prematrimoniale in Francia e a Buenos Aires. — La Commissione per la Profilassi delle Malattie veneree presso il Ministero francese del lavoro e dell'igiene ha preso in esame un disegno di legge relativo all'esame medico prematrimoniale, disegno compilato dal prof. A. Pinard, e lo ha approvato ad unanimità. Ha inoltre emesso il voto che detto disegno di legge sia al più presto approvato dalle due Camere.

Anche al Consiglio Comunale di Buenos Ayres è stata presentata la proposta per la istituzione di un consultorio destinato ad esaminare le persone di ambo i sessi, le quali domandino spontaneamente un certificato sanitario prima del matrimonio. Gli esami e gli altri mezzi di indagine di questo Consultorio saranno completamente gratuiti.

Costituzione della Sezione provinciale di Torino della Lega Centrale Italiana per la lotta contro il Cancro. — Si è costituita, il mese scorso, la Sezione per la Provincia di Torino della Lega Centrale Italiana per la lotta contro il Cancro. Il Consiglio direttivo è risultato così costituito: Prof. Sen. Pescarolo, presidente; Prof. Micheli, Donati, Morpurgo, Bertolotti, Uffreduzzi, Bobbio; Generale medico Morino, Rolandi, consiglieri.

La Sezione ha già al suo attivo un ambulatorio pubblico, personalmente diretto dal prof. Pescarolo e si propone di dare maggiore impulso, con l'adesione alla Lega Centrale, al Centro ospitaliero per lo studio, la diagnosi e la cura del cancro.

Provvedimenti a favore degli odontotecnici concessionati delle nuove Provincie del Regno. — Con Legge n. 1187, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 164, 18 luglio 1297, è stato disposto che i cittadini italiani delle nuove Provincie del Regno, che siano in possesso di concessioni per l'esercizio della Odontotecnica e che abbiano esercitato la loro professione nel territorio delle Provincie stesse, potranno, quantunque sprovvisti di laurea in medicina e chirurgia, essere autorizzati, entro un anno dalla pubblicazione della presente legge, all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria. L'autorizzazione sarà concessa in seguito ad una prova di esame da sostenersi innanzi ad apposita Commissione, secondo norme da stabilirsi. La tassa di diploma fissata per l'autorizzazione suddetta sarà di L. 300.

Incoraggiamento del Governo per una Iconografia micologica. — In seguito al vivo interessamento spiegato dal prefetto di Trento, on. Vaccari, il Ministero della P. I. ha conferito all'abate Bresadola la somma di L. 50,000, quale riconoscimento dei suoi altissimi meriti scientifici. Monsignor Bresadola ha gradito assai il munifico dono col quale finanzierà la sua poderosa opera «Iconographia micologica», di cui sono già usciti i primi due fascicoli.

Dispensario per lattanti a Cuneo. — La città di Cuneo che pure ha numerosi Istituti e Ospizi per l'educazione della fanciullezza, mancava di un'Opera che provvedesse all'assistenza dell'infanzia, ispirata a quei principii moderni di igiene sociale, quali sono ora adottati in altre provincie.

A colmare tale lacuna il locale Medico Provinciale, ha proposto in seno alla Giunta del Consorzio Provinciale Antitubercolare l'istituzione di un Dispensario per lattanti.

L'iniziativa ha avuto buon esito e dell'impianto di tale nuovo Istituto fu incaricato il dott. Mirone, Ufficiale Sanitario: ora esso può funzionare, mercè l'appoggio dell'Opera Nazionale e colla elargizione di generosi sussidii, mentre l'Amministrazione dell'Ospedale di Santa Croce ha concesso l'uso di opportuni locali dell'Ospedaletto Infantile «Regina Elena».

Per i corsi di puericultura. — Il Regio Commissario straordinario per l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, on. Blanc, ha raccomandato a tutti i Podestà del Regno che vogliano facilitare l'iscrizione dei medici condotti dipendenti ai corsi di perfezionamento in puericultura, che saranno tenuti nei mesi estivi in molte città.

XXXVI Congresso francese di chirurgia. — Si terrà a Parigi, presso la Facoltà di medecina, dal 3 all'8 ottobre 1927, sotto la presidenza del prof. P. Bégouin (Bordeaux). I temi di relazione ufficiale sono: 1. «Il drenaggio in chirurgia addominale» (relatori: Cadenat, di Parigi, e Patel, di Lione). 2. «Peritoniti ed epiploiti croniche» (relatori: Lardennois di Parigi, e Silhol, di Marsiglia). 3. «Indicazioni e risultati della simpatectomia periarteriosa nella chirurgia degli arti» (relatori: Leriche, di Strasburgo, e Robineau, di Parigi).

Per informazioni e adesioni rivolgersi al Segretario generale del Congresso, 12, rue de la Seine, Paris (VI).

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 1 Agosto 1927 — N. 31

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI GENOVA
diretto dal prof. G. TUSINI

DILATAZIONE IDIOPATICA E STENOSI CONGENITA DELL' ESOFAGO

per il dott. CESARE IMPERIALE
Maggiore Medico - Assistente

Ho avuto occasione di osservare recentemente due casi non comuni di malattie dell'esofago.

Si tratta di forme morbose ben distinte ma che sono riavvicinabili sia per l'analogia dei sintomi, sia per l'analogia del trattamento terapeutico.

Riferisco le storie cliniche degli infermi:

Caso I. F. S. di anni 67, da Rossano (Cosenza), oste.

Nulla di rimarchevole nell'anamnesi famigliare. Quanto all'anamnesi personale il paziente ha sofferto di vaiuoloide a 9 anni, di angina difterica a 10; di ulceri multiple complicate da adenite inguinale suppurata a 20 anni, essendo soldato. Emigrò — dopo il servizio militare — in Argentina, ove, all'età di 26 anni, prese moglie. Ebbe dal matrimonio nove figli che vivono e stanno bene.

L'attuale malattia si sarebbe iniziata in modo acuto circa vent'anni or sono. Racconta il paziente che verso quell'epoca, essendo dovuto rimanere tutta una giornata esposto alla pioggia e ad un freddo assai intenso (si recava a cavallo ad un paese molto lontano da quello della sua residenza) e trovandosi la sera tutto intirizzito bevve, per rifocillarsi, un litro di latte ben tiepido al quale aveva mescolato una certa quantità di cognac.

Notò qualche difficoltà a trangugiare il liquido poichè aveva la sensazione che «la gola fosse serrata», inoltre — dopo circa un'ora dall'ingestione di esso — fu colto da senso di peso all'epigastrio, dolenzia retrosternale, eruttazioni, indi ebbe ripetutamente, vomito. Da allora cominciò ad aver vomito, a breve distanza dall'ingestione dei cibi, specie se questi erano liquidi. I vomiti non erano preceduti da senso di nausea e meno frequenti in qualche periodo, durante il quale l'infermo fruiva di un relativo benessere, diventavano altra volta frequentissimi, tanto che l'infermo finiva allora per rimettere quasi completamente gli alimenti ingeriti. La deglutizione era talora alquanto difficile; ma non si ebbero mai dolori addominali di qualche intensità. Frattanto il paziente cominciò ad essere afflitto anche da stipsi ostinata ed a notare progressivo decadimento delle forze e dello stato di nutrizione.

Si sottopose lungamente a cure svariate senza ritrarne alcun sostanziale giovamento, potè tuttavia continuare ad attendere alle sue abituali occupazioni sino a non molto tempo fa. Ma essendo ultimamente peggiorate le sue condizioni, decise di rimpatriare e, — non appena sbarcato — ricoverò nella nostra Clinica.

Esame obbiettivo. Individuo di regolare costituzione, estremamente deperito; il pannicolo adiposo è pressochè scomparso, la cute si lascia sollevare in larghe pliche, le mucose sono pallide, il peso di 46 Kg.

La reazione di Wassermann dà reperto negativo; l'esame delle urine rivela la presenza di albumina in tracce.

L'infermo è soggetto facilmente eccitabile, facile al pianto ed alla verbigerazione, con riflessi superficiali e profondi vivaci, riflesso di Dagnini-Ashner positivo, dermografismo spiccato.

L'esame del torace fa rilevare che alla base, posteriormente, in corrispondenza della regione paravertebrale, esiste netta ottusità con attenuazione del fremito vocale-tattile e del mormorio vescicolare.

Sul restante ambito polmonare si ascoltano sibili sparsi.

L'esame dell'apparato cardio-vascolare dà le note di una marcata arterio-sclerosi.

L'esame dell'apparato digerente fa rilevare: lingua fortemente impatinata, alito fetido; lo stomaco giunge col limite inferiore a due dita trasverse al di sotto della ombelicale circolare: l'addome è alquanto tumido, trattabile, indolente; il fegato e la milza si riscontrano nei limiti normali.

Introdotta nell'esofago una sonda, refluiscono lungo di essa oltre 600 cc. di un liquido poltiglioso, biancastro, costituito da residui alimentari non digeriti, commisti a muco ed a saliva. La sonda si arresta, a 45 cm. dall'arcata dentaria, nè si riesce a farla pervenire nello stomaco. L'esame chimico del liquido estratto dimostra presenza di acido lattico, assenza di peptone e di HCl libero.

L'infermo rifiuta l'esame esofagoscopico.

Esame radiologico. L'indagine radioscopica permette di individuare l'esofago dilatato anche prima di somministrare i sali di bario.

Infatti già all'esame radioscopico del torace si nota un abnorme ingrandimento di tutta l'ombra mediastinica verso destra, mentre che a sinistra il cuore si proietta in sede normale. Nella posizione dello scher

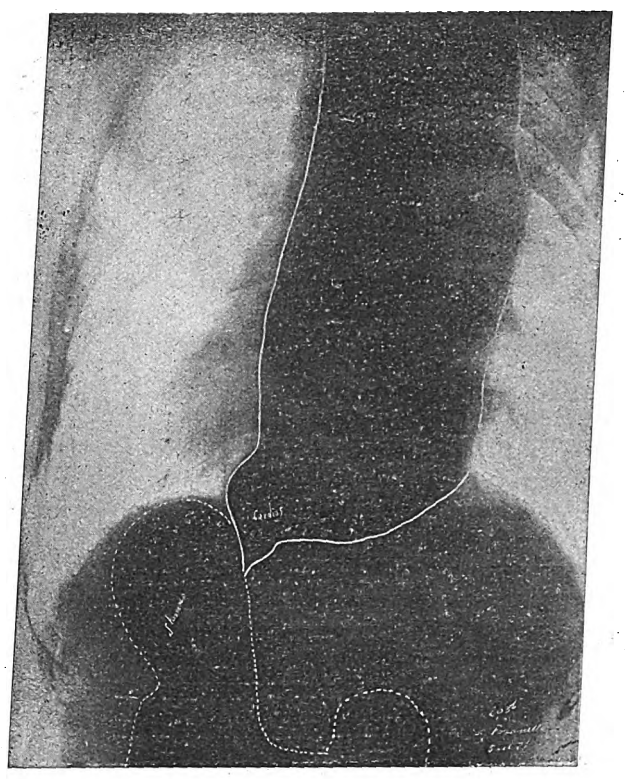


Fig. 1.

midore lo spazio chiaro retrocardiaco è ridotto ad una sottile striatura prevertebrale.

Somministrando una soluzione di acqua baritata si rende evidente una cospicua dilatazione sopracardiale dell'esofago, evidentemente già ripieno di ingesti. Non si rilevano contrazioni peristaltiche dell'esofago, il quale appare del tutto inerte. Il cuore trasmette i suoi movimenti alla massa liquida.

Si saggia il riflesso oculo-esofageo senza che esso valga a determinare lo svuotamento dello stomaco. Positivo risulta invece il riflesso oculo-cardiaco. Anche invitando l'infermo a compiere profonde inspirazioni (manovra diaframmatica) ed a deglutire a vuoto non si hanno modificazioni della colonna liquida. Uguale risultato si ottiene mettendo in opera la prova del bicchier d'acqua.

Anche l'iniezione sottocutanea di spasmalgina non dimostra alcuna efficacia.

Si pratica l'esame radiografico il quale precisa trattarsi di una dilatazione di tutto l'esofago che misura un diametro variante fra i 12 ed i 13 cm. sulla lastra. I contorni ne sono sinuosi, la trasparenza non uniforme. Il riempimento non si ottiene che con circa 450 gr. di pappa di Rieder.

Lo svuotamento si è protratto rispettivamente 6 ed 8 ore nei due esami praticati; esso non è però mai completo, perchè una certa quantità di bario rimane sempre a tappezzare la sacca esofagea.

Digitized by Google

Lo stomaco si presenta piccolo, con fondo abbassato a livello delle spine iliache anteriori-inferiori e piloro all'altezza del 3° corpo vertebrale lombare. La peristalsi è pronta, evidente, policiclica. Si ha iniezione spontanea del bulbo duodenale, rapido passaggio nel tenue.

Lo svuotamento gastrico non sembra di per sè ritardato.

Anche adoperando le più sottili sonde esofagee non si riesce ad attraversare il cardias e penetrare nello stomaco.

Fig. 2.

Per questa ragione e date anche le condizioni generali viene proposta all'infermo la gastrostomia allo scopo di migliorarne l'alimentazione, proponendoci poi di eseguire eventualmente la dilatazione retrograda del cardias.

Ma l'infermo rifiuta di sottoporsi all'intervento chirurgico e chiede di essere dimesso.

Caso II. G. A. di anni 9, nato e residente a Genova.

Il padre è morto a 42 anni di cardiopatia. Era fuochista marittimo di professione. La madre ebbe 5 figli ed un aborto in 3° mese, in seguito alla prima gravidanza.

Il paziente nacque a termine dopo gravidanza normale, ebbe allattamento materno, iniziò la prima dentizione a 10 mesi e la deambulazione ad un anno.

Sino dai primi mesi di vita, la madre aveva notato che il bambino, dopo ogni poppata, emetteva dalla bocca una notevole quantità di saliva, ma non osservò mai dei veri vomiti. Tali vomiti si resero manifesti verso il decimo mese allorchè il paziente cominciò ad essere alimentato con dieta semisolida (piccole pappe). Il vomito insorgeva sia durante il pasto che alla fine di esso, e buona parte delle sostanze ingerite venivano rigettate.

Questa sintomatologia si mantenne da allora invariata ed anche ora è presente, ma in modo saltuario. L'infermo deve essere alimentato con dieta prevalentemente liquida perchè le sostanze semisolide provocano con estrema facilità l'insorgere del vomito.

Esame obbiettivo. Soggetto di regolare costituzione, ma con sviluppo deficiente in rapporto all'età; lo stato di nutrizione è scadente, il peso di Kg. 15. L'esame degli organi ed apparati viscerali dà reperto negativo. Riflesso oculo-cardiaco positivo (110-85).

All'esame radiologico dell'apparato digerente si nota come l'esofago presenti un calibro maggiore circa del quadruplo del normale sino all'altezza della 8ª vertebra toracica; a questa altezza all'ombra esofagea fa seguito un sottile canale opaco di circa 4 cm. di lunghezza attraverso il quale la pappa passa in piccola parte nello stomaco. Lo stesso reperto si ha in quattro pasti somministrati in giorni diversi; alcuna volta però la strettura appare meno pronunziata ed il passaggio del bario avviene in modo alquanto più copioso e più rapido.

Lo stomaco è lievemente ectasico. Il passaggio pilorico è scarsissimo; quando, con varie manovre lo si ottiene, si dimostra una stenosi regolare della regione antrale iuxta-pilorica, ed un bulbo duodenale di piccole dimensioni, a forma olivare, senza deformazioni, svuotantesi rapidamente. Nulla di notevole nel tenue e nel crasso.

Trattamento. Si inizia la dilatazione graduale dell'esofago con la sonda conica n. 15.

Dopo un mese di cura è possibile introdurre nello stomaco la sonda n. 29.

L'infermo ha rapido vantaggio dal trattamento; lo stato di nutrizione migliora; il ristagno degli alimenti nella sacca esofagea ed il vomito sono pressochè scomparsi. Il peso è attualmente di Kg. 20.

L'unico inconveniente notato durante le dilatazioni è costituito da un dolore a tipo costrittivo che l'infermo riferisce alla parte alta dell'addome e che insorge allorchè vengono introdotte le sonde di calibro maggiore.

Considerazioni cliniche. — Nel 1° caso si tratta evidentemente di una forma di dilatazione idiopatica dell'esofago. La brusca comparsa dei disturbi, la loro intermittenza, la loro antica data, la mancanza di crisi dolorifiche, il comportamento dell'esame radiologico, sono nettamente caratteristici.

Ma anche prescindendo dall'esame radiologico il quale è decisivo per la diagnosi, noi vediamo che a null'altro noi potremmo pensare per spiegare la sintomatologia ed i fatti clinici riscontrati nel paziente. Non ad una dilatazione consecutiva a restringimenti cicatriziali: l'anamnesi non rivela alcuna causa alla quale possano imputarsi cicatrici, inoltre le dilatazioni sovrastanti a stenosi cicatriziali sono poco accentuate e non si hanno periodi di remissione nella sintomatologia.

(Nel nostro infermo però, data l'antichità del processo e la intensa esofagite che da tanto tempo lo accompagna, è logico ammettere che la stenosi da spastica possa essere andata gradatamente diventando stenosi organica, trasformandosi così da temporanea in pressochè permanente. E questo spiega la maggior gravezza dei fatti morbosi che il paziente ha da ultimo presentati).

Non è possibile ammettere un carcinoma dell'esofago. L'evoluzione di questo è rapidamente progressiva, ed anche la dilatazione sovrastante al restringimento neoplastico è poco marcata. È ben vero che la dilatazione idiopatica dell'esofago costituisce un buon terreno per lo sviluppo della neoplasia (Guisez) e casi di questo genere sono stati descritti anche in Italia (Giardina), ma nel nostro infermo non abbiamo attualmente dati per poterlo ammettere.

Nè è da pensare — nel caso nostro — che la dilatazione possa esser legata a restringimento per ulcera peptica dell'esofago o del cardias, perchè non vi furono emorragie pregresse,

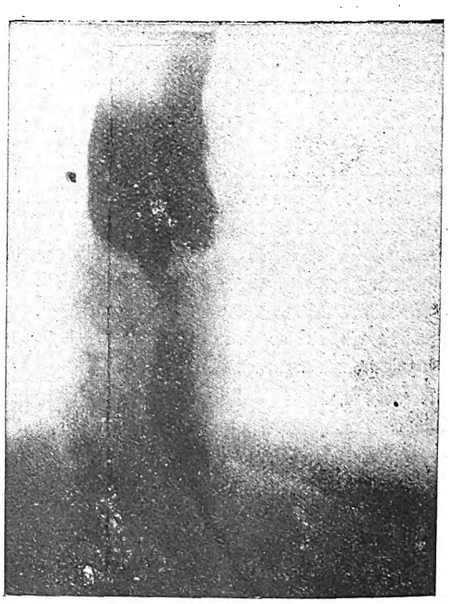


Fig. 3.

nè mai si presentarono crisi dolorifiche in rapporto con la ingestione dei pasti.

E facilmente escluderemo i restringimenti per processi tubercolari pensando alla loro rarità, e dato anche il fatto che non coesiste — nel paziente in esame — alcun segno di malattia tubercolare.

Anche la stenosi pilorica — che potrebbe con più facilità

Digitized by Google

prestarsi a confusione — viene differenziata, oltrechè per i diversi reperti radiografici, per il modo di presentarsi dei vomiti e la diversità dei loro caratteri chimici.

Siamo quindi di fronte ad una dilatazione idiopatica o primitiva dell'esofago, forma morbosa che altri ha chiamato dilatazione paralitica (Stark), dilatazione fusiforme (Luschka), cardiospasmo (Miculicz), dilatazione cardiospastica (Strauss), megaesofago (Bard).

Non conto di riprendere l'argomento di questa malattia che — nella nostra clinica — è stato già trattato diligentissimamente ed esaurientemente da Agrifoglio.

Ma, sintetizzando, ricorderò che questa singolare forma morbosa, osservata dapprima assai raramente come constatazione clinica, più spesso come reperto di autopsia, cominciò ad essere più facilmente riconosciuta dopo l'introduzione dell'uso dell'esofagoscopio (Rosenhein, 1893).

L'applicazione poi della radioscopia alla indagine chirurgica (1897) ne ha permesso la diagnosi precisa e lo studio più accurato, ed ha posto anche in rilievo come essa si presenti in più frequente misura di quanto non fosse sin qui sospettato.

Guisez ritiene infatti che — nella patologia dell'esofago — essa corrisponda in frequenza alla proporzione 1:6, mentre il carcinoma vi è rappresentato da un numero alquanto superiore alla metà. I casi descritti in Italia non sono molto numerosi: poco più di trenta. Ma essi vanno rapidamente crescendo di numero e radiologi e clinici nostri (Bertolotti, Parola, Alessandrini, Busi, Taddei, Pennato, Giardina, ecc.) hanno già portato all'argomento assai rimarchevoli contributi.

All'estero la malattia conta una copiosa letteratura: in Germania Miculicz, Neumann, Starck, Kraus ecc., in America Max Einhorn, in Francia Gross e Sencert, Bensaude, Rivet, Guisez, Bard, ecc., la hanno fatta oggetto di svariate pubblicazioni. Molto discussa ne è la patogenesi la quale è tuttora lontana dall'esser ben chiarita: teorie ed ipotesi in numero notevole sono state formulate per spiegare il determinarsi della malattia: ma se ciascuna di queste vale a dare di un caso o di un gruppo di casi una spiegazione sufficientemente logica, male si attaglia a molti altri, onde si potrebbe pensare che il Megaesofago costituisca piuttosto una sindrome che una entità morbosa ben definita.

Una delle più antiche ipotesi: che l'atonia dell'esofago sia la causa primitiva della dilatazione di esso e che il cardiospasmo insorga come fatto secondario legato a lesioni irritative della mucosa — dovuta a Rosenhein e sostenuta poi anche da Zenker e Ziemsenn — è attualmente caduta in discredito.

Contraddicono ad essa il fatto delle vivaci contrazioni riscontrate spesso all'esame radioscopico in esofagi dilatati e la costante ipertrofia delle pareti constatata sul cadavere.

Nel mio caso veramente non si apprezzavano contrazioni peristaltiche dell'esofago, forse perchè le lesioni erano in uno stadio estremamente avanzato. Bartolotti del resto in tutte le grandi dilatazioni dell'esofago non ha mai visto traccia di onde peristaltiche.

Oggi incontrano maggior favore:

1° la teoria che ammette come determinante della dilatazione uno spasmo;

2° la teoria della malformazione congenita;

3° la teoria neurogena.

Secondo molti autori causa della malattia sarebbe uno spasmo. Spasmo che una gran parte di essi (Cruveilhier, Meltzer ecc.) vuole localizzato al cardias, od alla porzione sottodiaframmatica dell'esofago (Guisez) la quale secondo le più moderne vedute degli anatomici funzionerebbe da cardias, costituendo il canale cardiaco.

E Guisez così spiega il succedersi dei fatti morbosi: Per effetto del cardiospasmo gli alimenti sono obbligati a ristagnare nell'esofago. Le pareti esofagee si contraggono per determinarne la progressione, donde ipertrofia muscolare di esse in un primo tempo, atrofia in un tempo successivo.

Frattanto l'esofagite che si è determinata per il fatto degli alimenti ristagnanti e fermentanti nell'esofago vale a mantenere ed a rendere permanente il cardiospasmo.

Secondo altri autori (Hill) lo spasmo non risiederebbe in corrispondenza del cardias o del canale cardiaco, bensì in corrispondenza delle fibre muscolari diaframmatiche, dalle quali — all'altezza dell'hiatus — l'esofago è ravvolto (diaframma frenico-esofageo di Jonnesco).

Non si tratterebbe cioè di cardiospasmo, ma di frenospasmo. Di questa opinione è da noi il Taddei il quale ammette che l'alterazione delle fibre di Jonnesco possa ad un dato momento determinare la formazione nel lume dell'esofago di una valvola mucosa (considerata peraltro da Caballero normale) al di sopra della quale viene ad aversi ristagno di cibo e da cui prende origine la successiva dilatazione dell'esofago (megaesofago primitivo soprafrenico).

Secondo Fleiner infine lo spasmo sarebbe sottocardiaco ed interesserebbe precisamente le fibre muscolari della piccola curvatura dello stomaco, in corrispondenza del solco gastrico.

***

La teoria della malformazione congenita dell'esofago fu sostenuta per il primo da Bard. Egli ammette che possa aversi un gigantismo esofageo nello stesso modo come è stato riscontrato poter avvenire per altri visceri (colon, retto, vescica). Oltre alle ragioni di analogia militano in suo favore il fatto che, sullo stesso paziente, è stata riscontrata concomitanza di megaesofago con megacolon (Helm, Samaia, Pennato), con megavescica (Bard); inoltre la relativa frequenza del megaesofago nel bambino.

Questa teoria però non spiega bene la intermittenza della disfagia e l'apparizione talora tardiva dei disturbi. Bisogna ammettere che nei portatori di megaesofago l'affezione possa rimanere latente sino ad un dato momento in cui, per cause che ci sfuggono spesso, ma che possono essere talora apprezzabili (traumi, emozioni ecc.) viene ad aversi una turba nervosa che altera il funzionamento del sistema vegetativo.

***

Si viene cioè alla teoria neurogena che ha pur essa molti sostenitori.

Già Kraus che — in un caso personale — aveva trovato atrofia dei due tronchi del pneumogatrico, ritenne che la paralisi di questo nervo possa indurre i fatti di atonia ed il cardiospasmo.

Ma reperti di autopsia e dati sperimentali hanno contraddetta questa ipotesi.

Assai più quotata è la teoria la quale — partendo dal presupposto — ammesso dai fisiologi — che il pneumogastrico presiede alla chiusura del cardias — mentre il simpatico ne determina l'apertura — vede nel prevalere della funzione di uno di questi nervi, e quindi nell'alterato funzionamento del sistema vegetativo la causa del cardiospasmo, e, conseguentemente, dell'atonia e della dilatazione dell'esofago. Così pensano Kiembold, Kauffman, Heysrowsky, Thieding, Bartolotti, ecc.

Anche Agrifoglio che nei suoi soggetti ha trovato segni di stato neuropatico, due volte in senso vagotonico, una volta in senso simpaticotonico, accede a questo modo di vedere.

È indubbio che l'influenza della alterazione nervosa nel determinarsi della sindrome disfagica appare evidente in un certo numero di casi. Così nel caso di Claude e Cantraine nel quale la disfagia appare contemporaneamente alla lesione conclamata del simpatico cervicale per fulminazione elettrica (emiatrofia facciale, sindrome oculo-simpatica).

E Bartolotti vede comparire la sindrome disfagica in seguito ad ascesso profondo della regione cervicale destra che può aver determinato con molta verisimiglianza, lesioni irritative del vago.

Anche nel caso mio lo squilibrio vago-simpatico può essere chiamato in causa. Si tratta di un soggetto con tare neuropatiche in senso vagotonico nel quale il cardiospasmo e la dilatazione esofagea si sono rese manifeste improvvisamente in seguito ad un intenso strapazzo e ad una prolungata perfrigerazione.

Come già urti (Hanney) e traumi psichici (Thieding) sono stati ammessi come punto di partenza della malattia così non è inverosimile che lo strapazzo e la perfrigerazione in un soggetto neuropatico siano state le cause della turba nervosa che ha agito sul circuito d'innervazione motrice dell'esofago.

***

La diagnosi è resa facile dall'esame radiologico il quale dà un reperto caratteristico.

La pappa opaca disegna la forma dell'esofago il quale ap-

Digitized by Google

pare dilatato nelle porzioni cervicale e toracica, assume un aspetto cilindrico o fusiforme.

L'estremo inferiore di solito si mostra assottigliato ed affilato.

I comuni mezzi semeiologici — specie la percussione e l'ascoltazione — possono far rilevare segni apprezzabili della malattia.

Così — anche nel mio caso — esisteva ottusità paravertebrale destra, con attenuazione del fremito vocale-tattile e del mormorio vescicolare. Per questa ottusità il megaesofago potè talvolta essere confuso con una pleurite mediastinica.

L'ascoltazione — praticata mentre l'infermo beve — dimostra in qualche caso, alterazioni del secondo rumore di deglutizione il quale può essere soppresso od ascoltarsi ritardato e raddoppiato.

Il cateterismo esploratore ci permetterà di apprezzare la dilatazione e l'allungamento dell'esofago. Lo spasmo può talvolta cedere bruscamente sotto l'azione della sonda; quando esista però una dilatazione molto notevole, la sonda urta contro il bassofondo di essa e difficilmente raggiunge lo stomaco.

Dati importanti fornisce l'esame chimico del contenuto della sacca esofagea. Infatti può riscontrarsi in esso la presenza di acido lattico, ma non esiste acido cloridrico libero, sintonine o peptoni come nel contenuto gastrico.

***

La prognosi lontana della malattia è sempre riservata per quanto essa possa permettere una lunga sopravvivenza. Nel caso nostro la dilatazione si era rivelata da circa vent'anni. Ma — più o meno lentamente — questi ammalati vanno incontro all'anemia ed alla denutrizione che — oltre a renderli più recettivi a contrarre malattie acute e forme tubercolari — possono determinarne la morte per cachessia.

Anche il carcinoma insorge con rimarchevole frequenza su questo terreno. Possono aversi inoltre complicanze tossi-infettive delle parti viciniori come mediastiniti suppurate od aortiti da propagazione.

***

La cura si propone di ristabilire la permeabilità dell'esofago nel punto in cui essa è venuta a mancare.

Nel caso nostro essendo l'infermo cachettico e non potendosi in altro modo provvedere ad una alimentazione sufficiente vi era l'indicazione della gastrostomia come intervento palliativo, che — in un secondo tempo — avrebbe potuto servire come punto di partenza di una dilatazione retrograda progressiva.

Il mezzo più semplice per vincere gli ostacoli esofagei è la dilatazione del canale attraverso le vie naturali. Agrifoglio nei suoi tre casi ha eseguito la dilatazione graduale progressiva a mezzo di sonde coniche semirigide. I pazienti sono rapidamente migliorati e si conservano tuttora in ottime condizioni.

Altri chirurghi invece delle sonde coniche danno la preferenza alla sonda molle di Inurrigaro che può essere resa rigida riempiendola di pallini o di Hg metallico.

Guisez preconizza l'impiego di sonde plurime. Esegue il trattamento sotto controllo esofagoscopico e previa anestesia locale cocainica. Sulla guida di una piccola sonda conduttrice viene introdotta una sonda di maggior calibro che dilata trasversalmente l'esofago ristretto. In sedute successive viene aumentata gradatamente la grossezza delle sonde e la durata dell'applicazione.

Da altri ancora si preferisce la dilatazione brusca praticata sia con sonde rigide munite di pallone insufflabile (Gottstein), sia con speciali divulsori meccanici (Einhorn-Stark).

L'azione di questi ultimi è certamente più pronta ed efficace; ma anche più pericolosa; sono specialmente da temersi l'edema della parete, il flemmone diffuso periesofageo, l'emorragia da ulcerazione.

Oltre a questi mezzi incruenti, numerosi interventi chirurgici sono stati proposti ed eseguiti, parecchi di essi però sono di gravità assai notevole.

Così Jaffè, partendo dal concetto che la dilatazione dell'esofago fosse legata alla sua atonia, propose di resecare un lembo della parete esofagea per restringerne il lume. L'operazione venne eseguita da Riesinger che — dopo aver praticato in primo tempo una gastrotomia — aprì il mediastino, resecò 4ª, 5ª e 6ª costa destra e scoperto l'esofago ne escise un lembo di 15 cm. di lunghezza per tre di larghezza.

Meyer restrinse l'esofago a mezzo di due piani di sutura modellandolo sopra una sonda introdotta dalla bocca allo stomaco (esofagoplicatio).

Allo scopo di ristabilire la permeabilità del cardias Miculicz eseguì sia la dilatazione progressiva per via retrograda che la divulsione — previa gastrotomia.

Altri seguirono la cardioplastica-extramucosa o totale. Il cardias venne raggiunto sia per via addominale mediante laparotomia obliqua sinistra e resezione del bordo costale (Vendel, Heller, Girard); sia per via toracica. Così recentemente Pieri operando in ipenpressione — e dopo aver temporaneamente paralizzato il diaframma mediante alcoolizzazione del frenico sinistro — resecò quasi totalmente la 9ª costa sinistra ed incise la pleura; divaricando poi la gabbia toracica ottenne largo accesso al diaframma che fu inciso radialmente. Attraverso la breccia diaframmatica fu attirato in alto il cardias ed eseguita la cardioplastica.

Gregoire interviene per via toraco-addominale extrasierosa: incisione ad U a branche ineguali che discende sul collo delle coste di sinistra dalla 8ª alla 12ª; segue per 10 cm. la 12ª, rimonta sulla linea ascellare posteriore sino alla 8ª costa. Vengono resecate 11ª e 12ª costa. Indi scollando le pleure viene messo in evidenza il segmento cardio-esofageo su cui si esegue la cardioplastica.

Con questo metodo è possibile raggiungere il cardias senza aprire le cavità pleuriche, nè quella peritoneale.

Venne anche eseguita (Heyrowsky-Exner) l'esclusione del cardias mediante esofago-gastrostomia.

Laparotomia sottocostale sinistra: si solleva il fegato e si attira in basso l'esofago. L'anastomosi viene praticata fra la porzione dilatata di esso e la grande tuberosità.

Sencert libera l'esofago dalle sue connessioni diaframmatiche dilacerando le fibre di Jonnesco in modo che l'esofago possa esser attirato in basso per una lunghezza di circa 8 cm. Nella sua nuova posizione l'esofago viene dapprima fissato all'orificio diaframmatico, si esegue da ultimo una cardioplastica.

Operazione analoga consistente nell'abbassare l'esofago e fissarlo al diaframma dopo aver dilacerate le fibre periesofagee fu eseguita in Italia da Taddei.

Le cure mediche e dietetiche che si sogliono consigliare ai pazienti consistono: nell'uso di pasti poco abbondanti e frequenti composti di alimenti non fermentabili (purée di legumi, minestrine) o meglio nell'alimentazione a mezzo di sonda: lavaggio sistematico dell'esofago con acqua alcalina per moderarne l'esofagite; somministrazione di bromuri, tintura di belladonna, atropina od adrenalina per attenuare lo spasmo.

Anche i raggi ultravioletti e le correnti ad alta frequenza furono impiegati — pare — con qualche giovamento.

Nel 2° caso ci troviamo di fronte ad una stenosi congenita dell'esofago.

La stenosi cicatriziale è esclusa dall'anamnesi: infatti il bambino non ha mai trangugiato soluzioni caustiche o corpi estranei.

Il precoce iniziarsi delle manifestazioni morbose poi, e — più che tutto — l'esame radiologico permette di escludere la dilatazione idiopatica. Abbiamo infatti qui una dilatazione piccola, piriforme che risiede al di sopra del diaframma, comparsa nella prima infanzia; il megaesofago invece si manifesta in un periodo più tardivo; la dilatazione è più cospicua i rigurgiti più abbondanti.

Anche questa affezione è assai rara: Guisez la ha riscontrata quattro volte su 1400 esofagoscopie. Si accompagna abitualmente ad altre anomalie del tubo digestivo quali assenza di rotazione del ceco persistenza del diverticolo di Meckel ecc.; nel caso nostro coesiste una stenosi congenita del piloro.

L'embriologia ci spiega come queste malformazioni possano avverarsi: le ricerche di Kreuter hanno infatti dimostrato che, ad un periodo precoce della vita embrionaria, l'epitelio dell'esofago (come quello di tutto il tubo digestivo, del resto) è sede di una proliferazione cellulare che può condurre ad una obliterazione completa del lume di quest'organo.

L'esofago è allora rappresentato da un cordone epiteliale pieno, ed il lume non si ristabilisce che secondariamente. Se

Digitized by Google

questo stato embrionario viene a mantenersi totalmente od in modo parziale, noi potremo avere — a seconda dei casi — l'imperforazione od il restringimento dell'esofago.

La stenosi risiede immediatamente al di sopra del cardias: a monte di essa si stabilisce una dilatazione la quale però, non raggiunge mai le dimensioni che facilmente si osservano nel megaesofago. La stenosi non è di solito, molto serrata, ma lo spasmo viene sempre ad accentuarla.

La sua manifestazione abituale è assai precoce: i disturbi legati alla stenosi compaiono non appena il bambino comincia ad ingerire alimenti solidi.

Si producono allora pseudovomiti di alimenti di saliva o di muco accumulati nella tasca soprastenotica: questi vomiti sono più o meno frequenti a seconda della grandezza e della tolleranza della tasca.

Anche per questa forma morbosa sono state eseguite cure cruente.

Ritengo che solo in casi eccezionali — data la loro gravità — sarà da pensare ad interventi plastici atti a supplire all'ostruzione dell'esofago toracico ed a derivare il bolo alimentare quali l'esofago-digiuno-gastrostomia (Roux) e la gastro-digiuno-esofagoplastica (Angeli).

Strauss e Hess sono intervenuti con la tecnica seguente: Laparotomia mediana sopraombelicale. Il cardias viene liberato dalle briglie fibrose che lo tengono aderente al diaframma ed attirato in basso sino a mettere in evidenza il restringimento.

Praticata la gastrotomia, s'introduce nella parte stenosata una lunga pinza. Divaricando le branche di questa, la parete muscolare dell'esofago nel punto ristretto viene ad essere posta nella massima tensione. Si incide longitudinalmente in tre punti questa tonaca muscolare sino alla mucosa.

E siccome la mucosa non è ristretta ma soltanto ripiegata ed increspata essa può allora riprendere il suo calibro normale. Chiusura dello stomaco.

Anche l'elettrolisi è stata usata, pare con buoni risultati (Delobel e d'Halluin).

Guisez avendo osservato all'esame esofagoscopico che in questi casi, immediatamente al disotto della dilatazione esiste una specie di valvola più o meno infiammata e modificata dalla esofagite, oltre alla dilatazione graduale della stenosi, esegue lo sbrigliamento di detta valvola per mezzo dell'esofagotomo a lama triangolare.

Nel caso nostro, attenendoci al concetto di adoperare nella cura il mezzo più innocuo, abbiamo praticata la semplice dilatazione graduale e progressiva della stenosi esofagea a mezzo di sonde coniche.

Il risultato è stato assai soddisfacente, perchè si è ottenuta una sufficiente dilatazione del tratto stenosato che permette un rapido passaggio degli alimenti nello stomaco: riduzione del volume della tasca esofagea: scomparsa dei vomiti e del ristagno.

Migliorate le condizioni generali del paziente si potrà pensare al trattamento della stenosi pilorica.

BIBLIOGRAFIA

Agrifoglio. Sulla dilatazione idiopatica dell'esofago. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XV, fasc. 6, 1926. — Alessandrini. L'aspetto radiologico dell'esofagospasmo. La Radiologia medica, vol. 8, fasc. 2, 1921. — Angelelli. Megaesofago primitivo soprafrenico. Policlinico, Sez. Chir., 1926. — Angeli. La chirurgia dell'esofago toracico. Cappelli, 1926. — Bard. Arch. des maladies de l'appareil digest. aprile 1920. — Bruning. Ein Beitrag zur Lehre von Cardiospasmus. Beiträge zur Kl. chir., 1926. — Bensaude e Rivet. Dilatations dites idiopatiques de l'oesophage. Arch. des maladies du tube digestif. 1908. — Bertolotti. Contributo allo studio delle grandi dilatazioni totali dell'esofago senza stenosi. Diario Radiologico, an. 2, n. 5. 1923. — Castelnuovo. Sulle dilatazioni idiopatiche dell'esofago. La Radiologia medica, vol. 14, fasc. 1, 1927. — Chizzola. Sul valore della indagine radiologica nello studio del megaesofago. La Radiol. Medica, vol. XII, fasc. 6, 1925. — Claude e Cantraine. Hemiatrophie faciale per lésion du sympathique cervical et dilatation primitive de l'oesophage. Soc. Neurologie, marzo 1918. — Fleiner. Münch. med. Woch., 1905. — Idem. Neue Beiträge z. Pathologie d. Magens, 1910, n. 22-23. — Giardina. Epitelioma maligno in megaesofago. Arch. It. di Chir., vol. XIII, 1925. — Idem. Il megaesofago. Policlinico. Sez. Chir., 1926. — Gottstein. Arch. f. Klin. Chir, 1908, Bd. 87. — Guisez. Pathogenie ed traitement des grandes dilatations oesophagiennes, Presse Médicale, agosto 1921. — Idem. Stenosi congenitale de l'oesophage. Soc. des chirurgiens de Paris, ottobre 1920. — Heisrovskis. Arch. f. Klin. Chir, t. C, 1913. — Jaffè. Ueber idiopath, Oesophaguserweiterungen. Münch. Med. Woch., 1897. — Kraus. Aetiol. d. spindelform. Erweitg d. Speiseröhre. Leyden, 1902. — Kreuter. Archiv. für Klinische Chirurgie, 1908, tomo 88, pag. 303. — Oettinger e Caballero. De la dilatation idiopatique de l'oesophage. Arch. malad. de l'App. digest. et de la Nutrition, t. XII, 1921. — Pennato. Giornale di Clinica Medica, 1924. — Pieri. Policlinico, Sezione Pratica, fasc. 13, 1927. — Straus e Hess. Journal de Chirurgie, XXVI, pag. 316. — Sargnon. Sténose congénitale de l'oesophage. Soc. sc. med. Lyon, gennaio 1923.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal prof. CAGNETTO

PORTE ACCESSORIE E PORTE ABERRANTI NELLA CIRROSI EPATICA

per il dott. ANGIOLO FABRIS — Aiuto

Il dottrinale sul circolo collaterale nella cirrosi epatica ci prospetta da tempo l'immagine del ben noto sistema delle vie per le quali il sangue dell'ambito portale riesce a sfociare nelle cave evitando il fegato, e la nozione è così radicata fin dai primi apprendimenti della scuola che parrebbe sorpassata ogni questione riesumante l'argomento, oramai da più decenni fissato in uno schema immutabile, come quello che si fonda su precise cognizioni di anatomia normale.

E non è appunto mio fine occuparmi di quelle anastomosi che, intermediarie le vene esofagee inferiori, le emorroidarie e le sparpagliate venuzze del sistema di Retzius, collegano, in via extraepatica, le radici dell'albero portale con le vene tributarie delle cave, ma ho volto invece l'attenzione su quei tramiti vascolari venosi che sembrano entrare in vari punti del fegato dai tessuti vicini, e che costituiscono un complesso riunito dal Sappey sotto la designazione di Porte accessorie.

Sono queste numerose piccole vene che si portano al fegato seguendone i principali legamenti e sfioccandosi poscia nella loro maggioranza, in ramuscoli che in pieno parenchima epatico si anastomizzano con quelli derivanti dalla Porta principale.

Il Sappey, denunciandone l'esistenza, le sistematizzò in una classificazione rimasta pressochè immutata fino ai giorni nostri e concernente cinque gruppi, che necessita qui rapidamente elencare.

Il primo — gastro-epatico — segue l'epiploon omonimo, portandosi dalla piccola curvatura gastrica al solco trasverso dell'ilo del fegato; il secondo — cistico — collega la parete della cistifellea con la branca destra della Porta; il terzo comprende *vasa vasorum* dei vasi e dei dotti presso l'ilo; il quarto consiste in numerose venule che dal legamento sospensore scendono nel parenchima del fegato anastomizzandosi con i « rami capsulari » della Porta; il quinto — paraombellicale — rappresenta le vene del legamento sospensore che passano dalla cupola diaframmatica alla volta del fegato e vene correnti lungo il legamento rotondo, le quali congiungono il territorio venoso delle epigastriche con quello portale. Alcune di queste ultime sboccano direttamente nel tronco sinistro della Porta presso l'« ilo ».

In questi gruppi, nei quali lo Charpy portò un rimaneggiamento non sostanziale, è facile riconoscere molta eterogeneità di indole anatomica e funzionale che rende necessaria una distinzione fra le vene da considerarsi comprese nell'ambito della Porta (le gastroepiploiche, le cistiche e le parietali dei vasi e dei dotti) e quelle che collegano il fegato con le pareti dell'addome (coronarie ed ombellicali). Fra quest'ultime, le ombellicali, che sboccano, almeno in parte, in una delle diramazioni primarie della Porta, vanno separate dalle coronarie che dovrebbero congiungersi coi rami più distali dello albero portale.

Tutto questo è noto e non meritava di venire esumato e discusso, se un frequente accenno dei trattatisti alla funzione cui tali vene possono adempiere nella cirrosi epatica, creando un circolo di compenso, non rendesse evidente l'incongruenza del fatto a chiunque si soffermi un istante a meditare sul meccanismo pel

Digitized by Google

quale tale scarico del sangue dovrebbe effettuarsi dal fegato alle Porte accessorie.

È infatti generalmente ammesso che nella cirrosi l'ostacolo al deflusso sanguigno non si crei tanto nell'ambito delle vene epatiche, il che giustificherebbe l'asserto in discussione. quan-

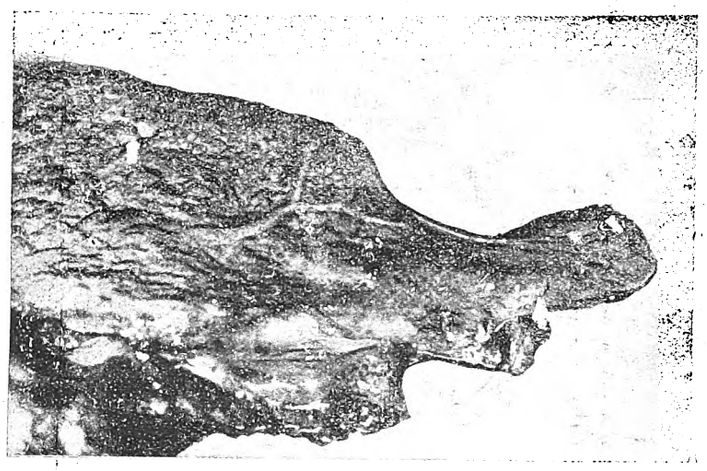


Fig. 1. — Vene epato-triangolari di sinistra naturalmente iniettate in fegato cirrotico.

to nelle più piccole suddivisioni portali, con le quali appunto le accessorie del coronario e del falciforme si dovrebbero connettere, stando alla concezione del Sappey.

Dopo che Charcot, nelle sue lezioni sulle malattie del fegato trattò ampiamente del circolo di compenso nella cirrosi di Laennec, col corredo di una tavola schematica che vediamo riportata anche in un trattato recentissimo di anatomia patologica, altri Autori (Testut, Aldo Fabris Thomas) accennano alla possibilità dell'istituirsi di vie compensatorie (epatofugali quindi) attraverso non solo alle vene ombellicali, come i fatti notoriamente dimostrano e la logica approva, ma anche alle venule del quarto gruppo di Sappey, decorrenti cioè nel coronario; e giungono perfino ad ammettere, con Charcot, che gli stessi vasi neoformati in seno alle aderenze patologiche, epato-diaframmatiche, sì frequenti nella cirrosi, possano rispondere a una occasionale funzione derivativa.

Così anche dopo smentite categoricamente le asserzioni del Sabourin sulle comunicazioni dirette intra o peri-epatiche fra vasi portali e vene epatiche (Charcot, Testut, Gilbert e Villaret) che avrebbero pure potuto essere chiamate in causa come vie di vicariante deflusso nell'ingorgo determinato dalla cirrosi, sussisteva pur sempre una tesi che sembra esser stata dettata più che altro dalla suggestione che il termine di «vaso accessorio» apporta a chi va ideando le possibili strade che si

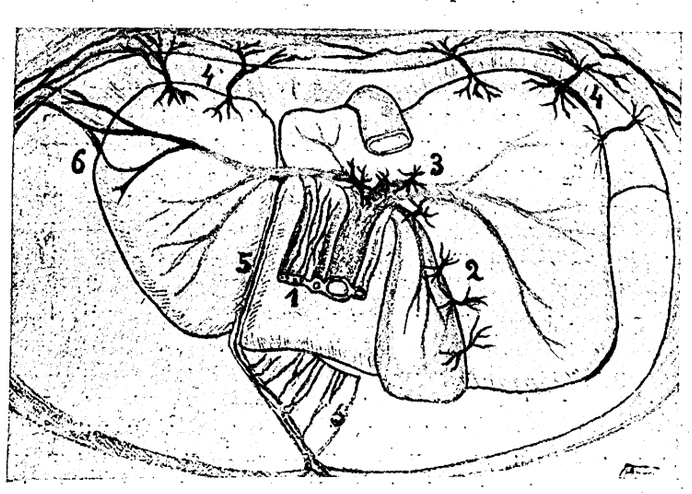


Fig. 2. — Schema delle porte aberranti ed accessorie. — 1, 2, 3, 4, 5: porte accessorie dei 5 gruppi di Sappey. — 6: vene epato-triangolari sinistre.

offrono al sangue bloccato in un organo a circolazione complessa com'è il fegato.

Il concetto della funzione delle venule coronarie ed aderenziali del fegato cirrotico, quale fu adombrata dal Sappey. Carchot, ecc., apparirà adunque, a chi non voglia accettarlo di sfuggita, superficiale e bisognevole di conferme basate su apposite osservazioni, nonchè confuso allorchè accomuna nella stessa funzione vicariante gruppi di vene nella fattispecie realmente efficienti, come le ombellicali, con altre di cui a me non risulta sia stata provata l'asserita capacità. La suddivisione dei gruppi, malgrado la revisione dello Charpy, richiedeva poi un chiarimento dal punto di vista della nomenclatura, risalendo essa ancora al tempo in cui nel legamento «sospensore» del fegato si intendevano indifferentemente il «falciforme» ed il «coronario». Infine agli scopi della terapia chirurgica della cirrosi, una esatta determinazione del reale contributo delle sinechie periepatiche allo scarico portale, poteva prospettarsi come utile fonte di suggerimenti di tecnica, dopo che si è vista l'incostanza dei successi nelle operazioni alla Talma o alla Schiassi.

***

Per tale complesso di ragioni ho designato di utilizzare ciò che la «routine» anatomo-patologica sarebbe venuta offrendomi, e nel torno di un anno e mezzo ho potuto metter assieme 8 casi di cirrosi sezionati in questo Istituto, in 6 dei quali la forma era tipica e progredita, in uno eravi stadio iniziale e in un altro la produzione periepatitica aveva il sopravvento.

Lo studio di questi casi, orientato sulla ricerca del contegno delle porte accessorie, non è stato inutile perchè da un lato ha chiarito che la compartecipazione delle vene accessorie al circolo epatofugale può realmente sussistere anche nelle cirrosi avanzate, e dall'altro ha svelato l'esistenza di vie collaterali finora non poste in luce adeguata. E la stessa parziale smentita alla prevenzione del nessun valore delle pareti diaframmatiche nella cirrosi, sospingendo alla ricerca delle ragioni del fenomeno apparentemente paradossale, ha condotto a riconoscere talune disposizioni istopatologiche, il cui rilievo potrà giovare come contributo allo studio non ancora esaurito dell'istogenesi della cirrosi volgare.

Un preliminare esame ispettivo all'atto dell'autopsia, eseguito prima e durante l'asportazione dei fegati ha rivelato intanto in tutti i casi, all'infuori di uno, una grande ricchezza di vasi assai turgidi, decorrenti lungo il legamento rotondo il quale in tre dei casi conteneva per giunta, nel suo asse, una vena che, per il diametro di circa un mm., per la regolarità del decorso assiale e per l'uniformità del calibro almeno nella metà posteriore del cordone stesso, era nettamente individualizzabile dalle numerose altre che, più piccole e a decorso più incerto facevan corona. Ed ho potuto seguire più volte tal vena fino allo sbocco, spesso specillabile, nel tronco sinistro della Porta all'ilo.

L'esame più grossolano riconfermava in tal guisa la vecchia nozione della precipua importanza delle vene ombellicali in rapporto al circolo di scarico nell'addome del cirrotico, anche se non sempre a siffatta ectasia venosa si accompagni il «Caput medusae».

Per quel che concerne le vene degli altri distretti l'ispezione ha lasciato apprezzare una più o meno manifesta iniezione a carico di vasi attraversanti la metà anteriore del legamento falciforme, e di ramuscoli decorrenti nel legamento triangolare di sinistra, e, in uno dei fegati più intensamente cirrotici la cospicua turgescenza di un vaso scorrente sotto la superficie inferiore del lobo sinistro e continuantesi, con diramazioni ben visibili, nel corrispondente legamento triangolare (V. fot.).

Più proficua è riuscita l'indagine al fegato iniettato, poichè essa svelava, in maniera assai meglio visibile, l'esistenza di minimi vasi ch'eran oggetto dello studio, senza che ciò dovesse imputarsi a effetto dell'artificio chè, sebbene la pressione della siringa non potesse uguagliarsi alla debole tensione naturale del sangue nella Porta, la suscettibilità dei diversi vasi a lasciarsi iniettare era proporzionale al loro grado di spontanea turgescenza prima osservata a fegato intatto.

Ho usato soluzioni acquose di bleu di metilene o violetto di genziana, oppure, secondo il procedimento consigliato da Gilbert e Villaret, iniezioni di gelatina tinta di bleu di m. in fegato tenuto a 30°, ma i migliori risultati per la persistenza di tracce di colore anche sulle sezioni istologiche, li ottenni iniettando soluzioni acquose di tryparblau, il quale successivamente non si scioglieva nei mezzi occorrenti per l'inclusione in paraffina.

Fin dall'introduzione nel tronco unico della Porta presso l'ilo epatico dei primi cc. di liquido colorato, appariva manifesta

Digitized by Google

l'iniezione delle vene secondo una modalità che non seguiva esattamente quanto era dato d'attenderci dagli stereotipi della circolazione portale accessoria: cioè ad una primaria e palese colorazione delle vene del legamento rotondo e delle loro collaterali, date sopratutto dai numerosi ramuscoli del tratto anteriore del legamento falciforme e verificata in 7 casi, seguiva in 5 di essi, rapida e vivace, la colorazione di numerose venuzze decorrenti lungo il leg. triangolare di sin., le quali in tre dei fegati mostravano più o meno evidentemente di trasferire il liquido di iniezione alle vene del foglietto sieroso del diaframma cui il legamento li inserisce.

Con evidenza assai meno pronunciata e in modo più saltuario, ma con ritardo assai lieve rispetto alle vene summenzionate, si poteva apprezzare il riempimento di minimi vasi, distribuiti qua e là sotto la capsula, se non era troppo ispessita, e sopratutto numerosi nei punti di passaggio fra la capsula e l'attacco del leg. coronario nonchè sul margine di alcune delle sinechie freno-epatiche spesso incontrate, ed anche, ma in minima misura, nello spessore del leg. triangolare destro.

In sostanza la partecipazione delle porte accessorie alle richieste di scarico da parte del fegato cirrotico intasato, desunta dallo stato di repletione delle stesse vene trovato all'autopsia e dal concordante controllo con l'iniezione colorata, si effettuava secondo quest'ordine decrescente:

1) le vene del legamento rotondo, e loro diramazioni risalenti lungo il terzo anteriore del leg. falciforme;

2) venuzze che dal lobo sinistro si portano al diaframma lungo il leg. triangolare sin.

3) venuzze del leg. coronario, della metà posteriore, o dorsale del falciforme, delle eventuali sinechie e del leg. triangolare destro.

***

1. La prevalenza delle vene ombellicali nella serie degli effluenti del fegato cirrotico non merita lunghi commenti, poichè il fatto asseconda gli stessi principi presuntivi che ci facevano dubitare dell'efficienza delle altre porte accessorie nella cirrosi in quanto le vene ombellicali possono sboccare in un tronco primario della Porta. I pochi casi da me investigati hanno valso tuttavia a confermare il concetto del Baumgarten del Marie e Joris (V. in Testut), che la vena ombellicale, identificabile con la vena ombellicale embrionale, possa sussistere come tale anche nell'adulto per dilatarsi eventualmente sotto la pressione del sangue refluo in caso di ostacolo portale intraepatico. E' una riconferma non superflua ove si pensi che il concetto del Sappey, della mancata persistenza della vena ombellicale e della sua sostituzione con vene collaterali — le paraombellicali — la vena di Burow, ecc. trova ancora una eco nella letteratura, specie francese.

Analogamente ai surriferiti autori, ho trovato pervia la vena ombellicale, nei miei casi, soltanto nella sua metà o nel terzo prossimale al margine epatico. Istologicamente le sue pareti apparivano di una sottigliezza sproporzionata al calibro, quasi a dimostrare gli effetti dell'anormale dilatazione cui questa vena soggiace nell'ingorgo portale: il connettivo del legamento le formava invece all'intorno una guaina, spessa e ben delimitata dal più esterno e più lasso tessuto cellulo-adiposo, ricco soltanto di venule dilatate e di arteriuzze.

Le vene del terzo ventrale del leg. falciforme, che si dilatano consensualmente alle ombellicali piuttosto che ramificarsi nel parenchima epatico, si sono addimostrate, nelle mie ricerche, rami anastomotici delle vene del leg. rotondo, donde si staccano costeggiando l'incisura ombellicale del fegato per poi risalire con decorso rettilineo al diaframma, quasi a costituire un sistema unico colle ombellicali.

2. L'importanza che in qualche caso hanno assunto le vene del leg. triangolare sin. e la frequenza del loro palesarsi con le iniezioni, richiede di soffermarvici, poichè, non mi consta che altri ne abbia segnalata l'esistenza come categoria distinta dalle accessorie coronarie. Le vene del leg. triangolare sin. risultarono particolarmente evidenti nel fegato sopra effigiato, ma si poterono rintracciare anche negli altri casi come rami distinti che, originandosi dalle prime suddivisioni del tronco sin. della Porta, si dirigevano decisamente verso l'estremo del lobo, sempre più avvicinandosi alla sua superficie inferiore, fino ad affiorare sotto la capsula nei pressi del leg. triangolare entro il quale si continuavano per sperdersi o, in particolari circostanze, per raggiungerne l'inserzione diaframmatica e sfociare in quella rete venosa.

Occorreva anzitutto stabilire se dette vene costituivano un dispositivo abituale della vascolarizzazione epatica, la cui parvenza venisse soltanto accentuata nel caso di una stasi portale intraepatica.

Orbene, lo studio di numerosi fegati umani non cirrotici di varie età, associato alla nozione, dettata dall'esperienza, del frequente apparire, in special modo nel fegato dei bambini di grossi segmenti venosi sotto la capsula della faccia inferiore del lobo sinistro, mi ha rivelato che, con costanza sufficiente per meritare di rivestire un'individualità propria, esistono dei tronchi portali che, scorrendo in gran parte superficiali, dall'ilo epatico si portano verso l'estremo libero del lobo, ordinariamente suddividendosi presso il termine in più rami, dei quali solo i posteriori possono, prolungandosi, raggiungere l'inserzione del legamento triangolare sin.

Queste vene che, per brevità chiamerò *epato-triangolari sinistre* trovano probabilmente nell'embriologia una ragione della loro esistenza.

Il fegato umano nelle sue prime origini è un organo simmetrico che si sviluppa sulle direttive dei quattro tronchi venosi 2 onfalo-mesenterici e 2 ombellicali, che lo irrorano. È in fasi successive, al terzo mese circa della vita intrauterina (Tarozzi), per la compressione degli organi ipocondriaci di sin., che il lobo di sin. va progressivamente riducendosi rispetto al destro, e per diminuito accrescimento e per compressione.

Dell'atrofia ci è testimone l'aspetto istologico assunto dal margine fibroso del lobo sinistro, che ha i caratteri della cirrosi volgare (isolamento di frazioni di parenchima, formazione di cordoncini pseudocanalicolari e di canalicoli biliari attorno ai vasi porto-biliari dilatati) pure nei fegati del tutto sani degli adulti.

Dell'arresto di sviluppo ritengo sia un indizio l'affiorare, sotto la glissoniana illesa della faccia inf. del lobo sin., di grossi rami portali che appaiono di grandezza sproporzionata alla massa del parenchima; però anche in questo caso non si può escludere sia intervenuta in precedenza una regressione del tessuto epatico non accompagnata da una consentanea atrofia dei vasi. Mi ha illuminato su tal sospetto l'osservazione fortuitamente fatta, durante le presenti ricerche, nel cadavere di un sessantenne che presentava un'estesa ipotrofia del piccolo lobo epatico associata a un rilevante sviluppo delle vene epato-triangolari. Fra la base del lobo ed il legamento era interposta una sottile lamina di parenchima, con i diametri sagittale e trasverso di mm. 65 e lo spessore di mm. 5. Sulla faccia inferiore di tale appendice risaltavano 3 o 4 vene ampie e appiattite ma bene pervie, decorrenti trasversalmente e di pertinenza portale. Qui non poteva trattarsi che di ipotrofia d'un'estesa porzione di lobo sin. e, ciò malgrado, non esisteva sclerosi nè della capsula nè del parenchima.

Che l'atrofia dell'estremo del lobo sia un fenomeno costante e progressivo lo dimostra anche l'osservazione, da me fatta, di un apparente spostamento, col procedere dell'età, della linea d'impianto del leg. triang. sin. rispetto al margine posteriore del piccolo lobo. Nel bambino tale linea non coincide col tagliente margine posteriore ma vi corre al disopra per un buon centimetro, e così ci viene rappresentata nei trattati, come disposizione permanente. Nell'adulto e nel vecchio (variabilmente secondo gl'individui) l'estremo laterale dell'attacco del legamento tende invece a collimare col margine posteriore dell'estremità del lobo sin. che si vede trasformato più o meno in tessuto fibroso — l'appendix fibrosa — degli anatomici tedeschi (Kopsch).

Se tuttavia il leg. triangolare e l'appendice fibrosa non riescono a combaciare, rimanendo la seconda sottostante al primo, ne verrà che le due lamine formeranno fra loro una specie di fornice ad angolo diedero, aperto allo indietro e a sin. In tal caso il passaggio delle venule dall'estremo fibroso del lobo al legamento triangolare risulterà ostacolato e infatti nei fegati cirrotici da me osservati solo dove il piano dell'appendice fibrosa si continuava con quello del triangolare, così da evitare tortuosità nelle vene corrispondenti, si rendevano riconoscibili le epato-triangolari.

Digitized by Google

Sono realmente le vene di cui trattiamo estreme propaggini della Porta ?

Il Tarozzi nel dimostrare che le inclusioni epatiche aberranti nel legamento triangolare sin. rappresentano residui di tessuto epatico sfuggiti al processo di atrofia che incoglie abitualmente il margine del lobo attribuisce il loro persistere all'esistenza di tali ramuscoli portali che furon descritti forse per la prima volta dal Calori sotto il nome di vene sovraepatiche accessorie.

Ora, poichè nello stesso legamento esistono i cosiddetti Vasa Aberrantia biliari del Weber che gli autori concordemente giudicano come tenaci superstiti di un parenchima scomparso, non mi sembra improprio designare come «Porte Aberranti» quelle emanazioni portali che varcano i limiti del fegato per addentrarsi nel legamento triangolare. Il loro significato è fondamentalmente diverso da quello delle porte accessorie le quali, per logica interpretazione del loro contegno anatomico, dovrebbero condurre sangue al fegato, mentre le stesse ragioni anatomiche dimostrano che le aberranti spingono epatofugalmente il loro sangue, sottraendone una piccola parte alla filtrazione lobulare. Di qui appare razionale che quest' ultime possano contribuire validamente allo scarico venoso di un fegato cirrotico, a condizione che esse, già prima dell'insorgere del morbo, si trovino congenitamente bene sviluppate, e sopratutto si prolunghino bene addentro nel leg. triangolare.

Infatti la loro qualifica di porte aberranti non implicherebbe a priori che dovessero anastomizzarsi con vene extraepatiche, come dovrebbe invece accadere, per definizione, delle porte accessorie. Testimoniando esse un'antica (ontogenicamente) presenza di tessuto epatico poi regredito, sarebbe d'uopo ritenere, a rigore che le loro ultime diramazioni dovessero immettere in vene epatiche le quali, pur private dell'apparato lobulare dovrebbero sottostare alla regola generale del circolo venoso del fegato, cioè inviare il loro sangue alle vene sovraepatiche.

Se le iniezioni artificiali rivelano in molti fegati cirrotici la tendenza delle vene epato-triangolari sin. a portarsi a comunicare con le vene diaframmatiche, ciò indica che queste porte aberranti, oltre al significato di vasi rudimentari, possiedono la peculiarità di anastomizzarsi direttamente con vene del sistema delle cave con un'ampiezza che è di gran lunga superiore a quella che si può constatare in porte aberranti di altri legamenti.

Se le sovraepatiche accessorie del Calori corrispondono alle nostre porte aberranti, da quanto si è esposto potrà emergere che tale designazione è appropriata soltanto per il tratto compreso nella parte di legamento più vicina al diaframma, dove sembrano nascere dalla rete quasi capillare in cui si risolvono quelle fra le aberranti portali che non si portano a pieno canale nel diaframma.

E' certo comunque che il sangue che convogliano non può compararsi a quello delle sovraepatiche vere, non avendo esso potuto filtrare nelle griglie lobulari e quivi modificare il suo chimismo.

3. I tramiti venosi che ho elencati per ultimi, come i meno vistosi nei fegati cirrotici iniettati, corrispondono alle accessorie del IV gruppo del Sappey e del IV e V dello Charpy: ma se la loro modestissima rappresentanza li rende trascurabili agli effetti di un pratico contributo alla deplezione portale, la facilità a svelarsi con l'iniezione ed il loro risaltare sulla restante rete vascolare glissoniana, induceva a compiere un'indagine più minuta sulla vascolarizzazione venosa del fegato nei rapporti con la cirrosi.

Stando ai resultati dell'osservazione che permetteva di escludere che dette venuzze venissero alimentate da una rete vascolare continua estesa nello spessore della capsula, bisognava ricorrere all'ipotesi che alcuni rami portali raggiungano la glissoniana attraversando per la via più breve il parenchima e ivi giunti, si anastomizzino coi ramuscoli delle porte accessorie scendenti pei legamenti.

Se iniettiamo un fegato sano con liquido colorato, spinto senza sforzo nella Porta all'ilo si può apprezzare quanto sia ricca di ramuscoli portali terminali la capsula del fegato umano.

Su tali estreme propaggini vascolari. a parte l'arbitraria affermazione del Sabourin riguardante gli spazi venosi sovraepato-glissoniani, esiste la classica descrizionee del Koelliker secondo la quale le arteriole capsulari (costituenti una rete che avvolge tutto il fegato) mandano il loro sangue in ramuscoli venosi pure capsulari, tributari della Porta, e che potrebbero fungere da vie derivative nella cirrosi (Saxer). Ma come e perchè il sangue possa giungere loro nelle epatiti interstiziali anche avanzate, purchè non si abbia una periepatite troppo grave, non mi consta sia stato finora di proposito chiarito.

Anzitutto, per partire dalle strutture normali, va ricordato che in un fegato sano iniettato dalla sua Porta, le vene capsulari ci si appalesano in due modi distinti: nei tratti lontani dalle inserzioni dei legamenti esse appaiono come piccole formazioni stellari, in tutto paragonabili alle venule stellate della superficie renale; in rapporto coi legamenti esse invece assumono un andamento lungo e flessuoso e dopo aver serpeggiato sulla superficie circostante all'impianto di quelli sembrano rimontarli tenendosi sempre sulla loro superficie. E' il leg. sospensore quello che sembra emanare per più vasta zona queste venuzze superficiali, che guadagnano sempre maggior terreno sulla glissoniana del lobo destro che su quella del sinistro.

Si tratta comunque di vasi precapillari che originano da rami portali attraversanti il fegato con direzione pressochè perpendicolare alla superficie e così sottili che fa meraviglia possano mantenersi pervi nell'epatite interstiziale cronica la quale altera tanto lo stroma epatico.

La superficie del fegato non deve quindi intendersi avvolta da una rete ininterrotta di vene capsulari come un pallone è irretito nelle sue maglie di corda, ma, diversamente da quanto ispirerebbe la descrizione del Koelliker, è in realtà punteggiata da ramuscoli che perforano la glissoniana per irradiarsi brevemente all'intorno o per risalire, dopo breve percorso lungo i fianchi dei principali legamenti.

Per quanto mi fossi accinto al presente studio partendo dalla fondata presunzione che la cirrosi riduca il letto portale intraepatico, specialmente nelle sue ultime diramazioni, l'osservazione spassionata dei numerosi preparati pertinenti ai miei casi e ad altre collezioni. mi ha costretto a riconoscere che le travate connettive iperplastiche comportano spessissimo nel loro seno la neoformazione di vasi.

Si tratta di semplici lacune scavate nel connettivo e rivestite da endotelio, di cui solo alcune accolgono il liquido iniettato dalla Porta quasi a indicarci che parte di esse non è in connessione con l'albero portale, o perchè rappresentino spazi linfatici (repertati sì spesso da Gilbert e Villaret nel fegato del cane), o terminazioni arteriose, in rapporto con l'iperplasia dell'arteria epatica nella cirrosi (Kretz, Kauffmann) o infine vene epatiche accostate dal processo cirrotico alle portali, come ci dimostra l'osservazione istologica delle varie fasi della cirrosi che rivela un progressivo inglobamento delle vene epatiche nelle bande porto-biliari che finiscono con l'accogliere le vene dei due sistemi, vicinissime fra loro ma verosimilmente giammai comunicanti come pretendeva il Sabourin.

Con ciò non pretendo di asserire che, nel suo complesso. il letto portale non venga ridotto nella cirrosi (basterebbe a rendercene convinti la grande difficoltà che s'incontra a spingere il liquido da iniezione dalla Porta alle epatiche in un fegato cirrotico) ed anzi ritengo troppo unilaterali le vedute del Roger che attribuisce l'ascite del cirrotico a un'idremia da oliguria per lesione epato-tossinica del rene.

Tuttavia esaminando molte ed estese sezioni di fegato cirrotico, si resta impressionati dal reperto di vasi tanto numerosi nell'ambito delle travate fibrose le quali mostrano di portare fino alla capsula, cui si saldano, o ramuscoli portali ben costituiti e beanti o capillari ectasici che si anastomizzano coi vasellini scavati in abbondanza nella capsula ispessita.

Sulle sezioni comprendenti i punti d'attacco al fegato dei legamenti falciforme e coronario e delle sinechie si può osservare che esiste realmente continuità frá gran parte dei vasi trabecolari e di quelli che salgono ai legamenti o alle sinechie. Si tratta di vasi a calibro minimo la cui esistenza ha sopratutto valore teorico, ma il fatto ci permette di apprezzare come anche nella cirrosi avanzata il circolo epatico rimanga assicurato dovunque, comprese le parti più distali dall'ilo e non solo per opera della circolazione arteriosa, ma anche di quella portale.

In sostanza l'ostacolo alla circolazione sanguigna nella Porta del cirrotico sarebbe, a mio avviso, più che altro deter-

Digitized by Google

minato dall'impedito passaggio del sangue dei rami perilobulari, che ho veduto mantenersi pervi in gran parte ai capillari radiati del lobulo, che resta incapsulato dal connettivo iperplastico.

In tal modo rimane meglio delucidata la ragione del mantenuto circolo attraverso alle minuscole porte accessorie della volta del fegato nella malattia che più parrebbe ostacolarlo: la cirrosi volgare.

In conclusione le ricerche, per ora limitate a un numero piuttosto esiguo di casi, hanno dimostrato che fra i vasi detti «porte accessorie», il maggior tributo derivativo è dato dalla vena ombellicale persistita e dalle sue satelliti.

In alcuni casi una non trascurabile funzione di scarico sanguigno è disimpegnata da vene che ho indicato come epato-triangolari sinistre le quali adducono il loro sangue, come «porte aberranti» alle vene diaframmatiche inferiori, correndo lungo il margine libero del legamento triangolare di sinistra. Tali vene, più o meno sviluppate, esistono assai di frequente nel fegato umano, come formazione anatomica normale.

Infine le porte accessorie del legamento coronario, della metà posteriore del falciforme e delle eventuali sinechie epatofreniche, possono esser vettrici di sangue dal letto portale intraepatico al sistema delle cave. Il loro minimo calibro ne rende quasi nulla l'efficienza pratica, ma la loro facile e apparentemente paradossale iniettabilità, trova una ragione nel fatto che nel fegato esistono rami portali che attraversano l'organo per portarsi alla capsula, rimanendo risparmiati dal processo cirrotico.

BIBLIOGRAFIA

BAUMGARTEN. Ueb. d. Nabelven. d. Mensch. u. ihre Bed, f. d. Circ. b. Lebercirr. Arb. Path. Inst. Tubingen, 1891. — CALORI. Comun. d. V. Porta colle vene genit. d. corpo. R. Accademia Scienze, Bologna, 11 novembre 1888. — CHARCOT. Leçons s. l. Malad. du Foie, Paris, 1877. — CHARPY. Syst. Veineux (in Poirier, Anatomie. T. II, 1896). — FABRIS ALDO. Fegato ecc. in Tratt. Anat. Patol. Foà, 1920). — GILBERT e VILLARET. Réch. s. la circ. du lob. hepat. Arch. med. exper. e Anat. Pat., 1909-10. — KOELLIKER. Gewebelehre, 1899. — KRETZ. Lebercirr. Wien. Klin. Woch. 1900. — PICK Ub. tot. Hämang, oblit. Pfortaderstamm u. hepatopet. Kollateralbahn. Virc. Arc. 197, 1909. — RAUBER KOPSCH. Anatomie, 1922. — ROGER. Presse Médic., 1918. — SABOURIN. Les com. Porto sar-hep. direct. dans le Foie num. Rev. d. Med., 1900, I. — SAPPEY. Anatomia descrittiva, 1877. — SAXER. Pathol. d. Pfortaderkreislauf. Cntr. All. Pat., 1902. — TAROZZI. Oss. e ric. sopra le inclus. ep. n. leg. triangl. s. Sperim. LVIII, 1904. — IDEM. Oss. anat. e embr. s. il leg. triang. s. di fegato, Arch. Ital. Anat. e Embr. 1904. — TESTUT. Anatomia umana, 1920. — THOMAS. Bibl. Medica, 1895, H. 3.

CONTRIBUTI ORIGINALI DALL'ESTERO

OSPEDALE ELLENICO DI ALEXANDRIE (EGITTO)

UN NUOVO RIFLESSO (VAGO-GASTRO-CARDIACO) PER LA RICERCA DELLA TONICITA' DEL MIOCARDIO SINISTRO.

per il prof. C. B. FARMACHIDIS
ex coadiutore all' Istituto di Patologia Medica della Università di Genova

In una mia precedente comunicazione (v. *Cuore e Circolazione* 4-8-1926, Roma), ebbi a descrivere il riflesso vago-gastro-cardiaco che consiste in quanto segue: L'ammalato essendo in posizione supina, si procede alla delimitazione dell'ottusità assoluta del cuore e specialmente si cerca di precisare la sede della punta. Ciò fatto, si invita l'infermo a flettere le gambe sulle coscie e queste sul bacino e mentre tiene la bocca aperta in modo che la muscolatura addominale sia completamente rilasciata, si pratica il massaggio prolungato della parete addominale che corrisponde a tutta la superficie anteriore dello stomaco. Procedendo allora ad una seconda delimitazione dell'ottusità cardiaca, ben sovente si riesce a constatare la dilatazione del solo cuore sinistro, cioè l'aumento del diametro longitudinale. La punta cardiaca si sposta in basso ed allo esterno, come si vede nello schema qui a fianco riprodotto, relativo ad uno dei numerosi infermi i quali presentarono positivo il riflesso.

Per considerazioni anatomo-fisiologiche e cliniche, interpretai il fenomeno come una fra le varie estrinsecazioni dell'aumento del tono del nervo vago o meglio dire di uno stato di ipereccitabilità dello stesso, talvolta legato ad una ipotonicità della fibra muscolare cardiaca, talaltra indipendentemente da qualsiasi condizione patologica della stessa.

Continuai a ricercare sistematicamente il fenomeno. Senza dover ricorrere alla descrizione dettagliata dei varii casi clinici studiati, dirò «*in sintesi*» che ho riscontrato il riflesso positivo ben frequentemente e sovente non solo in individui con accenno a turbe circolatorie (affanno da sforzo) o affetti da sindromi del tutto opposte, sempre però capaci di provocare l'alterazione della fibra muscolare cardiaca (ipotensione-ipertensione), ma anche in altri nei quali nulla faceva sospettare alcunchè di patologico a carico del cuore (gastropatici-ipercloridrici o semplicemente astenici).

Che l'ipotensione arteriosa al pari della ipertensione, possa essere la causa di alterazioni della fibra muscolare cardiaca, prevalentemente di quella del cuore sinistro, pare sia ormai un fatto stabilito (Andrea Ferrannini, Dumas, Bard, Laubry, Walser, Rivet).

Poter rilevare queste alterazioni al loro primo apparire è certamente di importanza capitale. A ciò può servire, come mi risulta dai varii casi clinici studiati, il riflesso vago-gastro-cardiaco.

Ma se lo stato di ipotensione e di ipertensione possono giustificare la positività del riflesso, quale è invece il suo significato nei casi nei quali nessun sintoma lascia sospettare la benchè minima alterazione della fibra muscolare cardiaca?

Deve considerarsi il riflesso positivo, puramente e semplicemente, quale estrinsecazione di aumento del tono del pneumogastrico e della sua azione fisiologica dilatatrice sul cuore, oppure starebbe ad indicare che, indipendentemente da ogni

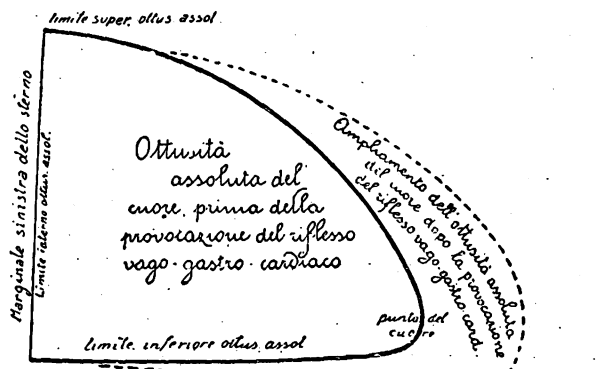


Fig. 1

Ottusità assoluta del cuore delimitata colla percussione, prima e dopo la provocazione del riflesso vago-gastro-cardiaco.

infezione anteriore o intercorrente, la fibra muscolare cardiaca, per l'influenza dannosa di turbe nervose, di turbe endocrine, di fattori indeterminati, indebolita nella sua tonicità, cede più facilmente alla già citata azione che il n. vago possiede, di poter cioè aumentare il volume del cuore (Stefani) molto prima ancora se si abbiano segni clinici subbiettivi e obbiettivi di questa condizione patologica?

Basandomi su quanto esposi nella mia precedente comunicazione e come mi risulta da numerose osservazioni cliniche, accuratamente studiate e a lungo seguite; inoltre sull'azione favorevole che i rimedi cardiotonici esercitano sugli ammalati, i quali presentano positivo il riflesso, la positività del riflesso da me rilevato e denominato *vago-gastro-cardiaco*, se è legata ad uno stato di ipereccitabilità del pneumogastrico, sta pur sempre ad indicare l'indebolimento del tono della fibra muscolare cardiaca.

Perciò il riflesso v. g. c. ci offre il mezzo di poter saggia-

Digitized by Google

re la tonicità del miocardio sinistro anche in un tempo precoce e nel quale nulla fa pensare alla benchè minima sua alterazione patologica.

Come tale il riflesso v. g. c. viene quindi a completare il riflesso addominocardiaco di Livierato, destinato invece alla ricerca della tonicità del miocardio destro.

Così nella combinazione dei due riflessi, addominocardiaco e vago-gastro-cardiaco, possediamo un metodo semplice e a portata di tutti per la ricerca della tonicità del miocardio *in toto*.

NOTE DI DERMATOLOGIA

SULLA TERAPIA CUTANEA GENERALE ODIERNA

OSSERVAZIONI CRITICHE

del prof. D. BARDUZZI - Emerito della R. Università di Siena

Da un rapido esame dell'odierno movimento scientifico delle malattie cutanee appare vieppiù necessario che oggidì non convenga trattare in generale della loro terapia, anche sommariamente, senza ammettere che la Dermatologia deve avere suo precipuo fondamento nei medesimi criteri scientifici fondamentali della patologia e della clinica medica perchè i processi morbosi cutanei hanno non di rado con essa rapporti intimi.

Non possiamo concordare però per questo con quei pochi che ora vengono alla conclusione, che non sia nè logico nè opportuno di continuare a riguardare la Dermatologia una entità distinta, una vasta specialità a sè.

Se essa esige, senza dubbio alcuno, delle conoscenze patologiche e cliniche generali, ciò però non esclude in alcuna guisa, che del pari non esiga una cultura speciale minuta per diversi processi morbosi cutanei per rendersi chiara ragione dei maggiori problemi clinici etiologici cutanei.

Oltre ciò il dermatologo non può dirsi quindi tale se non possiede pure una cultura speciale morfologica, etiologica, e terapeutica, per cui è un vano sogno il pretendere, che si possa pretendere di sopprimere la dermatologia quale una specialità, mentre invece acquista importanza sempre maggiore nelle discipline mediche, e deve essere con più assiduità e frequenza coltivata poichè non sia semplice nè agevole crearsi di essa una cultura adeguata in poche lezioni, o senza esercizi clinici-pratici assidui.

Se Hebra e Kaposi contribuirono fra i maggiori al rinnovamento della specialità aprendo nuovi orizzonti con le loro indagini anatomo- ed isto-patologiche, e creando nuove entità morbose dal vecchio patrimonio dermatologico, non si deve dimenticare che anche le Scuole Francesi ed Inglesi vi avevano portato larghi contributi, che vennero ingiustamente troppo disprezzati dai nuovi maestri. Fu anzi gravissimo errore della Scuola tedesca trionfante, che si è lasciata da ogni parte dilagare per tanti anni, quello di volere riguardare tutte le alterazioni della cute come esclusivamente di origine e natura locale.

Purtroppo questa dottrina non ostante le avversioni di vecchi sicuri eruditi oppositori, fra cui ci onoriamo anche noi di avervici debolmente appartenuto, prese piede troppo entusiasticamente quasi quasi in ogni Paese e vi durò tanti anni ed ancora in non piccola parte vi predomina, perchè i Tedeschi non hanno mai voluto decisamente riconoscere il loro grave errore. Sebbene oramai nella pratica non rifiutino del tutto la terapia interna o generale in relazione con la patogenesi di non poche dermatosi di origine organica generale, o come si dicevano un tempo «diatesiche», poichè non hanno riconosciuto a fondamento generale ancora, che le dermatosi debbonsi il più spesso riguardare delle manifestazioni morbose in intima relazione con le più varie alterazioni organiche di natura generale, oppure locale interna, e ben di rado sono solo esterne.

Soltanto col tempo vengono ora tornando in onore i vecchi concetti patologici umoristici della grande divisione delle malattie cutanee di natura locale da quelle di origine interna, ossia generale. Però non è scomparso l'erroneo concetto della Scuola tedesca, che avrebbe potuto da tempo portare la Dermatologia a più ampi, pronti e sicuri progressi se non avesse ripudiato le vecchie dottrine del tutto.

Molte prove potremmo qui addurre a sostegno della dottrina storica patologica, ma ci limiteremo soltanto a richiamare l'attenzione dei medici fra tanti fatti indiscutibili su uno di attualità cioè, che anche la endocrinologia diviene sempre maggiormente una parte notevole nei problemi odierni della etio-patologia cutanea, e quindi nella terapia che ne deve essere un corollario razionale.

Sebbene l'endocrinologia sia ancora una scienza in piena evoluzione, giovanissima, non ricca perciò di leggi ben definite, non per questo si può negare che essa già non faccia parte del campo etiologico e patogenetico di varie dermatosi, tuttora oscure nella loro patogenesi, e ciò con vantaggio notevole. Se volessimo entrare in particolari potremmo mettere in evidenza non pochi fatti di endocrinismo di questa come di quella ghiandola che si trovano chiaramente dipendenti più o meno da lesioni cutanee ovvero quelli da queste nascoste. Nonostante che la Dermatologia vada estendendo sempre più il campo etiologico, bisogna riconoscere che non pochi medici non sonosi ancora formata una vera coscienza scientifica dermatologica moderna, e danno a questa ben poco valore scientifico.

È questo anzi il punto sul quale specialmente insistiamo; e che nella generalità non viene ancora a sufficienza apprezzato, neppure da scienziati, mentre è necessario persuadersi che una terapia razionale dermatologica non si può ricavare da un trattato e peggio copiare da un formulario per ogni singola malattia. Il dermatologo oggidì deve prima di tutto stabilire la diagnosi di forma, e quindi quella di natura di una affezione perchè una dermatosi che presenta la medesima morfologia può essere anche, non solo di natura diversa, ma di origine locale l'una, e l'altra generale. Quindi non crediamo possibile di stabilire in niun caso una terapia razionale se prima non si è determinata la diagnosi di natura, e di forma di ciascuna lesione.

Qui giudico necessario di osservare, che è errore grave quello di taluni clinici dermatologi, i quali hanno tentato di ripudiare la diagnosi morfologica, limitandosi alle forme anatomo-patologiche comuni.

Se nel passato si è molto esagerato nel morfologismo dando importanza eccessiva di entità morbose cutanee a semplici varietà di forma oggi però si cadrebbe nell'eccesso opposto trascurando del tutto il vasto campo speciale morfologico, che pure ha le sue vere entità fondamentali, che son vecchie conquiste cliniche dermatologiche che vanno coordinate con tutte le altre nuove nel campo medico.

L'opera magistrale del prof. Bosellini: *La Dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna* (1920), giudicata obbiettivamente è l'opera più utile ed opportuna per un medico, che oggi voglia darsi allo studio completo delle malattie cutanee. Infatti Egli mette in chiaro le nozioni che deve possedere intorno alla isto-anatomia morfologica della cute, alla fisiologia, ed alle funzioni speciali degli annessi, e quindi spiega la parte importante della etiologia cutanea generale delle organo-patie.

RARITA' CLINICHE

Migrazione tardiva di un proiettile di fucile dal collo al polmone. — E. BENASSI (*Diario Radiologico*, n. 4, 1927) riferisce un caso, che egli ritiene il primo della letteratura, di migrazione di un proiettile di guerra (una pallottola di fucile) dal collo al polmone. Il proiettile che, in seguito ad una ferita della faccia, era penetrato nel collo, probabilmente nella loggia carotidea destra, dove si rinveniva ancora parecchi mesi dopo, in un esame radiologico praticato dopo otto anni è stato quasi casualmente trovato in seno al parenchima polmonare, completamente normale, nel lobo inferiore di destra.

A spiegare questa migrazione, l'A., pur premesse le debite riserve, ritiene meglio accettabile delle altre ipotesi, nonostante che possa apparire a prima vista strana, quella che il proiettile si sia spostato per via vascolare, attraverso il cuore destro.

L'interesse dell'osservazione è aumentato: dal lungo tempo trascorso fra il momento della ferita e quello della migrazione; dal fatto che questa ultima è avvenuta senza provocare sintomi gravi; dalle dimensioni relativamente grandi del proiettile. Il caso porta, poi, indirettamente un contributo alla questione, dibattuta in tempo di guerra, della convenienza o meno di estrarre dalle cavità cardiache destre i proiettili penetrati direttamente o indirettamente.

Digitized by Google

RASSEGNA SULLE MALATTIE CARDIO-VASCOLARI

I. Il significato delle anomalie essenziali e costituzionali della tonicità vasale

Necessita mettersi di accordo sul significato delle anomalie essenziali e costituzionali della tonicità vasale per il fine di schivare i possibili equivoci nella interpetrazione della patogenesi e nelle applicazioni alla pratica.

Anzitutto, pur essendo indiscutibile che non esiste sindrome di perturbamento funzionale nei vasi senza contemporaneo perturbamento della funzione miocardica, nondimeno, quando si foggia il nome di una sindrome deducendolo da uno spiccato disordine della funzione vasale, si vuole intendere che questo disordine vasale predomina su quello miocardico sino a potersi considerare come *primum movens* rispetto al disordine della funzione miocardica.

Accettata questa pregiudiziale, si sono venute indicando alcune anomalie vasali con due denominazioni diverse: anomalie costituzionali e anomalie essenziali.

L'epiteto di essenziale da lontano tempo si trascina in non pochi capitoli della patologia umana: ma con quale proprietà di linguaggio e con quale utilità di designazione? Essenza di che cosa, se proprio la natura intima del male ci sfugge per i quadri morbosi, che intanto vogliono chiamarsi essenziali?

Per scendere all'applicazione di qualche lavoro recente sulle anomalie vasali, d'ipertensione arteriosa essenziale parlano LIONELLO LENAZ (*Minerva Medica*, 10 febb. 1927); un osservatore belga, ROBERT VERHOOGEN di Bruxelles (*Bruxelles-Médical*, anno VII, n. 2); due osservatori tedeschi, WILHELM WEITZ e A. SIEBEN della Clin. di Tübingen (*Münch. med. Woch.*, anno 73, n. 52); due osservatori americani, E. S. WEILER, della Fac. di medicina di Rosario (*La Semana Medica*, 20 genn. 1927), PAULLIN di Atlanta (*The Journ. of the Med. American Assoc.*, 1926, n. 12).

Tra questi osservatori, tanto Weitz e Sieben, quanto Paullin mirano ad attenuare la importanza dello stato dei reni, quale causa della ipertensione essenziale, ma non specificano la causa, che sarebbe da caldeggiarsi in sostituzione dei perturbamenti renali. Verhoogen non riesce a definire se le lesioni renali sostengano la ipertensione arteriosa generale o questa invece provochi quelle lesioni, per quanto non si astenga dall'accennare che lesioni renali e ipertensione possano ambedue rappresentare la conseguenza o la localizzazione di processi tossici o tossi-infettivi.

Come particolarità o elemento costitutivo dello stato tossico intraorganico Weiler è venuto illustrando la ritenzione dei carboidrati o dell'acido urico o dei cloruri; Lenaz si è occupato dei perturbamenti endocrini (specialmente come capsule surrenali) e di altre anomalie degli umori intraorganici, come il rapporto reciproco tra potassio e calcio, il grado della viscosità, il contenuto idrico del sangue, lo stato colloidale e della ionizzazione rispettiva, nonchè del rapporto tra sistema simpatico e sistema vagale.

Come si vede, anche attraverso questi lavori recenti spuntano ipotesi, più o meno plausibili, ma non fatti, che scovrano la causa prima della ipertensione, che intanto si chiama essenziale.

Lo stesso dicasi per il perturbamento vasale, di tipo opposto, la ipotensione arteriosa. In una pubblicazione recente, con il contributo di osservazioni proprie, oltre che con la illustrazione delle indagini specialmente di Martini e Pierack, di Szondy, di Asher e H. Scheinfinzel, di Friedländer, di Kylin, si conchiude da UGO RANDELLI dell'Istit. di Pat. Med. di Torino (*Minerva Med.*, 30 giugno 1927), che «l'ipotensione essenziale è una diagnosi provvisoria, fino a che in ogni caso non si possa sostituirla con un termine più preciso». Proprio così: la transitoreità o provvisorietà della denominazione è comprova della sua indeterminatezza di significato.

Ben diversamente vanno le cose, quando una sindrome viene designata come costituzionale. Con questo epiteto si vuole intendere che essa nella sua genesi non prescinde dalla importanza di condizioni morbigene, sopraggiunte nel dato infermo durante lo svolgimento della sua vita personale, ma è sostenuta principalmente da disposizioni o congenite o intervenute nella prima infanzia in modo che il terreno organico sia rimasto atteggiato in un peculiare senso nel reagire agli stimoli vari, rappresentati dalle condizioni morbigene sopraggiunte al di là della prima infanzia. Negare la esistenza delle predisposizioni costituzionali o diatesi è assurdo. Sarebbe come volere oppugnare la esperienza di secoli, nel corso dei quali l'agricoltore, quando vuole ottenere il prodotto fruttifero di una determinata sottospecie o varietà, tiene di mira la specialità del terreno, ove semina, o della pianta su cui fa un innesto, oltre a servirsi di un peculiare innesto o seme; anzi, se vuole essere ancora più sicuro del risultato, tiene di mira tanto il terreno o il tronco da innestare quanto il seme o l'innesto.

Tutto sta, nel campo della medicina, a precisare i caratteri, dai quali possa arguirsi la esistenza e il tipo della predisposizione costituzionale rispetto ad una determinata sindrome o quadro morboso. Per parte mia, non ho avuto mai predilezione circa la qualità dei caratteri, sui quali poggiarsi per affermare quella esistenza. Ricordo, a comprova, quanto feci per l'«angioipotonia costituzionale», che individualizzai per la prima volta, nell'agosto 1903, in un'epoca, in cui nessun osservatore si era ancora occupato di perturbamenti costituzionali nei vasi sanguigni periferici medi e minimi, e della ripercussione di quell'anomalia sulle disposizioni biologiche nei vari organi, tra cui prescelsi, come campione il cuore, il sistema nervoso, i reni, il fegato. Ebbene, nel precisare il quadro nosografico di quell'angioipotonia costituzionale, illustrai tanto i caratteri antropo-morfologici, quanto le anomalie del sistema nervoso, degli umori intraorganici e degli organi endocrini (specialmente dei surreni e del tessuto cromofilo in genere), come sostrato della predisposizione costituzionale, senza predilezione per alcuno tra questi elementi, che additai come base della predisposizione e senza trascurare tutti gli elementi della vita personale, che nell'infermo predisposto all'angioipotonia possono dissodare l'anomalia diatesica. Pubblicai, anzi, in quel lavoro, un quadro sintetico sui vari elementi dell'ambiente esterno e dell'ambiente intraorganico, capaci di modificare nei sani e negli infermi il tono nei vasi periferici e quindi la tensione e la pressione vasale, specificando le modifiche provocabili in questa tensione per opera di quei vari elementi ambienti.

Parimenti, nella terapia dell'angioipotonia costituzionale lungi dall'essere unilaterale, prospettai tutto un complesso organico di rimedi, a cominciare dalla dietetica e dalla opoterapia a venire alla terapia lecitinica ed arsenicale, al massaggio addominale e generale, alle varie forme di applicazioni elettriche (specialmente correnti ad alta frequenza), ai compressori precordiali, alle docce semplici ed alternate, ai bagni a spugna ed a lenzuolo, all'aeroterapia, alle varie forme di ginnastica medica, ai farmaci angiotonici, cardiotonici, neurotonici. Questa complessità della terapia prospettata allora è comprova della complessità nella concezione patogenetica, che allora precisai.

Veggo che gli autori esteri, citati da Randelli nel suo recente lavoro, a distanza di decenni dalla mia prima pubblicazione, riferiscono, come fatti nosografici e illustrazioni patogenetiche, molto meno di quanto indicai nel mio primo lavoro del 1903. Non è novità neppure servirsi dell'adrenalina (o della paraganglina), come hanno fatto quegli autori esteri, quale elemento semeiologico per definire negl'infermi lo stato della tonicità vasale. Me ne sono servito dal 1911 e più ampiamente dal 1913 a proposito del compenso nella insufficienza aortica, tanto che indicai come «segno della paraganglina o adrenalina» il risultato delle modifiche verificabili nel polso dei vasi periferici per azione degli ormoni rispettivi.

I vari autori esteri citati non ricordano chi si è occupato dell'argomento, per il primo. Di simili omissioni non sono il solo a dovermi dolere. Non pochi colleghi della medicina italiana sono trattati in guisa analoga.

Mi sono fatta premura, in non poche occasioni, d'indirizzare la protesta stampata agli autori esteri, che non citano i lavori della medicina italiana nell'argomento trattato. Non ho avuto risposta. Sarebbe ingenuo o indegno, per non dire peggio, accontentarsi di questo «fin de non recevoir». E' preferibile fare qualche cosa di più pratico: non citare mai più in Italia gli autori esteri, che trattano noi in quel modo.

II. Ipertensione arteriosa nella stenosi mitralica

Sembra assurdo, di primo acchito, che possa notarsi aumento della tensione arteriosa nel vizio della stenosi atrio-ventricolare sinistra o mitralica, perchè, anche in fase del così detto compenso, è sempre inferiore alla norma la quantità di sangue spinto dal ventricolo sinistro nel torrente aortico, una buona parte di esso essendo rattenuta nel circolo pulmonare o piccolo circolo. Eppure BOAS e FINEBERG, dell'Ospedale Montefiore, di New-York, hanno notato (*The Americ. Journ. of the Med. Sc.*, nov. 1926) ipertensione arteriosa nel 50 % degl'infermi di stenosi mitralica. Però trattavasi d'individui in età al di là della cinquantina, nei quali insieme il vizio mitralico esisteva arteroscleros generale o arteroscleros specialmente renale e la eziogenesi era la lue.

Digitized by Google

In Italia, Giuffrè ed altri osservatori hanno illustrato le ragioni, per cui può notarsi ipertrofia del ventricolo sinistro (oltre che di quello destro) nella stenosi mitralica.

III. Il valore clinico della tonicità cardiaca

Della tonicità cardiaca come applicazioni cliniche si va occupando, presso di noi, Nicola Pende con quell'acume, che tanto lo distingue, qualunque sia l'argomento che imprende a trattare.

Di recente, v'insiste Giovanni Pittiani, della R. Clinica Medica di Milano, con il contributo di osservazioni proprie (*Cuore e Circolazione*, giugno 1927).

Necessita intendersi su alcuni postulati fondamentali.

Giustamente da Pittiani s'illustrano nel muscolo cardiaco, anzitutto, le differenze tra tonicità ed elasticità. Però sulla maniera con cui queste differenze si esplicano nel campo clinico reputo scendere a qualche dettaglio come risultato finale rispetto alla meccanica cardiaca.

Può succedere che in un infermo le anomalie del miocardio non siano di senso identico nella elasticità e nella contrattilità. Nè questa è ipotesi arbitraria. Vediamo, infatti, in un'arteria coesistere talvolta la sua rigidezza, che significa diminuzione della elasticità, con l'angiospasmo, che indica invece aumento del tono vasale. Qualcosa un contrasto analogo si verifichi nel miocardio, l'onda sanguigna, nello scorrere alle grosse vene nelle cavità sino all'estremo dei ventricoli viene ostacolata nel suo impulso distensivo o diastolico dalla rigidezza della parete miocardica e viene difficoltata pure nel suo coartamento sistolico, perchè questo, allo stato sano, è l'effetto convergente di due forze: la elasticità, come manifestazione della quale la parete distesa nella cardiodiastole tende a ritornare su sè stessa nella cardiosistole; la contrattilità, per la quale la maggioranza delle fibre muscolari sono eccitate durante la cardiosistole, laddove altre sono eccitate durante la cardiodiastole (dilatazione attiva del miocardio).

Onde a ottenere il coartamento del viscere le fibre muscolari cardiosistoliche debbono lavorare dippiù o sforzarsi, se è deficiente la loro retrazione per elasticità, debbono «compensare» la ipoelasticità, per servirsi di un linguaggio teleologico. Un analogo compenso o reazione di adattamento può essere svolto da una esagerata elasticità, quando la contrattilità miocardica sia deficiente, perchè le fibre muscolari cardiodiastoliche lavorano meno, se l'aumentata elasticità ne permette la distensione con la minima energia, e lavorano meno le fibre cardiosistoliche, se quella stessa aumentata elasticità ne facilita la retrazione.

Sino a questo momento sto parlando di contrattilità muscolare in genere, senza ancora differenziarla dalla tonicità. Ma, venendo ora alla tonicità o tono, Pittiani osserva che il tono è una condizione funzionale non già una proprietà del miocardio, è, secondo lui, «la somma dell'armonico confluire delle diverse proprietà cardiache».

A me non pare che il tono abbia il monopolio di questa armonica influenza. Non vi ha elemento della complessa funzione miocardica il quale si svolga senza questa confluenza. Il tono per il muscolo cardiaco integra la identica condizione funzionale, che si osserva per ogni altro muscolo, cioè uno stato di semicontrazione, quale preparazione della completa contrazione successiva e come stimmata della contrazione precedente. Le differenze, che si designano, riguardano semplicemente l'adattamento reciproco tra le parti, trattandosi di un peculiare e complesso muscolo quadricavo.

Lo stesso dicasi per altre quistioni, che sono delibate da Pittiani; cioè la influenza del sistema nervoso sul miocardio. Sul riguardo resto fedele ai postulati, che illustrai ben 37 anni or sono, nella monografia «Il lavoro meccanico del miocardio», pubblicata, a varie puntate, su questa *Riforma Medica* nel 1890. Allora conchiusi che la contrattilità come la elasticità (e quindi anche il tono) è proprietà autonoma o indipendente del muscolo cardiaco, ma ciò non esclude che essa è intimamente incitata, sorretta e coordinata dalla rispettiva innervazione, tanto intrinseca quanto estrinseca, e questa innervazione è così impressionantemente molteplice come gangli e come fibre, perchè molteplici sono gli adattamenti funzionali tra le varie parti del miocardio durante lo svolgersi della rivoluzione cardiaca nelle singole fasi, tanto più che nel miocardio dell'uomo fuori della vita extrauterina la struttura è abbastanza diversa nelle differenti parti, alcune delle quali riproducono istologicamente e funzionalmente il cuore embrionale. Onde conchiusi allora come ritengo anche oggi non esservi ragione di esclusivismo o contrasto tra teoria miogena e teoria neurogena della funzione cardiaca.

Conformemente a postulati, che illustrai in quell'epoca, mi duole di non essere di accordo con Pittiani, il quale ritiene che per il cuore al simpatico spetti l'ufficio di supremo regolatore del trofismo. No. Anche in questo lato della biologia cardiaca: nessun monopolio. Il vago, nervo prevalentemente anabolico e cardiodiastolico, ha importanza uguale al simpatico, nervo prevalentemente catabolico o cardiosistolico; secondo le fasi singole di ciascuna rivoluzione cardiaca viene eccitato ora più l'uno ora più l'altro dei due nervi, come ora più l'uno ora più l'altro dei gangli intracardiaci.

Per ogni altro organo importante della economia umana non esiste l'analoga coordinazione tra nervo catabolico e nervo anabolico? Lo stesso dicasi per l'azione degli ormoni endocrini, alcuni dei quali hanno azione catabolica ed altri, invece, svolgono azione anabolica. Nè diversamente può dirsi della costituzione individuale e predisposizione, la quale si riverbera sulla tonicità come su tutto il resto della biologia miocardica.

Questi studi analitici, dunque, che si vanno attuando sulla tonicità cardiaca, non possono astrarre dalla sintesi delle leggi biologiche, comuni ad ogni organo muscolare. Sono studi indiscutibilmente utili, come in ogni campo dello scibile medico è utile l'analisi non meno della sintesi. Sono due processi mentali che reciprocamente si «sintonizzano» per fare un bisticcio, una volta che si parla proprio della tonicità.

Andrea Ferrannini

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le condizioni di attecchimento del cancro nei polmoni. — E. Frommel, Clinica medica di Ginevra. *Revue de Médecine*, n. 1, 1927.

Numerose sono, secondo l'A., le cause che predispongono alla localizzazione del cancro nel polmone; tra queste oggi si dà minore importanza ai traumi, i quali metterebbero solo in evidenza dei cancri in latenza. Maggiore interesse invece hanno i rapporti tra cancro del polmone e alcune malattie del polmone stesso. Così in una statistica dell'A. di 41 malati affetti da cancro del polmone, 8 erano contemporaneamente colpiti da tubercolosi polmonare (circa cioè il 19 %), anzi in 6 casi cancro e tubercolosi erano localizzati allo stesso lobo. La coesistenza di questi due processi indica che non può più sostenersi oggi la antica teoria di Rokitansky, il quale sosteneva la loro incompatibilità. Si sarebbe condotti a credere, invece, che la tubercolosi, la quale abbia preceduto di parecchi anni lo scoppio del cancro, faccia quasi da mordente e che più spesso si verifica che i tubercolosi diventino cancerosi anzi che viceversa. La tubercolosi, dunque, secondo l'A., è un terreno favorevole per lo sviluppo del cancro polmonare.

Tra i malati di cancro del pulmone osservati dall'A., 21, poi, soffrivano di bronchiettasia o di bronchite cronica o di enfisema, in tutti, cioè, i pulmoni si trovavano in un stato di manifesta inferiorità funzionale.

Circa l'importanza che possono avere le polveri nel determinare particolari condizioni del polmone che predispongano al cancro, d'altra parte, l'A. asserisce che 20 dei suoi malati, su 29 che accudivano ad un mestiere, si erano in particolar modo esposti a respirare polveri minerali o vegetali (polvere di catrame, antracosi, calicosi, ecc.). Non chiaro sembra invece il rapporto di causa ad effetto tra grippe e cancro del polmone, forse perchè i casi di grippe datano ancora da poco tempo (1918).

In conclusione, dalle osservazioni dell'A., si rileva che, se il cancro del polmone può scoppiare in individui assolutamente indenni da ogni affezione polmonare, colpisce però di preferenza pulmoni già precedentemente in istato di meiopragia funzionale. Esisterebbe, dunque, un terreno favorevole allo sviluppo del cancro del pulmone.

La ricerca del potere triptico nella semejologia del pancreas. — M. Aresu. *La Clinica Medica Italiana*, n. 2, 1927.

L'attività dei diversi fermenti digestivi emessi dal pancreas subisce, secondo l'A., delle varianti per influenze psichiche e chimiche diverse; assai meno influenzato, rispetto a tutti gli altri, sembra il potere triptico, il quale si è mantenuto, nei casi esaminati, costantemente in rapporto con le reali condizioni anatomiche e funzionali della ghiandola pancreatica. Per questa ragione, i metodi di studio del

Digitized by Google

l'attività triptica sono da preferire alla ricerca della amilasi e della lipasi nella diagnostica generale, allorchè non si abbiano obbiettivi particolari di indagine.

Per essere al sicuro dal pericolo di qualunque influenza del succo gastrico e del secreto intestinale sull'andamento della reazione della digestione triptica, l'A. suole servirsi, come materiale da sottoporre alla digestione, di siero di sangue, così preparato: a 75 cc. di siero di sangue di bue si aggiungono 575 cc. di acqua distillata; si riscalda lentamente la miscela fino a portarla a 90°, e la si mantiene a questa temperatura per 10', aggiungendovi, poi, fluoruro di sodio 1 % e quindi alcalinizzando con carbonato sodico in modo che 5 cc. di questa miscela vengano neutralizzati da 0,3 cc. di soluzione N/25 HCl. La prova si esegue, cimentando 5 cc. di detta miscela contro 0.5 cc. di liquido duodenale previamente neutralizzato e controllando di 1/2 ora in 1/2 ora con una soluzione N/25 NaOH l'acidità che si sviluppa. Negli individui normali, già alla fine della 1ª ora, oltre metà dell'albumina risulta scissa e quindi si ha una corrispondente pronta elevazione della curva di acidità; l'albumina residua viene, poi, digerita molto più lentamente (oltre 11 ore). In condizioni patologiche, invece, l'attacco triptico si svolge più lentamente che nei succhi pancreatici normali.

Insussistente anche, secondo l'A., per le condizioni di tempo in cui la digestione artificiale si compie, è il pericolo di una reazione proteolitica da parte di materiale purulento eventualmente presente nel tubo gastro enterico.

Un controllo, con la ricerca della tripsina nelle feci, è tuttavia utile, poichè permette di confermare, in linea di massima, quelle induzioni che possono essere formulate in base all'esame della curva di digestione duodenale.

I risultati, infine, della ricerca della lipasi e dell'amilasi nel succo duodenale debbono sempre essere accolti con molta riserva, tutte le volte che siano discordanti da quelli che forniscono le prove del potere triptico.

Azione diuretica delle iniezioni endovenose di adonidina nei cardiaci. — HARVIER. *La Clinique*, n. 86 maggio 1927.

L'adonidina, glucoside attivo dell'Adonis vernalis, è stata da Schedrovitzki e dall'A. usata nei cardiaci per via endovenosa. In mancanza del glucoside purificato cristallizzato, gli AA. si sono serviti della adonidina del commercio, polvere gialla, amorfa, di composizione chimica mal definita, che è perfettamente solubile in acqua a 1:200. La dose tossica nel coniglio è di 5 mmgr. Nell'uomo, quella di 5 mmgr. è la dose attiva e non provoca, per via endovenosa, nessun fenomeno spiacevole.

Nei cardiaci con anasarca, dette iniezioni endovenose provocano una profusa diuresi, che è immediata, poichè si manifesta sin dal giorno dopo della iniezione; intensa, poichè la diuresi si eleva per es. da l. 1.250 a 3.000, da l. 0.750 a l. 2.00, da l. 0,500 a l. 4,500; duratura; poichè si prolunga per 4-5 giorni.

Talora, per ridurre degli edemi imponenti basta una sola iniezione endovenosa, senza altra cura complementare (purgante drastico, puntura dell'ascite, ecc.). L'azione diuretica dell'adonidina è quindi veramente imponente, sia nei cardiorenali che nelle nefrosclerosi; nei malati non affetti da cardiopatie (cirrotici, nefritici oligurici ecc.), essa è, invece, senza effetto.

Accanto all'azione diuretica, l'adonidina per via endovenosa non esplica un'azione cardiotonica egualmente intensa, lascia, però, il cuore sensibile all'azione degli altri cardiocinetici (digitale, uabaina ecc.). Non esiste, infine, nessuna controindicazione per l'uso endovenoso di detto glucoside, se si eccettui quello stato denominato cachessia cardiaca insufficienza cardiaca nel periodo terminale con considerevole dilatazione del cuore).

L'ipertensione arteriosa nei giovani. — O. MOOG e K. VOIT. Clinica Medica dell'Università di Marburg a Lahn. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 1.

Gli AA. hanno potuto osservare in questi ultimi tempi un numero notevole di giovanetti o di giovani (tra i 16 ed i 28 anni) ipertonici vasali.

I valori della pressione sanguigna stavano in questi casi tra 140 e 215 mm. di mercurio. Dei 16 casi osservati, 10 presentavano anche anomalie costituzionali.

Un così precoce inizio di ipertensione essenziale può essere spiegato pensando all'influsso di un momento patogenetico ereditario che renda assai facilmente aggredibili (meglio che precocemente deboli) i vasi in un primo tempo, ed in un secondo tempo all'intervento di una modificazione della pressione sanguigna.

La maggior parte di questi giovani erano particolarmente sensibili all'azione dell'adrenalina; solo due si dimostrarono invece poco sensibili. Un'ipertrofia cardiaca clinicamente dimostrabile fu trovata solo eccezionalmente; essa mancava anche in ammalati che da oltre cinque mesi soffrivano di ipertensione permanente.

Due pazienti presentavano un'elevazione del metabolismo basale.

Le sofferenze subiettive erano generalmente le stesse di quelle che presentano gli ipertonici adulti; e frequentemente questi giovani non accusavano alcun disturbo.

La diastasi nell'urina per la diagnosi della acuta necrosi pancreatica. — ROLOFF, ospedale Diakomissen in Berlin. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 25, 1927.

Le osservazioni che si sono raccolte dall'A. ascendono a 10 casi; controllati alla bioscopia chirurgica soltanto 14. Quattro deceduti. Ciascuno sa che accanto a casi con quadro clinico abbastanza bene delineato, se ne incontrano meritevoli di ogni ricerca complementare. Non di rado infatti, la sintomatologia di altre affezioni addominali si confonde con quella pancreatica, ed ecco che si ricorre alla leucocitosi, alla glicosuria, alla steatorrea; mentre solo da alcuni anni si è valorizzato dal Wohlgemuth la determinazione diastasica nelle urine. Altri osservatori ne hanno seguito l'indirizzo.

Nell'ospedale sopra indicato il metodo Wohlgemuth fu eseguito 185 volte su 95 differenti infermi; 30 volte in affezioni addominali tra le più diverse, specie in colecistiti controllate all'intervento, od alla necroscopia per escludere ogni partecipazione del pancreas Spesso si trovarono cifre di 8-64 unità, solo eccezionalmente 128 unità, senza poterne precisare la ragione.

Si può, dal complesso dei casi ritenere che la prova di W. assuma un grande potere di accertamento in molte contingenze difficili. La positività di codesta reazione lascia pensare con molta probabilità ad una necrosi pancreatica acuta. Il risultato negativo non esclude peraltro la stadio subacuto di detta necrosi. Non si può dire l'elevazione diastatica essere specifica della detta necrosi acuta; ci sono non dubbie eccezioni; ma si può escludere che in provate necrosi pancreatiche esistano valori diastasici normali. Non si può affermare che la elevazione della diastasi dipenda dalla gravità e dal decorso dell'affezione.

Solamente il quadro clinico offre la indicazione all'intervento. Dovrebbe in ogni caso tenersi come norma il tempo di 40 minuti speso dalla reazione. Dunque questo metodo costituisce un buon sostegno diagnostico, da non tralasciarsi in tutti i casi addominali di dubbia diagnosi.

Vero è che scorrendo le recenti casistiche troviamo p. es. osservazioni positive in contingenze di forti stasi del dominio portale. Ma su 15 osservazioni del genere raccolte dall'A. una sola volta si sono trovate 128 unità. Finalmente si è notificata qualche osservazione di positiva diastasi-reazione per ulcera gastro-duodenale; ma ad un più attento esame risulta che la perforazione interessava anche il pancreas.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La simpatectomia nei lebbrosi. — Y. OSAWA e T. NOJIMA, Prima Clinica Chirurgica dell'Università di Osaka. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 2.

Nella cura della lebbra, le ulcerazioni e le nevralgie offrono particolare difficoltà, essendo estremamente dolorose e resistenti ad ogni trattamento.

In questi casi gli Autori hanno fatto ricorso con successo alla simpatectomia, ottenendo la guarigione, più rapidamente che con qualunque altro mezzo delle ulcerazioni, o il riassorbimento dell'infiltrato che manteneva la nevralgia.

La simpatectomia fu eseguita ora al collo (simpatico cervicale, ganglio stellato) in ulcerazioni di monconi o in nevralgie ulnari, ora sull'arteria femorale destra in due casi di male perforante del piede.

Cura chirurgica delle peritoniti tifose. — BERTONE, Direttore dell'Ospedale Civile di Cormons. (Monografia).

La peritonite diffusa nel tifo è una conseguenza della perforazione intestinale, la quale si verifica di solito verso la fine del terzo settenario, eccezionalmente nel primo o dopo il terzo settenario o nelle recidive, le quali poi non sono tanto rare.

Stabilitasi la perforazione ed avvenuto il passaggio attraverso la soluzione di continuo del materiale settico nel peritoneo compare un dolore più o meno intenso nella regione ileocecale, vario secondo la suscettibilità del soggetto, la rapidità del versamento e l'ampiezza della perforazione (Arcangeli).

Subito dopo compaiono vomiti, nausee, tensione dolorosa dei muscoli addominali. Le condizioni generali rapidamente si aggravano, l'aspetto del viso è angosciato, caratteristico, il polso è piccolo, frequentissimo, filiforme e compressibile. La temperatura diviene spesso bassa

Digitized by Google

(35,5) o può, più raramente elevarsi di molto (40°), finchè ritorna ad elevarsi.

Seguono eruttazioni di gas e vomito biliare, scompare l'ottusità epatica, mancano la defecazione e i flati. Nelle parti più declivi del ventre si forma un'ottusità che progredisce gradatamente e possono intervenire enterorragie più o meno gravi.

Questo essendo il quadro della perforazione, che spesso è difficile diagnosticare per la scarsa imponenza dei sintomi, l'atto operativo rappresenta per la quasi totalità degli autori la sola cura che possa offrire le possibilità maggiori di successo.

Ma si discute (Cazin e altri) se sia opportuno operare immediatamente appena si è fatta la diagnosi, senza preoccuparsi dello schok iniziale che accompagna spesso le perforazioni appena verificatesi, oppure se convenga attendere che l'ammalato si sia un po' rimesso. A tale scopo sono state invocate delle statistiche secondo le quali le guarigioni sarebbero più numerose nei casi operati tra la 13ª e la 25ª ora, di quanto non siano in quelli in cui l'intervento ebbe luogo nelle prime 12 ore.

Malgrado ciò l'A. ritiene che l'intervento precoce s'imponga in ogni caso di perforazione tifosa, anche solo sospetta, poichè esso è di massima il solo mezzo che, dando esito ai materiali settici accumulati nel peritoneo, impedisca l'ulteriore diffondersi dell'infezione e lasci qualche speranza di guarigione.

Si discute, inoltre, quale sia il momento più opportuno dell'intervento precoce. Cushing e Daurial ritengono doversi intervenire prima che la stessa perforazione avvenga e cioè quando si verificano dei dolori che la fanno ritenere imminente.

Anzi quest'ultimo (riferito dall'A.) operò un giovane, praticando un'enterostomia classica allo scopo di escludere il tratto intestinale in pericolo di perforazione, dall'ulteriore contatto coi materiali di eliminazione e prevenne così la perforazione, mentre l'ammalato dopo pochi giorni era guarito.

E questo metodo, in alcuni casi è ideale, cioè solo quando si abbia a ritenere di sicura imminenza la perforazione. Il che non sarà tuttavia sempre facile.

A perforazione avvenuta si procederà all'atto operativo.

L'A. consiglia l'anestesia locale, essendo quella eterea e cloroformica pericolose per lo stato di miocardite tossi-infettiva, che, com'è noto (Tramontano) segue sempre la malattia. Quanto alla tecnica il comportamento ha lievi variazioni secondo i casi, e i metodi personali dei diversi operatori.

In genere, previa laparotomia mediana sottombelicale si divaricano i muscoli della parete addominale e tolto il grosso properitoneale si cade sul peritoneo. Ciò fatto, per scovare il punto dove è avvenuta la perforazione Tasso Asteriades riempie il piccolo pozzo formato con la breccia, con acqua sterile e poi pratica un piccolo occhiello nel peritoneo. Se vi è perforazione, i gas che si sono diffusi nel cavo peritoneale, sotto la pressione diaframmatica sfuggono attraverso il piccolo orificio formando delle bollicine nell'acqua versata.

Dopo l'operazione il decubito varia secondo il lato su cui l'operazione è caduta, dovendo favorire il deflusso del drenaggio.

Nel periodo postoperatorio si praticherà la rettoclisi introducendo in 24 ore circa tre litri di liquido indifferente. L'ammalato sarà lasciato immobile e si provocherà l'evacuazione piuttosto sollecitamente senza aspettare il 4° giorno, come vorrebbe Chaput.

PEDIATRIA

La tubercolosi florida nell'infanzia. — E. Marino. *La Medicina Italiana*, n. 3, 1927.

La tubercolosi, non solamente come infezione ma anche come malattia, può accompagnarsi nei bambini ad uno stato generale così buono, con peso talora superiore alla media (forme vere di tubercolosi florida), sì che potrebbesi a prima vista pensare che il bambino sia affetto da tutt'altra malattia, non solo, ma anche che non sia ammalato. A conferma di questa asserzione, l'A. riporta le storie cliniche di 27 casi nei quali si avevano non solo Pirquet positiva, ma anche dei segni, clinici e radiologici, di adenopatia tracheo-bronchiale, quale prima tappa della tubercolosi in atto.

Dall'osservazione dei casi riportati, appare non esser vero che la tubercolosi florida è di spettanza esclusiva del lattante al seno, poichè alcuni di questi piccoli infermi erano allattati artificialmente; così pure appare frequente (20 %) la meningite tubercolare come quadro finale di questa tubercolosi florida. La prognosi quindi, secondo l'A., in simili casi non è, poi, tanto fausta, mentre esistono pure osservazioni di lesioni tubercolari nei lattanti e nei bambini che si sono circoscritte, sclerosate e calcificate, nè più nè meno che come negli adulti. Molto la prognosi deve dipendere dall'entità del contagio, dall'età in cui il contagio è avvenuto e da vari altri fattori, tra i quali non ultimo quello costituzionale.

Riguardo ai mezzi, atti ad accrescere le difese dell'individuo ammalato di tubercolosi, anche se florido e grasso, l'A. crede necessario il pronto allontanamento dall'ambiente infetto per evitare la iperinfezione, nonchè le cure tubercoliniche, ricostituenti, fisiche e climatiche, provvedendo anche nel modo più scrupoloso affinchè il piccolo paziente sia sottratto al pericolo di contrarre infezioni acute, giacchè l'esperienza dimostra che la tubercolosi in forma meningitica o miliare esplode per lo più durante la convalescenza di tali forme.

OSTETRICIA

Patogenesi del vomito incoercibile delle gravide. — F. Sieger, Freiburg in Breisgan. *Die Therapie d. Gegenwart*, 1927, n. 3.

Il vomito delle gravide non va tanto considerato come una intossicazione per scorie del ricambio, ma molto più come il risultato di un'insufficiente nutrimento dell'organismo materno, nella simbiosi madre-feto.

Esistono molti punti di contatto tra il ricambio della gestante e lo stato di inanizione da scarso nutrimento (l'Autore ricorda anche l'edema da fame osservato durante la guerra): l'anacidità del sangue, la scarsezza dell'urea, l'aumentata eliminazione dell'ammoniaca, dell'acido urico e degli aminoacidi.

Il fabbisogno di minerali, particolarmente di calcio, è aumentato; la sua diminuizione porta ad una alterazione dell'equilibrio ionico, nel senso di una sindrome vagotonica, che si esteriorizza col vomito.

Il compito della terapia in questi casi è quindi quello di somministrare i minerali che mancano, facendo di tanto in tanto riposare, d'altra parte il ricambio di quelle sostanze che momentaneamente non possono venire utilizzate.

Quindi praticamente si prescriverà riposo assoluto a letto, tre giorni di somministrazione per via enterale e paraenterale di soluzione di Ringer e di Normosal, mantenendo la paziente a digiuno.

L'eliminazione della bilirubina è un buon elemento prognostico per giudicare della gravità della sindrome generale.

Sepsi puerperale e scarlattina. — Kunz e Nobel, Vienna. *Zeitschrift f. Kinderheilkunde*, 42, n. 3-4.

I risultati di numerose reazioni di Dick praticate nelle gravide e nelle puerpere indicano chiaramente che tra sepsi puerperale e scarlattina esiste una correlazione eziologica. Le puerpere e le gravide con reazione di Dick positiva presentano con frequenza molto maggiore un puerperio febbrile, poichè ad esse mancano antitossine contro gli streptococchi.

Per la profilassi della sepsi puerperale si potrebbe dunque raccomandare un'immunizzazione con tossine streptococciche, o con siero antitossico antistreptococcico, in quelle donne che hanno positiva la reazione di Dick.

FISIOPATOLOGIA

Sull'esistenza di un centro cerebrale del sonno. — V. Demole, Zurigo, Istituto di Farmacologia della Università. *Archiv f. Experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, 1927, vol. 120, n. 3-4.

Numerose ricerche sui gatti hanno dimostrato che mediante una iniezione di calcio nella zona circostante il *tuber cinereum* si provoca un sonno, non dissimile da quello fisiologico.

Un'iniezione di clorato di potassio provoca uno stato opposto, cioè stupore, ipertonia, accelerazione della attività cardiaca e respiratoria, stato di irrequietezza motoria fino al delirio, crisi epilettoidi.

Queste reazioni caratteristiche dopo le iniezioni di cloruro di calcio o di clorato di potassio sono da riferirsi ad una reazione ionica del centro parainfundibulare vegetativo del cervello.

Le ricerche anatomiche contemporaneamente fatte avrebbero dimostrato che il sonno viene regolato dall'attività di una zona strettamente delimitata del cervello, a cui potrebbe essere data la qualifica di «centro del sonno».

Questo centro sarebbe compreso nella sostanza grigia soprachiasmatica infundibolare, e nel tuber cinereum.

Molto verosimilmente anche nell'uomo questo centro del sonno è sottoposto all'azione ionica del calcio, poichè si è trovato che, durante il sonno normale, ha luogo uno spostamento del calcio, e più precisamente un impoverimento in calcio del sangue periferico, che può raggiungere il 6-8,8 per cento.

Digitized by Google

PSICHIATRIA

La tossicità del siero sanguigno degli psicopatici. — M. KASTAN, Laboratorio della Clinica psichiatrica di Friedrichsberg. *Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 78, n. 5.

L'iniezione di qualunque siero appartenente a psicopatici in un animale da esperimento, indipendentemente dal fatto se ne provoca o meno la morte, modifica in ogni caso la formola leucocitaria; nel senso di un aumento dei corpuscoli bianchi neutrofili; ciò avviene con rapidità, nella prima ora dall'iniezione.

Il siero degli epilettici, prelevato nelle ventiquattr'ore dà un accesso, e sempre fortemente tossico; prelevato più tardi, nello intervallo tra un attacco e l'altro, può essere tossico, ma può anche non esserlo.

I sieri degli allucinati, dei dementi precoci, degli ipercinetici con eccitazione motoria non sempre sono tossici; nelle forme isteriche della demenza precoce la tossicità è la regola.

Anche i sieri delle forme psicopatiche senili sono tossici.

SIFILOGRAFIA

Importanza del parto nello scoprire una sifilide latente.— HEYNEMANN, Clinica Ginecologica in Hamburg Eppendorf. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n. 25, 1927.

La questione non richiederebbe eccessivi chiarimenti, perchè se ne comprende di primo acchito la portata. Premesso il criterio generico, resta ancora discussa questa duplice visione dei fatti.

1. Se la dimostrazione serologica della sifilide possa attuarsi con le solite forme e deduzioni come per solito, sia durante la gestazione, sia durante il parto.

2. Se per la ricerca serologica luetica nel parto sia da utilizzarsi anche il sangue del funicello e l'ematoma retroplacentare. Stando alle osservazioni raccolte da alcuni clinici ed al controllo che l'A. ha potuto esercitare su circa 2620 gestanti, utilizzando sia il sangue della vena brachiale sia quello dell'ematoma retroplacentare, e funicolare, ci si mette in condizioni di orientare meglio i nostri studi. Innanzi tutto è confermato che i risultati serologici del sangue brachiale delle gestanti possono fornire i responsi più diversi prima e dopo il parto della paziente. Bisogna pertanto dedurne che avendo risultato positivo o dubbio nella reazione sifilitica subparto, si è tenuti a ritentare il saggio più tardi e ripetutamente. Solo dal complesso, e magari dalla complementare osservazione radiologica del feto, si potrà con qualche precisione concluderne. Si presenta altresì il quesito: quando procedere al nuovo saggio sierologico? E' parere di alcuni doversi preferire il settimo giorno del puerperio; ma tenuto conto che anticipando di qualche giorno la ricerca, i risultati non si differenziano granchè, si avrebbe così il vantaggio di non perder subito di vista la puerpera. Peraltro un'ulteriore ricerca si potrà giustamente eseguire dopo 2 o 3 mesi.

In quanto al sangue funicolare, concordano quasi tutti i ricercatori nel ritenerlo disadatto ad una esauriente ricerca. Su 710 parti l'A. ebbe 9 volte negativo responso, sebbene l'esame serologico della madre, del feto stesso, ed il complesso clinico di ambedue, non lasciassero dubbi di sorta. Per ragioni dunque ancora da chiarirsi, non giova contare su codesto saggio, che talora è positivo mentre null'altro depone per la lue. In conclusione sfuggono così alla diagnosi non pochi casi.

Venendo all'ematoma retroplacentare l'esperienza è concorde a ritenerlo un buon elemento serologico; del quale l'A. fa largo uso in clinica, tenendo tuttavia presente, nei casi dubbi ed in quelli affermativi, di ripetere la reazione, più volte. Non si può neanche ritenere che la tecnica sia laboriosa, in quanto che, anche dopo il distacco placentare riesce facile raccogliere del sangue, sia pure incaricandone la levatrice, con l'avvertenza di non inquinarlo di meconio.

Non meno opportunamente si può affermare essere questa pratica nel parto prematuro: senonchè l'attuazione della ricerca fuori della clinica, non è parimenti facile, tanto più che non si può da tutti ottenere un prelevamento di sangue retroplacentare non inquinato. D'altra parte anche detriti di sangue di altra provenienza possono perturbare la ricerca.

Finalmente va notato che al parto spetta anche una particolare importanza nel riconoscere la sifilide, altresì per la natura stessa della malattia alla quale possa essere legato il parto.

La ricerca nella Clinica Ginecologica di Hamburg ha mostrato in 3-4 % delle gestanti una latenza luetica; il che parrebbe poco all'A. il quale in Halle nel 1909 aveva constatato il 10 % su le gestanti private. Egli crede spiegarlo dal fatto che avanti la guerra si ricevevano in maternità donne libere, mentre oggi sono per lo più coniugate.

Innegabile è l'importanza di queste indagini nel riconoscimento precoce della sifilide congenita: ed è desiderabile questo indirizzo anche fuori dei reparti ostetrici.

OCULISTICA

La terapia proteica aspecifica nelle malattie oculari. — K. STEINDORFF, Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 18.

Il numero dei preparati di latte da servire per la terapia proteica aspecifica va sempre crescendo; alcuni (Abijon, Aolan) debbono essere sterilizzati dal medico, altri (Caseosan, Vistosan) non sono niente altro che latte lungamente bollito.

Sono stati tentati e proposti innumerevoli surrogati a questi preparati di latte (preparati batterici, sieri, vaccini, soluzioni di glucosio, trementina, metalli colloidali, sali metallici, etc.), ma nessun di questi ha superato i preparati di latte.

Quale sia il costituente del latte che ha importanza come mezzo terapico, non è ancora noto, nonostante le numerose ricerche. Le malattie oculari sono talmente localizzate, e le modificazioni che si osservano dopo l'introduzione parenterale di preparati lattici sono talmente rapide, che non si può ricorrere, per rendersene ragione, all'esaltazione del potere battericida del siero o all'aumento del numero dei leucociti, o alla formazione di anticorpi o di altre sostanze protettive, poichè tutto ciò ha bisogno di un certo tempo per costituirsi e per rendersi palese.

La malattia oculare che più si giova della lattoterapia è la congiuntivite gonococcica, in modo speciale quella degli adulti, molto meno quella dei neonati; bisogna, in ogni caso, completare il trattamento col nitrato di argento.

Comunque, l'iniezione attenua con rapidità sorprendente i sintomi subiettivi, particolarmente il dolore, il gonfiore delle palpebre, etc. I gonococchi spariscono rapidamente, qualche volta già dopo la prima iniezione.

Il più attivo dei preparati pare sia il Caseosan, che però provoca febbre notevole; anche il vaccino tifico rende buoni servigi; da evitare sono l'autosangue e l'Artigon.

Per il tracoma la proteinoterapia aspecifica non ha ancora raggiunto risultati concreti.

Invece le affezioni scrofolose della congiuntiva e della cornea sono molto favorevolmente influenzate (regressione delle sofferenze, diminuzione della fotofobia, etc.), e del pari l'erpete febbrile e lo zoster della cornea, e l'ulcera traumatica corneale; nella irite reumatica ed in quella blenorragica il successo sarebbe addirittura sorprendente.

Pare che il miglioramento che si ottiene per l'irite reumatica sia in relazione con l'elevazione di temperatura che si riesce a provocare.

Così pure la proteinoterapia aspecifica dà favorevoli risultati nelle infezioni che seguono alle lesioni o agli interventi operatorii oculari, e nelle forme simpatiche, che generalmente hanno una prognosi così infausta.

L'Autore non condivide invece — in base ai risultati della propria esperienza — l'opinione di coloro che vorrebbero introdurre questa forma di terapia nel glaucoma, ed anche per ciò che riguarda le emorragie e gli intorbidamenti del vitreo, le opinioni sono controverse.

Nelle coroiditi e nelle coriorretiniti, il metodo ha sempre avuto insuccesso, e così pure nella retinite albuminurica, e nell'atrofia del nervo ottico.

L'esagerato ottimismo di alcuni oculisti che vorrebbero fare della lattoterapia la panacea per tutte le affezioni oculari non può che nuocere al successo del metodo.

Terapia non operatoria del glaucoma. — IGERSHEIMER in Frankfurt. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 26, 1927.

Certo il glacoma è tra le affezioni delle quali tuttora si discute il significato. Come abbiamo in più altre contingenze ricordato, si insiste anche sul trattamento conservativo.

Le indicazioni di questo trattamento possono essere così riepilogate: 1. Nel glaucoma acuto quando altre cause esteriori impediscano un intervento; 2. Nel glaucoma semplice, quando le funzioni visive non mostrino deterioramento notevole; quando queste siano deteriorate avvicinandosi la restrizione del campo visivo al punto fisso; o quando l'anzianità od altra causa sconsiglino di operare. 3. Nel glaucoma emorragico nel quale si consiglia essere quanto più si possa conservatori.

Il trattamento conservativo può esserci con metodi di trattamento generale (rapporto della pressione oculare con quella generale; importanza della distribuzione del sangue nell'organismo; concentrazione del sangue etc.).

Di qui alcune norme che possono così sommariamente riassumersi:

1. Evitare sforzi ed emozioni che rialzino la tensione sanguigna; così anche gli eccitanti, alcool, tabacco, caffè; magari ricorrere al salasso.

Digitized by Google

2. Regolare l'alimentazione, mentre si ricorre a qualche lassativo, a qualche derivazione intestinale conseguibile con la foglia di sena.

3. Infusioni endovenose e sottocutanee di soluzioni clorosodiche 10 %. Magari ricorrere al salasso ed al bagno caldo. Qualche clinica consiglia l'uso di compresse di tiroidina, o di ipofisi 1-2 al giorno.

In quanto al trattamento locale troviamo: facilitare il deflusso per le vie uveali, epperò scemare la quantità di sangue.

1. Miotici: Eserina e pilocarpina, tenendo presente che talora si comincia da una dilatazione vasale, per passare solo più tardi alla vasocostrizione. Sempre preferire la somministrazione iniziale di giorno, per passare poi a quella notturna.

2. Trattamento adrenalinico. Queste gocce instillate nel sacco congiuntivale di un sano non danno midriasi. Questa si ha nell'occhio predisposto al glaucoma. Come che sia il trattamento adrenalinico suole dare una non trascurabile diminuzione della pressione, e di più ore di durata. Si può nel glaucoma semplice associare anche l'uso di miotici, tenendo presente ad ogni modo che l'uso della soprarenina sia alternativamente ripreso nella settimana.

□□□

CONFERENZE

L'AMEBIASI POLMONARE

Conferenza del dott. DOPTER (Val-de-Grâce)

Nel continuo ampliarsi delle nostre cognizioni intorno al determinismo patogeno dell'ameba dissenterica sui differenti organi, era già da qualche tempo acquisita la sua importanza sugli organi della respirazione. Ne erano naturalmente, meglio edotti i medici coloniali, per i casi di vomiche da ascesso epatico. Uno stato di bronchite e di congestione della base polmonare destra, si ripresenta con recrudescenze febbrili, brividi, sudori; c'è dolore scapolare, vien la tosse secca, penosa da una pleurite diaframmatica, talora qualche modica emottisi. Ma in questa modicità di quadro clinico, ecco bruscamente, sotto un'irruenza di tosse, presentarsi una copiosa vomica di pus cioccolato, misto a grumi neri, a tracce di sangue rosso.

Chiaro è il quadro di uno sbocco tracciatosi dall'ascesso epatico nei bronchi, un processo epatico-pulmonare nel quale finalmente la progressiva espansione eccentrica, invasione diaframmatica, e per continuità parenchima polmonare, l'ascesso amebico ha trovato la sua strada, dal fegato attraverso l'albero bronchiale.

In contrapposto a codesta che può dirsi la più semplice evenienza, c'è il caso nel quale, sebbene patogenicamente collegate tra loro, anzi concatenate da una successione, l'ascesso epatico e l'ascesso polmonare, costituiscono due aspetti della fisionomia clinica certamente più complessa.

C'è ancora, meno nota, la contingenza di un'amebiasi polmonare a sè; o che in apparenza il fegato non costituisca una tappa dell'amebiasi proveniente dall'intestino, o che l'ascesso primario epatico sia passato inosservato, e forse guarito in epoca remota. La serie di contributi dimostrativi nella sistemazione clinica di questo concetto è numerosa: ricorderemo tra' nomi più meritevoli: Fontan, Kermogant, Tuffier, Laison, Nattau-Larrier, Ramond, Leclerc, Lautmann, ed altri molti. [Per l'Italia sono da menzionare le osservazioni di Izar. N. d. R.].

L'anatomo-patologia dell'ascesso amebico polmonare serba, nelle sue linee fondamentali le caratteristiche peculiari di coteste localizzazioni parassitarie. Focolaio prevalentemente unico, in quanto le forme multiple eccezionali, si lasciano a preferenza giudicare come espressione della periferica eccentrica disseminazione. Situato di solito alla base del polmone destro, cotesto ascesso unico può presentare le dimensioni più diverse, tra quelle di una avellana a quella di una testa fetale. Più eccezionale sede quella nel polmone sinistro; anche più rara quella al lobo superiore.

C'è, ricostruendo l'evoluzione istogenica, da seguire le varie fasi. All'inizio, in pieno parenchima un focolaio bianco-grigiastro, compatto, circoscritto da una zona congesta, talora emorragica; niente suppurazione. La struttura rivela: leucociti, emasie, frammenti di cellule epiteliali, in mezzo ad una trama necrotica dove si intravedono le travate alveolari. In seno a codesto tessuto amorfo può bene trovarsi secondo Bunting, l'ameba tipica; il che è anche possibile nei tessuti periferici, fatti da alveoli, deformati, congesti. Dunque finora un focolaio di necrosi dovuto all'azione patogena dell'ameba dissenterica.

Stadio più tardivo è quello della suppurazione. Il tessuto di necrosi si liquefa a gradi a gradi; così sotto la pressione si possono vedere gocce che ne gemono. Quando la suppurazione si intensifica, si è al cospetto di un'escavazione anfrattuosa, a contenuto pio-ematico, cioccolato, con rivestimento quasi villoso, meglio visibile sotto un'irrorazione d'acqua Si tratta in realtà di vestigi necrotici del polmone, e sopratutto dei vasi quasi dissecati. La tessitura ricca di globuli di pus va costituendo addirittura una membrana piogena, attraverso la quale ed in connessione con la medesima, possono intravedersi tramiti di diffusione e di connessione con altri minimi incipienti focolai. Ancor più verso la periferia, rispettato il tessuto polmonare, mostra tuttavia segni di alveolite desquamativa, con un detrito che va a conglobarsi con la fibrina già depositatasi tra leucociti ed eritrociti.

Si può logicamente concepire che l'ulteriore andamento dipenda anzitutto dai poteri difensivi o meno dell'organismo. Difesa la quale si esprime anatomicamente ora con la invasione in vicinanza ed in periferia; ora come barriera organica tendente a circoscrivere l'ascesso in un involucro che l'incisti, così da aversi una poltiglia mucoide o quasi caseosa. Tanto non impedisce l'eventuale irruzione del focolaio dentro qualche bronco; e come è agevole pensare l'intervenire di germi i quali imprimano al processo l'aspetto di una secondaria infezione.

Dunque affinità, quasi identità anzi, tra questa localizzazione polmonare e le altre degli organi splancnici.

Ma non è da sconvenirsi che il quadro clinico, tratteggiato nei suoi particolari dal Lautmann, offre più o meno cospicue varianti. Più spesso si è in presenza di un qualche reduce dal soggiorno coloniale, già più o meno palesemente stato dissenterico. Aveva pur presentato di quei fatti bronchiali che si sogliono attribuire a raffreddamenti. Poi un dolore puntorio continuo o parossistico, alla scapola, spina dell'omoplata, ascella, capezzolo, ansietà respiratoria. Dopo qualche giorno mentre si ha tregua dell'algia, la tosse si fa molesta, anche a risvegliarla. C'è ipofonesi basale destra: diminuito respiro vescicolare; si o no qualche spurgo muccso. Trascorrono settimane, forse anche dei mesi, e la espettorazione si cambia non pure per quantità, ma per aspetto ematico, per densità sciropposa. I rilievi semeiologici depongono per la presenza di un focolaio di condensazione alla base destra. La radioscopia ne offre appoggio rivelando, tra un parenchima di aspetto sano, una zona opaca, di dimensioni variabili a contorni arrotondati e sfumati.

Frattanto lo stato generale, seppure alquanto scaduto, non rivela altro che elevazioni termiche fra 38°.8-39° vespertine; polinucleosi all'esame ematologico. Col passare dei giorni l'espettorato diventa tra il purulento deciso e l'ematico, o cioccolato, fino alla tumultuarietà di una vera vomica.

Di solito in codesto svolgersi di fatti, e con l'accentuarsi dei segni fisici, la salienza della periferia toracica basale, la constatazione di rantoli bollosi, gorgoglio, o magari sonorità timpanica, soffio anforico, succussione ippocratica, si può, nella ricerca radiologica avere il suggello; cioè un'imagine abbastanza estesa, a forma conica, con caratteri di saccoccia idro-aerica a livello liquido orizzontale.

Chi volesse ancora più completare il quadro clinico, dovrebbe seguire l'andamento ulteriore, sempre più cronico, di codesto stato; il che vuol dire un carattere di esauriente processo, pure con alternative di recrudescenza, salvo un intervenire fulmineo di emottisi, di arterio-trombosi polmonare, che chiude la scena della lenta setticemia.

Si comprende peraltro che si possono avere varianti, quasi inversioni nel decorso; mancare l'emottisi, iniziarsi con la vomica e via dicendo.

La diagnosi — come si intuisce — non si spiana sempre facilmente al clinico. Si è sulle prime spesso sviati, ora verso la pleurodinia, ora verso la nevralgia intercostale, seppure i sintomi respiratori iniziali non depongano per fatti puramente catarrali. Fonte di criterio, talora anche di errore, può essere il fissarsi a sintomi più salienti: l'emoftoe p. es. richiama subito la mente alla tubercolosi. Non senza ragione il Gillot parlò di «pseudo-tubercolosi amebica». Peraltro più andua è la distinzione allorquando all'amebiasi polmonare viene sommandosi la tubercolosi, o viceversa. Del resto si comprende come tra l'ascesso pulmonare e la gangrena possano ingenerarsi facili scambi diagnostici, specie all'inizio; sebbene il fetore dei prodotti espettorati e dell'alito, della schietta fase gangrenosa, l'esistenza dei tre strati classici di Traube negli sputi, sieno note differenziali a favore della gangrena. In quanto al cancro del polmone è buona guida l'esame radioscopico e l'aspetto di gelatina di ribes. L'echinococco dà meno frequenti emottisi, il contenuto di vomiche

Digitized by Google

richiama, come è noto, la limpidità dell'acqua di rocca; netti i contorni radiografici; positiva la reazione Weinberg, Casoni etc. C'è ancora la bronchite emorragica di Castellani: ma la presenza di spirochete negli sputi è di grande ausilio differenziale.

Finalmente è oramai incontestabile il significato diagnostico che risulta da lunga esperienza, sull'emetina. Vero è che l'emetina può esercitare influsso repressivo anche sull'emottisi tubercolare; ma questo influsso non va confuso o inteso come cura specifica della tubercolosi.

Veniamo alla cura, la quale per qualche tempo fu ritenuta prevalentemente operatoria. Aprire la via dell'uscita del pus, non significava tuttavia conseguire la guarigione dell amebiasi. Forse anche era questo un modo di disseminazione secondaria di germi. Senza controversia si può dire aver compiuto un grande progresso, da quando venne introdotto, contro la amebiasi epatointestinale il cloridrato di emetina. Anche in questa terapia polmonare, dopo iniezioni sottocutanee ripetute di 0,04-0,08 di emetina cloridrata, pronto è il cambiamento del quadro nosografico: decresce la febbre, la tosse si calma, scema l'espettorato, si modifica lo stato generale. La guarigione clinica concorda con quella anatomica. L'emetina serba dunque il suo posto di rimedio eroico. Senonchè la completa rinunzia al trattamento chirurgico non è con ciò giustificabile, se non per eccezione, nei casi cioè di spontanea apertura attraverso i bronchi. D'altronde il volume dell ascesso, i danni che per vicinanza ne risentono gli organi, lo stato generale grave, costituiscono altrettante giustificazioni per intervenire.

A completare questo complesso di cognizioni, gioverà tener conto altresì dell'amebiasi bronchiale. Essa ha preso il suo posto da quando negli espettorati di tossicolosi dissenterici venne comprovata la presenza di forme vegetanti e di cisti; e sopratutto dall'aver visto che col trattamento emetinico della dissenteria scompariva la bronchite. Questa bronchite dunque si inizia di solito brusca, con brividi, dolore lombare, febbre modica; seguono i segni fisici di una bronchite banale. Sputi vischiosi, attaccaticci, talora muco-purulenti, ricchi di elementi epiteliali. Niente bacilli tubercolari, forme caratteristiche di *Entamaeba dysenterica, hystolityca.* Positività della iniezione di cotesti parassiti nel retto di gatti. Di nessuna precisa valorizzazione la radioscopia o grafia. Decorso ed esito prevalentemente favorevoli ed efficacia terapeutica delle iniezioni di cloridrato di emetina. Va ancora sottoposta ad osservazioni di controllo la possibilità verosimile di contagio diretto od indiretto, di cotesta localizzazione.

Di fronte a coteste osservazioni che provengono specialmente dall'Egitto, andrebbero registrate altre provenienti da Saïgon, nelle quali l'entamaeba non si dividerebbe direttamente, ma mediante schizogonia.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE DI NAPOLI

Seduta del 29 maggio 1927

Presid.: Prof. G. Jappelli

Gianturco G. *Trattamento delle fratture del femore e dell'omero. Risultati ottenuti con l'uso dei miei apparecchi.* — L'O. presenta due nuovi apparecchi di sua ideazione per la cura delle fratture del femore e dell'omero. Partendo dalla constatazione di fatto che gli atteggiamenti da dare agli arti fratturati, consigliati dagli autori come i migliori nei diversi tipi di frattura, consentono risultati solo approssimativamente esatti, egli ha fatto costruire i suoi apparecchi in maniera tale che sia possibile far assumere all'arto fratturato quel determinato atteggiamento, che nel singolo caso sia riconosciuto il migliore dal chirurgo, operante la riduzione della frattura sotto il controllo della radioscopia.

La soppressione dei pesi come elemento traente, sostituiti da molle di acciaio, rende trasportabile al tavolo Roentgen qualunque fratturato anche dell'arto inferiore per il controllo che l'O. compie settimanalmente. L'apparecchio per la cura delle fratture dell'omero consente anche la deambulazione.

Tanto l'uno che l'altro dispongono di forze correttrici, esattamente graduabili, longitudinali e trasversali, e permettono il trattamento non solo delle fratture chiuse, ma anche di quelle esposte, mentre ciascuno di essi vale per individui di qualunque età e così per l'arto destro come pel sinistro.

L'O. con presentazione di ammalati e di radiografie dimostra i soddisfacentissimi risultati ottenuti.

Marinelli G. *Le tifo-agglutine nei piccioni a riso brillato.* — Data la disparità di risultati ottenuti dai diversi sperimentatori che hanno studiato l'influenza delle diete avitaminiche sulla produzione di anticorpi specifici, l'O. ha instituito in proposito delle esperienze su piccioni alimentati, alla comparsa dei primi sintomi carenziali con antigene tifico.

Essendosi previamente assicurato che il siero di sangue dei piccioni normali non ha potere agglutinante sul b. tifico e che questo potere non compare per il semplice stato carenziale, l'O. ha potuto constatare che il piccione in avitaminosi, inoculato con antigene tifico, produce agglutinine specifiche in quantità molto minore che non il piccione normale. Queste agglutinine, inoltre, sono molto lente all'azione, rivelandosi nelle maggiori diluizioni del siero soltanto dopo ventiquattro ore, e persistono nell'animale avitaminizzato per un tempo più breve che non nei controlli. Questi risultati si distaccano abbastanza nettamente da quelli di altri esperimentatori che hanno eseguito ricerche consimili.

Ascione G. e Marinelli G. *Epidemia dissenteriforme in un asilo di alienati.* — Durante un'epidemia verificatasi nello scorso inverno tra gli alienati di un asilo nei dintorni di Napoli, gli OO. isolarono dalle feci degli infermi, sette volte su venti casi, un bacillo, dotato di vivace movimento oscillatorio, Gram-negativo, patogeno per il coniglio e anche per via orale per la cavia, nella quale determina quasi le stesse lesioni riscontrate nel cadavere umano.

Detto bacillo si differenzia dai bacilli dissenterici perchè attacca il glucosio con produzione di acidi e gas e non fermenta la mannite, oltre che per proprietà sierologiche, e si differenzia per gli altri caratteri dai germi paradissenterici finora descritti. Fra questi ultimi si avvicina, sopratutto per l'azione patogena negli animali e nell'uomo, ai tipi isolati dal De Morgan, con i quali però non può essere identificato per la mancata produzione di indolo e per il comportamento verso gli zuccheri

Le vaccinazioni, praticate con questo germe in un gruppo di ammalati, hanno dato risultati incoraggianti, sia nelle forme iniziali sia in quelle più avanzate, tanto più se si confronta l'andamento della malattia in questi infermi con quello nei non vaccinati.

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 10 maggio 1927

Presid.: Prof. M. Donati

Balbi e Balduzzo. *Deviazione del complemento nella gonorrea.* — Gli OO. valendosi dell'antigene gonargin (vaccino extra-stark di Meister Lucius) hanno esaminato un centinaio di sieri di blenorragici con forme semplici e complicate e 47 sieri di soggetti con malattie generali ma liberi da gonorrea. Hanno seguito il metodo originario di Wassermann. Concludono ammettendo che una gonodeviazione positiva in casi con diagnosi incerta e con Wassermann negativa giustifichi la diagnosi di un processo blenorragico e consigliano la terapia relativa. La gonoreazione deve essere migliorata nella sua tecnica specie per quanto riguarda la preparazione dell'antigene. Attualmente non può essere eseguita che in laboratorii specializzati.

Leonardi. *La cataratta elettrica.* — L'O. illustra un caso di cataratta da corrente industriale nel quale ha studiato tutte le manifestazioni cliniche di questo opacamento speciale del cristallino. Esistono 20 casi pubblicati di cataratta da folgore, e 36 da corrente industriale. Vi è qualche diversità di dettaglio tra i due tipi di cataratta. Nella cataratta da corrente industriale il punto di entrata e di uscita della corrente è sempre vicino alla regione oculare; se il punto di contatto del filo è laterale da quel lato si ha la cataratta, se mediale (ad es. sul naso) si ha la ctaratta binoculare. La cataratta pare dovuta ad un disturbo di nutrizione per alterazione della capsula anteriore e posteriore membrane che presiedono ai processi osmotici nutritivi del cristallino.

Germani. *Contributo clinico-istologico alla poliomiedite cronica degli adulti.* — L'O. illustra un caso (uomo di 45 anni, mendicante) nel quale la malattia ha avuto inizio due anni prima.

Poppi. Fa notare che non può essere esclusa con facilità la diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica. La contrattura della muscolatura del tronco attesta una lesione delle vie piramidali. La morte dovuta a fatti bulbari, fa pensare all'estensione del processo morboso dal midollo allungato in forma di paralisi progressiva bulbare. Anche l'esame anatomico ha messo in evidenza la degenerazione delle fibre mieliniche del fascio antero-laterale.

Germani. Insiste sulla diagnosi fatta.

Digitized by Google

Seremin (Società di Biologia). *Sull'azione combinata di farmaci convulsivanti e sali di metalli alcalini e alcalino-terrosi.* — L'O. continuando le ricerche sul «sinergismo» dei farmaci, ha osservato come il KCl aumenta fortemente l'azione convulsivante stricnica di molti farmaci: stricnica, brucina, tebaina, codeina, piramidone, caffeina, cosichè basta aggiungere alla soluzione dell'alcaloide, che si inietta per via endovenosa, piccole quantità di KCl per ottenere l'opistotono con dosi d'alcaloide che possono arrivare fino alla metà delle dosi necessarie per ottenere lo stesso effetto senza KCl. Questo aumento d'azione è anche meglio apprezzabile iniettando piccole quantità di $BaCl_2$. Per ottenere un analogo aumento d'azione con LiCL e NaCL è necessario arrivare a dosi molto alte di sale, nelle quali la pressione osmotica del sangue circolante gioca certo una parte, sì che è difficile dire se l'aumento d'azione si deve all'ione Li e Na o alla aumentata pressione osmotica. Dal punto di vista dello studio sul «sinergismo» è interessante osservare come le azioni del K e del Ba non si sommano esattamente, quando si iniettano insieme i due sali e l'alcaloide, ma si sommano molto incompletamente.

Salotti. *Nuovo artificio tecnico di radio-diagnostica.* — Eseguito un primo radiogramma l'O. ne pratica un secondo sulla stessa lastra in altra posizione dell'organo con tecnica invariata (centramento, distanza focale, posizione dello *chassis* relativamente al soggetto). Si ottengono così due immagini sovrapposte all'organo in due momenti funzionali o in due posizioni diverse. Tale tecnica è alla portata di qualsiasi apparecchio e di qualunque radiologo e può essere applicata col tipo di uno chassis-cintura adattabile solidamente all'individuo e in modo che le posizioni variabili di questo non determinino spostamento della lastra nelle due pose.

Salvioli G. *Prove di inoculazione del mollusco contagioso nel coniglio.* — L'O. ha ottenuto una particolare fenomenologia morbosa in conigli cui venivano inoculato sotto-dura frammenti di mollusco contagioso e in passaggi successivi frammenti delle particelle prima inoculate avvolte in un essudato parvicellulare o pappacellulare di animali venuti a morte ed in un caso filtrato di pappa cerebrale. L'animale inoculato presentava deperimento e la morte avveniva dopo 20-45 giorni con convulsioni e opistotono. I conigli venuti a morte presentano istologicamente i segni di un'encefalite caratterizzata da focolai di infiltrazione parvicellulare e lesioni delle cellule e delle fibre nervose.

Si sono mostrati sensibili solo i conigli giovani di peso di gr. 500 circa. L'O. pensa che si può, con riserva ritenere che sia il virus del mollusco contagioso quello che ha prodotto l'encefalite nei giovani conigli e che quindi esso possa ascriversi al gruppo dei virus entodermaneurotropi. Le ricerche proseguono.

Truffi. Si compiace col Salvioli. Riferisce che il dottore Gravinati con le stesse ricerche non ottenne anni or sono risultati specifici. Afferma che l'introduzione sub-durale di virus filtrabili come quello del mollusco contagioso può dare quadri di encefalite da reazione per il corpo estraneo inoculato, più che una vera e propria reazione specifica.

Casagrandi. L'O. da esperienze sulla sua persona può affermare che il mollusco contagioso è dato da un virus filtrabile rappresentato da quei piccoli granuli che anche Salvioli ha potuto dimostrare e che sono ben colorabili col Giemsa. E' convinto che le localizzazioni notate dal Salvioli siano specifiche. La dottoressa Casagrandi nell'Istituto d'Igiene diretto dall'O. ha dimostrato che anche i filtrati di tracoma (esperimentando su conigli giovani a pelo bianco) si comportano come quelli del mollusco. Consiglia al Salvioli di tentare la produzione del mollusco nell'uomo col virus ricavato dai conigli a conferma della specificità delle alterazioni ottenute.

Donati. L'O. chiede al Salvioli come interpreti il fatto che nelle successive trasmissioni da coniglio a coniglio, le tipiche masse di mollusco si modificano divenendo più minute e come crede di poter dimostrare che le lesioni riscontrate nei suoi animali conservino caratteri di specificità.

Salvioli G. L'O. ritiene che il corpo estraneo non possa considerarsi come causa morbosa precipua, dato che la sintomatologia ottenuta col primo innesto ripete anche con inoculazioni successive di pappa cerebrale e di filtrato di essa. In questi casi si ebbe cioè morte e lesioni encefalitiche pur mancando i segni di focolaio da corpo estraneo; di più l'infiltrazione del frammento prima innestato non ha i caratteri della reazione istologica da corpo estraneo. Col Casagrandi l'O. concorda nel ritenere necessario istituire la prova di reinoculazione nell'uomo del supposto virus encefalitico prova che peraltro come afferma del resto anche il Casagrandi potrebbe mancare o variare per eventuali modificazioni che il virus subisca per prolungato adattamento nell'animale. Col Donati l'O. riconosce che la specificità dell'affezione animale non è ancora dimostrata, mancando la riprova sull'uomo.

Il Segretario: Prof. Pancrazio.

□□□

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

L'Eziologia deterministica nella diagnosi dell'Asma bronchiale

L'enunciazione diagnostica generica di asma bronchiale non è oggi, date le moderne acquisizioni, più sufficiente; è indispensabile, invece, che essa venga completata dalla diagnosi eziologica specifica. E' in questa che tanto si è distinta la scuola del Frugoni ed è da una recente monografia sull'argomento, pubblicata or non è molto dallo stesso Frugoni e da G. Ancona (Unione Tipografico-Editrice Torinese 1927), che riassumiamo le osservazioni che esporremo in seguito, limitandoci a quanto riguarda l'accertamento generico della natura anafilattica dell'asma bronchiale e l'accertamento specifico dei singoli agenti etiologici. Per raggiungere questa mèta sono necessarii tre mezzi d'indagine, principalmente: l'anamnesi, l'esame obiettivo, le prove cutanee.

A) L'anamnesi. Si lascerà fare, dapprima, al paziente un'esposizione spontanea delle sue sofferenze; quindi si raccoglieranno i dati ereditarii e familiari, ricercando particolarmente le precedenti malattie allergiche o quelle malattie che con queste ultime possono essere in rapporto (corize e congiuntiviti periodiche o non; l'emicrania; le malattie della pelle, quali l'urticaria, gli eczemi, la crosta lattea, le angio-neurosi; l'epilessia; le turbe gastro-intestinali; le intolleranze alimentari; le idiosincrasie medicamentose; ecc.). Si indagherà, per ultimo, sui precedenti personali dell'infermo, specialmente nei riguardi dell'apparato respiratorio, del naso, ecc.

Per quel che concerne più da vicino l'asma, si chiederà in qual periodo dell'anno si è avuto il primo attacco e quali ne furono i sintomi di esordio (starnuti, prurito oculo-nasale, ecc.); si chiederà, pure, quali erano le condizioni ambientali e del paziente nel periodo immediatamente antecedente alla crisi. Si stabilirà, poi, se gli attacchi susseguenti sono stati in tutto simili al primo; a che distanza di tempo dal primo e in quali condizioni ambientali si sono verificati, con speciale riferimento: a contatti con animali, stalle, cuscini, pollai, mulini, magazzini, impianti industriali, ecc.; alla professione; alla influenza, nella donna, della vita genitale sugli attacchi, alla influenza dei medicamenti usati (calcio, adrenalina, peptone, ecc.) sugli stessi; ecc.

B. L'esame obiettivo. Sebbene debba essere completo, la maggiore attenzione sarà rivolta alle alterazioni del sistema endocrino e dell'apparato respiratorio, compreso il naso. Sarà anche utile ricercare l'eosinofilia del sangue e dell'escreato.

C. Prove cutanee. Già l'anamnesi talora, mettendo in evidenza, per es., lo scoppio dell'accesso asmatico in coincidenza con la vicinanza di cavalli, fieno, ecc., può far porre non solo la diagnosi di asma anafilattico, ma anche del presumibile agente etiologico. Così pure se l'asma periodico coincide con le epoche delle fioriture, con grande probabilità è causato dai pollini. Nella gran maggioranza dei casi di asma, però, l'etiologia non è così evidente e solo dall'esecuzione delle così dette «prove cutanee» essa potrà essere chiarita.

Dette prove sono fondate sulla constatazione che, se si applica su una scarificazione della pelle o si introduce sotto l'epidermide una minima quantità di una sostanza asmogena, quando il soggetto è sensibile a tale sostanza, compare dopo pochi minuti un pomfo orticarioide, rivelatore dello stato di ipersensibilità. Per servire a questo scopo le sostanze asmogene da saggiare debbono essere convenientemente preparate: così trasformate esse prendono il nome di «estratti» o impropriamente di «proteine asmogene».

a) *Preparazione degli estratti per le cutireazioni.* La tecnica esposta da Frugoni e Ancona è sostanzialmente quella di Walker e Wodehouse.

Digitized by Google

1. Alimenti. Per le carni, si scelgono le parti magre, si schiacciano in una pressa e si raccoglie il liquido che scola nelle prime 24 ore in capsule di Petri, nelle quali si fa essiccare a mezzo di ventilatore o di corrente di aria calda (38°-40°C). Se il residuo è asciutto, lo si polverizza e lo si usa direttamente per le cutireazioni; se è untuoso per presenza di grassi, questi si estraggono con tetracloruro di carbonio.

Per i legumi e le frutta, si macerano in acqua distillata o in alcool a 12°, dopo averli ridotti in poltiglia, in toto, per 2-7 giorni, secondo la qualità, agitando spesso ed evitando la formazione di muffe, mediante aggiunta di timolo e conservazione in ghiacciaia. Indi si filtra a carta e, in essiccatore, si riduce a conveniente volume; al liquido così ridotto si aggiunge tanto alcool a 96 % in modo che si formi un precipitato fioccoso. Il precipitato si raccoglie mediante centrifugazione, si lava due volte con alcool assoluto e poi con etere, sempre mediante centrifugazione. Il centrifugato si essicca in stufa a 37°, si polverizza e si conserva in piccole provette.

2. Derivati epidermici. Si coprono i peli o le penne, in vaso chiuso, con alcool a 12°; si lasciano così da 3 a 7 giorni agitando spesso, quindi si filtra a carta. Il filtrato, conservato in fiale chiuse alla fiamma, si mantiene attivo per anni.

3. Pollini. Si colgono i fiori al mattino presto con rami non troppo corti; si conservano in bottiglie con acqua, in un locale senza correnti d'aria, su tavoli coperti di lastre di vetro. Si scuotono leggermente le piante ogni poche ore e ogni giorno con un pennello o una lama di rasoio si raccoglie il polline, si essicca in termostato per 1-2 giorni e si conserva in provette chiuse.

Per altre sostanze vegetali, foglie, semi, ecc. si richiede solo essiccamento in termostato e polverizzazione; per polveri a costituzione ignota, insetti, prodotti di combustione, ecc. si procede come per i derivati epidermici.

3. Medicamenti. Si disciolgono, al momento dell'uso, in qualche goccia di solvente indifferente.

4. Batterii. Si uccidono i germi con etere e si sospendono in alcool a 14°, nella proporzione di 1/3 di batteri circa per liquido mestruo.

b) *Preparazione degli estratti per le intradermoreazioni.* Per queste, invece di estratti secchi, occorrono antigeni liquidi e sterili.

1. Alimenti e derivati epidermici. I liquidi di macerazione preparati come si è detto innanzi si filtrano per candela Berkefeld e si titolano in modo che ad ogni cc. corrispondano 0,02 milligrammi di azoto totale; si conservano in fiale saldate alla fiamma dopo aggiunta di ac. fenico al 0,50 %.

2. Pollini. Un gr. circa di polline si sospende in 50-100 cc. di soluzione salina-fenicata; si tiene per 24 ore in ghiacciaia e si agita spesso. Indi si filtra a carta e poi attraverso candela; si titola e si conserva come sopra.

In genere, gli estratti liquidi sono meno stabili di quelli secchi. Oltre che prepararli in laboratorio, si possono trovare anche in commercio estratti simili; non se ne preparano ancora, però, in Italia.

c) *Esecuzione delle prove cutanee.* 1. Cutireazioni. Si eseguono sulla cute della faccia anteriore degli avambracci e delle cosce, previa tricotomia e sgrassamento con etere. Si scrivono, poi, a penna sull'orlo di un avambraccio dei numeri progressivi, per es. da 1 a 12, alla distanza di circa 1 1/2-2 cm. e quindi mediante un comune stilovaccino si praticano sulla pelle, al davanti dei numeri, altrettante scarificazioni della lunghezza di circa 1 cm., superficialmente, in modo che non fuoriesca sangue. Su ciascuna si depone una goccia di soluzione di soda n/10 e vi si trasporta su con una spatola di vetro una piccola quantità di estratto secco. Se si fa uso di estratto liquido, si sopprime la soluzione di soda. Le spatolette di vetro debbono essere tante quante le cutireazioni da eseguire e, dopo l'uso, saranno lavate in acido cloridrico, soda caustica, acqua e sterilizzate a secco. Eseguita la prima fila di 12 cutireazioni, mezzo cm. al davanti di quelle se ne fa una seconda e così le altre, si che in 1/2 ora circa si possono eseguire ben 60 cutireazioni in modo che, tenendo conto del numero iscritto sulla provetta donde si è ritirato l'antigene e che corrisponderà a quello della cuti fatta sull'avambraccio, ne è facile la reperibilità. Già dopo 10'-30' ogni cutireazione corrispondente alla condizione anafilattica dell'infermo dà una reazione positiva, consistente, se fortemente positiva, in un pomfo irregolarmente ovale, della lunghezza di 2-3 cc., a margini frastagliati con prolungamenti a forma di pseudopodi, pallido, in mezzo ad un alone rosso. Minore importanza per la positività hanno le reazioni pomfoidi senza pseudopodi; così pure quei pomfi che hanno un diametro inferiore ai 6 mm. In ogni caso queste reazioni, come pure quelle tardive, vanno controllate nei modi che esporremo in seguito.

2. Intradermoreazioni. Mediante siringa sterile da tubercolina, fornita di ago corto e finissimo, si inietta sotto la pelle della regione deltoidea 1/20 di cc. dell'estratto e usando altrettante siringhe si possono fare, a distanza di circa 3 cm. l'una dall'altra, circa una ventina di intradermoreazioni. Il risultato compare dopo pochissimi minuti con le stesse caratteristiche, ma più intense, delle cutireazioni.

d) *Significato dei risultati.* Le prove cutanee positive rivelano solo una ipersensibilità del soggetto per le sostanze saggiate, ma non ci dicono se l'ammalato sia asmatico per la stessa causa. Circa, poi, la specificità delle cutireazioni, quelle nettamente positive sono sicuramente specifiche, per le mediocremente positive e per le tardive bisogna ricorrere a ricerche di controllo, tenendo, però, presente che i vecchi reagiscono scarsamente, forse per inattività della cute, e che è prudente scegliere un'epoca quanto più lontana possibile dagli attacchi per non incontrare periodi di dissensibilizzazione spontanea.

I metodi di controllo sono rappresentati: *a*) dalla oftalmoreazione. Questa serve particolarmente per i pollini e se il malato reagisce con arrossamento e chemosi congiuntivale all'instillazione nell'occhio di una diluizione 1:1000 del polline in esame è molto probabile che egli sia effettivamente sensibile verso quel polline. La reazione scompare per instillazione di adrenalina, ma per 1-2 giorni dopo l'occhio non è utilizzabile per altre prove. *b*) dal *trasporto passivo locale dell'ipersensibilità,* metodo questo poco pratico e che quindi non ci sembra utile riferire qui nei suoi dettagli.

e) *Metodo di elezione.* Se la cutireazione ha lo svantaggio di essere poco sensibile, l'intradermoreazione offre più difficoltà di esecuzione; è perciò che, in pratica, è sempre preferibile la cutireazione. Alla intradermoreazione si lascia il compito di ricerca integrativa di controllo nei casi di non constatata o dubbia cutireazione, malgrado esista la presunzione clinica della positività.

f) *Numero delle prove cutanee da eseguire.* Teoricamente il numero delle prove cutanee potrebbe essere illimitato; qualche volta, anzi, è necessario eseguirne qualche centinaio e solo così può essere raggiunta la diagnosi etiologica. Il più delle volte però, facendosi guidare da particolari nozioni desunte dall'anamnesi, si può limitare la ricerca ai presumibili antigeni. In conclusione, è necessario avere sempre a disposizione una numerosa serie di antigeni di alimenti (un centinaio), un numero di pollini proporzionato alla quantità e qualità della flora locale (2-3000), i principali tipi di derivati epidermici, ecc.

g) *Valore delle prove cutanee.* Come si è già detto, le cutireazioni indicano solo l'esistenza di uno stato di ipersensibilità, non però che l'asma dipende da essa. Per affermare ciò è necessario: 1° che i dati anamnestici concordino col concetto dell'esistenza di uno stato anafilattico; 2° che sia possibile provocare degli attacchi d'asma successivi con la stimolazione della sostanza cutireattiva; 3° che gli attacchi di asma cessino con l'allontanamento della causa ritenuta nociva. Così si può raggiungere il controllo clinico dei reperti ottenuti con le prove di ipersensibilità cutanea, nonostante ciò non sempre sia possibile.

Diagnosi differenziale della malattia di Flajani-Basedow

Anzitutto, è necessario distinguere il basedowismo da altri stati tiroidei. Il tiroidismo (Kraus) o cuore da gozzo tireo-tossico, può essere diagnosticato in base a molteplici fatti, fra i quali il presentarsi della malattia nel maschio nell'età prepubere o nel momento della pubertà o dopo l'età critica, l'esistenza di un gozzo lungo tempo prima della malattia, la dimostrazione di certi fattori etiologici, specialmente alcune malattie infettive e l'abuso di jodio, la mancanza di fattori nervosi, la diretta sicura dipendenza dalle cause occasionali, la minore intensità dei sintomi ed il loro non contemporaneo sviluppo, la prevalenza di alcuni sintomi secondari e la mancanza di altri cardinali, quando quelli sono già spiccati (assenza dell'esoftalmo, di rumori vasali sul gozzo e sui vasi del collo, mancanza di pigmentazioni, talora prevalenza dei sintomi nervosi o cardiaci).

Un cuore da gozzo puramente meccanico, se esiste, si distingue dalla malattia di Flajani per la mancanza assoluta di ogni sintoma basedowiano. Il cuore da gozzo di Kraus va forse in parte considerato come una stigmata degenerativa corrispondente al basedowoide di Stern, cioè ad una sindrome caratterizzata da disturbi cardiaci del tipo basedowiano o tireotossico di Kraus, in individui che presentano costituzionalmente instabilità cardiaca e psichica, idee ossessive, anomalie affettive, ecc.; ad ogni modo, la diagnosi di cuore da gozzo è sempre assai malsicura.

Le forme fruste della malattia di Flajani sono, come nota Gerini C. (*Patogenesi e diagnosi della malattia di Flajani-Basedow.* Ed. R. Giusti, Livorno, 1926), veri e propri casi di essa nei quali per lo più transitoriamente e qualche rara volta sempre manca l'uno o l'altro dei sintomi cardinali. La diagnosi di tali forme, che sono, del resto, assai rare, si fonda sulle stesse basi della forma completa, specialmente sull'esoftalmo,

Digitized by Google

Per quasi tutti i casi falsamente diagnosticati come forme fruste del morbo di Basedow, che invece vanno considerati come stati degenerativi, non si trovano elementi che possano giustificare la loro attribuzione alla sindrome basedowiana: in essi si trovano soltanto stigmate di degenerazione somatica e psichica.

La parte che ha la predisposizione degenerativa tanto nel morbo di Flajani-Basedow quanto nelle neurosi fa comprendere la frequenza dell'unione dell'uno con le altre e la difficoltà di bene stabilirne i limiti, tenuto anche conto del fatto che nel basedowismo i sintomi nervosi sono così imponenti che alcuni anche oggi lo considerano come una neurosi.

In questi ultimi anni si sono moltiplicate le descrizioni di casi di morbo di Basedow nei tubercolosi, sebbene ciò sia contradetto da Gerini e da altri autori. Sebbene non si possa negare che la tubercolosi abbia rapporti specialmente etiologici col morbo di Basedow, deve dirsi che molti dei casi descritti sono di individui nei quali le tossine tubercolari hanno accentuato fenomeni tireotossici o nervosi preesistenti, sì da dare ad un esame superficiale l'impressione di un morbo di Flajani. Analoghe considerazioni possono farsi a proposito della sifilide, la quale può simulare quadri frusti di basedowismo i quali sembrano più evidenti per l'aspetto anemico degli ammalati, per la presenza di ingorghi linfoglandolari, per l'aumento di volume della milza.

Anche in casi di clorosi, affezione che è divenuta in questi ultimi anni assai rara, si hanno casi nei quali si può far diagnosi di forma frusta di gozzo esoftalmico o di tiroidismo. I sintomi relativi per lo più migliorano e guariscono parallelamente allo stato clorotico. Nei casi descritti come pseudoclorosi si trova, insieme a gozzo molle, anche pallore, fiacchezza, eccitabilità cardiaca, nervosa e psichica, tremore, ecc., ma non si trova il quadro ematologico della clorosi: si tratta, spesso, di soggetti a costituzione degenerativo-ipoplasica, timico-linfatica, talvolta in preda a setticemie tubercolari subdole.

All'epoca della menopausa si può osservare lo sviluppo di una malattia di Flajani vera e propria, o tipica o frusta. Però questa viene diagnosticata anche in numerosissimi casi nei quali invece si tratta soltanto di semplici fenomeni d'involuzione genitale e dei suoi effetti sull'apparato circolatorio, sul sistema nervoso e sul sistema endocrino in persone nervose predisposte, nelle quali non di rado son presenti stigmate degenerative. Anche nelle donne sottoposte a castrazione si hanno fenomeni di *deficit* che rassomigliano assai a quelli basedowiani.

Qualche difficoltà si può incontrare nella diagnosi differenziale con certe malattie del cuore quando, da una parte, il gozzo esoftalmico presenta il quadro dell'insufficienza cardiaca e, dall'altra, le dette malattie, nello stadio dell'insufficienza, possono presentare qualche sintoma basedowiano. Il criterio terapeutico è qui elemento diagnostico importante, poichè la terapia cardiaca, col fare scomparire i sintomi propri dell'insufficienza cardiaca, quando sia questa sola la causa della sindrome, fa sparire anche i sintomi basedowiani, mentre questi permangono nel caso di un gozzo esoftalmico con secondario scompenso cardiaco.

Molto più raramente la malattia Flajani-Basedow deve essere differenziata da altri stati morbosi. In rari casi la diagnosi differenziale va discussa fra morbo di Basedow e certi tumori cerebrali, in particolare quelli che producono esoftalmo.

Gli aumenti di temperatura che si hanno qualche volta nel morbo di Flajani, nei casi con scarsa sintomatologia, possono provocare errori e scambi con varie malattie infettive, o possono far sorgere in mente la possibilità della loro esistenza: sono da ricordare in primo luogo la tubercolosi e la sifilide, talvolta una infezione eberthiana, una endocardite maligna, una setticemia, una pseudoleucemia.

Quando nel gozzo esoftalmico prevalgono i sintomi a carico dell'apparato digerente, allora sono possibili errori diagnostici con malattie di questo apparato. Ad esempio, casi che decorrono con emorragie gastriche od intestinali o con disturbi dispeptici, con dolori addominali, febbre, ecc. Altra volta può venir fatto di pensare all'esistenza di una calcolosi del rene o della cistifellea se, come qualche volta avviene nel morbo di Basedow, si abbia ittero o albuminuria. Le basedoviane possono presentare anche dolori addominali in rapporto con amenorrea o con metrorragie, che possono fare erroneamente diagnosticare malattie dell'apparato genitale che invece non esistono.

Importanza assai maggiore hanno le malattie del pancreas. In questi casi bisogna sempre chiedersi se si abbia a che fare con una malattia di Basedow con sintomi pancreatici, oppure con una malattia del pancreas che si sia complicata con sintomi basedowiani: in generale può dirsi che la presenza di feci grasse pancreatiche sta per quest'ultimo concetto, e che d'altra parte nelle malattie del pancreas raramente si trova una sindrome di Flajani completa, classica, ma più spesso soltanto sintomi di ipertiroidismo.

In qualche caso si può discutere anche la differenziazione fra morbo di Flajani ed un tumore maligno di varia sede, specie dell'apparato digerente. Vi sono poi casi in cui, con una sintomatologia basedowiana, si ha il reperto ematologico di una anemia perniciosa; si tratta sempre allora di una complicazione, sia con la vera anemia perniciosa progressiva, sia con blastomi maligni. Altre volte può aversi una certa somiglianza con la pseudoleucemia, a causa della presenza di ingorghi linfoglandolari, tumore di milza, febbre, leucopenia con linfocitosi relativa.

Rarissime volte può essere scambiata con la malattia di Flajani-Basedow la intossicazione saturnina, quando essa presenti intensi sintomi nervosi, esoftalmo, tachicardia, ecc. Forse è da pensare che in tali casi i sintomi potrebbero avere lo stesso meccanismo patogenetico, in quanto si può sospettare che siano dovuti ad alterazioni tossiche della tiroide; ad ogni modo, l'ipertrofia del ventricolo sinistro, l'ipertensione arteriosa, le lesioni frequenti del rene, la dimostrazione del piombo nelle orine, le lesioni dei denti e delle mascelle, le granulazioni dei corpuscoli rossi permettono una diagnosi sicura.

In casi rari di nefrite possono aversi, all'inizio, quale solo sintoma clinico, edemi palpebrali transitori e talvolta esoftalmo con gli altri sintomi oculari; l'esame delle orine e dell'apparato circolatorio, però, sono quasi sempre sufficienti a chiarire la diagnosi.

Talvolta può imporsi la diagnosi differenziale con le sindromi da ipo- od a-surrenalismo; tale diagnosi può esser resa difficile dal fatto che spesso le due sindromi si sviluppano in individui che hanno le stesse caratteristiche costituzionali degenerative, i quali si avvicinano alle costituzioni astenica di Stiller ed angioipotonica di A. Ferrannini. Però l'esame dello stato della cute, del comportamento funzionale dell'intestino, dei caratteri del gozzo, dei sintomi nervosi, del decorso, il criterio terapeutico potranno aiutare a dirimere la questione.

In certi casi di gozzo esoftalmico la mancanza dei riflessi, la presenza di stati di debolezza simili ai paralitici, con vertigini e instabilità nella stazione eretta, la dismetria nei movimenti degli arti inferiori, le parestesie possono far porre la necessità della diagnosi differenziale con la tabe dorsale.

In psichiatria può accadere che si presenti il caso di discutere la diagnosi differenziale fra morbo di Flajani (psicosi basedowiana e tireotossica) da un lato e distimie e talora stati schizoidi od anche schizofrenie vere e proprie, che volgono a demenza, dall'altro. Più di frequente la differenziazione deve essere fatta fra psicosi basedowiane e isterismo.

Con questo, conclude il Gerini, non è completamente esaurito l'esame dei quadri clinici che possono richiamare la necessità di un esame diagnostico-differenziale col morbo di Flajani-Basedow; è necessario, pertanto, tener presenti il polimorfismo di questa affezione e la necessità di una valutazione completa e scrupolosa dei vari sintomi morbosi, dalla quale possono scaturire importanti deduzioni terapeutiche.

A. Jappelli

Sulle cause di errore nella diagnosi di biloculazione gastrica

S. Carro Grazia (Madrid) (*Clinica y Laboratorio*, vol. IX, n. 49) ricorda che esiste gran numero di casi (i primi furono pubblicati da Andrea Ferrannini nel 1909) in cui lo stomaco assume una forma biloculare, senza che esista alcuna lesione o alcun disturbo, come nell'atonia gastrica, nella ipertrofia degli organi perigastrici (fegato, milza, colon), negli stati spasmodici.

Queste false biloculazioni però si distinguono facilmente dalle vere non solo per la loro forma speciale, ma per i seguenti caratteri.

Ordinando all'infermo di fare inspirazioni ed espirazioni profonde, si nota che, con l'innalzarsi del fondo dello stomaco, le pareti di questo si distendono e quindi la biloculazione si attenua o sparisce.

Spingendo manualmente lo stomaco in alto si può anche osservare la stessa condizione. In casi di spasmo dipendente da cause vicine o lontane (ulcera gastrica o duodenale, appendicite, colecistite, o anche una semplice cicatrice di pregressa ulcera) la prova dell'atropina (scomparsa della biloculazione dopo iniezione di 1-2 mgr. di atropina) può riuscire utile.

L'A. poi ritiene che la biloculazione spasmodica possa talvolta dare un'immagine radioscopica persistente e non modificarsi con le suddette manovre e che in genere convenga ripetere le esplorazioni per diversi giorni, per paragonare le immagini e rettificare la diagnosi.

TECNICA

Analisi dei grassi nelle fecce

E. Giani (R. Clin. Med. di Milano) (*Folia Clin. Chimica et Microscop.* vol. I, n. 6) si è servito del metodo seguente: 1. Trattamento delle fecce secche con etere, per estrarre il grasso neutro, gli acidi grassi liberi e

Digitized by Google

le materie insaponificabili (alcool, colesterina, ecc.); dosaggio acidimetrico degli acidi grassi liberi dopo aver preso il peso totale del soluto etereo; per differenza si ha il grasso neutro più l'insaponificabile. 2. Trattamento della parte rimasta insolubile con alcool cloridrico per liberare gli acidi grassi dai saponi, che si estraggono dopo essiccamento in etere e si determinano per pesata.

Determinazione dell'acqua. 50-100 gr. di fecce fresche sono essiccate sotto cappa a bagno maria in una capsula di porcellana, avendo cura di rimuovere con una spatola di porcellana i punti a contatto con l'aria.

In 15-20 ore le fecce sono ridotte a secchezza. Le fecce secche si pesano fino a peso costante e dalla perdita di peso si desume l'acqua. Il residuo secco si utilizza per la determinazione delle sostanze grasse totali.

Determinazione delle sostanze grasse totali. 5-10 gr. di fecce secche polverizzate si introducono in un cartoccio a ditale di carta da filtro, che si chiude con un pò di cotone sgrassato e si mette nell'apparecchio di Soxhlet dove si estrae con etere, continuando l'estrazione per 15-20 ore. L'estrazione è completa quando si vede che l'etere uscente dal filtro è incoloro. il soluto etereo raccolto in palloncino tarato si evapora a bagno-maria; il residuo si secca a 100° e si pesa; la differenza fra il peso del palloncino pieno e vuoto dà la quantità totale di materie grasse (grassi neutri, acidi grassi liberi e materie insaponificabili, quali l'alcool, le lecitine, la luteina, la coprosterina, ecc.).

Determinazione degli acidi grassi. Nel palloncino, dov'è l'estratto etereo si aggiungono 50-60 cmc. di alcool a 6°, si scalda a bagno-maria agitando bene fino a che l'alcool sia caldo. Si aggiungono 7-8 gocce di soluzione alcoolica di fenolftaleina (1 % in alcool a 95°), indi si titola con una soluzione alcoolica di idrato potassico decinormale, aggiungendone a goccia a goccia, mentre si agita sempre il palloncino fino al comparire di una colorazione rossa persistente. I numeri di cmc. della soluzione alcalina adoperata moltiplicati pel fattore fisso 0,0284 danno il peso degli acidi grassi convenzionalmente espresso in acido stearico (se si vuole il valore in ac. oleico si moltiplica per 0,0282).

Determinazione del grasso neutro e delle sostanze insaponificabili. Il grasso neutro più le sostanze insaponificabili si hanno sottraendo dal peso totale delle sostanze grasse il peso degli acidi grassi.

Per il dosaggio delle sostanze insaponificabili si determina l'indice di saponificazione: al liquido rimasto nel palloncino, dopo la determinazione degli acidi grassi, si aggiunge un eccesso di potassa alcoolica seminormale (5-10 cmc.); si chiude il palloncino con un tappo ad un foro attraversato da un tubo di vetro lungo circa 1 metro, che fa da refrigerante a reflusso. Si mette il palloncino su bagnomaria in ebollizione e vi si lascia, agitando di tanto in tanto, per mezz'ora circa. Si toglie il pallone dal bagno, vi si aggiungono 8-10 gocce della soluzione di fenolftaleina e si titola l'eccesso di potassa rimasto libero mediante acido cloridrico seminormale. Il numero dei cmc. di potassa entrati in combinazione diviso per 2 poi moltiplicato per 0,2966 dà il peso dei gliceridi espresso in tristearina.

Sottraendo questo peso dal totale (grasso neutro più insaponificabili) si ha per differenza la quantità delle sostanze insaponificabili.

Determinazione dei saponi. Il residuo dell'estrazione eterea che è contenuto nel filtro di Soxhlet si mette in una piccola capsula di porcellana, si aggiungono 3-5 cmc. di alcool cloridrico, si agita bene con una cannula di vetro e si secca a bagno-maria. Si introduce quindi la miscela secca in un cartoccio a ditale di carta da filtro e si estrae con etere nell'apparecchio di Soxhlet, fino a che l'etere uscente dal filtro è incoloro. Il soluto etereo si evapora a bagno-maria nel pallone tarato e la differenza di peso fra il pallone pieno e vuoto dà il peso degli acidi combinati allo stato di saponi.

Sulla tecnica della dimostrazione delle macchie di sperma

B. Muller (*Deutsche Zeitschrift f. die Gesamte Gerichtl. Medizin*, B. VI, H. 4) dopo aver personalmente controllato i più importanti metodi di dimostrazione degli spermatozoi nelle macchie, così concreta le proprie conclusioni: 1° nel centro della macchia si trova un maggior numero di spermatozoi, che alla periferia; 2° un buon metodo di ricerca è quello di macerare qualche frammento della macchia sospetta in acqua, o in una soluzione di pepsina cloridrica, per breve tempo; 3° se il tessuto è spesso, esso va diviso in minuti frammenti, e macerato per 24 ore a freddo, in acqua addizionata di sublimato all'1 ‰, nella proporzione del 25 %. Tale addizione evita un eccessivo sviluppo di batteri, e d'altra parte non disturba la reazione di Florence, come avviene invece per la formalina; 3° il liquido di macerazione, dopo centrifugazione e distensione sul vetrino, va disseccato all'aria, e colorato col May-Grünwald o con l'ematossilina.

APPUNTI

Il metodo decompressivo di Cushing nelle fratture craniche e contusioni cerebrali. — A. Yodice (*Revista méd. latino-americana*, A. XII, n. 134) ritiene che debba attuarsi il metodo decompressivo di Cushing (piccola apertura della parete cranica, incisione in croce della dura madre e drenaggio con sonda Nélaton) in tutti i casi di traumatismo cranico in cui si ha perdita della coscienza a distanza più o meno breve (alcune ore fino a qualche giorno) dall'accidente, nonchè contrazioni generalizzate o localizzate e puntura lombare sanguinolenta (il che fa supporre un versamento sanguigno intra-cerebrale) e in quei casi in cui si osservano fenomeni di compressione cerebrale, i quali indicano una emorragia extradurale.

In ogni caso di frattura del cranio e contusione cerebrale la prognosi è fatale quando si verifica una ipertermia precoce e rapidamente ascendente, anche se si attua senz'altro il metodo di Cushing.

Quando invece la puntura lombare dà esito a liquor limpido, ma coesistono segni di compressione cerebrale progressiva, l'esito sarà più o meno favorevole, se si esegue la decompressione alla Cushing. Quest'intervento è del pari bene indicato nei casi in cui si nota bradicardia o tachicardia con respirazione stertorosa e coma.

L'A. quindi insiste sulla necessità di eliminare dalla chirurgia cranica lo scalpello e il martello, dato che questi strumenti contribuiscono ad aumentare la contusione cerebrale.

Il chinino nella polmonite crupale. — C. E. Cahn-Bronner (Francoforte sul Meno. Bad Homburg; *Die Therapie der Gegenwart*, n. 3, 1927) riassume i risultati della sua pratica decennale di terapia chininica nella polmonite crupale, svoltasi su 659 casi. Comparativamente con i controlli, si è verificato anzitutto negli infermi trattati col chinino un abbreviamento nella durata della malattia, abbreviamento che è stato proporzionalmente tanto più notevole quanto più precocemente si è iniziata la terapia chininica.

Nell'81 % dei casi (contro il 5,4 % dei controlli) si è avuto lo sfebbramento entro 4 giorni, se la terapia chininica si era iniziata al primo giorno.

Lo sfebbramento si completa in 12-24 ore, sotto forma di *crisi protratta*, il che è molto favorevole per la circolazione.

Le complicanze non vengono influenzate dalla terapia chininica.

L'A. si serve attualmente per questa cura di solvochin (2 cmc. = 0,5 di chinino), iniettato per via intramuscolare.

Il chinino si dimostra specifico per la polmonite crupale da pneumococchi, ma non agisce come battericida, come l'optochin, ma verosimilmente elevando i poteri di difesa dell'organismo.

Il permanganato potassico in polvere sulle ferite. — M. Auregan. (*La Presse Médicale*, vol. 35, n. 2) ha studiato l'effetto delle applicazioni di permanganato potassico in polvere fine sui tessuti viventi recentemente lesi. Si produce un'azione assai vivace, con sviluppo di calore (120°) e di vapore, analoga alla combustione della calce viva. Una escara secca, asettica, sottile, si forma, sotto la quale si formerà una cicatrice non dura, strettamente limitata alla regione trattata.

Il permanganato in polvere non agisce sull'epidermide, nè sulle lesioni secche; sulle piaghe determina una emostasi immediata. Il suo uso rappresenta un eccellente metodo nella cura di molte lesioni cutanee, quali il lupus, gli angiomi, i cancroidi, le piaghe senili. L'applicazione va fatta previa asportazione chirurgica dei tessuti lesi e, resi anestesici mercè l'anestesia locale. Nessun dolore persiste dopo l'applicazione del permanganato.

I raggi ultravioletti nella cura dell'asma. — M. Seidman (*La Presse Médicale*, vol. 35, n. 2) ricorda che l'asma, come sindrome spasmofila, è assai notevolmente influenzata dai raggi ultravioletti, con una tecnica determinata. L'arco polimetallico ha dato buoni risultati nell'80 % dei casi, mentre che la lampada a vapore di mercurio non ne ha dato, con le stesse dosi, in più del 46 % dei casi. In ogni infermo si è dovuto utilizzare una sorgente intensa sino a provocare un eritema.

Sembra che sia l'insieme dell'irradiazione ultra-violetta ed infrarossa, e dell'azione dei gas sviluppatisi dall'arco e dell'aria ionizzata, che produca il detto effetto terapeutico. Questo è molto più rapido nei bambini, in cui non è raro (quando non ci sia adenopatia tracheo-bronchiale) che gli accessi spariscano sin dalla prima seduta.

Negli adulti i risultati sono incostanti e necessitano un trattamento assai lungo. Le recidive devono essere prevenute con cure periodiche.

Sulle occlusioni intestinali post-operatorie. — J. Jianu (*Spitalul*, an. 47, n. 2, 1927) riferisce come l'appendicite, le manovre operatorie fatte per estirpare l'appendice, il drenaggio talora necessario nell'appendicectomia possano esporre al pericolo di fenomeni d'occlusione.

Digitized by Google

L'A. riporta, appunto, un caso d'occlusione intestinale, a seguito di appendicectomia, operato e guarito. Quale meccanismo patogenetico dell'occlusione vanno presi in considerazione la peritonite adesiva dei tessuti vicini e le lesioni determinate dall'appendicectomia al livello del cul di sacco del cieco.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Allonal.—H. V. Seemen (Clinica Medica dell'Università di Zurigo. *Münchener Medizinische Wochenschrift,* n. 1, 1927) ricorda che l'Alllonal è una combinazione salina di fenildimetildimetilamina-pirazolone con acido allilpropilico barbiturico, dove l'azione analgesica dell'amidopirina è combinata con l'azione sedativa ed ipnotica dei derivati dell'acido barbiturico.

L'allonal si presenta come una polvere cristallina giallastra, amara.

Ogni tavoletta contiene 0,06 gr. di acido allisopropilico-barbiturico e 0,10 gr. di amidopirina.

La posologia è molto semplice: da una a cinque tavolette, secondo l'intensità del dolore, preferibilmente disciolte in acqua calda.

L'A. ha sperimentato con vantaggio l'allonal particolarmente nei dolori e nell'insonnia, in casi gravi nei quali gli oppiacei avevano mancato allo scopo.

Il preparato è pregevole anche per la mancanza di azioni dannose postume o collaterali, pur se usato in dose notevole (4 tavolette). Non si ha assuefazione, nè azione cumulativa, poichè l'allonal si elimina rapidamente.

Una controindicazione è data dalle malattie con febbre alta, con debolezza vasomotoria, come ad esempio nelle tubercolosi polmonari con tendenza alle manifestazioni di collasso, caduta della temperatura, ecc.

Così pure negli stadi finali del carcinoma, ed in genere negli stadii cachettici, non si conclude nulla con l'allonal; come pure negli individui assuefatti agli oppiacei; in questi si riesce soltanto a mantenere basse le dosi di morfina, o a farle discendere rapidamente.

FORMULARIO

Nella furuncolosi della narice. — E. Feldstein consiglia il seguente metodo di cura:

1. *Abortivo*: medicare con tintura di iodio o introdurre nella narice un tampone imbevuto di alcool borico.

2. *Curativo*: *a*) Fare sulla regione affetta, quattro volte al giorno, polverizzazioni a mezzo di un polverizzatore a vapore o con dell'acqua fenicata al 0,50 %, oppure con:

Benzoato di sodio	gr. 5
Glicerina	» 50
Acqua sterilizzata	» 200

b) Introdurre nella narice, quattro volte al giorno, un po' della seguente pomata:

Collargolo	gr. 2
Vasolanolina	» 20

c) Calmare il dolore per mezzo dei cachets seguenti:

Piramidone	gr. 0,30
Esalgina	» 0,10
Citrato di caffeina	» 0,02

S. da due a quattro cachets al giorno oppure con:

Aspirina	gr. 0,50
Valerianato di chinina	» 0,15
Citrato di caffeina	» 0,02

L'incisione prematura del furuncolo è inutile e dolorosa.

Quando il furuncolo diviene nettamente prominente bisogna:

a) Favorire la fuoriuscita del pus e del cencio con la espressione, deve avere praticata una piccola incisione con ago lanceolato o dopo avervi applicata la punta di un galvano-cauterio.

b) Proteggere le parti sane con la seguente pomata:

Ossido giallo di mercurio	gr. 1
Vasolanolina	» 20
Essenza di geranio	goccie V

oppure con:

Solfato di zinco)	
Solfato di rame)	anagr. 0,10
Ossido di zinco	gr. 2
Vasolanolina	» 20

Il furuncolo può recidivare ed allora sarà il caso di tentare la vaccinoterapia.

(Lian C. *L'année médicale pratique,* R. Lépine Ed. Paris).

□□□

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

La laurea ad honorem al prof. Perez. — Recentemente nell'aula magna della R. Università ha avuto luogo la solenne cerimonia del conferimento della laurea *ad honorem* in medicina e chirurgia a S. E. il prof. Fernando Perez, ambasciatore della Repubblica Argentina presso S. M. il Re d'Italia.

Erano presenti S. E. il Ministro della P. I. on. Fedele, l'ambasciatore dell'Argentina presso la S. Sede, l'ambasciatore del Cile, i ministri di Svizzera, Romania, Cecoslovacchia, Bulgaria, Uruguay, moltissimi altri diplomatici, S. E. De Michelis presidente dell'Istituto Internazionale di Agricoltura i professori della facoltà di medicina al completo, tra cui i senatori Pestalozza e Sanarelli, Alessandri, Alessandrini, Busi, Puntoni, Ferreri, Bonanni, Ottolenghi, Dionisi e numerosi sudditi argentini, parecchie signore e signorine e gran numero di studenti.

Il Rettore prof. Giorgio del Vecchio, ha preso per primo la parola comunicando l'adesione di S. E. il conte Della Vinaza, ambasciatore di Spagna, di S. E. il ministro del Venezuela, di Mons. Carrido maestro generale dei Mercedari e di altre autorità.

Ha ringraziato S. E. Perez per aver voluto, nel ricevere il diploma di laurea, dare un nuovo duplice saggio delle sue profonde e originali ricerche che hanno assicurato al suo nome una meritata e durevole fama. Ha terminato porgendo il cordiale e rispettoso saluto della intera famiglia universitaria romana a S. E. Perez che viene ad accrescerne il lustro con la sua autorità, ed esprimendo in pari tempo la sua simpatia per la grande nazione sorella che è da S. E. Perez così degnamente rappresentata.

Il Rettore, ha, quindi, consegnato, tra vivi applausi, a S. E. Perez il diploma di laurea.

Il Presidente della Facoltà Medica prof. Riccardo Della Vedova ha poi parlato delle particolari benemerenze dell'ambasciatore Perez. Egli ha ricordato in lui il valoroso medico e chirurgo di Buenos Aires, che prima di essere ambasciatore ha dato prova anche del suo amore per la scienza nello studiare i rapporti internazionali creando la missione antimalarica argentina, che visitò l'Italia nel 1924 e iniziando il primo congresso internazionale di malariologia, del quale la scuola superiore testè inaugurata in Roma costituisce l'organismo di addestramento essenzialmente pratico che la perspicace volontà del Duce ha portato a rapida realizzazione.

Dopo brevi parole pronunciate dal prof. Ferreri, ha preso la parola S. E. Perez, il quale, dopo aver ringraziato dell'alto onore conferitogli, ha parlato a lungo sul problema della profilassi antimalarica in Argentina e sopra una nuova concezione del prognatismo, attentamente seguito nella sua dotta esposizione dall'eletto uditorio. S. E. Perez ha quindi fatto interessanti raffronti tra la bonifica agraria nel suo e nel nostro paese esaltando i provvedimenti presi dall'Italia per la lotta contro la malaria. Gli sforzi dell'Italia, egli ha concluso sono giganteschi e rendono onore alla scienza italiana.

LIBRI ED OPUSCOLI

Cattier. *La sterilità femminile* (La stérilité féminine) 1 vol. in 8 di pag. 254. N. Maloine Editeur, Paris. Prezzo frs. 15.

In questo manuale viene esposta la cura moderna dei differenti tipi di sterilità femminile con accenni al problema del depopolamento ed alla eugenetica.

Per il suo contenuto scientifico e pratico insieme il libro si raccomanda molto ai medici pratici ed ai cultori di medicina sociale.

Ronzoni G., Bareggi A., Bonacorsi L., Cecchini A., De Benedetti M., Isella A., Parodi F., Pecco F. *Studi clinici e sociali di tisiologia.* 1 vol. di pag. 156, con 15 figure intercalate nel testo. Soc. An.

Digitized by Google

Istituto Editoriale Scientifico, Milano, Via Monte Napoleone, 35, 1927. Prezzo L. 30.

Sono raccolti in questo volume i lavori compiuti nei primi mesi del corrente anno, nell'Istituto di Tisiologia O. P. Poliambulanza «Giuseppe Ronzoni» di Milano, quale contributo culturale al Congresso internazionale di Washington. Il libro vuole essere dimostrazione che anche in Italia gli studi di tisiologia, sia nel campo clinico che in quello sociale, sono perseguiti con interesse e serietà e serve al Ronzoni, sotto la cui direzione il volume è pubblicato, a sostegno della tesi da lui sostenuta che la tisiologia debba essere considerata branca a sè come specialità medica.

Ecco l'elenco dei vari capitoli: 1. Ronzoni G., Il valore del contagio tubercolare nell'adulto (Relazione ufficiale alla 5ª Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi in Washington). 2. Parodi F., L'ergomanometro, apparecchio per la misurazione analitica delle pressioni nel pneumotorace. 3. Parodi F., L'interpretazione dei valori dell'ergomanometro. 4. De Benedetti M., La misurazione della pressione endopleurica nel pneumotorace artificiale con l'ergomanometro. 5. Cecchini A., Semeiotica fisica e semeiotica radiologica dall'apparato respiratorio. 6. Bonacorsi L., Sull'adenopatia tracheo-bronchiale nella infanzia. 7. Ronzoni G., Rilievi clinici sulle pleurocorticaliti. 8. Bonacorsi L., Le reazioni umorali nella diagnosi della tubercolosi infantile. 9. Bonacorsi L., La terapia tubercolinica ambulatoria nella terapia infantile. 10. Bareggi A., La prevenzione antitubercolare infantile quale è concepita ed attuata in Francia. 11. Pecco F., La difesa antitubercolare nelle zone rurali. 12. Isella A., L'elioterapia e suo valore sociale.

Va notato, per ultimo, come la giovine Casa editrice abbia saputo ben curare l'edizione del libro.

Cozzoli G. *Utilità delle «agraffes» nella sutura della palpebra inferiore.* Estratto dagli «Annali di oftalmologia e clinica oculistica», fasc. 5-6, 1925.

De Bonis V. *La thérapeutique et la prophylaxie du paludisme.* Ed. dell'«Institut Italien de Biologie», Roma, 1925.

Di Tommasi E. *I fanghi naturali termo-minerali di Agnano-Napoli.* Tip. Aldina, Napoli, 1926.

VITA UNIVERSITARIA

Per gli assistenti universitari e per i professori emeriti.— Riferiamo dal discorso tenuto dal Sen. G. B. Queirolo in Senato, nella tornata del 2 giugno 1927, «Per la riforma della Facoltà di Medicina e Chirurgia», la parte che più direttamente riguarda la questione degli assistenti universitari e dei professori emeriti. Dall'illustre oratore l'argomento è svolto con la solita e tanto apprezzata competenza.

«Nella recente discussione fatta alla Camera sul bilancio della pubblica istruzione, è stata nuovamente sollevata e ampiamente discussa la questione del personale assistente delle Università. Su questo grave argomento io richiamai già altra volta l'attenzione del Senato.

Io conosco la risposta che ha dato il Ministro della pubblica istruzione al Parlamento, nè oso nè posso sperare che una diversa ne possa dare a me: tanto più che io so perfettamente che la soluzione del problema non tanto è nelle sue mani, quanto in quelle del suo collega Ministro delle finanze. Tuttavia io voglio, ripetendo come Aristide «batti, ma ascolta» ancora una volta affermare in Senato la necessità di questa riforma.

Come è noto la nuova legge universitaria ha tolto al personale assistente scientifico delle Università il carattere di personale di Stato. Questa diminuzione non è stata sanata nè compensata dalla postuma concessione di alcuni benefici economici accordati, dei quali godono gli impiegati dello Stato. Questa diminuzione morale, congiunta alla misera condizione economica di questi assistenti, ha reso sempre più difficile il reclutamento di questo personale negli Istituti scientifici universitari.

Si è isterilito e si isterilisce sempre più il vivaio dal quale dovranno uscire i futuri professori, coloro ai quali sono affidati la custodia e il progresso della scienza italiana.

Solo i ricchi possono oggi quasi esclusivamente, dedicarsi alla carriera scientifica: chi non lo è deve, il più delle volte, rinunciare a questa carriera, anche se ne abbia l'ingegno e le doti necessarie, per dedicarsi alla pratica professionale che, in qualunque forma esercitata, offre condizioni economiche immensamente migliori.

Che sarà delle nostre Università e della scienza italiana se già oggi siamo in angustia e preoccupazione ogni qual volta dobbiamo sostituire un insegnante morto o che, per raggiunti limiti di età, ha dovuto lasciare l'insegnamento?

I risultati dei recenti concorsi universitari hanno già rivelata una grande scarsità di elementi di alto valore: questa scarsità diventerà ancora più impressionante ora che al disagio economico si è aggiunto un grave disagio morale. Già nel suo magnifico discorso al Congresso delle scienze di Bologna di due anni fa, l'on. Mussolini ha rilevato con grande amarezza che la ricerca scientifica in Italia, da dieci anni, attraversava un periodo di stasi. Di questa stasi, quella che io indico è una delle cause. Io mi auguro quindi che nell'interesse dell'avvenire delle nostre Università ad una adeguata condizione economica si associ una adeguata condizione morale per gli assistenti universitari.

In questo momento nel quale il Paese sopporta patriotticamente gravi sacrifici e tende tutte le sue energie per la sua restaurazione economica, io non posso e non voglio fare altre proposte, o domande di miglioramenti economici, ma non posso trattenermi dal segnalare alla considerazione dell'onorevole ministro le condizioni di alcuni professori universitari, la cui condizione economica è certamente sproporzionata al grave loro compito e alle gravissime loro responsabilità. Voglio accennare ai direttori dei laboratori e dei gabinetti scientifici, il cui lavoro è continuo, diuturno, assillante, senza tregua, la cui responsabilità è grandissima per la consegna che essi hanno del materiale scientifico loro affidato, responsabilità che importa qualche volta anche degli oneri finanziari personali. A questi professori manca anche il compenso di quegli incarichi sussidiari che hanno molti professori nelle altre Facoltà, i quali, pure, hanno un compito assai meno gravoso. A riconoscimento del loro maggior lavoro, e a compenso delle loro responsabilità e della mancanza di incarichi sussidiari, l'antica legge corrispondeva a questi insegnanti un modesto assegno a titolo di direzione degli Istituti. Questo assegno è stato soppresso. Consideri, onorevole Ministro, se non sia opera di giustizia restituirlo, anche quale un compenso morale, più che quale compenso finanziario, sia pure in modestissima misura.

E poichè sono in tema di ripristino di prerogative universitarie mi si consenta che rinnovi ancora qui il voto che altra volta abbiamo espresso io e il compianto collega senatore Polacco, il voto perchè sia ristabilito il titolo di professore emerito per gli eminenti professori i quali, per raggiunti limiti di età, devono lasciare l'insegnamento. Ne disciplini l'onorevole Ministro la concessione e le prerogative in quel modo e in quella misura che crederà necessari, ma ristabilisca questo vincolo spirituale tra le Università e gli eminenti uomini che alla Università hanno dato la maggiore e migliore parte della loro vita. Quanta amarezza, onorevole Ministro, la recisione di questo vincolo ha cagionato e cagiona ad insigni maestri: anche gli estremi anni della vita hanno la loro poesia, se pure è poesia mesta! Antonio Cardarelli, Leonardo Bianchi, quegli per 75 anni, questi per 55 appartennero alla Università, e della Università italiana furono una vera gloria: ed essi sono morti fuori della famiglia universitaria.

E' un titolo, è un compenso morale che esiste in tutte le Università del mondo, che nulla costa, e che ha un grande valore ed un inestimabile significato morale; e in quell'età nella quale ambizioni e speranze sono ormai svanite, esso rappresenta un grande, un nobile stimolo alla attività didattica e scientifica dei maestri negli ultimi anni del loro insegnamento».

Nella R. Università di Pisa. — Con una cerimonia solenne, a cui hanno partecipato il Rettore e una larga rappresentanza di Professori, di medici e di studenti, è stata offerta una medaglia di oro al Ch.mo Prof. Comm. Carlo Fedeli, Ordinario di Patologia Medica Dimostrativa, che si ritira dall'insegnamento per aver raggiunto i limiti di età. Sulla medaglia di oro sono incise degnissime parole, che sintetizzano la elevata figura del Maestro. Queste parole sono state dettate dal Prof. Bilancioni.

Il nostro giornale, che spesso è stato onorato dalla pubblicazione di scritti del Prof. Fedeli, fervidamente si associa all'omaggio reso ad una personalità della medicina italiana, che onora la Nazione nostra per la sua elevata e molteplice cultura, per la esemplare rettitudine, per meriti eminenti di Maestro, per il felice conserto della Scienza medica con l'arte musicale e con le indagini di storico.

Trasferimento del prof. M. Donati. — Con recente disposizione il prof. Mario Donati, direttore della Clinica Chirurgica nella R. Università di Padova è stato trasferito alla R. Università di Torino, quale successore del compianto Maestro prof. Carle.

Le nostre più vive congratulazioni all'illustre chirurgo e scienziato che ci onoriamo annoverare nel nostro comitato direttivo.

Digitized by Google

NOTIZIE

Nomine e Onorificenze. — Il Senato Accademico dell'Università di Edimburgo ha decretato il conferimento della laurea *honoris causa* al prof. Vittorio Ascoli, della Università di Roma, in riconoscimento dei suoi meriti scientifici e clinici.

Seminario di Antropologia Criminale e Diritto Penale in Torino. – Nel prossimo anno scolastico 1927-28 sarà ripreso il Corso che sorse in Torino, per la prima volta in Italia, intorno alla Cattedra che fu di Cesare Lombroso, per lo studio biologico-giuridico della criminalità. Questo corso si propone anzitutto intenti culturali e insieme applicazioni pratiche e tecniche, che riescano utili sia nell'esercizio della professione forense, sia nelle indagini di istruttoria e di polizia giudiziaria, sia infine per un retto criterio nella elaborazione e nell'apprezzamento delle perizie medico-legali. Le lezioni saranno impartite da insegnanti delle due Facoltà, di giurisprudenza e di medicina e chirurgia.

In questo primo anno (1927-28) gli insegnamenti saranno i seguenti: 1. Mario Carrara, Professore di Medicina Legale e di Antropologia Criminale nella Università di Torino — Antropologia criminale, Medicina legale e Polizia Giudiziaria nelle varie forme del delitto. 2. Eugenio Florian, professore di Diritto e procedura penale nell'Università di Torino — Criminologia e Questioni di Diritto e Procedura penale. 4. Amedeo Herlitzka, Professore di Fisiologia nella Università di Torino — Fisiologia e Processi psichici. 4. Ernesto Lugaro, Professore di Clinica psichiatrica nella Università di Torino — Psichiatria forense in rapporto al delitto. 5. Gioele Solari, Professore di Filosofia del Diritto nell'Università di Torino — Problemi filosofici di Diritto penale.

Potranno iscriversi al Corso i laureati in Giurisprudenza, in Medicina e Chirurgia, in Filosofia e Pedagogia, i Magistrati, i Funzionari dei Tribunali militari, delle Amministrazioni della Pubblica Sicurezza e delle Carceri, gli Ufficiali dell'Arma dei Carabinieri, ed ognuno che per studi o per attività pratica sia ritenuto dal Consiglio della Scuola idoneo a frequentare il Corso.

Il Corso avrà principio il 16 novembre 1927 e durerà quattro mesi; le lezioni si terranno negli Istituti Universitari Biologici del Valentino. Esse avranno carattere prevalentemente dimostrativo e pratico e saranno integrate da discussioni, conferenze, letture e da visite ad Istituti penitenziari e manicomiali.

Verrà rilasciato un diploma a coloro che lo richiedano ed abbiano superata una prova di esame. La tassa di iscrizione è fissata in L. 250, quella di diploma in L. 25; e saranno versate all'Economato dell'Università di Torino.

Ognuno che desideri ulteriori informazioni e chiarimenti può rivolgersi alla Direzione del Seminario, Via Michelangelo, 26, Torino (XVI).

Una conferenza del prof. Putti a Liverpool. — Il prof. V. Putti, direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, di Bologna, ha tenuto in inglese, nell'Università di Liverpool, una conferenza sulle «Nuove concezioni sulla patogenesi e terapia della sciatica», illustrandola con interessanti radiografie. Il distinto O, ha riferito specialmente della sua concezione sulla «neurodocite», infiammazione del neurodoco o tratto dello sciatico che decorre nel canale intervertebrale. Circa la terapia, l'O. ha preconizzato l'immobilizzazione e la iperemia attiva protratta per 9-12 mesi, e, in casi ribelli, l'intervento chirurgico con la rimozione della parete posteriore dei forami intervertebrali.

Erezione in ente morale della Lega italiana per la lotta contro il cancro. — Con R. D. n. 114, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 51, 1927, la Lega italiana per la lotta contro il cancro, con sede in Roma, è stata eretta in Ente morale e ne è stato approvato il relativo statuto.

Per gli scambi intellettuali internazionali. — Su proposta del Ministro della P. I., on. Fedele, il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto, secondo il quale la Direzione generale delle Accademie e Biblioteche è incaricata del servizio degli scambi internazionali, istituito con la convenzione di Bruxelles del 1886. E' perciò che dal 1° luglio u. s., l'Ufficio degli scambi, che aveva sede presso la Biblioteca Vittorio Emanuele II di Roma, è passato alle dipendenze della detta Direzione generale, la quale quindi sarà la sede naturale della Sezione italiana dell'Istituto internazionale per la cooperazione intellettuale, voluto dalla Lega delle Nazioni a Ginevra.

Per le colonie marine e montane. — L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, oltre ai due milioni versati per le colonie marine e montane, ha sovvenzionato 82 istituti di assistenza per madri e fanciulli con la somma di L. 945,500. Le più notevoli sovvenzioni fatte sono: L. 50,000 alla Sala di Maternità di Aquila; L. 50,000 all'Asilo Tropeano di Napoli; L. 30,000 all'Asilo Regina Margherita di Napoli; L. 25,000 all'Istituto Principe di Napoli per giovani ciechi, anche di Napoli; L. 30,000 all'Istituto del Buon Pastore di Cagliari; L. 28,000 alla Colonia permanente per i figli di tubercolotici di Villa Camerata (Firenze); L. 25,000 all'Orfanotrofio maschile e L. 25,000 alla Colonia profilattica antitubercolare, in Perugia; L. 25.000 all'Ospedale infantile Regina Margherita di Torino; L. 25,000 all'Ospizio per i bimbi rachitici Enrichetta Trentini e L. 25,000 all'Asilo bambini lattanti, in Bologna; L. 25,000 alla Pia Casa fanciulle abbandonate di Sondrio.

Cinquantenario dell'Università di Lovanio.— La Università di Lovanio ha recentemente festeggiato il cinquantenario della sua fondazione e in questa occasione si sono inaugurati la «Città universitaria» del parco d'Arenberg, l'Istituto del cancro e la nuova Clinica psichiatrica. Assistettero a tutte queste cerimonie il Re e la Regina del Belgio. Tra i delegati francesi, vi erano i proff. Balthazard e Jean Lépine.

Istituto Italo-Brasiliano per l'alta cultura.— Dallo Statuto, ora non è molto pubblicato, dell'Istituto Italo-Brasiliano per l'alta cultura, fondato in S. Paulo del Brasile, apprendiamo che l'Istituto si propone di: a) provvedere ad un regolare scambio di studiosi, che tengano brevi corsi di lezioni e conferenze; b) favorire sempre più la reciproca conoscenza della lingua; c) promuovere iniziative che abbiano per scopo la diffusione della cultura letteraria, artistica e scientifica dei due Paesi; d) coordinare e sviluppare quelle già esistenti; e) vigilare gli scambi culturali dei due Paesi.

L'Istituto, che è sotto la Presidenza onoraria del Segretario degli Interni dello Stato di S. Paulo e del R. Console generale d'Italia in S. Paulo, comprende soci fondatori ed ordinari e ha un Consiglio direttivo di 13 membri, scelti tra i soci, del quale è attualmente presidente il prof. dott. Alfonso Bovero.

Finora, è stata già tenuta nell'Istituto una serie di conferenze dal prof. Arturo Farinelli, della Università di Torino; nell'agosto p. v. un'altra serie di conferenze sarà tenuta dal prof. Giovanni Mingazzini, della R. U. di Roma, e per l'ottobre o la primavera 1928 sembra assicurato l'intervento del prof. Corrado Gini, dell'Università di Roma.

Concorso al Premio "Carlo Platschick".— E' aperto il concorso al premio «Carlo Platschick» di lire 2000 da assegnarsi all'autore del miglior lavoro, sopra un argomento di stretta attinenza alla disciplina stomatologica, che sarà presentato alla sezione scientifica del XVI Congresso Stomatologico Italiano che avrà luogo a Milano il 17 settembre 1927.

I concorrenti dovranno inviare, non più tardi del 17 agosto p. v. i loro lavori in piego postale raccomandato, al Presidente della Federazione Stomatologica Italiana, dott. Spiro Di Mento, (Via D'Azeglio 34 Bologna 129) al quale potranno essere chieste le altre norme del concorso.

Il 70° compleanno di Wagner-Jauregg. — Ha celebrato, recentemente, il suo 70° compleanno, il prof. Wagner-Jauregg, direttore della Clinica psichiatrica di Vienna. Il Wagner ha particolarmente legato il suo nome alla malarioterapia delle malattie mentali e alla profilassi del gozzo endemico e del cretinismo con sale iodato; suscitarono pure molto interesse i suoi studi sulla etiologia gastro-intestinale di alcune forme mentali e sulla patologia delle neuriti. Ha messo inoltre in evidenza l'importanza medico-legale della psichiatria e si è schierato contro le dottrine psicanalitiche e contro gli studi odierni sullo psichismo.

Premiazione di una vittima dei raggi X. — Durante una visita fatta da S. M. il Re a Milano, ad una cerimonia presieduta dall'on. prof. Raffaele Paolucci, nella quale furono assegnate medaglie e attestati per azioni umanitarie e sociali, è stato anche premiato il dott. Gianluca Piana, il quale, dopo tredici operazioni per lesioni da raggi X, ha dovuto recentemente subire l'amputazione dell'avambraccio destro.

Donazioni. — Il sig. Giuseppe Leogrande, di Alberobello (Bari) ha lasciato in testamento la somma di L. 600,000 alla Congregazione di Carità di Alberobello per la fondazione di un ospedale.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 8 Agosto 1927 — N. 32

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO CHIRURGICO DELLA R. UNIVERSITA' DI PERUGIA
diretto dal prof. C. RIGHETTI

SINDROME APPENDICOLARE DA LINFANGIOMA CAVERNOSO DEL MESO-CIECO

per il prof. CARLO RIGHETTI

Il giorno 22 ottobre 1926 fui chiamato a consulto in campagna presso tale Bellini Anselmo da due giorni in preda ad una sindrome gravissima addominale interpretata come conseguente ad appendicite acuta.

Trovai un uomo di anni 30, in ottime condizioni generali, che si lamentava di dolori violenti al quadrante inferiore destro del ventre. Tali dolori si erano iniziati due giorni innanzi in modo brusco e con essi era cessata ogni emissione di gas e di feci dall'intestino. Era comparsa febbre fino a 38° e senso di nausea, cosicchè era stata sospesa ogni alimentazione. La mattina dello stesso giorno in cui io visitai il paziente per la prima volta, e cioè la mattina del 2 ottobre, era stato somministrato un purgante oleoso in seguito al quale, essendosi i dolori fatti più vivi, si ebbero tre piccole defezioni liquide, ricche di muco.

Seppi che l'ammalato era stato colpito altra volta, e più precisamente due mesi innanzi, da una sindrome dolorosa del genere di quella attuale, ma di minore intensità. I dolori, sopraggiunti anche allora, improvvisamente, eran diffusi a tutto il ventre e presentavano il loro massimo d'intensità in corrispondenza della fossa iliaca destra. Senza che fosse comparsa febbre, essi, dopo un giorno, si affievolirono spontaneamente e quindi scomparvero del tutto. Anche in quella circostanza, durante tutto il periodo della colica, non furono emessi feci nè gas.

All'esame obbiettivo trovai che si trattava di un uomo ben portante, robusto. Non esisteva *facies abdominalis*, il polso valido segnava 105 pulsazioni al minuto; temperatura 38°. Nulla esisteva a carico dell'apparecchio respiratorio e circolatorio.

L'addome era tumefatto per meteorismo. Il quadrante inferiore destro di esso appariva lievemente prominente e manifestava alla palpazione difesa muscolare e dolore. Tutte le altre regioni del ventre erano bene palpabili e non dolenti. Alla percussione: suono timpanico ovunque tranne in corrispondenza della fossa iliaca destra, dove esisteva una marcata ipofonesi.

Il quadro clinico era indubbiamente molto suggestivo per indurmi a confermare la già fatta diagnosi di appendicite acuta. Consigliai il ricovero dell'ammalato in Clinica ed il trasporto fu fatto il giorno stesso.

Non appena il malato fu entrato in Clinica, praticai subito una iniezione di morfina e posi, in permanenza, sul ventre una borsa con del ghiaccio. Feci ripetere la iniezione di morfina durante la notte. La mattina dopo la temperatura era di 37°, i dolori eran quasi scomparsi e nella regione iliaca destra la difesa muscolare andava riducendosi. Il giorno seguente il malato era apirettico, il dolore spontaneo e la difesa muscolare completamente scomparsi. La palpazione dell'addome poteva esercitarsi in modo completo anche in corrispondenza della fossa iliaca destra dove rilevai la presenza di una tumefazione di consistenza duro-elastica, di superficie irregolare, della grandezza approssimativa di un pugno, fissa, un poco dolente. Ritenni si trattasse di fenomeni periappendicolari allo stadio di piastrone, ed essendo caduta la febbre, iniziai un trattamento risolvente mediante applicazioni calde sulla regione. L'alvo nel frattempo si era riaperto ai gas ed alle feci. L'ammalato sfebbrato il giorno 3 non ebbe più febbre durante un periodo di osservazione di 18 giorni e cioè fino al 21 ottobre. Durante questo tempo io notai che non ostante si fosse regolarizzato il ventre, non ostante uno stato generale di pieno benessere e le cure da me messe in opera, la tumefazione della fossa iliaca, e cioè questo supposto piastrone peritoneale da appendicite, non si era minimamente modificata. Il permanere invariato di detta tumefazione dopo tanti giorni dalla fine dell'acuzie dell'attacco doloroso, dopo una così lunga e completa apiressia, e non ostante il trattamento risolvente istituito, mi rese dubbioso sulla giustezza della diagnosi posta di appendicite. Mi decisi perciò a troncare gli indugi e ad operare il paziente senza diagnosi precisata.

Il giorno 22 ottobre 1926 intervenni mediante una incisione laparotomica iliaca destra come si usa per l'operazione di appendicectomia e trovai che nel meso-cieco e nella parte più bassa del mesocolon ascendente era allogata una tumefazione oblunga orientata nel senso del maggior asse intestinale, policistica formata da molte loculazioni di ampiezza varia, a contenuto liquido limpido, lievemente citrino, della grandezza approssimativa di un grosso pugno di uomo adulto; era poco mobile e sulla metà mediale della sua faccia anteriore mostrava aderente il cieco, deformato, schiacciato, insieme con un breve tratto iniziale del colon ascendente. La appendice non presentava segni di flogosi; ma soltanto una angolatura in corrispondenza della sua porzione media, dovuta a retrazione del meso-appendice.

Cercando di risparmiare quanto possibile i vasi mesenterici ed operando in via smussa attraverso ad uno spazio avascolare del mesentere, mi accinsi ad estirpare il tumore cistico. Tale estirpazione condotta con la massima prudenza potè essere effettuata senza ledere la parete intestinale e con scarso sacrifizio di vasi del mesentere, cosicchè l'intestino potè essere conservato ed evitata in tal modo una resezione cieco-colica. Estirpata la cisti e ricostituita la continuità del mesenterio del cieco e del colon, completai l'atto operativo con la ablazione dell'appendice.

Il paziente completamente guarito fu dimesso dopo 15 giorni dall'atto operativo e cioè il 7 novembre 1926. Da recenti notizie risulta che è sempre stato bene e che sta bene.

Il tumore asportato ha la forma e il volume di un grosso cedro, schiacciato nel senso del suo maggior diametro ed ha superficie mammellonata perchè composto di un conglomerato di cisti di varia grandezza, a parete spessa, velamentosa e a contenuto liquido limpido, separate da esili tramezzi costituiti da connettivo di aspetto fibroso e di colorito bianco perlaceo. Il tumore pesa gr. 200. Il suo aspetto è quello del linfangioma cavernoso ed i reperti microscopici confermano questa diagnosi. Esaminando a piccolo ingrandimento delle sezioni microscopiche e del tumore opportunamente colorate con i comuni metodi, si osserva che le cisti di piccolo e medio volume presentano un rivestimento endoteliale interno che manca o è incompleto nelle cisti grandi. Lo stroma del tumore e la parete delle cisti sono costituiti da connettivo ora fibroso compatto, ora lasso e ricco di nuclei ora di aspetto mucoso per forte imbibizione. Non ho rilevato nel connettivo stromatico presenza di fibre muscolari lisce che spesso sono state rinvenute in questi tumori. Lo stroma è riccamente provvisto di vasi sanguigni e nel suo interno son contenuti numerosissimi accumuli linfocitari di aspetto adenoideo e formazioni cistiche piccolissime. Tali cisti microscopiche si originano ora in seno agli accumuli adenoidei, ora invece lontano da questi e da una evidente proliferazione degli endoteli degli spazi linfatici del connettivo stromatico.

I reperti istologici del tumore presente sono perfettamente identici a quelli da me studiati e descritti a proposito di un altro tumore consimile (Su di un caso di linfangioma cavernoso dello scrotto. *Lo Sperimentale* 1913) nel quale, come in questo, io riuscii a seguire la istogenesi delle cisti, le quali hanno una duplice origine; cisti cioè di origine adenoidea e cisti originate dai linfatici preesistenti.

A questo proposito, data la identità dei reperti fra il caso presente e quello da me studiato nel 1913, posso ripetere ciò che allora scrissi a conclusione delle mie ricerche sulla istogenesi delle cisti: « Ciascuna di queste modalità di formazione delle « cisti imprime ad esse caratteri differenti: al primo modo di « formazione (cisti di origine adenoidea) corrispondono cisti ro- « tonde od ovali multiple e ravvicinate molto fra loro, sostenute « da un connettivo di aspetto fibrillare nelle cui maglie esistono « spesso ancora dei linfatici, residuo del primitivo follicolo lin- « fatico; al secondo processo di formazione (cisti derivanti dai « linfatici preesistenti) corrispondono cisti di forma la più varia, « spesso allungate, simili a spazi linfatici enormemente dilatati.

Digitized by Google

« Tale variabilità della loro forma è evidentemente da riferirsi « alla disposizione che in seno al connettivo presentavano gli spa- « zi linfatici da cui esse si sono originate e per i quali trovano « facile la via al loro incremento ». Anche i reperti istologici ci portano adunque alla conclusione che trattasi di un linfo-angioma cavernoso del mesenterio. Oggi non possiamo più ammettere come per il passato che le cisti mesenteriche possono formarsi per pura stasi e ritenzione di linfa, inquantochè il sistema linfatico ha tali vie collaterali di scarico da rendere una tale ipotesi poco verosimile. D'altra parte è noto che la legatura del dotto toracico non ha mai portato a formazione di cisti. Le cisti linfatiche del mesenterio quindi come la presente debbono considerarsi, in base alle moderne cognizioni sulla loro istogenesi, come veri tumori probabilmente dovuti a malformazioni congenite del sistema linfatico. Il contenuto delle cisti può essere limpido emorragico o chiloso a seconda che nell'interno della cisti si sono manifestati fatti emorragici o spandimento di chilo.

I casi di questo genere sono assai rari. Twistington Heggins e Eric Lloid (1) nel 1924 ne raccolsero 250 casi in tutta la letteratura. Più recentemente il Clark (2) nel 1926 ne ha riunito, da tutta la letteratura mondiale, 300 casi, considerando nello stesso gruppo per le ragioni anzidette, insieme alle cisti linfatiche a contenuto limpido anche quelle a contenuto emorragico e chiloso.

Certamente, io penso, che fra questi 300 casi di cisti mesenteriche, debbano esservi comprese anche un certo numero di cisti di origine retroperitoneale, essendo molto difficile, e spesso anzi impossibile, accertare se una cisti di un certo volume e che interessi anche la radice del mesenterio, si sia originata primitivamente da questo, oppure, avendo avuto inizio nel tessuto retroperitoneale abbia invaso secondariamente il meso durante il corso del suo accrescimento.

Un certo numero di queste cisti, non trascurabile, è stato riscontrato in bambini lattanti o di pochi anni di vita, e quasi la totalità delle cisti in soggetti giovani. Ciò è argomento non trascurabile in favore della origine malformativa congenita di questi tumori cistici.

Il caso presente ha uno speciale interesse da vari punti di vista. Innanzi tutto trattasi di un linfangioma cavernoso del meso-cieco e della porzione iniziale del mesocolon ascendente. È noto che questi tumori, nella loro grandissima maggioranza, interessano il mesenterio del tenue, cosicchè suolsi considerare come rara una sede mesocolica. Ma ancora più rara e veramente eccezionale è quella riscontrata da noi in questo caso, e non può quindi meravigliare se io, pur essendo incerto, per le considerazioni già fatte, sulla diagnosi di appendicite non pensai alla possibilità di una consimile evenienza. Ma il caso speciale, oltre che per la natura rara del tumore e per la eccezionale sede, diviene interessantissimo per la sintomatologia presentata che simulò abbastanza fedelmente quella dell'attacco appendicolare acuto. Infatti (si ricordi) nel più completo benessere insorsero nell'infermo, a due mesi di distanza, due crisi dolorose violente, localizzate alla fossa iliaca destra. La prima crisi risolse rapidamente, la seconda, più grave per l'intensità dei dolori, si accompagnò con febbre (caduta al 3° giorno e non più ricomparsa) con alvo chiuso alle feci ed ai gas, con tendenza al vomito. L'esame obiettivo faceva rilevare meteorismo addominale, dolore e difesa alla palpazione in corrispondenza della fossa iliaca destra. Cessati i dolori e la difesa, la palpazione rivelò l'esistenza di una tumefazione ancora dolente, molle elastica, occupante la fossa iliaca destra. Era naturale, logico, che il pensiero si rivolgesse verso la diagnosi di appendicite in stadio di piastrone. Ma dopo 15 giorni di apiressia e di cure risolventi, mantenendosi la tumefazione invariata, sorse in me il dubbio di un errore diagnostico e fu perciò che decisi subito l'intervento che non sarebbe stato indicato qualora avessi persistito nella precedente diagnosi.

Dopo l'interessante reperto operatorio, il quale mi aveva dimostrato che la appendice, non presentando segni di flogosi nè in atto nè pregressa, non poteva essere causa nè avere contribuito ad ingenerare il quadro sintomatologico presentato dall'infermo, volli scorrere la letteratura per vedere se un qualche cosa di identico o di simile fosse stato già osservato nella sintomatologia dolorosa a crisi, che è classica di queste forme cistiche del mesenterio. E infatti ho trovato due osservazioni, anche assai recenti, che hanno un qualche rapporto col caso presente.

V. Schirmer (1) descrive il caso di un bambino di 5 anni il quale fu colto da un attacco improvviso di dolori addominali, localizzati speciamente alla fossa iliaca destra. La sintomatologia era quella di un attacco appendicolare. Tra l'ombelico e la spina iliaca ant. sup. si palpava una tumefazione come un limone, mobile in tutti i sensi. Fu operato di laparotomia di urgenza e fu trovata una cisti sierosa (che all'esame microscopico fu rilevato essere un linfangioma cavernoso) del mesenterio del tenue situato ad un metro di distanza dalla valvola ileo-cecale. La cisti fu estirpata. Il bambino morì dopo 14 giorni in seguito ad occlusione intestinale da volvolo del tenue.

A proposito di questo caso è da rilevarsi che, ad accompagnare la sintomatologia subiettiva dolorosa simile ad un attacco appendicolare, è mancata una parallela sintomatologia obiettiva inquantochè il reperto clinico di una tumefazione rotondeggiante situata nel quadrante inferiore destro dell'addome e mobile in ogni senso, era sufficiente a far escludere l'appendicite mentre doveva richiamare subito alla mente la cisti o il tumore mesenterico.

Pappacena (2) riferisce il caso di un uomo di 23 anni che fu curato per vario tempo per una forma dolorosa addominale, definita appendicite, costituita da crisi dolorose addominali accompagnate da vomito. Un esame accurato fece rilevare la presenza di una tumefazione della fossa iliaca destra, dolente. Non vi fu nel corso della malattia, mai febbre. Dopo 8 giorni dall'inizio della malattia la tumefazione addominale non era più percepibile. Con il riscontro rettale la si ritrovò discesa nello scavo pelvico, sferica, della grandezza d'un arancio, mobilissima e di consistenza elastica. All'operazione fu trovata una cisti del mesentere del tenue a contenuto chiloso che fu estirpata. L'appendice era sana. L'autore consiglia di diffidare delle sindromi dolorose a tipo appendicolare che decorrono senza febbre.

A proposito anche in questo caso clinico, è da osservare quello che già notammo relativamente al caso precedente, che cioè la sintomatologia obiettiva, non doveva trarre in inganno poichè non era quella dell'appendicite ma bensì quella dei tumori solidi o delle cisti del mesentere, le quali, come tutti gli autori concordemente riferiscono, sono dotate di una spiccata mobilità.

Ricordo che il Brunetti (3) (che si è occupato diffusamente dello studio di queste cosidette cisti mesenteriche) riferisce di un caso di chilangioma cavernoso da lui osservato, nel quale la tumefazione globosa poteva dall'addome essere respinta nel bacino, e quivi poteva farsene il riscontro attraverso il retto e la palpazione combinata così come nel caso di Pappacena. Si ricordi invece che nel mio caso la tumefazione era fissa.

In qualche caso alla cisti mesenterica fu trovata associata altra malattia: la appendicite o la torsione di cisti ovarica concomitante. Ma nel caso mio già escludemmo ogni compartecipazione dell'appendice al processo morboso.

Nel decorso delle cisti mesenteriche mai è stata riscontrata temperatura, quando non siano intervenute complicazioni settiche, le quali nelle cisti del mesenterio sono oltremodo rare. Nella letteratura a questo proposito ho riscontrato un caso del Nannotti di cisti di echinococco mesenterica suppurata, ed un caso del Brunetti (loc. cit.) di cisti chilose il cui contenuto era divenuto in parte purulento ed esisteva febbre.

Nel caso a me occorso la febbre si è manifestata all'inizio dell'attacco ed è continuata per due giorni mantenendosi intorno ai 38° e ciò all'infuori di ogni partecipazione flogistica dell'appendice e della cisti. Ciò rappresenta nella sintomatologia della cisti mesenterica un'evenienza di eccezione. Considerando l'attacco doloroso come una crisi acuta di occlusione intestinale associata a compressione e stiramento dei nervi del mesentere (frequentissima a manifestarsi nel corso dei tumori mesenterici) la causa della febbre è verosimile risieda in condizioni relative allo stato dell'intestino al momento della occlusione ed alla sua ripienezza, talchè, al 3° giorno dell'attacco, essendosi l'alvo riaperto alle

(1) *British Journal of Surgery*, 1924.

(2) *American Journal of obstetrics and Gynecology*, 1926.

(1) *Münchener Med. Wochens.*, 21-I-1924.

(2) Cisti del mesenterio simulante una appendice. *Rinascenza medica* Anno III, 1926, p. 171.

(3) BRUNETTI. Le cisti ed i neoplasmi del mesentere. Veroli, Tipografia Reali, 1913.

Digitized by Google

feci ed ai gas la temperatura scomparve definitivamente. La temperatura osservata nel presente caso, può quindi, a mio credere, considerarsi come di natura saburrale.

Il presente caso merita altresì alcune considerazioni relative al trattamento operativo. Il volume del tumore cistico era considerevole: esso occupava il meso-cieco ed un tratto del mesocolon ascendente, ed essendo policistico e quindi di superficie irregolare, veniva ad essere intimamente circondato ed abbracciato dagli elementi nervosi e vascolari del meso e ad aderire con notevole tenacia al cieco. Non avevo altra via da seguire all'infuori della estirpazione completa del tumore, inquantochè nessuno degli altri mezzi di cura poteva nel caso attuale essere applicato. La puntura e lo svuotamento del contenuto cistico è una operazione palliativa che poi nel caso presente, essendo il tumore policistico, sarebbe riuscita incompleta e di effetto transitorio. La marsupializzazione era impossibile perchè il tumore era troppo profondo per poterlo fissare alla parete addominale anteriore e d'altra parte, la marsupializzazione era controindicata a causa della molteplicità delle cisti: essa infatti trova la sua indicazione solo nelle cisti uniche. Non mi restava quindi che la estirpazione da eseguirsi o con conservazione dell'intestino, o mediante resezione intestinale. Quantunque il caso fosse difficile, trovai opportuno tentare la asportazione del tumore da solo, salvo a decidermi a resecare l'intestino qualora i necessari sacrifizi vascolari, prodotti nelle manovre di isolamento, avessero portato ad alterazioni tali nella nutrizione dell'intestino da lederne la vitalità. Attraverso una incisione di meso, praticata in uno spazio avascolare e procedendo quanto più possibile per via smussa riuscii ad asportare il tumore senza recare disturbi nutritivi apprezzabili dell'intestino che fu potuto perciò conservare.

Certamente l'aver potuto evitare una resezione intestinale ha giovato immensamente al buon esito del trattamento chirurgico, e da questo punto di vista, il caso può dirsi fortunato. È noto infatti come nei casi in cui la estirpazione della cisti fu associata a resezione intestinale, più facilmente si ebbero esiti letali anche in casi operati ad intestino pervio e cioè in un periodo in cui non esistevano fenomeni di occlusione. Gli infermi deceduti dopo estirpazione di cisti associata a resezione dell'intestino, non rivelarono, nella maggioranza dei casi, alla autopsia, fatti di infezione peritoneale. Il Brookhouse ritiene per ciò verosimile che la morte possa derivare anche da shock prodotto da trauma indotto dalle manovre operatorie, sui nervi del mesenterio e dell'intestino e sul plesso solare.

Il Fayer in un lavoro assai recente uscito dalla sua clinica (1) prendendo come punto di partenza un caso a lui occorso di chilangioma cistico cavernoso del mesenterio che fu dovuto trattare, data la impossibilità tecnica di una asportazione, mediante punture evacuative ripetute più volte, previa laparotomia, e venuto dipoi a morte, mette nuovamente in discussione le indicazioni dei metodi di cura classici di queste forme morbose quali la marsupializzazione, la estirpazione e il drenaggio, e conclude col dimostrare che esistono casi i quali non si prestano a nessuno di questi trattamenti e per i quali è necessario studiare compensi chirurgici nuovi. Egli di questi ne propone due, partendo da un punto di vista teorico, e cioè: incisione della cisti e suo drenaggio nell'intestino, previa enterotomia e successiva enterorrafia, realizzando un drenaggio diretto del contenuto cistico sieroso o chiloso nell'intestino; ovvero, onde possa evitarsi la probabile sepsi della cavità cistica in questo modo messa in comunicazione diretta con l'intestino, di praticare un tal drenaggio entro una ansa intestinale esclusa e fissata in un primo tempo con uno dei suoi capi alla pelle. In un secondo tempo tale ansa distaccata dalla pelle potrebbe essere reimpiantata in una ansa alta del tenue così da realizzare un drenaggio della linfa e del chilo nell'intestino.

Naturalmente a questi processi proposti dalla mente geniale dell'illustre clinico di Lipsia possono rivolgersi delle gravissime obiezioni anzi egli è il primo a rivolgersele. Principalmente egli considera la facile possibilità di sepsi ed i pericoli della cachessia determinata dalle grandi linforragie e chilorragie. Comunque tutto ciò ci ammaestra che la questione del trattamento chirurgico dei linfangiomi o chilangiomi del mesenterio è di alta importanza, e ben lungi dall'essere esaurita si presta invece a nuovi studi ed a nuove ricerche.

(1) SUDDHOFF. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1924.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretto dal prof. G. ZAGARI

COMPLESSE ALTERAZIONI DEL RITMO CARDIACO, CON LESIONI DEI GANGLI SOTTOEPICARDICI DELL'ORECCHIETTA DESTRA. (RICERCHE ELETTROCARDIOGRAFICHE ED ISTOPATOLOGICHE).

per il prof. LUIGI CONDORELLI — Aiuto

Il caso, che mi accingo a descrivere, ha la sua speciale importanza per le variazioni spontanee del ritmo cardiaco che ha presentato, e per il singolare reperto anatomo-patologico riscontrato all'autopsia.

Si tratta di un individuo di 76 anni, ricoverato in Clinica il 31 gennaio 1927.

Nell'anamnesi familiare nulla di interessante. Nell'anamnesi remota personale vi è di rilevante una affezione blenorragica contratta all'età di 20 anni e la lues a 40 anni. Ha sposato a 50 anni, ma non ha avuto figliuoli. Forte bevitore e modico fumatore. Il p., fino a 10 anni fa, è stato in completo benessere. Nel 1917 ha incominciato ad avvertire affanno, quando compiva lavori fisici trapazzosi; la sera, dopo una giornata di lavoro intenso, osservava edemi ai malleoli. Qualche volta dopo i pasti accusava senso di ripienezza dell'epigastrio. Questi disturbi sono andati man mano crescendo di intensità. Negli ultimi mesi del 1926, fu costretto a mettersi a letto per l'intensità dell'affanno e per l'estensione assunta dagli edemi. La notte specialmente il p. era tormentato da gravissima dispnea per cui doveva assumere posizione ortopnoica.

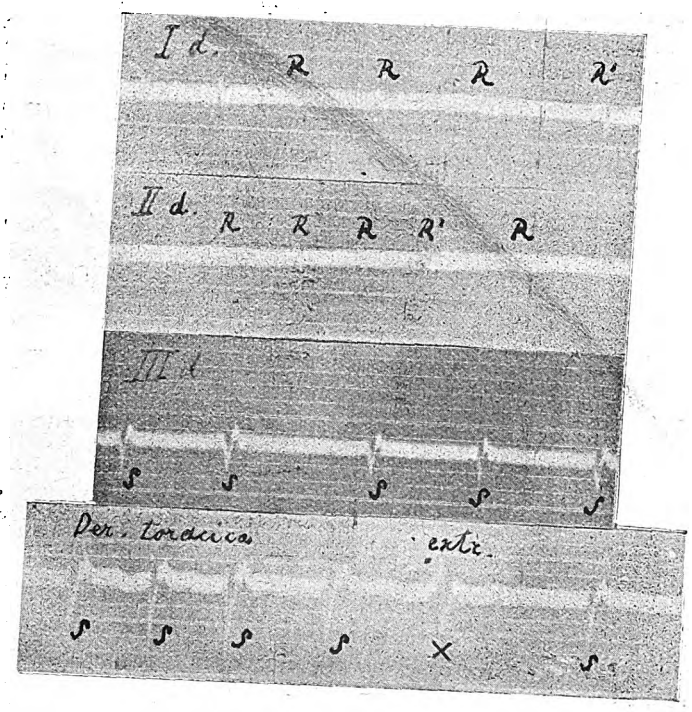


Fig. 1. (Grandezza naturale).

Essendo in questo stato, il p. chiese ricovero in Clinica.

Obbiettivamente si riscontra un notevole ingrandimento del cuore, la cui aja di ottusità relativa deborda a d. 2 cm. dalla marginale dello sterno, superiormente, sulla marginale s. dello sterno, si localizza alla 3ª articolazione condro-sternale. La punta si localizza con la percussione, dietro la 6ª costola a 2 cm. all'esterno dell'emiclaveare. Si ascolta un soffio sistolico alla punta, sul focolaio aortico un soffio diastolico. Il polso è piuttosto teso, duro, aritmico un po' celere, frequenza 90.

L'addome è tumido, vi è un abbondante versamento ascitico. Il bordo inferiore del fegato non è palpabile, il margine superiore con la percussione si localizza alla 5ª costola sull'emiclaveare. La milza si palpa immediatamente sotto l'arcata costale di sinistra.

Ciò che maggiormente interessa rilevare sono i disturbi del ritmo cardiaco.

L'ammalato è stato studiato elettrocardiograficamente con molta cura.

I primi tre tracciati presi nelle 3 classiche derivazioni di Einthoven, dimostrano le seguenti particolarità.

In I derivazione: notevole aritmia, complessi ventricolari iniziali

Digitized by Google

(q R s) piccolissimi, profondamente incisi, diretti in alto; distanza q-s notevolmente, allargata, notevolissime variazioni di forma tra i diversi complessi ventricolari iniziali. Si osserva inoltre la mancanza assoluta di P e di T.

In II derivazione; si osservano le stesse particolarità.

In III derivazione l'oscillazione iniziale del complesso ventricolare

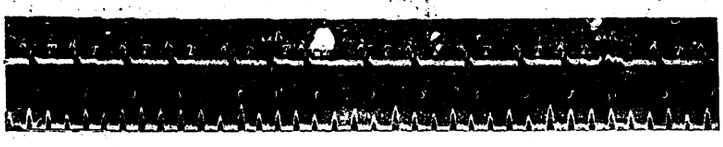


Fig. 2. - (Ridotta a 1/2).

è più ampia l'oscillazione principale è negativa, P e T non sono evidenti, vi è notevole aritmia (fig. 1).

Da questi primi dati si deve desumere, per l'allargamento della distanza q-s, per la profonda incisura di R in I e II d. e per la prevalenza del v. s, un disturbo di conduzione nella branca d. del fascio di His. La non evidenza di T denota un notevole danneggiamento del miocardio. D'altra parte l'aritmia e la mancanza di onde P fanno supporre l'esistenza di una fibrillazione auricolare.

Specialmente per studiare il comportamento delle orecchiette, ho creduto necessario ricorrere alla derivazione sternale (fig. 2).

Nell'elettrocardiogramma che esibisco, si osservano le seguenti particolarità: evidente aritmia, allargamento dello spazio q-s; mancanza assoluta di P; l'onda T è appena accennata e di forma variabile, pianeggiante in alcuni punti, acuminata in altri. L'oscillazione q-R s presenta qualche piccola variazione di forma; il terzultimo complesso ventricolare del tracciato (x) per la sua forma speciale e per l'anormalità della T, malgrado abbia la stessa direzione degli altri, deve essere considerato come un'estrasistole del ventricolo sinistro.

Date le particolarità di questo tracciato, si deve concludere per una fibrillazione auricolare — malgrado non si veda traccia di onda auricolare, pur essendo l'elettrocardiogramma preso in d. toracica.

Un elettrocardiogramma preso il giorno successivo, dimostra una piccola elevazione positiva immediatamente dopo s: questa piccola elevazione non può considerarsi che come un bifidità di S. Non può certamente trattarsi di una P retrograda, anzitutto perchè è positiva, in secondo luogo perchè esiste un'aritmia completa, che non si può spiegare che con la fibrillazione auricolare. Si tratta dunque di una modificazione di forma dell'eletrocardiogramma, che si è potuta registrare solo una volta: questa anomalia è da mettersi in rapporto con il blocco di branca. Si inizia un trattamento chinidinico, somministrando due compresse da 20 ctgr. il primo giorno, 3 compresse il secondo giorno. Contemporaneamente si somministrano ogni giorno XXX gocce di tint. di strofanto.

Al terzo giorno un elettrocardiogramma, preso in d. toracica, dimostra un tipico ritmo nodale. Anche in questo elettrocardiogramma non si ha traccia di onde P (fig. 3).

E' da notare che il complesso ventricolare è rimasto del tutto identico a quello dei giorni precedenti.

L'istituzione di questo ritmo nodale regolare dimostra che si è stabilito, perdurando la fibrillazione, un blocco atrio-ventricolare.

Si somministra ancora per un giorno gr. 0,60 di chinidina, poi si sospende il farmaco.

Ancora per una settimana, l'elettrocardiogramma preso ogni giorno dimostra l'esistenza del ritmo nodale, senza che sia possibile, anche in

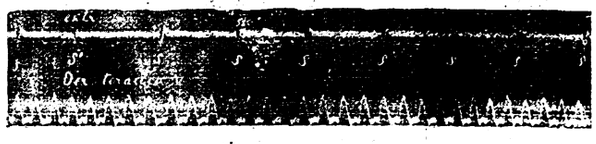


Fig. 3. - (Ridotta a 1/2).

derivazione toracica, avere segni dell'attività auricolare.

All'ottavo giorno dalla sospensione del trattamento chinidinico, un'elettrocardiogramma preso in derivazione toracica (II art. condro-sternale destra, IV art. condrosternale d.) dimostra l'esistenza di un nuovo ritmo. Si vede abbastanza chiaramente un'onda, che precede di poco più di 1/10 di secondo l'oscillazione ventricolare iniziale (fig. 4).

Quest'onda inizia con una piccola punta acuta negativa, quindi rimonta lievemente al di sopra della linea isoelettrica e degrada poi insensibilmente fino alla linea isoelettrica. Per la sua ubicazione, questa onda non può essere che una P; essa però presenta una grave anomalia di forma. La negatività, almeno nella fase iniziale ci deve far supporre che il punto di origine dell'onda sia il seno. Ammettendo che lo stimolo si sia formato al disotto del seno, avremmo dovuto trovare, insieme con la negatività di P, una diminuzione dello spazio P-R; ciò forse

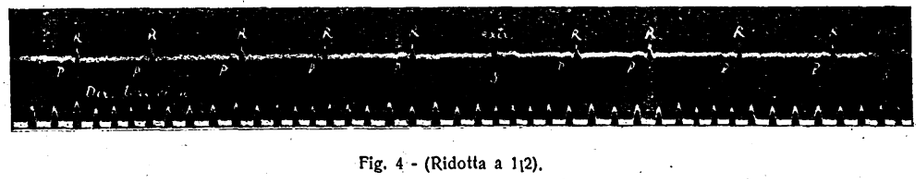


Fig. 4 - (Ridotta a 1/2).

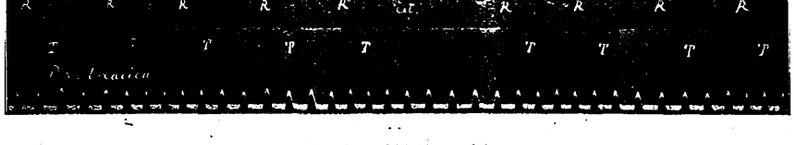


Fig. 5. - (Ridotta a 1/2).

non si è verificato per un ritardo nella conduzione atrioventricolare (1). D'altra parte, la comparsa dell'onda P, sta a dimostrare che le orecchiette non sono più fibrillanti, giacchè sono capaci di rispondere allo stimolo eterotropo. In questo elettrocardiogramma, si dimostra perciò la scomparsa della fibrillazione auricolare e la persistenza di un ritmo sopranodale con rallentamento nella conduzione nel nodo di Tawara e nel fascio di His (mancato accorciamento dello spazio P-R).

La distanza q-s è come al solito molto allungata, l'onta T è appena accennata e pianeggiante Il ritmo sinusale è turbato da sporadiche estrastistoli ventricolari, la frequenza è 70-6 al m'. La presenza dell'onda P è stata constatata soltanto un giorno: nei giorni successivi gli elettrocardiogrammi, prelevati nella stessa derivazione toracica, dimostrano il solito ritmo nodale, ma senza traccie di onda P. Nell'elettrocardiogramma che dimostriamo l'onda T è negativa, lo spazio q, s'è allargato, e si osservano le solite estrasistoli ventricolari che turbano il ritmo (fig. 5).

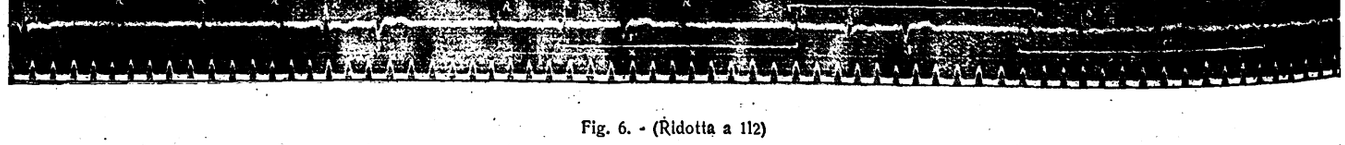


Fig. 6. - (Ridotta a 1/2)

Dopo circa altri 6 giorni, il ritmo subisce una nuova radicale trasformazione.

(1) Secondo Rothberger e Scherf (*Zeit. f. d. ges. exp. Med.*, vol. 53, fasc. 5-6, p. 792-835, 1927) si possono riscontrare onde P negative anche durante il ritmo sinusale, e viceversa, in sicuri ritmi atrio-ventricolari, si può avere una P positiva (Scherf e Shookohoff). Ammettendo ciò la nostra grafica può rappresentare un ritmo sinusale con alterazione nella diffusione dell'eccitazione.

Digitized by Google

Il ritmo fondamentale a prima vista sembra completamente disordinato; oltre a ciò si osservano numerose estrasistoli sia del ventricolo d., sia del ventricolo sinistro, e spesso le estrasistoli si alternano.

Analizzando il tracciato (fig. 6) con più attenzione però, si può identificare una specie di ritmo trigemino regolare, costituito da una sistole e due estrasistoli; ciascun periodo occupa secondi 2,2. Questo periodo corrisponde circa al triplo del tempo intercedente tra due sistoli ordinarie, che corrisponde a secondi 0,8: la lieve differenza in meno si può spiegare benissimo ammettendo che la pausa post-estrasistolica non sia completamente compensatoria, ma che avvenga qualche cosa di simile a ciò che accade per le estrasistoli auricolari, durante il ritmo sinusale. Nel caso nostro l'estrasistole ventricolare può eccitare per via retrograda il nodo, inducendo un lieve anticipo della sistole successiva.

Nel tracciato che dimostriamo si hanno all'inizio 3 cardiogrammi ordinari del ritmo nodale, poi un primo periodo trigemino (x) (sistole nodale, estrasistole del v. s., estrasistole del v. d., pausa compensatoria) si ha poi una sistole nodale e quindi un nuovo ritmo trigemino (xx) in cui la seconda estrasistole, che si differenzia appena per la T un po' più pronunziata dalle altre sistoli nodali, deve essere originata dal tronco principale del fascio di His. Seguono poi un terzo (xxx) ed un quarto (xxxx) periodo trigemino, in cui le estrasistoli dei due ventricoli si alternano, ed infine due sistoli nodali ordinarie con il solito periodo di 0,8 secondi. Si può dunque ammettere che qui si abbia un ritmo nodale fondamentale con f. = 75, profondamente turbato da numerose estrasistoli originate da diversi focolai estrasistolici (v. d., v. s., e tronco principale del fascio di His).

Anche in questi tracciati non si vede traccia di attività auricolare.

Infine, dopo altri 2 giorni, otteniamo una nuova forma di elettrocardiogramma (fig. 7). Si osservano le sistoli della solita forma, che costituiscono il ritmo fondamentale, più le estrasistoli del v. s. e del v. d.: ma questa volta, malgrado tutti gli sforzi, non è possibile raccapezzare un ritmo fondamentale regolare.

Dell'attività auricolare nessuna traccia. Dunque, è giocoforza ammettere la scomparsa del blocco atrio-ventricolare, con il ripristino dell'aritmia, dovuta alla fibrillazione auricolare.

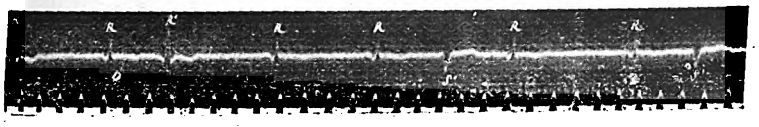


Fig. 7. - (Ridotta a 1/2)

Riepilogando, durante la nostra osservazione il soggetto in esame ha presentato le seguenti variazioni del ritmo cardiaco:

1.) Fibrillazione auricolare con aritmia assoluta.

2.) Blocco atrio-ventricolare con ritmo nodale autonomo; persistenza della fibrillazione.

3.) Scomparsa della fibrillazione, ritmo nodale superiore con ripristino della conduzione atrio-ventricolare e rallentamento nella conduzione hissiana (o ritmo sinusale con turba della diffusione dell'onda di eccitazione, ammettendo le vedute di Rothberger e Scherf).

4.) Nuovamente blocco atrio-ventricolare con ritmo nodale e fibrillazione auricolare.

5.) Persistenza del ritmo nodale profondamente turbato da estrasistoli.

6.) Ripristino della conduzione atrio-ventricolare con aritmia assoluta per fibrillazione auricolare.

Delle alterazioni di forma del complesso ventricolare, abbiamo già fatto cenno, nè ci soffermeremo oltre, giacchè non è di ciò, che ci occuperemo qui.

Durante il periodo di degenza in clinica, l'ammalato in principio migliorò dell'affanno. Sopraggiunse in seguito una cistite emorragica (il p. era un prostatico), con fenomeni di urinemia, che portò rapidamente a morte il paziente.

Il reperto d'autopsia è il seguente. Modica ipertrofia totale del cuore, specie del v. s.; endocardite cronica delle semilunari aortiche e della mitrale, con insufficienza aortica e mitralica di lieve grado. Ispessimento dell'endocardio parietale della orecchietta sinistra. Aortite della parte iniziale dell'aorta: gli imbocchi delle coronarie sono liberi. Le coronarie appaiono indenni. Lieve ateromasia dell'aorta discendente. Aderenze pleuriche recenti ed antiche a d. Edema polmonare.

Antracosi dei gangli ilari. Cirrosi atrofica del fegato con periepatite. Modico tumore cronico di milza con cicatrici di antichi infarti. Notevole ascite. Reni da stasi.

Cistite emorragica. Ipertrofia della prostata, specie del lobo medio. Eczema cronico da varici alla gamba sinistra.

Di speciale interesse si è dimostrato l'esame istologico del cuore. Sono state fatte sezioni seriali della parete dell'orecchietta destra interposta tra lo sbocco della cava superiore e della cava inferiore, per un tratto di cm. 1,5 di larghezza e 5 di lunghezza. Si sono inoltre sezionati serialmente il nodo di Tawara ed il fascio di His. Si è fatto anche lo studio istologico della muscolatura del ventricolo sinistro e dell'orecchietta sinistra.

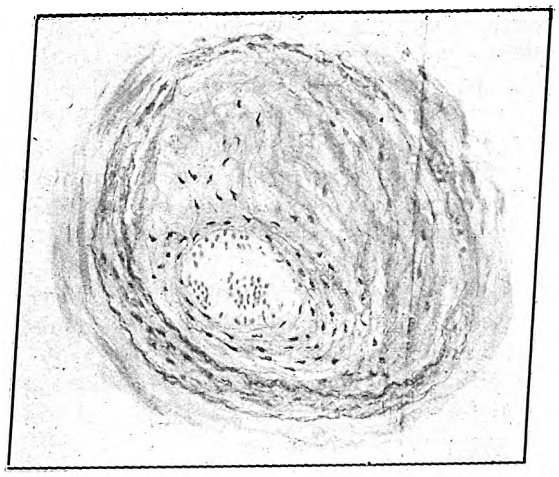


Fig. 8. - Endoarterite obliterante del ramo anteriore dell'arteria interauricolare.

Degno di speciale attenzione è il reperto istologico della parete della orecchietta destra. A circa 5 mm. all'esterno del seno, si rinvengono due infarti emorragici piuttosto recenti, che occupano una zona di circa 3 millimetri di diametro; gli infarti si estendono in senso verticale per una lunghezza di circa 7 mm.

Oltre a ciò, si nota una miocardite interstiziale diffusa a tutta la muscolatura auricolare. In alcuni punti il processo è piuttosto recente, in altri punti invece vi sono delle cicatrici callose che strozzano e dissociano i fascetti muscolari. Nei punti, in cui il processo è recente, si vede l'infiltrazione partire dall'avventizia dei piccoli vasi. La muscolatura del nodo di Keith e Flack presenta delle alterazioni molto più modeste: vi è soltanto qualche zona di infiltrazione recente nella parte sottoendocardica del fascio.

Speciale attenzione meritano le alterazioni vascolari e nervose. Con i tagli seriali ho seguito il decorso del ramo anteriore dell'arteria interauricolare, che decorre quasi sul *sulcus terminalis*, e che fornisce i rami nutritizi al nodo di Keith e Flack. Quest'arteria all'altezza dell'estremo inferiore del seno presenta le note di una classica endoarterite obliterante (fig. 8), che riduce enormemente il lume vascolare. La proliferazione della intima è

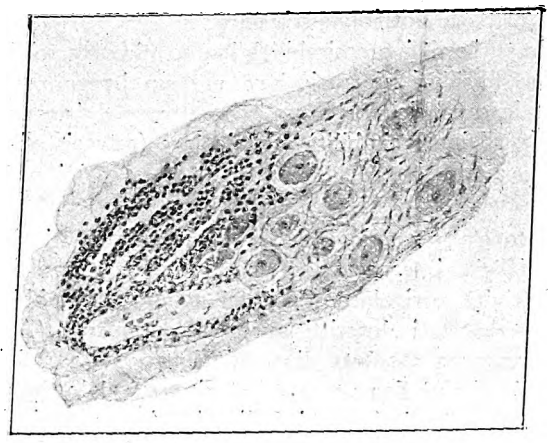


Fig. 9. - Ganglio nervoso sottoepicardico, in vicinanza dello sbocco della cava superiore, infiltrato.

intensissima, la media è anche fortemente ipertrofica. Questo processo di endoarterite obliterante prende tutta la parte distale dell'arteriola, come ho potuto constatare con le sezioni seriali.

La mia attenzione però si è fermata sopratutto su una speciale alterazione presentata dai gangli nervosi della regione delle cave.

Digitized by Google

Come è noto, nei mammiferi e nell'uomo non esistono come nei batraci, distintamente i tre gangli di Remak, Ludwig e Bidder. Invece esistono una quantità di piccoli ganglietti microscopici, formati da aggruppamenti di cellule ganglionari (da 5 a 100 cellule), disseminati nei punti nodali della rete nervosa sottoepicardica. Questi ganglietti nervosi costituiscono dunque un sistema diffuso. Si possono però, *grosso modu*, differenziare tre ammassamenti di questi ganglietti: uno sull'orecchietta destra, nella regione dello sbocco delle cave; uno sull'orecchietta sinistra nella regione dello sbocco delle polmonari ed uno nel setto interauricolare. I primi due ammassamenti sono sottoepicardici e rappresenterebbero gli omologhi dei gangli di Remak e di Ludwig, il terzo sarebbe l'omologo del ganglio di Bidder.

Nelle sezioni seriali della parete dell'orecchietta destra corrispondente alla regione dello sbocco delle cave, spiccano subito dei focolai di infiltrazione rotondocellulare nei gangli più grossi. (fig. 9).

I vasi che irrorano i gangli appaiono dilatati ed iperemici, dall'avventizia vascolare si dipartono dei gettoni di cellule, che invadono il ganglio comprimendo ed anche distruggendo in qualche punto le cellule ganglionari racchiuse nel loro nido. Ciascuno di questi focolai di infiltrazione ha una larghezza di mm. 0.5-1 ed uno spessore di mm. 0.1-0.2.

L'infiltrazione non circonda tutto il ganglio, ma penetra in esso da un punto più o meno circoscritto. Il tessuto infiammatorio, attraversato la teca connettivale del ganglio, si fa strada dissociando le fibre e comprimendo i nidi cellulari, che circondano le cellule ganglionari, che in alcuni punti sono completamente distrutto. Alcune sottili propaggini di tessuto infiammatorio si fanno strada fino al centro del ganglio: non si vede però mai un ganglio completamente infiltrato; vi sono alcune zone perfettamente integre.

I focolai di infiltrazione sono stati notati nei due gangli più grossi della regione.

Le sezioni seriali del nodo di Tawara e del fascio di His mettono in evidenza le note di una miocardite interstiziale a carico dei fasci muscolari del sistema di conduzione. I fascetti sono dissociati da gettoni di tessuto connettivale più o meno giovane. L'arteriola del nodo e del fascio non presenta alcuna speciale alterazione. La muscolatura del fascio però non sembra in alcun punto interrotta. L'esame istologico delle altre sezioni non ha dato risultati di speciale importanza. Qua e là nella muscolatura ventricolare si osservano delle chiazze di miocardite interstiziale. L'endocardio parietale dell'orecchietta sinistra è molto ispessito. Anche nella muscolatura dell'orecchietta sinistra si osserva qualche chiazza di miocardite interstiziale.

Considerazioni. — Il nostro è un caso complesso di alterazioni del ritmo cardiaco, in cui si hanno dei fenomeni interessanti di variazioni spontanee.

Da una parte vi sono delle turbe permanenti di conduzione nella branca destra del fascio di His, dall'altra dei fenomeni intermittenti di blocco atrio-ventricolare.

Anche le turbe di ipereccitabilità hanno dimostrato delle oscillazioni: la fibrillazione auricolare per un breve periodo è scomparsa e le orecchiette si sono contratte con ritmo nodale: anche le turbe di ipereccitabilità ventricolare (estrasistoli ventricolari) hanno avuto dei periodi di esaltazione e dei periodi di depressione.

Il reperto elettrocardiografico in alcuni momenti si è presentato di difficile interpretazione per la mancanza assoluta di segni dell'attività auricolare. Casi del genere, di dubbia interpretazione, sono stati descritti anche recentemente (Anderson, Orsi): la mancanza assoluta di segni elettrocardiografici di attività auricolare, può far pensare all ritmo nodale, in cui la P sia fusa con uno degli elementi dell'oscillazione ventricolare iniziale (q-R-s). Se noi non avessimo seguito l'evoluzione dell'aritmia, saremmo potuti rimanere dubbiosi circa l'interpretazione.

Non mi intrattengo a discutere sul blocco completo con autonomia, stabilitosi durante la fibrillazione auricolare, argomento che è stato oggetto di molte pubblicazioni. Faccio notare che, come risulta da un lavoro di Dock e Levin, in cui è studiato un materiale di 614 casi di fibrillazione auricolare, il ritmo regolare con frequenza inferiore a 50 per m' non è raro nel blocco atrio-ventricolare in casi di fibrillazione. Più rari (2 %) e di più difficile interpretazione sono i casi, come il nostro, in cui la frequenza è di molto superiore (80 al m').

Circa le variazioni del ritmo riscontrate nel nostro caso, vi è da far notare il brevissimo lasso di tempo, in cui queste si sono succedute, cosa veramente eccezionale.

Groedel ed Hubert riferiscono un caso, in cui dopo 5 anni da un'endocardite reumatica, si verificò una dissociazione atrio-ventricolare, che poi scomparve. Dopo un quinquennio si ebbe aritmia perpetua, dimostrabile elettrocardiograficamente per due anni e mezzo.

La chinidina indusse la dissociazione a. v. e quindi la regolarizzazione del polso. Due anni più tardi, si ebbe nuovamente aritmia, non più influenzata dalla chinidina. Casi simili sono stati descritti di Ritchie (1914) e da Vinnis (1920). L'evoluzione di questi casi assomiglia molto a quella da noi descritta, con la differenza che le variazioni del ritmo nel nostro ammalato si sono succedute con grande rapidità.

Ma a prescindere dal reperto elettrocardiografico, su cui abbiamo già discusso, delle interessanti osservazioni si possono ricavare dal confronto tra dati elettrocardiografici e istopatologici.

Il nostro reperto istopatologico è stato veramente cospicuo, specialmente nella regione auricolare corrispondente allo sbocco delle cave. Abbiamo constatato: *a*) lesioni miocardiche; *b*) lesioni vascolari; *c*) lesioni nervose.

Le lesioni riscontrate sul nodo di Keith e Flack sono invece molto più modeste.

a) Le lesioni miocardiche sono rappresentate:

1° da due infarti sulla parete auricolare, 5 mm. all'esterno del seno;

2° da una miocardite interstiziale diffusa a tutta la muscolatura.

La miocardite interstiziale dell'orecchietta destra è un reperto frequente (Merklen, Rabé, Dehio, Radazewski), ma non costante della fibrillazione auricolare: d'altra parte sono frequentissime le lesioni del miocardio auricolare, senza fibrillazione auricolare. Alcuni autori danno più peso a lesioni di determinate zone. Per Schönberg è la lesione dei fasci di connessione auricolo-ventricolare, che ha la massima importanza nella patogenesi della fibrillazione. Bisogna però riconoscere che l'importanza fisiologica di questi fasci (f. di Wenckebach, f. di Torel, ecc.) è molto discutibile.

Per Hedinger ha speciale importanza l'alterazione del miocardio all'imboccatura delle cave. Per Draper e Lenoble, Remis, Kock, Freund, è invece la lesione del seno che ha la maggiore importanza.

Coombs e Herapath, che recentemente hanno fatto lo studio istologico di 18 cuori di individui, che presentavano in vita fibrillazione auricolare e di 26 cuori normali, vengono alla conclusione che nella fibrillazione auricolare non manca mai una alterazione più o meno grave del miocardio auricolare, mentre la lesione del seno è eccezionale (un solo caso).

Per contro nei cuori non fibrillanti la muscolatura auricolare non presenta alcuna alterazione. Anche Flovstrup in 26 casi di fibrillazione, studiati anatomo-patologicamente, non trova che l'alterazione del seno possa spiegare la genesi dell'alterazione del ritmo: egli ha invece trovato frequentissima la dilatazione auricolare (23 volte su 26).

Discuterò più a lungo prossimamente di ciò, esponendo alcune mie ricerche sperimentali. Intanto diremo che è indubitabile che, in molti casi di fibrillazione, manca ogni lesione miocardica e che in molti casi, in cui si riscontrano le descritte alterazioni anatomiche non vi è fibrillazione (Aschoff, Sternberg, Moncke-berg, Kohn).

I due fatti, in apparenza contraddittori, si possono conciliare, ammettendo che per il determinismo della fibrillazione auricolare siano necessarii due fattori: *a*) un fattore, che determini la formazione degli stimoli; *b*) un fattore, che diminuisca il periodo refrattario della fibra miocardica e ne esalti il potere dromotropo e batmotropo.

Il primo fattore può essere costituito da una lesione anatomica a tipo irritativo, ma può essere anche rappresentato da una stimolazione puramente funzionale, il secondo è quasi sempre un fattore funzionale, spesso in dipendenza di stimoli nervosi.

Le lesioni anatomiche, a tipo irritativo, possono essere molteplici (miocardite interstiziale, infarti emorragici, gomme ecc.).

Naturalmente la sede e l'estensione della lesione possono avere grande importanza nel determinismo della fibrillazione.

Digitized by Google

È chiaro che le lesioni poste nelle regioni auricolari vicine al seno (Edinger) debbano rappresentare una parte importante: lo stesso deve dirsi per le lesioni irritative proprie del seno (Draper e Lenoble, Remis). Naturalmente non vi è alcuna ragione di dover ritenere, questo o quel tipo di lesione, questa o quella sede, specifici per la patogenesi della fibrillazione.

Bisogna anche ammettere che, se esiste un centro di produzione di stimoli, ma non esistono le condizioni di eccitabilità miocardica, per cui si possa stabilire un *circus movens* la fibrillazione non si avrà. Per me dunque il fatto che le lesioni su descritte sono state rinvenute in casi in cui non esisteva fibrillazione auricolare, non toglie nulla al valore patogenetico di esse. Io credo che nel caso nostro, la miocardite interstiziale, e più specialmente i due infarti emorragici parasinusali, abbiano gran valore nella patogenesi della fibrillazione auricolare, come alterazioni irritative creatrici di stimoli.

b) *Lesioni vascolari.* Non vi è dubbio che le alterazioni nutritive della muscolatura atriale e specialmente della regione sinusale, possano costituire un fattore patogenetico importantissimo nella genesi della fibrillazione. Sperimentalmente è assodato che la legatura dei vasi coronari determina con la più grande facilità la fibrillazione auricolare. L'anatomia patologica dimostra l esistenza, in alcuni casi, di fibrillazione, di alterazioni sclerotiche dei vasi del seno. De Boer dà grande importanza, nella genesi della fibrillazione, alle turbe nutritizie. È noto che recentemente Géraudel, ha molto insistito sulla importanza delle lesioni vascolari nella patogenesi delle turbe del ritmo.

Nel nostro caso abbiamo messo in evidenza una classica endoarterite obliterante a carico della parte distale del ramo anteriore dell'arteria interauricolare. Questa arteria si distribuisce alla muscolatura atriale nella regione dello sbocco delle cave. Molto probabilmente le modificazioni circolatorie, dipendenti da tale lesione, insieme con gli infarti emorragici e con la miocardite interstiziale, avranno potuto influire moltissimo nella genesi della fibrillazione.

c) *Lesioni nervose.* In patologia sperimentale uno dei mezzi più comuni di provocare la fibrillazione auricolare è la sumolazione nervosa. Petzetakis nella sua recente tesi, ha riassunto e completato le esperienze in proposito. Una fibrillazione auricolare più o meno prolungata può essere provocata con una compressione sui bulbi oculari, con la faradizzazione del pneumogastrico (sopratutto destro), con l'eccitazione del simpatico e con la sezione della midolla toracica. Del resto anche molti veleni probabilmente sono capaci di determinare una fibrillazione esercitando la loro influenza sul sistema nervoso (fisiostigmina, muscarina, pilocarpina, aconitina, nicotina). Altri farmachi (come la digitale e lo strofanto) che, in determinate condizioni producono la fibrillazione, agiscono per la minore parte sul sistema nervoso estracardiaco. L'adrenalina (eccitatrice del simpatico; Clerc e Pezzi) e la digitale (eccitatrice del vago) esagerano la fibrillazione; mentre l'atropina e la chinidina, farmachi inibitori del vago, ostacolano la fibrillazione auricolare.

Clinicamente abbiamo i casi di fibrillazione parossistica senza base anatomica e la fibrillazione negli stati di ipertiroidismo, che sono un esempio chiaro dell'importanza che possono avere le turbe nervose, extra ed intracardiache, nel determinismo della fibrillazione auricolare.

Pur non di meno, l'anatomia patologica tace completamente in proposito. Credo che il mio reperto isto-patologico sia il primo a mettere in evidenza delle grossolane alterazioni anatomiche dei gangli cardiaci nella fibrillazione auricolare. Se si pensa che i gangli, in cui io ho notato la lesione, sono proprio gli omologhi per l'uomo del ganglio di Remack dei batraci, il mio reperto acquista uno speciale significato per la patogenesi della fibrillazione auricolare.

È da supporre, che data la disposizione sottoepicardica dei gangli della sezione dello sbocco delle cave, la lesione di essi non sia estranea nella patogenesi della fibrillazione auricolare, che frequentemente si riscontra nelle pericarditi (Marvin e White).

Io penso che le lesioni gangliari dovrebbero essere accuratamente ricercate nell'esame isto-patologico dei cuori fibrillanti.

Questi dati anatomici eliminano il contrasto che esisteva tra i dati clinico-sperimentali e reperto istopatologico, circa la importanza del sistema nervoso nella genesi della fibrillazione auricolare.

Nel nostro caso, oltre alle turbe di ipereccitabilità esistevano delle alterazioni della conducibilità. Abbiamo registrato un blocco atrio-ventricolare intermittente.

I reperti anatomici più comuni in simili casi sono alterazioni miocarditiche più o meno gravi a carico del nodo o della muscolatura septale immediatamente adiacente (Schrmoll, Bard, Monckeberg, Gibson, Monrad Krohn, Esmein, Stènon, Aschoff, Keith e Flack).

Tali alterazioni sono conseguenza o di processi infiammatori acuti, o di alterazioni vascolari (trombosi, embolia). Una sclerosi lenta del miocardio nodale, in genere, non è capace di dare fenomeni di blocco altro che quando, per l'intensità del processo, provochi la necrosi e l'atrofia delle fibre miocardiche. Spesso la sclerosi infiammatoria è la conseguenza di un endocardite valvolare. Per questa ragione è il reumatismo articolare acuto che dà spesso simili lesioni septali.

La sclerosi luetica è capace di dare fenomeni di blocco, solo, quando è così intensa, da apportare la degenerazione delle fibre miocardiche del sistema di conduzione.

Il blocco a. v. può essere dato da gomme luetiche del setto (Ashton, Norris e Lavenson, Vaquez e Esmein, Mönckeberg e Heinecke), da infiltrati leucemici (Mönckeberg e Soyo), o da tubercoli (Tabora e Tiepl), o da tumori [leiomioma] (Nagayo). Nei casi congeniti si sono alle volte trovate malformazioni congenite septali (difetto del setto in un caso di Van den Heuvel). Le alterazioni regressive (deg. grassa) sono state spesso trovate nel miocardio nodale in casi di blocco a. v. (Aschoff, Faber, Gibson, Buthier), ma quasi sempre questi fenomeni regressivi si accompagnano a sclerosi più o meno diffusa del miocardio.

Le alterazioni vascolari possono avere importanza nella patogenesi del blocco (Géraudel, Neuhof). Eccezionali l'emorragia e l'infarto del nodo; frequenti l'arterite e l'ateroma dell'art. nutritizia. Queste alterazioni portano all'atrofia ed alla sclerosi. Infine gli emboli micotici, durante le infezioni, possono dare origine ad ascessolini miliari nella regione nodale, e quindi a blocco (Jellineck, Opills e Cooper).

A questi dati bisogna fare un piccolo commento. I fenomeni banali di sclerosi si possono riscontrare nei fasci muscolari del nodo di Tawara (senza che in vita si fossero mai manifestati fenomeni di blocco a. v.). Viceversa in molti casi di blocco a. v., non si sono potute ritrovare lesioni del nodo di Tawara, o del fascio di His (Dencke e Fahr, Nagayo, Pepper e Austin, Host e Monrad-Krohn, Rénon, Géraudel e Thibaut).

Nel caso nostro non si è registrato alcuna spiccata alterazione del nodo di Tawara, tale da poter giustificare l'interruzione della conduzione. Bisogna anche tener presente che i fenomeni di blocco sono stati intermittenti ed intercalati con periodi di ristabilimento della trasmissione degli stimoli dagli atri ai ventricoli.

Io penso che, in questi casi di blocco, senza una evidente lesione anatomica capace di interrompere la continuità del fascio di conduzione, prima di ricorrere all'ipotesi dell'automatismo septale (Vasquez, Dorgelot, Géraudel), sarebbe più logico vagliare la possibilità di turbe nervose, nell'apparato nervoso cardiaco o estracardiaco, aventi o no basi anatomiche.

Sappiamo dalla patologia sperimentale che la faradizzazione del vago sinistro è capace di determinare un blocco a. v. (Rothberger e Winterberg): quindi non osta nulla ad ammettere che una lesione irritativa del vago, o dei rami vagali intracardiaci, possano determinare un blocco a. v., più o meno duraturo.

È su questo punto che io desidero richiamare l'attenzione dei ricercatori. Dall'esame, istologico accurato dello apparato nervoso cardiaco si potranno in appresso ricavare dati importanti, per l'intelligenza della patogenesi di molti disturbi del ritmo.

BIBLIOGRAFIA

AGNOLETTO. Manuale di elettrocardiografia clinica. Milano, Soc. an. Ist. Ed. Scientifico, 1925. — DE BOER. Arch. intern. de Physiol., vol. 18, p. 572, 586, 1921. — BISHOP. Jour. of. Am. med. Assoc. n. 78, p. 1533, 1922. — IDEM. Jour. of Am. med. Assoc., 1926. — MC. CALLUM, Bull. of Jonhs Hopkins hosp., vol. 35, n. 504, p. 329. 1924. — COHN e FRASER. Heart, 1913-1914. — COHN e LEWIS. Jour. of exp. Med., 1913. — COOMBS e HERAPATH. British med. chir. Journ., vol. 41, n. 154-180, 201, 1924. — DOCK e LEVINE. Americ. Jour. of the med. Sciences, vol. 167, n. 5, p. 664-672, 1924. — FLOYSTRUP. Acta med. scand., vol. 56,

Digitized by Google

f. 1, p. 12-32, 1922. — Gallavardin, Dufour e Petzetakis. Lyon Médical 1913. — Idem. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang., 1914. — Gèraudel. Arch. d. mal. du coeur, des vaisseaux et du sang, p. 65, 1926. — Groedel e Hubert. Fortsch. d. Therapie, anno 1, fasc. 8, p. 246-251, 1925. — Lewis, Drury e Bulger. Jour. of exp. Med., vol. 8, n. 2-3, p. 141-169, 1921. — Lutembacher. Les troubles fonctionnels du coeur, Masson Ed. 1924, Parigi. — Marvin e White. Arch. of int. Med., vol. 29, n. 4, p. 403-417, 1922. — Neuhof. Americ. Jour. of the med. sciences, vol. 165, n. 1, p. 34-40, 1923. — Orsi. Cuore e vasi, 1927. — Petzetakis. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. d. Paris, 1914. — Idem. Arch. d. mal. di coeur, des vaisseaux et du sang, 1916. — Rutier. Arch. d. mal. d. coeur, des vaisseaux et du sang, 1914. — Robinson. Journ. of Exp. Med., 1913. — Rothberger e Scherf. Zeitsch. f. d. ges. exp. Med., vol. 53, fasc. 5-6, p. 792-835, 1927. — Rothberger e Winterberg. Arch. f. d. ges. Phys., 1914. — Rothberger. Wiener Klin. Woch., 1914. — Vaquez e Donzelot. Les troubles du rytme cardiaque, S. B. Bailliére, 1926, Paris. — Wiggers. The Americ. Jour. of Physiol., 1922.

NOTE PREVENTIVE

ISTITUTI DI CLINICA MEDICA GENERALE E DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI MESSINA

LA IPERGLICEMIA DA PILOCARPINA ED I SUOI RAPPORTI CON LA NOTA PROVA FARMACODINAMICA.

NOTA PREVENTIVA

prof. GUIDO IZAR
Direttore

dott. LETTERIO CANNAVO'
Ass. di Clinica Medica

Nella semeiologia del sistema simpatico-endocrino, per mettere in evidenza una latente deficienza od una latente preponderanza del sistema simpatico sul parasimpatico e viceversa, si suole attribuire notevole importanza alle cosidette prove farmacodinamiche. Tali prove sono essenzialmente fondate sul fatto che alcune sostanze, eccitando o paralizzando uno dei due sistemi contrastanti, rendono più evidenti le condizioni del loro equilibrio.

L'azione di queste sostanze, siano esse prodotti chimici definiti o estratti di ghiandole a secrezione interna, si valuta dal grado di reazione dei due sistemi, implicitamente ammettendo così una netta distinzione ed un netto antagonismo. Astrazion fatta da questa premessa — non certo assiomatica ma al contrario assai discutibile — la lettura dei risultati sta in istretta dipendenza del grado di sensibilità di chi è chiamato a giudicare, mancando sinora di un mezzo che permetta la valutazione ponderale dell'esito della reazione.

Poichè questo problema indirettamente rientra nel programma di ricerche sull'importanza dell'equilibrio simpatico-parasimpatico nella glicoregolazione che attualmente si svolgono nel nostro Istituto, mentre in parallelo si studiava nel coniglio l'azione di un gruppo di sostanze sul tasso glicemico, abbiamo voluto indagare se la reazione di iperglicemia che si provoca nel coniglio mediante iniezioni di pilocarpina si ottenesse anche nell'uomo e gli eventuali rapporti fra tale curva glicemica e i fenomeni provocati dalla somministrazione di pilocarpina che fanno parte della comune prova farmacodinamica. Diamo qui ragione dei primi risultati ottenuti con la pilocarpina.

Tecnica. Nell'infermo, digiuno dalla sera precedente, si eseguiva al mattino un prelevamento di sangue per il dosaggio della glicemia (II micrometodo di Bang) e contemporaneamente si notavano i dati relativi al numero delle pulsazioni e degli atti respiratorii, alla temperatura ascellare, alla pressione arteriosa, (Pachon-Gallavardin), ai riflessi della vita vegetativa: oculocardiaco e pilomotore.

Eseguita quindi l'iniezione sottocutanea di idroclorato di pilocarpina (Carlo Erba), si ripeteva di mezz'ora in mezz'ora il prelevamento del sangue, annotando contemporaneamente tutti gli altri dati summenzionati.

Dopo alcune prove iniziali di orientamento, ci fermammo alla dose di un centigrammo di pilocarpina idroclorato C. Erba, in soluzione acquosa sterile, come quella che è sufficiente a dare una manifesta reazione glicemica senza dare al malato alcuna molesta reazione secondaria. Così pure i prelevamenti di sangue furono eseguiti solo fino a due ore dopo l'iniezione, avendo visto che nel maggior numero dei casi dopo due ore il tasso glicemico è ritornato al normale.

Le nostre prime osservazioni sono le seguenti:

Osservazione I. — Ira Francesco, di anni 18, da Patti.

Diagnosi clinica: convalescenza di infezione bruceana; Glicemia a digiuno = gr. 0,89 ‰; Iniezione sottocutanea di un ctgr. di pilocarpina cloridr. C. E.; Mezz'ora dopo l'iniezione, glicemia = gr. 1,28 ‰; Un'ora dopo gr. 1,32 ‰; Un'ora e mezza dopo gr. 0,85 ‰; Due ore dopo gr. 1,00 ‰.

Scarsa la reazione generale; intensa solo la sudorazione, che, apparsa un quarto d'ora dopo l'iniezione, scompare dopo un'ora.

Osservazione II. — Cardia Luigi di anni 70, da Messina.

Diagnosi clinica: convalescente di broncopolmonite destra; Glicemia a digiuno = gr. 0,80 ‰; Iniezione sottocutanea di idrocl. di pilocarpina C. E. ctgr. 1. Mezz'ora dopo l'iniezione, glicemia = gr. 1,46 ‰; Un'ora dopo gr. 1,10 ‰; Un'ora e mezza dopo gr. 0,84 ‰; Due ore dopo gr. 0,84 ‰.

Scarsissimi i fenomeni generali. La sudorazione, iniziatasi dieci minuti dopo l'iniezione, termina tre quarti d'ora dopo.

Osservazione III. — Picciotto Giovanni, di anni 70, da Messina.

Diagnosi clinica: blocco cardiaco totale; Glicemia a digiuno: gr. 0,82 ‰; Iniezione sottocutanea di un centigr. idrocl. pilocarpina C. E.; Mezz'ora dopo l'iniezione, glicemia = gr. 0,82 ‰; Un'ora dopo gr. 1,03 ‰; Un'ora e mezza dopo grammi 0,96 ‰; Due ore dopo gr. 0,78 ‰.

Quasi nulla la reazione generale; si nota solo lieve sudorazione che inizia 15 minuti dopo l'iniezione e scompare dopo 30 minuti.

Osservazione IV. — Morabito Antonino, di anni 32, da Mili Superiore.

Diagnosi clinica: ulcera duodenale; Iniezione sottocutanea di un ctgr. pilocarpina cloridr. C. E.; Mezz'ora dopo l'iniezione glicemia = gr. 1,18 ‰; Un'ora dopo gr. 1,22 ‰; Un'ora e mezza dopo gr. 0,86 ‰; Due ore dopo gr. 0,90 ‰.

Modica reazione generale. La sudorazione inizia dopo 15 minuti e scompare dopo 45. Una scarica diarroica.

Osservazione V. — Marchese Giuseppe di anni 38, da Pizzo Calabro.

Diagnosi clinica: Sindrome addisoniana in tabe meseraica; Glicemia a digiuno = gr. 0,82 ‰; Iniezione sottocutanea di pilocarpina cloridr. C. E. ctgr. 1; Mezz'ora dopo l'iniezione, glicemia = gr. 1,50 ‰; Un'ora dopo gr. 2,32 ‰; Un'ora e mezza dopo gr. 1,78 ‰; Due ore dopo gr. 1,21 ‰.

Oltre alle modificazioni della glicemia, l'iniezione di pilocarpina provoca una intensa reazione generale: sudorazione profusa, scialorrea, diarrea, bradicardia; poco influenzato il respiro, invariata la pressione arteriosa. Mentre però la reazione glicemica era ancora sensibile dopo due ore, tutti gli altri fenomeni si erano già dileguati dopo un'ora e un quarto.

***

Riassumendo: dei cinque pazienti esaminati, quattro, normali dal punto di vista dell'equilibrio simpatico-parasimpatico, mentre hanno dato modicissima reazione generale alla prova con la pilocarpina, hanno invece mostrato una ben netta reazione iperglicemica, che ha raggiunto il suo maximum in circa un'ora, per cadere dopo un'ora e mezza.

Il quinto paziente, con chiare note di squilibrio simpatico-parasimpatico, a lato ad una forte reazione generale ha mostrato una fortissima reazione di iperglicemia, la quale ha persistito molto tempo dopo che i fatti generali si erano dileguati.

Dai risultati conseguiti un sol fatto emerge, ma così importante che ci ha indotto a comunicare queste prime osservazioni: *che la reazione di iperglicemia alla pilocarpina non è solo un dato esattamente ponderabile e costante, ma ancora un prezioso indice di valutazione dell'equilibrio simpatico-parasimpatico.*

Ci limitiamo a constatare il fatto senza neppure tentare di interpretarlo, essendo in corso altre ricerche in proposito.

Digitized by Google

RILIEVI DI OSTETRICIA

DISTACCO PREMATURO E PRECOCE DI PLACENTA NORMALMENTE INSERTA

Viene esaminato recentemente questo importante capitolo di patologia ostetrica da uno studio accuratissimo del D'Aprile (1), nella Clinica Ostetrica di Roma, corredato da importante contributo originale.

Con il titolo di *distacco prematuro* di placenta normalmente inserta, si denomina « una rara eventualità ostetrica in cui la placenta, inserta in sede normale, perde in modo brusco, parzialmente e totalmente, per malattia o per trauma nel corso della gravidanza, le sue normali connessioni con la parete uterina, determinando emorragia sia esterna che interna ».

Si definisce, invece, *distacco precoce* se il distacco si verifica essendo la placenta inserta in sede normale, ma quando il travaglio è già iniziato o comunque non ancora espulso il feto.

Le statistiche dei varii autori, su un materiale numerosissimo raccolto, sono di una estrema variabilità, variando dal 0,059 % (Zaharescu) all'1,64 % (Ballerini), di frequenza della malattia; e ciò dipende soprattutto dalla diversa valutazione personale dei casi, che da una entità poco o nulla rilevabile possono divenire di una gravezza mortale.

Quanto alla casistica del D'Aprile (32 casi) egli calcola approssimativamente a 26 i distacchi prematuri e a 8 quelli precoci, su 26 pluripare e 8 primipare.

Etiologia. Sono state considerate diverse cause come atte a determinare il distacco della placenta in sede normale e solo durante il travaglio, quindi distacco precoce.

Primo, la brevità assoluta o relativa del funicolo ombelicale, poi l'eccessiva resistenza delle membrane, poi ancora la brusca riduzione del volume dell'utero o la sua torsione e infine da manovre del forcipe.

In realtà tutte queste varie cause hanno la loro casistica, ma in una percentuale sempre insufficiente per cui non possono esser considerate singolarmente efficienti. Due altre invece sono le più importanti a incriminarsi e cioè il *trauma* e lo *stato morboso*, quest'ultimo costituito prevalentemente dalle tossicosi di varia natura e specialmente da quella gravidica.

La causa traumatica può essere esterna (cadute, percosse) o interna (tosse, vomito, sforzi). Tra le tossicosi sono importanti la lue, le malattie emorragiche (porpora, emofilia, scorbuto) la endometrite pregressa, la metrite alveolare di Fabre (un particolare stato della mucosa uterina che sarebbe il substrato della emorragia interutero-placentare) e numerose altre malattie come vaiuolo, tifo, influenza, Basedow, coma diabetico e infine alterazioni infiammatorie degenerativo-necrotiche in seno alla caduca basale per cui il potere di aderenza fra i villi e la decidua diviene difettoso con la risultante di facili distacchi ed emorragie (Biancardi, ecc.).

La tossiemia gravidica nel distacco di placenta sia prematuro che precoce è infinitamente più importante, come causa predisponente. Come frequenza l'A. l'ha riscontrata in 26 dei suoi 34 casi (76.5 %) mentre le statistiche degli altri autori variano dal 34.25 % (Askanazy) al 100 % (Barchet).

Non è chiaro il meccanismo con cui il fattore tossico determina le emorragie parenchimali ed il distacco e perchè spesso si ha una infiltrazione emorragica del muscolo uterino e talvolta perfino la *fissura uteri externa.*

Ci sono le solite opinioni dei diversi autori, dei quali alcuni vorrebbero che le emorragie placentari si possono originare nella decidua o nella parte fetale della placenta e sarebbero dovute alla fusione di vasi e alla distruzione parziale delle loro pareti (Joulin). Altri (Simpson e Dubois) ritengono che i focolai apoplettici si produrrebbero come fatto secondario a stati congestivi allorchè intervenga un altro fattore, quale il brusco aumento della pressione. E così via.

La interpetrazione più accettabile e logica è che si tratta di un veleno (tossicosi) esistente nel sangue circolante della madre, il quale deriva dalla insufficiente neutralizzazione di proteidi placentari passati in circolo. Esso esplicherebbe nel mezzo sanguigno una azione emorragipara attraverso lesioni vasali, sia anatomiche — degenerazione degli endoteli — sia funzionali — spasmi — oltre alterazioni della tensione arteriosa.

Anatomia patologica. Il distacco di placenta può essere totale o parziale: conseguenza costante che domina tutto il quadro anatomo-patologico è l'emorragia, la quale può essere limitata solo alla faccia materna della placenta — ematoma retroplacentare — o a tutto lo spessore della placenta e al muscolo uterino — apoplessia utero-placentare — o, infine, a tutti gli organi compresi nella parte bassa dell'addome, in cui possono trovarsi dei versamenti ematici liberi.

All'esame necroscopico l'utero e gli annessi presentano chiazze emorragiche grosse quanto monete da cinque lire, alternate da piccole ecchimosi sparse sulla parete uterina specie negli strati superficiali sottosierosi e verso il fondo. I legamenti larghi sono distesi da versamenti ematici o siero-ematici; così pure il sigma colico la cupola vescicale il peritoneo del cieco e i vari tratti intestinali possono essere colpiti da emorragie sotto-sierose.

Nell'apoplessia uterina vengono infiltrati specialmente gli strati muscolari sottosierosi, eccetto nel punto d'impianto della placenta dove tutto lo spessore della parete muscolare è infiltrato di sangue e siero.

Il versamento sanguigno nello spessore della muscolatura uterina modifica e altera la disposizione dei fasci muscolari alterandoli e dissociandoli, modificandone la forma e la disposizione.

L'edema è un fatto costante; esso è più abbondante intorno ai focolai emorragici e può essere anche molto distante da questi. Contribuisce con l'emorragia a provocare alterazioni nutritive e della disposizione dei fasci muscolari facendo perdere il potere contrattile e retrattile al miometrio. Tutta la parte bassa dell'addome può esserne invasa. L'infiltrazione connettivale è pure un fatto spesso constatato, ma secondo l'A. si verificherebbe quando, non essendo seguito il parto al distacco, i focolai emorragici interstiziali hanno avuto il tempo di subire i processi di regressione e sostituzione connettivale.

Quanto alle alterazioni anatomo-patologiche riscontrabili sulla placenta si possono così riassumere. Sono varie per intensità e qualità. Possono essere specifiche in rapporto alla etiologia (lue, ecc.) o comuni ad ogni forma di distacco.

Nelle forme ad etiologia specifica sono frequenti gl'infarti se ne fu causa la tossicosi gravidica o malattie renali, mentre nella sifilide, la placenta si osserva di grandi dimensioni e la sua faccia materna è pallida, idropica, con cordone ombelicale spesso e pure idropico.

Le note comuni ai distacchi di qualsiasi origine sono: sulla faccia uterina uno o più coaguli sanguigni di colore che dal rosso vinoso scuro va all'arancione e più o meno consistenti secondo la data. Se essi vengono distaccati lasciano un'impronta a scodella dai cui bordi geme del sangue nerastro o liquido siero-ematico misto a fibrina.

Tutto il tessuto placentare presenta epatizzazione, la quale è tanto più evidente quanto più presto al distacco è seguito il parto.

All'esame microscopico, le sezioni praticate nei pressi dei focolai emorragici hanno mostrato i villi addossati l'uno all'altro a formare tessuto di epatizzazione; spesso contengono scarse emazie o ne sono del tutto ripieni, mentre i loro vasi sono dilatati e fusi formanti delle piccole lacune separate da spazi connettivali. Le lacune sono prive di pareti. Le zone di addossamento dei villi presentano un sottile strato sinciziale o, più frequentemente, sono avviluppate da uno spesso strato di elementi epiteliali proliferanti in maniera non uniforme e seguendo l'anfrattuosità dei villi verso l'esterno o nella compagine dello stroma. Anche lo strato cellulare del Langhans presenta fatti di iperplasia.

Alla periferia dei focolai apoplettici invece dei fatti di stasi già detti possono riscontrarsi delle zone di ischemia in cui i vasi dei villi, profondamente alterati, collabiscono con le loro pareti abolendo il lume.

Tutte le alterazioni sopradescritte, focolai emorragici e degenerazione dei villi tendendo ad invadere la parte fetale della placenta determinano fatti di compressione e il distacco degli elementi coriali.

Sintomatologia. Questa non è sempre legata alla gravezza del caso ed è oltremodo varia.

Frequente l'emorragia esterna preceduta da perdita sierosa o sieroematica, associazione di una emorragia esterna con una raccolta ematica retro-placentare. L'emorragia è quasi sempre preceduta o accompagnata da dolore, che è spontaneo. Si esacerba con la palpazione della parete addominale, e si manifesta subbiettivamente in modo vario, sotto forma di uno strappo violento, localizzato nel quadrante addominale corrispondente alla regione della inserzione placentare. La tensione è tanto più accentuata e dolorosa quanto più rapidamente si forma l'ematoma inter-utero-placentare e quanto più tardi e meno facilmente si determina la fuoruscita di sangue all'esterno.

Nel punto di maggiore dolorabilità si può percepire una bozza ela-

(1) D'Aprile. v. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, n. 5, 1927.

Digitized by Google

stica che aumenta progressivamente di volume e che corrisponde all'ematoma retroplacentare; questo sintomo si percepisce nei casi di grave emorragia interna e con l'inserzione della placenta sul fondo dell'utero o sulla parete anteriore.

Si può poi avere epistassi ed ematemesi (Knauer) ma è molto frequente il semplice vomito, dovuto o all'anemia acuta o alla rapida distensione del peritoneo uterino. Si accompagnano a tutti questi segni quelli dell'anemia acuta: pallore, irrequietezza, sudorazione fredda, irregolarità di ritmo, di tensione e di frequenza del polso che hanno diverso valore secondo che si accompagnano a profuse emorragie esterne o a lieve perdita di sangue.

Caratteristico è il comportamento del polso nella emorragia retroplacentare. In genere nei casi gravi è molto raro e ciò rende grave la prognosi; quantunque lento è ipoteso e irregolare, non è in rapporto con lo stato generale, potendo essere quasi normale e lo stato generale gravissimo. Nel corso del parto un rapido acceleramento si produce con l'aggravarsi generale e su di esso non influisce lo svuotamento artificiale o spontaneo dell'utero. Questo per il polso che fin dall'inizio si presenta tardo; ma se fin dalla formazione dell'ematoma il polso si presenta in sopra dei 100 battiti le ulteriori modificazioni hanno influenza anche su di esso sicchè con l'evacuazione ridiscende subito sotto i cento mentre nella maggioranza dei casi la frequenza diviene incontabile.

Come decorso, il distacco di placenta normalmente inserta può passare inosservato e la gravidanza continuare, nei casi molto lievi. In quelli più gravi l'utero reagisce nel modo che si è detto e allora può verificarsi il parto in un tempo più o meno lungo. Se al dolore normale delle contrazioni si sostituisce la sensazione di strappamento suddescritta, allora si è dinanzi ad un caso grave per cui tutte le modalità dalla più lieve alla grave vanno esattamente valutate nell'intento di scegliere la migliore linea di condotta. Manifestatasi una sintomatologia gravissima può darsi che avvenuto il parto, la paziente a poco a poco riprenda vigore e possa esser ritenuta fuori pericolo; mentre altra volta con la stessa sintomatologia si può avere la morte per shock da profusa emorragia interna.

Diagnosi e prognosi. La diagnosi può essere dubbia nei casi in cui la sintomatologia è incompleta, ma in genere non offre difficoltà. Gioverà l'anamnesi a richiamare l'attenzione su malattie capaci di predisporre al distacco prematuro, come albuminuria, nefriti, cardiopatie, malattie emorragiche.

Nei casi di placenta previa laterale con emorragia in gravidanza, quella è per lo più notturna, indolore e cessa spontaneamente; il polso non offre nulla di caratteristico pur seguendo lo stato di fugace anemia.

Nei casi di rottura di una tromba gravida si baderà che questa è proprio del primo trimestre della gravidanza mentre il distacco è terminale o quasi, senza voler considerare tutti i sintomi propri e caratteristici delle due forme molto diverse fra loro.

La prognosi varia secondo l'entità del caso tenute presenti le considerazioni già esposte.

Cura. Presentandosi un distacco prematuro classico, la cura deve avere come primissimo obbiettivo il *rapido svuotamento dell'utero.*

Si può aver bisogno, secondo l'entità dell'ematoma e della emorragia, di un trattamento che sia insieme ostetrico e chirurgico, riservando quest'ultimo ai casi gravi.

Il trattamento ostetrico consiste nel tamponamento vaginale, nella rottura artificiale delle membrane, nel parto forzato, nel parto accelerato.

Controindicato è qualsiasi trattamento con i preparati di segala cornuta, poichè questo preparato verrebbe ad agire su un utero che è in questi casi gravi, in preda ad una inerzia spasmodica; l'uso della segala e suoi derivati potrebbe accentuare il pericolo di un ulteriore distacco e di più intense emorragie.

Meno sconsigliabili sono invece gli estratti ipofisarii, dei quali si può tentare una cauta somministrazione quando la dilatazione del collo è tale da esser capace di far passare il feto e nei casi non gravi, l'azione di questi preparati potrebbe ristabilire contrazioni regolari e predisporre le condizioni favorevoli per una buona emostasi dopo il parto.

Il tamponamento dev'essere praticato, secondo l'A., come rimedio temporaneo, in attesa di un'azione più efficace, quale la rottura artificiale delle membrane e lo espletamento del parto col rivolgimento o col forcipe. Se ne sconsiglia la ripetizione sia agli effetti immediati (freno alla emorragia) sia a quelli tardivi (infezione puerperale). La rottura artificiale dell'amnios trova indicazione nei distacchi a sintomatologia lieve e a travaglio avanzato, sconsigliabile nei distacchi prematuri.

Quanto all'intervento chirurgico in tutti i casi gravi in cui non si può con nessun altro mezzo sperare nella salvezza dell'ammalata, esso s'impone.

Si pratica l'isterectomia per via addominale. Questo metodo buono, per concorde parere degli autori, essendo stato adottato su vasta scala ha contribuito notevolmente ad abbassare la mortalità.

All'operazione cesarea conservativa possono, infine, essere riservati quei casi di minore gravezza, specialmente se si tratti di primipare, in cui l'utero può riprendere le condizioni adatte a successive gravidanze.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sulla tubercolosi intestinale linfogena retrograda. — G. Barács. *Zeitschrift f. Tuberkulose,* vol. 48, fasc. 1, 1927.

E' noto che la corrente linfatica conserva sempre una certa direzione, e che in tal modo gli agenti morbosi e le cellule dei tumori maligni si fermano in punti ben determinati. Ma questo non accade ordinariamente nella tubercolosi. La tubercolosi polmonare secondo l'A. si diffonde nella maggioranza dei casi per via retrograda-linfogena alle glandole del cavo peritoneale. L'A. non solo riuscì a dimostrare alterazioni tubercolari delle ghiandole mesenteriche in individui affetti da tubercolosi polmonare, senza alterazione dell'intestino, ma iniettando bacilli tubercolari nel polmone di animali ha ottenuto tubercolosi della ghiandole mesenteriche. La possibilità della diffusione retrograda dei bacilli tubercolari attraverso le vie linfatiche si ha sempre che per alterazione dei vasi si stabilisca una stasi linfatica che distendendo i vasi stessi renda insufficienti le valvole linfatiche le quali in condizioni normali si oppongono al refluire della linfa. Da una glandola mesenterica infetta in via retrograda, può la infezione diffondersi sempre in via retrograda all'intestino? Se questa possibilità è dimostrabile, consegue che è possibile avere una localizzazione tubercolare dell'intestino oltre che per ingestione di espettorato, anche in via retrograda linfogena. L'A. ha inoculato una sospensione di bacilli bovini nelle glandole mesenteriche di 5 conigli e notò in tutti gli animali così trattati una grossa glandola tubercolare, la quale corrispondeva a quella inoculata, e delle glandole iliache e sacrali, senza alterazioni dell'apparato genitale, e quindi per infezione retrograda-linfogena. In due casi però l'A. riuscì a dimostrare una tubercolosi intestinale isolata, nella regione ileo-cecale, ed il focolaio dimostrava particolarità istologiche tali da garentirne l'insorgenza per via linfogena-retrograda. L'A. termina chiarendo che egli ha inteso di affermare l'esistenza di una possibile via di diffusione della tubercolosi dal polmone all'intestino, pur concedendo che non è questa la via più spesso seguita dall'infezione.

Sulla interpretazione di alcuni fenomeni fisici nel pneumotorace chiuso. — G. Laurenti. *Tubercolosi,* fasc. 3, 1927.

Non è ben chiara ancora la interpretazione di alcuni fenomeni fisici rilevabili nel pneumotorace chiuso; infatti, per es., v'è chi nega e chi afferma la persistenza del fremito vocale quando vi sia gas nella pleura. Nè è stata interpretata ancora nella sua vera essenza la dissociazione che esiste fra la percezione del fremito e quella della voce afona, sia nelle pleuriti essudative che nel pneumotorace; come pure non è ben definita l'origine del soffio anforico nel pneumotorace chiuso.

Nei varii rifornimenti pneumotoracici fatti dall'A., questi ha potuto intanto rilevare delle osservazioni semeiotiche, che riferisce. Ha notato, tra l'altro, che il fremito vocale è indebolito o scomparso nel pneumo totale o subtotale, persistendo leggermente aumentato nella zona di polmone non investita dal gas; nel pneumo parziale, tale fenomeno è indebolito nella piccola superficie ove esiste il gas. Altri punti degni di rilievo sono: *a*) il suono-percussorio nel pneumotorace diviene più chiaro con tendenza al suono timpanico specie quando vi sia notevole tensione; *b*) il murmure vescicolare è indebolito fino alla sua scomparsa nelle zone investite dal gas; *c*) vi è comparsa di soffio bronchiale e di soffio anforico quando la tensione della sacca pleurica distesa dal gas raggiunge un determinato limite; *d*) la broncofonia è presente nella zona ove esiste gas.

Digitized by Google

acquistando uno speciale carattere di nettezza aumentando la risonanza e la voce perde quel carattere nasale presente nel pulmone sano; *e)* la voce afona è trasmessa in modo preciso su tutta la zona gassosa, acquistando carattere metallico quando la tensione del gas raggiunge un determinato grado di tensione e di conseguente vibrazione. Consegue da tutto ciò, secondo l'A., che il comportamento del fremito vocale e quello della voce afona sono elementi semeiologici preziosi per la dimostrazione dell'investimento del gas sul polmone e del suo grado.

L'ematuria nell'appendicite. — A. ZAFFAGNINI. *Archivio Italiano di Urologia,* fasc. V, 1927.

L'ematuria che compare nel corso di un'appendicite, è complicanza di particolare gravezza; pure, nella letteratura medica, questa eventualità non è ricordata assegnandole quell'importanza che le spetta. L'A. perciò si propone, partendo da alcuni casi personalmente osservati, di tratteggiare brevemente questo capitolo di patologia. Innanzi tutto egli fa notare che per ematuria da appendicite deve intendersi quella che ha come sorgente il rene o l'uretere, che si manifesta improvvisamente nelle urine sia macroscopicamente che microscopicamente durante l'evoluzione di un'appendicite sia acuta che cronica, e che scompare con l'asportazione dell'appendice stessa.

L'ematuria compare per lo più al primo attacco di appendicite, improvvisamente; nelle crisi appendicolari successive a volte ricompare, a volte no, senza che si possa dare una regola fissa; solo di rado è preceduta da prodromi (difficoltà della minzione, pollachiuria, bruciori lungo l'uretra, ecc.).

Esplode contemporaneamente all'attacco appendicolare, o, più spesso, quando i fatti acuti appendicolari sono in regressione, ed è stata anche osservata a distanza di settimane dall'inizio della colica appendicitica. Dura al massimo da 3 a 5 giorni, è di intensità varia e scompare così bruscamente come è comparsa.

La frequenza di essa non si rileva bene dalle statistiche finora pubblicate; colpisce a preferenza l'età giovanile, perchè è questa l'età che più facilmente va soggetta all'appendicite; si rileva a preferenza nel sesso maschile.

Le ipotesi che riguardano l'etio-patogenesi di questa ematuria possono dividersi in due gruppi: quelle che accusano l'uretere e quelle che chiamano in causa il rene. Le ipotesi del primo gruppo ammettono la esistenza o di un'ureterite da propagazione diretta (per contiguità del processo infiammatorio dall'appendice all'uretere), o di un'ureterite per connessioni secondarie vascolari o linfatiche, o di una uretere-stenosi da fatti aderenziali o da gomiti per stiramenti di briglie neoformate. Le lesioni renali ammesse per spiegare tale ematuria, invece, consisterebbero in alterazioni del rene per continuità, per via ematica o linfatica (nefrite tossi-infettiva, infarto renale, congestione renale) o per intervento del simpatico (alterazioni vasomotorie). L'A. è d'avviso che non possa invocarsi una patogenesi unica, ma che questa debba essere ricercata per ogni singolo caso.

Si è già detto che l'ematuria aggrava la prognosi dell'attacco appendicolare in atto, tuttavia essa non controindica l'intervento chirurgico, che sarà fatto non appena le condizioni generali dell'infermo lo permettano.

La cura di questa ematuria è quella dell'appendicite, nel senso che l'asportazione dell'appendice ne determina la scomparsa.

La frequenza del carcinoma gastrico nei giovani. — H. G. MOGENA. *Arch. de med. y cir. esp.,* 7 maggio 1927.

Dopo aver illustrato un caso di carcinoma gastrico in un giovane di 21 anni, l'A. osserva che mentre le statistiche antiche davano per raro il carcinoma gastrico giovanile, le più recenti statistiche mostrano questa malattia sempre più frequente tra i giovani.

Così Moutier ha trovato 16 casi di carcinoma dello stomaco in individui al disotto di 35 anni, in un complesso di appena 100 casi, Garcia Pélaez 10 al disotto dei 35 anni in un complesso di pure 100 casi, e Urrutia 8 in circa 80 casi operati.

Le caratteristiche del carcinoma gastrico giovanile sarebbero l'assenza di cachessia, la conservazione dell'appetito, l'aumento della temperatura, ed il rapido sviluppo di metastasi, che rendono la prognosi molto grave.

Eliminazione del rosso neutro attraverso la mucosa gastrica. — FEDELI F. e CANAVERO M. *Minerva Medica.* n. 17, 1927.

E' abbastanza recente l'applicazione allo studio della funzionalità gastrica di metodi basati sulla eliminazione attraverso la mucosa gastrica di sostanze coloranti introdotte nell'organismo per via parenterale. Tra le sostanze più adoperate è stata oggetto di studio il rosso neutro, che l'A. ha usato in soluzione 1 %, preparata estemporaneamente e della quale ha iniettato 5 cc. nelle masse muscolari dei glutei; si introduceva quindi la sonda di Einhorn nello stomaco e si aspirava il contenuto gastrico di 2 in 2 minuti, per osservare la eliminazione del colorante. Risulta dalle ricerche dell'A., che nell'individuo a funzionalità gastrica normale, l'eliminazione del rosso neutro si compie entro limiti di tempo abbastanza ampi, da 12 a 30 minuti dall'iniezione, a seconda che lo stomaco è a riposo o in piena attività digestiva; l'eliminazione, poi si protrae per circa un'ora. Tali limiti, troppo ampi, togliono esattezza al metodo.

Nei soggetti, poi, nei quali esiste una notevole diminuzione di HCl, in rapporto a cause svariate, la eliminazione del rosso neutro si compie con ritardo, iniziandosi 40-50 minuti dopo l'iniezione e protraendosi per circa due ore; può però mancare o essere minima, pur senza che esistano alterazioni secretorie tali da giustificare questo comportamento. Ritardo di eliminazione si ha pure negli individui affetti da lesioni delle vie biliari extraepatiche.

Nei soggetti con ipercloridria da ulcera l'eliminazione del rosso neutro è più precoce, è rapida e di più breve durata. Scarsa eliminazione si ha nelle forme neoplastiche dello stomaco; ritardata e protratta negli individui affetti da forme dispeptiche.

Da queste e da altre ricerche, l'A. ha tratto la convinzione che il rapporto fra secrezione cloridrica ed eliminazione gastrica del rosso neutro è con molta probabilità solo apparente. Invece la eliminazione del rosso neutro sembra doversi meglio mettere in rapporto con la quantità di secreto eliminato dalla mucosa dello stomaco del fondo e anche della regione pilorica: la eliminazione è maggiore quanto maggiore è l'afflusso di sangue alla mucosa gastrica.

Negli ipercloridrici e rispettivamente negli ipocloridrici in generale le reazioni vasomotorie sono ora più rapide ed intense, ora più tarde; di qui l'apparente rapporto fra secrezione cloridrica ed eliminazione di rosso neutro, che sono invece fenomeni non aventi rapporti di interdipendenza, ma solo di coincidenza.

Sulla dieta di Gerson nella tubercolosi polmonare. — HARRY SCHMITZ. *Zeitschrift f. Tuberkulose,* vol. 47, fasc. 6, 1927.

Negli ultimi tempi il problema dell'alimentazione del tubercolotico trova di nuovo largo posto nella letteratura, principalmente per le comunicazioni di Sauerbruch, Hermannsdorfer e Gerson della Clinica Chirurgica di Monaco. Questi AA. hanno infatti studiato l'influenza dell'alimentazione su forme gravi di tubercolosi, servendosi di una dieta già applicata con successo nella tubercolosi da Gerson.

La dieta di Gerson è ricca di albumina, grasso e vitamine. Da essa sono esclusi il sale, le conserve di ogni specie, carne e pesce affumicati, aceto, dadi di brodo: sono permessi limitatamente la carne e il pesce fresco, il pepe, gli estratti di carne, e le bevande alcooliche: hanno grande valore sopra tutto le verdure, il latte, il burro, i farinacei non salati, le uova, lo strutto di maiale, le frutta. Inoltre si somministrano ogni giorno 45 gr. di olio di fegato fosforato e 3 volte al giorno un cucchiaino di Mineraliton, medicinale che risulta da un miscuglio di anioni e cationi, legati da albumina. In sostanza, quindi, la dieta di Gerson partendo dalle conoscenze molto antiche sulla tendenza alla demineralizzazione dell'organismo del tubercolotico, viene a raggiungere l'accumulo di minerali nell'organismo, sottraendo i cloruri e somministrando altri minerali.

Nella tubercolosi chirurgica la dieta continuata per mesi raggiunge secondo Hermannsdorfer il successo completo; notevole miglioramento si osserva nelle forme cutanee. Nella tubercolosi polmonare lo stesso A. ha notato per influenza della detta dieta aumento delle forze e del peso, abbassamento della temperatura e della frequenza del polso, tendenza alla retrazione fibrosa dei focolai polmonari, con diminuzione della quantità dell'espettorato e del contenuto in bacilli.

Però il successo della dieta nelle forme chirurgiche non è affatto confermato da Bettmann, il quale anzi fu costretto a interrompere la cura.

Per quanto riguarda la tubercolosi polmonare cronica, l'A. nota poi come la dieta, la quale ha un valore calorico di 2800 calorie, è assolutamente insufficiente per i tubercolotici nei quali la quantità media di calorie somministrate è in generale di 4000-4500. Quanto poi alla composizione minerale della dieta stessa, va rilevato che ancora troppo poco ci è noto sul ricambio minerale nella tubercolosi, perchè sia autorizzato un tentativo di modifica del ricambio stesso. D'altra parte, l'A. crede che perfino i risultati comunicati dallo stesso Hermannsdorfer siano poco convincenti, in quanto, un miglioramento nel 50 % dei casi si ottiene anche in Sanatorio con dieta ordinaria nelle forme produttivo-cirrotiche.

Digitized by Google

Infine l'A. riferisce i risultati ottenuti in 13 casi, trattati con la dieta Gerson, e da essi non si trae proprio la convinzione che la cura offra vantaggi così netti quali ne videro i primi osservatori.

Arteriti pulmonari dei sifilitici.— Ch. Laubry e M. Thomas. *La Presse Médicale*, n. 8, 1927.

Alle svariate lesioni da cui sono colpite le arterie polmonari nella infezione sifilitica corrispondono delle forme cliniche differenti che gli AA. distinguono in arteriti e sclerosi.

Arteriti. Possono essere pure ed isolate o associate ad altre lesioni sifilitiche.

1. Arteriti pure. La caratteristica dei casi tipici, a sintomatologia completa, è la loro tendenza evolutiva: evoluzione rapida di una insufficienza ventricolare destra con cianosi intensa e segni radiologici speciali, intramezzata da complicanze di cui le due più salienti sono gli aneurismi e le trombosi dell'arteria. I due ordini di accidenti possono interrompere l'evoluzione della malattia, onde le forme di arterite trombosante ed aneurismatica che gli AA. descrivono.

2. Arteriti associate. Dopo aver discusso la sindrome di Ayerza, qual'è descritta da Escudero, gli AA. espongono le associazioni della sifilide dell'arteria polmonare con altre lesioni sifilitiche, particolarmente con l'aortite e ne indicano le differenti modalità cliniche.

Sclerosi dell'arteria polmonare. Possono sopravvenire in maniera apparentemente primitiva o succedere ad un lungo passato pulmonare. Ma in ogni modo l'istologia non permette di affermare la specificità di tali lesioni.

La loro evoluzione verso l'insufficienza ventricolare destra è molto più lenta, raramente interrotta da accidenti, quali notevoli trombosi.

Concludendo, gli AA. mostrano la frequenza e l'importanza di questi casi le cui forme cliniche sono variabili, come pure la prognosi che è sempre molto grave.

Nuovo punto doloroso dorsale nell'appendicite.— D. Campanacci. *Bollettino della Società Medica di Parma*, Serie II, a. 20, n. 1.

L'A. ha riscontrato non molto lontano dal punto doloroso epatico posteriore un nuovo punto doloroso, sempre dal primo nettamente differenziabile, il quale si accompagnerebbe ad una lesione dell'appendice vermiforme. Tale punto doloroso posteriore ha sede nell'ultimo spazio intercostale destro, in una zona ristretta e limitata, del diametro di qualche centimetro, compresa fra l'emiscapolare e l'ascellare posteriore. Esso è più doloroso se la pressione digitale viene fatta a paziente in decubito supino che non in decubito assiso. Così che si suole mettere il paziente supino e nello stato di maggiore possibile rilasciamento muscolare: l'osservatore si pone alla sua destra e sulla mano sinistra distesa e rivolta in alto fa poggiare la regione lombo-dorsale del paziente. Si inizia allora la palpazione sistematica col polpastrello dell'indice su tutto l'ultimo spazio intercostale, finchè si cade su un punto che fa scattare il paziente dal letto o gli fa emettere un grido di dolore.

Secondo l'esperienza dell'A. questo punto doloroso si riscontra sempre in casi di appendicite o periappendicite (controllati al tavolo operatorio) e si accompagna a quelli di Mac Burney, di Morris o di Lanz.

La genesi del punto doloroso posteriore descritto deve con ogni verosimiglianza ricercarsi in una specie di nevralgia cutanea riflessa di origine appendicolare.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'acromegalia dal punto di vista chirurgico.— Cushing, Harvard Medical School. *The British Medical Journal*, n. 3469, 1927.

I limiti di una transunto consentiranno soltanto fissare i punti principali della orazione annuale tenuta dal celebre chirurgo, dinnanzi alla Medical Society of London.

La nomenclatura. Le espressioni un tempo usate, di mixoedema, gozzo esoftalmico e cretinismo, acromegalia e così via, riferendosi a certi aspetti del quadro clinico, non escludevano l'imprecisione fisio-patologica. L'espressione «acromegalia» costituisce uno degli esempi in quanto essa include un concetto unilaterale di sviluppo somatico da iperfunzione ipofisaria; in contrapposto della quale bisognerebbe potere ognor servirsi della espressione di acromicria. Si può ampliare il confronto, se si tenga presente il termine macrosomia per l'accrescimento totale, in contrapposto di microsomia.

E' dunque un razionale progresso quello di una terminologia nella quale si tende a designare stati anormali sotto le espressioni di iperpituitarismo, ipopituitarismo, dispituitarismo.

L'apituitarismo è uno dei più interessanti problemi per il chirurgo. Laddove fosse provato la completa possibile asportazione di codesta ghiandola senza danni, sarebbe superata la discussione quando si trattasse di asportare adenomi. Il laboratorio fornisce dati dai quali si dedurrebbe che differente è la tolleranza a questa asportazione, a seconda dell'età degli animali; ma che tuttavia lo stato di soppressione dell'organo si accompagna a deficienze, cachessia, morte. Ma non sarebbe tassativo riportare queste cognizioni, di peso alla clinica. Esistono in realtà osservazioni controllate al microscopio dopo necroscopia, e dalle quali si può affermare la completa distruzione adenomatosa dell'ipofisi, senza essersi tuttavia sospettata dal quadro sintomatico negativo.

Ipopituitarismo. Il quadro clinico può dirsi vario; specialmente a seconda che l'affezione si origini nell'infanzia o tardi; a seconda anche, che si accompagni o non a tumore; e che ci siano o non complicazioni della regione ipotalamica.

Sotto il nome di malattia di Simmonds viene designato lo stato di deficienza del lobo anteriore, dovuta a necrosi ischemica. Le sue importanti osservazioni anatomo-patologiche riguardano donne adulte, le necroscopie vennero peraltro a mostrare la compartecipazione di altri organi, sotto forma di splancnomicria, preciso contrapposto alla splancnomegalia iperplasica della pituitaria. In appoggio a codesti studi fondamentali di Simmonds l'A. riferisce, con illustrazioni il caso di una giovane sui 28 anni, la quale per dimensioni e per peso corrispondeva prettamente alle proporzioni di una fanciulla di 11 anni. Tuttavia nel suo insieme la giovane era sana; non manifestazioni che potessero ascriversi a particolari alterazioni. Non mestruata, non sviluppate le mammelle. All'esame X sella turcica sottile, di configurazione normale. Tutto l'esame somatico depone per uno stato opposto a quello del gigantismo.

A codesto caso fa degno riscontro, ed è riportato anche in figura quello di Hutchinson, anch'essa donna, la quale all'età di 15 1/2 a. presentava le caratteristiche che l'Hastings Gilford chiama prematura senilità. Questo nanismo, senza manifesto tumore ipofisario, riproduce chiaramente lo stato di cose constatabile negli animali alla rimozione della parte epiteliale della ghiandola.

La sindrome di deficienza, dovuta a compressione di tumori parai-pofisari (malattia di Fröhlich), già sufficientemente documentata da 81 osservazioni, riceve dall'A. nuova illustrazione, giovandosi di una bambina di 3 1/2 a. Rapidamente dimagrendo, con cefalea, vomiti, poliuria, polidipsia, questa bambina mostrava il complesso dell'infantilismo pituitario con diabete insipido. L'esame mostrava: pallore del disco ottico; perdita della visione bitemporale; ai raggi X sella leggermente vasta con sovrapposizioni calcificate. Intervenendo col metodo osteoplastico frontale, fu asportata una cisti cranio-faringea. Cessarono dopo l'estirpazione, precisamente la cefalea ed i sintomi diabetici. Ripresa della visione; riveduta dopo 8 mesi era cresciuta di 10 libbre.

Stati ipopituitari associati con adenoma cromofobo sono stati già dall'A. istologicamente controllati su 188 casi. D'ordinario si tratta in questi casi di una sella notevolmente slargata. Operati per via transfenoidale la più parte di essi mostrando adenomi enucleabili, senza grande difficoltà, ebbero esito molto favorevole.

Finalmente l'A. prende in particolare esame il gruppo affetto da dispituitarismo. Qui si può persino ritenere caratteristica l'irregolarità l'alternativa, la successione delle sindromi; di talchè ad uno stadio di ipertuitarismo venga a succedere uno stadio di tipo contrapposto.

Si comprende allora come l'interessante per il clinico stia nel preciso orientarsi a seconda del momento diagnostico e della indicazione operatoria.

Totale cistectomia per cancro. — Smith. Servizio Urologico Massachusetts General Hospital. *The Boston Med. Journal*, vol. 196, 25, 1927.

In soggetto di 50 a. il cui complesso nosografico deponeva per un neoplasma vescicale, si procedette, sotto narcosi mista, alla cistotomia sopra-pubica, nell'intento di procedere poi mediante la diatermia. Fu trovato un papilloma di circa 5 cmc. di diametro, partente dalla base, a sinistra, e invadente la parete sinistra fino nella prostata. Fu giudicato che nè l'elettrocoagulazione, nè la parziale resezione garantissero un reale beneficio. Pertanto si convenne nell'esecuzione di totale ectomia. Non fu difficile isolare la vescica: furono pinzettati gli ureteri e recisi; asportate insieme la vescica e la prostata. Le vescichette seminali apparentemente sane furono conservate. Introdotto ciascun uretere in un tubo di gomma, e fissatolo con punti in seta, nel tubo, si introduce un catetere nel retto, e si apre quest'organo sul punto di riflessione del peritoneo. Fissati i tubi ureterali a questo catetere, vennero attirati in direzione dell'ano, per modo che circa un pollice di ciascun

Digitized by Google

moncone ureterico venisse a sporgere nel lume rettale. La parete rettale venne ricucita sugli ureteri, quanto più in direzione obliqua, e su di essa addossate le vescichette seminali. Emostasi per compressione, e drenaggi a sigaretta nel cavo addominale. Sutura del peritoneo. L'operazione dura tre ore. Dal profondo shock il paziente va risalendo progressivamente. L'esame microscopico mostra trattarsi di un carcinoma ulcerato, a cellule squamose, discretamente differenziato e maligno.

Dopo poco più di due mesi l'operato è dimesso in condizioni di buon funzionamento rettale. Dopo circa quattro mesi dall'operazione la funzione si espletava molto bene, nel senso che il retto poteva contenere le urine circa tre ore.

Questo argomento viene discusso abbastanza dai presenti alla tornata dell'«American Urological Association».

Il dott. Quinby di Boston mettendo in rilievo le difficoltà delle parziali resezioni con trapianti ureterali, crede che la soluzione del problema dato dallo Smith, sia encomiabile. Uno dei meriti di questo intervento è stato quello di operare per via extraperitoneale.

Anche il dott. Chute è per esperienza personale allenato in questa chirurgia, la quale, per il contributo dello Smith assume un posto più decisivo.

La tubercolosi del pube. — CHARLIER e ROEDERER. *Société de Radiologie médicale de France*, 8 febbraio 1927.

Gli AA. hanno osservato parecchi casi di tubercolosi del pube, nonostante la varietà di questa affezione, e hanno potuto seguire l'evoluzione di parecchi di questi malati. Negli adulti, in genere, la tubercolosi del pube provoca degli ascessi soprapubici o delle pieghe genito-crurali, ascessi che quasi sempre si fistolizzano. La diagnosi è spesso resa difficile dall'assenza completa di dolenzia. La evoluzione è estremamente lunga e in un caso si assistette alla disgiunzione del pube, tale che un'ala iliaca si presentava completamente di traverso.

OSTETRICIA

Patogenesi dell'eclampsia gravidica. — LÈVY-SOTAL, Paris. *Paris Médical*, n. 25, 1927.

Si vanno raggruppando con criticabile indirizzo, secondo osserva l'A., da tempo, sotto un'espressione unica, stati morbosi che non potrebbero essere interpetrati in modo univoco.

Secondo l'A. bisognerebbe scindere dalle incognite dell'eclampsia tre tipi clinici:

a) Eclampsie-nefrite.

b) Eclampsie-epatite.

c) Eclampsie-choc.

Nel primo gruppo sono comprese le nefriti antecedenti alla gestazione, e da queste aggravate; le nefriti sopravvenute per infezione intercorrente, p. es. intestinale nelle stasi; infine le nefriti gravidiche in senso stretto. Tutte possono portare all'eclampsia. Dunque questa ultima costituirebbe la terminazione di una nefrite gravidica, come l'uremia convulsiva è la terminazione della malattia di Bright o di una nefrite acuta da causa generale. D'altronde certi stati preeclampsici costituiscono sindromi di insufficienza renale. Per la sindrome cloruremica si è potuta osservare la benignità relativa degli attacchi convulsivi, proprio come nelle nefriti banali; i vantaggi della puntura lombare decompressiva; quelli del salasso; le variazioni dei disordini fisio-patologici secondo il regime alimentare; l'influsso nocivo del cloruro di sodio.

La sindrome ipertensiva se associata a netti sintomi di alterata escrezione renale, può assimilarsi alla uremia.

La sindrome azotemica è anche più interessante, tanto più che nel moderno concetto si è pervenuti a riconoscere la sindrome convulsiva che si termina con la morte, pur non essendoci notevole accrescimento della concentrazione ureica sanguigna.

Se si domanda: quali sono in queste condizioni, i limiti delle eclampsie-nefrite, bisogna riconoscere la difficoltà di una sistemazione, nel senso della difficoltà di precisare, al di là del tasso azotemico, quanta parte nella sindrome uremica, abbia lo azoto residuale, la creatinina. Nell'eclampsia puerperale si sono comportati quasi sempre negativamente i saggi. Quello all'azzurro di metilene ha mostrato perturbamento dell'escrezione renale una volta su cinque nel corso delle convulsioni.

Così la prova di Achard e Castaigne, quella alla fenolftaleina, hanno offerto i risultati più incostanti e non decisivi. La cloruremia, l'azoto residuale, non mostrano alcun contegno proporzionale alla entità delle crisi. Neanche guida sicura fornisce a sua volta l'anatomo-patologia. Solo in 16,60 % gravi lesioni renali nell'eclampsia; medie in 37,50 %, lievi in 45 %. D'altra parte innegabile è il concetto della fragilità del rene gravidico; ed un sano criterio di patologia impone essere prudenti nell'assimilare la eclampsia all'uremia banale. Non più valido sostegno offre lo studio delle condizioni epatiche.

Esistono dunque analogie degne di rilievo; ma le lesioni organiche osservate sono incostanti. Esse sembrano determinate dall'eclampsia medesima, ovvero prodursi nello stato preeclampsico; di talchè verrebbero a rappresentare un fattore predisponente, non già determinante della crisi. Si è, secondo l'A. indotti ad una concezione che miri a trovare il fattore in un veleno circolante nel siero della donna eclamptica. Questo veleno convulsivante non esercita la sua azione tossica mediante il fenomeno della coagulazione. Argomenti clinici e sperimentali, biologici, sembrano concorrere in questo solo concetto, cioè a dire: Intempestività di crisi in donne non albuminuriche, nè ipertese; frequente scomparsa coincidente con la morte del feto. Ancora: il complesso di caratteri della crisi osservata nell'animale dopo iniezione intracardiaca di siero di eclampsiche, strettamente similare a quelli della anafilassi. In altri i caratteri biologici del siero che permettono sistemare i risultati dell'esperimento nel quadro degli accidenti anafilattoidi o colloidoclasici.

In una sequela di ricerche dell'A. specialmente dirette a precisare la parte assunta dalla placenta, si è constatato parallelamente alla calciopenia nelle gestanti predisposte alla eclampsia, anche una iperfosfatemia in contrasto con una ipofosfaturia. Lo stato di acidificazione dell'organismo sembra essere in intimo rapporto con la calciopenia.

Dunque, secondo l'A. l'instabilità umorale caratterizzata dalla triade: ipocalcemia, iperfosfatemia, acidosi scompensata, crea un terreno molto propizio allo scoppio della crisi avanti o dopo il parto, in quanto di per sè stesso il travaglio di parto accentua l'esaurimento della riserva alcalina.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

La manifestazione acuta della infezione genitale gonococcica latente nell'uomo. — CH. DAVID. *L'Hôpital*, gennaio 1927.

Secondo l'A., non deve dimenticarsi la possibilità dell'esistenza di infezioni gonococciche genitali croniche « d'emblée » nell'uomo. Si tratta, in genere, di malati, veri portatori di germi, i quali, pur senza aver mai notato alcun scolo uretrale hanno sofferto di una infezione gonococcica molto attenuata e perciò ignorata, localizzatasi nelle vie genitali. Sotto l'influenza di una eccitazione sessuale, questi gonococchi latenti si risvegliano, si virulentano e provocano una riacutizzazione del processo gonococcico. Questi malati, d'altra parte, sono molto pericolosi come fonte di contagio, appunto perchè ignorano la loro malattia.

Del resto, anche durante il periodo di latenza, l'infezione può essere scovata con un esame clinico accurato delle vescichette seminali, mediante la palpazione di esse per via rettale. Un altro mezzo diagnostico interessante è la spermocoltura praticata con adatti terreni. Vengono così svelate delle spermatocistiti ignorate del tutto dagli infermi, i quali vengono al medico solo perchè accusano senso di peso nella regione perineale o dolori più o meno vivi durante la minzione l'eiaculazione o anche diminuzione della potenza genitale.

In conclusione, quindi, sembra accertato che l'infezione gonococcica può annidarsi « d'emblée » nelle vescichette seminali, costituendo così un serbatoio di germi, sempre pronti a dare delle recidive di uretrite gonococcica.

Male di Pott e sifilide. — SERGENT. *Journal des Praticiens*, n. 22, anno IV.

Le possibilità cliniche constatabili sono le seguenti: può aversi un male di Pott vero, dovuto a tubercolosi di alcuni corpi verebrali, che sopravviene in soggetto sifilitico; oppure si tratta di un male di Pott per sifilide del rachide; o, infine, può aversi una deformazione pottica per artropatia tabetica.

L'associazione della sifilide e della tubercolosi è un'eventualità clinica facilmente riscontrabile, ma di diagnosi molto difficile perchè non esistono segni patognomonici che permettano di affermare sicuramente quando esista una tubercolosi o una sifilide osteo-articolare. All'artrite tubercolare, tuttavia, apparterrebbero più specialmente i dolori vivi, la presenza di fungosità articolari, l'esistenza d'adenopatie, l'alterazione dello stato generale, la suppurazione con formazione di ascessi e persistenza di tragitti fistolosi; segni questi molto difficilmente constatabili nella sifilide. Ma questo si può osservare nei casi nettamente differenziati. Spesso, invece, la sifilide evolve sotto la maschera della tubercolosi; a questa modalità di svolgimento, l'A. dà il nome di forme scro-

Digitized by Google

foloidi della sifilide per la predominanza di lesioni cutanee, ossee articolari e gangliari che richiamano il quadro della scrofulo-tubercolosi.

Sia nella sifilide inveterata che in quella ereditaria si possono avere manifestazioni osteo-articolari dei corpi vertebrali che simulano dei classici mali di Pott.

Ma in questi casi la localizzazione delle lesioni non è situata nelle vertebre dorsali inferori e in quelle lombari come si verifica più spesso nel Pott di natura tubercolare, bensì nelle regioni cervicale e dorsale superiore.

Se come si è detto le due affezioni sono poi concomitanti la diagnosi diviene difficilissima e le influenze che le due malattie esercitano reciprocamente l'una sull'altra non sono affatto trascurabli come da alcuni si sostiene.

Questa associazione morbosa può tradursi, secondo l'A. sotto due forme essenziali: ibridità locale delle lesioni e ibridità generale del terreno. Nel primo caso il trattamento farà scomparire le lesioni dovute alla lue lasciando immodificate quelle della tubercolosi (per es. lupus e lesioni sifilitiche). Nel secondo caso le modificazioni in seguito alla cura non sono sempre costanti e generali e infatti per ciò che riguarda la localizzazione Pottica luetica, in un caso l'A. mentre ha visto modificarsi radicalmente le lesioni concomitanti in altri organi, nessuna modificazione ha avuto in quella.

Queste modalità studiate e questo comportamento curativo si riferiscono alle due prime forme, cioè di un male di Pott tubercolare intervenuto in un luetico e di un male di Pott di natura sifilitica.

Quando invece si verifica la terza modalità, cioè di una deformazione pottica dovuta ad artropatia tabetica (come in un caso dell'A.) le cause devono ricercarsi in vizii di posizione che vengono a favorire la deformazione pottica (nel caso dell'A. trattavasi di uno chauffeur, costretto tutto il giorno a stare ricurvo).

Anche qui naturalmente la diagnosi è molto difficile e solo la radioscopia può dare qualche indizio probativo, perchè in caso di sifilide le lesioni ossee sono costituite da ipertrofie e da lesioni poco dense in continuità col tessuto osseo nomale, ciò che non si riscontra nella tubercolosi, dove può osservarsi il sequestro. Inoltre nelle artropatie tabetiche si osservano facilmente zone di rarefazione e di addensamento.

Praticamente, dunque, date le possibilità suddette e quando si sia in dubbio sulla natura delle lesioni è sempre opportuno praticare il trattamento specifico che in ogni caso se non giunge a guarire completamente, apporta sempre grande miglioria. Le lesioni tubercolari coesistenti non solo non peggiorano in questo caso ma vengono pure a migliorare per le modificazioni che il terreno subisce per effetto della cura antiluetica.

TRAUMATOLOGIA

Gli effetti della caduta nell'acqua da grande altezza sugli organi interni. — H. Merkel, Monaco. *Deutsche Zeitschrift f. die Gesamte Gerichtliche Medizin*, 1927, Bd. 8, H. 5.

I salti nell'acqua da grande altezza non sono in sè sempre pericolosi per la vita, tuttavia l'urto del corpo sulla superficie dell'acqua provoca indubbiamente delle lesioni.

In una ragazza che cadde nell'acqua da 32 metri di altezza si trovarono ecchimosi pleuriche, esteso enfisema polmonare interstiziale; in un'altra emorragie nel torace, emotorace, rottura polmonare centrale, enfisema, rottura della milza, lacerazioni del fegato, oltre alla provocazione dello aborto.

Dopo un salto nell'acqua da 45 metri l'Autore riscontrò piccole fuoriuscite di sangue nella fossa silviana, emorragie delle pareti addominali e toraciche, gravi lacerazioni del fegato, dei reni, rottura dei polmoni, enfisema, e lacerazioni superficiali dell'endocardio.

L'uomo di cui fu oggetto questo esame aveva battuto col lato destro sulla superficie dell'acqua.

TERAPIA FISICA

Sull'azione antianafilattica delle acque minerali.— G. Guidi. *Rivista di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica*, n. 6, 1927.

Si è ammesso recentemente che alcune acque minerali, se ripetutamente iniettate, durante il periodo di incubazione dell'anafilassi, in un organismo già sottoposto all'iniezione preparante, sono capaci di impedire la comparsa dei fenomeni anafilattici in seguito all'iniezione scatenante. Secondo Aubertot godrebbero fortemente di tale proprietà le acque alcaline, bicarbonato-miste, carbo-gazose, clorurato- e solfato-sodiche, più debolmente o ne sarebbero prive le acque solfato-sodiche e le ferruginose. Sebbene questi risultati non siano condivisi da tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento, il loro meccanismo d'azione è stato spiegato ammettendo che le acque minerali abbiano la proprietà di rinforzare quella specie di membrana lipoidea (membrana di Lhermitte Overton) la quale si trova intorno alle cellule nervose e che costituisce come una barriera intorno ad esse per difenderle da quelle sostanze nocive circolanti nel plasma sanguigno, prodotte dalla rottura dell'equilibrio colloidale dei liquidi organici provocata dall'anafilassi. Una controprova di questa asserzione sarebbe data dall'azione retroanafilattizzante del bleu di metilene (Billard). Questa sostanza iniettata per via endovenosa ad animali che avevano sopportato l'iniezione scatenante senza presentare seri inconvenienti (in seguito a trattamento preventivo con acque minerali) determina la comparsa di fenomeni a tipo anafilattico. Ciò si spiegherebbe, perchè il bleu di metilene, che è liposolubile, produrrebbe uno squilibrio della membrana cellulare lipoidea di Lhermitte Overton, per cui le proteine anafilattizzanti riuscirebbero a penetrare nelle cellule nervose.

L'A., ripetendo le esperienze sulle quali sono state fondate le predette ipotesi, servendosi delle acque clorurato- e solfato-sodiche ipertoniche ed isotoniche di Montecatini e dell'acqua solfato-carbonato-calcica ipotonica Parlanti, dello stesso bacino idrico di Montecatini, non le ha potuto confermare, nonostante che dette acque si dimostrino clinicamente benefiche in molte malattie che oggi si ritengono a fondo anafilattico. L'A. quindi ritiene che, invece di dire che le acque minerali hanno un'azione anti-anafilattica, bisogna credere che esse modificano favorevolmente il terreno su cui si impiantano quelle malattie per le quali si pensa ad una genesi anafilattica, migliorando anche notevolmente la funzione di quegli organi (fegato, mucosa intestinale e bronchiale, cute, ecc.) dai quali partono le varie crisi di queste malattie. In altri termini con le acque minerali non si agirebbe direttamente sulla causa anafilatizzante, ma si influenzerebbe beneficamente il terreno su cui le malattie anafilattiche si sviluppano, terreno che una volta veniva designato come erpetismo o artritismo, oggi come diatesi colloidoclasica, stato neurotonico o vagotonico.

La diatermia nelle sindromi dolorose dell'addome. — Laborderie di Sarlat. *Journal des Praticiens*, n. 26, 1927.

Le sindromi alle quali questo A. si riferisce sono: gastropatie, enteralgie, aderenze peritoneali, appendicite, reazioni dolorose della colecisti. Non più.

C'è una fondamentale nozione, a tutti nota, cioè le applicazioni calde, cataplasmatiche in loco dolenti. E' una sorgente esogena di calore. La diatermia costituisce invece una sorgente endogena, sviluppata cioè proprio negli organi sui quali si vuole agire.

Di qui l'utilizzazione nelle gastropatie, tanto più che la diatermia agisce sul sistema nervoso, il quale comanda le secrezioni, la motilità, la funzione. Il che, tradotto in altro linguaggio vuol dire azione negli stati iper od ipo, sia dell'elaborazione cloridrica, sia peptica. Sotto l'influsso delle oscillazioni elettriche di alta frequenza, modificatosi lo scambio, si ha miglioramento subbiettivo e funzionale.

Grazie al riscaldamento gastrico non pure sono attivati tutti gli scambi secretivi, ma sedato il senso di bruciore, i crampi, la tensione. Sotto questo trattamento gli effetti sono non soltanto durevoli, ma anche obbiettivi, nel senso di vedere scomparire qualche nicchia della piccola curvatura, rivelata allo schermo. Bordier ha insistito sui vantaggi della d'arsonvalizzazione diatermica nei sintomi di aerofagia, tanto più che essa può trasformarsi in un quadro più preoccupante, per disturbi riflessi di altri organi.

In tutte le cennate contingenze terapeutiche la tecnica è su per giu questa: l'infermo si stende sopra un elettrodo di stagno 20 x 20 che si modella alla regione dorso-lombare, mediante un sacchetto di sabbia. Un altro elettrode di 15 x 15 sull'epigastrio. Una corrente di 1.500-2000 M. A. sedute quotidiane, mattinali, od a preferenza oltre le quattro ore dal pasto. Durata 40-45 minuti.

Perchè agisca la diatermia contro i dolori provocati dalle aderenze peritoneali, sembra spiegato con l'ammettere un'iperemia attiva la quale modifichi la nutrizione dei tessuti, fino alla scomparsa di questi reliquati infiammatori.

Se si tien conto della appendicite, ci sono indubbiamente casi nei quali e l'intervento è rifiutato, o lo stesso chirurgo crede opportuno soprassedere o rinunziarci. Sono specialmente i casi di voluminoso cieco, con tumefazione e pastosità. La diatermia non solo calma i dolori, ma permette una graduale diminuzione dell'ingombro, e dell'ingorgo.

Affezioni dolorose del crocicchio sottoepatico, specie della colecisti, si avvantaggiano secondo Aimard, Duhem, Bordier ed altri, di tali applicazioni: un primo elettrode di 12 x 15 sulla regione vescicolare; un se-

Digitized by Google

condo su quella dorsale; corrente 1500-2000 durante 30 o più minuti.

Nell'entero-colite mucomembranosa si è lodata anche la diatermia: un grande elettrode addominale ed un grande elettrode lombare connessi in quantità e a un polo dell'apparato diatermico. Un elettrodo rettale (sonda Hegar) connesso all'altro polo.

La diatermia nella cura della sordità. — Coelst in Bruxelles. *Bruxelles Médical*, n. 36, 1927.

La tecnica dell'A. è la seguente: Una sonda di Isard, isolante, preferibilmente in ebanite; oppure in cautchouc. Come candeletta, dopo vari saggi, si è preferito un filo in acciaio a molla, di 3/10 mm. spessezza, dotato del requisito indispensabile di riprendere la posizione rettilinea dopo esser venuto fuori dalla sonda dove ha avuta un'inflessione. L'estremo di questa candeletta o «bougie» possiede un bottone fatto da una perla di saldatura. Un indice segna la lunghezza della parte impegnata nella tromba.

Spennellata la fossa nasale e l'orificio tubarico mediante stovaina, adrenalina si applica il polo indifferente che circondi la metà inferiore dell'orecchio rispettivo.

Il bougirage è spinto fino all'estremo timpanico della stenosi. Una corrente di 350 m. A. è applicata per pressione sul pedale, durante circa tre secondi. A partire da questo momento la bougie è lentamente ritirata verso il padiglione tubarico, per modo da percorrerlo in cinque o sei secondi. Dopo dieci secondi sotto questa intensità suole avverarsi un leggero rumore di friggitura percettibile facilmente, anche perchè il paziente avverte le punzecchiature delle scintille. Meglio non giungere a questo stadio. Non ci è da preoccuparsi di coagulare una regione sana; giacchè soltanto al posto stenosato, per l'intimo contatto nel piano verticale accadrà una azione diatermica coagulante in profondità. Là dove invece la sonda si spazia, si avranno solo scintille minime, di azione in superficie.

I risultati su 15 casi hanno mostrato 85 % effetti favorevoli, miglioramento netto della funzione L'A non afferma avere ottenuto completa la guarigione. In qualche curato così si è resa possibile la conversazione, mentre prima esso udiva soltanto a voce gridata presso l'orecchio. Spesso sono cessate le vertigini, il ronzio. Non si sono lamentati inconvenienti quando non siasi superato per grado ed intensità, il dosaggio predetto.

La distanza dalla lampada è di 60 cm.; il dosaggio è graduato a seconda che si voglia ottenere un'azione rapida (rachitismo, tetania) o si tratti di una cura di lunga portata (tubercolosi). In quest'ultimo caso si irradia tre volte per settimana cominciando con 6 minuti (3 avanti e 3 indietro) e quindi aumentando di 2 minuti ogni seduta, fino a che alla quinta settimana si giunga ad irradiare 15 minuti anteriormente e 15 posteriormente. Le irradiazioni procedono quindi così per altri 14 giorni, dopo di che si dà riposo per 14 giorni e si ricomincia la cura con la stessa precedente dose iniziale.

Nel primo caso, invece, si irradia anche a 60 cm. e si comincia con 3 minuti, ma poi si aumenta ogni giorno di un minuto, fino a che non si arriva a provocare un arrossimento della parte irradiata.

A questo punto si sospende la cura e la si riprende non appena la reazione è scomparsa, facendo uso della stessa dose con cui si era sospeso il precedente trattamento. Si potranno così praticare irradiazioni di mezz'ora: però è bene attuarle a giorni alterni anzi che quotidianamente.

L'A. usa invece in entrambi i casi irradiare ad 1 metro di distanza, e suole continuare nella cura fino a che è possibile; se per una ragione qualsiasi egli l'ha dovuta interrompere, la riprende con dosi che sono la metà o la terza parte di quella adoperata l'ultima volta, non tornando alla dose iniziale se non nei casi in cui l'intervallo fu molto lungo.

Talora per ottenere nei bambini una maggiore sensibilità al trattamento l'A. somministra per via orale 10-20 cgr. pro die di eosina. L'irradiazione locale si raccomanda specialmente nei processi morbosi cutanei dell'età infantile. Coprendo precedentemente le parti sane o adoperando uno schermo con un orifizio adeguato alla superficie da irradiare, si comincia con sedute di 3 minuti alla distanza di 50 cm. e quindi, aumentando di 3 minuti per volta, si continua fino a raggiungere la dose eritema.

L'A. ha ottenuto con la terapia ultravioletta vantaggi notevoli e in altro modo irrangiungibili. Così nel rachitismo con l'irradiazione diretta o con quella degli alimenti, nella tetania (spasmo della glottide o laringite stridula, convulsioni, spasmi bronchiali), nella tubercolosi cutanea, peritonite tubercolare, tubercolosi dei gangli ilari, tubercolosi polmonare nell'eresipela dei neonati, nelle infezioni ombelicali (suppurazioni locali e progressive), nelle affezioni cutanee (eczema, pemfigo, impetigo, lichen scrofoloso), nella tosse ferina, nella corea, nell'enuresi, nell'asma, nelle neuropatie, nelle malattie del sangue (anemia) e negli stati di debilitamento.

La terapia ultravioletta nell'età infantile. — F. Rohri *Clinica y Laboratorio*, vol. IX, n. 49.

Attualmente nella pratica pediatrica si suole procedere alla irradiazione generale ultravioletta con la seguente tecnica.

CONFERENZE

TUMORI DEL NERVO ACUSTICO

Conferenza del dott. NOËL MOREAU
(Facoltà Medica di Bordeaux)

Le cognizioni attuali prendono origine anatomica col Sandifort nel 1777, e clinica col Levêque-Labouree nel 1810. Soltanto nel 1894 si è pervenuti ad un successo operatorio, cioè all'estirpazione, per opera di Ballance. La chirurgia attuale, auspice principalmente Cushing, si arricchisce di 30 casi, su 784 di tumori endocranici; con 80 % di guarigioni.

Questo uno schizzo storico rapidissimo, sull'argomento senza dubbio importante; tanto più che sulle prime si fu abbastanza incerti; non si possedevano sicuri elementi per delineare la vera spettanza dei tumori al nervo acustico, sottraendoli al confusionismo della cosidetta «sindrome dell'angolo ponto-cerebellare».

L'*etiologia* oscurissima; oscuro l'influsso del sesso; età prevalente fra 40-50; incerto l'influsso di infezioni e di traumi.

Dal punto di vista *anatomico*: una minima depressione o nicchia angolare, può diventare, in contingenze patologiche, una loggia per il tumore. Codesta loggia ha: per fondo il *peduncolo cerebellare medio*, nella parte interna là dove si unisce alla protuberanza. In alto c'è il *trigemino* alla sua emergenza e la tenda cerebellare; in basso il *flocculo* o *lobulo pneumogastrico;* in dentro: la *protuberanza* nella sua porzione antero-inferiore, il *solco* bulbo-protuberanziale, e la parte più elevata del bulbo a livello della fossetta sopraolivare; in fuori: la *faccia inferiore del cervelletto.*

La depressione o loggia ponto-cerebellare, ovalare, con grande asse diretto in avanti ed in dentro, parallelo cioè all'asse della piramide temporale, applicandosi sulla faccia posteriore della parte petrosa, nella regione del condotto uditivo interno. L'attraversano quasi orizzontalmente: l'uditivo ed il facciale, accompagnati dall'intermediario di Wrisberg.

Rapporti intimi ci sono, con i plessi coroidei. Il motore oculare esterno, alla sua emergenza, si trova nettamente in dentro della regone; i tre nervi misti, situati su di un piano inferiore, procedono in fuori e leggermente in avanti, verso il forame lacero posteriore.

Veniamo all'*Anatomo-patologia*. Per lo più ovoidi, seguendo l'asse della loggia, levigati o mammellonati, codesti tumori hanno consistenza tra le più diverse. Oscillano in volume, tra una nocciola ed un ovo di gallina, od un pomo. Sono di color grigio-giallastro, traslucidi, o con zolle nerastre. Aderisce il tumore od ingloba l'acustico, emettendo spesso una propagine che occluda il condotto uditivo interno. Circondato da una ricca rete vascolare, il tumore non penetra nella profondità emanata dal tronco basilare. Si comprendono dalla vascolarità le cospicue emorragie durante la enucleazione digitale.

Involucro e fissazione forniscono al tumore le meningi e l'aracnoide.

Importanti possono essere le alterazioni dei nervi: *Facciale* stirato e sfibrato, pure conservandosi abbastanza funzionante; *Oculo-motore* esterno, se mai respinto, non compresso.

Se l'*acustico* si tiene sulla faccia inferiore del tumore, il *Trigemino* sta come sottile nastro su quello superiore, con particolare assottigliamento della radice motoria. Il gruppo dei *Nervi misti*, cioè 9° 10° 11° compresso, allungato, contorto. Più colpiti 5° ed 8°. L'interpretazione, secondo Jumeutié è questa: I nuclei dell'Acustico e del Trigemino sono compressi e dissociati, per modo da essere ben difficile rintracciarli; e d'altra parte l'evoluzione del tumore si compie più verso l'alto, anzichè in basso.

I *centri nervosi* presentano da rilevare respinti, appiattiti, deformati il peduncolo cerebellare, e l'emisfero cerebellare. La protuberanza re-

Digitized by Google

spinta verso il peduncolo, in alto; respinti in basso l'amigdala ed il lobulo digastrico. Il tumore può persino incontrarsi nella sostanza cerebellare. Quarto ventricolo sformato, disteso. Lieve dilatazione del terzo ventricolo, dell'acquedotto di Silvio, e dei ventricoli laterali. Tendenza della massa cerebrale ad erniare dal forame occipitale.

Le *lesioni ossee*, come rarefazione ed ampliamento del condotto uditivo interno, magari della sella turcica, delle apofisi clinoidi, possono, anche radiologicamente, interessare.

Si comprende che tutte coteste svariate alterazioni siano in parte conseguenza diretta, in parte dovute a perturbamenti trofici.

In quanto alla *istografia*, si può tra le molte espressioni, e le varie nomenclature, dire che siano *tumori di neuroglia, espansione della quale è la guaina di Schwann* (sono pertanto anche detti Schwannomi). Le lesioni nervose hanno carattere prevalentemente degenerativo.

Riassumiamo il *quadro clinico*. Premesso che ci è spesso discordanza tra entità di lesione ed intensità di sintomi, bisogna distinguere questi ultimi, in gruppi.

Segni di localizzazione. Nel campo dei nervi cranici; *nervo uditivo* i cui disordini vanno partitamente considerati: per il nervo *cocleare* il ronzio è talora lieve, talora grave, talvolta come scomparso, rombi, zufolio talora essi sono di molto precorsi dalla sordità. Questa ha inizio molto insidioso; spesso a tipo labirintico; perdita di percezione del suono per via aerea e per via cranica. C'è dunque paralisi totale del nervo cocleare.

Ma non sempre si comincia da questo nervo: che anzi, secondo Henschen il ronzio e la sordità sogliono essere preceduti dai segni vestibolari: *vertigine* ed *attacchi vestibolari* sopravvengono bruscamente, e si accentuano nel decubito laterale, sul lato leso. La sua persistenza, con mancata prova di calore, starebbe a deporre per la distruzione del nervo vestibolare. Alla dislocazione apparente degli oggetti, si aggiunge quella reale del paziente. Il *nistagmo* a tipo orizzontale, prima visibile dal lato della lesione, appunto quando da codesto lato guardi il paziente. C'è nell'insieme qualche affinità con quanto si è notato già nella vertigine del Menière, epperò non raro è incorrere nell'errore diagnostico. Insomma la sofferenza del nervo vestibolare si estrinseca sempre mediante accessi di vertigine. I disordini nel territorio dell'acustico sono generalmente di tutto lo apparato di audizione e equilibrio; e sono unilateralizzati alla parte lesa.

Il *nervo facciale*, anche se compresso o contorto, difficilmente è molto compromesso, nè molto precocemente.

Il *nervo trigemino* invece è cointeressato piuttosto precocemente, su uno od ambo i lati; cioè come anestesia corneale (segno di Oppenheim), che sarà sistematicamente ricercata in tutti i casi nei quali siasi avanzata diagnosi di malattia di Menière. Secondo Cushing questo è talora, primo ed unico segno di interessamento del facciale; c'è anestesia od ipoestesia (sic) della cute, della faccia e delle mucose; quasi mai nevralgie.

L'*oculo-motore esterno* solo tardivamente prevale come paresi modica, la quale porti una diplopia.

In quanto ai *nervi misti*, ben raramente troviamo fissata l'attenzione su disordini disfagici, gustativi, emiplegici del velo, e del laringe.

Dal lato del *cervelletto* di rado, e tuttavia tardivamente, si registra asinergia dismetria, adiadococinesi, omolaterali o bilaterali. Sintomo fedele la titubanza, che peraltro può essere sia labirintica, sia cerebellare.

Alle lesioni *bulbo-protuberanziali* spettano: l'ipoestesia od iperestesia omolaterale; dissociazione siringomielica della sensibilità. Quando ci è schiacciamento del segmento bulbo-protuberanziale dal lato opposto, si nota: emiparesi omolaterale e magari emiatonia. In genere i sintomi irritativi predominano su quelli di deficit.

In quanto ai segni di *ipertensione cerebrale*, ecco quanto si può dire: frequente, precoce la cefalea occipitale, varia con la posizione del capo, e magari anche alla percussione del cranio. Vomiti a tipo cerebrale da non confondere con le nausee da vertigini: vertigini delle quali si è fatto cenno; rallentamento del polso; disordini psichici a tipo di puerilismo, Crisi nervose a tipo cerebellare-jacksoniano, bulbare; complesso nel quale suole essere invocato l'irritazione meningea e lo stato di ipertensione.

Ricerche speciali meritano naturalmente la nostra attenzione. L'edema della papilla, prevalente sul lato del tumore, ma non costante; liquor talora iperteso, e magari xantocromico, talora iperalbuminoso; frequente la dissociazione albumo-citologica. In quanto alla radiografia, premessa l'avvertenza del Cushing di non scambiare, come suole il meato interno con quello esterno, si può valorizzare, se mai, l'ingrandimento del condotto uditivo interno.

Veniamo alla *prova termica* del Barany, cioè la irrigazione del condotto uditivo mediante acqua calda o fredda. L'esperienza clinica si può così sintetizzare: se ci è compressione del tronco dell'ottavo paio, viene di conseguenza abolito il nistagmo calorico controlaterale dell'irrigazione dell'orecchio del lato leso. Si ritiene da competenti: che la scomparsa del riflesso calorico, pure essendo di inconcusso valore, non elimina punto l'eventuale scambio diagnostico con un tumore p. es. ponto-cerebellare o cerebellare. Così anche, e seguendo la competenza di Christiansen, su la *reazione di caduta* e la prova di *deviazione dell'indice*, bisogna concludere: che i metodi di Barany aiutino a fissare la diagnosi precoce dei tumori nella fossa posteriore del cranio; ma non giovano a fissarne la sede, precisamente al cervelletto od all'angolo ponto-cerebellare.

Come che sia, l'*evoluzione*, la *successione* cronologica dei sintomi, assume la sua particolare importanza, nonostante la lentezza talvolta decennale, nel decorso di tumori dell'acustico.

C'è al periodo di inizio la sordità unilaterale progressiva, accompagnata o precorsa da più o meno intensa vertigine (fase di Menière). A queste crisi vestibolari, succedono, nel periodo di stato, disordini della sensibilità e della motilità nel territorio del trigemino; cefalee, disordini visivi da stasi papilare; andatura quasi di ebrietà, atassia discreta. Al periodo terminale: diplopia, sindrome del forame lacero posteriore; aggravamento dei sintomi cerebello-bulbari protuberanziali; torpore d'intelligenza, perdita della visione.

Da quanto precede si vede come la diagnosi possa imporre l'eventuale differenziamento dalle seguenti condizioni morbose: malattia di Menière; tumori della porzione inferiore della protuberanza; tumori cerebellari; lesioni del lobo frontale; polinevrite cerebrale meniériforme di Frankl-Hochwart; meningite specifica; meningite sierosa, ecc.

Brevemente accennerò alla terapia, la quale è essenzialmente operatoria; purchè, s'intenda, precoce sia la intuizione diagnostica. Il problema è dunque essenzialmente anche di praticità tecnica. Innanzi al bivio: via translabirintica, ovvero transcranica, la chirurgia attuale, grazie all'illuminata opera del Cushing, si dichiara nettamente favorevole a questa ultima. La craniectomia larga della fossa occipitale, costituisce dunque l'approccio di più solida garenzia, lasciando essa anche agio di modificare, variare il piano, controllarne i particolari.

Reclinati in alto ed in dentro l'emisfero cerebellare; riconosciuto il tumore, la buona tecnica del Cushing sconsiglia la enucleazione digitale, nociva per le eventuali anzidette lesioni nervose e vascolari: e viceversa consiglia la enucleazione intracapsulare.

La mortalità post-operatoria portata dal Cushing a 20 % è già un progresso, quando si pensi che col Krause segnava 86 %, e con Henschen 68 %. Ora la guarigione, o per lo meno la durata della sosta dei sintomi, sta anche in rapporto con la precocità, vale a dire con l'intervento avanti la comparsa dei sintomi di ipertensione intracranica.

(dalla *Revue de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie*, n. 12, 1927).

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI ALESSANDRIA

Seduta del 1° aprile 1927

Presid.: prof. FINZI

Poggio E. (Alessandria). *Tabagismo e colica epatica.* — Premesso che è ormai provata la possibile esistenza di coliche senza calcolosi e di calcolosi senza coliche e che quindi l'antica teoria di Chauffard attribuente il dolore e l'ittero alla irritazione dovuta al passaggio del calcolo nelle vie biliari è ormai tramontata definitivamente e sostituita da quella che vuol scongere la causa di questi fenomeni in un disturbo della innervazione neurovegetativa, l'O. espone le sue considerazioni su quattro casi speciali che ebbe occasione di osservare.

Si tratta di quattro individui dai 32 ai 52 anni, forti mangiatori e fumatori con manifestazioni varie di vagotonismo, che andavano soggetti a coliche dolorosissime durante le quali predominavano i sintomi riferibili al fegato su quelli a carico della cistifellea. Richiamati ad un più rigoroso regime dietetico non ottennero miglioramenti mentre tre di essi ottennero la guarigione cessando di fumare; in uno anzi vi furono delle ricadute solo nell'occasione di un ritorno all'antica abitudine di fumare. Nel quarto soggetto la soppressione del tabacco non influì.

Passando alla spiegazione del fenomeno, l'O. ritiene che esso sia dovuto ad intossicazioni varie, fra le quali campeggia quella da nicotina, che ha molta analogia con quella da pilocarpina, vagotonica per eccellenza, carace di provocare una contrazione delle vie biliari con conseguente ingorgo della cistifellea, congestione del fegato e relativa distensione della glissoniana, che sarebbe la causa del dolore.

Digitized by Google

Non è da escludersi però, come causa predisponente, sia nelle osservazioni dell'O. sia in quelle di Paviot, che descriveva una sindrome analoga, (*Journal de méd. de Lyon*, rif. *Policlinico sez. pratica*, 1925) uno stato di vagotonismo latente.

Conclude asserendo che l'intossicazione nicotinica ed altre intossicazioni ignote possono in soggetti predisposti provocare accessi epatobiliari come quelli descritti come conseguenze di eccitazione parasimpatica.

F i n z i. Ricorda di aver operato casi consimili senza aver potuto trovare calcoli.

M a r a g n a n i. Riferisce osservazioni su se stesso e dice che le sue crisi sono sempre state conseguenti a disordini dietetici e non furono mai influenzate dal variare delle dosi di tabacco.

G a r a m p a z z i. Pensa che si debba porre ben attenzione a distinguere le frequenti gastralgie tabagiche dalle eccezionali coliche nicotiniche.

A r t o m M. (Novara). *Indicazioni e risultati della chemoterapia aurea nella tubercolosi cutanea.* — Premessa la storia della terapia aurea nella tubercolosi in genere e nella cutanea in specie, l'O. espone i risultati delle ricerche che egli ha condotto allo scopo di stabilire sia il valore pratico di tale mezzo terapeutico sia il meccanismo d'azione di esso.

Trattò con iniezioni di preparati aurei 26 malati di cui 17 colpiti da lupus eritematoso, 6 da lupus vulgaris, uno da tubercolosi verrucosa, e da tubrculidi papulo-necrotiche. Soltanto dei 17 lupus eritematosi 6 guarirono e quattro migliorarono; negli altri casi non ebbe risultati apprezzabili. Unico incidente è stata la riaccensione di un focolaio polmonare in uno dei pazienti. Da alcuni preparati istologici eseguiti per controllare la modalità di azione si rileva la penetrazione del sale aureo nella profondità dei tessuti e la mancanza assoluta di modificazioni istologiche. Conclude negando con Koizumi, Levi ed altri, all'oro qualsiasi azione batteriotropa diretta e ammettendo una probabile azione di scissione dei componenti cellulari nel focolaio ed un assorbimento successivo di tali prodotti di scissione che costituiscono sostanze immunizzanti sia specifiche che aspecifiche. Attribuisce perciò all'oro non un'azione chemioterapica nel senso nosotropo.

B e n e d e t t i e C u r r a d o (Asti). *Il testo di idrofilia cutanea.* — Gli OO. riassunte le esperienze che condussero Aldrich, Mac. Clure ed altri ad attribuire la maggior rapidità di assorbimento dei liquidi iniettati nei tessuti edematosi ad un aumento di idrofilia dei tessuti stessi dicono di aver ripresa in esame la questione e mediante iniezione intradermica sperimentale di cc. 0,2 di soluzione fisiologica in diversi soggetti di aver constatato che il riassorbimento del pomfo causato dall'iniezione avviene in 60' e più nei sani o in malati di malattie non idropizzanti, avviene rapidissimamente in svariate forme di edemi ed in numerosi casi di cachessia tubercolare. Ritengono però che la maggior rapidità di scomparsa del «test» dipenda da aumento di idrofilia solo nei casi di discrasia, con impoverimento di acqua, mentre nelle varie forme di edema stimano essa sia dovuta alle particolari condizioni morfologiche del connettivo, la cui sostanza intercellulare, diminuendo di consistenza per l'aumentato contenuto in acqua si lascia più rapidamente permeare dal liquido iniettato.

F i n z i (Alessandria). *Relazione sul reperto chirurgico del caso di ascite presentato da De Toni nella seduta precedente.* — Riepilogato il caso clinico, l'O. riferisce il reperto operatorio che si può così sintetizzare: Esiti di pregressa peritonite specifica; periepatite con successiva cirrosi capsulare del fegato che raggiunge quasi lo stadio del così detto fegato candito di Curschmann, retrazione del legamento epato-duodenale.

F o r n a r a (Novara). *La cura delle encefaliti acute.* — In base alla propria esperienza di questi ultimi cinque anni l'O. asserisce che la cura delle encefaliti sporadiche secondarie debba esser sopratutto sintomatica. Occorre innanzi tutto stabilire se le convulsioni sono di natura spasmofiliaca od encefalitica: nel primo caso la cura deve essere a base di bromuri e sali di calcio sussidiata da raggi ultravioletti, nel secondo a base di luminal e di punture lombari evacuatrici; recentemente in qualche caso ha unito alla puntura lombare l'iniezione endorachidea di piccole dosi di adrenalina ottenendone risultati incoraggianti.

P o g g i o e F a d d a. Ricordano i benefici effetti terapeutici ottenuti da punture lombari fatte a scopo diagnostico.

R i n a l d i (Novara). *I disturbi riflessi addominali della litiasi urinaria.* — L'O. passata in rapido esame la ricca letteratura sulle manifestazioni nervose riflesse che la colica nefritica può dare all'ambito dell'apparato gastro-intestinale, manifestazioni che possono essere di grado tale da simulare l'occlusione intestinale, riferisce tre casi di cui due di calcolosi reno-uretrale con sindromi pseudo-occlusive che scomparvero in terza ed in ottava giornata con l'eliminazione della renella e dei calcoli ed il terzo di pielo-nefrite acuta in cui il fatto occlusivo, dimostratosi inesistente all'autopsia, portò ad un inutile intervento.

Attribuisce il fatto a rispondenze nervose che esistono tra i gangli del rene e quelli del plesso addominale.

G a i d a n o (Alessandria). *Risultati della trasfusione del sangue in un caso di anemia grave secondaria in un bambino ipotrofico.* — Accennati i due principali metodi con cui si può procedere alla trasfusione del sangue e le diverse interpretazioni date dai vari autori all'azione del sangue iniettato, l'O. riferisce il risultato ottenuto dalla trasfusione in una bambina ipotrofica di mesi 12 affetta da anemia grave a tipo clorotico, instauratasi dopo una broncopolmonite a decorso prolungato. Con la introduzione endomuscolare di 400 cc. di sangue nello spazio di 20 giorni ottenne le seguenti modificazioni ematologiche:

a) prima della cura il reperto era: Hb (Sahli) 30, Globuli rossi 3,150,000, valore globulare 0,48, globuli bianchi 9,800.

b) Dopo la cura: H b (Sahli) 80, Globuli rossi 5,200.000, Valore globulare 0,7, globuli bianchi 16.800.

Ne seguì anche un progressivo aumento del peso e non venne mai osservato alcun disturbo tranne qualche rialzo termico dopo le prime punture (temp. 38 interna).

Ritiene di poter attribuire tale risultato all'azione opoterapica stimolante la funzionalità emopoietica della trasfusione che, per la facilità di esecuzione scevra da inconvenienti sia immediati che a distanza, deve sempre tenersi in considerazione fra i vari metodi di cura delle anemie gravi.

B e n e d e t t i e C u r r a d o (Asti). *Un caso di morte per somministrazione di dosi minime di un prodotto di scomposizione di b. tubercolare.* — Gli OO. riferiscono il caso di un uomo con lesioni polmonari specifiche di lieve entità datanti da qualche anno ed in condizioni generali buone al quale vennero somministrate per iniezione intramuscolare quantità minime di un prodotto di scomposizione di b. tubercolari, dosate dai preparatori in unità. Non somministrarono mai dosi superiori senza esser ben certi che la precedente non avesse dato aumenti di temperatura, ma mentre le prime quattro dosi non diedero disturbi, la quinta (63,5 unità) a distanza di circa 36 ore diede luogo a reazione termica imponente (41°) e ad un così rapido aggravamento da determinare la morte a cinque giorni dall'insorgenza della febbre. Imponenti furono le reazioni locale e generale, nulla quella di focolaio forse per la precipitata rapidità dell'esito.

Gli OO. giudicano l'azione del preparato come nettamente tubercolinica per quanto lo scopritore la descriva come prevalentemente aspecifica, di catalizzazione.

S a n t o n è M. (Alessandria). *Parkinsonismo da encefalite epidemica in soggetto luetico.* — L'O. riferisce un caso di sindrome parkinsoniana insorta in una donna di 24 anni che 5 anni prima si contagiò di lue e tre anni fa sofferse di una forma febbrile acuta accompagnata da lieve sonnolenza. La R. W. sul sangue fu positiva; normale il liquido c. r. Le cure antiluetiche non sortirono alcun risultato. Tra i sintomi presentati dalla paziente l'O. fa notare la paralisi dei movimenti associati dei bulbi oculari e la palilalia, che, sebbene non sempre rilevabile, compariva talora assai caratteristica.

Il Segretario: CAREZZANO

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE - BARI

Seduta del 24 marzo 1927

Presid.: prof. N. LEOTTA

P a o l u c c i. *Cisti ematica del collo.* — L'O. riferisce un caso operato in un bambino di 10 mesi di cisti della regione sopraclavicolare destra situata sotto l'aponevrosi cervicale media con un peduncolo profondo impiantato fra i rami del plesso brachiale. Fu necessario l'enucleoresezione della cisti che aveva la grossezza di un piccolo mandarino con aspetto esterno irregolare e consistenza molle elastica, ed era costituita in parte da un tessuto spugnoso e per la maggior parte da una grossa cisti, a concamerazioni, e contenente liquido ematico, di color rosso cupo. L'esame istologico rivelò una struttura tipica di linfangioma cistico con consecutiva trasformazione in un punto del tessuto connettivo adulto in tessuto connettivo a carattere embrionario con cellule giganti polinucleate. Positiva la ricerca dei granuli di emosiderina.

P a o l u c c i. *Milza malarica migrante. Splenectomia.* — L'O. ha operato una donna di 25 anni, malarica con grossa milza a sede pelvica che aveva spostato in basso lo stomaco e l'angolo sinistro del colon. I disturbi soliti concomitanti alla splenoptosi ed alla splenomegalia erano stati per un certo tempo offuscati e complicati a disturbi dolorifici a sede ipogastrica dovuti a crisi uterine espulsive per ritenzione di residui placentari abortivi. La splenectomia condusse l'inferma a guarigione com-

Digitized by Google

pleta e l'esame istologico della milza dimostrò le comuni alterazioni della milza malarica.

Ciusa e Cremonini. *Ricerche sul N benzil-β-naftilamina.* — Comunica i risultati delle sue ricerche sulla N benzil-β-naftilamina. Per riduzione del nitroso derivato ottiene la benzil-naftilurazina, della quale prepara il cloridrato, il picrato, ed i composti di condensazione con numerosi composti carbonilici. Per opulazione coi sali di diazonio furono ottenuti vari composti benzil-amino-naftalalin-azoici.

Balacco F. *Sulla presenza del virus rabico nei tessuti oculari* — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche condotte allo scopo di ricercare la presenza dei corpi del Negri nei tessuti nervosi dell'occhio di coniglio. Egli ha diviso le sue ricerche in tre gruppi. Nel primo ricerca le inclusioni specifiche della rabbia nell'occhio di conigli morti per inoculazione subdurale di virus fisso e di strada; nel secondo nell'occhio di conigli infettati con virus di strada per via endoculare; nel terzo infine studia le relazioni esistenti fra virus rabico e tessuti oculari Nelle prime due serie servendosi del metodo del Neri per mettere in evidenza i corpi del Negri e che l'O. dichiara ottimo, non è riuscito a mettere in evidenza tali fenomeni, mentre positivi si erano dimostrati i reperti sui cornì di Ammone degli stessi conigli.

Nell ultima serie pur iniettando acqueo, vitreo, retina, nervo ottico e cornide di conigli morti di rabbia sotto la dura madre di altri conigli, non è riuscito mai a provocare in questi ultimi la rabbia.

L'O. per tanto ritiene che il virus rabico non doveva esser presente negli occhi dei conigli in esperimento

Perrini. *Influenza del lavoro muscolare sul riflesso rotuleo.* — L'O. ha trovato che il lavoro aumenta l'altezza del riflesso non solo nell'arto che lavora, ma anche nell arto che riposa e questo ha notato anche nel lavoro dell'arto superiore. L'O esclude che si tratti di un fenomeno periferico perchè in tal caso esso dovrebbe soltanto notarsi nell'arto che lavora. Pensa invece che il lavoro muscolare in genere determini un aumento del potere inibitorio cerebrale che si traduce con aumento del riflesso rotuleo.

Bonomo. *Le modificazioni della meccanica respiratoria dopo la resezione unilaterale dei nervi intercostali.* — L'O. riferisce alcune considerazioni fatte attorno ad un caso operato di resezione unilaterale di tutti i nervi intercostali allo scopo di immobilizzare il torace in un tubercoloso polmonare. L'O. ha posto in evidenza la completa paralisi dei movimenti in ed aspiratori fisiologici con cospicuo appiattimento dell'emitorace corrispondente e movimento parodosso dell'emitorace operato nel senso di poter affermare, nella tanto dibattuta questione nell'uomo circa il valore dei vari muscoli respiratori, la netta prevalenza dei muscoli intercostali sul diaframma.

Gaudio N. *Ano duplice in bambino rachitico.* — L'O. riferisce su di un caso di ano duplice in un bambino di due anni che presentava contemporaneamente l'atresia di uno degli orifici e l'imperforazione parziale dell'altro. Discute sull'origine di tale rara malformazione e l'attribuisce ad un ritardo nello sviluppo della fossetta anale. Spiega come la presenza del prolungamento del rafe scrotale possa esser causa di questa duplicità.

Nisio. *Sul pneumotorace ad ipotensione mono e bilaterale.* — L'O. comunica i risultati di 12 casi trattati col pneumotorace ipotensivo monolaterale e quattro trattati col pneumotorace ipotensivo bilaterale. Dopo aver toccato alcuni problemi riguardanti la maniera di agire di questo tipo di pneumotorace e la tecnica relativa, si mostra favorevole alle insufflazioni di piccole dosi con rifornimenti non molto distanziati uno dall'altro. L'O. riferisce i buoni risultati clinici ottenuti.

Gaudio N. *Su la presunta rigenerazione della milza.* — L'O. riferisce i risultati di alcune esperienze da lui istituite per vedere se la milza si rigenera negli animali splenectomizzati. Egli in un gruppo di animali (cani) ha eseguito la splenectomia e più ha disseminato nel peritoneo frammentini di milza, sia traumatizzando quest'ultima prima di asportarla, sia versando nel cavo peritoneale un'emulsione di tessuto splenico. In una serie di controllo ha soltanto asportato la milza evitando ogni trauma di questa. Dopo molti mesi dall'intervento ha notato nei la prima serie di esperimenti numerosi noduli impiantati sul peritoneo aventi una tipica struttura splenica. Presenta varie microfotografie.

Il Segretario: C. Rossi

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Seduta del 6 maggio 1927

Presid.: prof. E. Alfieri

Perroncito A. *Sulla gotta sperimentale.* — Con determinati ostacoli posti alla circolazione epatica è riuscito ad ottenere nel cane una sindrome e un quadro anatomo-patologico molto vicino a quello della gotta umana e caratterizzati principalmente da uricemia, lesioni monoarticolari e di poche articolazioni con infiltrazione uratica dei legamenti e della cartilagine e erosioni delle cartilagini articolari, nefrite interstiziale cronica e precipitati uratici della vescica e nei bacinetti.

L'O. conclude che la lesione epatica deve essere considerata come un elemento essenziale e probabilmente come causa efficiente nell'iperuricemia e nella gotta.

Rabbeno A. *Sui saponi di calcio. Nota III. Azione degli oleati e stearati di sodio e di calcio sulla cagulazione del sangue.* — L'O. conchiude che gli effetti anticoagulanti, emolitici e tossici dei saponi di sodio e di calcio, sono riconducibili ad un medesimo chimismo, nel quale predomina l'azione dell'acido grasso.

Cossali C. *Sull'attività fagocitaria delle cellule giganti di Bizzozero.* — In base ad esperienze fatte su conigli con iniezioni intramidollari di sospensioni batteriche, ha riscontrato nel protoplasma delle cellule giganti di Bizzozero i microrganismi circondati da un evidente vacuolo; fatto che dimostra evidentemente l'attività fagocitaria dei megacariociti verso i detti elementi.

Migliavacca A. *Sulla fine struttura di globuli deutoplasmatici.*

Barbieri D. *Studi ulteriori sull'azione del siero antipiastrinico.* (Nota II). — L'O., dai risultati delle sue esperienze, conclude che la viva reazione splenica (distruzione della polpa e formazione di laghi sanguigni) è caratteristica del siero antipiastrinico.

CONGRESSI ESTERI

IV CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA E FARMACIA MILITARE

(Varsavia, 30 maggio - 4 giugno 1927)

Dopo i precedenti congressi di Bruxelles, nel 1921, di Roma, nel 1923, e di Parigi, nel 1925, il IV Congresso Internazionale di medicina e farmacia militare ha avuto luogo recentemente a Varsavia, con l'intervento di più di 2000 congressisti, convenuti dai vari Paesi di Europa. La classica ospitalità della Polonia non è venuta meno lla sua fama anche questa volta e la seduta inaugurale, con l'intervento delle maggiori Autorità politiche e scientifiche, è stata veramente imponente. Il 31 maggio hanno avuto inizio le relazioni ufficiali.

I. Relazione. *Servizio di sanità in guerra. Il trasporto dei feriti nella guerra di movimento.* Relatori: per il Brasile, C. E. Guimaraes, per la Polonia, Garlowski e Sawadowski. I relatori insistono sulla necessità che il trasporto dei feriti in guerra si effettui rapidamente e avvisano ai mezzi migliori pen raggiungere tale scopo.

Alla relazione, seguono varie importanti comunicazioni sullo stesso argomento, tra le quali notiamo quella del Caccia (Bologna) sull'uso delle teleferiche nel « Trasporto dei feriti nella guerra di movimento in montagna », quella di Spire (Francia) sul « Trasporto dei feriti con aeroplano » ecc.

In fine della seduta il Congresso, tenendo presente quanto hanno esposto i precedenti oratori, formula delle conclusioni generali sul tema di relazione, dalle quali emerge la necessità di saper adattare in guerra il trasporto dei feriti alle particolari condizioni di terreno, di clima, ecc. usando ora mezzi più leggeri e più rapidi ora mezzi meno improvvisati e più sicuri, e non dimenticando che grande sviluppo dovrà darsi all'aviazione sanitaria, la cui organizzazione in tempo di pace è della più alta importanza, perchè se ne possano trarre utili vantaggi in guerra.

II. Relazione. *Conseguenze dei traumatismi cranici e loro cura.* Relatori: per la Grecia, Papastratigakis e Aisopos, per la Polonia, R. Weglowski.

Papastratigakis e Aisopos trattano più particolarmente delle conseguenze nervose, nevrotiche e psichiche dei traumatismi cranio-cerebrali Secondo essi, in queste conseguenze bisogna distinguere: il trauma causale e le predisposizioni individuali. La sintomatologia ne è la più varia ma, in linea generale, si possono classificare le sindromi atopiche (epilessia, nevrosi e psicosi), in un gruppo, e le manifestazioni organiche dipendenti da una lesione localizzata, in un altro gruppo. Anatomo-patologicamente, le lesioni possono essere: dirette (meningiti e encefaliti); associate con infezioni o infiammazioni; indirette (lesioni del labirinto o delle ghiandole endocrine). L'intensità dei disturbi non è sempre proporzionale alla gravità e alla estensione della ferita. La prognosi dipende dalla localizzazione, dalla natura della lesione, ecc,: è in genere più favorevole per i disturbi funzionali, più grave pen le lesioni a focolaio e per le

Digitized by Google

psicopatie innestatesi su un terreno degenerato. La cura sarà sintomatica (terapia nervosa) o causale (interventi chirurgici, fisioterapia).

Weglowski si occupa, invece, delle conseguenze chirurgiche propriamente dette dei traumatismi cranici. Egli distingue: 1° le perdite di sostanza cranica e cerebrale, preconizzando per esse una cura chirurgica precoce e molto accurata per evitare cicatrici viziose; 2° i corpi estranei intracerebrali, i quali generalmente s'incistano e che, spesso silenziosi, possono provocare seri disturbi derivanti dalla loro localizzazione; 3° gli ascessi cerebrali post-traumatici, per i quali è necessario un largo drenaggio e sono a prognosi grave; 4° l'epilessia post-traumatica, per la quale l'O. consiglia l'intervento chirurgico.

Dopo le numerose comunicazioni che seguirono alla relazione ufficiale sullo stesso argomento, il Congresso ha adottato delle conclusioni generali, dalle quali risulta che l'esperienza di guerra ha dimostrato che, tra i postumi dei traumatismi cranici, l'epilessia, le nevrosi, i disturbi psicopatici, ecc., si sviluppano in individui già predisposti; è perciò che detti individui debbono essere eliminati dall'esercito, anche in tempo di guerra. D'altra parte sembra dimostrato che tra i traumatizzati di guerra presentano conseguenze peggiori quelli che hanno presentato una suppurazione prolungata, per cui bisogna sempre far di tutto per ottenere la guarigione delle ferite del cranio per prima intenzione. Tra i postumi di traumatismi cranici sembra, poi, più frequente e più grave l'epilessia.

III. Relazione. *Etiologia e profilassi della grippe.* Relatori: per la Danimarca, Jurgens; per la Polonia, L. Karwacki.

Jurgens ritiene che il cocco-bacillo di Pfeiffer non può essere considerato come l'agente specifico della grippe, ma che rappresenta solo un germe di associazione; il germe specifico della grippe è, invece, probabilmente un virus filtrabile. L'O. inoltre richiama l'attenzione sull'importanza dell'isolamento dei malati di grippe, specie negli ambienti militari. Il Karwacki si associa, in linea di massima, alle idee del precedente O.

Tra le comunicazioni sull'argomento, notiamo quella di Dopter sul «La anergia grippale», quelle di Costa, Dujarric de la Rivière, Sacquepée e Guibert sulla profilassi della grippe, quella di Guibert su «La cura delle complicazioni della grippe», ecc.

IV. Relazione. *Gli arsenobenzoli: metodo di analisi e di valutazione clinica.* Relatori: per la Lettonia, Blumenthal; per la Polonia, St. Weidlee-Wi Poplawski.

Il Blumenthal è d'avviso che il metodo di controllo e di preparazione degli arsenobenzoli del dott. F. De Myttenaere sia quello che più degli altri oggi debba essere utilizzato in pratica.

I relatori polacchi osservano, d'altra parte, che l'indice di refrazione del neosalvarsan è in rapporto con la tossicità del prodotto esaminato e che l'esame refrattometrico può permettere di discernere l'origine del prodotto in esame. Così pure le curve ottenute con la determinazione degli indici di refrazione dello strato superiore delle soluzioni 10 % dei prodotti tossici, curve stabilite in rapporto al tempo trascorso dall'esposizione della soluzione all'aria, differiscono, in generale, dalle curve dei prodotti non tossici, provenienti dalla stessa fabbrica. Sarebbe, perciò, indicato, per determinare l'identità e l'innocuità degli arsenobenzoli, che le fabbriche facessero conoscere, sia la quantità di arsenico contenuta nel prodotto messo in commercio, sia l'indice di refrazione approssimativo iniziale delle soluzioni al 10 %.

Come conclusioni generali, dopo la discussione a riguardo, il Congresso ha stabilito, che ogni novarsenobenzolo preparato per uso medico deve avere un contenuto in arsenico non inferiore al 19 % nè superiore al 20 %; ha inoltre riconosciuto necessario il metodo del saggio tossicologico sull'animale (coniglio, sorcio, ratto). Si è stabilito pure che, nel caso nel quale venisse studiata l'azione d'un arsenobenzolo su di un'affezione sperimentale da tripanosoma, si dovrà parlare di «attività tripanocida sperimentale», facendo seguire a tale denominazione il nome della specie del flagellato usato. E' raccomandabile di servirsi del T. Brucei.

Nella seduta finale si è deciso che il prossimo Congresso avrà luogo a Londra, nel 1929. I futuri argomenti posti all'o. d. g. sono: 1° Servizio di sanità in guerra: trasporto dei feriti per via marittima ed aerea. 2° Ferite dei vasi. 3° Le febbri epidemiche di breve durata (dengue, febbre dei tre giorni). 4° Analisi del vetro e del caucciù destinato al materiale medico-chirurgico.

Al Congresso è stata annessa un'esposizione internazionale d'igiene e di materiale per servizi sanitari, ottimamente riuscita. Varie gite, inoltre, nella città e dintorni, hanno allietato le sedute scientifiche.

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

Sindromi isteriche e simulazione

Argomento, che interessa il pratico, ed è stato trattato dal prof. Lattes (direttore dell'Ist. di Med. Legale nella R. Univ. di Modena) e dal Prof. A. Sacerdote (del Manicomio di Torino) con un contributo semeiologico (*Arch. di Antrop. Criminale*, 1927, fasc. 1) di spiccata importanza.

Una giovine ventenne, nubile, lavorando nella torcitura della seta artificiale, riportò una ferita da scheggia metallica al quadrante infero-interno dell'occhio sinistro. La scheggia che aveva discrete dimensioni, fu estratta. Alla estrazione tennero dietro, nell'identico occhio sinistro, blefarospasmo; anestesia della cornea e delle congiuntive in tutta la loro estensione; anestesia delle due palpebre fino in corrispondenza del margine orbitario e degradante all'infuori in una ipoestesia cutanea che si protende in alto fino a metà della fronte, all'interno fino al dorso del naso, in basso ed all'esterno ad 1 cm. circa all'infuori del margine orbitario con confine ad esso parallelo. L'occhio fu sottoposto a ripetute osservazioni e in seno alla ferita identica, dalla quale era stata estratta la prima scheggia, si rinvenne un secondo microscopico frammento metallico, che fu estratto con la elettro-calamita. Non ostante questa seconda estrazione, non si modificarono nè il blefarospasmo, nè l'anestesia della cornea e della congiuntiva, nè la ipoestesia cutanea. Anzi si aggiunsero questi altri sintomi: amaurosi dell'occhio sinistro, midriasi in questo identico occhio, strabismo convergente nell'occhio destro (quello che non era stato ferito), tremore del globo oculare sinistro a minutissime scosse, antero-posteriori, di tipo clonico-fibrillare, assai meno estese e più uniformi di quanto si verifica nel comune nistagmo. Il campo visivo risultò normale per ampiezza, per forma, per recettività ai colori.

Innanzi a questi fatti, è facile diagnosticare: isterismo traumatico. La scheggia con la piccola ferita annessa avrebbe provocato e localizzato nell'occhio i fenomeni dell'isterismo.

Frattanto la inferma riferiva che, dopo essere stata ferita all'occhio sinistro, in certi momenti sentiva colare sul volto abbondanti rigagnoli di sangue, che scendevano dall'occhio offeso e bagnavano la guancia e in quantità valutabile in complesso ad un cucchiaino da caffè. Rimosso il sangue, le congiuntive, palpebrale e bulbare, il canale lacrimale, la cute delle palpebre e quella della guancia non mostravano nulla di speciale, nè vasi gementi, nè ecchimosi. Questo improvviso gemizio di sangue si è ripetuto, per circa 2 mesi, dentro e fuori dell'ospedale, ed è stato un fenomeno indiscutibilmente simulato. Anzitutto, nè il medico curante, nè le suore infermiere, nè alcuna altra persona ha potuto mai notare *de visu* il passaggio tra lo stato normale del volto e la presenza di sangue. La inferma avvertiva gli altri su questa presenza esclusivamente quando il sangue già si notava. Eppoi, come fatto di spiccato interesse diagnostico, il Prof. Lattes ha cimentato al saggio della emoagglutinazione il siero e i globuli rossi del sangue, che la inferma presentava sul volto e che veniva raccolto in piccole bende, comparativamente al sangue prelevato artificialmente e direttamente da Sacerdote nella identica inferma. La massima parte delle ricerche fu fatta alla temperatura di 25° con tecnica microscopica in goccia pendente.

Ebbene il sangue del bendaggio reagì non come sangue umano, ma come sangue appartenente ad animali diversi, tanto che non mostrò alcuna isospecificità, ma semplicemente eteroagglutinazioni. In altri termini il saggio di laboratorio comprovò trattarsi di emorragia simulata.

Certamente la inferma non aveva alcun interesse di simulare la emorragia, perchè non chiedeva risarcimento o indennizzo da chicchessia per il trauma della scheggia penetrata nell'occhio. Si può escludere che siasi trattato di «lacrime sanguigne», una volta che il sangue raccolto ogni volta non era diluito, anzi coagulato in parte, e la irritazione delle ghiandole lacrimali, attuata a scopo d'indagine, provocò la fuoriuscita di lacrime abbondanti, ma limpide ed incolori e non si ebbe mai fuoriuscita di sangue o di liquidi sanguinolenti dal naso.

Quanto all'anestesia del globo oculare e delle palpebre, trattasi di un sintoma, piuttosto frequente in senso generico, cioè quale localizzazione dei disordini sensitivi nell'ambito del trauma, che perciò funziona

Digitized by Google

da polarizzatore dei perturbamenti psichici generali verso il punto, ove il trauma si esplicò. La interpetrazione identica vale per il blefarospasmo, per il tremore del globo oculare, per lo strabismo, per l'amaurosi, per la midriasi, che si notarono nell'inferma dopo il trauma.

Nell'ultima parte della memoria gli AA. si occupano di un lato dell'argomento, che interessa molto la pratica circa la interpetrazione da dare alla simulazione quando chi simula è un isterico.

Certamente l'isterico, per la natura della sua malattia, abitualmente simula. Ma ritengo che se l'isterico è costretto a simulare, lo fa coattamente, come un cerebelloso cammina coattamente in un dato modo. Ho avuto occasione di esprimere, varie volte, su questo giornale, la maniera, con cui concepisco la natura dell'isterismo. L'anomalia fondamentale per me risiede nella esagerata plasmabilità di tutta la biologia organica verso un punto di mira, che affiori nel campo delle funzioni nervose, tanto psichiche quanto della vita detta vegetativa. Secondo la differenza del punto di mira la biologia organica si plasma nel senso di un'anestesia, di una paresi, di un'allucinazione, di uno spasmo, di un perturbamento endocrino o degli scambi nutritivi.

Una volta organizzatasi in un determinato senso la plasmabilità eccessiva, non può, nell'isterico, parlarsi di simulazione come volontà cosciente di organizzare un trucco a scopo personale di lucro o di altro sfruttamento altrui. L'isterico è coatto a simulare in un dato senso, che si è plasmato nella fattispecie per la qualità peculiare del punto di mira, che, nel caso del trauma, consiste nello shock locale o generale: shock che in un individuo sano non lascia tracce (a meno che le lesioni traumatiche non siano ben nette), laddove nell'individuo isterico si plasticizza nelle forme nosografiche, che si sono conglobate sotto la denominazione d'isterismo traumatico. Si vede perciò l'isterico costretto a simulare, anche quando gli si prospetta che non ricaverà alcun indennizzo dalla sindrome morbosa, provocata da un trauma; l'isterico diventa un coatto istrione del trauma.

Nella inferma, studiata così rigorosamente e complessamente dagli AA., la emorragia del volto cessò dal giorno, in cui le fu comunicato che le era stata estratta la seconda scheggia dalla congiuntiva, ma rimasero tutti gli altri sintomi oculari, obbiettivamente associati, come il blefarospasmo, la midriasi, l'amaurosi, l'anestesia periorbitaria. Scomparve l'istrionismo simulatore della emorragia, restò la sindrome oculare, che il trauma aveva plasmato.

ANDREA FERRANNINI

La radiografia nelle mastoiditi latenti

CALICETI (*Annali di Laringologia Oto-Rino-Faringologia*, fasc. II, 1927) ricorda che da molti autori (Lange, Law, Bruzzi e Ferretti ecc.) si è indagato se la radiografia possa supplire al difetto dei sintomi clinici nelle suppurazioni timpaniche acute che si accompagnano a mastoidite latente. Il Bruzzi e il Ferretti, sulla base di osservazioni proprie avevano stabilito una classificazione dei reperti radiologici, in base alla quale l'intervento avrebbe dovuto essere deciso, nonostante l'assenza di sintomi clinici apparenti. I reperti radiologici erano i seguenti: 1) semplice intorbidamento della trasparenza cellulare; 2) scomparsa della nitidezza dei cordoni cellulari; 3) scomparsa parziale della struttura della mastoide; 4) scomparsa totale della struttura della mastoide; 5) scomparsa delle cellule per condensazione ossea.

Sulla base di otto osservazioni personali, l'A. ha dovuto constatare che il mezzo radiografico, non basta per sè a supplire le deficienze dei dati obbiettivi e subbiettivi e quindi nelle mastoiditi latenti il giudizio è ugualmente incerto come quello clinico.

Resta però innegabile il suo valore ausiliario che unito ad altri piccoli e vaghi sintomi e sopratutto al decorso, fornisce un elemento in più sull'esistenza di un processo flogistico mastoideo.

Inoltre il radiogramma dà indicazioni molto utili d'indole topografica e anatomica mettendo in grado di conoscere il tipo di mastoide, le varie cellule e i vari gruppi di cellule esistenti.

TERAPIA

La cura del fluor vaginale

A. PINKUSS (Berlino, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 22) opportunamente pone in rilievo che finora il *fluor vaginalis* (che pure affligge il 50 % delle donne che si recano dal ginecologo) era curato solo con mezzi palliativi data solo da qualche anno l'introduzione di una vera terapia eziologica.

Si è infatti determinato che il mantenimento o il ripristino della secrezione vaginale normale, o meglio la capacità della mucosa vaginale di provvedere ad un'autoepurazione dipende da tre fattori biologicamente concordanti, vale a dire che 1) la parete vaginale sia intatta col proprio contenuto in glicogene (o che almeno le erosioni epiteliali siano rapidamente riparate); 2) che la flora normale vaginale (bacillus vaginalis seu acidophilus) si mantenga vivace; 3) che l'acidità del contenuto rimanga costante.

Così bisogna incominciare, per attuare una razionale terapia del fluor vaginalis, dall'allontanare quelle cause di natura termica, meccanica o chimica che possano agire dall'esterno, come pure quelle cause interne che hanno azione indiscutibile su tutto l'organismo: debolezza di costituzione, anemia, alterazioni circolatorie, ptosi viscerale, diatesi essudativa, balneoterapia, calcio, fosforo, opoterapia etc.

Si prescriveranno quindi volta a volta tonici e corroboranti generali, balneoterapia, calcio, fosforo, opoterpia etc.

Come cura locale giovano gli antisettici e gli astringenti, ma se vengono adoperati molto a lungo essi finiscono con l'alterare la parete vaginale e la sua funzione biologica, rendendo più facile poi l'attecchimento di germi patogeni.

D'altra parte non si può proibire alla paziente di farsi delle irrigazioni, che le danno sollievo e la mantengono pulita; bisogna solo scegliere un preparato che non danneggi, anzi rinforzi la mucosa vaginale e l'attività normale dei germi proprii della vagina.

L'Autore ha adoperato con vantaggio a questo scopo il Plantafluid (Max Loebinger e C. Berlin Schöneberg), preparato vegetale per i suoi costituenti essenziali, il quale riporta automaticamente la reazione della mucosa vaginale al grado di acidità naturale.

Il Plantafluid in soluzione per l'aumento della tensione superficiale forma molta schiuma, e questo giova alla rimozione del secreto vaginale. Il preparato è stabile, si conserva lungamente inalterato e rimane sterile anche dopo l'inquinamento con germi patogeni.

Il preparato è raccomandabile anche per il suo odore di camomilla, che lo rende molto gradito alle pazienti.

L'Autore ha già una statistica di una settantina di casi di pazienti con fluor vaginalis, che si sono molto avvantaggiate dell'uso del Plantafluid.

Esso può venir adoperato anche nella colpite catarrale, nell'ipersecrezione da gravidanza, nella colpite da gravidanza, dopo applicazioni di radio intrauterine od intravaginali, etc.

All'inizio della cura si sciolgano 2 tavolette di Plantafluid in un litro di acqua tiepida; dopo qualche tempo è sufficiente una sola tavoletta per la stessa quantità di liquido.

L'autosieroterapia nella tubercolosi laringea

LUZZATTI (*Annali di Laringologia* ecc., fasc. II, 1927) asserisce che un'ammalata affetta da vegetazione laringea di natura specifica, riceve cure locali di acido lattico e cure generali ricostituenti, che la mettono in condizioni di progressivo e celere miglioramento sia locale (graduale scomparsa della granulazione, miglioramento sensibile della voce) che generale. Allo scopo di affrettare la guarigione, l'A. pensa di ricorrere all'autosieroterapia che egli pratica in quantità poco maggiore di un cmc., prelevato mediante un piccolo vescicante al braccio, e iniettando sotto cute. Reazione generale marcata, temperatura da 37,2 a 38,3, sudori profusi, grande debolezza generale e sopratutto improvvisa perdita della voce dopo due giorni dall'iniezione. L'esame laringoscopico mostra riconparsa della granulazione primitiva della corda vocale sinistra allo stesso punto e nelle stesse dimensioni iniziali.

L'ammalata rifiuta ulteriori iniezioni d'autosiero, ma riprende la cura con l'acido lattico finchè dopo ben due mesi ritorna nelle condizioni primitive fino a migliorare completamente riprendendo il tono normale di voce.

Questo caso induce l'A. a considerare che mentre l'incidente ha confermato la natura, già dubbia, della granulazione alla corda vocale, la quale non aveva dei caratteri nettamente distintivi, dall'altro lato il rifiuto dell'ammalata forse è stato utile poichè non si può dire quali conseguenze più gravi avrebbe indotto l'insistere nell'autosieroterapia.

Sicchè non è consigliabile di ricorrere a questo ausilio terapeutico nelle laringiti tubercolari, potendosi provocare dei danni gravi, per la riaccensione di un processo che può evolvere spesso bene con altre cure o con le sole norme igieniche.

Terapia fisica e interventi chirurgici nelle peritoniti croniche

PAUCHET (*La Clinique*, n. 87, giugno 1927) ritiene che la cura di scelta nelle peritoniti tubercolari è l'elioterapia e, in mancanza di sole, la ultraviolettoterapia, associandovi per 1-1 1/2 ora al giorno la ginnastica respiratoria, con o senza spiroscopio. Inoltre nelle varietà ulcero-caseosa e fibrosa non v'è da pensare ad alcun intervento chirurgico, an-

Digitized by Google

zi se per errore si è aperto l'addome bisogna guardarsi bene dal ledere l'intestino, per non determinare consecutive fistole assai difficili a guarire. Nella varietà ascitica, invece, si può intervenire per svuotare il cavo addominale, col trequarti o meglio, secondo l'A., praticando una piccola incisione delle pareti addominali sotto anestesia locale per evitare il pericolo di ferire le anse intestinali. Con lo svuotamento dell'ascite, nel 75 % dei casi si raggiunge la guarigione. E' da tener presente che, se si tratta di una giovanetta o di una giovane signora, l'ascite è molto spesso legata ad una salpingite tubercolare: in questo caso non si toccherà la salpingite, poichè essa regredirà spontaneamente sotto l'azione dell'elioterapia e della paracentesi.

Se l'ascite è in dipendenza di una cisti ovarica, bisogna ricorrere alla ovariotomia; se invece è causata da una cirrosi di Laennec, più comunemente si ricorre alla paracentesi, eseguendo la puntura non lateralmente ma, per evitare l'arteria epigastrica, sulla linea mediana. Nell'ascite da cirrosi si può anche ricorrere alla operazione di Talma (sutura del grande epiploon al peritoneo parietale) o a quella di Ruotte (imboccando la safena interna nella cavità peritoneale) o all'operazione di Tavel (drenaggio con crini di Firenze del liquido ascitico nel tessuto cellulare sottocutaneo): di questi vari atti operatori, quello che dà un numero maggiore di successi (circa 20 %) è l'operazione di Talma.

Nelle peritoniti adesive, dipendenti da pregressi stati infiammatori acuti o cronici dei visceri addominali, se vi sono disturbi della canalizzazione intestinale, per ostruzione di un'ansa dell'intestino, il chirurgo suturerà un'ansa dilatata con un'ansa normale; si ottengono così risultati migliori che se si cerca di distaccare le anse adese e si inietta nella cavità peritoneale dell'olio vegetale sterile. Si indagherà, poi, se la causa di dette aderenze sia la tubercolosi o la sifilide, e in quest'ultimo caso si istituirà anche una cura antiluetica. Quando, infine, vi sono disturbi della peristalsi intestinale, sì da far temere l'ileo, si libereranno le anse intestinali e si copriranno le superficie sanguinanti con un pezzo di epiploon isolato, che vien fissato con punti in catgut. Del resto, a scopo preventivo delle aderenze dopo interventi operatori sull'addome, si ripareranno bene le anse durante l'operazione stessa con compresse calde di soluzione fisiologica o con fogli di caucciù e si avrà cura di ben peritoneizzare le superficie prive di peritoneo; dopo l'operazione si provocheranno le contrazioni dell'intestino con iniezioni di estratto ipofisario.

Consigli ai pratici per la cura delle tubercolosi esterne

L'articolo di Calot, di Berck, (*Journal des prat.*, 1927, n. 26) potrebbe essere considerato come una specie di decalogo, che parte naturalmente da un uomo e da un luogo (Berck) notori ambedue per la cura delle tubercolosi esterne etc. Si capisce che traslare si possano i principi fondamentali, non certo i luoghi di cura.

Bisogna, osserva l'A. preliminarmente formarsi una mentalità, un inizio di saggezza: 1. Soggiorno lungo, di anni, sotto la vigilanza assidua del medico. 2. Permanenza necessaria di vita all'aperto giorno e notte, in qualsiasi stagione. 3. Giacitura di riposo a letto in tutte le affezioni pottiche, coxitiche o dell'arto inferiore, salvo ad essere trainati su speciali vetture. 4. Distrazione che renda tollerata la giacitura protratta. 5. Sovraalimentazione ben condotta. 6. Aspirazione ed iniezioni astenendosi completamente da qualsiasi intervento con il bisturi. L'aria della spiaggia di Berck è l'animatrice vera di cotesti infermi.

Ci sono purtroppo rischi di esito mortale, e ci sono modi per scongiurarli. Eccone alcune norme:

1. La setticemia lenta che implica la degenerazione amiloide del fegato, del rene, è causa dei 9/10 dei decessi. Tale degenerazione è dovuta all'apertura dei focolai tubercolosi. Guardarsi dunque da ogni apertura per scongiurare questi insuccessi. Dunque: non operare mai i tubercolosi, non aprire mai gli ascessi congestizi; soltanto pungerli e praticarvi iniezioni. Astenersi dunque è dogma, in tutte le anziricordate tubercolosi e forme affini.

2. Generalizzazione della tubercolosi ai polmoni, ai reni, alla vescica. Questo pericolo è appunto quasi certamente scongiurato quando si imporrà al paziente la vita all'aria libera, mattina e sera; e si avrà come monito astenersi da qualsiasi traumatismo sulla parte malata; il che vuol dire ogni raddrizzamento, ogni apparecchio sia eseguito con la massima e graduale delicatezza. Una delle ragioni della efficacia insuperata di Beck sta appunto nella possibilità di poter godere anche della più completa sottrazione alle noie ed alle pastoie della vita cittadina. Dunque anche in rapporto a codesto pericolo proscrivere ogni atto operatorio.

3. Altro e non dissimile pericolo, è la meningite. Essa potrà anche essere scongiurata, quasi costantemente, accrescendo la resistenza generale del soggetto (epperò opportunissimo, o quanto di meglio, il soggiorno marino, senza escludere che l'infermo sia vigilato, specie se il paziente è nervoso); assicurando il riposo cerebrale del paziente, nonchè astenendosi da ogni intervento cruento, e da bruschi raddrizzamenti.

E dopo tutto questo, che è naturalmente l'apologia dell'opera Calot e del soggiorno di Berck, può concludersi: la guarigione può essere promessa alla famiglia!

I farmaci nella cura dell'elmintiasi

La cura dell'elmintiasi, come fa osservare G. Lèo (*La Clinique*, n. 86, maggio 1927), si serve principalmente di tre medicamenti: il carbonato di bismuto, l'olio di chenopodio e il timolo.

Il *carbonato di bismuto* si usa, specialmente, contro gli ossiuri e gli ascaridi; esso sembra che uccida gli elminti, riempiendone il tubo digerente, e provocandone il dissolvimento. Deve essere preso a digiuno, un'ora circa a distanza dai pasti, prevenendo l'ammalato che le feci possono assumere un colorito nero o bianco.

Si può, per es., prescrivere: Prendere un'ora prima di colezione ed 1 ora prima di pranzo, un bicchiere d'acqua con 10 gr. di carbonato di bismuto chimicamente puro, amorfo. Ciò per 5 giorni di seguito, indi 5 giorni di riposo, e così per tre volte di seguito; per i bambini ridurre la dose di bismuto proporzionatamente all'età.

L'olio di chenopodio si è dimostrato principalmente efficace contro gli ascaridi; ha l'unico inconveniente che, a dosi troppo forti, provoca notevoli lesioni dell'orecchio interno, specie nei malati che hanno l'orecchio già alterato. Si potrà prescrivere: alle 8 del mattino, prendere, con un po' d'acqua, una capsula di:

Olio di chenopodio gocce XV

per una capsula glutinata.

Alle 9, prendere una seconda capsula; alle 10 un forte purgante (olio di ricino, solfato di soda).

Il *timolo* sembra efficace contro ogni varietà di elminti, specialmente contro i tricocefali; per esso bisogna tener presente che diventa tossico se è sciolto in alcool o olio. Premesso ciò, ecco come lo si può somministrare: la sera prima, dieta lattea e un lassativo prima di andare a letto; il mattino dopo, prendere a digiuno, a letto, di ora in ora gr. 0,50-1 di timolo in *cachet*, sì da arrivare ad una dose totale di 4-8 gr. per un adulto, di 1-2 gr. per un bambino. Restare coricati, anche durante le evacuazioni; se si accusano dei dolori di stomaco, prendere un po' di acqua fredda o di ghiaccio. Non preoccuparsi che le urine diventano nere.

Anche contro i tricocefali sono indicati i clisteri con benzina (V-VI gocce di benzina ordinaria in 1 litro d'acqua), ripetuti per 5-6 giorni, 1 volta al giorno.

In pratica, secondo l'A., quando non si conosce la natura del parassita causa dell'elmintiasi, è bene cominciare col prescrivere il carbonato di bismuto e se il risultato clinico non è favorevole si completerà la cura col timolo, facendo ben comprendere al malato la necessità di sopprimere dalla sua alimentazione per qualche giorno l'alcool e l'olio.

La malarioterapia può influire sulla tubercolosi?

Bignami, e più tardi Marcon-Mutzer riferiscono che in paesi molto colpiti dalla malaria, ad onta della mancanza di cure e della povertà delle condizioni economiche è frequente osservare forme fibrose molto croniche di tubercolosi, spesso evolventi spontaneamente a guarigione. Weselko (*Zeitschrift für Tuberkulose*, vol. 48, fasc. 1, 1927) che ha raccolto anche personalmente osservazioni del genere, fu così indotto a tentare la infezione malarica artificiale in tubercolosi affetti da forme evolutive prev. essudative,.

Egli ha infettato di malaria (terzana) 7 tubercolotici, due affetti da forme progredite, cinque da forme lievi, e dopo 3-5 attacchi febbrili, in genere, interruppe l'infezione malarica con un energico trattamento specifico. In tutti i casi si notò miglioramento del peso, fin di 11 Kgr., arresto del processo tubercolare, delle febbre, ecc. in nessun caso complicanze.

L'A. conclude quindi che la malaria influenza favorevolmente la tubercolosi.

PROFILASSI

L'importanza delle goccioline e della polvere per la diffusione della tubercolosi

F. Neufeld (*Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 48, fasc. 1, 1927) dice che è noto che Villemin e poi Koch consideravano l'espettorato disseccato e polverizzato la fonte principale del contagio e che questa opinione fu dimostrata esatta da Cornet, con numerose esperienze.

Flügge e la sua scuola invece sostennero che la fonte più pericolosa del contagio è rappresentata dalle goccioline di espettorato, che re-

Digitized by Google

stano sospese nell'aria, e questa teoria ebbe per molto tempo maggior credito. Più recentemente però gli esperimenti di Chaussé in Francia, di Lange, discepolo dell'A. hanno nuovamente riaperta la questione. La infezione sperimentale degli animali riesce colle goccioline però essa non riproduce esattamente le condizioni naturali, poichè coll'apparecchio di polverizzazione di Buchner, che si usa in queste ricerche, si formano goccioline piccolissime, di 2-20 μ di diametro, le quali restano in realtà sospese a lungo nell'aria e penetrano fin negli alveoli. Infatti esse possono essere aspirate anche facilmente attraverso tubicini di vetro ripiegati parecchie volte. Ma è addirittura eccezionale che un tubercolotico emetta goccioline di diametro inferiore a 100-500 μ. Queste goccioline facilmente precipitano, e se se ne tenta l'aspirazione attraverso tubi di vetro non si riesce che a farle depositare alle pareti dei tubi. Infatti l'infezione della cavia per mezzo di goccioline di sputo di un tubercolotico, riesce soltanto quando l'animale è esposto per lungo tempo all'inspirazione di goccioline di sputo, in immediata vicinanza di un tubercolotico, e in questi casi l'infezione non ha il suo focolaio primario nel polmone, ma nel laringe e talora sulla congiuntiva.

Lange inoltre rileva un'altra possibilità di errore nell'apprezzamento di queste ricerche: è cioè verosimile anche che negli animali infettati dopo esposizione ad inalazione di goccioline, l'infezione si realizzi a mezzo dei bacilli depositatisi colle goccioline sulla cute degli animali e poi polverizzatisi e dopo il disseccamento.

Ma Chaussé e poi Lange hanno anche dimostrato che la infezione aerogena a mezzo di polvere è facilmente realizzabile, e che questa fine polvere contenente bacilli si ferma a volte anche pochi secondi soltanto dopo la polverizzazione umida di materiale infetto su panni di lana o cotone, per spazzolamento o scuotimento.

Lange ha poi dimostrato, con culture di bacillo prodigioso polverizzate su fazzoletti o abiti di lana, che sulla polvere che si liber dopo il disseccamento i bacilli talora sono trascinati da fibre minutissime, o polvere, ma nella metà dei casi circa, si sollevano e restano in aria da soli.

Si può quindi concludere che in condizioni naturali una grandissima importanza spetti alla infezione a mezzo dei bacilli disseccati e poi polverizzati. Conclusione la quale purtroppo rende sempre più difficile la complessa profilassi individuale della tubercolosi.

APPUNTI

Terapia della minaccia di asfissia del feto durante il parto. – Spier (Berlino, *Medizinische Klinik*, 1927, n. 9) per sua esperienza ritiene che giova molto la iniezione endovenosa di strofantina, accompagnata da prolungata narcosi eterea.

Il tiosolfato di sodio negli avvelenamenti da piombo. – Sulla base delle recenti ricerche farmacologiche e sperimentali, l'Ufficio di Sanità Imperiale Germanico prescrive tanto per il trattamento preventivo che quello curativo delle intossicazioni industriali di piombo l'uso del tiosolfato di sodio, il quale deve essere puro per non arrecare danno.

Si incominciano le iniezioni con 0,6 cmc., salendo fino ad 1 gr., in 10 cmc. di acqua distillata, prima due volte, poi tre volte alla settimana; la cura viene ultimata in quattro settimane.

□□□

CONVEGNI PROFESSIONALI

Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista

(Roma, 10-12 luglio 1927)

Con l'intervento di circa duemila sanitari delle due categorie, ha avuto luogo in Campidoglio, il 10 luglio u. s., la seduta inaugurale del Congresso Nazionale dei Sindacati Medici e Veterinari Fascisti. Presiedeva la seduta l'on. Rossoni, presidente delle Confederazioni Sindacali Fasciste, coadiuvato dal barone Mazzolani per il Governatorato, dal comm. Sirleo per il Prefetto, dal comm. Mazza per la Direzione generale di Sanità pubblica, dal col. Gallici, capo dei servizi veterinari del R. Esercito, dal dott. Antonio Cazzella, presidente del Comitato Ordinatore, dal dott. Arnaldo Fioretti, segretario generale del Sindacato medici, dal dott. Ettore Torti, segretario generale del Sindacato veterinari, dal dott. Ruggeri, segretario generale del Sindacato farmacisti, dal comm. Pecori, dal comm Giacomelli e vari altri.

Per il primo, il dott. Cazzella porse il benvenuto ai Congressisti a nome del Comitato Ordinatore, rilevando le benemerenze che l'Italia di oggi ha assunto di fronte al mondo per l'opera fattiva svolta dal Governo in ogni manifestazione della vita. Si augura che dalla discussione dei temi e dalle varie comunicazioni possano venir tratti utili corollari pratici e mette in evidenza il carattere universale della recente «Carta del lavoro», proclamante la necessità di un educativo e moralizzatore mutualismo fra lavoratori e datori di lavoro.

Segue l'on. Rossoni, il quale porta il saluto della Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti e ricorda come anche dopo la trasformazione della organizzazione gli attuali congressisti siano stati i primi ad inquadrarsi nel movimento sindacale fascista. Ritiene che i problemi della sanità debbano essere risolti dagli stessi professionisti che curano fisicamente il nostro popolo; propugna l'unità della organizzazione e la sua funzione culturale e professionale e afferma come oggi i poteri dello Stato non possano trattare dei problemi sanitari senza la legittima rappresentanza della classe sanitaria.

Dopo poche parole dei proff. Torti e Fioretti, la seduta inaugurale ha termine.

Nel pomeriggio dello stesso giorno, il Congresso Medico continua sotto la presidenza dell'on. Guaccero e la vice presidenza dei dott. Montano di Monteleone d'Orvieto, del dott. Pini di Firenze e del dott. Baslini di Milano. Il dott. Arnaldo Fioretti svolge la relazione morale esponendo le realizzazioni raggiunte dalla classe medica pel tramite della Confederazione sanitaria nelle questioni riguardanti la pensione dei sanitari dipendenti da Enti pubblici, nonchè la condotta residenziale in tutta l'Italia ed il riconoscimento dei doveri da parte dei Comuni verso i medici condotti, per cui la carriera di questi è stata garantita. L'O ricorda ancora l'opera svolta dal Sindacato medico a pro' di altre importanti questioni, tra le quali quella del doppio elenco dei poveri aventi diritto all'assistenza medica e farmaceutica, quella della assicurazione obbligatoria per le malattie, quella dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, ecc.

Alla relazione seguì un'ampia discussione: Coen Cagli, a nome degli odontoiatri, raccomanda grande sorveglianza nella compilazione del Regolamento riguardante la legge sull'esercizio delle professioni; De Marco (Cosenza) esprime il voto che sia tolto il divieto ai dipendenti da Enti locali di coprire cariche dirigenti nei Sindacati; Cipollino (Novara) chiede che il diritto di coprire tali cariche sia riconosciuto indistintamente per tutti gli iscritti; Nasini (Genova) pensa che i medici condotti non possano ricoprire alcuna carica nel Sindacato essendo già riuniti in Associazione Nazionale; Levi Bianchini (Teramo) formula un o. d g. in cui si chiede che siano aboliti gli ordini dei medici, che dalla Associazione del Pubblico impiego siano ritirati i medici, i veterinari, i farmacisti e le levatrici, che sia abolita la Associazione Nazionale medici condotti; ecc. Dopo l'approvazione per acclamazione della relazione Fioretti e dopo un'animata discussione sulla questione sindacale, alla quale hanno partecipato i dott. Baroni di Chieti, Giacometti di Milano, Sorrentino di Napoli, Ermanno Fioretti di Roma, Bronsanti di Firenze, Massimi di Anagni, Pirazzoli di Ravenna, Calandra di Palermo, ecc., si procedette alla nomina di una Commissione, composta del presidente on. Guaccero e dei vice-presidenti dott. Montano, Pini e Baslini, con incarico di esporre all'on. Turati la situazione e il desiderio della classe per i provvedimenti del caso.

Nella seduta antimeridiana del giorno 11, venne approvato un o. d. g. di Pini di Firenze affinchè i medici di manicomio abbiano intero il diritto di libero esercizio professionale.

Venne anche approvato un o. d. g. di Cipollino (Novara) col quale si chiede che la istituzione della Scuola Ospitaliera venga edificata dal Governo e ufficialmente riconosciuta agli effetti dell'insegnamento clinico per l'Istituto della libera docenza, ponendo detta Scuola sotto la diretta vigilanza della Università capoluogo di regione. Si discusse infine sullo Statuto del Sindacato nazionale fascista dei medici, sugli organi del Sindacato, sulle norme del Congresso, le attribuzioni del segretario generale e del Direttorio, l'amministrazione, i contributi, il giornale «La Federazione Medica», i provvedimenti disciplinari, ecc.

Nella seduta pomeridiana, presieduta da Baslini (Milano) venne discusso sull'ordinamento interno del Sindacato medico, sulle Casse ammalati, sulla Assicurazione malattie, ecc. Piccinini, di Milano, si occupa quindi della sorte dei medici italiani che vogliono recarsi all'estero, invocando che siano presi in esame tutti i problemi inerenti alla suddetta emigrazione, informando la stampa medica delle reali posizioni che, nei singoli paesi, troverebbero i medici italiani.

All'ultima seduta, presieduta dall'on. Guaccero, viene fatto noto l'e

Digitized by Google

sito della votazione per il nuovo Direttorio nazionale, che è risultato così composto: Ernesto Amati (Piemonte), Carlo Baslini (Lombardia), Filippo Nasini (Liguria), Giuseppe Filippini (Venezia Giulia), Mario Sbargella (Veneto), Piero Capellini (Emilia), Ermanno Fioretti (Lazio), Ernesto Pes (Sardegna), Nicola Barone (Abruzzo), Giulio De Marco (Calabria), Edoardo Calandra (Sicilia), Alessandro Guaccero (Puglie), Arrigo Pirazzoli (Romagna), Urbano Sorrentino (Campania), Montano Mauro (Umbria), Porcelli (Toscana), Enrico Civelli (Marche). Della Giunta esecutiva sono chiamati a far parte E. Fioretti, Guaccero, Nasini, Civelli, Sorrentino e Montano. Il Congresso quindi vien dichiarato chiuso, dopo aver inviato telegrammi di omaggio al Duce e agli on. Turati, Bottai e Rossoni.

Di altri ragguagli ci occuperemo in numeri successivi.

RILIEVI BIBLIOGRAFICI

Italianità di pensiero

Ne gioiamo, sopratutto quando la impronta della italianità emerge dall'animo di un giovane.

Questo giovane fa parte della nostra redazione: Mario Musella. L'animo suo liberamente si espande in «Frammenti di scienza», in questo libro, di pubblicazione recente (Casa Edit. Idelson, Napoli, con prefazione di P. Castellino), in cui non vi ha problema, agitato durante quest'ultimo decennio, nell'ambito della biologia, che non sia lumeggiato con fervore d'intenti, a cui dà immediata simpatia nell'animo del lettore l'arte del dire, non meno sincera e recisa delle convinzioni profondamente sentite.

La crescita e la psicologia del fanciullo; le caratteristiche del sesso e i problemi che vi si connettono attraverso le pretese arbitrarie di una uguaglianza smentita da natura, che differenziando progredisce; l'essenza intima della vita nelle manifestazioni energetiche note e in quelle, che, come i fenomeni medianici, la scienza continua a svelare con un lavoro, assillato dalla rincorsa verso una méta, che non avrà mai fine; i più intricati enigmi della eredità, attraverso la quale i morti delle generazioni passate stampano la loro orma nella trama organica dei discendenti; l'aspirazione a ritardare la vecchiaia, che è la premorte, sfruttando a preferenza le scoperte sul valore di certi organi a secrezione interna nello stimolante e coordinare, insieme con il sistema nervoso, le più varie fonti della resistenza e dell'adattamento alle condizioni di vita nell'ambiente esterno e in quello intraorganico; il valore reale della psicanalisi al di fuori delle esagerazioni e delle arie di novità, con cui Freud e la sua scuola sono venuti prospettando i postulati relativi; gli interventi chirurgici alla Voronoff; le applicazioni varie della sieroterapia, della vaccinoterapia; la importanza delle vitamine nell'alimentazione; i danni provocati dagli stupefacenti. Ecco la vasta tela del libro, attraverso il quale l'arte di Musella popolarizza la scienza biologica nelle sue direttive e nelle principali applicazioni recenti.

Valorizzazione popolare della scienza, cui la *forma mentis* di Musella spinge alle vette di popolarizzazione per lo spirito informatore, adatto ad assimilare l'essenza intima della scienza. Questo spirito informatore felicemente si riallaccia alle sorgenti italiche primigenie, che erano per essere intorbidate dalle correnti esotiche in questi ultimi decenni: riproduzione, in non poche menti elette, di un mimetismo intellettuale, non dissimile da quello, che tentò offuscare la sagoma nostra nazionale nella caligine medioevale, tra gorghi di tre correnti esotiche: la corrente del pensiero greco post-socratico sotto l'egida permanente negli effetti, per quanto lontana come tempo, rappresentata dalla triade di Socrate, Aristotele e Platone; la corrente asiatica, promanante dalla scuola alessandrina di Filone e Plotino; la corrente metafisica derivante dalla filosofia tedesca. Come barriera a tanto straripamento esotico, dall'*humus* dello spirito italico si eleva la figura titanica di Bernardino Telesio, che lo stesso Bacone nel suo *Novum Organum Scientiarum* proclama «novorum hominum primum». Il cosentino Telesio schiude e simboleggia il pensiero italico del Rinascimento, come il crotoniate Alcmeone sintetizza e simboleggia il pensiero italico della Magna Grecia.

La redenzione intellettuale dallo straniero nel Rinascimento precorse ed efficacemente preparò negli animi la redenzione territoriale con gli ardimenti delle armi nel Risorgimento sino alla gloria odierna di Vittorio Veneto, come altra prova memoranda del detto concretato da Tommaso Campanella, il discepolo di Telesio più immediato, «Le lingue precedono le spade». E non sarebbe superfluo aggiungere che il naturalismo italico plasma lo spirito in modo che procedono sinergicamente per influenza reciproca cervello e cuore, onde il pensiero è sostegno al sentimento e il sentimento infiamma ed arroventa il pensiero. «L'ideale nel reale e il reale nell'ideale»: così proclama Leonardo da Vinci, che a me piace chiamare Leonardo «l'immenso».

Il nostro pensiero italico è norma etica della vita, è morale profondamente sentita, che fa il dovere imperativo categorico emergente da tutto l'ordine naturale delle cose, prima e al di là della esegesi di Emanuele Kant; è idealità nella realtà senza i trascendentalismi di Carlo Hegel; dell'agnosticismo di Erberto Spencer fa pungolo alla brama di conoscere sempre più e sempre meglio; è continuamente illuminata praticità senza ricorrere al pragmatismo di Bergson; non sa comprendere materia senza forza, pratica della vita senza direttive etico-intellettuali, e però il materialismo storico di Carlo Marx considera un ramuscolo aberrante rimpetto alla quercia della filosofia della storia, fondata da Giambattista Vico; sorride al positivismo di Augusto Comte e ad ogni altro *ismo*, forgiato all'estero, perchè queste modalità di correnti intellettuali trova già primigeniamente racchiuse nella sorgente del pensiero italico. E questo non è *chauvinisme*, è semplicemente doveroso apprezzamento di noi stessi nel patrimonio dei nostri avi, vicini e lontani. Nell'atto stesso, con cui la gioventù di oggi a quel patrimonio s'ispira, erompe la potenza immarcescibile del germe attraverso le contingenze dei secoli. Nazionalismo di pensiero che è nazionalismo di azione.

Libri, come questo di Musella, vivificano e diffondono le caratteristiche del nazionalismo nostro, e perciò fanno bene alla mente e al cuore.

ANDREA FERRANNINI

LIBRI ED OPUSCOLI

FACCINI U. *Patologia chirurgica del mesentere*. Padova. Soc. Anonima Tipografica «La Garangola», 1926. 1 vol. pagg. 305, con 44 fig. intercal. (Non indicato il prezzo).

Il volume si divide nei seguenti capitoli.

Embriologia, Malformazioni congenite del mesentere fluttuante; Anatomia descrittiva macroscopica del mesentere; Costituzione istologica ed anatomia descrittiva; Circolazione sanguigna e linfatica; Nervi del mesentere; Segni mesenteriali per i quali è possibile riconoscere la sede più o meno prossima di un'ansa del tenue; Fisiopatologia del mesentere; Alterazioni circolatorie dei vasi mesenterici; Lesioni traumatiche del mesentere; Infiammazioni acute e croniche iperplastiche specifiche, Mesenterite cronica fibrosa retraente; Tumori e Cisti del mesentere.

Essendo Aiuto della Clinica Chirurgica in Padova, il giovane autore, ha fatto del suo meglio per valorizzare gli insegnamenti del suo Maestro Prof. M. Donati mirando a riunire quanto si è pubblicato sulla non esigua Patologia del mesentere. Ha mirato a dare massimo sviluppo a quegli argomenti più proprii al viscere in parola.

Mentre crede aver trattato in modo vigorosamente scientifico ogni argomento ha dedicato tutto il suo amore a quella forma morbosa del mesentere nota sotto il nome di mesenterite cronica fibrosa retraente, che secondo lui, deve in gran parte al suo Maestro la identificazione clinica ed anatomo-patologica.

AIEVOLI

FRANCESCHINI G. *Le malattie della pelle*, 3ª ed. Manuali Hoepli. Un vol. di pag. 260. Prezzo L. 11,50.

In brevi tratti, con stile quasi telegrafico, l'A. costringe in piccola mole tutta la materia vastissima e tutte le nozioni più moderne intorno alla patologia e alla terapia delle malattie della pelle.

E' scritto in forma piana, onde è alla portata non solo dei medici e di chi fa i primi passi nello studio della medicina, ma anche di chi desidera procurarsi notizie sugli interessantissimi argomenti della materia.

Vengono esposte, in un breve e conciso capitolo, anche quelle malattie della pelle che per essere originate dal lavoro, diconsi dermopatie professionali.

In appendice al manuale trovasi, poi, un copioso ricettario che può servire di guida utilissima nella cura delle più importanti malattie cutanee.

PAUCHET V. e GAEHLINGER H. *La costipazione. Come evitarla? Come guarirla?* (La constipation. Comment l'éviter? Comment la guerir?) 1 vol. in 8° di pag. 230. G. Doin e C. editore, 8, Place de l'Odéon Paris (VI), 1926. Prezzo frs. 30.

La costipazione è un tema non nuovo, ma sempre all'ordine del giorno; a comprova si ricorderà che essa sarà argomento di relazione,

Digitized by Google

comune alle due Società, di Medicina e Chirurgia, ai prossimi congressi medici di Parma dell'ottobre p. v. L'argomento, ora, viene trattato con la solita competenza dal noto chirurgo, V. Pauchet e dal Gaehlinger, gastro-enterologo di Châtel-Guyon; precede una prefazione del prof. Carnot.

Gli AA. distinguono la costipazione da infezione e la costipazione banale: la prima non provoca accidenti tossici e la sua gravità sta nel fatto che prepara l'infezione la quale sopravviene consecutivamente. Quando l'intestino è infetto, si stabilisce la colite e con essa l'intossicazione, la tossiemia e i disturbi riflessi o generali.

Sebbene uno dei due AA. sia un chirurgo, non è trascurata la parte riguardante la terapia medica moderna e la fisioterapia della costipazione; è svolta, poi, con proporzioni di parti, la terapia chirurgica, che, secondo gli AA., deve consistere principalmente nella liberazione delle briglie che strozzano l'intestino in certi punti.

Risultati meravigliosi si ottengono altre volte col semplice raddrizzamento delle curvature dovute a precedenti peritoniti adesive (membrane di Lane); solo negli intestini molto dilatati e allungati (dolicocolon, megacolon), in quelli molto atonici per un'infezione cronica si farà ricorso allá **exeresi.**

Trattata pure completamente è la questione della cura vaccinoterapica della costipazione, seguendo le idee dagli AA. stessi sostenute in varie precedenti pubblicazioni.

Coglievina B. *Idiosincrasia nucleinica.* Estratto dal «Giornale di Clinica medica», fasc. 15, 1924.

Federici N. *L'opera dell'Ospizio marino di Alghero e sua importanza nella lotta contro la tubercolosi nella Provincia di Sassari.* Estratto da «La medicina sociale», n. 10, 1912.

L'opera del Comune di Roma per la lotta antimalarica nell'Agro romano. Soc. An. G. Scotti, Roma, 1925.

Monetti E. *Miopatie e disfunzioni endocrine.* Estratto da «L'Ospedale Maggiore», n. 9, 1925.

QUESITI E RISPOSTE

Abbonato Dr. E. F. (Lisbona). Potrei tentare in un ammalato di paralisi progressiva la introduzione dell'arsenobenzolo per via endocranica?

Risposta. L'intervento è certamente di eccezione ed avrebbe lo scopo di introdurre nella parte cerebrale dell'involucro meningeo il rimedio. La manovra richiede l'opera del chirurgo perchè bisogna eseguire la trapanazione praticando due piccoli fori nello spessore del cranio, sulla regione frontale, ai due lati della linea mediana. Attraverso ad essi, con adatto ago cannula, viene iniettata la soluzione di arsenobenzolo.

Il metodo fu tentato per la prima volta nel 1913 da Sicard e Leblanc che fecero, in un paralitico generale due iniezioni di cianuro di mercurio e tre di Neosalvarsan nella dose di 3 milligr. l'una, sciolti in 5 cc. di soluzione fisiologica al 5 %.

I risultati furono discreti. Il metodo fu tentato anche da Delepine e Sablé, da Knapp e da Cotton. Quest'ultimo eseguì ben 52 interventi endocranici, ben tollerati e seguiti da risultati brillantissimi; in 20 avrebbe ottenuto il completo arresto del processo morboso.

In complesso la predetta via di introduzione dell'arsenobenzolo è sempre da considerarsi di eccezione. Sarà bene tentare nel suo infermo dapprima il bismuto, o magari l'arsenobenzolo per via rachidea più agevole o meglio ancora la malarioterapia seguita da una serie di iniezioni endovenose di neosalvarsan.

R.

Abbonato Dr. G. L. (Roma). Quale è la importanza pratica della pressione arteriosa detta minima?

Risposta. La importanza è di non poco conto, quando si consideri che pressione arteriosa minima deve ritenersi sinonimo di pressione cardiodiastolica o prevalentemente vasale, cioè dovuta prevalentemente alla retrazione delle pareti arteriose sulla massa sanguigna per contrazione delle fibre muscolari della tunica media e per retrazione delle fibre elastiche contenute in questa tunica oltre che nell'avventizia. Perciò l'abbassamento della pressione arteriosa minima indica diminuzione della tonicità ed elasticità vasale, specialmente se non coesiste diminuzione della pressione massima, dovuta principalmente allo scarico sistolico miocardico. Invece l'aumento della pressione minima è indice di aumento nella tono-elasticità vasale (angiospasmo).

A. F.

1002 =

NOTIZIE

Nomine e onorificenze. — Il dott. Federico Monaco, tenente generale medico della R. Marina, è stato nominato ispettore generale e direttore centrale della Sanità militare marittima, in sostituzione del dott. P. A. Cavalli Molinelli, che ha lasciato spontaneamente il servizio effettivo.

— Il dott. prof. Giuseppe Pollacci è nominato ispettore medico dell'Ufficio d'Igiene di Palermo.

Nel Consiglio superiore di Sanità. — Con recente Decreto-Legge è stato stabilito che il Capo dell'Ufficio sanitario centrale delle Ferrovie dello Stato è membro del Consiglio superiore di Sanità.

Corsi di puericoltura per medici condotti a Bologna. — Oltre ai corsi di Puericoltura per medici e levatrici già svoltisi in varie città, l'Op. Naz. pro Maternità ed Infanzia sta promovendo la effettuazione di speciali Corsi accelerati da tenersi nel periodo estivo ed aventi lo scopo di preparare i medici condotti che esercitano nei piccoli centri a compiere un'opera di propaganda delle norme di igiene infantile prenatale e post-natale curando l'educazione igienica delle popolazioni. Anche in Bologna sarà prossimamente tenuto un Corso di tal genere che sarà organizzato dal Direttore della Clinica Pediatrica, prof. Francioni. Esso avrà inizio il primo di settembre, avrà la durata di un mese e consterà di otto insegnamenti con un numero complessivo di 60 lezioni, integrate da esercitazioni pratiche.

Si fa presente che i Corsi hanno un carattere prevalentemente pratico e che il Diploma conseguito permetterà ai medici condotti di aspirare ai posti di sanitario degli ambulatori che l'Opera Nazionale provvederà gradatamente a istituire in tutti i Comuni del Regno e che per coprire tali posti la preferenza sarà sempre data ai Medici condotti possessori di diploma di perfezionamento in puericoltura che verrà conseguito dopo aver frequentato il corso e superati i relativi esami.

I medici condotti che intendano frequentare il corso debbono farne domanda su carta legale direttamente all'Opera Nazionale a Roma, Piazza Cavour 25, almeno otto giorni prima dell'apertura del Corso, unendo copia autentica del Diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando la sede della scuola cui intendono iscriversi e versando la somma stabilita per la iscrizione.

Per poter conseguire il diploma di perfezionamento i medici condotti devono versare all'Opera Nazionale la somma di L. 50 per tassa d'iscrizione al corso di puericoltura, la somma di L. 20 per l'ammissione all'esame e la somma di L. 15 per il rilascio del diploma. Per ottenere l'ammissione agli esami gli iscritti debbono frequentare regolarmente le lezioni e le esercitazioni pratiche. Gli esami finali consistono in una prova pratica di puericoltura, sotto forma di consultazione ad una madre e domande saltuarie sugli argomenti svolti durante l'insegnamento.

Per maggiori schiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Direttore del Corso prof. Francioni (Ospedale Gozzadini), Bologna.

Ricostituzione dell'Associazione Oftalmologica italiana. — Nel recente Congresso di igiene oculare, tenutosi a Napoli sotto la presidenza del prof. A. Angelucci, è stata deliberata la ricostituzione dell'antica Associazione oftalmologica italiana, scegliendo Palermo come sede del prossimo Congresso del 1928, il cui Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Gaetano Lodato, direttore della R. Clinica oculistica di Palermo. Nel predetto Congresso è stato anche deliberato di tener ogni anno, in primavera, a Napoli, un Congresso di igiene della Scuola e di Patologia infantile, che sarà presieduto dal prof. Angelucci.

La lotta antimalarica della Croce Rossa in Sardegna. — La Croce Rossa Italiana, perseguendo l'opera sua nobilissima nella lotta antimalarica, ha mandato in questi giorni una speciale missione sanitaria nelle campagne di Nuoro. La missione è alle dipendenze del Capitano Medico Bonfigli ed è formata da due medici, una assistente sanitaria e quattro infermieri, oltre ad un automezzo e a una larga dotazione di medicinali, medicature ed altri mezzi di assistenza.

Le autorità e la popolazione hanno ricevuto con fede ed entusiasmo la provvidenziale missione della Croce Rossa Italiana, ben comprendendo l'alto spirito umano e patriottico che l'aveva condotta ed il Prefetto di Nuoro ha espresso con un telegramma la gratitudine sua e della provincia alla benemerita e valorosa Croce Rossa.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 15 Agosto 1927 — N. 33

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

II ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretto dal Prof. L. D'AMATO

LA MILZA IN RAPPORTO AL RICAMBIO DEL CALCIO

(RICERCHE SPERIMENTALI E DI BIOCHIMICA)

per il dott. RENATO PAOLINI (*)
Assistente Ordinario

Il capitolo della fisiopatoiogia della milza ha attirato in ogni tempo l'attenzione di fisiologi e clinici allo scopo di indagare attraverso dati biologici e sperimentali le attribuzioni funzionali di quest'organo nella economia animale.

E i molti studi fatti sulla scorta di numerose e varie ricerche, hanno da una parte, chiarite diverse delle funzioni cui questa ghiandola sarebbe deputata; per altre, tuttora avvolte nell'oscurità, tervono studi e ricerche, i cui risultati per ora hanno tracciate nuove vie e segnati nuovi orientamenti nella interpretazione patogenetica di molti quadri morbosi.

Sono note le correlazioni fisiopatologiche fra milza e sangue poste in evidenza dai lavori suscitati dallo studio degli itteri emolitici e di tutte le emopatie in genere (Banti, Micnetti, Cecconi, D'Amato, Foà, Bizzozero). Alcuni autori ammettono che debbano esistere legami funzionali fra milza, ghiandole linfatiche e ghiandole emolinfatiche (Eppinger), fra milza e alcune ghiandole a secrezione interna, tiroide, timo, fegato (Asher, D'Amato, Dubois, Magnini, Razzaboni, Pichera). Altri ancora, ritengono che notevole influenza debba avere sul metabolismo generale, come è dimostrato da una serie numerosa di lavori, di cui diversi recentissimi e importanti.

Così sembra che la milza abbia influenza sul metabolismo del ferro (Asher), sul ricambio in genere (Danoff), sul ricambio dei grassi, e specie sui lipoidi (Eppinger, Medak, Gamna, Sotti, Siegmund) sul ricambio azotato, specie sui nucleo-proteidi (Nicolas, Grenant, Eppinger, Marino) e sul metabolismo basale (Leotta, Peracchia).

Ricerche ancora più recenti condotte in animali smilzati, hanno posto in evidenza che la milza deve contribuire a regolare il ricambio dei carboidrati, in quanto potrebbe esercitare una azione attiva nell'assimilazione e trasformazione degli idrati di carbonio, e talora in armonia, talora in antagonismo con altri organi (fegato, pancreas, ipofisi, capsule surrenali) pare che contribuisca a garentire lo svolgimento del ricambio degli idrati di carbonio (Quarta, Marino, Tagawa, Bierry, Ratheris e Levina).

Da tutte queste indagini appare che la milza debba esplicare una certa influenza sui complessi processi del ricambio materiale. E per questo mi è sembrato non privo di interesse istituire ricerche intorno all'influenza che la milza potrebbe anche esercitare sul ricambio del calcio; e questa correlazione per quanto io conosca, non è stata indagata che recentemente solo da Sirca nei giovani organismi, allo scopo di stabilire l'influenza che la milza potesse avere sul ricambio del calcio in molti processi morbosi, come nella tubercolosi e in tutti quegli stati di demineralizzazione, che si determinano in seguito a turbamenti dell'alimentazione, della nutrizione, e specialmente nei deviamenti dell'accrescimento scheletrico. E quest'autore è giunto ai risultati che nei giovani animali la splenectomia conduce ad un aumento del calcio ematico e ad un aumento della sua eliminazione globale.

***

Prima di passare ad esporre le mie ricerche, ed i risultati ottenuti, credo opportuno di porre in evidenza il significato biochimico del calcio, che studi recenti hanno meglio determinato.

Molti lavori si sono fatti, e studi sono ancora in corso per accertare il comportamento del calcio nel sangue in varie condizioni patologiche, in modo da dar vita ad un nuovo capitolo della patologia del ricambio del calcio.

Così è stato studiato il calcio in rapporto alla tubercolosi, in rapporto alle malattie da carenza, alla tetania, al rachitismo, alla osteomalacia, alle diatesi emorragiche, alla osteoporosi, alle esostosi.

Di qui si vede l'importanza che ha assunto lo studio del ricambio del calcio.

Stokvis classifica il calcio fra gli ematici organici. È molto diffuso in natura; tutti gli animali ne contengono. Negli invertebrati si trova sotto forma di carbonato, nell'uomo sotto forma di fosfato basico nelle ossa, nei tessuti e negli umori; come carbonato nelle ossa giovani, nel sangue, nelle urine; come fluoruro nei denti, come cloruro nel succo gastrico. Si trova pertino nella corteccia cerebrale, e Sabbatani alla sua presenza ascrive grande importanza biologica, inquantochè il calcio modererebbe l'attività delle cellule della corteccia.

Il calcio è introdotto nell'organismo con gli alimenti, e secondo Byl verrebbe assorbito nello stomaco per azione dell'acido cloridrico; passa poi nel duodeno, di qui nel sangue, nella vena porta e si fisserebbe nel fegato, donde in parte ritornerebbe nell'intestino e in parte nel sangue, ove sarebbe fissato dai globuli rossi e dai leucociti. Quella parte che non è assimilata dai tessuti abbandona il torrente circolatorio, e compare nelle feci e nelle urine, aumentando il loro contenuto in fosfati, carbonati, cloruri; però il calcio che abbandona il sangue per mezzo del succo enterico, è espulso attraverso l'intestino.

Di qui si desume che il calcio è un componente normale del sangue, ed in base agli studi di Condorelli, Richter, Quittner, il suo contenuto varierebbe nei soggetti normali entro limiti piuttosto ristretti. Ed in base a questi studi si può ritenere che nell'uomo normale il contenuto in Ca, è di circa mgr. 5,8-6,8 % nel sangue totale, ed 8,2-9,7 % nel plasma; i corpuscoli rossi contengono solo mgr. 1,2-1,4 % di Ca.

Da alcuni si ammette, che sul contenuto in calcio dell'organismo abbiano influenza il sesso e l'età, ma osservazioni fatte nelle femmine durante la gravidanza, hanno posto in evidenza variazioni molto lievi così da non costituire dati sicuri. Circa le variazioni in rapporto all'età, bisogna dire che da tutti gli esperimenti fatti risulta che non esistono differenze cospicue nel contenuto in Ca, nel sangue dei bambini e degli adulti.

Sono state notate variazioni in rapporto alle stagioni dell'anno: Grant e Gates nei conigli avrebbero notato i valori massimi del contenuto del calcio nel sangue, in maggio e in novembre, e i valori minimi in gennaio e settembre, e questo si spiega perchè il coniglio è un animale molto sensibile alle variazioni di temperatura.

Il digiuno pare, secondo alcuni autori, apporti un aumento del contenuto in Ca del sangue, forse in rapporto all'acidosi che si determina. Ma gli esperimenti di Condorelli, condotti sulla calcemia dell'uomo a digiuno e durante la digestione di un completo pasto misto, hanno dimostrato che non si hanno variazioni apprezzabili della calcemia, sulla quale pare che anche l'alimentazione non eserciti alcuna influenza.

Si sono fatti studi in merito alle variazioni che il contenuto del calcio nel sangue può subire in seguito all'azione di stimoli ormonali.

Billigheimer ha visto che l'iniezione sotto cute di 1 mgr. di adrenalina, determina un abbassamento del calcio del sangue, abbassamento che è più notevole, quanto più spiccata appare la reazione che il soggetto mostra rispetto alla iperglicemia, alla pressione arteriosa, alla frequenza del polso.

Tali affermazioni del Billigheimer sono state contraddette

(*) [Le tabelle saranno pubblicate soltanto negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

dagli esperimenti di Condorelli, i quali hanno dimostrato che l'adrenalina provoca un innalzamento del tasso glicemico, ma non un abbassamento del tasso del calcio.

Sono noti i rapporti intercorrenti tra paratiroidi e metabolismo del calcio: infatti l'asportazione delle paratiroidi fa abbassare il tasso del calcio nel sangue.

Collip è riuscito a preparare un ormone paratiroideo, che somministrato ai cani in tetania para-tireopriva, combatterebbe la ipocalcemia.

Stimoli farmacodinamici secondo Billigheimer, apporterebbero variazioni sul contenuto di calcio nel sangue: infatti secondo questo autore la pilocarpina determinerebbe una elevazione del Ca del siero; l'atropina invece apporterebbe una diminuzione del Ca sanguigno.

Questi risultati avrebbero grande valore inquantochè parrebbe dimostrato che l'eccitazione del simpatico produrrebbe ipocalcemia, quella del vago ipercalcemia: tutto questo dimostrerebbe l'influenza che il sistema nervoso vegetativo verrebbe ad esercitare sul contenuto in Ca del sangue. Il Condorelli ha voluto assodare questo fatto istituendo ricerche in proposito, ed ha visto che la pilocarpina non induce ipercalcemia, e l'azione dell'atropina non ha nulla di caratteristico, e conclude che l'eccitazione o la paralisi di una delle sezioni del sistema nervoso vegetativo non influisce sulla regolazione della calcemia, o per lo meno, non vi sono dati che lo dimostrino.

Pare invece che una certa importanza abbiano gli alcaloidi, specie quelli che hanno influenza sul sistema nervoso.

Underhill e Grott, hanno visto che somministrando cocaina nei cani non si nota alterazione della calcemia, mentre l'iniezione endovenosa di $CaCl^2$ fa scomparire la sintomatologia di avvelenamento da cocaina.

Condorelli ha studiato anche l'effetto della morfina sul contenuto di calcio nel sangue, ed è giunto alle conclusioni che la morfina induce ipocalcemia.

Variazioni del calcio nel sangue si hanno in seguito alle iniezioni di fosfato sodico bibasico e di acido ortofosforico, i quali inducono nel cane una spiccata ipocalcemia ed un aumento del fosforo inorganico. Anche iniettando il bicarbonato sodico, il cloruro di sodio, il solfato di sodio, il citrato di sodio, si ha una lieve ipocalcemia, mentre le iniezioni di latte, di siero di cavallo e di cloruro di ammonio non inducono alcuna variazione.

Studi recenti di chimica fisiologica dimostrano che il Ca si trova nel sangue sotto forma di sale, in combinazione colloidale, e ionizzato. Il calcio salino si trova per lo più sotto forma di bicarbonato e di fosfato, ma la maggior parte è sotto forma di bicarbonato.

Se si fa l'ultrafiltrazione del plasma, il Ca non passa del tutto nel filtrato, il che fa pensare che è combinato con le proteine del plasma, e dai lavori di Freudenberg e György risulta che il Ca si lega alle albumine mediante una combinazione reversibile fra calcio e colloide, che si verifica con uno scambio fra i cationi, cui è legato l'albumina ($Na + K + H +$) e i $Ca + +$.

La frazione di Ca più importante è quella che si trova allo stato ionizzato. E questo proviene dalla scissione elettrolitica dei sali e degli albuminati, i quali ultimi sono da considerarsi come dei sali.

In un altro mio lavoro sulla ematochimica del calcio, ho parlato delle azioni fisiologiche di questo elemento; qui mi limiterò semplicemente a ricordare come i $Ca + +$ siano indispensabili nei liquidi di perfusione al mantenimento delle pulsazioni del cuore isolato, alla eccitabilità elettrica dei preparati neuro-muscolari, alla coagulazione del sangue; esercitano anche un'azione deprimente sul tono del simpatico, mentre invece eccitano il tono del vago, come anche esplicano influenza sul tono e sulla permeabilità vasale.

Infatti Amburger dimostrò che facendo circolare nei vasi di una rana una soluzione contenente cloruro di calcio, constatò il determinarsi di una vaso-costrizione così imponente da impedire il passaggio del liquido di perfusione; vaso-costrizione che scompariva con l'aggiunta di piccole quantità di K. Così la presenza di $Ca + +$ nel liquido di perfusione ostacola la formazione di edemi, mentre la presenza di K la favorisce. Da questi esperimenti le azioni del Ca e del K sarebbero antagoniste.

Abbiamo già detto che il Ca utilizzato nell'organismo è assorbito nell'apparato digerente. Esso è introdotto con gli alimenti di origine animale e di origine vegetale, e con le acque potabili; e il calcio negli alimenti si trova sotto forma di sali poco solubili, di bicarbonati, fostati ecc.; solo eccezionalmente l'ingestione si verifica sotto forma di sali solubili (cloruro, lattato).

Non ritornerò a parlare del modo come si verifica l'assorbimento, avendone già fatto cenno, solo mi resta da ricordare che le vie di escrezione del calcio sono l'intestino e il rene.

Gli elementi minerali sono indispensabili al mantenimento della vita, ed i liquidi circolanti nell'organismo debbono avere una composizione minerale costante; se così non fosse si verificherebbero delle turbe funzionali gravissime. E che siano necessarii lo dimostra il fatto che con gli escreti si elimina una data quantità di sali minerali, i quali non possono oltrepassare quel determinato limite, senza entrare nel patologico. Ora questi sali eliminati devono essere rimpiazzati, e lo sono o per mezzo dei sali che s'introducono con gli alimenti, oppure l'organismo riesce a mobilitare da possibili depositi i sali di calcio. Infatti è noto che i tessuti possono ritenere una data quantità di acqua che contiene in soluzione dei sali minerali, il che viene a costituire una specie di riserva, come il calcio contenuto nel tessuto osseo, per cui da molti autori si è fatta la distinzione fra Ca fisso contenuto nel sistema osseo, e Ca mobile contenuto nei tessuti, perchè il primo costituirebbe una specie di deposito, il secondo invece è suscettibile di aumento e di diminuzione, e questi mutamenti avverrebbero con danno dell'organismo. Di modochè questi sali minerali, oltre ad avere notevole importanza nello svolgimento dei processi metabolici, nei quali agiscono come catalizzatori, hanno anche importanza in tutta l'economia dell'organismo, essendo indispensabili al mantenimento della vita.

***

Da questi fugaci cenni sul significato biochimico del calcio nel ricambio, appare ben netta e precisa l'importante azione biologica di questo elemento. Ora ho voluto vedere come innanzi ho già accennato, con le ricerche che andrò ad esporre, che influenza potesse esercitare la milza sul ricambio del calcio.

Come soggetto da esperimento ho scelto il coniglio per la facilità con cui questo animale si sottopone ad un regime dietetico costante. Ho scelto esemplari che fra loro si equivalessero il più possibile per età (5-6 mesi), e per taglia. Sono stati esclusivamente nutriti giornalmente con la stessa quantità di verdura (foglie di cavolo).

Otto conigli, previo accertamento del loro peso, a digiuno da 24 ore, sono stati da me splenectomizzati, seguendo la tecnica solita del taglio laparatomico mediano. Ha eseguito l'atto operativo, senza anestesia nè locale, nè generale, per escludere qualsiasi influenza sul ricambio di questi animali.

Dei conigli smilzati, uno solo morì dopo otto giorni dall'atto operativo, in seguito a peritonite, gli altri sopravvissero tutti, e dopo due o tre giorni dallo smilzamento, ripreseso a nutrirsi regolarmente riacquistando l'antica vivacità. Nelle mie esperienze ho seguito questo procedimento: i conigli erano tenuti a dieta costante per diversi giorni; e quotidianamente prelevavo dalla vena marginale dell'orecchio, 6 cmc. di sangue, e sul siero seguendo la tecnica di Kramer e Tisdall, ho determinato il contenuto di Ca, come anche ho determinato il tasso di Ca contenuto nelle feci e nelle urine.

Dopo aver fatte numerose determinazioni che mi dovevano servire come punto di partenza delle mie ricerche, e come controllo, ho proceduto allo smilzamento. 24 ore dopo l'intervento, e successivamente per diversi giorni consecutivi, come si desume dalle tabelle riportate negli estratti, ho proceduto ai dosaggi del contenuto da Ca nel sangue, nelle feci, nelle urine, potendo seguire così le varie oscillazioni quotidiane, ed ho cessato le ricerche quando il tasso era pressochè stabilizzato.

Aggiungo che per mettermi al riparo da eventuali cause di errore, nelle milze asportate, ho praticato l'esame istologico, appunto per escludere una qualunque alterazione che avrebbe potuto esercitare qualche influenza sul metabolismo del calcio.

***

Dall'esame delle nostre ricerche, siamo indotti a ritenere che il ricambio del Ca, viene nettamente modificato dalla splenect. Infatti in tutti i nostri conigli smilzati si è visto che 24 ore dopo l'atto operativo, il tasso di Ca contenuto ne siero di sangue è au-

Digitized by Google

mentato, come è anche aumentato il tasso contenuto nelle feci e nelle urine; in queste l'aumento è stato più sensibile.

Dopo la splenectomia, il Ca nel siero di sangue si è elevato fino ad una cifra di 35 mgr. %. Tale cifra si è mantenuta pressochè immodificata per alcuni giorni dopo i quali è andata abbassandosi fino a stabilizzarsi su tasso normale. Queste oscillazioni si sono osservate costantemente in tutte le nostre esperienze.

Anche nelle urine e nelle feci, l'aumento di Ca che si verifica subito dopo lo smilzamento, subisce delle oscillazioni, che sono altrettanto caratteristiche, come quelle notate nel siero di sangue; dopo pochi giorni anche il Ca torna alla cifra normale.

Sicchè riassumendo, nel siero di sangue, nelle urine, e nelle feci, si ha un aumento del contenuto di Ca, aumento che si mostra elevato subito dopo la splenectomia e poi si abbassa fino a stabilizzarsi su cifre normali, come risulta dal confronto col tasso trovato prima della splenectomia.

In ultima analisi appare dimostrato che lo smilzamento in questi animali provoca una perdita di calcio, perdita che si mostra transitoria, della durata di circa 8-10 giorni.

Dimodochè tra ricambio del Ca e milza pare debba esistere una correlazione funzionale, che ha notevole interesse, considerando che i sali di Ca hanno un'alta funzione biologica.

Volendo tentare di spiegare il meccanismo di questo aumento di Ca, dobbiamo richiamarci a studi di endocrinologia, i quali hanno messo in luce che le ghiandole a secrezione interna possono intervenire con i loro prodotti di secrezione, quali elementi regolatori nell'attività anabolica e catabolica, e propriamente per la influenza che esplicano sulla costituzione, sullo stato di nutrizione e sui diversi processi biochimici dell'organismo. Infatti, condizionano i fenomeni di metabolismo delle diverse sostanze che fanno parte della costituzione del nostro organismo, come i grassi, le sostanze proteiche, i carboidrati, e tutti i sali che entrano nella composizione dello scheletro, senza dire poi, che studi recentissimi hanno messo in evidenza che le secrezioni interne assicurano la termoregolazione, fenomeno che oggi è conosciuto col nome di metabolismo basale.

Ammesso dunque che la milza eserciti influenza sul ricambio dei proteidi, degli idrati di carbonio, ed anche come dimostrano le mie esperienze sul ricambio del Ca, si dovrebbe ritenere per quanto precedentemente ho detto, che tale influenza la eserciti in rapporto ad una probabile correlazione fisiologica con le altre funzioni endocrine. E questo concetto è avvalorato dai risultati delle mie ricerche, in quanto ho visto che l'aumento del calcio è a carattere transitorio, perchè dopo pochi giorni ritorna alle cifre normali, il che vorrebbe dire che il turbato equilibrio nel ricambio del Ca prodotto dall'asportazione della milza, potrebbe essere riparato da un'azione vicariante, esplicata da altri organi a secrezione interna, e probabilmente o dal fegato o da altre ghiandole, e questo forse per virtù dell'apparato reticolo-endoteliale, di cui questi organi sono ricchi.

E se non si volesse accettare questa ipotesi, rimarrebbe l'altra per cui l'organismo ripartirebbe alla perdita di Ca in seguito all'ablazione della milza, mobilitando per un meccanismo che noi non conosciamo, i sali di questo elemento che come è noto, sono depositati in tutti i tessuti.

***

Sento il dovere di manifestare tutta la mia riconoscenza all'Illustre Maestro Prof. Luigi D'Amato, per i suoi illuminati e autorevoli consigli.

BIBLIOGRAFIA

Antonelli G. Intorno agli itteri emolitici. Effetti della splenectomia, ecc., Il Policlinico, vol. XX, 1913. — Arthus M. Précis de Physiologie, Paris, 1918. — Asher. Sugli effetti della splenectomia. Patnologica, 1915, pag. 138. — Idem. La funzione della milza, Deut. Med. Woch. 1911. — Banti G. La milza nelle itterizie pleiocromiche, Gazz. Ospedali, anno XVI, n. 46. — Idem. Splenomegalia emolitica. Lo Sperimentale, a. LXVI, 1912. — Idem. Splenomegalia primitiva, Riforma Medica, 1901. — Idem. Splenomegalia con cirrosi epatica. Riforma Medica, 1901. — Idem. L'ufficio della milza nell'emolisi, 17° Congresso interno di Medicina, Londra, 1913. — Billigheimer. Klin. Woch., a. 1. n. 6 1922. — Bizzozero e Salvioli. Ricerche sperimentali sulla emopoiesi splenica, Arch. per le Scienze Mediche, 1881. — Ceconi A. L'anemia perniciosa progressiva. Relazione del XX Congresso della Società Italiana di medicina, 1893. — Condorelli L. Ricambio del Ca. Arch. Patologia Clinica Med. fasc. II, 1926. — D'Alessandro. Stato attuale delle conoscenze sulla funzionalità della milza e sulla sua importanza nell'organismo, specialmente in rapporto alla splenectomia. Riv. intern. d'Igiene e Organo-opoterapia, Napoli, 1889-1900. D'Amato L. Ricerche ematologiche su alcuni casi di splenomegalie leucopeniche. Zeitschrift f. Klinische Medicin, 1906. — Eppinger. Fisiopatologia della milza. Berl. Klin. Woch. n. 34, 1913. — Gabbi. Modificazioni del sangue dopo splenectomia. Lo Sperimentale, 1885. — Gamna. Contributo sperimentale allo studio della milza nell'emolisi da siero in rapporto alla sua funzione emolitica ed ematopoietica. Lo Sperim., 1915, pag. 127. — Magnini M. Le funzioni del timo ed i rapporti tra timo e milza. Arch. Fisiologia, 1913, II, pag. 333-334. — Marino. Policlinico, Sez. Medica, 1925. — Idem. Congresso Medicina Interna, 1925. — Idem. Influenza della milza sul ricambio degli idrati di carbonio. Problemi della nutrizione, n. 1-2, 1926. — Occhioni P. Contributo sperimentale sul ricambio del ferro con particolare riguardo all'apparato reticolo-endoteliale, Min. Medica, 1924. — Pende. Endocrinologia Vallardi. — Peracchia. Milza e metabolismo basale. Arch. pat. e Clinica Medica, f. 1 1926. — Ponticaccia, Campanacci. Isalberti. Influenza della milza e del reticolo-endotelio sull'azoto del sangue. Giornale Clinica Medica, fasc. 18, 1926. — Quaranta. Arch. Patol. e Clinica Med. vol. 3, 1922. — Idem. La milza in rapporto al ricambio degli idrati di carbonio. Rif. Medica, n. 5, 1927. — Rondoni. Elementi di biochimica, Utet, 1926. Sirca. Influenza della milza sul metabolismo del Ca. nei giovani organismi. Folia Clinica Chimica microscopica, 10-12-1926. — Togawa. La milza e il ricambio. Zeitr. f. Chir. n. 35, 1921.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. U. DI BARI
diretto dal prof. N. LEOTTA

CISTI DEL PANCREAS

per il dott. C. ROSSI — Aiuto

Fra le varie affezioni del pancreas sono state le cisti quelle che per prime e da più lungo tempo hanno attirato l'attenzione degli osservatori. E vorrei dire che quasi esclusivamente i chirurghi col raffronto delle osservazioni cliniche con i reperti operatori, con l'indagine anatomo-patologica e con le ricerche sperimentali, hanno studiato da vicino questo argomento importante, delucidandone, sia pure in parte, la patogenesi, creando una logica classificazione, fissando infine le norme direttive per la diagnosi e la cura. La storia recente di queste cisti si lega ai nomi di Sen, Durante, Körte, Garré, Ruggi, Tiberti, Lazarus, Dieckhoff, e fra i contemporanei Tusini, Pende, Wegelin, Yamane.

Sono stati questi autori, insieme a molti altri che per brevità non si nominano, che portando contributi personali oppure raccogliendo pazientemente le osservazioni di altri, sono riusciti a riordinare tutti i fatti conosciuti su questo argomento, a vagliarne rigorosamente il significato ed a dettare un sicuro indirizzo diagnostico e curativo al riguardo.

Mercè queste migliorate e più ordinate conoscenze attorno alle cisti del pancreas, queste non rappresentano più un singolare ed inaspettato reperto operatorio e necroscopico, come era in principio, bensì costituiscono un'affezione addominale, con sintomatologia clinica e radiologica definita, così che non è più permesso far rientrare fra i così detti « errori diagnostici giustificabili » il misconoscimento di questa affezione. Queste cisti sfuggono alla diagnosi non tanto perchè manchino di una fisionomia clinica propria, quanto perchè costituiscono un'affezione rara. E poichè chi diagnostica assai difficilmente può sottrarsi dal valutare spesso eccessivamente il criterio di frequenza, così è che spesso la diagnosi non viene fatta perchè non ci si pensa ed una tumefazione epigastrica viene più agevolmente attribuita allo stomaco, all'intestino, al mesentere, anzichè al pancreas.

L'importanza del caso che io qui sotto esporrò, oltre al contributo etiologico ed anatomo-patologico, che esso porta alla casistica delle cisti pancreatiche, consiste sopratutto nell'illustrazione del problema clinico diagnostico. È noto infatti come sia opinione diffusa quella dell'estrema difficoltà della diagnosi delle cisti pancreatiche, sino a poco tempo fa ritenuta « una delle imprese più ardue della clinica e raramente possibile » (Mugnai).

E passo senz'altro all'esposizione del caso clinico.

= 1009

Digitized by Google

C. A. di anni 40, maritata, di professione contadina. Entra in Clinica Chirurgica il 25 novembre 1925.

Nulla di notevole nel gentilizio. Ha sempre goduto ottima salute. L'attuale malattia si inizia nella metà del settembre 1925 con dolore acuto, iniziatosi bruscamente, in corrispondenza di tutto l'addome, che divenne teso e, a dire dell'inferma, notevolmente tumefatto. Al dolore si associò vomito verdastro, alvo chiuso, non febbre. Tali sintomi si attenuarono entro breve volger di tempo e con l'applicazione di borsa di ghiaccio sul ventre, così che la malata dopo pochi giorni potette alzarsi da letto e accudire alle sue faccende. Notò però la presenza di una tumefazione in corrispondenza della parte alta dell'addome (indica l'epigastrio). Da quest'epoca non è più stata perfettamente bene perchè ogni tanto ha avvertito dolori addominali localizzati or quà or là che si accompagnavano a rumore di gorgoglio. Mai febbre. Non ha più avuto vomito. Alvo regolare. Non ha notato deperimento nè anemia.

E. O. Donna di media corporatura, sviluppo scheletrico regolare, stato generale di nutrizione scadente. Cute e mucose pallide, senza particolari pigmentazioni. Non edemi agli arti inferiori.

Polmoni e cuore: senza particolarità degne di nota.

Addome: fortemente prominente nella metà superiore, rientrante e allargato nella metà inferiore. Il reticolo venoso non è appariscente. La parete addominale è flaccida e si lascia facilmente deprimere; la pressione anche profonda non risveglia affatto dolore. Esiste notevole diastasi dei muscoli retti.

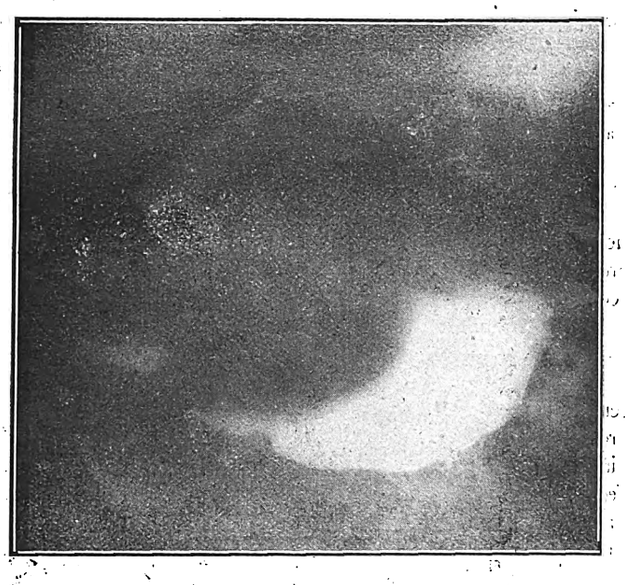


Fig. 1.

In corrispondenza della regione epigastrica la palpazione fa avvertire una tumefazione tondeggiante che arriva in basso due dita sopra l'ombelicale trasversa, a sinistra è limitata dal prolungamento della emiclaveare raggiungendo l'arcata costale sotto la quale sembra perdersi, a destra è limitata dal prolungamento dell'emiclaveare senza raggiungere l'arcata costale ma decorrendo presso a poco parallela a questa.

La superficie è liscia, i margini arrotondati provvisti di due noduli duri, la consistenza molle elastica, non si apprezza nettamente il senso di fluttuazione, modicamente dolente.

La tumefazione è intraddominale, non è spostabile passivamente nè con i movimenti respiratori. Lo stomaco sta innanzi alla tumefazione perchè sopra di essa si percepisce rumore di guazzamento dopo che l'inferma ha ingerito del liquido.

La percussione su la tumefazione dà suono timpanico smorzato.

Fegato e milza: nei limiti fisiologici.

Reni: non si palpano. I punti renali ed ureterici non sono dolenti.

L'insufflazione dello stomaco e del colon copre parzialmente in basso l'ottusità della tumefazione con un timpanismo netto, ma rimane sempre in contatto con la parete una piccola porzione della tumefazione percussoriamente rilevabile.

Questi dati semeiologici sicuri e precisi permisero subito, al letto stesso dell'ammalata, di orientare la diagnosi verso una tumefazione situata nella retrocavità degli epiploon. Fu dunque una «diagnosi di sede» quella che prima fu fatta e che per successivi sviluppi logici portò alla diagnosi clinica precisa.

Si pensò subito al pancreas che è l'organo, che tipicamente per la sua sede retroperitoneale, al davanti della colonna vertebrale, estrinseca le sue formazioni patologiche nella *bursa omentalis* e che conferisce a queste ultime la fissità di cui esso stesso è dotato. Occorreva escludere che questa tumefazione potesse appartenere a qualche altro di quegli organi che hanno rapporto con la retrocavità degli epiploon, cioè: faccia posteriore dello stomaco e del colon trasverso col suo meso, milza fegato, colonna vertebrale.

1.) La sede gastrica si potè escludere perchè essa avrebbe dovuto dare, nell'ipotesi che si trattasse di una gastrite con perigastrite da ulcera gastrica perforata (dato l'inizio brusco con dolore e vomito della malattia), febbre, reazione peritoneale, disturbi gastrici nell'anamnesi e la tumefazione avrebbe dovuto presentare superficie irregolare.

2.) La sede mesocolica si escluse per la mancanza di ogni mobilità mentre si sa che le cisti del mesocolon sono dotate di questa particolarità.

3.) La sede splenica fu messa da parte pel fatto che la milza non si palpava all'arcata, appariva in sede normale e non ingrandita in alto con la percussione. Inoltre la tumefazione non si spostava in basso con i movimenti respiratori.

4.) La sede epatica fu esclusa perchè l'assenza di accessi dolorosi ripetuti e la sede della tumefazione in contatto con l'arcata costale sinistra deponeva contro una colecistite. Una tumefazione partente dalla faccia inferiore del lobo sinistro del fegato, non avrebbe potuto essere che una cisti di echinococco ovvero un ascesso subfrenico, a decorso latente e silenzioso sviluppatosi nello spazio subfrenico inferiore sinistro, che sogliono appunto estrinsecare nella retrocavità degli epiploon. A parte la scarsa frequenza delle cisti di echinococco della faccia inferiore del lobo sinistro del fegato, la natura idatidea della tumefazione fu esclusa, come sotto vedremo, in seguito a tutte le ricerche di laboratorio eseguite.

Gli ascessi subfrenici a decorso subdolo possono benissimo non venir riconosciuti come tali, per l'assenza di tutti i sintomi flogistici acuti, sui quali si basa ordinariamente la diagnosi di ascesso subfrenico. Ma, a parte l'estrema rarità di questa forma clinica, la natura ascessuale fu esclusa per l'assenza anche di lievi rialzi termici, per lo stato generale buono del paziente per la nessuna dolorabilità alla pressione sia della tumefazione che dell'aia epatica.

5.) Parimenti si escluse le peritonite tubercolare circoscritta a forma ulcero-caseosa per i caratteri di regolarità della superficie della tumefazione.

6.) Nessuna lesione fu rilevata a carico della colonna vertebrale che facesse pensare ad un ascesso ossifluente.

La diagnosi clinica posta direttamente trovò quindi conforto e conferma nel ragionamento fatto per l'esclusione di altre eventuali diagnosi che con quella di cisti del pancreas si potessero confondere.

Occorreva ancora precisare la diagnosi anatomica ed al tempo stesso etiologia.

La natura idatidea fu esclusa in seguito ai risultati dei seguenti esami:

1) 26-XI-1925. Intradermo-reazione alla Casoni con 0,3 cmc. di liquido cistico umano = reazione negativa.

2) 27-XI-1925. Esame del sangue: Hb. 85. Eritrociti 4.800.000. Globuli bianchi 9000.

Formula: neutrofili 73 %; eosinofili 2 %; basofili 0,5 %; linfociti 20 %; monociti 4,5 %.

Esame radiografico. La radiografia dello stomaco dopo ingestione di pasto opaco dimostra come il corpo dello stomaco appare tutto spostato verso sinistra e alquanto abbassato. Il contorno della piccola curvatura è costituito da una linea curva nettamente regolare tondeggiante fortemente concava in alto (vedi fig. I).

Il piloro e il duodeno si vedono spostati verso sinistra. Lo svuotamento è normale dopo 3 ore.

Questa modificazione del contorno della piccola curvatura è caratteristica delle tumefazioni sorte nel pancreas, poichè queste spingono in basso la piccola curvatura, la comprimono e fanno sì che il suo contorno si modifichi secondo una linea regolarmente tondeggiante come appunto può fare una tumefazione cistica.

Fu anche eseguita la radiografia col pneumoperitoneo (insufflazione di 2000 cmc. di ossigeno nella cavità addominale), metodo prezioso di indagine radiologica, che permette di avere dettagli molto particolareggiati degli organi addominali, senza esporre il malato, qualora venga eseguito con tecnica corretta, ad alcun rischio (vedi fig. 2).

La radiografia col pneumoperitoneo dimostra un'ombra addossata alla colonna vertebrale all'altezza della 1ª vertebra dorsale a contorno netto, regolarmente tondeggiante.

L'esame radiografico conferma quindi la diagnosi di cisti del pancreas.

L'esame funzionale del pancreas invece è stato meno probativo al riguardo.

Digitized by Google

E' noto che l'esame funzionale della secrezione esterna del pancreas si esegue sulle feci, sul succo gastrico e duodenale, sul sangue e sulle urine, mediante numerose prove, delle quali nessuna ha in modo assoluto valore probativo. Tra i sintomi di deficit pancreatico nessuno ha valore costante e patognomonico, e le prove non hanno in genere valore che se

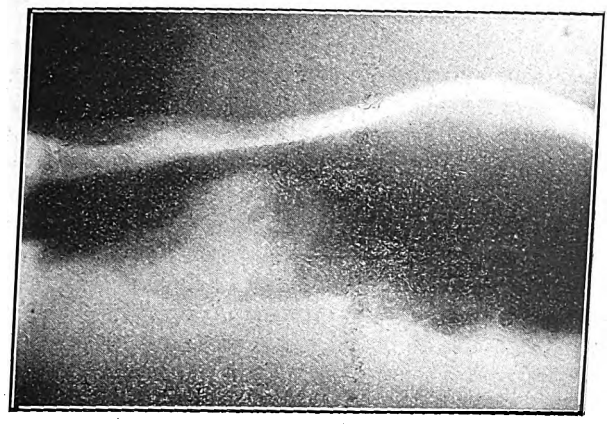


Fig. 2.

esse concordano, ciò che avviene solo quando si ha una distruzione completa del pancreas o se è chiuso il dotto di Wirsung.

Nel caso riferito si è praticato:

1) L'esame dei nuclei di Schmidt.

2) La reazione di Gross per la ricerca del fermento triptico nelle feci.

3) Le tre reazioni di Cammidge nelle urine per la ricerca dei cristalli di glucosazone.

Tutte queste tre reazioni sono riuscite negative nel senso che non hanno messo in evidenza alcuna deficienza pancreatica esterna, ciò che però non ha infirmato affatto la diagnosi clinica confermata dalla radiografia, di cisti del pancreas per le considerazioni sopra esposte sul valore delle singole prove dell'esame funzionale del pancreas.

Quale altra ricerca si sarebbe potuto praticare per rendere ancora più sicura la diagnosi? Si sarebbe potuto ricorrere alla puntura esplorativa, la quale avrebbe potuto rendere certa la natura cistica della tumefazione e di cisti del pancreas per l'eventuale presenza di fermenti pancreatici.

Ma è stato rinunziato a questo suggestivo mezzo di ricerca, essendo noti i pericoli gravi a cui può venire esposta la vita del paziente per una puntura esplorativa fatta in simili contingenze.

Del resto la diagnosi di «cisti del pancreas» non richiedeva maggiori suffragi. Con tale diagnosi l'inferma fu operata il 14 dicembre 1925. Operatore prof. Leotta. Rachianestesia stovocaino-novocainica positiva. Laparotomia mediana sopraombelicale. Aperto il peritoneo si nota assenza di liquido libero nella cavità peritoneale. Si ricerca lo stomaco e il legamento epato-gastro-duodenale e attraverso quest'ultimo si vede e si palpa la tumefazione.

Questa appare grande come una testa fetale, di colore rosso scuro, di superficie liscia. Essa giace tutta dietro il piccolo omento, che le è intimamente aderente e che sporge in avanti. Si pratica attraverso di esso una puntura esplorativa previa protezione della grande cavità peritoneale con pezze da laparotomia. Si svuota la cisti estraendo un liquido torbido in quantità di circa 500 cmc. Fatto ciò si incide col bisturi la parete della cisti e si deterge il liquido ancora rimasto dentro. Si osserva: la parete anteriore è costituita da una lamina spessa un millimetro la cui parete interna liscia ovunque, ma non lucente per la presenza di piccole rilevatezze, sanguina leggermente in più punti per un modico gemizio di sangue. Nel fondo della cavità, come a costituire la parete posteriore, si nota un tessuto bianco cinereo a superficie leggermente granulosa, molliccio e che facilmente si riconosce per pancreas alterato; su di esso però non si rilevano segni di emorragia recente nè segni di necrosi cerea. La cavità è unica, non esiste entro di essa alcuna membrana. Si asporta un pezzetto della parete cistica per l'esame istologico. Si esplorano le vie biliari e il dotto pancreatico per l'eventuale presenza di calcoli. Quindi si suturano al peritoneo parietale i margini dell'incisione praticata sulla parete cistica la quale viene così «marsupializzata» e drenata con tamponi di garza. Si richiude parzialmente il taglio laparotomico a strati.

Decorso postoperatorio regolare apiretico.

L'inferma viene dimessa il 30 dicembre 1925 guarita perfettamente.

Esame istologico. Preparato all'ematossilina-eosina (vedi fig. 3) del frammento asportato. La parete è costituita da tessuto connettivo fibroso assai regolarmente disposto in fasci paralleli gli uni agli altri; quà e là qualche vaso ectasico e qua che piccola emorragia.

La faccia interna della parete quella che guardava verso la cavità cistica è tappezzata da una membrana che a prima vista sembra affettare lontanamente la struttura di una mucosa, mentre invece, vista a più forte ingrandimento, essa è costituita da connettivo più lasso, più ricco di vasi dilatati e contenente anche del sangue libero fra le due maglie, e la sua faccia interna è rivestita da cellule appiattite simili agli endoteli.

Null'altro degno di nota è stato messo in rilievo dall'esame istologico.

Esame del liquido cistico. Colorito bianco-giallastro intensamente torbido; lasciato sedimentare forma un abbondante deposito biancastro. Peso specifico 1007 a 17°.

Reazione: leggermente alcalina. Albumina 1 ‰ circa. Zucchero assente. Cloruri presenti in grande abbondanza. Acido succinico assente. Urobilina tracce. Urea assente.

Sedimento: Numerosi leucociti alterati e disfatti. Abbondanti cristalli di fosfato ammonico-magnesiaco.

Esame batteriologico: le semine in brodo ed in agar del liquido cistico sono restate completamente sterili dopo 48 ore.

Esame del potere fermentativo: *Fermento proteolitico*: questo è contenuto in forte quantità giacchè 1/10 di cmc. del liquido in esame è capace in 12 ore di trasformare in albumosa e peptone 10 cmc. di una soluzione 0.50 % di caseina.

Fermento amilolitico: il liquido in esame contiene certamente amilasi poichè un cmc. e mezzo trasforma la salda di amido in glucosio e precisamente 50 cmc. di salda di amido all'1 % vengono in mezz'ora trasformati in gr. 0,12 di glucosio (dosaggio col metodo di Fehling).

Fermento lipolitico: non è contenuto affatto nel liquido in esame.

Se voglio ora considerare come la cisti descritta si ordini nella sistematica delle tumefazioni cistiche del pancreas, devo brevemente ricordare la classificazione delle cisti del pancreas secondo i lavori e le vedute più recenti.

Si sogliono dividere le cisti del pancreas, ad esclusione delle forme parassitarie, in 4 gruppi:

1. *Cisti da ritenzione*. Sono in genere piccole cavità nell'interno del parenchima pancreatico in connessione col dotto pancreatico stesso, o con un ramo di esso. Il modo di formazione va ricercato nell'occlusione di un dotto con consecutiva stasi del secreto ghiandolare. La occlusione può essere dovuta: ad una pancreatite cronica interstiziale, ad un calcolo, a restringimento del dotto Wirsungiano in corrispondenza dello sbocco duodenale per flogosi catarrale, ad una neoplasia della testa del pancreas (carcinoma), infine a processi patologici extra-pancreatici come cicatrici, aderenze, calcoli nella porzione inferiore del coledoco, tumori, linfoadeniti ecc.

Molto si è discusso sulla patogenesi di queste cisti da ritenzione che realmente esistono, per quanto in rari esemplari di

Fig. 3.

sicura osservazione, specialmente perchè la patologia sperimentale non è riuscita a riprodurle artificialmente mediante legatura dei dotti. In seguito all'allacciatura del dotto di Wirsung si è visto per lo più sopraggiungere negli animali da esperimento una progressiva atrofia della ghiandola senza dilatazione cistica,

= 1011

Digitized by Google

anche se all'allacciatura del dotto si associava, come ha fatto Pende, quella dei vasi sanguigni e linfatici, l'asportazione del plesso celiaco che produce una iperemia passiva nell'ambito della ghiandola, la somministrazione di pilocarpina che provoca una ipersecrezione della ghiandola. È stato così necessario invocare l'intervento di concause ulteriori alla pura e semplice obliterazione del dotto dato che le condizioni d'esperimento, per quanto accortissime, non possono a rigore considerarsi uguali a quelle che si osservano nella patologia.

Infatti la legatura anche del dotto principale non provoca la formazione della cisti perchè il secreto a monte della legatura viene facilmente assorbito dal parenchima sano della ghiandola. Furono emesse varie ipotesi fra cui quella di Sehn che ammette una occlusione dei dotti escretori per un processo di pancreatite cronica che impedirebbe il riassorbimento del secreto. Durante (1893), seguito più tardi da Carré (1905), ammise e dimostrò con un caso clinico di occlusione del dotto per ascaridi, il meccanismo della necrosi che si stabilisce in quei tratti ghiandolari nei quali il liquido pancreatico viene liberamente a versarsi in seguito all'occlusione del dotto e che possono condurre alla formazione di raccolte considerevoli sia nella ghiandola stessa che nel tessuto perighiandolare.

II. *Cisti disontogenetiche.* Costituiscono i casi invero rari di degenerazione cistica del pancreas analogamente a ciò che si osserva nell'ovaio, nella mammella, rene, parotide ecc. Si tratta della formazione di numerose cavità di 1/2-5 cm. di diametro che possono confluire anche in cavità maggiori e che possono estendersi a tutte le porzioni della ghiandola sino a determinare una distruzione dell'intero parenchima pancreatico. Le cisti hanno forma tondeggiante e sono internamente tappezzate da epitelio cubico o piatto monostratificato e contengono un liquido chiaro. Spesso la degenerazione cistica è estesa ad altri organi dell'economia (reni, ovaio, ecc.). Tutti gli autori sono oggi concordi nell'ammettere per questa malattia un'origine embrionaria consistente in un primitivo restringimento di piccoli dotti, per processi sclerotici più o meno intensi e diffusi.

III. *Cisti ghiandolari.* Queste hanno significato di veri blastomi cistici. Si distinguono in: *a*) cistadenomi; *b*) epitelioni cistici.

a) Sono tumori circoscritti nel tessuto pancreatico, con proliferazione epiteliale indipendente della ghiandola, di grandezza assai variabile. La cavità cistica è in genere divisa da sepimenti e setti in cavità di minori dimensioni; l'epitelio che riveste queste cavità può essere cilindrico o cubico, a seconda che prende origine dall'epitelio dei dotti oppure dalle cellule degli acini ghiandolari; o più difficilmente l'epitelio nasce dagli isolotti di Langerhans. Esistono cisti riccamente provviste di papille come si vede nell'ovaio e nella mammella (cisti papillifere).

b) L'epitelioma cistico, *la cisti vegetante* maligna del pancreas, è molto più rara della varietà precedente. Questo neoplasma è caratterizzato da una esagerata proliferazione epiteliale, da una grande abbondanza di vasi sanguigni dilatati, che possono dar luogo, per rottura, a veri ematomi entro il tumore stesso, e dai segni clinici di spiccata malignità quale l'invasione degli organi vicini e le metastasi a distanza.

IV. *Pseudocisti o cistoidi.* Queste sono delle cavità che si formano nel pancreas o nelle sue vicinanze e che non posseggono alcun primitivo rivestimento epiteliale. Alcuni autori in passato hanno voluto considerare questo carattere dell'assenza del rivestimento epiteliale quale criterio discriminante con le altre cisti pancreatiche, in modo particolare con quelle ghiandolari, ma le migliori conoscenze sulla anatomia patologica di queste cisti ci hanno insegnato che nelle cisti ghiandolari o da ritenzione (che sono anche dette *cisti vere*) il rivestimento epiteliale può secondariamente scomparire, ciò che toglie gran parte del valore a quel carattere differenziale.

La genesi di queste raccolte liquide intra- o peripancreatiche che costituiscono il maggior numero delle cisti pancreatiche riferite nella letteratura, è multipla. Essa può ascriversi: *a*) ad una emorragia primitiva; *b*) al rammollimento di focolai necrotici.

a) L'emorragia può essere conseguenza: 1° di un trauma sulla regione epigastrica, il quale può comprimere la ghiandola contro la colonna vertebrale e determinare la rottura di un vaso. L'importanza del trauma nella produzione di questo stravaso intra- ed extra-pancreatico fu anche dimostrata sperimentalmente la Lazarus e da Mugnai; 2° di un processo degenerativo della parete vasale (emorragie apoplettiformi). Ove queste emorragie non portino alla distruzione della ghiandola ed alla morte improvvisa, il sangue stravasato può incistarsi e trasformarsi in una cisti pancreatica o peripancreatica.

b) La cisti può essere dovuta ad un rammollimento di focolai necrotici, i quali, a loro volta sono conseguenza di: 1° pancreatite suppurativa necrotica od emorragica; 2° steatonecrosi, nelle sue forme subacute e a ricadute; 3° di infarto anemico.

Ciò posto il caso nostro è da classificarsi fra le pseudocisti di origine necrotico-infammatoria. Questo si desume: 1° dai rapporti col pancreas; 2° dalle alterazioni del pancreas stesso; 3° dalla costituzione anatomica e dai caratteri del liquido; 4° dal decorso clinico.

Infatti la raccolta avvolge il pancreas estrinsecandosi dietro il legamento gastro-epatico e dietro lo stomaco nella retrocavità degli epiploon. La testa del pancreas costituisce la parete posteriore della cavità. Non si tratta adunque di una cisti vera del pancreas nata dentro il parenchima stesso della ghiandola, come suole osservarsi nelle cisti ghiandolari e da ritenzione.

Il pancreas si mostra alterato perchè la sua superfisie è di colorito grigio-biancastro, atrofico, di consistenza piuttosto molle per processi di degenerazione e consecutivo rammollimento. Non si notano però su di esso emorragie nè zone di steatonecrosi.

La parete interna della cisti è provvista di fini rilevatezze come depositi di fibrina, che ne rendono opaca la superficie, e di piccole emorragie sparse qua e là. La cavità è unica senza traccia di sepimenti o di papille.

L'esame istologico dimostra che la parete è formata da semplice connettivo senza traccia di rivestimento epiteliale, con ectasia vascolare e piccole emorragie capillari. Il liquido è notevolmente torbido di colorito bianco giallastro, contiene nel sedimento abbondanti leucociti, ha notevole potere proteo- e amilolitico. Questi caratteri depongono per la natura schiettamente flogistica della cisti.

L'inizio infine brusco della tumefazione con tutto l'insieme dei sintomi dolorifici addominali, escluso il trauma, confermano questa ipotesi.

La patogenesi di questa pseudocisti penso si debba rintracciare in una di quelle forme di pancreatite necrotica subacuta, le quali mettono capo a processi di rammollimento.

Nell'anamnesi dell'inferma infatti risultano alcuni dati intorno all'inizio della malattia che ci riportano alla sindrome pancreatica e cioè: 1° insorgenza brusca del dolore epigastrico prima, poi diffuso a tutto l'addome; 2° vomito biliare che non lenisce le sofferenze; 3° meteorismo addominale specie nella metà superiore che porta ad una notevole tumefazione del ventre; 4° alvo chiuso. Questi sintomi, che impongono sul primo la diagnosi di peritonite o di occlusione intestinale acuta e che nelle pancreatiti acute non si attenuano, provocando in breve la morte dell'infermo, nelle forme subacute o croniche invece rimettono entro le 24 ore determinando una brusca ed inaspettata trasformazione del quadro di estrema gravità dell'inizio per dare esito spesso ad una sintomatologia assai poco clamorosa e caratteristica, nella quale di frequente figurano, queste pseudocisti pancreatiche.

Occorre ricordare che le pancreatiti subacute e croniche sono più frequenti di quello che si creda e possono derivare dalle acute così come possono stabilirsi subdolamente sin da principio. La loro diagnosi iniziale sfugge al medico che è portato ad interpretare l'attacco primitivo dolorifico quale esponente di una calcolosi epatica o di una crisi gastro-intestinale, diagnosi alle quali si attiene solo per il criterio della frequenza.

La cura di queste cisti del pancreas, di qualunque tipo esse siano, non può esser che chirurgica. L'indicazione è dettata: 1° dalla evoluzione, che è lenta ma continua per le cisti vere, rapida per le pseudocisti;

2° dal pericolo della degenerazione maligna delle cisti ghiandolari;

3° da cause intercorrenti, come traumi ed infezioni che possono bruscamente aggravare la malattia;

4° dal nocumento che riceve il pancreas per la presenza della cisti, che può andare dalla semplice deficienza funzionale sino alla grave sindrome di cachessia pancreatica.

Riguardo al tipo dell'intervento e la via da seguire molto si è discusso in passato senza arrivare all'accordo fra i vari au-

Digitized by Google

tori, nè questo è facile a raggiungere perchè l'esperienza personale dei vari osservatori su tale argomento è sempre molto limitata. Anche qui vale meglio decidere l'intervento caso per caso ed il genere dell'intervento verrà giudicato dopo aver visto mediante l'apertura laparotomica con quale varietà di cisti si ha a che fare.

In linea generale si può dire che l'asportazione della cisti con o senza drenaggio peritoneale costituisce il trattamento di scelta per le cisti ghiandolari e le cisti da ritenzione, mentre la marsupializzazione è il trattamento di necessità di tutto il gruppo delle pseudocisti.

Però non sempre è possibile applicare questa formula così semplice. Infatti a volte le cisti del primo tipo presentano tale aderenze con organi vicini importanti, che la liberazione di questi è impossibile o pericolosa. Ed allora anche per queste conviene applicare la resezione parziale e il drenaggio.

Mentre per le pseudocisti la marsupializzazione è il trattamento che si impone generalmente, data la loro stessa genesi, alcuni autori discordano da questa opinione ritenendo che la marsupializzazione abbia l'inconveniente di richiedere un lungo periodo di cura, di esporre inoltre il cavo della cisti alla infezione e di lasciare come postumo una fistola che può permanere per mesi ed anche per sempre. A parte la considerazione che le pseudocisti presentano le condizioni meno adatte per l'asportazione, il caso su riferito sta a dimostrare la poca attendibilità delle obiezioni rivolte al trattamento della marsupializzazione poichè il risultato ottenuto non poteva essere migliore. L'inferma infatti ebbe un decorso postoperatorio apiretico e fu dimessa guarita senza traccia di tramite istoloso al sedicesimo giorno dall'intervento.

Per raggiungere le cisti pancreatiche furono proposte varie incisioni la cui indicazione è data essenzialmente dalla localizzazione della cisti e dalla via seguita nel suo sviluppo. Per la via di accesso intraperitoneale, il taglio anteriore addominale mediano o laterale, con l'aggiunta magari di incisione trasversale è quello che dà sempre sufficiente accesso e largo campo di esplorazione, nelle cisti a sviluppo superiore e inferiore ed è stato quello più spesso applicato. Questo fu appunto praticato nel caso su riferito e permise senza difficoltà alcuna l'esplorazione e il compimento dell'intervento operatorio.

Il taglio obliquo sottocostale sinistro (Tusini) ed il taglio costo-addominale hanno trovato la loro applicazione nelle cisti a sviluppo laterale (cisti della testa e della coda) e là dove si presumeva l'esistenza di numerose aderenze.

Per la via extraperitoneale, il taglio addomino-laterale paraperitoneale e il taglio lombare, a volte con aggiunta di un'incisione trasversale, fu praticato nelle cisti a sviluppo posteriore e che per la loro estrinsecazione verso la regione lombare avevano generato un errore di diagnosi. L'incisione paraperitoneale dovrebbe avere il vantaggio di aggredire il pancreas ed il tessuto retroperitoneale senza aprire il peritoneo, ma nei così pochi casi conosciuti nei quali fu seguita questa via non fu potuta evitare l'apertura del peritoneo in qualche punto per le fitte aderenze della sacca cogli organi vicini.

Aperto il peritoneo sarà l'esatta valutazione del rapporto che la cisti ha col colon trasverso quella che guiderà il chirurgo nei successivi tempi dell'operazione, e cioè:

1° per le cisti situate sopra al colon trasverso verrà seguita: *a)* la via gastro-colica passando attraverso il legamento gastro-colico per le cisti estrinsecate fra stomaco e colon; *b)* la via epato-gastrica incidendo, come nel caso nostro che rappresenta la varietà meno frequente di estrinsecazione, e cioè fra stomaco e fegato, il legamento epato-gastrico;

2° per le cisti situate sotto il colon trasverso verrà seguita la via transmesocolica la quale permette, sollevando in alto il grande omento col colon e tenendo abbassato l'intestino tenue con compresse, di creare una breccia attraverso il mesocolon trasverso e di avere largo adito alla borsa omentale.

Resta quindi, per le considerazioni di sopra e per l'ottimo risultato ottenuto del nostro caso, la via intraperitoneale con incisione addominale anteriore il metodo operatorio di scelta.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRI. Su la cosidetta necrosi adiposa del pancreas. Atti del XVI Congr. di Chir., Roma 1902. — ESAU. L'importanza dei raggi X nella diagnosi di cisti del pancreas. Fortsch. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen 1925, pag. 358. — HAHN. Beitrag zur Behandlung der Pankreaszyste Zent. f. Chir., 1927, n. 10. — KORTE. Pankreaszyste Deutsche Chir, Lief, 45. — LAZARUS. Zur Pathogenese der Pankreaszyste Zeits. f. Chir., 1912. — MAROGNA. Sopra alcuni casi di tumori e di cisti del pancreas. Arch. Ital. di Chir., VII fasc. 2, 1923. — METZLER. Ein Fall von Cystadenom des Pancreas, Arch. f. Klin. Chir., 134-4. — PASINI. La Chirurgia del pancreas. Ricci-Alfonsino, 1923. — PENDE. Le modificazioni del pancreas dopo l'occlusione dei canalicoli pancreatici. Labor. anat. Roma 1908. — TUSINI. Sulla chirurgia delle cisti e dei tumori del pancreas. Arch. e Atti della Soc. Ital. di Chir. XXIII Adunanza, Roma 1909. — WEGELIN. Zur Genese und Einteilung der Pankreaszysten. Verhand. d. Dtsch. path. Gesll. 1921. — YAMANE. Die Pancreaszyste. Haupt, Bern, 1921.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI BATTISTA E DELLA CITTA' DI TORINO
Centro per l'accertamento diagnostico per le malattie di petto
diretto dal prof. dott. F. BATTISTINI

LE VARIAZIONI DELLA FORMULA LEUCOCITARIA NELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

per il dott. CARLO OLIVERO — Aiuto

In seguito alle numerose ricerche eseguite è ormai ben noto il comportamento dei globuli bianchi del sangue in tutte le forme morbose, sia riguardo al numero di essi per millimetro cubico, sia riguardo alla proporzione tra le varie specie (la così detta formula leucocitaria).

Ma il conteggio dei leucociti e la determinazione della formula leucocitaria hanno assunto importanza diagnostica soltanto in un ristretto numero di malattie.

È nota la costanza della leucopenia nell'infezione tifosa, la ipereosinofilia nell'elmintiasi, e la polinucleosi neutrofila nella polmonite crupale, e nei processi suppurativi.

Nelle infezioni croniche (sifilide, tubercolosi, malaria) il comportamento della formola leucocitaria è soggetto a variazioni molto notevoli, a seconda che la determinazione di essa vien fatta in periodi di recrudescenza, o di pausa del processo infettivo cronico, ed a seconda della gravità dell'infezione.

Nella tubercolosi polmonare, venne da vari ricercatori studiato il comportamento dei leucociti, sia riguardo al numero di essi per millimetro cubico, sia riguardo alle modificazioni della formola leucocitaria, ma per l'incostanza dei dati ottenuti, queste ricerche non ebbero applicazione pratica e furono abbandonate.

E se si tien conto infatti della grande variabilità del quadro clinico della tubercolosi polmonare che va dalle forme più gravi con febbre elevata e rapido deperimento, a quelle più lievi a tipo sclerosante si comprende come debba variare nei vari casi la reazione leucocitaria di fronte a stimoli di natura ed intensità così diversa.

Le ricerche in questo campo vennero riprese da Kiers Petersen, e dall'Jülich che indagò il comportamento della formola leucocitaria negli individui affetti da tubercolosi polmonare.

L'autore osservò, in modo abbastanza costante, una spiccata leucopenia con forte prevalenza dei leucociti polinucleari neutrofili negli individui affetti da forme gravi di tubercolosi polmonare (tub. miliare, tubercolosi essudativa diffusa); per contro negli ammalati che avevano tendenza al miglioramento scemava la percentuale dei neutrofili ed aumentava quella dei globuli bianchi della serie linfocitica (linfociti e monociti).

Il Jülich afferma perciò che il forte aumento nella percentuale dei polinucleati neutrofili, con scomparsa delle cellule eosinofile, ha un gravissimo significato prognostico, e compare nelle forme più gravi.

Dato l'interesse che assume ogni ricerca diretta a portare un contributo al problema della prognosi della tubercolosi polmonare, ho ritenuto cosa utile indagare, nei malati ricoverati per osservazione nel centro per l'accertamento diagnostico delle malattie di petto, il comportamento della formola leucocitaria, per vedere se dalle variazioni di essa fosse veramente possibile ottenere dei dati utili alla determinazione della prognosi della malattia.

Digitized by Google

Le ricerche sui globuli bianchi venivano da me fatte con i metodi di uso corrente, e cioè mediante il conteggio con l'apparecchio Thoma-Zeiss, e colla determinazione della formola leucocitaria sugli strisci colorati con il liquido del May Grünwald e con quello del Giemsa.

Ho eseguito gli esami del sangue su ottanta individui affetti da tubercolosi polmonare di varia gravità, ed anzi, quando

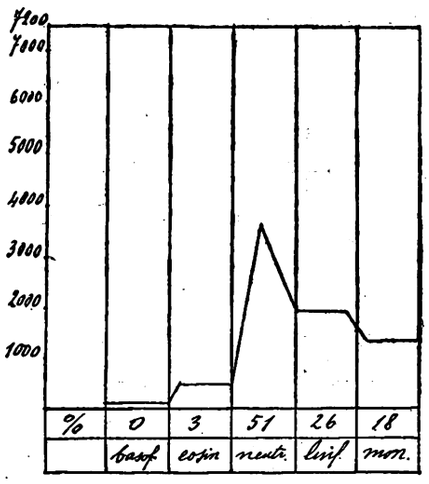


Fig. 1.

mi fu possibile, ho avuto cura di ripetere l'esame a varia distanza di tempo per vedere se ed in qual modo variasse la formola leucocitaria, con le modificazioni dell'andamento clinico della malattia.

Degli ottanta malati da me esaminati, 46 presentavano forme polmonari non gravi a tipo sclerosante, o fibro-ulceroso con localizzazione molto limitata febbre di poca entità e buona conservazione dello stato generale.

In questi ammalati il conteggio dei globuli bianchi ripetutamente eseguito, non diede dati costanti, perchè le cifre presentavano nei vari individui variazioni tra i 6000 ed 11000 globuli per millimetro cubico, valori cioè presso a poco normali.

La determinazione della formola leucocitaria mise in evidenza nella maggioranza di questi casi un aumento talora notevole nel numero dei linfociti e dei monociti che raggiunsero percentuali del 39 % e fin dal 47 % con conseguente diminuzione dei polinucleari neutrofili.

In tutti fu costante la presenza delle cellule eosinofile nella percentuale del 3 e 5 %.

Come esempio di figura tipica della formula leucocitaria riporto il seguente grafico che si riferisce ad un'ammalata affetta da peribronchite specifica con scarso risentimento dello stato generale e modico rialzo febbrile (v. fig. 1).

I rimanenti 34 ammalati presentavano invece forme più gravi a tipo produttivo-essudativo con febbre elevata, e notedole risentimento dello stato generale.

Il conteggio dei globuli bianchi non fornì neppure in questi, dati costanti perchè il numero oscillò tra i 5000 ed i 13000 globuli per millimetro cubico.

La determinazione della formola leucocitaria mise in evidenza in una parte dei casi esaminati, una maggior prevalenza dei polinucleari neutrofili con parallela diminuzione dei linfociti e dei monociti.

La percentuale dei polinucleari neutrofili fu in undici ammalati del 70 %; di poco cioè superiore alla norma, negli altri oscillò dal 70 % sino all'86 %.

Le cellule eosinofile non superarono in 24 casi la proporzione dell'1-2 %; in dieci ammalati molto gravi non fu possibile dimostrarne la presenza agli strisci colorati.

Come esempio tipico della variazioni della formula leucocitaria, nei tubercolotici gravi riporto il seguente grafico che si riferisce ad un ammalato con lesioni bilaterali estese, febbre elevata, forte dimagramento (v. fig. 2).

Degno di nota mi pare il caso clinico di una donna di 20 anni affetta da broncoalveolite destra molto limitata, e con buono stato di nutrizione, e sottoposta alla collassoterapia alla Forlanini.

L'esame del sangue all'inizio della cura mise in evidenza una formola leucocitaria con il 68 % di leucociti neutrofili, 3 % di eosinofili, 22 % di linfociti, ed 8 % di monociti.

L'insorgenza di un versamento pleurico, di carattere sieroso, accompagnato da alta temperatura modificò la formola leucocitaria con un forte aumento di polinucleari neutrofili, che raggiunsero l'83 %.

L'iperleucocitosi neutrofila si attenuò a poco a poco con la diminuzione dei fenomeni soggettivi ed oggettivi causati dalla rapida formazione del versamento pleurico.

Dai risultati di queste ricerche risulta che, negli ammalati di tubercolosi polmonare, il conteggio dei leucociti non dà un valore costante; ma esso oscilla da caso a caso indipendentemente dal carattere e dalla gravità dell'infezione; epperò non può avere valore nè per la diagnosi nè per la prognosi della malattia.

Le variazioni della formola leucocitaria presentano invece una certa regolarità, perchè a quanto risulta dalle prove eseguite, in un buon numero di casi osservati, l'aumento dei polinucleari neutrofili si ha nelle forme gravi parallelamente alla diminuzione od alla scomparsa delle cellule eosinofile, mentre per contro nelle forme più benigne è evidente un'aumento delle forme linfocitarie e dei monociti.

La spiegazione di questi fatti non può essere data in modo soddisfacente, perchè non è ancora del tutto noto il modo d'origine e l'importanza dal punto di vista fisiologico e patologico delle diverse specie dei leucociti.

È probabile che la iperleucocitosi neutrofila che si osserva negli ammalati con focolai estesi e con febbre elevata sia imputabile, almeno in parte, alle infezioni secondarie di natura streptoe stafilococcica che così spesso complicano ed aggravano il quadro clinico della tubercolosi polmonare.

Ed infatti nelle infezioni da cocchi (polmoniti, sepsi, streptoe stafilococciche) si osserva una spiccata polinucleosi neutrofila.

Per contro la prevalenza dei linfociti e dei monociti nelle forme più miti di tubercolosi polmonare potrebbe essere interpretata come l'espressione di una difesa dell'organismo che si esplicherebbe con una maggiore attività delle ghiandole linfatiche, nelle quali per l'appunto l'infezione tubercolare assume, nella maggioranza dei casi, un'andamento molto cronico con reazione di difesa locale e scarso risentimento dello stato generale.

La diminuzione e la scomparsa delle cellule eosinofile dal sangue circolante che venne constatata, oltrechè nei casi gravi di tubercolosi, anche in altre infezioni (Feilchenfeld nella sepsi streptococcica), non può trovare per ora alcuna spiegazione sicura, essendo ignoti il significato e la funzione delle cellule eosinofile.

Si ha un aumento di questi elementi nel sangue circolante, oltrechè nell'elmintiasi, nei casi di ipertono del sistema vagale (asma bronchiale).

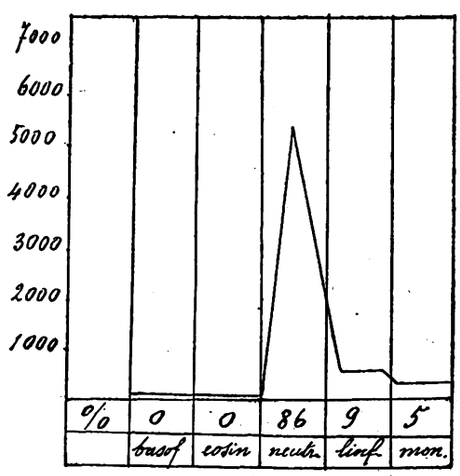


Fig. 2.

La diminuzione, nel sangue, degli eosinofili, in individui gravemente colpiti dalla infezione tubercolare, potrebbe essere dovuta (sempre in via di ipotesi) alla diminuzione di tono, di tratti del sistema vagale, ed all'aumento dell'eccitabilità del sistema simpatico, quale si osserva negli stati infettivi gravi e che si manifesta con la tachicardia, la paralisi vasomotoria; fenomeni

Digitized by Google

frequenti, questi ultimi appunto nella tubercolosi polmonare grave.

Quanto poi al valore pratico della determinazione della formula leucocitaria nei tubercolotici polmonari, sarebbe erroneo esagerarne la portata per i risultati sinora ottenuti dalle ricerche dei vari autori.

Se si pensa infatti alla grande variabilità del decorso della tubercolosi polmonare, ove si hanno lunghe soste con i segni della guarigione clinica, alternate a brusche riprese della malattia, che possono presentare carattere di notevole gravità, si comprende come l'esame citologico del sangue possa solo indicare che in quel dato momento la malattia ha tendenza alla sosta od al progresso; ma non può fornire un giudizio preciso nelle probabilità o meno di guarigione definitiva.

Nell'apprezzamento delle deviazioni dalla norma del numero e della formula leucocitaria occorre pure tenere conto delle differenze individuali, e delle variazioni che si possono avere indipendentemente da ogni influenza patologica.

E le deviazioni notevoli che hanno carattere di peculiarità per la tubercolosi (la relativa linfocitosi nelle forme lievi, e la forte polinucleosi associata alla diminuzione od alla scomparsa degli eosinofili nelle forme molto gravi) si rendono evidenti, quando già i sintomi clinici ci possono permettere un giudizio prognostico della malattia.

L'esame ematologico (conteggio dei globuli bianchi e determinazione della formola leucocitaria) può perciò soltanto, quando venga ripetutamente eseguito, e dia dati costanti contribuire con lo studio della sintomatologia clinica, a darci un criterio sull'andamento della malattia, in un determinato periodo della sua evoluzione.

All'egregio Prof. Battistini che mi consigliò queste ricerche rivolgo i miei più vivi ringraziamenti.

BIBLIOGRAFIA

JULICH. Beitr. z. Klin. d. Tb. 50. — KIERS PETERSEN. Beitr. z. Klin. d. Tb. (1 Supp. Bd.). — ROMBERG. Zschr. f. Tb. n. 34.

NOTE PREVENTIVE

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I. — TORINO

LA CRISI EMOCLASICA DETERMINATA CON L'INTRADERMO-REAZIONE ALLA CASONI NEI PORTATORI DI CISTI DA ECHINOCOCCO.

NOTA PREVENTIVA

per il dott. A. M. BONANNO

In ricerche che conduco da diversi anni sul comportamento nei portatori di cisti di echinococco delle reazioni biologiche (deviazione del complemento, modificazioni ematologiche, intradermo-reazione alla Casoni) dopo l'intervento chirurgico, ho creduto utile, dopo che il D'Amato ha reso note (1924) le sue ricerche sulla produzione della crisi emoclasica nei tubercolotici mediante l'introduzione di minime dosi di tubercolina, indagare le eventuali modificazioni determinate dall'introduzione intradermica di liquido di cisti da echinococco alla maniera del Casoni. Un ultimo lavoro del D'Amato comparso su *La Riforma Medica* di quest'anno, n. 22 m'induce a rendere noto in questa nota preventiva qualche risultato degli esami praticati riservandomi di pubblicare quanto prima i dati completi insieme con il risultato delle altre ricerche praticate negli echinococcosi già operati.

I casi esaminati ammontano a 10, e si comprenderà la scarsezza del numero tenendo conto della relativa scarsità dell'echinococcosi in Piemonte. Dei 10 casi, 7 casi portatori di una o più cisti da echinococco nel fegato sono stati operati nella sezione chirurgica di questo Ospedale. Gli altri 3 casi, di cui 2 di echinococco del fegato e 1 di echinococco retro-peritoneale, sono caduti sotto la nostra osservazione perchè ricoverati nella sezione medica dell'Ospedale per altra malattia alla distanza di tempo diverso dall'intervento chirurgico praticato in altro Ospedale. Il liquido cistico usato per l'intradermo-reazione alla Casoni appartiene a una grossa cisti del fegato da cui si è potuto ricavare in modo sterile conservato in fiale chiuse alla fiamma in ghiacciaia e sottoposto per 3 giorni di seguito e per un'ora al giorno alla temperatura di 56° per maggiore garanzia della sterilità. Sul valore di questo liquido conservato ormai da quasi 4 anni, nell'uso dell'intradermo-reazione alla Casoni diremo specificatamente in altro lavoro: per ora interessa far notare che esso sia nei casi di echinococco controllati al tavolo operatorio anche quando qualche volta erano assenti la deviazione del complemento sul siero di sangue e l'eosinofilia, come pure parecchio tempo dopo l'operazione parallelamente alla positività delle altre reazioni biologiche, ha determinato reazioni cutanee intensissime nel punto d'inoculazione un quarto d'ora, mezza ora, dopo l'introduzione in dose di 0.2-0.3 cmc. Si comprenderà l'importanza di questa nuova modalità nell'uso del liquido cistico quando si pensi la grande difficoltà che s'incontra nel procurarsi liquido recente di cisti di echinococco in regioni come il Piemonte ove l'echinococcosi negli animali è relativamente poco diffusa.

È superfluo dire che l'intradermo-reazione con il suddetto liquido praticata nei normali diverse volte e a diverso periodo di tempo non ha dato mai alcuna reazione cutanea nel punto di iniezione. La tecnica usata per l'indagine dello shock emoclasico è stata la solita: esami preliminari (conteggio gl. bianchi, determinazione formula leucocitaria e della pressione sanguigna) dopo il digiuno della notte: ripetizione degli esami ogni 1/2 ora e per 2 ore dopo l'intradermo-reazione. In due casi si potè determinare il tempo di coagulazione.

Dagli esami praticati possiamo formulare che in 6 casi prima dell'atto operativo la crisi emoclasica è stata al completo con leucopenia, abbassamento della pressione sanguigna, inversione della formula leucocitaria. Nel 7° caso mentre l'intradermo-reazione fu positiva le modificazioni ematologiche che ne seguirono sono state scarse e non tali da poter fare ammettere l'intervento dello shock emoclasico. È da tener presente che in questo caso sia l'eosinofilia sanguigna come pure la deviazione del complemento erano risultate negative. Nei 7 casi operati nella sezione chirurgica come pure nei 3 casi operati in altri Ospedali nei quali le reazioni biologiche si mantenevano ancora positive, l'intradermo-reazione accompagnata dalla crisi emoclasica e parallelamente alle altre prove biologiche si è presentata positiva a diversa distanza di tempo dall'atto operativo. In 5 casi che tutt'ora seguiamo praticando saltuariamente gli esami e il cui atto operativo data rispettivamente in 1 da 4 anni, in un altro da 3, in 2 da 2 anni e in 1 da un anno, l'intradermo-reazione alla Casoni, che si presenta positiva si accompagna a netta leucopenia, a inversione della formula leucocitaria e all'abbassamento della pressione arteriosa, modificazioni che per lo più si presentano dopo mezz'ora o un'ora dall'iniezione e sogliono scomparire per lo più al termine di 2 ore.

La 6ª paziente è morta per malattia intercorrente 8 mesi dopo l'atto operativo presentando ancora positive tutte le reazioni biologiche. In 3 altri ammalati, colla scomparsa della positività della reazione del Casoni, è scomparsa anche la crisi emoclasica dopo l'introduzione del liquido cistico. Del 10° ammalato il cui atto operativo rimonta a due anni fa e nel quale le reazioni biologiche dopo l'operazione si mantenevano positive, non abbiamo più avuto alcuna notizia.

L'introduzione intradermica di liquido cistico anche in dose doppia di quella da noi correntemente usata e praticata in individui normali non ha dato luogo ad alcuna reazione nè locale nè generale. Abbiamo in corso delle ricerche nei conigli sulle modificazioni ematologiche e sul tempo di coagulazione del sangue determinati dall'introduzione a diverse riprese di liquido cistico. Come pure in ammalati abbiamo in corso delle ricerche sull'eventuale differenza nel determinare la crisi emoclasica praticando per diversa via l'introduzione di alcune proteine.

Lo studio della crisi emoclasica introdotta dal D'Amato e che si determina coll'iniezione di alcune determinate sostanze, oltre al valore diagnostico in alcune malattie come la tubercolosi, tifo, febbre di Malta, sifilide, gravidanza (Cappellani) presenta un reale valore biologico in quanto pone in discussione il meccanismo di produzione della crisi leucopenica e di alcune modificazioni umorali in seguito all'introduzione nell'organismo di alcune sostanze.

Digitized by Google

Senza dubbio anche alle modificazioni nel tasso dei gl. bianchi, nella pressione sanguigna determinate dall'intradermo-reazione alla Casoni deve essere assegnato lo stesso significato che a quelle rese note dal D'Amato e dalla sua Scuola nella tubercolosi, nell'infezione tifoide e melitense, nella sifilide.

ATTUALITÀ

I. ***L'auto-pioterapia.***
II. ***Nuova concezione sulla patogenesi del dolore sciatico.***
III. ***Nuova reazione per la diagnosi della sifilide.***
IV. ***Influenze molteplici sull'azione degli ormoni.***

I. Makai Havrànek (Clin. Ortopedica di Bratislava, *Zentr. f. Chirurgie*, 27, 1927) ricorda che il concetto informativo di cotesta terapia, sulla quale non abbiamo tralasciato di fermarci precedentemente, sarebbe quello di potere, mediante iniezioni sottocutanee di pus da ascesso freddo, mobilizzare le energie curative dell'organismo, da una parte per i prodotti di disfacimento di proteine e di altre sostanze presenti in quell'essudato, e d'altra parte per l'azione di parassiti attenuati od uccisi.

L'A. avendo avuto campo di sperimentare codesto indirizzo nell'osteo-artro-tubercolosi, si è convinto della erroneità del principio curativo enunciato. Così facendo si agevola anzi la malattia, la quale prima o poi si intensifica. Innanzi tutto si è già da più parti obbiettato che la stimolo-terapia non lascia molto attendere nella tubercolosi; che d'altra parte problematico è il dosaggio della stessa tubercolina a seconda dei casi; e finalmente che non misurabili sono le sostanze affini alla tubercolina, contenute nel pus di ascesso freddo. Si aggiunga come più importante ancora, l'impossibilità di precisare quando scompaia la virulenza di bacilli contenuti in quell'essudato. Le svariate risultanze morfologiche negli esami di strisci di pus; l'incertezza se queste varianti siano o non segno di minorata virulenza; la variabilità di «resistenza» dei bacilli; l'incertezza se sia da considerarsi sterile quel prodotto quando vi manchino corpi bacillari, ecco altrettante obbiezioni. E' occorso all'A., come ad altri osservatori, constatare che a volte sì, a volte no riesciva far pullulare le inoculazioni in terreni artificiali, senza cioè aver prima attivata la virulenza con passaggi in vivo.

Mentre si è venuto conoscendo che anche i filtrati attraverso porcellana possono provocare affezioni tubercolose, si è visto che non sempre uniforme è la morfologia dei bacilli specifici. Il bacillo dunque ha qualche forma ancora da precisarsi. Dal Bezançon e da altri si è precisato che nelle culture pure accanto ai bastoncelli acido-resistenti ed alcool-resistenti, acido-alcool fissatori, si trovano forme novelle colorabili in azzurro e violetto di genziana, senza tuttavia riconoscervi altri particolari differenziali. Dunque c'è ancora molto da attendere per la completa conoscenza del significato del bacillo tbc.

Cauti si impone essere pertanto, in questa terapia: può sembrare rischioso ricorrervi nelle forme acute, non si può impunemente ritenere che la terapia consigliata dal Mokai rientri tra le davvero innocue.

E' occorso all'A. di constatare che aspirando il contenuto di un idrope traumatico del ginocchio, con ricerca microscopica negativa il liquido stesso contenesse forme ultrafiltrabili, le quali dopo quattro mesi di termostato a 37° in tubi Petroff, e dopo due altri mesi a 20° C fornissero nitide culture di bacilli specifici. Finalmente non raro è il caso di inoculati sperimentalmente, i quali non presentano se non uno stato di cachessia, e soltanto alla ricerca del sistema linfatico, si riesce a mostrarvi la virulenza, somministrandone inoculazioni a nuovi animali.

***

II. Putti (Bologna, *The Lancet*, luglio, n. 5410, 1927) utilizzando un materiale clinico notoriamente ricco, e di tutti i mezzi doviziosi del noto Istituto italiano, ha sviluppato questo argomento in una Conferenza tenuta in Liverpool, ricordando come il quadro nosografico risalisse al nostro celebre Cotugno (il quale non si vantò mai di chiamarsi Cotunno). Da parte le considerazioni generiche su la fisiopatologia del dolore, il che esorbita dalla misura di un transunto, vediamo il nodo della discussione, secondo l'A.

L'importanza di alterazioni vertebrali e pelviche venne già messa innanzi da Goldthwait quando rilevò la frequenza di certe alterazioni congenite, e sopratutto la sacralizzazione della V lombare. Queste cognizioni, solidamente fondate e discusse, hanno trovato continuatori in Francia, in Italia, tanto più che i materiali radiologici divennero sempre più affermativi.

Senonchè a misura che la critica scientifica venne rilevando come non esistesse una costante correlazione tra quadro radiologico e quadro sintomatico; come si precisò lo studio anatomico, si notò che contribuendo il quarto paio lombare alla formazione del plesso, la sacralizzazione dovrebbe offendere soltanto il quinto. Essendosi ancora avanzata l'ipotesi di una correlazione della sciatica con la sincondrosi sacro-iliaca, vennero ulteriori osservazioni ad escluderlo. Dunque si imponevano più precise ricerche, dalle quali risultarono in realtà particolari non prima affermati varianti anatomiche dal cui complesso dovevano risultare logicamente varianti sia sul canale vertebrale, sia su quelli di passaggio alle produzioni nervose. Peculiare importanza fu dall'A. annessa alle anomalie di tropismo delle faccette articolari, sia superiori, sia inferiori.

Il materiale clinico rientrante nella sciatica mostrò appunto, non di rado, una articolazione nel piano sagittale, mentre quella correlativa si trovava in un piano frontale. Da questo complesso si possono desumere due conseguenze essenziali: alterate la configurazione e la capacità dei forami intervertebrali; poi essendo alterata la meccanica della colonna vertebrale si provoca un'artrite che irrita il tronco nervoso.

Con una serie di figure schematiche molto dimostrative, l'A. mette in particolare evidenza le alterazioni che vanno producendosi di conseguenza nelle articolazioni intervertebrali e forami rispettivi, come effetto di uno stato infiammatorio: una vera artrite. Non pure cambia il piano delle superfici articolari, ma può completamente scomparire ogni forame.

Da queste premesse si origina anche un largo chiarimento del quadro clinico. Infatti tra le note più caratteristiche troviamo secondo l'A. col dolore della sciatica idiopatica la rigidità della colonna lombare, alla quale bisogna dare la valutazione di uno spasmo difensivo. Il concetto moderno si traduce dunque in questo: che la sciatica rappresenta un sintomo di neurodocite e di lomboartrite. Ecco perchè a rigore di termini bisognerebbe sostituire alla nomenclatura di sciatica reumatica e sciatica idiopatica, quella molto più precisa di sciatica artritica o vertebrale.

A meglio sottilizzare bisognerebbe secondo l'A. ammettere la distinzione anatomo-patologica in sciatica centrale e sciatica periferica.

Conforme ai criteri generali il trattamento dovrebbe essere quello della iperemia attiva e della immobilizzazione, salvo, in caso di insuccesso, a procedere alla resezione delle articolazioni alterate.

***

III. Franz (Istituto batteriologico in Dresden, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 25, 1927) riferisce che la nuova reazione, sulla quale ha lavorato il Müller, rendendola nota nel 1925, viene indicata col seguente abbreviativo (M. B. R.).

Questa reazione venne provata su 2500 pazienti e confrontata con le altre reazioni serologiche, vale a dire la reaz. Wassermann (W. R.) e sue modifiche. I risultati sembrerebbero vantaggiosi e rispondenti alle particolari esigenze di un metodo serologico, cioè: 1. Accessibile. 2. Specifico. 3. Sicuramente obbiettivo alla lettura. 4. Tecnicamente semplice, vale a dire non fonte di facili errori.

In questo metodo (di espressione non facilmente traducibile perchè «balbung» suonerebbe «agglomerazione») di accordo con Poehlmann l'A. crede possedersi un mezzo di maggiore garenzia. In 16 % dei casi i quali documentavano nella loro etiologia il sifiloma, si ebbe precipitato positivo. Nella neurosifilide la positività è intorno ad 8-7 % più elevata, nella sifilide latente di 13 %. Invece nei sani o lievemente infermi reazioni positive 1,1 %, nei malati generici non sifilitici, e nelle gravide 2,3 %, nella tubercolosi e processi febbrili acuti 4 %.

Ecco riassunti i punti principali della tecnica del Müller.

1. Il cuore di bue viene finissimamente triturato in proporzione di 1:30 alcool a 96 % (una unità di peso = 30 unità di volume). Durante 18 ore a 50° si estrae, e dopo 48 ore di temperatura di stanza, filtrato su carta. La più parte degli estratti vale stabilmente dopo alcuni mesi.

2. 30 cc. di estratto-stipite si mescolano e diluiscono con soluzione colesterinica 0,5 % (soluzione completamente chiara). La riduzione di 30 cc. di estratto dopo aggiunta della colesterina si fa in cilindri graduati (diametro 2,5) e con un particolare dispositivo (che si trova descritto in altro periodico!). L'estratto viene versato in 5 cc. di soluzione clorosodica 9 % (ampio bicchiere) a cui subito si aggiungono 50 cc. della soluzione clorosodica contenuta in altro bicchiere; osservare che se il cloruro sodico ha temperatura in sotto od in sopra di 17-17 1/2 ne soffre la specificità e la sensibilità dell'estratto.

Sfavorevole anche il tempo speso nella unione dei due quantitativi clorosodici; cioè non più di 1-1 1/2 secondi.

Chiusura nelle provette, 18-24 ore di termostato a 56. Servirsi dell'estratto solamente rimasto chiaro e colloidale. Un estratto diluito può conservarsi e servire più giorni a temperatura di stanza.

Digitized by Google

Determinazione della aggiunta di colesterina da distinguersi in grossolana e delicata; la prima su sifilitici affermati e su sani; la seconda su luetici latenti già sottoposti a ripetuti controlli. Su 30 cc. nel primo caso si aggiungono 7,5, 8 8 e 5,9 cc. soluzione colesterinica 1/2 %. La miglior dose è quella che dopo 9 ore di stufa (37°) nella sifilide dia luogo a sfere grosse separate sfere gelatinose nel cui centro sia visibile un nucleo più scuro. Nel normale è ben difficile si abbia pure un lieve intorbidamento.

Esecuzione della reazione. A 3 gocce (0,15 cc.) di siero inattivato 1/2 ora in piccole provette di diametro di circa 5 mm. si aggiungono 0.3 cc. di antigene. Per 9 ore a 37°; per 9 ore a temperatura di stanza (talora si protrae la permanenza). Lasciare i tubicini aperti per non accelerare la reazione e indebolirla. Raro è che si richiedano 6 gocce di siero.

A seconda della intensità della reazione si hanno i seguenti gradi:

4° grado: sfere o gomitoli grossi gelatinosi con nucleo denso giallastro.

3° grado: sfere di varie dimensioni in liquido torbido.

2° grado: delicate masse senza nucleo.

1° grado: aspetto mutevole ma più prossimo al terzo grado.

***

IV. Nel campo del laboratorio quanto della clinica si va assodando anche per l'insulina la differenza dell'azione per influenza di circostanze molteplici. Come un contributo al determinismo di queste circostanze va considerata una serie di ricerche compiute da SACHAROFF e DANENKOFF, della Università di Mosca (*Revue Française d'Endocrinologie*, anno IV, n. 6).

Da queste ricerche dei due osservatori nel campo del laboratorio risulta che rispetto all'insulina nei conigli il calcio, il potassio, il sodio funzionano da inibitori dell'azione antiglucosurante, il magnesio invece eccita quest'azione. Come analogia rispetto ad altri sistemi neuro-endocrini, secondo le ricerche di Kraus e della sua scuola, il cloruro di sodio sovreccita il simpatico, il calcio lo modera. H. Freund, dell'Istituto farmacologico di Vienna, ha illustrato il fatto che il calcio contrasta l'azione dell'adrenalina.

In queste influenze degli ioni di calcio di sodio o di potassio o di magnesio è da tener conto anche di un allenamento o adattamento progressivo. Infatti il potassio rafforza l'azione degli ormoni ipofisarii, laddove il calcio la modera; ma, se si somministra il calcio per vari giorni di seguito, si vede il calcio agire in senso inverso; il potassio ed il calcio possono menomare l'azione stimolante della insulina sulla salivazione. L'adrenalina e la pilocarpina, considerate abitualmente quali antagoniste come azione sul sistema endocrino-vagale, provocano, tutte e due, una linfocitosi.

Un catione identico può avere effetti inversi su una determinata ghiandola endocrina, secondo la dose, che si fa agire. Questo fatto non ha niente di speciale, essendo molto frequente ad osservarsi nel campo, ad esempio, della farmacologia. D'altra parte, bisogna mettere a calcolo quella che si è voluta chiamare bifasità o polifasità nell'azione degli ormoni. Niente di nuovo o di speciale nel fatto, che si è voluto sintetizzare con queste espressioni. Non succede per i farmaci lo stesso fatto che i fenomeni dell'azione variano secondo i periodi o fasi di quest'azione, oltre che secondo la dose differente?

Il citrato di sodio, a dose debole (2 centigr.) piuttosto stimola l'azione antiglucosurante della insulina; invece al di là di 3 centigr. la menoma sino ad annientarla. Lo stesso si verifica per il fosfato di sodio.

Questi fatti sono elementi analitici volgenti alla conclusione che per l'insulina, come per qualsiasi altro ormone endocrino, l'azione dipende da circostanze molteplici, di cui stiamo conoscendo appena qualcuna, e chi sa quante altre esistono, che noi ignoriamo tuttora e che intanto in clinica decidono dei risultati diversi secondo gl'infermi singoli, tanto come costituzione personale quanto come fase del male. Nella biochimica della costituzione personale entrano appunto parecchi degli elementi analitici, che si trovano menzionati nelle ricerche degli osservatori russi qui riferite. Basti citare il vario stato colloidale ed i rapporti tra lo jone calcio e lo jone potassio.

ANDREA FERRANNINI

RIVISTE SINTETICHE

L'OLEOTORACE

Ad integrare non pochi transunti da questo periodico riportati, a proposito di tale metodo terapeutico, verremo tracciandone uno schizzo più coordinato. Tanto ha la sua particolare giustificazione nel fatto che il metodo venne assumendo il suo maggior incremento, a misura che si pensò e realizzò lo scopo di sostituire ad un versamento pleurico un mezzo liquido differente; oppure sostituire ad un'introduzione gassosa collabente il polmone, un liquido.

Si è oggi già alquanto lontani dal trattamento gomenolato a piccole dosi, ma più o meno variabili, secondo i contributi di Fournier e Weil, Loiseur, Cordier e così via. Non della evoluzione storica di questo metodo ci occuperemo nelle brevi colonne presenti, di quanto oggi meglio è acquisito.

La *tecnica*. Ci terremo a l'esposizione che in successivi contributi, ne han fatto, Bernou, Kuss, Bezançon, Jacquelin etc.

Premesso che sul gomenolo è concorde la scelta quale antisettico, sia in diluzione 2-4 % per bloccare; sia in soluzione 4-10 % per curare il piotorace, bisogna altresì notare che il veicolo grasso non fu unico.

Tra gli oli vegetali e quello di paraffina, ci furono tendenze diverse: predilezioni di esecutori. Si andò anzi a prescegliere l'olio di fegato di merluzzo, per le sue note proprietà.

Nè a codeste varianti si soffermarono le osservazioni. C'è infatti il Kuss a suggerire l'addizione al gomenolo del 1/5 di suo volume in eucaliptolo, per accelerarne la dissoluzione; c'è da Bezançon ed altri la proposta di intensificare l'azione antibacillare, mediante l'aggiunta di olio di chaulmoogra. Ancora si è trovato più attivo l'olio irradiato dai raggi ultra-violetti. Codeste varianti non cambiano fondamentalmente il concetto terapeutico. Pertanto insistere si vuole sui dettami tecnici. Due preliminari ci sono: ago quanto basti per suo diametro a consentire l'iniezione, senza lasciar tramiti di facile fistolizzazione; olio riscaldato previamente a 38° perchè sia fluidissimo.

Poi chiaro è che, a seconda del volume del liquido da introdurre, si cambi istrumentario, dalla semplice siringa Kuss, passando alla bottiglia funzionante sotto pressione manometrica. Certamente ad evitare l'iperpressione nociva, si è l'applicare un ago di controllo che assicuri la sfuggita di gas sormontante il liquido nel cavo pleurico; o che, nel caso di bloccare la pleura sarà connesso ad un tubo di cautchouc terminato da un tubo in vetro che permetta constatare fino a quale livello refluisca l'olio. Del resto, anche ad evitare reflussi sul percorso dell'infissione, si esegue subito dopo, una fasciatura compressiva; e si raccomanda la giacitura sul lato oppoto, fino all'indomani.

I pazienti vanno per gradi allenati al trattamento: piccole dosi a debole titolo sono introdotte a saggiare la reattività di fronte al gomenolo; talora ci si ritorna con 20-50 cc.

Possono dunque presentarsi queste due principali eventualità: a) Manca ogni versamento nel cavo da bloccare: eseguire l'oleo-torace pure col metodo della doppia infissione di ago, cioè quello al limite superiore della sacca, per la sfuggita di gas; b) C'è piotorace: estrazione del liquido (e secondo qualche osservatore come Burnand lavacro cloro sodico della pleura) quindi introduzione oleosa occupando gran parte della sacca, sempre preferendo come si è detto, la doppia infissione di ago. Oppure secondo Rosenthal estrazione ed iniezione discontinua, mediante un particolare trequarti ad Y e siringa gigante per trasfusione.

Correlativamente alle predette due eventualità, ecco variare le norme per sostenere l'oleo-torace: a) si tratta di blocco: gradatamente salire nella introduzione fino al grado di pressione idrostatica voluta; il che significa seguire a passo a passo il riassorbimento dell'olio che sarà certamente più lento col succedersi delle iniezioni più distanziate. b) Si tratta di pleurite purulenta: ricominciare la sottrazione del pus appena lo si giudichi notevole, e sostituirvi l'olio gomenolato.

Vediamo le *indicazioni* alle quali già implicitamente abbiamo accennato. Cominciamo dalle condizioni pleuriche essudative:

a) **Pleuriti siero-fibrinose**. Non incontra molto favore il trattamento in periodo acuto: preferita è l'attesa del riassorbimento; poi giunta la pleura è abbastanza intollerante in codeste condizioni. Se mai l'oleo torace sarebbe giustificato in caso di pertinace recidivare alle punture, ed alla minaccia di sinfisi pleuriche.

b) **Pleuriti purulente** senza infezione secondaria. Ce n'è di quelle anch'esse innocue, proclivi alla lenta scomparsa: meglio astenersi. Ci sono invece di quei piotoraci sempre tendenti a raccogliersi dopo punture e-

Digitized by Google

vacuative, mentre la febbre sfinisce il paziente: giova la sostituzione graduale con l'oleotorace; senza tuttavia dissimularsi talora l'insuccesso, talaltra la transitorietà del miglioramento; i nascosti insidiosi peggioramenti. Gli è innanzi a codesta alternativa compromettente che conviene domandarsi se non sia troppo nocivo all'avvenire del polmone l'attendere, anzichè provvedere chirurgicamente sulle pareti, specie quando la radiografia abbia controllata l'esistenza di più o meno grandi focolai fibrocaseosi. Senonchè taluno, come il Rossel sostenitore della toracoplastica, afferma che l'oleotorace sia efficacissimo complemento a prosciugare la residua cavità.

c) Pleuriti bacillari secondariamente infette. Desunta dall'esperienza la transitorietà dei risultati della pleurotomia, la frequente decadenza in cachessia letale, si pensa dal Burnand e da altri, preferibile essere la reiterata puntura evacuativa e sostitutiva. Anzi si prospettano i vantaggi offerti dal lavacro pleurico con soluzione clorosodica. Anche qui la sostituzione graduale, reiterata e crescente è la condotta più plausibile con ciò non si escludono insuccessi, siano essi devoluti al predominio della infezione, sia alla presenza di fissure.

Come agisce l'oleotorace nei versamenti pleurici. Non è difficile valorizzare i seguenti fattori. Anzitutto un largo contatto tra pleura e liquido introdotto. Poi efficacia antisettica del gomenolo riunita a scarsa tossicità. Azione chemotropica spiegata dal liquido, per modo da provocare afflusso di polinucleari fornisori di fermenti proteolitici ed afflusso di lipasi che saponificano l'olio d'olive, epperò la messa in libertà del gomenolo. Ancora una contropressione idrostatica che osteggia la permeabilità della pleura all'essudazione. Da tutto questo complesso si può anche interpretare il risultato generale del miglioramento trofico.

Il riassorbimento di olio dalla pleura può, secondo Bernou, assumere proporzioni cospicue; 500 cc. in dieci giorni, 750 cc. in venticinque; 900 cc. in meno di un mese. A simiglianza di quanto si è appreso sull'assorbimento del lipiodol, e del resto grazie alle nostre cognizioni sempre più decisive sulla struttura serosa e linfatica della pleura, bisogna ritenere che codesto assorbimento si compia dentro i linfatici; il che è altresì agevolato dallo sviluppo di quello strato tomentoso, villoso, così caratteristico alla superficie di una pleura flogosata; e a una volta tanto vascolarizzata da riattivarne l'assorbimento

Meno facile ma non escluso il riassorbimento dell'olio di paraffina. Ond'è che appunto su questo ultimo si pone maggiore affidamento, quando l'oleotorace miri alla collassoterapia.

Due capisaldi di codesta terapia, dopo quanto si è qui riassunto, sono evidenti: contatto del liquido con la serosa; pressione da esso esercitata sul contenente e sul contenuto toracico. E' agevolissimo intuire che, sotto l'aspetto pratico, ambedue codeste finalità richieggano norme dirette al mantenimento dell'oleotorace. Ma è non meno facile comprendere che l'una e l'altra azione, sebbene dirette a combattere la sinfisi interpleurica, si effettuino diversamente. Epperò a conseguire il collasso bisogna fondarsi sopratutto sull'azione meccanica, cui il Bernou assegna il nome di «blocage huileux de la plèvre».

Pertanto giustificata è la preferenza per l'olio di paraffina, salvo qualche eccezione p. es. la complicante fistola pleuro-polmonare.

Come che sia essendo il saldamento sinfisario espressione di reazione pleurica, si impone garbo nel saggiare a gradi la sensibile reattività di cotesta serosa. Dunque iniezione graduale di 5-10 cc. La precauzione di non lasciare nella pleura una pressione superiore a quella del peso dell'olio, sembra anche esagerata al Kuss, il quale servendosi di un trequarti di calibro ridotto, non esita a dare pressioni positive di 5, 10, 20, 30 cc. d'olio a livello dell'orificio di puntura. Dunque invalso sembra il principio di utilizzare a tappe successive un oleotorace compressivo in iperpressione. Il controllo del resto va fatto più con la presa della tensione oleosa, anzichè radiologicamente.

La pressione oleosa essendo, secondo Bernou, più regolare, più equabile, più costante di quella gassosa, è accaduto che Mac Guire, Le Lorrain, Kuss, etc. si sono studiati di trattare così i focolai resistenti al collasso da pressione gassosa. Nelle piccole cavità limitate da aderenze, e sostenute da forte pressione, l'oleotorace compressivo potrà apportare soltanto miglioramenti. L'oleotorace offre anche l'agio di intervallare gli interventi, lentissimo essendo il riassorbimento dell'olio di paraffina.

L'oleotorace primamente applicato nelle perforazioni pleuro-pulmonari, non può fornire grandi risultati, tanto meno quanto più permanente e larga la perforazione, su polmone retratto. Maggiori eventualità di successo nelle fissure e perforazioni intermittenti o permanenti, in parenchima tuttora compressibile. Dunque un meccanismo di azione rassomigliabile a quello di un qualunque versamento pleurico, con la differenza che nell'oleotorace si ha un liquido antisettico.

C'è anzi qualche osservazione nella casistica, in base alla quale si riconoscerebbe un effetto immediato nello pneumotorace a valvola con sintomi asfittici. Ma c'è della transitorietà da far diffidare; mentre più fortunato successo si può contare nell'oleotorace interrotto. E' sempre da ricordare che un paziente già allo stato di perforazione, possa sempre sul mercone invaso da processo bacillare, andare incontro a nuove fistolizzazioni. Di qui alcune osservazioni di Burnand, Rossel dalle quali emerge la praticità dell'associazione dell'oleotorace alla toracoplastica: dopo una toracoplastica per fistola bronco-pleurica, per disseccare l'inevitabile suppurazione nel cavo residuale, nulla sembra poter gareggiare con l'oleotorace. Con ciò non bisognerebbe affermare l'indicazione della toracoplastica in un sofferente con oleotorace, appena che l'espettorato contenga gomenolo; essendo provata la possibile guarigione di tali fissure sotto l'azione soltanto dell'oleotorace medesimo.

AIEVOLI

BIBL. BERNOU. Journal des Praticiens, 1923, 1924. — IDEM. Journal Médical Francais, 6, 1927. — BURNAND. Soc. Med. Leysin, 1914. — BEZANÇON. La Médécine, 1925, 1926.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La cromoscopia gastrica. M. GUTTMANN e E. KOHN, I Clinica Medica dell'Università Tedesca di Praga. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 2.

La cromoscopia gastrica preconizzata come metodo di esame della secrezione gastrica da Glässner e Wittgenstein consiste essenzialmente nel determinare, mediante la sonda duodenale, la comparsa nello stomaco di una sostanza colorante iniettata per via intramuscolare.

Si usa preferibilmente il rosso neutro in soluzione acquosa neutra 1 %, nella dose di 5 cmc. iniettati nelle masse glutee.

Gli Autori hanno esperimentato la cromoscopia gastrica in 152 casi, comparativamente col pasto di prova di Ewald-Boas e con altri mezzi di esame funzionale ed esprimono la convinzione che questo metodo non solo ha grande importanza per l'esame della secrezione gastrica, ma serve anche come indicatore sensibilissimo della secrezione cloridrica dello stomaco, e può costituire un punto di riferimento clinico-diagnostico in alcuni casi.

Negli individui normali il rosso neutro compare nel liquido prelevato dalla sonda duodenale tra i 10 ed i 20 minuti dalla iniezione, negli ipoacidi tra 30 e 70 minuti nell'ulcera gastrica o duodenale tra i 5 ed i 10 minuti, nel carcinoma gastrico se la secrezione cloridrica si mantiene, il rosso neutro compare tra i 10 ed i 60 minuti, se la secrezione cloridrica cessa, il rosso neutro non compare affatto; nelle achilie non compare affatto, mentre nelle pseudoachilie compare normalmente, sicchè la prova può anche servire per differenziare tra loro le due forme.

Sulla patogenesi della tripanosomiasi. — K. SCHEN, Montevideo. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 3.

In seguito a numerose ricerche sperimentali, l'Autore ritiene di poter ricostruire la patogenesi della tripanosomiasi nel seguente modo:

Nel corso dell'infezione tripanosomica si osserva in primo luogo una grave diminuzione nel tasso di glucosio del sangue; l'equilibrio del glucosio nel sangue viene mantenuto — come è noto — dal fegato, che fornisce la quantità di glucosio necessaria. Ma quando, per il rapido aumento dei tripanosomi nel sangue, le riserve del fegato si esauriscono, l'organismo non può fornire così rapidamente lo zucchero per come sarebbe necessario, ed allora l'economia del fegato viene gravemente alterata, soprattutto per quanto riguarda la distruzione delle scorie del ricambio intermedio, in quanto lo zucchero ha una grande importanza come elemento disintossicante in determinate fasi del ricambio.

Si verifica così quello stato che il Fischler ha designato come intossicazione glicopriva.

Tale stato intossicativo spiegherebbe i crampi, le alterazioni psichiche, i delirii, ed il coma epatico, a cui sussegue la morte del paziente.

La tripanosomiasi si potrebbe così concepire come una «malattia da zucchero», ma in senso del tutto diverso dal diabete mellito, poichè si tratterebbe di una malattia da carenza di zucchero.

Digitized by Google

La stessa patogenesi potrebbe essere invocata per le infezioni spirillari.

La cosidetta agranulocitosi. — FUMAGALLI. *Pensiero Medico*, n. 8, 1927.

Frank nel 1915 individualizzò una nuova sindrome ematologica, che come fattore caratteristico essenziale avrebbe la progressiva grave diminuzione del numero dei leucociti e particolarmente di granulociti, associata ad una riduzione della emoglobina e dei globuli rossi.

In circolo non si ritroverebbero cellule immature della serie bianca; assenza degl'infiltrati cellulari extramidollari propri dei processi leucemici costante ingrandimento del fegato e della milza e associazione di una grave diatesi emorragica.

Clinicamente si avrebbero i segni di una grande anemia con febbre subcontinua costantemente, decorso acuto, esito mortale.

Frank diede prima il nome di aleucia a questa sindrome e poi di agranulocitosi.

Successivamente gli studii clinici e sperimentali sono venuti a meglio individuare questa sindrome, la quale secondo un caso osservato dall'A. potrebbe manifestarsi anche senza una diatesi emorragica (aleucia senza diatesi emorragica).

L'agente morboso di questa particolare sindrome è ignoto; le ricerche di laboratorio sono state infruttuose.

Ad una critica molto rigorosa non potrebbe offrire valida resistenza, secondo l'A., l'individualità di questa sindrome descritta dal Frank, perchè essa potrebbe entrare nel quadro più vasto e generale delle aleucie, considerate come espressione di reazioni a processi degli organi ematopoietici, consecutivi a particolari momenti etiologici o costituzionali di cui non si afferra la natura.

La pseudotubercolosi di origine colecistica.— F. TRIBOULET. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n. 6, 1927.

Le affezioni croniche della vescichetta biliare più o meno latenti possono, come in alcuni casi degli AA., simulare perfettamente il quadro di una tubercolosi polmonare incipiente. L'infermo, per es., è colpito, più frequentemente solo da un senso di stanchezza, non costante, però, ma piuttosto variabile da un giorno all'altro e anche da un'ora all'altra, talora più accentuato dopo i pasti. Se ad esso si accompagna un certo dimagramento, febbre poco elevata, ipotensione arteriosa, amenorrea o dismenorrea, irritabilità nervosa, insonnia, ecc., la presunzione che ci si trovi di fronte ad una tubercolosi polmonare incipiente, anzi che ad una colecistite latente, diventa sempre più probabile.

La confusione è maggiore se l'infermo accusa dolori al torace, poichè, se il dolore vescicolare si irradia classicamente alla scapola destra, può anche localizzarsi invece all'apice polmonare o nella articolazione scapolo-omerale, o, addirittura, alla base del polmone destro o alla regione lombare. Anche la tosse, sebbene più raramente, può accompagnare una colecistite cronica, sia che sopravvenga spontaneamente durante la digestione, sia che venga provocata con la compressione della cistifellea: è in genere secca, irritante, leggiera. Più rara è la dispnea.

Obbiettivamente, sul torace, una lieve diminuzione del mormorio vescicolare a destra, specie alla base del polmone, radiologicamente, un abbassamento dell'emidiaframma destro o la immobilità di esso, possono anche apparire tra gli altri sintomi d'una affezione vescicolare cronica.

Dato quanto si è esposto innanzi, si comprende quanto difficile sia talora la differenziazione tra tubercolosi iniziale del polmone e colecistite, generalmente non calcolosa: vanno per tale differenziazione tenuti in conto, da una parte l'assenza di sintomi toracici positivi per la tubercolosi e dall'altra la presenza di sintomi, anche minimi, di colecistite. La difficoltà diagnostica è, poi, quasi insormontabile quando una colecistite cronica evolve in un tubercolotico conclamato, come può avvenire con i tubercolotici ad evoluzione fibrosa, nei quali si stabilisce prima una peritonite fibrosa sotto-epatica primitiva e poi, come conseguenza, una colecistite cronica da stasi meccanica.

L'alcool-terapia parenterale. — SPIETHOFF, Clinica Dermatologica in Jena. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 27, 1927.

Brevemente, per averne già trattato in altra recensione, ritorniamo su questa terapia, alla quale converge attualmente la attenzione di più osservatori.

Le basi della stimolo-terapia possono così sistemarsi: Ottenere i massimi effetti mediante le minime dosi, conseguire la guarigione senza aver destato reazioni. Non somministrare dosi successive se non quando siasi sicuri che sia cessata l'azione della dose precedente. Fermarsi alla medesima dose fin quando questa offra effetti; fermarsi o ridurre le dosi sempre che risulti qualche reazione non desiderabile, nè ricominciare se non quando ogni reazione sia scomparsa.

Le indicazioni sono: Foruncoli, carbonchi, flogosi delle ghiandole sudorali, acne volgare e rosacea; flemmoni circoscritti; linfangiti, adeniti, ascessi tonsillari, mastiti, orzaioli, bartoliniti, prostatiti, periuretriti etc.

Le iniezioni di alcool assoluto si eseguono con siringa riempiendo, oltre il 0,5 di alcool, fino a 0,1 di acqua sterile. Si praticano intraglutee. Come dose iniziale nell'adulto non si superano 0,1; nei fanciulli e bambini non più di 0,02-0,05.

In generale di rado si sale a 0,2 o 0,3 cc. con un intervallo non minore di quattro giorni. Si può fare qualche eccezione nei carbonchi, dove basterebbe un intervallo di 1 giorno.

L'insulina nel trattamento della denutrizione nei tubercolotici. — W. HERICH. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 47, fasc. 6, 1927.

L'applicazione dell'insulina in individui non diabetici si fonda sull'ipotesi di un esaltato bisogno di carboidrati riferibile all'insulinemia artificiale e di una aridità delle cellule parallele all'ipoglicemia, che oltre ad azioni inoretorie ancora non note dell'insulina, causerebbe un esaltamento del ricambio e la comparsa di senso di fame. Perciò l'insulina appare indicata da questo speciale punto di vista in tutti i casi di denutrizione, di qualsiasi etiologia, purchè non esista grave affezione febbrile generale o di qualche organo o tendenza ad emorragie.

Nella tubercolosi polmonare l'insulina, come appare dall'esame della letteratura, non provoca reazioni di focolaio, non solo ma nelle forme attive si avrebbe anzi una sensibilità minore per l'insulina che nelle forme attive, ciò che renderebbe più sicuramente innocuo il rimedio. Circa ai risultati della cura la letteratura non è concorde, poichè taluni AA. vantano buoni successi (Hofhauser e Schön, Falta, ecc.) mentre altri non videro alcun risultato (Jaksck-Wartenhorst). Nè si è d'accordo sul maccanismo dell'azione dell'insulina, poichè mentre alcuni pensano che si tratti solo di una modificazione del ricambio idrico, altri AA. respingono tale spiegazione.

L'A. ha trattato 16 individui affetti da tubercolosi polmonare cronica, non diabetici, coll'insulina, cominciando da 2 iniezioni di 5 U. C. p. d. e salendo fin a 60 U. C. Si aumentano le dosi se la tolleranza è buona e manca o è scarso l'effetto del rimedio sul peso del corpo. La durata della cura è di 3 settimane, in media.

Anche in casi molto avanzati l'A. notò notevoli aumenti di peso all'inizio della cura, ben presto seguiti però da brusche cadute del peso prima della fine della cura o al più tardi dopo l'interruzione di essa. Le forme inattive o le forme attive poco estese si mostrarono invece refrattarie alla cura. L'osservazione che le forme avanzate con cattivo turgore dei tessuti e disidratazione dell'organismo reagivano con rialzi del peso bruschi, mentre le forme opposte mostravano una scarsa reazione, è secondo l'A. la prova che l'insulina agisce provocando ritenzione di acqua. Ciò è confermato anche dall'osservazione che in alcuni casi il peso aumenta, benchè manchi l'aumento dell'appetito e sia scarsa la nutrizione. L'A. non ha mai osservato sintomi ipoglicemici, nei casi trattati, ma disturbi fugaci, mentre è dubbio che siano da riferirsi all'insulina alcune complicanze (emoftoe, ecc.) rilevate in qualche infermo.

In conclusione l'A. non può dichiararsi entusiasta del rimedio.

La diagnosi colloido-chimica del sedimento urinario. — A. MARCHIONINI, Clinica Dermatologica della Università di Freiburg. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 1.

Se a pus fresco si mescola una soluzione colorante colloidale, i leucociti restano per la maggior parte scolorati, ma se il pus è invecchiato i leucociti si colorano quasi tutti, poichè le particelle colloidali penetrano più rapidamente nella cellula alterata.

Su questa osservazione si fonda il metodo di Seyderhelm che giudica della vecchiaia o della morte cellulare, mediante la maggiore o minore permeabilità della membrana cellulare per i colori colloidali Se cellule completamente morte si colorano immediatamente, quelle allontanate dal loro ambiente biologico e quindi alterate, si colorano più o meno rapidamente secondo il grado della alterazione; le cellule fresche non si colorano affatto.

Il colore colloidale di scelta è costituito da un miscuglio di rosso congo e di trypanblau (Chemische Fabrik Passek e Wolff, Hamburg 26), ed il metodo può applicarsi alla diagnosi del sedimento urinario: ad una goccia del sedimento si aggiunge una goccia della soluzione colorante, su di un vetrino portaoggetti; si ricopre con un coprioggetti, e si esamina al microscopio con forte obbiettivo a secco.

Le cellule fresche rimangono scolorate, mentre quelle vecchie, alterate o morte si colorano in vario modo dal bleu cupo, al violetto, al rosso cupo.

Dal rapporto tra cellule colorate e cellule scolorate si può trarre

Digitized by Google

un giudizio sull'acuzie, sulla cronicità del processo, ed anche qualche giudizio prognostico sul grado raggiunto dal processo di guarigione.

Ciò vale particolarmente per le cistiti, le pieliti e le nefriti.

Il Marchionini ha potuto confermare i risultati di Seyderhelm sul valore del suo procedimento, in circa 20 casi della specie; egli ha anche cercato di applicare lo stesso metodo alla diagnosi del secreto vaginale per una diagnosi differenziale tra forme gonococciche e forme aspecifiche, con esito però incerto.

Cuore ipertiroideo. — P. Escudero e F. Puchulu, Buenos Ayres. *La Semana Médica*, 1927, n. 5.

Da osservazioni personali condotte su numerosi casi di gozzo esoftalmico gli AA. deducono che se la tachicardia è un sintoma sempre presente nel cuore ipertiroideo, lo stesso non può dirsi dell'aumento della pressione. Questa discordanza spiegherebbe appunto la facilità con cui l'aumentata frequenza delle pulsazioni possa da sola essere sopportata per lungo tempo, al di fuori di lesioni cardiache preesistenti. E' molto frequente ascoltare in questa condizione morbosa rumori sistolici brevi, di poco estesa propagazione, la cui genesi si deve ricercare nella tachicardia e nella flaccidezza del muscolo cardiaco, specialmente come ventricolo sinistro, sino ad aversi una insufficienza mitralica relativa.

Gli edemi detti meccanici sono anch'essi frequenti, però di lieve importanza, dileguandosi rapidamente col riposo. Non indicano insufficienza del cuore, ma piuttosto disturbi circolatori periferici per dilatazione capillare.

Può notarsi un polso venoso positivo del collo, da non confondersi però col polso venoso giugulare dipendente da insufficienza tricuspidale. Questo polso è dovuto alla dilatazione artero-capillare della tiroide, abbondantemente irrigata. Questa dilatazione artero-capillare porta alla formazione di un netto slargamento artero-venoso, stabilendosi così i caratteri di un aneurisma artero-venoso periferico, con rumore sistolico ascoltabile sulle arterie tiroidee sup. e inf. Quanto ai distubi del ritmo, gli AA. osservano che si tratta in genere di extrasistoli ventricolari isolate e talvolta di fibrillazione auricolare e tachicardia parossistica.

La patogenesi di questi disturbi cardiaci deve ricercarsi in un'azione meccanica e tossica dipendente dalla iperattività tiroidea.

L'aumento del consumo d'ossigeno nell'ipertiroidismo richiede un maggior afflusso di sangue al cuore e quindi una maggiore mobilizzazione della massa sanguigna, donde la tachicardia. La tachicardia implica a sua volta un affaticamento del cuore. La vasodilatazione periferica implica la perdita del tono vascolare (iposistolia periferica), la quale determina una diminuzione della pressione differenziale. Questa diminuzione segna il primo passo verso l'asistolia tanto cardiaca quanto vascolare.

Come prova delle cause tossiche nella patogenesi delle cardiopatie da ipertiroidismo gli AA. ricordano la produzione di aritmie con l'iniezione sperimentale di dosi massive di estratto tiroideo e la dimostrazione microscopica di lesioni istopatologiche, presenti nel miocardio dei basedoviani.

Nelle forme ritmiche con scompenso si attuerà la cura comune a tutte le asistolie, oltre, però, la solita terapia antitiroidea.

Le forme aritmiche saranno infine trattate con riposo assoluto, salassi, digitalina ad alte dosi e chinidina.

La terapia medicamentosa però riesce efficace e curativa solo raramente, onde per evitare ulteriori e più gravi alterazioni si consiglia di attaccare direttamente la causa primitiva, di eseguire cioè senz'altro l'estirpazione del gozzo.

L'esperienza dimostra che in questi interventi la mortalità è assai scarsa (1-2 %) e che, se si ottengono discreti risultati con le legature o le lobectomie, la guarigione assoluta si può conseguire solo con la estirpazione dei 3/4 della glandola tiroidea.

Gli AA. ricordano che è opportuno attuare, prima dell'intervento chirurgico, una forte cura digitalinica, per ridurre la tachicardia postoperatoria. E' preferibile attuare l'intervento in una sola seduta, data l'impressionabilità di questi pazienti.

Sulle spondiliti melitococciche. — F. Serio. *Archivio di Patologia e Clinica Medica*, vol. VI, fasc. II, 1927.

La localizzazione vertebrale della febbre di Malta è una complicanza molto più frequente di quanto si creda, complicanza possibile in ogni fase della malattia, ma specie in convalescenza, talora addirittura quando la malattia sembra guarita. L'affezione può assumere un andamento acuto o cronico, e non mai ha un quadro anatomo-patologico caratteristico.

Nella forma acuta si ha fusione dei corpi vertebrali e formazione di raccolte ossifluenti: nella forma cronica si formano iperostosi circoscritte. La diagnosi etiologica della malattia, è accertata sia dalla agglutinazione che dalla cultura del micrococco dal pus dell'ascesso ossifluente. La prognosi è benigna, e la guarigione sopravviene ordinariamente nel corso di qualche settimana. La cura consiste nella vaccinoterapia specifica con immobilizzazione. L'A. riferisce di 6 osservazioni personali: in 5 casi si trattava di forma cronica con iperostosi, in uno di formá acuta con raccolta ossifluente guarita senza puntura.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Iniezioni zuccherine combinate con l'allacciatura delle vene nella cura delle varici. — Moszkowikz in Wien. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 28, 1927.

Veramente dopo quanto, in queste colonne, si è scritto sul metodo Schiassi, al tempo stesso semplice, efficace, ed italiano, potremo essere molto concisi sul metodo caldeggiato dall'A. sulla base di 150 arti inferiori così trattati.

Ad infermo impiedi si esamina lo stato venoso, facendone uno schizzo; quindi segnansi i punti dove iniettare striando la cute con sottile ago, specie dove la cute è più pigmentata. La rutinaria disinfezione regionale; iniezioni al 1/2 % di soluzione novocaina-soprarenina. Sul punto prescelto si incide la cute per 3-4 cm. in direzione che può anche variare; i margini sono spostati da divaricatore automatico. Sollevata la vena le si passa di sotto una sonda scanalata. Prossimalmente e distalmente vengono passati fili con Dechamps.

Allacciato quello prossimale quanto più in alto serbandone lunghi i capi, il laccio distale viene teso. Allora una piccola incisione della parete venosa è seguita dalla iniezione, servendosi di una Record da 20 gr. con cannula di 2-3 mill. di spessezza ed estremo olivare. Allacciatura periferica. Agraphes Michel. Fasciatura.

Nei primi tentativi, partendo dalla constatazione del Linser sulle soluzioni zuccherine molto concentrate, enengicamente lesive sulle pareti interne dei casi, l'A. procedeva iniettandone 20-30-40 cmc.

Poi ha sperimentato anche la soluzione di Varicosmon-Phiags. Poi ancora ad intensificare gli effetti l'A. aggiunse alla soluzione zuccherina piccole quantità di soprarenina sintetica. Poi ancora ha trovato preferibile addizionare 1/2 goccia (sic) su 10 cc. di varicosmon.

Più recentemente ancora ha trovato preferibile perchè meno tossica l'aggiunta di 0,002 gr. (su 10 cc. di varicosmon) dello stryphnon.

D'accordo con qualche altro osservatore l'A. crede essere molto raccomandabile questo trattamento.

PEDIATRIA

La emorragie polmonari nei neonati. — K. Walcher, Monaco. *Deutsche Zeitschrift f. die gesamte gerichtliche Medizin*, 1927, Bd. 8, H. 5.

L'Autore ha trovato nel 46 % di tutti i bambini autopsiati, e nel 36 % dei neonati delle emorragie nel tessuto polmonare. Nei feti immaturi, nel decorso di processi polmonari patologici, è tipica l'emorragia polmonare, e possono osservarsi dei completi infarti emorragici.

Per lo più nel lattante, nel decorso di processi infiammatorii, vi è grande disposizione alle emorragie.

Nei feti maturi le emorragie sono spesso egualmente molto estese, particolarmente per asfissia.

Esse corrispondono alle ecchimosi sottopleuriche, ma sono spesso dimostrabili nel cadavere molto più a lungo di quest'ultime, dopo il sopravvenire della putrefazione; è discutibile se esse possano prodursi anche dopo morte.

Mancano dati precisi per potere attribuire le emorragie sottopleuriche ad asfissie violentemente provocate.

Le febbri da invasione tubercolare nella infanzia.— G. Rosenthal. *La Clinique*, n. 87, giugno 1927.

V'è, secondo l'A., una notevole dissociazione tra la conoscenza che tutti i fanciulli viventi in una grande città sono tubercolizzati e la scarsa osservazione che si ha delle febbri denotanti la prima invasione nell'organismo da parte del bacillo tubercolare. Ciò sembra dipendere principalmente dal fatto che la febbre da invasione bacillare è proteiforme e assume il più delle volte l'aspetto d'una affezione apparentemente banale, a prognosi benigna. Si tratta, per lo più, di lievi attacchi febbrili, con polso celere, eccitazione nervosa, sensibile dimagrimento, a cui si dà il nome di influenza, disturbi gastro-intestinali, ecc.

In quasi tutti questi casi, però, il medico non è convinto a fondo della diagnosi emessa al solo scopo di giustificare la febbre presso la famiglia dell'infermo, eppure queste alterazioni febbrili dovranno porre in allarmi e decidere a sorvegliare a lungo la convalescenza di detti infermi, che è certamente la fase più pericolosa.

Digitized by Google

Clinicamente quindi le febbri da invasione bacillare presentano un quadro polimorfo, che può andare dalla semplice adenite cervicale del lattante alla pseudo-grippe, alle setticemie bacillari iniziali di Jousset, affezioni quindi non riassumibili in una sintesi unica e che sono quasi costanti in tutti i fanciulli che vivono in una grande città determinando quella impregnazione utile, quasi, in quanto che provoca un benefico stato di allergia. E' solo con delle cutireazioni in serie che si possono mettere in evidenza queste febbri da invasione bacillare, cutireazioni che, d'altra parte, indicando il pericolo, permetteranno di istituire una cura energica, la quale diminuirà il pericolo che nell'adulto si risveglino lesioni di prima invasione mal guarite.

La tubercolino-diagnosi in pratica pediatrica.— HAMBURGER in Graz. *Wiener Klinische Wochenschrift, 27, 1927.*

E' noto come nello sviluppo della pratica si sono venuti sostituendo i metodi di Moro, Widowitz, Pirquet. La semplicità e l'innocuità di quest'ultimo l'ha reso sempre più accetto. L'A. suole usare la tubercolina Höchst preparata in tubi per uso percutaneo. In fondo essa è un'antica Koch-tubercolina. Di solito dopo avere stropicciato con un batuffolo all'etere la cute della parte distale dello sterno, vi si deposita tubercolina quanto una testa di spillo e si stropiccia per qualche tempo.

Se positiva la reazione vedesi dopo 24-48 ore sul punto della frizione, la comparsa di piccoli noduli rossastri, talvolta rari, talvolta numerosi. Ma la produzione nodulare può mancare; invece essendo compenetrati moltissimi pori, ne risulta un rossore diffuso. La reazione positiva autorizza ad affermare che probabilmente il bambino è infermo di un'affezione tubercolare. Questo va detto e ritenuto per le affezioni la cui natura sia dubbia.

Si capisce che laddove il quadro clinico sia chiaro, come per es. difteria, pneumonia, cistite, tetania, la positività della prova nulla aggiunge al pratico.

La negatività di cotesto saggio non è purtroppo la implicita esclusione della tubercolosi. Ricorre allora la opportunità di controllare mediante la iniezione di tubercolina, non oltre 48 ore dalla prima prova avendo magari ripetuta la frizione.

L'iniezione va fatta servendosi di 0.01 milligr. di antica tubercolina. Nella siringa si prende 1 divisione di tubercolina Höchst e nove divisioni di acqua sterile. Di questa diluzione si iniettano con una sola divisione la proporzione della soluzione 1:100; cioè 1 mill. Se si vuole iniettare 0,1 mill. si diluisce ancora una volta partendo dalla diluzione di 1 divisione dalla predetta soluzione. Così oltre alla soluzione a 100, anche quella al millesimo, e così via, fino ad ottenere frazioni di 0,0001 di antica tubercolina.

Se neanche con la dose di 1 mill. si ottiene una manifesta reazione, si può escludere la tubercolosi. Senonchè va ricordato che non di rado, in seguito alla iniezione si può avere un rossre reattivo da attribuirsi alla glicerina od a sostanze specifiche del brodo.

Guardando bene alla pratica personale di un ventennio, l'A. trova che una condotta severa nel saggiare con questa tubercolina, fornisce dati attendibili; ma a voler essere esatti bisogna dire che le deduzioni maggiori sono da farsi quanto più negativo il risultato.

NEUROPATOLOGIA

Sindrome talamica indolore. — H. ROGER, SIMÈON e DENIZET. *Gazette des Hôpitaux*, n. 44, 1927.

Gli AA., come contributo alla differenziazione delle diverse sindromi sensitive cerebrali, sindrome talamica e sindrome parietale, riferiscono un'osservazione capitata loro. Come sintomatologia, in questo notavasi un leggero grado d'emiparesi sinistra, con riflessi un po' più vivaci dallo stesso lato, sopravvenuta quattro anni innanzi bruscamente e conservatasi discretamente. L'atteggiamento della mano caratteristico (flessione del polso, prima falange flessa con estensione delle altre due) è variabile secondo le posizioni, a causa dell'esistenza di una contrattura intenzionale; osservansi pure lievi movimenti atetosici e netta dismetria. A carico della sensibilità, specialmente di quelle profonde compresa la ossea, non reazione dolorosa esagerata alla puntura. Nulla di patologico nei riguardi dell'occhio.

Per la diagnosi del presente caso, gli AA. ricordano che il grado della sindrome centrale talamica può così schematizzarsi: a) Disturbi motori: lieve o assenza di emiparesi; mano talamica con contrattura intenzionale; movimenti coreo-atetosici; dismetria. b) Disturbi sensitivi; emialgia; alterazione delle sensibilità profonde, compresa quella ossea, iper-reazione dolorosa alla puntura e iperestesia dolorosa al freddo. c) Sintomi associati: emianopsia.

La sindrome corticale parietale è invece caratterizzata da: a) Disturbi motori: lieve emiparesi; mano parietale, molto simile a quella talamica ma senza contrattura intenzionale rarissime scosse coreiche; dismetria. b) Disturbi sensitivi: assenza di dolori; alterazione delle sensibilità profonde, esclusa quella ossea; distribuzione radicolare dei disturbi sensitivi. c) Sintomi associati: crisi epilettiche; afasia.

Nel caso in esame non è nettamente rappresentata l'una o l'altra sindrome; agli AA. sembra però che prevalgano i sintomi i quali depongono per una sindrome talamica e perciò la classificano in quella varietà di sindrome talamica dissociata che Lhermitte ha descritto col nome di sindrome talamica indolore o analgica.

L'estensione asinergica della mano, segno di paresi del mediano. — V. NERI. *Bullettino delle Scienze Mediche*, marzo-aprile, 1927.

L'A. richiama l'attenzione su di un'attitudine asinergica che si constata nella paresi del mediano quando il malato si sforza di compiere taluni movimenti complessi delle dita. L'infermo che presentava questo segno di paresi del mediano, mostrava contemporaneamente, a comprova della lesione nervosa, abolizione del riflesso cubito-pronatore, ipoeccitabilità diretta e indiretta nell'ambito del mediano, ineccitabilità del ramo cutaneo del mediano nonostante che fosse conservata la sensibilità, lievi turbe vasomotorie rivelantisi con una instabilità di reazioni vasomotorie e con iperidrosi nel campo d'innervazione cutanea del mediano, lieve ipotrofia dell'eminenza tenar.

I segni presentati dall'infermo, per la loro tenuità, avrebbero potuto lasciare il dubbio di una simulazione, senonchè la particolare asinergia della mano constatata dall'A. dava maggiore consistenza alla diagnosi di paralisi. Ecco il segno rilevato: se, stando la mano esattamente nell'asse dell'avambraccio, s'invita il malato a compiere con forza dei movimenti d'opposizione, sin dal primo tentativo di opposizione del pollice all'indice e gradatamente sempre più nei movimenti di opposizione del pollice alle altre dita, si osserva che la mano si iperestende e s'inclina dal lato radiale. Tanto più intenso è lo sforzo per raggiungere l'opposizione, tanto più è manifesta l'estensione della mano; nello sforzo di raggiungere il 4° e il 5° dito la mano contemporaneamente si mette in pronazione.

Il segno anzi detto si può spiegare, secondo l'A., nel seguente modo: l'opposizione del pollice nell'individuo normale, stando la mano nell'asse dell'avambraccio, si accompagna nel suo svolgersi ad una contrazione sinergica dei muscoli flessori della mano, ed anzitutto del muscolo grande palmare, il cui tendine fa rilievo sotto la cute. Questa contrazione controbilancia l'azione degli estensori della mano di guisa che quest'ultima può conservare la direzione assiale dell'avambraccio. Se, come avviene nella paralisi del mediano, i muscoli flessori della mano diventano ipotonici, l'eccesso di impulso volitivo per raggiungere l'opposizione si diffonde agli estensori, il cui tono prevale su quello dei flessori.

Fughe e amnesia d'identità di origine uremica.— CLAUDE, J. ABADIE, G. ROBIN e M. CÈNAC. *L'Encéphale*, n. 5, 1927.

Tra i disturbi psichici di origine uremica, importanti sono le fughe e le amnesie; gli AA. hanno avuto occasione di identificare un quadro sintomatologico simile in un infermo venuto alla loro osservazione. In questo la fuga si ripetette due volte e si accompagnò sempre con amnesia sia degli avvenimenti anteriori ad essa sia della personalità stessa del soggetto e gli AA. potettero giungere alla diagnosi di fenomeni psichici da uremia solo per esclusione. Le fughe, infatti, si possono osservare in molto psicopatie: paralisi progressiva, demenza precoce, demenza senile, malinconia, psicastenia, delirio di persecuzione, confusione mentale, isterismo, epilessia. Nell'infermo degli AA., però, per l'assenza di alterazioni particolari sia nella anamnesi che all'esame obiettivo e a quello del liquor, restavano in discussione, come cause etiogeniche delle fughe, solo l'isterismo, la confusione mentale e l'epilessia. Nelle fughe isteriche, però, esiste un vero sdoppiamento della personalità, esistono come due vite, l'una estranea all'altra, di modo che i ricordi, invece di essere aboliti, sono riferiti dall'una personalità all'altra: nell'infermo degli AA., al contrario, vi era un'abolizione assoluta dei ricordi. D'altra parte, nelle fughe da confusione mentale, non solo la memoria è colpita, come nel presente infermo, ma anche l'attenzione, l'associazione delle idee, l'orientazione, ecc., come pure la personalità non è spenta del tutto, così come era nell'infermo degli AA. L'improvviso inizio delle fughe di esso, l'incoscienza e l'automatismo che le accompagnavano, potevano far pensare a delle fughe epilettiche; se ne differenziavano però per l'assenza di precedenti epilettici e di un carattere epilettico nell'infermo, per la persistenza, anche dopo la fuga, dell'amnesia di identità, per il rapido ritorno dalla fuga alla vita normale, per l'assenza di una nota impulsiva, brutale, pericolosa per gli altri nelle fughe stesse.

Digitized by Google

L'impossibilità di trovarvi un'origine di altra natura spinse gli AA. in questo caso a pensare all'uremia, come causa, e infatti, se nella prima fuga essendosi dosata l'urea nel sangue, quando la crisi era quasi finita non si potette dimostrare un elevato tasso di urea sanguigna, ciò fu possibile nella seconda fuga; esistevano inoltre, come fattori coadiuvanti, gotta e diabete.

In casi simili una terapia appropriata dello stato uremico mette anche al riparo dalla possibilità che simili disturbi psichici si ripetano, come pure cura detti disturbi se essi sono in atto, compresa l'annesia di identità, cioè l'amnesia di tutto quel che riguarda la propria personalità.

Segni elettrici di perturbazione delle vie extrapiramidali. V. NERI. *Bullettino delle Scienze Mediche,* marzo-aprile 1927.

L'A. riferisce su di un malato, che, colpito da encefalite letargica cinque anni or sono, presenta ora un classico spasmo di torsione del tronco, il quale si rende manifesto nel cammino normale e cessa nella corsa o quando l'infermo cammina leggermente flesso; esiste inoltre un leggero tremore dell'arto inferiore destro e perdita dei movimenti associati dell'arto superiore destro. In questo caso, l'eccitazione catodica dell'estremità inferiore dell'ulna, anzi che provocare come di norma la pronazione provocava la flessione della mano.

In una seconda malata dell'A., invece, in seguito a febbri sofferte tre anni innanzi, si manifestarono accessi di spasmo di rotazione del capo a sinistra, accompagnati da deviazione dello sguardo a destra, accessi che si sono andati facendo sempre più frequenti, mentre la inferma notava che i suoi movimenti si andavano facendo sempre più lenti. Pure in questa inferma, l'eccitazione catodica dell'estremità inferiore dell'ulna provocava flessione della mano anzi che pronazione.

Secondo l'A., questi piccoli ma indubbi segni di lesione pallido-striata sono una riprova dell'origine probabilmente mesencefalica dello spasmo di torsione e di molti casi di torcicollo così detto mentale.

In tutti e due gli ammalati, l'uso della scopolamina ha notevolmente diminuito gli spasmi di torsione del tronco e del collo.

Sindrome paralitica unilaterale globale dei nervi cranici per neoplasia basilare d'origine rinofaringea. — TH. ALAJOUANINE, R. GARCIN e G. MAURIAC. *La Presse Médicale,* 1927, n. 8.

Gli AA. riferiscono il caso di un infermo in cui esisteva una paralisi di tutti i nervi cranici del lato sinistro, ad eccezione del 3° paio e strettamente unilaterale. Il punto di partenza di questi accidenti era un linfosarcoma rinofaringeo, la cui estensione alle ossa della base del cranio poteva clinicamente essere dichiarata responsabile di questa semeiologia; come ne testimoniavano le radiografie che mostravano l'alterazione estesa del massiccio osseo basilare.

E' questo un nuovo esempio della sindrome che gli AA. insieme con Guillain hanno individualizzato e che risulta quasi sempre dallo sviluppo basilare di neoplasie di natura sarcomatosa, sia endocraniche, sia, come qui, esocraniche. Quest'insieme sintomatico (paralisi unilaterale globale dei nervi cranici, senza sindrome di ipertensione intracranica, con sindrome radiologica della base) è assai speciale e permette di portare in vivo una diagnosi precisa.

Caratteristico è il fatto che in questa sindrome il primo nervo ad essere colpito è il VI od oculo-motore esterno.

MALATTIE PROFESSIONALI

Le malattie professionali dell'organo dello udito. — L. v. GORDON, Berlino. *Zentralblatt f. Hals-Nas. Ohr-Heilkunde,* 9. H. 8.

I principali agenti eziologici per le malattie professionali dell'organo dell'ultimo sono: il raffreddamento, l'azione delle polveri, il calore irradiante dai forni, l'azione dei gas nocivi alla salute, lo strepito delle officine, le oscillazioni della pressione atmosferica, la corrente elettrica.

Il principale contingente di lesioni lo danno le industrie dei metalli e quelle ferroviarie. In primo luogo stanno le lesioni da strepito.

Le lesioni dell'orecchio esterno si osservano sotto forma di congelazioni, otoematomi, e manifestazioni postume relative (nei boxeurs, nelle persone che portano pesi sulle spalle, e raramente anche nei medici, per l'uso dello stetoscopio!). Il caldo e la polvere provocano, da parte loro degli eczemi ostinati.

Atrofie della membrana timpanica si possono osservare nei soffiatori di vetro, per aumento cronico della pressione; le rotture della membrana timpanica sono abitualmente infortunii e non malattie professionali.

Lesioni professionali dell'orecchio medio si hanno frequentemente come compartecipazione dello orecchio a lesioni delle vie respiratorie superiori, in seguito a raffreddamenti cronici o ad azione di polveri (contadini, manovali).

Una parte delle lesioni dell'orecchio interno, e particolarmente del labirinto, sono date dalle intossicazioni industriali: intossicazioni da fumo nei vigili del fuoco, anilina, benzolo, arsenico ed altre sostanze tossiche di uso comune nell'industria chimica, intossicazioni da piombo, specialmente nei tipografi.

Le lesioni della coclea si presentano di preferenza nei mestieri rumorosi, nei calderai (nei quali si riscontra un udito normale solo nel 9,3 %), nei tessitori, etc.

Le lesioni professionali, alle quali i ferrovieri (conduttori di locomotive, fuochisti) sono esposti, in parte riguardano l'orecchio medio (catarri sclerosanti), in parte quello interno (lesioni da strepito).

A tutte queste lesioni di origine esclusivamente professionale, si aggiungono inoltre assai spesso quelle di natura generale (nicotina, alcool, arteriosclerosi, sifilide, lo sfinimento cronico, e la nevrastenia che ne rappresenta l'esito abituale).

Inoltre, è importante por mente alla predisposizione individuale; comunque, nell'interesse di tutti è bene praticare l'esame della funzione uditiva non solo al momento dell'ammissione, ma anche a determinati intervalli.

Importanti lesioni della funzione uditiva si hanno negli aviatori e nei lavoratori dei cassoni.

Particolarmente interessanti sono le lesioni presentate dai musicisti, tra le quali vanno annoverate la «sordità per le melodie», alcune alterazioni nel giudizio della tonalità, in individui il cui potere uditivo era prima normale; così pure la diploacusia disarmonica, nella quale un orecchio avverte un determinato suono 1/4 o 1/2 tono più profondo, dell'altro.

IGIENE

La zooprofilassi per la soluzione del problema malarico italiano. — D. FALLERINI. *Rivista di malariologia,* fasc. 2, 1927.

Il problema della zooprofilassi antimalarica viene esposto dall'A., ispettore superiore medico presso la sanità pubblica, in tutti i suoi dettagli storici e di applicazione pratica. Premesso che delle varie specie di anofeli, la cui puntura può trasmettere la malaria, debba in Italia considerarsi come predominante e vettore quasi esclusivo l'Anopheles claviger, l'A. pensa che gli obbiettivi di lotta contro di esso possono così riassumersi: 1° distruggere o diminuire l'insetto; 2° impedire che esso punga, mediante la difesa individuale e la protezione delle abitazioni; 3° evitare che si infetti per rendere innocue le sue punture; 4° tenerlo lontano dalle abitazioni, procurandogli un alimento facile e un comodo ricovero. Quest'ultimo obiettivo può essere raggiunto con la opportuna stabulazione degli animali domestici, i quali per sè stessi sono refrattari alla infezione malarica.

La zooprofilassi è stata scoperta nel 1903 da un italiano, il Bonservizi, medico provinciale di Mantova, posteriormente nè è stato confermata l'utilità anche in Franca e in Danimarca. Per un ottimo rendimento di essa, secondo l'A., debbono rispettarsi scrupolosamente le seguenti norme principali: a) la stabulazione degli animali deve essere permanente durante la stagione anofelica; b) le stalle e i porcili debbono essere interposti tra l'abitazione dell'uomo e la sorgente anofelica; c) l'abitazione dell'uomo deve essere molto ventilata e pulita, avere la porta e le finestre, principalmente delle camere da letto, esposte al vento dominante la sera e la mattina presto: gli ambienti possibilmente debbono avere le finestre a riscontro; 5) i ricoveri animali debbono essere posti in punti riparati dal vento dominante, specie la sera, non debbono avere la porta e le finestre esposte da questa parte, non debbono essere soggetti a forti variazioni di temperatura, nè debbono essere molto puliti, perchè risulti maggiore l'attrazione da essi esercitata sugli anofeli.

L'affermazione che gli animali domestici, fornendo un abbondante alimento, possano riuscire dannosi aumentando il numero degli anofeli, non è suffragata, secondo l'A., da nessun dato di fatto. L'anofelismo di una zona dipende, in pratica, solo dal numero e dall'estensione delle raccolte idriche; l'abbondanza dell'alimento non fa aumentare il numero delle uova deposte da ciascuna zanzara, nè quindi la densità anofelica.

In conclusione, per le numerose osservazioni già compiute sulla sua utilità, la zooprofilassi sembra all'A. che possa assere accolta ed attuata come mezzo efficace atto a risolvere il problema malarico.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sedute del 4 febbraio e del 18 marzo 1927

Presid.: prof. G. VIOLA

Il prof. Giacinto Viola, chiamato dalla volontà dei Soci a reggere la presidenza della Società Medica, ha con felice parola ricordato la storia del Sodalizio nello spirito che l'anima di fiancheggiare l'Università nella sua grande opera scientifica. Il programma della Società deve essere quello di dare uno sviluppo rigoglioso ad una vera e propria scienza extra-universitaria, che collabori con quella ufficiale; una scienza ospitaliera, la quale sfrutti l'immenso materiale che ora va perduto quasi completamente, e che appunto nella Società Medica trova il suo ambiente naturale. Secondo questo spirito di feconda ed amichevole collaborazione deve iniziarsi il compito nuovo.

Palmieri G. G. e Laschi G. *Contributo semeiotico alla sinfisi del pericardio* — Gli OO. hanno sistematicamente ricercato le cause di errori che si hanno nelle determinazioni percussoria ed ortodiagrafica degli spostamenti del mediastino coi mutamenti di posizione del corpo. Gli errori dipendono sopratutto dagli scivolamenti della cute sugli strati sottostanti. Questi spostamenti possono essere studiati applicando alla cute della faccia anteriore del precordio delle piccole marche di piombo e studiando sui radiogrammi eseguiti a distanza, gli spostamenti di queste marchette rispetto ai punti di repere ossei della gabbia toracica. Con lo stesso artificio hanno dimostrato che gli spostamenti della cute sugli strati sottostanti per effetto degli atti respiratorii sono trascurabili.

Poppi U. *Intorno a un nuovo fascio di fibre extra-piramidali; il fascio pallido-peduncolare.* — Questo sistema di fibre considerato come un fascio aberrante della via piramidale, avrebbe inizio in corrispondenza del polo superiore dell'oliva bulbare, si estende fino alla sostanza nera ove scompare col comparire del corpo subtalamico; nel suo tragitto bulbare e pontino è ospitato dal lemnisco. Studiando una serie di cervelli in cui era degenerata la via piramidale oppure il sistema strio-pallidale l'O. è venuto alla conclusione che nel cosidetto fascio laterale pontino sono confusi insieme due fasci di fibre differenti l'uno dall'altro. Quelle che formano il fascio pallido-peduncolare provenendo dal globus pallidus, occupano la parte laterale della sostanza nera attraverso l'ansa lenticolare; per ciò che riguarda l'origine il fascio si sfiocca in parte intorno alle cellule della sostanza nera, in parte contribuisce a formarne lo stratum intermedio, in parte scende col lemnisco laterale.

Serra A. *Sulla istologia patologica dei muscoli nella paralisi infantile e sul rapporto fra l'atrofia delle fibre muscolari e l'eccitazione faradica bipolare diretta dei muscoli atrofici.* — In base allo studio istologico di alcuni muscoli di poliomielitici l'O. conclude che il reperto microscopico non è essenzialmente diverso nei muscoli poco alterati e con reazione faradica conservata ed in quelli molto atrofici e con reazione elettrica degenerativa o assente; che il quadro è quello di un'atrofia delle fibre, moderata o gravissima, con iperplasia secondaria del connettivo collageno e che di regola non si verificano fenomeni degenerativi veri e proprii della fibra muscolare. L'O. non esprime conclusioni definitive sul rapporto fra stato delle fibre e reazione elettrica.

Dagnini G. *Disordini atonici e movimenti asinergici dei muscoli oculari.* — L'O. descrive una forma di atonia muscolare osservata in una tabetica e simulante una paralisi del m. retto esterno. Esisteva nella P. una deviazione all'interno dell'occhio sinistro ed una diplopia omonima con immagini parallele ed allo stesso livello, la quale, si manifestava facendo fissare e spostando per un certo tratto un oggetto a sinistra della linea mediana; ma, a differenza di quanto accade nelle paralisi oculari in cui l'angolo dello strabismo e la diplopia aumentano col volgere lo sguardo nel campo di azione del muscolo paralizzato, nel caso dell'inferma all'ulteriore spostamento dell'oggetto a sinistra seguiva la scomparsa della diplopia e il bulbo oculare ruotava all'esterno come un occhio normale. Esclusa l'ipotesi di uno spasmo del retto interno, l'O. pensa ad un'atonia del retto esterno con dissociazione fra tono e motilità volontaria. L'accennato fenomeno, mentre permetteva la normale rotazione del bulbo oculare all'esterno, determinava un'asinergia dei movimenti caratterizzata dal ritardo nel compiersi della rotazione dell'uno e dell'altro occhio secondo che l'inferma deviasse lo sguardo nel campo d'azione del muscolo atonico o in senso inverso. Fenomeno che trova ragione nel fatto che il passaggio da una posizione estrema laterale all'altra avviene in una prima fase quasi passivamente per rilasciamento dei muscoli deviatori cui segue il ritorno al grado di tonicità normale e successivamente una reazione attiva allo stimolo volontario determinante la deviazione in senso opposto. Riguardo alla genesi del disturbo atonico l'O. crede ad un perturbamento nelle vie afferenti al nucleo e rileva l'analogia tra i fenomeni osservati nei muscoli oculari e quelli propri della tabe appartenenti ai muscoli dello scheletro.

Dagnini G. *Paralisi laterale doppia dello sguardo e sinergia paradossa oculo-cefalica.* — Una giovane presentava oltre una paralisi doppia laterale dello sguardo, piccole oscillazioni del tronco nella stazione eretta, incertezza nel cammino, lieve atassia dell'arto superiore ed inferiore sinistro, riflessi rotulei un po' esagerati; la sindrome in assenza di ogni indizio di tumore intracranico, di fatti encefalitici e di affezioni vascolari fece sospettare una sclerosi a placche. Riguardo alla paralisi oculare l'O. mette in rilievo il fatto consistente nell'abituale ruotare del capo ora a destra ed ora a sinistra, col quale atto istintivo la p. tentava di sostituire il perduto movimento di lateralità dei bulbi oculari e di compensare in tal guisa il campo dello sguardo altrimenti limitato alla zona mediana. Se non che al tentativo non rispondeva, almeno in primo tempo, lo effetto voluto, perchè la rotazione del capo in un senso Dopo la prima fase di deviazione del capo e degli occhi in direzione opposta, i muscoli oculari contratti, ben presto si rilasciavano e i due bulbi tornavano alla primitiva posizione mediana consentendo così all'ammalata la visione degli oggetti posti lateralmente.

Per quel che riguarda la sede del disordine la conservazione della motilità automatica o riflessa dei bulbi permetteva di escludere le lesioni nucleari e additava come sede un punto della via cortico-pontina; d'altra parte l'offesa duplice del movimento di lateralità e la presenza di disturbi della funzione cerebellare portavano logicamente a concludere per una lesione nella via alta del ponte piuttosto che nel tratto encefalico o peduncolare delle vie conduttrici.

Lüttichau A. *Variazioni d'intensità dell'azione insulinica nel diabete; casi di insulino-resistenza.* — Dopo aver accennato ad un gruppo di ammalati insulino-resistenti in cui si poteva supporre una disfunzione delle ghiandole endocrine che esplicano una funzione antagonista a quella dell'insulina (tiroide, ipofisi surrenali), l'O. riferisce intorno ad alcune ricerche intese a chiarire la resistenza all'insulina di alcuni ammalati settici; da esse risulta tra l'altro che piccole quantità di pus fresco mescolato con l'insulina dopo contatto a 20°-25°, inattivano praticamente l'insulina; che il pus triturato, diluito con soluzione fisiologica e filtrato attraverso candela, agisce anche esso nel senso di distruggere l'azione dell'insulina. Da queste e da altre ricerche l'O. viene alla conclusione che è verosimile che i leucociti produttori e portatori di fermenti, che si trovano nei processi settici aumentati di numero, possano esercitare un'azione litica sull'insulina in vitro.

Lüttichau A. *Un caso di azione paradossa dell'insulina: glicosuria insulinica.* — Al soggetto, una ragazza neuropatica con netta disfunzione ovarica, ed evidente turbamento delle secrezioni interne, la terapia insulinica era stata fatta per combattere i processi catabolici molto vivaci e nell'intento di favorire la ritenzione idrica, ma due giorni dopo la prima iniezione (5 U.) fu notata traccia di zucchero nelle urine; non chetonuria. Sospeso il trattamento è scomparsa.

Neri V. *Segni elettrici di perturbazione delle vie extra-piramidali in un caso di spasmo di torsione del tronco ed in un caso di rotazione del collo.*

Neri V. *L'estensione asinergica della mano, segno di paresi del mediano.*

[Di queste due comunicazioni è stato già riferito in altra parte di questo giornale. N. d. R.].

Pellacani G. *Ricerche refrattometriche in alcune malattie mentali.* — Le ricerche sono state eseguite in 14 ebefrenici, 11 catatonici, 18 ebefreno-catatonici, 20 dementi precoci paranoidi, 15 maniaci, 17 ammalati di psicosi depressiva. Ad eccezione di tre casi, in cui i valori ottenuti col metodo refrattometrico erano superiori alla norma, non furono notate differenze notevoli con i soggetti che servirono di controllo; se ne deve concludere che, analogamente alla deviazione del complemento ed alla ricerca di precipitine specifiche, la determinazione dell'indice di rifrazione nel sangue non comprova le ipotesi proteico-tossiche nella patogenesi delle demenze precoci e della psicosi maniaco-depressiva.

Zisa S. *Il segno di Stiller nei microsplanchnidi e nei megalosplanchnici.* — L'O. ha eseguito una serie di ricerche per determinare la lunghezza della decima costa in soggetti morfologicamente ben definiti, longilinei e brachitipi ed ha trovato che mentre nei primi esiste un difetto costale, nei secondi viceversa esiste un eccesso costale. Questo sta a significare che il fenomeno riduttivo costale non è un segno misterioso, come può apparire dagli studi dello Stiller, ma un fenomeno naturale alle dipendenze della legge degli errori per cui è fatale che ogni fatto abbia la sua antitesi, e che ad ogni errore di deficienza ne corrisponda

Digitized by Google

uno di eccedenza. Sta a significare altresì che la riduzione costale non deve essere considerata come segno di infantilismo, ma come segno di iperadultismo, cioè di avanzato progresso ontogenetico. È difatti la riduzione costale fu trovata nell'abito microsplancnico il quale, per molte dimostrazioni date dal Viola, rappresenta un abito iperevoluto.

Il Segretario: F. Vigi

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Seduta del 18 febbraio 1927

Presid.: prof. I. Clivio

Masini G. *Di alcune complicazioni endocraniche dell'otite media purulenta.*

Rodi G. *Frenicorexi o frenicotomia alla Goetze nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare?* — L'O. riferisce di aver praticato dieci frenico-exeresi per tubercolosi polmonare. Si è preoccupato di ottenere la paralisi completa e permanente dell'emidiaframma e pertanto ha espletato ricerche bibliografiche ed anatomiche nel cadavere sul comportamento del n. frenico e delle vie accessorie di innervazione del diaframma.

Gli risulta che nella maggioranza dei casi le vie accessorie di innervazione raggiungono il tronco principale all'ingresso del torace a livello dell'articolazione sterno-clavicolare ma che in qualche caso l'unione si fa anche al di sotto dell'ilo polmonare come già avevano constatato Ruchmann, Goetze ed altri. Le vie accessorie che originano nella grande maggioranza dei casi o direttamente dal plesso brachiale o dal nervo succlavio sono facilmente identificabili sul margine esterno dello scaleno anteriore nel suo terzo inferiore.

Gli risulta inoltre che in quei casi nei quali esiste aderenza della pleura mediastinica, l'interruzione del n. frenico collo strappamento avviene generalmente a livello dell'ilo polmonare. In base a queste constatazioni crede necessario associare alla frenicorexi semplice (W. Felix-Morone) la ricerca sistematica dei rami accessori per ottenere sicuramente la paralisi completa dell'emidiaframma.

Da Gradi A. *Indicazioni e risultati della frenicectomia nella cura della tubercolosi polmonare.* — Riferisce su 8 casi operati venendo alla conclusione:

1) Che la frenicectomia è senz'altro da preferirsi alla semplice frenicotomia.

2) Che la frenicectomia è consigliabile e doverosa in tutti quei casi nei quali, secondo le norme dettate dal Forlanini, è indicata la cura pneumotoracica, ma nei quali, per ragioni di tecnica, tale cura non è attuabile o deve essere abbandonata (escludendo quindi le forme iniziali e leggiere).

3) Che il taglio del frenico serve ottimamente contro le emottisi.

4) Che con la frenicectomia e la paralisi consecutiva permanente del diaframma interessato il volume del polmone corrispettivo è notevolmente ridotto non solo nel periodo di riposo, ma anche durante la fase inspiratoria, per l'aspirazione ed ascesa del diaframma paralizzato nel cavo toracico.

Seduta del 25 febbraio 1927

Presid.: prof. I. Clivio

Radaeli A. *Herpes zoster e varicella.* — L'O. ha avuto modo di osservare, in un uomo di 72 anni, un herpes boster del plesso cervicale superficiale di destra accompagnato da una eruzione vescicolosa generalizzata, a vescicole erpetiche sparse sul tronco, clinicamente simili ad elementi di varicella.

Istologicamente si dimostrano numerose cellule del malpighiano in degenerazione ballonizzante.

Ricorda come nella letteratura si trovino casi simili che vanno sotto il nome di zoster con vescicole aberranti o di zoster generalizzato. Tratteggia il quadro dello zoster generalizzato, seguendo i numerosi casi pubblicati sotto questo nome. Ricorda infine i fatti clinici, epidemiologici, sperimentali, immunitari che sembrano avvalorare l'ipotesi della origine unitaria dell'herpes zoster e della varicella. L'O. crede di poter interpretare il suo caso come una concomitanza di queste due ultime malattie.

Giongo F. *Interpretazione del pielogramma.* — L'O. sopra la scorta di numerosi disegni ricalcati da immagini radiografiche dei più vari pielogrammi, dà norme pratiche per la lettura di essi.

Radaeli G. *L'azione della luce sui fermenti.* — L'O. ha potuto dimostrare ancora una volta che i raggi ultravioletti distruggono l'amilasi salivare; ciò si ha sia allo stato di secchezza che di soluzione del fermento, come anche in soluzioni gelate dello stesso. Anche il fermento fissato sull'amido crudo risente l'azione di questi raggi. L'O. non ha riscontrato almeno nelle condizioni delle sue esperienze, una azione nociva della luce solare. I raggi ultravioletti hanno una forte azione nociva anche su di un lab vegetale estratto dalle infiorescenze del Cinara Cardunculus.

Radaeli G. *Ricerche sopra il comportamento dell'amilasi in presenza di amido crudo.* — Sappiamo dalle esperienze di L. Ambard che l'amido crudo è capace di fissare l'amilasi animale contenuta in un liquido con cui venga agitato. Se la quantità di amilasi è piccola il fermento viene fissato integralmente. Il fermento può essere allontanato dall'amido crudo con salda oppure con glicogeno ma non con altre sostanze. I risultati dell'Ambard vengono contradetti da altri autori i quali non hanno mai riscontrato una fissazione completa del fermento. L'O. conferma i risultati dell'Ambard anche per soluzioni di fermento assai più concentrate di quelle usate da questo A.

Aggiunge inoltre che egli ha notato che i sali ($K\ C\ L/K\ N\ O_3$) sono capaci di asportare una piccola quantità del fermento legato all'amido crudo, ciò che spiega la necessità della presenza di elettroliti salini nella defissazione della amilasi dell'amido crudo con salda o con glicogeno. L'O. ritiene che non debba essere rigettato il metodo proposto dall'Ambard per il dosaggio dell'amilasi in liquidi che ne contengono in piccola quantità (sangue, urine).

Seduta dell' 11 marzo 1927

Presid.: prof. I. Clivio

Vallebona U. *La diatermia in rapporto alle osteo-sintesi metalliche.* — L'O. espone i risultati di applicazioni di correnti diatermiche su regioni contenenti osteo-sintesi metalliche e riferisce alcune esperienze personali che dimostrano l'importanza della nozione dell'orientamento dell'osteosintesi rispetto alla posizione degli elettrodi.

Richiama l'attenzione sulla possibilità di produrre coagulazioni profonde senza avere lesioni cutanee.

Raffo V. *Contributo alla conoscenza dei neoplasmi nei diverticoli vescicali.* — L'O. comunica una osservazione personale di cancro sviluppatosi in diverticolo vescicale congenito, riepilogando i pochi casi simili esistenti nella letteratura.

Mazzacuva G. *Sul valore della prova del salicilato quale rivelatrice dell'insufficienza epatica globale.* — L'O. ha eseguito su 94 pazienti degenti presso la Clinica chirurgica di Genova la prova di Roch e Schiff per svelare l'insufficenza epatica globale iniziale. Dai risultati ottenuti dal confronto coi dati forniti da altri metodi di esplorazione funzionale della cellula epatica conclude che la prova ha scarso valore clinico.

Maragliano V. *La valvola termoionica colla griglia nella pratica radiologica.* — L'O. dopo aver enumerato i vantaggi ed i difetti dei selettori meccanici propone l'uso della valvola termoionica colla griglia (triodo) allo scopo di selezionare non solo l'onda utile, ma la cresta di questa onda.

A tale scopo egli propone di caricare con dispositivo apposita griglia in modo che essa sia positiva in corrispondenza della cresta dell'onda e negativa alla base.

Con tale accorgimento si ottiene l'effetto di utilizzare solamente nell'ampolla Rontgen la cresta dell'onda, eliminandone la base a minor potenziale.

Seduta del 25 marzo 1927

Presid.: prof. I. Clivio

Gismondi A., Consiglio L., e Olivelli E. *Una modificazione della reazione di Schick. La reazione di Koplik.* — Nel reparto pediatrico degli ospedali civili di Genova-Sampierdarena gli OO. hanno proceduto ad uno studio comparativo della reazione classica di Schick con quella semplificazione proposta da Koplik fin dal 1918, e di cui finora nessuno si era mai occupato

In 79 bambini furono praticate le due reazioni contemporaneamente. I risultati sono stati i seguenti.

Le due reazioni concordarono 75 volte su 79; ossia si ebbero 44 volte entrambe negative, e 31 volte tutte e due positive. Nei quattro casi in cui vi fu discordanza tre volte si ebbe Koplik positiva e Schick negativa; una sola volta la Koplik fu negativa e la Schick invece positiva.

Gli OO. ritengono che la Koplik sia più sensibile della Schick; la

Digitized by Google

lettura ne è più facile; e come lo mostrano i tre casi di Koplick positiva con Schick negativa è capace di rivelare casi dubbi, ove il contenuto di antitossina nel sangue arriva appena al limite dell'immunità. Essi spiegano l'unico caso di Koplick negativa con Schick positiva come un eventuale errore di tecnica, trattandosi di uno dei primi casi studiati

La modificazione di Koplick ha anche il vantaggio di dispensare dalle diluizioni di tossina, diluizioni che devono sempre essere fatte estemporaneamente, per la grande labilità che mostra la tossina diluita, tanto che già entro 24 ore può perdere il suo potere tossico.

Berri P. *Ergotamina e istamina.* — L'O. ricorda il suo personale contributo allo studio dell'azione dell'istamina sulla secrezione gastrica e sul valore della prova dell'istamina nella diagnostica, e quello recente di altri autori italiani. Traendo argomento dall'errore assai frequente in cui molti autori cadono ancor oggi definendo l'istamina come principio attivo della segale cornuta, l'O. ricorda che il principio attivo di questa droga è l'ergotamina. Di questo alcaloide egli passa a considerare le principali proprietà farmacologiche e le vantaggiose applicazioni cliniche. Indi ricorda quali sono le proprietà dell'istamina, quale il suo probabile meccanismo d'azione e quali i tentativi di applicazione terapeutica.

Menniti I. *Diagnosi biologica nelle neoplasie.* — Dopo aver brevemente accennato al concetto su cui si basa l'enzimoreazione, (possibilità di poter rilevare nel siero di sangue la presenza di fermenti specifici, per la conservata specificità della molecola albuminoidea anche negli stati ulteriori della sua scissione idrolitica) riferisce sui risultati ottenuti dall'applicazione di tale mezzo di indagine biologica nella diagnosi delle neoplasie.

48 furono i casi studiati.

Su 30 risposte positive per carcinoma il reperto clinico risultante dall'atto operativo o dal rilievo anatomo-patologico mostrò la sua esatta corrispondenza per 25, di 3 casi invece non si potè controllare l'esattezza del reperto della enzimoreazione per mancanza di ulteriori dati.

Dei 2 reperti positivi per sarcoma, uno ebbe conferma clinica, l'altro istologica.

Nei 48 casi studiati venne praticata l'enzimoreazione oltre che verso le neoplasie anche per la tubercolosi e la sifilide; si sono avute 8 risposte positive per la tubercolosi (di cui 7 con conferma clinica ed anatomo-patologica ed una di cui mancano ulteriori dati), e 6 per la sifilide, di cui 5 con conferma clinica.

Accenna inoltre alle osservazioni condotte dal dottor Balbi nella clinica dermosifilopatica di Padova per la diagnosi biologica nelle neoplasie cutanee su 25 casi di forme epiteliomatose vere della cute e su 9 con malattie precancerose. Mentre la percentuale di positività ottenuta fu dell'8,3 % con la reazione meiostagminica stalagmometrica di Ascoli ed Izar del 4,2 % con la reazione meiostagminica precipitante di Izar e dell'8 % con la reazione di Kahn, con la enzimoreazione Balbi riferisce di aver ottenuto una percentuale di positività dell'83 %.

PER LA PRATICA

TERAPIA

ISTITUTO FOTO-RADIO-TERAPICO DI NAPOLI
fondato e diretto dal prof. R. STANZIALE

IL METODO BORDIER NEL TRATTAMENTO DELLA POLIOMIELITE ANTERIORE ACUTA

per il dott. FILIPPO D'AMORE — Assistente

La poliomielite anteriore acuta, presentantesi talora a focolai endemici, tal'altra sporadicamente, allo stato attuale delle nostre conoscenze ben poco nota per la sua etiologia, mentre è ben differenziabile pei suoi caratteri clinici ed anatomo-patologici, rappresentava sino a pochi anni or sono la preoccupazione dei medici, non conoscendosi una terapia che potesse in certo qual modo dare un sicuro affidamento.

Al concetto dei vecchi terapisti che lentamente la funzione degli arti paralizzati sarebbe ritornata spontaneamente seguì più tardi l'uso della fangoterapia, dei bagni di sabbia, dell'idroterapia: però cotesti mezzi da soli od associati non riuscivano che in minima parte ad apportare un senso di miglioria alla funzionalità degli arti paralizzati. Le conoscenze circa l'etiologia del morbo di Heine-Medin acquisite in data più recente fecero sì che la terapia immunitaria apportasse anch'essa il suo contributo e così furono allestiti dei vaccini con germi infirmati di produrre la malattia.

Dirò che anche cotesto trattamento in primo tempo destò grandi speranze, poi decadde alquanto, oggi attende ulteriori conferme. La chirurgia, sotto le sue varie forme di interventi, (tenotomie, bendaggi, apparecchi, artrodesi, trapianti tendinei, muscolari e nervosi, ecc.) annovera dei risultati soddisfacenti.

Il trattamento galvanico, che ha costituito sino a questi ultimi tempi la terapia di scelta, oltre ad essere adoperato per una durata di tempo molto variabile da caso a caso, ha dato anche esso modesti risultati. Escogitare e trovare un metodo di terapia che desse serio affidamento circa la *restitutio ad integrum* degli arti paralizzati nei bambini colpiti da poliomielite anteriore acuta lo si deve al Bordier.

Questi, in base ai reperti anatomo-patologici che si riscontrano nella malatta di Heine-Medin, pensò che irradiando le zone midollari colpite con raggi X si potesse riuscire a distruggere gli infiltrati e le proliferazioni connettivali del midollo spinale e quindi a ridare, migliorando le condizioni di nutrizione delle cellule dei nuclei grigi della midolla, la conduzione a fibre nervose che prima veniva inibita a causa della suddetta proliferazione connettivale, aggiungendo poi al detto trattamento quello della diatermo-penetrazione. Per le già note azioni della corrente di A. F., venivano senz'altro a migliorare le condizioni di circolazione e trofismo dei muscoli paralizzati.

Il Bordier volle quindi trattare col metodo nominato Röntgen-diatermo-terapico tre infermi di poliomielite anteriore acuta ed ottenne in tre casi trattati la guarigione completa. In seguito il Bordier proseguì nelle ricerche intraprese ottenendo sempre risultati brillanti. Il metodo Bordier una volta resosi patrimonio della scienza fu largamente sperimentato. Importanti al riguardo sono i contributi riferiti dal Besson, Miramond de La Roquette, Jaullin e Limouzy, Tixier in Francia, Ghilarducci, Serena, Bergamini, Sabatucci in Italia.

Recentemente il Dott. D'Istria, del Repparto radiologico Ospedale Incurabili di Napoli, ha trattato 14 casi di infermi colpiti da malattia di Heine-Medin, con paralisi degli arti inferiori, associando alla Röntgen-terapia del midollo spinale, la galvanizzazione locale (10 M. A. per 10' minuti a giorni alterni).

L'A. ha ottenuto in tre casi il ripristino completo dei movimenti degli arti; in quattro la stazione eretta, in altri tre è riuscito ad ottenere la possibilità della deambulazione, residuandone però deficienze di gruppi muscolari; in altri quattro infine ottenne il ripristino della deambulazione; in un caso non ebbe nessun effetto.

Il Dott. Utili ha adoperato la Röntgen-elettroterapia in due casi ed ha ottenuto in uno, dopo sedici giorni di cura, la guarigione completa, nell'altro una sensibile miglioria nei movimenti muscolari.

Ancora più di recente il Bordier aggiunge alla sua già ricordata casistica altre 23 osservazioni di infermi di poliomielite, di cui 9 casi spettanti a lui, il resto (14) al dott. Turano di Roma, e conclude sempre per ottimi risultati sino alla guarigione completa.

Il Bergamini, che fu uno dei primi in Italia ad occuparsi del metodo Bordier, riferisce, in una sua ultima pubblicazione, dei nuovi risultati ottenuti col detto metodo di terapia.

Sopra dieci infermi presi in cura egli ebbe:

Casi ottimi = 4. Casi nettamente buoni = 12; Casi a risultato mediocre cioè scarso = 3. Casi a risultato scarsissimo cioè insufficiente = 1.

Allo scopo di portare un contributo alla terapia di cotesta affezione ho voluto integralmente trattare col metodo Bordier, cioè Röntgen-diatermo-terapico, alcuni infermi di malattia di Heine-Medin, di cui ne riferisco succintamente la storia, terapia tecnica ed esiti.

= 1029

Digitized by Google

Gli infermi mi furono gentilmente affidati per la cura dal Sig. Direttore Prof. Stanziale che qui sentitamente ringrazio.

I pazienti in numero di nove, furono sottoposti al trattamento Röntgen in serie da 2 a 3 intercalando sedute di diatermia nel periodo di riposo tra una serie e l'altra.

La tecnica seguita è stata la seguente:

1. A seconda della regione midollare lesa il tubo Röntgen veniva centrato o sulla 12 V. D. o sulla 3-4 V. C. o sulla 7-8 V.D. senza proteggere le parti circonvicine non costituendo ciò nessun danno pel paziente.

3. Come unità somministravo da 3 a 4 H, dando 2 H per la prima e seconda serie, 4 H per la terza.

3. La prima serie veniva praticata in giornata, la seconda dopo 5 giorni la terza dopo 10 giorni.

4. Pel resto adoperavo il delimitatore 10 x 15 per le vertebre cervicali, 6 x 8 per quelle lombari: 25 S. E., 2 M. A. al milliamperometro, filtro 4 mill. d'Al. D. F. 23 cm.; Ampolla Coolidge, apparecchio Gorla.

Per le applicazioni diatermiche procedevo in codesta maniera:

1. A seconda degli arti paralizzati applicavo gli elettrodi in modo da ottenere la direzione della corrente sempre in linea retta, ciò per non avere dispersione di energia.

2. Gli elettrodi, è ovvio dirlo, venivano mantenuti ben fissi mediante una aderente fasciatura, causa l'irrequietezza dei bambini, ciò per non avere a lamentare scottature.

3. Le sedute venivano praticate a giorni alterni, iniziando da 500 e salendo gradatamente sino a 600-650 Ampères:

4. Il tempo d'applicazione variava da pochi minuti a 5-10 minuti al massimo.

5. In genere il numero complessivo delle applicazioni diatermiche nei miei casi va da un minimo di 8 ad un massimo di 15.

I. Osservazione. C. Giuseppe di mesi 14 da Fuorigrotta.

N. 7681. Inviato dalla Scuola Medica Libera Napoletana.

Ebbe febbre due settimane or sono a cui residuò paralisi del braccio destro. Esso si presenta inerte, ipotrofico, senza possibili movimenti di alcun gruppo muscolare, con marcati fenomeni di ipotermia.

L'esame E. D. rileva una ipoeccitabilità del flessore superficiale, del flessore comune delle dita e del flessore lungo del pollice.

Pratico il 6-5-1926 la prima serie Röntgen, la seconda il 25-5.1926, la terza il 31-5-1926. Nel periodo di riposo tra una seria e l'altra si sottopone al trattamento diatermico (9 sedute).

Risultato. Il bambino può stringere con la mano l'oggetto che gli si presenta, esegue movimenti di estensione, flessione e pronazione. L'esame E. D. normale. Al tatto l'arto destro presenta temperatura pressocchè eguale all'omologo di sinistra. Viene dimesso guarito, guarigione che persiste fino ad oggi.

II. Osservazione. S. Fausto, di mesi 15 da Resina.

N. 8003. Inviato dall'Ambulatorio della Clinica Dermosifilopatica.

Ebbe febbre alta due mesi fa al cessare della quale residuò paralisi dell'arto inferiore destro. Esso si presenta inerte, flaccido, con senso quasi di ghiaccio al toccamento. L'esame E. D. normale.

Pratico il 7-7-1026 la prima serie Röntgen, la seconda il 19-7-1026.

Il trattamento diatermico (7 sedute) viene praticato durante il periodo di riposo tra una serie e l'altra.

Risultato. L'arto inferiore presenta funzione completamente ristabilita: riosservato nell'ottobre decorso persiste invariata la guarigione: il bambino cammina senza difficoltà alcuna.

III. Osservazione. B. Fortuna di mesi 20 da Arzano.

N. 7888. Inviata dall'Ospedale Pausilipon.

Ebbe febbre per circa 10 giorni qualche mese fa alla scomparsa della quale residuò paralisi dell'arto inferiore sinistro. Praticò dei bagni caldi senza vantaggio. L'arto presentasi inerte, atrofico, freddo al tatto. L'esame E. D. rileva R. D. parziale del tibiale anteriore e dei mm. peronei.

Pratico la prima serie Röntgen il 17-6-1926, la seconda il 22-6-1926, la terza il 2-7-1926. Nell'intervallo tra una serie e l'altra trattamento diatermico (12 sedute).

Risultato. Disturbi di ipotermia scomparsi: la bambina si regge bene in piedi, cammina da sola, può flettere ed estendere la gamba. Persiste lieve ipoeccitabilità dei soli peronei. Ho rivista giorni fa la paziente: la guarigione persiste.

IV. Osservazione. G. Cristina di mesi 20 da S. Giorgio a Cremano.

N. 7548. Inviata dalla Clinica Pediatrica.

Ebbe febbre alta circa 10 giorni fa a cui seguì prima paralisi della gamba destra poi questa si estese agli arti superiori ed a quello inferiore sinistro.

Sia gli arti superiori che inferiori attualmente presentansi flaccidi ipotonici, non possibile nè la flessione, nè l'estensione, nè la stazione eretta. L'esame E. D. rileva lieve diminuzione all'eccitabilità galvano-faradica dei mm. flessori in ispecie dei rispettivi arti.

Pratico la prima serie Röntgen sulle vertebre lombari il 31-3-1926, la seconda, sulle cervicali e lombari il 17-4-1926.

Il trattamento diatermico viene eseguito come negli altri casi praticando complessivamente una serie di 15 applicazioni.

Risultato. La bambina riesce a stare perfettamente in piedi ed a camminre: l'arto superiore destro può eseguire qualsiasi movimento, l'omologo del lato opposto è ancora un pò torpido. Rimane in osservazione essendo del parere di continuare con altre sedute di diatermia. Rivista nell'ottobre la guarigione persiste totale in tutti e quattro gli arti. La bambina cammina e porta da sè l'alimento alla bocca. È migliorata anche nelle condizioni generali.

V. Osservazione. I. Biagio di anni tre da Calvizzano.

N. 7522. Inviato dal Prof. Stanziale.

Ebbe febbre nel febbraio del 1926 a cui residuò paralisi della gamba sinistra. Ha praticato sei applicazioni di diatermia e dieci sedute di bagno elettrico parziale con discreto vantaggio. Attualmente l'arto è flaccido, inerte, impossibile la stazione eretta ed il cammino.

L'esame E. D. riesce impossibile data l'irrequietezza del bambino.

Pratico la prima seduta Röntgen il 24-3-1926, la seconda il 1-4.1926.

Il trattamento diatermico, eseguito come nei sopra esposti casi, viene praticato per una serie complessiva di 11 sedute.

Risultato. Il bambino si mantiene da solo nella stazione eretta e cammina senza difficoltà alcuna.

VI. Osservazione. S. Mario di anni 2 da Napoli.

N. 8764. Inviato dalla Clinica Pediatrica.

Ebbe febbre nel novembre decorso a cui residuò paralisi dell'arto inferiore destro. L'arto presentasi flaccido, ipotermico, con masse muscolari ipotoniche. Non possibile la stazione eretta.

L'esame E. D. non rileva dati apprezzabili.

Pratico l'11-12-1926 la prima seduta Röntgen ed il 16-12.1926 ed il 28-12-1926 le rispettive altre due serie. Fra una seduta e l'altra s'intercalano applicazioni di diatermia (10).

Risultato. Riosservato nei primi di febbraio del corrente anno il bambino riesce a stare in piedi ed a camminare da solo: il tono muscolare è notevolmente rialzato, scomparsi i disturbi di ipotermia.

VII. Osservazione. A. Giorgio di mesi 18 da Napoli.

N. 8494. Inviato dal Prof. Reale.

Ebbe febbre alta nell'ottobre decorso a cui residuò paralisi del braccio sinistro. Esso si presenta inerte, leggermente ipotrofico, con non marcati disturbi di ipotermia.

L'esame E. D. fa rilevare lieve ipoeccitabilità da parte del deltoide.

Pratico il 26-10-1926 la prima seduta Röntgen e le altre due rispettivamente il 30-10-1926 ed il 10-1.11926. Fra una serie e l'altra complessivamente pratico 15 sedute di diatermia.

Risultati. Il bambino riosservato nel dicembre esegue senza difficoltà movimenti di flessione, estensione, pronazione e supinazione del braccio.

VIII. Osservazione. D. Maria di mesi 12 da S. Cipriano di Aversa.

N. 8629. Inviata dalla Clinica Pediatrica.

Ebbe febbre alta nella metà dell'ottobre scorso per circa tre giorni al cessare della quale residuò paralisi degli arti superiori.

Attualmente essi si presentano flaccidi, non ipotonici, non notevoli disturbi di ipotermia.

L'esame E. D. riesce impossibile praticarlo dato la irriquietezza della bambina.

Pratico il 15-11-1926 la prima seduta Röntgen, il 22-11-1926 ed il 3-12-1926 le altre due serie. Fra una applicazione e l'altra si sottopone al trattamento diatermico (9 sedute).

Digitized by Google

Risultato. Rivista nel gennaio del corrente anno la bambina riesce con libertà ad alzare le braccia, a stringere qualche oggetto che le si dà ed a muovere liberamente le dita.

IX. Osservazione. P. Vincenzo di mesi 5 da Napoli.

N. 8881. Inviato dalla Clinica Pediatrica.

Ebbe febbre alta verso la fine del gennaio al cessare della quale residuò paralisi dell'arto inferiore sinistro.

L'arto attualmente presentasi flaccido, la stazione eretta sulla gamba malata non è possibile. Lievi disturbi di ipotermia. L'esame E. D. rileva ipoeccitabilità dei peronei e del quadricipite surale.

Inizio il trattamento Röntgen il 7-2-1927 e pratico rispettivamente la seconda e terza serie il 12-2-27 ed il 22-2.27.

Fra una serie e l'altra si sottopone ad applicazioni di diatermia (15).

Risultato. Il bambino riesce a mantenersi in piedi ed a non più piegarsi nell'articolazione del collo del piede allorchè gli si fanno eseguire dei piccoli passi: i disturbi di ipotermia sono totalmente scomparsi.

Dalla disamina dei casi trattati appare evidente la importanza del metodo Bordier nel trattamento della paralisi infantile, poichè sopra nove casi trattati si è ottenuta in tutti e nove i piccoli pazienti la guarigione totale.

I contributi in effetti riferiti dal Bordier stesso in diversi tempi nonchè quelli del Besson, Tixier, Ghilarducci, Serena, Bergamini collimano perfettamente con i miei per cui io penso che per ciò che riguarda la terapia della malattia di Heine-Medin col metodo suddescritto si possano stabilire le seguenti considerazioni:

1. Gli infermi da sottoporre al trattamento non debbono essere affetti da paralisi di antica data: rispondono meglio e più sicuramente quelli che sono presi in cura dopo 10 al massimo 15 giorni dall'avvenuta paralisi.

2. Per ottenere buoni risultati è preferibile ricorrere al trattamento Röntgen-diatermo-terapico e non a quello Röntgen-elettro-terapico, in quanto le azioni della corrente di A. F. esplicate sul trofismo dei muscoli sono di gran lunga superiori a quelli della corrente galvanica. Questa secondo il nostro parere sarebbe da usarsi solamente allorquando il muscolo è in istato di atrofia permanente.

3. Per le applicazioni Röntgen in genere queste possono comprendere da 2 a 4 sedute, ciò in rapporto allo stato d'infermità.

4. Per le applicazioni diatermo-terapiche credo necessario e prudente non variare da quanto innanzi fu detto, poichè trattandosi di piccoli bambini si potrebbe incorrere in inconvenienti di non piccola entità.

5. A differenza degli altri metodi escogitati (corrente galvanica, bagni caldi, ecc.) che pochissimo affidamento hanno dato, è necessario che il suddetto metodo trovi larga applicazione e venga adoperato nei primissimi giorni dall'avvenuta paralisi in maniera da ridare con sicurezza la tranquillità e novella vita ad un organo così importante dell'economia.

BIBLIOGRAFIA

Bordier. Revue Médicale française, genn. 1021. — Idem. Le Scalpel, settembre 1923. — Idem. Monde Médical, febbraio 1024. — Idem. Presse Médicale. 1924. — Bordier, Miramon de La Roquette, Jaulin-Limouzy. Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. Journal de Radiologie, dicembre 1023. — Tixier. Revue Médicale francaise, luglio 1023. — Ghilarducci-Serena. Atti Associazione Romana Radiologica. Radiologia Medica. — Bergamini. La Clinica Pediatrica, fasc. 6, 1022. — Idem. Archives de Médecine des Enfants, settembre 1026. — Idem. Archivio di Radiologia, fasc. 5, 1926. — Sabatini. Policlinico (sez. med.) 1924. — D'Istria. Sul trattamento della poliomielite anteriore. Archivio di Radiologia, fasc. 1, 1025. — Utili. La radioterapia nella malattia di Heine-Médin. Diario radiologico, anno IV, n. 2. — Bordier. Radioterapia e diatermia nel trattamento della paralisi infantile. Archives de Médecine des Enfants, n. 9, 1025. — Idem. Radioterapia e diatermia nella cura della paralisi infantile. La Presse Médicale, n. 48, 1925.

DIAGNOSTICA

La diagnosi precoce dei tumori maligni del mascellare superiore

A. Krecke (Monaco. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 17) fa notare che la diagnosi precoce di un tumore maligno del mascellare superiore dev'esser fatta prima che il tumore varchi i limiti del mascellare superiore.

Ogni gonfiore del mascellare superiore, anche se irrilevante, quando oltrepassa i 14 giorni di durata, è molto sospetto.

E' necessario fare sopratutto una diagnosi differenziale con una periostite semplice o con una periostite luetica.

Quando vi è una nevralgia della seconda branca del trigemino bisogna pensare sempre alla possibilità di un tumore del mascellare superiore.

Una suppurazione del seno mascellare superiore è talora il primo segno di un tumore del mascellare superiore.

L'insorgere di un lieve edema della congiuntiva oculare e di diplopia deve già far pensare alla possibilità di un tumore del mascellare superiore.

L'indagine radiologica ha solo raramente qualche importanza per la diagnosi precoce di un tumore del mascellare superiore, ed in ogni caso un'indagine negativa non ha alcun valore.

Solo raramente si deve ricorrere alle escissioni di prova, ed in ogni caso solo quando tutto è pronto perchè una immediata operazione radicale possa aver luogo.

Significato diagnostico dei punti dolorosi frenici cervicali nell'ulcera rotonda dello stomaco, nell'appendicite e nelle affezioni della vescichetta biliare.

S. Mintz (*Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n. 6, 1927) nota che i punti dolorosi frenici, situati tra i due capi dello sterno-cleido-mastoideo, furono descritti per primi, quello di destra, da Chauffard, che ne fece l'esponente di affezioni della vescichetta biliare, quelli di sinistra da Cade e Parturier, che ne fecero segni dell'ulcera inxtapilorica. La diagnosi differenziale tra colecistite e ulcera rotonda non è sempre facile, anche dopo l'introduzione, come metodo di ricerca, della radiologia: è in questi casi che la ricerca semeiotica dei punti dolorosi frenici cervicali può essere grandemente utile. A questo proposito, per l'ulcera gastrica, l'A., oltre al punto di Cade e Parturier, ne ha descritto un altro situato alla parte posteriore del collo, al di fuori della 5ª vertebra cervicale. Inoltre, l'A. ha osservato che, se si invitano gli ammalati di ulcera rotonda a ruotare la testa a destra, essi accusano un dolore o una sensazione sgradevole nella parte laterale sinistra del collo. Nelle colecistopatie, si riscontra l'inverso. Naturalmente, se, per es., insieme con un punto doloroso frenico a sinistra, si trova un dolore molto limitato in corrispondenza del grande retto dell'addome, o se, insieme con un punto frenico doloroso destro, si riscontra il segno di Murphy-Kehr (dolore accusato dal malato al massimo della espirazione, mentre si preme col dito medio sulla regione della cistifellea), la diagnosi di ulcera gastrica nel primo caso, di litiasi biliare nel secondo, acquista maggiore fondatezza. Circa, poi, la frequenza di questi punti frenici dolorosi nelle dette affezioni, l'A. non sa dare una risposta precisa, ma crede che non sia inferiore all'80 %.

Nell'appendicite, l'A. ha riscontrato punti frenici dolorosi a sinistra, sia durante il periodo acuto che dopo; essi forse si originano nel seguente modo: quando l'appendice ileo-cecale è infiammata, la corrente linfatica trasporta tossine fino al sistema linfatico del duodeno e del piloro; di qui l'irritazione si propaga al ganglio celiaco e poi, per via simpatica, al ganglio frenico e al nervo frenico.

Ma l'importanza maggiore della ricerca dei punti frenici cervicali dolorosi si ha, secondo l'A., nelle affezioni colecistiche, sia che esse si traducano sintomatologicamente con una sindrome gastrica, sia che siano caratterizzate da accessi colici: nel primo caso specialmente la ricerca dei punti frenici permetterà la differenziazione dalle forme pure di dispepsia nervosa, più utilmente della colecistografia, che non sempre è di attuazione pratica.

Diagnosi e trattamento delle emorragie da aborto

Hellebrand (Jeschen, *Beihefte zur Medizinischen Klinik*, 4, 1927) dice che l'argomento alla portata di tutti i pratici, svolto in ogni buon libro, può tuttavia meritare qualche ritocco. Vero è che nella più parte dei casi facile riesce stabilire la diagnosi di aborto. Più delicato diventa il precisarne lo stadio: minacciante, iniziato, parzialmente o totalmente avvenuto? Si comprende che dalla risultanza di questa indagine derivi anche la differente linea di condotta terapeutica, restando fermo che, magari dopo una perdita sanguigna non lieve possa aversi una sosta c fa

Digitized by Google

continuazione della gestazione. Quindi astenersi dal trascorrere alla *curette* e dal somministrare ergotina. Si sa che l'esplorazione assume un valore quasi decisivo a seconda del modo come si presenta la *portio*. Di solito se pervio il canale e l'orificio interno, permettendo il passaggio del dito, non si arresta l'aborto; e tanto meno si può sperarlo quando già siano venute fuori acque fetali, parti ovulari. Sono ammissibili dei casi nei quali essendosi già per 2-3 cm. insinuato uno dei poli ovulari nell'orificio interno, epperò accessibile al dito esploratore, l'aborto si interruppe; salvo dopo 2-3 mesi o più, a metter fuori un feto già soccombuto da più tempo.

Peraltro giova notare che lo aborto in unico tempo suole avverarsi tra primo e secondo mese. Quello in due tempi fra terzo e quarto. Quanto più si avanza la gestazione tanto più l'aborto rassomiglia al parto normale. Molti aborti decorrono per modo da sfuggire all'attenzione del medico. Come che sia si comprende la necessità di porre la massima attenzione alla emorragia, anche se tenue, ma in organismo costituzionalmente fragile, mentre non si escludono casi in cui le popolazioni diventino compromettenti la vita, mostrando un reperto di emoglobina discesa al 30 %. Il dettame di ridurre al minimo la perdita si traduce anche in un altro concetto, cioè: che tanto più rapida sarà per essere allora la reintegrazione della donna. Sarebbe addirittura scolastico riportare, in un transunto, quanto ogni elementare libro fornisce agli studenti ed ai pratici, in fatto di prescrizioni. Qui, per tenersi nelle direttive generiche, va considerato il caso in cui sia controindicato arrestare lo aborto: cioè nefriti, diabete, grippe, pneumotubercolosi. Se stabilita la necessità del compimento, è buona norma evitare fin che possibile, le manovre, ricorrendo pertanto agli attivatori dell'espulsione, come l'ipofisina, la chinina, molto preferibili alla segala o suoi sostituti. Dipende quindi dal concetto generico delle condizioni asettiche ovvero infette, dal risultato dell'esame dell'organo; finalmente anche dall'esercizio personale, il criterio esecutivo dell'espletamento, cioè se mediante manovre digitali, ovvero mediante il *curettage*.

Attenzione decisiva deve naturalmente riporsi sulla esistenza o meno di flogosi nella sfera genitale. Così l'Heynemann volle sintetizzare le norme come segue: 1. Non agire quando esistono flogosi in prossimità dell'utero; o che siano eventuali; anzi cominciare dal curar queste. 2. Ma esser necessario un pronto espletamento di aborto febbrile; l'attesa non nuocerà mai purchè siasi combattuta il rischio di emorragie. 3. Nello svuotare l'organo essere quanto meno lesivi; preferire, sotto narcosi lo svuotamento strumentale. 4. Se di tre mesi l'aborto attendere il compimento spontaneo. 5. Se pervio al dito il canale cervicale oltre il terzo mese, e dopo distaccato il prodotto, preferire lo svuotamento dell'organo. 6. Se chiuso il canale cervicale tentar di provocare lo spontaneo compimento. 7. Se combattere una cospicua emorragia vuol dire incorrere rischi, meglio attenersi al tamponaggio vaginale. 8. Iniziato lo svuotamento menarlo a termine con la maggiore rapidità. 9. Sempre che possibile non rinunziare all'esame batteriologico vaginale. 10. Subito prima o dopo l'aborto non rinunziare alla terapia profilattica endovenosa, ipodermica etc.

Particolare attenzione meritano, come è noto, alcune complicazioni locali, delle quali le più significanti sono: la mola vescicolare, e la presenza di cisti luteiniche. Si sa che quando codeste vesciche vanno elaborandosi e subendo il loro distacco, si annunziano tra terzo e quinto mese, più o meno cospicue emorragie. Sono questi i casi nei quali la cosidetta piombatura dell'utero trova la sua maggiore indicazione. Ma il carattere distruttivo in alcuni di questi casi, la invasione al sito dell'organo, con le gravi emorragie interne, costituisce in alcune contingenze la indicazione, se precoce la diagnosi, ad atti operatori più radicali.

Del resto si conosce la importanza della perdita di energia alle doglie sul risultato terapico; e si conosce come uno dei principali fattori di essa sia il corionepitelioma.

TECNICA

Un carattere diagnostico dei sedimenti urinari

Preissecker (Seconda Clinica Ginecologica in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 27, 1927) divulga un indirizzo, che nella suddetta clinica, già in più anni di riprova avrebbe fornito buoni risultati nel decidere se si tratti di sedimenti da flogosi acuta o cronica, recente od antica. Il metodo del resto si può dire già in uso dalla protozoologia, sotto il nome di metodo alla eosina, per riconoscere negli escrementi se ci siano protozoi, ed in quale stato, cioè se vivi o morti: questi ultimi si colorano, gli altri restano colorati.

Se ora si ha da fare con un sedimento urinario al quale l'aggiunta di una goccia di soluzione 0,5 % di eosina, non porta colorazione delle cellule purulente, ma soltanto dopo lungo tempo esse appariscono rosse, si può affermare trattarsi di cellule viventi; epperò di flogosi acuta. A seconda della percentuale dei leucociti colorati, siamo secondo l'A. in grado di seguire le varie transizioni dallo stadio acuto a quello cronico. Importante è la ricerca a fresco del sedimento, perchè gli elementi movendo rapidamente, vanno assumendo la colorazione.

Anche più efficace si è mostrata la colorazione proposta dal Seyderhelm, cioè sostituire alla eosina la miscela di azzurro-trypan e rosso-Kongo. La membrana cellulare quanto più morta, tanto più si lascia trasfondere dal colore.

FORMULARIO

Nell' accesso di gotta. — *a*) Permanenza dell'ammalato a letto o su di una poltrona od una sedia a sdraio, in una camera ben aerata e di temperatura costante (17-18° C). Immobilizzazione assoluta dell'arto ammalato situato in modo che sia elevato, sì che non vengano favoriti i fenomeni congestivi.

b) Ricoprire, tre-quattro volte al giorno, senza frizionare, l'articolazione, malata con due-tre cucchiaini da caffè di:

Salicilato di metile Laudano del Sydenham Balsamo tranquillo	anagr. 40

o di

Salicilato di metile Olio di guisquiamo	anagr. 60

o di

Estratto di belladonna Estratto di giusquiamo	anagr. 0.50
Laudano del Sydenham	gr. 5
Balsamo tranquillo	gr. 20

riscaldare prima dell'uso.

In ogni caso, si proteggerà l'applicazione del medicamento con uno strato spesso di cotone idrofilo, ricoperto di *taffeta* gommato e si fisserà il tutto, senza stringere, con una fascia di flanella.

c) Nei primi due-tre giorni dell'accesso, dieta idrica con circa 3 litri di acque minerali alcalino-carboniche od oligometalliche, infusioni calde di stigmate di mais, di foglie di frassino, ecc. zuccherando con miele o lattosio, brodi di legumi, decotto d'orzo. In seguito, sostituire 1-1/2 l. di bevande con latte scremato o diluito con acqua alcalina (250 cc. ogni tre ore), aggiungendovi delle composte di frutta. Più tardi, patate, verdura cotta, ecc.; solo quando non v'è più febbre e l'accesso gottoso incomincia a regredire, carni arrostite, legumi verdi, frutta cotte, pane abbrustolito o biscotti.

d) Se i dolori sono intollerabili, permettendolo lo stato dei reni e del cuore, somministrare: o atofan (gr. 2-3 al giorno in *cachet* da gr. 0,50 ognuno), solo o associato con eguale quantità di aspirina; o salicilato di sodio (gr. 6 i primi tre giorni; poi gr. 4 per altri tre giorni e così alternativamente per tre settimane); o, a condizioni che la diuresi sia abbondante e la pressione arteriosa massima inferiore a 180, gr. 0,01 di morfina per iniezione, ripetendola solo nel caso che la prima iniezione non ha avuto alcuna cattiva influenza sulla diuresi.

e) Negli accessi di gotta intensi e prolungati, se dopo una settimana non mostrano alcuna tendenza a sedarsi, ricorrere alla tintura di colchico al 1/10, dandone, mattino, mezzogiorno e sera, in un po' d'acqua zuccherata, il 1° gorno XL-LX gocce, il 2° giorno LX-C gocce, il 3° giorno C-CXX gocce. Si può anche far uso dei granuli di colchicina officinale (3 il primo giorno, 4 il secondo, 6 il terzo). Sospendere il colchico se compare diarrea, riacutizzazione dell'accesso, prostrazione.

f) Somministrazione fin dall'inizio di alcalini: acque minerali (di Vichy per es.) o 1-2 gr. al giorno di carbonato o benzoato di litina.

g) Se le urine sono scarse e dense, dieta idrica e lattea con tisane lattosate di gramigna, di picciuoli di ciliege, parietaria (3 litri di liquido) e prendere mattino e sera un cucchiaio da zuppa di:

Teobrominato di litina	gr. 1,50
Sciroppo delle cinque radici	gr. 60
Acqua distillata	q. b. per cc. 150

oppure 2-4 *cachets pro die* di:

Polvere di scilla	gr. 0,20
Calomelano a vapore	gr. 0,05

h) Se vi è costipazione, prendere la sera prima di andare a letto una pillola di:

Estratto di belladonna	gr. 0,01
Fenolftaleina	gr. 0,20

(A. Lutier. *La Presse Médicale*, n. 60, 1927).

Digitized by Google

COMMENTI E POSTILLE

Una nota al metodo italiano di vaccinazione antirabica

per il prof. EUGENIO CENTANNI
Stabile di patologia generale nella R. Università di Modena

Il metodo italiano di vaccinazione antirabica, che il Fermi nel recente n. 27 di questo giornale ha, con tanta saldezza di argomenti e calore di patria dignità, difeso, ha risvegliato dal lungo sonno, che dormiva appunto in questo stesso giornale, uno stretto suo antenato, che porta sul suo tumulo la scritta:

« *Il metodo italiano di vaccinazione antirabica* ». E. Centanni — *La Riforma Medica*, maggio 1892.

Con questo, nulla si vuol contestare al merito veramente insigne del Fermi; si vuole solo, a maggior lustro, ristabilire il fatto che il metodo è, sotto doppio, anzi sotto triplice aspetto italiano.

Primo da ricordare è Eusebio Valli, medico contemporaneo del Jenner, ardente studioso di morbi infettivi, il quale, allargando il principio del Jenner e precorrendo il Pasteur, si diè a « correggere », diremo noi ora ad attenuare, con mezzi artificiali i prodotti virulenti di diverse malattie per farne vaccini. Per la rabbia appunto applicò il succo gastrico, dimostrando la innocuità della saliva così trattata e facendo con tal materiale financo un tentativo di vaccinazione sull'uomo.

Richiamato dal venerato mio Maestro, prof. Tizzoni, a questa memoria del Valli e appoggiato alla confermata innocuità del virus rabico introdotto per la via digerente, io stabilii un piano di ricerche diretto a raggiungere, con metodi meglio progrediti, la vaccinazione antirabica con midolle avirulente.

Preparata una miscela cloropeptica ben titolata e regolando il tempo della sua azione, risultò che dopo la 20ª ora il materiale aveva perduto il potere infettante saggiato mediante iniezione sottodurale, mentre, applicato per vaccinazione col comune processo, era capace di conferire una immunità da portare il coniglio a resistere alla iniezione sottodurale con virus fisso.

Il principio era dimostrato. Non era a quel tempo ancora noto quello che è ora conoscenza comune, la proprietà del fenolo di uccidere i virus, risparmiando al possibile il potere vaccinante; nè era punto assicurata la possibilità della vaccinazione chimica per virus così misteriosi. Ci volle della fede per mettersi in quello studio, la fede dei precursori troppo spesso dimenticati.

Ed ora mi sia permesso di entrare con una parola, che confido pacificatrice, perchè è la parola del Pasteur stesso, nel dibattito che in quell'articolo si è acceso, tra il Calmette, geloso di mantenere intatta la gloria del grande Maestro, e il Fermi, sicuro del valore del proprio metodo: documento che i due valorosi sperimentatori certo conoscono, ma che nel momento non hanno avuto presente.

Ed è che il Pasteur, discutendo in una lettera al Duclaux sui principi informatori del suo metodo di vaccinazione antirabica, conclude così: « L'intérêt qui offrirait la vaccination par des moëlles non virulentes n'a pas bésoin d'être signalé. Ce serait à la fois un fait scientifique de premier ordre et un progrès inappréciable de la méthode de prophylaxie de la rage ».

Concederà quindi il Calmette, pur da così nobile intenzione animato, che io, come il Fermi, creda che il Pasteur non sottoscriverebbe le sue parole: « La méthode de vaccination après morsure préconisée par Pasteur se trouve, de l'origine, si parfaite etc. ». Quella mente geniale vedeva dunque, prima anche che la vaccinazione avirulenta trovasse la tecnica adeguata, quale era la meta ideale che la sua scoperta doveva raggiungere.

Ed è, per la storia, così, che un metodo, salvatore di tante vite e redentore da terrori orrendi, che in tempi immaturi un italiano divinò, e che il Pasteur con superbo ardimento rese effettivo, ha trovato ancora in studi italiani la via al suo perfetto compimento.

LIBRI ED OPUSCOLI

De Giaxa V. *La Pellagra*, fasc. 1° della parte VI (Malattie infettive endemiche dei nostri climi) del vol. 6° (Epidemiologia e profilassi) del *Trattato Italiano d'Igiene*, pubblicato sotto la direzione del prof. Odoardo Casagrandi. 1 vol. di pag. 120. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1927. Prezzo L. 12.

Puntoni V. *La Rabbia*, fasc. 5° della parte VI del vol. 6° dello stesso *Trattato Italiano d'Igiene*. 1 vol. di pag. 68, con 12 figure. 1927. Prezzo L. 8.

Queste due monografie che vengono ad accrescere il numero dei volumi pubblicati del Tratt. It. di Igiene della U. T. E. T., che già tanto consenso ha riscosso, dimostrano ancora una volta quanto felice sia stato il Casagrandi nella scelta delle persone cui affidare i singoli capitoli. Della competenza infatti, del De Giaxa in pellagrologia sarebbe superfluo parlare: basti ricordare come dai molti studi in proposito egli abbia formulato una ipotesi personale sulla etiogenesi della pellagra, secondo la quale le sostanze dell'intossicazione pellagrogena avrebbero origine endogena, come esito del costante processo di putrefazione cui il mais, introdotto quale cibo nel tratto gastro-intestinale, soggiace per l'azione della rispettiva flora microbica. Delle conoscenze del Puntoni sulla rabbia fanno fede, d'altra parte, la preparazione dei «vaccini fenicati viventi» con metodo ed idee personali, il nuovo procedimento di autovaccinazione antirabbica proposto per gli animali sulla base dei suoi studi sulla pluralità del virus rabbico, ecc.

Ci auguriamo, pertanto, che questa opera tutta italiana sia condotta al più presto a termine, sì che anche per questa branca della medicina ci si possa considerare non più asserviti all'estero.

Frugoni C. e Ancona G. *L'asma bronchiale*. Un vol. in 8° di pag. 226. Unione Tip. Editrice Torinese, 1927. Prezzo L. 18.

In Italia nessuno, meglio di Frugoni, poteva scrivere un libro monografico sull'asma bronchiale. Proficuamente si è associato il Lib. Doc. Giacomo Ancona nella monografia ora stampata.

Il nostro giornale si è onorato di pubblicare originalmente i risultati delle principali indagini del clinico di Padova sull'asma bronchiale.

Nel presente volume sono organicamente sintetizzate queste indagini con la illustrazione dettagliata della descrizione clinica, dell'anatomia patologica, della etiologia, della patogenesi, della diagnosi, della prognosi, della terapia. Speciali paragrafi sono dedicati alle sostanze asmogene, alle prove cutanee, alla cura degli attacchi asmatici, alla terapia anti-anafilattica, specifica e aspecifica.

La letteratura medica italiana si è arricchita di una monografia, che può esserci semplicemente invidiata dalla letteratura estera.

Vaccarezza R. *La difterite nell'adulto e le sue complicanze* (La difteria en el adulto y sus complicaciones). Un vol. in 8° di pag. 375. Ed. *La Semana Medica*, Buenos Ayres.

L'A., già noto per le sue molteplici pubblicazioni riguardanti essenzialmente la clinica e la terapia delle malattie infettive, apporta nel campo ancora oscuro e dibattuto della difterite negli adulti, un largo e prezioso contributo, ricco di osservazioni pratiche e di importanti recenti acquisizioni scientifiche.

In poche ma dense pagine egli descrive il quadro morboso della forma difterica più comune (l'anginosa) e quello delle forme a localizzazione svariata (boccale, nasale, faringea, esofagea, laringea, tracheo-bronchiale, congiuntivale, uditiva, genitale e cutanea). Quindi passa alla esposizione delle complicanze, le quali egli classifica dal punto di vista degli apparati organici in nervose e psichiche, cardiache, urinarie, endocrine, epatiche, sanguigne, cutanee, bronco-pleuriche, articolari e locali o di vicinanza, descrivendone in ogni caso i caratteri clinici ed anatomo-patologici, la patogenesi, l'evoluzione e la prognosi.

Larga esposizione vi trovano anche le affezioni difteriche miste e quelle impiantatesi in organismi già affetti da condizioni morbose organiche.

Quanto alla cura, il pratico può in questo volume trovare tutto quanto gli occorre nelle esigenze della professione, sia per ciò che riguarda la terapia causale (sieroterapia specifica) che la terapia delle singole complicanze. Questo lavoro rappresenta per il medico colto la più preziosa guida sull'argomento.

Ceccarelli G. *Sull'idronefrosi traumatica*. Estratto dagli «Annali della Facoltà di Medicina e Chirurgia ecc. della R. U. di Pisa», 1924.

Guerrini G. *Azione della lisocitina sui vasi sanguigni*. Estratto dal «Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese», fasc. 4-5, 1925.

= 1033

Digitized by Google

Pellegrini R. *Perizie e periti nell'art.* 209 *del C. P. P.* Estratto dal «Morgagni», n. 48, 1925.

Pellegrini R. *Gli aborti procurati come fattore di limitazione di natalità in Germania.* Estratto dalla «Difesa Sociale», n. 12, 1925.

Roux J. *Introduction à l'étude thérapeutique de la tuberculose humaine.* 3ª memoria. Prezzo fr. 4. Vigot Frères, edit. Parigi, 1925.

Sgobbo F. P. *Discorso inaugurale al Convegno idroclimatologico dell'Isola d'Ischia* (6 *ottobre* 1925). S. I. E. M., Napoli, 1925.

Vernoni G. *Enfisema delle linfoghiandole mesenteriche in lattante.* Estratto da «Lo Sperimentale», fasc. 3-4, 1923.

VITA PROFESSIONALE

Sindacato Nazionale fascista dei medici. — E' stato, con recente R. Decreto-Legge, giuridicamente riconosciuto il Sindacato nazionale fascista dei medici; ne ricordiamo, pertanto, in breve le principali disposizioni dello Statuto.

Il Sindacato nazionale fascista dei medici, con sede fissa in Roma, inquadra i Sindacati medici costituiti in ogni Provincia del Regno, aderisce alla Federazione nazionale dei Sindacati fascisti degli intellettuali e con ciò si impegna ad aderire alla Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti. E' retto da un Direttorio, nominato nei Congressi dai rappresentanti dei Sindacati Provinciali e si propone di utilizzare nel miglior modo le capacità professionali dei suoi associati, di procurar loro lavoro se disoccupati, di difenderli e valorizzarne la attività, di promuovere lo sviluppo delle leggi sul lavoro e sulla previdenza, ecc. Organi del Sindacato sono: il Congresso nazionale, il Direttorio e la Segreteria generale; inoltre esso crea nel suo seno Sezioni tecniche (dei medici di stazioni termali e di cura, dei medici odontoiatri, per l'assistenza ospedaliera, per l'assistenza manicomiale, ecc.) per lo studio e l'elaborazione dei vari problemi interessanti le singole categorie dei medici che lo compongono. Il Congresso è costituito dai rappresentanti dei Sindacati provinciali, che vengono nominati dalle rispettive assemblee tra i soci; sarà di regola convocato ogni due anni, e in linea straordinaria anche prima, sia per esaminare le direttive da seguirsi, sia per la designazione del Segretario generale e del Direttorio, sia per l'approvazione dei resoconti morali e finanziari, ecc. Il Direttorio è composto dal Segretario generale e dai membri eletti dal Congresso Nazionale in numero di dieci; si radunerà almeno quattro volte all'anno ed ogniqualvolta il Segretario generale lo ritenga necessario; esso ha la responsabilità dell'Amministrazione. Il Congresso fissa un'indennità mensile per il Segretario generale del Sindacato nazionale, nonchè l'entità delle diarie dovute al Segretario generale ed ai membri del Direttorio per le riunioni e per gli eventuali incarichi fuori residenza.

Al Sindacato spetta un contributo finanziario fissato dalla legge, altri contributi possono essere stabiliti fra i soci in via straordinaria. I giornali ufficiali del Sindacato sono *Il Lavoro d'Italia* e *La Federazione Medica.*

La radiazione di un socio dal Sindacato, per motivi disciplinari, sarà decisa dal Direttorio, dopo accurata inchiesta sulle cause del provvedimento e dopo che l'interessato avrà presentato per iscritto le proprie discolpe.

L'Associazione italiana fascista per l'igiene.— Nella riunione straordinaria, tenuta in Roma, dall'Ufficio di Presidenza dell'Associazione italiana per l'igiene, sono state concretate le modificazioni da apportarsi allo Statuto sociale, in conseguenza della trasformazione fascista di detta Associazione, deliberata al Congresso di Torino. Il prof. Achille Sclavo è stato confermato nella carica di Presidente generale e, in Siena, gli è stata consegnata in forma solenne la tessera fascista.

Riunione della Giunta Federale dei Consorzi antitubercolari di Sicilia. — Si è riunita a Palermo la Giunta esecutiva della Federazione Siciliana dei Consorzi antitubercolari, con l'intervento di tutti i rappresentanti delle Provincie siciliane. Si è proceduto tra l'altro alla nomina dei membri del Consiglio di Amministrazione della Scuola-Convitto per assistenti sanitarie nelle persone del prof. Manfredi e dei dott. La Rosa e Giglio. E' stato chiesto anche al Capo del Governo l'obbligatorietà delle Federazioni regionali ed il loro elevamento ad Ente Morale; è stato dato incarico alla Presidenza di avvisare ai mezzi per preparare corsi accelerati di tisiologia ed è stato stabilito di tenere riunioni, volta per volta, nelle diverse Provincie, per meglio studiare ed incoraggiare le iniziative locali.

La prossima riunione sarà tenuta a Catania

NOTIZIE

Il Congresso Idroclimatologico di Milano. — Del Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, che si terrà a Milano nel prossimo ottobre (dal 3 al 6), ha assunto la Presidenza onoraria l'on. prof. Ernesto Belloni, Podestà di Milano, accedendo alle vive preghiere del Comitato Organizzatore del Congresso, il quale riuscirà indubbiamente alta affermazione, di carattere medico-scientifico e patriottico, a favore delle nostre Stazioni di cura termali, climatiche, marine ecc.

Hanno già aderito: il «Consorzio Nazionale dei Comuni di Cura», la «Federazione Fascista della Industria Idroclimatica», il «Touring Club Italiano», l'«ENIT», ecc. E' assicurata altresì la collaborazione di tutte le personalità scientifiche italiane aventi speciale competenza nel campo idro-climatologico.

Le più importanti Stazioni di cura figureranno in una Mostra annessa al Congresso, durante il quale sarà annunziato l'esito di varii Concorsi promossi dalla «Associazione Italiana di Idrologia», e particolarmente di uno sul tema: «Documentazioni storiche e vestigia tuttora esistenti di Terme Romane».

Il Comitato Organizzatore del Congresso ha sede in via S. Paolo, 10 Milano, ove possono richiedersi schiarimenti anche in rapporto alla Mostra.

Commissione internazionale permanente delle malattie professionali. — La Commissione internazionale permanente delle malattie professionali ha incaricato i membri titolari di nazionalità francese d'organizzare la 4ª Riunione internazionale, che avrà luogo a Lione dal 3 al 6 aprile 1929.

L'ordine del giorno comprende: 1. La silicosi (tre relazioni: etiologia, clinica; legislazione). Le pneumoconiosi (un rapporto generale). 2. La cataratta d'origine professionale (due relazioni: etiologia; clinica). 3. Apparato endocrino e intossicazioni (una relazione unica affidata a tre esperti). 4. Comunicazioni inedite. Se un'altra questione potesse inscriversi all'ordine del giorno, la scelta dovrebbe cadere sulla «Statistica delle malattie del lavoro».

Il prof. Stefano Martin, direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Lione, cogli altri due membri titolari francesi, i proff. Agasse Lafont e Kohn Abrest di Parigi sceglieranno, d'accordo colla Presidenza della Commissione, i relatori per le singole questioni all'ordine del giorno.

Per informazioni rivolgersi al prof. Stefano Martin o al segretario della Commissione dott. L. Carozzi, Service d'Hygiène B. I. T. Ginevra.

Nuova sede dell'Istituto di radiologia della R. U. di Milano. — Col prossimo anno, l'Istituto di radiologia della Università di Milano, diretto dal prof. Felice Perussia, avrà sede nel grandioso Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro. Il nuovo istituto sarà dotato di impianti modernissimi per roentgendiagnostica, röntgenterapia e curieterapia e si varrà della collaborazione delle sezioni chirurgica, ginecologica, anatomo-patologica e di patologia sperimentale, pure annesse all'istituto, sia a fini di ricerca quanto a fini didattici.

Commemorazione del tricentenario della Sorbona. — Con una cerimonia presieduta dal Presidente della Repubblica G. Doumergue e alla quale partecipò anche il principe di Galles, l'Università parigina della Sorbona ha commemorato il tricentenario della sua ricostruzione. E' da ricordarsi, fra l'altro, che proprio nei sotterranei della Sorbona fu stampato, in Francia, il primo libro. Nel discorso del presidente Doumergue furono rievocati gli antichi ricordi di quella Università, illustrati da miniature, da preziosi manoscritti e da quadri famosi.

Contemporaneamente a questa cerimonia, fu posta la prima pietra della Casa degli studenti inglesi nella città universitaria.

Donazioni. — Il Consiglio di Amministrazione della Cassa di risparmio di Torino, in occasione del primo centenario di fondazione di detta Cassa, ha deliberato notevoli elargizioni per opere di beneficenza e di pubblica utilità. Tra esse figurano: 4 milioni all'Opera Pia Ospedale San Luigi per la costruzione di un Tubercolosario di 1,000 letti; 500.000 lire all'Ospedale Maggiore di S. Giovanni; 6 milioni alla Clinica Chirurgica Universitaria. La somma totale delle donazioni è di L. 14.603.125.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 22 Agosto 1927 — N. 34

QUESTIONI DEL GIORNO

INTERFERENZA DI AZIONE TRA LE ISTITUZIONI ANTITUBERCOLARI

Non sono troppe le specie di istituzioni, che si vanno prospettando per la lotta antitubercolare? Non vi ha l'inconveniente di un duplicato o d'interferenza nell'azione tra queste istituzioni oppure tra l'« Ente Nazionale per la lotta antitubercolare » che si va auspicando e gli altri tre Enti nazionali, già fondati dal Governo fascista, cioè l'Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia, l'Opera Dopolavoro, l'Opera Balilla? Non si potrebbe persino obbiettare che, una volta già fondata e proficuamente vigente questa triade di opere di medicina politica, titolo di alto onore e benemerenza per l'attuale Governo, risulta superflua la costituzione di un nuovo Ente, quello per la lotta antitubercolare?

La risposta a siffatti quesiti emerge dalla maniera, con cui si vorrà intendere la Statizzazione della lotta antitubercolare e l'Ente Nazionale, che dovrà esserne l'integratore. In proposito sono stato sempre esplicito e reciso, sin da quando per la prima volta in Italia, in un congresso Nazionale (maggio 1925, in Napoli), venne proposta la costituzione, per legge, di un Ente Nazionale per la lotta antitubercolare.

Dissi allora e ho sostenuto sempre in seguito che gli organi integrativi della lotta antitubercolare debbono essere dipendenti dallo Stato tutti, direttamente o indirettamente, e però tutti debbono avere una responsabilità legale di azione, tutti debbono essere salvaguardati da garenzie legali, tutti debbono essere controllati e disciplinati da Autorità statali.

Sono da considerarsi statali i Consorzi Provinciali Antitubercolari, sempre che tutti i suoi componenti siano scelti e nominati dal Prefetto, cioè dal Governo; sono da considerarsi statali i Dispensari Antitubercolari, sempre che il loro personale, anche se ristretto di numero, come nei piccoli centri, sia nominato per concorso dai Consorzi Provinciali; l'andamento dei dispensari, come di tutte le altre istituzioni antitubercolari, a cominciare dai sanatorii e dai tubercolosari a venire alle stazioni elioterapiche, ai preventorii, agli asili e colonie diverse, sia da controllarsi tecnicamente e finanziariamente dai Consorzi Provinciali, ai quali soltanto compete smistare verso quelle differenti istituzioni i tubercolizzati da curare o gl'individui, di qualunque età, da preservare e rigenerare, dietro le informazioni provenienti dai dispensari, dipendenti dal rispettivo Consorzio; siano legalmente riconosciute dallo Stato e funzionino con netta responsabilità giuridica le Federazioni Regionali dei consorzi antitubercolari, che si vanno costituendo.

Quella personalità eletta, che risponde al nome di Luigi Mantredi, nell'inaugurare in Palermo, il 5 marzo 1927, la Federazione dei Consorzi Antitubercolari della Sicilia, s'impromette va che questa Federazione potesse « essere il primo nucleo « di unione di tutti i Consorzi del Regno, non solo, ma anche « il preludio per la costituzione di quell'auspicato Ente Anti« tubercolare Nazionale, nel quale molti intravedono, e con ra« gione, il supremo organo regolatore e finanziatore della gran« de lotta contro la tubercolosi ». La Giunta Esecutiva di quella Federazione Siciliana, nella seduta del 1. luglio 1927, ha votato ad unanimità un ordine del giorno, indirizzato al Capo del Governo, al Ministro degl'Interni, al Direttore Generale della Sanità, invocando la obbligatorietà delle Federazioni Regionali in tutta l'Italia.

In un recente articolo, pubblicato il 1. agosto 1927 sulla *Rivista Sanitaria Siciliana*, il Prof. Manfredi scrive « Con i « rappresentanti della Confederazione Nazionale dei Consorzi (Provinciali Antitubercolari e con quelli di altre Istituzioni ed « Associazioni cointeressate allo stesso fine, e con la partecipa« zione degli Enti assicuratori, potrebbe costituirsi infine quel« l'*Ente Statale Antitubercolare*, che da molte parti è ormai in« vocato, quale organo centralizzatore e finanziatore della lotta » e conchiude l'articolo: « È necessario ormai una completa orga« nizzazione statale antitubercolare ».

Nel Convegno antitubercolare di Modena, che ha avuto luogo in questa Città, il 29 giugno 1927, con largo intervento di personalità autorevoli, per lo scopo di fondare una Federazione Emiliano-Romagnola dei Consorzi Antitubercolari, il dott. comm. Antonio Reducci nel discorso inaugurale del Convegno diceva: « è sommamente da augurarsi che l'avvento delle varie Fede« razioni Regionali preluda alla costituzione dell'Ente Naziona« le, fronte unico ».

Queste così eloquenti dichiarazioni pubbliche testificano la nessuna incompatibilità o superfluità o interferenza di azione tra l'Ente Nazionale Antitubercolare, tanto concordemente auspicato, e la citata triade fascista di Opere, già fondata nel campo della medicina politica.

Non può trattarsi di duplicato o superfluità, perchè la rigenerazione della salute nelle madri, nei bambini, nei giovanetti, nei lavoratori, cui mira la triade di Opere già fondata, è igiene d'indole generica. Invece la lotta antitubercolare si fonda sulla consociazione della clinica e della igiene verso una finalità specializzata, per la quale sono da utilizzare tanto le armi approntate da quella triade, quanto provvedimenti e istituzioni peculiari come tecnica diagnostica, tecnica profilattica e tecnica curativa, e come personale tecnicamente capace.

Quanto poi alle possibili interferenze o concorrenze di azione, sin dalla mia relazione, che in febbraio dello scorso 1926 ebbi l'onore di presentare direttamente ad una elevata personalità del Governo, proposi che tanto nel Consiglio Direttivo Generale del costituendo Ente Nazionale Antitubercolare, quanto in ciascun Consorzio Provinciale Antitubercolare facciano parte, di diritto, un rappresentante per ognuna delle Opere comprese nella triade, per modo che ogni provvedimento venga adottato con la mutua consultazione e cooperazione dei rappresentanti di quella triade e delle personalità, che più specificamente si occupano della lotta antitubercolare.

In tutto ciò si prescinde da una pregiudiziale, d'indole generica, cioè che è superfluo costituire l'Ente Nazionale, perchè questo rientrerebbe nell'orbita della igiene, la quale spetta al Ministero degl'Interni e più specialmente alla Direzione Generale di Sanità Pubblica. Una pregiudiziale siffatta non ha ragione di essere, perchè anche l'azione profilattica rispetto alla maternità, alla intanzia ed alla gioventù, rispetto alla salute dei lavoratori, appartiene alla Sanità Generale del Regno. Ciò non pertanto, il Governo Fascista ha sentito la necessità di creare la speciale triade di Opere, già funzionanti così proficuamente.

Perchè non dovrebbe farsi altrettanto per la tubercolosi, che abbraccia provvedimenti tecnicamente specializzati, ancora più di quanto si richiede nello svolgimento di azione della triade?

Un'altra pregiudiziale generica riguarda il pericolo che l'Ente Nazionale possa inibire, magari comprimere, lo slancio delle associazioni locali e delle altre iniziative locali a beneficio della lotta antitubercolare. Una pregiudiziale siffatta avrebbe potuto avanzarsi anche contro la istituzione della triade di Opere già attuata. Intanto la pratica di queste Opere va mostrando l'assoluta infondatezza della pregiudiziale e perciò preclude ogni dubbio anche nei riguardi del futuro Ente Nazionale.

Per certo, la statizzazione della lotta antitubercolare, quando venga fatta fascisticamente, inibisce i personalismi e gli egotismi, i quali perciò hanno interesse di ostacolare la costituzione del proposto Ente Nazionale e fomentano, apertamente o nel dietroscena, malumori e obbiezioni.

Ma, qualora queste obbiezioni siano in buona fede, finiranno con eliminarsi spontaneamente, una volta che la proposta statizzazione mira a favorire e svolgere le iniziative locali, già tanto benemerite, e altre, che spunteranno, anzi ne valorizza più proficuamente i risultati, per il tramite della disciplinata coordinazione, tecnico-sanitaria e finanziaria.

Quindi, nessuna interferenza, nè duplicato, nè concorrenza di azione, tra le istituzioni, che già vigono, e l'auspicato Ente Nazionale: ecco la risposta ai quesiti, che ho prospettati.

ANDREA FERRANNINI.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DELLA II CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. G. ZAGARI

CRISI EMOCLASICA ASPECIFICA QUALE REAZIONE DI DIFESA

per il dott. ERMANNO CEDRANGOLO
Libero docente ed aiuto ordinario

Già da molti anni, e propriamente fin dal 1880, Schmidt Mülheim aveva fatto noto ai fisiologi che, iniettando una soluzione di peptone nelle vene di un cane, si produceva un insieme di fenomeni vasculo-sanguigni, ai quali fu dato il nome di reazione del peptone o choc peptonico. Richet più tardi studiando i fenomeni anafilattici riconobbe gli stessi sintomi. Infine da pochi anni Widal ha — come è noto — proposto ed introdotto in Clinica il nome di crisi emoclasica ad uno speciale contegno ematologico e sintomatico che assumono gli individui in determinate condizioni morbose o di esperimento, contegno del tutto simile a quello riconosciuto innanzi ed attribuito allo choc peptonico di Schmidt, od a quello anafilattico di Richet.

Questo studio della emoclasia fu esteso ancora ed applicato in Clinica sotto forma di emoclasia digestiva dallo stesso Vidal e poi da Abrami e Iacovesco allo scopo di saggiare lo stato della funzionalità epatica.

I fenomeni, che si verificano durante queste crisi emoclasiche, sono di vari ordini e di varie gradazioni, e costituiscono un complesso sintomatico clinico ed ematologico di rilievo non indifferente. Si ha iperglobulia, leucopenia con inversione della formula leucocitaria, abbassamento della tensione arteriosa, diminuzione del potere di coagulabilità del sangue, abbassamento dell'indice refrattometrico e clinicamente si osservano fenomeni più o meno gravi da parte dell'infermo, quali ambascia respiratoria, brivido, temperatura elevata, sudori profusi, e, in casi gravi e fortunatamente eccezionali, collasso e morte.

Lo studio delle emoclasie, genericamente parlando, si è molto esteso in questi ultimi anni e il fenomeno è stato minutamente osservato nelle sue varie forme ed espressioni ed anche variamente interpretato. Si è sfruttato molto in Clinica — allo scopo di saggiare lo stato della funzionalità epatica — la crisi emoclasica digestiva e numerosi lavori hanno confermata la concezione di Abrami e Iacovesco, affermando che nel fegato a funzione lesa l'emoclasia è sempre positiva.

Così Andreanelli alla Società medico-chirurgica di Ancona espose le sue ricerche al riguardo, conchiudendo che la prova della emoclasia digestiva costituisce un mezzo molto fine e delicato di indagine, per lo studio della funzionalità epatica, la quale può essere funzionalmente insufficiente anche in soggetti apparentemente sani, ma di regola si osserva nelle malattie tossinfettive acute e pare indipendente dal decorso della malattia. Baccarini ritiene dovute ad insufficienze epatiche molte sindromi pseudo-gastriche e propone di sensibilizzare tali soggetti con piccole dosi di peptone.

Decio ha studiato l'emoclasia digestiva durante la gravidanza ed ammette che anche in questi casi si riscontra, dopo l'ingestione di latte, una netta crisi emoclasica, anzi egli afferma nettamente che nel 10 % delle gravidanze normali l'attività proteopessica del fegato deve essere turbata.

Montier e Rachet sono andati ancora oltre ed hanno riconosciuto che si possono verificare crisi emoclasiche dopo l'ingestione di semplice acqua e pensano, per delucidare il meccanismo patogenetico del fenomeno, che si tratti di fatti vasomotori, sui quali non ha alcuna importanza la natura chimica della sostanza ingerita.

Sono state riconosciute crisi emoclasiche, provocate perfino da applicazioni terapeutiche di raggi X e radium. Difatti Benard e Joltrain si sono occupati di proposito di tale argomento ed hanno potuto riconoscere che i sintomi da Beclère riconosciuti come dipendenti dal cosiddetto « Male da irradiazioni penetranti » altro non sono che fenomeni di choc emoclasici, caratterizzati da leucopenia, ipotensiose arteriosa, ecc.

Jacques-Lermyes ha potuto provocare, per l'azione prolungata del freddo, un vero accesso di idrorrea nasale preceduto da crisi emoclasica manifesta e fa rientrare alcuna volta il quadro di un'idrorrea nasale nel complesso delle manifestazioni colloidoclasiche e un nuovo esempio di autocolloidoclasia *a frigore* di cui si riconosce l'esistenza a proposito della emoglobinuria parossistica.

Il fenomeno, come abbiamo detto, è, stato adunque studiato nei suoi più minuti particolari.

Schiff ha osservato che durante lo choc emoclasico si riconosce una vera mononucleosi, la quale si manifesta durante la fase leucopenica della crisi e starebbe ad indicare, secondo l'A., non un fatto puramente vasomotorio, ma un disturbo profondo, funzionale degli organi ematopoietici.

Cottorelli ha visto il contegno delle piastrine durante la crisi emoclasica ed ha potuto notare che, accanto alla leucopenia, si determina anche una piastrinopenia, ma i due fatti decorrono non parallelamente fra loro, sono invece dissociati, inquantochè la diminuzione delle piastrine è più lenta a verificarsi, come pure più tardiva è una loro ricomparsa in circolo.

***

Una serie di ricerche è stata istituita dal D'Amato, il quale volle spingere oltre l'importanza del fenomeno per utilizzarlo in Clinica a scopo diagnostico con iniezioni di sostanze specifiche e propriamente con iniezioni di tubercolina, le quali avrebbero la proprietà di risvegliare uno choc emoclasico negli individui tubercolotici. E più recentemente Colella ha notato che le iniezioni di sublimato nei sifilitici sono del pari capaci di determinare una sensibile leucopenia.

Come si vede adunque lo studio della crisi emoclasica ha ottenuto in clinica un grande favore sia per quanto riguarda il fenomeno biologico in sè, sia per quanto concerne la utilizzazione del fenomeno stesso a scopo diagnostico.

Le ragioni, o le cause, che determinano l'apparizione dello choc emoclasico, sono state attivamente ricercate e già i primi ad occuparsi del fenomeno (Abrami, Widal, Brissau) ritengono che l'unica spiegazione plausibile sia quella di ammettere un turbamento vuoi di ordine fisico, vuoi di ordine elettrico nell'equilibrio specifico dei colloidi del sangue, dovuto all'azione di sostanze eterogenee. La diminuzione dei polinucleati sarebbe dovuta in parte ad una specie di agglutinazione, che ne facilita il loro arresto nei capillari, ed in parte ad una vera leucolisi, per cui si verificherebbe una vera alterazione del metabolismo, che si appalesi clinicamente con i fenomeni di choc.

Lumière ammette addirittura che, per opera di sostanze nocive all'organismo, i colloidi umorali si aggregano e fanno delle vere flocculazioni le quali, mentre da una parte eccitano l'endotelio vasale producendo fenomeni irritativi nervosi, bulbari, encefalici, ecc., d'altra parte formano dei veri ostacoli nei capillari, per cui la circolazione sanguigna è inceppata, e l'ostacolo può avvenire nei fini capillari cutanei, determinando fatti di dermatosi, in quelli pulmonari, determinando crisi di asma, ed infine in vasi di maggior calibro alterando gli scambi dei tessuti.

Arloing e Langeron hanno ottenuto leucopenia mediante iniezioni endovenose di sostanze diverse: siero, peptone (sostanze colloidoclasizzanti), stricnina, curaro, atropina. Sembra che il sistema vasale abbia secondo i cennati AA. una parte importante del fenomeno. Per prodursi la leucopenia occorre una speciale eccitabilità, o uno speciale disquilibrio del sistema vago-simpatico, e vi sono sostanze quali la pilocarpina, che producono leucopenia, senza i fenomeni di choc; viceversa l'atropina esercita qualche volta un'azione ben diversa, inquantochè produce choc senza leucopenia.

Come si vede adunque, alla stregua delle teorie cennate, fenomeni emoclasici sono in dipendenza esclusiva di uno speciale disquilibrio, che si verifica nelle condizioni umorali dell'organismo per la introduzione di sostanze eterogenee.

Noi abbiamo condotto una serie di ricerche, eseguendo iniezioni di tubercolina, di stomosina e di Caseal e, ripetendo varie volte la prova in uno stesso soggetto, abbiamo fermato la nostra attenzione allo studio principalmente degli elementi del sangue

Digitized by Google

e ciò per il fatto che lo stesso Widal ed altri hanno riconosciuto che la parte più importante di una crisi emoclasica spetta al numero dei globuli bianchi.

Abbiamo praticato iniezioni di Stomosina Antimelitense in dieci infermi che avevano malattie comuni e due volte in soggetti con febbre di Malta.

Le iniezioni di tubercolina (un milligrammo di tubercolina per volta) sono state praticate in dodici infermi affetti da varie forme di tubercolosi e poi in dieci soggetti che non presentavano segno alcuno di tubercolosi.

Le iniezioni di Caseal sono state adoperate in due infermi affetti da Febbre melitense ed in altri dieci ammalati, che presentavano affezioni croniche diverse.

Possiamo quì riferire minutamente i risultati ottenuti.

Iniezioni di Stomosina Antimelitense

Malattia	Prima dell'iniezione glob. rossi	Prima dell'iniezione glob. bianchi	Dopo dell'iniezione glob. rossi	Dopo dell'iniezione gl. bianchi
Stenosi mitralica	4,800,000	7,000	4,600,000	5,800
Calcolosi renale	5,000,000	6,800	4,800,000	6,600
Ipercloridria	4,400,000	6,400	4,500,000	6,000
Aortite con ectas. aort.	3,800,000	7,200	3,800,000	6,200
Insufficienza mitr.	4,600,000	7,400	4,500,000	6,400
Asma bronchiale	4,200,000	6,600	4,000,000	5,800
Aneurisma aortico	4,500,000	8,000	4,600,000	6,200
Enterocolite	3,600,000	6,200	3,400,000	5,400
Ptosi renale	4,500,000	7,800	4,400,000	6,600
Calcolosi epatica	4,600,000	7,600	4,800,000	7,200
Febbre melitense	3,500,000	4,500	3,200,000	3,400
Febbre melitense	3,800,000	5,000	3,700,000	3,800

Iniezioni di Tubercolina (1 mmg.)

Malattia	Prima dell'iniezione glob. rossi	Prima dell'iniezione g'o'. bianchi	Dopo dell'iniezione glob. rossi	Dopo dell'iniezione gl. bianchi
Tubercolosi pul.	3,800,000	9,000	3,700,000	8,600
" "	3,400,000	9,500	3,500,000	9,000
" "	3,600,000	8,000	3,200,000	6,400
" "	4,000,000	7,500	3,800,000	6,500
" "	3,600,000	8,500	3,600,000	7,000
" "	3,000,000	6,800	3,000,000	6,200
Pleurite tubercolare	4,000,000	7,000	4,200,000	6,200
" "	4,200,000	8,000	4,200,000	7,400
" "	3,800,000	7,200	3,650,000	6,500
Polisierosite	3,500,000	7,400	3,400,000	6,800
Peritonite tubercolare	4,000,000	7,200	3,800,000	6,600
Peritonite tubercolare	3,400,000	6,800	3,500,000	6,000
Sclerosi a piastre	3,800,000	10,500	3,800,000	9,400
Neurastenia	4,800,000	9,000	4,800,000	7,800
Paralisi del facciale (perif.)	4,600,000	8,500	4,600,000	7,000
Cardiopalmo	4,800,000	7,800	5'000,000	7,000
Tabe dorsale	4,200,000	9,500	4,000,000	8,200
Corea	3,800,000	8,400	4,000,000	7,200
Neurastenia	4,600,000	9,000	4,800,000	7,800
Stitichezza abituale	4,200,000	7,400	4,200,000	6,400
Tabe dorsale	4,500,000	8,000	4,200,000	6,200
Postumi di tromb. cereb.	4,200,000	7,800	4,000,000	6,600

Iniezioni di Caseal (2-3 cc.)

Malattia	Prima dell'iniezione glob. rossi	Prima dell'iniezione glob. bianchi	Dopo dell'iniezione glob. rossi	Dopo dell'iniezione gl. bianchi
Stenosi mitralica	3,600,000	12,000	3,500,000	4,200
Tabe dorsale	4,400,000	9,000	4,200,000	5,000
Sclerosi a piastre	4,200,000	8,000	4,000,000	5,400
Stenosi pilorica	4,200,000	7,200	3,800,000	4,000
Ipercloridria	4,400,000	8,000	4,400,000	5,500
Gastrectasia	3,800,000	6,800	3,600,000	4,000
Rene ptosico bilaterale	4,400,000	7,200	4,000,000	6,000
Neurastenia	4,600,000	8,000	4,400,000	6,200
Febbre di Malta	3,500,000	5,000	3,500,000	4,200
Febbre di Malta	3,200,000	4,600	3,400,000	3,500

Dalle cifre riportate risulta evidente che, a seguito delle varie sostanze da noi iniettate, si è prodotta la crisi vascolo-sanguigna, appalesatasi con la riduzione numerica degli elementi bianchi del sangue, la qual riduzione è stata più, o meno sensibile nei vari casi e con le diverse sostanze ed ha presentato il suo massimo d'intensità negli infermi di malattie comuni, trattati con il Caseal.

Anzi dobbiamo riconoscere che la maggior riduzione si è avuta sottoponendo infermi di malattie croniche comuni con il preparato anzidetto, mentre gli infermi, che presentavano una febbricola classica riconosciuta all'esame clinico e riconfermato per l'altissimo valore agglutinante del siero, hanno presentato una leucopenia molto meno evidente e marcata.

Ed a questo proposito dobbiamo riconoscere che neppure le stomosine specifiche hanno prodotto una leucopenia maggiore negli infermi nei quali il rimedio avrebbe dovuto specificamente apportare la propria azione, anzi che negli infermi di malattie comuni.

Lo stesso reperto ematologico ci hanno dato le iniezioni di tubercolina, le quali hanno agito indifferentemente sia nei tubercolotici, sia nei non tubercolotici.

Lo studio della formula leucocitaria ci ha dimostrato in tutti i casi una cospicua riduzione dei polinucleati ed un aumento degli elementi ad un nucleo.

Infine dobbiamo aggiungere che non sempre le piastrine ci sono apparse ridotte, ma qualche volta sono apparse in aumento.

Gli infermi hanno sempre ben tollerato le varie sostanze da noi iniettate; sicchè possiamo affermare che in essi la crisi ematologica è stata silenziosa, è passata inavvertita senza dare segni generali.

In un sol caso, a seguito di una iniezione di Caseal notammo una lieve lipotimia; l'infermo impallidì, ebbe vertigini, sudore freddo, ed il polso si fece piccolo; ma ben presto questi fenomeni si dileguarono e spontaneamente l'infermo, in breve tempo, riprese il suo stato normale senza bisogno di alcun soccorso terapeutico.

Come si vede, adunque, dal complesso delle nostre ricerche, il fenomeno ematico della crisi emoclasica si è appalesato costantemente in maniera sempre evidente con una diminuzione più o meno notevole degli elementi bianchi del sangue. Sicchè appare chiaro che il fenomeno in parola, a noi presentatosi costantemente con intensità più o meno varia, non ha carattere alcuno di specificità ed indifferentemente si produce anche con sostanze diremo così specifiche in individui non affetti da quella determinata malattia, per cui quella determinata sostanza dovrebbe avere un valore diretto e specifico.

E possiamo ancora affermare la maggiore intensità dovuta all'azione del latte in individui affetti da malattie comuni.

Un secondo elemento abbiamo avuto agio di constatare in armonia a tutti gli osservatori che del fenomeno si sono occupati, e cioè che la leucopenia riscontrata è fatta a carico dei polinucleati, poichè il loro numero costantemente discende di fronte agli elementi ad un sol nucleo, i quali appaiono perciò in aumento e si verifica così la inversione della formula leucocitaria.

Ora, se si pon mente a questo fenomeno, vedesi ch'esso mal s'accorda alle teorie emesse ed innanzi citate, le quali vogliono dar la spiegazione del fenomeno suddetto. Non si spiega come e perchè dovrebbe il turbato equilibrio dei colloidi del sangue ridurre specificamente ed elettivamente soltanto i polinucleati, non si spiega in qual maniera un fenomeno agglutinante del siero di sangue dovrebbe produrre l'agglutinazione unicamente dei polinucleati, senza turbare gli elementi ad un nucleo, ed anche agglutinati nei capillari non si riesce ad intendere poichè non dovrebbero venire fuori alla puntura.

Non si spiegherebbe d'altra parte il fenomeno neppure volendo ammettere che per l'azione di queste sostanze comparissero in circolo delle leucolisine e ciò sia perchè questa è un ipotesi non suffragata da alcun fatto sperimentale, sia perchè riuscirebbe difficile comprendere come e perchè dovessero queste sostanze leucolitiche spiegare la loro azione unicamente sugli elementi polinucleati del sangue, lasciando immuni gli altri elementi bianchi; e d'altra parte sarebbe troppo transitoria l'azione loro distruttrice ed il rifornimento da parte dell'organismo di nuovi elementi dello stesso genere inquantochè è noto dalle comuni esperienze, e noi lo abbiamo riconfermato, che ben presto la leucopenia svanisce e la crisi ematologica cede il posto allo stato normale del sangue.

A noi par logico piuttosto pensare che il fenomeno sia legato alle comuni difese dell'organismo, che mobilita i polinucleati e li spedisce dove il loro soccorso è necessario. Sono

Digitized by Google

queste sostanze estranee introdotte nell'organismo che richiedono, per la loro pronta eliminazione, l'intervento dei polinucleati, non sappiamo in quale sede, ma è ben certo che durante questa invasione i polinucleati accorrono e restano vuote le file dei distretti cutanei. Anzi quanto più il fenomeno è evidente e maggiore è l'accorso dei polinucleati, tanto più la reazione ematica è sensibile ed è accompagnata, oltre che dalla crisi ematica, da fatti di vero choc generale, come noi stessi abbiamo potuto constatare.

In questi ultimi tempi due valorosi ricercatori, Loeper e Marchal hanno studiato durante la fase digestiva una immigrazione ed un passaggio di polinucleati attraverso la mucosa gastrica nello stomaco ed hanno dato al fenomeno il nome di leucopedesi gastrica, e ciò hanno studiato a proposito delle ricerche di uno speciale fermento proteolitico, già noto per le ricerche di Moreschi e di M. Ascoli. Ma, a parte la ragione del fenomeno, è importante considerare, per quanto riflette il nostro studio, che basta la sola presenza di sostanze nello stomaco per determinare l'accorsamento e l'invasione degli elementi polinucleati del sangue nello stomaco stesso.

A questo proposito cade bene acconcio ricordare le ricerche di Storn Van Leeuwenn, W. Bien, Zeth, Varekamp, i quali hanno osservato modificazioni del sangue dopo l'ingestione degli alimenti ed hanno potuto constatare che durante la fase digestiva si possono verificare crisi emoclasiche.

Essi difatti hanno visto che la curva degli elementi bianchi, dopo un pasto normale, subisce una prima discesa, cui segue dopo pochi minuti una elevazione della curva, che dura pochi minuti, per poi ridiscendere di nuovo, sì da aversi una vera leucopenia, la quale, dopo circa 50 minuti, cede definitivamente il campo alla leucocitosi fisiologica.

Sicchè a noi pare di poter bene invocare anche nel nostro studio la reazione difensiva dell'organismo contro l'invasione di sostanze estranee, difesa che apporterebbe la riduzione dei polinucleati nei territori periferici.

Le conclusioni che si possono trarre da queste nostre ricerche sono le seguenti:

1. Di fronte all'introduzione per via parenterale di stomosina, caseal, tubercolina, si ottiene una crisi emoclasica consistente in una leucopenia, più o meno marcata, fatta a carico degli elementi polinucleati del sangue.

2. Con le sostanze da noi adoperate con le dosi innanzi dette, la crisi ematica si svolge silenziosa e solo eccezionalmente dà fatti di choc, per altro lievi e transitorie.

3. La crisi notata si verifica con intensità più o meno varia sia negli infermi nei quali alcune determinate sostanze hanno un'azione specifica, sia in infermi nei quali tale specificità è assente.

Non ci pare inammissibile che tale fenomeno sia dovuto ad una difesa dell'organismo contro le sostanze estranee iniettate.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA
diretto dal prof. G. RAZZABONI

RARA COMPLICANZA IN UN CASO DI PAROTITE EPIDEMICA

per il dott. ENRICO BENASSI — Aiuto volontario

Fra le complicanze meno frequenti della parotite epidemica non ho vista, nella letteratura, descritta l'appendicite, all'infuori dei casi pubblicati dal Simonin (1), i quali non si possono ritenere molto dimostrativi: si trattava di ammalati di orecchioni nei quali, rispettivamente in II, III, IV e VI giornata di malattia, insorsero sintomi non molto accentuati nè molto chiari di appendicite; non si ebbe alcun controllo operatorio nè d'autopsia.

Ad una certa correlazione patologica fra l'appendice e la parotide potrebbero far pensare anche le osservazioni descritte [Jalaguier (2), Gaudier e Swynghedaw (3)] di parotiti consecutive ad attacchi appendicolari: ma non c'è bisogno di ricordare la probabile differenza etiologica fra questi casi e quelli di orecchioni.

Nel caso che brevemente descrivo, un'appendicite cancrenosa con peritonite diffusa e con setticopiemia, controllate all'esame necroscopico, si è manifestata mentre l'ammalato era affetto da parotite epidemica con orchite.

C. P. di anni 18, celibe, contadino, residente a Lesignano Bagni. Il 4 gennaio 1927 entra nell'Ospedale Maggiore di Parma, nella 1ª Divisione Medica, diretta dal Prof. A. Balestra.

I genitori sono viventi e sani. Una sorella è morta di influenza durante la pandemia del 1918. Un fratello soffrì di coliche appendicolari recidivanti, e fu operato d'appendicectomia. Null'altro è degno di nota nell'anamnesi familiare.

Dall'anamnesi personale remota è da rilevarsi soltanto che circa due anni fa il paziente soffrì di broncopolmonite destra, dalla quale guarì in una decina di giorni. Del resto, è sempre stato sano e robusto.

Circa venti giorni or sono, si è ammalato, contemporaneamente a due fratelli adulti, di parotite epidemica, di cui si erano verificati, nel suo paese, molti altri casi. In terza giornata di malattia, agli orecchioni si è aggiunta una orchite bilaterale di non molta gravità. Mentre erano tuttora in pieno svolgimento le due affezioni ora indicate, in quinta giornata, il paziente cominciò ad avvertire dei dolori non molto forti a tutto l'ambito addominale, più accentuati però in corrispondenza del quadrante inguinale destro: tali dolori, che erano quasi continui, ma si esacerbavano accessualmente, dopo alcuni giorni si fecero molto più violenti. Contemporaneamente a questi disturbi è comparso anche, talora, vomito alimentare, e febbre che ha oscillato tra 38° e 39°. Da allora i dolori non sono più comparsi, pur avendo presentato delle notevoli remissioni, ma si sono fatti quasi uniformi in tutte le parti dell'ambito addominale. La febbre ha pure persistito, pressochè continua, ed il vomito alimentare, che dapprima non si presentava molto spesso, si è fatto, nelle ultime due giornate, alquanto più frequente. L'alvo, abitualmente stitico, è da tre giorni completamente chiuso; però il paziente ha spesso senso di tenesmo e dall'ano fuoriesce continuamente del muco denso. Da ieri il malato soffre, periodicamente, di singhiozzo. La minzione è un po' dolorosa e stentata.

Esame obbiettivo: Soggetto di statura media, di costituzione scheletrica regolare, tendente al normosplancnico; stato della nutrizione bene conservato; cute pallida ovunque, madida di sudore, calda per febbre, elastica, bene sollevabile in ampie pliche; pannicolo adiposo normale; sistema muscolare bene sviluppato. Il polso alla radiale è ritmico, abbastanza ampio e valido, piuttosto celere, e batte 110 volte al minuto primo. I movimenti respiratori sono ritmici e si compiono 24 volte al minuto La temperatura è di 38°. Il decubito è indifferente. Il sensorio è integro. La *facies* è addominale: naso affilato, occhiaie infossate e livide, guancie incavate, labbra sub-cianotiche, aspetto sofferente.

All'esame del capo si trova, oltre ai già detti segni di *facies* addominale, che la bocca è arida, le gengive fuligginose, la lingua arrossata, secca e screpolata. Null'altro di patologico, neppure nelle regioni parotidee.

All'esame del collo, dell'apparato respiratorio e dell'apparato circolatorio, non si rileva nulla degno di nota, se si eccettuino i caratteri, già descritti, del polso e del respiro.

L'addome si presenta di forma globosa, uniformemente ingrandito di volume; le pareti addominali partecipano ben poco ai movimenti del respiro; su di esse la pelle non presenta nulla di abnorme; la cicatrice ombellicale è meno infossata che di norma; le vene superficiali sono alquanto turgide. Alla palpazione le pareti addominali sono poco trattabili e, dolentissime ovunque, si contraggono non appena toccate; ad una cauta palpazione sistematica sembra però di rilevare che i dolori che si suscitano violenti su tutto l'ambito addominale siano più spiccati in corrispondenza del quadrante inguinale destro; non si riescono a palpare tumefazioni nei margini epatico e splenico, non rumore di guazzamento. Alla percussione si ha ovunque suono timpanico; l'area di ottusità splenica è completamente scomparsa, e quella di ottusità epatica è ridotta a una sottile striscia. Sull'ambito addominale, coll'ascoltazione, non si avvertono nè i toni cardiaci nè particolari rumori.

Col cateterismo uretrale non si incontrano resistenze abnormi nè si provoca dolore; dalla vescica esce poca urina limpida.

All'esplorazione digitale del retto, dal quale fuoriesce continuamente del muco denso, filante, si avverte, in corrispondenza della parete anteriore dell'ampolla, a circa 6-7 cm. dall'orifizio anale, una grossa tumefazione tesa, di consistenza subelastica, subfluttuante, coperta da mucosa edematosa; tale tumefazione protrude e fa ernia nel retto, tanto da occluderne quasi completamente il lume, e si estende, in senso trasversale,

(1) *Sémaine Méd.* 1903.

(2) Cit. in BROUARDEL e GILBERT, *Trattato medicina e ter.*, vol. XVII, pag. 68, Torino, 1909.

(3) *Presse Méd.*, 10 giugno 1925.

Digitized by Google

a tutta la metà anteriore della parete rettale, mentre non se ne può apprezzare l'estensione nel senso dell'altezza.

All'esame degli organi genitali si riscontra che i testicoli sono dolenti alla palpazione un po' più che di norma. Null'altro di patologico.

Nulla di anormale agli arti.

Esame delle orine: Colore giallo-rossastro; torbide e peso specifico: 1024; reazione: acida; albumina: lievi tracce; glucosio: assente; indacano: presente in copia; urobilina: assente; pigmenti biliari: assenti; sangue: assente; urea: 26 ‰. Sedimento: nulla di patologico.

Dall'esame dell'ammalato scaturiva facilmente la diagnosi: peritonite suppurativa diffusa, con ascesso dello sfondato retto-vescicale, da probabile appendicite. L'ipotesi di una prostatite acuta ematogena (da mettersi in rapporto colla parotite) con periprostatite e diffusione al peritoneo del processo settico veniva facilmente esclusa dalla mancanza di tutti i sintomi soggettivi relativi, dall'altezza della tumefazione sporgente nel retto e dai risultati del cateterismo uretrale.

Essendosi ritenuto assolutamente controindicato, per le gravissime condizioni dell'ammalato, e, comunque, affatto inutile, anzi dannoso qualsiasi intervento operatorio, anche per via rettale, si procede ad una cura sintomatica. Le condizioni del paziente vanno rapidamente peggiorando; il vomito si fa continuo e quasi fecaloide; i dolori scompaiono quasi completamente; l'alvo resta chiuso nonostante ripetuti tentativi di enteroclismi. In tutto l'ambito dei due polmoni si manifestano, rantoli umidi sottocrepitanti, a piccole e medie bolle, non molto numerosi.

Il 7 gennaio si ha il decesso.

L'autopsia del cadavere, eseguita, sotto la direzione del prof. P. Verga, nell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università (N. 25,699 di registro), ha dato i seguenti risultati:

Cadavere discretamente nutrito, con scheletro regolare

La testa non si apre.

Fauci faringee normali. Nervi e vasi del collo normali.

Trachea e grossi bronchi congesti. Ambedue i polmoni sono liberi, piuttosto congesti ed edematosi nelle parti declivi. Qua e là, disseminati nel parenchima, specialmente alla periferia, si notano infarti emorragici recenti, piccoli, ma assai numerosi. Medi bronchi congesti. Vasi normali. Linfoghiandole nere.

Aorta toracica liscia. Cuore floscio, a borsa di tabacco; il diametro verticale misura cm. 8, quello trasversale cm. 10,5. Nessuna alterazione all'endocardio, liscio e lucente ovunque. Lo spessore del ventricolo destro è di mm. 4, quello del sinistro mm. 12, quello del setto mm. 14. Il miocardio è pallido, floscio, d'aspetto lessato; le coronarie sono normali.

Addome: Su tutti i visceri endoperitoneali esistono essudati fibrino-purulenti recenti a falde. Lo stomaco ha forma e volume normali, pareti leggermente edematose, mucosa leggermente autodigerita. Papilla duodenale pervia. Pancreas pallido e di consistenza regolare. Milza un po' grossa: cm. 7 x 16; tuttavia la capsula non è tesa; il parenchima però è molle, grigio-rossastro. Tutto l'intestino è piuttosto edematoso; l'appendice ha un colorito verdastro, è tumida, grossa come un mignolo, perforata in corrispondenza della sua estremità libera. Intorno all'orificio, che è irregolare, esistono lembi di tessuto necrotico. Attorno poi a tutta l'appendice ed estendentisi anche verso il piccolo bacino, esistono aderenze molli, facilmente lacerabili, che nel loro complesso vengono a costituire una massa grossa come un arancio; fra queste aderenze è rinchiuso anche del pus verdastro. Ne risulta che lo spazio retto-vescicale è per buona parte occupato. Le linfoghiandole mesenteriche sono rosee, un po' tumide. Fegato di forma e volume normali, con superficie liscia; al taglio appare pallido, molle, d'aspetto lessato. Porta e cava normali. Cistifellea e dotti biliari normali. Reni di forma e volume normali, bene scapsulabili, lisci, con corticale un po' tumida, complessivamente di colorito pallido e molli. Calici e pelvi normali. Vescica con mucosa pallida.

Organi genitali normali.

Peritonite purulenta diffusa da peritonite saccata consecutiva ad appendicite gangrenosa. Rigonfiamento torbido dei parenchimi. Infarti multipli polmonari (Setticopiemia).

Non si può avere la certezza assoluta che nel caso che ho descritto l'appendicite cancrenosa sia stata causata, per via ematogena, dallo stesso agente etiologico della parotite epidemica con orchite, di cui erano in pieno svolgimento le manifestazioni quando insorsero i sintomi appendicolari; nè tale certezza si potrebbe mai avere in casi analoghi, finchè mancherà la possibilità della conferma batteriologica per l'oscurità che (non molto diradata, per ora, neppure dopo le recenti ricerche del Kermogant, tendenti ad indicare il germe della malattia in una speciale spirocheta) regna intorno al virus degli orecchioni.

Sta di fatto, però, lo ripeto, che in un individuo adulto, affetto, contemporaneamente ad altre persone della sua famiglia, da parotite epidemica, alla quale si era presto aggiunta una orchite bilaterale, si sono resi manifesti, in quinta giornata, e mentre erano, si può dire, all'apice i segni morbosi a carico della parotide e dei testicoli, dei sintomi appendicolari, dapprima, per alcuni giorni, non molto accentuati, ma che si sono poi aggravati, finchè una peritonite settica diffusa acuta ed una setticopioemia hanno portato all'esito letale.

Pur dovendosi, quindi, fare qualche riserva e porre qualche dubbio sull'analogia etiologica delle due forme morbose, di cui una si è presentata come complicanza dell'altra, credo che sia lecito supporre una tale correlazione. E, cioè, ritengo che si possa pensare che il virus della parotite epidemica si sia portato, o per il lume intestinale, colla saliva ingerita, o, più probabilmente, per via ematica, nel tessuto linfoide dell'appendice, particolarmente atto, com'è ben noto, a ricettare i microorganismi patogeni; nè può meravigliare questo fissarsi dell'agente etiologico degli orecchioni nei follicoli dell'appendice, quando si ricordi che durante la malattia molto spesso si trova tumefatta, oltre alle linfoghiandole regionali, anche la milza. Quì, analogamente a quello che avviene talora in parecchi altri organi, il germe avrebbe dato una forma infiammatoria acuta o subacuta non molto grave (simile a quelle che ha descritte, nei casi da lui pubblicati, il Simonin).

Poi, come si osserva non di rado nella parotite stessa, questo processo infiammatorio iniziale avrebbe favorito l'attecchimento nel tessuto colpito di altri germi patogeni, provenienti probabilmente dal contenuto intestinale: da ciò l'aggravarsi delle lesioni appendicolari, da ciò il processo settico mortale. Si sarebbe, cioè, a mio parere, stabilita nell'appendice dapprima, in dipendenza diretta della parotite, un'appendicite ematogena non grave; poi, essendosi impiantati sul tessuto in preda a questa affezione specifica dei microorganismi patogeni di origine enterogena, si sarebbe sviluppata una forma mista e grave, per il rapido prevalere dei germi sopravvenuti, di appendicite gangrenosa, colle conseguenze che si sono descritte.

Nonostante le riserve che non ho trascurato di esporre, credo utile render nota l'osservazione, la quale potrebbe acquistare maggior valore se ad essa se ne aggiungessero altre analoghe.

VARIA

I. La trasfusione del sangue taylorizzata. — Il prof. Taudler, capo dell'Ufficio Comunale d'Igiene a Vienna, sta procedendo per cura del comune di Vienna, all'organizzazione in gruppi formati sulla base dell'affinità di sangue, per far sì che, se un individuo ha bisogno di una trasfusione del liquido vitale, lo possa avere da un volontario offerente iscritto alla sua stessa categoria.

Il prof. Taudler in questo suo lavoro parte dal principio scientifico che, a seconda del sangue, gli uomini si dividono in quattro gruppi, e che perciò la trasfusione del sangue può avvenire solo quando fra gli individui esista parentela di gruppo. Si incomincerà col formare i gruppi delle maestranze delle grandi aziende per passare poi alle aziende minori. Ogni lavoratore riceverà una tessera che indica il suo gruppo, ma non è escluso che si ricorra anche a tatuaggi del braccio, facendo quindi un marchio indelebile. Le persone che si dichiareranno pronte a dare all'occasione il loro sangue verranno sottoposte ad esame medico e quindi iscritte in un elenco conservato all'Ufficio d'Igiene in modo che, occorrendo procedere alla trasfusione di sangue, l'Ufficio stesso possa indicare con la maggiore sollecitudine possibile l'individuo più adatto.

Il prof. Taudler afferma che il sistema non presenta pericoli di sorta, e si dice convinto della grande utilità e praticità di questa istituzione.

II. La cura dell' alto mare. — A. Loir (*La Clinique*, vol. 21, n. 63) ricorda che nell'oceano non esiste notevole differenza di temperatura fra giorno e notte: tutt'al più 4° a 5°. Anche la pressione barometrica presenta in alto mare variazioni di minore ampiezza che nel continente. Inoltre nell'alto mare non esistono movimenti bruschi atmosferici e la luce è più attiva terapeuticamente perchè l'aria è spoglia di fumo, polvere, microbi ed è ricca di raggi attinici. In conclusione il clima dell'alto mare è di gran lunga più costante rispetto a quello litoraneo.

Gli ipertelli, i nervosi, gli anemici, gli scrofolosi, i bronchitici e i pre-tubercolotici non possono sopportare sempre il clima litoraneo. Essi reagiscono troppo ai cambiamenti di temperatura, di pressione, di luce. Invece nell'alto mare si giovano molto delle condizioni ora indicate, specialmente gl'infermi anemici.

Digitized by Google

NOTE DI PEDIATRIA

MENINGITE ACUTA SIEROSA

per il dott. prof. ALBERTO MUGGIA
Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Torino

Le alterazioni delle meningi nei bambini sono varie e proteiformi: onde vi sono delle meningiti dovute a microbi molto differenti tra di loro allo stesso modo che esistono delle pleuriti e delle peritoniti e non una pleurite o una peritonite.

Cosicchè di fronte ad un bambino ammalato con sintomi meningei non è sempre facile formulare subito una diagnosi sicura basandosi soltanto sui dati clinici o solo sull'esame del liquido cefalo-rachideo che può presentare reazioni tali da fare deviare il giudizio diagnostico. Nè è possibile, ad eccezione della meningite tubercolare, o meningite cerebro-spinale, distinguere bene le alterazioni anatomo-patologiche e cliniche di tutte le varietà della meningite acuta. Sono già noti alcuni casi sviluppatisi dopo un angina acuta o una semplice corizza di sindrome da far pensare ad una meningite cerebro-spinale. Invece il liquido c. r. era chiaro, ricco di albumina, ricchissimo di linfociti, in modo da indirizzare il pensiero diagnostico verso la meningite tubercolare. Ma il decorso breve rapidamente volgente a guarigione eliminava ogni sospetto. La linfocitosi del liquido cefalo-rachideo però oltre che nella meningite tubercolare e talora nella meningite cerebro-spinale epidemica, si trova nella sifilide, in alcune infezioni cutanee, nel rachitismo, nella meningite da orecchioni ed anche nella poliomielite acuta ad inizio encefalico. In questi casi la linfocitosi del liquido c. r. era dovuta al virus della poliomielite localizzatosi agli organi encefalici superiori (Hutinel). Nel 1925 Meeresmann descrisse due casi di meningite linfocitaria di natura interminata con esito favorevole. La sintomatologia simulava il decorso di una meningite tubercolare, però con assenza di periodo prodromico e con ipertermia in un caso; ma nell'altro tanto la sintomatologia che l'esame del liquor somigliava a quello della meningite bacillare cioè ricco di albumina, spiccata reazione citologica con linfo-polinucleosi, forte aumento di glucosio ed esistenza di globuline. La reazione al benzoino colloidale era analoga a quella che Laroche e Léchell hanno ottenuto nella meningite a liquido chiaro e specialmente nella meningite tubercolare. Accanto a queste forme vi sono delle meningiti sierose con liquido cerebro-spinale defluente con forte pressione, privo di albumina e di globulina con scarsissimi elementi cellulari e senza batteri, in complesso liq. c. r. normale. La malattia si può stabilire in seguito a processi infettivi e specie dopo una polmonite o la pertosse (Blühdorn). Bisogna però distinguere la meningite sierosa acuta e la forma cronica. Invece da molti si fa ancora confusione perchè col nome di meningite sierosa vennero designati fatti patologici svariati, profondamente diversi fra di loro. Basandosi infatti soltanto sulla essudazione meningea sierosa vennero descritte come meningiti sierose tutte le meningiti provocate da pneumococco o meningococco o da qualunque altro germe. Or bene bisogna ricorrere, come fece già giustamente osservare Repaci, all'elemento patogenetico e distinguere bene le meningiti sierose con liquido c. r. asettico, da quelle secondarie a malattie d'infezione, giacchè la prognosi è variabile. La forma cronica può dar luogo a cefalee ostinate che simulano quelle dovute a lue o a tumore cerebrale. In questi casi l'esame del liquor può accertare il diagnostico specie se accompagnato all'esame del fondo dell'occhio, perchè il reperto del fondo dell'occhio nella meningite sierosa è facile e comune, vi è cioè un edema retinico che segue in generale i grossi vasi retinici, (superiore e inferiore) lieve sfumatura con lieve iperemia del disco ottico, senza raggiungere il sollevamento della papilla da stasi, come abitualmente si riscontra nei tumori cerebrali.

Nella pratica infantile bisogna quindi saper dare il giusto valore al risultato delle varie ricerche praticate sia sul liquido c. r. sia all'esame fisico diretto dell'ammalato per poter accertare il diagnostico, giacchè il reperto del l. c. r. da solo può far errare la diagnosi. A prova del mio asserto credo bene riferire brevemente la seguente storia clinica:

M. Piero di anni 10: genitori viventi e sani; è il primogenito di 3 figli di cui si compone la famiglia. Fu allattato dalla madre, non ebbe mai malattie di rilievo. Al 2 febbraio 1926 si ammalò di angina acuta con leggiera albuminuria senza elementi renali, guarì bene in pochi giorni: ai primi del mese di marzo cominciò ad accusare debolezza visiva, cefalea che si accentuava dopo una leggera occupazione e segni di stanchezza cerebrale. Il ragazzo da un po' di tempo non riusciva a studiare nè a ritenere quanto leggeva, non ricordava le domande che a lui venivano rivolte mentre prima era intelligente e studioso. Il giorno 29 marzo viene colto dopo un pranzo regolare, improvvisamente da forte cefalea, vomito di sostanze ingeste, indi convulsioni cloniche e poi toniche diffuse a tutto il corpo: perdita completa della coscienza, pupille rigide. Un medico chiamato d'urgenza dubitò trattarsi di uremia, dati i precedenti dell'angina sofferta; fece praticare un'enteroclisma abbondante di acqua e olio.

Le convulsioni andarono gradatamente diminuendo e verso il mattino successivo erano cessate completamente lasciando però il bambino incosciente e soporoso.

Le orine tolte col cateterismo non presentavano nè albumina nè acetone nè zucchero: all'esame microscopico del centrifugato non si riscontrò alcun elemento renale. Dal diario della malattia risulta che il 1° aprile il bambino presentava tutti i segni d'una meningite: rigidità evidente della nuca, rigidità pupillare, spiccata dermografia: Kernig e Brudzinski presenti. Polso raro ed ineguale: T. in. 38°, alvo sempre stitico. Esame del sangue: Wassermann e Meinicke negative; cutireazione negativa.

Una puntura lombare praticata il giorno dopo dà esito a liquido con forte getto e in pochi minuti fuoriescono più di 30 cmc.

L'esame del liquido praticato nel laboratorio dell'Ospedale Maria Vittoria diede il seguente reperto: liquido leggermente torbido per tracce di sangue però dopo sedimentazione è reso limpido decisamente xantocromico, non ragnatela dopo 24 ore, nel sedimento non si rinvenne il bacillo di Koch. Sul liquido reso limpido vennero eseguite varie reazioni che diedero il seguente risultato:

Reazione Boveri positiva (subito): Pandy negativa. Nonne Appelt positiva. Weichbrodt: negativa. Albumina: aumentata. Sostanze riducenti aumentate. Non acetone. Reaz. benzoino colloidale 0000222222222110. Flocculazione in zona meningitica tubercolare. L'esame batteriologico e le semine in Petroff riuscirono sterili. Si inocula una cavia del peso di 200 gr. che sacrificata dopo 90 giorni si riconobbe aumentata di peso senza traccie di lesioni tubercolari.

Per cui dall'esame del liquido si rileva un'aumento delle sostanze riducenti, reazione negativa del Pandy e assenza del reticolo. Ora si sa che nella meningite tubercolare il tasso dei cloruri e del glucosio è diminuito, è aumentata l'albumina totale: la tensione del liquido c. r. ne è sempre diminuita (M. Giuffrè). Costante la presenza di fibrina che si deposita sotto forma di reticolo o ragnatela. A rendere poi incerto il diagnostico si aveva la reazione al benzoino colloidale decisamente positiva in zona meningitica. Quindi l'esame del liquor da solo non poteva accertare la diagnosi, e la scarsa temperatura, il polso raro ed i fenomeni meningei unitamente al periodo prodromico della stitichezza e i disturbi cerebrali facevano pensare di essere in presenza di una meningite basilare. Tale diagnosi però venne da me subito eliminata dal rapido miglioramento preso dall'ammalato dopo la puntura evacuatrice. Il bambino infatti guarì bene in circa un mese di malattia residuandone solo una leggera paralisi del facciale inferiore di sinistra come risulta dalla fotografia che tengo dell'ammalato e presentato nella riunione della Società di Pediatria del luglio scorso 1926.

E così potei escludere la diagnosi di encefalite acuta dalla scarsa o quasi assenza della febbre, dalla breve durata del coma e dal ritorno abbastanza rapido della coscienza, dalla scomparsa di sintomi di paralisi cerebrali, mancanza di paralisi dei muscoli oculari, di tremore di mioclonie o movimenti coreici: questi segni irritativi dell'encefalo io li vidi quasi sempre accompagnati ad una grande frequenza del polso non in rapporto colla temperatura, mentre nel caso presente si ebbe per molti giorni il polso raro. La diagnosi quindi certa era di meningite acuta sierosa quatunque il liquor in queste forme sia diverso da quello constatato nel presente caso; giacchè è bensì vero che nella meningite sierosa la pressione è aumentata e che diminuisce sempre coll'estrazione ma il tasso dei cloruri e dello zucchero è normale raramente si ha aumento dell'albumina totale, negative le reazioni delle globuline (Nonne, Pandy e Weichbrodt e del mastice).

Digitized by Google

L'esame del centrifugato dà normale o lievemente aumentato il numero delle cellule, lieve polinucleosi e raramente forte linfocitosi. Le variazioni del liq. c. r. che si ebbero nel mio caso ed in altri consimili descritti (Fornara) si possono spiegare con la leggera partecipazione dell'encefalo come lo dimostra la paresi del facciale inferiore che rimase dopo la guarigione del processo meningeo. Questa meningite acuta sierosa che io chiamerei asettica deve essere differenziata dalla meningite sierosa secondaria ad un'infezione diplococcica od a altri germi che possono dare luogo ad una essudazione sierosa come pure deve differenziarsi dall'idrocefalo cronico che può seguire alla meningite cerebro-spinale. Molte di queste forme possono dare luogo anche al liquido c. r. asettico. D'altronde è noto fino già dalle ricerche di Hutinel e Leflanti che nei bambini si possono avere delle alterazioni cerebrali dovute all'azione vasodilatatrice delle tossine senza che nel cervello esistano delle alterazioni anatomiche rilevabili e senza che l'esame del liquido c. r. dimostri la presenza di microorganismi. Nel bambino in cui vi è una speciale vulnerabilità del cervello, l'ereditarietà nevropatica, gli strapazzi fisici ed intellettuali contribuiscono a produrre delle alterazioni cerebrali che devono differenziarsi dalle vere meningiti o pseudomeningiti o meningismo. Lo stesso vecchio nome di meningismo di Duprè non deve assolutamente essere applicato alle alterazioni cerebrali che si hanno molto comunemente all'inizio di malattie infettive specie ileotifo, polmonite acuta ecc. ma tutt'al più deve essere riservato il nome di meningismo a quelle sindromi meningee senza alcuna alterazione meningitica del liq. c. r. Queste sindromi meningee devono però essere ancora differenziate dalla meningite sierosa acuta, la quale nei bambini può accompagnarsi ad alterazioni più o meno gravi dell'encefalo. Risulta adunque da varie pubblicazioni recenti su questo argomento e dalla mia osservazione che vi può essere una meningite sierosa nei bambini a decorso acuto, facilmente guaribile, ma con leggera partecipazione dell'encefalo tale da residuarne paralisi peritericheе con alterazioni del liq. c. r. tali da simulare una meningite tubercolare.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia della meningite sierosa e sindromi meningee affini è già numerosa e si trova bene riassunta nelle seguenti monografie:

Rapaci G. Le meningiti sierose, il meningismo, gli stati meningei, Rassegna di Pediatria 1913. — Lhermitte. Gaz. des Hôpitaux, n. 19 21, maggio 1925. — Fornara P. Sopra un caso di meningite sierosa, Rivista Ospedaliera, n. 19, 1926.

RIVISTE SINTETICHE

MALATTIA DI OSGOOD-SCHLATTER

Non è la prima volta che le colonne di questo Periodico dànno posto alla trattazione dell'argomento qui discusso, ed in realtà già intravveduto avanti dai due osservatori dai quali esso prende nome. Ritornarci non è tuttavia superfluo, a proposito di un contributo recente del Dr. Agrifoglio della Clinica Chirurgica in Genova, fondatosi su di una nuova osservazione quivi registrata.

Ecco dunque i capisaldi delle cognizioni, intorno a codesta affezione.

Innanzi tutto la malattia colpisce i fanciulli nella seconda infanzia, sopratutto fra' 12-16 anni; e prevale nei maschi, forse perchè più esposti ai traumatismi. Ma anche su quest'ultimo influsso, nulla è assolutamente assodato. Può anche, senza alcun precedente, in modo subdolo, venir sporgendo la tuberosità tibiale; dolorabile alla pressione. e durante il cammino. Talvolta alternative di miglioramento. Non febbre; decorso benigno; tendenza a spontanea guarigione, fra ottavo e ventesimo mese dall'inizio dei sintomi.

Ci sono tuttavia casi più rari e più complessi per l'avulsione occorsa della tuberosità, e i disturbi meccanici che ne dipendono.

La radiodiagnostica ha dunque tanto maggior favore, in quanto sostituisce la deficienza di reperto anatomo-patologico. Ma si presuppone, nella esatta valutazione dei radiogrammi, una precisa cognizione dei corrispettivi radiogrammi normali. Bisogna allora, a favore della malattia di O. S. dare importanza alla anormale distanza della tuberosità dalla diafisi, magari spostandosi in alto; alla irregolarità e sfumatura dei margini, e delle linee di struttura; per modo da risultarne zone lacunari più chiare, ed isolette di tessuto osseo.

Sede elettiva in corrispondenza dell'emisegmento superiore della tuberosità; parte residua della tuberosità rarefatta, a confini indecisi. Talora il quadro radiologico della tuberosità è rappresentato da una formazione ossea, risultante da una serie di piccoli nuclei, con contorni irregolari ed incerti.

La maggiore spessezza dei tessuti paraostali, per cui la linea esterna che delimita la loro ombra si inarca alla altezza della tuberosità tibiale, viene invocata da qualche autore come segno differenziale tra la malattia di O. S., e l'avulsione della tuberosità, od altre affezioni regionali. Il che sarebbe confermato dall'osservazione dell'Agrifoglio, cosichè si può dire: che là dove mancavano segni di disturbo a carico della regione apofisaria c'erano segni da riferirsi a turbe di osteogenesi.

Patogenesi. Tuttaltro che povera di teorie; o, se meglio vuol dirsi, di ipotesi. Il trauma incriminato in molti casi provocherebbe la frattura parziale della tuberosità tibiale, particolarmente dell'apice. Si tratterebbe di un meccanismo da strappamento del tendine quadricipitale. Senonchè, in difetto del trauma forte e palese, ecco invocare quello minimo, il quale creerebbe una zona di minor resistenza fra i nuclei apofisari non ancora saldati nel cosidetto medaglione di Sappey. Così in un caso di Alessandri. Per giunta convengono alcuni osservatori nell'attribuire al trauma un'influsso decisivo su di un terreno deficiente, per rachitide, o per disfunzione increttiva. Dunque si tratterebbe di un influsso che, con un'espressione poco simpatica, si designa «slatetizzante».

C'è chi invoca il rachitismo, p. es. Fromme, Müller: ma credo l'Agrifoglio non si debba soverchiamente precipitare in questa accomunanza di concetti, tanto più che vanno orientandosi con nuovi indirizzi gli studi sulla rachitide.

Non si è ancora in grado da generalizzare, nè da escludere, l'influsso eredo-luetico distrofico, predisponente, ammesso da Delitala; mentre poco corroborata da fatti è la teoria che attribuisce l'affezione a turbe di funzione increttiva.

Ecco perchè bisogna riconoscere come molto più fertile di risultati la teoria infettiva, anche per analogia ad altre affezioni del sistema scheletrico infantile e giovanile. La spessezza presentata dai tessuti tuberotibiali paraostali; la riduzione e scomparsa di questo stato allo spegnersi del processo infiammatorio; l'eventuale rammollimento con evidente fluttuazione, sono segni tutti a favore di un processo flogistico. Più che tutto, nota l'Agrifoglio, il quadro radiologico è quello di un processo infiammatorio: un'osteocondrite dell'apofisi che è il centro della malattia, intorno al quale si hanno segni di reazione delle parti vicine; oltre alle alterazioni delle parti molli paraostali, ed i caratteri di rarefazione della tuberosità tibiale, confini indecisi e rarefatti. Finalmente stanno a favore del concetto infiammatorio le cognizioni dominanti sulla fisiopatologia delle epifisi infantili ancora separate dall'osso metafisario. Da codesta predisposta condizione e dall'embolismo batterico deriverebbero forme attenuate in cui il carattere produttivo prevarrebbe, senza tendenza a necrosi. In complesso il morbo di O. S. risulterebbe essere un processo infiammatorio attenuato della apofisi anteriore della tibia, e di conseguenza rientrerebbe esso nello stesso gruppo del morbo di Köhler, dell'osteocondrite, dell'epifisite posteriore del calcagno.

Il *trattamento* oggi più accetto è quello della immobilizzazione gessata, durante 2 o 3 mesi, aggiungendo la terapia recalcificante. In quanto ad intervenire operatoriamente, si dividono le opinioni: sarebbe coerenza l'estirpazione della tuberosità flogosata, proposta da Matsuoka. Sarebbe logico la fissazione con stecca ossea autoplastica quando fosse già avvenuta la seconda avulsione della tuberosità. La vogliono raccomandare Soulie, Solieri ed altri. Più semplice fra i trattamenti è senza dubbio la semplice immobilizzazione.

BIBL. Agrifoglio. *Chirurgia degli organi di movimento,* fasc. 4, 1927, con rispettive fonti.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sul meccanismo di azione dello pneumotorace terapeutico. A. De Martini. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi,* fasc. III, 1927.

Il concetto che l'azione benefica del pneumotorace artificiale debba attribuirsi a fattori d'ordine meccanico, piuttosto che a fattori di ordine immunitario, è stato fortemente scosso allorchè si è osservato che anche con pressioni fortemente negative e con gradi di collasso polmonare molto ridotti (pneumotorace ad ipotensione, pn. di elezione) si potevano ugualmente ottenere risultati terapeutici buoni.

L'A., intanto, espone alcune sue vedute, secondo le quali anche il meccanismo d'azione di questi pneumotoraci parziali può ricondursi a condizioni di ordine puramente meccanico.

Nei polmoni sottoposti a cura pneumotoracica, infatti, sopra tutto quando mancano cospicui interessamenti della pleura costale e mediastinica, si può osservare allo schermo radiologico che il tramezzo mediastinico, prima ancora che sia ben netta la visibilità del profilo polmonare, perde la sua fissità mediana, spostandosi verso il lato sano quando il torace è in atteggiamento espiratorio, verso il lato malato specialmente alla fine della inspirazione; il mediastino, cioè, nella successione dei movimenti respiratori appare dotato di movimento pendolare. La spiegazione di questo fenomeno, secondo l'A., deve ricercarsi nel fatto che, mentre normalmente l'azione dinamica della parete costale e del diaframma si applica solamente sulla superficie polmonare che è con essi in immediato contatto, allorchè il polmone è tutto isolato da uno strato, anche sottile, di gas, la detta azione dinamica trova per mezzo di questo ponte gassoso il modo di applicarsi anche sul mediastino, il quale, offrendo una elasticità minore del polmone, è il primo a risentirne gli effetti e si sposta nel modo innanzi detto. In questi casi, intanto, nei quali esiste il movimento pendolare del mediastino, il polmone resta, entro certi limiti, in atteggiamento di inerzia, in istato cioè di incapacità espansoria, e, poichè la funzione di esso è legata alla sua attività di dilatazione e di retrazione, in istato di riposo funzionale. Sono proprio queste nuove condizioni meccaniche respiratorie che, secondo l'A., spiegherebbero i benefici del pneumotorace artificiale a bassa pressione.

L'A. anzi ritiene che il movimento pendolare del mediastino debba rappresentare il criterio limite della detensione pneumotoracica del polmone, la quale sarà arrestata non appena si scorgerà chiaramente allo schermo la prima oscillazione mediastinica (pneumotorace a collasso per inerzia). Solo quando il mediastino è fisso o esistono cospicui fatti di erosione polmonare, la detensione pulmonare sarà accentuata fino a raggiungere pressioni pleuriche positive, e sarà regolata con valutazione manometrica (pneumotorace a collasso per retrazione).

Spostamento dell'angolo duodeno-digiunale. — M. Rusconi. *Giornale di Clinica Medica,* n. 3, 1927.

Lo spostamento in basso dell'angolo duodeno-digiunale, non disgiunto mai dalla ptosi del piloro e dello stomaco, è un reperto radiologico raro. L'A., però, ne ha potuto osservare 4 casi, nei quali il quadro delle sofferenze era pressochè identico e rassomigliava a quello caratteristico del morbo di Glénard: dominava la sensazione di peso all'epigastrio, non sempre dopo i pasti, ma anche a distanza di essi; qualche volta gli infermi accusavano sensazione di bruciore, eruttazioni, nausea, solo eccezionalmente vomiti. In questi pazienti l'alvo è in genere irregolare con prevalenza della stipsi, vi è deperimento generale e un certo grado di neurosi. Obbiettivamente si osserva, concomitante ptosi renale, uni- o bi-laterale, e ptosi più o meno notevole degli organi cavi addominali (specie il colon destro); nel passaggio dalla posizione eretta a quella ventrale, la pars caudale dello stomaco, piloro e flessura duodeno-digiunale risalgono per lo più fino a superare il livello normale, così pure vi può essere spostabilità laterale.

La radiografia mette ben in evidenza detta alterazione di sede ed è interessante notare che, nonostante la sintomatologia gastrica piuttosto notevole, lo svuotamento dello stomaco sotto lo schermo avviene in tempo normale (3-6 ore).

Secondo l'A., l'azione del peso degli alimenti e lo stiramento dei mezzi di sostegno dello stomaco spiegano la sintomatologia dolorosa di questi pazienti.

Circa la patognesi, poi, dello spostamento dell'ansa duodeno-digiunale, si può discutere se le cause della lunghezza anormale degli elementi di inserzione retro-peritoneale dell'angolo duodeno-digiunale debbano farsi risalire ad un fatto congenito o acquisito. Per ora è prematuro condividere più una delle due ipotesi, mancandocene la dimostrazione. Si può concludere, però, ricordando che, in pratica, una attenta radioscopia e radiografie eseguite a paziente eretto e successivamente in posizione ventrale, avendo cura di cogliere il duodeno nei momenti in cui esso è bene inrettato e tenendo presenti le vertebre lombari come punto di riferimento, giovano molto per la diagnosi.

Anafilassi da chinino. — H. Povoa. *Brazil-Medico,* n. 8, 1927.

Non raramente sopravvengono nel corso di una cura chininica fatti cutanei eruttivi, che oltre a rendere difficile la cura medicamentosa, possono dar luogo a disturbi più o meno gravi, capaci di influenzare sfavorevolmente il decorso dell'affezione primitiva.

Queste manifestazioni insorgono a preferenza quando il chinino viene somministrato per via parenterale e sono indipendenti dalle dosi somministrate. Esse in genere consistono in processi cutanei prurignosi, eritematosi o orticarici a grande e rapida diffusione. Ordinariamente sono precedute da ipertermia e lieve albuminuria; talvolta sono accompagnate da forme algiche (mialgie e artralgie) costituenti le cosidette forme pseudo-reumatiche.

L'A. ritiene che tali disturbi siano essenzialmente di ordine anafilattico ed avvalora questa sua affermazione con numerose osservazioni tratte dalla sua pratica quotidiana.

In accordo con ciò egli ammette che in tali casi debba ricorrersi alle manovre di desensibilizzazione, consistenti essenzialmente nella proteinoterapia aspecifica e nella somministrazione di dosi subentranti della stessa sostanza anafilattizzante.

Con quest'ultimo metodo (successiva riduzione delle singole dosi) l'A. riferisce di avere a preferenza ottenuto vantaggiosi risultati nei casi che più si mostravano ribelli alla cura chininica e recidivanti nelle manifestazioni anafilattiche.

Sulla malario-ricorrente-terapia nella tabe. — Goria. *Minerva Medica,* n. 13, 1927.

Analogamente a quanto si è osservato per la paralisi progressiva, anche la tabe rivela suscettibilità di forti attenuazioni in seguito di malario- e ricorrente-terapia.

Senonchè il criterio della incostanza dei risultati e della quasi indifferenza dei sintomi ottici alla cura suddetta danno la prova della sua incompletezza.

Non così in un caso interessante dell'A., di tabe a sintomatologia prevalentemente oculare, che si dimostrò tanto suscettibile alla malariterapia da permettere al paziente la sua vita sociale.

Ma una corrente nuova d'indagine si fa sempre più sentire per voler affermare, in base a risultati clinici evidenti, se gli stessi risultati nella terapia antiparalitica e antitabetica non sia possibile di ottenere con altri mezzi oltre malaria e ricorrente, quali il nucleinato di sodio, la tubercolina, il vaccino tifico, il latte, sopratutto questo ultimo e il nucleinato in associazione di tubercolina e bismuto.

Parrebbe che molti e buoni risultati provocherebbe la proteino-terapia aspecifica, come sostengono Nonne e molti altri autori.

« Anche altri mezzi più semplici possono riuscire molto utili, purchè impiegati negli stadi iniziali della malattia » (Goria).

Influenza dei sali di sodio e di calcio sulla glicemia. — M. Labbè, F. Nepveux e Rohacek. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,* n. 6, 1927.

E' conosciuto già nella letteratura che l'introduzione di sali di calcio nell'organismo provoca una diminuzione della glicosuria diabetica, mentre la somministrazione di sali di sodio è capace di provocare poliuria e glicosuria. Non essendo però le opinioni al riguardo tutte concordi, gli AA. hanno continuato delle ricerche in questo senso. Risulta, per primo, da esse che l'ingestione di 20 gr. di lattato di sodio diluiti in 200 cc. di acqua determina, sia nell'individuo normale che nel diabetico, un'elevazione della glicemia, che raggiunge il suo massimo dopo 1 1/2-2 ore nel sano, 2-2 1/2 ore nel diabetico, dura 2 1/2-3 ore, e supera di 0,30-0,37 il valore iniziale nel sano, di 0,66-0,90 nel diabetico

Con l'ingestione di 40 gr. di bicarbonato di sodio in 200 cc. d'acqua, invece, l'iperglicemia che si provoca nel diabetico è più leggera e più tardiva, manifestandosi solo dopo 2-3 ore. Iperglicemia più netta e più duratura si ha al contrario sempre nel diabetico, con la iniezione endovenosa di 200 cc. di una soluzione di bicarbonato di sodio al 50 ‰.

Circa, poi, i sali di calcio, gli AA. hanno osservato che l'ingestione di 20 gr. di lattato di calcio in 200 cc. di acqua, sia nel sano che nel diabetico, determina un abbassamento della glicemia in capo a 1/2 ora, varia-

Digitized by Google

bile da 0.03 a 0,67 rispetto ai valori iniziali, ipoglicemia che nel diabetico si prolunga per più di 3 ore mentre nel sano è molto fugace.

La spiegazione del meccanismo biochimico col quale i sali di sodio e di calcio modificano la glicemia non è, secondo gli AA., finora sicura: si può discutere, infatti, se i sali agiscano diminuendo la possibilità di fissazione del glicogeno nel fegato e nei tessuti, che i sali di calcio invece favorirebbero; o se agiscano esercitàndo la loro attività direttamente sui centri nervosi glicoregolatori; o ancora inibendo o rinforzando l'attività dell'ormone insulinico.

Checchè sia, resta il corollario pratico che i sali di calcio (come del resto, pure i fosfati alcalini) possono essere usati nella cura del diabete allo scopo di favorire la diminuzione della glicemia e della glicosuria.

La biopsia del midollo osseo nello studio delle emopatie. P. Escudero e M. E. Varfl. Clinica Medica di Buenos Ayres. *La Medicina Argentina*; 1927, a. VI, n. 56.

Asepsi ed anestesia locale della parte anteriore della gamba; a due dita trasverse dalla tuberosità anteriore della tibia si pratica un'incisione di un centimetro comprendente il periostio; si tampona la ferita per pochi istanti, quindi si separa il periostio con una pinza mettendo allo scoperto un po' della superficie anteriore della tibia.

Con un trapano a mano con punta di 1 millimetro e mezzo di larghezza, si succhiella l'osso. Una volta aperta la breccia, con un ago incurvato senza punta si preleva un po' di midollo, col quale si eseguono numerosi strisci. L'ago viene spinto obliquamente in alto e in basso, per raccogliere materiale da una zona più estesa.

La ferita si chiude provvisoriamente con un punto di sutura, e definitivamente negli otto giorni. L'operazione è facile e può eseguirsi in mezz'ora; il dolore non sarebbe molto notevole, comunque assolutamente passeggero; i pazienti possono ritornare immediatamente a casa con i propri piedi. Si può iniettare attraverso l'orificio midollare 1 cmc. di soluzione novocainica.

L'asepsi dev'essere naturalmente perfetta.

Gli Autori hanno applicato la biopsia midollare ossea allo studio di numerose emopatie, con grande vantaggio diagnostico e prognostico particolarmente nei varii tipi di anemia; ma del dettaglio dei risultati verrà riferito in ulteriore pubblicazione. [L'A. dimentica che queste ricerche sono state fatte per la prima volta in Italia, cioè da Ghedini nella R. Clin. Med. di Genova. N. d. R.].

Le sindromi a distanza provocate dal bacillo tubercolare. — H. Guillery, Istituto di Igiene della Università di Colonia. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 18, 1927.

In una serie di lavori l'Autore si è occupato delle azioni a distanza provocate dal bacillo tubercolare, nella cavità addominale, nel fegato, negli occhi, etc.

Nel presente lavoro si occupa di estesi tumori, a struttura tubercoloide, che egli ha osservato come effetti a distanza del bacillo tubercolare, negli occhi.

E' noto, e viene generalmente confermato nella pratica oftalmologica, che in ammassi cellulari di questo genere il bacillo viene spesso ricercato invano.

La presenza di germi viventi non è necessaria, altrimenti si dovrebbe ammettere l'inverosimile ipotesi che una forma invisibile avrebbe attraversato i tessuti e provocato le lesioni; una ipotesi di questo genere non avrebbe alcun fondamento reale, nè d'altra parte arrecherebbe appoggio — nè in senso positivo, nè in senso negativo — alla questione se esista o meno un virus tubercolare invisibile.

La insulina nella cura di ingrassamento dei tubercolotici. — S. Schönfeld. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, vol. 48, fasc. 3, 1927.

L'A. porta un contributo clinico personale alla questione. Invece delle dosi alte, usate da Falta (50-150 U. C.). Bauer e Nyiri (40-60 U. C.), ecc., l'A. ha iniettato 30-45 U. C. p. d.

Su 16 pazienti trattati, 5 presentavano lievi forme fibrose, 11 tisi cavernosa. Nei primi 5 casi 3 volte si ottenne un successo veramente buono, in un caso un risultato scarso, in uno infine non si notò alcuna modifica. Degli 11 casi di tubercolosi molto progredita 2 migliorarono notevolmente; in due infermi si osservò modico successo, negli altri ammalati non si notò alcun giovamento. In due infermi la cura insulinica provocò la comparsa di febbre, e reazione di focolaio, con aumento della velocità di sedimentazione del sangue. In due casi molto gravi, la cura fu ben tollerata e si ebbe anzi un temporaneo aumento di peso. In nessun caso l'A. ha osservato diminuzione della diuresi durante la cura, o aumento della diuresi dopo il trattamento. L'A. è in conclusione, favorevole alla terapia insulinica, ma ritiene che basta l'uso di dosi piccole (3 v. p. d. 10 U. C.) poichè nei casi in cui non si ha giovamento colle piccole quantità, non se ne ottiene neanche con grandi dosi.

Complicanze cerebrali da pertosse. — A. Berardi, R. Clinica Pediatrica di Perugia. *La Pediatria*, n. 4, 1927.

La pertosse non ha in tutti i paesi lo stesso decorso e non v'è dubbio, dai dati riferiti dalla letteratura, che nei paesi nordici tale malattia si presenta in forma molto più grave di quanto si osserva fra noi.

Tenendo conto di ciò, l'A. riferisce di due casi particolarmente gravi di pertosse verificati da lui personalmente, nei quali si produssero indubbie manifestazioni cerebrali, consistenti in tremori, perdita della coscienza, vomiti, attacchi convulsivi tonico-clonici, aumento del tono nei muscoli degli arti, febbre, reazioni meningee, alterazioni del liquor. In ambedue i casi, malgrado la gravità della sindrome, la vaccinoterapia riuscì ad apportare la completa guarigione.

L'A. quindi riferisce che il reperto cerebrale in simili casi suole consistere in piccole emorragie con assenza di lesioni caratteristiche, in edemi, essudazione, infiltrazione parvicellulare delle meningi e dell'encefalo.

Quanto alla patogenesi di queste alterazioni, l'A. concordemente a Neurat, ritiene che gli attacchi convulsivi e le paralisi siano dovuti a compressione del liquor sui centri corticali in seguito ad un processo meningo-encefalitico, e che queste lesioni siano dovute non a localizzazioni del germe, ma bensì all'azione deleteria delle sue tossine, com'è provato dal fatto che il reperto batteriologico nel liquido cefalo-rachidiano fu sempre negativo.

Dall'esito favorevole dei due suddetti casi, non deve dedursi che in ogni caso la prognosi sarà ugualmente favorevole. Tuttavia bisogna tener presente tale possibilità sopratutto se si interviene precocemente con la terapia opportuna, che consiste da un lato nel cercare di combattere specificamente l'infezione con la vaccinoterapia, e dall'altro nel diminuire la compressione esercitata sui centri nervosi, mediante ripetute rachicentesi.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La colecisto-gastrostomia. — Cunèo. *Paris Medical*, n. 21.

Come è noto questa operazione si propone di stabilire una comunicazione permanente fra vescica biliare e stomaco.

Le ragioni che debbono giustificare tale atto operativo, devono essere di tal natura che sia impossibile ristabilire il corso della bile altrimenti che con l'anastomosi bilio-gastrica.

Non è necessaria dunque, quando si tratti di una ostruzione della via biliare principale, in seguito di un calcolo, perchè, qualunque sia l'incidente che l'estrazione di un calcolo può provocare (per es. una lacerazione dell'epato-coledoco, durante l'estrazione ecc.) il condotto biliare ha un grande potere di rigenerazione spontanea. In ogni caso si può ricorrere a una ricostruzione, su sonda perduta.

I casi invece, che impongono l'anastomosi bilio-gastrica sono quelli in cui la lesione occupa il segmento del tutto terminale del coledoco. Spesso nel cancro iniziale dell'ampolla di Vater è possibile terminare l'intervento con una ricostruzione dell'abbozzo coledoco nel duodeno, ma quando non si tratta di un'obliterazione da cancro dell'ampolla il comportamento è diverso: si ricorre alla anastomosi, che rappresenta il metodo di scelta.

Questo per occasione di compressioni più o meno larghe, o per cancro dell'ampolla, molto esteso, oppure, e sopratutto nel cancro della testa del pancreas nella pancreatite cronica più o meno limitata alla regione vateriana. Queste due lesioni costituiscono le principali se non esclusive indicazioni dell'anastomosi bilio-intestinale.

Riguardo la tecnica, l'A. consiglia innanzi tutto il decubito in lordosi dorsale bassa (come negli interventi sul fegato) con inclinazione laterale sinistra; il chirurgo si pone dallo stesso lato. L'incisione migliore è quella che scendendo dal bordo costale destro parallelamente al decorso dei nervi, verso la linea mediana e verso l'alto s'incurva all'altezza di questa, per una lunghezza variabile secondo i casi, ma sempre abbastanza grande.

Dopo aver esplorato minutamente le vie biliari, precisata la diagnosi, verificata la permeabilità del dotto cistico, il chirurgo si assicurerà della possibilità di mettere facilmente a contatto il fondo della vescica biliare e il vestibolo pilorico, parte anterosuperiore, preferibilmente.

Allo scopo di semplificare l'atto operativo quanto più è possibile, si punge la vescicola biliare e si svuota; la breccia praticata si stringe provvisoriamente con un *clamp* elastico.

Indi si sutura la parete vesciculare con la parete gastrica con sutura sero-serosa a sopragitto o a punti staccati. S'introduce un piccolo tubo di caucciù per l'orificio della parete dello stomaco, già praticato prima, e che abbia una lunghezza di 8 cm., dei quali 6 1/2 resteranno nello stomaco. Il capo di questo tubo è fissato alla mucosa gastrica, mentre il filo

Digitized by Google

che lo sostiene si fissa alla parete vescicolare. Indi si annoda il filo e così le due mucose sono messe a contatto, stabilendo la comunicazione tra le due cavità gastrica e vescicolare. Quindi sutura siero-serosa di sicurezza.

L'anestesia dovrebbe potersi evitare sempre, salvo quei casi in cui sia più del solito impedita l'esplorazione delle vie biliari.

I risultati lontani della colecisto-gastrostomia dipendono dalla malattia che ha generato l'ostruzione. Se si tratta di carcinomi, naturalmente la sopravvivenza è breve e rispecchia la malignità del male. Al contrario si possono avere guarigioni complete e definitive.

Pleurocele spurio traumatico. — MAINOLDI, Clinica Chirurgica Bologna. *Archivio di Radiologia*, vol. V, 2, 1927.

Rare sono le osservazioni registrate nella bibliografia; qualche caso consecutivo ad empiema; qualche altro consecutivo ad ernia pleurica per sforzo di tosse, e così via.

Un caso osservato dall'A. avrebbe qualche particolarità non comune. Il sinistrato era stato colpito da una stanga di calesse, alla parte anteriore dell'emitorace sinistro, con frattura di coste. Osservato dopo breve intervallo, fu constatato nella regione del trauma una sporgenza voluminosa, alquanto riducibile, dolente, non bene delimitabile, la quale successivamente si è ridotta, facendosi più circoscritta, ed assumendo caratteri particolari al radiogramma di codesta bozza riducibile con la pressione manuale; rigonfiabile sotto l'esplorazione a glottide chiusa. Difatti appunto sotto queste meccanismo di sforzo, si notò allo schermo estroflettersi dalla parete toracica una grossa bolla esclusivamente gassosa, cioè priva di struttura pulmonare. La sacca estroflessa mostra un peduncolo verso l'alto dove comunica con l'interno della gabbia toracica. Espellendone il contenuto aeriforme si riesce a notare la presenza di sepimenti. Non presenza di liquido nel torace. Mobilità diaframmatica conservata. Nel caso dell'A., e a differenza di altri, l'ernia non era parenchimatosa polmonare; ma esclusivamente aeriforme, suscettibile di rientrare nel cavo toracico, pur non comunicando con la grande cavità pleurica. Si tratta di un pleurocèle, che diciamo spurio, essendosi la fascia connettiva saldata all'intorno della pleura.

Volvulo dell'S iliaca. — CHARDOMEAU, CHAPTAL e LAUX, Montpellier. *Bulletin de la Societé des Sciences Médicales*, maggio 1927.

Donna di 26 a. coniugata, normalmente mestruata, già quattro volte gravida a termine. Precedenti negativi.

Or è qualche giorno, brusco e violento dolore nel fianco sinistro con irradiazioni a tutto il ventre. Arresto di gas e di materiali.

All'esame: meteorismo fino ad un dito trasverso in sopra dell'ombelico; ma più spiccato nella fossa iliaca sinistra. Non visibile peristalsi. Palpabile una massa facilmente depressibile, dolorosissima; difesa del muscolo retto corrispettivo. Sonorità semilunare intorno ad un centro ottuso.

All'esplorazione rettale niente edema della mucosa.

All'esplorazione vaginale niente altro che una certa dolorabilità nel fornice sinistro.

Temperatura 38°5 C. Polsi 110. Diagnosi: occlusione intestinale da volvulo del colon ileo-pelvico.

Intervento di urgenza. Il colon ileo-pelvico sporge dalla incisione laparotomica.

Eviscerato il tenue, si constata il sigma molto congesto, ritorto secondo la sfera di un orologio. Possibile la detorsione con subita uscita di materie e di gas dall'ano. Essendo molto lungo il meso-ileo si pratica una fissazione del colon pelvico.

Dunque: operata dopo 36 ore, quando i sintomi erano ancora localizzati alla fossa iliaca.

Dopo 15 giorni la radioscopia mostrava normale il corso della massa opaca.

Contributo clinico sull'ascesso epatico. — LUXARDO, Ospedale civile di S. Daniele nel Friuli. *La Clinica Chirurgica*, n. 6, 1927.

Questo argomento che va sempre più studiato in Italia, specialmente per la ricca contribuzione clinica del Senatore Giordano; e per lo studio monografico redatto dal Munedi nella Scuola del nostro Professore Roncali, trova nel distinto chirurgo del Friuli, un nuovo studioso. Sono 5 osservazioni seguite e compilate con ogni scrupolosità di ricerca e di terapia. L'ascesso epatico nel Friuli, come nel resto d'Italia, non è endemico; bensì una intossicazione individuale, quasi volontaria, che colpisce gli adulti fra i trenta ed i cinquanta anni; rara in sotto. In tutti i casi dell'A. non fu rinvenuta l'amoeba nelle feci; di uno non fu esaminato il pus; degli altri il pus non la conteneva.

In tre il pus era sterile, in uno si riscontrava lo stafilococco piogene bianco. In tutti i suoi operati, salvo uno nel quale si ebbe in precedenza una forma tifoidea, ci era la precedenza di abuso di bevande alcooliche di provenienza pugliese, epperò ricche in alcool etilico, alcools pesanti, sostanze estrattive. Per giunta la consuetudine agli erbaggi crudi favoriva lo stabilirsi di gastro-enteriti. In uno dei casi già da altro sanitario sottoposto a pleurotomia perchè la raccolta mascherava l'ascesso epatico, l'ascesso, come si comprende, erasi fatto strada verso l'albero bronchiale. L'intervento dell'A. fu, nonostante tutto, seguito da morte.

Mostrandosi al corrente della cospicua bibliografia sull'argomento, l'A. riassume quanto di più assimilabile ci è nella acquisizione clinica, sulla quale il nostro Periodico ha già dedicato numerosi richiami.

L'A. crede nei casi più tipici doversi preferire l'intervento per via addominale seguendo la tecnica del Giordano; mentre in caso di rottura intrapleurica e nei bronchi è confacente aprire l'ascesso e simultaneamente il cavo pleurico.

OSTETRICIA

Contributo alla visibilità radiografica dello scheletro fetale. L. BOUCHACOURT. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 10 luglio 1927.

La diagnosi radiografica della gravidanza, ad onta dei notevoli progressi della tecnica radiologica non è possibile prima della fine del secondo mese, perchè è solo nella settima settimana che comincia l'ossificazione dello scheletro fetale. In pratica però è solo al 3°-4° mese che la diagnosi è possibile, nei casi normali, cioè meno ancora di un mese avanti la comparsa dei segni certi di gravidanza. Jaubert de Beaujeu preconizza incidenze speciali, per evitare la sovrapposizione dello scheletro materno a quello fetale: inferma in decubito ventrale, film alla regione soprapubica, e ampolla inclinata di 45° e avvicinata per quanto è possibile al sacro, orientata in modo che il saggio normale giunga 4 cm. sotto la punta del coccige. La radiografia dev'essere fatta con un tempo di posa minimo. La presenza di un feto di 3-4 mesi si manifesta sulla lastra come ombre a bastoncini, spesse (ossa lunghe degli arti) come ombre più parallele (gabbia costale) e talora come ombre leggiere ma estese (cranio).

Oltre il quarto mese e mezzo, la visibilità radiografica dello scheletro fetale è la norma, ma è questo un periodo in cui l'esame clinico è sufficiente a tutti i quesiti, almeno nei casi normali. Si è proposto è vero il controllo dell'epoca della gravidanza in base alla misura del feto sulla radiografia, ed in base all'ordine di comparsa dei punti di ossificazione, ma l'uno e l'altro criterio si dimostrarono insufficienti.

Sopratutto nel controllo della diagnosi di posizione e di presentazione la radiografia dà utili indizi, quando la palpazione non è sufficiente sia per lo spessore delle pareti addominali, che per un'abnorme sensibilità di esse o per idramnios. Nella diagnosi di gravidanza gemellare, però, la radiografia è metodo nettamente superiore a quello clinico, ed anche nella diagnosi di anomalie fetali i vantaggi dell'esame radiologico sono fuori discussione.

Recentemente, poi, Spolding ha insistito sull'importanza di un segno radiologico che sarebbe patognomonico della morte del feto e cioè l'accavallamento delle ossa craniche.

Altri AA. hanno rilevato l'importanza della piccolezza delle dimensioni del feto in rapporto all'età, di un contorno incerto delle ossa lunghe, conseguenza della decalcificazione delle ossa, processo che può andare tanto oltre da sopprimere addirittura la visibilità radiografica del feto.

Negli ultimi anni, la diagnosi differenziale tra tumori e gravidanza si è molto giovata della radiologia, ed anche la diagnosi differenziale tra gravidanza e tumore è molto facilitata dall'esame Roentgen. Invece l'esame radiologico potrà solo eccezionalmente facilitare la diagnosi differenziale tra gravidanza uterina ed ectopica, mentre spesso permette una diagnosi di certezza di gravidanza ectopica incistata con lithopedion. Infine l'A. crede che anche la radiocefalometria fetale possa acquistare una grande importanza alla fine della gravidanza e durante il travaglio del parto, completando essa opportunamente gli imperfetti dati della palpazione.

La vaccinoterapia intrauterina nell'infezione puerperale. — H. LASÈGUE. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 10 luglio 1927.

L'A. seguendo le teorie di Besredka sulla vaccinoterapia locale, consiglia di pulire anzi tutto la cavità uterina meccanicamente, per ritirarne eventuali residui ed eseguire un prelevamento di lochi per isolare i germi e prepararne un autovaccino. Si introduce poi nel cavo uterino garza imbevuta in brodo vaccino, intorno a un drenaggio. Dopo dodici ore al massimo si rinnova la medicatura, finchè è necessario. Si consiglia di non usare antisettici ma di lavare con acqua fisiologica. Quando l'infezione ha superato la barriera uterina è opportuno combinare la vaccinoterapia locale con quella sottocutanea.

Digitized by Google

NEUROPATOLOGIA

Pseudotabe con atrofia ottica. — A. Frigerio, della Clinica neuropsichiatrica di Firenze. *Rivista oto-neuro-oftalmologica,* vol. III, fasc. 3.

Nel caso esposto dall'A., se pure i dati anamnestici e sintomatologici autorizzavano un primo sospetto di forma tabetica frusta, le particolari note del campo visivo e l'assenza dei disturbi tipici della sensibiltà soggettiva rendevano incerti ed il risultato delle prove di laboratorio toglieva ogni dubbio. D'altra parte esisteva un elemento etiologico positivo costituito dalla esposizione prolungata dell'ammalato a vapori di solfuro di carbonio.

La possibilità di produzione di sindromi polinevritiche e di sintomi a carico dell'occhio per intossicazione da solfuro di carbonio è ben nota, sebbene siano pochi i casi i quali possano meritare il nome di pseudotabe. Questa forma, che riconosce etiologia infettiva o tossica (da alcoolismo, arsenico, gotta, solfuro di carbonio), è caratterizzata dall'associazione di tre sintomi fondamentali: dolori, disturbi della coordinazione motrice, abolizione dei riflessi tendinei. La diagnosi si basa sull'etiologia, sulla precocità di comparsa dei sintomi sensitivi rispetto ai motori, sulla natura dei disturbi di equilibrio, sulla assenza dei disturbi pupillari, dell'atrofia papillare, delle crisi visceralgiche, sulla guarigione spontanea e relativamente rapida.

In conclusione come fa rilevare l'A., i lati più salienti emergenti dalla discussione del caso in questione sono il complesso sintomatologico presentante come solo elemento eziologico l'intossicazione da solfuro di carbonio, tale da simulare quasi completamente una tabe classica, l'importanza dell'esame completo del liquor e sangue, la singolare concomitanza di dati oftalmoscopici e campimetrici concorrenti ad una diagnosi di atrofia ottica, la singolare importanza prognostica dell'esito favorevole non ostante condizioni apparenti così avverse.

UROLOGIA

Röntgenterapia delle affezioni prostatiche. — Pazzi. *Archivio di Radiologia,* vol. V, 2, 1927.

Qui si dà conto di 42 casi appartenenti ai Proff. Bonanome e Coleschi in Roma. Di cotesti casi 33 trattati con seduta unica; 9 altri con trattamento a serie.

Nel primo caso il metodo fu di cinque campi in uno, due, tre ed anche quattro giorni consecutivi; due campi anteriori destro e sinistro, due posteriori destro e sinistro; uno perineale.

Nel trattamento a serie in ogni seduta irradiati due campi: uno mediano soprapubico e l'altro perineale, dando per ogni campo 2/3 della dose eritema. D. E. Qualche volta fu irradiato un 3° campo sacrale. Le serie generalmente quattro con intervalli di tre settimane fra la terza e la quarta. Salvo una fase transitoria di immediato peggioramento, gli infermi sottoposti alla irradiazione migliorarono tutti, qualcuno anzi vide completamente cessare i disturbi funzionali.

Norme del Coleschi sono: apparecchio Gorla UU. a trasformatore. Tubi Coolidge: tensione 220-230 K. V. Scintilla equivalente 38-40 cm. mA. 2. Filtri 1/2 mm. Zn. + 4 mm. Al.

La dose eritema (D. E.) in 40-45 con limitatore 6 × 8 e distanza anticatode-pelle (F. H.) di 23 cm. con dose percentuale in profondità, sotto 10 cc., dal 18 al 21 % misurato col jonto-quantimetro.

Di accordo col Bonanome si verrebbe a concludere essere la röntgenterapia un ottimo ausilio nell'ipertrofia prostatica. Possono giovarsene i casi al primo stadio, cioè quando esiste la pollachiuria senza ristagno d'urina, od anche quando vi siano state crisi di ritenzione acuta con il ripristino quasi normale della funzione vescicale. Nei casi precedenti l'azione dei raggi X deve esplicarsi sulla mucosa che riveste la prostata, poichè questo organo non ha subito, nelle osservazioni dell'A. modificazione alcuna di volume e di consistenza. Conseguentemente si deve considerarla rimedio efficace nelle ematurie. Non bisogna intanto eccessivamente affidarsi a codesto trattamento, giacchè la chirurgia occupa sempre il posto di elezione se l'ipertrofia è bene dominabile.

Calcolosi renale latente a tipo di gastro-enteropatia riflessa. — Lucri, Istituto di Clinica chirurgica, Genova. *Il Policlinico, Sez. Chirurgica,* 7, 1927.

Accanto al tipo nosograficamente classico di calcolosi renale, illustrato pertanto in ogni utile Trattato, oltre alla forma, alla varietà a tipo ematurico, fatta anche meglio valutare dal Marion, c'è un numero non trascurabile di casi in cui la litiasi renale decorre latente. Tre osservazioni infatti, registrate nella Clinica diretta dal Tusini, forniscono argomento al presente studio. Secondo calcoli approssimativi essa sarebbe riscontrata in 3-4 % delle litiasi renali. Similmente a quanto avviene per l'appendicite cronica, sia essa *d'emblée* come tale cominciata, o solamente divenuta cronica dopo l'apparizione dei fatti acuti, e manifestantesi solo esclusivamente attraverso i segni gastro-intestinali per lungo tempo, o per tutta la sua durata, altrettanto accade per la litiasi renale latente, per un meccanismo riflesso o tossico analogo a quello delle gastropatie appendicolari. In certe contingenze la litiasi renale si manifesta con sintomi funzionali sensitivi o motori a carico esclusivamente dell'apparato digerente, e con sintomi da trarre in inganno facilmente il nostro orientamento diagnostico e terapeutico. La conoscenza delle vie di conduzioni nervose e simpatiche che collegano attraverso dei centri intermediari e ad ammassi ganglionari lo stomaco e l'intestino al rene, per quanto non ancora in modo preciso e matematico stabilite (perchè voci controverse e discordi vi sono ancora sul funzionamento nervoso simpatico dei vari organi addominali), ci aiuta a comprendere abbastanza agevolmente il meccanismo di produzione di questi riflessi svariati ed interessanti; e di fronte ad una sindrome un poco anormale di disturbi funzionali dell'apparato digerente è bene tener presente l'eventualità che lo stomaco e l'intestino possano essere sede di un riflesso nervoso a distanza, che ha il suo punto di partenza nel rene infiammato e litiasico.

Che così sia e non altrimenti, per quanto il presupposto non sia matematicamente dimostrato, lo conferma il fatto positivo ed indiscusso che, diagnosticata un'affezione litiasico-renale latente, solo manifestantesi attraverso le disfunzioni dell'apparato digerente, ed intervenendo di conseguenza sul rene leso da calcolosi, sia togliendo i calcoli, sia asportando il rene stesso se le sue lesioni sono profondi ed irreparabili, scompaiono in un modo più o meno rapido, a più o meno breve distanza di tempo, secondo le varie reazioni individuali, ma sempre però definitivamente ed in modo radicale i disturbi obbiettivi e subbiettivi accusati precedentemente dai pazienti.

TERAPIA FISICA

La diatermia e la diatermo-coagulazione nella cura delle emorroidi. — Neri. *Minerva Medica,* n. 13, 1927.

La cura diatermica è quella che ha finora dato i risultati più incoraggianti nel trattamento delle emorroidi. Essa varia secondo che le emorroidi sono interne o esterne.

Si preferisce in quest'ultime la diatermo-coagulazione, e si adopera un elettrodo formato da una placca di stagno o piombo quadrata dell'area di 150-200 cmq. che si applica sull'addome. L'altro elettrodo è formato ad ago o a bolla, grande quanto un piccolo pisello, mantenuto in contatto per qualche secondo con ogni nodo o protuberanza emorroidaria.

Se i nodi sono grossi e diffusi si ricorre all'anestesia cloroformica o eterea o al cloruro d'etile, oppure si fa la diatermo-coagulazione di un solo nodo per seduta. Piazzati gli elettrodi come sopra si è detto e messo il paziente in posizione ginecologica ,in modo da mettere ben in evidenza i noduli emorroidarii, si fa passare la corrente elettrica aumentando l'intensità fino a produrre una scottatura, finchè dopo un breve contatto si sente un piccolo scoppio che indica la distruzione del nodulo.

Se, durante la eliminazione delle escare il paziente accusa dolori si applicano supposte di morfina o adrenalina-cocaina.

Per l'igiene della parte usare acqua ossigenata dimezzata con acqua tiepida, addizionata in parti uguali con soluz. potassica al 7 ‰ (Bordier).

La guarigione, anche di grandi emorroidi esterne, si ottiene generalmente in un mese con questo metodo.

Per le emorroidi interne la stessa tecnica preparatoria, salvo che l'elettrodo attivo deve consistere in una candela di Hegar di facile introduzione. Essa è unita mediante un filo all'apparecchio di diatermia. L'introduzione si spinga fino a 2/3 della candela e la corrente si porti progressivamente a 1500-2000 M. A. Si fa agire il calore per 3-4 m'. Si abbassa in seguito l'intensità della corrente a 500 M. A. e si ritira progressivamente e lentamente l'elettrodo rettale in modo da non lasciarne che un terzo nel retto. Ciò si fa perchè quanto minore è la superficie di contatto che l'elettrodo ha con la pelle tanto maggiore è il senso di calore.

Poi si aumenta di nuovo poco a poco, secondo la sensibilità del malato, fino a resistere senza bruciarsi.

La durata dell'applicazione è di 10-15-20 m' e si può ripetere una volta al giorno nei primi giorni e poi a giorni alterni fino a guarigione.

OTO-RINOIATRIA

Tubercolosi delle vie lacrimali, fosse nasali e orecchio medio.—Pesme e Retrouvey. *Revue de Laryngologie, Oto- et de Rhynologie,* n. 9, 1927.

Un uomo di 29 anni si presenta all'osservazione perchè affetto da un

Digitized by Google

flemmone del sacco lacrimale sinistro, il quale viene inciso nella stessa giornata. Qualche tempo dopo una nuova infiammazione richiede l'asportazione del sacco e del tessuto pericistico, cui si fa seguire un'accurata cauterizzazione. Malgrado ciò residua una fistola lacrimale che non cede a nessuno dei mezzi tentati per chiuderla. Si sospetta la lue, nonostante sieroreazioni negative e si istituisce un trattamento arsenobenzolico che rimane inefficace.

Dopo un certo tempo l'ammalato torna all'osservazione per mostrare un tumore verrucoso della pelle, formatosi all'altezza dell'orificio fistoloso e che discende lungo il bordo orbitario interno. Si propende tra una forma micotica e la tubercolare. Trattamento iodico inefficace. Di nuovo raschiamento e cauterizzazione finchè la fistola si chiude, sicchè l'a. sembra guarito.

Ma poi di nuovo la fistola si apre e si pratica altro raschiamento con cauterizzazione di tutto il canale naso-lacrimale.

Si sospetta l'origine nasale di questa localizzazione tubercolare, e si fa eseguire l'esame oto-rino-laringologico che da il seguente risultato: nessun sintomo subbiettivo; obbiettivamente la rinoscopia anteriore mostra all'altezza della testa del cornetto inferiore, e un po' più in alto verso la faccia interna del naso, due tumori isolati, peduncolati, del volume di un piccolo pisello di color grigio roseo, aspetto verrucoso o piuttosto papillomatoso. Nessuna ulcerazione della pituitaria. Dal meato medio scola del pus biancastro spesso e caseoso. Bordo libero del cornetto medio ineguale e rosso. Nulla alla rinoscopia posteriore.

Si distruggono le produzioni tumorali col galvanocauterio. Ma qualche tempo dopo l'ammalato accusa uno scolo dall'orecchio e si osserva che trattasi di pus spesso e biancastro. Dopo 15 giorni si osserva l'a. e il condotto uditivo interno risulta ostruito da fungosità molli d'aspetto polipoide. Il malato accusa qualche dolore alla regione mastoidea, ma una radiografia risulta negativa, per questa regione, mentre mostra opacamento del seno frontale e mascellare sinistro.

Si fa diagnosi di tubercolosi nasale a forma vegetante o pseudopoliposa con diffusione per via tubarica all'orecchio medio e forse all'apofisi mastoide.

La inutilità della cura deve perciò attribuirsi, secondo gli AA. a cattiva difesa generale organica, per anergia tubercolare.

Simpatectomia pericarotidea nell' ozena. — Portmann. *Revue de Laryng. Otol. et de Rhynologie*, n. 9, 1927.

L'A. su alcuni ammalati affetti da coriza atrofica ozenatosa ha eseguito la simpatectomia periarteriosa all'altezza della carotide primitiva, un poco al di sotto della sua biforcazione.

La denudazione periarteriosa fu effettuata per l'altezza di 3 cm. circa e gli ammalati non ricevettero altro trattamento.

I risultati furono interessanti, perchè sebbene l'intervento sia stato unilaterale le modificazioni furono invece bilaterali quantunque un po' meno marcate al lato opposto. Fin dal primo giorno dopo l'intervento la mucosa pituitaria è congesta poi si tumefa, le croste diminuiscono divengono meno aderenti e scompare il fetore.

Anche sulla parete faringea e sul vestibolo laringeo si osservano fatti congestivi. Secondo Halphen lo scollamento periarteriale dev'essere di 4 cm. Ma comunque i risultati che all'inizio sono brillantissimi, scompaiono e la recidiva è completa dopo tre mesi.

Pneumatizzazione dell'apofisi mastoide e otorrea. — T. Wonsowski. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhynologie*, n. 13. 1927.

L'A. in base alle osservazioni personali raccolte nel corso di 72 antrotomie e di 29 svuotamenti della mastoide è convinto che la struttura della apofisi mastoide influenzi molto il decorso del processo purulento.

Nelle apofisi mastoidi pneumatiche il più spesso si ha un processo acuto, con considerevole distruzione di osso ma scarse complicanze, mentre nelle apofisi diploetiche si ha più spesso tendenza alla diffusione del processo nell'interno dell'osso e setticopiemie.

La suppurazione ha inoltre una durata più lunga nelle apofisi diploetiche. I colesteatomi sono poi più frequenti nelle apofisi sclerotiche, ma si riscontrano anche nelle apofisi diploetiche e perfino pneumatizzate. L'A. conferma quindi pienamente le conclusioni di Albrecht, che cioè la struttura del temporale ha una influenza molto netta sul decorso delle affezioni dell'orecchio medio. Il grado di pneumatizzazione dell'apofisi, lo stato generale del malato, la specie del germe patogeno hanno quindi grande importanza non solo nella insorgenza del processo patologico, ma anche sull'evoluzione di esso.

I raggi ultravioletti nella cura dell'ozena. — V. Tanturri. *Rassegna italiana di Oto-Rino-Laringologia*, n. 2, 1927.

L'A. si serve della bacchetta di quarzo, che ha il vantaggio di evitare scottature sui bordi della cute nasale, non solo, ma permette di irradiare le zone profonde della mucosa nasale e anche la mucosa dell'epifaringe.

Per la sensibilizzazione ai raggi della mucosa l'A. usa pennellazioni con una soluzione di eosina all'uno per cento.

La tecnica è la seguente:

1) pulizia delle fosse nasali, consistente nell'allontanare accuratamente le croste ozenatose e il muco dalle fosse nasali e dai meati; 2) anestesia della mucosa con soluzione di cocaina o di tutocaina, che si può limitare solo ai casi in cui le fosse nasali siano strette.

Quindi s'introduce la bacchetta di quarzo, con cautela, e si inizia la irradiazione con raggi non filtrati. Con intervalli proporzionati alla durata totale della irradiazione si ritira il bastoncino di quarzo per 1 cm. alla volta (il bastoncino è graduato). Dopo la irradiazione si unge la mucosa con una pomata o con olio balsamico.

La durata iniziale delle irradiazini è di 5 minuti e va gradatamente aumentando, nelle successive sedute, in cui l'infermo accuserà un senso di calore o di bruciore, che non deve preoccupare. Questi disturbi, se si accentuano o continuano dopo l'irradiazione ne faranno sospendere la continuità, salvo a riprendere dopo che siano cessati.

Le modificazioni che si ottengono in seguito a questa cura sono notevoli; scomparsa delle croste, del fetore e residuo di un muco denso che poco a poco scompare anch'esso.

Le sedute vanno ancora fatte 2-3 volte dopo la completa scomparsa dei sintomi.

L'A. ha curato alcuni casi con ottimi risultati.

STOMATOLOGIA

La vaccinoterapia intrabuccale. — Goldenberg. *La Stomatologia*, 7, 1927.

Da qualche tempo questo argomento viene studiato, da vari odontoiatri, tra' quali Goldenberg, Frison, De Libouton, Duchange. Lebedinsky, ed altri. Chi ha presente l'importanza della piorrea comprenderà come le direttive di questa terapia debbano favorevolmente accogliersi. Il vaccino proposto dall'A. sarebbe efficace contro la malattia specifica detta piorrea alveolare, nonchè contro molte infezioni boccali. La sicurezza della sua azione e la semplicità del suo uso renderanno secondo l'A. probabilmente diffuso l'uso della vaccinazione gencivale, al pari di quella Jenneriana contro il vaiuolo. Infine, secondo l'A. l'azione del suo vaccino consente la speranza di assicurare in un prossimo avvenire la guarigione, e realizzare la profilassi di molteplici disturbi di ordine generale; tanto di quelli la cui causa può fin d'ora essere ascritta all'azione della piorrea e delle suppurazioni boccali croniche, quanto di quelli la cui origine è ancora sconosciuta, e che hanno forse pure essi qualche relazione con le infezioni boccali.

Le iniezioni mediante siringa graduata a gocce, ed ago molto sottile e corto, si praticano sotto la mucosa gencivale.

Dopo avere agitato fortemente la fialetta del vaccino, così da ottenere un miscuglio molto omogeneo, si fa penetrare il liquido nella siringa previamente bollita. Espulsa l'aria si pone l'ago tangenzialmente alla genciva, e si penetra subito sotto l'epitelio gencivale esterno; per far questo basta, dopo avere spennellato con tintura d'iodo la regione da iniettare asciugarla rapidamente con un getto di aria. La superficie esterna della genciva si raggrinza, ed è allora facile introdurre l'ago senza penetrare nella profondità dei tessuti. Dunque il vaccino sia introdotto quanto più superficialmente possibile

Di fronte a questa tecnica sta quella di Duchange, il quale preferisce iniettare nello spazio interalveolo-dentario, dove cioè si trova il focolaio patologico.

Ci sono poi norme generali. Alla prima seduta iniettare una goccia in tutto. Dopo quattro giorni altre due gocce. Le iniezioni susseguenti praticarle ogni due giorni, aumentando di una goccia per volta, fino ad un massimo di sei gocce. A partire da due gocce meglio se le dosi siano divise ed iniettate sotto diversi punti della mucosa, cioè col sistema della vaccinazione che il Besredka chiama *en nappe*. Non accelerare la cura saltando o cominciando con più gocce.

Sotto la cura si attivano la leucocitosi e la fagocitosi. L'azione spiegata dal vaccino sembra mantenersi a lungo. Si è anche in via di giovarsi di codesto vaccino in modo preventivo. Ma per ora il suo valore curativo sembra affermato da stomatologi delle più diverse regioni.

L'A. avanza inoltre l'ipotesi che la piorrea sia dovuta ad un virus filtrante che ha come microbi di uscita streptococchi, stafilococchi, spirochete etc.

Digitized by Google

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ ITALIANA DI BIOLOGIA SPERIMENTALE

Sezione di Messina

Seduta del 21 maggio 1927

Presid.: prof. CIACCIO

Martino G. *Contributo alla conoscenza dell'iperglicemia da morfina.* — Esperienze eseguite nei cani e nei gatti con dosi varie di cloridrato di morfina (da 1 a 10 ctgr. pro chilo di peso) dimostrarono che sempre si ha notevole iperglicemia, d'intensità crescente in diretto rapporto con la dose del farmaco, persistente fino a dopo 5 ore, col massimo di intensità dopo 90-120 minuti.

Martino G. *Su una sostanza iperglicemizzante ottenuta dal succo pancreatico e dal pancreas di cane.* — Con uno dei metodi proposti per l'estrazione dell'insulina dal pancreas, l'O. ottenne una sostanza iperglicemizzante dal succo pancreatico e dal pancreas di animali digiunanti, e invece una sostanza ipoglicemizzante dal pancreas di cani normali. L'iperglicemia (nei conigli) fu evidente anche in seguito all'iniezione di solo un decimo di milligrammo di tale sostanza. Questa resiste all'azione dei fermenti ma non a quella dei batteri della putrefazione, si accumula nel pancreas durante l'inattività della secrezione esterna di esso, passa col succo nell'intestino e qui è suscettibile di riassorbimento. Infatti la somministrazione per via orale e l'iniezione diretta nel duodeno provocano iperglicemia notevole.

Zagami V. e Aragona G. *Azione dell'insulina e beri-beri sperimentale nei colombi.* — L'iniezione di insulina determina nei colombi una diminuzione del glucosio del sangue, più o meno accentuata a seconda della dose di insulina e del tempo trascorso dalla somministrazione senza apprezzabili differenze sostanziali tra colombi normali, colombi in inanizione di modico grado, colombi a dieta orizanica avanzata e colombi con sintomi conclamati di beri-beri sperimentale; mentre non determina anche a forti dosi (10-12 unità) fenomeni nervosi apprezzabili nei colombi normali o in inanizione di modico grado, determina invece anche in dosi più lievi (1-5 unità) l'aggravamento dei sintomi beri-berici nei colombi a dieta orizanica esclusiva con sintomi conclamati o l'esplosione di essi nei colombi con sintomi non ancora conclamati.

Ruggeri G. *Sul comportamento del tasso glicemico, in seguito ad iniezione di diuretina, in diversi periodi di gravidanza. Nota III.* — L'O. riferisce che, in seguito a dosi moderate di diuretina, il comportamento del tasso glicemico presenta una suggestiva analogia in un dato periodo della gestazione e rispettivamente dopo castrazione.

Conclude dicendo che i risultati delle sue ricerche parlano in favore di una ipofunzionalità dell'ovaio per lo meno relativamente ad alcuni processi metabolici: che i fatti constatati farebbero supporre che le variazioni della glicemia nei vari periodi della gravidanza possano essere riferiti allo stato funzionale del corpo luteo.

Ruggeri G. *Sul comportamento del tasso glicemico in seguito ad iniezione di diuretina, in coniglie in fregola. Nota IV.* — L'O. riferisce che durante la fregola si verifica, in seguito all'azione della diuretina, un aumento del tasso glicemico se non elevato come quello che si verifica in dati periodi della gestazione, per lo meno costante ed anche sensibile. Avanza l'ipotesi che i fenomeni osservati possano essere in rapporto con lo stato di funzionalità del corpo luteo il quale, come è noto, va incontro a modificazioni cicliche.

Ruggeri G. *Sull'azione iperglicemizzante di alcuni estratti placentari.* — L'O. riferisce che le ricerche di Brugsch e Dellepiane gli fecero supporre che accanto a sostanze ad azione ipoglicemizzante la placenta, come il pancreas, possa contenere anche sostanze ad azione iperglicemizzante.

Fa rilevare che con la stessa tecnica adoperata da Penau e Simounet per l'estrazione dell'insulina dal pancreas e dalla mucosa intestinale ottiene da placente di capre una sostanza che a dosi relativamente piccole esercita una netta e spesso spiccata iperglicemia.

Il Segretario: dott. RACCHIUSA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 27 maggio 1927

Presid.: prof. M. DONATI

Casagrandi O. *I micoplasmi (proposta di denominazione di alcuni ultravirus e particolarmente dell'ultravirus tubercolare).* — L'O. fa presente come nel ciclo dei batteri propriamente detti non si possano negare stadi di invisibilità.

Egli chiama lo stadio di invisibilità stadio dei germogeni o germociti rispondente al criptantigeno di Friedberg. Espone le indagini fino ad ora eseguite sui cocchi e sui vari batteri fermando l'attenzione sul bacillo di Eberth e sul bacillo di Koch. Esperimenti colle amebe hanno portato l'O. a trovare che in esse il bacillo di Eberth scompare mentre i filtrati divengono capaci di ridare in cultura il bacillo.

Nello stesso modo le amebe si comportano rispetto al bacillo tubercolare previo sceramento. Prendendo in esame il B. della tbc. l'O. per un orientamento nelle ulteriori esperienze ha fatto tesoro di ricerche da lui eseguite in bruchi nei quali trovò che il B. della tbc. viene scerato e poi distrutto dai macronucleoliti. I bruchi pestati e tritati e poi filtrati danno un materiale che inoculato nelle cavie determina iperplasia ghiandolare trasmissibile e qualche volta anche con reperto di bacilli acido resistenti. Queste esperienze hanno indotto l'O. a esperimentare le culture scerate che otteneva col metodo Arloing in confronto colle ordinarie a germi acidoresistenti. Ora mentre queste ultime filtrate previa o no triturazione e provenienti da terreni ordinari o da terreni catalizzati non hanno mai dato luogo negli animali a fenomeni degni di nota, le altre filtrate trasformate in terreni catalizzatori e rifiltrate hanno dato luogo ad iperplasia ghiandolare trasmissibile con reperto di bacilli acidoresistenti dal terzo al quinto passaggio.

I germociti quindi secondo l'O. si generano dalle culture scerate con opportuno trattamento delle stesse. Dal comportamento poi dei germociti negli elementi cellulari (ad esempio nei leucociti come ha esperimentato l'O.) dove non producono alcun fatto degno di nota fino alla formazione dei bacilli acidoresistenti, l'O. crede che si verifichi una simbiosi tra germociti e plasma. Lo stato micoplasmico risponderebbe ad uno stato particolare di infezione senza malattia dimostrabile (a parte le prove serologiche spesso negative) con la prova della labilità serica.

L'O. propone quindi di ascrivere il B. della tbc. al nuovo gruppo dei micoplasmi.

Donati M. L'O. rileva l'importanza delle ricerche del Casagrandi specialmente per quanto riguarda le infezioni latenti.

Pari G. A. L'O. richiama la grande importanza che secondo Autori recenti specialmente francesi, avrebbe l'infezione da virus filtrante tubercolare nel determinare ipotrofie nei nati da madre tubercolosa. Così che si intravede che gli studi su questo virus porteranno importanti contributi alla questione dei rapporti reciproci tra l'infezione tubercolare e la costituzione morfologica del predisposto. E' un vecchio concetto italiano che va dal Maffucci ad Andrea Ferrannini che l'infezione tubercolare della madre possa determinare ipotrofie nel figlio con particolari note morfologiche. Gli studi sul virus ultrafiltrabile possono portare nuova luce su questo argomento pure schiettamente italiano della predisposizione costituzionale morfologica alla tubercolosi.

Pari G. A. *Inoculazione della febbre ricorrente africana nei postumi di encefalite epidemica.* — L'O. riferisce su quattro casi di Parkinsonismo post-encefalitico in cura coll'inoculazione sperimentale di treponema Duttoni della febbre ricorrente africana.

In uno l'inoculazione è appena avvenuta. In due la febbre ricorrente è in atto ed in uno la malattia è già al termine con la cessazione da quasi due mesi degli accessi febbrili. Allorchè gli accessi tendevano a scomparire troppo presto (dopo due accessi) il treponema fornito dall'Istituto Sieroterapico Milanese fu reiniettato con effetto positivo.

Una reinoculazione alla cessazione degli accessi dopo due mesi dall'inizio fu invece negativa.

Nel caso già a termine di cura la reazione di Wassermann da negativa divenne debolmente positiva.

La ricorrente fu bene tollerata.

L'O. enumera i vantaggi che presenta l'inoculazione della ricorrente su quella della malaria.

Il primo caso curato ebbe ottimo risultato terapeutico. Obbligato da un anno a letto ed incapace di alimentarsi da sè riprese a camminare e ad alimentarsi. Diminuirono i tremori e scomparvero alcune sincinesie come quella dello sporgere la lingua nei movimenti degli arti.

Sul risultato terapeutico degli altri due casi con ricorrente in atto l'O. non potrà riferire che tra qualche tempo.

Ducceschi V. *La farina di soja nell'alimentazione umana (II. comunicazione).* — 1) Gli esperimenti di alimentazione con pane misto di frumento contenente il 10 % di farina di soja, compiuti sopra sei soggetti normali, hanno fornito i coefficienti di utilizzazione espressi dai seguenti valori medii percentuali:

Assorbimento totale (secondo il residuo secco delle fecce)	93,72
Assorbimento totale (secondo il computo delle calorie)	93,84
Sostanze azotate	83,90

= 1053

Digitized by Google

Grassi	94,13
Idrati di carbonio	96,59
Sostanze minerali	68,60

Questi valori dimostrano che la utilizzazione del pane con il 10 % della farina di soja è pari a quella del pane di solo frumento della migliore qualità.

2) In una seconda serie di ricerche riguardanti l'alimentazione con pane misto di frumento contenente il 20 % della stessa farina di soja, si ottennero i seguenti coefficienti di utilizzazione:

Assorbimento totale (secondo il residuo secco delle fecce)	92,41
Assorbimento totale (secondo il computo delle calorie)	92,48
Sostanze azotate	80,30
Grassi	95,70
Idrati di carbonio	97,01
Sostanze minerali	62,53

L'utilizzazione del pane di soja al 20 % si dimostrò dunque in complesso leggermente inferiore a quella risultata dall'esperimento precedente, pur rientrando nei limiti proprii di una assimilazione assai soddisfacente per il pane bianco.

3) La digeribilità in vitro delle proteine della farina di soja, per mezzo della pepsina cloridrica, risultò del 95,01 %; per la farina di frumento si ottenne una percentuale del 94,26 %.

4) Il processo di estrazione dei grassi non diminuisce la capacità di utilizzazione digestiva per la farina di soja, anzi sembra favorirla.

5) I risultti dei nostri esperimenti sono completamente favorevoli alla panificazione di farina di soja priva di grassi, specialmente se limitata per ora a proporzioni non superiori al 10 % rispetto alla farina di frumento.

6) La farina di soja, quando venga adottata sia per la panificazione che per le altre preparazioni nutritive alla quali essa si presta, costituirà un prezioso apporto di proteine a buon mercato nella alimentazione popolare.

Il Segretario: prof. F. Pancrazio

REALE ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 30 aprile 1927

Presid.: prof. R. Alessandri

Ferretti T. *In memoria di Paolo Emilio Postempski.* — L'O. commemora il Postempski, romano di nascita, la cui fama di chirurgo ben figura a fianco ad altri nomi gloriosi, quali Gallozzi, Palasciano, C. Mazzoni, ecc. e ne illustra le alte doti di studioso e di operatore, l'opera svolta a favore della lotta antimalarica, la grande generosità e gentilezza d'animo.

Staffieri D. *Costole cervicali. Osservazioni cliniche e classificazioni.* — In base a sue osservazioni personali, l'O. propone una classifica dei casi di costole cervicali, fondata sopra tutto sulla sintomatologia. Un primo gruppo dovrebbe comprendere tutte le forme asintomatiche: un secondo gruppo tutti i casi nei quali esistono esclusivamente o prevalentemente i sintomi nervosi (nevralgie, radicoliti, atrofie, ecc.); un terzo gruppo quei casi in cui il tumore, uni- o bi-laterale, costituisce il sintoma più notevole; un quarto gruppo dei casi dove c'è un netto predominio dei sintomi vascolari (da compressione arteriosa o venosa); un quinto gruppo, infine, tutti quei casi nei quali l'anomalia è rivelata da sintomi meno frequenti e molte volte di spiegazione patogenica malsicura (accessi disnoici-asmatiformi, crisi di tachicardia, spasmi del diaframma, sintomi oculari, ecc.).

Alessandrini P. *Manifestazioni pseudoappendicolari come sintoma iniziale nei processi del colon distale.* — L'O. ricorda la sintomatologia dei processi neoplastici della porzione distale del colon (stitichezza, qualche volta diarrea, emorragie, dolori). Descrive poi 5 casi capitati alla sua osservazione, su 16 malati, di tumore del colon distale, nei quali, come unica manifestazione della stenosi del colon discendente e del sigma, si avevano crisi dolorose periodiche, accompagnate da stipsi, vomito, dolore della fossa ileo-cecale destra, più intenso nel punto di Mac Burney, rigidità muscolare e iperestesia cutanea in corrispondenza del dolore, febbre. L'O. infine mette in rilievo l'importanza in questi casi dell'esame radiologico completo e dell'esame sigmoidoscopico.

Pontano T. *La sindrome di tifobacillosi per tubercolosi dell'ilo nell'adolescente.* — L'O. illustra una particolare sindrome clinica di tifobacillosi, svolgentesi negli adolescenti, e che non è determinata da una batteriemia tubercolare ma da una tubercolosi dell'ilo. Sono colpiti in modo imponente le ghiandole dell'ilo e il tessuto polmonare e pleurico circostante. A tale sindrome di tifobacillosi segue costantemente una pleurite essudativa dallo stesso lato dell'affezione e spesso la propagazione tubercolare, anche per via linfatica, al polmone circostante. La sindrome ha tendenza a guarire. L'O. vede in questo particolare modo di reagire dell'organismo all'infezione tubercolare, non la conseguenza di una prima infezione, ma la conservazione delle proprietà difensive del sistema linfatico di fronte all'infezione tubercolare, propria della prima età, e denomina questo particolare stato: «infantilismo linfatico».

Dominici L. *L'anca a scatto.* — L'O. espone dapprima la sintomatologia di questa anomalia, consistente principalmente nel fatto che in alcuni movimenti della cosia l'infermo sente come un rumore di scatto e come qualcosa che gli si sposta anormalmente in corrispondenza del grande trocantere: il rumore può essere udito anche a distanza. In un caso personale, che presentava il fenomeno dell'anca a scatto da più di 16 anni, l'O. ha tratto la convinzione che causa dello scatto fosse il tendine del grande gluteo, il quale non aveva un decorso perfettamente normale e che, venendo teso nella flessione della coscia, favorito anche dalla leggera rotazione esterna e dall'adduzione, saltava in avanti, sul margine posteriore del trocantere, producendo, con lo sfregamento su di esso, il rumore caratteristico.

Il Vice-Segretario: M. Almagià

CONGRESSI E CONVEGNI

CONGRESSO DELLA SEZIONE LOMBARDA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

(5 giugno 1927)

La riunione annuale della Soc. di Pediatria lombarda è stata tenuta in Como in un salone di Villa Geno gentilmente concesso, il giorno 5 giugno 1927. Erano presenti i Proff. Cattaneo, Repaci, Pestalozza, Zibordi, Lovati, Ceppellini, Raffaellin, Artom, ed i dott. Miglio, Baglioni, Sambuga, Dardani, Racchi, Porta, Fornara, Trombetta, Rinaldi, Foschi, Rovida, Bentivoglio, Tono, Molinari, Vergombello, Intini, Sciaino, Bottelli, Frizzoni, Taccone, Binder, Gatti, Cassazza, Manclossi, Visconti e numerosissimi altri.

Interessante ed animata la discussione sulle varie comunicazioni.

Albertario E. *La reazione di Weisz nei bambini tubercolotici.* — Nel dispensario antitubercolare da lui diretto ha praticato osservazioni su 19 casi di tubercolosi polmonare al primo stadio, su 18 al secondo stadio e su 16 al terzo stadio, ed ha potuto arrivare alle seguenti conclusioni:

1) la reazione di Weisz si mostra positiva di solito quanto più grave è la forma polmonare tubercolare e quanto più spiccata è la tendenza alla evoluzione sfavorevole;

2) la persistente costanza della reazione positiva può essere indice di una complicanza o recrudescenza della forma;

3) nella grande maggioranza dei casi la reazione di Weisz negativa indica praticamente che si tratta di una tubercolosi torpida a pronostico favorevole;

4) la cutireazione alla tubercolina umana e bovina ha trasformato in un quarto dei casi la reazione da negativa in positiva ma in maniera meno intensa e più fugace che nei soggetti trattati da altri O. con tubercolina.

Barbani F. *Un caso di meningite tubercolare con sindrome di Froin.* — Riferisce di un caso di meningite tubercolare osservato in una bambina di tre anni e mezzo, nel cui liquor, dopo diversi giorni dallo inizio della forma, si sono verificati fenomeni costituenti la cosidetta sindrome di Froin (xantocromia, iperalbuminosi assai elevata, coagulazione massiva).

Binder E. *Encefalite post-morbillosa.* — Descrive un caso di meningo-encefalite insorta dopo lo stadio eruttivo del morbillo. Nella sintomatologia prevale uno stato soporoso grave, contratture muscolari, paralisi del terzo, sesto, settimo, nono, undicesimo nervo cranico, neurite ottica, irritazione delle vie piramidali e del centro della favella. Dopo un mese circa dall'inizio della malattia, persiste soltanto una lieve paresi del sesto e settimo nervo cranico, una neurite ottica ed una insufficienza psichica di grado lieve. Data la fugacità dei sintomi pare che le complicazioni nervose paramorbillose debbano essere attribuite nella maggioranza dei casi alla azione tossica del germe infettivo primitivo.

Bottelli U. *Un caso di pericardite purulenta pneumococcica.* — Lattante di 14 mesi con notevole aumento dell'aia cardiaca con toni car-

Digitized by Google

diaci assai deboli, ma puri, con modica febbre remittente, con cutireazione alla tubercolina negativa, con ombra radioscopica cardiaca ovalare assai ingrandita e con la scomparsa degli archi vasali. La puntura pericardica sotto-xifoidea, alla Marfan, diede esito a pus cremoso giallastro di natura pneumococcica.

La costopericadiotomia con drenaggio permanente svuotò quasi completamente il pericardio, così che dopo pochi giorni l'esame radiologico mostrò una riduzione notevole dell'aia cardiaca con parziale pneumopericardio a conferma della diagnosi. Tuttavia il bambino decesse dopo due settimane dall'atto chirurgico per sepsi secondaria ad ascesso da osteo-artrite coxo-femorale complicante, pur senza vantaggio operato.

Cattaneo. Afferma che i pericoli della puntura pericardica alla Marfan sono stati esagerati. Egli insiste ancora sulla opportunità di fare delle lavature pericardiche e delle applicazioni endo-pericardiche di autovaccino.

Cattaneo C. *Encefalite vaccinica.* — Espone di un caso di encefalite comprovato da numerose ricerche insorto in un fanciullo di 9 anni, quindici giorni dopo la vaccinazione e terminato con grave deperimento psichico e convulsioni, ad onta di varii tentativi terapeutici. Ricorda come dalla prima esposizione di Bastianse, altri casi di encefalite post-vaccinale siano stati riferiti e con essi casi di meningite, di neurite, di poliomielite: i casi noti con il suo e quelli comunicati dal Fornara, oltrepassano i 60.

Dalle odierne cognizioni sulla encefalite vaccinica non deve naturalmente dedursi nulla contro la pratica della vaccinazione immunizzante che ha al suo attivo milioni di casi favorevoli.

Crede piuttosto possa dedursi che la pratica della vaccinazione, non essendo sempre scevra da pericoli debba eseguirsi: a) in bambini oltre il primo anno di vita, b) in bambini perfettamente e costituzionalmente sani, c) con vaccini di provato effetto, e con ogni cautela di asepsi.

Cattaneo C. *Vaccinoterapia per via nasale.* — La vaccino-terapia è ormai entrata trionfalmente nel campo della terapia delle malattie infettive acute della infanzia.

L'O. e la sua Scuola sono stati antesignani di tale terapia. Ma si è sempre, nella infanzia, incontrato difficoltà morali delle famglie, e tecniche per il personale mercenario nella pratica delle iniezioni. Ha perciò pensato di applicare i vaccini, stok e autovaccini, sulla mucosa nasale a mezzo di batuffoli di cotone imbevuti del contenuto delle fiale e lasciati in sito trenta minuti. Ha sperimentato su se stesso, poi su suoi figli e persone di casa col vaccino pfeifferiano. Ha poi esteso le ricerche in centinaia di casi col vaccino grippale, e broncopolmonare ed in alcune diecine di casi con vaccino intestinale (enterolimas) nella diarrea dei lattanti, con vaccino della pertosse, con vaccino stafilococcico, ottenendo risultati identici che con le iniezioni.

Che non si tratti di immunità locale lo dimostrano le reazioni generali analoghe in tutti e quelle precedentemente ottenute per iniezioni in soggetti specialmente sensibili.

Chiriatti L. *La diatesi essudativa ed i suoi rapporti colla tubercolosi.* — Tra la diatesi essudativa ed infezioni specie la tubercolosi esistono legami intimi ed il più delle volte sono associate costituendo la diatesi essudativa un ottimo terreno di attecchimento per esse, mentre queste preparano il terreno o provocano il manifestarsi dei sintomi essudativi.

L'O. crede di poter affermare come al di sotto del primo anno di vita, e sempre in figli di madre tubercolotica i fenomeni infiammatorii possono essere l'unica manifestazione di una tubercolosi congenita latente anche se vi sia una cutireazione alla tubercolina negativa.

Dardani R. *La profilassi delle complicazioni post-morbillose mediante vaccinazioni polibatteriche.*— L'O. ha praticato in 98 bambini affetti da morbillo in seconda-terza giornata di esantema una iniezione intramuscolare di vaccino polibatterico (300 milioni di pneumococchi, 50 milioni rispettivamente di stafilococchi, streptococchi e bacilli di Pfeiffer) allo scopo di prevenire le complicazioni che facilmente seguono il morbillo, nel 25 % dei casi secondo una statistica dell'O. in ispecie le broncopolmoniti. Riferisce che i casi così trattati ebbero un decorso normale della malattia esantematica ed in nessuno si stabilirono infezioni secondarie, nè complicazioni di sorta. L'O. fa rilevare che nei vaccini devono essere rappresentati oltre i comuni germi che più facilmente determinano le complicazioni, anche quelli che per eventuali concomitanti epidemie (influenza, pertosse ecc.) con grande facilità potrebbero colpire ammalati di morbillo.

Cattaneo. Conferma i risultati del Dardani da lui ottenuti col vaccino introdotto per via nasale. Evitò le broncopolmoniti e le altre comuni complicazioni. Nei casi non vaccinati in tale modo ebbe il 20-30 % di broncopolmoniti ed il 25 % di mortalità.

Garzia O. *Alcune considerazioni sulla ultima epidemia di morbillo in Lodi.* — Osservato come il periodo febbrile che precede l'eruzione dell'esantema sia stato eccezionalmente lungo (dodici-tredici giorni) privo di sintomi prodromici ha praticato intradermoreazioni vacciniche su 30 bambini, delle quali più di 20 risultarono positive nettamente per il b. di Pfeiffer. Quelli a reazione negativa ebbero un decorso normale di morbillo; la maggior parte degli altri si ammalò di broncopolmonite.

Curati questi con un vaccino polibatterico carico di bacilli di Pfeiffer ottenne in tutti la completa guarigione, come l'ebbe collo stesso metodo di cura in tutti gli ammalati di broncopolmonite post-morbillosa non assoggettati alla intradermoreazione diagnostica. Conclude che tale decorso anomalo, come la complicanza broncopolmonare, si debbano attribuire alla associazione di una infezione grippale a quella morbillosa.

Gatti Cassazza A. *Un caso non frequente di edema cerebrale in un bambino nefritico.* — Esposizione clinica ed anatomopatologica del caso di un bambino avente convulsioni tonico-cloniche a carico degli arti di sinistra, seguite da paresi spatiche degli arti stessi e da paresi del terzo paio di destra così da simulare completamente il quadro di una meningoencefalite a localizzazione basilare e penducolare di destra. Esisteva contemporaneamente il reperto di una nefrite in atto. Alla autopsia si constatò un grave emiedema cerebrale destro, ed una grave nefrite subacuta a carattere emorragica con broncopolmonite terminale. Per l'O. la nefrite aveva determinato l'edema a localizzazione rara che aveva potuto simulare una lesione meningoencefalitica.

Giovetti B. *La lussazione congenita dell'anca dal punto di vista radiologico.* — Con la dimostrazione di numerosi radiogrammi illustra dati tecnici ed insiste sulla necessità della proiezione laterale troppo poco usata ed invece spesso indispensabile per avere la certezza della avvenuta riduzione. Richiama da ultima l'attenzione sulla importanza della diagnosi precoce che permettendo un trattamento tempestivo ci dà le maggiori probabilità di successo.

Macchi A. *L'attinoterapia nella atrofia del lattante.* — L'O. espone i risultati ottenuti trattando diversi lattanti atrofici con applicazioni graduali di raggi ultravioletti prodotti con la lampada di quarzo. Oltre al miglioramento delle condizioni generali (diminuzione del pallore ed atonia muscolare, aumento del peso e delle dimensioni del corpo) si ebbero miglioramenti nella crasi sanguigna e nel ricambio organico. E' del parere che tale sistema terapeutico debba essere usato nella comune pratica, data la sua praticità di applicazione.

Macchi A. *La sieroprofilassi del morbillo.* — L'O. espone i risultati ottenuti profilattizzando con siero di convalescente 100 bambini; di questi, solo uno ammalò di morbillo tipico a cui però non seguirono complicazioni di sorta, tale malato fu però iniettato di siero di convalescente quando già da oltre otto giorni era stato in contatto con morbillosi; nove ebbero morbillo assai attenuato (la febbre e l'eruzione insorsero e scomparvero nella stessa giornata); negli altri novanta si ebbe la immunità completa. L'O. fa rilevare, come, contrariamente a quanto fecero gli altri che si occuparono dell'argomento, egli usò solo piccolissime dosi di siero (1 cc. indifferentemente per ogni età) rendendo così più possibile l'estendersi di tale metodo di profilassi nella infanzia, e che lo scopo di tale introduzione di siero non sia esclusivamente quello di profilattizzare il bambino, dato che tale immunità durerebbe solo un mese od un mese e mezzo al massimo, ma quello di fare sì che il malato possa avere il morbillo attenuato, il che non sarebbe per lui dannoso e gli conferirebbe una immunità duratura per tutta la vita.

Conclude sulla utilità di tale forma profilattica interessante attuabile in famiglie, scuole ed ospedali.

Alla comunicazione del dott. Macchi segue una interessante discussione sull'argomento da parte dei professori: Cattaneo, Repaci, Raffaelli, Pestalozza, Zibordi e dei dott. Intini, Bentivoglio e Vergombello. Ne scaturisce il concetto che la sieroprofilassi del morbillo possa avere valore non tanto nel senso di ritardare di un mese l'eventuale insorgenza di una forma morbillosa quanto in quello di fare sì che questa forma morbillosa eventualmente insorgente abbia un decorso più favorevole pur determinando nell'organismo colpito l'immunità attiva per l'avvenire.

Manclossi M. *I linfovaccini tifici nella produzione delle agglutinine.* — Ha saggiato in due bambini con l'inoculazione per via endomuscolare del linfovaccino totale preparato secondo la tecnica consigliata dal Taccone, e in sei con quella del substrato limpido di essa (dopo sedimentazione spontanea) la capacità di svolgere agglutinine specifiche, previo accertamento della loro assenza prima del trattamento. L'emulsione batterica per le prove di siero-agglutinazione è stata preparata con gli stessi stipiti serviti per la preparazione del vaccino. Ha praticato nei trattati in tutto tre-quattro iniezioni, ripetendo sempre la prova della siero-agglu-

Digitized by Google

tinazione dopo alcuni giorni da ogni agglutinazione. I risultati sono stati nella maggioranza negativi, essendosi solo due volte notato dopo la 3ª-4ª iniezione, agglutinazione positiva. Tali vaccini, pertanto sembrerebbe che per la produzione delle agglutinine si allontanino da tutti i vaccini avvicinandosi di più a quelli sensibilizzati di Besredka lisizzati di Caronia e Di Cristina ed alle stomosine del Centanni, che non producono agglutinine (Auricchio).

Taccone. Espone la tecnica di preparazione del linfovaccino tifico e i suoi effetti terapeutici, nonchè le idee che l'hanno portato a tali esperienze (azione degli estratti organici sull'organismo inoculato e sugli organi omologhi, sensibilizzazione di alcuni tessuti verso speciali germi e tropismo di questi verso speciali tessuti, enterolinfotropismo del tifo, ecc.). Riferisce di esperienze in vitro circa l'azione dei mestrui linfatici del B. del tifo e apporta tali ricerche alla capacità delle ghiandole linfatiche di contenere e di svolgere agglutinine, rammentando inoltre la voluta comunanza di alcune agglutinine con le batteriolisine. Dice ancora della opportunità di separare il meccanismo di azione delle iniezioni endomuscolari di vaccino, nella guarigione del tifo, da quello delle iniezioni endovenose, pensando che attraverso la prima via per il vaccino, che deve essere considerato quale antigene batterico, si verifichi con ogni probabilità una disintegrazione non immediata e locale, bensì graduale e generale e meglio ancora topica nei tessuti di elezione, cioè, sì come avviene per l'elemento batterico vivo. Gli effetti della introduzione endovenosa, invece, crede si debbano riportare ad uno choc proteico, supponendo assai verosimilmente che alle qualità delle proteine nelle singole infezioni sia da attribuire la capacità di reazione ed essenzialmente la capacità benefica dello choc.

Marconi V. *Il trattamento delle adeniti acute suppurate infantili con i filtrati batterici alla Besredka.* — L'O. ha usato per lavature e impacco, dopo l'aspirazione del pus, i filtrati batterici alla Besredka in 13 casi di adenite acuta suppurativa. Sono sufficienti per lo più due aspirazioni a distanza di 48 ore per ottenere la guarigione senza traccie della pregressa adenite. Il metodo si impone nella pratica per la semplicità e per la cosmesi non residuando alcuna cicatrice più o meno deturpante e per la assoluta innocuità nell'uso dei filtrati batterici.

Molinari E. *Sopra un caso di vaccino generalizzato trattato con i raggi ultravioletti.* — Riferisce di un caso di vaccino generalizzato che malgrado tutte le cure ha resistito per circa tre mesi ed è rapidamente guarito con applicazioni di raggi ultravioletti senza che ne residuassero cicatrici.

Pestalozza C. *Alimentazione del lattante con latte secco trattato coi raggi ultravioletti.* — L'O. illustra il caso di un bambino ricoverato nelle *crechas* della Clinica e dalla nascita sottoposto ad alimentazione artificiale. Il bambino mal tollerava l'allattamento con latte vaccino e con la aggiunta di farine diastasate; neppure venne tollerata dal bambino una alimentazione con latte secco talchè alla età di tre mesi egli presentava netti segni di ipotrofia e note di rachitide incipiente; a questa età il peso del bambino era pressochè uguale a quello della nascita. Si somministrò allora al bambino, del latte secco irradiato alla quarz-lampe; detto alimento parve fin dall'inizio ben tollerato e fu continuato per cinque settimane. Alla fine di questo periodo di esperimenti, il bambino era aumentato di oltre 500 grammi di peso, aveva notevolmente migliorato le sue condizioni generali, aveva presentato una netta regressione delle note di rachitismo: regressione documentata da indagini radiologiche fatte prima e dopo il periodo di esperimento.

Porta C. P. *Iniezioni di latte di donna nei lattanti ipotrepsici ed atrepsici.* — Ricorda l'esattezza della concezione del latte di donna come alimento specifico, rileva come i comuni agenti terapeutici raramente riescono a dare risultati soddisfacenti nella atrepsia e nella ipotrepsia dei lattanti. In tale entità morbosa infatti non bisogna vedere solamente le turbe a carico delle funzioni digestive ma sopratutto il profondo pervertimento dell'intimo metabolismo di tutte le cellule dell'economia. Riferisce di avere iniettato 20 cc. di latte di donna raccolto sterilmente in 12 tra atrepsici e ipotrepsici. In tutti la curva del peso segnò una stasi evidente e cinque di essi vennero a guarigione. Le iniezioni praticate furono cinque ad ogni bambino a giorni alterni e non si ebbe alcuna reazione spiacevole. In quattro si verificò un ascesso sterile senza febbre forse espressione di anafilassi locale.

Porta C. P. *Una rara complicanza nervosa della varicella.* — Accennato alla scarsità della letteratura sulle complicanze nervose della varicella e riferiti i casi più evidenti registrati, l'O. illustra il caso seguente: Bambino di tre anni, ottima salute fino alla malattia attuale, gentilizio sano, dopo quattro giorni l'eruzione di pustole varicellose il bambino fu preso da vomito, tremore degli arti, senso di vertigine se messo in posizione eretta, impossibilità alla deambulazione, nistagmo intermittente. Dopo avere discusse tutte le possibilità diagnostiche, l'O. conclude per una atassia cerebellare acuta varicellosa. Siccome il caso riferito venne a completa guarigione dopo 19 giorni, mancò la conferma anatomica, tuttavia l'O. per analogia indaga quali dovevano essere le lesioni anatomiche. Conclude affermando essere questo il terzo caso di atassia cerebellare acuta varicellosa della letteratura italiana a sua conoscenza dopo i due riferiti da Galli due anni or sono.

Rovida C. *«Os subtibiale» ed «os accessorius tibiale».*

Sciajno C. *Per un caso di meningite eredosifilitica.* — Trattasi di un bambino di due anni figlio di padre malarico e di madre pleuritica, nato da parto prematuro, e che frequentemente soffrì di accessi convulsivi, ricoverato con sintomatologia prettamente meningea datante da otto giorni e che scompare dopo una cura specifica istituita in seguito alla positività della reazione di Wassermann.

Taccone G. *Per una reazione sul succo gastrico.* — Il metodo è fondato su variazioni colorimetriche del bicromato potassico opportunamente trattato in presenza di acidi e di acqua ossigenata. La presenza dell'HCL del succo gastrico viene svelata mettendo il suo filtrato a contatto con una soluzione di bicromato potassico e trattando il miscuglio con acqua ossigenata. La colorazione azzurra che deriva dalla colonna acquosa è molto instabile e si lascia estrarre dall'etere se nel succo gastrico vi è HCL libero (per la formazione dell'acido percromico).

La prova quantitativa dell'HCL è fondata sulla quantità di succo gastrico occorrente a dare reazione minima, ma bene evidente, rapportata alla costante quantità minima di HCL necessaria e sufficiente a provocare la reazione. L'acido acetico e quello butirrico possono disturbare il reperto, potendo provocare il fenomeno ed in maniera assai limitata l'acido lattico dando questo con il trattamento di cui avanti, formazione di acido acetico; la sua presenza però dà luogo a reazione caratteristica (in presenza di bicromato in eccesso) colorandosi in verde permanente la colonna acquosa (probabile formazione di lattato di cromo)

Taccone G. *La sintalina nelle glicosurie diabetiche.* — Rammenta brevemente la scoperta del Frank e gli studi sperimentali e clinici ad essa inerenti, per passare al referto di due casi di grave diabete infantile, presentanti oltre a sintomi generali, glicosuria elevata ed acetonuria, trattati con la sintalina somministrata a dosi quotidiane di 20 mmgr. (10 per dose) e per un periodo di tre giorni seguito da uno di riposo nel primo caso e per due giorni seguito da un giorno di riposo nel secondo. La glicosuria ha segnato una notevole e graduale diminuzione in ambedue, ma l'uso del medicamento ha provocato fenomeni non lievi di intolleranza costituiti nel primo da anoressia e notevole abbattimento fisico e psichico e nel secondo da uguali fenomeni e da itterizia. L'introduzione dell'insulina è valsa nel primo a fare scomparire l'acetonemia ed a ridurre ancora la glicosuria, ma non a portare a tolleranza l'uso successivo della sintalina, che ha provocato gli stessi fenomeni di prima. Nel secondo (un tubercoloso) la sospensione della sintalina è valsa a fare diminuire i fenomeni di abbattimento e l'ittero ed una minaccia di coma è stata evitata con l'uso della insulina. Durante la diminuzione della eliminazione quotidiana del glucosio e del suo tasso percentuale, il peso del corpo degli ea. non ha subito notevoli modificazioni. Tali osservazioni stanno a dimostrare che la sintalina non può sostituire in tutti i suoi effetti l'insulina e che nei bambini le possibilità di intolleranza sono maggiori sì come lo stesso Frank ha notato, specie se si uniscono altre malattie ad es. la tubercolosi come nel nostro caso.

Tono A. *Sul segno del Cattaneo nella adenopatia tracheobronchiale.* — Riferisce della specificità del segno di Cattaneo per la diagnosi di adenopatia tracheobronchiale tubercolare. Per convalidare che si tratti di una turba vasomotoria dei capillari della cute del dorso causata da fatti di compressione da parte delle ghiandole ingrossate ricorda le prove sulla capillariscopia del De Simone.

Praticando una iniezione di pituitrina di cui è nota l'azione angiospastica sui capillari stessi in soggetti affetti da adenopatia con segno di Cattaneo evidentissimo e ripetendo la ricerca dopo un tempo variabile a seconda che l'iniezione era stata fatta nella regione glutea o sottocute localmente non si riscontra più tale segno di arrossamento.

Vergombello C. *Il tifo del lattante.* — L'O. riferisce delle sue ricerche fatte nelle comuni gastroenteriti infantili riguardo ai bacilli del gruppo tifo-coli. Ha preso in considerazione 60 casi in 17 dei quali ha praticato soltanto la intradermoreazione alla Cattaneo per il bacillo del tifo, paratifo e coli, in otto casi la sola reazione di Vidal ed in 35 entrambe le prove associate. Non fu incontrato parallelismo tre le due reazioni nello stesso soggetto forse per il fatto che tra le due ricerche intercorrevano circa dieci giorni. Le r. di Vidal positive furono 14 (4 per il B. coli isolatamente 10 per i ceppi tifo e paratifo associati) su 35 (40

Digitized by Google

%) con reazioni positive spesso al 1:250: Nessun malato però era clinicamente sospettabile come affetto da forma tifosa o paratifosa. Tale fatto rivestirebbe dal punto di vista della profilassi e della patogenesi del tifo classico una grande importanza e perciò l'O. si riserva di estendere ed approfondire le indagini tenendo specialmente alla dimostrazione diretta del B. di Eberth nell'organismo e negli escreti.

Zibordi F. *Similarità della funzione tiroidea tra madre e figlio studiata attraverso la reazione di Kottmann.* — Premessi alcuni accenni sulla tecnica della reazione, e date alcune spiegazioni sullo svolgimento del fenomeno fotosierologico per cui si avvera la reazione stessa, l'O. passa a trattare delle ricerche personali eseguite. Prese ad esaminare una cinquantina di casi in cui o la madre ed il figlio od ambedue avevano segni clinici di una disfunzione tiroidea, attraverso la reazione di Kottmann, cercò osservare la similarità della reazione tra madre e figlio, specie quando questo era di tenera età. Si avverava infatti una reazione fotosierologica in eccesso od in difetto, corrispondente ad una alterazione tiroidea da ipo- od iperfunzione. Senza potere affermare una assoluta rispondenza in tutti i casi esaminati ed un tempo di reazione uguale esattamente in entrambi i sieri, tuttavia si può dire che la reazione ha risposto sia presa a sè, come per l'indagine della similarità funzionale tiroidea fra madre e figlio.

Il Segretario: C. PESTALOZZA

NEGLI OSPEDALI FRANCESI

Il Cancro dello stomaco. Diagnosi e trattamento precoce

Lezione del prof. V. PAUCHET

Durante l'ultimo trentennio avendo io osservato circa 2200 carcinomi gastrici, intendo esporvi le impressioni cliniche e terapiche, da me raccolte.

E' una localizzazione frequentissima. In 80 % essa si impiantava sopra ulceri croniche; in 18 % dei casi, di gastrectomia per ulcera, il chirurgo trova la patente trasformazione. Dunque una diagnosi precoce; una larga exeresi, ecco i capisaldi di codesta chirurgia eminentemente profilattica; tanto più che non di rado i pazienti avevano persino dimenticato la loro ulcera quando sopravvenne il cancro. Dunque ancora: la gastro-enterostomia è un sollievo; la resezione larga dell'ulcera, la vera cura.

D'altronde nelle mani di chirurghi specializzati la gastrectomia per ulcera dà 2-3 % di mortalità; quella per cancro circa 20 %, con abituali recidive. Dunque la prognosi del cancro gastrico è tuttaltro che favorevole.

Vediamo l'operabilità. Stando alla mia esperienza 50 % degli indirizzati all operatore sono di già inoperabili, sia giudicandoli in clinica e sullo schermo; sia esplorandoli alla laparotomia: su questa centuria dunque 25 % sono ancora estirpabili e con rischio immediato di morte in 18-29 %. Dunque prognosi grave per il cancro.

Eccovi intanto alcune considerazioni particolari, desunte dalla clinica: il cancro è più grave nell'uomo anzichè nella donna. Io constato il fatto senza poterne chiarire le cause: gravità sia per la più rapida evoluzione, sia per la più elevata mortalità operatoria, che per la più pronta recidiva.

In quanto al fattore ereditarietà, ho posto particolare attenzione alle notizie fornitemi dagli ultimi miei 150 resecati. Indagine analoga ho espletata sui non cancerosi gastropatici. Ora in quanto ai loro rispettivi ascendenti e collaterali, il primo gruppo presentava soltanto 6 % di positività di fronte all'altro. Quando esiste codesta ascendenza con mortalità da cancro, fu notata una precocità cancerigna nei discendenti. Ho dedotto: che alla produzione di un cancro concorrano tre cause: a) *Deficienza vitale* (insufficienza pluriglandolare, stasi intestinale cronica, depressione fisica o mentale, igiene errata, sifilide). b) *Irritazioni locali* (è noto lo influsso della glossite sul cancro linguale; delle coliti ulcerose e diverticolari sul cancro colico, della metrite cervicale sul cancro del collo uterino, dell'ulcera sul carcinoma gastrico. Quest'ultimo è spesso dovuto all'ulcera o favorito dai denti guasti, da suppurazioni nasali, tabacco, bevande troppo calde etc.). c) *Parassita.* (E' probabile che un fattore del genere si associ alle predette due cause; ma non siamo in grado di provarlo).

Senonchè ammessa la nostra deficienza contro la terza di queste categorie di cause, non sfugge alla nostra possibilità, come è agevle intuire il prevenire o il combattere le altre cause ora elencate nelle due precedenti categorie.

Dunque io credo che ereditario non sia il cancro, bensì le condizioni di favorevole terreno. La pluralità dei nostri guariti definitivamente erano se mai soltanto clinicamente sospetti, e solo il microscopio li aveva rivelati. Dunque la precocità dell'intervento è ancora una volta consigliabile.

Messo come postulato imprescindibile la necessità di una quanto più precoce diagnosi, si impone sottilizzare sui modi di raggiungere l'intento. Nella più parte dei casi noi ci troviamo di fronte al seguente quadro.: resistenza o tumefazione alla palpazione epigastrica; emorragie, dimagramento rapido, acloridria ed acido lattico, lacune radioscopiche, insufficiente evacuazione; talora il responso radiologico è di possibile neoplasma, e consiglia rivedere l'infermo tra un mese. Tutto questo è il complesso di una tardività già nefasta; il rinvio una responsabilità di insuccesso o di inoperabilità. Dunque secondo me, basta il solo sospetto di un cancro gastrico per sfuggire ad un errore professionale, cioè quello di non aprire subito l'addome.

Del resto i sintomi ritenuti un tempo fondamentali, e decisivi per la diagnosi e le direttive terapiche, crollano innanzi alla disamina: l'emorragia può benissimo mancare, e viceversa appartenere all'ulcera callosa; del resto va ricercata nelle materie, sotto forma occulta; ed assume valore se positiva soltanto la continuità del reperto in più giorni consecutivi.

Neanche sicuro affidamento dà la tumefazione gastrica: manca 9 volte su 10; ne si trova nelle forme infiltrate.

La difesa epigastrica ha valore non controverso: essa indica una minaccia di penetrazione del processo ulceroso in organi prossimi: si può quasi matematicamente dire che siamo allo stadio di inoperabilità.

A precisare i segni di inoperabilità, eccoli: tumefazione gastrica che raggiunge il margine costale sinistro; massa gastro-pilorica fissa; noduli secondari del fegato; ascite lieve; massa linfatica sopra-clavicolare; difesa muscolare dell'epigastrio, da metastasi peritoneale; esame radiografico che dimostri la deficienza di tessuto gastrico, l'infiltrazione dello stomaco, la sua riduzione di volume; aspetto cachettico fuori di una stenosi del piloro. Ora eliminata metà dei casi mediante l'esame clinico, io colloco i raggi X nell'esplorazione clinica, per separarli dalla laparotomia esplorativa.

Per orientarsi conviene ricordare la divisione radiologica in zone gastriche:

a) La zona pilorica è prettamente chirurgica.

b) La zona media lo è o non lo è, a seconda dell'infermo e del chirurgo.

c) La zona cardiale è extra-chirurgica, a sede sottocostale, e corrisponde alla grossa tuberosità.

Ora 70 % dei carcinomi gastrici poggiano sulla estremità pilorica. Le stenosi del piloro sono dovute ad una lesione gastrica o duodenale. Se la lesione è gastrica essa è in 96 % cancro, se duodenale, la più frequente viene da cicatrizzata ulcera duodenale.

Radiologicamente non bisogna attendere sempre la presenza di una lacuna; conviene precorrere la diagnosi anche avanti la sua comparsa. Basta che il contorno dell'imagine sia più molle, meno cedevole alla palpazione; ogni centimetro quadrato di stomaco sarà esplorato con una verghetta di legno, per valutare la cedevolezza delle pareti. Tale modificazione indica il più pronto intervento. Vero è che essa può soltanto essere dovuta a gastrite, linite, ulcera callosa; ma può altresì rivelare l'inizio di un cancro.

Se ci domandiamo come fare clinicamente una diagnosi precoce, ecco alcuni criteri degni di particolare ponderazione critica.

a) Una dispepsia banale migliora rapidamente sotto l'influsso del regime.

b) L'evoluzione di un'ulcera si fa a crisi con intervalli di apparente sanità.

c) Ogni ulcera migliora quando sia ben curata.

d) In caso di eventuale cancro le sofferenze, il senso di pienezza, sono espressione dei pasti, il che vuol dire nulli a stomaco vuoto.

e) Niente miglioramenti nè remissioni nel cancro; i disordini sopravvengono inopinatamente; i sintomi hanno corso ascendente.

Non bisogna dar troppo peso all'asserzione del paziente, cioè non avere egli mai sofferto allo stomaco. Spesso non se ne ricorda, o furono trascurabili le sue sofferenze. Ma subentrati i sintomi essi non cedono. Ripienezza, tensione dopo pasto, cessazione col vomito o a digestione espletata; decorrono così i mesi, rivelando l'insufficienza dei rimedi. Se vi piace aggiungeremo nella bilancia diagnostica l'abbassamento della

Digitized by Google

tensione arteriosa e della tensione nervosa; cioè p. es. da 18-20 Mx ridotta a 12 Mx. Gli è che le tossine neoplastiche deprimono il simpatico ed il sistema endocrino. Peraltro diminuita è la vitalità, l'insieme psichico e fisico è depresso; il tedio, la stanchezza, sono altrettanti contrassegni.

Devitalizzati, codesti pazienti cicatrizzano male; la sintesi addominale vuole essere con filo metallico per evitare la deiscenza; si può operare di ulcera gastrica anche con semplice anestesia locale, che non basterebbe per gastrectomie di altra indicazione.

Io sono dunque convinto propugnatore di un largo interventismo, sia pure soltanto esplorativo. Insisterò sempre per la precocità della diagnosi, fondandosi sulla predetta scorta di sintomi annunziatori, ed in attesa di una reazione biologica anche più rassicurante di quella Thomas-Binetti (aumento del potere riduttore del siero sanguigno).

Sempre che il dubbio persista esplorare con una bottoniera di 3 cm. Se inutile continuare, richiuderla senza danno, con sutura in massa.

(*Les Neoplasmes*, n. 3, 1927).

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

Direttive diagnostico-pronostiche e curative nella pielonefrite cronica

W. Braasch ed E. Catheart (*Jour. of American Med. Association*, 25 giugno 1927) asseriscono che la pollachiuria persistente da lungo tempo ed associata ad un dolore d'intensità variabile a localizzazione lombare e gli accessi occasionali di una infezione renale acuta sono condizioni comuni e notissime della pielonefrite cronica, onde non è necessario fermarsi su di esse troppo lungamente.

L'esame cistoscopico dà il quadro di una moderata infezione vescicale; però il carattere dell'infiammazione, le aree di ulcerazione e la ridotta capacità dell'organo sono frequentemente così simiglianti alle alterazioni presenti nella tubercolosi renale, che spesso riesce difficile differenziare le due affezioni. La roentgengrafia rivela talvolta la presenza di calcoli più o meno piccoli, più o meno numerosi.

Tipica è invece la deformazione dei contorni della pelvi renale e dell'uretere nella pielonefrite cronica, deformazione caratterizzata da spiccata dilatazione dell'uretere e da una lieve della pelvi. L'uretere appare irregolarmente dilatato in tutto il suo percorso, presentando qua e là aree multiple di costrizione, con i caratteri dell'infiammazione cronica e della cicatrizzazione. I calici appaiono raramente dilatati, ma più frequentemente colpiti da fatti cicatriziali con conseguente retrazione e deformazione. Talvolta nei casi avanzati l'uretere è così ristretto che riesce impossibile attraversarlo con i comuni cateteri. In questi casi il restringimento ha sede in vicinanza dell'estremità vescicale. Oltre a ciò l'uretere può essere così tortuoso che riesce difficile introdurre anche il più sottile catetere o una sonda filiforme.

Le grandi ematurie che accompagnano la pielonefrite cronica, ordinariamente hanno origine nelle aree della mucosa erose e cicatriziali o nei granulomi pelvici o ureterali. Esse richiedono un'accurata sorveglianza eseguita con lavaggi di nitrato d'argento o nei casi gravissimi con la nefrectomia. Attenzione deve porsi al fatto che in questi casi il riempimento della pelvi non è mai completo, a causa della presenza di grumi sanguigni. Onde per evitare tale inconveniente, che potrebbe erroneamente far sospettare un epitelioma, si consiglia di prendere l'urogramma nel tempo in cui ogni emorragia è cessata.

La funzione renale è nella pielonefrite cronica interessata solo quando l'affezione data da lunghissimo tempo o anche quando siano sopravvenute delle gravi complicanze.

Quanto alla cura gli AA. ritengono che la nefrectomia più di ogni intervento chirurgico costituisca la sola terapia efficace e tutti gli altri metodi curativi rappresentino soltanto misure palliative.

Tuttavia è bene conoscere questi metodi incruenti, perchè non di rado occorre notare una più o meno completa remissione dell'affezione sotto la loro influenza terapeutica. La rimozione dei focolai infettivi (denti cariati, tonsille infette, prostata e vescicole seminali colpite da processi infettivi, ecc.) costituisce uno dei mezzi profilattici e curativi di prim'ordine.

I lavaggi pelvici con 10 cmc. di una soluzione all'1-2 % di nitrato d'argento ripetuti, alternativamente con i lavaggi vescicali, ogni 4-5 giorni e praticati per lungo tempo, rappresentano un ottimo mezzo di cura locale, sufficiente per la regressione dei sintomi più molesti.

La dilatazione lenta e graduale dell'uretere con cateteri di crescente larghezza è indicata in quei casi in cui gli altri metodi in genere falliscono.

Come terapia interna (oltre la urotropina e l'elmitolo) sono consigliati l'esilresorcinolo, l'acriflavina e la metenamina associata al cloruro d'ammonio: ma la loro efficacia è da molti attualmente negata.

Nella terapia endovenosa sono usati l'acriflavina, la metenamina, l'arsfenamina e il mercurocromo-220 solubile: questi due ultimi con maggiore successo.

L'uso dei vaccini (stock-vaccini e auto-vaccini) sembra talvolta di grandissima utilità.

Riguardo alla prognosi Braasch e Catheart ritengono che essa è tanto migliore quanto più precocemente si è provveduto alla rimozione dei focolai infettivi e quanto meno estese sono le alterazioni renali e ureterali.

Essi quindi consigliano di procedere innanzi tutto all'intervento profilattico (tonsille, denti, ecc.), quindi di attuare lavaggi pelvici e tentare la dilatazione ureterale e infine di fare uso di antisettici urinari.

I pazienti così curati dovranno poi essere attentamente sorvegliati e di tanto in tanto sottoposti a nuove cure per eliminare l'infezione nel modo più completo. Se tutto ciò non riesce, s'interviene chirurgicamente.

Rantoli e sfregamenti

La distinzione semeiotica tra sfregamenti pleurici e rantoli bollari qualche volta è molto difficile, specialmente quando si tratta di rumori fini, superficiali, a carattere poco umido, piuttosto uniformi. La confusione è maggiore se si pensa che in una incipiente affezione infiammatoria della pleura si possono avere insieme agli sfregamenti anche fenomeni congestizi collaterali dello strato corticale del polmone produttori di rantoli, e che, viceversa, affezioni superficiali del polmone possono accompagnarsi con un risentimento pleurico. Secondo le norme classiche di semeiologia, i caratteri differenziali tra rantoli e sfregamenti consistono nella continuità della successione dei singoli rumori quando si tratta di rantoli, mentre gli sfregamenti sono più irregolarmente distribuiti nel tempo della loro durata; i rantoli si ascoltano in una zona più ampia e mutano la loro quantità in seguito ai colpi di tosse, mentre gli sfregamenti sono più localizzati e possono modificarsi con la pressione sulla parete toracica.

Di questi caratteri, secondo L. Siciliano (*Rivista di Clinica Medica*, n. 9, 1927), hanno valore pratico soltanto le modificazioni indotte dalla tosse; molta importanza notevole ha l'osservazione dei cambiamenti cui vanno soggetti i rumori quando si ascolta il paziente in posizioni diverse, e sopra tutto quando dalla ordinaria posizione seduta per l'ascoltazione si passa alla posizione orizzontale, facendo sì che la zona da esaminare si trovi rivolta in alto. Con tale manovra, dopo aver lasciato passare un po' di tempo, avviene quasi sempre di notare la scomparsa o una sensibile riduzione dei rumori, nel caso che si tratti di rantoli.

Un altro criterio, secondo l'A., che parla in favore della sede polmonare di rumori ben definibili, è quello di potere ottenere con una puntura esplorativa del liquido essudativo nella stessa regione dove l'ascoltazione ha fatto rilevare precedentemente i rumori. Così pure all'A. sembra che abbia importanza a favore dell'origine pleurica di certi rumori il criterio invocato dal Mantoux della loro sede in corrispondenza del cul di sacco della pleura, nella regione precordiale e retrosternale, lungo il bordo costale, nello spazio di Traube.

Non va escluso, infine, che talora in pratica si debba attribuire a questi rumori respiratori di origine indefinita un significato piuttosto che un altro, non tanto in base ai loro caratteri semeiologici, quanto in base agli altri sintomi concomitanti e alla sindrome morbosa in atto, di modo che, invece di rappresentare un elemento per la diagnosi, detti rumori sono utilizzati a confermare o meno la diagnosi fatta per altra via.

Aneurisma latente dell' arco aortico

E. Bufalini (*Rivista di Clinica medica*, n. 9, 1927) riferisce il caso di una donna di 35 anni, luetica, ricoverata nell'Ospedale Sanatorio Careggi (Firenze) con la diagnosi di tubercolosi polmonare, fondata sia sull'esistenza di ripetute emottisi nell'anamnesi sia sul reperto semeiotico (in-

Digitized by Google

colai di fibro-sclerosi biapicale prevalenti a sinistra), suffragato dall'esame radioscopico, che metteva in evidenza anche noduli di infiltrazione disseminati quasi a tipo miliarico, specialmente nel polmone sinistro. L'assenza di espettorazione non aveva reso possibile di confermare tale diagnosi col reperto batteriologico. A carico dell'apparato circolatorio, inoltre, l'inferma presentava una chiara stenosi dell'arteria polmonare: fremito sistolico alla base, soffio sistolico asprissimo a netta localizzazione sul focolaio della polmonare, considerevole aumento di volume del ventricolo destro; stenosi evidentemente acquisita, perchè non riscontrata in un precedente ricovero dell'inferma nello stesso ospedale un anno prima, per la mancanza di bozza precordiale e per la rapida evoluzione.

Il concetto diagnostico dell'A., per l'assenza di chiari segni dimostrativi dell'infezione tubercolare di fronte ad una reazione di Wassermann nettamente positiva e ad un miglioramento delle lesioni pulmonari in seguito ad un trattamento antiluetico, si orientò verso la lue e fu posta diagnosi di probabile mediastinite luetica sclero-gommosa con stenosi da compressione dell'arteria polmonare e con lesioni luetiche a carico dell'apparecchio respiratorio.

La necroscopia, invece, rilevò insospettatamente la presenza di due sacche aneurismatiche aortiche nella porzione ascendente dell'arco, l'una a destra l'altra a sinistra, della grandezza di un uovo di piccione, comprimenti come in una massa l'arteria polmonare poco al di sopra del bulbo; notavasi inoltre miocardite degenerativa e mediastinite a carico del mediastino posteriore; si poteva escludere la esistenza di focolai pulmonari tubercolari. Evidentemente la morte era sopravvenuta per la gravissima compressione cui l'arteria polmonare era andata incontro per la dilatazione progressiva delle due sacche aneurismatiche.

Il caso sembra all'A. interessante, oltre che per la complessa fenomenologia cardio-vascolare, affatto muta in vita, nè rilevabile con la radioscopia, anche perchè costituisce un tipico esempio di pseudo-tubercolosi polmonare.

TERAPIA

I rimedi dell'amebiasi intestinale

Houssian e Duwez (*Bruxelles Médical*, n. 37, 1927) asseriscono che il sovrano rimane sempre il cloridrato di emetina, ma gl'inconvenienti cui può dar luogo una irrazionale distribuzione delle dosi, dovrà rendere molto guardingo il medico. Il cloridrato di emetina, come l'infuso d'ipecacuana e tutte le altre forme sotto cui viene somministrata l'ipecacuana, ha un'azione, come si sa, emetica e irrita il tubo digerente (per ciò che riguarda l'infuso) oltre che è fortemente tossico per l'organismo. Donde il precetto di non sorpassare mai le dosi di 60-80 centigrammi per una cura completa, sospendendo per un mese e più, prima di iniziare un'altra serie d'iniezioni, perchè l'azione cumulativa è facile e molto bizzarra ne è la eliminazione.

Molto importante la somministrazione nei bambini. Houssian ha trattato due bambini, uno di 15 mesi e l'altro di quattro. Il primo sopportò la dose totale di 3 1/2 ctgr. per tutta la cura, ma dopo ebbe fenomeni di intossicazione, consistenti in debolezza alle gambe, caduta a terra senza ragione, vomiti.

Il secondo ricevette sei dosi di 1/4, 1/2, 1/2, 1/2, 1, 1 1/2 ctgr. All'ultima dose il bambino ebbe sintomi di avvelenamento. L'A. consiglia perciò di non sorpassare il mezzo centigrammo, come cura totale, ciò per tutta la durata della cura, nei bambini fino a sei mesi; in quelli fino a un anno un centigrammo e in quelli fino a 2 anni due centigrammi.

Abitualmente quando la dissenteria assume andamento cronico, il parassita può presentarsi sotto forma di ameba incistata, sicchè dopo alcuni anni può dare delle sindromi di dissenteria acuta.

Ora queste cisti resistono all'azione dell'emetina, sicchè il volerne protrarre la somministrazione sarebbe inutile e dannoso. A tale scopo bisogna vedere quali medicamenti potranno sostituire l'emetina.

Si è ricorso ai clisteri di ipecacuana. Si fa precedere un clistere evacuativo di solfato di sodio, e quindi si fa il lavaggio intestinale con un'infuso d'ipecacuana a un grammo e mezzo per 300 di acqua, che si fa trattenere al malato per lungo tempo. Spesso si ha irritazione e tenesmo anale, specialmente sè non si usa un prodotto di prima qualità, qual'è risultata l'ipecacuana di Columbia, superiore a quelle d'India e di Rio.

Per la via della bocca si possono adoperare dei succedanei. Di questi sono più importanti:

a) l'*el Kossam*, composto di *Bruccea Sumatrana*, ritenuto utile nelle ricadute di dissenteria alle dosi indicate nell'etichetta annessa al farmaco e che bisogna rispettare. E' somministrata in polvere contenuta in capsule gelatinose da 50 ctgr. Se ne prendono due ogni ora restando a letto.

Questo medicamento dà spesso dei risultati brillanti sopratutto per le sue proprietà sedative e antiemorragiche.

b) *le pillole di Segond*, così composte: ipeca 0.40, calomel. 0,30, estratto d'oppio 0.05, fare sei pillole e prenderne una ogni due ore. La preparazione dev'essere fresca.

c) *cortecce di Simarouba* (appartiene alla famiglia delle Rutacee, fornisce una radice di cui si utilizza la corteccia). Si adopera l'infuso, sei grammi in 400 di acqua. Non è molto indicata, perchè si sopporta male.

Ciò vale pure per la pasta di Ravaut (polvere di carbone, sottonitrato di Bi, sciroppo semplice di glicerina anagr. 100, ipecacuana gr. 4, da prendere 3 cucchiai al giorno), il quale autore ha anche preconizzato l'uso dello arsenobenzolo.

Dei diversi preparati di questo bisogna ricordare:

d) lo stovarsolo, che avrebbe provocato delle guarigioni quando l'emetina e succedanei non erano riusciti a farlo. Ma la maggioranza degli autori è d'accordo nell'associarlo sempre all'emetina, piuttosto che adoperarlo da solo.

Lo stesso dicasi per il treparsol che gli AA. hanno adoperato nella seguente maniera: per quattro giorni una compressa di 25 ctgr. al giorno e poi tre di riposo: quattro giorni due allo stesso modo e tre giorni di riposo e così per altri due periodi di quattro giorni con tre d'intervallo, rispettivamente tre e quattro compresse pro die di 25 ctgr.

In un caso così trattato gli AA. dovettero ricorrere all'emetina, il risultato non essendo stato completo.

Finalmente va menzionato un ultimo rimedio:

e) il *Yatren* 105. Questo è un acido ossichinolin-sulfonico combinato con 28 % di iodo (casa Behring) che per le sue proprietà amebicide e per la nessuna tossicità per l'organismo ha incontrato largo favore tra i medici coloniali. Ha sull'emetina il vantaggio di poter essere somministrato, quando essa diviene tossica, per la bocca e per il retto. Inoltre agisce, contrariamente all'emetina, proprio sulle cisti amebiche.

Broden consiglia la seguente maniera di somministrarlo: per la bocca alla dose di 1 gr. tre volte al giorno: in genere dopo tre o quattro giorni i sintomi scompaiono. Dopo una prima cura di otto giorni, dieci o quindici di riposo; poi si fa fare una seconda cura e se occorre anche una terza, lasciando sempre i giorni di riposo tra una cura e l'altra.

Rare volte possono aversi disturbi gastrici dovuti a sviluppo di gas, oppure qualche lieve diarrea senza dolori. In questi casi si ricorre ai lavaggi. Si fa prima un lavaggio evacuatore di acqua tiepida e dopo quello medicamentoso, composto di 3 gr. di yatren sciolto in 200-250 cmc. di acqua tiepida; si pratica a preferenza di sera, badando di farlo trattenere quanto più è possibile.

Le dosi possono aumentarsi fino a 4-5 gr. badando di aumentare la quantità di acqua, senza però oltrepassare i 400 cmc. L'ammalato può trattenere il clistere per tutta la notte.

Il preparato per bocca esiste anche sotto forma di pillole o di cachets ma è preferibile usare la polvere.

Riassumendo tra i succedanei della ipecacuana sono da preferirsi il treparsol e il yatren 105.

Terapia medica e chirurgica nella nevralgia del trigemino

H. Peiper (Clinica chirurgica dell'Università di Francoforte, *Archiv f. Klinische Chirurgie*, vol. 143, f. 2) accentua l'importanza di una opportuna terapia interna prima di ricorrere all'intervento chirurgico; si dichiara però contrario alle iniezioni di alcool nel ganglio di Gasser, che, tra le altre cose, possono provocare una meningite adesiva, che si forma lentamente intorno al ganglio ed al tronco del trigemino, e può dare occasione alle peggiori recidive.

Le operazioni su questi gangli sono straordinariamente difficili, ed hanno una elevata percentuale di esiti letali, che si verificano particolarmente in seguito alle iniezioni di alcool; su 9 casi, 5 ebbero esito letale, e negli altri quattro l'estirpazione non avvenne senza difficoltà. Di realmente guariti non vi fu che un caso.

Il metodo di scelta in questi casi è il taglio della branca del trigemino, col metodo di Adson, risparmiando la parte motrice.

Bisogna escludere preventivamente che si tratti di pseudo-nevralgie, e durante l'atto operatorio bisogna assicurarsi che non rimangono *in situ* resti del ganglio, altrimenti le recidive saranno inevitabili.

La sintalina usata ambulatoriamente

V. Falkenhausen (Policlinica Medica dell'Università di Breslavia, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 18) ha sperimentato la sintalina, che, come è noto, è un surrogato sintetico dell'insulina, come

Digitized by Google

mezzo terapeutico ambulatorio in 15 diabetici, per la maggior parte anziani, adiposi, arteriosclerotici.

Veniva anzitutto determinata la quantità di zucchero eliminata con le urine dopo un pasto normale; se essa era superiore ai 50 gr. per mille, si incominciava col modificare la dieta; diversamente si iniziava senz'altro il trattamento.

Si somministravano due dosi quotidiane di 25 mg. il primo ed il terzo giorno, una dose di 25 mg. il secondo giorno, ed il quarto giorno il paziente veniva lasciato in riposo.

In tutti i 15 casi, che eliminavano prima della cura, da 40 a 50 gr. di zucchero per mille, una terapia di questo genere dette i risultati più soddisfacenti: lo zucchero quasi sempre scomparve completamente dalle urine dopo pochi giorni, od oscillò entro cifre molto basse (al massimo 5 gr. per mille), anche se i pazienti commettevano piccoli errori dietetici.

La terapia sintalinica va, per altro, continuata con grande regolarità, poichè se si tralascia, o si diminuiscono semplicemente le dosi, lo zucchero ricompare.

Non si sono osservati fenomeni di intolleranza, e per quanto il numero dei pazienti così curati sia stato molto esiguo, e si trattasse di gente di campagna, piuttosto grossolana e poco sensibile, l'Autore ritiene che in generale la terapia sintalinica praticata ambulatoriamente non debba dare incidenti di qualche rilievo, neppure nelle donne, od in persone piuttosto sensibili.

Cura dell'ipertensione con dieta priva di sali

E. R. Blaisdell (*Boston Med. and Surg. Journal*, 1927, 19 maggio) riferisce i risultati ottenuti in 35 casi di ipertensione arteriosa, con una dieta priva di sali. Nè cloruro nè bicarbonato di sodio furono permessi a tavola, o nella preparazione dei cibi, e furono concessi, d'altra parte, solo quei cibi che contenevano una minima quantità di sali.

Non bisognava oltrepassare la dose di 0.5 gr. di cloruri nelle urine delle ventiquattr'ore; per misura precauzionale le sostanze proteiche furono ridotte ad 80 gr. giornalieri, o anche meno.

Con questa dieta l'Autore ha ottenuto risultati migliori che con qualunque altra: i sintomi miglioravano rapidamente già nel primo mese: la pressione arteriosa diminuì notevolmente in quasi tutti i casi, ed i risultati si mantennero stazionarii fino a che durò la dieta speciale.

In generale, i pazienti potevano riprendere il proprio abituale lavoro, a meno che complicazioni cardiache avanzate non li trattenessero a letto.

E' necessario praticare l'esame delle urine ogni giorno, per assicurarsi che il paziente non commetta irregolarità dietetiche, poichè una lieve introduzione di sali provoca regolarmente di contraccolpo un aumento nella pressione arteriosa.

Le cure consecutive all'asportazione delle vegetazioni

Flurin e Rosenthal (Paris, *La Medicina Argentina*, n. 60, 1927) asseriscono che ogni vegetazione adenoide deve esser chirurgicamente asportata. Deve il sanitario attentamente trovare ogni malformazione, ogni affezione nasale che concorra alla insufficienza dell'organo. La condotta di lui obbedisca alle possibilità chirurgiche, ed alla necessità di rispettare la plastica facciale. Bisogna ricercare le ostruzioni basse, la glosso-ptosi studiata da Pierre Robin, e provvedere.

La cura di ginnastica e di rieducazione respiratoria è completamente logica della ablazione delle vegetazioni adenoidi, come di ogni ostacolo alla respirazione nasale.

Il ripristino ed il mantenimento della respirazione esclusivamente nasale, la sola fisiologica perchè sola compatibile con l'automatismo delle funzioni organiche, costituisce la base dell'allenamento fisico degli adenoidei. Dunque ritornare al metodo dell'esercizio respiratorio fisiologico Rosenthal, metodo eclettico perchè utilizza largamente la spirometria, la respirazione provocata, l'aeroterapia, gli sports. Risultati del trattamento da controllarsi tuttavia.

Il rino-adenoideo deve essere sempre esaurientemente controllato. La natura di alcune vegetazioni essendo tubercolosa, l'eredo-sifilide concomitante, il linfatismo, i disordini neuro-vegetativi ed endocrini vogliono essere severamente ricercati.

Il rino-adenoideo operato, rieducato, tonicizzato, mediante cure termali specialmente, sottoposto a vigilanza si sottrarrà alle complicazioni infettive che sono, appunto per codesti soggetti, le più temibili.

In questo campo del resto abbastanza coltivato, c'è di più recente nel concetto della insufficienza nasale il costituente glossoptosi messo in rilievo, negli ultimi tempi. Non pochi bambini hanno il mascellare inferiore poco sviluppato, mento rientrante. La lingua non disponendo di sufficiente spazio va ad ostruire il faringe, ostacola il corso dell'aria, ingombra così il «confluente vitale funzionale». Come si accenno innanzi è contro cotesto stato disfunzionale che il Robin crede aver provveduto col suo apparecchio il quale riportando il mascellare inferiore al suo posto normale libera le vie faringee ed il confluente vitale.

Terapia parenterale con alcool

Spiethoff (Clinica Dermatologica in Jena, *The Urologic and cutaneous Review*, giugno 1927) ha sperimentato già da vari anni questa cura nei seguenti gruppi di affezioni a carattere infiammatorio acuto o cronico:

Tricofizia profonda, foruncoli, superficiali flemmoni; flogosi delle ghiandole sudorali; mastiti, linfangiti, orzaioli, profondi noduli in acne volgare o rosacea; bartolinite; bubbone inguinale; infiltrazioni parenterali; tumefazioni in seguito di iniezioni endovenose di salvarsan, e magari da iniezioni intramuscolari; indurimenti cronici dolorosi consecutivi ad applicazioni röntgen; ascessi tonsillari; eresipela.

Ulteriore esperienza ha indotto l'A. a rinunziare a questo trattamento piuttosto irritante, nell'epididimite, artrite, prostatite gonorroica.

Sembra paradossale l'azione e quindi l'indicazione di questa terapia parenterale; ma bisogna ritenere che essa è tanto più efficace quanto più profonda è la flogosi negli strati cutanei. Che se nel lupus erythematodes bisogna dire forse che sì, forse che no, giova codesta terapia, c'è da aggiungere che tale affezione rientra fra le dermatosi il cui trattamento offre le più strane risultanze, quale che esso sia, a seconda di svariate ed imprevedibili circostanze. Da tener presente inoltre l'azione eccitante dell'alcool sulla sfera sessuale, fino a provocare polluzioni. Si è peraltro constatato che codesti effetti sono subordinati al dosaggio ed agli intervalli di somministrazione.

Norma fondamentale dettata dalla esperienza dell'A. si è: attenersi a dosi le quali per essere veramente curative non riescono a provocare reazioni di focolaio. La dose fu dall'A. gradatamente fissata a 0,1 cc. Altra norma fu quella di distanziare le iniezioni oltre 3 o 4 giorni, affinchè nessuna irritazione si attui prima che sia totalmente scomparsa quella preesistente.

Terza norma del trattamento quella di non accrescere le dosi senza che ne sia giustificata la ragione. Dunque eccezionale il superare 0,1 cc. di alcool assoluto.

Gli effetti più salienti sono: pronta cessazione del dolore; rapido inizio di riassorbimento. Soltanto nella negatività del risultato si sarebbe autorizzati a salire a 2 cc. e poi a 3 cc.

L'alcool assoluto è notoriamente di facile conservazione in bottiglia smerigliata. Una pipetta da 1 cc. graduata ad 1/100 serve a preparare la diluizione della dose di alcool prefissa, con 1 cc. acqua distillata.

Le iniezioni intramuscolari glutee sono ben tollerate. Si può anche affermare che usando dosi oltre 0.4-0,5 cc. si abbia aumento di eritrociti nucleati.

TECNICA

Come identificare il tipo di meningococco nella meningite cerebro-spinale epidemica

T. Pontano (*Il Policlinico, sez. pratica*, fasc. 31, 1927) che per la sieroterapia nella meningite cerebro-spinale epidemica è fautore dell'uso dei sieri specifici monovalenti, corrispondenti cioè a ciascuno dei tipi noti di meningococco, ha ideato un metodo rapido per la identificazione del tipo di meningococco che, caso per caso, può essere in questione, essendo questo riconoscimento la condizione essenziale per l'applicazione della predetta sieroterapia. Il metodo proposto è fondato sul principio della agglutinazione allo stato nascente, già applicato dal Bandi per la diagnosi rapida di colera. Eccone la tecnica: In 6 tubi sterili si distribuiscono 2 cc. di brodo (Ph = 7), o anche di brodo comune, e si aggiunge a ciascun tubo siero agglutinante rispettivamente per il meningococco A, B, C, D, al 5° tubo, invece, egual quantità di siero di cavallo; l'ultimo tubo serve di controllo senza aggiunta di siero. La quantità di siero specifico da aggiungere varia in rapporto al titolo agglutinante del siero stesso, badando, affinchè la reazione sia più netta, di non raggiungere mai il titolo massimo; per es. se il titolo è 1:300, si userà il siero al titolo di 1:150.

Preparati così i terreni, — il che è preferibile fare estemporaneamente, usando la massima sterilità — si pratica la puntura lombare e si fanno cadere in ciascun tubo 2-3 gocce di liquor del malato; indi le provette si portano in termostato a 37°. Già dopo 13-14 ore con l'agglutinoscopio, dopo 18 ore ad occhio nudo, si può apprezzare l'eventuale comparsa dell'agglutinazione: la qualità del siero aggiunto nel tubo nel quale l'agglutinazione si è prodotta determina il tipo del meningococco in causa.

Digitized by Google

La tecnica si può semplificare usando, invece del brodo, la soluzione fisiologica sterile (0,91 %); così invece dei sieri *test* agglutinanti, si può ricorrere agli stessi sieri curativi monovalenti, purchè siano stati precedentemente titolati.

Se si hanno reazioni di gruppo, si darà valore alla precocità e alla intensità del fenomeno agglutinante e si incomincerà la cura col siero che ha corrisposto a dette condizioni, accertandosi nel frattempo dell'esattezza della determinazione coi metodi del Castellani. Se il germe isolato è agglutinabile con tutti i sieri, compreso quello di cavallo, l'identificazione riesce impossibile; tali germi però sono rari. Se il germe non è agglutinato da nessuno dei sieri *test*, il meningococco è atipico e allora si farà ricorso alla sieroterapia polivalente.

ISTRUMENTI ED APPARECCHI

Su di un aspiratore per narcosi

E' noto, ed usato specialmente all' Estero, il tubo Mayo, di struttura metallica flessibile, destinato a deprimere la lingua, epperò agevolare il respiro del paziente, e sceverare compiti al narcotizzatore.

Non si può tuttavia dire ovviato ogni inconveniente. La saliva raccogliendosi nel faringe per lo stimolo meccanico dello istrumento, è anche più copiosa; l'aria che l'attraversa vi produce bolle di schiuma. Applicare su uno dei lati un batuffolo di garza montata su pinza, per asciugarla; tenere il capo del paziente sempre reclinato per farla defluire, sono manovre nè comode, nè sempre efficaci.

Ecco dunque che KARP (*Zentralblatt f. chirurgie*, n. 29, 1927) ha pensato ed attuata la combinazione di un aspiratore.

Il modello Mayo essendo alquanto ingrandito porta centralmente un tubo metallico, il cui estremo metallico passa in un tubo di cautchouc il quale è connesso con una pompa per saliva, con intercalato un serbatoio di vetro. E' facile, secondo l'A. conseguire lo scopo aspirando, e se si vuole, sostituire altro sistema di aspirazione.

Tutto questo può esser fatto dal solo narcotizzatore, senza abbandonare la mascherina.

L'apparecchio è fornito da Brüda Cizek in Prag.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L' efetonina. — La sostituzione della adrenalina alla morfina nella terapia dell'asma bronchiale, rappresentò senza dubbio un grande progresso. Possiamo oggi aggiungere, dopo tanti anni di esperienza, che l'adrenalina non solo conserva la sua efficacia immutata anche dopo anni di applicazione, ma non causa mai alterazioni subbiettive nè obbiettive del sistema circolatorio. Tuttavia l'adrenalina ha qualche svantaggio: principalmente la fugacia dell'azione, che la rende poco atta ad applicazioni profilattiche, e poi la incerta attività del rimedio quando è sommistrato per via interna. Perciò fu soltanto più tardi che un trattamento adrenalinico per via interna fu possibile, quando cioè Miller in America introdusse in terapia l'efedrina, alcaloide fin allora quasi ignoto in clinica, ad azione adrenalinica.

L'alto costo del preparato consigliò la preparazione del preparato sintetico, racemico, che fu messo in commercio col nome di efetonina. W. PERGER e H. EBSTER (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 26, 1927) hanno saggiato il rimedio in un grande numero di asmatici (casi lievi e di media gravità), somministrando il rimedio per via interna continuamente o periodicamente. L'efetonina riesce ad impedire l'attacco o a troncarlo in 1/2-3/4 d'ora, a migliorare la tosse e la bronchite nell'intervallo, a rendere completamente libero il respiro, spesso più o meno oppresso anche all'infuori degli attacchi, ad eliminare tutte le sofferenze nel catarro eosinofilo con dispnea permanente. Gli AA. osservarono subito dopo l'inizio della cura, la scomparsa di ogni disturbo, in 10 individui che o avevano prima bisogno di un'iniezione quotidiana di adrenalina, o erano sofferenti di stato asmatico permanente con bronchite tenace ed insonnia. Vi sono però anche casi gravi di asma bronchiale, cioè infermi con attacchi di durata molto lunga, intensi ed avvicinati nei quali l'efetonina arreca solo un successo parziale, e cioè soltanto la scomparsa di un certo numero di accessi. Questi casi sono però affatto refrattari a qualsiasi trattamento.

Gli AA. hanno poi esperimentata l'efetonina e l'efedrina in individui affetti da bronchite cronica, con enfisema polmonare e facile dispnea da sforzo, senza tipici attacchi asmatici, partendo dal concetto che il rimedio potesse vincere anche la indubbia componente broncospastica di questi processi. In realtà gli effetti osservati furono buoni: scomparvero la tosse, la dispnea, l'espettorato, i rantoli ed anche la dispnea da sforzo si emendò. Vi sono però anche casi di bronchite cronica, in cui probabilmente l'enfisema è troppo avanzato, nei quali l'efetonina non agisce.

In un caso di orticaria gli AA. non ebbero alcun miglioramento coll'efetonina, mentre il rimedio fu efficace in due casi di grave e tipica emicrania. Gli AA. usarono anche l'efetonina in sol. 5 %, per polverizzazione in alcuni casi di rinite acuta infettiva con forte tumefazione ed occlusione del naso. In queste forme l'efetonina si dimostrò di efficacia pari a quella dell'adrenalina, ma di effetto più prolungato.

Le azioni secondarie dell'efetonina sono trascurabili si può dire, specie in confronto all'efedrina: solo qualche malato si lagnò di un accenno di tremore, disuria, agitazione, palpitazioni.

□□□

NOTE MEDICO-LETTERARIE

La biologia clinica nella personalità artistica di Leopardi

« Il constatare che molti caratteri dell'emozione estetica e della crea« zione artistica leopardiana hanno radici nella individualità fisiologica « di un organismo; che in quella si potrebbero discoprire le stesse in« fluenze fisiche esterne, che agiscono sul germinare di una pianta, sul « profumo d'un fiore o sulla cristallizzazione di un minerale: non è il sof« fio, che disperde una cara illusione, ma il sussidio a una comprensione « più larga e più profonda, quindi a un più intenso gaudio del bello ».

Così si è espresso il chiarissimo Prof. L. M. Patrizi nel discorso letto nell'Aula Magna del Civico Palazzo di Recanati per il CXXIX anniversario della nascita di Giacomo Leopardi (*L'illustrazione med. italiana*, giugno 1927). In questo discorso come in saggi precedenti il distinto fisiologo italiano è venuto applicando la esegesi scientifica ad illustrare le caratteristiche della personalità artistica nel nostro poeta del dolore. Lo ha fatto con quella competenza, che tanto lo distingue.

Mi permetto aggiungere che nel caso speciale il contributo del fisiologo è in pieno accordo con quanto viene prospettato dalla osservazione clinica.

Il Prof. Patrizi dimostra che, riguardo ai sensi specifici, specialmente rispetto all'udito ed alla visione, Leopardi era un iperirritabile. Per il suo occhio e per il suo orecchio sentire significava esser ferito. Patrizi ricorda la iperestesia acustica di altri «genii in pena», come Carlyle, Flaubert, Musset, che si adiravano per il chiasso delle strade e delle campane; come Schopenhauer, che montava sulle furie per lo schioccar della frusta dei vetturini.

La identica iperirritabilità era spiccata anche per l'apparato cardiovascolare in Leopardi, onde il volto si scolora «per ogni lontano accento che a lui giungesse» dalle labbra di Nerina; sente il cuore palpitare per un canto popolare che lontanamente muore a poco a poco o per l'arguta canzone di fanciulla; il «mutar forma e color» ad ogni gesto e guardo d'Aspasia; l'«Or poserai per sempre, stanco mio cor — Assai palpitasti», dopo la delusione d'amore per la Targioni-Tozzetti.

Queste manifestazioni del Poeta sono efficacemente commentate da Patrizi con le parole seguenti, che riproduco testualmente:

« Ai nostri centri convengono, in ogni istante, oltre le eccitazioni co« scienti dei classici cinque sensi, moltitudini di stimoli generatisi nella « intimità dei nostri tessuti; le operazioni chimiche, che si svolgono « nella polpa del nostro cuore, nei nostri vasi sanguigni, nei polmoni, nel « ventricolo, negli altri organi splancnici, nella carne delle nostre mem« bra, nella stessa massa cerebrale, ecc. titillano le terminazioni dei ner« vi sensibili, però così delicatamente, che noi non ne abbiamo consape« volezza nello stato normale. Solo le variazioni fisiologiche del nostro « umore, lieto, indifferente, triste, così bene analizzate dal poeta stesso « nel *Cantico del gallo silvestre*, sono la proiezione esterna di tale sensi« bilità. Ma la malattia può rinforzare quelle trepidazioni impercettibili « dei nostri nervi, le quali, in tal guisa, possono non solo divenire co« scienti e dolorose, ma, pur rimanendo oscure, incatenare al proprio io « l'attenzione e le riflessioni del sofferente. Fu appunto la grande irrita« bilità di questo «tatto interiore», che attrasse il Leopardi a spiare den« tro se stesso indefessamente, interrompendogli spesso la comunicazione « psichica col mondo esterno, condannandolo al doloroso sentimento del « melanconico e al tormento del «pensiero dominante», del monoideismo, « ma plasmandolo in compenso al soggettivismo seducente delle canzoni ».

Lo stesso Prof. Patrizi mette in rilievo nella personalità psichica di Leopardi il contrasto tra la iperirritabilità e quello che Carducci sintetiz-

Digitized by Google

zò in Leopardi con la espressione di «spasimo dei nervi stanchi» e quello che Patrizi addita come «inerzia del volere», proclività all'esaurimento. Uno spettacolo teatrale, che si protraesse oltre il quarto d'ora, lo annoiava, perchè lo stancava. La facile stanchezza in contrasto alla eccessiva irritabilità gli faceva esagerare nell'animo la disparità tra la sua persona e l'ambiente esterno, gli facevano apparire infinito lo spazio, immani le potenze naturali, eterno il tempo. A questo sgomento rispetto all'ambiente siamo debitori, in parte, del grandioso e del sublime in alcuni canti del poeta di Recanati, che si considera un vivente nella solitudine immensa, un fiore nell'interminato deserto, con un continuato rimpianto di sè medesimo, in cui gli sconsolati vedranno le lagrime proprie trasformate in perle di poesia. L'entusiasmo, con cui Leopardi salutava le epoche lontane e pellegrinava lungo la storia, era suggestionato dalla tendenza ad allontanarsi dall'ambiente presente, in seno al quale si sentiva un individuo insocievole.

In Leopardi, come in ogni altro tubercolizzato, che si riveli eccessivamente egocentrico, questo sentimento di difesa esagerata della propria persona va compatito, quale istinto a convergere verso il proprio organismo le energie dell'ambiente per mitigare, se è possibile, le intime sofferenze, la miseria del corpo profondamente sentita, perchè troppo squisita è la intima cenestesi.

Questo complesso di fatti, illustrati da Patrizi con l'analisi del fisiologo, mi convincono della giustezza di quel marchio biologico, che nel campo clinico sono venuto additando, da tempo, come nota di massimo rilievo negl'individui tubercolizzati e che sono venuto sintetizzando non già nella sola iperirritabilità o nella sola ipostenia ma nella coesistenza contrastante tra questa ipostenia e quella iperirritabilità. Ne trattai in due anni di seguito nel Corso di perfezionamento in tisiologia tenuto nella Scuola Libera Medico-Chir. Napoletana e nel mio «Prontuario di Medicina interna».

Ipostenia ed iperirritabilità coesistenti in contrasto, che mostrai ripercosse in tutta la biologia del tubercolizzato, a cominciare dall'apparato cardiovascolare, dagli scambi nutritivi, dalla regolazione della temperatura, a venire al sistema nervoso sino alla sfera delle più elevate funzioni psichiche. Perciò nella sfera di queste funzioni si vede l'identico tubercolizzato ora trascinato dall'impulso di una euforia fuori proposito e di concezioni intellettuali sublimi (iperirritabilità cenestesica), ora accasciato sotto l'incubo di un umor nero sino alla tendenza suicida o assassina verso gli altri (reazione al senso della propria ipostenia contrastante alla ipersensibilità).

In Leopardi la estrinsecazione artistica della eccessiva sensibilità ed iperirritabilità verso l'ambiente esterno ed intraorganico si concreta nella nota del dolore, quale reazione al senso intimo della ipostenia. Crucio tragico di sentire squisitamente la propria miseria organica, che perciò l'attitudine poetica del Leopardi plasticizza nella poesia del dolore. L'ammirazione per il poeta è pietà verso l'uomo.

ANDREA FERRANNINI

LIBRI ED OPUSCOLI

FOÀ C. e PENDE N. *La Fisiologia e la Clinica degli Increti.* Istituto Biochimico Italiano, 1927, 1 vol. di pagg. 180. Prezzo L. 25,00.

Argomento vivo e sempre più all'ordine del giorno; particolarmente competenti in materia i due Autori designati dall'Istituto così meritorio nell'attuale movimento scientifico italiano, non è arduo presagire a codesto volume una diffusione molto larga. Tanto più da attendersi il successo, in quanto l'argomento stesso irto di innumeri difficoltà; consparso di crescenti incognite; fecondo di sorprese, diventa di una difficoltà assimilativa che potrebbe anche non preoccupare, se fosse dominio soltanto di biologhi; e se viceversa tutto l'immane lavoro di questi ultimi non dovesse approdare alla pratica terapeutica.

Il libro è diviso in due parti.

La prima schiettamente fisiologica è svolta dal Prof Foà dell'Università di Milano. Vi è magistralmente riassunta la fisiologia di tutto il sistema endocrino, il problema della costituzione; quello del ringiovanimento; un quadro della preparazione ormonica e della opoterapia.

La seconda parte svolta dal Clinico di Genova comprende gli elementi di diagnostica e terapia endocrina, suddividendoli in tre gruppi: le endocrinosi; i temperamenti endocrini; le endocrino-simpatosi.

GERINI C. *Patogenesi e diagnosi della malattia di Flajani-Basedow.* Un vol. di pag. VIII-197. Ed. Raffaello Giusti, Livorno, 1926.

Più volte questo giornale si è occupato dell'importante argomento, pel quale tanto si è scritto e tante costruzioni etiopatogenetiche sono state tentate.

L'A., medico dei RR. Spedali riuniti di Livorno, dice nella breve prefazione apposta alla sua interessante monografia che «il presente studio, che potrebbe chiamarsi un saggio di patologia costituzionale, rappresenta soltanto una messa al punto della questione della patogenesi della malattia di Flajani-Basedow ed una discussione critica del valore diagnostico dei singoli sintomi di essa. Non è, non vuole, non può essere, quindi, un lavoro originale, ma la esposizione dei risultati pubblicati su questo particolare argomento negli ultimi dieci anni, vagliati al lume di una ventennale esperienza».

In conformità dello schema tracciatosi, l'A. in successivi capitoli, densi di contenuto, tratta dapprima della patogenesi della malattia di Flajani-Basedow, esaminando le varie ipotesi patogenetiche cardiogene, neurogene (cardiache, vagali, simpatiche), endocrinologiche e l'importanza che modernamente si assegna al fattore costituzionale.

La seconda parte si occupa della diagnosi, diretta e differenziale. Un ricco ed utile indice bibliografico, completato anche da un indice dei nomi degli autori, chiude la pubblicazione.

PENDE N. *Trattato sintetico di Patologia e Clinica Medica.* Manfredi Principato, Editore in Messina, 1927. Per l'opera in tre volumi rilegati il prezzo di sottoscrizione è in lire 390.

Originale è la direttiva dell'opera ed originale ne è lo svolgimento. Non è uno dei soliti trattati, in cui la materia della medicina interna venga inquadrata nella rutinaria falsariga della eziologia, anatomia patologica, nosografia, diagnostica e terapia per i singoli capitoli, rispondenti ai vari organi. Ben altro è l'ordinamento di questa opera che segnerà un'orma nella letteratura medica internazionale.

Si è pubblicato il primo volume, nel quale una prima parte rappresenta come una vasta introduzione di filosofica biologia clinica, a cominciare dai fenomeni di passaggio tra la salute e la malattia, dalle cause patogene permanenti ed intrinseche rispetto a quelle accidentali, a venire alle localizzazioni dei processi morbosi nei differenti organi, ai perturbamenti unitari o collettivi dell'organismo, alla fisiologia al letto degli infermi, ai concetti di costituzione, di temperamento, di carattere, ai biotipi individuali, alle diatesi, alle anomalie costituzionali, alle leggi della crescenza normale, agli esiti dei processi morbosi.

Nella seconda parte del volume sono esaminati l'indirizzo della moderna semeiologia, i sintomi prodromici e d'invasione, le reazioni umorali, la facies l'habitus.

L'Autore si propone di studiare la medicina, non per organi singoli, ma come manifestazione di malattie generali, secondo le leggi delle correlazioni interorganiche, del *consensus partium*, dell'unità generale organica. L'identico sarà seguito nella parte terapeutica.

Queste direttive, così elevate scientificamente, sono praticamente integrate nella maniera più proficua, a giudicare dal primo volume ora pubblicato, nel quale è da ammirare anche una edizione addirittura splendida con figure numerose e tavole fuori testo.

Si tratta, dunque, di una pubblicazione, che aggiunge nuovo lustro al nome di Nicola Pende, già tanto autorevolmente noto in Italia ed all'estero, per la originalità delle indagini e per il fervido amore verso il progresso della scienza. Basti ricordare la fondazione della Università di Bari e dell'Istituto di Genova per lo studio dei biotipi umani.

ANDREA FERRANNINI

ROCHON-DUVIGNEAUD e DESCOLA. *L'oftalmologia in clientela.* (L'ophtalmologie en clientèle). Edit. N. Maloine, Paris, 27 Rue de l'Ecole-de-Médecine, 1927. 1 vol. pagg. 907, con 83 fig. (non indicato il prezzo).

Con il noto spirito di praticità; con la fattività che contrassegna la Casa editoriale medica francese, viene lanciato questo nuovo volume; il quale fa parte di una collezione sagacemente diretta dal Dr. Ch. Fiossinger, contrassegnandola col motto «*Comment guérir!*».

Inspirandosi alla finalità decisamente pratica, gli AA. di questo volume han voluto fare opera realmente efficace allo studente, ed a coloro tra gli esercenti, privi in genere di nozioni elementari di oftalmologia, che si trovano sviati in presenza della più semplice delle affezioni oculari.

Deliberatamente dunque gli AA. hanno accantonate le teorie patogeniche. Essenziale è l'etiologia, la cognizione delle cause, della origine traumatica, sifilitica, tubercolosa etc. di un'affezione. Questo è l'essenziale per i dettami terapeutici.

Si potrebbe obbiettare, secondo l'indissolubilità di codeste conoscenze da quelle che concernono la patogenesi. Ma lasciamo quale è, il criterio degli AA. Si potrebbe notare che in vista della finalità del libro una più ricca dose di figure lo renderebbe anche più esaurientemente pratico. Ma è verosimile che AA. ed Editore se ne convincano in una successiva edizione.

Digitized by Google

Comunque, il contesto del libro è maneggiato con competenza; ed è ripartito nei seguenti gruppi di argomenti, con rispettivi sottogruppi:

Nozioni di anatomia e di fisiologia oculare. Primo contatto con l'infermo. La camera chiara. La camera nera. La refrazione. Microbiologia, infezione oculare. Affezioni della congiuntiva. Affezioni della cornea. Affezioni della sclerotica. Affezioni dell'iride. Glaucoma. Cataratta. Affezioni del fondo oculare. Affezioni dell'orbita. Affezioni delle palpebre. Affezioni delle vie lacrimali. Motilità oculare e suoi disturbi. Sensibilità dell'occhio e suoi disturbi. Anomalie congenite. Tumori e pseudo-tumori. L'occhio e la patologia generale. Medicamenti oculari ed anestesia. Modo di applicare i medicamenti. Terapeutica generale. Traumatismi oculari. Perizie oculari ed infortuni sul lavoro.

Un indice alfabetico per argomento chiude il libro.

ALEVOLI

Escudero P. *Enfermedad de Ayerza.* Estratto dalla «Revista de la Sociedad de Medicina interna» (Buenos Ayres), n. 15, 1925.

Galli P. *Le complicazioni nervose della varicella: due casi di atassia cerebellare acuta.* Estratto da «La Pediatria», fasc. 13, 1925.

Salmoni G. *Relazione sull'andamento della Divisione medica dell'Ospedale civile Baratto in Schio nell'anno* 1924.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA PISA

Onoranze al prof. Barduzzi. — Sono state conferite solenni onoranze in S. Giuliano al prof. Domenico Barduzzi, ora ottantenne, la cui vita e attività come medico, igienista, idrologo è troppo conosciuta nel mondo scientifico, perchè sia necessario ricordarla qui. Le onoranze hanno avuto lo scopo del conferimento al prof. Barduzzi della cittadinanza onoraria di S. Giuliano, ed hanno avuto luogo nella sala che un tempo fu adibita alle sedute del Consiglio Comunale.

Numerosi gli intervenuti: autorità politiche, medici e professori ammiratori ed amici; tra i presenti: il gr. uff. Reducci, il prof. comm. Lelli, il dott. Falconcini, il dott. Malenotti, il dott. Tea, il dott. Giachetti. i proff. Luisada, Strasser, comm. Taddei, Traino, Duranti, on. Gabbi, Carreras, comm. Bastiani, Gurrieri, Silvestrini, Bonelli, Lilla, Landi; Tommasi, Bilancioni, Gentili, Devoto Menod Kuûsli, dell'ambasciata tedesca, ecc. ecc.

Il compito di consegnare al prof. Barduzzi la pergamena sulla quale è riportata la deliberazione podestarile con la quale, per unanime consenso della popolazione, gli si decreta la cittadinanza onoraria a dimostrazione dell'affetto e della viva riconoscenza per l'opera da lui svolta in un quarantennio di direzione delle Terme, tanto gradito compito è spettato al podestà di S. Giuliano, avv. Melani, che pronunciò per l'occasione un applaudito discorso.

Dopo la cerimonia il Podestà ha offerto agli intervenuti un signorile rinfresco, indi gli invitati sono stati riuniti nel *Tepidarium* delle Terme.

Il Segretario del Comitato ha dato lettura delle centinaia di adesioni pervenute tra le quali quelle di S. E. Fedele, di S. E. Bodrero, del comm. Malinverno, dell'on. Maraviglia, di S. E. il Cardinale Lega, dei Senatori Queirolo, Giordano, Zerboglio e Rossi, di mons. Attuoni, del Podestà di Chianciano, di Faenza, di Rimini, dei Rettori delle Università di Pisa, Padova, Firenze, Roma, Messina, Catania, del dott. Jonwaque di Bruxelles, del dott. Moore di Dublino, del dott. Wybow di Spa, del prof. Zoltan Dalmady di Budapest ecc.

Alla seduta hanno parlato l'on. Fabbri, e successivamente il prof. Carreras, che ha portato il saluto dell'Associazione italiana di idrologia e climatologia, il prof. Luisada che ha dato il saluto per l'Associazione di Idrologia dell'Italia Centrale, il gr. uff. Rebucci il quale ha parlato in nome pure dell'on. Maraviglia che lo aveva delegato a rappresentarlo, il prof. Caroli che ha portato al venerando scienziato il saluto di Siena dove il prof. Barduzzi fu per vario tempo Rettore dell'Università, il prof. Silvestrini di Brisighella, città natale del festeggiato, il prof. Bilancioni il quale ha pronunciato il discorso ufficiale ed il cav. uff. Lischi.

Al prof. Barduzzi è stata offerta inoltre dal grande ufficiale Rebucci una magnifica medaglia d'oro dono dell'Associazione di Idrologia; altra medaglia d'oro è stata offerta dal prof. Caroli per la città di Siena ed una artistica significativa pergamena dal dott. Silvestrini.

Finita la cerimonia, il prof. Barduzzi, sempre festeggiatissimo, si è recato a visitare la sede del Fascio locale; indi gli è stato offerto un banchetto nel Casino delle Terme, dove, tra gli altri, presero la parola il dott. Pellegrini per i medici d'Italia e il gr. uff. Rebucci. Infine il festeggiato, molto commosso, ha pronunziato poche parole di ringraziamento per l'imponente cerimonia volutagli attribuire ed alla quale il nostro giornale si è associato con grande entusiasmo.

VITA UNIVERSITARIA

Ritiro dall' insegnamento ufficiale. — Lasciano quest'anno, per limiti di età, le rispettive cattedre nell Università di Catania, i proff. Ughetti e Feletti. Essi hanno ricusato le abituali onoranze, accettando solo da colleghi, discepoli, amici ed ammiratori un banchetto d'addio, nel quale è stata loro offerta, in ricordo, una medaglia d'oro.

Elenco dei candidati alla Sessione delle Libere Docenze dell'anno 1927. — *Anatomia umana normale.* — Occhipinti Giuseppe, Rindone Alfredo.

Anatomia e Istologia patologica. — D'Alessandro Francesco, Fabris Angiolo.

Clinica medica e Semeiotica. — Alzona Federico, Antonelli Giovanni, Barinetti Carlo, Cedrangolo Ermanno, Cominelli Alfredo, Condrelli Luigi, Greppi Enrico, Liotta Domenico, Schiassi Francesco, Signorelli Ernesto, Villa Luigi.

Clinica delle malattie delle vie urinarie. — Broglio Ruggero, Colombini Silvio, De Gironcoli Franco, Melanotte Maurizio, Negro Mario, Nisio Giuseppe.

Clinica otorinolaringoiatrica. — Caccialupi Pietro, Carrari Giuseppe, Casella Benedetto, Donadei Giovanni, Ferretti Corrado, Guida Guido, Maffeo Luigi, Motta Roberto, Pallestrini Ernesto, Romano Serafino, Russi Pasquale, Tanturri Vincenzo.

Clinica ostetrico-ginecologica. — Albano Giovanni, Dellepiane Giuseppe, Di Francesco Sebastiano, Ferracciu Domenico, Lenzi Vincenzo, Lorenzetti Filiberto, Manna Arturo, Marabotto Giovanni B., Paroli Giovanni, Patti Francesco, Ragusa Biagio, Revoltella Giovanni B., Schiaffino Lorenzo, Vozza Francesco.

Clinica chirurgica, Clinica chirurgica e medicina operatoria. — Bufalini Maurizio, Catterina Attilio, Ceccarelli Galeno, Grignani Rodolfo, Puccinelli Vittorio, Stropeni Luigi.

Clinica oculistica. — Accardi Vincenzo, Balacco Francesco, Caramazza Filippo, Carmi Alberto, Castello Bartolo, De Rosa Giuseppe, Favaloro Giuseppe, Fileti Antonino, Gregorio Stellario, Leonardi Epimaco, Menestrina Gino, Montalti Mario, Pastore Francesco, Pisani Michele, Santanastasio Alfredo, Speciale Pietro, Tallei Enzo.

Clinica dermosifilopatica. — Armuzzi Giuseppe, Crosti Agostino, Del Vivo Goffredo, Flarez Francesco, Pais Luigi, Radaelli Alessandro, Scomazzoni Tullio.

Clinica psichiatrica. — Desogus Vittorino.

Clinica pediatrica. — Baccichetti Antonio, Barberi Salvatore, Castorina Giuseppe, Cocchi Cesare, Gerbasi Michele, Misasi Mario, Muggia Aldo, Pagani Cesa Andrea, Raspi Mario, Taccone Girolamo, Trambusti Bruno.

Clinica delle malattie nervose. — D'Antona Leonardo, Massazza Adolfo, Pilotti Giovanni, Testa Ulisse.

Farmacologia e tossicologia. — Rabbeno Angelo, Spagnuol Girolamo, Testoni Pietro.

Patologia generale. — Bisceglie Vincenzo, Capocaccia Mario.

Patologia speciale chirurgica, Patologia speciale chirurgica dimostrativa. — Anglesio Bernardo, Balice Matteo, Bianchetti Carlo Felice, Bologna Mario, Calissano Giovanni, Calvanico Raffaele, Carisi Guido, Carravetta Mario, Colle Guido, Di Gioia Cosmo, Giuliani Giovanni, Leone Pietro, Nigrisoli Pietro, Palma Raffaele, Pinardi Giuseppe, Romeo Giovanni, Rossi Nereo Francesco, Travaglini Vittorio, Turco Adalgiso, Violato Andrea, Virgillo Francesco.

Patologia speciale medica, Patologia speciale medica dimostrativa. — Agnoletto Vittorio, Aresu Mario, Avezzù Guido, Basso Ermenegildo, Bifulco Carlo, Bufalini Emilio, Campanacci Domenico, Castelli Riccardo, Cevolotti Giorgio, Cipriani Carlo, Corsonello Pasquale, Franco Pietro, Lovaglio Rocco, Lucherini Tomaso, Marin Pietro, Maselli Domenico, Melli Guido, Menasci Raffaello, Montagnani Mario, Monteleone Remo, Pansini Girolamo, Paolini Renato, Passini Roberto, Polleri Pio, Periti Enrico, Pietra Paolo, Poggio Giovanni, Ricozzi Tommaso, Sacchetto Italo, Scala Guglielmo, Scimone Vittorio, Sestini Corrado, Spanio Angelo, Tonietti Francesco, Trentini Silvio.

Radiologia medica. — Armani Ludovico, Bellucci Bruno, Bordoni Luigi, Piccinino Guido, Pozzo Nicolò.

Batteriologia, Batteriologia e Immunologia. — Ascione Giuseppe, Dessy Giorgio, Pepeu Francesco, Sette Nicola.

Chimica biologica. — Sunzeri Giuseppe.

Clinica e microscopia clinica. — Lucherini Tomaso.

Clinica delle malattie nervose e mentali. — Francioni Gino, Gerini Cesare, Vergara Emilio.

Digitized by Google

Fisiologia sperimentale. — Sunzeri Giuseppe, Di Giorgio Anna Maria.
Igiene. — Bruni Nicola, Cramarossa Saladino, Roatta Giovanni B.
Medicina operatoria. — Aureli Aurelio, Bussalay Enrico.
Istologia e biologia generale. — Locatelli Piera, Oliviero Mario Olivo.
Medicina legale. — Palmieri Vincenzo Mario.
Odontoiatria e protesi dentaria. — Brusotti Arturo, Gottardi Carlo.
Patologia e Clinica medica. — Guardabassi Mariano.
Patologia coloniale. — Pullè Felice.
Traumatologia. — Marsiglia Guglielmo.
Tisiologia. — Cova Felice.

Nuovi presidi di facoltà. — Il prof. Nazareno Tiberti, stabile di patologia generale nella R. Università di Siena, è stato nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia per il biennio accademico 1926-1927, 1927-28.

Libere docenze. — Sono stati abilitati alla libera docenza: Pettenati Alfredo, in patologia speciale medica; Bernabeo Gaetano, in traumatologia.

VITA OSPEDALIERA

L'Ospedale Civile di Ortona a Mare. — Dal giorno, in cui la direzione dell'Ospedale Civile di Ortona a Mare è stata affidata al Prof. Emanuele Santoro, deve parlarsi di una vera rigenerazione, la quale, oltre ad essere di sollievo ai sofferenti, si avvia ad essere una istituzione modello, a decoro e lustro della importante città abruzzese.

Appena dal 1° novembre 1926, in seguito a concorso, il Consiglio di Amministrazione dell'ospedale chiamò a dirigerlo il Prof. Santoro, pareggiato di Patologia speciale chirurgica nella R. Università di Napoli e già Assistente effettivo nella R. Clinica Chirurgica diretta dal Sen. Prof. Pascale. La *Riforma Medica* ha pubblicato pregevoli lavori del Prof. Santoro. A cominciare da novembre, si è ricostruita tutta un'ala dell'edifizio con la direzione e con bellissime camere isolate; si è rifatta buona parte dei pavimenti e dei tetti; si è rifatta di sana pianta la cucina; si sono rifatte le latrine, di cui prima esisteva un indecente simulacro; si è impiantato il termosifone in tutti gli ambienti; si è impiantato un eccellente gabinetto di raggi Röntgen e un gabinetto per ricerche chimiche e microscopiche; si è rinnovato e doviziosamente fornito l'armamentario; si è rifatta completamente la facciata su progetto dell'ing. G. Nervegna.

In questa opera di rigenerazione il Prof. Santoro è stato coadiuvato e sorretto dallo slancio entusiastico del Dott. Carlo Bernabeo, presidente del Consiglio di amministrazione dell'ospedale, e dal Podestà di Ortona, Gr. Uff. Romolo Bernabeo.

Per iniziativa della Signra Elisa Volpi, Segretaria della Sezione Femminile del Fascio di Ortona, è stato tenuto nell'ospedale un Corso per «Infermiere Familiari del Littorio», con una serie di lezioni teoriche e pratiche, tenute dal Prof. Santoro insieme con i Dottori Sanvitale, Gazzarelli e Bernabeo. Le allieve, per turno, hanno assitito alle operazioni, hanno potuto seguire l'andamento degli operati, hanno potuto rendersi conto di tutto il complesso andamento di una istituzione chirurgica.

Il direttore dell'ospedale, Prof. Santoro, ha pubblicato recentemente (Napoli, Stab. Ind. Editor. Merid., 1927) un rendiconto chirurgico delle operazioni compiute dal 1 novembre 1926 al 15 giugno 1927, con l'aiuto dei Dottori Silvino Croce, Vincenzo Andreassi, Francesco Gazzarelli, Antonio Sanvitale e del Dott. Esteno Alicandri per i raggi Röntgen. In questo rendiconto sono illustrati 178 atti operativi, prescindendo dalle molteplici cure ambulatorie.

Tra i 178 atti operativi sono da menzionare: tracheotomia di urgenza ed incisioni multiple per flemmone profondo del collo; laparotomie per appendicectomia, per ascesso epatico, per gastro-enterostomia, per ileocolostomia discendente, per resezione intestinale (ferita da punta), per asportazione di cisti paraovarica, per isterectomia subtotale (miofibroma, ematometra da ginatresia acquisita); intervento per placenta previa; cistotomia soprapubica; castrazione per sarcoma del testicolo; asportazione di tumore degli arti.

Queste prove d'illuminata attività chirurgica e i progressi edilizi ed igienici dell'ospedale di Ortona segnaliamo con molto compiacimento, perchè la stampa medica ha il dovere di valorizzare gli sforzi per il progresso della vita ospedaliera, che si va svolgendo nei piccoli centri.

NOTIZIE

Nomine e Onorificenze. — Il prof. Giovanni Piantoni, docente di patologia chirurgica nella R. Università di Roma, riuscito primo classificato dalla Commissione giudicatrice nel concorso indetto dal Ministero delle Colonie, è stato nominato direttore dell'Ospedale civile di Derna.

Borsa di Studio "A. Piperno" per specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria. — E' aperto il concorso alla borsa di Studio «A. Piperno» di lire ventimila destinata ad aiutare un giovane medico di condizioni economiche disagiate, che intenda seguire il corso biennale 1927-1929 di specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso la R. Scuola di Milano.

I concorrenti debbono essere cittadini Italiani di condizione economica disagiata, non residenti a Milano, laureati in chirurgia e medicina da non oltre due anni; devono aver riportato negli esami universitari una media non inferiore ai 24 trentesimi; devono impegnarsi di non esercitare la specialità se non a diploma di specialista conseguito. Se non hanno ancora sostenuto l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della medicina devono superarlo entro il biennio prima di dare l'esame di specialista.

I concorrenti devono presentare assieme ai documenti comprovanti le suddette condizioni, il diploma di laurea, il certificato penale e quello di buona condotta di data recente. Tutti questi documenti e qualsiasi altro titolo o documento che sia ritenuto utile, devono essere inviati assieme alla domanda in carta semplice al Presidente della Federazione Stomatologica Italiana Dottor Spiro Di Mento, Via D'Azeglio 34, Bologna 129, non più tardi del 30 settembre p. v.

La Commissione aggiudicatrice a parità di condizioni terrà conto della tesi di laurea in tema di stomatologia, dei servizi militari di guerra e di eventuali titoli e meriti speciali dei concorrenti.

La commissione aggiudicatrice della Borsa di studio sarà composta: 1) Del Presidente della F. S. I.; 2) Del Direttore della Scuola dell'Università di Milano; 3) Del Presidente dell'Associazione Italiana tra i docenti di Odontoiatria e Protesi dentaria.

Corso di specializzazione in Medicina Coloniale a Bologna. Alla fine del prossimo novembre si inizierà presso la Scuola di Patologia Coloniale di Bologna annessa alla Clinica medica, un Corso per Diploma di Specialisti in Medicina Coloniale per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Il programma comprende i seguenti insegnamenti: Clinica delle malattie Coloniali; Igiene Coloniale; Clinica medica; Protozoologia e Entomologia, Elmintologia, Batteriologia, Sierologia.

Alle lezioni teoriche si alterneranno esercizi pratici e dimostrativi essendo l'Istituto fornito di abbondante materiale scientifico e di laboratorio. L'Istituto resta aperto tutto l'anno.

Le tasse in totale (iscrizione, laboratorio, diploma, ecc.) ammontano a L. 2100, metà pagabili all'atto dell'iscrizione.

Possono inscriversi i laureati in Zoiatria, i quali seguiranno parte dei corsi ricevendone alla fine un certificato.

Per schiarimenti rivolgersi alla direzione dell'Istituto in Bologna, Ospedale S. Orsola.

Congresso di ottica a Padova. — In occasione della Mostra nazionale di strumenti ottici alla Fiera campionaria di Padova, si è tenuta nell'aula magna della Università la seduta inaugurale del Congresso di ottica, con un discorso del prof. Soler, pro-rettore dell'Università. Tra le varie comunicazioni, interessanti sono riuscite quella del prof. Castiglioni sulla storia del microscopio, del senatore Salmoiraghi sulla rinascita dell'ottica in Italia, del dott. Pasqualini sullo stato della cultura ottica, del prof. Ovio sull'ottica fisiologica, ecc. Contemporaneamente al Congresso, si è aperta, presso la biblioteca universitaria, la Mostra retrospettiva di ottica.

Assegnazione del premio Cyon. — Nella solenne adunanza della R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, conosciuta anche col nome di Accademia Benedittina, è stato aggiudicato il premio Cyon per la fisiologia sperimentale al prof. Casimiro Doniselli, direttore dell'Istituto di Psicologia sperimentale della R. Università di Milano.

PROPRIETÀ LETTERARIA
Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI
Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 29 Agosto 1927 — N. 35

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal Sen. Prof. G. B. QUEIROLO

SU DI UNA RARA LOCALIZZAZIONE DI CISTI DI ECHINOCOCCO

per il dott. ANTONIO BRUGI — Assist. e libero docente

Il fegato è l'organo in cui gli echinococchi si presentano con la massima frequenza nell'uomo e ciò è facile a comprendersi quando si pensi che gli embrioni perforano la parete dell'intestino e percorrendo un ramo della porta vengono facilmente trascinati dalla corrente sanguigna in quell'organo ove si fissano per formare la vescicola idatidea. Però, sia provenienti dal fegato ove primitivamente si sono fissati, sia direttamente provenienti dall'intestino per via linfatica o sanguigna, gli embrioni possono essere trascinati anche in organi più o meno lontani come il polmone, il rene, il cuore, il cervello, gli organi genitali, ecc.; ma queste localizzazioni sono molto rare. Lo dicono le statistiche. Secondo Frey eccone la frequenza: fegato 47 %, polmoni 12 %, reni 10 %, cavità cranica 9 %, bacino 4.5 %, milza 3.5 %, ossa 3,5 %, genitali femminili 3,5 %, maschili 1 %, occhio 2 %, colonna vertebrale e midollo spinale 1,5 %.

Premesso questo, è mio desiderio ricordare ed illustrare un caso osservato in Clinica, inizialmente assai oscuro per la diagnosi di natura, la cui sintomatologia era dovuta ad una metastasi di cisti di echinococco del fegato, localizzata nella VI, VII, VIII vertebra dorsale ed interessante secondariamente il midollo spinale.

Eccone la storia clinica (N. 6, anno 1924, volume 1).

Mary S. di anni 32, nata a Firenze, domiciliata a Pisa, di mestiere operaia in una fabbrica di tessuti. Padre morto a 54 anni di ulcera gastrica, madre morta a 60 anni di tubercolosi polmonare; due fratelli sono morti in tenera età di meningite basilare; tre sorelle sono morte di malattie dell'infanzia non bene precisabili; un fratello è vivente e sano.

Mestruò a 13 anni; mestruazioni regolari per qualità, intercorrenza, quantità.

Andò a marito all'età di 30 anni con un uomo vivo e sano; ha avuto una sola gravidanza con esito a termine di un bambino vivente e sano.

L'inferma ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia; a 18 anni ha avuto una pleurite essudativa guarita in circa tre mesi; a 28 anni ebbe una emottisi lieve, che poi più non si è ripetuta, da mettersi in rapporto secondo il racconto dell'ammalata, ad una caduta fatta da una scala per la quale essa andò a battere violentemente il petto sullo spigolo di un gradino; a 29 anni fu ricoverata nell'ospedale di Pisa per una paraplegia comparsa improvvisamente, senza sintomi prodromici nè cause apprezzabili, che si risolse in circa una settimana mercè cure adeguate — massaggio, elettroterapia. Tale affezione fu ritenuta dai sanitari che la curarono di natura isterica dato che l'inferma è un soggetto isterico. Dipoi essa godette buona salute fino all'ottobre 1923, epoca in cui senza cause apprezzabili fu colta da dolori violentissimi, trafittivi, accessionali svolgentisi a cintura nella parte alta dell'addome e aventi come punto di partenza le vertebre dorsali. Tali dolori erano più frequenti ed intensi nella stazione eretta, si attenuavano col riposo, cessavano a letto. Quindici giorni dopo l'inizio con alternative di benessere e di malessere analoghi dolori si presentarono anche nel lato interno delle coscie dapprima a destra poi a sinistra. Tali dolori non impedivano all'inferma di mantenere la stazione eretta e di camminare; solo nei momenti della crisi dolorosa essi erano assai difficili. Dopo un mese dal principio della malattia questi dolori si manifestarono anche alle gambe e ai piedi, prima a destra e poi a sinistra interessando i musooli interossei e della sura. In tale epoca la stazione eretta si fece alquanto difficile e soltanto possibile con l'aiuto di un bastone o di un altro sostegno: la deambulazione pure divenne difficoltata.

L'inferma racconta che in questo momento non erano più solo i dolori ad impedirle la stazione eretta e il cammino ma bensì un senso di debolezza in tutta la muscolatura degli arti inferiori. Nel camminare ella sentiva negli arti un senso di pesantezza per cui era costretta a strisciare i piedi sul suolo non potendo sollevarli del tutto. Con un rapido progredire dei fenomeni a carico della sensibilità e della motilità si giunge alla fine di dicembre del 1923 epoca nella quale l'inferma non potè più reggersi in piedi e fu costretta a letto. Entra in Clinica il giorno 4 gennaio 1924.

Esame obbiettivo generale. Donna di gracile costituzione fisica; all'esame dell'apparecchio scheletrico si osserva una cifosi in corrispondenza della colonna vertebrale dorsale con accenno a *gibbus* sulla VI vertebra; la radiografia di questo tratto fa rilevare che mentre dalla IX vertebra in giù o dalla V in su la visibilità delle vertebre e dei dischi è chiara, in corrispondenza al tratto fra la VI e VIII vertebra la visibilità è scarsa; le vertebre appaiono fuse fra loro per la scomparsa degli spazi intervertebrali; tali vertebre appaiono come usurate. Masse muscolari normali salvo negli arti inferiori ove sono leggermente ipertoniche; panicolo adiposo scarso. Sensorio integro, decubito obbligato supino. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido, roseo.

L'inferma ha tosse, non dispnea, non edemi, non cianosi.

Micropoliadenia. Cutireazione alla tubercolina intensamente positiva. T. 36,5. — P. 102 — R. 24. Alla regione sacro-coccigea e alle regioni trocanteriche accenno a disturbi trofici.

Apparecchio respiratorio. Torace denutrito, coste avvicinate e spioventi, spazi intercostali avvicinati; cingolo scapolare destro abbassato con ipotrofia muscolare; maggiore profondità delle fosse sopra- e sotto-claveare di destra. La metà destra del torace si espande meno di quella di sinistra durante gli atti della respirazione. Il fremito vocale tattile è rinforzato a destra nelle regioni sopra- e sotto-scapolare, sopra- e sotto-claveare di destra; alla base del torace dello stesso lato ipofonesi meno marcata. Nella regione apicale rantoli fini, inspiratori e soffio bronchiale; alla base sfregamenti e diminuzione del murmure vesicolare. L'inferma ha tosse accompagnata da espettorato muco-purulento; non dispnea nè cianosi. R. 24.

L'esame dell'espettorato fa rilevare numerosi cocchi, per lo più diplococchi; numerosi globuli bianchi; assenza di fibre elastiche e di bacilli di Koch; nessun altro elemento patologico. All'esame radiologico marcato marmoreggiamento dell'apice di destra che scarsamente si rischiara sotto i colpi di tosse; ili marcati e diramati; strie evidenti: diaframma poco mobile a destra.

Apparecchio circolatorio. Ictus cordis al 5° spazio intercostale sinistro; limite dell'ottusità assoluta del cuore in alto alla 4ª costa; limite interno alla marginale sinistra dello sterno. Toni chiari e netti su tutti i focolai di ascoltazione. Nulla al giugulo e ai vasi del collo. Polso frequente normale negli altri suoi caratteri. P. 102.

L'esame del sangue dà il seguente reperto: Emoglobina 58, globuli rossi 3255000, bianchi 8906; formula leucocitaria: polinucleari neutrofili 56, eosinofili 12, grossi mononucleari 10, linfociti 19, forme di passaggio 3.

Globuli rossi scolorati, lieve anisocitosi, non poichilocitosi. Scarsissima sostanza a reazione granulo-filamentosa. Non emazie nucleate nè policromatofilia. Culture del sangue negative, sierodiagnosi negative. Wassermann (dopo riattivazione) negativa.

Apparecchio digerente. Lingua pulita, alito buono, appetito conservato, deglutizione e funzioni gastriche normali. Addome normale non dolente nè dolorabile; non liquido nè masse in cavità, l'esame radiologico dello stomaco e dell'intestino sono normali. Alvo aperto; esame delle feci normale.

Il fegato giunge col suo margine superiore alla VII costola; il margine inferiore deborda un dito trasverso dall'arcata costale; tale margine è normale in tutti i suoi caratteri; non è dolente nè dolorabile. Radiologicamente il fegato appare abbassato; nulla appare di patologico in tutte le sue parti.

La milza si trova nei limiti fisiologici.

Digitized by Google

Apparecchio urinario. Esame fisico e funzionale normale.

L'inferma avverte dolore alla palpazione della vescica. L'urinazione è dolorosa. Le urine sono torbide, rossiccie e sedimentano. Non contengono che lieve tracce di albumina. Nel sedimento globuli bianchi numerosi, cellule vescicali, sali, flora batterica abbondante.

Sistema endocrino. Normale in tutte le prove eseguite.

Sistema nervoso. Stato di coscienza perfetto; memoria integra sia per gli avvenimenti recenti che lontani; l'inferma è facilmente emozionabile, irritabile ed eccitabile; presenta tutte le note di un soggetto isterico. Nulla a carico dei nervi cranici; il corrugamento della fronte e delle sopracciglia si compie normalmente; le rime palpebrali sono eguali d'ambo i lati. I globi oculari si muovono bene in tutti i sensi; le pupille reagiscono bene ed ugualmente alla luce ed all'accomodazione. Gli angoli labiali ed i solchi naso-labiali appaiono normali. La lingua è sporta normalmente. Movimenti del capo tutti possibili. Fonazione, deglutizione, masticazione, normali. I movimenti del tronco sono dolorosi in tutti i sensi; la palpazione delle vertebre VI, VII, VIII, riesce dolorosa e fa rilevare un accenno al gibbus.

La motilità, la riflessività, il trofismo degli arti superiori sono normali. A carico degli arti inferiori i movimenti attivi sono del tutto impossibili; i movimenti passivi sono possibili ma con un certo sforzo dato uno stato di ipertonicità della muscolatura gli arti sono in posizione di lieve flessione ed adduzione. La forza è totalmente abolita.

I muscoli sono leggermente ipotrofici; però tra un lato e l'altro non esistono diversità numeriche. La stazione eretta e la deambulazione sono impossibili.

I riflessi cutanei sono torpidi in genere negli arti inferiori; il riflesso addominale è abolito; normali essi appaiono nelle altre parti del corpo; i riflessi tendinei sono vivaci (così il rotuleo e l'achilleo) negli arti inferiori; normali altrove. Non esiste clono della rotula nè del piede. Babinski ed Oppenheim presenti.

Le sensibilità generali sono normali dall'alto sino alla apofisi ensiforme; dipoi sono così alterate: la tattile e la dolorifica appena accennate, la termica abolita.

Nulla a carico dei sensi specifici. Eccitabilità elettrica dei nervi e muscoli conservata.

Si ha perdita involontaria delle feci e delle urine.

Praticata una puntura lombare il 24. 1, 1923 il liquor fuoriesce a pressione normale, limpidissimo; contiene albumina in quantità di gr. 0.37 ‰, zucchero gr. 0,23 ‰, nel sedimento linfocitosi (4/7 per mmc.); assenza di microorganismi. Culture sterili. Wassermann (dopo riattivazone) negativa. Lasciato a sè non forma il reticolo del Mya.

La diagnosi sintomatica della malattia che affliggeva la nostra inferma si presentava molto semplice; si trattava di una donna affetta da paraplegia. Ma in riguardo della natura di essa sorgeva intanto subito un dubbio; si trattava forse di una paraplegia organica o di una paraplegia isterica? La risposta a questo quesito importantissimo era tutt'altro che facile in quanto il quadro analogo, non per il suo svolgimento ma per la sua forma, avutosi nel 1921 e in breve tempo risoltosi, la localizzazione molto frequente ad aversi negli arti inferiori nelle paralisi isteriche, la presenza nella donna di tutte quelle manifestazioni che notoriamente sono proprie dell'isterismo erano dei fatti suggestivi per una paralisi di natura isterica; ma questa si doveva escludere basandosi su sintomi di notevole importanza e sui quali si poteva impostare una diagnosi differenziale.

Erano questi: il modo di insorgere della malattia, l'assenza del riflesso addominale, la presenza del Babinski e dell'Oppenheim, la perdita delle feci e delle urine, la persistenza della paralisi in modo eguale in qualunque momento si osservasse l'ammalata, l'essere colpiti tutti i gruppi muscolari sia coscienti che incoscienti e subcoscienti, il decorso regolare e progressivo della paralisi, l'insorgenza di rapide complicanze quali la cistite e i disturbi trofici cutanei portavano senz'altro ad escludere la forma isterica e a far propendere per una forma organica.

Ammessa adunque la paraplegia organica la diagnosi di una lesione del midollo dorsale si imponeva senz'altro per i seguenti sintomi propri di ogni interruzione della conduzione nervosa nel midollo spinale: estremità superiori libere, paraplegia di moto, disturbi senzienti senza grave atrofia muscolare, con eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli conservata; riflessi tendinei esagerati; riflessi cutanei indeboliti, fenomeni spastici negli arti, disturbi retto-vescicali.

E tale processo di mielite era certamente secondario ad una compressione del midollo sia perchè l'esame esteriore della colonna vertebrale faceva rilevare la formazione di un gibbus, sia perchè l'esame radiologico faceva constatare alterazioni ossee nei corpi vertebrali.

Dato che nella massima parte dei casi sono le affezioni tubercolari quelle che determinano un simile quadro, il *morbo di Pott* era la forma morbosa che si doveva ammettere nella nostra donna. Il gentilizio era tarato; le condizioni generali della nutrizione e della sanguificazione erano scadenti; le lesioni polmonari clinicamente e radiologicamente rilevabili, la cutireazione con esito positivo, un lieve stato infiammatorio del liquor, la tosse, l'espettorato (per quanto negativo) erano elementi in favore di questa diagnosi di natura. Perciò ogni altro fattore comprimente il midollo spinale si poteva facilmente escludere (carcinoma, sarcoma, aneurisma dell'aorta, esostosi, neoformazioni sifilitiche ecc.).

Ma la diagnosi inizialmente fatta di morbo di Pott si presentò poi suscettibile di qualche discussione: misero in dubbio tale giudizio diagnostico la persistente apiressia, la cifosi scarsamente prominente, il costante reperto negativo dell'espettorato, e sopratutto la *cosinofilia* riscontrata nel sangue. È noto come un aumento di tale qualità di leucociti è caratteristica delle infezioni parassitarie, e poichè l'inferma aveva avuto rapporti con cani, sorse il dubbio si trattasse allora dell'echinococco del fegato. Si procedette alle indagini di laboratorio oggi ammesse come le più certe per una simile diagnosi; l'intradermoreazione di Casoni e la sottocutaneoreazione di Pantano, la reazione di Ghedini-Weinberg riuscirono positive intensamente.

Basandosi su queste ricerche e sull'eosinofilia, per quanto altri mezzi diagnostici propri fossero negativi, si sospettò una cisti di echinococco localizzata nei corpi vertebrali che usurando questi e sviluppandosi all'interno avesse provocato un processo di mielite.

Ammettendo questo secondo giudizio diagnostico si poteva spiegare forse anche la paraplegia sofferta nel passato: ammettendo cioè la guarigione in rapporto ad una regressione del processo cistico.

Intanto le condizioni dell'inferma si erano aggravate; si erano formate vaste piaghe da decubito al sacro e al coccige e alle regioni trocanteriche, era comparsa febbre a tipo settecemico, sia in rapporto alla cistite, sia in rapporto ad infezione eresipelacea comparsa intorno alle piaghe, finchè il 7 aprile comparvero due focolai di broncopolmonite basilare che portarono alla morte il 18 aprile la nostra donna.

Il 20 aprile si andò all'autopsia con la diagnosi di setticemia da piaghe da decubito, cistite, mielite secondaria a compressione da probabile cisti di echinococco. L'esame neroscopico dette ragione a questo secondo giudizio diagnostico.

Nel registro dell'Istituto di Anatomia Patologica al N. 11126 si leggono questi particolari dell'autopsia gentilmente offertimi: « messo allo scoperto il midollo spinale si trova la cavità più ampia che non in condizioni normali in corrispondenza della regione lombare e lombosacrale; nella parte alta del midollo dorsale in corrispondenza circa della VI vertebra si trova una intumescenza epidurale cistica a contenuto limpido la quale fa corpo col tessuto osseo circostante che a sua volta appare usurato. Anche nella prima porzione del midollo dorsale esistono altre piccole produzioni dello stesso carattere di quella su descritta. Incisa la dura madre si nota che questa non è aderente alla pia e che nella cavità rachidea esiste essudazione fibrino-purulenta che occupa tutta la parte inferiore del midollo. Nella parte alta non si ha invece essudazione ma solo iperemia. E più sotto si legge al fegato: « aderente alla parte alta una grossa cisti sotto-diaframmatica della grossezza di una arancia ».

Si trattava di una *mielite purulenta secondaria a cisti parassitaria del fegato con metastasi vertebrale ed usura ossea.*

Prelevato del liquido ed esaminato, esso era limpidissimo come cristallo di rocca, a reazione neutra, del peso specifico 1000, privo di albumina, contenente traccie di cloruro di sodio, di zucchero, e di acido succinico; al microscopio qualche uncino e presenza di frammenti di membrana stratificata.

La diagnosi emessa di cisti di echinococco vertebrale veniva pienamente confermata dall'esame necroscopico, il quale illustrava i particolari della localizzazione alla colonna vertebrale. Si trattava certamente di una metastasi vertebrale da una primitiva localizzazione al fegato.

Digitized by Google

Questa non si poteva diagnosticare per mancanza di segni fisici: mancava ogni indizio anche il più lieve; anche tutti quei sintomi vaghi non certo patognomonici, ma utili per la diagnosi, assai male apprezzabili dal medico e dal soggetto non sempre intelligente, quali un senso indefinito di peso al fegato, una lieve dolorabilità diffusa alla palpazione della regione addominale corrispondente, il dolore spontaneo sia pure appena apprezzabile che si diffonde alla spalla e si acuisce col lavoro, ecc., erano assenti. E d'altra parte l'esame necroscopico giustificava l'impossibilità di poter rilevare la presenza di una cisti appartenendo questa a quel gruppo di *cisti a sviluppo ascendente,* nella quale non si ha alcun tumore esteriore e tutto si svolge nel profondo della cavità toracica. La cisti viene a svilupparsi sul margine superiore del fegato e esercita una continua pressione sul diaframma. Se il diaframma (così come nel nostro caso) è assai più resistente dei legamenti che tengono fisso o sospeso il fegato, per la resistenza anche più forte della parete addomino-costale anteriore, può il fegato, ruotando con la superficie convessa in avanti, portare il suo margine anteriore a sorpassare l'arco costale. In verità in questa donna il margine inferiore era palpabile un dito trasverso sotto l'arcata costale; ma su questo unico sintomo non si poteva certo formulare la diagnosi di echinococco del fegato!

***

Ho voluto ricordare questo caso, assai oscuro inizialmente nella sua diagnosi di natura, appartenendo al gruppo delle rare localizzazioni dell'echinococco.

Come ho ricordato più sopra, la localizzazione vertebrale non raggiunge secondo la maggior parte degli AA. che l'1 % in rapporto anche alla difficoltà di propagazione, in quanto l'embrione giunge in via generale alle vertebre o dal tessuto sotto-pleurico, o dal tessuto sottoperitoneale, solo in via eccezionale colpisce primitivamente il canale vertebrale. Nel nostro caso, adunque, la larva, giunta al tessuto osseo vertebrale, ha formato la sua vescicola la quale nell'accrescimento ha totalmente distrutto il tessuto osseo e approfondandosi verso l'interno, giunta allo speco vertebrale, pur rimanendo epidurale, ha provocato i noti segni a carico del midollo spinale (mielite da compressione).

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA — SALA FLAIANI
Primario: Prof. LUIGI FICACCI

CONSIDERAZIONI SOPRA UN CASO DI STENOSI PILORICA DA COLECISTITE

per il dott. FLAMINIO RICCI — Aiuto

Le stenosi piloriche e piloro-duodenali da colecistite, oltre a non essere molto frequenti, (Kehr su 1000 casi di litiasi operata ne ha contati solo 22) hanno in genere ciascuna la peculiarietà di racchiudere dei dati speciali di qualche interesse.

Tre sono i meccanismi per i quali queste stenosi estrinseche del segmento piloro-duodenale possono prodursi:

1° la compressione della regione piloro-duodenale da parte di una grossa vescichetta ripiena di calcoli e più o meno aderente;

2° l'incuneamento di un calcolo generalmente voluminoso nella regione piloro-duodenale. Casi questi di Freidmann, di Okinczj, di Goullioud, di Venot. Sul come avvenga il passaggio di questo grosso calcolo stenosante, se traverso il coledoco disteso, oppure per il formarsi di una fistola vescicolo- duodenale, ancora gli autori non sono d'accordo. Villard si pronuncia nettamente a favore della prima ipotesi, sembrandogli eccezionale il passaggio per fistola colecisto-duodenale. Delagenière ha invece emesso il parere contrario e pensa che sia proprio il meccanismo della fistola il quale si avrebbe 28 volte su 30.

Il passaggio diretto è stato del resto constatato in un certo numero di casi nei quali il calcolo fu colpito a mezzo impegnato nel duodeno e a mezzo ritenuto nella vescichetta;

3° la pericolecistite. Questa è la complicazione che dà gli accidenti più serii. A volte si tratta di briglie, di cordoni fibrosi che vanno dalla cistifellea al grande omento strangolando la prima porzione del duodeno sulla quale essi passano. Più spesso la trasformazione sclerosa del piccolo omento retrae e stira in alto sotto il fegato l'angolo duodenale superiore facendogli fare una ripiegatura acuta a guisa di gomito. Molto spesso infine queste colcistiti giungono a formare attorno alla regione piloro-duodenale dei veri e propri tumori che possono (tale evenienza non è certo molto frequente),essere percettibili anche alla palpazione e avere quindi la apparenza di un neoplasma pilorico, tanto più facilmente in quanto si accompagnano a segni di stenosi.

Vicino a queste tre grandi cause di stenosi conviene segnalare due elementi che in genere intervengono sovrapposti ai precedenti:

a) casi potuti constatare alla autopsia nei quali, dopo liberata dalle aderenze, la parete duodenale o la regione pilorica erano aumentate notevolmente di spessore sì da divenire sede di uno strozzamento a pareti spesse;

b) casi molto più rari in cui si notò una voluminosa ipertrofia della testa del pancreas (Papin) che era una importante causa di stenosi.

Conviene in ultimo segnalare le stenosi piloro-duodenali che possono seguire ad operazioni sulle vie biliari anche quando queste siano sembrate semplici (casi di Glass e di Finsterer).

Maria T. di 54 anni, entra in ospedale il 26 del mese di settembre 1925. E' vedova, donna di casa, e proviene da Roma. Cinque gravidanze a termine, un figlio morto di meningite a sette anni. Due altri morti appena nati. Nel 1914 ebbe febbri malariche durate circa tre anni. Nel 1920 erisipela della faccia recidivata l'anno dopo. Nel 1924 pleurite secca destra. Nel 1910 ebbe i primi disturbi gastrici. Questi consistevano in senso di bruciore allo stomaco che insorgeva a distanza di tre o quattro ore dai pasti e scompariva dopo ingestione di alimenti. Da allora ha sempre sofferto di questi disturbi, non quotidiani bensì presentantisi in modo irregolare e frequente. A volte, senza che vi fosse un ritmo di tempo preciso, la paziente era colpita da crisi dolorose nella regione epigastrica con irradiazioni laterali scarse. Dette crisi erano più o meno violente, a volte violentissime.

Nessun altro sintomo sia a carico dello stomaco, sia a carico del fegato. Si è insistito presso l'inferma, ma non si è mai potuto precisare se questi disturbi dolorosi fossero seguiti da elevazioni febbrili. Nel 1924 cominciò a soffrire di vomito alimentare. Detto vomito era preceduto da senso di molesta ripienezza gastrica, dalla impressione che il contenuto gastrico non potesse passare. I detti sintomi si sono andati mano mano aggravando. Nel maggio 1925 ha avuto diarrea durata per circa due mesi ed allora dice di essersi avveduta di una tumefazione in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro. Negli ultimi mesi ha cominciato a notare deperimento spiccato.

Al suo ingresso in reparto si lamenta di dolore continuo all'epigastrio che diminuisce dopo la ingestione di cibi. Spesso ha vomito alimentare abbondante. Alvo regolare. Minzione id.

E. O. Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione scaduto. Colorito del volto leggermente roseo. Decubito preferito supino. I decubiti laterali sia destro che sinistro, riescono dolorosi. Non alterazioni della temperatura. Polso 75, ritmico, eguale, di media ampiezza e pressione.

Lingua detersa, umida. Pupille uguali, reagenti. Apparato linfo-ghiandolare normale.

Torace. Un po' ristretto nel diametro antero-posteriore, si espande ugualmente bene dai due lati. Polmoni: apici a livello normale, basi id. si espandono scarsamente. Nulla alla percussione. Alla ascoltazione respiro aspro nella regione soprascapolare e sottoclaveare destra.

Cuore. Nei limiti fisiologici. Toni scuri. Secondo aortico accentuato.

Addome. Flaccido trattabile, diffusamente dolente e in modo particolare dolente all'ipogastrio e all'ipocondrio sinistro.

Alla palpazione in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro si apprezza una tumefazione duro-lignea a forma di budino, orientata in direzione trasversale e che termina a destra sotto l'ipocondrio destro, in un ingrossamento globoso. Tale tumefazione particolarmente dolente, sembra faccia parte dello stomaco. Non si apprezza liquido libero nella cavità addominale.

Fegato palpabile un dito sotto l'arco costale. Milza nei limiti. Nulla a carico degli altri apparati.

L'inferma fu degente per la prima volta in reparto dal 26 settembre all'11 ottobre; durante questo periodo le sue condizioni si mantennero discrete, pur perdurando i disturbi su ricordati. Nulla si notò a carico delle urine. Il sondaggio dello stomaco a digiuno diede una abbondante quantità di liquido con residui alimentari netti. L'esame chimico diede: HCl libero 0,10 ‰. Acidi di fermentazione 0,15 ‰. Acidità totale 1 ‰. Acido lattico tracce. Assenza di sangue. Con secondo esame praticato

Digitized by Google

dopo una settimana, sempre a digiuno, si estrassero in copia dallo stomaco residui di cibi ingeriti uno o due giorni prima. L'analisi chimica diede i seguenti risultati: HCl libero assente. Acidità totale 0,80 ‰. Acidi di fermentazione 0,15 ‰. Acido lattico tracce. Sangue negativo.

L'esame del secreto duodenale non fu potuto praticare per intolleranza della inferma.

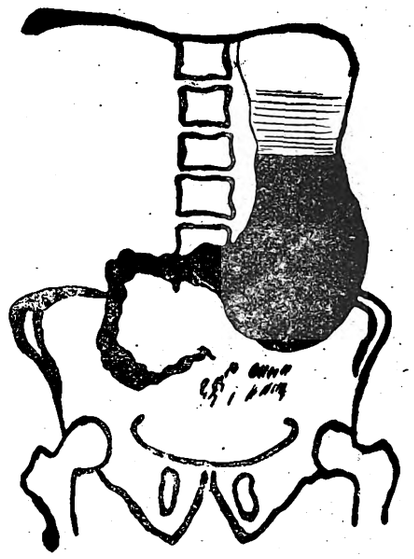


Fig. 1.

La reazione di Wassermann risultò negativa.

L'esame del sangue non fece rilevare altro che una modica anemia a tipo secondario.

Vennero praticati a distanza di circa dieci giorni uno dall'altro, due esami radiologici che diedero i seguenti risultati:

Fatto ingerire il pasto opaco si osserva che la barite scende per il *sulcus salivaris* subito fino al bassofondo gastrico: riempito lo stomaco questo appare notevolmente ingrandito con bassofondo non abbassato. La regione pilorica è deformata in modo da assumere una forma a becco che si continua con la prima e seconda porzione duodenale, anche esse deformate ristrette e quindi scarsamente permeabili. La spostabilità attiva e passiva è scarsa, poichè esistono aderenze sulla grande curvatura. La peristalsi è piuttosto fiacca facilmente esauribile. Non vi sono punti in cui si localizzi nettamente il dolore. Dopo tre ore dalla ingestione del cibo, lo stomaco presenta lo stesso quadro radiologico sopra notato. Scarsissime quantità di pasto sono passate nel tenue. Dopo 24 ore metà del pasto opaco ingerito è ancora nello stomaco: il bario ha raggiunto il primo tratto del discendente: lo stomaco ha una forma a navicella e si nota che la grande curvatura gastrica aderisce all'angolo splenico del colon. Tutto il colon è scarsamente mobile. Dopo 48 ore lo stomaco si è completamente vuotato. Il crasso si presenta allungato con numerose anse, scarsamente mobile di calibro inferiore al normale. D. R. stenosi pilorica (probabilmente estrinseca, da esiti di flogosi precedente). Perigastrite. Pericolite (v. fig. 1).

L'11 del 10-25, la malata viene trasferita in chirurgia con diagnosi di stenosi pilorica di probabile origine extragastrica. Il 13, 10, 1925, viene praticata la operazione (Prof. Ferretti): laparotomia mediana xifo-ombellicale. In corrispondenza del piloro si trova un indurimento stenosante. La superficie sierosa dello stomaco presentasi rugosa. Viene praticata la gastroenterostomia posteriore transmesocolica. Si ricostruisce la parete addominale in tre strati. Decorso post-operatorio normale. Guarigione per 1ª intenzione.

La malata esce in buone condizioni dalla chirurgia nei primi giorni del novembre. Rientra però nel nostro reparto il 7 dicembre dello stesso anno e ci racconta che dopo la operazione ha temporaneamente migliorato, che però dopo un mese è ritornata a soffrire dei vecchi disturbi: più accentuato e frequente il vomito; peggiorata la diarrea. Questa è accompagnata da tenesmo rettale. All'esame obiettivo si nota notevole decadimento della nutrizione. Nulla a carico dei polmoni e del cuore.

L'addome è tumido, specie nella regione sotto-ombelicale. Con la palpazione si provoca dolore sia in corrispondenza delle reg. coliche, sia in corrispondenza della regione gastrica. All'esame della regione ipocondriaca sinistra si nota sempre la tumefazione precedentemente descritta, caratterizzata dal solito orientamento dalla solita consistenza. Il volume sembra aumentato in corrispondenza della regione ipocondriaca destra.

Il colon ascendente e il discendente s'intravedono sotto le pareti addominali, specie il discendente che si può afferrare con le dita.

Durante la degenza la malata si lamenta di dolori continui nella solita sede. Ha vomito alimentare e spesso biliare. Il vuotamento con la sonda gastrica a digiuno dà circa 150 cc. di liquido biliare verde a reazione neutra.

Esame radiologico (8-12-1925) (v. fig. 2). Propinato il pasto opaco si osserva che esso riempie subito tutto lo stomaco che appare ingrandito nelle due porzioni superiori. Il bassofondo è situato a un dito sopra le creste; il piloro è funzionante. Il digiuno nel suo tratto iniziale è abboccato con la grande curvatura gastrica. La bocca anastomotica è scarsamente funzionante. Lo svuotamento del contenuto gastrico dopo 24 ore non è completato. La malata esce in condizioni invariate il 20 dicembre per rientrare molto peggiorata il 31 dello stesso mese. La alimentazione è impossibile giacchè si ha vomito ad ogni ingestione di cibo qualunque esso sia. Le condizioni si aggravano giorno per giorno, la diarrea persiste immutata. Il 10 gennaio 1926 le condizioni sono estremamente gravi. Si praticano rettoclisi glucosate. Il 13 la inferma ha un vomito fecaloide. Il 15 muore.

Autopsia: cicatrice laparotomica mediana. Lieve aterosclerosi degenerativa aortica. Enfisema, congestione polmonare. Pericolecistite cronica fibrosa. Stenosi estrinseca del piloro. Ipertrofia notevole della tonaca muscolare nella regione pilorica. Gastro-enterostomia.

Questo il protocollo della autopsia. Credo necessario aggiungere che aperta la cavità addominale, quello che maggiormente colpiva, erano le numerosissime aderenze fibrose quasi a cordone fra lo stomaco, il colon trasverso e il discendente. Altro ammasso di aderenze imbrigliava la regione piloro-duodenale e cistica che formavano una tumefazione di rispettabile grandezza. La liberazione di tutta la regione per vedere chiara l'origine e la estensione della lesione, fu lunga e difficile. Lo stomaco appariva ingrandito e in parte ripieno di liquido. Caratteristica di alto grado era la ipertrofia e lo ispessimento della tonaca muscolare in corrispondenza della regione pilorica la quale era sede di un vero e proprio strozzamento.

Le considerazioni che possono venir tratte da questo caso sono di ordine clinico anatomico e terapeutico. Infatti dall'esame obiettivo della malata veniva messa in essere la esistenza di una tumefazione dolente, duro-lignea a carico della regione gastrica. I fatti di stenosi pilorica, i risultati dell'esame chimico dello stomaco, lasciando da parte le deduzioni radiologiche, portavano certamente alla ipotesi di un carcinoma gastrico. E la storia a tale ipotesi non si opponeva. Infatti i primi disturbi gastrici, che datavano da 15 anni circa, potevano benissimo venire inquadrati nella sintomatologia dell'*ulcus ventriculi* per quanto le crisi dolorose avessero caratteri di irregolarità. Nulla vietava quindi di pensare che recentemente sulla lesione ulcerosa se ne fosse impiantata una neoplastica. E se noi non fummo portati

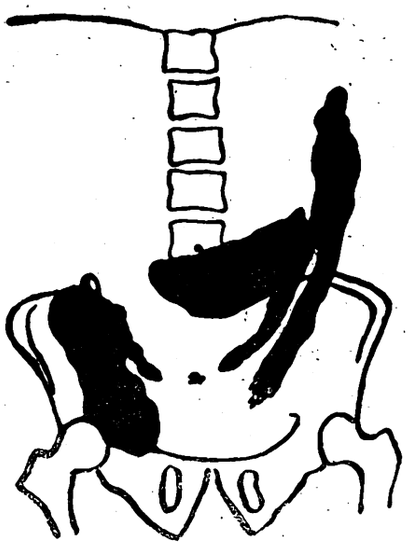


Fig. 2.

a questa diagnosi, fu sopratutto per le condizioni generali della paziente, forse più che per l'esame radiologico. È certo però che i dati semiologici fornitici dalla nostra malata erano di importanza notevolissima, specie perchè, salve facendo le possibili omissioni, mi sembra che nella letteratura, di stenosi piloriche di origine biliare in cui fosse apprezzabile una voluminosa tumefazione a carico della regione gastrica, ve ne debbono essere ben poche. Io non conosco che il caso illustrato da Venot in cui il meccanismo di produzione era diverso.

Digitized by Google

Si trattava infatti di una colecistite calcolosa suppurata aperta nel duodeno che aveva procurato un tumore infiammatorio, ostacolo alla evacuazione stomacale.

Le considerazioni che possono trarsi dal reperto anatomico sono anche esse importanti. È prima di tutto la notevole ipertrofia della tonaca muscolare della regione pilorica con susseguente strozzamento. Il detto reperto, ben lontano da quello che in genere si riscontra in altri casi di stenosi pilorica e che di per sè solo costituiva una causa di stenosi certamente non molto frequente, veniva poi aggravato dalle aderenze esterne partenti dalla cistifellea e imbriglianti la regione piloro-duodenale e da altre aderenze fibrose fra stomaco, colon trasverso e colon discendente. Di qui la tumefazione a sviluppo così notevole. Certo parte delle aderenze riscontrate alla autopsia saranno state dovute all'atto operativo subito, ma quelle ad esempio esistenti fra colon discendente e stomaco certamente preesistevano alla operazione come venne confermato dal reperto radiologico il quale le mise nettamente in evidenza tutte e due le volte che detto esame venne praticato.

In ultimo voglio sfiorare la questione terapeutica. Il chirurgo nel nostro caso si limitò, a praticare la gastroenterostomia. Nè altro avrebbe potuto fare, data la ganga di aderenze che rendevano difficilissimo l'orientamento e dato anche lo stato della inferma, discretamente deperito. Astraendoci però dal presente caso, in cui speciali condizioni si potevano opporre a un intervento in grande, resta oramai stabilito come sia giusta la concezione che nei casi di stenosi pilorica di origine colecistitica, il problema terapeutico sia di estrema delicatezza e che ad ogni modo convenga, quando ciò sia possibile, all'intervento sulle vie biliari accoppiare quello sulla regione piloro-duodenale, il quale ultimo è realmente utile in modo perspicuo alla salute del malato.

NOTE DI CHIMICA CLINICA

SULL'ANALISI DEGLI OSSALATI E DEI SOLFATI NELLE SCIENZE MEDICHE, MEDIANTE L'USO DEI CARBONATI DI CALCIO E DI BARIO.

NOTA II

per il dott. EMILIO PITTARELLI (1)

Può il biologo aver bisogno di riconoscere o separare gli ossalati e i solfati frequentemente, e talvolta i cromati, senza però immettere nei liquidi in esame sali solubili di calcio, e rispettivamente di bario, che richiedono poscia operazioni fastidiose per essere allontanati. Si aggiunga che la filtrazione dell'ossalato di calcio e del solfato di bario in mezzi acidi è una delle operazioni più tormentose della chimica analitica, per modo che un metodo il quale eviti tale operazione apparisce *a priori* desiderabilissimo.

Per simili casi provvede la presente nota.

I. *Ricerca e separazione degli ossalati.* Se una soluzione neutra di acido ossalico viene agitata con carbonato di calcio, avviene una doppia decomposizione: l'acido ossalico si lega al calcio, e l'acido carbonico si unisce alla base dell'ossalato; il liquido assume di conseguenza reazione alcalina, che può essere svelata con opportuni indicatori:

$$C^2O^4Na^2 + CO^3Ca = C^2O^4Ca + CO^3Na^2$$
neutro neutro neutro *alcalino*

L'indicatore più adatto è la fenolftaleina, la quale è incolora tanto con gli ossalati neutri, quanto col carbonato di calcio, ed è invece rosso-viola col carbonato di sodio e con gli altri carbonati solubili.

Il meccanismo della reazione è il seguente:

Il carbonato di calcio è *meno insolubile* dell'ossalato di calcio: per conseguenza, agitando del carbonato di calcio in un liquido contenente un ossalato solubile, p. es. ossalato di sodio, una tenue quantità di carbonato calcico si scioglie, e questa, in contatto con l'ossalato disciolto, forma ossalato di calcio che precipita, e carbonato alcalino che resta in soluzione. Allora un'altra tenue quantità di carbonato di calcio entra in soluzione, e precipita altra corrispondente quantità di ossalato. L'altro prodotto della reazione è il carbonato di sodio, il quale conferisce al liquido reazione alcalina:

$$C^2O^4Na^2 + CO^3Ca = CO^3Na^2 + C^2O^4Ca$$
ossalato di sodio carb. di calcio carb. di sodio ossalato di calcio
(neutro) (neutro) (*alcalino*) (neutro)

La reazione non è mai completa, perchè è reversibile: arriva, cioè, un momento in cui i quattro composti trovansi in una specie di equilibrio instabile, perchè l'azione del carbonato di calcio sull'ossalato solubile è controbilanciata dall'azione del carbonato solubile sull'ossalato di calcio. Perchè la reazione continui nel senso da sinistra verso destra dell'equazione, occorre perciò eliminare il carbonato alcalino che si forma; il che si deve ottenere con un composto il quale precipiti il carbonato e non abbia azione nociva sull'ossalato. Tali sono i sali solubili di bario o di stronzio: questi precipitano i carbonati solubili, e non gli ossalati, o, per lo meno, dànno con gli ossalati solubili un precipitato molto poco sensibile, in modo che gli ossalati di bario e di stronzio reagiscono verso il carbonato di calcio tale e quale come gli ossalati alcalini.

Esecuzione: La soluzione di acido ossalico, previa aggiunta di alcune gocce di fenolftaleina, si neutralizza esattamente, aggiungendovi, secondo i casi, soda caustica od acido cloridrico.

La soluzione è perfettamente neutra, quando presenta una leggera velatura rosea, che sparisce con una traccia minima di acido.

Allora si aggiunge una punta di coltello di carbonato di calcio; questo, se ottenuto per precipitazione e conservato in pasta sott'acqua, ha azione più pronta e più energica. Si agita fortemente: comparisce dopo alcuni istanti una reazione alcalina, la quale sarà più o meno intensa, a seconda della maggiore o minore quantità di carbonato e di acido ossalico.

A questo punto si aggiunge cautamente il sale di bario o di stronzio, fino a che il liquido sia tornato alla leggera velatura rosea iniziale, e si agita di nuovo. Se la reazione alcalina riapparisce, si aggiunge altro sale di bario o di stronzio; altrimenti l'operazione è compiuta, e il liquido, a tal punto, non contiene nè ossalati, nè carbonati, nè calcio, nè bario o stronzio e si filtra facilmente.

L'operazione va opportunamente fatta a un modico riscaldamento, ma a non più di 40°-50°C.; perchè il carbonato di bario (o di stronzio) appena formato non è sufficientemente insolubile per non reagire sulla fenolftaleina, ma lo diviene alla temperatura suddetta.

Apprezzamento. Il metodo trova la sua precipua applicazione negli ossalati alcalini, e nei miscugli di acido ossalico con altri acidi, poichè converte in una specie di alcalimetria la ricerca, la separazione e il dosamento dell'ione ossalico. Finora per ottenere ciò, bisognava precipitare l'ione ossalico con un sale di calcio in soluzione acetica od ammoniacale, *filtrare* (e filtrare l'ossalato di calcio in tali circostanze costituisce la tredicesima fatica!), *calcinare*, e in fine pesare il carbonato di calcio. La titolazione dell'ossalato col permanganato, quando la precipitazione è ottenuta da liquidi organici, dà risultati assolutamente erronei: perchè l'ossalato di calcio è di difficile depurazione, e le sostanze organiche che lo inquinano riducono anch'esse il permanganato.

Il metodo è inapplicabile in presenza di ammoniaca in notevole quantità, perchè la fenolftaleina è insensibile a tale alcali. Occorrerebbe, per tali casi, un indicatore che fosse nello stesso tempo sensibile all'ammoniaca e insensibile ai carbonati alcalino-terrosi, ma che io non conosco.

Il metodo è egualmente inapplicabile in presenza di fosfati solubili: questi però si possono eliminare facilmente riscaldando il liquido con un eccesso di magnesia. Esso è pure, ovviamente,

(1) Vedi Pittarelli, *Ricerca, separazione e dosamento dei solfati e dei cromati solubili*, in *Riv. di Clin. Medica*, anno XXVII (1926), n. 22.

Digitized by Google

inapplicabile, in presenza di sali di calcio solubili; altro caso di inapplicabilità è la presenza di acido citrico, tartrico o malico nei liquidi vegetali: i citrati, i tartrati e i malati, ma più specialmente i citrati, hanno la curiosa proprietà di sciogliere i carbonati alcalino-terrosi, e quindi un miscuglio di essi colora intensamente la fenolftaleina.

Con tali riserve, il metodo descritto permette: 1° di riconoscere l'acido ossalico in qualunque liquido non fortemente ammoniacale e non fosfatico; 2° di separarlo da qualunque liquido, e filtrarlo facilmente; 3° infine, di titolarlo alcalimetricamente.

Il metodo può applicarsi anche agli ossalati insolubili, partendo dal principio che questi, bolliti con carbonato di sodio, si convertono tutti senza eccezione in ossalato di sodio solubile.

II. *Ricerca e separazione dei solfati e dei cromati.* Gli stessi principii permettono di riconoscere e separare i solfati e i cromati, mediante il carbonato di bario e la stessa fenolftaleina. Avviene, cioè, anche fra il carbonato di bario e i solfati o cromati solubili una doppia decomposizione: siccome il carbonato di bario è *meno insolubile* del solfato e del cromato dello stesso metallo, una traccia del carbonato, sciogliendosi nel liquido, precipita una quantità equivalente di solfati o cromati. Eliminato così il bario dal liquido, un'altra traccia di carbonato si scioglie, e questa precipita altre quantità di solfati o cromati. E così di seguito, fino a che vi sono solfati o cromati disciolti, in conformità delle equazioni:

$$CO^3Ba + SO^4Na^2 = SO^4Ba + CO^3Na^2$$
$$CO^3Ba + CrO^4Na^2 = CrO^4Ba + CO^3Na^2$$

Il carbonato, il solfato e il cromato di bario sono insensibili alla fenolftaleina, mentre che il carbonato di sodio che si forma nella reazione reagisce fortemente alcalino verso quell'indicatore, perciò colora il liquido in rosso-viola.

Anche qui la reazione non diviene completa, se non si elimina il carbonato di sodio, che viene accumulandosi nel miscuglio; tale eliminazione la si otterrà con un sale di calcio solubile, scegliendo opportunamente fra il nitrato e il cloruro. Si preferirà il cloruro, perchè si trova più sotto mano nei gabinetti, ma se nel liquido interessa non introdurre acido cloridrico, si ricorrerà al nitrato.

L'operazione procede assolutamente nel modo descritto per gli ossalati, e con i medesimi risultati finali.

Come per gli ossalati e per le stesse ragioni, il metodo è inapplicabile in presenza di notevoli quantità di ammoniaca e di qualunque quantità di fosfati e di sali di bario solubili o di citrati, tartrati e malati; per l'applicazione più ovvia che può occorrere al medico, darò l'esempio della ricerca, separazione e dosamento dei solfati nell'orina, dove appunto si tratta di evitare la presenza dell'ammoniaca e dei fosfati.

Si prende una quantità arbitraria di orina, per es. 30-40 c.c., e la si agita per alcuni minuti con una punta di coltello di magnesia usta. Precipitano così tutti i fosfati, che si depositano rapidamente. Del liquido limpido soprastante si misurano esattamente 20 c.c., si colorano con 3-4 gocce di fenolftaleina, e se l'orina è ammoniacale, si aggiunge *fino a decolorazione* una soluzione diluita (1:100) di sublimato corrosivo. In queste condizioni, precipita completamente l'ammoniaca, perchè la magnesia, combinandosi all' acido fosforico dei fosfati alcalini, ha indotto nel liquido una sufficiente alcalinità (1) per potere realizzare, col sublimato, la separazione dell'ammoniaca allo stato di cloramiduro $HgClNH_2$:

$$NH^4Cl + HgCl^2 + 2NaOH = HgClNH^2 + 2NaCl + 2H^2O$$

La decolorazione non deve oltrepassare il segno, altrimenti resterebbe del sublimato nel liquido, ed esso reagirebbe poscia col carbonato di bario.

Si è sicuri di non aver oltrepassato il segno, quando il colore del miscuglio, già intensamente rosso-viola, diviene appena roseo. Questo trattamento col sublimato è inutile nell'orina normalmente acida, perchè in tali casi la quantità di ammoniaca presente non ostacola le reazioni: allora si prendono i 20 c.c. di orina, si colorano con fenolftaleina, e si neutralizzano con acido cloridrico.

A tal punto si filtra.

Si getta nel filtrato una punta di coltello di carbonato di bario, e si agita; il miscuglio si ricolora subito in rosso-viola. Si scalda leggermente, e si aggiunge cloruro di calcio, fino a che il miscuglio non diviene di nuovo appena velato in rosa.

Il miscuglio si decolora perchè il carbonato di calcio, che si forma fra il sale di calcio aggiunto e il carbonato di soda prodotto dalla reazione fra il carbonato di bario e i solfati solubili è insensibile alla fenolftaleina. Ma ora, agitando, il carbonato di bario entra di nuovo in azione, e reagendo sui solfati, produce nuovo carbonato alcalino, il quale colorerà di nuovo il liquido. Quest'alternativa di colorazione e decolorazione continuerà fino a che vi saranno solfati solubili e carbonato di bario; quando la decolorazione sarà persistente all'agitazione, vuol dire che tutti i solfati solubili sono precipitati in combinazione al bario.

A questo punto il liquido non contiene nè solfato, nè bario, nè calcio; e in luogo di solfati conterrà una quantità equivalente di cloruri o nitrati alcalini, secondo che si sia adoperato cloruro o nitrato di calcio.

Il sale di calcio che precipita allo stato di carbonato è proporzionato alla quantità di carbonato di soda, che si mette in libertà; e questo, a sua volta, è proporzionato alla quantità di solfati che precipitano. Perciò adoperando una soluzione titolata di sale di calcio, dalla quantità di questa occorsa per l'effetto si potrebbe calcolare la quantità di solfati esistenti nella presa del liquido. Ma per la determinazione dei solfati io ho descritto altra volta, in questa nostra *Riforma*, un processo molto più semplice e sbrigativo.

(1) Due molecole di fosfato acido di sodio precipitano tre molecole di magnesia, e inducono nel liquido due molecole di soda caustica.

ATTUALITÀ

I. *Trattamento vaccinico nei tumori inoperabili.*
II. *Il trapianto nella cura biologica del carcinoma.*
III. *Sulla irradiazione degli alimenti.*

I. Il titolo basta a fissare l'attenzione sopra un punto praticamente interessantissimo. I casi studiati da NICHOLSON VINCENZ (Krankenhaus Berlin, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203, 204, 1927) furono sottoposti ad un vaccino ottenuto mediante processo osmotico.

Il blastoma liberato quanto più completamente dalle circostanti parti di organo e dai tessuti non specifici (grasso, muscoli) sotto le cautele asettiche viene triturato, a seconda che piccolo o voluminoso, servendosi di una tanaglia a mano, o di una macchina maciullatrice. Di fatti dalla ditta Lautenschläger si è fornito un apparecchio protetto, dentro il quale funziona un coltello a rotazione, capace di essere completamente sterilizzato, e di compiere dentro un cilindro raffreddato 1400 giri al minuto. La poltiglia tumorale capace di essere emulsionata viene commista a soluzione fisiologica nella proporzione di 1:5, e conservata con fenolo 0,5 %. Quindi le emulsioni tumorali vengono sottoposte in determinati diaframmi all'azione elettrica. Le frazioni elettrolitiche vengono separate mediante la centrifugazione, e separata la parte liofila. Il residuo liofobo contenente l'antigeno ed il fattore immunizzante, va utilizzato appunto misto ad una debole soluzione alcalina clorosodica con l'addizione di minima quantità di fenolo al 0,5 %, venendo così emulsionato e servito come vaccino.

Il residuo liofobo contenente l'attivo «antigene» viene portato in un essiccatore a vuoto, sotto cautele sterili e fino al peso reso costante disseccato e sterilizzato. Questa sostanza polverulenta vaccinale è conservabile illimitatamente, e visibilmente più efficace che non la sostanza vaccinale non osmosata; mentre può emulsionarsi e diluirsi nelle proporzioni volute.

Il dosaggio per l'uso varia a seconda che si voglia un'azione protettiva contro le recidive post-operatorie, oppure un influsso sui tumori inoperabili.

Nel primo caso si iniettano inizialmente soluzioni al 25 % in proporzione di 0,2 cc. sotto la cute del ventre salendo se occorre con le dosi di 0,2 cc. fino a 2 cc. della soluzione 100 %. Intervalli di 3-8 giorni.

A scopo terapeutico le inoculazioni sono soltanto della emulsione 100 %, cominciando da 0.2 cc. salendo ogni giorno di 0,2 cc. fino a 2 cc. Quest'ultima dose si ripete ogni 3 o 4 giorni fino a raggiungere 20 iniezioni. Dopo circa 6 mesi si ripiglia la cura.

Digitized by Google

I casi sottoposti a codesto trattamento sono divisi dall'A. in due gruppi. In uno si tratta di blastomi dei quali fu tolta soltanto una parte; nell'altro di blastomi dei quali, anche operando non si potette conseguire la rimozione.

Sembra che i risultati non siano trascurabili, purchè non si ricorra al trattamento in periodo di pronunziata cachessia.

***

II. A. THEILHABER (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 26, 1927) ritiene che una specie di immunizzazione attiva contro il cancro possa ottenersi principalmente col trapianto di organi di animali giovani, poichè è generalmente ammesso che anche l'eterotrapianto possa arrecare giovamento clinico. Il trapianto, secondo l'A., realizzerebbe un'innocua trasfusione di sangue animale, sangue che pone in circolo lentamente attività distruttive delle cellule neoplastiche. Inoltre penetrano col tessuto trapiantato nell'organismo succhi carcinolitici cellulari, e proteine e lipoidi in abbondanza. Queste sostanze esercitano uno stimolo prolungato e potente sugli organi degli infermi e specie su quelli emato-linfocitari, ai quali in particolare l'A. attribuisce una grande importanza nel meccanismo di difesa naturale contro i neoplasmi. Questa stimolazione è rafforzata dall'azione meccanica dell'organo trapiantato che al principio agisce come un corpo estraneo, e si manifesta con una serie di modificazioni nella composizione degli organi e degli umori, che sono note solo in parte.

L'A. ha operato questo metodo biologico dei trapianti in 20 individui affetti da tumori inoperabili. Il materiale di trapianto apparteneva ad animali giovani (coniglio, vitello) ed era costituito dalla milza e dal timo degli animali stessi. Per lo più la ferita operatoria (sulla parete addominale) guarì per prima, in qualche caso si ebbe suppurazione, ma questo non impedì che si avesse l'effetto favorevole del trapianto sul decorso del tumore. I benefici notati consistono in diminuzione dei dolori, per parecchio tempo, impiccolimento del tumore, diminuzione di emorragie, scomparsa dell'ittero e del vomito, in tumori del fegato, ecc.

L'A. ha poi applicato anche il metodo alla cura della tubercolosi e della paralisi generale, in qualche caso e con successo. Egli crede che il metodo prometta molto e sia ancora da elaborare e precisare, in riguardo alla massa degli organi da trapiantare, alla scelta di essi ecc., all'eventuale associazione con metodi fisici o con altri metodi biologici.

***

III. SPOLVERINI (R. Clinica Pediatrica di Pavia, *Rivista Italiana di Actinologia* 1927, n. 1) dopo aver fatto rilevare come lo studio minuzioso dei dettagli di tecnica per ottenere il maggior effetto utile sugli alimenti dall'azione dei raggi ultravioletti sia della massima importanza, e come d'altro canto questa applicazione sia ancora all'inizio, ha creduto opportuno di eseguire ricerche in questo senso sui più comuni alimenti che si adoperano in pratica per la nutrizione del bambino nel primo biennio di vita (latte, vari farinacei, sostanze grasse, zuccheri).

In questa prima serie di ricerche ha limitato lo studio a uno dei più importanti elementi di tecnica, vale a dire la quantità e dose totale dei raggi U. V. da adoperare, tralasciando l'indagine relativa alla qualità.

A tale riguardo ha tenuto conto dei caratteri fisici (colore, odore e sapore degli alimenti prima e dopo l'irradiazione), specialmente della fluorescenza e degli effetti biologici sull'organismo umano ed animale.

Premesso che le osservazioni eseguite in merito agli effetti biologici saranno quanto prima pubblicate, in dettaglio, in apposito lavoro, l'A. da tutto il complesso delle ricerche praticate (fin ora 330) sopra gli alimenti irradiati viene alla conclusione che i risultati sono diversi a seconda che la dose irradiante è conveniente od invece eccessiva, e la sostanza allo stato naturale od invece aveva subito in precedenza speciali trattamenti.

Nel primo caso l'azione dell'irradiazione si esplica:

a) stabilizzando la sostanza ed in parte, almeno, le sue proprietà originarie, facilitandone quindi la conservazione;

b) modificandone la composizione fisica (struttura molecolare, isomeria, ecc.) e talora in parte anche quella chimica;

c) dotandola di speciali proprietà dinamiche assai attive (emissioni fotoelettriche) in modo da renderla più o meno radioattiva; proprietà che, conservandosi in determinate condizioni, possono nell'organismo umano, in ispecie infantile, provocare azioni benefiche sia fisiologiche (eutrofiche) sia terapeutiche in determinati stati morbosi.

Sugli alimenti in precedenza o cotti o torrefatti o diastasati o comunque alterati nel loro stato fisico-chimico originario, non si riesce a provocare simili proprietà dinamiche o si producono in grado così modico da non poterle praticamente dimostrare.

Se invece l'applicazione di raggi U. V. è stata eccessiva, allora le modificazioni a cui la sostanza alimentare va incontro sono di tale grado da alterare profondamente non solo i suoi caratteri organolettici e la struttura, ma da farle perdere anche taluni caratteri vitali originari e comunque da impedire la produzione dei risultati clinici benefici avanti accennati.

La tecnica pertanto dell'irradiazione degli alimenti è assai delicata ed occorre notevole esperienza e perizia per attuarla con buon risultato, allo stesso modo che in tutti i casi di applicazioni fotoelettriche (radium e raggi X) nella pratica clinica. E ciò tanto più in quanto in simili questioni non è sufficiente affidarsi solamente ai calcoli e ai dati di laboratorio più o meno precisi; ma, affinchè questi possano essere ritenuti attendibili, è necessario siano anche confermati e controllati dai risultati sugli animali e sull'uomo.

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore Prof. G. ZAGARI

L'ESAME MORFOLOGICO DEL CONTENUTO DUODENALE IN ALCUNE MALATTIE DELLE VIE BILIARI

(Rivista Sintetica e Contributo personale)

per il prof. DOMENICO LIOTTA — Aiuto

Fra i mezzi d'indagine, impiegati per la diagnosi di alcune affezioni delle vie biliari, oggi si dà giustamente la più grande importanza all'esame chimico, microscopico e batteriologico della bile estratta mediante sondaggio duodenale. Un tale esame spesso rende chiara una storia clinica vaga, o ricca di episodi riferibili piuttosto alla sfera gastrica, o appendicolare e spiega il risultato di un esame fisico presso che negativo.

L'idea di esaminare il contenuto duodenale a digiuno, per ricavarne dei dati utilizzabili in alcune malattie del fegato, non è recentissima e già Boas, sin dal 1889, si serviva del massaggio della regione epatica nell'intento di far rifluire nello stomaco il contenuto duodenale, che poteva così essere esaminato dopo estrazione con la sonda gastrica. Sullo stesso concetto e cioè sul reflusso nello stomaco e successiva estrazione da questo con apposita sonda erano basati i metodi di altri autori, che facevano ingerire al soggetto in esame delle sostanze grasse, olio, burro ecc. le quali hanno la proprietà, come è noto, di provocare, a digiuno, un'apertura del piloro e un reflusso nello stomaco del contenuto duodenale, (Boldyreff, Volhardt, Petry, ecc.).

Il Petry potè così compiere accurate indagini citologiche e batteriologiche sul contenuto duodenale, sebbene questo venisse estratto mescolato alle sostanze grasse fatte ingerire precedentemente e potè stabilire che normalmente la bile è sterile, ma che nel corso della colecistite si trovano in essa dei germi patogeni e principalmente il colibacillo e più raramente degli stafilococchi e streptococchi.

Ma spetta ad Einhorn il merito di aver reso facile e pratico il sondaggio duodenale, mediante l'uso di speciale sonda, che porta il suo nome e che è oramai adoperata da molti medici in tutti i casi in cui sia necessaria un'esplorazione di quegli organi che versano nel duodeno il loro prodotto di secrezione (fegato, pancreas).

Sono oramai innumerevoli i lavori di Autori italiani e di altre nazioni (Pisani Schupfer, Tinti, Canale, Ricci, Raffaele, Pignatari, Einhorn; Grossmann, Lyon, Melzer, Gorke, Grote, Rothmann-Manheim, Loeber, Carnot, Chiray, Lebon, Pavel, ecc. ecc.) che trattano delle modificazioni del contenuto duodenale nelle più svariate contingenze morbose e che hanno portato nuova luce su molti dei problemi connessi alla fisiopatologia delle vie biliari.

Il liquido estratto con la sonda duodenale, come è facile intendere non è bile pura, ma una miscela di succo pancreatico e bile in varia proporzione. Si è visto inoltre che a mezzo di speciali stimoli portati sulla mucosa duodenale direttamente si può aumentare il flusso biliare nell'intestino. Così Melzer nel 1917, esperimentando sui cani, trovò che il solfato di magnesio possedeva in maniera spiccata questa proprietà. L'Autore interpetrò il fatto come dipendente dall'innervazione contraria dello sfintere di Oddi e della vescichetta biliare, per cui ogni qualvolta si aveva un rilasciamento delle fibre dello sfintere si produceva una contrazione vesciculare e un aumento del flusso biliare.

Lyon più tardi confermò nell'uomo l'azione del solfato di magnesio

Digitized by Google

nel provocare il riflesso vescicolare e sostenne che la bile così ottenuta doveva considerarsi come proveniente dalla cistifellea.

Questo riflesso al solfato di magnesio provoca in realtà nei sani la fuoriuscita di una qualità di bile più scura, più densa, di quella ottenuta spontaneamente senza alcuna stimolazione. Si è convenuto perciò di chiamare *bile coledocale* o bile A, la prima porzione di bile ottenuta dopo l'introduzione della sonda; *bile vescicolare o bile B*, la bile ottenuta dopo pochi minuti dall'introduzione nel duodeno di solfato di magnesio e *bile epatica o bile C*, l'ultima porzione di bile, più chiara e più fluida, che si ritiene proveniente dalle alte vie biliari.

Non tutti però condividono il modo di vedere di Lyon sulla possibilità di ottenere così distintamente i tre campioni di bile dai rispettivi segmenti delle vie biliari e alcuni anzi negano addirittura che l'istillazione del solfato di magnesio determini la fuoriuscita della bile vescicolare e ritengono che il colore più scuro della bile B sia dovuto a una modificazione della secrezione del fegato sotto l'influenza del magnesio (Grohn, Reiss, Badin, Einhorn).

Secondo Graham, anzi, il gioco dello sfintere di Oddi non avrebbe tutta l'importanza che gli è stata attribuita da Melzer e Lyon e l'azione più notevole del solfato di magnesio sarebbe quella di provocare delle onde di contrazioni peristaltiche del duodeno, le quali sarebbero il fattore più importante nel meccanismo di svuotamento nell'intestino del contenuto vescicolare.

Comunque sia, la prova di Melzer-Lyon al solfato di magnesio (come la prova di Stepp al peptone) conserva una grande importanza pratica, sia perchè rende facile la raccolta di una quantità di bile sufficiente per eseguire ogni più minuta ricerca clinica e sia perchè può essere impiegata per provocare un drenaggio delle vie biliari nei casi, in cui venga ritenuta utile una simile terapia.

Per praticare un esame chimico, microscopico e batteriologico della bile estratta mediante sondaggio duodenale è necessario che il soggetto venga tenuto a digiuno almeno da 12 ore. Si raccoglie in tre provette sterili distinte con le lettere A, B e C la porzione di bile che si ritiene provenire rispettivamente dal tratto coledocale, vescicale ed epatico delle vie biliari.

Le principali affezioni delle vie biliari nelle quali è particolarmente utile eseguire un esame morfologico del liquido duodenale sono:

1. L'itterizia catarrale.
2. Le colecistiti calcolose e non calcolose.
3. Il carcinoma delle vie biliari.

L'esame va fatto sia a fresco, sul sedimento ottenuto dopo centrifugazione del contenuto duodenale, sia su preparati a secco, fissati e colorati. Secondo Rothman-Manheim, è utile aggiungere al liquido duodenale, subito dopo estratto, alcuni centimetri cubi di formolo al 10 % allo scopo di conservare inalterati gli elementi istologici in esso contenuti e di riscaldarlo a bagno-maria, per distruggervi i fermenti.

Quali sono in un soggetto normale i caratteri microscopici del sedimento del liquido duodenale estratto mediante la sonda di Einhorn?

Nei soggetti sani, a parte i caratteri macroscopici relativi al colore, aspetto, fluidità ecc., è caratteristica la povertà degli elementi istologici sia nella bile così detta coledocale, sia in quella ottenuta dopo istillazione di solfato di magnesio. Il reperto più costante è rappresentato da grosse cellule cilindriche con nucleo allungato, poco o niente tinte di bile e che sono di provenienza della mucosa gastrica, o duodenale. Alcune cellule assai simili a queste, ma intensamente tinte di bile avrebbero un'origine vescicolare. Si trovano inoltre scarsi leucociti in via di disfacimento, dei filamenti di muco e qualche detrito, o granulo di amido proveniente dal cibo. Non è raro trovare qualche emazia e qualche cristallo di colesterina, o di sali biliari.

Dal punto di vista della flora batterica è noto che in condizioni normali il duodeno si può ritenere come privo di germi. Lo stato di assoluta, o relativa sterilità di questo tratto intestinale, starebbe in rapporto alla funzione secretoria dello stomaco, la quale mantenendosi in condizioni fisiologiche, sarebbe sufficiente a sterilizzare il contenuto gastrico.

Considerando però le molteplici cause d'inquinamento della sonda, durante il passaggio attraverso la bocca, faringe ecc., molti autori attribuiscono poco valore all'esame batteriologico del contenuto duodenale e gli Autori Americani, anzi, non dànno importanza che alle culture fatte per semina diretta della bile vescicolare, prelevata subito dopo colecistectomia.

Vediamo adesso il reperto istologico nell'itterizia catarrale, nelle colecistiti e nel cancro delle vie biliari, cui aggiungeremo una breve descrizione di qualche caso clinico personale, in cui è stato praticato un accurato esame microscopico.

1. *Itterizia catarrale.* In questa malattia il contenuto duodenale, estratto colla sonda di Einhorn, è uniformemente torbido, ricco di fiocchetti di muco in sospensione e, a seconda che lo sbocco del canale biliare sia completamente chiuso o permetta ancora il passaggio di piccola quantità di bile nell'intestino, il colorito sarà chiaro, o più o meno lievemente tinto in giallo-verdastro.

La prova di Melzer-Lyon, corrispondentemente allo stato anatomico dell'ultimo tratto del canale biliare sarà negativa, o debolmente positiva. Chimicamente il liquido estratto è molto ricco in albumina.

Il sedimento è caratterizzato dalla presenza di numerosi elementi istologici provenienti dal duodeno, fra cui sarebbero facilmente rilevabili degli ammassi cellulari rappresentanti interi villi staccatisi dalla parete del duodeno (Loeber).

E' notevole inoltre l'abbondanza dei leucociti prevalentemente polinucleati e delle emazie. Qualche autore ha pure descritto la presenza di speciali ammassi cellulari in forma di cilindri grossolanamente granulosi e detti *cilindri biliari*, perchè spesso appaiono colorati di bile. Un reperto più frequente però è dato dalla presenza di cellule di desquamazione del coledoco.

L'esame batteriologico fa quasi costantemente riscontrare il colibacillo, accanto a stafilococchi e streptococchi isolati.

2. *Colecistiti calcolose e non calcolose.* Il succo duodenale presenta delle profonde modificazioni macro- e microscopiche.

Macroscopicamente, la bile in genere è torbida, (ma non sempre, specialmente nelle forme calcolose, talora può essere limpida), vischiosa e contiene fiocchetti di muco in sospensione. Dei piccoli granellini brunastri commisti al muco rappresenterebbero dei calcolini in miniatura e sarebbero bastevoli, secondo qualche autore, per affermare la diagnosi di litiasi biliare. E' certo che tale reperto ha una grande importanza, come si vedrà anche in un caso che riferirò in seguito, ma la sua assenza non è sufficiente per far escludere l'esistenza di una calcolosi epatica.

Microscopicamente si osserva:

a) *Nelle forme calcolose* abbondanti cellule di desquamazione delle vie biliari, intensamente tinte dalla bile, emazie, leucociti prevalentemente polinucleari, e numerosi cristalli di colesterina, talora costituenti dei veri ammassi di tavolette cristalline.

Se si schiaccia fra due vetrini qualcuno dei granellini, descritti più sopra come calcolini in miniatura, si trova che essi sono costituiti da una massa di sostanza amorfa, granulosa, simile, secondo Chiray, a colesterina non cristallizzata.

Riporto brevemente la storia clinica di un caso di colecistite calcolosa molto dimostrativo.

L. G. di a. 59 donna di casa. Da molti anni va soggetta ad attacchi di colica epatica con irradiazione alla spalla destra. Qualche volta ha avuto vomito nell'acme dell'accesso doloroso. La durata degli attacchi è stata sempre di breve durata e dopo qualche giorno la malata si è rimessa e ha potuto accudire alle proprie occupazioni. Da circa due anni, le coliche si son fatte più frequenti e recentemente si è accorta che, dopo uno dei soliti attacchi, era diventata lievemente itterica.

Accolta in Clinica e praticato il sondaggio duodenale, si ottenne un liquido tipicamente colorato di bile limpida. Dopo istillazione di solfato di magnesio, si provoca un'abbondante fuoriuscita di bile densa, scura con numerosi granellini di colorito grigiastro in sospensione.

L'esame microscopico dimostra la presenza di molti leucociti, emazie, e cellule cilindriche tinte fortemente di bile. Notevole è inoltre la presenza dei cristalli di colesterina, isolati e disposti in piccoli ammassi.

L'esame dei granellini grigiastri, previo schiacciamento fra due vetrini, fa rilevare che essi sono formati di una sostanza amorfa, granulosa, friabile.

L'esame radiologico, previa ingestione di pillole di ftaleina tetraiodata, non fa vedere nè l'ombra della cistifellea, nè la presenza di calcoli.

Tuttavia, non ostante questo reperto radiologico poco conclusivo, ci sentiamo autorizzati ad affermare che siamo in presenza di una forma tipica di calcolosi epatica, sia per la storia clinica, molto caratteristica e per i dati dell'esame obbiettivo, e sia principalmente per il reperto dell'esame microscopico. La presenza, infatti, dei calcolini microscopici e degli ammassi di cristalli di colesterina non si riscontra che soltanto nei casi di litiasi biliare ed è ritenuta caratteristica per questa forma morbosa.

b) *Nelle forme non calcolose.* Il reperto citologico è qui più ricco che nella forma precedente e un esame batteriologico mette sempre in evidenza la presenza del b. coli, talora del b. tifico oltre a strepto-e-stafilococchi.

In queste forme sono molto abbondanti i leucociti più o meno ben conservati, in prevalenza polinucleati, e cellule di desquamazione delle vie biliari. Si possono qualche volta trovare dei cristallini di colesterina,

Digitized by Google

o di sali biliari; ma sempre in quantità esigua e mai ammassati come nella forma calcolosa, nè si riscontra mai il reperto della *sabbia biliare*.

In presenza di un liquido biliare torbido, il reperto di agglomerati cristallini microscopici, costituisce quindi un elemento decisivo, per la diagnosi tra colecistite calcolosa e non calcolosa. Pur troppo però vi sono dei casi, e non molto rari, di colecistite calcolosa, in cui il reperto microscopico è presso che negativo, e negativo anche quello radiologico; ed è solo l'intervento chirurgico, che mette in evidenza la presenza nella cistifellea di uno, o più calcoli. La presenza, quindi degli ammassi di cristalli di colesterina e dei calcolini microscopici ha valore soltanto per i casi positivi, e la diagnosi di colecistite non calcolosa va sempre posta con le opportune riserve.

Ecco un caso di colecistite non calcolosa.

A. P. di a. 71 casalinga. Da qualche mese si lagna di modica dolenzia all'ipocondrio destro, dispepsia, anoressia grande spossatezza, qualche lieve rialzo termico nelle ore pomeridiane. Non è stata mai itterica.

Obbiettivamente l'aia epatica è di poco aumentata di volume. La regione della cistifellea è modicamente dolente alla pressione. Praticato il sondaggio duodenale si ha fuoriuscita di bile verdastra, torbida, filante con abbondanti fiocchi di muco in sospensione. La prova di Melzer-Lyon provoca un flusso di bile più torbida e più scura. L'esame microscopico del sedimento fa rilevare numerosissimi leucociti cellule di sfaldamento tinte fortemente di bile e scarse emazie. Assenza completa di cristalli di colesterina, o di altre sostanze. Nei preparati colorati si notano degli elementi batterici allungati e in forma di cocchi.

L'esame radiologico, previa ingestione di pillole di tetraiodo-ftaleina, non fa vedere nè l'ombra della vescichetta biliare, nè la presenza di calcoli.

A scopo diagnostico e terapeutico insieme, si sottopone l'inferma, a giorni alterni, al drenaggio delle vie biliari, mantenendo per qualche ora la sonda di Einhorn in permanenza e praticando ogni volta l'istillazione del solfato di magnesio. Si è assistito così a un lento, ma costante regredire di tutti i disturbi accusati dalla paziente (anoressia, dolenzia della regione epatica, senso di spossatezza generale ecc.) e la bile, che nei primi giorni era sempre torbida e verdastra, ha acquistato mano mano i caratteri di una bile normale.

Sembra pertanto che in considerazione di tutti i dati obbiettivi e del reperto macro- e microscopico della bile e del criterio derivante dall'azione utile ricavata dal drenaggio delle vie biliari (azione utile che non troverebbe facile spiegazione, se si volesse ammettere la presenza di calcolosi biliare) che qui si debba trattare di una forma di colecistite non calcolosa.

3. *Carcinoma delle vie biliari.* La sede di predilezione è l'ampolla di Vater e il dotto coledoco. I dati forniti dall'esame del contenuto duodenale si possono così compendiare. Quando il neoplasma è impiantato nel canale coledoco ostruendone il lume, si trova mancanza degli elementi costitutivi della bile, ma sono presenti i fermenti provenienti dal dotto pancreatico. Si trovano cellule neoplastiche e abbondantissime emazie (emorragie). Quando il neoplasma è impiantato sull'ampolla di Vater si avranno contemporaneamente i segni della ritenzione biliare e pancreatica. E cioè il contenuto duodenale sarà privo di bile e di attività enzimatica. Anche qui si troverà abbondanza di emazie (emorragie) e di cellule di sfaldamento carcinomatose.

In conclusione, possiamo ben affermare che oggi possediamo nell'esame microscopico del contenuto duodenale un prezioso ausilio per la diagnosi di svariate malattie delle vie biliari. Anche in confronto dell'esame radiologico, che in questo campo spesso riesce di speciale aiuto, l'esame morfologico del contenuto duodenale non perde nulla della sua importanza. E i pochi casi da noi riferiti nei quali nulla si ottenne dalla radiologia stanno a confermare questo modo di vedere.

Sembra particolarmente importante per la diagnosi differenziale tra colecistite calcolosa e non calcolosa il reperto dei granuli oscuri, calcolini in miniatura, e degli ammassi di cristalli di colesterina, che rappresentano dei segni sicuri di litiasi biliare. Ma disgraziatamente un reperto negativo non può esser preso come criterio, per escludere la presenza di una calcolosi. Nei casi dubbi si deve dare una certa importanza al risultato, ottenuto praticando per qualche tempo il *drenaggio terapeutico* delle vie biliari. Quando è in giuoco la calcolosi questa terapia riuscirà inefficace, mentre al contrario sarà spesso seguita da notevole miglioramento nei casi di colecistite non calcolosa.

BIBLIOGRAFIA

Boas. Zentralbl. f. Klin. Med. 1889, n. 6. — Boldyreff. Pflügers Arch. f. Phys. 1908, n. 13. Zentralblatt f. d. Ges. Phys. u. Path. d. Stoffwech. 1908. — Canale. Rivista Critica di Clinica Medica, 1924, n. 11-12. — Carnot. Journal Med. franc., Janv. 1921. — Carnot e Libert. Bull. et Mem. de la Soc. med. des hop. 1921, 3 Juin. — Chiray e Lebon. Le tubage duodenal, Masson Edit. Paris, 1924. — Chiray et Pavel. La Presse Medic. 1926, n. 82. — Chiray et Semelaigne. La Presse Medic. 1922, n. 64. — Crohn, Reiss, Badin. Journal of the Amer. med. ass. 1921, 4 June. — Einhorn. Med. Rec. 1909, Oct. — Idem. Arch. des mal. de l'app. dig. 1914-15. — Idem. The duodenal tube and its possibilities, Philadelphia, 1920. — Gorke. Mitteil. a. d. Grenz. d. med. u. chir. 1922, p. 279. — Graham. Revue med. franc. Fev. 1927. — Grossmann. Arch. f. Verd. Krank, Bd. 23. — Grote. Deutsch. med. Woch. 1921. — Loeb. Munchn. med. 1923, p. 666. — Lyon. Journal of the amer. med. ass. 1919, p. 980. Ibid. 1920, p. 246. Amer. Journal of med. sc. 1920, p. 515. Non surgical drainage of the Gall. Tract. Philadelphia, 1923. La Presse Medic. 1926, n. 87. — Melzer. Amer. Journ. of med. sc. 1917. — Petry. Wiener Klin. Woch. 1911, n. 26. — Pignatari. Boll. della Soc. ital. di Biol. sper. Sez. di Napoli, 1 agosto 1927. — Pisani. Arch. des mal. de l'appar. digest. 1914-1915 t. VIII. Ibid. 1915 Juill. p. 521. — Raffaele. Riforma Medica, 1925, n. 36. — Ricci. Le sindromi gastriche della colelitiasi. Tip. delle Scuole di Proia Luigi, Roma 1924. — Rothman-Manheim. Mitteil. a. d. Grenz d. Med. u. Chir. 1921, p. 497. Klin. Woch, Berlin, 1922, n. 14. — Schupfer. Rel. XXIX Congresso della Soc. ital. di med. int. 24-27 ottobre 1923. — Stepp. Munch. med. Woch. 1915, n. 49. Ibid. 1918, n. 22, Zeitschr. f. Klin. med. Bd. 89. — Tinti, Rivista critica di clinica medica, 1924, n. 1-2. Ibid. 1925, p. 16, 380. — Volhardt. Munchn. med. Woch. 1907, p. 403.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Forma mielo-neuro-miopatica della malattia di Kussmaul. — Marinesco G. e Draganesco St. *Bulletin de la Section scientifique de l'Académie Roumaine*, n. 7, 1927.

La malattia di Kussmaul, della quale gli AA. riferiscono un caso, è una forma di periarterite nodosa, descritta per la prima volta da Kussmaul e Meyer. Si presenta in generale come una malattia infettiva febbrile, cachettizzante, nella quale disturbi gastro-intestinali e nefrite sono talora associati ad una polinevrite; nella maggior parte dei casi si nota inoltre un'anemia intensa con eosinofilia.

La durata della malattia, nei casi finora conosciuti, è stata variabile tra 12 giorni e 4 mesi, con esito mortale.

Si può, perciò, tra i malati di arterite nodosa descrivere un gruppo a parte, nel quale, nonostante la diffusione delle lesioni nei visceri, le alterazioni vascolari sono più accentuate nei nervi periferici e nei muscoli, sì da poterla denominare forma polinevritica della malattia di Kussmaul, della quale fino ad oggi sono conosciuti circa 12 casi.

A questo gruppo appartiene il caso descritto dagli AA.; in questo il quadro morboso era rappresentato da febbre, dimagrimento, disturbi gastro-enterici intermittenti, sì da far pensare a delle coliche epatiche con albuminuria, prima, ad una polinevrite in tubercolotico, poi. La malattia ebbe la durata di 6 mesi, dopo di che, essendo l'infermo morto per cachessia, l'esame isto-patologico mostrò la presenza di lesioni di arterite nodosa ad uno stadio avanzato di panarterite sclerosa, con consecutive lesioni parenchimatose nei visceri (fegato, ecc.), nei muscoli e nei nervi. Esistevano, inoltre, nel sistema nervoso centrale (midollo spinale e bulbo) delle lesioni nodulari a tipo vasculo-nevroglico, lesioni che per lo più sono assenti in questa malattia. La diagnosi, in questo caso, perciò, può essere quella di un neuro-miclo-miopatia di origine vascolare.

Gruber, Spiro, Tschamer, ecc. sostengono che detta forma di periarterite nodosa rappresenti una particolare affezione dei vasi, prodotta da diversi agenti tossici o infettivi.

Gli AA., invece, ritengono, nonostante il polimorfismo clinico della malattia di Kussmaul, che si tratti di un'entità morbosa ben definita, la quale riconosce come agente etiogenico probabilmente un ultra-virus ad azione quasi esclusivamente mesenchimatosa, che non ha nulla in comune con la sifilide; all'ultravirus vien fatto di pensare, perchè con i diversi

Digitized by Google

metodi di colorazione, non si è riusciti a mettere in evidenza microbi o spirochete sui tagli microscopici dei tessuti.

La reazione di Moritz Weisz nella tubercolosi polmonare.— CHANINEL. *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques,* 25 luglio 1927.

La reazione di Moritz Weisz consiste nell'aggiungere da 4 a 8 gocce di permanganato potassico all'1 per mille in una piccola quantità di urina del malato, previamente filtrata e diluita ad 1/3 con acqua fisiologica. Sotto l'azione del permanganato si ha una colorazione giallo-viva oro prodotta al livello superiore del liquido, se la reazione è positiva, chè se invece è negativa il colore sarà giallastro o bruno o di altro colore.

Quando la reazione è positiva la prognosi è grave, anzi spesso fatale nello spazio di un mese, un mese e mezzo.

E' specialmente importante nella tubercolosi polmonare acuta e cronica ma può riscontrarsi nella febbre tifoide, nella polmonite, nell'eresipela ecc.

Nella tubercolosi, sotto l'azione del permanganato l'urocromogeno, acido proteico dell'urina, si trasforma in urocromo, indice di distruzione dei tessuti. Ma se la reazione è negativa non esclude la malattia, nè subisce modificazioni in seguito alle cure antitubercolari.

L'A. ritiene che la speciale reazione ha grande importanza nella clinica della tubercolosi, ma per la prognosi, non per la diagnosi, cioè una netta e costante reazione positiva indica prognosi grave. [A queste conclusioni venne Andrea Ferrannini e i suoi scolari nella Clin. Med. di Camerino nei lavori pubblicati dal 1913 al 1915. N. d. R.].

Trattamento dell'anemia perniciosa progressiva criptogenetica mediante i metodi di Whipple e di Walinski. — *Presse Médicale,* 59, 1927.

In una riunione della *Societé Médicale des Hôpitaux,* sono riferiti i risultati in 4 casi aplastici od ipoplastici, ai quali, seguendo il metodo Whipple, si erano somministrati quotidianamente 200 gr. di poltiglia di fegato; e col metodo Walinski (trasfusione ed iniezione quotidiana di 5-20 U. Insulina). I risultati furono notevolissimi e duraturi, fino a notare un aumento di 12 chilogr. in due casi.

Finora sono circa 60 i casi noti; tutti confermano l'efficacia.

Del pari efficace si direbbe il metodo Walinski in quanto le iniezioni di insulina hanno consentito utilizzare molto bene le trasfusioni.

L'efficacia quasi parallela di due metodi opoterapici differenti, mentre lascia pensare di agire così sull'ematopoiesi deficiente e sull'emolisi impone nuove e maggiori ricerche sperimentali.

Rathery nota non potersi generalizzare a tutti i casi lo stesso metodo, avendone notato qualche insuccesso.

Labbé obbietta che in America furono constatati insuccessi cioè recidive, alla cessazione del trattamento Whipple.

E. Weil fa notare che la maniera di preparazione ha la sua importanza: bisogna raschiare bene l'organo di vitello per ottenere la sola polpa, priva di vasi. Si lascia quindi cuocere per pochi minuti a lento calore; stacciare, e mescolare con poco burro e sale.

Il tifo endemico benigno (malattia di Brill).— NETTER. *Presse Médicale,* 59, 1927.

Per la costante assenza della reazione Widal, questa forma nosografica studiata in N. York da Nathan Brill nel 1897, avrebbe analogie sintomatiche col tifo esantematico, distinguendosene per due caratteri: quasi nulla la mortaltà; assenza di contagiosità. Tra il 1897 ed il 1920 Brill avrebbe raccolti 500 casi del genere.

Nel febbraio 1912 vien trovato nel sangue di cotesti pazienti, da Anderson, il virus tifico. Le scimmie contrassero così il tifo sperimentale. Dopo guarite sono immunizzate di fronte ad una iniezione di sangue ricavato dalle vene di un tifico classico. Il sangue di un soggetto colpito da questa malattia resta senza effetto se iniettato ad una scimmia antecedentemente inoculata col sangue di un tifico classico.

La reazione Weil-Felix è l'agglutinazione che precisa la natura tifica della malattia. A Boston, Filadelfia, la malattia viene riconosciuta, anche là dove non arrivano emigranti europei o messicani capaci di importare la malattia.

La malattia di Brill viene constatata in Asia, Malesia, Giava, Manciuria, Africa, Oceania, poi in Francia.

Dovunque sempre gli stessi caratteri. La malattia è propagata da parassiti non precisati i quali attingono il virus sui ratti, topi, i quali terrebbero l'infezione allo stato inapparente. Il virus ha dunque subito una mutazione persistente.

Ma non si può dire l'ultima parola sulla eventuale ulteriore trasformazione dei caratteri di benignità.

Applicazioni curative dell'ossido di zinco in patologia digestiva.— H. DEJUST e G. DURAND. *Le Progrès médical,* 16 aprile 1927.

Impiegato altra volta soltanto come antispasmodico, l'ossido di zinco è stato adoperato per la prima volta in patologia digestiva (1911) nel trattamento delle rectosigmoiditi ulcerose croniche.

In seguito, le sue indicazioni si sono estese, sopratutto in seguito agli studi di Dejust sul potere precipitante dei sali di zinco. Con tale meccanismo l'ossido di zinco sopprime l'azione peristaltogena dei liquidi di ipersecrezione intestinale e gli effetti irritanti e tossici di questi liquidi eminentemente putrescibili, i quali sono inattivati.

Gli AA. hanno adoperato sopra tutto la forma pillolare (pillole glutinizzate da 0,20 ognuna, somministrate alla dose di 2-6 al giorno). Le indicazioni sono costituite, in primo luogo, dalle diarree acute enteriche poi dalle forme subacute, dalle crisi parossistiche delle coliti mucose e dalle enteriti alte ulcerose. Alle dosi indicate l'ossido di zinco sarebbe sempre inoffensivo.

Gli AA. preconizzano, inoltre, il suo impiego come medicatura, in mescolanza con l'amido, per esempio nelle rectosigmoiditi erosive od ulcerose croniche.

Accidenti nervosi da pneumotorace artificiale.— PERIN, *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques,* 25 luglio 1927.

Questi accidenti sono per fortuna rari; possono raggrupparsi in cinque forme cliniche: la forma sincopale, la più grave; quella convulsiva, la paralitica, la mista o convulsivo-paralitica, più frequente, e infine la forma transitoria, consistente specialmente in disturbi visivi.

La patogenesi di questi disturbi è effetto di un riflesso inibitore pleurale o di un'embolia gassosa. Nel primo caso si tratta di un riflesso inibitore trasmesso dalla pleura del nucleo del pneumotogastrico al centro bulbare ed encefalico. Nel secondo caso l'embolia gassosa è prodotta all'altezza delle neoformazioni: false membrane, aderenze pleuriche, movimenti involontarii della mano dell'operatore o movimenti respiratorii del soggetto. Dall'orecchietta sinistra il gas passa direttamente nel circolo generale e giunto all'altezza delle coronarie provoca il collasso cardiaco.

Dal punto di vista medico-legale è opportuno sapere che questi accidenti sono il più delle volte inevitabili.

Cura radiologica della malattia di Heine-Medin.— A. SORDELLO. *Archivio di Radiologia,* genn.-febbr. 1927, n. 1.

L'A. ha sottoposto al trattamento radiologico 9 bambini recentissimamente colpiti da poliomielite anteriore acuta, adoperando la seguente tecnica: apparecchio intensivo Siemens, tre campi lungo la colonna vertebrale, di 6 x 12 cm., ogni campo di 1 mA, 30 cm. SE, 26 DF, filtro 3 mm. di Al, 10 minuti. Nuova seduta dopo 7 e dopo 14 giorni.

I vantaggi così ottenuti nella cura delle paralisi consecutive alla poliomielite anteriore acuta furono assai notevoli, certamente superiori a tutti gli altri mezzi di cura in uso e potette culminare con la completa guarigione clinica.

Le osservazioni dopo un lungo periodo della cura confermarono, anzi resero ancora più notevoli le favorevoli conclusioni dei vari autori che si sono occupati di tale trattamento.

Gli effetti benefici furono tanto maggiori quanto più precoce fu l'intervento radioterapico. Onde l'A. ritiene che trascorso un mese dall'iniziarsi della paralisi essi sono assai più scarsi, dando così la dimostrazione che è veramente ai raggi e non a una spontanea regressione dei disturbi, che deve attribuirsi il decorso denigno e gli scarsi insuccessi notati nei radioterapizzati opportunamente.

L'A. infine riferisce che egli non crede necessaria l'associazione della diatermizzazione dei gruppi muscolari colpiti alla radioterapia.

I dolori toracici nella tubercolosi polmonare.— E. ZAMBONI. *Tubercolosi,* luglio 1927, n. 7.

L'A. riferisce che nelle forme più gravi di tubercolosi polmonare sia a decorso rapido (miliari) che distruttive (cavitarie), manca assolutamente o è scarsissimo il dolore, cosicchè molti ammalati muoiono senza aver mai accusato questo sintoma. Nelle forme lievi invece esso è assai più frequente, anzi si può dire che non manca quasi mai (dolori pleurici, dolori dei muscoli addominali, sensazioni di oppressione, di peso, di stiramento, o talvolta anche la pura e semplice sensazione della presenza del polmone).

Onde più brevemente potrà dirsi che nella forma miliare, nella tisi galoppante, nella tifo-bacillosi di Landouzy, nelle forme caseose, nelle forme broncopolmonari estese e nelle forme cavitarie non esiste alcun dolore, laddove nelle forme croniche e subcroniche esistono dolori che saranno di intensità crescente nelle singole condizioni seguenti: tubercolosi fibrocaseosa, tbc. fibrosa, tbc. sclerosante, tbc. peribronchiale e tbc. infiltrativa.

L'A. ritiene che questi dolori siano da imputarsi alla reazione del foglietto pleurico parietale.

Queste constatazioni non hanno solamente un valore descrittivo, ma

Digitized by Google

anche una vera importanza dal punto di vista della prognosi, oltrechè quello anatomo-patologico e patogenico. Evidentemente però, trattandosi non di sintomi obbiettivi ma puramente di sensazioni subiettive, bisogna tenere in debito conto la psiche del paziente con cui si ha da fare, psiche che può essere più o meno sensibile, più o meno intelligente e riflessiva.

L'A. poi riferisce di avere osservato in non pochi casi che i dolori sono andati scomparendo man mano che la guarigione è diventata più stabile, il che gli ha fatto pensare che il dolore possa persistere finchè è necessario il lavoro di reazione dell'organismo intorno al focolaio morboso (reazione ematogena ed istogena).

Ben s'intende che con questo non si vuol togliere ai dolori toracici il valore che essi hanno quando sono il sintoma subbiettivo di forme acute intercorrenti pleuriche (essudative o secche) o polmonari localizzate (polmonite, broncopolmonite) nei quali casi si ha sempre una rapida reazione della pleura parietale

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Contributo sulla frattura della prima vertebra cervicale.— Jefferson in Manchester. *The British Medical Journal*, n. 3473, 1927.

Poco o punto di nuovo in questi tre casi di fratture dell'arco posteriore dell'atlante. Tuttavia l'argomento è degno, tanto più che l'A. ha voluto controllare i 5 casi della bibliografia, ed esporli sinotticamente, con particolare riassunto della causa; dei sintomi clinici del midollo e dei nervi; della diagnosi anatomica; dei risultati terapeutici. Chi dunque voglia sottilizzare nella cognizione del meccanismo (del resto abbastanza controverso) delle fratture da causa diretta ovvero indiretta, potrà attingere all'originale; essendo fuor di limiti per un transunto.

Veniamo piuttosto all'essenziale per la clinica. Infatti la sede anatomica della lesione si vede prevalere nell'arco posteriore, verosimilmente predisposto dal passaggio dell'arteria vertebrale. Ecco le constatazioni: solo arco anteriore 8 casi; solo arco posteriore 29 casi; ambedue gli archi 12 casi; masse laterali 7 casi; processi trasversi 3 casi.

Lesioni concomitanti sono: a) Principalmente la frattura del processo odontoide; talora susseguente lussazione posteriore per rottura del legamento trasverso. b) Lacerazione dell'arteria vertebrale, sia perchè sede prevalente della frattura è il solco, sia per l'intimo contatto con il legamento ossificato, e se si vuole anche per l'eventuale inelasticità delle alterate pareti arteriose. c) Contusione o lacerazione del grande nervo occipitale, talora con esito in grave neuralgia. d) Lesione del midollo spinale, da compressione, o da penetrazione di frammenti.

La sintomatologia offre questi punti da considerare: dolore e rigidità nucale; irrequietezza per non trovare, nei primi giorni un atteggiamento compatibile. Particolarmente difficili i movimenti del sì e del no.

La difficoltà, la dolorabilità, l'intolleranza nei singoli movimenti di torsione, si comprendono anche meglio, se si tiene esperienza di quanto accade, sul cadavere, introducendo un dito attraverso il focolaio di frattura, quindi imprimendo movimenti rotatori al capo. Così anche si comprendono la disfagia, nonchè i rilievi tattili che fornisce la esplorazione del cavo faringeo.

In quanto al trattamento, premessa la diagnosi, esso deve essenzialmente essere immobilizzante. Si capisce che questo indirizzo non può essere costante, ed applicabile a tutte le contingenze; molto meno ai casi complicati.

Ecco quanto è riferito dall'A. lasciando abbastanza incomprensibile perchè non siasi dato alla radiologia maggior posto.

Il saggio funzionale del fegato in Chirurgia.— Ruef, Clin. Chirurgica in Dusseldorf. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204, 1927.

A ragione, ed a rigore di sempre più larga esperienza, questo studio diagnostico e prognostico non sarà mai abbastanza divulgato. Il saggio del carico albuminico, quello del ricambio idrocarbonato; la ricerca dei costituenti biliari; il sondaggio duodenale; la cromodiagnosi; la ricerca roentgen; le indagini batteriologiche ed istografiche, ecco un campo fecondo e da esplorare sempre meglio nella clinica delle affezioni epatiche. Questo indirizzo ha avuto una larga riprova su 130 casi della clinica diretta dal Rehn, ed impone sempre più attenersi al principio dell'esame multilaterale, per non incorrere nelle deficienze di quello parziale. Bisogna sempre utilizzare al tempo stesso la diagnostica funzionale del fegato e quella delle vie biliari, prima di venire a conclusioni attendibili. Un principio del quale s'impone compenetrarsi, si è questo: che ogni infermo di fegato è, per la sua stessa ipocapnia, un minacciato da narcosi. La sua malattia fondamentale delle vie biliari si riflette già sull'organismo intero. Pertanto sull'organismo così minacciato la narcosi esercita un nefasto shock del sistema vegetativo, indipendentemente dall'eventuale stato colemico che grava sull'organismo. Risulta anzi provata l'acidosi diretta provocata dall'etere e dal cloroformio.

Ora i saggi ripetuti sul materiale clinico predetto hanno messo sempre in maggiore evidenza che un grande numero di infermi delle vie biliari presentavano una limitazione funzionale del fegato. Questo era precipuamente perturbato nelle croniche litiasi; di grado anche massimo nelle flogosi, specie se queste si impiantavano su affezioni calcolose croniche. Questa offesa epatica portava alla acidosi locale e generale. Di qui alcuni insegnamenti pratici da contemplarsi:

1. Operare col minore indugio; in quanto che la litiasi cronica tende ad esplosioni flogistiche di cui non sono prevedibili nè la ampiezza nè l'entità.

Un intervento anche minimo può, in congiunture simili essere disastroso. Peraltro c'è assoluta indicazione operatoria anche nella cronica litiasi, allorquando siano evidenti i disturbi funzionali del fegato.

2. Nei pazienti con perturbato ricambio, come se ne incontrano nelle malattie biliari flogistiche acute, febbrili, e magari in quelle croniche, operare quanto più economicamente. Cautissima la narcosi; non esagerata la lordosi del corpo sul cuscino; condannevole la lussazione e l'estroviscerazione dell'organo. Operazioni moderate sulle vie biliari; magari in duplice seduta.

3. Poichè il perturbamento epatico implica un disturbo della riserva alcalina ed un disturbo del ricambio carboidrato, giova prevenirli e combatterli, mediante l'introduzione di bicarbonato di soda, zucchero, insulina.

Il metodo Bordier nella cura dell' epitelioma da radiodermite. — Marquès in Toulouse. *Le Presse Médicale*, n. 59, 1927.

E' circa un trentennio da quando Oudin veniva segnalando l'efficacia della scintilla di risonanza nei piccoli tumori cutanei, negli epiteliomi. Più tardi in seguito dei successi di Bordier, veniva a confermarsi il merito della scintilla d'alta frequenza nel trattamento di elezione dei piccoli epiteliomi. Più che la energia degli apparati si imponeva, per conseguire buoni risultati, un metodo rigoroso; il che appunto è merito del Bordier.

Il caso qui riferito è un'auto-osservazione di radiologo e radio-terapista. Avanti la guerra egli si premuniva stando in una cassa di piombo fornita di un vetro a livello della faccia; durante la guerra seguendo le comuni precauzioni. Soltanto nel 1925 si ebbe un leggero eritema facciale attribuito alle irradiazioni di un chenotron mal situato. Nel 1926 inizio di seborrea nasale e delle guance; follicolite della pinna sinistra, una lievissima ulcerazione presto ceduta a qualche goccia di alcool. C'era un'area atrofica regionale sulla quale vennero manifestandosi produzioni verrucose; a cui succedette uno stato ipercheratosico.

Breve: fu consigliata l'elettro-coagulazione alla Bordier, e praticata da lui stesso. Questi si servì del suo dielettrico flessibile e della sua istrumentazione abituale con l'elettrodo a sfera n. 1. Dopo 15 giorni spontanea eliminazione di escara e dopo poco più di una settimana cicatrizzazione completa.

Facendo alcuni confronti con i risultati della scintilla (piccola di alta frequenza, e la scintilla calda del piccolo solenoide di alta frequenza), non si può non riconoscere la grande superiorità della diatermo-coagulazione.

Sul valore degli antisettici nella chirurgia pratica. — Demel, Clin. Chirurgica in Freiburg. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204, 1927.

Nella ripresa di tendenze verso l'antisepsi le attuali ricerche eseguite nella clinica del Lexer assumono non dubbio significato. Con dispositivi particolari l'A. ha inficiato molteplici fili di sutura, i quali erano stati impregnati di prodotti antisettici differenti; quindi portati in terreni di coltura solidi o liquidi e tenuti al termostato. Il germe studiato fu lo stafilococco piogene aureo. I fili trattati con soluzione di Pregl, triplaflavina, o con alcool, rimasti senza segno di vita nelle culture solide e liquide, trasportati poi nel connettivo umano, restavano anche lì sterili. Sembra che gli antisettici adesi ai fili riescano per prodotti di deviazione a provocare qualche gonfiore, rossore, ed abbondante emigrazione leucocitaria.

Senonchè è risultato che i fili che lasciano sterili questi terreni possono dopo una nuova permanenza in acqua distillata sterile, riprendere vita se trasportati nei tessuti. Per quanto i fili anche parimenti risciacquati, portati sui terreni nutritivi, possono non dar segni di vitalità batterica. Tanto accade sia per la soluzione di sublimato, sia per l'alcool. Negativo il risultato quando invece si procedeva alla bollitura.

Praticamente considerato il problema, bisognerebbe dire che la soluzione 3 % di superossido di idrogeno o soluzione Pregl, attenua lo sviluppo dello stafilococco giallo, per modo che questo, nell'organismo possa soccombere ai poteri di deviazione dell'organismo; mentre portati sul-

Digitized by Google

le culture sono tuttora capaci di riviviscenza. Ma la difesa organica viene ceduta, allorquando il materiale infetto, previamente passato in acqua, venga portato via in parte l'antisettico, ed il residuo è insufficiente a stimolare l'autodifesa.

NEUROPATOLOGIA

Atteggiamenti del capo e degli arti da lesione del cervelletto. — A. Frigerio, della Clinica neuropsichiatrica di Milano. *Studi neurologici* dedicati a E. Tanzi, pag. 333, 1926.

Il più recente periodo di ricerche sulla fisiologia del sistema nervoso è stato caratterizzato da un vivace risveglio degli studi sul meccanismo delle attività toniche o posturali e, sulla traccia segnata dalla scuola inglese e da quella olandese che hanno illuminato nuovi lati del problema ed aperto nuove vie agli sperimentatori, si è avuto un rinnovato fervore nella analisi della funzione cerebellare sì che la revisione ed il completamento della dottrina di Luciani, sistematicamente attuati specie in Italia, ha condotto ad utili precisazioni od individuazioni dei meccanismi della funzione medesima.

Non altrettanto invece si è avanzato nel campo clinico, in quanto si voglia non solo affermare l'esistenza di centri cerebellari corticali, ma anche stabilire norme che permettano di risalire dai sintomi alla affermazione di una determinata sede di processo morboso cerebellare o si voglia raffigurarsi le condizioni anatomiche di produzione di esse.

L'A., in base a due casi clinici, da lui osservati, ed alla valutazione critica dei dati bibliografici, pensa che si possa affermare che esistono atteggiamenti del capo e degli arti così strettamente legati a localizzazioni cerebellari da non potersi mettere in prima linea altri meccanismi extracerebellari senza oscurare anzichè schiarire la comprensione delle funzioni statiche o posturali, anche se a questi meccanismi non si possa negare una attiva e necessaria partecipazione all'esplicazione delle funzioni cerebellari; che l'applicare la concezione di una «rigidità da scerebrazione» alla patologia umana si può fare solo con un certo artificio e con una deformazione del significato stesso dei vocaboli che la rende poco atta a portare chiarezza in un campo già di per sè oscuro; che meglio è limitarsi ad affermare che l'esistenza di condizioni limitanti l'attività dei centri superiori, o comunque rompenti l'equilibrio fra la funzione cinetica e quella statica, ed in particolare di lesioni piramidali, facilita la comparsa di atteggiamenti del capo e di singoli arti, pur legate prevalentemente a lesioni cerebellari; che queste, per quanto si può dedurre dal primo dei casi dell'A., possono agire anche se situate in modo da non ledere direttamente nè la corteccia nè i nuclei.

La sindrome simpatica nei riguardi del ganglio sfenopalatino. — Delie. *Le Scalpel*, n. 26, 1927.

Il ganglio sfenopalatino è, o dovrebbe essere considerato, come un ganglio parasimpatico. Esso non ha rapporti diretti col ganglio cervicale superiore, ma, alla base del cervello, è intimamente unito alle cellule d'origine del vago.

La coriza spasmodica è una sindrome trigemino-simpatica a predominio vagotonico. L'irritazione prodotta sulla mucosa nasale dal freddo, dalle polveri, da agenti specifici od aspecifici, trasmessa, per via del trigemino, provoca un riflesso bulbare, con preponderanza sul decimo paio, e ciò sia per via di anastomosi, sia a causa di irradiazioni partenti durante il passaggio delle fibre del quinto attraverso il ganglio sfeno-palatino.

La terapia sarà dunque diretta sopratutto contro la ipersensibilità del trigemino e contro l'iperattività vagale.

ENDOCRINOLOGIA

Influenza della tiroide sul carattere. — Roberti. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, fasc. 2, 1927.

La tiroide essendo una delle basi anatomiche delle funzioni psichiche, contribuisce a dare una particolare impronta al carattere sia per l'azione dei suoi ormoni sul ricambio generale e la sensibilizzazione dei centri e delle vie nervose per i quali si esplica il meccanismo dell'emozione, sia attraverso le altre molteplici correlazioni umorali e nervose.

Prevalendo una minore o maggiore attività si determinano i due tipi ipo- ed ipertiroideo.

Nel primo tipo il temperamento assume la tendenza verso una stabilità affettiva, una scarsa eccitabilità, un lentezza di tutti i processi nervosi, qualità che caratterizzano il temperamento calmo, riflessivo, tranquillo, scevro di vivacità e prontezza nella percezione scarsamente emotivo, refrattario ad ogni impulso di passioni. Questo temperamento comporta nella vita e nell'ambiente una linea di condotta stabile e calma.

Il contrario succede nel secondo tipo, ipertiroideo, in cui la nota saliente è una vivacità universale che dalle manifestazioni della vita vegetativa corre rapida a quella psichica, rivelando la prontezza dell'emotività, della percezione, l'ideazione più fervida, la volubilità che caratterizza quella instabile armonia delle tendenze affettive e infine un complesso psichico che se qualche volta può pervenire a gradi più accentuati può dar luogo a manifestazioni spesso bellissime di impulsi ideativi e di generosi slanci emozionali.

Ma forse non è soltanto esclusivamente alla tiroide che si può attribuire questa particolare azione sui centri nervosi. Certo è che essa vi gioca una parte importantissima, che spesso è in correlazione con simpatie ormoniche di altre glandole (ovaio, testicolo ecc.).

In senso lato bisogna ammettere un distiroidismo, come base dei fenomeni che si presentino in maniera più accentuata del solito.

SIFILOGRAFIA

La malaria nella cura della sifilide in genere. — Mulzer, Clinica dermatologica in Hamburg. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203 e 204, 1927.

Tra le molte contribuzioni del volume in omaggio al grande chirurgo Lexer, questa ha una impronta molto pratica. L'A. ha tratto dalla personale esperienza la convinzione che la lue recente debba esser dominata dal precoce trattamento con salvarsan e bismuto. Invece nelle forme di antiquata lue bisognerebbe ben più che non sia consueto fare, ricorrere al cosidetto trattamento malarico combinato. Questo specialmente nelle forme tardive e terziarie, in cui si abbia ancora positiva la R. W. nel siero di sangue, e dimostrabili alterazioni nel liquor. Sono queste le contingenze di solito più refrattarie ad ogni terapia, mentre può ancora essere bene efficace la terapia malario-salvarsan. Bisogna inoltre tener conto di alcuni casi nei quali con una isolata positiva R. W. decorrono gravi alterazioni luetiche di organi interni, e particolarmente dei vasi sanguigni. Si incontrano nella pratica donne le quali avendo partorito un feto sifilitico, non hanno tuttavia presentato mai altro che una R. W. positiva nel sangue, e talora nulla. Poichè può bene accadere che dopo decenni questa madre può dare ancora qualche prodotto sifilitico, bisogna ritenerla come una luetica latente. Se per affinità, si tiene conto di quella sifilide a decorso eminentemente cronico, nei conigli (designata da Kolle come «infezione muta»), bisogna concluderne, secondo l'A. che su ogni sifilitico il cui sangue offra una R. W. positiva, pende la spada di Damocle delle più gravi complicazioni luetiche, sia esso realmente od apparentemente stato sottoposto a cure. Siamo attualmente in grado da affermare che, anche in condizioni di estrema resistenza di codesti luetici, si possa ottenere il successo curativo combinando la triplice terapia in parola: ed il vantaggio è tanto più notevole in quanto solitamente questi infermi presentavano più o meno intensa alterazione patologica del liquor; il che suole essere valutato come segno sfavorevole. Ora se appunto col trattamento malarico siamo in grado di eliminare anche la positività di R. W. dal liquor, è senza dubbio anche questo un vantaggio.

Già nella sua clinica l'A. raccoglie 150 casi trattati come si è detto, constatando che soltanto in 5,5 % può rimanere R. W. positiva, ma tuttavia anche, transitoriamente. Concludendo dunque, per le indicazioni di questa terapia mista si hanno: 1° casi di inveterata lue con resistente R. W. + nel sangue, alterazioni patologiche del liquor, con o senza manifestazioni cliniche. 2° Manifestazioni cliniche resistenti alla terapia, e lue terziaria. 3° Neurorecidive. Questo trattamento del resto non pericoloso, può imporre tener presenti queste controindicazioni: vizi cardiaci, tubercolosi pulmonare, nefropatie non sifilitiche, e se mai fatti degenerativi nell'atrofia dell'ottico.

Per giudicare del modo di agire di questa cura, non bisogna fermarsi soltanto alla febbre. Bisogna farsi un concetto alquanto diverso. Il trattamento energico precoce si suppone sia riescito ad uccidere tutte le spirochete aggredibili. Se subentrano sintomi manifesti, bisognerà insistere col salvarsan-bismuto. La malaria provocata apporta dunque una condizione di favorevole aggressività farmacologica salvarsan-bismutica delle spirochete mobilizzate dal loro stato latente, incapsulato; mobilizzazione agevolata dalle condizioni di iperemia e cresciuta permeabilità vasale. Non si esclude che con l'azione spirocheticida concorrano processi di deviazione.

OCULISTICA

La vaccinoterapia in oftalmologia. — Teulières, Bordeaux. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 13, 1927.

Non occorre qui rilevare che le basi generali della vaccinoterapia restando quelle che negli studi attuali dominano, bisogna qui considerarne gli aspetti particolari in rapporto alla oftalmologia.

Digitized by Google

La scelta del vaccino non può sempre essere guidata da premesse teoretiche. Si sa che le due provenienze principali del vaccino sono: quella del germe prelevato dallo stesso paziente (auto-vaccino); oppure di provenienza diversa, ma germi della stessa famiglia (stock-vaccino). Di quest'ultimo l'uso si rende anche più largo.

Vediamo come usarli in oftalmologia.

a) Vaccinazione preventiva. Si usa a prevenire le infezioni da interventi sulla cataratta. Questo si fa specialmente nei predisposti, per congiuntivite cronica, dacriocistiti etc. indipendentemente dal trattamento locale di tali affezioni. L'autovaccino si potrà ottenere dalle secrezioni della congiuntiva e delle vie lacrimali. L'A. presceglie il lipo-vaccino autopiogene Le Moignie (stafilo, strepto, piocianico), per via sottocutanea.

Una iniezione era praticata la vigilia della operazione di cataratta; osservazioni più recenti consigliano di cominciare 15 giorni avanti, affinchè sia prima superata la reazione. Quando non si potesse attendere 15 giorni, sarebbe consigliabile la vaccinazione locale ad istillazione ripetuta, tanto più che la tendenza odierna, è favorevole all'uso locale più che a quello generale dei vaccini.

Sarebbe precoce affermare l'efficacia di questo indirizzo, essendo scarse le casistiche.

b) Vaccinoterapia o vaccinazione curativa. Questa va disaminata a seconda delle singole condizioni, cioè:

1. Nella tubercolosi oculare; primo punto, e non privo di difficoltà: accertare questa natura specifica. Possono le affezioni oculari in un tubercoloso non essere decifrate; può anche trattarsi di affezioni paratubercolari, come la cheratite flittenulare, in cui si vedono buoni effetti dalla tubercolina.

In realtà la tubercolina Pasteur ha incontrato favore tra gli oculisti; ma non si può disconoscere la delicatezza del compito, in quanto si è non di rado constatato un brusco mutamento di forme localizzate primariamente in altri organi.

2. Nelle affezioni gonococciche: superfluo ricordare l'importanza nel neonato e nell'adulto, quale fattore di cecità. La vaccinoterapia era dunque giustificatissima, e si ricorse specialmente al Dmegon contenente gonococchi uccisi, stabili, atossici, od al lipovaccino Le Moignie, al vaccino Nicolle e Blaizot. Non pochi oculisti se ne sono schiettamente lodati. L'A. raccoglie 13 casi di oftalmia purulenta, nei quali le iniezioni han dato effetti non dubbi. A questo gruppo infantile possono associarsi 8 casi di adulti, a forma di lesioni corneali; 6 casi di congiuntivite, nei quali tuttavia non si era rinunziato all'uso dell'Argirolo, o nitrato di argento. Non mancano applicazioni nell'irite, irido-ciclite metastatiche.

In complesso l'A. crede poter dire: che allo stato attuale la vaccinoterapia non deve essere usata da sola nelle infezioni gonococciche dell'occhio, pur considerandola come prezioso ausilio in affezioni così compromettenti.

4. Infezioni da pneumococchi e microbi associati (stafilo-streptococchi). Sono specialmente le cheratiti con ipopion; le cateratte simili infette; le ferite penetranti infette, del globo oculare. In tutte queste contingenze i vaccini hanno presentato a constatare reazioni. cioè: quella locale sempre molto lieve o quasi nulla; quasi mai netta reazione focale; la reazione generale anch'essa minima con i vaccini monomicrobici; con quelli plurimicrobici le reazioni più differenti ed estreme, secondo i singoli casi. Le ipotesi più discusse si avanzano intorno alla natura della reazione; ma si propende a ritenere che una azione stimolante sulla difesa dell'organismo, sia proficua a neutralizzare o distruggere le tossine; mentre non risulta la necessaria azione di vaccino specifico, potendo anche l'altro fornire reazioni benefiche.

La jonizzazione dell'occhio. — CANTONNET, Paris. Ed. Maloine, 1927.

Senza aspirare alla paternità del metodo l'A. ne è certamente uno dei più validi sostenitori. Peraltro dire che il metodo sia ottimo non vuol dire che esso sia unico, e adatto a tutte le contingenze. Si può piuttosto elogiarlo come complementare in parecchie altre terapie.

Da parte le discussioni se esistano o non i ioni, i risultati pratici mostrano l'ammissibilità di un quid; il che basta. Anzi l'A. al cui attivo stanno 412 casi, sa di potere affermare che la ionizzazione sia un progresso terapeutico, talchè non esita a profetizzare che fra dieci anni la ionizzazione sarà per essere praticata da ogni oculista.

Non va taciuto che tutti i pazienti ionizzati furono parallelamente alla ionizzazione, sottoposti ai metodi classici, ed agli ordinari mezzi terapeutici. Inoltre fu necessaria molta paziente ripresa delle applicazioni.

L'A. si avvale di un particolare tubo-elettrode tenuto dal paziente. Aperto in alto per l'introduzione dell'elettrolito una volta applicato il tubo, è di là che possono sfuggire bolle di gas elettrolitico e di aria. Una tubolatura porta un occhiarolo rivestito di caucciù, che si applica intimamente sul contorno dell'occhio da ionizzare, innanzi alle palpebre, non tra queste ed il globo oculare. Il piede slargato per poter poggiare sul tavolo, porta un'altra tubolatura dove arriva la corrente, mediante un pastello di carbone di storta. Una piastra nucale riprende la corrente e chiude il circuito. Al tubo elettrodo contenente l'elettrolito, che è a contatto con la cornea possono, a volontà, connettersi il polo + o quello —.

Si può anche meglio far combaciare l'occhiarolo con un'altra corona in cautchouc. (Il costruttore è Giroux).

Da preferire la pila anzichè la corrente cittadina. E' impossibile qui riferire tutte le manualità tecniche particolari.

Vediamo piuttosto le indicazioni ed i risultati:

a) Macchie corneali. I nefeli quanto meno opachi, quanto più recenti e superficiali, tanto più presto e durevolmente migliorano. Non si può affermare altrettanto dei leucomi.

b) Pterigi, cicatrici pterigoidi, simblefari. Nessun risultato.

c) Cicatrici cutanee, ectropion cicatriziale. Bellissimi risultati nelle cicatrici della faccia: presto si rammollisono cordoni e placche; è resa anche più efficace la plastica. Le sedute possono prolungarsi 30-45 m'.

d) Ectropion senile o paretico. Scarse osservazioni; dubbi risultati.

e) Fenomeni dolorosi, or sì or no miglioramenti.

f) Scleriti-episcleriti; grande prevalenza di guarigioni, particolarmente sedativa.

g) Paralisi oculari estrinseche: soltanto da sperare miglioramenti nelle paresi recenti e parziali.

h) Paralisi oculari intrinseche: zero risultati.

i) Irititi acute o subacute. Iridocicliti. Risultati rapidissimi nell'ipopion; sedazione sul dolore.

j) Iriti croniche, Sinechie. Esclusioni pupillari. Frequenti insuccessi restando invariata l'acuità; talora tuttavia qualche buon risultato.

k) Cataratte: quasi nulla; qualche effetto nelle opacità iniziali, nè esente da discussione.

l) Mosche volanti. Ialiti. Sinchisi: zero risultati.

m) Glaucoma assoluto: zero.

n) Glaucoma acuto o subacuto: risultati non costanti, ma tuttavia molto interessanti specie come ipotensione.

o) Glaucoma cronico non irritativo: risultati interessanti, specie come ipotensione. Ma con ciò non si esclude l'intervento operatorio.

p) Alterazioni corioretiniche della miopia: risultati variabilii.

q) Coroiditi disseminate non miopiche: negativi risultati.

r) Scollamento retinico: zero risultati.

s) Lesioni o disturbi retinici: nulla nelle forme essudative; variabili e interessanti nelle emorragie e nello spasmo vascolare.

t) Degenerazione pigmentale retinica. Nessun risultato.

u) Atrofie e sclerosi ottiche: risultati nulli o malsicuri.

v) Nevriti retrobulbari; talora miglioramenti rapidi, talora nessun risultato.

w) Stasi papillare: zero risultati.

x) Cheratite interstiziale: non trascurabili miglioramenti, ma incostanti.

y) Ulceri corneali: interessantissimi risultati sull'ipopion; così anche quando questo manchi; variabile sulle flittene.

z) Congiuntiviti catarrali e tracomi: ancora insufficiente esperienza.

TERAPIA FISICA

La diatermo-radio-terapia nelle affezioni prostatiche. — VIGNAL. *Le Journal Méd. Français*, n. 1, 1927.

Nelle prostatiti acute, allo scopo di diminuire il dolore e i fenomeni congestivi, sono indicate le correnti ad alta frequenza ed alta tensione, col metodo bipolare. Si piazza il malato in decubito laterale destro o sinistro, col bacino sostenuto da cuscini, e le cosce, quella di sotto appoggiata distesa sul letto, mentre l'altra è sollevata e flessa sull'addome, e in rotazione interna quanto più completa è possibile.

In questo modo l'accesso al perineo e all'orificio anale è facile. S'introduce nel retto, sollevando la coscia superiore, un elettrode metallico nudo, per es. un bugia di Hegar n. 18 che è innestata al risonatore di Oudin, estremità superiore

Sull'addome del paziente a livello dell'impianto dei peli sul pube si applica intimamente un elettrode spongioso 20 x 20, innestato alla estremità inferiore del risonatore.

Si faranno sedute quotidiane di 5-10 minuti, usando il maximum d'intensità al risonatore.

Il miglioramento si rivela fin dalla prima seduta e si completa nelle successive.

L'A. ha adoperato anche la diatermia con successo, con la stessa

Digitized by Google

tecnica precedente e praticando sedute quotidiane di 15'-30' con intensità di 500-800 M. A.

Tutti i fenomeni dolorosi e congestivi scompaiono rapidamente. Nelle prostatiti subacute e croniche Wetteren ha usato in 956 casi la röntgenterapia con costante successo. Il malato in decubito laterale come per i trattamenti precedenti; lo scroto ribattuto in avanti viene protetto con foglie di caucciù piombato; le cosce divise da uno strato di cotone.

Il raggio normale è diretto sulla prostata. Si dà una dose di 10-15 H con filtro di un millm. di rame e due millm. d'alluminio. Una seduta ogni tre settimane.

Fin dalla prima seduta la prostata si rammollisce, i dolori cistici e quelli irradiati nelle vicinanze scompaiono in qualche giorno, l'infiammazione e la tumefazione prostatica s'arrestano e finiscono con scomparire.

Nello stesso tempo bisogna prescrivere riposo a letto, docce rettali e cure igieniche.

Nell'ipertrofia prostatica è pure la röntgenterapia il trattamento di scelta. I raggi secondi Regaud agirebbero sulla prostata ipertrofica come agenti elettivi di distruzione cellulare.

I casi in cui la röntgen è specialmente efficace sono quelli di ipertrofia prostatica da adenoma puro o molle, meno sensibili invece sono quelli con adeno-fibroma.

Ovunque la tecnica preferita dall'A. fra le tante proposte è la seguente.

La via di scelta preferibile per la irradiazione è quella perineale. Si useranno delle tensioni molto elevate, 200 kilovolts con forte filtro oppure 100-150 con filtro medio. L'A. preferisce questo ultimo con filtro di 7 millm. di alluminio e intensità di 3 M. A. Le dosi saranno 600-800 R. o 3-4 H, per ogni seduta, una volta alla settimana.

La posizione del malato sarà la genu-pettorale o a cane di fucile, quest'ultima è preferibile perchè stanca meno.

Si centrerà l'ampolla con un localizzatore di 10 cm. di diametro sul tratto fra l'ano e la radice dello scroto.

I risultati di questa applicazione sono immediati e a distanza. All'inizio si ha una esagerazione dei disturbi funzionali che scompare dopo le prime 3-4 sedute, ma subito dopo il miglioramento comincia, fino a diventare quasi completo sia nei riguardi del volume che in tutti i sintomi vescicali e irradiati.

Nei casi in cui la prostata sia dura per adenofibroma, ricorrere soltanto alla cura chirurgica.

Nel carcinoma della prostata la cura ideale sarebbe rappresentata dalla associazione del trattamento chirurgico col radium, consistente nel situare in pieno tessuto prostatico cruentato i tubi radiferi.

Per es. Robat ed Herbst praticano una cistostomia sotto-pubica e affondano nella prostata una serie di tubi, contenenti 12 millgr. di radio, in differenti direzioni e piazzandoli un cm. uno dall'altro e lasciandoli in sito da 12 a 13 ore. Dopo una sola applicazione si nota la fusione della maggior parte del tumore. L'operazione si può ripetere qualche settimana dopo. Poi si passa alla parte inferiore aggredendo il tumore per via perineale e infiggendovi gli aghi radiferi, previa dissezione del perineo.

Un ultimo trattamento è quello di porre il radio dopo prostatectomia totale.

Questo trattamento sembra il migliore perchè si sono visti sopravvivere ammalati anche dopo molti anni. Ma è inutile dire che sono casi piuttosto favorevoli.

La röntgenterapia, infine, se dà dei prolungamenti di vita interessanti, non raggiunge però i beneficii del metodo precedente.

IDROLOGIA

Azione delle acque minerali sui colloidi cellulari e sul meccanismo della diuresi. — P.-L. Violle e P. Dafourt, *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition*, n. 5, 1927.

Dalle ricerche sperimentali degli AA. risulta che le acque minerali diuretiche influenzano il metabolismo dell'acqua in maniera concordante con quanto la clinica già aveva insegnato. Le acque diuretiche, infatti, hanno sul rigonfiamento cellulare un'azione rapida e più o meno intensa seguita quasi immediatamente da una diminuzione di volume pronunziatissima. Questo alterno movimento determina un vero rimescolamento dei costituenti cellulari, con sottrazione di acqua e di elettroliti superiori agli introiti. Non si rimarrà meravigliati di tutto ciò, se si pensa che in seguito all'introduzione delle acque minerali diuretiche si nota un aumento rapido dell'acqua eliminata e degli altri principi contenuti nell'urina. D'altra parte, prescindendo dagli altri meccanismi d'azione delle acque diuretiche, specialmente della loro azione sul fegato, è appunto alla aumentata diuresi che forse deve attribuirsi l'azione solvente delle acque diuretiche, quale è stata messa in evidenza durante le cure di diuresi.

Il nuovo equilibrio cellulare determinato dalle acque minerali, sebbene ancora non ben definito, può sconfinare talora nel patologico, allorchè gli scambi precedentemente accennati sono troppo intensi e rapidi, sino al punto da diventare dannosi per l'organismo e determinare quelle reazioni alle quali si è dato il nome di crisi termali o disturbi da cachessia alcalina.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ASSOCIAZIONE MEDICO-CHIRURGICA DI ALESSANDRIA

Seduta del 4 giugno 1927

Presid.: Finzi

De Benedetti (Asti). *Singolare reazione termica e sanguigna alla somministrazione di ioduro di potassio.* — In una donna affetta da enterocolite dissenteriforme in via di guarigione, l'O. somministrando gr. 2 di ioduro di potassio, osservò rialzi termici simili agli accessi malarici per la rapidità di insorgenza, per l'altezza raggiunta, per la subitanea scomparsa. Notò inoltre leucocitosi prevalentemente neutrofila, d'altissimo grado la cui curva era perfettamente parallela a quella termica. L'O. discute la patogenesi del fenomeno ed accenna brevemente alla questione dell'idiosincrasia.

Fasano (Asti). *Sulle fratture cervico-trocanteriche del femore.* — L'O. premesso che la terapia delle fratture del collo del femore deve ben distinguersi da quella delle fratture diafisarie, dice che essa deve farsi essenzialmente con: riduzione alla Wittmann in leggera abduzione, trazione e rotazione interna molto accettuata, contenzione in apparecchio gessato, trattamento non inferiore ad otto mesi. Non ottenendo la riduzione con questo mezzo, propone il trattamento cruento alla Delbet con avvitamento del collo del femore da praticarsi senza aprire l'articolazione, come consiglia Delitala, ma con ampio lembo alla Petersen.

Presenta le radiografie di un caso ultimamente trattato con questo metodo e con risultato perfetto.

Finzi. Conferma quanto asserisce Fasano e ritiene opportuno il trattamento cruento in determinati casi specialmente quando si ritenga opportuno abbreviare la degenza a letto allo scopo di evitare il formarsi di decubiti specie nei vecchi nei quali frequente è tale tipo di frattura.

Carezzano (Alessandria). *Crisi cefalo-oculo-gire in parkinsoniano post-encefalitico.* — L'O. presenta un soggetto trentenne affetto da sindrome parkinsoniana post-encefalitica con delle crisi di oculo-giria in senso verticale accompagnate da uno stiramento del capo all'indietro. Tali crisi si ripetono regolarmente tre volte nella giornata e non cessano se il malato non si pone a letto. Soltanto la somministrazione ben regolata di una soluzione di bromidrato di scopolamina può scongiurare la loro insorgenza. L'O. accennati i vari casi di questo genere già descritti da Stahelin, Frigerio, Levy, Marinescu, Bertolani ed altri si sofferma a discuterne il possibile meccanismo patogenetico e la probabile sede della lesione che ritiene con Bertolani essere ai corpi quadrigemini pur non escludendo la possibilità di un componente cerebellare nella produzione delle crisi stesse.

Marocco (Alessandria). *Nuovo apparecchio per la determinazione dell'urea nei liquidi organici.* — L'O. presenta l'apparecchio da lui ideato che consta di un piccolo Erlenmeyer recante lateralmente un gavocciolo della capacità di 12 cc. circa. L'Erlenmeyer è chiuso da un tappo di gomma munito al centro di un tubo di vetro unito ad un robusto tubo di vetro unito ad un robusto tubo di gomma comunicante con un tubo ad U destinato a misurare lo sviluppo del gaz. Nell'Erlenmeyer si mette il liquido in esame (urina, siero di sangue ecc.) e nel gavocciolo la sol. di ipobromito nettamente separati. Si applica il turacciolo di gomma e si mescolano i due liquidi. La branca graduata del tubo ad U porta una divisione a tubo molto stretto fino alla capacità di 1 cc. e mezzo per poter misurare anche minime quantità di gas; poscia il tubo si allarga e continua la graduazione in decimi di cc. a 20 cc.

De Benedetti e Currado (Asti). *La sintalina nella cura dei*

Digitized by Google

diabete. — In due casi di diabete, di cui uno grave gli OO. hanno provato la sintalina. I risultati non sono stati disformi da quelli ottenuti recentemente da vari AA. e cioè: l'azione sulla glicosuria è reale mentre quella sulla glicemia è scarsa. Non vennero alle dosi usate constatati fenomeni di intolleranza importanti. Gli OO. pongono in evidenza i vantaggi dell'insulina sulla sintalina la quale non può sostituire la prima nè nel coma nè nei casi gravi nè forse nelle complicazioni del diabete, nelle quali è necessario ottenere una notevole diminuzione della glicemia.

Fasano. Dice che in caso di acidosi pre- e post-operatoria l'insulina può dare benefici risultati ma ne torna difficile il maneggio. Riferisce alcuni concetti già espressi all'ultimo congresso di Berlino circa i buoni risultati dati dalla sintalina in casi di insulino-resistenza (diabetici con stati piemici).

Currado (Asti). *Alcuni dati su una recente epidemia di melitense nell'Astigiano.* — Accogliendo di buon grado l'invito fattogli dal dottor Marchese, medico provinciale, l'O. premesse alcune considerazioni sulla eziologia e sulla epidemiologia della febbre di Malta, riferisce alcuni casi (18) verificatisi nei primi mesi del corrente anno in Asti e circondario, casi accertati con la sierodiagnosi. Tre di questi malati ebbero contatti diretti con ovini, uno con ovini e bovini, sette mangiarono latticini crudi di ovini senza aver avuto contatto con questi animali, tre prestarono assistenza a parti di bovine ed infine tre affermarono di non aver ingerito latticini e di non aver avuto contatti nè con ovini nè con bovini. Sette casi, seguiti dall'O. in ospedale ebbero andamento tipico, tranne uno in cui si ebbero localizzazioni all'apparecchio respiratorio (tosse insistente, smorzamento plessico notevole su d'un apice, diminuzione del fremito e del respiro con qualche crepitio) evenienza del resto non rara. Eseguita l'intradermoreazione a scopo diagnostico, sia con l'antigene di Burnet che con quello di Bua il risultato fu positivo e specifico (negatività dei controlli).

De Benedetti. Riferisce un caso di melitense a sintomatologia abnorme consistente oltre che nelle comuni alterazioni della milza in una cefalea localizzata, la cui localizzazione si spostava con i movimenti del capo. Gli interventi terapeutici ebbero in questo caso esito negativo.

Marocco. Dice di aver potuto, per mezzo della sierodiagnosi, constatare alcuni casi di melitense nella nostra provincia.

Carbonelli e Parnisetti. Credono doveroso trattando dei problemi inerenti la febbre di Malta, di ricordare il nostro illustre conterraneo Tito Carbone, morto per tale infermità che volontariamente si era provocata a scopo di studio.

De Benedetti (Asti). *Sepsi meningococcica con febbre a tipo palustre, meningite tardiva. La puntura suboccipitale in sostituzione della lombare.* — L'O. riferisce su un caso di sepsi meningococcica, con meningite tardiva, a decorso lungo, con accessi febbrili del tutto simili a quelli di una terzana doppia, senza fatti artritici nè manifestazioni cutanee. L'ammalato guarì con appropriata sieroterapia per via suboccipitale. L'O. prospetta tecnica e vantaggi della puntura suboccipitale e presenta radiografie di lesioni spinali messe in evidenza dal liquido iniettato

Carezzano. Fa notare che, secondo quanto asserisce Stewart Donal in base alle sue esperienze, la puntura suboccipitale è controindicata nei casi di tumore cerebrale e di meningite troppo avanzata per il pericolo di colpire i centri vitali del bulbo spostati dal processo morboso.

Santonè. Osserva che la puntura suboccipitale può riuscire pericolosa nei rari casi di anomalo decorso dell'arteria cerebellare posteriore inferiore. Cita a tale proposito due casi di morte occorsi al Nonne.

Mazza (Alessandria). *Di un buon metodo di cura medica nelle affezioni delle vie biliari.* — L'O. riferisce i risultati ottenuti con l'uso dell'Icterosan Schering per via endovenosa od endomuscolare associato al solfato di magnesia. In quattro donne affette da colelitiasi e colecistite ottenne la rapida espulsione di numerosi calcoli (grossi come chicchi di granoturco) e la conseguente scomparsa dei sintomi. In due casi di colecistite catarrale ribelle alle comuni cure ottenne la guarigione completa. Tale cura consiste essenzialmente nel somministrare al paziente 5-10 gr. di soluzione di solfato di magnesia o per bocca o per mezzo del sondino duodenale avendo cura di far precedere un'iniezione di morfina, e nel praticare poscia, dopo circa mezz'ora un'iniezione endovenosa di 5 cc. di Icterosan, ripetendo anche per alcuni giorni di seguito il procedimento quando i risultati non fossero subito evidenti. Non si hanno reazioni dolorose.

L'azione del medicamento stimolante dei dotti escretori della bile e colagoga diretta sulle cellule epatiche provoca un abbondante flusso biliare ed un drenaggio efficacissimo delle vie biliari ed esercita inoltre una spiccata influenza antiflogistica. Ritiene quindi l'O. che nel trattamento sia degli itteri colemici come delle calcolosi biliari l'Icterosan debba tenersi in giusta considerazione.

Finzi. Si compiace dei successi ottenuti dal collega Mazza ma dice che la cura della colelitiasi dovrebbe tendere alla eliminazione di tutti i calcoli, al ristabilimento perfetto del deflusso della bile rendendone permeabili le vie di scarico, all'allontanamento delle cause di recidiva eliminando l'infezione. Ammette perciò la cura medica solo in determinati momenti di evoluzione della malattia e nelle forme lievi mentre ritiene indispensabile la terapia chirurgica nei casi anatomo-patologicamente pericolosi, nei casi ove l'infezione minaccia, ed in quelli anche lievi dal punto di vista anatomo-patologico ma in cui la sintomatologia soggettiva sia pressochè continua.

Fasano. Conferma quanto asserisce Finzi.

Currado. Dice di non aver avuto nessun risultato dall'Icterosan e ritiene perciò che i risultati ottenuti dall'O. siano piuttosto da attribuirsi all'azione del solfato di magnesia.

De Benedetti. Dice che in tali affezioni sono troppo frequenti le lunghe remissioni per poter giudicare se veramente si tratti di un miglioramento consecutivo alla somministrazione del farmaco.

Rosmino. Ha avuto un caso completamente negativo.

Reitani (Alessandria). *Ricerche sulla resistenza dei bacilli tubercolari alla luce solare.* — L'O. che ha condotto le sue ricerche a Torino per oltre un anno e servendosi di un centinaio di cavie è giunto alle seguenti conclusioni:

1.) Nella città di Torino, l'azione dei raggi solari diretti sui bacilli tubercolari contenuti negli sputi s'è addimostrata poco efficace ed incostante.

2.) Ore 70 di esposizione ai raggi solari — *in toto* — non sono sempre sufficienti per sterilizzare sputi tubercolari in strati di 2-3 mm. deposti su capsule di vetro. Sputi mescolati a sabbia, dopo 70 ore di esposizione al sole, contenevano sempre bacillli tubercolari virulenti.

3.) Non risulta provato che nei mesi caldi l'azione dei raggi solari sia più efficace che nei mesi di transizione di stagione.

4.) Conferma il parere, espresso da altri oratori, che gli sputi tubercolari essiccati e finemente triturati possano essere un pericolo di contagio non lieve, specialmente per l'infanzia.

Santonè (Alessandria). *Contributo allo studio del riflesso di Piotrowski in alcune affezioni del sistema nervoso.* — L'O. riferisce d'aver cercato il fenomeno di Piotrowski in 84 neuro-psicopatici e di averlo trovato presente in casi di comune emiplegia, di paralisi progressiva, di paralisi agitante, di encefalite epidemica cronica, di confusione mentale acuta, di schizofrenia ed in due epilettici subito dopo le crisi convulsive. Conclude attribuendo al fenomeno in questione un significato patologico generico e negando ad esso qualsiasi valore specifico per lesioni del fascio piramidale o del sistema extra-piramidale, come si vorrebbe da qualche osservatore.

Il Segretario: Carezzano

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE - BARI

Seduta del 12 maggio 1927

Presid.: prof. A. Baldoni

Ciusa. *Sulla preparazione di alcune idrazine primarie bisostituite.* — Trattasi di un nuovo metodo di preparazione di idrazine bisostituite e che permette di ottenere le a-alchil-p-nitrofenilidrazine che non potrebbero esser preparate con gli altri metodi sinora noti. L'O. tratta le varie reazioni chimiche che hanno servito alla composizione di queste sostanze, le loro proprietà, ed accenna infine ai metodi di preparazione.

Marinosci. *Influenza di alcuni sali sulla viscosità dell'umor vitreo.* — L'O., dopo aver accennato come alcuni sali hanno la capacità di variare la viscosità delle soluzioni colloidali (siero, liquor, ecc.), passa in rassegna le scarse ricerche fatte in oftalmologia su questo campo costituito esclusivamente da alcuni studi di Cavazzani con l'idrato di potassio, il cloruro di sodio e glucosio. La viscosità del vitreo è grande ed è dovuta ad un nucleo-proteide, detto jali-mucoide, segregato non dal corpo ciliare, ma dalla coroide (Contino).

Gli alogenati del Na diminuiscono la viscosità; l'idrato sodico prima l'aumenta poi la diminuisce. La soluzione fisiologica non la modifica affatto. I fosfati, carbonati, solfati di sodio non l'alterano affatto. Gli alogenati del K diminuiscono la viscosità; l'idrato diminuisce prima di poco, poi di molto la viscosità; i fosfati, carbonati, solfati non portano alcuna modificazione. Gli alogenati del Ca diminuiscono la viscosità. I fosfati, carbonati, solfati di Ca non sono provati perchè insolubili. Fra i sali di ammonio l'ioduro l'aumenta, il cloruro e il bromuro la diminuiscono. Nel dubbio che queste differenze fossero determinate dalle sostanze proteiche contenute nel vitreo, l'O. ha dealbuminizzato questo ultimo ottenendo però gli stessi risultati.

Digitized by Google

Rivera. *Differente comportamento di «Vicia faba» colpita da radium e da raggi* X. — L'azione dei raggi Röntgen dopo un certo periodo di tempo determina un arresto dello sviluppo del germoglio irradiato mentre la pianta continua a crescere con ritmo normale. Passato il periodo di arresto, i nuovi germogli di sostituzione crescono alla base del germoglio irradiato. Per il radio l'effetto varia con la durata di esposizione; per le piccole dosi fino alla durata di 48 ore non si ha effetto riconoscibile; per le forti dosi (400 mgr.) a cominciare dalle 24 ore alla distanza di cm. 5.5, le piante rallentano il ritmo di crescita cessando completamente di crescere dopo 20 giorni. Dopo circa un mese di sospensione ad un tratto le piantine cominciano a riprendere il loro accrescimento germogliando dall'apice anzichè dalla base come avveniva con le piante irradiate.

Cionini. *Influenza dell'allacciatura delle carotidi e del salasso sopra l'ictus anafilattico.* — Premesso che i precedenti ricercatori, che si erano occupati della questione, erano giunti a risultati discordanti e contraddittori e rilevata la eventuale importanza che l'argomento potrebbe avere od acquistare nell'interpretazione della fisiopatologia dell'ictus anafilattico, l'O. ha creduto di eseguire in proposito alcune ricerche sperimentali. Queste sono state condotte su cavie sensibilizzate con albumina d'uovo ed alle quali prima dell'iniezione scatenante o venivano allacciate le due carotidi o veniva sottratta una forte massa di sangue o venivano eseguiti insieme i due trattamenti. Risultati ottenuti: nè il salasso nè l'allacciatura delle carotidi, nè l'uno e l'altra assieme, riescono ad evitare od attenuare od in alcuna guisa a modificare le manifestazioni dell'ictus anafilattico.

Ronzini. *L'azione ipertensiva della miscela atropo-adrenalinica.* — L'O. premette alcune nozioni su le azioni farmacodinamiche dell'adrenalina, la quale, se alle dosi comunemente usate ha un'azione ipertensiva (eccitazione del simpatico), alle dosi minime di 1/10 di mgr. in giù ha un'azione ipotensiva (eccitazione del vago). Questa duplice influenza viene designata col nome di anfotropismo adrenalinico.

Sulla scorta di queste nozioni, nel corso di alcune sue ricerche sulle iniezioni intracardiache, l'O. ha voluto rendere più efficace l'azione rivivificante dell'adrenalina aggungendo a quest'ultima piccole dosi di atropina. L'O. dimostra e documenta con registrazioni grafiche della pressione nel cane che l'azione ipertensiva della miscela atropo-adrenalinica è di gran lunga superiore a quella della semplice adrenalina e che tali risultati si ottengono con dosi di adrenalina assai inferiori a quelle comunemente usate.

Gallerani. *Melanine, pirrolo e ossitirosina. Ricerche spettrofotometriche.* — L'O., dopo aver riassunto le risultanze ottenute da lui ed allievi in precedenti ricerche spettrofotometriche sulla genesi delle melanine vere (non delle pseudo), viene alla conclusione che i detti pigmenti derivano da ossidazione e condensazione dei nuclei pirrolico e benzolico, preesistenti nella molecola proteica e disintegrantisi. Ciò deduce dall'esame e raffronti delle costanti spettrofotometriche nelle diverse regioni dello spettro luminoso, costanti relative alle melanine, ai prodotti di loro demolizione, al nero di pirrolo e di chinon-pirrolo, in vitro e biologicamente. Riporta infine dati numerici del genere per dimostrare insostenibile l'opinione recente di Bloch per il quale le vere melanine deriverebbero esclusivamente dalla *dopa* corrispondente alla ossitirosina o diossifenilalanina in cui non figura il nucleo pirrolico.

Il Segretario: C. Rossi

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 1 giugno 1927

Presid.: prof. M. Donati

Pancrazio. *Sulla vaccino-terapia nella tubercolosi polmonare.* — L'O. che ha fatto altre due comunicazioni sulla tubercolosi polmonare (una sulla diagnosi, l'altra sulla pseudotubercolosi) riferisce su 500 casi curati con vaccinoterapia, nel periodo di sette anni. Circa il 25 per cento degli ammalati rientravano nella categoria di quelli per i quali si è tratti ad impostare una diagnosi infausta. Il quaranta per cento dei pazienti continuò nel lavoro, circa il venti per cento alternò il lavoro con periodi più o meno lunghi di riposo. Soggetti poi scelti in vari tipi di malattia (anche emoftoici ostinati, cavernosi, affetti da forme essudative, con febbri ostinate). I vaccini esperimentati sono quelli di Ponndorf, il Tebecin di Dostal e quello Friedmann. L'O. viene alle seguenti conclusioni:

1.) Lo studio fatto su circa 500 casi curati con vaccini acquista maggiore importanza per la possibilità di avere un confronto con altri 600 casi curati in altri modi.

2.) La vaccinoterapia nella tubercolosi polmonare si dimostra superiore a molti altri mezzi curativi, sia essa da ritenersi specifica o aspecifica, riesce in genere utile e dà anzi talora vantaggi notevoli.

3.) La vaccinoterapia si presta bene per cure ambulatorie ed in soggetti che non possono essere trattati con pneumotorace.

4.) La vaccinoterapia può essere associata al pneumotorace.

5.) Il risultato ottenuto coll'autovaccino preparato dal prof. Cagnetto fa giustamente pensare che la cura ideale sarebbe nell'uso di autovaccini.

6.) I vaccini da prendere in considerazione sono quelli di Ponndorf, Dostal, e di Friedmann.

7.) Il vaccino Ponndorf usato con la modificazione tecnica dall'O. proposta (abolizione delle scarificazioni, iperemia provocata con ripetute percussioni a mezzo di una spatola di metallo) dà risultati buoni.

8.) Il vaccino Dostal serve in casi lievi, non provoca reazioni particolari.

9.) Il vaccino Friedmann dà i risultati migliori, usato nella dose debole (da 0,4 ad 1 cc. secondo i casi) e per via sottocutanea.

10.) Il vaccino Ponndorf (più limitatamente) ed il vaccino Friedmann (più largamente) possono essere usati anche in casi gravi.

11.) Nella vaccinoterapia è bene vigilare il rene: la comparsa di una albuminuria consiglia sospensione della cura e ripresa di essa con particolare prudenza.

Cagnetto. Rimarca l'importanza dei risultati comunicati dal Pancrazio. Non bisogna accettare questo procedimento della cutivaccinazione con lo scetticismo che ormai è tradizionale per gli interventi medicinali contro la tubercolosi.

L'O. ha seguito casi trattati da colleghi col metodo Ponndorf ed ha constatato risultati veramente soddisfacenti quando esso sia applicato in date condizioni degli infermi. E' d'avviso che la vaccinazione antitubercolare qual'è praticata dal Ponndorf sia veramente una vaccinazione specifica e non una proteino-terapia aspecifica.

Pari. L'O. rileva il grande contributo sempre dato dall'Italia agli studi sulla vaccinoterapia nella tubercolosi, e della quale fu pioniere il Maragliano.

Si trattiene sull'importanza del dosaggio nella retta applicazione della vaccinoterapia e perciò è meno diffidente di altri contro la vaccinoterapia per iniezioni, che permette un dosaggio anche più esatto della terapia epicutanea; tra i vaccini ad iniezione però decisamente preferisce quelli ad iniezioni ripetute ed esattamente dosate, i quali permettono una esatta regolazione della cura, con la massima tranquillità possibile di poter evitare gli inconvenienti. Ritiene che avrà in avvenire più largo uso che al presente la vaccinoterapia per via orale, dato che ormai è accertato (anche per studi dell'O.) l'assorbimento. Ricorda i vantaggi che spesso si hanno dall'associazione dell'antitossina alle tubercoline e ai vaccini, vantaggi sui quali pure l'O. si è altre volte trattenuto estesamente.

Donati. L'O. pur prendendo atto delle spiegazioni del Cagnetto osserva che non si può negare che in Italia da gran tempo il problema delle vaccinazioni antitubercolari occupa gli studiosi. Anche nelle tubercolosi chirurgiche si sono fatte molte esperienze. Cita gli studi del Remedi nella Clinica chirurgica di Modena, favorevoli all'uso del vaccino Martinotti. L'O. non ha avuto risultati così probativi. Comunque è certo che la vaccinoterapia merita di essere applicata. Quanto alla via di introduzione se la via cutanea ha assunto la massima importanza in vaccinoterapia, e a quanto anche ha detto il Pancrazio nella tubercolosi, non si può senz'altro affermare l'inutilità o il danno delle altre vie di applicazione dei vaccini.

Poppi. *Sui riflessi vestibolari.* — L'O. ha notato che:

1. Le reazioni vestibolari avvengono pel tramite dei nervi sensitivi e che queste si possono ottenere anche col mezzo di stimoli termici portati anche all'infuori dell'orecchio (Griessmann, Goldstein, ecc.).

2. Le reazioni ottenute col mezzo del raffreddamento cloroetilico sono di grado meno intenso di quelle ottenute col procedimento di Barany.

3. Il raffreddamento di una zona laterale del collo produce una perturbazione della vertigine galvanica (vertigine unilaterale) e il raffreddamento della fronte produce un'eguale perturbazione della vertigine galvanica nel senso di una caduta all'indietro.

4. Le reazioni trigemino-vestibolari in generale e la prova galvano-calorica in particolare non si producono facilmente nei soggetti sani con riflesso oculo-cardiaco invertito.

Ducceschi. Sarebbe interessante mettere in chiaro se il ramo auricolare del vago avesse qualche partecipazione in quei fenomeni risvegliati dal riscaldamento e dal raffreddamento della cute del padiglione auricolare e della sua prossimità o nella stimolazione galvanica.

Belloni G. B. Le ricerche del Poppi sono dirette appunto allo studio di una eventuale esistenza di vie extra-vestibolari capaci di agire sui nuclei dell'VIII paio. Tra queste vie afferenti non è escluso possa esservi anche il n. vago e nemmeno a parere dell'O. il sistema simpatico.

Digitized by Google

Francescon (Società di Biologia). *Il corpo ultimo branchiale nei rettili.* — L'O. da sue ricerche conclude che il corpo ultimo branchiale esiste nei cheloni adulti come organo ben definito e funzionante a dimensioni relativamente cospicue dell'ordine di grandezza di quello delle paratiroidi, è costituito da cavità epiteliali, ripiene di sostanza colloidosimile.

Non ha funzione eosinofilopoietica come nel pollo.

La sua struttura è affatto differente da quella della tiroide, dalla quale inoltre è situato a notevole distanza. Resta perciò dimostrato (dalle sue osservazioni) che anche nei rettili come già è assodato per gli anfibi, uccelli, o mammiferi il corpo ultimo branchiale è presente con chiare manifestazioni istofunzionali anche in rappresentanti adulti dei rettili: tutti i Tetrapodi perciò sono da considerare come provvisti di questo caratteristico sebbene finora enigmatico organo endocrino.

Terni. L'O. mette in rilievo l'importanza della comunicazione.

Caporali L., Galli G. *Sulla vaccinoterapia locale con filtrati batterici nelle pielonefriti croniche.* — Gli OO. riportano 14 casi di pielonefrite cronica unilaterale e bilaterale. Dall'urina prelevata asetticamente col cateterismo ureterale isolarono dieci volte il bacterium coli comune, una volta un coli emolitico e tre volte lo stafilococco aureo. Colle colture singole tenute per 8 o 10 giorni in stufa a 37° prepararono dei filtrati attraverso candela, dotati nella maggioranza dei casi di potere litico sul germe dal quale provenivano.

Gli autori si servirono di questi filtrati per la cura locale dei loro casi, instillando direttamente nel bacinetto, previo lavaggio sterile con soluzione fisiologica sterile tiepida cmc. 5 di filtrato, l'instillazione veniva ripetuta ogni 8 giorni sino a guarigione. La cura in alcuni casi si protrasse per qualche mese. I risultati furono: nove guarigioni, tre miglioramenti, due insuccessi. Gli OO. pur facendo le loro riserve sul metodo di cura credono però di consigliarne l'esperimento onde poter trarre da una abbondante casistica un giudizio in confronto con altri metodi vaccinoterapici finora usati.

Il Segretario: prof. F. Pancrazio

CONGRESSI E CONVEGNI

CONGRESSO INTERNAZIONALE DI UROLOGIA

(Bruxelles 3-4-5 Agosto 1927)

I. Argomento

Valore comparativo dei diversi esami del sangue e dell'urina nella chirurgia urinaria

Chabanier (Parigi) Relatore. Riassume alcuni punti della relazione a stampa molto prolissa.

I. Dà molta importanza alla costante di Ambard.

II. Circa l'eliminazione dell'azzurro per il rene rimanda alle spiegazioni del lavoro del prof. Achard.

III. Circa l'eliminazione della sulfo-fenoftaleina pensa che il processo non è esatto, perchè altri apparecchi (come il circolatorio e il fegato) influiscono sull'eliminazione di detto prodotto; essa è perciò molto variabile. La costante gli pare essere migliore, perchè pone il malato in condizioni appropriate eliminando l'influenza di altri organi.

IV. Così è molto importante poi nella comparazione dei due reni separatamente per la concentrazione di ciascuno.

V. Gli esami che possediamo hanno valore diagnostico della funzione renale, ma non valore prognostico.

Kojen (Belgrado) Relatore. Sostiene la costante di Ambard e il valore dell'azotemia gli pare molto sensibile. La costante è molto buona, ma ha eccezioni.

Cuenby (Boston). Conclude col Ioung che: le indagini di laboratorio sono un complemento e non sostituiscono l'osservazione diretta dell'ammalato. I dati che ci fornisce il laboratorio sono indispensabili; separatamente ciascuno non prova nulla. Non è che un elemento in più da aggiungersi al quadro clinico dell'ammalato. Dall'insieme dei dati clinici e di gabinetto si dovrebbe dedurne diagnosi e cura. Qualche lacuna è dovuta al fatto che ignoriamo ancora qualche fattore importante e altre investigazioni sarebbero ancora necessarie.

Discussione

Wildbolz (Berna). Crede che la costante è magnifica e che le conclusioni di Chabanier sul prognostico sono un po' esagerate. Parla molto bene dell'eliminazione del carminio d'indaco: dice che quando tale osservazione è con fatta l'uremia non si presenta dopo l'operazione.

Chevassu (Parigi). L'esecuzione degli esami deve essere di una estrema precisione. Le eliminazioni dei coloranti non sono esatte. La costante deve essere eseguita con metodo sempre identico, con prodotti di lavoratorio recenti e di tipo costante, per evitare risultati differenti.

Keyes (New-York). I risultati e le conclusioni degli esami diversi sono molto personali.

Marion (Parigi). La costante deve accettarsi, ma con riserve. La prova della sulfo-fenolftaleina è buona: confrontando i due metodi conclude che quello della fenolftaleina è il migliore.

La costante migliora con la febbre: la fenolftaleina peggiora; egli non riesce a spiegare il fatto che quando il malato sta peggio, la costante migliora. La costante non ha valore diagnostico nè prognostico.

Courtade (Parigi). Parla dell'ipertrofia renale compensatrice e crede che si verifica come aumento di volume e del numero delle cellule. Non è cariocinesi.

Oeconomos (Atene). Parla della iperuremia postoperatoria e dice che non si deve purgare il malato prima dell'operazione ma limitarsi a lavande rettali.

Beer (New-York). Dichiara che l'indaco è più sensibile della fenolftaleina.

Walker Th. (Londra). Fà il confronto del carminio di indaco e della fenolftaleina nella concentrazione dell'urina. Dice che si deve avere una relazione o costante dell'urea del sangue e dell'urina; in base a tale dato egli è intervenuto senza complicanze postoperatorie in cinque malati di ipertrofia prostatica con cifre di concentrazione ureica del sangue e della costante anche elevatissime ma proporzionali.

Bugbee (New-York). La fenolftaleina è molto buona ma non dà prognostico.

Boisson (Bruxelles). Dice che il Chabanier trattò molto bene la costante d'Ambard, ma che il carminio d'indaco gli pare migliore e che la concentrazione delle urine e del sangue deve calcolarsi con molta cura.

Seres (Barcellona). Parla dell'alternativa della concentrazione del sangue nelle prime 4 ore dopo l'operazione.

Legueu (Parigi). Non è possibile fare una diagnosi della uni o bilateralità della tubercolosi colla costante. La costante dà il valore funzionale dell'oggi e non del domani. La costante non è la stessa e non ha lo stesso significato nei giovani o nei vecchi. Non si deve domandare alla costante più di quello che può dare.

Cuter (Basilea). Confronta carminio d'indaco, costante e fenolftalina: preferisce l'indaco.

Bonanome (Roma). Si sta in un caos e non vi è un procedimento sicuro per il diagnostico e il prognostico in tutte le operazioni: pensa che tale mezzo si avrà presto. Crede che il carminio d'indaco è trattenuto nella idronefrosi ed è una causa d'errore. In Roma si studia attualmente l'esame della tensione alveolare intrarenale applicata alla funzione renale. Tutti i metodi devono applicarsi.

Lemoine (Bruxelles). La costante è molto buona in molti casi e le critiche fatte ad essa sono solo di ordine chimico. Crede che la legge di Pulesco deve mettersi d'accordo con la costante d'Ambard e che deve farsi una modificazione alla costante d'Ambard.

Colombino (Torino). Crede che devono cercarsi altre costanti nell'urina e parla dell'investigazione dello zolfo nel sangue e nell'urina.

Tardio (Palermo). Crede che il miglior metodo è la fenolftaleina e che essa si elimina, come dice Chabanier, secondo la legge d'Ambard.

Ambard (Strasburgo). La costante è il risultato fisiologico dello studio della concentrazione urinaria e del sangue e non tiene conto dello stato del fegato.

II. Argomento

Trattamento dei tumori vescicali con gli agenti fisici

Beer (New-York) Relatore. Riferisce sulla sua statistica di 418 casi. Ha studiato:

1.) Il trattamento dei papillomi benigni con le correnti ad alta frequenza per mezzo del cistoscopio (corrente monopolare e bipolare).

2.) Il trattamento dei papillomi benigni senza cistoscopio (cauterio di Paquelin, cauterio elettrico e corrente ad alta frequenza, diatermia bipolare e coltello radiotermico); alcool per impedire gli innesti.

3.) L'impiego del radium per mezzo del cistoscopio o dopo cistotomia.

4.) L'impiego dei raggi ultrapenetranti.

I. Le correnti monopolare e bipolare danno presso a poco gli stessi risultati.

Digitized by Google

La non riuscita della cura endoscopica ad alta frequenza conduce quasi normalmente a stabilire una diagnosi di tumore maligno che non è più giustificabile del trattamento endovescicale con alta frequenza.

Se per localizzazioni difficili (al collo per esempio) la cura endovescicale è impossibile, si è ridotti ad utilizzare l'alta frequenza per via sopraprubica.

In totale 25 % di recidive in situ o di ripullulazioni in altre parti della vescica.

II. Quando la cura endovescicale non è possibile l'apertura sopraprubica deve essere scelta; la distruzione dei tumori può essere fatta per mezzo del termocauterio di Paquelin o del galvano-cauterio o meglio ancora per alta frequenza con corrente bipolare.

La recidiva sembra qui non essere che del 12 % ma la mortalità operatoria è inferiore.

Se si è condotti a fare delle cistectomie extra ed intraperitoneali, la diatermia o la sezione elettrica della parete può essere ugualmente utilizzata.

III. Il radium può essere applicato per mezzo del cistoscopio. In caso di tumori benigni i risultati sono eccellenti. In caso di tumori maligni, nessun successo.

Dopo l'apertura della vescica (51 casi di tumori infiltrati) la mortalità è stata alta al 33 %, ma si trattava di casi gravissimi in cui la cistectomia sarebbe stata necessaria con prostatectomia: in totale si sono contati su 20 malati che hanno sopravvissuto sei guarigioni; ossia il 30 %.

IV. La cura coi raggi ultrapenetranti non ha dato risultati utili neppure nel senso di prolungamento della vita del malato.

Fryszman (Varsavia) Relatore. Conclude che per la cura dei tumori maligni i processi indicati sono l'irradiazione coi raggi X e la radiumterapia. L'elettrocoagulazione non presenta che delle possibilità minime di successo. Gli agenti fisici non escludono l'intervento operatorio radicale; ma devono essere preferiti ai metodi cruenti, sopratutto se trattasi di neoplasmi maligni avanzati.

Seguono: Heitz-Boyer (Parigi), relatore; Kidd (Londra); Pasteau (Parigi); Oraison (Bordeaux); Rafin (Lione); Ward (Birmingham); Lasio (Milano); Tevenot (Lione); Chocholka (Praga); Perucci (Bologna); Covisca (Madrid); Minet (Parigi); Compan (Barcellona); Belot (Parigi); Rico (Columbia) che riferiscono i dati della loro statistica più o meno numerosa con buoni risultati coi vari metodi ma in genere sconfortanti per il trattamento col radium.

III. Argomento

Trattamento della tubercolosi genitale

Pel relatore Barney, assente, Pasteau legge le conclusioni della relazione già stampata nel 1° volume degli atti del Congresso.

Gambernini (Bologna) Relatore. A nome anche del collega Marogna egli dice:

La tubercolosi genitale va inquadrata nella tubercolosi generale; entrano in questione l'eredità specifica i tipi somatici, il terreno organico del soggetto. E' eccezionalmente primitiva: generalmente è secondaria ad altri focolai extragenitali o floridi o latenti o che non danno più segni clinici. Le vie di apporto sono l'ematogena, la linfatica, la canalicolare; la diffusione può essere testipetale o testifugale. Dai dati in contrasto sulla patogenesi non si può affermare la prevalenza d'inizio del processo nell'epididimo, nella prostata o vescicole seminali. Tutte le zone possono essere colpite in modo uguale e l'affezione si deve ritenere policentrica per quanto le statistiche anatomo-patologiche diano la maggioranza alla prostata e vescicole. La clinica è spesso impotente a svelare i focolai d'infezione e l'anatomia patologica a pronunciarsi sulla cronologia degli stessi.

Nella pratica terapeutica si traduce il contrasto delle teorie.

Non richiamo le ragioni pro e contro la castrazione, da tutti considerata come intervento di eccezione.

Sull'epididimectomia (preferita dalla maggioranza dei chirurghi) si dice che asportando il focolaio primitivo si raggiunge la finalità della castrazione senza i suoi danni.

Contro di essa molti hanno visto che le guarigioni non sono nè perfette nè costanti; che la base scientifica non è assoluta perchè non è dimostrato che il focolaio dell'epididimo sia primario e l'unico e che il testicolo non sia contemporaneamente leso. Il miglioramento dei focolai soprastanti nella prostata o vescicole non ha il valore di stabilire la primitività epididimaria; perchè nessuno è in grado di stabilire la guarigione della prostata e vescichette e, dato il fatto, è noto che anche l'allontanamento del focolaio secondario può influenzare favorevolmente il focolaio primario. In genere perchè l'epididimectomia sia sicura deve essere precoce, quindi si resta in dubbio se veramente è necessaria in tutti i casi in cui è praticata.

La cura medica generale e locale iodica (metodo Durante) è seguita generalmente in Italia o a sè o in unione ad interventi chirurgici. Essa ha il merito di indirizzarsi all'affezione più che alla localizzazione visibile. Con le iniezioni dirette nel focolaio morboso si ottiene spesso l'estinzione completa di esso conservando la funzione della glandola anche in affezioni bilaterali. Il metodo di rado fallisce perchè mancano nell'organismo le reazioni adeguate o per speciali condizioni legate alla virulenza dell'infezione. Si fa obbiezione alla lunga durata della cura.

Le cure conservative con tubercolina raggi X, raggi ultra-violetti sono promettenti ma devono essere ulteriormente studiate.

Gli interventi sulla prostata e vescicole seminali o su tutto l'apparato genitale basati sulle teorie dell'affezione primitiva nelle zone superiori dell'apparato uro-genitale, se hanno per sè un'apparente logicità non possono entrare nella pratica per il pericolo che importano e perchè non è ancora dimostrato la loro utilità in rapporto alla guarigione e alle recidive.

Concludendo la cura deve considerare la tbc. genitale inclusa nel campo della tubercolosi generale e deve aver riguardo alle condizioni individuali e sociali e alle estrinsecazioni cliniche anatomo-patologiche dell'infezione. Nel tubercolosario di Bologna in un quinquennio sopra 797 degenti si hanno solo 7 casi di tubercolosi genitale, e col grave significato di focolaio di generalizzazione del processo. Nell'Ospedale Maggiore di Bologna sopra 52,278 malati in un decennio i casi di tbc. genitale furono solo 42 e in genere forme gravi. Scarsa è la spedalizzazione di tbc. genitale nei nosocomi comuni e gli accolti sono così spesso gravi, perchè molti soggetti con affezioni genitali iniziali vincono la loro malattia colle proprie resistenze organiche alla stessa stregua che vincono la malattia generale all'infuori delle cure ospitaliere. Eliminati i casi, a processo generalizzato, non più chirurgici, e i lievi guariti spontaneamente, vengono a noi i casi di tubercolosi chirurgica genitale sola almeno apparente. In questi casi, esclusa la concomitanza di lesioni rilevabili nel rene o in altra sede che abbiano il sopravvento, spetta a noi di aiutare le risorse naturali che furono sorpassate ma che sono suscettibili del nostro utile sussidio. Su questo punto pratico dobbiamo essere d'accordo di agire caso per caso e che il trattamento logico dev'essere locale e generale insieme.

A tale scopo oltre alle cure generali di metodo di vita, d'igiene, dietetiche, talassoterapiche la cura medica precipua locale e generale è il metodo Durante. E quando si ricorra a cure cruente è indispensabile associare la cura generale dell'organismo con lo iodio in modo tenace e continuativo.

Devono entrare in campo le cure chirurgiche quando falliscono le cure mediche o i soggetti si presentino in condizioni che si giudicano non suscettibili di risorse dalle cure stesse; poi negli individui delle classi sociali bisognose di lavorare e insofferenti di lunghe cure; nei casi di lesioni gravi suppurate, fistolizzate, con associazioni batteriche secondarie.

Allora caso per caso è la necessità che ci porta alla castrazione; e non un criterio di elezionismo precoce ma il discernimento che ci porta tempestivamente all'epididimectomia o per considerazioni sociali che non hanno legge o per considerazioni cliniche.

E' il giudizio del clinico che deve discernere i casi in cui un inopportuno indugio può far perdere il tempo utile di un possibile intervento conservativo di epididimectomia associata o meno a deferentectomia, dai casi in cui è a presumere invece la guarigione con le cure mediche e quindi un intervento cruento inutile ed eventualmente dannoso, non sarebbe giustificato.

Walker (Londra) Relatore. Riassumendo i processi generali degni di interesse per la cura della tubercolosi genitale insiste sull'elioterapia e sul regime sanatoriale. In quanto concerne i processi chirurgici, pensa che l'epididimectomia deve praticarsi nella maggioranza dei casi. L'asportazione totale dell'apparato seminale, deve addottarsi solo nei casi in cui alla epididimectomia non è seguita la regressione delle lesioni centrali: come pure dicasi per la cura di quei malati che hanno delle lesioni avanzate della prostata e delle vescichette e che sono ostacolati per il loro genere di vita dall'inizio della lotta contro la invasione della tubercolosi.

Discussione

Wildbolz (Berna). Fa la epididimectomia e non la prostatectomia, nè la vesiculectomia; la castrazione quasi mai. A questi tre interventi segue quasi sempre la morte per meningite. Usa cure generali.

Genouville (Parigi). Fa l'estirpazione dell'epididimo senza sutura.

Digitized by Google

Pasteau (Parigi). L'epididimectomia è il migliore intervento.

Oraison (Bordeaux). Pratica iniezioni sclerosanti di cloruro di zinco 10 %: la deferentectomia è il metodo migliore.

Marion (Parigi). Fa sempre l'epididimectomia doppia, curativa da una parte, preventiva dall'altra. Per evitare fistole attacca il deferente alla pelle. Nell'isolamento del deferente alle volte si ledono i vasi e si è costretti alla castrazione.

Crede alla frequente associazione di tubercolosi genitale e renale.

Guisy (Atene). Per le prostatiti acute tubercolari fa la prostatectomia perineale: per la epididimite e prostatite fa due interventi perineale e scrotale. Quando la lesione è generalizzata non si deve operare.

Covisa (Madrid). Parla dell'exeresi, estirpazione della prostata e dell'epididimo secondo i casi. Interviene dopo esperite le cure mediche.

Chevassu (Parigi). E' inutile operare sulla prostata e vescicole. Vi sono molte diagnosi di lesione tbc. prostatica errate.

Bagozzi (Milano). Quando le lesioni sono primitive si curano facilmente con l'intervento: l'O. toglie deferente ed epididimo. L'infezione si fa per via ematica. Parla della diagnosi differenziale con la sifilide.

Boisson (Bruxelles). Segue il metodo Calot (iniezioni) con buon risultato. Combina la diatermocoagulazione con irrigazione di liquido di Dakin.

Seres (Barcellona). Dice che la lacerazione dei vasi nel distacco del deferente si può evitare e non essere costretti alla castrazione.

Legueu (Parigi). Gli individui con tbc. genitale hanno o avranno la tubercolosi urinaria. La tubercolosi va dalla profondità alla superficie. Se la lesione si trova alla testa dell'epididimo deve operarsi; se alla coda deve farsi il trattamento coi raggi X.

A sede del futuro Congresso del 1930 è scelta Madrid.

Temi: 1. Idronefrosi. — 2. Disinfettanti delle vie urinarie. — 3. Infezioni colibacillari.

PER LA PRATICA

CASISTICA

SINDROME PLURIGLANDOLARE PREVALENTEMENTE MIXEDEMO-IPOFISARIA

per il dott. CRISTOFORO PACELLI
(Torniella - Prov. di Siena)

Inferma di anni 40, coniugata.

Il marito è vivente e sano e pare non sia affetto da malattie degne di nota. Nega lue e malattie veneree: la p. ha due figli pure viventi e sani; fra un figlio e l'altro la paziente ha avuto un parto prematuro con feto morto; essa ha due sorelle viventi e sane, una da parte di solo padre una da parte di padre e madre.

Il padre morì in età avanzata, pure, per cancrena senile, la madre morì all'età di trentotto anni, di malattia non precisabile.

La p. non ricorda di avere avuto malattie degne di nota e solo da piccola ha avuto il vaiolo, la rosolia dopo maritata. La p. si è maritata all'età di diciotto anni.

Riferisce di avere avuto le prime regole a undici anni e mezzo e che esse furono di poi quasi sempre regolari, ma abbondanti per quantità.

Il secondo parto fu prematuro e fu precipitoso: il feto nacque morto e pare vi sia stata emorragia post-partum.

La p. riferisce che specialmente negli ultimi tempi, che precedettero la malattia attuale, aveva perdite bianche (talora anche notevoli) fra una mestruazione e l'altra.

Il disturbo attuale è esordito circa cinque mesi fa, e a quanto riferisce la paziente, dopo avere fatto uno strapazzo (vicino al fiume) per lavare: da allora sarebbero cominciati dolori man mano intensi al calcagno del piede s., specie al mattino quando si alzava: contemporaneamente la p. notava una lieve tumefazione del volto e un mutamento nella espressione di questo: aveva astenia, depressione psichica, abulia, dimagramento.

I dolori si propagarono poi alla articolazione dell'anca, al sacro, alla regione lombare, alle spalle, ai gomiti, ai polsi.

I dolori però, talvolta, erano profondi interni e dalle articolazioni si irradiavano a tutto l'arto.

Subitamente, sempre a quanto riferisce la paziente, dopo lo strapazzo fatto, scomparvero le mestruazioni (ciò avvenne dal sei al dieci agosto u. s. 1923); in seguito invece comparvero numerose e abbondanti perdite bianche e per certi periodi, quasi continue, che pare irritassero anche la vulva e la faccia interna delle cosce.

La scomparsa delle regole e il progressivo malessere generale, unito a qualche sensazione di nausea, di anoressia, fecero dubitare alla paziente di essere in stato interessante.

Dopo tre mesi dalla mancanza delle regole alla p. pareva di percepire delle punture e delle trafitte alle mammelle (e specie alla regione areolare e ai capezzoli).

Passando ancora del tempo, sempre a quanto riferisce la p., parve di notare dei movimenti nella parte bassa del bacino; ma a un'indagine un po' accurata si riusciva a comprendere che dette sensazioni le avvertiva anche in altre parti del corpo [e anche nei luoghi dove avvertiva i dolori (sia art., ossei che muscolari)].

La p. durante questo tempo in preda ai suaccennati disturbi poco si è nutrita, è deperita, ha perduto alcuni Kg. di peso: ha avuto insonnia persistente e dei disturbi sensoriali (perdita del senso statico e di posizione) stando in letto: è divenuta apatica ha perdita di memoria e abulia.

Fatto degno di essere osservato e tenuto in conto è che contemporaneamente a tutti i disturbi precedentemente accennati la paziente fu assalita da una sete intensissima, tanto da non sapere neppure la quantità di liquido necessario a estinguere la sete esagerata.

Si sentiva sempre la cavità boccale e le fauci secche e arse, e i denti, pur sani, cominciavano a lievemente tentennare (si notò una gengivite espulsiva); si ebbe pure contemporaneamente una poliuria intensa con emissione di urina limpidissima e, a quanto si riesce a sapere, di basso peso specifico.

Questi disturbi durarono per circa due mesi, continuarono i disturbi visivi e mnemonici. In seguito la sete intensa e la poliuria tendettero a diminuire ma continuarono l'astenia, il dimagrimento, le perdite leucorroiche e i disturbi nervosi, specie notturni.

Furono praticati vari esami di urina, i quali però, pare, non dettero nessun dato positivo: non si riscontrò alb. nè ac. urico in eccessiva quantità, nè zuccheri.

La paziente riferiva di avere discreti bruciori nella minzione.

All'*esame obbiettivo* si nota: donna di costituzione scheletrica superiore al normale: masse muscolari alquanto conservate, ma un po' flaccide, pannicolo adiposo sufficiente, cute e mucose visibili pronunziatamente pallide.

Ed è l'aspetto caratteristicamente pallido della p. che colpisce; nell'espressione del volto si nota un alcunchè di tumido, lo sguardo è smorto e fiacco (peso della p. Kg. 76).

E' l'aspetto pallido assai del volto che contrasta notevolmente colla colorazione bruno-scura della capigliatura, alquanto folta, ma di capelli un po' duri.

La cute del volto, come quella delle mani presenta un lieve edema, talchè pigiando un po' fortemente su detta cute, specie delle mani, vi si lascia una lieve impronta, una lieve impronta si lascia pure pigiando sulla faccia esterna della tibia e sui malleoli di entrambe le gambe.

All'esame delle varie articolazioni non si notano rumori particolari, nè si notano tumefazioni importanti.

Apparato nervoso: riflesso patellare leggerm. esagerato, reazioni pupillari un po' torpide, sensibilità tattile e dolorifica normali.

Apparato cardio-vascolare: non si notano alterazioni degne di nota, solo si rilevano dei soffi (probabilmente anorganici) sulla mitrale e sull'aorta.

I focol. sono in sede normale riguardo all'ascoltaz.: solo i toni sulla mitrale sono un po' fiacchi e indeboliti.

Apparato respiratorio: alla percussione si nota suono chiaro polmon.: su ambedue gli emitoraci d. e s. ant. e post. tranne nella regione sottoclav. sinistra in prossimità dello sterno, in cui il suono è ipofonetico (ipof. parziale).

L'espansione polmonare inferiormente è normale; espansione normale nella inspirazione forzata. Aia card. nei limiti normali.

All'ascoltazione il m. v. si ode normale su quasi tutto l'ambito respiratorio tranne nel punto dove si nota la ipofonesi.

Qui in profond. si nota respiro aspro e si odono anche rantoli umidi, riascoltando a varie riprese e a intervallo di qualche giorno si odono gli stessi rumori.

Digitized by Google

Apparato g.-intestinale in condiz. quasi normali: alvo regolare o talvolta stitico.

Alla ispezione e palpazione dello addome si nota questo flaccido, con numerose smagliature in basso, per pregressa gravidanza, non si nota liquido nel cavo addom., nè si provoca dolore alla pressione un po' forte di tutto l'addome.

Fegato e milza nei limiti normali.

Sottoposta (3-12-23) la p. a un esame ginecologico si riscontra: vagina ampia di pluripara, discretamente irritata, (si potrebbe parlare di vaginite).

Collo dell'utero leggerm. spostato, non si notano però alterazioni sospette della portio, l'utero è liev. lateroverso e retroflesso (retroflessione mobile), un fornice vagin. lat. è meno elastico: utero piccolo, come di utero che entri in menopausa. Lieve cistocele.

Cutireazione da me praticata (Pirquet) ++.

La percuss. nella fossa sottoclavicolare sin. dà smorzamento di suono per la grandezza di una moneta ant. da due soldi.

Vi è modif. del respiro. Qualche reperto simile si apprezza a d.

L'esame dell'urina di densità quasi normale, lievi tracce di albumina; ac. ur., urea quasi normali, zucchero assente, pigmenti biliari assenti, indacano tracce evidenti.

Il sedimento centrif. dà discreta quantità di leucociti, cellule vescicali e delle basse vie urinarie. R. W. = negativa.

La paziente nuovamente rientrata nel gennaio-marzo 1924 riferisce che persistono i dolori ossei e anche articolari, persistono i dolori sacrali: le perdite bianche sono,, dietro pratiche terapeutiche, diminuite: migliorata la vaginite. Le mest. non sono più ricomparse, anche dopo una opportuna cura opoterapica.

Persistono la disappetenza e la anoressia, nonchè la sindrome nevrasteniforme.

La paziente è stata rivisitata nel giugno 1924. La paziente riferisce che persistono i dolori articolari e ossei, e specialmente i dolori plantari, persiste l'abulia, l'astenia ecc.

Espansione polm. normale, leggeri rantoli fini all'apice s. rantoli fini nel lobo medio del polmone di d., addome ben trattabile, timpanismo gastrico, colon ascendente e trasverso ectasici (da quanto almeno può riscontrarsi colla percussione), cicatrice ombellicale (un po' infossata) in sede normale. Lingua leggermente saburrale.

Alla palpazione e pressione profonda degli avambracci si risveglia vivo dolore in vicinanza ai plessi brachiali, come in primo tempo. All'esame dei riflessi si notano i riflessi pupillari, cong. normali, riflessi plantari normali, riflessi rotulei esagerati.

Persiste l'amenorrea, persistono le perdite bianche.

La paziente nuovamente impressionata desidera una nuova visita, e questa viene fatta (dietro consiglio) dal prof. Schupfer (11-7-24).

Allora si notano: piccole modificazioni di respiro su l'ambito polmonare. Cuore in sede normale: ictus al V° spazio intercostale: poco valido. Riflessi pupillari un po' torpidi. Riflessi plantari normali. R. patellari esagerati, riflessi periost. e sensibilità profonda poco evidente. Si ricercato i segni di Moebius, Stellwag, Graefe, che sono in parte positivi.

Nulla a carico dell'addome, della regione epatica, all'esame della cistifellea, nulla a carico della milza.

L'incesso della paziente è torpido, di persona apatica; torpida la attenzione, indebolita la memoria. L'aspetto del volto è caratteristico, ed è caratteristico il pallore, come sempre è stato rilevato, palpebre superiori leggermente edematose. Dolori si risvegliano alla palpazione profonda e pronunziata delle articolazioni dell'anca, alle spalle, ai polsi. Cute del volto e mani secche, e in taluni punti squamosa (dorso delle mani) e (palma delle mani). Gengivite espulsiva specialmente. I capelli meno cadenti.

Diagnosi (di probabilità: sindrome puriglandolare prevalentemente mixedemo-ipofisaria.

Rivisitata verso la fine di settembre '24 si nota alla ascoltazione dell'apparato respiratorio quanto si era riscontrato prima.

I toni cardiaci normali ma deboli, specie alla punta, il 2° tono sulla polmonare rinforzato.

Riflessi patellari sempre esagerati. Permangono i dolori sacrali e articolari, persiste l'amenorrea. La cura tiroidinica consigliata dal prof. Schupfer ha dato scarsi risultati, quella di ioduro ferroso, pure consigliata, risultati un po' migliori.

La paziente durante tutto il 1925 e prima del 1926 ha avuto le solite alternative di lievi miglioramenti e peggioramenti (se così può dirsi); per corrispondenza ho saputo che ha rinunziato alle cure poichè permane nelle sue condizioni organiche, poco buone. Nel luglio 1927 per corrispondenza si è saputo dalla paziente che permane l'amenorrea, persistono i dolori pseudo-articolari e le condizioni generali scadenti.

1094 =

Dando ora un breve sguardo alla storia clinica, sopra esposta, vediamo come sin da principio la nosologia clinica della paziente si presentasse alquanto oscura o per lo meno dubbia.

Dato che la ammalata non potesse presumibilmente essere entrata in menopausa, altri medici (che avevano avuto occasione di visitarla) avevano dichiarata la paziente in stato interessante, come essa stessa si riteneva tale, considerata la scomparsa brusca del flusso mestruale, fino ad allora, a riferire della paz., manifestatosi normale, e data la ancor giovane età della ammalata sì che la paziente quando si presentò alla mia osservazione espose il dubbio degli altri medici.

Io in primo tempo non volli pronunciarmi, pur avendola visitata scrupolosamente, e invece feci comprendere il desiderio di una visita accurata, fatta pure da un ginecologo, pensando in primo tempo che la paziente potesse essere affetta da qualche entità morbosa della sfera genitale, pur cercando di non escludere la gravidanza.

Potei seguire poi la paziente per un pò di tempo, prima che si convincesse a farsi visitare e potei notare che pure i dolori acuti articolari che la paziente accusava, che avevano fatto pensare a fatti di artrite di origine urica o uricemica o di reumatismo cronico, e pei quali erano inutilmente stati somministrati con scarso profitto i soliti medicinali, e fattele fare le solite cure balneari, potessero attribuirsi ad altra natura.

Ciò sebbene la paziente presentasse una costituzione da obesa, e potesse così superficialmente dirsi avesse un difettoso ricambio organico.

Necessitava a mio modesto parere poi, un esame accurato delle orine, dovendosi tenere presente, in una malata con una sindrome morbosa un po' dubbia e oscura, una forma nefritica acuta (o meglio cronica): ciò poi specialmente osservando lo stato particolare della cute, la tumidezza del volto, e la quantità esagerata di liquido emesso per mezzo delle orine che sembrava di basso peso specifico.

L'esame però ripetuto più volte (chimico e microscopico) delle orine, fece escludere presumibilmente una lesione renale.

E altrove infatti doveva far rivolgere il pensiero questa notevole emissione di orina limpida (poliuria accentuata), a basso peso specifico o alquanto basso, e pure il notevole desiderio di bere, provato dalla paz., che si lamentava di continua arsura e secchezza delle fauci, cosa per cui aveva richiamata l'attenzione dei medici che la avevano visitata prima di me.

La persistenza poi dei dolori a tipo artritico, e dei dolori ossei profondi specie notturni, che lasciavano poca tregua alla ammalata, da me seguita attentamente, potevano indurre a far pensare alla possibilità di dolori, sia pure tardivi, che si possono avere in una forma luetica, pure occulta, o tardiva o ignorata; perciò feci praticare la reazione di Wassermann, quando potei convincere la paziente a recarsi in Fir. per gli accertamenti doverosi e necessari.

Reazione di Wassermann che fu praticata dal prof. Martiri, che praticò pure altri esami di orine, e l'esame ematologico. La reazione diede risultato negativo.

Oltre alla poliuria intensa, si dovevano tenere presenti le modificazioni del carattere della paziente, così l'apatia, la continua smemoratezza, la svogliatezza, la stanchezza a ogni fatica e il dimagramento, alquanto accentuato.

Si dovevano poi tener presenti le modificazioni nell'ambito respiratorio e nell'ambito del sistema cardiovascolare.

La cutireazione poi alla Pirquet, praticata nella paziente, dette esito fortemente positivo: poichè io stesso che la praticai, dovetti notare notevoli aloni rosso-scuri infiammati intorno ai punti scarificati col vaccino.

Questa ricerca praticata insieme alle altre, credo, non fosse stata non meno interessante e utile, altro che a scopo diagnostico.

Però quello su cui maggiormente bisogna richiamare l'attenzione e tenere in conto è l'amenorrea persistente (e la notevole leucorrea), iniziatasi bruscamente, i dolori articolari e ossei e la insistenza poliuria accompagnata da polidipsia.

La paziente poi era affetta da gengivite espulsiva che poteva far pensare anche a un diabete zuccherino, ma nulla di ciò fu ritrovato nelle urine, nei ripetuti esami praticati (anche da me coi reattivi usuali).

Si deve notare pure la ripetuta caduta dei capelli a ciocche, e la particolare secchezza di questi e del cuoio capelluto. Qualche

Digitized by Google

piccolo accenno deve pure farsi riguardo alla funzionalità del cuore e specie del miocardio.

L'esame ginecologico ripetuto poi mise in evidenza un utero in stato di involuzione, proprio come succede nella menopausa; la quale, come in genere avviene, si avvera attraverso soste e tappe con mestruazioni sempre più scarse alternate talvolta con emorragie, anche discrete, oltre che con tutto il relativo corteo di sintomi di vampe, calore, sintomi di irrequietezza nervosa, nausea ecc.

In questo caso invece la menopausa si era verificata bruscamente.

È logico quindi pensare che questo improvviso arrestarsi di una funzione, diciamo pure, così importante nella vita fisica e psichica della donna, abbia potuto provocare uno squilibrio, una disfunzione delle altre ghiandole a s. int. e specialmente della tiroide, ipofisi, surrene.

Noi sappiamo infatti che la menopausa (età critica della donna) non debba considerarsi come un fatto isolato, forse espressione di cessazione della funzione di un solo apparato, ma risulti piuttosto come la involuzione di organi deputati alle funzioni riproduttive e a mantenere i caratteri sessuali secondarii, in uno con tutto il sistema endocrino che deve subire la fisiologica graduale involuzione, prescindendo dai complessi mutamenti negli scambi nutritivi.

Oppure sia logico pensare che il brusco arresto della funzione mestruale non sia esso la ripercussione della disfunzione o cattiva e imperfetta funzionalità delle altre glandole endocrine e specialmente del sistema tiroide-ipofisi-surrene?

Dando uno sguardo a certe particolarità del nostro caso, è presumibile ritenere che trattasi di sindrome pluriglandolare, specie considerando le modificazioni trofiche cutanee e pelifere, considerando lo stato particolare della psiche della inferma, che prima si mostrava attiva e alquanto sveglia.

L'aspetto poi oltre che torpido anche un pò acromegalico, specie la facies e le estremità superiori, fanno supporre pure uno squilibrio ipofisario, senza poter nettamente parlarne nel senso primitivamente descritto da Marie e successivamente modificato da altri più recenti osservatori.

Naturalmente nel nostro caso non può trattarsi di una sindrome pura o monoglandolare endocrina.

Riguardo all'esame ematologico si sono notate varie cellule irritative di Turck (che si troverebbero secondo Falta nelle forme mixedematose).

E quale potrebbe, se delle cause debbono indicarsi, essere stata la causa o le probabili cause di questa disendocrinopatia?

Vediamo che varii autori citano come queste probabili cause: la sifilide, la tubercolosi, ma credo che altre malattie debilitanti possono esser causa di predette sindromi.

Nel caso nostro come causa della endocrinopatia poteva ben scartarsi la lue, sia per la Wassermann negativa, sia perchè da un accurato interrogatorio in merito poteva escludersi che la moglie fosse stata contagiata, mentre non si potrebbe escludere la t. b. c., poichè nella paziente la Pirquet era stata fortemente positiva e in qualche parente dell'ammalata, a quanto a me risulta, vi è forte tara t. b. c., se non addirittura una forma specifica latente.

In molti paesi poi del N. A. la tubercolosi può ritenersi endemica e sotto tutte le sue svariate manifestazioni. Non può infatti la tossina t. b. c. ledere e intossicare organi a secrezione interna importanti sì da provocare un loro squilibrio? o non può produrre fatti degenerativi specie nelle ovaie. Infatti la toss. tub. nelle giovani non può produrre alterazioni sì da provocare l'arresto di evoluzione dell'ovaio stesso?

L'amenorrea delle giovanette con tara tbc., spesso persistente che difficilmente cede alle cure generali ricostituenti e alle cure locali (moderne) non è dovuta forse a tossiemia o a pregressa alterazione tubercolare, proprio del parenchima ovarico (come fanno del resto altre malattie infettive e esaurienti)?

Nel nostro caso poi si deve notare la v. Pirquet fortemente positiva, sebbene da taluni sia data scarsa importanza alla Pirquet positiva negli adulti, ma nella nostra ammalata la reazione di focolaio fu intensa e all'ascoltazione si notavano fatti polmonari di indubbia natura specifica.

Quindi nulla di strano che nello squilibrio ormonico della menopausa, appunto quando le secrezioni interne che presiedono alla difesa dell'organismo, vengono a turbarsi, possa più facilmente farsi viva, anche per le condizioni scadenti della paziente, o riattivarsi una infezione tubercolare latente o qualche focolaio obsoleto.

Dunque nel nostro caso trattasi di una disendocrinopatia che probabilmente ha avuto a inizio una menopausa improvvisa: trattasi di una delle così dette sindromi pluriglandolari con prevalenza mixedemo-ipofisaria causata probabilmente da una forma di t. b. c. latente.

BIBLIOGRAFIA

Foà. Anatomia patologica speciale. — Pende. Endocrinologia (ultima ediz.). — Falta. Le malattie delle glandole sanguigne (ult. ediz.). — Rondoni. Lezioni tenute nel '23 per conto Ist. Sieroterapico milanese. — Eichhorst. Trattato patologia med. — Pellizzari. Lezioni cliniche 921. 923. — Idem. Vari numeri Riforma Medica 924-26. — Idem. Vari numeri Policlinico Sez. pratica, 924-26. — Zuntz e Loew. Trattato fisiologia, ultima edizione. — Idem. Rivista ostetr. pratica n. 3, 1924.

DIAGNOSTICA

Per la diagnosi di cisticercosi cerebrale

Buscaino (*Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, fasc. 2, 1927) riferisce che un soggetto di 38 anni poco a poco patisce di un indebolimento spiccato delle facoltà mentali, senza caratteristiche particolari, ma con rari attacchi epilettici ed una grave sindrome a carico sopratutto dei muscoli del tronco e degli arti, caratterizzata a preferenza da disturbi d'innervazione statica: instabilità dell'indice sinistro alla prova polpastrello-contro-naso; deviazione verso sinistra alla prova dell'indice, degli arti superiori; adiadococinesi per maggiore lentezza dell'arto superiore sinistro, asimmetria di posizione delle braccia tese orizzontalmente in avanti o tese verticalmente a palma in avanti, a carico dell'arto superiore sinistro; tronco inclinato indietro nella posizione a sedere sul letto, o, più tardi, durante la stazione in piedi, anche con inclinazione dell'asse verticale verso destra; oscillazioni lente in posizione Romberg con tendenza alla caduta indietro ed a sinistra; irrigidimento degli arti inferiori e «appiccicarsi» delle piante dei piedi al pavimento durante il cammino; miglioramento della deambulazione, in seguito, ed accenno ad andatura di gallo a carico dell'arto inferiore destro.

La diagnosi di natura, per lungo tempo incerta, si potè stabilire dopo il reperto della eosinofilia nel liquor, reperto che deponeva per una infestione elmintica della massa encefalica. Data l'ammissione, in base ai sintomi clinici di focolai disseminati non si poteva ammettere che una cisticercosi cerebrale.

L'autopsia, confermando la diagnosi, precisò trattarsi anche di quella varietà che va sotto il nome di cisticercosi racemosa (grappolo di cisti ordinariamente localizzate alla base dell'encefalo).

Concludendo da queste premesse l'A. stabilisce una triade sintomatica molto importante che dovrebbe caratterizzare questa entità morbosa, e cioè: *l'eosinofilia del liquor, la decadenza mentale progressiva e i disturbi d'innervazione tipo extrapiramidale*: sintomi che dovrebbero permettere la diagnosi in vita di cisticercosi cerebrale, varietà racemosa.

Sulla diagnosi precoce del carbonchio intestinale

Il carbonchio intestinale, avendo il carattere di una grave setticemia ed essendo molto raro, almeno da noi, richiede una precisa conoscenza dei suoi sintomi, allo scopo di iniziare subito il trattamento specifico.

Riou (*Journal des Praticiens*, n. 27, 1927) in due casi di sua osservazione, in due bambini, ha constatato i seguenti sintomi.

La febbre ha inizio brusco e si annunzia con violenti brividi, raggiunge i 40° e più senza remissione nè mattinale nè serotina.

La lingua all'inizio è rossa, poi diviene saburrale, sporca e l'ammalato ha una sete intensissima. Gli occhi sono leggermente iniettati. Mancano vomiti.

Il ventre è meteorico, specialmente nella fossa iliaca destra molto sensibile, senza gorgoglio, a sinistra corda colica.

Le feci, emesse senza tenesmo sono molli e sanguinolente. A questi sintomi si aggiunge una intensa congestione renale per cui le urine diminuiscono fortemente di volume e si colorano come nella polmonite. In un periodo avanzato della infezione si ha poi tumefazione generale di tutti i gangli linfatici.

Il fegato è molto sensibile, ma non ingrossato. Neppure la milza presenta alterazioni cliniche apparenti. Polso rapido, non dicroto.

Molto importante in questa setticemia carbonchiosa è il comportamento delle urine. La congestione renale non porta di conseguenza albuminuria; le urine presentano grandi analogie con quelle pneumoniche,

Digitized by Google

ma non pare che questo reperto debba essere costante. Comunque le urine sono molto diminuite e permettono di confermare o smentire il sospetto di setticemia carbonchiosa, perchè all'esame microscopio si può scoprire un infinito numero di bacilli. La tecnica per ottenere questa conferma è la seguente.

Si centrifuga l'urina e il residuo nel fondo si distende sul vetro, e si colora col bleu di metilene fenicato. Indi si procede all'esame microscopico. Si ha così un mezzo rapidissimo per la diagnosi.

La cura della setticemia carbonchiosa è quella del siero.

L'A. ha praticato nei due casi osservati una prima iniezione di 50 cmc. e fino dalle prime 24 ore i sintomi cominciarono a regredire, e la febbre ad abbassarsi. Poi altra iniezione il giorno dopo e poi ancora fino a caduta completa della temperatura e guarigione.

L'origine della setticemia carbonchiosa è ancora discussa, ritenendo alcuni autori essere punto di partenza della infezione sempre e soltanto la cute. Ma, nelle due osservazioni sue, l'A. pensa non esser stato affatto la cute.

In Algeria, dove i due casi in parola si sono verificati esistono dei focolai d'infezione carbonchiosa che non sono da mettersi neppure in relazione col mestiere degli ammalati o dei loro famigliari. I focolai sarebbero determinati da carogne di animali abbandonate, che probabilmente morti di carbonchio, divengono il punto di partenza della infezione.

Il valore diagnostico del sintoma di Troisier

Il sintoma, contrariamente a quanto riteneva lo stesso Troisier, avrebbe secondo Langlois (riferito in *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 25 luglio 1927) il valore patognomonico assoluto di cancro dello stomaco.

Il ganglio linfatico rispettivo è formato ordinariamente da una massa unica che è una agglomerazione di gangli il cui volume varia dalla grossezza di un pisello a quella di un uovo di piccione. L'adenopatia ha consistenza lignea, spesso lapidea dotata di grande mobilità, senza adenenze alla cute e quasi sempre indolora.

Dopo la comparsa di questo ganglio non si è mai osservata sopravvivenza maggiore dei due mesi, negli ammalati.

Ciò impone molta riserva e osservazione prima di pronunziare la prognosi, potendo aversi altre adenopatie che potrebbero dar luogo ad errori diagnostici. Tali sono quelle della sifilide, della tubercolosi, nonchè qualche volta della cirrosi epatica. Bisogna poi tener anche presenti adenopatie infettive a decorso subacuto.

TERAPIA

Soluzioni di glucosio ad alta percentuale nella terapia delle varici

L. Moszkowicz (*Geselleschaft der Aerzte in Wien*, seduta del 25 marzo 1927) riferisce che l'iniezione di Osmon — soluzione di glucosio ad alta percentuale — nella vena varicosa la rende dura e la oblitera; tuttavia il vaso reso in tal modo impraticabile può ridivenire pervio per canalizzazione iniziantesi dalla parte dei vasi in comunicazione con esso.

Bisogna quindi trattare non solo il vaso varicoso, ma anche quelli vicini, e per questo è necessario servirsi di grandi dosi di Osmon, fino a 40 cmc. dopo di aver provocato anestesia locale, ed aver legato i vasi vicini.

L'iniezione endovenosa riempie l'intero albero venoso; l'azione della soluzione di glucosio viene resa più energica e più duratura mediante la compressione. Si sta così anche al riparo dalle recidive, specialmente se si rende ancora più energica la soluzione di glucosio mediante l'aggiunta di qualche (3-6) goccia di adrenalina.

In 150 applicazioni terapeutiche di questo genere non si è verificato un sol caso di embolia; bisogna solo diffidare degli individui con rete venosa troppo intricata.

Il cloruro di calcio nella cura della tubercolosi polmonare

Castelli (*L'Ospedale Maggiore*, n. 6, 1927) fa noto che, oltre la indicazione generale del cloruro di calcio nella tubercolosi polmonare, il suo uso è indicato come preventivo nelle forme emottoiche e come sedativo in tutte le principali manifestazioni della intossicazione specifica quali vomiti, sudori profusi, diarree miastenie, eretismo psichico, pleuriti essudative, tossi stizzose, inappetenza specifica.

A scopo terapeutico è utile in tutte le forme polmonari specifiche, quando non vi siano complicanze renali e deficienze del miocardio. Non guarisce ma può far migliorare specie le forme subacute essudative e quelle torpide. Non è indicato quando l'organismo ha esaurito tutte le risorse difensive; in questi casi le vene facilmente si trombizzano nel punto dell'iniezione.

La intolleranza in genere si provoca per azione cumulativa per cui è necessario sospendere definitivamente non appena si manifesti. La intolleranza si evita lasciando le cure intensive.

Il miglior modo di somministrazione è la via endovenosa con soluzioni al 10 per cento, in serie di 10-15 iniezioni a giorni alterni intercalando periodi di riposo di 10-15 giorni fra le serie.

Quando si voglia ottenere un risultato immediato si può fare un breve ciclo di iniezioni quotidiane, non superando in genere le 10 iniezioni, poichè si arriva facilmente all'intolleranza.

L'A. non consiglia il metodo francese di usare soluzioni più concentrate (fino al 50 %) usandone pochi cmc., questo metodo potendo provocare escare dolorose e obliterazione venosa.

Lo iodo nella cura delle splenomegalie

Nelle splenomegalie di qualsiasi natura, ma sopratutto in quelle da malaria, in Italia è stato da lungo tempo preconizzato lo iodo per diverse vie, perchè è il medicamento che con più efficacia provoca una involuzione della milza, per una specifica azione dello iodo sui tessuti linfoidi.

In un caso di osservazione personale di Nanta (*Presse Médicale*, n. 55, 1927) di splenomegalia da leucemia linfoide in sifilitico la medicazione iodica fece ridurre la milza di dieci cm. di larghezza.

Anche le localizzazioni micotiche della milza, le infezioni batteriche febbrili con splenomegalia si giovano della cura iodica. Quanto all'azione specifica sulla splenomegalia da paludismo, è possibile ma non dimostrata. Certo è che risulta di indiscussa efficacia, tanto che il Cignozzi ebbe ad affermare che: « lo iodo è uno specifico della splenomegalia malarica più ancora che della sola malaria e da quando il suo uso in associazione col chinino si è generalizzato in Italia, noi non vediamo più le ipersplenomegalie che si osservavano prima ».

La posologia è in rapporto alla via di somministrazione. Per bocca si può usare: iodo 1 gr., ioduro di K gr. due e acqua gr. 10, d. t. V gocce ogni due ore. Oppure la tintura di iodo a gocce. Per iniezioni si ricorre a quelle di Durante in giorni alterni. Infine per via venosa, da preferire nelle micosi o quando si voglia avere un risultato rapido, si ricorre alla seguente formola:

Iodo gr. uno, ioduro di potassio gr. due, acqua distill. gr. 100. Di questa sol. si adoperano 1-2 fino a 5 cmc. che si diluiscono in acqua (5-15 cmc.) prima d'iniettare. Le iniezioni si praticano in giorni alterni. La via venosa è la migliore, mentre per le altre vie si possono provocare emorragie o gastro-intestinali o sottocutanee.

FORMULARIO

Nella tubercolosi cutanea. — a) *Cura generale.* Bagni di luce generali (lampada ad arco voltaico, a vapori di mercurio, ad arco a carboni polimetallici). Non è dimostrata ancora l'efficacia dei raggi infra-rossi.

b) *Cura locale.* La fototerapia costituisce il metodo estetico per eccellenza, ma non dà costantemente risultati favorevoli. Per le lesioni lupose di piccole dimensioni, l'escissione costituisce il trattamento di scelta; per le lesioni più estese, è necessario far ricorso al raschiamento. In ogni caso, si farà seguire una cauterizzazione al cloruro di zinco o con la pomata seguente:

Acido pirogallico Acido salicilico Creosoto officinale	anagr. 5
Sugna	gr. 50

Darier preferisce, dopo aver eseguito delle scarificazioni, quest'altra pomata:

Tricloruro d'antimonio Acido salicilico Novocaina Estratto d'oppio	anagr. 2
Creosoto officinale	gr. 4
Lanolina	gr. 8

Applicazioni con questa pomata saranno ripetute per parecchi giorni di seguito, sempre precedute da scarificazioni a graticcio.

La crioterapia risponde bene solo nelle forme vegetanti; i raggi X sono indicati pure nelle forme vegetanti e anche in quelle ulcerose, delle quali arrestano l'evoluzione. Dopo due applicazioni, però, alla radioterapia bisogna sostituire qualche altro mezzo terapeutico, poichè essa non esercita alcuna azione distruttrice sui tubercoli lupos.

(dal *Journal des Praticiens*, n. 32, 1927).

Digitized by Google

ATTI UFFICIALI

Composizione del Consiglio superiore di Sanità. — Secondo quanto è disposto dall'art. 1 della recente Legge a riguardo delle nuove disposizioni sulla Sanità pubblica, il Consiglio superiore di Sanità è composto di 14 dottori in medicina e chirurgia particolarmente competenti, sei nella igiene pubblica, otto nelle altre branche della medicina sociale; di un naturalista; di due ingegneri esperti nell'ingegneria sanitaria; di due dottori in chimica; di due dottori in zoiatria, particolarmente versati in igiene veterinaria; di un farmacista; di una persona esperta nelle scienze agrarie; di una persona esperta nelle materie amministrative; di un ufficiale sanitario capo di ufficio di igiene. Essi sono nominati con decreto Reale, sopra proposta del Ministro per l'interno, durano in carica 3 anni e possono essere rinominati.

Fanno, inoltre, parte del Consiglio stesso: il direttore generale della sanità pubblica; il direttore generale dell'Amministrazione civile; il direttore generale degli italiani all'estero; un direttore generale del Ministero delle colonie, designato dal Ministro per le colonie; un direttore generale del Ministero delle corporazioni, designato dal Ministro per le corporazioni; il generale medico capo dell'Esercito; il capo dell'ufficio di ispezione veterinaria dell'Esercito; il generale medico capo dell'Armata; il procuratore generale del Re presso la Corte di appello della capitale; il direttore generale della Marina mercantile; il direttore generale dell'istruzione superiore; il direttore generale del lavoro e della previdenza sociale; il presidente e il direttore generale dell'Istituto centrale di statistica; il direttore generale dell'agricoltura; il capo dell'ufficio centrale sanitario delle Ferrovie dello Stato; un rappresentante dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia designato dal presidente dell'Opera in persona di un membro del Consiglio centrale; un rappresentante dei medici-chirurgi, uno dei veterinari e uno dei farmacisti esercenti nel Regno, designati dalle rispettive associazioni sindacali legalmente riconosciute agli effetti della legge 3 aprile 1926, n. 563. Le norme, i termini e le condizioni per far luogo alle predette designazioni saranno stabilite con decreto Reale su proposta dei Ministri per l'interno e per le corporazioni.

Nella prima attuazione della presente legge, i componenti del Consiglio, che saranno nominati con R. Decreto, scadranno di carica il 31 dicembre 1929. A Segretario del Consiglio sarà designato un funzionario medico in servizio presso la Direzione generale della Sanità pubblica, il quale non avrà diritto a voto.

Composizione del Consiglio provinciale di Sanità. — Dall'art. 2 delle nuove disposizioni sulla Sanità Pubblica risulta che il Consiglio provinciale di Sanità è composto di: tre dottori in medicina e chirurgia di cui uno particolarmente competente in pediatria, un cultore in chimica; un giureconsulto; un farmacista; un veterinario; un ingegnere; una persona esperta nelle materie amministrative; una persona esperta nelle scienze agrarie.

I suddetti componenti del Consiglio provinciale sanitario sono nominati con decreto Reale su proposta del Ministro per l'interno, durano in carica tre anni e possono essere rinominati.

Dello stesso Consiglio il Prefetto è presidente, e ne fanno parte il medico provinciale, il veterinario provinciale, l'ufficiale medico in attività di servizio di più alto grado residente nel capoluogo della Provincia, il procuratore del Re presso il Tribunale civile e penale, l'ufficiale sanitario del capoluogo stesso, nonchè un rappresentante dei medici-chirurgi, uno dei veterinari e uno dei farmacisti esercenti nella Provincia, designati dalle rispettive associazioni sindacali, legalmente riconosciute agli effetti della legge 3 aprile 1926, n. 563.

Le norme, i termini e le condizioni per far luogo alle predette designazioni saranno stabilite con decreto Reale su proposta del Ministro per l'interno e per le corporazioni.

Il Prefetto, designa a segretario del Consiglio un impiegato della prefettura, il quale non avrà voto.

Nella prima attuazione della presente legge, i componenti che saranno nominati con Regio decreto scadranno dalla carica il 31 dicembre 1929.

Per gli istituti di cura medico-chirurgica. — Da quanto è disposto dall'art. 13 delle recenti disposizioni sulla sanità pubblica si desume che non si possono aprire o mantenere in esercizio ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del Prefetto. I contravventori sono puniti con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da L. 5,000 a L. 10,000, il Prefetto può ordinare la chiusura dell'Istituto di cura. Parimenti non possono aprirsi stabilimenti balneari senza l'autorizzazione del Prefetto, pena l'ammenda di L. 2,000.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA CATANIA

Munifica elargizione al prof. Maurizio Ascoli per lo studio della febbre mediterranea. — La fondazione Elio Sachs Plotz per il progresso delle investigazioni scientifiche di Boston ha elargito al prof. Maurizio Ascoli di questa Università la somma di L. 18,000, perchè egli possa continuare gli studi iniziati in collaborazione col dott. Emanuele Sanfilippo sulla febbre mediterranea. A tutti è tanto nota l'accuratezza di ricerca e la tenacia di lavoro del prof. Ascoli, che è superfluo perfino ricordarle; certo ne è testimone anche questa elargizione, che è la prima concessa in Italia dalla fondazione Sachs Plotz.

DA PISA

Conferenza del prof. Cesaris-Demel sul Cancro. — Per iniziativa dei Medici Condotti di Pisa, il prof. Cesaris Demel, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di questa Università e presidente della sezione pisana per la lotta contro il cancro, ha tenuto il 16 u. s. una conferenza sul palpitante argomento a numerosi medici condotti.

Dopo aver trattato delle moderne ricerche sperimentali sui tumori maligni, dei mezzi e della precocità di accertamento diagnostico ha parlato delle leghe che si formano in tutte le nazioni per la lotta contro tale malattia. La lega italiana, diretta ora dal sen. prof. A. Lustig ha avuto l'incondizionato appoggio del Governo che ha pensato ad assicurare principalmente i mezzi.

In ogni provincia vi dovrà essere una sezione della lega, e nel prossimo Congresso di Milano saranno stabilite le norme che coordineranno l'azione delle singole sezioni. Nella sezione Pisana si spera istituire subito un centro diagnostico, speciali ambulatori e un luogo di cura provvisto sufficientemente di radio.

DA VENEZIA

I. ***Ospedale Civile.*** — Nell'Ospedale di Venezia si è riaperto per la terza volta l'*Internato estivo per neo laureati e studenti di 5° e 6° anno,* con un crescendo che dimostra come sia apprezzata tale istituzione. Gli iscritti da una decina nel primo anno, una ventina nel secondo, sono saliti quest'anno ad una sessantina, tanto che per poterli alloggiare li si dovettero distribuire in due turn. Essi sono studenti di Università Italiane, ma parecchi sono per nazionalità stranieri, Ungheresi, Cecoslovacchi, Rumeni; e sono divisi quali allievi nelle varie divisioni ospedaliere, riunendosi ogni giorno per una lezione clinica diversa.

L'8 agosto il Dr. Max Thorek, Chirurgo capo dell'*American Hospital* di Chicago, accompagnato dal prof. Edoardo Perroncito, e presentato con acconcie parole dal prof. Giordano, ha tenuto nellAula magna dello Spedale affollata per la presenza di molti medici, e degli studenti dell'*Internato,* una conferenza, con dimostrazione cinematografica, sopra un suo metodo biologico di cura delle suppurazioni croniche, preferibilmente ossee. Si tratta della applicazione di una pasta di fiocchi di avena con nitrato di alluminio e di potassio, il quale non agisce da antisettico, ma da esaltatore della moltiplcazione dei piogeni, che vanno intanto perdendo di virulenza. Tale pasta avrebbe un potere elettivo sulle zone infette, producendo su quelle sole eritema, pustulazione e linfopiorrea, con miglioramento delle condizioni generali e locali. La conferenza, chiaramente detta e riccamente documentata, fu vivamente applaudita.

II. ***I funerali del comm. Spandri.*** — Si sono svolti tra l'unanime compianto e con pompa solenne, nella chiesa dell'Ospedale civile, i funerali del compianto comm. Pietro Spandri, vittima insieme con un altro eletto veneziano, il conte Aurelio Bianchini, di un disastro automobilistico. Impossibile enumerare tutte le Autorità, le Associazioni, le Rappresentanze, gli amici, gli ammiratori, ecc. intervenuti; tra questi S. E. il ministro conte Volpi di Misurata, il quale portò l'estremo saluto del Governo e lumeggiò con brevi parole la nobilissima figura dello scomparso. Parlò dopo il Podestà, on. conte Pietro Orsi, il quale ricordò quanta opera lo Spandri prodigò per l'Ospedale civile e per le istituzioni di beneficenza cittadine.

Ad onorare la memoria dell'estinto, intanto, l'Istituto medio libero commerciale «San Marco» ha intestato al suo nome una borsa di studio perpetua, da concedersi ad un alunno di disagiate condizioni che sia figlio d'impiegato all'Ospedale civile o alla Congregazione di Carità o alla Camera di Commercio, tutte istituzioni alle quali Pietro Spandri diede la sua attività.

Nella *Riforma Medica* il prof. sen. D. Giordano ricorderà la personalità dell'ilustre scomparso.

e. o.

Digitized by Google

NOTIZIE

Il prossimo Congresso di Pediatria. — Negli ultimi giorni del prossimo settembre avrà luogo, come annunziammo, il XII Congresso di Pediatria, organizzato dalla Sezione Napoletana della Società Italiana di Pediatria, di cui è Presidente l'illustre prof Rocco Jemma, Direttore della Clinica Pediatrica del nostro Ateneo.

Questo prossimo Congresso, che sarà il primo dopo la promulgazione della legge fascistica sulla protezione della maternità e dell'infanzia assurgerà questa volta ad un avvenimento di alta importanza sociale oltre che scientifica, dato il gran numero di autorevoli membri che v'interverranno e la messe importante delle comunicazioni che verranno fatte oltre i due temi che saranno trattati.

Al Congresso sarà annessa un'esposizione a cui piglierà parte importante l'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia e tutto lascia prevedere il più lusinghiero successo a questo avvenimento di così alto valore morale a cui il Prof. Jemma ed i suoi collaboratori dedicano da mesi le più assidue cure. Siamo sicuri che i medici del nostro Mezzogiorno e sopratutto quelli che si interessano alle questioni che riguardano l'infanzia, vorranno prender parte a questo importante Congresso, le cui iscrizioni sono aperte fino al 10 settembre presso la Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame 21).

Daremo quanto prima più ampie notizie.

Prima riunione della Sezione Talassoterapica dell'Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica. — Nei giorni 10-11 settembre avrà luogo al Lido di Venezia la prima riunione della sezione talassoterapica della Associazione medica italiana di idrologia, climatoiogia e terapia fisica.

Tutti i medici che si occupano di cure climatico-marine sono invitati a questo importante convegno nel quale si tratteranno questioni del massimo interesse. Nei giorni 13-14 saranno tenute letture su questioni talassoterapiche da dotti cultori della materia.

La Compagnia Italiana Grandi Alberghi concederà ai Sigg. Congressisti speciali facilitazioni. Ribassi ferroviari.

Si prega di inviare l'iscrizione con sollecitudine al Prof. Giulio Ceresole. Ospedale Civile, Venezia.

Concorso al Premio Internazionale Prof. Aurelio Bianchi per lavori sulla Fonendoscopia, Fonendografia, Fonendometria.— E' bandito un concorso presso la R. U. di Perugia ad un premio di lire it. 70,000 destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della Fonendoscopia, Fonendografia, Fonendometria. Questi lavori debbono avere carattere sperimentale ed applicazioni nel campo della Semeiotica.

Il concorso è aperto a studiosi di ogni nazionalità. Possono concorrere al detto premio singoli autori o più autori, che abbiano lavorato in collaborazione. Per concorrere si può presentare tanto un'unica memoria quanto un gruppo di memorie, collegate fra loro e riguardanti gli argomenti considerati nel concorso. I lavori dovranno essere dattilografati, non debbono essere stati pubblicati per l'innanzi e potranno essere redatti in una delle seguenti lingue: italiana, inglese, francese, tedesca, spagnola e portoghese. Sulla copertina di ogni lavoro presentato al concorso deve essere scritto un motto. che sarà ripetuto sopra una busta chiusa e contenente il nome e l'indirizzo degli autori della memoria.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della R. Università degli Studi di Perugia (per il concorso Prof. Aurelio Bianchi), e pervenire entro le ore 18 del 24 maggio 1928.

L'assegnazione del premio viene fatta entro sei mesi dalla chiusura del concorso.

La monografia premiata resta di proprietà della R. Università degli Studi di Perugia, che provvederà alla sua pubblicazione.

Qualora nessuno dei lavori presentati fosse giudicato degno di Premio, la Facoltà Medico Chirurgica della R. Università di Perugia potrà prorogare il termine del concorso.

Missione medica argentina in Italia per lo studio del cancro. — I dott. Francesco Sadi Fonso e Arturo Neumann, accompagnati dal segretario della «Revista de Medicina» dott. Edmondo Fonso, sono giunti dall'Argentina a Roma in questi giorni. I distinti medici argentini sono venuti in Europa per studiare ed osservare le organizzazioni per la prevenzione e la cura del cancro, dovendo poi fondare a Rosario un grandioso istituto per la cura del cancro.

Dopo aver visitato Lisbona, Parigi, Londra e Roma, i colleghi argentini si recheranno anche in Austria, Turchia e Russia.

Convegno della Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi. — Questo Convegno si svolgerà nel prossimo settembre ad Ortona a Mare. Il Consiglio Direttivo della Società ha prescelta questa sede per il Convegno, in omaggio al nuovo componente del Consiglio Direttivo, Prof. Emanuele Santoro, che è direttore dell'Ospedale Civile di Ortona.

Proroga del concorso al premio Hoffman-La Roche.— Il concorso, di L. 10,000, al premio Hoffmann-La Roche, per il migliore lavoro di terapia medica, è stato ulteriormente prorogato al 30 settembre p. v. I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società italiana di Medicina interna, in Roma, presso la R. Clinica medica al Policlinico.

Un caso di contagiosità del cancro? — E' morto, in età di 24 anni, Henry Vadon, interno nel reparto del dott. Laubry, all'Ospedale Necker di Parigi, in seguito ad un cancro manifestatosi dopo una piccola ferita riportata durante un'operazione, circa un anno fa. Pur sapendosi condannato a sicura morte, il Vadon aveva continuato i suoi studi, per non allarmare la famiglia. Era stato insignito della Croce della Legion d'Onore. Questo caso è il primo, conosciuto nella letteratura medica, di inoculazione fortuita di cancro in un medico.

NECROLOGIO

ANGELO ZUCCARELLI

Il 13 corr. è morto a Napoli, il prof. comm. Angelo Zuccarelli, volontariamente uccisosi ingerendo una forte dose di morfina. Nato a Nato a S. Giuliano del Sannio (Campobasso) nel 1854, a Campobasso compì i suoi primi studi e poi, ottenuta una borsa di studio, passo a Napoli, ove a 19 anni era già professore di Scienze naturali presso la scuola tecnica «Caracciolo». Laureatosi a 22 anni in Medicina, si pareggiò ben presto in Medicina legale, Psichiatria e Antropologia criminale. Fondò poco dopo l'Istituto di Antropologia Criminale «Giambattista Della Porta», presso la detta Università e ricevette l'incarico dell'insegnamento universitario che mantenne fino all'epoca della Riforma Gentile.

L'Istituto di Antropologia raggiunse in breve, sotto la direzione dello Zuccarelli un grado di alto sviluppo e si andò arricchendo di importantissimo materiale scientifico richiamando l'attenzione e suscitando l'ammirazione dei più illustri scienziati italiani.

Per più di un quarantennio è stato pugnace assertore dell'indirizzo italiano nell'antropologia criminale con corsi speciali molto affollati, con numerose pubblicazioni originali, con la fondazione e direzione di un periodico *L'Anomalo,* da lui fondato nel 1889 e diretto fino al 1922, con l'intervento ai principali congressi, italiani ed esteri, di antropologia e di medicina legale.

Ad Angelo Zuccarelli si deve la identificazione dei resti di Giacomo Leopardi nella chiesa di Fuorigrotta, identificazione della quale fu incaricato dal Governo, una ventina di anni or sono. Egli conservava gelosamente alcuni pezzi di tali resti.

Più tardi, fu anche chiamato a identificare lo scheletro di Vittoria Colonna, nella chiesa dei Cappuccini. A lui si deve anche la importantissima scoperta, fatta una diecina di anni or sono, nelle grotte di Palinuro, di scheletri e utensili di uomini primitivi, scoperta sulla quale pubblicò un interessantissimo studio.

Nel 1910 gli furono tributate solenni onoranze universitarie.

Tra le sue pubblicazioni, notiamo: «Da deficienti ad idioti»; «Degenerazione, pazzia e delitto», «Divorzio e scienza antropologica», «Studio sul terzo dente molare detto del senno», «Psichiatria e organo psichico», «Gli uomini primitivi delle selci e delle caverne», ecc. ecc.

Avevano contribuito molto recentemente a turbare la sua vita, compenetrandola di una profonda malinconia, la morte della moglie e l'allontanamento, in seguito alla Riforma Gentile, dalla cattedra che aveva costituito la sua più ambita idealità.

ERRATA-CORRIGE

Fasc. 34, (22 Agosto c. a.).

A pag. 797, nella rubrica Varia nota: *La cura dell'alto mare,* al 9° rigo si legga «Gli ipertesi, i nervosi, gli anemici ecc.».

A pag. 815, rubrica Vita Universitaria, nell'*Elenco dei Candidati alla Sessione delle Libere Docenze dell'anno* 1927 in Patologia speciale Chirurgica si legga «Balice Gaetano» e non Matteo.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 5 Settembre 1927 — N. 36

LEZIONI

SCUOLA LIBERA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA

CORSI PAREGGIATI DI CLINICA E PATOLOGIA MEDICA

IL VALORE DIAGNOSTICO DELLA SINDROME OCULARE NELLA MALATTIA DI FLAJANI-BASEDOW

Lezione del prof. ANDREA FERRANNINI

Nella malattia, che suole chiamarsi di Flajani-Basedow, per quanto individualizzata più da Basedow (1840) che non dai precedenti Graves (1835), Flajani (1800), Parry (1786), gli studi endocrinologici sulla tiroide e sulle altre ghiandole a secrezione interna, talvolta coinvolte nel perturbamento generale, e gli acquisti nosografici recenti, più specialmente come tremore a minime scosse, fenomeni cardiovascolari, anomalie degli scambi nutritivi, hanno messo in sottordine i sintomi relativi all'occhio, non tanto come tipo e numero di questi sintomi, quanto come valore nella diagnosi e nella interpetrazione patogenetica del quadro morboso, che certamente è tra i più complessi o multiformi in medicina interna.

Già da vario tempo sono noti, come sintomi oculari, l'esoftalmo; lo slargamento esagerato della rima palpebrale per ipertonia del muscolo elevatore rispettivo anche quando il globo oculare non è molto sporgente (segno di Darymple); la difficoltà dell'ammiccamento spontaneo o provocato nei tentativi di toccare la cornea o la sclerotica (segno di Stellwag); la difficoltà del movimento consensuale di abbassamento della palpebra superiore insieme con il globo oculare quando l'infermo vuol guardare in basso (segno di Graefe); la mancanza del movimento consensuale di contrazione del muscolo frontale rispetto al globo oculare quando questo è rivolto in alto (segno di Joffroy); la facile esauribilità dei movimenti di convergenza oculare (segno di Moebius); la colorazione nerastra delle occhiaia (segno di Jellinek), talvolta anche nel resto del volto.

A questi fatti già noti, ne aggiunsi altri con una serie di osservazioni, che compii nella Clinica medica di Camerino. Mi sembra non superfluo riferirli nuovamente, perchè sono decorsi già 18 anni dalla pubblicazione che ne feci sul periodico di Napoli *Il Tommasi* (1909, n. 25 a. 31). La loro illustrazione varrà a mettere in rilievo il grande valore, che, per parte mia, assegno alla sindrome oculare nella Mal. di Flajani-Basedow, specialmente rispetto alla diagnosi.

Nella inferma Luisa Contratti (di anni 60, da Camerino, cuoca) mancavano tre sintomi oculari classici, quelli di Graefe, di Stellwag, di Moebius. Invece notai (a prescindere da un modico esoftalmo a destra): modica ed incostante blefaroptosi destra; permanente ed intenso strabismo esterno nell'occhio sinistro; insistente nistagmo spontaneo, anche senza invito a guardare da vicino o da lontano ed il nistagmo era in direzione prevalentemente orizzontale od equatoriale con direzione della scossa oculare specialmente verso il lato sinistro; scosse intermittenti, anche a riposo, in ambo le palpebre o clono palpebrale; anisocoria con midriasi prevalente a destra; instabilità pupillare o atetosi pupillare o *hippus*, per modo che si vedeva la pupilla alternativamente slargarsi e restringersi, non ostante che l'occhio guardasse sempre lo identico oggetto, alla medesima distanza e con la identica intensità di luce; deficienza di durata nel riflesso pupillare alla convergenza attesa la presenza dell'*hippus;* il riflesso pupillare, che suole dirsi paradosso per indicare che la pupilla reagisce con la midriasi all'aumento della luce, ma in realtà, nel primo istante in cui questa luce colpisce l'occhio, la pupilla si restringe e poi si slarga per la scarsezza di resistenza od ipostenia delle fibre muscolari circolari dell'iride.

In un'altra inferma (Emilia Fioretti, di anni 64, da Bolognola), dei fenomeni più abitualmente osservabili nella mal. di Flajani-Basedow emergevano il gozzo (specialmente nel lobo destro della tiroide), la tachicardia in decubito orizzontale (il minimo dei battiti è stato di 96, il massimo è stato di 138), il tremore delle mani a scosse molto frequenti e di piccolissima ampiezza, la termofobia con senso di vampe al volto ed ai piedi. Erano assenti tutti e tre i segni di Graefe, di Moebius, di Stellwag, ma si notavano: nistagmo in ambo gli occhi, per quanto non prevalentemente verso un lato del corpo; il mioclono palpebrale in ambo gli occhi; l'anisocoria; il riflesso pupillare paradosso o reazione pupillare miastenica alla luce in contrasto al normale riflesso pupillare all'accomodazione. Mancavano l'*hippus* e lo strabismo.

In altra inferma (Zaccagnini Anna, di anni 26, da Morro, contadina, nubile) osservai: blefaroptosi in ambedue gli occhi, anche a completo riposo, però in qualche giorno la ptosi della palpebra mancava; strabismo interno, per quanto datante dal primo anno di vita, per paresi del muscolo retto esterno di sinistra; nistagmo in tutte le direzioni e presentatosi a cominciare dalla età di 22 anni (nella quale epoca la malattia di Flajani-Basedow erasi manifestata con intenso cardiopalmo e tachicardia, con modico gozzo, con spiccato tremore a scosse minute, con esoftalmo); spiccatissimo *hippus* o atetosi pupillare; assenza di anisocoria; rigidità pupillare riflessa alla luce; *hippus* provocato nei tentativi di accomodazione. Quanto ai sintomi pupillari più comuni, esisteva quello di Stellwag, mancavano quelli di Graefe e di Möbius.

Sicchè, come sintesi sulla sintomatologia oculare di 4 inferme, studiate nel corso di un anno, facendo astrazione dall'esoftalmo e dal sintoma di Jellinek, degli altri tre sintomi oculari, noti da molto tempo, quelli di Graefe, Möbius, Stellwag, mancavano tutti e tre. In una sola inferma era presente il solo sintoma di Stellwag. Quanto agli altri sintomi oculari, che nel 1909, non erano ancora conosciuti nella letteraura sulla malattia di Flajani-Basedow o forse vi erano stati accennati ma in maniera così fugace da essere sfuggiti all'attenzione, ho notato: il nistagmo e l'*hippus* in 4 su 4 inferme; il riflesso pupillare detto paradosso o meglio astenico in 3 su 4 inferme; la poca durata della miosi pupillare riflessa alla luce in 3 su 4 inferme; la reazione pupillare astenica, detta paradossa, in 2 su 4 inferme; l'assenza del riflesso pupillare all'accomodazione, per la insistenza dell'*hippus,* in 2 su 4 inferme; l'anisocoria pupillare in 2 su 4 inferme; la midriasi permanente e bilaterale, in 1 su 4 inferme; lo strabismo in 2 su 4 inferme; il mioclono palpebrale in 2 su 4 inferme.

Frattanto, in contrasto a tanta ricchezza di sintomi oculari, ma tutti relativi all'«occhio motore», ho notato nelle inferme suddette e in altri ammalati, che ho avuto occasione di studiare sin'oggi, l'assoluta integrità dell'« occhio sensoriale ».

In effetti, non ho osservato nè ambliopia, nè amaurosi, nè anomalie della papilla ottica e del resto del fondo oculare, a meno che non esistessero complicanze, specialmente nefritiche. Questo contrasto tra la estensione e la gravezza di anomalie nell'occhio motore e la integrità dell'occhio sensoriale mi ha sempre colpito e non lo trovo messo in rilievo dagli osservatori, che sinora si sono occupati dell'argomento.

Se il sostrato patogenetico della malattia di Flajani-Basedow, è una intossicazione generale intraorganica, qualunque siano le sorgenti neuro-endocrine della intossicazione, come ragione del contrasto, da me prospettato, è facile indicare un'affinità o tropismo (parola di moda) tra le peculiari tossine della malattia e i centri nervosi dei muscoli oculari, estrinseci ed intrinseci, laddove quelle tossine non avrebbero affinità per il nervo ottico e per i rispettivi centri nervosi. È una spiegazione, niente altro che ipotetica, e naturalmente, per parte mia, non ci tengo affatto. A me preme valorizzare come fatto nosografico il contrasto tra occhio motore e occhio sensoriale.

Nel complesso generale della nosografia, qualunque organo si consideri, in questi infermi vige come carattere comune una instabilità di fenomeni, che molto da vicino ricorda il carattere nosografico di quello che negl'infermi tubercolizzati soglio sin-

Digitized by Google

tetizzare come « marchio biologico clinico ». Intendo parlare di un contrasto tra lo eccesso d'irritabilità ed eccitabilità e la deficienza di stenia o persistenza nel grado di energia di una reazione muscolare o psichica. Le due parti di questo contrasto possono alternarsi nella identica inferma, predominando ora l'una ora l'altra parte del contrasto.

Nel campo della malatta di Flajani-Basedow, si è occupato molto ampiamente di questa alternativa il Prof. Nicola Pende, sin dalla prima edizione della sua « Endocrinologia ».

Tra le prove di fatto, che concretano la realtà del contrasto e dell'alternativa, Pende ha messo specialmente in rilievo: la ipertricosi e la improvvisa caduta dei capelli e dei peli; le alternative di diarrea e di stipsi, di bulimia e di anoressia, di ipercloridria e di acloridria gastrica; gl'improvvisi e circoscritti edemi cutanei e sottocutanei; la sindrome cardiovascolare così magistralmente studiata dal compianto Prof. Grocco; gli accessi di tachipnea insieme con la impossibilità di espandere completamente i pulmoni in una inspirazione profonda (segno di Bryson); l'esaltato ricambio delle sostanze proteiche e l'insufficiente metabolismo del glucosio; il dimagramento, molto più abituale, e la opposta tendenza alla obesità, per quanto meno frequente ad osservarsi; la irrequietezza della psiche e la facile esauribilità delle reazioni psichiche, con alternative di mania e di melanconia; l'equilibrio instabile del sistema simpatico e del sistema vagale; l'abituale iposurrenalismo sostituito talvolta da fenomeni d'ipersurrenalismo con accessi di angiospasmo; una esaltazione degl'istinti sessuali o al contrario una impotenza con atrofia testicolare; nella stessa tiroide un contrasto tra la scarsezza della jodina e l'eccesso dei nucleoproteidi fosforati. Perciò Pende molto opportunamente sintetizza la nosografia nel postulato che la legge della instabilità domina tutta la sindrome basedowiana.

I fenomeni dell'occhio motore basedowiano, di cui ho ricordato le molteplici modalità, da me notate, sono sorretti dalla identica legge, alla quale, come ho detto, trovo un sostrato più deterministico in un contrasto tra lo eccesso di irritabiltà ed eccitabilità e il difetto di stenia. Di questo contrasto ritengo conseguenza e manifestazione la instabilità nelle varie funzioni, a cominciare da quelle psichiche a venire a quelle della vita, detta vegetativa.

Tra i vari fenomeni dell'occhio motore quelli, che più evidentemente dimostrano il contrasto, sono l'*hippus* e la reazione pupillare detta paradossa. Infatti l'*hippus* può considerarsi come un'alternativa tra contrazioni troppo frequenti dei muscoli iridei (eccesso d'irritabilità ed eccitabilità) e la loro facile esauribilità di reazione motoria (ipostenia).

Lo stesso dicasi per il sintoma della reazione pupillare, detta paradossa e della quale poc'anzi ho rimorchiato la spiegazione nell'ambito di quel contrasto funzionale.

Queste delucidazioni, che vado prospettando, considerate sotto l'aspetto diagnostico nei riguardi della tubercolosi e delle sindromi dette d'ipertiroidismo, a mio modo di vedere, hanno importanza non tanto nell'additare una comunità di esistenza di quel contrasto in queste altre condizioni morbose, oltre che nella malattia di Flajani-Basedow, quanto nel mettere in rilievo la importanza della sindrome oculare.

Giustamente Pende si preoccupa della difficoltà diagnostica tra le forme incomplete o spurie o fruste della malattia di Flajani-Basedow e alcune sindromi morbose, che Stern ha indicate con la espressione di « basedowoidi ». Le ricerche di Roseo, poggiate sulla deviazione del complemento o reazione di Bordet e Gengou, hanno provato che questa reazione risulta positiva nella vera malattia di Flajani-Basedow, anche se attenuata, e viceversa risulta negativa nelle forme basedowoidi. Sicchè esisterebbe una differenza di fondo morboso, non ostante le analogie nosografiche della tachicardia insistente con cardiopalmo intenso, del tremore, della irritabilità psichica, della proclività al sudore, di un certo slargamento della rima palpebrale, di una esagerata lucentezza dello sguardo. Qualora si tratti di vera malattia di Flajani-Basedow, a quei sintomi finisce con associarsi la esistenza di un ingrossamento, anche se parziale, della tiroide. Ma, finchè questo ingrossamento non si designi o se non si determina mai, l'animo resta in dubbio come diagnosi, a meno che non si faccia appello alla ricerca della deviazione del complemento e questa riesca a dare risultati molto netti.

Persino un ipertimismo, un ipersurrenalismo possono estrinsecarsi con parecchi fenomeni a tipo basedowiano, come la tachicardia, il tremore generalizzato, la ipereccitabilità psichica, le crisi alternate di diarrea e di stipsi, gl'improvvisi sbalzi termici, persino un accenno di esoftalmo.

Questa identica sindrome può notarsi in due altre condizioni morbose: quella individualizzata da Kraus con la denominazione di cuore da gozzo (*Kropfherz*), cioè gozzo con cuore ipertrofico e tendente alla degenerazione; quella individualizzata da Revilliaud con la denominazione di « gozzo cardiaco », cioè gozzo sostenuto da stasi della tiroide per insufficienza motoria del cuore (vizi mitralici) o per compressione della cava superiore.

L'equivoco diagnostico può essere dato anche da certe forme di clorosi con gozzo (clorosi tiroidea), certe forme di sclerosi renale con tremore, tumefazione della tiroide, tachicardia.

In queste differenti condizioni morbose a me sembra che la sindrome oculare rappresenti un criterio diagnostico di spiccata importanza, sempre che in quella sindrome si tenga di mira non tanto l'esoftalmo quanto la esagerata apertura della rima palpebrale e tutti gli altri fenomeni, che ho aggruppati in base alle mie osservazioni cliniche e che ho illustrati come effetto della caratteristica generale a tutta la nosografia basedowiana, cioè il contrasto tra l'eccesso di irritabilità ed eccitabilità rispetto alla coesistente ipostenia. Questo contrasto, valorizzato nella sindrome oculare, tanto più deve volgere la mente alla diagnosi di mal. di Flajani-Basedow, per quanto più spicca un altro contrasto tra la integrità dell'occhio sensoriale e la molteplicità dei fenomeni morbosi nell'occhio motore.

Ho voluto prospettare questi dati della osservazione clinica per venire alla conclusione che in casi dubbi un valido criterio di diagnosi per la mal. di Flajani-Basedow sta in questi tre fatti: presenza di fenomeni molteplici (non già del solo esoftalmo) nell'ambito dell'occhio motore; contrasto tra la molteplicità di questi fenomeni motorii e l'assenza di disordini nell'occhio sensoriale; qualità dei fenomeni motorii, cioè, integratori di un contrasto funzionale tra l'eccesso di eccitabilità e la deficienza di stenia.

NOVITA' DELLA NOSOGRAFIA

Di un sintoma non comune nella meningite epidemica. — A. Aretini (Ospedale Provinciale di Arezzo) *Rivista di Clinica Medica*, 1927, vol. 28, n. 2.

L'A. descrive tre casi di meningite cerebro-spinale epidemica, diversi per gravità, decorso ed esito, ma accomunati da una peculiarità sintomatologica iniziale: l'orchidinia o sindrome dolorosa testicolare.

Circa la natura del fenomeno egli ritiene che si debba escludere l'ipotesi di una lesione parenchimale: e infatti l'esame obbiettivo della parte escluse qui qualsiasi risentimento dei tessuti. Con ciò rimane poi eliminata l'ipotesi di una patogenesi simile alle complicazioni testicolari di alcuni esantemi e di alcune setticemie, quali quelle da b. di Eberth, da m. di Bruce, ecc.

Il carattere proprio del dolore, il suo modo d insorgere, il suo decorso in rapporto evidente con le fasi evolutive del processo morboso meningeo ne additano nettamente l'origine nervosa. Anzi l'A. ammette la stessa origine per i dolori spontanei, localizzati sopratutto nella regione cervicale e nella regione lombare, per la grande dolorabilità alla pressione e alla percussione delle apofisi spinose della colonna, per le iperestesie generalizzate estese perfino allo scheletro, insomma per tutte le sensazioni dolorose che rappresentano una parte notevole della sintomatologia della meningite cerebro-spinale e che sono anche la causa del grido idrocefalico di Trousseau, interpretato anche di Bing come espressione appunto di sensazioni dolorose.

L'A. ritiene che il detto sintoma non abbia nessuna importanza prognostica e che la sua precipua importanza vada ricercata nella precocità della comparsa e venga confermata anche dal fatto che la sua nozione può eliminare incertezze diagnostiche proprio nel momento nel quale è massima la opportunità di provvedimenti profilattici e curativi. Il fenomeno è certamente non comune; attenendosi infatti ai casi riferiti dalla letteratura esso sarebbe presente solo nel 2-3 % dei casi. Ma ciò non pertanto esso non è di trascurabile importanza, perchè in una malattia a prognosi così grave, non deve giudicarsi inutile ogni sussidio diagnostico che possa in qualche modo permettere di salvare anche una sola esistenza.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

II ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. LUIGI D' AMATO

LE ALTERAZIONI ANATOMICHE DEL FEGATO E DELLA MILZA SECONDARIE ALLA LEGATURA DEL DOTTO COLEDOCO.

per il dott. RENATO PAOLINI
Assistente ordinario

È noto che le prime ricerche sulla cirrosi sperimentale sono dovute a Dahlström, il quale invano cercò di riprodurla nei cani cui aveva somministrato dell'alcool. Più fortunati invece sono stati D'Amato, Strauss, i quali somministrando ad animali di esperimento alcool etilico e amilico, riuscirono a provocare alterazioni cellulari più o meno diffuse, ed una lieve iperplasia connettivale perilobulare. Gli stessi risultati si ottennero somministrando acido acetico, acido lattico, acido butirrico (Boix, D'Amato, Rovighi); però senza dubbio le sostanze che hanno indotto più chiaramente lesioni parenchimali e interstiziali nel fegato, sono appunto il clorotormio, il fosforo, il tetracloroetano. Così Jaffé, Fiessinger, con inalazione di vapori di anilina, toluolo, e, prolungando l'intossicazione per lunghissimo tempo, riuscirono a riprodurre nel fegato lesioni paragonabili a quelle della cirrosi umana.

Ignatowski riuscì ad avere una cirrosi incipiente nel coniglio sottoposto ad alimentazione carnea. Starakadonisky e Chatatow, raggiunsero gli stessi risultati alimentando gli animali con giallo d'uovo e con sostanza cerebrale.

D'Amato in conigli trattati con colesterina pura di Merck per uno spazio di due mesi, ebbe a rilevare deposito cospicuo di lipoidi nelle cellule epatiche, ma non ebbe a notare proliferazione connettivale.

Già fin dal 1907 il D'Amato nel campo sperimentale aveva messo in rilievo il reperto costante che si riscontrava in animali cui erano somministrate sostanze cirrogene. In questi, oltre a lesioni epatiche, si notavano anche lesioni necrobiotiche e degenerative di altri organi, di modo che il D'Amato giunse alla conclusione che la cirrosi del fegato debba essere considerata quale manifestazione di una malattia che interessa parecchi altri organi, specialmente la milza e il pancreas.

I risultati di queste ricerche furono confermati da Rössle, Poggempolh, Klopstock, Roch, Eppinger; e quest'ultimo autorevolmente sostiene che non è possibile rendersi conto della sintomatologia delle cirrosi restando nell'ambito delle alterazioni del fegato che da solo sono incapaci a spiegarla, per cui ritiene che oltre la milza vi debba concorrere il pancreas (D'Amato), come anche il midollo delle ossa.

Molte altre ricerche sono state eseguite nel campo sperimentale per dimostrare quali alterazioni fossero dovute alla stasi della bile senza infezioni concomitanti.

Meyer in seguito alla legatura del coledoco nei cani e nei gatti, vide apparire negli spazi periportali, delle grosse cellule rotonde ed un tessuto di sclerosi.

Anche nella cavia Chambard, oltre a produzione di sclerosi periportale, ebbe a rilevare lesioni delle cellule delle vicinanze.

Più fortunato fu Alonzo il quale riuscì a tenere in vita per quattro mesi e mezzo l'animale cui aveva legato il coledoco ed ebbe a rilevare il fegato diminuito di volume, duro, granuloso, con cirrosi intralobare.

Foà e Salvioli, Canalis e Fabris, Purpura e il giapponese Ogata, si sono occupati a lungo della questione e i risultati di questi lavori sono che gli animali da esperimento cui sia legato il dotto coledoco reagiscono in modo diverso.

Infatti la stasi biliare per chiusura delle vie biliari nei conigli e nelle cavie, in breve tempo conduce a morte gli animali con gravi alterazioni del fegato: un gran numero di cellule epatiche diventa necrotico non per effetto della compressione, ma per l'azione chimica della bile. La morte che avviene di solito nei primi giorni si spiega col grave danno delle cellule, prodotto dalla bile, e con i disturbi del ricambio consecutivi.

Se l'animale sopravvive per parecchi giorni si ha proliferazione di connettivo e di dotti biliari, però l'animale dopo 4-5 settimane muore con crampi per disturbata funzione epatica.

Nei cani invece, e nei gatti, con la legatura del coledoco si ha solo dilatazione e qualche volta ispessimento della parete delle grosse vie biliari e della veschichetta biliare. Le cellule epatiche sono quasi inalterate oppure atrofiche nella parte periferica del lobulo per compressione.

Gundermann nei suoi esperimenti sul coniglio ha visto prodursi necrosi ed atrofia delle cellule epatiche, emorragie ed ulceri gastroduodenali, nefrite parenchimatosa, disturbi cerebrali che mette in rapporto con la disfunzione epatica.

Gouget, Ribadeau, Dumas e Lecène hanno fornito una descrizione istologica dettagliata del fegato di cavia cui era stato legato il dotto coledoco. In seguito all'arresto del deflusso della bile, appaiono nel fegato ammassi giallastri, causati dalla soffusione biliare, e fra questi si rilevano delle necrosi cellulari circondate da cellule fortemente acidofile.

Nel contempo si rilevano cellule epatiche degenerate nelle vicinanze della vena porta, dove si osserva anche la comparsa di elementi infiammatori, linfociti e polinucleati, in mezzo ai quali si notano cellule connettivali e scarse fibre collagene neoformate. La fase ultima del processo sarebbe la necrosi dei focolai necrobiotici primitivi, i quali finirebbero col cedere posto ad un tessuto di sclerosi, tessuto che ricacciando le cellule epatiche nelle vicinanze, si fa sempre più strada, e così si ha la costituzione di un processo di cirrosi.

Fiessinger dieci giorni dopo la legatura del coledoco nelle cavie, vide organizzarsi una cirrosi evidente, con un anello di sclerosi attorno ai capillari biliari dilatati; travate fibrose contenenti delle cellule connettivali giovani e dei neocanalicoli biliari che cercano di penetrare nelle cellule più periferiche del lobulo e fibre connettivali giovani che tendono di raggiungere la vena centro-lobulare.

***

Tutte queste ricerche sperimentali riflettono le alterazioni del fegato che si osservano nella stasi biliare dovuta a chiusura delle vie biliari; ma ricerche che mirino a stabilire quali alterazioni nelle stesse condizioni di esperimento potrebbero riscontrarsi nella milza, per quanto io conosca, non ve ne sono nella letteratura.

E avendo praticato in cani la legatura del dotto coledoco allo scopo di ricercare il comportamento delle sostanze azotate non proteiche del sangue nella stasi biliare sperimentale, oltre che prendere in esame le modificazioni indotte nel fegato, ho avuto l'idea di estendere le mie ricerche anche allo studio delle alterazioni anatomiche che in simili condizioni si potrebbero osservare nella milza, essendo ben noti i rapporti patologici tra milza e fegato.

Per ora mi limito a riferire il reperto osservato in due cani, uno morto dopo 15 giorni dalla legatura del dotto coledoco senza alcun segno di infezione; un altro sacrificato da me dopo tre mesi, e che in vita obbiettivamente all'infuori di un ittero diffuso più evidente alle sclere e alla mucosa buccale, non ebbe a presentare nulla che fosse degno di nota, riservandomi di fare in seguito uno studio più completo quando avrò ultimate ricerche che tuttora sono in corso.

Dalla milza e dal fegato, sia del primo che del secondo cane sono stati prelevati pezzi in vari punti e fissati in alcool, in bicromato formolo, e nella miscela al cloruro di cobalto e all'acido picrico di Pianese.

Le sezioni sono state colorate con la triplice di Pianese (fuxina, orange, verde di malachite) con ematossilina ed eosina, e con la soluzione policromica di Unna-Pappenheim.

***

I. CANE. — *Autopsia.* Sclere notevolmente itteriche. Visceri e sierose addominali mostrano una lieve tinta itterica. Non si notano emorragie nello stomaco e nel duodeno. Fegato leggermente aumentato di volume, di colorito tendente al giallo, un po' indurito al taglio. Cistifellea turgida e priva di calcoli; dotti

Digitized by Google

biliari extraepatici appaiono un po' dilatati e sono ripieni di bile la quale è di colorito verde scuro e molto più densa dell'ordinario.

La milza è ingrandita, con processo di perisplenite, più dura del fegato, e in essa la tinta itterica è un po' meno appariscente.

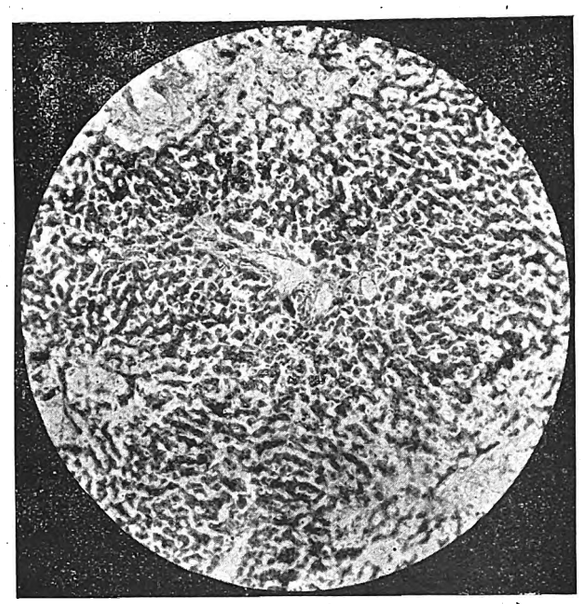


Fig. 1. — Fegato. - Focolai di necrosi. (Preparato personale)

In alcune sezioni del preparato si osserva come il connettivo giovane neoformato dagli spazi del Kiernan, cerchi, facendo compressione sulle cellule del lobulo, di raggiungere la vena centro-lobulare. Le cellule proprie del fegato si presentano, sia quelle più vicine alla vena centro lobulare, come quelle della

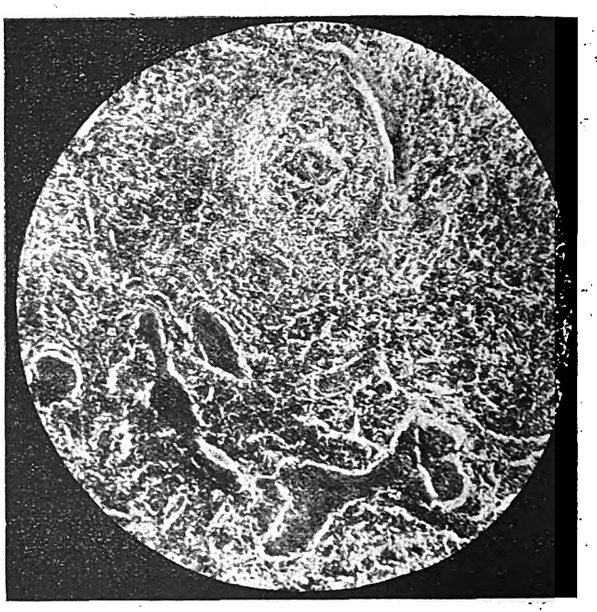


Fig. 3. — Milza. - Focolai di sclerosi. (Preparato personale)

Rilievi istologici. — *Fegato.* Il fegato del cane deceduto quindici giorni dopo la legatura del coledoco offre all'osservazione fatta a piccolo ingrandimento una pigmentazione diffusa giallo-grigiastra, pigmento che l'osservazione fatta a maggiore ingrandimento dimostra intracellulare, e nelle cellule del Kupfer, dove si riscontra sotto forma di piccoli granuli e nelle cellule proprie, costituenti le travate del lobulo nelle quali si deposita sotto forma di ammassi. La struttura dell'acino epatico non ne risulta gran chè alterata come pure quella del lobulo; solo è da notare che gli spazi del Kiernan si presentano aumentati di volume (fig. 1). Quivi fra vasi e dotti, un connettivo giovane (in mezzo al quale si notano elementi infiammatori in prevalenza linfociti, ma non mancano i polinucleati) incomincia a circon-

periferia del lobulo, in varia fase di processi regressivi, in specie, microvacuolizzazione, rarefazione del nucleo, e in alcune il nucleo periferico si presenta in processo di nucleolisi. Non si riesce a mettere in evidenza in alcun modo a carico dei dotti biliari una neoformazione di canalicoli, ma solo come dianzi ho detto, una dilatazione di quelli che normalmente si riscontrano, come pure non si nota una proliferazione vasale, ma solo un processo iniziale di periarterite. Fra le travate di cellule si notano in modico numero elementi rossi del sangue sparsi senza ordine.

Milza. I preparati di milza mostrano come quelli del fegato la presenza di abbondante pigmento giallo brunastro, e più nella polpa rossa ove lo si rileva sotto forma di ammassi, che nei fol-

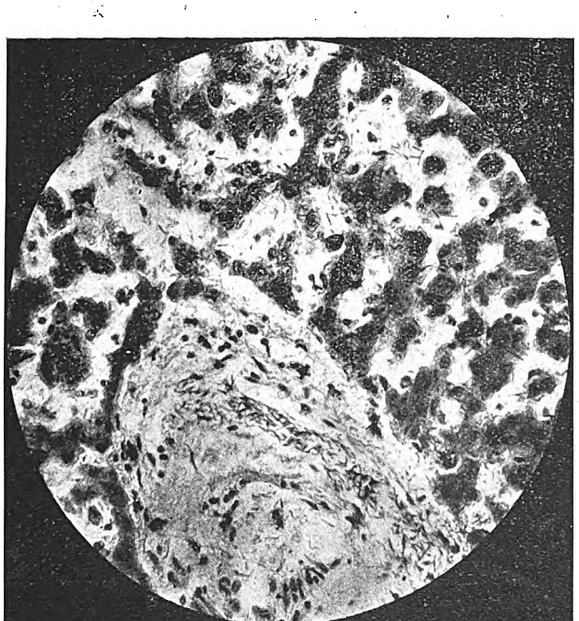


Fig. 2. — Fegato. - Tessuto connettivo neoformato e bacilli (Preparato personale)

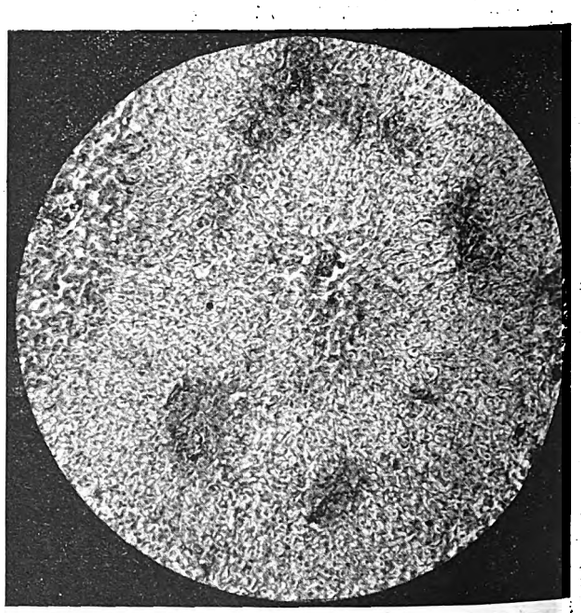


Fig. 4. — Veduta d'insieme di un lobulo epatico a forte ingrandimento Focolai di sclerosi. (Preparato personale)

dare a manicotto i vasi e i dotti: questi dilatati, a forte ingrandimento, mostrano nel loro ambito dei bastoncini fortemente acidofili, veri bacilli (fig. 2) come pure si riscontrano nell'ambito della porta, ma in numero inferiore, e non riesce difficile riscontrarli anche tra le travate cellulari del lobulo, ma in numero scarso.

licoli, nei quali veri e proprii macrofagi ne contengono in discreta quantità sotto forma di granuli. Le travate spleniche, emanazioni della capsula, si presentano ispessite. I vasi sinusoidi dilatati, ricolmi di sangue, sono circondati da un connettivo giovane neoformato; lo stesso connettivo si presenta aumentato nella zona perinodulare (fig. 3). I noduli malpighiani sono in

Digitized by Google

modica attività linfocitaria, come in piena attività si presentano le cellule radicolari, il perisplenio si mostra ispessito.

II. CANE. — *Autopsia.* Ittero diffuso alle sclere; la cute al taglio si mostra intensamene itterica come i visceri e le sierose addominali. Non si notano emorragie nello stomaco e nel duodeno.

Fegato un pò aumentato di volume e alquanto duro al taglio. Cistifellea e dotti biliari extraepatici distesi e ripieni di bile che si presenta molto densa.

Milza piuttosto grossa, indurita, con processi vecchi di perisplenite; capsula dura, un pò aggrinzita.

RILIEVI ISTOLOGICI. *Fegato.* I preparati di fegato del cane sacrificato dopo tre mesi dell'avvenuta legatura del coledoco offrono alla osservazione un insieme di lesioni molto interessanti.

I preparati non mostrano, come nel cane deceduto dopo quindici giorni, ammassi enormi di pigmento, ma questo si presenta sotto forma di granuli nelle cellule stellate del Kupfer, e nelle cellule proprie del lobulo epatico che sono ridotte al solo nucleo. Dagli spazi del Kiernan (fig. 4) ove notansi elementi in prevalenza di sclerosi, questo tessuto facendosi strada fra le filiere di cellule, riesce in molti punti a guadagnare il centro del lobulo ove forma un manicotto alla vena centro lobulare. Ma questa proliferazione di tessuto connettivo giovane non si ferma solo agli spazi del Kiernan, ma circonda tutti i lobuli, e forma

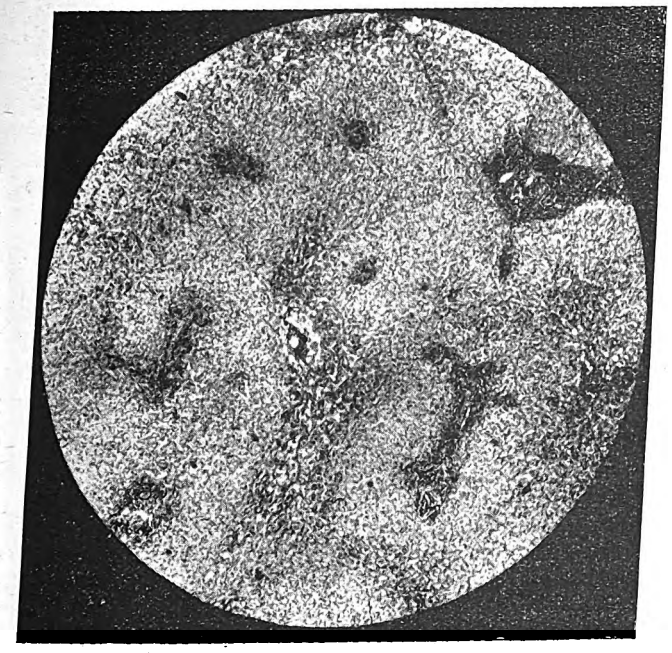


Fig. 5. — Lobulo epatico a piccolo ingrandimento. Focolai di sclerosi. (Preparato personale)

intorno a ogni lobulo come un anello che cerca sempre più di coartare le cellule epatiche già in preda a fenomeni regressivi imponenti (fig. 5). Ma in piena attività istiogena si rilevano le cellule fusate del Kupfer, annidate fra le travate epatiche del lobulo, di modo che si ha l'impressione d'insieme che dalla zona perilobulare partano tanti raggi di tessuto connettivo giovane convergenti verso la vena centro lobulare. Ma il rilievo più importante l'offrono i dotti biliari. Questi dilatati in modico numero, e circondati come la vena e l'arteria perilobulare da connettivo giovane, ne risultano un po' alterati nella loro struttura, ma è agevole anche vedere una serie numerosa di canalicoli biliari neoformati in varia fase evolutiva (fig. 6). Non si notano in tutti i preparati bacilli di sorta, nè nei dotti, nè nei vasi, nè nel tessuto epatico. Accanto a dotti neoformati non riesce difficile osservare anche vasi neoformati, ma quello che è più importante all'osservazione sono le lesioni vasali consistenti in processi di periarterite e mesoarterite. Le cellule epatiche, nella quasi totalità hanno perduta la loro struttura della quale non è restato altro che la sola forma esteriore poligonale perchè internamente, ove non esiste pigmento, l'ambito cellulare è chiaro, nè i colori basici riescono a mettere in evidenza delle granulazioni.

Un rilievo che a me pare importante è rappresentato dalla presenza negli spazi di Kiernan di grosse cellule mononucleate che ritengo per plasmacellule, e che la colorazione appropriata policromica dimostra formate di un nucleo eccentrico colorato in verde in cui si riesce completamente a vedere la disposizione della cromatina, e di un protoplasma fortemente acidofilo.

Milza. D'importanza non inferiore sono le lesioni riscontrate nella milza. Già a piccolo ingrandimento riesce agevole osservare come i follicoli di Malpighi, pur non essendo diminuiti di numero, sono ridotti di volume, e come strozzati da un tessuto connettivo giovane perinodulare (fig. 7) che invia propagini fin nel centro germinativo del nodulo ove gli elementi si notano in scarsa attività linfogenetica. Alla periferia del nodulo si osservano pochi macrofagi contenenti un pigmento giallo brunastro con gli stessi caratteri rilevati nel fegato. Altra nota importante è data dagli elementi costituenti la polpa rossa ove splenociti e cellule radicolari sono in piena attività fagocitaria, ma le gittate connettivali della capsula fibrosa della milza aumentata in modo rilevante di spessore danno diramazioni che cercano di coartare gli elementi dianzi detti.

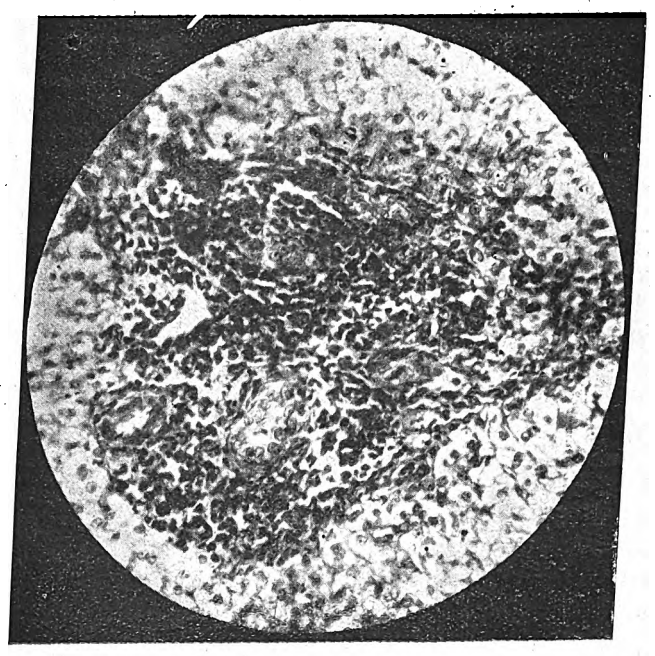


Fig. 6. — Neoformazione canalicoli biliari. (Preparato personale)

Lo diciamo subito, l'immagine che offre la milza è quella della milza sclerogena e ciò anche perchè si notano lesioni vasali consistenti in processi come quelli notati nei vasi epatici di peri e meso arterite. E queste lesioni si rilevano tanto a carico dei vasi sinusoidi quanto e forse in grado maggiore, nell'arteria centrale del nodulo.

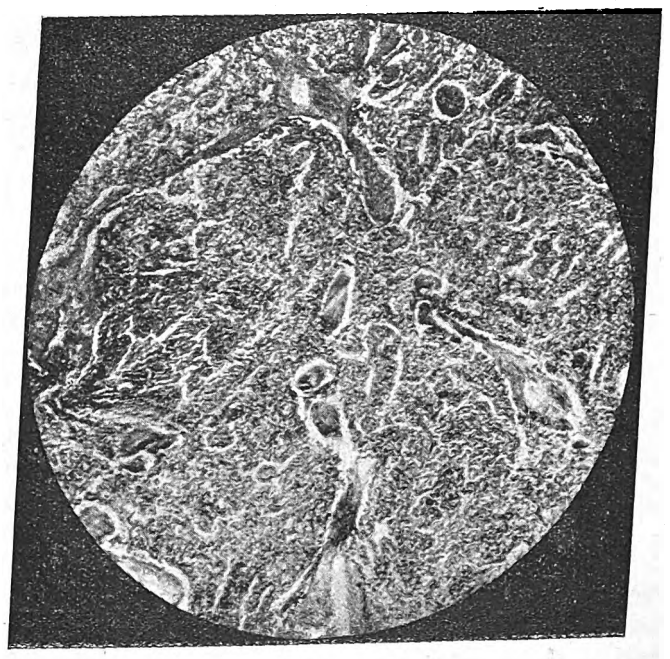


Fig. 7. — Milza. - Focolai di sclerosi. (Preparato personale)

Digitized by Google

***

I rilievi istologici da me fedelmente riportati, essendo stati riscontrati solamente in due cani, non mi consentono per ora di giungere a sicure conclusioni, le quali potranno essere da me formulate dopo aver compiute altre ricerche tuttora in corso. Però mi limito solo a segnalare il contributo nuovo portato dai miei reperti sperimentali al quadro delle alterazioni anatomiche, che si producono in determinati organi, in seguito a ristagno di bile.

Resta confermato dalle mie ricerche che nell'occlusione meccanica del dotto coledoco, in seguito alla stasi biliare senza infezione concomitante, si nota costantemente nel fegato la comparsa di un processo cirrotico.

Ma il fatto nuovo da me riscontrato è che la stasi biliare sperimentale può aver ripercussione sulla milza, che presenta tutti i caratteri della milza sclerogena.

I bacilli riscontrati nel fegato del primo cane sono da mettersi in rapporto col fenomeno della stasi biliare cui è dovuto l'impiantarsi e svilupparsi in quest'organo dei germi più disparati (più frequentemente il coli) provenienti dalla ricca flora intestinale.

Volendo poi formulare delle ipotesi allo scopo di poter chiarire il meccanismo di queste alterazioni, sono indotto a pensare, che i focolai di necrosi; l'attività sclerogena riscontrata nelle cellule del Kupfer; gl' imponenti manicotti di sclerosi che circondano i dotti biliari ed i vasi, nel cui tessuto di sclerosi, specie attorno ai vasi neoformati, ho notato la presenza di un numero piuttosto rilevante di cellule plasmatiche, siano da imputarsi alla stasi biliare, unica responsabile di questi processi infiammatori, o per il fatto meccanico della compressione, o per l'azione chimico-tossica della bile, o per l'uno e l'altro fattore insieme.

Così anche per l'azione chimico-tossica della bile, la stasi biliare potrebbe essere responsabile delle alterazioni rilevate nella milza.

Avendo riscontrato nei miei reperti istologici in piena attività tutte le cellule costituenti il quinto sistema di correlazione, il reticolo endotelio, si potrebbe anche pensare che il processo sclerogeno possa essere dovuto comunque ad una lesione di questo sistema.

Ulteriori studi potranno avvalorare quanto oggi mi permetto solo di segnalare, cioè che nella stasi biliare sperimentale per la legatura del dotto coledoco, si osservano lesioni oltre che del fegato, anche della milza, che culminano in un processo di sclerosi. Queste mie ricerche intanto pongono in evidenza quanto sia giusta e fondata la concezione che il D'Amato ebbe ad avanzare or circa un ventennio, e cioè che il processo cirrotico in genere non coinvolge solo il fegato, ma anche altri organi come la milza, pancreas, midollo osseo, linfoghiandole.

Porgo i ringraziamenti più vivi al mio illustre Maestro Prof. L. D'Amato per i consigli di cui mi è stato largo.

BIBLIOGRAFIA

ANITOESCHOW e CHALATOW. Citati da d'Amato. — BOIX. Le foie des dyspetiques et en particulier le cirrhose par intoxication d'origine intest. Thèse de Médicine, Paris, 1893-1894. — CESARIS DEMEL. Di alcune moderne questioni sulla patologia del fegato, Roma 1902. — CESA-BIANCHI. Atti 31°-32° Congresso Medicina Interna. — CHAMBARD. Contributions à l'étude des lesions histologiques du foie consècutives a la ligature du canale chòledoque alterations des cellules hepatique, Archives Physiologie, 9, 218, 1877. — CHARCOT et COMBAULT. Note sur les alterations du foie consecutives à la ligature du canal cholèdoque, Archives Physiologie, 8, 272, 1876. — D'AMATO. Sulle alterazioni sperimentali del fegato, di origine gastroenterica in rapporto a quelle di altri organi addominali. Giorn. Int. Scienze Mediche, anno XXIX, 1907. — IDEM. Le cirrosi epatiche, Relazione XXXI Congresso Medicina interna, Folia Medica, 21, 22, 23, 1926. — EPPINGER. Veber des retihulo endotheliale. Sistema Wien Klin. Woch. n. 15, pag. 333, 1922. — FABRIS. Legatura del condotto coledoco e processi rigenerativi del fegato. Arch. Scienze Mediche, vol. XXXI, n. 22, 1907. — FOÀ e SALVIOLI. Arch. Scienze Mediche, 1877. — FIESSINGER. Ravina e lovin des rapports spleno-hepatiques, Revue de medecine, n. 6, 1925. — IDEDM. Des canalicules biliaires intercellulaires en histologie pathologique, Arch. Med. Exper. ed Anatomia Path. n. 1, pag. 34-76, janvier 1910. — KUCZYNSKI e EDWIN GOLDMANN. Uber cellulare Vorganbe un Gefalge des Verdaungs froresses auf Grund nachgelassener Trapärate Darges tellt und mit nenen versuchen ergänzt Virch. Arch. Bd. 11, 4, pag. 185, 1922. — OGATA ZIEGLER 's Beiträge, vol. IV. pag. z. — PERUZZI. Le cellule di Kupfer come origine del connettivo intralobulare nelle cirrosi epatiche. Lo sperimentale 1915. — PURPURA F. Contributo alla Patologia della stasi biliare sperimentale. Lo Sperimentale 1915. — PIANESE. Elementi di anatomia patologica. — RIBADEAU, DUMAS et LECÈNE. Notes sur l'état du foie et de la rate apres ligature du coledoque chez le cohaye. Arch. Mod. Exp. p. 191. Mars 1904. KAMMER. Le cellules de Kupfer dans les differentes iteres Société de Biologie 20 novembre 1926.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÁ DI ROMA
diretto dal prof. A. DIONISI

REPERTO DI ELEMENTI MIDOLLARI IMMATURI NELLE MALATTIE INFETTIVE (POLMONITE)

per il dott. GIUSEPPE LAZZARO
Assistente ordinario

È un dato di osservazione comune il trovare nel decorso di malattie infettive acute, un reperto di elementi midollari immaturi nel sangue circolante, la cui proporzione, però, raggiunge solo raramente un grado elevato ed il percento nell'emogramma si mantiene ad un livello molto basso.

Pur tuttavia sono registrati casi di infezioni ed intossicazioni, in cui gli elementi immaturi in circolo, sono in così grande numero, da giustificare l'espressione di un quadro ematico leucemoide. In questi casi si può considerare come certo, che si abbia da fare con stati di irritazione funzionale degli organi ematopoietici in genere e del midollo osseo in ispecie, capaci di far sospettare la natura leucemica del reperto.

Tale fenomeno non è esclusivo delle infezioni acute: veleni del sangue (pirodina, toluilendiammina, nitrobenzolo, acido pirogallico e simili) è noto come possano produrre anemia con notevole leucocitosi e vi si trovano spesso grandi quantità di mielociti, ed anche mieloblasti; le dermatiti da mercurio, le malattie esaurienti, i tumori delo stomaco possono dare un reperto quasi simile alla leucemia.

Il caso, che ho avuto campo di osservare, credo meriti di essere reso noto per le caratteristiche suaccennate, che presenta in grado, molto spiccato.

Si tratta di un giovane di anni 18, con anamnesi familiare e personale negativa, che è stato incolto in pieno benessere fisico, da intenso e prolungato brivido, seguito da reazione febbrile, che raggiunse in breve i 40°. L'esame obiettivo, nelle prime ore di malattia, fu negativo per tutti gli organi, subiettivamente lieve dolore puntorio all'emitorace destro. In 16ª ora di malattia, contemporaneamente alla emocoltura, furono prelevati strisci di sangue e si eseguì la conta dei leucociti. «Questi erano in numero di 18.000 per mmc., l'esame microscopico dei preparati colorati dava il seguente reperto: globuli rossi per forma, grandezza ecc. corrispondenti al normale; gli elementi della serie bianca erano quasi tutti mielociti neutrofili qualche mastmielocito, i leucociti polinucleati raggiungevano appena il 5-6 %.

Dopo il primo giorno di malattia si potevano all'apice destro dimostrare i primi segni fisici di un'infiltrazione pneumonitica, la diagnosi veniva, poi, confermata da tutti i dati fisici e clinici classici della pneumonite franca, la crisi si ebbe in 5ª giornata, la guarigione procedette regolarmnte senza alcuna sequela o complicazione.

Il sangue è stato giornalmente esaminato durante il decorso della malattia e dopo: i leucociti si sono mantenuti per numero attorno ai 20.000 per mmc. nei primi giorni; al 5° sono discesi bruscamente a 12.000; se ne ebbero 7.200 per mmc. in 12ª giornata. A carico degli elementi corpuscolari il reperto si mantenne del tutto simile al precedente, cioè una quasi totalità di mielociti neutrofili: 5 giorni dopo la crisi il loro percento cominciò ad abbassarsi e si videro più numerosi i leucociti polinucleati normali, l'ultima osservazione compiuta in 16ª giornata, mostrò solo rari mielociti neutrofili. L'osservazione non si è potuta seguire più oltre. L'emocoltura rimase sterile, si ebbe leggero tumore di milza, fegato nei limiti.

Non credo siano descritti casi analoghi nella letteratura,

Digitized by Google

certamente un reperto simile è strano, in quanto nel decorso di una pneumonite franca, come del resto in varie altre malattie infettive (eresipela, sepsi, endocardite ulcerosa ecc.) è comune osservare solo deviazioni della formula leucocitaria, verso gli elementi monocitici (se ne trovano il 16-18 %) che qualche volta, però, raggiungono una percentuale così elevata, da simulare il quadro della leucemia monocitica. E' noto come tali variazioni dell'emogramma si attribuiscano oggi, secondo Shilling, a stati irritativi del sistema reticolo-endoteliale.

Nel caso su riportato, invece, come in quegli altri, che decorrono con un quadro ematico leucemoide, devesi pensare, come si è detto, ad uno stato particolare di irritazione funzionale degli organi ematopoietici in genere. La causa potrebbe ricercarsi in uno stimolo di natura tossinica, che agisse su di essi ed è noto, infatti, come i batterii possano esplicare azioni multiple sugli organi ematopoietici.

Tale azione è, però, in un certo qual modo elettiva e Marchand, infatti, prende in particolare considerazione le proprietà degli stipiti batterici e come ad es. tra gli streptococchi vi sono di quelli, che provocano facilmente una mielocitosi, vi sono altri batteri, che danneggiano gravemente il sistema mieloide e dànno luogo ad iperproduzione di linfociti e monociti, mentre altri esercitano uno stimolo elettivo sull'apparato reticolo-endoteliale e sul sistema endoteliale dei territori capillari.

A conferma di ciò stanno le esperienze del Dominici, che con l'infezione da bacilli del tifo, riuscì a produrre nei conigli una trasformazione mieloide della milza. Nè mancano estese ricerche nel campo della patologia umana, tra cui le più conclusive possono dirsi quelle di Hirschfeld che in varie malattie (difterite, eresipela, sepsi e nella stessa polmonite) trovò nella milza e nelle ghiandole linfatiche una notevole percentuale di mielociti neutrofili ed eosinofili che solo molto raramente ed in numero sempre molto scarso si trovarono nel sangue periferico.

È lecito supporre che tali reazioni siano da imputarsi allo stimolo delle tossine batteriche, ma se tale modo di vedere basta a spiegare le deviazioni comuni dell'emogramma, diventa però insufficiente quando si voglia chiarire il perchè in alcuni individui, nel decorso di malattie infettive acute, debba aversi un quadro ematico leucemoide. La spiegazione può trovarsi, qualora non si dimentichi l'importanza del fattore individuale e si considerino perciò, questi casi come il risultato di una esagerata attività degli elementi formatori specifici del sangue.

NOTE DI SIERODIAGNOSTICA

DIMOSTRAZIONE RAPIDA DEL VIBRIONE DEL COLERA CON UN NUOVO APPARECCHIO PER SIERO-DIAGNOSI.

per il dott. A. MASTROIANNI (Napoli)

Prima di venire alla parte illustrativa del detto apparecchio, mi sia lecito richiamare alcuni ricordi scientifici e pratici per stabilire la portata e lo scopo utilitario di esso.

Se il tempo si allontana dalla grande guerra, non deve cancellare dalla nostra memoria quegli ammaestramenti, che ne traemmo, quei fatti probativi, che solo in tali straordinarie circostanze cadono sotto la nostra osservazione. Nel 1915-16 durante il gran conflitto, quando dense masse di truppe sostavano davanti alla fronte tridentina, scoppiò tra esse una allarmante infezione colerica, che, dirò subito, venne completamente domata. Fu una vittoria della sanità militare, che non solo la spense sul luogo, ma non la lasciò passare nell'interno d'Italia. Essa, ben considerando che in tali nefasti eventi la salvezza dovevasi cercare nella batteriologia e nella profilassi, aveva disseminato una fila di laboratori batteriologici dallo Stelvio all'Adriatico. In tali laboratorii la ricerca del vibrione di Koch si faceva su migliaia di saggi fecali, lavoro fastidioso e ripugnante; ma necessario per isolare gli infetti. Per l'accertamento analitico e per avere un responso sicuro dovevansi istituire numerose ricerche scientifiche.

Trattavasi di isolare il vibrione colerico non solo dalle feci di individui clinicamente diagnosticati colerosi, ma dalla flora intestinale di portatori, completamente sani, insospettati propagatori dell'epidemia.

Noi pensiamo che nelle esigenze di un rapido per quanto sicuro accertamento potrebbe avere una pratica applicazione il nostro dispositivo. Considerando la riuscita repressione del morbo del 15, che è il più vicino ai tempi odierni, possiamo affermare, senza taccia di ottimismo, che le epidemie classiche di una volta, quale pericolo della vita sociale, non debbono più destare quell'allarme, che era panico, se alla rapida e certa analisi batteriologica segue rigida e immediata la profilassi. Si delinea quindi il compito difficile e delicato dell'analista dovendo eseguire una ricerca in breve tempo, con risultato matematicamente sicuro. A tale riguardo, non è inutile esagerare l'importanza della rapidità inquantocchè, in attesa degli accertamenti si deve paralizzare per la profilassi ogni attività (città, villaggi, opifici chiusi, eserciti in marcia arrestati, ecc.); è facile poi comprendere i danni d'un responso errato.

***

Lungo sarebbe il compito ed anche arduo, se volessimo passare in rassegna e aggiungere un giudizio a tutti i metodi di ricerca del V. colerico, escogitati da Koch ad oggi.

Partendo dalle feci di un coleroso, anche un preparato ordinario a secco potrebbe essere convincente: ma quando la ricerca è rivolta verso feci normali, acqua, ecc. l'osservazione microscopica della forma è completamente insufficiente, data la numerosa schiera di batteri concomitanti. Per ragioni di brevità rimettiamo ai trattati la descrizione del v. colerico coltivato sui diversi terreni nutritivi, e le rispettive proprietà biologiche.

Tra esse la maggiore considerazione spetta alla reazione nitrosa-indolica, in quanto che il vero vibrione del colera, precedentemente isolato, produce indolo e tracce di nitriti dai nitrati dei mezzi nutritivi (brodo, acqua peptonizzata), così che la sola acidificazione con acido solforico basta a dimostrare tale reazione. Questo carattere è decisivo in quanto che se esso esiste, il batterio dall'aspetto di vibrione si può ammettere ad ulteriore studio; se invece manca, si può escludere la esistenza del v. colerigeno: beninteso sottoponendo il mezzo nutritivo alla verifica con v. colerico testo. Che se capita di trovare v. acquatili, che presentano la detta reazione, ciò che è avvenuto solo rarissimamente, l'esame ulteriore di altri caratteri (reazione di Pfeiffer, agglutinazione specifica), ne dimostrerà la differenza. Schottelins, basandosi sulla conoscenza dell'aerobiosi del v. colerigeno, già rilevata da R. Koch e la sua grande tolleranza a svilupparsi nei mezzi nutritivi fortemente alcalini (Pane 1922), preparò il terreno liquido, che porta il suo nome, cioè acqua peptonizzata, cui si aggiunge un mezzo grammo per cento di carbonato sodico. Questo terreno per la sua alcalinità, mentre ostacola la vitalità degli altri germi, favorisce lo sviluppo del vibrione di Koch, che essendo avido di ossigeno si raccoglie alla superficie del liquido, dove può formare una pellicola più o meno esile.

La Direzione della Sanità militare comunicava ai singoli laboratori batteriologici le norme da seguire negli accertamenti del v. colerico, tra le quali era consigliata la semina dei vibrioni colerici, constatati in coltura impura in acqua peptonizzata, sul terreno solido di Dieudonné (agar parti 4, decotto di sangue alcalinizzato parti 3), dove secondo quest'autore solo detti vibrioni si sarebbero dovuti sviluppare in coltura pura.

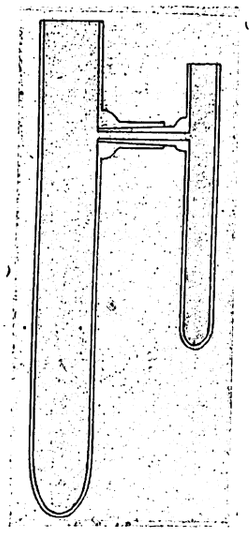
Ma questo terreno non rispose in pratica. Ho potuto infatti constatare su cento semine dall'acqua peptonizzata che circa la metà delle piastre di agar-sangue presentavano numerose colonie appartenenti alla flora fecale.

Da quanto si è detto si può rilevare che l'identificazione rapida del v. colerico può non essere facile. Ma vi è un grande ausilio ricorrendo all'agglutinazione specifica, anche senza il previo isolamento del bac. virgola, sviluppato dalle feci in acqua peptonizzata. Già Bandi credette poter effettuare la ricerca, aggiungendo del siero agglutinante alle feci, nel momento d'innestarle in detta acqua peptonizzata. Effettivamente il caso può riuscire trattandosi di colera acuto, quando basta d'innestarvi una sola ansata di liquido dal classico aspetto di acqua di riso emesso dall'infermo, per avere lo sviluppo rapido d'innumerevoli vibrioni, che subiscono l'agglutinazione allo stato nascente e si raccolgono in fiocchi al fondo della provetta.

Digitized by Google

Ma quando questi germi sono più o meno scarsi, in mezzo agli innumerevoli batteri della flora intestinale, bisogna mescolare all'acqua peptonizzata considerevole quantità di sostanze fecali, producendo in essa intorbidamento più o meno forte; allora la ricerca degli eventuali fiocchetti di vibrioni agglutinati riesce molto difficile se non affatto impossibile.

Stando così le cose, pensai di effettuare l'agglutinazione dei vibrioni sviluppatisi dalle feci in acqua peptonizzata ideando un nuovo e semplice dispositivo.



L'apparecchio, come rilevasi dal disegno, risulta di due provette, l'una grande da arricchimento (alta cm. 20, diam. 2 ½), l'altra da sierodiagnosi (alta cm. 10, diam. 1).

Le due provette anzidette sono ad 1/4 del margine superiore munite ciascuna di una piccola apertura alla quale è saldato orizzontalmente una adatta cannula di vetro coniforme. Le due cannule rientrano l'una nell'altra, a combaciamento a smeriglio, di modo che della provetta grande si possono riversare nella piccola delle gocce di liquido a volontà, senza nessuna perdita. L'apparecchio montato è pronto per l'uso, s'intende dopo avere sterilizzato e chiuso ambo le aperture con ovatta. Nella provetta di arricchimento si versa una certa quantità di acqua peptonizzata, alla quale viene mescolata una relativa quantità di feci, secondo il caso (grande per i presunti portatori, piccola per l'infezione in atto), poi diligentemente aggiungendo altra acqua peptonizzata si farà affiorare dal miscuglio il foro comunicante. Nella provetta piccola si versa il liquido agglutinante.

Dopo avere chiuso le due provette con ovatta, l'apparecchio vien messo in termostato, ove si lascia per 5-6 ore.

Se le feci sono colerose, il v. colerico si svilupperà raccogliendosi in superficie; e inclinando l'apparecchio verso la provetta piccola, si faranno passare, attraverso il foro comunicante, da 2 a 3 gocce del miscuglio nella provetta piccola. Viene lasciato ancora in termostato per l'agglutinazione, che dopo un'ora incomincia a verificarsi, se il bacillo raccolto in superficie era il vibrione di Koch.

Ho avuto occasione di provare il metodo diverse volte in Lazzaretti di colerosi al fronte nell'infezione del 1915-16. Vennero innestate feci coleriche nell'acqua peptonizzata e dopo i tempi sopradetti il v. Koch rimase costantemente agglutinato, osservandosi la caratteristica formazione di fiocchetti, che precipitano al fondo nel liquido siero-agglutinante, che era in una diluizione dell'1:1000. Recentemente fu sperimentato presso l'Istituto Bacteriologico della R. Università di Napoli diretto dal Prof. Pane. Questa volta in mancanza di feci colerose, all'acqua peptonizzata e alcalinizzata, furono aggiunte piccole quantità di feci naturali antecedentemente innestate con materiale di coltura pura di vibr. colerico, e senza inconvenienti, con facile uso diede in ultimo l'agglutinazione, anche in siero agglutinante di svariate diluizioni. L'apparecchio dimostra in poche ore con facile e non pericoloso lavoro lo sviluppo in aerobiosi e l'agglutinazione specifica del v. di Koch, essendo tutto di vetro e facilmente sterilizzabile. Va da sè che in caso di necessità se ne può allestire per la dimostrazione rapida del v. colerico nelle feci un numero sufficiente allo scopo.

RIVISTE SINTETICHE

MALATTIA DI BUERGER

Un'affezione artero-flebitica particolare, di inizio acuto, decorso cronico, a sede profonda o superficiale dei segmenti distali degli arti, viene distinta dal nome di questo autore.

Se non fosse ormai consuetudine di moltiplicare le designazioni dai nomi di osservatori, basterebbe, e sarebbe anche più confacente definire l'affezione come *trombo-angite obliterante* (Gilbert-Coury); o di *vascolaritis universalis* con endoarterite e flebite obliterante, o panvascolarite segmentaria con perivascolarite (Gilbert e Coury).

Questi vari osservatori concordano nel distinguere nettamente l'affezione dalle altre arteriti croniche, pur restando una malattia di misteriosa etio-patogenesi tossi-infettiva, tuttavia non confondibile con le manifestazioni di ordine sifilitico.. La sua prevalenza tra gli israeliti maschi di Europa centro, Galizia, Polonia, Russia, la ha fatto altresì designare come trombo-angite obliterante degli Ebrei dell'Europa centrale. Ma non si esclude qualche osservazione in soggetti non israelitici, e magari nati in Algeria, come lo attesta lo Schraff.

Giova porre in rilievo, sulla scorta di quest'ultimo (il quale, è bene dirlo, proviene dalla scuola neurologica di Strasbourg), alcuni punti tra' più notevoli nel tratteggiare il quadro.

I. L'*evoluzione*. Si possono riconoscere tre fasi:

a) *Stadio della claudicazione intermittente, parossistica, dolorosa, per l'angioite latente, con addizione di spasmi vascolari.* Così l'infermo dello Schraff aveva notato, molti anni avanti, or sì or no bruschi e vivi dolori nelle gambe, ond'era costretto a pause di sosta. Ripreso il cammino pareva gli restasse una dolorabilità, con tardive recrudescenze.

b) *Stadio della disbasia dolorosa progressiva per l'angioite ipertrofica stenosante segmentale.* Si tratta qui di dolori spontanei, continui, specialmente notturni, a riposo, e sotto l'influsso del caldo del letto, calmati per qualche istante, grazie a qualche movimento, con eritromelia di reazione e temperatura locale elevata, condizionata dalla declività dell'arto leso.

Che ci sia ischemia locale risulta dalla tinta alabastro, dal color giallo cereo, dal raffreddamento e chiazze bianche cutanee; fatti i quali trovano spiegazione nella scomparsa di segni oscillometrici e sfigmometrici. Tali i rilievi mediante l'apparecchio Vaquez-Laubry e quello Guillaume e Spengler, applicati in confronto fra due lati. E' questo lo stadio di disordini nel cammino; muscoli stecchiti, di rigidità quasi cadaverica; dita irrigidite ad artiglio irreducibile; piede resistente alla pressione manuale. Incapaci i movimenti volontari in quel segmento. Dunque *rigidità muscolo-legamentosa, pseudo-paralisi, disbasia.*

Giorni o settimane possono trascorrere così, avanti di passare allo stadio terminale.

c) Quest'ultimo è di *gangrena da trombo-angite obliterante*, esito che si osserva a più o meno breve scadenza. Niente di specifico c'è nei disordini trofici, oltre quelli che rientrano nel tipo sindrome Raynaud, oppure dell'arterite cronica obliterante di tipo senile. Gli è che così continuando si suole chiudere la scena con un'amputazione.

II. La *sintomatologia*. Certo è notevole lo stato di rigidità muscolo-legamentosa e di pseudoparalisi del periodo disbasico. La *sensibilità* superficiale o profonda fu notata scomparsa obbiettivamente, in modo digradante dal piede alla gamba. Subbiettivamente: pesantezza, torpore, formicolii, raffreddamento, or sì or no doloranti. Il dolore, perchè tenace e talora eccezionalmente grave, violento, resta sempre a signoreggiare il quadro subbiettivo. Vero è che a rigore si tratta di crampi dolorosi, frazioni profonde, bruciori così gravi, da venir chiamati *angor cruris* da Dalton e Paul; qualcosa della causalgia.

Tuttavia persiste ancora oscurità circa la interpretazione: se cioè decorrano nei nervi sensitivi che partono dalla cute, muscoli, ligamenti, per dare luogo ad anestesia dolorosa; ovvero siano espressione dell'intensa flogosi dei nervi vaso-sensitivi, dei nervi vaso-estesiaci inglobati dalla vascolarite e perivascolarite.

I *riflessi* formano argomento di controversa valutazione: c'è chi ritiene conservato e vivace quello patellare; c'è chi con Oppenheim, Schraff, afferma abolito quello achilleo, medio-plantare, cutaneo-plantare. Ma il dissenso va logicamente attribuito allo stadio di osservazione; nè costa molto spiegarsi la comparsa allo stadio di disbasia e di gangrena. Quanto più distale la lesione vascolare tanto più verosimilmente conservati i riflessi rotulei; magari forse eccitati se la vascolarite alla coscia è in fase di irritazione. Anche l'alternante ricomparsa di codesti riflessi sta a favore della transitorietà di una vaso-costrizione spastica.

III. L'*etiologia*. Gli osservatori la chiamano misteriosa. Di certo sarebbe solo l'assenza di antecedenti personali od ereditari luetici. Noi la-

Digitized by Google

sciamo tutta la responsabilità di codesta esclusione agli osservatori qui citati; non soltanto per le note difficoltà in cospetto di una malattia talvolta così mascherata; ma perchè l'analogia di studi, ci richiama ad una recentissima affermazione del Leriche, di non escludere senza un completo insuccesso sotto un forte trattamento arseno-benzolico. Non troviamo cenno in proposito, epperò passiamo oltre. Ecco invocato: l'elemento climaterico, la miseria fisiologica, il nicotismo etc. Affermazioni più che constatazioni. Ma da Gilbert e Coury essendosi posto mente alla comparsa di questa affezione in focolai di endemi in tifo esantematico, si è voluto incriminare qualche precorso attacco di tifo. Si comprende l'insufficienza di coteste interpetrazioni, quando si hanno casi in cui è negativa l'anamnesi; e poi non si capirebbe perchè sarebbero risparmiate le donne.

D'altronde tutti gli osservatori segnalano la *grande frequenza di una malformazione dei piedi, piede piatto,* nella malattia in parola. C'è secondo alcuni un rapporto di causa ad effetto. Ma Gilbert, Coury, Schraff rifiutano questa etiologia. Senonchè secondo lo Schraff bisogna riconoscerlo in senso inverso codesto rapporto: cioè la *trombo-angite obliterante angiospastica cronica ha per conseguenza indiretta, mediata, la formazione del piede piatto.* La vascolarite stenosante cronica attraverso una disemia lenta, progressiva, apporta un deficit nutritivo parallelo anche dei muscoli e dei legamenti degli arti distali; d'onde l'ipotonia muscolo-legamentosa e l'abbassamento progressivo della volta plantare.

Come si vede dunque, la sindrome (passi pure come «nuova sindrome»!) costituisce un campo di osservazione da seguirsi, tanto più che stando almeno alle affermazioni di questi citati osservatori, si sarebbe davvero sperduto nel buio delle ipotesi.

Se un qualche commento ci fosse consentito, nello studio di un'affezione che vuole essere elevata ad entità nosografica, e forse anche etiopatogenica, noi saremmo propensi a dire quanto segue:

1. Nel momento in cui la fisio-patologia del simpatico tende, sempre più compenetrata di endocrinologia, a raccogliere sparse membra, per ricostruire un organismo dottrinale, è molto probabile che la sindrome qui descritta resti inglobata in altre affini, con licenza del Buerger.

2. Innanzi alla constatazione obbiettiva, che resta sempre la meno controversa, cioè: di una affezione vascolare concomitante una deformità statica dell'estremo distale plantare, l'interpretazione dello Schraff è precisamente affine a quella da noi sostenuta fin dal 1900, per chiarire la genesi del piede piatto nei soggetti a flebiti croniche varicose. Essa va ristudiata.

Non ci sono barriere insormontabili nella Fisio-patologia, a chi sa guardarla.

AIEVOLI

BIBL. SCHRAFF. Presse Médicale, 61, 1927. — GILBERT. Paris Médical 1922, con rispettive altre fonti.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le sindromi appendicolari nelle affezioni polmonari. — SERGENT. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 25 luglio 1927.

La sindrome pseudo-appendicolare di una affezione pleuro-polmonare è superficiale, essendo la contrattura riflessa poco marcata. Infatti premendo col dito nel punto di Mc. Burney, l'ammalato si risente subito, ma continuando dolcemente a premere e affondando ancora il dito esso sopporta un dolore che è leggero e non provoca più alcuna reazione, contrariamente a quanto avverrebbe in un appendicitico vero.

Un'altra differenza consiste nella facies che non è quella dell'appendicitico, peritoneale classica, ma solamente un po' stanca o spesso senza aspetto particolare.

Importantissima poi è la constatazione di fatto di una pleurite o di un'affezione polmonare. Da tutti questi elementi scaturisce la necessità di eseguire rigorosamente un esame generale dello ammalato appendicitico.

Ma qualche volta il quadro si complica potendo essere la pleurite una complicanza della appendicite (pleurite appendicolare di Dieulafoy), in genere purulenta tardiva, che non sopravviene mai improvvisamente.

Sulla spiegazione patogenetica di questa sindrome pseudo-appendicolare Miranda chiama in causa il XII nervo intercostale, che avrebbe delle terminazioni addominali che si sfioccano nella sfera cutanea della regione iliaca. La eccitazione partente dalla base toracica può irradiarsi fino a questa zona cutanea che è precisamente quella del punto di Mc. Burney.

La indagine radiologica dell'attacco doloroso nella colica epatica. — E. MILANI (R. Ist. di Radiologia e Terapia fisica di Perugia). *Archivio di Radiologia,* 1927, vol. III, n. 2.

Quei ricercatori che hanno tentato di interpretare i fenomeni subbiettivi dolorosi gastrici e intestinali (all'infuori dei punti di pressione dolorosa riferibili o a iperestesia dei plessi o a partecipazione del peritoneo parietale o a punti di corrispondenza metamerica) hanno dato la massima importanza ai disturbi di tono e di peristalsi, spasmi pilorici in stretto rapporto con la vagotonia caratteristica dei colelitiasici possono infatti accompagnarsi, secondo Katsch e Westphal, a sensazione di dolore profondo ed esteso ed appare assai poco probabile l'ipotesi sostenuta da Lennander che il dolore in questi casi debba ricercarsi invece nello stiramento del peritoneo parietale.

Spasmo e dolore possono del resto anche essere interpretati come fenomeni paralleli dello squilibrio che si determina nel sistema vagosimpatico che attraverso il plesso solare presiede alle funzioni gastriche e intestinali. Gli organi addominali mandano certamente ai centri superiori stimoli sensitivi, i quali normalmente non arrivano alla soglia della coscienza e l'anestesia degli splancnici praticata con la novocaina per via paravertebrale dimostra l'esistenza di fibre centripete destinate a condurre gli stimoli sensitivi viscerali.

Che non tutti i dolori siano quindi legati ad alterazioni del tono, della peristalsi e della secrezione o che per lo meno non siano sempre questi i fattori essenziali nella sensazione dolorosa sembra l'ipotesi più accettabile e in questo senso parla infatti l'immutabilità della immagine della cistifellea e la scarsa modificazione dello spasmo pilorico sotto l'azione della morfina che pur riesce ad attenuare il dolore del paziente.

Le ricerche su quest'argomento condotte sono finora scarse e incomplete: è chiaro che non è facile nè frequente poter colpire sullo schermo o sulla lastra le alterazioni della cistifellea, dello stomaco e del colon nell'attacco doloroso, poichè tale possibilità è affidata completamente al caso.

Nei pochi casi in cui è stato esaminato lo stomaco durante la colica, costantemente è stato riscontrato sia uno spasmo pilorico sia un gastrospasmo totale: non è di interpretazione facile l'immagine ottenuta da Schlesinger di un gastrospasmo totale radiografato durante una colica epatica accompagnato da un riempimento a striscia di tutto il duodeno senza distinzione del tratto pilorico e interpretato da lui come una incontinenza in gastrospasmo.

Le iniezioni intratracheali di lipiodolo nella tubercolosi polmonare. — E. LEURET, H. SECOUSSE e J. CAUSSIMON, degli Ospedali di Bordeaux. *Journal de Médecine de Bordeaux,* n. 6, 1927.

Secondo l'esperienza, ormai biennale, degli AA., la pratica di una iniezione di lipiodolo richiede una tecnica precisa, ma sopra tutto un'anestesia dell'albero bronchiale in due tempi, permettente la penetrazione dell'olio iodato senza sforzo di tosse. E' necessario adottare una posizione speciale secondo la porzione di territorio polmonare che si ha intenzione di esplorare.

Le radiografie consecutive ad iniezione di lipiodolo permettono di distinguere la parti sane del polmone, anche in prossimità delle lesioni. Nei casi patologici, si possono distinguere chiaramente le dilatazioni, le stenosi od occlusioni dei bronchi. Le caverne appaiono con nettezza e, mediante l'aiuto di radiografie in posizione eretta e coricata, è possibile mettere in evidenza le loro dimensioni. In alcuni casi, non di meno, anche dopo l'iniezione di lipiodolo, la diagnosi di caverna può rimanere ancora incerta.

Il riassorbimento del lipiodolo è più rapido all'apice che alla base, più rapido ancora nel tessuto sano che in quello ammalato. Queste ultime condizioni sono assai felici, in quanto permettono un contatto prolungato là dove può essere utile.

Gli accidenti locali consecutivi alle iniezioni di lipiodolo sono senza grande importanza, salvo la formazione, d'altra parte abbastanza rara, di un ascesso freddo in corrispondenza del punto di iniezione. Gli accidenti polmonari sono o benigni o gravi; sono caratterizzati da crisi congestive, le une locali e transitorie, le altre diffuse e che possono terminarsi con la morte. Gli accidenti tossici sono sopra tutto delle manifestazioni cutanee, in generale benigne.

Digitized by Google

Le indicazioni per l'adozione del metodo sono, il più spesso, date da eventuali difficoltà che si incontrano nella diagnosi delle caverne e dell'utilità che può ricavarsi dalla disinfezione di un territorio polmonare. Le controindicazioni sono costituite dalle forme rapide, dalle crisi evolutive della malattia e dal cattivo stato generale.

L'osteomalacia.— V. ARCANGELI, Roma. *Archivio Italiano di Chirurgia,* vol. XVIII, 1927.

L'osteomalacia dell'uomo e degli animali è malattia da infezione. Essa si identifica con la rachitide, ed è dovuta al Diplococcus osteomalaciae hominis. Esistono probabilmente alterazioni diffuse dello scheletro simili, ma non identiche a quelle della vera osteomalacia per altre regioni (fame,, carenza di vitamine etc. etc.). L'habitat del diplococco sono le case oscure, umide, senza sole, dei villaggi montani o dei vicoli della città. Osteomalacia e rachitide sono una malattia delle case. Il veicolo del contagio è costituito principalmente dalle urine dei bambini rachitici e degli adulti osteomalacici. La grande preponderanza nel sesso femminile è dovuta alla maggiore esposizione al contagio (vita casalinga, accudire i bambini rachitici, lavare in fontane etc. etc.) ed alla predisposizione prodotta nella donna durante l'attività sessuale, dalla gravidanza, dall'allattamento e dalla perdita che ne consegue di sali di calcio e di fosforo.

Esistono probabilmente più stipiti di diplococco; i più virulenti attaccano anche gli adulti (osteomalacia e rachitide grave quale si vede negli ambienti osteomalacici); i meno virulenti soltanto i bambini; questa ipotesi spiegherebbe perchè la rachitide sia più diffusa dell'osteomalacia, ed il più delle volte meno grave.

La cattiva alimentazione, la scarsezza di sali di calcio e di vitamine, la mancanza di luce ed altri simili momenti, da alcuni considerati come cagione della malattia si debbono valutare come predisponenti alla infezione, o favorenti la persistenza del contagio.

Le ovaia, le capsule surrenali, le altre ghiandole a secrezione interna, non hanno a che far nulla con la malattia; le alterazioni in esse eventualmente constatate, vanno considerate come secondarie all'infezione ed alle alterazioni prodotte dal calcio, e nella circolazione e respirazione per il rammollimento delle ossa.

La cura migliore è la narcosi cloroformica, seguita dalla vaccinazione. Inutile l'adrenalina; i sali di calcio, il fosforo, l'olio di fegato di merluzzo sono buoni rimedi come coadiuvanti. La castrazione va abbandonata. Per prevenire gravidanze pericolose deve essere sostituita la legatura delle trombe.

La migliore profilassi è il miglioramento igienico delle abitazioni, l'allontanamento delle gravide e puerpere dall'ambiente e dalle vicinanze di bambini rachitici e la vaccinazione profilattica col vaccino del diplococco.

Queste le conclusioni integrali del lavoro con il quale si apre il volume di scritti in onore del Bastianelli.

Il valore diagnostico del glucosio nel liquor.— A. FRIGERIO e G. BASSI, della Clinica neuropsichiatrica di Milano. *Comunicazione al VII Congresso della Soc. it. di neurologia,* Torino 1926.

Dalle ricerche preliminari degli AA. risulta che, all'infuori delle forme meningee infettive acute, vi è, in complesso, nelle lesioni organiche del sistema nervoso aumento del glucosio del liquor: di fronte a questo dato perde di valore la frequenza relativa di iperglicorachia constatabile nei postumi di encefalite letargica; di più, non vi è identità costante fra i valori del glucosio nei saggi di liquor prelevati a varie altezze del cavo cefalorachidiano. Non pare che vi sia una relazione semplice fra i valori del glucosio nel sangue e nel liquor, potendo l'uno aumentare senza che aumenti l'altro.

Questi dati, in unione a quelli sul particolare comportamento delle reazioni colloidali nel liquor ventricolare comunicati da Clivio, tendono a confermare l'opinione che l'origine e il deflusso del liquor non avvengano secondo lo schema finora prevalentemente accettato, cioè dai plessi corioidei verso la periferia, o che, almeno intervengano nelle diverse sezioni particolari fenomeni di riassorbimento o di diluizione che modificano la composizione del liquor stesso.

Il lipiodol nella delimitazione topografica delle collezioni intratoraciche. — EDIT. *Journal des praticiens,* n. 27, 1927.

Fiessinger e Lemaire e poi altri autori hanno preconizzato l'uso del lipiodol per localizzare le collezioni purulente intratoraciche. Il lipiodol adoperato, è di due qualità, di cui una contiene il 0.44 per cmc. di iodo e l'altra il 0,11 per cmc.

Questi due liquidi di differente densità si comportano anche in modo diverso: il lipiodol più leggero (0,11) raggiunge la superficie della collezione, mentre quello pesante cade nella regione più declive.

Le dosi adoperate per iniezioni sono di 5 cmc. per ogni lipiodol e la loro situazione intorno alla collezione purulenta dura per un tempo superiore ad un quarto d'ora, il che permette una buona e sufficiente visione.

La prova della fenolsulfonftaleina negli ipertesi arteriosi.— D. LUTRINGER. *Le Journal de Médecine de Lyon,* n. 170, 1927.

La prova d'eliminazione della fenolsulfonftaleina è stata effettuata nel corso di numerosi casi di ipertensioni, che sono stati classificate in due gruppi: 1) Ipertensioni che si svolgevano nel mezzo di un quadro pletorico, ma senza manifestazione clinica di deficit renale. 2) Ipertensioni associate all'insieme clinico classico della nefrite cronica.

La prova è stata realizzata nelle stesse condizioni di tecnica, al riparo di ogni apprezzabile causa d'errore, specialmente d'ordine meccanico. L'eliminazione ftaleinica è stata studiata tanto nella sua cifra globale che nel suo ritmo.

Dalle ricerche si deduce che mentre sui 40 ipertesi del primo gruppo 35 presentavano una eliminazione normale (superiore al 50 %), uno solo dei 23 ipertesi del secondo gruppo presentava un'eliminazione che raggiungeva il 50 %.

Senza pretendere di trarre da questi risultati una conclusione intempestiva riguardo alla fisiopatologia dell'ipertensione, l'A. ritiene che ciò venga a confermare l'idea che l'ipertensione, lungi dall'essere un fenomeno semplice sempre legato e secondario ad una lesione renale, apparisca come un sintoma suscettibile di risentire meccanismi patogenetici diversi.

Dal punto di vista pratico, specie per quanto si riferisce alle cure idrominerali, la conoscenza della esistenza di ipertensioni che evolvano indipendentemente da ogni deficit funzionale renale, permette di prescrivere le cure disintossicanti diuretiche senza timore di vederne provenire accidenti meccanici più o meno gravi.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Narcosi intrarettale mediante l'E. 107. — HAAS, Clinica Chirurgica, Erlangen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* n. 3, 1927.

E' bene ricordare che sotto la designazione di E. 107, va la soluzione di «Avertin» che in Germania viene sperimentata particolarmente come narcosi intrarettale. L'A. ha potuto raccogliere una centuria di applicazioni in soggetti di ambo i sessi, e di età estreme fra' 14-73 anni, magari in soggetti infermi di quel tratto intestinale.

Abitualmente la sera avanti, e due ore avanti l'intervento, si fa eseguire un'enteroclisi copiosa. In alcuni casi è utile cominciare due giorni avanti con olio di ricino, sali di Karlsbad. Si è poi giudicato che specialmente l'enteroclisi della mattina, non era opportuna, perchè disturbava la narcosi, forse per soverchia imbibizione della mucosa intestinale.

Un'ora avanti l'intervento narcotizzante, si pratica un'iniezione di 0,02 Pantopon. La soluzione di «Avertin» va scrupolosamente eseguita subito prima dell'uso, secondo le norme della Ditta, e dalla stessa persona. Non essendo precisamente garentiti nel cominciare la narcosi a letto, si preferisce iniziarla dopo il trasporto in sala, naturalmente eliminando le varie cause che ostacolino l'assommarsi.

Un sottile catetere in gomma lungo 12-15 cm. è spinto quanto più in alto nel retto, ed attraverso di esso si vuota lo schizzetto carico della soluzione. Si può dopo applicare uno zaffo con unguento come fa Polacco.

Per il dosaggio si dà di norma 0,1-0,15 per chilogrammo di peso. E' ser cauti è consigliabile nei soggetti molto dimagrati, p. es. stenosi esofagea o pilorica, nei quali il riassorbimento è molto rapido.

Già dopo 1-2 minuti si nota l'appesantirsi delle palpebre, lo sguardo spento; un'inerzia che dopo 6-10 minuti si converte in completa narcosi.

Ci sono tuttavia differenze di contegno le quali debbono anche mettersi in rapporto con le differenze individuali nell'assorbimento dei sali di bromo. C'è dei pazienti i quali durante più minuti lottano tra il volere ed il non poter dormire. Pertanto il materiale di osservazione potrebbe così suddividersi:

a) Completo risultato cioè narcosi profonda e tolleranza, quindi buona narcosi.

b) Effetto sufficiente, cioè sebbene non profondamente addormentato, il paziente non molesta con le sue reazioni.

c) Necessità di addizione di etere, sia per riguardo all'operazione sia riguardo all'intervento.

d) Insuccesso il che vuol dire fino dal primo momento necessità dell'etere, in proporzioni su per giù di qualunque altra etero-narcosi. Ora volendo calcolare la frequenza di questo vario andamento a seconda dei gruppi a, b, c, d, essa è rispettivamente: 23 %; 39 % (in toto 52 %), 42 %, 6 %.

Digitized by Google

Le osservazioni fatte sulla curva respiratoria mostrano frequenza che va sempre più riducendosi, con crescente superficialità. Anche la pressione sanguigna, che subito dopo la narcosi tende a discendere va poi rialzandosi.

Subito dopo esaurito l'intervento giova fare espellere con il catetere ogni residuo di Avertin, agevolando la manovra anche rialzando il tavolo operatorio. Talora si vede uscire un'imponente quantità di liquido, anche dopo più ore.

D'ordinario il risveglio si ha dopo 1-2 ore, talvolta preceduto da viva inquietudine. Di solito al terzo giorno si riprendono le funzioni dell'alvo.

La tecnica della cardiorrafia. — CUTLER e BECK, Università in Cleveland, Ohio. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 4., 1, 1927.

Entrata ormai nella terapia chirurgica di urgenza, avendo al suo attivo già una crescente percentuale di guarigioni, questa operazione viene oggi discussa prevalentemente dal lato tecnico. Si mira a sistemare un indirizzo operatorio che sia quanto più dominante sul campo cardiaco, e quanto meno lesivo per le pleure e la pressione intratoracica.

Se infatti si tiene conto di due tipi principali di incisione: quello medio-sternale, e quello parasternale; se si pensa che quest'ultimo include lembi osteo-plastici ed incisioni intercostali di variabile ampiezza, si può concluderne che mentre la via parasternale trova la sua ampia giustificazione quando esista una concomitante lesione pleuro-polmonare, bisognerebbe invece riconoscere la superiorità dell'intervento transternale, sia per procedere in modo extrapleurico, sia per avere quanto più ampia la esposizione dell'organo da suturare.

Raccomandata da Milton e perfezionata da Duval e Barasty, per scópo pericardiotomico, l'incisione si estende medialmente, a partire dalla 2ª costa, fino a 5 pollici dall'ombellico. L'incisione interessa l'osso e la linea alba. Questa è rimossa dallo sterno; la appendice ensiforme scoperta o rimossa; separati dallo sterno gli attacchi diaframmatici, si spingono indice e medio della mano destra per separare lo sterno dai tessuti molli prossimi. Spogliatone la faccia profonda, si spinge dietro lo sterno una spatola per garenzia degli organi sottostanti. Lo sterno, a cominciare dal secondo spazio, viene diviso preferibilmente mediante sega circolare; ma potrebbe anche giovare un paio di forbici alla Schumacher.

Peraltro se l'incisione sternale si fa deviare alquanto verso sinistra, riesce più agevole risparmiare la pleura, perchè si capita nel cosidetto «triangolo di sicurezza» Voinitch-Sionoieutsky. Le incisioni ed i segmenti sternali vengono preferibilmente divaricati con il retrattore automatico Tuffier o Lilieushal. L'esposizione dell'organo, come si è detto è tale da soddisfare alle varie esigenze operatorie.

Ad ogni modo fin dal 1810, per fognare il pericardio Surrey ebbe raccomandato la incisione intercostale. Romero ed altri se ne sono vantati. E' noto come si siano variate le tecniche di approccio, passando dalla semplice incisione intercostale, fino alla più o meno estesa costoresezione. Si comprende come questa esposizione risponda specialmente alla necessità di provvedere a lesioni del polmone e della pleura. Si può dopo aver provveduto in merito, procedere anche alla confacente fognatura.

Certamente il momento più delicato è quello della applicazione della sutura. Se la ferita è imponente, si addice come prima manovra quella di Sauerbruch, come manicra di applicare le dita e comprendere tra esse le varie parti dell'organo. Questo viene quasi fissato, epperò reso accessibile all'ago suturante. Che se invece la ferita fosse modica, basterà cominciare dall'applicazione di un punto di presa e di sutura più verso il mucrone, per procedere ulteriormente.

Sintesi del pericardio.

Sulla conservazione intraoperatoria della sterilità del catgut. BOIT, Osped. Civico in Königsberg i. Pr. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 29, 1927.

Ecco come questo chirurgo crede avere ovviato agli inconvenienti del possibile inquinamento.

Poco avanti l'operazione, i rocchetti da utilizzare, presi con pinze sterili dal liquido conservatore, sono portati in un recipiente a coperchio scorrevole. Questo viene messo sul tavolo degli istrumenti, mentre da ciascun foro laterale viene fuori un capo del catgut. Un telo sterile ricopre tutto.

A seconda del bisogno viene attirato ciascun filo, e reciso non molto rasente il foro del serbatoio, per non rinunziare all'ulteriore presa. Dopo l'operazione i rocchetti ritornano con analoga manovra, nel liquido di conservazione (benzina iodica neutra).

Sulle prime l'A. si valse di un recipiente smaltato con due fori laterali, rassomigliante ad una comune secchia con coperchio. Poi si è fatto costruire una cassetta in nichelio di 19 per 8,6 1/2 cm. di dimensioni, con tre fori, per il catgut.

Ecco tutto; e come si vede tuttaltro che nuovo in codesto genere.

Semplificazioni del trattamento chirurgico nella paralisi facciale "a frigore". — ESCAT. *Revue de Laringologie d'Otologie et de Rhinologie*, n. 9, 1927.

Spesso la paralisi facciale atipica dev'essere attribuita quando possa escludersi la lue o la infezione zosteriana, ad una otite atipica, frusta e insidiosa che si localizza al massiccio osseo peri-facciale, capace d'evolvere senza manifestazioni timpaniche, senza sordità, senza dolori endotimpanici. L'edema del nevrilemma e la nevrite del facciale dipendono in questo caso da una periostite propagata al canale di Falloppio per il iato di Hyrtl, e da un'osteite perifalloppana con cellulite perifacciale e qualche volta da un'antrite sero-fibrinosa incistata. In questi casi la cura, come l'A. ha praticato in due casi, consiste nella decongestione del canale di Falloppió, mediante trapanazione mastoidea quanto più prossima all'origine cutanea del facciale.

Quest'operazione, molto semplice, deve essere preferita, secondo l'A. a quella della messa a nudo del facciale preconizzata da Barraud.

Quanto poi alla denominazione «a frigore», Sebileau e Halphen ritengono che sia molto difficile poter dimostrare che in queste forme così definite non sia in causa la sifilide o la infezione zosteriana.

Sfacelo addomino-pelvico, esito di tubercolosi intestinale e peritoneale. — PUECH e LAPEYRIE. *Bulletin de la Societé des Sciences Médicales de Montepellier* etc. fasc. 7, luglio 1927.

Sono due osservazioni seguite da necroscopia.

1. Uomo di 37 a. già malarico e dissenterico, con crisi appparentemente appendicolari fin dal 1918. Da circa quattro mesi progressiva denutrizione, crisi dolorose cieco-appendicolari, vomiti, diarree, febbri. Dolori vaghi soprapubici a decorso trasversale, dove si palpa una specie di resistenza. Fegato e milza normali. Scariche diarroiche attaccaticce, poi sanguinolenti; alla ricerca niente amebe, numerosi tetramitus e cisti rispettive. Alla rettoscopia ulceri rettali numerose con essudato mucopurulento. Alla radioscopia fondo del cieco irregolare e floscio. Nessun risultato dall'emetina. Si va formando un piastrone peritoneale nel distretto superiore, bloccando il piccolo facino e percettibile all'esplorazione rettale. Scariche sanguigne più frequenti: due enterorragie ribelli ai più noti rimedi.

Rari bacilli di Koch nel centrifugato fecale. Progressivo peggioramento, morte. Alla necroscopia dopo 6 ore dalla morte: Fitte aderenze tra cieco ed ultimo tenue, formando un piano di appoggio al pacco intestinale. Blocco del bacino. Dissociate le anse adese si trova una cavità dovuta a sfacelo, dalla quale si può penetrare nel cieco. Altra ulcerazione del tenue a circa 10 cm. dalla valvola ileo-cecale. Parete posteriore del retto largamente ulcerata. Largo sfacelo della parete posteriore dell'urocisti. Appendice nuotante in una massa gangrenata, con estremo sfacelato. All'esame microscopico tutte le lesioni hanno carattere tubercoloso. Polmoni normali. Fegato grosso.

2. Giovanetta di a. 19, diarrea persistente; da più mesi astenia, dimagramento; coliche; temperatura a 37°.

Presenza di un piastrone peritoneale ininterrotto in tutto il piano inferiore del ventre, e discendente nel bacino. Non punti dolorosi alla pressione; non ascite percutibile; epigastrio ed ipocondrii normali; ottusità epatica non oltre le coste spurie. Al riscontro vaginale una massa che fa blocco nel piccolo bacino. Trattamento generale. Elioterapia. Si va rapidamente verso l'esito fatale.

Alla necroscopia dopo quattro ore: Liquido libero sporco e caseinico; grosso blocco di tessuto verdastro aderente alle pareti addominali conglomerando le anse, così da poterle rimuovere in un blocco unico.

Fegato e milza molto alterati, con lembi epiploici sfacelati. Non disecabili gli organi pelvici. Sfacelo degli psoas-iliaci. Assenza di gangli mesenterici. Appendice normale. Nel lobo polmonare medio un tubercolo in via di caseificazione. Piccoli gangli tubercolosi lungo il pericardio.

GINECOLOGIA

Trattamento vaccinoterapico delle affezioni ginecologiche. BECKERS, Policlinico del Parc Léopold, Bruxelles. *Bruxelles Médical*, 40, 1927.

Passiamo sopra alle introduzioni che possono esser necessarie ad un conferenziere; e risparmiamo l'elenco delle forme batteriche riscontrabili nelle vie genitali in contingenze più o meno patologiche. Quello che importa fissare si è la tendenza attuale ginecologica nell'ampliare la vaccinoterapia. Questa ultima mentre sembra bastevole, come uso locale,

Digitized by Google

nelle metriti, vorrebbe essere ad un tempo anche generale nella cura delle salpingiti. Dal punto di vista anche dottrinale va notato: che se il gonococco non è molto osteggiato dai vaccini, questi ultimi sono invece molto efficaci sullo streptococco e sul colibacillo. Il che ha ulteriore importanza anche come influsso indiretto sulle altre varietà o forme batteriche che si associano ad essi.

L'immunizzazione locale ha per obbiettivo di accrescere la resistenza dei tessuti infermi; inoltre essa provoca una serie di chocs i quali apportano una modificazione nell'equilibrio umorale e vasculo-simpatico.

Intanto è intuitiva la maggior garenzia offerta dai vaccini debitamente preparati, in confronto all'auto-vaccino. L'A. si è sempre servito di vaccini riscaldati e formolati, secondo il metodo Goldenberg, nei quali si contengano, ad un tempo, microbi coagulati, agglutinati, e microbi disciolti. Lo choc umorale che si manifesta con reazioni generali (febbre) e locali (dolore) sempre più attenuate, segna appunto il momento della distruzione dei germi.

Metriti. Noi agiamo specialmente contro le possibili complicazioni. Contro i fornici si applica un batuffolo intinto in brodo-vaccino; oppure un ovulo-vaccino. Così a cominciare 3-4 giorni dopo le regole, e continuando ogni due giorni. L'applicazione locale può avere come complemento la vaccinazione intra-dermica.

L'A. invece ha utilizzata l'iniezione sottomucosa cervicale, quanto più in vicinanza dell'eventuale ulcerazione del collo. Durante tutto il trattamento si consigliano due iniezioni quotidiane d'acqua bollita ed a 48 C. senza aggiunta di prodotto.

I risultati, dopo 8-10 applicazioni nelle metriti acute; dopo 15-20 in quelle croniche, sono confortanti molto dal lato obbiettivo e subbiettivo.

Le salpingiti. Anche le forme più tenaci, dovute alla refrattarietà del gonococco, possono migliorare per l'azione terapica spiegata dai vaccini sui microbi associati. Del resto essendovi quasi ostante l'associazione della metrite, si addice anche qui il trattamento misto, locale e generale.

Le iniezioni intradermiche furono meglio tollerate e più efficaci di quelle sottocutanee. Fu preferito il vaccino Goldenberg perchè oltre a stafilo-stepto-gonococchi, esso contiene il coli, ed enterococchi, e difterimorfi. Si preferisce il basso ventre, perchè regione più prossima al focolaio infetto.

Servirsi di siringa graduata al 1/20 di cc. Una goccia alla prima seduta. Due gocce in punti diversi, dopo due giorni. Ad eguali intervalli aumentare una goccia, fino al totale di 6 gocce, in sei posti diversi (vaccinazione *en nappe* secondo Besredka). Bastano di solito 10 iniezioni, per i risultati curativi totali.

Le reazioni generali e locali sono di solito ben tollerate e molto transitorie. In supplementare cura applicazioni di antiflogistina all'ipogastrio. In qualche caso anche la proteinoterapia.

NEUROPATOLOGIA

Sordità famigliare associata a cecità e demenza.— A. Frigerio, della Clinica neuropsichiatrica di Firenze. *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica,* III, fasc. 3.

L'associazione, in alcuni membri di una stessa famiglia, di sordomutismo con fenomeni di deficienza mentale, oppure di alterazioni oculari e di deficienza mentale è stata rilevata non raramente; ma, secondo l'A., il caso, da lui riferito, di associazione di tre di questi fatti in questo stesso individuo ed in più di un componente di una stessa famiglia è unico nella letteratura.

L'A. riferisce il caso di due fratelli, dell'età di 65-75 anni, entrambi cordomuti, entrambi presentanti in tarda età fenomeni psicopatici e cecità progressiva; in entrambi il completo sviluppo di questi ultimi fatti si ebbe in un periodo apparente di due anni circa e fu tosto seguito da morte per malattia intercorrente preceduta da marasma. In entrambi, infine, la cecità si stabilì senza lesione di mezzi diottrici e potè essere qualificata nel caso esaminato per una distrofia pigmentaria grave e diffusa della retina.

Quanto al significato ed al meccanismo patogenetico di simili casi, è da notare che la retinite pigmentosa per sè stessa è considerata come forma congenita ed ereditaria: il sordomutismo e la retinite pigmentosa sono considerate come manifestazioni di una stessa malattia del sistema nervoso che deve pure essere richiamata in discussione per la sordità che sovente si trova in famiglia con retinite pigmentosa. A questa categoria di fatti deve pure essere ascritta l'amaurosi e l'ambliopia con atrofia della retina.

In realtà anche nei casi riferiti dall'A. l'identità del tipo somatico costituzionale e dei caratteri morbosi accessori fanno pensare ad un elemento strettamente costituzionale, e ad un elemento familiare di tipo in senso lato, degenerativo.

Sintomi pupillari nei tumori del lobo frontale.— A. Frigerio della Clinica neuropsichiatrica di Firenze. *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica,* III, fasc. 3.

Secondo i dati classici, le anomalie dell'ampiezza pupillare, indipendenti da alterazioni della reflettività, sono frequenti nei tumori o meglio nell'aumento della pressione endocranica; nella forma, poi, di inuguaglianza pupillare sono ritenute indice di lesioni del lobo prefrontale. Riassumendo i dati bibliografici che riguardano la midriasi unilaterale, si trova assoluta concordanza nel rilevare la concomitanza di una midriasi controlaterale alla lesione di cui i dati sperimentali di Bianchi e le osservazioni su feriti cerebrali danno il significato di stimolazione del dilatatore di origine corticale frontale, o nel caso dei tumori delle vie del centro prefrontale di Bianchi; bisogna inferirne, dunque che il sintoma, anche se non presentantosi frequentemente, è realmente importante per la diagnosi di tumore della regione prefrontale. Ad esso non portano finora una limitazione se non il caso di Lugaro che rientra nella categoria più generale delle difficoltà di diagnosi dei sintomi a focolaio da intossicazione uremica, e per quanto riguarda la diagnosi di localizzazione frontale, di fronte a quella cerebellare, non di rado in discussione, l'osservazione sperimentale di Negro e Roasen sulla possibilità di determinare modificazioni della ampiezza pupillare per stimolazione cerebellare.

Più difficile, invece, è valutare nel caso riferito dell'A., il fenomeno della midriasi alternante: si può pensare ad una stimolazione diretta del centro opposto per compressione esercitata dallo sviluppo del tumore sull'emisfero dell'altro lato, essendosi il fenomeno manifestato solo negli ultimi giorni, quando certamente le condizioni della pressione endocranica erano notevolmente alterate; certo appare la necessità di tener presente anche questo particolare comportamento nella valutazione diagnostica del sintoma anisocoria, che perde, cioè, quasi completamente il suo valore localizzatorio quando vi siano segni di grave manifestazione dei rapporti volumetrici encefalo-cranici.

SIFILOGRAFIA

Profilassi della lue e trattamento della sifilide ereditaria.— Scherber, Rudolfsspital in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift,* n. 28, 1927.

L'A. va compiendo larghe esperienze sul trattamento interno mediante lo «spirocida». La pratica su adulti ha mostrato la opportunità di somministrare ogni giorno, mezza ora avanti colezione tre compresse sciolte in acqua, fino ad una totale somministrazione di 18 compresse, pari a 4,5 gr. Questa dose ha bisogno di ulteriore controllo; nel senso che se non si può negare assolutamente la sua virtù di troncare completamente lo stato sifilitico, bisogna pure non lasciarsi facilmente illudere dalle apparenze non del tutto controllate. Anche con il trattamento al salvarsan noi avevamo abbastanza progredito sulla via della profilassi; ma la decisione resta sempre molto delicata, ed è subordinata alla serietà dei controlli, specialmente all'esame del liquor. Noi abbiamo qualche infermo nel quale mentre clinicamente e serologicamente, si sarebbe detto immune, l'esame del sangue si mostrava nettamente positivo dopo otto settimane dalla cura finita.

Introducendo un trattamento preventivo e profilattico, medico e paziente si intendono compenetrati dell'affermativa diagnosi di sifilide; ma debbono al tempo stesso uniformarsi ad una duplice norma: cura molto intensiva; controllo assai prolungato. Secondo l'A. bisogna allora aver dato per lo meno 3 g. di neosalvarsan; oppure somministrare 80-90 compresse di «spirocida».

In quanto alla eredo-sifilide, noi contiamo 22 casi sottoposti all'uso dello spirocida. Abbiamo constatato risultati lodevoli sulla madre e sul prodotto. Abbiamo diviso il trattamento in due periodi intervallati da quattro settimane. Sui bambini abbiamo tenuto di norma non superare 0,3 di spirocida per kilo.

Abbiamo constatato, continua l'A. nella cheratite parenchimatosa i migliori risultati, somministrando 40 compresse, due al giorno, a turni di cinque giorni alternati da cinque di pausa. Si sono avute guarigioni di periostiti gommose del ginocchio somministrando anche continuamente 15 compresse da 0,25. Bisogna certamente essere cauti nella somministrazione ai poppanti, cioè 1/4 di tavoletta, disciolta in latte. Così per cinque giorni con cinque di riposo. Si potrebbe totalmente salire a 6-8-10 compresse. Del resto siamo ancora lontani da un accordo dei clinici, sul dosaggio più raccomandabile dello «spirocida» pur notando in genere una discreta alta tolleranza dei fanciulli ai preparati di acido-

Digitized by Google

arsinico. Bisogna inoltre tener conto della possibilità di accrescere le dosi quotidiane con il crescere dell'età. Si potrebbe fra 6-10 anni di età somministrare un'intera compressa, tra 12-15 anni salire ad 1 1/2-2 compresse da 0,25. Queste compresse possono del resto anche essere frazionate. Inomma la nostra attuale eperienza con lo spirocida, ci si è mostrata molto favorevole nell'eredo-sifilide del periodo precoce, nella cheratite parenchimatosa, nelle artropatie.

In quanto all'uso del prodotto sulle vie urinarie, si richiedono, secondo l'A. più protratte osservazioni.

OCULISTICA

Estrazione intracapsulare della cataratta. — Van Lint, Bruxelles. *Bruxelles Médical*, 1027.

L'operazione ormai classica (cocainizzazione, sezione col de Graefe della parte superiore della cornea, iridectomia o non, discissione, espulsione del cristallino) è sembrata all'A. accompagnarsi a due cospicui danni.

1. Perdita del corpo vitreo per contrazione delle palpebre, susseguita da frequenti disastri. L'achinesia palpebrale è venuta a combattere l'inconveniente.

2. La cataratta secondaria che porta fenomeni infiammatori, ritarda di cicatrizzazione, nuovo intervento con tutte le alee. Contro di essa si è introdotto l'estrazione intracapsulare laterale mediante la ventosa.

L'origine di ambedue queste varianti tecniche fu la seguente.

L'A. ebbe a constatare che il Dr. Demine, odontoiatra fautore delle iniezioni novocaina-adrenalina nel tronco dei nervi mascellari superiore ed inferiore, otteneva anche la paralisi di alcune parti della lingua e della faccia. Di qui l'A. pensò ottenere l'immobilità delle palpebre come profilassi alle sorti del vitreo.

L'A. pensò innanzi tutto accedere al facciale iniettando sull'apofisi stiloide del temporale. Ma l'azione paralizzante avrebbe coinvolto tutti i muscoli dominati dal facciale. Ecco perchè si prescelse, con successo, l'imbibizione delle branche del facciale sul contorno orbitario.

Le osservazioni mostrarono l'insussistenza delle obbiezioni avanzate da altri, cioè: tumefazione palpebrale disturbatrice dell'intervento; lagoftalmo ed eventuale ulcera corneale, ad evitare i quali basterebbe la fasciatura palpebrale e qualche instillazione oleosa.

Veniamo alla cataratta secondaria che si sa essere formata dalla capsula e dalle masse cristalliniche che le aderiscono. Ora poichè non sarebbe possibile in unica seduta asportare separatamente il corpo del cristalino e la capsula, bisognerà, secondo l'A. rimuovere il cristallino nella sua capsula. Si sa che Pagenstecher, poi Smith, con varianti tecniche, si sono fatti promotori di metodi poco o punto accettati. Ecco perchè l'A. ha creduto ricorrere all'aspirazione. Ci furono periodi di incertezza, tanto più che si presentavano nuove proposte tecniche, specialmente dal Barraquer, poi dal Weil. In conclusione, e dopo riprove numerose, l'A. è venuto ad una tecnica che qui si riassume:

L'infermo fin dalla sera precedente trattato con stille di euftalmina, è cocainizzato mediante iniezioni di 4 cc. di una soluzione contenente 6 cc. di novocaina e tre gocce di adrenalina per l'achinesia palpebrale. Quindi una iniezione retrobulbare di 2 cc. di soluzione novocaina-adrenalina 2 % (= 4 centig. novocaina). Durante 10-15 minuti si praticano instillazioni anestesizzanti e vaso-costrittrici di cocaina 2 % ed adrenalina. L'operatore sta a sinistra per l'O. S. e dietro del paziente se opera sull'O. D. Blefarostati. Se necessaria una piccola cantotomia.

1. Sulla superficie esterna dell'O. si disseca la congiuntiva ad un cent. del limbo corneale. Salendo parallela al lembo l'incisione non ne disterà più di 5 mill. Si termina su quest'ultimo mediante una incisione quasi verticale alla parte superiore del diametro verticale della cornea. Simmetricamente si procede anche in basso. Dissecata accuratamente la congiuntiva, la si addossa sul lembo senza spiegarla per non occultare l'iride.

2. L'occhio è fissato pinzando la congiuntiva alla parte interna del meridiano orizzontale della cornea; il coltello lanceolare penetra nel lembo a parte esterna del meridiano orizzontale della cornea. Con forbici si completa l'incisione in alto ed in basso, per raggiungere il meridiano verticale della cornea. La sezione sarà agevolata sollevando il lembo connettivale mediante una pinza a dissezione tenuta con la mano sinistra.

3. A 1 1/2 cm. sull'O. S., a 10 1/2 (sic) dell'O. D. cioè in alto per nascondere il coloboma, mentre l'assistente solleva la parte supero-esterna della cornea, si solleva l'iride, e si interrompe con la pinza-forbici.

Questa iridectomia è forse meglio non farla.

4. Un primo filo si colloca alla parte supero-esterna, un secondo alla parte infero-esterna del limbo congiuntivale, per annodarlo soltanto dopo l'estrazione.

5. Ora si passa all'estrazione della cataratta mediante la ventosa di Barraquer alquanto modificata. Si introduce nella camera anteriore e sul cristallino, mentre la pinza solleva il limbo congiuntivale. Un movimento di rotazione porta il cristallino nella camera anteriore. Quando la faccia posteriore del cristallino è portata contro quella posteriore della cornea, si ritira la ventosa che trae con sè la cataratta.

6. Si stringano i due fili, e se ne applicano altri tre complementari. Medicatura con eserina. Binocolo, previa sutura palpebrale.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE IN BARI

Seduta del 23 giugno 1927

Presid.: prof. N. Leotta

Insabato. *Sindromi extrapiramidali tossiche da acetato talloso.* — L'O. descrive due casi di intossicazione da acetato talloso somministrato per ottenere la epilazione del cuoio capelluto, nei quali si rilevava una netta sindrome extrapiramidale epatolenticulare, a tipo di pseudosclerosi di Westphal-Strümpell, con presenza di alterazioni epatiche (fegato grosso e dolente); in base a questa osservazione egli avanza l'ipotesi di lavoro che l'acetato di tallio abbia un'azione elettiva sul complesso anatomo-funzionale extrapiramidale e si sente confermato in ciò anche da un caso descritto ultimamente di una sindrome coreica da tallio. Si propone di studiare sperimentalmente sugli animali l'azione di questa sostanza tossica sui centri nervosi con ricerche fisio-patologiche ed istologiche.

Girone. *Sulla inesistenza di una capsula connettivale intorno agli isolotti del pancreas.* — L'O. ha studiato il pancreas di vari animali allo scopo di decidere se «esiste una capsula connettivale intorno agli isolotti pancreatici». All'oratore risulta che tale capsula non esiste e se ve ne è traccia essa è limitata ad un sol lato della formazione insulare.

Mariani. *Granulomatosi diffusa osteo-periosteo-cutanea da monosporium apiospermum.* — L'O. descrive un caso di «monosporosi da monosporium apiospermum». E' il quarto caso descritto. Si tratta di un medico, che ammalatosi vari anni or sono in modo acuto di dermatosi diffusa, linfangite e ascesso, soffre ora in modo cronico di forme nodulo gommoidi in varie parti del corpo con grave interessamento delle ossa (costole, tibie, ossa dell'articolazione omero-cubitale).

Da uno di questi noduli il relatore ha isolato il monosporium apiospermum (var. Pepere). Un'intensa terapia di ioduro potassico non dette alcun risultato e ciò ha importanza per la differenziazione colle sporotricosi. L'iniezione della cultura pura del fungo nell'animale da esperimento ha riprodotto la tipica lesione nodulo-gommoide. Infine l'oratore ha preparato un vaccino che ha dato reazione intensa generale e di focolaio ciò che ha portato all'infermo notevole giovamento. Come ricerca sierologica il prof. Mariani sta ora studiando la deviazione del complemento.

Il Segretario: C. Rossi

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE DI NAPOLI

Seduta del 3 luglio 1927

Presid.: prof. G. Jappelli

Falci. E. *Un raro caso di idronefrosi parziale e calcolosi del bacinetto operato col processo del Fey modificato da Padula e pielolitotomia anteriore.* — L'O. espone il caso di un giovane che non presentava altro sintoma subbiettivo che un dolore continuo al fianco destro, presentatosi fin dalla tenera età. La palpazione della regione renale destra provocava dolore, il polo inferiore del rene appena identificabile. La radiografia rivelava presenza di calcoli nella pelvi, il cateterismo degli ureteri dimostrava ipofunzione del rene destro.

L'intervento operatorio col processo del Fey, modificato da Padula con l'asportazione dell'undicesima costola, permette di estrinsecare il rene destro, che è parzialmente idronefrotico, di resecare la sacca, di estrarre, mercè pielotomia anteriore, ben tredici calcoli. Guarigione completa al ventitreesimo giorno.

La letteratura possiede soltanto nove casi di idronefrosi parziale, tutti, come questo, diagnosticati all'operazione. Ma forse l'affezione non è tanto rara quanto può apparire dalla letteratura.

Digitized by Google

Pace D. *Appunti bibliografici e critici sul tessuto specifico del cuore.* — L'O. prende in esame diverse questioni tratte dalla recente letteratura cardiologica, che si riconnettono con le ricerche da lui compiute negli anni decorsi sul tessuto specifico del cuore. Propriamente si occupa della prima descrizione, data da Gruber (1859), delle fibre dentate poi quali componenti del fascio di His; della disposizione anatomica e del significato dei muscoli atrio-valvolari del cuore; dell'anatomia macroscopica del fascio di His e della rete di Purkinje; delle anastomosi delle arterie coronarie dell'origine del nodo sinusale nel cuore dei mammiferi.

Pace D. *Un caso di bradicardia nodale permanente (studio elettrocardiografico).* — In un giovane diciassettenne, con polso raro permanente (33-38 pulsazioni al minuto) e fugaci accenni di vertigini, ma a cuore semeioticamente sano, gli elettrocardiogrammi mostrarono un tipico ritmo nodale o septale od atrioventricolare.

L'O., messa in rilievo l'importanza della radioscopia per la diagnosi di questa speciale forma di ritmo, fa risaltare il grande valore del metodo elettrocardiografico per la differenziazione di questo tipo peculiare di bradicardia permanente dalle altre forme conosciute finora; ricorda i pochi casi registrati nella letteratura (tre in tutto) e le diverse ipotesi avanzate per intendere il meccanismo di produzione di questo ritmo speciale.

Condorelli L. — *Effetti della distruzione dei gangli sottoepicardici dell'orecchietta destra sul ritmo cardiaco.* — Il lavoro è stato riferito per esteso nel n. 32 de *La Riforma Medica*.

Romano A. *Sulla bradidattilia nei folli, sua importanza biologica e suo possibile valore semiologico.* — L'O. dallo studio di un raro caso di bradidattilia podalica e dalla valutazione di altre anomalie congeneri, trae le seguenti considerazioni.

La bradidattilia podalica, anche nei folli e nei degenerati, è rarissima, e ciò si spiega tenendo presente che un feto vitale, che non abbia oltrepassato il sesto mese di vita intrauterina, quando cioè i punti ossei falangettei non si siano ancora sviluppati, è assai raro. Uno schema osteografico siffatto non si trova nelle condizioni normali della filogenesi, e perciò una ragione biologica non si trova nella spiegazione del fatto, e ciò perchè le dita, in qualsiasi numero, non avrebbero ragione di essere, nella serie animale, senza le falangine e le falangette. In ogni caso la deformazione falangettea può costituire sempre un dato semeiologico, che sta ad indicare nell'anamnesi la immaturità del feto. Le deformazioni in genere e quelle delle estremità in ispecie sono nella ontogenesi tanto più rare, quanto più si trova assente nella filogenesi il relativo schema normale.

Auricchio L. *Tentativi sierodiagnostici nella leishmaniosi infantile.* — L'O. ha eseguito le sue ricerche su ventiquattro bambini, nei quali la diagnosi era stata accertata con la ricerca del parassita nel midollo o nel succo splenico, adoperando come antigene una sospensione di culture di Leishmania infantum di recente isolate e al 10°-12° giorno di sviluppo.

Il fenomeno dell'agglutinazione non fu in alcun caso apprezzabile nè macroscopicamente nè all'osservazione a goccia pendente. La prova della fissazione del complemento, invece, dopo non pochi vani tentativi, dovuti sopra tutto alla scelta dello stipite e alla difficoltà dell'opportuno dosaggio dell'antigene e del complemento, dava in 20 casi in periodo vario di malattia, risultati positivi. La reazione di Wassermann fu positiva in un solo caso, nel quale la leishmaniosi si associava a sifilide ereditaria.

Risulta da ciò che la prova della fissazione del complemento, usando come antigene culture rigogliose di parassiti di recente isolati ed opportunamente dosati, risulta positiva nella quasi totalità dei casi e può quindi essere impiegata come mezzo di dimostrazione indiretta dell'agente etiologico della leishmaniosi interna infantile, quando non sia possibile la diretta dimostrazione del parassita nel midollo osseo o nel succo splenico.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 24 giugno 1927

Presid.: prof. Ducceschi

Colle. *Appendicite e appendicalgie.* — In seguito all'esame clinico e anatomopatologico in più che trecento appendicectomie l'O. conclude per lesioni più o meno intense anche nel caso che non esistano alterazioni microscopiche apprezzabili.

In qualche raro caso di appendici non alterate ha riscontrato presenza di elminti e delle loro uova; in altre ha osservato modificazioni della mucosa appendicolare dovute ad insufficienza delle valvole del Morgagni. Altrove ha visto lesioni circoscritte al mesenteriolo. Crede che anche in queste i nervi e le cellule nervose riscontrate in gran copia nella appendice possano giustificarne la sintomatologia dolorosa.

Vespignani A. *Note di radiologia dell'appendice.* — L'O. riassume dapprima la storia della radiologia dell'appendice, richiamando l'attenzione sopratutto sui lavori del Grigorieff di Max Cohn, del Busi, dello Spriggs e dell'Ellis. Afferma che la visibilità dell'appendice normale è straordinariamente frequente; e che osservarla è solo questione di tecnica e di diligente indagine.

Illustra la tecnica da lui seguita: quella di vari pasti opachi consecutivi. La pratica di svuotare l'alvo con i purganti o con clisteri prima dell'indagine altera secondo l'O. le condizioni normali del colon gli aspetti e i movimenti di questo e dell'appendice. Ritiene inutile di seguire la svuotamento dell'appendice poichè il tempo di svuotamento può essere desunto dal tempo di riempimento. Una appendice iniettatasi precocemente in un soggetto non purgato e non tenuto a dieta è certo una appendice che si è prontamente svuotata del precedente contenuto di feci non baritate. Il ritardato svuotamento del contenuto opaco dell'appendice può essere invece talvolta riferito al pasto opaco stesso sia per la stipsi determinata in molti soggetti sia per la sua viscosità o per la sua consistenza. L'O. non crede possibile una classificazione delle alterazioni morfologiche dell'appendice ammalata.

Analizzando vari aspetti di appendice ammalata ne definisce tuttavia alcuni caratteri. Anzitutto l'O. ripete la diagnosi differenziale già da lui stabilita fra calcoli fecali dell'appendice e i normali spazi chiari che si possono osservare fra scibala e scibala: nel primo caso la colonna opaca è delimitata da una linea concava, nel secondo da una linea convessa o retta. Crede che il vacuolo da calcolo fecale abbia importanza solo quando persiste nei diversi esami. Altro aspetto patologico dell'appendice può essere quello del costantemente regolare riempimento dell'estremo libero dell'appendice presso il quale la colonna appare sfumata. La ridotta mobilità dell'appendice ha pure grande valore, tuttavia alcuni casi di appendice fissa, quando essa sopratutto sia rivolta in alto e medialmente, possono essere semplicemente riferiti a particolari forme del meso-appendice. Una speciale irregolarità è data dall'aspetto marezzato della colonna opaca che ricorda quello del colon nella colite. Fra i casi illustrati dall'O. ve ne sono alcuni che presentano una vera e propria cotizzazione, appendice dilatata, decisamente austrata e con filettatura dei bordi della colonna opaca e con marezzatura diffusa. Altri segni d'appendice patologica sono l'appendice atonica e l'appendice ipercinetica.

L'O. illustra alcuni casi di appendice atonica, uno dei quali particolarmente interessante perchè associato alla sindrome radiologica che l'O. ha per primo illustrato, della dilatazione atonica segmentaria del tenue da mesenterite. Operativamente in questo caso si riscontrò una placca cicatriziale anche nel mesenteriolo dell'appendice. L'O. ritiene che in quasi tutte queste forme atoniche dell'appendice si debba riferire l'atonia a lesione dei nervi mesenterici e della innervazione intraparietale. Alla irritazione nervosa può d'altra parte essere riferita la ipercinesi dell'appendice già denunciata dallo Spriggs come segno di appendicite cronica e confermata dalle osservazioni dell'O. controllate al tavolo operatorio. In qualche caso di spasmo circoscritto dell'appendice corrispose all'esame anatomico un'alterazione circoscritta della mucosa senza stenosi organica del lume appendicolare. Qualche importanza ha secondo l'O. anche l'osservazione di spasmi circoscritti costanti del cieco e del colon ascendente specialmente lo spasmo dello sfintere intercecale del Busi e dello sfintere colico di Hirsch. La valutazione di tali fatti è tuttavia ancora ardua essendo essi frequenti in varie forme di colite. Anzi secondo l'O. lo sfintere di Hirsch è spesso a lungo contratto in casi di dolico ascendente mobile, senza palesi segni di colite.

Il segno più importante e più costante di appendicite cronica è il dolore alla pressione sulla appendice. E' frequente una modica dolorabilità allo spostamento dal basso in alto dell'appendice. In molti casi la localizzazione del dolore è il solo segno patologico; in altri permette di prendere in considerazione e successivamente controllare alcune irregolari immagini appendicolari. Richiamandosi alla straordinaria frequenza della visibilità dell'appendire normale l'O. conferma con la sua casistica che il mancato riempimento dell'appendice e il dolore alla pressione nella sua sede rappresentano un segno fortemente favorevole alla diagnosi clinica di appendicite cronica.

Frugoni. L'O. chiede se furono osservati casi con sindrome radiologica negativa pur esistendo sintomatologia clinica chiara.

Vespignani. L'O. risponde che secondo sue osservazioni è però facile il contrario: clinicamente non si sospetta mentre radiologicamente la sindrome appendicolare è indubbia.

Digitized by Google

Ducceschi. L'O. nota l'importanza della comunicazione anche perchè illustra la fisiologia dell'appendice.

Pagani-Cesa. *La prova dell'acido e dell'alcali nelle malattie renali.* — L'O. osserva:

1°) che la prova trasportata nell'infanzia con alcune lievi modificazioni da lui fatte, si presenta assai facile anche nei piccoli bambini;

2°) che essa può essere usata per completamento di un diagnostico renale poichè risponde molto diversamente a seconda che abbiamo dinanzi un nefritico o un nefrotico;

3°) che essa ha un certo valore anche pronostico poichè nelle forme lievi di lesione renale la eliminazione dell'acido e dell'alcali si avvicina molto all'eliminazione di un rene normale.

Omirolo. L'O. chiede se le prove possono essere dannose e se hanno del resto una vera importanza pratica.

Ciminata. L'O. domanda se entra in azione una formazione ammoniacale la quale spiegherebbe la ragione dei fatti.

Pagani-Cesa. L'O. risponde che non vi sono pericoli, che con tali prove poi si facilita una diagnosi differenziale tra lesione tubulare e lesione glomerulare. Se esiste una formazione ammoniacale non può pronunciarsi essendo il suo un semplice lavoro di controllo.

Halfer G. *La reazione di Nobel ed il PH nei liquidi cefalo-rachidiani normali e patologici.* — L'O. afferma:

1°) normalmente il liquido cefalo-rachidiano ha un «ph» che oscilla da 7,9 a 8,20.

2°) nella meningite cerebro-spinale epidemica e nella purulenta il «ph» si sposta verso il punto neutro.

3°) nella meningite tubercolare lo spostamento verso il punto neutro è molto leggero, però sempre dimostrabile;

4°) alcune volte anche meningismi dati da varie malattie possono cambiare il «ph» del liquor spostandolo verso il punto neutro.

Il Segretario: prof. F. Pancrazio

DALLE ACCADEMIE E SOCIETA' ESTERE

Società Slesiana di Cultura in Breslavia

Seduta del 5 gennaio 1927

Schmidt. *Gravi lesioni successive ad iniezioni lombari.* — L'O. riferisce due casi di individui di media età, in cui, a seguito di iniezione lombare a scopo anestetico (novocaina-adrenalina), si manifestarono due giorni dopo formicolii nelle gambe ed ulcere necrotiche alla gamba ed alla regione coccigea, nonchè flittene ai malleoli ed ai calcagni. L'O. crede di poter escludere che si trattasse di lesioni da decubito, o che esse dipendessero da tecnica difettosa; egli ritiene si sia trattato piuttosto di lesioni trofoneurotiche, specialmente a carico delle radici posteriori, come ha dimostrato l'esame neurologico; esse sarebbero dovute ad influenze tossiche esercitate sugli elementi nervosi.

Sarebbe interessante determinare quanta parte abbiano nella produzione di lesioni di questo genere la diversa permeabilità individuale delle meningi, e diverse altre circostanze (mestruazione, etc.).

Società medica degli Ospedali di Lione

Seduta del 14 giugno 1927

M. Mouriquand. *Latte secco irradiato e rachitismo sperimentale.* — L'O. presenta delle radiografie di ratti sottoposti a dieta rachitigena e mantenuti all'oscurità. L'aggiunta di latte secco non irradiato non ha impedito la comparsa del rachitismo; laddove questo è stato completamente evitato quando alla suddetta dieta è stato aggiunto del latte secco che ha subito una mezz'ora d'irradiazione con i raggi ultravioletti.

Accademia delle Scienze di Parigi

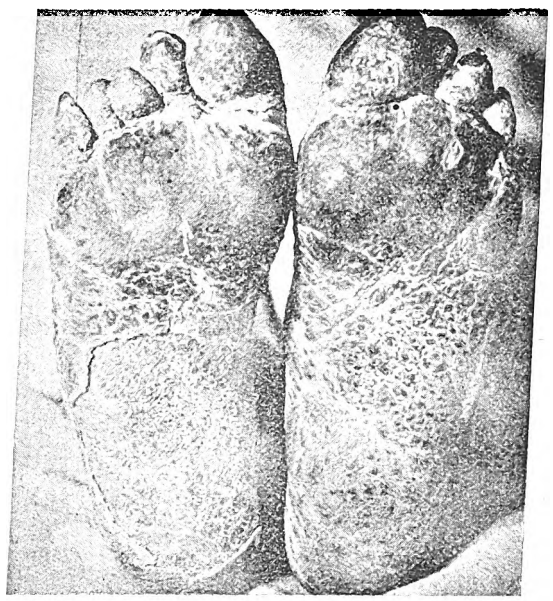
Seduta del 20 giugno 1927

J. Thomas. *Iniezioni di autolisati cancerosi nella cura del cancro.* — Lo studio del cancro sperimentale nel topo e le indicazioni fornite dalla clinica sull'uomo sembrano legittimare il metodo di cura delle affezioni cancerose per via generale (siero e vaccinoterapia). L'O. ha ottenuto interessanti risultati con le iniezioni sottocutanee di autolisati cancerosi praticate lungi dalla sede delle lesioni. I miglioramenti constatati sono così evidenti che egli propone ai chirurghi di fare seguire i loro interventi da queste iniezioni di tessuto conceroso. L'O. avanza l'ipotesi che dette iniezioni possano anche premunire contro l'eventuale apparizione di un cancro.

MEDICINA ICONOGRAFICA

Cheratoderma blenorragico

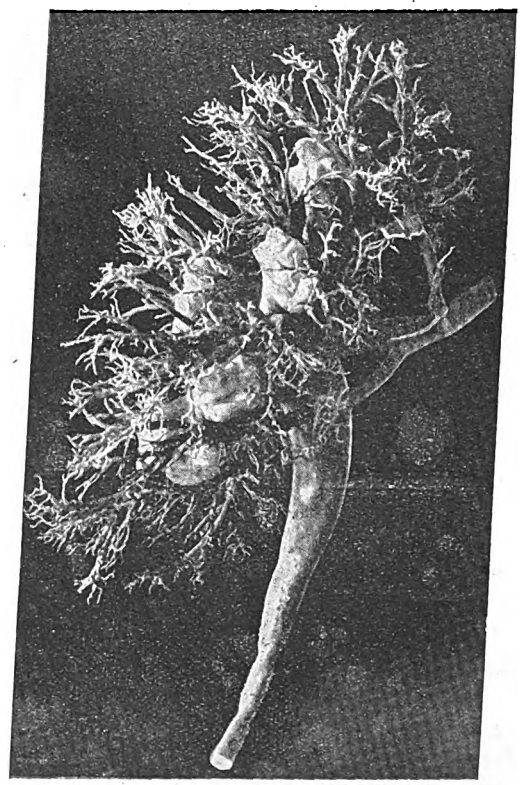
Rara complicanza della blenorragia, descritta ed illustrata da E. Millis in *The Urologic and Cutaneous Review*, luglio 1927. Le alterazioni cutanee attraverso gli stadi successivi di vêscicole, pustole e cheratosi,



portano fino alla perdita completa degli strati superficiali, specialmente ai piedi, alle ginocchia, alle mani, alle braccia, e alle spalle; regrediscono con l'uso dei salicilati e del massaggio della prostata e delle vescicole seminali, con la diatermia sulle articolazioni accessibili, con istillazioni profonde di nitrato d'argento, e localmente, sulle lesioni, con una soluzione al 10 % di olio di Santal delle Indie Orientali.

L'anatomia clinica della circolazione nella pelvi renale

Preparato collodio-corrosivo (ottenuto con iniezioni di citrato di ferro ammoniacale e di ferro-cianuro potassico) delle arterie della pelvi renale



in un bambino di 6 anni (Hinmann. *The Surgery, Gynec. a. Obst.*, maggio 1927).

Risulta evidente la disposizione generale dei vasi in rapporto alla pelvi e ai calici, nonchè la terminazione dei primi con estremità affatto libere ed indipendenti (arteriole terminali). Questa disposizione dei vasi nella pelvi ricorda clinicamente che ciascun rene è la sintesi di vari reni insieme riuniti.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

SIFILOGRAFIA

UN CASO DUBBIO DI LUES TERZIARIA DELLA GLANDOLA SOTTOMASCELLARE

per il dott. GIUSEPPE DE CRESCENZO
Medico condotto del Consorzio Bacoli-Monte di Procida (Napoli)

Le glandole salivari sono una delle localizzazioni più rare della sifilide. Pubblico, perciò, il seguente caso, il quale se non ha proprio il pregio della novità (Koschel riferì quattordici casi, Küttner, venti) ha certo quello della rarità, essendo la sede abituale della sifilide terziaria delle glandole salivari la parotide, mentre nel caso che espongo furono colpite le sottomascellari, di cui, pure è stato osservato qualche caso (Lanceraux).

I. Gelsomina di anni ventisei, coniugata, casalinga, nata e domiciliata a Bacoli di Napoli (frazione di Cappella). Nulla degno di nota nella anamnesi familiare: genitori viventi e sani; fratelli e sorelle in buona salute. Oltre i comuni esantemi dell'infanzia non sofferse altra malattia importante sino al giorno delle nozze. Sposatasi a diciotto anni ebbe dopo un anno un primo aborto di due mesi. Dopo dieci mesi dal primo subì un nuovo aborto di un mese. Ed è solo allora che il marito, che si era infettato di sifilide diversi anni prima, e che fece delle cure alternativamente, che non ripetè nemmeno dopo il matrimonio, le fece praticare anche per consiglio di un ostetrico, venti iniezioni intramuscolari di un preparato solubile di mercurio; poi più nulla. In seguito, dopo tre anni di matrimonio, conduce a termine una gravidanza ed ha un bambino che ha ora cinque anni e gode di una salute discreta. A distanza di quattro anni da questo parto è nuovamente incinta ed il venti dicembre ultimo si partorisce, dopo una seconda gravidanza a termine, di un altro bambino attualmente vivente, ma abbastanza gracile. Il parto si svolge normalmente ed ai primi di gennaio la puerpera può anche uscire di casa. Durante il periodo delle due gravidanze, e, nell'intervallo tra di esse, che è pure di circa quattro anni, la paziente dice di non avere avuto disturbi di una certa importanza tranne continue e fastidiose cefalee ed una raucedine insistente e continua che è cessata verso la metà di questo secondo ed ultimo puerperio.

Il 19 gennaio del corrente anno sono invitato a visitare la i. che è stata colta all'improvviso da febbre con brividi e da un dolore, che vicinissimo dapprima al basso ventre si è in breve diffuso a tutto l'addome.

L'inferma giace supina con colorito terreo e con una espressione angosciosa ed uno sguardo atono. Ha le estremità fredde, la cute coverta di sudore freddo. Lo stato generale della nutrizione è discreto; vi è pleiade glandolare inguinale, polso centotrenta, respirazione prevalentemente costale con aumento nella frequenza (quaranta). Accusa forte sete ha diarrea ma manca il vomito. Il sensorio è libero.

All'esame fisico si nota addome rilassato, fortemente sensibile alla pressione, timpanico, lingua patinosa; l'ottusità epatica ridotta con diminuzione da sinistra verso destra; milza nei limiti. Urina scarsa e carica con tracce di albumina e con aumento dell'indacano. Negativo l'esame degli altri apparati ed organi. Negativo anche l'esame della sfera genitale. Volta vaginale per nulla modificata.

Dai sintomi e dall'esame dell'ammalata era evidente la diagnosi di peritonismo acuto se non di vera peritonite e di lue pregressa pei fatti assodati dalla storia clinica. Ordinai quindi il riposo assoluto dell'ammalata permettendo qualche cucchiaiata di bevanda ghiacciata e pezzetti di ghiaccio da succhiare; freddo a permanenza sull'addome preferendo le compresse rinnovate spesso alla borsa di ghiaccio e feci somministrare dell'oppio scegliendo la via sottocutanea servendomi della morfina e prescrissi pure delle frizioni mercuriali associando il mercurio alla belladonna e iniezioni di olio canforato. Avvertii quindi la famiglia che se la cura medica non avesse dato risultati non bisognava perdere del tempo prezioso e bisognava consegnare la paziente al chirurgo. Al terzo giorno però già dileguavano i fatti acuti e potevo al quinto, concedere dei cibi freddi. Dopo otto giorni avviandosi l'inferma verso la guarigione intrapresi la cura specifica con preparato di bismuto (Bismarsol).

Al dodicesimo giorno, quando ogni fatto poteva dirsi cessato comparе bruscamente, accompagnata da un dolore piuttosto vivo e con assenza di febbre una tumefazione diffusa della regione sottomascellare di sinistra. La pelle è rosea e aderente; la mucosa boccale sollevata dalla tumefazione, che è dura, non limitata e non fluttuante; la pressione è dolorosa. Il giorno dopo la tumefazione si diffonde all'altro lato, vi è salivazione, impedimento nei movimenti del mascellare. La stato generale che pure era tanto migliorato dopo la sindrome peritoneale si aggrava e si ha una lieve recrudescenza della febbre, la pelle nella sede della intumescenza ha acquistato un colore rosso vivo ed alla palpazione si rileva una pastosità profonda e diffusa senza che vi sia una vera fluttuazione. Faccio diagnosi di infiammazione acuta delle glandole sotto-mascellari e sospettando la presenza di pus consiglio la apertura dei focolai chiedendo però l'intervento di un chirurgo, dati i precedenti e le condizioni dell'inferma. Nel pomeriggio, verso le diciotto interviene il chirurgo, che è anche un ufficiale superiore, il quale, ascoltata la storia ed osservata la paziente rassicura i familiari che trattasi di una banale parotite per cui in cinque o sei giorni tutto sarebbe ceduto ed i fenomeni sarebbero scomparsi. Ma ancora due giorni dopo, aumentando la gravezza della cosa, decido, col permesso della famiglia, di intervenire da solo. Pratico quindi dal lato sinitro, dove la tumefazione è più grossa, e, dove si avverte alla palpazione una maggiore pastosità, una incisione parallela e sottostante al margine inferiore del mascellare. Detta incisione dette esito ad una quantità enorme di pus, a lembi di tessuto sfacelato, a cenci necrotici; i tessuti hanno un aspetto giallastro. Ciò nonostante lo stato generale non migliora, subisce invece un aggravamento apprezzabile, mentre al lato destro la tumefazione aumenta sempre più e la pelle acquista anche qui un colore rosso vivo e il dito vi lascia la sua impronta. Allora la famiglia decide di fare intervenire un altro chirurgo, il Professore Spinetti, libero docente, il quale accetta la mia diagnosi e pratica immediatamente al lato destro una incisione come fu fatto all'altra parte ed impone di continuare la cura specifica. Dopo la seconda incisione le condizioni della inferma sembrano voler migliorare; ma alcuni giorni dopo compaiono, prima sulla faccia posteriore dell'avambraccio destro, poi su quello sinistro, poi sulla gamba destra in corrispondenza della tibia degli infiltrati gommosi profondi. Abbandono allora il bismuto e ricorro al bicianuro di mercurio. Ma gli infiltrati prendono subito l'aspetto di tumori appiattiti aderenti alle parti sottoposte e le forze della paziente decadono rapidamente; essa è ormai in preda alla cachessia che la conduce rapidamente alla fine e decede nella notte del 14 febbraio scorso.

Ho esposto il caso con quanta maggiore fedeltà mi è stato possibile sopratutto per l'evoluzione rapida dei fatti morbosi che condussero a morte la mia paziente.

Ora qualche modesta considerazione.

L'ammalata si era partorita regolarmente il 20 dicembre ed il 19 gennaio viene colpita dal dolore all'addome. Localmente sui genitali non si osservò nulla di anormale. Peritonite puerperale? E perchè il punto di partenza di questa non poteva essere una sifilide intestinale? In effetti, però, nel peritoneo non sono state descritte forme morbose isolate attribuibili indubbiamente a sifilide. Ma anatomicamente sono state osservate gomme e processi flogistici di questa sierosa; i quali facevano continuazione con quelli degli organi sottoposti ad essa e nei quali essi avevano la sede principale. Ed è stato notato qualche caso di peritonite gommosa parziale compagna a gomme di altri organi (Laurenzi). E sono stati veduti molti casi di peritoniti circoscritte del basso ventre delle pertinenze dell'utero, guarire colla cura antisifilitica.

Stante ciò non può escludersi il dubbio che la infiammazione acuta delle glandole sottomascellari del presente caso fosse di natura sifilitica, non già la localizzazione di un comune processo settico-piemico. Il dubbio della natura luetica è giustificato dai precedenti dell'inferma, dal rapido decorso, dal colore giallastro caratteristico dei tessuti, dalla presenza quasi contemporanea degli altri tumori specificamente gommosi. La sifilide terziaria salivare specie delle sottomascellari offre non poche difficoltà e può confondersi con un cancro, con un tumore misto, con un nodulo misto, con un nodulo tubercolare o actinomicotico o con un tumore infiammatorio cronico e in tutti i casi bisogna tenere conto del soggetto e della coesistenza delle altre manifestazioni sifilitiche attuali.

Digitized by Google

Certo tale osservazione è rara come sono rare quelle di tubercolosi delle glandole salivari.

Lancereaux per il primo constatò un'alterazione interstiziale della glandola submascellare e il Fournier osservò un'alterazione gommosa della stessa glandola. In genere la sifilide terziaria delle glandole salivari cede alle cure specifiche e mai può dirsi che abbia dato luogo ad ascessi. Nel mio caso non escludo la infezione settico-piemica, ma mi sembra doversi tener conto anche della lue, come sostrato del male.

Non ebbi la opportunità di chiarire i dubbi diagnostici, con ricerche speciali, sopratutto per la rapidità di decorso del male. In ogni modo, approfittando della gentile ospitalità de *La Riforma Medica,* ho voluto comunicare il caso osservato.

DIAGNOSTICA

Diagnosi differenziale tra la gravidanza extrauterina interrotta, l'appendicite acuta e la colecistite acuta

Sebbene ogni buon libro faccia rilevare i dati differenziali in codeste congiunture, il frequente ritorno della stampa, sta a prova della difficoltà nel vederci chiaro. S'è anche un altro fattore, di ostacolo o di facilitazione, a seconda dei casi, ed è la appartenenza del materiale clinico a reparti specializzati, ovvero ad ospedali generici, giacchè si comprende che in questi ultimi è più facile avere affezioni più svariate.

In questi ultimi 10 anni, Eisen Klam (Krankenhaus in Wien, *Wiener Klinische Wochenschrift* n. 28, 1927) ha raccolto 93 osservazioni. Di esse 82 non forniscono precedenti ginecologici di altre gestazioni ectopiche. Tuttavia 43 di questo gruppo furono rubricate senza diagnosi, come affezioni addominali anche di etiologia sconosciuta. Vero è che in tre di esse si era ammessa l'appendicite; ma questa si combinava con rottura tubarica. In 36 casi la ricezione si accompagnava ad errata diagnosi, cioè: 22 appendicite acuta, 2 colecistite, 6 aborti, 2 tumori annessiali, e così via. Gli anzidetti tre casi furono ben controllati all'atto laparotomico: e ne sono riferite le storie cliniche. Esse vengono a confermare che esiste questo rapporto tra gestazione (anche normale) ed appendicite, sebbene non sempre riesca interpretarlo. Non si escluderebbe un influsso meccanico, nel senso di compressione sull'appendice, o stiramento del suo meso. Alcune constatazioni radioscopiche, sotto l'introduzione di masse opache per bocca e per l'ano, starebbero a mostrarne, secondo l'A. questo spostamento in gravidanza. Nondimeno in maggior valore si mette lo stato di iperemia e di rilasciamento in tutto il campo addominale, per modo da attivare una flogosi appendicolare assonnata. Premessi questi concetti per la gestazione normale, è più agevole chiarire le reciprocanze appendico-gravidiche, nella gestazione ectopica. Bisogna naturalmente distinguere i casi a seconda del lato. Si capisce che la g. e. a destra possa direttamente risuscitare la flogosi appendicolare latente. Meno facile spiegarsi l'azione inversa: tuttavia se si ammette uno stato flogistico infetto, non è difficile imaginare che la diffusione salpingo-annessiale costituisca una condizione tuttaltro che favorevole all'evoluzione, già di per sè difficile ed anormale, di una gestazione ectopica destra.

In quanto alla colecistite è già ammesso nella normale gestazione un perturbamento meccanico e funzionale della cistifellea. E' implicito che queste reciprocanze siano accentuate nelle condizioni ectopiche. Insorgono allora complesse sindromi delle quali non si riesce ad avere sicura ragione altro che a ventre aperto; come appunto in due casi riferiti dall'A.

In complesso: gravidanza ectopica rotta, appendicite, colecistite offrono non pochi sintomi che possono scambiarsi, salvo che alcuni predominano, altri scarseggiano a seconda della contingenza. Intuitivo è che in una donna d'altronde sana, e giovane un'intempestiva acuta sindrome lasci pensare piuttosto a rottura di gravidanza ectopica. Ma è sempre di là da venire il controllo; e questo è operatorio. Tuttavia qualche particolare rilievo può essere qui addotto.

a) La localizzazione del dolore. Tutti conoscono ormai come vada sempre più perdendo valore l'uno o l'altro dei punti dolorosi che gli autori avevano fissato per l'appendicite. Al più si può avvalersene quando si constati l'irradiazione del dolore alla coscia, ed eventualmente l'atteggiamento rattratto dell'arto; mentre a favore della colecistite starebbe il dolore irradiato alla spalla. Ma ciascuno comprende come ciascuna di queste manifestazioni possa andare esposta alle più varie vicende.

b) L'ittero è appunto un sintomo capace di indurre ai più facili errori, tra gravidanza ectopica e colecistite, perchè anche se in proporzioni esigue, si può tuttavia avere dell'ittero nella rottura con spandimento di sangue nel peritoneo.

c) Si è voluto dare qualche importanza alla anuria nella rottura gravidica. Ma purtroppo la clinica insegna che non di rado essa possa costituire una concomitanza della grave angiocolite.

Tutto sommato risulta che anche i più esercitati possono incontrarsi con insormontabili difficoltà nel decidere se si tratti dell'una o dell'altra delle tre affezioni qui analizzate.

CASISTICA

Linfosarcomi addominali con metastasi cranio-facciali

A. Volpe e N. Bloise (Clinica infantile di Montevideo, *Archives de Médecine des Enfants,* 1927 vol. 30 n. 2), descrivono due casi di tumori linfosarcomatosi retroperitoneali (perirenali), i quali oltre alle ordinarie metastasi nei gangli e nei visceri adiacenti, ne presentavano un certo numero nelle ossa piatte (cranio-facciali, iliache, costali).

La presenza di questi tumori metastatici nelle ossa cranio-facciali dava ai due infermi un aspetto cloromatoso caratteristico.

Dall'esame di questi due casi gli AA. deducono che la differenziazione basata esclusivamente sui segni clinici è quasi impossibile e che si potrebbe qui pensare alla malignità del processo solo per il numero e lo sviluppo abnorme delle tumefazioni. Onde l'esatta diagnosi si farà con l'aiuto di ripetute ricerche della formula sanguigna (nel cloroma si arriva sempre a constatare un'alterazione qualitativa — mieloide — che manca nella linfosarcomatosi), nonchè con quello dello studio citologico della polpa neoplastica e anche del midollo osseo e della milza, previa opportuna puntura di ciascuno di essi.

Enfisema mediastinico

Si sa che nella cura Forlanini non è eccezionale notare un enfisema sottocutaneo, specie se si usano aghi grossi, e pressione soverchiante. Più raro, e certo più preoccupante, è l'enfisema mediastinico.

Un'osservazione spetta appunto al Ritschel (*Medizinische Klinik,* n. 28, 1927) in una paziente di 22 a. Si erano introdotti 500 cc. di gas, con pressione terminale negativa; e l'altro domani un riempimento complementare. Durante 48 ore nessun disturbo. Poi improvvisamente sotto lo sterno un lento progressivo senso di pressione, ascendente verso il collo; disfagia, ostacolo alla respirazione. Questo stato si prolunga per molte ore. Di obbiettivo soltanto un crepitio da enfisema nel giugulo, sopra la clavicola sinistra. Dopo altri quattro giorni cessato ogni disturbo. La osservazione radiologica aveva peraltro mostrata la presenza di aria nello spazio pleurico.

Tenendo considerazione dei quattro tipi di enfisema ammessi da Branca-Spengler, cioè: 1. Interstiziale dei setti polmonari, che porta al vero enfisema mediastinico; 2. Enfisema delle cotenne pleuriche; 3. Quello subfasciale. 4. Quello sottomuscolare e sottocutaneo — l'A. ritiene che nel caso suo la spiegazione resti difficile. Forse in qualche brusco movimento si sarebbe lacerata qualcuna delle aderenze, coinvolgendo nella scontinuità anche il polmone.

Leishmaniosi viscerale in un adulto

D. Ortega (*Archivos de Cardiologia y Hematologia,* 1927 n. 2), riferisce il caso di una giovane donna la quale soffriva di diarrea mucosa, dolori alla regione splenica, astenia, sudorazione profusa ed attacchi febbrili pomeridiani che si risolvevano sul far della sera in rapida crisi. La cute era di color giallo terroso. Le condizioni generali pessime, stante un'avanzata cachessia. Il ventre era prominente come in gravidanza di nono mese. Si notava una discreta micropoliadenia, nonchè la presenza di una rete venosa superficiale all'addome e al petto. Alla palpazione si notava che la milza, ingrossata, occupava tutta la metà sinistra dell'addome, invadendo anche parte della fossa iliaca. Il fegato era normale.

L'esame della polpa splenica, che mise in evidenza numerose *leishmaniae infantum,* e le ricerche microscopiche ematologiche (formula leucocitario, indice di Arneth, contaggio dei globuli rossi e bianchi) permisero una pronta e sicura diagnosi di leishmaniosi viscerale.

Degno di nota è il fatto che un figlio di questa inferma era morto poco tempo prima che la madre si ammalasse, colpito dalla stessa malattia.

L'A. iniziò senz'altro la cura con iniezioni ipodermiche e intramuscolari di Stibenil (tartaro stibiato al 2 %) in dose di 2-5 cmc. L'inferma guarì completamente dopo una ventina di queste iniezioni. L'A. ritiene opportuna la via intramuscolare per le iniezioni di Stibenil; non vi è necessità di ricorrere assolutamente alla via endovenosa.

Digitized by Google

CHIRURGIA

Preparazione dell' operando

MITCHELL (St. Bartholomew's Hospital. London. *The Lancet*. n. 5423, 1927), dice che la pratica quotidiana va fornendo obbiezioni e varianti nella linea di condotta più consigliabile, epperò conviene fermarvi l'attenzione.

Uso dell'olio di ricini. La somministrazione suole esser fatta nella notte avanti l'intervento. Il paziente risente gli effetti senza dubbio notevoli, esercitati dall'irritante produzione di acido ricinoleico, nel duodeno. Il vantaggio è manifesto là dove si richieda un completo vuotamento del colon, ed una sosta piuttosto lunga alle defecazioni. Tuttavia non mancano inconvenienti. Anzitutto l'infermo è disturbato più volte durante la notte. L'intestino subisce uno stato di irritazione spesso fino all'esaurimento, un collasso che costituisce un perturbamento meccanico non sempre opportuno per il chirurgo. Altro svantaggio è l'inerzia della muscolatura intestinale consecutiva all'irritazione iperattivante dell'olio, quando abbiano luogo e concorso due altri fattori: le manipolazioni siano pure delicate del laparotomista, e la relativa immobilità delle pareti addominali suturate. Fra questi inconvenienti è logico pensare che quello più eliminabile sia appunto la somministrazione di olio.

Non abbastanza soddisfatti di codesta somministrazione, alcuni chirurgi impongono un altro rimedio: l'enteroclisi il mattino stesso dell'operazione; e naturalmente si accentua l'irritazione intestinale e l'esaurimento del paziente.

Ora anche per quanto riguarda particolari contingenze, non possono tacersi alcune considerazioni:

a) La vacuità dell'intestino non è condizione molto favorevole o necessaria all'entero-anastomosi, tanto più che la tecnica è oggi in possesso di efficaci coprostati. b) L'anastomosi è difficoltata notevolmente dallo stato di collasso e retrazione intestinale. c) Le anastomosi praticate in tali condizioni sono anche più predisponenti alle stenosi. d) L'inerzia intestinale consecutiva all iperacidità costituisce un pericolo per lo stoma.

Il digiuno. Anche questo che di solito si inizia 12 o 14 ore avanti, ha avuto la sanzione, e l'adozione. Poi l'esperienza ha mostrato come questo fattore si sommi anche allo stato di inerzia; ma c'è di più: il digiuno facilita l'acidosi che influisce a sua volta sui vomiti post-cloroformici; e finalmente al consumo della riserva di alcali nel sangue.

I moderni metodi preoperatori hanno tenuto conto di cotesti singoli esponenti. Si può farne il rapido elenco seguente:

1. Rimozione di eventuali sorgenti di sepsi, p. es. tonsille, denti infetti.

2. Vuotamento dell'intestino mediante olio di paraffina liquida somministrata notte e mattina.

3. Trattamento tonico e corroborante nella settimana che precorra all'intervento.

4. Ammissione in casa di salute od ospedale non oltre le ore 18 del giorno precedente l'operazione.

5. Esecuzione di un bagno caldo e allettamento.

6. Visita del narcotizzatore e del chirurgo per accertarsi delle disposizioni da dare per l'indomani.

7. La cena consiste in una leggera minestra o zuppa, qualche pesce bollito, salse, burro, spinaci, biscotti. Niente vino; non carne fresca; the; caffè.

8. Lavaggio della cute addominale, rasura, nettamento con etere, copertura con un telo.

9. Se il paziente è alquanto debole gli si somministra in seguito, qualche bevanda di ovaltina, o malto-latte Horlick.

10. Si somministra qualche lassativo al quale il paziente sia abituato e nella dose che gli è consueta.

11. Si lavano i denti con spazzola, magari con un antisettico quale l'eutimolo.

12. Si spenga la luce alle ore 22.30 o a discrezione della *nurse*.

TERAPIA

Come trattare la tubercolosi osteo-articolare

Attraverso le epoche del nostro progresso, contrassegnate da Lister, Pasteur, l'attuale chirurgia tendendo sempre più verso metodi biologici, si avvale oggi di tre vie per esaltare i poteri organici difensivi: la citofilassia (Delbet) o la sieroterapia, la vaccinoterapia.

In fatto di osteo-tubercolosi, particolarmente in età adatta, e da parte le norme abbastanza volgarizzate di immobilizzzione con o senza trazione, elioterapia, spiaggia, superalimentazione etc., alcune orientazioni si sono modificate in rapporto a concezioni patologiche.

Attualmente si pensa che la tubercolosi si comporti in modo strettamente analogo a quello della sifilide. Cioè: una prima fase caratterizzata da un focolaio di inoculazione, localizzato nel polmone, occorso fin dai primi giorni della vita, in circa 99% degli abitanti delle città. Poi una tappa ganglionare; quindi un periodo terziario nel quale si hanno localizzazioni diverse.

Un individuo portatore di germi tubercolosi viventi reagisce all'iniezione di bacilli altrimenti di un soggetto sano. E' lo stato di allergia dimostrato dal Pirquet. Qui si ottiene un'esagerazione dei fenomeni locali: il fenomeno di Kock, un ascesso onde risulta l'espulsione dei bacilli tubercolosi iniettati. Questo ascesso è una reazione di difesa.

Il vaccino preventivo scoverto dal Calmette ha consentito una larga introduzione nella terapia infantile. Secondo DELBET (*Jour. des Prat.* n. 31, 1927) è già antiquata la teoria della penetrazione per via respiratoria ed intestinale, mentre la cognizione delle forme filtrabili del bacillo tubercoloso, costituisce la nuova concezione della trasmissione materno-fetale. Calmette attraverso culture e successive reinfissioni bacillari su terreni biliari, ottiene una particolare razza di bacilli dotati di poprietà antigene, capaci di provocare l'allergia nell'organismo dove essi sono portati, pure essendo destituiti di ogni vivacità. Il Vaudremer così trattando 400 casi calcolerebbe in 75 % il successo favorevole.

Negli ultimi anni si è insistito da Finkoff sulle iniezioni di olio vegetale addizionato di 1/10 di tintura di iodo, associandovi il trattamento interno con preparati ricalcificanti. Questo olio più rapidamente assorbito che non il lipiodol aumenterebbe il potere lipasico e proteolitico del siero.

L'A. ha affidato al Finkoff parecchi suoi infermi di articolazioni diverse, alcuni meritevoli di resezione, altri persino di amputazioni. I suoi risultati sono stati lodevolissimi; di 54 casi, 25 sono guariti, 16 migliorati; in 3 insuccesso completo; alcuni ancora in via di cura.

In Argentina recentemente si caldeggia un trattamento chirurgico dal Lavallée. Un tunnel è praticato dalla diafisi attraverso l'epifisi. Vi si introduce un pezzo da innesto osteo-periostale, e si collegano gli innesti intraossei con un innesto esterno, destinato a rimuoversi dopo consolidazione. Sarebbe una specie di salasso osseo. L'A. ha visto a Buenos Ayres ottimi risultati antichi e recenti e ne ha operato un caso anche con successo sorpredente: dopo 25 giorni questo infermo di tumore bianco al ginocchio camminava. Ora lavora.

Ho operato un caso anche io con successo sorprendente: dopo 25 giorni questo infermo di tumore bianco al ginocchio camminava. Ora lavora.

L'A. ha altri casi in via di trattamento. Ha incaricato il Finikoff di associarvi il suo metodo.

Tiroidina e salicilato di sodio nella cura dell'endocardite reumatica

V. COSTABILE (III. Clinica Medica della R. U. di Napoli. *Revista médica de Barcelona*. 1927 n. 38), riferisce come in taluni casi di endocardite reumatica esista una insufficienza tiroidea, la quale anzi sarebbe la causa prima dell'affezione reumatica in quanto produrrebbe una speciale recettività per i germi che con ogni probabilità vivono come ospiti abituali nell'organismo.

In relazione a questa osservazione l'A. consiglia l'uso della tiroidina associata al salicilato sodico nella cura della endocardite reumatica associata ad insufficienza tiroidea e ricorda a questo proposito di avere ottenuto ottimi risultati in un inferma la quale presentava come fatto tiroideo solo una spiccata sensibilità della glandola.

La somministrazione di medicamenti andrà quindi fatta in quattro tempi:

1. Periodo di prova, in cui si dovranno usare le dosi, a fine di saggiare la tolleranza individuale e non forzare una glandola esausta (4 gr. di salicilato sodico e 25 cgr. di estratto tiroideo pro die e per i primi 5 giorni).

2. Periodo di attacco, in cui notata la tolleranza e svegliata, per così dire, la glandola dal suo torpore, si somministreranno le massime dosi (6 gr. di salicilato sodico e 50 cgr. di estratto tiroideo pro die e per i 5 giorni successivi).

3. Periodo di decrescenza, in cui si diminuiranno le dosi da somministrare (3 gr. di salicilato e 25 cgr. di estratto tiroideo pro die e per i 5 giorni successivi).

4. Periodo di latenza, in cui si daranno maggiori quantità di estratto rispetto al salicilato (1 gr. di salicilato e 25 cgr. di tiroide pro die).

Digitized by Google

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Ipovagol nella terapia del mal di mare. — L'ipovagol è un estratto glicerico surreno-neuroipofisario, che, iniettato per via endomuscolare, permette di effettuare una terapia endocrina del mal di mare. Sui vantaggi che con esso si possono ottenere riferisce ora E. Trocello (*Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze affini*, fasc. III, 1927), raccogliendo 21 osservazioni fatte da vari medici a bordo dei piroscafi Dante Alighieri, Cesare Battisti, Mafalda, Stella d'Italia e Presidente Wilson. Dei 21 casi trattati con l'ipovagol, 16 si giovarono in modo deciso della cura sì da essere considerati come successi completi, 3 casi ebbero vantaggi parziali sebbene soddisfacenti e solo 2 non si giovarono del farmaco.

I benefici effetti ottenuti, secondo l'A., sono da riferirsi al fatto che la sindrome del mal di mare è quasi generalmente costituita da fenomeni iperparasimpatici, in ispecie vagotonici, e che l'ipovagol per la sua composizione esplica un'azione simpaticotonica, quindi antagonista. Tutte le volte, invece (casi eccezionali), nelle quali la sindrome naupatica risulta di fenomeni di ipertonia simpatica, la cura ipofiso-surrenale non risponde affatto. I temperamenti nervosi, isterici sono i meno suscettibili all'azione del medicamento; per ciò forse le donne danno risultati meno buoni.

La principale azione del farmaco si esplica sul vomito e sulla nausea, che in breve — talora dopo una sola iniezione — scompaiono; così pure è beneficamente influenzata la vertigine. Il senso di prostrazione, il malessere, la cefalea cessano anche spesso, nè è rara la comparsa di un vero senso di euforia.

Le dosi utili variano da individuo ad individuo; in ogni caso si praticherà un'iniezione al giorno fino alla completa cessazione di ogni sintomo morboso (in casi rari 5-9 iniezioni); per ogni iniezione si userà 1-1 1/2 cc. di farmaco.

Non esistono controindicazioni per questa terapia, della quale si avvantaggiano anche i bambini; tra gli inconvenienti notasi solo talora un modico dolore locale al punto dell'iniezione, del resto ben tollerabile.

L'azione del farmaco non è transitoria, ma si mantiene anche nei giorni successivi, pur persistendo il mare grosso; qualche volta soltanto è necessario ripetere le iniezioni, dopo conseguiti i benefici risultati. In casi di brevi traversate, quando il mare fosse agitato, si potrà, prima ancora di imbarcarsi, farsi praticare un'iniezione un'ora circa prima della partenza.

Il Siero di secondo salasso nelle sue applicazioni cliniche. E' stato studiato dal Dr. Giacomasso, dell'Ospedale Martini di Torino (*Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, 1927, n. 2), che, dopo avere riassunto i concetti seguiti in addietro nella cura delle anemie, esamina le moderne tendenze verso l'opoterapia e verso l'immunità, per condurre la questione delle malattie ematiche sul terreno dell'opoterapia e di provocare l'emopoiesi a mezzo di una reazione immunitaria atta a favorire la rigenerazione degli elementi del sangue.

L'A. ha seguito 13 ammalati di varie forme di anemia, studiando accuratamente in ciascuno di essi il comportamento dei componenti del sangue a seguito della somministrazione di siero di 2° salasso (Hemostyl).

Sulla base dei risultati ottenuti il Giacomasso conclude che l'Hemostyl costituisce il siero specifico degli stati anemici, esercitando contemporaneamente sul complesso dell'organismo quell'azione tonica che possiede il siero di cavallo in generale.

La somministrazione del siero per via orale fu sempre ben tollerata, nè si ebbero mai a riscontrare fenomeni da siero od anafilattici anche durante lunghe somministrazioni.

□□□

COMMENTI E POSTILLE

Ancora sul valore pratico della reazione del triptofano

per il prof. GIUSEPPE AIELLO (Milano)

Il prof. G. De Toni nel n. 28, 1927 di questo periodico risponde a quanto io gli avevo obiettato circa il suo dissenso nei riguardi del valore pratico della reazione del triptofano («Riforma Medica» n. 2, 1927 pag. 36) e ne sono lieto specie dopo il mio accenno, in «Minerva Medica» n. 16, 1927, a quegli osservatori che parlano genericamente ma non pubblicano nè precisano mai i loro casi.

Vediamo ora con quali elementi il prof. De Toni prende posizione nel dibattito. Già dal titolo del suo ultimo commento («Sulla *pretesa specificità* della reazione» ecc.) egli dimostra di non aver modificato il suo giudizio del 1924 (Congresso di Pediatria di Milano, in sede di discussione sulla comunicazione Porta) nè ciò mi interessa poichè il De Toni non ha mai lavorato personalmente sulla reazione del triptofano pur avendo praticato qualche reazione isolata, ma dove debbo contraddirlo è nei riguardi della cosidetta «specificità».

Per poter asserire che io abbia mai segnalato la mia reazione come *specifica* del processo meningitico tubercolare, il prof. De Toni dovrebbe basarsi su qualche mio scritto. Ora basta ricordare che nella «Riforma Medica» n. 2, 1927 a pag. 36 col. 2.ª scrivevo: «non ho mai dato significato di specificità alla reazione del triptofano» e più in là, a proposito di una recensione inesatta, scrivevo «così si rischia di diffondere la leggenda di una insostenibile proprietà specifica (e quale delle reazioni biologiche può dirsi oggidì specifica?)».

La parte strettamente tecnica del dibattito è poi la seguente: è vero che il prof. De Toni, come affermò al Congresso di Milano, ha trovato positiva la reazione «in *casi* di meningismo, meningite sierosa e perfino in un caso di paralisi post-difterica»?

Egli oggi ritira quanto disse per il meningismo asserendo che nel 1924, in tale dizione comprendeva anche le meningiti sierose: resta quindi accertato che mai nel meningismo la reazione del t. è positiva. Per la meningite sierosa il prof. De Toni non apporta casi proprii, ma si vale di quelli già pubblicati dal Fornara. Ora su questi casi (2 reazioni «deboli» su 14 negative) risposi già al Fornara («Minerva Medica» loc. cit.) che non ne tenni conto nella mia rivista sintetica, perchè si trattava appunto di reazioni deboli (+) facili a verificarsi in un processo grave infiammatorio. Aggiungo ancora che oggi la meningite sierosa è considerata come lo stadio iniziale di una essudazione sierosa, passibile di trasformarsi in una forma francamente purulenta (vedi anche il Zangari — «Morgagni» 1927 n. 28 e 29); inoltre la gravità dei casi di meningite sierosa riportati dal Fornara al Congresso di Milano è stabilita per il fatto che in 3 casi vi era il reticolo. Probabilmente in due di questi fu positiva (sempre debolmente, però) la reazione del triptofano; non posso affermarlo con certezza perchè a distanza di tre anni il Fornara non ha pubblicato i dati riferentisi a detti casi, pur avendo preannunziato un lavoro completo.

Ad ogni modo contro questi due casi controversi, a reazione debole, restano incontrovertibili i risultati negativi della reazione in casi di meningite sierosa ottenuti da osservatori vari, neurologi e pediatri, ad es. dal Santangelo (15 su 15), dal Moretti (3 su 3) dal Tronconi (oltre 15 in gran parte finora inediti) dal Barbarani (3 su 3) ecc. E vi saranno innumerevoli casi negativi anche tra quelli inediti del Fornara, se questi scrive (1927) di aver su 300 liquidi esaminati trovato la reazione del triptofano fortemente positiva solo nella meningite tubercolare (rare eccezioni a parte).

Ma dove sono i casi personali del prof. De Toni? Egli nel suo commento ne espone tre, ma in realtà solo il primo è personale: riguarda un caso di meningite, a suo dire, influenzale, ma che però presentò «segni di uremia e con tale sindrome morì». Nel liquor vi era reticolo, le reazioni delle globuline furono positive e positiva (orrore!) fu la reazione del triptofano. Potrei rispondere che il caso si inquadra in quelli eccezionali, con forte aumento di globuline nel liquor (Ajello, «Policlinico, sez. pratica n. 17, 1922) ma vi è di più: il Mestrezat, autore di un classico trattato sul liquor, ci ammonisce dell'esistenza di meningiti uremiche con iperalbuminosi ed aumento di fibrina (pag. 586 del suo trattato): in presenza quindi di una essudazione limpida di natura tossica, nel senso del Mestrezat, e con reticolo visibile non vi è da sorprendersi perchè la reazione del triptofano, che svela appunto la fibrina (come chiaramente ho scritto a proposito del meccanismo d'azione della reazione) sia stata positiva. Doveva anzi esserlo!

Mi riesce ancora più facile controbattere il prof. De Toni circa i due casi (tetano, difterite tossica) già pubblicati dal Fornara («Clinica Pediatrica» n. 1, 1927, casi n. 1-2): dunque egli porta come casi contrari alla tesi del buon valore pratico della reazione del triptofano:

a) un caso di tetano con liquor *ricavato dopo iniezione endorachidea di siero* (e la reazione meningea post-serica?) e con 5136 cellule al mmc. (aspetto del liquor, infatti, opalescente, con deposito bianco abbondante al fondo).

b) un caso di difterite tossica con liquor dall'aspetto puriforme e 6900 cellule per mmc.; all'autopsia del detto caso «velatura purulenta dell'encefalo».

Che queste citazioni del prof. De Toni sieno state fatte inconsideratamente, resta dimostrato solo dal titolo del lavoro del Fornara in cui so-

Digitized by Google

no illustrati, titolo che è «Reazioni meningee puriformi asettiche»: non c'è quindi proprio da meravigliarsi della presenza della reazione del triptofano quando si ha un reperto cellulare così imponente; anzi in tali casi è inutile praticare le reazioni delle globuline e del triptofano perchè è noto come esse, per avere un valore attendibile, debbano essere eseguite su liquor limpidissimo. Per la reazione di Pandy, il Kafka esige perfino il controllo, volta per volta, con liquor limpido normale; per la mia reazione Porta, Brugi, Moretti ed altri confermarono quanto io scrissi nella prima nota e che cioè la reazione doveva essere eseguita su liquor limpido.

Ed eccoci alla parte finale del commento, dove si parla della positività della reazione in sei casi su sette di paralisi post-difterica; risposi già al Fornara («Minerva Medica» loc. cit.) e non ho che a ripetermi: «su 6 reazioni eseguite solo una è nettamente positiva, quella con tipica nagratela, una è ++ e quattro sono deboli (+)»: cade quindi la facezia del prof. De Toni sulla «*specificità*» della reazione del triptofano al 100 % nelle paralisi post-difteriche; attendiamo piuttosto i risultati di altri osservatori italiani e ricordiamoci che gravi ed estese alterazioni midollari in animali intossicati per tossina difterica furono ottenute dal Donaggio nelle sue classiche ricerche sperimentali!

E vediamo intanto se i casi del Fornara (otto finora essendone stato pubblicato un altro in «Clinica Pediatrica» 1915) trovano riscontro nella letteratura anglo-americana, la sola — dopo la francese — ricca di lavori sul liquor: ho potuto consultare *in originale* il lavoro di I. e C. Regen e Brickhouse Wilson («American Journal of Diseases of Children») dal titolo: «The characteristics of the Cerebrospinal Fluid in postdipliteric Paralisis»: sono analizzati dei casi per un numero oltre 3 volte superiore a quelli del Fornara (complessivamente 28 esami, poichè in tali casi si impongono esami ripetuti) e mentre il Fornara, nel citare brevemente il detto lavoro scrive «si ebbe tra essi *netto* aumento in 4 casi, *debole* in due» gli AA. scrissero invece testualmente «le globuline erano in aumento in meno di un terzo dei pazienti»: l'aumento fu *leggero* (od *insignificante* come può esser tradotto *slight*), occasionalmente moderato, *mai rimarchevole*.

Anche nei 4 casi dello Spolverini la reazione delle globuline fu lievemente positiva. Il Fornara ritiene che i suoi casi sieno «dimostrativi per un aumento delle globuline», ma se consideriamo che la Pandy è frequentissimamente positiva anche in assenza della Nonne, reazione indubbiamente più sicura per le globuline, e che poi non dà ragguagli quantitativi perchè non è dimostrato che sveli solo le globuline, se si aggiunge che la reazione di Boveri e la mia reazione non hanno nessun parallelismo colle globuline e che, ancora, la Weichbrodt svela, secondo il Pisani (che ha in merito notevole esperienza) solo l'albumina (siero-albumina), è facile dedurre che questo costante e netto aumento delle globuline nelle paralisi post-difteriche è ben discutibile, allo stato attuale delle nostre conoscenze e secondo la letteratura nota.

Per concludere, il prof. De Toni non nega che la reazione del triptofano possa avere un «qualche valore, se non altro teorico», ma è strano che poche righe prima scriveva «la reazione non dà *molto di più* di quanto danno le ottime e semplici reazioni di Pandy e Nonne». Dunque la mia reazione *dà di più*, ma non molto di più. E' la stessa espressione del Fornara che in «Minerva Medica» n. 12 1927 scrisse «non può esser considerata di *molto* maggior valore delle reazioni di Pandy e Boveri». Non vi è dunque *oggi* disaccordo tra quello che il De Toni ed il Fornara hanno osservato; solo che essi, attraverso riserve e perifrasi che ho dovuto controbattere, vorrebbero fosse praticata comparativamente alle altre reazioni.

E chi ha mai negato ciò? Tutti gli AA. che si sono occupati della mia reazione hanno lavorato in comparazione con altre reazioni: è di oggi il lavoro del Fanton («Pediatria Pratica» luglio 1927) sulla reazione di Taccone eseguita comparativamente alla mia e ad altre reazioni. Ebbene, come mi scrive l'A., la reazione del triptofano si è dimostrata quasi costante (28 casi su 40, considerando due reazioni divenute positive in periodo più avanzato) ed è «preziosissima» per la diagnosi di meningite tubercolare.

Il prof. De Toni scrive: «ho la debolezza di preferire il reperto positivo di bacilli di Koch nel liquor o la inoculazione positiva nella cavia» (ed intanto, nella lunga attesa, sospende la diagnosi?!) ma così rapinando quasi tutti i capitoli di patologia sperimentale e la generalità delle ricerche diagnostiche sarebbero vane fatiche! [*Con questa nota s'intenae chiusa la discussione sull'argomento. N. d. R.*].

I CORSI LIBERI

SCUOLA LIBERA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA

Relazione sul I anno accademico (1925-26)

per il dott. VINCENZO LENZI
Fondatore della Scuola (*)

Illustri Professori, Colleghi carissimi, Giovani!

Con determinato proponimento, inizio questa relazione col medesimo vocativo che il 30 novembre 1925 usai nell'annunziarvi il sorgere della nostra Scuola, perchè con quello che dirò voglio ricongiungermi alle premesse e alle promesse fatte allora pubblicamente e che, in virtù del valore, della alacrità e della passione di coloro che hanno onorato questa Scuola della loro collaborazione ambita, preziosa ed autorevole son divenute realtà vivente.

Dopo una succinta esposizione del programma concludevo dicendo: *Attendeteci alla prova!* Ed eccomi oggi, iniziandosi il secondo anno del nostro lavoro, a darvela, quale risulta dalla attività didattica, tecnica e scientifica compiutasi nelle sezioni e nei reparti della nostra istituzione dal 1° dicembre 1925 al 30 novembre 1926.

I nostri ambulatori, che potrebbero meglio essere denominati *ambulatorii-scuola*, perchè in essi l'infermo non è soltanto visitato, ma mostrato ed osservato dal maestro in collaborazione coi discepoli e, col valido sussidio degli aiuti ed assistenti, analizzato sotto tutti gli aspetti e sviscerato con le opportune indagini cliniche, scientifiche e di laboratorio, hanno funzionato molto proficuamente. Vi riferisco i dati statistici inerenti alla attività di ognuno di essi, i quali sono consacrati in altrettanti registri e quindi sempre e da chiunque controllabili e dimostrabili:

Attraverso gli ambulatori di medicina interna sono passati ben 1450 ammalati.

Attraverso l'ambulatorio e per le lezioni cliniche di chirurgia 375 ammalati.

Nell'ambulatorio di urologia si sono osservati 156 ammalati.
Nell'ambulatorio di ostetricia e ginecologia 490 ammalati.
Nell'ambulatorio di oculistica 639 ammalati.
Nell'ambulatorio di dermosifilopatia 640 ammalati.
Nell'ambulatorio di pediatria 374 ammalati.
Nell'ambulatorio di neuropsichiatria 52 ammalati.
Nell'ambulatorio di otorinolaringoiatria ben 1210 ammalati.

E se vi aggiungiamo gl'infermi ricoverati a scopo didattico nel reparto Ospedaliero gratuito, che furono 48, con 741 giornate di degenza, avremo che, durante il 1° anno di vita di questa Scuola negli ambulatorii, nelle aule e nel reparto ospedaliero, i nostri discenti hanno avuto agio di apprendere tutto quanto poteva scaturire dalla osservazione e dallo studio più completo, più diligente e più minuzioso, sempre indirizzato ai fini pratici dello insegnamento, di ben 5434 ammalati.

A questa mole non disprezzabile di materiale clinico, risponde egregiamente la attività spiegata dai laboratorii e dai gabinetti. Infatti, nello stesso periodo, si sono praticate oltre 600 ricerche di laboratorio tra esami di urine, di espettorato, di sangue, di feci, di succo gastrico, sieroagglutinazioni, sierodiagnosi, esame di essudati e transudati, cutireazioni, ricerche batteriologiche: ed oltre cinquanta tra radioscopie, esami e cure elettriche, a scopo diagnostico-didattico e curativo.

E dagli stessi laboratori e reparti sono scaturite quattro tesi di laurea di nostri allievi, che sono:

1. Dott. Ingarrica — Le paratiroidi e il calcio;
2. Dott.ssa Maselli — Sulla velocità di sedimentazione dei globuli rossi nella tubercolosi;
3. Dott. Violo — Sulla tossicità dell'insulina;
4. Dott.ssa Vaccaro — Il parto spontaneo nei bacini viziati.

Tutto ciò, che potrebbe considerarsi come espressione della attività ordinaria di ogni scuola universitaria, è stato integrato, per iniziativa del nostro illustre Presidente Prof. A. Ferrannini, da un Corso per la lotta contro la tubercolosi, per medici e per studenti del 5° e 6° corso, svolto dal 3 maggio al 13 giugno dello scorso anno, con la collaborazione di tutti gli insegnanti.

Il Prof. Ferrannini, che organizzò il corso, trattò i seguenti argomenti: Il funzionamento, il coordinamento, il finanziamento delle istitu-

(*) [Per ragioni di spazio disponibile, pubblichiamo con ritardo la relazione del Dott. V. Lenzi. N. d. R.].

Digitized by Google

zioni antitubercolari; Le fonti varie della intossicazione tubercolare intraorganica; Il marchio biologico-clinico dei tubercolizzati; Artritismo e tubercolosi; Valore clinico e sociale della predisposizione e costituzione personale rispetto alla tubercolosi; La sieroterapia e la vaccinazione antitubercolare nella cura e profilassi; Sintesi sulla profilassi contro la tubercolosi; Sintesi sulla terapia della tubercolosi.

Tutti i Professori della Scuola presero parte al corso, e vennero trattate: dal Dott. Vincenzo Lenzi le forme subdole della tubercolosi genitale femminile e la profilassi della tubercolosi rispetto alla maternità; dal Prof. Silvio De Stefano la profilassi della tubercolosi nella infanzia, dal Prof. Alfonso Pirera le tubercolosi larvate; dal Prof. Vittorio De Bonis lo pneumotorace terapeutico; dal Prof. Enrico Calendoli la diagnostica batteriologica; dal Dott. Luigi Magliulo le reazioni tubercoliniche nella diagnosi e prognosi; dal Prof. Michele Sciuti la psichiatria in rapporto alla tubercolosi; dal Prof. Raffaele Chiarolanza le indicazioni chirurgiche nella tubercolosi delle vie respiratorie; dal dott. Valentino Di Fabio le forme subdole della tubercolosi delle vie urinarie; dal Prof. Michele Landolfi la diagnosi precoce della tubercolosi toracica; dal Prof. Benjamino Rosati la diagnostica delle lesioni tubercolari ossee; dal Prof. Giovanni Spinetti il trattamento delle lesioni tubercolari ossee; dal Prof. Arturo De Amicis i rapporti tra tubercolosi e sifilide e le dermatosi tubercolari subdole; dal Prof. Giuseppe De Vincentiis la tubercolosi oculare; dal Prof. Carlo Martelli le sindromi emopatiche della tubercolosi; dal Prof. Giuseppe D'Arrigo le varietà morfologiche del bacillo tubercolare; dal Prof. Francesco Biasi la radiodiagnosi della tubercolosi delle vie respiratorie; dal Prof. Raniero Papale la profilassi rispetto alle localizzazioni laringee e auricolari della tubercolosi e dal Dott. Alberto Botti la statistica e la demografia della tubercolosi.

Le conferenze e le dimostrazioni pratiche si alternarono con le visite d'istruzione nelle varie istituzioni antitubercolari e d'igiene sociale di Napoli e dintorni, tra le quali la Nave-Asilo Caracciolo; il I. Dispensario della Società Napoletana Antitubercolare; la Stazione elioterapica e l'ospedale dei bambini Pausilipon; l'Asilo-Scuola Tropeano a Marechiaro; il Manicomio Provinciale; la Colonia Agricola Geremicca per i fanciulli pre-tubercolari.

E, infine, ultimo capitolo della attività didattica dello scorso anno accademico, dal 24 settembre a tutto ottobre del 1926 fu svolto, con la collaborazione di tutti gli insegnanti, un corso completo di preparazione per gli esami di Stato, molto affollato e che, dalle notizie pervenuteci finora è stato coronato da risultati splendidi, che non possono non lusingare il nostro amor proprio!

***

A questa parte clinico-didattica del funzionamento della scuola corrisponde la vera e propria produzione scientifica.

Le nostre tornate accademiche hanno avuto pieno svolgimento. In esse si sono avute quattordici importanti comunicazioni, che hanno provocato sempre dibattiti scientifici elevati ai quali, oltre ai Professori, agli aiuti e agli assistenti, hanno partecipato anche i dottori che frequentavano la scuola e con vivo loro gradimento, perchè fecondi di utili e pratici insegnamenti.

Le comunicazioni riguardarono i seguenti argomenti:

1. Prof. De Bonis: Filtrabilità del bacillo tubercolare.
2. Prof. A. Ferrannini: Guarigione della insufficienza aortica relativa in rapporto all'angina abdominis.
3. Prof. Landolfi: Segno di Lasègue paradossale.
4. Idem: Sulle cortico-pleuriti.
5. Idem: Sull'infantilismo tipo Brissaud.
6. Idem: Cardiopatie e morbo di Flajani.
7. Idem: Fremito cranio-vocale e la diagnosi dei tumori cerebrali.
8. Idem: Endocrinopatie e sifilide.
9. Idem: Nuovo metodo per la diagnosi di malaria latente.
10. Dott. Lenzi: Alcuni casi notevolissimi di amenorrea.
11. Prof. Martelli: Riattivazione paradossale della reazione di Wassermann.
12. Idem: Una speciale alterazione del sangue nel trattamento bismutico.
13. Prof. Papale: Paralisi del facciale sinistro con ageusia dovuta a trauma della cassa timpanica in seguito a manrovescio.
14. Idem: Labirintite sifilitica a tipo apoplettiforme con speciali considerazioni sulla cura.

In questo stesso anno ancora ad opera di valorosi nostri professori son venuti alla luce già quattro magnifici trattati ed un altro sarà presto pubblicato.

Avremo infatti tra qualche mese il trattato del

D'Arrigo Prof. G. — Manuale di anatomia patologica e tecnica delle autopsie. Vol. di 1000 p., con circa 100 figure intercalate. Ed. Idelson. Napoli.

Sono già stati pubblicati:

De Vincentiis Prof. G. — Manuale di oculistica. Vol. di p. 622, con 259 fig. in nero e a colori intercalate, e 8 tav. colorate fuori testo. Prefazione del Prof. Angelucci, Ed. Pozzi, Roma.

Ferrannini Prof. A. — Prontuario di medicina interna (semiotica-patologia-clinica-terapia) Vol. di 1218 p., formato dizionario, con 7043 risposte a quesiti; 442 formole farmacologiche; 542 fig. intercalate e 4 tav. a colori fuori testo. Ed. Idelson, Napoli.

Pirera Prof. A. — Compendio di patologia e di clinica medica, 3 voll. di complessive pag. 2200, con 200 fig. interc. Ed. F. Vallardi, Milano; di cui è quasi esaurita la 1. edizione.

Spinetti Prof. G. (in collaborazione col prof. Tarsia in Curia) — Compendio di medicina operatoria. Vol. di 782 pag. con 600 fig. intercalate, prefazione del Prof. Padula. Ed. Idelson, Napoli.

Ed infine dai professori, dagli aiuti e dagli assistenti della Scuola si sono avute in quest'anno 32 pubblicazioni scientifiche che mi piace enumerarvi:

1. D'Andrea — Diabete insipido e sifilide.
2. Idem — Nuove applicazioni del fonacoscopio.
3. D'Arrigo — La colesterinuria nella demenza paralitica.
4. Idem. — Su di un caso di tubercolosi primitiva della mammella.
5. Cavallucci — Saggi di proteinoterapia aspecifica e di vaccinoterapia antistreptobacillare dell'ulcera venerea e delle sue complicanze.
6. De Vincentiis — Considerazioni sul fattore tossico «nicotina» nella genesi della cosidetta «ambliopia alcoolico-nicotinica».
7. Di Fabio — Delle forme insidiose di tubercolosi genito-urinaria.
8. Ferrannini A. — La praticità in medicina.
9. Idem — Direttive della lotta antitubercolare.
10. Idem — Organizzazione e coordinamento delle istituzioni antitubercolari.
11. Idem — Statizzazione e finanziamento della lotta antitubercolare.
12. Idem — Compenso e scompenso nelle cardiopatie.
13. Landolfi — Sondaggio potenziale endocrino.
14. Idem — La diagnosi della malaria latente.
15. Idem — La diagnosi delle encefalopatie mediante il fremito cranio-vocale.
16. Idem — Diagnosi precocissima della tubercolosi pulmonare.
17. Lauri — Pleurocorticaliti e pseudo-pleurocorticaliti.
18. Idem — Morbo di Rummo e morbo di Rumpf.
19. Lenzi — Tubercolosi subdola dei genitali femminili e tubercolosi e gravidanza nei riguardi della lotta antitubercolare.
20. Idem — La diatermia nelle infiammazioni dei genitali femminili.
21. Magliulo — Gli autovaccini nella tisi.
22. Magliulo — La tossicità dell'insulina.
23. Idem — Autodacrioreazione.
24. Martelli — Riattivazione paradossa della reazione di Wassermann.
25. Idem — Di una speciale alterazione del sangue nel trattamento bismutico.
26. Papale — Considerazione sulla patogenesi della sindrome di Gradenigo.
27. Pirera — Le tubercolosi larvate.
28. Idem — Malattie endocrine e turbe intellettive.
29. De Gregorio — Le moderne vedute sulle malattie da carenza.
30. Rebeck — Sulla idiozia mongoloide.
31. Verde — Nuovo antigene per la diagnosi della sifilide nervosa.
32. Idem — La diagnosi delle febbricole e i fenomeni interferenziali.

Di queste pubblicazioni talune sono apparse in periodici scientifici, mentre gran parte hanno formato oggetto di speciali comunicazioni ai congressi scientifici nazionali tenutisi nell'autunno scorso.

Così al Congresso della Società Italiana per gli studi sulla tubercolosi avemmo innanzi tutto una relazione del nostro egregio e carissimo Prof. De Bonis, che riferì sull'argomento «Ragioni scientifiche, meccanismo di azione e indicazioni del pneumotorace terapeutico», riscuotendo larghissimo plauso; e inoltre vi furono comunicazioni notevoli del Prof. M. Landolfi e dei Dott. Magliulo e Verde, sicchè tutti insieme mantennero alto il nome e la considerazione della nostra Scuola a quel congresso.

Altrettanta considerazione ci fu riconosciuta al Congresso della Società Italiana di Medicina interna tenutosi in Padova, per il quale, ad opera dell'infaticabile nostro Presidente e col consenso spontaneo del compianto Prof. Lucatello, ci venne conferito il diritto ad avere raggruppate le comunicazioni dei nostri sotto il titolo «Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana» e dove i nostri ebbero parte importante nelle comunicazioni e nelle discussioni.

= 1131

Digitized by Google

Comunicazioni degne di rilievo fecero ancora i Proff. De Vincentiis e Papale al secondo Congresso della Società di Otoneurottalmologia ed il Prof. De Vincentiis partecipò anche alla seconda riunione della Società Italiana di Ottalmologia.

Ascriviamo inoltre ad onore della nostra scuola l'aver dato alla ufficialità di questo anno due dei nostri: Beniamino de Vecchis chiamato alla Cattedra di Stomatologia di Messina e Giuseppe De Crecchio, che creerà nella nostra Università un nuovo insegnamento medico legale: La medicina carceraria.

Ma non posso chiudere questa mia esposizione senza congiungere il passato all'avvenire ed al presente. L'anno scorso per l'offerta nobile e generosa del glorioso periodico medico nazionale *La Riforma Medica* promisi di creare la biblioteca. Promisi pure l'ampliamento del reparto ospedaliero gratuito. Orbene se queste due promesse non sono state mantenute, non a me è da attribuire la colpa, ma al fatto che il mio progetto edilizio non era praticamente attuabile così come era stato prospettato. In vista di ciò ho dovuto escogitare un'altra soluzione: sono infatti riuscito ad intendermi con i restanti miei inquilini, in modo che nel prossimo anno avremo sicuramente la biblioteca della Scuola e l'ampliamento del reparto ospedaliero. Questo reparto sarà portato dalla efficienza di 12 letti a quella di 24 letti. Con tale ampliamento gli insegnamenti clinici della nostra Istituzione, per i 225 giorni di durata dell'anno scolastico, avranno disponibili 5400 giornate di spedalità, che divise fra 10 insegnamenti abbisognanti di ricovero di infermi dà 540 giornate di ospedalità per ogni insegnamento. Onde, calcolando una degenza media di 8 giorni sufficienti a dimostrare ai discenti quadri morbosi e indirizzi terapeutici, avremo che ogni insegnante, oltre al numero notevolissimo degli infermi che potrà mostrare nei suoi ambulatorii, potrà ospedalizzare circa 70 infermi e sempre gratuitamente, senza contare che la Clinica Lenzi, la genitrice della scuola, quando occorra, avrà sempre da offrire qualche letto dei suoi, per il ricovero gratuito di infermi riguardanti la Scuola. Questo è l'unico rapporto della Clinica Lenzi con il reparto ospedaliero gratuito di 24 posti-letto.

Oltre la Biblioteca, che sarà intitolata a Gaetano Rummo, e oltre all'ampliamento del reparto ospedaliero gratuito, avremo anche la sala incisoria o anatomica per le lezioni ed esercitazioni di anatomia patologica sotto la direzione del prof. D'Arrigo prescindendo dalle esercitazioni di medicina operatoria. Così la nostra istituzione sarà completissima. Il reparto radiologico si è venuto integrando con gli apparecchi ad alta frequenza, l'ultra-sole, gli apparecchi a lampade di quarzo, la diatermia, tutti gli apparecchi per la corrente galvanica e faradica, caustica ed endoscopia e il radium, per il quale il carissimo collega Dott. A. Moscariello, della Società italiana del Radium, impartirà lezioni sull'argomento e praticherà dimostrazioni e cure agli infermi.

Mi è argomento di sommo orgoglio il comunicarvi che la nostra istituzione si arricchisce in questo anno di un nuovo importantissimo insegnamento: « La Immunologia » che sarà diretto dall'illustre e valorosissimo D.r Donato Franceschelli, laureato in chimica oltre che in medicina. Per questo ricercatore originale, mi basti ricordare le numerose pubblicazioni; l'essere stato tra i migliori aiuti del Prof. De Giaxa; l'essersi perfezionato e l'avere lavorato in Germania all'Ist. d'Ig. dell'Univ. di Berlino all'Istituto di Patologia Sperimentale della medesima Università e alla Scuola d'Igiene della John' s Hopkins University di Baltimora ed in fine l'essere stato il vero creatore e fattore dell'Istituto Sieroterapico Napoletano. Egli viene fra noi per insegnare ai giovani questo nuovo e promettente ramo della medicina e siamo sicuri che il successo sarà pari all'uomo.

Signori!

Il mio compito sarebbe esaurito se non dovessi pregarvi di concedermi qualche minuto ancora, per dirvi che la funzione di relatore, in qualsiasi campo dello scibile si esplichi, è d'ordinario compito non grato per chi espone e meno ancora per chi ascolti, perchè solo ai maestri della oratoria è dato, in simili contingenze, superare le difficoltà della nuda esposizione dei fatti e conquistare l'attenzione dell'uditorio con la parola smagliante e con le volate liriche. Perciò io comprendo che se avete avuto la bontà di seguirmi con cortese attenzione, non certo avrete potuto entusiasmarvi a voli pindarici e a calde perorazioni; tuttavia permettetemi di dirvi che l'animo nostro dinanzi a queste fredde cifre, che pur nascondono ansia di lavoro tenace e coscenzioso, faville di ingegno, promesse feraci, vibrano di composto e sano e santo orgoglio, non per trarne vanagloria sterile e inutile; ma auspicio e incitamento a progredire, a fare sempre più e sempre meglio, per l'immancabile avvenire della nostra cara Istituzione e per renderci sempre più utili a Voi, o giovani, verso cui tende ogni nostro pensiero, ogni nostro lavoro, ogni nostro sacrificio.

1132 =

LIBRI ED OPUSCOLI

CANTONNET A. *La ionizzazione dell'occhio* (L'ionisation de l'oeil. Ed. Médicales. Maloine. Paris, 1927. Pagg. 94, con 7 fig. Prezzo netto fr. 10.

L'opuscolo ricco di molta esperienza personale, e del quale oltre che i nomi dell'A. e dell'Editore, sarà garanzia di successo l'argomento in sè stesso, si divide nelle seguenti parti:

Prefazione. Limiti del soggetto. Tecnica. Risultati. Conclusioni generali.

La nostra brevità in questa rubrica vien compensata da un transunto che i lettori troveranno in altra rubrica.

AIEVOLI

COSTE F. *Semejologia Medica.* Un vol. di pag. 350. Parigi, 1927, Edit. Norbert Maloine. Prezzo franchi 25.

Dal 1913 sin oggi questo libro ha già raggiunta la sesta edizione. Il successo è dovuto alla chiarezza del dettato ed alla praticità, con cui sono esaminati i vari sintomi o sindromi della medicina interna con il fine di passare dal sintoma alle malattie varie, di cui esso può rappresentare una manifestazione. Con questo metodo sono esaminati tutti i capitoli della medicina interna. Trovasi infine un dettagliato indice bibliografico.

FIESSINGER CH. *La pratica terapeutica in clientela.* (La pratique thérapeutique en clientèle). Un vol. di pag. 342. Parigi, 1927, Edit. Norbert Maloine. Prezzo: franchi 20.

Il volume s'inizia con un capitolo di considerazioni generali e con un altro di terapia generale. Seguono capitoli separati per le malattie infettive, per le malattie delle vie digerenti, dell'apparato respiratorio, dell'apparato circolatorio, del fegato, dei reni, degli scambi nutritivi del sistema nervoso.

Trattasi di un libro, che non ha bisogno di raccomandazione perchè scritto da un autore, tanto favorevolmente noto come Fiessinger.

Scritti in onore di Raffaele Bastianelli. Edit. Cappelli. Bologna, 1927. 1 vol. di pagg. 708 (vol. XXIII dell'«Archivio italiano di Chirurgia»).

L'indole della raccolta non consente, come è agevole intendere, darne un prospetto chiaro, in questa rubrica. Pertanto di alcuni tra' numerosi contributi qui apportati, in onore dell'insigne chirurgo di Roma, altre rubriche del nostro Periodico terranno conto meritato.

Edito con la consueta nitidezza di tipi e di clichès; munito di un ritratto del Bastianelli, questo volume comprende infatti circa 97 contribuzioni, tra gli argomenti più diversi, elencati in un indice per materie, ed un indice di rispettivi autori.

Accanto a nomi italiani già noti, figurano altri notissimi esteri, quali: Mayo, Albee, Duval, Pauchet, Moynihan. Pertanto si può dire che vi è la messe copiosa di quasi tutto il campo della Chirurgia, e delle branche che da essa derivano.

Questa comunione di intellettuali è certamente tra le maggiori risultanze dei nostri sforzi di perfettività; e lascerebbe desiderare che, in raccolte del genere, molto frequenti all'Estero, i contributi italiani fossero con pari ospitalità richiesti ed accolti.

AIEVOLI

WEISSENBACH R. J. e DREYFUS G. *Gli accidenti da siero. Profilassi. Cura.* (Les accidents sériques. Prophylaxie. Traitement). 1 vol. in 8 di pag. 160. G. Doin e C. editore. 8, Place de l'Odéon Paris (VI), 1926. Prezzo frs. 15,40.

Nella «Collection des Actualités de médecine pratique» viene pubblicato quest'altro volume, il quale aggiorna l'argomento degli accidenti da siero secondo le più recenti vedute. Oggi che la sieroterapia ha esteso tanto le sue indicazioni, e che, perciò, gli accidenti da essa derivanti sono diventati più frequenti, riuscirà utile questo libro, il quale non ha trascurato tutte le cognizioni acquisite a riguardo sparse nei numerosi giornali e riviste.

La parte clinica e la diagnosi, specialmente quella delle forme atipiche, la profilassi e la cura sono i capitoli che, con adeguata estensione, sono descritti l'uno dopo l'altro. L'indirizzo seguito dagli AA. è essenzialmente pratico.

A l o i V. *Contributo allo studio della gangrena spontanea.* Estratto da «Rinascenza medica», n. 13, 1926.

G o r i a C. *Sui rapporti tra sifilide e malaria.* Estratto da «Quaderni di Psichiatria», n. 3-4, 1926.

P a v o n e M. (junior). *Gli effetti della simpaticotomia chimica del peduncolo renale sulla funzione dell'organo e sua possibile applicazione nella cura delle nefriti croniche.* Estratto dalla «Cultura medica moderna», a. V, n. 9.

Digitized by Google

ATTI UFFICIALI

Per il commercio dei presidii medici e chirurgici. — In conseguenza degli artt. 11 e 12, delle nuove disposizioni di legge sulla sanità pubblica, non possono essere messi in commercio senza una speciale registrazione da parte del Ministero dell'interno i presidii medici e chirurgici che saranno determinati dallo speciale regolamento, da approvarsi con decreto Reale. Questo determinerà altresì le prescrizioni da osservarsi nel commercio dei presidii medici e chirurgici da esso contemplati.

Non possono essere registrati presidii medici e chirurgici che vantino: a) proprietà od effetti contrari in qualsiasi modo alla morale ed al buon costume; b) effetti speciali intesi comunque ad interrompere o turbare il corso fisiologico della gestazione; c) effetti preventivi o terapeutici speciali per quelle infermità che saranno indicate nel regolamento.

I contravventori saranno puniti con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda da L. 1,000 a L. 5,000; in caso di recidiva, l'arresto può arrivare fino a 6 mesi e l'ammenda varia da L. 2,000 a L. 10,000. I presidii abusivamente messi in vendita saranno confiscati e, in casi gravi, il Prefetto può anche disporre per 5-15 giorni la chiusura dell'officina in cui sono stati prodotti o del deposito in cui siano tenuti per essere venduti.

Per la pubblicità medica. — L'art. 16 delle ora dette disposizioni rende necessaria la licenza del Prefetto per la divulgazione, a mezzo della stampa o in qualsiasi altro modo, di mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, o di specialità medicinali, o di presidii medici e chirurgici, ovvero di ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero di case o pensioni per gestanti, ovvero di stabilimenti termali, idroterapici, di cure fisiche ed affini, ovvero di acque minerali naturali o artificiali.

I contravventori sono puniti con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda da L. 1000 a L. 5000, salvo che la legge stabilisca una pena più grave.

Obbligatorietà di denunzia degli aborti e di circostanze interessanti la pubblica salute — I sanitari sono obbligati, a norma dell'art. 9 delle recenti disposizioni sulla sanità pubblica, a denunziare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto, per il quale essi abbiano prestato la propria opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione; il contenuto della denunzia deve rimanere segreto. Parimenti, i sanitari sono tenuti ad informare il medico provinciale e l'ufficio sanitario dei fatti e delle circostanze che possono interessare la pubblica salute.

I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 1,000.

Obbligatorietà per la levatrice di ricorrere al medico. — L'art. 10 delle predette disposizioni fa noto che la levatrice è obbligata a ricorrere all'opera del medico-chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio riscontri qualsiasi fatto irregolare. A tale scopo deve rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera, alla quale presti la sua assistenza.

La contravvenzione alla presente disposizione è punita con l'ammenda estensibile a L. 500, alla quale, nei casi gravi, si aggiungerà l'arresto fino a tre mesi, salvo l'applicazione delle maggiori pene portate dal Codice penale.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

Le Colonie climatiche Federico di Donato. — La Giunta esecutiva delle Colonie Di Donato ha pubblicato la Relazione per l'anno 1926 ed il Programma pel 1927; e ne appare il magnifico sviluppo assunto dalla benefica istituzione.

Il 1926 fu il 19° anno dalla fondazione dell'Ente, ed è da ricordarsi per due nuove iniziative attuate: la *Colonia residenziale scolastica a Formia* e la *Colonia montana di Narni.*

Colla Colonia residenziale si è riparato ad una delle deficienze delle istituzioni del genere, cioè la breve dimora dei fanciulli nei luoghi di cura. Ivi vengono accolti in ogni momento i bambini delle scuole, e per tempo indeterminato, provvedendosi anche alla continuazione dell'insegnamento. Si dà anche modo alle famiglie della modesta borghesia di potervi inviare i propri figliuoli col pagamento di una modesta retta.

L'ampio fabbricato, tra gli agrumi e il mare, è a Formia completato con grandi baracche e da un vasto giardino. Esso è di proprietà dell'Istituzione.

L'Istituzione della Colonia di Narni fu facilitata in tutti i modi dalle autorità locali. Vi furono inviati nel primo anno 85 bambini, in un turno unico.

Coll'altra *colonia marina di Pescara* e con la *colonia montana di Cingoli* quattro furono le istituzioni che funzionarono nel 1926, per un complesso di 1455 fanciulli, dei quali 1233 al mare e 222 al monte.

Una speciale commissione medica provvede alla scelta dei fanciulli bisognosi di cura. La vita in colonia è organizzata a tre fini: curare, educare, divertire i piccoli coloni.

Le basi dell'educazione morale che s'impartisce in colonia sono: Dio, la Patria, la Famiglia.

La constatazione dei risultati conseguiti, dal punto di vista del miglioramento fisico e morale, fu veramente confortante.

Si è provveduto alle varie necessità con un'entrata totale di lire 860,324.

Nel 1927 la Giunta esecutiva si è proposto di prolungare la durata del soggiorno climatico pei fanciulli più deboli, e di aumentare il numero degli ammessi, estendendo molto opportunamente il limite di età dai 12 ai 14 anni.

Si cercherà di rendere permanente anche la colonia montana di Narni; di istituire a Rocca Priora una colonia sotto tenda, a carattere sportivo e rioreativo, a somiglianza dei campeggi dei Giovani esploratori.

Nella Colonia di Formia verranno ammesse, come tenue quota, maestre del Governatorato, che ne avessero fisicamente bisogno.

Le Colonie Di Donato eccellono in tal modo nella nobilissima gara tra le varie istituzioni del genere, e cioè quelle del Governatorato, del Fascio romano, del Patronato scolastico, della Croce Rossa, e di comitati privati.

V. G.

NOTIZIE

Esposizione sanitaria in Parma. — In occasione dei prossimi congressi medici di Parma, si terrà in questa città, in apposite sale vicine all'aula dove si svolgeranno i congressi, un'Esposizione di libri, strumenti per esami clinici, chimica, microscopia e batteriologia clinica, specialità medicinali, acque minerali, fotografie di stazioni termali, di luoghi di cura, ecc. Vi sarà anche una sezione speciale di Medicina militare e coloniale con strumenti e apparecchi di psicofisiologia, modelli di aero-ambulanze, ecc.

Per informazioni rivolgersi all'on. prof. U. Gabbi, direttore della R. Clinica medica, presidente del Comitato ordinatore, o al Segretario del Congresso di Medicina interna prof. Luigi Ponticaccia, R. Clinica Medica (Ospedale Maggiore) Parma.

XVIII Congresso della Società Italiana di Ortopedia. — Il XVIII Congresso della Società Italiana di Ortopedia si terrà quest'anno a Bologna, sotto la presidenza del prof. M. Donati, nei locali dell'Istituto Rizzoli, nei giorni 16-17 ottobre p. v. Tema all'ordine del giorno: «Cura dei tumori delle ossa» (Relatori: prof. V. Putti, Dr. M. Camurati). D'accordo colla Società Italiana di Radiologia, il prof. Alberto Possati tratterà della «Röntgenterapia dei tumori delle ossa». Inviare al più presto possibile al Congresso i titoli delle comunicazioni che si intendono svolgere.

Corso di patologia esotica e di parassitologia medica ad Amburgo. — Nell'Istituto delle malattie nautiche e tropicali di Amburgo, dal 3 ottobre al 17 dicembre, sarà tenuto un corso di patologia esotica e di parassitologia medica, che comprenderà: clinica, etiologia, anatomia, patologia trasmissione delle malattie esotiche e lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia e della entomologia medica, delle epizoozie e dell'ispezione delle carni, ed infine dell'igiene nautica e tropicale. Le lezioni verranno impartite da B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, W. Weise, K. Sannemann.

Ai partecipanti al corso, dopo prova di esame, sarà rilasciato un diploma. Iscriversi al più tardi una settimana prima dell'apertura del corso rivolgendosi all'Institut für Schiffs, und Tropenkrankheiten, Bernhardstrasse, 74, Hamburg 4 (Germania).

Istituto per lo studio del cancro a Milano. — Nel corso di quest'anno sarà inaugurato a Milano l'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio del cancro. Come già altra volta abbiamo annunziato in questo Periodico, l'Istituto è stato ideato per primo nel 1925 dal sen. prof. Mangiagalli e già dopo pochi mesi aveva luogo la cerimonia della posa

Digitized by Google

della prima pietra, mentre nel frattempo era stata raccolta per sottoscrizione la somma di circa 10 milioni. L'Istituto Sieroterapico Milanese offrì un'area di terreno di 10.000 mq. che poi convertì nel contributo di mezzo milione. L'area sulla quale ora sorge l'Istituto, di circa 12,000 mq., è situata all'angolo tra le vie G. Ponzio e A. Righi.

Direttore, intanto, dell'Istituto è stato nominato il prof. Fichera; condirettori saranno i proff. Rondoni, Pepere, Perussia e Alfieri, che dirigeranno le sezioni biologico-sperimentale, anatomica, radiologica e ginecologica.

Scuola Convitto per signorine infermiere a Venezia. — E' aperta l'iscrizione alla Scuola Convitto «Nani», presso l'Ospedale Civile di Venezia, per l'anno scolastico 1927-28. Il corso avrà la durata di un biennio e le iscritte, oltre al diploma professionale di infermiera, potranno conseguire, con un ulteriore corso annuale, anche il diploma di Assistente sanitaria. Età non superiore ai 30 nè inferiore ai 18 anni; licenza tecnica o complementare o titoli equipollenti. Inviare le domande, controfirmate per le aspiranti minorenni dal padre o da chi ne fa le veci, entro il 31 ottobre 1927, alla Direzione sanitaria dell'Ospedale, alla quale ci si potrà rivolgere per altri chiarimenti.

NECROLOGIO

PIETRO SPANDRI
(1874-1927)

Il giorno tredicesimo del corrente agosto una fulminea tragedia di automobile stroncava la vita del Dott. PIETRO SPANDRI: in corsa verso le vette, come egli era vissuto. Laureato il 16 luglio 1898, nel pomeriggio della stesso giorno egli si presentava già allo Spedale di Venezia, la sua città, per esservi assunto quale assistente. Non erano quelli ancora i tempi in cui troppi giovani, dopo quella che ritengono grave fatica degli esami, credono avere guadagnato il diritto a sufficiente riposo, oppure aver diritto a rapidi guadagni, volgendosi clamorosamente alla specialità che stimano più proficua.

Si sentiva allora il bisogno ed il dovere di completare gli studi col lavoro assiduo nelle corsie ospedaliere. Due giorni dopo, lo Spandri prendeva servizio effettivo ed attivo nella mia Divisione, alla quale era stato assegnato quale assistente.

Devo domandare qui venia se lascio comparire ricordi personali in queste linee, che vorrebbero essere il solo ricordo obbiettivo dello scomparso: ma è infinitamente triste il toccarci ricordare un discepolo pieno di promesse, che non è più: e dal quale sarebbe stato desiderabile e naturale invece l'essere un giorno ricordato. Ed egli era tale, che della parola a lui dettata dall'affetto mai smentito, il mio spirito avrebbe potuto essere soddisfatto.

Egli fu mio assistente durante quattro anni, dimostrandosi paziente ed intelligente osservatore, curante fino allo scrupolo delle regole della chirurgia, entusiasta con freddo controllo di sè, delle cose difficili. Onde le poche sue pubblicazioni furono intese ad illustrare e studiare argomenti meno banali, o nuove imprese chirurgiche: l'*ulcera perforante della mano; la cura chirurgica della gangrena polmonare; la deviazione del sangue portale...*

Egli era giunto a quel grado di maturità che gli permetteva di sostituirmi nelle assenze dallo Spedale, quando, per uno stato d'animo che gli conoscemmo poi proprio, manifestò una decisione lentamente per suo conto maturata. Egli aveva visto e studiato tra tanti altri malati molti affetti da malattie degli organi urinari, e volle ridurre a tale ramo della chirurgia la sua attività aprendo un ambulatorio per la cura di codeste malattie, che era il primo del genere in Venezia. Ed avrebbe, osservatore probo ed acuto, fatto profittare della sua saggezza e precisione tecnica molti malati, se per un caso improvviso di famiglia, non si fosse trovato davanti al quesito, se continuare la così bene intrapresa carriera chirurgica, oppure assumersi la ben diversa e nuova attività e responsabilità, della direzione di una segheria, con un vasto commercio di legnami. Il medico si fece industriale, incurante dei sorrisi di coloro che andavano sussurrando che un ciascuno deve attenersi al proprio mestiere.

Coloro che lo conoscevano e gli volevano bene videro in tale atto uno di quelli che vengono aumentando la serie dei così detti *transfughi*, od *evasi* della medicina, che non sono sempre perduti per la scienza o per la società; ma egli non evadeva: posava per salire ad applicazioni più vaste e socialmente proficue.

Dopo Caporetto, quando Venezia era in gran parte evacuata di cittadini, ma l'Ospedale era pieno di malati, civili e militari, ed ogni giorno, od ogni notte di incursione aerea, vi mandava nuovi feriti, mi trovai alle volte senza assistenti, distratti altrove dal servizio militare: ed ecco Pietro Spandri ricomparirmi al fianco, colla stessa meticolosità nella tecnica chirurgica, come se non da quattordici anni avesse interrotto lo studio e l'esercizio della chirurgia, ma come se fossimo ritornati noi di quattordici anni addietro. Ma ritorno non vi era. Nel commercio quotidiano, fatto più intimo ed austero per le gravi circostanze incombenti sulla città e sulla Nazione, mi resi tosto conto della maturità e precisione di giudizio che egli si era venuto formando sulle questioni più varie: onde, sollevato dalle circostanze del tempo alla carica di Sindaco di Venezia, ottenni che la mia Amministrazone lo nominasse Presidente della Congregazione di Carità: carica ambita da molti incapaci, per la vanità di far pompa di quel titolo: paventata dai savi che ne intravvedevano la responsabilità.

Ed egli fu, come disse S. E. Volpi davanti alla sua bara, come uno degli antichi Savi alle opere buone della Repubblica: ed anche allora taluni idioti sorrisero perchè quel segatore di legnami venisse chiamato innalzato a posto sì diverso; ma per coloro che equamente osservano e giudicano fu una rivelazione: umano, severo, giusto, prudentemente e felicemente audace, egli dimostrava come un medico non può dimenticare l'abito delle pronte decisioni, e delle schiette responsabilità, e che colui che può aggiungere a tali doti la esperienza e la prudenza dell'uomo d'affari può diventare amministratore impareggiabile. Onde ben tosto lo lusingarono con offerte molteplici: lo volevano presidente della Camera di Commercio, e gli fu giocoforza accettarne almeno la vice-presidenza: come venne nominato presidente e consigliere di Istituti bancari, ed ancora si faceva il suo nome come di un possibile Sindaco della sua città. Alla Congregazione di Carità egli portò un nuovo moderno sano soffio di vita, cercando quanto più possibile di sostituire la assistenza illuminata e studiata allo sciupio dei ciechi soccorsi elemosinieri. Onde, con scandalo di certa povera gente che riduce la carità al gesto di buttare il soldo, egli pensò di ridurre i soccorsi pecuniari a quei poveri di mezzi di sussistenza, poverissimi di senso di decoro, che solevano domandare danaro per pagare l'affitto di un tugurio, e regolarmente invece quel danaro trasformavano in vino: egli fece costruire nell'Isola di S. Elena delle case igieniche, nelle quali la Congregazione di Carità potesse offrire un alloggio ai poverissimi, che mendicavano il danaro per pagarsene uno antiigienico.

Ed il mattino del 15 agosto, mentre dirigendomi allo Spedale incontravo uomini avvinazzati dopo una notte di baldoria, la terza «*famosissima notte*» di baldoria in un mese, compresa la classica «del Redentore»! e lo Spandri giaceva intanto ancora insepolto nella fredda bara, ripensavo quanto egli socialmente bene operasse cercando di attrarre quella gente, il cui canto rauco andava languendo dopo lo strapazzo notturno, via dalle osterie e dai bagordi, verso la casa sana. Ma la casa nuova e sana costoro renderebbero ben presto lurida tana, senza una educazione conveniente: e lo Spandri con larghe vedute poneva ogni amorevole cura nella preparazione del materiale *uomo*, cominciando dalla assistenza ai lattanti, alla infanzia abbandonata, alle scuole di istruzione e di mestieri, alle colonie marittime ed alpine, con sano criterio concentrando, separando, modificando secondo il suo vasto ed uniforme piano i numerosi Istituti dipendenti dalla Congregazione di Carità. E quando, con felice disposizione Prefettizia, venne in questa anche concentrata la Amministrazione dello Spedale Civile e delle altre Opere Pie, lo Spandri veniva con decisioni sapientemente audaci coronando l'opera iniziata di «*savio alle opere buone*». Sfollò l'Ospedale dai malati che vi stavano a disagio o con pericolo degli altri, distribuendoli in altri locali adatti: favorì e diede ogni cura di ampliamento e perfezionamento alla *Scuola Nani per infermiere;* aprì nello Spedale quell'*internato estivo per studenti*, che dà così proficui risultati: e viveniva moltiplicando ed estendendo le manifestazioni di assitenza e previdenza sociale e di cultura medica, di cui voleva l'Ospedale fosse centro fecondo e faro luminoso.

La morte brutale lo colse quando noi ammirati venivamo spesso ripetendo che egli era *insostituibile*.

Afferrati dal fato inesorabile, dobbiamo ora dire che *pur bisogna* sostituirlo. con un uomo che ne continui l'opera sagace perchè egli viva per essa, ed essa viva per Venezia, e sia di esempio ad altre città.

D. GIORDANO

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 12 Settembre 1927 — N. 37

LEZIONI

ISTITUTI DI PATOL. E CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
diretti dal prof. G. IZAR

LA DIAGNOSI DELLA SPLENOMEGALIA CRONICA

Lezione di introduzione ad un Corso sulle Malattie della Milza

per il prof. G. IZAR — Direttore

Le reazioni che i vari processi patologici sia acuti che cronici suscitano nel tessuto splenico, portano una conseguenza generale: l'ingrandimento dell'organo.

Sia in causa l'iperplasia del tessuto di sostegno o dell'elemento nobile o dell'endotelio vasale; si abbia lo sviluppo di una cisti parassitaria o la formazione di tessuto atipico; si tratti solo di disturbi di circolo per congestione attiva o stasi passiva, il risultato è invariabilmente uno: la milza aumenta di volume.

L'ingrandimento della milza non trova le sue ragioni solo in malattie proprie dell'organo, ma accompagna un gran numero di affezioni sia generali che di organi vicini, particolarmente del fegato, ed il riscontro di un tumore splenico e così frequente ad osservarsi, che volendo ripetere qui tutte le malattie che s'accompagnano ad ingrandimento della milza, dovremmo rivedere insieme una buona metà della patologia medica.

Ma anche se limitiamo la nostra osservazione alle varie forme di splenomegalia cronica, il compito è sempre troppo vasto in rapporto alla potenzialità dei nostri mezzi didattici, i quali, forzatamente monchi dalle necessità del momento, non possono fornire tutti gli elementi clinici per la pratica dimostrazione delle diverse forme morbose. Ed io preferisco circoscrivere ancor più il tema a quei casi che ora abbiamo raccolti in clinica anzichè obbligarvi ad ascoltare delle lezioni teoriche, piene forse di sapere ma povere in modo assoluto di utilità pratica per la mancanza dell'esemplificazione umana, la sola che fissata durevolmente nella memoria e nel subcosciente vi può dare in un avvenire anche lontano il paragone per una diagnosi differenziale.

***

Per non ripetermi, prima di passare alla illustrazione e descrizione di ciascuno dei cinque casi che i vostri compagni relatori hanno a lungo studiato, traccerò brevemente, in maniera quasi schematica, le linee generali per le quali, a mio modo di vedere, deve procedere il diagnostico per giungere in primo tempo alla diagnosi di tumore splenico e differenziare in un secondo tempo la natura della splenomegalia cronica.

Non crediate però che la diagnosi di tumore splenico in senso lato sia sempre così piana e facile come nell'ammalato che giace ora su questo lettino da dimostrazione. Non raramente il discrimine presenta delle difficoltà; eccezionalmente può riuscire persino impossibile coi dati della semeiotica di stabilire la sede anatomica della neoformazione che si palpa nell'ipocondrio sinistro: in tali casi solo un intervento laparotomico chiarirà la diagnosi di sede.

Certamente il dubbio non può sorgere nei casi di enorme splenomegalia. Quì la forma del tumore, i suoi margini, le sue incisure, la mobilità in senso obliquo, la spostabilità, sono tutti elementi che confermano la diagnosi, spesse volte posta alla semplice ispezione dell'addome.

Dove invece la diagnosi incontra qualche difficoltà, si è quando la splenomegalia raggiunge un volume modico ed in particolare quando si accoppia ad abnorme spessore o a vivaci contrazioni di difesa delle pareti addominali. Sono questi i casi nei quali entra in campo la diagnosi differenziale fra splenomegalia e tumori aventi sede sia in organi vicini che in organi lontani quando questi mandino delle abnormi propaggini. E, per seguire un certo ordine di probabilità in rapporto alla frequenza, si penserà nel diagnostico differenziale successivamente ad ipertrofia o tumore del lobo sinistro del fegato, ad un tumore del rene sinistro o della capsula surrenale dello stesso lato, a masse peritoneali, ad un tumore dell'angolo sinistro del colon e dello stomaco, ad un tumore o cisti della coda del pancreas, ad un ascesso o tumore della colonna vertebrale, ed infine ad un tumore pelvico emigrato nell'addome, come un fibroma peduncolato dell'utero, una cisti dell'ovaio ecc.

Quali elementi, oltre i dati forniti dai rilievi anamnestici, dalla comparsa di sintomi peculiari, strettamente legati alla funzione dei diversi organi (ittero, disturbi urinari, ematuria, steatorrea, sindromi di iposurrenalismo, alterata canalizzazione intestinale, turbe gastriche, impossibilità alla stazione e deambulazione ecc.) possono, dal solo esame obiettivo, condurci ad una diagnosi di sede?

I tumori del lobo sinistro del fegato, anche quando si estendono notevolmente al disotto dell'ipocondrio sinistro sino a fondersi coll'ottusità splenica, hanno sempre uno sviluppo di massa molto maggiore sulla media età del corpo ed in istretta vicinanza con la linea mediana; il loro margine posteriore sinistro, fuso colla milza, non supera che di poco il limite superiore posteriore di quest'organo, quando naturalmente la milza conservi il suo volume normale; la massa neoformata è diretta trasversalmente e si continua senza margini nè gradini nel lobo destro del fegato; il bordo inferiore, non antero-interno, per lo più tagliente, presenta un angolo aperto in basso, là dove il lobo sinistro s'inserisce nel lobo destro del fegato. Si aggiunga la mancanza di spostabilità, così frequente nei tumori splenici anche voluminosi, la mobilità direttamente verticale.

I tumori del rene sinistro, per lo più sferici, a bordi arrotondati, a polo inferiore pure tondeggiante, senza incisure o con unica incisura pulsante a margini pure arrotondati, occupano, oltre che l'ipocondrio sinistro anche la metà sinistra dell'epigastrio, in istretto rapporto con la colonna lombare. La loro mobilità attiva è assente o bene scarsa: eccezionale una mobilità passiva, limitata nel campo di un settore di circolo a breve raggio ed inserzione mediana; la palpazione bimanuale dimostra ballottamento; per lo più sono coperti da una zona di timpanismo colico.

Il surrene di sinistra, sede di un processo neoformativo, pur possedendo caratteristiche semeiologiche identiche a quelle di un tumore renale sia rispetto al rapporto di continuità con visceri o tumori adiacenti, individualizzabili, sia rispetto al rapporto di sede con l'apparato gastro-intestinale, sia rispetto alla mobilità, si spinge però un pò più medialmente che non il tumore renale. E per la diagnosi di sede soprarenale è di grande favore la rara eventualità di un reperto palpatorio indipendente dal tumore, sito all'esterno di esso, e riferibile al rene normale o alterato o lussato.

I tumori e le cisti del retro-peritoneo e particolarmente quelli fra essi che si sviluppano sul lato sinistro della colonna vertebrale, i cosidetti tumori retroperitoneali laterali sinistri, non offrono alcun rapporto di continuità con viscere o tumore adiacente individualizzabile. Di forma e limiti imprecisabili e assai vari, di consistenza pure varia, a superficie ineguale o bernoccoluta o lobulata, poco o punto dolenti e dolorabili, non sono mobili nè spostabili.

I tumori dell'angolo sinistro del colon generalmente non raggiungono il volume di una milza ipertrofica nè si spingono al disotto dell'arco costale e tanto meno posteriormente; la loro mobilità è nettamente verticale; la loro spostabilità varia in rapporto all'inserzione del mesocolon e dei legamenti; danno per lo più suono timpanico smorzato, eccezionalmente suono ottuso quando sono conclamati i disturbi di canalizzazione.

Fra i tumori dello stomaco entrano in campo solo quelli della grande curva, per lo più quando hanno preso aderenze con la milza. Di estensione limitata, a margine arrotondato in basso o irregolare, senza incisure, che si continua in alto sotto l'arcata portandosi medialmente al disotto del fegato, danno alla percussione suono timpanico. La loro mobilità è verticale; la spostabilità, assai varia in rapporto alle aderenze contratte ma

Digitized by Google

talvolta spiccata, in conformità alla linea di fissazione dello stomaco descrive in ischema un arco a convessità rivolta in basso e un pò a destra.

Le affezioni del pancreas, che possono entrare in discussione in una diagnosi differenziale sono essenzialmente le neoplasie e le cisti. Tanto più facilmente si verificano questi errori diagnostici quando sia la cisti che il tumore prendono sviluppo prevalentemente anteriore sotto forma di tumefazione laterale, a sinistra della linea mediana. Ancor più facile sarà lo scambio quando lo sviluppo del tumore o della cisti sia superiore o medio (toracico cioe od addominale superiore secondo la distinzione del Carnot) e s'accompagni a segni di sofferenza degli organi toracici. La sede e l'immobilità respiratoria, i caratteri del dolore, l'essere il tumore situato profondamente e spesso separato dalla parete da un'ansa intestinale, la palpazione di un margine epatico superiore o sovrastante (avvenga questo rilievo in posizione dorsale oppure in altra posizione fatta assumere all'ammalato), l'ascoltazione stetoscopica sulla massa del tumore di rumori aortici e non di rumori cardiaci, i rapporti che la massa viene ad assumere con lo stomaco ed il colon, allorchè vengano insufflati, la steatorrea, l'ittero, la melanodermia, la comparsa di zucchero nelle urine, l'esito delle prove di Schmidt e di Einhorn e l'assenza di fermenti nelle feci, i sintomi di compressione son tutti dati che portano a discutere la diagnosi differenziale e che, se presenti in modo e numero sufficiente, potranno chiarire il diagnostico.

Gli ascessi o tumori della colonna vertebrale, posteriori, profondi, fissi, mediani o laterali, a seconda della loro sede d'impianto, come i tumori del retroperitoneo e del pancreas mantengono stretti rapporti con la colonna e per di più si accompagnano a tutta una serie di gravi fenomeni dolorifici e di statica che bastano di per sè a richiamare l'attenzione sulla sede della lesione.

Dei tumori pelvici emigrati nell'addome non è più il caso di discutere: sono eventualità tanto rare e per lo più accompagnantisi a turbe così spiccate nella sfera genitale che solo per eccezione possono capitare all'osservazione dell'internista; un'ispezione vaginale chiarirà la diagnosi.

***

Posta la diagnosi di splenomegalia s'inizia la seconda parte, e non meno importante, della ricerca clinica: l'accertamento etiologico della splenomegalia. È quì che le difficoltà si fanno maggiori, che le cause di errore si moltiplicano, non già come nella diagnosi di sede per impossibilità materiale di controllo su dati ben acquisiti, ma più spesso per la mancanza o la scarsità delle nostre cognizioni in proposito. E l'enorme numero di cagioni che possono indurre una splenomegalia cronica entra certamente di non trascurabile entità in questo *mare magnum* di difficoltà diagnostiche.

Per procedere con ordine, secondo un piano metodico, credo che la miglior via sia quella di scindere il grande gruppo delle splenomegalie in due sottogruppi: quelle che sono soltanto indice di una lesione pura dell'organo, senza partecipazione o riflessi a carico di altri organi o tessuti: quelle che nelle relazioni anatomiche, nella struttura istologica, nella funzione ematopoietica trovano la loro cagione e che pertanto si accompagnano a lesioni di altri organi o tessuti, in istretta correlazione anatomica o funzionale.

Suddivisione che porta a quattro grandi sindromi morbose:

Sindromi splenoepatiche. Sindromi splenoadeniche. Sindromi splenoematiche. Sindromi spleniche pure.

L'ordine in cui ho collocato queste quattro sindromi non è posto a caso, perchè è in questo ordine che la nostra analisi diagnostica deve procedere quando si voglia rispamiare tempo.

Mentre infatti, come facile è a comprendere, le sindromi del primo gruppo non necessitano di esami speciali ma basta il solo rilievo semiologico per porre in evidenza la concomitante lesione epatica, spesso denunciata solo da fenomeni di elementare rilievo (ittero-ascite), le sindromi del secondo e terzo gruppo trovano in un accurato esame del sangue la loro conferma ed infine le sindromi del quarto gruppo entrano in campo solo dopo avere escluse tutte le precedenti. Procediamo dunque in quest'ordine.

SINDROMI SPLENOEPATICHE. L'esame semiologico ci indirizza nell'analisi. Possiamo infatti distinguere tre fondamentali casi a seconda che la splenomegalia si accompagni:

a versamento libero nell'addome,

a presenza di ittero,

ad epatomegalia senza ittero nè ascite.

Analizziamo in particolare questi tre casi.

I. CASO. *La splenomegalia si accompagna ad ascite.*

Quì sorge il quesito dello stato del fegato:

È il fegato piccolo, ridotto di volume, a superficie ineguale? La risposta è semplice è facile.

Siamo di fronte ad una cirrosi volgare.

È il fegato grosso, liscio, dolente e coesistono legioni cardiache (valvolari o miocardiche), con fasi di asistolia? Si tratta di un fegato cardiaco.

Lo stesso quadro si può riscontrare in un bambino denutrito, astenico, con antecedenti pleurici e pericardici: sarà la cirrosi cardio-tubercolare.

Il fegato, sempre grosso, è invece ineguale, bozzoluto: se lo stato generale è grave, con notevole cachessia e sono comparse emorragie ripetute, si penserà all'adenoma del fegato, alla cosidetta cancrocirrosi. Se invece lo stato generale è buono, potrà essere prospettata la lue, col quadro un pò atipico di una sifilide epatica, che i dati ulteriori dell'anamnestico e l'esito della R. W. verranno a chiarire.

Il fegato si mantiene uguale e liscio, ma compare ittero ed ascite: sarà in gioco una cirrosi tipo Hanot.

Vi è invece solo una forte ipercromia cutanea, ma nelle urine si rileva la presenza di glucosio? Diagnosticheremo un diabete bronzino.

II CASO: *La splenomegalia si accompagna ad ittero.*

Se l'ittero è intenso, il fegato liscio, a bordo tagliente, sarà facile porre la diagnosi di cirrosi tipo Hanot.

Ma se l'ittero è modico, mentre il fegato resta nei limiti o è solo lievemente ingrandito, le possibilità diagnostiche si divideranno fra l'ittero emolitico, sia congenito che acquisito, l'ittero cronico splenomegalico e la malaria cronica, e sarà necessario ricorrere o ai dati dell'anamnestico personale e famigliare o ai reperti dell'esame ematoscopico, della prova di Hymans v. den Bergh, e della prova della resistenza globulare, per chiarire il quesito.

III CASO: *La splenomegalia si accompagna ad epatomegalia senza ittero nè ascite.*

Il fegato è talora molto grosso, talora solo modicamente ingrossato, ma è sempre liscio, uguale, indolente. Se contemporaneamente vi sono segni di ipofunzione cardiaca o meglio di asistolia, anche se mancano gli edemi e l'ascite, si penserà ad un fegato cardiaco, e l'esame dell'apparecchio circolatorio, ma particolarmente l'analisi della pressione venosa e della pressione arteriosa, ci forniranno utili indizi.

Se invece nell'anamnestico risulta una lesione renale cronica o una diarrea persistente o un focolaio suppurativo cronico, ci ricorderemo, e con ragione, della degenerazione amiloide. Ancora i dati dell'anamnestico, abbinati a particolari caratteristiche di resistenza della milza, faranno luce su di una possibile malaria cronica anitterica.

Ma a lato a queste forme morbigene che possono con facilità identificarsi, vanno altre, e numerose, che necessitano un discrimine più sottile. Fra le più frequenti è la sifilide congenita, che lede sempre la milza, ma che può contemporaneamente essere causa di lesioni epatiche. Meno frequente la sifilide acquisita, con una forma anomala di epatite accompagnantesi a splenomegalia, sia concomitante come nella forma di Menetrier e Bernard, sia successiva come nella sindrome metasplenomegalica di Caussade e Milhit. Ancor meno frequente il morbo di Banti nel suo secondo stadio, ed infine, più a titolo di competezza che di possibilità per l'adulto, il Kala-Azar, mentre tratteremo nel secondo gruppo del linfogranuloma nei suoi vari e molteplici aspetti.

SINDROMI SPLENOADENICHE. Esclusa, nei limiti delle possibilità cliniche, la partecipazione del fegato nella lesione splenica, sia che l'esame delle regioni ganglionari abbia dato modo di rilevare molteplici tumefazioni ghiandolari o che i sintomi subiettivi e i dati obiettivi possano richiamare la possibilità di una tumefazione di ghiandole del mediastino o dell'addome (che l'indagine radiologica potrà meglio accertare), sia che l'aspetto dell'ammalato dimostri un'anemia intensa, è sempre l'e-

Digitized by Google

same citologico del sangue che può interpretare nel giusto significato il rilievo semiologico.

Così nel caso che coesistano lesioni ghiandolari, vuoi dell'apparato linfatico superficiale, vuoi limitate alle ghiandole mediastiniche o mesenteriche o lomboaortiche o ancora ad alcuni noduli linfatici delle tonsille palatine, la numerazione degli elementi bianchi del sangue, sempre accompagnata ad un accurato esame morfologico di strisci colorati col Giemsa o col Leishmann, ci permetterà di porre, a seconda dei rilievi numerici e della presenza o meno di forme immature, la diagnosi di linfoadenosi leucemica o subleucemica o pseudoleucemica o aleucemica che dir si voglia.

Badate però — e lo dico qui e lo ripeterò ancora — che non sempre è detto che l'apparato linfatico sia superficiale che profondo debba partecipare al processo iperplastico nelle linfosi leucemiche e subleucemiche: con relativa frequenza, specialmente nei soggetti in età avanzata, si ha solo il quadro di una splenomegalia accompagnata o no ad epatomegalia di lieve grado, come ben dimostra il Micheli nella prima parte delle sue mirabili lezioni cliniche.

Nè vi deve del pari, sia detto per incidenza, sorprendere il fatto opposto: che cioè si abbia il quadro ematologico di una linfoadenosi leucemica senza partecipazione della milza.

***

E' giunto ora il momento di parlarvi di un'altra forma morbosa, troppo spesso ignorata e troppo spesso invocata a seconda delle scuole, alla quale abbiamo dianzi accennato parlando delle forme epatosplenomegaliche pure. Voglio alludere al linfogranuloma maligno, che per merito specialmente di scuole italiane verne in questi ultimi anni studiato a fondo nelle sue molteplici e multiformi manifestazioni.

Ma che cosa si intende per linfogranuloma maligno o più semplicemente per granuloma maligno? Non vi sorprenda la domanda, perchè se molto si è discusso e molto si è scritto su questo argomento, non minor numero di opinioni furono formulate, varianti di due principali affermazioni: per gli uni si raggruppano sotto questo titolo tutte le linfoadenosi aleucemiche di etiologia non nota: per gli altri il linfogranuloma maligno di Sternbergh-Paltauff è una particolare affezione nettamente differenziabile solo per le caratteristiche istopatologiche.

Ho già implicitamente manifestata la mia opinone separando il granuloma maligno dalle linfoadenosi aleucemiche. E sebbene ritenga che sotto particolari aspetti, in particolari casi si possa pure giungere ad una diagnosi di certezza è solo possibile coll'esame microscopico di un frammento di tessuto tolto al cadavere o prelevato in vita mediante biopsia.

Ho detto che in particolari casi la diagnosi si può fare anche coi rilievi clinici: quando cioè a lato alle tumefazioni ghiandolari esista splenomegalia più o meno spiccata, anemia più o meno cospicua a carattere secondario senza lesione profonda di alcuna delle due serie di globuli e senza comparsa di forme immature, con leucopenia, monocitosi assoluta e relativa ed eosinofilia: l'ammalato accusi astenia, prurito cutaneo e nel corso dell'affezione si possano rilevare delle *poussèes* termiche di una certa importanza a carattere remittente od intermittente, ad andamento ricorrente ed ondulante (Micheli). Non è però un dato necessario che le tumefazioni siano a carico dei gangli periferici: anzi il più sovente è solo il sistema linfatico profondo (mediastinico, retroaortico, mesenteriale) che viene colpito.

La mia affermazione che la diagnosi in vivo può essere solo diagnosi di probabilità, vi dà un concetto della enorme difficoltà che offre una sindrome di ipermegalia splenica accompagnata a tumefazioni gangliari viscerali. In questo caso l'esame del sangue periferico può solo entrare come coefficiente negativo in una diagnosi per esclusione nella quale ad ugual valore assurgono tutti gli altri sintomi subiettivi e i rilievi obiettivi e che per di più è tanto difficile che se si dovessero apertamente confessare tutti gli errori in proposito, credo che il coefficiente negativo supererebbe quello positivo.

Di fronte ad una sindrome di granuloma in fase di generalizzazione, con tumefazioni molteplici dei vari gruppi ghiandolari, splencepatomegalia, febbre, possono entrare in discussione altre forme morbose la cui diagnosi differenziale poggia su elementi più o meno validi, pur rimanendo sempre alla biopsia l'ultimo e definitivo verdetto. Tra queste tengono il primo posto due forme di granulomatosi (o di polilinfomatosi, per usare la terminologia dell'autore) che il Banti, secondo una classificazione puramente etiologica, pone fra quelle di origine infettiva, in opposizione alla forma neoplastica e alla forma criptogenetica, intendi granuloma maligno.

Il granuloma tubercolare, nella forma generalizzata, si asserva solo raramente. Colpisce con maggior frequenza i giovani, decorrendo col quadro di una malattia acuta febbrile. Il processo interessa contemporaneamente o successivamente numerosi gruppi ghiandolari, non escluse le ghiandole interne ed in ispecie quelle peribronchiali e mesenteriche. Le ghiandole superficiali appaiono di volume vario, di consistenza dura elastica o molle elastica, dapprima isolate, spostabili, poi nell'ulteriore sviluppo per lo più fuse e spesso aderenti alla cute ed ai tessuti circostanti o anche suppurate ed aperte. Più raramente le ghiandole si mantengono per lungo tempo ben isolate le une dalle altre, indolenti, senza segni di rammollimento o di suppurazione. Il fegato e la milza sono spesso aumentati di volume. Gravemente compromesso è lo stato generale con anemia, e deperimento progressivo sino alla cachessia.

Anche in questa forma, in via di eccezione, si osserva talvolta una temporanea remissione di tutti i sintomi generali, cui segue, dopo un tempo più o meno lungo, una più violenta riacutizzazione; ma, a differenza del granuloma maligno, non si notano oscillazioni nel volume delle ghiandole e della milza in rapporto con le oscillazioni della febbre, manca ogni accenno di prurito, e, quel che qui importa specialmente di notare, il quadro ematologico dimostra linfocitosi con un numero di leucociti normale. La presenza di lesioni tubercolari concomitanti in qualche altro organo sarà certo di grande utilità nel diagnostico, sebbene anche nella granulomatosi maligna, con relativa frequenza, si possano notare manifestazioni tubercolari polmonari o pleuriche (Trenti).

Ricordo un caso, visto 4 anni fa in Catania col carissimo amico dottor Chiara, nel quale la diagnosi di granuloma maligno era stata confermata da eminenti clinici. Essendo il paziente molto caro al collega, consigliai, per dirimere definitivamente la questione, di praticare una biopsia e procedere all'esame istologico. Orbene durante l'atto operativo, eseguito dal dottor Chiara stesso, fra le ghiandole sopraclaveari messe allo scoperto, se ne trovò una che presentava minor consistenza. Si incise e ne fuorescì del materiale caseoso ricco in bacilli di Koch. Sottoposto ad intensa cura iodica unitamente ad elioterapia (solare nell'estate, actinica nell'inverno) l'ammalato guarì rapidamente e radicalmente, mentre se si fosse trattato di un granuloma maligno voi ben sapete che l'esito sarebbe stato diverso.

Il linfogranuloma sifilitico assume pure talvolta il quadro di una adenopatia generalizzata con splenomegalia, febbre ed anemia. Ma in questo caso le ghiandole non raggiungono mai volume considerevole. Sono dure, indolenti, per lo più isolate le une dalle altre, libere da aderenze con la cute. La febbre, raramente elevata, ha decorso irregolare. Non si ha mai prurito. Rare le modificazioni del quadro ematologico costituite, quando esistono, da leucocitosi con aumento dei linfociti ed in qualche caso degli eosinofili. La R. W. e l'esito di un trattamento di prova chiariranno definitivamente il diagnostico.

Sebbene per la rarità dell'affezione eccezionale ne sia il riscontro, ben difficile torna invece la diagnosi differenziale dalla linfoadenosi aleucemica o pseudoleucemica di Cohneim. Ne fa fede, come dissi all'inizio, la confusione che per lungo tempo ha regnato nello studio di questa forma, quando sotto il nome di pseudoleucemia o di linfogranuloma maligno a seconda degli autori erano raggruppate malattie diverse. Criteri clinici utilizzabili possono essere l'aumento di volume di tutte le ghiandole nelle varie regioni, quasi contemporaneo e insieme con la splenomegalia e l'epatomegalia e non a tappe come nel granuloma maligno, e la mancanza di febbre. Inoltre può essere di qualche aiuto l'esame sistematico del sangue perchè si è notato qualche volta il passaggio della forma aleucemica a quella leucemica.

Talora però anche per le numerose e spiccate variazioni che ogni forma può presentare, la diagnosi differenziale fra i due processi riesce difficile ed è giocoforza ricorrere alla biopsia, per appoggiare i caratteri discriminativi semiologici coi caratteri discriminativi anatomo-istologici. A tal riguardo è opportuno di tenere sempre presente che se le ghiandole nella linfoadenosi leucemica, subleucemica e aleucemica presentano esclusivamente le note caratteristiche di un processo iperplastico, non sempre

Digitized by Google

si hanno nel granuloma maligno tutti gli elementi del tessuto di Sternberg, ma, come avviene quando l'alterazione anatomica è nel primo stadio, si rilevano talora i segni di una lesione prevalentemente iperplastica e come tale difficilmente differenziabile anche istologicamente dalla lesione propria della leucemia. Circostanze simili si sono verificate a proposito dei casi citati da Umber, Benda, Micheli; nei quali in base all'esame istologico di una ghiandola asportata per biopsia fu fatta diagnosi di iperplasia linfatica semplice, mentre all'autopsia si potè constatare trattarsi di un granuloma maligno (Trenti).

SINDROMI SPLENOEMATICHE. Indubbiamente il titolo di questo terzo gruppo è improprio, perchè comprende anche quelle lesioni spleniche, illustrate nel precedente gruppo, nelle quali il sistema linfatico appare alterato nella sua funzione ematopoietica. Per essere preciso avrei dovuto riunire sotto tale titolo questo gruppo ed il precedente, distinguendo poi le forme a seconda che la funzione ematopoietica dell'apparato linfatico veniva o no interessata dal processo morboso. Ma questa distinzione, se certamente più esatta, era del pari scolasticamente poco chiara, in particolare per la difficoltà di scindere il concetto di partecipazione attiva anatomica dal concetto di partecipazione attiva funzionale. Credo pertanto utile, a scopo puramente didattico e pratico di conservare la distinzione in gruppi così come l'ho posta all'inizio di questa lezione, pure se scientificamente inesatta.

Anche in questo gruppo all'esame del sangue è devoluta l'ultima decisione, sia per stabilire la serie ematica interessata, sia per identificare e classificare la lesione. D'onde la grande importanza che assume l'esame ematologico e, di conseguenza, la necessità che detto esame sia condotto con tecnica quanto mai rigorosa, da veri competenti in materia. Come vedremo, l'esame del sangue non deve in questo caso soffermarsi solo ai rilievi morfologici, cercando di mettere in evidenza eventuali elementi immaturi, ma deve ancora riguardare il numero di detti elementi ed il contenuto in emoglobina.

Perchè i conteggi riescano il più possibile esatti, consiglio di usare sempre della cellula di Buerker con le divisioni centrali secondo Thomas, facendo penetrare per capillarità la sospensione globulare dopo avere ben adattato in posto il coprioggetti con le apposite pinze.

Per la valutazione del contenuto in emoglobina sconsiglio tutti i moderni mezzi spicci con cartine assorbenti e scale cromometriche: solo l'elemento di Fleischl-Miescher dà risultati attendibili e costanti.

L'esame ematologico ci dirà in primo luogo se esista o no una modificazione numerica e morfologica o solo numerica o solo morfologica e quali elementi siano interessati. Potremo così distinguere in due grandi gruppi le splenomegalie a seconda che le modificazioni ematiche riguardino la serie rossa o la serie bianca.

A) *Splenomegalie con alterazioni a carico della serie bianca.*

Nel maggior numero dei casi si riscontra un aumento sensibile degli elementi mononucleati granulosi e loro progenitori (promielociti-metamielociti ecc.) e, a seconda che l'abnorme rilievo di forme immature è accompagnato o no ad aumento numerico dei leucociti, si distingue una mielosi leucemica, subleucemica e aleucemica. Ma va pure tenuto presente che in un certo numero di casi la lesione ematica può interessare solo i linfociti e dare ad un dipresso il noto quadro delle linfosi, senza che il sistema linfatico ghiandolare superficiale e profondo sia interessato. Si parlerà allora di linfosi splenica subleucemica o leucemica a seconda del numero degli elementi bianchi. Per obbligarvi alla lettura di una magistrale descrizione di questa forma, non spendo altre parole e vi rimando alla prima lezione del bel libro del Micheli.

B) *Splenomegalie con alterazioni a carico della serie rossa.*

Anche gli elementi rossi, accanto a lesioni più o meno notevoli di ordine morfologico, possono presentare o no variazioni numeriche, sia in aumento che in diminuzione sul numero normale: infine la diminuzione numerica può andare di pari passo colle variazioni del tasso emoglobinico o al contrario mostrare una netta dissociazione.

Possiamo dunque distinguere tre casi particolari:

I. *Aumento nel numero degli elementi rossi*, e penseremo ad una eritremia o malattia del Vaquez se la poliglobulia si associa a colorazione rossa intensa della cute, ad ectasia venosa superficiale, ad epatosplenomegalia; mentre propenderemo per una tubercolosi primitiva della milza se il fegato non partecipa al processo morboso, vi è solo lieve cianosi e l'ammalato è febbrile.

II. *Diminuzione degli elementi rossi con parallela diminuzione dell'indice emoglobinico.* Quando nei preparati si riscontrino elementi caratteristici del tipo dell'ematopoiesi embrionale, la malattia sia insorta e decorra con andamento piuttosto acuto, e l'ammalato sia un bambino nei primi anni di vita, nessuna difficoltà a classificarla nel gruppo piuttosto vasto di quelle forme ad etiologia ignota spesso, ma non certamente unica, che vanno sotto il nome generico di *anemia splenica infantum.*

Allorquando invece il paziente sia un adulto, permarrà il dubbio, risolto solo dal successivo decorso, fra un morbo di Banti nel suo 1.° stadio e l'anemia splenica degli adulti, forma discussa e da taluni rigettata, ma che pure è d'uopo accettare come unità nosografica d'insieme almeno per ora, sino a che nuove indagini non vengano a suddividerla in entità diverse a seconda delle diverse cause etiologiche.

III. *Diminuzione nel numero degli elementi rossi con dissociazione dell'indice emoglobinico.* Accettando il concetto di Naegeli, pel solo fatto di riscontrare una dissociazione fra numero dei globuli rossi e tasso emoglobinico con indice elevato, cioè superiore all'unità, noi dovremmo porre la diagnosi di anemia perniciosa. Ma dalle idee di Naegeli ad oggi molto è mutato nel concetto di anemia perniciosa, sia dal punto di vista dell'entità morbosa in sè considerata, sia dal punto di vista dell'importanza dell'indice del valore globulare. Mentre un tempo si considerava che questa sintomatologia costituisse il quadro nosografico di una particolare malattia, si accetta oggi l'opinione che essa non rappresenti che una sindrome morbosa, legata a svariati momenti etiologici, nel cui determinismo il terreno organico individuale ha particolare importanza, sia in rapporto all'impianto della lesione ematica, sia in rapporto al grado di reazione individuale, che porta ai noti quadri di anemia perniciosa aplastica, ortoplastica, metaplastica.

***

SINDROMI SPLENICHE PURE. Allorquando l'esame ematologico dimostra l'integrità o almeno la non partecipazione diretta del tessuto ematopoietico nella lesione splenica, fa uopo prendere in esame l'ipotesi di una splenomegalia pura, sia di origine infettiva, che di origine formativa che infine di origine circolatoria. Analizziamo le diverse eventualità.

I. *Di origine infettiva.* Escluse le forme di splenomegalia acuta, ben limitato è il campo di indagine.

Se esiste febbre più o meno regolare, la diagnosi differenziale fra Kala-Azar e malaria cronica nel periodo iniziale (senza cioè interessamento del fegato) sarà facilitata e dall'età del paziente (almeno per i nostri climi) e dall'aspetto della milza, piuttosto molle, a margini poco taglienti nel K. A., dura, tagliente, con numerose incisure nella malaria, e dal reperto o di Leismanie o di parassiti malarici nel succo splenico prelevato con puntura.

Se non esiste febbre, torna ancora in campo la sifilide, sia congenita che acquisita, ed in questo caso, oltre ai dati dell'anamnestico ed al rilievo semiologico di lesioni ghiandolari o vasali concomitanti, sarà l'esito della R. W. anche dopo riattivazione eventuale che darà un giudizio.

2. *Di origine neoformativa.* Sebbene non frequente, va ugualmente tenuta presente l'eventualità di una neoformazione, sia benigna che maligna, come pure va ricordata una speciale forma di iperplasia, la malattia di Gaucher. Il porre una diagnosi differenziale fra queste diverse affezioni è certamente un problema assai arduo, specialmente quando manchi lo stato di cachessia a caratterizzare la forma maligna.

Relativamente meno difficile la diagnosi di cisti, in particolare modo quando si possa seguirla nella sua evoluzione e estrinsicazione all'esterno della capsula.

Se la cisti si mantiene intraparenchimatosa, la milza non appare deformata ma presenta però una consistenza varia nelle varie zone di palpazione, con una speciale durezza elastica che richiama e fissa la nostra attenzione. Se invece la cisti si esterorizza o è iuxtasplenica, allora, e per la forma abnorme e per i dati della palpazione e infine per i rilievi radiologici, il problema verrà risoluto nelle sue linee generali, anche se resta sempre in-

Digitized by Google

cognita la natura della formazione cistica (cisti sierosa, cisti dermoide, cisti ematica, cisti idatidea).

I tumori maligni, anche se non accompagnati a cachessia, sogliono per lo più imprimere all'organo di tali irregolarità di superficie e variazioni di durezza, che difficilmente sfuggono al rilievo di un attento osservatore. Ricordo, a titolo di pura cronaca, che oltre ai tumori metastatici (sarcomi, melanosarcomi, carcinomi) da tumori primitivi dell'apparato digerente e suoi annessi (nel qual caso il reperto della lesione concomitante illuminerà il diagnostico), vi sono pure rarissimi tumori primitivi.

In ultimo, sebbene la sua frequenza sia di gran lunga inferiore a quella degli altri tumori, è bene tenere presente che la milza può diventare sede di una particolare neoformazione per iperplasia dell'endotelio e del sistema reticolare, il cosidetto morbo di Gaucher, ad inizio lento e subdolo, ma ineluttabilmente progressivo, nel quale l'organo mantiene la sua forma normale e la superficie liscia. Ma la diagnosi in questo caso, sempre difficile, potrà solo essere avanzata, e con molte riserve ancora, negli ultimi stadi della malattia, quando ai rilievi obiettivi del tumore splenico (talvolta con lieve ingrandimento del fegato) si associno spiccata anemia con o senza leucopenia e manifestazioni emorragiche multiple e cospicue a carico della cute e delle mucose.

3. *Di origine circolatoria,* limitatamente s'intende al distretto splenico o splenoportale senza interessamento di altri organi. Trova posto in questo gruppo la sola tromboflebite splenomegalica nelle sue due forme di splenomegalia tromboflebitica primitiva (Frugoni) e di splenomegalia splenopiletrombotica, a seconda che il processo endoflebitico abbia sede nella sola vena splenica o invece interessi anche la porta. Forme anatomocliniche che alla loro volta possono suddividersi ciascuna in due varietà: la splenomegalia tromboflebitica primitiva può distinguersi in una forma senza interessamento della piccola mesenterica e con interessamento di essa vena a seconda che l'occlusione interessi o no lo sbocco della piccola mesenterica nella lienale: la splenomegalia splenopiletrombotica può dare due quadri differenti a seconda che l'occlusione sia inizialmente tronculare o invece sia terminale, dopo che la vena porta si è suddivisa nei suoi due rami e si è fatta intraepatica.

In verità le quattro forme teoriche solo inizialmente trovano riscontro in un quadro clinico definito, perchè man mano che il processo morboso fa il suo corso, finiscono per combinarsi e dare un quadro terminale unico.

Nella forma ad inizio lienale, sintomi costanti sono: splenomegalia, anemia ed emorragie forti da varici, sintomi che il Frugoni distingue in due periodi: un primo anemosplenomegalico che presenta come sintomi essenziali la splenomegalia cronica, l'anemia a tipo anemopoietico con leucopenia accentuata e spesso anche con linfocitosi e mononucleosi: un secondo periodo emorragico caratterizzato da gastrorragie ripetute e spesso assai gravi da rottura di vene fortemente distese dalla stasi, gastrorragie che sogliono accompagnarsi a tre fenomeni: diminuzione di volume della milza, febbre irregolare, ascite transitoria, dovuta questa a propagazione della tromboflebite nel territorio della porta.

Nella varietà di questa forma con occlusione distale della lienale ed interessamento della mesenterica inferiore, alla sindrome precedente si aggiunge quella di occlusione di detta vena: fatti di stasi più o meno acuta, dalla congestione sino all'infarto, a seconda della lentezza con cui si stabilisce l'ostacolo, nel colon discendente, sigma e retto, melena, emorroidi, diarrea, tenesmo ecc. ecc.

Nella splenopiletromboflebite con occlusione iniziale tronculare si ha di solito fin dall'inizio, oltre la splenomegalia, l'ascite, sintomi gastrici e intestinali, circolo collaterale ad esclusione del circolo mediano, che compare invece nella varietà terminale quale unico sintoma differenziale. Come vedete una sindrome particolare che avremo occasione di meglio illustrare parlando di uno dei nostri casi.

***

Giunti così alla fine della nostra analisi, un pò lunga invero ma non certo per eccessiva prolissità perchè ho spesso dovuto sfiorare ed anche sorvolare argomenti pure interessanti, dobbiamo ora dimostrare la praticità applicandola allo studio di questo gruppo di malati che appunto presentano il requisito principale necessario: una splenomegalia cronica. Applicazione pratica che ci darà modo di ampliare e diffondere l'analisi differenziale là dove per necessità didattiche ho dovuto renderla compendiosa e talvolta eccessivamente succinta, di completare con nozioni tratte da branche collaterali i quadri morbosi fin quì esclusivamente considerati dal punto di vista semiologico.

Ma da questa analisi un altro dato importante potete sin d'ora desumere: che la mancanza del sintoma principale «splenomegalia cronica» permette di escludere un gruppo considerevole di affezioni, limitando e favorendo in modo spiccato, l'indagine clinica differenziale.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore Prof. G. ZAGARI

"SITUS VISCERUM INVERSUS,, COMPLICATO A STENOSI DELL'ARTERIA POLMONARE E COMUNICAZIONE INTERVENTRICOLARE.

per il prof. DOMENICO LIOTTA — Aiuto

Sono oramai numerosi i casi di destrocardia con trasposizione viscerale completa riportati nella letteratura medica e, in questi ultimi anni specialmente tali reperti sono diventati sempre più frequenti.

Le statistiche più recenti fanno ascendere a diverse centinaia (più di 250 secondo Clerc e Levy) i casi di questo genere e Le Wald nel 1925 poteva comunicare che alla sua sola osservazione erano capitati ben 29 casi di *situs inversus* su 40 mila soggetti esaminati, ciò che indicherebbe una proporzione di circa un caso per ogni 1400 osservazioni!

Per quanto una tale proporzione possa sembrare piuttosto esagerata, tuttavia bisogna riconoscere che oggi, grazie al largo impiego della radioscopia, più difficilmente che in passato resta inosservata una tale anomalia.

Oltre al *situs inversus totalis* (*destrocardia con trasposizione degli altri visceri, eterotassia*) possono esistere, come è noto, dei casi in cui solamente il cuore è spostato a destra mentre gli altri organi conservano la loro posizione normale. Si parla allora di *destrocardie pure,* le quali, al contrario, delle *eterotassie,* che sono sempre *congenite,* possono essere *congenite e acquisite.*

Le *destrocardie pure* congenite sono abbastanza rare e dipendono da un disturbo di sviluppo embrionario, il cui meccanismo, come per i casi *di situs inversus,* resta oscuro.

Il cuore in questi casi può essere normalmente conformato e funzionare regolarmente (*destrocardia pura isolata*), oppure presentare delle lesioni anatomiche a carico degli orifizi valvolari, o dei grossi vasi (*destrocardia pura complicata*).

Le *destrocardie acquisite* sono il risultato di uno spostamento in massa del cuore verso destra in dipendenza di un versamento pleurico, o di un tumore, o di briglie cicatriziali pleuriche, pericardiche, o pleuropericardiche che tirano e fissano il cuore a destra.

Il *situs viscerum inversus totalis* non deve considerarsi come un'infermità (Baumann, Ebstein, Küchenmeister, Kegel ecc.) e i soggetti che presentano questa conformazione possono godere il più completo benessere fisico ed esporsi, senza speciali conseguenze, alle stesse fatiche materiali degli individui normalmente conformati.

Tuttavia quando il *situs inversus* si associa a speciali alterazioni di conformazione del cuore come la mancanza del setto interventricolare, o la persistenza del dotto arterioso, o la stenosi dell'arteria polmonare, o la trasposizione dei grossi vasi,

Digitized by Google

o parecchie di tali alterazioni associate, allora esso rappresenta una vera e propria malattia e offre un interesse maggiore allo studio, in quanto al problema d'indole patogenetico rappresentato dall'anomalia di conformazione se ne accoppia uno di interesse più immediato per l'infermo rappresentato dal vizio cardiaco.

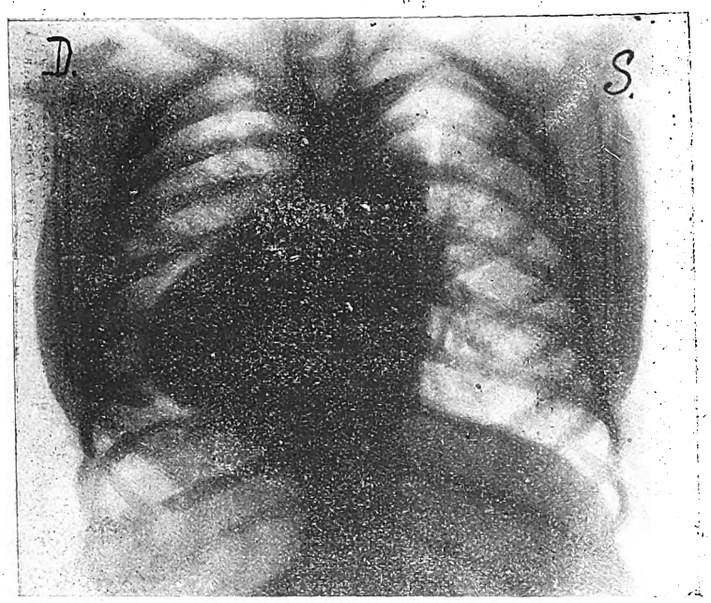


Fig. 1.

Un caso di destrocardia con trasposizione viscerale completa complicato a malformazione congenita del cuore, ricoverato quest'anno in Clinica per un'affezione nervosa che nulla aveva da vedere con la destrocardia mi è parso meritevole di speciale illustrazione.

I. M. di G., di anni 17. Nubile. I genitori sono viventi e sani. Non sono consanguinei e sembra che abbiano goduto sempre buona salute. La madre della paziente ebbe un aborto e 9 gravidanze portate a termine regolarmente. Dei 9 figli due morirono in tenera età, uno per eclampsia e l'altro per morbillo, un terzo per ferite riportate in guerra. Degli altri sei figli, *tre presentano destrocardia con trasposizione viscerale*. E cioè la nostra paziente, una sua sorella maritata con prole ed un fratello che ha fatto pure il servizio militare regolarmente. Gli altri tre figli sono normalmente conformati e godono buona salute.

La paziente è nata a termine da parto eutocico.

Ebbe allattamento materno. Primi passi e parole in epoca normale.

I genitori riferiscono che la paziente sin da bambina diventava cianotica in viso ogni qualvolta scoppiava in pianto, e quando era più grandicella andava soggetta ad affannarsi facilmente in seguito a sforzi anche leggeri. Non ebbe mai malattie febbrili nè reumatismo articolare, nè malattie broncopolmonari.

Circa sei mesi fa ebbe le prime mestruazioni le quali si ripeterono solo per tre ricorrenze mensili e dopo cessarono completamente. Attualmente è sempre amenorroica.

L'esame obbiettivo fa rilevare che si tratta di un soggetto di regolare sviluppo scheletrico e di normale intelligenza.

Si nota manifesta cianosi dei prolabi, dei pomelli e della regione ungueale delle dita che sono ingrossate a bacchetta di tamburo (dita ippocratiche).

Non si palpano glandole nelle comuni regioni.

Assenza di edemi. Denti normalmente sviluppati e bene impiantati.

Il torace è di forma cilindrica; mammelle normalmente sviluppate. I limiti superiori e inferiori del polmone sono nei livelli normali. Non si rilevano, alla percussione, ottusità abnormi tranne che a sinistra e anteriormente sulla regione mammaria, manca la zona di ottusità cardiaca, che, come si dirà in seguito, si riscontra nella regione omonima destra.

Il murmure vescicolare è normale.

Cuore. L'ispezione e la palpazione della regione cardiaca (a sinistra) non fanno rilevare la presenza di pulsazioni riferibili al cuore. Invece a destra dello sterno, con la palpazione si raccolgono delle pulsazioni diffuse che raggiungono il massimo di intensità in corrispondenza del 5° spazio intercostale destro lungo la linea emiclaveare ove si palpa un impulso valido e ritmico che ha tutti i caratteri di un itto cardiaco.

Si avverte inoltre un fremito sincrono alla sistole ventricolare più nettamente percepibile a livello del terzo e del secondo spazio intercostale destro in prossimità della marginale dello sterno.

La percussione a destra dello sterno mette in evidenza una zona a suono ottuso di figura grossolanamente triangolare con un estremo arrotondato verso il 5° spazio intercostale lungo l'emiclaveare destra; l'ottusità arriva in alto al 3° spazio intercostale destro, a livello del margine sternale, e in basso, in corrispondenza dell'inserzione sternale della sesta cartilagine costale.

L'ascoltazione cardiaca fa rilevare: sulla sede dell'itto il 1° tono netto seguito immediatamente da un rumore di soffio rude che si prolunga per tutto il tempo della piccola pausa. Questo soffio diventa più forte e quasi raspante specialmente in corrispondenza del 2° spazio intercostale destro, in prossimità del margine sternale (qui, data la destrocardia dovrebbe corrispondere il focolaio della polmonare) e in corrispondenza del 3° spazio intercostale destro, con la particolarità che da questo punto il rumore si propaga con la stessa intensità trasversalmente lungo lo sterno sino al suo margine sinistro.

Il rumore sistolico è anche udibile ma molto affievolito lungo il decorso delle carotidi e al dorso in corrispondenza della regione infrascapolare destra.

Il 2° tono è debole ed è più nettamente udibile a livello del secondo spazio intercostale in prossimità del margine sternale sinistro (ove dovrebbe corrispondere il focolaio di ascoltazione dell'aorta). Non si ascolta alcun soffio diastolico.

La pulsazione delle carotidi al collo è appena visibile; il polso radiale è piccolo, uguale, di media frequenza (80 battiti al minuto). Non si rilevano differenze fra i due polsi.

Pressione massima al Riva-Rocci 110.

L'esame dell'addome e dei visceri in esso contenuti fa rilevare che la zona di ottusità epatica trovasi a sinistra e quella splenica a destra. Questi organi non sembrano ingranditi. L'aia semilunare di Traube è nettamente delimitabile a destra.

Esame radioscopico. L'esame radioscopico del torace conferma la destroposizione del cuore e mostra altresì a sinistra l'ombra del fegato. Anche la grande curvatura dello stomaco, (previa ingestione della miscela gassosa) si disegna nettamente a destra.

Il parenchima polmonare, tanto a sinistra che a destra, ha

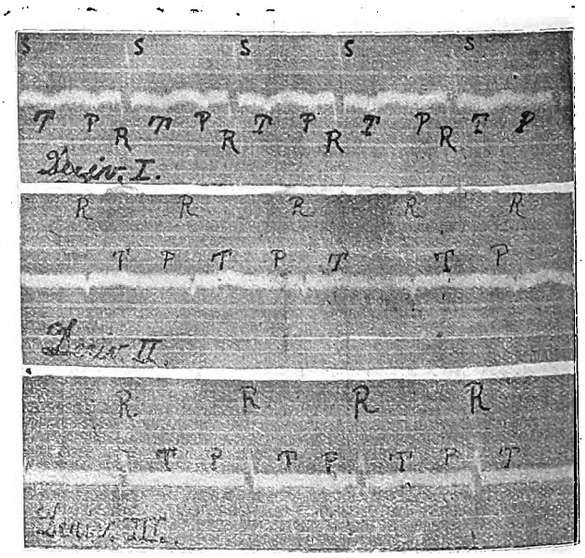


Fig. 2.

conservato la sua normale chiarezza. Non si rilevano briglie pleuriche, o pleuropericardiche.

L'ombra cardiaca sembra un pò più ampia della normale.

La direzione del grande asse cardiaco è manifestamente cambiata e va dall'alto e da sinistra verso il basso e a destra. La parte situata più verso destra è costituita dalla punta che appare arrotondata e sollevata in alto (vedi fig. 1).

Digitized by Google

Esame del sangue: Globuli rossi 5,250,000 per mmc. Globuli bianchi 6800. Rapporto: 1:772. Emoglobina 95. Valore globulare 0,90.
Formula leucocitaria:
Polinucleati neutrofili 65 %; Linfociti 23 %; Grandi mononucleati 5 %; Forme di passaggio 6 %; Eosinofili 1 %; Basofili 0 %.

Reazione di Wassermann. Sul sangue: negativa. Sul liquor: negativa.

Esame elettrocardiografico (fig. 2). L'esame elettrocardiografico nelle 3 derivazioni dà delle curve concordanti con ciò che è il reperto caratteristico delle destrocardie con trasposizione viscerale completa. E più particolarmente i complessi elettrici in derivazione I (braccio destro, braccio sinistro) presentano una inversione completa, cioè tutti gli elementi della curva sono capovolti, risultando così che gli accidenti, che normalmente sono positivi, diventano negativi e viceversa. Inoltre nella II e III derivazione gli accidenti sono normali per direzione ma con questa particolarità che per lo spostamento dell'asse cardiaco la curva della D. III corrisponde a quella che è la D. II nei soggetti normali, e risulta quindi più netta di quest'ultima.

I dati più importanti sono quindi quelli rappresentati dalla D. I. in cui l'elettrocardiogramma assume la figura detta *a specchio* e che può essere utilizzata come criterio differenziale con le destrocardie isolate, che dànno, in questa derivazione, un elettrocardiogramma di carattere normale.

È importante altresì notare in questa derivazione l'onda S molto ampia che sarebbe esponente, secondo alcuni autori (Einthoven, Lewis, Meyer, ecc.) dell'ipertrofia ventricolare destra. In complesso si ha dunque in D. I che le onde P, R, T sono negative e l'onda S positiva e ampia per l'ipertrofia del cuore destro in conseguenza della stenosi dell'arteria polmonare.

Nel *situs inversus totalis* (destrocardia con eterotassia) si ammette, in base a tutte le constatazioni anatomiche che sono state eseguite, che esista sempre una inversione delle cavità cardiache. Non solamente il cuore sinistro è a destra e il cuore destro a sinistra, ma anche l'aorta discende a destra della colonna vertebrale.

A questa inversione anatomica delle cavità cardiache corrisponderebbe dunque l'inversione della curva elettrica in D. I. (Vaquez, Donzelot, Laubry, Pezzi ecc.).

Discussione e considerazioni. — Siamo in presenza, come risulta chiaramente dai dati sopra esposti, di un caso di destrocardia con trasposizione viscerale completa: cuore a destra, fegato a sinistra, milza a destra, grande curvatura dello stomaco a destra, piloro a sinistra.

Molto probabilmente anche la posizione di altri visceri, colon, appendice ecc. avrà subito la stessa trasposizione.

La destrocardia inoltre è complicata da altre alterazioni del cuore, come risulta dal rilievo dei seguenti sintomi: cianosi manifestatasi sin dai primi anni della paziente, dita a bacchetta di tamburo, rumore sistolico con massimo d'intensità su due punti distinti, cioè, al 2° e al 3° spazio intercostale destro in prossimità del margine sternale.

Il rumore udibile al 2° spazio ha dei caratteri di rudezza differenti dall'altro e proviene evidentemente da una differente sorgente e pertanto esso deve considerarsi come l'esponente della stenosi dell'arteria polmonare. Invece il rumore udibile al 3° spazio e che si estende trasversalmente sino al margine sternale sinistro con la medesima intensità è l'esponente di una perforazione del setto interventricolare (malattia di Roger).

Sembra superfluo aggiungere che queste malformazioni cardiache sono qui congenite. Si è notato infatti che la paziente non ha mai sofferto di infezione reumatica, o di altre malattie acute o croniche, mentre ha presentato la cianosi sin da bambina, ha un discreto grado di iperglobulia, le dita ippocratiche ecc. Dal complesso dunque dei sintomi raccolti pare giustificata la diagnosi di *situs viscerum inversus totalis* complicato a stenosi dell'arteria polmonare e comunicazione del setto interventricolare.

Casi di *situs inversus,* complicati alle due alterazioni cardiache su dette, sono piuttosto rari.

Meyer nel 1923 ne illustrava uno che riteneva essere il 19° di quelli sino allora descritti. Non mi risulta che da quella data ad oggi ne siano stati pubblicati degli altri. Questo da me descritto sarebbe quindi il 20°.

***

Prima di esporre le poche considerazioni etiopatogenetiche riferibili al caso in esame, non mi pare superfluo mettere in rilievo il fatto che nella famiglia della paziente la destrocardia con eterotassia si presenta con una certa frequenza. Su sei fratelli, infatti, tre presentano questa anomalia. Però, soltanto nella nostra malata si riscontra una malformazione cardiaca complicante la destrocardia.

Ogni indagine rivolta a scoprire la ragione, anche indiretta, di questa malformazione è qui riuscita negativa. I genitori, come si è detto, sono normalmente conformati e non sono consanguinei. Non hanno sofferto di lues, tubercolosi, malattie distrofiche ecc. Non hanno abusato di alcool. Insomma hanno sempre goduto buona salute e non è in essi riscontrabile nessuna di quelle cause, talora invocate per spiegare l'insorgenza di una malformazione congenita nei discendenti.

Non resta quindi che appoggiarsi a una delle tante teorie più o meno attendibili formulate per spiegare la patogenesi della anomalia che ci interessa.

È noto infatti che numerose teorie sono state emesse per spiegare il meccanismo di formazione della destrocardia con trasposizione completa dei visceri (Dareste, Rindfleich, Forster, Martinotti, Lochte ecc.).

Alcune non reggono alla critica, altre sembrano meglio fondate; nessuna però riesce a dare una ragione del tutto convincente del meccanismo di formazione dell'anomalia in discorso.

Così il Forster, per esempio, ritiene che il *situs inversus* non rappresenti che il reliquato, *ciò che è rimasto,* di una mostruosità doppia originaria, di cui soltanto l'embrione destro si sia sviluppato, mentre il sinistro è scomparso.

Martinotti e Lochte attribuiscono un'importanza decisiva alla circolazione delle vene onfalo-mesenteriche (Martinotti) e ombelicali (Lochte) e la loro teoria ha molti seguaci perchè spiega meglio di qualunque altra questa anomalia di sviluppo.

Martinotti basandosi sul fatto che in condizioni normali delle due vene onfalo-mesenteriche solo la destra scompare molto presto, mentre la sinistra rimane, attribuisce a questa asimmetria lo sviluppo del fegato a destra, della milza a sinistra ecc. Nei casi, invece, in cui è la vena sinistra a scomparire mentre persiste la destra, si avrà necessariamente una trasposizione nella topografia degli organi e il fegato si svilupperà a sinistra, il cuore a destra ecc.

Il Lochte ritiene che oltre alle vene onfalo-mesenteriche abbiano una grande importanza le vene ombelicali, che durante lo sviluppo embrionario subiscono la medesima involuzione delle prime e cioè mentre la destra scompare rimane solo la sinistra, nei casi di sviluppo normale. Se invece, si ha una persistenza delle vene onfalo-mesenterica e ombelicale destra al posto ordinario delle omonime sinistre, ne conseguirà che lo sviluppo del fegato avverrà a sinistra, quello della milza a destra, il cuore sarà a destra ecc. cioè si avrà una localizzazione invertita degli organi.

Comunque sia, il fatto certo è che l'eterotassia completa rivela sempre un disturbo precoce dello sviluppo (Vaquez). La sua genesi ancora ci sfugge, e finchè non si sarà appreso come si svolge nelle condizioni ordinarie lo sviluppo degli organi e, più particolarmnte, per quali ragioni, normalmente, il fegato si localizza a destra e la milza, il cuore ecc. a sinistra, il voler spiegare il meccanismo di formazione della anomalia di cui trattiamo non può restare che nel campo puramente speculativo.

Una nozione importante da tener presente, dal punto di vista pratico, è che il *situs inversus,* senza alcuna alterazione nella struttura degli organi, non deve ritenersi come una malattia ed i soggetti con tale anomalia vanno considerati come normali dal punto di vista del lavoro utile che può ad essi richiedersi.

Quando invece la destrocardia è complicata da alterazioni di struttura del cuore, allora è soltanto questa evenienza che va considerata come una vera e propria malattia e il giudizio prognostico dipenderà dal grado del vizio cardiaco e non dalla destrocardia. È noto infatti che se alcuni dei vizi cardiaci congeniti implicano una prognosi assai grave, altri invece sono compatibili con una lunga sopravvivenza e con uno stato generale di salute abbastanza buono.

Potain riferisce un caso di comunicazione interventricolare perfettamente tollerato in una donna vissuta sino a 56 anni e

Digitized by Google

che ebbe parecchie gravidanze normali, e in cui la lesione fu riscontrata come reperto accidentale di autopsia.

Anche con la stenosi polmonare è talora possibile uno sviluppo fisico discreto, ma in generale questo vizio è causa di una crescita stentata e infantile.

Nella nostra paziente la concomitanza della stenosi polmonare con la comunicazione interventricolare rende il giudizio prognostico ancora più riservato per quanto, come si è detto, essa abbia potuto raggiungere un discreto grado di sviluppo fisico e siano di poca entità i disturbi dipendenti dall'alterato circolo.

BIBLIOGRAFIA

BAUMANN. Acht Fälle von situs inversus viscerum totalis, Inaug. Diss. Zürich, 1917. — CLERC e LEVY. Bull. et Mem. de la Soc. med. des hop. de Paris, 28 Janvier 1926. — DARESTE. Compt. Rend. acad. des Sc. Paris, 1865. — EBSTEIN. Citato da Baumann. — EINTHOVEN. Arch. f. d. ges. Phys. 1895, p. 101. Ibid. 1900, p. 139. — FORSTER. Die Missbildungen des Menschen, 1861. — KEGEL GEORG. Kongresszentralb. Bd. 39, 1925, p. 772. — KUCHENMEISTER. Die angeborene Verlangerung der Eingeweide des Menschen, Leipzig, 1883. — LAUBRY e PEZZI. Traité des maladies congenitales du coeur, Paris, Baillière Edit. 1921. — LE WALD. Journ. of the Amer. med. ass. 1915, p. 261. — LEWIS. Clinical Electrocardiography, Londres. — LOCHTE. Ziegler's Beitrage, 1894. — MARTINOTTI. Della trasposizione laterale dei visceri, Bologna 1888. — MEYER. Archiv. des mal. du coeur. 1923, p. 16, Ibid. p. 249. — PEZZI e CARUGATI. Cuore e circolazione, 1924, fasc. 10. — POTAIN. Bull. et Mem. de la Soc. med. des hop. de Paris. 1896, 17 Avril. — RINDFLEICH. Lehrbuch der pathologischen Keweb. 1871. — ROGER. Acad. de med. de Paris, 1879, VIII, 1074. — ROKITANSKI. Die defecte der Scheidewande d. Herz. Wien. 1875 — VAQUEZ. Maladies du coeur, Paris, Baillière Ed. 1921. — VAQUEZ e DONZELOT. La Presse médic. 1920, p. 41.

ISTITUTO CHIRURGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
Direttore Prof. RIGHETTI

SU DI UN CASO DI SCOLIOSI SCIATICA ALTERNANTE (*)

per il dott. M. DAINELLI — Assistente

La notevole rarità dei casi di scoliosi sciatica alternante permette di rendere noto il caso occorso nella nostra clinica.

Molto dibattuta, e non ancora definita è la patogenesi di questa particolare infermità.

Sulla patogenesi delle scoliosi sciatiche in generale esistono varie teorie che si possono così riassumere.

1. *Teoria muscolare* per la quale la scoliosi è conseguente ad uno stato di contrazione spastica di muscoli (Brissaut, Lorenz, Hoffa); od a rilasciamento paralitico o paretico di questi (Fischer e Schonwald).

2. *Teoria statica* per cui la scoliosi non è che un atteggiamento necessario per scaricare il peso del corpo dal lato malato sul lato sano.

3. *Teoria così detta nervosa* secondo la quale la scoliosi permette il rilasciamento dello sciatico in quanto ne avvicina il capo prossimale a quello distale.

Secondo altre vedute (Danforth) la scoliosi agisce sul nervo attraverso un altro meccanismo.

È noto che la flessione laterale e dorsale della colonna vertebrale allarga i fori di coniugazione della parte opposta a quella della scoliosi per cui si viene ad eliminare una possibile compressione esercitata sui nervi al loro punto di uscita (ciò vale a spiegare le scoliosi eterologhe).

Di queste varie teorie nessuna può resistere ad una critica profonda per cui sono in generale considerate insufficienti a spiegare la scoliosi semplice sia omologa che eterologa.

Per la scoliosi sciatica alternante l'incertezza sulle cause che la determinano è ancora maggiore.

La teoria di Sicard per cui le diverse attitudini prese dal paziente nella sciatica (fino alla formazione delle scoliosi), debbono essere considerate in rapporto al segmento nervoso interessato, viene applicata per spiegare anche la scoliosi sciatica alternante ammettendo la possibilità di una localizzazione contemporanea a più segmenti nervosi, con prevalenza ora dell'uno ora dell'altro, fino a determinare la alternanza (Calissano).

Anche questa spiegazione a noi pare che sia insufficiente perchè infatti come si può spiegare la possibilità che hanno molti di questi malati di cambiare volontariamente il loro atteggiamento fino a trovare anche in esso un certo benessere?

Secondo vedute più moderne si tende a portare le ischialgie e, conseguentemente le scoliosi sciatiche, in un campo più circoscritto in quanto che la ischialgia rappresenterebbe nel maggior numero dei casi soltanto un sintoma di un'alterazione scheletrica sia artritica, sia tubercolare, neoplastica, da ossificazione dei legamenti lombo-sacrali (Folke, Lindstett), da sacralizzazione della 5ª vertebre lombare. Questa corrispondenza fra dolore sciatico ed alterazioni scheletriche della colonna vertebrale o delle articolazione lombo-sacrali e sacro-iliache venne dimostrata in molti casi (Lupo, Bulet, Cone, Pittefield, Adams, Goldhvait, Kllindschmit ecc.) con la scorta dello studio radiografico. Anche gli autori Americani concordano nell'ammettere nel maggior numero dei casi un'artrite o periartrite di queste articolazioni.

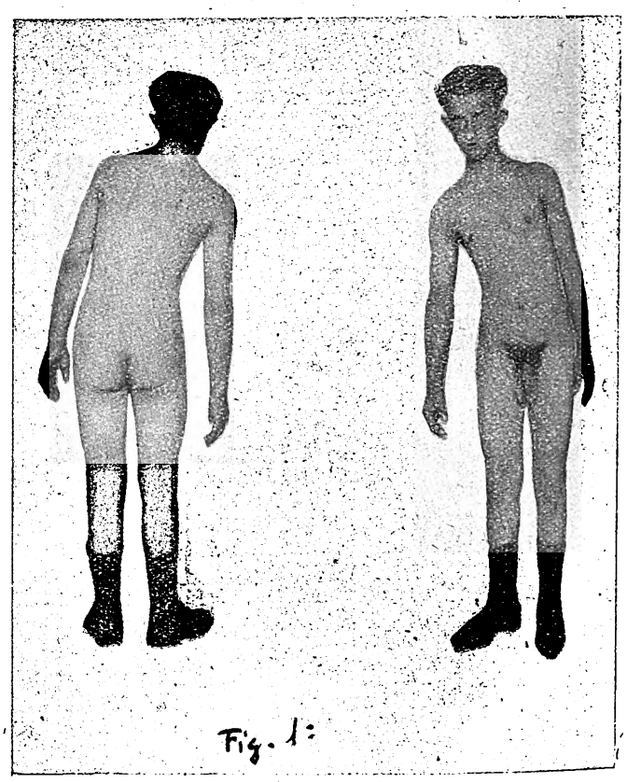


Fig. 1.

Ma su ciò che riguarda l'aspetto radiografico delle alterazioni scheletriche è bene precisare che queste sono visibili radiograficamente soltanto in un periodo più avanzato quando già la lesione scheletrica ha raggiunto una importanza considerevole E, d'altra parte è bene tenere presente, per le forme reumatico-artritiche non solo una maggiore difficoltà di metterle in rilievo nei periodi iniziali (Lupo) quanto una possibilità di regressione di certi processi infiammatori (per le forme acute). È questo quanto si può rilevare nei casi di scoliosi sciatica alternante simmetrica o crociata la quale si presenti in modo puramente transitoria.

Per quanto le ricerche radiologiche tendano ormai a portare queste sindromi schialgiche nel campo delle deformità scheletriche, è indubitato che esistono casi in cui la sciatica e le scoliosi conseguenti non trovano la loro spiegazione in alterazioni osteo-artritiche.

Fra questi deve porsi il nostro nel quale le radiografie ripetute del tratto lombo-sacrale esclusero ogni alterazione scheletrica per cui riteniamo che esso sia uno di quelli che debbano essere messi nel gruppo delle sciatiche così dette *essenziali*.

Ne esponiamo brevemente la storia clinica:

(*) [La bibliografia annessa al lavoro sarà pubblicata negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

P. G. di anni 17, bracciante, di S. Orfito (Perugia).

Il p. entrò in clinica il 27 luglio 1926: all'esame obiettivo presentava una grave deformità a carico del tronco (fig. 1).

Osservato il p. in piedi si notava flessione del busto in avanti e verso destra mentre l'arto inferiore destro era mantenuto in modica flessione e ruotazione esterna.

La deformità del tronco era fissa tanto che ogni tentativo fatto dal paziente per cambiare di posizione riusciva doloroso.

Esaminato posteriormente si notava che il bacino era reclinato verso sinistra. La cresta iliaca della parte destra era sollevata di 5 cm. più della corrispondente di sinistra.

Al di sopra la colonna vertebrale dimostrava una accentuazione della lordosi lombare associata a flessione laterale verso destra (scoliosi omologa).

Tutta la metà destra della regione lombare era poi deformata più sporgente e globosa e si palpavano assai nettamente le apofisi traverse delle vertebre lombari, fenomeno questo dovuto alla rotazione laterale delle vertebre come si verifica sempre nelle scoliosi.

La regione glutea destra era appiattita con abbassamento della piega della natica, le masse muscolari erano flaccide, però durante la contrazione attiva apparivano in buone condizioni di tonicità e trofismo.

La misurazione comparativa non dette differenze nella circonferenza dei due arti.

Nella flessione del tronco in avanti, la deviazione del bacino permaneva ma era corretta quasi completamente la scoliosi lombare.

La mobilità attiva della colonna vertebrale in flessione era pressochè normale, in estensione invece era notevolmente limitata.

I tentativi di estensione passiva riuscivano dolorosi. Anche nella flessione forzata del tronco in avanti con le ginocchia in estensione si risvegliava dolore che si irradiava lungo il decorso dello sciatico destro.

La deambulazione avveniva con lieve claudicazione a destra ed il p. per camminare doveva appoggiarsi ad un bastone — nel camminare il piede destro veniva appoggiato quasi in piano (segno del calcagno).

Facendo stare il p. supino si notava ancora deviazione del tronco verso destra, ma doveva mantenere gli arti inferiori flessi perchè la loro estensione risvegliava vivi dolori.

N. N. a carico dell'articolazione dell'anca; nella massima abduzione ed estensione dell'arto il paziente accusava dolore alla gamba destra.

Sintomi di Lasègue e di Bonnet positivi.

Col malato prono si notava che il movimento di estensione della colonna vertebrale era modicamente doloroso ed il dolore si localizzava particolarmente a livello delle due ultime vertebre lombari ed alla gamba destra.

Con la pressione lungo la colonna vertebrale si confermava la dolorabilità a livello della 4ª-5ª vertebra lombare e specialmente sul lato destro di queste lungo la paravertebrale. La pressione in corrispondenza del foro ischiatico della testa del perone era particol. dolorosa (punti di Valleix).

Non si rilevava niente di notevole a carico degli organi ed apparati contenuti nel torace ed addome.

Inizio dell'attuale malattia. L'inizio dell'attuale malattia risale al maggio 1926 (circa due mesi prima dell'ingresso in Clinica). In questa epoca il p. notò, senza causa determinante, la comparsa di dolore in corrispondenza della reg. glutea destra.

Il dolore non era continuo ma si rendeva manifesto durante i movimenti di estensione dell'arto inferiore destro. Dopo qualche giorno a questo si aggiunse anche dolore al malleolo laterale destro, dolore il quale si esacerbava nell'estensione dell'arto. Detti dolori si sistematizzarono e si accrebbero per cui il p. dovette assumere l'atteggiamento descritto nell'E. O.; soltanto in questa posizione i dolori o scomparivano o diminuivano di intensità.

Un mese circa dopo la comparsa della deformità si aggiunse lieve dolenzia anche alla reg. lombo-sacrale destra.

Si stancava facilmente stando in piedi.

N. di notevole nell'an. remota, niente a carico del gentilizio e collaterali.

Esame radiografico (fig. 2). Dimostra inclinazione del bacino verso sinistra con incurvamento di compenso della colonna vertebrale verso destra di modo che la cresta iliaca destra giunge in vicinanza del margine costale corrispondente.

Radiograficamente non si mettono in evidenza alterazioni delle articolazioni sacro-iliache e della sacro-lombare. (Fig. 3).

DIAGNOSI. *Diagnosi clinica.* Scoliosi sciatica destra.

Nell'intento di vincere la grave deformità vennero applicate trazioni a pesi agli arti inferiori e trazioni laterali al tronco ed al bacino mantenendo il letto in posizione declive (più basso verso la testa).

Senonchè dopo qualche giorno dalla applicazione della trazione il paziente che male già sopportava la forzata immobilità nel letto ed aveva anzi notato un aumento del proprio dolore lungo l'arto destro passò, aiutandosi con le mani fortemente appoggiate sul piano del letto, dalla deviazione laterale destra della C. vertebrale a quella sinistra.

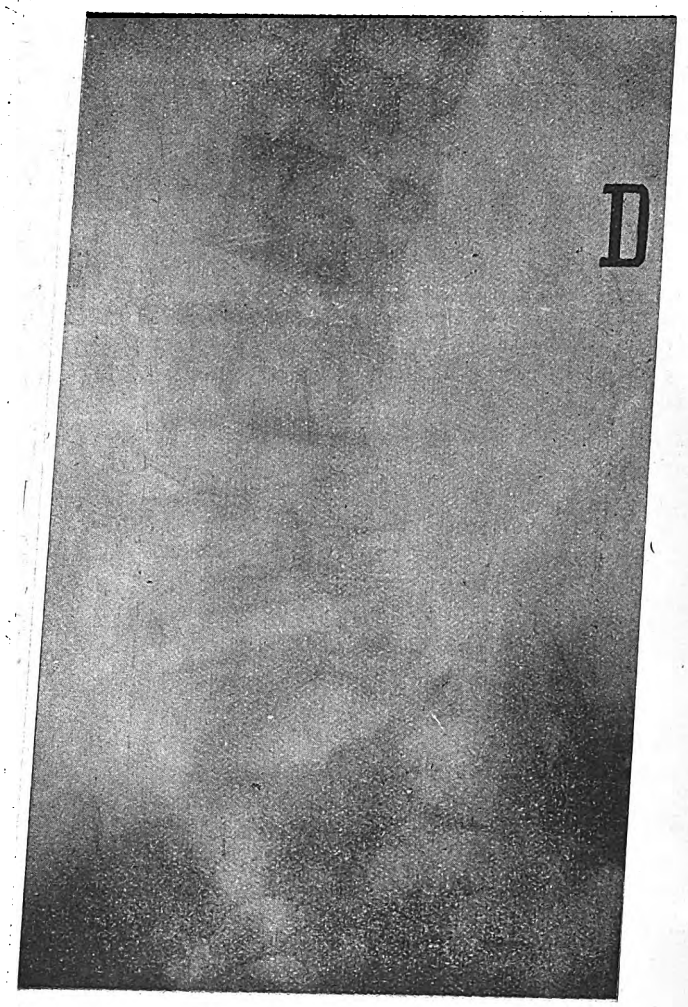


Fig. 2.

Questa nuova posizione sembrò dare al paziente un notevole sollievo ai propri dolori, sollievo che fu di lunga durata cosichè il paziente la mantenne in seguito costantemente. Però nel passaggio dal decubito orizzontale alla stazione verticale la deformità primitiva si riproduceva in modo quasi automatico (fu ciò che non permise di fare una fotografia di questo atteggiamento) per ritornare poi di nuovo alla sco-

Fig. 3.

Digitized by Google

liosi sinistra (scoliosi eterologa) quando il paziente tornava a distendersi.

Un esame radiografico fatto a questo periodo con il paziente in decubito orizzontale permise di fissare questa deformità della colonna vertebrale verso sinistra. (Fig. 4).

Tolte finalmente le trazioni le quali avevano di poco diminuito la deformità vennero praticate iniezioni di una soluzione di novocaina al

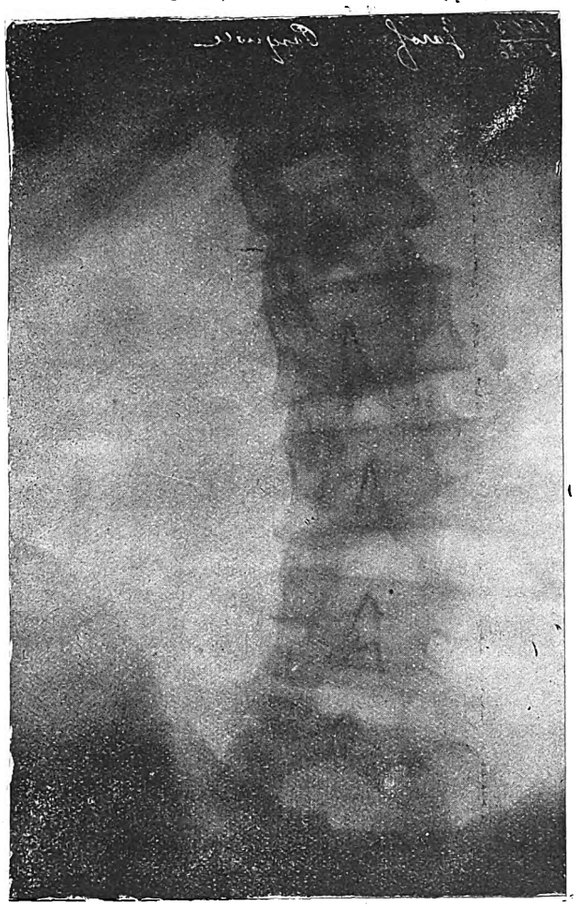


Fig. 4.

0,50 % in corrispondenza dei punti dolorosi e precisamente si fece una iniezione paravertebrale di 15 cmc. di detta soluzione al lato destro della 4ª-5ª vertebra lombare, un'altra direttamente sullo schiatico a metà della linea ischio-trocanterica. Dopo due di queste iniezioni praticate con modica pressione le condizioni del paziente migliorarono rapidamente tanto che alla sesta iniezione il paziente fu in grado di camminare avendo soltanto facile stancabilità dovuta alla lunga degenza in letto.

Il miglioramento proseguì poi rapidamente ed il paziente il 23 novembre 1926 fu dimesso presentandosi (come nella fig. 5) con la colonna vertebrale completamente rettilineizzata ed in grado di compiere qualunque movimento normale di flessione e di lateralità.

Accusa ancora modica dolorabilità alla pressione lungo lo sciatico destro ed alla regione lombare destra. Scomparsa del sintomo di Lasègue. Torna poi saltuariamente all'ambulatorio per praticare le iniezioni di novocaina.

Dopo qualche tempo il paziente non si presentò più al nostro ambulatorio. Torna a farsi vedere il 10 maggio 1927 (dopo 6 mesi dall'uscita).

Le condizioni del paziente permangono buone. Si mantiene normale la staz. verticale, anche la mobilità è normale. Il paziente assicura di essere in grado di compiere qualsiasi lavoro.

Permane dolorabilità alla pressione a destra delle due ultime vertebre lombari. Non vi è dolore alla pressione lungo lo sciatico.

Viene visitato ancora ad un mese di distanza il 15 giugno 1927. Permangono le condizioni generali e locali. In più è scomparso anche il dolore lombare a destra che si risvegliava con la pressione.

Riassumendo si trattava dunque di un giovine di 17 anni affetto da sciatica destra aggravata da scoliosi omologa, nel quale in seguito ad un movimento forzato e volontario questa si trasformò in scoliosi eterologa essendo poi possibili via via dei cambiamenti di posizione a seconda della stazione del paziente.

Da quanto fino quì è stato detto, il caso in esame deve essere classificato nella varietà alternante delle scoliosi sciatiche.

È bene però a questo punto precisare in particolare nella terminologica della sciatica.

Il nome di scoliosi deve essere considerato come improprio (Lupo, Menarini, De Sanctis, Coleschi) in quanto le scoliosi vere e proprie sono quelle nelle quali l'atteggiamento scoliotico è mantenuto da lesioni scheletriche della colonna vertebrale.

Ora invece, secondo i succitati autori gli atteggiamenti scoliotici della sciatica nei quali si sia dimostrata radiograficamente la mancanza di lesioni ossee ed articolari od in cui il trattamento dimostrò la tendenza a migliorare o si giunge addirittura alla guarigione. debbono essere considerati soltanto come atteggiamenti detti captocormici (conseguenza di contratture muscolari o di necessità statiche).

Per quanto dunque le ricerche radiologiche tendano ormai a portare la maggior parte di questi sindromi ischialgiche nel campo delle lesioni scheletriche (sciatiche sintomatiche) è indubitato che esistono forme in cui tutte le manifestazioni non trovano riscontro in lesioni anatomiche apprezzabili (sciatiche essenziali).

Per classificare queste forme ha notevole importanza l'esito del trattamento. Come è possibile ad es. considerare fra le sciatiche sintomatiche quelle nelle quali dopo 3-4 iniezioni di novocaina od altra sostanza i sintomi migliorano e regrediscono rapidamente?

Non si può pensare se non ad una azione diretta esercitatasi sul nervo.

Così effettivamente nelle forme essenziali l'uso delle iniezioni si è in questi ultimi tempi assai esteso ed attualmente è praticato da molti.

Le iniezioni possono essere:

Perineurali. Al punto di ritrovo dello sciatico a metà della ischio-trocanterica od in qualunque punto del suo decorso. (Lange la pratica all'altezza dell'incisura ischiatica).

Epidurali. (Högler, Jordan, Feuillade).

Le statistiche che si riferiscono ad i risultati di queste iniezioni sono assai varie; Feuillade con iniezioni epidurali ha l'80 % di guarigione. Secondo Kutomonoff si giunge fino all'87 %. Ott nella clinica Mayo riporta il 29 % di guarigioni, il 37 % di miglioramento. Scheich e Lange con iniezioni perineurali al foramе ischiatico giunsero al 72 %.

Associando l'uno e l'altro sistema gli Autori in 50 casi ottennero invece il 20 % di guarigioni.

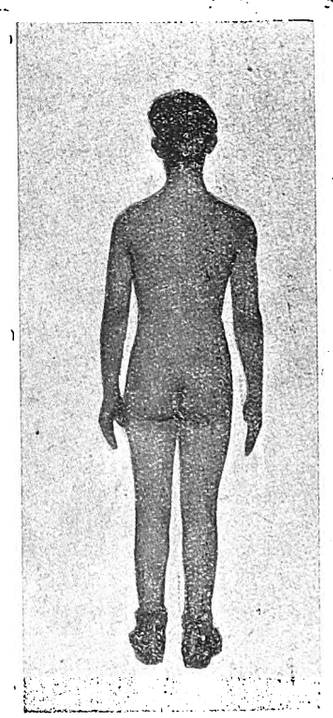


Fig. 5.

Le statistiche ottenute da Vigh con iniezioni perineurali dimostrarono nei casi subacuti guarigioni nel 66 %, miglioramento nel 28 %, reperto invariato nel 6 %; nei casi cronici, guarigioni nel 71 %, miglioramento nel 21 %, reperto invariato nel 4 %.

Il materiale da iniettarsi che più di frequente viene usato è in generale dato da soluzioni di cloruro di sodio [(fisiologica) alla

Digitized by Google

quale si può aggiungere tropocaina al 2 ‰, stovaina all'1 ‰ o B-eucaina all'1 ‰ (Lange)]; o di novocaina al 2 %, tutocaina all'1 % (Wiedhophf, Kutomonoff), antipirina al 10 % (Höegler, Jordan).

La quantità da iniettarsi varia secondo il materiale usato e la regione nella quale si pratica l'iniezione. Per le:

Iniezioni perineurali: 80-100 cmc. di soluzione fisiologica con o senza novocaina o B-eucaina con certa pressione (Vigh).

Iniezioni epidurali: 40-80 cmc. di soluzione fisiologica iniettata lentamente; 10 cmc. di soluzione al 10 % di antipirina.

Per le altre soluzioni anestetiche bisognerà regolarsi a seconda della qualità e concentrazione del medicamento usato.

La tecnica non offre particolari difficoltà quando si voglia praticare la iniezione neurale o perineurale. Si deve introdurre un ago lungo e sottile nel punto prescelto approfondandolo perpendicolarmente per vari centimetri a seconda dello spessore delle parti molli della regione. Grünbaum ha modificato un poco la tecnica scegliendo come sede di elezione il punto di incrocio del margine inferiore del g. gluteo con il capo lungo del bicipite ed introducendo l'ago tangenzialmente. In generale quando la punta dell'ago è giunta sul nervo il paziente stesso lo avverte.

Si deve allora iniettare con modica pressione la sostanza prescelta. Maggiore accuratezza richiede l'iniezione epidurale. Si tratta d'introdurre l'ago attraverso l'hiatus sacrale e di approfondarlo nello spazio epidurale per vari cm. pressapoco come si usa per l'iniezione alla Cathelin.

Pericoli in questo trattamento nessuno: è necessaria la massima asepsi. L'azione delle sostanze usate (novocaina, tutocaina) per praticare iniezioni perineurali od epidurali è puramente anestetica. Il miglioramento che in questi casi si compie avviene attraverso una interruzione della sensibilità dolorifica.

Ciò fa pensare che realmente in queste manifestazioni morbose non esista niente di organico a carico del nervo (nevralgia) dato che sono capaci di dare rapido miglioramento ed in qualche caso addirittura la guarigione.

Wiedhopf dopo l'uso di iniezioni con sostanze anestetiche dà grande importanza al permanere o meno del sintoma di Lasègue per fissare la sede della localizzazione sullo sciatico nel quale si svolge il processo (Jordan).

Se dopo la anestesia del tronco del nervo detto sintoma permane ciò significa che la localizzazione è alta, intrapelvica e si svolge a carico delle radici dello sciatico nella porzione del plesso lombo-sacrale.

Infatti altri ricercatori sperimentando appunto in proposito hanno stabilito che associando alla iniezione anestetica del tronco nervoso quella delle radici dello sciatico mediante iniezioni epidurali, il sintoma di Lasègue si rende ancora meno evidente e sparisce permettendo al p. la flessione della coscia sul bacino con la gamba estesa, risvegliando poco o nessun dolore.

Sembra appunto che la associazione di queste due pratiche (anestesia perineurale ed epidurale) porti ad effetti più sicuri. Pochi sono gli esperimenti fino a quì fatti (Wiedhopf) ma pare che questi diano risultati brillanti.

Buoni risultati ottennero pure Högler (1922) mediante iniezioni epidurali di 10 cmc. di antipirina al 10 %. Pare che questa sia di efficacia prodigiosa permettendo anche un trattamento fatto ambulatoriamente: bastano poche ore di riposo in letto perchè il paziente possa riprendere le proprie occupazioni.

Però a quanto assicura lo stesso autore vi sono dei casi nei quali per un giorno o due si ha una irritazione con aggravamento dei sintomi sciatici. In seguito poi si ha il miglioramento o la guarigione. Le iniezioni possono essere ripetute a distanza di otto giorni l'una dall'altra.

Il cloruro di sodio (soluzione fisiologica) è stato sperimentato in tutte le manifestazioni sciatiche con buoni risultati.

Kutomonoff su 32 casi così trattati ebbe la guarigione nell'87 %. Il medesimo anzi ne ha fatto argomento per un lavoro sperimentale ricercando le modalità teoriche migliori per la introduzione del liquido nello spazio epidurale, la quantità che ne può essere iniettata per volta e le vie di spandimento del liquido iniettato.

Le conclusioni che dallo stesso autore vengono fatte sono le seguenti:

1. Il metodo della iniezione epidurale è completamente innocuo per il tessuto midollare e dà il maggior affidamento per la penetrazione del liquido nel canale midollare e per l'azione di questo sulle radici nervose.

2. L'iniezione deve essere praticata lentamente ma, per lo scopo che deve raggiungere, si deve iniettare la maggiore quantità possibile di liquido, così per le malattie del plesso sacro-coccigeo sono necessari 10 o 20 cmc, per quelle del plesso lombosacrale ne occorrono da 40 ed 80 cc. (È bene notare che l'iniezione di grandi quantità di liquido nello spazio epidurale è del tutto inoffensiva potendo questo contenere da 150 a 350 cmc. di liquido purchè l'introduzione sia fatta lentamente).

Porta una lieve modificazione alla tecnica delle iniezioni epidurali Eligulaxhwili il quale usa praticare nello spazio epidurale una prima iniezione di 3-5 cmc. di novocaina all ½ %, cui fa seguire a breve distanza di tempo ed usando il medesimo ago lasciato *in situ* una iniezione di 120 cmc. di soluzione fisiologica.

In 19 pazienti questo sistema ha fallito in un caso soltanto, 17 migliorarono subito dopo la 1ª iniezione. Per la scomparsa completa del dolore occorsero ripetute iniezioni.

La pratica delle iniezioni non porta nell'organismo fenomeni particolari nelle condizioni generali del paziente sia con le iniezioni epidurali che con le perineurali.

Difficilmente si ha modificazione nel polso e nella temperatura.

Piuttosto localmente vi sono alcune differenze fra caso e caso.

In alcuni individui l'iniezione non porta alcuna variazione locale, in altri invece si ha risveglio di dolore ed accentuazione dei sintomi sciatici, fatto questo che si risolve in poche ore (al massimo una giornata) ed il p. ha allora la sensazione del massimo benessere.

In generale la maggiore reazione dolorosa si ha dopo le iniezioni di grande quantità di soluzione fisiologica ed è per questo che Eligulaschwili usa farla precedere con 3-5 cmc. di anestetico.

L'azione intima di questi medicamenti è sconosciuta. Secondo alcuni pare che entri in campo una forte iperemia del tronco nervoso e del territorio da questo innervato (Högler-Jordan).

Esperimenti in proposito (Widhopf) praticando iniezioni anestetiche lungo lo sciatico nelle zampe degli animali dimostrarono un abbassamento rapido della temperatura dell'arto cui seguiva a breve distanza di tempo un innalzamento di questa, innalzamento che si manteneva per un certo tempo.

Anche variazioni della temperatura locale pare che siano da attribuirsi a modificazioni vasomotorie simpatiche svolgentisi nei vasi sanguigni dell'arto.

Nel nostro caso combinammo le iniezioni perineurali alla Lange (in corrispondenza del forame ischiatico) con le paravertebrali, ciò allo scopo di agire simultaneamente lungo il tronco nervoso ed in corrispondenza dei due ultimi fori di coniugazione della c. lombare nel punto di uscita dei nervi del plesso.

Poichè quì il paziente accusava dolore pensammo che nella medesima regione avremmo dovuto agire ed il risultato definitivo ottimo dimostrò giusto questo nostro concetto.

Limitandoci a trattare il nervo perifericamente in breve scomparve l'atteggiamento scoliotico e ciò che è più importante il sintoma di Lasègue il quale fino ad ora non si è più presentato.

Ciò vale particolarmente a dimostrare che la lesione era esclusivamente dello sciatico anche pel reperto radiografico negativo.

Concludendo: l'uso delle iniezioni epidurali e perineurali offre molteplici vantaggi su tutti gli altri sistemi di cura per la sciatica in generale sia complicata o meno da scoliosi.

Essa si presenta poco o niente dolorosa (qualora insorgano sintomi dolorosi questi regrediscono rapidamente) e quindi è bene e volentieri sopportata dai pazienti.

Evita interventi cruenti (stiramento del nervo) o manipolazioni violente (Baer-Cofield) le quali richiedono una tecnica perfetta per portare a dei resultati soddisfacenti senza contare i pericoli cui qualche volta, si va incontro ed i danni che ne derivano.

Di una percentuale alta di miglioramento e di guarigione.

È di facile applicazione ed alla portata di tutti senza necessità di particolare strumentario o di speciali nozioni tecniche.

Infine essa non è mai nociva per il paziente.

Digitized by Google

ATTUALITÀ

IL VIRUS FILTRABILE IN RAPPORTO ALLA EREDITÀ DELLA TUBERCOLOSI

E' un argomento, su cui i nostri lettori giustamente desiderano conoscere quanto si continua a pubblicare di più importante, perchè l'argomento interessa tanto la patologia quanto la profilassi della tubercolosi.

Giovanni Peloso, dell'Osp. di S. Marco in Venezia, ricorda (*Tuberlosi,* luglio 1927) che in Italia Montemartini, Petragnani, Dessy e Marino e Riccardi hanno ottenuto risultato negativo come possibilità di passaggio del virus tubercolare attraverso i pori di una candela Chamberland o Berkefeld. Nelle sue ricerche personali Peloso ha adoperato sempre la candela Berkefeld W.; la pressione, con la quale si ottenne la filtrazione dei liquidi saggiati, fu piuttosto bassa tanto che la filtrazione è durata persino 12 ore. Casagrande sulla nostra *Riforma Medica* (1926, n. 46) ha affermato che, facendosi una filtrazione lenta, potrebbe succedere che alquanto materiale più grossolano di quello specialmente filtrabile passasse attraverso i pori della candela, che hanno dimensioni variabili tra 3 e 5 *micron*. Frattanto, ad onta che nelle ricerche compiute da Peloso, la filtrazione sia stata attuata lentamente, il risultato è che il filtrato non si è dimostrato virulento in alcun modo per la cavia, e i materiali usati da Peloso per la filtrazione hanno consistito in sputi tubercolari e in pus attinto da un piopneumotorace. In questi materiali evidentemente esistevano il bacillo della tubercolosi e diversi microbi associati. Ad onta di ciò, l'insemenzamento culturale con il filtrato di questo materiale adoperato riuscì sterile.

Invece, Ferdinando Arloing, professore di med. sperimentale e di batteriologia nella Facoltà Medica di Lione, ha notato frequentemente (*Bruxellas Médical,* 17 luglio 1927) risultato positivo inoculando nella cavia il filtrato di materiale infetto da bacilli tubercolari. Le manifestazioni della infezione inoculata con il liquido filtrato sono state di forma e gradazioni differenti, cioè nel 4 per cento si sono notate lesioni caseose, nodulari con bacilli acido-resistenti e morte della cavia inoculata in capo a 3 o 4 mesi; nel 61 per cento, cachessia progressiva ed esito mortale in capo a 3 o 4 mesi con presenza di bacilli acido-resistenti nei gangli tracheo-bronchiali; nel 45 per cento, modica diminuzione nel peso generale del corpo, sopravvivenza dell'animale, assenza di bacilli specifici in tutti i gangli linfatici esaminati. In questa terza serie di cavie inoculate la tubercolina al centesimo dette risultato negativo, al cinquantesimo reazione positiva una leggiera, al venticinquesimo e al decimo presentò un periodo antiallergico della durata di ventiquattro giorni e un periodo allergico della durata di quaranticinque giorni; al di là di questa epoca, restò negativa la intradermoreazione tubercolinica anche se saggiata al venticinquesimo e al decimo. Questi risultati del saggio tubercolinico provano che il virus tubercolare filtrato aveva la minore tossicità rispetto alle cavie inoculate con le due altre sorta di virus filtrabile. Sicchè anche per questo virus filtrabile, come per il bacillo nello stato abituale, esistono gradazioni nella intensità di azione patogena.

Non mi soffermo sul contrasto di risultati tra queste osservazioni di Arloing e quelle di Peloso e degli altri ricercatori italiani, citati dianzi. Non è inverosimile che questi ricercatori si siano imbattuti per caso in condizioni di fatto, diverse da quelle, che sono occorse ad Arloing, come capacità infettante per azione di un virus filtrabile.

Mi sembra, invece, opportuno mettere in rilievo la interpetrazione, che Arloing prospetta per altri risultati sperimentali, comunicati all'Accademia di medicina di Parigi.

Arloing si è occupato di una donna incinta con tubercolosi pulmonare molto avanzata. Isolò questa donna in reparto speciale e lo stesso fece per la bambina, della quale la donna si sgravò con parto prematuro a 7 mesi. L'isolamento della neonata a 7 mesi fu dei più rigorosi, dal primo istante della nascita. In questo primo momento la neonata pesava gr. 1310, poi il peso salì a gr. 1490; a questa ascesa del peso subentrò una diminuzione sino a raggiungersi gr. 1170, al 55° giorno dopo la nascita, quando si verificò l'esito letale in uno stato di atrepsia progressiva. All'autopsia di questa bambina i visceri toracici e addominali risultarono sani, fatta eccezione di uno spiccato ingrossamento dei gangli mesenterici, ma senza nè caseificazione nè presenza di bacilli tubercolari in questi gangli. Si fecero inoculazioni alle cavie con frammenti di fegato, di milza, di pulmoni, attinti dal cadavere della bambina, e gli animali così inoculati non mostrarono nè lesioni tubercolari, nè bacilli specifici in alcun organo, neppure nei gangli linfatici mesenterici; però il filtrato di questi gangli mesenterici, iniettati nelle cavie, vi provocò un dimagramento ed una cachessia progressiva e nelle cavie così iniettate si notarono numerosi bacilli specifici nei gangli linfatici. Gli stessi fatti Arloing ha notato nel feto appartenente ad una madre, che si aborti a 7 mesi con tubercolosi pulmonare molto avanzata.

Tutto questo certamente prova che i due feti provenienti da madri tubercolizzate contenevano nei gangli linfatici il virus tubercolare allo stato di virus filtrabile, ma non prova, come Arloing ritiene, che questo virus sia penetrato nel feto mercè un « pasage transplacentaire ». Mercè un virus allo stato filtrabile o mercè un virus allo stato di comune bacillo tubercolare, qualunque feto può risultare infettato dalla madre per inquinamento del germe e quindi dell'ovulo fecondato, o per trasmissione del virus lungo il sangue che va dalla madre al feto con la circolazione placentare, oppure per contagio immediato dalla placenta localmente colpita dal processo tubercolare. Arloing non adduce alcun dato di fatto, che permetta di definire nella fattispecie di quale modalità d'inquinamento siasi trattato. Riferisce semplicemente che tanto da lui quanto da altri osservatori si è notato risultato negativo nel saggiare la esistenza di virus allo stato filtrabile nel sangue del cordone placentare nel caso di madri molto infette e di feti dimostrati portatori di virus filtrabile nei gangli linfatici, pur tenendosi presente che è stata scarsa la quantità di sangue esaminata e troppo breve il tempo, nel quale si è attinto il sangue, rispetto alla durata complessiva della gestazione.

Posso errare, ma, a parer mio, ritengo che il virus, o allo stato filtrabile o in forma bacillare comune, sempre che venga trasmesso dalla madre al feto o attraverso il sangue placentare o per infezione specifica della massa placentare, non debba rappresentare una trasmissione ereditaria del virus. *Qui conceptus est pro nato habetur*: direbbero i legali. Al di là del germe, il nuovo essere, per quanto viva nell'utero, non ancora all'esterno, è già concepito, deve intendersi per nato; quindi ogni inquinamento, che si verifichi al di là del germe già costituito, è inquinamento acquisito, non già ereditario. Rispetto all'andamento delle cose nella vita extrauterina la differenza nell'inquinamento consiste semplicemente nel fatto che il virus viene contagiato dall'ambiente uterino, non già dall'ambiente esterno, con cui il neonato viene a trovarsi in contatto, appena iniziatasi la vita extrauterina.

Quindi le recenti indagini sul virus filtrabile sono indiscutibilmente di alto interesse, ma, secondo me, non rappresentano una modifica, anzi una rivoluzione, come da vari osservatori si prospetta, nella *vexata quaestio* della trasmissibilità ereditaria del virus infettante. O che questo sia rappresentato dal comune bacillo o che consista in un virus allo stato filtrabile, la differenza riguarderebbe, al più, il grado e la forma di virulenza nell'agente contagiante; ma il *clou* sta nell'assicurarsi se il bacillo o il virus filtrabile sia capace effettivamente di penetrare e vivere in un nuovo essere, quando questo non ha ancora una individualità autonoma, perchè è ancora allo stato di semplice germe, risultante dalla fusione sincriziale dello spermatozoide con l'ovulo maturo e fecondato. Se risultasse infetto il sincizio, in questo caso si tratterebbe di una effettiva trasmissione ereditaria o germinale del bacillo o del virus filtrabile, perchè il nuovo essere infettante non ancora ha iniziato il suo sviluppo autonomo. Ma, quando si è sorpassato lo stadio germinale e s'inizia la vita del feto, cioè di una nuova e autonoma personalità organica, nell'interno dell'utero, ogni sorta o modalità d'infezione tubercolare che riesca ad infettare l'ospite intrauterino, non è trasmissione ereditaria della infezione, non è infezione germinale, è infezione acquisita, perchè ultragerminale, per quanto acquisita fetale, non già acquisita extrauterina.

Questa distinzione potrà apparire arbitraria, ma a me piace prospettare le differenze di resistenza al contagio tra il germe nello stretto senso e il feto. Onde reputo necessario distinguere nella tubercolosi tre sorta di trasmissibilità della infezione: una trasmissione germinale, e questa è per me la sola trasmissione veramente ereditaria dell'agente infettante; una tramissione fetale o intrauterina; una trasmisione extrauterina, che può iniziarsi dal primo istante della vita extrauterina. Queste due ultime maniere di trasmissione, quella intrauterina e quella extrauterina, rappresentano non una trasmissione ereditaria della infezione, ma due modalità di trasmissione acquisita, cioè inoculata quando il nuovo essere ha già una personalità organica autonomamente costituita.

Frattanto nè Arloing nè altri osservatori, con le nuove ricerche sul virus filtrabile sono riusciti a smantellare il postulato che la infezione tubercolare si trasmetta o rarissimamente o non mai nella maniera, che deve dirsi veramente ereditaria, perchè germinale, cioè nè fetale, nè extrauterina.

Andrea Ferrannini

Digitized by Google

RIVISTE CRITICHE

LA DEFERENTECTOMIA

Nel prospettare questo argomento, credo non disdica un chiarimento preliminare. Questo argomento infatti può, come molti altri, fornire i più differenti lati da discutere: dal Laboratorio alla Clinica, dall'istologia allo biologia generale. Ma l'orientazione di questa rubrica editoriale, non può nè deve modellarsi a quella di una contribuzione da archivio, specie quando lo scrivente abbia la fortuna di non più aspirare altro che alla libera esposizione critica dei fatti acquisiti.

Come di molte glandole esocrine, anche questo condotto ha la sua storia sperimentale: allacciature e resezioni non mancarono; rilievi dei risultati anatomici non scarseggiarono. Le finalità di tali ricerche furono certamente diverse. Segnarne la cronologia, non è nè facile nè esente da eventuali affermazioni erronee; e la storia fatta alla buona (come troppo spesso suole), non giova in realtà se non a sviare. Soltanto noteremo che attribuire a Bouin e Ancel ancora questo merito di essere stati i primi (1903) a ricercare, con legatura di uno od ambedue i deferenti di conigli, cavie e cani; e far loro seguire la immancabile compatta falange di altri ricercatori — stranieri naturalmente — non ci impedisce, con licenza di chi scriva altrimenti, di ricordare: che, per lo meno un decennio avanti, la clinica e la terapia delle ipertrofie prostatiche senili avevano avuto il loro empito di speranze e di rincorsa agli interventi deferenziali, per opera sì di stranieri, quali Harrison, Mears. Helferich, White, Guyon, Sackur ed altri; ma altresì per contributo di nomi italianissimi quali: Isnardi, Alessandri, Pavone ed altri. Tanto per non imitare il silenzio, inconsapevole o meno, degli scrittori ultimi per età e per cronologia.

Accantoniamo, senza sfuggirla, l'obbiezione facilmente prevedibile, che cioè la finalità fosse differente in quel tempo ed in oggi; riserviamoci pertanto di avanzare qualche valutazione che mostri come le finalità fossero forse meno diverse che non appaia appunto per intime correlazioni endocrine e frattanto esaminiamo i fatti.

La scala zoologica, in verità molto bassa, sulla quale si sono avvicendate strozzature, resezioni etc. del deferente, ha fornito materia di deduzioni non sempre uniformi nei particolari; ma tuttavia abbastanza convergenti all'obbiettivo più odierno, cioè: valorizzare gli effetti energetici degli «*ormoni didimogeni*». Non credo mi si condanni questa descrizione che mi sembra, se non la più precisa, certamente la meno impropria, in un momento nel quale i ricercatori duellano incruentemente, per accertare a quale dei costituenti istologici del testicolo si debba l'increto energetico. Chi tenga ad avere qualche ragguaglio sulla vicenda sperimentale in parola, ne troverà abbastanza nella bibliografia sebbene incompleta accodata dal Dr. MONTEMARTINI (*Annali Italiani di Chirurgia*, 3. 1027) ad un suo recente contributo sulla deferentectomia. Per mio conto attingerò altrove, per tratteggiare il problema.

Gli sperimentatori dunque, della cui pletora citerò per brevità: Shottock, Tanfler, Steinach, Tiedje, Gruber, Angioni, Rossi; vengono affermando un fatto che vorrebbe essere caposaldo di tutta questa dottrina: l'interruzione della conduzione deferenziale esser seguita da uno stato di trofismo generale dell'organismo, che per avere il suo compenso biologico in contrapposto con la senilità o senescenza, vorrebbe esser chiamato «ringiovanimento». Queste esperienze ha ripetuto, con risultanze in genere concordi ai precedenti osservatori, anche il Dr. Montemartini sotto l'indirizzo del Fichera.

Fin qui dunque si sarebbe pervenuti alla conferma di un principio biologico ormai non più discutibile, ed intuito da epoca anche di molto anteriore all'«era ormonica», voglio dire: che la presenza, la ritenzione, o quanto meno l'apporto di ormoni didimogeni, nell'animale in genere, costituisca un fattore energetico di incontrastabile significato. Non c'è chi non intraveda, in questo indirizzo, una procedura schiettamente più semplice che non la cruenta introduzione o trapiantamento testicolare, alla quale, se altra difficoltà non si ergesse contro, basterebbe quella della sorgente del materiale quanto più omoplastico all'uomo. Non mi indugio su questo ultimo punto che ha già assorbito copiosi rivoli di inchiostro tipografico. Il lato più interessante accanto a quello che io chiamerei «eutrofico» se non si volesse chiamarlo energetico, è quello biologico: il che vuol dire la interpetrazione del fenomeno, o dei fatti in rapporto alla struttura ed alla funzione del testicolo. Questo, per non intricarsi anche di più, affrontando la discussione che concerne la natura del «prodotto attivo» elaborato dalla ghiandola seminale.

Ombre più fitte hanno avvolto l'orizzonte di queste ricerche, da quando, per opera di ricercatori specialmente francesi, si è elevata quasi a canone, la ricognizione e l'asserzione di cosidette «ghiandole interstiziali», in quasi tutte le ghiandole pertinenti al sistema endocrino. Si può dire che pochi, o rarissimi anzi, sieno stati gli osservatori non aggiogati a codesto modo di vedere; per imitazione forse, ben più che per convinzione! Era pienamente giustificata peraltro l'inquietudine nel tentar di veder chiaro a quale dei costituenti dovesse attribuirsi, senza contestazione, un significato ed una missione eutrofica. Dal momento che si era trovato l'*ubi consistam*, si comprende con quanto sollievo si vedesse chiarita la discussione.

Interstiziale dunque, o ghiandola della pubertà secondo Steinach, (fantasma più che realtà biologica, io oso dire) ecco il canovaccio anatomo-istologico sul quale si sono venute intessendo tele dottrinali, tenui, esili talvolta da non dissomigliarsi da una ragna nel più complesso significato metaforico! Eccole attribuito, non pure un influsso diretto dinamogeno sulla sfera sessuale, ma quello indiretto, generale destando cioè i vari elementi della catena endocrina. Eccole ancora attribuito una specie di controllo anche sui costituenti ghiandolari sessuali propriamente detti. Sarebbe troppo assorbente, in queste brevi colonne, riferire quanto hanno affermato, sulla scorta di accurate preparazioni istologiche parecchi ricercatori come Angioni, Rossi ed altri, per dimostrare l'involuzione e l'evoluzione della predetta ghiandola interstiziale, e trarne interpetrazioni funzionali. Si può dunque dire: che la più comoda tra tutte le vie, debba esser quella seguita dalla maggioranza. Tanto vuol dire altresì, che esista una minoranza, alla quale mi onoro di appartenere, la cui opinione aspira ad avere le proprie ragioni. Una minoranza, la quale non nega l'esistenza, innegabile perchè istograficamente dimostrabile, di una «morfologia interstiziale». Ma si, avanza non lievi dubbi sulla sua missione che alcuni osservatori vorrebbero far primeggiare, mettendo quasi in non cale, la linea seminale, gli elementi germinali nel senso più nobile.

Per meglio forse intendere codesto dissenso, è necessario qui notare: che le varie discussioni si imperniano sull'esistenza di certi prodotti che, come è noto, Bayliss e Starling, vollero chiamare «ormoni» per dare così l'incentivo a nuove creazioni: «ormozoni», «paraormoni», che, per buona fortuna, il Biedl si è studiato, con competenza, di esiliare alquanto, se non totalmente, dal campo già così ingombro, di codesta dottrina. Non sottilizziamo per ora, sulla costituzione intima di codesti ormoni, e di quello testicolare in ispecie; oscura quale essa è, anche ai più acuti ricercatori, contentiamoci farli rientrare fra i lipoidi.

Quel che interessa si è ammettere, perchè incontestabile ormai, l'esistenza di codesta sostanza, di origine incerta, e di missione eutrofica e dinamogena. Soltanto, e sempre ai fini del nostro obbiettivo editoriale faremo notare: che si è lontani già abbastanza dalle affermazioni di un tempo, sulla elaborazione di essa.

Chi, ai giorni nostri si soffermasse sulla individuazione, o quanto meno attribuzioni, che Bayliss e Starling, davano agli ormoni, cioè sostanze che per via ematica, senza interessare il sistema nervoso, stabiliscano intercorrelazioni fra vari organi, si mostrerebbe secondo me sorpassato dalla propria cecità, in cospetto dei vivi bagliori che la chirurgia fisiologica ed il Laboratorio sperimentale vanno sprigionando sulle funzioni del simpatico e parasimpatico. Nè taciuto dovrebbe restare, per noi studiosi di chirurgia, l'originalità di vedute con le quali il Ceni, fin da un ventennio, ha illustrato la correlazione trofo-funzionale centrale e vegetativa nervosa delle ghiandole germinali. Giudichi chiunque segua il nostro movimento culturale.

Ma c'è qualche cosa anche di più consistente; nel senso che anche dal lato morfogenico ed istografico, non corrobora le tendenze unilaterali dei sostenitori dell'entità interstiziale.

Già, anzitutto a me, e forse a non pochi abituati a demolire il paradosso, sembra incongruo quel che alcuni dei sostenitori più validi affermano: l'incremento inverso, e la preponderanza degli elementi interstiziali, ritenuti ormonogeni con l'avanzarsi della senescenza, che si accompagna alla regressione della porzione germinale. Si sarebbe indotti a chiedersi dove vada a finire il potere misterioso energetico, in contrasto con la produttività di questo tessuto matrice.

Ma c'è dell'altro, anche se, come spiacevolmente è uso in Italia, si lascino in un conto le ricerche del Diamare, osservatore personalissimo, il quale con critica arguta e tagliente ha molto assottigliata sino alla evanescenza, la dottrina dell'interstiziale, fino a far di questi elementi morfologici, semplici reliquati di atresia follicolare, senza qui dire tutta la originalità della concezione di questo solitario osservatore. Ma anche stando a quei nomi esotici che tanto vagheggiano i nostri connazionali, ci basterà ricordare col Montemartini che Aschoff, Tiedje, Kyrle, Stieve son di coloro i quali considerano la massa delle cellule interstiziali quale organo sussidiario, trofico, per la porzione canalicolare del testicolo; rimettendo l'ormone delle ghiandole sessuali alle albumine spermatogene.

Digitized by Google

Dunque c'è anche qui un tentativo di pacificazione fra osservatori e dottrinari dissenzienti, ed è che i due costituenti essenziali della ghiandola si coadiuvano, strutturalmente e funzionalmente.

Potrei dire che, fin da quando l'azione energetica dei trapianti testicolari sulle perdite di tessuti, venne da me dimostrata, ebbi già detto che essa fosse dovuta agli elementi epiteliali tubulari. Laonde le ripetizioni di Retterer, Voronoff, Lipschütz, riescono soltanto di convalida tardiva. Nè io farei pur cenno all'argomento, se, lungi dal perder tempo in una questione nella quale sono intervenuti, a mio favore non pochi osservatori di questi ultimi tempi, io non giudicassi, (credo non a torto), che queste ricerche su effetti topici in apparenza, e generali forse in realtà, siano per essere il filo conduttore nel labirinto di interpetrazioni; una traccia obbiettiva certo convincente ben più che gli acrobatismi delle ricerche sul metabolismo, e cose simili. Chi non creda accorgersene, può restar libero. Frattanto ai fini del problema «deferentectomia», e mentre da una parte si intensifica la propaganda Voronoff; mentre ancora ai singoli particolari tecnici del trapianto, stile francese, il Parlavecchio tenta apportare innovazioni razionali, cioè della scelta di un porta-innesto più fertile (omento) ed una ripartizione più integralmente fisiologica del materiale (didimo-epididimo-deferenziale), quel che sembra acquisito sarebbe: la legatura o l'ectomia deferenziale tra la sua reale importanza nell'attivare la sostituzione, la reciprocanza tra gruppo seminale e quello interstiziale; magari la supplenza. La chirurgia endocrinologica non ci perde.

L'importanza dello argomento mi sedurrebbe oltre i limiti consentiti. Non uso a divagare, credo tuttavia non riescir di peso ai pochi che mi leggano, fermandomi a qualche considerazione finale.

Noi studiosi in genere cadiamo troppo spesso nel grave errore della unilateralità. Non l'opportunismo, nè lo spirito quiescente suggeriscono di assimilare tutto quanto alla penetrazione di fenomeni oscuri, possa giovare. Ma nel caso particolare l'impulso mi par, più che giustificato, imposto dal nostro sostrato culturale embriogenico, filogenico, ontogenico. Se il problema ormonico riceve luce dalla ghiandola germinale femminile, giovarsene è razionale.

Non è naturalmente il caso di fare allusione agli eventuali risultati che i trapianti ovarici saranno per dare, e già fin d'ora l'incontestabile validità del principio biologico. Si rivolge, invece, la nostra mente alla parabola descritta, in poco più di un ventennio, dalla dottrina dell'interstiziale ovarica, tanto conclamata da Ancel e Bouin, rafforzata da Livon, con un seguito non scarseggiante di ricercatori particolarmente, francesi e belgi. E noto che già l'opinione dissenziente di alcuni osservatori del tempo, misero in forse l'influsso peculiare della ghiandola interstiziale ovarica, mentre il Fraenkel si teneva deciso assertore del concetto «che il corpo luteo dovesse considerarsi quale ghiandola a secrezione interna». Che se ancora restavano sostenitori del concetto primario, si accentuava d'altra parte qualche altro autore, come il Wolz, nell'attribuire propriamente alla teca interna, il duplice significato di «serbatoio nutritivo e di ghiandola a secrezione interna».

Oggi il consenso può dirsi ben più rafforzato verso questa ultima orientazione dottrinale. Le numerose contribuzioni sul corpo luteo, sul suo prodotto; sulla teca, e sulla elaborazione di essa; contribuzioni alle quali, per citare i principali nomi, appartengono Allen, Loeb, Hartman in America; Courier, Wintemberger in Belgio; Zondek, Loewe, Aschheim, Dohrn in Germania, tutte recentissime, concordano nell'accentrare sempre più la funzione ormonica precisamente in costituenti morfologici riproduttori, mettendo in una molto subordinata e discutibile importanza la cosidetta ghiandola interstiziale.

Tendiamo a credere che la deferentectomia possa assumere il suo posto terapeutico, per conseguire la finalità eutrofica ed energetica che la dottrina ormonica ci lascia concepire. Ma non tacciamo la speranza che non si trasmodi nell'applicarla, nè si sbizzarrisca di troppo la nostra mente nel valutare i fatti!

E. Aievoli

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Rapporto fra tasso ureico salivare ed azotemia nella insufficienza renale. — R. Messina, R. Clinica Medica di Firenze. *Giornale di Clinica Medica*, 15 aprile 1927, n. 7.

L'A. ha osservato che realmente esiste un rapporto quasi costante tra azotemia e tasso ureico salivare e che tale rapporto è specialmente evidente, quanto più manifesta e grave è l'insufficienza renale.

Nelle nefriti croniche diffuse e nelle sclerosi renali maligne con tendenza alla insufficienza precoce dei reni, in cui anatomo-patologicamente si ha diffuso ispessimento ed iperplasia dell'elastica dei vasi renali con degenerazione ialina di questi e reazione spiccata dell'apparecchio secretore, si osserva un elevato tasso d'azotemia proporzionalmente all'aumentato tasso ureico salivare, in accordo anche ad un notevole aumento della pressione arteriosa. Di poca importanza è invece l'aumento dell'azoto nel sangue e dell'urea nella saliva nei casi di glomerulo-nefrite acuta, nel periodo di risoluzione e specialmente nei casi di glomerulonefrite acuta, consecutiva a malattie infettive (reumatismo, pulmonite, ecc.). L'A. si è servito per la determinazione dell'urea nella saliva del metodo di Hench e Aldrich, che brevemente qui vien riassunto:

Si prelevano 5 cc. di saliva in una provetta indi da un boccetta graduata si fa cadere goccia a goccia una soluzione di cloruro di mercurio al 5 %, perchè una goccia di saliva così trattata a contatto di una goccia di carbonato di sodio cristallizzato in soluzione al 20 %, non formi rapidamente un precipitato bruno-rossastro di ossicloruro di mercurio che formasi per la reazione del cloruro mercurico rimasto libero col carbonato sodico, dopo che il primo ha ridotto le sostanze azotate della saliva.

Il numero di centimetri cubici adoperati di soluzione di mercurio moltiplicato per 20 dà la quantità di mercurio necessaria per 100 cc. di saliva (indice ureico-salivare). Tale indice però comprende oltre che l'urea della saliva, altre sostanze azotate in essa contenute, che si combinano ugualmente col mercurio. Esso si moltiplica per il numero fisso 1 43 che esprime in mgr. il potere di combinazione del mercurio con 1 cc. di saliva; dal valore risultante si sottrae 34, numero equivalente con sufficiente approssimazione alla parte di mercurio combinata con altre sostanze della saliva, che non siano l'urea e l'ammoniaca (amino-acidi, acido-urico, mucina, ecc.) e si ottiene così il tasso dell'urea ridotto della saliva. L'ammoniaca, prodotto d'idrolisi dell'urea, viene considerata globalmente ad essa nel calcolo del tasso ureico salivare.

Questo metodo per la sua grande semplicità è consigliabile nella pratica quando si vuole avere un giudizio approssimativo sul grado della funzionalità renale, specie per quanto riguarda la ritenzione delle sostanze azotate.

Tale metodo, almeno per quanto l'A. ha potuto constatare nelle sue ricerche, indicando abbastanza esattamente il valore della concentrazione dell'urea nella saliva, il qual valore è l'80 % di quello della concentrazione ureica del sangue, può in certo qual modo sostituire la ricerca del tasso azotemico, che non sempre è agevole nella pratica comune.

L'insulina nel diabete consuntivo. — Montel e Isemein. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 agosto 1927.

Gli AA. hanno seguito per sei mesi un malato di 25 anni, il quale presentava un diabete consuntivo tipico e indiscutibile. Nonostante una cura dietetica severissima ed una cura insulinica intensa, questo malato è morto in coma e gli AA. ne hanno potuto eseguire l'autopsia.

Dal punto di vista clinico, è interessante notare come — a simiglianza di quanto avviene in casi simili — in vita non esistesse alcun segno d'insufficienza pancreatica. Nel diabete consuntivo, infatti, pur essendo il pancreas l'organo principalmente, se non esclusivamente, leso, la funzione esocrina di esso non appare quasi alterata, ed è verosimilmente solo la ghiandola endocrina che è colpita dalle lesioni anatomopatologiche e funzionali.

Un altro utile insegnamento dal presente caso è dato ricavare nei riguardi della cura. L'insulina, infatti, in questo infermo, pur mantenendolo in vita per parecchi mesi, non ha impedito il sopravvenire del coma e della morte. Evidentemente ciò è in rapporto col fatto che, nell'adulto, le lesioni pancreatiche sono definite e incurabili; con la terapia insulinica si riesce soltanto per un periodo più o meno lungo a sostituire nell'organismo l'ormone elaborato insufficientemente dalle isole del Langerhans.

All'autopsia, gli AA. hanno riscontrato nel pancreas le lesioni ordinariamente descritte nel diabete consuntivo: sclerosi dell'organo e diminuzione considerevole delle isole di Langerhans, pur senza notare apprezzabili alterazioni cellulari.

Gli AA., dall'osservazione di questo caso, hanno tratto la convin-

Digitized by Google

zione che il diabete consuntivo è il risultato d'una intossicazione o di una infezione di natura ancora indeterminata, la quale colpisca quasi esclusivamente la parte endocrina del pancreas.

La microscopia capillare in clinica. — LIEBESNY, Istituto Fisiologico in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 32, 1927.

Da Malpighi in poi, la possibilità di osservare il circolo capillare in membrane trasparenti ha ormai la sua constatazione storica, fino alla odierna attuazione della microscopia capillare ai fini clinici, secondo Lombard, Müller, Spalteholz, Rouget, Steinach ed altri. Si compì già un passo importante con l'affermazione che i capillari siano dotati di contrazioni proprie. Sviluppandosi le nostre cognizioni, si venne anche affermando una vera pulsazione il cui meccanismo autonomo si mise in correlazione con modificazioni o variazioni delle esigenze di ossigeno nei singoli territori capillari.

Era prevedibile si tendesse ad utilizzare la ricerca anche in patologia. Così si vide portata l'attenzione sulla plica ungueale, al che basta un semplice microscopio con 60 ingrandimenti, e l'aggiunta di una lampada da microscopista, preferibilmente quella Scheminsky. Senonchè dalla Zeiss si è costruito anche un microscopio particolare per la osservazione di altri territori. Nel fanciullo come del resto nell'adulto, sani, riesce possibile seguire questo flusso capillare, distinguerne le branche, notando che di solito quella venosa è quasi sempre più voluminosa. Omogenei di solito, nelle condizioni normali, accade tuttavia la trasformazione talvolta nella cosidetta corrente granulosa, allorquando la corrente stessa è intermezzata od alternata da più o meno lunghi cilindri di plasma.

Lo stato asfittico locale, come p. es. nella malattia di Raynaud, è una delle manifestazioni microcapillari anche meglio rilevabili. Si trovano qua e là alternative di stati atonici con gigantesche dilatazioni, di fronte a stati spastici. Se questo stato richiama a condizioni angiospastiche estreme tanto non esclude si incontrino gradi più modici nei soggetti vasoneurotici, ed in grado anche più attenuato in coloro i quali soffrono di dermografismo, acroparestesie, acrocianosi.

Ma ai fini pratici la capillaroscopia può mirare ad altri scopi, cioè a chiarimento di stati generali di squilibrio circolatorio. Così nello scompenso di vizi cardiaci si sogliono vedere nel campo d'osservazione più che di norma anse dilatate; non di rado dilatato il plesso subcapillare, in un ambiente alquanto cianotico. Nell'arteroscleresi spesso la capillarità ungueale presenta aspetti gomitolari o di cifra ad otto, con differenze nella distribuzione del sangue.

Nelle nefriti ammette Volhardt che tutti gli stati nefro-ischemici con rialzo di pressione sanguigna determinino uno stato iniziale di ischemia capillare. Poichè intanto queste condizioni renali hanno anche rapporto con altri territori, ecco la retinite albuminurica; ed ecco la possibilità di una capillaroscopia dimostrativa di cospicui spasmi periferici.

Non meno importante è l'indagine di questi stati capillari in altre affezioni, p. es. nel diabete grave, dove già per la colorazione della fronte dei pomelli il v. Noorden aveva posto in rilievo e designato col nome di *rubeosis*.

Se si passa ad altro ordine di considerazioni si può attribuire alla capillaroscopia la possibilità di prevedere la iper-recettività röntgen di alcuni soggetti, seguendo il contegno immediato e le più o meno tardive reazioni del plesso subcapillare.

I raggi catodici in Medicina. — W. E. PAULI, Heidelberg. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 4, 1927.

Sebbene i raggi catodici siano stati conosciuti prima dei raggi Röntgen, tuttavia le prime ricerche ed applicazioni nel campo biologico e medico datano solo dal 1919, soprattutto per deficienze di carattere tecnico.

Superate, mediante nuovi dispositivi, tali difficoltà, lo studio dei raggi catodici è entrato in una fase pratica.

Tutte le specie di bacilli, senza alcuna distinzione, vengono uccisi dalla irradiazione dei raggi catodici, dopo 1/2" o 1" (3-4 ampères in un induttore di media grandezza). Anche le spore più resistenti muoiono dopo un secondo di irradiazione. L'azione distruttiva si esercita anche sulle cellule vegetali; interessante è pure il fatto che i raggi catodici hanno una capacità di penetrazione relativamente piccola nei tessuti; adoperando dei raggi di media durezza essa è eguale a circa 1/3 della capacità di penetrazione della luce, o poco più.

Così il campo di applicazione pratica che si apre dinanzi ai raggi catodici è costituito anzitutto dalle più diverse affezioni cutanee da microrganismi (lupus, forme stafilococciche e streptococciche, etc.); interessanti risultati sono stati ottenuti anche nell'ulcera corneale.

Un più esatto dosaggio, e l'uso di raggi ancora più duri, non ancora possibile con gli attuali dispostivi, evitando le sgradevoli azioni collaterali dei raggi catodici, gioveranno a fare entrare il loro uso nel campo della pratica.

Glicemia e terapia insulinica nella terzana benigna. — G. RUDOLF e R. MARSH. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 5, 1927.

Nel corso di numerose ricerche, condotte su infermi di paralisi generale trattati con la malario-terapia, l'A. ha notato che la glicosuria è in essi quasi sempre presente e che per individuarla non basta un solo esame di urina, ma che invece occorrono ripetute investigazioni per ogni singolo caso.

Egli del pari riferisce di aver osservato che la curva glicemica dopo l'ingestione di glucosio tende a ravvicinarsi al normale più dopo l'inoculazione della malaria che prima e anche fra i parossismi febbrili; però non insiste molto sulla importanza di tale reperto, stante la scarsezza dei casi (2) in cui si procedette a tale ricerca.

Durante la malarioterapia fu anche osservato che la concentrazione dello zucchero nel sangue varia inversamente alla temperatura, che queste variazioni non si stabiliscono molto rapidamente e che il valore finale dopo la caduta della temperatura è spesso più elevato di quello riscontrato prima della piressia.

La somministrazione di glucosio durante l'accesso febbrile malarico non indusse nessun evidente miglioramento dei sintomi oggettivi, però apportò notevoli benefici a quelli soggettivi. Non fu notato invece nessuna influenza sullo sviluppo dei parassiti malarici.

La somministrazione di insulina durante la terapia malarica produsse effetti non ben netti sul numero dei parassiti, ma nel 60 % dei casi determinò la immediata caduta della febbre. Non sembra che l'abbassamento della glicemia sia stata la causa della cessazione della febbre.

Onde risulta consigliabile procedere alla somministrazione dell'insulina in casi in cui la cura chininica si dimostra inefficace a provocare l'abbassamento termico nell'attacco febbrile malarico.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Intervento operatorio dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare. — DEMEL e SCHULZE, Clinica Chirurgica, Freiburg. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204, 1927.

La tecnica studiata da questi AA. nella clinica di Lexer porterebbe ad agevolare il compito operatorio abbastanza di per sè difficile. Il capo viene tenuto prono per modo da poggiare sul mento e sulla fronte oppure alquanto di lato, con la faccia rivolta in basso, e la regione da operarsi girata in alto, premessa la eventualità di diagnosticata sede del tumore. Sulla regione occipitale si scolpisce un lembo quadrangolare di tessuti molli, avente base alla nuca. Il limite superiore del lembo giunge a due dita trasverse in sopra della protuberanza occipitale esterna; il limite mediale oltrepassa la linea mediana per il lato sano; il margine laterale della incisione va dall'impianto superiore del padiglione prolungandosi verso la nuca, appunto seguendo questo impianto. Le parti molli in una al periostio, vengono scollate dall'occipite quanto più verso il forame omonimo. Quindi dopo avere eseguito qualche trivellatura, si asporta l'osso a preferenza mediante le forbici ossivore.

Limiti della perdita ossea sono: in alto un dito trasverso in sopra del seno trasverso; medialmente la cresta occipitale, lateralmente quanto più verso avanti per vedere aperte le cellule mastoidee posteriori. In basso la perdita ossea raggiunge il planum occipitale. Ad ogni modo la breccia ossea deve essere vasta abbastanza da potere ispezionare sul lato da operarsi l'intero seno trasverso, e l'inizio del seno sigmoideo, oltre a potere intravedere la faccia posteriore dell'emisfero cerebellare e la parte inferiore del lobo occipitale, sottostanti alla dura madre.

Mediante due brevi incisioni trasversali, quasi sul mezzo e rispettivamente in sopra ed in sotto del seno trasverso, viene ora aperta la dura madre. Da queste due incisioni, mediante Dechamps si applicano due resistenti allacciature sul seno, e questo viene reciso nell'intervallo, lasciando lunghi i capi dell'allacciatura laterale. Le brevi incisioni prolungate in direzione orizzontale, da un lato andando fino al punto di inflessione del seno trasverso nel seno sigmoide, dall'altro fino in vicinanza del seno occipitale. Dall'estremo mediale dell'incisione orizzontale inferiore si pratica un taglio durale perpendicolare in basso lungheggiando il seno occipitale; e lo si completa mediante un taglio durale orizzontalmente decorrente sul margine inferiore dell'emisfero cerebellare. Così retraendo il lembo durale quadrangolare a peduncolo laterale, si mette allo scoperto la faccia inferiore dell'emisfero cerebellare.

Mediante spatola cerebrale molle introdotta fra lobo occipitale e tentorio, si solleva il lobo occipitale per modo da ispezionare bene la superficie superiore del tentorio, fino all'apice della piramide. Così praticando si mettono in evidenza delle vene di medio calibro, di vario numero, le quali decorrono verso il tentorio dal lobo occipitale e dal cervel-

Digitized by Google

letto, inserendosi alla dura lungo il seno trasverso. Tanto la vena cerebrale inferiore quanto quella cerebellare superiore nel loro decorso lasciano alcuni tratti liberi per essere aggredite fra doppie legature. Circuendo il tentorio con una incisione che corrisponda al punto di allacciatura del seno trasverso, risulta uno spazio libero per poterlo incidere in senso ventro-mediale nel suo terzo medio procedendo obliquamente verso lo spigolo della piramide del temporale, verso il cui apice giunge quasi il taglio. Si può così procedendo evitare l'offesa del seno petroso superiore e delle vene del tentorio.

Allacciati in profondità i rami della vena cerebrale inferiore, e quelli delle vene cerebellari superiore ed inferiore, si apre più largo campo ad ispezionare mentre con due spatole flessibili si solleva il polo occipitale dell'encefalo, e si sposta medialmente e verso l'alto lo emisfero cerebellare. La breccia imbutiforme essendo sul suo lato limitata dalla faccia posteriore della piramide sul cui margine superiore decorre l'omonimo seno petroso, si può evitarne la offesa, e così anche dei vasi che gli affluiscono. Inoltre nel fondo riesce possibile scorgere il tronco del nervo trigemino, del facciale, dell'acustico, ed anche più giù il nono e l'undicesimo. Si ha dunque modo di chiaramente orientarsi sulle eventuali produzioni a sede ponto-cerebellare.

Questa procedura la quale si inspira alla chirurgia magistralmente esercitata dal Lexer, presuppone la diagnosticata lateralità del tumore, perchè non sarebbe consentita la bilaterale allacciatura del seno trasverso.

L'esperienza ulteriore deciderà sulla convenienza o meno di rimuovere radicalmente il tumore secondo Dandy, ovvero scapsularlo secondo Cushing.

Malattie chirurgiche della milza. — W. Mayo in Rochester-Minnesota. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XXIII, 1927.

Parte degli «Scritti in onore di Bastianelli», questo contributo del celebre chirurgo americano è un riflesso della sua larga esperienza clinica; la quale ci mette ora in condizione di giustificare l'ectomia, quale mezzo di radicale guarigione di un discreto numero di malattie. Sul principio della chirurgia splenica, le cifre di mortalità si fecero oscillare tra 25-35 %. Ma quest'altezza era in parte riferibile alla poca massa globale sulla quale si calcolava, in parte alla non ancora perfezionata tecnica, quale oggi si può dire quella del Balfour.

Durante gli ultimi 22 anni ella clinica Rochester furono operati di ectomia 417 casi con una mortalità in ospedale leggermente superiore al 10 % globalmente incluse tutte le eventuali cause di morte. Queste percentuali dunque non sono calcolate su basi arbitrarie, cioè di escludere dalla mortalità operatoria quella che occorra dopo i 30 giorni dall'intervento.

Sui 417 casi si trovano 190 per interventi su condizioni morbose risultanti da infezioni o da agenti tossici, ed in questo gruppo la mortalità fu leggermente superiore al 10 %. Vi si trovano 10 casi nei quali il trattamento medico specifico non aveva cancellata la presenza di spirochete e sifilomi nella milza, e magari gomme nel fegato. Tutti questi ectomizzati si videro rapidamente migliorati e duraturamente.

Furono 8 ectomizzati per tubercolosi splenica, con 1 decesso. Non furono manifeste altre localizzazioni. I pazienti si serbano sani. Il decesso fu provocato da una rottura di ascesso *intra operationem*, e da un errore del chirurgo nel legare l'ilo.

Ci sono 24 splenomegalie settiche ectomizzate, con 7 morti. Il gruppo offre conclusioni scoraggianti per l'alta mortalità; ma tanto va attribuito non pure alla molteplicità di focolai nello stesso paziente, ma ad una selezione di casi non molto oculata, cioè non previamente sottoposti ad una immunizzazione artificiale che renda relativamente sicura la ectomia.

Casi di precorsa malaria furono operati; ma non essendosi potuto dimostrare latenza di plasmodio nel sangue o nella polpa splenica, essi vanno inclusi fra le anemie spleniche.

Di quest'ultime si hanno 114 interventi con 13 decessi. Non si poterono ottenere culture dalle polpe spleniche, forse perchè già distrutti gli agenti infettivi. Del resto anche in casi gravissimi i successi sono più numerosi che non si giudicherebbe. Se qualche esito letale fu di origine tecnica, questo va scongiurato appunto avendo come norma di «vedere quello che si fa e lasciare il campo asciutto». Certo è che coloro i quali si suggestionano troppo contro l'operazione, non guardano abbastanza chiaro il rovescio della posizione. Del resto se la più parte dei decessi immediati si devono a trombosi progressive che dal peduncolo splenico giungevano al sistema portale ed alle vene mesenteriche superiori, si trovano soltanto 10 % di decessi nei primi dodici anni dall'intervento, per emorragie secondaria generalmente dello stomaco.

Ci sono 19 ectomie per cirrosi portale primitiva, con 6 decessi. Mortalità, come si vede, poco rassicurante. Tuttavia si può considerare che questi sono già casi disperati.

Ci sono 15 asportazioni in casi di cirrosi biliare con 1 caso di morte: ma resta ancora a chiarire se qualche caso rientri nel tipo Hanot.

Ci sono 50 ectomie in splenomegalie che si potevano principalmente mettere in relazione con le cellule bianche; dunque la più parte leucemia splenomidollare. Ci sono 2 decessi.

Si hanno ancora 4 asportazioni per linfosarcomi, tutti senza esiti letali. Così anche 3 casi di linfomi. Effetto grandissimo l'ectomia ha mostrato nelle anomalie delle cellule rosse, cioè su 147 casi, 7 morti. L'ectomia ha avuto luogo per ittero emolitico in 69 casi con 4 decessi. Per anemia perniciosa 62 asportazioni con 4 decessi.

In complesso dunque secondo l'autorevole chirurgo, la chirurgia splenica va sempre più ponderata, potendo così portare la mortalità in sotto del 5%, il che giustifica l'audacia di ogni altra cura.

Stillicidii sanguigni dal capezzolo. — Kopp, Clinica chirurgica in Amsterdam. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 62, I-II, 1927.

Da tempo si sono andate raccogliendo osservazioni esplicative di cotesti scoli sanguigni, pur dominando interpretazioni differenti. Si è invocata la mastite siero-sanguinante, la mestruazione vicariante, la tabe; mentre in realtà la preponderanza dei casi riguarda la presenza di neoplasmi mammari siano maligni, siano benigni. L'A. ha potuto prendere in esame 181 donne affette da carcinoma mammario. Di esse presentarono tali perdite 20 = 11 %. Ma lo scolo esisteva avanti la formazione di una tumefazione,o magari ne era l'unico sintomo in 1/4 dei casi. In nove inferme = 45%, bisognava ammettere come molto probabile la trasformazione maligna di un blastoma benigno.

Su 45 pazienti di tumore benigno, 22 mostravano stillicidio sanguigno, anzi era questo il sintomo unico in 16 di esse. All'esame microscopico si trovò in tutte queste pazienti un papilloma intracanalicolare e magari una mastite cronica (cistica). Ambedue affezioni molto tendenti alla degenerazione maligna. La cessazione dello scolo non è una prova di guarigione di un'affezione mammaria.

In tutti i casi di scolo sanguigno, anche senza tumore, è indicata la resezione parziale o totale, mentre restano tuttora problematici i risultati della radioterapia.

Questo quadro sintetico delle cognizioni, potrà anche completarsi con alcuni particolari analitci. Così in fatto di scoli da tabe, alcuni casi registrati non offrono un soddisfacente controllo anatomico. Infatti in un caso dell'A. essendoci la tabe, e mancando ogni segno di tumore, si trovò tuttavia all'esame anatomico un papilloma intracanalicolare.

In quanto alle cosidette mestruazioni vicarianti, che peraltro sogliono essere bilaterali, fu visto soltanto dall'A. un accentuarsi dello stillicidio durante le mestruazioni. Enucleato il seno vi fu constatata la degenerazione policistica. E' dunque chiaro doversi piuttosto pensare ad una lesione anatomica in contingenze simili. Poi l'emorragia vicariante non interessa il seno solamente, bensì anche il naso, gli orecchi, lo stomaco — e si cita persino qualche osservazione di sudore ascellare sanguigno.

Emerge da tutto la razionalità di ammettere un sostrato anatomico. Nella massima parte delle osservazioni si tratta di papillomi intracanalicolari, malattia cistica della mammella, o di sarcoma. Nei blastomi cancerigni fu osservato il graduale passaggio dello scolo da seroso a sieroematico, e poi nettamente sanguigno. Tuttavia non si nota cotesta perdita nella forma sierosa; mentre è più comune nelle trasformazioni cancerigne della malattia sistica.

Anche dal Miller e Lewis si è posta attenzione a questo sintomo. Su 700 casi osservati in Chicago si avevano 426 tumori del seno cancerigni, e di essi 6.9% presentavano stillicidio sanguigno. In 58.8% lo scolo aveva preceduta la manifestazione del tumore. La vascolarità dei papillomi intracanalicolari rende anche chiara la frequenza delle perdite.

Resezione sacrale del cancro rettale. — Vogel. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 31, 1927.

Discepolo dello Schede, e con lui allenatosi in questa Chirurgia, nei poi perfezionarsi seguendo la tecnica Rydygier con taglio osteoplastico sacro-coccigocutaneo — l'A. si è studiato di ovviare ad uno dei maggiori inconvenienti: la necrosi della parete intestinale.

Quando è possibile l'A. tira l'estremo intestinale superiore attraverso la mucosa dell'ano denudato (Hochenegg); altrimenti sutura l'intestino circolarmente, curando di non costringere troppo i punti in catgut. Bisogna dunque soltanto avvicinare quanto più è possibile i tessuti, largamente; non già reciderli col laccio.

Anzitutto rinunziare allo zaffo. Secondo l'A. la minacciata parete intestinale conserva una certa nutrizione per mezzo della secrezione che la bagna; uno zaffo prosciugandola dissecca i tessuti fino a mortificarli. Dunque si applica un tubo di gomma nell'angolo più basso della ferita, ed in alto, verso il vertice dell'incisione. Naturalmente allacciati tutti i vasi sanguinanti, che del resto scarseggiano salvo nel vero mesoretto. I punti in cat-

Digitized by Google

gut sono emostatici increspando i tessuti, impiccolendo la ferita previo s'intende il risparmio di tutti i vasi non lesi e devoluti a nutrire i tessuti. Mentre nella donna la matrice può essere compresa, nell'uomo bisogna porre attenzione agli organi urinari. Se la donna è già in fase climaterica si può non subire alcun svantaggio dall'eventuale retroversione che venisse a prodursi, quando si cercasse approfondare la matrice nella ferita e parzialmente extraperitonizzarla. Quando riesca possibile l'A. tenta con ciascun filo di catgut al tempo stesso comprendere la parete intestinale col più prossimo punto della ferita. Durante le prime 24 ore la medicatura è molto imbevuta di siero-ematico; ma ben presto diviene sero-purulenta, con secrezione purulenta che dai tubi fluisce decrescendo con i giorni successivi.

Inoltre, al termine della operazione, magari anche prima se la sutura enterica riesca faticosa, l'A. consiglia rialzare quanto più possibile perineo ed ano; così viene a distendersi la sutura intestinale ed i suoi dintorni; giacchè la tensione, non pure minaccia la guarigione della sutura, ma accresce la tendenza alla necrosi in vicinanza della sutura. Altro mezzo preventivo raccomandabile è la rimozione del coccige. Quindi introdotte due anse di trazione sul perineo, cioè in sopra, presso il sacro, quasi a livello dell'incisione, trasversale, si infigge un robusto ago montato in grossa seta, di fuori in dentro, per riescire in basso presso l'ano; ad un dito trasverso dal foro di uscita si rientra con l'ago per poi riescire a livello del primo punto di infissione, sotto l'ansa inferiore in vicinanza dell'ano, si applica un rotoletto di garza. Così il perineo viene a risalire di parecchi centimetri, e cessa la tensione dei tessuti; il che è agevolato dalla asportazione del coccige. I fili di seta restano circa otto giorni. Come chiusa dell'operazione si distende lo sfintere, per meglio assicurare il deflusso di muco.

L'operazione va fatta con anestesia lombare; e solo dopo pochi minuti di decubito supino si dà al paziente l'atteggiamento laterale.

Cifosi dorsale inferiore degli adolescenti. — Donati, Clinica Chirurgica, Padova. *Archivio Italiano di Chirurgia,* vol. XVIII, 1927.

Sebbene negli ultimi anni siasi molto ampliata la nostra conoscenza del «dorso curvo», le osservazioni dell'A., coscienziosamente dotate di documenti iconografici, vi portano chiarimenti ed impronta personale. Questa cifosi dorsale inferiore degli adolescenti o giovanile, risulta essere una affezione che, pure avendo diversa etiologia, si manifesta nell'età dell'accrescimento; ond'è innegabile un rapporto fra quest'ultimo e la cifosi.

Se si trovano descritte osservazioni su bambini, esse vanno per solito accolte con riserva in quanto verosimilmente si ha da fare con morbo di Pott. Comunque i casi infantili vanno tenuti del tutto separati. La localizzazione nella colonna vertebrale inferiore è in rapporto con una predisposizione dei corpi vertebrali di questo segmento, i quali sono gli ultimi a completare la normale evoluzione.

Particolarmente interessante, a conferma dell'importanza di questo fattore predisponente, è la constatazione frequente dentro i corpi di dette vertebre di un'area trasversale mediana meno ricca di lamelle ossee, in quanto dotata di più ampi spazi midollari, la quale è costante nel bambino, per andar via via scomparendo col completarsi del processo evolutivo di ossificazione.

A queste alterazioni della parte centrale dei corpi se ne associano altre di varia intensità delle zone di accrescimento epifisario. Quando siano particolarmente gravi, indipendentemente dalla presenza di una dolorabilità spontanea od alla pressione, che è tutt'altro che frequente, l'ipotesi di un'epifisite o di un'osteocondrite deformante possono essere giustificate.

Traumi, infezioni acute, possono infine in certi casi imprimere peculiari caratteri anatomici e clinici alla cifosi. Se fatta pacatamente la diagnosi, si applica un'adatta cura, l'affezione può essere guarita o grandemente migliorata, arrestandosene l'evoluzione. Lo studio di ulteriori casi e sopratutto la possibilità di eventuali osservazioni patologiche, permetteranno in avvenire di precisare le idee sulla patogenesi e l'etiologia dell'affezione. Per ora, se anche non a tutti i casi si può applicare la teoria dell'osteocondrite (casi più gravi), dell'epifisite (casi più liev.) giovanili, resta stabilito, secondo l'A. in modo indiscusso il rapporto fra l'età dell'accrescimento e la cifosi, e resta provato che la localizzazione nel segmento dorsale inferiore è dovuta a modalità di sviluppo, e pertanto alle peculiari condizioni morfologiche e di resistenza dei corpi vertebrali in questa regione.

OSTETRICIA

Avulsione post-partum dell' utero. — J. Fairbairn, St. Thomas's Hospital in London. *The Lancet,* n. 5403, 1927.

L'A. riferisce il caso di una donna di 30 anni, multipara, che si era sgravata (tre giorni prima) di un bambino vivente e sano e che si lamentava di forte dolore addominale, associato a perdita delle forze, sete intensa ed a lievi perdite sanguigne.

L'inferma riferiva che il parto si era svolto in condizioni tutte speciali: la presentazione era stata irregolare e l'espulsione aveva tardato di ben 18 ore; la placenta si era staccata con ritardo ed era caduta accompagnata dall'intera massa uterina e da un grosso tumore in modo da formare una massa informe e inestricabile. Il collo dell'utero appariva così fragile che al medico presente al parto sembrò opportuno asportare completamente il viscere fuoriuscito. (Sfortunatamente, questo eccezionale campione di utero venne cremato, onde non si potettero istituire ricerche per precisare la natura del tumore). La temperatura dell'inferma era di 38° C; il polso 120, gli atti respiratori 24. Sotto anestesia venne quindi praticato l'esame ginecologico. Nella parte posteriore della vagina l'A. scorse un pezzo di tessuto muscolare in decomposizione, che poi fu dimostrato essere il residuo della massa uterina. Asportato questo residuo, si procedette al tamponamento con garza imbevuta di formalina al millesimo. La paziente migliorò rapidissimamente e in pochi giorni potè dirsi completamente guarita.

L'A. ritiene che qui vi sia stata inversione totale dell'utero con lacerazione estesa della vagina e che queste sieno state le cause della espulsione verificatasi. Egli fa poi notare la sorprendente benignità del caso, non essendosi prodotta alcuna grave infezione peritoneale: anzi senza che l'abbassamento della pressione risultante dallo shock della avulsione abbia avuto una notevole importanza in tale favorevole evoluzione.

ANATOMIA PATOLOGICA

Reperto anatomopatologico della mastoide e del seno trasverso. — Bilancioni, Pisa. *Archivio Italiano di Chirurgia,* vol. XXIII, 1927.

In vari interventi per mastoiditi acute e croniche, già alla scoperta della regione liberata dal periostio, l'A. notò un aspetto inconsueto: la mastoide piuttosto piccola aveva la punta formata da una lingua ossea sottile, mentre la depressione digastrica era molto accentuata, come se durante l'evoluzione formativa della mastoide un colpo di pollice avesse compresso l'apofisi mammillare dal basso in alto e dall'indietro in avanti. Questa forma inconsueta sempre a destra, in ambo i sessi di media età, fece guardingo l'operatore nella demolizione per l'apertura dell'antro e cellule annesse. Egli trovò infatti che il seno sigmoideo aveva subito anch'esso una specie di spostamento, giacchè la sua doccia era portata in alto ed in avanti così da rasentare la parete postero-inferiore o posteriore dell'antro. Fu notato che il mutamento di direzione interessava un poco a parte squamo-occipitale o seno trasverso; mentre di più era spostato il gomito del seno di importanza anatomo-patologica e chirurgica (rapporti con l'antro, labirinto e acquedotto di Venga); normale invece la parte discendente o seno sigmoide predetto, che può dividersi in un segmento mastoideo nettamente discendente, ed in uno applicato sulla massa laterale dell'occipitale.

In questi interventi nelle contingenze anatomiche predette, pure scongiurando i rischi fu costantemente notata iperemia di tutta la diploe limitante la doccia del seno così procidente, in guisa che il campo operatorio era sempre bagnato dalla pelle sanguigna. Tuttavia l'operazione si potette ultimare con l'ampia apertura, senza ledere nè il seno nè il facciale.

NEUROPSICHIATRIA

Terapia malarica delle psicosi eziologicamente indipendenti da sifilide.— C. Goria, *Estratto di Note e Riviste di Psichiatria,* vol. XV, n. 1, 1927.

Poichè le cure mediante l'inoculazione della malaria determinano assai rapidamente ed in modo costante nelle forme esaltate della paralisi generale un effetto sedativo, l'A. ha ritenuto opportuno sperimentare questo mezzo curativo anche nelle altre psicosi, ove lo stato di esaltamento psico-motorio rappresentava uno dei sintomi dominanti.

Associando quindi le sue esperienze (16 casi) con quelle di Santonè del Manicomio di Alessandria (7 casi), l'A. ha presentato una prima relazione riguardante i risultati che si ottennero in 7 casi di psicosi schiettamente maniaca e in 16 di demenza precoce a tipo ebefrenico. Da queste esperienze egli ha dedotto che il trattamento malarico nelle psicosi dissociative ebefreniche è assolutamente controindicato, perchè esercita un'azione più dannosa che favorevole; e che l'inoculazione malarica è capace di troncare gli attacchi maniaci anche violenti ma non di prolungare il periodo interaccessuale ordinario.

Cosicchè l'A. ha ritenuto indicato il trattamento malarico nella psicosi maniaca quando questa sia caratterizzata da attacchi isolati oppure quando è presumibile che lo stato di eccitamento duri a lungo, con periodi intervallari di qualche anno, poichè date queste condizioni e in casi di mania pura, si riesce col trattamento malarico ad interrompere la sindrome in

Digitized by Google

sull'inizio. Ad ogni modo parve interessante rilevare come l'eccitamento maniaco in confronto con quello ebefrenico si comporta in modo affatto diverso di fronte alla infezione-terapia malarica, nel senso che gli effetti di questa riescono assolutamente opposti. Tale diversità di comportamento tenderebbe a dimostrare che gli stati di esaltazione psico-motoria delle due forme sono di carattere diverso, e ciò in contrasto con quelle tendenze che vorrebbero vedere negli stati di esaltamento delle psicosi dissociative una sovrapposizione dell'elemento ciclofrenico.

L'A. in successive ricerche ha inoculato 4 casi di epilessia, 3 di psicosi dissociativa del tipo paranoide e 4 del tipo ebefrenico in istato iniziale, 4 di psicosi depressiva con ansia grave, 2 di mania acuta ed infine 2 di parkinsonismo post-encefalitico. In queste psicosi ha notato risultati negativi tanto nelle forme avanzate come in quelle iniziali, fatta eccezione delle forme catatoniche, le quali per la grande rarità con cui compaiono non hanno figurato nelle ricerche eseguite.

DERMATOLOGIA

Sulle manifestazioni iniziali della lebbra. — L. E. Pierini, Ospedale Muñiz, Buenos Ayres. *La Semana Medica,* n. 3, 1927.

Su di una casistica abbastanza notevole (78 individui) l'A. ha cercato di individuare se esistano lesioni iniziali caratteristiche della lebbra; questa inchiesta ha dato risultato negativo. In generale si è potuto constatare che la lebbra non si inizia con un sintomo solo, ma con parecchi sintomi simultaneamente; così non si può parlare di un «leproma iniziale».

I primi sintomi nei 78 infermi esaminati erano costituiti da macchie eritropigmentarie, anestetiche o no, in 20 casi; in 17 casi si trattava invece di edema degli arti, specialmente di quelli inferiori; in 12 di manifestazioni infettive indeterminate (febbre, cefalea, depressione generale); in 9 casi di ulcerazioni *d'emblée* o consecutive a forme bollose (pemfigo lebbroso), in 7 casi di tubercoli o di noduli, in 6 casi di coriza o di epistassi; in 5 di prurito generalizzato o localizzato, in 1 caso di dolori testicolari.

La professione dei pazienti ha una influenza indiscutibile sulla apparizione e sulla localizzazione iniziale delle lesioni: nei contadini prevalgono le lesioni degli arti inferiori; negli operai quelle della mano e del tronco, etc.

Il metodo di Brock nella terapia della psoriasi.— F. D'Amore, Ist. Foto-radio-terapico di Napoli. *Archivio di Radiologia,* n. 1, vol. 3, 1927.

In numerosi casi sperimentati personalmente e in quelli riferiti da altri ricercatori l'A. ha notato che il metodo di Brock con la irradiazione timo-tiroidea, dà risultati migliori che non la sola irradiazione del timo, e che arreca vantaggi oltremodo notevoli e molto più duraturi della terapia locale delle singole chiazze.

L'A. si è servito per le sue ricerche di un apparecchio Radiagna con tubo Coolidge-Baby, filtro 1-3 mm. Al, distanza anticatode-cute 25 cm., ed ha proceduto ad irradiazioni della durata di 10-13 minuti, alla distanza di non meno 30 giorni ed in numero non maggiore di 3, con dose di 4-6 H, della regione timica e tiroidea.

Egli ha preferito pel trattamento adoperare dosi stimolanti, per evitare accumuli di dosi che potrebbero provocare una iperfunzionalità delle glandole od una paresi di queste.

Per quanto però i risultati siano molto soddisfacenti, l'A. ritiene che sia azzardato allo stato attuale emettere un definitivo giudizio sulla stabilità del processo di guarigione, conoscendosi la facile recidività della dermatosi, talora perfino dopo anni. Ancora però non è possibile soffermarsi, nella ricerca dell'etiologia di quest'affezione, su di un nesso causale unico e preciso.

Certo si è che i favorevoli risultati ottenuti in alcuni casi con la terapia mercuriale o bismutica, in altri con la opoterapia (timica, tiroidea od ovarica), in altri ancora con quella antiartritica e in quelli dell'A. al pari di quelli di Brock, Guarini, Rummo ed altri, con la irradiazione roentgen timo-tiroidea, concorrono a far ritenere presumibilmente che la etiologia della psoriasi non debba ascriversi sempre ad un unico fattore, ma che con ogni probabilità diverse cause possano essere imputabili, sia che nei singoli casi agisca soltanto una di esse od anche parecchie contemporaneamente.

VENEREOLOGIA

Gli antisettici sciolti in gelatina nella cura della blenorragia acuta. — R. Herold e H. Vurver. *Jour. of Amer. Med. Ass.,* vol. 88, n. 7, 1927.

Nell'intento di determinare sempre minori lesioni locali nel trattamento della blenorragia con i moderni antisettici della serie cromatica, gli AA. hanno cercato d'introdurre nella pratica l uso di tali preparati in gelatina piuttosto che in soluzione acquosa.

Essi hanno eseguito le loro ricerche su numerosi infermi colpiti da blenorragia acuta, preferibilmente senza complicanze, ed hanno fatto uso della acriflavina neutra preparata come qui segue. L'acriflavina viene sciolta in acqua distillata e quindi la soluzione viene riscaldata a 60° C. Allora si versano nella soluzione poche piastre di gelatina e si agita finchè queste non si sono completamente disciolte. La diluizione di questa miscela è tale che su 400 parti di liquido gelatinoso, ne esiste solo 1 di colorante; il liquido gelatinoso a sua volta risulta, com'è su indicato, di acqua distillata e gelatina, quest'ultima nella proporzione del 10-15%.

Questa miscela gelatinosa solidifica alla temperatura di stanza. E' opportuno perciò tenerla in piccole quantità in appositi recipienti dove la temperatura necessaria per lo stato liquido possa mantenersi invariata per molte ore del giorno.

Questo nuovo e semplice metodo offre su quello delle soluzioni acquose fin oggi adoperate il vantaggio di non provocare nessun'alterazione della mucosa uretrale, nonchè quello di essere notevolmente più efficace, stante la forte capacità adesiva delle particelle di questa miscela alla mucosa uretrale stessa. Le iniezioni uretrali saranno fatte quotidianamente e saranno trattenute ciascuna per 8 minuti. Un trattamento supplementare con preparati d'argento deve ritenersi superfluo.

Gli AA. riferiscono di avere ottenuto con questo metodo la guarigione assoluta in 2 a 3 settimane nei casi senza complicanze e in 4 a 8 settimane in quelli in cui già il processo infettivo si era largamente esteso.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETÀ ITALIANA DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 16 giugno 1927

Presid.: prof. Ciaccio

Tocco L. *Sulla sotanza moschicida contenuta in alcuni funghi.* — L'O. comunica che esiste, oltre che nella A. muscaria, anche nella A. panterina una sostanza moschicida.

Questa sostanza si trova solo nel cappello dell'A. muscaria, manca del tutto nel gambo, non è volatile, almeno a 40°, agisce rapidamente paralizzando gl'insetti con sintomatologia simile alla quassina. A piccolissime dosi è, prima eccitante e poi deprimente, l'assorbimento è rapidissimo e l'eliminazione lentissima.

Mazzarelli G. *Intorno alla peculiare pigmentazione che presentano alcuni animali marini viventi nel lago Fusaro (Napoli).* — L'O. comunica alcune osservazioni riguardanti una speciale pigmentazione nera sul guscio delle ostriche del lago Fusaro, facendo notare che anche quelle importate da altri laghi e seminate in quel lago dopo un certo tempo assumono quel pigmento speciale.

Secondo l'O. trattasi di un vero e proprio pigmento e non di materiale sovrapposto e che probabilmente può essere compreso nel gruppo delle melanine.

L'O. propone il nome di Acherusina a questo pigmento dall'antico nome del lago Fusaro (*Palus Acherussia*), analogamente al nome di Marennina dato al pigmento verde delle ostriche di Marennes.

Martino G. *Sull'azione dell'insulina nei colombi digiunanti.* — Il colombo normale dimostra una particolare resistenza di fronte all'insulina, per cui anche in seguito all'iniezione di dosi molto forti di insulina (fino a trenta unità cliniche) non si riesce mai ad osservare l'insorgenza dei fenomeni convulsivi.

Il tasso glicemico subì in tali condizioni un abbassamento molto più marcato che prima del digiuno. L'iniezione di glucosio valse sempre ad impedire il ripresentarsi degli accessi, non riuscì però mai (anche se ripetuta più volte) a salvare gli animali, che morirono tutti nelle 24 ore.

Zogami V. *Contributo alla conoscenza dell'azione dell'insulina negli uccelli.* — Nel corso di numerose indagini, dirette a portare un contributo sperimentale alla conoscenza delle convulsioni da insulina, l'O. ha avuto occasione di fare molte osservazioni sul comportamento di

Digitized by Google

varie specie di uccelli (colombo, gallina, tortora, quaglia, cardellino, fanelle, fringuello, verzellino, nibbio, anitra) di fronte a questa sostanza.

I risultati ottenuti permettono i seguenti rilievi:

Il tasso glicemico normale risultò variabile nelle singole specie di uccelli: anitra (0,13 %), galline (0.17 %), tortora (0.17 %), colombo (0,12 %), quaglia (0.22 %), cardellino (0.28 %), nibbio (0.24 %).

Fu possibile provocare fenomeni convulsivi per azione dell'insulina nell'anitra, nella tortora, nella quaglia, nel cardellino, nel fanello, nel fringuello, nel verzellino. Non fu possibile invece nel colombo e nella gallina; risultato incerto nel nibbio.

Gliozzi S. *La curva di accrescimento delle penne studiata in colombi castrati ed in altri alimentati con tiroide.* — La curva di accrescimento delle penne (timoniere e remiganti) non presentò variazioni sostanziali dopo l'asportazione dei testicoli.

Invece durante la somministrazione (per bocca) di piccole dosi quotidiane di tiroide fresca di vitella nonchè di preparati di tiroide secca, le penne raggiunsero una lunghezza definitiva minore della normale, rimanendo quasi invariato il tempo necessario per l'accrescimento completo.

Il Segretario: Dott. Racchiusa

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE DI NAPOLI

Seduta del 19 giugno 1927

Presid.: prof. G. Jappelli

Battaglia M. *Eumicetoma del palato.* — L'O. riferisce sul caso di un soggetto giovane e robusto nel quale esisteva, in corrispondenza della volta del palato, una estesa superficie ulcerata e sanguinante, diagnosticata da vari medici di natura sifilitica, tubercolare o epiteliomatosa. La biopsia fece constatare nei preparati a fresco un feltro composto da ifi aseptati di varia grandezza ed in vario modo intrecciati fra loro, resistenti ai liquidi fibrinolitici e fibrinopeptonizzanti; i preparati colorati dettero lo stesso reperto.

Una cura iodica locale e generale, a dosi elevate, instituita in base al reperto ottenuto, produsse in breve tempo la completa guarigione.

I vari tentativi di cultura *in vitro* dell'eumiceta furono seguiti da esito negativo, e negativa fu anche l'inoculazione in animali. Non essendo possibile, pertanto, procurarsi per la diagnosi precisa del fungo altri validi criterii, fu mestieri per l'O. servirsi soltanto del reperto ottenuto mediante la biopsia. Per l'aspetto micellare del feltro egli escluse trattarsi di una sporotricea e giudicò trattarsi di una oospora, appunto in base alla presenza degli ifi aseptati.

Ad analoga osservazione del Prof. Pane, l'O. ricorda la grande difficoltà che si incontra nella classificazione degli Eumiceti, appunto per la loro polimorfia anche negli organi di fruttificazione.

Calogero G. *Estirpazione del ganglio cervicale superiore in otopaziente.* — L'O. presenta un ammalato in cui ha estirpato il ganglio cervicale superiore del simpatico a causa di alcuni disturbi e sensitivi della faccia che si suppone potessero essere anche la causa, se non unica, non trascurabile, di una notevolissima sintomatologia a carico dell'orecchio (ronzii, sibili, fischi, accenno a vertigine). Dopo l'operazione le paracusie cessarono completamente nell'orecchio del lato operato. L'O. attribuisce tale scomparsa a migliorate condizioni circolatorie dell'organo, prima alterate dalla iperfunzione vasocostrittrice delle fibre provenienti dal ganglio ammalato. Questa spiegazione è confermata dal fatto che mentre, prima dell'operazione, nell'orecchio dell'infermo si risvegliavano fortissimi ronzii con la pressione su un punto qualsiasi del territorio innervato dal trigemino, probabilmente per il tramite delle fibre vasocostrittrici contenute in questo nervo, dopo l'intervento il fenomeno non si osservò più. Degna di nota è, ancora, la rinite crostosa seguita, dopo l'intervento, nella narice corrispondente al lato operato, perchè tal fatto può rappresentare un notevole contributo alla conoscenza dell'innervazione simpatica delle fosse nasali e della patogenesi dell'ozena.

L'esame istologico del ganglio rivelò l'esistenza di un processo infiammatorio cronico a tendenza sclerotica.

PER LA PRATICA

MALATTIE GENITO-URINARIE

SULLA SEMEJOLOGIA FISICA E FUNZIONALE DELLE MALATTIE URINARIE

Specialmente in urologia l'avvento del laboratorio ha fatto a più d'un medico dimenticare i magistrali insegnamenti dello esame clinico, che spesso da solo basta per indirizzare verso la diagnosi.

Non sarà quindi inutile, insieme con lo Chatelin (*Paris Medical*, n. 32, 1927), ricordare tutto ciò che il medico può ricavare dallo esercizio dei suoi sensi, prima di ricorrere al laboratorio per stabilire una affezione del sistema uro-genitale.

Il rene. L'obbiettivo precipuo del pratico sarà quello di differenziare prima di tutto una malattia del rene di pertinenza esclusivamente medica, da un'altra chirurgica.

Le malattie renali che rimangono nel campo strettamente medico, senza tendenza a passare in quello chirurgico sono quelle con albuminuria vera, con cilindruria, edema alle gambe o soltanto malleolare, con rumore di galoppo, ipertensione, disturbi d'origine vascolare senza sintomi dolorosi, anuria o uremia e infine con disturbi generali piuttosto gravi con tendenza all'esito letale.

Contrariamente a ciò le affezioni renali chirurgiche hanno di caratteristico, almeno quelle acute e subacute, la sintomatologia dolorosa. Sopratutto sono da considerare: il calcolo renale, la pielonefrite, la ptosi renale, fra quelle acute; la tubercolosi fra le forme croniche.

La presenza del calcolo non ha nulla di caratteristico, ma ha importanza, almeno nell'esame retrospettivo, l'improvvisa colica; quando pure la radiografia non sia utile a svelarlo.

La pielonefrite si giova del dolore, della palpazione di un tumore più o meno voluminoso, eventualmente dello stato febbrile a carattere suppurativo, ma spesso bizzarro e in ultimo dà altri elementi diagnostici che possono escludere la ptosi renale pura e semplice: quest'ultima è più frequente a destra.

C'è poi il rene policistico che non va dimenticato, ma come possibilità diagnostica reperibile più al tavolo operatorio che clinicamente.

La tubercolosi renale è quasi sempre muta. Il più delle volte si svela attraverso la cistite secondaria; quindi non si accompagna a sintomi renali. L'aspetto delle urine, di una caratteristica piuria e l'esame della vescica saranno il solo mezzo con cui svelarla nel più dei casi.

Qualunque sia la forma chirurgica quello che bisogna chiedere al laboratorio è ben poco, poichè in molte forme esso non può dare che responsi incerti ed è perciò che la clinica deve guidare indipendentemente alla interpretazione della forma morbosa coi soli segni che essa può dare. All'urina si chiederà l'eventuale presenza di pus, di sangue, i cilindri, l'albumina. L'esame uretrale più che a scopo diagnostico deve essere utilizzato a determinare la capacità funzionale dei reni e sopratutto quella del rene sano, allo scopo di stabilire l'efficienza del superstite dovendo asportare quello malato.

Spesso il laboratorio, o, per meglio dire, tutti i comuni esami praticati allo scopo di scovare una affezione renale chirurgica, non suffragano sullo accertamento desiderato per procedere tranquillamente all'atto operativo. Ciò perchè, specialmente in alcune forme atipiche di pielonefrite — quelle dette «chiuse» sopratutto — dal cateterismo degli ureteri e dalle diverse analisi fatte, il più delle volte senza criterio direttivo, quel responso preciso e irrefutabile non viene e non può esserci, per la stessa atipicità della forma morbosa. Ciò non pertanto se la clinica offre tali elementi diagnostici da poter giustificare l'intervento, bisogna pur farlo e non rimanere perplessi per la sola ragione che non tutti gli elementi sono presenti per poter intervenire. I così detti specialisti che limitano la loro osservazione al solo organo della loro specialità vanno più frequentemente incontro a questo grave errore che spesso prolunga inutilmente le sofferenze degl'infermi quando non ne metta in pericolo la vita.

Per un fenomeno di vera cecità clinica acquisita e congenita questi feticci della provetta non concepiscono diagnosi se non attraverso l'incerto responso di questa e perdono di vista spesso la sintomatologia clinica la quale è tanto loquace per sè stessa.

La vescica. Gli elementi clinici da tener in conto nell'esame del cistitico

Digitized by Google

riguardano i dati anamnestici sulla frequenza della urinazione, sulla pollacuria notturna e sopratutto sull'aspetto della urina all'atto della minzione: l'aspetto torbido perchè abbia importanza dev'essere constatato nel momento della emissione della urina, perchè la torbidezza che si verifica nel vaso, dopo un certo tempo è dovuta a precipitati secondarii minerali o batterici che sono un'evenienza frequente e banale.

Molta importanza ha la triade sintomatica uretro-prostato-cervicale costituita: 1) dal dolore ante e post-minzionale; 2) dalla imperiosità del bisogno di urinare; 3) dalla goccia di sangue che appare dopo l'espressione terminale del collo. Questa sindrome è comune: al periodo d'invasione posteriore della blenorragia nei giovani; alla tubercolosi renale negli adolescenti e negli adulti; alla cancerosi prostatica dei vecchi. Vi sono poi forme di cistite secondaria (colibacillare, influenzale ecc.) le quali saranno svelate da una sintomatologia analoga ma meno intensa e più fugace.

Dal punto di vista clinico bisogna ancora considerare: il *calcolo*, il *polipo vescicale* e il *cancro* della *vescica*.

Il calcolo vescicale, raro nella donna, si rivelerà frequentemente: 1) con dolore durante l'urinazione che può interrompersi bruscamente; 2) con dolore provocato, dal cammino a piedi o dal moto in vettura; 3) da un dolore a carattere urente alla punta dell'asta; 4) da un'ematuria ugualmente provocata.

Il polipo vescicale non ha una sintomatologia chiara, ma può far destare il sospetto della sua esistenza il bizzarro presentarsi di emorragie spontanee in soggetto sanissimo e di media età e l'anamnesi, quando esista, di un'altra piccola emorragia molti anni prima. Non si accompagna a sintomi di cistite.

Il cancro della vescica interviene in malati di una certa età con o senza cistite, con urine fetide, torbide, sanguinanti e d'aspetto nerastro. La palpazione rettale rivelerà una prostata dura, nodosa.

La prostata. Nelle affezioni prostatiche la clinica ha un elemento che domina tutto il quadro della affezione ed è la *ritenzione*. Questo elemento diagnostico è comune ai giovani e ai vecchi prostatici. Ma il criterio della età deve essere giustamente valutato perchè ha grande importanza nell'esame differenziale delle varie affezioni. Valga per queste ultime il quadro schematico dello Chatelin.

1) La prostata normale ha un volume medio, una consistenza pure media, d'aspetto morfologico liscio e regolare, di nessuna sensibilità con esistenza di rilevatezze laterali prostato-pelviche;

2) La prostatite glandolare è di grosso volume, consistenza ferma, aspetto nodoso, nessuna sensbilità, salienze laterali marcate; marcata;

3) La prostatite parenchimatosa ha volume grosso, consistenza solida, aspetto liscio, media sensibilità, assenza di rilevatezze laterali;

4) La prostatite tubercolare ha piccolo volume, consistenza dura, aspetto nodoso, nessuna sensibilità, alienze laterali marcate;

5) La prostatite calcolosa ha volume medio, consistenza molle, sensazione di sacco di noce, sensibilità marcata con rilievi laterali;

6) La prostatite adenomatosa ha un volume enorme, consistenza solida, aspetto liscio, senza sensibilità e senza rilevatezze laterali;

7) La prostatite carcinomatosa ha volume medio, consistenza dura lignea aspetto nodoso, nessuna sensibilità e salienze laterali:

8) Infine l'ascesso prostatico ha un volume enorme, fortemente sensibile, consistenza molle.

Il *canale uretrale* non presenta una grande importanza agli effetti diagnostici delle sue affezioni.

Lo scolo o la goccetta, si riconosceranno facilmente. Il restringimento del canale uretrale sarà individuato dallo stesso infermo e la rottura traumatica dell'uretra perineale col suo tripode sintomatico: ritenzione riflessa, tumore perineale misto di urina e sangue e uretrorragia, non offrirà difficoltà diagnostica.

Infine non resta al pratico — in questa fugace disamina delle varie affezioni urinarie — che di conoscere i disturbi funzionali e congestivi ileopelvici, fra cui principalissima la incontinenza di urina, diurna o notturna totale o intermittente frequente nell'infanzia e prolungantesi spesso fino ai 14-16 anni. Per differenziarla dalle incontinenze organiche bisogna tener presente che in essa le urine restano sempre limpide e che ordinariamente i malati che ne soffrono sono dei psicopatici o dei nevropatici urinarii con particolare morbilità simpatica e disturbi di carattere congestivo. In questi malati non bisogna mai ricorrere a esplorazioni interne, che sarebbero di grave danno. Non sia inutile ricordare l'aforisma che: il timore della sonda è il principio della saggezza.

M. Gioia

RINOJATRIA

Rapporti delle affezioni dentarie e naso-sinusali con la rinologia

Un dato molto importante nella pratica può così formularsi: *il maggior numero di sinusiti di origine dentaria è trasmesso dalla carie rispettiva.*

Questo dato, del quale si può senza molta prolissità comprendere l'interesse clinico, attinge naturalmente la sua interpretazione principale all'anatomia. Una lamella ossea esilissima, o il periostio intra-alveolare, il periodontium saldato alla membrana sinusale, — ecco la barriera tra le punte delle radici vestibolari dei tre molari superiori, come della radice del secondo premolare. Dal numero delle radici, dalla loro forma dipende altresì la differente distanza tra l'apex ed il sinus.

Dal Bonsdorff sono state fornite alcune misurazioni relative alla media distanza tra l'alveolo ed il seno:

Secondo molare	1,3 mill.
Terzo molare	2.3 »
Primo molare	2.6 »
Secondo premolare	2.9 »
Canino	7.1 »
Primo premolare	7.5 »

Se queste condizioni anatomiche vogliono essere completate, bisogna invocare anche altri elementi patogenetici delle sinusiti. Infatti il Lickteig recentemente (*Strasbourg Médical*, 13, 1927) fa rilevare che l'eccessiva ampiezza del seno, con caverne accessorie a forma di seni alveolari, è una ragione perchè affezioni sinusali possano partire da canini e da incisivi. Anche per le anzidette correlazioni se all'estirpazione di un dente seguisse l'apertura del seno, l'infezione della mucosa darebbe ragione. Se alla estrazione una radice infetta si spingesse nel seno; se un detrito infetto fosse attraverso il foro apicale spinto nel seno; se estremità di sonde od altri frammenti strumentali penetrassero nel seno, sarebbero queste altrettante eventualità provocatrici di sinusite.

Primeggia dunque, come fomite temibile, la *carie* dentaria, disintegrazione progressiva chimico-batterica, della quale, come è noto, si distinguono i seguenti gradi:

1. gr. limitato allo smalto;
2. » interessato l'avorio con penetrazione verso la polpa;
3. » alterazione infiammatoria della polpa, organo del metabolismo dentario;
4. gr. accentuazione del grado precedente, epperò morte della polpa, necrosi o putrefazione.

Focolai infettivi primari boccali (la cui importanza è messa sempre in maggior luce anche dalla chirurgia generica, come cura profilattica in qualsiasi cospicua operazione da intraprendersi) sono da considerarsi qui elencati, con le rispettive considerazioni pratiche.

1. *Affezioni acute e croniche della polpa — pulpite acuta e cronica.* La sinusite assai di rado ne deriva: ma può incontrarsi, con segno di dolorabilità viva nella sfera del trigemino; talora anzi si può vedere la manifestazione partente dal lato opposto. In genere, dunque, gli stati infiammatori acuti di origine dentaria ben di rado provocano stati patologici sinusali, mentre le affezioni acute e croniche dei seni sono quasi sempre dovute a processi infiammatori cronici della radice dentaria.

2. *Periodontite cronica* distinta come segue: Quella apicale purulenta od ascesso alveolare cronico susseguente alla carie di 4° grado; un piccolo ascesso tende a divenire sempre più espanso attraversando il periostio, per fistolizzare la mucosa e magari la cute. Possibile ma rara l'irruzione nel seno.

Invece è per eccellenza il fattore di sinusiti mascellari la periodontite cronica iperplastica granulomatosa, esito di una carie di 4° grado. Le fungosità granulomatose che vanno formandosi ed ascendendo verso il cavo sinusale, sono naturalmente ricchissime di batteri, strepto-stafilococchi, streptococco non emolitico, enterococchi, spirilli, tetrageno, finalmente actinomiceti. Sono questi latenti e pericolosi centri che gli americani vogliono sempre combattere designandoli «focal infections».

Ma hanno la loro importanza etiopatogenica delle sinusiti anche le produzioni *cistiche* a contenuto infetto; cisti cosidette *radicolari*, quando hanno provenienza infiammatoria: cisti *paradentarie* quando originate da aberranti germogli epiteliali paradentari.

Fermandoci a meglio chiarire la pertinenza di codesti stati dentari con il campo rinoiatrico, è necessario ricordare che mentre nei tre primi gradi di carie è abbastanza contrastata l'invasione sinusale, a differenza di quanto si ha nel quarto, se ne deduce l'importanza di precisare la vitalità o meno della polpa di alcuni denti incriminabili. Tale constatazione si ottiene di solito mediante stimolazioni: una polpa ancora vitale reagisce con dolori alla bassa temperatura (cloruro di etile o ghiaccio), al tocca-

Digitized by Google

mento meccanico, alle concentrate soluzioni zuccherine od acide; alla corrente faradica.

Ma ci sono anche dati esteriori degni di esser tenuti presenti: ogni dente la cui radice sostenga un dente artificiale od una corona, è a priori sospetto di polpa morta. Quasi altrettanto si può dire dei denti la cui trasparenza è intorbidata. Facile è constatare la mancata solidità di impianto di denti o loro radice. Facile anche la constatazione di ascessi e fistole sottoperiostali. Ma ciascuno comprende l'ausilio diagnostico fornito dalla radiografia con films intraboccali.

Veniamo alle cosidette *parodontosi* di cui il tipo più culminante può dirsi la piorrea alveolo-dentaria, o poliartrite alveolo-dentaria cronica. Veramente queste alterazioni difficilmente portano a manifestazioni sinusali. Tuttavia è chiaro che a voler istituire una razionale cura di eventuale sinusite, non si possa prescindere dal guardare con particolare attenzione lo stato dentario che ne fu origine.

Anche particolare interessamento richiedono le affezioni cistiche innanzi ricordate, perchè a base del principio curativo deve restare la rimozione radicale della parete cistica, talora fino a dover fare una completa antrotomia. Questi vari interventi rinologici combinati con la resezione apicale, apportano la conservazione dei denti lesi. Quando la sinusite si attribuisce a piorrea alveolare, con ascesso profondo, meglio vale estrarre i denti il cui osso alveolare sia scomparso fino alla radice. Scompare così presto anche la piorrea. D'altra parte con il progresso dell'esperienza si sono sempre meno usati gli otturatori salienti nella cavità sinusale. Oggi l'apertura del seno dalla fossa canina rende ancora più valida quella collaborazione che sempre dovrebbe esservi fra rinoiatria e odontoiatria.

TERAPIA

Indicazioni e controindicazioni dello pneumotorace artificiale, della frenicectomia e della toracectomia

La valutazione esatta delle indicazioni e controindicazioni dello pneumotorace artificiale e di altri interventi operatori sul torace nel corso della tubercolosi polmonare è condizione necessaria per conseguire benefici risultati. Ecco come Piéry (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 agosto 1927) schematizza dette indicazioni e controindicazioni.

a) *Pneumotorace artificiale*. Innanzi tutto esso è indicato nelle forme di tubercolosi unilaterale, sia fibro-caseose (tisi comune, tisi congestiva dei giovani, tisi cavitarie localizzate) sia caseose (pneumonite caseosa, tisi galoppante); inoltre è da consigliarsi nelle gravi emottisi e nel pneumotorace spontaneo. Se si tratta di una tubercolosi bilaterale, allora lo pneumotorace potrà essere eseguito sia alternativamente, come nelle lesioni bilaterali tardive, che simultaneamente, come nelle lesioni precocemente bilaterali, praticando in questi casi uno pneumotorace parziale, palliativo o anche detto ad ipotensione.

Controindicazioni per lo pneumotorace possono essere considerate: le tubercolosi polmonari benigne, le lesioni bilaterali fin dall'inizio e rapidamente evolutive (tisi galoppante), le concomitanti localizzazioni extrapolmonari (tubercolosi generalizzata, tubercolosi intestinale), le affezioni cardiache poco compensate e il diabete complicante le lesioni polmonari.

b) *Frenicectomia e toracectomia*. La frenicectomia e la toracectomia sono indicate o come complemento d'uno pneumotorace insufficiente o abbandonato, o in sostituzione di uno pneumotorace non praticabile, o nelle lesioni tubercolari della base. Per proprio conto, poi, la frenicectomia verrà eseguita nelle lesioni poco estese, lentamente evolutive, allorchè sia dubbia l'unilateralità delle lesioni, o come primo tempo di una toracectomia. La toracectomia, infine, deve essere consigliata piuttosto nelle lesioni molto estese a tendenza fibrosa e nelle fistole pleuro-pulmonari.

Controindicazioni della frenicectomia sono: le lesioni molto estese e le forme a rapida evoluzione. Controindicazioni della toracectomia: i casi di dubbia unilateralità, le forme a evoluzione rapida e lo stato generale molto decaduto.

Trattamento dei foruncoli del labbro superiore

Recenti nostri transunti su questo argomento di molto interesse pratico, ci dispensano da soverchi rilievi sulla patologia di questa localizzazione. Senonchè una *Thèse* del Dr. Vernholes (1927) elaborata alla scuola di Sènèque (*La Presse Médicale*, n. 59, 1927) ci sarà di scorta nel ripere i punti più essenziali di questa terapia, e le varianti sulle quali essa va modellata.

I. *Forme benigne*. Foruncolo semplice. Concordano gli AA. nel rinunziare al trattamento locale: non incisione, non cauterizzazione, niente spremitura. Ma regolandosi così c'è da vederne il passaggio in forma maligna. Su 7 casi osservati dal Martin nel Saint-Luke Hospital di New York ed operati di urgenza, tutti avevano questi precedenti; 6 morirono. Sempre che il cencio fosse appariscente al più pinzettarlo per tirarlo; se aderente fino a far sanguinare astenersene.

Tenere a riposo i muscoli della faccia, cioè: tacere, alimentarsi di liquidi. Applicazioni caldo-umide discontinue, toccamenti di tintura iodica, nebbie di acqua fenicata; oppure unguenti al collargolo, al propidex. Non rinunziare ai vaccini antistafilococcici, alla proteinoterapia. Metodi buoni ed efficaci.

Foruncoli con ascessi foruncolosi: se pus si è raccolto giova svuotarlo. Ma le incisioni esterne debbono essere ben condotte, non esagerate, seguendo linee e solchi naturali. Lecène invece quando la raccolta è ben formata, preconizza l'apertura dalla via interna, cioè dalla mucosa.

II. *Forme maligne*. Certamente sono le più discusse: quindi anche molteplici i metodi. Ce n'è di quelli conservatori: vaccinoterapia, iniezioni intravenose di elettrargolo, di violetto di genziana, di mercurocromo. Il metodo Bier è divulgato in Germania, sia sotto forma di ventosa, sia come costrizione circolare alla base del collo. Una striscia di plastod larga 3 cm. si applica alla base del collo su di una periferia poco minore del collo stesso. Il raccorciamento deve essere di quasi un pollice. Ai capi della striscia si fissano delle agraphes e degli anelli (disposti su due ranghi per modo da regolare la trazione); a livello delle carotidi si aggiunge su ciascuno lato un tampone. Si nota ben presto un certo gonfiore specie delle labbra e delle palpebre; si ha l'impressione che lo stato generale si aggravi, che si manifesti la flebite del seno. Ma ben presto c'è miglioramento, l'edema va scomparendo sebbene per 20-24 ore continui la compressione.

Tra 2ª e 3ª giornata la temperatura scende; la suppurazione cresce, il cencio esce. In 8-10 giorni guarigione.

Trattamento insulinico se il paziente è diabetico.

Tra i metodi correnti ecco le vie da seguire:

a) *Incisione* mai troppo precoce; eseguirla sotto anestesia generale, senza interessare tessuti sani.

b) L'*estirpazione* se si tratta di forma antracoide; perdita risultante molto notevole, guarigione lenta, ma risultati anche notevoli.

c) *Incisione della vena angolare* quando ci sia minaccia di trombo-flebite, eseguita trasversalmente sotto l'angolo interno dell'occhio; oppure legatura sistematica di essa.

d) *Procedura mista* di Laewen: incisione combinata con l'auto-emoterapia locale accerchiante le lesioni.

Fatta un'incisione cruciale o circolare alla lesione, si prelevano da una vena del braccio 30-40 cc. di sangue, che subito vengono iniettati alla periferia del focolaio flogistico. Occorre l'anestesia generale perchè molto dolorose le iniezioni. Il processo sarebbe subito infrenato. C'è forse un'azione meccanica, forse anche un'azione antitossica. Non mancano varianti all'emo-auto-terapia; così Nicolas e Gaté ed altri si attengono alle iniezioni a distanza, cioè glutee; qualcuno non fa di più; qualche altro vi associa la vaccinoterapia.

Quale la scelta? Secondo l'A. bisogna distinguere: non precipitare l'intervento fin quando non si abbia ragione di vedere la minaccia di una trombo-flebite, perchè allora l'intervento sembra ridurre la mortalità che già oscilla tra 7-10 %. Lo stato setticemico conclamato non lascia naturalmente molto da sperare. Per fortuna la più parte dei foruncoli in parola non è maligna; nel caso peggiore non bisogna gingillarsi; e tuttavia sapere e far sapere che di ogni trattamento l'esito potrà esser fatale.

INTOSSICAZIONI

Reazioni tossiche da fenobarbital (luminal)

A Jackson (*Journal of Amer. Med. Ass.* 1927, vol. 88, n. 3) riferisce che il fenobarbital è certo un ottimo medicamento per la cura di disordini svariati nervosi e mentali e di talune condizioni, quali l'insonnia, le quali sopravvengono in associazione a malattie organiche, come per es. il gozzo tossico. Esso, benchè sia uno dei medicamenti più largamente diffusi, non è però noto nella sua tossicità, onde qualsiasi contributo portato su questo argomento potrà riuscire interessante.

L'A. riferisce di 6 casi di reazioni tossiche manifestatesi in seguito all'uso del fenobarbital. In nessuno di questi si ebbe alcun esito letale, ma solo si verificarono disturbi temporanei talvolta anche gravissimi. I segni caratteristici furono qui rappresentati da una eruzione cutanea eritematosa maculo-papulosa generalizzata, accompagnata da intenso bruciore e senso di formicolio, febbre, debolezza e vertigine.

La cura di queste reazioni deve innanzi tutto consistere nella profilassi. La pronta eliminazione del medicamento e l'uso dei sedativi locali potranno bastare a migliorare gl'incidenti tossici. A schivare questi in-

Digitized by Google

cidenti secondo l'A. conviene somministrare 10 cgr. prima di cena per l'insonnia; 3 cgr., 3 volte al giorno, per gli stati nervosi indicati sopra.

Uova e latte come antidoti nell'avvelenamento da bicloruro di mercurio

T. Sollemann, O. Barlow, M. Biskind (*Jour. of Am. med. Ass.* n. 9, 1927) ritengono che nell'avvelenamento da bicloruro di mercurio la pronta somministrazione di uova o di latte è sufficiente a ritardare l'assorbimento e ad impedire l'azione locale del veleno, purchè però essa sia seguita dalla ingestione di energici vomitivi o da un accurato lavaggio dello stomaco, o preferibilmente da ambo le pratiche se lo stomaco si trova in istato di eccessiva ripienezza.

Le uova crude e il latte inducono la precipitazione del bicloruro di mercurio con una efficacia e rapidità approssimativamente uguali. Il latte forse avrebbe il vantaggio di potersi diffondere più rapidamente nello stomaco, dato il suo stato fluido, e quindi di poter agire con maggiore efficacia. Onde sarà consigliabile somministrare prima un bicchiere o due di latte, poi parecchie uova crude, per aumentare la quantità totale delle proteine presenti nello stomaco senza aumentare contemporaneamente in modo eccessivo il volume delle sostanze introdotte. Il bianco dell'uovo non sembra avere una maggiore efficacia dell'uovo intero.

CASISTICA

Angine nella vaccinazione antivaiolosa

G. Koch di Wiesbaden (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 4, 1927) aggiunge alle precedenti un'osservazione personale sulla comparsa di manifestazioni anginose in bambini vaccinati.

Questa comparsa non è casuale, come potrebbe ritenersi a prima vista, ma è collegata da relazione non dubbia con la inoculazione vaccinica.

L'angina si manifesta da 4 a 6 giorni dopo la vaccinazione, e decorre, di consueto, in modo benigno.

La spiegazione di questa concomitanza potrebbe risiedere in una particolare allergia del tessuto linfatico. La disposizione ad ammalare di angina, in seguito alla vaccinazione, sembra crescere col crescere dell'età del bambino, sicchè sarebbe buona norma praticare la vaccinazione il più presto possibile.

Ascaride lombricoide migrato nelle trombe falloppiane

H. E. Murray (*Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, 1927, n. 1) riferisce di una donna maritata, di 28 anni che avvertiva da tempo gravi dolori addominali, prima, durante e dopo la mestruazione. La temperatura normale, polso 80; corpuscoli rossi 4.500.000; corpuscoli bianchi 11,700. Il secreto cervicale permise di isolare una coltura di stafilococchi.

L'addome era teso e l'utero in retroflessione. Fu fatta diagnosi di pelviperitonite cronica, e dopo diversi palliativi, aggravandosi le condizioni dell'inferma, si addivenne all'operazione.

L'omento aderiva alle anse intestinali, alle trombe falloppiane ed all'utero; diverse anse del tenue erano pressocchè incarcerate, e le trombe dilatate e cistiche. Fu fatta isterectomia subtotale, con doppia salpingo-ooforectomia. Esaminati gli organi asportati fu trovato nella tromba falloppiana di sinistra un ascaride lombricoide vivo, lungo 4 pollici e mezzo, che navigava in una dilatazione purulenta della tromba.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Dolordon. — Risulta di gr. 0,3 di dimetilaminofenildimetilpirazolone (corrispondente chimicamente al piramidone), di gr. 0,02 di acido dipropilbarbiturico e di gr. 0,03 di caffeina pura. E' una combinazione ad azione analgesica, suscettibile della più larga utilizzazione..

Lo si trova in commercio sotto forma di tabloidi in numero di 6-10-20-40-500 per scatola.

Il Dysmenural (già Uratal). — Combinazione dell'Uzaron con l'antipirina. E' indicato negli spasmi dell'utero (dismenorrea, eccessive doglie del parto). L'uzaron agisce stimolando le terminazioni simpatiche della muscolatura liscia dell'apparato urogenitale. L'antipirina agisce come analgesico. Tre volte al giorno un tabloide.

I Latin-tabloidi. — Risultano di codeina fosforica gr. 0,1; citrato di caffeina gr. 0,032; fenacetina gr. 0,165; acido acetil-salicilico gr. 0,025.

Utili nelle infreddature di qualsiasi genere, e nei dolori post-operativi. 4-5 tabloidi al giorno in acqua o in thè. Per i bambini 2-3 volte al giorno mezzo tabloide.

LIBRI ED OPUSCOLI

Dominici L. *Piccola chirurgia e chirurgia di urgenza.* Roma Casa Editrice L. Pozzi 1924. 1 vol. pagg. 445, con 225 fig. intercal. rileg. in tela. Prezzo L. 56.

Facendo parte della «Collana di Manuali del Policlinico» (n. 16) che la nota Casa Editoriale esibisce in veste nitida, questo volume si divide in quattro parti.

I. Le condizioni indispensabili per un'operazione chirurgica (camera operatoria; strumenti e materiale di medicatura; sterilizzazione degli istrumenti e del materiale; sterilizzazione dell'operatore e suoi assistenti; preparazione dell'operando; anestesia).

II. Cura delle lesioni traumatiche (dei tessuti molli; delle fratture sottocutanee in generale; delle fratture sottocutanee in particolare, delle fratture esposte; delle distorsioni articolari: delle lussazioni articolari; delle complicazioni asettiche delle lesioni violente; estrazione dei corpi estranei).

III. Cura delle infezioni chirurgiche (foruncoli, favo, eresipela, pustola maligna, flemmoni, ascessi).

IV. Tecnica di alcune piccole osservazioni e dei soccorsi di urgenza (cateterismo dello esofago e dello stomaco; dell'uretra; punture evacuative delle grandi e piccole cavità; suture di vari tessuti ed organi; unghia incarnita; fleboclisi; varici; legatura di alcune arterie; artrotomia in artrosinoviti purulente; amputazioni e disarticolazioni di urgenza; intubazione e tracheotomia; esofagotomia esterna; empiema toracico; stenosi uretrali, cistotomia soprapubica; fimosi e parafimosi; operazioni su l'ano ed il retto; erniotomie radicali; chelotomie; appendicite; criteri da seguire nelle laparotomie per traumi dell'addome).

Un indice alfabetico ausilia anche meglio lo studioso.

Come si vede, buona guida, efficace ausilio; stimolo a riattivare le proprie cognizioni, nel cotidiano esercizio. Giacchè superfluo sarebbe notare che la finalità dell'A. era appunto di raggiungere, accompagnare confortare l'esercente sottratto ai grandi centri, e divenuto a sua volta centro di attività rurale, o di piccole città. Vero è che, sotto questo punto di vista, il contesto del libro oltrepassa senza dubbio le esigenze e le mansioni di codesti colleghi. Ma tanto giova a farne concepire una migliore accoglienza.

Aievoli

Fabris S. *La tetania nell'infanzia.* Un vol. di pag. 180. Edizioni «La Pediatria», Napoli 1927. Prezzo L. 30.

Il presente studio, dovuto ad uno fra i più chiari allievi del Prof. Rocco Jemma, Direttore della Clinica Pediatrica di Napoli, costituisce una vera «messa a punto» dell'argomento, al lume delle più recenti acquisizioni teoriche, passate al vaglio della personale esperienza clinica dell'Autore.

Una parte notevole dell'opera è dedicata alla sintomatologia della tetania manifesta e della tetania latente, ed alla descrizione e studio delle varie manifestazioni che possono accompagnare il quadro morboso. Segue la trattazione della diagnosi differenziale, dell'anatomia patologica, della etiologia, e dei rapporti che intercedono fra rachitismo e tetania, fra costituzione e tetania.

Lo studio patogenetico della affezione è preceduto da una interessante esposizione critica delle più moderne ricerche di fisiopatologia, che l'A. tiene presenti nelle sue conclusioni. Egli nota che, in definitiva, l'unico dato finora bene accertato è quello del rapporto fra tetania ed ipocalcemia, sia come diminuzione del calcio totale, sia, più specialmente del Ca-ione. Non è accertato che questa ipocalcemia sia sempre in rapporto con ipo- o disfunzione di glandole a secrezione interna, ma, invece, le recenti indagini tendono a mettere in evidenza l'importanza della rottura dell'equilibrio acido-basico, nel senso dell'alcalosi, nella diminuzione del Ca-ione nel sangue. Su tale base interverrebbe, con ogni probabilità, l'azione delle basi puriniche e dei loro prodotti di scissione (guadinina), nonchè forse quella di altri prodotti tossici di varia natura, che agirebbero quali rivelatori del perturbato equilibrio nervoso e sarebbero capaci, quindi, di determinare l'insorgenza dei sintomi di tetania manifesta.

Nel capitolo riguardante la prognosi sono lucidamente riassunti ed obbiettivamente vagliati i dati forniti dai vari autori; ed infine, in quel-

Digitized by Google

lo sulla terapia sono esposti con molta chiarezza, ed insieme con quella praticità che solo può aversi quando si possegga un'esperienza personale in proposito, tutti i metodi di cura etiologica, patogenetica, sintomatica, sia della tetania latente sia delle sue manifestazioni esclusive o secondarie. Sono degne di nota le pagine che l'A. dedica ad alcuni moderni metodi di cura, quali l'attinoterapia, la terapia acidosante, ecc.

Una accuratissima e bene aggiornata bibliografia, suddivisa per capitoli, sì da renderne più facile la consultazione, chiude il volume, del quale è da notare la nitidezza della stampa e la bellezza dell'edizione.

JAPPELLI

WULLSTEIN e KUTTNER. *Trattato di chirurgia.* Disp. 5ª. Unione Tipografico Editrice Torinese, prezzo L. 30.

Di una pubblicazione che è già al termine; e conta al suo attivo autori tedeschi quotatissimi, traduttori italiani competenti; ed una casa editrice di antico lustro, non resterebbe alla stampa se non il semplice annunzio; aggiungendo: che la presente dispensa contiene, ad un tempo, parte del primo, e parte del secondo volume, in cui si conclude l'originale della 8ª edizione tedesca, che fu sulle prime di tre volumi.

Non è dunque il caso di sollecitazioni; giacchè un apprezzamento può essere di indole diversa.

Estimatori, dalla giovinezza, della produzione scientifica tedesca; convinti che ogni serio studioso debba non ignorare quella lingua, noi consultiamo quella produzione, quasi sempre ammirevole, nelle sue fonti originali.

Oggi più che mai, in tanta accentuazione di caratteri nazionali, riteniamo si dovesse porre un argine a codesta inveterata, perenne penetrazione estera in nostra lingua; con risultato inevitabile di un logoramento del prestigio nostro intellettuale e della commercialità.

Questo osiamo, ancora una volta, affermare; nella solida convinzione che il professore Alfonso Poggi, sotto la cui direzione e presentazione procede questa traduzione, fu così degno Maestro italiano da poterci dare opera non meno vigorosa; e certamente assai più duratura pel patrimonio culturale nazionale.

AIEVOLI

Galli P. *La lotta antitubercolare e la tubercolosi latente della seconda e terza infanzia.* Estratto da «Tubercolosi», fasc. 8, 1925.

Lollini C. *Un centro sanatoriale in formazione a Cuasso al Monte.* Estratto da «La Beneficenza Italiana», marzo 1926.

Massarotti V. *La cura endocrino-ricostituente nelle istero-neurastenie.* Estratto da «Medicina nuova», n. 24, anno XVI.

Pavone M. (junior). *Il cateterismo cistoscopico nella calcolosi ureterale.* Estratto dalla «Cultura medica moderna», an. IV, n. 3.

Pfanner A. *Studio sulla diffusione del processo paralitico ai centri extrapiramidali. Nota I.* Estratto dagli «Studi neurologici dedicati a E. Tanzi». Tipogr. sociale torinese, 1926.

VITA UNIVERSITARIA

La seconda mostra delle Università Italiane. — Questa mostra, preparata in occasione del Congresso della Federazione internazionale degli studenti, ha avuto un vero successo per l'interesse destato dall'importante materiale raccolto e inviato dalle principali Università del Regno.

La mostra comprende le seguenti sezioni: *storico-culturale, materiale scientifico, materiale didattico del libro italiano, con una sottosezione pel libro estero, organizzazioni goliardiche,* con una sottosezione per la «Sucai».

Sono da notarsi molti antichi costumi dei Rettori delle Università, quadri di autori, stendardi storici, autografi, monografie. Sono esposti i fascicoletti degli studenti Gabriele d'Annunzio, Guglielmo Oberdan, Gioacchino Pecci (Leone XIII), del chirurgo Mazzoni, Scarfoglio, Oriani, con le relative tesi di laurea.

La Bibloteca Alessandrina ha inviato materiale di alto valore storico.

Importante materiale scientifico espongono i proff. Alessandri, Pestalozza, Ottolenghi, Baglioni. Il prof. Perez espone la raccolta di tavole a colori illustranti la patologia chirurgica.

La raccolta s'inizia con le esposizioni delle lesioni traumatiche violente. Si passano così in rasesgna tutte le più svariate manifestazioni di lesioni, di contusioni, di ferite da arma da fuoco, da taglio o da punta, da strappamento; lesioni muscolari, tendinee articolari, lesioni traumatiche non violente, lesioni da agenti termici e chimici.

Particolare interesse offre specialmente il gruppo delle ferite da arma da fuoco: e di questo materiale molto si basa su casi di osservazioni personali dello stesso prof. Perez.

Seguono una collezione varia e numerosa di lussazioni, fratture; i interessanti casi di quella lesione così detta di congelamento di trincea, osservata in molti combattenti nel periodo invernale.

Vastissimo è poi il gruppo delle infezioni, in cui sono passati in rassegna tutti i processi infiammatori acuti e cronici. Fra i primi richiamano una particolare attenzione i casi di cancrena gassosa, appendiciti, illustrati da numerose fotografie e disegni. Infine si osservano le lesioni da parassiti animali (tenia, echinococco e altre affezioni come gozzi, cisti, ulceri, aneurismi, varici, stenosi ecc.

Vi sono casi impressionanti di attacchi tetanici, lesioni tubercolari, sifilide, ecc.

La collezione si chiude con una raccolta di tumori benigni e maligni e delle varie manifestazioni dell'ernia, e con una esposizione di pezzi anatomici asportati dell'Istituto di patologia chirurgica.

Importantissima la raccolta Albertotti sulla storia degli occhiali dell'Università di Padova, e interessante il materiale inviato dalle università di Pavia, Perugia, Genova, Bologna, Firenze; Trieste ecc.

L'Università di Napoli ha presentato la sua vasta e magnifica collezione di lauree antiche, i quadri rappresentanti le celebrità dell'Ateneo, l'albo dei professori del 1732 in cui è compreso G. B. Vico, l'editto per l'insegnamento privato (1734) e, fra le pubblicazioni il 1° Annuario Universitario del Regno d'Italia (1861); gli Annali dell'Istituto di Patologia Chirurgica, di Storia della Medicina, e l'Albo dei Rettori, degli studenti caduti, la Storia dell'Università di Napoli e il fascicolo della *Riforma Medica* dedicato in occasione del VII centenario dell'Università, alla Scuola Medica Napoletana.

Nuove commissioni giudicatrici per le libere docenze. — *Batteriologia, Batteriologia e Immunologia*: De Blasi Dante, Ottolenghi Donato, Azzi Azzo, Sanfelice Francesco, Marrassini Alberto.

Chimica biologica: Quagliariello Gaetano, Gayda Tullio, Benedicenti Alberico, Ducceschi Virgilio, Amantea Giuseppe.

Chimica e microscopia clinica: Zoia Luigi, Micheli Ferdinando, Lo Monaco Domenico, Gasbarrini Antonio, Carpi Umberto.

Clinica delle malattie nervose e mentali: Tanzi Eugenio, Rossi Ottorino, Lugaro Ernesto, Cerletti Ugo, Medea Eugenio.

Fisiologia sperimentale: Herlitzka Amedeo, Camis Mario, Aducco Vittorio, Lombroso Ugo, Visco Sabato.

Igiene: Di Vestea Alfonso, Maggiora Arnaldo, Sclavo Achille, Neri Filippo, Piras Luigi.

Istologia e biologia generale: Fano Giulio, Levi Giuseppe, Perroncito Aldo, Pensa Antonio, Terni Tullio.

Medicina legale: Cazzaniga Antonio, Ferrando Giacomo, Leoncini Francesco, Pellegrini Rinaldo, Bianchini Giuseppe.

Patologia coloniale: Morpurgo Benedetto, Salvioli Gaetano, Bertarelli Ernesto, Belli Carlo Maurizio, Basile Giuseppe.

Tisiologia: Viola Giacinto, Morelli Eugenio, Frugoni Cesare, Costantini Gennaro, Ronzoni Gaetano.

Concorso al premio "A. Di Vestea" della R. U. di Pisa. — E' aperto il concorso al premio triennale «Alfonso Di Vestea» di L. 1,000 lorde, da assegnarsi a quello dei laureati presso la Facoltà medico chirurgica della R. U. di Pisa da non più di tre anni alla data del 31 dicembre 1927, il quale presenti la migliore monografia, degna di stampa, in tema d'infortuni sul lavoro, studiati specialmente sotto il riguardo della profilassi. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1927.

Concorso al posto di perfezionamento "A. Ceci" in clinica chirurgica presso la R. U. di Pisa. — E' aperto il concorso al posto di perfezionamento «Antonio Ceci» presso l'Istituto di clinica chirurgica della R. Università di Pisa. Il vincitore ha l'obbligo di frequentare detta Clinica per due anni a partire dal 1° novembre 1927, avrà gli stessi obblighi di un assistente effettivo, e percepirà l'assegno annuo di lire 2,000 lorde.

Possono concorrere tutti i laureati che non abbiano più di cinque anni di laurea al 15 luglio 1927, inviando documenti, titoli e domanda al Rettore della detta Università entro il 30 settembre p. v.

Esito di concorsi per professore non stabile. — Le commissioni giudicatrici dei rispettivi concorsi per professore non stabile hanno proceduto alla nomina delle seguenti terne: a) per la cattedra di anatomia e istologia patologica della R. Università di Sassari: 1. Businco Armando, 2. Franco Emilio Enrico. b) per la cattedra di clinica ostetrica ginecologica della R. Università di Sassari: 1. Vercesi Carlo, 2. Fornèro Arturo, 3. Spirito Francesco.

= 1165

Digitized by Google

NOTIZIE

I prossimi Congressi medici di Parma. — Dal 18 al 24 ottobre p. v. avranno luogo a Parma cinque Congressi, e cioè quello di Medicina, di Chirurgia, di Urologia, di Otorinolaringoiatria e di Medina del lavoro. I due primi si svolgeranno dal 18 al 21 ottobre e saranno inaugurati contemporaneamente nella Aula Magna della R. Università, mentre i lavori si terranno per quello di medicina nella grande aula del nuovo Istituto di Anatomia umana presso il nuovo Grande Ospedale Maggiore, per quello di chirurgia nella sala del Ridotto del Regio. Del Congresso di Medicina è presidente l'on. prof. U. Gabbi, di quello di Chirurgia, il prof. A. Ferrari, direttore di quella Clinica chirurgica.

Per accordi presi dall'on. prof. Gabbi coi Direttori generali di Sanità del R. Esercito, della R. Marina, dell'Ufficio Sanitario Aeronautico e della Scuola coloniale della R. Università di Bologna, al Congresso di Medicina vi sarà anche una Sezione di medicina militare e coloniale che terrà le sue sedute nell'anfiteatro di Clinica Medica (Grande Ospedale Maggiore) e per la quale è stata già preannunziata una conferenza di attualità su «L'aviazione sanitaria in Italia».

I temi del Congresso di Medicina sono: 1. «Malattie di crescenza», relatore prof. N. Pende. 2. «La stitichezza abituale (in comune con la Società italiana di chirurgia), relat. per la parte medica prof. Francesco Schiassi (Ravenna). 3. «Le diatesi emorragiche» (rivista), relat. prof. Giovanni Di Guglielmo.

Per lo stesso Congresso il prof. Ascoli si è occupato di invitare i medici dell'America del Sud, che numerosi partecipano ai Congressi francesi. Si è intanto costituito un Comitato argentino sotto la Presidenza del prof. M. Castex, titolare di clinica medica della Facultad di Buenos Ayres, il quale ha deciso di inviare come delegati al prossimo Congresso il prof. Carlos Bonorino Udaondo e il dott. Eugenio Vercellino.

Tutti coloro che intendono partecipare al Congresso di Medicina dovranno inviarne al più presto partecipazione al segretario del Comitato ordinatore, prof. Luigi Ponticaccia (Clinica Medica, Ospedale Maggiore, Parma), inviando la tassa d'iscrizione in L. 50; si potrà così provvedere in tempo specialmente agli alloggi che non sono numerosi a Parma.

I temi di relazione per il Congresso di chirurgia sono 1. «La valutazione della resistenza dell'operando e i mezzi per diminuire il rischio operatorio», relat. proff. Fasiani (Padova) e Torraca (Modena). 2. «La stitichezza abituale», in comune con la Società di Medicina relat. il prof. Spangaro (Verona).

Nei giorni 21 e 22 ottobre avrà luogo poi il Congresso della Società Italiana di Urologia, sotto la presidenza del prof. Alessandri. Tema di relazione è: «Tecnica, indicazioni e limiti della cistografia»; relat. il dott. Viget (Milano).

Il Congresso di Otorinolaringoiatria si terrà dal 22 al 24 ottobre sotto la presidenza del prof. F. Lasagna; quello di Medicina del Lavoro si svolgerà, come già altra volta abbiamo annunziato, tra Parma, Modena e Carpi, sotto la presidenza dell'on. prof. Gabbi.

Annesse ai Congressi saranno organizzate: a) una esposizione di specialità medicinali, acque minerali, strumenti di chirurgia, di batteriologia, di radiografia, ecc.; b) un'esposizione di libri di medicina e di giornali medici; c) una mostra delle Stazioni di cura termali e climatiche.

Sono in programma ancora ricevimenti, gite e spettacoli d'arte; inoltre sarà concesso ai congressisti il libero accesso ai Musei e alla Pinacoteca.

Il XVIII Congresso Nazionale di Idrologia a Milano. — Dal 3 al 6 ottobre si terrà, a Milano il 18° Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, sotto la Presidenza onoraria dell'on. prof. Ernesto Belloni e con l'intervento di personalità scientifiche delle Università Italiane e dei centri varii nazionali di coltura e di pratiche applicazioni nel campo Idroterapico, Climatoterapico ecc. Indubbiamente il Congresso Idrologico di Milano assumerà speciale importanza, in rapporto anche all'esame della nuova Legislazione che il Governo Fascista ha saputo attuare per le Stazioni di cura. Tutti i grandi organismi che hanno rapporti con dette Stazioni (Consorzio dei Comuni di cura, Federazione Fascista delle Industrie Termali, E. N. I. T., Touring ecc.) saranno rappresentati al Congresso da propri elementi direttivi.

Il Congresso Nazionale Idrologico di Milano (durante il quale avrà luogo anche una riunione della «Stampa Medica Italiana») riuscirà una importante rassegna delle forze scientifiche italiane, che daranno sempre maggiore propulsione alle nostre meravigliose Stazioni curative idroclimatiche, e servirà ottimamente, il Congresso di Milano, di preparazione a quello che, dopo pochi giorni (12 ottobre) si radunerà a Roma, con larga base internazionale (Congresso Internazionale Idrologico) sotto la Presidenza onoraria di S. E. Mussolini, che ha dato affidamento di intervenirvi personalmente.

Per ogni ulteriore informazione in rapporto al Congresso Nazionale rivolgersi al «Comitato Congresso Idrologico», Via S. Paolo, 10, Milano, ove si ricevono anche le iscrizioni.

Una cattedra di clinica ostetrica in Argentina ad una donna. La dottoressa Maria Teresa de Gandino, di origine italiana, ha vinto per concorso una cattedra di clinica ostetrica; è la prima professoressa universitaria dell'Argentina.

NECROLOGIO

ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI

Era tra le più eminenti e simpatiche figure della Ostetricia italiana!

Nato a Correggio nel 1858 si è spento non ancor vecchio, a 69 anni, tra la stima e la deferenza di tutti gli ostetrici italiani, perchè egli seppe riunire e fondere insieme qualità di valoroso professore, di nobiltà di animo e signorilità di modi e seppe rimanere sempre al di sopra delle miserie e delle batracomiomachie che tanto spesso sommuovono il campo universitario.

Laureatosi il 1881 a quella stessa Modena dove egli oggi ha chiuso la sua vita di lavoro e di insegnante, trascorse i suoi primi due anni tra la clinica medica, la fisiologia e la clinica chirurgica e poi entrò assistente di Alessandro Cuzzi a Pavia, rimanendo all'ombra del grande Maestro per sei anni, dopo i quali iniziò la sua carriera ufficiale.

L 89-90 alla scuola ostetrica di Novara; dal 90 al 99 ordinario a Cagliari; dal 900 al 909 a Messina, dal 909 al 916 a Siena, donde passò a Modena.

La sua operosità di maestro e di scrittore della specialità è stata notevolissima e feconda di pubblicazioni che ebbero le speciali caratteristiche della praticità assennata e fattiva e toccarono argomenti assai varii di ginecologia e di ostetricia. Ebbe particolare predilezione per gli studi storici della specialità.

Collaborò alla redazione del classico trattato del Cuzzi, scrivendone la introduzione storica e il volume delle operazioni ostetriche eccellentemente redatti.

Prese parte attiva a tutti i congressi, tanto che si può dire che Egli forse non sarà mancato a nessuno dei congressi nazionali ed internazionali della specialità e da qualche anno era Presidente effettivo della Società italiana di ostetricia e ginecologia, in seno alla quale, nell'ottobre scorso, aveva riferito su di un importante argomento, ossia sull'evoluzione del taglio cesareo nell'ultimo cinquantennio.

Intorno al 1910-11 fu inoltre presidente della Federazione degli ordini Sanitari d'Italia.

Predilesse anche lo studio e il dibattito delle quistioni riflettenti lo insegnamento della ostetricia minore e col proposito di elevare il tono e la dignità professionale delle levatrici, fondò e diresse fin dal 1916 la «Gazzetta italiana delle Levatrici», palestra dalla quale agitò sempre nobilmente quistioni di cultura e di classe elevatissime.

Scrisse inoltre un volume originale «L'Italia Ostetrica», che vide la sua seconda edizione nel 1911 e nel quale è raccolta, oltre alla storia di tutti gli Istituti e le scuole ostetriche d'Italia, la biografia scientifica degli insegnanti che vi tennero la cattedra, degli aiuti, degli assistenti e di tutti i cultori liberi della specialità.

Con Arturo Guzzoni degli Ancarani scompare dalla medicina italiana, dalla specialità ostetrico-ginecologica e dall'insegnamento ufficiale una figura nobile come il suo linguaggio e, come la sua figura fisica, alta intellettualmente e civilmente.

V. Lenzi

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 19 Settembre 1927 — N. 38

QUESTIONI DEL GIORNO

L'ASSICURAZIONE STATALE DEL LAVORO

Per il fine supremo del progresso personale e nazionale, in ogni cittadino il lavoro è dovere, per quanto esplicato secondo la qualità delle attitudini personali e la quantità della personale potenzialità energetica; nello Stato è il diritto d'imporre ad ogni cittadino quell'obbligo del lavoro e ad un tempo è connesso il dovere di salvaguardare in ogni cittadino lo svolgimento del lavoro nella sua efficacia massima come qualità e quantità. L'assicurazione statale del lavoro integra questa connessione di dovere e di diritto tra cittadino e Stato, allorchè questo si accerta che ogni cittadino adempie all'obbligo del lavoro e lo stesso Stato simultaneamente attua un complesso di provvidenze e previdenze intese a sorreggere la salute e quindi la capacità lavorativa o validità. *Non vivere, sed valere vita est*: romanamente ricorderebbe Marziale.

L'Assicurazione Statale essendo intesa come simultaneo cerzioramento e salvaguardia del lavoro in ogni cittadino, implicitamente è obbligatoria. La grande maggioranza del popolo non è ancora così evoluta civilmente da ricorrere spontaneamente, per spirito di previdenza, al presidio dell'assicurazione. In condizioni siffatte il bene va imposto; in seguito la utilità già manifesta ordirà un circolo benefico, per cui il ricorso al presidio dell'assicurazione si verificherà spontaneamente, come per istinto.

Nessun cittadino ha da sottrarsi all'obbligo dell'assicurazione, la quale perciò abbraccerà nella sua cerchia di azione l'operaio prevalentemente del braccio e quello prevalentemente del pensiero, l'artigiano e l'artista, l'impiegato e il libero professionista, il lavoratore delle fabbriche, delle officine, degli stabilimenti industriali, come il lavoratore dei campi o dell'industria marinara, la quale attende ancora di essere degnamente evoluta nella nostra nazione, per quanto bagnata da tre mari.

L'Assicurazione Statale fonderà in un contesto organico di provvidenze e previdenze le parti singole, rappresentate per ora dall'« Assicurazione Infortuni », dall'« Assicurazione Malattie », dall' « Assicurazione invalidità », dall' « Assicurazione Vecchiaia »; risulterà azione simultaneamente curativa e profilattica.

Sulla fine dello scorso 1926 e nel corrente 1927 si è notato presso di noi, nella stampa e nei congressi, tutto un movimento entusiastico a favore delle Assicurazioni sociali, come base fondamentale delle risorse finanziarie per la lotta contro la più diffusa malattia sociale, che menoma la validità o capacità lavorativa, la tubercolosi, se la lotta contro questo male voglia svolgersi con efficacia adeguata.

Il Prof. Gustavo Pisenti, che tanto autorevolmente interloquì al Congresso di Napoli del 1925 a sostenere quella tesi, scriveva nello scorso 1926 (*Le Assicurazioni Sociali nella lotta contro le malattie sociali*. Torino. Istit. Prov. di Previdenza Sociale) essere « desiderabile che la nostra Cassa delle Assicurazioni « sociali entri come elemento fattivo a corroborare l'azione dei « Consorzi provinciali antitubercolari ». Lo stesso Prof. Pisenti sarà relatore sul tema generale « Il finanziamento delle opere antitubercolari » al prossimo II Congresso Nazionale contro la tubercolosi in Milano.

Al IV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene in Torino, nello scorso 1926, il Dott. Cesare Giannini, Medico Capo dei Servizi Sanitari della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, fu relatore sul tema generale « Tubercolosi e previdenza » e, come conclusione pratica della relazione del Dott. Giannini, venne approvato ad unanimità un ordine del giorno proposto con le due firme autorevolissime del Presidente dell'Associazione Italiana per l'Igiene, Prof. Achille Sclavo, e del Prof. Vivante di Venezia. In questo ordine del giorno si fece voti affinchè « a rendere più efficiente la lotta contro la tuber- « colosi si orienti l'azione verso un sistema integrale di assicu- « razioni sociali ».

Il Comm. De Michelis, nell'ultima tornata del Consiglio Superiore dell'Economia Nazionale, ha trattato l'argomento delle assicurazioni contro le malattie, svolgendo magistralmente tutti i lati dell'argomento.

Il Prof. Giovanni Loriga, Ispettore medico capo del lavoro, nel fasc. del 15 agosto 1927 de *L'Italia Sanitaria*, ha illustrate, da pari suo, le « intime connessioni, che esistono fra l'assicura- « zione malattia e l'assicurazione invalidità ».

Il dott. Arnaldo Fioretti, segretario generale della Corporazione Nazionale Sanitari, in *Il lavoro d'Italia* e al I. Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista, nello scorso luglio 1927, ha sostenuto che « al di fuori del sistema assicurativo, non « vi è possibilità di combattere efficacemente alcune malattie « sociali come la tubercolosi».

Ebbene, quando dall'affermazione di massima si voglia scendere ai dettagli della integrazione, risulterà evidente che verso l'individuo assicurato, il quale stia per soccombere nella lotta contro la intezione tubercolare e perciò debba dirsi un tubercolizzato, non un semplice tubercolotico, l' Istituto assicuratore non avrà assolto il suo dovere, qualora si restringa semplicemente a dare sussidi pecuniarii o farmaci o altra sorta di rimedi o a trasferire l'infermo in sanatorii o tubercolosarii o speciali padiglioni ospedalieri. Questa è semplice terapia, è repressione del male già evoluto, non è profilassi ai fini della capacità lavorativa o validità, che è la mèta suprema.

In proposito non so fare a meno di ricorrere insistentemente al paragone di un capitano, che supponga di avere assicurata la vittoria contro il nemico sol perchè rapidamente sgombra i feriti dal campo della battaglia. Nella battaglia contro la tubercolosi, l'allontanamento dei tubercolizzati, cioè dei feriti del male, è una manovra empirica o semplicista. La integrità della capacità lavorativa: ecco la vittoria da raggiungere.

La validità va salvaguardata in tutta la serie innumere degli individui, che sfuggono completamente alle statistiche, perchè menomati nella validità dalla tubercolosi, senza essere ancora infermi conclamati, tanto che non fanno appello all'opera del medico. Per questi individui, che formano una serie di gran lunga superiore ai calcoli su cui si poggiano le statistiche, insistetti nel Congresso di Napoli sulla necessità delle colonie sanatoriali di lavoro o colonie ergoprofilattiche. E anche quando gl'infermi conclamati e ricoverati nei sanatori o nei tubercolosari si ritengano clinicamente guariti e adatti a rientrare nelle famiglie, non è indispensabile un previo tirocinio di adattamento nei convalescenziari e non vanno essi ulteriormente sorvegliati nelle famiglie e sul campo di lavoro per sorprendere alle prime avvisaglie il ripristino della condizione morbosa? Mentre essi sono degenti nelle istituzioni ospedaliere o ricoverati nelle colonie ergoprofilattiche o nei convalescenziari, non s' impone la rigenerazione igienica degli ambienti familiari, come casa, come alimentazione, come nettezza, per prevenire da una parte la recidiva della tubercolizzazione negl' infermi già curati, e restituiti alle famiglie, d'altra parte prevenire la possibilità che l'anomalia di quegli ambienti trasformi da tubercolotici in tubercolizzati altri individui appartenenti a quella famiglia?

Lo stesso infortunio sul lavoro, che di primo acchito sembra indipendente dalla validità, perchè fenomeno contingente, più spesso traumatico, è favorito, se non direttamente provocato dalla insufficienza nella capacità lavorativa o invalidità con la connessa proclività alla stanchezza.

Per citare un solo fatto, le statistiche riferiscono che gli infortuni sul lavoro sono più frequenti alla fine della giornata e alla fine della settimana, quando l'individuo più facilmente è intossicato dalla stanchezza, qualora il lavoro non si compia in condizioni igieniche. Quindi l'assicurazione infortuni, se coesistente con l'assicurazione invalidità, vede ridotto l'ambito del suo intervento e perciò reclama la necessità di coesistenza di quella più vasta o comprensiva sfera di assicurazione.

Lo stesso dicasi per l'assicurazione malattie. La diminuzione della resistenza intraorganica generale favorisce l'attecchimento di ogni malattia; l'assicurazione invalidità nel mirare a rige-

Digitized by Google

nerare di continuo la potenzialità lavorativa riesce a tonicizzare quella resistenza e previene, perciò, lo sviluppo di qualsivoglia processo morboso, cioè l'assicurazione invalidità è profilassi rispetto all'assicurazione malattie, la quale, intervenendo soltanto a malattia evoluta è repressione, è cura, non è prevenzione.

È superfluo insistere sull'assicurazione vecchiaia, nel senso che essa presuppone l'assicurazione invalidità e l'assicurazione malattie, essendo ovvio che più salda è la salute e la capacità lavorativa, più lontana è la malattia fisiologica o premorte, rappresentata dalla vecchiaia.

Non sono scarse, dunque, le considerazioni di fatto, che consigliano di convergere tutte le modalità di assicurazione verso la foce unica dell'assicurazione invalidità e concretare, per legge, in unico Ente Nazionale « Assicurazioni Lavoro » la funzione statale delle assicurazioni varie. Questa funzione statale sarebbe delegata all'Ente, che perciò sarebbe parastatale. Bene inteso che esso verrebbe diviso in vari sezioni, per quanti sono i lati o le modalità dell'azione assicurativa per la validità, quindi si avrebbero la « Sezione maternità e infanzia », la « Sezione sifilide », la « Sezione tubercolosi », la « Sezione malaria », la « Sezione vecchiaia », la « Sezione infortuni ».

La unicità di Ente e di direzione con l'annessa, ma coordinata molteplicità delle sezioni, esisterebbe tanto nella sede centrale in Roma, quanto nelle sedi provinciali, cioè in ciascun capoluogo di provincia.

È inutile prospettare quanto ne sarebbe avvantaggiato lo svolgimento burocratico dell'azione con il duplice risultato del rendimento maggiore e della spesa minore.

Interessa invece prospettare che la unificazione coordinata riguarderebbe anche le risorse finanziarie per il funzionamento dell'Ente. Per certo, le risorse sarebbero rappresentate fondamentalmente dalle quote di pagamento degli assicurati. Ma le quote sarebbero fissate sulla base di criteri molteplici e coordinati. Si terrebbero in conto la qualità e quantità di lavoro di ciascun assicurato; il sesso, l'età; le probabilità d'invalidità dedotte tanto da questi dati di fatto ora indicati, quanto dall'esame della costituzione o terreno organico personale, dalle condizioni speciali dell'ambiente domestico (residenza in città o in campagna, stato igienico della casa e dei componenti della famiglia), dalle condizioni dell'ambiente di lavoro nelle scuole, nelle officine, nelle fabbriche, negli stabilimenti industriali, in uffici diversi. Altri criteri nel fissare la quota di pagamento sarebbero la latenza o la evoluta presenza di peculiari malattie, certe contingenze di vita (gravidanza, puerperio, allattamento); lo stato di celibato o matrimoniale, la presenza di figli ed il loro numero con la connessa necessità di sostentarli ed avviarli al lavoro; sopratutto lo stato economico dedotto dalla indagine globale della ricchezza, mobile e immobile.

Sembrerebbe suggestionata da voglia di eccentricità, ma non sarebbe inopportuna ad arricchire la finanza dell'Ente Nazionale « Assicurazioni Lavoro » una tassa sull'inerzia per i cittadini, che, pur trovandosi in condizioni di poter lavorare, anche se in quantità e qualità adatta alla potenzialità personale, non sentono la vergogna del parassitismo sociale. La tassa per questi « celibi del lavoro » sarebbe il *pendant* della già vigente tassa per i celibi del matrimonio. Anzi, a voler esser ancora più conseguenti al principio dell'obbligo del lavoro, ai renitenti potrebbe applicarsi una pena come ad ogni trasgressore di leggi fondamentali dello Stato.

L'erario pubblico avrebbe il dovere di concorrere efficacemente all'attivo nel bilancio finanziario dell'Ente, una volta che questo sarebbe parastatale. Il concorso consisterebbe in esenzioni fiscali o nella riduzione al minimo per la tassazione fiscale; in contributi finanziari annuali stanziati per legge; nei provvedimenti di igiene pubblica sulle case, sulle strade, sull'alimentazione, su ogni campo del lavoro umano, sulla colonizzazione interregionale, sulla emigrazione. Il lavoratore, se continuamente rigenerato dai progressi della igiene pubblica, integrata dallo Stato e dai Comuni, rappresenta una diminuzione nel passivo dell'Ente Assicurazioni Lavoro e quindi una ragione d'incremento dell'attivo.

D'altra parte, nel passivo del bilancio per quanto maggiori sono le spese per la profilassi, tanto minori sono le spese per la cura. Maggiori saranno le spese per la igiene delle case, delle strade, dell'alimentazione, del lavoro, minore sarà il numero degli assicurati, che ammalano e che diventano invalidi, onde minore verrà diventando il numero degli ospedali, dei sanatori, dei tubercolosari, dei convalescenziari e minore sarà quindi la cifra rispettiva del passivo. In sintesi è attuario (la parola tecnica di moda) il postulato della ragione inversa tra spese per la profilassi e spese per la cura. Ricordo che fui attuario proprio in questo senso, allorchè al Congresso di Napoli illustrai che gli Istituti Assicuratori, nel fornire la base finanziaria principale per la lotta contro la tubercolosi, compivano opera meritoria di elevata medicina politica, ma, dal punto di vista della loro finanza, concretavano anche un « affare ».

La unificazione coordinata delle varie sezioni assicurative nell'Ente Nazionale, che auspico, gioverebbe anche all'azione del medico.

Conformemente all'obbligo del lavoro in ogni cittadino, vado sostenendo l'obbligatorietà di una legale visita medica di ogni cittadino una volta all'anno.

Come risultato di questa visita, il medico informerebbe l'Ente Assicuratore da cui dipende sui provvedimenti da prendere, qualora il cittadino visitato fosse in condizioni d'inferiorità lavorativa o invalidità. Quale stimmata permanente della visita annuale, il medico redigerebbe la scheda o pagella biografica, che verrebbe aggiornata nelle annuali visite successive. Così si avrebbe una cartella biografica unica, che accompagnerebbe il cittadino in tutto il corso della vita, e allora risulterebbero superflue le varie cartelle biografiche, proposte in questi ultimi anni, come la scheda biografica della scuola, la cartella biografica per i criminali in genere, la cartella biografica per i criminali nell'esercito in ispecie.

La pagella unica e continuamente aggiornata renderebbe superflua anche la visita medica obbligatoria per la leva militare e il certificato medico obbligatorio prematrimoniale, di cui tanto si è discusso in questi ultimi tempi e si continua a discutere. Sulla base di quella pagella unica e continuativa il cittadino è previamente conosciuto nella personale efficienza militare e nella personale capacità al matrimonio.

Ciò non esclude che ogni cittadino assicurato, qualora sia dichiarato invalido nella annuale visita obbligatoria del medico assicuratore, possa farsi curare da un suo medico privato di fiducia. Tra questo medico e il legale medico assicuratore non può esistere conflitto professionale, mancando la ragione del contendere, perchè manca la ragione della concorrenza nel lucro. Il medico di fiducia privato percepirà il suo onorario, d'altro lato verrà regolarmente pagato il medico assicuratore dall'Ente, da cui dipende.

È ovvio che l'emolumento o remunerazione del medico assicuratore debba essere adeguato alla legale responsabilità della sua mansione di importanza pubblica, tanto più che il cittadino assicurato potrà richiederne l'opera, sempre che si senta incapace al lavoro, prescindendo dalla obbligatoria visita annuale.

Questa elevata responsabilità sociale del medico assicuratore potrà, anzi, essere presentata come una delle obbiezioni a quanto mi è parso utile prospettare. Senza dubbio, qualora si venga alla integrazione legale dell'Ente proposto, non è agevole, nei primi momenti, trovare un sufficiente numero di medici, tecnicamente preparati in modo da corrispondere degnamente alla cennata mansione complessa, tanto come cerzioramento della capacità lavorativa, quanto come proposta dei mezzi più capaci in ciascun individuo singolo a sviluppare le personali attitudini al lavoro e a prevenire le deficienze o insufficienze rispettive. Conviene che siano ben salde e sufficientemente allenate nel medico le conoscenze tanto nel definire la costituzione biologica individuale quanto nell'adattare a questa costituzione il tipo di lavoro, che meglio integri il postulato del massimo prodotto con il minimo sforzo.

Vuol dire che si estenderà e s'intensificherà l'opera universitaria didattica intesa a specializzare l'azione del medico, che desideri allenarsi nel compito delle assicurazioni. Così verrà a ripararsi alle possibili deficienze dei primi momenti. È da menzionare, a tale proposito, che nel III Congresso internazionale per la organizzazione scientifica del lavoro, testè chiuso a Roma, il Prof. Gaetano Corrado fece voti che, in seguito a speciale corso universitario, fosse stabilito un diploma di « medico sociale », non semplicemente di medico per le malattie del lavoro.

Parimenti, la spesa non scarsa per compensare degnamente l'opera del medico assicuratore e del medico sociale non è ra-

Digitized by Google

gione per escludere questo elevato compito sociale e nazionale insieme. Ad ogni opera elevata conviene che corrisponda un elevato compenso.

Non è improbabile che a quanto sono venuto esponendo si prospetti una obbiezione, di estensione ancora più vasta, nel senso che le proposte siano troppo radicali o, come dicesi, di programma massimo. Preventivamente rispondo che, qualora il complesso delle proposte, riguardato nel suo obbiettivo finale, sia per sembrare giusto, poco monta che la integrazione, invece che di un sol colpo, si faccia a tappe e con adattamento graduale degl' istituti già vigenti.

ANDREA FERRANNINI.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. NICOLA PENDE

L'INFLUENZA DELL'ERGOTAMINA SULLA GLICEMIA NEGLI ANIMALI E NELL'UOMO SANO. SUO IMPIEGO NELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO

per il dott. MICHELE BUFANO — Assistente

con la collaborazione dell'interno ARTURO MASINI (1)

L'ergotamina è stata isolata per la prima volta dalla segala cornuta da Stoll nel 1918, allo stato puro cristallizzato.

Lo studio di questo nuovo alcaloide dimostrò che possedeva tutte le proprietà farmacodinamiche della segala cornuta: in primo luogo l'azione sull'utero, conservata in modo mirabile: le contrazioni ritmiche che compaiono dopo pochi minuti dalla somministrazione del farmaco persistono per molto tempo anche dopo accurato lavaggio dell'utero con soluzione fisiologica; dosi elevate producono delle contrazioni permanenti.

Riguardo alla pressione arteriosa Rothlin ha dimostrato che l'ergotamina in piccole dosi nel coniglio produce un leggero ma duraturo aumento di pressione; dosi maggiori o lasciano la pressione invariata oppure la diminuiscono leggermente; nel gatto invece produce con le stesse dosi un aumento di pressione. Rothlin pensa che l'azione dell'ergotamina sulla pressione dipenda dalla vasocostrizione, non da diretta azione sulle terminazioni simpatiche endoarteriose ma per eccitamento dei centri nervosi simpatici, allo stesso modo della nicotina; e che l'abbassamento della pressione è dovuto invece a paralisi delle terminazioni simpatiche.

Sul cuore l'ergotamina esercita un'azione cronotropa negativa; questo effetto è dovuto unicamente alla paralisi del simpatico cardiaco, poichè, persiste dopo atropinizzazione e dopo la sezione del vago.

Sulla respirazione l'influenza dell'ergotamina non si fa sentire in quanto la frequenza e la profondità degli atti respiratorii resta invariata.

Una delle proprietà che l'ergotamina possiede in modo costante è quella di inibire tutte le azioni farmacodinamiche dell'adrenalina. Così la azione vasocostrittoria e ipertensiva dell'adrenalina manca previo trattamento con ergotamina; la contrazione adrenalinica di un pezzo di carotide in vitro manca previo trattamento con ergotamina; come pure manca l'azione espansoria dell'adrenalina su un pezzo di coronaria previo identico trattamento; manca l'azione crono-e ino-tropa positiva dell'adrenalina sul cuore isolato di rana prima trattata coll'ergotamina. Anche le contrazioni, indotte dall'adrenalina sull'utero in vitro vengono inibite dal previo trattamento coll'ergotamina, pur essendo già questo alcaloide di per sè un eccellente eutocico (Dale, Klarck e Brown, Schegg e Rothlin) e lo stesso si osserva per le vescichette seminali. Sull'intestino l'ergotamina paralizza costantemente l'azione inotropa negativa dell'adrenalina già in piccole dosi. Solo Kauffman e Kalk han trovato il fatto contrario; ma ciò fu dovuto all'impiego di forti dosi di ergotamina, che riescono paralizzanti non solo per il simpatico ma anche per il vago (Rothlin).

Bastano questi pochi cenni sulle proprietà farmacologiche del nuovo alcaloide per concludere come la sua proprietà essenziale sia quella di paralizzare tutte le estremità del simpatico in modo da togliere all'adrenalina ogni possibilità di eccitarlo. In ciò l'ergotamina si dimostra l'omologa dell'atropina che paralizza invece le estremità vagali.

Su questi principii è basata la terapia ergotaminica del morbo di Flajani-Basedow: essendo le manifestazioni di questa malattia in gran parte se non tutte dovute ad ipereccitamenti del sistema simpatico era logico ed utile tentare di mitigarlo con un simpatico-paralizzante eccellente come si è dimostrata l'ergotamina. In tal modo molti autori tra cui Adelrsberg e Porges, Rothschild e Jacobson, Bouckaert e Noyson, hanno visto i basedowiani migliorare con l'ergotamina, che ha fatto diminuire il metabolismo basale, la frequenza del polso, ha fatto aumentare il peso corporeo ed ha migliorato le condizioni psichiche e diminuita la circonferenza del collo.

È specialmente importante il lavoro di Rotschild e Jacobson, che hanno visto nei basedowiani la composizione chimica del sangue in seguito a trattamento ergotaminico orientarsi decisamente verso il vagotonismo: abbassamento della glicemia diminuzione della colesterina, del fosforo inorganico del calcio, aumento del potassio e dell'azoto residuo. E' importante che questi autori non hanno riscontrato tali effetti negli animali normali di laboratorio, in cui il farmaco avrebbe azione debolmente simpatico-tropa. Vedremo in seguito se quest'ultimo particolare sarà confermato dalle mie ricerche.

Dimostrato ormai evidente il carattere simpatico paralizzante dell'ergotamina si deve logicamente pensare che l'alcaloide somministrato in dose opportuna debba far variare la glicemia. La regolazione del tasso glicemico è funzione di un complesso di fattori fra cui ha moltissima importanza il sistema nervoso vegetativo. Cosicchè minime variazioni del suo tono sono capaci di alterare la glicemia in misura notevole. Sappiamo come l'origine dello zucchero sanguigno si trovi nella idrolisi del glicogeno epatico e come la continua modica glicogenolisi che deve riparare alle continue perdite di glucosio che il sangue sopporta per il fabbisogno nutritivo dei tessuti sia sotto il controllo di un tono continuo del simpatico, vario a seconda delle varie costituzioni individuali. Infatti Lesser e Zipf hanno dimostrato che l'ergotamina diminuisce debolmente la glicemia paralizzando appunto il tono simpatico che conduce alla glicogenolisi. Ma questi risultati non sono stati confermati dalle ricerche di Rothlin il quale conclude che l'ergotamina non fa variare la glicemia nei conigli Di più Rotschild e Jacobson han trovato negli animali normali che l'ergotamina se riesce ad annullare l'azione iperglicemizzante dell'adrenalina, come è stato da tutti i ricercatori unanimemente constatato e se riesce a diminuire l'esagerata glicemia dei basedowiani (Rotschild e Jacobson), non riesce ad influenzare il normale tono simpatico che mantiene costante il tasso glicemico.

Queste affermazioni io ho voluto sottoporre a controllo sperimentale col riprendere lo studio dell'influenza dell'ergotamina sulla glicemia; mi sembrava impossibile che questo alcaloide fosse privo dell'azione paralizzante sulla glicogenolisi quando concordi ricerche hanno stabilito che tutte le funzioni simpatiche sono in maggiore o minor misura paralizzate.

Ho usato dosi abbastanza forti ed ho prolungato il periodo di osservazione per oltre due ore dall'introduzione del farmaco. Le glicemie sono state determinate col II. micrometodo di Bang.

Esperienza 1. 20 marzo 1927. Coniglio n. 1 peso gr. 1400; iniezione endovenosa di 0,1 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione: 0.075 %; dopo 30' 0.067 %; dopo 90' 0.060 %; dopo 150' 0.063 %.

Il coniglio è morto entro h. 12 dall'iniezione.

Esperienza 2. 12 aprile 1927. Coniglio n. 2 (femmina) peso gr. 1400. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (non a digiuno).

(1) La parte direttiva e clinica del lavoro spetta al dott. Bufano; le determinazioni glicemiche sono state eseguite dal Masini.

Digitized by Google

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.117 %; dopo 30 0.067 %; dopo 60' 0.060 %; dopo 90' 0.057 %; dopo 120' 0.075 %.

Esperienza 3. 15 aprile 1927. Coniglio n. 3 (femmina) peso gr. 1490. Iniezione endovenosa di 0.1 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.146 %; dopo 30' 0.146 %; dopo 60' 0.114 %; dopo 90' 0.128 %; dopo 120' 0.128 %; dopo 150' 0.153 %.

Esperienza 4. 19 aprile 1927. Coniglio n. 3 (femmina), peso gr. 1300. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (non a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0,060 %; dopo 30' 0.075 %; dopo 60' 0,035 %.

Esperienza 5. 23 aprile 1927. Coniglio n. 4 (femmina) peso gr. 2070. Iniezione endovenosa di 0.1 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.089 %; dopo 30 0.092 %; dopo 60' 0.125 %; dopo 90' 0.046 %; dopo 120' 0.087 %; dopo 150' 0.082 %.

Esperienza 6. 27 aprile 1927. Coniglio n. 4 (femmina) peso gr. 2000. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.089 %; dopo 30' 0.128 %; dopo 60' 0.060 %; dopo 90' 0.071 %; dopo 150' 0.100 %.

Esperienza 7. 2 maggio 1927. Coniglio n. 5 maschio peso gr. 1600. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (non a digiuno).

Subito dopo l'iniezione il coniglio è stato colto da intensa dispnea con perdita assoluta del tono muscolare ed entro dieci minuti moriva. All'autopsia non si è riscontrata nessuna lesione particolare. Il cuore si era fermato in diastole. Lo zucchero nel sangue prima dell'iniezione era 0.050 %; il suo dosaggio nel sangue estratto dal cuore subito dopo la morte ha dato 0,042 %.

Esperienza 8. 2 maggio 1927. Coniglio n. 6 (maschio) peso g. 1600. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.114 %; dopo 30' 0.100 %; dopo 60' 0.096 %; dopo 90' 0.078 %; dopo 120' 0.060 %; dopo 150' 0.064 %.

Il coniglio è morto entro dodici ore dall'iniezione.

Esperienza 9. 4 maggio 1927. Coniglio n. 7 (maschio) peso g. 1450. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (non a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.100 %; dopo 30 0.132 %; dopo 60' 0.075 %; dopo 90' 0.078 %; dopo 120' 0.075 %.

Il coniglio è morto entro dodici h. dall'iniezione.

Esperienza 10. 4 maggio 1927. Coniglio n. 4 (femmina) peso gr. 1950. Iniezione endovenosa di 0.2 cc. (non a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.100 %; dopo 30' 0.075 %; dopo 60' 0.078 %; dopo 90' 0.099 %; dopo 120' 0.085 %.

In due uomini normali ho praticato le seguenti esperienze:

Esperienza 1. 11 maggio 1927. A. M. (18 anni) peso kg. 72. Iniezione sottocutanea di 1 cc. (non a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.082 %; dopo 30 0.079 %; dopo 60' 0.053 %; dopo 90' 0.049 %; dopo 120' 0.049 %.

Esperienza 2. 14 maggio 1927. M. B. (anni 26) peso kg. 67. Iniezione sottocutanea di 1 cc. (a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.085 %; dopo 30' 0.085 %; dopo 60' 0.098 %; dopo 90' 0.063 %; dopo 120' 0.063 %.

Per tutta la durata delle esperienze i soggetti hanno dato chiari segni di intolleranza cioè, senso di ansia precordiale, nausea, accompagnata nel primo che aveva mangiato da poco tempo da vomito, e nel secondo che era a digiuno da forti conati.

Ho infine sperimentato l'ergotamina in due casi di diabete mellito, ottenendo i seguenti risultati:

Esperienza 1. 20 maggio 1927. P. C. (maschio di 69 anni) peso kg. 66.500 (vedi in altra parte del lavoro la storia completa). Iniezione sottocutanea di 1 cc. (non a digiuno).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.221 %; dopo 30' 0.178 %; dopo 60' 0.157 %; dopo 120' 0.135 %.

Esperienza 2. 7 giugno 1927. M. D. (maschio di anni 18) peso kg. 37 (vedi in altra parte del lavoro la storia completa).

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.238 %; dopo 15' 0.215 %; dopo 45' 0.138 %; dopo 75' 0.112 %; dopo 120' 0.119 %.

E' degno di nota il fatto che nessuno di questi due soggetti ha dato segni di intolleranza.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI. Dalla semplice lettura dei risultati risulta in modo inequivocabile come io sia riuscito a paralizzare il tono simpatico regolante la glicogenolisi epatica con dosi certamente tossiche per i conigli e con dosi se non tossiche alquanto alte negli uomini normali.

Non so quali dosi abbia impiegato Rothlin per via endovenosa nei conigli per non ottenere alcuna diminuzione del tasso glicemico.

Nel suo lavoro riporta soltanto che ha impiegato dosi di un mgr. di Gynergen pro die per via sottocutanea nei trattamenti prolungati con risultato di non aver ottenuto alcuna variazione glicemica. I miei risultati sono anche in disaccordo con quelli di Lesser e Zipf i quali riferiscono di aver riscontrato solo deboli diminuzioni; in maggior disaccordo sono poi con quelli di Rotschild e Jacobson che han trovato negli animali di laboratorio addirittura debole aumento della glicemia. A mio modo di vedere i risultati negativi di Rothlin sono forse dovuti a troppo scarse dosi di farmaco, che se pur attive nel paralizzare altre funzioni simpatiche, possono lasciare intatta la funzione glicogenolitica, come quella che è più resistente alla paralisi. I risultati invece di Rotschild e Jacobson e di Lesser e Zipf si spiegano forse con la poco prolungata osservazione. Infatti nelle mie ricerche ho costantemente trovato che mezz'ora dopo l'iniezione di Gynergen, la glicemia o restava invariata o diminuiva di poco oppure in molti casi aumentava leggermente; è stato necessario prolungare l'osservazione della glicemia per più di due ore per poter constatare in tutti i casi indistintamente notevoli ipoglicemie.

E' notevole l'eccessiva resistenza che oppone la funzione glicogenolitica del sistema nervoso alla paralisi ergotaminica: nei conigli ho impiegato dosi in qualcuno (già ipoglicemico) immediatamente mortali, in altri mortali dopo poche ore. Negli uomini normali l'iniezione di 1/2 mgr. di tartrato di ergotamina ha dato serii disturbi specialmente da parte dello stomaco, già prima che la glicemia scendesse a valori nettamente ipoglicemici: ciò dimostra che la funzione glicogenolitica del simpatico, oltre il fatto di essere influenzabile solo da dosi forti di ergotamina, resiste per molto tempo alla paralisi restando intatta o poco variata, quando già sono nella massima evidenza i disturbi di altre funzioni simpatiche.

Altra considerazione notevole ed interessante è quella che scaturisce dai dati di Rotschild e Jacobson nei basedowiani e dai miei nei diabetici: l'aver trovato nei basedowiani un discreto abbassamento della glicemia e nei diabetici un abbassamento in valore assolutamente molto maggiore che negli individui normali, indica che in tali stati di evidente simpaticotonismo l'ipertono glicogenolitico del simpatico sia più paralizzabile dall'ergotamina. Questo fatto collimerebbe con le ultime vedute del nostro maestro prof. Pende, il quale sostiene come certi stati di simpaticotonia o di vagotonia siano piuttosto espressioni di una labilità del tono del simpatico o del parasimpatico. Con tali idee ci spieghiamo come nel cosidetto simpaticotonismo dei basedowici e dei diabetici la funzione glicogenolitica del simpatico sia meno tonica, o, per meglio esprimerci, sia regolata da un tono più cedevole ai suoi paralizzanti. Non collimano però con queste vedute i fatti di maggiore tolleranza generale verso l'ergotamina, che mostrano i basedowici e che io ho constatato nei miei diabetici. Ma questi fatti non sono certamente di natura tale da togliere ogni verosimiglianza alle idee dianzi espresse.

Ho voluto vedere a questo punto della mia indagine quale azione potessero avere i due cationi Ca e K, che fin da Loeb sono stati considerati quali farmaci capaci di modificare la funzionalità del sistema nervoso vegetativo.

È noto come il Ca sia un catione nettamente simpaticotonico. Difatti la sua azione sul tono simpatico regolante la glicogenolisi epatica si esercita nel senso dell'aumento e del rinforzo. E' stato già dimostrato da Zondeck, da Barath, da Kjlin, da Heianzen, da Nystrom, e da altri che non cito per amore di brevità come la somministrazione del Ca per via endovenosa dia sempre iperglicemia, mentre quella del K dia una ipoglicemia. Non mancano però risultati negativi: nell'uomo, Hochfeld e Schenck non trovarono influenzata la glicemia dopo iniezioni di Ca e mancò l'ipoglicemia dopo iniezioni di K. Sterckin ottenne gli stessi risultati negativi negli animali, mentre Schenck ha trovato dopo forti iniezioni di Ca ipoglicemia.

E' stata anche investigata l'azione dell'ione Na sul tono simpatico della glicogenolisi: Wilenko ottenne iperglicemia con iniezioni di soluzione ipertonica, Schenck ottenne invece ipoglicemia pure con iniezioni ipertoniche. Tale fatto Schenck lo spiega col passaggio di acqua nei tessuti in circolo e con la consecutiva diluizione del sangue.

Digitized by Google

Non è stato trascurato neppure lo studio dell'azione dei suddetti cationi sulle variazioni glicemiche sperimentali da farmaci autonomotropi. Così Kjlin e i suoi collaboratori hanno visto che il Ca aumenta l'iperglicemia adrenalinica e che il K la diminuisce.

Heianzen ha visto che l'azione iperglicemizzante del Ca viene totalmente inibita dalla surrenalectomia bilaterale. Questo dato di fatto dimostra come l'azione iperglicemizzante del Ca abbia per condizione necessaria la presenza dell'adrenalina e torna in appoggio di quelle vedute che ritengono l'azione dei cationi non come eccitante delle estremità nervose del sistema autonomo, ma come sensibilizzanti le dette estremità all'azione degli alcaloidi e dei farmaci.

Zondeck ha visto che il Ca inibisce l'ipoglicemia insulinica, mentre il K l'aumenta; ma anche in questo campo non mancano ricerche che hanno dato risultati negativi per l'influenza dei cationi sulla glicemia. Sterckin ha visto che la curva glicemica dopo somministrazione di adrenalina, non viene in alcun modo influenzata dal Ca e dal K. Hasenhörl e Högler sono giunti alle stesse conclusioni studiando l'azione degli elettroliti sull'ipoglicemia insulinica e sull'iperglicemia adrenalinica e in consecutive ricerche hanno visto che il Na, il Ca e il K non influiscono in modo specifico nè sulla glicemia, nè sull'iperglicemia adrenalinica, che la somministrazione contemporanea di Ca e di atropina può non far variare la glicemia sia nei sani che nei diabetici e che l'insulina nella sua azione ipoglicemizzante non viene disturbata dai suddetti cationi.

Per le mie ricerche ho preparato due soluzioni: una di KCl 1 % e l'altra di Ca Cl_2 all'1,5 %. Uguali volumi delle due soluzioni contengono lo stesso numero di cationi. Ecco i risultati ottenuti:

Esperienza 1. 25 luglio 1927. Coniglio n. 1 (femmina) peso gr. 1685. Si inietta per via endovenosa 0.1 cc. di ergotina più 1 cc. di Ca Cl_2.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.100 %; dopo 30' 0.085 %; dopo 60' 0.078 %; dopo 120' 0.085 %; dopo 150' 0.064 %.

Esperienza 2. 25 luglio 1927. Coniglio n. 2 (femmina) peso gr. 1665. Si inietta per via endovenosa 0.1 cc. di ergotamina più 1 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.114 %; dopo 30' 0.100 %; dopo 60' 0.117 %; dopo 90' 0.107 %; dopo 120' 0.114 %; dopo 150' 0.107 %.

Esperienza 3. 27 luglio 1927. Coniglio n. 3 (femmina) peso gr. 1950. Si inietta per via endovenosa 0.1 cc. di ergotamina più 1 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione: 0.092 %; dopo 30' 0.092 %; dopo 60' 0.130 %; dopo 90' 0.085 %; dopo 120' 0.089 %; dopo 150' 0.092 %.

Esperienza 4. 27 luglio 1927. Coniglio n. 2 (femmina) peso gr. 1700. Si inietta per via endovenosa 0.2 cc. di ergotamina più 1 cc. di Ca Cl_2.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.132 %; dopo 30' 0.082 %; dopo 60' 0.110 %; dopo 90' 0.100 %; dopo 120' 0.103 %; dopo 150' 0.107 %.

Esperienza 5. 29 luglio 1927. Coniglio n. 4 (femmina) peso gr. 1890. Si inietta per via endovenosa 0.2 cc. di ergotamina più 2 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.142 %; dopo 30' 0.100 %; dopo 60' 0.100 %; dopo 90' 0.096 %; dopo 12' 0.092 %; dopo 150' 0.100 %.

Esperienza 6. 29 luglio 1927. Coniglio n. 5 (femmina) peso gr. 1530. Si inietta per via endovenosa 0.2 cc. di ergotamina più 0.5 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.103 %; dopo 30 0.103 %; dopo 60' 0.103 %; dopo 90' 0.089%; dopo 120' 0.089 %; dopo 150' 0.071 %.

Esperienza 7. 4 agosto 1927. Coniglio n. 6 (femmina) peso gr. 3300. Si inietta per via endovenosa 0.2 cc. di ergotamina più 0.25 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.150 %; dopo 30' 0.109 %; dopo 60' 0.102 %; dopo 90' 0.105 %; dopo 120' 0.109 %; dopo 150' 0.080 %.

Esperienza 8. 4 agosto 1927. Coniglio n. 5 (femmina) peso gr. 1915. Si inietta per via endovenosa 0.4 cc. di ergotamina più 1 cc. di KCl.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.109 %; dopo 30' 0.076 %; dopo 60' 0.080 %; dopo 90' 0.091 %; dopo 120' 0.083 %; dopo 150' 0.069 %.

Esperienza 9. 8 agosto 1927. Coniglio n. 9 (femmina) peso gr. 3150. Si inietta per via endovenosa 0.2 cc. di ergotamina più 0.5 cc. di Ca Cl_2.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.071 %; dopo 30' 0.100 %; dopo 60' 0.089 %; dopo 90' 0.096 %; dopo 120' 0.067 %; dopo 150' 0.125 %.

Esperienza 10. 8 agosto 1927. Coniglio n. 4 (femmina) peso gr. 1300. Si inietta per via endovenosa 0,2 cc. di ergotamina più 2 cc. di Ca Cl_2.

Dosaggio della glicemia: prima dell'iniezione 0.100 %; dopo 30' 0.100 %; dopo 60' 0.089%; dopo 90' 0.107 %; dopo 120' 0.089 %; dopo 150' 0.092 %.

Come si vede dai risultati ora esposti le mie ricerche portano a questa questione un notevole ed interessante contributo. Prima di intraprenderle mi aspettavo in base ai presupposti teorici che la somministrazione contemporanea di ergotamina e Ca avrebbe lasciata invariata la glicemia o l'avrebbe tutt'al più fatta diminuire di poco, mentre la somministrazione contemporanea di ergotamina e K avrebbe prodotto una più intensa ipoglicemia.

I risultati delle ricerche, eseguite sempre su conigli di medio peso, han dimostrato completamente erronee queste previsioni: l'iniezione endovenosa di un decimo di milligrammo di ergotamina e d'un centigrammo di KCl inibisce completamente qualsiasi variazione glicemica, mentre l'iniezione della stessa dose di ergotamina più 1 centigrammo e mezzo di Ca Cl_2 lascia invariata l'ipoglicemia che si ottiene colla sola ergotamina.

Ma tali influenze non sono specifiche e costanti per i cationi sperimentali, ma variano a seconda delle dosi somministrate. Infatti l'ipoglicemia è più profonda quando insieme all'ergotamina si inietta doppia quantità di KCl (2 centigrammi); è ritardata quando se ne inietta metà dose (mezzo centigrammo); è resa di nuovo più profonda quando si iniettano minime dosi di KCl (un quarto di centigrammo). L'azione inibente di un centigrammo di KCl viene annullata se si somministra doppia dose di ergotamina (0.2 milligrammi). Questo variare dell'azione col variare delle dosi si osserva pure col Ca Cl_2. Dall'influenza negativa di un centigrammo di Ca Cl_2 si passa all'azione inibente somministrandone doppia dose (3 centigrammi); l'effetto ipoglicemizzante dell'ergotamina viene mutato in iperglicemizzante quando insieme ad essa si inietta metà dose (0,75 centigrammi).

Queste mie esperienze mi portano a concludere che, contrariamente all'opinione sostenuta da Sterckin, da Hochfeld e Schenck, Hasenhörl e Högler, i cationi hanno spiccata influenza su tutto quel complesso di meccanismi che regola la glicogenolisi epatica e quindi la glicemia, e che, contrariamente alle asserzioni di Zondeck, Barath, Heianzen, Kjlin e Nystrom, tale azione non è costante per tutte le dosi e non è caratteristica per ciascun catione.

Avendo nelle precedenti esperienze visto quale importante azione ha l'ergotamina sulla glicemia e quindi sul ricambio dei carboidrati, abbamo subito pensato di provare quale efficacia avremmo ottenuto trattando il diabete mellito con tale farmaco.

Tale studio fu da noi intrapreso verso la fine dell'anno accademico, per cui solo tre casi abbiamo potuto sottoporre al trattamento ergotaminico. Ma i risultati già ottenuti ci sembrano così ammirevoli che ci affrettiamo a comunicarli, proponendoci di continuare le ricerche dando loro tutto lo sviluppo che meritano per l'importanza non solo pratica, ma anche teorica dell'argomento.

Caso N. 1. Donzelli Mario, anni 18. Padre e madre viventi e sani, tipi grassi. La madre dopo sei gravidanze condotte a termine ebbe in un anno due aborti di cinque mesi poi una gravidanza pure condotta a termine, poi due aborti procurati. La madre incinta del paziente al 7° mese soffrì violenta emozione per la morte di un bimbo di tre anni. L'infermo è il 5° dei figli e nacque a termine. L'infanzia senza incidenti. Mancò completamente lo sviluppo sessuale, anche ora a 18 anni è ipoevoluto, con mancanza di peli al pube e alle ascelle e con voce di bambino. Solo sul labbro superiore si nota leggera peluria.

Spesso è andato soggetto a catarro bronchiale, da cui però dopo l'11° anno si rimise completamente mediante energica cura di balsamici. A 11 anni e 1/2 ebbe alla regione sotto-claveare di destra una tumefazione fredda suppurata. A 12 anni cominciò ad avvertire dispnea: l'esame radioscopico dell'apparato resporatorio dette in evidenza aderenze pleuriche basali e aderenze pleuro-pericardiche.

Da allora è stato sempre dispnoico ed alle sofferenze cardiache e polmonari si sono aggiunti fatti addominali consistenti in dolori specialmente spiccati ai quadranti inferiori. L'anno scorso il paziente fu ricoverato in Clinica per polisierosite specifica. Quest'anno essendo peggiorate le sue sofferenze ed avendo notato un più rapido dimagrimento e una

Digitized by Google

più repentina diminuzione di peso, è tornato a chiedere di nuovo ricovero in clinica.

Esame obbiettivo. Ipoevolutismo somatico generale con sviluppo corporeo ad apparente età di 12 anni circa. Longitipia delle forme corporee; arti eccedenti al tronco.

Cute: notevole sviluppo del reticolo venoso sulla parete anteriore del torace, sulle parti laterali dell'addome e del torace, al collo, alle tempia e agli arti inferiori.

App. linfatico: micropoliademia cervicale; nulla alle altre stazioni.

App. respiratorio: fremito vocale tattile diminuito alla base di destra. Ipofonesi alla regione apicale e sottospinosa di sinistra; timpanismo alla base; a destra si osservano gli stessi fatti meno accentuati. Respiro aspro alle regioni apicali rantoli a piccole e medie bolle inspiratori alla base di sinistra; alla base di destra diminuzione del rumore e delle escursioni.

App. circolatorio: Itto al 4° spazio; cuore debordante a destra dallo sterno. Nulla all'ascoltazione. Polso piccolo. PX 100 PM 55.

Addome: Reticolo venoso specie alle regioni coliche. Dolente la palpazione all'ipocondrio sinistro. Non versamento libero nè capsulato.

Fegato: Notevolmente ingrandito; il limite superiore è alla 6ª costola, inferiormente deborda di quattro dita dall'arcata costale; la superficie è liscia, la consistenza è appena dura ed è poco dolente.

Milza: Limite superiore alla 8ª costola, limite inferiore al di sotto l'arcata costale (due dita); limite anteriore 8ª 9ª e 10ª costola sull'ascellare anteriore. Consistenza dura appena dolente.

App. uropoietico: Nel sedimento urinario rare cellule delle basse vie, assenza di emazie e di gl. bianchi; assenza di cilindri; urati amorfi.

Ipofisi: Segni fisici di ipopituitarismo.

Tiroide: Ipotiroidismo; forte reazione all'atropina, poco spiccata all'adrenalina.

Paratiroidi: leggera spasmofilia.

Timo: Dubbia persistenza.

Surrene: Dermografismo bianco. Stato dubbio.

Testicoli: Ipogenitalismo accentuato.

Neurotono vegetativo: nessuna prevalenza di uno dei due sistemi.

Esame chimico del sangue: calcio mgr. 8 %; potassio mgr. 22 %; N. I. gr. 0.038 %; cloruri gr. 0.46 %; N-NH² mgr. 194 %.

Riserva alcalina: cc. 59 %; emoglobina 80 (Sahli).

Reazione di Wassermann: negativa.

Citometria ematica: Gl. r. 3.800.000; Gl. b. 8000.

Curva glicemica: Glic. iniz. gr. 0,230 %; dopo ingestione di gr. 1.7 di glicosio per chilo di corpo 1/2 h. 0,290 %, 1 h. 0.340 %; 2 h. 0.330; 3 h. 0.320; dopo 4 h. 0.310 %.

	Peso	Volume urina	Glicos. °/oo	Glicos. totale	Carboid. ingeriti	Acetone	Acido diacetico	
2-4-27	37,300	1400	28,50	39,90	300	ass.	ass.	40 u. c. I.
3 „ „	37,500	1600	25,28	40,44	„	„	„	„ „
4 „ „	38,200	1000	20,90	20,90	„	„	„	„ „
5 „ „	38 800	1400	31,30	43,42	„	„	„	„ „
6 „ „	37,500	1900	23,40	44,46	250	„	„	I cc Gyn.
7 „ „	36,200	2000	20,40	40,80	„	„	„	„ „
8 „ „	36,500	1800	28,89	51,00	„	„	„	„ „
9 „ „	36,000	1800	24,62	44,31	„	„	„	„ „
10 „ „	35.000	2000	32,5	65,00	„	„	„	„ „
11 „ „	36,000	1500	33,3	49,95	„	„	„	40 u. c. I.
12 „ „	36,500	1600	27,3	44,64	„	„	„	„ „
13 „ „	37,000	1500	34,07	42,10	„	„	„	„ „
14 „ „	36,200	2000	38,40	76,80	„	„	„	„ „

Come risulta dall'anamnesi si tratta di un diabete grave sviluppatosi da poco tempo in un giovane di 18 anni con forti anomalie costituzionali (ipogenitalismo marcato) e gravemente colpito da infezione tubercolare.

All'ingresso in Clinica il suo ricambio idrocarbonato era nelle seguenti condizioni: ingerendo 400-450 gr. di amidi eliminava 3500-4500 cc. di urina contenti 150-200 gr. di glicosio con presenza di discreta quantità di acetone e di acido diacetico.

Per mezzo di adeguato trattamento insulinico il suo ricambio idrocarbonato era stabilizzato nel seguente modo: Con 40-60 u. c. di Insulina e 300 gr. di amidi eliminava una quantità giornaliera di urina tra 1000-2000 cc. con una quantità di glicosio totale oscillante intorno ai 40 gr., priva di acetone e di acido diacetico. Abbiamo smesso la somministrazione di Insulina e siamo intervenuti con l'ergotamina, diminuendo di solo 50 gr. gli amidi ingeriti. Si iniettava una fiala al giorno di Gynergen Sandoz. Come si vede dalla tabella su esposta nei primi giorni di trattamento l'eliminazione del glucosio non aumentò: si mantenne sui 40-50 gr. al giorno, ma negli altri tre giorni successivi si presentò una certa tendenza all'aumento della glicosuria che toccò i 40 e i 60 gr. al giorno. L'ac. diac. e l'acetone non comparvero. Dovemmo però smettere il trattamento ergotaminico perchè il paziente si lagnava di dolori neuralgiformi agli arti inferiori e accusava forte e molesto senso di astenia. La ripresa del trattamento insulinico riportò subito al normale la cenestesi del paziente e riportò la glicosuria ai valori primitivi. In ultima analisi questo caso dimostra che il trattamento ergotaminico nella dose contenuta in 1 cc. di Gynergen (gr. 0,0005) è capace di dare all'organismo diabetico una tolleranza per i carboidrati solo pochissimo inferiore a quella data da 40-60 u. c. di Insulina.

Caso n. 2. Pietro Cigala anni 69. Il padre bevitore e fumatore morì a 37 anni di malattia cominciata con itterizia. La madre, obesa, morì di emiplegia a 65 anni. Il paziente non sa se abbia avuto aborti. Di undici fratelli e tre sorelle nove morirono per malattie imprecisate; un fratello morì giovanissimo per emorragia nasale. Pare escluso il diabete negli ascendenti e nei collaterali. Il paziente da bambino sofferse corea e riferisce che nella prima infanzia sofferse di epilessia. Al tempo del servizio militare ebbe una bronchite complicata da polmonite; sino allora non aveva avvertito bisogni sessuali. Ebbe blenorragia che guarì lasciandogli restringimenti uretrali. A 27 anni ebbe altra polmonite duratagli a lungo. E' forte bevitore; quattro anni or sono gli fu riscontrata glicosuria. Il paziente entra in clinica in seguito ad improvvise ed inspiegabili elevazioni termiche.

Esame obbiettivo: negativo.

Esame chimico del sangue: Emoglobina 70 (Sahli); calcio mgr. 8 %; potassio mgr. 24 %; riserva alcalina cc. 60 %; N-NH² mgr. 19 %.

Morfologia del sangue: Gl. r. 4.200.000; Gl. b. 9800; polinucleati neutrofili 68 %, eosinofili 0.5 %, linfociti 16 %, monociti 2 %; forme di passaggio 1 %.

Curva glicemica: Glicemia a digiuno: 0.139 %, ingestione di glicosio gr. 1.7 per chilo di peso; dopo 1/2 h. 0.189 %; 1 h. 0.253 %; dopo 2 h. 0.260 %; 3 h. 0.271, dopo 4 ore 0.217 %.

Le prove della diluizione e della concentrazione per la funzionalità renale sono riuscite negative.

	Peso	Volume urina	Glicos. °/oo	Glicos. totale	Carboid. ingeriti	Acetone	Acido diacetico	
27-5-27	66,000	1530	3,6	5,5	4	ass.	ass.	I cc Gyn.
28 „ „	„	2290	3,6	8,2	„	„	„	
29 „ „	„	1310	2,3	3,1	„	„	„	
30 „ „	„	1330	2,1	2,8	„	„	„	I cc Gyn.
31 „ „	„	1300	3,6	4,6	„	„	„	„ „
1-6-27	„	990	ass.	ass.	„	„	„	„ „
2 „ „	„	1500	„	„	„	„	„	„ „
3 „ „	„	1130	2,3	2,5	64	„	„	„ „
4 „ „	67,300	1400	2,3	3,2	„	„	„	„ „
5 „ „	„	1300	0,41	0,53	„	„	„	„ „
6 „ „	67,500	1950	0,38	0,74	„	„	„	„ „
7 „ „	„	1230	3,6	4,4	„	„	„	„ „
8 „ „	„	1600	2,2	3,5	„	„	„	„ „
9 „ „	67,000	1280	2,8	3,58	„	„	„	„ „
10 „ „	66,500	1250	3,61	4,5	„	„	„	„ „
11 „ „	„		perduto					
12-6-27	66,500	1100	4,45	4,89	64	ass.	ass.	I cc Gyn.
13 „ „	67,500	1310	0,4	0,52	„	„	„	„ „
14 „ „	67,000	1300	0,12	0,15	„	„	„	
15 „ „	„	1320	3,40	4,48	„	„	„	
16 „ „	„	900	4,21	3,78	„	„	„	

In questo caso trattasi di un diabete senile, lieve, durante da ben quattro anni. All'ingresso in Clinica dopo i primi giorni il ricambio idrocarbonato del paziente pareva fissato in questi termini: con una dieta quasi priva di amidi eliminava 1500-2000 cc. di urina contenente da 3 a 8 gr. di glicosio senza corpi acetonici. La iniezione di una fiala di Gynergen al giorno fece scomparire la glicosuria dopo due giorni dall'inizio del trattamento: la glicosuria si ripresentò come prima quando si elevarono gli amidi ingeriti da 4 gr. a 64 gr. al giorno. Il trattamento continuò per 18 giorni senza che il paziente avvertisse alcuna intolleranza al farmaco.

Lo studio di questo caso ci dimostra come in un diabete lie-

Digitized by Google

ve senile 1/2 mgr. di ergotamina al giorno è capace di far ritenere all'organismo 60 gr. circa di amidi e come tale tolleranza persista quasi invariata dopo la cessazione della cura, come si vede negli ultimi dati riportati nella tabella precedente.

Caso n. 3. E. Scanu, anni 48. Il padre è morto per catarro bronchiale cronico; forte fumatore. Madre morta in tarda età per sincope cardiaca. Un fratello è morto di laringite tubercolare; una sorella è morta per parto distocico; un altro fratello è morto di morte improvvisa; gli altri sono morti in tenera età per malattie imprecisabili.

La paziente è nata a termine; fu sempre in buona salute fino a 14 anni in cui contrasse infezione malarica che degenerò in perniciosa. La malaria durò un anno poi scomparve. Sposò a 20 anni con uomo apparentemente sano. Ha avuto 20 gravidanze; 12 condotte a termine e 8 terminate con aborto. Gli aborti furono in parte provocati. Un figlio è nato morto per prolasso del funicolo; uno morì bambino per meningite tubercolare; altri tre morirono nell'infanzia per disturbi della nutrizione; un'altra bambina per bronchite trascurata.

All'ultimo parto la paziente ha sofferto di prolasso delle pareti addominali, con ptosi di tutti i visceri, specie del fegato.

Il diabete è cominciato da circa un anno fa con spossatezza, irritabilità nervosa e insonnia.

L'*esame obbiettivo* è negativo; tranne leggeri residui del prolasso delle pareti addominali. Il fegato e lo stomaco sono di poco, abbassati. La milza appena si palpa.

Esame chimico del sangue: Calcio mgr. 12 6 %; potassio mgr. 23.5 %; riserva alcalina cc. 78 %; N-NH^2 mgr. 21,3 %. Glicemia gr. 0,214 %.

Reazione di Wassermann: negativa.

	Peso	Carboid. ingeriti	Volume urina	Glicos. °/oo	Glicos. totale	Acetone	Acido acetico	
14-7-27	73,500	91	1240	32	39	pres.	pres.	
15 „ „	„	„	1284	28	36	„	„	
16 „ „	„	„	1324	13,2	17	„	„	
17 „ „	„	„	1454	15	21	„	„	
18 „ „	„	„	1280	18	23	„	„	
19 „ „	„	„	1350	15	20	„	„	
20-7-27	73,500	91	1334	15	20	pres.	pres.	
21 „ „	„	150	1375	15	20	tracce	ass.	I cc Gyn.
22 „ „	„	„	1770	12	21	ass.	„	„ „
23 „ „	„	„	1770	16	28	tracce	„	„ „
24 „ „	73,000	„	1820	11	20	ass.	„	„ „
25 „ „	„	„	1450	16	23	tracce	tracce	„ „
26 „ „	„	„	1465	22	32	abb.	pres.	„ „
27 „ „	„	„	1400	23	34	pres.	tracce	„ „
28 „ „	„	„	1500	20	30	tracce	ass.	„ „
29 „ „	72,000	„	1670	19	32	pres.	pres.	„ „
30 „ „	„	„	1220	20	25	„	„	„ „
31 „ „	„	„	1500	18	27	abb.	„	„ „
1-8-27	„	„	1210	22	26	„	„	„ „
2 „ „	„	91	1020	15,7	16	„	„	„ „
3 „ „	„	„	1220	17	20	„		„ „
4 „ „	„	„	1280	9	11	„	abb.	
5 „ „	„	150	1450	17	25	pres.	pres.	10 u. c. Ins.
6 „ „	„	„	1330	20	26	„	„	„ „
7 „ „	„	„	1770	14	24	„	„	„ „
8 „ „	„	„	1640	14	23	„	„	„ „

La paziente dopo un'altra ventina di giorni di trattamento insulinico divenne a poco a poco aglicosurica e acetonurica.

Come si è visto trattasi di un diabete incipiente di media gravità in una donna in menopausa. Il ricambio dei carboidrati dopo le prime oscillazioni all'inizio del trattamento dietetico si stabilizzò nel seguente modo: Con ingestione di 90 gr. di amidi eliminava 1250-1500 cc. di urina con acetone e acido diacetico e con 20 gr. in media di glicosio. Con una fiala al giorno di Gynergen e con 150 gr. di carboidrati sia la quantità dell'urina sia quella del glicosio eliminato ebbero mediocri variazioni: la quantità dell'urina dapprima aumentò per poi tendere a tornare ai valori primitivi; quella del glicosio eliminato invece dopo i primi giorni di trattamento toccò gradatamente i 34 gr. superando così di 15 gr. circa la quantità eliminata prima; negli ultimi giorni di cura tale aumento mostrò tendenza a scomparire e l'ultimo giorno la glicosuria toccò i 27 gr. Dopo un periodo di sosta di pochi giorni si rialimentò l'ammalata con 150 gr. di amidi al giorno e si somministrarono prima 10 poi 20 u. c. di Insulina al giorno: la glicosuria lentamente cadde fino a scomparire del tutto.

E' stato interessante in questo caso il comportamento della acetonuria. Prima del trattamento ergotaminico l'acetone e l'acido diacetico comparivano nelle urine in discreta quantità. Dopo la prima iniezione di Gynergen l'acetone e l'acido diacetico sono completamente e bruscamente scomparsi; però dopo i primi cinque o sei giorni si sono ripresentati in quantità anche superiore di prima. Questa azione così netta e decisa della acetonuria non la possiede l'Insulina, che la fa scomparire gradatamente, sì, ma definitivamente.

La paziente ha tollerato bene la cura ergotaminica, non lagnandosi mai di disturbi e di sofferenze sia immediatamente dopo le iniezioni, sia durante la giornata. Solo verso la fine ha avvertito un senso di debolezza più spiccato di quello che aveva prima; senso di debolezza che poi gradatamente è scomparso colla cura insulinica.

Conclusioni. — Lo studio del trattamento ergotaminico nei nostri tre diabetici ha pienamente confermato le aspettative che si fondavano sui risultati delle ricerche sperimentali. L'ergotamina ha nel diabete la proprietà di rialzare la tolleranza per i carboidrati nello stesso modo dell'insulina: l'equivalenza delle dosi non è possibile stabilirla perchè varia secondo la costituzione individuale e la gravità del diabete. E' questa una delle conclusioni più importanti a cui siamo giunti nel nostro lavoro, così fecondo di nuovi fatti; forse più importante dal punto di vista scientifico che dal punto di vista pratico. Viene così proiettato un nuovo fascio di luce sulla questione ancora da tanti punti di vista oscura della fisiopatologia del diabete mellito. Che l'ergotamina, farmaco squisitamente simpatico-paralizzante, aumenti in questa malattia in modo non indifferente la tolleranza per i carboidrati è un fatto che ritorna a favore di quella concezione che vede nella accentuata e tumultuaria glicogenolisi uno dei coefficienti più importanti per il determinismo della malattia. Se vediamo che l'ergotamina soltanto col diminuire l'ipertono simpatico, tanto frequente nei diabetici, e quindi diminuendo la glicogenolisi epatica, riesce a supplire anche per qualche giorno, come si vede nel primo caso, ragguardevoli dosi di insulina, dobbiamo per forza convenire che uno dei capisaldi della patogenesi del diabete mellito è l'iperglicogenolisi epatica.

In ciò, secondo noi, sta tutta l'importanza scientifica di nuovi fatti messi alla luce.

Praticamente l'ergotamina ha minore importanza. Dallo studio dei nostri tre casi risulta chiaramente che se nei primi giorni di somministrazione dà risultati alcune volte molto lusinghieri, nei giorni successivi forse per l'abitudine al farmaco, le condizioni dell'ammalato invece di migliorare tendono ad un lento e continuo peggioramento. A questo proposito richiamiamo l'attenzione sul comportamento dell'acetonuria nel caso N. 3.

Discreta prima dell'ergotamina, è scomparsa di colpo dopo la prima iniezione; ma nei giorni successivi si è ripresentata e a poco a poco ha assunto anche proporzioni minacciose.

Altro inconveniente della cura ergotaminica, anche quando non dia fatti acuti di intolleranza immediatamente dopo l'iniezione, è il senso di debolezza accentuata di cui si lamentano i malati dopo parecchi giorni dallo inizio della cura. Crediamo di essere nel vero se attribuiamo tale fatto alla continua paralisi o depressione del tono normale del simpatico. Il mantenimento di una eutonia simpatica è una delle maggiori necessità per il mantenimento del normale senso di benessere e di forza. Come abbiamo altrove dimostrato, per influire sul ricambio dei carboidrati è necessario che l'ergotamina sia data a forti dosi, che già paralizzano in modo energico le altre funzioni simpatiche: un cc. di Gynergen per un uomo è sempre una dose forte, rasentante di poco la dose tossica. E' impossibile quindi che l'organismo già debole di un diabetico non risenta sfavorevolmente della quotidiana immissione in circolo di tale energico simpatico-paralizzante.

Il farmaco principe del diabete mellito resta sempre l'insulina. Basta una occhiata alle tabelle dei nostri casi per convincersi quanto essa sia più vantaggiosa e più efficace dell'ergotamina.

E non può essere diversamente: l'insulina è un ormone normalmente prodotto da una glandola del nostro organismo e rappresenta per il diabete la più vera e più completa terapia sostitutiva; l'ergotamina invece è una sostanza tossica che iniettiamo in dosi terapeutiche limite, che se agisce favorevolmente sul ricambio idrocarbonato del diabete mellito, è perchè blocca

Digitized by Google

solo uno dei meccanismi patogenetici della malattia quantunque il più importante; essa non influenza tutti gli altri disturbi funzionali su cui l'insulina invece ha la massima efficacia. La diminuzione brusca dell'acetonuria nel caso N. 3 per il solo modo con cui è scomparsa ed è ricomparsa, crediamo che sia più conseguenza indiretta dell'azione dell'ergotamina che dell'azione diretta, posseduta invece in modo mirabile dall'insulina.

Però se dalle nostre ricerche risulta l'impossibilità di sostituire completamente nella terapia del diabete mellito la insulina con l'ergotamina, dobbiamo però tenere presente che non sarà male somministrare ogni tanto ad un organismo diabetico qualche 1/2 mgr. dell'alcaloide, sia se curiamo coll'insulina, sia se curiamo con la dieta. Tali somministrazioni opportunamente distanziate non potranno che giovare al diabetico da tanti punti di vista. Anzitutto modereranno senza abolirlo o deprimerlo definitivamente l'ipertono simpatico nei diabetici simpaticotonici. In secondo luogo permetteranno ogni tanto un certo accumulo di glicogeno nel fegato, quindi contribuiranno ad arricchire l'organismo di riserve, moderando la glicogenolisi. In terzo luogo la produzione di corpi acetonici resterà ogni tanto diminuita o abolita. Un'ultima conclusione che si deduce dalle nostre ricerche è che la cura ergotaminica deve essere intrapresa nei diabetici simpaticotonici, e non nei vagotonici. Il caso N. 1 era un vagotonico: in esso l'ergotamina ha mostrato la minor efficacia.

Con ciò però non escludiamo che anche in qualche caso di diabete leggero in soggetti simpaticotonici non sia da tentarsi la somministrazione giornaliera di ergotamina se non altro come tentativo: la si continuerà fino a che non si vedranno insorgere peggioramenti nella chetogenesi e nella tolleranza ai carboidrati e fino a che il paziente potrà sopportarla.

Non sarà certo un tentativo inutile e dannoso.

Continueremo le nostre ricerche nel venturo anno sopra i diabetici che avremo nelle corsie, cercando di estendere lo studio dell'azione dell'ergotamina nel diabete mellito per tutti i punti di vista, sempre per rendere più complete le nostre conoscenze al riguardo e per vedere se sarà possibile estendere e rendere più efficace nella pratica la terapia ergotaminica del diabete.

BIBLIOGRAFIA

Adelsberg und Porges. Klin. Woch. 4 n. 31. — Barath. Klin. Woch. 1925, n. 36. — Bouckaert et Noyons. Ann. de la Soc. Sc. de Bruxelles, T. 45. 1e Partie 28-10-1926. — Dale. Journ. of Physiol. 34, p. 163, 1926. — Hasenhorl und Hogler. Klin. Woch., 6 n. 9. — Helanzan. Bioch. Zeit., 165, 1926. — Hochfeld. Zeit. f. d. ges. exp. Med. 37, 1923. — Kauffmann und Kalk. Zeit. f. d. ges. exp. Med. 36 p. 344. 1923. — Klark and Broom. Pharmaceutic Journ. 28, VII, 1923. — Kylin und A. Klin. Woch. n. 6, 11, 14, 20, 1925. — Lesser und Zipf. Bioch. Zeit. 140 H. 4-6, 1923. — Rothlin. Klin. Woch. 4 n. 30. — Rothschild und Jacobson. Zeit. f. Klin. Med. Bd. 105 H. 3-4. — Schegg. Zeit. f. d. ges. exp med. 45, 1925. — Schenk. Zeit. f. d. exp. med. n. 11-12, 1921. — Sterkin. Bioch. Zeit. 174, 1926. — Stoll. Verhandl. d. Schweiz. Naturforsch. Gesell. 1920, S. 190. — Wilenko. Arch. f. exp. Path. und Pharmack. 1911, n. 66. — Zondeck und Iko. Bioch. Zeit. 174, 1926.

OSPEDALE "INCURABILI" DI NAPOLI — III SALA UOMINI
diretta dai proff. MOSCATI (†) e CASTRONUOVO

BRONCO-PNEUMOMICOSI ASPERGILLINA

per il dott. ENRICO SICA — Assistente volontario

La diagnosi di *pneumomicosi aspergillina,* benchè vari osservatori abbiano fin'ora apportato un discreto contributo alla sua conoscenza, resta ancora difficile sia perchè la malattia non ha un quadro assolutamente caratteristico, rivestendo essa spesso le forme di comuni affezioni croniche dell'apparecchio respiratorio e specie della tubercolosi, sia perchè lestandosi nel medico il sospetto di detta affezione la sua conferma ha bisogno del sussidio di un laboratorio batteriologico. Ecco le ragioni per le quali la maggior parte di questi casi non viene riconosciuta. E intendo quì riferirmi ai casi di *pneumomicosi aspergillina primitiva,* di quelle cioè che non s'impiantano su altre malattie del pulmone (più comunemente sulla tubercolosi, oppure su ascessi, bronchiettasie); perchè in questi innesti secondarii a parte il fatto che il quadro clinico di dette malattie eccezionalmente lascia sospettare la infezione sopravvenuta — il sopraggiungere dell'aspergillo non fa che aggravare le alterazioni locali e generali dell'organismo, onde vengono a mancare quei criteri che, come vedremo, debbono orientare il medico verso la diagnosi. Lo stesso valga per i casi in cui ad una pneumomicosi primitiva si aggiunga più tardi un processo tubercolare.

Di parecchi casi del genere, mostratici dal Prof. Moscati, l'ultimo fu a me affidato per le ricerche e mi sembrò prestarsi a molte considerazioni utili. Trattavasi in effetti di una forma pura, degna quindi di maggiore attenzione, perchè tali casi si avvantaggiano della cura. Credo perciò opportuno illustrarne i particolari, a conferma del valore diagnostico e terapico di mezzi semplici, onde anche il medico il quale viva lontano dai grandi Laboratori, una volta orientatosi verso il sospetto di tale affezione, può bene procurarsi l'occorrente assai limitato per confortare con grande probabilità la diagnosi, che verrà anche meglio convalidata dagli effetti curativi.

Storia clinica. Frunzi Angelo di anni 29 contadino, da S. Gregorio Magno. Genitori viventi, alcoolisti. La madre ha avuto sedici figli, di cui 6 morirono in piccola età, 4 in età adulta (uno in guerra, uno per bronchite capillare, una giovane in seguito a parto, un'altra per scottatura). Signora se abbia avuto aborti. Si è ammogliato nel 1919: dalla moglie ha avuto due figli, nessun aborto. Un bambino vive e sta bene, l'altro è morto in seguito a malattia acuta (forse difterite).

Il paziente aveva vissuto bene fino al 1915. Nel novembre di detto anno essendo stato chiamato alle armi fu nel primo giorno, insieme con i compagni, sottoposto a bagno a doccia un po' freddo, che provocò in lui una sensazione penosa. La sera medesima, mandato a Tivoli, fu colto da brividi e da febbre, e fu dichiarato affetto da bronchite. La febbre continuò per 7 giorni (non vi fu alcuna misurazione), accompagnata da tosse con modico espettorato, non emorragico. Dopo 7 giorni fu inviato all'ospedale, dove le sue condizioni s'aggravarono al punto che egli restò senza coscienza per 8 giorni. Seppe dal personale che lo aveva assistito che durante questo periodo ebbe febbre alta (40° C. e più) ed emise dalla bocca grande quantità di sangue. La febbre quindi cadde, egli ripigliò la conoscenza ma si sentiva molto debole; la tosse continuava lieve, l'espettorato era scarso e non più emorragico. Dopo 17 giorni di convalescenza ottenne 25 giorni di licenza, tornò a casa, si alimentò bene e si rimise quasi completamente, senza ritornare peraltro allo stato primitivo. Raggiunse il suo reggimento e dopo 10 giorni fu inviato al fronte. Fu ferito, nel giugno 1916, alla regione anteriore deltoidea di sinistra; il proiettile uscì per la regione posteriore. Fu prigioniero per 11 mesi, e congedato nel novembre 1918. Dall'affezione acuta primitiva residuò una tosse lieve che si esacerbava nell'inverno, e solo nella stagione calda gli dava pochi giorni di tregua: tosse non molesta, accompagnata da poco espettorato mai ematico. Nel 25 gennaio 1924 ebbe una riacutizzazione della tosse accompagnata da pochi decimi di febbre e da espettorato denso, striato di sangue, abbondatissimo, tanto che empiva in un giorno parecchie sputacchiere. Tale stato durò un mese; i sintomi quindi si attenuarono a poco a poco; la febbre scomparve, lo stato generale cominciò a migliorare; comparve però un senso di vivo bruciore al dorso e un dolore all'epigastrio, con irradiazione alla regione sottoscapolare sinistra, che persiste tuttora. La tosse, dopo tre mesi, si attenuò molto e l'espettorato diventò scarso, ma spesso striato di sangue. Nel giugno dello stesso anno fu osservato dal Prof. Moscati il quale, avendo intuito la natura micotica dell'affezione, me lo affidò per le ricerche necessarie.

E. O. Individuo di statura media, di valida costituzione scheletrica, con muscoli bene sviluppati, con pannicolo adiposo conservato (v. fig. 1). Il colore della cute è bruno, quello delle mucose visibili è roseo. Ha qualche piccola ghiandola ai lati del collo e agli inguini. Assenza di edemi. Temperatura, al momento dell'osservazione, 36°.5 C. Atti respiratori 22. Polsi 73.

Il torace è di forma quadrata, senza notevoli asimmetrie. La mobilità è conservata; il tipo respiratorio è prevalentemente costale, la resistenza è un po' aumentata. Il fremito toraco-vocale è normale. Il suono di percussione è un po' meno schietto dappertutto. L'aia cardiaca è quasi interamente coperta. All'ascoltazione si nota: respiro aspro diffuso, piccole chiazze di sfregamento pleurico in corrispondenza della regione sottoscapolare sinistra. Assenza di rantoli e di ronchi. Nulla di notevole a carico degli altri organi ed apparecchi. Urina normale.

Digitized by Google

Reperto radiologico. (v. fig. 2). Diminuzione di trasparenza di tutto il torace. Ingrossamento delle ombre ilari, da cui partono, specie verso le basi, arborizzazioni di grossi tralci: tutto il disegno pulmonare appare accentuato. Gli apici invece conservano la loro normale trasparenza e mobilità; con la respirazione forzata e con la tosse si rischiarano senza mette-

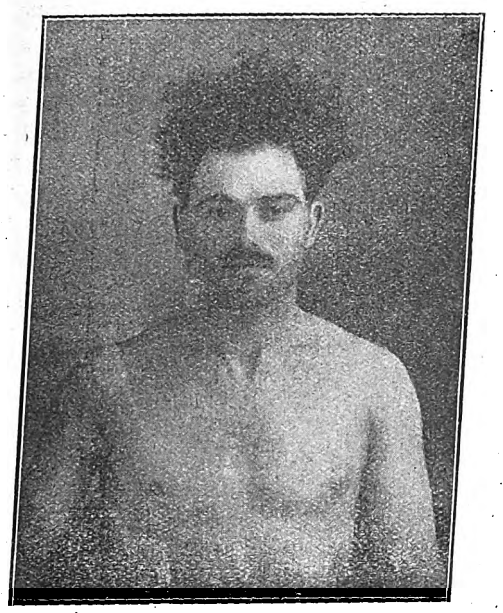


Fig. 1.

re in evidenza focolai di ombre. Alla regione sottoclavicolare destra, verso l'esterno, vi è una piccola ombra fortemente opaca (calcificazione?). Non si rilevano adenopatie evidenti. Escursioni respiratore del diaframma ampie in ambo i lati.

Esame morfologico del sangue. G. R. 4.200.000. G. B. 7,840. Emoglobina 85 %.

Formula leucocitaria: Granulociti neutrofili 72 %; granulociti eosinofili 2; granulociti basofili 0; linfociti 22; monociti 4.

Espettorato. E' di colore grigio-giallastro, con strie ematiche appena visibili. Non vi si sono mai riscontrati bacilli acido-resistenti, nè fibre elastiche.

Raccolto in capsule sterili, viene insemenzato su terreno di Sabouraud, su agar glicerinato, in liquido di Raulin. Dopo tre giorni cominciano a comparire delle piccole colonie brunastre (fig. 3) che, sviluppate, vengono innestate in nuovi tubi. Si ottiene così lo sviluppo di un fungo che per tutti i caratteri corrisponde all'*aspergillus fumigatus*. Credo superfluo riportarne la descrizione, poichè questa si trova in tutti i trattati di batteriologia. E' necessario invece che io illustri il modo di sviluppo nel liquido di Raulin, poichè essendo questo di facile preparazione e il più adatto allo scopo, può nelle mani di qualunque medico da solo co-

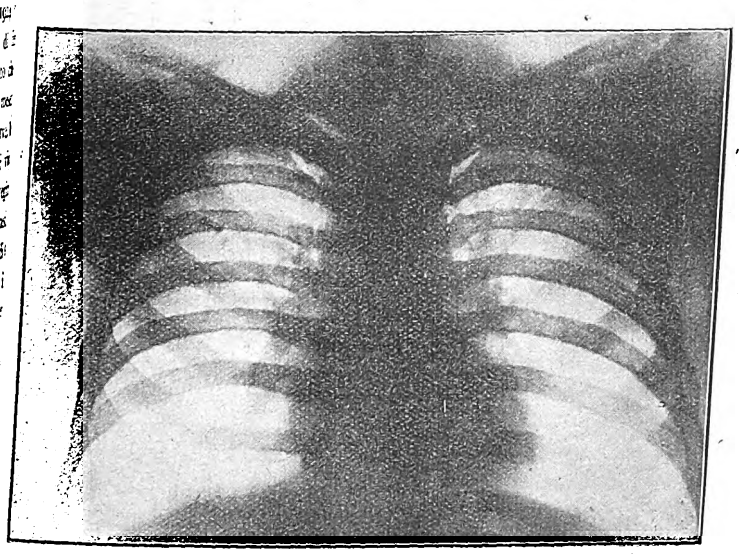


Fig. 2.

stituire un mezzo di diagnosi sicura. La formula di composizione è la seguente: Acqua gr. 1.500; zucchero candito 70; acido tartarico 4; nitrato d'ammonio 4; fosfato d'ammonio 0.60; carbonato di potassio 0.00, carbonato di magnesio 0.40; solfato d'ammonio 0.25; solfato di zinco 0.07; solfato di ferro 0.07; silicato di potassio 0,07.

Si filtri e se ne distribuisca in provette o, meglio in comuni boccette a collo piuttosto largo, in misura di un terzo della capacità dei recipienti. Si tappino quindi questi con ovatta, si immergano in una pentola contenente acqua a un livello sorpassante di poco quello del liquido rinchiuso, si copra e si faccia bollire per un'ora. Il giorno dopo si aggiunga nuova acqua nella pentola e si porti di nuovo all'ebollizione per un'ora. Quindi si estraggano i flacconi appena l'ebollizione è cessata e si conservino al riparo dalla polvere e dalla luce. Si consigli all'infermo di eseguire colluttori antisettici frequenti; gli si faccia raccogliere lo spurgo in un recipiente sterilizzato e coperto; si prendano con una pinza avvampata le parti più dense, si lavino due-tre volte in acqua sterile fredda e quindi si facciano cadere in alcuni tubi contenenti il liquido di Raulin. Si tengano questi in una camera calda, all'oscuro. L'acidità del mezzo tiene indietro lo sviluppo dei comuni germi, che sempre si trovano in un espettorato, e favorisce lo sviluppo dell'aspergillo il quale, crescendo in superficie, forma dopo pochi giorni una pellicola spessa, biancastra, che poi si ricopre di puntini nerastri dall'aspetto molto somigliante a polvere di caffè. Le comuni muffe, che facilmente potrebbero capitare nel terreno, hanno un aspetto noto a tutti, e poi non si ricoprono dei puntini neri. Questi invece potrebbero esservi se si sviluppasse un Mucor, che per altro è molto raro nell'uomo. La conferma sicura deve naturalmente essere data dall'esame microscopico.

CONSIDERAZIONI. Quali sono le note che in questo caso colpivano l'attenzione dell'osservatore? Un grande corteo di manifestazioni funzionali (*molta tosse, molto espettorato, frequenti emottisi*) in contrasto con la *grande scarsezza di fenomenologia fisica*, relativa all'apparecchio respiratorio; inoltre *stato generale ben conservato*, malgrado la lunga durata della malattia. Ecco i principali criterii che devono indirizzare il clinico verso il sospetto dell'affezione. Si aggiungano i *reperti radiologici poveri* e *l'assenza costante di bacilli di Koch nell'espettorato*, ricercati anche con i metodi d'arricchimento, per escludere nel nostro, come in altri casi un processo tubercolare. Naturalmente biso-

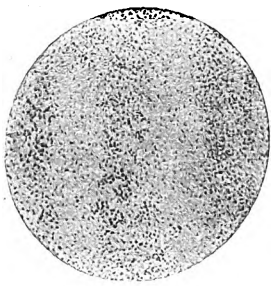


Fig. 3.

gnerebbe a rigore praticare anche inoculazioni negli animali.

Siamo autorizzati a pensare che l'affezione febbrile sofferta nel 1915 e che per tutti i caratteri dovette essere una pneumonite, abbia favorito l'attecchimento dell'aspergillo, sia che questo già trovavasi nelle vie aeree, sia che, capitatovi subito dopo, abbia trovato il terreno favorevole al suo sviluppo. D'altra parte nel decorso della malattia v'è l'improvviso episodio del gennaio 1924 che ci fa supporre essersi determinato un piccolo ascesso che volse ben presto a completa guarigione: così ci spieghiamo perfettamente la sintomatologia presentata e il reperto radiologico dell'ombra fortemente opaca in corrispondenza della regione sottoclavicolare destra. Attualmente il reperto fisico e quello radiologico ci fanno ritenere di trovarci di fronte ad un caso di bronchite o broncopneumomicosi, di quel tipo clinico che coinvolge prevalentemente bronchi e che si differenzia da un secondo tipo clinico, dato dalla necrosi del parenchima pulmonare con formazione di caverne, il quale si confonde più facilmente con la tubercolosi e con le escavazioni ascessuali.

Certo si è che nel nostro infermo la *cura iodica* ha dato ottimi risultati. Tanto che abbiamo rivisto l'ammalato rifatto, dopo sette mesi, durante i quali egli ha praticato un'intensa cura, giungendo per alcune settimane a prendere fino a 180 gocce al giorno della saluzione satura di ioduro di potassio. Le condizioni generali si mantengono buone e le manifestazioni funzionali sono molto scarse.

La ricerca dell'aspergillo e del bacillo di Koch nell'espettorato ha dato risultato negativo.

Digitized by Google

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

L'ESAME RADIOLOGICO DELL'UTERO E DEGLI ANNESSI

Dell'importante argomento, e relativamente nuovo dal punto di vista della esplorazione dell'utero e degli annessi coi metodi di contrasto, si sono occupati diversi autori; e in maggior numero francesi ed anglosassoni. Dartigues e Dimier ne avevano intravista tutta l'importanza fin dal 1916.

In che consista l'esplorazione dell'utero ed annessi coi mezzi di contrasto è ben facile a comprendere, quando si ricordi la esplorazione delle vie digerenti coi sali pesanti del bismuto e del bario, dell'albero bronchiale coi composti iodati, dello speco vertebrale e fianco dei ventricoli cerebrali con gli stessi composti iodati, delle vie biliari con i sali di tetraiodo e tetrabromofenolftaleina. Si introducano per analogia nell'utero questi mezzi di contrasto, e la esperienza dimostrerà che lo stato anatomico di questo e delle tube, la loro pervietà o non; le diverse loro affezioni saranno con più sicurezza illustrati. Tutti i mezzi di contrasto sono stati via via sperimentati, l'argirolo da Cary, il collargolo da Rubin e Dartigues, il bromuro di sodio da Kennecy, il bismuto da Mocquot e Tussan, il lipiodolo da Carelli, Portrat, Hauser, Tussan, Mocquot, da Grégoire, Beclère, Darbois, Vercesi. Il lipiodol è al momento attuale la sostanza di scelta, perchè è facilmente iniettabile specie a caldo, è perfettamente tollerato, è per di più antisettico, e sopratutto molto opaco ai raggi X.

Fig. 1. — Cavità uterina normale.

La introduzione di qualunque di queste sostanze di contrasto nelle ricerche sopra accennate se offre dei precisi dettagli di tecnica, richiede molta accuratezza nella loro immissione nell'utero, perchè se nelle altre ricerche i mezzi opachi, o ingeriti o spinti con pressione, vanno a terminare in cavità, chiuse, o altrimenti comunicanti con l'esterno, qui si corre il rischio di vedere tale sostanza direttamente nel peritoneo, o refluire dalla vagina.

La paziente dunque, purgata convenientemente la sera precedente, disposta sul letto di esame, riceve un lavaggio iodato dalla vagina al collo dell'utero. Ad evitare i dolori del cateterismo uterino e dell'applicazione delle pinze del Museaux, come si dirà, si può precedentemente praticare una iniezione di morfina, o di geloscopolamina (2-3 mmg.) tre, quattro ore prima dell'esame.

Fig. 2. — Grosso fibroma della parete anteriore dell'utero.

Si procede ora al cateterismo mercè una sonda: la esperienza ha dimostrato che le più convenienti sono le sonde molli di gomma, dal calibro 12 a 30 della filiera Charrière: non producono traumi, si adattano bene in una cavità uterina deformata, entrano facilmente in un utero deviato, abbassato, lateralizzato. Si tratta ora di fissarla, e a tale scopo si pone una pinza di Museaux a destra ed una a sinistra della portio in modo che facendo trazioni sulla sonda questa non possa essere ritirata. Tamponamento della vagina.

L'ammalata è pronta per essere adagiata sul tavolo radiologico, e qui si pratica l'iniezione di lipiodol tiepido con una siringa collegata ad un manometro metallico graduato da 0 a 35 cm. di mercurio, mentre si esegue la osservazione radioscopica. Le osservazioni praticate hanno dimostrato come optimum di pressione quella di 30 cm. di mercurio, perchè al di sopra di questo limite la iniezione diventa dolorosa e in condizioni speciali quali il periodo pre- o post-mestruale, il parto recente, il lipiodol si infiltra nei vasi intraparietali dell'utero e fuoriesce sia dall'interno sia dalle vene del plesso utero-ovarico, col pericolo di una embolia da olio. La iniezione infine praticata con queste regole non è dolorosa, non provoca reazioni peritoneali, dà solo di rado scarsa e temporanea elevazione febbrile.

Come si presenta un utero normale alla osservazione radioscopica, ed i suoi annessi? Come per lo stomaco, anche per l'utero noi ne vediamo solo la cavità. E la cavità uterina si presenta triangolare ad apice in basso, piccola, lunga 4-5 cm., larga 3: la base e i due bordi laterali leggermente concavi, qualche volta rettilinei. Tratti opachi si dipartono dai due angoli superiori, e questi delineano le cavità delle tube: di queste si distingue la porzione intramurale un po' curva e a concavità in basso, la porzione istmica piccola e sinuosa, e infine la porzione dell'ampolla molto dilatata. In condizioni normali le ovaie non sono visibili (fig. 1ª).

Vediamo come ora l'esame radiologico (radioscopico o radiografico a seconda dei casi) possa contribuire alla conoscenza delle affezioni dell'utero e degli annessi.

Tumori pelvici: *fibromi*. La difficoltà diagnostica in questi casi si aggira nello stabilire se una tumefazione sia un fibroma o una cisti; qualche anno fa la difficoltà non era di molta importanza, perchè o cisti o fibroma, bisognava operare. Oggi tale dubbio deve essere assolutamente eliminato, perchè non è più ammissibile irradiare una cisti che deve essere tolta chirurgicamente, mentre non è necessario consigliare l'operazione per un fibroma che può essere semplicemente irradiato. Ed ecco i criteri differenziali che la radiologia ci dà: in presenza di un tumore pelvico in cui si trova una cavità uterina di dimensioni normali, sia pur deviata o spostata si impone la diagnosi di una cisti; mentre la cavità uterina nel fibroma è ingrandita, deformata, o, a seconda della sede del tumore può essere stretta ma allungata (fig. 2ª).

Tumori della tromba. Le difficoltà in questi casi non sono superate neanche dall'esame radiologico, il quale può dire certamente, quando le trombe sono pervie, che il tumore palpabile è extrasalpingeo.

Fig. 3.— Cancro villoso del fondo uterino.

Tumori extraovarici ed extraannessiali. — Caratteri differenziali all'esame radiologico sono: cavità uterina normale, ma spostata; le trombe spinte in avanti lungo la linea mediana, ma pervie: le deviazioni di questi organi del resto possono essere varie a seconda della sede e dello sviluppo dei tumori anzidetti. Ad ogni modo l'esame radiologico può confermare il giudizio clinico, spesso lo precisa e qualche volta lo corregge, e se vi è permeabilità tubarica esclude un tumore delle trombe.

Tumori intrauterini. Qui la ricerca assurge al massimo valore: i tumori intrauterini danno all'esame radiologico lo stesso aspetto che danno i tumori maligni dello stomaco: l'aspetto lacunare, e cioè porzioni dell'organo in cui il mezzo di contrasto non può giungere per la infiltrazione blastomatosa di porzioni o di tutto l'organo. Qui la natura disgraziatamente si ripete, e la sede dell'affezione è quanto mai precisa (fig. 3ª).

Permeabilità delle trombe. Studiata sopratutto dagli AA. americani allo scopo precipuo di stabilire o studiare il problema della sterilità. Si può solo sicuramente affermare che le trombe sono permeabili quando il lipiodol è passato nel peritoneo. Ma bisogna esserne sicuri, per cui l'esame radioscopico ha maggior valore, potendo al momento dell'esame radiologico una delle trombe essersi vuotata e far restare così nel dubbio. In generale ombre date dal lipiodol, sparse ed a distanza, fanno ritenere pervie le trombe, mentre ombre anche grandi, ma in vicinanza possono essere date dalle trombe dilatate per obliterazione. In ogni caso, solo il risultato positivo ha valore, e la pressione di 30 cm. di mercurio è sufficiente a stabilire la permeabilità. Tale fatto indica semplicemente che non vi è ostacolo meccanico nella tromba, oppure che esse sono ostruite, e in qual punto sono ostruite. Ma ciò non significa affatto che le trombe sono permeabili agli ovuli od agli spermatozoi.

G. I.

BIBL. R. Grègoire, C. Bèclere e Darbois. Journal de Chirurgie. Tomo XXVII, n. 6.

Digitized by Google

RILIEVI DI CHIRURGIA

DIAGNOSI E CHIRURGIA DEI TUMORI MIDOLLARI

Si ritorna a quando a quando, nella stampa su questo argomento, perchè non è esso certamente da farsi rientrare nella Chirurgia rutinaria. Non frequenti ne sono le osservazioni; ancor meno comuni le contingenze cliniche che consentano la possibilità di raccoglierne tutta una serie, come è di recente quella del Robineau, riferita da Yves Delagénière.

Questa trattazione, senza dubbio efficace, lascia tuttavia, secondo me qualche lato non considerato; e sul quale procurerò di fermarmi più oltre.

Da parte la distinzione, clinicamente e prognosticamente efficace, e da rispettarsi, in *benigni* e *maligni; perimidollari* i primi, non generalizzabili, enucleabili radicalmente; ed *intramidollari* i secondi, o diffusi (gliomi) o circoscritti — di solito originatisi dall'ependima, — il punto di vista più fondamentale resta sempre quello diagnostico. Il quadro nosografico essendo essenzialmente dominato dagli effetti di una *compressione radicolo-midollare,* si impone al clinico la preliminare separazione distintiva di compressione schiettamente dovuta a produzione neoformativa; il che vuol dire avendo escluso quanto possa esser devoluto a processo flogistico perimidollare ed extramidollare. Poichè intanto, ai fini della terapia chirurgica la precocità di una diagnosi, ha il suo diretto contrapposto nella completezza o meno della radicale operabilità, si intuisce come ogni sforzo debba mirare a porci in grado di conseguire l'affinamento della diagnosi. Tanto vuole implicitamente significare: che primeggia, per importanza, la diagnosi degli *stadî* più *iniziali.*

Lo spoglio diagnostico che i casi del Robineau consentono stabilisce come caposaldo sempre, inizialmente la *paraplegia spastica,* in primo stadio. Ma i disordini motori sono anch'essi di proporzionalità differente; cioè 56 % nei tumori perimidollari; 100 % in quelli intramidollari. Dunque pur variando il comportamento secondo la sede, la paraplegia è spastica, con più o meno grande ostacolo dei movimenti volontari; esagerati riflessi; uni o bilaterale il Babinski; già spiccati i riflessi di difesa; quasi di regola le algie di tipo radicolare. Che anzi la sindrome dolorosa può talora superare quella motoria.

Cosicche: innanzi ad una paraplegia spastica con fenomeni dolorosi, il problema diagnostico impone: ricercare e localizzare l'eventuale compressione midollare.

Cotesto stadio la cui durata può, a seconda dei casi avere misura differente, ha di solito un graduale andare verso la paralisi completa: abolizione di riflessi: inasprimento dei dolori, disordini sfinterici ed escare da decubito. Sembra tuttavia non escluso l'eventuale trapasso brusco in una paraplegia flaccida; della quale conterebbe qualche esempio il Quillain.

Se intanto si tenta schematizzare lo studio clinico, in correlazione ai metodi di indagine, io credo si possa anche condurre la trattazione differentemente da quanto fa il Delagénière; e ciò sia per meglio utilizzare il materiale; sia per adattarne lo studio anche a coloro i quali, o perchè meno addestrati, o perchè meno alla portata dei varî mezzi di indagine — intendo dire i sanitari di prima istanza, — si lascerebbero così sfuggire quella vigilanza che possa gettare l'allarmè, per un rinvio a chi possa magari tracciare l'ulteriore cammino più propizio per la terapia fattiva.

Ciascuno intende come la più parte dei sofferenti non vivendo in grandi centri; non ricoverati di primo acchito in reparti forniti di laboratori per la ricerca ausiliare; si debba, per necessità per eliminare ancora qualche dubbio che si sarebbe preso in considerazione più tardi, cambiare la strada. Credo pertanto che alla radiodiagnosi, certamente preziosissima si possa pervenire, quando non sia sotto mano ed alla nostra facile portata, dopo espletate altre ricerche, cioè anche in seguito. D'altronde e fatta astrazione dalla positività del responso radiologico, che vorrebbe significare chiarimento della causa estrinseca di compressione, c'è da invogliare, per l'avvenire della chirurgia, efficace quanto più precoce, i sanitari, a valorizzare anche i *sintomi minimi* e più apparentemente trascurabili. E per giunta accade talvolta che codesti segni minimi si mantengano tali a lungo; il che tradotto in linguaggio pratico, vuol dire: tempo di ripensarci, agio di istradare il paziente verso diagnosticatori ed operatori sperimentati! Questo stadio preliminare, come è agevole intendere, è sopratutto caratteristico dei tumori perimidollari. Ebbene già nella casistica del Robineau su 25 casi del genere 7 sono inizialmente contrassegnati da algie. Vaghe esse, non geneticamente precisabili, diventano tuttavia anche meglio indiziarie se si completano, p. es. come sindrome della cauda equina; algie lombo-sacrali con accenni a disordini motori; manifestazioni sciatiche, delle quali non va superficialmente asserita, senza buona revisione, la natura reumatica. Dunque, buon consiglio in presenza di algie tenaci, ribelli, non sbrigarsela con la diagnosi comoda di neuralgie essenziali, in difetto di conoscenza etiologica. C'è anzi, tra le osservazioni del Robineau, un caso molto bizzarro: si inizia un torcicollo a sinistra, apparentemente influenzale; dopo più settimane dolori diffusi a tutto l'arto superiore sinistro. Calmo durante il giorno, salvo sotto gli accessi di tosse, il dolore si rende insopportabile durante la notte, anzi più verso l'alba. Un tumore fu scoverto all'intervento rachideo.

Senza alcun dubbio nell'esercizio cotidiano, e però nell'ambiente clinico privato, al cospetto di un infermo che offra una di queste sindromi iniziali non prese in non cale, per soverchia leggerezza del sanitario, dopo l'indispensabile interrogatorio anamnestico; dopo l'esame generico del paziente, e le non trascurabili inchieste su tutto ciò che di ereditariamente costituzionale possa interessarci; dopo una osservazione semeiologica diretta, morfologica e funzionale della colonna vertebrale, già un quesito, che primo forse fra gli altri, si avanza, concerne l'eventualità della sifilide. Poichè il giusto equilibrio del clinico impone di tener presente che la lue può costituire l'elemento dominatore non c'è pratico il quale rifugga dall'affrontare il quesito. Quando dati precisi, come appunto suole, difettino; e talvolta anche se presenti, ecceci sulla via del soccorso delle reazioni umorali (sul sangue, sul liquido cefalo-rachidiano etc.). Brevità di spazio; convenienza di eloquente silenzio, ci dispensano dal qui dire quanto spesso, (e per ragioni non sempre umorali!) codeste prove e rispettivi controlli, restino una amenità tragica! Non taceremo tuttavia che, anche in quel rigorismo scientifico pienamente in contrasto con la realtà cotidiana utilitaria, ci si trova spesso di fronte ad una congiuntura, importante: responso serologico negativo, con sifilide innegabile; responso positivo, con affezione che nulla ha di luetico.

Siamo — perchè tacerlo? — dopo secoli di studi, al precetto aureo che la storia ci tramandò: ricorrere alla prova terapeutica specifica. Senonchè siamo oggi abbastanza più forniti di mezzi aggressivi per un responso ex juvantibus. Nè è questo il luogo di indugiarvisi. Soltanto ci sembra monito: tentare senza tergiversare la prova terapeutica nei casi iniziali da non aver nulla di caratteristico delle affezioni sistematiche. Tentare e vigilare senza dilungarsi, e senza rinunziare ad altri mezzi di controllo diagnostico.

Fatta ora astrazione da quanto fu detto innanzi, come linea di condotta, nelle più consuete necessità della pratica, conviene ora prospettare le maggiori risorse che gli attuali mezzi consentano:

a) *L'indagine radiologica,* praticata a rigore, e interpretata con studiata competenza, è senza dubbio di molto valore, sia essa affermativa, sia anche negativa. Il paradosso è soltanto apparente; epperò giova chiarirlo. Il dubbio che prima, e più razionalmente si solleva, in presenza di un quadro nosografico medullo-radicolare, è senza dubbio la presenza di una lesione vertebrale, che nell'enorme maggioranza dei casi rientri nella categoria pottica, per servirsi di un'espressione tuttaltro che propria.

Ora non occorre molto sforzo a mostrare che il rilievo radiologico di affezioni, diformazioni, variazioni strutturali, dei componenti vertebrali, illumini per la diagnosi. Ma nulla di meno preciso del volersi fermare sulla unicità di questa ricerca. Bene i segni radiologici di rarefazione e diformazione possono mancare e tuttavia trattarsi di affezione tubercolare rachidiana; come non meno vero è che alterazioni possano esser dovute a neoplasmi metastatici vertebrali, dai quali magari siasi richiamati a più netta visione di qualche altro blastoma originario. Se così non fosse, voglio dire se labile, almeno nei primissimi stadi non fosse, non si vedrebbero registrate osservazioni negative del Sorrel e di altri; o positive per la diagnosi di un pottismo, menato a curarsi secondo i metodi del Calot, per poi ad un più tardivo esame mostrarsi nettamente blastomi che la bioscopia ha controllati.

Resta dunque sempre una via aperta e da percorrere, perchè la diagnosi sia quanto meno imprecisa.

b) La *ricerca delle sepimentazioni, o sbarramenti* (*blocages*) parziali o totali dello spazio sotto-aracnoidale, è venuta sempre più valorizzandosi, da quando si è fermata l'attenzione sulla correlazione, e sulla reciprocanza di stati anatomici, cioè: compressione midollare e presenza di sepimenti. Già l'esperienza che risale a qualche tempo, ci insegnava di avvalerci della *puntura lombare.* La classica iperalbuminosi associata con una citologia normale (cioè la dissociazione albumino-citologica di Sicard e Foix); la coagulazione in massa, la xantocromia, sintomi tutti più o meno capaci di affermare l'esistenza di una compressione radicolo-midollare. Le punture lombari a piani, raccomandate particolarmente dai neuropatologhi americani, avrebbero il vantaggio di mostrare la differenza di pressione di liquor, secondo che si sia in sopra od in sotto del blocco. Sintomo importante, sembra essere giudicato anche questo: che la *compressione delle giugulari* durante la puntura lombare, accrescerebbe la

Digitized by Google

pressione del liquido solamente se il livello di puntura fosse in sopra del blocco.

Da quando l'uso del *lipiodol* si è venuto divulgando, si è senza dubbio acquisita larga cognizione anche in questo campo diagnostico. Ma si può ritenere che, senza un particolare allenamento, cotesta pratica non è poi priva di delicata considerazione. Infatti l'introduzione per via *atlo-occipitale*, cioè a metà intervallo tra protuberanza occipitale ed apofisi spinosa dell'assoide, richieda sicurezza tecnica, e dispositivi radiologici di tavoli reclinabili, per invertire la giacitura Lo stesso Sicard vi ha sostituita la puntura lombare. Ad ogni modo quel che preme è di poter seguire il lipiodol nella sua discesa, sotto l'esame radioscopico, e fissarne l'imagine alla grafia. La valutazione deve dunque mirare a studiare gli arresti, o soffermamenti veri o falsi del lipiodol. Veri sono quelli costanti ai ripetuti esami, *costanti per sede e per forma*.

I fatti sono dovuti sia alla insufficiente durata e grado di inclinazione, sia a curvature patologiche vertebrali. Quelli veri o genuini, la cui proiezione sulla cute costituisce guida operatoria alla laminectomia, vogliono essere distinti in tipi diversi: 1° *arresto a ciniglia* segno di aracnoidite; 2° a *strie laterali poco dense*, con granuli di olio iodato insinuati in ciascun forame di coniugazione, segno di aumento di volume dovuto a tumori intramidollari; 3° l'arresto a foggia di *casco o cupola* con qualche salienza a punta, segno netto di tumore perimidollare.

Ho voluto fin qui seguire quanto più da presso il contributo Robineau-Delagénière, come fonte di osservazioni. Ma credo che la stampa non debba essere pedissequa a rischio di isterilirsi. Il problema diagnostico è, come si vede, di alta importanza *topografica*, tanto più che a dire di codesti citati osservatori, la espressione laminectomia esplorativa dovrebbe ormai essere radiata Codesto ottimismo potrei non dividerlo. Ma credo razionale qualche commento, giovandomi delle stesse deduzioni degli autori francesi (pag. 524). Se il lipiodol non deve in alcun modo dipendere da un esame clinico completo, esso permette la diagnosi precoce di compressione, e si evitano le laminectomie negative.

Precisamente così, e sorge spontanea la domanda: perchè disponendo di un così importante materiale gli AA. non ci abbiano edotti appunto sull'esame clinico completo; sul quale non è questa la prima volta che io insisto, perchè ritengo si debbano divulgare alcune cognizioni, fertili di risultati, anche tra i clinici, i pratici e sono i più, privi di tutta la suppellettile radiodiagnostica; mentre una buona elementare preparazione alla semeiologia nervosa può precicemente istradarci verso la retta diagnosi. Se infatti durante qualche tempo si è rivolta maggiore attenzione ai disordini sensitivi per la localizzazione midollare, si è successivamente fermata l'attenzione sulle «sindromi motorie» della parete addominale. La constatazione è tanto più attendibile in quanto la prevalente sede di tali tumori è appunto sul segmento dorsale, le cui radici dominano gruppi muscolari già campo di odierna disamina, al punto da costituire dati di diagnosi segmentale abbastanza precisi. Sono infatti già abbastanza noti i contributi di Lawidenkoff, Goldstein, Oppenheim, Salecker, Schwarz; e molto meno noti forse quanto più importanti quelli del Söderbergh. Grazie a tali contribuzioni siamo in possesso della conoscenza di sindromi motorie particolari. Quella «superiore» comprenderebbe i casi a sintomi motori dal lato del grande retto, in sopra dell'ombelico, e presso a poco del terzo superiore della regione laterale dell'addome. Quella «media» sarebbe caratterizzata principalmente dai sintomi motori del terzo medio della regione laterale dell'addome. Quella «inferiore» sarebbe contrassegnata da disturbi motori da parte del grande retto in sotto dell'ombelico e da parte della regione inferiore laterale dell'addome.

La segmentazione solida mio-spinale assumerebbe, tra gli elementi diagnostici di livello nel caso di tumori, una importanza anche superiore a quella dei disordini radicolari sensitivi.

Un contegno se non parallelo, per lo meno molto affine, sotto l'aspetto diagnostico, presentano i riflessi, i quali secondo le varie nomenclature, vennero, come è noto, designati come riflessi epi- ed ipogastrici, ovvero: epigastrici, superiore, medio, inferiore. Questi dati trovano maggiore controllo nelle osservazioni dal Söderbergh, in quanto sono parallelamente valutati: il quadro nosografico, il risultato bioscopico od anatomo-patologico, e la stimolazione elettrica radicolare durante l'intervento.

Ho creduto indispensabile questo accenno — sebbene insufficiente — dato l'inevitabile contrasto tra la vastità dell'argomento, e le angustie di questa rubrica; e tanto nello scopo di ricordare che il neurologo, associato od impersonato nello stesso operatore, non debbano, allo stato dei nostri studi, rinunziare ad una semeiologia ormai feconda di risultati per la segmentazione muscolare e riflessa della parete addominale.

Queste considerazioni sulle lacune lasciate nel contributo Robineau-Delagénière, non impediscono di far rilevare che questo materiale ha molta importanza prognostica, in quanto mostra che 74 % dei casi sono tumori perimidollari circoscritti i quali consentono l'ablazione con definitivo risultato in 76 %; mentre la prognosi dei tumori intramidollari (gliomi maligni) è pessima.

AIEVOLI

BIBL. DELAGÈNIÈRE. Journal de Chirurgie, n. 5. 1927. — SODERBERGH. Acta Medica Scandinavica, vol. 52, 54, 56.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La cachessia ipofisaria o malattia di Simmonds. — SCHERESCHEWSKY. *Revue Française d'Endocrinologie*, n. 4, 1927.

Questa malattia, benchè rara è più facilmente riscontrabile nella donna che nell'uomo. Simmonds potette riscontrarla per la prima volta in una donna morta d'infezione puerperale, ma egli attribuì la morte a cachessia ipofisaria. Essa è caratterizzata da una cachessia cronica, con aspetto senile del malato(vecchio precoce) comparsa di rughe al volto, caduta dei denti, arresto della mestruazione, scomparsa dei capelli e dei peli, diminuzione del volume degli organi interni. Dal punto di vista psichico si ha una spiccata apatia, sonnolenza, vertigini, sincopi con perdita della memoria e convulsioni.

Anatomopatologicamente Simmonds segnalava nel primo caso l'atrofia di tutta l'ipofisi, mentre Fraenkel quella della sola ipofisi anteriore, ciò che venne poi confermato anche dallo stesso Simmonds in altri due casi personali.

Altri autori hanno potuto constatare inoltre necrosi per embolia settica (da febbre puerperale) e processi di rammollimento sifilitico, tubercolare, da tumore, cisti ecc. Accanto alla sintomatologia detta sopra si aggiunge spesso il quadro del diabete magro e sintomi di sclerosi multiple a carico di altre glandole endocrine.

Molto interesse presenta il caso descritto dall'A. perchè offre un quadro molto preciso della sintomatologia.

Malato di 28 anni, nel 1924, fine gennaio, cominciò ad avvertire una grande debolezza e dolori in tutto il corpo con diarrea e mancanza d'appetito. Egli però è malato dal 1922, quando durante le manovre, essendo militare, fu proiettato dal cavallo per lo scoppio accidentale di un obice. Perdette la coscienza per due ore e dopo averla ripresa cominciò a lamentarsi di sete e cefalea. Ebbe poi un leggero miglioramento, ma in seguito dovette farsi ricoverare in ospedale per una grave debolezza da cui era preso.

All'osservazione il malato è molto deperito, non ha che pelle e ossa, e quei pochi muscoli che si toccano sono dolenti. La forza muscolare al dinamometro è di 7-10 kgr., ma rapidamente diminuisce fino a 2 kgr. Tutti i movimenti dolorosi tanto che soffre nel girarsi in letto. I tratti del viso sono quelli di un vecchio precoce, colore pallido, gial'astro. Mucose scolorate; barba e baffi quasi completamente scomparsi; pelle secca senza traspirazione. Capelli poco cresciuti. Peli delle ascelle e del pube cadenti. Non ha ipertrofia dei gangli linfatici.

La temperatura è 35°.8. La tiroide si palpa leggermente ingrossata. A carico degli organi respiratori lieve ottusità dell'apice destro. Gabbia toracica normale.

Il cuore è piccolissimo. Toni normali ma smorzati. Polso debole. da 42 a 52. Pressione al Riva-Rocci: 90,78. Emoglobina 85. Globuli rossi 4.530.000. Leucociti 8.000.

Apparecchio digestivo. Appetito cattivo, sete intensa (beve fino a 4 litri e 1/2 nelle 24 ore). Addome retratto, dolente alla palpazione.

Diarrea alternata a costipazione. L'esame del succo gastrico rivela assenza totale di HCl. Fegato e milza normali.

Nulla per il resto degli organi addominali.

Organi genito-urinari: verga atrofizzata, appetito sessuale scomparso. Nessuna erezione. Urina pallida, di peso specifico 1004, non zucchero nè albumina. La diuresi dà 1.000 cmc. nelle 24 ore.

A carico del sistema nervoso: tutti i riflessi diminuiti. Nessun disturbo della sensibilità.

Digitized by Google

L'interrogatorio diviene difficile per la contradizione che ha con se stesso. E' indifferente per le persone che lo circondano. Non ha cefalea nè vertigini.

Vista normale, fondo dell'occhio normale. Reazione pupillare intatta.

Circa l'evoluzione, la malattia è stata piuttosto uniforme, l'ammalato essendo immerso in una profonda prostrazione. La cura ipofisaria (pituitrina, per iniezioni) dava degli effetti sorprendenti dopo le iniezioni ma appena cessata la cura vi fu un considerevole aggravamento: comparvero edemi agli arti inferiori il cuore divenne sempre più debole finchè l'ammalato morì in stato comatoso, due mesi dopo l'inizio della malattia.

Circa la diagnosi l'autore attribuisce l'atrofia del lobo anteriore al pregresso traumatismo, donde ritiene che debba ricercarsi nell'anammesi questo dato storico che ha la sua importanza come determinante di un'emorragia con atrofia consecutiva. Per il resto il quadro clinico della malattia è troppo chiaro perchè possa essere confuso. Quel che si discute piuttosto, in base a prove sperimentali è se l'emorragia avvenga nell'ipofisi o nel tuber cinereum o nella regione para-infundibulare.

L'autopsia di questo ammalato dell'A. mostrò nel pavimento del terzo ventricolo e intorno ad esso un gran numero di piccole emorragie, come pure intorno ai ventricoli laterali.

L'ipofisi è atrofica macroscopicamente e nei suoi elementi cellulari al microscopio, i quali sono diminuiti di numero. La parte intermediaria non esiste quasi più. Le cellule eosinofile ridotte a pochissime. Sostituiscono la parte intermediaria follicoli colloidi riuniti e circondati da tessuto connettivo. Nessuna modificazione nella parte posteriore.

Nosografia della leucemia acuta. — N. FIESSINGER. *Journal des Praticiens*, n. 35, 1927.

L'insorgenza della leucemia acuta è clinicamente insidiosa: senso di stanchezza, pallore progressivo, inattitudine al lavoro, diminuzione dell'appetito; talora lieve cefalea. Allorchè invece si è confermato il periodo di stato, nonostante le varietà cliniche che l'affezione può rivestire, i sintomi cardinali restano la febbre, l'astenia e l'anemia, poichè le emorragie e le lesioni bucco-faringee così caratteristiche non sono costanti. L'astenia è per lo più così intensa che l'infermo preferisce la continua permanenza a letto; contemporaneamente progredisce con rapidità l'anemia, che ricorda l'anemia perniciosa e spesso si accompagna con turgore del volto e edemi agli arti inferiori. Intensa pure è l'anoressia e costanti sono le alternative di stitichezza e di diarrea, non costante invece è il dimagrimento, che viene mascherato dal turgore cachettico dei tessuti. La febbre compare quasi sempre in seguito alle alterazioni bucco-faringee, sì da far pensare ad una angina banale ed è in genere irregolare.

Frequenti sono le emorragie, principalmente le epistassi; altra volta sono le gengive che sanguinano e si possono avere enterorragie, metrorragie, ematurie. Si possono anche osservare ematomi dopo un traumatismo, emorragie sottocongiuntivali, retiniche, o del sistema nervoso centrale, onde paralisi e accessi epilettici consecutivi.

La stomatite è più propriamente, quando esiste, una gengivite emorragica, prevalente in corrispondenza della mandibola; altra volta sussegnono ad essa delle larghe zone di gangrena che ricordano il noma. L'alito emana fetore; l'angina è spesso compagna della stomatite: le tonsille ipertrofiche disturbano la deglutizione e si ricoprono d'un essudato grigiastro, talora difteroide, presentando anche qualche volta delle ulcerazioni. Costantemente, poi, concomitanti con la stomatite e l'angina sono le adenopatie cervicali, tra le quali più precoci quelle sotto-angolo-mascellari.

In molti casi v'è splenomegalia, ma modica; secondo Boudet una milza voluminosa indica la fine prossima dell'infermo, ma possono osservarsi adenopatie senza grossa milza. Altri sintomi di minore importanza sono: a carico dell'apparato circolatorio, palpitazioni, tachicardia, soffi anorganici sul cuore, bassa pressione cardio-vascolare; a carico dell'apparato respiratorio, dispnea spontanea o al minimo sforzo e talora complicanze della pleura e dei polmoni; a carico del sistema nervoso, cefalea, vertigini, delirio; a carico dell'apparato urogenitale albuminuria, tasso elevato dell'ac. urico nell'urina (gr. 3-5), disturbi mestruali, metrorragie.

Le forme cliniche della malattia possono distinguersi a seconda della durata di essa o del predominio dell'uno o dell'altro sintoma. Sotto il primo punto di vista, si parlerà di forme acutissime (che durano meno di 14 giorni), forme acute (che durano 2 settimane-tre mesi), forme subacute (che durano più di tre mesi). Secondo la sintomatologia, si distinguono forme pseudo-scorbutiche, anginose, anemiche, emorragiche, toraciche (con pleurite ecc.), appendicolari, ecc.

E' da ricordare, infine, secondo l'A. che spesso nel bambino la leucemia si associa alla tubercolosi e specialmente a questa età la malattia assume l'aspetto di una infezione acuta della quale non si conosca il germe.

La prognosi della leucemia acuta è infausta; la diagnosi si fa con sicurezza solo dopo un esame ematologico.

La colecistite amebica primitiva.— PETZETAKIS. *Paris Médical*, n. 34, 1927.

Secondo questo A. la dissenteria amebica non sarebbe una malattia locale, dell'intestino, ma una infezione generalizzata; e la dissenteria, cioè quel grave perturbamento del tubo digerente, non sarebbe forzatamente il primo stadio della malattia, ma potrebbe esserne l'ultimo.

Da ciò si deduce come la localizzazione della malattia può essere la più varia e che ogni organo affetto rivelando una sintomatologia banale può, all'osservazione risultare amebico, senza che si siano avute precedentemente benchè minime manifestazioni intestinali della dissenteria.

Il caso citato dall'A. vale perciò di essere menzionato, per questa ragione

Si trattava di un uomo di 48 anni il quale si presentò all'osservazione per fenomeni dolorosi della regione vescicolare.

Il malato, egiziano, asserisce di non essere mai stato ammalato e di non aver avuto malattie viscerali di sorta, nè coliche epatiche o altro.

La malattia attuale durava da due mesi ed era iniziata con qualche giornata di malessere seguita da febbre alta accompagnata da brivido con tosse ed espettorazione abbondanti. Nello stesso tempo il malato avvertiva forti dolori irradiati verso la spalla, dolori continui alternati da momenti di riacutizzazione.

La febbre dopo qualche giorno accompagnata da brividi raggiungeva i 38°-39°; dolori persistenti, tosse forte, convulsivante con abbondante espettorato mucoso.

Il soggetto, all'esame obbiettivo, si presenta molto dimagrito, sofferente e debole. Ai polmoni presenta qualche rantolo fugace disseminato in tutto l'ambito polmonare ma senza altre modificazioni, nè alcun che di particolare all'apice.

La percussione del fegato mostra limiti normali; non è che lievemente dolorosa la palpazione in massa. Al contrario un dolore assai forte nettamente localizzato alla regione vescicolare presenta alla palpazione, mentre la percussione svela una ottusità dolorosa che dà l'impressione di un tumore molle allungato che è senza dubbio la vescica biliare tumefatta. La febbre oscilla intorno ai 39°. Le congiuntive sono subitteriche. Le urine cariche di urobilina, contengono tracce appena visibili di pigmenti biliari, poca albumina, non cilindri.

Il reperto polmonare dà: sputi vischiosi, aderenti.

L'esame delle feci, che sono molli ma non scolorate, riesce negativo per l'ameba.

L'A. ricorre al trattamento emetinico intramuscolare e ad iniezioni d'olio canforato.

Per i primi quattro giorni somministra 65 milligrammi. Dopo tre giorni di riposo, dopo una prima dose iniziale di gr. 0,10 riprende la dose di 65 milligr. per altri quattro giorni. In complesso un totale di 55 centigrammi in 11 giorni. I risultati sono stati sorprendenti ed è scomparsa specialmente anche la tosse e gli espettorati.

L'autore pensa la via d'ingresso della amebasi sia stata quella polmonare, nonostante che l'esame dell'espettorato non abbia messo in evidenza l'ameba.

Le manifestazioni articolari della malattia da siero. — F. BEZANÇON. *Journal des Praticiens*, n. 35, 1927.

Sia le iniezioni di siero praticate ad un individuo che non ne abbia mai eseguite prima, sia le reiniezioni di siero possono produrre un quadro morboso, da riferirsi all'eterogeneità del siero per l'organismo, del quale fanno parte anche delle manifestazioni articolari. E' su queste appunto che l'A. richiama l'attenzione, potendo esse portare luce sull'etiogenesi di certe forme reumatiche.

Dopo una prima iniezione di siero (per es. antidifterico) può accadere che 9-14 gorni dopo si manifestino dei disturbi consistenti principalmente in eritemi (urticariforme, scarlattiniforme, ecc.), febbre (38° C. o poco più, passeggera o protratta) e manifestazioni articolari. Queste sono in generale a forma artralgica, ma può anche notarsi gonfiore e in certi casi idartrosi; raramente si osservano veri fatti infiammatori. Per lo più sono colpite le piccole articolazioni (del polso, della mano, della colonna vertebrale, temporo-mascellare, ecc.), fugacemente (2-3 giorni) e a carattere migratorio. L'intensità dei dolori è varia e la durata totale dell'affezione può arrivare in certi casi a 10-15 giorni.

Dopo la reiniezione di siero, invece, oltre a disturbi precoci di vero carattere anafilattico, si notano talora anche dei disturbi tardivi, rappresentati, come per quelli consecutivi alla prima iniezione di siero, da urticaria, eritemi, fatti articolari, febbre, ecc. fenomeni tutti che sogliono comparire tra il 3° e il 5° giorno dalla reiniezione.

Manifestazioni articolari analoghe a quelle ora dette, sono le artral-

Digitized by Google

gie consecutive a riassorbimento di versamenti delle sierose, artralgie che, come in un caso riferito dall'A., si possono anche accompagnare a tumefazione delle articolazioni stesse. Più raramente, anche introdotte per via orale, le proteine possono provocare dolori articolari. In un caso dell'A., per es., l'ingestione di carne soleva produrre febbre e artralgie.

Buona terapia per prevenire queste particolari manifestazioni articolari è il metodo anti-anafilattico di Besredka; quando, invece, i sintomi dolorosi sono in atto è utile, in certi casi, l'adrenalina iniettata per via sottocutanea, in altri casi il cloruro di calcio o la pilocarpina.

Sui metodi di colorazione della colecisti in radiografia. — A. Fraikin e I. M. Burill. *Presse Médicale*, n. 52, 1927.

I metodi di colorazione della vescicola biliare per iniezione intravenosa, per via rettale, mediante la sonda duodenale sono di impiego eccezionale, quasi esclusivamente applicabili in ospedale, ma non in clientela privata. Più maneggevole è il metodo di somministrazione orale (pillole glutinizzate o rivestite di balsamo del Tolù), che è senza inconvenienti.

Purtroppo, però, a questa innocuità si contrappone il fatto che il metodo non ha un valore diagnostico altrettanto notevole che la somministrazione intravenosa. E' necessario che il medico e l'ammalato sappiano che il risultato può essere negativo e che, per tal fatto, l'esplorazione radiografica può riuscire inutile, e ciò non a causa di errori di tecnica o per la cattiva preparazione del medicamento, ma a causa dei disturbi del chimismo digestivo dell'infermo esaminato. In conclusione, come avviene per molte prove di laboratorio, il risultato se positivo sarà di grande aiuto, mentre se negativo non avrà alcun valore; non di meno, potrà talvolta servire a precisare alcuni punti e potrà pertanto aiutare il clinico a confermare od a modificare la sua diagnosi.

In conclusione, se il metodo, allo stato attuale, non è perfetto, costituisce un procedimento d'esplorazione che ha il suo valore, e che, in affezioni così difficili e delicate come quelle della vescicola biliare, si avrebbe torto di trascurare.

Di una micosi del tubo digerente. — Fet. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 2, 1927.

Col nome di Sprue, Ashfard ha recentemente descritto una micosi specifica del tubo digerente, dovuta alla colonizzazione della *Monilia psilosis*, la quale è generalmente diffusa nelle regioni tropicali e sub-tropicali, e si sovrappone generalmente, ma non sempre, ad uno stato di insufficienza glandolare, che è spesso la sequela di una deficienza cronica degli alimenti necessarii.

La lesione caratteristica di questa infermità è costituita da una infiammazione atrofica della membrana mucosa, con un quadro clinico che corrisponde alla entità ed alla ubicazione della infiammazione nel caso singolo.

Spesso si aggiunge un'anemia secondaria assai notevole, con le apparenze della forma perniciosa. Poichè questa forma micotica è più frequente nelle classi agiate che in quelle povere sembra lecito domandarsi se un elemento favorente sia dato più dal genere dell'alimentazione, che dalla scarsezza di questa.

Le donne si ammalano più frequentemente degli uomini, e la maggior parte dei casi si verifica tra i 20 ed i 30 anni.

Dalle feci si può isolare, sul terreno del Sabouraud, la monilia, la quale si trova anche nel sangue; anzi dalle colture ottenute dal sangue si può preparare un vaccino, che è la miglior forma di terapia per questa affezione.

Il paziente va tenuto a dieta lattea e vegetariana.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'artrodesi extra-articolare per la tubercolosi della colonna vertebrale, dell'anca e dell'articolazione sacro-iliaca. — Albee, in New York. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 18, 1927.

Le idee fondamentali di questo eminente chirurgo si vanno sempre più conoscendo, da quando egli ha insistito sulle innovazioni chirurgiche nel trattamento della cifosi pottica. Le tre articolazioni qui enunciate offrono condizioni sfavorevoli alla artrodesi spontanea sia essa spontanea od operativa. Cioè: 1° l'estesa distruzione di osso; 2° l'inibizione di osteogenesi dovuta al bacillo tubercolare; 3° l'anatomia particolare di quelle articolazioni; 4° la loro relativa inaccessibilità agli interventi chirurgici; 5° l'allontanamento delle superfici ossee l'una dall'altra, sia per il progredire del processo distruttivo, sia per la rimozione praticata dal chirurgo nell'intento di provocare l'artrodesi. Il perfezionamento dell'istrumentario chirurgico elettrico, e la esperienza di 18 anni di innesti ossei, han consentito riaffermare l'artrodesi extra-articolare con innesto osseo autogeno.

Grazie alle seghe rotative si possono ricavare stecche efficacissime dalla tibia, ed impiantarle fra trocantere ed ileo, venendo dopo più anni a confermare la loro resistenza, anzi le trasformazioni secondo le leggi del carico, controllabile ai radiogrammi.

Nella tubercolosi della colonna vertebrale l'immobilizzazione con apparecchi non è reale. Per quanto bene immaginati ed eseguiti, gli apparecchi esterni, tuttavia le vertebre malate, completamente circondate da forti muscoli, sono sempre soggette a muoversi l'una su l'altra. Superfluo ricordare che un apparecchio ben solido e costrittivo non potendosi adattare alle esigenze mutevoli addominali, per l'alimentazione, i pazienti finiscono per adattarsi ad un progressivo esaurimento nocivo.

L'artrodesi extraarticolare non solo dà assoluta immobilizzazione, ma necessita soltanto per sei mesi nei bambini l'uso post-operativo di apparecchi immobilizzanti. L'innesto tibiale inserito nei processi spinosi quale ponte osseo tra le varie vertebre produce un'anchilosi assoluta.

Nell'articolazione coxo-femorale ed in quella sacro-iliaca, sia per condizioni anatomiche, sia per le alterazioni patologiche che sogliono subentrare, tutto concorre a difficoltare una precisa immobilizzazione. Invece la realizzazione attuata mediante la infissione extra articolare di uno o più innesti tibiali è validissima.

Dal punto di vista tecnico meglio è dividere i casi in due gruppi: 1. Se per distruzione della testa e del collo femorale il gran trocantere si è di molto avvicinato al margine superiore dell'acetabolo, il meglio da consigliare si è di impiantare il grande trocantere raschiato, nell'osso iliaco sopra-acetabolare, superficie anch'essa denudata; salvo a rafforzarla con un pezzo osseo preso dall'ileo ed infisso al trocantere. 2. Se il processo distruttivo non è notevole, ed ancora distante è il trocantere dal piano pelvico, il paziente narcotizzato e opportunamente adagiato sul tavolo Albee, viene messo in abduzione graduale forzata dall'arto. Un'incisione di dietro la sp. i. a. s. discendente al gran trocantere, consente divaricare i muscoli, pervenire contro l'ileo, scavarvi con la sonda circolare un solco che poi va denudato di periostio, quindi impiantare rispettivamente due stecche ossee scolpite dalla tibia, superficie antero-interna. Dunque questi ponti ossei innestati restano tra ileo e doccia scavata nel grande trocantere. I punti sono rivestiti dagli strati molli fissandoli con punti in tendini di canguro; i muscoli ravvicinati con catgut cromico. La cute in catgut O. Medicazione sterile. Fasciatura gessata dal margine costale alle estremità digitali.

In quanto alla sincondrosi sacro-iliaca grandi sono le affinità patologiche, come si è detto. Il paziente è operato bocconi. L'incisione cutanea decorre tra Sp. i. p. s. e processo spinoso del primo segmento sacrale. All'esterno ed avanti della detta spina si denuda l'osso iliaco sulla sua ala posteriore. Lo scalpello vi prepara un incastro di circa 12 cm., dove il manico dello scalpello segna, vengono spaccate le apofisi spinose, e denudata la superficie del sacro, vi si scava l'altro incastro.

Una stecca è confacentemente ricavata dalla tibia ed infissa a ponte, con gli stessi criteri fra l'uno e l'altro degli anzidetti incastri.

Pneumo-artro terapeutico nell'emartrosi e nell'idroemartrosi traumatiche del ginocchio. — Caccia, Ospedale Militare principale Roma. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XVIII, 1927.

Questo metodo personale che l'A. va sperimentando sistematicamente fin dal 1925, ha offerto, secondo l'A. specialmente nelle applicazioni precoci, risultati ottimi, sensibilmente superiori a quelli della semplice paracentesi; perchè il pneumo-artro oltre che essere emostatico ha scopo diagnostico, mentre il lavaggio Dakin disciogliendo i coaguli previene le complicazioni ed accelera la reintegrazione funzionale.

In tutti i casi di versamento endoarticolare da traumi del ginocchio e senza rilevabili lesioni ossee, l'A. pratica questo suo metodo, del quale raccoglie una trentina di casi.

La tecnica è molto semplice. Previa disinfezione cutanea con tintura di iodo 5 % o con soluzione alcoolica acido picrico 5 % si esegue la paracentesi articolare mediante ago-cannula dell'apparecchio Morelli per pneumotorace. Se il liquido che fuoriesce è ematico, si fa seguire allo svuotamento il lavaggio endo articolare con il liquido Dakin, o con soluzione fisiologica finchè il liquido fuoriesca chiarificato.

Infine vuotato completamente il cavo articolare, si inietta aria filtrata con l'apparecchio Morelli fino a pressione positiva + 4 + 10. Fasciatura compressiva leggera per 24-48 ore. Immediato esame della giuntura al röntgen nelle due posizioni ortogonali.

Oltre allo scopo diagnostico di eventuali lesioni della giuntura, l'A. si propone dunque quello terapeutico. La pressione stabilita così dall'aria nella giuntura è emostatica perchè agevola la trombizzazione dei vasellini. Questa pressione è poi integrata da quella esterna. Il paziente resta 2-4 giorni a letto, ma l'arto è mobilizzato e sottoposto a massaggio fin dal primo giorno. La persistente degenza può cessare appena scomparsa la differenza di temperatura locale.

Appena possibile si passa alla deambulazione con carattere progres-

Digitized by Google

sivo. In genere se si pratica la cura nei primi giorni dopo il trauma, cioè 1-3 il versamento non si riforma. Se la cura è ritardata, cioè dopo 4-5 giorni, la natura del versamento cambia, insorgono fenomeni reattivi con produzione di essudato. Nei casi di successione morbosa all'emartrosi, cioe l'idartrosi lo pneumo-artro non offre altra utilità oltre quella diagnostica. Nè consigliabile è in tali condizioni il lavaggio endoarticolare, e neanche nelle recidive dell'emartrosi.

Così integralmente dall'A. Ma poichè il metodo è nuovo e tenderebbe a generalizzarsi, sorge spontaneo il commento, per alcune oscurità nella esposizione. 1. Il metodo è usato immediatamente. Se contenuto liquido anormale ci è non si comprenderebbe abbastanza come potesse non essere ematico. In tale eventualità si sarebbe indotti a supporre una molto problematica linforragia, la quale evidentemente dimostrerebbe la inutilità dello pneumo-artro emostatico. 2. La negatività di azione terapeutica già dopo qualche giorno lascerebbe dubitare che alcuni dei casi trattati subito, eventualmente sarebbero decorsi in modo favorevole anche senza. La negatività dei risultati dell'uso tardivo starebbe secondo no, appunto a spese della pressione intra-articolare ostacolante le correnti di riassorbimento.

Contributo al trattamento della infezione generale detta settica. — Buzello, in Greifswald. *Medizinische Klinik*, n. 32, 1927.

Senza seguire l'A. sulla discussione di varia nomenclatura, ormai svolta in ogni manuale elementare; e premesso, come del resto è intuitivo, che qui si discuta la terapia di codesti stati tossi-batterioemici, giova considerare la moderna orientazione curativa. A scopo pratico non è priva di utilità la suddivisione nei seguenti gruppi: 1. Infezioni piogene del sangue, che in realtà corrisponde al quadro pioemico; 2. Infezioni tossiche per lo più stafilo-streptococciche; 3. Infezioni putride ordinariamente da associazioni batteriche in casi p. es. di flemmone gassoso, ascesso icoroso, etc. Questa divisione, la quale non resisterebbe certamente alla critica scientifica rigorosa, ha, come si diceva, il valore di una separazione di procedere nel trattamento.

Esso può infatti suddividersi in queste categorie. a) *La terapia chirurgica.* E' ormai secolare l'aforisma: «*ubi pus ibi incide*». Quando? il più che si possa presto. Come? Quanto più radicalmente. Se l'affezione è puramente localizzata, come p. es. foruncolo, flemmone, si potrà ancora soprassedere grazie ad un moderno trattamento disinfettante (Vucin, Rivanol). Se ci è già lo stato infetto del sangue radicalmente intervenire sia pure, a secondo delle contingenze, ricorrendo all'amputazione di un arto, od alla estirpazione di un organo. Niente più nocivo delle prolungate attese, le soverchie manipolazioni. Ampia e permanente apertura dei tessuti recisi, assicurata detersione con buone fognature. Certamente in tali condizioni l'evenienza più preoccupante è la produzione di embolie settiche per via linfatica ed ematica. Quanto più l'esperienza clinica ci ha insegnato, più siamo venuti a sancire la massima terapeutica di scovare, sempre che possibile la sede della trombo-flebite, ed eseguire, sempre che attuabile, la allacciatura venosa e la rimozione del tratto trombizzato. La ginecologia ci dà sempre più numerosi insegnamenti sull'efficacia di questa linea di condotta, nelle sepsi precipuamente puerperali. Esempi similari si vanno raccogliendo nel campo delle infezioni otogene; senza con ciò stabilire come dogma di dovere azzardare interventi decisivi, nè privi di gravità, senza avere peraltro esperiti mezzi degni di considerazione.

b) *Il trattamento generale sintomatico.* Tuttaltro che da trascurarsi, esso ha come obbiettivo di rafforzare gli organi più indispensabili, ed attivare i naturali poteri organici di difesa e di resistenza. Cominciando dunque dal cuore, senza alcun dubbio va raccomandata la digitale, la canfora, il cardiazol, senza rinunziare alla caffeina, alla strofantina, adrenalina. Senza dubbio una guida efficace per il medico deve essere la valutazione esatta e comparativa della curva termica ascellare ed inguinale con la frequenza del polso. Di buon ausilio son ritenute le copiose infusioni sottocutanee od intravenose di soluzione normale, magari addizionate di digitale o di adrenalina. Le complicazioni metastatiche broncopolmonari purtroppo sono compromettenti in quanto meno accessibili; epperò la terapia resta illusoria. Ma tanto non impedisce di rinunziare a teoricamente persistere, senza magari rinunziare a qualche sottrazione di sangue. E' noto che l'uso e tanto più lo abuso degli antitermici va condannato come inefficace, anzi rischioso, mentre lodevolissimo il bagno fatto discendere da 32° a 25° C. Un altro fattore di resistenza è certamente la alimentazione corroborante, nell'intesa di una esatta cognizione dello stato renale. Del resto sarebbe torto non aver presente la necessità della calma e specialmente del riposo notturno; il che è raggiunto non solo da l'uso di morfina, ma da una confacente giacitura.

c) La *terapia specifica*, sebbene non abbastanza precisata, ampliata, divulgata vuole tuttavia essere considerata come un valido ausilio. Senonchè da quando si è venuto meglio conoscendo la struttura e la missione del sistema reticolo-endoteliale si è addivenuti sempre più cauti con tro l'eccessiva intensità di certe somministrazioni endovenose. La vaccinoterapia non si addice ai casi gravi, dei quali si richiede un rapido dominio. Preferire iniezioni 10-20 cc. due volte al giorno di sangue, tanto come terapia non specifica.

Nelle infezioni tossiche del sangue si può sperare meglio nei sieri, sopratutto antistrepto ed antistafilo, anzichè i metalli colloidali, sali di argento, vaccino. Ma anche le trasfusioni sanguigne hanno come effetto quello di una stimolo-terapia. Preferire i sieri polivalenti.

La terapia specifica ha la sua indicazione nelle affezioni piogene del sangue, specie poi in quelle tossiche; ma come ausilio. C'è molto da sperare tuttavia dai progressi della chemioterapia e della seroterapia specifica. Lo sforzo contemporaneo dell'industria chimico-farmaceutica per sostituire o accantonare la fattività chirurgica, non deve peraltro ciecamente accettarsi giacchè i rischi non sempre sono trascurabili.

Anestesia parasacrale ampliata nelle operazioni nel piccolo bacino. — Finsterer in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 32, 1927.

L'indirizzo del Finsterer è stato così ripetutamente qui ricordato da non esser necessario risalire ai singoli particolari di esso. Egli si è studiato nel suo campo di azione di resezione addomino-sacrale di carcinomi rettali molto alti, ottenere un'anestesia, che si addirebbe anche alle esigenze della chirurgia ginecologica.

Sulle prime egli si era servito dell'anestesia parasacrale (presacrale) secondo Braun, mediante un'iniezione di novocaina alle parti laterali della quinta lombare, per bloccare i nervi decorrenti alla base del mesosigma. Più tardi l'A. prescegliendo la resezione addomino-sacrale ha, appena aperto il ventre, praticata alla superficie anteriore della quinta lombare, una iniezione di 20-30 cc. di soluzione di novocaina 1/2 %, per escludere il plesso lombare, epperò ottenere una completa anestesia. Questa anestesia che era già vantata da alcuni ginecologhi l'A. ha potuto controllarla in un caso personale, a proposito cioè di un utero miomatoso, in donna non suscettibile di narcosi per le sue condizioni cardiache. In questo caso l'A. cominciò dalle iniezioni generali di pantopon, morfina, atropina; passò alla anestesia novocainica parasacrale, poi alla anestesia parietale, sottoperitoneale, e finalmente presacrale.

Certo lo stesso A. riconosce come un caso non basti a dettare norme precise. Tuttavia è presumibile che questo indirizzo trovi continuatori p. es. nella chirurgia del carcinoma uterino. L'anestesia lombare eseguita, con unica iniezione da alcuni ginecologhi è senza dubbio più semplice; ma secondo l'A. non si possono escludere queste eventualità: se troppo debole l'iniezione troppo breve l'anestesia; se molto efficace si accompagna a fenomeni più o meno accentuati di intolleranza generale. Invece l'anestesia parasacrale ampliata secondo l'A. assicura una durata di tre, quattro o più ore, dunque lasciando anche ai poco solleciti chirurghi agio di lunghe manovre.

Questo è l'essenziale della breve comunicazione dell'A. giacchè per il resto egli non fa se non ripetere quello che innumerevoli volte ha scritto o comunicato sul carcinoma rettale.

Due casi di laringectomia. — Titone, Ospedale Civile di Palermo. *Archivio italiano di Chirurgia*, vol. XXIII, 1927.

A ragione l'A. crede che casi di laringectomia debbano essere resi noti, data la loro difficoltà e la rarità. Dei suoi due casi personali l'uno è presentato da una donna di 70 a. operata alla Durante. L'intervento fu anche più laborioso in quanto fu previamente necessario allacciare e resecare carotide primitiva e giugulare. La trachea suturata alla cute; la breccia faringo-esofagea chiusa suturando il lembo cutaneo-aponevrotico ai margini del faringe e dell'esofago.

Per repulsione alla introduzione della sonda esofagea si fu costretti alla gastro-stomia. Si ebbe la morte a quanto pare per penetrazione di alimento nel cavo peritoneale.

L'altro caso concerne un uomo di 42 a. già operato di tumore laringeo, poi per recidiva sottoposto a tracheotomia e quindi a laringectomia dal Zappulla. Dopo otto mesi recidiva. Operazione secondo Durante modificata. Dopo 8 mesi recidiva.

Crede l'A. che una delle ragioni perchè codesta chirurgia non trovi più largo sviluppo sia dovuto alla deviazione di molti casi nell'esercizio di specialisti. Ad ogni modo i suoi casi sono senza dubbio di insegnamento. Di essi il primo entra a far parte di altri consimili nei quali figurano nomi di chirurghi italiani notissimi per aver praticato estese asportazioni di produzioni anatomiche od organi prossimiori. Essendosi dovuto procedere all'allacciatura delle carotidi, fu seguito il precetto del Ceci di allacciare la giugulare interna, per evitare i gravi disordini cerebrali, e sopra tutto l'immediata ischemia che suole seguirne. In quanto alla gastrostomia parve chiara l'indicazione, e si può attribuire l'insuc-

Digitized by Google

cesso forse a spontaneo distacco parziale dello stomaco, forse alle manovre di introduzione del tubo nell'organo.

La tecnica del Durante si può dire commendevolissima, tuttavia alcuni tentativi del Leotta lascerebbero sperare un qualche progresso. Finalmente è da notare che anche dopo asportazione di organo così fondamentale per la fonazione gli operati riescono, con l'esercizio a lasciarsi chiaramente comprendere.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

I preparati di corpo luteo nelle emorragie genitali e nell'amenorrea. — R. DUCKELMANN, Clinica Ginecologica dell'Austria Superiore, Linz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 2, 1927.

Leitz e Wintz hanno potuto dimostrare nel corpo luteo l'esistenza di due sostanze che agiscono antagonisticamente sui genitali: la Luteamina, solubile in acqua e facilitante le emorragie, ed il Luteolipoide solubile in etere ed acetone, ad azione inibente sulle emorragie.

La casa Ciba di Basilea ha posto in commercio queste sostanze rispettivamente col nome di Agomensina e Sistomensina.

Le esperienze cliniche compiute dall'Autore su ambedue i preparati gli permettono di concludere che la sistomensina trova di preferenza la sua indicazione in tutte le emorragie di genesi ovarica, come pure in tutte le emorragie susseguenti a lesioni infiammatorie dei genitali, e nei disturbi dismenorroici.

L'agomensina dimostra invece anch'essa un'influenza diretta sulla funzione ovarica, ma nel senso opposto, cioè come stimolante delle emorragie; così essa trova la sua indicazione nelle forme più diverse di amenorrea, non è però in grado di influenzare favorevolmente l'iperemesi gravidica. L'agomensina dimostra inoltre un'azione stimolante non solo ovariotropa, ma anche per l'utero sicchè potrebbe ricavarsene giovamento in qualche caso di infantilismo e di sterilità da esso dipendente.

Tanto la sistomensina che l'agomensina esistono sotto forma di liquido iniettabile (1 cmc. al giorno) per via intramuscolare, che di tavolette (due al giorno).

Relazioni tra disturbi dell'apparato digerente ed emorragie uterine.— A. W. BAUER, Ambulatorio Ginecologico dell'Ospedale Generale di Vienna. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 4, 1927.

Numerose ricerche e constatazioni cliniche hanno portato l'Autore alla convinzione che la causa originaria delle più frequenti e più considerevoli emorragie uterine non va più ricercata, come finora, esclusivamente nell'utero e nelle ovaie, ma che le modificazioni della mucosa uterina, i disturbi nella maturazione dei follicoli nell'ovaio, e la maggior parte delle emorragie uterine atipiche rappresentano frequentemente delle manifestazioni secondarie di una iperemia della pelvi.

La causa più frequente di questa iperemia è data da disturbi del tubo digerente e più precisamente dalla costipazione e dalla atonia gastrica.

Questo modo di vedere sarebbe confermato dal fatto che mediante una razionale terapia dell'atonia gastrica o della costipazione, le manifestazioni a carico della zona genitale sono sparite, senza far ricorso alla chirurgia o alla radioterapia.

PEDIATRIA

L'infezione tifoide nel lattante.— A. GISMONDI. *La Pratica Pediatrica*, luglio 1927.

Nonostante l'opinione più antica, si è oggi invece più inclini ad ammettere che l'eventualità dell'infezione tifoide nel lattante sia relativamente frequente: si è visto infatti che molte affezioni dell'apparato digerente del lattante che decorrono sotto le apparenze di un catarro intestinale banale riconoscono come etiologia il b. di Eberth o un paratifo. Del resto l'infezione tifoide può colpire finanche il feto, essendo notate nella letteratura osservazioni di feti espulsi morti da donne ammalate di tifo, nei quali esisteva una vera setticemia tifosa. Più frequente, però, è il tifo nel lattante, che anzi non sempre è la madre o la nutrice a contagiare il bambino e talune volte l'infezione del lattante appare come primitiva e la madre o la nutrice vengono a loro volta infettate dal lattante.

Clinicamente, il tifo congenito assume l'aspetto di una setticemia, con ipertermia, più di rado ipotermia, scariche diarroiche, ittero: unico mezzo diagnostico differenziale dalle altre setticemie vien dato dall'emocoltura. Il tifo del lattante può, d'altra parte, rivestire tre forme cliniche principali: a) una forma setticemica, con febbre più o meno continua e al massimo un po' di diarrea; la diagnosi è facilitata dalla splenomegalia e dalla comparsa della roseola; la lingua è patinosa e arrossata ai margini; b) una forma meningea, con febbre, rigidità nucale, strabismo, atteggiamento a cane di fucile, vomiti talora dermografismo e disturbi pupillari; il ventre non è retratto ed anzi v'è tendenza al meteorismo; possono aversi convulsioni; c) una forma gastro-enterica, che si confonde molto con una gastro-enterite banale. In tutte queste forme possono aversi complicazioni bronchiali e broncopolmonari.

Il decorso della malattia è più breve di quella dell'adulto, ma la prognosi è più grave.

La diagnosi è piuttosto difficile, specialmente tenuto conto che le varie forme cliniche mentiscono un'etiologia di natura diversa dalla tifoide. Utilissima, pertanto, l'emocoltura e più tardi la sierodiagnosi; mezzo diagnostico precoce è la ricerca dei b. di Eberth o tifosimili nelle feci.

NEUROPATOLOGIA

La prova dell' iperpnea in neuropatologia.— A. FRIGERIO e C. TALENTI, della Clinica neuropsichiatrica di Milano. *Comunicaz. al VII Congresso della Soc. it. di neurologia*, 1927.

La prova, consigliata da Rosett allo scopo di svelare con l'iperpnea lesioni latenti del sistema nervoso centrale, consiste nel far compiere all'esaminando, coricato e libero da ogni impaccio che ostacoli il funzionamento del torace e dell'addome, delle inspirazioni ritmiche più profonde possibili e seguite da immediata espirazione, sì da ottenere una ventilazione polmonare, il più possibile completa. Dopo un tempo variabile si stabilisce, di norma, un quadro costituito da contrazione duratura della muscolatura del volto (specialmente visibile all'orbicolare delle labbra) e delle braccia, con produzione dell'atteggiamento di mano ostetrica; a volte si ha anche sospensione del respiro.

Soggettivamente si ha senso di stordimento e formicolii alle mani, eventualmente alle gambe: tutto ciò passa in pochi secondi dopo sospesa l'iperpnea. In casi patologici si possono avere atteggiamenti abnormi asimmetrici, accessi Jacksoniani, accessi epilettici generalizzati.

Quanto al meccanismo di produzione dei disturbi sopra ricordati, alcuni ritengono entri in giuoco l'alcalosi dovuta all'eccesso di eliminazione di anidride carbonica, senza corrispondente diminuzione di alcalini, specialmente bicarbonati; secondo altri bisogna ammettere anche un avvelenamento da sodio concomitante, altri pensano, infine, ad una diminuita dissociazione del calcio nel sangue e ad una rottura dell'equilibrio ionico di questo metallo fra sangue e tessuti.

Gli AA., in base all'accurata valutazione del fenomeno in ben settantaquattro casi, ed ai vari tipi di reazione ottenuti (reazione normale, reazione tetanoide, accessi Jacksoniani, accessi epilettici, reazioni motorie a tipo isterico), conchiudono che la prova dell'iperpnea può considerarsi innocua. Essa, quando sia convenientemente protratta, determina, di regola, fenomeni motori caratteristici, a provocare i quali è sufficiente prolungare la prova per 15-20 minuti. La prova è sufficiente a titolo di orientamento, a rilevare lesioni latenti del sistema nervoso e può verosimilmente essere anche l'indice di diversi tipi costituzionali le cui caratteristiche esatte ancora non si possono affermare, ma che sono verosimilmente da ricercarsi nel campo degli squilibri neuro-ormonici. Come elemento di diagnosi, praticamente considerato, se non rappresenta la pietra di paragone che permetta decisamente di escludere nei casi dubbii l'epilessia, certamente rappresenta un valido ausilio per la constatazione rapida degli accessi.

E' pertanto il caso di considerare il fenomeno su più larga scala, al fine di verificare se non possa anche rappresentare un utile mezzo per una fine e precoce localizzazione di lesioni nervose, localizzazione che anche nell'epilessia i progressi della chirurgia generale ci mostrano sempre più necessaria ai fini terapeutici.

Tabe senza reazione meningea. — M. ARTOM. *Minerva Medica* n. 23, 1927.

Accanto alle forme tipiche di tabe, con reperto del liquor dimostrante una reazione meningea, ve ne sono altre nelle quali il liquido cefalorachidiano dimostra solo reazioni monosintomatiche o dissociate (W. R. isolata, dissociazione albuminio citologica, iperalbuminosi isolata, leucocitosi isolata, aumento isolato delle globuline) o addirittura dà un reperto normale. A quest'ultima categoria appartengono i due casi di tabe che ora l'A. riferisce, nei quali era possibile clinicamente escludere altre diagnosi (sclerosi dei cordoni posteriori di natura diversa dalla luetica, polineuriti o radicoliti sifilitiche, ecc.).

Di casi consimili si trovano altri accenni nella letteratura: 1 caso di Laignell-Lavastine, 13 di Armand Delille e Camus, ed altri di Sicard, Souques, Claude, Williams, ecc. In questi casi però tutte le ricerche non sono complete, e solo recentemente Salomon e Klauder. Nonne, Alajouanine ecc. hanno dimostrato irrefutabilmente la possibilità di tabe senza reazione meningea. I due primi AA., anzi enunciano tre eventualità di questa possibilità e cioè: a) tabe iniziale; b) tabe in cui le reazioni umo-

Digitized by Google

rali sono rese negative da un appropriato trattamento; c) tabe abortiva in cui la mancanza di sintomatologia umorale si accompagna a minima sintomatologia clinica.

Per spiegare l'assenza di reazione meningea in queste forme di tabe, varie sono state le ipotesi avanzate. Si è pensato che l'assenza delle reazioni sierologiche sia momentanea; che caratterizzi una tabe incipiente o una tabe antica, non evolutiva, in cui la reazione meningea non è più attiva; che per il fatto della meningite cronica si producano nella grande cavità sottoaracnoide-piale delle aderenze che isolano le zone malate e impediscono le modificazioni del liquor; che si tratti di lesioni profonde, che non interessano le meningi; che si tratti di tabe evolvente in tubercolotico, in quanto che le reazioni del liquor e del sangue scomparirebbero nei tabetici che subiscono una tubercolosi sclerosa.

L'A. trova difficile adattare qualcuna delle precedenti ipotesi ai suoi casi, nota solo che in uno di essi la malattia era in piena evoluzione, la mancanza di reazione meningea non basta perciò ad escludere la diagnosi di forma neuroluetica attiva in generale, di tabe in particolare.

SIFILOGRAFIA

Ulcere gastriche e duodenali sifilitiche e parasifilitiche.— H. Gougerot. *Journal des Praticiens*, n. 35, 1927.

L'A. è propenso a ritenere, per l'esperienza della sua pratica personale e di altri osservatori, che la maggior parte delle ulcere gastriche e duodenali è di origine luetica. Questa opinione appare anche teoricamente logica se si ammette come patogenesi di tali ulcere, che esse derivino da un'arteriolite stenosante o trombosante: la mucosa ischemica allora si difende male e viene digerita dal succo gastrico o gastro-duodenale, ulcerandosi. Qual'è ora la causa più frequente delle arteriti e arteriolti se non la sifilide?

Per ammettere, intanto, che, quando un infermo presenta la sindrome di un'ulcera gastrica o duodenale, si tratta di un sifiloma ulcerato o più spesso di ulcera parasifilitica, l'A. crede che debbano richiedersi i seguenti requisiti: che esista infezione sifilitica personale o familiare; che la R. W. nell'infermo sia fortemente positiva o attenuata dissociata (cioè negativa col metodo classico, positiva con la modifica di Hecht-Ronchèse); che la cura antiluetica esplichi una rapida azione benefica; che la guarigione ottenuta così rapidamente contrasti con il nessun risultato ottenuto con la cura classica (cura dietetica, alcalini, ecc.); che la guarigione, persista nonostante che l'infermo non segua alcuna dietetica speciale e nessuna cura gastrica particolare.

Non è da credere, però, che tutte le ulcere gastro-duodenali siano sifilitiche o parasifilitiche; anche alcuni malati di ulcera, infatti, pur essendo luetici, non traggono vantaggi dalla terapia specifica. E' difficile dire in questi casi se si tratta di ulcere non luetiche in sifilitici o se le lesioni della mucosa gastrica sono tali da non permettere una *restitutio ad integrum*, allo stesso modo che i segni clinici del rammollimento cerebrale secondario ad un'arterite sifilitica talora persistono, nonostante la cura antiluetica, perchè il tessuto cerebrale è irremediabilmente distrutto.

Si comprende quanto sia utile il riconoscimento della natura luetica di queste ulcere agli scopi terapeutici; la loro frequenza, d'altra parte, giustifica il consiglio dell'A. di non ricorrere mai all'atto operativo, eccezion fatta pei casi di urgenza se non dopo aver tentato un trattamento specifico.

RINOIATRIA

La terapia cuproiodica dell'ozena. — M. Giussani, Ambulatorio Otorinolaringoiatrico Comunale di Milano. *Il Morgagni* n. 9, 1927.

I buoni risultati ottenuti recentemente da Merelli e Borri con la cuproiodase nella terapia dell'ozena, hanno spinto l'A. a ricercare l'efficacia di tale cura.

Ha scelto 14 ammalati con ozena conclamato in pieno periodo evolutivo, nei quali erano presenti i sintomi classici del fetore, dell'atrofia e dell'essudato crostoso tipico.

In ciascuno dei pazienti l'A. ha praticato per un periodo di circa due mesi quotidianamente pennellature locali con cuproiodase pura, a cui faceva seguire 5 minuti di polverizzazione a mezzo di un comune atomizzatore. A giorni alterni praticava un'iniezione intramuscolare di cuproiodase.

Con tale cura, sia che alle applicazioni cuproiodiche si facesse precedere la pulizia a secco delle fosse nasali, sia che si effettuasse il lavaggio, si è osservato in tutti gli ammalati un sensibile miglioramento oggettivo e soggettivo.

Scompariva il fetore, diminuiva la produzione dell'essudato crostoso, sparivano la cefalea frontale e il senso di occlusione nasale; però nessun vantaggio si otteneva riguardo alla diminuzione della sensibilità olfattiva e al grado di atrofia già stabilitosi a carico della mucosa e dello scheletro stesso dei turbinati.

L'A. però ha osservato che tale miglioramento è solo transitorio, ricomparendo le croste e, con esse, il fetore e i disturbi soggettivi in capo a circa 15-20 giorni dalla sospensione della cura.

La cuproiodase non può essere quindi considerata come uno specifico nella cura dell'ozena; essa non è che un medicamento di più che viene ad aggiungersi alla serie infinita di quelli che volta a ovlta suscitarono le fugaci speranze dei rinoiatri, senza minimamente risolvere il difficile e complesso problema terapeutico.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ASSOCIAZIONE NAPOLETANA DEI MEDICI E NATURALISTI

Sedute del 4 e 11 Luglio 1927

Presid.: prof. Tedeschi

Chiarolanza R. *Lo stato attuale della chirurgia del Simpatico.* — L'O. premette che nella grande quantità di lavori comparsi in questo ultimo periodo sulla clinica e la fisiopatologia del Simpatico, una nota comune predomina, la incertezza; ond'egli ritiene utile alle ulteriori investigazioni raccogliere e catalogare tutto il materiale documentario, coordinarlo e sceverarlo dagli ingombri e dalle nocive deviazioni. Deve essere anche oggetto di meditazione e di disamina il nuovo indirizzo che va evolvendo da questo sforzo multiforme della chirurgia del Simpatico, con elegante e suggestivo appellativo chiamata *chirurgia del dolore*, la quale sopprime non la sofferenza in quanto stato subbiettivo di una condizione abnorme di un organo o di un tessuto, ma la possibilità della trasmissione dello stimolo dolore. Dimostra ampiamente come i tentativi chirurgici hanno dato la spinta a più approfondite conoscenze anatomiche e fisiologiche, prospetta i due sistemi del Simpatico e del Parasimpatico e ne descrive la struttura istologica e la funzione. Conclude questa parte riportando dal recentissimo lavoro del Delmas la schematizzazione del Simpatico viscerale.

Passa a parlare della chirurgia del Simpatico vasale, la quale ha dato un importante impulso alla conoscenza dell'anatomia e della fisiologia dei riflessi vasali, localizzati dal Hirsch nello strato profondo dell'avventizia quasi sulla muscolare. Accenna alla grandissima importanza che hanno i rilievi del Leriche e del Fontaine circa le variazioni della tensione arteriosa nell'arto superiore in seguito alla asportazione di tutta la catena cervicale, alle altre ricerche sperimentali fatte sugli animali e alle conclusioni alle quali perviene, cioè che a sezione di tutti i rami di un arto detti vasomotori non provoca alcun disturbo durevole della vasomotricità, non produce giammai un *deficit* vasomotore. Gli studi del Leriche in difformità della concezione anatomo-fisiologica tendono a spostare alla periferia la sede di produzione delle azioni vasomotrici regolanti la circolazione locale. Accenna ai tre organi principali dei disturbi funzionali dei riflessi vascolari secondo Schlesiger e ai risultati ottenuti con l'operazione del Leriche nella claudicazione intermittente e nella malattia del Raynaud e conclude per suo conto che pur sfrondando le illusioni e gli entusiasmi che hanno seguito i primi annunzi dei casi favorevoli, e riducendo le indicazioni, essa resta come ausilio terapeutico prezioso là dove si giudichi necessario miglioramento della circolazione locale; per combattere disturbi trofici capaci di compromettere la vitalità dei tessuti. Relativamente alla chirurgia nervosa dell'asma bronchiale la definisce un campo oscurissimo nel quale i risultati fin'oggi conseguiti sono per lo meno contradittorii, ciò che egli spiega con la incertezza della conoscenza anatomica della innervazione polmonare. Anche per l'angina di petto dice che è stato oggetto di innumerevoli tentativi chirurgici ciò che non può meravigliare se si rifletta che vi sono troppi punti ancora oscuri sulla patogenesi della forma morbosa della quale fa un rapido accenno concludendo che, essendo il dolore angoscioso la caratteristica fondamentale clinica, a questo sintomo è stata diretta la terapia chirurgica. Venendo a parlare specificamente della chirurgia del dolore si sofferma sulle due grandi categorie di dolori: quello cerebro-spinale e quello simpatico, e pone il quesito se il Simpatico, che per i fisiologi è un nervo esclusivamente motore è dotato di sensibilità e contiene fibre centripete. Riferisce la concezione positiva del Leriche suffragata da innumerevoli prove chirurgiche, accenna ai risultati incoraggianti raggiunti nella causalgia, nella nevrite ascendente, nei dolori dei monconi di amputazione, nelle nevralgie del trigemi-

Digitized by Google

no. Avviandosi alla conclusione passa alla chirurgia dei dolori viscerali, ne prospetta le basi anatomiche, ed accenna alle simpatectomie periarteriose del Tisserand, Leriche ed altri per malattie degli annessi, ed alla operazione del Cotte, consistente nella resezione del nervo presacrale, la quale, secondo l'O., è quella che maggiormente merita di essere rilevata, per la relativa facilità dell'intervento e per il silenzio nella sensibilità che ne consegue.

Aisenscitat J. *I gravidi amorali. Invertiti. Pervertiti. Incestuosi ed anomali originari.* — L'O. fa una rapida rassegna storica e biologica sull'argomento corredandola con i risultati di notevoli e molteplici esperienze, e chiarendone la genesi sia nei rapporti della eredità delle lesioni anatomiche originarie e delle altre ipotesi formulate dai cultori di simili argomenti, sia considerando la enorme influenza che esercitano le condizioni di ambiente. Correda il suo dire con una lunga serie di interessantissime fotografie, e presenta le sue conclusioni formulando dei voti per una adeguata legislazione, specie nei riguardi degli omosessuali.

Pansini G. *Etologia e patogenesi degli esantemi nella difterite.* — L'O espone lo stato delle conoscenze sui cosidetti esantemi da siero, e dopo una esauriente e serrata critica su tutte le ipotesi fatte sin'ora, espone i risultati notevoli delle sue osservazioni e ricerche corredandole con molte tavole dimostrative. Dopo di aver rilevato che in molti autori antichi è riportata la presenza di esantemi nella diferite nel tre per cento dei casi, non manca di prospettare altresì che con la sieroterapia la media della presenza degli esantemi sale al 33 %. Prospetta nei riguardi anche della disposizione di tali esantemi l'interessamento del sistema nervoso simpatico e le cause invocate di ipersensibilità cellulare nella genesi degli esantemi medesimi.

Conferma che molti dubbi permangono e che occorrono studi ulteriori per risolvere alcuni punti tuttavia oscuri, rilevando altresì che le prove dirette, che avrebbero potuto risolvere il quesito, cioè la cura dei gruppi d'infermi alcuni con siero ed altri senza siero, non è stata possibile per non incorrere in gravi responsabilità nei riguardi dei pericoli mortali pei gli infemi curati senza siero.

Fa delle importanti osservazioni all'interessante studio del dott. Pansini il Prof. G. Cicconardi.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PADOVA

Seduta del 10 giugno 1927

Presid.: prof. M. Donati

Frugoni. *Un focolaio di febbre ondulante nella provincia di Padova.* — L'O. afferma che egli fa una semplice segnalazione di portata sociale. Alcune settimane dopo l'aborto di una capra (non importata) abortirono quattro su otto mucche di una stalla. Contemporaneamente ammalarono tre uomini di casa, e dopo una settimana, un altro colono ed anche il veterinario. In tutti fu accertata la febbre di Malta. L'agglutinazione riuscì positiva (1:130 e 1:160) anche in due altri uomini della famiglia che presentarono febbre lieve e breve, però con tumore splenico. Si sta accertando la natura della malattia anche in una donna. La capra e le quattro vacche che abortirono e un vitello (non presentante fatti morbosi) diedero tutti reazione positiva da 1:170 a 1:520.

E' nota l'evoluzione delle idee e il vivace dibattito sui rapoprti Bruce Bang, che è tuttora argomento di polemiche. Non si è ancora bene spiegato come vi siano paesi e regioni con aborto epidemico e non maltese del tutto corrispondenti per altitudine e latitudine e genere di agricoltura a paesi e regioni con aborto epidemico, più febbre ondulante. Nè è chiarito come mai mentre sono tanto frequenti le infezioni da laboratorio da Bruce siano invece più sconosciute le infezioni da Bang, anzi un tentativo di inoculazione in sette individui (900 milioni di Bang per ognuno) riuscì negativo.

Nel territorio delle Tre Venezie in questi ultimi tempi veri focolai epidemici di febbre ondulante non furono segnalati (un solo caso denunciato alla Prefettura di Rovigo) eppure l'aborto epidemico è noto da tempo.

Merita quindi domandarsi se nella provincia di Padova si stanno creando quelle condizioni che portano alla contemporaneità delle due forme, aborto epizootico e febbre ondulante.

Appunto nell'intento che ciò non avvenga, l'O. segnala subito le sue prime osservazioni onde intervenga l'opera illuminata delle Autorità Sanitarie dei Medici e dei Veterinari.

Pari. — L'O. ricorda d'avere osservato un caso con agglutinazione di 1:5000 per il Bruce nel quale si ebbe la guarigione col chinino. Ex iuvantibus trattavasi di malaria. Quindi la reazione era probabilmente una manifestazione vaccinica (micrococco introdotto senza comparsa di malattia).

Casagrandi. — L'O. fin nel 1924 ha sostenuto la differenza tra la febbre maltese e aborto epizootico. I focolai da Bang sono molto limitati. Notò casi nei quali dopo accurati esami bisognava diagnosticare la febbre maltese. La dottoressa Favini ha fatto studi interessanti per stabilire la differenza tra i due germi (quello di Bang sarebbe più sviluppato).

Lusena. — L'O. non ammette che sia possibile stabilire una differenza tra i due germi.

Cagnetto. — L'O. informa che esistono casi sporadici di melitense. Cinque anni or sono potè osservare due coniugi colpiti da maltese a Venezia. L'anno scorso in una signora di Chioggia riscontrò agglutinazione a 1:250.

Frugoni. — L'O. replica ai vari oratori dichiarandosi lieto di una così importante discussione per tutti i provvedimenti sanitari del caso.

Roberti M. *Nuovi contributi allo studio del contenuto in vitamine di vegetali essiccati.* — Fu studiato il contenuto in vitamine B e C di alcuni vegetali essiccati.

Si ottenne l'essiccazione dei vegetali presi in istudio (cavolfiore, patate, carote, piselli, spinaci), in modo che essi conservino i loro caratteri organolettici fondamentali (colore, odore, sapore, oltre alla integrità più o meno completa delle membrane cellulari).

Questo risultato fu raggiunto mediante una essiccazione rapida, (3-7 ore) al buio, a bassa temperatura (45°-60°) in forte corrente d'aria (2-4 m al "), a depressione di 3 mm. di Hg. In alcuni casi queste operazioni furono eseguite dopo avere immerso per qualche istante il vegetale nell'acqua bollente oppure dopo averlo esposto al vapor d'acqua.

Nei vegetali così trattati le vitamine B e C si mostrano conservate. Si conclude che mediante cautele speciali è possibile ottenere vegetali essiccati i quali conservano le loro vitamine, la stabilità dei quali, coincide con la conservazione, nel prodotto essiccato, dei caratteri organolettici fondamentali dell'organo fresco.

Questo fatto ha interesse anche per le industrie che si occupano della conservazione della verdura e delle frutta.

Fabris A. *Sul circolo epatico nella cirrosi atrofica.* — Il lavoro è stato stampato per esteso su *La Riforma Medica*, 1927, N. 31.

Il segretario: prof. F. Pancrazio

SOCIETA' ITALIANA OTO-NEURO-OFTALMOLOGICA
(Sezione Romana)

Seduta del 12 luglio 1927

Presid.: Mingazzini

Ferreri G. *Clindroma dello sfenoide.* — L'O. illustra un caso raro di cilindroma del seno sfenoidale e del labirinto etmoidale in un uomo di 57 anni. L'inizio del neoplasma si manifestò con disturbi visivi, per cui l'infermo si diresse all'oftalmologo che diagnosticò pallore temporale e corio-retinite maculare: per questo reperto, e per l'aspetto particolare del neoplasma alla rinoscopia anteriore e posteriore, si fece all'inizio diagnosi di «gumma ethmoido-sphenoidalis». La cura antiluetica ebbe esito negativo. Una biopsia (della quale l'O. mostra i preparati istologici) dimostrò trattarsi di un cilindroma. Il tumore in seguito distrusse completamente lo sfenoide e l'esame radiografico (presentazione di lastre) mostrò una grossa propagine endocranica, che, lungo la fossa cranica media, si dirigeva verso l'orbita. Anche il seno frontale destro era invaso dal tumore. L'infermo fu irradiato con terapia profonda, ma venne poco tempo dopo a morte.

Caramazza F. *Sintomi oculari nella meningite sierosa.* — L'O. si intrattiene sui sintomi oculari nella meningite sierosa traendo le sue conclusioni dallo studio di 19 casi. In tutti si trova l'aspetto caratteristico del fondo oculare, cioè l'edema papillo-retinico, la cui intensità può variare e dare così vari quadri oftalmoscopici, i quali possono essere raggruppati nei quattro tipi descritti dal Di Marzo. L'esame del campo visivo serve di controllo al reperto oftalmoscopico, poichè è frequentemente ristretto, a volte a tipo emianopsico, per il consecutivo idrocefalo interno.

Inoltre si riscontra costantemente nel campo visivo l'ingrandimento della macchia cieca, particolarmente in senso verticale, in rapporto con l'edema retinico peripapillare che è maggiormente diffuso lungo il decorso dei vasi retinici. Talvolta si presentano paresi dei muscoli estrinseci degli occhi, più frequentemente a carico del «rectus externus». Infine quanto alla puntura lombare è da rilevare il fatto che a scopo terapeutico è necessario togliere piccole quantità di liquido per evitare l'ipertensione reattiva, che, come hanno dimostrato Balduzzi e Pisani nella R. Clinica Neurologica di Roma, ed altri AA. si produce dopo estrazione di forte quantità di liquido.

A dimostrazione di tale fatto sta un caso studiato dall'O., in cui fu che ore dopo l'estrazione di 12 cmc. di liquor si ebbe cecità accompagn

Digitized by Google

ta da cefalea intensa e vomito. Rifatta la puntura lombare dopo pochissimi giorni, con estrazione di soli 3 cmc. di liquido, si trovò una pressione iniziale più elevata di quella osservata nella prima puntura, ed in seguito ad essa il visus cominciò a migliorare. Non si ebbe nessun fenomeno grave post-puntorio, anzi scomparvero rapidamente la cefalea ed il vomito.

L'O. presenta alcuni ammalati studiati dimostrando all'oftalmoscopio di Gullastrand i vari tipi delle modificazioni del fondo nella meningite sierosa.

Raverdino E. *Tromboflebite settica dei seni cavernosi da sinusite purulenta del seno sfenoidale in una donna gravida.* — Trattasi di una ammalata la quale fu ricoverata all'Ospedale Civile di Brescia essendo gravida all'8° mese. Il ricovero era provocato dal fatto che la donna presentava frequenti rialzi termici, a tipo setticemico, e nel medesimo tempo da alcuni giorni si era manifestato un esoftalmo bilaterale a tipo infiammatorio. Non esisteva alcuna altra lesione neurologica. Il sensorio era integro nonostante l'apparente stato soporoso della paziente. Le lesioni oculari consistevano in esoftalmo bilaterale diretto: bulbi rigidi: congiuntive chemotiche, secernenti; rima palpebrale aperta nonostante un edema della palpebra. Le lesioni palpebrali non erano però di chiara natura infiammatoria. Sul fondo oculare si notava turgore venoso molto accentuato, ed edema della regione maculare. Era accennato il reticolo venoso cutaneo palpebrale. Fu negativo l'esame otorinolaringoiatrico, quello stomoiatrico, e nessuna alterazione era rilevabile a carico dell'apparato sessuale, e non fu possibile scoprire alcuna porta d'entrata per germi capaci di determinare i fatti settici generali e locali.

Fu fatta diagnosi di tromboflebite settica orbitaria e setticemia di origine sconosciuta.

Fu consigliato di provocare il parto, ma questo avvenne spontaneo circa 24 ore dopo l'ingresso della paziente all'Ospedale, dando alla luce una bambina viva. Questo evento determinò un rapido abbassamento della temperatura. Ma le alterazioni oculari si aggravarono. Il reticolo venoso cutaneo palpebrale e temporale si rese più evidente; si aggravarono le condizioni del fondo oculare finchè l'a. morì.

L'autopsia venne praticata allo scopo di scoprire il punto di origine della infezione che successivamente si era localizzata ai seni cavernosi, ed aveva provocato la morte. Data la negatività degli esami clinici speciali precedentemente eseguiti, si eseguì l'esame necroscopico degli organi interni, della laringe, del faringe, delle orecchie, delle arcate dentarie, dei seni mascellari e frontali, dell'etmoide ma con esito negativo. L'orbita presentava del pus sporco tra i vari elementi anatomici. Il seno cavernoso era trombizzato in entrambi i lati e così il coronario. I seni petrosi lo erano nelle parti più vicine ai loro sbocchi nel seno cavernoso. Le vene orbitarie erano trombizzate. Infine l'indagine necroscopica fece scoprire una sinusite purulenta dei seni sfenoidali i quali per la loro parte anteriore erano usurati sì che vi era comunicazione con l'orbita. Le alterazioni del cervello si riducevano ad una intensa iperemia venosa, senza alcun focolaio trombotico o emorragico nella sostanza cerebrale.

PER LA PRATICA

VENEREOLOGIA

SULLA CURA DELL'ULCERA VENEREA

Considerazioni del prof. F. SPRECHER - (Genova)

All'ulcera venerea pare incomba fin dal suo primo apparire con la forza di un destino inesorabile la cura mediante applicazione di polveri medicamentose: qualche cosa che ricorda l'antico provvedimento dell'estrazione immediata ed indiscussa di ogni dente che doleva.

Ciò è tanto vero da potersi affermare con animo sicuro, che, sopra dieci individui affetti da ulcere veneree, non meno di otto si presentano al medico solo dopo avere già sperimentato l'azione curativa delle polveri ben note: l'euforina, l'aristolo, il dermatolo, l'eurofene, il nosofene, l'antinosina e lo jodoformio graveolente, se anche congiunto al più efficace correttivo.

Da che cosa dipende il favore di questa medicazione? Quale ne è l'efficacia terapeutica?

Occupiamoci brevemente di questo argomento d'interesse pratico non indifferente.

L'ulcera venerea, lo si sa, è causata dall'innesto dello Streptobacillo del Ducrey sopra un punto della nostra cute, d'una nostra dermomucosa, di una mucosa accessibile. Avvenuto l'attecchimento dell'innesto, rapidamente si forma ivi una vescicopustola, che ben presto si cambia in pustola vera, ma di breve durata, come quella che non tarda a rompersi ed a lasciare al suo posto un'ulcerazione con i noti caratteri obbiettivi e subbiettivi propri dell'ulcera venerea.

Si inizia allora il periodo del suo accrescimento. L'ulcera si estende in superficie, si approfondisce maggiormente, si modificano ancora i margini, il fondo, l'essudato ecc.: si fa più caratteristica di quello che era al suo primo inizio. Diciamo, che l'ulcera è nel *periodo di progressione*. Questo periodo dura più o meno e ciò dipende da circostanze e condizioni varie e molteplici, che qui sarebbe fuor di luogo e di tempo ricordare.

Ad ogni modo, il progresso dell'ulcera venera, ad un dato momento, s'arresta e si inizia il periodo successivo: quello di *stazionarietà*, caratterizzato dal fatto, che, per un certo tempo, pur esso vario per condizioni diverse, pare che l'ulcera non subisca modificazioni.

Finalmente, con la comparsa delle granulazioni sul fondo e sul margine dell'ulcera si entra nel periodo finale della sua evoluzione, quello della *riparazione*. Merita appena d'essere accennato, che la crescita delle granulazioni, la loro coalescenza, la loro fusione colmeranno la perdita di tessuto connettivo cagionata dal processo distruttivo dell'ulcera e che, dopo ciò, si riprodurrà dai margini e dai resti dei condotti a rivestimento epiteliale della cavità dell'ulcera, il relativo rivestimento epiteliale. Per ciò che riguarda il processo anatomo-patologico dell'ulcera venerea, ci basti ricordare, che alterazioni istopatologiche tipiche ed attive si osservano ben oltre i limiti apparenti dell'ulcera venerea, nella compagine dei tessuti ad essa circostanti, ivi suscitate da colonie rigogliose di streptobacilli profondamente penetrati.

Questi brevi richiami sulla natura, etiologia e patogenesi, sintomatologia e decorso, anatomia patologica dell'ulcera venerea sono sufficienti ad illuminare la condotta del medico curante.

Di fronte ad un processo acuto, rapidamente distruttivo, primo compito è quello di arrestarlo. Raggiunto il periodo di stazionarietà, abbreviarne la durata. Suscitare infine con opportuni mezzi i processi di riparazione.

In questo modo operando e riuscendo all'intento, si trasforma l'ulcera venerea in piaga: una soluzione di continuo a tendenza distruttiva in una tendenza progressiva verso la guarigione. E con ciò non si ottiene solo di liberare il paziente della sua affezione venerea, ma lo si mette al riparo di tutte le note complicazioni possibili: sia di quelle dell'ambito dell'ulcera stessa, quali infiammazione, cancrena, fagedenismo; sia di quelle all'infuori dell'ulcera, auto-innesti, linfangioiti, adeniti.

Il rimedio capace di arrestare il processo distruttivo dell'ulcera venerea nella sua fase di incremento non potrà essere per ciò che quello dotato del potere di annientare l'agente di tale processo patogeno, e cioè lo Streptobacillo di Ducrey, ovunque esso si trovi: od alla superficie dell'ulcera od oltre la parte visibile di essa nella profondità dei tessuti ad essa circostanti.

Tale rimedio dovrà quindi essere dotato di un alto potere antisettico di fronte allo Streptobacillo patogeno, ma pure della capacità di penetrare profondamente nei tessuti ammalati, mantenendo in ciò integra la sua proprietà antisettica.

Sono capaci di agire in tal modo le diverse polveri medicamentose? Io non esito ad affermare di no.

Se infatti esse, come sostengono coloro che ne preconizzarono l'uso nella terapia dell'ulcera venerea, posseggono la proprietà di scindersi al suo contatto, la qualcosa tuttavia per molte delle proposte polveri va dimostrato con maggiori e più attendibili dati di quel che finora sia stato fatto, è certo, che l'an-

Digitized by Google

tisettico, che in tal modo si svolge, agisce insufficientemente e superficialmente, cosicchè nella immensa maggioranza dei casi, non riesce nemmeno ad arrestare il processo distruttivo superficiale ed in nessun caso poi quello che si svolge in profondità, nei tessuti circostanti all' ulcera.

Ma vi ha di più! La maggior parte di queste polveri, ivi comprese quelle che sicuramente si scindono a contatto dell'ulcera e svolgono una tal quale azione antisettica, ha d'altra parte a proprio carico una qualità negativa, un peso morto ed è il residuo insolubile, che, unendosi all'essudato dell'ulcera, forma ad essa un intonaco nocivo, che la espone spesso a complicazioni non desiderabili.

Nel periodo di incremento dell'ulcera venera, è indispensabile se si vuole ottenere l'arresto del processo distruttivo, fare ricorso a rimedi, che da un lato posseggano spiccata azione caustica ed antisettica; dall'altro, che la loro azione si diffonda oltre i limiti del loro campo di applicazione.

Il cloruro di zinco e l'acido fenico rappresentano a questo riguardo due rimedi principi, come quelli che usati in giusta misura non falliscono mai allo scopo.

Poche causticazioni fatte con soluzioni concentrate ed in quella giusta misura suggerita da considerazioni tratte dallo studio di ogni singolo caso, bastano a portare l'ulcera venerea dalla sua fase di incremento a quella di stato.

Puntellata così la casa, che minacciava rovina, si provvederà allora ai ripari.

In altre parole, si cercherà di stimolare con opportuni rimedi la rigenerazione dei tessuti distrutti dal processo ulcerativo: dapprima, il connettivo (corioplassi), che colmerà la cavità dell'ulcera; indi, l'epiteliale (cheratoplassi), che rivestirà la neoformazione connettiva.

Si riesce a questo intento con rimedi diversi, molti dei quali semplicissimi, ed è questo il momento, in cui può trovare logica applicazione anche una polvere medicamentosa, che, pure applicata in quantità minima, svolga lieve azione antisettica e sia inoltre da tanto da dare incremento alla rigenerazione sì del tessuto connettivo, sì dell' epiteliale.

Ma, all'infuori di questo momento, ricorrere all'uso di polveri medicamentose nella cura dell'ulcera venerea significa, a mio giudizio almeno, valersi di una medicazione insufficiente, inutile, spesso nociva.

TERAPIA

Per la cura del mal di mare

C. Schwarze (Berlino, *Fortschr. d. Therapie*, n. 24) partendo dal convincimento che il mal di mare non dipende solo dall'irritazione dell'apparato vestibolare, ma che diversi elementi stimolanti ed irritanti provenienti dall'esterno eccitano con la loro azione, durante il viaggio di mare, l' intero sistema nervoso vegetativo, considera il mal di mare alla stessa maniera dell'asma bronchiale, ed impiega per combatterlo una combinazione di ipofisina, adrenalina ed atropina. Questo preparato va dato per inalazione, possibilmente già prima del viaggio, ma anche durante questo, in piccole dosi.

Gli alcaloidi della belladonna nella cura della malattia di Parkinson

Tra i numerosi sedativi usati nella malattia di Parkinson, un posto notevole, secondo Juillard (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 agosto 1927) deve essere attribuito agli alcaloidi totali estratti dalla belladonna sotto forma di malati (bellafolina). In tre infermi, infatti — uno affetto da parkinson normale e gli altri due da parkinson post-encefalitico — gli effetti sono stati soddisfacenti, sia sul tremore che sulla rigidità, sin dai primi giorni della somministrazione di 45-60 gocce *pro die* di bellafolina, divise in due-tre volte.

E' da notare che, in primo tempo, l'attenuazione del dolore mette maggiormente in evidenza la rigidità, sì da far credere che quest'ultima sia poco o per nulla influenzata dal trattamento con la bellafolina. Ad un esame obiettivo più attento, però, si nota che i sintomi di antepulsione o retropulsione sono migliorati, che la durezza lignea delle masse muscolari è meno pronunziata, che l'attitudine in semi-flessione degli arti si è modificata che la facies è meno statuaria, in conclusione si notano segni, i quali tutti depongono in favore del dato di fatto del miglioramento della sindrome parkinsoniana.

Gli AA. concludono affermando che gli alcaloidi totali della belladonna, pur senza costituire un trattamento curativo della malattia di Parkinson, permettono di far diminuire in modo netto e quasi immediato il tremore e, sebbene dopo un periodo di tempo maggiore o minore, modificano beneficamente pure la rigidità muscolare.

Sul trattamento locale dell'infezione puerperale

Secondo A. Brindeau (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 luglio 1927) il problema della opportunità di una terapia locale nel trattamento dell'infezione puerperale è ancora controverso. Prendendo in esame i vari interventi proposti l'A. crede che si debbano abbandonare le iniezioni endouterine, tranne che nella ritenzione dei lochi per antiflessione, ma in tali casi va eseguita solo una iniezione con sonda grossa a doppia corrente e usando liquido non tossico. Colla stessa indicazione si può usare il drenaggio, preferibilmente di cautchouc, a canna di fucile, iniettando ogni due ore soluzione di Dakin.

Assolutamente da proscriversi è il raschiamento, pericoloso sia per la possibilità di false strade, sia sopratutto per l'inoculazione dei linfatici profondi o dei seni venosi. Meno dannosa è invece l'asportazione di coaguli settici o di cotiledoni colle dita, ma l'intervento è da riservarsi solo a questi casi. L'isterectomia infine è intervento indicato solo nelle infezioni complicate da rotture dell'utero, fibroma sfacelato, emorragie settiche incoercibili o gangrena dell'utero.

In conclusione l'A. ritiene che nella grande maggioranza delle infezioni puerperali ci si debba attenere al solo trattamento medico.

Lo stovarsolo nella cura della paralisi generale progressiva

A. Sèzary e A. Barbè (*Revue neurologique*, num. 6, 1927) hanno presentato alla Società di neurologia di Parigi ventidue ammalati i quali hanno tratto evidente beneficio dal trattamento con lo stovarsolo; essi costituiscono, proporzionalmente, il 32 % del totale dei paralitici trattati, mentre in un altro 20 % non si è avuto alcun effetto della cura; nel rimanente dei casi si sono avuti miglioramenti transitori o parziali

Fra i soggetti migliorati, la maggior parte ha potuto riprendere le proprie occupazioni per un periodo di tempo variabile da alcuni mesi ad alcuni anni; la reazione del liquido cefalo-rachidiano non è, però, in alcun caso, ridivenuta normale.

Quanto alle modalità di somministrazione, gli AA. dopo avere tentato la via endovenosa, l'hanno abbandonata, a causa sopratutto dei disturbi visivi gravi di cui era causa; essi ora adoperano esclusivamente la via sottocutanea, adoperando il farmaco alla dose di g. mezzo nella prima iniezione, g. 1 nelle successive, fino ad iniettare g. 20,5 in ventuno sedute, ripetendo il ciclo, se del caso, dopo qualche tempo.

TECNICA

Come evitare gli inconvenienti della puntura lombare

Mouzon (*La Presse Médicale*, 65, 1927) riferisce che da parte le eventuali gravi complicazioni che per fortuna rientrano fra le eccezioni (effetti letali in tumori endocranici; esplosioni di meningite tubercolare nei pottici) ci sono alcuni segni di intolleranza come: la cefalea, la rachialgia, le vertigini, nausee o vomiti, dei quali la pratica cotidiana deve avere giusta valutazione per evitarli.

Che la ipotensione abbia la sua parte è incontestabile, tanto più che i perturbamenti sono più accentuati in posizione impiedi o seduta; e se talora non sembra esserci correlazione tra la quantità di liquor sottratta e la reazione, gli è che non si esclude la possibilità di una occulta e pertinace effusione, dall'apertura durale rimasta beante, dentro gli strati peridurali. Sebbene tali effetti o sequele non siano molto frequenti, essi sono non meno comprovati, sia da casi di flussi nella fasciatura, sia da presenza di bozze regionali post-puntorie; sia ancora da saggi sperimentali con sostanze coloranti; e finalmente da necroscopie dimostranti un prosciugamento completo dei centri sproporzionato alla sottrazione di pochi cc. di liquor.

Sono del pari incontestabili le evenienze nelle quali si hanno a deplorare conseguenze della ipertensione, pur restandone più difficile la interpretazione. La difficoltà è anche maggiore in quanto non sempre riesce distinguere se i sintomi dipendano dall'uno o dall'altro opposto stato, tanto sono minime le differenze tra' segni stessi.

Ma la opportunità di distinguere è tanto maggiore in quanto dal differenziamento scaturisce anche un trattamento differente.

Sul fondo delle ipotesi si sono anche fatte proposte preventive. Le iniezioni saline che aumentino la massa del sangue, e per secrezione od osmosi quella del liquor; la teobromina o la pilocarpina, l'ipofisina arricchirebbero la secrezione coroidea. Ma se da una parte non si è abbastanza fondati sul meccanismo produttore dei fenomeni, non si può non

Digitized by Google

temere le conseguenze eventuali di un'inconsulta iperseorezione, con blocco delle amigdale cerebellari nel forame occipitale. Dunque bisogna agire in modo indiretto. Innanzi tutto bisogna premunirsi non rinunziando alla buona giacitura decombente; conviene assicurarsi della pressione al manometro Claude. Seguire lo stillicidio anzi moderarlo col mandrino; arrestarsi allorquando si sia raccolto quello che basti di liquor alle ricerche prefisse. Ritirato l'ago, tamponata la parte; rimesso il paziente bocconi, senza guanciali, senza alcuno sforzo, un traversino che assicuri la giacitura genu-pettorale per 15 o 20 minuti. Poi il decubito dorsale senza essersi messo a sedere. Dopo parecchie ore inizio di applicazione di un traversino sotto il capo. Dopo 24 ore, se levandosi riappariscano segni d'intolleranza riprendere il decubito. Questo complesso di piccole precauzioni varranno quasi sempre a scongiurare i danni elencati. Ci sono finalmente pazienti i quali non possono sottoporsi alla degenza. Allora l'estrazione ambulatoria vuole essere anche più cauta, cioè non superare 3 1/2-4 cc. Come che sia questa pratica ambulatoria è tuttaltro che raccomandabile.

In quanto alla puntura sotto-occipitale, essa oltre che molto più innocua di quanto a tutta prima si giudicherebbe; oltrechè meno rischiosa di quanto si voglia affermare, ha al suo vantaggio anche una relativa innocuità; forse perchè la regione si presta meno al drenaggio sotto-aracnoido-epi-durale. Data la minore tensione della dura; e di solito la negatività di pressione cefalo-rachidiana, non si arrischia il facile effondimento di liquido dopo estratto l'ago. Così in circa 300 punture sotto-occipitali si sono lamentati soltanto 3 casi di cefalee leggiere. C'è chi suppone inoltre un differente meccanismo; cioè regolatore riflesso che si desterebbe con la puntura lombare, dando luogo ad una iperseorezione ventricolare riflessa, mentre non si desterebbe nella puntura sotto-occipitale.

Sebbene la puntura sotto-occipitale, per la sua delicatezza non lasci ritenere probabile una larga divulgazione, pure si deve ritenerla di molto perfezionata per opera di Krabbe, Antoni e coloro i quali li imitano.

La puntura si fa con doppio ago: uno inguainante forte, ma breve, destinato ad attraversare il legamento interspinoso ed i legamenti gialli; l'altro più sottile e più lungo, che si adatta dentro quello precedente, e che penetra nel sacco durale. C'è tra' due aghi una differenza di circa 1 cm. in lunghezza. La puntura si inizia con l'ago più grosso, dentro cui resti nascosta la punta di quello più sottile. Quando si è rilevato il passaggio attraverso i legamenti gialli, si fa avanzare l'ago interno, attraversare lo spazio epidurale, perforare la dura madre. Lo stillicidio suole essere lento. Limitarsi a 3-4 cc. Così procedendo si afferma dai sostenitori essere ridotta al minimo la percentuale delle manifestazioni; e di esse soltanto la vertigine.

CASISTICA

Aneurisma dell'arco aortico a rapida evoluzione

CIAMBELLOTTI (*Giornale del Medico pratico*, n. 8, 1927) riferisce di una inferma di 21 anno, luetica, con affezione acuta di reumatismo articolare. La concomitanza della lue col reumatismo articolare acuto potrebbero entrambi spiegare l'insorgenza in questa ammalata di un aneurisma dell'arco aortico ad evoluzione rapidissima, se il decorso e i risultati del trattamento non obbligassero ad attribuire la maggiore importanza etiologica al reumatismo articolare acuto.

L'inferma all'insorgenza di questa affezione non aveva manifestazioni luetiche in atto. Il reumatismo si era istituito ribelle ad ogni trattamento salicilico, le condizioni del cuore e di tutto il sistema arterioso erano già fortemente impegnate ed ogni tanto attacchi febbrili e dolori articolari fortissimi rivelano la floridezza della infezione.

Le cure antiluetiche non apportarono nessuna modificazione sensibile a queste condizioni, finchè dopo un certo periodo, circa due mesi, quando l'ammalata era già dimessa in condizioni generali sensibilmente migliorate, comparve una vasta pulsazione espansiva che dal cavo del giugulo saliva fino all'altezza della laringe e si estendeva lateralmente per circa 3 cm. dall'uno e dall'altro lato della fossetta. La palpazione rivela trattarsi di una vasta sacca aneurismatica continuantesi in amplissima pulsazione espansiva e trasmettente: toni cardiaci a tipo pulsante. L'ottusità retrosternale notevolmente aumentata di ampiezza e d'intensità nella porzione più alta del manubrio.

Questo aneurisma comparve dopo una intensissima cura antiluetica, per cui l'A. ritiene non doversi dare importanza diretta e immediata alla lue. Al contrario la febbre reumatica acuta non è mai cessata completamente per cui l'A. ritiene che l'aneurisma sia l'espressione di una continuata aggressione vascolo-cardiaca del virus reumatico, non potendosi ammettere alla sifilide altro valore che quello del terreno preparatorio all'insorgenza di una manifestazione aneurismatica prodotta dal reumatismo articolare ribelle.

LE TERME D'ITALIA

Levico-Vetriolo

Questa gemma che la guerra di redenzione restituì alla Madre Patria ha una grande reputazione in Italia ed all'Estero per le privilegiate acque che sgorgano nell'amenissima e salubre regione subalpina.

Veduta generale di Levico con la cima Dodici

Le sorgenti arsenicali sono numerose nel mondo ed è convinzione generale degli studiosi che le acque di Levico abbiano un valore superiore a qualunque altra cura arsenicale e ferruginosa.

Levico merita pertanto di esser meglio conosciuta ed apprezzata dai medici italiani, di qualunque regione, come lo è dai medici austriaci e tedeschi che hanno particolarmente studiato la composizione e gli effetti di queste acque.

A questi pregi terapeutici si debbono aggiungere quelli della salubrità dell'aria, del clima temperato, della varietà e bellezza del paesaggio, ciò che costituisce per i sofferenti una somma di benefizi curativi inestimabili.

Le sorgenti arsenicali sgorgano dal monte Fronte a Vetriolo (1500 s. m.) e comprendono l'acqua *forte* e la *debole;* che formano i mezzi curativi specifici della stagione termale. Si usano per bibita e per bagno. I depositi che si accumulano in vicinanza delle sorgenti si adoperano anche per fangature.

La durata della cura è in genere da 4 a 6 settimane; dopo tale periodo si può continuare, se necessario, anche la cura a domicilio, la quale si può fare sempre, in ogni epoca, con ottimi risultati.

I migliori risultati curativi si hanno nelle malattie del sangue (anemie, clorosi, leucemia, malaria) nelle malattie del sistema nervoso (nevriti e paralisi periferiche, crampi, nevralgie, nevrastenia; isterismo; corea) nelle malattie del ricambio materiale (gotta, morbo di Basedow, diabete), in molte malattie delle donne a decorso cronico, nelle malattie della pelle dove in generale è indicata la cura dell'arsenico (psoriasi, eczemi cronici, prurito, acne, sicosi, micosi, dermatosi parassitarie, lupus ecc.) nei postumi di malattie infettive ecc. ecc.

Vetriolo è come una filiale di Levico, a 1500 sul mare, ove si possono fare tutte le stesse cure di Levico, con l'aggiunta di un salubre clima di alta montagna. Le due stazioni offrono tutti i diversi mezzi ed il conforto dei luoghi di cura famosi; Levico è anche una graziosa cittadina (7000 abit.) pulita, ospitale, con ottima acqua potabile. Vi si possono praticare l'areo-elio-idroterapia ed anche i bagni di lago. I dintorni sono amenissimi e ricchi di boschi resinosi e prati. Escursioni bellissime e facili possono farsi sul Panarotta, Fravort e Groenlait e visite interessanti ai paesi della guerra, specie del settore Astico-Brenta.

Numerosi alberghi e pensioni offrono il conforto ed i comodi richiesti dalle moderne esigenze.

Quest'anno le stazioni sono state frequentatissime, ed ogni anno il numero dei frequentatori aumenta. Sicuramente, per l'efficacia delle acque, per la salubrità del clima e l'amenità della posizione, Levico è destinata a diventare una delle più importanti stazioni di cura italiane, come è stata ed è fra le più frequentate da tedeschi ed austriaci.

Digitized by Google

LIBRI ED OPUSCOLI

BARD L. *Le forme cliniche della tubercolosi polmonare* (Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire). 1 vol. di pag. 98. N. Maloine, editore. Rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI), 1927. Prezzo fr. 10.

Nella prima parte del libro, l'A. espone la sua classificazione personale delle forme cliniche della tubercoosi polmonare, classificazione che è essenzialmente quella presentata nella relazione ufficiale al Congresso francese di medicina di Montpellier nel 1896, con l'aggiunta però di forme nuove, le quali sono per la maggior parte suddivisione delle forme precedenti. La caratteristica principale di questa classificazione è che essa limita l'appellativo di forme cliniche alle multiple varietà che nel quadro clinico della tubercolosi polmonare costituiscono delle entità nosologiche secondarie, possedendo però una relativa autonomia dall'insorgenza fino alla loro terminazione e che hanno un'evoluzione ed una prognosi tutta propria.

Poichè la classificazione adottata dall'A. è stata variamente discussa, nella seconda parte del libro vengono riuniti e discussi i vari giudizi emessi su di essa e le altre classificazioni che ad essa si contrappongono.

DE RÒSE C. *La Tubercolosi.* Un vol. in 8° di pag. 170. Ed. R. Contessa, Napoli, 1927.

In rapida ed accurata sintesi l'A. espone quanto fin oggi è noto circa la diagnosi e la profilassi della infezione tubercolare e circa le varie reazioni di indole immunitaria che possono con somma utilità integrare il quadro sintomatico.

Quindi passa a descrivere la tubercolosi dei vari organi e sistemi, a cominciare dall'occhio e finire alla cute, soffermandosi in special modo sulla forma pulmonare ed esponendo di questa l'anatomia patologica, la sintomatologia, la diagnosi e la prognosi.

S'interessa infine largamente della terapia di questa grave affezione descrivendo successivamente la cura sanatoriale, l'elioterapia, l'idroterapia, la terapia alimentare, la psicoterapia, la terapia medicamentosa, l'opoterapia, la chemioterapia, l'immunoterapia, nonchè la fisioterapia, quale quella radiologica e quella del pneumotorace artificiale.

DE THURZO E. *I nuovi metodi delle reazioni colloidali del liquido cefalo-rachidiano* (Les nouvelles méthodes sur les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien). 1 vol. di pagg. 200 circa, con 24 figure e 3 tavole a colori. Ed. N. Maloine, 27, rue de l'École-de-médecine, Parigi, 1927. Prezzo fr. 30.

Le reazioni umorali del liquido cefalo-rachidiano sono divenute oggi complemento necessario per la diagnosi delle affezioni del nevrasse e il loro numero si è moltiplicato, nonostante che non tutte possano avere la stessa importanza diagnostica in pratica. L'A. espone ora nel presente libro la tecnica delle più recenti reazioni proposte, (reazione dell'oro colloidale, del mastice, del benzoino, ecc.) rendendo noti anche i risultati della sua esperienza personale e portando il suo contributo di una nuova reazione colorata del benzoino, la quale, per la facilità con cui può essere letta, rende più facilmente visibili anche alterazioni minime del liquor.

Precede il libro una felice prefazione del prof. G. Guillain.

MAROTTA R. *La chirurgia del medico.* Vol. di pag. 208, con prefazione del prof. M. Landolfi. F. Farciglia S. Aniello Caponapoli 10 Napoli. L. 22.

Il sottotitolo del libro «Piccoli interventi chirurgici nella pratica medica», mentre ne specifica il contenuto, testifica il grande valore pratico del fine, che l'A. si è proposto e che è stato raggiunto egregiamente, per la chiarezza ed eleganza del dettato, oltre che per l'interesse dei particolari illustrati, tanto nelle varie forme di iniezioni, punture esplorative ed evacuative, quanto per il salasso, per la trasfusione, per i cateterismi, per la estrazione di corpi estranei, per la cutireazione, vaccinazione, intubazione, scottature.

BALP S. *La missione igienica e sociale delle scuole di Bergamo.* Stab. Tip. G. Capella, Ciriè, 1926.

BOATTINI G. *L'innesto tiroideo.* Estratto dallo «Archivio Italiano di Chirurgia», fasc. 1, 1926.

GIOSEFFI M. *La costa Istriana nella sua importanza climatologica e talassoterapica.* Estratto dal «Quaderno», n. 3, 1925.

MUSMECI N. *Notevole caso di morbo spinale.* Estratto dalla «Rivista medica», anno XXXIV, 1926.

RONZANI E. *Spedalizzazione dei tubercolosi.* Relazione al IV Congresso nazionale dell'Associazione italiana per l'Igiene. Stab. Tip.-Lit. Stucchi, Ceretti. Milano, 1926.

SEGA A. *Sulla agglutinabilità aspecifica del micrococco maltese.* Estratto da «Rinascenza medica», n. 15, 1926.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA ROMA

Il Contributo della Croce Rossa Italiana all' assistenza sanitaria scolastica. — Da una recente relazione del Gen. Prof. Baduel risulta in una grande sintesi l'opera che la Croce Rossa italiana svolge per l'assistenza scolastica.

Una fiorente branca dell'Istituzione è la Croce Rossa giovanile, che può dirsi un perfezionamento dell'iniziativa *Contributi scolastici*, attuata nel 1915. Essa spese nell'anno 1924-25 lire 782648, e nel 1925-26 lire 708139.

L'attività della medesima si svolge con l'identificazione somatica degli scolari e la compilazione della relativa scheda, col controllo successivo delle loro condizioni di salute, con cure fisiche, con la refezione, con la distribuzione di vesti e calzature, libri, quaderni ecc., con l'assistenza in colonie climatiche.

Le principali iniziative della Croce Rossa in questo campo si sono svolte in tre regioni d'Italia.

La prima, e più importante, fu attuata in collaborazione con le scuole per i contadini dell'Agro romano e delle Paludi Pontine, nell'anno scolastico 1922-23 ed oggi si estende a tutte le scuole rurali del Lazio. Il programma stabilito venne attuato con la collaborazione degli insegnanti, dei quali un gruppo fu accolto, per l'opportuna preparazione teorica e pratica, per un mese, nel Preventorio per bambini gracili «Emilio Maraini» a Fara Sabina.

La preparazione ne fu particolarmente dedicata allo studio della prevenzione della tubercolosi e della malaria.

Altri insegnanti vennero perciò inviati a frequentare la Scuola di Nettuno, dove viene formato il personale per la lotta antimalarica.

Il secondo esperimento fu fatto nelle scuole di alcuni comuni del Lazio per mezzo di insegnanti addestrate nella *Scuola assistenti sanitarie* in Roma; ed una terza iniziativa fu effettuata, in collaborazione con l'Associazione del Mezzogiorno, in Basilicata, in Calabria ed in Sicilia ove fu ripetuta la stessa organizzazione.

Nel 1926 l'assistenza fu attuata in 5 province, con un numero di classi assistite di 177, per 3603 scolari, in 82 comuni.

La Croce Rossa giovanile, pure nel decorso anno 1926, ha beneficato 8000 scolari, infermi o gracili, delle scuole primarie e secondarie, con un totale di trecento mila giornate di assistenza.

Questa istituzione ha la sua nota particolarmente simpatica nel fatto che si esercita praticamente la solidarietà di aiuto degli scolari verso i compagni bisognosi, con l'applicazione del nobile motto: *il fanciullo per il fanciullo.*

V. G.

DA TRIESTE

I. ***L'attività dell' Istituto di S. Bartolomeo per lo studio della fisiologia dell' uomo al mare.*** — L'Istituto di S. Bartolomeo è sorto nei locali del Lazzaretto per opera del prof. A. Herlitzka allo scopo di studiare la fisiologia dell'uomo in rapporto all'influenza del clima e dell'acqua marina. Nonostante il breve periodo di tempo nel quale ha potuto funzionare, per la scarsezza di mezzi economici, pure la produzione scientifica di esso si è già affermata. Tra le varie ricerche eseguite ricordiamo: quelle del prof. G. Viale, direttore dell'Istituto di fisiologia di Rosario (Argentina) sull'«Azione fisiologica dell'iniezione di acqua di mare sul ricambio respiratorio; quelle del prof. Gaida, direttore dell'Istituto di fisiologia di Pavia, sull'«Azione fisiologica delle iniezioni endovenose di acqua di mare sui gas del sangue»; quelle del prof. A. Rabbeno (Pavia) sull'«Influenza del bagno di mare sulla funzione respiratoria dell'uomo», sulla «Meccanica respiratoria durante il nuoto», sull'«Azione del mare sul sangue» e sul «Glucosio del sangue dopo iniezioni endovenose di acqua di mare»; le ricerche della compianta dott. M. Levi sull'«Azione del bagno di mare sulla perspiratio insensibilis», dei dott. A. Chiatellino, e M. Gianotti sulle «Modificazioni ematologiche conseguenti al bagno di mare», del dott. R. Margaria sulla «Temperatura dell'aria espirata e la ventilazione polmonare durante il bagno di mare», del dott. P. Cerruti, sull'«Effetto del bagno di mare sul tono muscolare», ecc. Tutti questi studi sono stati pubblicati per esteso in riviste scientifiche italiane e straniere.

II. ***Il Consorzio antitubercolare provinciale dell'Istria nel 1926.*** — E' da segnalare l'opera di questo Consorzio, che ha già provveduto all'istituzione dei dispensari antitubercolari di Pisino e di Rovigno e fra breve ne farà sorgere uno a Pola.

Per ora gli ammalati più gravi sono stati ricoverati nell'Ospedale

Digitized by Google

di Pola, molti di questi anche sottoposti a cura pneumotoracica. Il Consorzio ha inoltre sovvenzionato varie colonie estive per bambini e ha stanziato la somma di L. 14,000 per colonie estive temporanee. L'opera di propaganda, d'altra parte è stata svolta con pubbliche conferenze, tra cui una a Pola del prof. Castiglioni, e con conferenze per mezzo delle cattedre ambulanti antitubercolari, con proiezioni di films e diffusione di opuscoli e stampati agli insegnanti e alle scuole.

III. ***Il Consorzio antitubercolare provinciale di Trieste.*** — Continua a svolgersi encomiabilmente l'opera di questo Consorzio che, nella città di Trieste, oltre al dispensario di via della Madonnina, trasferitosi recentemente in via Udine, ha aperto un nuovo dispensario «Saul Modiano» in via Pondares. Aumenta intanto l'affluenza di malati nei dispensari di Monfalcone, Muggia e Grado, in tutti e tre dei quali all'opera di profilassi si è aggiunta quella terapeutica, compresa la cura col pneumotorace artificiale. Nel 1926, la spesa complessiva per queste istituzioni aumentò a L. 52,013.05.

Il Consorzio stesso, inoltre, ha provveduto al ricovero di malati (34) in sanatori e convalescenziari e di altri (14) in soggiorni climatici; ha distribuito 300 capi di vestiario; ha inviato 110 bambini e bambine, in turni di 30 giorni, in colonie estive; ed ha fatto pervenire un memoriale a S. E. il Ministro per l'Econ. nazionale, affinchè la sovvenzione offerta dalla Cassa di assicurazione contro le malattie venga protratta per gli operai tubercolotici fino a 52 settimane.

Il Consorzio ha iniziato, anche, quest'anno l'applicazione del sistema di profilassi denominato «Opera Grancher» ed ha tenuto un corso per vigilatrici sanitarie.

M. Gioseffi

SANITA' PUBBLICA

Notizie riassuntive sulle manifestazioni delle malattie infettive dell'uomo soggette a denunzia nel Regno durante l'anno 1926.— Durante il 1926, come si rileva dalle cifre riassuntive riportate nel *Bollettino delle malattie infettive del Regno* n. 22, 1927, si è avuta una sensibile diminuzione delle denunzie di gran parte delle malattie infettive rispetto all'anno precedente, fatta eccezione dell'influenza, della febbre tifoidea ed infezioni paratifiche, e della pertosse. Più particolarmente si può notare per le singole malattie quanto segue:

Morbillo: 98.158 denunzie nel 1926, rispetto a 164.485 nel 1925, con episodi epidemici di maggiore importanza nelle provincie di Sassari, Lecce, Cagliari, Caserta, Ascoli Piceno, Aquila, Catanzaro, Reggio Calabria.

Scarlattina: 16.062 denunzie nel 1926, di fronte a 16.733 nel 1925; più colpiti i comuni di Rignano Garganico (Foggia), Settingiano (Catanzaro) e Leprignano (Roma).

Vaiuolo e vaiuoloide: 112 denunzie nel 1926, meno che negli anni precedenti; casi isolati, di carattere mite.

Varicella: 9.399 casi nel 1926 e 9.045 nel 1925, con maggiore accentuazione nel Lazio, nella Venezia Giulia, nella Sardegna, nella Venezia Tridentina e nella Toscana.

Tifo esantematico: 34 casi, di cui 31 a Napoli, durante il 1° semestre 1926; questi casi, dovuti ad importazione della malattia, risultarono tutti connessi tra loro e furono localizzati in 3 zone della città e tra parenti e persone che avevano avuto contatto con i malati.

Febbre tifoidea e infezioni paratifiche: 35.649 denunzie, per febbre tifoidea, rispetto a 24.264 nel 1925; 6.711 denunzie per infezioni paratifiche, rispetto a 5.036 nel 1925. Maggiormente colpito è stato il Lazio; vengono poi l'Umbria, le Marche, la Lombardia, gli Abruzzi, la Venezia Giulia, la Toscana, l'Emilia, la Liguria, la Campania, il Veneto, le Calabrie, la Venezia Tridentina, la Sardegna, il Piemonte, la Basilicata, le Puglie e la Sicilia.

Dissenteria bacillare: 1.742 denunzie, rispetto a 2.046 nel 1925.

Dissenteria amebica: 522 denunzie, rispetto a 644 nel 1925; la maggiore percentuale si riferisce alla Sardegna.

Febbre mediterranea: 1085 denunzie nel 1926, 1.439 nel 1925, con maggiore diffusione in Toscana e Sicilia.

Meningite cerebro-spinale epidemica: 532 denunzie, di fronte a 581 nel 1925.

Influenza: le denunzie sono state in numero quasi triplo di quelle dell'anno precedente (184.499 nel 1926 e soltanto 64.736 nel 1925).

Encefalite letargica: è in diminuzione (450 casi nel '26, 681 nel '25); è stata più frequente nell'Italia settentrionale e centrale.

Poliomielite anteriore acuta: 388 casi, rispetto a 780 nel 1925; con la stessa diffusione geografica che per l'encefalite letargica.

Difterite e croup: 14.923 casi denunziati, di fronte a 15.383 nel 1925; percentuali più alte nel Lazio, Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Emilia, Marche, Venezia Tridentina, pur senza aversi veri episodi epidemici.

Pertosse: 31.282 denunzie nel '26; 23.756 nel '25; maggiore frequenza in Sardegna, Venezia Tridentina, Calabrie, Lazio.

Febbre puerperale: in lieve diminuzione.

Pustola maligna: sensibile diminuzione rispetto al 1925.

Leishmaniosi: 263 denunzie, di cui 223 in Sicilia; le denunzie nel 1925 invece furono in numero doppio.

Malaria: E' stata in notevole diminuzione in tutto il Regno (220.602 casi nel 1926, 283.109 nel 1925); la maggiore diminuzione si è avuta specialmente in Sardegna, poi nel Lazio, nella Campania, nella Basilicata.

Rabbia: denunzie di persone morsicate da cani sospetti: nel '26, 8.622, nel '25, 9.415; casi di rabbia dichiarata: 105 nel '26, 163 nel '25.

Malattie esotiche: nel 1926, nessun caso di colera asatico, di peste e di febbre gialla è stato denunziato.

Denuncia delle cause di morte. — Con recente circolare del Ministero dell'Interno n. 20,000 si richiama l'attenzione degli Ufficiali sanitari su questo argomento di tanto interesse per la Sanità pubblica.

L'Istituto Centrale di Statistica, che presiede, tra l'altro al rilevamento dei dati demografici della popolazione, ha potuto, infatti, rilevare, attraverso l'esame delle schede nominative redatte per ogni persona defunta — ché ad esso pervengono direttamente dai Comuni — che non sempre, dalle dette «schede» può desumersi in modo preciso la malattia, che ha determinato il decesso.

Si è infatti osservato che spesso la indicazione della causa di morte, anzichè riferirsi al processo morboso fondamentale, si limita ad indicare qualche sintomo (ad esempio convulsioni) oppure la causa ultima (paralisi cardiaca, emottisi, emorragia, ecc.).

Ad eliminare, per quanto possibile, l'inconveniente lamentato si ritiene necessario che gli Ufficiali Sanitari, a mezzo dei Medici provinciali e con la collaborazione degli Ordini dei Medici, richiamino tutti i sanitari ad una più completa valutazione dei fini della «scheda» del certificato di morte e quindi della necessità che essa sia redatta con la più grande diligenza.

D'altra parte, affinchè gli ufficiali sanitari possano essere in grado di controllare tale servizio, la circolare dispone che l'ufficio di Stato civile comunichi all'Ufficiale Sanitario o ad un Sanitario da questi delegato le «schede nominative di morte» per un esame preventivo.

NOTIZIE

Nomine e Onorificenze. — Il colonnello medico gr. uff. Vittorio Perego, già Direttore dell Ospedale militare principale di Milano per parecchi anni, poi collocato a riposo per limiti di età, è stato nominato generale di Sanità.

XII Congresso Internazionale di Idrologia, Climatologia e Geologia Medica — Il XII Congresso Internazionale di Idrologia, Climatotologia e di Geologia Medica avrà luogo dal 5-9 ottobre 1927 a Lione, sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica francese.

Il congresso sarà diviso nelle sue tre distinte sezioni, e sarà accompagnato dalla Esposizione Internazionale delle Stazioni Idrominerali, Climatiche e Marine.

Il Comitato Italiano per la propaganda del Congresso è stato così costituito: Presidente prof. Andrea Vinaj. Consiglieri: sen. prof. Queirolo, on. prof. U. Gabbi, prof. L. Devoto, prof. G. Ruata, prof. C, Cattaneo, prof. Ceresole, prof. D. Burgonzio, gr. uff. A. M. Rebucci, gr. uff. Granelli, comm. Saccani.

Sono concesse notevoli facilitazioni di viaggi e di soggiorno per aderenti ed espositori.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale del Congresso Internazionale Idrologico presso la Facoltà di Medicina, Quai Claude Bernard, n. 18, Lione.

IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea. — Il 24 di ottobre p. v. sotto gli auspici del R. Governo Italiano, presieduto da S. A. R. il Principe Amedeo di Savoia-Aosta, Duca delle Puglie, verrà tenuta in Roma, nella Sede della Reale Accademia dei Lincei, la seduta inaugurale del IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea.

Dopo l'apertura ufficiale, il Congresso, per iniziare i lavori, si scinderà in 6 sezioni, e precisamente: 1. Sezione Navigazione aerea; 2. Sezione Scientifica ed Aerologica; 3. Sezione Tecnica; 4. Sezione Giuridica; 5. Sezione Medica; 6. Sezione Turismo e Propaganda.

= 1201

Digitized by Google

Queste Sezioni si riuniranno giornalmente nei giorni seguenti, per attendere alla lettura ed alla discussione delle memorie, presentate a suo tempo dai Congressisti.

Tutti i signori medici che desiderano prender parte attiva alla Sezione Medica del Congresso potranno rivolgersi: per l'Italia direttamente alla Segreteria Generale del Congresso in Roma, via della Mercede 9, Maggiore A. A. Pier Francesco Bitossi; per l'Estero alla rispettiva Ambasciata o Legazione.

Le comunicazioni dovranno essere inviate alla Segreteria Generale entro il 15 settembre p. v.; alla stessa vanno anche inviate le richieste di iscrizione, insieme con le quote di ammissione.

La quota di ammissione per i «membri effettivi» è di lire italiane 50. Le persone di famiglia possono partecipare come «membri aggiunti» pagando la quota di lire italiane 25 ciascuna.

Se l'invio delle quote di ammissione avviene a mezzo chéques pregasi intestarli al: Maggiore Pier Francesco Bitossi, Segretario Generale IV Congresso Internazionale di Navigazione Aerea, via della Mercede 9, Roma.

Le memorie scritte (che si prega inviare dattilografate ed in duplice copia) possono essere redatte in italiano, francese, inglese; il Comitato accoglierà anche memorie redatte in lingua diversa e ne permetterà la lettura in sede di Congresso, purchè vengano accompagnate dalla traduzione o per lo meno da un sunto in una delle tre lingue sopra specificate.

Il Congresso si chiuderà il giorno 30 ottobre con un banchetto di addio. Ai congressisti saranno fatti visitare i principali stabilimenti industriali dell'Aeronautica italiana ed i principali impianti dell'Aviazione militare. Saranno anche accordate speciali facilitazioni di viaggio.

V Congresso nazionale dell' Associazione italiana fascista per l' Igiene in Roma. — Dal 12 al 16 ottobre 1927 si terrà in Roma il V Congresso nazionale dell'Associazione italiana fascista per l Igiene: presidente generale ne è il prof. A. Sclavo (Siena), presidente del Comitato esecutivo, il prof. P. Pediconi (Roma), segretario generale, il dott. G. Palomba (Roma). I temi messi all'o. d. g. sono: 1. Prof. A. Sclavo (Siena), «Igiene e lavoro». 2. Prof. F. Abba (Torino), «Approvvigionamento del latte». 3. Prof. G. Pecori (Roma), «I provvedimenti governativi per la profilassi della febbre tifoide». 4. Prof. P. Pulgher e ing. G. Rodella (Genova), «Smaltimento delle immondizie». 5. Dott. G. Escalar (Roma), «La scuola rurale e la lotta antimalarica nell'Agro Romano».

Sono in programma, inoltre, ricevimenti, escursioni (a Ostia e Tivoli), visite a scuole, colonie, stazioni sanitarie, ospizi, dispensari; preventori, sanatori, bonifiche, ecc.; saranno accordate riduzioni ferroviarie.

La quota d'iscrizione è di L. 20 per i congressisti e di L. 10 per i familiari, da inviarsi non oltre il 30 settembre 1927 al Segretario generale dott. Giov. Palomba, Roma (126), via G. G. Belli, 27.

Premio Maragliano sulla tubercolosi pel 1927. — E' aperto il concorso al premio Maragliano di L. 1,000, da assegnarsi al miglior lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi.

I concorrenti al premio dovranno far pervenire al Rettore della R. U. di Genova tre copie del lavoro, scritte a macchina o in bozze di stampa, non essendo accolti lavori già pubblicati. I lavori porteranno il nome e cognome dell'autore, nonchè l'indirizzo del Laboratorio o Istituto nel quale furono eseguite le ricerche, e saranno inviati raccomandati e con ricevuta di ritorno al Rettore della R. U. di Genova entro il 31 dicembre 1927.

Le Giornate mediche di Bruxelles. — Si sono recentemente tenute a Bruxelles le «Giornate mediche», con l'abituale numeroso concorso di medici, nonchè con le rappresentanze di tutte le nazioni europee, del Giappone, del Canadà, del Messico e del Marocco; presenziava alla seduta inaugurale S. M. la Regina. I temi di discussione furono: 1. «Trattamento del diabete con la sintalina» (prof. Snapper, di Amsterdam); 2 «Pancreas e insulina» (prof. Laguesse, di Lilla); 3 «Permeabilità vascolare (dott. Dujardin, di Bruxelles); 4 «Trattamento chirurgico dell'angina di petto» (dott. Danielopolu, di Bucarest). Il prof. P. Mauriac, di Parigi, tenne una conferenza su «I confini della medicina» e varie altre comunicazioni di indole pratica furono svolte. Le «Giornate» furono completate con visite e dimostrazioni varie negli ospedali della città, e furono allietate da un banchetto ufficiale di 400 coperti, da una serata di gala, con la rappresentazione della «Turandot» di Puccini, da un the al palazzo di Giustizia, da un ricevimento al Municipio e da un'escursione a Tournai.

Annessa alle «Giornate mediche» fu anche organizzata un'Esposizione di prodotti farmaceutici e di strumenti chirurgici.

Index analyticus cancerologiae. — Con questa denominazione, la Lega francese contro il cancro pubblica ogni tre mesi un indice bigliografico, che raccoglie e riassume tutti gli articoli riguardanti i tumori maligni pubblicati nei vari Paesi. Membri del Comitato direttivo scientifico di questo Bollettino sono: A. Borrel, J. de Nobele, H. Hartmann, C. Regaud e G. Roussy. L'amministrazione è presso la Libreria Masson et C., 120, Boulevard Saint Germain , Paris (VI) e il prezzo annuo è di fr. 60.

Affinchè la compilazione di questo bollettino riesca più completa, si sono costituiti in Germania, Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Olanda, Norvegia e Svezia dei comitati nazionali di redazione. Anche in Italia, per opera della Lega italiana per la lotta contro il cancro, si è formato un comitato per detto scopo, composto dal prof. sen. Alessandro Lustig, dal prof. Raffaele Bastianelli, dal prof. Gaetano Fichera e dal prof. Pietro Gallenga. Si invitano, pertanto, tutti coloro che pubblicano lavori di cancerologia a volerne inviare copia a detto Comitato presso la Lega italiana in Roma, via Alberico II, 4 B.

Premio " prof. Amerigo Barlocco ". — Con R. D. n. 1451, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 201, 1927, la Regia Università di Modena è stata autorizzata ad accettare una donazione per l'istituzione del premio annuo «prof. Amerigo Barlocco».

Contributi a favore dell' Opera di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia. — Con Legge n. 1427, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 189, 1927, è stato convertito in legge il decreto-legge 3 marzo 1927, n. 331, riflettente aumento del contributo annuo obbligatorio dovuto dai sanitari italiani, nonchè del contributo annuo governativo, a favore dell Opera pia nazionale di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia (Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani).

Lasciti e donazioni. — Il compianto maggiore cav. Enrico Ballerio ha istituito erede universale della sua sostanza, che ascende ad oltre tre milioni di lire, l'Ospedale Maggiore di Milano, legandone alla moglie l'usufrutto vitalizio.

Pure all'Ospedale Maggiore, il sig. Carlo Mazzi di Milano, ha legato la somma di L. 50,000.

Corsi per medici in lingua inglese all'Università di Parigi. — La Facoltà medica di Parigi ha organizzato per il prossimo mese di ottobre una serie di lezioni e dimostrazioni in lingua inglese, riguardanti le malattie polmonari, nervose, cardiache, osteo-articolari, l'oftalmologia e altre specialità. Il prezzo per ogni lezione e per ogni allievo è di L. 50. Richiedere notizie più dettagliate al segretario dell'A. R. M., Salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, 12, Paris (VIe).

Una casa dei medici a Chicago. — E' stata inaugurata a Chicago una casa dei medici, sorta tra la Wabash Avenue e la Lake Street, alta 23 piani. In essa hanno preso sede la «Chicago Medical Society», la «Chicago Dental Society», l'«American Dental Association», la «Illinois Medical Society», e prossimamente vi avranno sede anche l'«Institute of Medicine» e varie altre associazioni di specialità. Detta casa comprende anche un club medico; l'auditorium, da ultimarsi ancora, sarà capace di mille posti a sedere. Il capitale per la costruzione è stato coperto per mezzo di azioni.

Festeggiamenti in onore di Bordet. — In occasione del compimento del suo 57° anno di vita, si è svolta a Soignies (Belgio), sua città natale, una cerimonia in onore di Jules Bordet, con l inaugurazione di una lapide apposta sulla casa ove il Bordet è nato. Parlarono il borgomastro dott. Paternoster, il dott. Herman, direttore dell'Istituto batteriologico dell'Hainaut, e l'on. G. Heyppen. Allietarono la cerimonia concerti e cori di bambini.

ERRATA-CORRIGE

Nel fasc. 36, rubrica *Commenti e Postille* a pag. 860, prima colonna, rigo 22°, leggasi: « pubblicato un altro in «Clinica Pediatrica» *1925* trovano riscontro nella ».

Ed alla istessa pag. 860, prima colonna, i righi 67 e 68 si leggano:

« (ed intanto, nella lunga attesa, sospende la diagnosi?!) ma, cosi *ragionando,* quasi tutti i capitoli di patologia sperimentale e la generalità delle ri- ».

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 26 Settembre 1927 — N. 39

CONFERENZE

SCUOLA LIBERA MEDICO-CHIRURGICA NAPOLETANA

LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO UTERINO

Conferenza del dott. VINCENZO LENZI
ai Sanitari della regione Lucana (Potenza)

Vi esporrò prima alcune brevi nozioni etiologiche ed anatomo-patologiche, intorno alle quali potremo poi inquadrare le nozioni diagnostiche.

Il sesso femminile, dolorosamente, paga un maggior tributo al cancro, sopratutto a causa della suscettibilità maggiore e speciale dell'utero e della mammella: facendo astrazione di questi due organi il cancro sarebbe più frequente nell'uomo.

Non esiste per il cancro una eredità morbosa, intesa nel senso stretto della parola, anche se si osservano casi che la lascino chiaramente intravvedere; infatti numerose statistiche riducono questa eventualità a una bassissima e quindi invalutabile percentuale.

Però si deve «ammettere una predisposizione generale al blastoma e forse anche una disposizione organica speciale» (Cappellani): ciò può essere ed è ereditario, non il cancro in sè e per sè.

Vi sono inoltre malattie generali dell'individuo che, allo stesso modo del fattore ereditario, rendono il terreno organico incline all'attecchimento del male, quali il diabete, la sifilide, la tubercolosi.

Ed in fine vanno considerate delle condizioni locali che favoriscono l'insediarsi del male: le irritazioni croniche quali quelle degli stati catarrali del collo di lunga durata; le erosioni del muso di tinca, i parti numerosi, difficili, operativi; le lacerazioni cervicali col conseguente ectropion della mucosa cervicale e catarro: tutti questi fattori locali rappresentano la porta aperta alla penetrazione del germe, e voi comprenderete quindi quale valore abbia la eliminazione profilattica di essi nella lotta preventiva contro il cancro. Occorre sicchè, d'ora in avanti che voi, sanitarii, non guardiate più a queste lesioni genitali come a fatti banali e curabili con le solite lavature e medicature; ma come ad eventuali futuri punti di partenza di un cancro e che, esaurito un breve periodo di cure mediche, se la lesione non accenna a regredire, specie nell'età prossima al climaterio, provvediate col chiedere il parere di un ginecologo, o quanto meno che teniate di occhio le lesioni e consigliate le vostre pazienti a sorvegliarne le manifestazioni subbiettive, sopratutto le perdite leucorroiche.

Dal punto di vista della sede il carcinoma uterino può localizzarsi nel collo, ovvero nel corpo. Nelle due sedi, sembra strano tuttavia è così, pur trattandosi di due sezioni dello stesso organo, il cancro decorre con caratteri tanto differenti che si potrebbero dire specifici: il cancro del collo è più precoce, appare tra il 40° e il 50° anno, talora anche prima, assai di rado oltre il 50° anno; quello del corpo appare quasi sempre dopo il 50° anno. Il primo ha un decorso molto rapido, e tanto più rapido ed esiziale quanto più giovane è la paziente; il secondo invece procede assai più lentamente.

Il primo è all'inizio e per non breve periodo scompagnato da dolori, mentre il secondo è spesso accompagnato da dolori che precedono il fluire delle perdite e che sono causati dalla difficile permeabilità o addirittura dalla impervietà dell'orifizio interno, determinate dalla involuzione post-climaterica dell'organo. Nel primo all'esame obbiettivo si riscontra una più o meno rilevante alterazione anatomica del collo, con integrità del corpo; mentre nel secondo il collo è anatomicamente sano, e si osserva solo un certo aumento di volume, peraltro non sempre rilevabile del corpo. Nel primo infine coll'esame obbiettivo si provocano emorragie più o meno notevoli, per le dilacerazioni del friabilissimo tessuto blastomatoso, mentre ciò non accade nel carcinoma del corpo.

La forma anatomica del carcinoma del corpo è quella di un adeno-carcinoma, che si estende dpprima in superficie, e poi, se non contemporaneamente, invade e distrugge la muscolare. La resistenza che incontra da parte di questo tessuto (miometrio) sia per la sua speciale tessitura, sia anche per la sclerosi determinatavi dalla menopausa inoltrata, rappresenta forse il più valido fattore della lentezza con la quale il carcinoma del corpo procede.

Il carcinoma del collo invece può avere origine dall'epitelio del muso di tinca e sarà un carcinoma a cellule malpighiane; ma può anche partire dall'epitelio del canale cervicale e sarà allora un adeno-carcinoma del collo. Comunque, esso può nel suo ulteriore decorso espliicarsi ed apparire sotto tre differenti forme, espressione di tre direzioni principali di evoluzione: o svilupparsi in giù, verso la cavità vaginale, assumendo la forma di cavolfiore; o progredire trasversalmente, ossia verso la base dei legamenti larghi e verso i legamenti utero-sacrali, con limitata manifestazione appariscente sul muso di tinca, o anche rimanere chiuso nel canale cervicale con nessuna manifestazione tangibile o visibile all'esterno sul muso di tinca o attraverso l'orificio esterno.

Qualunque sia il punto di partenza del carcinoma del collo, un fatto anatomico di osservazione obbiettiva non manca mai ed è che, là dove esso getta le sue prime radici si constata un aumento caratteristico di consistenza, spesso limitato ad un punto circoscritto del carello anteriore o del posteriore, o di ambedue, e, all'inizio con completa integrità del rivestimento epiteliale.

Quando invece il blastoma si origina dall'epitelio cervicale, o assume la forma poliposa e appare come tale all'orifizio esterno, ovvero si diffonde in direzione centrifuga, distruggendo il tessuto della cervice, questa appare all'esame obbiettivo come un cilindro duro, pochissimo spostabile, su cui invece il corpo è spesso mobilissimo.

Data questa base anatomica, passiamo alla sintomatologia clinica.

Il tripode su cui un tempo si basava la diagnosi di cancro dell'utero era costituito dalla *cachessia,* dalla *emorragia,* dal *fetore delle perdite;* ma oggi, tenetelo ben fisso e chiaro nella vostra mente, questa triade esprime soltanto che siamo arrivati alla generalizzazione del male!

In fatti cos'è la cachessia se non la espressione dell'avvelenamento di tutto l'organismo? Cancellate quindi questa parola dalla vostra mente in quanto essa possa aver riferimento alla diagnosi precoce del carcinoma uterino ed eguale valore date alle perdite puzzolenti e alle emorragie, perchè quando nel carcinoma del collo si hanno questi due fenomeni, vuol dire che il male è progredito a tal segno da distruggere ampiamente i tessuti vicini e da necrotizzarsi in modo da dar luogo all'una e all'altra manifestazione e che nel 90 % dei casi non v'è più nessuna speranza di salvezza.

Non dirò una sola parola sul *dolore,* la cui assenza da medici e pazienti viene invocata spesso con sorpresa per mettere in dubbio la diagnosi dello specialista. Sappiate Signori, che quando il carcinoma del collo arriva a determinare dolori, vuol dire che la sua diffusiose ha raggiunto gli organi vicini, i nervi del plesso sacrale, e quindi, che non vi è nulla più da fare!

Vi aiuterà invece ad avviarvi precocemente alla diagnosi la conoscenza precisa e chiara del *modo normale* come si dilegua la mestruazione nella *menopausa normale*: essa finisce o per graduale diminuzione nel giro di pochi mesi, ovvero per soppressione totale; e una volta avvenuta, la donna sana non deve avere più nulla, nessuna perdita, di nessun genere, per nessuna ragione e ciò deve aver luogo intorno al 45° anno.

Partendo da questo concetto, che dovete scolpire nella vostra mente, giungerete ad un altro conseguenzialmente antitetico col primo e che come questo deve essere egualmente inciso nel vostro cervello, e cioè: tutti i flussi mestruali anche normalmen-

Digitized by Google

te ciclici che si ripetono molto oltre la media dei 45 anni sono sospetti; ogni perdita sanguigna di qualsiasi entità, atipica, non catameniale, o che intervenga a menopausa già stabilita, spontaneamente o per traumatismi quasi insignificanti: coito, lavature vaginali, trapazzo fisico, sforzi di defecazione, movimenti bruschi con sforzo, deve farvi pensare senza discutere al carcinoma del collo già ulcerato o che è per esserlo.

Ma più precoci delle perdite ematiche, e quindi più preziose per la diagnosi in tempo utile, sono le perdite leucorroiche. Sappiate a tal proposito che una donna in regolare menopausa non deve avere leucorrea, di nessun genere e quindi che tutte le volte che questa appare deve essere ritenuta come sospetta e deve perciò essere minutamente e minuziosamente esaminata la paziente dal punto di vista ginecologico.

Oltre questi due dati subbiettivi, che forniscono una base assai valida al sospetto diagnostico, vi sono importantissimi elementi obbiettivi che potrete rilevare coll'esplorazione ginecologica.

A questo proposito devo sfatare ancora una pratica cui correntemente voi fate ricorso, cari colleghi, e cioè l'uso dello speculum. Questo istrumento deve perdere la importanza che voi correntemente gli conferite, cioè di un apparecchio che serva a scoprire tutte le lesioni del collo; prima perchè esso non ha che la funzione di farvi controllare con la vista quello che già dovreste aver percepito col tatto mediante la esplorazione e poi perchè proprio nei casi più importanti dal punto di vista pratico non serve a nulla, anzi riesce dannoso, perchè non facendo rilevare nulla con la vista vi fa scartare ogni sospetto, mentre il piccolo nodulo duro non peranco ulcerato, ovvero sotto forma di un adeno-carcinoma del canale cervicale non ancora diffuso alla *portio* e quindi non ancora visibile, ovvero infine quale carcinoma del corpo.

Più e prima che allo speculum dovete invece far ricorso, prestar fede al riscontro, allenando il vostro dito esploratore. E tutte le volte che i disturbi cataméniali e la leucorrea avranno generato nella vostra mente il sospetto, esplorate e se il polpastrello del vostro indice sentirà una durezza non abituale, più o meno circoscritta sul muso di tinca, o una massa facilmente scolpita dal margine ungueale — « signe de l'ongle » dei francesi — che dà sangue con la vostra esplorazione anche quando non ne avesse dato prima per nessun'altra delle ragioni innanzi enumerate, gettate l'allarme e procedete rapidamente alle indagini ulteriori.

Accennerò solo a due altre lesioni del muso di tinca che potrebbero trarvi in inganno: la sifilide primaria e la tubercolosi; ma a parte che la fenomenologia subbiettiva ed obbiettiva di esse ne sono totalmente diverse, sta il fatto che nel dubbio voi dovete procedere rapidamente oltre, quale che sia il male.

Se invece sul muso di tinca nulla lascia sospettare una lesione neoplastica, mentre la fenomenologia clinica subbiettiva ve lo indizia, correte colla vostra mente a una neoplasia che si sia iniziata nel canale cervicale e allora, con una esplorazione più diligente e più profonda, diretta ad individuare completamente il collo, troverete che esso è voluminoso più dell'ordinario ovvero normale, ma duro, non pieghevole sul corpo, e se il dito esploratore riesce a comprimerlo o a penetrare nel canale cervicale, incontra un tessuto friabile, e facilmente sanguinante.

Altre volte sono dei polipi che si sentono alla esplorazione e si vedono fuoriuscire dal collo. Bisogna sempre diffidare di simili formazioni!

Il carcinoma del corpo insorge più tardivamente, di ordinario a menopausa già stabilita, e non sempre lo si può diagnosticare col solo esame ginecologico, perchè se talune volte il corpo è più voluminoso, specie rapportato alla involuzione critica, non mancano casi in cui il volume è inalterato. Sicchè non vi sono che le emorragie e le perdite siero-ematiche icorose che portino al sospetto.

Compiuta con quanto precede la disamina dei dati anatomo-clinici che caratterizzano le prime fasi del male, i quali, ripeterò le parole del Lackemann, «sono simili a fari che all'osservatore superficiale appaiono soltanto come luci strane, senza speciale significato, che brillano nella oscura lontananza, mentre per l'esperto navigante sono segnali di rocce pericolose e additano alla sua intelligente attenzione la rotta da seguire per salvare la nave», raccogliamoli e fissiamoli brevemente, chiaramente:

1° — Non date alla ereditarietà e alle malattie generali — diabete, sifilide, tubercolosi — il valore di cause del cancro; consideratele come fattori che preparano il terreno, rendendolo favorevole allo sviluppo del neoplasma, ma in vista di simili dati anamnestici, date valore maggiore ai sintomi precursori che potreste aver rilevato.

2° — Tenete di occhio diligentemente e sollecitamente le lesioni infiammatorie banali del collo, che possono rappresentare la porta di entrata e il punto di partenza del blastoma; controllatele sopratutto dopo il 40° anno.

3° — Sospettate dal 40° anno in poi di ogni disturbo del ciclo mestruale e sopratutto di ogni perdita sanguigna non catameniale e di tutte quelle, anche minime, che intervengono dopo la menopausa.

4° — Sospettate grandemente di ogni perdita leucorroica che si abbia o che si accentui dopo il 40° anno.

5° — Non vi lasciate distogliere dal sospetto e ingannare dall'apparente buona salute delle pazienti: in tutte le varietà del cancro uterino spessissimo e per non breve periodo, mentre il male rode silenziosamente e mina profondamente l'organismo, le condizioni generali possono apparire ottime e ingannare sanitarii, levatrici e pazienti, facendoli cullare in un nichilismo deprecabilissimo.

6° — Tutte le volte che con alcuni o con diversi dei fenomeni subiettivi sopraenumerati, praticando il riscontro osservate sul collo una durezza non normale, del tessuto friabile e sanguinante, un collo duro, fisso, aumentato di volume o un corpo più voluminoso della norma, allarmatevi e provvedete rapidamente.

Credo di avervi dato, con tutto quanto son venuto schematicamente esponendovi, la traccia e i mezzi con i quali potrete riconoscere o per lo meno sospettare grandemente come e dove si nasconde il nemico. Eccomi ora a dirvi con quali mezzi bisogna lottare contro di esso.

1. Se raccogliete dalla narrazione della paziente o di suoi congiunti o della levatrice qualche sintoma sospetto, che balzi subito alla vostra mente e alle vostre labbra la terribile parola e siate tenaci, insistenti, petulanti nel voler vedere chiaro per accertarvene con l'esame ginecologico e quando per ragioni e condizioni di ambiente ciò non fosse possibile, spingete con eguale insistenza la paziente a rivolgersi al centro diagnostico regionale o al ginecologo.

2. Se vi sorge il sospetto intorno a una lesione uterina, non esitate un solo istante: inviate subito, senza tergiversazioni o remore, la vostra inferma al centro diagnostico regionale, o a un ginecologo perchè si possa procedere sollecitamente agli accertamenti del caso: esame clinico dello specialista, biopsia del collo, raschiamento diagnostico.

3. Se per speciale competenza qualcuno di voi si sentisse l'attitudine e la capacità di poter provvedere a questi due piccoli interventi, tenga presente che: *a*) la biopsia del collo va fatta escidendo dal punto sospetto un cuneo che avendo la base sul labbro sospetto del muso di tinca, abbia l'apice verso il fornice e che, oltre a parte della lesione sospetta, porti via anche un po' di tessuto sano della superficie esterna ed interna del collo, che perciò deve essere escisso per tutta la sua spessezza e per buona parte della sua altezza. Un punto di affrontamento in catgut o in seta, o uno zaffo con garza al vioformio sterilizzata vi libererà dal fastidio dello stillicidio di sangue; *b*). il raschiamento diagnostico differisce da quello che ordinariamente si pratica in quanto deve essere assai prudentemente fatto, a mano sospesa, specie se vi accorgete che il tessuto sul quale scorre il taglio del cucchiaio è molle, friabile.

Fisserete tanto l'uno quanto l'altro reperto in abbondante alcool a 70°, che rinnoverete un paio di volte nelle 24 ore e poi, nello stesso alcool, rinnovato, in un recipiente ben condizionato e con le notizie cliniche, trasmetterete il tutto al centro diagnostico regionale ovvero ad un istituto di diagnostica istologica che dia affidamente.

4. Siate sempre e affrettatamente solleciti perchè: *a*) il segreto della vittoria è nell'intervento precoce; *b*) l'intervento è precoce quando viene praticato sull'utero in cui il cancro non abbia superato clinicamente e microscopicamente i confini dell'organo, che perciò è mobile; c) l'utero è mobile e il cancro non ne ha superato i limiti solo quando la diagnosi è precoce e si intende facilmente che la bontà del risultato ultimo sarà tanto maggiore

Digitized by Google

quanto minore è la diffusione del cancro nella compagine dell'organo.

Per queste ragioni, voi sentite e sentirete sempre parlare di *diagnosi precoce*: in questa è il segreto del trionfo, l'arma più potente contro il terribile nemico, perchè solo questa ci consente l'intervento chirurgico salvatore.

Il problema della lotta contro il cancro adunque per la parte che riguarda voi, egregi colleghi, è problema eminentemente diagnostico; di precoce diagnosi.

E nei riguardi della nostra regione è anche un problema sociale, o meglio di educazione igienico-sociale per i profani e di maggiore cura, di maggiore diligenza, di maggiore interessamento ai sofferenti da parte di tutti noi, che esercitiamo una missione elevatissima non una professione sanitaria.

Propaganda igienica dunque intesa ad indurre le coscienze ignare ed ignoranti a portare maggiore attenzione e sorveglianza ai fenomeni che si svolgono nel proprio organismo da parte della sfera genitale, specialmente nel periodo della età critica, e poi a modificare la mentalità riluttante a ogni visita ginecologica. Problema ripeto innanzi tutto e squisitamente igienico-sociale per la nostra regione.

E in ciò l'opera e la condotta dei medici e delle levatrici non sarà mai abbastanza invocata, mai abbastanza solerte, sotto ogni aspetto. I medici, che da qualche tempo hanno dato una certa intonazione di commercialismo alla professione, e ciarlano un po' troppo dei mali delle proprie inferme, devono riconquistare l'antico posto di prudenti e sapienti sacerdoti della salute, devono tornare ad essere, come un tempo non molto lontano, i numi tutelari delle nostre case, tempo in cui nulla si faceva nè si determinava di importante in una famiglia senza il conforto del loro assentimento. Se ciò conseguirete, cari colleghi, oltre al conforto morale di vedere idealizzata la nostra missione, otterrete anche di raccogliere la fiducia e la confidenza delle inferme, che per naturale inclinazione si confidano invece oggi più facilmente alle levatrici. E le levatrici, per contro, non debbono con tanta disinvoltura dimenticare i limiti della loro funzione sanitaria ed impancarsi con altrettanta sicurezza a pronunziare giudizi diagnostici, a praticare e prescrivere cure per affezioni ginecologiche che non conoscono, facendo così spesso trascorrere del tempo preziosissimo e condannando incoscientemente tante povere pazienti a morte sicura. Non devono, come spesso accade, avere in odio od evitare il medico, o sconsigliarne l'intervento; devono anzi cercarlo, perchè lui solo è in grado di dare consigli e pareri in simili casi e può liberarle da responsabilità che potrebbero gravare presto o tardi sulle loro spalle e che incoscientemente si sarebbero assunte.

Nel mentre che attenderete alla formazione della coscienza igienico-sociale con tutta la vostra volontà, con ogni tenacia e più forte perseveranza, potrete tendere alla vostra diagnosi precoce e terrete presenti sopratutto la leucorrea, i disturbi del flusso mestruo e i dati ricavabili con la esplorazione, per affinare i vostri sensi alle indagini dei quali son sicuro ricaverete immensi vantaggi dalla istituzione già in via di realizzazione del centro di accertamento diagnostico regionale, dove voi verrete a turno ad acquistare la esperienza e il tatto necessarii, e dove voi invierete le vostre biopsie e le vostre inferme.

E chiudo il mio dire con una considerazione che vuole essere un avvertimento: Pensate che la vostra mente, il vostro animo, il vostro amor proprio devono essere assai più soddisfatti e sereni se su cento donne che avrete inviate per sospetto di cancro uterino al centro diagnostico o al ginecologo solo dieci vòlte la vostra diagnosi fu confermata e novanta non, e devono essere invece tormentati dal più amaro rimorso se per deficiente energia, o trascuratezza, o superficialità di indagine e di osservazione abbiate concorso a fare spegnere fra strazii inenarrabili una esistenza umana!

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

II ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. LUIGI D'AMATO

SUL VALORE DELLA VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DEI GLOBULI ROSSI

(STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE)

per i dottori

RENATO PAOLINI
Assistente ordinario

NICOLA SANGUIGNO
Assistente volontario

Fin da tempo remotissimo è conosciuto il fenomeno della sedimentazione dei globuli rossi. Infatti Galeno, praticando il salasso e raccogliendo il sangue, aveva, in certi casi, notato la formazione di due strati sovrapposti, di cui l'inferiore conservava il colore rosso mentre il superiore assumeva un aspetto biancastro. A questo secondo strato Galeno dette il nome di *cotenna o crustra phlogistica*. Tale fenomeno è stato poi, in tempi a noi più vicini, osservato anche da Hunter, Gilbert, Weil, Müller, Davy, Nasse e sopratutto da Funke (1860). Più tardi, e proprio nel 1908, O. Claude dimostrò che questa *coagulazione blasmatica* non si verifica mai nel sangue estratto dal dito, ma in quello venoso e che è sempre legata a particolari stati patologici come, ad esempio, le anemie. Nel 1913 Cesari studiò la eritrocitosedimentazione nel sangue di cavallo, e con lui altri ricercatori.

Ma è al Fahraeus che spetta il merito di avere dato a tale fenomeno un valore diagnostico. Infatti, egli in una comunicazione al Congresso di chirurgia e ginecologia del 1917 a Stoccolma, dimostrò che nel sangue di donna gravida, trattato con sostanze anticoagulanti, le emazie sedimentano più rapidamente che in condizioni normali. Invero egli già precedentemente aveva notato che in una donna gravida, se si isola tra due legature un tratto di vena, dopo qualche tempo, se il reticolo venoso è appariscente, si vede che la porzione superiore del segmento venoso legato perde il suo colorito bluastro mentre si accentua quello della porzione inferiore. E se si punge il segmento venoso nei due tratti superiore e inferiore, dal primo fuoriesce plasma e dal secondo sangue ricco di globuli rossi. Naturalmente il Fahraeus propose di sfruttare questo fenomeno in vivo e in vitro come mezzo diagnostico-differenziale nei casi dubbi di gravidanza.

La comunicazione del Fahraeus spinse una serie infinita di studiosi a occuparsi dell'argomento che, malgrado le innumeri ricerche istituite in ogni stadio fisiologico e patologico da circa un decennio, è tuttora insoluto.

***

Il metodo originario dell'esperienza in vitro del Fahraeus è il seguente: si versano in una provetta di 1 cm. di diametro e contenente due cc. di una soluzione di citrato di Na al 2 %, 8 cc. di sangue venoso e si nota il tempo che le emazie impiegano per sedimentare definitivamente. Tale metodo però ha subito moltissime modifiche. Una tecnica molto in uso è quella del Linzemmeier che si serve di provette di 5 mm. di diametro con quattro segni impressi a distanza stabilita. Con una siringa di vetro contenente cc. 0.2 di una soluzione di citrato sodico al 5 % si aspirano da una vena del braccio cc. 0.8 di sangue: si mescolano bene i due liquidi nella siringa stessa e si versa il miscuglio nella provetta. La lettura si effettua segnando il tempo che il livello superiore dell'ammasso di eritrociti impiega a discendere dal primo al secondo, terzo e quarto segno impresso nel vetro. Il primo segno (O) corrisponde a 1 cc., gli altri (6, 12, 18) indicano le rispettive distanze dal segno O. Qualche Autore tien conto soltanto dell'ultimo segno (18); qualche altro, e tra questi Gilbert, segue il livello della colonna ematica ogni 5 minuti.

Più pratico forse è il sistema di Westergreen. Questi ha adoperato pipette della lunghezza di 20 cm. e del diametro di mm. 2.5, graduate in millimetri da 0 a 200. Si aspira con la pipetta

Digitized by Google

il sangue citratato fino al segno O e si colloca la pipetta verticalmente in uno speciale sostegno. La lettura si può così agevolmente fare sempre che si creda: per lo più la si esegue dopo la 1ª, la 2ª e la 24ª ora.

Gardère e Lainé ricorrono, invece, alle comuni provettine da emolisi del diametro di 5-6 mm. e dell'altezza di 6-8 cm.; misurano con le punte di un compasso l'altezza del plasma al di sopra dei corpuscoli rossi sedimentati dopo un'ora o due e riportano la misura ottenuta su di un regolo millimetrato.

Circa la sostanza anticoagulante, viene usato dalla maggior parte dei ricercatori il citrato di Na in soluzioni che vanno dall'1 al 10 %. Stanzani si è invece servito dell'ossalato di Na; Gilbert e Tzanck, del sulfarsenol; Behreus, Bürker, Lowe e altri, del liquido di Hayem come sospensore. Qualcuno, infine, invece di ricorrere a sostanze anticoagulanti, ha usato un volume determinato di globuli rossi ripetutamente lavati, messi a sedimentare in una quantità nota di plasma dello stesso individuo in esame.

Per la determinazione del valore medio di V. S., Katz ha proposto la seguente formula:

$$\text{V. S. M.} = \frac{A + \frac{B}{2}}{2}$$

in cui A rappresenta il valore ottenuto nella prima ora e B quello avuto nella seconda. Ma tale formula non è da tutti usata. Nè per altro conviene sempre usarla. Data, quindi, la diversità dei metodi seguiti (apparecchi, sost. anticoagulanti, quantità di sangue, ecc.) non è stato finora possibile fissare dei valori più o meno assoluti di V. S. per lo meno in condizioni normali.

***

Secondo le leggi fisiche, essendo il sangue una sospensione di globuli rossi, la eritrocitosedimentazione dovrebbe avvenire secondo la formula di Stockes, in rapporto cioè alla gravità, al peso specifico del liquido, al coefficiente di attrito interno e al raggio dei corpuscoli rossi. Ma, dato che, pur non avendosi notevoli differenze negli elementi suddetti, si ottengono valori differentissimi da caso a caso, dobbiamo supporre che la sospensione dei globuli rossi non segua soltanto le leggi di fisica. Ed ecco perciò nascere moltissime teorie di cui ognuna ha la pretesa di interpretare la genesi del fenomeno. Fenomeno che da alcuni è attribuito alle proprietà fisico-chimiche del plasma; da altri a quelle dei globuli rossi e da altri ancora a quelle del plasma e dei globuli insieme.

Delle tante ipotesi accampate di cui meritano cenno, oltre quelle classiche di Farhaeus e di Linzemmeier, quelle di De Benedetti, Di Maio, Gaifami, Guerritore, Maccabruni, Menniti, Mino, Montagnani, Pennetti, Pitimada, Scuderi, Stanzani, Tramontano, Vasaturo, Verdina — tanto per ricordare solo alcuni italiani — e di moltissimi altri AA. italiani e stranieri, noi ne ricorderemo soltanto qualcuna che più delle altre ci sembra degna di rilievo. Il Dottor Katz, ad esempio, pensa che l'aumento della V. S. è sempre in rapporto a distruzione di tessuti, per cause molteplici (variazioni della carica elettrica, della tensione superficiale, della forza di gravità, del tasso colesterinico del sangue, del numero e del volume degli elementi figurati, dei derivati della disintegrazione proteica e sopratutto del fibrinogeno).

Secondo Höber, invece, i globuli rossi hanno una carica elettro-negativa e il plasma una carica elettro-positiva. L'aumento di questa ultima produce una diminuzione della carica elettronegativa dei globuli con successiva agglutinazione e più rapida sedimentazione di questi. Sostanze del plasma a carica elettropositiva sono il fibrinogeno, la lecitina, la colesterina ecc. Come si vede le due teorie di Katz e di Höber non sono poi affatto antitetiche.

Più eclettico, Zuccola pensa che la V. S. sia in rapporto con la struttura fisicochimica delle emazie (volume, numero, quantità di emoglobina, tensione osmotica, ecc.) e con quella del plasma (tensione superficiale, viscosità, carica elettrica, ecc.). Lojacono, infine, pensa che nel determinismo della V. S. abbia una grande importanza il fattore costituzionale.

***

Ed eccoci al valore clinico della V. S. nei vari stati fisiologici e patologici. Nei bambini la V. S. è rallentata (Gyorgy, Lederer, Ladolny, Scuderi). Nei vecchi, aumentata (Reicher, Scuderi, Venier). Nelle donne è maggiore che nell'uomo, e specie nel periodo mestruale (Clauser, Linzemmeier, Lohr, Venier). Lojacono e Zuccola, invece, non hanno constatato differenze sensibili nei due sessi. Negli ipoalimentati si sono ottenuti risultati contradittori (Bürker, Leendertz, Lohr, Kovacs). Il lavoro (Venier) e i pasti (Josefowiez, Venier, ecc.) accelerano la V. S.. Nessuna differenza notevole hanno invece in tali circostanze ottenuta Scuderi, Seenderz ecc.. Nella gravidanza, dal quarto mese in poi, vi sarebbe un progressivo aumento della V. S. (Fahraeus, Linzemmeier, Klauser, Grisi, ecc.). Longo non ha riscontrato notevoli differenze nella V. S. tra il sangue venoso e quello arterioso.

Quanto poi alle condizioni patologiche, si può affermare, in generale, che la V. S. è aumentata in tutte quelle affezioni che si accompagnano a notevole distruzione di tessuti organici e che menano l'infermo a cachessia. Per Burdarch la sola *temperatura febbrile* accelererebbe la V. S. Banaudi, Starling, Tramontano e Winternitz negano ogni rapporto tra processo febbrile e V. S. Nell'*ulcera venerea*, nella *blenorragia*, e nelle *malattie cutanee* la V. S. è quasi normale: ma se ne nota accelerazione quando tali processi diventano cronici o si accompagnano a complicanze (Del Piano, Linzemmeier). Nel *rachitismo* è normale (Nadolny). Nelle *infezioni* in genere è aumentata, e l'aumento è tanto più notevole quanto più intenso è il processo infiammatorio (Sabatini).

Circa il modo di comportarsi della V. S. nella *tubercolosi*, esiste una ricchissima letteratura. Quasi tutti gli autori sono di accordo che essa sia notevolmente accelerata: più nelle forme acute che croniche (Wiechmann); più in quelle essudative che fibrose (Kovacs). La V. S. è ancora maggiore nelle forme cavernose (Freund, Henschke, Lojacono), mentre nelle forme iniziali e cirrotiche è quasi normale (Neegard). Winternitz, al contrario, ha dimostrato che la V. S. nella T. B. C. non è in alcun rapporto nè col reperto bacillare dello sputo, nè con l'estensione anatomica del processo, nè con la temperatura, nè con la Pirquet. Solo stati di emaciazione molto avanzati danno valori di notevole acceleramento.

Martinelli, invece, riconosce un'intima concordanza tra V. S. e gravità della lesione tubercolare e suo decorso clinico. Recentemente, Berri sostiene che nessun valore diagnostico e prognostico può essere attribuito alla V. S. nella T. B. C. polmonare. E così pure De Battisti che ha studiato il fenomeno anche in rapporto al pneumotorace artificiale e alla frenicotomia.

Pure nella *sifilide* si ha un aumento della V. S. che, secondo Lojacono, Batzold, Herold, Pennetti, Popper e Wagner, è maggiore nel periodo florido secondario e terziario e, secondo Batzold, Gyorgy e Scuderi anche nella lue congenita e nella neurolue. Del Piano e Pennetti hanno constatato nel 65 % dei casi una concordanza tra aumento della V. S. e R. W. positiva. Nei *tumori maligni* la prova è accelerata, mentre è normale nei benigni (Hoffgard, Korabelnikow, Miani). Nelle forme scirrose di cancro, secondo Korabelnikow e Scuderi, spesso però è normale.

Notevoli aumenti della V. S. sono stati ancora riscontrati: nella *malaria* e nella *lebbra* (Aresu e Puxeddu); nel *tifo* (Kovacs); nell'*elmintiasi* (Dehoff); nella *porpora emorragica* (Lojacono); nella *melitense* (Scuderi); nelle malattie *renali ed epatiche* (Burdach, Scuderi); nell'*appendicite*, ecc.

Nelle *malattie nervose* regna il disaccordo. Pare che in genere si abbiano valori normali, meno che nella neurolue. Nel *Parkinson* Paulian e Tomovici hanno notato acceleramento, mentre Lhermitte, Lojacono e Nicolas lo negano senz'altro. Nella *amenza*, nella *demenza senile* e *precoce* anche vi sarebbe acceleramento (D'Abundo, Fiamberti, Runge) ma, secondo altri (Fiamberti, Plaut) nella demenza precoce si avrebbe invece rallentamento.

E' stata anche vista l'influenza che sulla V. S. potevano avere iniezioni endovenose o intramuscolari di preparati di *mercurio, bismuto, canfora, arsenico*. Pare che tutti questi preparati la accelerino. Costabile ha sperimentato le *sostanze coagulanti* (gelatina, ergotina, cloruro di Ca, trombochinasi) e ha dimostrato come tutte aumentino la V. S. Ha ripetuto le esperienze

Digitized by Google

anche in vitro, aggiungendo al sangue citratato sostanze coagulanti; ma non ha ottenuto aumento della V. S. che con la sola gelatina.

Grafe ha dimostrato che iniettando *tubercolina* a individui tubercolotici si ha aumento di V. S.. Montanari ha ripetuto le esperienze in vitro ma ha constatato un ritardo quasi costante. Dopo il *salasso* Nuzzi ha notato un'aumento della V. S. che dura circa tre giorni. Anche i *raggi X* pare che l'accelerino. Corsonello, infine ha visto che iniezioni di *estratti ormonici* (ipofisario, surrenale, splenico, tiroideo, testicolare) accelerano costantemente la V. S. agendo in misura maggiore sulla velocità totale, minore su quella oraria. E di Maio, recentemente, ha dimostrato che nei cani la splenectomia, la tiroidectomia e la monosurrenalectomia diminuiscono notevolmente il tempo di sedimentazione delle emazie.

* * *

Scopo preciso delle nostre ricerche è stato quello di dare uno sguardo generale e sintetico alla V. S., onde poter dire con coscienza quanto di buono ai fini della clinica vi sia in questa prova. Può, cioè, essa avere un valore diagnostico o prognostico? E in quali malattie?

Il metodo di cui ci siamo serviti è quello di Westergreen. Con una siringa sterile contenente cc. 0.40 di citrato di Na al 5 % abbiamo aspirato da una vena del braccio dell'individuo in esame cc. 1,60 di sangue. Abbiamo mescolato i due liquidi, dapprima nella siringa stessa e poi in una provetta sterile, per aspirarli, con una delle pipette dell'apparecchio, fino al segno O. Messo il sangue citratato a sedimentare, abbiamo letto l'altezza della colonna dei globuli rossi dopo mezz'ora, un'ora, due ore, 24 e 48 ore. La presa di sangue è stata sempre fatta alle otto di mattina, essendo il soggetto in esame a digiuno.

Per le ricerche ci siamo serviti degli ammalati del nostro Istituto, di quelli ricoverati nelle sale ospedaliere di «Gesù e Maria», dei tubercolotici dell'Ospedale della Vita, di alcuni individui sani e di animali da esperimento (cani e conigli).

Abbiamo innanzitutto voluto vedere come si comporta la V. S. in condizioni fisiologiche e quali variazioni essa subisce nelle diverse malattie (app. respiratorio, circolatorio, digerente, nervoso). Abbiamo poi ricercato l'influenza o meno che su di essa esercitano alcune sostanze medicamentose e alcune pratiche terapeutiche, quali:

a) le sostanze coagulanti e ad azione vaso-costrittiva;

b) l'adrenalina e la pilocarpina per la loro azione sul sistema nervoso vegetativo;

c) la tubercolina;

d) gli stimoli ormonici;

e) vari altri medicamenti;

f) la röntgenterapia;

g) il salasso.

Per renderci conto dell'influenza che sulla V. S. esercitano le sostanze coagulanti o ad azione vasocostrittiva, ci siamo serviti della gelatina del coaguleno, dell'ergotina, del cloruro di Ca e del siero di sangue, che abbiamo iniettati ad ammalati con emoptoe o enterorragia, e ad animali da esperimento.

Nei conigli il sangue per la prova è stato preso dalla vena marginale dell'orecchio; nei cani, dall'epigastrica inferiore. L'animale è stato sempre tenuto alla stessa dieta. Si è prima determinata la V. S. a digiuno: poi si è iniettata la sostanza coagulante e dopo un'ora e 24 ore dall'iniezione si è prelevato ancora il sangue per vedere l'eventuale azione del farmaco iniettato.

* * *

Considerazioni. — Dai risultati delle nostre ricerche, si ricava che negli individui sani l'altezza della colonna dell'emazie oscilla — secondo il metodo da noi seguito — da 5 a 12 mm. alla seconda ora e da 70 a 120 mm. alla 24ª ora: valori che coincidono esattamente con quelli forniti da Westergreen. Alla 48ª ora la sedimentazione raggiunge in genere il suo massimo che è di circa 20 mm. più basso dell'altezza letta alla 24ª ora.

Nemmeno noi possiamo dire — come sostiene, ad esempio, Linzenmeier — che la V. S. sia più rapida nella donna che nell'uomo. E se abbiamo notato variazioni nelle diverse ore della giornata, dobbiamo dire che queste non sono nè costanti nè caratteristiche.

Negli stati morbosi, in genere, si hanno, è vero, aumenti della V. S., ma l'aumento non è carattere peculiare di alcuna determinata malattia nè è costante per tutti gli ammalati.

Nella *tubercolosi polmonare* abbiamo ottenuto notevole aumento della V. S. soltanto nel *22* % dei casi osservati. Si trattava di ammalati con lesione bilaterale, emottoici, con lesione cavitaria o febbricitanti. Altri tubercolotici però con lesione bilaterale o che anche di recente avevano avuto emottisi; uno che aveva una considerevole caverna polmonare e un altro che cinque giorni dopo la prova veniva a morte, hanno dato V. S. normale.

Valori normali abbiamo avuto nella *pleurite secca,* mentre un notevolissimo aumento ci ha dato un caso di *ascesso polmonare.* Su 5 casi di *bronchite cronica* uno solo ha mostrato un certo aumento della V. S..

In diversi ammalati di *sifilide costituzionale,* osservati, non abbiamo mai notato aumento dell'eritrocitosedimentazione, nè alcun aumento abbiamo ottenuto nella *neurolue,* nè nella *sifilide del fegato.*

La V. S. ci si è mostrata normale nella *calcolosi epatica.* Di 2 *itteri emolitici* osservati un solo caso ci ha dato forte aumento della V. S..

Nelle *cardiopatie,* in fase di compenso la V. S. è normale. Aumenti incostanti e lievissimi abbiamo invece ottenuti nello scompenso cardiaco. In più casi di *sclerosi cardio-renale* la V. S. ci è apparsa notevolmente aumentata e un leggiero aumento abbiamo pure constatato nella *nefrite acuta.* Nessuna modifica, nell'*arterio-sclerosi diffusa* e nella *nefrolitiasi.*

Un forte aumento della V. S. abbiamo invece ottenuto in un caso di *diabete grave* con profonda denutrizione. In due casi di *leucemia,* a breve distanza dall'esito letale, la V. S. ha mostrato un aumento assai considerevole, mentre si è comportata normalmente in un caso di *morbo di Schönlein-Enoch.*

Su cinque ammalati di *ulcera gastrica,* uno solo ci ha dato aumento notevole della V. S. Valori piuttosto alti abbiamo però costantemente ottenuti nel *carcinoma* dello stomaco, in quello della mammella e in un caso di carcinoma della testa del pancreas. Nessuna modifica, in un caso di epitelioma della faccia.

Nella *malaria cronica* abbiamo pure avuto grande aumento della V. S., mentre nessun aumento abbiamo constatato in varie affezioni del *sistema nervoso* (radicolite, paralisi pseudobulbare, sindrome di Parkinson, pachimeningite ipertr. di Charcot, ecc.).

E' opportuno, peraltro, notare che tutti gli ammalati che hanno dato notevole aumento della V. S. erano in uno stato di denutrizione profonda.

Ecco poi i risultati da noi ottenuti con l'uso di sostanze medicamentose o di altre pratiche terapeutiche.

La *gelatina* non ha dato che un costante lievissimo aumento della sedimentazione alla 24ª ora. Il *coaguleno* nell'uomo non ha dato modifiche degne di nota; nel cane ha dato lieve ritardo sia orario che totale; nel coniglio, lievissimo aumento. E così anche l'*ergotina,* tranne che nel coniglio ha mostrato un lievissimo accenno di ritardo.

Valori incostanti si sono ottenuti con l'uso del *cloruro di Ca* che in alcuni individui ha determinato acceleramento, in altri ritardo, in altri niente. Nel cane si è avuto ritardo fino alla 2ª ora, aumento alla 24ª.

Il *siero di sangue* ha invece determinato lievissimo aumento nell'uomo e lievissimo ritardo nel cane.

Da ciò si deduce facilmente che se la V. S. è influenzata dalle sostanze emostatiche, non è però lecito a noi dire — come altri ha sostenuto —, che questa influenza si esplichi determinando un acceleramento costante della prova.

L'*adrenalina* e la *pilocarpina* hanno dato un lieve aumento della V. S. ma nel coniglio dopo l'iniezione di pilocarpina si è avuto ritardo, e così pure in qualche individuo trattato con l'adrenalina.

Nè gli *stimoli ormonici* ci hanno fornito risultati degni di nota: se si eccettui l'*insulina* (da nessuno sperimentata) che, in un diabetico trattato per circa un mese, ha determinato notevole ritardo e lieve ritardo ha dato pure in un coniglio.

Anche in un caso di ittero emolitico, dopo *röntgenterapia* (sei irradiazioni della milza) abbiamo ottenuto un ritardo sensibilissimo della V. S. E ciò è in completo disaccordo con quanto fin oggi si è sostenuto circa l'influenza dei raggi X sulla sedimentazione dell'emazie.

Variazioni di scarsissima importanza abbiamo notate con la somministrazione, sempre per via ipodermica, di *solfo col-*

Digitized by Google

loidale e di *vaccino antistreptococcico*, e risultati incostanti e spesso discordi, con l'uso degli *antiluetici* (mercurio e neosalvarsan).

La *tubercolina* ha prodotto negl'individui trattati un lieve ritardo della V. S. fino alla 2ª ora,

Nemmeno il *salasso* ci ha dato risultati su cui si può fondare: giacchè nell'uomo abbiamo notato un certo aumento della sedimentazione alla 24ª ora, mentre nel coniglio, un lieve ritardo sia orario che totale.

***

Conclusioni. — 1. Esiste un tipo normale di V. S. i cui valori variano secondo la tecnica che si segue.

2. Aumento della V. S. si osserva in molti stati morbosi; ma esso non è costante nè è caratteristico di alcuna malattia.

3. Non vi è nessun rapporto tra V. S. e evoluzione o estensione del processo morboso (ad es. tubercolosi). In tutti gli stati di profonda denutrizione e di vera cachessia si ha però un notevole aumento.

4. Tutte le pratiche terapeutiche modificano la V. S. sia nell'uomo che negli animali, ma la loro influenza si esplica in modo indeterminato, vario e incostante.

5. Nessun valore diagnostico e prognostico è da attribuire alla V. S.

Le più vive espressioni di grazie al nostro Illustre Maestro Luigi D'Amato per i consigli datici in questo studio.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

(Riportiamo qui i lavori più recenti rimandando il lettore per una più vasta bibliografia allo studio di Lo Jacono).

Berri. La sedimentazione dei globuli rossi nella tubercolosi. Atti del 32° Congresso di Med. Int., Padova 1926, pag. 133. — Corsonello. La velocità di sedimentazione dei globuli rossi e suo comportamento in seguito all'azione di estratti ormonici. Giorn. di Clinica Medica, anno 1927, fasc. 4. — Costabile. Influenza delle sostanze coagulanti sulla velocità di sedimentazione dei globuli rossi. Il Morgagni, 1927, n. 3. — De Battisti. Il valore prognostico della sedimentazione delle emazie nella tubercolosi polmonare. Atti del 32° Congresso di Med. Int. Padova 1926, pag. 161. — Di Maio. Influenza dell'asportazione di alcune ghiandole a secrezione interna e della milza sulla V. S. dei globuli rossi. Pathologica, n. 426, anno 1927. — Lo Jacono. Contributo allo studio della V. S. delle emazie in condizioni normali e patologiche. Annali di Patologia e Clinica Medica, febbraio 1926. — Montanari. Il valore diagnostico della sedimentazione dei globuli rossi. Giorn. del Medico Pratico, 1926, n. 7. — Nuzzi. Influenza del salasso sulla velocità di sedimentazione delle emazie, Il Morgagni, 1927, n. 7. — Idem. Importanza della velocità di sedimentazione delle emazie in Clinica (Rivista Sintetica) Il Morgagni, 1927, n. 9. — Pennetti. La V. S. del caolino nel siero di sangue in alcuni stati morbosi. Riforma Medica, 1924. — Rondoni. Elementi di biochimica. Unione Tip. Ed. Torinese. — Tramontano. La velocità di sedimentazione dei globuli rossi. Folia Gynaecologica, n. 2, 1922. — Winternitz. Contributo allo studio della velocità di sedimentazione dei globuli rossi nella tubercolosi polmonare. Archivio di Patologia e Clinica Medica, gennaio 1927.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. ENZO BIZZOZERO

ESPERIENZE CON ESTRATTI DI CUTE

per i dottori

PIER-ANGELO MEINERI - Ass. e Libero docente e OSCAR LEVI

Nel 1912 Meirowsky faceva conoscere i resultati di alcune sue esperienze praticate con estratti di pelle (1), allo scopo di vedere se la cute contenesse sostanze con speciale azione biologica, e più particolarmente una sostanza affine alla adrenalina.

Dai risultati scaturiti dalle esperienze, principalmente da quella di Ehrmann sull'effetto degli estratti di cute sull'occhio di rana enucleato Meirowsky deduceva che gli estratti di pelle contengono una sostanza solubile nell'acqua, che dà, come l'adrenalina, midriasi nell'occhio di rana, ma che non risponde ad altre prove particolari alla adrenalina stessa. Concludeva quindi che non si poteva pensare alla presenza di questo ormone nella pelle, ma che d'altra parte non era da escludere la possibilità di una secrezione interna cutanea.

Noi abbiamo voluto in parte ripetere queste esperienze ed aggiungerne delle altre, al giorno d'oggi in uso, per saggiare azioni biologiche di estratti, attratti dall'interesse dell'argomento e per porre alcune indagini preliminari in questo campo così intricato di fisio-patologia cutanea.

Esperienze. — Le esperienze furono fatte con estratti di cute di bue, uno preparatoci dall'Istituto Sieroterapico Milanese, gli altri da noi stessi triturando e pestando la cute con soluzione fisiologica o con liquido di Ringer nella proporzione in peso di 1 a 5, aggiungendo come disinfettante il toluolo, secondo il consiglio di Meirowsky.

Le esperienze eseguite furono dirette a stabilire l'effetto degli estratti:

1° Sull'occhio di rana enucleato;
2° Sull'occhio umano;
3° Sul sistema organo-vegetativo umano;
4° Sulla cute umana.

1° — Per le ricerche sull'occhio di rana seguimmo la tecnica di Ehrmann; quella stessa che usò il Meirowsky. Parecchi occhi di rana enucleati venivano posti in piccoli recipienti e quindi coperti dall'estratto in esame. E' bene scegliere sempre rane con pupille di uguali dimensioni; il che peraltro è piuttosto difficile perchè, enucleato, l'occhio può mutare fortemente la propria ampiezza pupillare secondo gli individui. E' pertanto forse più prudente il confrontare soltanto i due occhi di una stessa rana.

Usammo per queste ricerche parecchi estratti, sempre di bue e come controllo, le sostanze più disparate: soluzione fisiologica, liquido di Ringer; soluzioni diluitissime di adrenalina, estratti di tutte le ghiandole a secrezione interna, siero di sangue umano e liquido da vescicante ricavato dalla cute umana.

I risultati ottenuti non sono uniformi e non corrispondono pienamente a quelli riferiti da Meirowsky, perchè osservammo midriasi solo in un terzo circa degli occhi sottoposti ad esame e sempre molto tardiva, in qualche raro caso miosi, e per lo più indifferenza. In ogni modo le midriasi ottenute furono sempre molto lente, sempre notevolmente inferiori a quelle prodotte da soluzioni diluitissime di adrenalina, ed inferiori sempre anche a quelle date dal siero di sangue umano.

L'uso del liquido da vescicante, che, diremo subito, non diede risultati di qualche valore, ci fu suggerito dal pensiero che esso raccogliesse in sè oltre al trasudamento dei capillari, anche il prodotto di una eventuale elaborazione delle cellule della cute e si prestasse perciò bene ai nostri esperimenti.

Dobbiamo ancora dire che la maggior parte delle azioni midriatiche le avemmo cogli estratti da noi preparati e poche con quelli forniti dall'Istituto Sieroterapico Milanese, e tanto più intense quanti più l'estratto invecchiava. Probabilmente questa evenienza è legata al metodo di preparazione degli estratti stessi, ma forse anche a sostanze che si formano negli estratti invecchiando, come hanno dimostrato il Freund e il Gottlieb (1). Di fronte a questa probabilità avemmo cura di usare sempre estratti freschissimi.

2° — Le esperienze sull'occhio dell'uomo diedero risultati più uniformi ma anche non costanti. Nel sacco congiuntivale di uno dei due occhi versavamo ogni cinque minuti circa, per la durata presso a poco di un'ora, due o tre gocce dell'estratto di cute in esame e quindi osservavamo l'ampiezza pupillare rispetto all'altro occhio.

Nel 62 % dei casi esaminati osservammo dopo circa mezz'ora una midriasi discreta, in un solo caso miosi; in ogni modo l'azione dell'estratto fu sempre molto lenta.

3° — Le prove farmaco-dinamiche costituiscono la parte più importante delle nostre ricerche. La tecnica usata è la solita impiegata per le prove coi farmaci più in uso e che servono per diagnosticare l'eventuale tono del sistema nervoso vegetativo.

(1) Meirowsky. Ueber einer biologischen Nachweis der Virkung von Hautextrakten. Münch. Med. Woch. n. 9, 1912.

(1) Freund und Gottlieb. Münch. Med. Woch. 1921, pag. 381.

Digitized by Google

Si metteva l'individuo in esame a letto, lo si lasciava riposare alquanto e quindi per la durata di circa tre quarti d'ora si contava ogni dieci minuti il numero delle pulsazioni, si misurava la pressione arteriosa massima e minima e si esaminava il riflesso oculo-cardiaco; dopo di che si iniettavano 2 cc. dell'estratto avuto dall'Istituto Sieroterapico Milanese (usavamo per dette prove sempre questo estratto essendo l'unico della cui sterilità ci potevamo completamente fidare) e poi come al solito di dieci in dieci minuti misuravamo i valori sopra detti.

I casi studiati furono in numero di venti, con risultati concordi.

La frequenza del polso e la pressione arteriosa non mostrarono di modificarsi sotto l'influenza degli estratti di cute; il riflesso oculo-cardiaco invece subì delle variazioni degne di nota.

In 13 dei casi studiati nei quali detto riflesso era normale si ebbe tendenza alla diminuzione della positività ed in uno fra questi una vera inversione (da —4 a + 6).

In altri quattro casi che presentavano riflesso oculo-cardiaco invertito si notò una netta tendenza all'aumento dell'inversione (in media da + 4 a +8).

In due nei quali si aveva un riflesso oculo-cardiaco fortemente positivo si constatò spiccata tendenza all'aumento della positività (in uno di questi due casi da —12 a —26).

Nell'ultimo infine non si ebbero variazioni.

A scopo di controllo facemmo in parecchi dei soggetti studiati le stesse prove con l'adrenalina; notammo differenze nel comportamento della frequenza del polso e della pressione arteriosa ed invece una minore ampiezza di oscillazioni del riflesso oculo-cardiaco.

Controlli fatti ancora con estratti di varie glandole a secrezione interna e con sostanze proteiche, come il latte, non fecero notare delle variazioni sensibili.

4° — Le prove dirette sulla cute dell'uomo diedero tutte risultato completamente negativo.

Queste prove consistevano:

a) in iniezioni intradermiche di 1/10 di cc. di estratto di cute in modo da provocare un piccolo rilievo pomfoide.

b) Nel deporre una goccia di detto estratto su una piccola soluzione di continuo fatta mediante uno stiletto da vaccinazione (*Impfbohrer* di v. Pirquet).

Le iniezioni di estratto erano seguite da una modesta reazione eritematosa, che non superava per intensità la reazione prodotta dalla semplice soluzione fisiologica; ed il rilievo prodotto dal liquido stesso scompariva dopo un'ora circa, ciò che normalmente avviene colla stessa soluzione fisiologica.

Le seconde esperienze diedero risultato completamente negativo.

Considerazioni. — L'idea che la pelle possa avere, insieme con tutte le altre sue proprietà che numerose si vanno giorno per giorno studiando e conoscendo, anche una secrezione interna è certo molto seducente, e rientra per lo meno nel numero delle indagini di fisiologia cutanea di tanta attualità.

È idea questa, peraltro, molto vaga, anche perchè la cute si differenzia notevolmente nella sua struttura dalle vere ghiandole a secrezione interna e perchè molto difficile riesce l'esperimento.

Questa idea la si legge qua e là in scritti di autorevoli studiosi e chiede di essere presa in esame e concretata in prove. Oltre alla già citata conclusione del Meirowsky vogliamo ricordare anche le ipotesi emesse in questo campo da due autori italiani, un endocrinologo ed un dermatologo.

Il Pende scrive che il corpo mucoso del Malpighi può essere considerato «come una vera ghiandola endocrina estesa su tutta la superficie del corpo» (1); ed il Bosellini dedica tutto un capitolo a questo argomento e conclude dicendo non essere «inverosimile che il corpo malpighiano sia provvisto di secrezione interna in senso stretto e noi tale possibilità dobbiamo tenere presente in tutte le contingenze fisiologiche e patologiche della pelle» (2.)

Siamo certamente molto lontani dal tempo nel quale si considerava la cute solamente come organo di connessione e di bellezza. Le moderne indagini così ricche in questo campo hanno assodato che la cute ha funzioni importantissime e che chiedono tuttavia di essere allargate e delucidate. Ogni giorno sopratutto la clinica nei suoi multiformi aspetti ci pone innanzi questi problemi e ci fa intuire delle proprietà che l'esperimento ancora non asseconda.

L'asportazione di tutta la cute dovrebbe essere la prova fondamentale, come per tutte le ghiandole a secrezione interna, ma facilmente si comprende la inattuabilità di questo esperimento sia dal punto di vista tecnico che funzionale. E' necessario quindi ridurre l'esperimento a prove biologiche e cercare nella clinica eventuali fenomeni chiarificatori.

Non disconosciamo nel caso nostro le grandi critiche che possono essere mosse all'impiego di etratti cutanei così fatti, perchè racchiudono sostanze di natura diversa ed anche perchè contengono derma ed epidermide insieme quando sarebbe logico il potere saggiare i due elementi separatamente.

Ma d'altra parte in esperienze preliminari e d'orientamento come queste non è facile il potere evitare tutte le cause di errore e la possibilità di critiche. In questi casi i singoli valori acquistano speciale importanza solo con i confronti e le analogie.

Le nostre esperienze però sono di un qualche interesse sopratutto per la concordanza dei risultati e crediamo che meritino un qualche commento.

Le ricerche sull'occhio di rana enucleato ci hanno dato una percentuale di midriasi non molto grande; ma tale da non essere trascurata. Di fronte a questi resultati ci si domanda, come già il Meirowsky, quale possa essere la sostanza che faccia agire gli estratti di pelle in quella direzione.

Domanda certo imbarazzante ed alla quale si può soltanto rispondere in modo negativo; cioè che non si tratta di adrenalina. All'infuori delle esperienze di controllo fatte dal Meirowsky si può molto facilmente escludere la presenza di questa sostanza dal confronto con la notevole midriasi che sull'occhio di rana stesso producono soluzioni anche diluitissime di adrenalina, e con la costanza del fenomeno, che detta sostanza produce.

Nella valutazione poi degli effetti degli estratti di cute in queste esperienze sono da tenere presenti le osservazioni già accennate del Freund per non correre il pericolo di attribuire a sostanze normalmente contenute nella cute ciò che può essere dovuto a prodotti di decomposizione.

L'effetto sull'occhio umano parve a noi più costante e tale da confermare le esperienze precedenti, non solo ma tale anche da fare ritenere ancora che la sostanza agente non sia l'adrenalina. Si sa infatti che questo ormone ha sull'occhio dell'uomo scarsa azione midriatica. Anche in questa serie di esperienze però l'azione degli estratti cutanei, se non può identificarsi con quella dell'adrenalina, ha tuttavia molta affinità con essa e rende sempre più interessante la indagine.

Più concordi nei loro risultati sono le prove farmaco-dinamiche.

Le modificazioni indotte dagli estratti di cute sul riflesso oculo-cardiaco sono uguali, in qualche caso più spiccate, di quelle provocate dall'adrenalina; ma anche in questo caso non si può parlare di identità di azione delle due sostanze perchè l'adrenalina manifesta sul numero delle pulsazioni e sulla pressione arteriosa un'azione di cui è privo l'estratto di cute.

I confronti praticati con estratti di varie glandole a secrezione interna e con altre sostanze ci fecero ancora notare una certa specificità degli estratti di cute il che pone in una posizione degna di maggiore studio.

Parrebbero contradire alla uniformità dei risultati i due casi nei quali si ebbe, sotto l'azione degli estratti di cute, un aumento della positività del riflesso oculo-cardiaco anzichè, come di solito, una tendenza alla inversione. Considerando invece più da vicino la cosa si vede che questi due casi portano nuova conferma ai resultati sopra enunciati, perchè dimostrano che gli estratti di cute agiscono precisamente come tutte le sostanze ad azione farmaco-dinamica, nella direzione del maggiore tono del sistema nervoso vegetativo. Infatti questi due individui presentavano chiare note di vagotonia ed è su questa ultima che agiva l'estratto di cute, rendendola più manifesta.

Le ultime esperienze fatte sulla cute dell'uomo furono completamente mute e non necessitano neppure di commento se non in quanto ci forniscono una nuova prova del differente modo di agire degli estratti cutanei in confronto dell'adrenalina.

Questo complesso di esperimenti ha un significato non cer-

(1) PENDE. Le debolezze di costituzione, vol. II, parte II, Roma, 1922.

(2) BOSELLINI. La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna. Milano, 1921, pag. 93 e seguenti.

Digitized by Google

to assoluto ma tale da fare ritenere che esperienze ulteriori con metodi più esatti e più adatti possano dare buoni resultati.

Per ora bisogna accontentarci di concludere che gli estratti di cute hanno un'azione stimolante il sistema nervoso simpatico, azione che si avvicina a quella dell'adrenalina senza però coincidere in tutto con essa.

Non sarà certamente facile cosa poter stabilire se questa azione sia dovuta a qualche sostanza particolare od a un complesso di sostanze, il che del resto non è neppure possibile stabilire per le ghiandole a secrezione interna.

Facile invece ed istruttivo potrà riuscire il confronto per l'azione degli estratti di cute sana e di cute affetta da qualsivoglia dermatosi. Da qui emergerà certamente qualche dato importante, sopratutto se si riuscirà a trovare un mezzo di saggio ben determinato.

CONCLUSIONI. — Esperienze fatte con estratti di cute hanno dimostrato:

1. Azione spesso midriatica sull'occhio enucleato di rana.
2. Azione frequentemente midriatica sull'occhio umano.
3. Azione a tendenza simpaticotonica sul riflesso oculo-cardiaco.
4. Nessuna azione sulla cute in seguito ad applicazione diretta.

Gli estratti di cute quindi manifestano sul sistema nervoso simpatico un'azione stimolante che si avvicina a quella dell'adrenalina pur non potendo con essa venire identificata.

ATTUALITÀ

I. ***Una ragione biochimica di differenza tra gli infermi di ulcera duodenale.***
II. ***Bacillemia tubercolare.***
III. ***L'anafilassi nell'artritismo.***

I. In un infermo gastrico o gastroduodenale nell'esaminare chimicamente l'acido cloridrico nel rispettivo contenuto gastrico è indispensabile definire non soltanto l'acidità cloridrica totale, ma anche il rapporto tra questa cifra della cloridria totale e la quantità di acido cloridrico allo stato libero. Su questo concetto hanno insistito da molto tempo Hayem e Winter, tanto che nel 1890 proposero un metodo per definire le due cifre, quella della cloridria totale e quella dell'acido libero.

Proprio in quell'anno, nel 1890, lavorando a Parigi sotto la direzione di Charles Richet, feci le più ampie riserve sulla esattezza tecnica del metodo analitico proposto da Hayem e Winter per dosare parallelamente la cloridria totale e la cloridria dell'acido libero e combinato, ma illustrai con ricerche sperimentali la necessità di fare quella distinzione nel campo clinico, perchè da quelle mie ricerche risultò che un tasso identico di acido cloridrico ha un potere antisettico e un potere stimolante sulla sensibilità e motilità gastrica tanto maggiore, per quanto più elevata è la dose di acido cloridrico allo stato libero.

Nello identico anno 1890 e nello identico laboratorio, diretto da Richet, feci noto che la identica differenza deve prospettarsi come azione dell'acido cloridrico sulla pepsina sino al punto che può vedersi una quantità di acido cloridrico minima, dotata di maggior potere digerente sulla pepsina, che non una quantità più elevata di acido, o, in altri termini, può succedere persino che l'acido cloridrico funzioni da antipeptico rispetto alla pepsina, ciò che di primo acchito potrebbe apparire paradossale.

A parecchi anni di distanza, nel 1903, questo apparente paradosso venne confermato nella stessa Francia da uno sperimentatore dell'autorità di Roger, l'attuale successore di Richet alla cattedra di fisiologia nella Facoltà Medica di Parigi. Roger comunicò il fatto all'Accademia delle Scienze di Parigi senza citare le mie ricerche, già antiche e che erano state comunicate alla identica Accademia, onde Richet si levò a rivendicare a me la priorità della osservazione.

Sicchè, in clinica, nel definire se un tasso cloridrico sia da ritenersi effettivamente patogeno per un individuo, non basta guardare la cifra bruta dell'acidità; necessita stabilire parallelamente il rapporto tra cloridria totale e cloridria libera e il rapporto tra il tasso di questa cloridria libera e il tasso di pepsina. L'*optimum* cloridropeptico è attuato da questo peculiare rapporto duplice.

Come una applicazione di questo postulato clinico può considerarsi una serie di numerose ricerche, pubblicate da FEDERICO ALZONA, nella clin. med. di Bologna diretta dal Prof. Viola (*Il Policlinico*, 1927, *Sez. Med.*, fasc. 3). Queste ricerche riguardano gl'infermi di ulcera duodenale e l'applicazione di quel postulato prova che questi infermi debbono ritenersi sovreccitati gastrici, ipervagali gastrici, anche quando il tasso totale dell'acido cloridrico non sia superiore alla norma. In essi è morboso il rapporto tra cloridria totale e cloridria libera ed il rapporto enzima-acido; è aumentato il tasso dell'acido libero ed esiste iperpepsinia. Questo fatto morboso della ipereccitabilità riguarda parallelamente l'acido libero e la secrezione peptica, nonchè il potere contrattile, che i radiologi perciò trovano sempre esaltato negli ulcerosi duodenali. Però, siccome l'acidità gastrica peptica è spinta a un rendimento massimo, l'A. molto opportunamente fa notare che basta alterare, anche di poco, una delle componenti del rapporto cloridro-peptico, cioè l'acidità cloridrica libera, perchè si veggia abbassarsi il rendimento digerente. L'attività peptica di riserva è esaurita, l'equilibrio cloridropeptico è troppo instabile, è in imminenza continua di mejopragia, appunto per lo stato continuativo di sovreccitamento tanto della secrezione quanto della motilità, anche se l'acidità cloridrica totale, non quella libera, risulti moderata. Anomalo è l'eccesso di acido libero e l'eccesso di secrezione peptica. Quando questa duplice anomalia è di minore grado, l'ulceroso duodenale soffre poco e sembra sano in apparenza, per contrasto al melena insistente; quando la duplice anomalia è molto spiccata, sono intense le soffereze diurne e notturne.

***

II. Di primo acchito, parrebbe che con la espressione di bacillemia tubercolare dovesse intendersi niente altro che la tifobacillosi tubercolare di Landouzy e Guido Banti.

Come ho sintetizzato anche nel mio recente *Prontuario di Medicina Interna*, sempre mi è sembrato opportuno venire a certe distinzioni, indispensabili nel campo clinico.

Posso errare, ma ritengo oggi — come ho ritenuto da quando ho potuto formarmi una convinzione in proposito — che la tubercolosi non deroghi a un postulato generale secondo cui ogni agente infettante non può localizzarsi in qualsivoglia sede, senza avere prima attraversato il torrente linfatico-sanguigno.

Il circoscritto apparato broncoalveolare di un apice non diventa sede della infezione, se non quando la resistenza generale intraorganica e la resistenza locale di quella parte, tutte e due, per quanto con gradazione varia, siano depresse o *in deficit* rispetto agli attacchi infettanti, provenienti, con pari importanza come potenza aggressiva, tanto dall'aria inspirata (infezione aerogena o locale), quanto dalla corrente linfoematica, che irrora la parte (infezione *a sanguine*). La resistenza biologica dell'epitelio-endotelio broncoalveolare ha importanza clinicamente non soltanto come barriera d'ingresso dei bacilli direttamente inspirati dall'aria quanto come trincea di resistenza ai bacilli presenti nei rispettivi vasi sanguigni e linfatici, che in questi vasi siano pervenuti attraverso anche altra via d'ingresso.

Questa è una prima modalità di bacillemia, la quale si verificherebbe costantemente in ogni tubercolotico, sempre che la diminuzione di resistenza in una data barriera, cutanea o mucosa, o epiteliale o endoteliale, abbia permesso l'arrivo del bacillo specifico nel torrente circolatorio, locale e quindi generale.

E' una modalità di bacillemia che, di per sè, non implica gravezza nella fattispecie e potrebbe dirsi transitoria.

Ben diversamente debbono essere considerate le cose, quando l'esame del sangue in un tubercolizzato mostri costantemente la presenza del bacillo e questo alla indagine biologica e culturale risulti abbastanza virulento. Quest'altra modalità di bacillemia, essendo permanente, è quella veramente grave, come è provato dall'abituale coesistenza del quadro morboso, individualizzato da Landouzy e Banti.

Ho voluto ricordare il significato di queste due varietà di bacillemia, pur sapendo che non tutti gli osservatori sono di accordo in riguardo. Il disaccordo promana principalmente dalla differenza nella frequenza, con cui si è riusciti a rinvenire nel sangue il bacillo di Koch.

Una sintesi di queste differenze è concretata recentemente in un articolo di A. CECCHINI (*Rivista di patologia e clinica della tubercolosi*, 31 agosto 1927), dell'Istituto di Tisiologia di Milano.

Loewenstein ritiene che la bacillemia è un fatto costante nella tubercolosi; Rosemberg, raccogliendo il sangue in citrato di sodio, ha no-

Digitized by Google

fato risultato positivo in 100 per 100 su 50 malati di tubercolosi polmonare, dei quali in 23 la localizzazione era iniziale. Kurashige, esaminando il sangue di 155 malati in diversi stadi, col metodo tecnico di Staubli-Schitter, ha dimostrato in tutti una costante e spiccata bacillemia (fino a 30 germi per ogni campo microscopico), anche in esami ripetuti da 4 fino a 8 volte ed a lunghi intervalli di tempo. Esaminò inoltre il sangue di 34 persone apparentemente sane ed in 20 ebbe a notare bacilli circolanti: ebbene tra questi 20 individui, 3, nel corso di 8 mesi, ammalarono di pleurite tubercolare, 2 ebbero emottisi, per altri 4 la inoculazione del sangue nella cavia diede risultato positivo.

In contrapposto a questa spiccata frequenza di risultati positivi stanno le indagini di Clairmont, secondo il quale, non solamente nella tubercolosi ma anche in gravi infezioni streptococciche l'esame del sangue dette risultato positivo, soltanto nel 10 per 100 dei casi. Kennerknect, Léon Bernard, Debré e Baron, Nobecourt e Barré anche essi ebbero in maggioranza risultato negativo, pur servendosi del saggio biologico.

Le differenze promanano principalmente dai metodi di tecnica adoperati. A prescindere dalla inoscopia (digestione peptica del coagulo) proposta da Jousset e dalla proposta caldeggiata da Lesieur di servirsi del sangue estratto con sanguisughe e quindi non coagulabile, Cecchini menziona il metodo della omogeneizzazione con la raccolta del sangue in acido acetico (Staubli) e la modifica di Schnitter, che vi associò l'uso dell'antiformina.

Giustamente Cecchini mette in rilievo che i metodi di colorazione diretta sono mal sicuri, sia per la generica difficoltà di dimostrare germi circolanti in sangue venoso, se prelevato in quantità non molto grande, sia per le modificazioni che il sangue ed i germi contenutivi possono subire per esigenze non eliminabili di tecnica e di colorazione, perchè legate alla natura istochimica del bacillo di Koch.

Anche il saggio biologico d'inoculazione può prestare il fianco ad obbiezioni e critiche. Il sangue inoculato, perchè possa infettare la cavia, conviene che contenga un certo numero di germi, calcolato da Massol e Calmette in almeno 10 bacilli di media virulenza, ciò che presuppone una discreta bacillemia. D'altra parte, la cavia, perchè troppo sensibile all'attecchimento del bacillo specifico, è materiale alquanto sospetto in riguardo alla richiesta di affermazioni recise come risultato.

Nell'attesa di metodi tecnici sempre più attendibili, lo studio della bacillemia tubercolare s'impone per le opportune deduzioni nel campo clinico.

***

III. Specialmente le sindromi acute del così detto artritismo si prestavano ad essere rimorchiate nell'orbita dell'anafilassi. Lo ha fatto brillantemente Loeper nel recente congresso francese, che proprio sull'artritismo si è svolto a Vittel. Loeper ha proclamato l'artritismo una malattia floculante e precipitante per la instabilità degli umori. Esisterebbe in maniera abituale una sensibilizzazione umorale, la quale si scatenerebbe ad intervalli sotto forma di accessi reumatici, di angina a ripetizione, di laringite con depositi uratici, con catarri bronchiali spesso associati con concrezioni uriche od uratiche, constatate da Lécorché nello espettorato. Lo stesso deve dirsi per le crisi di emicrania, di asma bronchiale, di orticaria, di eritemi magari a tendenza flemmonosa.

Con l'andare degli anni, le precipitazioni singole a livello specialmente delle cartilagini, dei tendini, delle superficie articolari, si assommerebbero e si designerebbero come tofi, come nodosità di Heberden o di Bouchard; a livello dei reni, della pelvi renale, della vescica delle vie biliari si estrinsecherebbero come calcoli o uratici o ossalici o calcici o colesterinici; sulla cute, sopratutto delle palpebre, delle occhiaia, dei padiglioni delle orecchie, si manifesterebbero come depositi colesterinici, lo xantelasma. Quale uno xantelasma dell'intima vasale potrebbe essere interpetrato l'ateroma arterioso.

Anche nelle sierose possono notarsi ammassi colesterinici (pleurite colesterinica) o di fosfocarbonato di calcio.

Questi depositi e concrezioni sarebbero localizzazioni e conglomerati vari di un unico processo generale umorale, consistente nella tendenza alla precipitazione. La fatica, le emozioni, gli errori dietetici, le iniezioni di siero o di nucleine, certe malattie intercorrenti, sarebbero semplici condizioni, che favoriscono e determinano l'attitudine precipitante in parti diverse dell'organismo.

Certe crisi insistenti di dolori articolari o vescicali o renali con le connesse flussioni umorali si veggono seguite, come stimmata permanente, da tumefazioni, da deformità, da calcoli.

La precipitazione secondo Loeper sarebbe provocata da uno squilibrio colloidale degli umori intraorganici e le sostanze cristalline, contenute nelle concrezioni, vi si precipiterebbero, perchè divenute deficienti nel loro sostegno associativo con le sostanze colloidi.

Loeper è giunto persino a proporre una intradermoreazione con l'olio saturo di colesterina per smascherare negli artritici la tendenza latente alla precipitazione umorale.

In tutto ciò niente di strano, nè di straordinario. Gli studi sui fenomeni di shock e di anafilassi sono un contributo analitico al fatto sintetico dei perturbamenti umorali negli artritici, sul quale la medicina antica ha sempre insistito. Sono progressi dell'analisi indiscutibilmente di alto interesse, ma che non ancora riescono a svelare la natura intima delle sindromi, conglobate sotto l'epiteto comune di artritismo; come non riescono a svelarla neppure gli acquisti, non meno interessanti, degli studi endocrinologici, morfologici, costituzionalisti, come oggi si dice.

Ammessa l'attitudine latente o attuale alla precipitazione per squilibrio umorale dei colloidi negl'infermi artritici, abbiamo forse scoperta la ragione prima di questo squilibrio? Ogni sorta di processo morboso in efficienza può essere considerato come l'effetto scatenante anafilattico di un'attitudine precipitante allo stato latente. Un attacco di pulmonite lobare franca non può considerarsi come uno shock anafilattico provocato dalla infezione pneumococcica, la quale, finchè è compensata dalla difesa o reazione intraorganica, resta latente, cioè in fase di semplice sensibilizzazione generale? Una volta intensificato lo squilibrio umorale e menomata la reazione di difesa per azione di una causa contingente (raffreddamento, strapazzo ecc.), si scatena il fenomeno dell'anafilassi, che sino a quel momento era in fase preparante.

Conviene indagare e indagare ancora, finchè attraverso questi studi analitici non si venga a scovare la origine prima del male nelle sindromi artritiche, come nell'infezione si è scoverta la prima origine dell'attacco pulmonitico.

Andrea Ferrannini

RIVISTE SINTETICHE

L'OSTEOSI EBURNEIZZANTE MONOMELICA

In questo ultimo lustro si sono rese note quattro osservazioni; delle quali due spettano a Léri e Johamy (Paris), Lewin e Mc Leod (Chicago); due a Putti (Bologna).

L'affezione della quale si studia individualizzare il tipo, è chiamata *meloreostasi* dal Léri; *osteosclerosi* dal Lewin; *osteosi* (non osteite) *eburneizzante* (per la caratteristica fondamentale dell'osteosi) *monomelica* (perchè interessato un solo arto), vien chiamata dal Putti, il quale la designa senz'altro «*una nuova sindrome osteopatica*».

Fig. 1.

Lo studio clinico e quello radiologico dei due casi italiani, provengono naturalmente dall'Istituto Rizzoli. I preparativi istologici (osso tratto dalla metafisi femorale) furono sottoposti al controllo francese, cioè al Prof. Policard, della Università di Lyon; il che non deve esser molto seducente per gli italiani.

Voglio permettermi di iniziare questa breve esposizione, traslando il responso del Policard: «Su le sezioni si constata (mi sembra) la esistenza di zone ossee degenerative, e magari morte, con alterazioni considerevoli e magari scomparsa, delle cellule ossee.

Vi ha avuto luogo *riassorbimento di osso*. In alcuni punti si vedono anche degli osteoclasti. D'altronde esistono regioni con *segni di neoformazione ossea;* sia neoformazione marginale, sia neoformazione intraharersiana, il cui esito evidente è la condensazione. Ma quale il punto di partenza di tutto ciò? Io penso che sia la degenerazione a segnare l'inizio, e che la densificazione sia secondaria a codesta degenerazione».

Questo è il responso epistolare; dal quale ho creduto cominciare perchè della istografia in genere, condivido l'importanza imprescindibile; ma anche perchè la risposta del Policard (del quale facciamo il meritato rispetto noi tutti studiosi), più che un responso, ha la veste pudibonda di colui il quale non riesca a spiegarsi come in Italia il livello culturale degli istopatologhi, non sia più all'altezza di giudicare rilievi così elementari. Cioè un'associazione di fenomeni degenerativi e neoformativi del tessuto; ricchezza di elementi vasali a cui fa riscontro una estesa prolife-

Digitized by Google

razione ossea perivasale, in parte occludente ed ischemizzante (Putti).

Dal punto di vista casistico le quattro osservazioni rappresentano: due adulti 39 a. e 35 a. due fanciulle, 8 a. e 10 a.; ma è da notare che anche dei due primi casi l'origine della infermità fu infantile (v. fig. 1ª che riguarda il caso 2°, dove si osserva abduzione dell'anca e valgismo del ginocchio). Non ha notevole significato che si tratti dell'uno e dell'altro arto. Ad ogni modo troviamo 3 femmine ed un maschio; due volte preso l'arto superiore, due quello inferiore. Sempre l'affezione fu monomelica.

Nessuna tara ereditaria. Sospettata una volta, senza R. W. positiva, fu la eredosifilide.

Primi sintomi nel primo decennio, e di ordine osseo ed articolare. L'osteosi ha in prevalenza un'azione stimolante di allungamento dell'arto. I fenomeni articolari possono essere tali da occupare il primo piano del quadro clinico. Nulla a carico del sistema nervoso sensitivo-motore e circolatorio dell'arto colpito. In un caso ripercussività simpatica accentuata. Decorso cronico, e sembra progressivo; ma le alterazioni restano sempre limitate ad un solo arto.

In quanto al quadro anatomo-radiografico: 1. Unicità di sistemazione allo scheletro, dalla radice cingolare all'estremo distale di uno o l'altro arto. Nel solo caso di Lewin limitazione al segmento distale dell'arto. Nell'avambraccio e gamba possibile limitazione ad un solo osso. 2. In tutto il suo decorso si manifesta sotto la specie di un'osteosi eburneizzante. 3. Si distribuisce senza predilezione, così alle ossa lunghe (egualmente e contemporaneamente alle epifisi, metafisi, diafisi) come a quelle piatte, corte, sesamoidi (rotula). 4. Nelle ossa lunghe sembra prediligere il cilindro cortico-spongioso, o per lo meno è da esso che si origina. 5. Nell'infanzia, e cioè quando è ancora possibile cogliere la malattia in evoluzione si osserva l'addensamento dei segmenti diafisari avvenire per striature longitudinali, radiali, parallele al maggior asse, quasi seguissero le diramazioni delle arterie nutritizie.

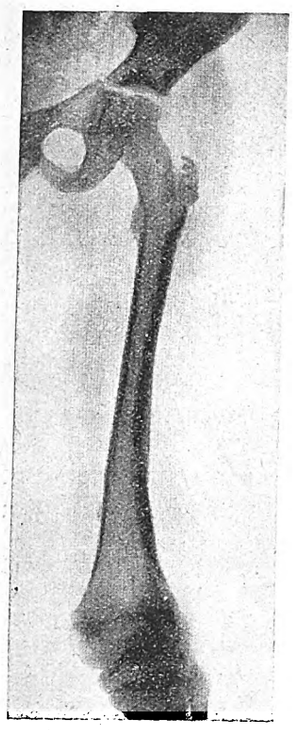


Fig. 2.

Nelle epifisi, nelle ossa corte e piatte, i germi di origine e diffusione dell'addensamento sembrano raccogliersi dove il circolo nutritizio è più attivo, e cioè attorno ai nuclei di ossificazione.

A quale affezione comparare questa monomelia? A nessuna, crede il Putti. Forse che sì ad una sindrome eredoluetica, se non si contrapponessero la anamnesi, la R. W., la evoluzione. Forse anche si penserebbe alla osteopatia (osso marmorizzato) di Albers-Schönberg; ma qui la sclerosi procede per linee orizzontali, non verticali; nè sempre è monomelica. In quanto alle affezioni leucemiche e pseudo-leucemiche, l'osteosclerosi vi è generalizzata. Nulla di comune con l'osteite di Paget, sia per l'età, sia per la distribuzione.

Con l'osteite fibrosa cistica di Recklinghausen, invocata dal Meyerding, nemmeno, secondo Putti, specie perchè manca negli ammalati suoi l'associazione di fenomeni di osteosclerosi e di osteolisi che è caratteristica dell'osteite fibrosa, e che sta a fondamento della vacuolizzazione cistica. Inutile dunque, secondo il Putti, ogni diagnosi differenziale con altri processi osteitici (infettivo-tossici, distrofici, malacici) che nulla han che vedere con quello descritto.

Caratteri *patognomonici* di codesta osteosi, eccoli: 1. La *monomelia*, punto nuovo, punto insolito, come p. es. nella condrodistrofia di Ollier, nella osteopatia di Fairbanks. Ma seguendo i criteri di patologia del sistema scheletrico, non rientrando questa nelle malattie generalizzate (osteomalacia, rachitismo in cui la causa agisce sui congegni del metabolismo umorale); bensì trattandosi di affezione a focolaio, (nella quale la causa raggiunge lo scheletro seguendo il veicolo vasale), bisogna rivolgere la mente ad altri congegni, cioè al sistema nervoso centrale o periferico. Il concetto classico e fondamentalmente italiano, di una correlazione intima funzionale tra sistema nervoso e trofismo osseo evolutivo od involutivo, si è più di recente affinato da quando lo Schubert ha tentato porre in luce il meccanismo vasomotorio riflesso dei territori capillari; ed ancora più, dopo che Leriche e Policard, oltre ad ammettere un peculiare gruppo osteopatico di origine vasomotoria, sono venuti a controllare le conseguenze di una vasoparalisi o di una vasocostrizione sul metabolismo fosfocalcico e sulla struttura scheletrica.

Ma c'è di più confortante ricordare che Bentzon, a proposito della condrodistrofia Ollier ha affermato esser l'esempio tipico di riassorbimento osseo da iperemia, e da ritenersi conseguenza di una turba funzionale della catena simpatica di un lato del corpo. Dunque ancora nuovi documenti questi del Putti a favore della elettività del sistema simpatico nel dare manifestazioni asimmetriche, unilaterali; segni che Thomas chiama di repercussibilità del sistema al confronto di stimoli periferici unilaterali. Segni di ripercussività simpatica si sono constatati non solo in questi casi ma anche in quello di Lewin e di Léri, sotto forma di aumento di proporzioni di alcune parti dell'arto leso. Nè sarebbe in contrasto con il predetto concetto l'assenza di altri segni di simpatopatia in altri tessuti ed organi.

Veniamo alla *eburneizzazione*: il fenomeno, al quale riesce trovare manifestazioni di affinità, starebbe in correlazione appunto con uno stato particolare che da Lériche e Policard viene oggi più chiarito, cioè che lo stato iperemico produce rarefazione ossea; quello ischemico addensamento. Nella monomelia qui studiata l'addensamento dovrebbe conseguire ad uno squilibrio biochimico del tessuto, che è a sua volta dipendente da un insufficiente apporto umorale. Insomma nella sindrome fin qui descritta, una turba funzionale della catena simpatica presidente alla innervazione vasale dello scheletro di un solo arto ha prodotto un rallentamento negli scambi circolatori del tessuto, rallentamento che si traduce in una proliferazione di tipo esclusivamente addensante.

Come si vede si è appena all'inizio di un tentativo per creare una «nuova sindrome di osteopatia». Non è lecito dubitare che, data la indiscussa competenza del Putti; dato sopratutto il largo materiale di osservazione alla sua portata, i casi si moltiplicheranno fino all'eccedenza. Sarebbe precoce dire se e fino a qual punto la frammentazione, l'inquadramento di sempre nuovi tipi, giovi alla vastità della visione fisiopatologica del trofismo osseo, e delle oscure leggi che lo governano.

Poichè ogni studioso, per poco che valga, deve pure avere un patrimonio di idee, noi osiamo pensare che di utile sia da sperare nella sintesi concettuale più che nella segmentazione di tipi e sindromi. L'ultimo fecondo cinquennio di fervore nella biologia, crediamo offra non pochi spunti a pensare così. Attenderemo dunque, se ci sarà dato.

Allo *statu quo*, non credo sia giustificato escludere che un ritorno tardivo a riesaminare alcuni tipi tuttora infantili, possa portare ad atteggiare diversamente i concetti che oggi si vogliono fondare. C'è inoltre da tenersi, secondo noi alquanto più riservati nella netta esclusione della sifilide; nella precisa dissimiglianza dalla malattia di Paget. La ragione di codesta riserva ci sorge appunto dall'orientazione etio-patogenetica, prospettata dagli osservatori dei quattro casi basali della «nuova sindrome». Siamo — la nostra coltura ci sorregge — sulla soglia delle simpatosi; e se anche non fossimo convinti seguaci della concezione di Pende, intorno alla schietta individualizzazione delle «sindromi endocrino-simpatiche, epperò delle «endocrino-simpatosi» non saremmo così retorici da disconoscerne il penetrante significato. Potremmo dire quasi analogamente, delle «sindromi angiocrinosiche» del Lévi.

Se questa direttiva di concetti non è errata, c'è da attendersi molto eventualmente che la «nuova sindrome» di Léri-Lewin-Putti, diventi una manifestazione peculiare di quelle che il Pende chiama endocrino-simpatosi dell'apparato muscolo-scheletrico (comprendendovi Paget, stati affini, e certe osteo-artropatie croniche neurotrofiche).

Basteranno alla netta individuazione i caratteri radiologici delle colate di eburneizzazione (v. fig. 2ª dove si osserva una lunga colata di addensamento nel margine laterale della diafisi femorale); ed i nuovi controlli istografici che il Policard saprà, da par suo fornire? Gli studiosi non rinunzieranno all'attesa.

Per ora, e quando si consideri che in tutti e quattro i pazienti le prime origini furono in una età che si potrebbe dire pre-pubere; quando si consideri che ci sono tre femmine contro un maschio, c'è da rivolgere la mente ad intimo influsso endocrino, il cui centro sia nella sfera genito-incretiva, e le eventuali colleganze con la tiroide e la ipofisi.

Questa ipotesi sulle direttive che a noi sembra possano assumere gli studi, ci sorge per affinità di concetti, dal vasto movimento compiutosi, nell'ultimo decennio, in America ed in Europa, dagli studi sulla evoluzione e sul ciclo sessuale.

Il Prof. Putti deve avere avuto le sue ragioni di assoluto silenzio sui punti più delicati della etio-patogenesi, silenzio che non lo disimpegna dal dar lumi sulla entità che egli tiene ad individuare.

E. Aievoli

BIBL. Putti. Chirurgia degli organi del movimento, 4, 1927 (con relative figure).

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il diabete latente in rapporto ad alcune affezioni cutanee. P. Escudero e F. Puchulu, Buenos Ayres. *La Clinica*, n. 3, 1927.

Per diabete latente l'A. vuole intendere quei casi, in cui non esiste glicosuria, ma la glicemia a digiuno assume valori lievemente aumentati od anche normali e la prova della iperglicemia sperimentale dà valori di molto superiori a quelli che normalmente si verificano.

La tecnica che gli AA. hanno seguito per la dimostrazione della esistenza di questo instabile equilibrio nel metabolismo degli idrocarbonati è consistita nella somministrazione di una dose totale di 100 gr. di glucosio anidro o anche, come prova di tolleranza massima, di una dose di 2 gr. di glucosio anidro per kg. di peso corporeo. I valori della glicemia furono determinati al polarimetro a digiuno e successivamente a distanza di 3 ore dalla suddetta ingestione zuccherina, considerando la prova come positiva quando la glicemia dopo le tre ore non è ancora ritornata al valore iniziale.

Servendosi di questo metodo d'indagine gli AA. hanno potuto constatare che numerose affezioni cutanee, quali l'eczema, la psoriasi, la foruncolosi, l'eritrasma, ecc., sono talvolta legate ad un'alterazione del metabolismo degli idrati di carbonio.

Questo fatto ha una importanza terapeutica immediata, in quanto che la guarigione della affezione cutanea non può stabilirsi senza la correzione del perturbato metabolismo, mediante un'opportuna cura dietetica o insulinica.

L'importanza profilattica del fatto è anche indiscutibile.

La cura del diabete efficacemente istituita in questo periodo di latenza può servire a prevenire il progressivo peggioramento del male.

I cloruri e lo zucchero nel liquido cefalo-rachidiano dei meningitici. — P. Nanfichvili, Tiflis-Georgia. *Archives des Maladies des enfants*, settembre 1927.

E' noto che talvolta si incontrano grandi difficoltà nella distinzione delle varie forme di meningite, donde il gran numero di ricerche intentate al riguardo per stabilire la diagnosi differenziale.

L'analisi del liquido cefalo-rachidiano si è dimostrata talvolta di non lieve utilità. Così per es. si è visto che esiste linfocitosi nella meningite tubercolare e polinucleosi nella meningite cerebro-spinale; e che esistono modificazioni notevoli nella quantità di albumina contenuta nel liquor di codesti ammalati.

Non raramente però queste modificazioni morfologiche e microchimiche o non sono bene identificabili o sono affatto ingannevoli, con grande scapito, naturalmente, della diagnosi dell'affezione e delle possibilità di guarigione.

Si è venuta indirizzando l'attenzione verso le modificazioni quantitative dei cloruri e dello zucchero nel liquor di questi infermi e da molti si è già affermato che la meningite tubercolare è caratterizzata dalla diminuzione di queste sostanze.

L'A. ha voluto praticare ricerche per confermare l'esattezza o meno di quest'asserzione ed ha sperimentato su numerosi casi personali.

Ha osservato che la diminuzione dei cloruri è possibile in tutte le forme di meningite e la loro diminuzione è sopratutto elevata nella meningite tubercolare, ma non ci si può fidare esclusivamente di questo dato per una esatta diagnosi. La diminuzione dello zucchero nel liquor è una prova sicura di meningite, ma la quantità normale di zucchero o anche il suo aumento non permettono di escluderne la diagnosi.

Perciò la diagnosi differenziale non può poggiarsi sicuramente sull'esame della zucchero o dei cloruri. Invece l'aumento del tasso dello zucchero, se si verifica dopo una diminuzione, è un buon segno prognostico nel corso di una meningite cerebro-spinale.

La semiottica vestibolare. — F. Brunetti. *Giornale medico dell'Ospedale civile di Venezia*, n. 1, 1927.

La semeiotica vestibolare, secondo l'A., dovrebbe essere richiesta con la stessa facilità con cui all'oculista si chiede l'esame del fondo dell'occhio. La semeiologia vestibolare, però, è piuttosto complicata e già vari sono gli stimoli che sogliono usarsi per l'esame di essa: stimoli di posizione della testa, di movimento, sonori, termici, elettrici, meccanici. Le principali reazioni che si possono avere sono le seguenti: a) riflessi sensoriali (vertigine rotatoria, sensazione della rotazione passiva, apprezzamento della verticalità, sensazione di caduta); b) riflessi del sistema nervoso autonomo (nausea e vomito, pallore, fenomeni vasomotori, sudore freddo, obnubilazione della vista, ronzio d'orecchi, lipotimia); c) riflessi sugli occhi, sul collo, tronco ed arti (deviazione coniugata, nistagmo, modificazioni della stazione eretta, prova della marcia, prova della indicazione, prova del tono dei muscoli degli arti superiori, prova della deviazione degli arti superiori, prova dell'orientamento degli arti superiori).

Tra queste varie prove, per esplorare il labirinto posteriore, sembrano all'A. e sono più adoperate in pratica quelle nistagmiche, stimolando le terminazioni periferiche del vestibolare con la calorizzazione con acqua fredda, sia col metodo di Kobrak (irrigazione con quantità minime di acqua) sia con le proposte di Barré per le posizioni da far assumere alla testa, cercando di evitare qualsiasi posizione coatta.

La prova della rotazione è meno fine e meno pratica di quella della calorizzazione, senza dire che alcuni individui per le gravi condizioni del loro male, non possono essere sottoposti allo stimolo rotatorio e che è necessario servirsi di apparecchi complicati e perfezionati. Meno usata è la prova galvanica, alla quale si fa rimprovero di non limitare la sua azione alle terminazioni periferiche del vestibolare, ma diffonderla anche al nervo.

Per lo studio delle funzioni cerebellari sono utili le prove di indicazione, tanto più che alla classica prova della indicazione, che nel primo tempo consisteva nell'esame di un solo e determinato movimento degli arti, in alto o in basso, in fuori o in dentro, si sono andate aggiungendo altre indagini, come quelle della deviazione a braccia tese, quella dell'orientamento, ed infine quella della reazione tonica a braccia tese.

I dati ricavati da tutte queste reazioni, inquadrati con quelli desunti dall'esame neurologico generale dello infermo, acquistano non poche volte un valore decisivo per la localizzazione di un processo morboso endocranico.

Lombricosi bronchiale. — J. Noguera, Osp. Principe de Asturias, Madrid. *Gaceta médica española*, giugno 1927, n. 9.

Riferisce l'A. la storia di una bambina di 9 anni, la quale presentava da oltre cinque mesi una tosse intensa, stizzosa fino a dare talvolta accessi di soffocazione. Non esisteva dispnea pronunziata, nè la minima traccia di espettorazione. La funzione digerente si manteneva normale.

L'esame dell'apparato cardio-vascolare e respiratorio non rivelava nulla di anormale; la radioscopia e la radiografia non mettevano in evidenza alcunchè di patologico, nè tampoco anche minime adenopatie. La cutireazione alla tubercolina, la Wassermann e la Sachs ripetutamente praticate diedero sempre risultati negativi.

I vari tentativi terapeutici con i vaccini, e sedativi, i balsamici e perfino con la sanocrisina, non approdarono ad un bel nulla. Fu solo al settimo mese dell'affezione che potè essere raccolto un espettorato. Questo si presentava compatto ed inodoro. Conteneva una gran quantità di cellule epiteliali cilindriche fornite di ciglia vibratili, cellule epiteliali caliciformi di origine bronchiale, abbondanti leucociti, scarse emazie, rari germi propri delle vie aeree, abbondanti cristalli di Charcot e una notevolissima quantità di uova di mm. 0,05 di diametro, di forma ellittica, fornite di capsula gelatinosa e di molte irregolarità di contorno: caratteri tutti che segnalavano la morfologia delle uova di ascaride lombricoide. L'analisi delle feces conseguentemente praticata dimostrò anche la presenza di cristalli di Charcot e delle medesime uova: onde potè porsi con sicurezza la diagnosi di elmintiasi bronchiale secondaria.

La cura antielmintica con capsule di chenopodio portò infatti alla espulsione di notevolissime quantità di ascaridi, taluni lunghi anche 20 cm., e succesivamente al miglioramento delle condizioni generali e alla sparizione della tosse.

La cura con olio di chenopodio fu continuata a scopo profilattico ancora per alcuni mesi.

Riguardo alla insolita localizzazione secondaria dei parassiti, l'A. ritiene che non sia facile pronunziarsi categoricamente circa il meccanismo di diffusione, essendo stato possibile la contaminazione delle vie aeree attraverso le mani (dita, unghie) portate incautamente alla bocca, o anche per un processo di diffusione degli ospiti intestinali attraverso le pareti vascolari.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Sulla cura chirurgica dell'appendicite acuta. — D. Giordano. *Giornale medico dell'Ospedale civile di Venezia*, n. 1, 1927.

Il dissenso dei chirurgi circa l'indicazione dell'operabilità dell'appendicite a caldo o a freddo è ancora aperto come fa notare un Maestro,

Digitized by Google

dell'autorità di D. Giordano, L'A. crede che non vi debba essere nulla di rigido in queste famose giornate dell'appendicite. Il chirurgo davanti ad ogni malato si dovrà porre il quesito se, abbandonato a sè, guarirà quasi certamente o morrà probabilmente, o se è moribondo, irremissibilmente. In quest'ultimo caso, ci si asterrà da ogni intervento; si interverrà invece nel secondo caso e non si rifiuterà di operare anche nel primo, poichè in poche ore la scena morbosa può mutare e la prognosi da benigna diventare angosciosa, rendendo colposa la così detta «attesa armata».

D'altra parte l'indicazione dell'intervento nelle prime ore o nel primo giorno urta talora contro difficoltà diagnostiche; infatti se la diagnosi di appendicite è per lo più banale, si dovrà pur sempre escludere che non si tratti di un dolore localizzato al ventre ma irradiato ivi dal torace (pulmonite, pleurite), che non si tratti di una colecistite, specie se l'appendice è alta, o di una annessite destra, ecc.

La diagnosi differenziale il più delle volte è facile, tenendo presente di non lasciarsi ipnotizzare dai classici punti di Mac Burney, di Morris, di Lanz: se l'appendice è retrocecale, per es., il punto di maggiore dolorabilità, anzi che nella sede dei precementi, si provoca premendo nella regione lombare; se l'appendice è abbassata nel bacino, il punto doloroso sarà molto basso; nelle appendiciti ad evoluzione pelvica latenti del bambino, il massimo dolore sarà provocato procedendo all'esplorazione per via rettale, ecc.

Quanto alla funzione alvina, si possono avere appendiciti acute con alvo normale o quasi, e anche con diarrea, ma per lo più si ha una paresi riflessa dell'intestino che determina la stitichezza o talora addirittura una vera occlusione intestinale: controindicatissimo in quest'ultimo caso, checchè ne dica il Sonnenburg, è, secondo l'A., l'olio di ricino.

Circa alcune particolarità di tecnica operatoria, sembra all'A. necessario per il buon esito dell'operazione che il moncone cecale, dopo asportata l'appendice, si ricovra di sierosa peritoneale; l'A. inoltre è solito portare l'incisione degli strati della parete addominale là ove il dolore e la difesa muscolare sono maggiori: e quindi incisione epicolica quando pare vi sia un'appendicite a sede alta; incisione ipogastrica pararettale per le appendiciti pelviche; talora persino incisione lombare per le appendiciti retrocoliche con ascesso posteriore. Nel maggior numero dei casi, però, è da tagliare in sede cecale, cioè là dove è più frequente il dolore alla pressione diretta. L'A. abitualmente si trova bene di una incisione che è meno vicina alla spina iliaca di quanto sia quella detta di Roux. e meno vicina al punto di Mac Burney di quanto lo sia la linea di questo stesso A.: mentre queste due incisioni sono obbliique; l'A. incide verticalmente con un taglio che unirebbe il punto superiore della incisione di Mac Burney con quello inferiore di quella di Roux. Il taglio interessa pelle ed aponevrosi, le fibre muscolari vengono invece smagliate in senso trasversale e divaricate con le forbici chiuse o con uncini ottusi ad un rebbo, il peritoneo viene di nuovo inciso verticalmente.

La appendicectomia a caldo, secondo l'A., deve essere eseguita con rapidità, sicurezza e col minore traumatismo possibile; eseguitala l'A., se l'appendice non era perforata e vi era attorno solo peritonite sierosa o pochi essudati fibrino-purulenti o modico liquido purulento facilmente assorbibile con le garze, preferisce chiudere l'addome, restando in attesa armata per riaprire se occorra; ma appena l'infezione locale appare più grave, l'A. è solito di fognare.

Come cure post-operatorie, l'A. consiglia: contro al timpanismo, la paraganglina a gocce, *per os*, le iniezioni di pituitrina, la lavanda gastrica se lo stomaco è disteso o l'ammalato vomita; come disintossicanti e tonici, la proctoclisi con adrenalina e con infuso di adonis se il polso è troppo frequente, la ipodermoclisi e la fleboclisi con soluzione fisiologica o con soluzione glucosata al 10 %, iniettando, in quest'ultimo caso, contemporaneamente 1 unità di insulina per ogni 3 gr. di glucosio. Rimedio efficacissimo in certi casi è la trasfusione di sangue dello stesso gruppo, che si fa semplicemente raccogliendo il sangue da trasfondere in una soluzione di glucosio al 47 % con la aggiunta di una piccola quantità (12 centigr.), di salvarsan o di sulfarsenolo, come anticoagulanti

Paracentesi addominale a scopo diagnostico.— Frangenheim, Clinica Chirurgica in Köln. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204. 1927.

E' nota una certa ostilità della più parte dei clinici, a codesta pratica, specialmente per i suoi rischi. Tuttavia c'è della esagerazione, contro la quale fornì presidio praticamente opportuno il Salomon con un apparecchio veramente un poco complicato. Si tratta di due aghi, l'uno esterno o conduttore tagliente, e di uno interno ottuso. Il primo serve soltanto a perforare la pelle, l'altro a trapassare muscoli, aponevrosi e peritoneo. L'agocannula possiede al suo estremo inferiore una finestra laterale destinata a far passare un sottile catetere guidato da un mandrino.

In quanto all'A. egli si è giovato dell'ago così detto automatico di Goetze per lo pneumoperitoneo, dal quale non si sono deplorati inconvenienti. Sede prescelta per la puntura fra la linea mediana a livello dell'ombelico o di poco in sotto, oppure transrettale destra o sinistra. Preferibilmente far coincidere questa puntura con il taglio laparotomico. Il liquido fuoriesce facilmente, o lo si può aspirare con siringa. Del resto bastano nella pluralità dei casi poche gocce per la diagnosi.

Controindicata la puntura nelle flogosi acute, subacute e croniche capaci di aver dato qualche fissazione di ansa intestinale. La puntura non si esegue sopra una tumefazione (infiammatoria) visibile, palpabile o sospetta. Nel dubbio di ascesso appendicitico con peritonite la puntura va fatta nel quadrante inferiore sinistro.

La negatività della puntura nella peritonite, od in contingenze di traumatismi addominali, non costituisce negazione della diagnosi, nè sviamento delle indicazioni operatorie. Per accertarsi della presenza di gas liberi è consigliabile connettere alla cannula un tubo elastico che si tuffi in un bagno, e seguirne il gorgoglio. Efficace deve ritenersi la puntura dei casi di traumatismi contusivi, perchè essa consente constatare se ci sia sangue, contenuto enterico od urocistico, versato, o magari essudato. Meno utilizzata si può dire questa pratica nella rottura di gravidanza extrauterina, sebbene in quest'ultima evenienza sia già abbastanza raccomandata la puntura dal fornice posteriore.

La torsione peduncolare di una cisti ovarica può giovarsi della puntura diagnostica, data la frequente presenza di essudato emorragico.

La perforazione gastroduodenale può essere affermata sia dalla fuoriuscita di gas, sia dalla presenza di liquido caratteristico: mentre la negatività della puntura non esclude la diagnosi. Si hanno esempi di colecistite perforativa nei quali la puntura nella regione epigastrica fornì liquido biliare. In qualche caso di perforazione duodenale si trovò alla puntura della regione ileo-cecale liquido giallomucoso con gas. In casi di pancreatite acuta la puntura mediana in sopra dell'ombelico fornì liquido emorragico torbido. D'altronde nella peritonite il significato oltrecchè diagnostico anche prognostico è stato più volte commentato da osservatori, sia per la eventuale origine tifobacillare, sia da pneumococco, sia da streptococco. In complesso dunque la puntura è semplice, non pericolosa; e mentre la negatività del risultato non esclude la lesione sospettata, può l'affermativa chiarire di molto la diagnosi e la direttiva terapeutica.

Trattamento operatorio della elefantiasi. — Keysser. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204, 1927.

Questo stato iperplastico al quale si rivolge sempre più l'interessamento dei pratici, ha fatto escogitare risorse più o meno cospicue, dalla semplice fognatura con fili, alle larghe escissioni secondo Kondoleon, de Gaetano etc., e ha fornito all'A. un notevole materiale clinico, con localizzazioni differenti. Innanzi tutto l'A. afferma la improprietà della espressione «drenaggio filiforme» voluta da Drauth. Cotesti fili ben presto vengono come incapsulati da uno strato fibroso più o meno fitto, e pertanto sono incapaci di conduzione. Contrariamente alla opinione diffusa cioè che siano suscettibili di trattamento operatorio solamente gli stati di elefantiasi linfangettasica, l'esperienza dell'A. lo porta a ritenere: che la forma fibrosa sclerotizzante non pure regredisce, ma anche le alterazioni cutanee sia di consistenza, sia di pigmentazione, scompariscono completamente senza aver ricorso alle escissioni di cute.

Le trasfissioni di fili di seta, non sottocute secondo Handley, ma sottofasciale o intramuscolare secondo la modifica Lexer, combinata cioè con escissioni fasciali, consente guarigioni durature così nella forma linfangettasica come anche in quella fibrosa.

Questa introduzione di fili dovrebbe essere interpretata piuttosto come azione fermentativa. I fili in realtà provocano un forte accumulo di leucociti; essi dunque agiscono dapprima come provocatori di infiammazione e quindi come risolventi della flogosi. Si riesce così a spiegare la regressione delle aponevrosi molto inspessite flogisticamente, delle alterazioni caratteristiche dell'elefantiasi, epperò la guarigione del processo morboso. Questo concetto è tanto più verosimile in quanto nelle forme fibrose si perviene a risultati affini, mediante iniezione di fibrolisina o di fermenti. Kûttner infatti se ne loda nella elefantiasi fibrosa del pene.

Il processo Lanz, migliorato da Kondoleon e Payz fornisce, senza dubbio buoni risultati. Senonchè non mancano da vari osservatori contestazioni di peggioramenti anzichè di miglioramenti dell'affezione.

Se fondandosi sulla personale esperienza si vogliono fare deduzioni relative alle indicazioni rispettive delle procedure Handley, Lexer, Lanz etc., eccole secondo l'A.

La prima di queste operazioni è certamente la più adatta nella forma sclerosante della elefantiasi, particolarmente quando anche il connettivo sottocutaneo siasi trasformato in tessuto compatto.

Digitized by Google

In tali condizioni l'introduzione dei fili di seta ha un influsso curativo immediato sull'elefantiasi. Pertanto l'A. non è di accordo col Drauth il quale ritiene non si tratti di azione curativa, bensì, se mai, preparatoria.

Quando si tratti di forma linfagettasica diffusa l'A. preferisce il processo Lanz secondo le modifiche di von Payz o di Kondoleon. Grazie all'estesa escissione aponevrotica si possono avverare importanti regressioni della malattia. Che se lo scopo non fosse così raggiunto si potrà ancora sperare in un successo ricorrendo alla procedura di Handley-Lexer.

NEUROPATOLOGIA

Sindromi psichiche iniziali dell'encefalite epidemica. — Vizioli. *Annali di Neurologia*, n. 2, 1927.

E' oggi definitivamente acquisito alla scienza che tutto il sistema nervoso centrale e qualche volta anche quello periferico può essere la sede del processo encefalitico, e che l'inizio di questo può farsi da qualsiasi punto, dalla corteccia cerebrale come dal midollo, pur tenendo presente che la regione di massima predilezione e di più frequente attacco è senza dubbio quella dei nuclei basali e mesencefalici.

Risulta quindi che insieme con le forme così dette basse ed anche spinali o periferiche della encefalite, si può avere anche una forma di poliencefalite corticale, la quale potrà essere secondaria, da propagazione cioè del virus alla corteccia dalla regione basale (ed allora si avranno le cosidette forme associate a sintomatologia neuro-psichica, le più comuni a verificarsi), ma potrà anche essere primitiva, dando luogo in questo caso a disturbi psichici iniziali, più o meno puri, di durata ed intensità variabili; nei quali disturbi l'assenza di febbre o di altri fenomeni generali della infezione si può spiegare pensando che il processo morboso possa in taluni casi impiantarsi e svolgersi fin da principio in modo cronico e subdolamente, cosa che del resto è dato di osservare con una certa frequenza nella clinica generale della encefalite, anche delle forme più comuni a localizzazione mesencefalica.

Un'altra prova della possibilità di una localizzazione primitiva e talora anche esclusiva del processo encefalitico su alcune zone della corteccia cerebrale è data dalla presenza, anch'essa non dubbia, di alcuni casi di fanciulli presentanti una netta sindrome psicopatica post-encefalitica, nei quali l'esame neurologico non mette in evidenza nessun sintoma della serie extrapiramidale o da lesione mesencefalica.

Nei casi a disturbi psichici iniziali si può dunque pensare che in primo tempo si ha una localizzazione del processo encefalitico, svolgentesi subdolamente e a tipo cronico, sulla corteccia cerebrale, donde i sintomi psichici prevalentemente irritativi; più tardi diffusione del processo alla regione dei nuclei della base ed a quella mesencefalica, con che si va stabilendo la sintomatologia a tipo extra-piramidale. L'A. ha nella sua pratica osservato che talvolta i disordini psichici si sono mantenuti e, più o meno modificati, non sono più scomparsi; tal'altra, sono, più o meno rapidamente svaniti del tutto. Egli attribuisce questo comportamento innanzi tutto alla gravità delle modificazioni indotte nella compagine strutturale degli elementi della corteccia. Quindi tenendo conto del fatto che nei soggetti giovanissimi la sintomatologia psichica, anche modificata nei suoi caratteri essenziali, si mantiene e si stabilizza definitivamente, laddove nei soggetti adulti si va a poco a poco dileguando, è da indurre che al fattore età bisogna dare la più grande importanza nella interpretazione dei disturbi psichici della fase acuta dell'encefalite come di quelli che intervengono secondariamente.

L'esperienza clinica prova che la sensibilità del sistema nervoso centrale di fronte agli agenti morbosi in genere è, nei fanciulli, certamente più spiccata che non negli adulti. Sensibilità che si deve ritenere ancora più squisita per gli elementi della corteccia cerebrale i quali, più di tutti gli altri, sono nel fanciullo ancora lontani dall'aver raggiunto una maturità strutturale e fisiologica e con questa una capacità di resistenza di fronte agli stimoli patologici. Per tale condizione, nei casi di encefalite più facilmente può aversi una localizzazione del processo morboso sulla corteccia cerebrale, talvolta isolata, più spesso associata alle localizzazioni mesencefaliche. Gli elementi delle zone corticali colpite, non ancora perfettamente evoluti e maggiormente suscettibili, risentiranno più forte l'azione perturbatrice; ed anche più difficilmente potranno riparare i danni indotti.

Con ciò l'A. viene a sostenere la genesi corticale dei disturbi psichici precursori o iniziali della encefalite epidemica e ad avvalorare l'ipotesi di una diretta partecipazione della corteccia cerebrale nel determinismo anche delle affezioni psicopatiche postume, le quali difficilmente possono essere interpretate come dovute unicamente alle alterazioni dei nuclei della base e della regione mesencefalica.

Ascesso protuberanziale metastatico. — G. Jona. *Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia*, n. 1, 1927.

L'A. illustra il caso di un'inferma affetta da setticopiemia da pelviperitonite di origine appendicolare, nella quale comparve ben presto una fenomenologia cerebrale, che doveva produrre in 4 giorni la morte. A quadro completato, si notava una paralisi alterna, tipo Millard-Gubler, con paralisi del 6° e 7° di destra e paresi degli arti di sinistra, ma 24 ore innanzi la sindrome non coinvolgeva che il 6° di destra e gli arti di sinistra, ed esistevano inoltre nel territorio dei nervi cerebrali dei fatti bilaterali e un'incertezza nei fenomeni a carico del 5° e 7°, che rendevano meno sicuro il giudizio di localizzazione. In questo momento, però, il fatto più decisivo ai fini diagnostici era dato dalla coincidenza della paralisi del 6° di destra con la deviazione del capo e degli occhi verso sinistra, il che costituisce una delle varietà della sindrome di Foville, la quale, come si sa, è dovuta a lesione del peduncolo cerebrale, quando è impegnato anche il 3° paio, a lesione della protuberanza, quando è impegnato il 6° paio. Nel caso presente si doveva ammettere esser lesa la metà destra della protuberanza, perchè era colpito il nucleo del 6° paio di destra (nella sindrome di Foville, infatti, la lesione è omolaterale rispetto all'oculomotore esterno, colpito nel suo nucleo); inoltre la sindrome, completata con la paresi degli arti sinistri, dava un nuovo criterio per la sede protuberanziale, perchè lo sguardo era rivolto a sinistra, cioè dallo stesso lato degli arti paretici: secondo le leggi di Prevost e Landouzy infatti, nella deviazione coniugata del capo e degli occhi con emiparalisi, lo sguardo è volto verso il focolaio se la lesione è negli emisferi, verso gli arti paralitici se la lesione è mesencefalica.

L'autopsia confermò trattarsi di un ascesso del volume di una grossa avellana localizzato nello spessore della metà destra della protuberanza. Il caso è anche importante per la rarità dell'ascesso protuberanziale.

PEDIATRIA

Tumefazione mammaria e secrezione lattea nel neonato. — S. Fabris. *La Pediatria*, n. 9, 1927.

L'A. ha condotto le sue osservazioni su un totale di 635 lattanti, dei quali 625 nati a termine e 10 nati prematuramente. Egli riferisce che la secrezione del colostro non si verificò mai nei 31 bambini dell'età di 0 a 2 giorni da lui presi in esame e che il primo accenno di secrezione si ebbe solo dopo il secondo giorno di vita, per raggiungere il suo massimo di frequenza dal quarto al quinto giorno e mantenersi sensibilmente costante come frequenza fino alla fine del primo mese di vita. Ma si potè anche rilevare che la secrezione di colostro, pur riscontrandosi con frequenza minore, persiste bene apprezzabile in alcuni bambini anche nel secondo e nel terzo mese di vita e che è solo nel quarto che la percentuale di reperti positivi si abbassa notevolmente, mentre da tale epoca della vita in poi essa scompare del tutto.

Per quanto riguarda il sesso l'A., contrariamente a quanto comunemente si afferma, riferisce di aver notato un evidente prevalere di reperti positivi nei maschi rispetto alle femmine.

Nei prematuri non fu mai osservata una secrezione colostrale nei primi giorni di vita; nei periodi successivi invece (I e II mese) fu possibile mettere in evidenza questa secrezione, con una percentuale approssimativamente uguale a quella segnalata per i bambini nati a termine.

Per ciò che concerne la quantità del colostro secreto, pur non potendo dare delle cifre esatte, non avendo ritenuto opportuno svuotare completamente le mammelle, l'A. fa notare, basandosi sulla facilità con cui si otteneva la fuoriuscita delle gocce di colostro, che dal secondo al quarto mese la secrezione colostrale è per lo più sempre scarsissima, e solo eccezionalmente più abbondante, mentre nel primo mese di vita e specie nei primi 15 giorni non è raro ottenere la fuoriuscita di numerose gocce di colostro, talvolta anche a getto, e ciò indipendentemente dalla grandezza della tumefazione mammaria.

Non fu osservato nessun parallelismo fra quantità di secrezione colostrale e portata lattea della madre.

Una tumefazione mammaria ben evidente, contrariamente a quanto fu sopra segnalato per la secrezione colostrale, fu osservata solo nei primi giorni di vita ed in genere non oltre il ventesimo giorno. Essa era bene apprezzabile nel 60 % circa dei casi studiati in tale periodo della vita e si accompagnava allora costantemente a secrezione di colostro, per quanto, come si è affermato, non esistesse alcun parallelismo fra intensità della tumefazione e quantità di secreto.

L'esame a fresco del colostro dimostrò la presenza di globuli di grasso. Nei preparati colorati il reperto fu simile a quello del colostro di don-

Digitized by Google

na: furono infatti riscontrati dei corpi granulosi, dei corpuscoli nucleari a semilune e dei leucociti.

L'esame microscopico dimostrò poi successive modificazioni col succedersi dei giorni: infatti nel colostro dei primi giorni abbondano i corpuscoli di colostro (corpi granulosi) e i leucociti polinucleati; in quello dei giorni successivi vi è predominanza dei nucleati, distruzione evidentissima dei corpuscoli di colostro con formazione dei corpi nucleari a semiluna che rappresentano appunto residui di quelli; e infine nei giorni ulteriori, scomparsa dei corpuscoli di colostro e dei corpi a semiluna, scarsezza dei leucociti, presenza di scarsissimi corpuscoli di grasso e agglomerati di residui cellulari amorfi. Modificazioni tutte, che sono perfettamente analoghe a quelle che si osservano nel latte di donna.

DERMATOLOGIA

L'acetato di tallio nella tigna del cuoio capelluto. — M. Drummond. *The British Med. Journal*, n. 3450, 1927.

L'A. riferisce i risultati ottenuti con la somministrazione di acetato di tallio in oltre 600 casi di tigna del cuoio capelluto ed indica quindi le direttive che si devono seguire in tale trattamento.

Ritiene che debba preferibilmente farsi uso del protossido dell'acetato di tallio e che debba nei bambini di età al disotto dei 3 anni procedersi alla somministrazione di 8 mgr. di farmaco per ogni kgr. di peso, disciolti in acqua zuccherata. Ha osservato una rapida e profusa perdita dei capelli circa 15 giorni dopo la ingestione nei bambini della suddetta età, però nei più grandicelli ebbe a notare risultati meno soddisfacenti.

L'azione del farmaco fu apparentemente selettiva, in quanto che rispettò le ciglie e le sopracciglia. Il metodo è controindicato nei casi di nefrite ed anche in presenza di lieve albuminuria. Laddove esso la prima volta fallisce, non si può ripetere il tentativo se non dopo tre mesi di distanza, a causa della forte capacità cumulativa del preparato.

L'A. quindi ritiene che nei piccoli bambini il metodo sia straordinariamente indicato, stante che l'epilazione con i raggi X non viene nella piccola età ben tollerata.

UROLOGIA

Se esista una guarigione spontanea non operatoria della tubercolosi renale. — Kummel senior. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, vol. 203-204, 1927.

Argomento importante ed autorevole l'osservatore, giova rispondere al quesito: giacchè sarebbe tra i desiderata del progresso terapeutico in questa branca, diffondere il concetto di una diagnosi quanto più precoce per addivenire ad una cura altrettanto precocemente operatoria. Il nodo della discussione resta dunque questo: se sia o non attendibile e sicura la spontanea guarigione della nefrotubercolosi; tanto più che non sono neanche contribuzioni affermative. Ma si è constatato che si tratta di guarigione per grave distruzione dell'intero organo. Sono dunque guarigioni anatomo-patologiche, nelle quali non si trovano più bacilli; non già di guarigione clinica dell'organo, che per essere invece distrutto non ha alcuna importanza per l'organismo. E' dunque come dice Wildbolz una autonefrectomia. Il primo attacco tubercolare di un rene suole partire da un altro focolaio esistente nell'organismo: dunque poco meccanismo ematogeno. Ma non si può, dopo quanto si è appreso in merito alla insufficienza ureterica, escludere l'eventuale ascensione. Non si può ormai più contestare che la cistite tubercolosa possa dare origine alla tubercolosi ascendente. Vero è che può non accadere questo nella cosidetta pionefrosi tubercolosa occlusa; ma essa oltre che molto eccezionale, può considerarsi come tubercolosi illusoriamente guarita. Si può anche in questo genere ammettere il caso di una tubercolosi del polo renale superiore il quale, grazie ad uno sforzo di cicatrizzazione, sia rimasta isolata dal restante organo, dalla pelvi e dall'uretere. Che se si adducano casi di apparente guarigione sotto l'uso della tubercolina, bisogna aggiungere che vi manca la positiva dimostrazione sia al tavolo operatorio, sia a quello necroscopico. In nessun caso il rene estirpato ha mostrato traccia di azione curativa tubercolinica.

Nelle osservazioni dell'A. mentre si ebbe a constatare un transitorio miglioramento dei sintomi clinici all'intervento radicale non si potè constatare la guarigione in nessuna parte dell'organo gravemente compromesso. Dunque non si può sottoscrivere a coloro i quali, senza fondato controllo ammettono questa guaribilità, mentre a bene esaminare i casi, si vede come prima o poi essi soccombettero alla malattia fondamentale e magari alla insufficienza renale. Neanche esatta l'opinione secondo la quale, asportato un rene tubercoloso, l'altro si comprometta quasi senza eccezione. La nefrotubercolosi essendo quasi sempre unilaterale, il coinvolgimento dell'altro organo è segno di infezione tardiva, che può essere scongiurata appunto dal nostro indirizzo chirurgico, rinunziando, nell'interesse del paziente, alle cure illusorie. Le statistiche mostrano che nell'intervento precoce, si possono considerare durevolmente guariti i pazienti dopo due o tre anni.

LARINGOIATRIA

Effetti favorevoli del pneumotorace sulle laringiti tubercolari. — J. Rozier. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n. 13, 1927.

L'A. ha notato da qualche anno una diminuzione relativa delle laringiti tubercolari. Egli ritiene che il fatto sia in rapporto con il miglioramento dei mezzi diagnostici, che permettono il riconoscimento della malattia in un periodo molto più precoce di un tempo. Inoltre la terapia attuale, se non riesce ad uccidere il bacillo di Koch, è capace di diminuire la secrezione bronchiale e di sopprimere la tosse, i due nemici più minacciosi della laringe. Ora, tra gli interventi curativi della tubercolosi, quello che è considerato come elettivo è il pneumotorace, col quale si ottiene la soppressione della tosse, la diminuzione dell'espettorato, la caduta della febbre e il miglioramento dello stato generale. S'intende quindi facilmente come la laringite specifica si avvantaggi della cura. L'A. infatti da anni ha osservato che negli infermi curati con la collassoterapia non si produce laringite, se la laringe era sana prima del trattamento. Se vi era prima della cura infiltramento delle aritenoidi il pneumotorace determina sempre un netto miglioramento, e talora anche la guarigione, mentre nelle laringiti gravi non si ottiene alcuna modifica. Queste conclusioni concordanti del resto con quelle già note sono confermate dall'esposizione di una serie di infermi che l'A. ha avuto in trattamento.

TERAPIA FISICA

Radioterapia e diatermia nella cura delle nevralgie. — P. Del Buono, R. Ist. di Radiol. e Ter. fisica di Bari. *Archivio di Radiologia*, gennaio-febbraio, 1927.

I risultati della cura chirurgica (alcoolizzazione e resezione dei rami terminali, alcolizzazione e resezione dei rami della seconda e terza branca all'uscita dei fori cranici) sono temporanei, mentre non escludono ai paziente pericoli inerenti all'atto chirurgico e alle conseguenze di questo.

Risultati più certi e in gran parte definitivi si ottengono mediante la gasserectomia, l'alcoolizzazione del ganglio e la neurotomia retro-gasseriana. Ma i pericoli a cui espongono questi interventi sono gravi per la vita e per la funzione degli organi risiedenti nelle vicinanze del ganglio (occhio, orecchio, bocca).

Dati, invece, i buoni risultati della cura mista radiologica e diatermica, e la perfetta innocuità di questa, l'A. ritiene che tutti i casi di nevralgia del trigemino, dai più lievi ai più gravi, siano prima da curare dal medico con i comuni farmaci ed in caso di insuccesso, inviati al radiologo.

Questi dovrà fare uso di raggi duri pur non sorpassando i 150 KV., sotto filtro di 0.5 Cu. La distanza focale non deve essere mai inferiore a 40 cm. Sarà applicato un piccolo limitatore sulla regione temporale. La durata dell'irradiazione non deve essere mai superiore ai 10 minuti, per potere nei casi più persistenti irradiare fino a 5-6 sedute sulla stessa zona.

Contemporaneamente al trattamento radioterapico l'A. consiglia di eseguire la cura diatermica: egli usa applicare i due elettrodi sulle due regioni temporali e quindi con piccole superficie di irradiazioni raggiungere alte intensità e per lunga durata, cioè mai inferiore ai 30-40 minuti. Perdurando la nevralgia e dopo aver tentato due o più serie di irradiazioni, il paziente verrà affidato al chirurgo, il quale non dovrà limitarsi ad intervenire sui rami terminali, ma comincerà con l'alcoolizzazione dei rami all'uscita dei fori cranici. Solo in caso di insuccesso verrà giustificato l'intervento sul ganglio nella sua sede cranica.

Le iniezioni endovenose di destrosio nella röntgenterapia del carcinoma. — G. Holzknecht, Vienna. *Therapie der Gegenwart*, n. 1, 1927.

Da diverso tempo Holzknecht ed i suoi allievi (specialmente E. G. Mayer) hanno constatato che l'applicazione dei raggi roentgen riesce più efficace sui carcinomi, se prima del trattamento viene praticata una iniezione endovenosa di destrosio (zucchero d'uva al 33 %).

Servendosi di questa azione combinata si è osservato che il rimpicciolimento del tumore — che si ha abitualmente anche con i soli raggi X

Digitized by Google

— si verifica qui molto più rapidamente (giorni invece di settimane), e che in genere i carcinomi assumono dal punto di vista della influenzabilità terapeutica, il carattere dei sarcomi.

Così un maggior numero di cancri si fa utilmente aggredire dalla röntgenterapia; gli effetti favorevoli si verificano più rapidamente, e più rapidamente si raggiunge il massimo risultato ottenibile.

Per vero non si sono verificate delle vere e proprie guarigioni, ma si è trattato sempre di miglioramenti, i quali però permettono di nutrire migliori speranze, di quel che la sola terapia fisica finora autorizzasse.

L'azione del destrosio potrebbe ricevere una interpretazione nel senso che esso gioverebbe a sensibilizzare il carcinoma all'azione dei raggi röntgen.

MEDICINA LEGALE

Influenza della temperatura ambiente sulla concentrazione dell'alcool nel sangue degli ubbriachi.— V. M. Palmieri. *Rivista di Patologia sperimentale*, n. 4, 1927.

L'Autore si è già occupato nella «Riforma Medica» (v. 1927, n. 23) dell'importanza della diagnosi biologica di ubbriachezza nella pratica medico-forense.

Preoccupandosi successivamente dell'esatta interpretazione dei risultati della ricerca biologica dello stato di ubbriachezza, ha inteso col presente lavoro di determinare se ed in quale misura il variare delle condizioni termiche di ambiente abbia una influenza accelerante o ritardante sulla concentrazione e sulla graduale scomparsa dell'alcool dal sangue (in soggetti non assuefatti all'alcool), dato che il dosaggio dell'alcool presente nel sangue costituisce la più razionale indagine biologica per determinare lo stato di ubbriachezza.

Dalle ricerche fatte emergono le seguenti conclusioni:

La temperatura esterna ha una influenza sulla concentrazione dell'alcool nel sangue: questa influenza si manifesta tanto per le basse quanto per le alte temperature, e si traduce nell'accelerare il passaggio dell'alcool ingerito nel sangue, e nell'accelerarne la successiva scomparsa, relativamente a ciò che si verifica in condizioni termiche normali.

Quest'azione acceleratrice è però più evidente per le basse che per le alte temperature, e d'altra parte su di essa esercita una certa influenza anche la quantità di alcool ingerita per kg. di peso del corpo, poichè con l'aumentare della impregnazione alcoolica dell'organismo, il sangue si disfa più difficoltosamente del tossico.

Si può così ritenere che per individui che dopo l'ingestione di una certa quantità di alcool abbiano soggiornato più o meno a lungo in ambienti molto riscaldati, o al freddo, il rapporto tra la quantià di alcool trovata in un determinato momento nel sangue, e la quantità di alcool ingerita non è lo stesso, quale — a parità di dose — suole verificarsi in condizioni di temperatura ambiente media.

Di questi dati di fatto bisognerebbe quindi tener conto in eventuali constatazioni medico-legali dello stato di ubbriachezza.

TECNICA DI LABORATORIO

Nuovo metodo di rapida colorazione per la ricerca della eosinofilia. — U. Diliberto, Ospedale Civico di Palermo. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 15 maggio 1927.

Per la ricerca della eosinofilia l'A. raccomanda un metodo che ha a differenza di quello del Romanowski, il notevole vantaggio della semplicità rapida di attuazione.

Si procede così: sullo striscio, senza fissarne, si versa del liquido colorante Giemsa non diluito e dopo un secondo, inclinando il vetrino, si fa cadere il liquido sovrabbondante, e si asporta poi il resto (sempre tenendo inclinato il vetrino) facendo gocciolare su esso un miscuglio a parti uguali di etere ed alcool. Si termina il lavaggio quando lo striscio ha assunto un bel colore rosa. Si asciuga e si porta al microscopio. Tutto questo non richiede più di 2-3 minuti di tempo.

Le granulazioni degli eosinofili si colorano in un bel rosso granato vivo ed appaiono nitide, ben delimitate e di dimensioni un po' maggiori che con gli altri metodi di colorazione, mentre invece il nucleo si colora meno intensamente, ma di un bel colore celeste.

L'A. riferisce che tale metodo deve essere adoperato solo per la ricerca dell'eosinofilia, perchè con questo sistema si favorisce la colorazione degli elementi acidofili e si ostacola quella degli elementi basofili, mentre si asporta quasi del tutto il colore della cromatina.

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ACCADEMIA PUGLIESE DI SCIENZE - BARI

Seduta del 7 luglio 1927

Presid.: prof. N. Leotta

N e r i. *Sulla vaccinazione anticarbonchiosa per via cutanea, sottocutanea, intramuscolare, endoperitoneale.* — L'O. ricorda le sue precedenti ricerche, delle quali tenne a suo tempo un'altra comunicazione all'Accademia, e dalle quali risulta evidente che non esiste il dermotropismo del bac. carbonchioso vantato da Besredka e che tutti i tessuti permettono l'attecchimento di detto bacillo. Le attuali ricerche sono logica conseguenza delle prime e riguardano le proprietà immunizzanti dei vari tessuti. Dopo aver esposta la tecnica originale impiegata, conclude dicendo che lo stato di immunizzazione attiva efficiente di fronte al bac. del carbonchio non è esclusivamente legato, come vuole Besredka, alla cute, ma ogni tessuto può determinare quello stato, pur riconoscendo che la cute dà i migliori risultati, poi segue il sottocutaneo, i muscoli e il peritoneo, che dà il peggior rendimento agli effetti della vaccinazione.

G a i f a m i. *Sulla gravidanza senza amenorrea.* — L'O. si occupa dell'assenza assoluta di amenorrea in gravidanza, fatto che ha osservato in 10 su 45 casi di gravidanza extrauterina capitati nella Clinica Ostetrica di Bari ed illustra al proposito numerose proiezioni grafiche. Questo argomento si presta ad importanti considerazioni di ordine pratico e dottrinario riguardo ai rapporti intercorrenti fra ovulazione e mestruazione.

T r i n c h e r a. *La tiroide nella resezione bilaterale del ganglio cervicale inferiore del simpatico. Nota preventiva.* — Mentre che numerosi autori si sono interessati dai rapporti fra ganglio sup. e tiroide, al relatore risulta che scarsissimi autori si siano occupati dei rapporti fra tiroide e ganglio cervicale inferiore (Kiyono). Egli conclude che dopo la resezione dei due gangli cervicali inferiori la tiroide aumenta di peso e presenta i segni istologici di una iperplasia epiteliale che in alcuni punti trasforma completamente la normale trama istologica della ghiandola: oltre questo trova accumuli di linfociti. L'O. interpreta questi fatti come uno stato di iperfunzionalità della tiroide e ne dà la dimostrazione avendo rilevato aumento del metabolismo basale che nei cani operati si comporta appunto come negli stati iperfunzionali tiroidei. L'O. si ripromette di studiare i rapporti fra vago e tiroide.

N i s i o. *Sulla colecistografia.* — L'O. comunica le sue ricerche sperimentali eseguite sui cani sulla «Colecistografia» mediante la tetraiodofenolftaleina, il bromuro di sodio e l'olio iodato. Della tetroiodo rileva i pregi e, particolarmente, i pericoli. In un cane morto in seguito all'iniezione di questa sostanza in dose tossica ha osservato nel fegato lesioni istologiche tali che fanno supporre essere la tetraiodofenolftaleina un veleno ad azione emolitica. Conclude col ritenere che questa è la sostanza che dà i risultati più fecondi e che la colecistografia può divenire un metodo pratico solo se la tetraiodo somministrata per os riesca efficace ed eviti i gravi accidenti generali e locali cui essa conduce di frequente con la somminstrazione per via intravenosa da tutti consigliata.

R o s s i F. *Azione piastrinolitica e piastrinopoietica della milza. Ricerche sperimentali.* — L'O. ha voluto indagare l'azione piastrinolitica e piastrinopoietica della milza facendo la ricerca numerica comparativa fra sangue dell'arteria e della vena splenica. Ha esperimentato su cani normali, su cani trattati con siero piastrinolitico e su conigli sottoposti all'asfissia con anidride carbonica, la quale determina una piastrinosi. Dai fatti osservati ha creduto di poter trarre le seguenti conclusioni: a) la milza ha un'azione pastrinogenetica, b) la milza non ha in sito un'azione piastrinolitica, c) crede che la piastrinolisi avviene in circolo.

R e v o l t e l l a. *Irradiazione dell'iposifi e genitali femminili.* — L'esperienza clinica insegna che numerosi rapporti funzionali esistono tra ipofisi e genitali e anche nel caso speciale dell'irradiazione dell'ipofisi si è visto persino che questa può determinare regressione dei fibromi dell'utero.

Lo studio sperimentale dell'argomento non porta però una conferma a questi dati clinici perchè l'esame istologico dell'utero e dell'ovaio non ha lasciato rilevare, dopo irradiazione dell'ipofisi, alterazione di sorta Ciò fa concludere al relatore che in seguito alle irradiazioni dell'ipofisi negli organi genitali femminili non precede alcuna fase anatomica alle alterazioni funzionali.

Il Segretario: C Rossi

Digitized by Google

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICHE DI PALERMO

Seduta del 4 giugno 1927

Presid.: prof. G. PARLAVECCHIO

Piazza V. C. *Diabete renale.* — Premesso che il diabete renale è caratterizzato: 1° dalla esistenza di glicosuria più o meno intensa e di glicemia normale o subnormale; 2° dalla indipendenza della intensità della glicosuria dalla quantità di idrati di C ingeriti; 3° dalla assenza di reazione iperglicemica al glucosio; 4° dalla assenza dei segni classici del diabete mellito con glicosuria persistente; 5° dall'aumento della glicosuria e dal peggioramento delle condizioni generali con regime privo di idrati di C e ricco di proteici; 6° da evidente miglioramento delle condizioni generali con regime privo di carboidrati e ricco di proteici; l'O. illustra alcuni casi di diabete renale puro e altri di diabete mellito nei quali in dati momenti la glicosuria ha assunto il carattere renale. Dallo studio di questi casi, l'O. conclude che il diabete renale non è una sindrome rara e che la sua patogenesi deve farsi risalire a spostamenti della soglia renale del glucosio provocati da stimoli abnormi (per lo più piccole lesioni tossiche, anche transitorie, del rene, come è dimostrato dal fatto che talora la sindrome di diabete renale è preceduta da la comparsa di albuminurie, sia pure transitorie).

Dal punto di vista pratico, nei casi di diabete renale puro il trattamento deve essere puramente dietetico, con regime ricco di idrati di C e povero di proteici, dando bando all'insulina; nei casi di diabete renale comparsi in diabeti melliti trattati con l'insulina, occorre sospendere quest'ultima ed equilibrarli con regime povero di proteici e contenente idrati di C fino alla tolleranza, ritornando all'insulinoterapia solo dopo che la sindrome di diabete renale è scomparsa.

Cacioppo L. *Encondroma sarcomatoso della guancia.* — L'O. riferisce di un infermo di 82 a. che presentava nella parte media della regione masseterina sinistra un tumore lungo 8 cm. e largo 5 cm., datante da circa un anno, di consistenza duro-elastica, a superficie lobata, non facente corpo con la pelle ma sostenuto da un peduncolo largo 15 cm. e lungo altrettanto. Asportato il tumore con la sezione del peduncolo, all'esame isto-patologico esso dimostra la presenza di tessuto cartilagineo tipico e di tessuto sarcomatoso costituito principalmente da cellule giganti simili ai mieloplassi: l'O. crede che il tumore dapprima era solo cartilagineo e che solo in seguito si è sviluppato il sarcoma, che ha affrettato l'evoluzione del tumore primitivo.

Circa l'origine del tumore, l'O. pensa che esso sia potuto derivare da germi cartilaginei embrionali degli archi branchiali o della cartilagine auricolare, rimasti per lunghi anni latenti nel sottocutaneo della guancia.

La Grutta L. *Influenza dell'alcool etilico sulla eliminazione dei corpi purinici.* — Le forti dosi di alcool (3 cc. per kgr. di peso del corpo del cane) somministrate per via gastrica, aumentano, secondo l'O., notevolmente l'eliminazione dell'azoto totale, mentre le dosi più piccole sia nell'uomo che nel cane, producono un risparmio della dissociazione delle proteine. Quanto alla eliminazione dell'azoto purinico, le forti dosi di alcool l'aumentano fortemente, mentre le piccole dosi la diminuiscono leggermente; inoltre subito dopo l'ingestione dell'alcool si altera il normale rapporto ac. urico-basi puriniche, nel senso che diminuisce in modo relativo l'eliminazione dell'ac. urico, mentre si innalza notevolmente quella delle basi puriniche. In conclusione, secondo l'O. le forti dosi di alcool determinano un aumento della disintegrazione delle proteine e delle nucleine, mentre le piccole dosi diminuiscono questi processi.

REALE ACCADEMIA MEDICA DI ROMA

Seduta del 28 maggio 1927

Presid.: prof. R. ALESSANDRI

Puccinelli V. *Alcune duodeno-digiunostomie.* — L'O. riferisce dapprima sulla diagnosi della stasi duodenale e ne dimostra le difficoltà, anche ricorrendo all'ausilio della radiologia. Espone poi quattro casi osservati personalmente, che vennero curati chirurgicamente mediante la duodeno-digiunostomia, ottenendo sempre dei buoni risultati.

Chiasserini A. e Ferretti L. *Il metodo grafico nello studio della cicatrizzazione delle ferite.* — L'O, espone un metodo grafico personale, inteso a studiare il decorso macroscopico delle lesioni di continuo, basato su misure prese col compasso delle dimensioni delle ferite e tradotto poi in diagramma. Comunica inoltre osservazioni sull'uomo e ricerche sperimentali negli animali, nei quali ha studiato il decorso delle ferite sotto l'influenza della simpatectomia periarteriosa e della medicazione insulinica. In linea generale, le lesioni di continuo dapprima non si modificano, poi cominciano a restringersi lentamente ed in un terzo periodo rapidamente si chiudono. La simpatectomia periarteriosa non apporta modificazioni, mentre la medicatura insulinica accelera la guarigione, sopratutto nei casi di granulazioni torpide.

Parodi F. *Il principio acustico fisico dell'interferenza come base di un nuovo metodo di ascoltazione.* — Tenendo conto che i suoni polmonari che si ascoltano alla periferia del torace hanno tonalità basse fisiologicamente e tonalità alte patologicamente, l'O. ha ideato un apparecchio, che egli chiama «fonoselettoscopio», basato sul principio della interferenza dei suoni, col quale si riescono a smorzare i toni che si formano in un parenchima di densità normale o fisiologico ed a mettere invece in evidenza tutti i suoni che si formano in ambiente patologico. L'apparecchio riesce anche utile per la localizzazione dei rumori

Silvestri S. *La sintalina nella cura del diabete mellito.* — L'O. ha fatto uso della sintalina, recente succedaneo dell'insulina a somministrazione orale, in 7 malati; ha ottenuto risultati poco incoraggianti, poichè la sintalina si è limitata ad agire in alcuni casi sulla glicosuria, ma non sulla glicemia nè sullo stato di acidosi, dando con facilità disturbi gastro-enterici. L'O. non crede la sintalina preferibile all'insulina.

Ghiron M. *Osservazioni sopra un caso di leucemia acuta* — L'O. comunica un caso di leucemia acuta, con prevalenza di linfociti e linfoblasti, in alcuni dei quali ha osservato, all'ultramicroscopio dei corpicciuoli ovali, mobili.

All'esame istopatologico dei gangli mesenterici, l'O., con la colorazione Giemsa, ha messo in evidenza nei linfociti e linfoblasti dei corpicciuoli riportabili ai così detti «corpi della leucemia» di Jokmann. All'ultramicroscopio, poi, osservò corpicciuoli simili a quelli osservati nei linfociti e linfoblasti circolanti. Le colture rimasero negative.

L'O. discute infine la natura dei detti corpicciuoli, propendendo per la teoria parassitaria della leucemia acuta.

Ascoli V. *Tumore del legamento gastro-colico,* — Il tumore del legamento gastro-colico, di cui parla l'O., interessava lo stomaco e il colon. E' stato operato in anestesia spinale tutocainica dal prof. Alessandri, con resezione di una parte della grande curvatura dello stomaco e del colon col relativo meso contenente numerosi gangli. Fu dovuta asportare anche una larga zona della parete addominale in corrispondenza dell'ombelico, che rese difficile la ricostruzione della parete stessa, la quale fu fatta con punti a V a tutto spessore. L'intervento è stato sopportato bene, ma non si possono nutrire grandi speranze di guarigione definitiva.

Il Segretario: V. PUNTONI

DAI CONGRESSI E CONVEGNI ESTERI

LI Congresso della Società Tedesca di Chirurgia in Berlino

VOLKMANN e RHODE. *Le psicosi postoperative.* — Esse si verificano circa nel 2 per mille degli operati, con prevalenza per il sesso maschile

Su di un insieme di 332 casi (di cui 12 di osservazione personale), i 2/3 apparteneva al tipo eccitatorio, ed 1/3 al tipo melanconico, con pensieri di suicidio.

La terapia nella maggior parte dei casi può essere solo sintomatica.

Particolari precauzioni sono necessarie se nell'anamnesi familiare del soggetto esistano psicosi, o peggio ancora, se lo stesso paziente ne è stato affetto, o comunque, ha molta paura dell'operazione.

Rhode richiama l'attenzione sull'importanza delle tireotossicosi sul decorso dell'operazione.

Grande attenzione va posta all'elevarsi del metabolismo basale.

Come profilassi ed anche come terapia giovano i preparati di calcio, di chinino, di fosforo, piccole dosi di iodo, come pure irradiazioni della zona timica prima e dopo l'intervento.

I Convegno della Società Tedesca Sud-Orientale per la tubercolosi - Breslavia

MAY BUCHWALD. *Sulla tubercolosi polmonare ematogena.* — E' fatto molto noto che la tubercolosi miliare generale è tutt'altro che frequente in individui affetti da tubercolosi polmonare cronica, ma non altrettanto può dirsi della tubercosi miliare cronica sopratutto non generale. L'O. si ripromette di dimostrare radiograficamente esempi di alcune categorie di tubercolosi polmonare in cui deve ammettersi un'origine ematogena. Ri-

Digitized by Google

cuda solo le forme tubercolari secondarie, nel senso di Ranke, in cui il carattere ematogeno è chiaramente indicato dalla coesistenza di focolai extrapolmonari.

Nei casi in cui il focolaio extrapolmonare manca l'origine ematogena della tubercolosi del polmone è di dimostrazione meno facile.

Un primo gruppo di casi comprende le forme a focolai disseminati, estesi abbastanza uniformemente ai due polmoni, di grandezza media. In essi si ha spesso una ombra massiva all'ilo, ad indicare che forse è da un focolaio glandolare dell'ilo che la disseminazione ematogena ha preso origine. Il decorso di queste forme, molto estese, non si distingue affatto da quello delle forme terziarie.

In un secondo gruppo, l'O. raccoglie le forme a prognosi favorevole. In questi casi si hanno piccole macchie soltanto sul campo polmonare medio e superiore o solo sul superiore, in numero scarso. Il quadro clinico che compete a queste immagini radiografiche è affatto confuso: di regola predominano segni generali con scarsi fenomeni a carico del polmone. Sono queste le forme descritte da Hollo col nome di tubercolosi giovanile, e da Neumann come miliare is discreta. Alcune volte coesistono focolai extrapolmonari, ma mancano in altri casi localizzazioni all'infuori del polmone, e queste forme costituiscono secondo l'O. un ponte di passaggio alla tisi organica isolata dell'adulto.

Infine l'O. illustra un altro gruppo di casi, di tubercolosi bilaterale essudativa per lo più a punto di partenza centrale, con aspetto radiografico a farfalla. Si tratta di pazienti i quali da mesi affermano di non sentirsi bene, ma nei quali nessun rilievo obbiettivo fu riscontrato dal medico, mentre più tardi, dopo un'«influenza» si riuscì a stabilire un reperto grave. Queste forme tubercolari acute o subacute colpiscono per lo più giovinetti, specie con tara familiare e grave esposizione infantile.

L'importanza della distinzione della via di insorgenza dei focolai polmonari ha un interesse principalmente prognostico. I processi limitati ematogeni hanno prognosi favorevole: quelli estesi hanno esito fausto solo se non vi è formazione di caverne: i processi centrali hanno decorso fatale se la caseificazione è rapida ed estesa, mentre in alcuni casi in cui l'infiltrazione è anche estesa, può aversi regressione e quindi remissioni sorprendenti.

Glogauer. *L'insulina nella tubercolosi.* — L'indicazione dell'insulina nel dimagramento da etiologia diversa è teoricamente fondata, ed empiricamente affermata in numerosi casi. I risultati comunicati nel trattamento del dimagramento dei tubercolotici coll'insulina sono finoggi contraddittori. L'O. ha accertato che nei tubercolotici non si ha resistenza nè ipersensibilità all'azione ipoglicemizzante dell'insulina. Infatti la reazione ipoglicemica che segue ad iniezioni di insulina è perfettamente identica nel sano e nel tubercolotico, e del pari, come nel sano, nel tubercolotico l'insulina abbassa l'iperglicemia alimentare.

L'O. non ha potuto mettere in evidenza in riguardo all'azione dell'insulina sul ricambio idrico, diversità notevoli tra sano e tubercolotico. Infine l'O. ha indagato se l'insulina modifica, in senso favorevole, il ricambio azotato del tubercolotico, ma neanche in questo senso giunse a mettere in rilievo un effetto ben sicuro. L'O. conclude quindi negando all'insulina la presunta azione sulla nutrizione del tubercolotico.

PER LA PRATICA

CASISTICA

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI FIRENZE — REPARTO DERMOCELTICO

SU DI UN CASO DI LICHEN RUBER PLANUS ACUTO

CONTRIBUTO ALLA ETIOLOGIA DEL LICHEN

per il Capitano Medico dott. RAFFAELE PECORARIO
Capo Reparto

L'oscurità tuttora esistente sulla etiologia e patogenesi di moltissime forme cutanee, rappresentanti sempre un sintomo di disturbi generali dell'organismo, è quella che mi ha indotto a studiare un caso di Lichen ruber planus acuto che ebbi la occasione di curare nel mio reparto.

M. A. di anni 38 maresciallo dei RR. CC. addetto alla scuola Allievi Sottufficiali: madre vivente ma sofferente in modo saltuario di eczema; il padre è morto all'età di 66 anni per ictus apoplettico, fratelli e sorelle viventi e sane.

Riferisce che non si è mai contagiato di malattie veneree o sifilitiche, nè si è esposto o cause reumatizzanti.

È forte mangiatore, poco bevitore, poco fumatore.

Dice che fin dalla più tenera età è andato soggetto spesso a forme eczematiche e a disturbi vasomotorii varii consistenti in dilatazione dei vasi sanguigni con aumentato calore e sensazione subbiettiva di caldo, con rossore improvviso, sudorazione frequente e salivazione abbondante.

La malattia attuale rimonta a circa due mesi fa e propriamente in seguito ad una cura a base di valero-fosfer-Wassermann (circa 80 iniezioni) che egli praticò senza consiglio di alcun medico, incominciò a notare in corrispondenza della regione anteriore della gamba sinistra una eruzione fortemente pruriginosa che nel volger di pochi giorni si estese a tutta la superficie cutanea, risparmiando soltanto le regioni palmari e le regioni plantari.

Esame obiettivo. L'eruzione di cui è affetto il nostro paziente diffusa quasi a tutta la superficie cutanea, è costituita da piccole papule (papule lichenoidi) leggermente infiltrate e rilevate, alcune di forma rotonda, altre poligonali, alcune di colorito roseo, altre rosso brunastre; in alcuni punti aggruppate in guisa da costituire delle chiazze di lichenificazione cutanea, specie in corrispondenza delle regioni lombari e delle regioni glutee.

Dette papule si presentano ricoperte da una piccola squama (squama pitiriasica).

In corrispondenza della mucosa boccale notansi gli stessi elementi ma con i caratteri delle papule lichenoidi delle mucose, e cioè: punti bianchi in alcuni punti isolati in altri punti agminati a linee di colore bianco madreperlaceo.

Esame generale. Di buona costituzione scheletrica con masse muscolari bene sviluppate, toniche, colorito roseo della pelle e delle mucose visibili.

Nulla di importante all'esame funzionale e semiotico degli organi della cavità toracica ed addominale.

Sieroreazione Wassermann ———— (negativa, completa, totale). Sieroreazione Hect ———— (idem).

Sieroflocculazione Meinicke ———— (idem).

Esame delle urine. Nulla degno di rilievo se si eccettua una lieve fosfaturia; nel sedimento alcun reperto importante.

Esame neurologico. Andatura normale con perfetta conservazione delle comuni sincinesie; equilibrio statico buono sia su uno che su due piedi tanto ad occhi aperti che ad occhi chiusi.

Motilità segmentaria senza deficit, fisionomia espansiva, funzione dei nervi V-VII-XI e XII normali; pupille uguali con riflessi pronti sia alla luce che all'accomodazione. I riflessi tendinei e periostei sia degli arti superiori che inferiori sono presenti e simmetrici, di ampiezza normale, i riflessi superficiali sono un po' deboli ma simmetrici; assenti i riflessi addominali, medio e inferiore; riflessi mucosi normali.

Non esistono tremori delle palpebre chiuse nè delle dita delle mani a braccia tese e dita divaricate.

L'esame della sensibilità generale sia per le forme semplici di sensibilità (tattile, termica e dolorifica) sia delle forme complesse (senso di posizione degli arti e senso di movimenti passivi) non ha messo in evidenza dati degni di importante rilievo.

Non esistono disturbi a carattere trunculare nè a carattere radicolare: in conclusione iperestesia generalizzata a carico di tutte le forme semplici di sensibilità.

Psichicamente: intelligenza sveglia con integrità assoluta dei processi di percezione, attenzione e memoria.

Ideazione, coscienza, sfera psico-sensoriale, senza apprezzabili disturbi.

Temperamento eretistico.

Digitized by Google

La sintomatologia presentata dal nostro infermo è quella di un Lichen ruber planus acuto nè si poteva pensare ad altra malattia a questo affine.

A quale altra malattia si poteva pensare? Al lichen sifilitico? Ma il lichen sifilitico si differenzia dal Lichen ruber planus perchè non è pruriginoso, non desquama, e per il colorito rameico della papule.

Al Lichen Simplex o neurodermite di Brocq? Ma il Lichen Simplex si localizza quasi esclusivamente alla nuca e non generalizza mai.

Oltre a ciò nel caso nostro il segno di Brocq e Bizzozzero (importantissimo a differenziare il Lichen da altre malattie cutanee) era evidente: imprimendo ad un bastoncino di vetro con estremità arrotondate uno sfregamento rotatorio, eccentrico, con modica compressione, si produceva uno stravaso sanguigno sotto epidermico, trasparente attraverso l'epidermide intatta, con un colore ardesia tendente al bruno sullo scroto.

Molti autori hanno portato il loro contributo alla etiologia del Lichen. Ormai nessuno pensa più alla teoria parassitaria, e così pure è caduta la teoria sostenuta dal Culver che fa dipendere la dermatosi da alterato ricambio materiale. Oggi tutti sostengono la teoria nervosa, appoggiata da dati clinici importanti, e cioè il temperamento nervoso degli ammalati affetti da Lichen, il sopravvenire del Lichen in seguito a traumi psichici, a patemi d'animo, ma specie per la disposizione di detta dermatosi lungo il decorso dei nervi.

CONCLUSIONI. — Ho ritenuto interessante l'esposizione di detto caso.

I. — Perchè raramente si ha l'occasione d'imbattersi in un ammalato di Lichen ruber planus acuto, in cui la dermatosi è così estesa, da invadere quasi tutta la superficie cutanea.

II. — Perchè detto caso dà valore alla teoria nervosa nella etiologia del Lichen ruber planus.

III. — Perchè ritengo che il Lichen ruber planus può esplodere in un modo acuto, sia in seguito a patemi d'animo e traumi psichici, che influenzino il sistema nervoso, sia in seguito ad una terapia incongrua (in individui però a sistema vasomotorio alterato) nei quali basta una causa minima (nel caso nostro una cura prolungata di Valero-fosfer-Wassermann) per produrre su alcuni punti di minore resistenza che è la rete vascolare della pelle, delle turbe d'intensità anormali.

DIAGNOSTICA

Errori ed interpretazioni false nella diagnostica chimica delle urine

G. HALFER (*Minerva Medica*, n. 23, 1927), espone le sue impressioni critiche sulle reazioni più comunemente usate nella diagnostica chimica delle urine, facendo tesoro della sua lunga pratica di laboratorio nella Clinica pediatrica di Padova.

a) *Reazioni per svelare l'albumina.* Secondo l'A. la prova di Heller con l'acido nitrico è ottima, però è opportuno ricordare che non solo l'albumina dà un anello bianco, ma anche altre sostanze, come l'ac. urico, ecc., sicchè molte volte nelle leucemie o nella malattia di Jaksch-Hayem-Luzet, dopo una irradiazione dell'ammalato, l'urina presenta positiva la prova di Heller appunto per l'esagerata uricolisi. L'anello da ac. urico, però, sta molto più in alto di quello della acidalbumina, non tanto chiaro nè così netto come quello e versando un po' di etere nella provetta scompare (anche se è dovuto, per es., a presenza nell'urina di balsamo di copaive, trementina ecc.).

La prova al ferrocianuro di potassio non sembra all'A. consigliabile in pratica, perchè basta acidificare in eccesso l'urina con ac. acetico per avere risultati poco chiari. D'altra parte la prova con ac. sulfosalicilico (a 3 cc. di urina filtrata si aggiungono alcune gocce di ac. sulfosalicilico in soluzione acquosa al 20 %: intorbidamento indica reazione positiva), oltre a rivelare l'albumina, mette in evidenza anche le albumose.

Una prova che l'A. consiglia molto è quella della dimostrazione di particolari nucleoalbumine precipitabili con l'ac. acetico. A 5 cc. di urina diluita con 15 cc. di acqua si aggiungono 15 gocce circa di ac. acetico: la reazione è positiva se compare un intorbidamento uniforme; essa riesce positiva oltre che nelle nefropatie in genere (nelle quali se negativa, mentre le prove dell'albumina sono positive, permetterebbe di formulare una prognosi infausta), anche nelle albuminurie ortostatiche dell'infanzia.

b) *Glicosio.* La reazione di Fehling può essere mentita dalla presenza di albumina, che ha proprietà riduttive, ed anche da un eccesso di creatinina; così pure, dovendo analizzare delle urine contenenti sicuramente albumina, l'A. non consiglia mai la prova di Nyländer, a meno che non si ricorra alla dealbuminizzazione dell'urina con l'acetato di piombo o meglio con solfato di zinco e idrato sodico. In caso contrario si ricorra al reattivo di Haine (soluzione di Fehling cc. 20; soluz. di idrato potassico al 10 %, cc. 15; glicerina, cc. 5): si fanno bollire 2 cc di questo reattivo e si aggiungono poi 5-10 gocce di urina facendo bollire di nuovo tutto; nel caso di positività il reattivo da bleu diventa giallo-rosso. Questa reazione rivela fino a 0,001 di glicosio su 100 cc. di urina.

Per il dosaggio quantitativo del glicosio, l'A. ha trovato utile e pratico il metodo di Benedickt.

c) *Acetone e acido aceto-acetico.* Per l'acetone, l'A. ricorda che la prova più usata è quella di Legal: urina + ferrocianuro di sodio + idrato di soda, che dà una colorazione rosso scura. Una colorazione identica però è data pure dalla creatinina, dalla melanina e dall'ac. aceto-acetico, per cui in pratica la prova di Legal si completa aggiungendo al tutto detto innanzi qualche goccia di ac. acetico; se l'urina diventa quasi incolora, ci si trova in presenza di creatinina o di melanina. Poco sicura è la prova di Lieben (urina + soluzione di soda + alcune gocce di Lugol): in presenza di acetone odore di iodoformio con formazione di cristalli di questo).

L'A. usa in pratica con vantaggio la modificazione di Rothera alla prova di Legal: a 3-4 cc. di urina filtrata si aggiunge 1 gr. di solfato di ammonio ed un pezzettino di nitroprussiato di sodio. Dopo aver ben agitato la provetta, si versano 15-20 gocce di ammoniaca; se vi sono anche tracce minime di acetone in 2-3 minuti si avrà una colorazione rosso-viola intensa.

d) *Sangue.* Buona è la reazione di Mayer. Trattando l'urina con la resina di guaiaco e con acqua ossigenata, si procederà prima alla bollitura per distruggere l'ossidasi dei leucociti neutrofili, che potrebbe mentire una reazione positiva.

e) *Pigmenti biliari.* La prova di Gmelin è poco sensibile, troppo sensibile quella di Popper-Obermeyer, tanto da rivelare anche tracce fisiologiche di bilirubina. Ottima in pratica è la prova all'acido cromico, che si esegue aggiungendo a 5 cc. di urina 2 gocce di ac. cromico al 5 %: in presenza di pigmenti biliari si ha una bella colorazione verdastra. Può servire anche la prova al cloroformio: si versano in una provetta 15 cc di urina e 3 cc. di cloroformio. Agitando fortemente, in presenza di pigmenti biliari, il cloroformio si colora in giallo limone.

La prova di Zins dimostra quantità piccole di bilirubina. Ecco come si esegue: 1/4 di provetta di urina + 4 gocce di solfito di sodio all'1 % + alcuni pezzetti di cloruro di bario. Agitare. Filtrare. Il precipitato dà sul filtro, dopo l'aggiunta di poche gocce di ac. tricloroacetico al 20 %, in presenza di bilirubina, una colorazione verdastra tipica.

f) *Urobilinogeno e urobilina.* L'urobilinogeno è importante a ricercarsi sempre nell'urina, perchè, oltre che nella cirrosi di Laennec e nel fegato da stasi, esso si può dimostrare anche nella colelitiasi e persino nelle emorragie interne. Si ricerca aggiungendo, a freddo, a pochi cc. di urina filtrata alcune gocce di reattivo di Erhlich: si ha dopo 3-4 minuti colore rosso arancione in caso di positività. Normalmente anche a caldo si ha una colorazione rossastra, perchè sempre vengono eliminate quantità trascurabili di urobilinogeno. Ma se anche col riscaldamento non si ottiene una tinta rossastra, si può essere sicuri di una occlusione completa delle vie biliari. Se invece di un colore rosso-giallo, si vede comparire un colore verdognolo (biliverdina), nell'urina saranno presenti dei nitriti. Possono dare reazione positiva per l'urobilinogeno, l'antipirina, l'urotropina e alcuni corpi pirrolici.

L'urobilina viene determinata con questa tecnica: a 10 cc. di urina si aggiungono 3 gocce di tintura di iodo officinale, poi altri 10 cc. di una soluzione alcoolica di acetato di zinco al 10 % e 4-5 gocce di ammoniaca. Si filtra e in caso di positività si vede una bella fluoresenza verde in fondo nero.

g) *Acidi biliari.* Quella che risponde meglio è la prova di Hay, avendo l'avvertenza di filtrare l'urina (il che sensibilizza la reazione), di usare fiori di zolfo asciutti e di ritenere positiva la prova solo se tutti i fiori di zolfo vanno in fondo alla provetta. Ciò talora alcuni casi di fegato cardiaco) avviene tardivamente (dopo 20-25').

h) *Urocromogeno.* Se la reazione di Ehrlich è positiva solo nel 50 % dei casi di tifo, quella di Weiss riesce positiva nel 95 % dei casi; è positiva anche nella tubercolosi (specie avanzata) nel morbillo, nel vaiuolo grave. Per eseguirla l'urina si diluisce con acqua circa tre volte, poi vien divisa in due provette: una serve di controllo, mentre nell'altra si aggiungono tre gocce di una soluz. di permanganato di potassio al 1 %. Una colorazione giallo-canarino indica che la reazione è positiva. Detta

Digitized by Google

reazione è disturbata dalla presenza di urobilina, che si può allontanare trattando l'urina (25 cc.) con solfato di ammonio (gr. 15) e filtrando; così pure l'urina non deve essere troppo acida, altrimenti si versano nella provetta alcune gocce di Na OH al 10 %.

i) *Nitriti.* Non si trovano normalmente nell'urina e la loro presenza fa porre la diagnosi di infezione batterica delle vie urinarie. A 5 cc. di urina fresca si aggiungono 5 cc. del reattivo di Gries: una colorazione rossa indica reazione positiva.

k) *Indossile urinario.* Negli infermi che praticano cure iodiche la reazione di Jaffè non riesce, perchè lo iodo diventando libero passa nel cloroformio e lo colora in violetto rosso. L'A. consiglia perciò di aggiungere al cloroformio un po' di tiosolfato di sodio e così il cloroformio verrà scolorato, rendendo evidente il colore bleu dato dalla reazione di Jaffè.

l) *Cloruri.* Ottimo metodo è quello di Mohr, badando a dealbuminizzare e ad acidificare fortemente l'urina in precedenza. Se l'urina non viene acidificata, l'urea, l'acido fosforico, ecc. danno anche dei precipitati con la soluzione di nitrato di argento.

A. Tarsitano

TERAPIA

Cura medica della sinusite frontale

Sopratutto calmare il dolore, somministrando 2-3 cachets al giorno di aspirina.

Nelle narici introdurre mattina e sera un po' della seguente pomata: Gomenolo 2 gr.; cloridrato di cocaina gr. 0,10; vaselina 20 gr.

Non praticare nessun lavaggio nasale.

Usare invece le inalazioni al mentolo: mentolo gr. 3; alcool a 60° gr. 50. Un cucchiaio da caffè in una tazza contenente acqua calda (aspirarne i vapori 4 volte al giorno).

Invece del mentolo si può usare anche il seguente miscuglio: tintura di benzoino gr. 50, tintura di eucaliptus gr. 50, gomenolo gr. 10. U. e.

Si mette pure di questo un cucchiaio in una tazza d'acqua calda e si aspira ogni 2 ore.

Riposo e applicazioni di compresse caldo-umide applicate sulla regione dolorosa ogni due ore.

(dal *Journal des Praticiens*, n. 34, 1927).

Le inalazioni caldo-umide nelle malattie dell'apparato respiratorio

Tuttora, nelle affezioni acute dell'apparato respiratorio si ricorre alle inalazioni caldo-umide. Negli ospedali si suole far uso dei grandi apparecchi Siegle, con i quali si possono praticare, per lungo tempo, inalazioni con acqua semplice, oppure con varie soluzioni medicate, come soluzioni di bicarbonato di soda o di benzoato, o con acqua di calce, quest'ultima specialmente nelle forme difteriche per aiutare la dissoluzione e il distacco delle pseudomembrane. Nelle famiglie, invece, è più usata l'inalazione di vapore acqueo, mediante bollitura dell'acqua in grosse pentole, che vengono trasportate bollenti nella stanza del piccolo malato e giovano a mantenere un'atmosfera satura di vapore caldo. In queste pentole si sogliono aggiungere varie sostanze, che sprigionano olii balsamici volatili, come ad es. le foglie di eucalipto, o si lasciano cadere gocce di olii già preparati, come eucaliptolo, mugolio, ecc.

E' da proscriversi, invece, secondo A. G. (*La Pratica Pediatrica*, luglio 1927), l'uso della trementina, che possiede una spiccata azione irritante sulla mucosa respiratoria e che, eliminata per i reni, può essere causa di nefrite. Così pure non è da seguirsi la pratica di certe campagne della Liguria, di stendere lenzuola e coperte intorno al lettuccio del malato, sì da fare una specie di capannuccia, per non lasciare sfuggire i vapori che emanano dalla pentola: il paziente respira così un'aria confinata e viziata.

Anche un errore è quello di aggiungere alla pentola che bolle del sale da cucina o del bicarbonato di sodio, come si fa comunemente: il sale da cucina, infatti, non evapora e non può certo arrivare alla gola dell'infermo. Peggiore è l'aggiunta del bicarbonato di sodio, da cui, durante la bollitura, si libera dell'acido carbonico, che perviene nell'aria respirata dal malato, si può immaginare con quanto vantaggio di quest'ultimo.

Per tutte queste ragioni, il medico che vorrà fare inalare al suo malato una soluzione alcalina, lo dovrà fare per mezzo di adatti inalatori; se invece si vorrà servire del vecchio sistema della pentola, sarà che con questa potrà fare inalare soltanto sostanze volatili, come olii balsamici, ecc., ma non farà mai aggiungere all'acqua che bolle cloruro di sodio o bicarbonato di sodio.

Il permanganato nella cura della pulmonite acuta

N. Roche (*The British Medical Journal*, 1927, n. 3453) riferisce di avere ottenuto ottimi risultati nella cura della pulmonite acuta col metodo di Nott e cioè con iniezioni rettali di una soluzione di permanganato potassico (15 cgr. di permanganato in mille cc. di acqua) ed ha proceduto ogni quattro ore un'iniezione rettale di 60 cc. di questa soluzione, previo lavaggio del retto con acqua calda sterile.

I vantaggi raggiunti furono evidentissimi e tanto più notevoli, in quanto che nessun altro medicamento fu associato, tranne che nei bambini una lieve miscela diaforetica.

L'A. ritiene che questo metodo non tarderà a diffondersi per la sua grande praticità, innocuità ed efficacia; anzi considera necessaria l'opportunità di sperimentarlo anche nelle varie complicanze dell'infezione pneumococcica, quali l'otorera, l'empiema, la menngite.

L'A. infine riferisce di avere ottenuto, conformemente al metodo Nott, ancora migliori risultati associando al trattamento suddetto la somministrazione orale di tiroide secca.

DIETETICA

L'alimentazione dei tubercolotici albuminurici

F. Vèlez (Cuba, *La Clinica*, 1927, n. 3) ha osservato che negli albuminurici tubercolotici la somministrazione di solo latte riesce abbastanza dannosa, in quanto che, costituendo una dieta del tutto insufficiente, determina un peggioramento talora notevole della infezione tubercolare.

Invece deve prescriversi una dieta sufficientemente nutritiva a base di uova, carne ecc., senza timore di aggravare la disfunzione renale.

L'A. anzi ha notato nella sua pratica un costante ed evidente miglioramento della infezione tubercolare ed una completa scomparsa dell'albuminuria susseguire all'alimentazione così ricca,

Sulla disinfezione delle verdure e della frutta

F. Lombardo (R. Istituto d'Igiene di Torino, *Annali d'Igiene*, maggio 1927, n. 5) mette in rilievo che gli antisettici attualmente usati (cloruro di calcio, acido cloridrico, permanganato potassico, clorato di potassio, acqua ossigenata) o alterano il sapore della sostanza alimentare, o la disgregano più o meno profondamente o anche richiedono complicate manovre di tecnica per eliminare il non gradevole sapore impartito dall'antisettico stesso.

Ha sperimentato con la formalina ed ha trovato che questa risponde ottimamente allo scopo e non altera affatto i caratteri organolettici.

Ha usato immergere il materiale in un recipiente contenente 50 ‰ di di formalina del commercio. Dopo 30-40 minuti, ha fatto seguire per altrettanto tempo un lavaggio abbondante in acqua potabile corrente. In questo modo si può avere la certezza di escludere una fonte di sicura infezione senza danneggiare minimamente l'utilizzabilità degli alimenti vegetali.

A conferma di ciò l'A. riferisce di avere eseguite numerose ricerche batteriologiche per dimostrare l'esistenza o meno di microrganismi patogeni dopo detta pratica antisettica, ricerche che hanno tutte dato risultati perfettamente negativi.

CASISTICA

Leucemia mielogena fulminante

A. Henderson (*The British Médical Journal*, 1927, n. 3453) riferisce il caso di un uomo di 28 anni che senza alcuna causa apprente e anche senza che se ne avvedesse fu colpito da progressiva sordità bilaterale, la quale all'esame obbiettivo si rivelò dovuta ad una causa meccanica, quale l'ostruzione delle trombe d'Eustacchio da iperplasia del tessuto linfoide del naso-faringe.

Successivamente si manifestò una notevole ipertermia, accompagnata da tumefazione della glandola sotto-mascellare ed irritazione gengivale, nonchè da gengivorragia, ematuria e tumefazione splenica.

Un primo esame microscopico del sangue rivelò alterazioni notevoli della composizione morfologica (5 milioni di globuli rossi e 200 mila globuli bianchi); un secondo esame mise in evidenza ulteriori e più gravi modificazioni (1.900.000 globuli rossi e 206.000 globuli bianchi, emoglobina 30 %).

Dei globuli bianchi il 94 % erano mielociti, l'1 % linfociti.

Lo stato generale subì quindi un continuo peggioramento; tutte le

Digitized by Google

glandole linfatiche successivamente apparvero interessate, finchè sopravvenne la morte, malgrado i numerosi ricorsi terapeutici tentati.

Si trattò evidentemente di una leucemia linfatica, piuttosto che spleno-midollare, la quale potè ben dirsi fulminante per aver condotto a morte il paziente in meno di 12 giorni.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Arsulin. — Da qualche tempo la osservazione di Falta sulla possibilità di conseguire un ingrassamento mediante l'uso di insulina ha tracciata la strada a nuove indagini per curare la magrezza patologica. Si è visto tuttavia che si possono schematizzare tipi differenti di reazione alla cura in parola, tenendo presente l'andamento di tre settimane di cura:

1° Aumento di peso oltre tre chilogrammi.

2° Aumento fra 1-7 chilogrammi.

3° Uno statu quo o se mai un aumento fino ad 1 chilogrammo.

4° Un arresto o stazionarietà di peso.

Senza dubbio molto più sorprendenti sono i casi del primo tipo. Ma non sono concordi le osservazioni, perchè mentre alcuni clinici ritengono la refrattarietà doversi calcolare a circa 40 %, altri affermano potersi molto ridurre questa cifra completando bene la cura con la dieta e col riposo. Infatti queste cure di ingrassamento essendo di solito ambulatorie, più frequenti sono le osservazioni di refrattarietà.

Lèvai (*Medizinische Klinik*, n. 29, 1927) va da più anni sperimentando qualche combinazione che renda più forte l'azione gluco-depressoria della insulina, rendendo così superabile la refrattarietà. Si è particolarmente fermato all'arsenico. Ma possono bene incontrarsi casi parimenti refrattari all'insulina ed all'arsenico; sebbene non sia detto che i refrattari all'uno debbano del pari esserlo all'altro preparato.

Dunque è bene tentare l'uno e l'altro. Inoltre partendo dalla affermazione di Burgi, cioè che l'addizione di due sostanze agenti per uno stesso scopo, accresca l'efficacia pur diminuendo le dosi, l'A. ha creduto far preparare dalla Ditta farmaceutica Richter una soluzione sterile atossica isotonica arseno-insulinica. Si è pervenuti così ad una formula la quale per ogni cc. contiene 10 U. Insulin-Richter ed 1 milligr. di acido monometilarsenioso. La combinazione viene chiamata *Arsulin*.

La cura venne fatta su casi di anemia, morbus Stilleri, splancnoptosi, apicite etc. Di solito 1 cc. per iniezione sottocutanea di Arsulin *pro die*. Superflua una particolare dietetica. Riposo psichico; ma trattamento anche ambulatorio. Durata media tre settimane. Pesata iniziale, poi dopo ogni dieci iniezioni, e finale cioè dopo 3 o 4 settimane. Evitare che nella siringa restino tracce di alcool alle quali si attribuiscono infiltrati dolorosi.

Stando ai casi riferiti dall'A. per solito l'uso di 1 c. c. al giorno dopo 3 settimane ha dato un aumento di circa 2 chilogr.. Lo stato generale va migliorando, le sofferenze vanno scomparendo. Indicazioni e controindicazioni restano quelle della insulina da sola. Da evitarsi nelle affezioni organiche dolorose dello stomaco ed intestino.

Oscuro il meccanismo di azione: forse per lo stimolo alla suralimentazione, forse anche per interferente influsso psichico.

FORMULARIO

Nell'Area Celsi. — Uno dei rimedi più adoperati per leggere pennellature sulle chiazze affette, da ripetersi ogni 10-12 giorni, è l'acido fenico puro. Negli intervalli fra una pennellatura e l'altra, appena passato l'effetto della leggera causticazione fenica, si fa una pennellatura meno irritante, per es. una frizione energica biquotidiana con:

Bisolfato di chinino	» 150
Ammoniaca	» 6
Olio di ginepro	» 8
Alcool comune	gr. 1.50

oppure una toccatura giornaliera con cotone bagnato di:

Liquore di Hoffmann	gr. 30
Acido acetico cristallizzato	» 1

o una leggera frizione con:

Acido acetico	gr. 5
Sublimato corrosivo	» 1
Alcool	» 100

(Radaeli. *Malattie Cutanee*. F. Vallardi, Editore, Milano).

COMMENTI E POSTILLE

Ancora sui rapporti fra le affezioni rinofaringee e le alterazioni ipofisarie

(Risposta al prof. Citelli)

per il prof. ALBERTO SALMON
Docente di Neuropatologia nella R. Università di Firenze (*)

Il Prof. Citelli nel suo recente articolo (N. 30 di questa Rivista) viene implicitamente a riconoscere che col mio lavoro pubblicato nel 1905, recensito nel medesimo anno nel *Bollettino delle malattie d'orecchio, naso e gola*, io fui il primo a stabilire un rapporto tra le affezioni rinofaringee e i disordini ipofisari. Egli afferma che questa recensione (che occupa alcune pagine del *Bollettino*) rimase ignorata a lui ed anche a tutti gli abbonati di questo periodico. Mi guarderò bene dal confutare quest'ultima asserzione del tutto arbitraria ed indimostrabile.

A me solo premeva di fare rilevare ai lettori di questa autorevole Rivista che prima delle mie pubblicazioni nessun Autore aveva stabilito un legame patogenetico qualsiasi tra le affezioni nasali ed i disordini ipofisari, od aveva pensato a riferire ad una alterazione ipofisaria i disturbi del sonno che con tanta frequenza si constatano nelle vegetazioni adenoidi e nelle sinusiti sfenoidali. Lo scopo che mi ero proposto mi sembra pienamente raggiunto.

Il Prof. Citelli afferma che la mia tesi è ben diversa dalla sua, potendosi presupporre che nei casi da me descritti le alterazioni rino-faringee fossero secondarie alle lesioni ipofisarie e non la causa di queste come egli sostiene. Ma anche questa presupposizione mi sembra del tutto arbitraria, poichè io citai nei lavori sopra citati numerosi casi in cui i disturbi del sonno ed altri sintomi ipofisari sparirono col lavaggio dei seni nasali, coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi o coll'apertura dei seni sfenoidali, ciò che parlava evidentemente per il concetto che il disordine ipofisario fosse secondario all'affezione nasale. Gli stessi Citelli e Basile nel loro lavoro sperimentale pubblicato nella *Rivista Italiana di Neuropatologia*, 1915, ricordando i miei studi sull'argomento, scrissero: « Anche Salmon spiega i disturbi del sonno nei casi di vegetazioni « adenoidi e di sinusiti sfenoidali con alterazioni ipofisarie provocate dal« le lesioni rino-faringee ». Quindi anche il Citelli nel 1915 ebbe l'impressione che dai miei lavori risultasse ben chiara l'idea che le affezioni rino-faringee costituissero la causa dell'alterazione ipofisaria e non il fatto inverso.

Il Citelli cerca di diminuire l'importanza dei miei studi sul sonno, definendoli una *baraonda d'idee*. Fortunatamente non tutti sono del suo avviso. La mia tesi sul sonno, pur datando da 22 anni, è tutt'ora oggetto di un vivo interesse tra i Neurologi; se ne discusse lungamente anche nella recente Riunione internazionale di Neurologia a Parigi, ove ebbi la soddisfazione di vedere in gran parte accettati i punti fondamentali della mia tesi. Autorevoli Autori invocano invero nel pavimento del 3° ventricolo un centro vegetativo regolatore del sonno; ma è anche noto che i centri vegetativi situati in quella regione (infundibolo, tuber cinereum) presentano i più stretti rapporti anatomici e funzionali coll'ipofisi (Collin, Marro), per cui s'inclina ad ammettere che le alterazioni ipofisarie possano riflettersi sulla funzione di quei centri e provocare in tal modo l'ipersonno od altri sintomi ipofisari.

E' curioso pertanto che la più severa critica alla mia tesi sul sonno provenga dal Citelli, le cui osservazioni cliniche costituiscono una delle migliori conferme ai rapporti da me illustrati tra la funzione ipofisaria ed il sonno! Egli ammette difatti in base alle sue osservazioni cliniche e sperimentali l'origine ipofisaria sia dell'ipersonno che egli ha constatato in numerosi casi di vegetazioni adenoidi e di sinusiti sfenoidali come della sonnolenza che è il sintoma più caratteristico della sindrome da lui descritta.

Il Prof. Citelli si domanda infine perchè io mi sia deciso così tardi a rivendicare la priorità dei miei studi. La ragione è precisamente questa, che mai prima d'oggi il Citelli ha diminuito il valore delle mie pubblicazioni anteriori alle sue, affermando l'esclusiva priorità dei suoi lavori sul medesimo argomento. La mia è stata quindi una reazione di difesa che, spero, i lettori della *Riforma Medica* giustificheranno dopo la lettura del mio precedente articolo.

(*) [Con il presente articolo s'intende chiusa la discussione. N. d. R.].

Digitized by Google

NEL CENTENARIO DI UN GRANDE

Ricorrendo il I Centenario della morte di Alessandro Volta

BREVI RICORDI

Sono ricordi per la Classe Medica, principalmente per i cultori di Elettricità Medica e di Radiologia Medica, ed è doveroso per me rievocarli e chiedere altresì l'attuazione di un voto che ad essi si collega, in o-

Alessandro Volta

maggio alla memoria di un Maestro del mio Ateneo, Francesco Vizioli, mio predecessore nell'insegnamento universitario.

Nel 1899 l'Italia ed il Mondo intero festeggiarono a Como ALESSANDRO VOLTA in occasione del *Centenario della Pila*, e vi furono Congressi ed Esposizioni fra cui il primo Congresso di Elettrobiologia ed Elettroterapia e l'Esposizione di apparecchi elettromedicali. E fu proprio in quell'epoca, e mi rattrista l'animo ricordarlo, che, per un corto circuito nei locali dell'Esposizione, si determinò il fatale incendio che distrusse molti cimelii Voltiani, forniti in gran parte dal R. Istituto Lombardo, in parte dalla R. Università di Pavia, fra cui gli apparecchi che riguardavano le principali esperienze compiute dal Volta, cioè molti condensatori ed armature mobili, elettroscopii semplici di Cavallo e di Volta e con condensatori, pistole di Volta di svariate fogge, varii elettroscopii, spinterometri, bocce di Leida, pile a colonne, pile a corone di tazze, nonchè numerosi pezzi accessorii fra cui i dischi con manici isolanti per le esperienze sullo studio delle forze elettromotrici di contatto.

In quest'anno, dopo 28 anni, l'Italia ed il Mondo intero celebrano nella istessa Como il Centenario della morte del Grande Italiano, e scienziati si

Medaglia commemorativa di A. Volta

riuniscono in Congressi ed industriali gareggiano nella esposizione dei loro prodotti, dei loro apparecchi.

Fra i varii Congressi tenuti a Como nel Centenario della Pila (1899) vi fu, come dissi, il primo Congresso di Elettrobiologia ed Elettroterapia, pensato e voluto da Francesco Vizioli, ordinario della R. Università di Napoli ed unico insegnante allora di Elettricità Medica nelle Università italiane, con un duplice scopo: riunire i Cultori della specialità e gettare le basi per la fondazione di una Società di Elettrobiologia ed Elettroterapia.

L'invito che Egli diramò nell'aprile trovò largo consenso fra i Clinici, i Cultori della specialità, i Fisiologi e Fisici, e fu costituito un Comitato nel quale figuravano i nomi di Guido Baccelli, Giulio Bizzozzero, Angelo Mosso, Giuseppe Albini, Leonardo Bianchi, Casimiro Mondino, Augusto Murri, Pietro Grocco, Errico Morselli, Ezio Sciamanna, Michele Cantone, Angelo Battelli ed altri.

Ma una grave malattia troncò la vita al Maestro nel 9 luglio dello stesso anno 1899.

Il programma del Vizioli però fu mantenuto e sostenuto: Camillo Golgi assunse la presidenza del Comitato del Congresso, ed Angelo Mosso quella del Congresso, che venne tenuto dal 1° al 5 ottobre nella Grande Aula del Broletto in Como.

In quell'epoca — ed eravamo in pochi cultori dell'Elettricità Medica — il Congresso ebbe pieno successo (v. *Atti del Congr. di Elettrobiologia ed Elettroterapia*. Como 1-5 ottobre 1899. Editore Stabilimento Tipo-Litografico, Successori Marelli, Pavia 1900).

Il Golgi nel discorso inaugurale rievocò la nobile figura del Vizioli, ricordando che a lui si doveva il Congresso e che era suo volere costituire una *Società fra i Cultori della specialità*, e soggiunse:

« Quali migliori auspicii di quelli che questa Società abbia origine qui, nella Città che diede i natali ad ALESSANDRO VOLTA, dove il Grande trasse la prima scintilla della pila meravigliosa? Io raccolgo il voto di Francesco Vizioli ».

Ma la importante scoperta del Röntgen (dicembre 1895) aveva intanto già cominciato ad interessare, oltre i Fisici, anche i Medici e specie i Cultori di Elettricità Medica, i quali generalmente preferivano le ricerche Röntgen, che più appassionavano, trascurando quelle di elettricità medica.

Si ebbe dopo poco un notevole numero di Cultori Röntgen, ed ovunque, più tardi, si fondavano Società di Radiologia Medica, tra cui la nostra divenuta molto fiorente e non si parlò più di Società di Elettrobiologia ed Elettroterapia, per quanto il compianto prof. Francesco Ghilarducci avesse tentato di costituirla in Roma.

Eppure le ricerche di Elettricità Medica debbono essere riprese, ed in Italia spetta a Noi, specialmente, professori universitarii delle specialità Röntgen ed elettricità, chiedere ed ottenere che si ritorni a quegli studii e che i giovani studenti in medicina coltivino anche questa disciplina.

Con questa finalità tentai innanzi tutto di ottenere una speciale esposizione, ed il 20 agosto del decorso anno, come lessi che in Como si preparavano per l'anno seguente solenni onoranze per il primo Centenario della morte di Alessandro Volta e che vi sarebbero stati Congressi ed una larga Esposizione, ebbi premura di scrivere al Comitato Esecutivo proponendo che nell'Esposizione figurasse anche una Mostra di Elettricità Medica, nonchè di Radiologia Medica. La mia proposta fu accolta con vera compiacenza e l'organizzazione della speciale Esposizione fu demandata alla Commissione Elettrotecnica.

Ho sperato e spero inoltre che la nostra Società di Radiologia Medica promuova la costituzione della Società di Elettricità Medica, mantenendola al suo fianco.

Nessuna menomazione ne avrà la Società di Radiologia Medica, e si otterrà la desiderata rivalutazione degli studi di Elettricità Medica per coloro che vogliono dedicarvisi.

Ecco la richiesta che fo alla Presidenza ed ai Colleghi della nostra Società di Radiologia Medica in questo anno del Centenario della morte di ALESSANDRO VOLTA, rievocando il volere di Francesco Vizioli, Camillo Golgi e Francesco Ghilarducci.

FRANCESCO PAOLO SCOBBO
Direttore dell'Istituto di Radiologia ed Elettroterapia nella R. Università di Napoli

MEDICINA SOCIALE

Il Dispensario ambulante antitubercolare. — Dalla Relazione del dott. A. Del Bue, presidente della Sezione provinciale veronese dell'Associazione nazionale Antitubercolare Medici Condotti (A.N.A.M.C.), al Convegno antitubercolare di Modena (29 giugno 1927), riassumiamo le idee direttive del Dispensario ambulante antitubercolare, che, pensato in tutti i suoi dettagli dal Del Bue, fa già il suo primo esperimento di attuazione nella provincia di Verona.

Il Dispensario ambulante antitubercolare richiede per poter funzionare l'opera attiva dei medici condotti, i quali formano così, come dice il Breccia, la grande squadra d'assalto nell'improrogabile lotta alla pandemia tubercolare.

Il Dispensario Ambulante da Del Bue è definito: « l'esame obiettivo

Digitized by Google

che i medici condotti fanno della Provincia per rilevare lo stato presente tubercolare ».

Ecco, pertanto, quale ne è la struttura e il funzionamento in provincia di Verona.

Il territorio della provincia è stato diviso in 18 zone, ognuna delle quali è stata affidata ad un medico condotto «fiduciario», che costituisce l'anello di congiunzione dei singoli colleghi con la Presidenza sezionale. Ad ogni medico condotto, poi, è stato consegnato: un repertorio, una rubrica ed un registro. Repertorio e registro sono intestati da domande dirette ad individuare il malato (Repertorio) ed a fissarne lo stato clinico, le condizioni sociali, le condizioni economiche e l'igiene dell'abitazione (Registro): un numero progressivo corrispondente — nel repertorio — a ciascun malato, ne tiene le veci del nome, numero ripetuto nella rubrica e nel registro, il quale quindi non reca nomi di sorta e può essere consultato senza lesione alcuna di segreto professionale. Le domande del questionario del Registro sono semplici e categoriche, in modo che ad esse si possa rispondere brevemente e rapidamente con un si in caso di positività; esse sono disposte in ordine d'entità decrescente in modo che si possa stabilire fino a che punto il malato è pericoloso pei sani e sintetizzare poi in un sinbolo unico — un numero — lo stato clinico, le condizioni sociali, quelle economiche e di abitazione del malato.

Questo concetto del «grado di pericolosità» costituisce il fulcro di tutto il sistema del Del Bue, è la risultante delle risposte alle domande dell'inchiesta dispensariale, conferisce al detto sistema un'impronta nettamente profilattica ed è più completo del concetto di contagiosità, che racchiude ed associa ad altri elementi: sociali, economici, ecc.. Così, dal punto di vista della pericolosità, i casi di tubercolosi polmonare, a seconda che sono contagianti o non contagianti a seconda che si trovano in una o in un'altra condizione sociale, economica, d'abitazione, ecc., possono dar luogo a 36 combinazioni, ciascuna delle quali corrisponde ad un grado di pericolosità crescente dall'uno (minimo) al 36 (massimo). Un prontuario a cerchi e settori, ove le singole domande sono sostituite da corrispondenti numeri, permette, poi, stabilire rapidamente tale grado: per es., se il prontuario porta scritto «si» in corrispondenza dei numeri 4, 9, 11, 15, si tratterà di un tubercoloso polmonare contagiante, convivente con bambini, in cattive condizioni economiche e abitazione malsana e presentante il grado 30 di pericolosità; se il «si» è sui numeri 5, 9, 12, 14, si tratta del grado 0, ecc.. D'altra parte quando, per es., sapremo che un ammalato appartiene al grado 32, sapremo pure senz'altro che esso si trova nelle condizioni 4, 10, 13, 15 cioè che si è di fronte ad un tubercoloso polmonare contagiante in abituale rapporto con collettività, in buone condizioni economiche, abitante però una casa malsana.

Ogni due mesi, i dati del Registro vengono dal fiduciario riportati su tante schede individuali, le quali, trasmesse alla Presidenza, serviranno a formare il Casellario tubercolare, che sarà poi aggiornato bimestralmente. Da questo si ricaveranno, i dati per la compilazione della Tabella comunale e di quella provinciale: la prima darà la visione panoramica dell'andamento della pandemia tubercolare comune per comune, la seconda rapporterà i dati di ogni comune alla popolazione per mille (densità tubercolare) e dividendo la somma dei gradi singoli di ogni comune per il numero dei casi stabilirà anche la curva per Provincia dell'«indice di pericolosità». Un altro dato ancora che si potrà ricavare dal Casellario è la tabella delle spedalizzazioni, cioè il rapporto tra tubercolosi spedalizzati e non spedalizzati in confronto al grado di pericolosità.

La lettura delle predette tabelle mostrerà: comuni fortunati con bassa densità tubercolare e basso indice di pericolosità; comuni con bassa densità ed alto indice, malati pochi, cioè, ma molto pericolosi; comuni con alta intensità e basso indice, casi epidemiologicamente, cioè molto diffusi ma poco gravi; comuni con alta densità e alto indice, i più disgraziati. E' tenendo presente questo vario comportamento delle curve di densità e di pericolosità che si avviserà all'urgenza o meno e alla maggiore o minore validità delle forze da spiegare nella lotta. Pertanto con la valorizzazione del medico condotto che sta a più diretto contatto col malato, si è maggiormente autorizzati a ritenere che detto esperimento possa riuscire.

L'organizzazione dell'Asilo Tropeano in Napoli. — Riteniamo opportuno informare i nostri lettori sullo stato attuale e futuro dell'Asilo Tropeano di Napoli, che sorge in prossimità della suggestiva contrada di Marechiaro. Come è noto, ne è stato il fondatore ed è Presidente e Direttore generale a vita il prof. dott. Giuseppe Tropeano, il quale continua a svolgervi la sua opera di redenzione dei piccoli fanciulli abbandonati sulla pubblica strada, formando da essi dei lavoratori proficui e cittadini civilmente evoluti.

L'Asilo attualmente comprende due divisioni, ciascuna formata da dieci sezioni. Le sezioni della prima divisione sono così ripartite: 1ª Ordinamento dell'Opera. Uffici amministrativi. Servizi generali. 2ª Scuole elementari municipalizzate. Scuola autonoma di educazione fisica: 3ª Colonia marina permanente «A. Lutrario». 4ª Colonia agricola «C. A. V. S.» 5ª Internato e scuola di tessitura «D. Ascarelli». 6ª Internato e scuola di elettromeccanica «Banco di Napoli». 7ª Internato e scuola di marina e pesca «V. Menzinger». 8ª Scuola di musica, canto corale e recitazione con Cinema-teatro. 9ª Scuola di Archeologia per gli scavi, la conservazione e la custodia dei ruderi greco-romani a Posillipo in genere e in Asilo in ispecie. 10ª Ambulatorio ed infermeria.

La seconda divisione comprende le seguenti sezioni: 11ª Scuole di igiene. Gabinetti scientifici. Psicotecnica. Sperimentalismo sociale. Archivio storico. Biblioteca. 12ª Corsi integrativi. Classi differenziali. 13ª Internato e scuola per deficienti. 14ª Internato femminile con scuola pratica di economia domestica ed assistenza alla infanzia. 15ª Internato e scuola per le Industrie grafiche. 16ª Internato e scuola per le Belle Arti; 17ª Scuola di zootecnica ed apicoltura. 18ª La Nave: gestione di servizi marittimi da S. Lucia al Capo Posillipo. 19ª La Bottega dei redenti: centro cittadino per lo smercio dei prodotti dell'Asilo. 20ª Casa Matrice: pensione per i dimessi dall'Asilo, collocati negli opifici cittadini, con un perfetto dopo-lavoro.

Per l'assistenza igienico-sanitaria dei lavoratori. — Finora l'assistenza igienico-sanitaria delle masse lavoratrici era eseguita direttamente dalle ditte datrici di lavoro o devolute ad un ente privato: «La Vigile». Allo scopo di unificare tutte le forze dell'industria a questo alto scopo assistenziale, la Confederazione Generale Fascista dell'Industria ha rilevato l'organizzazione del predetto Istituto, proponendosi di portare queste provvidenze sanitarie specializzate nelle regioni d'Italia che ne sono prive, di renderle ovunque sempre più efficienti e di intensificarne i presidii tecnici. A direttore generale del nuovo Istituto è stato confermato il comm. dott. G. A. Vigliani.

Inchiesta sull' alcoolismo fra gli scolari. — Su 33.156 scolari della provincia di Vicenza, interrogati dai loro maestri, solo 4.905 si dichiararono astemi; dei rimanenti fanciulli, 28-151, l'85,2 % prendevano più o meno regolarmente bevande alcooliche, anzi il 22.82 % e cioè 7567 bambini hanno detto di bere liquori.

LIBRI ED OPUSCOLI

De Giaxa V. *Igiene del Vestiario.* (vol. 20° del Grande Trattato Italiano d'Igiene pubblicato sotto la direzione di O. Casagrandi) I vol in 4 di pag. 150 con 57 figure. Ed. Unione Tip. Editrice Torinese. Torino 1926. Prezzo L. 15.

In questo breve lavoro è racchiuso tutto quanto oggi possa dirsi circa l'igiene del vestiario. Dalla costituzione delle stoffe e dalle loro proprietà fisiche (peso, solidità, elasticità, conduzione del calore, ecc.) alla funzione igienica delle vesti, tutto vi è chiaramente sintetizzato.

Le diverse fogge del vestire, in uso presso gli svariati popoli del mondo, vi trovano larga esposizione ed estesa critica: la moda attuale, sebbene molto meno dannosa che quella di secoli addietro, è fatta anch'essa segno a critiche non sempre benevoli.

L'A. quindi passa a considerare quali dovrebbero essere, secondo le moderne vedute scientifiche, le norme atte a regolare l'abbigliamento e la copertura delle varie parti del corpo e riassume tutte quelle modificazioni cui la moda dovrebbe andare incontro per essere ben accetta agli igienisti.

Radaeli F. *Malattie cutanee.* 1 vol. di pag. 727 con 146 fig. ed una tavola fuori testo Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano. 1927 Prezzo L. 95. Rilegato in tela L. 110

La meritata fortuna delle precedenti edizioni di questo pregevole manuale ha indotto l'illustre dermosifilografo di Genova a darne alle stampe una terza, notevolmente ampliata. La trattazione della materia si è estesa oltre i confini della diagnostica e si è completata con le indicazioni riguardanti la terapia, in modo da rendere ancor più accetto ed utile al pratico il manuale.

In generale quasi tutti i capitoli sono stati rifatti ed aggiornati alla luce delle moderne conquiste scientifiche, con maggiore estensione delle parti riguardanti la etiologia, la patogenesi, l'anatomia patologica ed il decorso dei singoli processi morbosi che nelle precedenti edizioni erano soltanto accennate.

La esposizione della materia è fatta con metodo didattico pregevolissimo, con molta chiarezza e con molto ordine, il che non si trova di solito negli altri trattati di Dermatologia dove, spesso, la esposizione non sem-

Digitized by Google

pre lucida disorienta il lettore. Il «Precis de Dermatologie» del Darier, per esempio, che per mole e per impostazione può paragonarsi al manuale del Radaeli, è senza dubbio fra i migliori del genere, profondamente dotto, ma non così chiaro ed obiettivo; ne consegue che mentre il «Precis» del Darier è consultabile soltanto da coloro che sono molto versati nella materia, il libro del Radaeli è accessibile anche al pratico, al medico generico, e sopratutto allo studente.

La bella veste tipografica accresce i pregi della presente edizione; carta patinata, stampa molto nitida, figure ben impresse ed abbondanti, utili schemi.

Ed ora che il prof. Radaeli ha rifatta ed aggiornata l'opera sulle malattie cutanee perchè non pensa ad un manuale sulle malattie venereosifilitiche?

Il desiderio è sentito da molti. Le due opere si completerebbero e la Scuola Italiana, di certo, ne trarrebbe gran vantaggio.

R. RUMMO

Trattato di Anatomia Patologica per medici e studenti, pubblicato dal prof. PIO FOÀ, Anatomia patologica generale. Cap. VII. VANZETTI. *Alterazioni locali della circolazione.* - PARODI *Iperplasia ed Ipertrofia.* 1 fascicolo di pag. IV. 198 con 9 figure. Prezzo L. 25. Unione Tipografica Editrice Torinese, 1927.

Con l'ormai consueta nitidezza di tipi, la decorosa Unione, manda fuori quest'opera degnissima di auspici, per la notorietà dei nomi, e per l'italianità della sua impronta, non ostante che, a scorrere i densi elenchi di fonti riportate dai rispettivi AA. la preponderanza estera sia significante.

Questo fascicolo con criteri tipografici che non ci sono comprensibili essendo considerato come capitolo 12° è viceversa risultante di capitoli che vanno da 1 a 6, rispettivamente dedicati alla: Anemia (ischemia?), Iperemia; Emorragia; Trombosi; Embolia; Edema ed idrope.

La parte che studia l'Ipertrofia ed Iperplasia non porta numerazione di capitoli; ma in singoli tratti è considerato questo duplice stato nel tessuto osseo, cuore, vasi sanguigni; fegato; rene; ghiandole sessuali; utero; surrene; ipofisi; pancreas; linfoghiandole e milza.

Ambedue le parti sono corredate da indice analitico, e per nomi di autori.

AIEVOLI

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA BUENOS AIRES

L'inaugurazione dell'Istituto Biologico Argentino e la Conferenza pel prof. A. Herlitzka. — Sono stati recentemente inaugurati i nuovi locali dell'Istituto biologico argentino, che occupano un grandioso edificio a undici piani, sito nella piazza del Congresso. Assistevano alla cerimonia, il ministro degli interni, dott. Tamborini, l'ambasciatore e il console d'Italia, il rettore della Università, il sen. Lustig di Firenze, il prof. Herlitzka di Torino, il dott. Silvio Dessy, il prof. Armando Marotta, il prof. Luigi Lenzi, il dott. Copello, il dott. Cirio, il dott. G. Varalda, il dott. Musacchio, il dott. Agesilao Milano, il dott. Adolfo Martini, il dott. comm. Carlo Spada, il dott. Salvatore Marino, il dott. Donato Boccia, il dott. Pozzi, il dott. Saverio Caputo, il dott. V. Possati, ecc. ecc. Aderirono con telegrammi e lettere il Ministro dell'Istruzione pubblica, della guerra, della marina, dell'agricoltura, delle finanze, dei lavori pubblici, i decani della facoltà di medicina, di agronomia e veterinaria, di scienze mediche, il dott. prof. Gregorio Araoz Alfaro, presidente del Dipartimento nazionale d'Igiene, ecc. ecc.

L'Istituto biologico è sorto per la tenace volontà del prof. Silvio Dessy e il personale direttivo è quasi tutto italiano; esso si è efficacemente cooperato a intensificare i rapporti culturali scientifici tra Italia e Argentina, ha fondato delle borse di studio intitolate al nome del Lustig, per medici argentini che intendono perfezionarsi in Italia, ecc. I laboratori dell'Istituto, ricchi di ogni mezzo scientifico e capaci di una vasta produzione si trovano a Florencio Nerela, ad un'ora di treno dalla capitale. L'Istituto inoltre pubblica un'importante rivista.

Alla riuscita inaugurazione dell'Istituto, pronunziarono discorsi il prof. Marotta, il ministro e l'Ambasciatore d'Italia, conte Franklin.

Il giorno successivo all'inaugurazione di detti locali, il prof. A. Herlitzka ha inaugurato davanti ad uditorio vastissimo con una conferenza sulla «Riviviscenza e sopravvivenza» il salone delle conferenze. Presentò l'oratore il prof. Bernardo Houssay. che ricordò i fasti della scienza italiana e i nomi gloriosi che in altri tempi segnarono ed oggi segnano tuttora le tappe della sua evoluzione; ricordò poi la figura del conferenziere, illustrandone la preparazione scientifica e le glorie della di lui Scuola.

Indi il prof. Herlitzka dopo aver ringraziato i dirigenti dell'Istituto per l'invito fattogli, incomincia la sua conferenza, risalendo alle prime ricerche del Redi, il quale per primo, dimostrando che le tartarughe, private di cervello potevano vivere, iniziò la serie delle ricerche sulla sopravvivenza degli organi isolati. Indi fa notare il vantaggio scientifico che si trae dallo studio di organi isolati e mantenuti in vita, permettendo questo di circoscrivere i fenomeni complicati a fatti più semplici e di essere quindi in grado di studiarli senza soffrire l'influenza di variazioni estranee. Posto quindi in rilievo che tutti i fenomeni biologici elementari possono ridursi a fenomeni di ordine fisico, l'O. espone suoi esperimenti personali per comprovare se l'attività cardiaca segue le leggi di Van't Hoff e riferisce che i primi risultati dimostrano che il ritmo ed il lavoro cardiaco non seguono detta legge.

Passa quindi l'O. a parlare della sopravvivenza dei vari organi ed espone gli esperimenti fatti in questo campo da Steinach, da Fano, da lui stesso, ecc.; afferma poi che il passo dalla sopravvivenza alla riviviscenza è breve e ricorda le sue ricerche sulla reviviscenza con soluzioni adrenalinizzate, che hanno avuto recentemente nuovo impulso delle esperienze eseguite con le iniezioni intracardiache di adrenalina.

La conferenza fu applauditissima e i presenti si congratularono vivamente con l'illustre conferenziere.

D. P.

NOTIZIE

Congressi medici di Parma. — 1. *Esposizione del «Giornale Medico Italiano».* Diamo la notizia ai nostri lettori ed ai Direttori dei Giornali Medici Italiani che oltre ai Diplomi e menzioni onorevoli, il Ministro della Pubblica Istruzione ha concessa una Medaglia da dare al migliore dei Giornali che sarà additato dalla Commissione che è presieduta dal Prof. Cesare Cattaneo della Regia Università di Milano. Avvertiamo ancora che i Giornali devono essere spediti in modo che non vengano maltrattati nel trasporto e che non potranno partecipare alla Esposizione quelli che non abbiano mandato la somma di Lire cinque (L. 5) per la spesa necessaria a mettere in evidenza in serie ordinata i Giornali Medici.

2. *Mostra delle stazioni di cura.* Si avvertono i Direttori delle Stazioni Termali che oltre i Diplomi e le menzioni onorevoli il Ministro della Pubblica Istruzione ha stabilito di dare una medaglia come primo premio ai concorrenti. Invitiamo quindi i signori Direttori a mandare le richieste fotografiche confezionate in modo che non ricevano offesa dal trasporto in Ferrovia. Si ricorda che insieme devono essere mandate anche Lire cinque (L. 5) per le spese necessarie alla mostra.

3. *Comitato dei giornalisti medici ai Congressi riuniti.* Il Comm. Dr. Alessandro Clerici presiederà il Comitato dei Medici Giornalisti che interverranno ai Congressi Riuniti.

Congresso Internazionale di Idrologia Medica (Roma-Montecatini-Salso). — Partecipiamo a coloro che si sono inscritti al Congresso che vi parteciperanno i Ministri di Igiene dell'Inghilterra e della Czeco Slovacchia e che il Ministro d'Igiene della Germania sarà rappresentato dal Prof. Dr. Bockev (Wilbad). La inaugurazione avverrà alle ore 11 nella Aula Massima del Palazzo Senatorio.

Coloro che intendessero di aderire al Congresso è bene sappiano che il ribasso ottenuto è del 50 % e che la tessera-libretto porta cinque coupons, uno dal paese di partenza a Roma, l'altro da Roma a Montecatini, il terzo da Montecatini a Fidenza, il quarto da Fidenza al punto di partenza, ve ne è un quinto Roma-Napoli e viceversa che serve perchè i Congressisti vadano a vedere le magnifiche Terme di Agnano.

Il Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi. — Sarà tenuto a Milano dal 23 al 26 ottobre, nel castello Sforzesco, il II Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, organizzato dalla Federazione nazionale italiana per la Lotta contro la tubercolosi. Presidente onorario del Congresso è S. E. Benito Mussolini, presidente effettivo, il prof. Ernesto Belloni, podestà di Milano. Il Congresso comprenderà 3 sezioni: 1) *Sezione sociale* (presidente, prof. Gaetano Ronzoni; segretario dott. Guido Salvini), nella quale saranno discussi i seguenti argomenti: a) Necessità di revisione dell'Istituto Dispensariale in Italia (relatori, prof. Carlo Benedetti, Roma; dott. Guido Salvini, Milano); b)

Digitized by Google

Il finanziamento delle Opere antitubercolari (relatori, prof. Arcangelo Ilvento, Roma; prof. Gustavo Pisenti, Udine). 2) *Sezione consorziale* (presid., on. ing. Agostino Perego; segretario, dott. Giovanni Guizzon), nella quale l'argomento all'ordine del giorno è: L'ordinamento legislativo dei Consorzi Antitubercolari Provinciali (relatore, on. avv. Sileno Fabbri, Milano). 3) *Sezione scientifica* (presid. prof. Umberto Carpi; segretario, dott. Ambrogio Cecchini), nella quale sarà riassunto lo: «Stato attuale delle nostre cognizioni sui rapporti tra costituzione e malattie tubercolari» (relatore prof. Vincenzo Fici, Palermo).

Nella stessa sede del Congresso, poi, il 26 ottobre avrà luogo un Convegno Nazionale delle Assistenti sanitarie, ove saranno svolti i seguenti temi: 1) L'assistente sanitario nei dispensari antitubercolari (relatori, prof. Carlo Galassi, Terni; sig.ra Carmela Sartori, Trento); 2) Dignità professionale e responsabilità dell'Assistente sanitaria garantite dalla legge di Stato (relatrice sig.na Pilastrini, Roma).

Durante il Congresso saranno tenute le seguenti conferenze nell'Aula L. Mangiagalli presso gli Istituti clinici di perfezionamento (via Commenda 12); Prof. Antonio Fagiuoli e dott. Agide del Bue: «Dispensario ambulante: metodo italiano di lotta contro la tubercolosi», prof. Alberto Pepere: «Reperti anatomici e concezioni paogenetiche della ... colosi polmonare», dott. G. B. Roatta: «L'organizzazione delle infermiere sociali nel mondo anglo-sassone».

Le comunicazioni per il Congresso debbono essere inviate entro il 10 ottobre p. v. al Segretario Generale del Congresso, prof. Andrea Scarpellini, via Palermo, 6, Milano. Per iscriversi al Congresso, poi inviare entro il 16 ottobre la quota di L. 20 alla Segreteria della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, via Toscana, 12, Roma (25).

XXIII Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia. — Il XXIII Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia avrà luogo in Parma nei giorni 22, 23, 24 ottobre in continuazione ai Congressi delle Società di Medicina e di Chirurgia.

Il tema delle relazioni è: «*Funzione olfattiva, gustativa e respiratoria nasale in rapporto alla Clinica*». Relatori i proff. G. Bilancioni (Pisa) e S. Baglioni (Roma).

La Presidenza (Prof. Brunetti, Venezia Ospedale Civile) ha prorogato di qualche giorno il termine utile per l'invio del titolo dell'unica comunicazione cui ogni Socio ha diritto. E' opportuno avvertire se la comunicazione verrà illustrata da diapositive, cinematografie o dimostrazione di preparati. E' obbligatorio consegnare alla Segreteria il testo completo e un breve riassunto della comunicazione non appena svolta.

I documenti di viaggio per le riduzioni ferroviarie non verranno spediti altro che ai Soci che ne facciano espressa richiesta al Prof. Lasagna, Presidente del Comitato Organizzatore in Parma (Clinica Otoiatrica, R. Università). Tale richiesta dovrà esser fatta entro il 30 settembre.

Data la difficoltà degli alloggi si fa viva preghiera di comunicare per quante persone si voglia fissare le camere, indicando se si desidera risiedere a Parma o a Salsomaggiore (mezzi di trasporto gratuiti). E' incaricato per gli alloggi il Prof. U. Tassi (Parma, Via Farini 21).

Le sedute scientifiche avranno luogo nei giorni 22 e 24: il 23 (domenica) vi sarà una gita a Salsomaggiore con visita e illustrazione dei RR. Stabilimenti Termali.

Contemporaneamente al Congresso verrà tenuta una importante esposizione di strumenti scientifici-chirurgici e prodotti farmaceutici. Per la esposizione è incaricato il Dr. Mantovani (Rimini, Casella Postale N. 42).

Convegno della Stampa medica.— In occasione del XVIII Congresso Nazionale Idrologico, che si riunirà a Milano dal 3 al 6 ottobre, avrà luogo, in ora e locale da destinarsi, una riunione privata di Direttori e Redattori di periodici medici italiani, per uno scambio d'idee allo scopo di stringere sempre più i rapporti fra i periodici medici italiani di tutte le varie categorie, pur escludendo che s'intenda costituire una qualsiasi Associazione. Sarà discussa, fra l'altro, l'influenza della Stampa Medica sulle sorti delle Stazioni di cura, e l'idea di costituire un «Ufficio per la Stampa Medica Italiana», il quale, valendosi di organi pubblicitari si incarichi di procurare abbonamenti ai periodici medici italiani che ad esso «Ufficio» aderissero. Ricordiamo che presidente onorario del Congresso idrologico è l'on. prof. Belloni, podestà di Milano; presidente del Comitato organizzatore è il prof. Prassitele Piccinini. La segreteria ha sede in via S. Paolo, 10, Milano (103).

A richiesta s'inviano tessere d'omaggio che danno diritto a riduzioni ferroviarie e che sono personali. Della tessera possono fruire anche persone designate in precedenza dai colleghi, qualora questi non potessero intervenire personalmente.

NECROLOGIO

CARLO FEDELI

La morte del Prof. Carlo Fedeli, che da appena un anno, per i raggiunti limiti di età, si era ritirato dall'insegnamento ufficiale di patologia medica nella R. Università di Pisa, è una grave perdita per la Medicina italiana.

Nell'attuale momento di lutto, la parola del nostro illustre condirettore, Senatore Prof. Queirolo, è la più adatta ad esprimere i sentimenti generali per la scomparsa del Maestro insigne.

Riferiamo perciò testualmente il discorso pronunziato dal Prof. Queirolo innanzi al feretro, nell'atrio dell'Ateneo Pisano.

L'omaggio reverente e silenzioso col quale, in mesto corteo, la cittadinanza pisana accompagna la salma del Prof. Carlo Fedeli al suo estremo riposo, dice, assai meglio della più commossa orazione, il dolore che Pisa ha provato per la morte di questo suo nobile figlio.

La onoranza che in questo storico recinto, sacro agli studi, l'Università tributa, con tanta commozione, al perduto maestro, esprime meglio di ogni elogio l'alta considerazione nella quale l'Ateneo pisano teneva l'eletto insegnante che alla scuola dedicò un grande amore, ed alla sua scienza un lungo studio.

Egli si è spento a 76 anni, quando da un anno appena aveva conseguito il meritato riposo: e solo due mesi erano trascorsi da quando la Facoltà Medica gli aveva consegnato, in una intima cordiale cerimonia, inciso in prezioso metallo perchè durasse perenne, un segno del suo affetto e della sua riconoscenza per la illuminata opera scientifica e didattica da lui data alla nostra Università

Carlo Fedeli fu instancabile studioso.

Egli ebbe a suo primo maestro l'illustre padre suo, il senatore prof. Fedele Fedeli, al quale io ebbi l'onore di succedere sulla Cattedra di Clinica medica della Università di Pisa.

Dal padre suo che, nel suo tempo, fu tra quei clinici che con la intuitiva comprensione delle nuove dottrine mediche, si misero risolutamente sulla via segnata alla Clinica dal metodo sperimentale, Carlo Fedeli apprese e coltivò con tenace studio il metodo clinico che lo fece, meritatamente, salire alla Cattedra di Patologia medica della nostra Università.

Egli fu degno del padre: di lui si può dire che fu

Patri non impar, pariterque scientiae

Ai più svariati capitoli della semeiotica e della patologia medica, specialmente a quelli che trattano delle affezioni del fegato, delle alterazioni del ricambio organico, egli portò notevoli contributi scientifici e pratici.

La idrologia medica ebbe in lui un cultore profondo.

Della Storia della medicina, della quale dettò nel nostro Ateneo ammirate lezioni, fu uno studioso appassionato.

La storia del nostro insigne Ateneo egli indagò ed illustrò in dotte pubblicazioni: e con riconoscenza io ricordo la Storia della Clinica Medica di Pisa, con la quale egli celebrò la solenne inaugurazione del nuovo grande Istituto.

Carlo Fedeli fu chiamato, nel 1892, a dirigere il grande Ospedale Galliera di Genova: ma l'amore per la sua Pisa e la passione per la carriera universitaria poterono in lui più della ambizione per la nuova carica: e se ne tornò a Pisa ed alla sua Università: e salì alla Cattedra che tenne per 33 anni, dalla quale discese per raggiunti limiti di età.

La memoria di Carlo Fedeli sarà lungamente onorata, accanto a quella del padre, nella Università di Pisa.

Il Prof. Fedeli fu profondamente e sinceramente religioso: la religione fu una alta e nobile idealità della sua vita.

Egli, come uomini di alto intelletto, congiunse in sè, in una indissolubile unione, la scienza e la fede: e nella fede trovò quel conforto e quella forza che gli fecero serenamente sopportare le inenarrabili sofferenze fisiche e morali di una lunga malattia che se ne aveva affievolito il corpo, ne lasciò fino all'ultimo giorno, integra e lucida la mente: conforto e serenità che la scienza arida di fede, non gli avrebbe mai potuto dare.

A te, o Carlo Fedeli, a nome della tua Università, a nome della Facoltà Medica che me ne hanno dato il doloroso incarico, a nome dei tuoi colleghi, io dò l'estremo accorato saluto! Riposa eternamente nella divina pace che hai meritato e che, in questa ora il tuo spirito ha trovato in grembo a Dio!

Sen. prof. G. B. QUEIROLO

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 3 Ottobre 1927 — N. 40

LEZIONI

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA

INTORNO ALLA FARMACOTERAPIA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

Lezione del prof. GUIDO M. PICCININI

detta il 1 giugno 1927 nel " Corso di Conferenze sulla Tubercolosi „ per i Medici Condotti

Non posso trattenermi dal dirVi, egregi e stimatissimi Medici condotti, che l'animo mio è alquanto perplesso in causa della vastità dell'argomento che mi è assegnato e della breve ora fissatami: non vedo quale possa esserne l'estensione, quali debbano esserne i punti da trascurare; e l'animo mio trova altra causa d'incertezza nel vostro tanto numeroso concorso a questo convegno, che mi fa dubitare che il mio dire riesca degno della vostra aspettativa. l'essere Voi qui venuti in tanto numero, deve certo significare desiderio o diritto di udire cose buone se non nuove!

Per giustificare la mia incertezza, basta il titolo di questo convegno: « farmacoterapia della tubercolosi polmonare ». Esso invero designa e comprende un campo grande vasto e arduo, perchè pieno delle armi più disparate, ricchissimo di studi e casistiche, tenuto in continua battaglia da comandanti e soldati valorosi intraprendenti e tenaci, pur nelle delusioni che seguono le speranze e gli entusiasmi, pur nei silenzi che succedono ai rumori destati da una nuova arma, mentre e nel frastuono e nella calma della battaglia continua pur sempre il lavoro necessario ed urgente del vettovagliamento: intendo dire quel lavoro al quale Voi siete chiamati tutti i giorni per sopperire a quelle necessità o materiali o psichiche che i tubercolotici opprimono e che da Voi richiedono pazienza, iniziativa, sapere, quali le esacerbazioni di sintomi sempre più dannosi.

Per l'appunto a Voi, medici delle condotte, quali altre armi restano dopo che ogni giorno vedete con tristezza che il vostro malato, per cause superiori alle forze vostre e dell'ambiente, non può essere meglio assistito, non può essere inviato in dimora più igienica, non può essere accolto in tubercolosario per mancanza di letti, non può essere trattato con mezzi fisici curativi mediante speciali apparecchi perchè lontano dai centri, non può essere sottoposto a tentativi di cure con medicamenti vantati specifici perchè di alto prezzo; quali armi Vi restano, dico, se non quelle comuni delle farmacie per combattere o l'uno o l'altro di quei sintomi che in un dato momento o periodo più danneggiano deprimono e scoraggiano il vostro tubercolotico? L'alta febbre che lo consuma, o la tosse che lo estenua, o il catarro, i sudori notturni, la diarrea che lo prosciugano, o le disistolie i dolori la terribile insonnia che gl'impediscono il ristoro e gli abbuiano la psiche, e molteplici altre complicanze sintomatiche le quali, non potendo essere colpite nelle cause, mettono a dura e quotidiana prova lo zelo, la scienza e le iniziative vostre, che forse a volte si sperdono nel grande mare della terapia sintomatica! Non esagerava certo il mio caro amico Facchini, quando affermava non esservi campo della medicina maggiormente atto che la tisiologia a provare nello stesso tempo il sapere, il senso di umanità, l'onestà del medico!

Il Facchini, valentissimo primario direttore del tubercolosario bolognese, nel dare resoconto del suo servizio, è riuscito a scrivere invece « pressochè involontariamente » un libro aureo ed originalissimo di Clinica e Terapia, libro ch'io consiglio a tutti quelli che desiderano vedere un po' addentro nella cura dei tubercolotici con la guida di uno specialista che ha prima trascorso lunghi anni di operosissimo e quotidiano lavoro d'Assistente nella Clinica Medica del Murri.

Questo è il suo libro, alla sua autorità mi riferirò sovente.

Quale utile cosa potrò io dunque esporVi, quale arma potrò io consigliarVi come buona in mezzo a questo vasto campo di tutta la terapia antitubercolare, diretta e indiretta, razionale e sintomatica? Bisognerebbe ch'io possedessi le virtù di quei comandanti valorosi ed intraprendenti cui dianzi accennavo, bisognerebbe che il campo fosse di quelli tutti fioriti, ond'io con facilità ed anche con sicurezza potessi, come Matelda nella valletta del Purgatorio, dirvi

« cantando ed iscegliendo fior da fiore »!

Devo quindi porre alcune pregiudiziali. Anzitutto non svolgerò la farmacoterapia ma dirò « alcune cose intorno ad essa ». In secondo luogo non mi tratterrò sulla cura di un tale o tal altro tubercolotico: questo compete al clinico; non parlerò della cura delle forme tubercolari, che ciò è compito del patologo. D'altra parte io non voglio esporVi la dottrina di ogni mezzo fisico o meccanico o dietetico o igienico, che può valere nella lotta contro sì grave malattia, perchè essi non fanno più parte della Materia Medica. Io non voglio e non posso indugiarmi sopra i gruppi terapeutici della eterogenea famiglia chimica degli antitubercolari specifici e generici: questo sarebbe il mio compito, ma esso è lunghissimo e però anche... noioso!

Altra pregiudiziale da porre e che è ovvia, è quella di una buona diagnosi del malato che viene in cura; buona, nel senso che la diagnosi vostra deve tendere ad individuare la lesione anatomica. Per quel poco che ho veduto e per quel molto che sento dire, i più si fermano alla diagnosi di bronchite o broncopolmonite specifica, e non cercano altri elementi per vedere di qual forma trattasi: se con tendenza distruttiva o già disgraziatamente avviata su questa via o pur nò; la quale distinzione è di grandissima importanza pratica. Della medesima importanza è la decisione se trattasi o di forma caseo-ulcerosa ovvero di caseo-fibro-ulcerosa, e poi se abbia decorso o lento o rapido; ecc. ecc. Ognuno comprende che qualunque sieno i medicamenti messi in opera, l'attesa dei loro benefici dovrà essere adeguata alla qualità e grado della forma morbosa e delle reazioni di difesa dell'organismo e non alle virtù del medicamento. Poste queste pregiudiziali e sottintese altre, entriamo dunque in quel campo... di Matelda e vediamo di fermarci a... qualche fiore!

E lascierò da parte, almeno per ora, tutto l'arsenale della terapia sintomatica, e mi fermerò sui mezzi che mirano a colpire il bacillo, sui mezzi che si dicono e si vorrebbero *specifici*: questo è problema immanente, sebbene cose utili si siano raggiunte anche nella terapia sintomatica.

Ora dunque tra i medicamenti specifici non voglio toccare per varie ragioni i vaccini, i sieri, i siero-vaccini, cioè i *mezzi immunizzanti,* che sono molti, che portano nomi illustri, che hanno lunga e dibattuta storia, la quale avete udito e udirete ancora in questi giorni commentare da Colleghi miei.

Ed allora volgiamoci a quella parte del campo che porta quei... fiori che appartengono più o meno alla serie dei nuovissimi medicamenti pur essi eziologici, ma *chemioterapici,* cioè escogitati secondo le direttive che il grande Ehrlich stabiliva per le infezioni da protozoi e da spirilli e che culminarono nel Salvarsan. I quali *antitubercolari chemioterapici* hanno mostrato di possedere la virtù di mitigare e guarire anche la tubercolosi sperimentale degli animali, ma nella battaglia contro la tubercolosi umana hanno raccolto maggior numero di sconfitte che di vittorie. Questi medicamenti vanno dalle più semplici combinazioni chimiche ai più complicati edifici molecolari della chimica organica moderna, ed hanno quasi tutti un nucleo metallico, dal quale si fa dipendere una grande parte dell'azione tossica loro verso il bacillo tubercolare. A secondo dell'uno o dell'altro di questi prodotti chimici, che hanno nomi diversi e anche strani, e che non tanto facilmente si trovano nelle farmacie, il nucleo è dato da qualsiasi metallo, possiamo dire, perchè appunto i molti studiosi d'ogni paese hanno sperimentato uno dopo l'altro o il mercurio o il nichel o il bismuto o l'arsenico, o anche il cobalto, l'argento, lo zinco e il iodo; e poi anche i metalli rari, come il cerio il torio il didimio il lantanio, quali si trovano nel prodotto Zambeletti detto Didimion. In questi ultimi tempi si sono preconizzati dei

Digitized by Google

composti dell'oro, del nobilissimo metallo che ci mantiene in altra crisi la quale mette a duro lavoro la fatica e il genio del nostro Duce supremo! Ai preparati d'oro fanno concorrenza alcuni di rame, sotto certi punti di vista metallo non meno nobile. E di altri gruppi chimici potrò io parlarVi, quali i soltocianati e sinicati alcalini? O di quelli della non piccola serie di sostanze coloranti pur esse assai efficaci, o di alcuni speciali alcaloidi come l'idrochinina e l'optochina? La quale nelle mani di Luigi Fermannini ed allievi s'è mostrata più attiva di certi sali nell'ostacolare lo sviluppo del bacillo tubercolare in vitro, e nell'impedire la diffusione del processo tubercolare in vivo. Devo parlarvi delle iniezioni di morruato di soda consigliate dal medico inglese Rogers nel 1919, quasi come rimedio specifico? Debbo trattenermi sul vantato metodo francese di immunizzazione artificiale con le iniezioni di cinnamato benzilico e colesterina, proposto e divulgato da Barbary di Nizza?

Tutte le statistiche hanno casi favorevoli, qualcuno di straordinario esito che si mantiene felice per più di un anno di osservazione fuor dell'Ospedale. Ma in tutte le statistiche i casi favorevoli non vanno esenti dall'osservazione che per essi il medicamento abbia solamente prodotto un acceleramento di quella che è spontanea guarigione, la quale oramai siamo certi si produce spesso col riposo, con la dieta, con più confacienti cure sintomatiche. E i casi straordinari possono credersi casi fortuiti. Infine tutte le statistiche hanno ancora un grande numero di esiti negativi e un certo numero di conseguenze dannose o disgraziate. Talchè o per l'uno o per l'altro medicamento specifico, manca ancora, come diceva il prof. Rondoni, un filo conduttore sicuro e fidato; ed anche oggi nel campo clinico si può ripetere, col mio già ricordato amico Facchini, che nessuna conclusione persuasiva è per ora scaturita.

Questi speciali medicamenti mirano a distruggere il bacillo tubercolare per azione diretta su essi. E per raggiungerlo devono essi attraversare due barriere, che nella tubercolosi umana si presentano fortissime: una è la parete del tubercolo, che ha scarsissima vascolarizzazione per cui i materiali circolanti nel sangue si arrestano ad essa, e solo quelli dotati di alto potere di diffusione possono riuscire ad attraversarla e raggiungere i bacilli; ma qui si trovano di fronte all'altra barriera che è l'involucro lipoideo e cereo del bacillo, per cui questo gode quella sua particolare resistenza ai disinfettanti ben nota a tutti. L'esperienza ha fatto vedere che fra tante nuove combinazioni chemioterapiche, pochissime godono la virtù di compiere questo duplice e così difficile passaggio. Tuttavia essa ha dimostrato che molti prodotti godono fortunatamente di un altro meccanismo dirò così curativo. Il medicamento introdotto in circolo ed arrivato ai tubercoli, non resta inerte davanti alla prima barriera, ma si spande alla periferia di essa, perchè questa è invece ricca di capillari venosi essendo costituita da una zona di infiltrato; e quivi il medicamento determina per meccanismi diversi una dissoluzione del tessuto, una reazione cellulare che conduce a formazione di connettivo, cicatriziale, il quale riesce a circondare tutt'attorno il tubercolo e a incarcerarvi i bacilli: si spegne così in quella località il processo infettivo. Questa, in ultima analisi, altro non è, come Voi già vedete e ben sapete, che la guarigione spontanea del tubercolo, la quale vediamo prodursi spontaneamente nelle forme miti, e giunge ad attuarsi attraverso processi di natura reattiva istogena, quasi nulla per la via di meccanismi umorali. Quindi noi possiamo dire che dal più al meno i medicamenti dati per antitubercolari chemioterapici non agiscono proprio per via diretta, come vorrebbe il loro appellativo, sì bene per via indiretta, e questa non per una reazione generale che provochi un abbondante arrivo in circolo di anticorpi, che elevino la resistenza dell'organismo (via umorale); ma invece per una attivazione del naturale processo istogeno, che ostacola e ferma l'evoluzione del morbo e dà così tempo e facilità alle difese organiche di costituirsi, svilupparsi, rafforzarsi e giungere a dare la guarigione.

Se per tanto queste sono le prerogative di cotesti numerosi medicamenti antitubercolari, il problema dello specifico per la tubercolosi sarebbe risolto, e Voi non avreste che l'imbarazzo della scelta. Ma già sapete, nella pratica le cose sono lungi dal trovarsi in questi termini! Talchè io non troverei quasi nessuno di essi medicamenti idonei per la vostra pratica di Medici condotti!

Vero è che i preparati d'oro e di rame tengono oggi il primato, e Voi ne ricevete avvisi e ne leggete nei giornali medici, ed io devo pur dirVene il mio pensiero.

Sui quattro preparati d'oro ch'io conosco, il *trifal, krisolgan aurofos, sanocrisina,* tutti indicati per iniezioni endovenose a dosi crescenti di milligr., mi fermo a quest'ultimo, perchè è stato largamente sperimentato qui in Italia e perchè è un... fiore tatto sbocciare da un collega di scienza affine, il titolare di fisiologia dell'Università di Copenaghen, il Mollgaard. La *sanocrisina* è dunque un auro-tiosolfato sodico, ed ha destato molto rumore nella sua patria e fuori e tuttora lo mantiene con viva battaglia di alterna vicenda.

Voi forse ricorderete che già nel 1885 il Koch aveva veduto che il cianuro d'oro e anche il cianuro doppio auro-potassico sono nocivi per i bacilli della tubercolosi, e da allora ad oggi tale nozione è stata or qua or là la base per ricerche di speciali prodotti chimici. La sanocrisina è venuta ultima con la dichiarazione del Mollgard che essa esplica un elevato potere terapeutico chemioterapico sulla tubercolosi polmonare degli animali, perchè è dotata da una parte di speciale affinità per il bacillo di Koch, cioè fortemente parassitotropa di contro a un organotropismo negativo, e dall'altra di una speciale diffusibilità. Per questa ultima proprietà la sanocrisina attraversa i tessuti tubercolari nonostante la loro quasi nulla vascolarizzazione, e, penetrata nella cavità, supera non meno facilmente la barriera lipoidea del bacillo. Che ciò avvenga è dimostrato dal fatto che reazioni microchimiche mettono in evidenza tracce d'oro nei tubercoli! Entra poi in scena l'altra proprietà, la speciale affinità per il bacillo cioè l'azione sua parassitotropa, per la quale la sanocrisina disgrega il bacillo e l'uccide, liberando così rapidamente in circolo i prodotti tossici della morte bacillare, e quindi determinando quello che si dice l'ictus immunisatorius, che segue all'iniezione endovenosa del medicamento. Essendo poi il medicamento di un tropismo negativo verso i tessuti sani, questi non subiscono alterazioni, per cui tutto sommato la sanocrisina formerebbe l'ideale del medicamento antitubercolare!

Ma tutte queste rosee qualità o virtù si affievoliscono quando dalla terapia sperimentale negli animali si passa a quella clinica dell'uomo. La simpatica fiduciosa accoglienza ovunque data a questo nuovo medicamento è derivata senza dubbio dalla serietà e dall'onestà con le quali fu studiato e proposto dal suo autore, nell'autunno del 1924. La rinata speranza d'essere venuti questa volta finalmente in possesso del vero specifico della tubercolosi, portò molti medici ad una esagerata estensione dei risultati.

Il contributo italiano di osservazioni cliniche, quello meglio documentato, più scrupoloso, più libero, cioè scevro di scetticismi e di idolatrie, è tutto concorde. Benedetti, medico primario per la profilassi antitubercolare del Comune di Roma, recatosi appositamente all'estero per indagare, osservare, e istruirsi nella pratica della sanocrisina, finisce il suo resoconto con queste parole: «... mi pare che si possa venire ad una conclusione non del tutto entusiastica, nè assolutamente pessimistica... la sanocrisina, efficace nella tubercolosi degli animali... può essere applicata all'uomo solo in un numero molto limitato di forme tubercolari».

E il Trenti, aiuto della Clinica Medica di Roma, diretta dal prof. Ascoli, che ha presieduto alla scelta degli infermi e personalmente sorvegliato l'andamento della cura, conclude che «... la sanocrisina non modifica l'andamento delle forme gravi... e che in un certo numero di forme non gravi, poco estese, recenti, l'applicazione della cura coincide con un miglioramento clinico e radiografico della lesione polmonare». Badate bene, o Signori, alla espressione di prudenza usata dal Trenti: egli dice «coincide» e non dice, p. e. «determina». Per cui possiamo pensare col Mendes che «... siano facilmente spiegabili i buoni risultati della cura della tubercolosi all'infuori dell'azione della sanocrisina, essendo noto che tali processi di infiltrazione alveolare possono risolversi spontaneamente sotto l'azione della semplice cura di riposo e sintomatica». Il Mendes, direttore del sanatorio della C. R. I. «Cesare Battisti» di Roma, ha provato la sanocrisina su undici casi accuratamente scelti e diagnosticati. Aggiunge, nelle sue conclusioni, che l'organotropismo della sanocrisina non è poi veramente negativo, perchè l'azione tossica non è proporzionale alla dose iniettata ma sta in rapporto con la sensibilità particolare del soggetto in cura, il che rende l'uso del

Digitized by Google

medicamento molto delicato e dà ragione degli inconvenienti e dei casi disgraziati accaduti, quali gli acceleramenti della evoluzione caseosa di un processo tubercolare in atto. Tutto sommato quindi, questa *Sanocrisina* non è ancora quel fiore aureo antitubercolare specifico da consegnarVi con tutta sicurezza e semplicità, per la vostra pratica di Medici condotti: pratica che ha e continuerà ad avere sue proprie speciali contingenze.

Volgiamoci perciò al rame, che già V'ho detto fa concorrenza all'oro in queste battaglie chemioterapiche antitubercolari: concorrenza puramente scientifica, certo, sperimentale e clinica!

Il primo impulso allo studio chemioterapico dei *sali di rame* nella tubercolosi umana è dovuto ad un medico giapponese, il Koga, dell'Istituto Kitasato di Tokio, e la sua prima pubblicazione è del 1916. I dieci anni che sono passati hanno arricchito il nuovo problema di molti contributi di autori diversi. Il prof. Rondoni dell'Università di Milano, che è riuscito ad avere direttamente dal Koga dei campioni del nuovo composto ramico, detto cianocuprolo, ha confermato coi suoi esperimenti sia l'azione inibitrice in vitro sullo sviluppo del bacillo tubercolare, sia l'azione rallentatrice e modificatrice sulle lesioni anatomiche per opera di quel preparato di rame, nel senso che a dette lesioni è impresso dal rame un andamento più fibroepitelioide o addirittura sclerosante: questo è il fatto nuovo, non proprio caratteristico del rame, ma che il rame mostra di possedere in grado altissimo di fronte ad altri metalli. Sono lieto pertanto di potere presentaVi il *Cuprocian,* un prodotto italiano che il prof. Serono preparò ed offerse in esperimento nel 1919. È un cianuro doppio di rame e di potassio, che oggi si trova nelle farmacie in fiale per iniezioni. I fatti e i risultati quali si leggono negli indaginosi lavori del prof. Trocello di Roma, superano sotto ogni riguardo quelli che si hanno con i preparati d'oro. Ed invero « tanto nelle cavie tubercolizzate con microbi di virulenza attenuata, quanto in quelle tubercolizzate con bacilli virulenti, la somministrazione periodica sottocutanea del Cuprocian in dosi tollerate, apporta » come si legge in Trocello, « modificazioni profonde nel reperto anatomo-patologico macroscopico e microscopico delle glandole e dei visceri invasi dal processo specifico; perchè sollecita o inizia la formazione di un connettivo fibrillare, che movendo dai tessuti circumtubercolari, circonda e anche compenetra i focolai stessi di diversa costituzione istologica (follicoli elementari, infiltrazioni, noduli). L'organizzazione della difesa connettivale è precoce; la si vede già manifesta nei primi ammassi di cellule rotonde preludenti alla formazione del follicolo tubercolare, negli iniziali processi peribronchitici od arteritici. La ricca iperproduzione di connettivo fibrillare dovuta al cuprocian, che si vede in corrispondenza dei focolai (polmone, fegato, glandole) è unicamente circumtubercolare, mai uniformemente diffusa nel circostante parenchima normale di guisa che essa è strettamente obbligatoriamente legata allo stimolo locale rappresentato dalla lesione tubercolare. Provoca nelle linfoadeniti tubercolari tracheobronchiali e inguinali una microfibroadenia quasi totale che verosimilmente spegne l'infezione nelle glandole. La sintomatologia clinica si muta, i bacilli diminuiscono e spariscono. Si osserva ancora che i focolai cutanei tubercolari si avviano rapidamente alla cicatrizzazione ».

Così importanti risultati autorizzarono e incitarono a passare alla terapia cuprocianica nella tubercolosi umana; e oggi nei resoconti clinici pubblicati da numerosi primari quali Di Poggio di Napoli, Cantieri di Pescia e Bernadino suo assistente, Mei di Bengasi, Sanvitale, Daretti, Mezzena, Ferrari, ecc., si ricavano 200 e più casi di tubercolosi polmonare trattati con le iniezioni di *Cuprocian.* Nella nota riassuntiva del prof. Rho, cui devesi il primo impulso per tali studi da noi, si legge p. e.:

« che su 50 casi al 1° stadio si ebbe grande miglioramento con arresto della malattia in 48; senza miglioramento, 2 casi;

che in 41 casi al 2° stadio si ebbe gran miglioramento in 19 casi, lieve in 21, nessuno in 8;

che in 22 casi al 3° stadio si ebbe grande miglioramento in un caso, lieve in 1°, nessuno in 20 ».

Su per giù sono così altre statistiche, per cui le maggiori probabilità di successo della cura cuprocianica sono per le forme non gravi, e più ancora per quelle iniziali. Non abbiamo dunque dei risultati clamorosi, ma abbiamo però questo, o egregi Medici, che, fatti i debiti confronti, la *cura cuprocianica* è spesso vantaggiosa assai più di qualsiasi altro mezzo chimico nelle forme del 2° stadio, massime in quelle degli adulti, con scarsità di fenomeni umidi; e che negli ammalati al 3° stadio pur risultando negativa, la cura non si è mai presentata dannosa, nè prossima nè lontana: la qual cosa è della massima importanza. Altro dato favorevole per la cura mediante il cuprocian è quello osservato dal Ferrari, e cioè, anche quando le lesioni polmonari non sembrano influenzate dalla cura cuprica, si rileva non pertanto quasi sempre un miglioramento della crasi sanguigna ed una modificazione in senso favorevole della formula di Arneth, che per parecchi autori ha un notevole valore prognostico nella tubercolosi polmonare. Notate ancora, o Signori, che l'arresto o il miglioramento delle lesioni polmonari, la loro cicatrizzazione sono constatate dall'esame radiografico, avendosi per tanto una controprova dei risultati semiotici, come riferisce il Di Poggio. Notate ancora che il Trombetta di Perugia chiude un suo resoconto del febbraio 1925 col dire che « due anni di assiduo lovoro e di assidua sorveglianza mi hanno spinto a ricorrere subito in tutte le forme tubercolari ai preparati di rame, anzichè ricorrere ad essi dopo avere osservato l'insufficienza di altri medicamenti ».

A questo punto Vi dirò che quasi tutte le applicazioni di Cuprocian sono state fatte per iniezione endovenosa, perchè questa è la via di scelta per la cura chemioterapica. Alcuni tuttavia hanno propinato il Cuprocian per iniezioni intramuscolari, allo scopo ovvio di semplificare la pratica, liberando l'intervento del medico.

Per questa comoda via d'introduzione abbiamo oggi le fiale di *Cuproiodase,* un composto di rame, iodo e colesterina, il quale avendo caratteri fisico-chimici lipodei è facilmente assorbito dalle cellule. Anche questo è dovuto al prof. Serono di Roma, benemerito in tali ricerche. I resoconti clinici del Daretti di Roma, del Mezzena di Torino, di D'Amore dell'Ospedale di Candida in quel d'Avellino, ecc., parlano tutti in senso favorevole e dicono: « le iniezioni intramuscolari e anche ipodermiche di *Cuproiodase* nei casi di tubercolosi al 1° stadio producono ottimi risultati terapeutici, da potersi ritenere definitivi per molti; nei casi di media gravità, nei casi al 2° stadio: risultati soddisfacenti, in alcuni assai buoni; nei casi gravi scarsissimi risultati, però mai fenomeni tossici locali, nè generali, mai inconvenienti dolorosi o lamentabili; nelle forme miste medico-chirurgiche (ganglionari, cutanee, ossee, ecc.): effetti sicurissimi e rapidi »: il potere risolutivo è imponente, dice il dott. D'Amore.

Non credo pertanto di esagerare dicendo che abbiamo oggi nel *Cuprocian* e nella *Cuproiodase* le migliori armi chemioterapiche: ciò affermando non dico che l'ultima parola sia enunciata sui preparati cuprici; restano sempre aperte le possibilità di migliorare, innovare il prodotto chimico, come appunto assai onestamente dice lo stesso prof. Serono, cui dobbiamo questi ed altri studi così utili di farmacoterapeutica.

Frattanto qui giunto, voglio ricordare a Voi, che tanto numerosi Vi siete iscritti al Corso di Conferenze sulla Tubercolosi, che l'uso del rame per la cura di forme tubercolari ha un benemerito preconizzatore nella persona del prof. Campani, che è appunto l'organizzatore infaticabile ed anche felice ideatore di questo Corso, dove lo avete udito insegnante competentissimo. Al collega prof. Campani dicevo, va dato il merito di avere studiato, precisato, e illustrato un metodo semplice e sicuro di cura col rame di forme tubercolari chirurgiche. Già dal 1912 in *Gazzetta degli Ospedali* rendeva Egli di pubblica ragione 29 casi suoi di osteoperiostiti purulente con seni fistolosi, portate a guarigione completa con irrigazioni quotidiane, della durata di 3-4 minuti, di soluzione di solfato di rame al 4 %, calde fino al limite di tolleranza. La guarigione è sicura con ottima cicatrizzazione, entro 12-20-40 giorni secono i casi. Applicate dunque con fiducia anche questo metodo nei casi che saranno per capitarvi nell'esercizio della vostra professione.

* * *

Il desiderio che Voi potreste avere di sperimentare il nuovo medicamento in se e per se, e quindi di somministrare solo esso al vostro malato, non deve avere il sopravvento; esso va lasciato alle Cliniche: Voi dovete curare. E però, stabilito il piano di cura specifica mediante il Cuprocian o la Cuproiodase, io Vi consiglio, in omaggio al vecchio aforisma « unum facere et alium non omittere », di praticare contemporaneamente nel vostro malato anche le cure sia coadiuvanti, che mirano ad aumentare la resistenza organica al progresso della malattia, sia sintomatiche,

Digitized by Google

intese a mitigare lo stato tossinfettivo generale e a lenire le sofferenze. Con queste ultime cure noi entriamo in quel vasto campo medicamentoso che già dissi metterà a dura prova la pazienza vostra, perchè le occasioni di prescrivere ed applicare medicamenti sintomatici sono mutabilissime nei tubercolotici e determinano un variare continuo di rimedi.

Intanto e fin da principio, per dirne una, si ordina e si ripete dalla maggioranza dei medici e non medici: Combattete la consunzione, ingrassate il malato! E quindi si raccomanda la ipernutrizione, si fanno e si ripetono le iniezioni di cacodilati, di glicerofosfati, di nucleinati, si perdura nei cucchiai di sciroppi con ipofosfiti o lattofosfati o in quelli d'olio di merluzzo! Io Vi dico, o almeno Vi ricordo, che è oramai un fatto ben conosciuto e relativamente facile il vedere ingrassare un tubercolotico ed acquistare un aspetto migliore soddisfacente mediante cure opportune. « Sta qui la migliore fede di molti pratici e di molti infermi », scriveva con tanta competenza e con tanta encomiabile onestà il Facchini, a pag. 245 del suo aureo libro: « sta qui la fortuna di una ridda infinita di preparati e preparatori ». Voi, egregi medici, non dovete mai dimenticare che l'avvenuto aumento del peso corporeo non è niente affatto un segno sicuro che è migliorata la lesione del polmone o che sono aumentati i poteri di difesa contro l'infezione. Si sono visti individui con gravi lesioni cavitarie bilaterali e in condizioni miserevoli, aumentare 8-10 chili di peso in due mesi di cure opportune, ma si è visto, o non si è voluto vedere, che lo stato delle loro lesioni polmonari era rimasto tale e quale! Quel migliorato aspetto del vostro malato, sì che tutti soddisfa, è spesso apparente: esso non è in ogni caso equivalente ad un successo terapeutico antitubercolare. Promoviamo sì questa apparenza, ma non sfruttiamola, badiamo alla lesione polmonare!

Allo scopo di promuoverla, io Vi consiglio di dare anzitutto la preferenza alle *iniezioni di lecitina*, che continuerete per lungo tempo. Io ho imparato a conoscere le virtù di questa preziosa sostanza stando col mio Maestro, il prof. Novi di Bologna, al quale mando un affettuoso saluto. L'ha studiata Egli da vari punti di vista, e l'usò al tempo dell'epidemia di spagnuola, ne ebbe buoni effetti che interpretò non già dovuti alla tanto creduta e ripetuta azione ricostituente, sì bene come effetti di un mezzo che ravviva i poteri naturali di difesa organica e stimola le funzioni normali. Il Facchini ha fatto largo uso di iniezioni di lecitina nel suo Ospedale, ed io Vi leggo ciò che ne dice a pag. 246 del suo libro: «... esse hanno un'azione decisamente benefica in molti tubercolotici ravvivando le energie e migliorando lo stato generale e riescono di regola benissimo tollerate anche nei malati notevolmente febbrili, in cui non determinano se non assai di rado aumento della piressia: che anzi talvolta si nota una lieve tendenza alla remissione nella curva termica... ».

Consigliate dunque queste iniezioni e prescrivete le fialette di lecitina pura e non quelle che hanno aggiunte di metalli o di altro, e seguitele per regolarne il numero e per ricavarne utili note.

Due parole su un medicamento già vecchio, il *Calcio*, ma oggi di gran moda perchè indicato in disparatissimi fenomeni morbosi, e perciò sotto forme e nomi diversi presentato nelle farmacie. La teoria della demineralizzazione e più particolarmente della decalcificazione nella tubercolosi stabilita dalla scuola francese con a capo Robin, ha perduto oggi della sua esclusività nel senso che essa non è l'esponente immancabile del processo tubercolare, perchè si è dimostrato che la decalcificazione è più apparente che reale, e che al più solo le forme gravissime si accompagnano ad un ricambio minerale negativo. Non voglio dirVi con questo che la *calcioterapia* nella tubercolosi sia da abbandonare; essa continuerà a dare bene spesso risultati benefici, perchè le azioni biologiche del calcio sono molteplici e concatenate con altre prodotte da altri elementi costitutivi dei tessuti, mantenendosi un reciproco equilibrio di essi nell'organismo.

Di terapia calcica sotto forma di polverine, *cachets*, sciroppi, non voglio discorrere; numerose formole avete nei vostri ricettari, troppi avvisi Vi giungono dagli stabilimenti farmaceutici preparatori di miscele con sali diversi, di calcio, magnesio, silice, sodio ecc., le quali dovrebbero avere lo scopo di remineralizzare l'organismo.

Ma l'assorbimento di questi metalli da parte della mucosa gastro-intestinale resta sempre problematico, anche per i disturbi che tali somministrazioni per os sono capaci di generare. Per cui oggi i Clinici specialisti pensano che i benefici del calcio nei tubercolotici si ottengano solo e sicuramente per la via endovenosa. Voi conoscete certo, attraverso i sunti di giornali nostri, i resoconti clinici di Rosen di Mosca, di Maendl di Alland, primari di Sanatori, che hanno fatto del trattamento endovenoso con il cloruro di calcio un metodo sistematico di cura antitubercolare.

Il Facchini ha sperimentato questa cura in 45 casi, la maggior parte dei quali erano malati gravi di tubercolosi caseo-fibroulcerosa con escavazioni e febbri etiche più o meno elevate, ed ebbe due motivi per tale cura: uno generale per tutti, quello cioè di vederne gli effetti sul processo tubercolare; uno particolare per gruppi di malati, e cioè di vedere l'influenza sulla febbre in 28 casi, sulla emottisi in 10, sulla diarrea in 8, sul vomito in 6, sulla tosse emetizzante in 5, ecc. Due sono le sue conclusioni:

1° la terapia calcica endovenosa non modifica in modo sostanziale il processo tubercolare, quindi non può essere fatta con intenti patogenetici;

2° la terapia calcica endovenosa deve essere praticata invece per i suoi effetti di carattere sintomatico, fra i quali in primo luogo è da mettersi quello contro l'emottisi, poi quelli contro la febbre, il vomito, la diarrea, i dolori colici, la dispnea asmatica ed anche la tachicardia. Quale ne sia il meccanismo, vi è da discorrere; ma noi stiamo ai fatti.

Queste sono pertanto le vere, le utili indicazioni della terapia calcica nei tubercolotici. E io mi chiedo: potrà il medico della condotta praticare in ogni luogo e tempo e malato con tutta sicurezza, attuale e prossima, le iniezioni endovenose di cloruro di calcio, che devono essere almeno a giorni alterni e in una serie di 15 iniezioni? Poche gocce sfuggite all'intorno della vena producono dolore intenso, perchè dovendo essere la soluzione al 10 % di cloruro di calcio, questo è allora un forte irritante e caustico; e se le goccie non sono più poche, allora è sicura l'insorgenza di fatti necrotici! Come si farà allora? Allo scopo di non abbandonare la cura calcica, che produce sicuri effetti benefici, io Vi suggerisco due vie, più facili sebbene non così eroiche.

Una è la *calcioproctolisi*, che avevo suggerito qua e là a vari medici e che ho veduto in questi giorni proposta dal dott. Tedeschi, libero docente a Genova, in un articolo del *Policlinico* dell'agosto dell'anno scorso. Praticate dunque ogni giorno un *clistere a gocce* con mezzo litro e poi anche un litro di una soluzione di cloruro di calcio, che il Tedeschi eleva al titolo del 0,40 %. Questo volume di liquido viene tutto assorbito senza disturbo e danni locali e così il calcio passa in circolo. Vedrete dopo alcuni giorni una remissione notevole della febbre che da 39°-38° scende a 37° e anche si ha l'apiressia; solo nei malati gravi con infezione mista la febbre resiste. Vedrete diminuire e scomparire i sudori profusi; così la tosse, così l'escreato. Vedrete il polso farsi meno frequente e via via più saldo, e vedrete aumentare l'appetito e migliorare le condizioni generali. Questa calcioproctolisi Vi darà anche buoni effetti contro le emottisi a lento decorso, a stillicidio; per quelle acute lasciate una volta per sempre al farmacista e alle donne l'*ergotina* e compagne, praticate invece un clistere di 300 cmc. di *gelatina* al 15 %, e in seguito applicate il clistere calcico a gocce.

L'altra via che Vi suggerisco è quella di sostituire il cloruro di calcio con un sale organico, l'isobutirrato di calcio, che Erba di Milano mette nelle farmacie col nome di *Isocalcio*. La soluzione al 5 % è isotonica, neutra, indolora, diffusibile, ionisabile; con tutte le proprietà dunque più desiderabili. Tale soluzione serve per iniezioni intramuscolari, di gran lunga più facili delle endovenose. Io non ne ho pratica, ma sento lodarla, e però chiedete questo prodotto e fatene largo uso. Auguro che possiate ricavarne vantaggi veri e propri, come quelli dalle iniezioni endovenose del cloruro; e che possiate anche sostituirlo alle somministrazioni per bocca di tutte le polveri, *cachets* e sciroppi, che bene spesso guastano lo stomaco dei vostri malati e che più di sovente mineralizzano non i loro tessuti, sì bene le loro fecce!

Altre cose di non minore importanza sarebbero da dire sopra diversi abusi, che ho veduto in tempi e luoghi diversi, che sento

Digitized by Google

praticare come dogmi: ad esempio l'abuso del ghiaccio, fuori e dentro, cioè sul precordio e per bocca per combattere l'emottisi acuta; l'abuso di morfina per lo stesso motivo; l'abuso di tannini e d'oppio contro le diarree; l'abuso di eroina e dionina contro la tosse; l'uso smodato dei più diversi antipiretici contro la febbre anche non alta.

Non posso trattenermi su questi punti; quindi finirò segnalandovi un altro abuso o, se abuso non è, è uso abitudinario insistente persistente, certo come eredità di vecchia vantata virtù specifica antitubercolare: intendo l'uso del creosoto o del guaiacolo, come antisettici bronchiali specifici.

Sicuro, non vi meravigliate! Creosoto e guaiacolo per bocca a scopo antitubercolare, in una di quelle numerose forme di cui sono piene le farmacie, per esempio in soluzione sciropposa cloridro-fosfo-calcica, sono tutt'altro che amici e confortevoli per lo stomaco! Sono invece capaci e presto di abbassare l'appetito e di produrre sovente la diarrea. Dati a scopo antipiretico, producono effetto incertissimo: meglio agisce per via ipodermica il guaiacolo. Ma anche le iniezioni sottocutanee o intramuscolari di 10-20 cmc. della sua soluzione oleosa non sempre riescono proficue, e per le alte temperature gli effetti sono negativi.

Nel caso che voi proprio vorreste usare il guaiacolo, io vi consiglio di applicare questo medicamento per via esterna, secondo il vecchio metodo Sciolla (1893): pennellate su una parte del torace 5-10 cmc. di guaiacolo liquido, coprite la parte con carta impermeabile e cotone, e fasciate. L'assorbimento è rapido, l'effetto antitermico pronto, lo stomaco risparmiato, la pratica dell'iniezione evitata. Con le somministrazioni per bocca potrete avere solo gli effetti anticatarrali-balsamici, ed allora servitevi del Tiocolo o del cinnamato di guaiacolo, che meno disturbano lo stomaco e l'intestino ed offrono maggior sicurezza d'effetto.

Medici egregi, se la via da percorrere per giungere alla desiderata ed auspicata cicatrizzazione, incarcerazione delle lesioni tubercolari, vero e primo scopo della terapia specifica, è ancora poco illuminata e ancora lunga, molto oggi tuttavia potete compiere con maggiori probabilità di riuscita per la cura eziologica, non lasciando passare mercè intelligente ed amorosa attenzione, i malati curabili nella categoria degli incurabili. E molto ancora potete oggi meglio compiere per la cura sintomatica, secondo quanto avete udito e potrete udire, purchè la vostra mente vada libera da esclusioni aprioristiche e anche da accettazioni dogmatiche.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTI DI PATOLOGIA E DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
diretti dal prof. G. IZAR

GUANIDINA, ACOINA E DIABETE

per G. IZAR - Direttore, L. CANNAVO' e G. SCUDERI - Assistenti

In una comunicazione fatta al XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (Roma, ottobre 1923), uno di noi (Izar), esponendo i risultati delle sue esperienze nel coniglio e nell'uomo con la guanidina ed alcuni suoi composti, così concludeva: «Resta ora a sperimentare se derivati più complessi della stessa base, dotati di attività molto maggiore, possano spiegare nell'uomo l'azione ipoglicemizzante che la base ed i derivati inferiori spiegano a forti dosi nel coniglio » (1).

Da allora, nessuna comunicazione al riguardo, sebbene le indagini fossero state proseguite per tutto il 1924 (2).

Nel 1926, Franck, Nottmann e Wagner, (3) allievi di Minkowski, ritornano sull'argomento, affermando che la sintalina, derivato complesso della guanidina a composizione non nota, per le sue spiccate proprietà ipoglicemizzanti anche in dosi piccole, può essere utilizzata come antidiabetico.

Sarebbe superfluo ricordare in una breve nota tutto il cumulo di lavori che seguirono a questa comunicazione, gli uni favorevoli, gli altri contrarii alle asserzioni degli autori. Per parte nostra, riteniamo di poter aderire al giudizio conclusivo che sulla sintalina danno Grassheim e Potow: (4) « Nei diabetici lievi e di media gravezza la sintalina può far scomparire lo zucchero dalle urine: nei diabetici gravi, la sintalina non ha alcun effetto».

Queste ricerche di Franck e collaboratori, confermando la verità del nostro primo asserto del 1923, ci spinsero a tornare sull'argomento.

Diamo qui ragione in forma sintetica dell'azione di uno fra i più attivi composti di guanidina nuovamente sperimentati e che, sebbene in commercio da tempo, era allora sfuggito alla nostra indagine: la diparaanisilmonofenetilguanidina cloridrato, preparato che la casa Heyden ha messo in commercio da tempo sotto il nome di Acoina, come anestetico locale analogo alla cocaina.

L'acoina è una polvere cristallina, bianca, inodora, amarissima, solubile in circa 18 parti di acqua fredda. La soluzione si altera col calore e la luce: tracce di alcali, come quelle contenute in un vetro non neutro, producono precipitati. Si somministra per os, in soluzione acquosa, alla dose di 5-50 ctgr. pro die senza inconvenienti di sorta. Le dosi piccole e medie, continuate a lungo, non hanno mai provocato alcun risentimento da parte del tubo gastroenterico e suoi annessi nè fenomeni generali di intolleranza. Essendo molto amara, si dolcifica con saccarina.

Dalle ricerche sinora eseguite, e delle quali sarà data ampia ragione in altro luogo, (2) (3) riportiamo come semplificazione sommaria i tre seguenti casi:

Caso I. — Frassica Santi, anni 40, da Messina. Steno-insufficienza aortica, miocardite, scompenso.

Dieta lattea.

Il giorno 25 luglio: glicemia a digiuno, gr. 1,25 ‰. Si sospendono i soliti cardiocinetici, dimostratisi fin qui inefficaci. Acoina ctgr. 5.

24-VII: glicemia a digiuno 0,89: miglioramento. Trattamento, idem per tre giorni.

27-VII: glicemia a digiuno, 0,78: spiccato miglioramento, notevole riduzione del ventricolo di sinistra: contrazioni valide.

Caso II. — Rizzo Sara, anni 51, da Giampilieri. Diabete.

Il 9-VIII, dopo quattro giorni di dieta ridotta: urine cmc. 2000, glicosuria totale gr. 55, acetone assente. Glicemia a digiuno, 1,74.

Trattamento per 4 giorni con 5 ctgr. acoina al giorno.

(1) Lavori del XXIX Congresso della Soc. Ital. di Medic. Interna. Pozzi ed. Roma 1924.

(2) Le ricerche vennero da me proseguite nel senso indicato nell'Istituto di Patologia Medica di Catania, sotto la direzione dell'illustre mio maestro Prof. Maurizio Ascoli. Vennero presi in esame quasi tutti i composti commerciali della guanidina e fra i composti superiori, l'agmatina e la tetrametilenguanidina, gentilmente fornitemi nel febbraio 1924, dall'illustre prof. Kiesel (allievo e collaboratore di Kossel) attualmente all'Istituto di scienze sperimentali di Stato di Mosca, al quale rivolgo qui i miei ringraziamenti. Ma anche questi due prodotti, forse perchè preparati da tempo, (*Les preparations sont les mêmes avec lesquelles j'ai travaillé en* 1915 mi scriveva Kiesel) se dimostrarono un'attività abbastanza notevole, restarono però di gran lunga al di sotto di quella sperata. (Izar).

(3) *Klinische Wochenschrift*, 1926, n. 45.

(4) *Klinische Wochenschrift*, 1927, 35.

(2) L. Cannavò: Analisi dell'azione ipoglicemizzante di un composto fenilico della guanidina (Acoina). (In corso di pubblicazione sull'*Archivio di Farmacologia sperimentale e scienze affini*).

(3) G. Scuderi: Glucosio, acoina e scompenso cardiaco (in corso di pubblicazione).

Digitized by Google

Il 13-VIII: urine cmc. 750, glucosio, acetone, assenti. Glicemia a digiuno, 1,40.

Sospesa la cura ed aumentata la dieta di 100 gr. di pane, compare modica glicosuria. Si ripete il trattamento con acoina (5 ctgr. al giorno per tre giorni), pur continuando a somministrare il pane.

Il 22-VIII: urine cmc. 675, glucosio, acetone, assenti. Glicemia a digiuno, 1,21.

L'assenza del glucosio dalle urine persiste anche aumentando il pane a 200 gr. ed aggiungendo ancora 100 gr. di pasta. Il tasso glicemico si mantiene intorno all'uno per mille.

Caso III. — Maimone Francesca, di anni 54, da Messina. Entra in Clinica Chirurgica il 27-VIII per gangrena diabetica dell'indice della mano sinistra. Gonfiore di tutta la mano. Urine cmc. 2500; glicosuria totale, gr. 150; acetone ed acido diacetico presenti in copia. Glicemia a digiuno, 2,92.

Dieta lattea (2 litri). Si tratta con acoina in dosi progessive da 10 a 50 ctgr. pro die. All'otto settembre, urine cmc. 550, glicosuria totale gr. 20, acetone e derivati chetonici, assenti. Glicemia a digiuno, 2,57.

Il processo gangrenoso si è arrestato alla prima falange.

Conclusioni:

1) la possibilità che composti superiori della guanidina potessero venire utilizzati nella terapia antidiabetica è stata affermata da uno di noi (Izar) fin dal 1923.

2) l'acoina o diparaanisilmonofenetilguanidina cloridrato, somministrata per os, provoca diminuizione e scomparsa della glicosuria, abbassamento del tasso glicemico.

3) la sua azione è più evidente nei casi di diabete leggero o di media gravità, dove può portare a totale scomparsa della glicosuria e ritorno al normale della glicemia.

4) la sua azione è molto più pronunziata nelle iperglicemie da iperfunzionalità epatica.

5) nei casi di diabete grave l'acoina spiega azione evidente sulla glicosuria e sulla chetonuria, mentre di poco influenza il tasso glicemico.

6) nelle insufficienze miocardiche (scompenso) combinate o no ad iperglicemia, (per ipofunzione epatica da stasi), l'acoina rappresenta un prezioso ausilio dei miocardiocinetici esaltandone l'azione (forse perchè favorisce la nutrizione della fibra cardiaca migliorando l'utilizzazione degli zuccheri).

7) l'acoina somministrata per os nelle dosi indicate non provoca alcun disturbo nè locale nè generale.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore Prof. G. ZAGARI

OSSERVAZIONI SU DI UN CASO DI ACROMEGALIA

per il prof. DOMENICO LIOTTA — Aiuto

Mi è parso interessante la pubblicazione del seguente caso di acromegalia sia per i rapporti presentati tra le alterazioni delle glandole sessuali e lo sviluppo della malattia e sia per i risultati dell'esplorazione del sistema endocrino simpatico.

Anamnesi remota. R. B. di anni 53 casalinga.

I precedenti familiari nulla ci dicono per ciò che possa avere attinenza con la malattia attuale.

I genitori sono morti in tarda età per malattie imprecisate.

La paziente ebbe 11 fratelli di cui qualcuno è morto in tenera età, gli altri sono viventi e sani.

L'inferma da piccola soffrì di scarlattina; a 13 anni ebbe le prime mestruazioni che si mantennero in seguito regolari per quantità, sebbene spesso accompagnate a dolori al basso ventre.

A 15 anni ebbe il vaiolo. A 18 anni contrasse un primo matrimonio con un uomo sano e in 12 anni di unione non ebbe mai alcuna gravidanza, sebbene avesse sempre goduto di buona salute. Il marito morì di malattia cardiaca.

A 35 anni passò a seconde nozze, ma anche questo secondo matrimonio rimase sterile.

Anamnesi prossima. Qualche anno più tardi cominciò a notare che le mestruazioni si facevano sempre più irregolari, spesso avevano una durata insolita con flusso sanguigno abbondante. Successivamente, e cioè verso l'età di 37-38 anni, cominciò ad avvertire dei disturbi speciali consistenti in formicolii e dolori, di intensità variabile, agli arti superiori e inferiori. Notò inoltre che spesso, ma in maniera transitoria, la cute delle mani e particolarmente delle dita diventava turgida, quasi edematosa, così da impedirle di chiudere bene il pugno. L'inferma, però, non diede molto peso a questi fatti, si preoccupò, invece dei disturbi a carico della sfera genitale che diventavano sempre più molesti e ricorse perciò a un sanitario che le riscontrò un tumore dell'utero (fibroma?) e le consigliò di farsi operare, ciò che la paziente fece solamente alcuni anni più tardi.

Ma i dolori e le parestesie alle mani e ai piedi lentamente ma incessantemente andavano aumentando, accompagnati adesso da cefalea da prima, modica, in seguito, più intensa, che raramente lasciava la malata. Nessuna modificazione, in questo periodo, notò a carico della faccia.

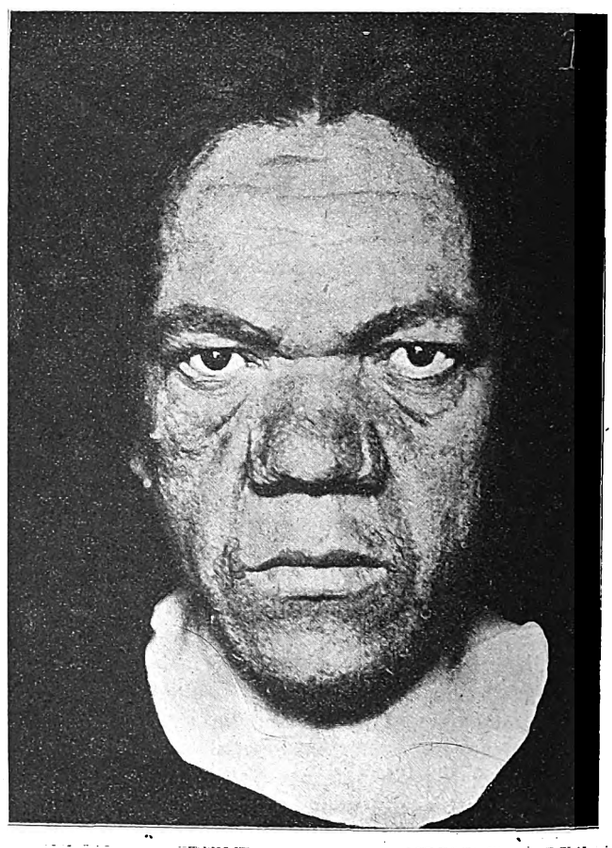


Fig. 1.

Frattanto il tumore dell'utero nel giro di qualche anno aveva raggiunto un notevole volume e l'inferma si decise a farsi operare e nell'agosto del 1920 fu operata di asportazione dell'utero e degli annessi.

Da quest'epoca l'inferma cominciò a notare un aggravamento rapido della cefalea e di tutti quei disturbi a carico degli arti (dolori, parestesie ecc.) di cui si lamentava da qualche anno, si accorse inoltre che la faccia diventava più larga; il naso, la fronte, la mandibola, la lingua si ingrossavano; le dita delle mani si facevano più tozze e i piedi più massicci, il sinistro più del destro. Avvertiva inoltre dei dolori reumatoidi alle spalle e lungo la colonna vertebrale. A tutto ciò si aggiungeva un senso di debolezza generale accompagnato a sudorazione abbondante, specialmente di notte, tanto che spesso era costretta a cambiare la biancheria inzuppata di sudore, più volte in poche ore. Non ebbe mai a soffrire di vomito, ma raramente di qualche accesso di vertigine. L'inferma dice che l'attuale malattia è una conseguenza dell'operazione (!). L'appetito si è sempre conservato buono.

L'urinazione talora è stata abbondante, specialmente in questi ultimi anni (2-3 litri nelle 24 ore), talvolta si è mantenuta nei limiti normali.

L'inferma da qualche anno è rimasta in tali condizioni. Ha praticato delle cure ricostituenti e delle cure termali, ma senza ricevere beneficio alcuno.

Digitized by Google

Esame obbiettivo. Soggetto di robusta costituzione. Intelligenza di sviluppo normale. Temperamento piuttosto irascibile.

Il *cranio* è notevolmente grosso e abbastanza ingrossate sono le apofisi mastoidi e l'eminenza occipitale esterna. La fronte è molto larga e le arcate sopra-orbitarie sporgenti. Le linee di sutura dei parietali nettamente rilevate. I capelli abbondanti e ruvidi. Lo sviluppo del cranio facciale è anch'esso notevolmente esagerato. Il naso specialmente (tanto lo scheletro che le parti molli), gli zigomi, i mascellari e le mandibole sono notevolmente ingranditi. I denti incisivi inferiori, a bocca chiusa, superano di qualche millimetro i corrispondenti incisivi superiori (progenismo di lievegrado). La rima boccale è ampia e le labbra grosse con leggero ectropion di quello inferiore. La lingua ingrossata. La cute della faccia è spessa, ruvida, untuosa per abbondante secrezione sebacea; vi si notano piccole cicatrici, esito della pregressa infezione vaiolosa.

Notevole ipertricosi del labbro superiore e del mento. Profonde pliche cutanee solcano la fronte e contribuiscono con l'espressione dello sguardo che ha dell'accigliato e dell'oppresso

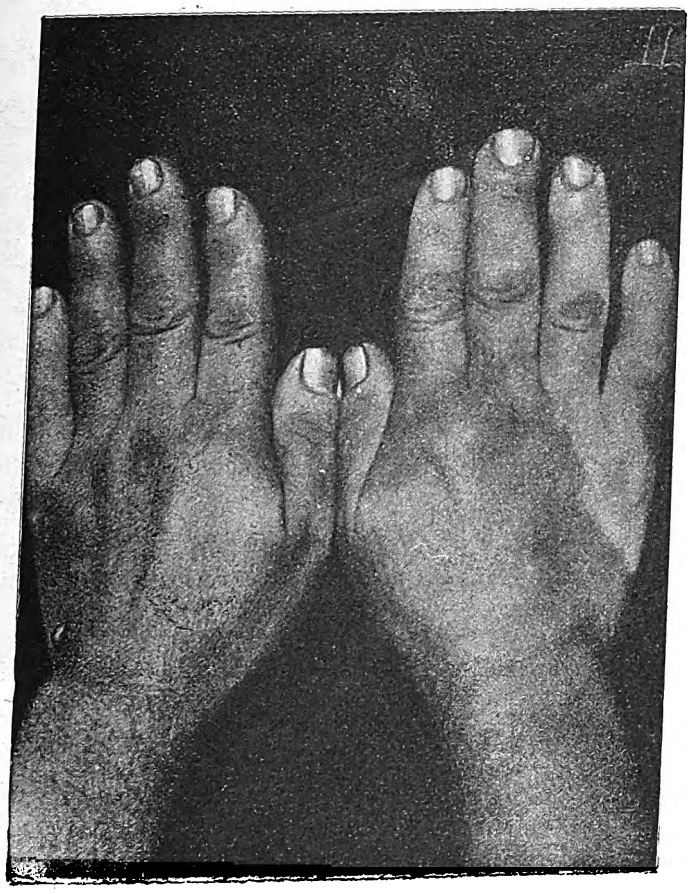


Fig. 2.

insieme, e con l'abnorme grossezza del naso e delle labbra a dare alla fisionomia l'impronta caratteristica della *facies acromegalica.* (vedi fig. 1).

Il *collo* è piuttosto corto e con numerose pliche cutanee trasversali. La glandola tiroide non appare ingrandita. Il laringe e l'osso ioide sono invece abbastanza ingrossati. La voce ha un timbro basso e somigliante a voce maschile.

Le ossa del *torace* sono abbastanza grosse. Si nota una lieve accentuazione della normale cifosi cervico-dorsale, ma non può parlarsi di vera gibbosità.

Il *cuore* non pare aumentato di volume. L'itto della punta è al V. spazio intercostale un pò all'interno dell'emiclaveare; il limite destro dell'ottusità relativa arriva alla linea mediale dello sterno, il limite superiore alla 3ª costola. All'ascoltazione i toni sono conservati e forti. Il polso è ritmico.

Assenza di ottusità retrosternale in alto.

L'*addome* è pianeggiante e trattabile, vi si nota una cicatrice lineare mediana, ombelico-pubica, esito della pregressa laparatomia. Nulla di rilevabile a carico del fegato e della milza.

Notevole ipertricosi della regione pubica.

Le *mani* sono corte e tozze. La cute che riveste le dita spessa e tesa (vedi fig. 2).

I *piedi* sono ingrossati, massicci, quello di sinistra più del destro. Ipertricosi delle gambe.

Le *unghie* delle dita delle mani e dei piedi non mostrano alterazioni trofiche.

Sistema nervoso. Conservate tutte le varie specie della sensibilità.

Motilità attiva e passiva normale.

Riflessi superficiali e profondi conservati e normali.

Nulla di particolare da rilevare a carico dei vari *sensi specifici.* L'esame del fondo dell'occhio praticato dal prof. De Berardinis non ha rilevato nulla di notevole tranne un certo grado di turgore delle vene retiniche.

Radiografia del cranio. Si vede la sella turcica slargata e aumentata specialmente in profondità. Anche i seni frontali sono notevolmente ingranditi (vedi fig. 3).

Esame delle urine. Quantità delle 24 ore variabile. Alcuni giorni si è notata una eliminazione di 2-3 litri di orine, altre volte il volume non ha superato i 1500-1700 cc.

Nei diversi esami praticati durante la permanenza in clinica non si sono mai riscontrati elementi patologici.

Esame del sangue: Globuli rossi 4.000.000. Globuli bianchi 7,000. Emoglobina 75. Valore Globulare 0,93.

Formula leucocitaria: Polinucleati 72 %; linfociti 18 %; grandi mononucleati 7 %; forme di passaggio 3 %; eosinofili e basofili 0.

Reazione di Wassermann sul siero di sangue: negativa.

Dosaggio della calcemia. Calcio nel plasma = 12 mmgr. %.

10 Gennaio 1927. *Prova della glicemia alimentare.*

Ingestione, a digiuno, di gr. 50 di glicosio sciolto in 200 cc. di acqua ed esame della glicemia di mezz'ora in mezz'ora.

Glicemia a digiuno gr. 0,97 ‰; Glic. dopo 30' gr. 1.60 ‰; Glicemia dopo 60' gr. 1,56 ‰; Glicemia dopo 90' gr. 1,28 ‰; Glicemia dopo 120' gr. 1,15 ‰.

Durante la prova, e sino a dodici ore dopo, non si ebbe glicosuria.

Per lo studio del sistema vegetativo si è ricercato il riflesso *celiaco,* l'*oculo-cardiaco,* e si sono fatte le prove con l'*adrenalina,* con l'*atropina,* e con l'estratto ipofisario (estratto del lobo posteriore).

Riflesso oculo-cardiaco (vedi fig. 4). Come rilevasi dalla grafica riportata in seguito esso è presso che normale. Le pulsazioni sono scese da 19 a 17 al quarto di minuto.

Riflesso celiaco (vedi fig. 5). Questo riflesso come si vede dalla seguente grafica può dirsi *invertito.* Si nota infatti che durante il periodo della provocazione del riflesso le oscillazioni sono più ampie e diminuite di numero.

2 febbraio 1927. *Prova coll'adrenalina.* Si inietta sottocute, a digiuno, un milligrammo di adrenalina e si seguono per 90' le variazioni del polso e della pressione.

		Pr. Mx.	Polso
Prima dell' iniezione		170	76
Dopo	5'	170	70
"	10'	170	74
"	15'	175	78
"	20'	180	78
"	25'	195	80
"	30'	200	80
"	35'	205	88
"	40'	205	90
"	45'	205	88
"	50'	200	85
"	55'	200	78
"	60'	180	80
"	65'	175	78
"	70'	175	75
"	75'	170	76
"	80'	170	76
"	85'	170	76
"	90'	170	76

La glicemia misurata prima dell'iniezione di adrenalina era di gr. 1,05 ‰; dopo 30 minuti dall'iniezione è arrivata a gr. 1, 65 ‰ e dopo 2 ore a gr. 1,40.

Durante la prova e sino a 10 ore dopo, non si ebbe glicosuria.

6 febbraio 1927. *Prova con l'atropina.* Si inietta 1 milligrammo di atropina sottocute e si seguono per 50' le variazioni della pressione e del polso.

Digitized by Google

		Pr. Mx.	Polso
Prima dell'iniezione		170	76
Dopo	10'	170	76
"	20'	175	78
"	30'	180	82
"	40'	175	80
"	50'	170	77

10 febbraio 1927. *Prova con estratto ipofisario.* Si inietta sottocute un centimetro cubo di estratto del lobo posteriore dell'ipofisi (Parke Davis) e si seguono per 50' le variazioni della pressione e del polso.

		Pr. Mx.	Polso
Prima dell'iniezione		170	76
Dopo	5'	170	76
"	10'	170	85
"	15'	165	78
"	20'	160	80
"	25'	160	80
"	30'	165	75
"	35'	170	75
"	40'	170	75
"	45'	170	75
"	50'	170	75

Durante tutta la durata dell'esperimento l'inferma non avvertì speciali disturbi a carico del tubo digestivo nè ebbe a lamentarsi di altre sensazioni attribuibili alla sostanza iniettata.

Fig. 3.

La quantità delle urine eliminata nelle 24 ore successive alla iniezione non risultò inferiore a quella dei giorni precedenti.

15 febbraio 1927. *Metabolismo basale.* Il metabolismo basale è risultato uguale a — 2,86 %. Può essere quindi considerato come normale.

L'anamnesi e l'esame clinico della malata non lasciano alcun dubbio che ci troviamo di fronte a un caso conclamato di acromegalia: facies caratteristica, aumento massiccio delle mani e dei piedi, lieve progeneismo della mandibola, allargamento della sella turcica, cefalea, ecc.

Per quanto riguarda l'epoca in cui presumibilmente si è manifestata la malattia, sembra che bisogna rimontare intorno ai 37-38 anni dell'inferma, qualche tempo prima, cioè, dell'anno in cui essa fu operata alla sfera genitale. Si tratterebbe quindi di un caso di acromegalia manifestatosi tardivamente.

È noto, infatti, che l'epoca ordinaria di comparsa di tale affezione, sia l'età giovanile, tra i 18 e i 25 anni, ed essa si fa più rara col crescere dell'età, sino a diventare rarissima al di là di 40-50 anni.

Dopo che Marie nel 1886 diede il nome di acromegalia a quella speciale sindrome morbosa costituita essenzialmente da un particolare ingrossamento degli estremi, e mise in evidenza l'importanza delle lesioni ipofisarie nello sviluppo della malattia, numerose distrofie: gigantismo, nanismo, atrofie genitali, obesità, poliuria, glicosuria ecc. sono state attribuite ad alterazioni di questa formazione neuro-glandolare e numerose ipotesi sono state emesse per spiegarne la patogenesi.

Non è qui il luogo di discutere queste varie ipotesi.

Mi limiterò solamente a ricordare che, oggi, per l'acromegalia la teoria quasi universalmente accettata è quella dell'iper-

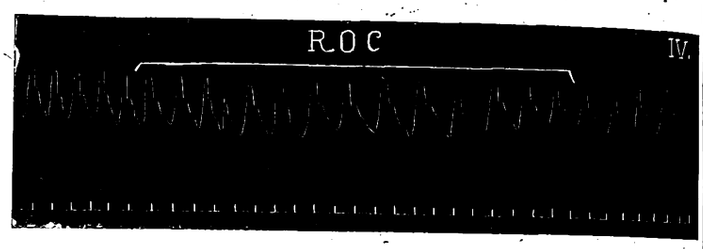


Fig. 4.

pituitarismo (Benda, Tamburini, Massalongo), che fa dipendere la malattia da una iperfunzione della preipofisi, legata, ordinariamente allo sviluppo di un tumore, di solito di natura adenomatosa, e a cellule eosinofile. Molto si è discusso sulla natura del tumore ipofisario e alcuni anzi ritengono che nei casi di tumore dell'ipofisi, senza acromegalia, si tratti di neoplasmi di altro tipo istologico di quello dell'adenoma a cellule eosinofile (Froment).

Ma il punto, che qui mi interessa di mettere in rilievo, è principalmente il rapporto eventualmente esistente tra glandole sessuali, o meglio tra lo stato della loro funzione e lo sviluppo dell'acromegalia, in quanto il caso in esame mi pare che offra un esempio assai dimostrativo dell'esistenza di tali rapporti.

È noto che sull'importanza delle glandole sessuali nello sviluppo dell'acromegalia le opinioni degli autori non sono state sempre concordanti. Per alcuni si è ritenuto addirittura che l'origine prima dell'acromegalia fosse sempre e incondizionatamente l'aplasia o la degenerazione delle glandole genitali (Stumme, Patellani ecc.).

Per altri, invece, e rappresentano la gran maggioranza, pur ammettendosi la frequenza di alterazioni a carico delle glandole sessuali, non si attribuisce a questo fatto particolare importanza, ritenendolo un sintoma secondario della malattia.

E a sostegno di questa opinione, anzi, si citano i casi in cui la funzione sessuale è rimasta normale (donne che hanno conservato il potere di concepire e di portare a termine la gestazione e uomini con *potentia coeundi atque generandi* ben conservata) e quelli più tipici in cui, almeno in principio, si è notata una esaltazione di tale funzione (Massalongo, Pende, Parisini, Salvagnini, Falta ecc.).

È certo però che nell'acromegalia le alterazioni delle glandole sessuali si riscontrano quasi costantemente e spesso costituiscono una manifestazione assai precoce della malattia.

Senza voler qui discutere l'esistenza delle strette correlazioni funzionali, ormai definitivamente stabilite, fra organi sessuali ed ipofisi (notevoli specialmente le esperienze che dimostrano la ipertrofia dell'ipofisi consecutiva all'asportazione delle glandole germinali con aumento delle cellule eosinofile, cioè di quelle attivamente funzionanti; Fichera) e tra ipofisi e sviluppo scheletrico, la questione del perchè in una parte dei casi di acromegalia le

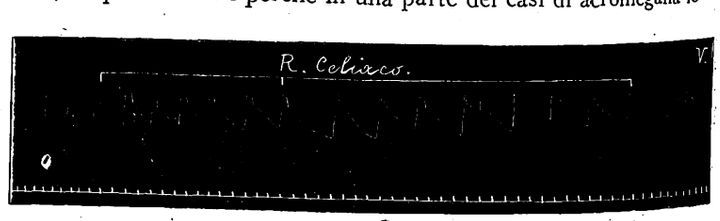


Fig. 5.

ghiandole genitali siano atrofizzate, mentre in altri casi, malgrado la lunga durata della malattia, restano normali, non può essere risolta invocando un unico meccanismo patogenetico.

Secondo Massalongo e Piazza la frequente depressione, o cessazione, della funzione sessuale deve interpretarsi come espressione del risentimento generale dell'organismo, e prevalentemente del sistema endocrino, che, a seconda del grado mag-

Digitized by Google

giore, o minore di tale risentimento e delle eventuali supplenze funzionali, può far sì che le turbe delle ghiandole sessuali nell'acromegalia possano mancare, essere tardive, o precoci, transitorie, o durature.

Ma pur non potendosi ammettere per ovvie ragioni che l'unico fattore patogenetico sia sempre un'alterazione primitiva delle glandole sessuali, nulla si oppone all'ipotesi che in singoli casi, la deficienza, o la mancanza dell'attività di queste glandole, che l'esperimento dimostra essere causa di iperplasia e di iperfunzione dell'ipofisi, possa rappresentare la causa prima dello sviluppo dell'acromegalia. Anche in un recente lavoro critico sull'argomento il Trentini sostiene questa ipotesi.

Del resto, sono rapportati nella letteratura dei casi, per quanto rari, che suffragherebbero questo modo di vedere. Così il Borchardt, trattando dell'etiologia e patogenesi dell'acromegalia, fra l'altro dice che dei « casi isolati trovano la loro spie- « gazione in una eccitazione ormonale dell'ipofisi da parte delle « ghiandole germinative, e appunto Goldstein e Falta avrebbero « osservato casi, nei quali l'acromegalia apparve in seguito a « ovariectomia e Frankl ne vide insorgere uno dopo la gravi- « danza ».

***

Quali sono, nel caso da noi studiato, i rapporti tra le alterazioni delle glandole sessuali e lo sviluppo dell'acromegalia?

Come si rileva dall'anamnesi, la paziente nè dal primo matrimonio, nè dal secondo ebbe alcuna gravidanza. Essa comincia a soffrire di dismenorrea intorno all'età di 37 anni e attorno a questo periodo si va sviluppando una neoplasia di natura benigna a carico dell'utero. Dopo qualche tempo compaiono i primi sintomi riferibili all'insorgenza dell'acromegalia: parestesie e dolori agli arti, cefalea ecc. In seguito all'asportazione dell'utero e delle ovaie (le quali evidentemente dovevano presentare delle gravi alterazioni anatomiche), la paziente nota il rapido accentuarsi di tutti i disturbi, di cui soffriva in precedenza e si accorge che anche la faccia si va trasformando in maniera particolare.

Volendo raggruppare questa successione di fatti, si vede che: 1. Esiste un periodo di tempo, che va sino all'età di circa 26-37 anni dell'inferma e quindi antecedente al manifestarsi dell'acromegalia, in cui non sono rilevabili speciali disturbi a carico della sfera sessuale, tranne una persistente sterilità.

2. I sintomi acromegalici si sono manifestati qualche tempo dopo dell'apparizione della neoplasia a carico dell'utero (e di alterazioni delle ovaie, che ritengo dover ammettere, dato che il chirurgo vide la necessità di asportarle) e si sono rapidamente accentuati, dopo l'operazione di istero-annessiectomia.

Il caso clinico sembra prestarsi mirabilmente a sostegno dell'ipotesi, che attribuirebbe alle alterazioni delle glandole sessuali la massima importanza nello sviluppo dell'acromegalia.

Tuttavia nulla vieta che anche in questo caso si possa pensare che le alterazioni degli organi sessuali abbiano rappresentato una coincidenza fortuita e che ad esse non debba attribuirsi l'origine dell'insorgenza dell'acromegalia, la quale, come nella gran maggioranza dei casi, si sarebbe sviluppata per tutt'altra causa non facilmente determinabile.

Ma anche accordando a una tale obbiezione tutto il valore che essa merita, rimangono sempre molti fatti che non si prestano a doppia interpretazione e sono l'accentuarsi della cefalea e degli altri sintomi acromegalici, principalmente di quelli a carico delle mani, dei piedi e della faccia che hanno completato il quadro clinico della malattia e che sono seguiti quasi immediatamente dopo l'intervento chirurgico.

Questi fatti secondo me hanno quasi il valore di un esperimento in quanto dimostrano in maniera indubbia che nel caso in esame le alterazioni degli organi sessuali, se non sono state la causa prima della malattia, ne hanno per lo meno determinato la più rapida evoluzione, la loro asportazione avendo soppresso del tutto quel residuo di attività funzionale da esse precedentemente esplicata.

***

Esaminiamo adesso i risultati della esplorazione del sistema endocrino-simpatico compiuta col metodo dei così detti *testi biologici*, premettendo che per quanto queste speciali indagini non abbiano un valore probatorio assoluto, tuttavia, se prudentemente vagliate, servono spesso a mettere in evidenza certi stati patologici talora difficili o anche impossibili ad individuare con altri mezzi.

Quando si pensi, infatti, ai rapporti tra il sistema nervoso della vita vegetativa con le ghiandole a secrezione interna e alla complessità delle sindromi dipendenti da lesioni di queste ultime, si vedrà bene tutta l'importanza e la difficoltà dello studio, inteso a rivelare, o a comparare anche le minime oscillazioni delle variazioni dello stato dell'equilibrio endocrino.

Ora, per l'acromegalia, alla cui base sta una profonda alterazione dell'ipofisi, e, di conseguenza, un turbato funzionamento nelle normali correlazioni interghiandolari, i risultati ottenuti dagli autori, che hanno eseguito tale genere di esplorazioni, hanno dato spesso risultati sconcordanti.

Nè questo deve meravigliare, sapendo che, frequentemente, all'acromegalia si trovano associate alterazioni di altre glandole (tiroide, surrene, pancreas, ovaia, testicolo ecc.) in istato di ipo- o iperfunzionamento e che la sovrapposizione, o l'interferenza di stimoli abnormi rende spesso impossibile, anche con le indagini più minuziose, attribuire una data reazione alla sua reale origine.

E si trovano così descritti casi di acromegalia associati a una sindrome simpatica (Bogaert, Delbeke); Lavastine e Froment parlano di una sindrome acromegalica simpaticogenetica; casi con predominanza vagale ed eosinofilia (Waldorp, Laignel-Lavastine et Morlaas); casi con sintomi di ipertiroidia e metabolismo basale elevato e casi con metabolismo basale diminuito (Cestan, Sendrail, Lassalle) e così via.

In complesso, però, di fronte a coloro che rimangono scettici, circa il valore da dare ai *testi biologici*, per vagliare, o riconoscere una lesione ipofisaria, restano le osservazioni di molti altri, che hanno visto per l'acromegalia delle reazioni presso che caratteristiche e che costituiscono quindi un utile mezzo di indagini nelle lesioni ipofisarie.

Così è ritenuta come tipica una marcata tolleranza alle forti dosi (2-3 cmc.) di estratto ipofisario con assenza di fenomeni generali e di modificazioni del polso e mancanza di glicosuria, e una reazione all'adrenalina paragonabile a una reazione normale esagerata (Claude Bernard, Piédelièvre).

Nella nostra malata l'esame funzionale di alcune glandole (tiroide, pancreas) e gli effetti farmacodinamici, osservati in seguito alle iniezioni di estratti ghiandolari, ci hanno permesso di stabilire i seguenti punti:

Per la *tiroide*, a parte il rilievo semiologico che dimostra che l'organo non è ingrandito, i dati forniti dalla misura del metabolismo basale (misura che può considerarsi normale) e dalla prova dell'iperglicemia provocata stanno a denotare che non può parlarsi di iperfunzione tiroidea.

Anche il tasso della calcemia normale depone contro uno stato di iperfunzione del sistema tiroparatiroideo.

Contrariamente, quindi, alla opinione di coloro, che ritengono che nell'acromegalia esista sempre uno stato d'ipertiroidia con aumento del metabolismo basale e ipocalcemia, questo caso dimostra che l'acromegalia può associarsi a un metabolismo basale normale e a un normale stato della funzione tiroidea.

Anche per il *pancreas* si può affermare che la sua funzione endocrina non sia alterata. Infatti, il tasso glicemico a digiuno è nel nostro caso normale e normale è la tolleranza agli idrati di carbonio.

Considerando, infine, gli effetti farmacodinamici ai diversi *testi biologici*, si vede che, in seguito alle iniezioni di adrenalina, si ha una notevole elevazione della pressione, che da 170 mm. arriva dopo 35' a 205 mm. e un aumento della frequenza del polso, che da 76 al minuto raggiunge i 90 battiti appena dopo 40', mentre la reazione all'atropina può dirsi quasi nulla.

Se a questa reazione così spiccata all'adrenalina si accoppia la positività del riflesso celiaco e la negatività di quello oculocardiaco, si hanno molti elementi per affermare che nella nostra malata esista uno stato di *simpaticotonia*.

Le iniezioni di estratto del lobo posteriore di ipofisi non hanno provocato reazioni notevoli della pressione e del polso, nè pallore del volto, nè disturbi a carico del tubo gastroenterico, insomma una assenza di reazione, che, come si è notato più sopra, è ritenuta da molti caratteristica per l'acromegalia.

Considerando, inoltre, che nel caso in esame non vi sono note spiccate di arteriosclerosi (le arterie superficiali sono lisce, non dure alla palpazione, non tortuose), nè di alterazione renale,

Digitized by Google

o cardiaca, mentre d'altra parte si trova una pressione arteriosa abbastanza elevata (170 mm.) e uno sviluppo pilifero notevole (alla faccia e alle gambe principalmente) e una reazione spiccata all'adrenalina, è lecito ammettere uno stato di iperfunzione delle surrenali.

In conclusione si può affermare che nel caso studiato l'equilibrio endocrino è molto modificato; e, pur non potendosi ammettere uno stato di ipertiroidia, esiste invece un aumento della funzione delle surrenali e uno stato di simpaticotonia.

BIBLIOGRAFIA

BENDA. Berlin. Klin. Wochen. 1900. — BOGAERT e DELBEKE. Revue Neurologique 1925, p. 704. — BORCHARDT. Klin. Lehrb. der Inkretologie u. Inkretotherapie, al capitolo Etiologia e patogenesi dell'acromegalia, p. 207, Leipzig 1927. — CESTAN, SENDRAIL et LASSALLE. Revue Neurologique, Janvier 1926, p. 1. — CLAUDE BERNARD, PIÈDELIÈVRE. Paris méd. 11 Sept. 1920, p. 197. — FALTA. Le malattie delle glandole sanguigne. Soc. Edit. Libr. Milano. — FICHERA. Policlinico Sez. Chir. giugno-luglio 1905. — IDEM. Boll. Accad. med. rom. n. 31, 1905. — IDEM. Lo Sperimentale, f. VI, 1905. — FROMENT. Les syndromes hypophysaires, Revue Neurologique, 1922. — LAIGNEL-LAVASTINE. La Pathologie du Sympatique, 1924. — LAIGNEL-LAVASTINE e MORLAAS. Bull. et Mem. de la Soc. med. des hôpitaux de Paris, n. 3, 1927, p. 60. — MARIE P. Revue de Méd. 1886. — MASSALONGO. Riforma Medica, 1892, p. 74. — MASSALONGO e PIAZZA. Policlinico Sez. Med. 1916, p. 42. — PANSINI S. Giornale Intern. di Scienze med. Anno XIX, Napoli. — PATELLANI. Annali di Ostetricia e ginecol., 1907. — PENDE. Endocrinologia, Franc. Vallardi Edit. Milano. — SALVAGNINI. Rivista critica di Clinica medica, 1911, p. 689. — STUMME. Langenbeck's Archiv. 1908. — TAMBURINI. Rivista Sperimentale di Freniatria e med. legale, 1895. — TRENTINI. Il Policlinico Sez. Prat. 1926, p. 1581. — WALDORP. Comptes Rendues de la Soc. de Biol. 1926, n. 7, p. 492.

ISTITUTO ANATOMICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI
diretto dal prof. LUIGI CASTALDI

SULLA QUANTITA' DI IODIO CONTENUTA IN TIROIDI UMANE DI VARIE LOCALITA' ITALIANE

per il prof. L. CASTALDI — Direttore

Mentre si sono pubblicate all'estero numerose ricerche sul contenuto iodico di tiroidi umane, non mi risulta che se ne occupassero tra noi nell'uomo che Nardelli a Roma, ma in pochissimi casi e in modo del tutto sommario, e accuratamente R. Pellegrini a Padova. Un poco più abbondanti sono state invece le analisi in tiroidi di animali (Baldoni, Coronedi e Barbieri, Pellegrini, Decio). Eppure queste ricerche sono interessanti per il moderno indirizzo di studio delle variazioni individuali, col quale studio vogliamo pervenire a renderci conto delle cause di tali variazioni. Nella fisiopatologia tiroidea, e nella stessa morfologia della glandola, che si presenta diversa da luogo a luogo di grandezza e perfino di forma, come hanno dimostrato Tenchini e Cavatorti, e Castaldi, ha assunto in questi ultimi tempi importanza sempre maggiore la nozione del suo contenuto iodico. Essa poi dal campo dottrinale si è estesa in quello pratico, tanto nella concezione etiogenetica oggi dominante che l'endemia gozzocretinica dipenda da quello che possiamo chiamare *ipoiodismo ambientale,* quanto nella terapia stessa (gozzocretinismo, alcune forme di basedowismo). Ecco perchè ho creduto opportuno a delucidare sempre più il poliedrico problema tiroideo, di fare anche per l'Italia uno studio comparativo delle quantità di iodio contenute nelle tiroidi umane. Mi sono associato perciò al Dr. G. Occhipinti, dell'Istituto Anatomico di Messina, e al Dr. G. Muggia, direttore del Manicomio provinciale di Sondrio, il quale è il tanto benemerito propugnatore fra noi della profilassi iodica del gozzismo.

Abbiamo raccolto 40 tiroidi umane delle provincie di Sondrio, Firenze, Messina, Cagliari.

Tutte le tiroidi di Firenze, Messina e Cagliari appartenevano a individui delle classi meno abbienti, non affetti da disfunzioni tiroidee, che non avevano praticato almeno da tempo cure iodiche, e si presentavano tutte al loro esame esterno ed interno sane e normali per la loro età.

Tutte le 8 tiroidi valtellinesi, pur non appartenendo ad individui clinicamente affetti da gozzismo, erano invece alterate, una sola debolmente, le altre 7 più o meno fortemente, cosa che è abitudinaria in quella vallata gozzigena, come dimostrò appunto il Muggia, pel quale nessuna tiroide vi è sana, per il risentimento di tutti gli abitanti all'agente gozzigeno (secondo me alla carenza di iodio ambientale), pur non dando sempre luogo a segni clinici imponenti.

Tutte le tiroidi furono sottoposte a totale dissolvimento con soluzione di potassa caustica al 50 % secondo Winkler-Hergloz; alcuni cc. di ciascuna soluzione furono analizzati col metodo di Baumann, che è quello finora più usato in siffatte indagini.

Nessuna tiroide si mostrò mai priva di iodio; ve ne fu trovato da tracce (in 4 casi, dei quali 2 valtellinesi) fino a 39,27 mmgr. per glandola, cioè per ogni gr. di tiroide fresca da tracce a 1663 γ (per gamma si intende in Microchimica il milionesimo di grammo).

Delle tiroidi 22 erano di maschi, 18 di femmine. Conformemente ad alcuni altri AA. non è risultato un comportamento costante della quantità di iodio tiroideo secondo il sesso.

Le tiroidi appartenevano ad individui da 5 a 88 anni. Conformemente agli altri AA. è risultato un contenuto iodico via via crescente nei ragazzi e adolescenti e anche nella prima fase della virilità, raggiungendo il massimo nella virilità avanzata, per poi diminuire molto fortemente nella senilità.

Ad eccezione di qualche suicida le tiroidi esaminate appartenevano ad individui morti per malattie diverse. Nelle malattie acute o comunque lunghe, ma senza eccessiva azione cachettizzante non vi è rapporto, conformemente alla maggior parte degli AA., tra quantità di iodio e malattia: per esempio nella tubercolosi dell'organismo con varie localizzazioni dominanti si possono avere tanto i massimi, quanto i minimi, quanto i valori intermedi di iodio tiroideo. Invece nelle malattie molto cachettizzanti si ha una fortissima diminuzione dell'iodio tiroideo. Anzi noterò che nei due casi di tiroidi non valtellinesi nelle quali erano contenute solo tracce di iodio, trattavasi di individui proprio di località sulla riva del mare (Cagliari e litorale messinese), nei quali la cachessia, e in uno anche la vecchiaia, insieme all'ipoalimentazione avevano ridotto talmente l'iodio tiroideo.

Questi ed altri due casi di valori bassissimi in messinesi con la diagnosi ospedaliera di «esaurimento» furono quindi scartati dal computo delle medie.

Ma più importante in questa breve nota preliminare è di fermare l'attenzione sul gruppo più numeroso degli adulti (21-60 anni), esaminandolo secondo le località.

Spicca subito il molto minore contenuto iodico delle tiroidi valtellinesi, nelle quali negli adulti con un peso glandolare medio di gr. 35,66 si hanno solo 7,34 mmgr. in media di iodio, cioè 160 γ per gr. di tiroide fresca. Notevole però il fatto che di quelle 8 tiroidi l'unica che accennai essere meno lesa, era quella che conteneva più iodio (23,10 mmgr., cioè 420 γ per gr.), mentre nelle altre sette l'iodio oscillava da tracce o 8,15 mmgr. e in valori relativi da tracce a 206 γ. Nei vecchi valtellinesi è risultato con un peso glandolare medio di gr. 48,23 un contenuto di 2,30 mmgr. in media di iodio, cioè una media relativa di soli 70 γ (da tracce a 117 per tiroide).

Molto maggiori invece sono i valori medi globali dell'iodio tiroideo delle altre provincie. Ma occorre distinguere a sua volta in queste le loro varie località. Se nelle tiroidi fiorentine esaminate i valori individuali sono abbastanza omogenei, in modo che i massimi superano di 3 volte i minimi; invece nella provincia di Messina e più ancora in quella di Cagliari i massimi superano rispettivamente di 6 e di 17 volte i minimi. In altre parole vi sono fortissime oscillazioni individuali, che però diminuiscono grandemente quando si raggruppano gli individui per singole località.

Nella provincia di Firenze è risultato un contenuto iodico tiroideo maggiore nei lavoratori delle sue ubertose colline (non superanti per i luoghi studiati i 122 m. sul livello del mare) che nei proletari di città. In ciò ritengo che abbia molta importanza la sana alimentazione ricca di vegetali, e quindi di iodio e di vitamine, dei lavoratori delle campagne fiorentine, che vivono

Digitized by Google

in condizioni economiche ed igieniche molto superiori a quelle degli analoghi lavoratori degli altri paesi studiati.

Nella provincia di Messina si ha un fortissimo divario fra la quantità di iodio contenuto nelle tiroidi di luoghi marittimi (città di Messina e paesi della costa) e in quelle della catena montuosa appenninica (Monti Peloritani, Caronie). In quest'ultima i valori ricordano quelli valtellinesi, e ciò malgrado la vicinanza al mare. È però lungo questa catena che il Coppola ha messo in evidenza i focolai gozzigeni di Sperlinga, Gangi, e, più ad occidente, di Boccadifalco, focolai ai quali possiamo aggiungere quelli più vicini a Messina, e non ancora da altri segnalati, di San Pietro sopra Patti a m. 435, e di Santa Domenica Vittoria a 1000, sui due versanti nord e sud delle Caronie.

Nella provincia di Cagliari (intesa nei suoi confini fino al 1926) troviamo differenze locali ancora maggiori. Nella città di Cagliari in adulti non cachettici e senza che avessero fatto cure iodiche, è risultato con un peso tiroideo minimo il contenuto iodico relativo massimo delle attuali ricerche, superiore a quelli finora constatati da altri AA. in popoli della razza bianca, e vicino solo al massimo trovato a Tokyo da Fukushima, cioè 1,66 mmgr. per gr. di tiroide fresca. Gli altri nostri valori relativi più alti sono di Messina città (fino a 1,26 mmgr.) e della campagna fiorentina. Si noti la corrispondenza con l'alto grado di longinearità somatica messo in evidenza nei cagliaritani dal mio allievo Scaglia e nei fiorentini da Castaldi e Vannucci: si sa che nella longinearità ha gran parte un ipertiroidismo funzionale (Pende).

Ma nella stessa provincia di Cagliari si arriva a valori bassi in località più interne o anche della costa ma vicine a focolai gozzigeni (per esempio vicine a quelli del massiccio dei Montiferro descritti da Ottonello); e si giunge a valori bassissimi a Desulo a 891 m. sul Gennargentu, paese nel quale appunto esistono vari casi di gozzocretinismo endemico (Ottonello).

Riassumo in uno specchietto le medie delle osservazioni in adulti:

Località	Peso tiroideo in gr.	Quantità di iodio nella glandola in mmgr.	Quantità di iodoi per gr. di tiroide fresca in γ.
Firenze città	34.25	25.62	749
Firenze campagna	16.20	20.7	1258.5
Messina e località costiere	34.75	17.88	835.33
Monti del Messinese	34.5	4.93	204
Cagliari città	11.6	19.31	1663
Cagliari contado	14.03	7.33	356.33
Desulo	12.7	1.23	96
Valtellina	35.66	7.34	160

Nel fare queste seriazioni più minuziose per località geografica le ampiezze di oscillazione, che sopra abbiamo detto essere assai vaste per provincia, si attenuano grandemente, riducendosi a massimi circa doppi dei minimi, il che rivela una maggiore omogeneità antropogeografica.

Tutto ciò dimostra l'influenza dell'ambiente, compreso in questo in primo luogo l'alimentazione, sul contenuto iodico tiroideo.

I dati riferiti vanno perfettamente d'accordo con la genesi ipoiodica dell'endemia gozzocretinica.

□□□

RIVISTE SINTETICHE

IL COLLASSO LOBARE DEL PULMONE

Questa sindrome è stata individualizzata, per la prima volta, in America da W. Pasteur nel 1890, con denominazione di collasso massivo del pulmone. In questi ultimi anni sono state pubblicate parecchie osservazioni, specialmente come collasso post-operatorio o post-traumatico nei feriti in guerra.

Se n'è occupato recentemente Piero Benedetti, della R. Clinica Medica di Bologna (direttore Prof. Viola), con un importante contributo personale (*Archivio di pat. e clin. medica*, luglio 1927).

La nosografia della sindrome s'inizia acutamente con intensa ed improvvisa dispnea e dolore toracico in corrispondenza delle regioni basilari od esteso a tutto l'emitorace. Il dolore è più profondo e meno intenso del dolore pleurico; talora ha sede retrosternale o si diffonde alla spalla (equivoci con l'angina pectoris o con una colica epatica o con una pleurite), esacerbandosi nell'atto della deglutizione. L'equivoco diagnostico con l'angina pectoris è più possibile, se il dolore si accompagna con senso di costrizione toracica. La dispnea è quasi sempre intensa ed accompagnata da cardiopalmo.

Sintomi non costanti sono la cianosi, la tosse con espettorato mucoso o grigio-verdastro, talvolta emorragico.

La febbre è sintoma abituale, ma non costante, e può persistere sino alla risoluzione del processo; è frequente nel collasso post-operatorio.

Il processo morboso colpisce per lo più un solo lato, e, più spesso, il lobo inferiore, a destra.

Churcill descrive tre tipi principali di collasso massivo, che possono però notarsi anche come fasi successive in un ammalato identico. Il primo tipo riguarda il collasso di un intero pulmone; nel secondo il collasso colpisce il lobo inferiore con atelettasia parziale nel rimanente del viscere; nel terzo il collasso completo si circoscrive al lobo inferiore.

All'ispezione nell'ambito del collasso si osserva retrazione toracica, diminuzione nella estensione delle escursioni respiratorie, immobilità dell'emidiaframma corrispondente, che appare in posizione più alta del normale. Alla percussione si ha suono ottuso in contrapposto al suono molto profondo o timpanico nelle parti contermini (iperventilazione, malamente detta enfisema vicariante, perchè enfisema è proprio l'opposto di iperventilazione). All'ascoltazione, attuata comparativamente alla palpazione, si notano aumento del fremito toraco-vocale con respiro bronchiale tubario (come in caso di pulmonite lobare) od anche anforico; oppure attenuazione del fremito toracovocale con affievolimento del mormorio vescicolare. Possono ascoltarsi rantoli in caso di complicanze o nella fase risolutiva del processo.

Oltre all'innalzamento del diaframma ed alla retrazione toracica, un sintoma di grande importanza è dato dallo spostamento del mediastino verso il lato colpito. Questo fenomeno si presenta all'inizio e perdura fino alla risoluzione; se di lieve grado, risulta dimostrabile con l'esame radiologico. Oltre che lateralmente, lo spostamento del cuore può aversi anche verso l'alto, tanto che l'itto della punta trovasi spostato nel terzo spazio intercostale, sopratutto quando il collasso colpisce il lobo superiore del pulmone e nel lato sinistro. Il viscere cardiaco non subisce gravi perturbamenti funzionali, non ostante la dislocazione.

All'esame radiologico, sempre che non esistano complicanze (pleurite, bronchite, broncopulmonite), il polmone collabito appare opaco, in modo che non si rileva più alcuna differenziazione strutturale nella compagine del viscere e risultano mascherati i contorni delle costole, e si notano spiccatamente gli spostamenti madiastinici, la retrazione toracica, la diminuzione di ampiezza degli spazi intercostali, l'innalzamento e la scarsa mobilità del diaframma.

L'evoluzione della forma acuta si compie talora in pochissimi giorni (collasso post-operatorio), anche in 24 ore; per lo più in un periodo di tempo compreso fra 1 a 3 settimane; la forma cronica può protrarsi anche oltre un mese.

La risoluzione per lo più è graduale. Può accadere che gli altri sintomi fisici perdurino anche dopo che è scomparso il fatto fisico dello spostamento mediastinico, stante la lenta risoluzione del collasso, la quale iniziatasi nelle parti centrali del polmone, permette il ritorno del cuore in sede normale, mentre l'esame fisico mostra i segni dello stato atelettasico negli strati corticali del viscere.

Quando un distretto pulmonare è collabito del tutto, la indagine fisica può far distinguere il collasso massivo dall'atelettasia per occlusione bronchiale (corpi estranei, processi intrinseci o infiammatorii o cicatriziali o neoplastici), perchè in questa atelettasia l'affievolimento del fremito toraco-vocale ed il silenzio respiratorio sono sintomi permanenti, finchè la pervietà del bronco resti abolita, laddove, nel collasso massivo, anche se quei due sintomi si presentano, non tardano ad essere sostituiti dall'aumento del fremito e dal soffio tubario.

Se il collasso pulmonare è associato con emottisi a ripetizione, all'esame radiologico può notarsi nel campo pulmonare una punteggiatura uniforme e finissima, paragonabile ad uno spruzzo di pulviscolo di carbone e dovuta alla effusione di sangue nelle cavità alveolari ed allo stato congestivo nei piccoli vasi pulmonari, come è stato illustrato da Vittorio Maragliano.

Digitized by Google

Le contingenze morbose, nel corso delle quali può intervenire il collasso, sono: la paralisi post-difterica del diaframma; gl'interventi operatori sull'addome; le ferite del torace, anche non penetranti, omolaterali o controlaterali rispetto al collasso ed anche, più raramente, le ferite di altre regioni del corpo (bacino, natiche ecc.); certe bronchiti o processi infiammatori delle vie biliari con pleurite, avvelenamento da acido cianidrico, malaria cronica con perisplenite, frattura costale per metastasi neoplastica, ascesso pulmonare acuto, poliomielite acuta, meningite acuta meningococcica, lesioni circoscritte della midolla cervicale.

I focolai di atelettasia, che s'incontrano con relativa frequenza negli emottoici, sono dovuti tanto alla occlusione di piccoli dotti bronchiali (liquidi di secrezione, coaguli), quanto alla inattività respiratoria, sopratutto nelle zone pulmonari adiacenti al focolaio morboso.

La patogenesi del collasso acuto non è ancora definita completamente.

Si è parlato di atelettasia per assorbimento dei gas bloccati negli alveoli, ma sembrerebbe non tanto probabile questo meccanismo, perchè l'assorbimento, specialmente dell'azoto, è troppo lento rispetto alla maniera acuta, con cui si verifica il collasso lobare o massivo.

Molto diffusa è l'ipotesi di una ostruzione neuropatica della muscolatura bronchiale per paralisi od inibizione riflessa dei muscoli bronco-dilatatori o per tumefazione della mucosa bronchiale da congestione o edema angioneurotico. Roy e Graham-Brown hanno ottenuto ora il collasso, ora la iperdistensione del polmone, come effetto di una broncostenosi da stimolazione del vago.

Un'altra ipotesi è quella del collasso attivo come un processo espulsivo dell'aria intralveolare, pur restando integra la pervietà dei bronchi. Si tratterebbe di un esaltamento nella energia retrattile o tonoelastica pulmonare.

Comunque si verifichi la cosa, o si tratti di assorbimento dell'aria intralveolare o si tratti di aumento nella sua espulsione attiva, la pressione intralveolare diminuisce e prende il sopravvento la pressione del sangue nelle maglie formate dai capillari che avvolgono l'alveolo. I vasi dell'alveolo, incontrando minore resistenza, s'inturgidiscono e protrudono nelle cavità alveolari. Secondo questo meccanismo, si tratterebbe di una iperemia *ex vacuo*, la quale conseguirebbe al collasso più che dipendere da perturbamento circolatorio primitivo per anomalie vasomotorie.

Non è improbabile perciò che per la genesi del collasso lobare acuto debba esistere uno squilibrio nella innervazione broncopulmonare, sopratutto nell'ambito del vago pulmonare. Lo stato distonico nervoso pulmonare rappresenterebbe una condizione predisponente locale, per la quale il sopravvenire di stimoli abnormi (pareti toraciche, pleura viscerale, diaframma) sarebbe capace di produrre acutamente lo stato atelettasico.

La incertezza di queste ipotesi è di spinta a indagare ulteriormente la patogenesi definitiva. In ogni modo, la sindrome esiste clinicamente e per la pratica necessita la sua conoscenza.

BIBL. P. Benedetti. Loc. cit. — Beals I. A. Postop. mass. coll. of the lung. Florida Med. Ass. Journ., 1026-27, pag. 14. — Griffith. P. P. C. Mass. atelect. of the lung. Med. Journ. a. Rec. 1025, 123, pag. 161. — Maragliano V. Il quadro radiologico degli emottoici. La Radiologia Medica, 1926, pag. 739.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Le reazioni al nitrato mercuroso e al nitrato mercurico nelle orine per la diagnosi dell'elmintiasi. — A. Canelli e F. Cecchi, R. Clinica Pediatrica di Torino. *La Pediatria del Medico Pratico*, luglio 1927.

Jefimow, fondandosi sul fatto della probabile secrezione da parte degli ascaridi di sostanze particolari destinate ad essere eliminate per l'urina e da lui complessivamente denominate elmintina, propose la reazione seguente. Si versano in una comune provetta da laboratorio 5-10 cc. di urina emessa di recente; si porta all'ebollizione e vi si addizionano 5-10 gocce di una soluzione di nitrato mercuroso (liquore di Belloste).

Se l'individuo non è affetto da elmintiasi, l'urina così trattata diventa lattescente ed in breve lascia vedere un precipitato bianco; se al contrario ne è affetto, l'urina assume un colorito grigiastro, più o meno scuro, che può giungere fino al nero.

Per non cadere in possibili errori, Jefimow raccomanda che il soggetto, almeno nei due giorni precedenti l'esame, si astenga da ogni sorta di rimedi: perchè molte sostanze chimiche (gli alcali in genere e sopratutto il bicarbonato sodico, i composti solforosi, i sali di ferro, i preparati di piombo) possono, eliminandosi per le urine, provocare con il nitrato mercuroso una colorazione grigia.

A meglio precisare la diagnosi Jefimow consiglia di associare alla sua reazione macroscopica l'esame microscopico delle urine. Qualche goccia di urina posta sopra un vetrino portaoggetti si scalda alla lampada fino all'evaporazione completa. Si formerebbero in tal modo dei cristalli granulari e fini trattandosi di cestodi, cruciformi e grandi trattandosi di nematodi.

Gli AA. del presente lavoro, ricercando l'esattezza di queste asserzioni, hanno sperimentato su numerosi pazienti. Affermano che la prova microsconica manca di ogni valore, in quanto che non solo possono esistere o no i cristalli nelle urine di portatori sia di cestodi, sia di nematodi e particolarmente di ascaridi, ma anche questi cristalli possono in tutti i casi essere indifferentemente cruciformi, granulari, raggiati, ecc. senza essere affatto in relazione coi vermi.

Gli AA. hanno sperimentato con la reazione al nitrato mercuroso [$Hg_2(NO_3)_2 + 2H_2O$], ma hanno trovato che questa è del tutto infida, perchè la colorazione ed il precipitato dell'urina sono indipendenti dalla esistenza o non degli ascaridi, potendosi rilevare in qualsiasi campione di urina.

Successivamente gli AA. hanno constatato che, seguendo la stessa tecnica su descritta e facendo uso, invece che del nitrato mercuroso, del nitrato mercurico si ottiene una colorazione ed un precipitato roseo o rosso mattone più o meno carico, oppure bianco o bianco-giallastro. Hanno chiamato positiva la reazione nel primo caso, negativa nel secondo.

Questo comportamento studiato per la prima volta dagli AA. nella elmintiasi sembra essere interessante e degno di ulteriori investigazioni.

Diagnosi e cura dell'endocardite lenta. — Achard. *La Clinique*, n. 89, 1927.

La diagnosi dell'endocardite maligna a decorso lento è molto difficile all'inizio, perchè essa può intervenire dopo un attacco influenzale, di cui si può credere la continuazione, o si può pensare ad una tubercolosi polmonare.

Secondo i caratteri della febbre la diagnosi differenziale va posta con la febbre tifoide, la melitococcia la malaria. Se vi sono sintomi renali si può pensare a delle forme di nefriti o all'anemia di Biermer.

Bisogna ricordare che la presenza di corpuscoli rossi nell'urina potrebbe far pensare all'endocardite, ma non va neppure dimenticato esser questo un reperto comune di quelle nefriti acute o subacute dette ematuriche.

Nell'anemia di Biermer è aumentato il valore globulare, ma anche nell'endocardite lenta i sintomi di un'anemia perniciosa sono frequenti.

Nell'endocardite possono aversi delle manifestazioni meningee, le quali potranno indurre il sospetto di una infezione meningococcica, per cui si richiede indispensabile l'esame del liquor.

All'ascoltazione dei focolai cardiaci la presenza di un soffio non può offrire nessun affidamento, non potendosi accertare se il soffio dipenda dalla lesione endocardica o se si tratti di un soffio funzionale per anemia.

Ma in ogni caso bisognerà pensare alla possibilità di un'endocardite settica lenta, specialmente il carattere settico-piocmico della febbre, il suo decorso e l'insorgere di fenomeni embolici renderanno più vivo il quadro morboso. Spesso aiuterà la ricerca etiologica e quindi l'esame batteriologico del sangue, che dimostrerà nel più dei casi la presenza d'uno streptococco, e ciò senza pregiudizio della negatività — frequente — dell'emocultura.

Comunque non sarà inutile ricordarne la tecnica: si prelevano 20 cmc. di sangue coi quali si insemenzano 200 cmc. di brodo-ascite misto a un po' di glucosio e glicerina. Si può meglio ottenere la cultura in anaerobiosi. Si attende parecchi giorni perchè i microbi siano riconoscibili nella cultura.

Secondo le ricerche di Oster bisogna ritenere che l'agente più comune dell'endocardite settica lenta sia lo *streptococcus viridans*, le cui culture hanno un caratteristico colore verdastro, ciò in opposizione allo strentococco emolitico che ha importanza nel determinismo di affezioni setticemiche acute e suppurazioni e vegeta rapidamente nelle culture.

Digitized by Google

La prognosi dell'endocardite settica lenta è rarissimamente favorevole. Solo in casi eccezionali, la morte non si verifica.

Infatti le cure, per quanto energiche, rimangono abitualmente inefficaci: si usi il collargolo o l'elettrargolo e il salicilato di sodio ad alte dosi o il mercurocromo o il violetto di genziana ecc. siano anche per via venosa.

Quanto ai vaccini e sieri anch'essi hanno dato risultati incerti. Tra tutti i procedimenti, il più degno d'interesse è l'immuno-trasfusione alla Wright, consistente nel provocare in un soggetto sano una immunità per lo streptococco ottenuto dal sangue dell'ammalato ed eseguire poi — ottenuta l'immunità passiva — una trasfusione del sangue così immunizzato nell'infermo di setticemia.

L'esame radioscopico nella diagnosi dei versamenti pleurici. L. R. Sante, Scuola Universitaria di Medicina di Saint Louis, Istituto di Radiologia. *The Journal of the American Medical Association*, n. 4, 1927.

La diagnosi di versamenti pleurici offre talora delle vere difficoltà, se ci si può servire solo della semiotica fisica; invece la ricerca radiografica offre sempre il più sicuro sussidio non solo per la scoperta, ma anche per la localizzazione dei versamenti pleurici.

Da un accurato studio fatto dall'Autore su 665 casi, osservati nell'ospedale S. Maria e S. Louis, emergono le seguenti osservazioni:

Nei versamenti generalizzati,, se il polmone è bene aerato e libero nei suoi movimenti, il versamento pleurico appare come un'ombra densa che occupa la parte inferiore del torace, il seno costofrenico è scomparso, il limite superiore dell'ombra è concavo, si estende in alto ed in fuori, dall'ilo verso la linea ascellare, e si sposta assai poco quando il paziente cambia di posizione; il cuore e le formazioni mediastiniche appaiono spostati; l'ombra diaframmatica è scomparsa, e l'ombra del versamento forma un tutto unico con l'ombra del fegato o della milza.

Se il polmone è fissato per aderenze fibrose, ed ha perduto la sua elasticità, l'ombra del versamento, anche se questo è libero di muoversi nella gabbia, non presenta la forma consueta, ma piuttosto quella di un nastro che decorre lungo le pareti del torace.

Nei versamenti localizzati, il liquido ha origine abitualmente durante un processo infiammatorio, il versamento può aver sede dove due superfici pleuriche vengano a contatto, tra il foglietto parietale e quello viscerale, nella parete anteriore, posteriore o laterale del torace, ma dovunque esso si verifichi, il versamento si rivela come un'ombra caratteristica, a contorno convesso, con la base alla periferia e la convessità interna rivolta verso il polmone.

Il metabolismo dei carboidrati negli obesi. — H. J. John, Cleveland. *The American Journal of the Medical Sciences*, n. 659, 1927.

In 12 individui obesi, l'A. ha esaminato il metabolismo degli idrati di carbonio, con la comune prova della tolleranza per lo zucchero; ha potuto così constatare che 2 erano dei veri e propri diabetici, ed in altri 3 la tolleranza per lo zucchero era notevolmente diminuita (stato prediabetico, secondo l'A.).

La disfunzione del pancreas potrebbe essere la causa dell'obesità di tipo endogeno, e comunque si rileva la utilità di determinare il metabolismo dei carboidrati negli obesi, che vogliano assoggettarsi a cure.

I pericoli della introduzione di olî iodati nell'albero tracheo-bronchiale. — E. Archibald e A. Lincoln Brown. *The Journal of the Amer. Med. Ass.*, 23 aprile 1927.

L'introduzione degli oli iodati nelle vie respiratorie a scopo radiodiagnostico non è esente da pericoli. Questi sono di vario tipo e sono imputabili a fattori fra loro molto diversi, però dipendenti essenzialmente dal metodo della somministrazione.

L'anestesia, locale o generale da praticarsi in ogni caso, espone non di rado negli individui suscettibili a pericoli non lievi. La possibilità di un edema laringeo, di una sepsi locale, o di un falso passaggio è specialmente da tenersi in considerazione nel metodo intero ioditiroideo (iniezione con ago affondato fra le due dette cartilagini).

I pericoli che accompagnano ogni esame broncoscopico sono del pari frequenti e gravi. La penetrazione di grandi quantità di olio nello stomaco costituisce anche un altro serio inconveniente, specialmente nel metodo della deglutizione.

L'introduzione del lipiodol eccitando la tosse nel momento di somministrazione o nella penetrazione di esso nei bronchi di secondo ordine, può anche essere causa di un'attivazione di un processo patologico già presente nei polmoni ed inoltre trasportare del materiale infetto negli alveoli sani, determinando così una rapida ed acutissima broncopolmonite.

L'introduzione del lipiodol nelle vie aree determina poi una riduzione di vario grado della capacità vitale e successivamente ritenzione ed assorbimento delle secrezioni purulente locali, nonchè stasi nella porzione dell'albero bronchiale distale al blocco, preparando così il terreno allo sviluppo di un processo infettivo.

Il dosaggio del lipiodol deve in tale pratica andar molto ben regolato, stante l'ancora scarsa conoscenza sulla portata e sulla rapidità dell'assorbimento di quest'olio. Si dovrà inoltre tenere in considerazione la possibilità in pazienti tubercolotici di determinare un effetto sensibilizzante sulla quiescente affezione.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'insulina in chirurgia.— S. A. Nixan. *The Boston Medical and Surgical Journal*, n. 4, 1927.

Nella pratica chirurgica l'insulina può essere somministrata per 1) mettere i pazienti diabetici in condizioni di combattere le infezioni con o senza operazione;

2) rendere più sicuri per i diabetici gli interventi operativi;

3) proteggere i diabetici contro i pericoli dell'anestesia;

4) fornire ai pazienti (diabetici e non diabetici) che abbiano subito uno shok, del glucosio in una forma ossidabile.

La tecnica della somministrazione è la seguente:

Da 500 a 2000 cmc. di una soluzione di glucosio al 10-15 % (secondo la gravità delle condizioni del paziente) vengono iniettati molto lentamente (almeno un'ora deve durare questa iniezione!).

Per ogni 3 gr. di glucosio può essere iniettata una unità insulinica; la dose complessiva viene somministrata in due tempi: una metà dopo un quarto d'ora dall'inizio della iniezione endovenosa di glucosio, e l'altra alla fine.

Altre sostanze possono influenzare l'effetto di questo trattamento: l'adrenalina può ostacolare l'azione della insulina; la pituitrina diminuisce o addirittura annulla la distruzione dello zucchero; l'ergotossina, somministrata preventivamente, aumenta l'effetto dell'insulina.

Interventi chirurgici nelle ischemie degli arti inferiori. — Giordano, Venezia. *Gazzetta degli Ospedali*, n. 34, 1927.

Come in non pochi altri contributi dell'insigne chirurgo di Venezia, c'è in questa lezione il succo della larga esperienza personale, e quel senso di scettico umorismo che ven dagli anni e dall'aver molto visto.

Il canovaccio della lezione, e gli ammaestramenti che ne scaturiscono, dovrebbero esser questi: se il demolire parti morte o moriture per gravi alterazioni, sia sempre condannevole; se si possa ricorrervi attaccandosi a certe tendenze del giorno di nuove operazioni che si vogliono ritener capaci di far retrocedere la morte invadente un arto. In un infermo essendosi avuto il quadro clinico della causalgia, con perturbazioni circolatorie, aggravate certamente dal tabagismo e dall'alcoolismo, si ottenne un risultato lodevolissimo dalla simpatectomia periferomorale nel triangolo di Scarpa, associata allo stiramento del nervo sciatico. La guarigione faceva dire al paziente di sentirsi una gamba nuova.

In un altro paziente alcoolizzato essendosi al cospetto di una incipiente gangrena fu proceduto alla simpatectomia periarteriosa per eventualmente rinunziare alla demolizione. Il processo di mortificazione non arrestandosi, si procedette dopo altri venti giorni ad un'amputazione nella linea di Chopart. L'insistente apparire di nuove chiazze necrotiche impone preparare per un'amputazione alta. Durante la notte l'infermo soccombe. L'esame anatomico mostra la presenza insolita di trombosi al terzo medio della femorale. Si vede dunque che in contingenze simili non si sarebbe potuto attendere risultati dalle operazioni periarteriali.

In un terzo caso si tratta di occlusione embolica ateromasica bilaterale che costrinse alla amputazione sui confini chirurgicamente indicati, conservandosi così in vita il paziente.

E con ciò, o se vogliamo, con qualche parabola del maestro intorno alla possibità di trionfare in concorsi per aver scoperto qualche evanescente bacillo-parabola, che non ci giova riportare perchè l'allusione ci sembra bene identificabile, si chiude una delle ormai innumerevoli contribuzioni del Maestro *du temps jadis!*

Contributo alla appendicite erniaria. — Di Gioia, Clinica Chirurgica in Palermo. *Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 17, 1927.

Premesso uno sguardo all'argomento già abbastanza studiato, l'A. riferisce una nuova osservazione. La diagnosi clinica di ernia inguinale destra, bubbonocele, epiploica parzialmente riducibile, di grosso volume, se non in tutto errata, fu molto incompleta, perchè nel sacco erniario oltre l'epiploon si trovò l'intestino cieco con l'appendice.

Principale causa di errore furono i dati della percussione (risonanza ottusa) e della palpazione (tumefazione a superficie irregolare, nodulare,

Digitized by Google

assenza di gorgoglio nella parziale riduzione). Il paziente soffriva da tre anni di questa ernia inguinale destra, la quale negli ultimi sei mesi non era completamente riducibile nel cavo. Si erano avuti due episodi di intasamento, irreducibilità, vivo dolore, senza tuttavia vomiti nè singhiozzo, non meteorismo, non febbre, non arresto fecale. Si fu portati piuttosto ad ammettere uno stadio di epiploite. La presenza dell'omento mascherava naturalmente il cieco e rispettiva appendice. Sembra così giustificato l'errore clinico nella diagnosi.

Rifacendo la diagnosi in base ai dati scaturiti dall'intervento operatorio è da ritenere che l'infermo ebbe a soffrire di appendicite ricorrente in ernia inguinale destra; che le crisi cioè di dolore non furono altro se non una duplice ricorrenza di un processo infiammatorio semplice a carico dell'appendice. Infatti fu constatato sull'appendice asportata che essa si presentava inspessita, allungata, e conteneva nel suo lume una scheggia ossea. Resterebbe a discutere se le alterazioni constatate anche istograficamente fossero espressione di uno strozzamento appendicolare. Ma l'A. propende a ritenere che la somma dei fatti clinici ed anatomo-bioscopici stia a far pensare che il processo morboso siasi primariamente stabilito a carico dell'appendice, indipendentemente da qualsiasi disturbo di circolazione legato ad un eventuale strozzamento. In contingenze simili, e per diffusione agli altri organi potrebbe spiegarsi la sindrome di strozzamento. Dunque secondo l'A. nella più parte dei casi di appendicocoli infiammati si tratta di un processo infiammatorio primitivo dell'appendice, cioè di appendicite erniaria. Il clinico oculato potrà eventualmente tener presente il dubbio di una particolarità erniaria quale è questa, se si trovi presente ad un'ernia inguinale destra con episodi di flogosi e di strozzamento.

Flebectomia inguinale per la cura del varicocele voluminoso. — Caccia, Ospedale Militare Roma. *Archives Médicales Belges*, n. 7, 1927.

L'A. rivendica a sè la paternità di questo trattamento chirurgico, in epoca nella quale non si era ancora reso noto in Italia l'operazione di Narath inspirata al medesimo scopo. La flebectomia inguinale accompagnata dalla sospensione interna del testicolo costituisce nel varicocele voluminoso l'intervento di elezione, perchè essa è più completa, offre migliori sequele operatorie, e consente la cura simultanea della ernia concomitante.

Le osservazioni dell'A. risalgono a venticinque anni quando rivedendo i varicosi operati si convinse che la più parte erano affetti da una punta di ernia. Egli operò contemporaneamente l'erniotomia Bassini. Dopo qualche mese l'A. prese a conoscere che operava così il chirurgo americano Narath (*sic*). Successivamente a confortare le proprie osservazioni l'A. ha fatto compilare una casistica di 593 interventi, nei quali si è sempre constatata la presenza di un sacco erniario (punta d'ernia, interstiziale o bubbonocoli).

Procedendo per via inguinale l'operazione è anche più semplice perchè meno numerosi i tronchi venosi; poi è possibile una sospensione del testicolo mediante il moncone inferiore, ed al grado voluto, cioè non troppo contro l'anello superficiale, ma quanto basti a lasciargli un certo grado di mobilità, che non lo renda atrofico.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Gravidanza simultanea intra- ed extra-uterina. — A. G. Hermans. *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde*, n. 7, 1927.

Una donna di 40 anni, che aveva già avuto cinque figli, al terzo mese di una nuova gravidanza fu colta improvvisamente da brividi, forti dolori alla regione lombare, ed emorragia vaginale. Il polso era piccolo e debole, con 130 battiti al minuto. L'area dolorosa era rappresentata dal lato sinistro dell'utero, nella regione dello spazio del Douglas.

Fu diagnosticata una gravidanza extrauterina con rottura, e fu praticata la laparotomia mediana soprapubica; si trovò infatti un'ematosalpinge sinistra che si era rotta nel peritoneo.

Dodici ore dopo la paziente dava alla luce un fetolino di 7 cm. Abitualmente non è possibile diagnosticare la coesistenza di una gravidanza extra- ed intrauterina, se non intervengono gravi complicazioni, come in questo caso. Un sintomo di qualche valore può essere dato dalla protrusione del sacco ammiotico, semprecchè non vi sia luogo a sospettare un aborto.

Per quanto riguarda la terapia, è di grande importanza tener conto anzitutto delle condizioni dell'utero; in ogni caso si cercherà — ove si pratichi un'operazione — di rispettare l'ovaia ed il corpo luteo, sempre che sia possibile.

Le indicazioni del caustico di Filhos, nel trattamento delle uretriti del collo. — Pouliot. *La Clinique*, n. 89, 1927.

Le metriti che si giovano di questo metodo sono di tre varietà: quelle complicate con polipi mucosi; quelle dette ulcerose con eversione dei labbri del collo, con ectropion più o meno marcato della mucosa ed erosione più o meno profonda di questa; e infine le metriti delle multipare a collo deformato da lacerazioni ostetriche e cicatrici viziose.

Le controindicazioni sono costituite: prima di tutto dalla gravidanza, e poi alcune piosalpingiti allo stato subacuto, di cui può non aversi contezza, mentre perchè il caustico possa essere adoperato senza pericolo bisognerebbe aspettare che passino allo stato freddo.

Stabilite le indicazioni bisognerà ben stabilire la tecnica, riguardante sopratutto il numero totale di applicazioni del caustico. All'inizio di questo metodo, alcuni autori, e ancora attualmente, usano praticare fino a 8-10 applicazioni, mentre secondo il Gouliot non bisognerebbe che raramente sorpassare il numero di tre applicazioni; distanziandole da 15 giorni a tre settimane ciascuna per le due prime, e rimandando l'ultima a sei settimane o due mesi. Questo per le metriti piuttosto importanti come gravezza, che pure spesso guariscono anche con una sola applicazione, mentre in quelle leggere la guarigione — solo con una sola applicazione — segue di regola.

L'applicazione del caustico di Filhos è in principio facile. Il caustico consiste di un cilindro di 15 millm. di lunghezza su sei di diametro; esso è situato su un comune lapis porta-caustico e nell'anima porta un asse metallico che percorrendo anche il lapis termina alla base di questo con una paletta in modo che possa essere facilmente preso con una pinza. Se il lapis sia troppo grande lo si adatta al diametro del collo, riducendone la circonferenza.

L'applicazione può farsi anche nel gabinetto dello specialista, contrariamente all'opinione di alcuni i quali ritengono necessario farla a domicilio dell'inferma o proprio in casa di salute, ma bisogna avvertire l'ammalata che è prudente che dopo l'applicazione stia in casa a riposo. Anche la scelta dello speculum è importante, dovendo cadere su uno che permetta una facile manovra.

Tra le precauzioni preoperatorie bisogna ricordare: nessuna iniezione; limitarsi soltanto a pulire collo e vagina con una compressa piccola, penetrando anche in cavità uterina e pulendo accuratamente se le mucosità intracervicali non vengono svelte con questo mezzo. Si pulirà la cavità con un po' di cotone imbevuto in alcool a 90°. Dopo si applica nel fornice posteriore un tampone vaginale allo scopo di proteggere. Si preparerà poi dell'acqua bollita calda e una siringa a getto filiforme e a forte pressione, allo scopo di praticare un'irrigazione endouterina subito dopo l'applicazione del caustico. Questa precauzione viene abitualmente trascurata da molti ginecologi, il che costituisce un grave errore. Ciò preparato si procede all'uso del caustico, tenuto su di una pinza nel modo sopradetto; esso si porterà prima nel canale cervicale, dove abitualmente penetra senza sforzo; ma ove ciò non potesse ottenersi di primo acchito vi si perverrà nella seconda seduta.

Dopo 10-20 secondi si ritira il caustico e lo si pulisce con una compressa e poi si passa leggermente sulla superficie erosa o ulcerata tutt'intorno al muso di tinca. Qui bisogna stare attenti a ben fare l'applicazione, poichè se è troppo superficiale, tutt'al più potrà prolungare la guarigione ma se è troppo profonda può provocare dei disastri. A questo scopo bisogna anche badare che il caustico nuovo è rivestito di paraffina, che bisogna scacciare, affinchè abbia una sufficiente azione.

Subito dopo la cauterizzazione si praticherà il lavaggio già preparato dirigendo un getto d'acqua sterile fredda o tiepida sulle parti cauterizzate e specialmente sul collo. Basterà a tal uopo un quarto di litro d'acqua. Dopo di ciò si pulisce la vagina e nel caso che gema dal collo un po' di sangue o vi sia troppa congestione si lascerà un piccolo tampone che l'ammalata ritirerà prima di coricarsi.

Gli accidenti di questo metodo, immediati, possono essere il dolore e l'emorragia. Il primo dipende dall'età della malata e di quella della metrite. Senza dolore le metriti subacute delle giovani donne. Per evitare il dolore si possono somministrare all'inferma 25 gocce di benzoato benzile in un po' d'acqua, prima di accingersi alla cauterizzazione. Si possono avere delle brevi lipotimie che si combattono con inalazioni di ammoniaca ecc.

L'emorragia è rara e il più delle volte non dipende dal caustico; comunque se si presenta si applicheranno tamponi o si farà qualche iniezione di segala allo scopo di arrestarla.

L'unico accidente tardivo possibile sarebbe la stenosi cicatriziale del collo, la quale è d'altra parte possibile solo se non verranno seguite tutte le precauzioni sopra dette.

Digitized by Google

Le cure ulteriori consisteranno in iniezioni al solfato di rame 1:5000, oppure a stimolare la cicatrizzazione con ovuli cheratoplastici a base di aristolo e timolo 0.05 ctgr. o le compresse iodate in sospensione colloidale nell'olio, o, infine le compresse al brodo-vaccino. Gli ovuli si introducono tutti i giorni per una settimana e poi ogni due giorni. Gli impacchi si praticano due volte per settimana.

NEUROPATOLOGIA

Terapia delle epilessie. — G. De Nigris, della Clinica neuropsichiatrica di Bologna. *Pensiero Medica*, n. 18, 1927.

Le cause dell'epilessia vanno classificate in tre gruppi distinti: tossiche, dinamiche, meccaniche. Fermo più o meno restando il concetto etiopatogenetico, il concetto clinico invece, originariamente limitato all'accesso epilettico ed ai fenomeni ad esso strettamente connessi, si è di gran lunga allargato in questi ultimi anni, sicchè molti sintomi mentali e nervosi, di natura non strettamente motoria, sono stati conglobati nell'epilessia (forme ridotte ed atipiche dell'accesso epilettico, fenomeni sensitivi, sensoriali, vasomotori secretivi, disturbi psichici, disturbi del carattere; epilessia nei casi di lesioni organiche cerebrali, di intossicazioni gravi, di vegetazioni adenoidi, di parassiti intestinali, ecc.). Ormai si ritiene che l'epilessia *sine materia* non esiste, ma che tutte le epilessie debbono considerarsi come sintomatiche talvolta corrispondendo ad una affezione evidente, talaltra, invece, ad una causa che si svela anche ad una indagine profonda.

Pertanto, di fronte ad una sindrome le cui cause sono così diverse, è necessario che il terapista cerchi di individuare caso per caso il processo morboso e si proponga di curare gli epilettici e non la epilessia.

Antichissima è la cura chirurgica dell'epilessia; di tutti i vari metodi escogitati rimane solo la trapanazione, di cui indicazione principale è la epilessia Jacksoniana e, dietro le manifestazioni che in molti casi si ha occasione di rilevare legate alla crisi comiziale, tuttora si fanno tentativi operativi sul simpatico perariterioso carotideo e perivertebrale, ma con risultati molto dubbi.

Venute meno, dunque, in gran parte le speranze fondate sulla terapia chirurgica, gli sforzi degli studiosi si polarizzarono verso la ricerca di una cura medica che assumesse generalmente un indirizzo causale. Ma anche qui, all'infuori della sifilide, che si può combattere efficacemente, e dell'arteriosclerosi con minor successo, non sono state trovate altre indicazioni specifiche, sì che ci si è dovuto accontentare di agire sintomaticamente e talora empiricamente col proposito principale di prevenire gli accessi, diradarli, ridurne l'intensità.

Per quanto riguarda le ricerche sulla patogenesi, e quindi i tentativi di cura causale, è da ricordare la choc-terapia di piccole quantità (cmc. 0.20-10) di siero di cavallo, in dosi progressivamente crescenti, ma neppure in tal modo si sono ottenuti i risultati che erano stati vantati.

Di fronte al fallimento più o meno completo di tutti i tentativi di cura causale, non rimase altro ai medici che escogitare mezzi che agissero sulle manifestazioni sintomatiche, e furono a tale scopo proposti moltissimi farmaci, dei quali soltanto pochi sono rimasti in uso (atropina, antipirina, bromici, coadiuvati dalla dieta aclorurata; tartrato borico-potassico, luminale o gardenale).

E' notevole che con uno stesso trattamento, mentre talvolta si ottengono buoni risulati, in altri casi si ha esito completamente negativo. La ragione di ciò deve ricercarsi evidentemente in fattori patogenetici o individuali dei quali talvolta, ed a torto, non si suole tener conto.

L'epilessia generalmente non è da considerarsi una malattia, bensì una sindrome e come tale, oltre alle convulsioni che sono l'elemento principale, presenta note caratteristiche individuali di ordine simpatico, sensoriale, psichico. Oggi si tende a ritenere che tutte le epilessie sono sintomatiche e nei casi criptogenetici bisogna, nella terapia, tener conto di tutti quei fattori anamnestici, somatici, neurologici, umorali endocrino-simpatici che può mettere in evidenza un accurato esame dell'ammalato. In conclusione, pertanto, allo stato attuale la cura delle epilessie, specie nei casi criptogenetici, non può essere che sintomatica ed allo scopo si presta opportunamente la feniletilmalonilurea (luminale); le sue proprietà anticonvulsivanti, nettamente superiori a quelle dei bromuri, sono state convalidate dall'esperienza di vari autori, ma è necessario somministrarla con prudenza e criterio, non trascurando di praticare su ogni ammalato gli esami dell'apparato endocrino-simpatico, delle urine, del liquor, del sangue.

Per evitare il torpore psichico e in genere l'ottundimento notato da molti autori negli epilettici trattati con dosi relativamente spinte di feniletilmalonilurea, è opportuno somministrare una dose di questo farmaco non superiore a centig. venti (negli adulti), associata a gr. due o tre di mistura tribromica.

La sindrome della frattura sfenoidale. — P. Rollet. *Journal de Médecine de Lyon*, n. 173, 1927.

La sindrome della fessura sfenoidale è caratterizzata da una oftalmoplegia totale sensitivo-motrice (occhio immobile, midriasi, ptosi, anestesia nel dominio dell'oftalmico, a volte esoftalmia) od una oftalmoplegia sensitivo-sensorio motrice, nella quale una lesione papillare si combina con i segni precedenti (sindrome della sommità orbitaria).

Fatti clinici, i quali permettano di stabilire una sindrome pura e completa, sono rari; ed eccezionali d'altra parte sono le constatazioni necroscopiche. I processi morbosi, che interessino tutti i nervi orbitari traversanti lo stretto sfenoidale e soltanto questi nervi, sono d'ordine traumatico o spontaneo.

I traumatismi comprenderanno le fratture indirette del cranio con ematoma sfenoido-orbitario, o le fratture e ferite dirette del fondo dell'orbita.

La sifilide può realizzare i segni notati nei traumatismi corrispondenti. In caso di sifilide, può esistere od alterazioni meningee del passaggio sfenoidale o delle guaine aracnoidee dei nervi, rivelate dalla cefalea e dalla reazione citologica del liquido cefalo-rachideo.

Segnaliamo, da una parte, l'assenza di disturbo da compressione venosa, che si spiega con le branche anastomotiche e con l'inversione della corrente venosa e da un'altra parte, la possibilità di una cheratite neuroparalitica in seguito alla lesione periferica del trigemino.

A tali sindromi può avvicinarsi, pura e completa, parziale o associata, una sindrome dolorosa da cancro. In questo la marcia è invadente e l'A. anzi ne riferisce un caso in cui rapidamente le tre branche del trigemino furono interessate al loro foro di uscita dalla scatola cranica.

Per la diagnosi si terrà sempre presente l'aggruppamento nosografico, tutto particolare della fessura sfenoidale. La paralisi orbitarie sono dissociate e, se la lesione è intracranica, i nervi motori del globo non sono alterati simultaneamente, il trigemino è interessato in tutte le sue branche e si hanno paralisi associate di altri nervi cranici.

DERMATOLOGIA

L'associazione stronzio-bromo nella terapia dermatologica. E. Kadisch e H. Ritter, Reparto dermatologico dell'Ospedale Civile di Charlottenburg. *Therapie der Gegenwart*, n. 1, 1927.

Da qualche tempo è posto in commercio un nuovo preparato: Ekzebrol, combinazione di bromo e di stronzio, (bromuro di stronzio), a cui viene aggiunto come veicolo lo zucchero d'uva in soluzione al 40 %.

Dal punto di vista teoretico il vantaggio di questa associazione sarebbe costituito dal fatto che lo stronzio esplicherebbe la propria azione sul sistema vasale, influenzando la pressione e la coagulazione del sangue, mentre l'azione del bromo sarebbe esenzialmente sedativa, agendo quindi contro l'elemento nervoso delle dermatosi (prurto, bruciore, etc.); ed anche lo zucchero d'uva agirebbe come una soluzione fortemente ipertonica.

Gli Autori hanno sperimentato l'efficacia dell'Ekzebrol in 65 pazienti, affetti da eczema acuto, da eczema cronico, prurito; dermatite universale, dermatite salvarsanica, urticaria, etc.

L'Ekzebrol veniva somministrato per iniezioni alla dose di 3-5 cmc. ogni due giorni, e nei casi più resistenti tutti i giorni; in seguito si aumentava la dose fino a 10 cmc.

Gli effetti di questa terapia furono soprattutto favorevoli per il sintomo prurito, ma anche le manifestazioni obiettive delle dermatosi se ne avvantaggiarono quasi indistintamente (scomparsa piuttosto rapida dell'essudato etc.). Sicchè l'uso dell'Ekzebrol appare raccomandabile in modo speciale nelle dermatosi pruriginose; ma si può affermare che anche altre forme cutanee ne vengono favorevolmente influenzate.

I raggi ultravioletti in alcune forme di prurito.—Charbonnier. *Journal des Praticiens*, n. 27, 1927.

Il prurito senile è una delle forme in cui si sono ottenuti risultati efficaci più numerosi. I raggi attinici esplicherebbero la loro azione provocando un aumento della diuresi e un miglioramento di funzione della cute troppo secca, il che porterebbe a diminuzione dell'auto intossicazione.

Nel prurito sintomatico a varie forme d'intertrigo i raggi ultravioletti danno anche dei buoni risultati.

Si possono praticare i bagni di raggi ultra-violetti anche nelle forme localizzate e nei pruriti sintomatici per malattie diverse. Il trattamento actinoterapico non esclude le altre cure contemporanee delle diverse affe-

Digitized by Google

zioni (diabetiche, da disturbi digestivi, alta frequenza, idroterapia). Sulle parti pruriginose in caso di eritema si può applicare una pomata come la seguente: vaselina e lanolina anidra gr. 20, acqua di lauroceraso e glicerina anagr. 10.

RINOIATRIA

L'amigdalectomia mediante diatermo-coagulazione.— HARBURGER. *Paris Médical*, n. 36, 3 settembre 1927.

Per la tecnica di questo metodo operativo si procederà nel seguente modo:

1) *Anestesia*: si pratica prima un'iniezione di sedol allo scopo di calmare lo stato generale di apprensione del malato. Localmente; spennellature di soluz. al ventesimo di cocaina. Infiltrazione alla novocaina all'1:100 con aggiunta di adrenalina a 1:20000 (praticamente ad una goccia di soluzione adrenalinica al mille si aggiungono 20 gocce di acqua distill. e ottenuta così la diluizione si aggiunge alla soluz. percentuale di novocaina).

2) L'*apparecchio* deve avere un massimo di potenziale utilizzabile di 3 ampéres. Come elettrodi, l'A. si è servito di una semplice pinza da sinechie; ciò per le applicazioni bipolari. Per quelle unipolari qualunque elettrodo puntuto o piano può esser utile.

L'intensità della corrente adoperata è stata variabile, secondo gl'individui e secondo il genere di applicazione uni o bipolare (nelle applicazioni bipolari la stessa intensità è comune a tutti i casi) e secondo anche il tempo che dura il passaggio di corrente.

L'A. ha adoperato da 400 a 600 mill. in appl. bipolare, ma piuttosto che tener conto di ciò bisogna osservare la parte da coagulare. Quando questa è bianca, cioè quando la scintilla lo illumina all'interno la coagulazione è fatta, mentre spesso l'inerzia della punta del milliamperometro ha appena il tempo di essere vinta e quindi ogni indicazione è inesatta.

Per l'applicazione bisogna procedere nel seguente modo: si enuclea l'amigdala con l'aiuto di una pinza a trazione; s'infigge una punta ad ogni polo di essa. Si fa passare la corrente per un mezzo a tre minuti secondi: allora si vede l'amigdala raggrinzarsi, fumare un poco, farsi bianca e poi crepitare; dopo di ciò l'intervento è terminato.

Le cure postoperatorie consistono in lavaggi all'acqua ossigenata; si possono anche praticare toccamenti con tamponi al bleu di metilene.

Quando i seguiti post-operatorii sono buoni la tonsilla cade verso l'ottavo giorno, senza provocare altro che un lieve e fugace movimento febbrile, leggero fetore dell'alito e disfagia.

Le indicazioni del metodo sono circoscritte ai seguenti soggetti: emofiliaci, sclerotici, ammalati con fragilità epatica, donne in menopausa ipertesi.

Le controindicazioni sono determinate da insufficienze renali o epatiche, come del resto negli interventi chirurgici.

UROLOGIA

La stenosi degli ureteri. — G. L. HUNNER, John's Hopkins University Medical School. *The American Journal of the Médical Sciences*, n. 659, 1927.

Il restringimento ureterale può essere congenito, in relazione con anomalie dello sviluppo (processi infiammatorii trasmessi attraverso il circolo placentare) o acquisito (per traumi, sifilide, tumori della cavità pelvica, tubercolosi renale, radioterapia, processi infiammatorii diversi etc.).

La sintomatologia di questa affezione è svariatissima, e ciò spiega i frequenti errori diagnostici, che conducono spesso ad interventi chirurgici incongrui.

Il sintomo rivelatore è dato da disturbi dell'urinazione, che possono giungere fino alla più grave incontinenza, senza che si possa determinare l'esistenza di alcuna lesione vescicale o uretrale.

L'esame delle urine è spesso completamente negativo, talora dà il reperto abituale della pielite cronica, altre volte si riscontrano pochi leucociti, pochi eritrociti ed albumina in quantità variabile.

Subiettivamente i pazienti accusano quasi sempre vaghi dolori addominali. Con la palpazione dell'uretere si può riuscire ad individuare la zona stenotica.

La stasi dell'urina provoca delle ripercussioni sul rene, e successivamente sullo stato generale (malessere, febbre, dolori e disturbi gastro-intestinali).

La terapia migliore è costituita dalla dilatazione della zona stenotica, che ristabilisce le condizioni normali del drenaggio renale.

CONFERENZE

PATOLOGIA E TERAPIA DEL POST-PARTUM

Conferenza del dott. HEIDLER, di Vienna

Nelle evenienze non rare di riconoscere un netto passaggio dal normale al patologico, l'evoluzione del parto offre esempi degni di considerazione. Infatti si sa come e perchè post-partum infanti, si avveri il distacco e la espulsione della placenta. Si conosce anche come sia di andamento normale l'espulsione durante i primi 30 o 40 minuti; mentre se dopo questo stato di cose si parlerebbe di ritenzione.

E' il caso di ricordare le possibili contingenze produttrici di codesta ritenzione.

1. La *placenta* può essere *incarcerata*. Essa si è per vero distaccata, ma non abbandona la cavità del corpo uterino. Possono esserne svariate le cause di eccezione: iperanteroflessione, urocisti ripiena, ingombro eccessivo dell'intestino, tumori ovarici, mioma cervicale. A rigore la placenta è ritenuta da uno stato spastico dell'orificio interno. Stando ai manuali si andrebbe a ritenere codesta complicazione non molto rara. Ma la si direbbe di vera eccezione allorquando avremo fatto notare che su circa 64.000 parti nella Maternità universitaria in Wien, l'incarcerazione placentare apparisce registrata in due casi. Del resto è una condizione superabile mediante la morfina, la papaverina, magari qualche iniezione paracervicale di soluzione di novocaina.

2. *Placenta aderente*. E' senza dubbio più frequente causa di ritenzione. Non c'è di particolare nell'impianto della placenta, bensì, e per ragioni non chiare, è difficile il suo distacco. Per lo più si tratta di uno stato di ipotonia od atonia, sia pure circoscritta, ed accompagnata da uno stato ipoplasico. Ma non si esclude che possa esservi qualche deficienza nella produzione deciduale.

3. *Placenta accreta*. Si definisce così uno stato di intima profonda compenetrazione dei villi coriali nel miometra. A ricercarne le cause troviamo: conseguenze di puerperi febbrili (endometrite, puerperale); svuotamenti ostetrici non seguiti da produzione deciduale. Del pari si incrimina lo sviluppo di miomi specialmente a sede submucosa; la cicatrice da cesarea o da miomectomia; l'ipoplasia del tessuto uterino. Ma facendo lo spoglio di 1000 casi di secondamento artificiale nella clinica predetta, si trovano soltanto 45 casi di placenta accreta. Bisogna essere abbastanza scettici in quanto alla cosidetta placenta angolo-tubarica, della quale il nostro materiale non offre esempi dimostrativi. Del resto bisogna sempre essere cauti nell'affermare la placenta accreta, la quale è ben rara, e suole essere riconosciuta a torto da coloro che sono alle prime armi.

4. La *placenta increta* per compenetrazione dei villi nella parete uterina fino alla serosa è oltremodo più rara. Di tre casi sospettati su mille secondamenti, noi possiamo, in base alla ricerca microscopica affermarne uno solo.

Se, premessi questi ricordi fondamentali, prendiamo a considerare il quadro clinico, confermeremo innanzi tutto sui casi di ritenzione senza emorragia. Dato questo contegno non c'è ragione di allarme; ma ci è tuttavia da provvedere quanto si vedesse dopo una ora al più mancare le contrazioni espulsive.

Bisognerà allora sollecitarle mediante i preparati ipofisari. Noi preferiamo le iniezioni endovenose di Pituisan; ma siamo più di prima cauti per le dosi, cioè 0.75-1 cc. per non arrischiare collasso. Anche con queste dosi ridotte si possono notare vomiti o tendenze al vomito; ma esse già bastano a provocare prolungate ed efficaci doglie. Non si esclude con ciò qualche caso nel quale il trattamento endovenoso resti inefficace. Gioverà in tali contingenze aver ricorso al massaggio ausiliare, e senza dubbio stimolante le contrazioni. Ma a torto noi vediamo trasandata la già antica pratica di distacco placentare alla Majon, rimessa in pratica dal Gabastou. E' noto che attraverso il cordone, con questa pratica, si iniettano 500-600 cc. od anche meno, di liquido fisiologico sterile. La turgescenza placentare faciliterebbe il distacco anche per lo accresciuto volume dell'organo. Noi dunque abbiamo come norma: cominciare dal Pituisan, poi passare al massaggio, ed alla turgescenza mediante riempimento.

Veniamo alla cosidetta «espressione» Credé. Bisogna innanzi tutto

Digitized by Google

distinguerla, a seconda che si tratti di placenta già distaccata o non; sebbene sembri che il Credé non distinguesse troppo le due condizioni, mentre ne indicava la manovra appena espulso il feto. Ad ogni modo questa manovra la quale essenzialmente va fatta cercando di comprendere tra pollice in avanti e le altre dita in dietro dell'utero, e progressivamente spremerlo, costituisce una risorsa innegabile ed un vantaggio anche esso incontestabile per la sua innocuità, al confronto di quanto si vorrebbe raggiungere con tutte le manovre interne, e con la trazione funicolare. Non si può sconvenire che la manovra non riesce molto simpatica, nè esente da rischi, specialmente quando la si compia con forza ben spesso esagerata. La partoriente si trova di già quasi esausta; il dolore così provocato la colpisce anche troppo. C'è dell'altro, come risulta da osservazioni di Sieber, Hammerschlag, Haibau Seitz, cioè ora l'ecchimosi delle pareti addominali, ematomi uterini e persino lacerazioni dell'organo. Di qui una sfiducia crescente in questa manovra, che peraltro potrebbe essere stata giustificabile nella era preasettica.

Quando la ritenzione risale già a due o tre ore, bisogna riconoscere la necessità di un indirizzo più efficace. Si tratta quindi del secondamento o distacco placentare manuale. Non si può affermare che tali manovre siano esenti affatto da rischi, tanto più che la esperienza insegna come sia meno facile la estrazione se la placenta fu a lungo ritenuta; nè praticamente si può invocare qualche osservazione di spontaneo secondamento dopo circa 14 giorni. La missione terapeutica non può informarsi ai casi di eccezione. Ora l'attesa prolungata, oltre che rischiosa per la inutilità del tempo trascorso, non è consigliabile anche perchè intervenendo manualmente tardi, si ha di più sfavorevole il fatto che l'utero puerperale, anche se normale, suole già dal secondo giorno contenere germi patogeni.

In collaborazione con Steinhardt io ho preso in particolare disamina mille casi di secondamento manuale raccolti in un elasso di 21 1/2 anni. Noi abbiamo anzitutto rilevato l'erroneità del dogma, che cioè questo intervento costituisca il maggior pericolo tra gli interventi ostetrici. Basterà infatti confrontare la mortalità che in questo gruppo è di 28 % per sepsi (giacchè non c'entra qui quella per emorragia); mentre calcolata su 348 casi di secondamento spontaneo, offre 2,07 %. Se ancora si tiene conto dei casi nei quali l'insuccesso possa esser dovuto ad intervento in condizioni già compromettenti, si può concluderne che il secondamento manuale fatto a rigore, non è rischioso, nelle puerpere non febbrili e spontaneamente partorite.

Senza dubbio differente è la prognosi nello stato febbrile. Su 141 estrazioni in tali contingenze possiamo constatare una mortalità di circa 10 %. Poichè questa percentuale gareggia quasi con quella della estirpazione da utero blastomatoso alla Wertheim, c'è allora da porsi il problema se non convenga, nei casi settici, di procedere ad una totale demolizione.

Ancora qualche considerazione sulla *Retentio placentae cum sanguinatione*. Noi insistiamo anche qui per le iniezioni intravenose di Pituisan, e per il massaggio. Non si faccia soverchio affidamento sulla compressione dell'aorta addominale. A volte potrà persino ricorrersi alle iniezioni Mojon-Gabastou. Ma l'essenziale è trarre un concetto esatto della sorgente di emorragia, perchè sia anche eliminata la provenienza da eventuali lacerazioni *intra-partum*. Bisogna dunque rendersi ragione della inezia: disordini cioè endosecretivi, atonia vescicale. Chiaro è che in coteste condizioni differenti debba anche la terapia ostetrica variamente condursi, pur restando sanzionata la esperienza che il mezzo più pronto ed efficace a far contrarre l'utero sanguinante, è appunto il secondamento ostetrico.

Ho finalmente accennato innanzi alla ritenzione soltanto parziale della placenta. Sappiamo che non mancano casi di spontanea eliminazione anche di tali residui; o magari sotto il massaggio o l'espressione Credé. Giova peraltro commentare che la ritenzione di veri residui è ben altro che frequente. Troppo spesso si scambiano coaguli sanguigni con residui; e questi possono allontanare dubbi soltanto dopo un esame microscopico. Le esplorazioni intrauterine per questo scopo sono poco o punto decisive, e tuttavia rischiose. Uteri clinicamente sospetti di contenere residui, sono all'esplorazione completamente vuotati già col secondamento. Pertanto non è trascurabile la pratica rimessa in campo da Muller, di assicurarsi della completezza placentare mediante la prova del latte.

Questo è quanto si può riassumere sul dopo parto, ritenendo tuttavia che una buona assistenza preventiva renda sempre meno frequenti le conseguenze.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 32, 1927).

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE DI NAPOLI

Seduta del 7 agosto 1927

Presid.: Prof. G. Jappelli

Sestini F. *Applicazioni biologiche dei raggi ultravioletti di lunghezza d'onda* λ = 3650 A. — L'O. riferisce di aver sottoposto all'azione dei suddetti raggi tessuti ed organi vari dell'organismo animale con risultati degni di nota. E' possibile, ad es., seguire i processi di ossificazione a seconda che l'osso è di derivazione connettivale o cartilaginea, ed in rapporto allo stadio della ossificazione stessa.

Le variazioni di tinta della cute sono messe nella massima evidenza ed è stridentissimo il contrasto fra il biondo ed il bruno, con tutta una vastissima gamma intermedia; è possibile identificare lesioni cutanee che altrimenti presentano fra loro caratteri diagnostici differenziali poco netti. Evidentissime sono le macchie dei denti.

Il cristallino presenta fluorescenza spiccatamente diversa nei vari animali: nell'uomo merita di essere studiata la diversa intensità in rapporto allo stato di salute dell'occhio. La fluorescenza delle varie parti del canale alimentare di piccoli roditori è diversissima sia durante lo stato funzionale sia a riposo, durante la vita, al momento della morte, dopo di quella. E' possibile seguire l'attività secretiva del baco di seta.

Il metodo trova pratica applicazione in anatomia patologica, in medicina legale, in tutti i rami dell'igiene, in farmacologia. Sarà possibile con esso, infatti stabilire la data della morte, specie nei primi periodi, come è possibile differenziare specie latteriche a carattere comune.

Il procedimento tecnico, praticissimo nello studio dei grassi e delle farine, può rendere più sensibili e più rapide le usuali ricerche di laboratorio, come, ad es., quelle degli alcaloidi della china. Attualmente si è iniziato lo studio delle acque minerali. I raggi così filtrati sono, per altro, poco attivi, non danno eritema, non hanno applicazione per la sterilizzazione.

Ricerche iniziate per conoscere il loro potere sull'accrescimento di organi (coda di tritone) hanno avuto risultato favorevole solo quando ai raggi su indicati siano stati associati i raggi X.

Tanturri D. e Pianese G. *Granulomatosi maligna delle prime vie del respiro.* — In una giovanetta che presentava fenomeni di laringostenosi fu estratta, dopo tracheotomia, una massa neoplastica, delle dimensioni di una mandorla, a sede sul terzo anello tracheale massa che fu all'esame istologico diagnosticata quale granuloma maligno, quantunque non si riscontrassero le cellule di Sterberg. Essendosi ripresentati, dopo tre mesi, i fatti di laringostenosi, una seconda tracheotomia permise di asportare dalla rima glottidea altri tumoretti, la cui struttura istologica fece confermare la diagnosi. Dopo altri tre mesi fu necessario estirpare altri tumoretti della stessa natura dalle fosse nasali anteriori. Attualmente l'inferma presenta ingrossamento delle linfoglandole cervicali, nelle quali la biopsia ha permesso di riscontrare il tipico reperto della granulomatosi, comprese le cellule di Sternberg.

Il caso differisce dagli altri fin qui descritti in letteratura perchè in esso l'anello linfatico di Waldeyer è stato assolutamente risparmiato e non presenta alcuna localizzazione. Non vi sono localizzazioni mediastiniche, ascellari, inguinali. La R. W. fu negativa, l'esame del sangue rivelò lieve aumento di eosinofili.

Dal punto di vista istologico interessa notare che la diagnosi di linfogranulomatosi fu posta in base al primo esame istologico, quando non si riscontravano ancora le cellule di Sternberg, ma soltanto cellule infiammatorie comiche, con predominio di cellule epitelioidi e con mesoteliosi dei vasi sanguigni; la diagnosi fu confermata dai successivi esami, quando comparvero le cellule di Sternberg. Non è necessario che la malattia nasca da glandole linfatiche isolate, ma può nascere anche da noduli linfatici delle mucose, in questo caso della mucosa tracheale. La roentgenterapia non riuscì, anzi addirittura dannosa.

Pianese G. *Un metodo di fissazione e colorazione contemporanea per tessuti e strisci di tessuti vitalmente colorati.* — Adoperando una miscela risultante da formalina, acido picrico, carminio, l'O. ottiene rispettivamente la fissazione degli elementi, la colorazione del protoplasma e quella del nucleo, al tempo stesso che è possibile la colorazione del grasso col Sudan III.

Secondo l'O., inoltre, se si iniettano più colori vitali, in tempi diversi, si può riscontrare solo il colore iniettato per primo, e che è stato

Digitized by Google

trattenuto dalle cellule reticolo-endoteliali e dai polinucleati neutrofili. Questo fatto dimostra che la colorazione vitale ha per fondamento un processo di fagocitosi.

Pianese G. *Le lesioni istologiche da Heterakis perspicillum.* — L'O. ha avuto occasione di osservare in un pollo morto per enterite un interessante reperto consistente nella presenza, nell'intestino, di un gran numero degli ascaridi, sopra nominati, i quali avevano con la loro testa perforato la mucosa, formando sotto la sierosa tanti noduletti; altri noduli erano costituiti da embrioni dell'elminto.

Nel connettivo circondante i noduli si notavano, in gran numero, cellule eosinofile, corrispondenti evidentemente ad un fatto reattivo locale; difatti esse mancavano completamente nel sangue circolante.

Pianese G. *Istogenesi della cancro-cirrosi o cirrosi adenomatosa maligna.* — Secondo l'O., nella cellula epatica normale bisogna per quanto concerne la loro funzione, distinguere due poli, cioè un polo sanguigno, a funzione glicogenica ed un polo biliare. Fondamento istogenetico della cancro cirrosi sarebbe una depolarizzazione della cellula epatica, la quale perderebbe, per un processo di metaplasia anaplastica, la funzione glicogenica, e regredirebbe a cellula biliare, dando dapprima un adenoma tubolare, in secondo tempo un cancro adenomatoso.

Mazzeo M. *Isolamento della streptococcus viridans in tre casi di endocardite lenta.* — L'O. illustra tre casi di endocardite lenta, dai quali è riuscito ad isolare lo streptococco mediante l'emocultura. Rileva l'importanza di ciascun caso nei riguardi della patogenesi e della gravità.

Circa l'emocultura, dimostra l'importanza dell'uso della soluzione clorurato-citratata consigliata da De Blasi come miscela anticoagulante del sangue, ed accenna alla eventualità che l'emocultura riesca negativa, sia in un primo periodo della malattia, sia dopo trattamento con alcuni medicinali (derivati salicilici, urotropina). Il germe può essere più a lungo mantenuto in vita mediante cultura in siero di latte, nel quale si ha sviluppo rigoglioso, con assenza di forme degenerative.

Bossa G. *Sulla splenomegalia emolitica.* — L'O., esponendo la storia di due casi di splenomegalia emolitica, fa notare che dall'esame dei quadri clinici presentati dagli infermi risulta anzitutto come sia fallace ed artificiosa la distinzione, fatta da alcuni autori francesi, delle due famiglie degli itteri emolitici congeniti e di quelli acquisiti, e quanto sia giusta invece l'opinione di coloro (Ceconi, Micheli) i quali riuniscono tutte e due queste forme nel gruppo unico delle splenomegalie emolitiche primitive.

La roentgenterapia produsse negli infermi lieve miglioria, pur essendo persistiti tutti i sintomi fondamentali della malattia: più degli altri sintomi rimase influenzata la resistenza globulare, e questo aumento della resistenza andò di pari passo con l'aumento della colesterinemia. Questo fatto va messo in rapporto con la proprietà, che ha la colesterina, di inibire le emolisi, per quanto non sia possibile allo stato attuale delle conoscenze, precisare il meccanismo con cui l'aumento della colesterinemia abbia potuto influire sull'aumento della resistenza globulare riscontrato.

Altri effetti della roentgenterapia furono la diminuzione della bilina fecale e delle emasie granulo-filamentose nel sangue circolante. La bilirubina del siero fu poco influenzata.

Testa M. *Sulla natura chimica della secrezione del corpo luteo.* — Ha praticato ricerche istochimiche su follicoli in maturazione e corpi lutei di ovaie di donne e di animali (cagne, vacche, scrofe) in periodi diversi della gravidanza. Da esse risulta che il comportamento chimico, le affinità tintoriali e le reazioni istochimiche del deutoplasma ovulare, del *liquor folliculi* e delle vescicole di secrezione delle cellule della granulosa e degli elementi luteinici sono identiche, per cui parrebbe giustificata l'ipotesi che la composizione chimica di esse debba essere ugualmente identica. Tali caratteri sono quelli della mucina, dalla quale però si differenziano per la loro spiccata sudanofilia dopo cromizzazione, verosimilmente per un loro probabile contenuto in sostanze lipoidi.

Il prodotto di secrezione del corpo luteo, come il *liquor folliculi*, è probabilmente un complesso glico-lipo-proteide, costituito essenzialmente da globulina, albumina, mucoide e tracce di lipoidi. La presenza di grassi e lipoidi è espressione di processi regressivi degli elementi cellulari.

ACCADEMIA MEDICA DI TERAMO

Seduta del 9 luglio 1927

Presid.: Prof. D. Maestrini

Cermenati A. *Per la lotta contro il cancro.* — Dopo una rapida esposizione dei casi di tumori maligni, accolti nel reparto chirurgico dell'Ospedale di Teramo, dal 1° agosto 1925 a tutto giugno 1926, i quali, nella statistica delle infermità, figurano con una percentuale impressionante, l'O., che ebbe l'incarico dal Comitato Centrale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, di prendere l'iniziativa della costituzione anche in Teramo, com'è già avvenuto in molte altre Provincie d'Italia, di una sezione di detta Lega, propone che tutti i soci dell'Accademia concorrano alla formazione della Sezione Teramana, e ne illustra brevemente gli scopi pratici, specie per ciò che riguarda il favorire la possibilità della diagnosi precoce della terribile malattia, poichè, solo a condizioni che il male sia scoperto al suo inizio, è possibile una terapia efficace.

La proposta è approvata.

Maestrini D. *Sull'importanza del fattore «enzima» nella guarigione della peritonite tubercolare assudativa, in conseguenza della insufficienza delle insufflazioni di ossigeno.* — L'O. ricorda brevemente il suo metodo di cura della peritonite tubercolare essudativa, mediante insufflazioni d'ossigeno che propose nel 1925, in base ad una statistica personale: ed asserisce che ormai non si discute più sulla efficacia del metodo, poichè i controlli sono stati numerosi e tutti positivi. Gli studi invece di oggi sull'argomento tendono alla scoperta dei fattori, determinanti la guarigione. Già nel triennio, che va dal 1923 al 1925, l'O. stesso dimostrò nei suoi ammalati modificazioni nella permeabilità del peritoneo, rimasto a contatto di ossigeno, questa importante constatazione ebbe conferma nelle osservazioni successive del Prof. P. Alessandrini, primario agli Ospedali di Roma.

L'O. dimostrò pure che il liquido endo-peritoneale, rimasto a contatto di ossigeno, diminuisce nella sua alcalinità, e che si rinviene molto attivo in fermento ossidante: la Katalasi.

Le nuove ricerche dell'O. hanno dimostrato un fatto anche più importante; e cioè che nel liquido endo peritoneale, rimasto a contatto di ossigeno, è dimostrabile un attività lipolitica assai superiore che nel liquido ascitico, mai rimasto a contatto di ossigeno. In base a questa nuova acquisizione l'O. suppone che il bacillo tubercolare, in conseguenza dell'aumentato potere lipolitico del liquido endo peritoneale, perduto il suo involucro protettivo cereo, venga distrutto, ed, assorbito per i linfatici peritoneali, funzioni da materiale auto-vaccino.

L'O. quindi ritiene che tra i molteplici fattori, che cooperano alla guarigione della peritonite tubercolare essudativa, in seguito all'ossi-pneumo-peritoneo-terapeutico, primeggi per l'appunto la graduale autovaccinazione, che l'organismo con gli aumentati mezzi di difesa (lipasi) è automaticamente in grado di mettere in azione.

Romualdi C. *Tubercoloma cutaneo.* — L'O. dopo una rapida storia su la speciale dermatosi, che nelle campagne del Teramano, va sotto il nome di «censo», espone brevemente le sue osservazioni cliniche, etiologiche, ed isto-patologiche.

Dal punto di vista clinico la numerosa statistica dell'O. insegna che le gote e le regioni sottorbitali sono le maggiormente colpite dalla suddetta dermatosi, che dalla grandezza di una lenticchia la lesione va a quella di un nichelino ed oltre, che è ordinariamente di forma circolare, assolutamente indolente, e non si complica con ingorgo dei gangli linfatici prossimiori.

Sotto il punto di vista etiologico l'O. è propenso a ritenere che il «censo» dipenda da puntura di un dittero (mosca carnaria).

Ha poi osservato ch'essa si riscontra in genere in persone sudicie, e là, ove più largamente è diffusa la tubercolosi. In base quindi agli studi clinici ed isto-patologici fatti, l'O. ritiene che la dermatosi in discussione sia di natura tubercolare e perciò propone di chiamarla: tubercoloma cutaneo (presenta due preparati istologici).

L'O. s'intrattiene infine brevemente sulla terapia di questa dermatosi; egli asporta la parte ammalata con cucchiaino di Volkmann ed applica una pasta a base di cloruro di zinco, bicloruro di mercurio e cocaina, che dopo 24 ore allontana.

Manetta P. *Tubercoloma stenosante dell'intestino retto.* — L'O. dopo aver parlato delle stenosi del tenue, passa a trattare delle tubercolosi localizzate in questa parte dell'intestino, ed in modo speciale delle forme di tubercolosi ipertrofica così rare nel tenue.

Illustra poi un caso di tubercolosi ipertrofica stenosante, operato e guarito da vario tempo: mostra l'interessante pezzo anatomico e si diffonde sulla terapia chirurgica di questa affezione.

Romano A. *Per la difesa contro la tubercolosi.* — L'O. parla con grande competenza sulla contagiosità e sulla mortalità della tubercolosi, sulla resistenza organica all'infezione tubercolare e sui mezzi atti ad accrescerla; passa poi a parlare della protezione dei bambini, nati da genitori tubercolosi e dell'educazione igienica, che dev'essere impartita al tubercoloso. Infine s'intrattiene brevemente sulle opere di previdenza sociale contro la tubercolosi: dispensari ecc.

Il Segretario: Dott. P. Manetta

Digitized by Google

CONGRESSI E CONVEGNI ESTERI

XII CONGRESSO DI MEDICINA LEGALE DI LINGUA FRANCESE

Sotto la presidenza del prof. Etienne Martin, ha avuto luogo recentemente a Lione il XII Congresso di Medicina Legale di lingua francese, a cui hanno partecipato numerosi medici ed avvocati francesi e belgi, nonchè delegazioni estere.

Le relazioni ufficiali sono state tre, e precisamente:

I. TEMA: ***Il furto patologico.*** Rel.: RAVIART, VULLIEN e NAYRAC (Lilla).

I relatori, dopo aver definito il «furto» nel suo senso più largo, comprendendovi lo scrocco e l'abuso di fiducia; pensano che dal punto di vista psicologico il furto risulti dal conflitto di due tendenze, di due forze, di cui l'una spinge all'atto delittuoso, e l'altra agisce in senso contrario.

La prima è rappresentata da una *tentazione* (caso più frequente), da una *suggestione* altrui, da un *impulso automatico;* la seconda dal *senso morale,* e dalla *rappresentazione mentale delle conseguenze del furto.*

Se il senso morale è agente, e l'individuo si palesa più o meno indifferente all'arresto, allo scandalo, alla condanna, al disonore, etc., sarà compito del perito determinare in quale misura questa amoralità e questa inintimidabilità provengano o meno da uno stato psicopatologico.

Così i relatori propongono la seguente classificazione:

1) ladri affetti da una malattia mentale clinicamente certa, ma che non sempre è sufficiente a prosciogliorli;

2) ladri a costituzione mentale anormale accompagnata da perversioni istintive;

3) cleptomania.

Nelle perizie concernenti soggetti che possono rientrare nella prima categoria (mania, melanconia, epilessia, demenza precoce, delirii cronici, demenza senile, paralisi progressiva), bisogna distinguere due casi: se al momento del furto il soggetto si trovava sotto l'influenza di un disturbo psichico formale, nettamente stabilito, egli va evidentemente prosciolto; ma se l'accusato ha presentato anteriormente dei disturbi mentali, che erano guariti al momento del furto, non può beneficiare di questa discriminante.

Nei furti commessi da individui degenerati mentali (categoria 2ª), bisogna tener conto della triade biopatologica che caratterizza questi soggetti: tare ereditarie, stigmate fisiche, squilibri psichici, alla quale si aggiunge sovente l'alcoolismo.

Il perito dovrà in questi casi aiutare il giudice ad applicare al delinquente il trattamento che sembrerà più adatto ad evitare la riproduzione del delitto commesso, tanto per lui quanto per quelli che potrebbero essere tentati ad imitarlo.

Le soluzioni varieranno quindi secondo i casi, e andranno dall'internamento in asilo, al carcere vero e proprio, e possibilmente al ricovero in stabilimenti intermedii: *asili - prigione.*

La *cleptomania,* occupa lungamente i relatori, che la definiscono come una malattia caratterizzata da impulsioni ossessive al furto: sotto l'azione combinata della costituzione ansiosa e di un fattore morboso accidentale, il cleptomane sarebbe spinto al furto, *poichè questo rappresenterebbe l'atto più antitetico* alle proprie tendenze naturali, alla sua educazione ed alla sua moralità.

Ma per stabilire la realtà di questo impulso ossessivo bisogna poter mettere in evidenza questa discordanza tra l'idea intima e la reazione morbosa, bisogna ritrovare il fattore contingente della debolezza morale: l'autointossicazione gravidica, o traumatismi diversi sembrano entrare frequentemente in giuoco, a questo proposito.

Bisogna sceverare dai veri cleptomani, effettivamente ossessionati dall'idea del furto, gli *pseudo-cleptomani,* che sono dei semplici perversi che rubano volontariamente, specialmente nei grandi magazzini, perchè la paura dell'arresto, il rischio, etc., procurano loro delle sensazioni voluttuose. Questi soggetti sono evidentemente pienamente responsabili.

II. TEMA: ***Gli accidenti dovuti all'elettricità industriale.*** Rel.: NAVILLE e MORSIER (Ginevra).

Di fronte alle divergenze di opinione intorno al meccanismo con cui si produce la morte per elettricità, i relatori incominciarono col riferire i fatti da essi osservati negli esperimenti istituiti allo scopo.

I fenomeni essenziali sono stati i seguenti:

1) la *contrattura tetanica muscolare,* che spiega l'asfissia quando la durata del contatto oltrepassa pochi minuti;

2) la *contrattura muscolare rigida,* provocata dalle correnti a grande intensità, che può determinare una ineccitabilità muscolare, ed anche lesioni muscolari che ostacolino il ritorno rapido della funzione;

3) l'*accelerarsi dei battiti cardiaci,* che con l'aumento progressivo dell'intensità, finiscono con l'oltrepassare la frequenza critica, e determinano la fibrillazione dei ventricoli;

4) il *tremito fibrillare del cuore,* provocato dalle correnti ad alta frequenza industriale, le correnti continue, e quelle fornite dalle bobine di induzione;

5) la *contrattura rigida del cuore,* provocata dalle correnti a grandissima intensità, che può essere transitoria o definitiva, e spiega certe sopravvivenze del cuore dopo un momento di arresto, o la morte senza fibrillazioni;

6) l'*azione sul sistema nervoso centrale* (sincope, convulsione, coma) e sul sistema nervoso periferico (ineccitabilità transitoria).

La morte per elettrocuzione si presenta con aspetti clinici assai diversi; questa diversità dipenderebbe sopratutto dalla qualità della corrente, dalle resistenze che l'organismo oppone, e dalla suscettibilità fisiologica individuale. Bisogna, comunque, distinguere, la morte che si verifica al primo contatto con l'elettricità, la morte che si verifica quando il contatto dura già da qualche tempo, e la morte che si verifica *dopo* che la corrente ha finito di agire.

In un'altra serie di casi la elettricità rappresenta solo un fattore della morte, che è più direttamente dovuta ad eventi successivi (caduta, annegamento, etc.).

La gravità di un infortunio da elettricità dipende da un complesso di fattori, in parte tecnici, in parte fisiologici, che non è facile valutare preventivamente.

Il *perito medico legale,* in casi della specie, dovrà considerare un insieme di questioni tecniche, mediche e giuridiche.

Dal punto di vista tecnico e medico egli dovrà pronunziarsi su un complesso di questioni di questo genere: realtà dell'accidente, intenzione dolosa, colpa o negligenza grave, se l'accidente è stato provocato da qualche concausa: malore, crisi epilettica etc..

Bisognerà inoltre valutare il grado di invalidità residua di natura neuropatica, ed organica, etc.

Dal punto di vista giuridico, potranno essere sollevate delle eccezioni se l'accidente, per le modalità con cui si è verificato, rientri o meno nello ambito protetto dall'assicurazione infortunii, se vi sia stata colpa grave, o dolo da parte di terze persone, se si sia trattato di suicidio, etc..

I relatori terminano con uno studio sugli esiti tardivi degli accidenti da elettricità: i disturbi nervosi passeggeri sono molto frequenti; quelli a carattere permanente debbono essere considerati come assolutamente eccezionali.

III. TEMA: ***Gli orifizii di entrata dei proiettili nella pelle.*** Rel.: PIÈDELIÈVRE (Parigi).

Nei riguardi della reazione alla penetrazione di un proiettile la cute può essere considerata come una fascia costituita da due strati di elasticità differente: l'epidermide, poco elastica, ed il derma, che lo è molto di più.

Quando la pallottola urta contro la pelle, prima di perforarla essa la infossa a dito di guanto, povocando in tal modo la formazione di un orifizio abbastanza grande sull'epidermide e di una piccola perforazione nel derma: si ha così attorno all'orifizio dermico una zona di erosione, in cui il derma è a nudo, e gli orli sono costituiti dall'epidermide.

Proiettili dello stesso calibro possono dar luogo alla formazione di orifizii di entrata assai diversi: più il proiettile è appuntito, più l'orifizio è piccolo; più quello è appiattito più questo è grande e si ravvicina al calibro del proiettile; anche l'elasticità cutanea entro in gioco: il proiettile appuntito tende la pelle più di quello appiattito: per tal ragione la misura degli orifizii cutanei non ha valore pratico dal punto di vista medico-legale; ed è d'altronde impossibile stabilire un rapporto tra la dimensione dell'orifizio e la distanza del tiro.

Notevoli modificazioni imprimono all'orifizio tipico l'obliquità del tiro, la potenza dell'arma, la distanza del tiro, la costituzione dei piani sottostanti alla pelle, la sede dell'orifizio in punti diversi del corpo, etc..

Il deposito di granelli di polvere attorno all'orifizio di entrata ha importanza capitale per il medico legale; oltre all'esame macroscopico, giova anche quello istologico per l'identificazione delle diverse polveri; come pure interessante è l'esame istologico dell'orifizio di entrata, che permette di rendersi esatto conto delle peculiarità della zona erosiva, dell'eventuale presenza di fibrille di stoffa, della disposizione dell'emorragia attorno all'orificio di entrata, etc..

La penetrazione di un proiettile porta di conseguenza un afflusso leucocitario nelle vicinanze della piaga.

Dagli studi sperimentali del relatore parrebbe che, dall'aspetto delle

= 1263

Digitized by Google

masse leucocitarie circondanti la piaga si possa indurre qualche cosa circa il tempo trascorso dalla ferita; comunque lo studio degli orificii di entrata dei proiettili nella pelle offre molto interesse per il perito medico legale e gli dà modo di risolvere un certo numero di quesiti (differenziazione tra una piaga banale ed un'orificio di uscita, orientamento verso una diagnosi di crimine piuttostocchè di suicidio, etc.), con la sola autopsia o mediante ricerche più complete di laboratorio (diagnosi di specie della polvere, presenza di sbrendoli di tessuto, durata della sopravvivenza, ecc.).

Cronaca del Congresso

Un'eletta delegazione di scienziati Italiani ha partecipato a questo Congresso. Essa non si è limitata a portare l'adesione del Ministero della P. I., del Ministro di Grazia e Giustizia, della Società di Medicina Legale Italiana e di alcune nostre Facoltà Mediche, ma ha anche preso attiva parte ai lavori veri e proprii.

Così il prof. Saporito, delegato del Guardasigilli, ha presentato una comunicazione sul progetto del nuovo Codice Penale Italiano, il quale terrà conto dei portati più moderni della biologia; il prof. Carrara ed il prof. Lattes hanno interloquito più volte nel corso della discussione, mettendo in evidenza il contributo degli studiosi italiani nelle diverse questioni in esame, ed il prof. de Crecchio, delegato, insieme al prof. Carrara, del Ministro della P. I., ha presentato e fatto approvare dall'Assemblea il seguente ordine del giorno:

« Il XII Congresso di Medicina Legale di Lingua Francese a Lione, avendo ascoltato la comunicazione del dott. Saporito circa i criterii ispiratori del Codice Penale Italiano, atteso che la riforma annunziata mette in valore i postulati fondamentali delle dottrine biologiche applicate allo studio dell'uomo criminale, ritraendone delle norme pratiche per una funzione più efficace della giustizia e per un trattamento razionale dei criminali, in armonia con l'antica tradizione giuridica latina; atteso che queste idee hanno di già trovato nel Belgio una felice realizzazione, saluta con soddisfazione il nuovo orientamento della legislazione italiana, e si augura che essa sia completata da una riforma parallela degli Istituti Penitenziarii ».

Il Dr. Macaggi ha presentato una comunicazione sui concetti di vitalità, e l'Avv. Fernarecci di Fossombrone ha parlato delle applicazioni sociali della Medicina Legale, specialmente nei rapporti col lavoro.

In occasione del Congresso si è anche inaugurato nell'Aula dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Lione un busto del prof. Alessandro Lacassagne, illustre medico-legale, (ben noto anche in Italia per il suo Trattato), che insegnò lungamente in quell'Ateneo.

V. M. Palmieri

□□□

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

LA DIAGNOSI DELL'EPATITE DA DISSENTERIA AMEBICA

L'epatite è la complicanza più frequente della dissenteria amebica ed è comune anche nei nostri climi, dove l'amebiasi ormai deve essere considerata non più come malattia d'importazione dai climi esotici, bensì come malattia endemica autoctona (Boeri, ecc.). E' chiaro, d'altra parte, come la utilità di una diagnosi precoce si riveli specialmente nei riguardi di una vantaggiosa terapia: perciò stimiamo opportuno riassumere per il pratico questo capitolo di diagnostica, tenendo presente la recente monografia di A. Valassopoulo e P. Petridis (*Les hépalites dysentériques et leur traitement*, Masson et C.ie edit., Parigi).

Premettiamo che l'epatite dissenterica è ritenuta come il risultato di un'embolia amebica, la quale produce dapprima un nodulo necrotico, che, in seguito, può determinare l'ascesso del fegato. La diagnosi dovrà perciò porsi in primo luogo il quesito dell'accertamento dell'eventuale embolia amebica, e segni di presunzione per ammettere questa sono, oltre la conoscenza che precedentemente l'infermo ha sofferto di dissenteria: un dolore improvviso al fianco destro con reazione febbrile, con consecutivo aumento di volume del fegato; e il criterio epidemiologico. Se il dolore al fianco destro continua, se la febbre, a tipo serotino, perdura, e vi sono sudori notturni e epatomegalia sempre più imponente, è probabile ammettere la formazione d'un ascesso. Se il dolore, invece, è fisso, spontaneo o provocato, negli spazi intercostali, con sporgenza delle coste stesse, è molto probabile che l'ascesso abbia sede nel lobo destro del fegato.

All'inizio della malattia si potrà confondere la sindrome dell'epatite con quella della pleurite dello stesso lato; ma l'esistenza di una dissenteria o diarrea anteriore, la tosse caratteristica della pleurite, un rumore di sfregamento o la conservazione dei limiti normali del fegato, sono tutti sintomi che aiuteranno a porre la diagnosi differenziale.

Una differenziazione va fatta pure tra un versamento sieroso o purulento, occupante appena pochi centimetri della base del pulmone destro, e un ascesso della faccia superiore del fegato, specialmente se quest'ultimo si complica con un versamento nella pleura destra; la difficoltà è maggiore se l'empiema è dovuto alla rottura silenziosa dell'ascesso epatico nella pleura. Il reperto che la curva dell'ottusità è convessa nell'ascesso del fegato, concava nei versamenti pleurici, è, secondo Valassopulo e Petridis, più teorico che veramente utile per detta diagnosi differenziale; questi AA. danno invece maggiore importanza al rilievo percussorio. D'altra parte, sè vi è bozza delle coste con sporgenza degli spazi intercostali, tutto ciò è più appariscente a partire dalla quarta costa nei versamenti pleurici, a partire, invece, dalla 7ª-8ª costa negli ascessi del fegato. La radioscopia e la puntura esplorativa, poi, daranno elementi diagnostici ancor più decisivi.

Ci si troverà altre volte in dubbio se pensare ad un semplice ingorgo epatico, come suole avvenire nelle congestioni di quest'organo che accompagnano le malattie infettive, o ad un'epatite amebica; nel 1° caso il fegato è uniformemente ingrandito, mentre nel 2° caso la tumefazione è parziale; soccorreranno poi anche l'anamnesi, la ricerca delle amebe, la prova dell'emetina e la radioscopia.

Anche il fegato malarico si presta a confusione, ma il tipo della febbre, la splenomegalia (che manca nell'ascesso amebico), la formula leucocitaria, l'esame delle feci, la prova terapeutica (emetina o chinino), ecc. faciliteranno la diagnosi differenziale tra le due affezioni. Non si esclude, però, che vi sono dei casi nei quali malaria e amebiasi possono essere concomitanti.

Imbarazzante è, ancora, la distinzione tra un ascesso e una cisti idatidea suppurata del fegato, o una colecistite suppurata, un'angiocolite calcolosa, un cancro massivo del fegato o anche, talora, una semplice cirrosi, biliare o sifilitica. Sebbene tutte queste affezioni a differenza dell'ascesso amebico, siano quasi sempre precedute o accompagnate da ittero, e sebbene il criterio terapeutico e la radiografia possano spesso giovare per la diagnosi differenziale, pure Valassopoulo e Petridis riferiscono che in parecchi casi essi hanno potuto risolvere la questione solo ricorrendo all'incisione esploratrice, dopo che l'emetino-terapia non aveva dato nessun risultato favorevole.

Quanto alla diagnosi del numero degli ascessi, Valassopoulo e Petridis la credono alla stato attuale delle nostre conoscenze impossibile: tutt'al più si può formulare solo un giudizio presuntivo. Del resto, quando si tratta di piccoli ascessi multipli a evoluzione acuta, essi accompagnano d'ordinario una dissenteria gangrenosa, e allora la sintomatologia del quadro principale è così imponente che la complicazione epatica passa inosservata. Quando, invece, si tratta di grandi ascessi multipli, ma poco numerosi, li si può sospettare allorchè la radioscopia fa rilevare due-tre bozze nell'ombra epatica, in regioni distanti l'una dall'altra, o anche allorchè, dopo l'evacuazione di un primo ascesso, perdura la febbre e l'epatomegalia non si riduce. Secondo Rogers, una leucocitosi che superi i 30.000 globuli bianchi, con una cifra di polinucleari tra 80 e 90, milita in favore dell'esistenza di ascessi multipli.

Parimenti, per la diagnosi di sede dell'ascesso sono di grande importanza la puntura esplorativa e l'incisione esplorativa; però anche piccoli segni clinici possono essere la spia di detta sede: così un dolore spontaneo o provocato dalla pressione col dito in uno spazio intercostale slargato e sporgente è indice che l'ascesso ha sede in questa regione; così pure l'edema della pelle può indicare l'esistenza dell'ascesso nella regione sottostante; si cercheranno ancora i segni della fluttuazione, talora evidenti negli ascessi del lobo sinistro, e per gli ascessi della convessità del fegato si trarrà utilità dalla radioscopia e dal segno dell'irradiazione del dolore alla spalla destra.

La puntura esplorativa va praticata con un ago di circa 10 cm. di lunghezza e di 1 mm. di diametro pungendo ordinariamente sulla linea ascellare e scegliendo lo spazio intercostale più doloroso alla pressione digitale. Se la puntura così fatta è bianca, la si ripete posteriormente su

Digitized by Google

una linea che parte dall'angolo della scapola, seguendo le indicazioni fornite dalla percussione, dall'ascoltazione e dalla radioscopia. Si proceda dolcemente nel ritirare l'ago, tenendo il pistone della siringa in posizione di aspirazione; si ricordi anche che, se l'ascesso è recente e il pus troppo denso, quest'ultimo non passa facilmente attraverso l'ago e perciò, se si ha la sensazione di essere penetrati in una cavità e nonostante ciò non si ritira pus, bisogna ripetere la puntura con un ago più grosso.

Secondo Valassopoulo e Petridis, si è abusato un po' troppo della puntura esplorativa: essa va fatta solo quando hanno fallito tutti gli altri mezzi di ricerca diagnostica e con tutte le precauzioni del caso; negli ascessi del lobo sinistro, detti AA. preferiscono l'incisione esplorativa. Non va, poi, dimenticato quanto importante sia la prova terapeutica con l'emetina, che deve sempre essere tentata in pratica.

Nei paesi caldi, è da tenere anche presente la possibilità dell'esistenza di epatiti amebiche croniche e metterle in bilancio sempre prima di formulare la diagnosi di un'affezione epatica, sia pure una cirrosi banale. E' bene anche ricordare che talora l'ascesso epatico si apre nei bronchi e dà luogo a delle piccole vomiche intermittenti e sanguinolenti, le quali fanno pensare ora alla echinococcosi polmonare, ora alla tubercolosi o alla bronco-spirochetosi del Castellani: la ricerca etiologica nell'espettorato (uncini di echinococco, b. di Koch, spirochete), nonchè il criterio terapeutico (emetino-terapia) e la ricerca nell'espettorato di cellule epatiche o di bile, risolvono in questi casi, il dubbio.

A. Tarsitano

TERAPIA

La teobromina nei dolori di origine arteriosclerotica

W. Dock (Altadena California, *California and Western Medecine S. Francisco,* 1927, n. 25) asserisce che il sodiosalicilato di teobromina, alla dose di 0.50-0.65 gr. può essere somministrato tre volte al giorno, in soluzione o in cachets in pazienti che soffrono di forti dolori di origine arteriosclerotica, con modica sclerosi vasale, ma senza altra malattia di natura circolatoria.

Se il dolore non si attenua notevolmente o sparisce dopo 3-4 giorni di questa cura, è inutile insistere; se invece, come abitualmente avviene, gli accessi anginoidi vengono evitati, l'uso del preparato può venir continuato indefinitamente, diminuendo la dose, o addirittura sospendendo la somministrazione di tempo in tempo, per osservare se il dolore si ripresenta.

I pazienti di angina pectoris non debbono essere considerati come incurabili o assoggettati all operazione, prima di aver tentato la terapia teobrominica. [In Italia il Prof. Marchiafava ha sempre insistito sulla utilità della teobromina nell'angina pectoris. N. d. R.].

Terapia complessa del tetano

M. Tschebull (Clinica Chirurgica dell Università di Graz, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,* 1927, n. 201) riferisce che in 34 casi di tetano, di cui 23 gravissimi, è stata praticata la seguente terapia, alla Clinica Chirurgica di Graz: narcosi eterea, puntura lombare, estrazione del liquor, e sostituzione di questo con egual volume di antitossina (100, poi 200 A. E.); successivamente introduzione per via intestinale di cloralio idrato, e con regolare alternativa, di solfato di magnesio; iniezioni di morfina per via sottocutanea (complessivamente, a tre riprese, nelle 24 ore: 9 gr. di cloralio idrato, 18 gr. di solfato di magnesio; 0.03-0.06 gr. di morfina).

Il trattamento si ripete fino al cessare delle convulsioni.

Dei 34 pazienti solo 6 (cioè il 17.64 %) morirono, ed erano tutti fra quelli più gravi.

L'estratto paratiroideo come antiemorragico

Tenendo conto del fatto che il calcio, con la sua azione coagulante, è un ottimo antiemorragico e che l'estratto paratiroideo è capace di determinare una notevole ipercalcemia, B. Gordon e A. Cantarow (*Journal of. Amer. Méd. Assoc.,* 23 aprile 1927) hanno pensato di adoperare le iniezioni sottocutanee di questo estratto per la cura e per la profilassi delle emorragie stesse. Hanno sperimentato su 347 individui che presentavano emorragie di varia specie e di varia provenienza ed hanno somministrato da 10 a 15 unità ogni 36 ore in una o tre dosi, ottenendo in 304 la emostasi completa, successiva ad una o più elevazioni del tasso calcemico nel sangue circolante.

Nella itterizia l'estratto paratiroideo servì a ricondurre il tempo di coagulazione nei limiti normali ed a prevenire le emorragie.

Sfavorevoli risultati furono invece ottenuti quando si somministrarono dosi troppo alte o anche quando la cura fu eccessivamente lunga; inconvenienti notevoli si ebbero del pari, anche facendo uso di dosi moderate, in alcune condizioni emopatiche (emorragia puerperale, affezioni emorragiche dei neonati, ecc.).

CASISTICA

L'echinococcosi peritoneale

Un uomo affetto da 40 anni da echinococcosi ha subito 5 interventi, tutti quando egli si trovava nelle condizioni della massima gravezza, e dopo i quali si ripigliava sempre talmente da riprendere le normali occupazioni.

Ultimamente presentava una occlusione intestinale che Guyot e Guerin (*Journal de Méd. de Bordeaux* etc. n. 17, 1927) poterono stabilire essere determinata da una nuova cisti aderente al peritoneo parietale e a quello intestinale nello stesso tempo.

Il carattere evolutivo di questa caratteristica echinococcosi è stato in questo infermo caratterizzato da lunghi periodi di benessere, ai quali seguivano bruscamente dolori improvvisi al ventre, con elevazioni febbrili, fino a 39° 1/2-40°, che sembrava dovessero essere determinate da rotture delle cisti nella cavità peritoneale.

Nei due ultimi interventi praticati dagli AA. la caratteristica della affezione consisteva appunto nel numero grandissimo di piccole cisti, che diffuse nel cellulare peritoneale, non potevano permettere una radicale pulizia del cavo.

Sicchè tutto l'ambito peritoneale sia intra che extra, era disseminato di queste cisti derivate dalla rottura di una sola originaria.

Strabismo passeggero, reazione meningea consecutivi alla vaccinazione Jenneriana

Una ragazza di 16 anni rivaccinata con esito positivo, dopo 13 giorni dalla vaccinazione incominciò a presentare diplopia, dapprima intermittente, poi costante, nonchè intensa cefalea.

Si constatava strabismo divergente all'occhio destro anisocoria, lieve trisma. L'esame del liquido cefalo-rachidiano dette segni non dubbi di una lieve reazione meningea; la Wassermann e la Besredka furono negative.

Tutti questi fenomeni, dopo un periodo di acme, andarono attenuandosi progressivamente, fino a sparire il 38° giorno dalla vaccinazione, senza alcun reliquato.

Secondo Ch. Saloz ed E. Frommel (Ginevra, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift,* 1927, n. 20) la sindrome nervosa presentata dalla paziente rappresenterebbe una complicanza della vaccinazione.

Questa osservazione e le altre analoghe comunicate non debbono però scoraggiare il medico, poichè si tratta in ogni caso, di una complicanza *eccezionale* di un metodo che si è imposto dappertutto e sempre.

Sindrome addisoniana da infezione melitense

Montagnani (*Rivista di Clinica Medica,* n. 6, 1927) riferisce che l'infezione melitense può per il suo lento decorso e per la sua speciale azione tossica che spesso la ravvicina a quella tubercolare, produrre, all'infuori assolutamente di questa, una sindrome di Addison tipica e completa in tutti i suoi sintomi, specialmene in individui che per eredità di costituzione si presentino in condizioni dipoevolutismo morfologico tale per cui il sistema surreno-simpatico sia più facilmente aggredibile.

IGIENE

La pasteurizzazione del latte

E. Bertarelli (*Pensiero Medico,* 10 agosto 1927) afferma che tecnicamente si distinguono due metodi di pasteurizzazione: l'alta e la bassa pasteurizzazione.

L'alta (a 85° C.) può uccidere quasi tutti i germi patogeni, ma ha lo svantaggio di conferire al latte un gusto cattivo. Inoltre rende più difficile la separazione della crema e non accontenta i fisiologi, poichè molti degli enzimi sono distrutti non diversamente di quanto avviene nella cottura propriamente detta.

Quindi l'alta pasteurizzazione mentre non garantisce l'assoluta conservabilità e incolumità del latte, presenta ostacoli pratici alla sua applicazione.

La bassa pasteurizzazione è quella che si pratica a 65° C. Essa muta poco il gusto e la digeribilità del latte; non perturba gli enzimi (solo il

Digitized by Google

15 % scompare); non influenza la formazione della crema; non impedisce la ulteriore perfetta utilizzazione per la preparazione della crema e del burro. Le discussioni sulla maggiore o minore conservabilità del latte trattato a questa temperatura non hanno che importanza secondaria. Quel che conta è che veramente a 60°-65°, in un tempo tra 15'-30', si può nettamente uccidere il bacillo tubercolare.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Iodipina associata alla Psicaina. — La iodipina — combinazione dello iodo con gli acidi grassi dell'olio di sesamo — è da tempo nota per le sue proprietà chimiche e biologiche; E. BETTMANN (Clinica Ortopedica dell Universittà di Lipsia, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 20) ha pensato di associare ad essa — al fine di renderne particolarmente giovevole la azione, e di rendere indolori le iniezioni — un anestetico, ed ha prescelto la psicaina, per la sua relativa innocuità e per la rapidità della sua azione, nonchè per la sua maggiore solubilità.

0.5 gr. di psicaina vengono disciolti in un bagnomaria a 50°, e vi si aggiungono 10 cmc. di iodipina al 40 % anch'essi disciolti in bagnomaria.

La dose impiegata per ciascuna iniezione ha variato da 2 cmc. a 60 cmc. (fistole); spesso è stata sufficiente una iniezione; in ogni caso mai più di tre, distanziate da 14-30 giorni di intervallo.

La iodipina-psicaina è stata dall Autore adoperata specialmente in tre evenienze della pratica ortopedica: 1) tubercolosi chirurgica; 2) contratture spastiche; 3) disturbi artritici.

I risultati sono stati molto interessanti: Nella *tubercolosi chirurgica* le iniezioni di iodipina psicaina alleviano il dolore, aiutano il processo di guarigione e rendono possibile la risoluzione delle contratture muscolari prodotte dalla irritazione articolare. Negli ascessi freddi e nelle fistole le iniezioni di psicaina-iodipina hanno sollevato lo stato generale ed hanno fatto diminuire la secrezione.

Anche le *contratture spastiche* sono state favorevolmente influenzate, in quelle di vecchia data i risultati furono diversi, ma in ogni caso fu possibile determinare un miglioramento; nessun esito si ebbe invece negli spasmi postencefalitici e nei casi gravi di morbo di Little.

Nelle *artropatie* di specie diversa (deformante, primitiva, secondaria, etc.), nelle quali i metodi fisici, ed iniezioni di altro genere (soluzione di Pregl, Mirion, fenolcanfora etc.) non avevano dato alcun giovamento, la terapia iodino-psicainica ha dato risultati incoraggianti; come pure risultati favorevoli si sono ottenuti nelle ferite cutanee e nelle ferite infette.

FORMULARIO

Nelle emottisi tubercolari. — Come *cura generale*, riposo a letto, calma, silenzio, dieta composta da 600-800 gr. di latte nelle 24 ore; proscrivere ogni alimento solido.

Sospendere la somministrazione di farmaci congestivi: arsenico, ferro, guaiacolo, iodo, acque solforose.

Nelle *emottisi, esponenti dà una «poussèe» evolutiva,* febbrile, prescrivere:

Estratto tebaico	gr. 0.01

Per una pillola. Di tali n. 20. Una pillola ogni due ore.

Buona anche la trinitrina:

Eroina	gr. 0.05
Soluzione alcoolica di trinitrina al %	gocce XL
Acqua distillata	gr. 10

XV gocce in un cucchiaio d'acqua.

Oppure:

Cloruro di calcio	gr. 3
Cloridrato di morfina	» 0.01
Sciroppo semplice	q. b. per » 100

Un cucchiaio da zuppa ogni due ore.

La segale, invece, non dà buoni risultati.

Se l'emottisi è imponente, si pratichi un'iniezione con 5 milligr. di morfina e due ore dopo un'altra iniezione con 4 centigr. di emetina oppure si dia dell'ipecacauna:

Polvere d'ipecacuana	gr. 1.50
Sciroppo d'ipecacuana	» 30

Un cucchiaino da caffè ogni mezz'ora.

Si può anche far uso del siero gelatinizzato (50 cc. al 2 %).

Se l'emottisi è recidivante e non dominabile con i mezzi medicamentosi, si ricorra allo pneumotorace artificiale, il quale riuscirà a frenare l emottisi tutte le volte che aderenze pleuriche non si oppongano al collasso del polmone.

Nelle *emottisi mestruali,* che sopravvengono cioè in vicinanza delle regole, si calmerà la tosse e lo stato di nervosismo. Si può prescrivere:

Bromuro di canfora	gr. 0.05
Estratto di valeriana	» 0.10
Estratto tebaico	» 0.01

Per una pillola. Di tali n. 20. Tre-quattro pillole al giorno.

Indicata è pure l'opoterapia ovarica (*cachets* di polvere di ovaia fresca da gr. 0.20; due al giorno) e la revulsione sulle cosce.

L'*emottisi di antichi tubercolotici fibrosi o degli ipertesi* si calma col riposo, la dieta lattea, l'applicazione di ventose scarificate sulle regioni renali, un purgante. Agiranno bene anche la trinitrina e l'eroina.

Se si tratta di un *tubercolotico con cardiopatia,* si ricorrerà alla digitalina (V gocce della soluzione al ‰, mattino e sera, per 4-5 giorni di seguito), al riposo a letto e ad una dieta idro-lattea di riduzione.

Nelle *emottisi discrasiche,* che sopravvengono in generale nei tubercolotici con tinta sub-itterica, si useranno a preferenza la pozione col cloruro di calcio e i *cachets* di polvere epatica fresca o piuttosto le iniezioni di estratto epatico.

(S. R. *Journal des Praticiens,* n. 38, 1927).

LIBRI ED OPUSCOLI

BUMKE O. *Trattato di Psichiatria.* Traduzione Italiana di C. Ferrio, con aggiunte originali del Prof. Vitige Tirelli. Un vol. in 8° grande di pag. X + 701 con 195 figure nel testo. U. T. E. T. 1927.

Il trattato dell'illustre Direttore della Clinica Neuropatologica e Psichiatrica di Monaco, che già tanto favore accolse in Germania, viene oggi lanciato in Italia nella accurata traduzione del Dr. Carlo Ferrio, Medico del Manicomio Provinciale di Cremona, integrata da una prefazione ed aggiunte originali del prof. Vitige Tirelli, Direttore incaricato del Manicomio Provinciale di Torino-città.

Lo studio delle cause delle malattie mentali porta l'Autore ad esaminare successivamente i varii fattori che hanno importanza etiologica, e più specialmente l'ereditarietà, le lesioni embrionali, i fattori morbigeni subiti durante la vita (esaurimento, lesioni del cervello, intossicazioni, disturbi endocrini), le cause psichiche.

Un capitolo speciale è dedicato all'anamnesi.

Passando alla sintomatologia generale, il Bumke esamina successivamente i disturbi della percezione, della memoria, del pensiero, del sentimento, della intelligenza, della coscienza, della volontà, dell'azione, della favella.

Una parte del volume è dedicata allo studio dei sintomi somatici, e più precisamente dei caratteri degenerativi, dei rapporti tra conformazione somatica e disposizione psichica, dei disturbi della articolazione della parola, dei disturbi della scrittura, delle anomalie dei riflessi, dei disturbi pupillari, etc. etc.; un'«appendice» a questo capitolo è dedicata all'esame del sangue e del liquor. Particolarmente degno di interesse è il capitolo IX dove l'Autore si occupa della profilassi e della terapia dei disturbi mentali.

A proposito della profilassi ci appare quanto mai commendevole la prudenza dell'Autore per quanto riguarda la *ereditarietà* delle forme mentali e la difesa del principio che *le qualità acquisite nella vita individuale non vengono ereditate.* Egli si schiera del pari coraggiosamente contro coloro che vorrebbero imporre la castrazione per impedire la propagazione della specie agli psicopatici, e contro coloro che vorrebbero applicata la interruzione artificiale della gravidanza in tutte le donne psicopatiche ed alienate.

La *Psichiatria forense* è svolta di proposito ed ampiamente in un interessante capitolo, il quale è opportunamente integrato da una chiara trattazione del prof. Tirelli sulla psicopatologia forense nella legislazione italiana.

Un'appendice estremamente interessante al volume è costituita dall'*Anatomia Patologica delle Psicosi* dovuta al Klarfeld.

Digitized by Google

Ed anche qui abbiamo sinceramente a lodarci della prudenza con cui l'Autore si muove nel delicatissimo campo delle lesioni anatomo-patologiche corrispondenti a determinate psicopatie.

Tipograficamente, il volume, allestito colla consueta cura dall'U. T. E. T., si presenta assai decorosamente.

V. M. PALMIERI

JACKSON C. M. *Gli effetti della inanizione e della malnutrizione sullo sviluppo e sulla costituzione* (The Effects of inanition and malnutrition upon growth anl structure), Ed. P. Backishton's Son e Co. Filadelfia 1926. Un vol. in 8 di pag. 616 con 117 illustrazioni, riccamente rilegato in tela. Prezzo non indicato.

Opera di alto valore scientifico, direttamente scaturita dalla penosa esperienza della guerra mondiale, è questa che il Jackson ora presenta in elegante e ricchissima edizione.

E' un'opera che interessa i ricercatori di tutti i vari campi della scienza medica: dalla biologia, alla anatomia, fisiologia, biochimica, patologia e clinica medica, stante che le alterazioni dipendenti dalla insufficiente nutrizione si possono verificare e studiare negli organismi inferiori, e approfondire con ricerche sperimentali e biochimiche; si possono ripercuotere sulla morfogenesi e si possono presentare quali cause non trascurabili di svariate affezioni.

L'A. dopo aver esposto alcune considerazioni sui disturbi generali dipendenti dalla inanizione e dalla malnutrizione, passa in rivista gli effetti di queste sugli organismi in genere, e in particolare dell'uomo, soffermandosi a considerare dettagliatamente le alterazioni a carico di tutti i singoli sistemi ed apparati organici, nonchè sui vari organi che di questi fanno parte.

L'opera del Jackson può ben dirsi completa in ogni sua parte: essa rappresenta, quindi, il più prezioso e il più moderno ausilio per gli studiosi della complessa questione ed è severo monito alle Autorità deputate alla regolamentazione del vitto.

M a z z o l e t t i A. *Sintomi e tendenze*. Ed. del «Bollettino Chimico-Farmaceutico», Milano, 1926.

P a n c r a z i o F. *Sulla diagnosi differenziale della tubercolosi polmonare*. Estratto dagli «Atti della Società medico-chirurgica di Padova», 1925.

B e n a s s a i E. *Sull'importanza degli organi ematopoietici e dell'apparato reticolo-endoteliale nella produzione di sostanze immuni*, Estratto dall'«Archivio di Patologia e Clinica medica», fasc. II, 1926.

M a g n i L. *Intorno ad una rara forma di contrattura degli arti esservata in un malato affetto da parkinsonismo post-encefalitico*. Estratto dalla «Rivista di Patologia nervosa e mentale», fasc. 1, 1926.

D o n z e l l i J. *Traitement et prophylaxie antipaludéens*. Ed. dell'«Institut Italien de Biologie», Roma, 1925.

QUESITI E RISPOSTE

ABBONATO L. M. Genova. *Quesito*. Se convengano i farmaci vasodilatori negli infermi arteriosclerotici con ipertensione arteriosa.

Risposta. Bisogna procedere con abbastanza circospezione, anche quando la esistenza di uno spasmo vasale diffuso, che sostenga la ipertensione arteriosa, sembri indicare l'uso dei farmasi vaso-dilatatori. Con pareti vasali spiccatamente lese, come in caso di diffusa arteriosclerosi, certe ginnastiche vasali artificiali, come quelle provocabili dai farmaci vasodilatatori, possono riuscire perniciose, disponendo le pareti vasali alla rottura o ressi. A fin di bene, il medico intanto potrebbe provocare una emorragia nel cervello o in altra sede per effetto della somministrazione dei vaso-dilatatori. La cura iodica non è da temere rispetto a questi inconvenienti, perchè non è stato dimostrato farmacologicamente che lo iodio sia un vaso-dilatatore. Esso è, fondamentalmente, un antitossico, oltre ad agire sulle correnti umorali interstiziali; quindi può slargare i vasi se negl'infermi angiospastici riesce a menomare la intossicazione, di cui l'angiospasmo è un effetto o manifestazione: effetto disintossicante, che si verifica lentamente e quindi non può essere seguito da una vaso dilatazione irruenta o acuta, come quella provocabile da un farmaco vaso-dilatatore.

ANDREA FERRANNINI

ABBONATO D. M. Bari. *Quesito*. Come bisogna procedere per praticare le iniezioni sclerosanti nelle emorroidi?

Risposta. Più che per le emorroidi, è per le varici degli arti inferiori che si sono usate molte sostanze per le iniezioni intravaricose a scopo sclerosante. Vi riportiamo, pertanto, per le emorroidi la tecnica di Boas, come è riferita da FRED BLANCHOD (*Consultations du médecin praticien*. Baillière et fils editore, Parigi, 1925).

Il malato, già purgato e sottoposto poi ad un clistere, viene messo in posizione genu-pettorale; rasura dei peli intorno all'ano, applicazione di tintura di iodo e anestesia locale con iniezioni periferiche di novocaina al 0.5 %. Si fa quindi stare l'infermo a riposo e dopo un quarto d'ora lo si riporta in posizione genu-pettorale. Indi si applica una ventosa di Bier sul cercine emorroidario e la si lascia per 10 20 minuti, affinchè le emorroidi diventino molto appariscenti. Tolta via la ventosa, si procede all'iniezione di alcool rettificato con un ago molto sottile: 0.5-1 cc. per ogni nodulo emorroidario in una sola iniezione fatta nel punto più rilevato. Tutti i noduli debbono essere iniettati nella stessa seduta.

Subito dopo si faranno rientrare le emorroidi, con l'aiuto di un po' d'olio di vaselina e le si spingono più in alto possibile.

Alimentazione liquida per evitare la peristalsi intestinale e all'occorrenza un po' d'oppio; dopo 4-5 giorni un purgante salino. Le prime evacuazioni sono talora un po' sanguinanti, ma poco o nulla dolorose; le successive sono normali e il malato può cominciare a levarsi di letto

Rare le complicazioni: tenesmo vescicale, passeggera elevazione febbrile, ascesso perirettale, che guarisce con l'incisione senza fistola, gemizio sanguigno, che si può ben dominare col tamponamento.

Secondo Boas, i risultati con questa tecnica sono di regola eccellenti.

NOTIZIE

Nomine.— Su proposta dell'on. Blanc, Commissario straordinario per l'Opera Nazionale pro Maternità ed Infanzia, il prof. F. Valagussa e il cav. di gr. cr. Carlo Scotti sono stati nominati sub-commissari di detta Opera, rispettivamente per il ramo tecnico e per quello finanziario; il gr. uff. Bonaventura Graziani ne è stato nominato Direttore generale.

Congresso di Zoologia a Budapest. — Dal 4 al 9 di settembre ha avuto luogo a Budapest il Congresso Internazionale di Zoologia, nel quale per la prima volta è stata istituita una sezione speciale *Sulla cultura dei tessuti in vitro*.

Sono intervenuti scienziati da ogni parte del mondo a capo l'Harrison inventore del metodo.

La presidenza aveva fatto invito speciale al nostro Prof. Centanni di intervenire al Congresso, in vista del fatto che egli è stato fra i primi fondatori di tale dottrina e con la sua scuola vi contribuisce con ricerche incessanti e ne esce ora in tedesco il più completo Trattato su tale vasta e delicatissima materia.

IV Riunione internazionale per le malattie professionali.— Dal 3 al 6 aprile 1929 avrà luogo a Lione la IV Riunione della Commissione internazionale permanente delle malattie professionali. Le relazioni ufficiali saranno: 1. La silicosi; etiologia, clinica, legislazione (tre relazioni). 2. Le pneumoconiosi. 3. La cataratta d'origine professionale; etiologia, clinica (due relazioni). 4. Apparato endocrino e intossicazioni. 5. Comunicazioni inedite. Probabilmente vi sarà anche una relazione sulla «Statistica delle malattie del lavoro».

Per informazioni rivolgersi al prof. Etienne Martin, direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Lione, o al segretario della Commissione dott. L. Carozzi, Service d'Hygiène B. I. T., Ginevra.

Corso superiore di educazione fisica a Venezia.— Si è recentemente inaugurato a Venezia, nella sala napoleonica del Palazzo Reale, il corso superiore di educazione fisica per i maestri italiani, indetto per la seconda volta dalla Scuola «Pietro Gallo». Ha tenuto la lezione inaugurale il prof. Massimiliano Cardini, della R. U. di Roma, trattando della importanza dell'educazione fisica attraverso i secoli. Il corso ha lo scopo di dare ai maestri una maggiore coltura ed una maggiore pratica dell'educazione fisica del fanciullo e di preparare inoltre l'inquadramento dei giovanetti nelle Istituzioni giovanili create dal Governo fascista.

Corso di perfezionamento alla Scuola Medica Ospedaliera di Napoli. — Dal 1° novembre al 4 dicembre a. c. avrà luogo nella Scuola Medica dell'Ospedale Incurabili un corso di perfezionamento in medicina e chirurgia e specialità al quale potranno iscriversi i laureati in medicina e chirurgia e i medici condotti.

Nel corso di medicina pratica saranno trattati argomenti speciali di cardiologia (Prof. Pace), di malattie dell'apparato digerente (Prof. Castronuovo), di malattie epatiche e renali (Prof. Bucco), di malattie dell'apparato respiratorio (Prof. Patricelli), di sierologia (Prof. Bizzicalupo).

Digitized by Google

Nel corso di chirurgia pratica saranno eseguite operazioni chirurgiche e verranno dettate lezioni di clinica chirurgica generale, di semiotica chirurgica, di traumatologia, di chirurgia di urgenza, di urologia, di dermosifilopatia dai Proff. Iacobelli, Laccetti, Scanga, Bruni, Mosca, de Berardinis.

Le domande in carta semplice dovranno essere indirizzate al Presidente della Scuola Medica Ospedaliera Prof. Gabriele Tedeschi e consegnate all'ispettore degli Incurabli Sig. Giuseppe Renzi dal quale potranno essere fornite tutte le informazioni che si desiderano.

L'iscrizione verrà fatta d'ufficio al pervenire di vaglia di lire 100, diretto al Presidente della Scuola Ospedaliera, Ospedale Incurabili e si chiude il 30 ottobre 1927.

Prima dell inizio del corso gli iscritti devono presentare il diploma di laurea o un certificato equivalente.

Verrà rilasciato a coloro che avranno con regolarità seguito le lezioni e le esercitazioni pratiche alla fine del Corso un certificato.

Tutti gli iscritti potranno nelle ore libere assistere ad operazioni, visite, esercitazioni speciali e frequentare gli ambulatori, gli istituti o le sale dei diversi insegnanti previo consenso dei rispettivi Direttori.

Nella stampa medica. — Ha iniziato le sue pubblicazioni il «Giornale medico dell'Ospedale civile di Venezia», che riunirà i risultati delle osservazioni e delle ricerche eseguite in quell attivo centro di studi. Il nuovo periodico, che è bimestrale, è redatto da F. Brunetti e F. Delitala; segretario ne è il dott. Cagnetto.

Il primo numero (maggio-giugno) pubblica pregevoli articoli di D. Giordano, F. Brunetti, G. Jona, G. Marconi e C. Ciceri, nonchè i resoconti delle adunanze scientifiche tenute nell'Ospedale e la cronaca ospedaliera. L'abbonamento annuo costa L. 20; ogni numero separato L. 4.

Auguri al nuovo periodico.

Statistica dei figli illegittimi. — Dal Bollettino mensile dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia rileviamo che i figli illegittimi in tutto il Regno nel 1922 sommarono a 50.845, nel 1923, a 49,272, nel 1924 a 53,874; in un triennio quindi si ebbero più di 150.000 illegittimi, corrispondenti cioè, ad 1 per ogni 21 legittimi.

NECROLOGIO

ALFONSO MONTEFUSCO

Un uomo buono, uno scienziato profondo, un clinico illustre, è morto sulla breccia come un soldato in guerra. E tutta una battaglia è stata la vita del prof. Montefusco, direttore dell'ospedale Cotugno.

Nato nel '62 dopo gli studi classici si iscrisse ai corsi di scienze naturali e tanto amore pose agli studi di zoologia che si conservano ancora di lui lavori importanzi.

Le scienze mediche però lo attraggono di più e chiesto il passaggio di facoltà per gli ottimi punti sempre conseguiti gli fu concesso sostenere gli esami di laurea un anno prima.

A 22 anni medico, manifestatosi in colera a Napoli egli domandò di essere assunto in servizio municipale all'antico ospedale contumaciale della Conocchia. La madre, che gli fu fedelissima e saggia consigliera, voleva dissuaderlo e mostrargli il pericolo cui andava volontariamente incontro ma egli con la sua dialettica spiccata seppe tanto convincere la sua adorata genitrice da averne il suo assenso e la sua benedizione. Così si inizia la carriera del Montefusco in ospedale infettivo e così doveva chiudersi la sua breve vita.

Alla Conocchia, con i suoi egregi colleghi fra cui mi è caro ricordare il prof. direttore Armanni, il prof. Orazio Caro, impara a combattere i morbi infettivi in ambiente poco adatto e privo di ogni mezzo di profilassi; pure egli ed i colleghi fanno prodigi e sanno combattere, arginare e debellare la fierissima epidemia di colera che mietè migliaia di vittime. L'ospedale della Conocchia però si dimostrò niente adatto allo scopo e le autorità tentarono allora creare un locale proprio d'isolamento per le malattie infettive. Una zona, lontana dall'abitato, fu scelta e furono impiantate delle baracche di legno ove trasportarono ed inviarono gli ultimi malati di colera. Così si apre l'ospedale Cotugno nel 1885. Il Montefusco, cessata l'epidemia di colera, passò all'ufficio centrale del municipio come medico ispettore e col Caro entrarono nel personale dell'Istituto d'igiene che era allora da poco diretto dal De Giaxa.

Questi, facendo rifulgere il suo genio di scienziato e sperimentatore profondo, comprese quanto valessero questi giovani e li iniziò alle ricerche d'igiene e di batteriologia. All'ufficio centrale del municipio però si esplicarono massimamente le attività del Montefusco e dall'Autorità veniva spesso impegnato in delicati servizi che con la massima cura e competenza, esplicava. Così pregato per gli studi sulla fognatura di Napoli in 24 ore dette all'amministratore del ramo una dettagliata relazione che ebbe l'elogio di tutto il corpo amministrativo. Non trascurò però anche in questo periodo di intenso lavoro municipale gli studi scentifici riuscendo a conseguire la libera docenza in igiene e in malattie infettive e pubblicando pregevoli lavori. La sua opera era però sempre maggiormente richiesta dal municipio e riluttante accettò dopo lunga e gentile polemica con l'allora sindaco Nicola Amore il posto di direttore al Cotugno. Giunto colà tra baracche di legno, in ambiente tutt altro che igienico e degno di uno ospedale infettivo, iniziò la sua opera. Distribuisce i malati con un criterio più tecnico, impianta un laboratorio di batteriologia, stabilisce un servizio medico di assistenza continuo, rende insomma quello ambiente degno in massima parte del nome di ospedale. Scrive ed ottiene dal municipio altri padiglioni che hanno dato fino a pochi anni fa un ottimo rendimento; impianta la sala di croup che a tante tenere vite ha giovato ed invita il prof. Massei ad insegnare al personale l'intubazione allora di nuovo in auge ed egli stesso impara la tecnica.

L'ospedale intanto cambia di aspetto e l'epidemia di colera del 910-911 lo trova sereno e pronto al suo posto. Il Re visita l'ospedale e si compiace con lui per l'ottimo funzionamento e le Autorità sono fiere di un tanto funzionario che dedica tutta la sua vita tutta la sua intelligenza a questa sua creazione. Ben vedeva il Montefusco che con un ospedale in legno non si poteva andare avanti e tanto chiese tanto pregò che si iniziarono le costruzioni dei padiglioni in muratura diretti da lui e dal De Giaxa ma, come tutte le cose di Napoli, lunghe pause di inattività succedevano a periodi di lavoro provocati quasi sempre dal bisogno in periodo di epidemia; così un altro impulso si ebbe nell'epidemia del 17-20-21. Le sorti però dell'ospedale, in questo ultimo periodo, sembravano radicalmente cambiate: l'ambiente diverso, l'impulso motore centrale, giovanile, dinamico del governo aveva dato altra autorità agli amministratori, il nuovo direttore d'igiene poteva più liberamente chiedere il da farsi e si compivano la fognatura con una stazione centrale di disinfezione dei materiali fecali, una stufa di disinfezione ed altri padiglioni.

Il Montefusco che vedeva il suo ospedale trasformarsi era felice; la sua diuturna fatica vedeva il compimento e godeva; ma non per lui che ben sentiva la fine ma per la sua Napoli, per i suoi malati che potevano essere bene accolti e curati. Con la storia dell'ospedale è la storia della vita di Montefusco. Egli ha saputo in quell'ambiente, lontano dai rumori della città, isolato da tutti, far sentire la sua voce e le sue abbondanti pubblicazioni stanno a dimostrare lo scienziato ed il clinico profondo. I Lavori sul croup, sulla sieroterapia sono monumenti di coltura e di sapienza e gli ultimi suoi studi sulla vaccinoterapia dimostrano come la sua mente ben sapeva dedurre dalla larga pratica. Egli fu il primo a provare la vaccinoterapia antimeningococcica e i suoi lavori, citati in congressi, gli hanno riscosso il plauso generale. Questa vita spesa così tutta per il suo ospedale è finita proprio quando poteva un po' riposarsi. In questo ultimo periodo di sua attività gli era grato sentire la stima e l'affetto del suo capo prof. Orsi e di tutta la città, la devozione e la venerazione dei suoi discepoli. E' morto come è vissuto sempre unicamente per l'ospedale dopo poche ore che l'aveva lasciato. Sia gloria a questo grande e nobile ingegno!

Prof. Enzo Romanelli

— Un accidente alpinistico ha sottratto alla scienza il prof. Otto Sachs, chiaro sifilo-dermatologo, in età di 57 a.

Successivamente discepolo ed assistente dei professori Neisser, Ehrmann, Finger, Paltauf, mentre si corredava di contributi notevoli nel campo dermatologico, nello studio delle spirochete, delle seroreazioni etc. perveniva allo straordinariato nel 1923.

La sua attività, oltre che nell'insegnamento, di cui riassume i vari aspetti, un Trattato di Dermatologia, fu lodevole anche negli studi nel campo sociale, infortunistico, assicurativo.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 10 Ottobre 1927 — N. 41

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
Direttore: Prof. Sen. A. CARLE (†)

DELL'ERNIA INGUINALE DESTRA POSTUMA AD APPENDICECTOMIA

per il dott. GIACINTO GIORDANO
Aiuto volontario e Docente

Poco è detto intorno ad alcune conseguenze dell'appendicectomia, in particolare dei postumi erniari. I trattati classici non ne fanno menzione, e solo se ne trova in qualche monografia. Può interessare dirne in proposito avendone noi osservate. Su circa un migliaio di ernie operate, quattro aventi sede a destra, in individui adulti, poterono difatti, per la loro eziologia ed i particolari caratteri che presentavano, riferirsi a postumi di appendicectomia.

L'ernia comparve in media circa dodici mesi dopo l'appendicectomia: la più precoce dopo quattro mesi; la più tardiva dopo due anni.

In tutti i casi si operò a freddo e la ferita operatoria guarì per prima intenzione.

Due furono operati da noi con l'incisione del Mac Burney da un altro chirurgo gli altri due.

Osservazione I. B. Pasquale d'anni 47. Il 1° agosto 1911 è operato da un altro chirurgo di appendicectomia a freddo.

Guarigione per primam.

Il 1° dicembre 1911 giunse alla nostra osservazione accusando un tumore erniario destro, comparso circa quattro mesi dopo la pregressa operazione.

L'ernia è scrotale, perfettamente riducibile, con anello esterno molto dilatato. Nulla di notevole all'esame della regione inguinale di sinistra. La cicatrice operatoria è robusta e senza traccia di sventramento.

Op. 2 dicembre 1911. Sacco obliquo esterno a pareti sottili, vuoto: i muscoli piccolo obliquo e trasverso sottilissimi. Cura radicale Bassini. Guarigione per primam.

Osservazione II. S. Giovanni, d'anni 23 operato da noi di appendicectomia a freddo, nel settembre 1913, con incisione del Mac Burney.

Guarigione per primam. Ritorna nell'ottobre 1914 con un'ernia inguinale destra, discretamente voluminosa, riducibile, comparsa circa nove mesi dopo l'operazione.

Negativo l'esame della regione inguinale sinistra. Cicatrice operatoria appena visibile, non sfiancata. Operazione 19 ottobre 1914. Sacco a tipo obbliquo esterno, a pareti sottili, facilmente dissociabili dagli elementi del cordone, vuoto. I muscoli piccolo obbliquo e trasverso dell'addome ridotti ad una sottile lamina di aspetto fibroso.

Osservazione III. T. Giuseppe, d'anni 36. Nel maggio del 1918 fu operato da un altro chirurgo di appendicectomia a freddo, guarendo per prima intenzione. Due anni dopo circa, notò alla regione inguinale destra la comparsa di una tumefazione indolente che scompariva con la pressione e col decubito orizzontale. La cicatrice operatoria non presenta sfiancamento. Ernia inguinale destra perfettamente riducibile. Normale la regione inguinale sinistra.

Op. 24 giugno 1920. Sacco a tipo obbliquo esterno, a pareti sottili, vuoto. Anche qui, come nei casi precedenti, rilevasi flaccidezza ed estrema sottigliezza dei muscoli piccolo obbliquo e trasverso. Cura radicale Bassini. Guarigione per primam.

Osservazione IV. B. Antonio, d'anni 43. Due mesi dopo un attacco appendicolare venne operato (febbraio 1922) di appendicectomia con incisione del Mac Burney, ottenendo guarigione per primam.

Nel gennaio del 1923, cioè circa un anno dopo, notò la comparsa di un'ernia inguinale destra, che andò progressivamente aumentando di volume. La parete anteriore del canale inguinale destro è rilassata. Orificio inguinale esterno molto allargato. Nulla di speciale si nota alla regione inguinale sinistra ed alla sede della pregressa operazione. Operazione il 1° marzo 1923. Sacco vuoto, sottilissimo, obbliquo-esterno, e che si dissocia con tutta facilità dagli elementi del funicolo. Flaccidi ed esili i muscoli della parete posteriore. Cura radicale Bassini. Guarigione per primam.

Trattasi di quattro casi di ernie inguinali obblique-esterne destre perfettamente riducibili, a sacco vuoto, senza caratteristiche esteriori speciali.

Operatoriamente presentavano:

una parete aponeurotica rilassata ed assottigliata;

sacco a pareti sottili, sempre facilmente isolabile dagli elementi del funicolo, vuoto, ed affatto privo di qualsiasi aderenza;

una parete muscolare atrofica, tanto da dare nel II caso l'impressione che fosse ridotta a una specie di lamina fibrosa.

Fatto degno, di rilievo, in questi quattro casi è la loro etiopatogenesi.

Escluso, per la particolare cura con cui furono raccolte le storie cliniche e pei reperti operatori riscontrati, che la comparsa dell'ernia, dopo l'appendicectomia, fosse una pura coincidenza dovuta ad un sacco congenito preformato, si può credere che si trattasse di ernia acquisita.

Ciò stabilito, pure può escludersi che nei casi nostri, per l'anamnesi raccolta, si trattasse di ernia traumatica.

Ed allora, le cause che nei nostri casi possono aver favorito la comparsa dell'ernia possono ridursi a tre ordini:

1° a spinta endo-addominale;

2° ad aderenze epiploiche pre o post-operatorie;

3° a diminuita resistenza della parete, intesa, in senso lato, tra le conseguenze dell'appendicectomia (alterato trofismo locale, lesioni nervose, ecc.).

La prima causa può essere dovuta ad uno sforzo violento od a sforzi ripetuti e continui (cosa da escludersi nei nostri casi).

La seconda causa sarebbe legata all'azione di aderenze epiploiche al peritoneo della regione inguinale e della fossa iliaca corrispondente. Tali aderenze che potrebbero formarsi sia durante la crisi appendicolare, sia in seguito all'atto operatorio, trasmetterebbero, durante gli sforzi, degli impulsi localizzati nei punti di loro adesione: impulsi che, ripetendosi a lungo, sforzerebbero il diaframma peritoneale nel punto più debole, cioè nella fossetta inguinale esterna, dando così origine all'ernia.

E' questa la tesi che sostengono Oudard e Jèan, i quali, in otto casi di ernie inguinali destre consecutive ad appendicectomia, hanno costantemente riscontrato diffuse aderenze epiploiche non pure col sacco, ma col peritoneo della fossa iliaca corrispondente.

Pertanto nei nostri casi, non essendosi riscontrato alcuna aderenza, come dicemmo, pure detta causa è da escludersi e nemmeno la si può invocare.

Può invocarsi invece la terza causa cioè la diminuzione di resistenza della parete, conseguente, in senso lato, al traumatismo operatorio muscolo-aponeurotico: in linea speciale ad alterato trofismo locale o a paresi dei muscoli per lesioni nervose.

Circa il traumatismo muscolo-aponeurotico, è fuori discussione che, in certi casi di appendicectomia che necessitano un'incisione ampia in basso, fin quasi all'anello inguinale esterno, seguita talora per lungo tempo da drenaggio, si possa creare un indebolimento della parete anteriore del canale inguinale, causa l'alterato trofismo della parete conseguente all'intervento. Tuttavia, pur riconoscendo, con molti autori, il fattore della debolezza della parete anteriore del canale inguinale nella genesi delle ernie, non crediamo se ne debba esagerare l'importanza.

Se ne ha conferma di fatto nei nostri casi, nei quali l'incisione praticata non fu ampia, nè si praticò il drenaggio e si ebbe sempre guarigione per primam.

Più verosimile è la tesi della paresi dei muscoli della parete posteriore del canale inguinale per lesioni nervose. Se le no-

Digitized by Google

tre ricerche bibliografiche non sono errate, essa è stata richiamata per primo dall'Hoguet nel 1911. Quest'autore, che si era già occupato dell'importanza di preservare i nervi della parete addominale nelle incisioni laparotomiche, su 190 casi di ernie inguinali destre, ne trovò otto, in cui, antecedentemente alla comparsa dell'ernia, era stata eseguita un'appendicectomia.

Il tempo trascorso dall'appendicectomia alla comparsa dell'ernia variò da un minimum di due settimane ad un maximum di quattro anni. Nella maggioranza dei casi la ferita era stata drenata: il taglio era stato ampio e quindi maggiore probabilità di lesioni nervose.

Secondo l'autore la ragione della comparsa di tali ernie è dovuta a lesione di nervi del canale inguinale con paresi dei muscoli rispettivi. È noto che questi muscoli sono innervati dai n. grande addomino-genitale e piccolo addomino-genitale che traggono la loro origine entrambi dal primo nervo lombare.

In alto entrambi i nervi passano a circa due cm. medialmente alla spina iliaca anteriore-superiore, incrociando una linea tirata da questa all'ombelico.

Benchè l'ordinaria incisione per l'appendicectomia scorra quasi parallelamente ai predetti nervi, si può facilmente comprendere qual pericolo essi corrano anche quando le fibre del muscolo obbliquo interno e trasverso anzichè tagliare siano soltanto dissociate.

Abbiamo all'uopo istituito ricerche sul cadavere ed abbiamo potuto constatare che se la dissociazione delle fibre muscolari del piccolo obbliquo interno e trasverso è spinta troppo in fuori, e quindi in tutta vicinanza della spina iliaca anteriore-superiore, si produce inevitabilmente e costantemente uno stiramento o addirittura uno strappamento di uno od entrambi i nervi.

Conseguenza di questa sezione o stiramento dei nervi è la paralisi dei muscoli della parete posteriore del canale inguinale, donde un punto debole, che viene a costituirsi per la formazione dell'ernia.

È quello che a nostro parere deve accidentalmente essere capitato nei nostri casi, in cui, con ogni probabilità tali nervi vennero o sezionati, o stirati ed allacciati in massa nelle suture.

I casi hanno carattere di accidentalità: comunque sono capitati. Possiamo pertanto spiegarci le riserve di Oudard e Jèan, che in proposito si mostrarono scettici, adducendo un carattere di eccezionalità anche meno che si convenga ai casi medesimi. D'altra parte le osservazioni similari di Schwalbach, di Mintz, Fowler, Wakeley, Hoguet, fino a quelle più recenti di Bellot, unitamente alle constatazioni fatte appositamente dal Mantelli in operazioni di ernie, ci permettono di accettare la tesi più sopra accennata, che cioè alcuni casi di ernie inguinali destre possano conseguire a indebolimento della parete inguinale posteriore, causa atrofia muscolare inguinale per sezione o stiramento eccessivo dei nn. grande e piccolo addomino-genitale e per inclusione degli stessi nella sutura.

Ne deduciamo quindi che al chirurgo che si accinge ad eseguire un'appendicectomia, tra gli altri compiti incombe anche quello di evitare colla massima cura la lesione di tali nervi.

BIBLIOGRAFIA

Bellot. Contribution aux hernies inguinales droites après appendicectomie. Archives de Médecine et Pharmacie navales. Vol. III, n. 5, 1923. — Fowler. Right Inguinal Hernia following Appendicectomy Int. Journ. of Surgery vol. 27, n. 4 aprile 1914. — Hoguet. The Nerve suppley of the anterior Abdominal Wall and its Surgical Importance. Annals of Surgery, vol. 54, pag. 153, 1911. — Idem. Annals of Surgery, vol. 54. pag. 672, 1911. — Jean G. Les zones neutres de la paroi abdominale Soc. di Chir. di Parigi, 30 giugno 1920. — Mintz. Zur Entstehung von Leistenbruchen nach Operationen wegen Appendicitis. Zentr. f. Chirurgie, vol. 41, pag. 674, 1914. — Mantelli. Un particolare nella cura radicale dell'ernia inguinale. La Riforma Medica, n. 47, 1909. — Idem. Ancora di un particolare dell'ernia inguinale. La Riforma Medica, n. 23, anno 1910. — Oudard e Jean. Hernies inguinales droites après appendicectomie. Journal de chirurgie, vol. 20, pag. 584, 1922. — Schwalbach. Zur Frage von der Entstehung der traumatischen Hernien. Zentr. f. Chirurgie, pag. 420, 1914. — Wakeley. The Lancet, vol. 197, n. 5024. 13 dicembre 1919.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE E DI CLINICA CHIRURGICA PROPEDEUTICA DELLA R. UNIVERSITA' DI NAPOLI
diretto dal prof. D. B. RONCALI

NUOVO CONTRIBUTO CLINICO ALL'INNESTO DELL'OVAIO

per il dott. RAFFAELE CALVANICO — Assistente

Riferisco su di un secondo caso di innesto ovarico da me eseguito:

Trattasi di una donna ancora giovane, Mucedola Antonietta fu Carlo di anni 30 da Castellammare di Stabia, la quale a 20 anni aveva avuto perdita della mestruazione senza causa apprezzabile. Passata a matrimonio in tali condizioni era rimasta sterile.

Nè l'anamnesi familiare, nè quella individuale, nè le varie indagini sierologiche giustificavano tale fenomeno.

Donna a conformazione scheletrica regolare con stato di nutrizione scadente: dimostrava molto più dell'età reale potendosi aggiudicarle non meno di 45 anni.

La ragione che la indusse a presentarsi a me fu la preoccupazione dell'assenza completa delle mestruazioni, la quale essa sperava fosse cessata col matrimonio e che ora, associandosi con la sterilità dell'unione, l'affliggeva più che mai.

La conformazione degli organi genitali risultava apparentemente normale e nessuna traccia di lesioni infiammatorie si poteva in essi rinvenire.

Data l'età del soggetto, l'amenorrea poteva oramai considerarsi come definitiva.

Le proposi di innestarle un'ovaio funzionante e la donna accolse la mia proposta con vivo entusiasmo.

La datrice consenziente fu trovata in una ricesarizzata che, perfettamente sana, era al termine della sua quarta gestazione.

Nella determinazione dei rispettivi gruppi sanguigni i globuli rossi di ciascuna delle donne furono entrambi agglutinati dall'agglutinina A. Essi dunque appartenevano al gruppo II.

Il 20 Novembre 1926 procedetti all'operazione.

Dapprima operai di taglio cesareo ed ovariectomia sinistra la donatrice e, raccolto in una capsula sterile l'ovaio che appariva perfettamente normale, procedetti alla seconda operazione sulla donna amenorroica.

In questa le ovaie erano perfettamente sviluppate senza segni apparenti di lesioni anatomiche.

Procedetti subito all'impianto ovarico nella esecuzione del quale mi uniformai, così come nel primo innesto da me eseguito, alle norme di Woronoff per l'impianto del testicolo. Sezionai l'ovaio in tre parti e l'impianto fu eseguito nel seguente modo: Un terzo fu impiantato nello spazio sottoperitoneale risultante dal distacco di un lembo peritoneale anteriore a livello del legamento largo in modo che la superficie cruenta fosse a contatto con la sierosa e la superiore libera dell'ovaio emergesse in parte verso la cavità peritoneale; un secondo frammento fu messo a livello dell'istmo anteriormente. L'altro terzo poi fu impiantato all'atto della chiusura della ferita addominale fra il muscolo retto e la fascia addominale.

Tanto la datrice che l'ospite guarirono rapidamente e per prima intenzione dall'intervento. Il 20 dicembre 1926 cioè un mese dopo l'intervento l'ospite mi fece avvertito con molta gioia, che le era comparsa senza disturbo una modica metrorragia ad andamento mestruale che le durò tre giorni.

Il mese seguente con l'anticipo di tre giorni sulla precedente altra metrorragia a carattere mestruale della durata di circa quattro giorni.

Così nel mese di febbraio, di marzo e di aprile, ecc. fino a questo mese in corso accompagnata da turgore delle mammelle si è presentato il ciclo mestruale normalmente.

Notevole è il fatto che la ricomparsa della mestruazione in questa come in una precedente mia operata si è associata ad uno stato di floridezza, e di benessere che la donna vivamente ha accusato.

L'inappetenza, l'atonia intestinale, il senso di stanchezza, lo stato di scadimento organico quasi senile, la frigidità sessuale sono andati man mano cessando per scomparire totalmente. Fino al punto che la paziente volle rilasciarmi una sua dichiarazione firmata in cui afferma entusiasticamente il successo ottenuto dall'operazione.

Digitized by Google

Siamo dunque di fronte ad un indubbio successo di impianto ovarico ed al buon risultato deve aver concorso assieme con la tecnica accurata, anche la buona scelta della datrice specialmente in riferimento all'affinità sanguigna. Vero è che Woronoff si contenta di affinità assai più vaghe per garentire la riuscita dell'innesto, ma il caso dell'innesto ovarico nell'intento ben determinato di ristabilire una funzione specifica mancante è assai più delicato che non quello dell'attecchimento generico di un innesto.

Del resto il risultato ottenuto non è nuovo nella storia degli innesti ovarici. Già con esperimenti che io ho condotto per vari anni, ho potuto darmi ragione di ciò che ho detto e nell'istesso tempo chiarire la sorte dell'innesto ovarico.

In tali mie esperienze, per eseguire il controllo istologico feci decorrere un tempo vario e cioè prelevai i pezzi innestati da un minimo di 10 giorni ad un massimo di un anno ma anche in tutti i periodi intermedi eseguendo le autopsie sistematicamente ogni mese.

Ho potuto così assodare che l'ovaio, tolto ai rapporti a cui è adattato, sottratto alle influenze sotto le quali si è sviluppato, inevitabilmente è costretto a morire. Perciò ci sarà da aspettarsi non la ricomparsa di una funzione specifica ma solo un miglioramento dello stato generale, in rapporto all'attività endocrina delle cellule interstiziali più resistenti di quelle ovariche e delle follicolari.

Ovaie anatomicamente sane ma insufficienti come nel caso nostro oppure disfunzionanti possono normalizzarsi sotto l'influenza di un trapianto omoplastico: così avvenne per le due donne da me innestate.

OSPEDALE "INCURABILI,, — III SALA UOMINI
Reparto prof. CASTRONUOVO

SULLA FREQUENZA, PATOGENESI E SEMIOLOGIA DELLE SCISSURITI E PERISCISSURITI INTERLOBARI

per il prof. GIACOMO CAUTIERO
Libero docente di Patologia spec. medica

Gli studii sul meccanismo patogenetico di molte alterazioni delle vie respiratorie sia acute che croniche, l'approfondita ricerca delle tappe dei germi nell'invadere i polmoni sia per le vie aeree che per quelle sanguigne e linfatiche, le conoscenze perfezionate sull'azione protettiva delle stazioni linfatiche e dei rivestimenti sierosi; ma sopratutto le reciproche illustrazioni e spieghe, che l'esame radiologico e quello semiologico fisico e funzionale hanno fornito nei varii stadii morbosi degli organi toracici, hanno messo in luce la grande frequenza delle alterazioni ganglionari, linfatiche, ilari e perilari ed insieme la partecipazione quasi inevitabile della sierosa pleurica che così intimi rapporti anatomici e funzionali ha con le regioni ilari.

Le prime constatazioni si sono verificate nel campo della t. b. c. nel quale la documentazione radiologica ha affermato la precedenza e spesso la prevalenza delle alterazioni ilari e perilari sulle altre localizzazioni. Ma questo concetto del soffermarsi dei germi nelle tappe linfatiche mediastiniche centrali alle radici dei polmoni ed il lento lavorio di propagazione e di difesa nel circumambiente, che ivi si determina, deve estendersi a tutte o quasi le affezioni infettive dell'albero respiratorio, perchè, qualunque sia la via di penetrazione, è verso quella sede di confluenza e di remora che detti germi sono avviati e quivi avvengono le più cospicue reazioni infiammatorie difensive; sia che si limitino alle iperemie, infiltrazioni plasmatico-leucocitarie e proliferazioni connettivali, sia che sbocchino nelle essudazioni massive sierose o purulente, sia che infine diano luogo a fenomeni di necrosi, di ulcerazioni e di gangrena. Da ciò la frequenza delle scissuriti interlobari e delle periscissuriti che l'esame radiologico e quello anatomo-patologico dimostrano quasi costanti in ogni vasto processo infiammatorio pulmonare.

Non è però facile, senza sospettare la frequenza e la latenza di questi processi, il riconoscerne gli attributi, i quali dal punto di vista clinico devono essere sempre più fissati e ribaditi coll'accertamento radiologico che ha aperto così sicure vie alla diagnostica delle lesioni centrali dell'albero respiratorio. È dunque indispensabile non solo tener sempre presente il vecchio criterio dei medici pratici circa l'esistenza di lesioni centrali dei polmoni capaci di nascondersi ad ogni investigazione semiologica diretta, ma che molte di queste alterazioni centrali sono dovute alle reazioni pleuriche perilari ed interlobari ed il polmone risente solo in modo indiretto, più per la compressione, gli effetti della malattia. I rapporti anatomici spiegano perfettamente questo andamento e queste correlazioni, poichè mentre la faccia esterna dei polmoni, liscia e convessa, mostra l'affiorare della scissura interlobare, diretta obliquamente dall'alto in basso e da dietro in avanti, onde si chiama *scissura obliqua;* essa a destra si biforca, a mezzo di un prolungamento quasi orizzontale (*scissura orizzontale*) diretta verso il bordo anteriore del polmone destro. Nella profondità queste scissure raggiungno le vicinanze dell'ilo. La faccia interna dei polmoni, detta mediastinica, ha intimi rapporti con l'ilo, dove confluiscono le formazioni anatomiche e si moltiplicano i rapporti con le ramificazioni dei bronchi, dell'arteria polmonare, delle vene ed arterie bronchiali, dei vasi linfatici, dei nervi, senza trascurare gli altri rapporti di queste formazioni col pericardio, cuore, aorta e vene cave — per quel che concerne il mediastino anteriore — e l'esofago, tronchi vagali, dotto toracico e vene azigos, per quel che riguarda il mediastino posteriore.

È proprio il peduncolo pulmonare che offre il modo di distinguere una porzione anteriore del mediastino o preilare e una posteriore o postilare, ed i linfatici polmonari possono raggrupparsi in superficiali e profondi con rapporti multipli che raggiungono anche le catene gaglionari appartenenti sia alle regioni alte cervicali, sia a quelle basse diaframmatiche e sotto-diaframmatiche. Detti linfatici pulmonari arrivano all'ilo in un gruppo di gangli disposti intorno alle prime divisioni bronchiali (gangli broncopolmonari o ilari) che sono molto numerosi ed i più profondi sono situati a 3-4 cm. di distanza dall'ilo.

Orbene la pleura mediastinica, continuazione naturalmente così di quella che riveste la faccia convessa ed esterna del polmone come di quella diaframmatica, nel riflettersi sulla faccia anteriore del peduncolo polmonare, giunta all'estremità esterna di esso, si continua col foglietto viscerale, ma in effetti questo andamento consente di dividerla in due parti, una posteriore o retropeduncolare, in rapporto col mediastino posteriore e con gli organi contenutivi, e una anteriore o prepeduncolare, che completa la guaina sierosa del peduncolo stesso, formando come una specie di racchetta che si termina in giù col così detto legamento del polmone.

Mentre all'interno esistono in profondità i ricordati intimi rapporti tra la parte interlobare delle pleure e le regioni degli ili, all'esterno sulla parte convessa del polmone, la scissura interlobare si inizia in corrispondenza dell'apofisi spinosa della 3ª dorsale e va al punto di passaggio — in avanti e in basso — della 6ª costola alla sua cartilagine costale, bene inteso che a destra in corrispondenza della linea ascellare, la scissura media e orizzontale si dirige verso la inserzione sternale della 4ª cartilagine costale.

La ricerca semiologica del comportarsi dei margini polmonari e della risonanza sternale e spondilea vertebrale giova molto nella diagnostica delle scissuriti e delle adenopatie satelliti.

Poichè dietro la porzione superiore dello sterno si trovano i margini anteriori dei due polmoni che giungono quasi a contatto fra loro sulla linea mediana, separando i grossi vasi sottostanti dalla faccia posteriore dello sterno la percussione su questo provoca normalmente un suono chiaro, dovuto al pulmone, per il tramite dello sterno, che convibra estesamente, anche là dove si è alquanto distaccato dai polmoni. Perciò Cardarelli afferma (con i migliori Semiologi) che, in condizioni normali, percuotendo sul manubrio, si ha sempre suono chiaro; e, se questo è ottuso, ciò è già patologico, poichè l'aorta sana non è capace di dare modificazioni plessimetriche sullo sterno (Maragliano e Livierato). Altri autori, invece, come il Peter e Zeri ammettono che sia fisiologica un'ipofonesi restrosternale a livello del 2º spazio, con massimo diametro di 3-5 cm. quale proiezione all'esterno di tutto il fascio vascolare sopracardiaco. Se si fa rovesciare il capo all'indietro, stando l'infermo in posizione verticale, e si sposta il laringe di lato o in alto, si provoca così un maggiore contatto fra trachea, grossi vasi e manubrio, ciò che rende più facile durante la percussione sternale il rilievo della proiezione del fascio vascolare (Barbara). Nonostante questi accorgimenti tecnici, l'ipofonesi manubrio-sternale fisiologica

Digitized by Google

è quasi trascurabile d'ordinario, onde se è marcata, depone per uno stato abnorme.

Ciò posto, se vi è un tumore retrosternale nel mediastino anteriore o una formazione patologica rassomigliante, rispetto ai fenomeni plessici, si avvertirà subito con la percussione un'ipofonesi od un'ottusità, che diventa più evidente quando l'infermo stia seduto con il tronco inclinato in avanti (Piazza-Martino) o sia sottoposto alla manovra sopra ricordata.

Ciò si verifica qualunque sia l'alterazione mediastinica o sul mediastino riverberata (pleuriti, scissuriti, adenopatie, tumori, mediastino-pericarditi, cardiopatie, ectasie aortiche, ascessi). Nella diagnosi differenziale talvolta giova ricordare che se fra sterno e trachea si interpone un tumore, come neoplasia o aneurisma, o adenopatia tracheo-bronchiale, l'osservatore che percuota sul manubrio sternale, ascoltando presso la bocca aperta dell'infermo, potrà rilevare la stessa plessica risonanza ed i medesimi cangiamenti che si provocano sulla linea mediana del collo, in corrispondenza del laringe e della trachea. Tale suono tracheale sullo sterno, assai bene studiato da Cardarelli e successivamente dal Frugoni, deriva dal fatto che queste formazioni morbose mediastiniche determinano una maggiore solidarietà convibratoria tra torace e tubo tracheale, onde la percussione alta sternale fa vibrare bene l'aria tracheale e permette la netta percezione dei suoni provocati e delle variazioni che possono essere indotte dalle fasi del respiro, come dall'apertura e chiusura della bocca. Ora le pleuriti interlobari e le scissuriti difficilmente possono dare un fenomeno simile ed anche l'aneurisma aortico, che per posizione anatomica dovrebbe più facilmente produrre queste convibrazioni, in effetti le induce assai di rado, onde ciò può valere quale criterio discriminativo. Ecco come, secondo il Frugoni, il diverso risultato dell'ascoltazione orale della risonanza laringo-tracheale, in seguito alla percussione del manubrio, possa essere utile nella diagnosi differenziale fra tumore e aneurisma. Ma anche gli aneurismi di vecchia data si comportano talvolta come i tumori (Rapisardi), giacchè vi è periaortite e le pareti dell'aorta sogliono essere tappezzate da forti strati di fibrina e si comportano perciò come tumore solido.

Lo stesso Cardarelli ammise che lo stetoscopio, applicato al giugulo, fa percepire il soffio laringo-tracheale, che manca se si scende verso lo sterno; ma se fra trachea e manubrio si trova un tumore neoplastico o un aneurisma allora questo raccoglie e trasmette il suono tracheale. Ciò però non è costante (D'Amato)

Sebbene l'ultima parola sulla diagnosi delle scissuriti interlobari, e periscissuriti spetti alla radioscopia, questi segni surricordati giovano ad orientarsi tra tumori, aneurismi, scissuriti ed adenopatie tracheo-bronchiali.

Nel caso di un'adenopatia tracheo-bronchiale vi sono poi diversi segni rilevabili con l'ascoltazione, tra i quali dò la preferenza ai seguenti, come più caratteristici:

1. *Segno di Heubner.* Ascoltando sul tratto vertebrale cervico-dorsale in condizioni normali il soffio laringo-tracheale non oltrepassa la 1° dorsale, mentre in caso di adenopatie viene come esteso ed intensificato dalle masse glandolari, onde arriva fino alla 4ª o 5ª dorsale.

2. *Segno di Demussy.* Ascoltando nello spazio interscapolo-vertebrale (proiez. posteriore dell'ilo pulmonare) se vi è compressione del grosso bronco, esercitata da glandole tumefatte, si percepisce un soffio bronchiale, che dalla zona di proiezione dell'ilo si diffonde a ventaglio e diminuisce d'intensità a misura che si irradia verso regioni limitrofe.

3. *Segno di D'Espine.* Consiste nel rinforzo della voce bisbigliata se si ascolta sulle prime 4-5 vertebre dorsali e anche lateralmente, poichè la tumefazione delle glandole peribronchiali rende migliore la propagazione dei suoni.

4. *Segno di Oelsnitz o della transonanza sterno-vertebrale.* Esso consiste in un particolare rumore, che si ascolta sulla 7ª cervicale, mentre si percuote sul manubrio sternale, come se il dito percuotesse su una membrana tesa vicino all'orecchio. In casi di adenopatia tracheo-bronchiale questo fenomeno è particolarmente spiccato.

5. *Segno di Petrusky o spinalgia.* Dolore alla compressione delle prime apofisi spinose dorsali.

6. *Segno di Lereboullet e Koranyi.* Zona di ottusità estesa dalla 1ª alla 5ª apofisi spinosa dorsale.

7. *Segno del caput medusae vertebrale.* È costituito da un reticolo venoso evidente sulle prime vertebre dorsali.

8. *Rumore venoso sternale di Smith.* Ascoltasi sul manubrio sternale.

9. *Ipofonesi manubrio-sternale.* Se sul manubrio dello sterno nei fanciulli, oltre alla trascurabile e poco evidente subottusità dell'aorta (pochi millimetri), si riscontra una subottusità in toto, essa suole essere patognomonica delle adenopatie bronchiali. Tale ricerca è delicatissima e giova, per meglio rilevarla, servirsi della *ortopercussione* (D. Lauro, *Gazzetta Ospedali e Cliniche*, n. 15, aprile 1927), ponendo cioè la falangetta del dito medio della mano sinistra ad angolo retto rispetto alla falangina e dando brevi colpi sull'estremità prossimale della falangetta stessa col polpastrello del medio sulla mano destra; usando cioè come un plessimetro più circoscritto, più netto ma più lungo, il compito semiotico sarà più agevole.

10. *Ipofonesi latero-sternale destra.* Può essere dovuta così ad adenopatie ilari, come a scissuriti e periscissuriti ed è localizzata a livello della zona infero-laterale del corpo dello sterno (Castronuovo).

Ritornando ora sul punto focale di questo lavoro, ripetiamo che è relativamente assai più frequente di quel che non si voglia pensare il caso che nelle scissure interlobari si sviluppino dei processi infiammatori che diano luogo a formazioni di aderenze, ispessimenti connettivali od essudati, raccolti tra i due lobi. Quanto è frequente e semplice lo sviluppo di una scissurite con periscissurite, tanto i reperti semiologici che caratterizzano tale alterazione morbosa non sono di facile riscontro, massime all'inizio. Ciò perchè assai spesso, attorno a questi focolai, il polmone nella sua zona superficiale è soggetto a iperfunzione vicariante con respiro vescicolare conservato od ha luogo una ipersonesi che nasconde i segni profondi, sia perchè le alterazioni adenopatiche ilari, anch'esse così frequenti ad incontrarsi isolate o satelliti delle interlobiti, possono indurre manifestazioni semiologiche rassomiglianti a quelle delle scissuriti. In ogni modo, giacchè vi è spesso compressione del tessuto pulmonare dei due lobi con fenomeni di spostamenti talvolta notevoli, i criterii sui quali principalmente ci si deve fondare sono:

1. Una striscia di lieve ottusità o di semplice ipofonesi che dall'alto e da dietro vada verso il davanti e verso il basso, in relazione col decorso della scissura. Solo talvolta questa modificazione plessica si presenta così evidente, per la quantità notevole di essudato, da dare fenomeni solenni di compressione polmonare, con spostamento del cuore e con disturbi tracheali per stiramenti e compressione. Più spesso nelle scissuriti sono le glandole linfatiche interlobari, tracheobronchiali e periaortiche, che attaccate dagli stessi germi diventano molto ingorgate ed ipertrofiche e per conto loro provocano fenomeni compressivi molto accentuati. Nelle scissuriti avviene di frequente che la quantità di essudato sia poco notevole: ciò naturalmente rende al medico il complito diagnostico più disagevole. Giova in questi casi tener conto delle minime variazioni del fremito, della plessimetria e del tipo di respiro comparando tra loro le zone simmetriche. Se compare una striscia sottile di subottusità (difficile a rilevare con un'osservazione sommaria o superficiale) si badi che essa spesso non si estende per tutto l'ambito dell'interlobo, ma può limitarsi a una parte della scissura: o indietro (fra apofisi spinose della 3ª e 4ª vertebra toracica e l'ascellare posteriore) o nella parte intermedia (fra linea ascellare posteriore e linea ascellare media) o in avanti, fra la linea ascellare media e i punti d'inserzione delle cartilagini costali, specialmente la 3ª e talvolta la 4ª e la 5ª.

Semiologicamente queste sono le scissuriti, che chiamerei *parziali*, le più povere di segni clinici sui quali si debba fondare per la necessaria diagnosi. In casi del genere, oltre la citata striscia sottile di subottusità lungo il cammino della scissura, riesce di discreto orientamento rilevare al disopra e al disotto di essa una risonanza del polmone che diventa quasi timpanica (compressione polmonare parziale ed enfisema viciniore) e all'ascoltazione in questa zona il percepire molto affievolito il murmure od un silenzio respiratorio: mentre nelle parti risonanti viciniori solo talvolta un evidente respiro bronchiale e rantoli fanno avvertiti dell'avvenuta essudazione polmonare.

Quale segno palpatorio vale talvolta il dolore locale alla pressione sulla zona media dell'emitorace affetto, nonchè l'accorto rilievo del fremito vocale, fatto con solo due polpastrelli: può così constatarsi una diminuzione di detto fremito, lungo la striscia di subottusità, ed un lieve rinforzo nelle zone adiacenti. A

Digitized by Google

misura che l'essudato aumenta, questa ottusità cresce in larghezza ed anche in direzione verticale, tanto che talvolta la compressione diviene così notevole da rendere tutta la parte toracica inferiore ipofonetica e silenziosa, quando il cospicuo versamento interlobare abbia compresso e spostato il lobo inferiore, dando molti segni che mentiscono una comune pleurite essudativa. È in questi casi che spesso le punture di saggio riescono negative, specie se praticate con aghi non molto lunghi.

Una difficoltà che si presenta in alcuni infermi concerne la diagnosi differenziale fra tale versamento interlobare notevole e un vero tumore. Un buon criterio discriminativo è dato dalla localizzazione dei segni fisici solo in corrispondenza del decorso della scissura. Ciò rende più verosibile un essudato interlobare che un'infiltrazione neoplastica, massime quando il decorso della malattia sia lungo, subfebbrile o afebbrile e si accompagni a sudori, brividi, a rapido e grave deperimento organico. (Mohr-Stachelin).

In ogni modo poichè in tali casi è giustificato anche il sospetto di un ascesso polmonare bisogna ricorrere alla puntura esplorativa con aghi lunghi: questa talvolta ci illumina e ci guida al criterio curativo; ma troppe altre volte essa non suffraga, capitando l'ago in una zona non invasa dal liquido, ciò che indurrebbe a negare l'esistenza di questo, che pure è presente e in quantità discrete; senza dire che la puntura, anche se positiva, non sempre riesce a toglierci il dubbio se ci si trovi di fronte a una comune pleurite saccata od a una reale scissurite interlobare. In ogni modo, quando è possibile, meglio praticare la puntura di esplorazione sotto lo schermo radioscopico, ottima guida per precisare la sede dell'essudato.

Se tali raccolte liquide, alcune volte notevoli per quantità, siano estese fino alla pleura parietale o appena appena un leggero strato di polmone da queste le divida, solo allora è facile riscontrare clinicamente ottusità, diminuzione del fremito e del mormorio vescicolare, e mercè la puntura, svelare facilmente la presenza del liquido. Conducendo in casi del genere una precisa indagine semiologica ci si avvede che al dorso il suono spesso presenta una speciale chiarezza nelle parti inferiori, mentre a mezza altezza l'ottusità è assoluta (1). Ma se il liquido è assai abbondante, anche il lobo inferiore può essere compresso ed allora appunto può scambiarsi questa interlobite per una pleurite essudativa volgare (2). Qui proprio confusione ed errori sono possibili e frequenti, onde occorre tutta la accuratezza del medico e tutta la vigile scorta di indagini anamnestiche e semiologiche per cercare di realizzare una diagnosi, resa sicura soltanto dal controllo radiologico. A proposito di ciò è importante notare che a sinistra, se il liquido interlobare è abbondante, un criterio differenziale fra la scissurite e la pleurite comune è dato dal constatare che lo spazio di Traube resta ancora ben evidente e largo nelle scissuriti in contrapposto dell'ordinario versamento pleurico.

Inoltre, anche per lievi versamenti nello spazio interlobare, lo spostamento del cuore è molto notevole (3). Questi medesimi criteri valgono per differenziare a sinistra anche gli ascessi subfrenici, che possono dare molti segni della pleurite essudativa, ma che non hanno capacità di spostare il cuore e di alterare lo spazio di Traube.

È noto che alcune volte in queste scissuriti interlobari sia per la qualità dei germi e la sutura dello essudato, sia per la quantità di liquido abbondante, può avvenire l'apertura nei bronchi della raccolta e la vomica, oppure la perforazione nel cavo pleurico. In quest'ultimo evento sviluppasi una scissuro-pleurite, che si verifica per rottura che suole avvenire agli estremi dello spazio interlobare (3). Clinicamente in tali casi si produce un forte dolore nel lato affetto, con tosse stizzosa e difficoltà di respiro notevole: la febbre suole elevarsi, ma può pure diminuire transitoriamente, mentre all'ascoltazione è difficile percepire lo sfregamento e solo nel posto dove è avvenuto la perforazione: e ciò per la scarsa mobilità dell'emitorace con debole espansione polmonare, bene inteso che lo sfregamento può esistere senza alcuna perforazione.

Un altro particolare importante talvolta ha luogo: che l'ottusità si limiti intorno alla scissura e alla perforazione e non per tutto l'ambito, perchè in questi casi attorno alla scissurite interlobare vi è un processo infiammatorio periscissurale con abbondante presenza di fibrina anche intorno alla perforazione e che perciò ferma l'espandersi del liquido che vorrebbe dilagare; si sviluppa quello che Sabourin chiama pleurite a bottone di camicia (4).

Radiologia. L'esame coi raggi X ci dà un indizio diagnostico più sicuro ed assai prezioso in tutte le scissuriti e periscissuriti. Esso ci ragguaglia completamente sulla sede, volume e forma dell'essudato, se è più verso l'esterno o verso l'interno, se è anteriore e posteriore, se vi sono spostamenti di organi vicini (cuore e mediastino); inoltre allo schermo si nota spesso che l'ombra provocata dall'essudato ha un confine superiore più netto dell'inferiore. L'Asmann asserisce che in queste scissuriti interlobari con periscissuriti si vedono di frequente come delle ombre rotondeggianti (5). Ci si rende ben conto, contemporaneamente, del vero stato delle glandole ilari e perilari, se ingrossate molto o poco, se sparse o aggruppate, se calcificate o meno, e ciò sia negli agminati peribronchiali che periaortici e retrocardiaci nel mediastino posteriore. Così si rilevano ombre piccole o grandi agli angoli fra i due bronchi e la trachea, all'ilo polmonare e anche in altre parti del mediastino anteriore e posteriore, intorno ai grossi vasi e lungo le diramazioni bronchiali. Sono a tal proposito da ricordare per la loro importanza, le così dette *irradiazioni oblique o a ventaglio*, che confortano il giudizio sullo stato delle glandole mediastiniche e bronchiali con tutte le relative alterazioni peribronchiali che si possono da queste immagini sospettare. Tutte le affezioni glandolari tubercolari, quelle sifilitiche, l'induramento delle glandole linfatiche come parziale fenomeno di pneumoconiosi, così lo stato timolinfatico di Paltauf, il linfosarcoma di Kundrat, il linfogranuloma di Hodgkin ecc., trovano illustrazioni preziose nei rilievi sullo schermo e nel poter fissare su lastre e radiogrammi i precisi particolari e rapporti con tutte le vicende del decoso ulteriore del male. Si tenga presente che le glandole ingrossate possono portare *sintomi di compressione sugli organi mediastinici* (compressione del tronco brachio-cefalico venoso, della cava superiore, della vena azigos, dell'aorta e delle vene pulmonari, della trachea, dei bronchi, del polmone, dell'esofago, donde *cianosi, edemi del volto ed arti superiori, versamenti cavitarii, dispnea, soffio bronchiale da stenosi e disturbi disfagici, disfonie, tosse ovina*, ecc.) e si cerchino, sotto lo schermo radioscopico, tutte le percepibili alterazioni di questi organi ed i mutati loro rapporti. Tra di essi importanti sono i *fenomeni d'irritazione del vago* (con irregolarità del polso, accessi stenocardici, dispnoici e pseudo-asmatici, tachicardia e bradicardia o del *simpatico* (con cardiopalmo, anisocoria o midriasi) o del *ricorrente* (disfonia, tosse ovina, afonia, dispnea asfittica, cornage ecc.).

L'ingrossamento delle glandole bronchiali, tra le altre compressioni vascolari, può anche provocare una stenosi della pulmonare da pressione esercitata dall'adenopatia bronchiale. (Pedrinoni. *Gazzetta Osped.* n. 23, 5-6-1927). Ora si badi che l'ingrossamento delle glandole linfatiche, sia ilari che perilari e parailari, oltre a rappresentare una frequente manifestazione di tutti i processi infettivi e neoplastici dell'albero respiratorio, accompagna di frequente in modo così manifesto le scissuriti e periscissuriti, di qualunque natura esse siano, che talvolta *tutta la sintomatologia morbosa di queste ultime è nascosta dagli effetti delle adenopatie e perfino sullo schermo radioscopico si può a primo acchito rimanere in dubbio se la disposizione delle ombre vada interpretata come effetto dell'una o dell'altra origine*, senza tacere che spesso, anche di fronte ai dati radiologici, ed ammessa pure l'esistenza così delle adenopatie ilari come della scissurite interlobare, *si resta in dubbio se le ombre*, determinate da queste, *si debbano ad un reale versamento essudativo o a reazioni connettivali intorno alla scissura*. In questi casi la puntura esplorativa, sotto lo schermo radiologico può chiarire la diagnosi, come già si è accennato.

Volendo infine tener presenti i dati assai importanti, in riguardo all'argomento che trattiamo, sulle *localizzazioni della tubercolosi polmonare cronica*, che ha tanta predilezione per le regioni ilari e perilari e per la sierosa pleurica vicina, compreso

(1) Ramon. *Bullet. Médic.* S. 122, 1912.
(2) Zybell. *Das Empiem.* 1924, pag. 321.
(3) Fiankel. *Terap.* S. 337.
(4) Sabourin. *Arciv. Scienze Med.* B. 591, f. 5.
(5) *Roentgenuntersuchung*, 1914, Jena.

Digitized by Google

gl'interlobi, si possono (seguendo Lèon Bernard, Marcel Lelong e Renard (1) considerare chiarite queste diverse localizzazioni iniziali dall'impiego della radioscopia che consente distinguerle in: 1) *periodo primario* creato dalla prima infezione e caratterizzato da un'immagine ilare a sviluppo eccentrico: 2) *un periodo secondario* segnato dal processo di linfangioite peribronchiale tubercolare che si manifesta ai raggi sotto forma di tratti lineari che dalla regione perilare si irradiano a ventaglio con estensione variabile: 3) *un periodo terziario o della superinfezione* che sotto forma ora di macchie isolate o riunite ora sotto forma di ombre più vaste, affetta differenti regioni del polmone, sempre prediligendo la regione perilare, quella intercleidoilare, il lobo superiore ed i tratti periscissurali. Naturalmente questi ultimi focolai evolvono di solito più meno rapidamente verso la formazione di caverne isolate o multiple. Questo terziarismo tubercolare, secondo questi autori, differisce da quello luetico in quanto suole essere più effetto della soprainfezione che dei germi del periodo primario, sia endogena o esogena l'origine della soprainfezione.

Mentre le regioni ilari sono frequentemente sede iniziali della t.b.c.infantile, gli esami radiologici hanno dimostrato che anche per gli adulti la localizzazione perilare è la più frequente a riscontrarsi (2), ma queste lesioni perilari sono spesso non accompagnate da segni plessici o di ascoltazione che ne permettano il riconoscimento precoce. Quando giungono a creare segni semiologici evidenti all'ascoltazione, questi si percepiscono sia in corrispondenza dell'apice, sia nella *zona di allarme*, per le speciali condizioni fisiche di propagazione dei suoni del polmone.

In queste regioni dunque si riscontrano non solo gli indici della localizzazione apicale, ma anche quelli più precoci della localizzazione perilare e periscissurale.

A questo proposito è anche utile ricordare che i soggetti giovani vanno incontro più facilmente ad una tubercolosi perilare a tipo evolutivo rapido che ne rende grave la prognosi, mentre il precoce intervento terapeutico con lo pneumotorace, se la lesione è unilaterale, può realizzare con facilità fin dalle prime insufflazioni il collasso polmonare.

Tale localizzazione perilare, secondo gli autori citati si contrappone alla lobite superiore destra, lesione più localizzata, ma che per effetto dell'indurazione del blocco lobare, può resistere assai alla compressione e rendere vana la collassoterapia.

In conclusione, le osservazioni comparate, semiologiche e radiologiche, hanno allargato il campo di penetrazione delle nostre indagini e resa possibile non solo una maggiore precisione diagnostica, ma una precocità maggiore nell'individualizzare i primi fenomeni morbosi e le successive tappe dei processi infiammatori acuti e cronici dell'albero respiratorio.

Ciò porta vantaggi cospicui anche nella scelta dei mezzi terapici e nel giudizio pronostico. Basterebbe il fatto di poter più precocemente aggredire le raccolte interlobari ed intervenire tempestivamente nei processi tubercolari con la collassoterapia, per giudicare la grande portata di queste nozioni. Ma anche nella diagnostica differenziale, tra processi acuti pleurici o pulmonari e processo tubercolare, è grande il valore di queste conoscenze, giacchè nei bambini sopratutto, spesse volte, l'interlobite acuta si manifesta col quadro semiologico di una tubercolosi iniziale a prevalente localizzazione perilare, mentre l'evolversi della malattia, ne chiarisce la natura vera. Ma assai prima che queste conclusioni si deducano dal decorso, possono essere sospettate dall'esame comparato clinico e radiologico, considerati sotto questo nuovo punto di vista e traendone gli opportuni corollarii pronostici e terapici.

(1) *Presse Méd.*, pag. 113, 1927.
(2) *Ann. de Médec.*, t. 21, n. 5, 1927.

RASSEGNA DI RADIOLOGIA

I. *Il reperto radiografico per la determinazione dell'età di una frattura.*

O. Andrei (Istituto di Patologia chirurgica della R. Università di Pisa). *La Chirurgia degli organi di movimento*, fascicolo 4, 1927) già in una precedente pubblicazione, cercò di determinare se fosse possibile giudicare dell'età di una frattura in base alle caratteristiche radiografiche che essa presenta. Quella prima serie di indagini fu circoscritta alle fratture di ossa lunghe e da esse l'A. dedusse che nelle fratture diafisarie semplici, senza spostamento dei monconi, lo smussamento degli angoli e degli spigoli ossei si fa evidente alla fine della seconda settimana. Il callo appare tra il 16° e 20° giorno sotto forma di una nuvoletta opaca, si delimita nettamente dai tessuti vicini al 3°-4° mese e raggiunge l'opacità dell'osso normale tra l'8° e il 10° mese. Nel primo anno il callo non mostra alcuna struttura; la ricostituzione lamellare dell'osso si inizia al 13°-14° mese ed è ben avanzata alla fine del 2° anno. Nelle fratture diafisarie con spostamento dei monconi lo smussamento dei margini e degli spigoli ossei avviene pure alla fine della 2ª settimana, in esse, però, il callo si fa visibile più tardi (dopo la 3ª-4ª settimana), delimitandosi dai tessuti vicini al 6°-7° mese e contemporaneamente raggiungendo la opacità dell'osso normale. Detto callo, poi, va soggetto ad un processo di riduzione, minore che nelle fratture ben ridotte, e la ricostituzione della struttura ossea si fa senza epoca fissa.

Nelle fratture di falangi, metacarpi e metatarsi si osserva lo smussamento dei margini e degli spigoli ossei più precocemente (alla fine della 1ª settimana); il callo compare in queste fratture prima della fine della 3ª settimana, si delimita alla fine del 4° mese e al 6°-7° mese raggiunge l'opacità dell'osso normale. Il callo, poi, rimane per il primo anno senza struttura; questa compare al 13°-14° mese. La linea di frattura scompare tra il 6° e l'8° mese per tornare poi evidente sotto forma di cicatrice ossea.

Nel presente lavoro l'A. si propone di ricercare se la radiografia possa aiutare a determinare l'età di una frattura anche nelle fratture epifisarie. Dall'esame di 86 infermi, l'A. crede di poter affermare: che nelle fratture epifisarie si inizia una visibilità radiologica del callo verso il 20° giorno dal trauma; che esso si va progressivamente calcificando, fino a presentare margini netti dopo 4 1/2-5 mesi e contemporaneamente raggiungere la opacità dell'osso normale; che il callo stesso di solito comincia a presentare una struttura lamellare solo alla fine del primo anno; che la linea di frattura scompare, o quasi, dopo l'8° mese, per tornare visibile più tardi come linea cicatriziale di addensamento osseo.

Si può, quindi, dire che il comportamento radiografico delle fratture epifisarie diversifica da quello della diafisarie: 1) perchè il callo in un primo periodo si calcifica più lentamente, ma in seguito più rapidamente raggiunge l'opacità dell'osso normale; 2) perchè il callo stesso è quasi sempre meno voluminoso; 3) perchè la linea di frattura scompare più tardi.

II. *Il bulbo duodenale all'imagine röntgen.*

Tutti coloro i quali esercitano, e si trovano di continuo nella necessità di inviare o di accogliere un qualche paziente da curare per vera o presunta ulcera duodenale, conoscono le perplessità derivanti dall'esatto responso radiologico.

Il cosidetto segno delle nicchie, tanto elevato a patognomonico, da Reiche ed Haudek per la piccola curvatura gastrica, si volle trasportare anche alla ricerca duodenale. Ma lo stesso Haudek nel 1911 si mostrò alquanto riservato per la scarsità dei suoi risultati positivi in fatto di nicchie duodenali. Per opera di Moynihan e Mayo essendosi venuti a possedere un denso numero di casi, risultò altresì che la diagnosi era stata, nella più parte dei casi clinica, subordinatamente controllata al röntgen. Riprendendo le proprie osservazioni in proposito, Sielmann dell'Istituto Röntgen in München (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 32, 1927) si propone confortare l'affermazione di Leb, cioè della possibile elevata percentuale positiva radiodiagnostica delle ulcerazioni situate alla pars superior duodeni, detta anche bulbus da Holzknecht.

Si richiedono naturalmente precise risorse tecniche. Si comincia dal detergere i sofferenti di esagerata ipersecrezione. Per la ricerca si usa una densa poltiglia di Citobarium Merck in acqua, in proporzione 3:4 somministrando 1/4-1/2 litro. Questa miscela di contrasto si passa attraverso un sottile staccio in crini, per modo da ottenerla equabile e non gommosa. Basta infatti che particelle più voluminose vadano ad insinuarsi tra le pliche della mucosa per ingenerare la parvenza di nicchie. Già prima di somministrare la miscela, bisognerebbe avere esplorata la parte superiore destra del ventre; ed al più lieve dubbio di irregolarità servirsi di una bucky-blenden, per eliminare false diagnosi che provenissero da concrezioni renali o biliari colecistiche.

Digitized by Google

Più di tutto bisogna seguire l'andamento delle due prime sorsate, per tener dietro al dispiegamento dello stomaco. Mediante manovre di espressione si mette in miglior rilievo la mucosa gastrica. Spesso il bulbus non si riempie prontamente, epperò l'espressione manuale riesce indispensabile. Questa manovra, insegnata dal Berg, consiste nel premere con i polpastrelli del pugno destro serrati, contro il polo gastrico inferiore, lentamente slargando la mano sotto continua pressione.

Così le estremità digitali con movimento di spinta e di impasto agiscono in direzione del piloro, mentre col margine della mano stessa si ostacola un reflusso in direzione orale.

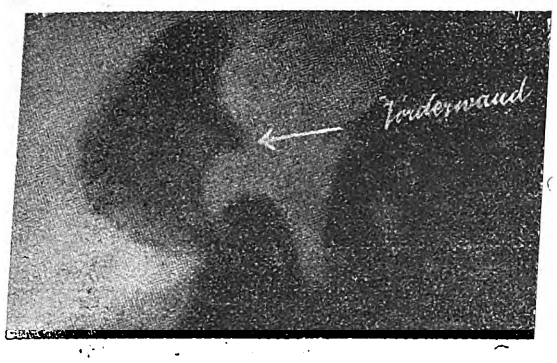


Fig. 1. — Parete anteriore del bulbo duodenale

Se neanche con questa manovra il bulbus si riempie, si lascia giacere il paziente per qualche tempo sul lato destro. Ora premesso che la forma del bulbo non è, in ogni soggetto, di tipo unico, e che la presa grafica dovrebbe essere almeno in due o tre piani, l'A. si serve di un dispositivo particolare (Moment Kassette) del quale non sarebbe questo il luogo per lunga descrizione.

Quello che al clinico deve qui importare, concerne i risultati delle osservazioni, cioè quelli che l'A. chiama « momenti ». Eccoli. Bisogna nella diagnosi rinunziare ormai ai cosidetti segni indiretti? Tuttaltro. L'iperperistalsi si trova in 1/3 dei casi, la ipersecrezione in più di 1/2; lo slargamento e riempimento persistente della porzione discendente del duodeno in 1/3 di tutti i casi patologici; da non dimenticare il residuo gastrico dopo più ore, il raggrinzamento del piloro, l'attorcigliamento del piloro, il punto doloroso circoscritto controllabile specialmente in decubito dorsale.

Segni buoni sebbene indiretti, perchè non escludono l'ulcera gastrica, la colecistite, l'affezione del pancreas. Dunque chiamiamola «sonerìa di allarme» perchè si proceda alla ricerca dei segni diretti.

Ora avendo particolare cura di ottima illuminazione, si riesce ad ottenere le imagini quanto più precise della pars superior duodeni, beninteso che l'osservatore sappia emendarle da tutte le eventuali sorgenti prossime di errori. Non di rado infatti accanto a questo bulbo si vedono concrezioni della cistifellea, le quali sformano la pars superior.

Seguendo l'affermazione del Bergmann, cioè che una maggiore perfezione nella ricerca diagnostica eviterà di far passare sotto falsa diagnosi un cospicuo numero di ulceri duodenali, l'A. crede disporre di un largo materiale per riaffermare l'importanza del sintomo nicchia. Quanto esso riunisce tutti i criteri necessari, cioè: sede tipica all'inizio

Fig. 2. — Parete posteriore del bulbo duodenale.

della pars superior, la concavità del circostante profilo, forma tipica e grossezza rispettiva; specialmente quando presenta un risultato costante e ripetutamente constatabile, può ritenersi una prova anatomica per l'ulcus. Del resto in contrasto alle varie alterazioni descritte per il bulbo, va ricordato che ci sono ulceri duodenali senza alterazioni di sorta nel contorno, e se mai soltanto riconoscibili col metodo di rilievo del Berg.

III. *Röntgengrafica e terapia mediante olii jodizzati.*

Dell'argomento molto studiato oggi, Belfield e Bolnick di Chicago (*The Journal of the American Medical Assoc.*, vol 86, n. 24) forniscono una serie di *clichés* dei quali le esigenze di spazio consentono qui riportare soltanto qualcuno.

Sarebbe quasi superfluo ricordare come di tali prodotti, sia la jodipina, sia il lipiodol, siasi venuto allargando l'uso, ai fini diagnostici e terapeutici. Si sono constatati due fatti essenziali: la lunga permanenza a contatto dei tessuti (in qualche caso due anni); e l'irritazione continuativa capace di provocare la cicatrizzazione.

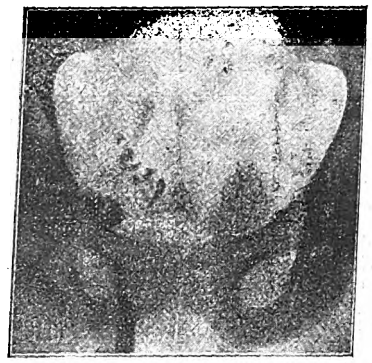


Fig. 1. — Persistenza del lipiodol nello spazio di Bogros e vescicole 37 giorni dopo la iniezione.

Gli AA. hanno studiato gli effetti di tali iniezioni nei dotti seminali attraverso la vasotomia, di solito bilaterale, in 67 pazienti, facendola subito seguire da röntgengrammi. La vischiosità del lipiodol e della jodipina rende difficile, e talora parziale, il riempimento delle vescichette. Un fatto anche di essenziale importanza è che siano usati oli vegetali, perchè meno assorbibili; e perchè quelli animali (p. es. di fegato) mostrarono raccogliere maggior numero di germi.

Dal lato ottico si ottennero imagini anche più chiare che servendosi della soluzione di collargolo 10 %, o quella similare di fenolsulfonftaleina tetrajodica.

Una particolare importanza danno gli AA. all'uso di questa pratica per lo studio dell'ernia industriale, perchè si può mettere in evidenza (come nel primo di questi *clichés*) dello spazio di Bogros in corrispondenza dell'anello inguinale interno. E' da notare che quando un'infezione dalle vescichette si diffonde verso questo spazio di connettivo, portandovi tumefazione, magari suppurazione, si può incorrere nel dubbio di un'ernia. Non mancano nella bibliografia casi interpetrati erroneamente come ernie accidentali. Di qui un gruppo di cosidette « pseudoernie industriali ». Qualche caso infatti si è visto guarire allorchè gli urologisti hanno curata l'affezione delle vescichette. Il Wesson consulente in Assicurazioni industriali ha registrato, durante due anni, 47 casi di tali ernie, parecchie tra queste sottoposte ad intervento, mostrando con reale sorpresa, trattarsi di suppurazione nello spazio anzidetto, e da vescicolite che venne opportunamente curata.

Fig. 2. — Rapporto fra vasi e vescicole (riempiti di olio iodato) con gli ureteri. Catetere nell'uretere destro.

Il fatto va registrato, tanto più che in recenti manuali se si invoca lo stato della prostata, si mostra di svalutare l'importanza etiopatogenica delle vescichette.

IV. *La radioterapia profonda nella cura della leucemia mieloide.*

La radioterapia profonda nella leucemia mieloide presenta secondo S. Gutièrrez (*La Semana Medica*, n. 12, 1927) questi vantaggi sulla superficiale:

1) più rapida miglioria; 2) più lente recidive; 3) maggiore rapidità del trattamento, se si opera sopra un campo grande, come è preferibile; 4) maggiore facilità per l'infermo a superare la radiotossiemia secondaria, che — se la dose impiegata non è eccessiva — non è mai pericolosa; 5) utilizzazione alternativa di tre campi, a grandi intervalli.

Inoltre i raggi molto penetranti e molto filtrati sono meno dannosi di quelli ad onda larga e a debole filtrazione.

L'organo che meglio risponde all'irradiazione e che deve sempre preferirsi è la milza, come trattamento complementare si possono irradiare le ossa

La radioterapia non controindica nessuna altra cura.

R. R.

= 1281

Digitized by Google

RIVISTE SINTETICHE

LA TUBERCOLOSI DELL' ORECCHIO

La tubercolosi può localizzarsi sulle tre parti dell'apparato uditivo. Le localizzazioni dell'orecchio esterno entrano nel quadro generale della tubercolosi cutanea e Gradenigo ne distingue quattro forme cliniche: *il lupus,* che per invasione del condotto può estendersi fino all'orecchio medio; la *pericondrite tubercolare* che è frequente a riscontrarsi in persone portatrici di altre manifestazioni bacillari; *la tubercolosi nodosa del lobulo* e la *forma ulcerosa.*

Merita maggiore attenzione la tubercolosi dell'orecchio medio, della quale si descrivono, classicamente due forme: una *primitiva,* in cui l'otite sarebbe la sola manifestazione clinica della bacillosi, in soggetti apparentemente sani; una *secondaria* in cui la localizzazione auricolare è l'espressione di una tubercolosi evolutiva nettamente affermata in altri organi. Ciò posto vediamone la nosografia.

Etiologia. Bisogna distinguere cause predisponenti, fra le quali l'età. E' noto che la maggior parte dei casi di tubercolosi auricolare si riscontrano nel bambino, come viene dimostrato da numerose statistiche, di cui alcune portano fino al 65-70 % (Gimmer) e anche al 75 % (Bardes) la percentuale delle otorree tubercolari nell'insieme delle suppurazioni dell'orecchio medio.

In questi casi si tratta abitualmente di forme primitive.

Circa il sesso se nei bambini non si osserva alcuna differenza di frequenza, negli adulti, invece è spiccata una maggiore frequenza nei maschi, che rappresentano i quattro quinti dei casi.

Molta importanza hanno nell'etiologia le infiammazioni anteriori dell'orecchio medio e specialmente le vegetazioni adenoidi.

Accanto al bacillo di Koch, come causa determinante, non bisogna dimenticare le diverse associazioni batteriche, cui devono imputarsi un certo numero di complicanze, sicchè in ultima conseguenza possono aversi delle meningiti da germi banali che terminano in modo acuto il quadro della malattia cronica.

Patogenesi. Nella patogenesi bisogna sopratutto considerare quali sono le vie di entrata del b. tubercolare: la via tubaria, la via sanguigna, la via del condotto.

La via tubaria, sostenuta molto da Brieger, come rappresenta la comune via d'infezione delle otiti banali, lo sarebbe ugualmente per quella tubercolare e potrebbe accadere in diversi modi: o per una proiezione diretta, mediante i colpi di tosse, di mucosità infette provenienti dall'albero respiratorio e ciò attraverso la tromba beante come è abituale a riscontrarsi nei tubercolotici per effetto del dimagramento, oppure in vicinanza dell'orificio faringeo della tromba, o nel cavo o nelle fosse nasali, esisterebbero delle lesioni bacillari più o meno note le quali secondariamente infetterebbero l'orecchio medio; o può ancora trattarsi di tubercolosi naso-faringea ulcerosa; insomma qualunque localizzazione tubercolare delle vicinanze, oltre quella già detta dell'albero respiratorio.

La via sanguigna è quella che oggi, essendo in voga d'attualità, trova maggior numero di assertori, alcuni dei quali la ritengono affatto abituale.

Si dà molta colpa al latte di vacche tubercolotiche, come responsabile di un gran numero di casi d'infezione e qualcuno arriva perfino a delle percentuali elevate di contagio (75 %, Cart) ma se pure non può negarsene la grandissima importanza non è meno vero che si esagera.

Oggi, con gli studi sulla patogenesi della tubercolosi in genere non è difficile ritenere e stabilire che una localizzazione della malattia, una volta penetrato in circolo il bacillo, può avvenire in qualunque organo in cui condizioni ambientali ed organiche favoriscano lo stabilirsi di lesioni anatomo-patologiche specifiche e quindi anche l'orecchio medio, spesso per le condizioni predisponenti innanzi dette, presenta la sua particolare disposizione ad ammalare di tubercolosi.

Quanto alla via del condotto questa è la più eccezionale e si tratta spesso in questi casi di forme di propagazione.

Concludendo nessuna delle dette vie può escludersi dovendosi ammettere e la propagazione per diffusione da contiguità e quella per via ematica.

Anatomia patologica. Brieger distingue quattro forme da questo punto di vista:

a) una forma luposa (formazione di noduli che danno alla mucosa un aspetto infiltrato rosso e ineguale, poi piccole ulcerazioni superficiali a bordi imprecisi che possono isolatamente cicatrizzare mentre altre se ne formano);

b) una forma infiltrativa, caratterizzata da aumento di spessore della mucosa della cassa timpanica, senza suppurazione ma con minimo essudato e transitorio; evolve verso la produzione di tessuto fibroso e può essere riavvicinata alla forma secca, descritta dal compianto Gradenigo, la quale coincide con una rino-faringite catarrale cronica ad evoluzione clinica in marcata sordità e intensi ronzii;

c) una forma proliferante a fungosità pallide, dure elastiche, eccessivamente recidivanti,

d) una forma necrosante o ulcero vegetante, a tubercoli isolati o confluenti, disposti ai lati del timpano, intorno al manico del martello, i quali, in seguito a fusione purulenta producono multiple perforazioni, che possono confluire e distruggere tutto il manico del martello o produrre la distruzione totale del timpano.

La mucosa della cassa presenta anch'essa ulcerazioni piccole disseminate sulle diverse pareti e la parete labirintica un essudato biancastro difteroide o fungosità proliferanti e ostruenti il lume del condotto. Gli ossicini sono colpiti da osteite e da carie, e infine tutte le parti possono essere colpite in vario modo.

Tutto il processo necrotico può estendersi alla mastoide o al condotto uditivo esterno e eliminarsi in parte attraverso questo.

Sintomi e forme cliniche. A ciascuna delle forme anatomo patologiche su descritte corrisponde una sintomatologia clinica propria.

Nella *forma luposa,* che coincide abitualmente con un lupus del condotto o più spesso con quello faringeo i sintomi funzionali più importanti sono: sordità, marcata ma soggetta a remissioni, dovute alla evoluzione per *poussées,* per cui nelle fasi acute la sordità è maggiore.

Obbiettivamente: secrezione, moderata, eccetto nelle fasi di acuzie; si dissecca in croste giallastre.

All'otoscopio: perforazione alla parte inferiore del timpano, arrotondita a bordi spessi, ricoperti di piccole croste giallastre; fondo della cassa fungoso, pallido.

Sintomi a distanza: poliadenite cervicale o mastoidea.

Nella *forma infiltrante*: sordità rapidamente progressiva e marcata, soggetta pure a variazioni ma solo allo inizio, in cui si sentono anche ronzii molto intensi. Nessun dolore, ma solo una sensazione di pienezza, come nell'otite catarrale essudativa.

Obbiettivamente il timpano è giallastro, roseo, spesso, riccamente vascolarizzato ma non tumefatto. La paracentesi non dà pus ma qualche volta solo un po' di sierosità.

Questa forma può evolvere o verso la guarigione clinica con persistenza della sordità oppure verso la forma ulcero-vegetante.

In quest'ultima si può avere un inizio acuto, che rassomiglia a quello di un'otite media banale, con dolori variabilissimi a tipo di nevralgia del trigemino violenti, con periodi di relativa calma.

La paracentesi dà solo un breve sollievo, dando fuoruscita a minima quantità di liquido. Si ha in questi casi un'infiltrazione profonda della rocca, che invade la mastoide.

L'essudato poco a poco diviene purulento e la cronicità si istituisce e il quadro clinico evolve verso la forma ulcerosa.

Più frequente del precedente è l'inizio cronico, insidioso, senza dolore e che è l'abituale manifestazione della tubercolosi auricolare. L'ammalato si accorge che il suo orecchio cola, e solo accompagnato da qualche ronzio e ipoacusia.

All'otoscopio il timpano risulta disseminato di granulazioni miliari la cui fusione ha prodotto multiple perforazioni. Da questa fase si entra nel periodo di stato della malattia caratterizzato subbiettivamente da: sordità che è precoce, intensa, variabile ed a tipo labirintico, cioè la diminuzione dell'udito è fatta a spese della parte superiore della scala tonale, per cui sono malamente percepiti i suoni acuti e meglio quelli gravi.

Otorrea variabile di aspetto e di intensità: o francamente purulenta grigiastra o verdastra, d'odore fetido raramente sanguinolenta; oppure è ridotta a un gemizio siero-purulento. Vertigini rare, come pure i ronzii.

Il dolore generalmente non esiste. A carico del sistema glandolare si può osservare un'adenite periauricolare torpida e indolente; frequente l'adenite mastoidea.

Le complicanze, molto interessanti possono riguardare o i nervi cranici, quali il facciale, l'uditivo, l'oculo-motore esterno, il trigemino, oppure le meningi o il sistema vasale, oppure ancora, il labirinto, la mastoide e il condotto. Si può avere infine una generalizzazione della infezione bacillare a punto di partenza esclusivo dall'orecchio medio.

Evoluzione e prognosi. Poco può affermarsi di sicuro su ciò per il carattere eminentemente polimorfo della otite tubercolare. Tutto dipen-

Digitized by Google

de quanto alla prognosi, dalla entità della manifestazione e sopratutto dallo stato di allergia tubercolare del soggetto. Potrà quindi guidare la Pirquet. Ma non bisogna dimenticare le complicanze, le quali, benchè rare, possono insorgere improvvisamente, meno per la tubercolosi in se stessa, quanto per le associazioni microbiche.

Comunque la forma più comune, la ulcero-vegetante è suscettibile di guarigione, se le condizioni generali del soggetto siano valide.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. Questa deve eliminare:

a) l'otite catarrale cronica;

b) l'otite media suppurata banale;

c) la sifilide dell'orecchio medio.

Piuttosto che elencare caratteri differenziali di ciascuna di queste forme, valga la considerazione di tutti gli elementi su accennati che caratterizzano la forma tubercolare e sopratutto il decorso clinico, la tipica secrezione, l'assenza di dolore, l'inizio subdolo, la scarsa o mancante elevazione febbrile ecc.

Per la forma luetica la Wassermann e il criterio curativo ne chiarificheranno il dubbio. Come elementi positivi per la diagnosi delle forme tubercolari sono sopratutto importanti i noduli della membrana timpanica con multiple perforazioni consecutive, i sequestri, le fistole, le perforazioni indolori e, infine, le frequentissime localizzazioni della malattia in altri organi.

Soccorrerà in ultimo il laboratorio che ha a sua disposizione: la reane tubercolinica, l'esame del pus la prova biologica.

CURA. Oltre il trattamento generale a tutti noto, particolare attenzione merita quello locale, che si giova di diversi metodi.

Come agenti chimici sono indicati antisettici blandi, come il liquido di Dakin in soluzione, adoperabile sotto forma di lavaggi della cassa, con la cannula di Hartmann. Lo stesso dicasi del formolo al 2 %. Raccomandabile è la formalina 1 su 5 mila o 1 su duemila. Anche indicato lo iodoformio in glicerina o sotto forma di polvere.

Si useranno i caustici per distruggere zone fungose, o cauterizzare ulcerazioni ma con molte precauzioni e in forma moderata; tali l'acido lattico a 1/3-1/5, il cloruro di zinco a 1/10-1/30.

Tra gli agenti fisici dà i migliori risultati l'elioterapia; anche utile la radiumterapia specialmente nelle forme fungose. Viene in ultimo il trattamento chirurgico, il quale deve essere riservato solo alle complicanze mastoidee o all'ablazione di un sequestro. Ciò, però, solo quando non vi siano controindicazioni per lo stato generale locale o per l'età (se il soggetto è giovane è prudente astenersene) e anche per lo stato locale (eccessiva estensione delle lesioni, tendenza alla guarigione) tenendo presente, come considerazione generale che attualmente la tendenza astensionista si è accentuata e che solo in particolari casi si è indotti a intervenire.

BIBL. RETROUVEY. Revue de Laryngologie, Otologie et Rinologie, n. 14, 1927.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Leucemie acute e croniche, in seguito a cure dimagranti.
H. CURSCHMANN. *Klinische Wochenschrift*, n. 6, 1927.

In seguito a cure dimagranti (in 3 casi con tiroidina, ed in un altro caso senza preparati opoterapici) si verificarono, dopo un intervallo più o meno lungo, 4 casi di leucemia (1 mieloblastosi acuta, 2 mielosi leucemiche croniche, ed 1 linfadenite subleucemica).

Una dipendenza causale tra le cure dimagranti e queste affezioni sarebbe, secondo l'A. indubitabile, pur dovendosi ammettere una latente disposizione individuale allo stato leucemico; su questo fondamento costituzionale avrebbe agito la cura dimagrante, nel senso di diminuire la resistenza generale dell'organismo, come effetto della notevole privazione di cibi e di bevande, o di una particolare alterazione del sistema leucopoietico prodotta dalla tiroidina (nei pazienti che ne facevano uso).

Il valore della intradermoreazione nella melitense. — DE FERMO. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 37, 1927.

La intradermoreazione per la melitense così come è stata proposta dal Burnet recentemente, non ha dato a tutti gli sperimentatori quel consenso di positività e di specificità che si desiderano abitualmente in una prova biologica. Ma ciò deve attribuirsi ai diversi metodi adoperati nella preparazione dei filtrati di cultura del micrococco di Bruce, necessarii per la prova.

Il Burnet inietta nello spessore del derma di ammalati di melitense 0.10 cmc. di filtrato di brodo-cultura vecchia di 20-30 giorni, provocando nel punto dell'iniezione una reazione locale molto vivace a forma di pomfo del diam. di 4-6 cm. e persistente per due o tre giorni, accompagnata da dolore arrossamento ed edema.

Il controllo a questo metodo variò per alcuni autori nella più accurata preparazione del filtrato.

Per es. il Canale usò un antigene così ottenuto: una certa quantità di cultura su agar di diversi stipiti di micrococco di Bruce, veniva tenuta in termostato fino a sviluppo di una patina considerevole. Stemperate le patine in poca acqua distillata e riunite in un'unica emulsione, i germi venivano uccisi col calore. Poi si centrifugava l'emulsione e i corpi batterici depositatisi al fondo venivano essiccati e ridotti, col pestamento, in una polvere finissima. Questa diluita serviva poi per praticare l'intradermoreazione.

I risultati ottenuti da questo autore risultarono favorevoli al metodo del Burnet. L'A. si è servito per le prove del metodo di Fornaca e Bua, il quale differisce dai precedenti perchè il brodo filtrato viene addizionato di una goccia di acido fenico per 10 cmc. di emulsione e poi conservato in fiale sterili da 2 cc. a temperatura ambiente.

Ora mentre i risultati ottenuti col metodo Burnet da questi due autori sono stati a sfavore della prova stessa, quelli con l'antigene di loro preparazione sono stati positivi, perchè mentre in quasi tutti i soggetti esaminati da Burnet, sia affetti da melitense che da altre malattie si ebbe una leggera reazione locale la cui entità era direttamente proporzionale alla quantità di antigene impiegato e ciò all'infuori di qualunque stato di malattia, con l'antigene di F. e B. la reazione dermica verificatasi nei casi di melitense fu ben netta e tipica, con tutte e tre le dosi da essi adoperate (0.10, 0.30, 0.50), e consistente in arrossamento ed edema locale della durata di 5-10 giorni.

L'A. ha eseguito le sue esperienze su 125 infermi delle più svariate malattie, fra cui 5 con febbre melitense, ottenendo risultati che confermano pienamente le prove di Fornaca e Bua. Anzi egli considera l'azione dell'antigene come specifica, con la delimitazione che deve darsi a questa parola, nel senso, cioè, non di una specificità assoluta ma come intensità di reazione, che sarebbe maggiore e soltanto evidente negl'infermi di melitense.

Patogenesi delle encefalopatie post-vacciniche. — VOIZARD e BAIZE. *Gazette des Hôpitaux*, n. 77, 1927.

Dai 128 casi comunicati finora nella letteratura medica si possono desumere criterii circa la etiologia, diagnosi e sintomatologia di questa encefalopatia, ma ne resta tuttora controversa la patogenesi, specialmente per ciò che riguarda i rapporti tra essa e le iniezioni vacciniche.

Sommariamente per l'etiologia si può dire che l'encefalite post-vaccinale si è verificata con grandissima maggioranza nell'età che va dai primi mesi ai 10 anni. L'incubazione degli accidenti varia da 10 a 12 giorni.

I sintomi capitali possono riassumersi in: sonnolenza profonda, convulsioni (specialmente a carico dei muscoli oculari-strabismo) e sindrome infettiva acuta con febbre, talvolta, elevatissima. L'ulteriore evoluzione, quando non si verifica la morte, consiste in un arresto di sviluppo fisico e psichico con ebetismo e perdita di tutte le acquisizioni anteriori. Residuano gravi segni di eccitazione cerebrale, perpetua agitazione, insonnia, disturbi della deambulazione, vivacità di tutti i riflessi e persistenza del Babinski.

La morte, quando avviene, segue dopo il decimo giorno circa dagli accidenti iniziali e qualche volta è preceduta da ingannevole remissione dei sintomi, cui segue rapido aggravamento, dispnea, anuria, coma completo e morte in ipertermia.

La patogenesi: cronologicamente è ben stabilita la insorgenza della encefalite dopo la vaccinazione, ma ciò non impone che vi siano rapporti di causa ad effetto. Ad ogni modo gli osservatori sono ripartiti tra le ipotesi opposte di causa efficiente e occasionale.

Come prima ipotesi, quindi l'encefalite post-vaccinale sarebbe dovuta al virus jenneriano e quindi di natura senz'altro vaccinica. Gli ar-

Digitized by Google

gomenti a favore di questa tesi sono: a) che esiste un intervallo di tempo costante tra la vaccinazione e la comparsa degli accidenti nervosi, i quali insorgono al momento in cui tutto il virus vaccinico si è diffuso per il corpo; b) che nel vaiuolo, malattia affine al vaccino, si sono osservati accidenti nervosi affini all'encefalite post-vaccinica; c) che la comparsa degli accidenti post-vaccinici è in relazione con una recrudescenza di attività dei vaccini oggi in uso; d) che infine è possibile riprodurre sintomi e lesioni encefaliche, sperimentalmente, con l'inoculazione di virus vaccinico, per via cutanea, corneale, encefalica ecc. oltre che è possibile la riproduzione della eruzione vaccinale tipica in seguito a inoculazione cutanea di prodotti patologici (sostanza nervosa di soggetti morti di encefalite post-vaccinica).

La seconda ipotesi ammette che la encefalite post-vaccinica altro non sia che una enc. letargica scatenata in un portatore di germi per mezzo della vaccinazione. I più autorevoli sostenitori di questa teoria sono Levaditi e Nicolau, i quali considerano questa enc. come il risveglio di una affezione nevrassica di natura encefalitica, preesistente nel corso di un'epidemia, provocata dal vaccino, il quale indebolendo i mezzi difensivi dell'organismo, in particolare quelli del sistema nervoso, permette all'infezione latente di farsi manifesta. Inoltre per la grande rassomiglianza clinica, per la identità delle lesioni anatomiche (invasione totale del nevrasse, lesioni perivascolari e cellulari ecc.) e per il criterio epidemiologico, questi due autori riportano l'affezione post-vaccinica all'a encefalite letargica, dando, dunque, al vaccino il solo valore di causa scatenante, per dir così.

Questa opinione non viene accettata da tutti, offrendo il fianco a gravi obbiezioni che qui non è possibile analizzare.

Ciò rende pertanto incerta la patogenesi della encefalite post-vaccinica, che nuovi studii, speriamo, chiariranno. Intanto, è molto importante per la pratica conoscere l'esistenza di questa encefalite e desumere da questi possibili incidenti il criterio che sia sempre preferibile di provocare una scarsa immunità vaccinica anzi che esporre i bambini al grave pericolo della encefalite!

A tal uopo, nella pratica della vaccinazione sarebbe cauto limitarsi, specie nei bambini di prima vaccinazione, ad eseguire una o al massimo due scarificazioni superficiali, e non eccedere nella quantità del pus da inoculare.

La infezione tubercolare nelle campagne secondo l'età differente. — PHELEBON. *Presse Médicale*, n. 75, 1927.

Le esperienze settennali dell'A. praticate allo scopo di svelare la tubercolosi — mediante la reazione di Pirquet — nella popolazione rurale, porterebbero ad ammettere che si può avere una positività di reazione, espressione di allergia tubercolare in soggetti adulti primitivamente, mentre la maggior parte dei bambini e giovani conserva fino all'età di 18 anni, la perfetta purità del contagio tubercolare, pur, in qualche caso, vivendo fin dalla nascita in ambiente infetto.

L'A. ha eseguito la Pirquet in 3.182 soggetti complessivamente i quali hanno fornito 883 casi di positività alla Pirquet pari a 27.74 %. In questi prima dei 18 anni la positività è stata di 123 su 1.706, pari al 7.20 %, mentre le cifre dei grandi centri nelle stesse condizioni danno il 70 %. Ora su 150 bambini di una scuola rurale l'A. non ha costatato nessuna reazione positiva.

Per contrario, dopo i 18 anni la percentuale aumenta al 24.63 % dai 18 ai 19 anni e poi aumenta regolarmente al 42.70 % fino ai 20 anni, al 52.87 % fino ai 21 anno per raggiungere il massimo di 61,65 % ai 25 anni. Da queste statistiche l'A. riporta l'impressione che la prima infezione tubercolare nelle campagne è una malattia del giovane adulto più che del bambino e del giovanetto, onde le campagne pagano alla tubercolosi un tributo meno precoce e meno grave di quanto non faccia la popolazione delle città. [Queste osservazioni dell'A. non hanno nulla di nuovo e di originale, essendo acquisito da molto tempo che la infezione tubercolare danneggia meno la popolazione delle campagne di quanto non faccia nelle città. Però è da notare che in molte provincie d'Italia oggi la tubercolosi si presenta nelle campagne diffusa molto più di prima, principalmente per il rimpatrio degli emigranti infetti. N. d. R.].

Orchite da influenza in un bambino di tre anni. — J. DI PACE. *Gazzetta medica italo-argentina*, n. 12, 1927.

Nel corso della epidemia di influenza di quest'anno l'A. ha osservato un bambino di tre anni, senza precedenti, il quale ha presentato una caratteristica orchite acuta, che si è manifestata due giorni dopo la esplosione della influenza a sintomatologia impressionante (febbre alta, dolori ossei e muscolari diffusi, cefalea, rinite, epistassi, tosse stizzosa; vomito, depressione nervosa) e che è guarita completamente, senza postumi, nove giorni dopo la sua apparizione e propriamente alla distanza di tre giorni dalla scomparsa di tutti i sintomi della influenza.

Nel detto bambino non vi sono stati: nè traumi manifesti, nè alcun segno (e la evoluzione della orchite e il suo esito lo hanno confermato) di fattori meccanici che hanno influenza nelle orchiti della infanzia (masturbazione, torsione del funicello spermatico, o dell'idatide del Morgagni; strozzamento di ernia, tipo Astley-Cooper; torsione di lembo epiploico; strozzamento della testa dell'epididimo; sforzi); nè iniezioni di siero; nè infezioni croniche; nè malattie diatesiche; nè processi patologici acuti che possono raggiungere il testicolo o per la via uretro-deferenziale, o per quella venosa, o per la linfatica, o per la sierosa; nè alcune di quelle infezioni generali acute le quali, in qualche caso eccezionale possono propagarsi al testicolo per la via arteriosa, se si fa eccezione della influenza che egli soffriva quando gli si è manifestata la orchite. Perciò l'A. conclude affermando che la orchite del bambino da lui osservato ha avuto origine solo ed esclusivamente dalla infezione influenzale.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Sulle così dette recidive nelle operazioni per litiasi biliare. WALZEL. *Wiener Klinische Wochenschrft*, n. 34, 1927.

Stando alle molteplici casistiche risulterebbe che tra 15 a 20 % degli operati possono soggiacere a sofferenze post'operatorie. L'A. sulla scorta del proprio materiale ha voluto riesaminare le ragioni di questi reliquati, e la condotta terapeutica più confacente ad evitarli. Risulta che molte volte, grazie ad una tecnica più raffinata e meno lesiva particolarmente inspirata a combattere gli stati anatomo-patologici favorevoli alla stasi biliare, si possono ridurre a proporzioni veramente trascurabili i casi di vera colica calcolosa. L'osservazione porta a ritenere che a valutare le conseguenze di codeste operazioni in affezioni biliari si debbano tener presenti affezioni di altri organi (appendice, stomaco, duodeno, pancreas, genitali), le quali possono simulare sofferenze delle vie biliari, senza che si tratti di insuccessi nell'intervento sulle vie biliari. Del resto non bisogna dimenticare che con la rimozione della cistifellea calcolosa e di eventuali concrezioni nelle vie biliari, il paziente è sottratto durevolmente ad un pericolo grave permanente fin quando permanga il calcolo. Questa affermazione trova il suo riscontro nell'opinione già espressa dal Kehr e da altri, cioè: che si opera non tanto per agire contro il calcolo, quanto per combatterne i pericoli; e che d'altronde l'eventualità di sofferenze post-operatorie non costituisca una reale controindicazione all'intervento.

Esiste senza dubbio una categoria di casi nei quali vige l'*indicatio vitalis*. Basterebbe in proposito ricordare quelli di perforazione della colecisti nel libero cavo; la varietà gangrenosa della colecistite acuta, quelli di pericolecistite suppurata. Si comprende come in tali condizioni, da parte l'obbiettivo diretto dell'intervento biliare, c'è da provvedere contro ogni minacciante infezione del cavo peritoneale. Chi prende d'altra parte in considerazione un gruppo di casi operati secondo le norme scolastiche, si convince, come si disse innanzi, di dover rivolgere l'attenzione ad altri sistemi.

Fu già messo in rilievo dall'esperimento e dalla clinica, la contingenza di vicarianti dilatazioni delle grosse vie biliari alla rimozione della colecisti: o di spasmo post-operatorio dello sfintere di Oddi. Poichè dunque si è acquisita la cognizione di codesto fattore spastico disfunzionale, e l'ectasia biliare non calcolosa, si comprende la razionalità di tenerne conto nella valutazione. Si va così a considerare gli stati patologici consecutivi del pancreas. Non mancano infatti le osservazioni di peripancreatiti cistiche, le quali sebbene non frequenti, richiedono tuttavia particolare attenzione. Le autopsie sono anche state non di rado istruttive per la constatazione di ulceri gastriche dissimulate da una sindrome colelitisiaca post-operatoria. Finalmente la relativa frequenza di affezioni litiasiche biliari nel sesso femminile lascia anche intuire quanto facilmente si incontrino contingenze di errori diagnostici.

Contributo sullo struma intratoracico. — MATTI. *Schweizerische Medizinische Wochenschrft*, n. 35, 1927.

L'osservazione dell'eminente chirurgo bernese merita l'interessamento dei clinici. Fatta astrazione dai casi vari associati, lo struma profondo si presenta per lo più come prolungamento endotoracico di uno struma latero-lobare, in tiroide normalmente situata, o se mai ptosica. La forma intratoracica ptosica è assai prevalentemente unilaterale. Ma non si esclude la possibile bilateralità, nel qual caso si riscontra uno strozzamento istmico fra i due lobi. Bisogna tuttavia distinguere da questo struma intratoracico bilaterale o duplice, quella foggiata a ferro di cavallo, nel quale non si presenta un rientramento mediano o paramediano, di carattere istmico. C'è inoltre una varietà prevalentemente cistica che va considerata come struma intratoracico mediano. Come si vede dunque dal lato

Digitized by Google

topografico ci sono differenti tipi da contemplare, mentre non va taciuto che in casi più rari dal corno superiore possa anche aversi un contemporaneo accrescimento extratoracico.

Ora è noto che tra' punti più discussi c'è quello tecnico, e sopratutto si è di varia opinione sull'opportunità o meno di cominciare con la primaria lussazione operatoria dello struma. L'A. pensa appunto che sia dal punto di vista meccanico, sia per il difficile dominio dell'emorragia si dovrebbero seguire norme più metodiche. Bisogna innanzi tutto studiarsi di evitare le eccessive emorragie; e per codesto obbiettivo la norma più rassicurante resta quella di procedere a mano a mano dal corno superiore. Vero è che specialmente da Jehn si è voluto adottare la sezione medio-sternale per ampliare la apertura dell'anello osseo superiore. Ma l'A. pure intervenendo in casi laboriosissimi, ha sempre rinunziato a codesta pratica. Senza dubbio si presentano durante l'intervento stati preoccupanti. Ma appunto contro di essi si deve sistematicamente provvedere, ricorrendo alla respirazione in iperpressione di ossigeno, con lo apparecchio Sauerbruch e Jehn. Altra norma da non trascurare è l'uso di anse di seta trapassanti, sui capi delle quali si possa esercitare la voluta trazione, e servirsene di sostegno. Grazie a codesta tecnica si rende sempre meno raccomandabile l'uso della particolare pinza proposta dal Kocher.

Di grande importanza, come rileva De Quervain per il disimpegno dello struma intratoracico è la preliminare allacciatura extrafasciale della arteria tiroidea inferiore. Questo tempo si compie anche opportunamente quando si comincia a lavorare dal corno superiore e si avanza esercitando trazioni in alto ed in avanti. La tecnica del Kocher resta lodevole, ma essa riguarda più la escissione unilaterale. Se si tratta di struma profondo a ferro di cavallo è da preferirsi la tecnica che l'A. designa come «resezione disimpegnante», dal corno superiore in giù. Egli infatti dopo avere isolato questo polo, allacciati tutti i casi ed applicata una allacciatura in massa centrale, passa a praticare una resezione cuneiforme tipica, dall'alto in basso, e dirigendola a seconda dello sviluppo assunto. Se la resezione è giunta fino ad un certo punto basso la porzione intratoracica obbedisce alla trazione. Allora avendo eseguita l'allacciatura della tiroidea inferiore non si oppone quasi difficoltà alcuna alla lussazione del gozzo intratoracico. Si deve, secondo l'A. alla metodica osservanza di questi principi tecnici, il fatto che egli in 219 casi, alcuni dei quali gravissimi, non ha registrato alcun insuccesso.

La megasplenoptosi nella sindrome di ulcera gastrica. — Scalone, Laboratorio clinica chirurgica generale, Milano. *La Clinica Chirurgica*, fasc. 8, 1927.

I casi studiati dall'A. appartengono all'Ospedale di Lentini (Siracusa). La sintomatologia gastrica può così riassumersi: 1. Dolori addominali più intensi alla regione epigastrica e durante la digestione la palpazione e la pressione li provocano in corrispondenza della piccola curvatura e della regione pilorica; in minor grado che in queste sedi è dolorosa tutta l'aia gastrica; sembra che la posizione eretta predisponga a farli scomparire od a renderli più intense; non cessano nella posizione orizzontale. In tre casi su cinque si sono avute crisi violente da simulare attacchi appendicolari acuti; in un caso dolori violenti ed ematemesi profusa. 2. Iperacidità con pirosi dopo i pasti, eruttazioni acide; essa corrisponde al periodo di dolore durante la digestione; l'esame del succo gastrico ha mostrato aumento della acidità totale e dell'HCl libero. 3. Il sangue non è stato rilevato nel contenuto gastrico e nelle feci; in un caso esso fu abbondantissimo sotto forma di grave emorragia gastrica; in un altro la sua presenza nelle feci precedette di pochi giorni la sindrome acuta da perforazione. 4. Il vomito è frequente, qualche volta provocato per svuotare con sollievo lo stomaco. 5. La dispepsia è costante sotto forma di pienezza di stomaco, lentezza della digestione quantunque lo svuotamento di esso constatato all'esame radiologico, si compia con rapidità; essa si avvicina alla dispepsia acida dolorosa. 6. La dilatazione dello stomaco è reperto costante, è associata alla ptosi ed è di notevole entità. 7. Lo esame radiologico nei due casi in cui venne fatto ha mostrato gastrectasia e ptosi, intensa peristalsi, precoce separazione dell'antro, difformazione funzionale da spasmo, svuotamento prima di sei ore, contorni regolari. 8. La esplorazione operatoria dello stomaco è stata negativa; le vene della grande curvatura si sono viste ectasiche e tortuose. 9. La milza è grossa, mobile, con capsula ispessita e lieve fibro-sclerosi interstiziale e perivasale; a carico dei grossi vasi extra-splenici è risultato un modico grado di endo e perivascolite semplice. 10. La splenectomia ben sopportata da tutte le operate ha prodotto la guarigione definitiva a distanza dall'operazione: è persistita la gastrectasia; migliorata la digestione, diminuita l'acidità che si può bene governare con gli alcalini; cessati i dolori e le crisi dolorifiche acute.

Codeste osservazioni stanno a mostrare che la megasplenoptosi costituisce un'affezione capace da sola di apportare sullo stomaco disturbi di screzione, di circolazione, di innervazione, di nutrizione e meccanici tali da spiegare la sindrome rilevata dall'A. Questa può essere dovuta a sole alterazioni funzionali, oppure ad alterazioni anatomo-patologiche che possono andare dalle semplici erosioni superficiali della mucosa alle vere ulcerazioni, perfino l'ulcera perforante. La splenectomia guarisce con risultati definitivi la sindrome gastrica, la quale rappresenta così una indicazione alla splenectomia nella megasplenoptosi malarica.

L'azione della megasplenoptosi deve essere studiata dunque dal punto di vista meccanico, vasale e tossico. In seguito di trazione possono riscontrarsi facili lacerazioni della mucosa, specialmente verso la regione cardiaca. Lo stomaco può assumere l'imagine radiologica di una falsa clessidra, talora quella di stomaco ectasico ed ectopico. Trazione e dilatazione sono due coefficienti che possono spingere la resistenza della mucosa fino al limite ulcerante. Naturalmente gli effetti più importanti della trazione si riscontrano a carico dei vasi sanguigni e dei nervi. Così nei gradi più alti si spiegano la trombosi, gli infarti della mucosa, e a loro volta le sclerosi a tipo organizzante. In quanto all'influsso di natura tossica esso è specialmente quando vi si aggiunga il fattore malaria, mentre non si esclude l'influsso del rene alterato per via generale.

Stenosi croniche del duodeno. — Pezcoller. Ospedale civile di Rovereto. *Archivio italiano di Chirurgia*, vol. 19, 1, 1927.

Quattro casi osservati in questo ospedale vengono ad ampliare lo studio attualmente intensificato sull'argomento delle perivisceriti. Le periduodeniti infatti ne costituiscono un gruppo la cui diagnosi offre difficoltà forse anche maggiori. Si suol fare dai clinici la divisione delle periduodeniti in due grandi gruppi; dei quali quello detto di periduodeniti essenziali comprende in sè e per sè lo stato patologico; quello delle secondarie comprende la conseguenza di flogosi più o meno gravi avvenute negli organi della regione (cistifellea, duodeno, fegato, ventricolo, colon).

Non sono tuttavia di accordo gli osservatori nel dare sempre grande importanza a questo secondo gruppo. Infatti, l'A. stando alle constatazioni del reparto chirurgico diretto dal Dordi ritiene esagerato questo concetto. Sarà ammissibile che in qualche raro colecistectomizzato residuino disturbi imputabili a concomitanti aderenze del duodeno; ma si vede peraltro la maggior parte di tali pazienti anche con duodeni deformatissimi non accusare alcun disturbo dopo l'intervento. Anche fra i loro operati di ulcera duodenale e sono parecchi, fatti di periduodenite abbastanza intensa, scoperti allo schermo e confermati al tavolo operatorio, mai diedero dopo l'intervento disturbi notevoli ai pazienti.

Due casi sono operatoriamente trattati, e qui minutamente descritti, con radiografie. In uno risultava dall'esame complessivo la diagnosi di stenosi del duodeno; e fu confermata al tavolo operatorio, potendo dimostrare la ricchezza di aderenze vascolarizzate. Si procedette alla duodeno-digiunostomia sottomesocolica, e staccate le aderenze epatoduodenali. La guarigione chirurgica non fu peraltro funzionalmente completa. Si dovette procedere ad un secondo intervento mediante la gastroenterostomia anteriore al davanti del colon trasverso.

In un secondo caso non si tratta di una stenosi essenziale del duodeno. L'impedimento era dato dalla trazione che esercitava sul digiuno un carcinoma del tenue. Il tumore del tenue stirava l'ansa in modo che essa tenuta ferma alla piega duodenodigiunale per i suoi mezzi di fissazione, formava in questo punto un'angolatura molto forte che impediva il proseguimento del contenuto intestinale. Infatti appena rimosso il neoplasma, la stenosi sparì spontaneamente, senza bisogno alcuno di ulteriore intervento.

Due altri casi del reparto rientrano fra le stenosi sottomesocoliche del duodeno, e furono solo medicamente trattati.

In quanto al segno differenziale tra membrane periduodenali o compressione dell'arteria mesenterica, cioè la nettezza o la irregolarità del margine acquoso della miscela bismutata, non si può esagerarne il significato. Gli errori diagnostici sono stati frequenti. Da parte gli scambi con l'appendicite, sogliono più facilmente essere scambiati o classificati come «nevrosi gastriche».

Anche dal lato operatorio non si può dire esista accordo. Ma tra la sistematica colecistectomia, la semplice rimozione delle aderenze, la duodenolisi con gastroenterostomia, sembra all'A. meritevole di maggiore affidamento la duodeno-digiunostomia con l'addizione della gastro-enterostomia.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Cancro primitivo delle trombe utero-ovariche. — Stanca, *Gazette des Hôpitaux*, n. 70, 1927.

E' molto raro e tutta la letteratura medica ne registra 180 casi, di cui solo 33 primitivi e il resto secondarii.

Digitized by Google

Il caso dell'A. riguarda una nullipara di 40 anni, mestruata a 13 anni e d'allora sempre bene fino al 15 gennaio 1927. Da sette mesi indebolimento generale dolori all'addome con periodi di esacerbazione che la costringono a letto una o due volte per settimana. Costipazione. Defecazione dolorosa. Crampi alla matrice da 15 giorni, prima dell'entrata in ospedale (25 gennaio).

All'esame: facies cachettica, temp. 37-38. Utero in retroversione. Al lato destro della pelvi si palpa una resistenza elastica irregolare, grande quanto la testa di un feto. Il tumore riempie la pelvi fino all'ombelico circa, in alto, appoggiandosi a sinistra sull'utero e nel Douglas. Poco mobile.

Aperto l'addome con taglio mediano, fuoriesce liquido dal peritoneo. Il grande epiploon è infiltrato, grosso aderente al tumore la cui base poggia nella pelvi. Nel distaccare le aderenze fra epiploon e intestino, il tumore si apre mostrando una materia gialla consistente.

Isolato il tumore si scopre consistere nella tromba e nell'ovaio di sinistra. Gli annessi di destra formano anche essi un tumore a forma di salciccia della grossezza di due dita, aderente alla parete posteriore dell'utero, discendente fino al Douglas. Asportato si osserva idrosalpinge con ovaio quasi normale.

Annessiectomia bilaterale con drenaggio del Douglas. Resezione dell'epiploon infiltrato. Presenza di tumefazioni glandolari mesenteriche e paravertebrali.

Dopo l'operazione peritonite ed esito.

Il tumore alla superficie di sezione rassomiglia al chorion frondoso molto consistente; in certi punti qua e là contiene liquido puriforme. L'ovaio sinistro è cistico, degenerato, grande quanto un uovo di pollo; friabile al lato delle aderenze e infiltrato della stessa materia contenuta nella tromba. Stesse caratteristiche della tromba alla superficie di sezione. La tromba destra contiene liquido seroso puro.

Istologicamente il tumore mostra la struttura della tromba mista a cellule connettive ed embrionarie; capillari grossi pieni di sangue, esponente di compressione e irritazione infiammatoria.

Il tessuto proprio della salpinge è attraversata da masse cellulari che penetrano sotto forma di cordoni confluenti verso la cavità della tromba costituendo la massa compatta del tumore.

In altri punti, specie della massa epiteliale, presenza di cellule epiteliali cilindriche, un po' appiattite.

Una sintomatologia propria di questa rara localizzazione del cancro non esiste: è quella comune ai tumori benigni degli annessi. Solo qualche autore crede che abbiano importanza i dolori unilaterali che si presentano a parossismi irregolari sotto forma di coliche, la cui spiegazione, secondo l'A. potrebbe essere data dal fatto che il lume della tromba riempito dalla massa cancerigna irriterebbe la parete della salpinge facendola reagire con movimenti peristaltici, durante i quali una parte del liquido (siero, sangue, pus) si eliminerebbe verso l'utero o verso la cavità addominale. Come segni poi di avviso bisogna tener presenti l'aspetto cachettico e l'ascite. Ma comunque la diagnosi del cancro delle trombe resta sempre difficile.

Sulla diagnosi biologica di gravidanza. — E. Maurizio, R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Padova. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 31 agosto 1927.

Già alcuni anni sono, Frank e Nothmann avevano notato che nei primi mesi la gravida reagisce con glicosuria, alla somministrazione di dosi di glucosio generalmente insufficienti, nella non gravida, a produrre quell'effetto e successivamente Kamnitzer e Joseph avevano osservato che in gravidanza esiste una particolare sensibilità alla florizina, la quale, com'è noto, è un glucoside che si estrae dalla corteccia delle radici dei meli, dei ciliegi, dei peri ecc.

Kamnitzer e Joseph trovarono infatti che in gravidanza la florizina provoca glicosuria in dosi molto più piccole che normalmente e fissarono il limite inferiore a 2 mg.

L'A. ha quindi seguito nelle sue ricerche circa il valore di questo nuovo metodo diagnostico una tecnica press'a poco identica a quella indicata da Kamnitzer e Joseph. Ha iniettato a digiuno, previo cateterismo ed esclusione di eventuale glicosuria, 1 cmc. di maturina della Casa Schering (corrispondente a 2 mgr. di florizina e 1 mgr. di idroclorato di beta-eucaina, quest'ultima per rendere indolora l'iniezione): indi ha raccolto l'urina dopo 30, 60 e 90 minuti ed ha ricercato in queste tre porzioni di urina il glucosio col metodo qualitativo (reattivo di Nylaender in dósi di circa 1/10 del volume dell'urina e riprova col Fehling). L'A. ha usato far bere alla paziente un bicchiere di acqua al momento o prima e mezz'ora dopo l'iniezione.

La prova è positiva quando in una delle tre porzioni di urina si riscontra il glucosio. La reazione con il reattivo di Nylaender (colorazione nera) si produce per lo più subito, ma alle volte solo dopo una prolungata ebollizione. Si deve però sempre ricordare che, siccome alcuni farmaci, quali l'antipirina, il cloralio idrato, la canfora, la caffeina, il cloroformio, gli estratti ipofisari, i preparati surrenali, i preparati salicilici ecc. possono dare reazione positiva al saggio di Nylaender, se ne deve evitare assolutamente la somministrazione quando si vuole praticare la reazione.

Dall'esame di oltre 100 casi in cui tale metodo fu attuato l'A. deduce che se in donne con diagnosi dubbia di gravidanza al terzo mese e in condizioni fisiologiche, la prova di Kamnitzer e Joseph riesce positiva la gravidanza si può senz'altro affermare; se negativa, la gravidanza con molta probabilità è da escludersi.

Nel secondo e nel terzo trimestre della gravidanza fisiologica l'esito è stato sempre positivo, tranne però in quelle donne che erano affette da gravi malattie, come albuminuria ed anemia perniciosa.

Nei casi di gravidanza extrauterina e negli aborti la prova riuscì del pari positiva, servendo così ottimamente dal punto di vista diagnostico e da quello medico-legale.

Nello stato catameniale l'A. riscontrò il 50 % di reazioni positive nel periodo premestruo, il 33 % durante la mestruazione e lo o % dopo la cessazione dei mestrui. Egli spiega questa positività col fatto già noto che nel periodo mestruale, e specialmente premestruale, si hanno nell'organismo femminile e specialmente nelle ghiandole a secrezione interna delle modificazioni molto simili a quelle che si hanno in gravidanza.

L'A. quindi fa notare che le gravi alterazioni del sangue e le lesioni renali alterano e inibiscono la prova; e che nei casi in cui la prova riesca incerta è consigliabile ripeterla aumentando o diminuendo la dose di florizina fino ad un minimo di mgr. 1.5 ed ad un massimo di mgr. 2.5.

Questa reazione, malgrado che non sia specifica (perchè riesce positiva talvolta anche fuori dello stato gravidico, specialmente nel periodo premestruale e nelle donne carcinomatose), è senza dubbio superiore per semplicità e sicurezza a tutte le prove biologiche finora tentate: rappresenta quindi un mezzo utilissimo per il pratico, costituendo un ottimo sussidio alla diagnosi, specialmente precoce, di gravidanza.

La siero-, vaccino- e chemio-terapia nella profilassi delle infezioni puerperali. — J. Wodon, Bruxelles. *Bruxelles Médical*, 1 maggio 1927.

Lévy-Sodal, convinto dell'efficacia terapeutica delle applicazioni intrauterine di brodo-vaccini, ne preconizza l'uso profilattico immediatamente dopo parti laboriosi.

Quanto alla somministrazione profilattica di antisettici chimici immessi nella circolazione sanguigna allo studio, già Pankow nel 1910 tentò le iniezioni di acido nucleinico, con successi discreti e Beck nel 1925 le iniezioni sottocutanee di 6 ctgr. di nucleinato sodico, con migliori risultati. Nello stesso anno Heptner consigliava di somministrare dopo i parti laboriosi il rivanol o la tripaflavina; e Joanny, Marbaix, Rivière ed altri consigliavano l'uso dei derivati arsenicali del gruppo degli arsenobenzoli.

Questi ultimi autori anzi si dichiararono convinti di poter diminuire notevolmente la morbidità nel campo della ostetricia, trattando preventivamente con iniezioni sottocutanee di sulfarsenol tutte quelle donne che avevano avuto un parto più o meno complicato, terminato con un intervento difficile, senza attendere in esse la comparsa dei fenomeni infettivi.

L'A. del presente lavoro ha dato la preferenza a quest'ultimo mezzo, ritenendo gli arsenobenzoli i migliori antisettici umorali e ne nota la tossicità dettagliatamente. Le dosi preconizzate sono minime, 12 cgr., ogni 2 giorni, ripetute 3-4 volte. Col sulfarsenol, per es., è possibile praticare iniezioni intramuscolari senza alcun dolore.

PEDIATRIA

La meningite nel neonato. — D. Karplus, Ospedale Pediatrico Carolina, Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 8, 1927.

La meningite nel neonato è straordinariamente rara; in tutta la letteratura se ne conoscono 37 casi indubbi, ai quali l'A. ne aggiunge altri tre personali.

L'agente patogeno più frequente è lo strepto- o lo stafilococco (13:40), seguono il bacterium coli (12:40), il meningococco (4:40), lo pneumococco (4:40), etc.

La diagnosi della meningite nei primi giorni di vita è spesso quasi impossibile, poichè la malattia può decorrere in modo completamente asintomatico, senza febbre, o con pochissima febbre, senza tensione delle fontanelle, e senza sintomi meningei.

Possono essere preziosi indizii la sonnolenza, la diminuita o esaltata sensibilità, e l'espressione contratta del viso; qualche volta solo la puntura lombare può chiarire il sospetto del medico.

Digitized by Google

Le vie dell'infezione sono costituite dal sangue, o dalla vicinanza di organi in preda a processi infiammatorii, o dal sistema linfatico.

Trombosi cardiaca dell'infanzia. — L. Mencarelli, R. Ist. di Anatomia Patol. di Perugia. *Archivio per le scienze mediche*, giugno 1927.

Si tratta di una bambina di 18 mesi, morta in seguito a gangrena dei genitali esterni, bronchiolite catarrale con focolai atelettasici, trombosi del cuore, miccardio-epato nefrodegenerazione grassa grave ed enterocolite follicolare e pseudomembranosa, nella quale l'osservazione macroscopica stabilì la presenza di una dilatazione cardiaca associata a gravi fatti regressivi del miccardio (omogeneizzazione, degenerazione vacuolare, necrosi delle fibrocellule) e a trombosi parietale del ventricolo sinistro e dell'auricola destra.

Il processo aveva integrato nel ventricolo sinistro un grosso trombo a larga base d'impianto, sorgente dalla faccia posteriore e dall'apice del ventricolo; nell'auricola si era costituito in una manifestazione che ne riempiva completamente la cavità.

Non vennero fatte emocolture nè durante la degenza della bambina, nè posteriormente. Però la valutazione delle notizie anamnestiche non impedisce di formulare delle considerazioni utili alla interpretazione patogenetica.

La storia clinica addita l'esistenza di un processo infettivo che ebbe una localizzazione, forse punto d'origine, nella alterazione del grande labbro sinistro, di natura fuso-spirillare. L'infiammazione fibrinoso-necrotica del colon può ben essere stata una concomitante manifestazione verificatasi nel corso del processo morboso, in rapporto alla eliminazione di prodotti tossici attraverso la mucosa intestinale.

Nella cornice del processo tossi-infettivo si può comprendere e spiegare la trombosi cardiaca. Le attitudini biologiche del germe o degli agenti morbosi, presumibilmente associati possono giustificare il decorso relativamente lungo dell'infezione, durata circa 45 giorni, e la sede del processo trombotico nell'endocardio parietale.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Il tartrato di antimonio e potassio nelle ulcere fagedeniche. — S. Kingsbury e S. M. Peck. *The Journal of the American Medical Association*, n. 25, 1927.

Il tartrato si somministra per via endovenosa, in soluzione all'1 %, alla dose iniziale di 3 cmc., per saggiare la tolleranza del paziente.

Le iniezioni vanno ripetute a giorni alterni, aumentando ogni volta la dose di 1 cmc. fino alla dose massima di 10 cmc.

E', naturalmente, necessario osservare le comuni precauzioni in uso per la terapia endovenosa; il trattamento va continuato fino alla completa riepitelizzazione.

Gli Autori hanno esperimentato con successo questa terapia, e la raccomandano sopratutto per i casi in cui il trattamento locale delle ulcerazioni riesce oltremodo difficoltoso (fimosi, etc.), o estremamente doloroso.

Leggeri sintomi di intolleranza possono manifestarsi con tosse e ptialismo; in qualche caso però la tosse può essere molto violenta, ed associarsi al vomito.

La bronchite cronica sifilitica.— R. Benda. 1 volume, Doin e C.ie edit., Parigi, 1927.

Dal punto di vista anatomico, come fa osservare l'A., nella sifilide pulmonare, palese o latente, si trova un processo di sclerosi bronchiale e peribronchiale, che fa parte di una sclerosi lobare più o meno estesa. Le lesioni consisterebbero, poi, in un ispessimento delle pareti bronchiali, al quale si aggiunge una reazione fibrosa più o meno manifesta del parenchima e degli spazi interstiziali circostanti; si possono anche vedere delle ulcerazioni dei bronchi, che ne hanno perforata la parete. E' strana l'osservazione che le lesioni vascolari e perivascolari sono solo di secondaria importanza; nè esiste alcun carattere patognomonico di differenziazione tra sclerosi da sifilide e sclerosi da tubercolosi, ecc.

Così pure radiologicamente non esiste nulla che possa aver valore se non che come segno di localizzazione; ciò nonostante le imagini anulari raggruppate a nidi d'ape intorno agli ili sarebbero un segno di presunzione della bronchite cronica sifilitica.

Dal punto di vista clinico, la forma che più comunemente si osserva è un catarro cronico con enfisema; si possono avere poi delle forme che simulano la dilatazione dei bronchi, intermediarie tra le forme bronchitiche catarrali semplici e le forme con ectasia propriamente dette. Talvolta la lesione bronchiale è mascherata dal quadro di una vera sifilide bronco-polmonare.

Per la diagnosi, bisognerà accertare l'infezione sifilitica con tutti i mezzi possibili d'investigazione ogni qual volta si è di fronte ad un catarro bronchiale cronico con sclerosi e tentare la cura specifica. Sebbene quest'ultima non sempre sia efficace, pure se non altro vale a limitare il progredire delle lesioni.

Idrocele dei lattanti ed eredolue.— I. Di Pace. *La Nipiotologia*, n. 1, 1927. *La Rivista Sanitaria*, n. 2, 1927.

L'A. ha esaminato 35 casi di idrocele comunicante riducibile, sia uni- che bilaterale, in neonati dal 15° al 45° giorno di vita; 92 casi di idrocele irriducibile, cia uni- che bilaterale, in bambini da 1 mese a 4 anni di vita; 67 lattanti indubbiamente eredoluetici, dalla nascita a 6 mesi di vita; 91 bambini lattanti dalla nascita ai 6 mesi, probabilmente eredoluetici; e dal suo esame risulta:

1) Che nel 20 % dei casi di idrocele dei lattanti, irriducibile e persistente per più di un mese, sia uni- che bilaterale, si constatano manifestazioni cliniche di origine certamente erodoluetica.

2) Che nel 17 % dei casi di idrocele dei lattanti, irriducibile e persistente per più di un mese, sia uni- che bilaterale, si osservano manifestazioni cliniche e si hanno dati anamnestici di probabile natura eredoluetica.

3) Che nel 31 % dei lattanti, certamente eredoluetici, si constata la esistenza di idrocele, sia uni- che bilaterale persistente per oltre due mesi.

E da questo risultato si deduce che la esistenza di un idrocele, irriducibile, persistente per oltre due mesi, sia uni che bilaterale, in un lattante, senza altre manifestazioni ritenute specifiche di eredolue, deve far sospettare la esistenza di detta malattia e deve consigliare minute, diligenti e ripetute indagini, non escluse le sierologiche (benchè non sempre sicure) per accertare la diagnosi.

Gli stessi esami dimostrano:

1) Che l'idrocele in lattante eredoluetico può essere tanto uni- che bilaterale.

2) Che l'idrocele comunicante dei lattanti non ha alcun rapporto con l'eredolue.

3) Che l'idrocele comunicante dei lattanti non eredoluetici scompare in 15 a 30 giorni nel 65 % dei casi; in 30 a 45 giorni nel 20 % dei casi; persiste oltre un anno nel 14 % dei casi; oltre 3 anni nel 3 % e rimane persistente nel 3 % dei casi.

OCULISTICA

Interpretazione delle inclusioni tracomatose. — Cange. *Gazette des Hôpitaux*, n. 65, 1927.

Argomento fra i più controversi della patologia oculare.

Halberstädter e Prowazek nel 1907, nell'esaminare dei prodotti tracomatosi constatarono nelle cellule epiteliali della congiuntiva delle formazioni epiteliali incluse nel protoplasma e più o meno accollate al nucleo, simili ad ammassi arrotonditi costituiti da corpi ritenuti più piccoli dei minimi microbi e strettamente intasati gli uni contro gli altri, contenuti in un involucro comune, formazione per la quale essi diedero a queste inclusioni il nome di clamidozoi.

Questi AA. ritennero essere i clamidozoi gli adenti specifici del tracoma, cosa che molti autori specialmente italiani (Adario, Lumbroso ecc.) negarono, ritenendoli invece chi come prodotti di secrezione (Addario) chi darne prodotti reattivi (Lumbroso) e altri come corpuscoli normali del protoplasma cellulare (Mawas) o come il risultato dell'attività secretiva della congiuntiva stimolata da cause diverse (Gabrièlidès) ecc. ecc. Tutti questi autori hanno sostenuto la loro tesi antiparassitaria dei clamidozoi con diversi argomenti fra cui principalmente: la non constatata presenza di essi in molti tracomi recenti e nelle recidive, la presenza negli animali infettati di tracoma (scimmie) di formazioni identiche non nei punti inoculati sibbene attecchiti ma in stati patologici ben differenti e forse anche nella congiuntiva normale; la somiglianza di queste formazioni con modificazioni protoplasmatiche e nucleari e infine la constatazione fatta (Bertarelli, Cecchetto, Marongiu, Nicolle ecc.) che le inclusioni sono trattenute dalla candela Berkefeld e nonostante ciò i filtrati non perdono la loro virulenza, l'inoculazione di essi riuscendo ugualmente positiva.

D'altra parte i sostenitori della teoria parassitaria ritengono come elementi di fatto la costanza o per lo meno l'estrema frequenza delle formazioni clamidozoiche nei casi recenti e non trattati di tracoma, la loro evoluzione ciclica e la presenza di una sostanza involgente (la plastina) dei corpi stessi, nonchè in ultimo il criterio sperimentale positivo delle inoculazioni.

Ma un'altra quistione si affaccia volendo ammettere che le inclusioni producano il tracoma ed è se le medesime siano specifiche di questa malattia. Dall'esame della numerosa casistica degli osservatori risulterebbe che: il pullulare iniziale di esse, l'ulteriore eliminazione progressiva e

Digitized by Google

momentanea e qualche volta la loro ricomparsa nelle fasi evolutive della malattia sembrano appoggiare l'opinione della loro importanza patogena specifica.

Ma recentemente queste vedute furono scosse di nuovo per dar posto ad altre argomentazioni, dedotte dalla constatazione nella congiuntiva di bambini affetti da blenorragia oculare di formazioni identiche a quelle dei clamidozoi. Le stesse formazioni furono ricercate e trovate nel secreto vaginale e uretrale di donne e uomini affetti da antica blenorragia e attualmente di tracoma, sicchè si pensò (Lindner) che il tracoma altro non fosse se non un'affezione originariamente gonococcica a sede genitale e col tempo, trapiantata sull'occhio trasformata a tal segno da aver perduto apparentemente i legami etiopatogenetici dell'affezione genitrice per assumere individualità nosografica e caratteristiche proprie!

Senonchè attraverso tutte queste fasi si ritornò poco a poco di nuovo a una concezione batterica, ma sotto altri nomi, coi quali le inclusioni non erano che agglomerati di un microbo nuovo o di derivati, o come delle «forme zoogleiche» di un microbo conosciuto.

Ma questa concezione ha incontrato forti obbiezioni e non è essa dunque che ha importanza in questo ritorno alla teoria parassitaria, bensì le ricerche di Vardemarte, il quale nel contenuto dei follicoli tracomatosi avrebbe trovato degli aggruppamenti microbici che egli riconobbe costituiti da diplococchi paragonabili ma non identici ai gonococchi. Nelle culture prima ana- e poi aerobiche questo A. è riuscito ad isolare un germe che presenta tutte le caratteristiche di quello rinvenuto nei follicoli tracomatosi. Questo microrganismo, che differisce dai comuni microrganismi per suoi caratteri morfologici e di colorazione è identico alle inclusioni di Prowazek-Halberstädter, risultando dunque che dette inclusioni altro non sarebbero che dei veri microrganismi.

Se esse siano gli agenti patogeni del tracoma capaci di provocare in condizioni sperimentali un'affezione identica clinicamente e istologicamente, è quello che i diversi AA. cercano attualmente di stabilire, in questo appassionante quesito della oftalmologia.

Le complicanze oculari delle sinusiti posteriori. — Di Core. *Rassegna Italiana di Otorino-laringologia*, A. I. n. 4, 1927.

La più frequente complicanza oculare delle sinusiti posteriori è la neurite ottica retro-bulbare. Essa è quasi sempre unilaterale.

Si possono avere complicanze a manifestazioni acute, che insorgono bruscamente con violente cefalee, prima abbassamento e poi annullamento rapido del potere visivo; papilla ottica iperemica, edematosa vasi retinici turgidi, campo visivo ristretto, e spesso scotomi centrali o paracentrali.

In numerosi casi guarigione spontanea in 15-30 giorni o varii mesi. Frequenti le recidive.

Nelle forme subacute, più frequenti, il potere visivo è relativamente conservato in rapporto alle alterazioni del campo visivo e del fondo dell'occhio.

L'intensità iniziale delle manifestazioni oculari rimane stazionaria per un tempo più o meno lungo, con evidente difficoltà della prognosi. Talora si ha atrofia definitiva del nervo ottico.

Nelle forme lente e progressive l'inizio è subdolo, con alternative di miglioria e aggravamento, con restringimento progressivo del campo e pallore crescente della papilla, fino, talvolta, all'atrofia definitiva.

Molto interessante la casistica illustrativa di 7 casi dell'A. In genere l'inizio dell'affezione risale a cause infiammatorie o tossi-infettive. Gli ammalati cominciano a lamentarsi di nevralgie periorbitarie, di fotofobie, astenopsie sia a un lato che bilateralmente; oppure intense cefalee e brusca perdita della vista, che dopo una quindicina di giorni ritorna in qualche caso normale per diminuire o scomparire in secondo tempo; oppure in seguito di infezione influenzale l'amm. comincia ad avvertire cefalee sopraorbitarie intense e contemporaneo scolo purulento dal naso e diminuzione del potere visivo.

Infine queste manifestazioni possono aversi per localizzazione luetica dei seni sfenoidali posteriori, come in un caso dell'A. non ulteriormente seguito. Ai sintomi iniziali suddetti, segue il periodo di stato della complicanza, caratterizzato dalla intensità e persistenza dei disturbi visivi e specialmente, perdita del potere visivo, fotopsie, atrofia completa post-neuritica, la quale se di lunga data è irreparabile.

La cura chirurgica consiste nella apertura dei seni sfenoido-etmoidali, raschiamento della mucosa, eventuale resezione dei cornetti. Qualche volta il trattamento medico (fumigazioni balsamico-decongestionanti, lavaggi medicati del seno frontale) può dar luogo, in casi acuti, ad abbondante esito di pus che togliendo la compressione, fa migliorare l'inferma, ma l'atto operativo è necessario per ottenere risultati definitivi.

L'ultimo infermo luetico, osservato dall'A., presentava etmoido-sfenoidite necrosante bilaterale, con irido-coroidite, sinechie posteriori, essudati del vitreo.

1290 =

TOSSICOLOGIA

Sulla morte improvvisa da gas illuminante. — M. Prati. Istituto di Medicina Legale, Modena. *Comunicazione al III Congresso di Medicina Legale*, Firenze, 30 maggio-1 giugno 1927.

Dalle ricerche sperimentali istituite dall'A. per interpretare i casi di morte improvvisa che talvolta si osservano in seguito ad inalazione massiva di gas illuminante, emergono le seguenti conclusioni:

Il passaggio del gas illuminante per le vie aeree superiori isolate del coniglio determina morte rapidissima per arresto immediato del respiro, e successivamente del cuore; tale esito deve interpretarsi come dovuto ad inibizione respiratoria riflessa.

La morte per meccanismo riflesso non si osserva se il gas illuminante viene introdotto nel polmone senza che giunga a contatto della mucosa delle prime vie aeree, verificandosi allora invece la morte per avvelenamento, se la quantità di gas assorbita è sufficiente.

L'inibizione riflessa provocata dal gas illuminante non sarebbe dovuta al contenuto in ossido di carbonio, ma a qualche altro componente, e con tutta probabilità agli idrocarburi; il riflesso inibitorio può essere reso pressocchè innocuo, evitando con un tamponamento il brusco afflusso del gas nelle narici, ed, una volta insorto, può essere troncato iniettando in tempo opportuno, cioè prima dell'arresto funzionale del cuore, atropina direttamente in circolo.

Avvelenamento mortale per uso di tintura di capelli. — D. Macaggi, Istituto di Medicina Legale, Genova. *Comunicazione al III Congresso di Medicina Legale*, Firenze, 30 maggio-1 giugno 1927.

Descrizione di un caso, rarissimo dato l'esito letale, di avvelenamento da cloridrato di parafenilendiammina, in una giovane donna, che faceva uso smodato di una tintura a base di tale preparato.

Il quadro clinico si iniziò con prurito al cuoio capelluto, malessere generale, poi sopore profondo, emorragie gengivali, facile produzione di ecchimosi sottocutanee, enterorragie, colporragie, nefrite acuta con periodo di anuria durato 24 ore, poi oliguria, insufficienza renale, e morte.

Tanto i sintomi clinici, quanto i reperti necroscopici parlavano di un avvelenamento da anilino-derivati, nella specie cloridrato di parafenilendiammina, evidentemente assorbito dalla vittima attraverso il cuoio capelluto.

TECNICA DI LABORATORIO

Tecnica per la colorazione simultanea dei bacilli tubercolari e delle fibre elastiche. — Simchowitz, Ospedale Civico Berlin-Reinickendorf. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 33, 1927.

Il metodo recente al quale si riferiscono queste ricerche, è quello di Jessen:

Una miscela di sputi e liscivia sodica normale nella proporzione di 1:2, 1:3 è riscaldata a 50° durante 20' minuti. Il centrifugato disseccato, portato sul portaoggetti è colorato secondo Ziehl-Neelsen. Ora invece di procedere alla colorazione con azzurro di metile, si passa il preparato decolorato e lavato, durante 2 minuti nella miscela di Herxheimer (Ematossilina, carbonato di litina soluzione satura a freddo ana 1.0; alcool assoluto ed acqua distillata ana 20.0, lasciando la soluzione a riposo per almeno 8 14 giorni). Il vetrino colorato, risciacquato, è durante alcuni secondi scolorato mediante soluzione di cloruro di ferro officinale e di nuovo rilavato.

L'imagine microscopica presenta i B. tbc. colorati in rosso; le F. elastiche colorate in violetto pallido, nella massa di detriti colorati in violetto e dovuta all'azione della liscivia calda.

L'A. ha voluto controllare il metodo su 90 sputi. Ha trovato che si spende più tempo così che non operando separatamente.

Lo stesso Jessen ha voluto abbreviare e semplificare, cioè: la miscela sputo-liscivia sodica viene scaldata per 2-3 minuti a 100° in acqua bollente.

Ma secondo l'A. anche così non mancano svantaggi: lo sputo si omogeneizza in una massa attaccaticcia, filante. Allora l'azione della centrifuga deve durare 1/2-1 ora a grande giro elettrico. Il sedimento poi è molto tardo nel disseccarsi.

Tutto sommato c'è da preferire l'antico metodo separatista; e riservare quello Jessen solamente ai casi di eccezione e di controllo.

Digitized by Google

IGIENE E EDUCAZIONE FISICA

ESERCIZI FISICI NEL BAGNO

(SULLE ORME DELL'ALMA ROMA)

In un recente viaggio di cultura a Londra abbiamo avuto la ottima occasione di conoscere il Sig. Cav. T. R. Togna, fiorentino, attivissimo industriale e strenuo apostolo dell'educazione fisica.

Nell'importante periodico mensile «New-Health» dell'omonima Società, edito dall'eminente chirurgo Sir. W. Arbuthnot Lane, egli ha, nei primi fascicoli di questo anno, pubblicato degli originali ed interessantissimi articoli su gli « Esercizi fisici nel bagno ». Ha voluto attuarli alla nostra presenza e ci ha persuasi come a tutte le età sia molto semplice durante i venti classici minuti del bagno, fatto alla temperatura della personale abitudine, eseguire tutti i movimenti dei muscoli del collo, torace, addome, arti superiori ed inferiori senza affaticarli eccessivamente.

I movimenti da farsi sono i seguenti:

1. Tirare su e giù gli arti inferiori, contemporaneamente, flettendo le ginocchia, avendo cura di estendere e flettere quanto più è possibile gli arti.

2. Poggiare le dita dei piedi sul fondo del bagno e la testa sull'orlo, avendo cura di mettere una spugna dietro la testa, e con o senza l'aiuto dei gomiti, allargare il torace, facendo rientrare e sporgere alternativamente la regione epigastrica (reptazione).

3. Poggiare le piante dei piedi sul fondo del bagno e la testa sull'orlo, come nell'esercizio precedente, e con l'aiuto dei gomiti dondolare, con un movimento roteante, le anche.

4. Descrivere con i piedi movimenti di adduzione e di abduzione e poi di rotazione o circumduzione del piede sulla gamba.

5. Mettere le braccia ai lati del corpo e muoverle innanzi ed indietro con movimento vibratorio.

6. Muovere le gambe in eguale maniera dell'esercizio precedente, tenendo le ginocchia leggermente flesse.

Quante volte bisogna fare ognuno di questi esercizi non può stabilirsi in egual misura per tutti. E' evidente che non bisogna arrivare alla spossatezza ma, specialmente nelle prime volte, è necessario fermarsi alla prima stanchezza.

E bisogna aver cura di fare, durante i venti minuti del bagno, tutte le varietà dei suddetti esercizi per ottenere i massimi effetti benefici. Fra questi è da notarsi l'assenza della solita e non piacevole sensazione di freddo, che si ha uscendo dal bagno d'immersione nel quale siasi rimasto più o meno immobile.

Noi siamo, dunque, convinti ora, anche per pratica personale, della grande utilità di questi esercizi ginnastici nel bagno e della sensazione di benessere immediato che arrecano. Non occorre, in fin dei conti, che soltanto un poco di buona volontà e di perseveranza per attuarli, giacchè non importano ulteriore impiego di tempo, essendo fatti durante il bagno.

D'altronde bisogna, specialmente quando non si è più molto giovani, curare bene il proprio fisico. Enrico Ward Becher, il grande oratore americano, diceva che il sapere di un corpo debole è come una spada senza impugnatura. E Platone, il sublime pensatore e scrittore, non si esercitava quotidianamente nella palestra e nelle terme? Il sommo statista inglese Gladstone, tanto amico della nostra Patria, dedicava ogni giorno un'ora alle più svariate esercitazioni ginnastiche; visse 88 anni in floridissima salute e lasciò scritto che « il tempo ed il danaro spesi per allenare e fortificare il corpo danno un rendimento straordinario ».

Speriamo, dunque, che questa maniera così semplice di esercitarsi entri nella pratica della comune igiene del corpo e, sopratutto, resti acquisita alle abitudini di quegli organismi maturi, che devono affidare la perfetta conservazione delle loro energie al saldo convincimento dell'utilità di questi svariati esercizi, piacevoli, semplici e per nulla affaticanti.

Settembre 1927.

prof. GIOVANNI CASTRONUOVO
prof. RAFFAELE JANNI

NELLE CLINICHE FRANCESI

ORIENTAZIONI E TENDENZE DELLA CHIRURGIA DEL SIMPATICO

Conferenza del prof. RÉNE LÉRICHE - (Strasburgo)

Niente più arduo del prospettare i risultati di codesta chirurgia.

Nella fase di transizione dall'empirismo al metodo, conviene tutto analizzare; vagliare i risultati, e ancor più gli errori, e gli insuccessi; attendere dell'altro per un bilancio conveniente. Le difficoltà tecniche da superare sono di gran lunga inferiori a quelle teoretiche; cioè di indicazioni, giacchè qui, come in altre non poche contingenze, i problemi più laboriosi a risolvere sono quelli della Fisiopatologia.

Valga qualche esempio. Più di quaranta anni sono trascorsi da quando, per opera di Wölfler, si introdusse la gastro-enterostomia; innumerevoli osservazioni; errori ed insuccessi numerosissimi si sono avvicendati fino all'accordo della pluralità sui vantaggi della g. e. posteriore mentre si sono sottoposte al trattamento affezioni che non lo giustificavano! E dopo tutto non si sa ancora: se la g. e. sia la cura dell'ulcera, senza preferirle lo snervamento dello stomaco. Le difficoltà nel rendersi conto dei risultati, provengono anche dalla nostra ignoranza delle cause e del meccanismo; della intima fisiologia del simpatico; il che vuol dire nutrizione e vita dei tessuti; origine del dolore, e condizioni che lo alimentano, contegno reattivo della vascolarità periferica etc.

Dalla constatazione di insuccessi fino alla dichiarazione di insufficienza della chirurgia del simpatico, c'è un abisso da superare! Nulla di più condannevole di una presunta logica di codesto genere. Nulla di più retrogrado, per il chirurgo, del reputarsi un abile manipolatore tecnico, rinunziando al dovere di serbarsi un valido fisiopatologo. Ripetere l'errore già deprecato, di trasandare le prime norme che ci vennero da Jaboulay, Chirault, Jonnesco, non sarebbe perdonabile. Giova pertanto intendersi.

Innanzi tutto la chirurgia del simpatico non è strettamente identificabile con quella periarteriosa. Il simpatico offre sede e campo a tre tipi di operazioni: sezione dei rami comunicanti; ablazione di uno o più gangli; simpatectomia arteriosa.

Dalla non lieve scorta di osservazioni, un fatto risulta: dove che si aggredisca il simpatico, analoghi sono i fatti di modificata motricità, che ne conseguono sui vasi. Sempre, cioè, una vaso-dilatazione attiva in un dato territorio, con più o meno spiccato risentimento sul circolo generale in omonimo senso sugli arti; e forse in senso inverso sui visceri. La vasodilatazione attiva si accompagna a transitorio aumento dell'indice oscillometrico, ipertermia periferica e subiettiva, iperleucocitosi.

Così per l'elasso di due a tre settimane. Quindi un ritorno ai valori pristini; permangono le reazioni consuete al bagno caldo o freddo. Ma se l'apparenza mentisce l'assenza di ogni intima modificazione, si ha tuttavia diritto a pensare che qualcosa di intimo accada e persista nella vita dei tessuti. Se non fosse così, non si spiegherebbe come durante mesi, forse anni, la temperatura sul lato operato di ramisezione, resti perifericamente più alta che non al lato opposto.

Si aggiunga: che gli effetti vaso-dilatatori nella simpatectomia periarteriosa sono ritardati alquanto, da una precorrente vaso-costrizione, e tuttavia di minor portata, perchè meno cospicui gli interessamenti apportati.

Riassumendo i vari aspetti, si direbbe anzitutto: che la scelta di una data operazione debba esser guidata da un esatto apprezzamento topografico delle lesioni; nonchè della loro anzianità e gravità. Dato il principio di intervenire a monte della affezione, si comprende come in rapporto alla entità della lesione si debba sempre più tendere a passare dalla simpatectomia periarteriosa alla ramisezione.

Operare quanto più elettivamente e meno mutilante, ecco un altro postulato. Per tanto io giudico che la ramizione ganglionare debba sempre più andar scomparendo, a misur che ci sarà sottratta la ignoranza anatomica di alcuni filamenti; ignoranza la quale giustifica la nostra attuale aggressione gangliare.

Un esempio del genere ci viene fornito dai nostri tentativi contro l'asma; perchè non siamo ancora nella precisa cognizione del punto di aggressione pre-gangliare, sui filetti della sensibilità bronchiale. Nè gioverebbe invocare qualche ablazione di tutta la catena gangliare, audacemente compiuta dal Jonnesco, perchè manca la documentazione funzionale dei suoi casi. Le esperienze mie, confortate da quelle di Fontaine, Branburg, mostrano che, i cani così trattati, diventano fiacchi, ansanti, facili alle infezioni, miocarditici.

Digitized by Google

Noi dunque siamo metodicamente oppositori a codeste mutilazioni, ingiustificate quanto nocive; giacchè a mio vedere risalterebbe assai meglio il successo operatorio, nel presentare un infermo realmente guarito, serbando contro la colonna vertebrale la sua catena gangliare; anzichè un altro apparentemente guarito, e con una catena gangliare attaccata ad un cartone.

Sarebbe anche superfluo notare e far notare: che le prospettive di questa chirurgia non si sottraggono alla coerenza della logica scientifica; e sopratutto alla norma di adattarsi alle contingenze singole. Erroneo sarebbe infatti voler con tali interventi combattere una gangrena estesa, ed esponente di non meno estesa e completa ostruzione vascolare. Incongruo sarebbe il pretendere che la cicatrice ottenuta dalla simpatectomia, risulti da cute sana e resistente. Dunque bisogna considerare più davvicino alcuni casi singoli.

Di ulcerazioni alle gambe ce n'è varie, per natura, caratteri, proporzioni.

Confonderle tra loro oggi, sarebbe errore deplorevole; per conseguenza erroneo sarebbe pretendere a curarle con indirizzo unico. Allo stato attuale si potrà cominciare da una selezione di categorie, facendo così da una parte restare le ulcerazioni di patogenesi nervosa, dall'altra quelle da cause multiple e banali. Ora è indiscutibile, in quest'ultima categoria, l'influsso latente o manifesto della lue; ecco perchè si hanno casi i quali cedono soltanto ad un energico trattamento specifico, non presagito; e che a sua volta rende superfluo ogni intervento sul simpatico. Tenuto conto di codeste frequenti dissimulazioni del fattore luetico, io ho adottato il trattamento arseno-benzolico a dosi crescenti e prolungate. Che se le ulcerazioni persistono, bisognerà intervenire, a secondo dei casi asportare le varici, escidere un'arteria obliterata od una vera flebitica, o eseguire la simpatectomia periarteriosa.

Quest'ultima dà successi clamorosi nelle ulcerazioni post traumatiche e in quelle varicose, mentre l'insuccesso è di regola nelle forme sifilitiche e nelle linfangiti recidivanti. Tuttavia al chirurgo non deve sfuggire che, astrazione fatta dal momento patogeno, ci sono fattori locali ostacolanti la permanenza del successo. Sono innanzi tutto fattori locali ostacolanti, dei quali possono anche distinguersi tipi: 1° l'ulcerazione dovuta ad ischemia arteritica o spastica, ha creato una perdita ben più grande di quella apparente. 2° Le condizioni circolatorie locali sono sfavorevoli, epperò cattiva la nutrizione. 3° Esiste in profondità dei tessuti una infezione cronica. Questi fattori che si associano tanto facilmente, li ho studiati in una al Fontaine sui tagli periferici. I margini più o meno prossimi alla perdita si mostrano strutturalmente tanto alterati da non consentire dubbi sulla impossibilità di ricostruire una sana cute.

Anche i preparati per strisciamento dall'ulcerazione mostrano reticoli di fibrina, polinucleari morti, microbi. Dunque un complesso di fattori contrari alla vitalità, contro i quali la chirurgia, secondo gli studi da noi compiuti doveva opporsi, rimovendo i fattori del cronicismo e della recidiva, cioè modificando le condizioni di circolo e di nutrizione della cute; sterilizzando l'ulcerazione, e finalmente portando cute sana sul posto. Le nostre osservazioni ci avevano condotti appunto a constatare che la simpatectomia arteriosa apporti simultaneamente codeste condizioni desiderate, e il controllo sia clinico, sia istografico, di codeste piaghe eliminava il dubbio: la cicatrizzazione procede con celerità iniziale che supera quella normale. Ma non è sembrato a me, come a qualche altro chirurgo, giustificabile arrestarsi a tanto; giacchè non si può sconoscere che l'origine dell'ulcerazione è una necrosi epiteliale; ond'è che l'apporto di cute sana è di spettanza prettamente chirurgica. Si tratta allora di selezione, cioè tra l'innesto a grandi lembi Ollier, secondo me poco vitali, e gli innesti piccoli, di coni di cute a confetti secondo Halsted-Davies, molto resistenti.

Ma le linee generali del metodo tracciate da Fontaine e da me, vuolsi così riassumere: in primo tempo la simpatectomia perifemorale, l'ablazione delle vene dilatate seguendo il processo Babcock; ablazione dell'osso se necessaria. In secondo tempo, tra 5-10 giorni, innesti dermo-epidermici appena che la piaga sia sterile. Così dentro un elasso di 25 giorni la vittoria sull'ulcera è completa, senza gran rischio di recidiva. Vero è che si potrebbe conseguire lo scopo anche senza la simpatectomia; ma sarebbe una rinunzia non giustificata per la semplicità dell'intervento; non giustificata dall'esperienza, perchè si sa che Morpurgo, Papilian, Cruceanu, Locatelli stanno tutti a provare che la rimozione del simpatico attira straordinariamente i poteri riparatori dei tessuti. Le neurotomie simpatiche, per codesto obbiettivo, sono dunque razionalissime. Un interrogativo ci si presenta tuttavia: sono le cicatrizzazioni così ottenute, veramente durevoli?

Io ritengo che sì; ma le percentuali non possono portarsi in modo incontestabile. Insuccessi ne ho sempre meno constatati, mentre si è rilevato che essi dovessero attribuirsi ad omissioni di procedura. Tuttavia di fronte alla sola simpatectomia, il mio attuale metodo ha molto ridotto le recidive.

Avendo finora accantonato il gruppo di *ulcerazioni* da *lesioni nervose*, conviene ritornarci. Ebbene se per mia esperienza sono indotto ad accettare la simpatectomia in lesioni di nervi periferici, e midollari, seguite da ulcerazioni, non posso sottoscrivere all'indirizzo di questa operazione nelle ulcerazioni sintomatiche di tabe, siringomielia, spina occulta. Credo non esista una chiara giustificazione.

Convinto che in queste ulcerazioni da interruzione nervea la più razionale chirurgia sia la ricostruzione, io ho già operato 17 casi di plastica; in 7 casi ho tuttavia ricorso alla simpatectomia, perchè credo aver notato che essa ritardi la recidiva di tanto e tal grado da autorizzare a parlare di una vera guarigione. D'altronde son questi dei casi nei quali ci si vedrebbe altrimenti costretti alla amputazione. E' poi da notare una particolarità differenziale tra gli interventi sull'arto addominale e quello toracico. Nel primo caso il meccanismo di disturbi trofici, il trauma particolarmente se reiterato ha parte imponente. Alludo all'equinismo, equinovarismo, dita ad artiglio sfreganti il suolo. Pertanto cominciare dall'artrodesi, in tutti i pazienti da operarsi per sezione dello sciatico. Del resto anche un'osservazione recente del Villardele, di lesione trofica per lesione traumatica, mostra come la ricostruzione del cubitale abbia data una molto transitoria guarigione; e che la recidiva venne definitivamente combattuta soltanto dalla simpatectomia periomerale.

Se poniamo che il piede di un paziente sia in atteggiamento non corregibile, non si potrebbe pretendere di confondere le indicazioni della simpatectomia con quelle dell'amputazione.

Per approssimazione, potrò qui considerare le *alterazioni* riscontrabili sui *monconi d'amputazione*. Qui come nei casi di sezione nervea accidentale, il neuroma del capo prossimale provoca la turba circolatoria; e favorito dal trauma provoca l'ulcerazione. Sono questi i casi ancora, nei quali rimuovere il neuroma da amputazione, ristabilire la conduzione, sia pure mediante qualche innesto morto, è condotta, che in qualche mio caso si è dimostrata plausibilissima. Ma se, come suole, in un moncone d'amputazione manchi un nervo da riparare, manchi un grosso neurom., io mi limito alla simpatectomia periarteriosa. Guarigioni si hanno, e ne fanno fede, oltre i miei casi, quelli del Mathey-Cornat. Dunque la condotta da consigliare sarebbe: in unica seduta ablazione del neuroma, cauterizzazione elettrica del capo nervoso, simpatectomia periarteriosa, ablazione del tessuto ulcerante.

Ma sbrighiamoci brevemente anche dal mal plantare, malattia ancora oscura, anzi secondo me, sintoma di un'affezione nervosa non ancora manifestata. Forse si sarà più nel vero rinunziando alla chirurgia, in codesti casi, a favore di un prolungato trattamento arseno-benzolico.

Le *malattie ossee* vogliono naturalmente considerazioni particolari, riguardanti la fisiologia e la patologia.

Si conosceva a priori, e poi dalle esperienze, che l'osso è un organo, che ha vita, ricambio, funzioni. Naturalmente tutto il suo bilancio trofico è connesso al sistema vascolare; la iperemia e la stasi si traducono in manifestazioni strutturali contrapposte. Senonchè l'esperienza è venuta mostrando anche un comportamento diverso dei tessuti circostanti. Io e Policard siamo venuti alla constatazione che, allo stato normale la iperemia ossea e la rarefazione sono tra loro connesse come rarefazione ossea ed ossificazione endoperiostea. Allora si è indotti a pensare che operazioni simpatiche, specie periarteriose, possono trovare la loro indicazione in certe malattie ossee, perocchè esse sviluppano gli stati circolatori che favoriscono la riparazione ossea. Si sa infatti che dopo una fase transitoria di decalcificazione si accelera la produzione del callo di frattura. Uffreduzzi, Fontaine, Palma, Meirano, Stropeni hanno confermato sperimentalmente il fatto; Gaudier nella clinica, e così Stropeni, Grove, Kappis, Wertheimer.

Io penso che le operazioni simpatiche debbono essere utilizzate anche nelle *osteoporosi traumatiche*.

In quanto alle *osteo-tubercolosi artico'ari*, l'associazione della simpatectomia va ancora studiata con riserva, e sotto ulteriore controllo.

(*Gazette des Hôpitaux*, 50, 52, 1927).

Digitized by Google

DAI CONGRESSI ESTERI

Esiti di traumatismi del Cranio e loro trattamento

Al quarto Congresso internazionale di Medicina e Farmacia Militare, tenutosi in Varsavia (1927) fu questo uno dei temi più importanti, sul quale si sono avute comunicazioni degne di essere riassunte. Già sullo stesso ordine del giorno, alla chiusura del Congresso, troviamo alcune deduzioni sintetiche. 1. L'esperienza della guerra ha dimostrato che gli esiti dei traumatismi cranici quali l'epilessia, le neuropsicosi, le nevrosi, i disturbi fisiopatici etc., si sviluppano in individui predisposti. 2. Questa categoria di individui deve essere eliminata dall'esercito, non solo in tempo di pace ma altresì durante la guerra, come elemento nocivo. 3. In considerazione che l'esperienza ha dimostrato che i decorsi più favorevoli si verificano nei feriti senza infezione, e che invece i casi più gravi riguardano quelli che hanno subito suppurazioni prolungate, è necessario che durante la guerra siano applicati metodi che permettano la guarigione delle ferite per prima intenzione. 4. Fra gli esiti di traumatismi cranici, la epilessia occupa un posto preponderante, dal punto di vista della frequenza e della gravità.

Restando questo il tracciato fondamentale della discussione in parola, giova scendere a qualche singolo congressista. Così stando alle conclusioni dei Dri. Papastratigakis ed Aisopos (Grecia), perchè siano reliquati di traumatismi cranio cerebrali è necessario che le manifestazioni si sviluppino *senza interposizione* di tempo, tra l'accidente primitivo ed i reliquati. Mentre dal punto di vista dei *sintomi* bisognerebbe distinguerli in *atopici*, cioè non dipendenti da una localizzazione speciale (cioè elementi subbiettivi della sindrome comune ai feriti del cranio, manifestazioni epilettiche, nevrosi e psicosi), e questo gruppo atopico va considerato come provvisorio; e sintomi in rapporto con la localizzazione della lesione (tutte le manifestazioni organiche provenienti da una lesione circoscritta). Dal punto di vista anatomico bisognerebbe distinguere: lesioni dirette (meningee, encefaliche o meningo encefaliche); lesioni associate infettive od infiammatorie (divisibili anche esse come le precedenti); e lesioni indirette in rapporto con organiche; e possono essere influenzate sia dal traumatismo cranico stesso (labirinto) sia dallo shock commozionale (ghiandole endocrine). Le manifestazioni cliniche non dipendono sempre dalla gravità e dalla estensione della ferita: semplici commozioni possono dare le stesse lesioni di focolaio come le lesioni molto estese.

Di regola generale essa è più favorevole per i feriti che presentano sintomi atopici subbiettivi; più grave per quelli che presentano segni di lesione da focolaio, per le psicopatie sviluppate sopra un fondo di degenerazione mentale, e per gli antichi sifilitici. Su questi stessi elementi saranno uniformate le decisioni medico-legali militari.

Prima di passare ad altre Relazioni, (le quali per fortuna sono meno trascendentali), crediamo si imponga qualche considerazione. Senza contestare ai relatori di Congressi l'autorità ed il diritto di avere opinioni personali, parrebbe intuitivo che essi debbano serbare il rispetto a quanto si è acquisito; e se non altro la lucidità in quel che si vuole insegnare. Riteniamo che ogni attento lettore di queste conclusioni constaterà la completa assenza di codesti desiderata. Se non si scorgesse subito la preoccupante finalità medico-militare-forense, in queste conclusioni, non si riescirebbe a capire come in un Congresso autorevole, si possa sanzionare, che per esser reliquati non debba interporsi tempo tra la guarigione dell'accidente primitivo traumatico ed il reliquato! Ogni studioso può riscontrare negli Archivi di Chirurgia, casi di ascessi di quasi un intero emisfero manifestatisi dopo mesi da un'apparente rapida guarigione primaria.

Non si comprenderebbe, secondo noi, come i sintomi *atopici* debbano considerarsi *provvisori* ed elementi *subbiettivi;* quasi che le psicosi, le nevrosi, la commozione, siano sindromi subbiettive. Incomprensibile resta la distinzione delle lesioni associate in infettive ed infiammatorie, se non pensando che i due Relatori si scindano, a loro piacimento, le dottrine fondamentali. Nè meno sorprendente è questo concetto: le semplici commozioni possono dare le stesse lesioni di focolaio, senza averci prima chiarito se e perchè non entri in campo la contusione cerebrale; discussione che non può dissimularsi venendo a tirar fuori lo shock commozionale con le indispensabili ghiandole endocrine... Ma sarà forse più proficuo lasciare agli studiosi di giudicare, mentre riassumeremo i punti principali della relazione Weglowski (Polonia).

Data una perdita di sostanza, niente rigenerazione cerebrale, durale, osteo-periostale. Un tessuto cicatriziale ricopre la perdita, e se esso si rende duro, gli è per calcificazione, non per osteogenesi. 2. Da questo dato anatomo-patologico l'insegnamento ormai noto a tutti i chirurghi: evitare fin che possibile il trattamento aperto, e procurare di realizzare la sintesi primaria, epperò la guarigione diretta.

Sintomi gravi con paresi di particolari muscoli si notano in 25 %, mentre i segni epilettici appaiono soltanto in 8 % dei casi. E' soltanto nella esistenza di sintomi gravi giustificato l'intervento radicale, che offre 80 % di risultati; cioè rimozione del tessuto cicatriziale meningo-cerebrale; copertura con sottile strato di grasso; trasporto della fascia lata in sostituzione della perdita durale, ed impianto di lamine ossee tibiali a sostituire l'osso perduto.

Parecchie altre deduzioni appartengono al Weglowski; ma esse non assumono nessun significato particolare, in ordine a quanto si sapeva sulla presenza di corpi estranei nel cervello; mentre viene meglio sanzionata l'importanza dell'esame radiologico, e sopratutto del metodo stereoscopico, o quello dello spostamento dei raggi secondo Holzknecht. E' invece da notarsi in questa relazione una maggiore compenetrazione dell'A. nel punto di vista prognostico e terapeutico, degli esiti post-traumatici, in quantochè vi si vede considerata la nosografia delle sindromi tardive, siano esse suppurative, siano puramente funzionali, neuro motorie o psichiche, confermandone la razionale indicazione terapeutica operatoria, sebbene con risultati non radicalmente sempre reintegrativi.

Concentrando la propria attenzione particolarmente alla cura chirurgica, e basandosi su 236 cranio-encefalici di guerra, il Caccia (Roma) viene a conclusioni pienamente intonate alla portata dei nostri studi: 1. La guarigione asettica è fattore importante per la reintegrazione anatomica di brecce ossee non molto estese; e per il ripristino funzionale di localizzazioni nervose. 2. Le suppurazioni cranio-encefaliche impediscono la riparazione di brecce ossee anche piccole, e contribuiscono alla stabilizzazione di esiti più o meno gravi di origine encefalica. 3. La cranio-plastica è sempre utile difesa dell'encefalo. 4. La cura dell'epilessia resta precipuamente chirurgica, potendo ottenersi a volte la guarigione, spesso un miglioramento. 5. La cura Lasiche contro gli stati ipo- ed ipertensivi del liquor, costituisce il più promettente trattamento palliativo nell'insuccesso operatorio dell'epilessia traumatica.

La comunicazione del Giarrusso (Bologna) prende sopratutto in esame la fisio-patologia di codesti cranio-neurolesi. Egli confermando lo spirito, anatomico e morfologico, dominante sul concetto clinico delle sedi cortico-motorie e cortico-sensitivo-sensoriali; nonchè la sinergia e la sostituzione funzionale, crede che la specificazione dei centri intellettivi secondo Bianchi e Flechsig non abbia conferma nella traumatologia di guerra. Bisogna ritenere invece che, nella funzione intellettiva « il processo nervoso rappresenta la messa in attività di una catena complessa e varia di aggruppamenti neuronici, i quali costituiscono i circuiti funzionali del pensiero ragionato ».

Questa la definizione, senza dubbio elegante del Giarrusso; ma a noi sembra che nella sua dizione non sarebbero dissenzienti le dottrine dei due grandi Neurologhi citati.

Che sia così, ci sembra anche emergere dalla comunicazione quivi stesso presentata dal De Bernardinis; giacchè le turbe ideative constatate in lesioni prefrontali, nella zona latente temporo-parieto-occipitale, insomma le lesioni delle cosidette zone mute, se hanno lasciato ancora discutibile l'importanza dei due grandi centri associativi, non hanno, secondo ci sembra, nulla fornito che basti ad invalidare le definizioni dottrinali che si legano ai tre grandi nomi: Bianchi, Flechsig, Luciani. D'altro canto le osservazioni di lesioni della zona motoria-sensitiva confermarono quanto è ormai patrimonio dei nostri studi, mettendo anche in maggior risalto la concezione del Luciani sul reciproco collegamento di aree focali e margini periferici dei centri rispettivi.

Finalmente le osservazioni sulle lesioni della zona del linguaggio, e quelle della zona visiva, non lasciano al relatore se non campo di prospettare le teorie dominanti, e di confermarle.

Questo il riassunto della discussione del terzo tema, in quel congresso, i cui relatori sono meritevoli di tutta la considerazione per lo sforzo compiuto. Tuttavia dopo qualche accenno in queste colonne da noi fatto, non riesce difficile sintetizzare sulla scarsa proficuità. Ancora una volta e forse anche più del consueto, viene fatto di constatare la mancata finalità di molte discussioni congressistiche cioè: il lavoro di cernita, la selezione dei fatti e delle teorie, la traccia di sanzioni concordi, senza che non si concepirebbe la fattività e lo spirito dell'adunata. Era, nel caso concreto, prevedibile la limitazione del risultato di fronte alla multilateralità del tema, ed a quanto già si è acquisito. Basterebbe ricordare la monumentale opera del Duret « sui traumatismi cranio-cerebrali» per domandarsi come si possa proficuamente discorrerne in un congresso! (*Giornale di Medicina Militare*, n. 8 9, 1927).

= 1295

Digitized by Google

PER LA PRATICA

CASISTICA

DI UN CASO DI OCCLUSIONE INTESTINALE DA ASCARIDI

per il dott. PASQUALE NAPPI - (Palma Campania)

B. Genova, da Palma, di anni 70, donna di casa. Nulla nel gentilizio. Il 4 luglio, ultimo scorso, fu colta, nel pieno benessere, da una violenta colica addominale, seguita da vomito fecale e forte diarrea; niente singhiozzo. Il vomito durò qualche ora con brevi interruzioni: un ascaride lungo quasi 25 centimetri fu emesso col vomito. La diarrea continuò insistente per tutta la giornata, fino ad ora tarda della notte, poi si arrestò di colpo; il dolore non rimise per nulla; l'inferma notò che, arrestatasi la diarrea, l'addome incominciava ad ingrossarsi a poco a poco.

Il giorno dopo l'inizio del male visito l'inferma. All'ispezione: aspetto generale impressionante; *facies abdominalis*; gli occhi, le guance infossate, naso profilato, mento e pomelli sporgenti, voce debole e rauca espressione di angoscia, sensorio integro. La lingua è arida; v'è tachipnea e dispnea, polso frequente e piccolo, temperatura 37.8; il volume dell'addome è aumentato, specialmente lateralmente a destra e nella regione sottombelicale e lievemente a sinistra. La forma è irregolare: nel quadrante inferiore destro e parzialmente in quello sinistro si notano delle bozze più o meno di forma e grandezza diversa. Cicatrice ombelicale lievemente sporgente. Nella parete addominale si osservano movimenti vermicolari. Alla palpazione: l'addome è teso, il dolore si esacerba massimamente nella fossa iliaca di destra e lievemente nella regione sottombelicale: quivi si palpano dei rigonfiamenti più o meno irregolari. Alla percussione: suono timpanico su tutto l'addome; in una limitata zona laterale destra che va dal punto di Lanz a quello di Mac Burney ed un po' più in su la percussione dà suono ottuso.

A mia domanda l'inferma dice che l'alvo è sempre chiuso e ai materiali e ai gas.

Faccio diagnosi di una probabile ostruzione intestinale per agglomeramenti di ascaridi con consecutivo peritonismo e tento una terapia opportuna.

Difatti somministro all'inferma, per tre giorni consecutivi, tre capsule di timolo di un grammo ciascuna, il mattino a digiuno; nel pomeriggio dell'ultimo giorno dò un lieve purgante: tre cucchiaini di sciroppo Pagliani alternati con tre cucchiaini di ricilene, ciascuno ogni ora. Nella nottata seguente l'alvo si apre e l'ammalata emette sei ascaridi, il giorno dopo altri quattro, tutti più o meno grandi, alcuni aggrovigliati. Da questo momento la inferma migliora, il polso si ripiglia, il meteorismo diminuisce, il dolore si attenua e la donna entra in convalescenza.

Profitto di questo caso per dare una giusta importanza ai vermi intestinali e specialmente agli ascaridi i quali, se nella maggior parte dei casi possono essere degli ospiti intestinali innocui e dare dei sintomi vaghi, non così sono in altri casi, nei quali gli ascaridi stessi, come gli altri parassiti intestinali, possono dare le più grandi sorprese. Rendiamo in questo modo onore ai nostri antichi colleghi, vissuti nella metà del secolo scorso, i quali accordarono ai vermi intestinali un'azione patogena. Certo noi non possiamo ammettere che ogni verme dà sistematicamente gli stessi sintomi e le stesse affezioni con i medesimi inconvenienti, nè possiamo essere dell'avviso di altri colleghi i quali oggi non credono all'esistenza di vere malattie da verminazione, ammettono che la presenza di vermi intestinali possa produrre qualche vago fenomeno riflesso, ma non credono che possano dare veri malanni. Per il popolo l'elmintiasi è un simbolo, direi, quasi di ogni malore dell'infanzia: il volgo ritiene che il verme intestinale in genere, l'ascaride in ispecie, sia il proteo dei morbi per eccellenza. A questo pregiudizio i pediatri ed i medici tutti fanno contrasto e come spesso accade molti di essi in lotta diuturna con l'iperbolica mania di veder vermi in ogni posto, finiscono talvolta col non ammetterli ove pure sono.

Fortunatamente le malattie verminose dell'uomo, troppo a lungo relegate fra le leggende e la vecchia patologia, vanno riconquistando il fervore del pubblico medico (Letulle). È oggi noto come certi parassiti intestinali siano ritenuti responsabili di molteplici ed anche gravissimi disturbi così nei bambini che negli adulti e come possono dare sintomatologie di difficile interpretazione sia per il loro vivere abituale nell'intestino tenue, quello cioè addetto in modo speciale all'assorbimento, sia per la loro azione tossica, traumatica, meccanica, sia infine per quella attitudine che essi posseggono d'invadere gli stretti dotti comunicanti col tubo digerente, portandovi disturbi ed infezioni e di ascendere il canale alimentare fino ad arrivare nel faringe, dal quale possono passare nella bocca o introdursi nelle trombe di Eustacchio oppure nel laringe e da qui nei polmoni.

L'ascaride lombricoide è un verme giallo rossastro o grigio rossastro, appuntito all'estremità: è un verme cosmopolita poichè si trova variamente distribuito nelle diverse regioni del globo; abbonda però nelle regioni tropicali ed è un po' raro in Irlanda.

L'ascaride non si osserva mai nell'infante di pochi giorni; si trova nei bambini, negli adolescenti, negli adulti, più nella donna che nell'uomo. Facilmente è l'ospite degli alienati e degli idioti (Guiart). Ma più frequente però è nei bambini e specialmente in quelli dei tropici. Nei paesi caldi, per esempio, i bambini possono emettere una quantità notevole di ascaridi, i quali costituiscono un serio pericolo. Levacher dice di aver visto nelle Antille bambini emettere da 400 a 600 ascaridi; Curveilhier scrive che più di mille furono trovati nell'intestino di una bambina idiota: Vital, a Costantina, ne trovò più di 1800 in un fanciullo; Petit parla di un piccolo bambino che ne emise 2500 in cinque mesi; Fauconneau-Diufresen pubblicò il caso di un bambino di 12 anni, il quale ne emise più di 5000 in meno di tre anni, la maggior parte col vomito e fino a 600 nello stesso giorno.

Da quanto abbiamo detto si può immaginare quanta importanza abbia l'ascaride nella patologia tropicale: in proposito il Dottor Kermorgant all'Accademia di Medicina di Parigi il 19 aprile 1904 presentò delle comunicazioni. Così Fearnside (*Indian Medical Gazette* 1904) scrive che l'ascaride è il momento etiologico di molte malattie fra gli ospiti delle carceri delle Indie e Gaide (*Archives de Médecine navale* 1904) ci riferisce tutti i danni che questo lombricoide arreca nelle colonie francesi.

L'ascaride, frequentissimo nelle nostre plaghe, si sviluppa nello intestino umano in seguito all'ingestione di uova del parassita stesso, le quali facilmente si trovano deposte sulla verdura, sulla frutta, sui legumi. E poichè anche il bue ed il maiale possono albergare l'ascaride nell'intestino non è quindi infrequente per il fatto della concimazione, che la verdura e la frutta possono essere inquinate di uova di ascaridi. Qualche volta gli ascaridi si trovano nell'acqua che si beve (De Giovanni).

Dagli antichi si ammetteva, anzi era fermamente ritenuto che nello intestino umano avvenisse la generazione spontanea degli ascaridi. Invero intorno alla generazione dei vermi molti sono i pregiudizi i quali non devono stupire. Clinici chiarissimi fino a qualche mezzo secolo fa sostenevano che vi fosse una diatesi verminosa, ma studi e ricerche ulteriori nonchè la conquista, relativamente recente, del principio fondamentale di biologia « *Omne vivum e vivo* » hanno distrutto per sempre questo pregiudizio e la teoria della putrefazione degli umori, tuttavia ancora sostenuta nel giudizio popolare.

L'ascaride si sviluppa nell'intestino tenue ove vive a preferenza. E. Covanna (*La Medicina Italiana*, anno 1923), dice che le larve sgusciate dalle uova nel canale enterico non si fermano qui, ma passano nelle vene delle pareti intestinali e dalle radici della vena porta vanno al fegato, quindi al cuore, ai polmoni. Di qui, forando i capillari polmonari, passano negli alveoli, quindi nella trachea e, favorite dallo epitelio vibratile delle alte vie respiratorie, arrivano nella bocca, donde con la saliva sono riportate nello stomaco e nell'intestino, dove solo allora si sviluppano completamente. A proposito vari autori, facendo esperimenti negli animali hanno visto che le larve degli ascaridi arrivate nei polmoni o nel cuore possono passare facilmente nel gran circolo arterioso e diffondersi nel cervello e nei reni, cosa che si verifica rarissimamente nell'uomo. Alcuni ostetrici confermano che si

Digitized by Google

sono prodotte delle infezioni intrauterine essendo arrivate le larve al feto attraverso la circolazione placentare; fatto che spiega quindi quei rari casi di ascaridiasi in bambini da poco nati.

Gli ascaridi, sviluppatisi finalmente e vivendo da parassiti nello intestino tenue, possono rappresentare degli ospiti innocui, talvolta possono dare sintomatologie di non grande importanza, altre volte vomito continuo ed infrenabile, violente diarree che cessano solamente ad ascaridi espulsi, talvolta stati nervosi lievi, disturbi psichici passeggieri, cefalee, vertigini, dilatazione delle pupille, brividi. Ma non sempre è così: questi vermi che sembrano essere i parassiti più pacifici di questo mondo e che appaiono come esseri inoffensivi, a volta rappresentano la causa di sintomi abbastanza gravi per non dire addirittura gravissimi.

Demme e Leichtenstern hanno osservati stati profondi di anemia per la sottrazione di albumina e sangue da parte degli ascaridi attraverso la parete intestinale. La letteratura medica registra un grande numero di casi in cui manifestazioni nervose gravi dipendevano dagli ascaridi: spasmi, convulsioni epilettiformi, stati coreici o catalettici gravi, contratture e stati mentali di una certa importanza. Inoltre Leo, Miceli hanno osservato giovanette nelle quali gli stessi vermi intestinali avevano dato dismenorree o amenorree. Come causa di tutte queste diverse sindromi s'invoca lo spostamento dei parassiti nell'intestino oppure il loro posarsi sulla mucosa; cosa che determina delle vivissime irritazioni delle terminazioni nervose, formanti il plesso di Meissner, che trovasi nella sottomucosa, e quello di Auerbach, che è situato nella tunica muscolare (Guiart).

Gli ascaridi intanto secondo gli studi di autorevoli clinici e patologi segregano una sostanza tossica, la quale è facilmente assorbita dalla mucosa intestinale. Essa sostanza secondo Vaullegeard conterrebbe due tossine, una solubile nell'acqua e non nell'alcool, che attacca il sistema nervoso, l'altra solubile nell'acqua e nell'alcool insolubile nell'etere, che ha azione simile al curaro. Per Schuffer queste tossine sarebbero sostanze irritanti o convulsivanti. Tali zootossine Schuffard e Bouet le farebbero derivare da ascaridi morti ed in decomposizione nell'intestino. Però Mingazzini, Messineo hanno dimostrato che esse zootossine non sono date soltanto da elminti morti sebbene anche da quelli viventi. Invero in riguardo alla esistenza di tali zootossine v'è una grande controversia perchè nel 1904 Yammes e Meundoul fecero conoscere tutta una serie di esperienze tendenti a provare che, contrariamente alla opinione degli altri, i vermi intestinali non segregano tossine di sorta; così in Italia Allaria (*Scritti medici in onore di C. Bozzolo,* 1904) dopo ripetuti esperimenti non riuscì ad ottenere risultati favorevoli alla teoria della velenosità dei vermi. Ma Cattaneo (*Pediatria* 1903) Velden, Isaac (Guiart) Vignardan, Chanson, Touchon, Schuffer (Arancio-*La medicina pratica*) sono arrivati alla conclusione che i vermi segregano delle sostanze tossiche. Queste zootossine possono passare nel sangue e produrre una forma di anemia, anche questa a volta grave, per emolisi dei globuli rossi: François paragona questa anemia a quella dei minatori.

Si ammette da taluni autori che le sostanze tossiche elaborate dall'ascaride producono una intossicazione speciale dell'organismo: una lombricosi a forma tifosa con febbre e sintomi d'infezione (De Giovanni). Chanson, per esempio, inoculò negli animali succo di ascaridi ed ebbe fenomeni generali febbrili. Così altri ammettono che le zootossine in parola assorbite dall'intestino di chi ha ascaridi, possono avere grande importanza nella etiologia di certe orticarie e di certe forme eczematose. Misuraca (*Riv. Medica* 1927) fa osservare che, per intossicazione da parte delle tossine elmintiache, le quali interessano la circonvoluzione di Broca, presso il piede della III circonvoluzione frontale di sinistra e la prima circonvoluzione temporale superiore sinistra, vi possa essere afasia - iperfosi.

L'ascaride può risalire l'intestino, arrivare nel duodeno, insinuarsi nel canale di Wirsun ed arrivare nel pancreas: Ghedini (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1904) descrive un caso di pancreatite cronica in seguito a migrazione di ascaridi lombricoidi dall'intestino nei dotti pancreatici. Inoltre può risalire il coledoco, le vie biliari e soffermarsi quivi dando ostruzione del dotto e delle vie biliari oppure infiammazione locale che può propagarsi al tessuto epatico da cui posson risultare degli ascessi epatici molto estesi (Hartmann-Keffel, *Journal de Chirurgie* 1923, Ascaridiasi del fegato e delle vie biliari); può ancora entrare nello stomaco, arrivare nella bocca o penetrare nel laringe (Smyly) dando, per esempio, soffocazione repentina (Strumpell, *Patologia medica*); può scendere nella trachea e da qui nei polmoni e dare bronco-polmoniti (Giannatempo, Stewart, Koino, Joshida), l'emottisi (Bonacchi-Misuraca).

Al principio di questo secolo e precisamente nel 1901 per opera di Metchnikoff si scrisse che vi sono forme di appendiciti date da vermi intestinali; cadde così la assiomatica teoria di Dieulafoy dalla quale scaturiva quella follia operatoria in Francia per ogni processo appendicolare. Nella letteratura medica già esistono molti casi nei quali furono trovati nell'appendice dei vermi ed anche dei casi di appendicite decisamente verminosa: S. Guiart ne ha raccolti di già una cinquantina; Aymaretto (*Gazzetta medica italiana,* 1905), descrive un caso di tiflite guarito in seguito a cura antielmintica.

Del resto che la teoria verminosa dell'appendicite ammessa da Metchnikoff ha conquistato grande importanza oggi non v'è alcun dubbio; e questo è cosa ottima per non praticare un sistema di cure categoriche ed irrazionali, giacchè per l'appendice verminosa si pratica una terapia antielmintica e non altro; ecco la necessità secondo Guiart di ricorrere al microscopio per la ricerca di uova di ascaridi nelle feci nei casi di appendicite, prima di pronunziarsi sulla opportunità di un intervento chirurgico. Ma non sempre le uova di ascaridi compaiono nelle feci; a volta nell'intestino vi sono ascaridi di femmine molto giovani non atte ancora a deporre uova; ecco quindi la teoria di Diumontpallier e Lucaschampioniere di praticare un trattamento medico con antielmintici nei processi appendicolari prima di arrivare ad un intervento chirurgico oppure prima di qualsiasi terapia, potremo ricorrere alla reazione di Jefimow per svelare l'elmintiasi: a dieci cc. di urina da poco emessa e scaldata, all'ebollizione si addizionano dieci gocce di nitrato mercurico: l'urina normale diventa lattescente e deposita rapidamente un precipitato bianco; invece l'urina di soggetto affetto da elmintiasi assume una colorazione grigia più o meno scura che può arrivare fino al nero. Questa reazione attribuita a tossine segregate dagli elminti ed eliminate per l'urina si ha in tutti i casi che nei due o tre giorni precedenti non abbiano preso alcun medicamento (*Medicina pratica,* 1926, Arancio), Toso (*Medicina pratica* 1927). Aggiunge che il numero degli elminti, se la reazione è positiva, si può arguire dalla gradazione di colore che assume l'urina trattata secondo Jefimow.

Ma gli ascaridi lombricoidi possono rappresentare il momento etiologico di altre affezioni intestinali abbastanza gravi: invaginazioni intestinali, dovute ad irritazioni da parte degli ascaridi sulla muscolare intestinale con una aumentata peristalsi, sono state descritte da Hohmeier e Mosso; ed occlusioni intestinali per ostruzione del lume dell'intestino stesso da parte di ascaridi aggrovigliati non sono sindromi infrequenti nella letteratura medica e chirurgica.

Inoltre per la necessità stessa della loro vita, dovendo trarre l'alimento necessario dall'organismo ospite, gli ascaridi si fissano alla mucosa intestinale, provocando lesioni le quali rappresentano vere porte di entrata per i germi patogeni, (Barabaschi) che possono dare setticemie spesso mortali (Brumpt).

Concludendo quindi gli ascaridi possono arrecare diversamente danni all'organismo umano nonchè possono essere la causa di diversi quadri patogeni a seconda che essi agiscono direttamente o indirettamente sul sangue oppure sul sistema nervoso o sul tubo gastroenterico.

Però io voglio trarre l'attenzione dei colleghi sulla frequente importanza che gli ascaridi hanno nella eziologia delle occlusioni intestinali, cosa interessante ai giorni nostri per la terapia da seguire in simili stati morbosi.

Difatti la letteratura medica registra molti casi di occlusioni intestinali dovuti a grovigli di vermi. Rochebrave osservò tre lombrichi raggomitolati ed allacciati formanti nel colon trasverso di una ragazzetta di nove anni, alla quale egli stesso praticò laparotomia, un vero tappo paragonabile ad un ammasso di grosso spago: in questo caso il chirurgo riuscì a svolgere il gomitolo senza incidere l'intestino e farlo progredire verso l'S iliaca, dalla quale i vermi vennero espulsi mediante somministrazione di santonina. Salzac da parte sua estrasse tre lombrichi i quali avevano ostruito un'ansa intestinale erniata. Lustig e Galeotti, Eichorst fra le cause meccaniche ostruenti l'intestino enumerano quella di ammassi di *ascarides lombricoides*. Strumpell per esempio scrive che la presenza nell'intestino di una quantità e-

Digitized by Google

norme di ascaridi che si aggrovigliano in massa compatta può produrre sintomi gravi di una ostruzione intestinale. Così De Giovanni, ammettendo che il lume intestinale può essere ostruito in parte o totalmente da causa molteplice, dice che parassiti intestinali più o meno possono occludere gravemente il lume dell'intestino stesso, e Feer nel suo trattato di Pediatria e Guiart dicono che, in alcuni casi, possono comparire fenomeni di ileo per grossi gomitoli di vermi aggrovigliati.

Ma in proposito noi abbiamo studi più recenti. Vasa cita un caso di occlusione intestinale da ascaridi. Il Prof. Stoppato nel XXXII *Congresso di Chirurgia a Roma* (Ottobre 1925) parlando delle occlusioni intestinali riferisce che esse possono essere prodotte oltre da masse fecaloidi, calcoli intestinali ecc., anche da vermi intestinali. Paoli denuncia un caso di morte improvvisa nel quale all'autopsia rileva due invaginazioni discendenti dal tenue rispettivamente con 15 ascaridi. Soubiran *(These De Bordeaux* 1921) parla di crisi di colica verminosa, di occlusione meccanica per grovigli di ascaridi e occlusione da invaginazione a causa degli ascaridi. L. Verdelet e M. Lacouture (*Journal de Medécine de Bordeaux* 1924), rapportano l'interessante osservazione fatta in un uomo di 64 anni accolto in Ospedale per violenti coliche predominanti nella regione epigastrica. Costui, a dire dei due autori, aveva avuto in precedenza delle leggiere coliche addominali con crisi diarroiche, con vomito nel quale erano dei vermi. Dopo poco tempo della degenza l'ammalato emette dei materiali nei quali notansi degli ascaridi. Qualche giorno dopo l'ammalato vomita una dozzina di ascaridi, cosa che fa ammettere la diagnosi di occlusione intestinale di origine ascaridea; diagnosi confermata ben tosto dall'esame delle feci praticato nel laboratorio. L'ammalato pratica delle cure al timolo e qualche tempo dopo lascia guarito l'ospedale. Canecchi (*Riforma Medica* 1926) in una giovane di 10 anni, operata nell'Ospedale Civile di Senigaglia, riscontrò nell'intestino tenue una quantità non dubbia di ascaridi: una buona parte dello intestino tenue conteneva un gran numero di ascaridi e le anse assumevano per la presenza degli ascaridi stessi la forma di salsicciotti duri ed irregolari; alla Società chirurgica Bellunese nella seduta del 3 marzo 1926 R. Zanibelli presenta una piccola paziente decenne, ricoverata in clinica per violenti coliche addominali ed in special modo localizzate all'ipocondrio destro e vomito. L'esame radiologico dimostra una notevole dilatazione del duodeno; nell'atto operativo vien trovata la prima ansa del digiuno ostruita da un enorme groviglio di ascaridi.

Ora non voglio prolungarmi nel fare osservare che la casistica clinica è ricca di casi di occlusioni intestinali nella cui etiopatogenesi lo ascaride rappresenta un fatto importante. Certo i vermi non devono considerarsi come esseri inoffensivi. Semmola per esempio ci ammonisce che tutte le volte che noi ci troviamo di fronte ad una malattia strana, nella quale è difficile raccapezzarsi, bisogna sempre pensare che può dipendere da una delle 4 quantità morbose: verminazione, sifilide, malaria, isterismo. Quindi nulla di male che trovandosi al capezzale di un paziente in cui abbiamo fatto diagnosi di occlusione intestinale, pensassimo che il momento etiologico di questi fossero ascaridi. E se Guiart ed in seguito Czerni (di Heidelberg) innanzi a casi di appendicite sistematicamente pensarono a cause verminose e quindi istituirono in ogni infermo di appendicite ricerche per accertarla, non è riprovevole se oggi noi in casi di occlusione ci sovvenissimo degli ascaridi o dei vermi in genere e procedessimo in quelle ricerche atte a svelarne la presenza: ricerca al microscopio delle uova nelle feci, oppure reazione Jefimow.

TERAPIA

Quando bisogna curare chirurgicamente la paralisi facciale "a frigore,,

E. Feldstein (*Journal des Praticiens*, n 35, 1927) riferisce che recentemente Barraud e Escat hanno accreditato di nuovo con loro osservazioni personali l'opinione che molte paralisi facciali *a frigore* riconoscono un'origine otopatica. Secondo Escat il focolaio otopatico che provoca la paralisi può essere costituito: da una periostite localizzata alla parete endotimpanica del canale di Falloppio (più specialmente in corrispondenza del margine superiore della finestra ovale, dove si trova, quando esiste, l'*hiatus* di Hirtl); da un'osteite del massiccio osseo del facciale; da una cellulite siero-fibrinosa delle cellule perifacciali; da un'antrite siero-fibrinosa incistata. Conseguenza delle dette lesioni è ora un semplice edema del nevrilemma ora una vera nevrite del nervo facciale.

Non sempre, però, in pratica è facile accertare l'origine otopatica di queste paralisi «a frigore», perchè il più delle volte i segni otoscopici e acumetrici sono tutti negativi. Escat consiglia di ricercare: 1° il dolore provocato con la pressione in corrispondenza della parte anteriore della punta della mastoide e del solco retro-auricolare, dolore che esprime la sofferenza del ramo auricolare di Arnold, il quale, originatosi dallo pneumogastrico, percorre la parte inferiore del canale di Falloppio accollato al facciale; 2° l'iperestesia della parete posteriore del condotto uditivo (innervato dallo stesso nervo); 3° l'iperemia e il lieve gonfiore del segmento pretimpanico della faccia posteriore del condotto uditivo. Del resto, anche questi segni complementari il più delle volte sono molto attenuati, nè soccorre di più alla diagnosi la radiografia.

In ogni caso, accertata l'origine otopatica della paralisi facciale «a frigore» bisogna intervenire chirurgicamente, per la qual cosa mentre Barraud preconizza la apertura del canale di Falloppio liberando il nervo facciale insieme con uno svuotamento retro-mastoideo, Escat consiglia la semplice trapanazione della mastoide. C'è però chi vuole attribuire i benefici ottenuti con l'intervento operatorio ad una guarigione spontanea; certo si è che molte paralisi facciali «a frigore» sono di natura luetica e quindi basta una semplice cura specifica per farle scomparire.

La pilocarpina nella ritenzione d'urina e nella costipazione

Quanto all'urina si tratta di ritenzionisti nel corso di alcune malattie del sistema nervoso. La pilocarpina ha qui un'azione efficace, secondo Claude e Lamache (*Journal des Praticiens*, n. 27, 1927).

I gruppi di ammalati che se ne sono giovati sono stati: i mentali (paralitici generali, dementi precoci, confusi); i nervosi (epilettici, tabetici, emiplegici); gl'intossicati (avvelenamento da gardenal). Gl'insuccessi della pilocarpina in questi casi sarebbero rari e se mai incompleti.

Le dosi da usare devono essere minime: all'inizio un centigrammo per via sottocutanea; poi si può scendere a 5 milligrammi, specie negli ammalati un po' stanchi. Si ha subito, dopo l'iniezione una totale evacuazione, la quale si produce dopo 10-15 m' rapidamente e senza dolore.

Si può ripetere parecchi giorni di seguito restando costante il risultato, senza bisogno di aumentare la dose iniziale.

Nelle ostruzioni vescicali di natura meccanica non avrebbe efficacia.

Nella costipazione di alcuni ammalati, pure del sistema nervoso (specialmente dementi precoci) la pilocarpina dà pure buoni effetti.

Si possono iniettare 15 milligrammi ogni tre giorni, continuando per oltre un mese, come hanno ottenuto in un caso gli AA. Ma in genere bisogna partire da 1 centigrammo e anche da uno e mezzo.

Se la pilocarpina provoca abbondanti sudori e salivazione, o vertigini e cefalea, bisogna sospendere l'uso o diminuire le dosi.

Contro il pericolo della ipotensione in alcuni soggetti cachettici, sarà opportuno far precedere una iniezione di olio canforato.

Tuttavia questi inconvenienti non faranno tralasciare un mezzo che ha una sicura efficacia.

L'emetina nell'a cura dell' artrite cronica

L. W. Ely (S. Francisco, *California and Western Medecine S. Francisco*, 1927, n. 5) riferisce che le forme che rispondono meglio a questo trattamento sono l'osteoartrite, l'artrite ipertrofica deformante, e l'artrite degenerativa.

La cura completa consiste di 12 iniezioni giornaliere di cloridrato di emetina alla dose di 1 grano (0.065 gr.), seguite da dieci iniezioni giornaliere di ioduro di emetina alla dose di 3 grani (gr. 0.2); ogni settimana viene poi fatta una iniezione di arsfenamina, incominciando con 45 centigr.: la seconda iniezione sarà di 60 cgr. e la terza di 90 cgr. per l'uomo ed ancora di 60 per la donna.

Il cloridrato di emetina va introdotto per via endovenosa; solo la prima iniezione può esser fatta per via intramuscolare.

L'uso cauto ed intelligente di questa terapia farebbe ottenere, secondo l'Autore, risultati notevoli nelle artropatie croniche.

Il Targesin nella blenorragia

P. Muhloff (Reparto dermatologico dell'Ospedale di Essen-Ruhr, *Therapie der Gegenwart*, 1927, n. 1) ha esperimentato largamente nel suo reparto il nuovo antiblenorragico «Targesin», preparato di argento colloidale.

Il « Targesin » si adopera per iniezioni endouretrali mediante la consueta siringa di precisione, e si incomincia con la diluizione 1 %, per 4-5 volte al giorno.

Digitized by Google

Successivamente si adoperano soluzioni più concentrate, fino al 6 %. Non si è potuta esperimentare l'efficacia del preparato come rimedio abortivo, poichè tutti gli ammalati giungevano all'ambulatorio quando la malattia era ormai troppo avanzata per poter tentare la cura abortiva con qualche speranza di successo.

Nell'uretrite subacuta anteriore si è osservato costantemente — con l'uso del Targesin — un notevole abbreviamento nella durata del trattamento; nell'uretrite posteriore il preparato non si dimostra, invece, superiore agli altri analoghi già introdotti nella pratica.

Particolari vantaggi del Targesin, sono inoltre: la mancanza di qualunque azione irritante, ed il rapido illimpidirsi della urina; sono svantaggi invece il costo relativamente elevato, ed il fatto che la biancheria si macchia di chiazze scure.

Su di una speciale forma di sterilità curabile coi bagni solforosi

Il cul di sacco del Douglas può dar luogo ad una speciale e rara forma di sterilità, per i rapporti che esso contrae col collo uterino e col cul di sacco vaginale posteriore. In questo tratto il foglietto peritoneale è separato dagli organi sottostanti da un cuscinetto adiposo molto ricco in fibre elastiche e filetti nervosi e simpatici.

Se la sierosa è stata in qualsiasi modo infiammata (douglassite acuta o subacuta ecc.) deriva che la contrazione riflessa e tutte le conseguenze dello stato infimmatorio si ripercuotono direttamente sugli organi costituendo una causa di sterilità.

Le acque solforose termali avrebbero secondo MACREZ (*Archives of Médical Hydrology*, agosto 1927) la proprietà di decongestionare e sopprimere i dolori e gli ostacoli all'eventuale gravidanza.

DIAGNOSTICA

Diagnosi differenziale tra le ulcerazioni esterne cancerose e alcune lesioni sifilitiche

Come fa osservare R. BERNARD (*Bruxelles-Médical*, n. 44, 1927), le *lesioni esterne da cancro* sono contemporaneamente ulcerose e vegetanti, non presentano in generale croste (ad eccezione per es. dell'epitelioma delle labbra) e mostrano margini ad orletto, hanno fondo ligneo e vegetante, superficie d'impianto anche lignea e sorpassante i margini della lesione, sono poco o affatto dolorose, segregano una sierosità sanguinolenta e spesso fetida, si accompagnano a linfagite e pleiade ganglionare (glandole di tutte le dimensioni, spesso piccole, a limiti poco precisi, formanti delle masse affondate nei tessuti vicini), non cicatrizzano mai spontaneamente (ad eccezione talora dell'ulcus rodens) e se cicatrizzano con i rimedi dell'arte medica la cicatrice è deformante, persistente, sono in genere uniche e ad evoluzione lenta e progressiva, con produzione di metastasi.

Il *sifiloma primitivo*, invece, è in genere una lesione erosiva, come un colpo di unghia senza crosta (tranne che vi sia stato infezione secondaria), senza margini ma solo con una linea di demarcazione, con fondo color prosciutto, con superficie d'impianto nettamente limitata all'estensione dell'ulcerazione, indolore, che mostra con la espressione una sierosità chiara la quale non si ripete rinnovando la espressione stessa, accompagnantesi con adenopatia limitata, indolore, aflegmasica, senza periadenite, cicatrizzante spontaneamente con cicatrice biancastra e piccola la quale può scomparire presto, lesione solitaria o multipla, con evoluzione breve (di alcune settimane).

Nelle *lesioni sifilitiche vegetanti*, le lesioni hanno l'aspetto di papillomi agglomerati a cavolfiore, ricoperti da un intonaco giallo, talvolta cheratinizzato, spesso sanioso, hanno margini erosi, fondo umido e secernente, indurazione caratteristica della base, sono poco dolorose e più o meno a seconda delle infezioni sovrapposte, segregano una sierosità leggermente sanguinolenta, fetida, non si accompagnano ad adenopatia, presentano una tendenza naturale alla cicatrizzazione e le cicatrici sono piccole, brune o bianche, in genere sono lesioni confluenti in larghi ammassi, raramente uniche, ad evoluzione variabile.

Le *lesioni sifilitiche tubercolo-gommose*, infine, si presentano come ulcerazioni profonde, con crosta spessa, ostracoide, stratificata: margini tagliati a picco, duri e aderenti, regolari, spesso a forma di archi di cerchio, con fondo incavato, anfrattuoso, ineguale, senza induramento basale, poco dolorose, secernenti un pus giallo, spesso, quasi come un gencio frammentato, non accompagnantisi con adenopatia, con tendenza a diventare serpiginose, producenti cicatrici deformi, spesso con pigmentazione ai margini di numero unico o isolate all'inizio, con evoluzione che va da qualche mese a qualche anno.

CASISTICA

Tabe rivelatasi bruscamente come mal perforante boccale

P. FASSY ha riferito alla *Società Anatomo-Clinica di Bordeaux* su di un caso di tabe interessante specialmente per la lesione che portò a diagnosticare questa affezione. Si tratta di un uomo di 50 anni, non presentante nulla di particolarmente importante nell'anamnesi, il quale nel 1919 presentò un'eruzione eritemo-crostosa, pruriginosa, ad inizio al collo e alla faccia, estesasi poi a tutto il corpo, con maggiore intensità in corrispondenza delle pieghe cutanee. Dopo un mese, questa eruzione scomparve con gli abituali medicamenti dell'eczema; il malato non ricorda di aver mai presentato alcuna lesione sifilitica, primaria o secondaria. Quattro anni or sono, il malato si strappò da sè stesso cinque denti della mascella superiore e avendo strappato contemporaneamente dei lembi di mucosa, regolarizzò le ferite con delle forbici e non se ne curò più. L'anno scorso insorsero delle violenti crisi gastriche, con vomiti abbondanti; calma completa nell'intervallo tra le crisi, frequente riflusso degli alimenti per il naso.

All'esame della bocca, si notarono delle mascelle completamente prive di denti, e in corrispondenza dell'impianto dei molari, a destra e a sinistra, si osservarono due orifici, di circa 2,5 cm. di lunghezza su 1 cm. di larghezza, attraverso i quali apparivano i mascellari superiori necrosati.

L'esame obiettivo generale pose in evidenza: segno di Argyll-Robertson positivo; anisocoria con deformazione della pupilla destra; Westphall positivo, assenti i riflessi achillei; Romberg negativo; abolizione della sensibilità ossea. Sul cuore, soffio sistolico dolce in corrispondenza del focolaio aortico; pressione arteriosa: Mx 17, Mn 9; indice oscillometrico (al Pachon) 6.

L'infermo, curato molto irregolarmente, presenta oggi di nuovo crisi gastriche.

Ascaridi lombricoidi nella vescica

M. CARSTEN di Stuttgart (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 10, 1927) cateterizzando un paziente che da 24 ore non emetteva una sol goccia di urina, estrasse dalla vescica un ascaride lombricoide lungo 20 cm.; il giorno seguente, perdurando la ritenzione completa, fu praticato un secondo cateterismo che dette luogo alla fuoriuscita di un altro ascaride più piccolo. L'urina era fortemente torbida e purulenta, e nel sedimento fu riscontrata la presenza di uova di ascaride.

Il paziente soffriva di blenorragia subacuta; non esisteva alcuna fistola vescico-rettale; nè il paziente ricordava di aver mai sofferto di elmintiasi.

L'Autore ritiene che la grave cistite che provocava la ritenzione di urina onde il paziente si lagnava, fosse mantenuta, oltrecchè dalla blenorragia in atto, dagli ascaridi.

Circa il modo con cui questi erano penetrati nella vescica, pensa che vi siano giunti allo stato di uova, trasportati dalla corrente linfatica, essendo inverosimile il passaggio attraverso i reni.

NOTE FARMACOTERAPICHE

La plasmochina nella malaria. — La produzione sintetica della molecola chinimica ancora non è stata raggiunta, malgrado i numerosi tentativi fatti al riguardo. Recentemente però chimici tedeschi lavorando per la produzione di alcune combinazioni dell'anello chinolinico giunsero alla preparazione di un nuovo composto, la plasmochina, la quale senz'altro rivelò spiccate proprietà antimalariche.

Numerosi lavori quindi sono apparsi circa l'uso terapeutico di questo nuovo composto, ma ancora non si è trovato accordo fra i risultati riferiti dai diversi sperimentatori.

P. MANSON BAHR (*The British Med. Journal*, 1927, n. 3453) ha istituito ricerche sull'argomento, sperimentando su numerosi casi e per un certo periodo di tempo. Egli ha trovato che la plasmochina, somministrata per via orale in forma di tabloidi, in dose di 8-10 cgr. *pro die*, determina entro 24 ore la scomparsa dal sangue dei parassiti della terzana benigna; risultati meno brillanti egli ottenne invece contro i parassiti della subterzana. In entrambi i casi però, le prime forme ad essere colpite furono gli schizonti.

Talvolta la plasmochina dà luogo ad intensi fatti di cianosi, i quali costituiscono una sintomatologia tossica analoga alla metaemoglobinemia dell'avvelenamento da clorato potassico e sembrano svilupparsi in individui suscettibili anche dopo piccole dosi.

La plasmochina, anche se non determina una rapida e completa scomparsa dei parassiti dal sangue, induce sempre un notevolissimo miglioramento clinico, senza dar luogo in generale a nessun fenomeno tossico.

Digitized by Google

Essa, nei casi più gravi e ribelli, associata alla chinina dà risultati evidentissimi, onde se ne consiglia la somministrazione associata in tutti i casi in cui la sola cura chininica si dimostra inefficace.

FORMULARIO

Contro gli accidenti della prima dentizione.— In alcuni casi di dentizione difficile può essere utile l'intervento del medico sia che sia indicata una prescrizione atta a calmare lo stato d'irritazione della mucosa gengivale, quale per es. quella di Marfan:

Iodo metallico	cgr. 5
Ioduro di sodio	» 10
Glicerina ed acqua di menta	ana cmc. 30

oppure l'incisione della gengiva, ad esempio nella pericoronarite per aprire il sacco follicolare, o l'applicazione di acqua ossigenata pura o di violetto di metile all'1 % nella stomatite ulcerosa comune, o una cura antiluetica a base di arsenobenzoli, là dove si ha da fare con fatti di periveolite e di carie degli incisivi (della prima dentizione) da sifilide congenita. (*Clinica ed Igiene infantile*, 15 settembre 1927).

□□□

COMMENTI E POSTILLE

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITA' DI MILANO
diretto dal prof. DOMENICO CESA BIANCHI

A proposito dell'azione ipoglicemizzante dell'Ergotamina

per il dott. ENRICO MORETTI — Assistente

La recente pubblicazione apparsa sulla « Riforma Medica » del 19 settembre u. s. del dott. Michele Bufano, dal titolo « L'influenza dell'ergotamina sulla glicemia negli animali e nell'uomo sano. Suo impiego nella terapia del diabete mellito », richiede qualche parola di commento da parte mia, se non altro per la ragione che da più di un anno mi occupo di proposito dell'argomento.

Ricorderò anzitutto che nella seduta della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche, tenuta a Milano il maggio u. s. il mio Maestro Prof. D. Cesa Bianchi, esponeva le ragioni teoriche che l'avevano indotto a consigliarmi lo studio dell'argomento e riferiva sommariamente sui risultati delle mie ricerche.

In data 2 luglio u. s. io stesso facevo riferire alla «Societè de Biologie» di Parigi una comunicazione dal preciso titolo: « L'azione ipoglicemizzante dell'ergotamina nel diabete », comunicazione stampata nei *Comptes Rendus* della Società del 7 luglio successivo.

Mi è pertanto spiaciuto il silenzio del dott. Bufano sul mio lavoro precedente al suo ed è questa non ultima ragione, che mi spinge a ricordare le conclusioni alle quali ero arrivato, documentate e ampiamente illustrate in un successivo lavoro, di prossima pubblicazione. Oltre a confermare nel mio studio i risultati delle ricerche di Rothlin, sulla scarsa influenza dell'ergotamina sul tasso glicemico del coniglio a digiuno, in contrasto colla spiccata azione svolta da quest'ultima sostanza sull'iperglicemia adrenalinica, riferivo di non aver constatato, analogamente a quanto accade nel coniglio, neppure nell'uomo sano, un'evidente azione ipoglicemizzante. Le dosi da me adoperate collimano con quelle che trovo indicate nel lavoro del Bufano (1 cc. di Gynergen, pari a 1/2 mmgr. di tartrato di ergotamina), ma gli effetti ottenuti, sono stati diametralmente opposti.

Nell'uomo sano, difatti, non ebbi la fortuna di assistere a un così cospicuo abbassamento dello zucchero ematico come quello osservato dal nostro A. nelle mani del quale, 1/2 mmgr. di tartrato di ergotamina provocò in un uomo di 72 kg. sano e *neppure a digiuno* (non è specificato a quanto tempo risaliva il pasto e di che cosa composto) una diminuzione dal 0.082 % al 0.049 %. L'A. accenna anche a fenomeni di intolleranza, che per essersi manifestati « per tutta la durata dell'esperienza », e quindi all'inizio, si può presumere non essere legati a crisi ipoglicemiche.

Nel coniglio l'azione dell'ergotamina sarebbe stata, sempre a quanto riferisce il Bufano, costante e cospicua, e cito come la più dimostrativa, l'esperienza 4ª della 1ª serie, nella quale, in un coniglio non a digiuno, con una dose di 0.153 mmgr. per kg. ottenne un valore glicemico di 0.035 % al 60° minuto e presumo, sebbene non lo dica, il crampo, se non la morte dell'animale. Io, con analoghe dosi non ottenni mai crampo e solo talvolta un modesto abbassamento della glicemia.

In contrapposto a questi risultati negativi posso ora riferire delle osservazioni, credo interessanti, riguardanti l'associazione dell'ergotamina coll'insulina.

Come risulterà dai protocolli delle esperienze annesse ad un mio lavoro in via di pubblicazione, l'ergotamina associata a pochissime unità di insulina, appena sufficienti da sole a ottenere una fugace diminuzione del tasso glicemico, senza alcun fenomeno generale, determina nel coniglio, una violenta crisi ipoglicemica, col caratteristico quadro (crampo, convulsioni ecc.) e la morte del coniglio stesso, se non si interviene prontamente con la somministrazione endovena di glucosio.

Ritornando alle mie ricerche già rese note, riguardanti sette casi di diabetici, ho avuto campo di constatare in esse una spiccata influenza dell'ergotamina, sulla glicemia del soggetto, tenuto a digiuno per tutta la durata dell'esperienza; l'abbassamento raggiunse in un caso il 63.10 %.

Esperienze successive condotte su un più abbondante materiale e sopratutto per un più lungo periodo di tempo, mi hanno però dimostrato che l'azione ipoglicemizzante nel diabetico, non è sempre così evidente. Per es. l'abbassamento ottenuto nel diabetico grave, con denutrizione, è stato solo del 15 %, cifra che può essere messa in conto dello stato protratto di digiuno. Notisi che in tutte le mie esperienze, sia sui conigli che sull'uomo, ho prolungato l'osservazione dal 30° minuto, almeno fino al termine della 3ª ora, cosa sulla quale Bufano richiama giustamente l'attenzione.

Più sensibile, sebbene anche qui oltremodo varia nei diversi diabetici, mi si è dimostrata l'azione dell'alcaloide nel senso di appiattire la curva glicemica alimentare.

Passando alla parte terapeutica, ci si presenta subito una questione preliminare, quella della tossicità del rimedio nell'uomo e specialmente nel diabetico. Su questo punto mi permetto di dissentire dal concetto espresso dal nostro A. nella nota sopra citata, e cioè che 1 cc. di Gynergen rappresenti una dose forte « che rasenta la tossica ». Ho trattato in questi mesi e per lungo tempo otto casi di diabete mellito di diversa gravità col Gynergen, praticando due e anche tre iniezioni giornaliere di un cc. cadauna, per parecchi giorni di seguito, senza notare inconvenienti, salvo talora una certa astenia. I disturbi gastrici che intervengono qualche volta, subito dopo l'iniezione, indipendenti, a mio modo di vedere, dall'effetto ipoglicemico, che non è certamente immediato, e consistenti in senso di costrizione esofagea, nausea, tendenza al vomito, si eliminano di solito coll'avvertenza di praticare l'iniezione a stomaco pieno, circa 15 minuti dopo il pasto; del resto ho l'impressione che tali disturbi vadano dileguandosi nel prosieguo della cura, dopo le prime iniezioni.

Per quanto riguarda il secondo punto fondamentale di ogni terapia, cioè l'efficacia del rimedio, le conclusioni attuali, che posso trarre dal trattamento con l'ergotamina di un numero, certo finora esiguo di casi, ma in compenso seguiti per un sufficiente periodo, sono queste:

Esso mi è risultato efficace anche da solo, e dirò di più anche per os, sulla glicosuria e, sebbene in minor misura, sulla glicemia, in qualche caso di diabete lieve; in altri casi, l'ergotamina svolge una notevole azione di rinforzo sull'effetto ipoglicemizzante dell'insulina, analogamente a quanto facevano sospettare le già citate esperienze sul coniglio; anche qui l'effetto del medicamento preso per bocca riesce tutt'altro che trascurabile. Sono attualmente in corso esperienze allo scopo di studiare se l'ergotamina può, in determinate condizioni, rappresentare un coadiuvante anche della sintalina.

In altri casi invece di diabete, non è apprezzabile una netta azione del rimedio adoperato da solo e talora neppure un'azione di rinforzo sulla terapia insulinica. Merita infine di essere ricordato che in qualche caso di diabete nel quale, in via, direi sperimentale — e cioè ai primi saggi — l'ergotamina aveva dimostrato una netta azione ipoglicemizzante, l'efficacia terapeutica dell'alcaloide, durante il consecutivo trattamento, veniva poi meno alla nostra aspettativa, forse in rapporto ad un'azione troppo passeggera e rapidamente esauribile del rimedio stesso.

Questa varietà di comportamento, più ancora che alla gravità del diabete, è da attribuire, almeno con ogni probabilità, al grado maggiore o minore col quale i fattori extrapancreatici di natura neuroendocrina entrano, nei singoli casi, nel determinismo della sindrome morbosa.

Tutto sommato, e sebbene una parola definitiva in proposito debba essere riservata all'osservazione accurata di un numero molto più grande di ammalati di quelli fin qui seguiti, si può fin d'ora trarre questa pratica deduzione: che un tentativo terapeutico di cura ergotaminica, in vista anche della sua innocuità, possa e, direi quasi debba, sempre essere istituito in ogni caso di diabete mellito, solo o associato, secondo i casi, alle altre abituali terapie.

Digitized by Google

I NOSTRI CLINICI

CESARE FRUGONI

La figura del Clinico Medico Generale che alla fine del secolo scorso brillava su moltissime delle Cattedre Universitarie Italiane, trova ancor oggi luminosi rappresentanti.

Occorre riconoscere che la diffusione delle ricerche sperimentali, l'enorme allargamento delle conoscenze mediche, impongono attualmente al Clinico medico uno sforzo di preparazione di gran lunga maggiore che in passato. Poichè moltissimo chiediamo oggi al Direttore di una Clinica medica:

— conoscenza sicura dei fondamenti delle scienze biologiche e profonda in tutti i rami della Patologia, maturata attraverso un lungo e sagace lavoro discriminativo, che abbia consentito di afferrare nel mare della letteratura medica, quanto vi sia di avveniristico e di vivo;

— attitudine e pratica alle ricerche sperimentali e alla diagnostica sorretta da passione effettiva del malato e da larga esperienza alla quale certamente giova oltre l'assiduità nelle infermerie della Clinica, anche una diuturna pratica professionale;

— attitudine all'insegnamento, intesa nel suo più vasto significato e cioè non solo come facoltà oratoria — pur necessario saggio di analisi e di sintesi nel breve cerchio della lezione — o soltanto organizzatrice o distributrice di lavoro nella Clinica, ma altresì come suscitatrice di entusiasmo, di passione, di fede;

— consapevolezza della funzione sociale del Clinico.

Questi attributi possiede il Prof. Cesare Frugoni che dai primi del corrente anno è stato chiamato a coprire la Cattedra di Clinica medica dell'Università di Padova.

La lettura del suo *curriculum vitæ* offre una prima immediata dimostrazione della sua rapida carriera.

In 22 anni di laurea ha conseguito due docenze per titoli; è stato un anno assistente nell'Ist. di Patologia generale a Pavia con Golgi e per 8 anni assistente ed aiuto nella Clinica medica di Firenze con Grocco; poi dal 1914 Primario medico nel R. Arcispedale di S. M. Nuova in Firenze, e quindi in Zona di guerra dal principio alla fine della Grande guerra guadagnandovi medaglia di argento al valor militare. Ha tenuto fin dal 1910 un corso libero di semeiotica clinica differenziale che era affollato di medici e studenti; ha poi diretto l'Ist. di Patologia medica di Firenze, fino al momento della sua designazione per chiamata con voto unanime alla Clinica medica di Padova.

Ha 70 lavori e numerosissimi ne ha fatti condurre a termine dai suoi allievi. Ha un posto preminente fra i Consulenti italiani.

La sua produzione scientifica, scritta in uno stile agile e chiaro, estremamente personale, è quanto mai varia.

Un primo gruppo di lavori è dedicato alle ricerche sperimentali di biologia generale, di istopatologia, di chimica, di batteriologia e immunità, e per il rigore di metodo col quale furono eseguiti, per il possesso della tecnica anche più complessa, per la varietà degli argomenti studiati, per la finezza con la quale sono stati interpretati i risultati ottenuti, dimostrano la serietà e la profondità della preparazione. Fra questi primeggiano i lavori sul rapporto fra tiroide e tubercolosi, sulla citosteatonecrosi disseminata, sui rapporti fra iperfunzione viscerale e morbilità vascolare, sulla lipoidemia diabetica, sulla coltivabilità del bacillo tubercolare su tessuti animali, su l'eliminazione del bacillo di Eberth per la bile dei tifosi studiata per la prima volta con il sondaggio duodenale, su la deviazione del complemento nella tubercolosi e nella lebbra.

Ma il gruppo più significativo dei lavori del Prof. Frugoni appartiene, com'è naturale, alla Clinica medica.

Esponente maggiore di una Scuola ove la semeiotica fine, analizzatrice, era elevata a culto, mostra anch'egli, come il suo Maestro Grocco, questa predilezione.

Ricordiamo tutta la serie di osservazioni sulle alterazioni del ritmo respiratorio e in particolar modo quelle riferentisi al respiro dissociato, agli spasmi del diaframma, al respiro cardiosistolicamente interciso, al respiro nelle forme agoniche e nelle nevrosiche.

Ricordiamo i lavori sul segno del laccio quale segno rivelatore di diatesi emorragica che hanno aperta una serie di numerose osservazioni e come egli abbia definitivamente contribuito a valorizzare la percussione oralmente ascoltata.

Grande diagnosticatore, questa sua qualità rivela nella scelta della casistica. A lui si devono l'identificazione e la completa descrizione del primo caso di Sodoku apparso nella letteratura medica europea, e brillanti descrizioni di casi rari o osservati sotto originali punti di vista come la stenosi pilorica di natura tubercolare, gli ematomi muscolari in corso di leucemia, la sindrome adiposogenitale, le crisi ematemetiche e le osteoartropatie vertebrali tabetiche, il tifo di guerra etc.

Ricordiamo quanto acutamente scritte sono le osservazioni su la polinevrite sifilitica, sul morbo di Parkinson, sulla splenomegalia trombofleb itica e sull'ittero epidemico castrense ove fra l'altro mise in evidenza una nuova sindrome d'iposurrenalismo residuale.

Sfoggio di cultura e di critica costituiscono la relazione sulle arteriosclerosi viscerali fatta al Congresso di medicina interna tenuto a Torino nel 1911, il capitolo su le spirochetosi (nel trattato su le malattie infettive dell'uomo e degli animali del Lustig), il recente volume sull'asma bronchiale.

Una particolare larghissima eco e l'approvazione di illustri neurologi ebbe il lavoro su la « miastenia gravis ». Basandosi sopra uno studio anatomico minuto così del sistema nervoso come di quello muscolare, non solo mise in evidenza la estensione e entità delle lesioni muscolari, e il loro aspetto quasi caratteristico; ma per primo spiegò con quelle il manifestarsi dei sintomi morbosi e particolarmente delle crisi cosidette bulbari.

Brillante saggio di intuizione clinica costituisce l'isolamento della sindrome di pseudo occlusione intestinale da litiasi ureterale di importanza pratica notevole.

Anche la più moderna terapia è stata oggetto di studio e ne fan fede il lavoro su la terapia diuretica endovenosa e quello sui trapianti di paratiroide in casi di tetania cronica degli adulti.

In questi ultimi anni e cioè fin dal 1920 quando fu relatore al Congresso di medicina interna in Roma su l'asma bronchiale egli è stato fra noi il primo, più tenace ed autorevole assertore della dottrina anfilattica dell'asma bronchiale e con numerosi lavori suoi e dei suoi allievi ha sostenuto e comprovato la verità delle sue affermazioni.

A lui spetta la valorizzazione diagnostica delle prove cutanee, la dimostrazione sperimentale della natura anafilattica della malattia, mediante il trasporto passivo di siero di asmatico a individui normali, il riconoscimento di numerosi nuovi e importanti agenti eziologici, l'attribuzione del rispettivo ufficio dei fattori ereditarii, predisponenti e localizzatori, e le nuove vedute sul meccanismo patogenetico dell'attacco. Ha condotto per questo una lunga ed aspra battaglia, ma ormai il riconoscimento è pressocchè unanime; lo attesta l'invito che già in Germania e recentemente in Olanda gli è stato rivolto di portarvi la parola della sua competenza in argomento.

Questo breve sguardo alla produzione scientifica del Prof. Frugoni se ci può dare una testimonianza della solidità e varietà della preparazione, dell'attitudine e pratica alle ricerche sperimentali, della facoltà di assimilazione e di critica, dell'attitudine all'esame del malato e alla diagnostica non valgono però a darci adeguata rappresentazione dell'Uomo, del Maestro impareggiabile.

Dotato di grande ingegno, di eccezionale rapidità di percezione, di memoria stupefacente, ha messo in valore queste sue qualità naturali mediante un'attività incessante che gli ha consentito di dedicare allo studio una somma relativamente incredibile di tempo. Non è quindi da stupirsi se nel volgere di non molti anni tanto abbia fatto e così bene.

Ha le doti dell'organizzatore, si che l'ordine il più perfetto ha sempre regnato intorno a lui senza meticolosità inutili ed ha saputo di ciascuno dei suoi allievi mettere in evidenza le qualità e attitudini incanalandoli volta per volta per la via pratica o scientifica a ciascuno confacente.

= 1301

Digitized by Google

Ha l'animo e la passione dell'insegnante di razza. Nelle lezioni fa sfoggio di una parola quanto mai facile, elegantissima, al servizio di un metodo di esposizione lucido e piano, sempre diretto a mantenere il collegamento con le facoltà mentali degli studenti, sempre vigile a tener desta l'attenzione, a trasmettere nell'uditorio il convincimento, la passione che lo muovono nel ragionare.

E al mattino durante la lunga visita nelle corsie della Clinica, gli sono consuete brillanti improvvisazioni sui casi nuovi, dando così ai giovani medici intorno a Lui affollati l'esempio tangibile della clinica del pratico, ammaestrandoli direttamente alla rapida e pur profonda discriminazione dei sintomi, all'immediato successivo ragionamento diagnostico.

Ma quello che sempre ha colpito coloro che a fondo l'han conosciuto è la serena superiore bontà che in pro di tutti ha costantemente dimostrato. E i malati che vedono in Lui il profondo desiderio di rendersi piena ragione dei loro mali e di allontanarne le sofferenze, sentono in Lui il dolce confortatore al quale mai fa difetto la parola consolatrice.

E gli studenti, i suoi assistenti, diuturni testimoni di questa sua operosità senza tregua ma pur sempre soffusa di dolcezza, lo seguono con caldo entusiasmo.

G. Ancona

NOTIZIE

Congresso della Società Internazionale di Idrologia Medica. Roma. Il 12 ottobre sarà inaugurato sotto la Presidenza Onoraria di S. E. il Primo Ministro Benito Mussolini e con quella effettiva di S. E. Pietro Fedele, Ministro della Pubblica Istruzione, nell'Aula Massima del Palazzo Senatorio, gentilmente concessa, il III Congresso della Società Internazionale di Idrologia Medica.

Il discorso inaugurale sarà tenuto dal prof. U. Gabbi, nuovo Presidente della Società e dal Prof. R. Dalla Vedova, Preside della Facoltà Medico Chirurgica di Roma.

Dopo l'apertura ufficiale, nelle ore pomeridiane nell'Aula Magna della Regia Università, sarà tenuta la prima seduta scientifica del Congresso col seguente ordine del giorno:

1. Tema riservato: Relatore: prof. Vittorio Ascoli. 2. L'idroterapia nelle malattie acute infettive, Relatori: on. prof. U. Gabbi (Parma), prof. A. Strasser (Vienna), Sir William Willcox (Londra), dottori: Fortescue Fox e Sundell (Londra).

Il giorno 13 ottobre è lasciato libero ai Signori Congressisti per visitare i principali Monumenti di Roma. Alla sera partenza da Roma per Montecatini all'ora che verrà indicata.

Montecatini

Ordine del giorno 14 ottobre, mattina: 1. Sulle acque di Montecatini, Conferenza del Sen. Prof. G. B. Queirolo. 2. Visita agli Stabilimenti termali.

Nel pomeriggio: seduta scientifica. Tema: Proprietà delle Acque Medicinali. a) I bagni termo minerali nella loro azione biologica ed indicazioni terapeutiche. Relatori: Prof. A. Valenti (R. Università di Milano), Prof. P. Marfori (R. Università di Napoli), Prof. I. B. Burt (Buxton). Discussioni e comunicazioni inerenti al tema.

15 ottobre, mattina: a) I fenomeni elettrici nelle acque minerali. Relatori: Prof. Chassevant (Algeri), Prof. M. Joseph Roce (Buxton).

Discussioni e comunicazioni riguardanti il tema.

15 ottobre, pomeriggio: Temi generali:

a) Unità standard internazionale di misura. Relatore: Dr. Judd Lewis (Londra).

Discussioni e comunicazioni riguardanti il tema.

b) Azione delle acque sulla immunità. Funzione antitossica e antianafilitica. Relatore: Dr. Ferreyrolles (La Bourboule).

Discussioni e comunicazioni riguardanti il tema.

Salsomaggiore

Ordine del giorno 16 ottobre, mattina: a) Le acque di Salsomaggiore, Conferenza del Prof. Zoia Luigi (Regia Università di Milano). b) Visita agli Stabilimenti termali.

Pomeriggio: Seduta scientifica. Temi generali:

a) Azione delle acque minerali sui fermenti e sui microrganismi. Relatori: Dott. Mongeot (Royart), Mr. Woodmansey (Harrogate).

Discussione e comunicazioni sul tema.

b) Processi di invecchiamento delle acque minerali. Relatore Prof. Zoerkendoerfer (Università di Praga).

Discussioni e comunicazioni sul tema.

17 Ottobre. Visita facoltativa a Parma per visitare il nuovo grande Ospedale e i nuovi Istituti dell'Università, Gallerie e Musei.

Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. — Dal 22 settembre si è iniziato un corso di preparazione per l'esame di Stato e dai vari professori della Scuola vi sono trattate tutte le materie relative a quell'esame. Le iscrizioni sono gratuite ed il corso si continuerà fino alla fine ottobre.

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana. — I direttori, redattori ed amministratori di periodici di medicina sono invitati ad una riunione che si terrà a Parma, in occasione dei Congressi medici, in luogo e data da stabilirsi, per uno scambio d'idee sul programma dell'Associazione e per procedere alle elezioni del Consiglio.

Giornate mediche di Madrid. — Dal 18 al 23 ottobre p. v. si svolgeranno in Ispagna le « Giornate mediche di Madrid » sotto la presidenza del dott. Sebastian Recasens, ordinario di Ginecologia e Ostetricia, decano della Facoltà di Medicina.

Vi saranno trattate due relazioni ufficiali: l'una sulla « Chirurgia del sistema nervoso », affidata al dott. Lozano, professore di patologia chirurgica della facoltà di Saragozza; l'altra su « Le adenoiti », affidata al dott. Marañon, professore di patologia medica della facoltà di Madrid. Le relazioni saranno inviate stampate prima dell'inizio delle « Giornate » a tutti gli aderenti.

Hanno accettato l'invito di partecipare a dette « Giornate » e di tenere conferenze i proff. Grey (Francia), Danielopolu (Rumania) e si spera di ottenere l'adesione di rappresentanti di altre Nazioni.

Durante lo svolgimento dei lavori scientifici, saranno fatte nei vari reparti ospedalieri di medicina, chirurgia e specialità di Madrid delle dimostrazioni pratiche, sotto forma di conferenze cliniche, sedute operatorie, esami di laboratorio, ecc. Negli stessi giorni, al Circolo di Belle Arti, sarà tenuta un'esposizione di opere di medici artisti, organizzata dalla rivista *Vita Medica*, e alla Facoltà di Medicina un'esposizione di industrie mediche, prodotti medici, strumenti chirurgici; apparecchi di laboratorio, libri di medicina, ecc.

Le « Giornate » comprendono anche ricevimenti ufficiali, una escursione a Toledo, un banchetto e altri festeggiamenti.

Quota d'iscrizione, 20 pesetas per i membri ordinari e 10 pesetas per gli aggiunti (famiglie di medici). Saranno anche accordate riduzioni ferroviarie.

Per informazioni, iscrizioni, alloggi, ecc. dirigersi al Segretario generale delle « Jornadas Médicas de Madrid », dott. Coca, Lagasca, 38. Apartado de Correos, n. 1.220, Madrid.

Giornate mediche d'Egitto. — Le « Giornate mediche d'Egitto », organizzate dal Comitato della *Revista delle Malattie dei Paesi Caldi*, avranno luogo dal 15 al 24 dicembre 1927, al Cairo.

Le « Giornate » coincideranno con la commemorazione ufficiale del Centenario dell'Ospedale Kasr-El-Aini. Prossimamente si faranno conoscere le facilitazioni di viaggio che saranno concesse ai partecipanti a dette « Giornate ».

Per qualsiasi informazione, indirizzarsi alla Segreteria generale: 32, Rue Gay-Lussac, Paris (V).

Premi di Fondazione Angelo Minich. — Sono banditi i seguenti concorsi per premi di Fondazione Angelo Minich: 1° Tema: « Influenza delle ghiandole endocrine nell'evoluzione dei tumori sperimentali ». Il premio è di L. 9,000; scadenza 31 dicembre 1927. 2° Tema: « Contributo nel campo della chirurgia del sistema nervoso ». Il premio è di L. 20,000; scadenza 31 dicembre 1929.

A detti concorsi possono partecipare solo italiani e le memorie debbono essere scritte in lingua italiana. Rivolgersi per delucidazioni al R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Lasciti e Donazioni. — Il dott. Renato Appert, di Parigi, morto or non è molto in Italia all'età di 65 anni, ha lasciato all'Istituto Pasteur di Parigi tutta la sua fortuna, che può calcolarsi a 20 milioni, eccezion fatta di 10.000 fr. in titoli, lasciati all'Associazione medici ed interni degli Ospedali di Parigi, e di 10.000 fr. e 50 altri titoli, lasciati ad un'istituzione antitubercolare di Parigi.

ERRATA-CORRIGE

Nel fasc. 40 corr. anno a pag. 950, seconda colonna, rigo secondo leggasi: **metriti del collo.** — Pouliot, *La Clinique*, n. 89, 1927.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 17 Ottobre 1927 (V) — N. 42

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore Prof. G. ZAGARI

LESIONI ANATOMICHE DETERMINATE DALL'USO PROLUNGATO DI FORTI DOSI DI SALICILATO DI SODIO.

RICERCHE SPERIMENTALI

per il prof. DOMENICO LIOTTA — Aiuto

In una mia precedente pubblicazione (*Riforma Medica* n. 18, 1926) trattai ampiamente dell'efficacia delle alte dosi di salicilato di sodio nella terapia della poliartrite acuta e dei mezzi adatti a combattere i disturbi inerenti alla somministrazione massiva di tale medicamento.

Oramai la nozione che il salicilato di sodio nel reumatismo poliarticolare acuto vada somministrato a dosi alquanto elevate, sin dai primi giorni dell'infezione, e che, nei casi particolarmente gravi, sia necessario inondare l'organismo del rimedio per aver ragione del male, è entrata nel dominio del pubblico medico e le alte dosi non destano più la paura di una volta (Arcangeli, Danielopulo, Keersmaekers ecc.). Occorre però avvertire subito che una cura così intensiva è possibile soltanto se contemporaneamente vengono somministrati degli alcalini allo scopo di correggere o neutralizzare la stato di acidosi prodotto dal salicilato.

Qualche autore per ridurre al minimo gl'inconvenienti dipendenti dalle alte dosi, invece di servirsi della via gastrica, ha tentato di utilizzare la via endovenosa, che può dare dei risultati, talora egualmente efficaci, con l'impiego di un quantitativo di medicinale assai ridotto (Gilbert, Coury, Benard, Lutembacher, Lesnè, ecc.).

Questo metodo di somministrazione, però, non è del tutto scevro di pericoli e la via di scelta resta sempre quella gastrica. Scarse tuttavia sono le nostre conoscenze sulle alterazioni anatomiche determinate dall'uso prolungato delle forti dosi di salicilato di sodio e se si fa astrazione di un recente studio del Gamna che si è occupato delle lesioni prodotte dall'uso delle iniezioni endovenose di salicilato e dei reperti di Kalbe in casi di avvelenamento acuto di acido salicilico, può dirsi che ben poco sia reso noto in merito a tale argomento.

Non mi è parso quindi privo di importanza portare un contributo sperimentale in questo campo istituendo delle esperienze su alcuni animali (conigli), nei quali dopo prolungata somministrazione di salicilato di sodio ad alte dosi per via gastrica, venivano studiate le alterazioni anatomiche dei varii organi.

Sul grado di tossicità dell'acido salicilico e del suo sale sodico, negli animali e nell'uomo, esistono grandi differenze in dipendenza principalmente del fattore individuale.

Per i conigli del peso di 2 kgr. la dose mortale del salicilato di sodio somministrato per via gastrica è di circa un grammo, secondo Nothnagel, e per i cani, di 1 gr. per ogni 5 kgr. del peso del corpo.

Le alterazioni più notevoli prodotte dall'introduzione di forti dosi di salicilato sono quelle a carico del rene, ove determinano una nefrite desquamativa (Vinci).

Per l'uomo sono scarsi i casi di avvelenamento seguiti da esito letale e ancora più scarse sono, come si è detto, le osservazioni anatomiche di tali casi.

Secondo Nothnagel, tanto l'acido salicilico, quanto il salicilato di sodio nella dose variabile da 12 a 30 grammi riescirebbe letale, determinando un profondo abbassamento del polso e della pressione sanguigna e una paralisi della respirazione con crampi consecutivi. Questo Autore riferisce un caso descritto da Quincke riguardante una ragazza di 17 anni, la quale, dopo aver preso più volte una dose di 10-12 grammi di salicilato, andò incontro a profonda dispnea, offuscamento del sensorio e morte. All'autopsia si trovò forte iperemia del cervello e delle meningi, iperemia polmonare e renale ed ecchimosi pericardiche.

Secondo Marfori, nell'intossicazione da acido salicilico o da salicilato, oltre a fenomeni generali nervosi e a carico del polso e del respiro, si avrebbe albuminuria e cilindruria e la morte che può avvenire per paralisi dei centri bulbari.

Kiess in due casi di avvelenamento per applicazione cutanea di acido salicilico seguito da morte, trovò che il fegato e i reni mostravano una diffusa degenerazione grassa dei lobuli e rispettivamente dei canalicoli urinarii.

***

Per studiare le alterazioni anatomiche determinate dalla somministrazione prolungata di salicilato di sodio ad alte dosi, mi sono servito di N. 6 conigli che ho diviso in due lotti eguali.

Il *primo lotto* (A) veniva tenuto a dieta ordinaria di verdura fresca e trattato con la somministrazione di salicilato, cui si aggiungeva un quantitativo doppio di bicarbonato di sodio.

Il *secondo lotto* (B) era tenuto ugualmente a dieta di verdura fresca e trattato con la stessa dose di salicilato dei conigli del primo lotto, ma senza l'aggiunta del bicarbonato.

Il salicilato di sodio era sciolto in acqua distillata e veniva introdotto nello stomaco con adatta sondina di gomma.

Il bicarbonato si somministrava nella stessa maniera. Si aveva cura di aumentare gradatamente la dose, partendo, ordinariamente, da 20 ctgr. e aumentando di 10 ctgr. ogni due giorni, sino a un massimo di 50-60 ctgr. pro die.

Il peso degli animali si aggirava intorno ai 1500 gr.

Ecco due specchietti riassuntivi delle esperienze:

Specchietto riassuntivo A. (Lotto A).

Conigli trattati con salicilato e bicarbonato di sodio.

Numero dei conigli	Peso iniziale gr.	Durata dell'esper. giorni	Quantità di salicilato somministr. complessiv. gr.	Quantità di bicarbonato somministr. complessiv. gr.	Peso alla fine dell'esper. gr.	Esito finale
Coniglio I	1450	30	13.40	26.80	1410	Nessuna alterazione
Coniglio II	1500	30	13.40	26.80	1500	Nessuna alterazione
Coniglio III	1320	30	13.40	26.80	1250	Nessuna alterazione

Specchietto riassuntivo B. (Lotto B).

Conigli trattati soltanto con salicilato di sodio.

Numero dei conigli	Peso iniziale gr.	Durata dell'esper. giorni	Quantità di salicilato somministr. complessiv. gr.	Quantità di bicarbonato somministr. complessiv. gr.	Peso alla fine dell'esper. gr.	Esito finale
Coniglio IV	1500	12	4,90	0,0	1120	morte
Coniglio V	1520	11	4,40	0,0	1050	morte
Coniglio VI	1470	12	4,90	0,0	1115	morte

Come si vede chiaramente dai dati riportati nello specchietto A, i conigli trattati con salicilato e bicarbonato di sodio dopo 30 giorni di esperimento e dopo aver ingerito una dose di salicilato di gr. 13,40 ciascuno, conservavano quasi invariato il peso e apparivano in condizioni del tutto normali. Questi conigli sono stati sacrificati per un esame istologico dei vari organi, ma

Digitized by Google

nulla di speciale si è rilevato che meriti di essere qui riferito.

Invece i conigli del secondo lotto (vedi specchietto riassuntivo B) trattati soltanto con salicilato senza l'aggiunta del bi-

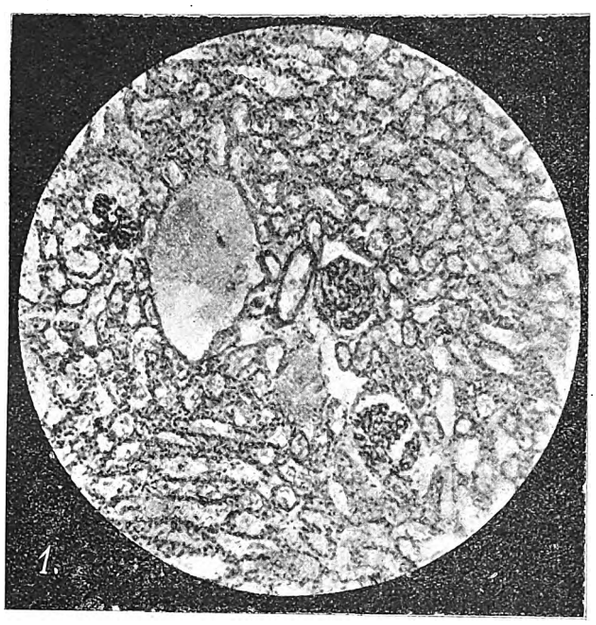


Fig. 1. — Rene. Microfot. Diamet. 112.

carbonato, sono vissuti in media da 11 a 12 giorni al massimo e dopo aver ingerito una dose del medicinale variabile da 4,40 a 4,90 grammi ciascuno.

Più che le lesioni macroscopiche in questi animali sono notevoli le alterazioni microscopiche riscontrate nei vari organi. E data, in generale, la loro somiglianza nei varii conigli ne farò, per maggior semplicità, una descrizione unica.

Esame macroscopico (conigli N. IV, V, VI).

Torace. Polmoni di colorito roseo e con qualche zona di iperemia qua e là. Assenza di liquido endopleurico.

Nulla a carico del pericardio. Il cuore si trova arrestato in sistole e non sono visibili alterazioni grossolane.

Addome. Peritoneo parietale e viscerale di normale lucentezza. Assenza di liquido endoperitoneale. Le anse intestinali mostrano qualche piccola zona iperemica in qualche tratto.

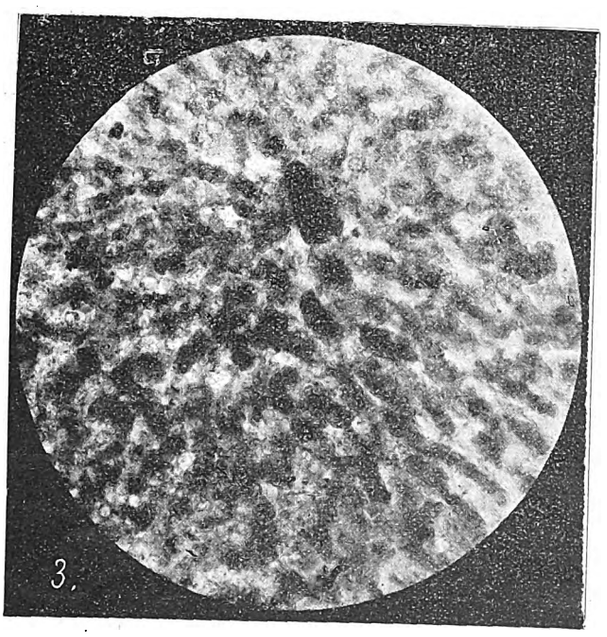


Fig. 3. — Fegato. Microfot. Diam. 406.

Aperto lo stomaco, si nota qualche piccola emorragia sottomucosa. Il fegato è congesto.

La milza di consistenza normale, congesta.

Pancreas normale.

Reni di colorito e consistenza presso che normali. Il limite tra sostanza corticale e midollare poco marcato.

Capsule surrenali. Non mostrano alterazioni apprezzabili.

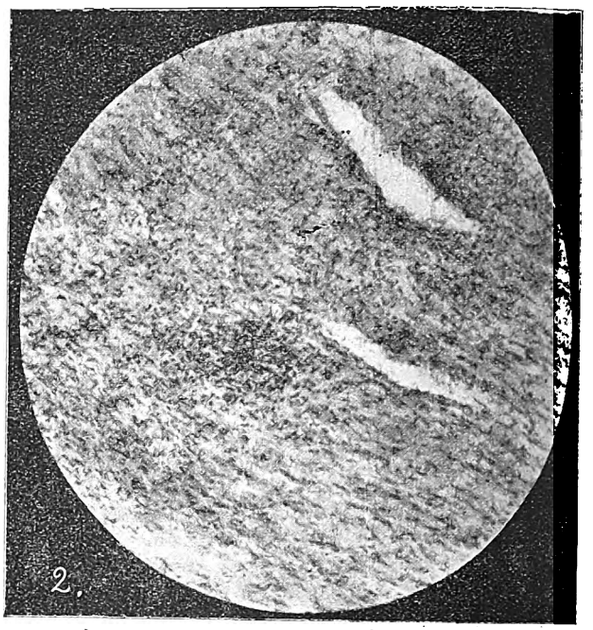


Fig. 2. — Cuore. Microfot. Diamet. 124.

Esame istologico. Sono stati prelevati dei frammenti di cuore, fegato, milza, pancreas, rene e surrene.

I pezzi sono stati fissati in formolo al 10 % e in alcool: inclusione in paraffina e colorazione con ematossilina ed eosina.

In generale le alterazioni riscontrate, come si è detto, erano simili nei vari animali, tranne in qualcuno, di cui si parlerà più particolarmente.

Rene (fig. 1). Nella sostanza corticale è particolarmente notevole un'alterazione diffusa dell'epitelio dei tubuli contorti, che va dai gradi più leggeri del semplice rigonfiamento torbido, sino alla disgregazione cellulare in forma di degenerazione granulosa.

In molti tubuli l'epitelio appare completamente sfaldato ed il lume ripieno di un precipitato amorfo di albumina coagulata.

Fig. 4. — Surrene. Microfot. Diamet. 140.

A carico dei glomeruli non si osserva aumento di nuclei e le anse glomerulari appaiono anemiche.

Lo spazio della capsula di Bowmann è ripieno di precipitato amorfo di albumina coagulata.

Digitized by Google

Non si notano zone di emorragie, nè di iperemia, nè di infiltrazione.

Cuore (fig. 2). Non si nota aumento del connettivo di sostegno. Le fibre cardiache appaiono in genere normali, tranne in qualche punto ove si osservano delle lesioni in forma di rigonfiamento torbido e dei piccoli focolai di degenerazione con infiltrazione parvicellulare delle zone degenerate. In generale si nota uno stato iperemico con capillari dilatati e turgidi.

Fegato (fig. 3). In generale le cellule epatiche non mostrano notevoli alterazioni, tranne in qualche zona, ove si rilevano delle note di rigonfiamento torbido. Non si osserva aumento del connettivo di sostegno. La vena centrale del lobulo appare in generale dilatata. È notevole lo stato di iperemia di tutto l'organo, con qualche piccola zona emorragica.

Surrene (fig. 4). A carico delle glandole surrenali si notano in tutti gli animali delle zone più o meno diffuse di iperemia, che, in generale, appare più intensa in corrispondenza della *pars reticulata*.

Normali sono i rapporti tra sostanza corticale e sostanza midollare.

Nei conigli N. V e VI si è inoltre riscontrato qualche focolaio emorragico specialmente in corrispondenza della parte più interna della *pars fasciculata* e *reticulata* della corticale.

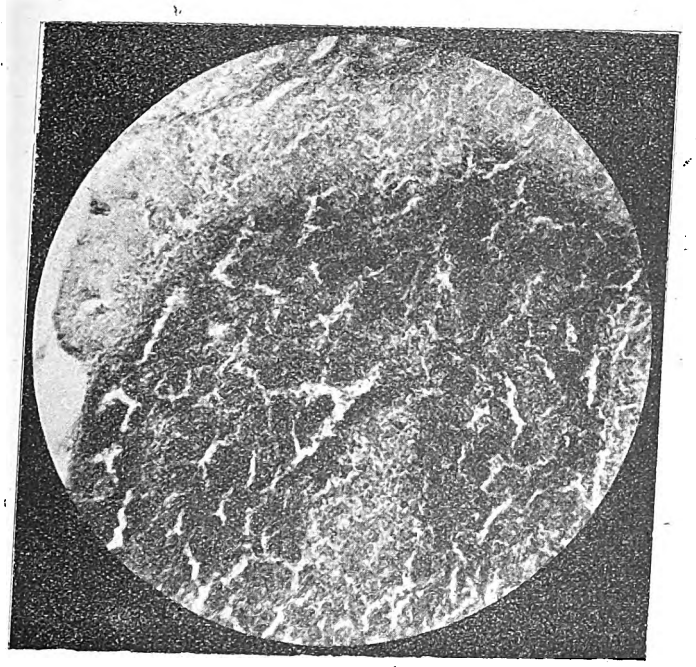


Fig. 5. — Pancreas. Microfot. Diamet. 83.

Pancreas (fig. 5). Nel pancreas in generale non si sono osservate alterazioni importanti del parenchima ghiandolare. Si rileva uno stato di modica iperemia di tutto l'organo. Nei conigli N. V e VI si è notata qualche zona emorragica con intensa reazione del tessuto circostante.

In generale si vede che le alterazioni più costanti e di maggiore rilievo sono quelle dei reni, del fegato e del cuore, meno costanti quelle del pancreas e delle surrenali.

Le lesioni più importanti sono a carico del parenchima degli organi. Molto frequenti sono le lesioni delle pareti vasali, ciò che spiega le numerose zone di emorragie riscontrate.

L'organo più profondamente colpito sembra il rene, vengono in seconda linea il fegato e la fibrocellula muscolare del cuore.

***

Se adesso consideriamo il differente comportamento dei conigli all'azione del salicilato, quando esso venga somministrato da solo, o quando invece vi si aggiunga del bicarbonato di sodio, dobbiamo venire a una conclusione della più grande importanza pratica.

E cioè, che la somministrazione protratta di alte dosi di salicilato di sodio può considerarsi del tutto innocua, *soltanto nei casi in cui non si trascuri di aggiungervi un adeguato quantitativo di sostanze alcaline.*

BIBLIOGRAFIA

ARCANGELI. Giornale del medico pratico, 1924, n. 3-4. — DANIELOPULO. — La Presse Médicale, 1923, 15 Decemb. — GAMNA. Minerva medica, 1926, p. 1082. — GILBERT, COURY, BENARD. Soc. de Biol. 23 Juil. 1921. — KALBE. Frankfurt. Zaitschr. f. Path. 1923, Bd. 29. — KEERSMAEKERS. Bruxelles-médic. 1925, n. 33. — KIESS OSCAR. Kongresszentralb. f. d. ges. inn. med. 1921, p. 264. — LESNÈ. Paris medic. 1922, p. 496. — LIOTTA. Riforma medica, 1926, n. 18. — LUTEMBACHER. Soc. de Biol., 21 Mai 1923. — MARFORI. Trattato di Farmac. e Terap. Napoli, Pierro Edit. 1922. — NOTHNAGEL. Nuovi elementi di Materia Medica e Terapia, 1887. — VINCI. Citato da Marfori.

ISTITUTI DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
diretti dal Prof. G. IZAR

TERAPIA INSULINICA DI IPERNUTRIZIONE

per il dott. L. CANNAVO' — Assistente

Numerose osservazioni cliniche e sperimentali hanno dimostrato un'azione trofica dell'insulina, che nei diabetici dimagriti, in deficit di azoto, si rivela chiaramente con ristabilimento dell'equilibrio azotato, aumento del peso del corpo scomparsa della astenia. Noi stessi, in alcune ricerche condotte con Marino (1) su diabetici sottoposti a regime insulinico e dietetico, abbiamo rilevato tale azione dell'insulina sul bilancio azotato, che in ogni caso si mostra favorevolmente influenzato dalla somministrazione dell'ormone pancreatico.

Da tali dati, è scaturita l'idea di utilizzare l'azione eutrofica dell'insulina nei cachettici ed indeboliti non diabetici, allo scopo di modificare l'equilibrio metabolico dell'organismo e di provocare una ripresa della nutrizione generale.

La terapia insulinica dei disturbi di nutrizione fu introdotta dapprima in pratica pediatrica da Mc. Kim Marriot (2), che in sei neonati ipotrofici ebbe notevole miglioramento della nutrizione generale in seguito a cura combinata di insulina-glucosio. I risultati terapeutici di Mc. Kim Marriot furono tosto confermati da numerosi pediatri: Butterwieser (3), Nobecout ed Lévy (4), Lesné e Dreyfus-Sée (5), Boisserie-Lacroix (6), Priesel e Wagner (7): sola voce discordante, quella di Tisdall, Braun, Drake e Cody (8).

L'applicazione della terapia insulinica di ipernutrizione negli individui adulti si deve a Falta (9); in tre soggetti costituzionalmente magri, a cui il riposo e la superalimentazione a nulla erano giovati, l'insulina, somministrata con le dovute cautele ad altissime dosi, (fino a 150 unità al giorno), diede risultati che l'A. non esita a chiamare stupefacenti: aumento dell'appetito rapidissimo fino alla bulimia, notevole e rapido aumento del peso del corpo.

Bauer e Nyiri (10), i quali si occuparono estesamente dell'argomento, con ottimi risultati, stabilirono la seguente tecnica per la cura insulinica di ingrassamento: si comincia con dieci d. u. giornaliere di insulina, mettendo contemporaneamente a disposizione dell'infermo una dieta molto ricca di idrati di carbonio. Lasciando invariata la dieta, si aumenta gradatamente la quantità di insulina fino a raggiungere in quattro-cinque giorni 40-50 d. u. da somministrare in due volte, mezz'ora prima dei pasti. Già tre-quattro giorni dopo l'inizio del trattamento si ha aumento del peso corporeo ed accentuazione dell'appetito. Per la dieta non sono necessarie particolari prescrizioni, bastando attenersi alle comuni diete di iperalimentazione. Nella seconda settimana di cura si può andare a 60 d. u. da somministrare in tre volte. In tali condizioni si ha un aumento medio del peso corporeo di 2 kg. la settimana.

Feissly (11), consiglia una durata totale della cura di 3-4 settimane; egli prescrive di iniziare la cura con 5 dosi al giorno, per giungere il più rapidamente possibile a 60 d. u. quotidiane. Durante il trattamento occorre, per evitare spiacevoli incidenti, sorvegliare attentamente il paziente: glicemia a digiuno, pH del sangue, riserva alcalina, ecc. Seguendo tale sistema egli, su sei infermi deperiti, ebbe rapido aumento del peso corporeo, dell'appetito, dell'assimilazione.

Digitized by Google

Numerosi altri AA. hanno confermato i dati suesposti. Richter (12), consiglia il trattamento insulinico in tutti i casi di astenia costituzionale ed arteriosclerosi generalizzata, dimagramento senile, tubercolosi latente, convalescenza di malattie infettive acute. Anch'egli inizia il trattameno con 10 d. u. al giorno, giungendo a 60 unità quotidiane nella seconda settimana di cura. Somministra in media una dieta così costituita: proteine gr. 100; grassi gr. 100-150; carboidrati gr. 250-400.

Ottimi risultati ebbero in nove casi Bonorino Udaondo e Fontana (13), somministrando insulina in quantità da 10 a 60 d. u. al giorno, contemporaneamente ad una dieta ricca di carboidrati: dopo un mese di cura essi ottennero nei loro infermi un aumento di peso che variò tra i kg. 2,500 ed i kg. 8.

Recentemente Trocello (14), sottoponendo a trattamento insulinico prolungato 18 giovani operaie apparentemente sane ma costituzionalmente magre, osservò alla fine del periodo di osservazione un aumento di peso che variò tra un minimo di kg. 0,700 ed un massimo di kg. 4,200; in media, kg. 2,060. Tale aumento persisteva, anzi in qualche caso si era accentuato, quattro mesi dopo la cura. La somministrazione di insulina, che fu in ogni caso scevra di qualsiasi inconveniente, provocò risveglio dell'appetito, senso di benessere, scomparsa di eventuali sintomi nevrastenici.

***

Riguardo al meccanismo di azione dell'ingrassamento insulinico, varie sono le ipotesi emesse finora. Feissly (11), basandosi su ricerche di Labbé, Nepveux e Lambru (15), di Umber (16), di Blum (17), di Francis (18) e di altri numerosi autori intorno alla influenza dell'insulina sul metabolismo dell'acqua, influenza che si esplica sopratutto con ritenzione idrica, attribuisce alla detta ritenzione l'aumento di peso degli infermi insulinizzati. La ritenzione d'acqua però dev'essere considerata non come un semplice accumulo di acqua, ma come una vera assimilazione, per cui l'acqua assorbita passa a far parte del protoplasma vivente e precede la formazione di riserve adipose.

Un altro meccanismo potrebbe essere quello dell'alcalosi plasmatica determinata dall'insulina. Come lo stesso Feissly ha notato, la terapia insulinica produce aumento progressivo del pH plasmatico ed alcalinizzazione degli umori: tale fatto si verificherebbe anche negli individui non diabetici e non acidosici, quando vengano insulinizzati. Wernicke, Savino e Scotti (19) descrissero negli animali insulinizzati un'alcalosi gassosa, dovuta a diminuzione primaria del fattore H_2CO_3; Feissly ammette che oltre alla diminuzione del fattore acido H_2CO_3 si abbia contemporaneamente elevazione del fattore alcalino $BHCO_3$. Tale alcalosi ostacolerebbe la glicogenolisi epatica, mentre invece favorirebbe la polimerizzazione del glucosio in glicogene e la sua fissazione nel fegato e nei muscoli, accompagnata da fissazione d'acqua.

Simile a quella degli AA. precedenti è l'opinione di Fonseca (20); l'acqua viene trattenuta in quanto è necessaria alla formazione delle riserve adipose. Infatti, la distribuzione e la consistenza dell'adipe sottocutaneo sono le stesse negli individui ingrassati con una semplice cura di iperalimentazione che in quelli ingrassati con la terapia combinata dietetica-insulinica. Inoltre, nè il cloruro di sodio, nè la teobromina, nè il novasurol modificano la diuresi dei pazienti sottoposti ad ingrassamento insulinico.

***

Abbiamo sottoposto a terapia insulinica a scopo di ingrassamento due infermi degenti nella nostra clinica e notevolmente deperiti. L'insulina occorrente ci fu cortesemente fornita dalla Casa Carlo Erba di Milano (Osserv. I) e dall'Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno di Berna (Osserv. II).

Lo schema della cura fu all'incirca non dissimile da quello usato dai precedenti Autori; l'insulina fu somministrata a dosi crescenti da 7 a 50 d. u. al giorno e contemporaneamente fu istituita una dieta di superalimentazione molto ricca in idrati di carbonio.

Per osservare quanto dell'eventuale ingrassamento fosse dovuto alla sola dieta e quanto all'insulina, gli infermi vennero tenuti per alcuni giorni alla sola dieta ipernutritiva prima della somministrazione di insulina.

Sia durante il periodo del trattamento dietetico che durante quello del trattamento dietetico-insulinico, gli infermi erano sorvegliati attentamente affinchè ingerissero tutti i cibi prescritti. Ogni mattina a digiuno, dopo vuotato il retto e la vescica, i pazienti venivano pesati; contemporaneamente si prelevava il sangue per il dosaggio della glicemia. Si seguì inoltre il comportamento della diuresi, del polso, del respiro, della temperatura, della pressione arteriosa, durante tutto il periodo di osservazione.

Le nostre osservazioni cliniche sono le seguenti:

Osservazione I. De Domenico Pietro di anni 51, muratore, da Messina.

L'infermo è degente in clinica per disturbi dispeptici derivanti da una gastrite cronica alcoolica ipocloridrica. Dichiara di essere stato sempre notevolmente magro; il dimagramento però si è accentuato in questi ultimi tempi.

All'inizio dell'esperienza il paziente, che è alto m. 1.52, pesa kg 39.500. E' un individuo mediotipo microsplancnico, notevolissimamente deperito. Il colorito della pelle e delle mucose visibili è roseo-pallido. Il tessuto cellulare sottocutaneo è scarsissimo. Le masse muscolari sono ipotrofiche ed ipotoniche. Micropoliadenia latero-cervicale, ascellare, inguinale. L'esame degli apparati respiratorio e cardiovascolare non rivela alcun fatto degno di nota. All'esame dell'addome, difesa muscolare al-

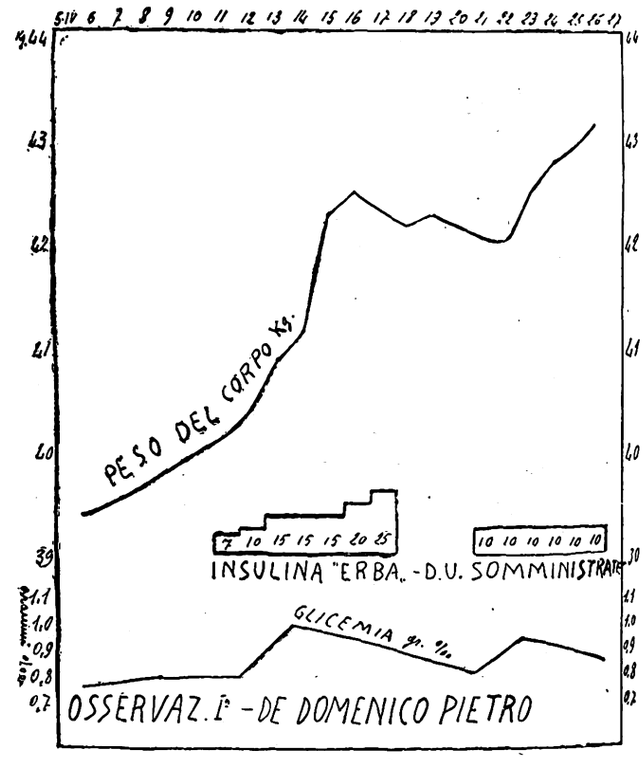


Tavola A.

l'epigastrio; la pressione profonda suscita modica dolenzia. Nei limiti normali gli organi ipocondriaci. Nulla a carico del sistema nervoso. All'esame morfologico del sangue: gl. rossi 3.500.000, gl. bianchi 5.500, Hb. 60, val. glob. 0.86. Formula leucocitaria normale. Nulla di patologico all'esame delle urine. R. W. negativa. R. M. P. di Izar negativa. Glicemia a digiuno 0,78 ‰.

Contenuto gastrico a digiuno: si estraggono con la sonda circa 25 cmc. di liquido siero-mucoso, privo di detriti alimentari, coi caratteri seguenti: reaz. acida; HCl libero e combinato, assente; acidità totale, espressa in HCl, 0.365 ‰; acido lattico, assente; pigmenti ematici, assenti.

Contenuto gastrico un'ora dopo la colazione di prova di Ewald-Boas: si estraggono circa 150 cmc. di liquido commisto a detriti alimentari, coi caratteri seguenti: HCl libero, 0.173 ‰; HCl combinato assente; acidità totale 0.458 ‰; acido lattico, assente; pigmenti ematici, assenti.

Si prescrive all'infermo la seguente dieta: latte, un litro, pane gr. 400, pasta gr. 200, patate gr. 500, zucchero gr. 100, carne gr. 100; olio gr. 50. Complessivamente, proteine gr. 124.80, grassi gr. 90.80; idrati di carbonio gr. 638.50. Calorie totali 3960.50. Calorie per kg. di peso del corpo, circa 100. Contemporaneamente si somministra all'infermo abbondante limonea cloridrica, allo scopo di migliorare le condizioni della digestione gastrica.

L'infermo mostrò di sopportare benissimo la dieta di iperalimenta-

Digitized by Google

zione che gli produsse anche un aumento di peso da kg. 39.500 a kg. 40.100 nei cinque giorni di sola cura dietetica.

Il giorno 11 aprile 1927 si inizia la terapia insulinica con 7 unità di insulina « Erba » somministrate mezz'ora prima del pasto principale; nel giorno successivo l'insulina si porta a 10 d. u. e in quello seguente a 15 d. u. divise in due volte, dieci prima del pasto di mezzodì e cinque prima di quello della sera. Già fin dal terzo giorno di cura l'infermo comincia a sentirsi migliorato; l'appetito è aumentato, ha una sensazione generale di euforia. Il 16 aprile si porta l'insulina a 20 d. u. (10 e 10) e il 17 a 25 dosi (15 e 10), ma l'apparire di disturbi ipoglicemici ci consiglia di sospendere la cura, la quale viene ripresa il 21 aprile con 10 d. u. Il 26 aprile si chiude il periodo di insulinoterapia: il peso del corpo del paziente ha raggiunto i kg. 43.200; egli è visibilmente ingrassato e si sente migliorato.

Un esame del chimismo gastrico praticato il 25 aprile, mostra pressocchè immutate le condizioni secretorie dello stomaco. Ciò conferma il dato, che noi abbiamo avuto già occasione di osservare nei diabetici insulinizzati, cioè che l'influenza dell'insulinoterapia sulla secrezione gastrica è pressocchè nulla (21).

Nessuna modificazione della diuresi durante tutto il periodo dell'esperimento. La glicemia a digiuno si mantenne sempre nei limiti normali.

I dati riferentisi all'ammalato, oggetto di questa prima osservazione clinica, sono riassunti nella tavola A.

Osservazione II. Lucà Maria di anni 19, casalinga, da Messina.

All'atto dell'inizio dell'esperimento l'inferma, che è alta m. 1.68 e pesa kg. 47, è convalescente di una pleurite essudativa destra, per la

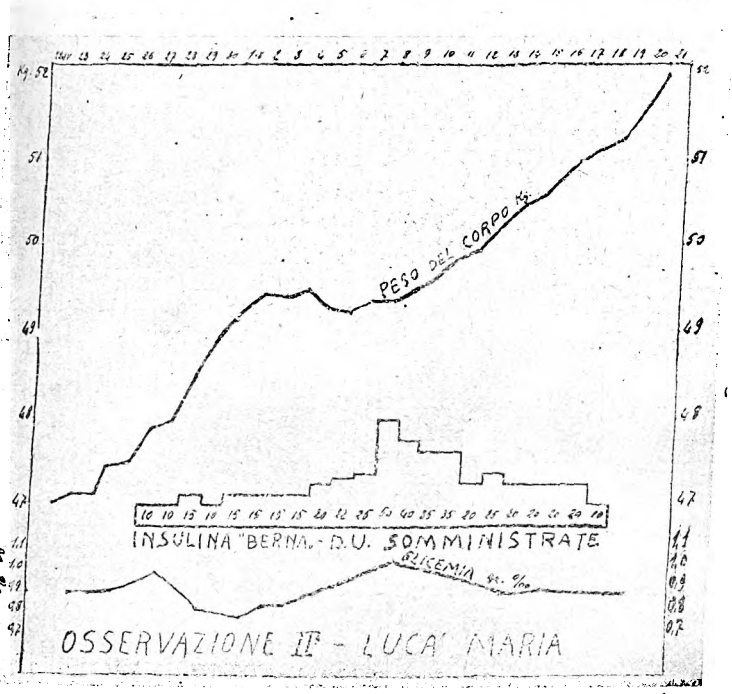


Tavola B.

quale è ricoverata in clinica da più di un mese; è sfebbrata da vari giorni; il liquido, estratto per toracentesi, non si è più riformato; i fenomeni plessici ed acustici a carico del torace sono in via di regressione.

E' un soggetto a tipo longilineo microsplancnico, notevolmente denutrito. Colorito della pelle e delle mucose bruno-roseo. Tessuto cellulare sottocutaneo molto scarso. Masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche. Micropoliadenia laterocervicale, ascellare inguinale. Nulla a carico del capo, della faccia, del collo. A carico dell'apparato respiratorio si notano i segni della pleurite pregressa. Nulla di notevole a carico degli apparati digerente e cardiovascolare. Nulla a carico del sistema nervoso.

Nel sangue, glob. rossi 4.000.000; glob. bianchi 5.600; Hb 60; val. globulare 0.75. R. W. negativa. Glicemia a digiuno 0.80 ‰. Nulla di patologico all'esame delle urine.

Il giorno 22 aprile 1927 si prescrive la seguente dieta: latte gr. 500; carne gr. 200; pane gr. 400; pasta gr. 200; zucchero gr. 100; uova n. 4; patate gr. 500; olio gr. 50. In tutto, proteine gr. 153, grassi gr. 93,8, carboidrati gr. 614. Calorie totali 3808,25. Calorie per kg. di peso del corpo, 81.

L'inferma sopporta benessimo la dieta di iperalimentazione, sì che dopo cinque giorni di tale dieta, all'inizio della cura insulinica, il peso del corpo è aumentato a kg. 47,900 e le condizioni generali si sono migliorate.

Il 27 aprile 1927 si inizia la terapia insulinica con 10 d. u. di insulina « Berna » prima del pasto principale.

Il 29-IV si porta l'insulina a 15 d. u., il 6-V a 20 dosi; si aumenta ancora gradatamente fino a somministrare il 9 V, 50 unità di insulina in due volte, (30 d. u. prima del pasto di mezzogiorno, 20 d. u. prima del pasto della sera) senza alcun disturbo da parte della paziente.

Il miglioramento subiettivo si rende manifesto fin dai primi giorni di cura; l'inferma aumenta rapidamente di peso, sì che il 20 maggio, alla fine del periodo di esperimento, il peso netto del corpo è di kg. 52; l'inferma, ingrassata e florida, prova un senso di benessere generale.

La diuresi, anche in questo caso non fu notevolmente modificata dalla terapia insulinica. Nessun disturbo ipoglicemico. Anche in questo caso, la glicemia a digiuno si mantenne durante tutto il periodo di osservazione nei limiti normali.

I dati riferentisi all'ammalata, oggetto di questa seconda osservazione clinica, sono tutti riassunti nella tavola B.

Dall'esame dei due casi sopra descritti, si può desumere come la terapia insulinica abbia provocato in entrambi i pazienti notevole aumento del peso del corpo: Kg. 3,100 nel primo caso, dopo 15 giorni di cura; kg. 4,100 nel secondo caso, dopo 23 giorni di terapia. In entrambi i casi, nessuna apparente modificazione della diuresi, nessun particolare disturbo dalla cura, sensazione di benessere e notevole risveglio dell'appetito fin dai primi giorni del trattamento. La glicemia a digiuno non fu sensibilmente modificata in nessuno dei due casi, così pure la temperatura ascellare, il numero medio delle pulsazioni, e quello degli atti del respiro. Per quanto riguarda la pressione arteriosa, abbiamo ottenuto nei nostri infermi lo stesso reperto già osservato da Maselli (22) nei diabetici, cioè lieve abbassamento della Mx un'ora dopo l'iniezione di insulina (da 10 a 20 mm. di mercurio). La Mn non si mostrò mai modificata, e così pure la Mx, se presa in ore lontane dall'iniezione.

***

Le nostre osservazioni ci permettono di giungere alle seguenti conclusioni generali:

1° La terapia insulinica degli stati di deperimento è del tutto innocua, anche se praticata ad alte dosi, quando venga condotta con le dovute cautele. Essa si mostra particolarmente indicata tutte le volte che si voglia ottenere un rapido aumento di peso ed una ripresa della nutrizione generale in un organismo deperito.

2° Non sono necessarie particolari indagini di laboratorio per stabilire tale cura, poichè, come abbiamo visto, la glicemia a digiuno resta per tutta la durata della cura nei limiti normali. Non è neppure necessaria l'istituzione di una dietetica particolare, potendo essere somministrata qualsiasi dieta, purchè abbondante e ricca di idrati di carbonio.

Ciò dato, è da sperare che la cura insulinica di ipernutrizione, finora adoperata in pochi casi e sopratutto a titolo di esperimento, possa entrare nella pratica corrente, in tutti quei casi che vanno dalla magrezza costituzionale alla convalescenza di malattie depauperanti e nei quali si vogliano rapidamente migliorare le condizioni di nutrizione del paziente.

BIBLIOGRAFIA

(1) Cannavò e Marino. Problemi della Nutrizione, n. 5 6, 1926. — (2) Mc. Kim Marriot. Journ. of the Amer. Med. Assoc. vol. 83, pag. 600, 1924. — (3) Butterwieser. Mediz. Klin. n. 18, 1925. — (4) Nobècourt e Lèvy. Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, n. 26, 1925. — (5) Lesnè e Dreyfus- Sèe. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, n. 28, 1925. — (6) Boisserie-Lacroix. Journ. de Méd. de Bordeaux, n. 15, 1926. — (7) Priesel e Wagner. Klin. Wochenschrift, n. 11, 1925. — (8) Tisdall, Braun, Drake e Cody. Amer. Journ. of Diseases of children, luglio 1925. — (9) Falta. Wiener Klin. Wochen., 2 luglio 1925. — (10) Bauer e Nivri. Mediz. Klinik, n. 39, 1925. — (11) Feissly. Présse Médicale, n. 13, 1926. — (12) Richter. Mediz. Klin., n. 34, 1925. — (13) Bonorino Udaondo e Fontana. Medicina Ibera, settembre 1926. — (14) Trocello. Rassegna di Clinica. Terapia e Sc. Aff. nov.-dic. 1926 e marzo-aprile 1927. — (15) Labbè, Nepveux e Lambru. Presse Médicale, 24 nov. 1923. — (16) Umber. Mediz. Klin. 12 agosto 1923. — (17) Blum. Présse Médicale, 1923. — (18) Frank. Ther. der Gegenwart, vol. 65, n. 7 e Deutsches Mediz. Woch., febbraio 1927. — (19) Wernicke, Savino e Scotti. Comptes Rendus Soc. de Biol., n. 31, 1925. — (20) Fonseca. Lisboa Medica, giugno 1926. — (21) Cannavò. Arch. di Farmacol. Sperim. e Sc. Affini, 1926. — (22) Maselli. Policlinico, sez. Medica, 1924.

= 1313

Digitized by Google

PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA MEDICA DELLE PTOSI GASTRO-INTESTINALI

per il prof. ANDREA ROCCAVILLA (Modena)

Una ptosi gastro-enterica praticamente può dirsi *reale,* solo quando ne sussistono le caratteristiche anatomiche necessarie e sufficienti, quando cioè il grado della distopia stessa varca i limiti — del resto molto estesi — delle varianti morfofisiologiche individuali; nel caso contrario non è che *apparente.*

La stessa ptosi dovrebbe dirsi *assoluta,* quando a provocarla contribuisce esclusivamente un rilasciamento globale di tutti i mezzi di sospensione, di fissazione e di contenzione del viscere (legamenti omento-epiploici; stato di tensione e di nutrizione delle pareti addominali; grado di sviluppo del grasso omentale) e non vi partecipa sostanzialmente il tono muscolare proprio del viscere stesso.

In questo caso l'organo cade in basso anche se vuoto e mantiene più o meno a lungo inalterata la propria morfologia generale, anche se ripieno e se il soggetto assume la posizione eretta. La ptosi quindi, oltre che assoluta, è anche *totale.* Dovrebbe definirsi invece, siccome *relativa* od *amiostenica,* una ptosi, quando fondamentalmente, se pure non esclusivamente, essa si collega ad una quasi sempre spiccata deficienza amiotonica della muscolatura viscerale e parietale dello stesso organo distopico. In questa seconda evenienza la ptosi, che perciò è sempre *parziale* e confinata nelle parti o recessi più declivi dell'organo, non ha luogo se non quando l'individuo è in piedi e l'organo stesso si trova ad essere sovrariempito, allungato e deformato in via alimentare, coprostatica o fermentativa. Naturalmente le due forme — assoluta ed amiostenica — ricorrono molto di frequente associate.

Le ptosi gastro-intestinali, qualunque ne sia la origine, non mantengono sempre un grado ed una sede costanti; non di rado vanno soggette, come le cause che le sostengono, a ricorrenze più o meno ravvicinate; talora infine si celano a lungo, pur tradendosi con segni di suspicione più o meno espliciti: rispettivamente le ptosi potrebbero allora distinguersi in *stabili* ed *instabili, permanenti* e *ricorrenti, latenti* ed *occulte.* Appartengono a queste distopie ricorrenti od occulte, le *ptosi amiotoniche o relative,* le quali compaiono o dileguano in armonia colle oscillazioni negative o positive della dinamica parietale contentiva del viscere distopico e le *ptosi per gravitazione,* ossia la discesa, che subiscono un organo od un suo segmento, purchè sufficientemente mobili e lunghi ed in particolare il colon trasverso, allorchè sono per conto proprio soverchiamente ripieni di contenuto, ovvero quando su di essi — vuoti o semidistesi — cada dall'alto un secondo viscere, alla sua volta, troppo voluminoso od eccessivamente repleto. Assai caratteristici sono a questo riguardo il gravame gastrico a danno del colon trasverso di per sè eutopico o quasi ed il conseguente stipticismo alto e mediocolico esclusivamente d'origine sovraalimentare, non infrequenti in certi ectasici e ptosici gastrici puri, abitualmente voraci. Tipi singolari di ptosi ricorrenti od occulte, sono pure quelle che direi *a sifone* e rispettivamente *a valvola* e quelle da *torsione.* Le ptosi a sifone si incontrano spesso fra stomaco abbassato e duodeno erettile e fra duodeno prolassato ed ileo iniziale, come pure fra segmento cieco-colon ascendente eutopico ma dilatato e colon trasverso e cadente. Se per sovraalimentazione liquida il contenuto gastrico; o per un processo catarrale irritativo quello duodenale, oppure quello ceco-colico, sono più fluidi ed abbondanti del consueto; poichè i due organi rispettivi si trovano accostati in modo da formare assieme un U rovesciato, ne verrà che la parte liquida rinchiusa a monte del sifone effluirà continuamente nel segmento pel suo contenuto solido, senza che per questo il primo, specialmente pel suo contenuto solido, possa mai evacuarsi al completo nel secondo. Ad una ptosi a sifone infatti è dovuta spesso quella forma di stipsi ceco-colica che è caratterizzata da defecazioni incomplete, tipicamente acide e ripetute più volte lungo la giornata. Le ptosi a valvola difficilmente posseggono una protopatia propria ed esclusiva: esse dipendono per lo più da flessioni angolari di un distretto intestinale più o meno durevoli e dalla occlusione parziale e ricorrente di una o più anse, che, alla loro volta, pendono in basso per eccesso di peso. Le ptosi da torsione si avverano quando, in seguito a rivolgimento peduncolare di un'ansa o di un gruppo di anse tendenzialmente ptosiche ed eccessivamente lunghe, un tratto del tenue od anche del colon (e di quest'ultimo sovratutto il sigma) rimane disteso, oltremodo pesante epperò più o meno prolassato.

Il modo ed il grado, con cui anche solo meccanicamente si denunciano le ptosi gastrointestinali sono molto diverse da caso a caso, talora anzi del tutto contrarie. Quando, p. es., di due tratti contigui del tubo digerente uno si rende ptosico, mentre l'altro serba inalterata la propria sede, ovvero anche se ne allontana verso l'alto per un processo di reattiva periviscerite retrattile possono ingenerarsi un dislivello sovente considerevole fra la sommità dell'uno e le parti più declivi dell'altro ed in conseguenza di ciò uno inevitabile sforzo di sopraelevazione peristaltica del proprio contenuto da parte dell'organo ptosico, se questo è a monte; una possibile incontinenza da parte del viscere normale, se quello distopico si trova invece a valle. Situazioni di questo genere sono sovratutto frequenti fra lo stomaco e il duodeno: due organi la cui indissolubilità anatomica e funzionale è così intima, da risultarne talora quasi un organo solo, il quale si potrebbe chiamare «il duodenogastrio».

Ogni ptosi gastrointestinale, oltre alla dissociazione anatomica, che ne costituisce per così dire l'esponente di più immediata evidenza, provoca poi di regola e non solo nell'organo ptosico, ma anche in altri più o meno lontani, delle alterazioni di funzionalità cospicue e non di rado complesse, le quali permettono nuove designazioni nosografiche delle ptosi gastrointestinali. Infatti queste disfunzioni raramente si svolgono tutte in un unico senso positivo o negativo e senza reciproche rilevanti differenze quantitative, dando luogo a quelle che direi *ptosi funzionalmente omologhe o semplici;* molto più spesso subiscono invece, tutte solo in parte, vicendevoli disarmonie e dissociazioni e creano delle *ptosi funzionalmente eterologhe o dissociate,* le une e le altre esclusivamente *intermiodinamiche* ovvero *intersecretorie,* oppure anche e molto più spesso, simultaneamente *secretivo-motrici.* Inoltre, solo eccezionalmente esse si circoscrivono ad un organo solo (*ptosi a dissociazione funzionale unisviscerale*), perchè di regola si estendono a più di uno dei vari segmenti digestivi (*ptosi a dissociazione funzionale pluriviscerale*) ed in quest'ultimo caso, o serbano inalterato in tutti il tipo della disfunzione predominante, ovvero lo mutano in diversa guisa dall'uno all'altro territorio (*ptosi a dissociazione funzionale pluriviscerale omonima o parallela* e rispettivamente *eteronima od incrociata*).

Per queste ragioni le ptosi gastrointestinali rappresentano sempre ed anche quando meno lo sembrano, sindromi poliedriche e pleomorfe, la cui identificazione clinica urta non di rado contro gravi difficoltà, anche perchè: 1°) le conseguenze e le complicazioni assumono spesso una importanza ben maggiore, che non la stessa distopia primaria e non soltanto i sintomi subbiettivi ed obbiettivi di indole reflessa, ma anche quelli di più diretta emanazione viscerale; 2°) le ptosi, anche se di grado elevato, possono rimanere perfettamente silenziose d'ogni molestia obbiettiva e subbiettiva e costituire un reperto occasionale privo d'importanza, per quanto bastevole, perchè alla ptosi stessa — di per sè affatto innocua — venga erroneamente riferita una sindrome clinica, la quale, se coesiste ed anche con qualche analogia sintomatica alla ptosi, se ne mantiene però allo infuori di ogni rapporto causale diretto.

Una diagnosi accorta ed una terapia razionale delle ptosi enterogastriche non possono istituirsi quindi se non mediante uno studio sistematico, sotto ogni riguardo profondo e circostanziato e relativo, non solo alla topo-patologia primaria ed alle sue conseguenze dirette e indirette, ma anche alle eventuali risorse di autocompensazione e di autoreintegrazione spontanea. La tecnica semeiologica, chimico-clinica e radiologica non si scosta da quella generale; mi basti qui soltanto di ricordare, come il quesito delle disarmonie funzionali voglia essere risolto sempre nel modo più scrupoloso e come, nel sospetto di una ptosi gastrica amiostenica, di una supergravitazione gastro-colica, ovvero per la radiologia periodica di controllo (vedi più oltre), è consigliabile: *a*) di valutare il grado di dislocazione verso il basso e di rielevazione verso l'alto, subito dal piano inferiore dello stomaco, da quando esso accoglie le prime tracce di bismuto o di bario a quando tutto il viscere ne è completamente disteso e da questo momento a quello in cui lo stomaco sta per rendersene

Digitized by Google

totalmente vuoto; *b*) di usare pasti di contrasto non del tutto opachi, che richiederebbero troppa quantità di sale barico e bismutico e sarebbero troppo estranei alle esigenze fisiologiche del viscere, ma di servirsi invece di pasti per qualità, peso e volume non troppo dissimili dagli abituali: p. es., 1500 cc. di latte debolmente ombrato con gelobarina; ovvero il pranzo consueto del soggetto, immediatamente preceduto, intercalato e seguito da cinque o sei prese di carbonato di bismuto pari a 10 gr. ciascuna, ovvero da altrettanti biscotti opachi.

Dal punto di vista medico le ptosi gastrointestinali richiedono, quasi sempre simultanee, una cura di contenzione incruenta ed una cura farmaco-fisica.

La prima esige, a mio avviso, un metodo che direi di «*restaurazione radiologica delle splancnoptosi*» e che io baso sul principio, che gli apparecchi di contenzione devono essere disegnati, costruiti, collaudati e periodicamente controllati coll'ausilio dei raggi X, in modo che essi risultino in ogni momento «individualmente» adatti alle esigenze somatiche e viscerali dello ptosico e capaci — quali si sieno la posizione del soggetto ed il contenuto degli organi distopici — di ridonare e di mantenere costantemente a questi ultimi la normalità di sede, di reciproco rapporto, di canalizzazione e di energesi tono-peristaltica. Nessun apparecchio può sottrarsi ai rigori di siffatto controllo obbiettivo e periodico, neanco quelli più moderni e meglio costruiti, quali le ventriere tratte da getto in gesso e munite di cuscinetti pneumatici.

L'individuo si ripresenta per le radioscopie di controllo con pasto voluminoso e semiopaco: ogni settimana pel primo mese, ogni quindici giorni pei due mesi che seguono, ogni mese od ogni due mesi nei periodi successivi. Naturalmente nel corso di queste revisioni gli apparecchi possono e spesso devono subire delle modifiche anche radicali. Qualunque tipo di fascia può servire, purchè costruito ed usato coi criteri su esposti: è questione puramente personale, se io adopero di preferenza cinture semirigide, allacciate sul davanti, fornite di sottocoscie «a mutandina» e di tiranti digitati in numero da tre a cinque per lato, agganciati sulla linea mediana e se faccio largo uso di cuscinetti e di controcuscinetti quasi sempre solidi.

La seconda, oggidì forse di troppo polarizzata verso un'erronea uniformità di criteri patogenetici, deve al contrario agilmente e fedelmente adattarsi sempre alle esigenze cliniche dello individuo e della fase che attraversa il processo distopico. Assai diverso è, p. es., il congegno terapeutico utile ad uno ptosico relativo per amiostenia viscerale, tardivo del dinamismo e della secrezione, ovvero di uno ptosico dissociato per manchevole o comunque insufficiente peristalsi; da quello indicato invece per un eterotopico eretistico del tono e della peristalsi, precoce ed esuberante di secrezioni, oppure di un dissociato ipersecretore a netta preminenza del tono sulla peristalsi. Ai due primi soggetti servono infatti una dieta solida, stimolante e varia, un moto postalimentare metodico e di sufficiente durata, un massaggio manuale o elettrovibratorio profondo, postprandiale e condotto lungo le direzioni radiologiche del percorso gastrointestinale, un'elettroterapia ventro-parietale faradica e nei casi più gravi anche una galvano-faradizzazione endocavitaria; ai secondi, al contrario, una dieta refratta e di risparmio, anecitante, semisolida, bianca (liquida solo di fronte a spasmi orificiali stenosanti), un decubito postalimentare di assoluto riposo, la diatermia ed in mancanza di essa i mezzi più comuni della termoterapia domestica, il massaggio relativamente superficiale, anche anteprandiale e non sempre vincolato alle indicazioni della topologia radiologica, una galvano-terapia quasi sempre transcutanea e molte volte perfino solo discendente (ulcera metaptosica del piloro o del vertice dell'ansa duodenale, catarri erosivi, algie profonde etc.). Del resto le maggiori difficoltà sono quelle opposte alla terapia chimica, allorchè questa si impegna nell'ambito spinoso delle interferenze e delle dissociazioni funzionali. Esiste però per queste ultime, tutta una metodica delicatissima e perfino antagonistica di medicazioni eroiche, che sarebbe qui troppo lungo esporre e che formano comunque un largo capitolo organico ed inscindibile di farmacologia generale, estraneo in gran parte agli scopi della presente nota.

□□□

NOTE SULLE INFEZIONI

FEBBRE PETECCHIALE ED INFORTUNISTICA

per il dott. BENVENUTO COGLIEVINA (Trieste)

Circa fino all'anno 1909 si ignorava il modo di trasmissione della febbre petecchiale, sebbene già dal 1868 in poi fossero state fatte innumerevoli ricerche batteriologiche per accertare il germe patogeno. Noi sappiamo ora, dopo le numerose ed esatte indagini di Nicolle, rispettivamente di Caviño e Girard, Ricketts e Wilder, v. Prowazek e di Da Rocha-Lima che la trasmissione dell'infezione da febbre petecchiale avviene solamente per mezzo di pidocchi parassitati.

Vorrei solo brevemente accennare qui ad un fatto: quali agenti vennero messi in evidenza specialmente due e cioè il proteus X19 e la Rickettsia Prowazeki, supponendo che forse quest'ultima sia uno stadio del ciclo vitale del proteus X19.

Trattando ora la questione dell'infezione da febbre petecchiale dal punto di vista dell'infortunistica, sarà bene ricordare innanzi tutto il concetto formulato nel 1906 dal Monti al Congresso di Milano riguardo le malattie infettive da infortunio.

Secondo quanto esposero in merito E. D'Anna (1909), L. Borri (1918), G. Allevi (1927) sono da considerarsi quali infortuni «tutte le infezioni acutissime, o inoculate da insetti o penetrate attraverso a scontinuità cutanee in qualunque modo determinatesi».

Noi sappiamo che la pelle illesa può esser considerata quale barriera efficacissima per evitare il penetrare di materiale infettivo nell'organismo; la cosa cambia però d'aspetto se degli insetti pungitori inoculano nell'organismo dei germi infettivi, provocando con le loro punture delle scontinuità cutanee.

Quanto alla febbre petecchiale, è stato accertato, specialmente in base alle innumerevoli osservazioni fatte durante la guerra mondiale (tanto nella pratica medica che negli esperimenti eseguiti in laboratorio), che il modo più comune di trasmissione della febbre petecchiale è, — come già dissi —, quello in seguito a puntura di pidocchi parassitati. Quasi sempre si tratta di ped. vestimenti, ma non è da escludersi la possibilità che talvolta l'infezione avvenga per mezzo del ped. capitis.

Visto che già anni addietro (1909) D'Anna collocava lo «spotted-fever» per il modo dell'infezione (puntura d'insetto) fra gli infortuni del lavoro, è logico, che si consideri anche la febbre petecchiale fra tali malattie, vieppiù che noi sappiamo ora che «spotted-fever» è identico con febbre petecchiale.

Nei più recenti trattati di infortunistica [Horn (1918), Allevi (1927)], noi troviamo giustamente menzionata la febbre petecchiale fra le malattie infettive da infortunio.

Riassumerò brevemente quanto potè esser accertato in merito dalle rispettive indagini.

Come già dissi poc'anzi, avviene il suddetto modo d'infezione in seguito a puntura di pidocchi parassitati e cioè circa 5-7 giorni dopo che questi si sono nutriti del sangue di ammalati di febbre petecchiale.

Ma si deve pensare anche alla possibilità di altri modi di infezione. Contenendo le feci di pidocchi parassitati delle Rickettsie Prowazeki, l'infezione dell'organismo può anche subentrare in seguito a penetrazione delle feci di tali pidocchi infetti attraverso ad una ferita preesistente. Questo modo di infezione, — da confrontarsi forse con quello dell'erisipela od anche della scarlattina («Wundscharlach») — si verificò in forma incontestabile e paradigmatica nell'infezione di febbre petecchiale subita dallo zoologo triestino Prof. G. Müller.

F. Pepeu, che pubblicò l'interessantissimo caso, scrive a tale proposito:

... «il Prof. Müller preparava nel laboratorio dell'ospedale di S. M. Maddalena un'emulsione di feci di pidocchi infetti per iniettarla a delle cavie, quando si rovesciò la siringa di vetro contenente l'emulsione e questa si rovesciò sul tavolo, sulle mani e sui calzoni di Müller. Egli non se ne preoccupò e continuò i suoi lavori senza disinfettarsi subito le mani, queste e gli avambracci presentavano diverse lesioni da graffiature prodotte dal

Digitized by Google

Müller stesso, che allora era tormentato da un prurito. Egli si disinfettò le mani appena dopo finiti gli esperimenti ».

Dopo sedici giorni d'incubazione, si manifestarono i primi sintomi di febbre petecchiale. In questo caso si trattava indubbiamente di una malattia infettiva da infortunio.

Oltre alle feci di pidocchi infetti, potranno essere portatrici di infezione le uova dei pidocchi, avendosi potuto dedurre da vari esatti esperimenti, che il germe può esser trasmesso dai pidocchi parassitati alle loro uova; le rispettive osservazioni noi le dobbiamo a pazienti ricerche eseguite in gran parte da v. Prowazek. Il modo d'infezione avverrà in tal caso come per l'infezione da feci di pidocchi.

L. Brauer ritiene, che non sia da escludersi del tutto la possibilità di una trasmissione della febbre petecchiale per mezzo di cimici o di pulci. Tanto quest'ultimo modo d'infezione che quello per « inalazione » è, secondo mio avviso, da scartarsi senz'altro, e ciò in base a numerosissime osservazioni fatte durante la guerra mondiale (specialmente in Galizia) tanto da parecchi miei colleghi che da me stesso.

Un accanito avversario della sopra esposta teoria, che cioè l'unico modo di trasmissione della febbre petecchiale sia appunto quello per mezzo di pidocchi parassitati, è C. Ruge; egli sostiene che l'osservazione clinica abbia finora dimostrata la possibilità di vari modi di trasmissione di questa malattia, chiamando egli erronea l'idea dell'infezione in seguito a punture di pidocchi. Ruge, che non esclude affatto l'infezione per inalazione, scrive testualmente: « Es *ist* bis jetzt, *nicht bewiesen*, ja *falsch*, deshalb anzunehmen, und als *absolut sicher* hinzustellen, dass « *Läusestich* » vorgelegen hat, *wenn* jemand an Flecktyphus erkrankt ist ».

Il punto di vista esposto da C. Ruge è del tutto antiquato, sbagliato ed affatto non corrispondente a quanto potè esser assodato dall'indagine moderna (Gabbi, Jürgens, Lustig, Reder, Zironi).

Riassumendo si può dire: che la febbre petecchiale può di fatto assumere il carattere di infortunio, avvenendo la trasmissione di questa malattia per mezzo di pidocchi parassitati, i quali inoculano i rispettivi germi per scontinuità di tegumento (A. Hoffmann, P. Horn, G. Allevi). Nel caso che ci siano state delle ferite preesistenti, l'infezione può trasmettersi anche con le feci o con le uova di pidocchi infetti.

Per tali ragioni non si può più oggidì difendere una tesi come quella del C. Ruge.

BIBLIOGRAFIA

ALLEVI G. L'assicurazione infortuni e la valutazione dei danni. Milano 1927. — BORRI L. Trattato di infortunistica. IIª ed., vol. II, Milano, 1918. — BRAUER L. Die Erkennung und Verhütung des Flecktyphus und Rückfallfiebers. Würzburg 1915. — D'ANNA E. Patologia dei lavoratori. Torino 1909. — GABBI U. Tifo esantematico. Roma 1915. — GAVINO e GIRARD. Cit. da E. Weil F. Breinl. — GOLEBIEWSKI E. Atlante e Compendio di patologia, terapia e medicina legale (Trad. L. Borri). Milano 1901. — HOFFMANN A. Münch. med. Wochenschrift, 1919, n. 17. — HORN P. Praktische Unfall-und Inwalidebegutachtung. Berlin 1918. JURGENS G. Das Fleckfieber, Berlin 1916. — IDEM. Infektionskrankheiten. Berlin 1920. — KOLLE W.-HETSCH H. Die exp. Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. Vª ed, vol. II, Berlin 1919. — LUSTIG A. e GALEOTTI G. Trattato di patologia generale. Vª ed., vol. I. Milano 1921. — NICOLLE. Bull. de l'off. int. d'Hyg. pubbl. 1912, n, 5. — PEPEU F. La Riforma Medica. 1919, n. 40. — PROWAZEK V. Münch. med. Wochenschrift, 1915 n. 2. — REDER I. Das Fleckfieber. Leipzig, 1918. — ROCHA-LIMA Da. Arch. f. Schiffs u. Tropenhygiene, 1916, vol. XX. — IDEM. Münch. medl. Wochenschrift, 1918, n. 52. — RUGE C. Aerztl. Sachverständigen Zeitung, 1916, n. 3. — WEIL E. BREINDL F. Untersuchungen über die experimentelle Fleckfieber Infektion und Immunität, Jena 1923. — ZIRONI A. Tifo esantematico (in A. Lustig: Malattie infettive dell'uomo e degli animali; IIª ed., voll. III) Milano 1923.

ATTUALITÀ

I LAVORI DI ABRAMS E LE ENERGIE RADIANTI ORGANICHE

Può trattarsene come attualità, per quanto dei metodi diagnostici e curativi di Abrams si parli già da parecchio tempo.

Una recente pubblicazione di Jules Regnault, di Parigi, riapre la discussione sull'opera di Alberto Abrams, di questo medico americano, che, spostandosi dalla nativa San Francisco (ove era nato nel 1863), fu un pellegrino della scienza per parecchi anni, specialmente ad Heidelberg, ove si addottorò, e poi nelle Università di Londra, di Berlino, di Parigi, di Vienna finchè non si ritirò in patria, ove morì, tre anni or sono (15 gennaio 1924).

Nei libri di medicina il nome di questo ricercatore è legato semplicemente a quello che suole chiamarsi « riflesso vertebro cardiaco o di Abrams ». Infatti con la pubblicazione di questo riflesso esordì la notorietà dello studioso americano. Si tratta di una modificazione verificabile nell'aia cardiaca e pre-aortica per percussione dell'apofisi spinosa della vertebra cervicale VII o prominente.

Da questo fatto Abrams prese lo spunto per studiare in tutto il corpo le modificazioni volumetriche e funzionali, verificabili nei visceri contenuti in una parte del corpo in seguito alla percussione della cute in peculiari punti sovrincombenti all'organo, in cui si producono le modificazioni. Queste modificazioni furono prospettate da Abrams a scopo tanto diagnostico quanto curativo.

La percussione dell'apofisi cervicale VII con il risultato di un coartamento nell'aorta e nei vasi periferici (angiospasmo) venne proposta nella cura delle ectasie e degli aneurismi aortici; invece, se la percussione si fa sulle apofisi delle vertebre dorsali, dalla IX alla XII, l'aorta si slarga. L'apofisi cervicale VII si venne scoprendo come un punto riflettogeno d'importanza spiccata, tanto che la sua percussione provoca una stimolazione sul vago cardiaco e gastrico, una diminuzione della congestione pulmonare e addominale, la calma degli accessi nella tosse convulsiva. Per contrario, la percussione in corrispondenza della III e IV vertebra dorsale provoca diminuzione nella eccitabilità del vago e del simpatico vaso-costrittore, donde diminuzione della tensione arteriosa e della bradicardia (se questa esiste), miglioramento negli accessi di asma bronchiale e nei fenomeni d'ipersecrezione e ipercinesi gastrica, dilatazione del cardias, attenuazione della incontinenza notturna di urina o enuresi, slargamento del circolo arterioso intraddominale ed aumento della secrezione urinaria e pancreatico-intestinale.

La percussione in corrispondenza della III o VIII vertebra dorsale provoca dilatazione dei pulmoni e questa dilatazione pulmonare plessicamente provocata è stata utilizzata in Inghilterra da Auld e Barr, in Italia da Plessi, per la diagnosi differenziale tra zona pulmonare con sola atelettasia e zona pulmonare solidificata per infiltrazione, nel senso che la percussione in corrispondenza della III o VIII apofisi vertebrale dorsale fa diminuire o scomparire la subottusità o ottusità, se trattasi di atelettassia; invece non la modifica, se trattasi d'infiltrazione o retrazione sclerotica.

I vasi pulmonari entrano in spasmo, quando la percussione si fa in corrispondenza della VII cervicale; entrano in dilatazione, se la percussione si fa in corrispondenza della X dorsale.

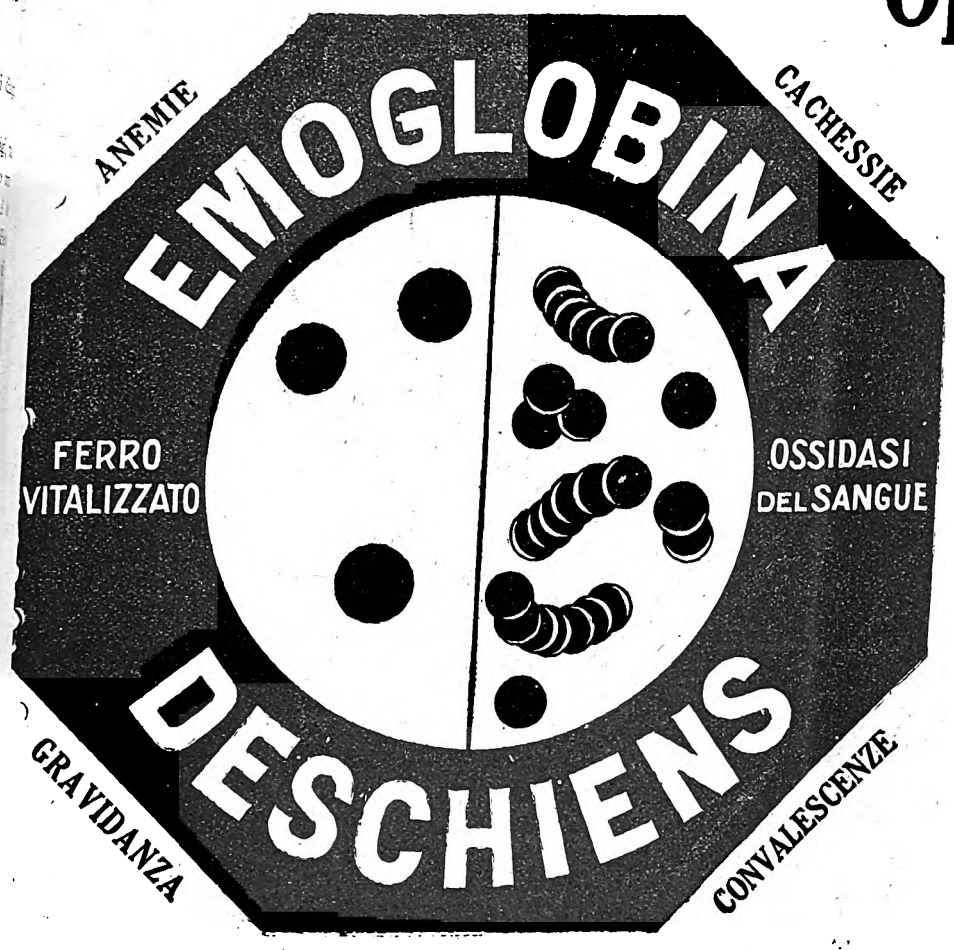
La percussione in corrispondenza dello spazio di Traube o delle tre prime vertebre lombari, specialmente in corrispondenza della II lombare (oltre che in corrispondenza della VII cervicale), induce uno stato spasticizzante nello stomaco e nell'intestino e può utilizzarsi nella cura del timpanismo, sopratutto qualora vi si congiunga il riflesso di apertura del piloro, provocabile con la percussione a livello della V dorsale.

La percussione in corrispondenza della II e IV vertebra lombare stimola la motilità del retto e fa costringere i vasi dei plessi emorroidarii, nonchè del fegato e della milza, e riesce perciò utile contro la stasi epatosplenica ed emorroidaria. Invece la percussione in corrispondenza della XI dorsale provoca dilatazione dell'intestino e perciò può riuscire utile contro la stipsi da spasmo.

La contrazione della vescichetta biliare, del coledoco e delle vie biliari in genere è provocata dalla percussione della IV, V e VI dorsale.

La percussione dalla IX alla XII dorsale menoma il volume del rene e della prostata e perciò può riuscire utile contro la congestione e la ptosi renale, nonchè contro la congestione prostatica. La percussione sulla X dorsale provoca dilatazione del collo uterino; la percussione sulle prime tre vertebre dorsali e sulle prime tre vertebre lombari provoca con-

Digitized by Google



Opoterapia Ematica *Totale*

SCIROPPO

DESCHIENS

all' Emoglobina vivente

Contiene intatte le Sostanze Minimali del Sangue totale

Medicazione razionale delle

SINDROMI ANEMICHE

e dei

DEPERIMENTI ORGANICI

Un cucchiaio da minestra ad ogni pasto

Letteratura e Campioni: E. GRANELLI Via A. Kramer, 2, MILANO

STITICHEZZA

TAXOL

CURA FISIOLOGICA

A BASE DI:

1° **Estratto totale delle glandole dell'intestino**, *che rinforza le secrezioni glándolari di quest'organo.*

2° **Estratto biliare depigmentato** *che regolarizza la secrezione della bile.*

4 a 6 compresse prima di ogni pasto.

3° **Agar-Agar** *che riidrata il contenuto intestinale.*

4° **Fermenti lattici selezionati.** *Azione anti-microbica ed antitossica.*

LABORATOIRES RÉUNIS – PARIS

SAGGI E LETTERATURA:

Del SAZ & FILIPPINI, Viale Bianca Maria, 23, MILANO (13).

Medicazione Anti-Bacillare

AZOTYL

In Fiale per iniezioni ipodermiche od intramuscolari, ed in Pillole cheratinizzate a base di

LIPOIDI SPLENICI

E BILIARI

COLESTERINA

PURA

Essenze Antisettiche

GOMENOL

CANFORA

LABORATOIRES RÉUNIS — PARIS

SAGGI e LETTERATURA:

Del SAZ & FILIPPINI

Viale Bianca Maria, 23, MILANO (13)

Digitized by Google

Digitized by Google

trazione uterina, perciò la percussione combinata o successiva sulla X dorsale e sulle prime tre lombari può avere effetto ecbolico.

Questo insieme di fatti osservati Abrams venne conglobando sotto le le espressioni di spondilo-diagnostica e spondilo-terapia, per quanto notasse che la sede della percussione per ottenere le indicate modificazioni volumetriche e funzionali degli organi, toracici o addominali, potesse consistere non soltanto nelle apofisi spinose ma anche nelle linee paravertebrali, di destra o di sinistra, in corrispondenza delle vertebre determinate.

In prosieguo, venne notando che effetti analoghi possono ottenersi, se invece della pressione, si usa la compressione o si applica il caldo o il freddo o l'elettrocalamita o la corrente elettrica, sopratutto quella ad alta frequenza (elettrode spinale a doppia punta), laddove la corrente faradica è inefficace ed il massaggio vibratorio dà risultati incerti o contraddittorii. Secondo i casi singoli, si ottengono effetti più sicuri con l'una o con l'altra modalità di stimolazione meccanica o elettrica.

All'uopo Abrams fece costruire speciali apparecchi compressori (spondilopressori), percussori elettrostimolatori (reostato-risuonatore o Ohmmetro, biodinamometri, oscilloclasti), per quanto venisse controllando i fenomeni della spondilodiagnostica e spondiloterapia mercè i già noti apparecchi grafici del cuore, del polso, della volumetria (pletismografi), della pressione sfigmomanometrica, della oscillometria.

Queste altre indagini vennero convincendo Abrams che i fenomeni provocabili dai vari stimoli saggiati, per quanto interpetrabili di primo acchito come semplici reazioni riflesse, rappresentassero la detensione di energie organiche radianti, note ed ignote. L'osservatore americano si sforzava di ridurre al comune denominatore della fisico-chimica questi complessi fenomeni biologici, che perciò veniva interpretando come reazioni elettroniche, tanto che fondò a San Francisco un « Collegio Elettronico », profondendovi non poco della sua proprietà privata, la quale, ascendendo a circa 1 miliene di dollari, gli permetteva di sostenere degnamente il fabbisogno finanziario. Al Collegio Elettronico annetteva in seguito una « Compagnia fisico-chimica », dedicata allo smercio degli apparecchi da Lui costruiti senza alcuna ombra di finalità speculative, ma per il solo scopo di diffondere per il necessario controllo e per le applicazioni pratiche il risultato delle sue indagini sulla medicina elettronica.

Nel corso di questa tappa ulteriore dei suoi studi, metteva in rilievo da una parte, la grande varietà degli stimoli, capaci di dissodare ed estrinsecare le latenti potenzialità elettroniche, dall'altra parte la impronta personale delle reazioni elettroniche secondo la qualità dell'individuo, del sesso, della malattia. Valore deterministico della individualità reagente (*personal vibratory rate*) e valore deterministico degli stimoli agenti sulla individualità. Tra questi stimoli emergono per importanza le varie forme di elettricità, il magnetismo terrestre, la luce, i farmaci, l'azione dei microbi, vivi o morti.

Abrams notò che gli effetti della percussione o compressione sull'area di un organo sono variabili secondo che il punto percosso o compresso è in contatto con un filo conduttore che va a terminare nel suolo attraverso una larga piastra di alluminio e secondo che nel momento della ricerca l'individuo è rivolto all'uno od all'altro dei punti cardinali; in generale gli effetti sono più evidenti, allorchè l'individuo è rivolto all'owest e i piedi e le braccia si mantengono allontanati tra loro. Quando l'individuo è coricato, i piedi debbono essere rivolti all'owest, se si desiderano reazioni molto spiccate. La direzione verso l'ovest mette l'individuo nel senso identico del meridiano magnetico.

Il tipo dei fenomeni riflessi è nel senso della contrazione volumetrica negli organi influenzati, se gli stimoli si applicano sulla metà o lato sinistro del corpo, laddove l'applicazione sul lato destro provoca fenomeni di dilatazione o reazione nulla. La vicinanza di una determinata persona può menomare o sopprimere i fenomeni provocabili da quegli stimoli.

Esiste una polarità umana; la milza e l'appendice vermiforme sono potenti condensatori di questa polarità. L'apparecchio di Einthoven per la elettrocardiografia, oggi di uso così comune, non è poggiato sul fatto indiscutibile che dal corpo umano partono correnti elettriche variamente polarizzate secondo la diversa sezione del cuore, la quale entra in movimento, e secondo che quella sezione si contrae o viceversa si dilata?

Abrams ha notato che tanto il sesso quanto il lato del corpo, su cui si agisce inducono differenze nella manifestazione della polarità elettrica, onde un identico polo positivo, applicato sul nervo vago di destra provoca bradicardia nella donna, tachicardia nel maschio; l'inverso succede, se si stimola il vago di sinistra. I risultati sono opposti, quando si adopera il polo negativo. Dippiù, una donna, a cui siansi estirpati l'utero e le ovaia, reagisce alla corrente nell'identico senso del maschio.

La polarità umana è una delle ragioni, per cui alcune malattie si localizzano più sul lato destro o più sul lato sinistro. Alcune malattie, come la sifilide ed i tumori maligni, sopprimono la differenza sessuale della reazione agli stimoli di polarizzazione; questa differenza non è soppressa nè dalla tubercolosi, nè dalle malattie mentali a tendenza paranoica.

L'ovaio in funzione normale o sovreccitata svolge energia radiante in senso positivo; durante la mestruazione le reazioni sono in senso neutro.

Abrams indica come energia elettronica positiva il fatto che una reazione organica è intensificata dall'applicazione del polo positivo di una corrente e viceversa è annullata dall'applicazione del polo negativo; indica come energia negativa la reazione organica, che si svolge in senso inverso a quello ora specificato; indica come energia neutra o iso-elettronica il fatto che la reazione è soppressa dall'applicazione del polo tanto positivo quanto negativo.

Nelle ricerche sperimentali sulla riproduzione dei tumori si è notato da Murphy, Maisin, Sturn che questa riproduzione non si verifica quando la parte, ove si fa l'innesto, è stata sottoposta in antecedenza all'azione dei raggi X oppure ultravioletti. Lo stesso era stato osservato da Abrams.

Regnault, uno degli osservatori, che con maggiore impegno si viene occupando di questi studi di Abrams, ha notato che i vari riflessi provocabili dagli stimoli, di cui si è servito il ricercatore americano, sono influenzati dalla soluzione di un farmaco o da una cultura di microbi o da un tumore, che si tenga in contatto con un polo della corrente e gli effetti sono diversi a seconda che il microbio è vivo o morto e secondo la qualità del tumore; una soluzione di tubercolina influisce come una cultura di bacilli tubercolari. Le soluzioni radioelettroniche sono capaci d'influire. Alcuni farmaci agiscono più intensamente, per quanto più sono diluiti (uno dei principii direttivi della omeopatia).

La luce bleu ha azione sedativa sulla maggioranza dei fenomeni riflessi. Questo complesso di fatti sono stati pubblicati da Abrams in tutta una serie di memorie. Sulla sola spondiloterapia il volume pubblicato nel 1910 ha avuto altre sei edizioni tra il 1910 e 1918 e l'ultima edizione è rappresentata da un libro di pag. 1042 in 8°. Dal 1916 venne pubblicando una rivista, la « *Physico-Clinical Medicine* ».

Per quanto ricchissimo, Abrams ha menato una vita semplice e dedicata completamente al lavoro. « Non voleva coricarsi alla sera senza nella giornata aver fatta una nuova scoperta »: questo suo detto ha del paranoico, ma testifica la esuberanza del temperamento impulsivo. Impulsività, che magari gli ha nociuto favorendo gli attacchi o le irrisioni dei malevoli o degl'invidiosi, che gli dettero del lunatico, del rammollito, dell'auto-suggestionato, del ciarlatano. Non pochi attacchi erano fomentati da alcuni chirurgi, specialmente ortopedici, che paventavano di essere feriti dall'asserzione di Abrams che parecchi fenomeni di miglioramento, consecutivi agl'interventi sulla rachide, dipendessero da stimolazioni riflessi, inerenti alla spondiloterapia. Le preoccupazioni di questi chirurgi furono così esagerate da indurli a fondare un'associazione contro l'istituto diretto da Abrams a San Francisco, raccogliendo circa un milione di dollari per sostenere la campagna di opposizione. In contrapposto, in America ed in Europa, non mancavano ricercatori, che si schieravano con entusiasmo a lato di Abrams. Basti ricordare Moner, Leprince, Starr-White, Regnault, Boyd, Mac. Manis; Lakhowsky; Bissky; Bonnaime. Si riunì in Inghilterra un'apposita commissione, presieduta da Horder, che presentò le sue conclusioni alla Società Reale di Medicina di Londra e le pubblicò nel *British Medical Journal* del 24 gennaio 1925.

Vero è che Abrams o alcuni suoi seguaci si vennero circondando di un'aria di mistero sino a chiamare « *Boîte magique* » la cassa contenente i vari apparecchi per le indagini diagnostiche e curative; hanno preteso persino di dedurre dal *personal vibratoryrate* se un individuo sia ammalato di tubercolosi o di tumore sarcomatoso, se sia o no immunizzato contro una data infezione, se abbia perturbati gli organi endocrini, se una donna sia incinta, se sia allo stato verginale, se un individuo sia figlio sicuramente al padre indicato, se una sindrome ereditata promani dal padre o dalla madre. Si tratti pure in tutto ciò, di deduzioni troppo arrischiate od arbitrarie. Sta, però, il fatto che esse si concatenano con tutto un movimento fisico-biologico, che, anche esso, è passato per la trafila di esagerazioni, di opposizioni di irrisioni.

Magnan ha pubblicata la fotografia di radiazioni emananti dalle estremità delle dita umane e ha precisata l'azione della mano, a distanza, su cilindri rivestiti di alluminio. Si sono potute individualizzare radio-onde emananti dal cervello in funzione: in Italia se n'è molto occupato Ferdinando Cazzamalli a Milano. Non influivano su di noi le onde Herziane anche prima che Marconi le avesse captate per la sua telegrafia ed oggi televisione senza fili od a fascio? Le scariche elettriche di una torpedine o di un ginnoto, le radiazioni luminose della lucciola, i profumi dei fiori esisterebbero e influirebbero sul nostro organismo, anche se questo non avesse l'occhio o la mucosa olfattiva o la sensibilità elettrica per percepire quella modalità di onde irradiate.

Percepiremmo le radiazioni ultraviolette conglobate nel grande labora-

Digitized by Google

torio fisico-biologico del sole se lo spettroscopio e le lampade di quarzo non ne avessero permesso la selezione percettiva? Intanto, anche senza questa percezione, i raggi ultravioletti avrebbero ugualmente continuato ad influenzare biologicamente il nostro organismo per il tramite sopratutto di modificazioni chimiche.

Non s'irridevano, anzi non s'irridono ancora, i fenomeni medianici, che intanto sono recisa realtà, per quanto radiondeggiante realtà? Non veniva irriso, anzi vilipeso, il grande Charcot, quando si sforzava di condurre nell'orbita di fenomeni naturali le manifestazioni mirabolanti dell'isterismo?

Conosciamo forse la essenza intima degli antigeni e degli anticorpi o li abbiamo forse chimico-fisicamente isolati? Eppure, senza aria di celia, per semplice convenzione di linguaggio, ci permettiamo individualizzarli con le denominazioni di stimuline, citotossine, opsonine, agglutinine batteriolisine. Non abbiamo veduto Hofer denominare adesina un presupposto secreto delle amebe nell'aderire ai corpi solidi? Non si è osato persino di parlare di temprina a spiegare il fatto della tempra, che subisce una sbarra di ferro nel passare dal caldo al freddo?

Per ricordare appena qualcuno dei fatti, definitivamente assicurati oggi alla pratica medica, in passato si sono prospettati come fenomeni empirici o illusioni della osservazione l'azione dei rivulsivi applicati sul precordio, la stimolazione del vago per pressione ripetuta sul condotto uditivo esterno, l'effetto ipervagale consecutivo alla estensione della testa, l'effetto calmante sul sovreccitamento del vago per compressione della fronte su un sostegno solido e con le braccia incrociate, l'azione miocinetica intestinale ed ecbolica della ginnastica addominale e del cammino (digeriamo più con le gambe che con lo stomaco: ha detto Chaumel), l'azione calmante della cauterizzazione dei cornetti nasali su alcuni accessi asmatici od epilettici o su peculiari disordini utero-ovarici, il prurito e la congestione nasale per irritazione da elminti intestinali e da sovreccitamento genitale, la incontinenza notturna dell'urina per fimosi, l'efficacia del ghiaccio applicato sui genitali e sul perineo rispetto alla broncorragia e altre sindromi emorragiche a distanza, l'azione benefica della luce rossa sulla evoluzione delle pustole vaiolose, l'influenza terapeutica della musica e delle visioni panoramiche su parecchie sindromi nervose, le più diverse e più lontane sindromi sostenute dalla stasi emorroidaria.

Dunque: bando alle esagerazioni affrettate dei seguaci di Abrams, ma bando anche all'attitudine mentale di « *fin de non recevoir* ». La verità non è monopolio di alcuna mente. Nelle esagerazioni od aberrazioni degl'individui impulsivamente laboriosi esiste sempre un nocciolo di vero, che dalla cernita della esperienza ulteriore viene liberato dalla scorie o dall'involucro fittizio e resta assicurato al progresso. Ricercare quel nucleo è attitudine mentale che inibisce la irrisione o il disprezzo verso quanto, di primo acchito, disorienta il precedente patrimonio di cognizioni.

ANDREA FERRANNINI

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'insulina nella terapia ingrassante. — V. SCIMONE, R Clinica Medica di Padova. *Rivista di Clinica Medica*, 30 giugno 1927.

Nei casi nei quali l'A. ha istituito la cura insulinica a scopo ingrassante si trattava di individui con magrezza costituzionale, con ptosi viscerale più o meno spiccata, con segni di nevrosi e turbe funzionali a carico dell'apparato digerente; in uno, poi, si notavano segni d'insufficienza ovarica (anovarismo), in un'altro intolleranza pegli idrati di carbonio. In genere si è trattato di soggetti magri con ricambio basale in eccesso talora notevolmente, in cui lo stato di magrezza era sostenuto da un lato dalla minore introduzione di alimenti e dal diminuito assorbimento per deficienza d'appetito e per le cattive condizioni delle funzioni digestive, e dall'altro dalla maggiore attività del ricambio basale.

In tutti questi pazienti si è iniziata la cura con 2 iniezioni al giorno di 5 unità, subito prima dei pasti ed, aumentando gradatamente, si è poi arrivati a 3 iniezioni all'giorno di 10-15 U. ciascuna.

Sin dai primi giorni della cura si notò un aumento notevole dell'appetito e successivamente un miglioramento delle condizioni generali e delle funzioni dell'apparato digerente, nonchè una riduzione spiccata del ricambio basale.

Tutte queste favorevoli azioni sarebbero dovute, secondo l'A. alle molteplici azioni svolte dall'insulina sui vari sistemi organici: azione energica sulla motilità e sull'evacuazione della stomaco, correlazione antagonistica ormonale con la tiroide, azione sul sistema nervoso della vita vegetativa e sulla glicogenesi, nonchè un'azione di rallentamento e di arresto delle attività diastasiche, lipolitiche e proteolitiche.

L'eliminazione del calcio nel diabete mellito pancreatico. E. KYLIN. *Acta Medica Scandinavica*, 30 aprile 1927.

L'A. ha condotto numerose ricerche sulla calcemia dei diabetici ed ha notato che il contenuto del sangue in calcio nel diabete pancreatico è più alto che normalmente, assumendo in detta condizione il valore di 12,1, mentre che in condizioni normali si aggira intorno ai 10.5-11.

Ha del pari osservato che in questa grave alterazione del ricambio la cura insulinica determina un abbassamento della calcemia, dando contemporaneamente luogo ad un aumento dell'eliminazione del calcio attraverso il rene.

L'A. poi ha iniettato per via endovenosa 1 gr. di cloruro di calcio in soluzione al 10 % ed ha notato che nei diabetici l'eliminazione urinaria percentuale del calcio è minore del normale, laddove negli asmatici è maggiore; l'eliminazione dell'acqua raggiunge nei diabetici valori più alti che negli asmatici.

Una nuova sostanza antidiabetica. — SCHWAB. *Paris Médical*, n. 33, 1927.

Questo A. riferisce esperimenti di cura antidiabetica ottenuti dal von Noorden con una speciale sostanza consistente in polvere di pancreas fermentato e disseccato e ricavata per esposizione del pancreas ad un'autofermentazione che si interrompe appena ottenuta la formazione di acido glicociaminico (acido guanidin-acetico), e si fa poi disseccare.

Questa polvere, che l'A. indica con il nome di gluchorment [in italiano si potrebbe forse tradurre glicofermento. N. d. R.] esplica sull'animale e sull'uomo una spiccata azione ipoglicemica, somministrata per bocca, come v. Noorden ha potuto constatare in molti diabetici.

In questi la glicemia è abbassata, la glicosuria e l'acetonuria scompaiono e si verifica aùmento di peso. Essa può sostituire fino a 25 unità insuliniche, ma va somministrata nei diabeti lievi e medi, da sola, mentre nei casi gravi associata all'insulina fa ridurre il numero delle iniezioni giornaliere di queste a una sola.

v. Noorden dà le seguenti norme nella somministrazione di detta sostanza, ricavate dai suoi cento casi: le compresse sono prese 10 minuti dopo i tre pasti principali: se occorrerà dare 5 compresse al giorno, le altre due saranno date una alle 10 e l'altra alle 16. Dopo 8-10 giorni si può ridurre il numero delle compresse da 5 a 3.

Si può anche fare un giorno di riposo dopo 4 di cura.

Come regime: grandi quantità di proteine, poco grasso e da 100 a 120 gr. di pane *pro die*.

L'influenza sulla glicosuria si è constata a partire dal 5° giorno.

Non si è constatata ipoglicemia.

La composizione chimica delle sostanze in parola non è stata ancora trovata ma gli Autori che l'hanno studiata affermano sia composta sopratutto di amine ma che non appartenza al gruppo della guanidina.

Secondo v. Noorden questa sostanza potrebbe essere preformata nell'organismo e avrebbe la capacità di rinforzare l'azione dell'insulina.

Le iniezioni endovenose "goutte à goutte„ di soluzione di calorosio. — W. SCHEY, Reparto chirurgico dell'Ospedale Wieden di Vienna. *Wiener Klinische Wochemschrift*, n. 13, 1927.

Da oltre un anno e mezzo l'A. ha esperimentato le soluzioni di calorosio (Invertina al 10 %; fabbricato dalla Chemische Werke Güstrow) per iniezioni endovenose « goutte à goutte » in diversi stati morbosi.

La tecnica della iniezione è la seguente: una sottile cannula di vetro emergente dal serbatoio in cui si contengono 500 cmc. di soluzione di calorosio a temperatura del corpo, viene fissata con un filo di seta nel lume di una vena del braccio.

La discesa del liquido è regolata in modo che esso penetri continuamente, ma a goccia a goccia nel torrente circolatorio.

Il calorosio, in queste condizioni, agisce come un eccellente cardiaco anche quando gli altri eccitanti (canfora, caffeina, stricnina; digalen; iniezioni endovenose di adrenalina, etc.) non hanno raggiunto alcun effetto; e la sua azione è superiore alla stessa fleboclisi.

Le indicazioni più interessanti di queste somministrazioni endovenose di calorosio si presentano durante interventi chirurgici, per mante-

Digitized by Google

nere le forze del cuore, ed egualmente nelle malattie interne con insufficienza cardiaca, specialmente nei giorni « critici » che si presentano abitualmente nel corso delle malattie infettive acute.

Non si è ancora osservato alcun inconveniente come conseguenza di questa terapia.

L'allonal nella pertosse.— Ed. Senny, Aaran. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n. 4, 1927.

L'Autore ha adoperato l'Allonal in una piccola epidemia di pertosse alla Kinderheim di Aaran.

Si trattava di 11 bambini, 9 dei quali non avevano oltrepassato il secondo anno di vita.

Il preparato era somministrato alla dose di 3 tavolette al giorno; non ha mai provocato intolleranza, ed i risultati sono stati molto favorevoli: gli accessi diminuirono rapidamente di numero e di intensità; ottenutosi però un certo grado di miglioramento, l'Allonal non parve esercitare più alcuna influenza.

Comparando gli effetti ottenuti con altri preparati: Adalina, Luminal, Bromoformio, Noctal etc. risulta, secondo l'Autore indiscutibile la superiorità dell'Allonal.

Il gardenal nella cura della ipertensione arteriosa. — Giry. *Bulletin Général de Thérapeutique*, aprile 1927.

La feniletilmalonil-urea o gardenal per la sua azione ipotensiva press'a poco costante e per la sua debole tossicità, deve prendere un posto importante fra gli ipotensori più efficaci.

Le ipertensioni arteriose sono suscettibili di essere migliorate da questo medicamento, sia che si tratti di malati arteriosclerotici, brightici, o di individui in cui l'ipertensione si presenta come un sintoma isolato ed autonomo. In tutti i casi però occorrerà assicurarsi del valore esatto della tensione arteriosa con esami ripetuti, praticati in condizioni identiche (decubito dorsale), ogni valore essendo la media risultante di diversi esami.

La cura dell'ipertensione con la feniletilmalonilurea deve essere condotta per mesi senza interruzione. Si comincerà dalla dose di 30 cgr. *pro die* e si potrà aumentare questa dose fino a 40 cgr. E' inutile superare questa cifra. La dose quotidiana dovrà essere frazionata in 6-8 parti da essere prese nelle 24 ore. La tensione arteriosa comincia ad abbassarsi verso l'ottavo giorno, per raggiungere al 15° il suo valore più basso.

La diminuzione di pressione così constatata è di 20-40 mm. di Hg. per la tensione massima, di 5-15 per la minima.

Una volta raggiunta questa cifra, si potrà diminuire la dose quotidiana del medicamento, senza però discendere al disotto di 20 cgr.

I risultati sono particolarmente favorevoli nelle ipertensioni da aortite o arterio-sclerosi generalizzate, e nelle ipertensioni pure, come quelle che si osservano nella donna al momento della menopausa.

Indipendentemente dall'abbassamento della tensione arteriosa, la cura agisce ancora sui sintomi funzionali dovuti all'ipertensione stessa o ad un leggiero grado d'insufficienza cardiaca.

I risultati sono molto meno felici nella ipertensione da sclerosi renale. In tutti questi casi la cura dovrà essere a lungo condotta, perchè la tensione ritorna alta non appena si sospende il medicamento.

Le sole controindicazioni della cura dell'ipertensione arteriosa sono date dall'insufficienza ventricolare sinistra e dalla insufficienza renale avanzata. Gli effetti tossici sono eccezionali; il gardenal sul rene non ha azione diretta. Se si sospende la cura, la tensione ritorna alle cifre iniziali senza oltrepassarle mai.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Cancrena spontanea e surrenalectomia. — Romeo, Clinica Chirurgica, Napoli. *Annali Italiani di Chirurgia*, n. 5, 1927.

In questa rivista sintetica sono prospettate le opinioni dominanti da qualche tempo, sulla etiopatogenesi di codesto disturbo di nutrizione.

Tra le non poche teorie la più recente e forse la più di moda, è questa di Oppel, cioè dell'influsso dell'iperadrenalinemia. A favore di tale ipotesi si adducevano non soltanto le nozioni sperimentali sull'azione vasospastica dell'adrenalina, ma anche qualche esame anatomico delle surrenali. Senonchè anche questo che sarebbe dovuto essere campo discretamente pacifico di obbiettiva constatazione, ha dato luogo a disparità, in quanto talvolta si sarebbe confermata l'iperplasia corticale, altra volta quella midollare. Quindi non si è potuto asseverare che l'istopatologia surrenale venisse a sostegno della teoria patogenica.

Ad accrescere le difficoltà sta il fatto della dimostrazione di una verace iper-adrenalino-emia. Le dimostrazioni fisico-chimiche sono molto malsicure, e talvolta persino rifiutabili. Resterebbe se mai la prova biologica, cioè la iniezione di sangue nell'intestino esteriorizzato del gatto. Niente di assertivo precisamente dunque su questo lato teoretico.

Ma non si può rifiutare importanza ad altri dati clinico-terapeutici. Alludiamo particolarmente all'indirizzo che l'Oppel ebbe a dare alla terapia della gangrena spontanea. Partendo dal predetto concetto etiopatogenetico, egli volle aver ricorso alla irradiazione intensiva Röntgen, ai fini evidenti ma presuntivi, di ridurne l'iperproduzione adrenalinica.

Procedette quindi con maggiore energia, cioè mediante l'ablazione transperitoneale anteriore, a sinistra accessibile più che a destra. Raccolse egli oltre una centuria di tali operazioni, ottenendo in tutti i casi, subito dopo l'intervento, la cessazione dei fenomeni morbosi. Senonchè in 50 % degli operati, a vario intervallo dalla operazione, riapparve quasi integralmente il quadro morboso, onde venne indicata l'amputazione.

Cosichè c'è ancora da attendere elementi capaci di controllare o confortare l'indirizzo di Oppel sia dal lato dottrinale, sia da quello anatomico e clinico. Va peraltro tenuto presente la deficienza terapeutica attuale, sia come simpatectomia periarteriosa, sia come allacciature venose, nei casi di spontanea gangrena. Allo stato attuale l'interpetrazione diventa più complessa perchè ragioni anatomiche e fisiologiche autorizzerebbero al dubbio che l'influsso dell'ectomia possa esser dovuto non solo alla soppressione corticale, con soppressione di prodotti agenti sul simpatico, ma anche a recisione di numerosi nervi provenienti dal plesso solare. Da ultimo è notevole che si discute senza facilità di accordo, intorno allo stato di deficienza funzionale o di ipersecrezione midollare; quindi anche sulla opportunità o meno degli innesti sottocute di ghiandola surrenale nei soggetti ectomizzati.

La legatura dell'arteria splenica nella porpora emorragica.— Lemaire, Debaiseux e Goidsenhoven. Rif. in *Journal des Praticiens*, n. 29, 1927.

Gli AA. hanno proposto nella cura della porpora emorragica una chirurgia splenica conservativa consistente nella legatura dell'arteria splenica.

Essi procedono nel seguente modo: dopo laparotomia mediana e spostamento dell'epiploon gastro-epatico, lo stomaco è attirato in basso e a sinistra in modo da mettere ben in evidenza la retrocavità degli epiploon. L'arteria splenica riconoscibile dal suo tragitto sinuoso è situata al bordo superiore del pancreas. La vena occupa una posizione più profonda e inferiore.

Una piccola bottoniera praticata sul peritoneo permette d'isolare l'arteria all'altezza della terza branca pancreatica. Su questo punto si pratica la legatura.

I risultati operatorii sarebbero eccellenti; le emorragie si arresterebbero e il sangue sarebbe rapidamente rigenerato. I casi acuti guariscono. Nei soggetti molto anemici è bene di far precedere all'operazione una trasfusione sanguigna. Nei casi cronici anche tale operazione è sempre da preferire alla splenectomia.

Secondo detti Autori la legatura dell'arteria splenica sarebbe, in questa malattia, l'operazione di scelta.

Esclusione del simpatico perivasale dei vasi tiroidei superiori nel mixedema. — Merke, Clinica Chirurgica in Basel. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n. 35, 1927.

Abbiamo tanto riportato in queste colonne sull'argomento della chirurgia del simpatico vasale, da poterci dispensare da soverchie analisi prima di entrare direttamente nella trattazione dell'A. a proposito di una donna di 27 a. operata in quella clinica. Ambedue le voluminose arterie tiroidee superiori vennero messe allo scoperto sotto l'anestesia locale, quindi denudate dall'avventizia sulla lunghezza di 2 1/2 cm. Affinchè la interruzione nervosa non lasciasse dubbi, si è proceduto come qualche chirurgo fa per la arterie dello stomaco e del testicolo, cioè spennellando con soluzione di fenolo 8 %, per un'estensione di circa 4 cm. Alla poco grave operazione non seguì reazione notevole come acceleramento del polso od elevazione termica. Tenendo presente il contegno del ricambio, le misurazioni del collo etc., si potette dedurne che la esclusione simpatica anzidetta, essendosi constatato l'ipofunzione della tiroide, preliminare, mostrò un incremento di funzione tiroidea durata circa 9 settimane, senza tuttavia in modo durevole aver rimosso lo stato di insufficienza.

Dunque un effetto transitorio che impone nuove osservazioni. Non si escluderebbe peraltro che la stessa variazione del ricambio possa essere ascrivibile allo stimolo meccanico esercitato dall'intervento.

Contributo sul trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare. — Koch, Clinica Medica in Frankfurth. *Zentralblatt f. Innere Medizin*, n. 35, 1927.

Ecco una tra le molte contribuzioni su questo argomento, che può dirsi tra' più dibattuti; a prova di che ogni periodico, anche se non dedicato alla tubercolosi, ne tratta largamente. Il contributo presente non fa se non ribadire acuni punti, da noi trattati con diffusione in altra rubrica, a proposito di Relazioni in Congressi.

Digitized by Google

Premesso e sancito che a base del trattamento restino le cure generali e quelle specifiche, il trattamento chirurgico va considerato, secondo l'A. come segue:

La rimozione chirurgica del tessuto leso, resta sempre teoreticamente desiderata: ma praticamente molto difficile. Innanzi tutto la allacciatura di un ramo dell'arteria polmonare per ottenere l'obsolescenza del lobo pulmonare, non è priva di entità. Il procedimento chirurgico mira in tale contingenza ad un obbiettivo di sostenere i poteri curativi dell'organismo. Ma bisogna tener presente due punti di vista. Da una parte cioè che la guarigione naturale della pneumotubercolosi richiede una cicatrizzazione con raggrinzamento.

Ora è noto che per conseguire questo scopo è necessario non soltanto il riposo dell'organo, ma la possibilità di superare l'ostacolo opposto da più o meno fitte aderenze, o dalla presenza di caverne. Si vede allora che il problema da risolvere è veramente necessario. Visto che procedere per via intrapulmonare vuol dire rischio di pertinaci fistole ed essudazioni icorose, si è addivenuti a sempre più preferire il procedimento extrapolmonare: pneumotorace, toracoplastica, paralisi del diaframma, piombatura.

Tra queste pratiche ha sempre più ottenuto valore lo pneumotorace e la plastica, mentre la paralisi del diaframma potrebbe occupare un posto intermedio. Affinchè trovino applicazione queste pratiche chirurgiche, sono da esigersi condizioni particolari: processo polmonare unilaterale; la gravità della lesione deve essere tale da giustificare la gravità dell'intervento; lo stato generale del paziente deve essere tale da lasciare attendere una rapida guarigione.

Se ambedue i metodi hanno come finalità il collasso completo dell'organo, vuol dire che il modo per conseguirlo è differente. La necessità di formarsi un criterio quanto più preciso delle condizioni controlaterali, impone non soltanto un esame radiologico molto accorto, ma l'uso diagnostico dell'H. E. D.

Se una somministrazione portata fino al 25 % non offre chiari segni clinici, si può affermare l'inattività del focolaio.

Se prendiamo a considerare i processi cirrotici produttivi, sono sempre più giustificati i processi conservativi. Lo pneumotorace e la plastica mirano appunto al collasso delle caverne; che se si tratti di forme leggermente produttive e puramente cirrotiche, non sarà neppure necessario ricorrere magari allo stesso pneumotorace. Quando il processo unilaterale essudativo tende a rapida estensione, lo pneumotorace può essere prosposto alla plastica, appunto per i rischi di icorizzazione di formazioni fistolose; mentre la plastica oltre a procedere con maggiore rapidità offre prognosi migliore.

Sotto l'aspetto radicale la plastica assicura meglio la guarigione.

Senonchè mentre il leggero intervento costituito dall'esecuzione di uno pneumotorace non ha vera controindicazione se non nella avanzata tubercolosi di altri organi, la plastica ha le sue controindicazioni, p. es. l'età oltre i 40 a. l'enfisema, la mancante mobilità diaframmatica sul lato sano; il diabete; la presenza di tubercolosi in altro organo non estirpabile. Restano tuttavia quasi identiche le indicazioni di ambedue le operazioni in parola; salvo alcune varianti, nel senso che il collasso pneumotoracico è senza paragone più transitorio di quello prodotto dalla plastica. Senonchè quest'ultimo ha al suo attivo la complicata delicatezza tecnica. Cosichè si potrebbe quasi dire che quanto di facile offre l'uno dei trattamenti per altrettanto di durevole efficacia ne offre l'altro.

Sotto l'aspetto e per le finalità chirurgiche, si può dire che la plastica e la paralisi del diaframma si completino; è su di esse che può meglio consolidarsi l'avvenire di questa terapia, mentre la sola paralisi de diaframma potrà, se mai, essere efficace in rarissimi casi di affezione del lobo inferiore.

Intervento chirurgico negli stati irritativi del ganglio sottostellato. — ALESSANDRINI, Ospedali Riuniti, Roma. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 18, 1927.

Qualche osservazione accurata dell'A. viene diretta a chiarire un tipo clinico fra le tachicardie dei tubercolosi, destinato ad assumere posto di entità nosologica. L'osservazione di questi casi si rende anche più accessibile quando si pensi che in un tubercoloso che presenti segni di ipertiroidismo con tachicardia dominante sul quadro clinico, e minaccia di scompenso, si avanza il problema della opportunità o meno della distruzione di un organo che, secondo vari osservatori rappresenterebbe uno degli organi fondamentali della difesa antitubercolare. In un tubercoloso conclamato il problema della tachicardia passa in seconda linea. Ma la questione offre aspetti e problemi differenti allorquando esiste una lesione delle serose. Ora l'indagine clinica confortata dal controllo anatomico, porta l'A. a ritenere che se uno stimolo irritativo a livello del ganglio stellato può dare origine alla triade sintomatica: iperplasia tiroidea, tachicardia, esoftalmo, una stimolazione al di sotto del ganglio stellato può determinare una tachicardia sinusale e una semplice iperfunzione ed iperplasia tiroidea, a seconda del caso uni- o bilaterale.

Convinto da personali ricerche sul cadavere, che il tratto sottostellato è in rapporto con la pleura costale in corrispondenza del colletto costale, l'A. nota che una lesione peripleuritica apicale possa dare una tachicardia sinusale, iperplasia prevalente unilaterale della tiroide con aumento del metabolismo basale, e spiegare quindi un gruppo delle cosidette sindromi basedowiane fruste che si incontrano nei tubercolosi. L'A. ha avuto molti casi da osservare di questa sindrome, e crede poterla chiamare sottostellata perchè devoluta ad uno stimolo del tronco simpatico, sotto al ganglio stellato.

A prova di questo concetto c'è un caso dell'A. sottoposto alla simpatectomia cervicale sinistra. Si riscontrò all'intervento la cupola pleurica e la regione inferiore del simpatico cervicale circondate da una serie di ghiandole linfatiche iperemiche e molto aderenti, che vennero estirpate insieme al simpatico, conseguendo così la completa scomparsa della tachicardia, riduzione del metabolismo. Senonchè l'Antonucci vorrebbe semplificare il trauma operatorio limitando l'intervento al taglio dei rami efferenti del ganglio stellato associato alla legatura della tiroidea inferiore. Conta un caso favorevole.

NEUROPATOLOGIA

Sulla polineurite tubercolare.— M. CASTEX e A. CAMAUER. *La Prensa Médica Argentina*, 10 maggio 1927.

Se la neurite circoscritta d'origine tubercolare è molto frequente, per propagazione di focolai tubercolari di vicinanza (carie, adenopatie, meningiti e pachimengiti ipertrofiche tubercolari) o per azione tossica generale (amiotrofia toracica della tubercolosi cronica, riflesso viscero-toracico, ecc.), lo stesso può dirsi della polineurite di origine tubercolare.

Tenendo conto della rarità della sindrome, gli AA. riferiscono di un giovane tubercolotico polmonare che in seguito ad un attacco influenzale fu colpito da un complesso quadro neuritico (atrofia dei muscoli della cintura toracica, degli arti superiori e degli arti inferiori di sinistra, associata a plessite cervicale brachiale, lombare e sacrale).

Ritengono gli AA. che l'infezione grippale sia qui senza dubbio intervenuta, però come fattore condizionale, non direttamente causale od efficiente da sè solo, poichè la sintomatologia è andata regredendo parallelamente al miglioramento della sindrome tubercolare.

Essi poi credono bene d'altra parte ricordare che la tubercolosi può talvolta dar luogo ad un quadro acuto o subacuto, grave e mortale di mielite e polineurite diffusa, qual'è la paralisi ascendente acuta di Landry. Nella polineurite tubercolare la prognosi è in genere sfavorevole; però essa dipende essenzialmente dalla gravità delle lesioni tubercolari e dalla stensione della polmonite.

La cura fondamentale è quella della tubercolosi polmonare (vita sull'aria libera, elioterapia, dietetica, guaiacolo; sanocrisina; ecc.). Per la polineurite: aria, luce, sole; riposo; buona alimentazione. Come mezzi di disintossicazione gli AA. raccomandano la diaforesi e la cataforesi.

Nella fase cronica involutiva, essi consigliano l'uso di correnti galvaniche, la diatermia, la ginnastica, i massaggi.

Come completamento della cura sono efficaci la somministrazione di piccole dosi di stricnina e quella di sostanze lipoidee: queste ultime non soltanto per via orale, ma anche per frizioni (frizioni giornaliere con 5 gr. di lanolina) le quali si eseguiranno con la stessa tecnica di quelle mercuriali. [Resta a vedere se i lipoidi si assorbano effettivamente mercè una semplice frizione. N. d. R.].

La tabe dorsale nei giovani. — J. ORGAZ, Còrdoba, Argentina. *La Prensa Médica Argentina*, 10 maggio 1927.

La sintomatologia della tabe dorsale che sopravviene durante lo sviluppo è nelle linee generali identica a quella dell'adulto, con la differenza però che è un pò più attenuata e un pò più lenta nella sua evoluzione. Onde anche qui si osservano le alterazioni della reflettività, le alterazioni pupillari, oculari, vescicali, le crisi viscerali; i disturbi della sensibilità oggettiva e soggettiva, con tutto il corteo delle altre manifestazioni nervose, più o meno gravi, più o meno frequenti.

La tabe giovanile dipende nella gran maggioranza dei casi dalla eredolue; solo in pochi dalla sifilide acquisita. L'alcoolismo e tutte le altre cause debilitanti vi svolgono una considerevole influenza, quali preparatori del terreno.

Ai pochi casi finora noti nella letteratura, l'A. ne aggiunge uno venuto alla sua osservazione. Si tratta di un giovane di 21 anno che fin dall'età di 15 anni aveva successivamente sofferto di perdita notturna delle urine, dolori folgoranti agli arti inferiori, disturbi della sensibilità cutanea, e più recentemente atassia locomotrice.

Digitized by Google

Il Romberg, il Westphal e l'Argyll-Robertson erano positivi; la compressione testicolare riusciva indolora, le nozioni di cenestesi erano affatto imprecise. La Wassermann sul sangue e sul liquor riuscì positiva. La cura specifica si dimostrò affatto inefficace.

In questo caso evidentemente si trattava di eredolue, stante i non dubbi segni di infezione familiare.

VENEREOLOGIA

Iniezioni intravenose di gonacrina nella cura della blenorragia.—J. DRUDIN. *Bulletin Général de Thérapeutique*, aprile 1927.

L'A. passa in rapida rassegna i vari medicamenti chemioterapici nella blenorragia, soffermandosi in modo particolare su di un corpo ad intensa azione microbicida. Si tratta della gonacrina (clorometilato di diammo-acridina) che unisce alle proprietà battericide uno spiccato potere fotodinamico ed analettico.

Le osservazioni riferite dall'A. mostrano che le iniezioni intravenose di gonacrina possono guarire blenorragie di ogni data.

Secondo le indicazioni di Jausion si usa il cloridrato della base in soluone acquosa al tasso di 1/200, 1/100, 1/50. La soluzione si fa facilmente in acqua tiepida e si conserva per parecchie settimane.

Comunemente si iniettano 5 cc. di una soluzione ad 1/50, facendo delle iniezioni in numero di 3 per settimana, e terminando la cura alla completa guarigione.

L'esperienza prova che una cura paziente trionfa perfino sulle più ribelli uretriti. In linea generale si può affermare che sono necessarie 15 iniezioni nella blenorragia iniziale, 20 nei casi più avanzati e 30 per una vecchia blenorragia ad evoluzione pluri-annuale.

Questa terapia è capace di assicurare, sotto il controllo della gonoreazione, una buona chemioprofilassi della blenorragia.

I derivati dell'acridina nella cura della blenorragia. — X. VILANOVA e A. RAVENTOS MORAGAS. *Revista Médica de Barcelona*, 1927, vol. 7, n. 41.

Gli AA. hanno nella loro pratica fatto uso di iniezioni endovenose trisettimanali di 5 cc. di una soluzione al 2 % di diammino-metil-acridina (gonacrina), contemporaneamente al trattamento locale.

Essi hanno così potuto stabilire che l'azione analgesica ed antiflogistica di questo nuovo medicamento è superiore a quella di tutte le altre sostanze fin'oggi note, potendo essa prevenire e combattere tutte le complicanze dell'affezione. L'associazione della gonacrina con un mordente a reazione temporaneamente acida o con allume di cromo non aumenta la sua tossicità, ne influenza invece favorevolmente i risultati.

Talvolta, però con una certa rarità, l'intolleranza al medicamento (cistite chimica, crisi nitritoide, disturbi gastro-intestinali) obbliga ad abbandonare la cura.

Gli AA. infine osservano che la associazione della terapia acridinica con il trattamento locale fa diminuire la durata della cura e costituisce il miglior trattamento dell'uretrite acuta; che nella cistite blenorragica la gonacrina è controindicata e invece è da prescriversi il salicilato di sodio in grandi dosi (5 gr. al giorno); che l'artrite e la prostatite blenorragica rispondono sempre favorevolmente alla cura gonacrinica; che l'orchite, la blenorragia cronica e quella dei genitali femminili risentono poco l'efficacia di questa cura.

PEDIATRIA

Le adenopatie peritracheobronchiali di natura sifilitica nei bambini. — U. TROPEA-MANDALARI. R. Clinica Pediatrica di Siena. *Clinica ed Igiene Infantile*, 15 settembre 1927.

Da numerose ricerche — corredate da studi clinici, anatomopatologici ed istologici — l'A. deduce che le adenopatie tracheobronchiali dei bambini non sono sempre di origine tubercolare e che molto spesso esse riconoscono altre cause quali le iperplasie di ordine diatesico o consecutive a malattie acute dell'apparato respiratorio o più frequentemente sono da imputarsi all'affezione luetica.

La diagnosi di questa particolare condizione va fatta su dati clinici, particolarmente semeiologici, su dati di laboratorio (Reaz. Wassermann positiva con concomitanti reazioni tubercoliniche negative ripetutamente) e particolarmente con mezzi radiologici. Nei pochi casi venuti all'autopsia l'A. ha anche potuto osservare che lo studio istologico, nel mentre dimostra caratteri evidenti differenziali di fronte all'adenite tubercolare, mette in evidenza altre nette alterazioni delle ghiandole stesse, proprie del processo luetico.

Per quanto riguarda la terapia, l'A. ha curato dette forme con le comuni cure antiluetiche e precisamente con frizioni mercuriali in varia serie, alternate alle iniezioni di Neo I. C. I. Avendo ottenuto notevoli miglioramenti — constatati clinicamente e radiologicamente — l'A. ritiene che appena denunziata una forma di adenopatia tracheo-bronchiale in un soggetto eredoluetico, sia bene non lasciarla a sè, ma intervenire precocemente con una cura specifica del caso, anche in assenza di altre notevoli manifestazioni di ordine sifilitico.

Tale comportamento si rende necessario anche perchè, essendo gli eredoluetici dei soggetti minorati nelle loro resistenze organiche, si può supporre e logicamente temere che la forma specifica possa agire quale causa predisponente per un successivo attecchimento del bacillo di Koch.

DERMATOLOGIA

L'acetato di tallio nella cura delle tigne. — M. TRUFFI, R. Clinica Dermosifilopatica di Padova. *Rassegna Clinico-Scientifica dell'Ist. Bioch. italiano*, 15 settembre 1927.

L'acetato talloso costituisce nella terapia delle tigne un notevole progresso. Riesce ad esimere i pratici della necessità di adottare metodi costosi e non scevri d'inconvenienti (raggi Roentgen), mettendoli in condizione di procedere con facilità alla cura di queste malattie.

Il metodo non offre alcun inconveniente di speciale gravezza, purchè si abbia la precauzione di limitare l'uso del farmaco a bambini non oltre i 12-13 anni di età, che non presentino gravi alterazioni organiche o tare nervose e di servirsi di un preparato (acetato di protossido di tallio) assolutamente puro.

Detta sostanza deve essere somministrata in dosi non superiori a 7-8 mgr. per kgr. di peso corporeo, facendola disciogliere in poca acqua zuccherata o in mucilagine gommosa e facendola ingerire prima del pasto del mattino.

Riesce impossibile però, per la notevole capacità cumulativa del sale, ripeterne la somministrazione quando siano sopravvenute recidive.

Tutte le forme di tigna del cuoio capelluto possono giovarsi del nuovo metodo di cura: la favosa sopratutto, ma anche la tricofitica e la microscopica. L'esito favorevole della cura dipende per molta parte dal trattamento successivo alla caduta dei peli, trattamento diretto ad impedire che elementi del parassita rimasti in posto determinino l'insorgenza di nuovi focolai d'infezione.

In quei soggetti nei quali per l'età o per altre circostanze può sembrare controindicato l'uso del tallio a dose massiva, si può ricorrere all'associazione di piccole dosi di tallio e di dosi attenuate di raggi X.

La terapia col tallio può trovare la sua indicazione anche in alcuni casi di alopecie, ribelli ad altri metodi di cura.

TOSSICOLOGIA

Azioni secondarie tossiche della Sintalina.— SZCZEKLIK. 2ª Clinica Medica, Kraków. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 34, 1927.

Su questo prodotto, al quale si è rivolta l'attenzione dei terapisti, come solido ausilio nel trattamento del diabete, si è avanzata, negli ultimi tempi qualche riserva, appunto per alcuni effetti, che non sarebbero interamente riferibili all'azione sulla mucosa gastrica. Lo studio fattone in questa clinica porterebbe appunto a sistemare codesti effetti come segue:

1. Disturbi cosidetti dispeptici. In tutti i casi si constatarono manifestazioni croniche della intossicazione sintalinica, molto affine a quella guanidinica osservata nei gatti, cioè: disappetenza, anomalie nutritive, vomiti, nausee, debolezza, abbattimento. Tutte codeste manifestazioni furono precoci, cioè fin dopo breve uso del prodotto, durarono quanto la somministrazione e furono crescenti; al punto che alcuni infermi rifiutavano ogni cibo, e si indebolivano al punto da imporre di smettere.

Questi fenomeni andrebbero riferiti a perturbamento degli elementi del fegato, deducendolo sia dalle tendenze itteriche, sia da più tangibili alterazioni dell'organo.

2. In quanto alle alterazioni epatiche, fa notare l'A. che in due casi di diabete chetonurico, si ebbe a rilevare: comparsa nelle urine di urobilina ed urobilinogeno, intensi dolori epatici, vomiti, manifestazioni delle quali avanti l'uso, i pazienti non avevano dato alcun segno. La successiva comparsa del coma comprenderebbe un'altra conferma dello interessamento epatico. In un altro caso già essendosi superato uno stato patologico del fegato si vide dopo la somministrazione della sintalina comparire la chetonuria, bilirubinuria, febbre etc. Dunque c'è da ritenere che le cosidette alterazioni o sofferenze dispeptiche siano soltanto precursori delle alterazioni epatiche; e queste potrebbero restare latenti e dissimulate da quelle gastriche. Questo influsso tossico del preparato, sul fegato non verrebbe sicuramente combattuto dalla contemporanea somministrazione di carbonato di calcio, estratto di belladonna etc. Bisogna

Digitized by Google

pertanto esser molto cauti con le dosi, riflettendo che esse sono tali da dominare modiche glucosurie, si tratta di quei casi che anche spontaneamente cederebbero.

Frattanto si è autorizzati a sperare che il perfezionamento del prodotto offra all'esercizio pratico maggior garenzia contro il pericolo della tossicità della sintalina.

OTORINOLARINGOIATRIA

La solastin come anestetico nella pratica otorinolaringologica. — C. Hirsch, Reparto Otorinolaringoiatrico dell'Ospedale Maria di Stuttgart. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1917, n. 10.

La Solastin (CH^2Cl^2) è un preparato molto vicino, chimicamente al cloroformio ($CH\,Cl^3$); ottenuto già nel 1857 dal Richardson, questi non riuscì tuttavia a prepararlo puro, mentre ciò è stato recentemente raggiunto dalla I. G. Farbenindustrie A. G., che lo ha lanciato in commercio.

L'azione anestetica della Solastin si avvicina a quella dell'etere, mentre si distingue dal cloroformio per una minore tossicità sul cuore e su centro respiratorio, per una maggiore lentezza sull'azione, che è però più durevole.

L'Autore si è servito della Solastin come anestetico di elezione nella pratica otorinolaringoiatrica, in oltre 300 casi di adenotomie, tonsillotomie, incisione di foruncoli o di ascessi peritonsillari, etc.

Il preparato viene fatto cadere a goccia a goccia su di una fascia di mussola che avvolge in 8 10 giri il viso del paziente; si ha cura di far cadere l'anestetico non sempre sulla stessa zona, ma su di una superficie — della grandezza di una mano — che comprende il naso e la bocca.

Generalmente bastano 90-120 gocce per ottenere un sonno calmo; l'operatore è allora sicuro di avere una completa analgesia della durata di almeno 3 minuti.

Non è necessario ricorrere all'aiuto di altri narcotici (morfina), e gli interventi possono essere praticati ambulatoriamente.

Assai raramente si ha vomito.

□□□

ACCADEMIE E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SOCIETA' PUGLIESE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA- BARI

Seduta del 30 Luglio 1927

Presid.: Prof. Gaifami

Gaifami P. *I Comuni e l'Opera Nazionale per la protezione della maternità.* — Segnalati alcuni episodi di Podestà, che rifiutano di riconoscere la legittimità del ricovero nella maternità di gravide al termine e perfino di partorienti con gravi complicazioni in atto (bacino viziato, rigidità del collo, febbre in travaglio ecc.) osserva che così si misconoscono le antiche norme legislative e di umanità fin qui seguite ma sopratutto si va contro alle precise disposizioni che la Fascistissima Legge per la protezione della maternità ed infanzia ha finalmente dato per la reale tutela delle madri. E' da pensare che molti Comuni non conoscano a sufficienza la nuova salutare legge ed è perciò opportuno che l'Opera Nazionale richiami l'attenzione degli Uffici competenti per evitare che lo scopo della legge sia frustrato da un eccessivo fiscalismo dei Comuni. Sarebbe bene che le autorità politiche e del Fascio femminile se ne interessassero direttamente.

Gaifami P. *A proposito dei corsi di puericoltura per medici condotti.* — Ricorda i programmi di corsi di puericoltura per medici condotti, che saranno prossimamente iniziati in varie città, Bari compresa, a cura dell'Opera Nazionale, per la protezione della Maternità ed Infanzia e fa rilevare la grave lacuna esistente, perchè non vi è fatta parte alcuna all'ostetrico, mentre la puericultura intrauterina è di competenza ostetrica e sopratutto non si può dimenticare l'alto coefficiente di mortalità fetale dovuto sia al fattore tossico che a quello meccanico antepartum.

Illustrati altri punti del problema, riassume questi rilievi e quelli che riguardano i Comuni nel seguente ordine del giorno:

La Società Pugliese d'Ostetricia e Ginecologia, riunitasi in Bari il 30 luglio, sotto la presidenza del Prof. Gaifami, visti i programmi dei corsi di puericoltura istituiti in varie città, Bari compresa, per medici condotti a cura dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed infanzia;

mentre riconosce la grande utilità pratica e sociale che verrà da codesti corsi e plaude ad essi;

segnala la opportunità che detti corsi siano integrati dall'insegnamento delle norme ostetriche fondamentali per la difesa intrauterina e intrapartum della prole e quindi per la migliore tutela delle madri;

fa voti che in prosieguo di tempo siano organizzati dalla stessa Opera Nazionale anche dei corsi accelerati di perfezionamento in ostetricia per medici condotti e per le levatrici;

1° propone che intanto agli attuali programmi dei corsi sia per medici condotti che per le levatrici siano aggiunte alcune lezioni di puericoltura intrauterina in senso lato da svolgersi dall'ostetrico.

2° Presa conoscenza inoltre delle difficoltà che da molti Podestà si oppongono alla accettazione nella Maternità di gravide per il parto anche patologico, oltrechè al ricovero nei giorni precedenti, in netta contradizione col disposto della Legge per la protezione della Maternità, fa voti che l'Opera Nazionale richiami le Autorità a ridurre l'eccessivo fiscalismo ed intanto diffonda anche presso gli uffici Comunali la conoscenza delle norme della legge che evidentemente non sono note nelle loro disposizioni fondamentali.

I soci presenti approvano l'Ordine del giorno del Prof. Gaifami e lo incaricano di presentarlo oltre che all'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità ed Infanzia, e alle autorità locali per la seconda parte, anche alla Presidenza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, perchè questa si occupi proficuamente dell'argomento nel prossimo Congresso.

Revoltella. *Ricerche ematologiche nel cancro dei genitali femminili prima e dopo la terapia Radium-Roentgen.* — Previa classificazione dei casi clinici in iniziali, limite, inoperabili e disperati l'A. giunge alla conclusione: che l'anemia che si accompagna ai casi di Ca. inoltrato si accentua dopo l'irradiazione, mentre invece l'emoglobina subisce solo le variazioni inerenti alle modificazioni quantitative delle emazie. La velocità di sedimentazione, che aumenta dai casi iniziali ai disperati, si rallenta invece nel miglioramento clinico post-attinico, mentre si accentua nel caso contrario. La resistenza delle emazie e dei leucociti è minore dopo l'irradiazione, specie nei casi disperati. La linfopenia già preesistente alla irradiazione si accentua dopo. La leucopenia è pure marcata e tende a compensarsi parallelamente al miglioramento clinico.

Non ad un singolo di tali elementi d'esame spetta un valore diagnostico ma bensì al concorde responso di tutti previa valutazione delle condizioni organiche delle pazienti.

Revoltella. *Sulla migrazione esterna e indiretta dell'uovo nella gravidanza extrauterina.* — Per portare un contributo alle nuove vedute del prof. Sfameni sulla migrazione indiretta dell'uovo, l'A. studia il materiale operatorio della Clinica di Bari e parte di quello della Clinica di Roma (162 casi) raccolto nella tesi di Elia, e giunge alla conclusione: che mentre nella gravidanza extrauterina per migrazione diretta la proporzione è presso che uguale per le due tube, nella migrazione indiretta predomina invece quella sinistra, ma però con un per cento notevolmente inferiore a quello del prof. Sfameni (55 % contro 70,84).

Non crede che basti la spiegazione data dallo Sfameni (situazione più bassa dell'annesso S), mentre ritiene che vi debba anche concorrere la nota maggiore frequenza con cui la tuba sinistra va incontro a processi infiammatori; questo, pur conservandone la canalizzazione, possono portare come esito una minore possibilità di convogliare l'uovo nella cavità uterina.

Cetroni B. M. *Patoogia fetale da lues.* — L'O. presenta ed illustra:

Un feto luetico con malformazioni multiple: idropisia microencefalica, rene policistico bilaterale con atrofia degli ureteri e della vescica, mancanza dell'ultima porzione del retto e dell'orifizio anale, aplasia dei genitali esterni, polidattilia e piedi vari.

Un secondo feto (padre luetico) con utero bicorne: corno sinistro rudimentario, rene dello stesso lato ipoplasico mancanza dell'arteria ombelicale ed uterina anche a sinistra.

Un terzo feto luetico con caratteristica Hepatisatio Alba dei polmoni.

De Candia. *L'esame della funzionalità renale in gravidanza: rapporto fra la prova della fenolsulfonftaleina e l'indice diastasico.* — L'O. riferisce su ricerche eseguite per la determinazione della funzionalità renale in gravidanza con la prova della f. s. f. e dell'indice diastasico dettato dal Bettoni, in 38 donne, con gravidanze normali e com-

Digitized by Google

plicate. Ritiene le due prove rispondenti perfettamente allo scopo: dà preferenza alla determinazione dell'indice diastasico per la facilità e brevità della sua tecnica e perchè non incorre nell'errore in cui facilmente cadono le prove a base di sostanze coloranti allorchè si va a determinare la tonalità di colore al colorimetro.

D e l l'A q u i l a. *Presentazione di un feto mostruoso, acormio, con palatoschisi e mancanza completa del mascellare inferiore.*

D e C a n d i a G. *Su otto casi di malconformazione genitale. Errori diagnostici ed errori terapeutici.* — L'O. riferisce su otto casi di malformazione genitale per l'interesse clinico mostrato da due di essi per essere stati causa di errori diagnostici, ed altri due di errori terapeutici.

Dei primi due: nell'uno con l'assenza completa della vagina era stato diagnosticato in primo tempo T. B. C. renale ed in secondo tempo curato con preparati di corpo luteo. Infine dallo specialista viene chiarita la diagnosi ed effettuata la cura. Nell'altro la diagnosi era oscillata fra tumore addominale e peritonite; anche qui lo specialista fece la diagnosi.

Altri due casi dai medici del paese, che pur avevano diagnosticata l'anomalia, venivano curati con purganti ipnotici; pediluvii; forse calde locali e riposo a letto.

Tre altri capitarono casualmente all'ostetrico: per coito difficoltoso, per blenorragia in gravidanza, per tumore uterino.

Un ultimo caso venne diagnosticato dopo il primo coito che fu molto doloroso ed accompagnato da profusa emorragia e si trattava di un setto longitudinale con utero bicorne e bicolle.

SOCIETA' ITALIANA DI BIOLOGIA SPERIMENTALE
(Sezione di Messina)

Seduta del 23 Luglio 1927

Presid.: Prof. C i a c c i o

C i a c c i o C. e T r i m a r c h i G. *Sull'azione iperglicemizzante di alcuni prodotti di disintegrazione proteica.* — Con procedimenti varii gli OO. hanno estratto dal peptone Witte sostanze diverse appartenenti a quel gruppo di prodotti di disintegrazione della molecola proteica non ancora ben definiti ed intesi col nome di proteosi. Iniettando poi queste sostanze per via endoperitoneale in conigli, in dosi variabili da 10 mgr. a 0.5 si ottiene una iperglicemia dal 30 al 100 %. Gli stessi risultati si ottengono somministrando queste proteosi per via gastrica

La soluzione acquosa di peptone Witte integrale viceversa non esercita nessuna azione iperglicemizzante, anzi in piccole dosi manifesta tendenza alla ipoglicemia.

G l i o z z i S. *Alcune osservazioni su colombi alimentati con tiroide.* — Nei colombi tiroidizzati l'O. ha osservato un complesso di disturbi generali: dimagramento, diarrea, rifiuto dell'alimento, caduta tumultuosa del piumaggio, scoloramento e riduzione delle dimensioni delle nuove penne, il cui ritmo di accrescimento risultò rallentato.

I z a r i G. e C a n n a v ò L. *L'iperglicemia filocarpinica ed i suoi rapporti con la nota prova farmacodinamica.* — Gli OO. hanno osservato che nell'uomo normale l'iniezione sottocutanea di un centigr. di pilocarpina provoca una reazione iperglicemica, la quale raggiunge il suo maximum in 3/4 d'ora-un'ora e poi declina fino a tornare al normale 1/2-2 ore dopo l'iniezione. Negli individui ad alterato equilibrio simpatico-parasimpatico, si hanno notevoli modificazioni della curva glicemica da pilocarpina.

C a n n a v ò L. *L'equilibrio simpatico-parasimpatico nella glicoregolazione. Nota prima: contributo alla conoscenza dell'azione della pilocarpina, atropina, eserina, ergotamina, istamina, sul tasso glicemico del coniglio.* — L'O. ha studiato l'influenza esercitata sul tasso glicemico del coniglio da alcune sostanze ad azione cosidetta vago-eccitatrice: pilocarpina, eserina, istamina, ad azione cosidetta vago-paralizzatrice: atropina e simpatico-paralizzatrice, ergotamina.

Ha ottenuto i risultati seguenti: Le sostanze eccitatrici del parasimpatico, iniettate al coniglio per via sottocutanea, provocano iperglicemia, la quale è più intensa e più duratura per la pilocarpina, meno per l'eserina; l'iperglicemia istaminica è caratterizzata sopratutto per la sua rapidità: massimo dopo 10 minuti, ritorno alla norma 20 minuti dopo la iniezione. Le sostanze paralizzatrici, sia del vago che del simpatico, non esercitano alcuna evidente influenza sulla glicemia.

M a r t i n o G. *Sui rapporti tra glicemia digestiva e funzione pancreatica nel cane.* — L'O. aveva precedentemente rilevato l'esistenza nel succo pancreatico di una sostanza iperglicemizzante capace di essere assorbita dall'intestino. Egli vide che la somministrazione di peptone nel cane digiuno determina iperglicemia; che essa manca dopo la legatura del dotto pancreatico (impedito passaggio della sostanza iperglicemizzante nell'intestino!) e che anzi dopo la somministrazione di peptone sempre si osserva ipoglicemia. Pensando che quest'ultima potesse essere l'espressione di un eccitamento (durante il periodo digestivo) della secrezione interna del pancreas, eseguì negli stessi animali anche la legatura delle vene pancreatiche e vide che allora mancava ogni variazione del tasso glicemico dopo la somministrazione di peptone. In altri cani operati di sola legatura delle vene pancreatiche l'iperglicemia da peptone fu più marcata che prima dell'operazione negli stessi animali, e aggiungendo poi la legatura del dotto non si ebbero spostamenti apprezzabili del tasso glicemico per effetto della solita somministrazione di peptone.

Z a g a m i V. *Sull'azione dell'insulina portata a diretto contatto dei centri nervosi.* — L'insulina portata a diretto contatto di un determinato centro corticale sensitivo motore nel cane e nel coniglio non provocò alcun fenomeno motorio o sensitivo apprezzabile, e lasciò invariata la soglia dell'eccitabilità del centro stesso anche dopo numerose applicazioni della sostanza.

Portata a diretto contatto del pavimento del 4° ventricolo non provocò alcun fenomeno motorio o sensitivo degno di rilievo; il tasso glicemico in questo caso presentò un graduale, lento e progressivo abbassamento. Portata a diretto contatto della superficie posteriore del rigonfiamento lombare nel colombo, non provocò alcun fenomeno di eccitamento motorio, ma lasciò osservare una evidente e temporanea depressione della sensibilità tattile e dolorifica, associata ad indebolimento del riflesso plantare.

Per effetto di iniezioni sottodurali di dosi non convulsivanti di insulina mancarono sempre fenomeni a carico della motilità e della sensibilità, mentre costantemente la curva glicemica, nei rapporti con quella ottenuta per iniezioni di pari dose di insulina per via sottocutanea, non presentò differenze sostanziali di comportamento.

M a g a u d d a P. *Osservazioni sullo sviluppo della Pieris brassicae sottoposta ad alimentazione con estratti acquosi tiroidei e testicolari*

Il Segretario: dott. R a c c h i ù s a

DALLE ACCADEMIE E SOCIETA' ESTERE

Società di Patologia esotica di Parigi
Seduta del 13 luglio 1927

R a y n a l J. *Tentativi di cura delle terzane benigne e maligne con lo stovarsolato di chinino.* — L'O. comunica di aver trattato a Marsiglia dei malarici provenienti dalla Siria o dal Marocco, con reperto sanguigno positiva pel *Plasmodium vivax* o *praecox*, con lo stovarsolato di chinino. Furono eseguiti tre periodi di cura di 10 giorni ciascuno, separati da due periodi di riposo di 5 giorni: per ogni periodo di cura furono somministrate *pro die* 4 compresse di gr. 0.25 di medicamento.

Nei casi così curati, lo stovarsolato di chinino si è dimostrato molto attivo contro gli attacchi acuti di terzana benigna; in inidividui ammalati già da qualche tempo, si sono registrate tre ricadute su quattro curati. D'altra parte, a dimostrare la grande efficacia del preparato nella terzana maligna sta l'osservazione che i gameti e gli schizonti scompaiono rapidamente; si nota, inoltre, un miglioramento notevole della crasi sanguigna.

Nessuna controindicazione a simile cura; tutt'al più si è assistito alla comparsa di piccoli disturbi: vertigini, crampi gastrici, diarrea, eritema.

Società di Oto-neuro-oculistica di Bordeaux
Seduta del 16 giugno 1927

A u r i a t e G r è. *Il segno di Argyll-Robertson per la diagnosi differenziale tra encefalite epidemica e sifilide sub-acuta del nevrasse.* — Gli OO. presentano un caso di nevrassite sifilitica sub-acuta che simulava perfettamente l'encefalite epidemica; solo il segno di Argyll-Robertson faceva pensare ad una probabile origine sifilitica dell'affezione. Gli OO. richiamano l'attenzione sull'importanza di detto segno per la diagnosi di infezione luetica e fanno notare come tutti gli AA. siano d'accordo nel considerarlo come del tutto eccezionale nell'encefalite epidemica; essi stessi, negli ammalati di encefalite epidemica osservati da due anni ad oggi, non l'hanno mai riscontrato. Resterebbe, perciò, esatta l'antica opinione di Babinski e Charpentier, secondo i quali il segno di Argyll-Robertson è un sintoma quasi sicuro di sifilide.

B e a u v i e u x conferma l'asserzione che il segno di Argyll-Robertson è espressione di sifilide cerebrale.

Digitized by Google

PER LA PRATICA

SIFILOGRAFIA

SU ALCUNI SEGNI PATOGNOMONICI DELLA SIFILIDE EREDITARIA DI SECONDA GENERAZIONE

Considerazioni del Prof. GIUSEPPE CIRILLO (Napoli)

Questa breve nota di semeiologia ha uno scopo essenzialmente pratico: mi son deciso a scriverla persuadendomi che avrei potuto fare cosa utile; e all'utilità del medico generico ho tenuto fissa la mente, proponendomi non già di ammaestrarlo ma di giovarlo nei suoi bisogni pratici: mio solo obbiettivo è stato quello di metterlo in grado di diagnosticare la sifilide ereditaria di 2ª generazione senza bisogno di ricerche sierologiche speciali, che d'altronde, secondo Pane ed altri, hanno in questi casi un valore semplicemente alleatorio.

Prima di tutto i segni della sifilide ereditaria di 2ª generazione vanno divisi in quelli non specifici cioè comuni alla sifilide in genere e in quelli specifici o patognomonici. Per aver osservati parecchi infermi appartenenti sicuramente alla 2ª generazione successiva a quella in cui fu contratta la sifilide, mi sento autorizzato a porre tra questi ultimi: *la paresi o paralisi a carico del 3°, del 4° o del 6° paio dei nervi cranici, e alcune anomalie di conformazione della scatola cranica.*

La suddetta paresi o paralisi si determina quasi sempre a carico dell'occhio sinistro, raramente a carico di quello destro.

Essa spesso vien detta reumatica e difatti il più delle volte incomincia come tale: ma dopo ben presto diventa stabile e allora non c'è cura antireumatica che valga; soltanto con una cura specifica si può ottenere qualche risultato che, l'altronde, non è mai pieno, completo. Questa oftalmoplegia più o meno totale, suole essere di poco preceduta da una leggiera paresi del facciale medio o inferiore dello stesso lato, a cui non si suol dare importanza, ma che invece ne ha una grandissima perchè ci dice che già la lue incomincia il suo lavorio sordo a danno dei nuclei della base.

Se nella pratica quotidiana si ponesse mente a questo sintomo premonitorio, molti guai si eviterebbero al povero infermo che fatalmente andrà incontro a paresi o paralisi ancora più gravi in danno dell'oculomotore comune o dell'abducente quando anche non va incontro a morbi addirittura inguaribili, come per esempio l'encefalite treponemica diffusa ecc.

Un'altro sintomo, anch'esso patognomonico, è rappresentato da alcune anomalie di conformazione del cranio come per esempio *il cranio con due bozze frontali accentuatissime*, il cranio natiforme (da *nates*, natiche), e *il cranio con una bozza unica occipitale.*

Su ciò hanno richiamato l'attenzione tanto gli antichi (v. Jackson, *Tractatus de morborum theoria praxi*, Lugduni, pagina 172) quanto i moderni (Verrotti ed altri).

Senonchè degli autori che si sono occupati dell'argomento chi ha detto il fatto dipendere da sifilide, *sic et simpliciter*, come per es. lo Jackson, e chi ha detto dipendere da sifilide congenita senza neppure indicare se di prima, seconda o terza generazione come per es. il Verrotti.

Queste anomalie di conformazione della scatola cranica, secondo me, si determinano negli individui eredo-luetici di 2ª generazione e in questi soltanto: a volta alla fronte, a volta all'occipite, per una concausa che a noi sfugge e che potrebbe essere anche il trauma lento ma continuato esercitato dai comuni berretti, viene a determinarsi nei punti indicati un processo di osteoperiostite circoscritta con proliferazione infiammatoria del connettivo sottoperiosteo, con calcificazione ed ossificazione consecutiva.

Va da sè che non si nasce col cranio deforme ma lo si diventa con gli anni (8-9 per lo più). Queste peculiari sporgenze ossee, considerate da alcuni come vere distrofie, non si sviluppano mai sul tavolato interno ma sempre su quello esterno, per cui non si hanno fenomeni di compressione cerebrale (questo almeno è quanto risulta dalle mie numerose osservazioni cliniche). Sono di una durezza lapidea; piccole come un segmento di noce le frontali; grande la occipitale come un segmento di grosso limone situato per traverso alla parte posteriore del cranio.

La superficie di queste malformazioni è finamente granulosa, cercinata; non è dolente neanche ad una forte pressione. Esse sono di una estrema evidenza e a nessuno possono sfuggire.

Spesso basta guardare attentamente la testa di un individuo per giudicare *de visu* se egli è affetto da sifilide ereditaria di 2ª generazione o no. Non già che tutti gli ereditoluetici di 2ª generazione debbano presentare di necessità la paresi o paralisi di uno dei nervi motori del globo oculare (3°, 4° e 6°), o presentare le anomalie di conformazione della scatola cranica innanzi descritte; però quando in un individuo si nota una oftalmoplegia, totale o parziale, o quando si nota una delle distrofie craniche suddette si può giurare che quell'individuo istesso è affetto da sifilide congenita di 2ª generazione. Indagando bene e con accorgimento si rintraccerà di sicuro la sifilide in uno dei suoi avi o dal lato paterno oppure dal lato materno.

Un altro fatto importante è che i membri della stessa famiglia non presentano tutti le stesse alterazioni a carico della scatola cranica: anzi per non poche osservazioni debbo aggiungere che in varie famiglie certamente eredo-luetiche di 2ª generazione i maggiormente colpiti furono quelli che non presentavano le dette malformazioni craniche e che presto o tardi invece presentarono sintomi di una sifilide viscerale gravissima (miocardite, encefalite treponemica diffusa ecc.).

La necessità quindi di procedere a un accurato esame somatico di tutti i componenti la famiglia di quegli infermi che fiduciosi ricorrono a noi per aiuto, perchè un sintomo che si nota in uno ci può essere di guida per il raggiungimento del doppio obiettivo che ogni medico e ogni chirurgo deve sempre porsi dinanzi: *la diagnosi esatta e l'opportuna terapia dei morbi.*

Ho parlato soltanto di questi due sintomi che per me sono patognomonici e specifici della sifilide ereditaria di 2ª generazione: tralascio di parlare di tutti gli altri segni come per es. distrofia dentaria, cianosi congenita, ectasie venose, pericraniche, fronte olimpica ecc., che non sono propri della sifilide ereditaria di 2ª generazione, ma sono comuni a ogni forma di sifilide congenita, per cui penso che ciò esorbiti dal tema prefissomi.

TERAPIA

Trattamento fisio-terapico del prurito

Gli agenti fisici trovano la loro indicazione specialmente nei così detti pruriti essenziali, senza causa apparente, che possono essere localizzati o generali, e poi in quelli che sogliono accompagnare le dermatosi acute e croniche. Di queste ultime esistono due metodi speciali che meritano di essere considerati innanzi tutto, e sono: a) l'effluvio di aigrettes di alta tensione e b) la luce bleu. Il primo metodo si pratica nel seguente modo: l'ammalato è posto ad una distanza determinata da una punta metallica attaccata ad una sorgente ad alta frequenza, distanza tale che non possa dar luogo alla formazione di scintille. Più la tensione è alta più importante sarà la effluviazione, che viene appunto prodotta dalle aigrettes le quali diffondendo la corrente sul corpo esplicano un'azione antisettica per mezzo dell'ozono che si libera con la corrente e influenzano anche coi raggi violetti e ultravioletti che vengono emessi dalle scintille. Le applicazioni devono durare una ventina di minuti e possono essere quotidiane.

La luce bleu è prodotta da lampade elettriche incandescenti di cui la parete è costituita da un vetro di color bleu, ma colorato in massa e non verniciato in bleu. Le applicazioni vanno prolungate per 3 quarti d'ora e tutti i giorni.

Ora le altre dermatosi in cui il prurito costituisce il principale sintomo si giovano soltanto di cure fisioterapiche più energiche. Tali dermatosi più importanti solo il lichen planus, la micosi fungoide all'inizio, e sopratutto le neurodermiti, il prurito tossico, epatico, gravidico; diabetico ecc. In queste diverse forme il trattamento fisioterapico agisce sullo stato generale, direttamente sui tessuti pruriginosi e indirettamente sui centri o gangli nervosi e su altri organi.

Fra le risorse fisioterapiche ad azione generale bisogna ricordare:

a) il *bagno statico*, in cui il malato nudo è posto su un piano isolante e tiene in mano un conduttore che a uno dei poli è attaccato a una mac-

Digitized by Google

DI-FORMINE-JODO-BENZOMETHYLÉE

SEPTICEMINE CORTIAL

Cura elettiva delle Grandi Infezioni Mediche Chirurgiche

Numerosi casi clinici

FIALE: 4 c.c. (da 1 a 4 al giorno)

LABORATOIRES CORTIAL - 10, Rue Béranger - PARIS

CAMPIONI E LETTERATURA: del SAZ & FILIPPINI - Viale Bianca Maria, 23 - MILANO

L'Istituto Terapeutico Romano

Via Salentini, 13 — ROMA

PRESENTA

ANTISENIUM

prodotto poliopoterapico

secondo una formula del

prof. NICOLA PENDE

direttore della Clinica Medica di Genova

per la

cura ritardatrice della vecchiaia

Una scatola 10 fiale da 2 cmc.

Letteratura a richiesta.

MEDICAZIONE JODICA INTENSIVA

ERANIOD

SOSPENSIONE ACQUOSA DI JODO COLLOIDALE LIBERO

(NON COMBINATO)

TUTTI I VANTAGGI DELLO JODO - AZIONE CATALITICA OSSIDANTE ANTIBATTERICA - ANTITOSSINICA

XX GOCCE = 1 centig. di jodo colloidale libero

DOSI: 20 a 30 gocce 2 volte al giorno

Saggi e letteratura: A. Malizia, 4, via de Filippi, Milano (19).

Digitized by Google

La più recente novità scientifica per la Terapia specifica antitubercolare

Istituto Maragliano - Genova

NOVUM SOFOS

Antigene tubercolare ottenuto dalla disintegrazione totale del bacillo di Koch.

Trattamento curativo della tubercolosi, assolutamente innocuo, privo di reazioni locali e generali. Sostituisce con vantaggio la cura tubercolinica.

HIEDERE PROSPETTO ESPLICATIVO AI CONCESSIONARII

VECCHI & PIAM - GENOVA

Un fermento lattico liquido nuovissimo

LATTOVITAMINA

DELLO

ISTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

cultura di bac. bulgaricus

in succo di uva

ricco di vitamine - delizioso al palato
ricostituente - disintossicante

vitalissimo

In flaconi da 100 grammi

Specialità per bambini

Digitized by Google

china statica. Il paziente non ha che una impressione di soffio e di freschezza. La durata del bagno è di ½ ora; indifferente la natura del polo; sedute tutti i giorni;

b) *bagno d'alta frequenza*: l'a. nella stessa posizione precedente è messo in comunicazione col polo superiore di un risonatore di Oudin. L'apparecchio deve permettene di elevare considerevolmente la tensione.

Due varietà del bagno d'altra frequenza sono il *letto condensatore* e *l'arsonvalizzazione.*

L'azione generale sedativa sul prurito che esplicano questi bagni consiste in modificazioni dirette del sistema nervoso centrale o smpatico; in modificazioni indirette determinate dalla suggestione (!), in diminuzione della tensione sanguigna e aumento degli scambi respiratorii, specialmente negli artritici, diabetici e autointossicati.

Nel prurito da disturbi epatici si può ricorrere alla diatermia di quest'organo.

Tra i metodi fisioterapici ad azione diretta locale, bisogna ricordare:

a) la radioterapia, processo di scelta, così efficace che l'a. vorrebbe ricorrervi ogni volta che il prurito ritorna, quando non scompare definitivamente, e ciò costituisce un pericolo.

Non sarà inutile ricordarne la tecnica. Bisogna adoperare raggi poco penetranti (0-7 gradi Benoist) come quelli che possono esser prodotti da un ampolla Coolidge funzionante sotto 18 cm. di scintilla, con filtro d'alluminio di ½ millimetro, oppure da un ampolla a gas senza filtro d'allumino con 16 cm. di scintilla.

La dose sufficiente totale dev'essere somministrata in due o tre sedute ravvicinate, cio perchè altrimenti prolungando le sedute ne potrebbero derivare dei danni. Come regola generale per zone prurigmose molto estese su territorio non infiammato e in un adulto maschio, basteranno 3 H, mentre per zone più piccole ne occorreranno 4 H. Nella donna e nel bambino e in casi con infiammazione cutanea, si ridurrà la dose alla metà e di un terzo.

L'irradiazione potrà esser fatta lo stesso giorno su tre superfici cutanee di 0,20 cm. di lato circa, ciò allo scopo di evitare che l'organismo assorba una grande quantità di raggi. La diminuzione del prurito sopravviene spesso la stessa sera dell'applicazione. In casi di recidiva, si consiglia di aspettare almeno due mesi dopo l'ultima applicazione.

Più particolarmente le indicazioni dei raggi X nelle affezioni pruriginose possono essere riassunte così:

1) Nei pruriti localizzati anali o vulvari a tipo neurodermitico;

2) nelle neurodermiti circoscritte con o senza lichenizzazione. Particolarmente raccomandata è l'associazione della radioterapia e alta frequenza.

Sorvolando su altri metodi già conosciuti (radiumterapia, scintillaggio ad altra frequenza) merita di esser ricordata la *ionizzazione d'aconitina*, consistente nella introduzione elettrolitica, attraverso la pelle, dell'aconito. Questo metodo è particolarmente indicato nelle nevralgie, ma ha dato buoni risultati anche nei pruriti da neurodermite, circoscritti. Ecco la tecnica dell'A.

La soluzione medicamentosa è incorporata in una crema non conduttrice di corrente, ma mescolabile all'acqua, per mezzo della quale acquista conducibilità elettrica.

La crema si spalma sulla parte da trattare in modo che aderisca perfettamente; poi si ricopre con un tampone d'ovatta sterile, imbevuto d'acqua distillata e riunito al polo positivo di un apparecchio galvanico. Il polo negativo è piazzato in un punto qualsiasi del corpo. La corrente è regolata a 5 milliampéres per 20 cm² di pelle da trattare, per 15 minuti.

I primi minuti sono indolori ma poi sopravviene un senso di calore che dura fino al termine della seduta. Questa sensazione dura parecchie ore dopo e si sostituisce al prurito, che spesso è definitivamente scomparso. La pomata d'aconito è composta di 3 cmc. di una soluzione a uno su diecimila di nitrato d'aconitina, per 100 gr. d'acqua distill. in una piccola quantità di diadermina.

Fra i trattamenti ad azione indiretta sono, infine, da ricordare la radioterapia radicolare e quella dei tegumenti dorsali. (Jeanselme - *Journal des Praticiens*, n. 34, 1927).

La tiocrisina nella cura della tubercolosi polmonare

La tiocrisina o tiosolfato doppio d'oro e di sodio è stata usata da Ch. Garin (*La Presse Médicale*, n. 76, 1927) a dosi piccole e ripetute per molto tempo: veniva sciolta al momento dell'uso in 2 cc. di acqua bidistillata e iniettata per via intravenosa, ripetendo le iniezioni tre volte la settimana alla dose da 12,5 a 20 centigr., ossia 37,5-60 centgr. per settimana; la cura era sospesa quando si raggiungeva la dose totale di 6-8 gr. Si aveva molta cura di non trattare così i tubercolotici albuminurici e si somministrava contemporaneamente quotidianamente dell'arrhenal e del fosfato tricalcico. La cura può essere ripetuta, a distanza di 2 3 mesi, una seconda e una terza volta senza alcun pericolo.

Dai tentativi terapeutici eseguiti dall'A. risulta che la tiocrisina dà migliori risultati nei malati giovani e che presentano lesioni bilaterali, rapidamente evolutive e di inizio recente, tanto da arrivare alla vera guarigione. Tra le indicazioni è citata anche la bilateralità delle lesioni, perchè in quelle unilaterali l'A. crede più indicato lo pneumotorace artificiale.

Nelle escavazioni di antica data, nelle lesioni fibrose, la cura aurica non produce alcun favorevole effetto; così pure non bisogna attendersi nessun risultato nei malati cachettici con febbre etica.

Quanto ai risultati favorevoli, il primo sintoma a modificarsi con la cura tiocrisinica è la febbre, che si abbassa progressivamente in 8-20 giorni; poi il peso tende ad aumentare (il che secondo l'A. è da attribuirsi all'arrhenal); la tosse scompare insieme con la febbre e diminuisce l'espettorazione; all'ascoltazione si nota che le lesioni pulmonari si prosciugano. mentre l'esame radioscopico non mostra sensibili variazioni.

In conclusione, secondo l'A., quando ci si attiene alle indicazioni predette, la tiocrisina può guarire clinicamente alcune forme di tubercolosi polmonare.

Sui metodi di cura della lebbra

H. Wade e C. Lara (*The Lancet*, 1927, n. 5403) hanno avuto agio di sperimentare i vari metodi terapeutici nei leprosari delle Filippine.

Sinora la più larga diffusione nella terapia l'hanno avuta gli eteri etilici del chaulmoogra, possibilmente misti ad iodo, somministrati per via intramuscolare una volta per settimana.

Con minore larghezza, ma con risultati non molto inferiori sono stati sperimentati anche il ginocardato e il morruato di sodio. Sicchè gli AA. non hanno predilezione per l'uno o per l'altro di questi rimedi.

DIAGNOSTICA

Per la ricerca del sangue nelle urine

G. Poirot e A. Lambert (*Billettino Chimico-Farmaceutico*, 30 agosto 1927) pubblicano un nuovo metodo per la ricerca del sangue nelle urine che riferiamo.

Prima fase. Preparazioni:

1. *Urina non albuminosa.* In un imbuto di vetro per separazione, capace di 250 cc., si introducono successivamente nell'ordine indicato, agitando dopo ogni introduzione:

Urina	cc. 100
Ammoniaca off.	» 5
Acido acetico puro	» 8
Etere acetico	» 25

Si agita molto energicamente, si lascia in riposo circa 10 minuti, si travasa la parte inferiore non emulsionata, e si passa l'emulsione superiore su un grosso tampone di cotone idrofilo non pressato contenuto in un imbuto; si dispone il cotone leggermente ad imbuto di modo che l'emulsione non scoli tra il cotone e le pareti dell'imbuto.

Con l'aiuto di un agitatore si fa assorbire tutta l'emulsione dal cotone, rivoltando i bordi di questo verso il centro, poi si stringe fortemente con l'aiuto dell'agitatore; il liquido scola in due strati nettamente divisi.

Lo strato etereo che si trova al disopra viene utilizzato direttamente per fare le reazioni, se perfettamente limpido, altrimenti lo si filtra con un piccolo filtro da analisi.

2. *Urina albuminosa.* In questo caso l'albumina deve essere eliminata. Qualunque sia il metodo di eliminazione usato, sia precipitazione con sali neutri, sia coagulazione per mezzo del calore, l'albumina trattiene sempre il pigmento sanguigno per assorbimento

L'esperienza ha dimostrato che il coagulo ottenuto per mezzo del calore si presta meglio del precipitato ottenuto coi sali, all'ulteriore estrazione, e che non si ha più a temere la formazione di emulsioni stabili.

In principio si coagula, dunque, l'albumina col calore e si tratta in seguito il coagulo con etere acetico per estrarre il pigmento sanguigno.

Praticamente, ecco come bisogna operare: in un recipiente di porcellana da 250 cc. si introducono nell'ordine indicato ed agitando.

Urina	cc. 100
Ammoniaca off.	» 5
Acido acetico puro	» 5

Si porta all'ebollizione e si filtra bollente su un filtro da analisi senza pieghe; si lava il coagulo sul filtro con 30-50 cc. di acqua bollente.

Digitized by Google

Dopo la filtrazione completa si introduce il filtro ed il suo contenuto in un flacone smerigliato da 250 cc. a larga apertura e si aggiunge:

Acqua distillata	cc. 15
Acido acetico puro	» 5

Si agita energicamente fino a che il filtro sia ridotto in pasta; si versano nel flacone 20 cc. di etere acetico e si agita di nuovo.

E' necessario ridurre il filtro in pasta prima di aggiungere l'etere acetico.

Si passa tutto il contenuto del flacone su un tampone di cotone idrofilo e si opera come precedentemente è detto.

E' evidente che delle piccole tracce di albumina, che impediscono l'estrazione diretta, non sono più sufficienti per fissare sul coagulo formato tutto il pigmento sanguigno, allorchè questo è in notevole quantità: in questo caso si può fare la ricerca sia sul coagulo che sul filtrato, privato dell'albumina, mentre questo non è necessario, beninteso, allorchè l'urina non contiene che delle tracce di albumina (gr. 0.10 a gr. 0.20 per litro).

SECONDA FASE. REAZIONI.

In un caso come nell'altro, quando si è in possesso dell'estratto etero-acetico, si fanno le reazioni come segue.

1) *Reazione alla resina di guaiaco.* In un tubo da saggio rigorosamente pulito si introduce successivamente nell'ordine indicato ed agitando: cc. 0.1 (o due gocce) di soluzione piridinica di resina di guaiaco (resina di guaiaco purificata gr. 10; piridina pura incolora q. b. per 100 cc.), cc. 5 di soluzione alcoolica di perossido d'idrogeno (perossido d'idrogeno a 100 volumi cc. 0.1 o due gocce; alcool a 95° cc. 100), cc. 2 di estratto.

Si agita: nel caso in cui vi sia presenza di sangue, entro cinque minuti, si manifesta una bella colorazione bleu intenso, stabile almeno per un'ora.

2) *Reazione al piramidone.* In un tubo da saggio rigorosamente pulito si introducano nell'ordine indicato e agitando:

gr. 0.50 di piramidone; cc. 5 di soluzione alcoolica di piridina (piridina pura incolora cc. 3; alcool a 95° q. b. per cc. 100), cc. 1 di perossido d'idrogeno a 100 volumi. E dopo che il piramidone è sciolto si aggiungano cc. 2 di estratto.

Si agita: in caso di presenza di sangue si sviluppa una bella colorazione bleu-violacea assai intensa, ma molto fugace.

Sensibilità del metodo. Queste reazioni assai sensibili sono molto intense con delle dosi di sangue di una o due gocce per litro di urina. In questo caso la loro intensità può essere comparata a quella del liquore cupo-alcalino. Esse sono ancora nettamente apprezzabili con una goccia di sangue diluita in 5 litri di urina.

Diagnosi differenziale tra sangue mestruale e sangue da carcinoma genitale

Nel sangue mestruale si nota aumento numerico dei leucociti a nucleo segmentato e diminuzione nel numero dei linfociti; lo stesso si verifica nei processi infiammatorii; nel sangue proveniente da un carcinoma si ha invece una spiccata linfocitosi e leucopenia.

H. ROTTER (*Zentralblatt f. Gynäkologie*, 1927, n. 10) prospetta la possibilità di utilizzare questi risultati per una diagnosi precoce del cancro, alla portata di qualunque pratico.

TECNICA

La ricerca dei bacilli tubercolari

L. GABBANO (*L'Igiene Moderna*, luglio 1927) per tale ricerca consiglia la tecnica di Moreau e Venot.

Cinquanta gr. di fecce, poste in una larga provetta di vetro a fondo piano, vengono triturati con un pestello pure di vetro, nel mentre si aggiunge a poco a poco una soluzione acquosa di cloruro di sodio al 25 % sino ad avere una sospensione semiliquida.

Dopo filtrazione attraverso garza sterile per separare i grossi residui di cellulosa, ecc. si mescola a tre parti delle fecce una parte di miscela di etere solforico e ligroina. Si agita bene chiudendo la provetta con tappo di gomma poi si versa tutto in due tubi da centrifuga.

Si centrifuga per almeno un quarto d'ora a circa 6000 giri.

Per mezzo di un'ansa incurvata ad angolo retto si preleva una piccola quantità del materiale (costituito per la massima parte di germi) raccoltosi sotto forma di disco verso l'alto della provetta, sotto un leggero strato di etere, e lo si distende su un vetrino.

I preparati, fissati alla fiamma o con l'alcool metilico, vengono infine colorati col metodo Ziehl-Nelsen e decolorati, parte con acido solforico al 5 % ed alcool, parte con acido cloridrico al 3 % per 10 minuti.

Nelle fecce di 101 bambini affetti da tubercolosi polmonare riscontrata all'esame clinico, l'A. ha con questo metodo trovato 62 volte dei bacilli tubercolari (61,3 %). In quelle di 44 bimbi affetti da adenopatie tubercolari l'A. li ha trovati solo 3 volte.

In 5 casi di tubercolosi intestinale ha sempre trovato bacilli tubercolari. Nelle fecce di 159 bambini non affetti da malattie tubercolari o sani, l'A. non ha mai trovato detti bacilli, ma solo qualche volta dei germi dotati di minore acido-resistenza, ben differenziabili col trattamento con acido cloridrico al 3 %. In tre casi di localizzazioni ossee l'A. non ha mai trovato bacilli di Koch nelle fecce, e neppure in bambini sani, viventi con tubercolotici contagianti.

L'A. quindi ritiene che la ricerca dei bacilli di Koch nelle fecce dei bambini, purchè fatta molto accuratamente, sia un prezioso mezzo per accertare la diagnosi di tubercolosi polmonare; e che questi germi, essendo in parte stati trovati vivi nelle deiezioni, rappresentino un serio pericolo di infezione.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Dilaudid nuovo derivato della morfina. — E' stato recentemente messo in commercio dalla ditta Knoll di Ludwigshafen, un nuovo derivato dalla morfina, il Dilaudid, il quale risulta dalla sostituzione del gruppo idrossilico-alcoolico mediante un gruppo chetonico, nella serie morfinica.

Il Dilaudid è facilmente solubile in acqua ed in alcool, e presenta proprietà identiche alla morfina.

Con questo nuovo preparato, P. SEELIGER (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 15, 1927) ha istituito delle ricerche sperimentali e cliniche, che lo hanno portato alle seguenti conclusioni:

Il Dilaudid e l'associazione Dilaudid-Scopolamina paralizzano i movimenti peristaltici per un tempo più breve di quello che si ottiene con le stesse dosi di morfina, o con il miscuglio morfina-scopolamina.

Somministrato all'uomo il Dilaudid assicura un periodo di quiete prima dell'operazione, e durante l'operazione rende necessaria una minore quantità di narcotico.

Il Dilaudid appare particolarmente indicato in quei casi in cui per abuso di alcoolici i pazienti presentano ipereccitabilità.

FORMULARIO

Cura delle pediculosi e della ftiriasi. — a) Nella *pediculosi del cuoio capelluto*, distruggere innanzi tutto i parassiti, tagliando tutti i capelli, se è possibile. In caso contrario (giovanette, donne), applicare sul capo uno spesso strato di vaselina, lasciandovelo per parecchie ore, eventualmente incorporando con la vaselina della benzina o dello xilolo (1-2 gocce per ogni grammo di vaselina). Ripetere le applicazioni parecchi giorni di seguito, fino a distruzione completa di tutti i parassiti.

Se la pediculosi è di mediocre intensità, basta applicare sul capo, per alcune ore, dell'alcool canforato o del sublimato acetico:

Sublimato	gr. 1
Aceto	
Alcool canforato	anagr. 100
Acqua	gr. 200

Per asportare le lendini, pettinare i capelli con un pettine bagnato in aceto caldo, neutralizzando l'acido, il giorno dopo, con una buona insaponatura. Rivedere l'infermo dopo 6 giorni e, eventualmente, ripetere il trattamento, se vi è stata recidiva.

Contro le lesioni cutanee che complicano la pediculosi del capo, se si tratta di impetigo, si faranno cadere le croste o con impacchi umidi di acqua bollita o di soluzione borica, o meglio con polverizzazioni boriche, ripetute ogni tre ore. Anche l'applicazione protratta di vaselina neutra raggiunge lo stesso scopo.

Cadute le croste, si faranno applicazioni di acqua di Alibour, sotto forma di lozioni o di impacchi umidi, tre-quattro volte al giorno, prescrivendo o la formula classica di Alibour:

Solfato di zinco	gr. 2
Solfato di rame	» 3
Tintura di zafferano	» 0.50
Acquavite canforata	» 5
Acqua distillata	un litro

Digitized by Google

o la formula modificata, diluendone 1-2 cucchiai da zuppa in un bicchiere d'acqua:

Solfato di zinco	gr. 7
Solfato di rame	» 2
Tintura di zafferano	» 0.50
Acqua saturata di canfora	» 300

Disseccatesi le lesioni, vi si applica la pomata seguente (Darier):

Ossido giallo di mercurio	gr. 4
Ittiolo	» 2
Resorcina	
Acido salicilico	anagr. 1
Ossido di zinco	gr. 5-10
Vaselina	
Lanolina	anagr. 15

Le follicoliti suppurate saranno precedentemente aperte; gli ascessi saranno incisi.

Nel caso di eczematizzazione sovrapposta, ricorrere alle applicazioni di cristalvioletto:

Cristalvioletto	
Verde di metile	anagr. 0.15
Alcool a 90°	gr. 100

b) Nella *pediculosi del corpo*, bagno solforoso di 20-30 minuti, seguito dal cambiamento degli indumenti, ripetuto eventualmente dopo 6 giorni. Gli abiti saranno sterilizzati alla stufa — che, però, li deteriora — o con lavaggio previo insaponamento, o con polverizzazioni antisettiche, usando per es.:

Anisol (fenolo metilato)	gr. 0.03-0.05
Alcool denaturato	
Acqua	anagr. 50

Buon metodo è anche di passare il ferro da stiro caldo su tutte le pieghe ed altri punti degli abiti ove esistono parassiti o lendini.

Contro le lesioni cutanee complicanti (prurigo, eczema, piodermiti, ecc.) applicazioni di pomate all'ossido di zinco, all'ittiolo, al catrame, ecc. Si può, per es., prescrivere:

Ossido di zinco	gr. 5
Vaselina	
Lanolina	anagr. 15

oppure

Ittiolo	gr. 3
Ossido di zinco	» 5
Vaselina	
Lanolina	anagr. 15

c) Contro la *ftiriosi del pube*, per distruggere i parassiti, applicazioni topiche di:

Ossido giallo di mercurio	gr. 1.50-3
Ossido di zinco	» 5
Vaselina	
Lanolina	anagr. 15

ripetute 5-6 giorni di seguito.

Si può usare pure la pomata al calomelano (3-5 %) o le lozioni alcooliche al sublimato (1:500). L'unguento grigio produce troppo spesso stomatiti.

Se l'infermo è intollerante al mercurio, usare pomate con naftolo o balsamo del Perù.

d) Contro la *ftiriasi delle palpebre*, strappare i parassiti con la pinza e applicare:

Ossido giallo di mercurio	gr. 0.15
Guaiacolo	» 0.05
Lanolina	» 5
Olio di vaselina	» 10

(da L. PÈRIN, *Paris Médical*, n. 37, 1927).

□□□

PER LA IDROCLIMATOLOGIA ITALIANA

Valorizzazione dei Campi Flegrei e rinascita idrologica

Al XVIII Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica testè tenutosi a Milano il chiarissimo prof. F. P. Sgobbo ha svolto questa interessante comunicazione che siamo lieti di pubblicare in anticipo sul resoconto generale del Congresso. In essa il prof. Sgobbo ha proposto che il XIX Congresso Idroclimatologico Nazionale sia tenuto nei Campi Flegrei. La proposta è stata approvata all'unanimità.

Esprimiamo il nostro vivo compiacimento per la designazione e per la fervida e tenace opera svolta dal prof. Sgobbo.

Desidero trattenervi di proposito per ricordare una plaga meravigliosa del Mezzogiorno, i Campi Flegrei, che attendono la loro rinascita e valorizzazione del ricco patrimonio idrologico, climatico e storico.

La Sezione Meridionale continentale della nostra Associazione, che ho l'onore di presiedere, non ha mancato e non manca in ogni occasione di prospettare, anche partitamente, il vasto problema specialmente idrologico, ed ha tenuto Congressi regionali ad Agnano ed Isola d'Ischia. Solo Agnano è nel pieno suo sviluppo; il resto, a mio modo di vedere, otterrà un vero e graduale sviluppo solo quando si svolgerà un programma unico, armonico ed organico.

La vasta plaga, meravigliosa ed unica, dei Campi Flegrei, posta ad occidente di Napoli fra la collina di Posillipo, il Monte di Procida e Cuma, ricca di vegetazione varia nel piano e nelle colline, racchiude nei suoi confini paesi e borgate diverse: Fuorigrotta, Bagnoli, Pozzuoli, Baia; Bacoli; Torregaveta; Monte di Procida, Cuma, Miseno; racchiude dei laghi: Averno, Lucrino, Fusaro, e numerosissime sorgenti minerali in prevalenza termali fra cui le numerose sorgenti di Agnano, Bagnoli e Pozzuoli; ha una spiaggia incantevole marina a Bagnoli, Pozzuoli, Lucrino, Bacoli; raccoglie monumenti e ruderi leggendari specialmente romani, disseminati nel territorio con prevalenza verso o nei centri abitati e ricchi di ricordi storici di notevolissima importanza.

Un impulso considerevole si è ottenuto e si continuerà ad avere per il grande sviluppo dato dal R. Governo, dall'Amministrazione della Provincia e dal Comune di Napoli alle *comunicazioni interne* ed alle *comunicazioni con Napoli e Roma*.

E' proprio in questo anno che si è inaugurata la Ferrovia Cumana elettrificata, mentre prima era a carbone, e che tocca tutti i paesi dei Campi Flegrei fino a Torregaveta; in questo mese s'inaugurerà la Direttissima Napoli-Roma percorrendo tutta la linea in due ore e quaranta minuti e traversando, con fermate nei Campi Flegrei, Fuorigrotta, Agnano, Bagnoli e Pozzuoli; e vi è una linea tramviaria comunale, percorsa da molte vetture, specie nella stagione estiva, che da Napoli va fino a Pozzuoli avendo molte fermate intermedie.

E' necessario però che questa linea tramviaria si prolunghi toccando altri paesi, i quali ora si trovano in comunicazioni con Napoli solo mercè la Ferrovia Cumana.

Agnano che trovasi fra Fuorigrotta e Bagnoli, utilizza tutti e tre i menzionati mezzi di comunicazione con i quali ha un ricco servizio di collegamento tramviario ed automobilistico.

Tutte queste nuove comunicazioni nel tratto Fuorigrotta-Pozzuoli, comprendendo Bagnoli ed Agnano, già producono notevoli vantaggi.

Vi è un sensibile *sviluppo edilizio* in alcune località dei Campi Flegrei, specialmente a Fuorigrotta e Bagnoli: a Fuorigrotta si è iniziata la costruzione del grande Rione della Laziale che occuperà tutta la vasta pianura, e attorno alla Stazione di Bagnoli della Direttissima (Metropolitana) sorgerà un vasto quartiere capace di 10 mila abitanti. Agnano tende a divenire anche un centro abitato importante e già varie costruzioni sono sorte lungo la strada, che dalla via Provinciale mena alle Terme.

Si vedono sempre più numerosi a Pozzuoli, Bagnoli, ed Agnano e Lucrino alberghi abbastanza buoni e varie pensioni. Fra gli alberghi primeggia quello delle Terme di Agnano che ha cento camere ed è arredato con tutto il *comfort* moderno: ma certo non basta. Per ottenersi quello che si richiede e si vuole in fatto di alloggi dovrebbe intervenire l'industria alberghiera; e son certo che essa utilmente impiegherà i suoi capitali in vari posti dei Campi Flegrei, centri di cure termali, di bagni marini e di turismo, e concorrerà allo sviluppo della plaga.

L'acqua potabile di Serino, che alimenta Napoli, è già canalizzata nei Comuni dei Campi Flegrei.

Notevole sviluppo prende la incantevole *spiaggia marina* a Bagnoli e principalmente nella vicina Coroglio, a Pozzuoli e principalmente a Lucrino, ed alquanto anche a Bacoli.

Con vero compiacimento abbiamo visitato in questa estate due fiorenti *Colonie Marine*, le quali, completati i lavori in corso saranno permanenti: una a *Lucrino* dipendenza di « Casa Bianca », e l'altra ad *Arco Felice* istituita dall'Asilo Vittorio Emanuele III di Napoli, che hanno

Digitized by Google

a gruppi, accolto in quest'anno circa 2000 bambini di varie provincie meridionali, fermandosi ogni gruppo un mese.

A *Lucrino* poi in quella incantevole spiaggia marina vi è una vera affermazione di spiaggia per bagni marini, frequentati largamente da pubblico vario e specialmente dall'alta borghesia e dall'aristocrazia. E' una iniziativa che bisogna con ogni sforzo incoraggiare e sostenere; anzi, penso che con l'autorevole ed efficace aiuto di S. E. Castelli Alto Commissario della Provincia di Napoli, si debba riuscire ad unificare e valorizzare tutta la spiaggia marina da Bagnoli a Pozzuoli, per Lucrino fino a Bacoli. Questa dovrebbe essere la *spiaggia marina della grande Metropoli del Mezzogiorno.*

Ma una larga, moderna e principale valorizzazione si deve realizzare e completare nella plaga Flegrea: *la valorizzazione delle numerose sorgenti di acque minerali,* delle *stufe* e dei *fanghi.* Bisogna industrializzare queste risorse svolgendo un programma organico, preciso, principalmente sanitario, di razionale sfruttamento. Pensate che oggi vi sono nei Campi Flegrei ben 13 Terme, cioè le Terme di Agnano e gli Stabilimenti Cotroneo, Manganella, Masullo e Tricarico nel territorio di Bagnoli; e gli stabilimenti D'Alicandro, La Pietra, Pisano-Verdino, La Salute; Serapide, Sociali, Subvèni Homini e Vitolo in territorio di Pozzuoli. In tutte queste località anche altre terme potrebbero sorgere.

Le Terme di Agnano nel cui bacino scaturiscono 75 sorgenti di acque termo-minerali, con un ampio fabbricato romanamente maestoso, ricco di camerini di varie classi per bagni termali e bagni e docce termali, muniti di tutto il *comfort* igienico occorrente, con una Sezione di stufe, costruita sui ruderi del sudatorio romano, hanno preso il primato nell'interno ed all'estero, come è riconosciuto e si è constatato da coloro che le hanno visitate o che vi sono diretti per cura.

Vi sono poi altre buone Terme nella plaga flegrea, per quanto molto più modeste negli impianti e nelle potenzialità.

Tutti indistintamente questi Stabilimenti secondari dovrebbero essere convenientemente valorizzati, in modo da costituirsi un insieme armonico, con sicuro rendimento molto maggiore dell'attuale ed a vantaggio della rinomanza della plaga.

Baia per tutte le sue bellezze naturali e per la dolcezza del clima, fu *Stazione Climatica* molto ricercata e preferita dagli antichi romani.

Diversi imperatori romani costruirono ville deliziose sul lido di Baia. Ma il problema di rinascita dei Campi Flegrei come stazione climatica non ancora è stato posto ed affrontato.

Il Lorenz nel 1912 aprì una Stazione climatica in quel di Cuma, sopra il Tempio di Mercurio, ma non ebbe successo.

Un lavoro di preparazione per valorizzare le colline di Agnano come Stazione Climatica si deve al Direttore generale delle Terme di Agnano Comm. Saccani ed alle accurate osservazioni fatte nell'Osservatorio «Ciro Chistoni» di Agnano stesso dal Dott. Signore.

In ogni modo per studiare bene questo problema climatico fa d'uopo iniziare in alcuni posti ed estenderle in altri tutte le osservazioni inerenti alla individuazione di un clima per avere dati sicuri e precisi sulle proprietà climatiche di determinate zone dei Campi Flegrei.

Ma nel programma di valorizzazione dei Campi Flegrei deve anche essere compresa, per ammaestramento e cultura, la *parte archeologica,* ricchissima ed importantissima di notizie storiche, riguardanti principalmente l'origine e lo sviluppo delle Terme Romane, le quali appartengono alla plaga Flegrea.

Mi piace ricordare qualche notizia in proposito:

Grande considerazione merita *Baia,* la più importante stazione termale del mondo antico per le sue doti naturali e la sua conseguente valorizzazione. Si ritiene innanzi tutto che l'uso dell'acqua termale rimonti a tempo antichissimo, in cui si fece uso delle grotte di Baia, scavate nelle colline vulcaniche naturalmente e progressivamente calde e nella cui parte interna, più calda, si trovano fonti termali.

Una idea delle Terme Baiane di questo periodo antichissimo la possono dare le cosidette *Stufe di Nerone* o di Tritoli in territorio di Pozzuoli. Si ritiene altresì che da queste grotte vulcaniche di Baia traessero origine le *Terme Romane,* quasi imitazione artificiale e che apparvero nel primo secolo avanti Cristo.

I ruderi hanno dimostrato e dimostrano che in queste Terme vi era *l'apoditerium* (spogliatoio); il *tepidarium* per evitare bruschi passaggi di temperature; il *calidarium* per sudare e quindi prendere il bagno caldo; il *laconicum* o *assa sudatio* (stufa secca) per provocare solo sudore, accedendovi dal tepidarium; il *frigidarium* per il bagno freddo, completamento della *termoterapia* ed altri elementi accessorii quale la *palestra* per gli esercizi ginnici.

Il caratteristico *bagno romano* consisteva essenzialmente nella sudorazione seguita dal bagno caldo e poi dal bagno freddo per togliere il senso di spossatezza dato dalle pratiche termali.

A *Baia* vi sono pure cospicui avanzi delle Terme Romane del periodo più progredito, con ambienti artificialmente costruiti in fabbrica, e sono il cosidetto *Tempio di Venere,* quello di *Diana* e quello di *Mercurio*: la loro costruzione, i ruderi ed altro proverebbero che sono avanzi di Terme.

Le Terme di Baia, artificialmente costruite, venivano riscaldate con lo stesso calore vulcanico canalizzato come lo provano le Terme di Agnano. Baia fu sempre con successo frequentata da tempo remotissimo fino alla decadenza romana ed anche più tardi nel Medioevo.

Nel sito ove nel 1538 sorse nel corso di una notte il *Monte Nuovo,* tra Baia e Pozzuoli, vi erano in antico delle Terme e vi era anche la *Villa di Cicerone,* nella quale sgorgavano acque termali.

Sul *Lago di Averno* vi è il cosidetto *Tempio di Apollo,* ricordo di Terme Romane.

A Pozzuoli nell'antichità sorsero molte Terme, ma poche tracce e ricordi si conservano. Avanzi di Terme sono il cosidetto *Tempio di Nettuno,* quello di *Diana* ed alcuni ruderi presso l'Annunziata.

Non pare che i Romani usassero per Terme il *Tempio di Serapide,* invece utilizzavano le sorgenti termali alle spalle del Tempio; sempre a Pozzuoli, essi costruirono nel mare un'isola artificale per sfruttare una sorgente sottomarina.

Tra *Pozzuoli* e *Bacoli* vi erano altri piccoli stabilimenti balneari romani (*balneoli*), dei quali restano anche le denominazioni Medioevali.

I Romani utilizzavano moltissimo le *acque dei Pisciarelli,* presso Agnano. Gli avanzi più notevoli di Terme Romane nei Campi Flegrei sono quelli che restano ad *Agnano.* Sorgeva quivi un grandioso Stabilimento Termale, ad anfiteatro. Le Terme Romane di Agnano non erano costituite soltanto dai ruderi che si vedono sulle pendici del *Monte Spina,* ma si prolungavano anche ove sono le moderne Terme ed includevano pure dei sudatorii come le attuali *Stufe di S. Germano,* che usufruiscono dello stesso centro termico.

Le Terme erano del tipo di quelle di Baia riscaldate naturalmente con calore emanante dal suolo vulcanico canalizzato opportunamente, ed erano fornite pure di acqua dolce presa dalla diramazione dell'acquedotto romano di Serino.

Questa ricchezza archeologica ha una importanza enorme oggi specialmente che sotto la guida illuminata del Capo del Governo e le sapienti direttive del Ministro di P. I. S. E. Fedele, l'Italia nuova sente tutta la sua grandezza e vuole rivivere nella rievocazione e nei ricordi di Roma antica.

La valorizzazione archeologica dei Campi Flegrei, insieme a quella idrologica e climatica, dovrebbe costituire argomento da trattare in un nostro Congresso Nazionale nei Campi Flegrei, illustrato e documentato con visite alle varie località.

La rivalutazione dei Campi Flegrei e la rinascita idrologica deve essere studiata, preparata, illustrata e voluta dalla nostra Associazione Italiana di Idroclimatologia e Terapia Fisica.

E' un grande problema Nazionale ed un grande problema del Mezzogiorno d'Italia.

E dovremmo esporlo e prepararlo senza ulteriori rinvii, anche perchè vi sarà nel 1930 fra due anni, la Festa Nazionale del *bimillenario della nascita* del Grande Poeta Italiano Virgilio Marone, le cui ceneri sono depositate di contro a Napoli, alle porte dei Campi Flegrei.

E voglio informarvi che già il R. Governo si prepara per questa festa commemorativa: il Ministro di P. I. ha già disposto ricerche archeologiche in via di esecuzione a Cuma, ed ha disposto altresì la trasformazione del modesto sepolcro di Virgilio in un grandioso mausoleo; e l'Alto Commissario per la Provincia, S. E. Castelli ha già fatto iniziare la costruzione di una grande via di accesso all'Ippodromo di Agnano, che incontra il tracciato dell'antica Via Appia.

Spero che la mia proposta sia unanimemente accolta e che nel venturo anno vi sia il XIX *Congresso Nazionale nei Campi Flegrei.*

Prof. Francesco Paolo Scobbo
Direttore dell'Istituto di Radiologia ed Elettroterapia nella R. Università di Napoli

Digitized by Google

COMMENTI E POSTILLE

Ancora dell' influenza delle malattie rinofaringee sul sistema ipofisario

(Seconda risposta al Prof. Salmon)

per il prof. SALVATORE CITELLI (Catania)

Nel n. 39 di questa rivista Salmon fa una replica in cui — senza spostare affatto i dati e le affermazioni da me pubblicati ma deviando e facendo altre affermazioni non vere — vorrebbe dare ad intendere che la ragione sta dalla parte sua, sol perchè prima di Poppi e di me aveva parlato di un legame patogenetico *qualsiasi* tra affezioni nasali ed ipofisi. E' evidente invece che questa idea generica indeterminata di rapporti qualsiasi, non gli può dar il diritto di aver posto le fondamenta del mio edifizio: fra le altre cose nel 915 (*Rivista italiana di Neuropatologia*) e anche dopo io attribuii a Poppi la poco importante priorità dell'idea generica di rapporti qualsiasi tra ipofisi e vegetazioni adenoidi, e lo stesso Salmon dice che prima di lui Cyon aveva stabilito sperimentalmente tali rapporti generici. La quistione dunque sta nel vedere di quali rapporti speciali egli parlò nel 905 tra malattie nasali e ipofisi. Se egli avesse ammesso gli stessi rapporti ch'io concepii e riuscii poi a dimostrare, allora gli riconoscerei senz'altro il diritto che adesso pretende. Invece, come dimostrai nella mia prima risposta, non è affatto così. Anzitutto egli non enunciò nettamente una tesi che specificasse quali fossero secondo lui i detti rapporti, probabilmente perchè allora a tale tesi non pensava. Ma mise insieme delle notizie e dei casi clinici (due soli dei quali erano suoi) senza alcuna critica o interpretazione personale, preoccupato soltanto di confortare la sua tesi sul sonno. Tali casi, male studiati, sono stati riferiti e discussi nella mia prima risposta, e da essi si intravede una concezione in massima parte diversa da quella mia. Alcuni di tali casi, ripeto, parlano evidentemente di alterazioni nasali che sarebbero la conseguenza e non la causa di malattie ipofisarie, e non so con quale logica il Salmon nella sua replica possa dire che questa interpretazione gli sembri arbitraria. Altri casi fanno pensare che egli ammetta che tutte le sinusiti e qualsiasi alterazione la più lieve delle fosse nasali, e anche del palato e delle tonsille palatine, possono dare disturbi del sonno alterando l'ipofisi; mentre io lungi dal dimostrare questa sua tesi ho dimostrato che in massima parte essa è errata, e che la vera è quella da me con precisione concepita nel 909, che cioè solo le vegetazioni adenoidi e le altre malattie della volta faringea, nonchè quelle del seno sfenoidale, possono influire sul sistema ipofisario. Questo precisamente è il nodo della quistione, ed è inutile che il Prof. Salmon cerchi di deviare.

Salmon adesso aggiunge che egli citò numerosi casi in cui i disturbi del sonno sparirono col lavaggio dei seni sfenoidali, coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi o coll'apertura dei seni sfenoidali. Ma anche se ciò fosse vero, non toglierebbe nulla a quanto sopra ho rilevato. Senonchè sono costretto a controbattere tali affermazioni perchè nel suo lavoro del 905, il solo che mi precedette, Salmon non cita nessun caso in cui i disturbi del sonno sparirono coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi o coll'apertura dei seni sfenoidali.

Solo nel caso del giovane di 19 anni da me estesamente riportato nella I^a^ risposta, è detto che l'asportazione delle adenoidi fece sparire quasi la sonnolenza, ma dopo qualche settimana essa ricomparve quantunque migliorata. Allora si praticò la tonsillotomia palatina e tornò a migliorare la sonnolenza. Inoltre in questo caso esistevano sintomi di acromegalia alla quale probabilmente, come rilevò nel 905 lo stesso Salmon, era dovuta la sonnolenza.

Questo caso dunque non dice affatto che il disordine ipofisario era secondario alle vegetazioni adenoidi. Inoltre nessun caso esiste nel lavoro del 905 in cui è detto che i disturbi del sonno sparirono coll'apertura dei seni sfenoidali. Vi è un solo caso in cui esisteva un'insonnia con scolo purulento dal naso. Gatteschi lo riscontrò affetto da sinusite sfenoidale ed etmoidale, e dopo una lieve operazione il paziente migliorò notevolmente e scomparve la secrezione nasale; però dopo alcuni giorni riapparve lo scolo purulento dal naso e ritornò l'insonnia. Questo caso riferito da Salmon al solito senza alcuna interpretazione propria, oltrechè non dice nulla, francamente è poco serio.

La lieve operazione cui si accenna non sarà stata l'apertura dei due seni sfenoidali, operazione certamente non lieve, forse sarà stato fatto qualche piccolo raschiamento sull'etmoide. Inoltre non si comprende come la secrezione nasale possa essere temporaneamente scomparsa senza dare sintomi di ristagno (anzi accompagnandosi alla scomparsa temporanea dell'insonnia), dal momento che dopo alcuni giorni ricompariva lo scolo purulento insieme all insonnia. Ed ecco a che cosa si riducono i numerosi casi cui accenna adesso il Salmon e che dovrebbero sostenere la sua pretesa priorità sulla mia concezione.

Nella replica Salmon crede di giustificarsi della mia osservazione, che cioè solo quest'anno egli si era deciso a reclamare la detta priorità, facendo un'altra asserzione non vera. Egli scrive che mai prima d'ora io avevo affermato l'esclusiva mia priorità sul riguardo, mentre dal 1911 in poi in tutti i miei lavori ho parlato sempre di *mia ipotesi o teoria* e non di ipotesi di Salmon, e ho aggiunto nel 915 e nel 919 che alcuni casi del Salmon confortavano la mia ipotesi, riferendomi però — com'è detto nello stesso periodo — sopratutto al suo volume del 910 posteriore al mio primo lavoro e contemporaneo al secondo. Ora se egli avesse avuto dei diritti, avrebbe dovuto farsi avanti parecchi lustri prima, e inoltre avrebbe dovuto intervenire in mio favore nelle lunghe discussioni tra me e Poppi, per stabilire se le vegetazioni adenoidi erano conseguenza della lesione ipofisaria come Poppi sosteneva o invece la causa come sostenevo io. Ricorderò ancora che nella mia prima risposta su basi inoppugnabili ho dovuto oppugnare le seguenti affermazioni del Salmon:

1° che non avevo mai citato i lavori di lui prima di quest'anno;

2° che Salmon nel 905 avesse rilevato che il caso del giovane di 19 anni che ho sopra ricordato, parlasse sicuramente di una sindrome ipofisaria secondaria alle vegetazioni adenoidi;

3° che fosse stata da qualche Autore riconosciuta a Salmon la priorità di concezione, mentre nessun Autore ha mai scritto finora ciò.

LIBRI ED OPUSCOLI

BARÒ L. *Cura delle malattie oculari con la ionoterapia elettrica* (Tratamiento de las enfermedades de los ojos por médio de la ionoterapia elétrica) 1 vol. di pag. 91 con 35 figure. Ed. M. Marin. Provenza 273, Barcelona, 1925. Prezzo non indicato.

Manuale di ordine strettamente pratico, ma completo e chiaro nella esposizione.

L'ionoterapia vi si trova largamente descritta in tutte le sue particolarità e bene esposta nel suo meccanismo d'azione. I vari apparecchi e strumenti da usarsi al riguardo sono anche esaurientemente notati e descritti, onde risulta che il pratico può dalla lettura di questo manuale essere messo al corrente di quanto occorre alla bisogna. Successivamente in ordinata classifica si trovano descritte le applicazioni di questo metodo terapeutico nelle affezioni del cristallino, nel glaucoma, nelle affezioni congiuntivali, in quelle della cornea, della sclerotica, dell'iride della coroide, della retina e del nervo ottico, delle vie lagrimali e delle palpebre nonchè nelle paralisi dei muscoli motori dell'occhio e nelle neuralgie del trigemino.

Questo manuale è raccomandabile a tutti i cultori di elettroterapia, per la chiarezza e brevità della esposizione e per la sua esauriente completezza.

FURTH O. *Manuale di Chimica fisiologica e patologica* (Lehrbuch der Physiologischen und Pathologischen Chemie) I vol. II parte. 1 vol. di pag. 416. Ed. F. Vogel. Dresdnerstrasse 3, Lipsia 1926. Prezzo RM. 15.

E' questa una felice sintesi della medicina pratica e scientifica, è un'esposizione armonica e semplice delle ricerche chimiche che possono contemporaneamente interessare il fisiologo, il patologo ed il clinico per la varietà e l'importanza che ognor più vanno assumendo le nozioni chimiche negli studi medici in generale.

Trovano in questo volume esposizione la composizione chimica ed il ricambio dei muscoli, e dei nervi (nonchè della sostanza nervosa in genere), la composizione delle ossa e il metabolismo del calcio, la composizione delle melanine e quella dei prodotti dell'attività epatica e renale, nonchè la struttura chimica della milza, del timo e del midollo osseo. Tutto ciò nelle condizioni normali e patologiche, tenendo conto separatamente delle diverse alterazioni morbose che possono colpire gli organi, sistemi ed apparati su menzionati.

La chiara esposizione della materia e gli importanti riferimenti ai bisogni della pratica renderanno sicuramente quest'opera ben accetta agli studiosi, cultori della Medicina illuminata dalle ricerche di laboratorio.

ILVENTO A. *Igiene e Malattie dello Scolaro* (Vol. 10° del «Trattato Italiano d'Igiene» pubblicato sotto la direzione di O. Casagrandi) 1 vol. in -4 di pag. 590 con una tavola a colori e 201 figure nel testo. Ed. Unione Tip. Editrice Torinese. Torino 1926. Prezzo L. 60.

Digitized by Google

Appare con questo il decimo volume del Grande Trattato d'Igiene, pubblicato sotto la direzione e sotto la cura del Casagrandi.

Ricco d'illustrazioni e di progetti questo libro del Prof. Ilvento rappresenta un preziosissimo ausilio per quanti, medici o non medici, si interessano largamente della questione e portano il loro contributo nella lotta contro le affezioni che maggiormente infieriscono fra gli scolari.

Dopo avere in rapida sintesi accennato agli attuali regolamenti scolastici, agli orari e ai programmi, l'A. s'intrattiene circa l'educazione fisica dei fanciulli, quale ottimo mezzo per il miglioramento materiale e morale di questi; indi espone in modo riassuntivo tutte le affezioni che più o meno largamente colpiscono gli scolari, ricordandone la via, il meccanismo di trasmissione e le misure profilattiche.

Larga parte del volume è dedicata alla descrizione di un edificio scolastico modello, quale dovrebbe sempre tenersi di mira da quelli che sono preposti alle alte cariche della Pubblica Istruzione. In ultimo trova estesa esposizione il funzionamento del servizio medico-scolastico, il quale dovrebbe sempre tendere alla sorveglianza della salute comune, nonchè ad un insegnamento d'origine ai piccoli scolari e ai giovani studenti, specie per quanto riguarda l'igiene sessuale.

Opera, questa dell'Ilvento, che abbraccia nella sua completezza tutto il dibattuto problema igienico della scuola e che rappresenta per i medici specializzati guida opportunissima allo studio delle svariate e complesse questioni inerenti.

Liek E. *Il medico e la sua missione* (Der Arzt und seine Sendung) 4ª edizione. 1 vol. di pag. 174 Ed. J. Lehmann. Paul Heyse Strasse 26. München. 1927. Prezzo RM. 4.

Pieno di originalità e di verità profonde, questo libro rispecchia fedelmente la mentalità teutonica, scevra di esagerazioni e di vuote ed irrealizzabili utopie.

E' il frutto di una lunga esperienza personale, e della fredda e spassionata osservazione degli uomini e degli ambienti. Ornato qua e là di personali e professionali vicende, esso dà la chiara visione della vita di un giovane medico, che sul limitare della sua carriera, si trova assalito dai primi dubbi tormentatori, dalle difficoltà degli anni di assistentato; dalla durezza della pratica ospedaliera e di laboratorio.

Ma quello che riesce più interessante e piacevole ed utile è quanto si riferisce alla pratica privata, ai rapporti fra medico ed ammalato. E' qui che deve rifulgere alta l'arte del medico nella sua nobile missione curativa, profilattica, apportatrice di salute e di provvide misure.

E' nel campo sociale appunto che il medico deve svolgere la sua attività intesa al miglioramento della razza, ricorrendo a mezzi che se pur non hanno la severità delle leggi di Sparta, siano decisivi e fertili di buoni risultati.

Si ritrova qui quell'animoso spirito germanico che tende ognor più alla supremazia della propria razza, spirito che per sè è encomiabile e che già condusse alla gloria immortale i popoli dell'antica Roma e quella di Atene e Sparta.

Alterius non sit quod nostrum esse potest. ecco il motto che l'A. ricorda ai medici che si avviano alla professione per avviarli alla lotta per il miglioramento continuo della razza.

Oppenheimer C. e Kuhn R. *Trattato sugli enzimi* (Lehrbuch der Enzyme). 1 vol. di pag. 660 Ed. G. Thieme Antonstrasse 15-10, Leipzig, 1927. Prezzo RM. 33.

Opera completa, grandiosa e si potrebbe anche dire formidabile, questa che l'Oppenheimer con la collaborazione di Kuhn presenta, corredata da una serie infinita di ricerche sperimentali di ordine puramente fisiologico e biochimico.

Il fisiologo puro può trovare in questo trattato tutto quanto di più minuto e di più moderno si sappia finoggi intorno ai catalizzatori vitali.

La natura chimica de fermenti, i processi fermentativi, la loro specificità, l'influenza che su essi esplicano i fattori chimici e fisici sono svolti secondo le più moderne acquisizioni scientifiche.

Le nozioni colloidali che si riallacciano alla struttura dei fermenti stessi, l'importanza del substrato per l'attività di questi, la loro individualizzazione, il loro destino sono così largamente trattati, da riuscire a dare ai lettori la completa visione di questo moderno indirizzo degli studi fisiologici.

Nella parte speciale dell'opera trova esposizione la classificazione di questi catalizzatori a seconda delle sostanze su cui agiscono (idrolasi, carboidrasi, nucleasi, ecc. ecc.), con la enumerazione dettagliata di tutte le singole varietà di fermenti, delle loro proprietà e caratteristiche.

La notorietà dell'Oppenheimer nel campo degli studi sperimentali non potrà che dare lustro a quest'opera di alto contenuto scientifico; la collaborazione del Kuhn, professore di chimica fisica nel politecnico di Zurigo, sta a riprova della esattezza della parte tecnica sperimentale che si trova compilata qui in tutta la sua interezza e con la massima semplicità.

Regnault J. *I metodi di Abrams.* Un volume in 12° di pag. 208 con 32 illust. Edit. N. Maloine, Parigi. Prezzo: 20 franchi.

Questa pubblicazione di Regnault riassume tutta la tecnica dei metodi diagnostici e curativi dell'americano Abrams, specialmente la spondilodiagnostica, la spondiloterapia, le reazioni elettroniche, la musicoterapia, con le critiche dei vari osservatori, che si sono occupati dell'argomento. L'opera termina con considerazioni generali sulle applicazioni della fisica alla biologia in genere ed alla medicina in ispecie. Libro molto interessante e ricco di notizie.

Benassi E. *Esperienze sulla vaccinazione antitifoparatifica per via cutanea.* Estratto dal «Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese», aprile 1926.

Di Tommasi E. *Statistica delle cure praticate nelle Terme di Agnano-Napoli distinte per gruppi di malattie.* Tip. Aldina, Napoli, 1926.

Oliva C. *La stasi alla Bier nella cura delle lesioni infiammatorie acute chirurgiche.* Estratto dalla «Rivista di Chirurgia», fasc 1-4, 1925.

Vernoni G. *Sopra un caso di emocangectasia cavernosa congenita diffusa totale della gamba e del piede.* Estratto da «Lo Sperimentale», fasc. 1-2, 1923.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA VARSAVIA

Il libero aborto nella Russia sovietica. — La frontiera russa è al quanto lontana, e varcarla non è — anche ora — impresa da poco; questo tuttavia non impedisce che Varsavia costituisca un ottimo osservatorio, credo anzi il migliore, per chi cerchi di rendersi conto dal di fuori del come le cose vadano nell'empireo bolscevico.

In questo mio soggiorno nella capitale Polacca ho infatti potuto procurarmi un interessante materiale documentario su una delle più gravi innovazioni sociali del regime sovietico: *la legalizzazione del diritto di aborto.*

Innovazione grave ed anche sollecita, in quanto le prime affermazioni, diremo così, legislative in proposito, pronunziate dal tribunale popolare, datano dal novembre 1917, appena abolito il vecchio codice penale vigente sotto gli Zar.

Ma una formulazione precisa di questo diritto della donna al libero aborto, troviamo solo tre anni più tardi, in un decreto del Commissariato del Popolo, datato 18 novembre 1920, che dice così:

«Nell'intento di proteggere la salute della donna e *gli interessi della razza* (?) da manovre egoistiche e brutali, e riconoscendo l'assoluta inefficacia delle repressioni in questo campo, il Commissariato del Popolo per l'Igiene e quello per la Giustizia dispongono quanto segue: 1) Saranno gratuitamente praticate interruzioni operative della gravidanza negli ospedali del Governo dei Soviets, nei quali è assicurato un massimo di innocuità; 2) è rigorosamente proibito a chiunque non sia medico praticare delle operazioni di questo genere; 3).... 4).... »

Ma già nel 1924 questo decreto fu dovuto modificare, nel senso di tentare di arginare la marea crescente delle donne desiderose di disfarsi del nascituro, che urgevano alle porte degli ospedali sovietici.

Così un decreto del Commissario del Popolo, Dottor Semaschko (marzo 1924) ha disciplinato le cose nel seguente modo: L'aborto non è più assolutamente libero, ma dev'essere motivato da ragioni mediche o *sociali.* A tale scopo sono costituite delle Commissioni (*Trojki*), formate da un medico (Presidente), da una delegata dell'Associazione delle Donne, e da un delegato del Consiglio dei Lavoratori.

Ogni donna che vuole abortire deve fare un esposto a questa Commissione, indicando le ragioni per le quali intende liberarsi dalla sua gravidanza.

La Commissione dovrà, dopo aver giudicato sulla legittimità dei motivi (igienici o sociali), prima di dare l'autorizzazione all'aborto, *ammonire* la postulante: 1) *sul nocumento che l'aborto provocato può portare alla salute;* 2) *sul pericolo di morte connesso con le pratiche abortive;* 3) *sul danno che lo Stato riceve per ogni aborto consumato.*

Dopo di che la donna viene inviata, munita di apposita autorizzazione, in un ospedale specializzato per la bisogna.

Se l'aborto viene chiesto per ragioni igieniche, la domanda va accompagnata da un certificato medico; ma non è neppure indispensabile

Digitized by Google

in questo caso di ricorrere alla Commissione speciale per l'autorizzazione, essendo allora sufficiente il certificato medico ed il giudizio favorevole di due medici della stessa clinica in cui l'interessata desidera sottoporsi alle pratiche abortive.

E' sintomatico il fatto che al § 9 dello stesso decreto viene fatto obbligo alle singole sezioni delle Associazioni per la protezione della madre e del fanciullo, di *svolgere propaganda contro l'aborto!*

Dal complesso di queste successive disposizioni legislative emerge, per tal modo, netta la sensazione che il Governo Sovietico si renda conto del disastro sociale prodotto dalla libertà di aborto, e cerchi di arginarlo alla meglio con progressive restrizioni.

Nè mancano, d'altra parte, delle dichiarazioni non sappiamo quanto autorizzate, ma che circolano qui con sempre maggiore insistenza, che il Governo Sovietico intende considerare la legalizzazione dello aborto come una *misura temporanea*, in relazione alle tristi condizioni economico-sociali della maggior parte della popolazione, misura che andrà naturalmente abolita quando le condizioni suddette saranno migliorate.

Dalla visione di insieme delle disposizioni legislative è interessante passare a considerare gli effetti delle medesime.

Una prima considerazione è questa, che le donne russe hanno approfittato in larga misura delle facilitazioni, e ne approfittano in misura sempre crescente, nonostante le disposizioni più restrittive.

Stralcio tra le molte statistiche, che sarebbe qui fuor di luogo citare per esteso, una, concernente le autorizzazioni ad abortire concesse dalla apposita Commissione di Leningrado negli ultimi dieci mesi del 1924, vale a dire *dopo* le ultime disposizioni restrittive:

Marzo 450; Aprile 463; Maggio 605; Giugno 756; Luglio 654; Agosto 606; Settembre 644; Ottobre 697; Novembre 720; Dicembre 818!

Bisogna, d'altra parte, por mente al fatto che queste cifre si riferiscono, come ho detto, alle *autorizzazioni ufficiali* di aborto ma che, per comune consenso di tutte le persone bene informate, bisogna aggiungere a queste quelle degli *aborti clandestini*, che non sono per nulla scomparsi, come sarebbe stato logico pensare dopo l'emanazione di disposizioni così favorevoli. Il fatto è che si calcola generalmente che gli aborti clandestini persistano *in misura presso a poco eguale a quella degli autorizzati!*

Vale la pena, inoltre, di conoscere per *quali motivi l'aborto viene chiesto*, ed in quale misura per ciascun motivo.

Il maggior numero di domande è motivato dall'*insufficienza di mezzi economici* (oltre il 70 %); seguono, molto da lontano, gli *stati morbosi* (circa il 17%), l'avere la gestante dei figli che ancora allattano (circa il 5 %), l'essere la famiglia già numerosa (circa il 2 %), od altri motivi particolari.

E' interessante sapere che queste domande vengono esaudite dalle Commissioni — che avrebbero il compito di ridurle al minor numero possibile — *nella misura di oltre l'ottanta per cento* in media!

Quasi a discolparsi di questa immane «strage degli innocenti» si mette con soddisfazione in rilievo dalle autorità sovietiche, il fatto che sono diminuite in modo rilevante la morbilità e la mortalità postabortiva, soprattutto per ciò che riguarda l'infezione puerperale. Ciò è, naturalmente l'effetto della precisione e dell'asepsi con cui gli interventi sono eseguiti negli ospedali specializzati.

Ma a questo si contrappone l'aumento progressivo delle malattie veneree, che alcuni competenti considerano addirittura come tragico, e che viene messo logicamente in relazione con la libertà di aborto, che porta per conseguenza la scomparsa dell'ultimo freno per l'attuazione di quel «libero amore», che non per nulla sentivamo decantare un tempo anche tra noi come uno dei postulati morali (?) del comunismo!

A questo proposito — e prima di finire — vale la pena di citare i risultati di un'interessante inchiesta sulla *vita sessuale delle studentesse russe*, pubblicata sulla *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*: il 19.5 % delle studentesse sono sposate, il 60 % però avevano già avuto rapporti sessuali prima del ventesimo anno; di quelle non ancora sposate il 55 % dichiararono di preferire il matrimonio, le altre manifestarono invece la loro predilezione per rapporti sessuali saltuarii; delle sposate il 40 % erano per il solo marito; il 53 % ammettevano anche rapporti extraconiugali!

E tra la «gioventù comunista» vige la norma che ogni ragazza che fa parte dell'associazione deve — se ne viene richiesta da un «compagno» — cedere alle sue voglie, se non vuole andare incontro al *disprezzo* delle sue stesse consocie.

Ogni commento guasterebbe l'impressione prodotta dalla semplice lettura di questi fatti!

V. M. Palmieri

NOTIZIE

La Società Italiana di studi scientifici sulla tubercolosi. — La Società a mezzo del suo segretario Dott. Cecchini conferma che dal 23 al 26 dell'ottobre p. v. si svolgerà in Milano (sede: Castello Sforzesco) il II° Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, promosso dalla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi e organizzato dal Comune di Milano sotto la Presidenza onoraria di S. E. il Primo Ministro B. Mussolini.

Ad essa è stata particolarmente affidata la organizzazione della Sezione scientifica, che avrà luogo il giorno 26 col seguente programma: Ore 9: Comunicazioni del Presidente, Relazione ufficiale e discussione sul tema di Relazione. Ore 14.30: Comunicazioni scientifiche e discussione sulle comunicazioni (il tema di Relazione svolto dal Prof. Fici è: *Stato attuale delle nostre cognizioni sui rapporti tra costituzione e malattie tubercolari*).

I Soci che desiderano iscriversi al Congresso devono rivolgersi subito alla Segreteria della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la Tubercolosi, via Toscana 12 Roma (25). Da Roma dietro invio della quota di iscrizione in L. 20 verranno inviati tessere e ribassi ferroviari.

Quelli tra i Consoci che desiderano fare delle comunicazioni o iscriversi alla discussione sulla Relazione possono mandare il titolo delle comunicazioni unitamente a un breve riassunto o alla Segreteria Generale del Congresso (Via Palermo 6, Milano) o alla Segreteria (via Gaudenzio Ferrari 18, Milano).

Corso di applicazione per tenenti medici della R. Marina. — Il 21 settembre nella R. Scuola di Sanità Mil. Maritt. di Napoli, si è inaugurato il Corso di applicazione per i tenenti medici della R. Marina di nuova nomina con una prolusione del valoroso Colonnello Medico A. Falso.

Il corso ha la durata di 4 mesi e lo scopo ne è quella di integrare l'istruzione dei giovani medici con lo studio di materie necessarie per l'esercizio professionale sulle navi e che non vengono insegnate nelle Università: Igiene navale e coloniale; Parassitologia e patologia esotiche; Epidemiologia navale e coloniale; Traumatologia di guerra; Fisiopatologia dell'Aviazione; Tecnica del servizio sanitario nella R. Marina, ecc.

Gli insegnamenti sono impartiti da ufficiali del Corpo sanitario di marina e, per di più, varie conferenze sono dettate da illustri Maestri dell'Ateneo, primo tra tutti, il Magnifico Rettore Prof. F. Bottazzi, che è insignito del titolo di Ispettore Onorario nella R. Marina, corrispondente al grado di Contrammiraglio.

Scuola di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria presso la R. Università di Bologna. — Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28 ai corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna (XIII).

Riunione annuale della Società Italiana di Biochimica. — La Società Italiana di Biochimica, in conformità di quanto deliberò il Consiglio direttivo nella seduta del 21 febbraio u. s., terrà la sua riunione annuale in Perugia dal 30 ottobre al 5 novembre prossimo, in coincidenza colla riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

Le sedute scientifiche saranno tenute assieme alla Società di Biologia Sperimentale; l'ora ed il luogo saranno comunicati a Perugia.

I temi posti in discussione sono i seguenti: 1. Belfanti Serafino: Sui lipoidi nei loro rapporti con le proteine. 2. Gola Giuseppe: I lipoidi nelle piante. 3. Rabbeno Angelo: Sull'azione farmacologica dei saponi.

Congresso internazionale d'Igiene e cinquantenario della Società di medicina pubblica a Parigi — Si terrà a Parigi, all'Istituto Pasteur, dal 25 al 28 ottobre 1927 il Congresso internazionale d'Igiene e il cinquantenario della Società di medicina pubblica, sotto l'alto patronato di Gaston Doumergue, Presidente della Repubblica. Ne saranno presidenti onorari il dott. Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, e il prof. Roger, decano della Facoltà di Medicina; presidente effettivo il prof. Léon Bernard, professore d'Igiene e di Medicina Preventiva alla Facoltà di Medicina di Parigi, Membro dell'Accademia di Medicina e del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

= 1337

Digitized by Google

I temi all'ordine del giorno sono i seguenti: « Rapporti tra le assicurazioni sociali e la salute pubblica », relatori: Kuhn (Copenaghen), Holemann (Strasburgo), Brian (Parigi); « Fattori di recrudescenza del vaiuolo nel mondo e mezzi di combatterli », relatori: proff. Jorge (Lisbona), Jitta (L'Aia) e Camus (Parigi); «La profilassi nell'Esercito », relazione del dott. Sacquepées, Medico Ispettore, professore alla Scuola d'Applicazione del Val-de-Grace.

Conferenze saranno tenute dai proff. Madsen, Presidente del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni (Organizzazione Internazionale d'Igiene), Nuttall, dell'Università di Cambridge (Parassitologia e Igiene), Ottolenghi, d'Igiene all'Università di Bologna. (Qualche aspetto della questione delle vitamine dal punto di vista dell'Igiene).

Visite concernenti l'igiene saranno organizzate e films scientifiche saranno proiettate: una Esposizione d'Igiene strettamente tecnica avrà luogo all'Istituto Pasteur.

Saranno soltanto ammesse le comunicazioni che avranno per scopo i soggetti delle relazioni. Esse non dovranno aver più di sei pagine (pagine di 39 linee, linee di 52 lettere, e la loro esposizione non potrà durare più di 10 minuti.

L'iscrizione al Congresso è gratuita per i Membri della Società di Medicina Pubblica. Essa costerà agli altri Congressisti una somma variante fra 40 franchi (Congressi francesi) a 60 franchi (Congressi esteri, per spese di posta).

Le iscrizioni sono ricevute: per il Congresso, dal dott. Dujarric de la Rivière, Capo di laboratorio dell'Istituto Pasteur, 26, rue Dutot, Paris (XV); per l'Esposizione, dal «Comité français des Expositions», 42, rue du Louvre, Paris.

Concorso a posti gratuiti nell'Almo Collegio Borromeo in Pavia. — È aperto un concorso a 13 posti gratuiti nell'Almo Collegio Borromeo in Pavia, da conferirsi per l'anno accademico 1927-28 a giovani studiosi, di disagiate condizioni economiche, ammissibili o già iscritti ad un corso universitario della R. Università di Pavia, per il conseguimento di una laurea. Dei posti, 12 sono riservati a giovani nativi nelle province Lombarde o i cui genitori, o almeno il padre, appartengano a dette Province, l'altro può essere conferito anche a giovani di altre Province del Regno. I posti che non si potessero consegnare a studenti lombardi saranno conferiti a studenti di qualsivoglia altra provincia.

Inviare domande e documenti, entro il 31 ottobre p. v., all'Amministrazione del Collegio in Pavia (Piazza Borromeo, 5), alla quale ci si potrà anche rivolgere per qualsiasi chiarimento.

Contributo straordinario per i lavori del Policlinico di Pavia. — La R. Commissione straordinaria della Provincia di Brescia ha accordato per il Policlinico di Pavia il contributo straordinario di L. 37,467,65 in supplemento del contributo precedentemente concesso.

Corso per medici condotti nell'ospedale civile di Venezia. — Durante il prossimo mese di novembre sarà tenuto nello Spedale Civile di Venezia il consueto corso, pratico accelerato pei medici condotti.

La tassa di iscrizione è di L. 30, e anche questo anno un certo numero di medici che lo desiderino potranno essere ammessi all'internato.

Con ulteriore avviso si darà il programma dettagliato; per ogni informazione ci si può rivolgere alla Direzione della Spedale Civile.

Viaggio di medici stranieri in Italia. — Si compie in questi giorni il viaggio di studio alle Stazioni di cura (Nord-Sud), organizzato dall'Enit, al quale hanno partecipato numerosi medici stranieri.

Il viaggio ha avuto inizio il 12 settembre a Montecatini e, successivamente, sono state visitate Chianciano, Fiuggi, Castellammare di Stabia, Sorrento, Capri, Agnano; Taormina; Acireale; Termini Imerese; Palermo. Il viaggio si è svolto in treno speciale, messo a disposizione dalle FF. SS. ed è stato sapientemente diretto dal professor Guido Ruata, dell'Enit.

I partecipanti (oltre 160) rappresentano la Romania, la Danimarca, la Svezia, la Svizzera, la Francia; l'Olanda; la Norvegia; l'Inghilterra; l'Ungheria; la Finlandia; la Polonia, il Belgio, l'Estonia, la Lettonia; la Germania.

Il successo dei viaggi precedenti ha largamente popolarizzato nel ceto medico europeo questa iniziativa dell'Enit, che costituisce una delle sue più brillanti ed efficaci manifestazioni di propaganda nazionale, e si è rinnovato splendidamente nell'attuale vicenda.

XX Congresso dell'Associazione fascista dei medici condotti. — Nel settembre u. s., si è tenuto in Siena, con l'intervento di circa 300 congressisti, il XX Congresso dell'Associazione fascista M. C. La seduta inaugurale ebbe luogo nella storica Sala del mappamondo nel Palazzo municipale, alla presenza di S. E. Bottai, sottosegretario al Ministero delle Corporazioni. Dopo brevi parole del dott. Bicchi, presidente del Comitato organizzatore del Congresso, del Podestà di Siena, conte prof. Bargagli Petrucci, dell'on. Adolfo Baroccini, segretario federale dei fasci senesi, del dott. Vacino, segretario generale dell'Associazione nazionale dei medici condotti, e del comm. Lusignoli, segretario generale dell'Associazione nazionale dipendenti del pubblico impiego, sorse a parlare S. E. Bottai, il quale illustrò il nuovo orientamento dello Stato corporativo, esprimendo il concetto che le gerarchie del Ministero delle Corporazioni sentono che la loro posizione innanzi alle associazioni non sindacali e dipendenti dagli enti pubblici è perfettamente la stessa, in linea morale e politica, di quella che esse hanno dinanzi alle associazioni a carattere propriamente sindacale.

Il discorso di S. E. Bottai fu chiuso da calorosi applausi; quindi ebbe inizio lo svolgimento delle comunicazioni iscritte all'o. d. g. Di queste daremo maggiori dettagli in un prossimo numero.

Per onorare G. Gradenigo. — Il Ministero dell'Aeronautica, ad onorare la memoria del compianto prof. Giuseppe Gradenigo, direttore della R. Clinica Otorinolaringoiatrica della R. U. di Napoli, ha decretato che il Centro psico-fisiologico per l'aviazione militare di Napoli venga intitolato a lui, che fu il fondatore e l'animatore di detti Istituti fin dal tempo della grande guerra.

Corso medico per missionarii a Parma. — Presso la R. U. di Parma avrà luogo, per iniziativa della Facoltà di medicina, un corso speciale di medicina e chirurgia per i missionari. Detto corso avrà la durata di 4 anni e sarà frequentato dagli iscritti agli Istituti per le Missioni estere, i quali completeranno la loro cultura per l'opera che sono chiamati a svolgere.

Concorsi a premi della Ditta Zoia. — La *Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica* di Milano, bandisce tre concorsi a premi, tra i Medici di nazionalità italiana, per lavori sui temi seguenti:

I. « Applicazioni terapeutiche della Forgenina nel campo della Medicina interna e delle singole specialità medico-chirurgiche ».

Questo tema potrà svolgersi colle stesse modalità colle quali lo scorso anno venne bandito ed effettuato dalla Ditta Zoja un riuscitissimo «concorso» (sulla Forgenina), del quale sarà adottato pressochè integralmente il «Regolamento», quale venne pubblicato in varii periodici e ripetutamente in *Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica*. I premi verranno aggiudicati da un Commissione di illustri Professori Universitarii.

Somma disponibile pei premi L. 10.000 (diecimila), con un primo premio di L. 5.000 (cinquemila); mentre le rimanenti L. 5.000 restano divisibili in premi minori, secondo il criterio che adotterà la Commissione, la quale aggiudicherà tali premi.

II. « Applicazioni terapeutiche della Genetina (arsenito di tetrametilammonio) nel campo della Medicina interna e delle singole specialità medico-chirurgiche ».

Somma disponibile pei premi L. 10.000 (diecimila), come per il tema precedente e con eguali disposizioni (primo premio L. 5.000).

III. « Il contributo scientifico italiano, antico e recente, nel campo della Medicina interna e delle singole discipline medico-chirurgiche. (Rivendicazioni scientifiche italiane) ».

Questo tema ha lo scopo di affermare e valorizzare quanto l'Italia ha sempre dato, di contributo altissimo e geniale, in tutti i campi della Medicina e della Chirurgia.

Sarà fatto speciale invito ai concorrenti (nel «Regolamento») perchè non dimentichino il contributo importante che, al progresso degli studi in generale, ha dato sempre anche la Stampa Medica Italiana, considerata altresì come elemento propulsore, efficace e continuo, della nostra produzione scientifica e della sua affermazione in Italia e all'estero.

I tre concorsi si chiuderanno il 15 dicembre 1928; ed i premii saranno aggiudicati da una Commissione di Professori Universitarii e di Personalità scientifiche, con rappresentanza anche del giornalismo medico.

Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi alla *Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica*, Milano (132), via Vallazze 39.

Lasciti e Donazioni. — Il comm. Luigi Scarciglia, di Lecce, ha donato la somma di tre milioni di lire in buoni del Tesoro e di L. 100.000 in contanti per la lotta locale contro la tubercolosi.

— La nuova amministrazione del « Progresso Italo-Americano » ha donato 50.000 dollari, in memoria di Carlo Barsotti, per l'erigendo Ospedale italiano di New York.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 24 Ottobre 1927 (V) — N. 43

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore: prof. MARIO DONATI

GLICEMIA E PROVA DELLA IPERGLICEMIA ALIMENTARE NEGLI AMMALATI CHIRURGICI DELL'APPARATO URINARIO E NEGLI IPERTESI. (*)

per il dott. RENZO PECCO — Assistente volontario

Ricerche sul comportamento della glicemia negli ammalati renali furono eseguite da numerosi Autori con risultati molto discordi.

Grigaut avrebbe trovato in tutte le forme di nefrite acuta e cronica. una iperglicemia che seguirebbe costantemente l'azotemia, e l'attribuisce ad una diminuita permeabilità renale, mentre William e Humphrereys trovarono una lieve iperglicemia solo nei nefritici uremici il che fu pure notato e da Hohler e da Lépine.

Weiland dice che nei casi di uremia si trova frequentemente una iperglicemia. Silvestri ed Aiello hanno trovato che con l'aggravarsi delle condizioni di un nefritico, aumentando l'azotemia, aumenta pure la glicemia (1,30 per mille circa).

Molti sono i ricercatori che hanno trovato iperglicemia nei nefropatici ipertesi (Nishi-Isaac-Viesel, ecc.).

Neubauer sostiene che gli ipertesi sono sempre degli iperglicemici e che ipertensione ed iperglicemia seguono una evoluzione parallela; si tratterebbe di una alterazione delle surrenali che provocerebbe una esagerata produzione di adrenalina.

Kalher e Hetenyi sono della stessa opinione.

Labbè e Denoyelle (su 12 casi studiati) non hanno osservato iperglicemia a digiuno, ma costantemente la prova della iperglicemia alimentare si presentò alterata; per essi esisterebbe dunque, costantemente, un leggiero ma costante disturbo della glicoregolazione, ma la coesistenza dell'ipertensione e della iperglicemia non sembra loro essere in rapporto con una iperattività funzionale delle surrenali (il che sarebbe provato dall'azione incostante e paradossale dell'adrenalina in questi casi).

Secondo Herrick la iperglicemia si osserverebbe nel 10-30 % dei casi di ipertensione arteriosa, e questa associazione sarebbe particolarmente frequente negli obesi e negli arteriosclerotici.

Iwai e Löwy avrebbero trovato che l'ipertensione da nefrite cronica non si accompagnerebbe ad una iperglicemia all'infuori di quando vi è iperazotemia. Nell'ipertensione pura il tasso glicemico tanto a digiuno, che dopo una reazione alimentare, è generalmente normale. Le eccezioni alla regola sarebbero da mettere in conto di qualche complicazione.

Secondo Schwab, che ha compiuto uno studio anatomo-patologico sulla questione, iperglicemia ed ipertensione sono sovente contemporanee ma senza che si possa parlare di relazione diretta di causa ad effetto, di una dipendenza graduale reciproca, e di un parallelismo fra i due fenomeni. Egli trovò iperglicemia in un terzo solo dei casi esaminati (42 dei quali 32 arteriosclerotici; 6 con glomerulo-nefriti acute e croniche, alcune con uremia, 4 con sclerosi renale grave). Per la genesi e l'intensità dell'iperglicemia nella ipertensione bisognerebbe incolpare anzitutto le lesioni vascolari del pancreas.

Ricorderò infine come, secondo non pochi autori, vi sarebbe un nesso costante tra intensità di azotemia e di glicemia (Grigaut, Brodin, Bouzard, Rathery ecc.) e che invece, secondo il Condorelli, il quale ha eseguito accurate ricerche esaminando tanto lo zucchero libero come il combinato, non esiste stretto rapporto di proporzionalità fra azotemia e glicemia. Nei nefritici uremici con forte azotemia, secondo questo Autore, si suole avere un evidente aumento del tasso dello zucchero libero accompagnato da un armonico aumento dello zucchero combinato. Nei glomerulo-nefritici ipertesi con modica azotemia (1 per mille) si avrebbe un comportamento del tutto normale della glicemia (zucchero libero e combinato). Nella arteriosclerosi renale con arteriosclerosi diffusa ed ipertensione, come anche negli arteriosclerotici ipertesi senza lesioni renali, si avrebbe un aumento dello zucchero libero (e diminuzione relativa del combinato) e questo speciale comportamento della glicemia sarebbe, con ogni probabilità, legato ad una iperadrenalinemia.

Bordet conferma la presenza di una modica ipergiicemia nei nefropatici uremici, ma, come Rathery, Bierry, Condorelli ed altri, ricerca, oltre allo zucchero libero, anche quello combinato (zucchero proteico per i francesi) dando alla ricerca di quest'ultimo nei nefritici molto maggiore importanza.

Da quanto ho sopra esposto sulle ricerche eseguite da non pochi Autori, risulta evidente *l'incertezza che esiste tuttora sui rapporti fra glicemia e lesioni renali,* per cui non mi sembra inutile ritornare sull argomento con alcuni dati da me attentamente ricercati. Poichè, come abbiamo visto, la questione della ipertensione arteriosa non è disgiunta da quella della glicemia, io ho sempre esaminato la pressione dei soggetti presi in esame ed ho voluto anche eseguire delle ricerche su quattro traumatizzati degenti in Clinica, in periodo avanzato di convalescenza, affetti da arteriosclerosi con aumenti più o meno notevoli della pressione arteriosa e con buona funzionalità renale (K d'Ambard - F.S.F. - Prova della diluizione e concentrazione, normali). Non voglio in questo mio lavoro toccare l'argomento dello zucchero combinato sul quale mi riprometto di eseguire delle ricerche, per l'importanza che ad esso vogliono dare parecchi Autori; riporterò invece i dati della glicemia a digiuno e la prova della iperglicemia alimentare ottenuti in ventun casi esaminati e che ho riunito in una tavola, qui omessa per brevità.

Mi sembra inutile insistere sull'importanza e su tutti i pregi dello studio della iperglicemia alimentare, così utile per la dimostrazione di alterazioni del meccanismo glicoregolatore non altrimenti rivelabili. Devo ricordare però che se molti sono i pregi di questa prova, molte pure sono le cause che possono in un dato organismo provocare una alterazione di essa, per cui difficile ne risulta sovente l'interpretazione. Essa fu da me eseguita nella Clinica Chirurgica di Padova su un gran numero di malati e di soggetti normali e si è dimostrata utilissima a rivelare alterazioni del meccanismo glicoregolatore non solo in quei casi in cui esiste glicosuria spontanea e iperglicemia a digiuno, sintomi che già di per sè devono far ammettere un alterato ricambio idrocarbonato, ma anche in quelli in cui mancano e la glicosuria e la iperglicemia.

Una alterazione della grafica glicemica dopo ingestione di 100 grammi di glucosio (quantità costantemente usata), che può rivelarsi o con un innalzarsi della glicemia al di sopra dei limiti riscontrati nei soggetti sani o con un prolungarsi della iperglicemia oltre il tempo normale, e certamente indice di un meccanismo glicoregolatore potenzialmente compromesso. Nel normale i limiti da me riscontrati sono un elevarsi della glicemia ad un massimo di 0,90‰ al di sopra del punto di partenza (in genere questo avviene alla fine della prima ora esaminando, come io faccio, il sangue ogni mezz'ora) e un ritorno al punto di partenza entro due ore o poco più. Il metodo da me seguito per la ricerca del glucosio nel sangue è quello di Folin-Wu.

È necessario fare qualche considerazione sui casi osservati.

Nel caso 1° si tratta di un paziente affetto da calcolosi renale, senza aumento dell'azotemia.

La glicemia a digiuno è normale, ma la prova della iperglicemia indica una grave lesione del meccanismo glicoregolatore. Nell'anamnesi di questo ammalato vi è una malaria durata lun-

(*) [La tavola annessa al lavoro sarà pubblicata soltanto negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

go tempo ed obbiettivamente si riscontra che il fegato è notevolmente aumentato di volume. Certamente la alterata prova della iperglicemia e la comparsa della glicosuria dipendono da lesioni epatiche.

A conferma di questo basta vedere il caso 2°, che riguarda una paziente anch'essa affetta da calcolosi renale, con gli stessi dati che nel caso 1° riguardo alla funzionalità renale, nel quale la prova iperglicemica risultò normale. Inoltre, rivista la paziente parecchio tempo dopo l'atto operativo (asportazione del calcolo attraverso incisione nefrotomica) con prove funzionali renali ritornate completamente al normale, la prova della iperglicemia risultò notevolmente alterata.

Il caso 3° riguarda un giovane paziente affetto da gravissima insufficienza renale per idronefrosi congenita bilaterale con notevole aumento dell'azoto nel sangue e aumento della pressione. Glicemia e prova della iperglicemia sono risultate completamente normali.

Anche nel caso 4° si tratta di idronefrosi in una paziente portatrice di rene destro unico congenito, lievemente aumentata la pressione arteriosa, ma le prove funzionali renali sono normali e normale l'azotemia. La diagnosi di idronefrosi è basata sulla constatazione di un notevole ristagno nel bacinetto rilevato con il cateterismo ureterale, oltre che sulla preesistenza di tipiche coliche idronefrotiche e sui reperti radioscopico (notevole ritardo di svuotamento) e radiografico (dilatazione del bacinetto e dei calici) della pelvi. La glicemia a digiuno è, in questo caso, normale; non è comparsa glicosuria in seguito a somministrazione del glucosio, ma la grafica della iperglicemia alimentare rivela una netta insufficienza del meccanismo glicoregolatore. La paziente è affetta anche da colecistite calcolosa: segno di Murphy presente, mancanza di bile B nella prova di Meltzer-Lyon, la cistifellea non si inietta con la tetraiodofenolftaleina ecc. Anche in questo caso come già nel caso 1° non penso affatto che l'insufficienza del meccanismo glicoregolatore possa dipendere da una lesione renale (che d'altra parte non ha per nulla alterato le prove di funzionalità renale). E non posso ammettere che sia dovuta al lieve aumento della pressione arteriosa: basta infatti guardare ai risultati che ho avuti dalla prova iperglicemica nei soggetti ipertesi (casi XVIII, XIX, XX e XXI) per avere la convinzione che l'alterato ricambio idrocarbonato dipende unicamente dalla presenza della colecistite calcolosa.

Nei casi 6° e 9° (t. b. c. renale bilaterale) la prova iperglicemica risultò normale; si presentò però in entrambi i casi la glicosuria alimentare. Può darsi, che anche in un individuo normale, la soglia renale per il glucosio sia abbassata e che, con normale grafica glicemica compaia zucchero nelle urine — si tratta in tal caso di glicosuria renale (Mac Lean ecc.). Nei miei casi non si può escludere che una glicosuria renale fosse preesistente e indipendente dalla tubercolosi renale. Mi sembra però più probabile che quest'ultima sia la causa della glicosuria, la quale non si è però presentata negli altri tre casi di tubercolosi renale da me osservati. Può darsi che, per la comparsa della glicosuria, non sia senza importanza il fatto della bilateralità della lesione, indipendentemente dalle prove funzionali renali (in entrambi i casi in cui notai la glicosuria si trattava di t. b. c. bilaterale); ma sulla glicosuria non posso qui intrattenermi ulteriormente.

Di tutti i casi di tubercolosi renale uno solo, il caso 8° presentò, se non una notevole iperglicemia a digiuno, un tasso glicemico sempre leggermente superiore al limite da me trovato come massimo del normale (1,05); anche la grafica glicemica che non salì molto in alto si è dimostrata lievemente alterata perchè si prolungò per tre ore. Ma che questa alterazione non sia dovuta alla lesione renale è dimostrato specialmente dal caso 9° nel quale l'insufficienza renale e l'aumento dell'azoto nel sangue sono molto più gravi che nel caso 8°, glicemia e iperglicemia alimentare essendo normali. D'altra parte se pensiamo che anche in certe lievi forme infettive la tolleranza per il glucosio è con grande frequenza diminuita, (io stesso come Pemberton, Pringle e Miller, ho potuto ad es. vedere che, nelle affezioni articolari, anche apirettiche, la curva glicemica presenta quasi sempre delle lievi alterazioni) io credo che davanti ai risultati che ho avuto dalla prova iperglicemica in cinque ammalati di t. b. c. renale non deve destare meraviglia se un caso presentò una leggiera deviazione dalla norma e, caso mai, dovrebbe sorprendere che gli altri si siano presentati così normali. Tanto più non deve meravigliare il caso 8°, se si nota che riguarda un paziente il quale, oltre alle lesione renale, presentava pure una epididimite specifica e una tubercolosi polmonare.

Riguardo ai portatori di adenomi prostatici esaminati, tutti con aumento più o meno notevole della pressione arteriosa, si può ben vedere dalla tav. riportata negli estratti come non vi sia affatto rapporto tra tasso glicemico a digiuno e prova della iperglicemia da un lato e prova della funzionalità renale, azotemia e pressione arteriosa dall'altro. Normali infatti sono la glicemia a digiuno, e la prova della iperglicemia nel caso 14°, mentre sono gravemente alterate le prove di funzionalità renale e aumentata la pressione arteriosa; anormali invece le prime due nel caso 11° nel quale le prove funzionali renali sono normalissime; la comparsa della glicosuria in questo caso depone anche per una non lieve insufficienza del meccanismo glicoregolatore. Credo di dover pensare in questo caso ad una lesione epatica o pancreatica per le seguenti ragioni: escludo che la glicosuria dipenda direttamente dalle lesioni renali, perchè queste non si sono rivelate nella K d'Ambard e nella prova della F. S. F. (nulla di anormale nelle urine) e perchè si accompagna ad una iperglicemia a digiuno e ad una alterata prova della iperglicemia alimentare; escludo inoltre che la glicosuria possa direttamente dipendere dall'aumento della pressione arteriosa perchè non comparve negli altri casi di aumento della pressione con e senza lesione renale. Se dunque l'alterato meccanismo glicoregolatore dipende nel mio caso da lesioni epatiche o pancreatiche, queste sono con tutta probabilità indipendenti dalla presenza dell'adenoma prostatico. Se mai, nel mio caso, si potrebbe pensare che le alterazioni riscontrate possono dipendere dalla ipertensione ma indirettamente, per mezzo cioè di lesioni vascolari, e parenchimali secondarie del pancreas o del fegato.

Aumento dell'azoto nel sangue, insufficienza grave renale e aumento della pressione arteriosa possono essere incolpati delle alterazioni del meccanismo glicoregolatore nei casi 12° e 13°? Non si può di certo assicurare; ma appare logico l'ammettere che in un organismo gravemente intossicato da insufficienza renale si devono poter riscontrare delle manifestazioni di un risentimento del fegato e del pancreas. Nel caso XIV in verità, ad eguali condizioni di intossicazione corrispose un meccanismo glicoregolatore normale. Bisogna dunque ammettere che se una intossicazione dell'organismo da insufficienza renale può portare lesioni della funzionalità epatica o pancreatica, in soggetti diversi, ad egual grado di grave insufficienza renale non corrisponde sempre una insufficienza epatica o pancreatica rivelabile con la prova della iperglicemia alimentare.

Nel caso 13° non ho potuto constatare un aumento parallelo della iperglicemia e della azotemia. Mentre infatti in un giorno l'azotemia segnava 1,80 ‰ e il tasso glicemico era 1,27 ‰, tre giorni dopo la prima era 2,10 e la glicemia 1,38 ‰, e in un altro giorno ancora a 2,40 ‰ di azotemia corrispondeva un tasso glicemico di 1,05 ‰.

In un caso di pielonefrite unilaterale e in due casi di tumore renale la grafica glicemica si presentò normale.

Concludendo posso dire che:

1° Vi possono essere anche gravissime lesioni renali, con o senza aumento della pressione arteriosa, senza che la glicemia a digiuno si presenti alterata e che alterazioni siano presentate dalla prova della iperglicemia alimentare.

2° Vi sono dei casi in cui glicemia e prova della iperglicemia si presentano alterate e in essi si tratta con tutta probabilità d'un risentimento del fegato o del pancreas.

3° Mentre dunque la ricerca della glicemia e della reazione iperglicemica non può affatto essere di aiuto alla diagnosi di lesione renale, potrebbe aver significato per la prognosi, essendo atta a segnalare una complicanza del quadro morboso.

4° In quattro pazienti ipertesi senza lesioni renali non ho trovato iperglicemia a digiuno. In uno solo la prova iperglicemica risultò lievemente alterata. È dunque molto probabile che se in tali soggetti esistono alterazioni del meccanismo glicoregolatore, esse non dipendano dalla ipertensione ma da complicazioni di essa, e, con ogni probabilità, da lesioni del pancreas o del fegato.

BIBLIOGRAFIA

CONDORELLI. Giornale di Clinica Medica A. V. Fasc. 2, febbraio 1924. — GRIGAUT, BRODIN e BOUZAUD. Compt. rend. Soc. de Biol. Par. 1920. LXXXIII, 53. — HERRICK. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. (Chicago) T. LXXXI, n. 23, 8 dicembre 1923. — HETENYI. Medizinische

Digitized by Google

Klin. T. XIX, n. 26. — Introzzi. I problemi della nutriz. Anno I, n. 2-5, 1925. — Iwai e Lowy. Klin. Wochenschr. T. III, n. 32, 5 agosto 1924. — Labbè e Denoyelle. Soc. Méd. des Hôp. 1 maggio 1925. — Neubauer e Kahler. Citati da Hetenyi. — Pringle e Miller. The Lancet T. CCIV, n. 5187, 27 gennaio 1923. — Schwab. Virchov's Archiv. t. CCXLII, f. 1-2, aprile 1923. — Per gli altri Autori citati si veda Condorelli.

OSPEDALE CIVILE DI CATANZARO
diretto dal prof. VINCENZO ALOI

VOLUMINOSA CISTI MESENTERICA MULTILOCULARE

per il prof. V. ALOI — Chirurgo primario e Direttore

I casi di cisti del mesentere, riportati nella letteratura, sono così poco numerosi e la patogenesi è così complicata, che crediamo non inutile riferire le osservazioni da noi fatte al riguardo.

Storia clinica. — Branca Francesco, fu Saverio, di a. 54 contadino, ammogliato, senza figli, da Petrizzi residente a Satriano (Catanzaro).

Nulla degno di nota nell'anamnesi familiare. Non ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia; a 15 anni ha avuto bronchite acuta. Nega la lue.

L'attuale malattia esordiva due anni fa con dolore violento e contrazione di difesa alla fossa iliaca destra con propagazione a sinistra e poi a tutto l'addome. Dopo circa dodici ore la crisi dolorifica andava attenuandosi accompagnata da vomito del cibo ingerito il giorno prima. L'alvo si manteneva chiuso; non c'era febbre.

Nei primi tempi si verificavano tali accessi circa ogni due mesi; in seguito divennero più frequenti e più intensi. La dieta assoluta, il riposo i purganti riuscivano a vincere il dolore, ma non il vomito che da più d'un mese è persistente ogni giorno anche per la più modica ingestione di alimento. Nessun disturbo nella minzione.

In contrasto col notevole dimagramento l'infermo s'è accorto dell'aumento progressivo di volume dell'addome. Non ha mai avuto febbre. Ha praticato cure per bocca che non sa precisare.

All'*esame obbiettivo*: uomo dall'aspetto molto sofferente, denutrito, con occhi e gote infossati; sviluppo dello scheletro normale, pannicolo adiposo quasi scomparso, muscoli ipotrofici, colorito della cute normale, mucose apparenti pallide. Negativo l'esame dell'apparato respiratorio e circolatorio. Assenza di edemi. L'addome si presenta conglobato, a superficie liscia, equabile; si riesce a percepire nettamente una tumefazione di consistenza molle elastica fluttuante in tutti i sensi. Una maggiore sporgenza si nota nel quadrante inferiore sinistro e si estende degradando verso la regione ombelicale. La palpazione addominalle riesce dolorosa e si ha la sensazione di una tensione come d'una vescica piena, alquanto spostabile facendo cambiare decubito all'infermo.

Con la percussione si ha risonanza ottusa in tutto il quadrante inferiore sinistro dell'addome, e si estende a tutto il mesogastrio. Le anse intestinali sono più a dritta che a sinistra.

Esame radiografico. — La pappa somministrata all'infermo progredisce con lentezza tale che dopo 24 ore si trovano ancora tracce di bario nello stomaco.

I rapporti degli organi addominali sono spostati. Lo stomaco è invaginato verso l'ipocondrio di destra ed il pacchetto intestinale è spinto alla periferia da un'enorme massa che trattiene i raggi ed è evidente specialmente in mezzo alle anse del primo tratto intestinale.

Diagnosi: Si presume per l'ubicazione ed i caratteri del tumore una *cisti mesenterica.*

Atto operativo, 29-12-1926. Laparotomia mediana. Inciso il peritoneo, subito al di sotto trovasi un'enorme crisi multiloculare che occupa tutta la regione mesogastrica, il fianco sinistro e si espande nella regione iliaca di destra e nell'ipogastrio. Date le enormi aderenze che la parete cistica ha col pacchetto intestinale sviluppata fra le pagine del meso, non è possibile procedere alla completa estirpazione di essa. Viene liberato il tenue e l'ileo dalle fitte e tenui aderenze con la parete cistica della quale si asporta una porzione. Si svuotano circa otto litri di liquido giallo ambra carico. Marsupializzazione della parete e zaffo alla Mikulicz, sutura delle pareti addominali circostanti.

Decorso postoperativo. — Vi fu un leggero movimento febbrile nei primi tre giorni dall'operazione, poi la temperatura ritornò al normale e si mantenne sempre tale. Per sette giorni consecutivi il vomito fu ostinato, accompagnato da singhiozzi. Non meteorismo, nè fenomeni peritoneali intensi. Si praticano iniezioni eccitanti, ipodermoclisi, lavande gastriche, clisteri. Dopo 19 giorni l'infermo incomincia a trattenere gli alimenti, cessano singhiozzo e vomito; non evacua mai spontaneamente.

Dal 1-2-927 l'infermo va sempre migliorando; la cavità va man mano restringendosi con le medicature successive; si avvicinano i bordi della ferita laparotomica mediante punti con crini di Firenze e griffe; si lasciano due aperture, una alla commessura inferiore della ferita ed un'altra in alto che vengono drenate con garza e che scompaiono a poco a poco.

L'operato guarito fu dimesso dall'ospedale in 50ª giornata. Dopo otto mesi, alla visita, si constata uno stato di completo benessere.

Esame istologico della parete cistica. Sebbene in fondo formata in massima parte da connettivo in diversa fase evolutiva, la parete della cisti, allestita con diversi metodi di colorazione (Pappenheim, Giemsa, Apaty, emallume, eritrosina, orange) dopo inclusione in paraffina e tagli al microtomo fa osservare una stratificazione assai bella e degna di nota, se guardata sottilmente:

I. Procedendo dall'esterno all'interno, una specie di fine cuticola, formata da una sola filiera di cellule fusiformi ed allineate e che provengono dall'adattamento della zona seguente:

II. uno strato di connettivo fibroso ed elastico, che si svolge a larghe spire ondulanti ed è relativamente povero di nuclei e di vasi;

III. un terzo strato che si potrebbe chiamare vascolare, tanta è la ricchezza di vasi e di lacune sanguifere onde a piccolo ingrandimento spicca per speciale forma e colorito quasi fosse una zona angiomatosa;

IV. uno strato che si potrebbe chiamare di connettivo giovane, formato infatti da elementi a tipo fibrocitico e fibroblastico con altri esemplari poliblastici specie a tipo plasmocellulare;

V. uno strato interno, infine, non sempre evidente, ma in alcuni punti chiaro, ove delle cellule epiteliali assai delicate si sono adattate quasi a forma e funzione di endotelii.

Esame del liquido cistico .

Caratteri fisico chimici = Quantità cc. 6, odore indifferente, aspetto limpido, stratificazione doppia, colorito giallo citrino, reazione alcalina; consistenza fluida, densità 1016.

Reazioni speciali. Rivalta fortemente positiva, albumine totali (Aufrecht) 5.60, sangue (benzidina) tracce, bile (Gmelin) assente.

Caratteri istologici.

1. Numerosi granuli e filamenti di muco e di fibrina.
2. Qualche polimorfo nucleare degenerato e rari linfociti.
3. Rarissime cellule epiteliali grandi senza chiari caratteri di atipia.
4. Varie emazie ben conservate e scarse, ridotte ad ombre.

Caratteri parassitologici.

I. Non evidenti bacilli di Koch neppure dopo arricchimento antiformminico di parte del materiale.

II. Non evidenti corpuscoli acidofili in granuli di Much.

III. Non evidenti uncini.

IV. Rari diplococchi gram-positivi verosimilmente da inquinamento.

Considerazioni. — I.) Dai dati anamnestici, obiettivi e dal criterio topografico si può stabilire la diagnosi generica di un'enorme raccolta cistica, a varie loculazioni, di origine mesenterica con spostamento ed accomodamento del tubo digerente. La manifestazione iniziale della malattia ha avuto carattere acuto, senza causa accertata, con decorso sempre apirettico, con fenomeni di grave crisi dolorosa e vomito. L'accrescimento del tumore in due anni, per la sua situazione anatomica è stato straordinario ed ha cagionato disturbi subiettivi e funzionali a carico dello stomaco e degli intestini in rapporto con lo sviluppo eccessivo, con le tenaci aderenze e coi fenomeni di compressione che avrebbero presto determinato gravi ostacoli. Ricordiamo il caso riferito dal Crosti (1) al Congresso di Padova dello scorso anno.

II.) All'atto operativo non abbiamo riscontrato alcuna infiammazione della sierosa o degli organi addominali, come nei casi studiati da Marinacci, Rouffart, De Harven (2), non una degenerazione ganglionare, non un semplice incistamento secondario ad ipotetica rottura d'un vaso chilifero, ma un'enorme cisti multiloculare aderente situata fra i due foglietti d'un lungo ed esteso tratto mesenterico.

È interessante la sua struttura istologica che permette di stabilire la patogenesi. L'origine linfatica embrionale sembra

(1) Crosti F. Occlusione intestinale da cisti mesenterica. *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia.* Trentatreesima Adunanza 1926.

(2) De Harven. Voluminosa cisti dell'epiploon. *Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie*, n. 1, Janvier 1927.

Digitized by Google

chiaramente dimostrata dalla presenza di cellule epiteliali assai delicate nello strato interno della parete tra le pagine mesenteriche. In nessun punto si scorgono fenomeni di riproduzione anaplastica o metaplastica dei vari tessuti.

Dowd nel 1900 traendo occasione da un caso di cisti del mesocolon da lui operato, che aveva la struttura d'un cistoadenoma dell'ovaia faceva un importante studio critico intorno alla genesi delle cisti mesenteriche e veniva alla conclusione che, molto probabilmente, tutte le cisti mesenteriche possono ridursi a tre categorie, cioè: 1° Cisti embrionali, 2° Cisti parassitarie. 3° Cisti maligne. Le cisti chilose, secondo questo A., sono cisti congenite nelle quali è avvenuto un versamento di chilo, poichè non è verosimile che l'obliterazione d'un vaso chilifero dia luogo ad una raccolta cistica per le ampie anastomosi che possiede questo sistema di vasi. Congenite pure sarebbero le cisti sierose o linfatiche, le quali si possono paragonare ad una importante categoria di cisti congenite a contenuto sieroso, cioè alle cisti del ligamento largo.

Quanto alle cisti ematiche, esse o sono semplici ematomi, formatisi nel mesentere in seguito ad un traumatismo, ed allora non sono da comprendersi tra le vere cisti; oppure si tratta di cisti congenitamente preformate in cui si è rotto un vaso sanguigno. Non è qui il caso di entrare nell'esame di tutti gli argomenti che Dowd porta in appoggio delle sue vedute.

Il Niosi (1) molto accuratamente ha esaminato, nei lavori originali, un grandissimo numero di casi di cisti mesenteriche non parassitarie, prendendo di mira in modo speciale la patogenesi ed è rimasto convinto che le cisti mesenteriche di origine embrionale sono in realtà molto più numerose di quel che si sia creduto fino a questi ultimi anni.

La classifica di Monnier (1913) fondata su 250 casi raccolti nella letteratura mondiale è molto simile a quella anatomica di Henschen; divide le cisti mesenteriche in linfatiche, embrionali, sanguigne ed idatidee.

In conclusione, tutte le classificazioni dei casi studiati sono buone, ma bisogna tenere grandissimo conto dell'esame istopatologico che, precisandone l'intima costituzione, da solo può apportare chiarezza alla complicata patogenesi delle cisti peritoneali.

III.) La marsupializzazione, quando, come nel caso osservato, vi siano tenaci aderenze con l'intestino, estensione del tumore cistico, facilità di gravi lesioni vasali del mesentere, è il metodo che dà i migliori risultati, scevro di pericoli. In ciò è di accordo il Minervini (2) che al Congresso di Roma del 1925 comunicò un caso di cisti chilosa del mesentere, concludendo che in casi simili forse convenga meglio, alla completa estirpazione, quella parziale, lasciando aperta nell'addome la cisti.

(1) Niosi. Die Mesenterialzysten embrionalen Ursprungs nebst einig. Bemerck; ecc. *Virch. Archiv.*, 1907.

(2) Minervini. Voluminosa cisti chilosa del mesentere. *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*. Trentaduesima Adunanza 1925.

IL MIO METODO DI CURA DEI NEOPLASMI MALIGNI, MEDIANTE L'ISOPATINA ANTINEOPLASTICA, DOPO 10 ANNI DI ESPERIMENTI

per il prof. dott. NELLO MORI
Libero docente di Batteriologia nella R. Università di Palermo

In una nota preventiva, pubblicata nel febbraio dello scorso anno (1), esposi il mio metodo di cura dei neoplasmi maligni mediante il particolare prodotto immunizzante da me preparato e battezzato *Isopatina anticancerigna* (2), e — non potendo ancora, per ragioni varie, compilare una statistica dei risultati terapeutici ottenuti nella sperimentazione fatta con tale prodotto, fin dal 1917, da oltre duecentocinquanta fra clinici e medici pratici su numerosi casi sparsi in tutta Italia ed anche all'estero — mi limitai pel momento a riferire in breve le risultanze di una ristrettissima inchiesta condotta fra alcuni clinici (Burci, Fedeli, Pescarolo, Pestalozza, Spinelli, Taddei) che più ebbero ad interessarsi del mio metodo. Promisi, infine, di tornare presto sull'argomento per esporre particolareggiatamente la tecnica del metodo specie nei riguardi della sua applicazione pratica: ciò che faccio con questa nota.

Natura dell'isopatina. Come esposi nella nota preventiva ricordata, l'isopatina è ottenuta da tessuto neoplastico adeguatamente disintegrato e privato della massima parte dei suoi lipoidi coll'intento precipuo di togliergli, quanto più possibile, la tossicità e l'azione eccitante l'accrescimento che, in generale, gli estratti di tumore posseggono.

Gli elementi attivi dell'isopatina sembrano da riferirsi a prodotti della disintegrazione degli ipotetici germi causali dei tumori maligni e certamente a prodotti della disintegrazione delle cellule neoplastiche. Dato ciò che si conosce in merito alla rapida inattivazione delle diastasi dei tessuti conservate anche in polveri disseccate (Turro), non sembra probabile che nell'azione terapeutica dell'isopatina — che si conserva a lungo attiva — entrino in giuoco gli attivissimi enzimi metabolici dei tumori maligni, ad individualità ben differenziata, nel senso di provocare da parte dell'organismo trattato la produzione di antienzimi inibitori della nutrizione del tumore. È a questo meccanismo d'azione che Michon (1) pensa debba ascriversi il risultato positivo ottenuto in alcuni tentativi terapeutici fatti dagli sperimentatori con preparazioni varie di tessuto neoplastico la cui maggiore o minore attività sarebbe, secondo lui, in relazione col maggiore o minore contenuto di enzimi attivi.

Ricerche in corso spero mi permettano di precisare quali siano gli elementi attivi dell'isopatina. Quello che posso fin da oggi affermare si è che gli sperimentatori — indipendentemente dall'esito finale del trattamento — sono concordi nel riconoscere nell'isopatina una *indubbia azione anticachettica ed istolitica elettiva per le cellule tumorali*: il che può essere spiegato anche colla semplice azione dei prodotti di disintegrazione delle proteine del tessuto neoplastico, i quali possono agire in via aspecifica ed in via specifica, come Heilner (2) ha sostenuto anche per i tessuti normali, conformemente al concetto di Centanni sul meccanismo d'azione delle stomosine da lui scoperte.

Controllo biologico dell'isopatina. — Non potendo usufruire di un reattivo biologico particolarmente adatto, a causa della refrattarietà o quasi che gli animali in uso nei laboratori mostrano verso l'innesto di tumori maligni d'origine umana, mi limitai a provare la tossicità del preparato nei conigli e nelle cavie per via endotoracica o endoperitoneale, inoculandolo alla dose di cc. 1 che, relativamente a quelle riuscite utili per la cura dell'uomo (cc. 0.000.4), appare enorme. Potei assodare che tale dose non provoca in detti animali, tenuti in osservazione per la durata di un mese, disturbi apprezzabili.

Azione terapeutica dell'isopatina

Dopo alcune prove fatte su di me stesso, le quali dimostrarono la perfetta innocuità del preparato sull'organismo sano e dopo altre prove fatte su alcuni ammalati di cancro — che confermarono l'innocuità del preparato, a dosi convenienti e mostrarono in esso invece un'azione terapeutica — una esperienza di ormai dieci anni ha assodato che l'isopatina, iniettata sotto la cute, non provoca dolore nè reazione al punto d'innesto che può scegliersi in una qualunque regione indicata per le comuni iniezioni ipodermiche e che viene prontamente assorbita anche a dosi rilevanti: tutte proprietà queste verosimilmente dovute, oltre che all'annientamento del potere patogeno, all'assenza di lipoidi nel preparato. Introdotta, anche ripetutamente, per via endovenosa, non solo è apparsa innocua a dosi convenienti, ma ha mostrato altresì un'azione più pronta e più intensa.

La somministrazione per le vie respiratorie o per la via digerente è ancora allo stato di progetto.

Fermo restando il primitivo concetto di agire esclusivamente per via generale, solo negli ultimi tempi fu tentata l'iniezione

(1) Nello Mori. Esperimenti di cura del cancro umano mediante l'isopatina anticancerigna. Nota preventiva (*Riforma Medica*, n. 7, 15 febbraio 1926).

(2) Isopatina, da ἴσος πάθος.

(1) Paul Michon. De l'immunisation active dans le traitement curatif des tumeurs malignes (*Société d'Impressions Typografiques*, Nancy, 1924).

(2) E. Heilner. Affinitätskrankheiten und lokaler Gewebsschutz (Affinitätschutz) (*Jaresb. fur ärzt. Forbildung* 1921 e *Münch. med. Wochenschrift*, n. 15. 1921).

Digitized by Google

del preparato per via endermica o sottocutanea o intramuscolare nei dintorni di tumori esterni: particolarmente coll'intento di ottenere un'immunità locale atta a costituire una barriera allo incedere del tumore ed anche generale secondo le risultanze degli studi sperimentali di Besredka sulla vaccinazione per via cutanea. Sebbene si sia ottenuto qualche risultato, le prove iniziate ma non continuate non permettono di trarre deduzioni.

Fino al 1926 l'isopatina venne da me preparata esclusivamente con cancri duri mammari; perchè, almeno per gli animali di esperimento, tali tumori si mostrano pochissimo o punto tossici (Roger e Girard Mangin). Le preparazioni fatte sperimentare fino allora, o provenivano da un solo cancro duro mammario o da più cancri duri mammari. Distinguo queste due specie di preparazioni come *Isopatina anticancerigna monovalente* e come *Isopatina anticancerigna multiparziale*. Furono fatte prove anche con una *Isopatina antisarcomatosa monovalente* ex adenosarcoma mammario. Nel settembre del 1926, infine, allestii una *Isopatina polivalente* e cioè preparata con neoplasie maligne epiteliali e connettivali di localizzazioni varie.

Isopatina anticancerigna monovalente. — L'isopatina anticancerigna monovalente risultò attiva nelle localizzazioni cancerigne del fegato, del peritoneo dello stomaco, dell'intestino, dei reni, della vescica, della laringe, dell'utero. Nel cancro della mammella dette, nei pochi casi trattati, risultati incompleti. Nei cancri della cavità boccale e della pelle, tranne qualche miglioramento passeggero, non si ebbero risultati confacienti: dosi anche inferiori di molto a quelle terapeuticamente attive nelle altre localizzazioni, non riuscivano ad avere ragione del tumore e qualche volta sembrò anche che lo eccitassero. Non si ebbe l'opportunità di provare dosi forti per investigare se tale fatto avesse riscontro con quanto fu osservato da Bashford-Murray-Haaland nei loro eperimenti di laboratorio e cioè che le forti dosi immunizzavano, mentre che le piccole favorivano lo sviluppo del tumore. Nel caso nostro, però, trattandosi di azione terapeutica, il fatto deve probabilmente ascriversi a dosi troppo forti relativamente alla localizzazione ed allo stadio della malattia.

In molti casi di cancro in cui l'isopatina si mostrò attiva, gli ammalati notarono, già dopo 5 a 7 iniezioni, ed in qualche caso anche prima, un senso generale di sollievo — effetto dello svelenamento dell'organismo dai tossici circolanti che è la prima azione dell'isopatina — seguito da una più o meno marcata attenuazione ed anche dalla scomparsa dei dolori locali; da una maggiore appetenza anche per la carne ed anche dal ripristino dell'appetito normale; dalla modificazione o dalla scomparsa, talvolta rapida, del colore caratteristico della cute; dal miglioramento dello stato di nutrizione. Si videro in qualche caso emorragie esacerbarsi alquanto alle prime iniezioni per poi diminuire fino ad arrestarsi, ed in qualche altro caso, arrestarsi fin dalle prime iniezioni; disfunzioni digestive, regolarizzarsi più o meno rapidamente; mestruazioni abnormi, tendere presto alla regolarizzazione: estesi edemi ed abbondantissimi essudati neoplastici cavitari, riassorbirsi in misura più o meno marcata ed anche del tutto e susseguirne un miglioramento della malattia più o meno marcato dipendente, con tutta probabilità, anche dall'azione dell'essudato specifico portato in circolo; vomiti, scoli fetidi ed altri fenomeni in rapporto coll'azione patogena neoplastica, diminuire o cessare per un tempo più o meno lungo ed anche definitivamente nei casi più fortunati; in casi accompagnati da febbre, che non si era riusciti in alcun modo a vincere, scomparire la febbre dopo alcune iniezioni ed anche dopo la prima.

All'azione generale del preparato fece riscontro, più o meno prontamente, l'azione sulle neoplasie, manifestantesi in primo tempo col riassorbimento delle infiltrazioni circostanti e quindi colla mobilizzazione delle neoplasie stesse se prima erano fisse; e successivamente sotto forma di disgregamento seguìto da eliminazione (tumori aperti esterni e delle cavità naturali comunicanti coll'esterno); o di lento riassorbimento o di fusione in qualche caso completa già dopo 5-7 iniezioni; o di necrosi secca parziale eliminantesi e riproducentesi (osservata talvolta nei tumori duri mammari); o, infine, di trasformazione fibrosa più o meno estesa ed anche completa.

Circa i risultati finali, conseguiti coll'uso dell'isopatina preparata con cancri duri mammari, non fu possibile pel momento, come dissi, stabilire dei dati statistici. Dagli esperimenti eseguiti da Burci, Fedeli, Pestalozza, Spinelli, Taddei [vedere i singoli casi brevemente riassunti nella nota preventiva ricordata e nella pubblicazione del prof. Fedeli (1)] ebbi ultimamente guarigioni complete che datano ormai da 6 a circa 9 anni; miglioramenti notevoli generali e locali, durati anche alcuni anni; infine, miglioramenti generali e locali tali da prolungare l'esistenza dei pazienti in condizioni, se non sempre buone, almeno non disastrose, insopportabili, quali sono quelle a cui pervengono la maggior parte degli ammalati di cancro a malattia inoltrata.

Risultati analoghi a quelli emergenti dalla ristrettissima inchiesta condotta fra i detti clinici, ottennero numerosi altri clinici e medici pratici. Il loro nome figurerà in una statistica, appena avrò dati che mi permettano di compilarla in modo sufficientemente esatto.

Coll'isopatina preparata da cancri duri mammari vennero eseguiti esperimenti terapeutici anche sui sarcomi. In vari casi così trattati si ebbero risultati incoraggianti e cioè miglioramenti più o meno notevoli e più o meno duraturi ed anche qualche guarigione (vedere nella nota preventiva i due casi riferiti da M. Spinelli).

Isopatina antisarcomatosa monovalente. — Altri casi di sarcoma furono trattati con isopatina proveniente da un adenosarcoma mammario con risultati anche in essi molto incoraggianti. Riferisco qualche esempio.

Anna Cal... in M... di anni 51, da Cattolica Eraclea, affetta da linfosarcoma generalizzato (diagnosi istologica del prof. Ugo Soli, direttore dell'istituto di anatomia patologica della R. Università di Palermo) Le localizzazioni alle tonsille erano di tale entità da occludere quasi completamente l'istmo delle fauci, protendendosi ed appoggiandosi fin sulla metà della lingua, e da minacciare da un momento all'altro la soffocazione; si aveva cachessia marcata; profonda anoressia con funzioni digerenti molto compromesse; dolore in corrispondenza dell'appendice ileocecale per quasi certa localizzazione del tumore manifestatasi contemporaneamente a quelle delle tonsille alcuni mesi prima; edemi notevoli da compressione agli arti inferiori; insonnia; adinamia marcatissima.

In queste gravissime condizioni l'ammalata venne ricoverata nella Clinica Stagno di Palermo e presa in cura coll'isopatina il 22 maggio 1926 sotto la direzione del prof. Arcoleo della R. Università di Palermo dapprima e successivamente del dott. Antonino Maggiore Amari. Le iniezioni a dosi crescenti, a cominciare da una goccia, vennero praticate sotto la cute e nei glutei alla distanza di 3-4 giorni l'una dall'altra.

Fin dalla prima iniezione l'ammalata, dopo un senso di stordimento poco dopo l'iniezione, si sente come rinata. Le successive iniezioni fanno ritornare a poco a poco l'appetito e le forze; alla decima le condizioni trofiche presentano un sensibile miglioramento; la pelle è ritornata rosea; le tonsille sono visibilmente ridotte di volume; gli arti inferiori, già notevolmente edematosi, sono tornati normali; il dolore in corrispondenza dell'appendice ileo-cecale è del tutto scomparso da vari giorni; la digestione è regolare; l'umore, buono; le forze aumentate in modo che l'ammalata — che prima era costretta a stare buona parte della giornata coricata — ha potuto seguire a piedi, sola, per alcune ore, una processione senza dare segni di grande stanchezza e senza ulteriore risentimento.

Il miglioramento andò successivamente grado a grado accentuandosi nelle condizioni generali e funzionali; però le localizzazioni neoplastiche — tranne quelle alle tonsille quasi riassorbite — tendevano a ridursi ulteriormente con molta lentezza e si facevano più consistenti. Dopo quaranta iniezioni del preparato l'ammalata, sentendosi bene e non potendo d'altra parte restare più a lungo a Palermo, volle tornare al suo paese rifiutandosi di continuare la cura che riteneva ormai superflua dopo i risultati che con essa si erano conseguiti.

Ho avuto buone notizie dell'ammalata per più di un anno. Ultimamente ho insistito che si ricominciasse la cura per timore di una ripresa di sviluppo del tumore ed ho fatto inviare senz'altro un'adeguata quantità d'isopatina pregando il medico curante del paese d'iniettargliela secondo le istruzioni annesse al prodotto. Non ho avuto ulteriori notizie.

Un altro linfosarcoma fu curato, nella Clinica Stagno, in una donna di circa 30 anni, Maria Mo... da Centuripe. Si trattava di un enorme tumore occupante tutto il collo a sinistra ed estendentesi a buona parte della testa. Vi era infiltrazione gangliare circostante diffusa; erano interessate le tonsille e la faringe tanto da limitare molto la apertura delle fauci.

(1) Carlo Fedeli. La cura del cancro col prodotto organico del prof. Mori (*Umbria medica*, anno III, gennaio-febbraio 1922, Terni).

Digitized by Google

Venne presa a trattare come la precedente ed alle stese dosi. Già dopo 3-4 iniezioni migliorarono le condizioni generali ed il tumore cominciò a presentare punti di rammollimento specie nella parte mediana della massa principale e nelle localizzazioni faringee. Avvertita l'ammalata di una possibile apertura del tumore all'interno, essa s'impressionò tanto della cosa che, colla scusa di andare ad assistere un suo figliuoletto gravemente ammalato, volle partire immediatamente per il suo paese senza dare più sue notizie.

In una signorina quarantenne, la signorina Rosa En... di Palermo — affetta da enorme sarcoma della metà destra della testa e del collo e deformante la regione oculare con marcato spostamento indietro dell'occhio — fin dalle prime iniezioni (agosto 1926) di isopatina antisarcomatosa a dosi crescenti, si ottenne un graduale miglioramento delle condizioni generali ed un arresto dello sviluppo del tumore; dopo sette iniezioni intramuscolari, coll'intervallo di 4 giorni l'una dall'altra, il tumore si era fuso completamente ed il liquido di fusione, ad un accurato esame istologico, eseguito nel laboratorio di ricerche della Clinica Orestano di Palermo, risultò privo di cellule neoplastiche. Tutto sembrava procedere per il meglio; senonchè, non essendosi, in mia assenza, provveduto tempestivamente allo svuotamento del tumore ed alla sua medicazione chirurgica, questo si ulcerò in più parti e ne conseguì un'infezione generale che portò rapidissimamente a morte l'inferma.

L'isopatina antisarcomatosa monovalente fu anche usata in un caso di cancro che riassumo brevemente anche per l'interesse che riveste la localizzazione non trattata precedentemente coll'isopatina.

Rosa La... da Bagheria, di anni 58, affetta da alcuni mesi da carcinoma vegetante della clitoride (diagnosi accertata dal prof. Titone di Palermo), con notevoli metastasi inguinali.

All'inizio della cura il tumore, ulcerato e secernente liquido sanioso, aveva le dimensioni e la forma di un carciofo; l'ammalata presentava marcata cachessia; anoressia; dolori insopportabili che non le facevano chiudere occhio per tutta la notte.

Le iniezioni, intramuscolari, iniziate il 6 settembre 1926, vengono continuate ogni quattro giorni.

La prima iniezione fa scomparire del tutto il dolore e quindi permette il riposo notturno, e fa disgregare ed eliminare un terzo circa del tumore: tanto che l'ammalata — che in precedenza aveva provato un'infinità di cure senza alcun risultato — impressionata della cosa, grida al miracolo.

Col continuare della cura l'appetito si fa normale; si emenda lo stato generale e scompare il colorito paglierino della pelle; il tumore seguita a spappolarsi e ad eliminarsi. Dopo la decima iniezione non rimangono del neoplasma che le infiltrazioni nel tessuto matrice: le metastasi inguinali essendosi riassorbite. Ormai l'ammalata ha ripreso le sue abitudini e l'umor gaio.

La cura viene continuata sotto la mia sorveglianza ancora per qualche tempo fino alla mia partenza da Palermo e le cose seguitano ad andare abbastanza bene, quatunque non si veda un ulteriore miglioramento locale tendente a sradicare completamente il tumore che però — e ciò fin dalla prima iniezione — non si mostra più doloroso, ma solo alquanto pruriginoso.

Da quattro mesi non sono riuscito ad avere notizie sullo stato di salute dell'inferma, nè a sapere se la cura sia stata o non continuata.

Isopatina anticancerigna multiparziale. — Fu preparata, come dissi, con alcuni cancri duri mammari.

Mostrò, nei pochi casi in cui venne sperimentata, un'azione alquanto più marcata di fronte alla monovalente; ma non si ebbe modo di precisare questa azione nei riguardi della guarigione, a causa della gravità dei soggetti sottoposti al trattamento.

Associazione isopatinico-actinoterapica. — L'associazione isopatinico-actinoterapica — realizzata fin dal 1917 da M. Spinelli con isopatina anticancerigna monovalente, e successivamente applicata da Pestalozza, Artom di S. Agnese, Pellizzari (vedere la nota preventiva) — ha dimostrato la sua utilità per accelerare la guarigione di cancri e di sarcomi e per renderla duratura.. Tale associazione è stata sistematicamente adottata da Spinelli per potenziare la radium-roentgenterapia che egli afferma non potersi considerare tutta la cura del cancro (1). Nei tumori radioresistenti, refrattari all'azione del radio e del roentgen; nei tumori radioimmunizzati da trattamenti precedenti; negli adenocarcinomi dell'utero e della mammella, Spinelli si giova dell'isopatina per sensibilizzare le cellule neoplastiche, per renderle radiosensibili.

Dosi e frequenza delle iniezioni. — Nelle prime prove cliniche (1917) colla isopatina anticancerigna monovalente, incominciai a fare iniettare, come prima dose, cc. 1 d'isopatina pura che mostrò di non arrecare alcun danno; non solo, ma, ripetuta ogni quattro giorni per dodici volte, riuscì in due casi di cancro uterino — i primi presi a trattare nella Clinica Spinelli — a determinare la guarigione clinica ch'io, però, ritenni non potesse essere duratura a causa d'insufficiente trattamento. Infatti, non essendosi continuata la cura per consolidare i risultati ottenuti, si ebbe la recidiva in uno di tali casi che, non trattato a tempo, venne a morte. Dell'altro si ebbero buone notizie per un anno intiero; poi non se ne seppe più nulla.

In altri casi fortunati — come ad es. quello della signora Ann... P... di Siena, ricordata da Burci e curato a Pisa dal dott. Venturi (vedere nota preventiva) — il trattamento venne pure iniziato per qualche tempo e condotto colla dose di cc. 1 che fu poi aumentata gradatamente. Ogni volta che si dovette riprendere il trattamento con altre preparazioni di isopatina, si riiniziò colla dose di cc. 0.1 rapidamente aumentandola fino a raggiungere la dose ultima del preparato precedentemente iniettato ed aumentando quindi a grado a grado in base alle reazioni. In questo caso, a guarigione clinica ottenuta, si arrivò ad iniettare come ultima dose, cc. 12 d'isopatina senza alcunissimo inconveniente. Tutto il trattamento fu fatto sotto cute o nei muscoli e l'intervallo fra una iniezione e l'altra fu di 4 giorni compiuti fino a 6-8 per le dosi più alte. L'ammalata gode a tutt'oggi ottima salute dopo circa 9 anni dalla guarigione ottenuta.

In secondo tempo, in seguito all'esagerata sensibilità riscontrata in alcuni casi di cancro della cavità orale, si credè conveniente per tali localizzazioni di frazionare molto le dosi. Si giunse così ad iniziare la cura con 1/32 di goccia, progredendo quindi con molta cautela ed arrivando ad iniettare cc. 1 dopo una trentina d'iniezioni. L'intervallo fra le iniezioni fu di 4 giorni compiuti ed anche di 5-6 per le dosi maggiori. Non si ebbero in tal modo reazioni moleste; ma la malattia continuò il suo corso, se si eccettua qualche miglioramento delle condizioni generali. Restava da vedere se si fossero ottenuti risultati migliori in tali localizzazioni con isopatine provenienti da cancri dello stesso tipo istologico a localizzazione omologa: ciò che non si ebbe occasione di potere esperire.

I cancri cutanei si comportarono analogamente.

Dopo i risultati del trattamento di cancri della cavità orale e di cancri cutanei, si pensò che le dosi piccole lentamente crescenti potessero servire meglio per il trattamento anche delle localizzazioni cancerigne non mostratesi ipersensibili alla isopatina anticancerigna. Vennero quindi frazionate in modo che si iniziava il trattamento con una goccia aumentando poi gradatamente fino a raggiungere cc. 1 in 18-24 iniezioni. L'intervallo fra le iniezioni fu di 4 giorni compiuti fino a 6-8 colle dosi superiori, avendo notato che quando si manifestava la reazione di focolaio, questa, se si aveva nel maggior numero dei casi in 2ª-3ª giornata, in qualcuno si verificava perfino in 5ª (ad es. caso di cancro del retto, curato dal dott. Montalan di Firenze).

Gli ultimi esperimenti furono compiuti con una serie di iniezioni quotidiane, iniziando colla dose di una goccia ed aumentando gradatamente fino a raggiungere cc. 1 in 20 iniezioni. A questa prima serie ne seguivano altre con iniezioni praticate ad intervalli di 4-6 giorni fino ad arrivare alla dose di cc. 10. Non si ebbero a verificare con questo procedimento reazioni degne di considerazione; tuttavia, dei tre ammalati così trattati — tranne uno affetto da cancro dello stomaco che migliorò assai per circa un anno e che giunse vicino alla guarigione clinica, ma che poi improvvisamente morì senza che mi sia stato possibile di avere notizie circa l'ultimo periodo della malattia — gli altri non mostrarono di aver ricavato dal trattamento profitto degno di rilievo. Si trattava, però, sempre di casi avanzati e non suscettibili di alcun altro tentativo terapeutico.

Isopatina polivalente. — Come ho già detto, nel settembre del 1926, ho allestito una isopatina polivalente — e cioè preparata con neoplasie maligne epiteliali e connettivali — allo scopo

(1) M. Spinelli. Un decennio di radium-röntgenterapia nel carcinoma dell'utero. Note statistiche e terapeutiche (*Comunicazione al VII Congresso Italiano di Radiologia*, Napoli, ottobre 1926).

Digitized by Google

di ottenere un prodotto particolarmente attivo nei vari casi di tumori maligni che capitano da trattare nella pratica, in vista anche di una possibile etiologia multipla dei tumori maligni.

L'isopatina polivalente venne distribuita a dosi tipo progressivamente crescenti, in numero di sei, distinte colle lettere A, B, C, D, E, F, partenti da un minimo di cc. 0.004 d'isopatina ed aumentando nelle dosi successive di tre volte, fino a giungere a cc. 1 (dose F). Si consigliò altresì, per consolidare la cura, di aumentare gradatamente le dosi oltre la sesta, fino a raggiungere cc. 10.

Le prove pratiche dimostrarono che l'isopatina polivalente — pur somministrata a dosi così ridotte — manifestava un'azione molto più marcata della isopatina monovalente e di quella multiparziale: tanto che in qualche caso, già cc. 0.001, rappresentanti 1/4 della dose minima tipo — che si consigliava di iniettare nei casi più gravi più che altro a scopo di preparazione dell'organismo — si ebbero azioni notevoli con fusione completa di tumori di dimensioni enormi, anche dopo 5-7 iniezioni di tale dose.

Il fatto, oltre che colla varietà istologica e di localizzazione dei tumori concorrenti alla preparazione dell'isopatina polivalente — il che darebbe al prodotto la fisonomia di un preparato sinergico — sembrerebbe doversi spiegare anche colla molto maggiore quantità di tessuto neoplastico in confronto a quello presente nei cancri duri precedentemente unici costituenti dell'isopatina monovalente e di quella multiparziale.

Circa gl'intervalli si consigliò di praticare le iniezioni ogni 2-3 giorni e quelle delle dosi iniziali anche quotidianamente e di distanziare le superiori di 4-7 giorni.

I risultati terapeutici conseguiti colla isopatina polivalente, usata secondo questi criteri, apparvero superiori a quelli ottenuti colle isopatine monovalenti e con quella multiparziale.

E così — sebbene le prime applicazioni pratiche datino solo dall'ottobre 1926; sebbene il numero dei soggetti presi in cura sia stato molto limitato e che, al solito, abbiano avuto la malattia ad uno stadio avanzato ed anche avanzatissimo — si possono già registrare dei casi di guarigione.

Mi è stato riferito, ad es. l'esito favorevole in un caso di cancro dello stomaco (diagnosi accertata dal prof. Carlo Fedeli della R. Università di Pisa) in un tal Nicodemo Cam.... di anni 72, curato dal dott. Alberto Billi di Palaia (Pisa), caso di tale gravità che l'ammalato, in piena cachessia, in preda a dolori atroci, a vomiti frequenti ed a melena copiosa, non poteva muoversi dal letto e non riusciva a ritenere per bocca che qualche cucchiaio di latte freddo, tanto che si era per incominciare l'alimentazione per via rettale.

Il 12 settembre del 1926 venne iniziato il trattamento colla dose di cc. 0,004 che venne ripetuta per cinque volte coll'intervallo di un giorno fra una iniezione e l'altra; si passò alla dose di cc. 0.012 che venne pure ripetuta cinque volte, ma coll'intervallo di due giorni; si seguitò colla dose di cc. 0.037 pure per cinque volte ogni due giorni, e così colle dosi di cc. 0.111 e cc. 0.333. Le dosi di cc. 1 vennero invece iniettate coll'intervallo di 4 giorni.

Tranne un lieve rialzo termico alla prima e seconda iniezione, accompagnato da lievissime tracce di albumina nelle orine, non si ebbero fenomeni reattivi apprezzabili durante tutto il periodo del trattamento.

Circa i risultati terapeutici, fin dalle prime iniezioni di isopatina migliorarono i fenomeni più gravi della malattia; l'intestino, che erasi mostrato ribelle a qualsiasi lassativo, cominciò a funzionare con bastante regolarità; in breve la malattia si avviò, senza sosta, verso la guarigione che apparve clinicamente raggiunta dopo 47 giorni dall'inizio della cura. Infatti, il dott. Billi, in data 29 ottobre 1926, mi comunicava che l'ammalato, ormai ristabilitosi nelle condizioni generali, aveva riacquistato la funzionalità gastrica in misura tale che poteva mangiare di tutto, anche i cibi più indigesti, senza il minimo disturbo; che la notte dormiva tranquillamente; che l'intestino funzionava bene; che non si aveva da molto tempo più melena; che usciva di casa, girava e si occupava nuovamente dei suoi terreni. In data 29 novembre il dott. Billi confermava il buono stato di salute del suo paziente, il quale, ormai tornato in condizioni normali, aveva ripreso tutte le sue abitudini, ad onta della tarda età, come se mai fosse stato colpito dal terribile morbo. Non diverse sono le ulteriori notizie.

Un altro caso interessante, anche per la localizzazione non ancora presa a curare coll'isopatina, è quello trattato dal dott. Fazio di Ustica, sotto la direzione del prof. Leto, otorinolaringologo di Palermo, il quale aveva accertato istologicamente la diagnosi.

Si trattava di un tal Giovanni Pal... di Ustica, di anni 56, affetto da epitelioma della regione tubarica destra con considerevole adenopatia esterna in parte ulcerata. Il tumore sottomucoso, duro, liscio, si estendeva fino ad occludere la coana destra. L'ammalato presentava cachessia, anoressia, insonnia, disfagia; cefalea intensa diurna e notturna; sintomi faringei; spurgo dal naso e dall'orecchio.

Iniziata la cura il 6 dicembre 1926 con cc. 0.001 d'isopatina, viene proseguita colle dosi tipo ripetute ognuna cinque volte prima a giorni alterni, poi, a cominciare dalla dose di cc. 0,012 fino a quella di cc. 1, giornalmente data l'assenza di reazioni manifeste da parte dell'organismo. Le dosi superiori a cc. 1 vengono iniettate ogni 4 5 giorni fino a raggiungere la dose di cc. 6.

Fin dall'iniezione della dose di cc. 0.037 si rileva un evidente miglioramento delle condizini generali ed una maggiore facilità di respiro. L'appetito ed il sonno sono tornati. Permangono ancora i disturbi di ostacolo nasale e di udito.

Il 7 gennaio 1927 il medico curante scriveva che le condizioni dell'infermo andavano sempre migliorando; che la cachessia era ormai vinta e che il prof. Leto, rivisitato l'ammalato, gli aveva riferito in merito allo stato attuale della malattia nel modo seguente: « La massa neoplastica si è ridotta nel padiglione tubarico destro, dove si palpa ancora un indurimento sporgente. E' scomparsa l'adenopatia esterna e la infiltrazione del faringe basso. Dato l'esito insperato finora ottenuto, si consiglia di proseguire la cura isopatinica ».

In data 6 marzo — e cioè tre mesi precisi dopo l'inizio della cura — il dott. Fazio faceva sapere di aver proseguito il trattamento fino a raggiungere la dose di cc. 6 senza reazioni apprezzabili; che nell'ammalato era ormai cessata ogni secrezione dal naso e dall'orecchio e che, tranne il permanere della voce nasale, non si avevano altri fenomesi anormali.

Il Pal... è stato rivisitato nel luglio scorso dal prof. Leto che l'ha trovato clinicamente guarito ed in ottime condizioni di nutrizione e funzionali.

Notizie recentissime confermano la guarigione.

Un altro caso ancora mi è stato riferito in questi giorni dal prof. Pagliai di Empoli (Toscana). Si trattava di un cancro inoperabile del collo dell'utero (diagnosi confermata dal prof. Ferroni della R. Università di Firenze) con estesa diffusione agli organi circostanti.

Fu cominciata la cura nel giugno scorso e si ebbe un progressivo rapido miglioramento fino alla guarigione clinica. Il prof. Ferroni, chiamato a rivisitare l'ammalata per accertare gli effetti della cura isopatinica, dichiarava, in data 12 agosto u. s.: « I risultati nella signora Q. sono ottimi. La portio vaginalis è ricostituita e della diffusione cancerigna rimane soltanto un piccolo infiltrato a sinistra ed indietro. Non si poteva desiderare di meglio ».

L'isopatina polivalente è stata sperimentata anche in cancri della cavità orale e della cute che prima si erano mostrati resistenti all'isopatina monovalente ex cancro mammario.

In un caso, trattato dal prof. Spinelli, la radioterapia non era riuscita a modificare il tumore, localizzato nella cavità orale, che, pur non prendendo maggiore sviluppo, provocava un aggravamento impressionante dello stato cachettico. In mancanza di presidi terapeutici più efficaci, si ricorse al trattamento isopatinico e l'ammalato andò migliorando notevolmente nelle condizioni generali, tanto da farlo considerare dopo alcuni mesi come guarito se non fosse restato e restasse ancora in sito il tumore, diminuito di volume ed aumentato di consistenza, che tuttavia non dà neppure meccanicamente disturbi e ciò da più di un anno.

Un caso di cancro terebrante, nella signora A. S. di Palermo, che aveva distrutto già tutto il naso, metà delle guance, le palpebre inferiori e parte dell'occhio destro e del labbro superiore, cancro dimostratosi ribelle a tutti i presidi terapeutici conosciuti, venne tenuto in iscacco per vari mesi mediante applicazioni per via percutanea di isopatina polivalente a dosi crescenti, partendo da una goccia fino a giungere a 10. Assentatomi da Palermo, la malattia, dopo un paio di mesi, non trattata più regolarmente, riprese il suo corso fino all'esito letale.

Analogamente si comportò un altro caso di cancro linguale, ribelle a tutte le cure, pure in un soggetto di Palermo, il signor A. Bar.... curato dal dott. Marco Davì di Palermo.

L'isopatina polivalente fu sperimentata anche in qualche caso di sarcoma. Ne ricordo due.

Sarcoma del braccio destro, in una signorina ventenne della provincia di Foggia, ribelle ad ogni trattamento. La cura isopatinica viene condotta, sotto la direzione del dott. Acquaviva di Napoli, dal medico lo-

Digitized by Google

cale il quale, però, la eseguisce con poca regolarità spesso per colpa dei familiari.

Dopo qualche mese il neoplasma si è ridotto a tal punto da considerarsi quasi guarito clinicamente. Permane però una profonda anemia tanto che il dott. Acquaviva propone una trasfusione sanguigna che non viene accettata dai familiari. L'ammalata è abbandonata per qulche tempo senza alcun trattamento ed il tumore riprende indisturbato il suo sviluppo.

Ultimamente l'ammalata fu portata a Napoli. Il tumore si presentava delle dimensioni di un grosso pugno ed era quasi tutto ulcerato, ed io consigliai di riprendere la cura ricominciando colle dosi minime ed un trattamento per combattere lo stato anemico. Tornò al paese. Ricominciò la cura. Son passati tre mesi e mi risulta che l'ammalata è ancora in vita; che il tumore ha subito una lieve diminuzione; che permane sempre il grave stato anemico.

Sarcoma alveolare della coscia destra (diagnosi istologica del prof. Petrone di Napoli) in un giovanetto di 17 anni, Francesco Es... di Napoli. Il tumore enorme, duro, si estende dalla radice della coscia al ginocchio; tutto il resto dell'arto è fortemente edematoso. Lo scroto, per infiltrazione edematosa, ha assunto le dimensioni della testa di un bambino. Metastasi inguinali notevoli. Cachessia avanzata. Anoressia. Insonnia.

Dopo la prima iniezione di cc. 0,001 d'isopatina, l'essudato scrotale si riassorbe in modo così rapido che al quarto giorno lo scroto è ridiventato normale. Con altre quattro iniezioni della stessa dose, distanziate di 4 giorni, oltre il miglioramento delle condizioni generali, si nota la completa risoluzione del tumore che appare ora come una grande sacca di liquido che si fa sempre più gonfia e tesa. Insisto coi famigliari sulla necessità di svuotarlo, previo esame istologico del suo contenuto; ma ciò viene rimandato di giorno in giorno; per di più l'ammalato, in occasione di alcune emorragie dalle vene superficiali del tumore, non viene assistito convenientemente tanto che perde sangue in copia: ciò che va ad aumentare il grave stato di anemia esistente. E così anche questo ammalato... muore.

Sono a conoscenza che vari altri casi in cura coll'isopatina polivalente procedono bene e fanno sperare nella guarigione. Si tratta di localizzazioni cancerigne della prostata, dell'esofago, del piloro, con metastasi epatiche, della vescica, dell'utero e di localizzazioni sarcomatose varie.

Solo in casi disperati od in seguito a cure mal condotte, ad onta di minute istruzioni unite al prodotto, si sono ottenuti risultati passeggeri ed in un caso anche nulli.

L'isopatina polivalente si sta sperimentando anche a scopo preventivo.

Un caso di cancro mammario con metastasi ascellari in un soggetto di 48 anni, la signora Virginia R. di Napoli, operata dal prof. Aievoli di Napoli, con svuotamento ascellare, venne trattato dopo circa un mese dall'operazione con isopatina polivalente usando le dosi tipo distanziate l'una dall'altra di 4-7 giorni e ripetendo ogni dose cinque volte. Medico curante il dott. Francesco Rolando di Napoli.

Si emendò subito lo stato cachettico; si regolarizzarono le mestruazioni tanto irregolari dopo l'operazione da far sospettare una metastasi negli organi genitali; migliorarono le condizioni di nutrizione e le forze. Sono ora trascorsi nove mesi dalla operazione e l'ammalata, in ottime condizioni di nutrizione, dice di sentirsi benissimo. Non si ha alcun accenno di riproduzione del neoplasma. Il trattamento, giunto alla dose di cc. 0,111, viene continuato.

Intanto le dosi di isopatina polivalente dello schema ora indicato, col quale sono stati ottenuti i risultati accennati, mi han dato la sensazione che fossero ancora alquanto elevate e che perciò convenisse ulteriormente diminuirle e tenere maggior conto degli intervalli fra una iniezione e l'altra per conseguire un effetto graduale e per evitare un troppo rapido assorbimento di tossici neoplastici incompletamente neutralizzati, derivanti dalla lisi troppo rapida del tumore.

Ciò si è fatto per il preparato che d'ora innanzi verrà distribuito e per il cui uso darò ora le norme. In esse l'isopatina polivalente viene semplicemente indicata come *Isopatina antineoplastica.*

Tecnica dell' isopatinoterapia

Generalità. — Da quello che ho detto precedentemente risulta che il principio generico dell'isopatinoterapia è quello stesso della moderna terapia specifico-aspecifica e quindi simili ne sono le norme generali per l'uso, delle quali, in relazione alla natura della malattia ed al suo andamento cronico, conviene tenere presenti, per un trattamento razionale, le seguenti.

1. I risultati terapeutici sono sempre proporzionali al grado di resistenza dell'organismo trattato. Un individuo cachettico si presta male a qualsiasi procedimento di immunizzazione attiva.

2. I risultati terapeutici non sono in rapporto con la quantità del preparato inoculato, ma sibbene colla reazione di difesa dell'organismo: spesso ottima di fronte a quantità piccole; nulla spesso di fronte a quantità grandi.

3. Il procedimento riesce, in generale, di effetto più sicuro quando viene applicato a dosi nevi e progressivamente crescenti.

4. Le dosi debbono essere inversamente proporzionali alla intensità della malattia.

5. Dosi giuste favoriscono le reazioni di difesa dell'organismo; dosi eccedenti raggiungono l'effetto opposto e possono perfino impedire l'ulteriore proseguimento del trattamento (1).

6. Ogni soggetto si comporta in modo del tutto individuale di fronte ad un prodotto d'immunizzazione attiva, quindi — per quanto minute possano essere le istruzioni unite al prodotto, basate anche su di una lunga esperienza — solo il medico curante può farsi un concetto esatto del caso da trattare e di conseguenza solo lui è in grado di commisurare, con ogni accorgimento, le modalità tecniche alle modalità cliniche del caso stesso.

Periodo della malattia. — Tutti gli esperimenti di cura coll'isopatina sono stati finora compiuti su soggetti con malattia a periodo avanzato ed anche avanzatissimo; perciò, se da un lato alcuni felici risultati conseguiti invitano a tentare il trattamento anche in tali soggetti — alcuni dei quali hanno dimostrato di essere ancora suscettibili di eccitazione alla difesa immunitaria per opera dell'isopatina — d'altro canto conviene, per la migliore riuscita, intervenire all'inizio del morbo, o almeno prima che si siano stabilite nell'organismo lesioni irreparabili.

Sebbene, in realzione al modo col quale i singoli organismi reagiscono in seguito all'azione isopatinica, l'arresto dell'evoluzione del tumore e l'inizio della sua regressione possano verificarsi, in qualche caso, precocemente, bisogna tuttavia tenere per norma che ciò non possa avvenire prima di un paio di mesi. Di conseguenza, per evitare facili insuccessi, non imputabili certamente al metodo, il medico curante, prima di decidere l'applicazione del trattamento isopatinico, deve accertarsi — cosa invero non sempre possibile, avendosi delle sorprese circa il decorso di un tumore maligno — che il soggetto affidato alle sue cure sia in istato da contare almeno su un paio di mesi di vita e da sopportare l'azione dei prodotti derivanti dal disgregamento del tumore in seguito all'azione isopatinica, prodotti che provocano, quando non siano neutralizzati o solo in parte, fenomeni più o meno gravi di cachessia.

L'ammalato, quindi, non dovrà trovarsi già in istato di avanzata cachessia; non dovrà presentare sintomi di degenerazione cardiaca; nè gravi alterazioni funzionali dei reni.

Un trattamento in condizioni disperate potrà essere giustificato solo dall'intento di cercar di attenuare le sofferenze, ed in taluni casi di prolungare per qualche tempo la vita dei pazienti in condizioni, se non buone, almeno non disastrose, insopportabili, quali sono quelle a cui pervengono la maggior parte di essi a malattia inoltrata; *ma non si potrà evidentemente pretendere la guarigione.*

Non vi sarà poi da attendersi risultati di qualche entità in certi casi in cui siano sopravvenute, o possano sopravvenire da un momento all'altro, turbe gravi nel funzionamento di organi di importanza vitale o estese distruzioni o gravi infezioni secondarie capaci di uccidere il paziente prima che ciò avvenga per il completo evolversi dell'affezione neoplastica: non potendo l'isopatina aver completa ragione di esse.

Vie di introduzione della isopatina. — Sebbene si possa ottenere un più rapido ed un più completo effetto, e perfino la risoluzione critica della malattia, iniettando l'isopatina per via endovenosa, tuttavia, dati i pericoli derivanti dall'assorbimento di

(1) Secondo la nota legge biologica di Arndt-Schultz, che acquista tutto il suo valore nei riguardi della terapia specifico aspecifica, *stimoli deboli risvegliano le attività vitali; medi, le promuovono; forti, le ritardano; fortissimi, le aboliscono.*

Digitized by Google

forti quantità di veleni neoplastici non neutralizzati o solo in parte, in seguito alla fusione rapida e tumultuosa del tumore, conviene abitualmente usare la via sottocutanea o la endomuscolare.

La via endovenosa potrà essere tentata, sia nei casi iniziali, per cercare di conseguire la risoluzione critica della malattia, sia nei casi refrattari al trattamento per altre vie, e sia infine nei casi nei quali il tumore, esterno od esteriorizzabile, possa eventualmente essere svuotato all'esterno del suo contenuto fluidificato.

La via endovenosa potrà essere tentata senza alcuna preparazione dell'organismo dopo esserci accertati delle buone condizioni del cuore e dei reni, premunendoci, ad ogni buon conto, da qualche possibile sorpresa col mantenere elevata l'attività cardiaca; oppure si potrà iniziare la cura per via endomuscolare allo scopo di saggiare la reattività del soggetto, per passare poi alla endovenosa.

Deve essere ancora precisato quale partito si possa ricavare dalla via percutanea scelta in punti distanti dalla neoplasia. Qualche prov· di scandaglio per il trattamento di localizzazioni cutanee sembra aver dato speranza di buon successo

Come pure resta da stabilire se le iniezioni endermiche o sottocutanee o endomuscolari nei dintorni del tumore siano capaci di provocare un'immunità di barriera all'incedere del tumore e, allo stesso tempo, di contribuire per via generale al suo annientamento. Non è stata tentata — ch'io mi sappia — l'introduzione dell'isopatina per la via respiratoria o per la via digerente.

Dosi. — L'isopatina antineoplastica viene distribuita a dosi tipo esattamente titolate, progressivamente crescenti del doppio, distinte con numeri arabi da 1 a 12. Ognuna di queste dosi tipo è contenuta in una fialetta da cc. 1.

Il contenuto di isopatina in ciascuna dose tipo è il seguente:

Dose 1 =	ogni fiala da cc. 1 contiene cc.	0.000.488.281.25
2		0.000.979.562.5
3		0.001 953.125
4		0.003.906.25
5		0.007.812.5
6		0.015.625
7		0.031.25
8		0.062.5
9		0.125
10		0.25
11		0.5
12		1

Si possono facilmente combinare dosi intermedie e dosi superiori alla 12 accoppiando dosi tipo diverse.

Ogni scatola contiene una serie di 6 dosi dello stesso tipo.

Per ottenere la guarigione clinica possono essere sufficienti in molti casi le prime sei serie di dosi; le altre sei sono precipuamente destinate al consolidamento della guarigione clinica. Per taluni soggetti può convenire di procedere alla iniezione di dosi superiori a quelle della 12ª serie.

Frequenza delle iniezioni. — Gl'intervalli fra una iniezione e l'altra debbono essere, come le dosi, stabiliti caso per caso dal medico curante in base allo stato dell'infermo, allo studio delle reazioni organiche e dei fenomeni dovuti al riassorbimento dei tossici neoplastici.

Le iniezioni potranno essere praticate ogni 2-3 giorni e quelle delle dosi iniziali anche quotidianamente; le dosi superiori dovranno essere distanziate di 4-7 giorni.

Per completare l'immunizzazione dopo la guarigione clinica le iniezioni, a dosi progressivamente crescenti, potranno essere distanziate di 7-8 giorni per la durata di due mesi e di 15 giorni per altri due mesi.

Esecuzione del metodo. — L'isopatina antineoplastica ha l'aspetto di un liquido incoloro, limpidissimo, fluido; un lieve deposito biancastro che possa contenere non ha importanza: l'attività non ne viene perciò diminuita; qualunque altro cambiamento nell'aspetto dell'isopatina deve considerarsi come inquinamento dovuto a qualche eventuale invisibile rottura della fiala e quindi il suo contenuto non deve essere assolutamente iniettato perchè nocivo.

Riposta e conservata al buio in luogo fresco, l'isopatina antineoplastica può mantenersi a lungo attiva. La validità di ciascuna preparazione è indicata in ogni scatola.

Alcuni giorni prima d'incominciare la cura, non meno di due, si prenderà al mattino ed alla sera la temperatura del paziente per stabilire la curva termica abituale. La temperatura massima, rilevata prima dell'inizio della cura, servirà come punto di partenza per l'apprezzamento delle oscillazioni termiche che si avranno durante il trattamento. Sarà bene fare uso, fin dallo inizio, di diagrammi, in modo da rendersi conto, a colpo d'occhio, delle oscillazioni termiche. Detti diagrammi sono inseriti in uno schema di trattamento che viene unito al prodotto.

Le iniezioni, colla solita tecnica, ma sterilizzando la siringa esclusivamente colla ebollizione (l'alcool sarebbe dannoso al preparato), saranno praticate nel periodo di massima remittenza della temperatura, al mattino: anche per poter avere agio di apprezzare la reazione termica che, di norma, si manifesta verso la 5ª-8ª ora. Si eviterà sempre di praticare le iniezioni nel tumore.

Le iniezioni d'isopatina sono del tutto indolore e non provocano alcuna reazione al punto in cui vengono praticate.

Il giorno dell'iniezione la temperatura sarà presa prima dell'iniezione e 5-8 ore dopo: periodo, come abbiamo detto, in cui di norma avviene la reazione termica. Nei giorni in cui non viene praticata l'iniezione la temperatura verrà presa al mattino ed alla sera.

Uno studio accurato del soggetto deve farsi, prima di cominciare la cura, per la scelta della dose iniziale.

Nei casi incipienti ed in quelli non avanzati si potrà, in via di massima, iniziare la cura colla dose 1 ed aumentare gradualmente secondo le reazioni.

Nei casi avanzati converrà iniziare il trattamento con 1/4 della dose 1, per passare quindi a 1/2- 3/4, alla intera dose 1 e così via, insistendo su ciascuna dose sufficientemente.

Di norma, quale che si sia lo stadio della malattia, è bene ripetere ogni dose, coi dovuti intervalli, per 4-5 volte; nei casi ipersensibili bisognerà insistere con ogni dose anche più a lungo.

Quando si voglia tentare la via endovenosa, sarà bene iniettare prima per via endomuscolare la dose 3ª o la 4ª, a seconda dello stadio della malattia, allo scopo di saggiare la reattività del soggetto, per passare dopo due giorni, od anche dopo 24 ore a giudizio del medico, all'iniezione endovenosa di 1/4 della dose precedentemente iniettata nei muscoli se non dette forte reazione.

Nei casi in cui si ritenga di poter ricorrere senz'altro alla via endovenosa, s'inietterà 1/4 o 1/2 dose n. 1, a seconda delle condizioni dell'infermo.

Ove non si ottenga, colla dose prescelta, l'effetto voluto, la si ripeterà, a giorni alterni, ed al bisogno si passerà a quella superiore.

In relazione alla natura del preparato, l'iniezione endovenosa deve farsi con molta lentezza ed, eseguitala, si deve aver cura di allentare il laccio emostatico a grado a grado.

Fenomeni reattivi. — Come negli altri procedimenti terapeutici specifico-aspecifici, in seguito all'inizione d'isopatina antineoplastica si può avere, in misura più o meno manifesta, quell'insieme di fenomeni biologici che costituiscono la cosidetta «fase negativa» o «reazione apofilattica» alla quale succede, più o meno prontamente, la «fase positiva» o «reazione epifilattica».

La reazione apofilattica all'isopatina antineoplastica è rappresentata da fenomeni generali e da fenomeni locali.

I fenomeni generali sono dati da un elevamento termico, più o meno marcato, che s'inizia di norma verso la 5ª-8ª ora, accompagnato da frequenza del polso e, nelle forti reazioni, spesso da mal di capo, abbattimento, stanchezza, nausea, inappetenza.

I fenomeni locali — mancando, come abbiamo detto, la reazione al punto d'innesto — sono esclusivamente rappresentati dalla reazione di focolaio, che si manifesta con turgore, rossore, sensibilità aumentata, dolori penetranti, impressione di maggior calore, edemi passeggeri; in casi di tumori ulcerati, con lievi emorragie e con secrezione aumentata; in casi di tumori intestinali, uterini, vaginali, con emissione di liquido più o meno abbondante; in casi di localizzazioni vescicali, con intorbidamento delle orine se prima erano limpide.

La reazione di focolaio spesso non è accompagnata da reazione termica e, quantunque il più delle volte si manifesti nelle 24-48 ore, talora si è vista presentarsi dopo 3 giorni ed anche dopo 5.

In conclusione, la reazione apofilattica rappresenta, di massima, nel suo insieme, una diminuzione dei poteri di resistenza dell'organismo e quindi una recrudescenza dei sintomi della ma-

= 1353

Digitized by Google

lattia, tanto che durante lo svolgersi della reazione si possono anche verificare nuove localizzazioni.

La reazione epifilattica, che succede alla apofilattica, è caratterizzata, al contrario, da fenomeni più o meno manifesti di miglioria denotanti quindi un aumento di resistenza dell'organismo di fronte alla causa morbosa.

Bisogna dare un giusto valore ai fenomeni reattivi che seguono ad ogni iniezione d'isopatina e specie alla reazione di focolaio; poichè dalla loro giusta interpretazione dipende l'andamento regolare della cura e quindi il successo terapeutico.

Alle norme generali, già dettate per lo scopo, aggiungerò questa e cioè che i fenomeni reattivi di lieve entità che non durino più di 24 ore, non sembrano influire sul buon andamento della cura; anzi possono anche essere di buona prognosi, all'inizio del trattamento, inquantochè dimostrano la capacità reattiva del soggetto.

Bisognerà poi attenersi alle seguenti norme particolari.

Dovendoci guardare da un troppo rapido disfacimento del tumore, allo scopo di evitare i pericoli d'intossicazione già accennati, conviene procedere in modo da poter ottenere in breve l'insensibilità dell'organismo al preparato, evitando il più possibile reazioni generali e di focolaio e queste ultime specialmente quando esistano nel paziente localizzazioni negli organi interni.

Di conseguenza, oltre a procedere con dosi lievi, non si deve avere la tendenza ad aumentarle rapidamente; poichè non si conseguisce in tal modo alcun beneficio e si possono, al contrario, provocando forti reazioni, determinare gravi perturbazioni nell'organismo, tali da impedire anche l'ulteriore proseguimento del trattamento.

Circa il grado di elevazione termica è sembrato che un aumento superiore a 0°.5 C sulla massima temperatura abituale del soggetto sia da evitarsi; quindi, anche se raggiunga solo 0°.5 C, sarà conveniente ripetere la dose che provocò tale reazione, o, in soggetti ipersensibili, specie se si sia avuto in essi anche la reazione di focolaio, quella immediatamente inferiore, fino a che l'aumento termico non vada oltre 0.2-0.3 C. Solo allora si potrà aumentare la dose.

In certi soggetti può la temperatura, in seguito alle iniezioni d'isopatina, presentarsi frequentemente aumentata di 1°.5 C ed anche più sulla temperatura abituale, oppure elevarsi in modo persistente, a 0°.8- 1° C. Converrà allora interrompere il trattamento fino a che ogni reazione generale o locale siano scomparse. E quando lo si dovrà riprendere s'inietterà la stessa dose che provocò la forte reazione, dose che sarà bene ripetere, coll'intervallo opportuno, fino a che l'organismo si sia ad essa completamente assuefatto.

La reazione di focolaio può presentarsi accompagnata da reazione termica al disopra di 38° C è apparso allora conveniente di sospendere le iniezioni fino al completo esaurirsi della reazione stessa e di riprendere la cura colla metà della dose precedentemente iniettata.

Col disfarsi del tumore — sebbene il preparato per la sua provenienza abbia azione emostiptica — possono in qualche raro caso prodursi forti emorragie, il che invita a sospendere il trattamento per un tempo adeguato.

Dicasi egualmente nel caso di un marcato deperimento organico.

Se le reazioni di focolaio e le reazioni termiche si ripetessero varie volte, ad onta della conservazione della stessa dose, questa dovrà essere diminuita.

Quando, nella continuazione della cura si debba usare una nuova preparazione di isopatina, sarà bene riprendere le iniezioni con metà od anche con un terzo della dose ultima iniettata della precedente preparazione. Questa opportunità poggia sul fatto che le varie preparazioni d'isopatina antineoplastica —data la sua composizione — non possono, alla stessa dose, corrispondere esattamente fra di loro: una preparazione può eventualmente produrre stimoli più o meno completi e più o meno corrispondenti al caso speciale, in confronto con un'altra.

Ottenuta la guarigione clinica, non si dovrà abbandonare la cura per non incorrere in possibili recidive: la si dovrà invece continuare con dosi progessivamente crescenti fino a ritenere che si sia ottenuto una immunizzazione valida, per il che non è possibile stabilire alcun che di preciso, variando il trattamento da soggetto a soggetto anche in relazione al tempo ed alle dosi occorse per ottenere la guarigione clinica. Quindi si dovrà decidere caso per caso.

Dietetica. — Specialmente nelle localizzazioni gastriche e nei casi di anoressia invincibile conviene, nei primi tempi della cura, somministrare, quale alimento di poco volume, di massimo potere nutritivo e di facile digestione, il succo fresco di carne cruda — convenientemente dolcificato ed aromatizzato in caso di marcata avversione — che può essere sostituito da preparati zomoterapici del commercio.

Appena possibile, però, si dovrà cercare d'indirizzare gradualmente la dietetica verso un regime latteo-vegetariano per giungere ad un regime vegetariano con limitazione di alimenti zuccherati.

Come bevanda sono consigliabili acque minerali solidamente mineralizzate ricche di calcio e di magnesio.

Esiti dell'isopatinoterapia. — L'isopatina antineoplastica manifesta in primo tempo la sua azione modificando le condizioni generali del paziente; all'azione generale del preparato fa riscontro, più o meno prontamente, l'azione sul tumore e sulle sue metastasi.

Si ha in primo tempo il riassorbimento dell'infiltrazione attorniante le neoplasie e quindi la loro mobilizzazione se prima erano fisse; segue l'arresto della crescita delle neoplasie stesse ed infine la loro eliminazione più o meno rapida e più o meno completa a seconda della specie del tumore e della sua localizzazione.

In generale, la eliminazione sarà tanto più completa quanto più il tumore sarà ricco di cellule specifiche, evidentemente più sensibili e particolarmente disposte alle alterazioni degenerative; la trama connettivale tende, al contrario, durante la cura, a sostituirsi alle cellule specifiche ed a costituire quindi un processo cicatriziale vero e proprio, conformemente a quanto si verifica in ogni altra perdita di sostanza. Nei tumori scirrosi si può, quindi, quale processo di guarigione, avere una sostituzione completa del tessuto neoplastico per opera del tessuto della trama connettivale e residuare, perciò, un tumore ridotto di volume ma aumentato di consistenza, che tende col tempo a ridursi ulteriormente e ad aggrinzirsi. Una asportazione di questo tumore cicatriziale può togliere di colpo ogni traccia della malattia precedente; poichè questa si può considerare guarita fin dal momento della distruzione delle cellule specifiche.

Un altro esito nei tumori duri o semiduri esterni è la necrosi secca parziale eliminantesi e riproducentesi che può giungere fino alla completa distruzione del tumore e completarsi con una cicatrice al punto in cui il tumore stesso si trovava inserito.

Nei tumori molli l'esito della cura isopatinica può essere il disgregamento seguito da eliminazone (tumori esterni aperti o delle mucose): la lenta fusione con lento riassorbimento dei prodotti da essa derivanti; la fusione rapida del tumore e ciò quando questo, ricco di cellule specifiche, è limitato da una parete solida o questa gli è costituita dai tessuti circostanti.

Nei tumori infiltranti si può avere il riassorbimento delle cellule specifiche e la loro sostituzione da tratti cicatriziali più o meno vasti in relazione alle zone precedentemente occupate dalle cellule specifiche stesse.

Nei gangli infiltrati un esito del tessuto neoplastico può essere anche la caseificazione.

La guarigione completa è precipuamente soggetta alle condizioni dell'organismo: alla vastità delle distruzioni prodotte dal tumore specie in organi di vitale importanza; alle alterazioni funzionali talvolta irreparabili determinate dal processo morboso nel suo insieme.

Trattamenti adiuvanti. — In molti casi in cui si ottenne risultato terapeutico positivo, l'isopatina bastò da sola a vincere tutte le manifestazioni della malattia: perciò, anche coll'intento di accertare l'azione intera dell'isopatina, sconsigliai sempre l'uso di medicamenti farmaceutici di qualsiasi genere, eccettuti i sedativi (analgesici ed ipnotici) nei casi d'insopportabili sofferenze. Non è escluso, però, che alcuni di essi, purchè incapaci di intralciare l'azione dell'isopatina, possano giovare in determinati casi ed in determinate contingenze.

È invece certamente utile coadiuvare la cura isopatinica con trattamenti opoterapici in relazione colle alterate funzioni riscontrate nel soggetto in cura imputabili a disordini delle ghiandole endocrine. Ciò si dica in ispecial modo per la funzione dell'apparato gastroenterico sempre più o meno alterata negli ammalati di

Digitized by Google

cancro, con deficienza o assenza dell'azione disintossicante: il che contribuisce grandemente alla insorgenza od all'aggravarsi dello stato cachettico. Una opoterapia sostitutiva adatta può regolarizzare le funzioni gastrointestinali e permettere di conseguenza un congruo apporto di sostanze integratrici all'organismo che in tal modo potrà reagire più efficacemente contro il morbo in ciò stimolato dall'isopatina.

Indipendentemente da questi interventi opoterapici che possono essere consigliati dalle disfunzioni riscontrate nei singoli casi, potrà riuscire utile in tutti i pazienti un trattamento tiroideo specie nei periodi di massimo riassorbimeno di tossici neoplastici. È universalmente nota, infatti, una importantissima azione della tiroide nell'organismo che consiste nel preservarlo dai veleni di ogni specie e quindi anche da quelli derivanti dal disfacimento delle albumine (Breisacher, Blum).

Per cercare, infine, di nuocere in certo qual modo direttamente al tumore, si potranno anche tentare, a scopo adiuvante, somministrazioni di preparati di ghiandole endocrine antagoniste dello sviluppo neoplastico (milza, timo).

Sulle neoplasie ulcerate, di più difficile guarigione, sarà bene pel momento applicare stomosine o vaccini antipiogeni polivalenti. Prossimamente riprenderò la preparazione di prodotti, già apparsi efficaci in alcune prove, ottenuti con germi isolati da ulcerazioni neoplastiche. Maggiormente utili, a tal riguardo, potrano riuscire vaccini autogeni.

Prima d'iniziare la cura o durante il trattamento possono essere indispensabili interventi chirurgici ausiliari per evitare pericoli in conseguenza di reazioni di focolaio manifestatesi durante il trattamento — ad onta anche di ogni accuratezza nell'applicazione delle dosi e nella distribuzione delle iniezioni — o dovuti all'evoluzione non ancora arrestata del neoplasma.

Così nelle localizzazioni alla laringe, alla faringe, alle tonsille, alla base della lingua, ecc. può essere indispensabile, ancor prima d'iniziare la cura, di praticare la tracheotomia ed in casi di localizzazioni laringee può convenire di usare un tracheotubo munito di reticella in modo da evitare la caduta di porzioni di tumore nei bronchi.

Nelle localizzazioni alle diverse sezioni dell'apparato gastroenterico può essere necessario evitare i pericoli di una stenosi mediante tempestivo adatto intervento chirurgico.

Infine, in caso di fluidificazione rapida di grossi tumori, occorre, a fluidificazione abbastanza progredita, praticare una puntura esplorativa per esaminare al microscopio il contenuto onde accertare se vi esistano ancora cellule neoplastiche vive; in caso positivo — essendovi difficoltà di riassorbimento — sarà utile svuotare la sacca tumorale che tende a farsi sempre più gonfia e tesa, e medicarla convenientemente; in caso negativo, l'intervento chirurgico verrà rimandato a quando si sia certi della distruzione di tutte le cellule neoplastiche che avviene abbastanza rapidamente nel tumore chiuso; se si operasse prima, si potrebbe produrre un'ulcera neoplastica di difficile tattamento.

Prima o durante il trattamento isopatinico può convenire un'operazione chirurgica parziale per accelerare il processo di guarigione e per limitare l'azione nociva dei prodotti di riassorbimento dei tossici derivanti dai tumori in involuzione.

La trasformazione fibrosa della neoplasia in seguito al trattamento isopatinico, sebbene rappresenti uno dei processi di guarigione, può, tuttavia, in qualche localizzazione, portare nocumento più o meno grave all'organismo a causa di fenomeni di coartazione e di compressione ed esigere perciò estesi interventi chirurgici.

Associazione isopatinico-chirurgica

Il trattamento isopatinico può riuscire utile anche applicato prima di un'operazione chirurgica: inquantochè, potendo riuscire a migliorare le condizioni generali, può far sopportare meglio l'operazione.

In merito all'azione isopatinica sulle neoplasie primarie o metastatiche, susseguente all'azione generale, si è detto che si esplica in primo tempo col determinare il riassorbimento delle infiltrazioni circostanti e quindi col rendere mobili le neoplasie se prima erano fissse; d'altra parte, se si provoca una forte reazione con appropriate iniezioni d'isopatina, si può in tal modo favorire la delimitazione di infiltrazioni cancerigne e di metastasi. Si comprende quindi facilmente come un trattamento preventivo isopatinico possa permettere l'operazione anche radicale di tumori considerati prima inoperabili.

Associazione isopatinico-actinoterapica

Conviene sperimentare largamente e con modalità varie questo connubio che dette buoni risultati fin dalle prime esperienze (1917); poichè, sebbene in vari casi si siano ottenuti colla sola isopatina risultati non inferiori in tempo non maggiore, in altri il trattamento isopatinico esclusivo dovette durare a lungo a causa della massa del tumore e dello stato inoltrato della malattia che potè essere vinta solo usando molta costanza.

Certamente il compito riservato all'isopatina può essere facilitato quando, ad esempio, distrutta la parte accessibile del tumore, si tratti di agire sulle metastasi e sui germi neoplastici annidati in parti inaccessibili dell'organismo o non individuabili.

Per accelerare la guarigione e per renderla duratura sembra conveniente iniziare il trattamento isopatinico prima dell'applicazione actinoterapica e seguitarlo subito dopo ed a lungo; nel caso che le applicazioni siano ripetute, appare utile praticare le iniezioni d'isopatina anche negli intervalli.

Secondo quanto ha dimostrato Spinelli, si possono, mediante trattamento isopatinico, rendere radiosensibili tumori refrattari all'azione del radio e del Roentgen; tumori radioimmunizzati da trattamenti precedenti; gli adenocarcinomi dell'utero e della mammella.

L'effetto dell'actinoterapia potrà essere migliore se, con dose adeguata d'isopatina per via sottocutanea o per via endovenosa, si provocherà una forte reazione di focolaio e si interverrà nel momento culminante di tale reazione, la quale potrà servire altresì a snidare localizzazioni metastatiche prima non manifeste.

Autoisopatinoterapia

Non si sono potuti ancora intraprendere esperimenti terapeutici con isopatine autogene che potrebbero dare risultati maggiori di quelli che si ottengono con l'isopatina antineoplastica. Spero che ciò possa verificarsi a non lunga scadenza.

Per lo scopo conviene poter disporre di una quantità adeguata di tumore che, appena asportato, deve essere immerso in etere in un boccaccetto con tappo a tenuta ed inviato col mezzo più celere per la preparazione dell'autoisopatina.

In attesa di questa, sarà opportuno, per non perdere tempo prezioso, iniziare la cura coll'isopatina antineoplastica.

La tecnica d'uso potrà essere quella stessa precedentemente descritta.

Isopatinoprofilassi

Non è stato ancora investigato a dovere qual partito si possa ricavare dal trattamento isopatinico indirizzato ad evitare la recidiva dopo un'operazione chirurgica completa. Le prove in corso fanno ritenere che si possa raggiungere l'intento.

Sarà bene, a tal proposito, iniziare la cura isopatinica per tempo, prima dell'operazione, attenendosi alle norme indicate, e riprenderla dopo 4-5 giorni dall'operazione se il paziente è apiretico o attendere la scomparsa della temperatura febbrile. Qualora non sia possibile iniziare il trattamento prima dell'operazione, ci si accontenterà di farlo dopo, al più presto.

Volendo cercare di evitare la recidiva dopo una cura actinoterapica riuscita ompletamente efficace, ci si comporterà in modo analogo.

Considerazioni e conclusioni

Queste primo decennio di esperimenti pratici di cura dei tumori maligni mediante l'isopatina antineoplastica, mi sembra abbia dimostrato che il metodo isopatinico, pur essendo stato quasi sempre applicato in casi disperati — in massima parte rifiuto di tutti gli altri metodi di cura — ha dato tuttavia risultati tali da consigliare di utilizzarlo nella pratica. Infatti, alle guarigioni durature, che oggi, dopo sei a circa nove anni, possono essere considerate come definitive, ed a quelle temporanee, alcune delle quali avrebbero potuto divenire definitive con un trattamento più prolungato, debbonsi aggiungere i frequenti notevoli miglioramenti per un periodo più o meno lungo, anche di alcuni anni, ed infine, nei casi più inoltrati, il prolungamento dell'esistenza degli infermi in condizioni sopportabili.

Oltre questi risultati soddisfacenti — che potranno eviden-

Digitized by Google

temente diventare molto più numerosi e di più facile conseguimento quando si intervenga precocemente o almeno non negli ultimi stadi della malattia — stanno in favore della utilizzazione pratica del mio metodo la innocuità del preparato quando venga usato colla dovuta tecnica e la facilissima sua applicazione anche nella pratica rurale.

Deve poi mettersi in particolare rilievo la possibilità che l'isopatina antineoplastica sia suscettibile di essere utilizzata, oltrechè per prevenire le recidive, anche per evitare la non infrequente degenerazione maligna dei tumori benigni; per impedire la evoluzione in cancro delle lesioni precancerose; per prevenire il cancro negli individui ereditariamente predisposti o, infine, negli operai che per il loro lavoro si trovano a frequente contatto con sostanze ritenute cancerigene (catrame, pece, paraffina, olii pesanti, arsenico, aniline, fuliggine, ecc.). In quest'ultimo caso il trattamento dovrebbe essere continuato a lungo e — data la poca praticità, per lo scopo, delle iniezioni — si dovrebbe studiare il modo di somministrare l'isopatina per via orale mediante adatta preparazione.

Queste possibilità meritano di essere considerate in tutta la loro importanza ai fini della lotta contro il cancro, lotta che, più che alla cura, deve precipuamente mirare alla profilassi.

RIVISTE SINTETICHE

LA SINDROME DI BAUMGARTEN

Questa sindrome è rappresentata in sintesi da una malformazione congenita, che si può rivelare in diverse tappe della vita, consistente nella permanenza della vena ombellicale, ciò che dà luogo ad una sintomatologia addominale necessaria a differenziarsi da varie altre malattie, come le diverse forme di cirrosi epatica, la pileflebite, il morbo di Banti ecc.

Baumgarten fu preceduto, nell'osservazione clinica da altri autori, come il Cruveilhier, primo, fra tutti, e poi il Monro, il Manec, il Menière (1826); ma come avviene di solito in medicina, l'aver apposto una vernice nuova a un quadro nosografico è condizione sufficiente perchè se ne proclami la paternità; e così il Baumgarten, descrivendo il suo caso osservato nel 1907, diede il nome alla sindrome.

Si trattava di un ragazzo sedicenne, il quale due anni prima aveva presentato una tumefazione al collo, che guarì mentre subito dopo aveva cominciato a tumefarsi anche l'addome, divenendo giorno per giorno più imponente. Alla puntura il liquido risultò essere un trasudato. La milza era molto ingrandita. All'esame del sangue 3.300 mila gl. r. 2600 leucociti, linfocitosi.

All'operazione (di Talma) il fegato risultò impicciolito non così la milza che era enorme.

Dopo l'operazione l'addome si rigonfiò di nuovo e si ebbe ripetute volte *ematemesi e melena*. A una nuova paracentesi il liquido risultò emorragico, finchè dopo poco più di un anno avvenne la morte del paziente.

Alla sezione: milza fortemente ingrossata, parenchima molto ricco di sangue cosparso di infarti; follicoli non visibili macroscopicamente. Vene spleniche molto dilatate. Fegato molto piccolo atrofico. Vene ombelicali enormemente larghe (grossezza di un indice), sboccanti nella vena porta. Nessuna traccia del dotto venoso di Aranzio. La vena ombelicale che era conservata e dilatata in tutta la sua lunghezza comunicava con le vene epigastriche.

Altri casi furono pubblicati poi da Masuda nel 1911 e Benque nel 1912. Quest'ultimo riferiva di un ragazzo 18enne che a 15 anni ammalò di tumefazione addominale. Esisteva ascite.

Alla sezione il fegato pesava 820 gr.; il lobo destro era grossolanamente granuloso, il lobo caudato mancava; nel legamentum teres si trovava un vaso che misurava 3 cm. di circonferenza, e scorreva sulla faccia interna della parete addominale fino all'ombelico e oltrepassato questo imboccava, prima dell'arcata di Poupart la vena iliaca interna. Dall'altro lato invece imboccava la vena porta. Nulla di abnorme nella cava e nelle sopraepatiche. Dotto di Aranzio assente. La vena splenica al suo sbocco nella porta misurava 3 cm. di circonferenza. La milza pesava 1350 gr., consistenza dura.

Altri due casi uno in ragazzo di 15 anni, l'altro in giovanetta di 23 anni, furono pubblicati da Eppinger; tutti e due seguiti da morte.

Due casi ancora del Bastai, il primo in una donna di 43 anni, il secondo in una di 32, meritano di essere ricordati.

La prima ammalata aveva sofferto di roseola, pertosse, scarlattina e all'età di 18 anni tifo. Durante quest'ultima infezione l'addome si tumefece e restò tale anche alcuni mesi dopo la malattia, scomparendo poco a poco con abbondante urinazione. In seguito l'addome sembrava aumentasse per brevi periodi. A 23 anni nuova tumefazione durata 5-6 mesi, durante i quali vi fu anoressia e vomito, seguita poi da urinazione abbondante e diminuzione del volume. Questo episodio si ripetette ancora a 27 anni in seguito a eresipela facciale, e durò un mese solo.

Nel 1913 operazione di Talma. Nel 1923 la tumefazione si ripresentò con scarse oscillazioni, accompagnata a lieve tinta itterica ed edemi agli arti inferiori e lieve rialzo termico serale.

Nelle urine abbondante urobilina. Liquido ascitico dai caratteri del trasudato. Wassermann negativa. Morte il 29 gennaio 1924.

L'anatomia patologica svelò quasi le stesse malformazioni dei casi precedenti. Il caso secondo dello stesso autore è, come si è detto di una donna di 32 anni.

Quest'ammalata dopo 14 giorni dalla fine dell'ultima gravidanza avvertì dolore alla regione epigastrica ed epatica ed in seguito ebbe inappetenza nausea e febbre. L'addome si fece presto tumido e dolente e alla superficie presentava un'evidente rete venosa. Leggeri edemi agli arti inferiori. Il liquido ascitico aveva caratteri incerti fra essudato e trasudato. Urobilina abbondante nell'urina. Wassermann negativa. Morte dopo 10 giorni dall'inizio apparente della malattia.

Dall'esposizione sommaria di questi casi si può dedurre il quadro nosografico delle sindrome.

Quanto all'etiologia hanno poca importanza sia il sesso che l'ereditarietà. Ne avrebbe molta l'anamnesi se si potessero avere informazioni fin dalla nascita di questi infermi. Comunque essa ci dimostra che in tutti i casi pur essendovi una malformazione congenita in gioco nel determinismo del quadro morboso, bisogna ritenere che per se stessa non varrebbe a determinare la sindrome qualora cause sicuramente di natura tossi-infettiva non intervenissero in una qualsiasi epoca a mettere in somma evidenza l'alterazione e stabilire la malattia. E' in questa fase che bisogna, dunque, parlare di sindrome e non in quella che la precede.

Circa la patogenesi e l'anatomia patologica bisogna ammettere sopratutto una persistenza della vena ombelicale da ostacolo circolatorio a livello delle sopraepatiche, di natura, quindi, congenita. E' noto infatti come la vena ombelicale si obliteri dopo la nascita con un tessuto di granulazione che inizia dal punto dove viene strozzata la vena stessa, l'anello ombelicale. Il processo di obliterazione dura da 6 a 8 settimane dopo il parto. La vena ombelicale nel feto ha, come è noto, due branche terminali di cui una si getta nella v. porta e l'altra nella cava inferiore (dotto venoso di Aranzio).

Dopo la nascita il dotto di Aranzio si oblitera mentre quello che sbocca nella porta persiste e diventa la branca sinistra della vena porta. Ma succede spesso che anche un tratto più o meno lungo della vena ombelicale, che dopo la nascita si riduce a sboccare nella branca sinistra della v. porta, rimane pervio e in questi casi si ha un resto di canale nello spessore del legamento rotondo del fegato, della lunghezza di 5-8 cm.

Molte incertezze rimangono ancora, però, circa la interpetrazione dei diversi sintomi, e ciò sopratutto per la deficienza dei dati anamnestici antichi, che non è possibile rintracciare.

Noi ci asterremo qui dal riferire le diverse ipotesi e discussioni.

L'anatomia patologica si può così riassumere, dai dati sopra esposti: in tutti i casi la vena ombelicale è pervia e comunicante ampiamente da un lato con la v. porta e dall'altro colle vene epigastriche e sottocutanee addominali. In genere le pareti della vena ombelicale non presentano alterazioni gravi. In tutti i casi il dotto di Aranzio è obliterato.

Vario è il reperto delle pareti della vena porta che sempre aumentata di volume può presentarle o ispessite o, nell'intima, mostrare piccole placche giallognole: del resto è normale. Frequenti a riscontrarsi nelle vene sopraepatiche, anzitutto, processi endoflebitici.

Il fegato nei primi sei casi osservati è impiccolito, mentre nei casi del Bastai o è normale come volume, o fortemente ingrandito.

E' forse questo, appunto, l'organo cui si deve attribuire la maggior causa nell'evoluzione costantemente mortale della sindrome, ma pare che non sia, dagli osservatori, messo in sufficiente lume da questo punto di vista.

Digitized by Google

I reperti anatomo-patologici dei varii autori sono: aumento modico del tessuto di sostegno con continuazione di un ispessimento fibroso diffuso della capsula epatica; tessuto epatico profondo semplicemente atrofizzato (caso di Baumgarten); reperto molto simile alla cirrosi atrofica (Masuda); reperto somigliante ai due precedenti (Benque); cirrosi atrofica cirrotica con degenerazione adenomatosa (rispettivamente nei due casi di Eppinger) e — sopratutto importante — in un caso del Vanzetti, il fegato si presentava con le seguenti caratteristiche: peso gr. 1090; istologicamente il parenchima epatico non è costituito da una serie di tubuli ordinati intorno alla vena centrale.

Le vene centrali dell'acino mancano e persisono solo piccole isole di parenchima disposte intorno a tre vasi: quello biliare il ramo portale e l'epatico, risultando l'acino epatico orientato intorno allo spazio portobiliare. Larghe zone connettivali separano le isole, ricche di lacune sanguigne. Stasi di alto grado. Assenza del sistema venoso delle sopraepatiche, dai sottili rami centrali fino ai grandi vasi che sboccano nella cava.

Dati questi reperti, quale importanza assume il fegato nella patogenesi della sindrome?

Noi crediamo che la successione cronologica delle varie tappe della malattia debba essere così interpetrata: anomalia congenita, alterazione epatica a carattere degenerativo atrofico, cause esterne scatenanti, sindrome morbosa.

I gradi e la varietà dell'anomalia, causa prima, spiegano il più o meno rapido insorgere della sindrome, nonchè la maggiore o minore resistenza che il fegato offre di fronte al grave perturbamento circolatorio.

La varietà della sintomatologia deriva da queste premesse, cioè dai gradi di compenso o scompenso della circolazione porto-epatica, la quale sicuramente dev'essere influenzata dalle varie cause infettive generali, sicchè spesso la tumefazione dell'addome compare per riaffacciarsi ogni qual volta un nuovo fattore esterno intervenga. In questo periodo i sintomi subbiettivi sono: senso di peso alla regione epigastrica, inappetenza, nausee, vomito.

Obbiettivamente: forte dilatazione delle vene periombelicali, grande tumore di milza, fegato piccolo.

Il caput medusae è di uno sviluppo enorme, con vene singole ampie e serpiginose. L'ascite è a tipo di trasudato; può osservarsi epistassi, ematemesi, melena. A carico del fegato subittero, urobilinuria. Spesso leggero edema agli arti inferiori. La febbre è spesso presente e sembra debba attribuirsi alla malattia intercorrente che genera lo squilibrio della circolazione portale.

La diagnosi differenziale va fatta con la splenomegalia tromboflebitica con la cirrosi tipo Laennec e col morbo di Banti.

La terapia è esclusivamente medica essendo riuscite infruttuose le operazioni praticate. Se è possibile individuare la causa che ha scatenato lo scompenso, la si combatterà.

Nello stato duraturo dello scompenso si ordinerà una dieta rigorosa, i diuretici, il riposo a letto, la paracentesi.

(Da una pubblicazione di ARRIGO MONTANARI. *Rivista di Clinica Medica*, 1927, n. 6).

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sulla grande frequenza delle spirochetosi broncopulmonari. LAFOSSE, Parigi. *The Journal of the American Medical Association*, n. 15, 1927.

Il numero dei casi di malattie respiratorie di origine spirochetica sembra in aumento; il fatto potrebbe per altro esser vero solo in modo relativo, in quanto attualmente i metodi di ricerca dell'agente eziologico sono molto più usati e molto più perfezionati di prima.

Comunque, l'A. ha potuto constatare in quattro anni ben 38 casi di bronchite di origine spirochetica, a Vincennes.

Questi casi erano stati a tutta prima giudicati come di tubercolosi.

Tutti questi pazienti migliorarono rapidamente colla terapia bismutica, e con l'arsifenamnina.

L'A. prospetta l'ipotesi che queste spirochete si facciano strada dalle cavità boccale, dove esse sono ospiti abituali, e che divengano repentinamente patogene per cause ignote.

Probabilmente si tratta dello *spirillum dentium*, che si virulenta. [La presenza di spirocheti nello espettorato basta a definire che essi siano causa delle lesioni nelle vie broncopulmonari, o non piuttosto rappresentino semplice coesistenza in quelle vie? N. d. R.].

Sul valore terapeutico degli estratti del lobo ipofisario anteriore. — MOUZON. *Presse Médicale*, n. 77, 1927.

La ragione dell'incertezza che regna tuttora sull'efficacia terapeutica del lobo anteriore dell'ipofisi, dev'essere ricercata in diverse cause di errore, sopratutto di indole sperimentale e poi nella preparazione dell'ormone, che spesso o non è stato opportunamente isolato oppure non ha avuto il necessario controllo per la ricerca delle sue proprietà veramente efficaci.

Sorvolando sui lavori sperimentali, tendenti a stabilire l'azione distinta dell'estratto ipofisario posteriore da quello anteriore, e in seguito ai quali si è potuto constatare che quest'ultimo ha in genere la proprietà di modificare i caratteri sessuali secondari oltre una complessa azione sulla funzione mestruale e sullo estro sessuale, negli animali di esperimento la clinica ha applicato l'estratto anteriore sopratutto allo studio della funzione sessuale e su una speciale malattia che richiama un grave perturbamento dell'ipofisi e cioè la malattia di Simmonds o cachessia ipofisaria. Oltre di questa un'altra sindrome merita di essere considerata nelle possibilità terapeutiche dell'ipofisi anteriore ed è la l'adiposità Babinski-Froelich, che si produce sperimentalmente negli animali in seguito alla ablazione dell'ipofisi.

Questa ultima porta a studiare l'azione dell'ipofisi sul metabolismo, per cui risulterebbe che l'ipofisi anteriore avrebbe azione specifica determinando una diminuzione sensibile del grasso, in seguito a una combustione, provocata dall'ormone ipofisario.

Nella malattia di Simmonds non tutti i casi hanno avuto giovamento dalla cura ipofisaria, all'opposto, sono molto istruttivi, tre casi di Reye; che con la somministrazione prolungata di solo lobo anteriore potette ottenere completa guarigione in queste sue ammalate, due delle quali invece di presentare il tipico dimagramento, avevano un certo grado di obesità.

Da queste osservazioni è facile ammettere esista realmente un'azione del lobo anteriore, ma bisogna ben studiarne l'azione e il modo di somministrarlo.

Sull'anatomia clinica dei tumori meningei cerebrali. — PUIG. *Presse Médicale*. n. 77, 1927.

L'A. nella sua tesi classifica i tumori meningei in quattro classi:

1) tumori meningei abituali enucleabili o a tipo libero solitario, più frequente, nettamente opposto al glioma, che è un tumore infiltrante:

2) tumori meningei con modificazioni della scatola cranica;

3) tumori meningei aderenti alla sostanza cerebrale;

4) tumori meningei multipli e sarcomatosi diffusa delle meningi.

Istologicamente sono rappresentati i diversi tipi di meningoblastomi, ma hanno molta importanza nel loro determinismo gli accidenti evolutivi e i rapporti che il tumore contrae con il cervello e la scatola cranica, potendo dar luogo o a pseudocisti emorragiche o colloidi, oppure a placche necrobiotiche, mentre le lesioni del cervello sono più frequentemente infiltrazioni perivascolari o diffuse della corteccia, per effetto del neoplasma.

Clinicamente questi tumori sono in genere molto differenti dai gliomi. Il meningoblastoma è un tumore ad evoluzione molto lenta e potrebbe essere latente, se in molti casi non intervenissero segni di focolaio; ma per far ciò occorre che sia molto voluminoso.

La terapia è chirurgica, donde la necessità di una diagnosi di sede precisa.

Le false tubercolosi di origine colecistica. — F. TRIBOULET. *Thèse de Paris*, 1927.

Le affezioni croniche della vescichetta biliare possono simulare la tubercolosi polmonare, e così pure altre affezioni del tubo gastro-enterico (appendicite cronica, affezioni diverse dello stomaco, enterocoliti) con una frequenza che sembra eguale a quella delle prime. L'A. si sofferma più particolarmente sulle forme di false tubercolosi di origine colecistica.

Sono sopratutto i sintomi generali e funzionali quelli che possono generare confusione, e cioè il senso di stanchezza, il dimagrimento, la febbre specialmente; pure frequente è il dolore toracico destro delle infiammazioni della vescichetta biliare.

La colecistite, inoltre, può anche produrre alla base del polmone de-

Digitized by Google

stro dei segni stetoscopici e radiologici anormali, ma questi sintomi sono più rari di quelli funzionali e generali.

Causa di tutti i sintomi ora detti può essere la semplice stasi della bile vescicolare, anche in assenza di ogni infezione, ma la loro causa più frequente è la colecistite cronica, specialmente non litiasica.

La diatermoterapia delle affezioni pulmonari. — M. Mercier. *Paris Médical*, n. 35, 1927.

L'uso della diatermoterapia nelle affezioni polmonari in genere risale a Harry-Eaton Slevart (di New York) che nel 1923 sottopose a tale trattamento malati di pulmonite e di bronco-pulmonite; gli effetti favorevoli in questi primi tentativi consistettero in: scomparsa della cianosi e del dolore durante gli atti respiratori, leggero miglioramento della frequenza dei respiri, abbassamento della temperatura, miglioramento dello stato generale e del sonno. Le applicazioni diatermiche si mostrarono d'altra parte senza nessun pericolo, nè presentarono alcuna controindicazione. Su 32 malati così trattati, la mortalità è stata del 19 %, mentre nei malati-controllo del 43 %. In seguito, altri AA. hanno adottato simile terapia e sempre con risultati soddisfacenti.

Accanto a queste affezioni polmonari acute, anche forme croniche tubercolari sono state curate con la diatermia, con notevole miglioramento degli infermi; osservazioni simili ha fatto l'A. in 7 malati di tal natura. Nessuno ha avuto a soffrire alcun inconveniente (emottisi, ecc.) e tutti sono stati migliorati dalla diatermoterapia (12 sedute in media), anzi alcuni possono essere considerati come clinicamente guariti.

Anche i casi di asma, la cui origine debba ricercarsi in una lesione pulmonare, sembrano all'A. beneficamente influenzati dalla diatermia.

A spiegare l'influenza vantaggiosa di questa terapia, l'A. crede che la diatermia da una parte diminuisce la virulenza microbica per azione della temperatura elevata che raggiungono i tessuti e d'altra parte agisce sullo stato di nutrizione generale, aumentando così il valore delle difese organiche.

Diabete mellito e lesioni ipofisarie. — G. Di Guglielmo, R. Clinica Medica di Pavia. *Boll. della Soc. Med. Chir. di Pavia* n. 4 1927.

L'A. riferisce di una forma di diabete mellito insorta in soggetto giovane con le note somatiche del piccolo gigantismo.

Si riscontrava qui una poliuria di notevole intensità (fino a 18 litri al giorno) quale è più frequente osservare nel diabete insipido anzichè nel diabete zuccherino; fu notata una relativa indipendenza del tasso glicosurico dal quantitativo di idrati di carbonio ingeriti; furono osservate lesioni ipofisarie (focolai connettivali estesi, fase iniziale di degenerazione idropica delle cellule basofile del lobo anteriore), senza però la coesistenza di manifeste lesioni pancreatiche, come comporterebbe la gravità del disturbo del ricambio dello zucchero.

Questo era presente nell'urina in fortissima quantità (800-900 gr. nelle 24 ore) e non diminuiva neanche a regime dietetico privo di carboidrati.

Per la spiegazione del caso l'A. pensa che si sia qui trattato di una ipersecrezione ipofisaria (già causa dell'acromegalia del gigantismo e anche della semplice ipercrescenza), la quale abbia poi indirettamente provocato la glicosuria sia neutralizzando il secreto circolante in modo da determinare un'ipertrofia compensatoria con esaurimento finale delle cellule di Langherans, sia ostacolando la funzione delle isole, il che potrebbe anche non condurre a modificazioni istopatologiche.

Se si tiene poi conto oltre che delle lesioni ipofisarie e dei disturbi del ricambio degli idrati di carbonio, anche di quelli del ricambio idrico, si può pensare ad alterazioni della regione diencefalo-ipofisaria o tubero-infundibulo-ipofisaria, senza potere escludere l'esistenza di lievi alterazioni secondarie pancreatiche, così come, secondo Kraus e Reisinger, avviene generalmente negli acromegalici, siano essi con diabete o senza.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'infezione nella evoluzione di alcune ulceri gastro-duodenali. — Duval. Facoltà di Medicina in Paris. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 18, 1927.

Da più tempo il noto chirurgo francese si è fatto assertore di questo concetto: nell'evoluzione di alcune ulceri croniche gastro-duodenali l'infezione assume una parte capitale. Questa importanza ha il suo diretto riflesso sulla terapia. Ci sono presunzioni cliniche a favore dell'ulcera infetta: 1° periodi febbrili che spesso si possono constatare specialmente all'inizio, ed in coincidenza di questi uno stato speciale di reazione perigastrica; 2° la tensione localizzata dei muscoli dell'addome; 3° il dolore molto vivo alla pressione; 4° i dolori spontanei permanenti che si sostituiscono al dolore periodico tipico; 5° l'ematemesi a piccoli coaguli più o meno importante. Del resto già da tempo il Mathieu aveva sospettata l'importanza della penetrazione microbica attraverso la superficie denudata della mucosa; e Moynihan ha notata la coincidenza di questa forma infettiva con lo sviluppo di un focolaio settico lontano, dentario, tonsillare, sinusale, o di eresipela, scarlattina etc. Ancora a favore di questo concetto stanno le prove di laboratorio (iperleucocitosi, polinucleosi, positiva intradermoreazione con culture di germi trovati nelle ulcere gastriche; l'eventuale guarigione con la proteinoterapia). Anche l'esame microscopico delle ulcere dimostra in circa 1/3 dei casi alterazioni di natura infiammatoria; e depongono per questa infezione sia l'emorragia per rottura settica di un vaso, sia il flemmone gastrico diffuso dal contorno dell'ulcera; sia la perforazione acuta. Agenti di tale infiammazione sono lo streptococco e l'enterococco, dal quale possono naturalmente esser provocate alterazioni emboliche a distanza. Il fatto che le estese gastro-pilorectomie hanno risultati anche più favorevoli che non le resezioni molto parziali, sta appunto a favore di questa concezione, nel senso che agendo largamente non si lavora su tessuti dove sono colonizzati germi. La sutura semplice si conviene dunque soltanto alle ulcerazioni meccaniche, non a quelle settiche, le quali consigliano appunto la gastro-pilorectomia. L'infezione dunque, secondo l'A, domina l'evoluzione di alcune ulcere gastro-duodenali obbligando il chirurgo ad una speciale terapia; ed imponendogli di tener presente che alcune ulceri sono lesioni microbiche settiche, e che quindi bisogna mettere in prima fila delle preoccupazioni terapeutiche la lotta contro quella infezione; e subordinare ad essa non soltanto le cure pre e post-operatorie, ma anche la sua tecnica.

Sugli esiti tardivi della tracheotomia. — L. Maas. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 11, 1927.

In 66 ragazzi che da parecchio tempo erano stati tracheotomizzati, ed avevano portato transitoriamente la cannula, l'Autore ha riscontrato quale reliquato quasi costante una bronchite cronica (fremiti e rantoli, tosse, etc.); con relativa frequenza anche pleurite adesiva, ed ottusità apicale, spesso non specifica, ed anche nei ragazzi che reagivano negativamente alla prova tubercolinica.

Queste affezioni sono da attribuirsi all'insolito stimolo cronico sofferto da una mucosa così sensibile come quella tracheobronchiale, per parte della cannula, dell'aria che vi penetra dallo esterno direttamente, e successivamente della cicatrice; l'ottusità apicale può essere attribuita ad atelettasia da deficiente respirazione da parte di questa zona polmonare, in seguito all'applicazione della cannula, come pure a residui di focolai broncopneumonici, successivi alla bronchite cronica.

Questi ragazzi tracheotomizzati restano per lo più malaticci, di deficiente sviluppo somatico e psichico, e presentano abitualmente una minor resistenza nell'acquisizione e nel decorso di un processo tubercolare.

Queste osservazioni dimostrano che la tracheotomia non costituisce un intervento innocuo, e che dev'essere praticata solo in caso di effettivo pericolo.

L'efedrina come anestetico locale.— N. F. Ockerblad e T. G. Dillon, Kansas City. *The Journal of the American Medical Association*, n. 15, 1927.

In un certo numero di casi, (24) gli AA. hanno usato l'efedrina per ottenere l'anestesia spinale, con la seguente tecnica: estrazione, mediante la puntura lombare, di 10 cmc. di liquido cefalo-rachidiano; di questi, 5 si eliminano e negli altri 5 vengono disciolti da 125 a 200 mgr. di idrocloruro di procaina sterile, in cristalli; questo liquido viene reiniettato nello spazio subdurale.

Quando la pressione del sangue diminuisce del 10 %, viene somministrata l'efedrina per via sottocutanea, alla dose di 10 cgr, e viene notata di dieci minuti in dieci minuti la pressione del sangue.

Con questo metodo si sono ottenuti brillanti risultati di anestesia spinale, nel 90 % dei casi.

NEUROPATOLOGIA

Il curaro contro la rigidità muscolare da parkinsonismo.— V. Kairinkschitis e V. Kutorga, Ospedale Civico di Kowno. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 13, 1927.

Partendo dalla convinzione che la rigidità muscolare ed il rallentamento dei movimenti che si verificano nel parkinsonismo sono dipendenti da un aumento del tono muscolare, particolarmente a carico dei muscoli antagonisti, provocato da lesioni della funzione dei centri subcorticali, gli AA. hanno cercato di diminuire, negli infermi della specie, l'elevatezza del tono muscolare, mediante il curaro.

Si sono serviti, allo scopo, del Kuraril (Byk-Guldenwerke), che contiene curaro nella proporzione del 0,5 %..

Digitized by Google

Il farmaco veniva somministrato per iniezioni intramuscolari, nella zona irrigidita, nella dose di gr. 1,5-3, a giorni alterni.

I risultati furono rapidi e molto favorevoli, nella metà circa dei casi: dopo alcuni giorni, e qualche volta anche il giorno dopo la prima iniezione, la rigidità muscolare cedeva, e veniva riacquistata — talora in modo completo — la libertà dei movimenti.

Assai spesso però questo stato aveva la durata di qualche settimana, e l'infermo rientrava poco dopo all'ospedale nelle stesse condizioni di prima.

Sottoposto nuovamente alla terapia curarica, si ottenevano, in genere, risultati meno brillanti della prima volta.

In un'altra serie di casi l'effetto di questa terapia fu scarso o nullo.

Gli AA. però pensano che anche il semplice sollievo di qualche settimana renda raccomandabile, in questi pazienti, la terapia curarica, che d'altronde, nelle dosi impiegate, non provoca alcuna sgradevole azione collaterale.

PEDIATRIA

Tolleranza alla medicazione stricnica nei bambini. — B. Trambusti, Clinica Pediatrica di Firenze. *Rivista di Clinica pediatrica*, n. 9, 1927.

L'uso della stricnina nell'organismo infantile desta non poche preoccupazioni nel pratico circa la posologia.

Nella Clinica pediatrica di Firenze, ove l'A. è Aiuto, la stricnina ha sempre avuto un largo impiego nel trattamento delle paralisi post-difteriche. Sia sotto forma di tintura di noce vomica, che sotto forma di iniezioni ipodermiche di nitrato o di solfato di stricnina essa è usata giornalmente nelle paralisi tardive fino nei bambini poco al di sopra di un anno di età, e non si sono notati mai fatti d'intolleranza nè fenomeni di accumulo, come si suole temere per questo alcaloide. La tintura di noce vomica è somministrata alla dose di 6 gocce *pro die* nel 2° anno di vita, per arrivare nei bambini di 6-8 anni a 18-20 gocce al giorno. I sali di stricnina, per iniezioni, sono in genere dati nella dose di 1 mmgr. al giorno fin dal 2° anno di età e talora anche per un periodo continuativo di 12-15 giorni; in casi di paralisi molto gravi si giunge in bambini di 5-6 anni fino a 2 mmgr. al giorno.

Ciò indica la grande tolleranza che hanno i bambini intossicati dalla tossina difterica nei riguardi della stricnina, e in un caso osservato dall'A., un bambino di 25 mesi, nel quale furono iniettati per isbaglio in una sola volta 4 mmgr. di solfato di stricnina — a maggior riprova della detta tolleranza — furono notati solo fenomeni piuttosto lievi di avvelenamento (scosse tossico-cloniche generalizzate, trisma; ipertensione, bradicardia, iperestesia appena accennate, ecc.), a prognosi buona.

L'A. ritiene, perciò, che la dose di stricnina tossica per il bambino deve considerarsi alquanto superiore a quella dell'adulto, che cioè la soglia stricnica nel bambino sia più alta, specialmente nel bambino difterico, forse perchè la tossina difterica esplica un'azione depressiva sul sistema nervoso: ne consegue la deduzione pratica che nell'intossicazione difterica la stricnina può essere usata a dosi piuttosto generose, mentre nelle altre condizioni morbose, nelle quali non si conoscesse perfettamente la tollerabilità del bambino per questo farmaco, se ne inizierà sempre la somministrazione con la massima prudenza.

La reazione di Taccone sul liquido cefalo-rachidiano nell'infanzia. — R. Barbarani, R. Clinica Pediatrica di Milano. *La Pediatria*, 15 sett. 1925.

Trattasi di una reazione di precipitazione, zonale, che si ottiene mettendo a contatto una piccola quantità (mezzo cmc) di l. c. r. con 3-4 cc. del reattivo, il quale è costituito da una soluzione di bicromato di potassio al 5 %, fatta a caldo, filtrata ed acidificata con acido tricloroacetico (tante gocce quanti sono i cc. di soluzione preparata).

Nei liquidi c. r. normali si ha subito la formazione di un tenue anello, che in pochi casi è costituito soltanto da un lieve alone d'intorbidamento, che, dopo un periodo breve di ore, scompare, notandosi spesso, a reazione finita, la permanenza di piccoli e più o meno scarsi ammassi rotondeggianti, che, quali granuli isolati, vanno a depositarsi sul fondo o sulla parte declive del tubo, quando questo non sia stato mantenuto in posizione perfettamente verticale.

Nei liquidi patologici, invece, Taccone ha visto lo stabilirsi di fenomeni diversi, che lo hanno indotto a distinguere due varietà di reazione, che egli ha chiamato «meningitica» ed «encefalitica», tenendo conto delle forme morbose nelle quali, con maggiore frequenza, i due tipi di reazione si stabiliscono.

Nei liquidi appartenenti a meningiti (tubercolare, cerebro-spinale) si ha, al contatto dei due liquidi (reattivo e l. c. r.), la formazione immediata di un anello marcato, denso, che permane indefinitivamente allo stesso livello; mentre in un buon numero di liquidi appartenenti a malattie nervose (encefalite letargica, Heine-Medin, morbo di Little, ecc.); che si staccano completamente dalle meningiti, pur potendo presentare lesioni più o meno gravi degli involucri, si ha la formazione di un anello, che può inizialmente essere simile o no a quello dei liquidi c. r. normali, ma che lascia infine un anello veliforme, un ragnatelo, un intreccio di fili più o meno sottili.

Nonostante che la reazione sia collegata alla precipitazione ed alla quantità delle albumine, è in certo qual modo da essa indipendente nel determinare l'una piuttosto che l'altra varietà, potendosi avere reazione «meningitica» con tasso di albumina di poco aumentato e reazione «encefalitica» con valore di albumina più alto.

La terza fase della reazione, caratterizzata dalla scomparsa o dalla permanenza dell'anello e legata al processo di diffusione e alla riprecipitazione delle particelle albuminoidee diffuse, costituente il fenomeno decisivo per il giudizio di positività o meno, è determinata da fattori non del tutto spiegabili.

L'A. del presente lavoro ha voluto sperimentare detta reazione in un buon numero di casi ed ha creduto opportuno accompagnare la prova col dosaggio delle albumine (metodo di Brandberg) e con reazioni già in uso nella pratica (Boveri, Wonne, Pandy, ecc.).

Il complesso delle ricerche riferite dall'A., riguardanti 234 esami appartenenti a 179 casi delle più svariate forme morbose, dà senz'altro la possibilità di rilevare come la reazione di Taccone sia una reazione assai sensibile e come non scarso possa essere il suo valore nella pratica.

L'A. ha osservato che si stabilisce costantemente la varietà meningitica nelle meningiti propriamente dette (tubercolari, cerebro-spinali), e talvolta anche in altre malattie (demenza paralitica, lues cerebri, demenza epilettica); che si stabilisce la varietà encefalitica in molte forme nervose in cui le reazioni meningee sono assai scarse, comprese quelle in cui le lesioni della sostanza nervosa propriamente detta sono prevalenti (malattia di Heine-Medin, encefalite letargica, morbo di Little, epilessia; ecc.) e in malattie in cui si possano stabilire lesioni nervose o semplici reazioni meningee, sia pure transitorie e fugaci (tifo, grippe, ecc.); e che infine si può avere la varietà encefalitica in forme che possono provocare lesioni meningee, non accompagnate da manifestazioni cliniche, svelabili solo attraverso la puntura lombare, quale la sifilide congenita.

Il frutto del sorbus domestica nella cura dell'amebiasi infantile. — F. Pullè, R. Ist. di Patologia Tropicale di Bologna. *Arch. Ital. di Scienze Med. Coloniali*, 1927, vol. 8, n. 5.

Come nelle altre pomacee, così nella sorbola trovansi in quantità discreta zucchero, gomma, albumina, acido malico; acido tannico o gallico; acido pettico, malato di calcio e una sostanza aromatica non bene definita. Tenendo conto della composizione chimica e delle proprietà astringenti comunemente note, di questo frutto, che è molto diffuso nel Centro e nel Mezzogiorno d'Italia, l'A. ha pensato di attuarne la somministrazione nella cura dell'amebiasi infantile.

Egli riferisce di averle sperimentato con discreto successo in cinque bambini, prescrivendo l'ingestione di una dozzina di sorbole ogni 6 ore ed associando a questa prescrizione una ridottissima dietetica e le comuni pratiche (purganti, clisteri) per la depurazione delle vie digerenti.

Stante la scarsezza dei casi riferiti l'A. non trae alcuna conclusione circa questa nuova, semplicissima terapia; consiglia però di provare nelle forme acute di dissenteria amebica, questo metodo di cura che, nella dose riferita e fors'anche in dosi più forti, non è affatto pericoloso, oltre a riuscire gradito ai piccoli infermi.

SIFILOGRAFIA

Per la colorazione del treponema pallido. — A. Cerqueira, Laboratorio della Fondazione Gaffrèe-Guinle, Santos. *Brazil Medico*, n. 12, 1927.

Si fissa il preparato per un minuto, in alcool assoluto o a 90°; si fa sgocciolare il fissatore, e prima che lo striscio sia disseccato, si versa sul vetrino un mordenzatore della seguente composizione (soluzione di Hollande modificata dall'A.):

Tannino purissimo gr. 5. — Acido acetico glaciale 4 cmc. — Alcool assoluto 50 cmc. — Acqua distillata 50 cmc.

Si riscalda leggermente alla fiamma, fino alla comparsa dei primi vapori.

Il preparato viene lavato rapidamente in acqua corrente, e poi in acqua distillata.

Digitized by Google

Si colora successivamente il preparato con fucsina basica fenicata di Ziehl, a caldo, fino alla comparsa dei primi vapori; si lava il vetrino e si asciuga.

I treponemi si presentano, con perfette caratteristiche morfologiche, colorati in violetto-rosa pallido.

I vantaggi del metodo proposto sarebbero essenzialmente i seguenti: maggiore rapidità nella fissazione e nel mordenzamento; minore quantità di acido acetico nel mordente, e conseguentemente alterazioni meno gravi nelle caratteristiche morfologiche e strutturali degli elementi microscopici; utilizzazione per la colorazione, di un colore così largamente adoperato in laboratorio, quale la fucsina basica.

Le sindromi emopatiche nella sifilide ereditaria. — J. Nicolas e J. Gatè. *Le Journal de Médecine de Lyon*, n. 177, 1927.

All'eredo-sifilide sono attribuibili le più diverse forme di anemie: anemie semplici, cloro-anemie, anemie gravi e perniciose, anemie splenomegaliche, anemie pseudoleucemiche del tipo Von Jaksch-Luzet. Anche le leucemie, leucemie mieloidi e leucemie linfoidi, sono state da taluni considerate come possibili dipendenze della sifilide ereditaria.

Uno studio ematologico però deve sempre tenere in considerazione le variazioni leucocitarie dovute ai processi digestivi e i caratteri un po' particolari del sangue nei lattanti e nei piccoli bambini, prima di potersi pronunziare sulle dette alterazioni della composizione morfologica del sangue.

Le modificazioni sanguigne determinate dalla eredo-sifilide possono essere variabili, ma il più spesso si osserva ipocromia, ipoglobulia, leucocitosi, monocitosi, emazie nucleate, mielocitosi. Questi sintomi non hanno niente di patognomonico e non escludono la esistenza di anemia semplice, stato cloro-anemico, anemia perniciosa, anemia pseudo-leucemica. Lo stesso è per le lesioni presentate dagli organi ematopoietici.

La reazione di Bordet-Wassermann dà negli eredo-sifilitici risultati incostanti e nettamente inferiori a quelli che si ottengono nella sifilide acquisita. In principio una RW negativa non ha alcun significato; una RW positiva non ha che un valore limitato, poichè è noto che esistono reazioni paradossali. In tutti i casi in cui la reazione sarà in discordanza con la clinica, conviene far praticare un po' più tardi una seconda reazione di controllo.

RADIOLOGIA

Una nuova sostanza per la colecistografia per via orale e duodenale. — P. Martinez Garcia. *Revista Médica de Barcelona*, 1927 vol. 7, n. 41.

Pribram, dell'Hildegard Hospital di Berlino, considerando che gli effetti tossici della tetraiodofenolftaleina sono dovuti specialmente al radicale ftaleinico, ha cercato di ottenere un nuovo composto nel quale il gruppo iodico fosse unito ad un radicale atossico o ipotossico, di eliminazione biliare e, pertanto, adatto per la colecistografia.

Fondandosi sulle esperienze di Brugsch e Horstes sulla eliminazione dell'atofan, i quali indicano che questa sostanza si elimina principalmente attraverso la bile, il Pribram ha ottenuto un nuovo prodotto sintetico che egli chiama «Biloptin», che è un diiodoatofan.

La formula bruta è C_{16} H_9 O_2 NI_2. E' una polvere giallastra, molto poco solubile in acqua e in alcool, insipida e atossica per via orale.

Pribram dà il diiodoatofan in dosi di 4-5 grammi, in un quarto di litro di latte con cacao e zucchero, tutto portato all'ebollizione. Questa miscela si prende verso sera e l'esame Roentgenologico si esegue dopo 14-20 ore.

Einhorn, Stewart, Ryan ed altri consigliano invece di somministrare, per via orale, la biloptina in capsule di gelatina, facendo bere poi acqua o latte; o anche per via duodenale, una emulsione di gomma d'acacia contenente l'1 % di biloptina.

Le dosi di questi AA. sono un po' minori di quelle consigliate da Pribram, essendo di gr. 3 per via orale e di gr. 1.5 per via duodenale.

Quest'ultima, oltre al vantaggio di richiedere dosi minori di quella orale, è molto più rapida dell'altra potendo permettere la visualizzazione della cistifellea già dopo 4-6 ore dalla ingestione del preparato.

Il procedimento radiologico è con il diiodoatofan perfettamente identico a quello già in uso per la tetraiodofenolftaleina.

Cancro dei radiologi guarito con la diatermo-coagulazione. H. Bordier, Lione. *Acta Medica Scandinavica*, 30 aprile 1927.

Si tratta di un costruttore di apparecchi Roentgen, il quale da oltre 31 anni si era esposto all'azione di piccole dosi di raggi X nelle sue officine per i saggi di tubi radiogeni e per lo studio dell'arrossimento delle ampolle.

Già 11 anni or sono il paziente notò lo sviluppo di piccoli cheratomi sulla mano sinistra, per cui si praticò un tentativo di innesto cutaneo dopo asportazione. Ma inutilmente, perchè la lesione recidivò. Questa divenne ben presto fungosa, occupando l'angolo delle due prime dita della mano sinistra, rendendo dolorosa la divaricazione dell'indice del medio. Il tumore poi, ulcerandosi, divenne sede di secrezione icorosa e fetida e determinò intensi dolori estendendosi alla mano e al braccio intero. Previa anestesia locale all'allocaina, l'A. praticò la diatermo-coagulazione della maggior parte della massa cancerosa con un elettrodo a bolla, con una intensità di 150-400 m. A. e per una durata di 3 minuti. Dopo l'operazione si produsse un'abbondante linforrea che durò due giorni. I dolori scomparvero completamente.

Le applicazioni locali consistettero nell'uso del linimento oleo-calcareo e dell'olio fenicato all'1 %, e nello stesso si praticarono lavaggi biquotidiani con soluzione salina fisiologica sterile. La voluminosa escara, consecutiva alla coagulazione diatermica, si eliminò dopo 15 giorni e la cicatrizzazione era quasi completa.

Successivamente si praticò una seconda seduta dal lato palmare. Un mese dopo la guarigione era completa e definitiva.

Dopo aver fatto ampiamente notare i notevoli risultati di questo metodo di cura, l'A. passa a ricordare che i pazienti con lesioni da raggi Roentgen devono in modo assoluto evitare di sottomettersi all'azione del radium, specie quando quelle lesioni sono ulcerate. E in effetti, alle lesioni radiodermitiche che hanno provocato il cancro, il radio aggiunge lesioni di radiumdermite, di cui la cicatrizzazione, anche con la diatermo-coagulazione, è assai difficile, talvolta anche impossibile, ad ottenere.

IGIENE

I parassiti intestinali negli scolari. — L. Cartagenova, Sez. Medico-Scolastica dell'Ufficio d'Igiene Municipale di Genova. *L'Igiene Moderna*, n. 5, 1927.

Su 900 soggetti esaminati dall'A. vennero riscontrati affetti da parassiti enterici (comprese le larve di mosca) un numero di bambini di 264, pari al 29,33 %.

Astraendo dalla costruzione e dalle condizioni degli edifici scolastici, e prendendo a modello scuole di fabbricazione recente e con buoni impianti sussidiari, l'A. pensa che l'importanza della scuola nella diffusione di tali affezioni sia piuttosto limitata, dovendosi invece attribuire una importanza capitale alle malsane abitazioni, alla sporcizia, agli impianti antigienici dell'acqua potabile e dei cessi.

Per l'esame delle fecce l'A. ritiene che sia preferibile adoperare i metodi di arricchimento. Questi metodi sono tre: il metodo di Telemann, quello di Fülleborn e quello di Jaita-Wolf.

Il metodo di Telemann è il seguente: si prelevano dalla massa fecale alcuni globuli di materiale e si mettono in una provetta centrifuga, in cui sia stata messa una miscela di etere solforico ed acido cloridrico a parti uguali, si agita rapidamente ed allora i globuli fecali si sciolgono sviluppando gas. Nell'etere rimangono i grassi neutri e gli acidi grassi liberi, nell'acido cloridrico i residui proteici, i saponi, i sali di calcio. Si filtra e si centrifuga per 2 minuti; allora si formano tre strati: uno di etere, uno di acido cloridrico ed uno inferiore in cui sono le sostanze pesanti e non sciolte. In questo strato si preleva un campione e lo si stende su vetrino, ricercando le uova. Questo metodo serve bene a giudizio di molti ed anche l'A. l'ha usato con vantaggio.

Il metodo di Fülleborn ha il doppio vantaggio della rapidità e della semplicità. E' specialmente utile a chi debba fare numerose ricerche. Consiste in ciò: in un recipiente della capacità di 250 cc. si mescolano una parte di fecce e 20 parti di soluzione concentrata di cloruro sodico, sino a riempire i due terzi del recipiente stesso. Le uova al massimo dopo 45 minuti salgono alla superficie, lentamente quelle di ascaride, rapidamente quelle di anchilostoma. Dalla superficie si preleva un campione che si stende su vetrino per l'esame.

Il metodo di Jaita-Wolf è una modificazione di quello di Telemann nel senso che l'acido cloridrico è sostituito da una soluzione di antiformina al 25 %, e ciò per evitare i danni che l'acido cloridrico può causare sulle uova.

La tubercolosi del personale degli ospedali e sua profilassi. F. Pièchaud. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n. 18, 1927.

L'A. riferisce le conclusioni cui è pervenuta la commissione incaricata di studiare i mezzi profilattici migliori per porre argine all'aumento dei casi di tubercolosi verificantisi tra il personale degli ospedali civili di Bordeaux. Detta commissione richiede, intanto, in primo luogo che nel-

Digitized by Google

l'amministrazione dei grandi ospedali, accanto ad un'autorità amministrativa, sia nominato anche un consigliere tecnico, pratico in materia d'igiene, al quale fosse affidata la direzione dell'ospedale stesso dal punto di vista dell'igiene dei varii servizi di esso.

Quanto alle suore, che prestano servizio negli ospedali, dall'inchiesta condotta risulta che esse non usufruiscono mai di nessuna licenza per tutto l'anno e che le loro abitazioni non sono le migliori. La commissione pertanto, crede che a diminuire tra esse il numero dei casi di tubercolosi, sia necessario accordare loro, ogni anno, un congruo periodo di riposo; dandone loro anche la possibilità economica con un'indennità supplementare (indennità di riposo o di vacanze), e che sia parimenti necessario migliorarne gli alloggi, costruendo dei padiglioni un po' isolati dal resto dell'ospedale, forniti di giardino, di riscaldamento per l'inverno e igienicamente corredato. Non è neppure da dimenticare di regolare le ore lavorative delle suore nel senso, per es., di impedire che esse continuino a prestar servizio il giorno seguente ad una notte di guardia.

Per gli interni, secondo la predetta commissione, bisogna tener presente che parecchi di essi non sono più a carico della famiglia, ma debbono vivere da sè: ed allora lo stipendio che attualmente percepiscono negli ospedali di Bordeaux è ben scarso. Affinchè sia assicurata una buona nutrizione di essi, onde possano meno facilmente ammalare, è necessario perciò innanzi tutto che lo stipendio di essi venga aumentato.

Si dovrà pure pensare al miglioramento degli attuali alloggi degli interni, adattandoli alle esigenze igieniche moderne, indispensabile per la vita di coloro che debbono abitarvi, specialmente tenendo presente che essi si espongono ogni giorno al contagio. Per gli interni stessi, e per gli studenti, sarebbe utile costruire dei bagni-docce, nonchè fornire ogni sala ospedaliera di lavabi sufficienti ad acqua corrente, calda e fredda, di sapone e asciugamani, in modo che professori e studenti potessero lavarsi dopo la visita. Fare anche obbligo a tutti, indistintamente, di usare nell'ospedale un camice ed un berretto, da cambiarsi, puliti, ogni otto giorni. E' inutile ricordare che, se un esterno ammala, gli ospedali debbono essere obbligati a ricoverarlo e a curarlo.

Parimenti riguardo maggiore bisognerà avere, per le infermiere, a pro' delle quali sarà necessario migliorare i dormitori, la vittitazione, i mezzi igienici per potere accudire alla pulizia personale, ecc.; se l'infermiera ammala sarebbe giusto non ricoverarla in sala comune.

Anche l'igiene delle corsie dovrà essere curata, lo spazzamento delle quali non sarà fatto a secco per non sollevare polvere: ciascun infermo inoltre sarà fornito di una sputacchiera personale. Gli infermi, che possono levarsi di letto, dovranno mangiare in una stanza separata e le stoviglie saranno pulite con mezzi igienici moderni.

L'A., infine, insorge contro una ripugnante abitudine in uso negli Ospedali di Bruxelles: quella di schiumare le sputacchiere distribuite nelle corsie, allo scopo di pulirle, con un grosso cucchiaio. Sembra impossibile come nei tempi odierni, che hanno segnato il trionfo dell'igiene, possa ancora sussistere un fatto simile. Ci associamo, perciò, *toto corde* con l'A., che invoca dalle superiori Autorità la soppressione di questo ed altri inconvenienti.

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

II RIUNIONE DELLA SEZIONE TOSCO-UMBRA DELLA SOCIETA' ITALIANA DI DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA.

(Montecatini, 16 giugno 1927)

Presid.: prof. L. Tommasi

Venturi T. (Firenze). *Prime ricerche sulla Ballungreaction nella sifilide.* — Come con i metodi colorimetrici anche con quelli di flocculazione si è cercato di dare un'interpetrazione di misurazione della sifilide oltre che quello di rivelazione. Una di queste è la Schering's Ballungreaction.

L'antigene è un estratto alcolico colesterinato di cuori di bue; questo va diluito mediante una tecnica lunga e delicata. Otto cc. (o quattro o due se ne occorre meno) di antigene si mettono a bagno maria a 56° per mezz'ora. Si versano poi di colpo in un cilindro di 45 millimetri nel quale ci siano 5 cc. di soluzione fisiologica 0.9 % tenuta a 17°; a questo si aggiungono, sempre di colpo, altri 50 cc. di soluzione fisiologica alla stessa temperatura. Tale soluzione si divide in provette di 18-20 millimetri tappate con gomma e si mette in termostato per 24 ore a 56°. Così preparato l'antigene è pronto per l'uso e può conservarsi due o tre giorni.

I sieri da esaminare si scomplementano a 56° a bagnomaria.

Per la reazione si adoperano provette Widal duo e tre per siero, secondo la quantità di questo, della quale si dispone. Sette o nove ore di termostato 37°, nove o quindici a temperatura ambiente. Una prima lettura subito, una seconda a distanza.

I sieri positivi si classificano in quattro categorie differenti a seconda del tempo impiegato per la flocculazione ed a seconda della quantità flocculata.

Con questo sistema l'A. ha esaminato oltre 500 sieri, non ha potuto continuare per mancanza di antigene difficile a procurarsi.

In confronto della W., della H. e della M. T. R. ha avuto maggiore sensibilità: dell'1 % sulla H. e M. T. R. e del 2 % sulla W., per le dosi alte di siero.

Per le dosi minime di siero si può dire avere la stessa percentuale della M. T. R.

A questa maggiore sensibilità, come succede a tutte le reazioni, fa riscontro una maggiore aspecificità, specialmente per le reazioni positive che si classificano di I grado. Ne ho riscontrato circa il 2 e 3 % nei tumori maligni dell'utero.

Riguardo poi all'indice di intensità della malattia il giudizio è sempre difficile, mancando elementi obiettivi ed essendo questi difficilmente valutabili si sono avute reazioni positive di IV grado per sieri di sifilitici conosciuti, senza manifestazioni, oppure con scarse manifestazioni a decorso benigno.

Concludendo: la suddetta reazione, secondo i dati riferiti, è abbastanza sensibile in confronto anche di altre, da lungo tempo vagliate quali rivelatrici di malattia; occorrono osservazioni più numerose e ripetute per giudicare del suo valore quale indice di gravità dell'infezione.

Venturi T. (Firenze). *Sovra alcuni casi di vaccinosi accidentale. Contributo clinico, anatomo-patologico, sperimentale.* (*Comunicazione preventiva*). — In questi ultimi tempi si sono presentati in Clinica, cinque casi di vaccinosi accidentale.

Il primo era un bambino di sette mesi, il quale presentava una dermatosi che occupava tutto il viso, la fronte ed il cuoio capelluto fino a metà dei parietali. Qualche elemento staccato si notava ai polsi, alle mani, ai piedi. Il bimbo aveva un aspetto deforme, viso e testa gonfi, tumidi, occhi chiusi dalla lesione che invadeva anche la cornea. Al bambino, da tempo sofferente di eczema umido del viso e della testa, fu fatta diagnosi di vaccinodermia accidentale e giudicato in cattive condizioni generali.

Dopo i primi due giorni di temperatura elevata fino a 39° il bimbo ebbe una breve sosta con remissione febbrile e migliorò della forma cutanea ma poi soccombette in 10 giorni a una violenta ripresa febbrile.

Il secondo caso è una copia fedele del primo dal punto di vista dermatologico; è stato anche questi, sofferente di eczema impetiginizzato del viso e del cuoio capelluto. Fu fatta diagnosi di vaccinosi accidentale impiantata su tutta la sede dell'eczema. La temperatura elevata fino a 40° persistè per i primi tre giorni, dopo breve remissione altra ripresa a temperatura elevata con esplosione di pustole vacciniche all'antibraccio ed al dorso della mano destra. La temperatura cedè per lisi tanto che il bambino ora può considerarsi in via di guarigione.

Il terzo caso è una bimba di dieci mesi; presentava una vaccinodermia retroauricolare ad ambo le parti con una limitata diffusione di pustole vacciniche nella regione masseterica destra. Anche questa bimba era sofferente di eczema gemente retroauricolare sulla quale prima lesione s'impiantò la vaccinosi. La bimba, in buone condizioni generali, con lieve temperatura 37°.8, ha avuto un rialzo termico fino a 39° in quarta giornata al quale seguì un eritema puntiforme e maculoso per tutto l'ambito cutaneo. Lentamente l'eritema è svanito nei giorni successivi senza lasciare alcuna traccia.

Il quarto e quinto caso invece sono rappresentati da due donne adulte, che presentano una vaccinosi accidentale degli organi genitali per cui in entrambe la diagnosi, data la sede, è stata confermata con tutte le indagini supplementari, specie per la seconda che non presentava alcuna pustola vaccinica in atto.

Per i primi quattro casi s'è praticato l'innesto nella cornea del coniglio con materiale prelevato da pustole integre da ciascuno, provocando la cheratite vaccinica col reperto microscopico dei corpuscoli del Guarnieri. Per il quinto non fu possibile per la mancanza assoluta di pustole vacciniche in atto.

Digitized by Google

Per il primo caso furono fatte ancora le seguenti prove nei conigli.

Coniglio B — iniezione endovenosa con 2 cc. di liquido cefalo-rachidiano del bambino. Morte dell'animale in sesta giornata per stafilococcemia con classico reperto necroscopico e microscopico.

Coniglio C — innesto nella cornea di liquido cefalo-rachidiano del bambino: tipica cheratite parenchimatosa con reperto negativo per i corpuscoli del Guarnieri.

Coniglio D — innesto nella cornea di sangue del coniglio B. Lieve iniezione dei vasi congiuntivali con fatti infiammatori della cornea che scompaiono in quarta giornata.

Per il secondo e terzo caso l'iniezione endovenosa in conigli di 2 cc. di sangue dei bambini prelevato nel giorno che comparvero le pustole vacciniche (1° caso) o l'eritema (2° caso) non provocò nessuna manifestazione cutanea.

Anche l'innesto corneale di materiale tratto da una pustola non riuscì a provocare nè la cheratite nè le pustole vacciniche corneali.

In tutti i cinque casi fu praticato l'innesto vaccinico con materiale prelevato da pustole integre e con linfa dell'Istituto Vaccinogeno di Berna con resultato negativo in tutti.

Dalle osservazioni dell'A. pare si possano fare i seguenti rilievi:

I. Che il bambino del primo caso al suo ingresso in Clinica si trovava già in uno stato d'immunità. Non si ebbe l'attecchimento dell'innesto vaccinico, non si ebbe nessuna manifestazione cutanea nel periodo di degenza. Che in secondo tempo si sovrappose una sepsi stafilococcica che ne determinò la morte.

II. Che nel secondo caso si ha invasione vaccinica grave e violenta come nel primo, gettata di pustole vacciniche in secondo tempo per via ematogena, senza alcuna complicazione. Anche in questo bimbo fu negativo l'innesto sperimentale tentato con linfa vaccinica dell'Istituto di Berna e con materiale delle proprie pustole.

III. Che nel terzo caso si tratta di una vaccinosi accidentale molto più circoscritta dei primi due, impiantata anche questa su cute lesa da eczema. Gettata eritematosa per via ematogena con rialzo termico fino a 39°.

IV. Che nel quarto e quinto caso invece si ha una vaccinosi limitata e circoscritta ai soli organi genitali accompagnata solamente da lieve rialzo termico e senza alcuna complicazione.

I risultati definitivi e lo studio completo dei casi clinici sarà pubblicato non appena esaurite le ricerche essendovi ancora due di essi in Clinica sotto la nostra osservazione.

Scopesi M. (Firenze). *Di un caso di particolare suscettibilità cutanea a stimoli chimici e fisici.* — Un individuo di 67 anni presentava all suo ingresso in Clinica sulle regioni di applicazione di cerotto e pomate revulsive, una violenta dermite costituita da intenso eritema, vescicole, bolle, flittene, vaste superfici abrase, gementi e numerose ulcerazioni di varie dimensioni irregolari di forma e per distribuzione, senza alcun carattere speciale dei margini e del fondo che era ricoperto di uno strato necrotico: tutta la gamma insomma dell'ustione dal 1° al 3° grado. La sede e l'estensione delle lesioni cutanee riproducevano fedelmente le zone geometriche di applicazione del cerotto e i distretti trattati con la pomata revulsiva.

In circa un mese, con soli impacchi borici, si è ottenuta la riparazione con tessuto cicatriziale in molti punti esuberante tendente al tipo cheloideo.

A riparazione avvenuta è comparsa, nettamente limitata alle zone cicatriziali una porpora a tipo ecchimotico. Il malato, a distanza di circa due mesi, si è ripresentato: la zona riparata aveva assunto un colorito rosso vinoso emorragico uniforme che le dava l'apparenza di un vasto angioma piano sul quale risaltava la rosea lucentezza di numerosi e irregolari piastroni cheloidei, alcune bolle emorragiche erano irregolarmente distribuite sopra questo piano emorragico.

Modificatesi e lentamente ridottesi, le pigmentazioni post-emorragiche specialmente nei tratti cicatriziali piani, è residuato un colorito ardesiaco alla base e all'intorno dei rilievi cheloidei che si sono leggermente appianati.

Dobbiamo ricordare che il nostro malato era già stato ricoverato in clinica circa 4 anni fà per un eczema acuto delle mani e degli avambracci provocato dalla manipolazione di sostanze irritanti (acidi).

Esame clinico e ricerche comuni normali, negativa la cutireazione alla tubercolina, negativo il segno del laccio.

All'esame istologico: tessuto sclerotico costituito da fibre collagene stipate, limitato alla superficie esterna da uno o due strati di cellule epiteliali di rivestimento. Nel connettivo che è assai povero di cellule e di spessore considerevole si notano abbondanti vasi neoformati di vario calibro in genere rivestiti del solo endotelio; si osservano pure specialmente verso la periferia della sezione, ammassi di pigmento ematico.

Le prove con vari agenti chimici e fisici ci hanno dato la piena conferma della speciale irritabilità della cute con molto esagerata reazione a diverse sostanze chimiche a concentrazioni innocue per una pelle normale; l'applicazione dei raggi Roentgen a dosi scalari dal 10 % fino a 110 % di dose eritema, ha provocato a distanza di un mese, già alla dose 1/2 eritema, una vera e propria ulcerazione a stampino sulla zona irradiata; ulcerazioni ancora più gravi hanno provocato le dosi superiori fino ad avere distruzione completa del sottocutaneo alla dose massima impiegata (110 %).

Si è voluto rendere noto questo caso non solo per la non comune successione morbosa delle alterazioni cutanee provocate dall'applicazione del cerotto e della pomata revulsiva, ma anche per la specialissima ed esageratissima suscettibilità della cute del soggetto in esame e stimoli chimici e fisici, di cui non ci è dato definire la patogenesi.

La pratica ci insegna che per fortuna questi casi sono assai rari, ma la loro esistenza non deve essere mai dimenticata dal Dermatologo e dal Radiologo prudente.

Mazzanti C. (Firenze). *Su di un caso di cheratosi spinulosa in soggetto con infantilismo.* — Un ragazzo di 14 anni da 2 mesi presenta una dermatosi costituita da prominenze cornee, dure, coniche, originantisi dal follicolo pilifero, lunghe al massimo mm. 4 e conferenti alla pelle un aspetto quasi papillomatoso e una ruvidezza simile a quella di una raspa. Nessun altra alterazione della cute oltre questo quadro in tutto simile alla cheratosi spinulosa.

L'esame istologico di un frammento di cute ammalata ha confermato il reperto di una ipercheratosi a sede follicolare.

Il ragazzo presenta inoltre segni d'infantilismo, caratterizzato da scarso sviluppo in altezza, cute sottile, pallida, aumento dell'adipe sottocutaneo sopratutto nella regione mammaria e pubica, deficiente sviluppo degli organi genitali, mancanza assoluta di caratteri sessuali secondari, nessuna tendenza sessuale; carattere a tipo infantile e degenerativo e deficienza intellettuale.

L'anamnesi del paziente rivela una meningo-encefalite nell'infanzia con postumi accessi convulsivi diminuzione graduale della vista, con incompleta atrofia dei nervi ottici.

Questi fatti, accompagnati dal reperto radiografico di una sella turcica sacciforme a tipo infantile con *aditus* molto ristretto, dalle alterazioni costituzionali e psichiche, dalla deficienza intellettuale, dallo stato di apatia e sonnolenza abituali del ragazzo, c indirizzano ad ammettere una ipofunzione o disfunzione ipofisaria, probabilmente prodotta dalla meningo-encefalite.

Probabilmente altre ghiandole endocrine sono coinvolte in questo squilibrio funzionale, e sopratutto un ipotiroidismo è capace di dare ragione di alcuni sintomi offerti dal paziente.

Non si tratta dunque di una vera sindrome adiposo-genitale di Fröhlich, ma piuttosto di un infantilismo pluriglandolare a tipo Lorain, con compromissione maggiore della ipofisi.

Le varie prove cliniche e di laboratorio, saranno rese note nella pubblicazione integrale del lavoro; qui preme di notare che gli esami sierologici sono stati negativi ora come durante la ricordata malattia dell'infanzia e nel padre.

L'associazione di sintomi d'infantilismo in un caso di cheratosi spinulosa non mi sembra un fenomeno tutt'affatto casuale. Sappiamo quanta importanza si debba oggi attribuire alle alterazioni endocrine per spiegare le alterazioni trofiche della pelle. La cheratosi spinulosa, affezione non completamente individualizzata nelle sue caratteristiche morfologiche e non isolata nettamente da altre forme simili ad eguale localizzazione, come il *lichen pilare* ecc. ha molto probabilmente (come l'ittiosi a cui si può ravvicinare) un'eziologia neuropatica attraverso un meccanismo di disfunzione endocrina. La sua stessa epoca di sviluppo, coincidente molto spesso con la pubertà, cioè col periodo in cui più facilmente si possono manifestare alterazioni endocrine in soggetti costituzionalmente tarati, ce ne offre un criterio di presunzione.

Tommasi L. (Siena). *Cura del lupus erithemathicus con associazione dei preparati di oro agli arseno-benzoli.* — L'O. riferisce i primi risultati nella R. Clinica di Siena nella cura del lupus erithemathicus con associazione dei preparati di oro (Suprargol, Trifal) e di arsenobenzolo, preferibilmente fra loro alternando le singole iniezioni ovvero eseguendo serie alternate. Ricorda i buoni resultati ottenuti da alcuni AA. (Ravaut, Vernotti, Bosellini, Tommasi, Piccardi) in un certa percentuale di casi (lue a parte) di l. e. trattato con salvarsanici e quelli ottenuti con preparati di oro (Krisolgan, Trifal, Solganol) da Galewsky; Martenstein, Ullmann, Freund ecc. ottenendo dal 40 al 50 % di guarigioni non senza però inconvenienti da alcuni AA. registrati. Ricorda inoltre il Neocrisolo dal Freund stesso usato nel l. e. Nota però che con i preparati associati esistenti in commercio si inietta molto meno arsenobenzolo

Digitized by Google

e l'oro non è sotto quella forma riscontrata più attiva propria dei preparati chemioterapici di solo oro.

Su sei casi trattati cinque soli sono stati a lungo seguiti e si è potuto constatare ben 4 guarigioni (80 %) o senza cicatrici affatto o con le migliori che fosse dato sperare. Nessun aiuto locale era stato usato nei 4 casi. Il quinto non si è affatto modificato ed è poi guarito con neve carbonica.

Notevole specialmente un caso grave esteso al dorso del naso, viso, labbra, capillizio, padiglione degli orecchi, mucose boccali e nasali guarito perfettamente senza alcun residuo sulla cute e, più lentamente, anche sulle mucose.

Questa cura mista è ottimamente tollerata: sembra che l'arsenobenzolo accentui l'effetto terapeutico e aumenti la tolleranza del preparato aurico. Notevole che in due casi dei 4 guariti vi erano evidenti segni di tubercolosi pregressa o torpida in atto, e in un altro caso trattavasi di donna inconta che tollerò benissimo la cura e guarì. Per contro una donna affetta di lupus volgare alla mano migliorò del lupus ma vide risvegliarsi un'artrite tubercolare al ginocchio.

L'O. conclude che allo stato attuale i preparati aurici associati agli arsenobenzoli secondo il suo metodo sono la miglior cura per il l. e. col vantaggio sulle cure fisiche della maggiore rapidità, di minori probabilità di recidive, e di risultati estetici assai migliori che non con lo stesso Finsen o con la neve carbonica. E migliori sono i risultati e migliore la tolleranza che si ottiene dall'associazione arsenobenzolo-oro che dall'uso unico di uno dei due medicamenti così da parlare di un vero sinergismo e non nel senso farmacologico nel senso biologico e terapeutico. L'uso separato dei due medicamenti è poi assai preferibile alle associazioni che si trovano in commercio.

Maccari F. (Siena). *Gli arsenobenzoli in sospensione oleosa nella cura della sifilide. (Esperienze terapeutiche e ricerche comparative sull'eliminazione dell'arsenico).* — L'O., riferendosi alla nota preventiva del Tommasi (*Rif. Med.*, n. 48, 1926) sull'opportunità dell'introduzione nella terapia della sifilide di un arsenobenzolo insolubile allo scopo di ottenere una più lunga permanenza del medicamento nell'organismo, espone le esperienze preliminari eseguite col comune arsenobenzolo in sospensione oleosa mancando per il momento un arsenobenzolo insolubile.

L'esito di tali esperienze è soddisfacente in quanto, pur non trovandosi nelle condizioni desiderate, tale preparazione è stata tollerata non meno bene dei più usati sali insolubili di bismuto. L'eliminazione dell'arsenico seguita nelle orine si è protratta per un tempo assai più lungo che non in seguito a iniezioni di arsenobenzolo solubile e l'O. mostra grafiche comparative.

L'effetto terapeutico non sembra inferiore a quello che si osserva coll'uso dei salvarsanici e anche la R. W. viene influenzata in modo durevole per quanto talvolta assai lentamente.

Ciambellotti E. (Siena). *Comportamento dell'uricemia, glicemia e cloremia in seguito a somministrazione endovenosa di calcio.* — Numerose e recenti ricerche han dimostrato che in molti casi dermatologici il Ca ha un ricambio alterato e che la sua somministrazione dà ben spesso eccellenti risultati; che spesso nei dermopatici uricemia, glicemia e cloroemia han tassi anormali: perciò l'O. ha ricercato se la benefica azione del Ca si esplicasse attraverso una modificazione del contenuto sanguigno delle tre suddette sostanze e si potesse così riuscire a spiegarne l'azione terapeutica e ottenere delle precise indicazioni curative.

Ha sperimentato su 10 casi seguendo la via endovenosa per eliminare le differenze individuali di assimilazione, usando un sale inorganico ($CaCl_2$) e poi uno organico (Biocal) per dimostrare che del complesso Ca + 2 Cl solo il Ca è attivo, per impiegare un preparato meno eliminabile, più tollerabile meno atto a provocare reazioni venose. Dalle grafiche presentate risulta che l'uricemia sorpassante il massimo fisiologico tende ad assumere valore normale pur senza varcare un limite minimo individuale nonostante l'insistenza della cura, mentre rimane invariata se era nei limiti normali; che la glicemia si comporta in ugual modo. La cloruremia non ha presentato modificazioni sensibili. L'azione del Ca dev'essere considerata molteplice; per l'ac. ur. variazioni di solubilità da perturbazioni colloidali (delle quali forse è una manifestazione la crisi emoclasica posta in evidenza dal Bizzozzero), forse riattivazione della funzione uricolitica dei tessuti, azione regolatrice sul ricambio dell'a. u., influenza sulla quantità e velocità di eliminazione; azione sul simpatico e sul sist. endocrino, sul ricambio in genere, sulla diuresi tanto per l'a. u. che per il glucosio.

Parallelamente alla riduzione verso il normale delle suddette sostanze si svolge il miglioramento delle dermopatie.

L'O. ritiene che molti frutti potranno esser tratti da questo novissimo campo di indagini, che il Ca possiede proprietà nettamente definite e quindi delle indicazioni terapeutiche formali ne deriveranno in tutte le forme dermatologiche sostenute da una diatesi uricemica o glicemica.

Il Segretario: E. Ciambellotti

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

Equivoci di diagnosi in Urologia

Il dolore è tra i principali fenomeni, che genera equivoci di diagnosi nel campo delle malattie urinarie.

Un rene può essere ridotto ad un semplice guscio, ad una spugna di urina e pus, come succede talvolta nella idronefrosi da calcoli o nella tubercolosi urinaria e intanto l'infermo non si lamenta di dolori. Questa mancanza di nefralgia o di cistalgia è una delle cause, per cui una calcolosi resta ignorata o latente. Una tubercolosi renale può essere grave come estensione ed intensità, può decorrere con insistente ematuria senza suscitare dolore.

Per contrario, lesioni minime delle vie urinarie possono estrinsecarsi con dolori gravi. Se ne ha un esempio nelle coliche renali provocate dalla migrazione di calcoli piccolissimi o dalla scarica di sabbia o renella ossalica o urina, che intasi lungo un uretere. Lo stesso può verificarsi per una improvvisa congestione renale da calcolosi, donde la distensione eccessiva della capsula renale.

D'altra parte, il rene ammalato di un lato può provocare dolore nella regione renale del lato opposto: dolore da riflesso reno-renale o incrociato per sovreccitamento del simpatico. Il risentimento doloroso in rene non ammalato può dipendere anche da iperemia vicariante.

Se un calcolo risiede in vescica, il dolore può localizzarsi a un rene per riflesso vescico-renale. Sopratutto durante la minzione la nefralgia può essere dovuta a stenosi di un uretere o dell'uretra, per la distensione o contrazione esagerata della vescica durante la minzione. In caso opposto, un calcolo renale o di un uretere suscita dolore nell'ambito della vescica; il riflesso è allora reno-vescicale o uretero-vescicale, come una modalità dei dolori a distanza.

Gli equivoci diagnostici sono ancora più possibili quando fuori delle vie urinarie si estrinseca il dolore, come in corrispondenza della regione [illegible] dello scroto, delle grandi labbra, ad onta che un rene calcoloso non susciti dolore nell'ambito di quel rene e lo provochi nelle citate sedi extra-urinarie per compressione da perinefrite o per irradiazione verso il ramo gluteo del XII nervo intercostale o verso il nervo addomino-genitale. Un cancro della prostata può dare come prima manifestazione una insistente nevralgia sciatica.

Quanto si verifica per il sintoma del dolore può notarsi anche per i perturbamenti della minzione. Una ipertrofia prostatica può esistere ed essere di spiccata intensità eppure non associarsi a ritardo o stento della minzione, qualora la vescica con lo sforzo della sua energia contrattile riesca a vincere l'ostacolo al deflusso dell'urina lungo l'uretra prostatica; si ha un compenso analogo a quanto si verifica nelle malattie di cuore. In contrapposto anche un'uretra poco stenotica può decorrere con grave disuria, posto che la vescica sia deficiente nella sua energia di scarico.

Non è da tacere che alcuni individui possono non presentare alcuna netta lesione anatomica nè nell'uretra, nè in altra parte delle vie urinarie e intanto l'urina viene emessa con getto tortuoso o esile o interciso, sol perchè il perturbamento neurocentrale induce una condizione di spasmo intercorrente nelle vie di emissione dell'urina. Al contrario mancano i fenomeni di ritenzione completa dell'urina in alcuni infermi non ostante un grosso adenoma prostatico.

La poliuria, se fenomeno non transitorio, dall'infermo ignaro può essere ritenuta come testimonianza di rene validissimo, per il clinico invece è da considerarsi quale anomalia non meno grave della oliguria o

Digitized by Google

iscuria. La insistente poliuria testifica che nei reni è insufficiente la capacità di concentrare l'urina. Dietro la insistente poliuria si nasconde secondo gl'infermi, ora una sclerosi renale, ora un rene tubercolare o policistico, ora una ipertrofia prostatica con ristagno vescicale, prescindendo dal diabete insipido.

La ematuria può non dipendere da un tumore dei reni o della pelvi renale, ma del fondo vescicale presso lo sbocco degli ureteri.

La ricerca della ottusità ipogastrica, se non mette in rilievo una ottusità estesa, non esclude sicuramente il ristagno vescicale, perchè l'urina può allocarsi nel basso fondo della vescica e slargarlo in una sede, che perciò non riesce accessibile alla indagine della percussione.

Un rene può palparsi come organo molto ingrossato, non soltanto allorchè è iperemico per sovraccarico vicariante di lavoro rispetto all'altro rene ammalato, ma anche quando è malformato, è doppio (sinfisi renale unilaterale), è rene unico congenito.

In un prostatico con urina torbida l'ingrossamento della prostata non esclude la coesistenza di lesione nei reni o nella pelvi renale, donde la necessità in ogni prostatico di attuare tutte le altre indagini, intese a definire la coesistenza di lesione in quegli altri organi.

Lo stato generale talvolta è non molto defedato. Un tubercolotico renale può deviare l'attenzione dallo impegno del rene, sol perchè l'individuo è grasso, rubicondo, quasi che gli antichi non abbiano messa in rilievo la così detta tubercolosi florida.

Un rene già tubercolotico da tempo può essere colpito da maggiore estensione del male come tubercolosi massiva sino al punto che il deflusso dell'urina da parecchi canalicoli intrarenali è ostacolato, onde l'urina in questa fase del male è meno torbida, è meno sanguinolenta; eppure, il male localmente è più grave di prima, tanto che può menare ad una idronefrosi da tubercolosi.

Innanzi ad una conclamata malattia renale acuta o subacuta l'assenza di febbre non è dato di fatto, che escluda una spiccata gravezza del male. Necessita ricercarne come si comportano la nutrizione generale, le vie digerenti (lo stato della lingua ne è una sintesi importante), l'apparato cardiovascolare.

Queste varie maniere di equivoci e di errori diagnostici non si verificano soltanto nel campo delle malattie renali. Basti ricordare i vari equivoci possibili nella calcolosi epatica, nelle malattie broncopulmonari, del sistema nervoso.

Senza dubbio a dirimere le incertezze occorre efficacemente l'esame con il cistoscopio, con il cateterismo degli ureteri, con la radiografia, con lo pneumoperitoneo artificiale.

(da H. Blanc, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 ottobre 1927).

TERAPIA

Il salvarsan nella bronchite fetida

In un paziente sofferente di grave bronchite fetida post-influenzale, V. Litzner di Hannover (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 13) ha praticato un'intensa terapia salvarsanica.

Sei iniezioni endovenose a dosi crescenti da 15 a 45 centigr. furono praticate ad intervalli di 10-15 gorni. Già dopo la seconda iniezione la febbre sparì, l'appetito ricomparve, e l'escreato decrebbe notevolmente.

Alla fine del ciclo salvarsanico l'escreato era completamente sparito, il peso molto aumentato (a seguito della malattia il paziente aveva perduto 40 libbre!), ed il paziente si sentiva così bene, da poter riprendere il proprio lavoro.

In seguito le condizioni sono andate sempre migliorando fino a completa guarigione.

Lo stovarsolo nella malaria

M. Freiman di Cipro (*The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1927-XXX-10) ha ripreso le esperienze di Vallentini e Tomaselli sulla terapia malarica con lo stovarsolo, studiandone gli effetti in 93 casi.

Lo stovarsolo veniva somministrato per via orale, alla dose di quattro tavolette (ogni tavoletta contiene 4 gr. di sostanza attiva) al giorno; nei bambini di non oltre dieci anni in dose proporzionalmente minore.

In casi di malaria acuta lo stovarsol era somministrato sino a che l'esame parassitologico del sangue non dava risultato negativo e continuato successivamente per altre tre settimane; nella malaria cronica si facevano diversi cicli (2-3) di cura stovarsolica, ciascuno della durata di tre settimane.

Lo stovarsolo è tollerato perfettamente, anche dalle donne incinte, ed ha una azione specifica contro il plasmodium vivax; riesce particolarmente utile nei casi di terzana, refrattarii alla chinina.

L'iniezione endovaginalica di soluzione acquosa di acido picrico nella cura dell'idrocele essenziale

I. Di Pace (*La Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 14, 1927) cura l'idrocele essenziale nel seguente modo. Svuota, con la comune tecnica, la vaginale (anche senza il preventivo uso di anestetici) e vi inietta da 50 a 70 cc. di soluzione acquosa satura di acido picrico, a 38°, con la sola precauzione (specialmente nei soggetti emotivi e nei vecchi) di dirigere il getto o di lato o in basso contro la vaginale per non colpire in pieno il testicolo o l'epididimo. Manipola, con lento e dolce massaggio, l'emiscroto, per portare la soluzione a contatto di tutta la sierosa, e dopo 5 a 10 minuti aspira, o fa scolare, tutta la quantità di detta soluzione che si può aspirare, o che può scolare, per iniettare di nuovo altri 50 a 70 cc. della stessa soluzione. Manipola di nuovo, e dopo altri 5 a 10 minuti ritorna ad aspirare, o a far scolare per quanto è possibile tutta la quantità di soluzione picrica iniettata. Quando non viene più fuori liquido, ritira la cannula del trequarti di scatto, applicando fortemente la pelle intorno ad essa. Chiude la puntura con qualche goccia di collodio al iodoformio e fascia con medicatura asciutta sterile, con lo scroto sollevato e protetto in un sospensorio.

Dal giorno successivo il paziente può ritornare alle sue occupazioni.

Questo metodo non presenta alcun inconveniente, perchè i soggetti, qualunque sia la loro età, lo sopportano benissimo. Ha i seguenti vantaggi: è operazione semplicissima e rapida, che può essere eseguita, spensieratamente, da qualunque medico, senza bisogno di aiuti; non ha alcuna controindicazione nella età del soggetto e dell'idrocele; evita un'operazione radicale, che — eseguita con uno dei metodi proposti e vantati — è sempre più lunga, richiede uno o più aiuti e una perizia, che non tutti i medici hanno, e non può dirsi assolutamente scevra di inconvenienti e di pericoli; evita gli immancabili, impressionanti ed abbastanza lunghi inconvenienti delle iniezioni di sostanze modificatrici e le recidive che non mancano con l'uso di quelle iniezioni; è sicuramente innocuo per ciò che si riferisce alla tossicità della soluzione di acido picrico ed è efficace, perchè dei 16 soggetti curati con questo metodo, e che è stato possibile seguire, per un periodo che va dai 4 agli 8 anni, nessuno ha presentato recidive.

Il cloruro di calcio e il gluco-calcio per via endovenosa nella epilessia

L'uso del calcio nella terapia dell'epilessia non può dirsi di data recente. Eppure esso si basa solo su dati empirici, stante che l'azione farmacologica di quest'elemento è complessa e ancora poco nota.

E. Klein e E. Forcione (Elizabeth's Hospital in Washington, *Journal of Nervous a. Mental Disease*, 1927, vol. 65, n. 4) dubitando della efficacia della cura calcica e della sua utilità, l'hanno sperimentata con attento spirito critico su 27 casi di epilessia, di cui 15 con epilessia essenziale.

14 dei 27 pazienti ricevettero del cloruro di calcio in soluzione al 5 % nelle seguenti dosi: gr. 0,5 due volte per settimana nel primo e nel secondo mese; gr. 0,75 due volte per settimana nel terzo mese; gr. 1 due volte per settimana nel quarto mese. In tutti questi 14 infermi fu osservato costantemente un aumento talvolta notevole, anzichè una remissione, del numero degli accessi.

Negli altri 13 infermi fu sperimentato il gluco-calcio, il quale perchè più tollerabile e più diluito (15 cc. della soluzione contengono 1 gr. di cloruro di calcio) può essere somministrato in proporzioni maggiori.

Furono quindi iniettati due volte per settimana 15 cc. di glucocalcio nel primo e nel secondo mese; 20 cc. nel terzo mese; 25 cc. nel quarto mese e 30 cc. nel quinto. Neppure con questa cura si notò alcuna riduzione nel numero o nell'intensità degli attacchi epilettici, ma bensì un aumento, talora rilevante.

Furono condotte anche ricerche sulla concentrazione del sangue in calcio. Fu determinata detta concentrazione (metodo di Kramer-Tisdall) prima delle iniezioni e dopo alla distanza di 48 ore. In nessun caso, anche dopo mesi di cura, non potè essere osservato alcun aumento di quella concentrazione.

La digitalina per via rettale

K. Brucke (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 settembre 1927) osserva che gli estratti della digitale possono bene essere assorbiti attraverso la mucosa rettale e svolgere un'azione rapida e completa.

Nei vizi mitralici la somministrazione rettale di questi estratti dà risultati eccellenti e forse anche superiori a quelli della somministrazione orale.

Nella insufficienza cardiaca (come per es. in quella da degenerazione miocardica) la somministrazione rettale riesce efficace al pari di quella orale.

Digitized by Google

L'A. ha praticato tale metodo di somministrazione in numerosi infermi ed in circa il 14 % di essi ha notato l'insorgere di fenomeni d'irritazione, nel senso di una proctite, fenomeni che hanno senz'altro richiesto la limitazione o addirittura la sospensione dell'uso del farmaco.

L'A. in genere si è servito di suppositori, opportunamente preparati, contenenti le seguenti idosi di estratto puro: nello scompenso di alto grado mgr. 0.4-0.8 fino a 4 mgr. *pro die;* in casi di minore gravità, 0.015 mgr. di polvere di foglie di digitale.

Il salicilato di sodio nella cura dell'encefalite epidemica

Dopo aver accennato ai frequenti insuccessi dei metodi di cura tentati contro l'encefalite epidemica, Y. Leroy (*Bulletin Général de Thérapeutique,* aprile 1927) in 39 infermi ha osservato che la cura salicilica, adoperata precocemente, agisce su tutti i sintomi della malattia; abbassa la temperatura, rallenta il polso, fa cessare i vomiti e ciò in meno di 48 ore; modifica pure i fenomeni cerebrali, quali la letargia, i disturbi oculari, i disturbi eccito-motori e le algie. L'evoluzione delle forme acute si riduce a meno di 3 settimane e le riacutizzazioni non resistono più innanzi all'intensificarsi della cura.

E' degno di nota che i postumi e le recidive (parkinsonismo ed altri) si manifestano con estrema scarsezza e rarità.

Nelle forme croniche, sopratutto nel parkinsonismo, l'azione del salicilato è meno netta. Ciò nonostante, nella metà dei casi circa, l'A. ha osservato un miglioramento leggiero della rigidità e dei disturbi eccito-motori.

Le vie d'introduzione del salicilato possono essere: la intrarachidiana, la digestiva, la intramuscolare e la intravenosa. Le due ultime sono però le preferibili.

In un individuo a permeabilità renale normale, si dovranno iniettare almeno 3 gr. al giorno, per diverse settimane anche dopo la guarigione apparente, e si dovrà riprendere il trattamento al minimo incidente sopravvenuto nel corso della convalescenza.

Le forme croniche saranno sottoposte alla cura salicilica il più presto possibile. L'inizio di questa cura richiederà un trattamento intenso, insieme endovenoso ed endomuscolare, seguito da una cura di intervallo per via digestiva. Si potranno anche praticare in seguito due o tre nuove cure istituite nella stessa maniera. Si eviterà la flebosclerosi obliterante adoperando il siero glucosato come veicolo e non oltrepassando mai una concentrazione di 4 per 100.

L'A. inietta anche 2 volte al giorno, nelle vene, 50 cgr. di salicilato diluito in 10 cc. di siero glucosato, e 1-4 gr. endomuscolare a 2 riprese, nelle 24 ore, nella stessa quantità dello stesso veicolo.

Sembra razionale all'A. adoperare questa cura in modo precoce non solo nelle nevrassiti caratteristiche, ma anche nelle infezioni così frequenti, da virus neutrono, la cui identificazione o non con l'encefalite epidemica è talvolta difficile definire.

DIETETICA

Sui metodi di arricchimento delle diluizioni del latte nell'allattamento artificiale

Utile sembra a U. Valginigli (*Giornale del medico pratico,* n. 9, 1927) nell'allattamento artificiale o misto l'arricchimento delle diluizioni di latte, così che quest'ultimo diventi quanto più possibile simile come composizione al latte di donna. In Germania si ricorre molto spesso, a tale scopo, all'aggiunta di grasso, sotto forma o di panna o di altri preparati di grasso esistenti in commercio, ma molti lattanti sopportano male una dieta così modificata e presentano fenomeni di acidosi con fatti tossici più o meno accentuati. E' preferibile l'aggiunta alle diluizioni di latte, invece, di idrati di carbonio: farine e zuccheri. Le farine (farina di grano, crema di riso, crema d'orzo, arrowroot, farina di avena; di fagioli; di piselli, ecc.; farine amido-diastasate, ecc.), se comuni non sono utilizzabili nel bambino prima del 5°-6° mese, se amido-diastasate, si daranno anche a bambini più piccoli, mai però prima del 4° mese.

Degli zuccheri, si potranno usare il lattosio, il saccarosio o il mannosio, ma spesso con essi si hanno a lagnare fenomeni dipendenti da fermentazione del contenuto intestinale. La forma invece, sotto la quale il maltosio è comunemente adoperato è quella in cui è unito con la destrina, in miscugli che vanno sotto il nome generico di «zuccheri alimentari»; si evitano così le fermentazioni intestinali e la comparsa di diarrea.

L'A., intanto, nell'allattamento artificiale e in quello misto, fa uso preferibilmente di uno zucchero alimentare ad elevato contenuto in destrina (Lejomalto, che contiene il 70 % circa di destrina e il 30 % circa di maltosio), aggiungendovi eventualmente quantità variabili di lattosio o di saccarosio. Dalle osservazioni personali l'A. è convinto che con questo zucchero alimentare si ottengano risultati ottimi sotto ogni punto di vista; i bambini crescono ben colloriti e di umore gaio, il loro sonno è tranquillo, lo stato di turgore dei loro tessuti normale; le feci sono di colore giallo-oro, pastose, omogenee; l'aumento di peso procede regolarmente e tutto denota uno stato di salute veramente buono.

CASISTICA

Ulcera perforante esofagea

Il caso è descritto da Sune Norlèn (*Acta chirurgica Scandinavica,* 1927, vol. 61, n. 5-6).

Si tratta di un uomo di 44 anni che soffriva da oltre un decennio di indefiniti disturbi gastrici manifestantisi con vomiti e dolori. Negli ultimi tempi presentava anche i segni di un'anemia progressiva, confermata del resto dalle ricerche ematologiche.

Improvvisamente il paziente un giorno fu colpito da una riacutizzazione dei disturbi gastrici e presentò i sintomi di peritonite acuta provocata dall'ulcera perforante ventricolare. Dopo questa diagnosi si praticò a titolo di saggio una laparotomia che diede pertanto risultato affatto negativo. L'infermo morì in 16 ore di malattia presentando ancora gli stessi sintomi che prima dell'intervento. Nelle ultime ore il paziente però aveva riferito di avvertire dei dolori al petto e presentò al petto e al collo fatti di enfisema sottocutaneo.

All'autopsia fu trovato nell'esofago immediatamente al disopra del cardias una grossa ulcera perforante nel mediastino e nel sacco del polmone sinistro dove peraltro si trova un pneumotorace e si constata la presenza di notevole quantità di contenuto gastrico.

All'esame microscopico la lesione presentava le forme specifiche dell'ulcera peptica con forti alterazioni infiammatorie croniche e acute. Alla base della lesione e sui margini dell'apertura della perforazione si constatava che l'epitelio foliato normale della mucosa esofagea mancava, vi si trovavano invece delle glandole del cardias e — fatto particolarmente interessante — delle glandole del fondo specifiche con cellule principali e cellule marginali produttrici di acido cloridrico.

Un tale stato della mucosa deve secondo ogni probabilità, avere una grande importanza nella genesi dell'ulcera peptica dell'esofago. Questa ipotesi è corroborata dal fatto, segnalato già nella letteratura, della presenza regolare di questi isolotti di mucosa gastrica al di fuori di una lesione peptica, sul diverticolo di Meckel.

FORMULARIO

Nelle salpingo-ovariti croniche. — Bisogna anzitutto incominciare col trattamento locale.

Riposo prolungato a letto. Iniezioni vaginali calde a 45° con aggiunta di due cucchiai da zuppa per 2 litri di acqua bollita della seguente polvere:

Bicarbonato di soda	gr. 150
Borato di soda	» 80
Clorato di soda	» 10
Allume	» 25
Antipirina	» 10

S. Per lavande vaginali biquotidiane di 2 litri.

(Forgue)

I bagni tiepidi esercitano una azione sedativa ed antiflogistica. A ciascun bagno aggiungere:

Sottocarbonato di sodio	gr. 25
Gelatina	» 100

Sciogliere precedentemente la gelatina nell'acqua calda.

(Dalchè)

Somministrare frequenti lassativi per tenere il ventre ubbidiente.

La medicatura vaginale agisce bene.

Applicare sul collo uterino tamponi od ovuli alla glicerina ittiolata che facilitano l'espulsione delle mucosità uterine.

La terapia intra-uterina col metodo della dilatazione riesce dannosa in un gran numero di casi; tutto al più è da consigliarsi nelle forme croniche dove i fatti infiammatori sono pressocchè estinti.

(Dal *Journal des Praticiens,* n. 42, 1927).

Digitized by Google

MEDICINA SOCIALE

L'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia

Con la istituzione dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia il Governo Fascista ha compiuto un atto di altissima importanza pel conseguimento della auspicata finalità della restaurazione igienica del paese, e della riaffermazione delle virtù primigenie della stirpe.

Trattandosi di un'opera di sì complessa struttura e di si vasto programma, gli statuti, per quanto precisi e minuziosi, non potevano prevedere tutti i casi di intervento del nuovo Ente e tutti gli sviluppi della sua attività. E' spettato quindi ai dirigenti dell'Opera Nazionale di provvedere anzitutto a portare nella pratica i dettami della legge ed a formare l'inquadramento delle forze che la legge stessa chiamava a concorrere.

L'on. Blanc, al quale è stato affidato l'onorifico e arduo compito di dirigere i primi passi della nascente istituzione, ha adempiuto egregiamente al suo impegno e già in un anno la potente organizzazione è stata messa in condizioni di funzionare in tutti i suoi elementi, al centro ed alla periferia, in modo armonico ed efficace.

Del lavoro compiuto in un anno abbiamo udito perciò con vivo interesse la relazione che ne ha fatta al XIV Congresso di Pediatria, in Napoli, il Prof. Valagussa, appositamente delegato dall'Opera Nazionale.

***

Il tema assegnato dalla legge all'Opera Nazionale è stato, per sommi capi, il seguente: 1° protezione ed assistenza delle gestanti e delle madri bisognose od abbandonate, dei bambini lattanti e divezzi, fino al quinto anno di età, appartenenti a famiglie bisognose, dei fanciulli fisicamente o psichicamente anormali e dei minori materialmente o moralmente abbandonati, traviati o delinquenti, fino all'età di 18 anni compiuti; 2° diffusione delle norme e dei metodi scientifici di igiene prenatale ed infantile nelle famiglie e negli Istituti ed organizzazione della profilassi della tubercolosi e delle malattie infantili in genere; 3° vigilanza sull'applicazione delle disposizioni legislative e regolamentari in vigore per la protezione della maternità e dell'infanzia con facoltà di proporne opportune modifiche, pel miglioramento fisico e morale dei fanciulli e degli adolescenti.

Questo tema la Presidenza dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia si è accinta a svolgere con grande fervore, e ne ha anzitutto trasfusi i capisaldi in uno schema di organizzazione, riuscito veramente completo, che è stato opportunamente dato in comunicazione alle Scuole di Puericoltura istituite dall'Opera Nazionale nella scorsa primavera e felicemente affermatesi fin dalla prima loro prova.

Secondo tale schema, fissato in un grafico pregevole soprattutto per la sua pronta intelligibilità, e facilmente traducibile, i compiti degli organi direttivi centrali dell'Opera Nazionale sono i seguenti:

1. Fondazione di nuove istituzioni. 2. Concessioni di sussidi alle istituzioni esistenti e distribuzione di somme ai Comitati di Patronato. 3. Coordinamento delle istituzioni pubbliche e private per l'assistenza della maternità e dell'infanzia. 4. Vigilanza e controllo di tutte le istituzioni pubbliche e private. 5. Corsi di puericoltura per medici e levatrici. 6. Scuole professionali per infermiere visitatrici d'igiene materna e infantile, assistenti scolastiche e bambinaie. 7. Propaganda igienica presso i dispensari e ambulatorii per gestanti, lattanti e divezzi. 8. Cors. popolari di igiene e di assistenza infantile per le insegnanti, le diplomate degli istituti magistrali ecc. 9. Lezioni di igiene e di assistenza infantile per le alunne delle Scuole elementari superiori, complementari e magistrali. 10. Cattedre ambulanti di puericultura. 11. Propaganda sulla necessità della tutela fisica e morale del fanciullo mediante musei, esposizioni, libri, proiezioni cinematografiche. 12. Contributo alle spese per la propaganda medica scolastica. 13. Vigilanza sull'applicazione delle leggi e dei regolamenti per la protezione della maternità e dell'infanzia. 14. Bollettino periodico illustrato.

Alle Federazioni Provinciali è devoluto il coordinamento fra le opere federate.

Ai Comitati Comunali di Patronato spettano poi gli opportuni adempimenti per assicurare la pronta segnalazione dei casi bisognosi di aiuto.

Raccolta questa larga messe di segnalazioni, l'Opera Nazionale passa ai provvedimenti, che si dividono in due grandi gruppi:

a) assistenza alla maternità e prima infanzia;

b) protezione fisica e morale dei minori di anni 18.

L'assistenza alla maternità e prima infanzia viene attuata attraverso i Centri di assistenza materna, ed i Consultorii per lattanti e divezzi.

I Centri di assistenza materna dispongono dei seguenti mezzi: 1. Assistenza a domicilio a mezzo di infermiere visitatrici. 2. Ambulatori per gestanti. 3. Asili e Istituti di maternità. 4. Mutualità materna. 5. Refettorio materno.

I Consultorii per lattanti e divezzi poggiano sui seguenti elementi assistenziali:

1. Laboratori nido. 2. Alberghi materni. 3. Asili negli Stabilimenti e centri industriali. 4. Presepi. 5. Asili per lattanti e divezzi. 6. Dispensari di latte. 7. Collocamento delle madri nutrici al lavoro. 8. Assistenza legale alle madri nutrici.

La protezione fisica e morale dei minori di anni 18 opera in due sensi: da una parte nel campo della profilassi antitubercolare, e dall'altra in quello dell'assistenza agli anormali ed all'infanzia abbandonata. A tale scopo l'Opera Nazionale si avvale di tutte le istituzioni esistenti, provvedendo a crearne per proprio conto, in caso di bisogno.

Per le Colonie estive e permanenti l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia sorveglia e studia la trasformazione di molte di esse, per essere in grado di accogliervi per il prossimo inverno tutti i bambini affetti da pronunciato linfatismo, rachitismo, o da manifestazioni chiuse e ambulatorie di tubercolosi chirurgica, che per le condizioni delle loro famiglie non potrebbero curarsi.

Studia, ancora l'Opera Nazionale, la trasformazione delle Colonie estive, mentre si preoccupa dei dispensari, degli ambulatori e dei preventori, destinati questi ultimi a sottrarre i fanciulli conviventi con malati di tubercolosi polmonare e quindi esposti al pericolo del contagio, e provvederà in seguito ai dispensarii per bambini con annesso aiuto materno come ve ne sono già a Milano, a Torino, a Livorno, a Firenze, Trieste e Padova.

Tra gli Ospizi permanenti destinati al ricovero dei fanciulli affetti da linfatismo, la maggior parte dei quali sorgono sulle coste della Liguria, quello di Pietra Ligure, cui provvede l'Istituto Santa Corona di Milano — una fondazione che risale al XV secolo — capace di alloggiare duemila bambini (e i letti verranno portati ora a tremila) è senza dubbio il più importante non solo, ma tale, per la sua perfetta organizzazione, da competere coi più moderni Istituti del genere che si moltiplicano da per tutto in Europa e nelle Americhe.

Il più vecchio — sorto nel 1842 per opera del Barellai un medico degli ospedali di Lucca che fu il primo in Europa a consigliare la cura del mare per gli scrofolosi — è quello di Viareggio che accoglieva allora i gettatelli.

Gli Ospizi marini permanenti, sono ora un centinaio, mentre le Colonie estive — marine, montane, elioterapiche, compestri e fluviali — che nel 1922 erano appena 150 salirono a 800 nel 1924, in cui furono inviati nelle Colonie 120.000 fanciulli, a 900 nel 1926 e a 1200 quest'anno in cui i bambini mandati al mare in montagna o nei campi di sole han superato i 170 mila.

Il comando del Duce, quindi, il quale aveva voluto che fossero inviati alle Colonie estive il maggor numero possibile di fanciulli, ha avuto piena e sicura attuazione oltre che per le iniziative delle Federazioni, dei Fasci, dei Comitati cittadini, che han trovata larga cooperazione nel campo magistrale negli aiuti dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia la quale ha dato sette milioni di sussidi suddividendoli tra tutte le province del Regno in rapporto al numero degli abitanti e al numero dei fanciulli che dovevano essere inviati alle Colonie.

Così efficacemente organizzata, la nuova crociata bandita pel tramite dell'Opera Nazionale dal Governo Fascista, per la restaurazione delle supreme virtù della stirpe italica, ha destato ampie risonanze in ogni parte d'Italia. Dovunque si è in pieno fervore di opere, per rinsaldare le preesistenti itituzioni e per dar vita alle nuove, intervenute a colmare le deplorate lacune nella catena delle opere assistenziali, la cui continuità è indispensabile elemento di successo.

***

Come si vede, il programma è chiaro e completo, ed appare in tutto idoneo alle altissime finalità che si propone di conseguire.

Ma vi è una parte che emerge di gran lunga sulle altre, poichè mira ad uno scopo di supremo interesse nazionale, ed è quella dell'assistenza ai bambini dalla nascita al 5° anno appartenenti a famiglie bisognose.

Or quando si sentì che la mortalità in Italia, enormemente diminuita

Digitized by Google

negli ultimi cinquant'anni, non attinge ancora quei minimi che la demografia sanitaria fissa come l'*optimum*, soltanto perchè la mortalità infantile si conserva alquanto elevata, apparirà manifesta la decisiva importanza dell'intervento diretto dell'Opera Nazionale nella lotta contro la mortalità infantile, che richiede insieme gli sforzi dei pediatri e degli igienisti, ma sopratutto dei primi, perchè trattasi sovente di salvare vite di bambini robusti insidiate da morbi acuti dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio, facilmente dominabili se curati in tempo ed illuminatamente. E questi casi si verificano con maggiore frequenza proprio nelle classi povere, alle quali l'Opera Nazionale per maternità e infanzia si propone di rivolgere tutte le maggiori cure.

Or bene, le Cliniche Pediatriche offrono un vivaio di medici specializzati, il cui intervento può dare i più lusinghieri risultati per la limitazione della mortalità infantile. Occorre soltanto che questo intervento sia sistemato e disciplinato, e riesca numericamente pari al bisogno.

Io scrivo tenendo presenti le statistiche sanitarie napoletane, le quali danno bensì ragione di conforto per la constatazione che se ne trae della decrescente mortalità generale, ma danno anche una grande pena quando rivelano una elevata mortalità infantile. Io sono sicuro che una ricca rete di ambulatorii (di cui si ha un buon inizio nel Dispensario della R. Clinica Pediatrica, nelle Policliniche del fascio femminile e nei Dispensarii Municipali) accompagnata (elemento indispensabile!) da un largo servizio di assistenza *medica* domiciliare varrebbe a ridurre considerevolmente la mortalità infantile a Napoli.

Ma oltre all'assistenza ai bambini affetti da morbi acuti si manifesta necessaria l'assistenza di carattere profilattico ai bambini tarati, deboli, predisposti. A questa grande massa di bambini, che debbono essere irrobustiti e liberati dalle loro deficienze (esempio caratteristico le vegetazioni adenoidi!), occorre concedere largamente le cure climatiche e balneari; nonchè quelle inalatorie ed operative suggerite per la lotta contro l'adenoidismo.

In questo campo l'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ha già dato nel suo primo anno di attività mirabile prova della sua consistenza e fattività.

Queste constatazioni ci consentono di plaudire con piena coscienza all'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, mostratasi degna dell'alta investitura conferitale dal Governo Fascista, nella suprema finalità della restaurazione della gloriosa stirpe italica.

A. Botti

QUESITI E RISPOSTE

Abbonato A. A. (Asciano). 1. *Quesito*: Quale è il metodo migliore e più pratico per l'analisi qualitativa e quantitativa dello zucchero nell'urina?

Risposta: Un metodo di sufficiente esattezza pratica è quello di L. Borelli, modificato da Jovine e dettagliatamente descritto a pag. 808 del mio « Prontuario di Medicina Interna ».

2. *Quesito*: In quali altre malattie all'infuori del diabete si può avere glucosuria?

Risposta: Ritengo che ogni glucosurico è malato di diabete mellito, perchè *diabete* deriva da *diabàino* (elimino) e il glucosurico elimina attraverso l'urina (talvolta anche attraverso la saliva) ciò che nei sani resta nell'ambiente intraorganico e vi si metabolizza negli scambi energetici. La differenza tra i vari glucosurici sta nella intensità del sintoma, nel meccanismo intimo del sintoma per ciascun infermo e nell'associazione o non di altri perturbamenti negli scambi nutritivi (acidosi, eccesso di decomposizione delle sostanze proteiche ecc.).

3. *Quesito*: E' possibile fare diagnosi di diabete renale o pancreatico col solo esame dell'urina senza ricercare lo stato della glicemia?

Risposta: Il saggio della glicemia è indispensabile, perchè nel diabete prevalentemente pancreatico il tasso glicemico abitualmente è superiore alla norma, laddove nel diabete renale quel tasso è normale (almeno nella maggioranza dei casi). L'esame dell'urina fornisce utili criteri indiretti nel senso che nel diabete renale la intensità della glucosuria è modica ed essa è quasi indipendente dalla ingestione o non delle sostanze carboidrate, laddove nel diabete prevalentemente pancreatico la dipendenza della glucosuria dalla dietetica è molto spiccata ed il tasso glucosurico abitualmente è molto elevato.

Andrea Ferrannini

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA LEYSIN

Il Sanatorio Universitario Internazionale di Leysin. — Conoscevo da tempo l'esistenza di un Sanatorio Internazionale per gli studenti tubercolotici, qui a Leysin, ma debbo alla cortesia del suo fondatore e direttore, il Dott. Louis Ch. Vautier, il piacere di un gentile invito, che mi ha permesso un interessante sopraluogo.

Qui, nel cuore delle Alpi Valdesi, in una delle più celebri stazioni climatiche della Svizzera, a 1450 m. sul mare il dott. Vautier, con un entusiasmo ed una tenacia che lo rendono veramente ammirevole, ha saputo in breve volger di anni (i primi tentativi risalgono al 1918) creare un'istituzione che credo unica nel suo genere.

Il Sanatorio Universitario Internazionale di Leysin vuol essere infatti un ambiente specializzato, offerto ai lavoratori del cervello, infermi

Veduta generale di Leysin

di tubercolosi *curabile*, quale che ne sia la forma (polmonare, ossea, ganglionare, etc.), dove tutto è messo in opera allo scopo di restaurare la loro salute nelle migliori condizioni materiali e morali, e dove essi *possono continuare i proprii studi*, nella misura del possibile.

L'istituzione è posta sotto il patronato delle Università di Basilea, Berna, Ginevra, Losanna, Neuchâtel e Zurigo nonchè della Scuola Politecnica Federale, e vive con le quote annuali che studenti (10 franchi svizzeri), professori (20 fr. sviz.) e liberi docenti (10 fr. svizz.) si sono liberamente imposti, per diminuire il più possibile il prezzo della pensione, che viene richiesta ai loro colleghi infermi.

Possono essere ricevuti nel Sanatorio, *senza distinzione di nazionalità*, i professori, docenti, assistenti, studenti, preferibilmente delle Università Svizzere, ma, ove vi sia posto; anche di Università Estere.

Il Sanatorio non si limita ad assicurare ai propri ospiti le cure mediche del caso, ma aggruppando gli ammalati secondo le Facoltà a cui appartengono, costituisce per essi un ambiente intellettuale e morale di considerevole influenza benefica: ogni giovane è così incoraggiato a lavorare, compatibilmente col proprio stato di salute, e gode dell'influenza salutare di un lavoro regolato; esso viene inoltre guidato nelle sue letture e nei suoi lavori da un «Direttore di Studii», scelto tra docenti delle Università.

Inoltre professori delle Università Svizzere, e non infrequentemente anche degli stranieri, vengono al Sanatorio a passarvi qualche giorno, e vi tengono lezioni e conferenze.

Per la preparazione agli esami, la redazione delle tesi etc, gli studenti hanno localmente a loro disposizione una biblioteca di 3000 volumi, e possono chiedere libri in prestito alle biblioteche universitarie federali. Gli studenti in Medicina, poi, hanno l'opportunità di specializzarsi in tisiologia, seguendo regolarmente il grande movimento degli ospedali e dei sanatorii antitubercolari di Leysin.

Di più, il Sanatorio riceve circa 160 giornali e riviste in tutte le lingue, organizza concerti, spettacoli cinematografici, audizioni radiofoniche. Anche coloro che sono a letto possono partecipare ai concerti ed alle conferenze, mediante una installazione ad hoc.

Il Sanatorio dispone di oltre quaranta letti. Attualmente vi sono ricoverati 43 studenti, 1 studentessa e 2 professori.

Trentanove sono svizzeri e 7 stranieri.

La quota di pensione è di 6.50 fr. svizzeri al giorno (circa 23 lire) per gli svizzeri, e di 12 frs. (circa 40 lire) per gli stranieri.

In media questi infermi soggiornano al Sanatorio circa un semestre, poi sono dimessi, guariti, o molto migliorati. Questo si intende facilmente pensando che si tratta sempre di forme curabili, e che le condizioni climatiche del Sanatorio sono eccezionalmente favorevoli: difeso dai venti mediante una serie ininterrotta di montagne (Tour d'Ai Mayen, Luisset, Mont d'Or, Pic Chaussy), è esposto in pieno mezzogiorno: in estate la durata di insolazione media è di 12 ore; di inverno, mai inferiore ad 8. Il

Digitized by Google

freddo non è mai eccessivo, le piogge rare e brevi, la nebbia si mantiene abitualmente all disotto del Sanatorio: si tratta dunque di un clima tonico senza essere eccitante.

La neve che vi regna da novembre a maggio è un fattore favorevole sulla cura: purifica l'atmosfera ed aumenta, per diffusione, l'azione della luce solare.

Delle trattative si stanno svolgendo con la Società delle Nazioni, affinchè essa prenda sotto il proprio patronato il Sanatorio, ed aumentandone le possibilità economiche, lo renda capace di maggior numero di infermi, ed accentui sopratutto il carattere internazionale della istituzione.

V. M. PALMIERI

NOTIZIE

Nomine. — In seguito a conforme decisione del Consiglio dell'Ordine Mauriziano, a succedere nel posto e nelle funzioni di Primario di Chirurgia nell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, rimasto scoperto per la morte del compianto senatore prof. Antonio Carle, sono stati nominati con titolo di Primari i professori comm. dott. Giovanni Massa e cav. uff. Guido Bertone.

— A coprire la carica di medico primario nell'Ospedale Civile di Cagliari, resa vacante per la morte del prof. Giovanni Marini, è stato chiamato il dott. prof. Giuseppe Setzu, libero docente di patologia speciale medica presso la R. Università di Cagliari, già aiuto della Clinica medica della stessa Università e direttore dell'Ospedale Antitubercolare Provinciale.

XVI Riunione della Società Italiana per il progresso delle Scienze. — Questa riunione, sotto la presidenza dell'illustre prof. Filippo Bottazzi, si terrà in Perugia dal 30 ottobre al 5 novembre p. v.. Il prof. Bottazzi dirà il discorso inaugurale dal tema «Il problema della nutrizione in Italia».

I temi svolti dalla sezione medica sono i seguenti: 1. Prof. Ducceschi, «La farina di Soja nell'alimentazione dell'uomo»; 2. Prof. C. Foà, «La Fisiologia del centro cardioinibitore e del centro vasomotore»; 3. Prof. T. Gayda, «La razione alimentare dell uomo dal punto di vista quantitativo»; 4. Prof. G. Quagliariello, «La razione alimentare dell'uomo dal punto di vista qualitativo»; 5. Prof. A. Ghigi, «Le scienze Biologiche nell'economia Nazionale»; 6. Prof. O. Polimanti, «Condizioni alimentari della popolazione Umbra»; 7. Prof. A. Gemelli, «Nuove vedute sulla percezione dei colori»; 8. Prof. S. Visco, «Il valore nutritivo delle leguminose»; 9. Prof. A. Vivenza, «La coltivazione della Soja in Italia e nelle Colonie».

In coincidenza con la riunione avranno luogo in Perugia l'Assemblea Generale delle Società di Biochimica e della Società di Biologia Sperimentale, nonchè la riunione annuale della Società Mathèsis.

In onore dei Congressisti, oltre i ricevimenti che darà la città di Perugia, saranno organizzate gite a Terni, Assisi e Spoleto

La sede del Comitato Ordinatore e della Giunta esecutiva del medesimo è presso la R. Università degli Studi di Perugia.

Convegno della Federazione provinciale Umbra dell'Opera Nazionale per la maternità ed infanzia. — Nella sala maggiore della R. Prefettura di Perugia i presidenti della Federazione provinciale umbra dell Opera Nazionale per la maternità ed infanzia hanno tenuto un importante convegno sotto la presidenza dell'on. Blanc, presidente dell'Opera stessa.

L'on. Blanc, dopo aver visitato la sede della Federazione provinciale fascista, si è recato al palazzo dei Priori, dove nella Sala dei Notari, affollatissma, per invito della R. Università per stranieri, presenti tutte le autorità civili, militari, ecclesiastiche e fasciste, nonchè le rappresentanze provinciali dell Opera per la maternità e l'infanzia, gli avanguardisti, i balilla, le piccole italiane, ha parlato applauditissimo sul «Fascismo dinanzi al problema della razza».

Il Congresso psichiatrico di Trento. — A Trento ha avuto luogo, come avevamo annunciato, il Congresso Nazionale Psichiatrico, inauguratosi la mattina del 22 settembre, nel salone del Castello del Buon Consiglio, alla presenza di tutte le autorità civili e militari. Vi parteciparono illustri personlità della branca neuro-psichiatrica, tra cui i professori Morselli e Kobilynsky di Genova, Gonzales di Milano, Ciarletti di Bari, Roncoroni di Parma, Audemino di Torino, Cappelletti dj Venezia, Alberti, direttore dell'ospedale psichiatrico della Venezia Tridentina. Hanno parlato il prefetto di Trento, Vaccari, che ha recato il saluto del Governo ai congressjsti, il prof. Morselli, presidente della Società freniatrica italiana, e da ultimo il prof. Alberti, che ha illustrato l'importanza del nuovo padiglione psichiatrico di Pergine che è stato inaugurato il 25 u. s. dai congressisti. Detto padiglione consta di un edificio lungo 14 metri e largo 34; ha due piani spaziosi ed arieggiati. E costato oltre 1 milione e mezzo. Vi sono reparti per uomini e donne, un gabinetto di chimica, di raggi X, depositi di biancheria e giardini.

Dopo il rito d'omaggio davanti alla fossa dei martiri nel Castello, i Congressisti hanno partecipato ad un ricevimento in Municipio.

Pubblicheremo, in uno dei prossimi numeri, un breve resoconto degli argomenti svolti.

I medici italiani per l'aviazione. — Il Segretario generale del Sindacato Nazionale Medico Fascista, dott. Arnaldo Fioretti, rileva su «La Federazione Medica» che nel campo medico sono sorte iniziative lodevolissime e veramente patriottiche affinchè i medici italiani offrissero con una sottoscrizione nazionale uno o più velivoli alla nostra aviazione. Stima che ogni iniziativa deve rimanere circoscritta nell'àmbito delle singole provincie. L'elenco dei medici che avranno sottoscritto in ogni provincia, sarà pubblicato su « Il Lavoro d'Italia », organo nazionale dei Sindacati Fascisti e su «La Federazione Medica». Apparirà così a tutta la Nazione il contributo effettivo di fede dato anche in questa occasione dai medici italiani.

Per espresso volere del Duce, le sottoscrizioni debbono avere veramente carattere popolare, debbono cioè essere formate di piccole quote volontarie.

I Sindacati Provinciali Medici Fascisti si metteranno in rapporto coi rispettivi Uffici Provinciali della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti e ne seguiranno le istruzioni. A sottoscrizione avvenuta invieranno a «La Federazione Medica», via Lucchesi, 31; Roma; un elenco esatto dei sottoscrittori con l'indicazione delle quote da ciascuno versate.

Non spendiamo parole per incitare i medici italiani a sottoscrivere, sicuri che ciascun sanitario italiano sente il preciso dovere di prendere parte sia pur minima, alla sottoscrizione.

Per lo studio della febbre mediterranea. — La fondazione Elsa Sachs Plotz per il progresso delle investigazioni scientifiche di Boston ha elargito al prof. Maurizio Ascoli dell Università di Catania la somma di L. 18.000, perchè egli possa continuare gli studi iniziati in collaborazione col dott. Emanuele Sanfilippo sulla febbre mediterranea.

Congresso francese contro la sifilide. — La « Lega Nazionale francese contro il pericolo venereo » (rue Lisbonne 44, Paris 8e) ha deciso di preparare una riunione, a Nancy, per le vacanze pasquali del 1928; allo scopo di discutere il tema: «La difesa sociale contro la sifilide». Sono fissati quattro temi di relazione; si accettano comunicazioni. Al Congresso andrà unita una mostra.

Vittima dei raggi X. — Il dott. G. C. W. Williams, che ha esercitato la sua opera di radiologo dal 1895 fino all'anno scorso, distinguendosi anche durante la grande guerra, ha dovuto ora abbandonare l'esercizio della sua specialtà avendo dovuto subire in otto interventi consecutivi l'amputazione della mano destra e di due dita della sinistra, perchè colpito da radiodermite. La Fondazione Carnegie per gli Eroi gli ha assegnato la somma annua di 600 dollari.

Borse di studio della Fondazione Rockefeller. — Nel 1926 la Fondazione Rockefeller ha assegnato borse di studio, direttamente o attraverso altri Enti; di queste, 386 hanno permesso a giovani di recarsi in paesi stranieri.

NECROLOGIO

— Il 13 u. s. è morto in Napoli il prof. CLEMENTE ROMANO, già direttore della R. Clinica Ortopedica della nostra Università e professore emerito. Nell'andare in macchina abbiamo anche appreso della morte del prof. CAMILLO NEGRO, titolare della Cattedra di Neuropatologia nella R. Università di Torino.

Dei due compianti clinici diremo nel prossimo numero.

— a Novara il prof. ROMOLO COSTA che da 14 anni dirigeva quella R. Scuola di Ostetricia e Maternità. Era molto noto per un personale metodo operativo (sinfisiectomia parziale) e per la reazione novocaino-formalinica che prendono il suo nome.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 31 Ottobre 1927 (V) — N. 44

QUESTIONI DEL GIORNO

IL CERTIFICATO PRENUZIALE ALL'ESTERO

La visita medica prematrimoniale è attualmente una questione che potremmo dire all'« ordine del giorno ».

Tanto tra i medici che nel gran pubblico questo argomento ha provocato dibattiti interessantissimi, ed ha fatto versare fiumi di inchiostro e di eloquenza.

L'oggetto del contendere non è tanto quello di stabilire se sia utile che i futuri coniugi si sottopongano ad accertamenti sanitarii, allo scopo di ricevere istruzioni e consigli in vista delle prossime nozze, sul che non pare possa esservi dissenso, quanto quello di propugnare o meno la necessità che lo stato intervenga in questa materia con provvedimenti coercitivi, nel senso di rendere *obbligatoria* la visita medica prematrimoniale.

***

In Italia, *per non parlare che delle più recenti manifestazioni,* un numeroso gruppo di personalità scientinche ha espresso le proprie vedute nelle due inchieste del « Resto del Carlino » e della « Difesa Sociale ».

Dalla lettura delle interessanti risposte pervenute ai due giornali emerge abbastanza nettamente la conclusione che clinici, igienisti, giuristi, statisti sono, almeno da noi, più o meno esplicitamente avversi alla istituzione di mezzi legali coercitivi per la protezione igienica del matrimonio. Ma è non meno interessante rendersi conto delle vedute dominanti in altre Nazioni.

In *Francia* la Società Francese di Eugenica da molti anni svolge azione nel senso che «*ciascun cittadino che desideri ammogliarsi o riammogliarsi non possa essere iscritto sui registri dello stato civile se non sia in possesso di un certificato medico di data recentissima, che comprovi non essere egli affetto da alcuna malattia contagiosa* »; tuttavia non tutti sono d'accordo su questa tassatività; lo stesso Segretario Generale della Società di Eugenica Francese, il dott. Giorgio Schreiber di Parigi, ho espresso recentemente qualche riserva su questo progetto, dovuto al prof. Pinard; e pare che migliore accoglienza abbia avuto il progetto del Dott. Queyrat, Presidente della Lega contro il pericolo venereo, che richiama l'attenzione delle famiglie dei futuri coniugi « *sull'interesse capitale di far esaminare questi ultimi da un medico, in modo da assicurarsi che non esiste in nessuno dei due alcuna infezione virulenta, capace di trasmettere alla discendenza germi di morte o di grave malattia* ».

A conclusione di un'inchiesta sull'argomento recentissimamente pubblicata, il dott. L. March, vice presidente della Società Francese di Eugenica, dice chiaramente: « *troppe questioni « restano ancora insolute perchè si possa accettare senza esitazione l'obbligatorietà...* ».

In *Ispagna* — almeno a giudicare da un succoso se pur breve articolo comparso recentemente sull'autorevole « El Siglo Medico » — non pare che la maggioranza dei medici abbia eccessiva fiducia nel certificato prematrimoniale.

Vi si afferma energicamente, tra l'altro, che « *per quanto riguarda il punto di vista sanitario del matrimonio non può esistere alcuna disposizione legislativa che possa esercitare una qualunque efficacia* » e che per essere convinti di questo basta « *conoscere un po' la vita, e sopratutto esercitare la professione sanitaria!* ».

Non dello stesso parere sembra invece il dott. V. Delfino, di Buenos Aires, redattore capo della « Medicina Argentina », che in una recente lettera al Dott. Schreiber, dichiara — non sappiamo se interpretando anche il pensiero della maggioranza dei medici della *Repubblica Argentina* — di « *applaudire con tutta l'energia alla campagna a favore del certificato di salute prematrimoniale, considerandolo, se non proprio come una panacea per tutti i mali della procreazione, per lo meno come il miglior mezzo coattivo, fino a che non si diffonda nei coniugi futuri la coscienza eugenica...* ».

In *altri Paesi* si è già passati alla legiferazione in merito all'obbligatorietà del certificato prematrimoniale, senza che per questo siano cessati i dibattiti e le divergenze, anzi...

Così negli *Stati Uniti;* è degno di rilievo, a questo proposito, il fatto che lo stato di Washington, che per il primo ha promulgato nel 1919 una legge che rende obbligatorio il certificato medico di *attitudine al matrimonio,* la ha successivamente revocata, ma da questa stessa legge hanno preso successivamente le mosse, per provvedimenti analoghi, sette altri stati della grande Confederazione Nordamericana.

Per lo più queste disposizioni si applicano solo agli uomini, ed il certificato indica soltanto che il soggetto esaminato non presenta alcuna affezione venerea; ma alcuni Stati sono più esigenti e richiedono ancora che il candidato al matrimonio non sia affetto da tubercolosi contagiosa, o idiota, o imbecille, o alienato (Carolina del Nord), e neppure epilettico o dedito all'alcoolismo (North Dakota). In questi due Stati il certificato è obbligatorio anche per le donne, per le quali si richiede che esse non siano affette da tubercolosi contagiosa o da affezione mentale.

Senza imporre un vero e proprio certificato medico, altri Stati proibiscono per legge il matrimonio a coloro che sono affetti da malattie veneree, o esigono che ogni candidato al matrimonio giuri di non essere affetto da alcuna malattia venerea, o richiedono dagli ex-venerei un certificato medico attestante che essi non sono più contagiosi.

Negli *Stati Scandinavi* è proibito il matrimonio a coloro che sono affetti da alienazione mentale, o da sifilide, in istadio contagioso.

Coloro che sono affetti da altra malattia venerea, da epilessia o da lebbra possono contrarre matrimonio ma solo dopo aver messo al corrente del loro stato il futuro coniuge, e dopo che ambedue sono stati informati da un medico dei pericoli a cui possono andare incontro, essi e la propria discendenza.

È degno di nota il fatto che la legge scandinava impone il certificato medico di attitudine al matrimonio, *ma non esige che questo sia redatto in base ad una visita medica,* per modo che — in sostanza — la funzione del medico, in queste condizioni, non è dissimile da quella di un qualunque cancelliere che verbalizza le dichiarazioni dei due candidati al matrimonio, relativamente al loro stato di salute!

Nel Granducato di *Lussemburgo,* è stato formulato un progetto di legge, che partendo dall'affermazione che lo Stato ha interesse vitale ad opporsi all'unione dei minorati, poichè essi produrranno una prole degenerata, che graverà sulle finanze pubbliche, domanda alle coppie di presentare all'ufficio dello stato civile, prima che le nozze vengano celebrate, un certificato medico.

Non è necessario che questo certificato indichi la infermità di cui l'uno o l'altro dei contraenti sia affetto, ma è sufficiente che esso dichiari che nulla osta al matrimonio.

In *Turchia* una recente disposizione fa obbligo ai futuri sposi di sottoporsi alla visita di un medico espressamente qualificato, e pare — a quanto abbiamo letto sulla Daily Mail — che quest'ultimo debba apporre un timbro indelebile sul dorso della mano sinistra degli individui visitati, affinchè non siano possibili le sostituzioni di persona!

Qualche cosa, insomnia, come il timbro che i nostri veterinarii appongono sulle carni macellate, che possono impunemente essere consumate!

In altre Nazioni in cui non esiste ancora alcuna obbligatorietà per il certificato prematrimoniale, sono state tuttavia create delle istituzioni allo scopo di favorire e di propagandare, questa pratica.

Così in *Austria,* dove un *consultorio prematrimoniale* funziona a Vienna dal 1922, nel *Belgio,* dove istituzioni analoghe sono sorte ad Anversa ed a Bruxelles, e da noi, a Milano.

In *Germania,* la legge dell'11 giugno 1920 proclama la necessità di invitare i fidanzati a farsi visitare prima del matrimonio, e il *Reichsgesundheitsamt* distribuisce, dal 1922, dei fo-

Digitized by Google

glietti a questo scopo; il decreto ministeriale del 19 febbraio 1926 preconizza, d'altra parte, la creazione dei consultorii prenuziali, che, per altro, funzionano già a Berlino, a Dresda, ad Amburgo, a Magdemburgo, ecc., con la sovvenzione delle casse locali per l'assicurazione contro le malattie.

È noto, d'altra parte, come la legge contro le malattie veneree, che va in vigore dal 1° ottobre, punisca di carcere (fino a tre anni) chi essendo affetto da malattia venerea, contragga nozze, senza render preventivamente noto il proprio stato all'altro coniuge.

La Società Medica di Berlino si è, da parte sua, pronunziata il 24 marzo 1926 per l'esame medico prenuziale obbligatorio per ambedue gli sposi, *con libera scelta del medico, il quale è anche in questo caso tenuto al segreto professionale, e con libertà assoluta ai fidanzati di decidersi a loro arbitro anche dopo il consulto!*

In *Olanda*, la Società per l'esame medico prenuziale, svolge, mediante le sue 41 sezioni, opera di persuasione dell'utilità di queste pratiche, ed ha creato ad Amsterdam ed all'Aja due consultorii prematrimonali *facoltativi*.

* * *

Se noi cerchiamo di ricavare qualche conclusione dalla scorsa a volo di uccello che abbiamo fatto attraverso tanti Paesi, rileviamo che, in linea generale, i medici di ogni Nazione pensano che sarebbe vantaggioso per la collettività e per i singoli, il disporre che ogni individuo si sottoponga ad un esame medico-periodico — annuale per esempio — allo scopo di scovare a tempo i primi sintomi di una malattia latente e di ostacolarne il progresso, quando la guarigione è al disopra delle nostre forze. Ora, se un esame medico periodico è consigliabile a determinati intervalli di tempo, la sua necessità appare ancor più evidente prima del matrimonio.

Ma, come abbiamo visto, e come del resto, prevedevamo già da principio, le discrepanze sono piuttosto gravi quando si tratti dell'*obbligatorietà* di queste misure.

Personalmente, non esitiamo a schierarci tra coloro che formulano le più serie riserve sulla *utilità reale* di disposizioni coercitive in un campo di questo genere.

Le ragioni di queste riserve ci sembrano ovvie: esse sono di carattere psicologico, morale, medico e biologico, e non ci pare neppure il caso di soffermarcisi, tanto esse emergono evidenti, al primo piano della nostra coscienza, sol che si mediti un pò serenamente l'argomento.

Non si pensa alla dignità morale dell'uomo, che non può adattarsi ad essere considerato alla stessa tregua di un capo di mandra; non si pensa che coloro che si veggono interdette le giuste nozze per motivi eugenici, attueranno quasi fatalmente la più grave *disgenica* attraverso illegittimi congiungimenti, il che ridonda a danno ben più grave della collettività; non si pensa infine che, messi di fronte alla realtà ed alla necessità di legiferare, gli stessi più ardenti fautori delle misure coercitive, si troverebbero ben gravemente imbarazzati a *concretare praticamente* quando si debba concedere e quando si debba negare il permesso di matrimonio in caso di malattie, di predisposizioni, di anomalie...

E siamo lieti che di queste riserve si siano fatti autorevoli interpreti i nostri migliori Maestri:

« Facendo appello alla mia coscienza ed alla mia espe-
« rienza clinica, dichiaro che oggi la medicina *non è matura* per
« risolvere tutte le pregiudiziali che esigerebbe l'obbligo giuridico
« del certificato sanitario prematrimoniale!» così ha risposto Pende alla inchiesta della « Difesa Sociale », e con non minore chiarezza si è espresso l'illustre Presidente dell'Istituto centrale di Statistica, il prof. Corrado Gini, nella sua relazione al Congresso di Eugenetica Sociale di Milano (1924), a proposito delle immature illazioni che certi Eugenisti ad ogni costo vorrebbero trarre dai principii dell'ereditarietà.

In tema di formazione e di trasmissione dei caratteri, se qualche cosa si sa, moltissimo si ignora; noi dobbiamo riconoscere che l'Eugenica è ancora immatura per scendere alle applicazioni, e sarebbe una grave responsabilità delle società scientifiche di non mettere in guardia il pubblico incolto e la categoria anche più pericolosa delle persone semicolte, contro applicazioni affrettate e premature da cui il buon nome della Eugenica potrebbe uscire definitivamente compromesso.

Bisogna ricordare sopratutto che l'Eugenica è solo *mezzo* di migliore adattamento individuale e di maggiore efficienza sociale, e non *fine* a sè stessa.

Io non credo che si possa contare seriamente sulla efficacia di provvedimenti che, permettendo la vita, impediscano la riproduzione degli esseri deboli o tarati. Meglio è riconoscere francamente che in questo campo, Eugenica ed Eutenica sono inevitabilmente in disaccordo, come spesso sono in disaccordo, nella vita sociale gli interessi delle generazioni attuali e quelli delle generazioni future.

Questo contrasto non esiste nella selezione artificiale degli animali domestici; ma per questi il miglioramento delle razze che la Società persegue si raggiunge a spese, non degli uomini componenti la Società, ma degli animali, la cui felicità — se di felicità può parlarsi — sta agli uomini ben poco a cuore. Sta qui una differenza essenziale che non permette di assimilare l'Eugenica alla Zootecnica e rende ingenua la meraviglia sulla diversa estensione delle applicazioni nelle due scienze!

V. M. Palmieri

BIBLIOGRAFIA

D. Carlàn. El Siglo Medico, 1927, n. 3837. — V. Delfino. La Medicina Argentina, 1927, n. 57. — C. Gini. Atti del Congresso di Eugenetica Sociale, Milano 1924. — L. March. L'examen médical en vue du mariage, Paris. E. Flammarion 1927. — G. Schreiber. Vers la Santé, 1927, n. 1. — La Visita Prematrimoniale nell'inchiesta del «Resto del Carlino», Cappelli ed. Bologna 1927. — «La Difesa Sociale» 1927, n. 2, 3 e 4.

VARIA

1. L'uso dei raggi ultravioletti in criminologia. — E' noto da qualche tempo che i raggi ultravioletti hanno la capacità di rendere diverse materie visibili e fosforescenti. Questa fosforescenza viene denominata anche luminescenza secondo che le materie, distanti dai raggi u. v., sono in grado di continuare l'auto-fosforescenza oppure la perdono qualora non vengano più colpite dai suddetti raggi. Vi sono molte materie luminescenti, ma poche fosforescenti, per lo più materie chimiche (a preferenza i composti solforati dei metalli).

E' strano che molte cose della natura siano luminescenti, mentre che le più belle imitazioni di questi prodotti mancano di questa qualità. I nostri denti, per es., appena colpiti dai raggi ultravioletti cominciano a risplendere fortemente, mentre che un dente finto fra di essi appare come una massa di cacao. Le ossa, l'avorio, la tartaruga, le unghie cominciano a splendere forte sotto la luce u. v., mentre che i numerosi prodotti artificiali, che imitano queste materie, rimangono bruno-scuri. I diamanti sembrano, se irradiati, belle lanterne turchine, mentre che il vetro e le altre materie di cui sono fatte le pietre preziose artificiali non posseggono questa qualità.

Le macchie di sperma splendono in turchino chiaro. Dal colore dei raggi però non si può trarre nessuna conclusione sull'identità. Non solo le macchie di sperma splendono in questo modo ma anche quelle di altre materie organiche (urina, perdite bianche, sudore, siero sanguigno, ecc.).

Molti colori di anilina splendono magnificamente sotto i raggi u. v. Così per es. il colore rosso dei fiammiferi. Le diverse materie coloranti splendono spesso in tinte differenti, con cui si può stabilire le differenze fra i fiammiferi trovati sul luogo del fatto e quelli trovati nelle tasche del sospetto.

Le fibre lasciate nello sfregare dei vestiti alle porte e che devono essere messe a confronto coi vestiti di un arrestato sospetto possono quindi non solo essere esaminate microscopicamente in merito alla composizione delle fibre tessili, ma anche in merito alla qualità delle materie coloranti.

Da ciò rileva C. Van Ledden (*Raggi Ultravioletti*, maggio-giugno 1927) che molta può essere l'importanza dei raggi u. v. in criminologia. E' sperabile che l'avvenire apporti ancora altre scoperte su questo nuovo ed interessante argomento.

Digitized by Google

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

II CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. FABRIZIO PADULA

RICERCHE SUL CONTENUTO COLESTERINICO DEL SIERO DI SANGUE IN RAPPORTO ALLA COLECISTOGRAFIA,

per il dott. GAETANO BALICE — Assistente (*)

Chevreul nel 1815 isolò la colesterina e ne studiò le importanti qualità chimiche, ma la funzione biologica di questa sostanza, che Windaus e Stein considerarono come un terpene, e che non ha nulla in comune coi grassi, coi corpi proteici e con gli idrati di carbonio, è stata conosciuta recentemente (Reintniger, Mautner, Suida, Obermüller). Essa si trova nella bile allo stato di soluzione per opera dei sali biliari, nel siero di sangue ed in altri liquidi sciolta a spesa dei saponi solubili che vi sono contenuti, nei globuli rossi e bianchi, nella sostanza nervosa, nella milza, nel contenuto intestinale, nel latte e perfino nel sudore. Come elemento costitutivo della cellula è unita nel protoplasma ai grassi e alle sostanze fosforate, specialmente alla lecitina ed è caratterizzata da varie reazioni, la cui conoscenza è indispensabile perchè su alcune di esse sono fondati i metodi colorimetrici di dosaggio.

Sciolta nell'anidride acetica a caldo dà, con l'aggiunta di poche gocce di acido solforico dopo raffreddamento, una colorazione rosa che passa al rosso e poi al verde azzurro (reazione di Liebermann-Bouchard). Una piccola quantità di colesterina pura e secca, mescolata con due gocce di anidride propionica e fusa cautamente, dà dopo il raffreddamento una tinta violetta che passa successivamente al bleu, verde, grigio aranciato, rosso carminio e rosso rame (reazione di Obermüller). Un centigrammo di colesterina sciolto in 2 cc. di cloroformio dà con l'aggiunta di 2 cc. di acido solforico una colorazione rosso sangue per il cloroformio ed una fluorescenza verde per l'acido solforico (reazione di Salkowski).

La colesterina ha un'origine esclusivamente endogena, o ne ha una esogena o ha una duplice origine? Si è discusso molto su questo argomento, ma pare che debba ammettersi una colesterinogenesi endogena. Recentemente Beumer e Lehmann hanno dosato la colesterina contenuta nell'organismo intero di cani di tre settimane nutriti dal primo giorno di vita extrauterina con dieta povera di colesterina ed hanno trovato che il contenuto vitale di essa è venti volte la quantità di quella introdotta con l'alimentazione. Il Rondoni pensa in proposito che la colesterina possa originarsi nel ricambio intermedio e che l'apparato reticolo-endoteliale abbia importanza non solo per l'immagazzinamento di colesterina esogena, ma anche per la elaborazione di quella endogena, come potrebbe essere per la corteccia surrenale e per il corpo luteo, che dalla scuola di Aschoff sono ritenuti come apparati di semplice immagazzinamento di colesterina, mentre la scuola di Chauffard vede in essi dei centri veri e propri di colesterinogenesi. Il Seu invece, studiando la colesterinemia dopo la splenectomia, nega al reticolo-endoteliale splenico la proprietà di produrre colesterina e l'aumento del tasso colesterinico nel sangue dopo l'estirpazione della grossa milza malarica dovrebbe attribuirsi alla funzione che ha quel sistema di ritenere e di immagazzinare colesterina circolante: funzione che sarebbe accresciuta quando per l'infezione palustre il reticolo splenico fosse iperplastico ed ipertrofico.

Ma, ammessa come essenziale l'origine endogena della colesterina, in quali organi o tessuti essa si formerebbe? Con tutta probabilità si formerebbe nell'intimo di tutti i tessuti per opera dei processi nutritivi normali. Molti però sono convinti che il fegato abbia una importanza notevole nel ricambio della colesterina fino a considerarlo come l'organo della colesterinogenesi per eccellenza, mentre altri AA. hanno visto in esso un organo di sola eliminazione per la colesterina medesima.

***

La questione dei rapporti esistenti fra la mucosa vescicolare ed il metabolismo della colesterina è stata molto discussa, specialmente per quanto riguarda la formazione dei calcoli biliari, ed essendo stata rilevata la differenza di contenuto colesterinico fra la bile epatica e quella cistica (nel cane difatti il rapporto è di gr. 0,10-0,30 ‰ a gr. 1-1,50 ‰; Doyon-Dufourt) si è ammesso da taluni che la bile vescicolare per essere più ricca di colesterina di quella epatica dovrebbe o riceverne dalla mucosa per una secrezione speciale o averne in quantità maggiore per effetto dell'assorbimento dell'acqua, che si verifica normalmente nella cistifellea. Il Naunyn pensò che la secrezione della colesterina non dovesse ascriversi ad una funzione epatica, sibbene ad attività secretoria della mucosa colecistica, ed il suo concetto, in pratica giusto, è stato solo recentemente contestato dal Policard, che ha negato l'origine secretoria della colesterina contenuta nella bile colecistica ed ha dimostrato che essa è contenuta invece sotto forma di eteri nelle cellule epiteliali della mucosa, le quali, cadendo nella bile per un processo ordinario di desquamazione, vi restano sciolte e mettono in libertà il lipoide. È un fenomeno esattamente identico a quello che si verifica nell'intestino, nel quale le cellule desquamate mettono in libertà una considerevole quantità di colesterina. Questo fenomeno è normale e la stasi, asettica o no, lo accresce solamente di intensità. Perciò quando si formi un nucleo organico di cellule epiteliali desquamate, contenenti dei cristalli e delle concrezioni di colesterina, si può facilmente formare un calcolo per stratificazioni successive della stessa. Resterebbe da assodare ora, come arriva tale colesterina nelle cellule epiteliali della mucosa vescicolare.

Secondo molti la cellula vescicolare riceverebbe dal sangue la colesterina, che, presa dal lato basale della cellula, sarebbe versata nel lume cistico attraverso il lato superficiale; vi sarebbe cioè veramente una secrezione secondo il tipo olocrino. Ma questa concezione è incompatibile coi dati e le osservazioni istofisiologiche.

Secondo il Policard la colesterina delle cellule epiteliali proviene per la maggior parte da un fenomeno di assorbimento, poichè la cellula vescicolare è come la cellula intestinale una cellula assorbente, ed assorbe i grassi e la colesterina, che restituisce alla bile dopo la sua desquamazione. In questo semplice circolo localizzato si ritrova uno dei caratteri generali del metabolismo della colesterina, la quale è escreta dal fegato che a sua volta la prende dal sangue, ma nell'intestino essa è riassorbita e rientra nel sangue per ricominciare il suo ciclo.

***

Il tasso colesterinico, pur rimanendo nell'individuo normale ad un livello pressocchè costante, subisce delle oscillazioni più o meno accentuate in diverse condizioni fisiologiche. Secondo Cannata nel neonato la quantità di colesterina del sangue è circa la metà di quella dell'adulto: essa aumenta successivamente ed in modo rapido per cui i bambini a due anni contengono già nel sangue circa la stessa quantità di colesterina dell'adulto. Nell'età avanzata il contenuto di colesterina diminuirebbe, ma giustamente Weltmann obbietta che ciò sia da mettere in relazione più col rallentamento del ricambio materiale che con l'età. Il lavoro muscolare se non va oltre la fatica non porta variazioni sensibili della colesterinemia. Per quanto si verifica nell'alimentazione più svariata si può affermare che il tasso colesterinico normale non è alterato o solo precariamente, poichè le colesterinemie esogene hanno proprio come distintivo di essere transitorie. Importante è la ipercolesterinemia nella gravidanza, nella quale Mauriac e Strymbau notarono che essa, marcata nel primo mese di gestazione, aumenta nel corso del secondo, si abbassa fra il terzo ed il quarto, aumenta progressivamente di nuovo dal quinto mese in poi e, dal sesto al nono si mantiene al disotto di due grammi (il Signorelli stabilì una media normale di gr. 1,66 ‰). Un'ipocolesterinemia si avrebbe sovente all'approssimarsi del termine della gestazione. Quale valore biologico si dovrebbe dare alla colesterina in questo caso se non quello di un elemento di difesa?

La colesterina aumenta nel diabete, nelle nefriti, nell'itterizia, nell'arteriosclerosi ed ha un comportamento molto sintomatico nelle malattie infettive, nelle quali la curva colesterinica è in rapporto coll'altezza della temperatura colla intensità e colla durata dell'infezione.

Nelle infezioni molto gravi e prolungate il tasso cole-

(*) [Le tabelle annesse al lavoro saranno pubblicate solo negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

sterinico del siero di sangue si abbassa notevolmente e resta sotto la norma nelle infezioni a decorso subacuto, nelle quali la morte è il termine fatale. Nelle infezioni di media intensità si ha ipercolesterinemia solo nel periodo acuto, mentre nelle infezioni leggere la colesterinemia non si modifica.

Così nel tifo, così nella tubercolosi, così nella sifilide e quindi non può mettersi in dubbio che la colesterina sia un elemento di difesa che l'organismo mette in circolo in maggiore quantità quando l'economia è minacciata da un quid tossicum o septicum.

Come l'iperleucocitosi io credo che la ipercolesterinemia sia la espressione della sovraformazione di un'entità biochimica importantissima deputata ad un'alta funzione protettiva. Ed allora, se in via di ipotesi la estirpazione della vescichetta biliare dovesse creare uno squilibrio organico, magari attraverso le sue conseguenze sulla funzione dell'apparato digerente, si dovrebbe verificare un aumento della colesterina del sangue circolante.

Se tale aumento poi durasse più o meno a lungo sarebbe da vedere e comunque, dopo ciò che è stato dimostrato da tanti ricercatori, si potrebbe dalla persistenza della ipercolesterinemia ricavare nozioni critiche d'ordine fisiopatologico sulla colecistectomia.

Metodo di indagine. Determinai il tasso colesterinico nel siero di sangue e mi servii dei cani, sui quali avevo portato indagini di indole chimica in rapporto alla colecistectomia. Il cane era mantenuto a dieta costante e prelevavo il sangue dalla vena marginale dell'orecchio nella quantità media di 10 cc. e mettevo a centrifugare. La ricerca fu ripetuta per tre volte prima e per tre volte dopo l'intervento di colecistectomia e trassi quindi la media dalle cifre ottenute col dosaggio colorimetrico. Senza riportare i diversi metodi di dosaggio, riferisco quello che ho adoperato. Facevo saponificare in una piccola capsula di porcellana 2 cc. di siero di sangue in 5 cc. di una sol. titolata di potassa caustica al 30 %, tenendolo per 2 ore a bagnomaria ed aggiungendo via via una piccola quantità di acqua distillata per compensare la perdita dovuta all'evaporazione. Decorse le due ore, ed allorchè il liquido si era raffreddato, lo passavo in un imbuto a separazione, ove aggiungevo 5 cc. di alcool puro e 10 di etere di petrolio; poi agitavo i liquidi così mescolati per circa 5 minuti e lasciavo riposare. L'etere di petrolio si separava rapidamente e perfettamente dagli altri liquidi, portandosi in alto e allora versavo in una capsula di cristallo il sedimento della miscela ed in un'altra l'etere di petrolio, quando però mi ero assicurato che questo non contenesse più nessun'altra traccia del detto sedimento. Rimettevo quest'ultimo di nuovo nell'imbuto a separazione ed aggiungevo, come avevo fatto la prima volta, altri 10 cc. di etere di petrolio, agitavo ed aspettavo che i liquidi si separassero. Quest'altra quantità di etere di petrolio, che si separava anch'essa facilmente da tutto il resto della massa liquida, veniva messa nella capsula di cristallo ove già si trovava la prima quantità; lasciavo evaporare a bagnomaria l'etere di petrolio, e dopo completa evaporazione vi versavo una piccola quantità di cloroformio (5 cc.) in cui la colesterina rimaneva sciolta, quindi aggiungevo 2 cc. di anidride acetica e 2 gocce di acido solforico. In un'altra capsula versavo 5 cc. di sol. di colesterina 1:1000, che avevo preparata in precedenza per termine di confronto, con l'aggiunta di 2 cc. di anidride acetica e 2 gocce di acido solforico. Lasciavo per un'ora le due capsule all'oscuro, onde permettere che avvenisse la reazione colorifica e poi eseguiva la lettura al colorimetro del Dubosq, mettendo sistematicamente nel cilindro di sinistra la soluzione campione e nell'altro la soluzione di colesterina in esame.

La formula per la determinazione colorimetrica è la seguente:

$$s : s' :: x : p.$$

in cui s è lo spessore sotto cui si osserva la soluzione campione, s' lo spessore che occorre dare alla sol. a titolo ignoto per avere il colore verde uguale a quello della soluzione campione, p è il peso della sostanza per mille della soluzione campione, x è il peso della sostanza per mille della soluzione incognita, ossia, per la visione invertita del Dubosq, l'altezza della colonna nota sta all'altezza della colonna ignota come il titolo della soluzione ignota sta al titolo della soluzione nota.

Praticamente si desume approssimativamente il tasso colesterinico dalla cifra letta sulla colonna ignota, essendo esso tanto più alto quanto più bassa è detta cifra. Usando sempre 5 cc. di soluzione campione desumevo la quantità totale di colesterina immediatamente moltiplicando la cifra letta sulla scala corrispondente alla soluzione campione per 0,0005 e dividevo il prodotto per la cifra letta sulla scala corrispondente alla soluzione ignota.

Seguendo scrupolosamente il metodo d'indagine descritto ottenni dei dati in rapporto alla quantità totale di colesterina del siero di sangue che esaminavo ed in rapporto alla quantità di colesterina per 1000 cc. di siero prima e dopo dell'intervento di colecistectomia, dati che ho raccolti in 6 tabelle riassuntive per quanti erano i cani in esperimento.

Dalle tabelle è rilevabile che il tasso colesterinico del siero di sangue negli animali colecistectomizzati ebbe un aumento evidente, ma esso tendeva a rientrare nei limiti della normalità quanto più si era lontani dall'epoca dell'estirpazione della vescichetta biliare. Sarei indotto quindi ad ammettere che il disturbo apportato all'equilibrio organico dall'ablazione della cistifellea sia di durata precaria, se le modificazioni del contenuto colesterinico normale possano essere espressione di un disordine del metabolismo generale.

I lipoidi, fra i quali è compresa la colesterina, hanno un grande valore biologico, essendo degli elementi indispensabili della cellula, la quale, oltre ad una delimitazione anatomica, deve avere secondo l'Overton una delimitazione fisiologica, che sarebbe costituita precisamente dai corpi lipoidi. Questa membrana regolerebbe anche l'osmosi dei sali, degli acidi, degli alcali, dell'acqua; e secondo taluni AA. sarebbero capaci di provocare fenomeni di intossicazione solo quelle sostanze venefiche che potessero penetrare nella cellula attraverso quella membrana. I lipoidi si trovano anche nel corpo istesso della cellula collegati coi corpi proteici. Alcuni AA. a queste sostanze danno anche una importanza come attivatori od inibitori delle reazioni enzimatiche ed altri vogliono che esse prendano parte attiva anche ai fenomeni di immunizzazione. Ammessa la importanza biologica dei lipoidi come elementi fondamentali della vita, si potrebbe pensare che ad ogni offesa del mondo esterno l'organismo risponda con una reazione profonda e nel caso mio il tasso della colesterina si manteneva elevato fin quando non erasi ripristinato perfettamente l'equilibrio vitale.

Ritengo che la clinica potrebbe realmente avvantaggiarsi delle variazioni del tasso colesterinico del siero di sangue nel corso della cura degl'infermi, come di un metodo di indagine prezioso sotto l'aspetto pronostico e fino ad un certo punto anche sotto l'aspetto curativo.

BIBLIOGRAFIA

Beumer e Lehmann. Zeitschrift für des experim. Med. Vol. 37, fasc. 3-6, 1923. — Cannata. Sul contenuto in colesterina del siero di sangue nell'eredo-sifilide. La Pediatria, fasc. 3, 1915. — Lombardo. I lipoidi del sangue nelle malattie mentali. Tipografia Priore, Napoli, 1916. - Mauriac. Les effets de la saignée sur la cholestérinemie au cours de la grossesse. Comptes rendus. Società di Biologia, 1914. — Naunyn. Klinik der Cholelithiasis, Leipzig, 1904. — Overton. Studio sulla narcosi, Jena, 1911. — Policard. Rapporto della mucosa vescicolare col metabolismo della colesterina e la genesi dei calcoli. — Rondoni. Bicchimica. — Seu. La colesterinemia nell'uomo dopo la splenectomia. Policlinico Sez. Chirurgica, 1926. — Weltmann. Zur Klinischen Bedeutung des Cholesterinnachweises im Blutserum. Wiener Klin. Wochenschrift, n. 26, 1913.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. G. BILANCIONI

TRANSILLUMINAZIONE DEL CONDOTTO LARINGO-TRACHEALE

per il dott. BENEDETTO CASELLA
Capitano medico - Assistente militare

Sin dal 1920 il mio maestro Prof. Bilancioni, tornando sulla utilità e sulla efficacia della illuminazione per trasparenza del condotto laringo-tracheale, descriveva un piccolo apparecchio di uso sommamente pratico e col quale aveva ottenuto notevoli risultati nella osservazione di parti non sempre bene accessibili, con il comune esame laringoscopico.

Con qualche modificazione secondaria, il Samengo di re-

Digitized by Google

cente ha ripreso l'apparecchio di Bilancioni e lo ha diffuso nell'America latina (1).

È noto infatti come, con la laringoscopia indiretta, non sempre possono scoprirsi agevolmente i vari tratti del tubo laringotracheale, e che nella pratica quotidiana, specie la regione ipoglottica, sede di numerosi processi patologici, rimane spesso osservata male, se non addirittura inosservata. Vi sono inoltre dei tumori, la cui consistenza non è sempre controllabile a prima vista, e dovendo su di essi intervenire è indispensabile conoscerne bene la natura.

Le infinite modificazioni inoltre e la estensione del processo tubercolare laringeo riescono molto spesso di difficile indagine e il potere con sicurezza notare il grado della lesione e la profondità dell'infiltrazione sono di utilità grande, tanto per la sua prognosi quanto per la cura.

Ora se è ben vero che l'*autoscopia* del Kirstein, la *tracheobroncoscopia* del Brunings, la *laringoscopia in sospensione* di Killian, la *direttoscopia* di Harlinger fanno raggiungere e dominare qualunque punto del tubo aereo, è anche vero che tali metodi di esame richiedono ambiente e personale adatto e qualche volta esigono anche anestesia generale.

Un metodo che sia quindi di uso pratico, relativamente facile e applicabile in qualunque posto esista una presa per corrente elettrica, rappresenta un reale vantaggio e non un lusso di tecnica, specie se si consideri che non è nè doloroso, nè fastidioso. Esso non può certo sostituire la laringoscopia, ma, come dice lo stesso Bilancioni, « dovrà sempre completare ed essere di sussidio a questa ».

L'apparecchio per la transilluminazione (v. fig. 1) è formato da una coppa di metallo a margini svasati ben adattabili alla regione anteriore del collo, e porta nel centro una potente lampadina elettrica messa in azione da una comune presa di luce con intercalato un piccolo reostato. Alla parte esterna della coppa sono agganciati due nastri per fissare l'apparecchio intorno al collo (v. fig. 2).

Prodotto nell'ambiente la oscurità completa e applicato il comune specchio laringeo — senza, s'intende il fotoforo frontale. — si ha una visione delle più suggestive, in quanto sembra che una fonte luminosa spanda dalla trachea i suoi raggi, con un colorito delle parti, di rosso-fuoco caratteristico. Raggiunta l'esatta pratica per la manovra, ci si rende in breve padroni della topografia degli organi e della trasparenza o meno delle varie parti, criterio importantissimo ed essenziale per la sicurezza della localizzazione delle varie lesioni.

Infatti mentre p. es. le corde vocali normali sono completamente trasparenti, qualsiasi piccolo ispessimento viene rilevato come un punto torbido ed opaco, con limiti netti che ne fanno subito vagliare l'estensione.

Servendomi di tale metodo come sussidio alla laringoscopia indiretta ho esaminato molti ammalati della Clinica semore con successo e per maggiormente mostrarne l'utilità traccerò la storia di 18 di essi con la comparazione dei risultati ottenuti.

I. Angel. Ines, a. 43, Pisa. Ingresso in Clinica 26-1-26.

Anamnesi: Gentilizio negativo. Non ha mai sofferto malattie faringo-laringee. L'altro ieri nell'inghiottire della carne lessa a cui erano attaccati frammenti di osso provò sensazione di puntura in gola dalla parte sinistra ed ebbe conati di vomito. Visitata al pronto soccorso non le fu riscontrata presenza di corpo estraneo. Persistendo il dolore si presenta in questa Clinica.

Es. faringo-laringoscopico: Tumefazione della parete posteriore dell'ipofaringe con piccolo punto sanguinante verso destra, quasi nel mezzo della tumefazione.

Es. laringoscopico diretto: Medesimo reperto di quello descritto. La pressione esercitata dalla branca posteriore dello strumento fa gemere un po' di secrezione da un punto situato dietro l'aritenoide, un poco più in alto di essa.

Transilluminazione: Corda vocale sinistra trasparente; corda vocale destra opaca posteriormente: spazio interaritenoideo opacato.

II. Ferr. Marianna, a. 59, Cascina. Ingresso in Clinica 7-1-26.

Anamnesi: Da oltre due mesi ha difficoltata deglutizione con impossibilità, per il dolore, di ingoiare cibi solidi, sì che si alimenta soltanto con brodo e latte. Da circa un mese ha spesso accessi di soffocazione. Nell'escreato non si è mai notato sangue.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione diffusa della metà destra della laringe con lieve erosione della aritenoide corrispondente.

Transilluminazione: Corda vocale sinistra trasparente; corda vocale destra totalmente opacata e di aspetto più voluminoso del normale. La

Fig. 1.

zona di opacità è diffusa a tutta l'aritenoide destra e allo spazio interaritenodeo.

III. Fort. Umberto, a. 32, Pisa. Ingresso in Clinica 10-1-26.

Anamnesi: Da oltre un anno ha lieve disfonia. Tosse con scarso escreato piuttosto denso, mai misto a sangue.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione diffusa di tutto il vestibolo laringeo con diffusione alle corde vocali.

Transilluminazione: Corde vocali completamente opacate posteriormente, libere anteriormente. Spazio interaritenoideo opacato.

IV. Falor. Fernando, a. 32, Capannoli.

Anamnesi: Due anni or sono subì asportazione di un testicolo per lesione tubercolare. Da due mesi ha disfonia e disfagia.

Es. radiografico: Ulcerazioni polmonari bilaterali specie a sinistra e in alto.

Transilluminazione: Diffusa opacità a tutta la metà destra della laringe che è immobile. Corda vocale sinistra normale; nei movimenti di adduzione la corda sopravanza la linea mediana.

Es. faringo-laringoscopico: Immobilità della metà destra della laringe, la quale è infiltrata diffusamente con piccole ulcerazioni.

V. Magn. Silvio, a. 24. Visitato ambulatoriamente, il 1-3-27.

Anamnesi: Moglie morta di tubercolosi. Ammalatosi in America ove faceva il gessaiolo e riconosciuto affetto da lesione tubercolare è rimpatriato da qualche mese. Da circa 6 mesi è assolutamente disfonico. Ha tosse, sudori notturni, febbre serotine ecc.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione laringea diffusa con prolasso dei ventricoli del Morgagni.

Es. radiografico: Opacità diffusa del lobo polmonare superiore sinistro, cui all'ascoltazione corrisponde affievolimento notevole del murmure vescicolare. Infiltrazione a zone marezzate del lobo superiore destro.

Fig. 2.

Transilluminazione: Ventricolo del Morgagni sporgente e tumefatto; corda vocale destra opacata anteriormente, trasparente posteriormente. Rima glottidea ristretta.

VI. Pecch. Adua, a. 19, Piombino. Visitata ambulatoriamente il 4-6-26.

Anamnesi: Da circa un anno ha disfagia e qualche volta febbre.

(1) Prof. Guglielmo Bilancioni. *L'illuminazione per trasparenza del condotto laringo-tracheale*. Il Policlinico - Sez. Pratica, 1920.

Luis Samenco. *Diàfanolaringoscopia. Nuovo dispositivo*. La Semana Médica. XXXIII. 1926. 245).

Digitized by Google

Es. faringo-laringoscopico: Faringite atrofica. Cordite bilaterale. Sulla corda vocale sinistra tumoretto di aspetto cistico.

Transilluminazione: Corde vocali trasparenti, però a sinistra sulla parte centrale si nota un piccolo opacamento puntiforme.

VII. March. Iole, a. 22, Pisa. Visitata ambulatoriamente il 4-6-26.

Anamnesi: Da oltre 4 mesi soffre di mal di gola ed è rauca, qualche volta ha febbre serotina.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione tubercolare delle false corde specie a sinistra e della regione sottoglottica con iperemia diffusa della mucosa tracheale.

Transilluminazione: Corde vocali di grandezza e spessore aumentate e diffusamente opacate. Regione interaritenoidea opacata. Mucosa sottoglottica sporgente sì che la rima glottidea risulta ristretta.

VIII. Spin. Grazia, a. 37, Livorno.

Anamnesi: Ha disfonia e disfagia da oltre 5 mesi.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione specifica della regione aritenoidea con produzione papillare interaritenoidea.

Es. radiografico: Infiltrato diffuso ad entrambi i polmoni ma specie al lobo superiore destro. Aderenze pleuriche bilaterali più evidenti a destra. Non si notano ulcerazioni.

Transilluminazione: Vestibolo diffusamente opacato, con spazio interaritenoideo oscuro, con massa carnosa sporgente. Corde vocali vere trasparenti.

IX. Lemb. Jolando, anni 24, Lucca. Visitato ambulatoriamente il 30-4-26.

Anamnesi: E' in cura per lesioni tubercolari polmonari da circa 4 anni. Ha disfonia e disfagia da oltre un anno.

Es. rino-faringo-laringoscopico: Rinite atrofica sinistra. Deviazione del setto a destra. Infiltrazione neoplastica tubercolare a carico della glottide che sormonta il vestibolo laringeo.

Es. radiografico: Opacità a chiazze.

Transilluminazione: Corde vocali sostituite da due masse carnose ineguali, opache, che si protendono in alto. Spazio interaritenoideo opacato e villoso.

X. Marr. Edile, a. 22, Lucca. Visitato ambulatoriamente il 4-5-26.

Anamnesi: Soffre spesso di tonsillite e faringite. Da qualche tempo è lievemente disfonica.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione condro-pericondritica dell'epiglottide. Laringite diffusa.

Es. radiografico: Notevole infiltrazione di entrambi i polmoni specie nei lobi superiori. Al limite vi sono piccole ghiandole intensamente opacate.

Transilluminazione: Epiglottide fortemente opacata ed aumentata di volume. Aritenoidi tumefatte specie a sinistra. Spazio interaritenoideo opacato. Corde vocali vere assolutamente trasparenti.

XI. Mander. Callisto, a. 56, Marina di Pisa. Visitato ambulatoriamente il 15-5-26.

Anamnesi: Da qualche tempo ha disfonia e tosse con scarso escreato.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione laringea specie anteriormente.

Es. radiografico: Apice ridotto ed opaco a destra. Aderenze pleuriche e pericardiche d'ambo i lati prevalenti a sinistra. Infiltrazione peribronchiale diffusa e ghiandole retrocardiache.

Transilluminazione: Epiglottide fortemente opacata ed aumentata di destra opacata e poco mobile. Corde vocali vere lievemente intorbidate.

XII. Cenc. Riccarda, a. 28, Pisa. Visitata ambulatoriamente il 18-5-26.

Anamnesi: Soffre da qualche anno di raucedine non continua.

Es. faringo-laringoscopico: Piccolo tumore di aspetto cistico sulla corda vocale destra.

Transilluminazione: Opacamento del 3° medio della corda vocale destra. Il tumore è opaco.

XIII. Genz. Jessa, a. 24, Pisa. Visitata ambulatoriamente il 24-5-26.

Anamnesi: Narra che mangiando del pesce si è sentita pungere in gola (a sinistra) da una spina.

Es. faringo-laringoscopico: Lieve arrossamento dell'ipofaringe a sinistra. Aritenoide alquanto tumefatta. Non si nota presenza di corpo estraneo.

Transilluminazione: Laringe trasparente. Corde vocali chiare. Aritenoide destra fortemente opacata.

XIV. Del Bon. Gino, a. 30, Pisa. Visitato ambulatoriamente il 26-5-26.

Anamnesi: Narra che ingerendo della carne in cui pare vi fosse attaccato un ossicino ha avvertito un forte dolore a destra.

Es. faringo-laringoscopico: Lieve arrossamento della regione ipoglottica destra con modica tumefazione della plica ariepiglottica dello stesso lato.

Transilluminazione: Modico opacamento della plica aroepiglottica destra. Corde vocali integre.

XV. Lazz. Cesare, a. 33, Carrara. Visitato ambulatoriamente il 28-5-26.

Anamnesi: Lue ereditaria. Affezione polmonare cronica. Afonia da oltre un anno e tosse.

Es. faringo-laringoscopico: Epiglottide ulcerata con infiltrazione notevole di tutto il vestibolo laringeo che ricopre quasi completamente le corde vocali.

Es. radiografico: Infiltrazione ed aderenze di tutto l'apice polmonare superiore destro.

Transilluminazione: Opacità completa di tutto il vestibolo laringeo, sì da non distinguere affatto le corde vocali. La glottide è ridotta a un piccolo spazio lineare posteriore attraverso cui filtra scarsa luce. L'infiltrazione sembra diffusa alla regione ipoglottica.

XVI. Lazz. Olimpio, a. 25, Cascina. Ricoverato in Clinica il 28-4-26.

Anamnesi: Da circa 4 mesi soffre di dolori intensi nella deglutizione e da due mesi presenta una tumefazione latero-cervicale intensa non dolente. In seguito alla quale ha voce gutturale. Non ha mai avuto tosse.

Es. faringo-laringoscopico: Ipertrofia tonsillare cronica. Epiglottide a forma di massa tumorale divisa nettamente in due parti grossolanamente reniformi da un solco mediano, con bordi ulcerati e con ulcerazione lurida. Pliche faringo-epiglottiche ispessite ed infiltrate.

Es. radioscopico: Aree polmonari disseminate da zone opache marezzate lungo l'ilo di sinistra.

Transilluminazione: Epiglottide completamente opacata e tumefatta. Vestibolo laringeo diffusamente opacato. Corde vocali parzialmente visibili e trasparenti. Glottide ridotta per infiltrazione della commessura anteriore e dello spazio interaritenoideo.

XVII. Serrastr. Vetruria, a. 30, Portoferraio. Visitata ambulatoriamente il 26-5-26.

Anamnesi: Da oltre un anno ha disfonia e spesso tosse.

Es. faringo-laringoscopico: Infiltrazione e tumefazione della corda vocale destra. Arrossamento della corda vocale sinistra.

Es. radiografico: Infiltrazione apicale bilaterale con retrazione dell'apice di sinistra. Tutto il polmone di sinistra è meno espanso del destro.

Transilluminazione: Opacamento della corda vocale destra specie posteriormente ove notasi una demarcazione tra le due parti. Corda vocale sinistra trasparente.

XVIII. Mas. Adele, a. 33, Vicopisano. Visitata ambulatoriamente il 1° luglio 1926.

Da qualche tempo ha lieve disfagia e qualche volta tosse. Mai febbre. Lavora in una fabbrica di cotone.

Es. rino-faringo-laringoscopico: Mucosa rino-faringea atrofica. Corda vocale sinistra lievemente arrossata, alquanto atrofica e meno mobile della destra. All'esame del collo la tiroide si presenta ipertrofica con reticolo venoso ben manifesto.

Transilluminazione: Opacamento leggero della corda vocale sinistra. Corda vocale destra trasparente.

La lettura delle brevi storie cliniche — vi abbiamo notato solo i fatti essenziali — mostra come la transilluminazione sia stata di controllo utilissimo per dimostrare in modo palmare l'estensione di una infiltrazione ad esempio dovuta a una vera cordite, di tutta la sostanza di un labbro vocale, da un semplice edema consensuale. Specialmente nelle forme tubercolari iniziali o meno, questo esame dà risultati confortanti, mostrando ad evidenza la estensione del processo flogistico cronico.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA — SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. CARLO GAMBERINI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA INVAGINAZIONE INTESTINALE ACUTA NELL'ADULTO

per il dott. ENZO FORTI

È riconosciuto da tutti che l'invaginazione intestinale acuta nel bambino è un fatto morboso abbastanza frequente, mentre nell'adulto era ritenuto relativamente raro.

Però le numerose osservazioni di casi pubblicati in questi ultimi tempi fanno pensare che tale affezione sia più frequente di quanto non si creda — cosicchè qualche quadro morboso, cui viene imposto il semplice nome di colica intestinale, può essere invece una invaginazione acuta che guarisce da sè per disinvaginamento.

Digitized by Google

Non credo inutile, perciò, la descrizione di un caso che ho potuto osservare all'Ospedale Maggiore di Bologna, nella sezione diretta dal Prof. Carlo Gamberini.

Vezzani Giuseppe, a. 27, di Poggio Renatico. Genitori sani; una sorella soffrì di pleurite essudativa.

Anamnesi personale. Nulla di notevole; godè sempre buona salute fino alle ore 22 del g. 17-XII-926, quando, in pieno benessere fu preso da un dolore violentissimo, improvviso, con punto di partenza e con massimo di intensità subito sopra l'ombelico, nel quadrante di destra e che durò fino alle 3 del mattino. Tale dolore non era continuo, ma intermittente: iniziava violentemente, durava in tale modo 3-4 minuti, poi decresceva poco a poco con lieve rumore di gorgoglio, fin quasi a scomparire nello spazio di altri 6-7 minuti; succedeva poi un periodo di relativa calma di 1/2 e 3/4 d'ora circa dopo il quale si ripeteva un nuovo accesso che aveva lo stesso svolgimento di quello precedente. La temperatura era di 37°.2, 37°.4. Nei due giorni seguenti ebbe altre coliche che si ripeterono con gli stessi caratteri. Ebbe qualche volta vomito; non emissione di sangue per l'ano; alvo stitico.

Tipo longilineo, pannicolo adiposo piuttosto scarso.

Nulla all'ispezione, alla palpazione si risveglia dolore nella zona del dolore spontaneo; vi è lieve resistenza della parete addominale specialmente nei due quadranti di destra; non si palpano tumefazioni.

Negativo l'esame dell'urina per quanto riguarda la presenza di sangue, zucchero, urobilina e pigmenti biliari.

Esame radiografico rene d. negativo.

Esame radiologico: stomaco, duodeno, negativo; appendice non mobile, progressione nel ceco e nel colon rapidissima; salto dal tenue all'ascendente.

In base ai dati anamnestici, dell'esame obbiettivo, al decorrere della sintomatologia dolorosa e dell'indagine radiologica fu scartata la diagnosi invio di appendicite e fu posta quella di stenosi intestinale di natura non definibile.

Aperto l'addome con un taglio parartettale d. (Prof. C. Gamberini) si trovò una invaginazione ileo-cecale nel colon ascendente fin quasi all'angolo epatico. Fu tentata la disinvaginazione, che riuscì facilmente, e dopo di essa si asportò un appendice lunga, grossa ed ispessita da un ceco abnormemente mobile. L'ansa invaginata venne fissata alla parete postero-laterale dell'addome alla presunta sede normale del ceco.

La diagnosi di invaginazione intestinale è relativamente facile quando esistano i segni classici; il dolore violento, il tumore teso elastico dell'ansa invaginata palpabile attraverso l'addome, l'emissione di feci sanguinolente richiamano subito alla mente tale forma morbosa. Le difficoltà, invece, sorgono quando mancano questi segni ed una diagnosi ritardata od errata può avere fatali conseguenze per l'infermo. L'errore più grave in cui si può incorrere è interpretare un simile quadro morboso come una colica renale, epatica o appendicolare, cioè con affezioni che non sempre giustificano un intervento immediato. Utilissimo, perciò, torna lo studio dei casi dubbi dei quali si è in possesso del reperto anatomico.

Quale insegnamento utile si può trarre dal caso sopra descritto?

Lo studio attento del sintomo dolore ci fece scartare la diagnosi di invio di colica appendicolare. Infatti il dolore in tale affezione, come del resto in quelle di tutti gli altri organi all'infuori dell'intestino, ha la caratteristica di una maggiore continuità di quello della colica intestinale: cioè assume una data intensità e si mantiene tale per ore ed anche giornate; può bensì avere remissioni, ma queste sono sempre di poco conto. Il dolore invece della colica intestinale è intermittente o, per lo meno più nettamente remittente: esso, insomma va di pari passo con i movimenti peristaltici: aumenta durante questi, scompare o diminuisce di molto durante il riposo dell'ansa. Ad orientare verso una stenosi od occlusione intestinale (quest'ultima, però, conseguenza non necessaria della invaginazione che interviene ad una distanza variabile dall'inizio della invaginazione stessa a seconda della strettezza del colletto e della sua pressione sul mesentere) valgono altri criteri: il rumore di gorgoglio che si produce durante un accesso doloroso perchè l'invaginazione produce, anatomicamente, un restringimento del lume intestinale, l'iperperistaltismo, e la mancanza o poca reazione termica iniziale. Nelle coliche appendicolari ed epatiche, invece si ha spesso una notevole elevazione termica per il fattore infettivo che presto interviene ed anzichè il quadro clinico dell'ileo dinamico si verifica, se una forma di ileo interviene, quello paralitico (riflesso). Per le coliche renali metterà sulla giusta via la sede del dolore (prevalentemente posteriore) ma, sopratutto, la sua irradiazione tipica verso il basso (testicoli, grandi labbra, coscia ecc.).

È ven vero che l'assenza di contrazioni intestinali si può verificare anche nell'invaginazione, ma ciò succede quando siano intervenuti dei fatti necrotici della parete intestinale; il modo di esordire della sindrome morbosa mette allora sull'avviso e si riesce a stabilire che il fatto paralitico è secondario e non più primitivo.

Pervenuti alla diagnosi di stenosi od occlusione intestinale bisogna ricercarne le cause; e qui il criterio della frequenza acquista un grande valore. È questo, appunto, che, secondo me, deve essere modificato, nel senso che l'invaginazione non deve essere ritenuta come affezione rara nell'adulto, ma deve essere posta, come frequenza, allo stesso livello di quei processi morbosi che oggi sono presi il più spesso in considerazione (briglie, processi t. b. c. torsioni ecc.).

L'indagine radiologica è spesso di notevole utilità per la diagnosi: la progressione del pasto opaco è rapidissima e nel punto della stenosi si può osservare il cosiddetto salto del tenue, cioè una interruzione dell'ombra opaca per un tratto più o meno lungo; l'interruzione della colonna opaca avviene secondo una linea concava circondante una zona chiara, convessa, che porta alle volte, nel suo asse un *defilé* oscuro più o meno sinuoso.

Molti autori consigliano anche il clistere opaco, però con molte cautele.

Teorie della invaginazione. Sono essenzialmente due: la fisiologica e la meccanica che però hanno un punto in comune e cioè la dilatazione e il restringimento di due tratti contigui di un'ansa.

La teoria fisiologica sostenuta da Cruveilhier in Francia, difesa da Gorham e Dance in Inghilterra, attribuisce al peristaltismo il ruolo maggiore nell'invaginamento: un tratto di ansa viene ristretto nel suo calibro per azione spastica delle sue fibre circolari mentre il tratto immediatamente contiguo viene dilatato per paralisi di esse; stabilitesi queste condizioni, intervenendo un'onda peristaltica, che per alcuni deve essere violenta per altri invece anche di intensità normale, l'un segmento viene cacciato nell'altro precisamente come i cilindri mobili di un canocchiale. Per Ombredanne, invece, l'invaginamento è il risultato di due onde contrarie che s'incontrano in un punto dell'intestino: anch'egli ammette la diversità del calibro di tale tratto.

La teoria meccanica, pensata dal Morgagni e Unter, e difesa da Besnier, nega al peristaltismo qualsiasi ruolo: un tratto di ansa ristretto penetra in un tratto di ansa allargato per scivolamento causato da una trazione (tumore, massa stercorale ecc.). L'una e l'altra trovano appoggio in osservazioni cliniche e sperimentali: certo è però che la teoria fisiologica è quella che in clinica ed al tavolo operatorio serve più spesso a spiegare sia il quadro morboso che il reperto anatomico. Se si pensa, inoltre, alla frequenza della invaginazione acuta nel lattante nel quale le fibre muscolari liscie intestinali sono così facilmente ipereccitabili, a quella degli asfittici, nei quali l'accumulo di acido carbonico nel sangue provoca l'iperperistaltismo, come pure a quella degli ustionati, si deve ammettere che la peristalsi giochi un ruolo importantissimo nel meccanismo della invaginazione.

Quali sono le cause di questo iper-peristaltismo? Sono state attribuite al diverticolo di Meckel, ai traumatismi della parete addominale, a certi medicinali, a lesioni infiammatorie dell'appendice. Nel nostro caso, ad esempio, si è trovata una appendice di lunghezza anormale ed indubbiamente infiammata con un ceco eccessivamente mobile e certamente questi fattori vanno presi in considerazione per la spiegazione del quadro morboso inquantochè ambedue offrono le condizioni che secondo i criteri patogenetici più generalmente riconosciuti, permettono l'invaginazione.

Cura. Stabilita o sospettata la diagnosi di invaginazione vi è l'indicazione immediata dell'atto operatorio.

È grave colpa attendere sperando nella disinvaginazione spontanea. La precocità dell'intervento ha spesso il vantaggio che essa riesce facilmente, prima che complicanze la rendano impossibile o pericolosa. Chè anche se il sospetto non avesse riscontro anatomico o ci si trovasse di fronte a lesioni appendicolari, sarà stato ugualmente utile un intervento precoce. Ottenuta la disinvaginazione si dovrà correggere lo stato anatomico

Digitized by Google

che apparentemente offre la possibilità di recidiva. Gli altri interventi cui si debba giungere per le condizioni anatomo-patologiche al momento dell'intervento (resezione, entero-anastomosi ecc.) danno una mortalità molto superiore.

La risoluzione suggerita ed eventualmente ottenuta per somministrazione di pasto opaco pesante non giustifica l'astensione dall'intervento (non più richiesto d'urgenza) in quanto permangono le condizioni anatomiche predisponenti alla lesione.

ATTUALITÀ

I. ***La guaribilità dell' ulcera cavitaria nella piccola curvatura gastrica.***
II. ***Acido urico di origine batterica.***
III. ***Il cadmio nella malaria.***

I. I progressi tecnici della radiografia permettono di controllare se una ulcera gastrica rotonda effettivamente guarisca e di precisare l'evoluzione della guarigione.

Moutier e Porcher (*La Presse Méd.*, 7 sett. 1927) si occupano di questo argomento, riferendo che, secondo la loro esperienza personale la guarigione si verifica, tutt'altro che raramente, senza bisogno d'intervento chirurgico, quando sede dell'ulcera è la piccola curvatura dello stomaco. La forma dell'ulcera, da essi studiata, viene indicata come cavitaria, pe. attirare l'attenzione sul fatto che la perdita di sostanza è abbastanza profonda, tanto che all'esame radioscopico si profila ora come uno sperone più o meno affilato o come una digitazione, ora come una nicchia cupoiforme od ampiamente, che può scavare più o meno lo strato muscolare sino a presentarsi come una saccoccia sottoperitoneale (nicchia di Haudek).

E' utile menzionare che nell'identico infermo si possono vedere succedersi varie di queste figure allo schermo radioscopico per effetto dello stato variabile tanto della gastrite e perigastrite, quanto di spasmi, che si provocano nella muscolatura contermine all'ulcera.

Le ulceri della piccola curvatura a preferenza si possono chiamare cavitarie e presentano le varietà di forma ora indicate. Così non è per le ulceri della regione pilorica e del duodeno. Questa parte dell'intestino può presentarsi deformata in vario senso, ma senza che l'ulcera si designi come una netta cavità.

Moutier e Porcher hanno notato nella piccola curvatura la guarigione di ulceri, anche se della dimensione di parecchi centimetri come diametro. In 12 casi studiati recentemente, i sintomi del male datavano, in alcuni infermi, da pochi mesi, in altri ammalati da parecchi anni con forti dolori, ematemesi, bloculazione spasmodica dello stomaco.

I cardini della cura medica istituita da questi due AA. sono stati molto semplici, riposo generale del corpo, dietetica ristretta al minimo (minestrine e latte), largo uso di bismuto per mesi e mesi, e atropina, ma per iniezione, non per via orale. La dose iniettata è stata di milligr. mezzo ad uno: possibilmente una iniezione al mattino ed altrettanto alla sera. Ad ogni settimana si sospende l'atropina per 3 o 4 giorni.

Per effetto di questa cura si vede gradatamente ridursi la cavità dell'ulcera sino a che la radiografia lascia notare appena qualche traccia di avvallamento. Al più si può notare, in corrispondenza della piccola curvatura, una certa rigidità della parete gastrica, dimostrata dalla impossibilità di piegarsi e dalla minima propagazione dei movimenti gastrici a livello di quella parte.

Il tempo, con cui gli AA. hanno osservato l'effetto benefico, è stato di 2 mesi in media. Il tempo dipende da condizioni varie, quali la infiltrazione della parete, le lesioni neuro-vascolari, la presenza e la intensità di un edema in quella parete.

Gli AA. prospettano il meccanismo, con cui agirebbe il bismuto: proprietà battericida; azione sedativa; azione antisecretiva e antispasmodica. Quest'azione, che menoma la eccitabilità del vago, è indiscutibile per l'atropina.

Moutier e Porcher non hanno molta fiducia nel caolino e nel silicato di alluminio in genere e neppure nel metodo di Sippy, ritenendo che trattasi di pratiche terapeutiche lunghe, indecise come risultati e non scevre di pericolo. Non hanno esperienza personale circa la utilità dell'alimentazione con la sonda duodenale, propugnata da Einhorn, e circa la utilità della insulina, proposta da Feisshy, forse in base al fatto che l'insulina induce un aumento dell'alcalescenza negli umori intraorganici. D'altra parte, Simici e suoi collaboratori hanno osservato che l'insulina agisce sullo stomaco come uno stimolante della secrezione e della motilità, quindi correrebbe rischio di congiurare col male in caso di ulcera.

Damade assicura avere notato la guarigione dell'ulcera con alquante modifiche alla tecnica dell'alimentazione duodenale e Moutier e Porcher non sconvengono che questa cura possa riuscire utile negl'infermi con eccessiva intolleranza gastrica, donde la opportunità di ricorrere all'alimentazione duodenale.

Hollander, Loeper hanno oppugnato che l'appianamento della parete, dimostrabile radiograficamente, non è dato di fatto sicuro per cerziorare la guarigione dell'ulcera, perchè la cavità rispettiva può essere semplicemente colmata da blocchi di muco o da coaguli. Moutier e Porcher controbattono che non può trattarsi nè di blocchi mucosi nè di coaguli. Esiste una vera cicatrizzazione dell'ulcera per riduzione progressiva della infiammazione interstiziale, mentre dal fondo della cavità proliferano bottoni connettivo-vascolari e poi si forma al di sopra uno strato epiteliale. Del resto chi mai ha oppugnato, in tesi generale, la guaribilità anatomica dell'ulcera rotonda? La quistione sta semplicemente nell'accertarsi se in un caso speciale la guarigione siasi verificata. Moutier e Porcher asseverano che in 4 su 12 infermi studiati l'appianamento del cavo ulceroso, verificabile radiograficamente, e il miglioramento di tutto il quadro clinico, permangono da 5 anni; invece, in uno degli infermi si è notata una ripresa brusca della sindrome con la ricomparsa della immagine cavitaria, dopo che la guarigione si era protratta per 18 mesi. A tale proposito gli AA. fanno notare che per certe ulceri, dette perciò giganti, può verificarsi che una parte si cicatrizza e il resto permane come ulcera, pur attenuandosi il complesso dei fenomeni rispettivi; poi si esacerbano questi fenomeni per il ripristino e la estensione delle lesione nella parte non mai cicatrizzata del tutto. Prescindendo da questa evenienza, può succedere che si producano nuove ulceri e a queste deve allora addebitarsi la evoluzione della nuova sindrome, non già a ripristino della precedente ulcera, la quale può continuare a mantenersi guarita. Dippiù, anche quando l'ulcera è guarita definitivamente, alcuni sintomi, che permangono, possono dipendere non dall'ulcera, ma da ptosi gastrica, da gastrite e perigastrite, da nevrite dello stomaco, da irritazione peritoneale. Moutier e Porcher riferiscono di casi, in cui si è intervenuti chirurgicamente per la presupposizione di un ripristino dell'ulcera, intanto questa non si è rinvenuta e le sofferenze non erano da mettersi in rapporto che con le altre lesioni citate pocanzi.

Tutto ciò non esclude — e lo notano gli stessi Moutier e Porcher — che conviene fare appello alla chirurgia anche in caso di ulcera della piccola curvatura, qualora, non ostante la cura medica, rigorosamente attuata, insistano l'ematemesi, la gastralgia, il vomito.

Andrea Ferrannini

***

II. S. F. Macdonald e V. E. Levine (Creighton University College of Medicine, Omaha, *The Journal of the American Medical Association*, 1927, n. 4) provocando la coltura estensiva, con consecutiva distruzione, di certi microrganismi abitualmente parassiti dell'uomo, nel tubo digerente, hanno determinato che alcuni batterii come il b. faecalis alcaligenes, il b. enteritidis e il paratifo B. possono produrre sinteticamente purina ed acido urico; non tutte le specie, per altro, producono acido urico, se vengono coltivate in ambiente privo di purine.

Questa uricogenesi batterica, che secondo gli AA. finora è ignota, può costituire un importante fattore da tenersi presente per darsi ragione di alcune variazioni nel tasso di acido urico del sangue umano, in condizioni normali e patologiche, poichè se questo acido urico, di origine batterica, viene assorbito inalterato dall'intestino o da altri organi, tenderà ad aggiungersi all'altro acido urico del sangue di formazione endogena o esogena; si potrebbe così spiegare, ad esempio, l'iperuricemia che si verifica in certe infezioni.

Si prospettano, pertal modo, nuovi orizzonti per il dibattuto problema della genesi dell'acido urico.

Gli AA. pubblicano in maniera preventiva e molto succinta i risultati delle prime indagini.

V. M. Palmieri

***

III. Abbastanza recentemente il Kochmann ha riferito sulla notevole azione antiprotozoaria manifestata dai sali di cadmio; dei risultati pratici di questa interessante comunicazione incominciamo ora a ricevere l'eco attraverso una documentata relazione del dott. R. Reitler, direttore dell'ambulanza malarica della stazione batteriologica di Prizren, il qua-

Digitized by Google

le ha esperimentato su larga scala i sali di cadmio appunto nella terapia antimalarica.

Da principio il Rietler ha preso in esame tre preparati, e precisamente 1) una soluzione acquosa di tartrato di sodio e di cadmio, contenente l'1 % di cadmio ed adoperata per via endovenosa; 2) il 719 di v. Heyden, vale a dire una soluzione di sali di cadmio di ignota composizione; e 3) il Cadmiol, sospensione oleosa di subsalicilato di cadmio, contenente il 5 % di cadmio, ed utilizzabile per via endomuscolare.

I primi due preparati furono però rapidamente abbandonati, il primo perchè pericoloso, il secondo perchè inefficace; sicchè il grosso delle ricerche fu compiuto col Cadmiol, usato per iniezioni intramuscolari di 1 cmc. ogni tre giorni.

Un primo gruppo di 20 pazienti fu trattato esclusivamente col Cadmiol; vi erano casi di terzana, di quartana e di malaria tropicale.

L'influenza del cadmio sugli accessi febbrili fu indubbia, ma molto meno confortante fu l'azione sui parassiti e sulle recidive: mentre in tutti i casi, fin dalla seconda iniezione, diminuiva la gravità degli accessi febbrili, che si andavano anche diradando, assai raramente, e per lo più solo in maniera transitoria, sparivano i parassiti dal sangue, nè fu possibile esercitare una reale influenza sul ripetersi delle recidive.

Il cadmio, da solo, si è manifestato quindi quale un rimedio sintomatico, ed in ogni caso inferore al chinino.

Un secondo gruppo di malarici fu sottoposto all'azione combinata chinino-cadmio.

I pazienti ricevevano durante una settimana un grammo di cloridrato di chinino al giorno (in 4 dosi) per via orale; ed il primo e quarto giorno veniva anche praticata una iniezione intramuscolare di Cadmiol da 1 cmc.; per altre quattro settimane i pazienti rimanevano in osservazione all'ospedale, senza ricevere alcun altro trattamento.

In una serie di casi di controllo fu praticato il solo trattamento chininico per via orale, per tutte le cinque settimane.

I risultati ottenuti nell'uno e nell'altro gruppo (scomparsa dei parassiti dal sangue, scomparsa degli accessi febbrili, mancanza di recidive) furono press'a poco gli stessi; il vantaggio della terapia cadmio-chininica sulla semplice terapia chininica è però rappresentato dalla brevità del trattamento (una settimana invece di cinque); si evita poi l'azione dannosa delle eccessive quantità di chinino, nonchè l'assuefazione a questo medicamento.

Il cadmio non ha controindicazioni e non dà manifestazioni collaterali sgradevoli; se ne eccettui una passeggera dolenzia sul luogo dell'iniezione.

Queste interessanti ricerche sulla valorizzazione del cadmio nella terapia antimalarica meritano di essere continuate ed ampliate sperimentandone l'azione contro la malaria inoculata a scopo terapeutico, ed associando eventualmente il cadmio ad altri antimalarici, ad esempio la Plasmochina.

BIBL. Kochmann. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1925, n. 11. — Reitler. Wiener Klinische Wochenschrift, 1926, n. 33. — Idem. Wiener Klinische Wochenschrift, 1927, n. 10.

V. M. Palmieri

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sul trattamento dei diabetici mediante la sintalina. — Umber. *Medizinische Klinik*, n. 35, 1927.

Questo argomento venne discusso innanzi alla «Verein für innere Medizin», in Berlin nel maggio u. s. Facendo eco a quanto ormai si va raccogliendo nella stampa, intorno alla padronanza venuta al sanitario da quando si è introdotta l'insulina, il relatore mette in evidenza che (fatta astrazione dagli stati comatosi) le guarigioni nel periodo pre-insulinico potevano calcolarsi a 3 su 48 pazienti, mentre in quello post-insulinico possono essere calcolate a 74 su 100. La via delle iniezioni costituì senza dubbio la prima tappa; ma era chiaro si perseverasse nel tentare la via parenterale. Il prodotto che prima si ottenne dai ricavati attivi dell'insulina, portò alla elaborazione della sintalina, derivato della guanidina, prodotto di scissione di nucleoproteidi. Nel campo sperimentale ne risultò l'efficacia. Visto che sotto l'uso della sintalina cresce nei tessuti la scomparsa di zucchero, si era indotti a ritenere che esistesse un meccanismo extraepatico capace di sottrarre zucchero dal circolo. Difficile il controllo sul sangue risultò tuttavia la riduzione della glicosuria nell'uomo. Essendo lenta l'azione più che sotto l'insulina, ma più lunga la ritenzione, si notò la possibilità di pause: l'acidosi è influenzata, scemata la glicemia, facilitato l'aumento di peso. Non si può tuttavia considerare la sintalina come sostituto della insulina, specie nei refrattari a quest'ultima. Infatti il relatore, fondandosi su 200 casi ne registra alcuni nei quali il risultato definitivo fu devoluto all'uso di ambedue i prodotti. Questa combinazione è la più raccomandabile. Ci sono casi nei quali l'azione si direbbe contraddittoria fra le due sostanze. Della sintalina non conviene trascurare gli inconvenienti, sotto dosi alte, cioè: mal di capo, nausee, battiti, stati depressivi. Non si può prolungare il trattamento. La sintalina rientra tra i veleni del fegato, perchè ostacola l'eliminazione dell'urobilinogeno. Schema consigliabile nell'applicazione: cominciare ogni due giorni con 25 mg. e combinati con l'insulina; utile la terapia intervallare.

Grassheim, a proposito di 40 pazienti della Charité trova in 21 manifestazioni tossiche. Fino al possesso di una sintalina esente da tali inconvenienti, precoce è un giudizio definitivo sull'utilità di questa nuova terapia.

Richter calcola a 47 % i casi di manifestazioni accessorie registrati in clinica. Ambulatoriamente gli inconvenienti sono ancora maggiori.

Bisogna essere anche più parchi nelle dosi: dopo 3 o 4 giorni intercalarne 2 di riposo. Così si può andare innanzi per mesi. La sintalina va preferibilmente esclusa dal trattamento pediatrico. Come integrativo dell'insulina non come sostituto di essa, va raccomandato il prodotto.

Bernhard lascia intravedere la possibilità di depositare emulsioni del medicamento, dal quale si ottenga quindi un lento e progressivo riassorbimento.

Taterka obbietta che i veri predisposti agli effetti nocivi del prodotto, epperò da esser risparmiati, sono gli ipertonici con reni compromessi.

Mosler crede che i pazienti più adatti a codesto trattamento siano quelli con scarsa glicosuria, particolarmente vecchi, gastro-enteropatici, e destinati a cure chirurgiche. Evitarla nella achilia gastrica e nelle cure di ingrassamento.

Zirm trova molto significanti codeste manifestazioni specie in clinica, per il prolungato uso del rimedio.

L'insulina nella insufficienza epatica. — C. Cardini, Istituto di Semiologia dell'Università di Buenos Ayres. *Revista Medica Latino-Americana*, 1927, n. 140.

La diminuzione del glicogene epatico e le conseguenze relative, in molti casi (autolisi cellulare, acetonuria, diminuzione della resistenza antitossica), nonchè la deficienza funzionale del pancreas osservata frequentemente nelle affezioni epatiche, hanno consigliato l'uso della insulina per la terapia della insufficienza epatica.

Le dosi impiegate sono state variabili, e sono state accompagnate da una quantità sufficiente di idrati di carbonio, per evitare le crisi di ipoglicemia alle quali vanno soggetti gli epatici.

Gli effetti di questo trattamento sono stati favorevoli sullo stato generale, l'evoluzione dell'ittero, il peso del paziente, l'acidosi ed il contenuto di bilirubina del sangue.

Presenza di acido urico negli espettorati tubercolari. E. Puxeddu, R. Clinica Medica di Cagliari. *Rivista di Clinica Medica*, 10 giugno 1927.

L'A. ha trovato che gli espettorati tubercolari contengono acido urico in discreta quantità.

La provenienza di questo non si può facilmente stabilire: è da presumere però che esso derivi dai nuclei dei globuli bianchi e dalle altre cellule che in abbondanza sono contenute negli espettorati tubercolari.

Dalla maggiore o minore quantità di acido urico contenuto in questi espettorati non si può trarre nessun dato in rapporto alla diagnosi di varietà della tubercolosi nè in rapporto alla prognosi di questa.

L'A. pensa che per tale determinazione il miglior metodo sia quello con l'acido tricloro-acetico che riduce al minimo la perdita di acido urico. A tale bisogna egli procede così:

Versa una certa quantità di espettorato tubercolare in altrettanta quantità di soda al 25 % bollente. Fa ancora bollire per qualche minuto la miscela e, quando tutto il liquido si è omogeneizzato aggiunge a goccia a goccia, agitando accuratamente, una soluzione concentrata di acido tricloro-acetico, fino a quando si accorge che non si ha più formazione

Digitized by Google

di coaguli di albumina. Filtra e tratta il coagulo ancora con soda ed acido tricloro-acetico; indi filtra di nuovo e lava ripetamente il filtro con acqua distillata bollente sui filtrati riuniti e ridotti con lento calore al volume di 100 cmc. circa. Esegue quindi il dosaggio dell'acido urico secondo il noto metodo di Hopkins.

Un metodo semplice per la coltivazione dell'entamœba histolytica. — C. CRAIG. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1 luglio 1927.

Si riteneva finora che il miglior mezzo per coltivare l'Entamoeba histolytica fosse quello contenente uova coagulate o sangue misto ad agar-sangue, quest'ultimo essendo assolutamente necessario per mostrare i movimenti delle amebe.

Però, a causa delle difficoltà di preparazione di tale miscela, l'A. pensa che si possa adoperare con eguale successo una soluzione contenente una parte di siero di sangue inattivato (di uomo, di cavallo o di coniglio indifferentemente) su sette di liquido di Locke. Dopo riscaldamento per 30 minuti a 56° C. si possono già osservare le amebe. E' stato poi anche osservato che l'entamoeba histolytica si sviluppa bene in culture contenenti solo la soluzione di Locke: da ciò appare che le uova coagulate e l'agar-sangue non siano assolutamente necessarie allo scopo.

Con successivi passaggi, eseguiti ad intervalli di 24-48 ore, nella soluzione di Locke si può osservare che anche in capo a tre mesi la morfologia e la vitalità di quei microrganismi sono rimaste inalterate.

Il bromo nella corizza da fieno. — F. HAMBURGER, Graz. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 20.

Avendo sperimentato casualmente la favorevole azione del Sedobrol sulla corizza da fieno, l'A. ha voluto provare l'azione dei più comuni sali di bromo nella stessa malattia.

I migliori risultati sono stati ottenuti, somministrando al paziente due volte al giorno un grammo di bromuro di sodio, prima e dopo mezzogiorno, comunque una mezz'ora prima di uscire. Anche il Sedobrol è utilissimo; l'effetto è talora repentino: qualche volta le manifestazioni della corizza spariscono completamente contro le 24 ore, più spesso in 2-3 giorni; qualche volta si ha solo un miglioramento, di varia entità, raramente non si ricava alcun effetto.

Comunque, non bisogna scoraggiarsi, e prendere il preparato almeno per una settimana; nei casi paricolarmente gravi è consigliabile che il paziente non esca di casa per due o tre giorni, e rimanga a finestre e porte chiuse, prendendo il bromo come profilattico.

L'insulina nella cura ingrassante dei tubercolotici. — H. ZELTER, Berlino. *Zeitschrift für Tuberkulose*, settembre 1927.

Sulla base di numerose osservazioni personali l'A. afferma che l'insulina è bene indicata nei casi di magrezza patologica e in quelli in cui esiste un disturbo nel metabolismo dei carboidrati per infezione polmonare tubercolare.

Ritiene che i tubercolotici con processi molto attivi risentano l'azione di questa cura meglio di tutti gli altri; che quelli con fatti essudativi debbano essere esclusi da detta cura ingrassante; il reperto positivo di bacilli e la presenza di rantoli umidi non costituiscono alcuna controindicazione.

L'A. ha cominciata la cura (nelle donne una settimana dopo la mestruazione) con dosi di 5 unità al 1° giorno, di 10 unità al 2° giorno, in due volte. Poi ha aumentato di 10 unità *pro die*, sempre in due volte al giorno, fino a 60 unità, e così ha continuato finola raggiungere le 1050 unità, cioè fino all'inizio della 4ª settimana di cura. Quindi dopo 7-10 giorni di pausa ha ripreso la somministrazione di insulina nelle stesse dosi che sopra.

L'A. ha sempre avuto ottimi risultati nè ha mai notato l'insorgenza di disturbi, quali edemi, reazioni di focolaio, emottisi, ecc., come alcuni ricercatori hanno affermato.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Tubercolosi chirurgiche ed indicazioni curative desunte dalla varietà di loro sede. — Sen. D. GIORDANO, Venezia. *La Fiaccola*, fasc. 16-17, 1927.

Con quel largo patrimonio di personale esperienza, e con l'acume critico che gli è parallelo, l'insigne A. svolge l'argomento in una Conferenza alla Scuola di Sanità Militare in Firenze. Senza mirare ad apportare sempre fatti nuovi, l'A. è di quelli i quali possono mostrare il giusto mezzo fra le varie tendenze e quel cribro che dovrebbe essere la guida più feconda nel cammino dei più giovani iniziati nei nostri studi. Uno dei primi aspetti qui presi in esame è l'erronea tendenza che un tempo dominava i chirurghi, verso l'intervento a tutta oltranza. Economo per convinzione in questa chirurgia; fautore per esperienza, della cliosi, anche quando non si pratichi il trattamento rigoroso nei solari marini, l'A. non è tuttavia sistematico oppositore della terapia cruenta inizialissima, in qualche caso di isolato ganglio scrofoloso. Con lunga disamina l'A. si occupa della terapia iodo-guaiacolata dalla quale si è alquanto deviato dopo i magistrali insegnamenti del Durante. Egli crede che l'efficacia sia nelle dosi miti e continuative.

La conferenza è costellata di esempi tutti più o meno graziosamente esposti, e che non possono qui riassumersi.

Da buon clinico l'A. ritiene doversi modellare la condotta patiemente in tutti i casi. Pertanto mentre quasi mai egli opera le adeniti cervicali, ritiene consigliabile quasi sempre presto intervenire con l'asportazione nelle adeniti cervicali ed in quelle poplitee.

Continuando nella disamina l'A. crede che nella tubercolosi peritoneale possa esser giustificata la tendenza operatoria quando si riesca a poter asportare qualche tessuto od organo, p. es. della sfera genitale muliebre.

Con pari competenza l'illustre conferenziere passa a riassumere quanto è nella clinica attuale, sulla tubercolosi dell'apparato urinario e genitale maschile.

Contributo al trattamento cruento delle fratture della rotula. G. PINARDI. *Minerva Medica*, n. 28, 1927.

Dal 1919 ad oggi l'A. ha trattato col metodo cruento 15 ammalati con frattura recente della rotula ed uno con frattura inveterata. Circa la tecnica, il metodo usato fu una combinazione di quello del Vallas con quello del Périer, sutura, cioè, dei legamenti alari e dei tessuti fibroperiostei prerotulei. L'anestesia usata fu la novocainica per via rachidea; la linea di incisione preferita quella trasversale, passante ad un cm. sopra o sotto la linea di frattura, a seconda che il frammento maggiore era il superiore o l'inferiore, in modo che la cicatrice, a guarigione avvenuta, non corrispondesse alla saldatura ossea. Dopo accurata toeletta dell'articolazione, le parti fibrose interposte ai frammenti, se molto lacerate o sfilacciate, venivano senz'altro resecate, se non semplicemente estroflesse, per servirsene come mezzo di rinforzo della sutura fibro-periostea. Materiale di sutura adoperato: catgut Kuhn n. 2. doppio per i legamenti alari, semplice per il tessuto fibro-periosteo e prerotuleo. Non furono ritenuti opportuni nè il cerchiaggio della rotula nè il drenaggio. L'arto, dopo l'operazione, veniva collocato in una doccia di Mac. Ewen per una settimana; trascorso questo periodo e tolti i punti cutanei, la stecca era sostituita da un bendaggio gessato, che si manteneva per 20-25 giorni. Dopo 3 settimane o poco più la rotula era perfettamente consolidata e si potevano perciò cominciare i primi movimenti passivi e la Kinesiterapia.

Della casistica dell'A. si rileva che i risultati sia dal lato morfologico che funzionale, sono stati ottimi in 13 infermi e buoni in 2, sempre di gran lunga superiori a quanto si ottenne in un unico caso trattato incruentemente, per quanto in questo la diastasi dei frammenti rotulei fosse poco accentuata. Non solo tutti i malati sono ritornati alle loro abituali occupazioni, ma per di più nessuno accusa particolare difficoltà a camminare su terreno accidentato, a salire o scendere un pendio o le scale, nè ha tendenza a sdrucciolare, ad inciampare facilmente, ecc. Alcuni malati hanno ripreso l'uso della bicicletta, della motocicletta, o sono ritornati all'alpinismo.

Un'altra prova della superiorità del metodo cruento sull'incruento è la minore frequenza con esso di rifratture; nessun caso infatti ne fu registrato fra gli operati dell'A., mentre nelle statistiche già accreditate risulta una percentuale del 6-8 % di tali recidive nei malati non sottoposti ad intervento.

Naturalmente il metodo cruento, pur dovendo essere secondo l'A. quello di elezione, può avere delle controindicazioni di ambiente oppure locali e generali. Fra quelle locali vanno considerati i casi in cui non vi è diastasi dei frammenti e l'estensione attiva dell'arto è ancora possibile come nelle fratture sottoaponevrotiche, sotto-legamentose, fratture dirette comminutive senza lesione dei tessuti fibrosi peri- e pre-rotulei. Fra le controindicazioni d'indole generale, oltre quelle che si oppongono ad ogni intervento (forme cardiache, renali e tubercolari avanzate, certe forme epatiche, il diabete, ecc.), debbono tenersi presente le malattie acute per il periodo della loro durata e l'età del paziente, pur essendo queste ultime solo delle controindicazioni relative, che andranno vagliate caso per caso.

NEUROPATOLOGIA

Guarigione del tubercolo conglomerato dei centri nervosi. — M. SANTI, R. Istituto di Anatomia Patologica di Padova. *Archivio per le Scienze Mediche*, 1927, n. 5.

Concordemente agli altri ricercatori l'A. ritiene che molte forme di

Digitized by Google

tubercolosi cerebrale assumono nel sistema nervoso centrale andamento cronico come per le altre localizzazioni viscerali e che le forme cliniche di tubercolomi guariti non siano così rare come a prima vista si penserebbe, data la delicata struttura della sostanza nervosa; ma per contro pensa che i tubercoli solitari, sulla cui guarigione non si possono ammettere dubbi, siano molto meno frequenti.

A sostegno di quest'affermazione sta anche il Cagnetto che, su oltre 10 mila autopsie eseguite nell'Ospedale Civile di Venezia, non ne ha riscontrato che due soli casi.

Per quanto riguarda il meccanismo di guarigione del conglomerato tubercolare l'A. formula alcune ipotesi come la esistenza di bacilli tubercolari a scarsa virulenza, anzichè la peculiarità del sistema linfatico dell'encefalo; peculiarità molto relativa quando si pensi al liquido cefalo-rachidiano che irrora completamente quest'organo delicato.

Si potrebbe prospettare l'ipotesi che la sostanza nervosa encefalica, clinicamente considerata, non costituisca un favorevole terreno di attecchimento del virus tubercolare e che lo diventi solo in quanto confini con uno spazio linfatico centrale e corticale; come non è da escludersi che la relativa immobilità del cervello, incarcerato in una scatola rigida com'è il cranio, giovi a rallentare la crescita del granuloma tubercolare.

Senza dubbio, è impressionante l'incapsulamento calcareo di grossi conglomerati caseosi, in seno ad un organo a struttura tanto delicata qual'è il cervello.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Le cause di morte improvvisa durante la gravidanza ed il parto. — E. Ziemke, Istituto di Medicina Legale di Kiel. *Deutsche Zeitschrift f. die Gesamte Gerichtliche Medizin*, 1927, n. 2.

La morte improvvisa può verificarsi durante la gravidanza, o per manovre criminose, o per cause morbose di natura interna.

Il maggior numero di esiti letali che rientrano nella prima categoria è dovuto all'embolia gassosa: nel corso di iniezioni a scopo abortivo, dell'aria si infiltra nel liquido, viene spinta fra la parete uterina e l'uovo; si ha allora o una forma fulminante (morte improvvisa per paralisi cardiaca), o una forma più lenta, la quale si verifica quando l'aria si accumula per qualche tempo nell'utero, e solo un momento accidentale, per esempio qualche movimento, la fa penetrare nella circolazione.

Le iniezioni a scopo criminoso possono anche produrre la morte per shock, specialmente quando questa manovra abortiva provoca scottature, causticazioni o forti stimoli dolorosi. In questi casi di shock possono anche mancare, all'autopsia, evidenti lesioni anatomo-patologiche.

Tra le cause di morte improvvisa spontanea, durante la gravidanza, bisogna annoverare in prima linea l'eclampsia (caratterizzata per lo più — ma non sempre — da lesioni al fegato ed ai reni); seguono le malattie del cuore e dei vasi, le malattie renali acute e croniche.

La morte improvvisa durante il parto può verificarsi per embolia gassosa (strappamento della placenta!), per emorragia, rottura dell'aorta, o paralisi cardiaca da causa ignota.

I casi di morte dopo l'espletamento del parto possono essere provocati anche dalla eclampsia, mentre quelli verificantisi durante il puerperio sono per lo più dovuti a fatti embolici.

La timofisina nel parto. — K. Sachs, Reparto Ginecologico dell'Ospedale di Breslavia. *Medizinische Klinik*, 1927, n. 19.

La timofisina è una combinazione di estratto timico e di estratto ipofisario, secondo la formula del Dr. Temesvàry; essa avrebbe la capacità di abbreviare la durata del parto, essendo d'altra parte assolutamente innocua.

La sua introduzione nella pratica ostetrica si fonda sulla sua capacità di aumentare la tonicità della muscolatura uterina; essa è utile soprattutto nel periodo iniziale del parto.

Se ne iniettano abitualmente 2 cmc. per via intramuscolare, e dopo circa 5 minuti, si iniziano forti contrazioni ritmiche della massa uterina, che si ripetono ogni 3-5 minuti.

Il suo uso è indicato in tutti i casi nei quali si desidera un parto sollecito, e vi è la possibilità di un parto spontaneo.

Particolarmente utile riesce la timofisina quando i toni fetali divengono irregolari, quando le contrazioni uterine sono deboli, esiste debolezza costituzionale o per malattie nella partoriente, ed il parto si presenta difficile per ristrettezza del bacino, o rigidezza delle parti molli; nonchè quando durante il parto deve esser fatto uso di narcotici.

La timofisina non ha mai provocato disturbi od azioni collaterali sgradevoli.

PEDIATRIA

Fimosi e disuria nella infanzia. — Hamilton e Middleton, *The Lancet*, n. 5430, 1927.

Di questo lungo contributo nel quale gli AA. raccolgono osservazioni cliniche e controlli di laboratorio, potremo distinguere una parte che prende in principale considerazione la patologia; ed una altra che più specialmente considera il valore della terapia operatoria.

1. I sintomi disurici, nel campo infantile qui largamente disaminato, dipendono più spesso da stimoli chimici, che non da restrizione del prepuzio.

L'agente irritativo va riconosciuto nella ammoniaca, sviluppatasi nei lini, sotto l'influsso di un organismo specifico del colon. Questo microrganismo pullulando bene in mezzi alcalini è capace di scindere l'urea, con messa in libertà di ammoniaca.

I segni (dermatite ammoniacale) dell'urea di imbracatura, vogliono per sedi, e per costanza di caratteri, essere opportunamente vagliati per questa sindrome.

La stessa eventuale presenza di ulcerazioni del meato uretrale in seguito della circoncisione, va interpretata come effetto della irritazione ammoniacale dopo la rimozione della protezione prepuziale.

A combattere questa produzione ammoniacale è consigliabile una procedura consistente nella bollitura dei lini e impregnazione della biancheria stessa dentro una forte soluzione di cristalli di acido borico.

2. Il prepuzio aderente è straordinariamente comune, e può considerarsi normale nelle prime due settimane della nascita.

La circoncisione può non di rado essere superflua, giacchè può bastare il distacco delle aderenze.

Precipue indicazioni alla circoncisione sono invece la fimosi, la parafimosi, la balanite acuta ricorrente.

La circoncisione rutinaria è non soltanto ingiustificata, ma da condannarsi perchè non esente da qualche rischio.

UROLOGIA

Uso dell'ipofisina nella nefrolitiasi. — Nanmann. Osped. St. Elisabeth in Halle. *Medizinische Klinik*, n. 35, 1927.

Partendo dalle note osservazioni intorno all'azione di codesto ormone sulla muscolatura di vari organi, venne sperimentato anche nelle contingenze di calcoli arrestati nelle vie urinarie, sperandone la espulsione. Kalk e Schöndube, primi a sperimentarla, consigliarono la ipofisina Höchst a 2 cc. sottocute, associandovi la morfina, non già la atropina, perchè questa potrebbe attenuare l'influsso dinamico sui muscoli. Anche ad evitare che perda il tono muscolare liscio sconsigliarono le iniezioni paravertebrali di novocaina.

Si ricorse ad associarvi qualche antisettico urinario come l'urotropina e suoi derivati. Si consigliò per via interna la glicerina alla quale si attribuisce azione anticalcolosa.

Pertanto si consigliò per via interna 50-100 gr. di glicerina in 1 litro di acqua più, come correttivo, del succo di limone. Iniettata l'ipofisina fu dopo 20-30 minuti osservata la sintomatologia dell'accesso di colica renale con segni di progressione di concrementi. Somministrata durante l'accesso la ipofisina mostrerebbe due periodi di azione: dapprima un periodo di calma, poi un rinforzo della colica espulsiva.

Premesso come condizione essenziale la compatibilità di diametri fra le concrezioni ed il calibro ureterico; il che vuol dire anche la guida dell'esame röntgen, l'A. ha voluto sperimentare il trattamento in 14 casi. Fu constatato, ma non in tutti i casi di nefrolitiasi, il pronto insorgere della colica. Infatti in 7 casi mancò questa sintomatologia. Questo risultato negativo è quasi costante nelle grosse dimensioni di calcoli non suscettibili di migrare. Di qui l'inutilità della somministrazione.

Di qui l'A. sarebbe portato a dedurre che in circa 50 % dei casi potendosi ottenere efficacia, non si può generalizzare il trattamento ipofisinico a tutti i casi. Tanto non esclude che esso abbia le sue buone indicazioni anzidette. Non si notarono inconvenienti, sebbene non possa negarsi la eventualità di un qualche incuneamento di concrezioni lungo l'uretere. Se si riesce ad ottenere l'espulsione è da attribuirla appunto all'azione ormonica. Del resto in questa somministrazione è imprescindibile prendere in considerazione la fisiologia della peristalsi ureterica; la quale è di complessa natura, contribuendovi la penetrazione dell'urina, e la distensione che essa è capace di provocare: lo stato o meno di stasi venosa: la stimolazione dello splancnico etc. e finalmente un automatismo motorio ammesso da alcuni sperimentatori.

Digitized by Google

CONGRESSI E CONVEGNI

XII CONGRESSO ITALIANO DI PEDIATRIA

(NAPOLI, 28 SETTEMBRE-1 OTTOBRE 1927)

LA CERIMONIA INAUGURALE

La cerimonia inaugurale si svolse il giorno 28 settembre alle ore 10, nella Aula Magna della R. Università che appariva letteralmente gremita di Congressisti e di invitati, tra cui si notavano le più spiccate personalità del campo scientifico, politico, amministrativo. Una nota di regale solennità era conferita dalla augusta presenza di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, che al suo ingresso nell'aula fu accolta dal deferente ed entusiastico omaggio degli intervenuti.

Erano presenti anche, S. E. Michele Castelli, Alto Commissario per la provincia di Napoli, ed il Comm. Montuori, Commissario straordinario per il Comune di Napoli.

L'on. Sansanelli, presidente della Federazione Provinciale Fascista, si era fatto rappresentare dal Console prof. Urbano Sorrentino.

Prese per primo la parola il Magnifico Rettore dell'Ateneo Napoletano, il prof. Bottazzi, che in forma elevata porse ai Congressisti il saluto dell'Università, formulando l'augurio che questo Congresso potesse essere fecondo di insegnamenti e di scoperte nel campo della medicina dell'infanzia.

A nome della Città diede il benvenuto il R. Commissario.

Finalmente, salutato da un vibrante, prolungato applauso, si levò a parlare il prof. Rocco Jemma, Presidente del Congresso. Il suo discorso, denso di contenuto, fu tutto un alato inno al Governo Nazionale ed al Fascismo che ha affrontato e risolto il problema dell'infanzia, la cui soluzione da anni era oggetto dei fervidi voti dei pediatri e dei sociologi italiani. Dopo di aver ringraziato gl'intervenuti, e particolarmente S. A. R. la Duchessa d'Aosta, l'oratore porse l'espressione della gratitudine al Capo del Governo, e Duce del Fascismo Benito Mussolini che nel miglioramento di Napoli non ha trascurato l'infanzia, dotando questa città di una Clinica che sarà un vero ospedale modello per i bambini. Sottolineò quindi l'altissima importanza della legge sulla istituzione dell'O. N. per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, legge che fu giustamente detto essere al vertice della legislazione fascista, ed esaltò l'opera alacre e fattiva dell'on. Blanc che ha saputo meravigliosamente attuarla, attraverso uno serie di provvide iniziative e di opportune disposizioni che formano un primo e notevole bilancio di attività assistenziali.

Dopo di aver messa in rilievo la tenace attività spiegata da S. E. Castelli, l'artefice più vero della rinascita di Napoli, in relazione alla nuova Clinica Pediatrica, che può ormai dirsi compiuta, il prof. Jemma concluse il suo discorso, con un nobile auspicio: i bambini gracili, sofferenti minati nel corpo dal male saranno restituiti alla famiglia, alla società, alla Patria, validi, forti, rivalorizzati e formeranno le nuove legioni italiche, gloria e decoro della stirpe di Roma immortale.

Dato il grande numero delle comunicazioni fu necessario dividere i lavori del Congresso in tre sezioni.

LE RELAZIONI

Temi ufficiali di relazione. — 1. *Le nefropatie nella infanzia*, prof. ADOLFO F. CANELLI (Torino) e prof. SALVATORE MAGGIORE (Bari) - Relatori. — 2. *La sifilide congenita*, prof. ENRICO MENSI (Torino) - Relatore.

I Tema di Relazione

LE NEFROPATIE NELLA INFANZIA

PARTE I.

Prof. ADOLFO F. CANELLI (Torino) - Relatore

L'O. premesse alcune considerazioni di indole generale sull'argomento ed accennato ai preliminari embriologici ed anatomo-patologici, si occupa della etiologia e patogenesi delle nefropatie della infanzia che riassumiamo:

ETIOLOGIA E PATOGENESI; CLASSIFICAZIONE DELLE NEFROPATIE.

Seguendo la classificazione di Volhard e Fahr, anche le nefropatie della infanzia si possono distinguere in tre tipi: nefrosi o tipi degenerativi (ad inizio tubulare), nefriti o tipi infiammatori, sclerosi o tipi arteriosclerotici. Le nefrosi si dividono in acute e croniche, senza aumento della pressione sanguigna; si distinguono pure le nefrosi vere (degenerazione dei tubuli ed eventualmente anche degenerazione secondaria dei glomeruli) e le nefrosi necrotizzanti (rene da sublimato). Nell'infanzia la nefrosi è assai frequente ed è rappresentata sopratutto dalla degenerazione albuminosa, dalla steatosi, dalla degenerazione jalino-granulosa, da quella amiloide e dalla necrosi.

Le nefriti si distinguono in diffuse e a focolai; le prime poi in acute e croniche, con aumento di pressione obbligatorio (glomerulo-nefriti), seguite da insufficienza renale; le seconde, senza aumento della pressione obbligatorio, si distinguono in glomerulo-nefrite a focolaio (acute e croniche), in nefrite interstiziale a focolaio e in nefrite embolica a focolaio.

Le sclerosi si suddividono in tipi con semplice sclerosi dei vasi renali e tipi con sclerosi vasale associata a nefrite (rene grinzo genuino maligno), tutte con insufficienza renale terminale.

1. *Etiologia e patogenesi delle nefrosi.* Riconoscono come etiologia sostanze tossiche endogene ed esogene. Tra le varie forme che possono assumere, la degenerazione albuminosa è frequentissima negli stati febbrili e corrisponde all'albuminuria febbrile; può insorgere nel corso di numerose malattie infettive, indipendentemente forse dalla febbre (tifo, polmonite, bronchite capillare).

Le degenerazioni grassa, jalino-granulosa, amiloide riconoscono come causa principalmente la tubercolosi cronica (ghiandolare, polmonare, ossea, cutanea, ecc.), la sepsi sub-acuta o cronica, l'osteomielite, l'ipotrepsia, gli stati discrasico-cachettici, la sifilide secondaria e terziaria, la difterite.

Il quadro patologico delle nefrosi si manifesta all'inizio con edemi; vi è scarsa eliminazione di sali e acqua, normale eliminazione di azoto: l'oliguria è dovuta alla ritenzione dell'acqua e dei cloruri. Manca l'aumento della pressione sanguigna e mancano sintomi obiettivi e subiettivi da parte del cuore.

2. *Etiologia e patogenesi delle nefriti.* La causa patogena è quasi sempre un'infezione batterica, a volte bene individualizzabile (scarlattina, difterite, tifo, pertosse, varicella, parotite, impetigine; sepsi da streptococco); a volte la causa non è chiara o passa inosservata (tonsillite, angina, ecc.). Le tonsille rappresentano uno dei momenti etiologici più importanti, tanto più che la vulnerabilità di esse è più frequente nell'infanzia e nella fanciullezza che nelle età successive. Tra gli agenti etiologici, figurano prima gli streptococchi, poi i diplococchi, gli stafilococchi, il b. dell'influenza, il b. coli. Debbono ancora ricordarsi le alterazioni da sostanze chimiche (cantaride, senape, naftolo, catrame, balsamo del Perù) e quelle da raffreddamento.

Del resto è molto probabile che una stessa infezione può provocare ora una nefrosi ora una nefrite; d'altra parte è interessante sapere che in genere la nefrite a focolaio insorge durante il decorso dell'angina, quella diffusa dopo la risoluzione clinica dell'angina stessa. Quest'ultima può essere acutissima, azotemica e mortale con sindrome uremica.

Al blocco delle anse glomerulari, checchè ne sia la patogenesi, segue l'aumento della pressione sanguigna, il quale va interpretato come un mezzo di difesa contro detto blocco; nei casi nei quali la glomerulo-nefrite decorre senza ipertensione bisogna ammettere che la nefropatia non sia diffusa ma a focolai, onde le porzioni normali del rene vicariano quelle malate. Nelle nefriti a focolaio, intanto, non si hanno nè ipertensione nè fenomeni uremici, pur essendo sempre il substrato aatomico la glomerulite. Un esempio di nefrite a focolai si ha nella nefrite da scarlattina della prima età, che si stabilisce all'inizio della malattia, qualche volta già prima dell'esantema; la forma renale infettiva diffusa, a carattere di glomerulo-nefrite emorragica, si stabilisce invece tardivamente, all'incirca nella terza settimana della scarlattina.

3. *Etiologia e patogenesi delle sclerosi.* Sono forme rare nella prima età e a etiologia il più delle volte oscura; principali cause ne sono l'eredità e la lue, di gran lunga secondarie come importanza l'alcoolismo e la scarlattina. L'eredità è fattore così importante che si possono osservare talora casi familiari dell'affezione. La lue, d'altra parte, dà tali alterazioni nello stadio secondario, mentre nel terziario si hanno lesioni molto simili a quelle del rene grinzo genuino. L'alcoolismo cronico è in causa in alcuni paesi (alle falde del Monte Rosa, per es.) nei quali si usa somministrare quotidianamente ai bambini sin dall'età dell'allattamento una zuppa alcoolica di pane fatta con acquavite. Nella scarlattina la sclerosi renale è rara.

Digitized by Google

L'evoluzione anatomo-patologica delle lesioni può essere così compendiata: a) stadio dell'ispessimento elastico-iperplastico dei vasi renali; b) stadio dell'ipertonia primaria o genuina; c) stadio ischemico terminale dell'ipertonia (rene grinzo primitivo).

A proposito della etiologia e della patogenesi delle nefropatie bisogna ancora ricordare:

a) *l'iperemia attiva del rene,* che si manifesta nel decorso di parecchie infezioni acute del lattante, non accompagnate da processi renali conclamati; può essere anche presente nella eclampsia, nell'epilessia, nel tetano dei neonati.

b) *l'iperemia venosa,* derivante da cause locali (trombosi autoctona totale o parziale di una o ambedue le vene renali) o generali (insufficienza del cuore destro).

c) *l'ossaluria,* che, sebbene rara in pediatria, può determinare oliguria abituale, albuminuria ostostatica, aumento del peso specifico dell'urina, indicanuria.

d) *la tubercolosi renale,* assai spesso uno dei fenomeni di una tubercolosi miliare. Può essere unilaterale ed è grave; può assumere l'aspetto di tubercolosi miliare cronica del rene nodulare o, come nella forma detta da Orth «da eliminazione» di bacilli rappresentare la prima complicazione della tubercolosi miliare ematogena. Nelle forme tubercolari, esiste sempre albuminuria ed esse, come la così detta «albuminuria iniziale o pretubercolare», anzi che di una dieta ristretta, si avvantaggiano di una terapia rinforzante con appropriata iperalimentazione.

e) *l'amiloidosi del rene,* della quale sintomo capitale è l'albuminuria.

f) *la sifilide renale,* relativamente frequente, che può essere congenita, precoce e tardiva: l'amiloidosi non è caratteristica di essa, nè frequente è il granuloma gommoso. Le nefriti dei sifilitici congeniti si possono distinguere in acute e croniche; a queste ultime appartengono la nefrite sclero-atrofica, alle prime le nefriti interstiziale e parenchimatosa, la quale può essere tubulare e glomerulare, e come varietà presentarsi come forma emorragica. Manifestazione tardiva della sifilide congenita è poi l'«albuminuria sifilitica familiare»; così pure alla sifilide sembra debba farsi risalire l'emoglobinuria parossistica e quindi le lesioni renali da questa prodotte.

g) *l'albuminuria ortostatica,* che è un'albuminuria funzionale, caratteristica delle età pediatriche dal 5° al 15° anno di vita, e che non ci sembra l'effetto del riflesso ortostatico del rene, ma l'effetto della lordosi; l'albuminuria quindi è un fenomeno statico non dinamico.

h) *l'albuminuria dei neonati,* così chiamata perchè compare alla nascita e persiste nella prima decade di vita.

i) *le relazioni tra nefrite e malattie cutanee* (miodermite, impetigine, ecc.), che riteniamo assolutamente accertate. La nefrite da impetigine è stata da alcuni AA. distinta in cloruremica, ipertermica, azotemica, emorragica, ma tale classificazione è troppo elaborata.

k) *la tonsillite* può produrre la nefrite a focolaio e la nefrite diffusa, ambedue acute, da una parte, d'altra parte anche una nefrite cronica, con lo stadio terminale del rene grinzo secondario. Si è pensato anche che le riacutizzazioni di una nefrite cronica debbano mettersi in rapporto con tonsilliti intercorrenti, onde si è preconizzata l'utilità della tonsillotomia. Importante ci sembra anche, sotto questo punto di vista, l'adenoidismo, quando esso presenta riacutizzazioni febbrili.

ANATOMIA PATOLOGICA MACRO- E MICRO-SCOPICA, PARALLELISMI CLINICO-ANATOMICI.

1. *Nefrosi.* L'organo è un po' aumentato di volume, un po' diminuito di consistenza; la superficie di sezione mostra un moderato grado di confusione del disegno strutturale e la corticale più chiara della midollare; istologicamente vi è tumefazione torbida degli epiteli renali specie dei canalicoli contorti di 1° ordine; le anse glomerulari sono spesso congeste. Nel secondo stadio della nefrosi, caratterizzato clinicamente da oliguria, ipocloruria, edemi talora diarrea, ecc., la consistenza del rene diminuisce ancora più, la sostanza corticale è aumentata di spessore, di colorito grigio-giallastro; istologicamente il processo degenerativo degli epiteli è avanzato (degenerazione ialino-granulare). Nel 3° stadio, con aumento dei trasudati, specie nel cavo peritoneale, la corticale degenera in grasso e microscopicamente predomina l'infiammazione interstiziale, sì che il tessuto di granulazione può atrofizzare il parenchima. Infine nel 4° stadio, si ha il rene raggrinzato secondario senza aumento di pressione sanguigna, per il rigoglioso sviluppo del connettivo interstiziale.

Vi sono, inoltre, delle nefrosi con peculiare reperto anatomico, forte e rapida necrosi cellulare, cioè, e delle nefrosi complicate, che comprendono il rene amiloide, non differenziabile clinicamente dalle più comuni nefrosi, ma con cilindruria molto spiccata. E' da notare che negli adulti, a differenza che nei bambini e nei giovani, la nefrosi amiloide si sviluppa in un rene i cui vasi possono assai di frequente presentare lesioni arteriosclerotiche.

2. *Nefriti.* In queste la causa morbosa colpisce a preferenza i glomeruli e il tessuto interstiziale e il cuore e i vasi ne sono compromessi.

a) Glomerulo-nefrite acuta. Clinicamente la sintomatologia è muta e incerta all'inizio, specie nei lattanti e nei piccoli bambini; di solito manca la febbre, il vomito è quasi un equivalente eclamptico. La insufficienza renale si rivela con azotemia, pur non trovandosi cifre troppo elevate, vi è oliguria e non è troppo alterata l'eliminazione del cloruro di sodio. Quasi sempre l'urina è emorragica; l'albuminuria è meno sensibile che nella nefrosi, anzi all'inizio — come nella nefrite scarlattinosa — può mancare; gli edemi possono mancare anche nei casi mortali, e sono sempre meno spiccati che nella nefrosi; l'aumento della pressione sanguigna può essere fugace, ma di solito insorge e diminuisce lentamente, potendo solo mancare nelle nefriti a focolaio o per gravi fattori extrarenali (sepsi, iperpiressie) che agiscono sul cuore e sui vasi indebolendoli. L'esito più frequente è la guarigione, con *restitutio ad integrum anatomica* delle parti lese o con vicariazione delle parti sane. L'uremia vera, la diminuita resistenza miocardica e le complicazioni morbose peggiorano la prognosi.

Anatomo-patologicamente, il rene è spesso ingrandito, il peso aumentato, la consistenza diminuita; esiste edema di grado maggiore o minore; le anse glomerulari sono dilatate e gli interstizi ripieni di elementi parvicellulari. Nei tubuli collettori si trovano cilindri ialini; negli epiteli può esistere degenerazione grassa o ialino-granulosa. Col cronicizzarsi della nefropatia, le alterazioni tubulari possono prendere il sopravvento sulle glomerulari e così ci si avvia alla glomerulo-nefrite subcronica e alla nefrite mista.

b) Glomerulo-nefrite sub-cronica. E' caratterizzata dalla mancanza d'insufficienza renale e dal decorso benigno, protratto, spesso subdolo: è lo stadio della glomerulo-nefrite più interessante pel pediatra, appunto perchè di difficile diagnosi. Gli edemi possono mancare, l'ematuria, al di fuori delle recidive, è rara, l'albuminuria è modesta, la prova di eliminazione dell'acqua come l'eliminazione del cloruro di sodio sono buone, non v'è azotemia.

Macroscopicamente il rene assume l'aspetto del grosso rene bianco degli antichi autori; microscopicamente si osservano ancora la flogosi interstiziale e la spiccata degenerazione degli epiteli canalicolari del primo stadio. Questa forma di glomerulo-nefrite corrisponde all'incirca alla nefrite parenchimatosa cronica di Bartel.

c) Glomerulo-nefrite cronica. E' forma rara. La varietà senza granulazioni è caratterizzata dall'atrofia diffusa dei glomeruli, dalla ialinizzazione delle anse glomerulari, dall'arteriosclerosi e dall'ispessimento iperplastico dell'intima. La varietà con granulazioni è più importante a conoscersi e clinicamente coincide con l'ipertrofia del cuore e l'ipertensione, mentre tutta l'evoluzione è regolata dalla insufficienza renale, latente o manifesta, relativa o assoluta. Istologicamente, i processi patologici fondamentali sono costituiti dalla chiusura progressiva dei glomeruli per fenomeni flogistici, dalla ialinosi di essi, dallo ispessimento elastico-iperplastico dell'intima, dalla ipertrofia della tunica vasale media, dalla atrofia dei canalicoli.

E' qui che bisogna accennare alla nefrosclerosi secondaria, che arriva fino al piccolo rene rosso

d) Nefrite interstiziale settica. E' quasi sempre attribuibile allo streptococco e il comportamento clinico è variabile a seconda che la nefrite è limitata a piccoli focolai o diffusa, per cui l'aumento di pressione sanguigna manca nel primo caso. L'albuminuria si mantiene modesta, rari pure sono l'oliguria e gli edemi. Quando il decorso è breve il rene non presenta alterazioni macroscopiche apprezzabili, negli altri casi la superficie esterna diviene grigiastra e opaca. Microscopicamente i focolai interstiziali della corteccia sono costituiti da cellule rotonde linfocitarie e da qualche cellula eosinofila; detti focolai, dapprima limitati agli interstizi dei canalicoli, poi lesionano gli epiteli e ne provocano la distruzione. Solo più tardi i glomeruli si alterano; i grandi focolai sono di solito emorragici. In questa forma, quindi, la reazione connettivale è giudicata primitiva

e) Glomerulo-nefrite a focolaio. E' così detta perchè la flogosi interessa solo una parte dei glomeruli; di per sè non è mortale e talora rappresenta solo un reperto di autopsia. Può essere acuta e cronica e decorre senza aumento della pressione sanguigna, senza ipertrofia cardiaca, uremia o eclampsia. Esiste: ematuria, scarsa albuminuria, cilindri ialini e ialino-granulosi. Microscopicamente si notano processi flogistici dei glomeruli, con desquamazione e proliferazione epiteliale lieve, fibrina nello spazio capsulare, degenerazione grassa degli epiteli dei tuboli contorti.

Digitized by Google

f) Nefrite purulenta. Gli esempi di questa forma in pediatria sono più frequenti di quanto si creda: i microbi specie attraverso le tonsille pervengono nel circolo sanguigno e di qui al rene, ove costituiscono tanti nidi circoscritti, come nelle piemie.

3. *Sclerosi renale.* Questa interessa la pediatria meno che la patologia degli adulti; si può distinguere: la nefropatia arteriosclerotica, la nefropatia arteriolosclerotica e la nefropatia arteriosclerotica combinata. La nota predominante è data dalla sclerosi vasale, con atrofia dei glomeruli e nell'ultima forma anche con alterazioni tubulari rassomiglianti a quelle nefritiche. Patogeneticamente, v'è chi ammette che la lesione vasale sia primitiva, chi che sia conseguente alla lesione interstiziale. Nei bambini la nefropatia sclerotica è più spesso arteriolosclerotica; l'ipertonia vascolare provoca poi la sintomatologia cardiaca ed arteriosa e proprio quando il cuore comincia a declinare sopravviene l'insufficienza renale. Causa più frequente della nefropatia arteriosclerotica è la lue.

Altre forme ancora di nefriti sono:

A. *Nefriti da piombo*, rare in pediatria, per lo più dovute a latte diventato tossico perchè bollito o sterilizzato in recipienti di terraglie di poco prezzo che cedono molto piombo. Clinicamente alla tossicosi da piombo possono partecipare tutti gli organi; a carico del rene, poi, si ha una sclerosi vasale con formazione del rene grinzo saturnino.

B. *Sifilide renale.* Figura spesso tra le nefropatie arteriolosclerotiche; sintomatologicamente non ha nulla di caratteristico e la si sospetta quando si è accertata l'infezione luetica. Può essere acuta e cronica, quest'ultima corrispondente alla nefrite sclero-atrofica lenta, la prima comprendente nefriti interstiziali e parenchimali. Le lesioni anatomo-patologiche di queste forme sono per lo più simili a quelle delle stesse lesioni renali d'altra natura. Si ricorderà che esiste una forma di sifilide renale da eredolue precoce e una tardiva.

C. *Ortostatismo delle nefriti.* E' caratterizzato dall'albuminuria che compare solo o è più intensa nella stazione eretta: il sedimento urinario mostra pochi cilindri ialini e granulosi, non v'è ipertensione, la funzionalità renale è integra. Non è tanto frequente nella infanzia e nella fanciullezza e insorge nelle forme comuni di nefriti, senza che lo si confonda con l'albuminuria ortostatica, che è un tipo ben individualizzato. L'ortostatismo delle nefriti è in genere un'albuminuria post-nefritica, che non comporta l'evoluzione verso il rene grinzo.

D. *Albuminuria tubercolare.* Può essere l'espressione di amiloidosi di altri organi, oltre il rene, come avviene nei portatori di lesioni osteo-articolari croniche o essere rappresentata dalla così detta albuminuria pretubercolare, la cui anatomia patologica non è ancora troppo chiara.

E. *Albuminuria dei neonati.* Può verificarsi in neonati figli di donne nefropatiche, nel qual caso si invoca il passaggio di sostanze tossiche dall'organismo materno a quello del feto, o in neonati figli di donne nefropatiche, nei quali si ammette la pregressa esistenza di una sepsi durante gli ultimi giorni della vita endouterina.

F. *Nefrolitiasi.* E' assai rara nel bambino.

G. *Tumori renali.* Più frequenti nell'età infantile sono i fibromi e i sarcomi, questi ultimi più frequenti e più maligni (sarcomi globo-cellulari, fuso-cellulari, alveolari, polimorfi, angiosarcomi). Da molti AA. sono stati descritti degli adenosarcomi embrionali.

H. *Sarcomatosi bilaterale.* E' estremamente rara.

I. *Rene cistico dei neonati.* E' detto anche rene cistico congenito e ne è caratteristico l'aspetto macroscopico cistico-mixomatoso.

Parte II.

Prof. SALVATORE MAGGIORE (Bari) - Relatore

1. Classificazione e Sintomatologia.

A) Nefrosi.

Le nefrosi sono caratterizzate da lesioni degli epiteli dei tubuli contorti di 1° ordine, mentre la reazione vasale connettivale si produce secondariamente e le lesioni glomerulari mancano o sono minime. Esse possono essere di origine nota ed ignota, acute e croniche, lievi, di media gravità e gravissime. Caratteri speciali si rilevano a seconda delle varie forme di esse:

a) *le forme acute*

Sono lo stadio più leggero della nefrosi, corrispondente anatomicamente alla degenerazione ialino-granulosa e rappresentato dalle così dette albuminurie febbrili, che hanno di caratteristico la transitorietà, cessando col terminare del processo febbrile. Chiamerei questo stadio prenefrotico. La sintomatologia presenta: oliguria intensa, albuminuria spiccata oltre il 10 ‰, cilindri granulosi e epiteliali, pallore, edemi, versamenti nelle cavità sierose, anasarca, diminuita eliminazione dei cloruri, fenomeni eclamptici (pseudouremici). L'affezione è suscettibile di guarigione a meno che non sopravvenga la morte per complicazioni (broncopolmonite, eresipela, ecc.) o il passaggio allo stato cronico.

b) *le forme croniche.*

Presentano tre stadi: 1) uno stato idropico; 2) uno stato senza edemi; 3) uno stato terminale. I bambini da principio presentano solo i sintomi dovuti agli edemi e ai versamenti, poi sopravvengono cefalea, anoressia, vomito, diarrea; cessano gli edemi, le urine diventano abbondanti, l'albumina si abbassa fino al 10 ‰, il peso specifico può scendere a 1013. Indi il rene va incontro a raggrinzamento (rene grinzo secondario, che ha in comune col rene grinzo nefritico solo la poliuria e la diminuita capacità di concentrazione, mentre mancano tutti gli altri fenomeni di quest'ultima forma). La durata può essere varia e l'esito letale sopraggiunge solo per malattie intercorrenti.

c) *nefrosi complicate.*

Vengono comprese in questa categoria le nefrosi da sublimato e le nefrosi con rene amiloide. Nelle prime la concentrazione del cloruro di sodio nelle urine è scarsa, si ha albuminuria rilevante, nel sedimento numerosi cilindri granulosi, epiteliali, cellule renali, leucociti in degenerazione grassa, scarse emazie. Nonostante la gravità, i sintomi talvolta possono regredire.

Nella nefrosi complicata con rene amiloide, la quale clinicamente può essere solo sospettata, la quantità di urina può essere normale, aumentata o diminuita, l'albuminuria lieve o rilevante. Nel sedimento si notano cilindri ialino-granulosi, granulosi, mai emazie. Il peso specifico si mantiene sempre basso; non si ha ipertensione; gli edemi sono sempre rilevanti. Può condurre alla diagnosi la conoscenza di una preesistente tubercolosi, suppurazione, tifoide, ecc. La morte avviene quasi sempre per la malattia causale.

d) *nefrosi miste.*

In queste è possibile rilevare fenomeni propri delle forme infiammatorie; vi possono essere emazie nel sedimento, aumento della pressione cardio-vascolare, ecc.

B. Nefriti.

a) *Glomerulo-nefrite diffusa, acuta, genuina.*

Si possono avere forme lievi, di media gravità e gravi. L'inizio è piuttosto subdolo, spesso mascherato dall'affezione fondamentale (scarlattina, ecc.); si ha sempre, però, anuria e ipertensione vasale, talora solo fugace, talora non apprezzabile per indebolimento del cuore. L'edema manca nelle forme genuine; il sangue può presentare idremia; non vi sono mai gradi elevati di albuminuria; vi sono emazie nel sedimento e la funzionalità renale è poco compromessa. L'azotemia, legata a insufficienza renale, quando esiste, si rivela con pupille strette, sintomi dispeptici, grande stanchezza, apatia, ipertonia muscolare, respiro alto, ipo^stenia.

Il decorso dipende da vari fattori (gravità della malattia, costituzione del soggetto, ecc.); nei casi gravi si può avere esito letale entro l'8° giorno per anuria, nelle forme lievi la regressione dei sintomi in pochi giorni.

b) *Glomerulo-nefrite diffusa subacuta.*

Rappresenta il passaggio dal 1° al 2° stadio; v'è aumento della pressione sanguigna, assenza di edema, albumina non oltre l'1-5 ‰; la sufficienza renale è in genere conservata. Il decorso è in genere benigno.

c) *Glomerulo-nefrite diffusa cronica.*

Rappresenta il terzo stadio e se ne distinguono due tipi: uno con granulazioni, all'altro senza granulazioni. In questo stadio terminale, il sintoma predominante è l'insufficienza renale, con sintoma obbligatorio l'aumento della pressione vasale. Il contenuto di albumina è piccolo. Il cuore può diventare insufficiente e allora sopravvengono gli edemi; all'esame del fondo dell'occhio si possono rilevare retiniti.

Quando cessa la poliuria compensatoria, compare l'uremia che si inizia con disturbi dispeptici e anoressia, dopo dei quali sopravviene, con gli altri sintomi, prima apatia, poi vero coma poco prima della morte. La funzione renale presenta profonde alterazioni: diminuzione del potere di concentrazione e di eliminazione dell'acqua; la prova del cloruro di sodio dimostra una sufficiente eliminazione, ma difetto del potere di concentrazione, ecc.

La durata è varia a seconda delle forme cliniche, la più grave delle quali è la nefrite extracapillare, nella quale la morte può sopravvenire fino a 6 mesi dall'inizio. Vi sono forme che decorrono a lungo (3-20 anni).

d) *Glomerulo-nefrite a focolaio.*

Se ne distingue una forma acuta e una cronica; nella prima sintoma patognomonico è l'ematuria senza ipertensione, nè edema; l'albuminuria si mantiene in limiti bassi (2 ‰); lo stato generale non viene molto compromesso; l'inizio in genere è acuto. Nelle forme croniche, si hanno sintomi molto simili alla forma diffusa del secondo stadio.

Digitized by Google

I RELATORI DEL XII CONGRESSO DI PEDIATRIA

Prof. E. MENSI
(TORINO)

Prof. S. MAGGIORE
(BARI)

Prof. A. F. CANELLI
(TORINO)

Fra queste nefriti croniche, deve classificarsi la pedonefrite di Heubner, affezione che si diagnostica solo con l'esame d'urina, perchè decorre in genere con assenza di fenomeni subiettivi ed obiettivi. In essa non si riscontrano edemi nè ipertensione o lesioni del fondo oculare, nè sintomi uremici; in genere si ha cefalea, vomito, dolori al fianco, inappetenza, senso di sete.

Nell'urina si ritrova poca albumina (al massimo 2 ‰) e la sua comparsa può assumere il tipo ortotico. La funzionalità renale è conservata; il decorso è lento e uniforme, di anni; come esito o si ha la scomparsa di ogni sintoma o il passaggio al rene raggrinzato.

e) *Nefrite interstiziale acuta.* E' frequente nei lattanti con sepsi e corrisponde ad infiltrazione interstiziale a focolaio di cellule rotonde. Clinicamente non v'è ipertensione nè edema; solo albumina in tracce.

f) *Nefrite embolica.* E'caratterizzata da atrofia dei glomeruli per processi embolici; clinicamente si hanno fenomeni analoghi alle nefrosi.

C) Anomalie funzionali dei reni.

a) *Nefrocardiomie.* Principale fra queste è la debolezza renale congenita familiare, che costituisce predisposizione alle nefropatie, labilità renale già detta da Strümpell abiotrofia. Si tratta di soggetti che anche per lievi cause (tonsilliti, cloroformizzazione, perfrigerazioni, ecc.) vanno soggetti a nefropatie. Con tale debolezza, ci si può spiegare l'origine del rene grinzo giovanile o atrofia renale primitiva, nella quale si osserva la facile usura di un rene congenitamente meiopragico, che si altera a causa dello stesso lavoro fisiologico e più ancora se l'individuo lo sottopone a debole sforzo.

b) *Albuminuria costituzionale o fisiologica.* Consiste nella facile comparsa in certi individui di una piccola quantità di albumina nell'urina per cause che nella maggioranza dei casi non producono tale fenomeno (emozioni, esercizi muscolari, pasti copiosi, masturbazione, ecc.). E' discutibile se qui debba anche classificarsi l'albuminuria dei neonati.

Sopra tutto interessanti, però, sono due forme di albuminuria funzionale: la *forma ciclica o intermittente* e la *forma ortostatica o lordotica*, forme che prediligono entrambe la pubertà, dopo della quale spariscono senza lasciar traccia: l'etiologia e la patogenesi di tali forme non ancora si possono dire ben chiarite.

Una terza anomalia funzionale dei reni è la glicosuria renale ereditaria, dimostrabile in soggetti giovani i quali per molti anni possono eliminare una scarsa quantità di zucchero nelle urine, senza iperglicemia e senza nessun rapporto con l'alimentazione, in conseguenza di un abnorme permeabilità dell'epitelio renale per lo zucchero.

Una quarta anomalia costituzionale del rene riguarda la soglia di eliminazione dell'acqua o il potere di eliminare urina ad una data concentrazione, il che caratterizza il così detto diabete insipido di origine renale primaria o diabete insipido renale.

Anche qui vanno considerati: la *diatesi litiasica*, nella quale interviene sicuramente un fattore familiare; la *calcariuria*, da attribuirsi a calcio-tropia renale, ad una aumentata eliminazione del calcio del sangue; l'ossaluria e la fosfaturia; l'alkaptonuria; l'infarto di acido urico, che è proprio del neonato e si elimina durante le prime due settimane di vita; e certe ematurie da stato emofiliaco, nonchè l'emoglobinuria a forma parossistica.

2. Diagnosi.

Prescindendo dai noti metodi di esame semeiotico delle regioni renali, mai trascurabili, perchè la diagnosi di nefropatia non può essere fondata solo sull'esame di urina o sulle prove di sondaggio della funzionalità renale, e prescindendo dalla ricerca dei caratteristici punti dolorosi, potrà essere di aiuto l'esame radiologico, specie se coadiuvato dal pneumoperitoneo. Il problema poi che incombe al medico è: stabilire il grado di sufficienza renale; valutare l'influenza di condizioni extrarenali; conoscere il fattore etiologico di una nefropatia. In caso di affezioni unilaterali, bisogna stabilire quale è il rene leso.

Per lo studio della funzione renale si procederà: all'analisi chimica, fisico-chimica, microscopica e batteriologica dell'urina globale e dei singoli reni; alle prove funzionali speciali, all'analisi ematologica e del liquido cefalo-rachidiano; allo studio comparativo tra analisi urinaria ed ematologica.

L'esame dell'urina, oltre la quantità e il peso specifico, terrà conto particolare dell'albumina, dell'urea, dei cloruri e subordinatamente del glucosio; nè minore importanza sarà data all'esame microscopico e batteriologico.

Tra le prove funzionali, sono consigliabili la prova dell'acqua, per saggiare il potere di concentrazione e di diluizione del rene, la prova della cloruria alimentare, quella dell'azoturia alimentare proposta da Pirondini, nonchè la prova del bleu di metilene e della fenolsulfonftaleina. Ancora applicabili nei bambini sono la prova dei diuretici, quelle dell'ioduro di sodio, della florizina e dell'acido ippurico.

Lo studio ematologico, oltre che le alterazioni della resistenza globulare e alcune prove di difficile attuazione pratica (viscosimetria, refrattometria), sarà rivolto specialmente alla ureometria, con la quale sarà possibile anche stabilire la costante ureo-secretoria di Ambard. Notevole è anche per stabilire il grado di sufficienza renale la determinazione della indicanemia. Variazioni della glicemia e della lipemia sono state anche osservate nelle nefropatie, ma le loro conoscenze precise sono ancora allo studio; ciò vale pure per la ricerca del potassio e dei gas (CO_2) del sangue. Mancano poi osservazioni nel campo pediatrico sulla costante cloruro-secretoria di Ambard, cioè sul rapporto tra cloruri del sangue e cloruri delle urine.

Ai fini clinici, concludendo, le prove indispensabili sono: la prova dell'acqua, dell'azoturia sperimentale, l'esame del sangue per l'azotemia, la prova del lattosio e dell'ioduro di potassio. Le altre prove, basate sulla eliminazione delle sostanze coloranti o altre sostanze estranee, hanno maggiore valore nel campo chirurgico.

3. Prognosi.

a) *Nefrosi.* Le forme lievi non rivestono alcuna importanza; le forme

Digitized by Google

gravi sono anche suscettibili di guarigione se se ne rimuove tempestivamente la causa. Le nefrosi subacute implicano una prognosi più rigorosa, però sempre migliore di quella delle nefriti. In genere, poi, nei lattanti la nefrosi è sempre più grave che in altre età della vita.

b) *Nefriti.* Le forme acute guariscono quasi tutte completamente; le forme subacute guariscono più difficilmente, passando esse allo stato cronico; le nefriti croniche, poi, presentano una prognosi riservata: la possibilità di affezioni intercorrenti aggrava il giudizio prognostico.

c) *Forme miste.* La loro prognosi va fatta con riserva.

d) *Nefroaritmie.* La prognosi non assurge a gravità finchè le lesioni restano nel campo funzionale.

4. Terapia.

a) *Nefrosi.* Le regole igieniche consisteranno nel porre il rene nel massimo riposo.

La dieta sarà aclorurata o ipoclorurata, con limitazione, per quanto possibile, dell'acqua: limitare anche i cibi grassi. Nelle nefrosi miste, invece, la dieta è suscettibile di variazioni. Il latte sarà dato in modica quantità, ricorrendo piuttosto alla carne, ai pesci d'acqua dolce, al formaggio fresco, agli erbaggi, alle frutta, ai dolci. A edemi finiti si comincerà a saggiare la tolleranza per il sale, mentre quando esso si sottrae si potrà ricorrere come sostanze aromatiche al prezzemolo, alla cipolla, pomodoro, limone, zucchero e all'Amino-Sel. Si vada cauti con le uova, che sono ricche in colesterina.

b) *Nefriti.*

Identiche norme igieniche che nelle nefrosi. Quanto alla dieta, nella glomerulo-nefrite acuta diffusa si ricorrerà in principio alla dieta idrica poi per via gastrica, aggiungendovi 50 gr. di lattosio per litro. In caso di vomiti, si può ricorrere alla via intestinale con enteroclismi previo lavaggio purgativo. Come quantità d'acqua, si può, a seconda dell'età, arrivare fino a 1 litro nelle 24 ore; se vi è ipertensione o edemi non bisogna superare i 200 cc.. Il regime idrico può essere solo temporaneo, non essendo nutritivo; qualche autore perciò ha consigliato la cura d'uva, utilizzando solo il succo della spremitura. Il primo giorno si daranno non più di 250 gr. di succo e se il malato lo tollera si arriverà fino a 1 litro. Se le condizioni del malato lo permettono si può somministrare l'uva intera che agisce pure come utile lassativo, cominciando con 250-500 gr.. In seguito, il regime di scelta nelle nefriti è quello ipoazotato, e si può ricorrere al riso, alle patate, al tapioca, agli erbaggi, alle frutta; i grassi possono essere permessi come olio e burro, mentre il latte, per l'alto contenuto in caseina, sarà permesso solo in piccola quantità. Se vi è ritenzione clorurata si sarà cauti nella somministrazione del sale.

c) *Anomalie funzionali dei reni.*

Queste forme non possono essere sottoposte ad un criterio terapeutico unico. Nella debolezza renale congenita, si interverrà profilatticamente, evitando tutti quei fattori (tossici, fisici, infettivi, ecc.) che possono fare insorgere una lesione organica. Le albuminurie semplici non richiedono un trattamento speciale; le ematurie da condizioni emofiliache saranno curate con la terapia dell'emofilia; il diabete insipido renale risentirà vantaggi dalla somministrazione regolata di cloruro di sodio; ecc.

d) *Cura sintomatica.*

Gli edemi possono essere influenzati dall'uso dei purganti, dei diaforetici fisici (bagni caldi, stufe, ecc.) e dei diuretici (digitale, teobromina, urea, ecc.). Contro gli edemi degli arti inferiori è utile il massaggio; Yarotzky propone l'uso di grandi dosi di carbonato di bismuto per la cura di declorurazione. Contro l'edema laringeo con stenosi, intubazione o tracheotomia; contro l'edema pulmonare, il salasso copioso; contro i versamenti sierosi imponenti, lo svuotamento; contro l'idrocefalo ventricolare con fenomeni di compressione, la puntura lombare; contro l'anasarca, il drenaggio capillare.

Se esistono fenomeni di insufficienza cardiaca, il farmaco principe resta la digitale; buone anche la canfora e la strofantina per via endovenosa. Se vi è ipertensione, salasso; se ipotensione, la adrenalina.

Nei disturbi dell'apparato digerente (vomito, ecc.), oltre la cura dell'azotemia — dieta idrica, salasso, puntura lombare —, si farà uso di preparati di oppio, di ghiaccio *intus* ed *extra*, di topici astringenti o disinfettanti. Nei fenomeni emorragici, le trasfuzioni di sangue.

Contro i sintomi a carico del sistema nervoso, i bromici, gli ipnotici, i narcotici e tutti i mezzi di terapia sedativa. Nelle manifestazioni uremiche, buone le iniezioni sottocute di soluzione glucosata al 45 % e quelle endovenose al 20-30 %. Sono state anche tentate con vantaggio le iniezini endovenose di solfato di magnesio 1 % (fino a 10-15 cc. per kgr. di peso del corpo). Contro i sintomi cutanei (prurito, orticaria, ecc.), applicazioni di pomate anestetiche, di bagni tiepidi, di sedativi chimici.

e) *Interventi chirurgici.*

Sono di tre ordini: nefrectomia, decapsulazione del rene e nefrotomia; non pare però che essi possano agire curando definitivamente e portando alla guarigione i processi anatomo-patologici che si sono sviluppati nel rene. Si sarà, quindi, molto riservati a loro riguardo.

f) *Trattamento etiologico.*

Si è ricorso all'opoterapia omologa o eterologa, la prima praticata con estratto di rene iniettabile, estratto di rene secco, polpa e macerazione di rene fresco, siero di vena renale; la seconda con estratti epatici, gastrici, tiroidei, surrenali, ipofisari, genitali. E' un sistema terapeutico che può essere indicato in certi tipi di nefropatie ma la cui efficacia non è costantemente favorevole.

g) *Altri interventi.*

Nelle nefropatie da malaria, da difterite, da sifilide, giova la terapia causale di queste affezioni; nelle ematurie delle glomerulo-nefriti, giova la Roentgenterapia se gli altri mezzi terapeutici hanno fallito; nelle nefriti croniche è stata preconizzata la trasfusione del sangue.

Buoni risultati si ottengono anche col soggiorno in climi caldi a temperatura costante (S. Remo, Bordighera, Abbazia, Ospedaletti, Grado, Sestri Levante, Taormina, Siracusa, Sorrento; ecc.); utile nelle nefrosi croniche il bagno caldo con applicazioni fredde sul capo, il bagno di sabbia, il bagno di luce, il bagno d'aria.

In certi individui con tonsille iperplastiche e vegetazioni adenoidi, ne è consigliabile l'ablazione.

Discussione sulla I Relazione

Francioni accetta il concetto svolto dai R.R. di considerare le nefropatie non solo sotto l'aspetto della sintomatologia renale, ma anche sotto l'aspetto più vasto di una alterazione morbosa diffusa: avrebbe però desiderato che i R.R. si fossero soffermati più a lungo sulla possibilità di una alterazione del fegato decorrente parallela a quella del rene.

Muggia sostiene che i vari metodi di esame della funzionalità renale non forniscono un indice diagnostico sicuro perchè troppo influenzati da fattori extrarenali. Li ritiene però un utile complemento alla diagnosi clinica che dovrà essere quanto mai accurata e rivolta non solo al sistema cardiaco, ma anche al nervoso ed alle ghiandole a secrezione interna.

Salvioli a proposito della capillarite accennata dai RR. e da Frontali nella sua comunicazione, si domanda se non sia più esatto tenere in considerazione la fisiologia e la patologia dei piccoli reni (precapillari e venule). Chiede inoltre al R. se la anatomia patologica può portare qualche conferma alla concezione che le alterazioni endoteliali nelle glomerulo-nefriti non siano limitate solo al sistema capillare.

Fiore richiama l'attenzione su di una forma di nefropatia che si potrebbe chiamare *gastrica* e della quale l'unico segno è per molto tempo soltanto il vomito e di un'altra forma *apoplettiforme* che insorge nel più completo benessere ed è rapidamente mortale. In alcuni di tali soggetti egli pochi giorni prima della cura ha potuto rilevare la normale funzionalità renale ed escludere una nefropatia cronica. Fa risalire queste forme a gravi lesioni dei capillari in precedenza ed in concomitanza del processo nefritico.

Canelli (Relatore). Concorda col prof. Francioni nella esistenza di una correlazione funzionale ed anatomica (per quanto non ancora sicuramente accertata) fra il fegato il rene ed i capillari in alcune forme di nefropatie.

Al prof. Frontali risponde che egli crede dover venire ancora confermata l'interessante notizia che in talune nefropatie esiste, a differenza che nell'adulto, netto parallelismo fra le modificazioni della pressione arteriosa e quella dei capillari.

Al prof. Salvioli risponde che l'anatomia patologica non può sino ad oggi affermare l'esistenza di una peculiare modificazione dei capillari nelle nefropatie tale da poterla caratterizzare sistematicamente.

Al prof. Fiore ricorda che l'accettazione della classifica di Volhard e Fahr non ci deve impedire di poter aggiungere ai tipi già stabiliti degli altri che man mano si rendessero necessari.

Maggiorie (Relatore) risponde al prof. Francioni che egli ha tenuto conto dei rapporti che intercorrono tra rene e funzionalità epatica nella nefrite cronica, e così pure dell'eventuale influenza che le capsule surrenali possono spiegare nelle condizioni del circolo, ed a questo proposito si richiama alla opoterapia eterologa illustrata in questo capitolo.

Al prof. Muggia risponde che nel corso della relazione egli ha insistito molto sul valore da dare all'esame clinico generale, rispetto alle prove di funzionalità.

Al prof. Fiore fa notare come i sintomi generali che qualche volta aprono la scena e possono mascherare altre affezioni, non rappresentino che manifestazioni di uremia.

Digitized by Google

Comunicazioni sulla I Relazione

Brusa prof. P. (C. P. Bologna). *Su di un caso di nefrosi lipoidea ne complicanza della vaccinazione Jenneriana.*

De Toni prof. G. (C. P. Bologna). *Il valore diagnostico e prognostico dell'esame chimico delle nefropatie infantili.*

Frontali prof. G. (C. P. Cagliari). *Capillari in alcune nefropatie infantili.* — Secondo l'O. lo studio dei capillari permette:

1° di prognosticare, in base ad alterazioni capillari superficiali, l'ingenza di nefriti postanginose e quindi d'iniziare precocemente un trattamento igienico-dietetico adeguato.

2° dà un criterio importante per la diagnosi differenziale di glomerunefriti da forme pure di nefrosi.

3° consente di distinguere individui con sistema costituzionalmente la- nei quali la profilassi verso le cause di «capillariti» deve essere particolarmente severa.

Jemma dott. G. (C. P. e C. Chir. Napoli). *Osservazioni su alcuni tori renali dell'infanzia.* — La forma mista è la più frequente, indifferente invece pare il sesso ed il lato. Si osservano con maggiore facilità o al quinto anno di vita.

La prognosi anche con l'operazione è sempre infausta perchè nella ggioranza dei casi il tumore recidiva.

Pagani-Cesa dott. A. (C. P. Padova). *La prova dell'acido e l'alcali nelle malattie renali.*

Raspi dott. M. (C. P. Pisa). *Ricambio dei corpi creatinici nelle nefropatie dell'infanzia.*

Salvioli dott. G. (C. P. Padova). *Effetti della Röntgen-irradiazione nella terapia delle tonsilliti recidivanti complicate o meno da lesioni renali.* — Vengono esposti i buoni risultati del trattamento coi raggi avioletti, come preventivo delle recidive di tonsilliti complicate o mea glomerulo-nefriti post-tonsillitiche. E' da consigliare siffatto trattento nei casi in cui si voglia eliminare tutto il tessuto adenoideo del olo del Waldeyr.

Trambusti dott. B. (Firenze). *Contributo allo studio del rene cistico congenito.*

Il Tema di Relazione

LA SIFILIDE CONGENITA

Prof. ENRICO MENSI (Torino) - Relatore

I criteri ai quali si può ricorrere per scoprire la sifilide congenita si iconо essenzialmente a quattro: la famiglia sifilitica, il terreno sifilide, la diagnosi etiologica, la prova terapeutica.

a) *la famiglia sifilitica.* Nella famiglia sifilitica, si impone l'indagi- nei riguardi degli ascendenti e dei collaterali del malato, ma soprao della madre, ricercando in essi l'anamnesi, le manifestazioni clini-, la siero-diagnosi.

L'anamnesi, che vale a dare maggior fondamento al sospetto dell'in- ione, sarà rivolta a mettere in evidenza gli eventuali aborti, specialnte di più di 4-5 mesi, i parti prematuri, la nati- e poli-mortalità, le vidanze gemellari specialmente univitelline; tutti segni questi indii di infezione luetica.

Non meno interessanti sono la ricerca dei sintomi clinici presentati parenti dei bambini congenito-luetici e l'accertamento biologico, que- ultimo non sempre di facile attuazione. Le sieroreazioni famigliari, o esse complete od incomplete, hanno valore ad un tempo scientifico ratico: scientifico, perchè offrono un mezzo prezioso per riconoscere fezione in luetici congeniti, pratico, perchè costituiscono un elemento e di richiamo alla profilassi e alla terapia. D'altra parte, il confronto li esiti delle reazioni eseguite contemporaneamente nei parenti e nel mbino rivela la frequenza di un diverso comportamento della R. di ssermann nella madre e nel bambino; potendo essere indifferentemennegativa nell'uno o nell'altro pur esistendo in entrambi la sifilide.

Nei 208 casi di sifilide congenita accertata provenienti dall'Ospedale antile, dal Brefotrofio e dall'Asilo materno Provinciale di Torino — i le cui osservazioni sono state compendiate in questa Relazione — rileva una frequenza di reperti positivi maggiore nei congeniti luetici nei genitori e una maggiore intensità delle reazioni nei primi: ciò spiegarsi col fatto che in generale nei genitori si tratta di sifilitici vecchia data, per lo più sottoposti anteriormente a cure specifiche.

b) *il terreno sifilitico.* Nelle 208 osservazioni personali, derivate oadagine eseguita su circa 9.000 soggetti, la frequenza dell'infezione è ltata dall'11 % nei bambini ospitalizzati, del 2-3 % nella prole illecima. La differenza tra questa e altre statistiche va ricercata nella disità del materiale clinico esaminato, dei metodi di indagine adottati, nella varietà di apprezzamento dei proteiformi sintomi della malattia. Il terreno sifilitico, cioè il bambino, fornisce pertanto i criterii più attendibili per la diagnosi della sifilide congenita.

La sintomatologia clinica di questa può variare indefinitamente, dalla mancanza assoluta di ogni manifestazione — criptosifilide — alla forma attenuata o larvata o conclamata con tutti i caratteri patognomonici, segni specifici o stigmate e R. Wassermann positiva. Tuttavia, col Marfan e l'Hutinel, si possono distinguere le manifestazioni della malattia in tre categorie a seconda dell'età del bambino: 1) dalla nascita a 4 mesi; 2) da 4 mesi a 3 anni; 3) da 3 anni alla pubertà.

1) *dalla nascita a 4 mesi.* Si svolge a questa età la fase setticemica iniziale dell'infezione luetica ed è caratterizzata da segni di certezza e di probabilità. Tra i primi più importanti sono: la splenomegalia, sola o associata con epatomegalia (con una frequenza del 43 % nella mia statistica), la rinite (20 %), le lesioni mucose, ragadi (29 %), condilomi (12 %), il sifiloderma (40 %), la pseudoparalisi del Parrot (20 %), il pemfigo (9 %), la tumefazione del testicolo semplice o accompagnata da idrocele (4 %). La splenomegalia è importante, perchè, esclusa la malaria, il Kala-Azar, il morbo di Gaucher, la tubercolosi (per la tubercolinoreazione negativa), non può nei primi tre mesi di vita riconoscere altra causa che la sifilide. E' da notarsi inoltre che in tre casi personali la sindrome pseudoparalitica del Parrot era in atto quando l'esame radiografico rivelava soltanto la presenza di gomme metaepifisarie, escludendo il distacco dell'epifisi; altra conferma questa che nella sindrome di Parrot l'impotenza funzionale dell'arto colpito è dovuta più spesso al dolore che provoca il movimento e alla polimiosite dei muscoli vicini che alla lesione osteo-cartilaginea.

Tra i segni di probabilità, risultano nella mia statistica: il labbro leporino, le cardiopatie, la spina bifida, le ernie, l'ipospadia, il piede valgo, l'atrepsia talora grave, il vomito persistente, le emorragie intestinali, ecc. Occorre pure di rilevare — in 3 casi — il grido continuo di Sisto, ritenuto come manifestazione di una forma attenuta di pseudo-paralisi del Parrot; il rachitismo precoce, il sarcocele, le eventuali vegetazioni adenoidi (Marfan e Gradenigo), più raramente le adenopatie tracheo-bronchiali.

2) *da 4 mesi a 3 anni.* Diminuiscono in questo periodo i segni specifici e aumentano le manifestazioni localizzate o distrofiche. Segni di certezza relativa nella mia statistica sono stati il cranio natiforme e l'anemia pseudo-leucemica infantum; sintomi di probabilità, invece: il rachitismo, le dilatazioni venose pericraniche, l'anemia con pallore speciale giallo-terreo, la prevalenza di mononucleati nel sangue circolante, l'aumento dell'indice di refrazione del siero ematico, la micropoliadenopatia, specialmente delle ghiandole epitrocleari, retromastoidee, sottooccipitali, la paralisi spastica o flaccida, le convulsioni essenziali o organiche (tic, epilessia, ecc.), la debolezza psichica fino alla idiozia, la sordità, l'osteopsatirosi, l'orticaria, l'eczema, l'asma bronchiale, la bronchite, la dispepsia, l'anoressia, la nefrite, ecc.

Per venire a maggiori dettagli, noto che nel sangue si possono osservare tutte le forme dell'anemia: ipoglobulie, ipocromie, anche spiccate (G. R. 1.850.000; Hb 25-30), presenza di mielociti, metamielociti, cellule di Rieder, linfoblasti, eritroblasti, ecc. Le indagini rivolte ad accertare, poi l'importanza diagnostica delle glandole epitrocleari e sottoccipitali mportano a ritenere che, comunque voglia essere interpetrata la loro presenza, resta assodato che detto reperto è così eccezionalmente raro nel neonato indenne da lue, da dover essere ritenuto se non come sintomo di lue almeno come un prezioso richiamo alla ricerca più accurata della infezione sifilitica.

Maggiore importanza ha la lue nel determinismo delle malattie del sistema nervoso; i quadri clinici che ne risultano sono i più svariati, complessi, proteiformi: rilevo tra questi il gruppo delle così dette malattie endogene: a) le affezioni spastiche familiari a sindrome spinale o cerebro-spinale; b) l'atassia ereditaria a tipo Friedrich o Marie. I rapporti invece tra idiozia mongolica, idrocefalo e lue sono ancora discussi, mentre si dimostra evenienza frequente l'insorgenza della meningite tubercolare nel sifilitico congenito.

Anche il liquido cefalo-rachidiano è stato esaminato nelle sue proprietà fisiche, chimiche, citologiche, biologiche, specialmente in rapporto alla questione se una anomalia psichica sia determinata da lesione del sistema nervoso o da alterazione o disfunzione del sistema endocrino. Gli autori francesi, infatti, riferiscono l'affezione psichica al sistema nervoso quando il liquor presenta linfocitosi, albuminosi e R. W. positiva, al sistema endocrino, quando non vi si riscontra alcuna anomalia. E' accertato pertanto che la psiche può presentarsi integra o alterata indipendentemente dalla R. W. nel siero di sangue o nel liquor, come pure dal contegno del liquido cefalo-rachideo in rapporto alla pressione, alla presenza od assenza di elementi corpuscolari, alla pre-

Digitized by Google

senza di albumina scarsa o solo in tracce, ecc. Può avvenire pure, come in un caso personale di sclerosi cerebro-spinale, che i sintomi ora detti a carico del sistema nervoso centrale si associano ad altri elementi rivelatori di alterazioni del sistema endocrino quali l'obesità, a meno che questa, più che a lesione dell'ipofisi, non si voglia interpetrare come lesione dei nuclei dell'infundibulum e del tuber.

Tra i segni di probabilità di questo periodo, inoltre, l'orticaria e l'eczema generalizzato debbono attribuirsi ad una instabilità congenita anormale dell'equilibrio colloidale del plasma o diatesi colloidoclasica, determinata a sua volta da una lesione delle ghiandole a secrezione interna, specialmente della tiroide, dell'ipofisi e della surrenale, provocata da un'infezione cronica prolungata, più frequentemente dalla sifilide congenita.

Circa l'inibizione della sifilide congenita sulla tubercolino-reazione, mi sembra che l'esiguo numero di reazioni positive non può senz'altro deporre in favore di questa azione inibitrice, perchè moltissimi bambini si trovavano nel periodo anergico o ipoallergico quasi abituale nei primi mesi e nel primo anno, mentre in altri casi una tubercolino-reazione positiva avrebbe dovuto essere incompatibile con un presunto processo di inibizione determinato dall'infezione luetica.

3) *da 3 anni alla pubertà.* Questo periodo corrisponde alla comparsa delle manifestazioni tardive con tendenza sclerosa o sclero-gommosa, alla comparsa delle distrofie per eccellenza, siano esse imputabili ad alterazioni viscerali o ad insufficienza endocrina, tenendo presente che finora si è molto esagerato sull'importanza delle lesioni endocrine luetiche come causa delle distrofiè stesse e che queste debbono ritenersi reali manifestazioni sifilitiche, con presenza del treponema, almeno ad un dato momento dell'evoluzione clinica della infezione.

Tra i segni di certezza diagnostica in questo periodo figurano: le alterazioni dentarie, con la caratteristica più rilevante dei denti di Hutchinson, la cheratite interstiziale, la sordità labirintica (triade di Hutchinson), le deformazioni nasali col tipico naso a sella, l'irite, la periostite, le lesioni osteoarticolari. Fra i segni di probabilità, si notino: il reumatismo cronico o morbo di Still, la scoliosi, il morbo di Little, la corea, la distrofia muscolare, le lesioni polmonitiche, pleuritiche, peritonitiche, le manifestazioni cutanee, i teratomi.

Nella mia statistica, i casi di corea non sembrano confortare l'opinione di Milian, secondo il quale un gran numero di coree sarebbe di origine sifilitica; d'altra parte le lesioni delle sierose e del pulmone possono associarsi a identiche lesioni tubercolari o ci si può trovare innanzi a lesioni tubercolari in sifilitici congeniti. Fra le alterazioni teratologiche, infine, è importante la cisti dermoide dell'ovaia riscontrata in una bambina di 11 anni; così pure interessante per la rarità è un caso di emoglobinuria parossistica.

c) *la diagnosi etiologica.* Elemento sovrano è la diagnosi etiologica, cioè il risultato delle ricerche microbiologiche. La dimostrazione del treponema, diretta o indiretta, è segno di certezza assoluta, pur di essere prevenuti dalla possibilità di errori diagnostici per falso apprezzamento dei caratteri morfologici del virus o delle determinazioni patologiche negli animali da esperimento — coniglio, lama — o per un eventuale saprofitismo o insufficiente attività dell'agente patogeno.

Altro segno di certezza è la positività delle reazioni biologiche sul sangue, sul liquor, sugli essudati, specialmente della R. Wassermann, della R. Meinicke — i cui risultati nella mia statistica coincidono — e del benzoino colloidale, tenendo presente, però, la possibilità di una reazione negativa nella sifilide congenita sia immediatamente dopo la nascita, sia nella forma attenuata o latente o distrofica, sia in quella di 2ª e 3ª generazione. Elementi sussidiarii utili, necessari, talora indispensabili per la diagnosi di sifilide congenita sono la riattivazione regolarmente applicata della reazione biologica e la prova terapeutica, istituita con medicamenti veramente specifici. Si ricordi pure che nel bambino una reazione debolmente positiva vale a provare l'esistenza della sifilide e che la negatività non esclude per nulla l'infezione.

d) *la prova terapeutica.* La prova terapeutica è indicata specialmente in quei bambini nei quali non si riscontrano nè lesioni, nè segni, nè stigmate rivelatrici, nè reazioni sospette e che tuttavia sono talvolta congenito-luetici. Un miglioramento rapido delle manifestazioni dubbie sotto l'influenza di una cura giudiziosa, senza costituire un elemento di diagnosi assolutamente infallibile, rappresenta pur sempre l'argomento più prezioso in favore della sifilide congenita (Hutinel).

Il problema terapeutico è tanto più interessante, in quanto la sifilide congenita è una delle più gravi malattie sociali, che svolgendosi in esseri in via di formazione o di sviluppo, mina la salute e la vita della specie e quindi l'avvenire della società. La lotta contro la sifilide congenita interessa ad un tempo l'ostetrico, il pediatra, il sifilografo e sopratutto lo Stato che della Società è vigile custode. La lotta deve essere essenzialmente preventiva, intesa a combattere l'infezione alle sue origini prima del matrimonio, prima del concepimento, durante la gravidanza, dopo il parto, in modo precoce, energico, regolare, controllato.

I mezzi di difesa sono gli stessi di quelli della sifilide acquisita: arsenobenzoli, mercurio, bismuto; tra essi hanno azione più attiva gli arsenobenzoli, che io uso dal 1911 per via endovenosa, endomuscolare o sottocutanea, associandoli o alternandoli, più raramente sostituendoli col mercurio o col bismuto, conforme alle indicazioni intese ad evitare l'arseno-resistenza. Talora gli arsenobenzoli venivano combinati con l'opoterapia, specialmente a base di tiroide, ipofisi, surrenale; la cura specifica poi era sempre validamente coadiuvata con una cura dietetica, igienica e tonica.

L'effetto terapeutico si è manifestato più o meno evidente, più o meno rapido in ogni alterazione luetica, cutanea, mucosa, ossea, mentre è risultato naturalmente scarso o nullo nelle lesioni definitive, stabilizzate e quindi non più influenzabili dalla cura, in quello che Hutinel ha con felice sintesi definito «l'invarcabile».

Discussione sulla II Relazione

Reale è d'accordo sull'importanza delle misure preventive per combattere l'infezione luetica ed è d'avviso che esse debbano essere opportunamente integrate da disposizioni legislative.

Capasso sostiene il medesimo punto di vista e considera chiave di volta per la soluzione del problema la profilassi del matrimonio.

Maggiore richiama l'attenzione sulle alterazioni ematopoietiche provocate dalla lue.

De Toni in base a sue osservazioni personali, crede degne di rilievo le interferenze biologiche tra lue latente ereditaria ed infezione scarlattinosa.

D'Alise ritiene che le stigmate dentarie, incluse dal Relatore tra i segni di certezza della sifilide congenita, siano in rapporto ad un difetto di nutrizione di origine materna, aggravato dall'intervento della lue e di altre tare ereditarie.

Mensi (Relatore) risponde ai proff. Reale e Capasso che per una opportuna profilassi della sifilide congenita è indispensabile una ulteriore e più esatta conoscenza delle vie di penetrazione del virus patogeno.

Al prof. Maggiore fa osservare la scarsità degli studi ematologici in rapporto alla lue.

Si dichiara d'accordo col prof. D'Alise nel senso di non dover accedere nella etiologia luetica delle malformazioni dentarie e conclude riaffermando la necessità della prevenzione della sifilide congenita con mezzi energici e sotto il controllo dello Stato che dia ad essi valore esecutivo di legge.

Comunicazioni sulla II Relazione

Auricchio prof. L. (C. P. Napoli). *Frequenza e caratteri della credolue nell'ultimo triennio d'esercizio della Clinica Pediatrica di Napoli.* — Su 10.499 bambini osservati in circa un triennio nella R. Clinica Pediatrica di Napoli l'O. ne ha trovato 1299 affetti da sifilide congenita, ossia il 12.3 %. Tale percentuale, per quanto ancora elevata, è inferiore a quella riscontrata nella stessa Clinica negli anni precedenti, sopratutto in quelli dell'immediato dopo guerra. Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, l'O. ha potuto rilevare parallelamente anche una progressiva diminuzione delle forme attive e gravi di lue congenita.

Barmettler dott. G. (Brefotrofio - Napoli). *Le affezioni blefaro-congiuntivali nei neonati credo-luetici.* — Fa rilevare come alcune forme di oftalmie della infanzia devono ritenersi dipendenti dalla lue congenita, che come la corizza sono l'espressione di questa malattia. Su 430 casi di congiuntiviti di neonati curati nel Brefotrofio dal 1924 al giugno 1927, riferisce su 10 casi di affezioni blefaro-congiuntivali, la cui etiologia è stata esclusivamente la sifilide congenita.

Emmanuele dott. A. (C. P. Napoli). *Sifilide e natalità.* — L'O. in base ad una numerosa casistica, estesa ad oltre 6000 famiglie, ha riscontrato su 31683 gravidanze, 366 parti prematuri, 224 parti gemellari e 3706 aborti.

Quale momento etiologico di questi ultimi ha riscontrato nell'80 % dei casi la sifilide che entra in gioco solo nel 50 % dei parti prematuri e nel 20 % di quelli gemellari.

Fornara dott. P. (Brefotrofio Osped. Magg. Novara). *Sul comportamento clinico e sierologico degli credoluetici nelle malattie intercorrenti.* — In base alle sue osservazioni l'O. non ha potuto convincersi di una vera e propria azione della lue nel predisporre ad alcune malattie e ad alcune complicanze.

Digitized by Google

Ha però frequentemente riscontrato una riattivazione delle reazioni sierologiche nelle malattie intercorrenti degli eredoluetici, riattivazione che dura finchè dura questa e cessa col cessar di essa.

Moro dott. L. (Taranto). *Di un oscuro caso di sifilide congenita a sindrome atipica.*

Muggia dott. A. (Torino). *Sul valore della reazione di Wassermann in confronto con quello della reazione di Meinicke nella diagnosi della sifilide delle nutrici.* — In base alla sua esperienza ritiene la R. di Meinicke più precisa della R. W. la quale può dare risultati leggermente positivi e dubbii anche quando non esiste sifilide.

Rolando dott. F. (Brefotrofio Napoli). *La frequenza dell'eredolue nel Brefotrofio di Napoli.* — La frequenza dell'eredolue nel Brefotrofio di Napoli risulta di circa il 6 %.

Taccone dott. G. (C. P. Milano). *La reazione al bicromato di potassio sul liquido cefalo-rachidiano di luetici affetti da sifilide del neurasse.* — La reazione è stata positiva nel 94,2 % dei bambini sifilitici affetti da malattie del neurasse e nel 45 % di quelli immuni da fenomenologia nervosa apparente.

Toppo dott. U. (Napoli). *Eredolue e disturbi di nutrizione nei lattanti.*

Veronese prof. L. (Padova). *La febbre negli eredoluetici.* — Riferisce il caso di due bambini nei quali dopo un leggiero attacco influenzale persistette febbre irregolare che dopo 3 mesi, durante i quali, si tentarono le cure più varie, cedette rapidamente alla terapia mercuriale.

Solo in uno di essi la R. W. dette come nel padre risultato positivo.

Zecca dott. E. (Napoli). *Malattie gastro-intestinali da eredolue nell'infanzia.*

Malagordi prof. A. *Su di un segno di eredolue.* — L'O. richiama l'attenzione su delle macchie acromiche, vere leucodermie, facili a riscontrarsi negli eredoluetici e che sono espressione di pregresse lesioni della cute di natura infiammatoria.

***

Le *comunicazioni verie* riferite al Congresso sono state numerosissime e noi siamo dolenti, per mancanza di spazio, di riportarle sia pure in ristretta sintesi.

Fra le più interessanti segnaliamo quella del prof. Valagussa di Roma che ha esposto sull'*attività dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità ed infanzia* in un anno dalla promulgazione della legge e del regolamento.

L'O. ha analizzato a gruppi i vari articoli di legge, ha parlato dei ricoveri fatti, dei sussidi elargiti e si è soffermato a trattare della riforma voluta dal Governo Nazionale, ed oramai legge dello Stato, sui Brefotrofi. Ha parlato poi delle cattedre ambulanti di puericoltura e dei corsi per medici e medici condotti che incontrano il più lieto successo. Ha ricordato come col concorso assistenziale dei fasci femminili siano stati già istituiti 53 ambulatori per gestanti e bambini, ha accennato all'intervento energico dell'O. N. P. M. I. presso gl'industriali obbligandoli al rispetto della legge che imponeva la costruzione di nidi e sale di allattamento nelle fabbriche dove lavorano operaie.

L'O. ha riferito poi sulla prevenzione antitubercolare e sulla necessità di associare ai mezzi profilattici anche la vaccinazione. Trattando delle colonie marine, fluviali e montane ha sostenuto come sia fermo convincimento dell'Opera Nazionale che le colonie temporanee debbano essere abolite e sostituite con le permanenti. Ha in ultimo ricordato la istituzione di asili moderni e nidi nelle carceri giudiziarie femminili, istituzione che a Roma è un fatto compiuto.

La comunicazione del prof. Valagussa ha provocato una grande dimostrazione al Duce.

Speciale interesse destò anche il gruppo di comunicazioni riguardanti *i raggi ultravioletti*, riferite dal prof. Spolverini e dalla sua scuola, e dai dottori Sechi di Pavia, Morabito di Napoli, Pincherle e Barbacci di Siena, Giaume di Genova e dalla dottoressa Coari di Milano.

Notevoli poi le comunicazioni del prof. Auricchio di Napoli sul *valore della intradermoreazione di Dick* e del prof. Nasso di Perugia *sulla trasmissione transplacentare della tubercolosi* che diedero luogo ad appassionate discussioni.

Il prof. Auricchio in base a ricerche eseguite su 666 bambini, gran numero dei quali conviventi in comunità, colpiti da epidemie di scarlattina, è giunto alle seguenti conclusioni:

1) — La reazione di Dick risulta positiva in una percentuale di bambini di gran lunga superiore alla percentuale comunemente nota di morbilità per scarlattina.

2) — Bambini che hanno superata la scarlattina possono presentare reazione di Dick positiva.

3) — Bambini con Dick negativa possono ammalarsi di scarlattina e, viceversa, bambini con Dick positiva, anche esposti a sicuro contagio, ne possono restare indenni.

4) — La reazione di Dick risulta positiva specie in bambini con cutireazione positiva alla tubercolina.

Per tali fatti non può riconoscere alla reazione di Dick nessun valore d'indice specifico della recettività verso la scarlattina.

Il prof. Nasso ad animali da esperimento ha inoculato previa laparotomia, pezzetti di organo di feti e di neonati provenienti da cavie e conigli trattati durante la gravidanza con bacilli tubercolari. Alcuni animali furono anche inoculati con pezzetti di organo di feti provenienti da madri con grave tubercolosi polmonare, nelle quali si dovette interrompere la gravidanza

Nessuno dei feti presentò alterazioni nè macro- nè microscopiche di tubercolosi, nè presenza di bacilli di Koch negli organi o nei gangli linfatici. Su 44 animali ottenne 4 risultati positivi.

Nasso ammette quindi la possibilità della trasmissione transplacentare della tubercolosi per mezzo dell'ultra-virus. Tutto fa pensare, però, che la trasmissione transplacentare per mezzo dell'ultra-virus sia molto rara analogamente alla trasmissione diretta del germe dalla madre al feto.

Interessanti comunicazioni riferirono anche il prof. Angelucci, il dott. Botti, il dott. Raspi, i proff. Salvioli, Pincherle, Macciotta, Simonini, Brusa, Bergamini, de Stefano, Mercurio, D'Alise, Della Cioppa, Muggia, Berghinz, Khàrina-Marinucci, Annecchino; Landolfi, Ricci e dai dottori Fabris, Lattes, Laurinsich, Di Capua ecc.

LA CRONACA DEL CONGRESSO

Nella *seduta amministrativa* tenuta il 1. ottobre il Presidente dà il resoconto dei soci.

Commemora la perdita di quattro soci: il prof. Filia, il prof. Sorgente, il prof. Guidi ed il dott. Consiglio. Preso atto delle dimissioni di tre soci la Società risulterebbe composta di 477 soci con un incremento dall'ultimo Congresso di 93 soci nuovi.

Il Presidente, ben valutando l'alta benemerenza acquistatasi nel campo sociale con la organizzazione dell'O. N. P. M. I. dall'on. prof. Blanc, propone la sua elezione a socio onorario che viene accettata per acclamazione.

Il Presidente comunica quindi la costituzione di due nuove sezioni: la sezione calabro-sicula e la sezione pugliese e si compiace della intensa attività spiegata dalle altre nel triennio trascorso.

Dà infine relazione del risultato del Concorso «Fondazione Mantovani»che la Casa ha voluto prorogato di un altro anno ed avverte che nel maggio fu emesso il bando del nuovo concorso. Ricorda che anche il premio Concetti si chiude alla fine del 1927.

Il prof. Cannata legge l'esposizione finanziaria che viene approvata ad unanimità ed il Cassiere vien invitato per acclamazione a conservare la sua carica.

Si procede quindi alla elezione di 11 consiglieri ed il Consiglio Direttivo risulta quindi così composto: Prof. Jemma, Presidente; prof. Pacchioni, prof. Caronia, prof. Cannata, prof. Spolverini, prof. Nasso, prof. Repaci, prof. Genoese, prof. Frontali e prof. Cattaneo.

L'assemblea all'unanimità decide di tenere il prossimo Congresso a Perugia.

Nella seduta del Consiglio Direttivo le cariche risultano così distribuite: prof. Pacchioni e prof. Cattaneo, vice-presidenti; prof. Caronia, Segretario Generale; prof. Nasso, Vice-Segretario; prof. Cannata, Economo-cassiere; prof. Spolverini, prof. Mensi, prof. Genoese, prof. Repaci, prof. Frontali, Consiglieri.

Alla fine della seduta inaugurale del 18 settembre vennero spediti dei telegrammi a S. M. il Re, a S. E. il Capo del Governo, a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, all'on. Blanc, presidente dell'O. N.

Il prof. Jemma ringrazia infine i relatori per lo svolgimento dei temi loro affidati e si compiace dell'elevatezza e serietà delle discussioni; si congratula con i soci per la abbondanza ed importanza delle comunicazioni svolte e formula l'augurio di un più ascendente sviluppo della società.

Il prof. Comba, a nome dei Congressisti, ringrazia il prof. Jemma per l'accoglienza ricevuta e per la perfetta organizzazione del Congresso.

Il Presidente ringrazia e salutato da una calorosa ovazione dichiara chiuso il Congresso.

A. Laurinsich

Digitized by Google

PER LA PRATICA

VENEREOLOGIA

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. R. STANZIALE

OSSERVAZIONI SUL VACCINO GONOCOCCICO LISATO

per il dott. PIETRO G. CASTELLINO
Assistente volontario

In un recente lavoro Jausion e Diot riferiscono di aver ottenuto una forte percentuale di guarigioni (nove casi su dieci) di uretriti blenorragiche acute, mediante iniezioni di vaccino gonococcico lisato.

Il gonococco, come altri germi di debole resistenza in vitro, va soggetto a lisi alquanto facilmente, ed è possibile osservare abbastanza presto, nei tubi di coltura, forme di disfacimento.

Le prime osservazioni su questo fatto rimontano a varii anni, agli studi della gonotossina del Wassermann, del Christmas prima, di M. Wollstein e del Torrey dopo. Ma più precisamente questo ultimo nel 1908 faceva noto che in certe condizioni speciali di temperatura, concentrazione e di vecchiaia le culture di gonococco si disfanno ed i filtrati si mostrano molto tossici; la lisi diventa più evidente se le culture vengono messe in presenza di siero fresco di coniglio. Questa proprietà era però varia sui differenti ceppi, e l'autore da ciò traeva una nuova conferma alle sue precedenti osservazioni sulla diversità di singoli ceppi di gonococco.

Osservazioni sulla lisi del gonococco mediante sieri di animali immuni venivano in seguito comunicate dallo Scaltritti. Dai suoi esperimenti, praticati in vivo ed in vitro, risulta che i gonococchi iniettati nel peritoneo delle cavie vengono distrutti in poche ore e che emulsioni di germi con sieri di animali immuni esaminati al microscopio mostrano che l'azione di questi su quelli consiste in agglutinazione e lisi. Egli poteva inoltre concludere che i sieri di animali immuni hanno uno spiccato potere battericida che però viene attenuato col calore fino a cessare dopo i 57°; ed infine dimostrava che il siero umano ha scarsa azione litica verso il gonococco.

Poco dopo gli studi del Torrey, Clintock e Clark, ottenevano con l'aggiunta di soluzione fisiologica la disintegrazione cellulare dei gonococchi come pure modifiche nella colorabilità anche dopo solo 24 ore di emulsione. La lisi però veniva ritardata ed impedita col calore a 70° o con l'aggiunta di tricresolo al 4%. Gli AA. preconizzavano quindi l'uso in terapia dei vaccini gonococcici e gli esperimenti davano discreto risultato.

Di questo semplice metodo di disintegrazione si sono serviti appunto Jausion e Diot per preparare e sperimentare il loro gono-liso-vaccino.

Essi utilizzarono culture ricche di germi sviluppate da 24 ore e non oltre, per non incorrere in forme involutive; emulsionavano con soluzione fisiologica nella proporzione di 1 cc. per 10 miliardi di germi ed ottenevano il lisato dopo permanenza di 12 giorni in ghiacciaia.

Ritenendo che il freddo fosse sufficiente a rendere sterile il liquido, non lo sottoponevano ad ulteriore procedimento fisico o chimico e praticavano le iniezioni per via sottocutanea ogni cinque giorni, partendo dalla dose di 0.25 fino a raggiungere quella di 1 cc. Gli AA. che si erano prefissi di fare con questo metodo una vaccinazione altamente specifica, fanno notare che le iniezioni non danno luogo ad alcuna reazione importante nè locale nè generale ed aggiungono che il vaccino lisato non è soltanto molto prezioso in terapia, ma è anche utile come antigene per la reazione di fissazione, in quanto che, iniettato in un uomo sano, è capace di determinare la comparsa nel siero di sangue di una reazione positiva della durata di 20 giorni.

Essendoci noi occupati recentemente dell'impiego, nella terapia della blenorragia, dell'autovaccino sensibilizzato o no abbiamo avuto agio di notare come il gonococco, in presenza di siero immune o soluzione fisiologica, vada soggetto a rapida lisi. I risultati terapeutici però per quanto buoni nell'insieme, tanto da permetterci di ritenere l'autovaccino superiore ai vaccini comunemente usati, specie a riguardo delle forme di complicanze, non arrivarono mai, nelle forme uretrali, alla guarigione se non con l'associazione del trattamento locale.

La relazione quindi dei due AA. francesi così sorprendente ci ha indotto a ripetere le indagini sul vaccino lisato seguendo, il più possibile, il loro metodo di preparazione, specialmente a riguardo della lunga durata della lisi, che dovrebbe attenuare abbastanza la tossicità del vaccino. Ci siamo quindi serviti di colture pure di gonococco, provenienti da varie fonti, sviluppate su agar-ascite, raschiate dopo 24 ore ed emulsionate con soluzione fisiologica in proporzione di 1 cc. di soluzione per 2 ansate di germi (ansa normale calibrata).

Dopo permanenza in ghiacciaia di 10 giorni, senza ricorrere ad altro mezzo di sterilizzazione abbiamo eseguito le iniezioni a dosi crescenti da 0.50, 1 cc. fino a 2 cc.; per via endomuscolare, con intervalli di 4 giorni le une dalle altre. Ci siamo anche serviti di lisati ottenuti in 15 giorni a temperatura ambiente e sterilizzati a 57°, con identici risultati dei primi (1).

Questo trattamento è stato rivolto non solo alle forme uretrali acute, ma anche a quelle sub-acute e croniche, come pure a varie complicanze (orchiepididimite, cistite).

Sono stati trattati 15 infermi di cui sette con infezione uretrale acuta, tre con uretrite sub-acuta, cinque con forma cronica, tra questi vi erano cinque complicanze cistiche, tre orchiepididimiti in fase acuta, e due in fase sub-acuta.

Ritenendo di scarso interesse riferire in dettaglio i casi singoli e più utile invece il metodo di azione del vaccino od il modificarsi dei varii sintomi: secrezione, bruciore alla urinazione, irritazione vescicale, frequenza dello stimolo ad urinare, infiammazione del testicolo e dell'epididimo, aspetto dell'urina; tralasceremo le storie cliniche degli infermi ed indicheremo soltanto il comportarsi di questi in seguito alle iniezioni.

Facciamo intanto rilevare, che il numero delle iniezioni è stato di 10 per infermo e le dosi in media due da 0.50, quattro da 1 cc. e quattro da 2 cc.; che agli ammalati non veniva praticata nè prescritta alcuna cura, soltanto era consigliata una dieta appropriata atta a non irritare ed aggravare i fenomeni infiammatori ed inoltre agli infermi con orchiepididimite veniva applicato l'apparecchio di Langlebert.

Riguardo ai risultati possiamo dire che la secrezione viene modificata dal vaccino in modo non costante; nei casi in cui subisce un influsso benefico essa fin dalle prime iniezioni diminuisce di quantità come di colorito mostrandosi sempre più chiara, a carattere mucoso, scarsa e non costante durante la giornata e si riduce alla sola goccetta mattutina. In nessun caso essa è scomparsa totalmente.

Il bruciore alla emissione dell'urina invece si attenua in genere dopo la 2ª iniezione e scompare col progredire della cura.

In pari passo migliora l'aspetto delle urine, che si presenta in breve più chiara e limpida, con evidente diminuzione dei filamenti.

La cistite si avvantaggia in modo notevole e rapido; infermi affetti da questa complicanza sono guariti con il vaccino dopo aver inutilmente sperimentato altre cure.

Uguale rapido beneficio ottiene l'orchiepididimite; essa migliora fin dalla prima iniezione, con attenuazione prima del dolore e poi della tumefazione. In genere verso la settima, ottava iniezione si può constatare la guarigione residuando il solito nodulo cicatriziale.

Sul comportarsi dei germi nella secrezione all'esame microscopico, è da notarsi che fin dall'inizio della cura si riscontra il gonococco in forme involutive ed extracellulari e poi in numero scarso, senza però scomparire totalmente dal secreto.

Riassumendo, quindi, il gono-liso-vaccino influenza in modo abbastanza rapido l'orchiepididimite e la cistite dove però giova osservare, rispondono ugualmente bene i soliti vaccini. Minore effetto si ottiene nelle forme uretrali dove l'azione benefica si limita ad attenuare la flogosi con conseguente diminuzione dei

(1) Queste fiale ci furono gentilmente fornite da un istituto siero-vaccinico napoletano.

Digitized by Google

fenomeni subbiettivi ed obbiettivi senza raggiungere però la guarigione.

Non determina reazioni generali o locali importanti; generalmente, salvo casi rari di speciali suscettività, le iniezioni sono indolenti, nè provocano febbre. La scarsa reazione è quasi l'unica differenza che abbiamo potuto notare tra questo vaccino lisato e quello da noi precedentemente usato (molto simili negli effetti) in quanto che le reazioni che esso provocava pur non essendo di alcuna gravità tuttavia la febbre potè raggiungere i 38 ½ gradi con fenomeni di stanchezza generale e dolenzia locale della durata di 24-36 ore. Ciò deve essere certamente determinato dalla non completa disintegrazione dei germi, dato il breve tempo che era concesso alla lisi trattandosi di un autovaccino preparato volta per volta.

In conclusione il vaccino gono-lisato, ottenuto con una lenta preparazione, rappresenta una terapia immunitaria atta a stimolare reazioni umorali di difesa dell'organismo verso il gonococco, indicata perciò in tutte le forme di infezione date da questo germe, da potersi applicare con vantaggio, in sostituzione dei vaccini non lisati, nelle forme di uretriti e cistiti acute.

BIBLIOGRAFIA

WOLLSTEIN M. Journal of exper. med. 21, 9, 1907. — TORREY J. C. Journal of med. research. XII, 1908. — CLINTOCK-CLARK. Journal of inf. diseas. IV, 1909. — SCALTRITTI A. Ann. de l'Inst. Pasteur, IX, 1925. — JAUSION-DIOT. Comp. rend. de la Soc. de Biol., XCV, pag. 538, 1926. — CASTELLINO P. G. Gior. It. Der. S. fasc. VI, 1926.

TERAPIA

La tonsillectomia nella febbre reumatica

La completa enucleazione delle tonsille costituirebbe, secondo W. H. ROBEY e L. M. FREEDMANN (Boston, *Boston Medical and Surgical Journal*, 1927, n. 15) il miglior preventivo per la febbre reumatica, e conseguentemente per le cardiopatie reumatiche.

Quando si soffre di dolori di gola ripetuti, anche se le tonsille sono di apparenza normale, bisogna praticarne la asportazione; ed egualmente bisogna agire se le tonsille hanno l'aspetto di essere ammalate, anche quando il paziente non si lagna di sofferenze.

La tonsillectomia è però tutt'altro che un'operazione banale e va eseguita da persona esperta e prudente; specialmente le asportazioni incomplete lasciano il paziente in una situazione ancora più pericolosa di prima, e gettano il discredito sul metodo profilattico, in quanto i resti tonsillari sono ancora più formidabili delle tonsille intere, per la febbre reumatica.

Il Gynergen nel morbo di Basedow

Si sa che sotto il nome di gynergen va in commercio un prodotto ergotinico. Si sa anche che, per affinità di azione si volle recentemente ricorrere all'uso dell'ergotamina nel trattamento del gozzo esoftalmico. Il gynergen essendo un tartrato di ergotamina, se ne intuisce qui l'indicazione. Il preparato venne somministrato da MERKE (Clinica chirurgica in Basel (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n. 35, 1927)) sia come preoperazione, sia per combattere i parossismi tachicardici postoperatorii. Le esperienze cliniche da varie fonti concordano su ciò. La imponente riduzione del polso, devoluta all'influsso negativo simpaticotropo dell'ergotamina è sperimentalmente dimostrabile sulle grafiche risultanti da cotesto uso, a seconda che sia conservato o reciso il nervo acceleratore. Poichè intanto lo studio di tale malattia non può a rigore scompagnarsi da quello del ricambio basale, si può da quanto finora si è raccolto, affermare che all'ergotamina manchi ogni verace azione specifica sul morbo di Basedow. Che se, dopo prolungato uso interno si è pur visto qualche modico miglioramento, non si potrebbe escludere sempre che si tratti di un miglioramento spontaneo. Se inoltre subito dopo le iniezioni di gynergen si è visto ridursi il ricambio basale, questo è soltanto transitorio. Bisognerebbe, a volerlo interpretare, ricordare che l'alcaloide esercitando un'azione vasocostrittiva sulle vie sanguigne della tiroide, ne riduce altresì la secrezione. Con ciò non si esclude la parte che possa spettare al diminuito tono dei muscoli involontarii. Ancora discussa è l'azione antagonistica tra la tiroxina e l'ergotamina, e bisognerà attendere novelle ricerche.

Allo stato attuale resta ancora più efficace la terapia iodica che da qualche clinico è spinta alle dosi alte. Tuttavia non è da rinunziare definitivamente ad un qualche preparato che agisca direttamente sul tono simpatico certamente perturbato dalla disfunzione secretiva del gozzo esoftalmico.

Il piramidone nel singhiozzo

Nel singhiozzo ostinato riesce di effetto sorprendente il piramidone: all'inizio dell'accesso il paziente ingoia una tavoletta di piramidone da 30 o da 50 cgr.; il singhiozzo sparisce regolarmente dopo breve tempo.

Il piramidone avrebbe anche azione profilattica, e, secondo le esperienze di H. SCHOTTMULLER (Reparto Clinico della Policlinica medica Universitaria di Amburgo, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 20, 1927) autore, potrebbe essere senza danno somministrato anche in forti dosi (50 cgr. cinque volte al giorno, ed anche più).

Il cloridrato di eroina nelle emottisi

Secondo le vedute di A. NARIO (Ospedale Fermin Ferreira, Montevideo, *Rivista Medica Latino-Americana*, 1927, n. 140) le emottisi sarebbero mantenute dalla tosse espulsiva, che ostacola la formazione del trombo sia nei vasi aperti, sia nei capillari polmonari, sui quali la tosse espulsiva ha una influenza veramente grave.

L'Autore ha quindi esperimentato parecchie sostanze per sopprimere la tosse espulsiva, il che avrebbe portato come conseguenza l'arresto della emottisi.

Il solo preparato veramente efficace è stato il cloridrato di eroina; una iniezione di 1 cmc. di una soluzione al 0.5 % fa cessare l'emottisi dopo qualche minuto; d'altra parte l'ammalato non tosse più per qualche ora; col riprendere della tosse verranno espulsi dei coaguli nerastri, che riveleranno la cessazione del fenomeno emorragico attivo prodottosi nel parenchima polmonare.

Nessun altro presidio terapeutico (ghiaccio, bevande ghiacciate, immobilità assoluta) è più necessario: l'ammalato resterà coricato o semiseduto, prenderà del latte, zuppe tiepide, uova; i movimenti vanno limitati, ma il paziente non sarà assolutamente ridotto all'immobilità, come era finora richiesto.

Questo trattamento sarebbe efficace anche quando l'emottisi è imponente.

EPIDEMIOLOGIA

Il cavallo nella diffusione della difterite

PANISET (Riferito in *Rassegna Italiana di Oto-rino-laringologia*, n 4, 1927) della Scuola di medicina veterinaria di Alfort, ha tenuto alla Facoltà di medicina di Parigi una conferenza, nella quale, fondandosi su una serie di fatti nuovi, ha riconvalidata l'ipotesi, già altra volta emessa che gli equini hanno importanza nella diffusione della difterite umana. Così nell'esercito è stato notato che le epidemie di difterite cominciano quasi sempre nell'arma di cavalleria, nella quale spesso rimangono localizzate. Inoltre, quando si scelgono i cavalli per la produzione del siero antidifterico, si trova spesso che essi contengono già nel siero di sangue un'alta percentuale di antitossine. Ciò fa supporre che detti cavalli abbiano già contratto l'infezione e che si siano immunizzati contro di essa. D'altra parte il bacillo difterico è stato spesso isolato dal pus nasale, nonchè dal pus di ascessi, del cavallo.

L'A. crede che se gli equini non sono agenti di propagazione del bacillo di Löffler, ne sono per lo meno depositari; è perciò che la graduale sostituzione delle automobili ai cavalli nell'esercito dovrà contribuire alla graduale scomparsa in questo della difterite.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Ekropharm nella cura del fluor vaginalis. — L'Ekropharm si presenta sotto forma di supposite, a base di saccarosio, glicerina, amido e protargolo al 2 %; queste supposite vengono una volta al giorno, preferibilmente di sera, introdotte nella vagina della paziente, dove si sciolgono rapidamente.

In molti casi secondo H. SCHOTTMULLER (Policlinica medica dell'Università di Amburgo, Ospedale Eppendorfer, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 20) si ha la guarigione in pochi giorni o in qualche settimana.

L'Ekropharm si dimostra non privo di efficacia anche nelle forme gonococciche; secondo l'A. il principio attivo del medicamento non risiede esclusivamente nel protargolo, ma anche nelle altre sostanze che vi sono associate.

Digitized by Google

FORMULARIO

Nelle eczematizzazioni secondarie. — L'eczematizzazione è la espressione di una irritazione, molto spesso da causa esterna, prodotta su lesioni primitive di varia natura. Bisogna curarla come un vero eczema regolandosi con lo stato delle lesioni.

In una fase flogistica acuta con edema della parte gioverà una terapia appropriata con polveri inerti o con una crema al carbonato di magnesia, dalla formula:

Lanolina anidra Olio di mandorle dolci	anagr. 10
Carbonato di magnesia leggiero	
Acqua	da 50 a 60 gr.

In alcuni casi questa medicazione calmante non risponde e bisogna senz'altro passare ad un trattamento energico con pomate al catrame. Si può usare con vantaggio la seguente formula:

Olio di cade Lanolina Vasellina	anagr. 10
Solfo precipitato Cinabro Resorcina	anagr. 1

(SABOURAUD)

(H. GOUGEROT. *La Dermatologie en clientèle*, N. Maloine Ed. Paris, 1927).

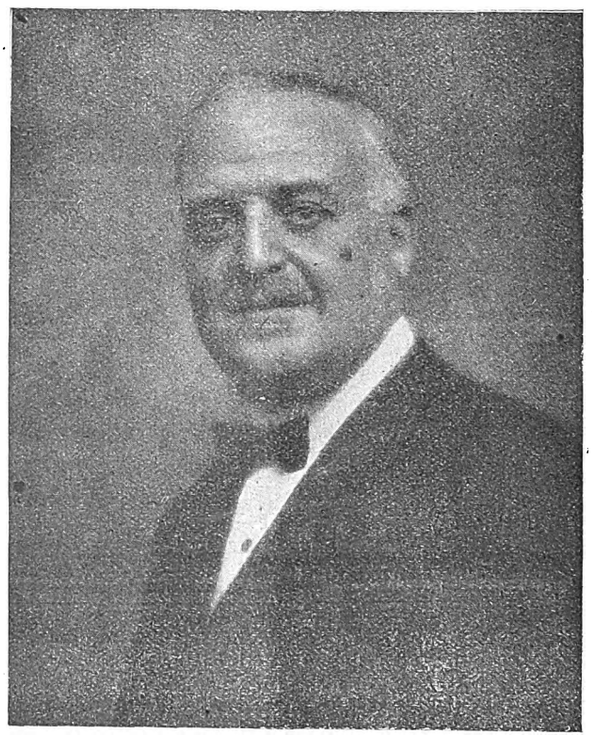
□□□

I NOSTRI CLINICI

ROCCO JEMMA

Non è ancora spenta l'eco del successo del XII Congresso Italiano di Pediatria, di cui pubblichiamo in altra parte di questo fascicolo un ampio riassunto, dove la Scuola Napoletana ha portato, come sempre, il suo vasto contributo di organizzazione e di studio in tutti i campi della specialità. Di questo fervore di lavoro scientifico ben condotto e sapientemente indirizzato è stato ed è animatore instancabile Rocco Jemma, a capo oggi di una delle Scuole più fiorenti d'Italia.

Iniziato alla fine indagine semeiologica dai grandi maestri napoletani, perfezionato nelle indagini di laboratorio alla scuola di Maragliano, Rocco Jemma è senza dubbio uno dei Clinici più completi ed una delle figure più rappresentative dell'insegnamento della Pediatria in Italia.



Non appena laureato, dalla gloriosa scuola medica di Napoli passò a Genova presso la Clinica del Maragliano ardito assertore di nuovi veri e di nuove conquiste nei vari campi della medicina. Ivi, con l'esempio e la guida del grande maestro genovese, Rocco Jemma potè completare la propria personalità scientifica, conseguendo anche nel 1897 la libera docenza in patologia medica. In questo periodo pubblicò importanti lavori sulla meningite, sulla puntura lombare, sul tifo, sulla tubercolosi ecc.

Si iniziava, intanto, in Italia l'insegnamento della Pediatria col Fede, col Cervesato e col Mya ed il giovane studioso intravedendo tutto un nuovo campo di attività decise di dedicarsi allo studio della clinica infantile.

Si recò allora a Parigi addestrandosi nella disciplina nelle Cliniche di Grancher, Hutinel, Marfan, Jacquet. Ritornato a Genova riprese la sua attività nella Clinica di Maragliano occupandosi esclusivamente dello studio della patologia infantile, sì che nel 1899 ottenne la docenza in Clinica Pediatrica.

Edoardo Maragliano, che già intravedeva tutta l'importanza cui l'insegnamento della Pediatria doveva pervenire, istituì uno speciale reparto infantile nella Clinica e ne affidò la direzione al Jemma.

Per ben sei anni così, Rocco Jemma anche per incarico della Facoltà di Medicina Genovese insegnò Pediatria formando il primo nucleo della Scuola Pediatrica Genovese.

Nel 1904, in seguito a concorso assurgeva all'insegnamento ufficiale, chiamato a dirigere la Clinica Pediatrica della R. Università di Palermo.

La cattedra di Pediatria in quella Università era di nuova istituzione e tutto si doveva impiantare, dalle sale al laboratorio, ai mezzi didattici. Ciò diede occasione al giovine e già provetto insegnante di mettere in evidenza le sue spiccate qualità di didatta e di organizzatore.

In poco più di tre anni sorse un Istituto Clinico e scientifico riccamente fornito di sale, di laboratori, di ambulatori, in tutto rispondente alle moderne esigenze della Scienza.

Attratti dall'opera e dal sapere del giovine maestro, ben presto una eletta schiera di giovani energie si raccolse intorno a Lui, formando quella Scuola di Pediatria continuatasi poi a Napoli e che oggi può dirsi una delle più fiorenti di Europa. Molti fra gli allievi di Rocco Jemma sono oggi alla cattedra, molti ancora sono docenti liberi, professionisti stimati. Sono alla Direzione di Cliniche Pediatriche, Caronia a Roma, Di Cristina a Palermo, Cannata a Messina, Maggiore a Bari, Nasso a Perugia.

Nel 1913, per la morte di Francesco Fede si vacò la Cattedra di Clinica Pediatrica a Napoli, e la Facoltà Medica Napoletana non esitò, con voto unanime, a chiamare Rocco Jemma che dovette creare ancora un nuovo Istituto, dare impulso maggiore alla sua Scuola.

La scuola Pediatrica di Napoli infatti, sotto la illuminata guida di Jemma ha prodotto un vasto materiale scientifico, costituito da contributi, da lavori e da ricerche originali in tutti i rami della specialità, si da tenere alto il nome della scienza medica italiana.

Ha impresso poi indelebilmente il suo nome alle conquiste scientifiche moderne con la terapia specifica della Leishmaniosi, strappando ogni anno numerosi piccoli infermi alla morte.

Quasi tutta la produzione scientifica della Scuola di Pediatria Napoletana è raccolta nella bella rivista quindicinale dal Jemma diretta « La Pediatria » e nell'« Archivio di Pediatria ». Queste due pubblicazioni periodiche, che raccolgono quanto di più importante si va compiendo nel campo delle scienze pediatriche, sono fra le più lette e diffuse della specialità ed onorano altamente la stampa medica italiana.

L'attività di Rocco Jemma non si è soltanto esplicata quale eletto insegnante di Pediatria. Egli si è anche affermato quale sociologo fra i più eminenti.

A tal uopo ha dato il massimo incremento alla funzione di assistenza all'infanzia.

Ha quindi ampliato le infermerie della Clinica, ha istituito nuovi ambulatori curando principalmente quelli per i bambini tubercolotici e per i lattanti, ha dato tutta la sua attività all'ospedale per bambini Pausilipon ed alla Società Napoletana Antitubercolare.

Ma, Rocco Jemma non è ancora soddisfatto della sua opera. Egli non è ancor pago del lavoro compiuto, e molto ne ha prodotto per il bene della umanità e per l'incremento della Scienza; un suo grande sogno sta per realizzarsi, la nuova grande Clinica Pediatrica sta sorgendo ed è in avanzata costruzione. Egli non vuole che ancora se ne parli e noi rispettiamo questo suo desiderio. Certo, però, una nota è riuscita cara al suo cuore: lo svolgimento dei lavori del Congresso nella bella Aula della nuova Clinica e che precede di poco la inaugurazione della Clinica stessa.

Fra non molto, infatti, Napoli avrà completa nel suo funzionamento una fra le più belle e grandiose cliniche d'Italia, la cui costruzione poteva sembrare utopia in altri tempi e che per opera dello Jemma e di un degno rappresentante del governo Fascista, S. E. Castelli, è ormai un fatto compiuto.

Così in questa nuova Clinica che comprenderà anche un grande ospedale infantile, numerosi piccoli ammalati potranno essere accolti in ambienti, dove non faranno difetto la luce e l'aria, fattori principali della salute.

R. RUMMO

Digitized by Google

LIBRI ED OPUSCOLI

CASTIGLIONI A. e SCARPELLINI A. *Storia dell'Igiene, Microscopia e sue applicazioni all'Igiene e alla Medicina.* (Vol. I del Trattato Italiano d'Igiene pubblicato sotto la direzione di O. Casagrandi) 1 vol. di pagg. 204 con 3 tavole a colori e 123 figure. Ed. Unione Tipografico-Editrice Torinese. Torino 1926. Prezzo L. 25.

Questo primo volume del grande Trattato Italiano d'Igiene è di indole nettamente preparatoria: e ciò si è voluto espressamente dagli AA. i quali si dichiarano persuasi che per chi si dedica all'Igiene esiste la assoluta necessità di possedere buone e provate basi di conoscenze di laboratorio, tanto più che da tutti è noto quanto grandi siano le difficoltà che si incontrano oggidì per raccogliere queste basi senza buoni e moderni testi di Batteriologia, di Microscopia, di Chimica, di Parassitologia ecc.

La parte strettamente tecnica è preceduta da una rapida esposizione della Storia dell'Igiene, redatta dallo storico della Medicina dell'Università di Padova, Prof. Castiglioni, il quale dipartendosi dalle epoche più remote allorchè l'empirismo ispirava le legislazioni igieniche e giungendo ai tempi moderni in cui le basi dell'Igiene sono divenute granitiche perchè fondate sull'esperimento, dà una completa ed interessante visione dell'Igiene di tutti i tempi e di tutte le genti.

Nella parte speciale trova descrizione innanzi tutto il microscopio con tutta la tecnica ad esso riferentesi, descrizione che è completa sotto ogni aspetto, permettendo allo studioso di poter conoscere tutti i pezzi del suo apparecchio, gli apparecchi ausiliari, le notizie circa la microfotografia. Successivamente sono esposti tutti i metodi di ricerca microscopica, sugli alimenti e sui liquidi e produzioni animali (sangue, fecce, urine, saliva ed espettorato; essudati e trasudati, peli e squamme).

In complesso si può ben dire che questo volume è degno inizio del grandioso trattato d'Igiene, originale ed italiano, alla cui compilazione concorrono i nostri più grandi Maestri d'Igiene, nonchè valorosi e provetti cultori di singole branche igieniche, direttori di servizi sanitari, civili e militari, epidemiologi, statisti, ingegneri sanitari.

PERRONCITO A. *Rigenerazione e trapianti.* Trattato di Anatomia Patologica per medici e studenti, pubblicato dal Prof. P. Foà V. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1927. Puntata di pag. 155, con 72 figure in parte a più colori. Prezzo L. 22.

Questa puntata costituisce il Capitolo quinto della Parte Generale della notevole opera italiana di elaborazione.

La prima parte del presente fascicolo tratta della Rigenerazione, esponendone in 78 pagine le singole cognizioni in riguardo ai diversi tessuti ed organi.

Da pag. 79 a 144 sono esposte e discusse le moderne acquisizioni sugli innesti o trapianti.

Completano la puntata un elenco bibliografico e due indici, per materia e per autori.

AIEVOLI

WULLSTEIN e KUTTNER. *Trattato di Chirurgia.* Traduzione italiana. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1927. Disp. 7 e 9. Prezzo L. 20 ciascuna.

La dispensa 7ª riguarda il volume 2° della nota opera tedesca, e va da pag. 321 a pag. 480, e dalla fig. 243 alla fig. 367. Vi sono esposte le fratture e lussazioni dell'arto superiore e di quello inferiore, per opera di Guleke e Magnus. Segue una esposizione delle malattie infiammatorie, micotiche e blastomatose delle ossa. Ottime le figure illustrative.

La dispensa 9ª si divide in due parti. La prima da pag. 801 a pag. 864 fa parte del vol. I. Vi si trovano studiate dal Wullstein le ernie esterne ed interne; dal Voelcker le malattie chirurgiche degli organi urinari e genitali.

Dalla pag. 481 a pag. 576 fa parte del vol. II. Anschütz sviluppa le malattie delle articolazioni: artriti infettive e croniche.

Segue un capitolo del Ritter sulle amputazioni e disarticolazioni. Molto nitidi i *clichés*.

AIEVOLI

Atti del VI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro (Malattie professionali). Venezia, 1-4 giugno 1924; compilati per cura del dott. A. Dian. Venezia, ed. tip. Bertotti, 1926.

Driessen H. E. *La valeur de la quinine et du mercure pour traiter la malaria et la combattre.* Ed. dell'«Institut Italien de Biologie», Roma, 1925.

Pollara D. *Contribution à la lutte antipaludéenne.* Ed. dell'«Institut Italien de Biologie», Roma, 1925.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA FIRENZE

Esposizione di Storia della Scienza. — Il prof. Andrea Corsini, Direttore dell'Istituto di Storia delle Scienze presso la R. Università e attivo segretario della Società di Storia delle Scienze mediche e naturali, ha propugnato la nobile idea di una Esposizione nazionale. Col fervido consenso, anzi con i caldi elogi dell'on. Mussolini, nel prossimo anno questo 1° Raduno dei più preziosi cimeli di storia delle scienze italiane avrà luogo in Firenze. La Sezione medica sarà una delle più ricche ed interessanti. Già è iniziato il vasto lavoro di preparazione e di raccolta in ogni parte d'Italia. Il Comitato organizzatore ha sede in via Ginori, 13, Firenze, e là potranno rivolgersi quanti desiderino contribuire alla bellissima iniziativa.

Istituto per le ricerche psicofisiologiche sull'aviazione. — Questo Istituto è stato di recente intitolato alla memoria di Gino Galeotti, che tanto sagace impulso dette alle ricerche psicofisiologiche in aviazione.

Conferenze alla Scuola di Sanità militare. — Anche quest'anno sarà ripreso l'ormai consueto ciclo di conferenze dettate da personalità illustri delle Scienze medico-chirurgiche, che, per iniziativa del charissimo Colonnello Prof. Grixoni, si tengono da qualche anno alla Scuola di Sanità Militare. Questa feconda cooperazione fra Medicina civile e militare è veramente degna di ogni lode.

Corsi speciali di pediatria. — Nella fiorente Clinica Pediatrica diretta dal prof. Comba sono appena cessati i corsi accelerati di puericultura per medici condotti che già si iniziano quei corsi di perfezionamento in Clinica pediatrica che tanto successo ebbero negli anni decorsi. I corsi hanno la durata di un biennio; e le lezioni saranno impartite oltre che dal Direttore della Clinica da un valoroso complesso di chiari specialisti delle singole materie insegnate.

Nuova istituzione assistenziale. — L'Arciconfraternita della Misericordia, secolare istituzione religiosa di beneficenza, tradizione caratteristica di Firenze e di altre città e paesi toscani, ha aperto nel centro della città un vasto e bene attrezzato ambulatorio per i suoi numerosissimi soci e per i poveri, che si è inaugurato pochi giorni fa con solenne cerimonia alla presenza delle Autorità. La modernità dell'impianto, la valentia dei numerosi medici e chirurghi e specialisti che vi presteranno la propria opera, l'affetto che i fiorentini hanno per questa loro antichissima istituzione, hanno suscitato il più vivo interesse per questo che è molto più di un semplice ambulatorio e la cui apertura ha assunto l'importanza di un vero avvenimento. Direttore esimio ne è l'illustre prof. Stori, fino a poco fa chirurgo primario dell'Arcispedale di S. Maria Nuova.

L. C.

NOTIZIE

Onorificenze. – Al dott. Henri Bourdon, radiografo dell'Ospedale Saint-Louis di Parigi, è stata assegnata la croce di cavaliere della Legion d'onore. Egli ha al suo attivo 41.564 radiografie e radioscopie eseguite dal 1907 al 1914, e 18.507 dal 1915 al 1918; recentemente, però, è rimasto vittima dell'opera nefasta dei raggi X e si è dovuto sottoporre a ben otto interventi chirurgici, per cui è rimasto privato dell'uso della mano sinistra, e ad un nono intervento più grave, l'ablazione del rene.

— Il dott. René Guillet, maggiore medico di 2ª classe delle truppe coloniali francesi, è stato citato all'ordine della nazione francese essendo morto al Senegal, vittima del dovere, per aver colà contratto la febbre gialla.

Concorso per un manuale sull'igiene della fanciullezza.— La Reale Società d'Igiene di Milano, a nome e per incarico della Cooperativa Farmaceutica di Milano, aprè un Concorso tra medici italiani per un *Manualetto di Igiene della fanciullezza,* intesa dall'ottavo al quindicesimo anno di vita.

Il Concorso è dotato di un unico premio di L. 5000.

Il lavoro dovrà essere di mole non eccessiva, e cioè all'incirca di 175 pagine di formato editoriale (18×22), corpo 10; dovrà essere scritto in forma piana, semplice, attraente, e comprensibile anche dalle persone di modesta coltura.

Nel Manuale dovranno trovare adeguato svolgimento tutti gli argomenti riguardanti lo sviluppo del ragazzo, l'alimentazione, il vestiario, l'istruzione, l'educazione fisica e psichica, i giuochi, lo sport, i pericoli del tabacco e dell'alcool; i problemi della vita sessuale; l'orientamento professionale e la scelta del mestiere o dell'indirizzo di studi; i sentimenti famigliari, patriottici e morali; l'educazione della volontà, le eventuali

Digitized by Google

deficienze intellettuali e morali e i provvedimenti più indicati a ripararvi, ecc., ecc.

Il lavoro per cui è aperto il concorso dovrà far parte della collezione: *L'Allevamento Umano*, edita dalla Cooperativa Farmaceutica di Milano, attualmente composta dei seguenti volumetti: *Consigli alle future madri*, del prof. Emilio Alfieri; *Igiene della prima infanzia*, del prof. A. Del Piano; *Igiene dell'infanzia, dal primo al settimo anno di vita*, del dott. Angelo Arcelli.

I lavori destinati al Concorso dovranno essere inediti.

I concorrenti dovranno inviarli, in almeno tre esemplari dattilografati, a mezzo raccomandata, oppure consegnarli direttamente, alla Sezione Editoriale della Cooperativa Farmaceutica in Milano (113), via Passione, 8, non più tardi delle ore 16 del giorno 30 aprile 1928, ritirando regolare ricevuta.

Il nome dell'autore dovrà essere presentato contemporaneamente, in busta suggellata e contrassegnata con un motto che sarà ripetuto sul manoscritto.

Un aeroplano sanitario offerto dalla C. R. I. alla flotta aerea. La C. R. I. ha aperto una sottoscrizione fra i soci per offrire un aeroplano sanitario alla Nazione. La quota di sottoscrizione non dovrà essere inferiore a L. 5 nè superiore a L. 10.

Corsi pratici per medici presso l'Ospedale Maggiore di Milano. — E' aperta a tutto il 31 dicembre 1927 l'inscrizione ai Corsi di Insegnamento Pratico per Medici presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore. (Via Ospedale, 5).

I corsi di insegnamento pratico avranno inizio il 1° dicembre 1927 e comprenderanno: a) Lezioni di Anatomia Patologica, di Igiene-Tecnica Opitaliera e Dietetica obbligatorie per tutti gli iscritti ai corsi, (da dicembre a giugno). b) Lezioni di Medicina Interna e Chirurgia Generale (da dicembre a giugno). c) Esercitazioni pratiche giornaliere (ore 8-10, 15-16,30 dal 1° dicembre al 30 ottobre 1928), di Medicina Interna (divisioni 7), di Chirurgia Generale (divisioni 7) nelle Divisioni Ospitaliere, alle quali gli iscritti saranno assegnati in numero non superiore a 10 per ogni divisione e ciò perchè possano veramente addestrarsi nell'esercizio pratico della professione. d) Corsi brevi di Tecniche Diagnostiche e Terapeutiche (aprile-maggio).

Quota d'iscrizione, L. 100; pei soli corsi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, la quota è di L. 50. Alla fine dei corsi sarà rilasciato uno speciale certificato.

Per la poliomielite anteriore acuta. — Il Prefetto di Torino ha diretto ai Podestà ed agli Ufficiali Sanitarii della provincia una circolare in cui, vista la diffusione epidemica in varie località dell'Estero della poliomelite acuta si ricorda il Decreto Ministeriale 15 ottobre 1923 che rende obbligatoria la denuncia, da parte dei Sanitari, di ogni caso accertato, od anche sospetto, di poliomielite anteriore acuta.

Si rammenta ancora che tale malattia è designata con varia nomenclatura ed agli effetti della denuncia e dei provvedimenti profilattici è utile tener presente delle sinonimie più frequenti che sono le seguenti: Poliomielite anteriore acuta; Malattia di Heine-Medin; Paralisi spinale infantile; Paralisi essenziale dei bambini; Paralisi infettiva ed epidemica acuta.

I provvedimenti profilattici più importanti ed essenziali che dovranno adottarsi sono i seguenti:

1) Isolamento rigoroso degli ammalati nel periodo acuto per la durata da 3 a 6 settimane; 2) Allontanamento dei ragazzi dalla casa; 3) Raccolta scrupolosa e disinfezione di tutti gli oggetti che sono stati in contatto con gli ammalati e le loro evacuazioni; 4) Vigilanza severa e continuata sulle persone delle famiglie per evitare contagi ad altri, e scrupolosa pulizia degli ambienti, evitando il sollevamento della polvere che è uno dei mezzi più facili di trasmissione della malattia.

Se la malattia si manifestasse in una scuola, questa dovrà subito essere chiusa fino a disinfezione completa e rigorosa di tutto l'ambiente e degli oggetti della scuola.

Festeggiamenti nel Brasile a medici italiani. — L'Accademia di Medicina di Rio de Janeiro ha tenuto, in occasione della recente Conferenza interparlamentare, una riunione solenne alla quale intervennero S. E. il sen. Mangiagalli e tutti gli altri medici parlamentari recatisi nel Brasile, tra i quali i proff. Fano e Paolucci. Il prof. Fano ha illustrato alcune sue ricerche sul cuore embrionale, confermando la legge biologica secondo la quale un organo o un essere sono tanto più evoluti quanto più eccitabili e meno automatici; il prof. Paolucci ha esposto alcuni suoi casi di ascaridiosi chirurgica con processi di periduodenite e di mesenterite fibrosa retrattile; il prof. Mangiagalli ha parlato della organizzazione dell'Istituto Vittorio Emanuele III, per gli studi sul cancro, di Milano.

— Al prof. Mingazzini, in occasione della sua partenza per l'Italia, la Facoltà medica di Rio de Janeiro ha offerto un pranzo, presieduto dal Magnifico Rettore dell'Università.

NECROLOGIO

CLEMENTE ROMANO

Il 13 u. s. si è spento in Napoli il prof. Clemente Romano, già ordinario di Clinica ortopedica ed emerito nella R. Università di Napoli. Nato a Benevento il 4 marzo 1847, si laureò a Napoli nel 1870 e nel 1873 si recò all'Estero risiedendo per circa due anni nei vari centri sedi di Università per perfezionarsi nelle discipline chirurgiche. Fu assistente nella Clinica chirurgica del Gallozzi e nel 1876 conseguì per esami la libera docenza in patologia chirurgica, presentando due apprezzatissime monografie su « La coxalgia » e su « La pseudoartrosi »; per titoli, poi, ottenne la libera docenza in propedeutica chirurgica ed in medicina operatoria. Nel 1877 cominciò il suo insegnamento libero e nel 1879 fu nominato per pubblico concorso chirurgo dell'Ospedale di Loreto, dove nel 1882 istituì una Clinica Ortopedica. Nel 1880 entrò sempre per esami come chirurgo nell'Ospedale degli Incurabili, poi, per titoli, fu nominato chirurgo dell'Ospedale della Pace e del 2° Gruppo delle Opere Pie di Napoli.

Con spirito di grande abnegazione, si coperò per la cura dei feriti del terremoto di Casamicciola, e nel 1884 si prodigò per la cura dei colerosi in Napoli. Nel 1886 fu nominato medico capo di 2ª classe del Corpo Sanitario Militare Marittimo.

Nel 1898 fu incaricato dell'insegnamento di Ortopedia nella Università di Napoli e poi ebbe il grado di professore straordinario e quindi quello di ordinario di detta materia e di Direttore della Clinica ortopedica.

Era socio ordinario dell'Accademia medico-chirurgica e dell'Associazione dei Medici Naturalisti di Napoli, socio delle Società italiane di chirurgia, di ortopedia, di pediatria, di quella del progresso delle Scienze, dell'Accad. degli aspiranti naturalisti, della Lega per la pubblica moralità di Napoli; chirurgo consulente degli Ospedali Incurabili e Riuniti, dei Pellegrini, Elena d'Aosta, di Loreto e della Vita di Napoli, degli Ospedali di Benevento e di Castellammare di Stabia, consulente dell'Officina protesi dell'Opera nazionale per l'Assistenza degli Invalidi e Mutilati di guerra. Fu pure Presidente della Società Italiana di Ortopedia, Direttore dell'Ospizio Termale del Monte della Misericordia in Casamicciola, Consigliere del Comitato della Croce Rossa Italiana, Rettore dell'Università popolare di Napoli, ecc. ecc.

Ha pubblicato più di 60 lavori scientifici, in chirurgia generale e in ortopedia, fra i quali i più notevoli sono: « Malattie delle articolazioni; sul piede torto varo-equino congenito; il raddrizzamento brusco e la osteotomia nella cura del ginocchio valgo; enterectomia ed enterorrafia; grave mano torta congenita; isterectomia infravaginale; emiplegia e convulsioni jaksoniane; l'intervento chirurgico nell'epilessia idiopatica; emielia toracica bilaterale; genu recurvatum; patologia e cura del ginocchio varo; rendiconto statistico di tre quinquenni di clinica ortopedica ». Pubblicò pure un'opera letteraria: « Apoftegmi di sapienza latina ».

Come titolo di onorevole ricordo, sta il fatto che il Prof. Romano fu il primo professore ufficiale di ortopedia nelle Università Italiane.

Uomo forte e buono, vero galantuomo, distinto cultore anche di discipline letterarie, pur essendosi ritirato dall'insegnamento ufficiale per limiti di età, non si era però mai allontanato dalla vita scientifica e professionale, che lo appassionava ancora molto e nella quale dimostrava un equilibrio di giudizi, frutto di ben matura esperienza.

Al figliuolo del compianto Maestro scomparso, dott. Gustavo, Aiuto della Clinica Dermosifilopatica nella Università di Napoli, alla famiglia tutta vadano le nostre più sentite condoglianze.

R. Rummo

PROPRIETÀ LETTERARIA
Direttore Responsabile: Alberto Botti
Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 7 Novembre 1927 – Anno VI — N. 45

ARGOMENTI DEL GIORNO

IL PROBLEMA NAZIONALE DELL'ALIMENTAZIONE

Discorso inaugurale tenuto alla XVI Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze (Perugia 30 Ottobre 1927)

dal

prof. FILIPPO BOTTAZZI

Presidente della Società Italiana per il Progresso delle Scienze

Introduzione

Il problema dell'alimentazione, mentre è di estrema complessità e di fondamentale importanza fisiologica, tocca d'altro canto i più vitali, i più gelosi interessi della Nazione. Perchè, in somma, un'alimentazione razionale, cioè fondata su principii rigorosamente scientifici, è la prima necessità della vita e condizione imprescindibile d'ogni efficace attività lavorativa; e solo un popolo che riceva dalla sua terra gli alimenti che gli abbisognano può dirsi sicuro in casa sua, quando alle porte infuria la tempesta e il nemico sbarra le vie del mare.

L'argomento può sembrare banale solo a chi ne ignori i molteplici aspetti che presenta all'agricoltore, allo zootecnico, al fisiologo, al medico, allo statistico, all igienista, a coloro ai quali incombe l'obbligo di provvedere alla sana nutrizione di vasti gruppi di lavoratori, ai capi responsabili della sanità dei cittadini, civili e militari. In realtà dalla soluzione che ciascun popolo dà al problema della nutrizione dipende, non soltanto il suo benessere attuale, ma anche il suo avanzamento intellettuale.

La complessità del problema resulta dal fatto che nello studio di esso debbono concorrere le più disparate discipline. Bisogna, in primo luogo, conoscere le proprietà fisiche e chimiche degli alimenti, la loro digeribilità, e la capacità degli organismi di utilizzarli. Fino a poco tempo fa, l'analisi chimica di essi consisteva nelle determinazioni del contenuto in acqua e residuo secco, in proteine, idrati di carbonio, grassi e sali inorganici; ma ora intende di preferenza a chiarire la struttura molecolare delle sostanze nutritive, e a cercare i rapporti tra essa e il loro valore fisiologico. Esistono volumi di tabelle, in cui sono raccolti, oltre ai dati concernenti la composizione chimica degli alimenti e delle varie parti costituenti uno stesso prodotto vegetale o animale, anche quelli relativi al loro valore calorico; onde agevole cosa è comporre con ogni diligenza la razione alimentare da assegnare a questo o quell'individuo o a gruppi d'individui, conformandola a criteri fisiologici rigorosamente stabiliti in relazione con l'età e col sesso, con l'estensione dell'area superficiale del corpo, col clima e la stagione, con lo stato di riposo o di attività del soggetto, con la varia natura e intensità del lavoro che questi abitualmente compie, con le sue diverse condizioni fisiologiche o patologiche ecc. Ma i dati ai quali accenno ci sono per la massima parte forniti da sperimentatori d'altri paesi, e si riferiscono a prodotti vegetali e animali d'altre terre. Ora, poichè la composizione chimica degli alimenti non è la stessa qualunque sia la loro provenienza, una prima necessità per noi è quella di determinare con metodi analitici perfezionati la composizione chimica, le proprietà fisiche e la utilizzazione fisiologica degli alimenti che fornisce la nostra terra; e fare ciò, non una volta tanto, ma anzi annualmente, perchè i prodotti alimentari variano, non solo di paese in paese, ma anche di anno in anno. A prova di ciò basti rammentare come in una stessa varietà di grano rumeno, esaminato di recente, per sei anni consecutivi, lo Zaharia ha trovato che il contenuto in proteine può presentare un valore massimo due volte e mezzo superiore al minimo, il contenuto in grassi 1,8 volte, e quello in celluloso e in ceneri rispettivamente 2 volte e 2 volte e 1/5. Non solo può variare di anno in anno e di luogo in luogo il peso di un ettolitro della stessa varietà di frumento, ma variano anche il volume dei grani, la sfarinabilità, il contenuto in proteine (dall'8,5 al 21,5 per cento), in grassi (dall'1,45 al 2,65 %), in celluloso (dall'1,65 al 3,35%), in ceneri (dall'1,35 al 2,95%). E' quindi evidente la scarsa attendibilità dei valori medi, e come sia imprudente servirsi di questi per determinare la razione alimentare. E se si pensi, che analoghe differenze di composizione chimica presentano le carni, i latticini e tutti, in somma, i prodotti alimentari, ovvia ne deriva la necessità di analizzare tutti quelli che sono effettivamente consumati, se si vuole aver la certezza che la razione assegnata corrisponde al suo valore teorico.

L'osservazione ingenua della natura permette di rilevare che gli animali e gli uomini si alimentano assai diversamente secondo la specie loro, la regione della terra ove dimorano, il clima, la stagione e altre circostanze. Tutti vivono, si riproducono, lavorano; ma l'alimentazione loro, i processi metabolici che si svolgono nei loro tessuti, non possono essere identici negli erbivori e nei carnivori, negli Eschimesi e negli abitanti delle regioni equatoriali, negli alpigiani e nei pugliesi o siciliani. Ora le grandi differenze che rileviamo a questo riguardo, come ci ammoniscono a non essere troppo corrivi nell'applicare a ogni popolazione principii fisiologici concernenti la nutrizione e razioni alimentari stabilite per un dato popolo, o per un determinato gruppo di individui, in una sola stagione dell'anno e in una data contrada, sotto l'influenza di una sola condizione esteriore, come temperatura, altitudine ecc., così ci fanno obbligo preciso di determinare singolarmente per le varie classi di lavoratori del nostro popolo e delle varie regioni del nostro paese, nelle differenti condizioni, le loro esigenze nutritive normali. In altre parole, noi non dobbiamo servirci di dati raccolti da studiosi americani o tedeschi e applicati ai lavoratori italiani, ma dobbiamo procurarci da noi i dati fisiologici occorrenti per stabilire con sano criterio la razione alimentare dei vari lavoratori, del contadino della Puglia e del montanaro, del soldato e del marinaio in tempo di pace e in tempo di guerra.

L' aspetto quantitativo del problema dell'alimentazione

Il problema alimentare presenta due aspetti generali, egualmente importanti: quello della quantità e della qualità. Occupiamoci innanzi tutto del primo.

Si calcola che noi spendiamo almeno un quarto della entrata totale per l'acquisto di derrate alimentari. E giova tener presente, che la nostra terra non è più, oggi, la *magna parens frugum* che Virgilio (Georg., II, 173) giorificò; e che dei 28 milioni e mezzo di ettari del nostro territorio nazionale, appena 12 e mezzo sono terreni seminativi semplici o coperti di piante legnose, cioè produttivi di alimenti vegetali; onde l'Italia è costretta ad importare circa un terzo del grano occorrente alla sua popolazione; mentre l'importanza dei bovini, delle carni congelate e di altri alimenti animali (materie grasse, formaggi, baccalà, stoccafisso, tonno, ecc.) raggiunge anch'essa cifre rilevantissime.

Nessuna delle grandi nazioni europee vive esclusivamente dei prodotti della propria terra e del proprio patrimonio zootecnico; ma le Americhe e l'Australia possono bastare a sè stesse e alimentare almeno tre dei grandi stati europei. Tutte le nazioni europee importano derrate alimentari, hanno cioè una bilancia alimentare passiva; ma nel periodo 1909-1913 l'Italia, a questo riguardo, veniva ultima, con l'11,69 % delle calorie occorrenti, dopo la Germania che ne importava il 12,82 %, la Francia col 15,15 % e l'Inghilterra col 58,27 %. La nostra minore importazione, però, oltre che essere di per sè gravosa per un paese povero come il nostro, rivela, pur troppo, non una produzione proporzionalmente maggiore, ma un consumo minore di quello che sarebbe fisiologicamente richiesto, in altre parole uno stato di cronica insufficiente alimentazione. Infatti, stabilita pure, secondo la « Commission Scientifique Interalliée du Ravitaillement (C.S. I. R.) », in 3300 calorie (Cal) lorde la razione giornaliera dell'«uomo medio », prima della grande guerra soltanto l'Italia aveva il triste privilegio di una bilancia fisiologica passiva, perchè mentre « l'uomo medio »

Digitized by Google

tedesco riceveva	4050 Cal *pro die,*
l'inglese ne riceveva	3704
il francese	3644
l'italiano ne riceveva solo	3119

vale a dire, mentre tedeschi, inglesi e francesi (non parliamo degli americani!) disponevano d'una razione eccedente la normale rispettivamente di 740, 404, 344 Cal, gl'italiani disponevano di una inferiore di 181 Cal alla minima normale.

Noi affrontammo, dunque, la guerra in condizioni d'inferiorità anche alimentare. Ho già dimostrato e non tornerò qui sull'argomento, come, per l'impreparazione scientifica di coloro ai quali fu commesso il grave incarico di provvedere all'alimentazione dei nostri soldati, questi ricevettero, fino a Caporetto, una razione giornaliera insufficiente per quantità e qualità. Ma la C. S. I. R. stabilì per il nostro esercito e per la nostra marina una razione di:

3.300 Cal per le truppe territoriali (1000 soldati = 1000 « uomini medi »).

3.900 Cal per le truppe combattenti (1000 soldati = 1182 « uomini medi »).

4100 Cal per le truppe in montagna (1000 soldati = 1,242 « uomini medi »).

4100 Cal per le reclute (1000 soldati = 1.242 « uomini medi »):

razioni soddisfacenti, nel tempo stesso, alle esigenze fisiologiche ed a quelle derivanti dalla difficoltà di approvvigionamento dei paesi alleati.

Ma se le nostre truppe si giovarono un poco delle decisioni della C. S. I. R., ancor che meno delle inglesi e delle francesi, che, come le stesse tedesche, ricevettero, perfino nelle retrovie, razioni di molto superiori, quelle decisioni giunsero, disgraziatamente per noi soli, troppo tardi, dopo Caporetto, di cui causa non ultima fu l'insufficiente nutrizione dei soldati. Giunsero troppo tardi e non giovarono alla popolazione civile come alle truppe, perchè, sebbene la razione dei civili fosse stata eguagliata a quella dei soldati delle retrovie in tutti i paesi alleati di fatto a noi non fu accordata se non una parte delle derrate riconosciuteci sulla carta come necessarie; « onde — dice lo Zingali — (l'Italia) fu la prima a subire le privazioni della guerra e a risentirne le più gravi conseguenze nell'alimentazione dei suoi abitanti».

Disgraziatamente, la razione alimentare del soldato italiano non raggiunge nemmeno oggi il valore stabilito dalla C. S. I. R. Infatti, se in guarnigione essa deve offrirgli *pro die,* secondo il colonnello medico Salinari, in media, 3440 Cal lorde, con una proporzione delle proteine animali, rispetto alla razione proteica, variabile dal 30 al 32 %; e la razione di guerra, un numero di calorie variabile da 4468 (4773 per gli alpini) a 4476 (4781 per gli alpini); sta il fatto che, secondo recentissime ricerche del generale medico Memmo, l'attuale razione media delle truppe in guarnigione sarebbe di 3121 Cal, se desunta dalle quantità di cibi somministrati, di 2828, se sperimentalmente determinata analizzando i cibi effettivamente distribuiti ai soldati di un corpo d'armata (non è detto quale). E la razione non solo è insufficiente (specie per le reclute) per il suo scarso valore calorico totale, ma è anche mal composta, perchè contiene troppo poco grasso (in media, g. 28,96 *pro die*), e certamente anche troppe proteine vegetali.

Quelle decisioni vennero troppo tardi, perchè a creare la C. S. I. R. i Governi Alleati si sentirono costretti *in extremis,* quando si avvidero che per vincere la guerra occorreva mettere in comune, non solo gli uomini e le armi, ma anche gli alimenti. La Commissione fu creata per deliberazione della Conferenza Interalleata tenuta a Parigi nel novembre del 1927 e incominciò a funzionare nel marzo dell'anno seguente. Fu rara saggezza dei Governi, non solo di averla creata, ma anche di averla composta in maggioranza di fisiologi e di altri competenti, essendo a tutti noto, che le Commissioni governative incaricate di studiare i ponderosi problemi dell'alimentazione, del lavoro e simili riescono quasi sempre composte di funzionari, sia pure medici, per i quali però la fisiologia e la chimica biologica non sono più se non un pallido ricordo scolastico.

Il resultato del lavoro compiuto dalla Commissione può essere riassunto nel seguente modo: in primo luogo essa stabilì una serie di principii scientifici fondamentali da usare come norme nella risoluzione delle varie questioni pratiche offerte al suo esame; raccolse poi una massa imponente di dati fisiologici e statistici, che discusse e rigorosamente vagliò nelle sei riunioni plenarie tenute a Parigi, Roma, Londra e Bruxelles, rese di pubblica ragione quei principii e quei dati in quattro rapporti generali che videro la luce nel biennio 1918-1919; e fece, in fine, la proposta ragionata della fondazione, in ciascuno dei Paesi Alleati, di un Laboratorio Nazionale per lo studio dei problemi dell'alimentazione dell'uomo e degli animali domestici, a somiglianza di quelli già esistenti negli Stati Uniti di America, proposta sulla quale tornerò appresso.

Ma torniamo alla razione alimentare degli italiani. Abbiamo visto che era inferiore alla minima normale, non che a quella di cui disponevano gli altri popoli europei, prima della guerra, e che toccò il limite più basso durante la conflagrazione mondiale. Ma è essa stata migliorata, dopo? Dai calcoli di Balestrieri e dello Zingali resulta, che la razione dell'« uomo medio » fu di 2993 Cal nel triennio 1919-1921, di 2990 nel 1921; e che nel biennio successivo 1922-1924 ha raggiunto le 3113 Cal, vale a dire un valore di solo 6 Cal inferiore a quello della razione prebellica. Sarà questa superata negli anni avvenire? Lo Zingali stima di no, perchè gli sembra che produzione interna e importazione netta abbiano ormai raggiunto il loro assestamento. Ma egli emise tale giudizio, quando non era stata ancora bandita dal nostro Duce la battaglia del grano, nè lanciato il mònito ai troppi inurbati di tornare alla campagna, alla « *digna... divini gloria ruris* » (Virgilio, Georg. I, 168).

Un miglioramento della bilancia commerciale può ottenersi, però, non solo aumentando la produzione, ma anche utilizzando meglio i prodotti nazionali e quelli importati; assegnando ai lavoratori, che costituiscono poi la immensa maggioranza dei consumatori in ogni paese, una razione alimentare determinata conforme al bisogno loro effettivo, che è diversissimo, e deve essere stabilito singolarmente per i vari gruppi di lavoratori, da distinguere secondo l'intensità del lavoro che compiono, con ricerche sperimentali adeguate; evitando, in fine, rigorosamente ogni sperpero, ogni dissipazione, ogni consumo di lusso. Con queste ed altre misure intese ad aumentare la produzione e meglio utilizzare i prodotti alimentari, vogliamo augurarci di giungere, tra breve, a fornire all'« uomo medio », col minimo di importazione, quella razione di 3300 Cal lorde che dalla C. S. I. R. gli fu riconosciuta come indispensabile perchè possa mantenersi in buono stato di salute, e quegli aumenti che gli competono in proporzione del lavoro che abitualmente compie.

Particolarmente sopra una delle accennate misure voglio ancora insistere, quella che concerne l'uso della farina di *Soja,* mescolata con farina di frumento nella proporzione dal 10 al 20 %, per la confezione del pane. La farina di *Soja* presenta, in confronto con quella di grano, due vantaggi: contiene maggior quantità percentuale di proteine, di grassi e di vitamine A e B; ed è molto a buon mercato.

Difetta di sali di calcio e di idrati di carbonio, ma a ciò si può facilmente rimediare. D'altro canto, le ricerche fatte dal generale Memmo e dal prof. Ducceschi hanno dimostrato che il pane confezionato con farina di *Soja* è gradevole, quanto al gusto, e ben digerito, e che i prodotti della digestione sono assorbiti press'a poco come quelli del pane di frumento, e bene utilizzati dall'organismo. Dunque, la farina di *Soja* può benissimo sostituire una parte di quella di grano; e poichè le proteine di *Soja,* oltre a trovarsi nella farina in maggior quantità e a costar meno, sono per giunta complete dal punto di vista del loro contenuto in aminoacidi, e atte a promuovere il normale accrescimento dei giovanissimi organismi, il vantaggio della sostituzione è evidente.

Altra cosa però è affermare, come ha fatto Foà, « che la *Soja* è tra tutti gli alimenti vegetali, per l'uomo, il solo capace di sostituire l'albumina animale ».

Questa affermazione ci conduce logicamente all'esame dell'aspetto qualitativo del problema dell'alimentazione umana, particolarmente alla considerazione del bisogno e della nostra disponibilità d'alimenti di origine animale.

L'aspetto qualitativo del problema dell'alimentazione

Affinchè una razione alimentare sia completa, non basta che essa fornisca all'organismo una certa quantità di energia libera da valutarsi per mezzo della corrispondente quantità di

Digitized by Google

calore; è necessario, ancora, che essa risponda a certe esigenze della sua composizione chimica, che riguardano innanzi tutto le proteine, ma anche i grassi, gl'idrati di carbonio, i sali inorganici, e quelle misteriose sostanze, dette « vitamine », delle quali finora si sa poco più di questo, che in minima quantità sono indispensabili alla nutrizione.

Allo spirare del secolo passato, i fatti della nutrizione erano veduti quasi esclusivamente dal punto di vista della energetica. Il criterio di una dieta sufficiente era dato dal suo valore calorico. Fu il regno della calorimetria e della caloria. L'organismo animale fu considerato press'a poco come una macchina termica, onde ciò che sopratutto importava conoscere erano i suoi bisogni espressi in termini di energia. Visto quanto calore produce il corpo umano in 24 ore; determinato il valore calorico degli alimenti; conosciuto l'equivalente calorico di varie forme di lavoro meccanico; stabilito, principalmente per merito di Rubner, che il principio della conservazione dell'energia si verifica anche negli esseri viventi; non rimaneva che somministrare all'uomo o all'animale tante calorie quante occorrono per pareggiare il calore complessivamente prodotto, indifferentemente, sotto forma di proteine, di grassi o di idrati di carbonio, purchè la quantità di energia somministrata rimanesse inalterata. Poichè la quantità di calore che l'animale produce è costante, e corrisponde al valore calorico degli alimenti utilizzati, sia stato esso nutrito con proteine, con grassi o con idrati di carbonio, Rubner fu da ciò indotto a formulare la « legge dell'equivalenza isodinamica » dei tre principii alimentari; e a dedurre che i tessuti viventi domandano, non l'uno piuttosto che l'altro di essi, ma energia, in generale, propriamente energia chimica.

Ora, io sono lungi dal negare importanza ai dati della calorimetria, alle applicazioni della termodinamica al metabolismo animale; ma debbo riconoscere, con l'Hopkins, che sono insufficienti; anzi, che errore gravissimo è, nel giudicare dell'efficienza di una razione alimentare, tener presente solo il suo valore calorico; perchè, oltre a questo, bisogna accertarsi se contiene abbastanza proteine e grassi, certi sali inorganici, e vitamine, e indagare la qualità di questi principii nutritivi. Gli esseri viventi non sono tali sistemi, da poter considerare gli avvenimenti che vi si svolgono dal solo punto di vista della termodinamica, astraendo dai meccanismi molecolari che ne costituiscono il *substratum*.

Essi sono per eccellenza il dominio della qualità, che, come scrisse Leonardo, « è bellezza delle opere di natura ed ornamento del mondo ». Ad essi importa assai se le molecole delle proteine alimentari contengono questo o quell'aminoacido, e in che proporzione rispetto agli altri; importa la conformazione molecolare degli aminoacidi e degli zuccheri semplici; importa se gli acidi grassi sono saturi o non saturi, parzialmente ossidati o no, se sono combinati solamente con glicerina o fanno parte, insieme con acido fosforico e qualche base azotata, di corpi assai più complessi quali i lipoidi; importa se i sali inorganici sono, e in che grado, dissociati, e che l'equilibrio normale tra i vari ioni nei liquidi dell'organismo sia rigorosamente conservato. La conoscenza della struttura molecolare, il cui studio oggi è tornato in pregio nella chimica dopo che per molti anni vi ha predominato l'indirizzo termodinamico, non è meno utile in fisiologia, perchè da essa dipendono le proprietà caratteristiche della materia vivente, la utilizzazione delle sostanze nutritive e il decorso dei processi metabolici catalizzati dagli enzimi.

Non è la « legge dell'equivalenza isodinamica degli alimenti » che governa i fenomeni della nutrizione, bensì la « legge del minimo »; e il « fattore limitativo », in questo campo, può essere, non solamente la « razione energetica », ma qualunque dei principii alimentari. Solo se la razione è equilibrata nel senso chimico, cioè dal punto di vista qualitativo, l'energia può veramente divenire l'unico « fattore limitativo ». Ma fattori limitativi sono più sovente le proteine, le vitamine, certi ioni inorganici, perfino certi aminoacidi. Per quanto piccola sia la quantità indispensabile di una vitamina, d'un ione inorganico, d'un aminoacido, finchè non sia raggiunta, l'utilizzazione della razione alimentare è ridotta in proporzione del difetto del costituente indispensabile. Questa è la « legge del minimo », ed è di fondamentale importanza nella fisiologia della nutrizione come nell'agricoltura. Si comprende che, quando la razione alimentare è ricca tanto da soddisfare, anzi superare il bisogno energetico dell'organismo, e libera è lasciata all'uomo la scelta dei cibi, assai difficilmente si verifica il caso dell'assoluta mancanza di un componente indispensabile. Più frequentemente accade che il valore energetico totale sia insufficiente, e, per ragioni varie, che difettosa sia la sua composizione qualitativa.

È particolarmente di questa che io voglio ora occuparmi. Non indugerò sulle « vitamine », e sui gravi disturbi (arresto dell'accrescimento, beri-beri, scorbuto, rachitismo ecc.) che possono seguire all'assenza o scarsezza rispetettivamente della vitamine A, B, C, D ed E.

Comunissima è la scarsezza dei grassi nella razione alimentare, e il prevalere dei grassi di deposito sui grassi d'organi, cioè dei trigliceridi degli acidi grassi superiori saturi su i composti degli acidi grassi non saturi, degli idrossiacidi e, in generale, dei lipoidi; ai quali ultimi attualmente si attribuisce una importanza non inferiore a quella delle proteine: difetto, il primo, che può essere compensato, ma solo dal punto di vista del valore calorico, da una quantità corrispondente di idrati di carbonio. Di scarsezza dei grassi, e del corrispondente eccesso d'idrati di carbonio nell'alimentazione, soffrirono tutti i popoli belligeranti durante la grande guerra, ma sopra tutti i tedeschi, nei quali per conseguenza si manifestò una speciale forma di perturbamento dello stato chimicofisico dei tessuti e della nutrizione in generale.

Non infrequente è la scarsezza dei fosfati e del calcio, specie nell'alimentazione delle classi elevate, dove si preferiscono pane bianchissimo, paste confezionate con farine finissime, patate e carni: tutti alimenti poverissimi di quei due costituenti inorganici essenziali.

Di maggiore importanza è, però, la questione concernente la qualità delle proteine. Non basta stabilire la razione proteica giornaliera. Bisogna accertarsi, se le proteine contengono almeno la minima quantità di aminoacidi indispensabili per l'accrescimento dell'organismo, o per la rigenerazione delle cellule distrutte, cioè per la restaurazione della « quota di logorio ». Occorre inoltre tener presente, che gli aminoacidi non servono solamente per la sintesi delle proteine che entrano a far parte del protoplasma specifico dell'organismo, ma anche per la elaborazione, mediante complicate trasformazioni molecolari, di prodotti deputati a uffici importantissimi. Infatti, la cistina e l'acido glutaminico formano il glutatione di Hopkins, dal quale in parte dipendono i processi di ossidazione e riduzione nei tessuti; dalla tirosina derivano due ormoni, l'adrenalina e la tirossina di Harington e Barger; l'istidina è un precursore dei corpi purinici, costituenti dell'acido nucleinico; la prolina e l'ossiprolina forniscono verosimilmente i gruppi pirrolici occorrenti per la sintesi dell'emoglobina ecc. Ora, non ogni proteina contiene tutti quegli aminoacidi, che l'organismo animale pare sia incapace di fabbricare da sè, e alcune li contengono, ma in troppo piccola quantità. Sono particolarmente proteine vegetali quelle alle quali gli aminoacidi più complessi fanno difetto. Per es., la principale proteina del mais, la zeina, non contiene lisina nè triptofano, la gliadina e la ordeina sono prive di lisina ecc. Ma il triptofano che costituisce appena l'1,5 % della molecola della caseina, è assolutamente necessario per l'accrescimento del corpo. Rimosso dalla razione, del resto sufficiente, somministrata a topolini giovanissimi, questi cessano di crescere, e poi diminuiscono di peso e muoiono, non ostante che di quell'aminacido bastino loro appena 30 milligrammi al giorno. Se invece si sottraggono gli acidi aspartico e glutaminico, che insieme costituiscono circa il 30 % della molecola di caseina, le bestioline crescono benissimo. Eppure questi acidi sono costituenti normali delle loro proteine cellulari. Vuol dire, dunque, che l'animale può fabbricare da sè questi aminoacidi più semplici, ma non il triptofano, forse perchè non può sintetizzare il gruppo indolico che lo caratterizza.

Somministrare a un animale, specie se in periodo d'accrescimento, una dieta le cui proteine contengano tutti gli aminoacidi eccetto uno di quelli che non può fabbricare da sè, è, presso a poco, come fornire a un tipografo una grande massa di caratteri nella quale però manchi una lettera: egli non potrà stampare nemmeno una pagina, e i caratteri rimarranno per la massima parte inutilizzati; ovvero, è come mettere a disposizione di un mosaicista tessere di tutti i colori, eccetto uno: egli non potrà comporre il mosaico, se il colore che manca è necessario per la

Digitized by Google

composizione. Il triptofano, la tirosina, l'arginina, l'istidina ecc. sono indispensabili per la costruzione delle proteine cellulari.

Se le proteine non li contengono o sono prive di qualcuno di essi o li contengono in quantità inferiore alla minima necessaria, cellule non possono formarsi o rigenerarsi, nè l'organismo può elaborare quei composti ai quali ho di sopra accennato, o solo in proporzione ridotta. Le proteine animali (eccetto la gelatina, che è priva di cistina, di tirosina e di triptofano) sono sicuramente complete. Questa è la ragione principale per cui si esige che almeno una parte della razione proteica giornaliera sia fornita dalla carne; sotto il qual titolo debbono comprendersi anche le frattaglie, il cui valore nutritivo è altissimo, per un certo rispetto (cioè per il loro maggior contenuto in acido nucleinico e in lipoidi), anzi, superiore a quello della carne muscolare.

L'utilità che la razione abbia una composizione mista, non sia cioè d'origine esclusivamente vegetale, mi conduce a esaminare la questione della nostra disponibilità di alimenti animali, per vedere se essa è tale da permetterci di assegnare a ciascun italiano almeno la razione minima di proteine e di grassi animali.

Ma prima voglio accennare alla importanza delle relazioni strutturali delle sostanze proteiche. Ciò che costituisce la specificità delle proteine cellulari non è solamente la quantità degli aminoacidi e le proporzioni relative in cui essi sono rappresentati nella molecola, ma anche l'infinita molteplicità delle forme di aggruppamento che essi possono produrre, combinandosi fra loro in vario modo. Sapendosi che la molecola proteica da per scissione idrolitica, sia artificiale o sia quella che naturalmente avviene nel tubo digerente, una ventina di aminoacidi diversi, Fischer calcolò che per il vario loro combinarsi possono nascere milioni e milioni di proteine diverse; le quali poi sono, insieme con le differenze derivanti dal vario combinarsi di molecole proteiche con lipoidi, acidi nucleinici, sostanze inorganiche ecc., la ragione chimica delle infinite differenze morfologiche e funzionali che esistono tra gli esseri viventi, tra i vari tessuti d'uno stesso individuo, e tra tessuti omologhi di individui diversi.

Nè le conoscenze circa la struttura molecolare delle proteine si esauriscono, come fino a ieri si è creduto, col sapere che esse risultano di una ventina di aminoacidi uniti insieme in catene diritte per legami amidici. Già Emilio Fischer dubitò che questi fossero la sola forma possibile di legame nella molecola proteica. Ma da qualche anno a questa parte sono state messe in chiaro altre possibilità, onde la struttura molecolare delle proteine deve oggi ritenersi come ancora ben lungi dall'essere definitivamente stabilita. Le nuove vedute sulla struttura ciclica di queste sostanze tendono infatti a prevalere su quella dianzi rammentata. Troensegaard considera le proteine come in parte consistenti di derivati pirrolici, oltre quelli già noti della prolina e idrossiprolina, e Abderhalden sostiene, che unità elementari componenti la molecola proteica non sono solamente gli aminoacidi e i polipeptidi, ma, per una parte più o meno grande, anche le diossipiperazine, ossia anidridi cicliche dei vari aminoacidi, le quali possono trovarsi ancora nelle rispettive forme enoliche. Ed è ormai dimostrato, che i composti pirrolici e diossipiperazinici, che si trovano tra i prodotti della scomposizione acida ed enzimatica delle proteine, non sono secondari, ma preesistono nella molecola; e, poichè resistono all'azione degli acidi e degli enzimi, possono essere assorbiti come tali dall'intestino. Nè altre specie di composti ciclici sono escluse. Naturalmente, le diossipiperazine possono essere composte degli aminoacidi più svariati, e possono trovarsi anche combinate tra loro, e con aminoacidi semplici o polipeptidi a catene diritte.

Non sono mancati i tentativi di sintesi di questi composti ciclici, e i resultati sono stati confortanti. Si è pure tentato di svelare la loro esistenza nelle proteine mediante reazioni colorate, e le prove sono state coronate da successo

Le più recenti ricerche permettono, dunque, di credere, che composti diversi dai noti aminoacidi e polipeptidi possono essere assorbiti dall'intestino, circolare col sangue e giungere alle cellule, che li utilizzerebbero nei processi di assimilazione. Per conseguenza, è possibile che una proteina sia completa, contenendo tutti gli aminoacidi conosciuti, e ciò non di meno inadeguata o non del tutto adeguata ai vari processi della nutrizione, se essi non vi si trovino uniti a formare alcuno dei composti ciclici dianzi rammentati. Un fatto è certo, per ora: il superiore valore fisiologico delle proteine animali, in confronto con le vegetali; e ciò tanto è vero, che specialmente con quelle la razione proteica può essere, senza nocumento, ridotta di molto.

Ora, siffatta superiorità potrebbe anche dipendere dal contenere esse quei composti ciclici in forme e combinazioni più adeguate al metabolismo cellulare. Non è lecito, quindi, affermare che le proteine della *Soja* possono sostituire interamente le proteine animali, finchè esperienze continuate per generazioni non abbiano dimostrato che tale sostituzione non produca effetti sensibili sui caratteri della specie. Finchè tali nuove esperienze non si posseggano, è doveroso tener presenti i fatti, che stanno a dimostrare l'alta efficienza nutritiva, specie per ciò che riguarda lo sviluppo somatico, delle proteine e dei grassi d'organi animali; per es. l'improvviso accrescimento somatico che presentano le reclute provenienti dalle campagne meridionali, dove l'alimentazione oltre ad essere scarsa e esclusivamente vegetariana, dopo i primi mesi della vita di caserma, cioè di alimentazione mista; accrescimento che ricorda l'improvviso scatto nell'aumento del peso che si osserva nei topolini, quando alla razione incompleta, se ben sufficiente per contenuto energetico, si aggiunge qualche grammo di burro o qualche centigrammo di triptofano.

« Non si tratta solamente — scrissi io già cinque anni or sono — di dimostrare sperimentalmente e di constatare statisticamente che l'uomo può vivere anche con una razione di proteine esclusivamente o prevalentemente vegetali. Si tratta di vedere, se la vita dell'uomo civile moderno, del pensatore, del lavoratore comporta la introduzione e la digestione di una grande massa di alimenti, quale è resa inevitabile dal regime vegetariano ». Si tratta di vedere, se una razione proteica esclusivamente vegetale, continuata per generazioni, permetta all'uomo di raggiungere il più alto grado di vigore fisico e intellettuale a noi di riconquistare quel primato tra i popoli civili, di cui tanto oggi si parla senza considerarne gl'indispensabili fattori fisiologici.

Disponibilità di alimenti di origine animale

Il regime alimentare delle classi lavoratrici italiane (contadini, operai, piccola e media borghesia) è caratterizzato da eccesso d'idrati di carbonio, scarsezza di grassi, che per giunta sono quasi esclusivamente vegetali e di deposito, scarsezza o totale assenza di proteine animali. Ciò resulta dalle inchieste fatte dal Pugliese su molte famiglie milanesi, e dalla « Inchiesta parlamentare sulle condizioni dei contadini delle provincie meridionali e della Sicilia ». I contadini meridionali si alimentano, come gli anacoreti, di pane, ortaggi e legumi secchi conditi con poco olio; non conoscono il burro, assaggiano (e non tutti) la carne di pecora o di maiale due o tre volte all'anno, in certe ricorrenze festive; e se hanno uova e formaggi, non ne usano che per venderli. Nell'« Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie del Regno » (Relazione generale del 1886), si trova calcolato, che a quel tempo si consumavano da noi, per abitante e per anno, Kg. 111 di frumento, 12,8 di carni, 3,4 di pesce (fresco e conservato) e 100 litri di latte. Analogamente, dai diagrammi e dai dati statistici riferiti da Giuliani resulta, che nel 1921 in Italia si sarebbero consumati circa 16 kg. di carne per abitante, mentre in Francia se ne sarebbero consumati kg. 55, in Inghilterra (e nell'America del Nord 69, in Australia 103, in Argentina 115. Nè altrimenti stanno le cose relativamente al consumo del latte e del burro: gl'italiani hanno consumato, nel 1921, 15 litri di latte *pro capite*, gli svedesi 265, i tedeschi 235, gli inglesi 90; gl'italiani hanno consumato, nello stesso anno, per abitante, kg. 1,4 di burro, gl'inglesi 8; di formaggi, gl'italiani kg. 2,3, gl'inglesi 5, gli olandesi 6, gli svizzeri più di 12. Qualunque prodotto alimentare d'origine animale si voglia prendere in esame, gl'italiani occupano sempre l'ultimo o uno degli ultimi posti, quanto al consumo di esso. In Italia vivono diversi milioni d'individui che ricevono per 360 giorni dell'anno una razione affatto priva di proteine animali e di grassi d'organi; milioni di bambini che non ricevono più, dopo l'allattamento, nè latte nè burro, indispensabili agli organismi in via d'accrescimento.

Ma perchè in Italia si consumano tanto pochi prodotti animali? C'è chi osa rispondere: perchè non sono gustati. La verità è, però, che milioni d'italiani non vi hanno potuto fare mai il

Digitized by Google

gusto. E non possono, perchè gli alimenti animali sono costosi. Il 1° dicembre 1918, a Napoli, 100 grammi di proteine costavano 75 centesimi se fornite dal pane, lire 3,60 se dal latte, lire 7 se dalla carne di manzo; e 1000 Cal costavano 10 centesimi se ottenute dalle patate, 23 se dai maccheroni, lire 2,80 se dal latte di mucca, lire 8,65 se dalla carne di manzo. Degna di nota è la tendenza delle famiglie di operai milanesi, messa in giusto rilievo dal Pugliese, ad aumentare la razione giornaliera di proteine e grassi animali, non appena le loro condizioni economiche lo permettevano.

Ora, una delle ragioni del maggior costo degli alimenti animali, da noi, è, che il nostro è uno dei paesi più poveri, non solo di bovini, ma anche di maiali, che sono la più efficiente macchina fabbricatrice di carne e grasso. In altre parole, l'industria zootecnica italiana è, come ha ben detto il Giuliani, inadeguata ai bisogni, del consumo interno.

Non può recar meraviglia, quindi, se enorme è l'eccesso della importazione sulla esportazione di carni e di grassi animali, perfino del pesce conservato e secco: il che fa pensare con malinconia alla inutilità del dono fattoci da Dio, col cingere quasi tutt'intorno di mare il nostro paese, poichè non abbiamo saputo trarne profitto sviluppando l'industria della pesca a somiglianza dell'Inghilterra, della Norvegia, del Giappone e di altri paesi.

È appunto a questo duplice fine che il popolo italiano deve ora dunque tendere le sue forze:

1) sviluppare l'industria della pesca, applicandovi metodi razionali, e di ciò alcune recenti dichiarazioni di un'alta Autorità governativa ci dà affidamento;

2) sviluppare l'industria zootecnica; anche perchè non si può risolvere il problema agrario senza risolvere quello zootecnico; e risolvere i due problemi, insieme con quello della pesca, significa mettere il paese in grado di fornire ai suoi abitanti: *a*) la razione di almeno 1 grammo e mezzo di proteine per Kg. di peso del corpo e *pro die*, cioè 105-115 grammi per «uomo medio», della quale almeno un terzo sia rappresentato da proteine animali; *b*) non che la razione di 75 grammi di grassi, fra animali e vegetali, per «uomo medio», e *pro die;* c) e finalmente, la razione di latte che spetta ai bambini: razioni queste, alle quali gl'italiani hanno diritto, per sollevarsi dallo stato di inferiorità alimentare in cui si trovano rispetto agli altri popoli civili.

Il Laboratorio per lo studio dei problemi alimentari

I vari problemi ai quali ho via via accennato, e dalla soluzione dei quali dipendono il benessere del nostro popolo, l'efficienza lavorativa dell'operaio, la pace sociale e la sicurezza della Patria, sono tali da dover essere trattati con metodo rigorosamente scientifico e per tutti gli aspetti che presenta il loro studio. Ma ho già detto che i dati scientifici che noi possediamo, concernenti la fisiologia e la statistica dell'alimentazione, sono scarsi e incompleti, essendo il frutto di ricerche piuttosto frammentarie che sistematiche.

Per ovviare agl'inconvenienti da me lamentati, e che in tutta la loro importanza si presentarono per la prima volta durante la guerra alla C. S. I. R., i nostri ex-alleati hanno già adottato provvedimenti intesi ad attuare nei rispettivi paesi la proposta di fondazione di un « Laboratorio per lo studio dei problemi dell'alimentazione umana », proposta, che la Commissione fece fin dalle prime sue riunioni, e poi ripetette, ed estese anche, nel senso di trasformare quella provvisoria in una «Commissione Scientifica Internazionale Permanente dell'Alimentazione», per la quale non mancò di redigere una elaborata Convenzione e il relativo Regolamento.

La Delegazione italiana, della quale insieme coi Colleghi professori Gini e Menozzi facevo parte io stesso, fu sollecita a comunicarla all'on. Crespi, prima R. Commissario e poi Ministro degli Approvvigionamenti, corredandola di un disegno concreto dell'impresa da compire. Ma il resultato fu zero. Continuammo tuttavia a sperare, specie dopo aver appurato che dei fondi di quel Ministero erano rimaste alcune diecine di milioni, che erano stati accantonati. E pur non avendo più veste ufficiale, perchè la Delegazione era stata sciolta da un pezzo, ripresentammo il nostro disegno, prima all'onorevole Jung, al tempo in cui fu incaricato di liquidare la gestione del soppresso Ministero degli Approvvigionamenti, e poi all'onorevole Peglion, durante il suo sottosegretariato al Ministero dell' Economia Nazionale. Resultato, zero.

Ma a che giova indugiare su tutto ciò?

Non sarebbe però da sperimentatori disanimarsi dinanzi a esperimenti falliti. Onde io sono qui oggi a presentare di nuovo la proposta di fondazione di un «Laboratorio Nazionale per lo studio dei problemi dell'alimentazione», e lo fo a nome anche dei colleghi Gini, Presidente dell'Istituto Centrale di Statistica, e Menozzi, Direttore della Scuola Agraria Superiore di Milano, con la certezza di ottenere il consenso di tutti i biologi d'Italia, e con la fiducia che S. E. il Capo del Governo e le LL. EE. il Ministro dell'Economia Nazionale e il Ministro della Pubblica Istruzione vogliano farle benevole accoglienza e provvedere alla sua sollecita attuazione.

Come attuarla?

Due sono i metodi che si possono adottare.

Si può creare *ex novo* un grande Istituto, che comprenda la Direzione e un Laboratorio completamente attrezzato e costituito di varie Sezioni, aventi ciascuna un Capo e vari Assistenti forniti di adeguata preparazione scientifica e tecnica. L'Istituto dovrebbe fin dall'inizio essere in stretti rapporti di collaborazione, da una parte con l'Istituto Centrale di Statistica, e dall'altra con una Scuola Superiore di Agricoltura, affinchè nel Laboratorio potessero essere eseguite anche ricerche sull'alimentazione e il metabolismo degli animali domestici. Questo è il metodo già adottato dagli americani, colla creazione, in Boston, del «Nutrition Laboratory» per opera dello «Carnegie Institution» di Washington, e credo anche dal Giappone.

Diverso è il metodo adottato dagli inglesi. Si potrebbe, cioè, creare una Direzione centrale, a Roma, e distribuire le varie Sezioni del Laboratorio presso i maggiori Istituti Universitari di Chimica, di Fisiologia e di Chimica biologica, assegnando ad essi i fondi speciali per l'acquisto degli apparecchi scientifici e per sostenere le spese delle ricerche sperimentali da fare sull'uomo e sugli animali; non che un personale assistente, tecnico, subalterno adeguato ai lavori da eseguire. Ciascuno degli Istituti Universitari ritenuti idonei, creerebbe nel proprio seno, coi fondi e col personale dianzi detti, una Sezione speciale, distinta, ma sempre dipendente dal Direttore dell' Istituto. Le Sezioni opportunamente distribuite presso i vari centri universitari dovrebbero essere in continua immediata relazione con la Direzione centrale, dalla quale riceverebbero suggestioni circa le ricerche da instituire, e alla quale dovrebbero trasmettere, oltre ai resultati delle indagini eseguite, eventuali proposte di indagini nuove e suggerimenti d'ogni genere relativi ai lavori in corso o da instituire.

Naturalmente, possono esservi ragioni pro e contro l'uno e l'altro metodo, ma io mi guarderò bene dal provocare una discussione di tal genere, che sarebbe intempestiva. Giova piuttosto accennare al molteplice lavoro che nelle varie Sezioni dovrebbe farsi. In primo luogo è da rammentare l'analisi fisica, chimica e batteriologica, insieme con la determinazione del valore calorico dei prodotti alimentari, siano quelli di nostra produzione o importati, e d'origine sì vegetale e sì animale. Vengono poi le ricerche sulla loro digeribilità e assimilabilità, sul ricambio materiale ed energetico dell'uomo, sul metabolismo basale e sugli effetti che producono i vari fattori normali e patologici capaci di deprimerlo o d'intensificarlo, vale a dire sull'influenza che sul metabolismo e il ricambio esercitano l'età, il sesso, il clima, la temperatura esteriore, il lavoro muscolare e la sua varia intensità conforme al genere di mestiere o professione esercitata, lo stato di gravidanza, l'allattamento ecc. Di speciale importanza sono le ricerche le quali esigono installazioni complicate ed apparecchi costosi.

Tutte queste ed altre indagini, che per brevità mi astengo pur dal rammentare, servono a fornire i dati scientifici indispensabili per determinare il valore calorico totale e la composizione chimica della razione alimentare da assegnare all'uomo conforme ai suoi reali bisogni. Viene in fine il compito della statistica, che consiste, in questo campo, nel determinare le quantità totali delle varie specie di alimenti che occorrono annualmente alla popolazione italiana, cioè nel calcolare la bilancia alimentare del paese.

Opera meritoria ha fatto certamente il Governo Fascista,

Digitized by Google

donando alla Nazione l'Istituto centrale di Statistica. Ma in questo campo dell'alimentazione, la Statistica non può esercitare azione veramente utile ed efficace, se non le fornisca i dati scientifici fondamentali il Laboratorio di cui si propone la fondazione.

Facciamo dunque il voto, che il Governo voglia riconoscerne l'urgente necessità, e accrescere in tal modo le benemerenze, che in sì breve tempo ha saputo guadagnarsi con l'opera sua vasta molteplice e sempre intesa a soddisfare i reali bisogni della Nazione.

□□□

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal Prof. RAFFAELE CAPORALI

IL RICAMBIO DEL CALCIO E GLI ESTRATTI PARATIROIDEI IN UN CASO DI OSTEOMALACIA

per il dott. VINCENZO ROMANO PERRETTI
Aiuto volontario

La fisionomia clinica dell'osteomalacia, per la peculiarità del suo quadro esteriore che ne rivelava con luminosa evidenza i tratti caratteristici della forma morbosa, era nota fin dai tempi più antichi. Ne fanno fede le prime descrizioni, per quanto inesatte e confusionarie, spiegabile — d'altra parte — per lo stato crepuscolare nel quale vagiva la scienza medica di allora. Aggiungasi che, per non breve periodo di tempo, dall'acume diagnostico dei primi osservatori non venne fatta alcuna distinzione tra osteomalacia ed altre numerose affezioni e deformazioni dello scheletro — quali il rachitismo, l'osteopsatirosi, l'osteoporosi — di maniera che la malattia in discussione celava la sua vera e reale natura per vivere oscuramente e subdolamente nel gran quadro comune ed indaginoso delle alterazioni ossee.

Mi astengo dal particolareggiare i dati storici sull'osteomalacia, che nelle sue grandi linee può farsi risalire al 560; anno in cui visse l'augure Salith, riferito dal Reische come un fenomeno per la straordinaria flessibilità delle ossa. Dobbiamo, però, giungere al 17° secolo e più oltre perchè la forma nosografica e l'espressione clinica dell'affezione cominciassero ad assumere serietà e dignità scientifiche, fuori l'empirismo e le fantasticherie che fino allora vi avevano regnati sovrani.

Ed ecco che rivedendo e riformando i concetti, sino a quel tempo visionarii oltre che immaginosi, sulle forme che accomunavano in un unico quadro l'osteomalacia ad altre alterazioni delle ossa e ciò per opera del Glisson, Bate e Ragemorter (1650), Mayow (1660), van der Velde (1700), Duverney (1751), noi giungiamo alle prime serie individuazioni della malattia quale quella di Lambert (1752) e poi ancora nel 1782 alla classica e spettacolosa osservazione del Morand Saveur che nel «Journal des Savants» — descrivendo il caso di una donna — la Supiot — affetta da rammollimento delle ossa — affermava che la forma, ad onta delle apparenze, era differentissima dal rachitismo ed aggiungeva — in via d'ipotesi e per il primo — che gli sembrava possibile l'effettuarsi del parto in un bacino deformato dall'osteomalacia.

Progressivamente le conoscenze e le acquisizioni anatomopatologiche, irrobustite da uno studio più rigoroso sull'argomento, permisero al Duncan di profilarne l'etiologia ed al Lobstein (1833) di differenziare l'osteomalacia dal rachitismo. Tuttavia non è a credere che gli studii e le affermazioni di Lobstein fossero condivisi da tutti gli autori ed i ricercatori del suo tempo, ma occorreva volger lo sguardo e frugare nel segreto della patogenesi perchè l'accordo cominciasse ad essere completo.

E così dai primi e fondamentali lavori dello Stein di Cassel (osservazione che porta il nome di Weidemann) sul rapporto tra puerperio ed osteomalacia, i momenti patogenetici si sono venuti moltiplicando con un crescendo che se da una parte sta a significare l'encomiabile sforzo di nobili e tenaci ricerche, d'altra parte testimonia che la verità è ancora ben lontana dall'essere sicuramente raggiunta.

Tralascio dal tratteggiare l'etiologia, l'anatomia patologica e la sintomatologia della osteomalacia, rimandando, chi avesse vaghezza di leggere uno studio completo al riguardo, ai comuni trattati di patologia ed alle varie e pregevoli monografie quali quella di Meslay (1896), di Arcangeli (1908), di Curschmann (1919) e quella recentissima di Scarlato (1926).

Sulla patogenesi e più ancora sulla terapia conviene che io mi soffermi con una certa latitudine.

In verità, il complesso problema patogenetico dell'osteomalacia vive tuttora una vita d'incertezze e di oscurantismo ad onta delle molte ipotesi e delle tante ingegnose teorie emesse a spiegarne l'intimo meccanismo. Questa ricchezza di concezioni sta — appunto — a dimostrare quanto sia lontano un accordo completo sull'argomento e quanto diversi siano i momenti capaci di determinare il quadro dell'osteomalacia. Nè va taciuta la confusione generata da altri quadri morbosi, i quali per molto tempo ed ancora oggi, per quanto in proporzioni minori, si ritennero identici, pur nulla avendo in comune con l'osteomalacia. Fondamentalmente, però, noi possiamo ritenere sicuramente acquisiti — nel determinismo di questa particolare forma morbosa — alcuni fattori che, l'annosa esperienza clinica e la poderosa ricerca sperimentale, hanno dimostrato campeggiare con una certa insistenza. Primeggia fra tutti l'alterato metabolismo, del calcio che viene espresso da un bilancio in deficit. A questo dato, che è come l'espressione materiale, l'esteriorizzazione della malattia, fanno corona e ne regolano le varie successioni oltre che la preparazione e lo scatenamento della forma morbosa, il fattore costituzionale ed il fattore endocrino. Il primo inteso nel significato embrio-morfogenico esprimerebbe una labilità particolare del sistema scheletrico, che gli deriverebbe congenitamente da aberrazioni o deviazioni costituzionali. Il secondo influenzerebbe dannosamente col proprio disquilibrio l'armonia organica dando così vita ad un insieme d'alterazioni, per quanto non ancora bene conosciute e spiegate, tra le quali potrebbero trovar posto il disquilibrio acido-basico del sangue, il quale genererebbe secondariamente l'alterazione del metabolismo calcareo.

Non istarò, quindi, ad analizzare partitamente le varie teorie, contentandomi solo di elencarle rapidamente. Ricordo la teoria alimentare, la teoria della carenza vitaminica, la teoria nervosa, la teoria infettiva, la teoria mielogena, la teoria del fattore costituzionale, la teoria del disquilibrio endocrino, la teoria acida. Tuttavia, poichè l'obietto del presente lavoro riesca intelligibile nei suoi sviluppi, fa d'uopo che io discuta un po' la importanza e la significazione della teoria del disquilibrio endocrino con speciale riferimento alla teoria paratiroidea.

Teoria ovarica. L'ovaia è fra le glandole endocrine — tacciate volta per volta di essere responsabili della malattia — quella che più ha appassionato ed appassiona tuttora gli studiosi.

Fu il Fehling il primo che nel 1887 guarì con la castrazione ovarica una donna affetta da osteomalacia puerperale e da quell'epoca, con le migliorate condizioni della tecnica chirurgica, la primitiva affermazione andò vittoriosamente imponendosi.

Una schiera numerosa di autori ha avuto a lodare gli esiti felici della castrazione ovarica in osteomalaciche, a cui l'intervento ha determinato a volte la scomparsa rapida dei dolori.

Poichè le ovaie asportate hanno mostrato di possedere quasi costantemente una vascolarizzazione eccezionalmente ricca e per il fatto che in donne osteomalaciche l'aggravamento della malattia coincideva con il periodo catameniale, si è voluto spiegare l'influenza dell'ovaia nella patogenesi dell'osteomalacia, ammettendo che l'iper-ovarismo, a mezzo di stimoli trofo-neurotici, produca un'intensa iperemia per abnorme esaltazione dei vaso-dilatatori con paralisi dei vaso-costrittori, in maniera che il ristagno risultante da questo gioco d'influenze determinerebbe la dissoluzione dei sali calcarei con conseguente rammollimento del tessuto osseo.

Comunque, alla teoria ovarica non sono mancate opposizioni validissime sostenute da argomenti non meno validi.

Digitized by Google

Al Wallart il quale spiega la iperfunzione ovarica come una conseguenza della iperplasia della glandola interstiziale, diversi autori, in base alle proprie ricerche, hanno risposto negativamente (Bossi, Stern, Spirito, Franquè).

Anche il Naegeli — in verità — pensa all'iperfunzione ovarica, ma con un principio informatore tutt'affatto personale. Egli opina che l'azione dell'ovaia non è riflessa, ma puramente ormonica, per la qual cosa l'osteomalacia si attaccherebbe alla complessa forma dell'ipergenitalismo in evidente antitesi con la clorosi che il Naegeli attribuisce ad ipogenitalismo.

Sulla importanza, poi, delle glandole genitali maschili, le nozioni in proposito appaiono poco sicure per il numero esiguo di casi di osteomalacia maschile e per gli accertamenti anatomo-patologici assai incompleti. Arcangeli sostiene che i testicoli influenzino con azione moderatrice la nutrizione dello scheletro, desumendo ciò dall'azione analoga delle ovaie.

Teoria surrenalica. La teoria surrenale ha avuto a sostenitore il Bossi, il quale, prendendo le mosse dagli studi del Stöltzner, che per il primo aveva segnalato la benefica influenza dell'adrenalina nell'osteomalacia, pensò che vi fosse uno stretto rapporto fra il processo morboso e l'insufficienza surrenale. Ed una tale concezione egli sostenne con prove sperimentali, mostrando come in animali (pecore), a cui aveva asportato i surreni, si manifestavano rarefazioni del tessuto osseo visibili chiaramente con la radiografia.

Particolare notevole era che le alterazioni scheletriche risultavano più evidenti in corrispondenza della metà del corpo dove era stato praticato lo scapsulamento. Arcangeli ha combattuto i risultati di queste prove, opponendosi all'affermazione della esistenza di alterazioni ossee che nei casi del Bossi si produrrebbero poco verosimilmente a breve distanza dell'intervento sui surreni, mentre gli appare inspiegabile la prevalenza delle lesioni dal lato dello scapsulamento. Aggiunge che i reperti di lesioni anatomo-patologiche delle surrenali sono muti nei casi di osteomalacia, oltre alla constatazione clinica che in osteomalaciche le indagini biologiche difficilmente mettono in evidenza una ipo- funzione surrenalica.

Per vero, anche se in base agli studi più recenti noi non possiamo disconoscere l'influenza dell'adrenalina nell'assimilazione del calcio, non sarebbe esatto, però, far dipendere tutti i casi di osteomalacia da una disfunzione surrenalica; ma piuttosto pensare che il surrene entri direttamente nel processo osteomalacico attraverso la correlazione funzionale con altri elementi del sistema endocrino.

Teoria tiroidea. La tiroide è stata chiamata in causa nella patogenesi della sindrome osteomalacica per un fenomeno — direi quasi — di simpatia che questa glandola mostra per l'ovaia. È noto, infatti, quali siano i rapporti di sinergismo funzionale fra tiroide ed ovaia. Orbene, alcuni autori hanno creduto di vedere in una disfunzione tiroidea, la quale decorrerebbe parallelamente ad una disfunzione ovarica, la ragione dell'osteomalacia, ma — purtroppo — queste facili supposizioni non sono state corroborate da fatti ed argomenti seriamente dimostrativi.

Certa cosa è che per gl'innegabili rapporti esistenti fra tiroide ed ossificazione, noi sappiamo che la tiroide favorisce l'assimilazione del calcio, esercitando piuttosto un'azione trofica generale anzichè un'azione regolatrice della deposizione calcarea (Brachet, Giacomini, Grundernath). L'ipertiroidismo della pubertà determina spesso una crescita esagerata per aumentata ossificazione encondrale; ma mai l'osteomalacia.

L'Hoennicke ha tentato di provare che l'iperattività tiroidea, presente nel periodo della gravidanza e dell'allattamento, provoca l'osteomalacia ed ha appoggiato queste sue vedute con esperimenti, determinando alterazioni ossee a tipo osteomalacico, che tendevano poi a guarire con la sospensione del trattamento, in coniglie gravide a cui somministrava estratti tiroidei. Questi dati sperimentali l'Autore li ha visti — a suo dire — convalidati nel campo clinico, avendo constatato la esistenza di numerosi casi di gozzo in paesi nei quali l'osteomalacia è endemica. Uguali constatazioni sembra abbiano fatto Talot e Sarvonant nel Lionese.

Arcangeli ascrive i risultati sperimentali del Hoennicke al fattore cachessia che si verifica negli animali più che al disquilibrio tiroideo.

Siamo, quindi, ben lontani dal documentare l'origine tiroidea dell'osteomalacia, la quale nel suo schema sintomatologico presenta ben poco che possa far pensare ad uno stato di ipertiroidismo.

Teoria timica. Anche il timo è stato chiamato in causa nel processo osteomalacico ed a mio vedere con nessuna o poca opportunità, perchè basterebbe pensare come la quasi totalità dei casi di osteomalacia si verificano in età in cui il timo è completamente involuto. I reperti di autopsie praticate accennano raramente a lesioni di questa glandola.

Il Cardenal, contrariamente alle nozioni ormai universalmente accettate, ritiene che il timo persiste e funziona durante tutta la vita, diminuendo soltanto d'attività a sviluppo completo dell'individuo. Egli avrebbe ottenuto sperimentalmente in animali stimizzati un esagerata escrezione di calcio con disturbi nello sviluppo osteogenetico. Rispondendo ad altri autori, che, con uguale tentativo, avevano raggiunto risultati opposti, egli faceva osservare che la diversità dei reperti sperimentali dipendeva dal fatto che essi AA. non avevano completamente stimizzati gli animali lasciando a posto la glandola timica del quarto arco bronchiale.

Teoria ipofisaria. Una teoria ipofisaria ha incontrato scarso favore e se si eccettuano poche e solitarie voci discordanti, la unanimità degli AA. non pensa menomamente all'interessamento di questa glandola nel processo osteomalacico.

Si è creduto, richiamando le alterazioni ipofisarie nell'acromegalia e nel gigantismo, che l'ipofisi avesse parte nell'osteomalacia, ma anche in questa, come nella supposta patogenesi timica dell'osteomalacia, fa d'uopo ricordare che le malattie dell'ipofisi riguardano solamente la forma delle ossa, ma non il loro rammollimento.

Nervoli e Hahn — a sostegno di una teoria ipofisaria — provocarono alterazioni simili al rachitismo ed all'osteomalacia, irradiando l'ipofisi; ma ad inficiare l'attendibilità e la esattezza di tali esperimenti, opportunamente possiamo obbiettare come non è facile determinare alterazioni importanti con tal mezzo e come le stesse alterazioni si possono determinare irradiando qualunque porzione della calotta cranica.

Teoria paratiroidea. Fra tutti gli elementi del sistema endocrino non può non riconoscersi la grande importanza delle paratiroidi nel metabolismo del calcio, di cui favoriscono l'assimilazione non solo nei tessuti di sostegno, ma anche negli altri.

Fondamentali restano le ricerche sperimentali di Erdhein (ripetute poi da Maggi, Holbaum, Preiswerk, Iselin e Toyofuku), il quale ha dimostrato che nei ratti paratiroidectomizzati il metabolismo calcareo viene potentemente compromesso, per cui si verificherebbe un disturbo in quei tessuti nei quali il calcio ha maggiore importanza funzionale consistente in un'alterazione dei processi formativi dell'osso, nonchè in una profonda decalcificazione.

Secondo i suddetti esperimenti, Erdhein avrebbe ottenuto ritardi od addirittura arresti nel processo di calcificazione della dentina e dello smalto oltre ad alterazioni nelle altre parti del sistema scheletrico. La calcificazione della dentina si verifica se si innestano nell'animale le sue stesse paratiroidi (autotrapianto). Lo stesso processo di riparazione delle fratture e l'ossificazione del callo cartilagineo risultano notevolmente disturbati.

Anche nel rachitismo — e specialmente in quello tardivo — Erdhein ha potuto constatare frequenti lesioni paratiroidee.

Iselin ha rilevato una ipereccitabilità galvanica dei nervi in nati di animali (ratti) paratireoprivi, i quali soccombono facilmente alla paratiroidectomia, anche parziale.

Recentemente Ghiron, quasi a sanzionare la fondatezza delle concezioni teoretiche e delle conquiste sperimentali di precedenti osservatori nei riguardi dell'influenza delle paratiroidi sul ricambio calcareo, concludeva col dire che questa anomalia più che dipendere da una mancata affinità del tessuto osseo per il calcio, dipendeva sostanzialmente da una incapacità di tutto l'organismo ad utilizzare il calcio degli alimenti distribuendolo ai tessuti che ne hanno bisogno.

Per l'A. il disturbo del metabolismo del calcio può estrinsecarsi indifferentemente in due diverse maniere o in eccesso ed allora possiamo avere ad es.: l'osteite deformante, oppure in difetto ed allora abbiamo la rachitide, l'osteite fibrosa, l'osteomalacia; d'importante, secondo l'A., resta l'alterazione del ricambio calcareo, su cui agisce l'attività fisio-patologica delle paratiroidi.

= 1415.

Digitized by Google

Sui rapporti intercorrenti fra paratiroidi e sindromi osteomalaciche noi troviamo un numero rilevante d'osservazioni.

Dalla descrizione del primo caso di Erdhein (1906), cui nell'anno seguente tennero dietro altri otto casi, successivamente numerosi ricercatori (Bauer, Holbaum, Thomas, Hartwich, Stranch, Schmorl) confermarono la frequenza di una ipertrofia delle paratiroidi nell'osteomalacia; ipertrofia che lo stesso Erdhein aveva messo in conto di un'aumentata necessità funzionale di tali glandole per il disturbo del ricambio del calcio.

Tuttavia non sono mancate osservazioni (Maresch e lo stesso Schmorl) tipiche di osteomalacia, in cui le paratiroidi non risultavano affatto interessate. Anzi Harbitz giunse persino a descrivere un caso di neoplasia diffusa a tutte e quattro le paratiroidi senza sintomi di lesioni ossee. È vero — però — che lo stesso Erdhein e Todyo avevano fatto notare come anche nello stato fisiologico si potesse avere iperplasia delle paratiroidi con assenza assoluta di alterazioni da parte del sistema scheletrico.

Il Silberberg pensa che sia l'osteomalacia a determinare le alterazioni paratiroidee, piuttosto che chiamare queste responsabili della malattia.

Il Kerl, a tal proposito, interviene col ricordare che la vessata ipertrofia delle paratiroidi riscontrata dai diversi osservatori nell'osteomalacia, in realtà è una *pseudo-ipertrofia*, perchè il volume normale delle paratiroidi è stato dalla maggior parte dei ricercatori considerato erroneamente al disotto od inferiore alla realtà. Il suddetto autore ha recentemente (1925) insistito sul fatto che le lesioni paratiroidee sono una conseguenza più che una causa della malattia, per la qual cosa queste glandole ipertunzionando — e quindi ipertrofizzandosi — mirerebbero ad intrenare la morbosa eliminazione di calcio dovuta all'alterato metabolismo generale.

Attualmente anche a proposito della tetania paratireopriva si è propensi ad ammettere che non è per sè stessa la funzione paratiroidea disturbata che crea la tetania, ma è l'alcalosi del sangue che per le turbe del ricambio cui dà luogo l'insufficienza delle paratiroidi crea la tetania (Pende).

In ogni modo, prescindendo dalle alterazioni osservate dai diversi AA. a carico delle paratiroidi — siano queste primitive o secondarie — fatto che, d'altra parte, merita una inequivocabile e sicura conferma — è innegabile che tali ghiandole entrano validamente nella patogenesi della osteomalacia per la indubbia influenza che esse esplicano sul metabolismo calcareo.

Concludendo, quindi, noi possiamo ritenere che se la sindrome osteomalacica non può riportarsi sempre ad un unico e costante fattore etiologico (alimentare-avitaminotico-infettivo), essendo assai vario e complesso il determinismo etio-patogenetico, nel gioco delle singole influenze campeggiano oltre il fattore costituzionale, quale espressione di una congenita meiopragia scheletrica, il fattore del disquilibrio endocrino risultante dallo interessamento contemporaneo od isolato di organi a secrezione interna — quali i surreni, l'ipofisi, le glandole genitali, le paratiroidi.

Terapia. La conquista terapeutica dell'osteomalacia esprime colla copiosa elencazione dei tanti metodi curativi, volta a volta adoperati e preferiti dagli AA. diversi per il trattamento del processo, la indiscussa esitanza che ancora regna in questo campo. Nè poteva essere altrimenti, considerando la poderosa architettura etio-patogenetica dell'osteomalacia, dalla quale doveva necessariamente partorire una terapia malsicura ed instabile.

Così, alternativamente, questo o quel trattamento hanno goduto il favore, rispecchiando le concezioni patogenetiche care a ciascun autore.

La castrazione ovarica ha ridotto notevolmente la mortalità, che dalle prime statistiche del Litzmann raggiungeva l'80 %, mentre le recidive sono diventate sempre più rare. Dal Bouchard, il quale colla sua teoria acida raccomandava la somministrazione dei fosfati alcalini, al Trousseau che, identificando l'osteomalacia col rachitismo, sosteneva la cura dell'olio di fegato di merluzzo, noi giungiamo alla terapia fosforata, che, preconizzata da Kassowitz e da Wagner, ha incontrato la simpatia ed il plauso di numerosi AA. (Lèpine, Steraberg, His, Meyer, Strümpell, Hotz). Esistono, tuttavia, forti divergenze oltre che sulla dose anche sulla forma di somministrazione. Per alcuni (Sternberg-Damsch) sono da consigliarsi le dosi alte e per lungo periodo di tempo, mentre v'è chi come Eichorst e Fehling, i quali affermano di non essersi mai giovati della cura fosforata. Lienaux ed Huynen assegnano addirittura un'azione deleteria al fosforo dato sotto forma di acido fosforico, perchè favorirebbe la decalcificazione anzicchè la ritenzione calcarea per la formazione di composti solubili. Certo il nostro Marfori ha dimostrato che la terapia fosforata, perchè possa esplicare la sua benefica azione, ha bisogno di trovare nell'organismo una certa quantità di calcio (fosfato-carbonato), che mancando, renderebbe nocivo lo stimolo apportato dal fosforo. Utilmente, quindi, al fosforo vanno associati i sali di calcio sotto le più svariate forme: lattato, cloruro, fosfato, carbonato, glicerofosfato. Arcangeli adopera il Ca Cl alla dose di 6-8 gr. pro die.

Alwens consigna una terapia preparatoria di lattato di stronzio (gr. 3-6 pro die) cui fa seguire i sali di calcio a dosi elevate, fondando sull'azione sclerotizzante dello stronzio sull'osso secondo le ricerche sperimentali di Lenherdt.

È fuori dubbio che, allo stato attuale, i risultati della terapia calcica non sono senza contrasti e, quindi, tale applicazione va accolta con molta riserva, riferendoci a tal proposito ai dettami della farmacologia sperimentale secondo cui la ingestione di calcio non esercita alcuna azione sul bilancio del calcio organico non venendo esso nè assorbito nè tanto meno utilizzato.

Bernabei propose un suo metodo di cura originale consistente nella ossigenazione enterica con insufflazioni rettali onde limitare l'eliminazione di fosforo attraverso l'intestino e pare con ottimi risultati nei casi da lui trattati.

L'applicazione della cloro-narcosi fu dovuta al miglioramento constatato in donne osteomalaciche sottoposte alla cloroformizzazione per interventi chirurgici. Petrone ritenne il cloroformio specifico della malattia per una supposta azione tossica sul fermento nitrico che egli credeva agente della osteomalacia. Anche Arcangeli si mostra partigiano della cloro-narcosi, a cui assegna virtù chemioterapiche, che si esplicherebbero ammazzando i diplococchi e provocando così un'autovaccinazione. Ed egli trova conforto nella constatazione di Artom di Sant'Agnese il quale avrebbe osservato che la curva dell'indice opsonico, dopo la cloro-narcosi, è uguale a quella post-vaccinica.

Dalle prime speranze germogliate in seguito alla operazione di Porro consistente, com'è noto, nell'amputazione utero-ovarica, per la qual cosa si ritenne questa mutilante operazione come il vero specifico della malattia per i risultati indiscutibilmente lusinghieri che essa apportava, noi giungiamo al Fehling, il quale opportunamente pensò che, pur non potendosi negare i felici trionfi della Porro per l'annientamento dell'ovulazione, questi trionfi, però, erano da mettersi in conto della mancata gestazione ed allattazione, elementi che egli riteneva responsabili della malattia. Propose, conseguentemente, la semplice castrazione ovarica e difatti ai suoi primi brillanti risultati si aggiunsero le conferme di numerosi AA. che concordemente ne lodarono i sommi beneficii (Costa, Truzzi, Schmidt).

Altri hanno preferito l'istero-annessiectomia, specialmente indicata nelle donne gravide (Campione, Braun, Truzzi).

Non ancora ben spiegato appare il meccanismo d'azione, per cui mentre Arcangeli sostiene che la castrazione giovi più che per la soppressa azione endocrinopatica dell'ovaia, per l'anestesia cloroformica praticata durante l'intervento demolitore, Cristofoletti, invece, pensa che l'asportazione dell'ovaia giovi alla ripresa della funzionalità del sistema cromaffine inibita dalla iperfunzione ovarica ed il Mönch ad una benefica azione sulla disfunzione tiroidea.

Piuttosto recentemente alla castrazione chirurgica si è voluto preferire l'azione dei raggi Roentgen, ma è stato dimostrato istologicamente che, pur cessando la mestruazione e l'ovulazione, rimaneva quasi immutata l'attività endocrina dell'ovaia.

Sulla importanza delle glandole endocrine nella patogenesi dell'osteomalacia, si è creata una terapia opoterapica della malattia. L'opoterapia ovarica e tiroidea sono state abbandonate dopo un crescendo d'insuccessi.

La terapia adrenalinica vanta, invece, notevoli successi, secondo le statistiche di numerosi sperimentatori (Mangiagalli, Küliga, Merletti, Tanturri, Bernard, Edelmann, Cavazzani, Bossi, Benzel, Cristofoletti, Koltonski). Naturalmente anche la applicazione terapeutica dell'adrenalina non è senza contrasti, chè, anzi, l'Arcangeli la stima pericolosa sopratutto a causa delle alterazioni delle pareti arteriose che può determinare. Questo

Digitized by Google

autore è dell'opinione che il rimedio agisca in virtù della vasocostrizione esercitata sul midollo osseo che avrebbe come effetto una messa in circolo di diplococchi verso i quali l'organismo si autovaccinerebbe.

La terapia ipofisaria ha dato qualche successo a Lang, Pal, Koch e Bondi. Marinucci la preferisce all'adrenalina perchè gli pare dotata di fenomeni accessori meno spiacevoli. L'uso dell'olio di fegato di merluzzo, perchè ricco di vitamina liposolubile, la cui deficienza nella dieta rappresenterebbe, secondo alcuni AA., l'elemento scatenante della malattia, è stato raccomandato — associato al fosforo — da Miles, Feng, Sauer, Edelmann e Koch.

Pichon, oltre la dieta fortemente vitaminica, tiene in gran conto l'esposizione al sole ed ai raggi ultra-violetti.

Caporali vanta i risultati dei bagni termo-minerali, la cui cura egli consiglia di tentare prima di ricorrere all'ovariectomia.

È fuori discussione che ad un'osteomalacica va assolutamente controindicato e severamente vietato l'allattamento oltre che il rinnovarsi di una gravidanza.

Infine, una terapia paratiroidea è stata tentata ma non con soverchio entusiasmo e recentemente il Borchers dava notizia di aver curato brillantemente due casi di osteomalacia mediante l'innesto di paratiroidi umane.

Valendomi delle più recenti acquisizioni sulla importanza delle paratiroidi nel metabolismo del calcio e quindi della influenza che esse esercitano sul processo osteomalacico, ai fini conclusivi del presente lavoro io tratteggerò in rapida sintesi la teoria fisiologica delle paratiroidi per passare subito alla esposizione di un nuovo tentativo terapeutico dell'osteomalacia mediante la preparazione di estratto di paratiroidi fresche di bue.

Alle paratiroidi pare dovuta un'azione antitossica: ho detto — pare — poichè, se per quasi tutte le altre glandole endocrine non è più ammessa una funzione antitossica, solo alle paratiroidi sembra sia conservato questo potere svelenante nella sindrome paratireopriva per l'analogia che questo quadro presenta con quello di un avvelenamento acuto.

La tetania, così ben caratterizzata nella sua fisionomia clinica, è stata ed è tuttora oggetto di ricerche per tentare di spiegare il legame patogenetico che passa tra l'esplodere della sindrome e l'interessamento delle paratiroidi. È innegabile il fatto come la soppressione delle paratiroidi meni ad una turba del metabolismo endogeno che determina la tetania, la quale — come ho detto dianzi — fa ricordare entro certi limiti quei quadri morbosi che si osservano per l'azione di alcuni veleni esogeni od anche per autointossicazione (Pende). Era logico, quindi, che gli sforzi dei ricercatori fossero rivolti ad identificare questi presunti veleni della tetania.

Marfori, Jacobson, Berkelev, Beche, Medwedew ne incolparono l'*ammoniaca*, Frouin l'*acido carbaminico*, v. Biedl la *β-imidoazolileti lamina*, Paton e Findlay la *guanidina* e la *metilguanidina*.

La guanidina che con la metilguanidina è stata trovata presente abbondantemente nelle urine dei cani paratiroidectomizzati inibirebbe il tono del vago, determinerebbe un notevole innalzamento della pressione sanguigna, provocherebbe l'ipocalcemia.

Ma ben diversamente altri AA. (Voegtlin, Mac Callum) hanno cercato di spiegare l'influenza delle paratiroidi nella genesi di quei fenomeni tossici, prima attribuiti all'azione di veleni convulsivanti. Essi pensano che l'ormone paratiroideo è indispensabile al normale metabolismo del calcio e del magnesio, la cui azione si svolge in rapporto col ricambio rispettivamente del tessuto osseo e del tessuto nervoso, del quale, fisiologicamente moderano l'eccitabilità. Avverandosi una deficienza di tale ormone, i tessuti osseo e nervoso non possono utilizzare gli ioni di calcio e danno luogo conseguentemente ad uno stato d'ipereccitabilità nervosa e di alterazioni calciprive delle ossa.

È importante a tal riguardo aggiungere come questo difetto di assunzione degli ioni di calcio e di magnesio da parte dei tessuti nervosi o scheletrici non deve essere inteso, secondo bene ha messo in evidenza Aschenheim, nel senso della quantità assoluta del calcio e del magnesio, ma nel senso di un'alterazione del rapporto normale di queste terre alcaline agli acali. Sono ancora allo studio le condizioni per le quali il calcio viene più o meno trattenuto nell'organismo animale. Buona parte di esso trovasi combinato inorganicamente allo stato di bicarbonato, fosfato e carbonato di calcio: solo una minima quantità allo stato di fluoruro di calcio. Si trova, inoltre, allo stato di combinazione organica (lattato, acetato, formiati, acidi solfo-coniugati) ed in combinazione colle proteine (caseina, fibrina, ecc.).

Nella ipocalcemia è interessato il calcio ionizzato che si appalesa con una deviazione patologica dell'equilibrio acido-basico del sangue nel senso di una iper-alcalinità non compensata che determina una caduta del calcio ionizzato. Questo stato d'alcalosi porta ad un aumento della cronassia del nervo e del muscolo.

In conclusione, la teoria di Mac Callum, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze, ci aiuta oltre che nella spiegazione patogenetica e terapeutica della tetania sperimentale, anche nella dimostrazione della importanza delle paratiroidi nella calcificazione dei tessuti osteogeni (Erdhein, Pende) e quindi del rapporto esistente tra le alterazioni delle paratiroidi e l'esistenza dell'osteomalacia e del rachitismo.

Prendendo le mosse dalle comunicazioni di Collip sulla scoverta dell'ormone paratiroideo, ho voluto provare questa terapia su di una osteomalacica ricoverata nella nostra clinica e di cui riporto per esteso la storia ed i risultati raggiunti, tenendo conto specialmente del metabolismo del calcio.

T. L. da Venosa (Potenza) di a. 46 fu Giuseppe e fu Maria B., donna di casa, coniugata.

Nulla di notevole nel gentilizio per ciò che riguarda tubercolosi, sifilide, alcoolismo, malattie mentali. Padre morto a 63 a. di malattia di cuore. Madre morta in parto. Due germani viventi ed in buona salute, un fratello morto di meningite cerebro-spinale a 28 anni ed un altro a 25 anni per morte improvvisa.

Terzogenita da parto eutocico a termine, ebbe allattamento materno, primi passi e parole in epoca normale, non soffrì di rachitismo, nè ricorda alcuna malattia degna di nota sino all'attuale. Fin da piccola notò le ipercromie cutanee che tuttora si osservano ed otto anni fa cominciò col notare l'insorgenza di piccoli tumoretti diffusi alla cute del corpo ed una alterazione a carico delle palpebre.

Mestruò a 18 a. e le mestruazioni si presentarono sempre regolarmente fino ad oggi. Contrasse matrimonio all'età di 22 a., ebbe 10 gravidanze a termine ed una abortiva. Allattò sempre tutti i suoi figli ed altri 2 figli pure di estranei. Aveva l'abitudine di insistere nell'allattamento sempre oltre i 15 mesi. L'ultima gravidanza l'ebbe 5 anni fa.

Anamnesi prossima. L'inferma fa risalire le sue sofferenze a 7 anni fa in occasione della penultima gravidanza. Cominciò con l'avvertire dolenzia diffusa all'anca sinistra che le rendeva inceppato il cammino. Dopo una cura di fanghi le sue condizioni migliorarono di molto, ma in seguito il disturbo all'arto ricomparve. Da un anno a questa parte la deambulazione è diventata molto più difficile assumendo il carattere di andatura di anitra. L'inferma si lamenta ancora di dolori ai lombi e riferisce di essersi accorta di una notevole diminuzione nella statura che non sa, però, precisare.

Stato attuale. Inferma di complessione scheletrico-muscolare mediocre. Peso kg. 45. Altezza cm. 140. Perimetro toracico cm. 79. Decubito indifferente, aspetto tranquillo, sensorio integro. Polsi 88. Respiri 16. Temperatura 36°,7.

Colorito della cute bruno-pallido. Numerose macchie ipercromiche diffuse su tutto il corpo e qua e là piccoli fibromi molli, penduli. Connettivo cellulo-adiposo scarso, assenza di una tipica micropoliadenopatia periferica, dolenzia alla pressione in rapporto alle tibie, ai femori; scarsa dolenzia in rapporto al bacino, lieve dolenzia in rapporto alla cassa toracica che è alquanto depressibile.

Torace a tipo stretto-simmetrico; tipo di respiro costale superiore; respiro regolare per ritmo, frequenza ed ampiezza. Litten positivo. Nulla di notevole a carico dell'app. respiratorio e cardiovascolare. Tensione arteriosa 110-65 (metodo ascoltatorio). Addome a tipo stretto, un poco globoso. L'addome è trattabile in tutti i suoi quadranti. Il fegato e la milza sono nei limiti fisiologici.

Nulla di notevole a carico del sistema nervoso centrale e periferico. Andatura ad anitra.

Per ciò che riguarda il sistema scheletrico notasi la dolentia sopradescritta. Cifosi dorsale a grande curvatura e cedevolezza non però notevole della parete toracica. Becco di lucerna al pube.

Wassermann: negativa. Cuti: negativa.

Urine: Quantità nelle 24 ore: 480 cc. Reazione: acida. Aspetto: limpido. Colorito: giallo. Albumina: centigrammi quindici. Muco-pus: in modica quantità. Zucchero ed acetone: assenti. Pigmenti patologici: assenti. Urea: gr. 25 ‰. (gr. 12 nelle 24 ore). Cloruri: gr. 12,50 ‰ (gr. 6 nelle 24 ore). Acido urico ed urati: gr. 0,58. Fosfati: in aumento.

Nel sedimento numerosi cristalli di ossalato di calcio.

Digitized by Google

Riserva alcalina: 55.

Emoglobina: 92. Globuli rossi: 4.800.000. Globuli bianchi: 4.500. Valore globulare: 0.96.

Formula leucocitaria: Neutrofili 61; Basofili 1; Eosinofili 2; Monociti 8; Linfociti 22.

Esame radioscopico (Prof. Tandoia). L'indagine radiologica del bacino fa rilevare i seguenti dati: Le due ossa iliache per forma e grandezza non si scostano in modo speciale dalla norma. Nella struttura ossea, peraltro, è rilevabile un lieve grado di decalcificazione. Invece le ossa pubiche e gli ischi presentano più spiccate le alterazioni di struttura sotto forma di decalcificazione che dà l'aspetto areolare. Eguali alterazioni e della stessa intensità sono rilevabili nelle epifisi superiori dei femori. Non sono, peraltro, rilevabili alterazioni apprezzabili nelle articolazioni coxo-femorali.

Osservazione ostetrica (Prof. E. De Sio Cesari). Sacro lievemente spostato in avanti. Le parti antero-laterali del bacino rientranti per contro-pressione dei femori. Molto ravvicinate le tuberosità ischiatiche e le branche ischio-pubiche avvicinate e rese alquanto parallele tra loro le branche orizzontali dei pubi.

Becco di lucerna abbastanza rilevante.

Leggera è la contrattura degli adduttori delle coscie.

All'esplorazione combinata utero grosso, metritico, niente negli annessi.

I primi tentativi per la preparazione dell'ormone paratiroideo si debbono a Lockhardt, e Goldberg (1923); Berman nel 1924 ottiene, ma molto incompletamente, da paratiroidi bovine un estratto che, iniettato con una soluzione di Ringer, aumenta la calciemia e, quindi, Hanson, nell'istesso anno del Berman, prepara un estratto attivo paratiroideo chiamato « *fattore idroclorídrico X* ».

Ma a Collip spetta il merito di aver realizzato definitivamente l'ormone paratiroideo.

Per quanto tendente a finalità diverse debbo qui far menzione di un lodevole tentativo di due ricercatori italiani Arrigoni e Boattini esposto in una nota preventiva su *Folia Chimica, Clinica et Microscopica* allo scopo di mettere in evidenza una eventuale specifica attività dei distillati di ghiandole a secrezione interna.

Anche recentemente due AA. americani Hunter e Aub (*Journ. of. Amer. Med. Ass.* 10 febbraio 1027) hanno somministrato estratto paratiroideo a sei pazienti affetti da intossicazione saturnina; partendo dal concetto che nel saturnismo il piombo tende a depositarsi nella parte calcarea delle ossa sotto forma di trifosfato del tutto insolubile, mentre l'assorbimento e la escrezione del metallo rivela l'esistenza di un netto parallelismo fra il metabolismo del piombo e quello del calcio. Conseguentemente le alterazioni del metabolismo calcareo — quale che sia l'origine, si riverbera, influenzandolo, sul metabolismo del piombo.

I due AA. americani, nei 6 casi trattati con estratto paratiroideo, hanno trovato che parallelamente ad un aumento del calcio sanguigno, urinario e delle feci, l'escrezione del piombo avveniva in notevole quantità, dimostrando, quindi, l'efficacia di questa terapia nel trattamento del saturnismo su quella praticata per lo passato, quale il cloruro di ammonio, l'acido fosforico.

Nella preparazione dell'ormone paratiroideo, la cui applicazione in casi di osteomalacia, per quello che è a mia conoscenza, non parmi sia stata tentata da altri, ho seguito il metodo originale di Collip (*J. Biolog. Chem.* marzo 1925, pag. 395) ed a cui rimando per i particolari.

Personalmente mi sono servito di paratiroidi bovine di animali macellati di recente, somministrando l'estratto a gocce *per os* (40 *pro die*).

Ricerche sulla calcemia e sul metabolismo calcareo prima e dopo la terapia paratiroidea.

Calcemia. Il dosaggio del Ca del sangue eseguito col metodo di Clark dà milligrammi 7,3 per 100 cmc. di sangue totale.

Metabolismo del calcio prima della terapia ormonica.

Calcio introdotto. 1° giorno. L'inferma ingerisce 2 litri di latte e 200 gr. di riso. Il latte conteneva gr. 1.68 di calcio per litro. Il riso nei 200 gr. conteneva gr. 0,168 di calcio. Il calcio introdotto nella prima giornata fu, dunque, di gr. 3.36 col latte e 0.168 col riso.

2° giorno. L'inferma ingerisce litri 1 e 3/4 di latte e 200 grammi di riso della stessa qualità del giorno precedente. Il latte conteneva gr. 1.77 di calcio per litro. Col latte, quindi, fu ingerito calcio nella proporzione di gr. 1.77 + gr. 1.32.

Il totale di calcio introdotto nei due giorni fu di:

Gr. 3.36 col latte del 1° giorno; gr. 3.09 col latte del 2° giorno; gr. 0.16 col riso del 1° giorno; gr. 0.16 col riso del 2° giorno.

Totale gr. 6.77 di calcio ingerito in 48 ore.

Calcio eliminato. Furono raccolte le feci di 48 ore: una parte delle feci del giorno dopo ancora colorate col carminio. Tali feci riunite ed essiccate a 100° davano 34 gr. di feci secche. Ogni grammo di feci secche conteneva gr. 0.121 di calcio. Il calcio eliminato con le feci fu di: gr. 0.121 × 34 = gr. 4,114. L'inferma eliminò il 1° giorno 1200 gr. di urina ed il 2° giorno 1000 gr. di urina.

N. B. Una piccola parte di calcio urinario fu dosato con quello delle feci dato la inevitabile miscela.

Le urine dei due giorni furono mescolate e su 100 gr. della miscela fu dosato il calcio. Esse ne contenevano nella proporzione di gr. 0.131. Il calcio eliminato con le urine nelle 48 ore fu di gr. 0.131 × 22 = 2882.

La somma del calcio eliminato fu, dunque: gr. 4,114 con le feci; gr. 2882 con le urine. Totale gr. 6,996.

Il bilancio resta così stabilito: calcio introdotto gr. 6770; calcio eliminato gr. 6.996. Bilancio — gr. 0.226.

Metabolismo del calcio dopo la terapia ormonica. Calcio introdotto col latte gr. 5.40. Calcio introdotto col riso gr. 0.32. Totale gr. 5.72.

Calcio eliminato con le feci gr. 4,30. Calcio eliminato con le urine gr. 0.30-. Totale gr. 4,60.

Bilancio: gr. 5,72 — gr. 4,60 = + 1,12.

La cura ha avuto la durata di un mese e la bontà dei risultati appare lampantemente dimostrata dal migliorato metabolismo del calcio oltre che dai rilievi clinici. Senso generale di euforia, sparizione dei dolori ossei, ripristino quasi normale della deambulazione.

CONCLUSIONI. — L'efficacia del trattamento paratiroideo, secondo il metodo estrattivo di Collip, nel caso in esame, mi autorizza, per quanto non in senso assoluto, a ritenere come un potente ausilio terapeutico l'estratto delle paratiroidi, auspicando, per una maggiore conferma, tentativi del genere da parte di altri osservatori di fronte a casi di osteomalacia.

Vadano i miei sensi di grazie ai Prof.ri Tandoia e De Sio Cesari per l'autorevole ed illuminata cooperazione nell'accertamento diagnostico ed al direttore Prof. Caporali la mia gratitudine per la luce dei suoi consigli.

BIBLIOGRAFIA

Per la bibliografia completa sull'argomento dell'osteomalacia rimando al lavoro di SCARLATO. *L'osteomalacia, con ricerche cliniche e sperimentali considerando specialmente il ricambio fisio-patologico del calcio.* Tesi di libera docenza, 1926, Napoli.

Sulle paratiroidi la bibliografia recentissima è questa: COLLIP. Journal of Biological Chemistry, marzo 1925, p. 395. — HUNTER e AUB. Journal of Amer. Med. Ass., 19 febbraio 1027. — ARRIGONI e BOATTINI. Folia Chimica, Clinica et Microscopica, fasc. 5, vol. 1. 1926. — FORESTA. Iperparatiroidismo ed emofilia. La Medicina Pratica, fasc. 5, 1927.

ISTITUTO DI CLINICA DERMO-SIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. G. VERROTTI

DEL "FENOL-ALCOOL" QUALE ANTIGENE A TITOLO FISSO PER LA SIERO-REAZIONE WASSERMANN.

per il dott. GIOVANNI LANTERI — Assistente

È da tutti riconosciuto il valore fondamentale dell'antigene nella prova di deviazione del complemento ed a tutti sono noti i diversi significati che ad esso sono stati attribuiti, via via che agli estratti di organi luetici si sono potuti, indifferentemente, se non con maggior fortuna sostituire antigeni, derivati da organi sani e persino da sostanze vegetali e da miscugli artificiali. Ciò nella ultima convinzione che la proprietà di reagire dell'antigene, in presenza di sieri luetici, che si estrinseca colla fissazione del complemento, fosse imputabile ai contenuti lipoidei.

In conseguenza di questo fatto ne derivò la preferenza degli estratti alcoolici in confronto di quelli acquosi, essendo l'alcool tra i migliori e più comodi solventi dei lipoidi.

Digitized by Google

Per rendere più agevole la complessa preparazione e la stabilità dell'antigene, lasciandone però immutata la sensibilità, sono stati fatti molteplici tentativi.

E a questo fine sono state rivolte le pazienti e felici esperienze dei Proff. Ninni e Molinari (1). Questi, dopo una serie di ricerche di orientamento per spiegare l'azione antigenica dimostrata dagli arsenobenzoli, stabilirono che delle sostanze chimiche, *che non sono affatto lipoidi,* possedevano una determinata proprietà, possibile causa del loro potere antigenico.

Questa proprietà venne riferita a quella mordenzatrice di alcune sostanze (fenolo, anilina) e si pensò che anche l'arsenobenzolo avesse reagito, in virtù della sua nota azione mordenzatrice, e verosimilmente in questo stesso modo si fossero comportati gli antigeni lipoidei.

Fissati questi punti gli Autori provarono come antigene una soluzione di fenolo (Merck) in alcool a 96 (1:50), che al momento dell'uso veniva diluita in soluzione fisiologica nel rapporto di 1:9, e trovarono che: « *Il fenol-alcool così usato ha le identiche proprietà rispetto ai sieri sifilitici ed ai sieri normali dei più svariati antigeni lipoidei* ». Infine dichiaravano erronea la convinzione che gli antigeni funzionano in forza del loro contenuto lipoideo, mentre invece la proprietà antigenica, tanto spinta nel fenol-alcool, verrebbe ad essere riferita alla proprietà mordenzatrice degli antigeni verso i sieri luetici.

Esperienze personali. Preparato l'antigene nel modo consigliato dagli Autori (1 cc. di fenolo assoluto Merck, reso liquido con calore, in 49 cc. di alcool a 96), ho proceduto alla deviazione del complemento, secondo la tecnica della Wassermann originale, diluendolo al momento dell'uso nel rapporto di 1:9 cioè 1+8. I controlli del fenol-alcool così adoperato, non mi hanno mostrato mai alcun potere emolitico nè anticomplementare. Ho confrontato la reazione con la Wassermann, praticata con antigene alcoolico di cuore di cavia colesterinizzato dell'«Istituto Pharmagans » e con la reazione d'intorbidamento di Meinicke (M. T. R.) ed ho operato su oltre 300 sieri.

Sin dalle prime prove ho ottenuto risultati incoraggianti. Però siccome, a volte, m'accadeva di avere un risultato negativo là dove si trattava di luetico, il cui siero rispondeva positivamente alle due reazioni di controllo, volli tentare di provare se con qualche modificazione del metodo si poteva riparare alla non costante deficienza dimostrata. M'indussi pertanto a lasciare l'antigene, diluito in soluzione fisiologica, in riposo di 15 minuti, prima di distribuirlo nelle provette e, così operando, non ebbe più a ripetersi l'inconveniente della discordanza di questa reazione con le altre due di controllo, chè anzi i risultati si mostrarono assolutamente identici.

Non presumo di spiegare il fenomeno, ma se per questo si volesse tentare di trovare una ragione, mi sia permesso di pensare alla maggiore possibilità e comodità per l'antigene di sciogliersi completamente nella soluzione fisiologica, cedendo a questa tutto quel «quid» di potere reattivo, che un uso estemporaneo, raramente, potrebbe limitare, compromettendo il risultato dell'esame.

Un fatto che, pur non togliendo valore alla bontà dell'antigene e ai risultati finali della reazione va notato, è quello che nelle prove di deviazione del complemento col fenol-alcool non si riesce ad ottenere neppure per sieri di luetici, in periodo secondario floride ed in assenza di cure, un arresto completo di emolisi, che a distanza di 24 ore dall'operazione si dovrebbe rendere manifesto con la precipitazione di tutti i globuli rossi nel fondo della provetta, rimanendo il soprastante liquido assolutamente incolore.

Il meccanismo del fenomeno, rappresentato dalla possibilità di reagire del fenol-alcool a simiglianza degli altri antigeni, e spiegato da Ninni e Molinari con la proprietà mordenzatrice dell'antigene, anzichè col suo contenuto in lipoidi, se pure non risultasse vero, resterebbe però sempre il fatto importante che il fenol- alcool, rispondendo bene ai requisiti richiesti per un buon antigene, sia ancora per la facile preparazione e per la sua stabilità, merita di essere utilizzato, con vantaggio, nella pratica accanto agli altri antigeni di provata bontà.

(1) Ninni e Molinari. Antigeno a costituzione chimica definita specifico per la reazione di Wassermann: fenol-alcool. *Pathologica,* n. 428, 15 giugno 1927.

RILIEVI DI CHIRURGIA

SNERVAMENTO RENALE

Coloro i quali seguono la produzione scientifica, anche nelle branche collaterali della chirurgia, debbono aver notato l'accentuarsi delle tendenze verso il sistema nervoso. Non è dunque se non una particolare espressione di codesto indirizzo, inspirato alla soppressione del dominio nervoso, anche lo snervamento renale ideato ed attuato dal Dr. Papin, Urologo dell'Hôpital S. Joseph in Paris.

Vero è che la proposta, e la realizzazione dell'atto operatorio, risale a meno di un decennio; e che essa non sembra abbastanza divulgata; ma già al suo attivo il Papin raccoglie quasi una centuria di casi; gli ultimi 27 dei quali sono testè riferiti dal Dr. Chiariello nell'*Archivio Italiano di Urologia,* fasc. IV, 1927. Tanto vuol dire che se, dopo un indispensabile preparazione sperimentale, il campo clinico fornisce di già un cospicuo campo per le deduzioni terapeutiche, ci sia da attendere una maggiore affermazione del proposto indirizzo, nonchè un controllo critico forse non meno salutare.

A meglio schematizzare lo stato della questione, essendo implicito guardarne i singoli aspetti, mi pare più incisivo cominciare dalla tecnica operatoria, sebbene già in questo Periodico più volte fosse esposta:

Operazione non precipitata, paziente, essa va preferibilmente eseguita attraverso la classica incisione lombare. Procedendo a strati fino a scoprire la capsula adiposa, la si incide, per dissecare e completamente denudare l'organo, serbandosi vigili in vicinanza dei due poli, e particolarmente di quello superiore, per la possibile presenza di vasi supplementari.

Tutta la massa adiposa circuente il picciuolo renale va rimossa, per modo da mettere in evidenza vasi ed uretere. Quest'ultimo viene spostato in basso, senza tuttavia ledere i vasi ureterali. Una larga valva è applicata, contro il margine anteriore della ferita; il rene è tratto innanzi fino a mettere bene in evidenza la faccia anteriore del peduncolo vascolare.

Si inizia allora il denudamento dell'arteria, proteggendo la vena, mediante un piccolo uncino del Papin, avente 15 mill. di diametro. La vena è così deviata in basso e protetta; tanto per non incorrere nella necessità di emostasie di venule strappate, e molto meno nella sutura parietale della vena stessa.

Una piccola spatola triangolare a punta e margini taglienti, anche dovuta al Papin, serve a far isolare dall'arteria i filetti nervosi, facili a distinguere dai linfatici per la loro tecnica. Sollevati da uno specillo, essi vengono con sottili forbici recisi, ai due estremi del tratto isolato. Rimossa la valva, ribattuto il rene ed attratto, per modo da metterle in buona evidenza la faccia renale posteriore, si applica la valva sul margine posteriore della ferita. Si esegue allora il lavoro similare per asportare i filamenti nervosi arteriali, magari passando tra le branche dell'arteria.

Ad evitare che l'organo spogliato della propria capsula adiposa diventi ptosico, sarà talvolta opportuna la nefropessia (lembo quadrangolare della capsula fibrosa, trasfissione del polo superiore).

Piccola fognatura all'angolo inferiore della ferita.

Fin qui dunque la tecnica, nella sua delicata semplicità, in quanto, come facile è scorgerlo, si tratta di adattare all'organo singolo un principio di tecnica ormai sempre più divulgato, sulla scorta della chirurgia lionese.

Senonchè lo sviluppo dottrinale, il concetto, le indicazioni, le finalità terapeutiche, riflettono un complesso di considerazioni anatomiche, fisiologiche, cliniche, controllate dal laboratorio sperimentale; ond'è che solo dal contesto di questo complesso può emergere una trattazione quanto più suscettibile di comprensione da parte di coloro che non ne fossero abbastanza edotti.

Snervare chirurgicamente, vuol dire, in genere, intervenire per interrompere vie di trasmissioni, di sensazioni, di solito a carattere doloroso. Che il rene, e l'apparato urinario superiore in blocco, possano esser frequente sede di algie, non è neppur necessario ricordarlo. Senonchè

Digitized by Google

l'importanza della delimitazione dei concetti, si traduce in più precisa scorta di indicazioni terapeutiche; giacchè è semplicemente intuitivo che le indicazioni dello snervamento si restringano ai casi nei quali si vuole e si può combattere il sintomo predominante, la nefralgia cosidetta essenziale, sulla cui origine, sulla entità della quale permane dubbio; tra l'opinione di coloro i quali, come il Legueu ammettono l'esistenza di nefriti parcellari asettiche, ed il Klippel il quale vi scorge una neurite del plesso renale. Peraltro, e grazie ai progressi pielografici, accanto a queste forme che si direbbero anatomicamente negative per il rene colpito, si sono rivelate piccole idronefrosi, spesso intensamente dolorose, localizzate sia al bacinetto, sia ai calici, particolarmente a quelli più piccoli. C'è inoltre un gruppo di osservazioni, sebbene ancora forse più delle altre, meritevoli di ulteriore controllo, vogliamo dire alcune varietà di nefrite ematurica da causa occulta, nelle quali l'intervento parrebbe essere indicato. Forse ancora, ed in attesa di più convincente esperienza, si potrebbe, secondo Flandrin combattere o prevenire l'anuria riflessa, con lo snervamento.

I casi dunque finora raccolti e precipuamente dal Papin, costituirebbero una pietra basilare, ad una chirurgia, che potrà, forse assumere più ampio raggio di applicazione; poichè non si può scindere questa tendenza da due altre, odiernamente più accentuate, cioè lo studio anatomo-fisiologico del simpatico, e la chirurgia del simpatico periarterioso in una fase di perseverante divulgazione. Frattanto la fisiologia e la patologia della sensibilità renale, non sono nè univoche, nè in tutto chiarite. Partendo dalla cognizione di sindromi dolorifiche, delle quali la semeiologia ci fornisce punti di repere, zone di ricognizione, particolarmente denominate da Head, si sarebbe fuor del vero ritenendone precisata l'origine, le caratteristiche, il meccanismo. Se si ammette che in condizioni normali un rene sia insensibile, se si riconosce che in contingenze morbose quasi similari un rene può essere dolorosissimo, o quasi punto; se si riconosce non esser correlazione costante tra dolore e distensione capsulare, tra dimensioni piccole o grandi assunte dal bacinetto renale, vuol dire da tutto questo che la maniera, e diremmo meglio il dinamismo della sensibilità algesica, attendono nuovo e non lieve chiarimento.

In realtà dalla constatazione di una cospicua distribuzione di reti simpatiche al rene fino al chiarimento del meccanismo funzionale dei gangli delle catene laterali del simpatico, se debbano considerarsi come isolatori, o come accumulatori di sensazioni da trasmettere per i rami comunicanti, alle radici posteriori, ed ai centri superiori, correrà forse ancora del tempo.

Come che sia, il problema della innervazione renale, allo stato attuale può esser considerato sotto due principali aspetti: anatomico e fisiologico.

Innervazione renale propria suole esser detta quella costituita da due plessi, essenzialmente forniti dal plesso solare, con l'aggiunta del nervo renale posteriore (o terzo splancnico dal dodicesimo ganglio toracico), filamenti del piccolo splancnico, ed un ramo del 1° ganglio simpatico lombare. Questa innervazione si approfonda in un intrico di fibre che vanno perdendosi fin nelle più delicate diramazioni vascolari. Ma sarebbe, in questo luogo poco opportuno insistere sulle molte controversie in proposito.

Indubbia è, nè nuova la correlazione con i centri nervosi, salvo a precisarne la natura. Tuttavia il meccanismo vasomotorio ha i suoi sostenitori sperimentali; nè d'altra parte difettano gli assertori di particolari influssi reno-secretori. Il dissenso è anche più accentuato dal fatto della non assodata correlazione tra quantità di sangue circolante, sua composizione e diuresi clorurata o meno. Del resto in più riprese si è in queste colonne accennato alle personali vedute dell'Ambard sulla costante di secrezione in rapporto all'influsso nervoso, ed alle eventuali critiche che si sono avanzate.

Come che sia, il dato anatomico dei plessi renali, la correlazione con il plesso renale del lato opposto, con il plesso surrenale, con quello aortico, l'utero-ovarico (o plesso spermatico), nervo mesenterico inferiore e nervo mesenterico superiore, ecco, secondo noi, un complesso sufficiente a costituire difficoltà, anzichè semplificazioni nella fisiologia delle sindromi renali dolorose, ed attendere maggiori chiarimenti.

Ora alla luce della critica, razionale e consentita, a noi sembra che lo studio dello «snervamento» di questo organo, come di altri, oggi sottoposti a prova, offra quesiti da risolvere tra il fatto compiuto e l'interpretazione di esso. Compiuto diciamo il fatto in base alle risultanze cliniche confortate da nomi autorevoli, in chirurgia renale, quali Papin, Flandrin, Thevenot, Rubritius, Del Pino e Astraldi per non citarne ancora. Tanto non ci impedisce di osare qualche riserva, nel senso che rispettosi seguaci delle innovazioni della chirurgia, non giudichiamo molto feconda di progresso l'eccessiva tendenza verso il collettivismo suggestivo dell'ora che volge.

Senonchè la chirurgia del simpatico perivasale ha già al proprio attivo un patrimonio di osservazioni incontestabili, ond'è che lo snervamento renale, ne è una filiazione logica.

Ma il problema secondo il nostro avviso più importante e di intricata soluzione resta l'interpretazione degli effetti dello snervamento sulla funzione renale. Vero è che si invocano a favore della innocuità, i trapianti renali del Carrel, Carleton-Dederer e di altri.

Si è pervenuti ad affermare un certo automatismo funzionale dell'organo, così da bastare alla propria missione. Vero è anche che in qualche caso allo snervamento ha tenuto dietro l'atrofia dell'organo, spiegata in modo diverso, ma soprattutto con improprietà della tecnica. Frattanto le constatazioni deporrebbero per minime differenze tra rene snervato e quello sano, rispetto alla funzione secretoria.

Non usi ad avanzare audaci apprezzamenti, ma tuttavia alquanto allenati anche a codesta chirurgia perivasale, confessiamo non esserci chiara l'affinità o la identità di fatti sperimentali tra codesta simpatectomia e la interruzione che, seguita dal trapianto angio-anastomotico operatorio, autorizza a lasciar supporre una possibilità di restaurazioni conduttrici anche nervee. Inoltre un fatto che, rivelato dalla esperienza clinica del Leriche, ciascuno di noi può aver confermato, è l'intenso angiospasmo arteriale immediato allo scollamento avventiziale o periarteriale snervante, fino a vedere il tronco ridursi cordoniforme.

Non è già abbastanza, per ritenere che la direttiva della internetrazione nello snervamento renale debba essere alquanto diversa da quella dei trapianti? Non è già razionale pensare che l'altro rene, e la innervazione che gli spetta prenda parte all'equilibrio? Attenderemo intanto e seguiremo gli studi che non mancheranno.

AIEVOLI

BIBL. CHIARIELLO-PAPIN. Archivio Italiano di Urologia, 4. 1027. — PAPIN. Le Scalpel, 1923. — FLANDRIN. Archives Urologiques de Necker, 1924.

VARIA

Proposta di leggi per i sieri ed i vaccini in Svizzera e negli Stati Uniti d' America. — Nella Confederazione Svizzera e negli Stati Uniti d'America sono state proposte per la regolamentazione della produzione e del commercio dei sieri e dei vaccini delle apposite leggi le quali se differiscono nei vari particolari, tendono al fine comune della salute pubblica. In questi progetti si legge quanto segue:

1. La preparazione dei sieri e dei vaccini da usarsi nella pratica medica è proibita, senza speciale autorizzazione del Ministro incaricato della salute e dell'igiene pubblica. Tale autorizzazione, però, non può essere rifiuta se non per giustificati motivi di ordine sanitario, i quali saranno specificati nel rifiuto. Quest'autorizzazione inoltre può venire revocata ma solo e sempre per motivi di salute pubblica.

2. Disposizioni amministrative regoleranno la preparazione, la qualità, la conservazione, il trasporto e il controllo dei sieri e dei vaccini. Una speciale disposizione proibirà, o sottoporrà a particolari condizioni, le importazioni di questi prodotti.

3. La dispensa di tutte le limitazioni d'importazione potrà essere accordata per decreto ministeriale solo nei casi di estremo bisogno.

4. Provvedimenti disciplinari penali saranno presi per i trasgressori di queste disposizioni.

5. I sieri e i vaccini trovati sospetti dovranno essere requisiti e distrutti.

6. I sieri e i vaccini messi in vendita dovranno portare sul flacone tutte le indicazioni riguardanti il nome del produttore o dell'importatore, la data oltre la quale il materiale non sarà più utilizzabile, la natura del prodotto e il suo uso, nonchè la concentrazione delle sostanze specifiche.

7. I sieri devono inoltre rispondere alle seguenti proprietà: devono essere assolutamente sterili, non devono contenere tossine pericolose; non devono mostrare alcun deposito; non devono contenere quantità rilevanti di sostanze conservatrici (non più del 0.5 % per il fenolo, e del 0.4 % per il tricresolo); non devono avere più del 12 % di albumina; devono essere controllati nella loro attività secondo i metodi fissati dalle autorità competenti.

8. I vaccini devono contenere solo il batterio specifico di cui portano il nome; gli estratti sterili e i filtrati non devono contenere nessun batterio.

9. Tutte le disposizioni relative ai vaccini in genere non dovranno riguardare gli auto-vaccini.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'insulina come antiemetico. — H. Elias e E. Violin, I. Clinica Medica dell'Università di Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift, n. 21, 1927.*

Avendo osservato accidentalmente che le somministrazioni di insulina sedavano il vomito degli itterici, gli AA. hanno esperimentato di proposito questa azione antiemetica della insulina.

Hanno potuto ottenere dei favorevoli risultati nelle forme più diverse di vomito incoercibile (colelitiasi con e senza ittero, colecistite, linfogranuloma, linfosarcoma, carcinoma, gravidanza); non si è avuto invece alcun risultato nel vomito da tumori cerebrali, da stenosi, e nel vomito isterico.

Gli AA. pensano di poter spiegare questa diversità, ammettendo che l'insulina agisca come antiemetico aggredendo e rendendo innocui i prodotti abnormi del ricambio, che stimolano al vomito, mentre rimarrebbe senza effetto dove mancano le sostanze tossiche (tumori cerebrali, isterismo).

L'allisatina nelle forme intestinali dei tubercolotici. — S. E. Wolf, Sanatorio Schatzalp di Davos. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, n. 21, 1927.*

L'Allisatina è essenzialmente un estratto dell'Allium Sativum (aglio), combinato con carbone attivo, in modo da dissimulare l'odore ed il sapore disgustosi.

Roos ha per il primo consigliato l'uso dell'aglio nelle forme intestinali diarroiche, poichè esso avrebbe un'azione antidiarroica, battericida ed antidispeptica.

Ogni tavoletta di Allisatina contiene presso a poco un grammo di sostanza attiva; il contenuto in carbone è assai esiguo, e può quasi essere trascurato.

L'Autore ha ripreso queste ricerche cliniche del Roos, ed ha esperimentato l'Allisatina in un certo numero di casi, che si possono dividere in tre categorie:

1° tubercolosi intestinale manifesta;

2° diarree croniche di natura tossica;

3° catarri intestinali e diarree acute e croniche, non specifici.

In generale la dose giornaliera era di sei tavolette, somministrate in tre volte, la durata del trattamento ha variato quasi da caso a caso.

I risultati sono stati molto favorevoli: nelle forme più diverse di diarree intestinali dei tubercolotici l'Allisatina ha corrisposto in modo sorprendente, come antidiarroico e come antidispeptico. Oltre alla sua azione puramente sintomatica nella tubercolosi intestinale, essa ha dimostrato un influsso favorevolle in numerose forme di catarri intestinali infettivi, acuti e cronici.

Le virtù terapeutiche dell'Allisatina si manifestano in modo eminente in quelle diarree tossiche dei tisici, così difficilmente influenzabili con le cure finora in uso: queste diarree per lo più croniche, ed accompagnate da un corteo di sintomi dispeptici, spariscono in breve tempo usando l'Allisatina.

Nello stesso tempo, un miglioramento generale dell'appetito e degli scambi nutritivi sta a testimoniare una ripresa dell'organismo, accompagnata spesso da un netto miglioramento anche del reperto polmonare.

Immunizzazione anti-difterica per via nasale. — Lesuè, Marquèzy e Monmignant. *La Presse Médicale*, 14 maggio 1927.

Gli AA. hanno sperimentato su 124 fanciulli il metodo delle instillazioni nasali di anatossina Ramon, controllando poi per mezzo della reazione di Schick l'immunità ottenuta. Le instillazioni furono fatte con 3-4 gocce in ciascuna narice per 8 giorni consecutivi, alternati poi con 8 giorni di riposo. In altri casi le instillazioni furono praticate ogni 3-4 giorni, fino a reazione di Schick negativa. Si ottennero i seguenti risultati:

Reazione negativa: dopo 20 giorni l'11,2 %; dopo 30, il 42,7 %; dopo 40, il 37 %.

La reazione di Schick diviene dunque negativa dopo 40 giorni in più di 90 casi e dopo 60 giorni nel 98 %.

Sarebbe così accertato che l'anatossina difterica possa essere assorbita dalla mucosa nasale, e che sia attuabile per questa via una vaccinazione, la quale richiede una durata di tempo esattamente uguale a quella della via sottocutanea.

Nessun incidente si è prodotto nel corso di tali esperienze. I risultati sono ancora troppo scarsi e di data recente perchè si possa concludere circa l'opportunità di questo genere di vaccinazione a preferenza di quello sottocutaneo; la portata degli esperimenti suddetti resta per ora nel campo puramente dottrinale e serve di conferma alla teoria della immunità acquisita dai portatori di germi a prescindere dalle manifestazioni morbose.

Nuovo micrometodo per la determinazione dello zucchero nel sangue. — Max Adler. *Medical Journal and Record*, n. 11, 1927.

La soluzione campione è costituita come segue: dei due componenti la soluzione normale di Fehling (soluzione di solfato di rame e soluzione di tartrato sodico potassico); se ne prelevano esattamente 5 cmc. (di ciascuna) e si versano in un cilindro graduato da 100 cmc.; si aggiungono 89 cmc. di una soluzione di idrato di potassio al 10 % nella quale sono stati disciolti 10 gr. di clorato di potassio a lento calore, ed 1 cmc. di soluzione 5 % di ferrocianuro di potassio.

Si aggiungono infine 400 cmc. di acqua distillata.

La titolazione di questa soluzione ha luogo nel seguente modo:

2 gr. di glucosio anidro purissimo si sciolgono in 10 cmc. di acqua distillata; se ne prelevano 2 cmc. e si versano in una capsula di porcellana di 7-8 cm. di diametro e vi si aggiungono 20 cmc. di acqua distillata. Il tutto si riscalda lentamente.

La soluzione campione viene versata goccia a goccia da una buretta graduata (da 10 cmc. con 100 suddivisioni) nella capsula di porcellana, fino a che il liquido in essa contenuto non dimostri una lieve tinta azzurrina, che andrà poi intensificandosi, se si aggiunge qualche altra goccia.

La titolazione viene fatta tenendo presente che 2 cmc. della soluzione di glucosio contengono 4 mgr. di zucchero. Così, se si sono impiegati, ad es. 19,6 cmc. della soluzione campione, 1 cmc. di essa sta in rapporto a mgr. 0,203 di zucchero.

Queste due soluzioni vanno tenute in bottiglie a tappo smerigliato, ed a quella di glucosio è opportuno aggiungere una piccola quantità di timolo.

Il sangue necessario per il dosaggio viene prelevato dal dito del paziente disinfettato con alcool (non etere); una dozzina di gocce, ottenute comprimendo lateralmente il dito, è sufficiente. Si preleva con una pipetta capillare 1 cmc. di questo sangue, e si versa in un recipiente graduato di 100 cmc.; la pipetta si deterge con acqua, la quale si aggiunge anch'essa al sangue contenuto nel recipiente (circa 15 cmc. in tutto). Bisogna procedere quindi alla precipitazione delle albumine, e per questo si riscalda accuratamente il recipiente fino a che il liquido non assume un colorito bruno più o meno intenso. Si aggiungono da 16 a 20 gocce di ossido di ferro dializzato, e quando il liquido bolle si aggiungono pochi cmc. di una soluzione acquosa di solfato di potassio.

Agitando allora il liquido si vede che le albumine precipitate stanno al fondo, e che al di sopra vi sono alcuni cmc. di un liquido abbastanza chiaro, che viene accuratamente filtrato, (attraverso un filtro di carta preventivamente inumidito), e raccolto in una capsula di porcellana. Il precipitato rimasto nel recipiente primitivo viene lavato a caldo con un po' d'acqua, e questa, dopo essere stata filtrata, viene aggiunta al liquido già ottenuto, in modo che si avranno complessivamente circa 25 cmc. di filtrato, i quali conterranno lo zucchero presente in 1 cmc. del sangue in esame.

Il dosaggio si esegue con la stessa procedura descritta per la titolazione della soluzione campione. Per rendere la reazione più visibile si può aggiungere al liquido in esame 1 cmc. di glucosio, sottraendo, naturalmente, a reazione finita, dal calcolo la quantità di soluzione campione che è stato necessario aggiungere per esso.

Moltiplicando il risultato ottenuto per 100, si otterrà in mgr. la quantità di zucchero presente in 100 cmc. del sangue in esame.

Ricerche chimiche e biologiche sul pus tubercolare. — R. Zanoli. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI, fasc. 3, 1927.

Dall'esame di 15 campioni di pus tbc. l'A. ha rilevato quanto segue: Dal punto di vista chimico è rilevante la quantità del contenuto in sostanze proteiche, scarso il glucosio e, fra i lipoidi, la lecitina: il residuo secco ed il contenuto in ceneri oscillano entro limiti normali.

In rapporto alle azioni enzimatiche l'A. ha rilevato che il pus tbc. ha forte azione glicolitica, distrugge circa il 50 % del glucosio aggiuntogli; è tardiva, invece, l'azione amilolitica e distrugge in media il 20 % dell'amido aggiunto: l'azione proteolitica è assai debole, dura 24 ore all'optimum ed oscilla tra il 3,19 % ed il 7,73 %

Digitized by Google

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Ematoma perirenale spontaneo ed aneurisma dell'arteria renale. — Meyer e Singer in Chicago Illinois. *Surgery, Gynecology a. Obstetrics*, vol. 45, 3, 1927.

In più analisi avendo qui riferite le più importanti contribuzioni apparse su questo argomento, riescirà proficuo tener conto delle quattro osservazioni ultimamente raccolte da questi AA. Essi ritengono che questa affezione sia abbastanza ben definita da meritare in genere un intervento immediato. Intenso dolore, segni di emorragia interna, formazione di una percepibile tumefazione lombare, a volte ematuria e sintomi di peritonismo, ecco un quadro di sintomi cardinali. Senonchè esso non sempre basta ad una netta distinzione della forma o causa del versamento, perchè non si differenzia molto l'intensità del dolore a seconda che l'emorragia sia per diapedesi o per rexin. Talora anzi una modica emorragia capillare primaria nell'atmosfera adiposa offre dolori più intensi che non la rottura di vasi renali. Anche paradossale si può dire il fatto che sintomi di emorragia interna si incontrino talora più cospicui quando si tratti di un focolaio circoscritto rapidamente formatosi, anzichè di cospicui stati di aneurismi della arteria renale. Anche la tumefazione lombare può stranamente variare di dimensioni, non per l'entità del versamento, ma per il decubito assunto dall'infermo. Può l'ematuria caratteristica da perforazione dell'arteria renale mancare; ed essere invece notevole se si associano un'emorragia extracapsulare ed un'emorragia nella pelvi renale. Clinicamente dunque non è giustificata la separazione dell'aneurisma renale dall'ematoma perirenale, in quanto il primo di origine al secondo; mentre sotto l'espressione di ematoma possono comprendersi differenti condizioni cliniche.

A simiglianza di quanto accade per la diagnosi della ostruzione intestinale, nella quale la indicazione operatoria non discute le cause, si può secondo gli AA. procedere per la terapia dell'ematoma perirenale. L'intervento immediato può costituire infatti una grande risorsa. Intervenendo con un taglio lombare, a seconda delle varianti, quel che preme è scoprire la regione, l'organo, rintracciare la sorgente dell'emorragia. Si comprende che una volta pervenuti a lavorare su quel campo, la linea di condotta rientri nei confini della schietta chirurgia, che può imporre, a seconda delle esigenze, la più semplice emostasi, o la radicale nefrectomia.

Cancro della regione periampollare del duodeno. — Cohen e Colp, Mount Sinay Hospital, New York. *Surgery, Gynecology a. Obstetrics*, vol. 45, 3, 1927.

Oltre ad analizzare 64 casi della bibliografia sulla ostruzione biliare da carcinoma, gli AA. riferiscono intorno a due gruppi di casi personali: l'uno cioè di tre casi di carcinoma della papilla vateriana; sottoposti ad intervento radicale; e cinque altri sottoposti ad operazioni palliative. Su questo complesso si può ricostruire il quadro, il quale ricorda in fondo la sintomatologia dell'ostruzione del dotto comune. Sintomo dominante l'ittero a comparsa insidiosa, progressiva, non modificata dal dolore. La sua durata può, naturalmente variare dentro limiti molto differenti, cioè tra mesi ed anni.

Incostanti sono i gravi dolori; ma frequenti le sofferenze dell'epigastrio; che se molto rilevanti in alcune osservazioni, si trattava di calcolosi. Se coinvolto il dotto pancreatico, o se concorrono sintomi di fibrosi cronica del pancreas, si può trarre profitto dalla eventuale glicosuria, od assenza di fermenti pancreatici nel contenuto intestinale aspirato. Va raccomandato dunque la ripetuta osservazione con il tubo duodenale.

L'esame fisico, fatta astrazione dal dimagramento e dalla cachessia con intenso ittero, trova come segno di massimo valore l'ingrandimento della colecisti. Si sa infatti che da alcuni osservatori venne stabilita una norma: carcinoma dell'epatico cistifellea piccola; carcinoma alla confluenza grossa colecisti. Scorrendo le casistiche fu tuttavia notata qualche variante. Tuttavia la diagnosi clinica di carcinoma della papilla biliare di rado fu precisata, giacchè la intensità dell'ittero portava automaticamente ad imaginare un carcinoma della testa del pancreas, o l'incuneamento di un calcolo. Ad ogni modo sempre quando l'ittero ostruttivo era ammesso, l'operazione era indicata, facendo eccezione dai carcinomi con schietta metastasi, e quando l'inutile sforzo di altra terapia rendeva i pazienti disposti a qualunque tentativo rischioso. La esecuzione chirurgica ha portato naturalmente a contemperare le migliori norme. Fu innanzi tutto raccomandato l'uso intravenoso preliminare di 5 cc. di soluzione 10 % di cloruro di calcio. Fu raccomandata l'infusione intrarettale glucosata 5 %. Si è dato preferenza alla anestesia locale, qualche operatore anzi raccomanda il gas ossido nitroso e l'ossigeno, tanto più che non è ancora chiaro se qualche caso di oliguria e di anuria letale fosse da attribuirsi alla cloronarcosi.

In quanto alla procedura operatoria essa deve implicitamente modellarsi a seconda dei casi, e più particolarmente in base alla bioscopia. Se il tumore giace profondamente nel coledoco o nell'ampolla, si può soltanto formarsene un esatto criterio dopo aver mobilizzato, e magari inciso il duodeno; anzi qualche operatore ritiene dover metodicamente cominciare da questo ultimo atto. Dimostrata la inoperabilità del tumore, resta l'indicazione di un qualche drenaggio che se non altro allevi il paziente dagli effetti della ritenzione biliare. Pur riconoscendo che non mancano rischi in codesti interventi, in vista di vantaggi palliativi non trascurabili, si interviene; e tra le operazioni la più semplice sta la colecistostomia. E' come si sa un modo di deviare, quanto più prossimo si può alle condizioni naturali. Per tanto dal Payr e da altri si preferisce il duodeno quale sede più naturale della neostomia. Senonchè essendo per lo più invaso dal neoplasma lo sbocco, se si procede attraverso la duodenotomia, si cerca di utilizzare questa via. Spesso efficace è la colecistogastrostomia, e se si utilizza il digiuno si associa all'intorvento anche l'entero-enterostomia per conseguire più efficiente drenaggio.

(La bibliografia largamente analizzata dagli AA. va consultata nell'originale).

Il trattamento della scoliosi mediante lo sviluppo di curve di compenso. — A. Steindler. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI, n, 3.

L'A. esamina e critica i diversi metodi di cura della scoliosi, nonchè la meccanica e la dinamica della deformità, quindi descrive minuziosamente il trattamento enunciato. Consiste, questo, in 3 fasi: 1. Provocare, mediante l'acconcia ginnastica e la reptazione lo sviluppo di curve di compenso.

2. Mantenere, con fasciature al plaster, le nuove curve date al rachide.

3. Assicurare, mediante rachisinostosi operativa (alla Hibbs) la correzione raggiunta.

Il lavoro è corredato da molte fotografie che lo documentano ampiamente.

Considerazioni cliniche su alcuni casi di frattura del collo chirurgico della scapola. — A. Magliulo. *La Chir. Org. Mov.*, vol. XI. fasc. 3.

Dall'analisi della letteratura e dall'esame di 3 casi clinici, l'A. giunge alle conclusioni seguenti: Le fratture del c. c. della scapola sono frequenti, in prevalenza quelle indirette per caduta sul palmo della mano; in cotesto meccanismo entra il contraccolpo dal basso in alto della testa dell'omero contro l'articolazione glenoidea, e la forza di gravità del peso del corpo.

La lesione spesso passa inosservata perchè scarsa di sintomi, e può non essere rivelata che dall'esame roentgen; come esiti frequenti ne sono le artriti e le periartriti scapolo-omerali con notevole limitazione dell'articolazione scapolo-omerale. La cura consiste nella immobilizzazione alla Velpeau seguita da massaggio e da meccanoterapia.

DERMATOLOGIA

La terapia ultravioletta nella psoriasi. — A. Radaeli, R. Clinica Dermosifilopatica di Genova. *Archivio ital. di Dermat., Sifil. e Venereologia*, giugno 1927.

L'A. ha usato nei bagni totali di luce tre lampade Jesionek a vapori di mercurio, funzionanti a 220 volts, poste ad eguale dstanza l'una dall'altra ed in modo che l'ammalato, posto in piedi ed al centro del triangolo equilatero così formato, risulti alla distanza di un metro dalle lampade. Alla luce da queste emanata, ricchissima in ultravioletti, priva di raggi rossi e infrarossi, sono aggiunte radiazioni luminose di due lampade complementari Sollux.

Per la terapia locale l'A. ha fatto uso di una lampada Bach a 110 volts, posta ad una distanza che varia dai 60 ai 30 cm. dalla parte da irradiare.

La tecnica che l'A. in generale segue è la seguente: inizia con irradiazioni di 5-7 minuti primi per saggiare la resistenza cutanea del soggetto; aumenta di 2-3 minuti per seduta, fino ad arrivare, dopo circa 10-12 irradiazioni in 20-24 giorni, a esposizioni di 30 minuti. Continua con questa dose fino a guarigione.

Dall'esame dei suoi casi l'A. deduce che i bagni generali di luce ultravioletta costituiscono un mezzo terapeutico di prim'ordine nella cura della psoriasi, meritevole di essere tentato in tutti i casi in cui gli ultravioletti non siano per altre ragioni controindicati; e che però un trattamento con raggi attinici non impedisce le recidive: sotto questo punto di vista anzi il metodo in esame non va considerato come migliore degli altri mezzi locali comunemente adoperati.

Digitized by Google

L'azione degli ultravioletti nella psoriasi si esplica in gran parte attraverso modificazioni locali che devono essere molto simili, per quello che clinicamente si può osservare, alle modificazioni locali prodotte dai forti riduttori, quali la crisarobina. Si deve però ammettere che in qualche caso possa sommarsi all'azione puramente locale anche un'azione generale sull'organismo irradiato, che contribuisca alla risoluzione delle chiazze di psoriasi.

Il risultato terapeutico sembra strettamente legato al grado dell'a sensibilità cutanea verso gli ultravioletti; le chiazze localizzate agli arti inferiori sono sempre più lente a risolversi di quelle localizzate al tronco; nei soggetti actino-resistenti la psoriasi non viene in alcun modo influenzata dalle irradiazioni. E' interessante a questo proposito notare che tra i casi dell'A. ve n'è uno il quale sta a dimostrare che l'actino-resistenza è in alcuni casi indipendente dal grado di pigmentazione del soggetto.

L'azione degli ultravioletti sulla psoriasi può venire rinforzata associando un trattamento locale con pomata al calomelano al 10 %.

OTOIATRIA

L'esame dell'orecchio in alcune intossicazioni. — E. Ruttin, Clinica Otorinolaringoiatrica di Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 22, 1927.

L'Autore ha diviso i casi esaminati in tre gruppi: 1) avvelenamenti da acido cloridrico, acido solforico, acido ossalico; 2) avvelenamenti da Medinal e da Luminal; 3) avvelenamenti da estratto di felce maschio.

Tra gli appartenenti al primo gruppo egli ha trovato che solo in un caso di avvelenamento da acido solforico l'esame della coclea dava risultati normali; ma poichè lo studio di questo caso fu compiuto un mese dopo l'intossicazione, è lecito pensare che i disturbi primitivamente vi fossero stati, e poi fossero scomparsi.

In tutti i casi di questo gruppo era presente nistagmo spontaneo orizzontale rotatorio, da ambo i lati. La reazione vestibolare era normale nell'avvelenamento da acido solforico, aumentata nell'avvelenamento da acido cloridrico, diminuita in quello da acido ossalico.

Anche nei casi del secondo gruppo (Medinal e Luminal) si è osservata la presenza di nistagmo spontaneo orizzontale rotatorio, che aveva tutti i caratteri di una lesione di origine centrale.

Si tratta di un'alterazione che sparisce però abbastanza presto, senza reliquati. La conoscenza di questo nistagmo da intossicazione è importante, poichè talora si può cadere nell'errore di diagnosticare un ascesso cerebrale, come accadde in uno dei casi studiati dall'Autore.

Nelle intossicazioni da estratto di felce maschio si è osservata una lesione del cocleare, monolaterale, e del vestibolare, bilaterale; non si sono però osservate vertigini.

UROLOGIA

Il restringimento uretrale latente nella etiologia delle nefriti croniche. — L. Bouchut e P. Ravault. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 giugno 1927.

Il ripercuotersi sul rene di lesioni delle vie urinarie inferiori è un fatto già da tempo noto.

Ma esistono casi in cui la lesione urinaria primitiva (stenosi uretrale) è latente, quasi senza segni, e resta ignorata. Il reperto clinico è allora quello di una nefrite cronica che non differisce dal comune morbo di Bright nè per i caratteri clinici nè per quelli anatomici.

E' probabile che molte nefriti croniche classificate nella rubrica di morbo di Bright riconoscono come origine un restringimento uretrale latente.

Tali infermi possono, con una opportuna e razionale cura locale, esser migliorati considerevolmente ed anche guariti. Gli AA. perciò consigliano di praticare un esame sistematico dell'uretra in ogni paziente affetto da una nefrite cronica, di cui la causa non appare evidente.

L'anestesia paravertebrale in urologia. — R. Broglio, Ospedale Civile di Belluno. *Annali Italiani di Chirurgia*, 30 giugno 1927.

Il lavoro dell'A. rappresenta il compendio di due anni di esperienza dell'anestesia paravertebrale nel campo urologico, dove la sua applicazione ha trovato un terreno fecondo di pratici ed utili insegnamenti, creando nuove direttive nella terapia di particolari sindromi morbose renali.

L'A. usa praticare l'iniezione nel paziente in posizione seduta con il tronco in cifosi spiccata, spalle in avanti e braccia incrociate sul petto o lasciate penzoloni fra le gambe. Individuate le apofisi spinose e i segmenti da colpire, segna i punti sulla pelle con tintura di iodio.

Per evitare errori è bene qui ricordare che l'altezza dei segmenti dorsali medi ed inferiori e dei segmenti lombari superiori corrisponde all'altezza dell'apofisi spinosa immediatamente soprastante. Così, ad es., per l'anestesia dei segmenti corrispondenti ai reni si inietterà l'anestesico all'altezza della 11ª e 12ª apofisi spinosa dorsale anzichè della 12ª dorsale e 1ª lombare.

Prese tutte le precauzioni di asepsi, si procede alla puntura paravertebrale usando un ago di 10-12 cm. di lunghezza, una siringa di 10-20 cc. di capacità e una soluzione recentemente sterilizzata di novocaina al 0.50 % o di tutocaina (questa ha un'azione sterilizzante più duratura ed è meno tossica di ogni altra sostanza) al 0.25 % o al 0.50 %, con o senza adrenalina.

Previa anestesia locale (se l'individuo è molto sensibile si farà precedere mezz'ora prima della puntura una iniezione di pantopon), si infigge l'ago a 3-4 cm. di distanza dalla linea mediana alla stessa altezza dei punti di repere segnati precedentemente con tintura di iodio in direzione sagittale a 2-5 cm. di profondità. A seconda dello spessore delle parti molli del paziente, si incontrerà una resistenza ossea, data dall'apofisi trasversa o dalla costa corrispondente, si ritirerà allora un poco l'ago, e mutando direzione (si darà all'ago una direzione obbliqua dall'alto al basso e dall'esterno all'interno) si oltrepasserà il margine inferiore della resistenza ossea di altri 3-4 cm. in modo da giungere contro la faccia anteriore dei corpi vertebrali.

A questo punto si inietta l'anestetico, dopo avere atteso qualche momento per sincerarsi che l'ago non abbia leso qualche vaso sanguigno o non sia penetrato nel cavo rachideo.

Qualche volta in luogo della resistenza ossea si incontra il nervo, il quale, provocando forte dolore all'infermo, assicurerà al medico che l'ago è sulla buona strada.

L'insuccesso della puntura dipende unicamente da tecnica difettosa (segmento sbagliato, erronea differenziazione delle apofisi spinose, inefficacia del liquido anestetizzante, ecc.).

La durata dell'anestesia oscilla secondo la quantità, la concentrazione dell'anestetico e gli individui. Con la tutocaina si ha un'anestesia durevole, oscillante da un minimo di un'ora e mezzo ad un massimo di parecchie ore (dodici). Per ogni singola iniezione l'A. usa 10 cc. della soluzione di tutocaina, che, data la sua scarsa tossicità, può usarsi senza adrenalina ed in quantità notevole fino a 100 cc.

Ma per una dose così elevata è prudente servirsi della soluzione al 0.25 %, l'alta concentrazione a 0.50 % essendo consigliabile usarla quando la quantità da iniettare non sorpassi la cifra di 40 cc.

L'anestesia paravertebrale viene a costituire nel campo urologico l'antidoto rapido, talora ad azione palliativa e talora ad azione terapeutica, del sintoma dolore, che può assumere addirittura indicazioni vitali.

Essa forma inoltre la terapia elettiva delle alterazioni funzionali di origine nervosa, offrendo nel contempo al medico il modo di dissipare i dubbi diagnostici e di uscire da situazioni imbarazzanti.

La sua innocuità e la sua praticità sono ancora due motivi di raccomandazione del metodo.

Metodo improvvisato e semplice per l'estrazione di un calcolo ureterico a sede bassa. — Möller. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 62. 3-4. 1927.

La semplicità, praticità e novità della osservazione consiste nell'essersi servito della pinza di Brünings destinata ai corpi estranei per i bronchi, introducendola accanto al cistoscopio, per tirar via un calcolo del segmento ureterico intraparietale. Questa pinza armata di uno speciale pezzo di giunta, serve dapprima ad una prudente dilatazione del meato ureterale, poi ad afferrare la concrezione.

Si noti peraltro che la procedura riguarda l'uretra femminile e le concrezioni, come si è detto molto basse. Manovra semplice, indolora, controllata dalla vista. Dunque vantaggi sicuri, ma limitato campo di applicazione utile.

TERAPIA FISICA

Sulla tecnica della irradiazione con i raggi ultravioletti.— Editoriale. *Raggi ultravioletti*, maggio-giugno 1927.

Affezioni locali, come geloni e foruncoli, si possono curare facendo delle irradiazioni ultraviolette parziali, riparando bene la pelle sana con un tessuto pulito che non lasci passare la luce o, meglio ancora, spalmando la parte scoperta con la pomata protettiva di Bach.

Per i geloni si usano fare 5-4 irradiazioni, una al giorno usando la seguente tecnica: distanza dal becco di quarzo 30 cm., durata di cinque minuti, prolungandola di 5 minuti per ogni successiva irradiazione in

Digitized by Google

modo da arrivare fino a 30 minuti. I foruncoli di solito guariscono già dopo un'unica irradiazione intensa e cioè della durata di dieci minuti con una distanza dalla lampada di 15 cm.

Anche per le ferite si ottengono rapide guarigioni, sottoponendole ad irradiazioni ultra-violette alla distanza di circa 30 cm. dal becco di quarzo e per una durata variante da 3 a 5 minuti, evitando però sempre l'esposizione delle parti sane con mezzi opportuni.

A questo proposito L. Clough afferma che i raggi ultravioletti costituiscono un mezzo unico nella cura delle ferite, perchè uccidono i batteri e li distruggono in un termine di irradiazione da 1 a 5 minuti, impedendo la possibilità di una infezione e determinando così la guarigione in brevissimo tempo.

Il Thedering, di Oldenburg, il famoso scienziato che approfondì ed illustrò i grandi vantaggi della terapia dei raggi u. v., richiama all'attenzione dei pratici l'importanza terapeutica generale di un sistema che chiama doccia ultravioletta. Questo metodo consiste nell'esporre il paziente alla irradiazione generale ad un metro circa di distanza dal becco di quarzo, per una durata di 4-5 minuti, tutti i giorni, fino a quando non si sarà ottenuto un leggero arrossamento di tutta la pelle. Raggiunto questo scopo si sospendono le irradiazioni per riprenderle solo dopo che l'arrossamento è scomparso, ciò che avverrà alla distanza di 3-4 giorni dall'ultima irradiazione. Con questo sistema si evita la pigmentazione e si impedisce l'insensibilità della pelle ai raggi ultravioletti.

Tali irradiazioni devono essere fatte dal paziente in piedi, con occhiali di protezione, girando adagio su se stesso.

CONGRESSI E CONVEGNI

I CONVEGNO NAZIONALE DELLA LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO IL CANCRO

(Milano - 16-17 ottobre 1927)

Il Convegno di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro il Cancro è stato di grande importanza principalmente per il fatto che, a differenza di tutte le Riunioni e Congressi, è stato improntato alla più grande delle praticità, poichè le interessanti relazioni segnate all'O. d. G. sono state seguite da discussioni nelle quali i singoli oratori hanno portato quello che era il frutto della propria esperienza in materia.

Fra i meridionali intervenuti al Convegno abbiamo notato il Senatore prof. Pascale, direttore della R. Clinica Chirurgica ed il prof. Stanziale, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica e dell'Istituto Foto-radioterapico.

Il Convegno è stato inaugurato dal Sen. Prof. Lustig, il quale ha rivolto un caldo saluto agli intervenuti ed ha letto il telegramma del Capo del Governo che rinnovava la sua approvazione ai promotori del Convegno.

E' seguito il prof. Belfanti, Presidente del Comitato che ha illustrato gli scopi del Convegno.

Il Vice-Podestà Gr. Uff. Morganti ha portato il saluto di Milano.

Il Prof. Pietro Gallenga ha riferito sull'opera della Lega nei primi due anni di vita e dell'azione che ha svolta sempre in pieno accordo col Governo e con la Direzione generale della Sanità Pubblica.

E' seguito poi lo svolgimento dei temi di relazione iscritti all'ordine del giorno che riassumiamo.

LE RELAZIONI

Temi ufficiali di relazione: 1. *La statistica sanitaria demografica del cancro in Italia*, prof. ALFREDO NICEFORO - Relatore. — 2. *Metodi di propaganda nella lotta contro il cancro*, prof. ENRICO RONZANI - Relatore.— 3. *Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici (clinici, radiologici ed istologici)*, prof. BENEDETTO MORPURGO - Relatore.— 4. *Assistenza ai cancerosi*, prof. GAETANO FICHERA - Relatore.— 5. *La disciplina ed il controllo della radioterapia del cancro*, prof. FELICE PERUSSIA - Relatore.

I Tema di Relazione

La Statistica sanitaria demografica del cancro in Italia

prof. ALFREDO NICEFORO - Relatore

L'O. dopo aver discusso sugli errori che si commettono quando si studi statisticamente la mortalità per tumori maligni espone i risultati delle speciali inchieste italiane sui decessi per t. m. (promossa dalla Società delle Nazioni e di cui è stato relatore per la parte statistica):

Per l'inchiesta 1919-1921: relazione tra t. m. ed età; tra t. m. e sesso; che cosa diventa la mortalità femminile per t. m. se si fa astrazione dei t. m. dell'utero. L'aumento della mortalità per t. m. si è fatto per tutte le età della vita. La mortalità per t. m. dell'utero e della mammella è veramente in diminuzione? La maggiore mortalità delle nubili per t. m. della mammella e delle coniugate e vedove per t. m. dell'utero ma occorre tener presenti le varie età della vita.

E' anche fatto accenno all'esame del problema: cancro e razza a. confronto fra la ripartizione dei vari tipi fisici in Italia (Homo alpinus; h. nordicus; h. dinaricus; h. mediterraneus) e i t. m. Necessità di fare intervenire, su questo punto, lo studio delle costituzioni e quello dei gruppi sanguigni.

Per le due inchieste approfondite del 1924 e del 1925:

A parte qualche conclusione di carattere provvisorio e che avrebbe bisogno, per essere convenientemente interpretata, di essere confrontata su conclusioni tratte da analoghe indagini su gruppi così detti di controllo: conclusioni di carattere provvisorio che restano sui precedenti personali dei morti per t. m. (p. e. malattie costituzionali dalle 10 alle 13 volte per 100 morti, ecc.) l'inchiesta ha dato notizie sul tempo trascorso tra l'inizio (supposto) del t. m. e la morte o l'intervento chirurgico; o sul tempo trascorso tra l'intervento chirurgico e la apparizione di metastasi; sulla frequenza con cui si ebbe intervento chirurgico o si ricorse ad altre cure, o con cui il paziente muore senza aver ricorso a cura alcuna: p. e. soltanto 14 volte su 100 morti maschi e soltanto 19 volte su 100 morti femmine si ebbe intervento chirurgico. Cifre che salgono a 55 e a 23 nei sottogruppi di decessi per t. m. della mammella o dell'utero.

Tutti i risultati invero sono stati dall'O. esposti in 5 sotto gruppi, uomini; donne-mammella; donne-utero; donne altre localizzazioni: totale=donne. Le metastasi sono frequenti anzi frequentissime: nei casi di intervento chirurgico se ne ebbero 38 per 100 interventi nei maschi. 57 per cento interventi nel totale donne; 81 nelle donne-mammella; 52 nelle donne-utero; comprese per la mammella e l'utero le invasioni regionali. Se di questa si fa astrazione, le suddette cifre scendono a 61 per cento interventi nelle donne-mammelle; a 28 nelle donne-utero e 45 nel totale donne (cifre del 1924). Il tempo mediano (mediano e non medio) e cioè quello al di sopra e al di sotto del quale si presenta il 50 % dei casi di apparizione della metastasi dopo l'intervento chirurgico è di mesi 5.28 di uomini e di mesi 8.04 per le donne; di mesi 11.8 nel gruppo mammella; di mesi 5.34 nel gruppo utero; e di mesi 5.58 nel gruppo donne-altre localizzazioni (cifra del 1924) anche le recidive del t. m. dopo l'intervento chirurgico sono frequenti: salgono a 41 per cento interventi negli uomini; e 49 nelle donne; tra le quali il gruppo-mammella dà 59 recidive per 100 interventi, il gruppo utero 47 e il gruppo altre localizzazioni 41.

Esse recidive appaiono in tempo mediano (mediano e non medio) dai 5 ai 10 mesi a seconda dei gruppi dopo l'intervento.

Di numerose e particolareggiate conclusioni l'O. non può dare neppur riassunto e per esse rimanda al rapporto in esteso.

II Tema di Relazione

Metodi di propaganda nella lotta contro il Cancro

prof. ENRICO RONZANI - Relatore

Premessa la necessità della coordinazione, della propaganda colla istituzione di completi centri di cura dei tumori maligni e della maggior distribuzione possibile di consultori e centri diagnostici istologici gratuiti l'O. così conclude:

che la propaganda per la lotta contro il cancro deve rivolgersi anzitutto ai medici, agli studenti di medicina ed a coloro che esercitano arti sanitarie ausiliarie, quali levatrici, infermieri, ed infermiere, indi al pubblico, adottando i seguenti metodi:

1) Estensione in tutte le Provincie delle sezioni della lega nazionale per la lotta contro il cancro con le apposite sottosezioni di propaganda, dirette da un medico che possa dare la sua maggiore attività allo scopo;

Digitized by Google

a) di tener frequentemente conferenze in tutta la Provincia;

b) di mantenere il contatto indispensabile, nei riguardi della propaganda coi medici pratici, colle associazioni varie coi sindacati medici con le Autorità sanitarie ed amministrative e colle istituzioni anticancerose coordinando specialmente il funzionamento dei consultori coi centri diagnostici istologici e curativi.

c) di intensificare, d'accordo cogli ufficiali sanitari, il controllo igienico nei laboratori e nelle industrie che predispongono al cancro istituendo possibilmente visite periodiche sanitarie per gli operai;

2. Estensione dei sottocomitati nei singoli Comuni, presieduti da medici del luogo, allo scopo di interessare vieppiù i sanitari alla propaganda ed alla diagnosi precoce del cancro.

3. Diffusione massima tra i medici di articoli scientifici sul cancro e di opuscoli riguardanti specialmente la diagnostica delle diverse forme del cancro ed i metodi per praticaree le biopsie.

4. Istituzione ogni anno della decade scientifica del cancro, consistente nello svolgimento presso le Università e principali centri Ospitalieri di corsi di lezioni scientifico-pratiche per i medici e gli studenti di medicina sulla natura, diagnosi, profilassi e cura del cancro con relative dimostrazioni nelle cliniche e sale ospitaliere e negli Istituti Anatomo-patologici e Fisioterapici, lezioni da tenersi tutti i giorni per la durata di 10 dì.

Pubblicazione delle lezioni di cui sopra o di larghi riassunti di esse su tutti i giornali di medicina della regione e di brevi notizie, all'uopo predisposte, sui giornali politici quotidiani.

Svolgimento durante la decade, da parte degli Aiuti Universitari ed Ospitalieri di corsi di lezioni pubbliche sul cancro destinati alle levatrici, infermiere ed infermiere, e pubblicazione di riassunti delle medesime sui giornali di classe e possibilmente su riviste settimanali o mensili.

5. Istituzione presso gli Istituti di Patologia delle Università di posti di studio per la preparazione del personale da adibirsi ai centri diagnostici istologici.

6. Per il pubblico: distribuzione su larga scala, a mezzo delle Sottosezioni e Sotto Comitati, di opuscoli, manifesti, figure, circolari ed altro materiale di propaganda predisposto dalla Lega Nazionale o dalle Sezioni provinciali interessando alla propaganda per la profilassi del cancro e per l'iscrizione alla Lega, oltre che gli esercenti di arti sanitarie, i Podestà, i Presidenti dei Sindacati e dei gruppi rionali, i Presidenti ed i Direttori delle Società d'Assicurazione, gli Industriali, i Sacerdoti, i Maestri e quanti altri possono avere autorità sul pubblico.

7. Pubblicazione di tanto in tanto sui giornali quotidiani e sulle riviste di articoli di propaganda contro il cancro e notifica continuata sugli stessi giornali dell'esistenza dei consultori per i sospetti di cancro con le indicazioni della sede e degli orari di visita gratuita.

8. Estensione delle conferenze sul cancro alle Università Popolari, alle sedi di associazioni diverse maschili e femminili, alle scuole medie e superiori, somministrando materiale per proiezioni, figure e decaloghi opportunamente scelti e films di propaganda contro il cancro da proiettarsi nei teatri e nei cinematografi.

9. Introduzione nei programmi d'igiene, nelle scuole nelle quali tale materia si insegna, di capitoli riguardanti la profilassi del cancro.

III Tema di Relazione

Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici (clinici, radiologici ed istologici)

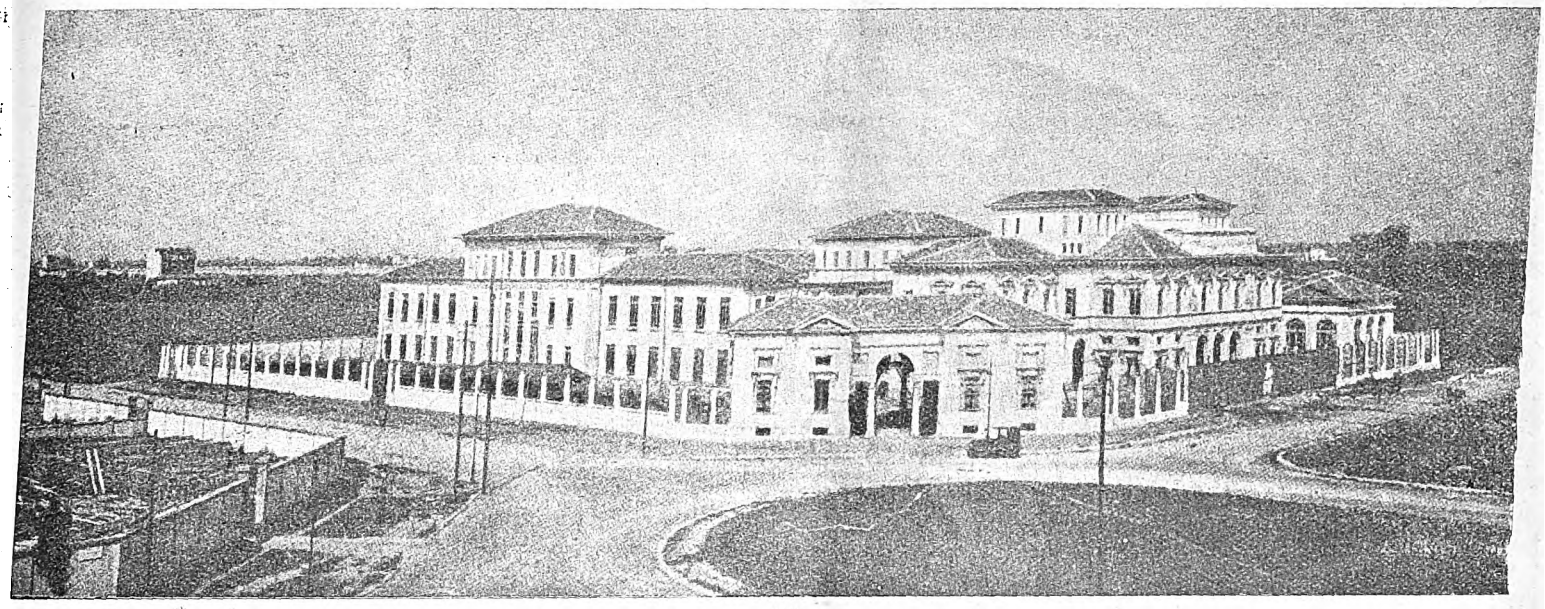
prof. BENEDETTO MORPURGO - Relatore

Il principio al quale deve essere informato un centro per la diagnosi tempestiva dei tumori è quello di rendere al pubblico più facile ed ai medici più utile che sia possibile il ricorrere all'Istituto specializzato. Seguendo questo principio si fa la più efficace propaganda.

Per la diagnosi dei tumori deve concorrere l'opera del medico internista, del chirurgo, del radiologo e del patologo. Quest'opera deve svolgersi in modo collegiale in un apposito ambulatorio e separatamente in altrettante sezioni specializzate.

Ogni centro diagnostico deve essere appoggiato ad un ospedale per la cura dei tumori o ad un ospedale comune, con sezioni o cliniche adatte al ricovero ed alla cura dei malati di tumori.

Il Collegio dei dirigenti delle singole sezioni è presieduto da uno dei suoi membri, al quale spetta di convocare il Collegio per tutto ciò che riguarda l'interesse del Centro e di comporre il materiale per l'Archivio dell'Istituto.



Veduta generale dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per il cancro in Milano

L'ambulatorio deve essere aperto al pubblico per la consultazione gratuita e funzionare come ufficio di accettazione per malati che desiderano di essere accolti nell'ospedale. I pazienti che chiedono soltanto il consiglio e sono in cura a domicilio devono esseer licenziati con il responso diagnostico ed i consigli terapeutici, scritti per i loro medici. Anche questi malati, senza entrare per la cura nell'ospedale, possono essere ricoverati temporaneamente a scopo di accertamento diagnostico, clinico o radiologico, od a scopo di studio, nelle sezioni, medica, chirurgica o radiologica, diretta dai sanitari del centro.

Nell'ambulatorio devono funzionare collegialmente il medico, il chirurgo, il radiologo ed il patologo, direttori delle singole sezioni del centro. Di comune accordo queste persone decideranno quali ricerche devono essere istituite per la diagnosi di cascun caso e, in seguito, formeranno il piano della cura.

Ciascun centro diagnostico deve funzionare per un'estesa regione, essendo indispensabile di concentrare nelle mani di poche persone di notoria esperienza e devote alla loro missione una delle più difficili e delicate funzioni della medicina scientifica e pratica.

Per i pazienti che non si presentano all'ambulatorio e, per mezzo dei loro curanti, ricorrono all'Istituto per accertamenti diagnostici è da considerare soltanto l'esame istologico di pezzi ricavati con biopsia o con operazione e, più raramente, di liquidi con sedimenti. Al fine che questo materiale sia consegnato all'Istituto in buono stato sarà necessario che vengano diramate per mezzo degli organi della Lega istruzioni semplicissime, che possano, senza alcun fastidio o perdita di tempo, essere eseguite da ogni medico condotto anche nel più remoto villaggio. Oltre a ciò si prenderà ogni occasione di corrispondenza con medici che si siano rivolti all'Istituto per accertamento diagnostico per raccomandare direttamente quelle norme.

Digitized by Google

I responsi delle indagini diagnostiche dovranno essere dettati e firmati dal dirigente della sezione nella quale l'indagine è stata eseguita. Questa regola è di grande importanza per assicurare il pubblico che il nome dei dirigenti è una garanzia reale della seria funzione del Centro diagnostico.

Ogni caso esaminato istologicamente dovrà essere registrato in un protocollo, nel quale verranno segnate tutte le notizie raccolte, i risultati delle ricerche eseguite e la formula diagnostica concretata. Oltre a ciò di ciascun numero verranno conservati preparati microscopici. La raccolta di questi esemplari istologici, oltrechè formare un tesoro di osservazione, tanto più prezioso in quanto che esso si riferisce al materiale più svariato ed incontenibile negli schemi della mortologia patologica, è necessario per istituire confronti in varii periodi dello sviluppo di un tumore (recidive, metastasi) con andamento clinico singolare, per controllare speciali cure tentate ed anche per difendere un giudizio diagnostico che fosse contestato.

Le diagnosi istopatologiche dovranno essere espresse coi termini più comuni della nomenclatura oncologica, sebbene non di rado si senta la vacuità e persino la falsità del termine adoperato. Sarà però conveniente di aggiungere al termine, per così dire volgare, qualche cenno descrittivo che prospetti al medico l'interesse scientifico dell'osservazione e gli richiami quel concetto, che nella consuetudine della pratica potrebbe essere svanito, che tutto è particolare ed interessante e che sul piano liscio degli schemi si può scivolare nell'errore.

Con i varii mezzi indicati s'intessono rapporti tra il centro diagnostico ed i medici anche più lontani dai luoghi di studio e si diffonde una simpatia ed un fervore per l'opera dell'Istituto, che può coadiuvare gli altri mezzi di propaganda della diagnosi tempestiva dei tumori.

Il presidente del Collegio dei Sanitari addetti al centro diagnostico farà raccogliere i dati relativi a ciascun caso esaminato per comporre le storie cliniche da consegnare all'Archivio. Perciò di ogni caso esaminato nell'ambulatorio e nelle singole sezioni sarà data comunicazione all'archivista che sotto gli ordini del Presidente redigerà la storia completa di ogni malato e ne curerà la registrazione in una rubrica nominativa.

Sulla relazione Morpurgo prese la parola il prof. RODOLFO STANZIALE, il quale dopo aver lucidamente espressi i concetti informatori su cui deve impostarsi la lotta contro il cancro, espose una breve relazione dell'opera svolta dall'Istituto Fotoradioterapico di Napoli, da lui fondato e diretto, in un quinquennio di ininterrotta attività per la lotta contro i tumori maligni. La statistica dei cancerosi fino ad oggi accolti e curati nel benemerito Istituto (circa duemila) attesta come esso si sia già costituito centro importantissimo ed in piena efficienza per la cura del cancro nelle regioni meridionali ed è sperabile che il Governo Nazionale, gli Enti, le Banche ecc. vogliano sostenerlo con contributi finanziari pari allo sforzo sostenuto da questa Opera che onora con la nostra città l'Italia tutta.

Il prof. Stanziale si mise a disposizione della Lega per il futuro programma da svolgere e fu molto applaudito e complimentato.

IV Tema di Relazione

Sull' Assistenza ai Cancerosi

prof. GAETANO FICHERA - Relatore

Il problema dell'assistenza ai cancerosi, inteso in senso largo, va dalla diagnosi precoce al ricovero degli inguaribili.

Le grandi difficoltà, che la soluzione di tale aspetto del problema offre, sono prevalentemente di ordine finanziario; ed in larga misura si appianerebbero se il Governo, consideratane l'importanza sociale, intervenisse con le vedute ed i mezzi accordati ai servizi celtici, ai consorzi provinciali antitubercolari, all'assistenza della maternità e dell'infanzia. O, quando almeno, non volendo Esso costituire nuovi organismi statali o parastatali, impostasse somme adeguate tolte sia dalle comuni fonti di assegnazione al competente bilancio, sia con entrate speciali da ricavare, come pratica la Francia, da tasse su luoghi di divertimento, di lusso.

Allo stato attuale si potrebbe chiedere a beneficio dell'assistenza nosocomiale ai cancerosi, una più larga interpretazione ed un più agile uso del R. Decreto 10 dicembre 1921 sulle somme relative ai sussidi da erogarsi a favore delle istituzioni di beneficenza, preferibilmente a quelle aventi scopo di ricovero, coll provento dei contributi delle tasse sugli spettacoli (Decr. luogot. 3 ottobre 1918, n. 1452; Decr. L. 21 febbraio 1919, n. 308).

Così come si dovrebbe attendere un progressivo aumento dei due milioni e mezzo stanziati, quest'anno, per la lotta contro i tumori maligni.

Non volendo e non potendo tutto o troppo domandare allo Stato, occorre utilizzare nell'intento prefisso altre forze organizzate; affinchè contribuiscano alla lotta contro il cancro. Sull'esempio della Danimarca e della Germania converrebbe sviluppare presso ogni categoria, in particolar modo tra le classi operaie ed impiegatizie, l'iscrizione alle Casse di previdenza e di assistenza, alle Società di assicurazione ed alle Cooperative sanitarie diffondendo il principio della visita periodica.

Ciò faciliterebbe tanto la rilevazione possibilmente precoce di casi di cancro, quanto il sicuro accoglimento in ospedali o centri contro il morbo.

Sull'esperienza di altri Paesi, Francia e Belgio, nell'assistenza morale e materiale ai cancerosi si può valorizzare l'opera dell'Associazione nazionale Infermiere volontarie della Croce Rossa (Regolam. 20 ott. 1921 delle Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale, e, delle Assistenti sanitarie visitatrici (R. Decreto 15 Agosto 1925 n. 1832), della Federazione Donne Italiane e dell'Opera di Soccorso agli infermi poveri a domicilio.

Ma, fin d'ora, in armonia con le disposizioni statutarie, dovunque vive una Sezione della Lega od esista un Centro anticanceroso sarebbe opportuno ed urgente costituire un Gruppo di Signore vistatrici — Donne elette, pervase dal « *divino dono della pietà* », dovrebbero prodigare la loro assistenza dall'ambulatorio, dalla corsia al cancerosario (così detti reparti cronici) al domicilio. Ad Esse od a provette Infermiere stipendiate spetterebbe iniziare speciali schede dal primo esame, tenerle al corrente durante la degenza, aggiornarle con regolari visite a casa dei congedati; non che facilitare i rapporti tra infermi, operati e sanitari, confortare i parenti ed agevolare i soccorsi materali alle famiglie dei poveri ed inabili.

Questo duplice compito ha non soltanto grande importanza pratica sociale, ma, ne possiede pure una scientifica, statistica: poichè la raccolta di numerose, esatte, complete schede, corredate di notizie non facili a procurarsi, una volta operati o purtroppo respinti i pazienti, può divenire fonte utile od anco preziosa. Come di recente, ne ha fatto esperienza, nelle difficoltà e nell'interesse, il Gruppo Italiano per l'Inchiesta internazionale demografico-sanitaria sul cancro.

Tutte le proposte e le iniziative che, per il risveglio odierno tanto improvviso e vivace quanto lunga e profonda l'inerzia precedente, isolatamente e senza coordinazione vedrebbero forse fallire la meta, disperdere l'energia, ritardare il successo, andrebbero sottoposte a controllo ed approvazione di un Organo centrale. L'autorità e la garanzia dello Stato dovrebbero intervenire con un servizio specializzato nella Direzione della Sanità pubblica (Inghilterra, Stati Uniti) od attraverso una Commissione superiore dei tumori (Belgio, Francia).

La conoscenza del pericolo del cancro e della necessità della lotta contro di esso, già desta nel Potere, si viene plasmando nel pubblico di tutto il mondo civile. Nella Culla feconda della Medicina sociale e politica, della Terra industre che ha dotato l'Italia di un grandioso Istituto per lo studio e la cura dei tumori; dalla Metropoli vigile che aduna i Podestà della Provincia intenti a risolvere i bisogni sanitari dei loro amministrati: sorga il chiaro segno e la prima prova che il Popolo italiano rinnovellato sa organizzare l'assistenza ai cancerosi, seguendo gli antichi caratteri della Etirpe:

« *Studium cum divite vena* ».

V Tema di Relazione

Disciplina e controllo della Radioterapia del Cancro

prof. FELICE PERUSSIA - Relatore

Le conclusioni dell'oratore sono formulate nel seguente *ordine del giorno*:

« Il Primo Convegno Nazionale della lotta contro il Cancro,

conscio che la terapia dei tumori maligni mediante i raggi Roentgen e le sostanze radioattive richiede, per essere praticata in modo ideale, un complesso di organizzazione, di competenza, di istrumentario e di materiale, costosissimo e difficile a realizzarsi in ambienti non creati appositamente allo scopo;

plaude all'opera del Governo, di quelle Associazioni e di quei privati che aiutano la creazione in Italia di alcuni centri anticancerosi modello, dove tutte le condizioni di una razionale terapia sono rispettate ed afferma che questi centri, pochi ma perfetti, devono assorbire la massima parte degli aiuti dei pubblici poteri;

riconosce tuttavia la possibilità e la opportunità che anche in comuni ambienti clinici, ospitalieri od in privati Istituti si pratichi la radioterapia del cancro, purchè non sfugga ad opportuna disciplina ed a controllo, tali da garantire i pazienti che in realtà chi li cura possiede la speciale competenza e l'adatto istrumentario indispensabile, e da salvaguardarli dai ciarlatani e dagli inesperti;

Digitized by Google

ritiene a questo scopo che, ferma restando la vigile sorveglianza delle autorità sanitarie e degli Ordini dei Medici per il rispetto delle leggi che già disciplinano gli Istituti di cura, per la denuncia delle sostanze radioattive, per la protezione nei Gabinetti radiologici, per la serietà ed il decoro professionale in genere, i quali aborrono da mezzi di *réclame* ciarlataneschi ed indecorosi, possano esplicarsi la disciplina ed il controllo della radioterapia del cancro non tanto sui metodi ed apparecchi usati o sul quantitativo di sostanze radioattive disponibili, quanto invece sull'accertamento della reale competenza specifica di chi pratica le cure radiologiche.

A quest'uopo invoca dal Governo un provvedimento che limiti agli specialisti radiologi, riconosciuti ufficialmente, la Roentgen - e la Radiumterapia dei tumori maligni, considerando alla stregua di esercenti abusivi della professione coloro che la pratichino, ancorchè rinuncino a qualificarsi col titolo di «Specialisti»;

fa voti perchè la qualifica di «specialista radiologo» sia elargita con norme molto severe, possibilmente da una unica Commissione Centrale e che altrettanto rigore domini nella preparazione scientifico-pratica degli allievi delle Scuole Universitarie di specialità e nei loro esami di diploma;

conclude infine con l'affermare la convenienza che nell'insegnamento Universitario non manchi quello della radiologia generale, il quale valga ad infondere nelle nuove generazioni di medici la coscienza delle difficoltà e dei pericoli inerenti alla radioterapia del cancro e li prepari nella pratica a porre indicazioni esatte e tempestive per tale cura, sorreggendo con un consiglio oculato ed onesto l'orientamento dei malati verso Istituti di radiologia veramente adatti allo scopo e sottraendoli alla speculazione del ciarlatano ed ai pericoli dell'incompetente ».

LA CRONACA DEL CONGRESSO

I Congressisti ebbero un sontuoso ricevimento per parte del Comune di Milano al Castello Sforzesco. Visitarono poi il grande Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro e la visita fu oltremodo interessante.

L'Istituto, creato come è noto, per volere di S. E. il prof. Luigi Mangiagalli, sorge presso la città degli studi, su di un'area rettangolare di mq. 12000 (100 × 120), secondo il progetto redatto dall'ing. Ferrini e dall'Architetto Monticelli.

Esso è costituito da sei edifici, collegati nei sotterranei ed al piano terreno da gallerie coperte; dei tre principali uno, sul fronte della via Strambio, comprende ambulatori, alloggio del medico residente, sale del Consiglio e della Presidenza, archivi, economato, la sezione anatomo-patologica diretta dal Prof. Pepere, la sezione biochimica-sperimentale diretta dal prof. Rondoni, la biblioteca, la sezione statistica e propaganda, la sede del periodico «Tumori», la Direzione generale con annesso laboratorio scientifico.

Gli altri due grandi edifici disposti perpendicolarmente al primo, lungo il fianco maggiore del giardino e attraverso questo prospicenti su vie laterali, costituiscono i padiglioni ospedalieri, capaci ciascuno di 200 letti per poveri nelle otto corsie e circa 50 per abbienti, nel corpo centrale e nel secondo piano, sopraelevato soltanto su questo.

La Sezione ginecologica, in seguito ad accordi intervenuti con gli Istituti clinici di perfezionamento, accoglie il reparto di oncoterapia, già annesso alla R. Clinica ostetrica, e rimane sotto la guida del titolare della medesima Prof. E. Alfieri.

Le sezioni ospedaliere uomini e donne, per tumori di ogni sede, genitali femminili esclusi, al pari dei servizi di statistica e di propaganda, sono alla dipendenza del Prof. Fichera, direttore generale dell'Istituto del cancro e della Rivista «Tumori» che a decorrere da quest'anno n'è divenuta l'organo tecnico scientifico.

Fra i due padiglioni, provvisti di ascensori comuni e porta-barella, sull'asse longitudinale dell'edificio centrale ad esso paralleli, si trovano le tre costruzioni minori: due, destinate al radium ed ai raggi X, sono affidate al Prof. Perussia, titolare della cattedra di radiologia e per intese stabilite recentemente formano anche l'Istituto universitario di detta disciplina; la terza riunisce i servizi chirurgici nel loro insieme, sale di preparazione del malato, degli operatori ed assistenti, di sterilizzazione degli strumenti, degli interventi cavitari ed asettici in genere.

Quattro piccole medicherie e sale per interventi piccoli o settici si trovano su ciascuno dei piani dei due padiglioni. Sistemazioni speciali hanno la chiesa, la farmacia, portineria, gli impianti termici idraulici, elettrici, frigoriferi, stabularii ecc.

La costruzione di stile semplice ed appropriato nella parte ospedaliera, è di elegante architettura italiana nell'edificio principale, con atrio e scala d'onore ove saranno ricordati, nel marmoreo albo d'oro, sottoscrittori e filantropi.

L'Istituto arredato ed attrezzato in ogni parte secondo i dettami più moderni della tecnica nosocomiale e di laboratorio, è destinato, senza dubbio, al più grande avvenire.

Prof. Carlo Guarini.

XII CONGRESSO INTERNAZIONALE DI IDROLOGIA, CLIMATOLOGIA E GEOLOGIA MEDICA

(Lione 5-9 ottobre 1927)

Il Congresso Idrologico di Lione ha avuto pieno successo ed è stato ottimamente organizzato per merito del prof. Pic, presidente, del prof. Piéry, segretario generale, e dei proff. Milhaud, Piatot, Poirot, Delpech e Mazerau.

Vi intervennero circa 500 Congressisti e molto festeggiati e complimentati furono i delegati italiani. Della Sezione di Climatologia fu presidente il prof. Giulio Ceresole.

Delle numerose comunicazioni riferite e discusse riportiamo in breve le più importanti:

Glenard, Mathieu de Fossey, Manceau. *L'equilibrio acido base e la terapia idrominerale.* — Studiato l'equilibrio acido-base nelle acque minerali di Vichy, (la relazione verte quasi esclusivamente su tali acque), gli OO. si occupano delle riserve alcaline nell'organismo in relazione alla terapia idrominerale. Premesso uno sguardo d'insieme sulla questione dell'equilibrio acido-base, sulla sua regolazione, sulle sue variazioni normali e patologiche, sulla sintomatologia delle turbe dovute al suo squilibrio, studiano le modificazioni portate dalla terapia idrominerale, basandosi su dosaggi della riserva alcalina col metodo di Van Slyke eseguiti su soggetti

con acidosi: R.A. sotto 50 vol. di CO_2 per 100 cc. di plasma sanguigno
con tendenza all'acidosi: meno di 60 di R.A.
con R.A. normale: fra 60 e 70
con tendenza all'alcalosi: R. A. su 70
con alcalosi: R.A. sopra i 70.

Concludono che la cura di Vichy tende a ricondurre alla normalità la R.A., qualunque sia il senso della sua deviazione all'inizio della cura, confortando il concetto che le acque minerali alcaline, non sono unicamente buone soluzioni di bicarbonato sodico, ma mezzi complessi ad azione differente da quella delle semplici soluzioni alcaline.

David, Macrey, Macè de Lepinay, Pierra. *Ginecologia medica e cure idrominerali.* — Gli OO. dividono le sorgenti «ginecologiche» in:

clorurate sodiche o magnesiache fredde: solforose sodiche o calciche calde; debolmente mineralizzate, senza caratteristiche, ipertermiche.

La cura idrominerale, controindicata nelle forme acute, non lo è nella gravidanza.

Accennata la tecnica delle cure: bagni, irrigazioni, etc., passano in rassegna successivamente le turbe funzionali, nervose, della nutrizione, della circolazione, della statica genitale, le lesioni infiammatorie, i fibromi, la sterilità, ricordando i diversi metodi di cura che le diverse stazioni termali offrono, precisano le condizioni nelle quali conviene di utilizzarli, e i risultati.

La relazione termina con una disamina clinica della questione, osservando che non di rado la cura determina esacerbazione dello stato morboso, alla quale fa seguito la miglioria.

Cotte. *Le basi anatomiche e patogenetiche delle cure idrominerali in ginecologia.*—Premesso che l'intervento chirurgico è preferibile nelle donne che devono guadagnarsi la vita mentre le cure idrominerali sono più adatte per le abbienti che possono curarsi per mesi ed anni, entra a studiare l'azione della cura idrominerale nell'evoluzione della forma morbosa, vantaggiosa nelle deviazioni uterine anteriori, negli stati infiammatori cronici, nei fibromi con gettate congestive accompagnate da metrorragie, nelle turbe funzionali purchè non accompagnate da malformazioni congenite o acquisite, nella sterilità.

E' una minuziosa disamina delle condizioni della lesione ginecologica che consentono la cura idrominerale e delle modificazioni attraverso le quali si ha il beneficio.

Cluzet e Chevallier. *Il torio e i suoi derivati nelle cure idrominerali.*—Gli OO. richiamato qualche punto particolare dell'azione del Radon e del Toron passano in rassegna la questione della ricerca del Torio e suoi derivati nei prodotti delle stazioni idrominerali, e cercano di risolvere il quesito dell'assenza quasi assoluta dei corpi della famiglia del torio, concludendo che se si crede la presenza di corpi radioattivi nelle stazioni idrominerali aver azione terapeutica, bisogna tener conto oltre che del radon, anche del toron la cui azione farmacodinamica è intensa e non di rado differente da quella degli elementi della famiglia dell'uranio.

Digitized by Google

Il fatto che ad onta della grande diffusione dei derivati del torio nelle rocce, la loro ricerca nelle acque minerali è quasi sempre negativa, viene spiegato colla brevità della vita del toron, e colla difficoltà della ricerca; ma è probabile che un accurato esame dei depositi a livello delle sorgenti, e dei residui dell'evaporazione permetterà di svelarne la presenza.

Pech. *La radioattività dell'atmosfera e la sua azione in climatologia.* — Relazione di critica acuta nella quale l'O. dimostra non esser provato che la scarica dell'elettroscopio sia sufficiente per determinare la radioattività dell'aria, essendo, con tutta probabilità dovuta ad altri fattori; non è quindi scientificamente serio e corretto voler far deduzioni sulla radioattività dell'atmosfera, senza stabilire e precisare l'esistenza del corpo radioattivo.

L'O. presenta notevolissimi esempi dell'azione sull'individuo della radioattività del suolo, e del campo elettrico dell'atmosfera, che possono determinare modificazioni morfologiche che si accentuano nelle successive generazioni.

Lepape. *La radioattività dell'atmosfera e la sua funzione in climatogia.* — Rivista del lato fisico della questione, con misure basate sulla scarica dell'elettroscopio, sul metodo del filo elettrizzato e su quello del carbone di noce di cocco. Non si sottrae alla critica del Prof. Pech contenuta nella precedente relazione.

Laignel-Lavastine. *Simpatico e clima.* — Dopo aver passato in rassegna la sua concezione del simpatico, l'O. ricorda i metodi di esplorazione soffermandosi particolarmente sullo studio grafico dei riflessi oculocardiaco e solare. in base ai quali divide i soggetti in cinque gruppi:

ipereccitabili vagali (vagotonici in senso fisiologico), ipereccitabili ortosimpatici, ipereccitabili totali, ipoeccitabili normali.

Ricorda le caratteristiche dei climi e loro fattori soffermandosi particolarmente sulla questione del campo elettrico e sulle concezioni di Pech.

Illustra un tipo morfologico, vero reattivo biologico dell'azione del clima sul simpatico e cioè la donna « endocrinonevrosica ipotensiva » che presenta ben netta la «sensibilità meteorica ».

Conclude che è già delineata la possibilità di stabilire concordanze fra le variazioni di sensibilità simpatica e le variazioni dei fattori climatici, che è già segnata la strada per gli studi sui rapporti cosmo-simpatici, del maggiore interesse per la luce che porteranno sul dinamismo nevrologico, sulle variazioni endocrine, per arrivare alle questioni di alta morfologia riguardanti la differenza dalle razze e alla possibile unità delle razze umane.

Sono evidenti i vantaggi che si avranno indirizzando i differenti soggetti alla climatoterapia che a loro conviene, in relazione al loro coefficiente reattivo: così l'alta tensione elettrica dell'atmosfera al mare migliora la vagotonia ipotensiva, mentre peggiora l'ipertensione dell'iperortosimpatico.

In occasione di questa relazione il dott. Faure parla dottamente sulla interessante questione dei rapporti fra macchie solari, morti improvvise e aggravamenti degli stati morbosi.

Sardou. *Il simpatico e i climi.* — Il simpatico è l'intermediario obbligato fra la dinamina esterna generale e locale e la dinamica interna di ogni essere vivente in relazione alle variazioni ambientali. Trasforma, dispensa, disperde in profondità gli stimoli troppo intensi delle diverse forme di energia. In ambiente normale, in uomo sano, questa regolazione si fa senza che il soggetto se ne accorga e senza reazioni (sofferenze). I soggetti sensibili per eredità o per cause accidentali, avvertono queste reazioni: « sensibilità meteorica » che a volte può determinare scarti fisiologici esterni con conseguenze patologiche immediate o tardive, che a più forte ragione sono temibili nei passaggi in climi eccessivi, quando le capacità compensative del simpatico sono oltrepassate.

E' necessario conoscere l'eccesso o il difetto di azione regolatrice del simpatico per poterli modificare preventivamente e ricondurlo almeno parzialmente al normale.

Urbain. *Origine ed idrogeologia delle acque termali radioattive.* — Dotta relazione di questioni geologiche riguardanti gli elementi radioattivi nelle rocce e nei minerali, e sulla genesi della radioattività delle acque impossibile ad essere riassunta in poche righe.

Milhaud, Piery, Urbain. *L'organizzazione e l'attrezzamento di una stazione idrotermale radioattiva.* — Relazione esclusivamente tecnica nella quale gli OO. passano in rivista gli elementi radioattivi delle acque minerali, le vie di assorbimento, la tecnica emanoterapica (inspirazione naturale permanente, inspirazione naturale intermittente, ingestione di radon disciolto nelle acque minerali, bagno e fanghi, emanoterapia artificiale respiratoria).

Infine trattano delle modalità di costruzione di uno stabilimento termale, in una stazione idrominerale radioattiva.

Prof. Giulio Ceresole (Venezia)

III CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE D'IDROLOGIA MEDICA

(Roma-Montecatini-Salsomaggiore 12-17 ottobre 1927)

Il terzo Congresso dell'Associazione d'Idrologia Medica Internazionale inauguratosi a Roma il 12 ottobre, sotto la presidenza onoraria di S. E. il Primo Ministro Benito Mussolini e di quella effettiva di S. E. Pietro Fedele, Ministro della Pubblica Istruzione, ha raccolto un largo consenso di adesioni e di partecipanti, e si è svolto in un'atmosfera di cordialità e di ordine, tali da permettere il massimo successo all'iniziativa scientifica.

Il comitato ordinatore del congresso, a capo del quale erano l'on. prof. Umberto Gabbi, nuovo Presidente eletto dall'Associazione Internazionale d'Idrologia Medica, ed i segretari Proff. Vinaj e Ruata, con un'attiva propaganda e con una larga preparazione, seppe far convenire al congresso 15 Delegazioni Estere, che apportarono il contributo di studi notevolissimi nell'orbita dell'idrologia medica, e rappresentarono come la risultante di tutto il movimento scientifico Idrologico svoltosi nell'annata presso tutti i paesi d'Europa.

I rappresentanti ufficiali dei varii Stati erano i seguenti: il Prof. Conti per l'Argentina, il Prof. Strasser per l'Austria, il dott. Guilleaume pel Belgio, il dott. Schmidt per la Cecoslovacchia, i Proff. Desgrez, Rathery, Piery e Mongeot per la Francia, il Dott. Hirsch per la Germania, i Proff. Fox e Ray per l'Inghilterra, il Dott. Tanberg per la Norvegia, il prof. Rebello per il Portogallo, il Prof. Pinilla per la Spagna, il dott. Kalmeter per la Svezia, il dott. Keller per la Svizzera, il prof. Dalmady per l'Ungheria, per l'Italia i Proff. on. Gabbi e Vinaj.

Fra i più noti medici Italiani partecipanti al Congresso i Proff. V. Ascoli, Burci, Cattaneo, Devoto, Marfori, Queirolo, Sgobbo; Sisto; Valenti, Zoja, Astori, Boveri, Burgonzio, Gozzi, Marini; Piccinini; Pinali, Rezzano, Ruata, Zerbini, ecc.; il gr. uff. Rebucci, il comm. Saccani; il gr. uff. Schweiger, il comm. della Lucia.

Il Congresso fu inaugurato a Roma in Campidoglio con discorsi di S. E. Bodrero, del vice Governatore di Roma, del Direttore della Sanità Pubblica di Messea, del Prof. Ascoli per la facoltà Medica di Roma, del prof. Desgrez membro dell'Istituto di Francia, del grand'ufficiale Rebucci per le organizzazioni Federali Idroclimatiche, del prof. Fortescue Fox e dell'on. prof. Gabbi.

Alla brillante seduta inaugurale seguì un sontuoso ricevimento offerto da S. E. il Governatore di Roma nella sala dei Curiazi in Campidoglio.

Il lavoro scientifico si è iniziato presso la Regia Università di Roma con magistrali Relazioni sul tema «l'Idroterapia nelle malattie acute infettive» svolte dal prof. on. Gabbi, dal prof. Strasser e dai Dott. Villcox, Fox e Sundell. Queste relazioni portarono in luce una volta ancora il vasto contributo scientifico apportato dall'Italia, a mezzo del suo massimo valorizzatore contemporaneo, il compianto Prof. G. S. Vinaj per la soluzione dell'importante problema nel quale la clinica deve fondersi colla tecnica rigorosa e colla pratica intelligente.

Secondo il prof. Gabbi il bagno freddo sarebbe specialmente utile in quanto sottrae calore all'organismo febbricitante e provoca una benefica euforia.

L'O. mette in evidenza l'azione benefica esercitata dal bagno raffreddato proposto da Vinaj per combattere lo stato febbrile.

Lo Strasser si riferisce specialmente all'aspetto fisiopatologico dell'Idroterapia e passa in rassegna le varie ipotesi avanzate a spiegazione dei benefici effetti conseguiti con una saggia idroterapia nelle forme febbrili. Ricorda i lavori magistrali di Winternitz e di Vinaj che valsero ad indirizzare i medici alla ricerca della verità scientifica nel campo della terapia dell'acqua.

La relazione del prof. Fox porta ad una fine classificazione delle varie pratiche idroterapiche generali e locali sulle diverse malattie febbrili, e quella di Sundell si connette specialmente alla terapia idrica nel reumatismo acuto.

A queste relazioni seguì una discussione interessantissima, alla quale presero parte oltre gli illustri relatori i Proff. Rathery, Mongeot, Licciardi, Hirsch, Pinilla, Vinaj ecc.

La seduta si è chiusa poi brillantemente con una dotta conferenza del prof. Ascoli « sulle terme Romane » nella quale l'autore mise in luminosa evidenza i progressi che i Latini avevano raggiunto anche in questo campo di scienza. La giornata Romana ebbe il suo più fulgido epilogo a palazzo Chigi, ove S. E. Mussolini convocò tutti i congressisti per porgere loro il suo saluto.

Ad un breve e commovente ringraziamento a nome dei Congressisti, pronunciato dal Dott. Molinary, il Duce rispose con la sua sma-

Digitized by Google

gliante e scultorea parola invitando i medici stranieri ad osservare e considerare quanto di buono oggi si faccia in Italia in tutti i campi dell'attività.

Il prof. On. Gabbi poi presentò a S. E. Mussolini i suoi collaboratori e le rappresentanze estere, verso le quali S. E. si dimostrò particolarmente cortese ed affabile; tutti i partecipanti al ricevimento sfilarono di poi innanzi al Duce ed a tutti indistintamente Egli volle stringere la mano.

I congressisti ed in specialissimo modo gli stranieri lasciarono il palazzo del Governo fortemente impressionati e commossi per la squisita accoglienza ricevuta da parte del Grande Uomo che regge i destini d'Italia.

La seconda parte del Congresso si svolse alla RR. Terme di Montecatini, ove i partecipanti al congresso giunsero il 14 ottobre con treno speciale gentilmente concesso dalla direzione centrale delle Ferrovie di Stato. Dopo un'interessante conferenza del Prof. Sen. QUEIROLO «sulle proprietà fisiche chimiche e terapeutiche delle acque di Montecatini» i Congressisti visitarono i nuovi meravigliosi stabilimenti del Tettuccio, sorti per iniziativa e volere del Governo Nazionale.

Le nuove costruzioni, bellissime dal lato estetico e complete da quello tecnico, furono giudicate da parte di tutti i competenti convenuti al congresso, come dei modelli di perfezione, che non hanno rivali nemmeno fra le più note ed accreditate Stazioni dell'Estero.

Le relazioni sui «Bagni termo-minerali nella loro azione biologica ed indicazioni terapeutiche» furono qui svolte dal prof. VALENTI di Milano, dal prof. MARFORI di Napoli e dal dott. BURT di Londra e diedero luogo ad interessanti discussioni da parte dei proff. Chassevant, Schmidt, Ferreyrolles, Fresenius ecc. Intrattennero poi i congressisti sui «Fenomeni elettrici delle acque minerali» i proff. CHASSEVANT di Algeri, e RACE di Londra. Anche questa relazione provocò un'ampia e concettosa discussione.

Il prof. JUD LEWIS di Londra propose poi al Congresso «un unità standard internazionale di misura delle acque» per facilitare presso tutti gli stati la coordinazione dei dati fisico-chimici relativi alle acque minerali. Il Congresso, su proposta dei proff. Valenti e Mougeot, accogliendo in parte la iniziativa del relatore incaricò la presidenza dell'Ass. di nominare una commissione composta di medici, di fisici e di chimici per studiare i mezzi opportuni al conseguimento dello scopo.

Chiuse la tornata di Montecatini la dotta relazione del dott. FERREYROLLE di Parigi «sulla funzione antitossica ed anafilattica delle acque minerali».

Le conclusioni dell'O. portano a stabilire come l'acqua minerale aumenti la resistenza dell'individuo di fronte alle infezioni, diminuisca la recettività morbosa dell'individuo, diminuisca le predisposizioni specifiche acquisite presso un individuo. Se la vaccinazione si manifesta perfettamente nulla ci si trova di fronte al fenomeno dell'immunità, se è più forte, a quello dell'anafilassi.

Presero parte alla discussione i proff. Piery, Marfori, Schmidt, Keller Stoppany e Mougeot.

Il giorno 16 ottobre i congressisti giunsero a Salsomaggiore, ove dopo una magnifica illustrazione delle Acque di Salsomaggiore da parte del prof. ZOJA di Milano, ebbe svolgimento la relazione dei Dott. MOUGEOT e WOODMANSEY «sull'azione delle acque minerali sui fermenti e sui microorganismi».

Anche queste dotte relazioni interessarono vivamente l'uditorio dando luogo ad un'animata discussione.

Alla seduta scientifica seguì la visita degli stabilimenti balneari della Stazione, e anche a Salsomaggiore, come già a Montecatini, i medici stranieri, che per la prima volta venivano in Italia, rimasero vivamente impressionati del nuovo incremento assunto dall'Idrologia Italiana e che si riassume e si sintetizza nella perfezione classica dei nuovi nostri stabilimenti balneari.

Oltre al proficuo lavoro scientifico svolto durante il Congresso, che apre nuove vie di indagine e di cognizioni al sapere, è risultato chiaramente come l'Italia, colle perfette organizzazioni delle sue Stazioni Balneari di Montecatini e di Salsomaggiore, dotate oltre che del *comfort* richiesto oggi dalle più esigenti clientele, dei meravigliosi Stabilimenti del Tettuccio e del Berzieri, si trovi presentemente alla testa e senza rivali nel movimento idrologico internazionale.

Di questa resurrezione, che ci riporta a pensare alla grandezza di Roma Imperiale, dobbiamo render merito alla saggezza ed alla previdenza del Governo Fascista, che appoggia nella maniera più tangibile e sicura il movimento balneare Italiano.

Oltre ai nomi dei clinici, primi valorizzatori di queste nostre massime stazioni balneari, e cioè, per Montecatini al compianto prof. Pietro Grocco ed il prof. G. B. Queirolo, e per Salsomaggiore al compianto prof. Riva, ed ai proff. Baistrocchi, Gabbi, Cattaneo, Ruata ecc. converrà por mente all'opera intelligente ed alla iniziativa degli organizzatori tecnici di queste stazioni quali il Grand'uff. Schweiger di Montecatini ed ai comm. Rebucci e della Lucia per Salsomaggiore; che seppero affrontare e con pieno successo il problema della realizzazione delle loro rispettive stazioni di cura. A questi solerti e geniali amministratori che in armonia ai medici, ed alle vedute del Governo innalzarono ad un così alto livello le stazioni Italiane moderne, vada il plauso di tutti gli Italiani ed in special modo quello dei medici Idrologi.

Prof. A. VINAJ

□□□

PER LA PRATICA

SIFILOGRAFIA

LA SIFILIDE CRANICA TARDIVA

In un articolo comparso su *La Presse Médicale* nel giugno scorso, Leri e Cottenot richiamavano l'attenzione sulla esistenza di una sifilide tardiva od ereditaria esplicantesi soltanto nel cranio senza che manifestazioni in altra sede la mettano in evidenza e che la reazione di Wassermann la riveli. In questi casi solo l'esame radiologico riesce a svelare la natura e la sede delle sofferenze dei pazienti, i quali, dalle osservazioni esposte dai citati AA., presentavano sopratutto delle manifestazioni osteofitiche nel tavolato interno, causa in alcuni di accessi convulsivi, in altri di fenomeni paretici a carico dei nervi cranici o degli arti.

Alcune osservazioni, appunto, di questa modalità di sifilide cranica riferisce recentemente il prof. F. VITALI dell'ospedale Civile di Venezia.

In un primo caso si trattava di una donna di 45 anni, senza precedenti famigliari e personali notevoli. Negli ultimi sette anni fu tormentata spesso da cefalea intensa, accompagnantesi a stati depressivi psichici e cinetici, sintomi che furono imputati ad una forma neurastenica. Negli ultimi tempi si iniziò anche una fase febbrile. Al suo ingresso in ospedale l'inferma appariva depressa e si lagnava di violento dolore al capo, sopratutto a destra, alla regione parietale. La palpazione e la pressione sul cranio esacerbavano il dolore e la percussione sulla teca era insopportabile. Nulla a carico degli altri organi e sistemi.

La temperatura della paziente, all'entrata in ospedale, saliva a 38°,4 ed il decorso termico fu nei giorni susseguenti irregolare sì da avere dei massimi, rarissimi, di 38°,6 ed anche 39°, e dei minimi di 36°2: talora intermittente talora remittente. Reazione di Widal negativa; l'esame del

Fig. 1.

sangue dava un reperto presso che normale per la quantità dei corpuscoli e per la formola leucocitaria.

Il liq. c. s. esciva con pressione normale, limpido come acqua di roccia, normale chimicamente e citologicamente ma la reazione di Wassermann nel sangue e nel liquido cerebro-spinale era positiva fortemente.

La causa vera del patimento della inferma fu rilevata dall'esame radiologico il quale mise in evidenza l'esistenza di numerose zone di rarefazione irregolarmente circolari; di dimensione variabili da 1 a 2 cm. di diametro; più ampie e numerose nella squama del temporale destro, me-

Digitized by Google

no estese e frequenti nei territori frontali ed occipitali. (V. fig. 1). Presentavano esse una zona centrale meno ricca di calce ed un alone perite rico decalcificato a contorno sinuoso. Queste ossa craniche mostravano inoltre una decalcificazione generale. La diagnosi radiologica fatta dal Prof. Ceresole fu di osteite gommosa. E la natura del processo morboso fu poi confermata dagli esiti della cura a base di arsenobenzolo che in brevissimo tempo liberò l'ammalata dalla cefalea e dalla febbre; sì che essa uscì clinicamente guarita.

Una seconda inferma fu ricoverata con forte cefalea e febbre. La cefalea era più intensa di notte.

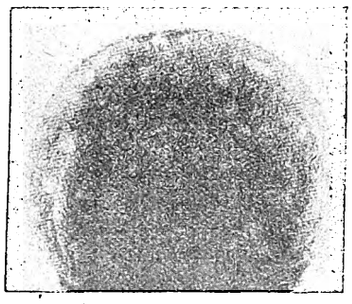


Fig. 2.

La temperatura all'ingresso nell'ospedale arrivava a 37°,8, ma nei tre giorni successivi toccò come massimi i 37°,2 e 37°.4, poi si ridusse alla norma. La palpazione del cranio non rivelava al momento dell'ingresso alcuna alterazione; se non che dolorosa era la forte pressione ed in misura più grave riesciva tale la percussione. In pochi giorni la superficie della teca cranica si coperse di escrescenze varie dalla grossezza di un cece a quella di una nocciuola, dalla consistenza ossea a quella pastosa; tutte dolentissime.

Questa fioritura così rapida (V. fig. 2) era poi qualificata dall'esame radiologico colla dizione di zone circoscritte di rarefazione calcarea di varie grandezze, e la loro natura veniva poi molto bene esplicata dalla reazione di Wassermann nel sangue che si palesava fortemente positiva. E nodi, e dolori scomparvero con una cura di bijoduro di mercurio alla quale seguì un trattamento salvarsanico.

Una terza inferma fu ricoverata nel settembre dell'anno scorso, ptosica dal lato sinistro, sì che l'occhio di quel lato appariva del tutto chiuso. Il fenomeno era comparso cinque giorni prima rapidamente e si era andato intensificando; ma vi era stata precedentemente una cefalea intensa per più mesi, che aveva raggiunto intollerabili parossismi da circa quindici giorni. L'inferma si sposò a 20 anni ed ebbe dal matrimonio 7 figliuoli dei quali tre morirono appena nati, quattro sono viventi e sani. Vi furono due aborti, e fu operata di appendicite sette anni or sono.

La ptosi palpebrale mascherava una oftalmoplegia totale. L'occhio sinistro era perfettamente inchiodato; ed immobile agli abituali stimoli appariva la pupilla. Nient'altro si rilevava a carico del sistema nervoso, ma la percussione del cranio risvegliava un sommo dolore sulla regione temporale sinistra e sulla fronte, la quale alla ricerca della sensibilità dava a sinistra una nota di ipoestesia tattile e dolorifica. L'ammalata aveva un processo febbrile che durò i primi due giorni con un massimo di 38°, ricomparve il 5° giorno con una elevazione di 37°,4. Vi era un esame oftalmoscopico che dimostrava una forma iniziale di papilla da stasi.

Il radiologo prof. Ceresole comunicava il seguente reperto: « Tanto in proiezione anteroposteriore quanto in proiezione laterale si rileva sopra la volta orbitaria un'ombra della grandezza di una piccola mela, non omogenea, a profilo irregolare e di opacità ossea.

Si ritiene trattarsi di tumore con deposizione di calce ». (V. fig. 3).

L'esame del liquido cerebro-spinale, in contrasto quasi col reperto oftalmoscopico, aveva pressione normale ed era normale in tutto, anche per la Wassermann, la quale dava risultati negativi anche nell'indagine sierologica.

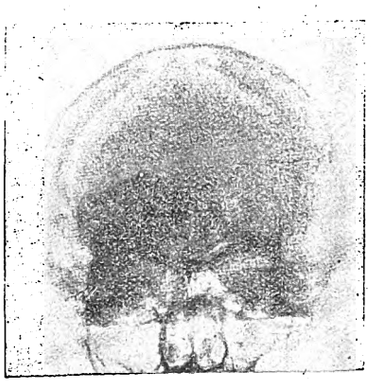


Fig. 3.

Con tutto ciò per la nozione che le lesioni orbitali sono frequentemente di natura sifilitica e perchè quel lieve processo febbrile non era certamente da ascriversi ad ascesso o a meningite, si procedè ad una intensa cura Salvarsanica e bismutica. Si riprese la funzione dei muscoli, si ristabilì la sensibilità sulla fronte, regredì la congestione dei vasi del fondo oculare, e l'ammalata si sentì rinascere alla scomparsa del dolore al capo. Quando uscì, circa due mesi dopo l'entrata era clinicamente guarita ma l'esame radiologico ritrovava immutata la massa neoplastica. Rivista la paziente a metà di febbraio erano invariate le rispettive posizioni della clinica e della radiologia perchè clinicamente l'inferma è guarita e si conserva tale, per recente osservazione, mentre la radiologia trova l'ombra di tonalità calcarea persistente.

Il Vitali pensa che quest'ombra debba corrispondere ad un processo morboso di natura sifilitica svoltosi probabilmente nella dura e che come talora accade (Stroebe tra gli altri ne ricorda l'eventualità) si è calcificato, mentre d'attorno un tessuto granulomatoso che impigliava i nervi orbitali veniva a cedere di fronte al trattamento specifico.

Riassumendo, in questi tre casi riferiti, e che ci sembrano i più dimostrativi della più ampia casistica riportata dal Vitali, si tratta evidentemente di una sifilide cranica tardiva, ignorata, nulla risultando dall'anamnesi remota e personale delle inferme.

A tal proposito il Vitali ricorda come vi siano anche osservazioni di sifilide cranica precoce. Dieulafoy riporta un caso di Vedrennes nel quale l'apparizione dell'osteosifiloma avvenne un mese e mezzo dopo l'insorgenza dell'ulcera e Critzmann e Nattan hanno descritto un caso nel quale la lesione del cranio apparve quattordici mesi dopo dell'avvenuta infezione. Ma queste apparizioni rapide sono rarissime sì che non impropriamente Leri e Cottenot hanno chiamate queste lesioni manifestazioni della sifilide tardiva.

Dall'esame dei casi del Vitali si deduce che la sifilide cranica può decorrere senza alcuna manifestazione esterna, almeno per qualche tempo; che essa può assumere per breve o per lungo tempo un decorso febbrile come talora fa la sifilide tardiva; che, se talora può far difetto, è sempre un segno capitale di grande importanza la cefalea intensa non spiegata da aumento di pressione o da alterazione chimica o citologica del liquido cerebro-spinale; che possono coesistere alterazioni calcificate del cranio con manifestazioni craniche attive della sifilide le quali possono essere ben trattate con una adeguata cura.

(Da una pubblicazione di F. Vitali, *Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia*, vol. I, n. 2, 1927).

R. Rummo

TECNICA

Per ottenere dei preparati permanenti di cristalli del Florence

La prova microchimica proposta dal Florence serve, come è noto, alla identificazione delle macchie di sperma; i cristalli che si ottengono sono però alquanto labili e non permettono la conservazione del preparato.

F. Nicoletti (Istituto di Medicina Legale, Palermo. *Comunicazione al III Congresso di Medicina Legale*, Firenze, 30 maggio-1 giugno 1927) per ovviare a questo inconveniente, ha sostituito al reattivo del Florence qualche scaglietta di iodo metallico che si fa pervenire nel preparato, lutando i bordi del preparato con gomma-sciroppo di Apathy.

I cristalli ottenuti presenterebbero una perfetta identità diagnostica e cristallografica con i deliquescenti cristalli del Florence.

Per la ricerca dei parassiti nelle feci.

Le feci ottenute giornalmente vengono versate in un recipiente contenente 200-300 cmc. di formalina al 5 %, e poi ben bene rimescolate, a caldo.

In tal modo si rendono manifesti i parassiti intestinali, le loro uova o le loro cisti. (R. Deschiens, *La Presse Médicale*, 1927, n. 33).

PROFILASSI

Effetti della separazione precoce dei bambini dalle madri tubercolotiche.

Elizalde, di Buenos Ayres (*Difesa Sociale*, 1927, n. 6) ha potuto osservare lo sviluppo di lesioni tubercolari in 333 bambini figli di madri tubercolotiche, portati al Brefotrofio prima dei 6 mesi di età.

Il numero dei bambini trovati infetti aumentava con l'aumentare del tempo passato in contatto con le madri malate.

Infatti, tra quelli allontanati dalla madre nel giorno stesso della nascita ne risultarono infetti il 3,44 %; quelli allontanati tra il primo e il decimo giorno diedero il 12,12 % di infetti; tra il decimo e il trentesimo giorno gli infermi furono del 22,2 %; tra il primo ed il terzo mese, del 33,8 %; tra il terzo e il sesto mese dopo la nascita, del 41.8 %.

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il " Sandoptal „ nuovo ipnotico.— Mosbacher (Clinica Medica in Freiburg. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 37, 1927) riferisce che la fabbrica Sandoz ha introdotto, con questo nome, un preparato chimicamente costituito da acido Iso-butil-allil-barbiturico. Sostanza cristallina, incolore, inodora, di gusto amaro, poco solubile in acqua ser-

Digitized by Google

za l'aggiunta di alcali o di molte basi organiche. Dunque di fronte agli altri ipnotici della serie acido-barbiturica il Sandoptal ha la caratteristica presenza del gruppo allil-isobutil, per modo da accentuarne l'efficacia senza accrescerne la tossicità.

L'uso del prodotto può paragonarsi fondamentalmente con quello del Veronal e del Medinal, separandoli a parità di dosi. La presa è favorita anche dal lieve involucro zuccherino del preparato. Come ogni altro semplice sedativo ed ipnotico senza veri componenti analgesici il Sandoptal riesce tuttavia anche sedativo negli intensi dolori, salvo casi di refrattarietà.

Il preparato va in commercio sotto forma di *dragées* in dosi di 0.1 e 0.2 gr. L'esperienza ha finora poggiato sull'uso di 1-3 *dragées* da 0.1 come sedativo. Quale dose media in unica volta, per semplice disturbo del sonno, si è preferita una sola *dragée* da 0.2. In caso di ostinata insonnia la dose può essere elevata, fino a tre di 0,2 eccezionalmente salendo a quattro di pari dose.

Fatta qualche eccezione i risultati furono sempre soddisfacenti. In genere si manifestò pronta senza eccitazione l'azione di natura sensoriomotoria. Sonno calmo, abbastanza continuo e pieno. Quasi costante assenza di postumi: ottusità, cefalee. Quasi sempre gli stessi pazienti affermarono un senso di benessere e di rinfrancamento. Anche rialzando le dosi non si notarono disordini di respiro, di circolo, nè di funzione renale e salivare. Non si notarono esantemi cutanei. Anche gli anziani si mostrano tolleranti del prodotto; sembra inoltre non ci sia facile assuefazione al prodotto. Pertanto anche se preso ripetute sere di seguito l'effetto desiderato non mancherebbe.

□□□

PER EMILIO v. DUNGERN

Il 26 novembre ricorre il settantesimo compleanno di questo scienziato che rappresenta una figura dominante nel campo dell'immunità.

Fa capo a lui la distinzione sierologica dei tessuti rivelata nel suo lavoro fondamentale sull'epitelio tracheale. Scoperse contemporaneamente al Bordet le emolisine, sebbene il suo studio sia apparso un po' più tardi. E' notorio il fenomeno che porta il suo nome unito a quello di Danysz.

Nel volume « Gli Anticorpi » ha sviscerato le leggi dell'immunità oggi universalmente accettate e acquisite alla scienza.

Ma sopratutto egli è il vero creatore della sierologia costituzionale la cui data di nascita è segnata dal lavoro suo e di Hirszfeld sull'eredità dei gruppi sanguigni.

Spirito eletto, nobile figura di scienziato appassionato dello studio del fenomeno naturale per il suo fascino entrinseco, schivo d'esteriorità e di compensi d'ogni genere. La larghezza della sua mente lo portò a lasciare in questi ultimi anni il terreno dell'immunità per dedicarsi a problemi filosofici.

La *Riforma Medica* gli porge fervidi voti augurali.

MAURIZIO ASCOLI.

LIBRI ED OPUSCOLI

FERRANNINI ANDREA. *Prontuario di Medicina Interna* (*Semiotica-Patologia - Clinica - Terapia*) — 1 vol., in formato dizionario di pagg. XVII - 1235, elegantemente legato. Casa Editrice V. Idelson, Napoli, 1927. Prezzo L. 135. (Ai nostri abbonati L. 122, franco di porto).

E' un libro che dà ai nostri Medici il mezzo facile, rapido di apprendere o di rinnovare nella loro memoria le cognizioni più essenziali alla pratica della Medicina, e di mettersi, con uguale rapidità e sicurezza, in possesso dei più moderni concetti di Patologia e di Terapia, e dei metodi pratici per la indagine semeiotica e clinica.

Le nozioni generali che precedono i singoli capitoli, nei quali sono distribuite le malattie, sono una chiara e completa sintesi delle più recenti acquisizioni sulla etiologia e sulla patogenesi dei processi morbosi, e forniscono al medico il mezzo e l'indirizzo per comprendere facilmente quelle più ampie cognizioni che sono contenute nei trattati speciali di Medicina.

I vari capitoli che compongono l'opera sono, in ogni loro parte, svolti, con sapiente coordinazione, in forma semplice, chiara e perfetta.

Tutto quanto si richiede per formare una seria cultura fondamentale del medico, e tutto quanto è necessario per una illuminata pratica della Medicina è contenuto in questo «Prontuario di Medicina Interna».

Ed io mi auguro che questo Prontuario — tanto superiore e tanto più completo dei prontuari stranieri che ho avuto occasione di esaminare — abbia quella larga diffusione che, nell'interesse del medico e degli ammalati, esso veramente merita.

Sen. Prof. G. B. QUEIROLO.

LA TORRE F. *Il Forcipe*. Con 62 fig. intercalate nel testo. Collana dei Manuali del Policlinico n. 26. Casa Editrice Pozzi, Roma. 1 vol. di pagg. 132. Prezzo L. 24.

Il nome dell'A. fu e resta anche dopo la morte, fra quelli più competenti della ostetricia italiana.

Questa seconda edizione, affidata dall'Editore, per la revisione e l'aggiornamento al Prof. Gaifami, si presenta serbando la sua generale economia; il suo caratteristico tipo aneddotico, con qualche ritocco nei punti oggi unanimemente accetti; con opportune sostituzioni di figure nuove più dimostrative.

Il libro certamente utile ai poco addestrati, ai medici generici, agli esercenti in condotte, scritto in forma piana e talora conversevole, comprende la seguente ripartizione:

Principi fondamentali sui quali il moderno forcipe è costruito.

Descrizione generale del forcipe, secondo i vari tipi esteri ed italiani. Scelta del forcipe. Azione meccanica del forcipe. Indicazioni e controindicazioni. Condizioni fondamentali per l'applicazione. Preliminari dell'intervento. Norme generali dell'atto operativo, nei singoli tempi. Regole particolari a seconda delle presentazioni. Errori capitati nell'uso del forcipe. I danni del forcipe.

Edizione netta con buone figure.

AIEVOLI

NOTIZIE

Premio della Società italiana di Ortopedia. — L'Ospedale Civico di Venezia con un atto di illuminata munificenza che è una nuova manifestazione dell'elevato spirito che anima l'antico glorioso istituto, aveva messo a disposizione della Società italiana di Ortopedia la somma di L. 3000. Questa bandì un concorso sul tema: « *Il primo trentennio dell'amputazione cinematica* ». Il premio è stato ora conferito dai proff. Dalla Vedova Riccardo, Donati Mario e Ligorio Edoardo ad una dotta memoria del prof. Augusto Pellegrini, noto chirurgo seguace della scoperta geniale del Vanghetti. Il premio è stato conferito al Pellegrini inaugurandosi il recente ultimo Congresso di Ortopedia a Bologna; il prof. Putti nel leggere la lusinghiera relazione ebbe vive parole di lode pei Vanghetti e pel vincitore del concorso.

Scuola di perfezionamento in pediatria presso la R. Università di Pisa. — Avrà inizio il 1° dicembre 1927 un corso di perfezionamento in pediatria presso la R. U. di Pisa, nella Clinica pediatrica diretta dal prof. G. Fiore. Il corso avrà la durata di due anni; i laureati che dimostrino, con documenti e titoli di studio, di possedere già una sufficiente preparazione nel campo della specialità, potranno essere esonerati da un anno di corso. Le materie d'insegnamento saranno le seguenti: Embriologia umana e anatomia del bambino (prof. Vitali); Patologia fetale (prof. Gentili); Fisiologia del bambino (prof. Fiore); Patologia, semiotica, clinica pediatrica medica (prof. Fiore); Terapia (prof. Funaro); Malattie infettive e contagiose più frequenti nell'infanzia (prof. Queirolo); Chirurgia infantile con speciale riguardo all'Ortopedia (prof. Taddei); Anatomia patologica delle principali malattie infantili (prof. Cesaris Demel); Radiologia applicata alle malattie dell'infanzia prof. Duranti); Terapia fisica delle malattie dell'infanzia (prof. Valtancoli); Igiene sociale dell'infanzia e nozioni di igiene scolastica (prof. Di Vestea); Profilassi antitubercolare (prof. Di Vestea); Nozioni di oculistica (prof. Gonella); Nozioni di dermosifilopatia (prof. Lombardo); Nozioni di otorinolaringoiatria (prof. Bilancioni); Nozioni di odontoiatria (prof. Carreras).

I corsi teorici saranno integrati da internati ed esercitazioni pratiche obbligatorie. Al termine del corso e dopo esami agli iscritti sarà rilasciato il diploma di perfezionamento che dà diritto alla qualifica di «specialista pediatra». Le tasse comprendono: 1. Tassa annua di iscrizione (pagabile in 4 rate), L. 800; 2. Contributo annuo per esercitazioni pratiche, L. 200; 3. Sopratassa annua per esame di profitto, L. 150; 4. Sopratassa per esame di diploma, L. 75; Tassa di diploma, L. 300.

Per iscriversi inviare alla Segretaria universitaria, non oltre il 30

Digitized by Google

novembre p. v., domanda in carta da L. 2 indirizzata al Rettore e corredata dal certificato di laurea e dalla ricevuta della tassa d'iscrizione.

Giornate mediche marocchine. — Si terranno dal 3 all 8 aprile 1928, a Casablanca-Rabat, le «Giornale mediche marocchine». Tra le relazioni e conferenze annunziate figurano: 1. «Sugli auto- ed etero-innesti nell'uomo e negli animali, e in particolare sugli innesti ghiandolari»; relatori: prof. Leriche (Strasburgo), dott. Dartigue (Parigi) e i veterinari Monod, Velu e Balozet (Marocco); 2. «La vaccinazione antitubercolare col B. C. G.», prof. Calmette; 3. «Le anatossine», prof. Ramon; 4. «La chirurgia duodenale e vescicolare», prof. Lardennois; 5. «Le meso-encefaliti e loro postumi», prof. Cruchet; 6. «Affezioni da virus filtrabile e loro terapia con il siero di individui guariti», prof. Vallée; 7. Diagnosi e cura delle splenomegalie tropicali», prof. Constantini; 8. «Etiologia delle splenomegalie tropicali», dott. Nanta; 9. «Le gastroenteriti dell'infanzia»; 10. «Igiene generale di una grande città moderna», dott. J. Renault.

Durante le «Giornate» saranno anche organizzate delle feste, banchetti, ricevimenti ufficiali, un giro turistico del Marocco e dell'Algeria, un'escursione con visita a Mazagan, Safi, Mogador e l'Atlas, nonchè una partita di caccia. Saranno concesse riduzioni ferroviarie dalle Compagnie di navigazione e ferroviarie, per le quali chiedere più minuti dettagli alla segreteria delle «Giornate».

Quota d'iscrizione: 50 fr. per i medici stranieri, 25 fr. per i marocchini, da inviare alla Segreteria generale delle Giornale mediche e veterinarie Marocchine, dott. Lepinay, Rue de Marseille, Casablanca.

Alle «Giornate» sarà annessa un'esposizione di prodotti farmaceutici, igienici, di strumenti chirurgici, libri, ecc. per la quale rivolgersi all'Amministrazione del «Maroc Médical», 53 rue de l'Industrie, Casablanca.

NECROLOGIO

CAMILLO NEGRO

La sera del 16 ottobre u. s. si è spento in Torino il prof. Camillo Negro, titolare della cattedra di Neuropatologia della R. Università di Torino. Nato a Biella il 6 giugno 1861, conseguì brillantemente la laurea in medicina a Torino nel 1884, dopo essere stato allievo interno dell'Istituto di Anatomia normale diretto dal prof. C. Giacomini, della Clinica medica diretta allora dal Bozzolo e del Gabinetto di Fisiologia diretto da Angelo Mosso, del quale ultimo nel 1883 fu nominato assistente effettivo.

Dopo la laurea completò la sua istruzione ad Heidelberg dove rimase ininterrottamente sino al dicembre 1887. In detto periodo di tempo frequentò in quella Università germanica la clinica e le lezioni del Prof. W. Erb, dedicandosi in modo speciale agli studi di clinica neuropatologica, nonchè il laboratorio di fisiologia allora diretto dal Prof. W. Kuhne.

Sono di quell'epca i suoi lavori: Sulla presenza di zucchero nelle urine di animali neonati. Le correnti unipolari indotte nello studio della eccitabilità elettrica del cervello. La terminazione nervosa motrice (nuovo metodo di colorazione).

Ritornato a Torino esercitò con infaticabile passione e vi fondò con pochi altri suoi colleghi quel Policlinico generale Umberto I che fu più tardi eretto in ente morale e di cui assunse la direzione della sezione neuropatologica. Nel 1891 ebbe il posto di primario all'Ospedale «Cottolengo» di Torino e vi istituì una sezione per le malattie nervose, una delle prime sorte in Italia. L'anno seguente conseguì, e precisamente il 3 dicembre, la libera docenza in neuropatologia, distinguendosi moltissimo, tanto che il Lombroso gli affidò la supplenza nell'insegnamento della neuropatologia. Nel 1905 il prof. Negro riceveva l'incarico ufficiale della stessa cattedra, finchè nel 1910 ne fu nominato pe concorso professore straordinario e poi ordinario, essendo stata detta cattedra sdoppiata dalla Clinica Psichiatrica.

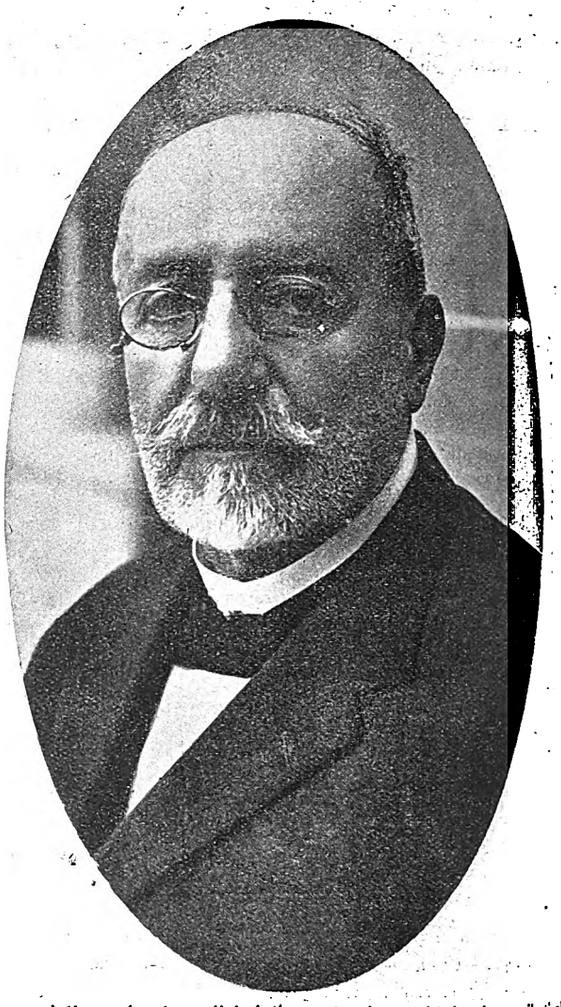
Il Negro fu il primo ad applicare la cinematografia nello studio clinico delle malattie nervose e la sua iniziativa trovò dei seguaci. Fra questi basterà citare il compianto prof. Gaetano Rummo di Napoli ed il prof Raymond di Parigi, i quali poterono constatare quanto il nuovo metodo didattico introdotto dal Negro fosse utile e pratico.

Membro autorevolissimo di varie Accademie fu Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino, apprezzato ed ascoltato sempre con grandissima deferenza. Fu condirettore dell'«Archivio di Psichiatria» dal 1905 al 1909 e nel 1906 fondò la «Rivista Neuropatologica».

Durante il periodo della guerra fu consulente di neuropatologia all'Ospedale Militare, posto ch'egli tenne con generoso disinteresse.

Lascia più di 150 pubblicazioni ed è arduo compito analizzarne l'opera scientifica. Un grosso volume raccoglie le sue lezioni di Patologia e Clinica del sistema nervoso. Diede l'interpretazione fisiopatologica del fenomeno di Bell nelle paralisi dell'orbicolare delle palpebre; parecchi sintomi e segni portano il suo nome: così il fenomeno bulbo-palpebrale ipercinetico di Negro nelle paralisi facciali; la sindrome degenerativa oculare di Negro; il riflesso rotuleo mediano di Negro; il fenomeno della troclea dentata di Negro; la sindrome di Negro nella miastenia di origine periferica.

Tra le pubblicazioni, notiamo quelle sulla struttura della terminazione nervosa motrice; proposta di un nuovo metodo di cura di certe



epilessie parziali con la elettrolisi della corteccia cerebrale; i contributi all'istologia del sarcolemma; di una forma poco nota di tic della lingua quale episodio precoce e frequente nella paralisi generale progressiva; sul fenomeno di Abadie nella tabe dorsale; epilessie a forma coreica, le ricerche fisiopatologiche e cliniche sui riflessi di automatismo midollare; sulla rieducazione dei movimenti nei tabetici atassici con gli esercizi ad occhi chiusi; ecc.

Anima eletta di altissimi sentimenti seppe destare in tutti coloro che lo conobbero la più viva ammirazione e l'affezione più sincera. Il suo spirito sereno, la paterna sua espressione, la grande sua bontà valsero a circondarlo di vivissima simpatia non solo dei colleghi e dei discepoli, ma anche di tutta la cittadinanza torinese cui era unito con molteplici vincoli di salde amicizie e di affettuosa deferenza.

La sua scomparsa lascia il più doloroso rimpianto: l'Ateneo torinese con lui e con il compianto Senatore Carle ha perduto in questo anno due delle più luminose e caratteristiche figure di scienziati subalpini, onore e vanto della scienza italiana e maestri indimenticabili di bontà e di sapere.

Prof. M. Ponzio

ERRATA-CORRIGE

Il titolo del lavoro del dott. Gaetano Balice, pubblicato nel n. 44 c. a. a pag. 1035, deve leggersi come segue: **Ricerche sul contenuto colesterinico del siero di sangue in rapporto alla *COLECISTECTOMIA*.**

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 14 Novembre 1927 – Anno VI — N. 46

XXXIII CONGRESSO ITALIANO DI MEDICINA INTERNA

(Parma - 18-21 ottobre 1927)

LA SEDUTA INAUGURALE

Nell'Aula Magna dell'Ateneo Parmense ha avuto luogo, nel mattino del 18 u. s., la cerimonia inaugurale del XXXIII Congresso Italiano di Medicina Interna e del XXXIV Congresso Italiano di Chirurgia. Anche a Parma, come a Padova l'anno scorso, l'austerità dell'aula ove la cerimonia si è svolta e le parole dei vari oratori ufficiali hanno fatto rivivere innanzi alla mente dei presenti tutto un periodo glorioso di una tra le più antiche università italiane, e hanno tracciato la via luminosa che la scienza d'oggi dovrà seguire se vuol essere degna di sè stessa: riallacciarsi alle tradizioni secolari di nostra stirpe e continuarle. La solennità del rito compiuto è stata la dimostrazione migliore che l'anima dei cultori di medicina e chirurgia d'oggi ha ancora in sè tanta purezza e tanto attaccamento ad un passato scientifico così fulgido, che ben potrà, sfrondata da vuoti personalismi e ravvivata dallo spirito dei tempi nuovi, dettare ancora, come una volta, leggi al mondo e brillare di purissima luce a maggiormente magnificare ed eternare l'antica fama della scienza italica, sempre antesignana d'ogni progresso.

Numerosissimi gli intervenuti, circa seicento. Il Capo del Governo e S. E. Fedele sono stati rappresentati dal Prefetto comm. Eolo Rebua, presidente del Comitato ordinatore generale dei congressi che si sono tenuti a Parma, oltre quelli di medicina e di chirurgia; sedevano, inoltre, al tavolo della Presidenza, il podestà dott. M. Mantovani, il sen. E. Maragliano, il gr. uff. Basile, vice-direttore generale della Sanità pubblica del Regno, l'on. comm. prof. Umberto Gabbi, segretario generale del Comitato ordinatore dei congressi e che è stato il vero animatore di essi, il Magnifico Rettore prof. comm. C. Gallenga, il prof. comm. Ambrogio Ferrari, presidente del Comitato ordinatore dei Congressi di Chirurgia e di Urologia, il vice-podestà prof. Dalla Valle, il prof. M. Pelagatti, preside della Facoltà di medicina, il sen. prof. Queirolo, il prof. Lasagna, il sen. prof. Pascale, il prof. Devoto, il prof. Alessandri, il colonnello medico Dante Ferraro, in rappresentanza del Ministro della Marina, il Tenente Generale medico prof. Gualdi, in rappresentanza del Ministero della Guerra, il dott. Carlos Bonorino Udaondo, in rappresentanza dei medici argentini. Tra gli intervenuti: il sen. Mariotti, il prof. Fox e il dott. Coleman, di Londra; il prof. Lavastine, di Parigi; il prof. Piery, di Lione; i proff. Pende, Di Guglielmo, Rossi, Spangaro, Schiassi, Torraca, Cesa-Bianchi, Izar, Castellino, Scala, Zoia, Frugoni, V. Ascoli, Sisto, Fasiani, Wiget, Cozzolino, Ponticaccia, Jacono, Franchini, Grixoni, Melli, De Nunno, Paolini, Goglia, Radice e numerosissimi altri, nonchè i dott. Palma, Licciardi, Formicola, Bossa, Velardi, Tarsitano, Di Pace, Lauri, La Piscopia ecc. ecc. Numerosi anche gli alti ufficiali del Corpo sanitario militare.

Prende per primo la parola il Prefetto gr. uff. Rebua, che porta all'Assemblea il saluto augurale del Governo Nazionale e, ricordando i fastigi dell'Ateneo parmense, auspica i migliori successi per i lavori dei presenti Congressi.

Quindi il Magnifico Rettore, Gallenga, dà il benvenuto ai colleghi d'ogni parte d'Italia, e, dopo poche parole del Podestà di Parma dott. Mantovani si alza a parlare il prof. Dalla Valle, che porta ai congressisti il saluto di Parma, esprimendo la certezza che sugli odierni lavori aleggerà lo spirito adamantino di un indimenticabile maestro della medicina quale fu Alberto Riva e l'ardore inesausto di un chirurgo quale fu Andrea Ceccherelli. Dopo che il prof. Pelagatti ha portato il saluto della Facoltà di medicina, il tenente generale medico Gualdi ringrazia a nome del Corpo sanitario militare, perchè si è voluto l'intervento di esso, per la prima volta, ai congressi che si svolgeranno, e il prof. Ambrogio Ferrari pronunzia anche un applaudito discorso a nome della Società Italiana di Chirurgia, illustrando la necessità di reciproco aiuto tra medicina e chirurgia.

Infine l'on. prof. Umberto Gabbi esprime il grande onore di cui Parma si sente fiera, di essere stata sede dei congressi di quest'anno, espone la perfetta organizzazione clinico-ospedaliera di Parma stessa e si compiace di vedere insieme con i medici civili quelli della Medicina Militare.

L'O. quindi si augura che i presenti congressi attesteranno che i medici hanno compresa l'altissima funzione umana e sociale che loro compete: difendere la vita, perchè sorgente di forza, di ricchezza, di prosperità e di benessere, perchè eleva la Patria sulle altre e la illumina di romani splendori.

Per ultimo parlano: a nome dei medici argentini, il loro rappresentante, dott. C. Bonorino Udaondo; per la Marina militare, il colonnello medico Ferraro e per i medici condotti il dott. Molinari.

Seduta pomeridiana del 18 ottobre

Discorso inaugurale del presidente prof. E. Maragliano

A nome della Società Italiana di Medicina Interna, il sen. prof. Edoardo Maragliano inaugura i lavori scientifici, pronunziando il seguente discorso:

Cari ed Egregi Colleghi,

Oggi per la undecima volta ho l'onore di presiedere alla inaugurazione di questo nostro annuale convegno, e mi è dato di farlo per la cortesia vostra che volle finora avere a moderatore dei comuni lavori il più anziano dei clinici operanti, e per la bontà della Provvidenza che mi mantiene, malgrado il tempo, l'antica vigoria fisica e mentale.

Di questo onore ringrazio Voi e la Provvidenza Divina, ma da questo seggio desidero ricordare a Voi tutti che fu sempre pensiero costante di tutti noi di ritenere Capo nostro Guido Baccelli e di considerarmi come mi considero, puramente e semplicemente delegato suo e, come Lui vivente, per incarico suo apersi già i nostri lavori, oggi intendo di aprirli ancora per delegazione sua. E nello aprirli, vi invito a rivolgere il primo pensiero vostro alla sua memoria, a Lui cui dobbiamo se la Medicina Italiana, dopo tanti anni di oblio, fece suonare rispettata ed ascoltata la sua voce nel mondo scientifico, a Lui che attese a suscitare una coscienza scientifica Nazionale nei medici Italiani, per quanto i suoi moniti siano rimasti spesso inascoltati ed oggi ancora buona parte dei cultori della medicina in Italia, diano ancora lo spettacolo nei loro atti e nelle loro pubblicazioni, di un internazionalismo che non è l'omaggio doveroso al Genio — dovunque esso risplenda — ma alla guisa di una o dell'altra fra le internazionali politiche, suona in fatto negazione della Patria nel campo degli studi, cosa che certo non è nel pensiero loro. Ogni studioso deve, certo, conoscere ciò che si fa altrove ma non esserne araldo cieco per ossequio a nomi stranieri.

Ad un tanto uomo, che oggi, se vivo, vedremmo seguace di Mussolini, poichè Egli ebbe sempre viva e sicura la visione di un'Italia grande e potente, alla memoria di questo nostro Capo spirituale volgiamo, cari Colleghi, in un istante di raccoglimento il nostro reverente pensiero.

Debbo ora ricordare, con senso di profondo cordoglio, due colleghi scomparsi: Antonio Cardarelli e Carlo Fedeli.

Antonio Cardarelli, lo sapete, fu il Nestore dei Clinici Italiani: l'opera sua e la sua figura sono illustrate dal suo nome. *Tanto nomini nullum par elogium.* La sua dipartita è lutto per la Clinica Italiana, dolore per noi tutti che lo ammirammo e lo amammo.

Carlo Fedeli, Professore di Patologia Medica a Pisa, mite figura di studioso valente, tenne la Cattedra con onore e con competenza, contribuì a far conoscere in Italia e fuori le Terme di Montecatini, arricchì la letteratura nazionale di interessanti pubblicazioni: è scomparso tra l'universale compianto, cui ci associamo con grande rammarico.

A Parma, che signorilmente ci ospita, al suo fiorente Ateneo, alla sua cospicua facoltà medica, il nostro deferente saluto. E questo nostro saluto non è solo atto di doverosa convenienza, ma espressione di omaggio sentito a questo patriottico centro della nuova vita italiana, a questa Università ricca di gloriose tradizioni, il cui nome nel campo degli studi medici suonò già, nei tempi, acclamato innanzi al mondo scientifico.

Digitized by Google

E ad Umberto Gabbi che, ispirato agli insegnamenti di Cesare Federici — grande Maestro di Medicina che non si dovrebbe mai dimenticare — maestrevolmente mantiene qui alte le tradizioni della Clinica Italiana nel culto a Guido Baccelli di cui fu costantemente seguace convinto ed amico fedele, io, sicuro interprete del pensiero di quanti qui siamo, porgo largo tributo di ammirazione e di grazie per la cura da lui data all'organizzazione di questo Convegno, che per opera sua e dei suoi collaboratori è promettente e di lusinghiero successo.

Lo assicurano il numero grande dei medici italiani qui convenuti, la partecipazione di tutte le Scuole Mediche Nazionali e dei loro Maestri, la collaborazione preziosa del corpo sanitario Militare, che salutiamo entusiasticamente nella persona di tanti autorevoli suoi membri qui presenti.

Il Corpo Sanitario Militare è esso pure di sua natura, scientifico-pratico. Esso penetra e deve penetrare questioni di alta portata scientifica, come quelle pertinenti alla aeronautica, quistioni di loro natura eminentemente pratiche nel campo della profilassi; che ha la nobile missione di tutelare l'efficienza fisica dei difensori della Patria; che è glorificato dai suoi morti che lo consacrano alla riconoscenza nazionale.

E saluto, interprete sicuro del vostro pensiero, i Colleghi d'oltre Oceano che con la loro adesione hanno voluto onorare il nostro Congresso.

Essi furono oltre a 150 dalla Repubblica Argentina, dove le scienze mediche hanno ormai tanti valorosi cultori.

Il Loro interesse ai Congressi scientifici dei due grandi centri della cultura latina: Italia e Francia, dimostra il giusto loro apprezzamento dell'indirizzo che oggi la medicina ha assunto nelle Scuole latine, dove il dottrinarismo è temperato dal senso della realtà clinica.

Essi certamente sentono lo spostamento che avviene dal Nord dell'Europa verso i Paesi latini, di quei centri che si erano formati ed a cui come a culto dogmatico si bruciarono per lungo tempo incensi di supina devozione. Ad essi diciamo il nostro fraterno ringraziamento.

Di questi giorni Roma ha riunito nel suo seno, convenuti da ogni parte del mondo, un'accolta di studiosi intenti ad applicare alla vita, quale è, quale si vive, la concezione scientifica della divisione del lavoro, che oggi si è imposta agli uomini pratici di ogni paese.

In questo convegno uomini intenti allo sviluppo delle industrie hanno dimostrato quali vantaggi la organizzazione metodica del lavoro manuale possa recare a chi compie, ed a chi lo dà, nell'interesse superiore della economia nazionale.

Il Regime Fascista a sua volta, allargando l'applicazione di queste direttive, ha segnalato i vantaggi che da essa si possono trarre e già furono tratti organizzando, in base ad esse, il lavoro non manuale nella pubblica amministrazione.

Innanzi a questo nuovo fervore di vita, rivolto ad avviare, organizzandola, l'operosità umana, a determinate finalità pratiche, si presenta ovvio al pensiero il quesito se non sia giunto il momento di organizzare anche l'operosità degli studiosi di scienze mediche su questa via, in quanto i suoi frutti possano e debbano essere praticamente e senza ritardo utilizzati a beneficio dell'uomo e della società.

In ordine a questo quesito il lavoro via via compiuto nelle varie branche della biologia, deve richiamare l'attenzione dei cultori della medicina.

E' certo affascinante, signori, la ricerca scientifica che nel silenzio dei laboratori fa balenare alla nostra mente la visione di nuovi veri, di nuove vittorie sui misteri della natura. E' questo un fascino che tutti abbiamo provato ma non si può dimenticare il bisogno di applicare prontamente alla vita che si vive, per il bene della collettività, i trovati della scienza, per quanto sono applicabili.

Questo lavoro di applicazione può solo esser compiuto da lavoratori specializzati che astraendo da ogni quistione scientifica pura, abbiano la mente esclusivamente rivolta a far beneficiare l'uomo di nuovi scoperti.

Una legione interminabile di lavoratori in ogni parte del mondo oggi tende con competenza tecnica e mentale, di valore diverso, a ricerche di biologia pura che interessano la patologia e la clinica. Si raccoglie per tal modo una produzione cospicua, spesso farraginosa, di peso naturalmente diverso e sopra di essa, spesso vediamo formulate massime dottrinali più o meno fondate.

Il biologo puro nell'ideare le proprie ricerche muove abitualmente da un dato preconcetto, perchè il preconcetto è ordinariamente il *primum movens* della ricerca, e risponde all'aspirazione dello spirito umano, verso l'ignoto. Così disse, e giustamente, uno fra i più grandi maestri della ricerca scientifica: Claudio Bernard.

Al preconcetto iniziale, il ricercatore suole coordinare i fatti da lui rilevati e da questa coordinazione nascono teorie le quali suscitano poi altre indagini, animano discussioni feconde, provocano la concezione di nuove teorie, le quali spesso distruggono quelle che le avevano originate, perchè è legge fatale che le teorie si sgretolino lungo il cammino e scompaiano infine: i fatti soli restano. Ma nelle teorie da loro create i ricercatori sogliono fissarsi con una specie di assolutismo imperialistico, affaticandosi a contraddire con nuove ricerche quelle di altri, che non sono consone alle loro. Gli uomini di laboratorio, non si può negare, hanno tendenza ad immobilizzarsi nelle loro teorie, nè tutti sono scienziati nel vero senso della parola, nè tutti hanno il coraggio di riconoscere, come riconobbe Pasteur, che le considerazioni teoriche rappresentano le illusioni degli sperimentatori, o di affermare errata, come fece Behring, una teoria da essi antecedentemente annunciata.

Così stando, come effettivamente stanno, le cose, da un lato ci troviamo innanzi ad una serie di fatti nuovi che talora mettono in luce verità fino allora ignorate e dall'altra ad una serie di teorie, di indagini contradditorie, che spesso le contraddicono, le oscurano e le snaturano. E così una serie di fatti che indipendentemente dalla teoria, sono per sè importanti e potrebbero essere utilizzati nel campo pratico della medicina, restano invece confinati nel campo astratto, senza passare in quello applicato.

E non passano in quello applicato, perchè coloro che solo hanno la competenza di applicarli, commettono l'errore di attendere dai biologi puri chiarimenti che ritardano e che talora non vengono mai.

Questo non accadrebbe ove nel campo delle scienze biologiche penetrasse universalmente il principio della organizzazione del lavoro.

In omaggio a questa organizzazione appare la opportunità di scindere la biologia in due grandi gruppi di competenza diversa: puro ed applicato e di definire nettamente i compiti dell'uno e dell'altro.

***

La biologia pura non ha e non può avere limiti nel campo della investigazione e della ricerca: ad essa l'indagine in tutte le vie, con tutti i metodi possibili, creare, controllare, affermare, negare e raccogliere così un capitale via via rinnovato di conoscenze, di fatti e di verità.

Spetta invece alla medicina, che è biologia applicata, impadronirsi di questo patrimonio di fatti, *quali sono ciascuno individualmente per se*, sceverarli da ogni interpretazione dottrinale, da ogni legame teorico, metterli al cimento delle applicazioni pratiche, *quali sono nella loro verginità nativa*: quali sono usciti dalla mente e dalle mani del biologo puro che le creò, senza soffermarsi irresoluta innanzi a critiche contradditorie elevate da un altro biologo dissenziente, in competizione.

E' chiaro che questo compito di realizzazione debba essere riservato alle due grandi branche della medicina applicata: l'Igiene e la Patologia clinica.

L'igienista che conosce i bisogni della profilassi generale ha la competenza e la possibilità di mettere in linea pratica alla prova un fatto rivelato dalla indagine biologica pura. Il patologo medico, per le conoscenze pratiche che ha delle malattie e degli ammalati ha solo mezzo di indagare se un fatto uscito dal laboratorio è utilizzabile a comprendere, a prevenire ed a curare dati processi morbosi, senza indugiarsi ad attendere che i contrasti e le contraddizioni accesesi tra batteriologi, biologi e sperimentatori abbiano chiarito una situazione che spesso viene invece, dalle loro ricerche accessorie e da preoccupazioni dottrinali, sempre più complicate.

***

Ciò premesso concedetemi ora, cari Colleghi, che come proemio ai nostri lavori vi presenti alcune riflessioni ispiratemi dall'ora. Esse riguardano le immunità specifiche.

L'esistenza di una immunità specifica avverso le infezioni e le malattie da essa create, è un fatto oggimai fuori discussione. Questa immunità specifica ha una storia che, in linea di fatto, rappresenta l'inizio ed il punto di partenza di questo tema: una storia, lo sapete, che l'osservazione pratica, pura, non intorbidata da preoccupazioni dottrinali, ha consacrata.

I selvaggi della costa orientale dell'Africa che si difendevano contro il morso dei serpenti, facendosi delle incisioni cutanee alle braccia e alle gambe, che poi spalmavano di una pasta contenente il veleno specifico, i Siamesi e i Cinesi che si premunivano dal vaiolo per mezzo delle croste prelevate dalla pelle di soggetti vaiolati, i Mauri che a proteggere i loro buoi dalle peripneumoniti pungevano la loro pelle colla punta del pugnale che avevano immerso nei polmoni di animali infetti; questi e moltissimi altri fatti similari dimostravano che quegli uomini incolti avevano dai fatti acquistata la convinzione della esistenza di una immunità specifica. E vennero poi le osservazioni della medicina pratica che constatò l'immunità per date malattie infettive acquistata dopo una prima infezione, che constatò come molti uomini viventi in mezzi infetti ne restino immuni e col moltiplicarsi delle ricerche si scopersero lo sapete, i portatori di bacilli patogeni e virulenti capaci di infettare altri, mentre essi restano sani.

Digitized by Google

Non vi ha ormai dubbio: l'uomo può restare indifferente innanzi ad agenti patogeni pei quali molti altri ammalano. Da questa conoscenza scaturiva il bisogno di penetrare le ragioni di questa indifferenza. La biologia sperimentale, lo sapete, ha accertato che innanzi all'offesa dei batteri patogeni, si determina nell'organismo un movimento difensivo specifico che venne designato col nome di movimento immunitario. Questo movimento ha, è noto, le sue stigmate consacrate da reazioni biologiche e da prove sperimentali, stigmate che comunque interpretate nella essenza loro, hanno indubbiamente valore dimostrativo del fatto nuovo insorto nell'organismo.

Questo fatto fondamentale ha dato luogo ad una serie di concezioni dottrinali che hanno condotto a loro volta a ricerche complementari rivolte a studiare ed a chiarire questioni che si riannodano ad esse. E da queste ricerche escono via via nuove teorie, che a loro volta filiano poi questioni nuove per cui mentre il fatto iniziale resta fermo e deve ormai ritenersi indubitato, non ha per anco superato il periodo di riserva, di dubbi e, diremo anche, di sofisticazione che ogni nuova verità suscita nella mente dell'uomo ed ha suscitato nei cultori della biologia pura.

Le ricerche continuano e possono continuare indefinitivamente perchè dallo studio di ogni terra biologico scaturisce sempre qualche cosa di ignoto e l'ignoto esercita un fascino tale sulla mente degli studiosi che difficilmente si acconciano a ritenere completamente illustrato e chiarito un argomento innanzi ai quesiti nuovi per quanto accessori che si presentano ad essi lungo la via, ed è naturale.

Ben venga ogni nuova ricerca: non vi è indagine che possa dirsi inutile perchè havvi un momento in cui tutte a qualche cosa sono utilizzabili sia in senso positivo che in senso negativo, ma innanzi al fatto fondamentale delle immunità specifiche di cui siamo in possesso, è necessario che i competenti per farlo, diano mano allo studio delle sue applicazioni e vedano quanto quel fatto possa essere utilizzato per la compressione della patogenesi delle malattie infettive, della modalità del loro decorso, del modo di combatterle, del modo di prevenirle.

Attendere che la biologia pura abbia risoluto tutte le quistioni e tutti i quesiti che scaturiscono da sì poderoso tema, attendere che da essa esca l'impulso alla attuazione, equivarrebbe a protrarre all'infinito le applicazioni pratiche e ritardare all'infinito gli utili che possono derivare alla patologia, alla terapia ed alla profilassi.

E' in omaggio al principio della organizzazione e della divisione del lavoro, che la patologia clinica e la medicina pratica per conseguenza debbano metter mano ad assolviere il compito che ad esse spetta, poichè colla conoscenza del movimento immunitario sono entrati in possesso della chiave per penetrare il mistero della immunità, quale si svolge nell'uomo innanzi alle infezioni.

Vasto e fecondo campo questo di lavoro, promettente di larga messe.

Applicare i mezzi investigativi che il nuovo capitolo della semeiologia biologica ci fornisce per afferrare la evoluzione del movimento immunitario in rapporto allo andamento clinico nei vari morbi infettivi e dedurne leggi diagnostiche, ricercare il rapporto fra attività del movimento immunitario, terreno organico e costituzione, chiarire la patogenesi alla luce dei dati scaturiti dalle conoscenze di questi rapporti, trarre dallo studio delle oscillazioni del movimento immunitario, nuove leggi per la prognosi e per una terapia razionale coordinate alle nuove conoscenze patogenetiche.

Questi compiti nuovi si parano innanzi alla clinica che può aspirare ad essere chiamata moderna, non quando tende a distruggere i fatti via via accumulati dall'esperienza dei secoli, ma quando lavora a chiarirli, completarli ed ampliarne il contenuto.

Riflettete: l'immunità specifica ha come stimolo un agente patogeno che provoca il movimento difensivo che la genera: il movimento difensivo ha la sua base nel terreno organico che gliene fornisce i mezzi in misura della sua reattività: il terreno organico trae a sua volta dalla costituzione la sua ragione di essere, la costituzione si collega alla crescenza nelle sue leggi e nelle sue modalità.

Ecco, miei Signori, una catena i cui primi anelli sono fissati dalle osservazioni della medicina pratica e ad essi poi si aggiungono quelli creati dalle scoperte della batteriologia che ci fa conoscere gli agenti patogeni; quelli plasmati dalla biologia sperimentale che ci rivela il movimento immunitario; e poi ancora quelli foggiati dalla situazione del terreno organico, della costituzione, dei problemi della crescenza, cui sono legati i nomi di De Giovanni, di Castellino, di Viola e di Pende, catena che via via si accresce di nuove anella. Sono anelli che formatisi ciascuno separatamente, poi la clinica nel tempo annoda l'uno all'altro, via via che ne ha appurata e controllata la resistenza e la saldezza, per giungere in fondo alla conquista delle finalità pratiche della biologia che sono quelle di tutelare la vita umana.

Quanti nomi d'Italiani sono scritti sugli anelli di questa catena poi via via cancellati e sostituiti da nomi stranieri, colla complicità. disgustoso a dirsi, di altri figli della nostra terra, dove nei cultori de. a scienza non sempre vibra il sentimento sacro della nazionalità, smarrito durante i secolari anni di servaggio allo straniero, servaggio che per quanto sia distrutto fisicamente, domina ancora lo spirito di tanti studiosi!

Spettacolo umiliante, unico al mondo!

Mi ripeto? Sì, ma giova ripetere nella speranza di cancellare tanta vergogna!

Al compito di procedere all'applicazione, vagliandole, delle conquiste sulla immunità alla medicina, hanno atteso risolutamente, già parecchi pionieri specialmente nel campo della terapia: ma fino ad ora persistono sempre le esitanze nei più, resi sempre indecisi e perplessi innanzi a quistioni collaterali che la biologia pura ad ogni piè sospinto solleva e che creano altrettanti inciampi alle applicazioni dei fatti fondamentali ormai constatati.

Eppure, i risultati di queste applicazioni parziali dimostrano quali e quanti sarebbero quelli che si potrebbero ottenere dalle applicazioni metodiche delle conquiste sull'immunità allo studio delle singole malattie infettive.

Perchè, se per il biologo puro l'immunità dovrebbe avere il solo significato di rendere assolutamente insensibile l'organismo ad una infezione, la patologia e la clinica ne allargano il campo e fra gli estremi assoluti positivi e negativi, appare la visione di una gamma di situazioni intermedie, che variano ed oscillano secondo le varie ed oscillanti condizioni del terreno organico in uno stesso individuo e nel decorso di un processo morboso e creano le oscillazioni nella fenomenologia clinica. Lo dico per l'esperienza già da me acquistata. Tutto si riduce alle vicende della lotta che è continua fra l'agente morboso e la reazione immunitaria che a sua volta è collegata colla potenza reattiva del terreno organico. Dai risultati di questa lotta nascono i sintomi, si caratterizzano gli esiti.

E' tutta una quistione di relatività e dalle proporzioni fra gli elementi di questa lotta, il movimento immunitario risulta sufficiente od insufficiente. E questo movimento essendo di sua natura tutto individuale, collegato non esclusivamente ad una data entità nosografica, ma al modo suo proprio di svolgersi in ciascun organismo, ne viene illustrata una verità che già era balenata agli occhi della clinica - clinica — consentitemi il bisticcio di cui non vi sfugge il significato: quella che l'andamento del morbo dipende in buona parte dalle ragioni individuali del paziente e la sua interpretazione è più che di patologia speciale, quistione di patologia generale.

E' ormai necessario che i medici si abituino a valutare l'ammalato non col metodo semplicista di un quadro ben delineato a confini bene inquadrati, ma con un indirizzo più complesso che consiste non nel solo rilievo di dati sintomi, ma nella valutazione e nella comprensione di tutti i fattori che un dato momento patogenetico ha creato, sconvolgendo tutte le funzioni organiche.

Così finisce sempre col diventare malattia di tutto l'organismo, quella che si vorrebbe considerare. e finora dai più si considera, malattia di un organo: malattia di tutto l'organismo che il medico non è sempre preparato a valutare, a comprendere e quindi a curare.

La clinica che, lo si deve ripetere sempre e sempre inculcare, è biologia applicata, studiando il movimento immunitario nell'uomo infermo, potrà creare capitoli nuovi che irradieranno nuova luce sulla patologia delle malattie infettive e sulla loro cura.

***

La più urgente delle applicazioni a farsi delle conquiste sulla immunità è certo rappresentata dalle vaccinazioni preventive le quali hanno una portata non solo immunitaria, ma sociale e politica perchè per esse si possono salvare dall'azione micidiale dei morbi infettivi innumerevoli energie umane. Ma la vaccinazione preventiva è tuttavia nell'infanzia in conseguenza di quella confusione di competenze di cui già dissi.

La verità fondamentale da cui le vaccinazioni preventive traggono la loro ragione, si è smarrita fra le quistioni accessorie e le incertezze contraddittorie della biologia pura.

E' istogena od umorale la immunità che si può conferire per esse?

E' durevole per settimane, per mesi, per anni? E questi decantati anticorpi sono indici o strumenti della immunizzazione o sono senza valore? E sono gli stimoli batterici energici od i miti i più idonei a conferire la immunità? Sono i batteri patogeni vivi e riproducibili che possono meglio conferirla o materiali morti non riproducibili? E quale sarà la via migliore di introduzione? La cute, le vie digerenti, il circolo? E sarà poi assoluta questa immunità o relativa? Si tratterà solo di un aumento generico di resistenza o di una vera immunità specifica?

Addentratevi un momento nella letteratura di questo capitolo della biologia e ne uscirete, inerti, indecisi, sfiduciati, chiedendovi: ma ricercheremmo forse la soluzione di un mito immaginario?

= 1445

Digitized by Google

Sì, Egregi Colleghi, se non si entra una buona volta nella via positiva e realistica partendo dalla verità nuda e cruda primamente rilevata dalla osservazione pratica secolare, illustrata e chiarita poi dalle conquiste fondamentali che la biologia ha realizzato in primo tempo. Queste ci hanno insegnato, giova ricordarlo, che il *materiale batterico patogeno di una data malattia infettiva introdotto comunque nell'organismo, è capace di renderlo più o meno insensibile alle offese di quel dato batterio che rende malato o spegne un organismo non preventivamente preparato a subirlo.*

E' questa la verità di cui deve essere studiata la applicazione nella sua originale verginità alla profilassi specifica delle varie malattie infettive, e questa applicazione non può essere fatta sull'uomo che dalla medicina la quale una volta accertata la innocuità di un materiale vaccinante deve applicarlo sull'uomo, nel modo che in fatto lo si dimostri più utile e più facile, e controllarne poi i risultati nel tempo, dando peso e valore solo a questo senza preoccuparsi se contraddicano a qualche teoria o ad esperienze di laboratorio in contrasto.

In questo lavoro è certo necessario capovolgere la procedura usata. Fino ad ora si è subordinata la applicazione alla dottrina: si deve invece procedere all'attuazione sull'uomo e la dottrina deve adattarsi ai risultati ottenuti.

E' seguendo questa via che Jenner ci diede il mezzo di preservare l'umanità dal vaiuolo: possiamo essere certi che se avesse dovuto attendere il consenso della biologia pura, come si vorrebbe oggi, la sua vaccinazione non si sarebbe per anco attuata.

Un biologo di laboratorio — Romer — ma biologo col senso della realtà ha detto che per immunità deve comprendersi *quello stato per cui l'uomo e gli animali non sono uccisi nè si mostrano ammalati innanzi a quegli agenti patogeni che nelle medesime circostanze e nelle medesime modalità sono dannosi ad uomini e ad animali della medesima specie.*

Se questa verità fosse sempre ricordata, si comprenderebbe perfettamente che le questioni relative alla immunità non possono, per ciò che riguarda l'uomo, essere risolute che dalle applicazioni e dalle osservazioni sull'uomo.

E' a questo che, troncando gli indugi, si deve dare mano risolutamente.

Ricordiamo, Egregi Colleghi, ciò che è avvenuto per la vaccinazione preventiva contro l'infezione tifoide. Innanzi alle incertezze ed ai tentennamenti della biologia pura sono intervenuti provvidamente uomini di azione. Fu la medicina militare che ne ha fatto decisamente l'applicazione in Francia ed in Italia, che ne ha dimostrata l'utilità positiva e la sua efficacia dimostrata ed accertata dalla medicina militare qualche anno innanzi alla grande guerra; che fu provvidenziale poi per le truppe alleate, durante la guerra, ed ha contribuito a mantenere l'efficienza nelle masse combattenti. Ed ora vi invito ad un raffronto di date.

Malgrado l'accertamento fatto da tanto tempo negli ambienti militari, solo di questi giorni, in Italia fu dallo Stato ordinata la vaccinazione antitifica, e fu ordinata per volontà di Benito Mussolini.

Gli indugi che il dottrinarismo dominante aveva per tanto tempo frapposti furono da lui troncati, e la mano pratica della medicina militare ha certo propiziata la provvida risoluzione.

E così sarà necessario procedere per altre vaccinazioni già mature per essere attuate. In omaggio alla organizzazione del lavoro le vaccinazioni preventive debbono essere compito della medicina politica. La medicina politica — oggi autorevolmente propugnata da Umberto Gabbi — come Guido Baccelli, con fine discernimento la chiamava, ha per compito la difesa sanitaria della collettività.

In essa la clinica e l'igiene si compenetrano intimamente. Sono queste due fra le branche della medicina applicata che devono procedere unite, poichè una completa l'altra e dalla loro unione esce la difesa dell'uomo. Se per necessità didattiche sono divise, esse si trovano riunite nei punti di partenza e nella finalità. Il clinico, che vive fra la morbilità umana, investiga come ed in quali condizioni i morbi infettivi nascano, come si svolgono i fenomeni immunitari, come si giunge nell'uomo a provocarne la creazione. L'igienista a sua volta, sulla base delle osservazioni cliniche, attua i procedimenti tecnici di sua competenza nella azione profilattica. Clinico ed igienista non devono mai dimenticare che il contenuto della branca ad essi affidata non è di biologia pura ma di biologia applicata, nè smarrire mai il senso della realtà indispensabile nel compito loro.

Qui giunto, egregi colleghi, sento il bisogno di fare una dichiarazione perchè non vorrei essere frainteso. Nessuno più di me riconosce il grande valore della biologia pura ed i grandi servigi che essa ha reso alla medicina. E' un campo nel quale io pure ho lavorato con passione e molti sono fra noi, quelli che vi hanno consacrata felicemente parte della loro opera scientifica. Ma osservo che non fu, a parer mio, bene compresa la necessità di prendere da essa solo quello che è applicabile alla comprensione della morbilità umana e alla difesa avverso di essa.

La ricerca nel campo della biologia pura è fine a sè stessa ed ha valore astratto; la medicina ha invece un obbietto concreto: la difesa della vita umana.

Il biologo puro non può, non deve avere fretta nel compiere le indagini rivolte a chiarire la sua concezione scientifica e può anche impiegarvi tutta la sua vita, ma la medicina deve avere sempre fretta a far beneficiare quanto più presto possibile l'umanità delle conquiste che possono esserle utili.

La rapidità di azione è oggi una condizione ineluttabile della vita che si vive e se havvi argomento di azione medica che urga è questo delle vaccinazioni, innanzi al quale devesi sempre ricordare che bisogna vivere la nostra vita col senso profondo della realtà; come opportunamente ci ricordano i maestri del fascismo. E questa delle vaccinazioni preventive è quistione che deve essère risoluta con metodo fascistico. Dico con metodo fascistico, perchè è proprio del fascismo attuare ciò che in linea positiva è indicato di attuare pel bene del Paese e quindi degli uomini senza alcuna preoccupazione accessoria. Se il fascismo si fosse lasciato sorprendere dal rispetto ai dogmi dottrinali che avevano condotto la Patria al marasma ed alla dissoluzione, oggi non vedremmo innanzi a noi un'Italia cosciente della sua forza avviata sui sentieri della potenza, del benessere e della gloria; dalla mano risoluta di Benito Mussolini. Come vi erano gli Accademici della Politica, che sacrificavano gli interessi positivi del paese a formule dottrinali assolute, così vi sono gli Accademici della scienza che in base a formule ed a riserve dottrinali verrebbero sempre a ritardare le applicazioni a beneficio dell'umanità, dei veri già realizzati, che via via sono messi in luce.

Non bisogna dimenticare che le vaccinazioni preventive sono uno strumento di lotta contro le malattie infettive, che le malattie infettive sono fattrici di decadenza demografica dei popoli e che come Mussolini giustamente intuì ed affermò: il destino delle Nazioni è legato alla loro potenza demografica.

Nello sviluppo della potenza demografica la medicina ha una funzione colossale sia col suggerire allo Stato i provvedimenti opportuni a favorirla sia collo esercitare le proprie influenze fra gli uomini perchè i provvedimenti siano compresi ed attuati. Lo Stato, ad esempio, potrà decretare l'obbligo delle vaccinazioni, ma se i medici pratici non attenderanno con fervore a farne penetrare la necessità e la utilità negli ambienti in cui vivono; i decreti statali non raggiungeranno lo scopo benefico cui mirano. Questo fervore, bisogna riconoscerlo, finora manca, perchè in grande maggioranza i medici pratici sono ipnotizzati dalle incertezze del dottrinarismo, conseguenza della confusione di competenze, che solo sarà snebbiata colla organizzazione del lavoro scientifico.

Tale organizzazione deve essere preparata dall'ordinamento Universitario degli studi medici colla creazione delle Scuole di applicazione che, come si è fatto nella facoltà di scienze, contengano esclusivamente gli insegnamenti applicati.

E' da più anni che i clinici Italiani segnalano ai pubblici poteri questa necessità ma fino ad ora il dottrinarismo tenace custode di tradizioni omai viete lo ha impedito, forte della debolezza dei Ministri del tempo, schivi sempre di assumersi responsabilità innovatrici in tutto quanto riguarda gli ordinamenti dell'Istruzione Superiore; innovazioni che non si avranno mai se si attenderà il consenso delle nuove Vestali che vorrebbero mantenere l'Università Italiana sorda allo spirito innovatore dei tempi; ora che l'Italia ha la ventura di un Ministro della Pubblica Istruzione fascista convinto, e conscio della necessità di far penetrare nelle organizzazioni universitarie un soffio di nuova vita, abbiamo ragione di bene sperare.

Ed ora, giunto al fine del mio dire, debbo chiedermi, egregi colleghi se col caldeggiare nuovi indirizzi io abbia oggi violato i limiti che la vecchiaia segna alla attività umana. Deve aversi, sì lo credo anch'io un pudore della vecchiaia, segnalato con una delle scultorie sue frasi da Benito Mussolini, ma credo pure che di vecchiaia se ne abbiano di due specie: una certificata dalla fede di nascita, l'altra caratterizzata da una mente fossilizzata in massime immutabili, sorda innanzi ai palpiti di nuova vita che fremono nell'umanità ringagliarditi fra noi dalla benefica attività fascista.

Queste due specie di vecchiaia possono sommarsi e si sommano spesso in un medesimo individuo, ma si possono avere disgiunte e non è raro vedere questa vecchiaia spirituale in soggetti nei quali non si ha ancora la fisica in essi ancora lontana. E' a siffatta vecchiaia spirituale che, ne sono convinto, in questa primavera di vita Italica, il Duce ha ricordato bene a proposito il doveroso pudore del silenzio.

Io non ho sentito il monito perchè mi sono ritenuto ad essa estraneo. Mi sono ingannato? Ed ora, egregi colleghi, procediamo nei nostri lavori.

Digitized by Google

I Tema di Relazione

MALATTIE DI CRESCENZA
(Disgenopatie idiopatiche e sintomatiche)

prof. NICOLA PENDE (Genova) - Relatore

I. Clinica costituzionalistica e malattie di crescenza. Le ectipie o deviazioni patologiche della costituzione umana appariscono sempre più legate ad anomalie o deviazioni patologiche della intensità, velocità ed euritmia della crescenza dell'individuo, ed alla trasgressione delle leggi fondamentali che governano questa crescenza così dell'organismo complessivo come dei suoi singoli apparati o sistemi di tessuti. Anomalie o vere malattie della crescenza più tardi, a sviluppo completato, si fisseranno come costituzioni morbose o riappariranno come vere malattie costituzionali. È perciò che la fisiopatologia della crescenza non è che una parte del capitolo delle costituzioni morbose e fu già nettamente studiata dal grande Achille De Giovanni, il quale cercò sempre in fatti di squilibri ed errori ontogenetici — nonchè filogenetici — la interpretazione del determinismo delle anomalie costituzionali.

II. Definizione e delimitazione delle malattie di crescenza nel sistema nosografico-nosogenetico.

Malattie di crescenza sono malattie in cui il nucleo sintomatologico fondamentale è un'alterazione che supera i confini delle varianti normali, della regolare metamorfosi ontogenetica individuale, ed il nucleo patogenetico è essenzialmente endogeno, è lo squilibrio costituzionale, di grado morboso, dei meccanismi regolatori della crescita, la trasgressione profonda delle leggi fisiologiche che tale crescita governano. Pertanto, per le malattie di crescenza — o, come per ragioni di brevità propongo di chiamarle, disgenopatie — occorre dare il valore di fattori patogeni essenziali ai fattori endogeni della eredità e della blastoftoria (danneggiamento delle cellule germinative dei progenitori), ma bisogna anche ricercare e presumere il concorso costante di fattori ambientali, agenti nella vita intra- ed extra-uterina, aggravando e realizzando le « potenze morbose di crescita » insite nella costituzione dell'individuo.

Volendo, per la prima volta, tentare una definizione di « malattia di crescenza » in senso clinico ristretto, io dirò che per essa si deve intendere: « una sindrome morbosa, uno squilibrio « funzionale patologico, che interessa la costituzione generale « dell'organismo o la costituzione parziale di un apparato o di « una categoria di tessuti, durante il periodo formativo e che è « di origine essenzialmente endogena, perchè dovuta a costitu- «zionale squilibrio morboso degli organi regolatori della crescita « ed a trasgressione delle leggi fisiologiche che tale crescita go- « vernano ».

In primo luogo, intanto, siamo costretti a separare dalle malattie di crescenza, tutte quelle « anomalie morfologiche congenite ed ereditarie » e quelle « malformazioni » che si ritengono create nelle prime fasi dello sviluppo embrionale, le quali rappresentano solo le stimmate anatomiche di una costituzione degenerativa. Per alcune di queste, però, come per il criptorchismo e l'acondroplasia, si può ammettere che esse siano reliquati di vere malattie di crescenza sviluppatesi durante la vita fetale.

Non meno difficile è la separazione delle malattie di crescenza endogene da alcune « malattie degenerative od abiotrofiche eredo-famigliari », in cui si tratta dell'aplasia o dell'arresto di sviluppo o della precoce involuzione ad una certa fase della crescenza extrauterina, di un sistema organico o di tessuti: tali le distrofie muscolari progressive giovanili, la malattia di Thomsen, la miotonia congenita, la cataratta giovanile, l'atassia di Friedreich, le psicosi ebefreniche, la paralisi e l'epilessia giovanile, ecc. ecc.

Durante una seduta del Congresso di Medicina Interna

Tutto ciò dimostra le difficoltà che si incontrano a separare le malattie di crescenza da altre sindromi rubricate altrimenti nel sistema nosologico.

Una distinzione importante è quella delle malattie di crescenza in « primarie, idiopatiche », che si presentano come alterazioni morbose primarie della crescenza, spesso apparentemente spontanee e criptogenetiche (« disgenopatie idiopatiche »), e in « sintomatiche o secondarie » ad un altro processo morboso, che direttamente o indirettamente — per es. per lesioni delle ghiandole endocrine — determina una sindrome di alterata crescenza (« disgenopatie sintomatiche o secondarie »).

È appunto per aver tenuto conto soltanto di queste malattie di crescenza esogene o sintomatiche che molti AA., del valore di Apert, per es., sono arrivati a negare la esistenza di vere malattie di crescenza.

III. Le fasi e le leggi della crescenza normale.

Distinguiamo le varie fasi della crescenza normale, seguendo la divisione adottata dal Godin, con opportune modificazioni.

Il primo periodo o prima infanzia va da 1 a 4 anni: è il periodo del *turgor primus*, il periodo della prima dentizione.

Il secondo periodo o seconda infanzia va dai 4 ai 6 anni e mezzo. È questo per me un periodo di mutazioni importantissime, che io chiamo di *piccola pubertà*, e generalmente va sotto il nome di *primo allungamento* (proceritas prima). Il terzo periodo o terza infanzia va dai sei anni e mezzo all'inizio della pubertà cioè circa 15 anni e mezzo, secondo Godin (14 e mezzo per la donna). Ma è bene separare l'ultima fase di questo periodo che va dai 13 e mezzo ai 15 anni e mezzo, la fase cioè più strettamente prepuberale, in cui si verificano modificazioni evolutive (2° allungamento) assai facilmente degradanti nella patologia. Se-

Digitized by Google

gue il 4° periodo della *pubertà* propriamente detta, che dura un biennio, dai 15 e mezzo ai 17 e mezzo (nella donna un anno prima in media); poi un 5° periodo, che il Godin chiama *internubilopubertario,* che va dalla fine della pubertà al periodo della nubilità, fissato a 23 anni e mezzo per l'uomo e 21 e mezzo per la donna, periodo di giovinezza propriamente detto, di completamento della maturità sessuale (ma non, si badi bene, della maturità organica). Qui sembra che la crescita sia completa e che si inizii la fase adulta. Quasi tutti gli AA. però trascurano un sesto periodo della crescenza, che va dai 25-28 ai 35-40 anni, che costituisce la *constans aetas* degli antichi, quella età cioè in cui l'individuo raggiunge la massima maturità delle forme — anche delle forme e della funzionalità sessuale, io credo — e la massima robustezza funzionale.

Io desidero richiamare l'attenzione sopra tutto sulla piccola pubertà, che somiglia tanto alla grande pubertà; è durante quella infatti che fanno nettamente comparsa le prime manifestazioni dell'istinto sessuale, e specialmente della psicosessualità, dell'istinto artistico e del potere fantasistico, così come nella grande pubertà.

È in questo periodo di modificazioni dell'equilibrio ormonico che si esteriorizzano o si accentuano molti disevolutismi somatici e psichici. Il 2° periodo di fisiologico squilibrio è, poi, senza dubbio la fase iniziale della crisi pubere, il 2° allungamento. Le ragioni della maggiore labilità del ritmo di crescenza in questi periodi si ritrovano nell'analisi delle leggi fondamentali della crescenza stessa.

In cima a queste ultime va posto il principio formulato dal Viola e che può definirsi il *principio dell'antagonismo ponderale-morfologico*: « la evoluzione ponderale od aumento di massa e la evoluzione morfologica o cambiamento di proporzioni, sono tra loro, nell'ontogenesi, in rapporto inverso: quanto più un organismo evolve ponderalmente, tanto meno evolve morfologicamente, e quanto meno evolve ponderalmente, tanto più evolve morfologicamente ». Io ho tentato di estendere questa legge — ed il Viola stesso ha riconosciuto la giustezza di ciò — allo sviluppo proporzionale in ciascun organo dei due tessuti, il mesenchimale o stromale ed il parenchimale o tessuto differenziato, supponendo che al primo — compresi i vasi sanguigni e il reticolo endotelio — spetti un ufficio vegetativo nella vita dell'organo, al secondo la funzione propria dell'organo.

Un secondo principio regolatore della crescenza è quello da me annunziato nel 1912, il *principio delle due costellazioni ormoniche morfogenetiche,* l'una sollecitatrice dello sviluppo del sistema vegetativo, l'altra dello sviluppo del sistema di relazione, l'una dominante negli abiti megalosplancnici ipervegetativi, l'altra nei microsplancnici ipovegetativi. Queste due costellazioni sono le necessarie condizioni endogene dello sviluppo ritmico ed equilibrato dell'anabolismo e del catabolismo di tutti i tessuti in via di sviluppo. V'è, così, una costellazione ormonica eccitoanabolica, costituita dal timo, pancreas e corteccia surrenale, ed una eccitocatabolica, costituita dalla triplice tiroidea-ipofisaria-genitale.

Il terzo principio o *principio delle alternanze del Godin* è la conseguenza logica dei primi due: secondo le esatte misurazioni auxanalogiche (cioè eseguite a distanza di tempo, per lo più di semestri, nello stesso individuo) del Godin, l'allungamento e l'ingrossamento di tutto l'organismo come dei suoi singoli segmenti, di un osso lungo, poniamo il caso, non si fanno simultaneamente, ma alternativamente. Inoltre di due segmenti sovrapposti, nel periodo in cui uno si allunga, l'altro si ingrossa (almeno prevalentemente); o se si considerano per es. i due grossi segmenti del busto e degli arti inferiori, prima della pubertà crescono in lunghezza prevalentemente gli arti, dopo la pubertà il busto.

Subordinato al predetto è il *principio dell'accrescimento ineguale,* che riguarda la asincronia e l'ineguaglianza di accrescimento dei vari segmenti di un organo o di un apparato. Esempi ne sono l'accrescimento ineguale, nel periodo prepubertario, tra muscolo cardiaco che si sviluppa rapidamente e tubo aortico che resta indietro, e l'ineguale accrescimento tra rachide e midollo spinale. Tenendo presente questi principi, possiamo raggruppare le malattie di crescenza in: 1° *Disgenopatie quantitative;* 2° *Disgenopatie cronologiche;* 3° *Disgenopatie aritmiche.*

Teoricamente i gigantismi patologici euritmici ed i nanismi patologici cosiddetti euritmici apparterrebbero alla prima categoria, le precocità di sviluppo sessuale o scheletro-muscolare o mentale alla 2ª categoria, tutte le altre sindromi di infantilismo generale o di ipoevolutismi e disevolutismi gravi, somatici e psichici, con gravi disarmonie morfologiche, alla terza categoria.

Ma in effetti distinzioni così nette in pratica, per considerazioni varie, non possono sostenersi.

IV. Patogenesi e sintomatologia delle malattie di crescenza.

Anche nelle disgenopatie idiopatiche, i fattori endogeni morbosi sono favoriti nella loro attività da fattori esogeni, o nel senso che questi agiscono direttamente sulla trama e sul biochimismo dei tessuti in via di sviluppo, o nel senso che essi agiscono per il tramite dell'apparato regolatore fondamentale della autoctona crescita di tutti i tessuti, l'apparato endocrino. Quest'ultima via è la più frequente forse perchè gli organi endocrini sono i reattivi più sensibili delle influenze morbose ambientali, il che risulta anche dalle mie osservazioni fatte in 25 anni di pratica endocrinologica.

Si è parlato oggi dell'influenza di turbe del sistema nervoso sulle malattie di crescenza, ma io ritengo che si sia supervalutata la subordinazione delle glandole endocrine al cervello, e che sia più facile credere a lesioni di sviluppo cerebrale secondarie a lesioni endocrine embriofetali o extra-uterine, che non al fatto contrario, cioè ad alterazioni endocrine stabili e capaci di determinare disgenopatie, e che siano secondarie ad alterazioni primarie dei centri nervosi vegetativi regolatori delle secrezioni interne.

* * *

Ed ora veniamo alla enumerazione delle malattie di crescenza meglio conosciute: il loro numero è certamente destinato ad aumentare con i progressi della scienza in questo campo.

Cominceremo dalle sindromi a carico di alcuni apparati:

1. Cardiopatia degli adolescenti (Strümpell) (*Cuore giovanile, ipertrofia cardiaca di crescenza di G. See*).

Si potrebbe anche denominare per la grande analogia (a mio modo di vedere) col cuore irritabile di guerra, come *cuore irritabile degli adolescenti.*

Il Krehl parla di « *sogennante Wachstumsveränderungen des Herzens* ». Recentemente il Brugsch ne ha distinte tre forme che chiama rispettivamente *Wachstumsherz* (cuore di crescenza), *Masturbantenherz* (cuore dei masturbatori) e *Angstieherz* (cuore per angustia aortica relativa). Forse devono rientrare in questa stessa rubrica *della cardiopatia dell'adolescenza* anche altri stati e complessi sintomatici cardiovascolari descritti nei giovani come *ipertrofia idiopatica del cuore* (Schrötter), *rigidità giovanile delle arterie* (Romberg, Faber). Si tratta di soggetti tra i 14 ed i 20 anni, che si lagnano di palpitazioni, dispnea facile, senso di costrizione toracica. L'esame dell'apparato circolatorio dimostra, secondo gli studi del Krehl, del Brugsch, del Bauer, un'allargamento della ottusità cardiaca per lo più in senso trasversale, denotante piuttosto una ipertrofia del cuore destro, secondo Brugsch, più raramente un arrotondamento della punta per ipertrofia concentrica localizzata alla regione apicale del ventricolo sinistro (*cuore a palla, Kugelherz*). Secondo Bauer si trova spesso il cuore coricato orizzontalmente ed a situazione mediana o con arco aortico elevato, tutte stimmati di un tipo infantile del cuore: anzi secondo Lommel la cardiopatia dell'adolescenza colpirebbe precisamente i cuori ipoplastici.

Secondo le mie osservazioni gli adolescenti più candidati alla cardiopatia di crescenza sono quelli a torace stenotico d'origine adenoidea: molte volte ho trovato le note dell'adenoidismo o la stenosi nasale, che quasi mai va disgiunta da un certo grado di ipertiroidismo. E devo aggiungere che generalmente questi soggetti presentano anche note spasmofiliche, ed in qualche caso ho potuto constatare i sintomi di quello che Ohm chiama *spasmo del cuore.*

Interessante è infine il fatto dell'associarsi colla sindrome cardiovascolare di altri disturbi che vedremo pure caratterizzare altre malattie di crescenza, come l'albuminuria lordotica (Krehl, Lommel, Martius).

Riguardo all'interpretazione della sindrome, occorre riflettere che il cuore all'inizio della pubertà e durante la crisi pubere è soggetto ad impulsi d'accrescimento energici che facilmente possono degradare nel campo patologico, sopratutto per

Digitized by Google

eccesso di stimoli da parte degli ormoni tiroidei, surrenali, genitali. Questi stimoli possono agire eccessivamente sul muscolo cardiaco e sui nervi del cuore o sulle arterie e capillari, e ciò per ragioni di iperfunzione costituzionale di questi organi endocrini che regolano lo sviluppo, la contrattilità e il tono dell'apparato circolatorio. A me risulta che l'influenza più frequente sulla genesi del cuore irritabile degli adolescenti spetta all'ipertiroidismo, sopra tutto a quello che io chiamo ipertiroidismo costituzionale vagotonico, che si associa ad adenoidismo ed a timolinfantismo, ed a disturbi prevalenti a carico del tono dei nervi del muscolo cardiaco.

Dobbiamo inoltre valutare la possibilità di una incongruenza morbosa di sviluppo tra muscolo cardiaco e tubo aortico, nella crisi pubere, sapendo che esiste una angustia puberale fisiologica dell'aorta dimostrata dal Beneke, che può turbare, se patologicamente accentuata, il lavoro del cuore. Se anche una incongruenza tra deficiente allargamento del torace e notevole slargamento del cuore nella pubertà sia capace di produrre una sindrome cardiovascolare, a me pare molto dubbio. Più fondato mi sembra il concetto di A. Ferrannini che alcuni sintomi cardiaci degli adolescenti potrebbero dipendere da stiramento dei filetti nervosi in rapporto col cuore prodotti da un troppo rapido allungamento puberale del rachide.

2. SINDROMI DI CRESCENZA DELL'APPARATO SCHELETRO-LEGAMENTOSO *(Fibropatie, osteopatie, condropatie di crescenza)*.

Come il cuore, così l'apparato scheletro-legamentoso è sottoposto durante la crescenza ad impulsi formativi periodicamente esagerati, il che spiega, nei periodi di crisi di sviluppo, la facile comparsa di sindromi morbose. Noi faremo cenno delle principali, cioè *la scoliosi detta essenziale degli adolescenti, le algie ossee iuxta-epifisarie, la tarsalgia e la metatarsalgia degli adolescenti, il gigantismo segmentario del rachide, la sinostosi prematura del cranio per anormale impulso evolutivo cerebrale, l'ipocondroplasia generale e circoscritta*, inoltre, secondo Madelung la cosiddetta *deformità di Madelung* delle articolazioni della mano: la *disostosi calcipriva puberale famigliare di Anton e la spongiopatia spondilo-epifisaria di Apert;* alcune malattie delle cartilagini epifisarie che si manifestano durante lo sviluppo scheletrico (malattia di Schlatter, malattia di Perthes, malattia di Köhler), l'alterazione transitoria di sviluppo dell'osso navicolare descritto dal Köhler, ed infine la classica osteopatia calcipriva dell'infanzia cioè la rachitide.

Per quanto riguarda la scoliosi essenziale degli adolescenti e la lordosi lombare, è oggi unanimemente ammesso che esse siano subordinate essenzialmente a deficienze ed asimmetrie di sviluppo e di funzione dei legamenti vertebrali, i quali o per accrescimento ineguale d'ambo i lati o per accrescimento ineguale rispetto al rapido ed eccessivo allungamento del rachide, determinano deviazioni della colonna vertebrale (nel 95 % verso sinistra). Occorre riflettere che la pubertà, come ben rileva il Godin, è l'epoca dello sviluppo ridotto delle fibre elastiche e della iperplasia fisiologica del connettivo fibroso, che irrobustisce lo stroma, i legamenti sospensori, le membrane di rivestimento di tutti gli organi. Ora sembra che la regressione puberale del timo, organo stimolatore per eccellenza dell'attività cartilaginea ed inibitore dello sviluppo del connettivo fibroso come dello sviluppo della porzione contrattile del tessuto muscolare striato, e la entrata in vigore alla pubertà degli ormoni surrenalici e genitalici, antagonisti del timo, siano, nei soggetti predisposti alle scoliosi e lordosi idiopatiche di crescenza più o meno gravemente turbate, nel senso che una esagerata attività puberale del timo coordinata o non con un iposurrenalismo ed ipogenitalismo possono spiegare da una parte la rapida e prolungata crescita in lunghezza del rachide, come delle ossa tubulari degli arti, dall'altra la persistenza degli attributi del connettivo (ricchezza di fibre elastiche, povertà di tessuto fibroso) e del sistema muscolare (ricchezza di sarcoplasma), caratteristiche dell'età infatile. La stessa genesi è capace, secondo me, di spiegare quegli altri squilibri patologici dello sviluppo del connettivo dei legamenti e membrane articolari *(fibropatie* di crescenza, come potremmo chiamarle) che si manifestano con rilassatezza esagerata dei legamenti stessi, donde attitudini viziose facili delle articolazioni e deformazioni dolorose temporanee articolari, come il *genu valgum* doloroso, la tarsalgia, metatarsalgia, e carpalgia degli adolescenti. Secondo la mia esperienza in tutti i casi in cui tali deviazioni e tali abnormi rilassatezze articolari si verificano durante la crescenza, occorre attentamente ricercare sopratutto l'ipertimismo o l'ipogenitalismo.

Venendo alle *osteopatie di crescenza,* accenneremo innanzi tutto a quelle sindromi dovute all'accrescimento ineguale delle ossa lunghe, per es. ad un accrescimento rapido in lunghezza di certe ossa lunghe degli arti, a cui non corrisponde un parallelismo di allungamento dei muscoli e dei legamenti: ciò avviene sovente qualche semestre prima dell'apparizione della pubertà (Godin) e si comprende se si rifletta al principio che la crescenza è sopratutto ossea prima della pubertà, soprattutto muscolo-legamentosa durante e dopo di essa (Godin).

Lo stiramento prodotto sui tessuti molli dall'allungamento esagerato disarmonico delle ossa si può accompagnare perfino ad ernie muscolari per rotture aponevrotiche, a miopatie traumatiche per lacerazione di fibre muscolari, a rottura ed atrofia delle fibre elastiche della cute con formazione, specie nelle regioni perirotulee, delle caratteristiche strie cicatriziali di crescenza, a stiramenti dolorosi di nervi, vasi, periostio, aponevrosi, con algie profonde e sorde e mal localizzabili, e spesso fenomeni nervosi e psichici riflessi, come irrequietezza motrice, agitazione, bisogno continuo di muovere le gambe, turbolenza del carattere, facile stanchezza muscolare, che il Godin spiega col fatto che i muscoli ed i legamenti risultano spesso disadatti per lunghezza alla lunghezza delle leve ossee. Ecco dunque una sindrome osteopatica di crescenza, una delle più comuni, e di interesse assai grande per il medico e l'educatore. Ma non meno interessante è quella che consiste in un allungamento sproporzionato del rachide rispetto alla crescita in lunghezza del midollo spinale. Studiata dal Viola e dal Manouvrier, essa è fondata sul principio della grande alternanza della crescita prepuberale in lunghezza degli arti inferiori e crescita puberale in lunghezza del busto, cioè del rachide aumentato dall'altezza del cranio. Questa *poussée* di allungamento del rachide avviene precisamente in un periodo in cui i tessuti nervosi, centri cerebrali e midollari, radici nervose che ne emanano, filetti del gran simpatico stesso, subiscono una riduzione nel loro accrescimento, cosicchè il midollo spinale, che non ha bisogno che di un accrescimento abbastanza scarso, a causa dei suoi rapporti speciali con la colonna vertebrale, non perviene a realizzarlo. Per poco che l'allungamento del rachide si faccia con una certa rapidità ed estensione, ne risultano disturbi morbosi vari, che prendono un carattere preciso quando l'allungamento (e consecutivo stiramento del midollo e radici nervose) interessi esclusivamente un segmento del midollo *(gigantismi locali del rachide)*, e, come avviene abitualmente, secondo Godin, il segmento cervicale. La irritazione continua del midollo cervicale si trasmette allora al cervello, e possono, a seconda della durata dell'errore di alternanza, ed a seconda della irradiazione degli stimoli alle regioni striate od alla corteccia, aversi *sindromi coreiformi* e perfino *chiettiformi.*

Ancora dei sintomi morbosi possono essere prodotti da un accrescimento ineguale tra scatola cranica e cervello, e cioè dal fatto che all'epoca pubere il cranio continui a crescere in un momento in cui si riduce il tasso d'accrescimento del cervello, donde cause meccaniche di eccitazione cerebrale. Le manifestazioni cliniche più frequenti di questa incongruenza di sviluppo sarebbero, secondo il Godin, i tics, la cefalea di crescenza e certe forme di eccitazione sessuale che degenerano nell'onanismo.

Ma anche il caso inverso può verificarsi: cioè una chiusa più o meno precoce delle suture del cranio con cessazione dello sviluppo della scatola cranica in un momento in cui il cervello subisce ancora impulsi d'accrescimento.

Ora la *sinostosi prematura del cranio*, che può essere uniforme od asimmetrica e così può determinare forme di cranio assai irregolari (cranio a torre, oxicefalia, acrocefalia, trigonocefalia, plagiocefalia) si verifica talvolta nella prima infanzia, ed alcune mie osservazioni dimostrano il rapporto tra questa sinostosi cranica precoce e l'ipertiroidismo congenito infantile, come pure tra essa e l'atrepsia infantile, forse legata alla stessa esistenza di iperfunzione di ormoni catabolici. Forse così si spiega anche la associazione, talvolta constatata, dell'esoftalmo con questa prematura sinostosi cranica. I sintomi nervosi e psichici che l'accompagnano possono essere molto gravi, dall'epilessia all'idiozia, all'idrocefalia, all'atrofia dei nervi ottici.

Digitized by Google

Come una classica osteopatia di crescenza su base ereditaria ed endocrina io credo possa ormai considerarsi la rachitide, vera malattia evolutiva costituzionale e diatesica dello scheletro in via di sviluppo, che colpisce la capacità di fissazione del calcio da parte del tessuto osteoide neoformato, a causa di insufficienze costituzionali di ormoni calciofissatori, come gli ormoni paratiroidei, timici, tiroidei, forse anche per eccessiva funzione di ormoni calcio-inibitori, come gli ormoni genitali. Su questo terreno naturalmente possono facilmente agire condizioni esogene, per es. la povertà di certe vitamine alimentari.

A questo osteopatia calcipriva di crescenza si può avvicinare la sindrome descritta da Anton come *disostosi calcipriva puberale famigliare*, osservata in 7 su 9 figli di una stessa famiglia, che all'epoca della pubertà ammalavano di un rammollimento sistematico delle ossa: nei soggetti maschi esistevano segni di ipergenitalismo, invece in una femmina amenorrea fino alla età di 25 anni: in 4 casi si associava l'atassia di Friedreich.

Possiamo anche qui ricordare la sindrome descritta da Apert come *spongiopatia spondiloepifisaria*, cioè una rarefazione dei corpi vertebrali e delle epifisi delle ossa lunghe, con consecutive deformazioni gravi ed anchilosi parziali della colonna vertebrale, che si sviluppa fin dalla prima fanciullezza.

Io ho pure potuto studiare un caso in un adolescente in cui in maniera tipicamente elettiva si era manifestata una rarefazione grave della mandibola, meno accentuata nella scatola cranica, nelle coste e nelle parti delle diafisi iuxta-epifisarie, sindrome calcipriva accompagnata a scarsi dolori, a diabete insipido ed a leggero infantilismo. Un caso analogo è stato già descritto da Alberti.

Tra le *condropatie di crescenza*, che interessano lo sviluppo delle cartilagini epifisarie, dobbiamo accennare alle *sindromi ipocondroplasiche* nelle quali si tratta di vera malattia evolutiva delle cartilagini per squilibrio essenzialmente endogeno del gruppo ormonico regolatore dello sviluppo condrale (insufficienza tiroidea e genitalismo precoce, secondo Biedl anche insufficienza ipofisaria, ciò che però non mi sembra dimostrato).

Altre sindromi di alterata crescenza sono: la malattia di Schlatter, in cui si ha, durante la crescenza, un distacco epifisario della estremità prossimale delle due tibie, che può colpire, secondo Mandl, anche altre epifisi; la malattia di Perthes od osteocondrite deformante giovanile dell'anca; e la malattia di Köhler o necrosi idiopatica della cartilagine epifisaria del capitello del 2° metatarso.

Infine in questa categoria di condropatie evolutive possiamo collocare la *malattia di Madelung*, di cui quest'anno ho osservato un bel caso, consistente in un incurvamento verso l'esterno e verso il lato dorsale dell'estremità articolare dei due radii che Madelung mette assieme al genu valgum, alla scoliosi degli adolescenti ed ai disturbi di crescenza delle articolazioni del Volkmann.

Sorvoliamo qui, per brevità, dalle sindromi d'alterato sviluppo dentario, così intimamente collegate con squilibri ormonici e costituzionali, sebbene esse possano, in soggetti con squilibrio del sistema nervoso vegetativo, e, secondo le mie osservazioni, soprattutto vagolabili, accompagnarsi a sindromi nevrosiche di un certo interesse clinico.

3. Come sindrome di turbata crescenza possiamo considerare almeno una buona parte di casi di *albuminuria* funzionale puberale, o lordotica, che nel 77 % si osserva in giovani prima dei 20 anni, secondo Heubner, sebbene possa poi prolungarsi dopo questa età.

Questa *albuminuria della pubertà* (Moscon, Dukes) o *renis iuvenum* come si esprime il Pollitzer, colpisce, come abbiamo accennato, spesso gli stessi individui preferiti dalla cardiopatia dell'adolescenza, individui pallidi, lunghi, atonici o pastosi, più o meno grassi, apatici e torpidi. Come risulta da osservazioni fatte nella mia clinica, spesso è in campo uno stato timico-linfatico con ipopituitarismo costituzionale.

Secondo le ricerche di Jehle si sa che la lordosi delle ultime vertebre dorsali e prime lombari, accentuata dalla posizione ortotica, è il coefficiente più importante, se non l'esclusivo di questa albuminuria infantile o giovanile, lordosi a sua volta connessa, come già sappiamo, con speciali incongruenze dell'apparato scheletro-legamentoso.

4. Neuropatie e psicopatie di crescenza.

Per quanto riguarda le neuropatie legate alla crescenza, rimando a quanto ho detto a proposito delle ripercussioni sul sistema nervoso dell'accrescimento ineguale del rachide e del capo.

Se esistano poi psicosi della pubertà, legate cioè a squilibri morbosi dei fattori che regolano senza dubbio anche lo sviluppo armonico della costituzione psichica, non possiamo ancora affermare nè negare, certo noi siamo lontani dall'ammettere che bastino i disordini ormonici e neurovegetativi della pubertà per creare, senza un substrato degenerativo, od acquisito cerebrale coesistente, vere psicopatie puberali.

5. Emopatie di crescenza.

Qui si presenta a considerare come vera disgenopatia idiopatica puberale la clorosi, malattia evolutiva del sangue per eccellenza, la quale, associata o non, con altre anomalie e malattie evolutive di apparati che con la genesi del sangue sono ontogeneticamente collegate quale l'apparato vascolare linfatico e reticoloendoteliale (ipoplasia vasale, linfatismo, disfunzione del reticolo endotelio nella funzione elaboratrice del ferro) alla genesi e distruzione fisiologica del sangue, si presenta come essenzialmente subordinata, secondo ogni verosimiglianza, e secondo le vedute da me esposte e recentemente accettate anche dal Pittaluga di Madrid con una dissociazione puberale di sviluppo e sbilanciamento funzionale dei due tessuti dell'ovaio, per deficienza di sviluppo e funzione del tessuto esocrino follicolare ed eccesso dell'endocrino interstiziale.

Tale anomalia spiega non solo la deficiente fissazione del ferro delle emazie, ma anche i fenomeni di esagerazione e precocità di alcuni caratteri sessuali secondari con ipoplasia o mancanza di altri, per es. ipoplasia dell'utero ed amenorrea.

Anche come nelle malattie evolutive del sangue, veri infantilismi ematici possiamo considerare certe *cloroanemie* che si verificano nei fanciulli sopratutto nel periodo di primo allungamento o piccola pubertà od in adolescenti, specialmente criptorchidi, ed in cui è evidente la presenza, più o meno transitoria, di una relativa povertà di emoglobina e di granulociti, di fronte alla ricchezza relativa di linfociti, carattere infantilistico e linfatico del sangue che si dilegua, normalmente, non appena entrano decisamente in azione gli ormoni genitali e surrenali con la crisi della pubertà.

Noi potremmo ancora accennare a sindromi che pure possono considerarsi come malattie di crescenza in quanto che sono caratteristiche di determinate epoche evolutive della vita e collegate ai mutamenti organici che in queste si verificano, come la seborrea e l'iperidrosi palmoplantare della pubertà, che sembrano intimamente connesse con anomalie ormoniche puberali. Potremmo anche toccare il quesito dell'esistenza o non di *febbri di crescenza*, effimere o periodiche, ammesse dagli antichi, ma che non possiamo nè a priori negare nè affermare, mancando qualsiasi studio sistematico moderno al riguardo. Ma ci preme di venire al campo più vasto e più studiato delle malattie di crescenza, quello degli:

6. Infantilismi e disevolutismi somatici e sessuali e precocità patologiche.

Sebbene alcuni AA. per es. tra i moderni il Brugsch, propongano di abolire il termine, divenuto equivoco per troppa estensione di concetto, di *infantilismo*, ed il Brugsch vuol sostituirlo con quello di *Kummerformen*, cioè miseria di crescenza, forme di sviluppo stentato, o, come noi possiamo dire, ipoevolutismi o disevolutismi, tuttavia io ritengo che si debba conservare il termine ed il concetto clinico d'infantilismo, se per questo si intende essenzialmente la deficienza grave o la mancanza della pubertà, che è il fenomeno che separa il fanciullo dall'adulto.

Le deficienze gravi di sviluppo della sola massa corporea le diremo *ipoevolutismi di massa od iposcavie od ipotrofie infantili patologiche*, che escono cioè dai confini della normale variabilità. A questa 2ª categoria non appartiene però, come alcuni hanno in principio ammesso, il cosidetto infantilismo tipo Lorain, poichè, come risulta dalle mie osservazioni, si sono sempre descritti con tal nome dei casi in cui, oltre alla gracilità e miseria fisiologica e piccolezza del corpo (*chétivisme* dei francesi), si riscontrano, ad un esame approfondito, numerosi caratteri di impuberismo, o di pubertà incompleta. Si tratta qui di infantilismi parziali veri e propri, che spesso hanno pure una patogenesi endocrina analoga a quella di altri infantilismi sensu strictiori, per es. una genesi ipoipofisaria o iposurrenalica, come ho più volte potuto dimostrare.

Per quanto riguarda il nosografismo degli infantilismi, u-

Digitized by Google

na prima separazione da fare dunque da questi è quella degli ipoevolutismi di massa, i quali all'infuori di casi rari famigliari di *nanosomia euritmica primordiale o microsomia eredofamiliare* di E. Levi che non costituisce malattia ma una anomalia antropologica del tipo etnico, presentano, quando sono di grado patologico, generalmente, più o meno evidenti e numerose disarmonie ipoevolutive od iperevolutive (per es. ipersessualismo delle forme corporee). D'altra parte la genesi di questi nanismi interessanti prevalentemente la massa del corpo non è nettamente differenziabile da quella dei veri infatilismi; io per es. ho dimostrato come l'insufficienza di funzione delle paratiroidi, del timo, forse anche della corteccia surrenale, può determinare microsomie con sufficiente evoluzione sessuale.

Un'altra categoria di casi da separare nettamente dagli infantilismi è quella dell'*ipoevolutismo sessuale primario;* che si accompagna a proporzioni eunucoidi e sviluppo esagerato in lunghezza degli arti inferiori e della statura, con caratteristica deficienza di sviluppo del tronco e del capo. Si tratta qui pure di mancata pubertà sessuale, ma di un ipoevolutismo parziale, non generale, differente dal vero infantilismo, e che deve rientrare nella sindrome dell'*eunuchismo od eunucoidismo od ipogenitalismo primario.*

Infine occorre toccare il quesito se sia legittimo separare, come vuole il Falta, un infantilismo vero (echter Infantilismus) che sarebbe caratterizzato semplicemente dall'assenza di segni riferibili ad insufficienze endocrine dall'*infantilismo disglandolare*. Già da parecchi anni io ho combattuto questa distinzione teorica del Falta, ammettendo che esistano sì dei casi, rari, di infantilismo universale senza apparenti sintomi endocrini, ma che noi possiamo provvisoriamente designarli come infantilismi *criptogenetici,* per giustapporli, non contrapporli, al massimo numero dei casi, che sono ad etiologia endocrina clinicamente dimostrabile. Ma io ho ammesso, combattuto in ciò da taluni, per es. da J. Bauer, che anche in questi infantilismi criptogenetici possono sospettarsi anomalie pluriglandolari diffuse, per es. una aplasia primigenia od una ipoplasia uniforme blastoftorica od acquisita nella vita fetale, del gruppo endocrino morfogenetico, ed ho messo in rilievo la frequenza di forme cliniche di passaggio tra questo infantilismo cosiddetto *vero* di Falta e l'infantilismo endocrino.

Per me anche gli infantilismi così detti *distrofici,* presentino essi o non clinicamente sintomi netti di insufficienze endocrine, possono, in molti casi, sospettarsi come di origine glandolare, e più precisamente pluriglandolare, oggi che noi sappiamo che le influenze deleterie dell'ambiente sullo sviluppo, si esercitano, elettivamente, per il tramite di alterazioni delle ghiandole endocrine.

Clinicamente il Borchardt distingue due gruppi di infantilismi, l'*infantilismo distrofico*, che è essenzialmente condizionato da fattori esterni, e l'*infantilismo disglandolare,* che si sviluppa per diretto turbamento delle glandole endocrine. Ma patogeneticamente sembra che sia da ammettere *un solo infantilismo disglandolare,* poichè anche per i danni prodotti allo sviluppo dalla mancanza di vitamine, di raggi ultravioletti ecc., si verifica in primo luogo una deficienza funzionale d'increti che, per conto suo, poi conduce all'infantilismo.

Questo infantilismo poi, sempre secondo il Borchardt, può *essere ereditario,* dovuto ad abnorme abbozzo di sviluppo, ovvero *blastoftorico,* ovvero *embrioftorico* (azioni dannose sull'uovo fecondato), ma in ogni caso l'eredità morbosa (assai rara) o la blastoftoria (caso assai frequente) o l'embrioftoria (dimostrata finora in 4 casi) agirebbe sempre per il tramite delle ghiandole endocrine, e più precisamente della insufficienza ereditaria o blastoftorica o congenita od acquisita precocemente della tiroide, dell'ipofisi, del timo, forse anche della corteccia surrenale e del pancreas o di parecchie di queste ghiandole al tempo stesso.

L'*infantilismo pluriglandolare* sarebbe, secondo Borchardt, quello che clinicamente può spesso non presentare sintomi endocrini grossolani, e corrisponderebbe precisamente al cosiddetto *infantilismo distrofico.* Il meccanismo di azione delle cause distrofizzanti sarebbe la carenza dell'organismo in via di sviluppo in lipoidi, dovuta a deficiente apporto alimentare di lipoidi o ad azioni impoverenti l'organismo in lipoidi od a deficiente elaborazione di lipoidi da parte delle ghiandole endocrine: *la carenza lipoidea* a sua volta inibisce gravemente la funzione delle ghiandole endocrine stesse, come è sperimentalmente dimostrato. Ora questa dottrina dell'infantilismo del Borchardt non è che la completa ripetizione (che l'autore tedesco naturalmente non ricorda) di quanto io ho da molti anni sostenuto sul problema clinico-patogenetico degli infantilismi. Io comprendo che molti mi opporranno la pregiudiziale che l'infantilismo può essere una grave inibizione di sviluppo generale autoctona, primordiale, idiopatica, che dir si voglia, già predeterminata nell'uovo fecondato, di tutti i tessuti dell'organismo, compresi i tessuti endocrini: ma oltre alla nebulosità di questo concetto, che poi sarebbe praticamente sterile, ma che noi non possiamo nè vogliamo escludere a priori, sta il fatto che, nella pratica, pochissimi e mal dimostrati sono i casi di infantilismo in cui una analisi endocrinologica accurata non riesca a mettere in rilievo ponti di passaggio a questo o a quel tipo clinico di infantilismo disglandolare, sopratutto se si spinge l'indagine clinica alla eredità e diatesi endocrinopatica delle famiglie degli infantili. Forse il metodo di innesti opoterapici pluriglandolari da me inaugurato da un anno in quà potrà aggiungere una prova definitiva in favore del concetto patogenetico unitario degli infantilismi.

Ora io mi dispenso dal fare qui la nosografia delle varietà cliniche d'infantilismi, e che si trovano descritte nei trattati di endocrinologia; e mi limito a ricordare quelle altre disgenopatie, per le quali pure si agita la stessa questione, cioè le *sindromi di precocità morbosa* e quelle di *precoce senescenza* durante la stessa epoca di sviluppo. Anche per le *morbose precocità sessuali, scheletriche, muscolari, psichiche,* accanto a casi di origine ghiandolare netta, come sono quelli di precocità morbose di origine pineale, d'origine ipofisaria, di origine corticosurrenale, di origine genitale primaria, vi sono casi in cui non è possibile clinicamente mettere in rilievo alterazioni endocrine. Quest'anno io ho osservato un caso di precoce pubertà con arresto di crescita per saldatura delle cartilagini epifisarie, in una bambina di 12 anni, mestruata dall'età di tre anni, ed un caso di precoce pubertà, con sviluppo e funzione dei genitali, come in un soggetto pubere, in un fanciullo di 4 anni. In ambedue i casi non mi è riuscito mettere in luce finora alterazioni endocrine, ma con ciò non è detto senz'altro che in questi casi non possano essere in campo squilibri funzionali ormonici, per es., un iperovarismo o rispettivamente un iperorchitismo primario. Intanto sta il fatto che in ambedue i casi lo sviluppo sessuale precocissimo non è associato a corrispondente sviluppo mentale ed a differenziazione puberale delle forme corporee, che rimangono di tipo infantile: il che fa pensare ad una grave dissociazione funzionale degli ormoni della ghiandola genitale e degli altri ormoni che con essi consensualmente plasmano la grande metamorfosi della pubertà. Io chiamo tali dissociazioni *endocrino-aritmie della pubertà.* Interessanti sono quei casi di infantilismo parziale, nei quali precocità parziali ed anche fatti di involuzione senile precoce si combinano in una stessa sindrome patologica.

Ciò, secondo la mia esperienza avviene in quelle forme di *macrosomia precoce scheletrico-muscolare,* che si associano in modo caratteristico a grave deficienza di sviluppo dei genitali esterni e dei caratteri sessuali secondari, nell'uomo a ginecomastia, ed in modo anche caratteristico, ad adiposità, forme dunque di *piccolo gigantismo infantile adiposo,* in cui le mie ricerche hanno dimostrato la frequente esistenza di dispituitarismo o dissociazione funzionale dell'ipofisi, cioè iperpituitarismo anteriore ed ipopituitarismo posteriore, spesso combinati ad ipertimismo.

A queste disgenopatie complesse endocrinoaritmiche dell'infanzia deve avvicinarsi una sindrome endocrina che io credo meriti di essere individualizzata dalle altre e che per la maggior frequenza nella donna in cui l'ho dapprima studiata, l'ho designata col termine di *matronismo precoce.* Si tratta infatti di una curiosa malattia di crescenza che colpisce bambine tra i 5 ed i 10 anni, e che si caratterizza per ritardo più o meno grave di statura con slargamento notevole delle cavità del tronco e grossa testa ed una adiposità esagerata con distribuzione del grasso che ricorda perfettamente il tipo matronale (accumulo ai fianchi, alle coscie, alle braccia, ai seni), la faccia è pure di donna adulta ed a differenza che negli infantilismi qui si ha comparsa precoce di peli al pube e delle mestruazioni, sebbene queste mostrino grande irregolarità; l'andatura è disarmonica, anserina; inoltre si ha generalmente notevole ritardo di sviluppo mentale.

Non dubito che casi analoghi siano stati descritti anche in

Digitized by Google

fanciulli maschi, ed io stesso ne ho osservato degli esempi, in cui si è colpiti soprattutto, non come negli infantili comuni, dall'aspetto infantile della faccia, per quanto questa possa essere senescente, come avviene soprattutto negli infantili ipopituitarici, ma dall'aspetto massiccio del corpo, dalla ricchezza di adipe, dall'andatura, dalla fisionomia e dall'atteggiamento dell'uomo maturo. In alcuni di questi casi io ho trovato anche una elevazione della pressione arteriosa. Dal lato endocrino ritengo probabile l'esistenza di queste forme di adultismo precoce dissociato, d'una insufficienza tiroidea associata a precoce sviluppo genitale e forse anche ad ipertunzione della corteccia surrenale.

***

Mi resta ora da accennare alla terapia delle malattie di crescenza. È questo il grande campo della protezione delle madri e dei fanciulli, il campo dell'igiene prenatale e post-natale, della prevenzione e della cura precoce di tutte le deviazioni dei fenomeni di crescenza somatica e psichica che non ancora hanno sorpassato i confini della normale variabilità e che non ancora costituiscono malattie. Tale cura precoce non può essere fondata se non sull'accertamento precoce e sull'esame periodico metodico dei fanciulli dalla nascita al completamento della pubertà.

L'Italia nuova si è già messa coraggiosamente su questa via, ed io qui sento il dovere di esprimere pubblicamente il mio plauso ed il grato omaggio di ammirazione per il nostro grande Ministro dell'Istruzione, S. E. il Prof. Pietro Fedele, che ha voluto già dall'anno scorso realizzare in Genova la creazione di Istituti specializzati per lo studio e la tutela della crescenza dei fanciulli ed adolescenti durante tutto il periodo della scuola primaria e secondaria, ben sapendo che l'età scolastica comincia precisamente quando il fanciullo esce da una prima crisi di crescenza (finora troppo trascurata), quella che noi chiamiamo *piccola pubertà*, e finisce col chiudersi della grande crisi puberale: cosichè tutta la vita della scuola primaria e secondaria è vita di lotta per il fanciullo e l'adolescente, non solo e non tanto per costruirsi una personalità intellettuale, ma per edificare la propria fabbrica corporea e morale, fabbrica che spesso non sorge che assai stentatamente, a costo di errori della natura più o meno prontamente e completamente rinarati dalla natura stessa, quando non siano aggravati dall'incoscienza dell'individuo stesso e dalla ignoranza involontaria delle leggi di crescita da parte delle famiglie e degli educatori. La terapia e profilassi delle malattie di crescenza deve valersi di tutti i mezzi più moderni atti a regolarizzare, stimolare, favorire e sopratutto a non far deviare il processo dello sviluppo generale e degli sviluppi dei singoli apparati organici. È noto come gli eccessi e l'irrazionale applicazione delle pratiche sportive ed il lavoro precoce dei fanciulli e gli abusi dello studio scolastico siano spesso causa di malattie anche irreparabili della crescenza generale e di quella di tessuti importantissimi, come il cuore, il cervello, il sangue e che le precoci pratiche sessuali dei giovani e l'onanismo rappresentano pure cause frequenti d'arresto di sviluppo sessuale e di gravi turbamenti del sistema endocrino.

Si è molto parlato, a proposito specialmente delle osteopatie calciprive, del difetto degli alimenti in speciali vitamine, ma a noi pare che, nella pratica, questo fattore causale non abbia quella importanza che si suppone: il che non toglie che una alimentazione ricca di vitamine possa essere un ottimo coadiuvante delle cure di crescenza. Assai utile è nei soggetti a crescenza difettosa e ritardata la climatoterapia, e precisamente la talassoterapia e l'elioterapia in riva al mare preferibilmente per gli adolescenti con insufficienze endocrine sessuali o tiroidee o con fenomeni di ipertimolinfantismo, la terapia di altitudine razionalmente dosata secondo la reattività dei soggetti e l'elioterapia d'alta montagna per i soggetti con insufficienze ipofisarie o surrenali. Ottime cure coadiuvanti possono riuscire per i soggetti in via di crescenza anche le *colonie idrobiniche*, da me recentemente proposte, per bagni di acque salsoiodiche od arsenicali-ferruginose. Una educazione fisica e meccanoterapica razionale può anche essere una stimolatrice e regolarizzatrice potente dello sviluppo di certi apparati, come l'apparato scheletro-legamentoso e muscolare, l'apparato circolatorio, il sistema nervoso.

Infine tre grandi mezzi di cura moderni degli stati di infantilismo generale e di ipoevolutismo d'origine endocrina sono: l'opoterapia, adoperata razionalmente in base ad una esatta diagnosi della formula di squilibrio pluriglandolare esistente nel soggetto, ed assai a lungo e preferibilmente per via ipodermica; la radioterapia e fototerapia (raggi ultravioletti) stimolanti delle glandole endocrine, che han dato già risultati promettenti soprattutto nel campo delle disgenopatie d'origine genitale od ipofisaria; infine la pratica, da me attuata finora in un numero ancora limitato di casi, riguardanti i fanciulli ed adolescenti, ma con risultati che mi autorizzano a ben sperare, dell'*innesto pluriglandolare*, fondato sul concetto dell'origine pluriglandolare abituale degli stati di infantilismi e disevolutismi complessi prepuberali o puberali, e sul concetto che anche nelle forme di ipoevolutismo apparentemente limitato ad ipofunzione endocrina sessuale, è sempre utile associare a quella della glandola sessuale l'innesto delle altre glandole che sappiamo agire consensualmente con la glandola sessuale nello sviluppo della sessualità.

Le osservazioni finora compiute nell'uomo con la collaborazione del valoroso chirurgo Prof. L. Durante hanno dimostrato la assoluta innocuità dell'innesto nell'uomo, ed anche in fanciulli della tiroide, ipofisi, pineale, timo, corteccia surrenale, glandola sessuale (tolte a scimmie, macachi o cinocefali) e di parecchie di queste ghiandole al tempo stesso.

Il tempo da cui datano tali osservazioni è troppo breve perchè io possa sentirmi autorizzato ad emettere un giudizio conclusivo sulla loro efficacia e sulla durata della medesima: ma posseggo già qualche osservazione bene documentata e rimontante a parecchi mesi, la quale dimostra con ogni evidenza l'azione benefica e che ha a volte dell'incredibile, di tali innesti pluriglandolari sull'organismo, quando essi siano praticati con indicazione diagnostica precisa, ed eseguiti con tecnica appropriata.

Discussione sul Tema di Relazione

Barbara (Genova). L'O., applicando al bambino i metodi di ricerca del Viola, per una più esatta interpretazione del biotipo infantile, ha potuto vedere che dalla nascita fino agli 11 anni si ha sempre un tipo megalosplancnico, anche quando ciò non appaia a prima vista, senza misurazioni esatte. L'enorme prevalenza dell'intestino sugli organi interni nel bambino si deve attribuire al prevalere in esso della vita vegetativa, la quale è nello stesso tempo più intensa. L'O. ha trovato nel bambino valori del tronco notevolissimi, superiori anche a quelli ottenuti dal Viola nei suoi ultramegalosplancnici. Se, d'altra parte, è vero (Castellino, Viola, Galdi, Pende) che la prevalenza di una o più parti dell'organismo può esser causa di debolezze di costituzione, è per quanto si è detto che il bambino è costituzionalmente debole.

L'O. pensa, infine, che le manifestazioni linfatiche, ecc., le quali sono causa di disturbi della crescenza, non possano essere ritenute come vere malattie di crescenza, ma solo come appendice ad esse.

Devoto (Milano). A maggiore illustrazione della legge di Godin, l'O. riferisce che egli da molti anni segue l'evoluzione di giovinetti da 12 a 18 anni in alta montagna, e ha visto che in pochi mesi essi crescono in altezza. Inoltre l'O., insieme con Maragliano, ha osservato che gli abitanti in alta montagna sono quasi tutti longilinei, e ricorda che già Ippocrate aveva fissati i caratteri di questa popolazione.

E' da notare ancora che detto aumento in altezza si verifica più in inverno e quanto più fa freddo. L'O. perciò si domanda se l'alternanza semestrale di Godin non possa dipendere da influenza del clima e delle stagioni.

Manno. Domanda al Relatore se, nelle disgenopatie, non si debba accordare grande importanza ad alcune cause endogene, quali le relazioni tra madre e figlio e se non sia il caso di insistere sul valore dell'ereditarietà. E' d'accordo con Devoto circa le cause esterne determinanti della legge di Godin, ricordando che anche per gli animali vale la legge dell'adattamento.

Viola (Bologna). L'ora tarda impedisce all'O. di trattare vari punti che sarebbero necessarii a chiarirsi in questo problema dei problemi che è la crescita. Merito principale della splendida relazione che si è ascoltata è quello di avere impostata finalmente la patologia della crescita sulle grandi leggi fondamentali che governano il divenire del nostro organismo: unico modo questo per avere una sistematica razionale e quindi ordine e numero nella caotica materia delle malattie della crescita.

Fra le molte cose che l'O. avrebbe voluto dire, non al Relatore, ma in via generale, v'è questa: non bisogna confondere, come generalmente si fa, il concetto di preponderanza o deficienza di massa (di una parte dell'organismo o del suo tutto), con quello di iperevoluzione o rispettivamente ipoevoluzione ontogenetica di quella parte. Questo errore crea molte oscurità e confusione e molti errori.

Digitized by Google

I RELATORI DEL CONGRESSO DI MEDICINA INTERNA

prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO
(MODENA)

prof. FRANCESCO SCHIASSI
(BOLOGNA)

prof. NICOLA PENDE
(GENOVA)

prof. ARMANDO ROSSI
(PARMA)

Se la X^a costa toracica è tanto corta da non saldarsi più all'arco costale inferiore (sintoma di Stiller), non vuol dire che essa sia ipoevoluta. E se negli organi prepondera il connettivo sul parenchima, non vuol dire che il tessuto di sostegno sia iperevoluto. Nel fenomeno della crescita esistono commisti fenomeni di *evoluzione progressiva* e fenomeni di *evoluzione regressiva*. Colla crescita il tessuto connettivo, il tessuto linfatico, il tessuto reticolo-endoteliale, devono normalmente ridursi in senso relativo al tessuto parenchimale dei visceri.

Se essi restano, a confronto del normale, preponderanti, vuol dire che vi è stata una evoluzione *deficiente*, vuol dire che persistono caratteri in senso generico di infantilismo. Così pure se la riduzione della X^a costa è ecoessiva, non vuol dire che vi sia una agenesia primitiva della costa; vi è invece una iperevoluzione regressiva, un iperevolutismo e non un infantilismo. E così via.

Così spesso un cuore relativamente piccolo, un sistema arterioso troppo piccolo, un tronco troppo piccolo, non significano scarsità di sviluppo, e un cuore, un sistema arterioso, un tronco relativamente troppo grandi, eccesso di sviluppo, ma proprio l'inverso. Siccome l'errore evolutivo è una grande fonte di morbilità, si pensi quale grande causa di errori possa essere per noi clinici la interpretazione a rovescio di questi fatti.

Un altro punto da chiarire secondo l'O., è il seguente:

Il prof. Barbara ci ha detto che il bambino risulta fino agli 11 anni un enorme megalosplancnico-ipovegetativo. Verissimo. Ma questo non vuol dire che nei bambini *vi sia una sola costituzione morfologica, la megalosplancnica!* Questo errore è stato commesso da molti Autori, non dal Barbara.

Nei bambini esiste la medesima varietà di tipi morfologici che nell'adulto. Vi sono longitipi e brachitipi. Ciò che asserisce il Barbara va inteso solo nel senso che il *tipo medio* del bambino confrontato al tipo medio dell'adulto è relativamente brachitipo o megalosplancnico. Ma questo non toglie che questo tipo medio abbia poi come l'adulto le sue varianti, secondo le leggi degli errori e quella dell'antagonismo morfologico-ponderale, e che vi siano varietà di tipo longilineo relativamente al tipo medio del bambino e varietà di tipo brachilineo relativamente sempre a quel tipo medio.

Tutta la curva dell'ordinamento seriale del bambino è spostata verso i valori megalo-splancnici dell'adulto, ma la curva persiste *sempre* e ha le sue due ali di deformazione, come nell'adulto.

Sopra tutti i punti l'O. consente col suo amico Pende, meno che sopra uno. Egli sostiene che il sistema endocrino sia non solo l'*eccitatore* della crescita, ma anche il *regolatore*. Di questo l'O. non sa persuadersi.

« Regolare » qui vuol dire « coordinare »: perchè molti organi, di natura diversa e apparentemente indipendenti insieme cooperino ognuno per la propria arte alla stimolazione della crescita, perchè in tempi diversi e a tempo debito ora gli uni ora gli altri entrino in funzione; perchè il quantitativo funzionale di ognuno sia esattamente proporzionato; perchè a tempo debito esso cessi, e per gli uni e per gli altri in momenti differenti, occorre l'intervento *ab externo* di un agente direttivo, di un direttore di orchestra (mi sia perdonato il paragone) che dia al momento voluto « l'entrata » a questo o a quello strumento.

La crescita si localizza or qua or là, cessa in un punto e comincia in un altro: c'è un ritmo obbligato: le glandule endocrine, or l'una or l'altra entrano in maggior attività funzionale, poi si riposano ed allora altri si risvegliano. Chi le risveglia a tempo debito?

La glandula endocrina è, come tutte le glandule, ora in riposo ed ora in attività. La maggior attività si può solo spiegare con uno stimolo che interviene *ab externo* della glandula. Per tutte le altre glandule questo stimolo è portato dal sistema nervoso vegetativo.

D'altra parte anche le glandule endocrine hanno una loro curva degli errori, hanno più degli altri organi ancora una notevole variabilità da individuo ad individuo, come ha bene dimostrato il Castaldi.

Chi regola il loro proprio sviluppo?

L'insieme delle cause ereditarie di variazione e di quelle ambientali accelera o rallenta le fasi del ciclo evolutivo dell'organismo nel tutto e nelle parti sin dal principio della fecondazione, prima, durante e dopo il periodo dell'abbozzo degli organi, prima, durante e dopo la formazione delle glandule endocrine: le quali quindi subiscono, come tutte le altre parti dell'organismo la legge della variabilità, seguendo le curve binomiali.

Esse non sono dunque che un fattore, importantissimo sempre, ma evidentemente intermediario della morfogenesi naturale, di cui le cause primitive rimontano alla massa ereditaria e all'ambiente, prima e dopo la formazone di queste glandule: *esse governano,* ma *sono governate e* governano secondo il modo con cui esse stesse sono governate.

Questa intelligenza direttiva architettonica che coordina tutto il vasto e complesso fenomeno della crescita, è contenuta nella cellula uovo fecondata assieme ad un *quantum* predeterminato di « energia » evolutiva da esaurirsi in una traiettoria predeterminata, secondo un piano morfologico prestabilito. Ma quando le parti si sono differenziate, questo supremo governo, questa intelligenza architettonica forse passa di sede nel sistema nervoso? Sopra alle glandule endocrine, che pure possono, una volta messe in moto, forse godere entro certi limiti di una certa autonomia, sta, come regolatore del concerto glandulare, il sistema nervoso?

Gli studi sempre più approfonditi del sistema nervoso vegetativo ci confortano a ciò. Essi dimostrano, nel caso per esempio meglio conosciuto, della glicogenesi epatica, che allorquando il tasso glicemico del sangue si abbassa, si muovono due correnti nervose simpatiche stimolatrici; l'una va *direttamente* alle cellule epatiche, che mobilizzano il glicogeno in riserva e lo riversano come glucosio nel sangue, l'altra, *indiretta*, passa per l'intermediario delle glandule surrenali: la glandula endocrina stimolata segrega in maggior copia il suo secreto, che va ad eccitare *ancor di più* l'estremità delle fibre simpatiche del fegato e la mobilitazione dello zucchero aumenta.

Quale delle due vie è la più importante, la più comunemente usata: Noi non sappiamo, ma sappiamo per certo che la *via diretta è bastevole* e *ultrabastevole* a ristabilire il tasso normale del glucosio nel sangue, perchè basta da sola colla puntura del quarto ventricolo a dare anzi una ipergliccmia, dopo la asportazione delle glandule surrenali.

L'O. deve per brevità limitarsi negli esempi. La produzione del calore è una funzione complessa che si identifica in definitiva con quella delle combustioni organiche e quindi del ricambio. C'interessa perchè la crescita stessa è in gran parte funzione di ricambio. Ora partecipa senza dubbio alla produzione del calore la tiroide: oggi si sa (Asher e sua scuola) che esistono fibre nerveo-vegetative secretrici tiroidee, attraverso le

Digitized by Google

quali passa la eccitazione derivante dalla puntura del centro del calore, situato nel *tuber cinereum*. La glandula allora secerne sostanze che accendono le ossidazioni nel cuore sopravvivente (Mansfeld, Löwi). Però asportata la tiroide, la puntura del *tuber cinereum* dà ancora aumento della temperatura, sebbene in minor grado, perchè altre glandule endocrine e poi principalmente il fegato e molti altri visceri partecipano alla superproduzione del calore. Anche qui l'aumento della temperatura, e quindi l'aumento delle combustioni, e quindi l'alterazione del ricambio si realizzano in modi molteplici e sotto il comando di un centro nervoso regolatore: regolatore insieme dei plurimi meccanismi produttori del calore e dei plurimi meccanismi disperditori di esso. Le glandule endocrine vi hanno parte importante, ma parziale, e sono disciplinate in un sistema coordinato che è da riferirsi ad un preciso centro nervoso.

La crescita, quindi, è così strettamente connessa coi fenomeni del ricambio, che male la mente si adatta a concepirla come una esclusiva ed autarchica funzione poliendocrina, quando la funzione del ricambio non lo è.

Grande è anche oggidì l'autorità di Claude Bernard così efficacemente citato in una sua pagina dal Relatore: grande perchè il Bernard è stato uno dei più alti geni intuitivi della biologia. Ma pur bisogna dire sulla base delle odierne nozioni, che certe funzioni che si estendono a tutto l'organismo, come questa per esempio della produzione del calore e della intensità delle combustioni, diventano funzioni che largamente si estendono nella periferia del sistema nervoso vegetativo, e quindi gli interventi periferici demolitori circoscritti danno scarsi risultati per la esplorazione funzionale, *perchè avvengono in altri campi numerose azioni compensatrici*: si rendono quindi necessari interventi numerosi in più punti contemporaneamente (Toeniessen). Così si spiega oggidì la possibilità degli interventi chirurgici demolitori parziali, senza gravi conseguenze funzionali.

Certamente è vero che noi conosciamo parecchie malattie della crescita dovute a lesioni reali delle glandule endocrine e poche con glandule endocrine normali. Ma è pur vero che il Relatore quando si imbatte in una di queste (nanismo cosidetto puro) mal volontieri si adatta ad accettarla. Se le glandule endocrine sono tanto più vulnerabili del sistema nervoso e se il sistema nervoso vegetativo ha così larghe possibilità di sostituzioni compensatrici è naturale che predomini della crescita la patologia endocrina.

Queste critiche non diminuiscono affatto il valore della brillante e meditata relazione del Pende, perchè egli ha basato anche questo punto della sua esposizione su seri argomenti. La questione è dunque *sub-judice*.

Per parte sua, l'O. crede, fino a dimostrazione in contrario, che la funzione coordinatrice della crescita spetti secondo ogni probabilità, al sistema nervoso, forse ad un centro speciale coordinatore, come quello del calore, e crede altresì che sebbene le glandule endocrine siano uno stimolo importantissimo della crescita, altri fattori sopravvanzino che operano con le glandule endocrine. Forse il sistema nervoso può direttamente stimolare la crescita, ed è certo che lo stimolo termico applicato ad una parte periferica del corpo circoscritta (padiglione dell'orecchio del coniglio secondo Penso) determina una crescita gigantesca, che si sottrae quindi ad ogni influenza endocrina. L'avvenire dirà l'ultima parola.

Pende (Relatore). Ricorda a Barbara che è proprio a 11 anni che la morfologia dell'individuo in sviluppo si avvicina di più alla morfologia dell'adulto.

Conferma l'osservazione di Devoto che le popolazioni della montagna solo longilinee, al contrario di quelle costiere: in queste, pare che domini la tiroide, la quale ossifica presto le cartilagini epifisarie; nella gente delle montagne è più sviluppata la pituitaria. Dall'ambiente sembra all'O. che non si possa astrarre; al contrario di Devoto, pensa che l'aumento in altezza nella crescita del corpo sia maggiore in estate: ciò è stato anche osservato in Norvegia.

Le osservazioni auxanalogiche del Godin hanno il pregio di aver ben dimostrato con dati di fatto la legge delle alternanze applicata alla crescenza stessa; esse non escludono, se anche il primo impulso alla crescenza stessa va ricercato in fattori endogeni, non escludono — dice l'O. — l'influenza di fattori esogeni, ambientali, agenti direttamente o indirettamente e interferenti coi primi.

A Manno fa noto che l'importanza di cause endogene è stata ampiamente trattata nella sua relazione.

Ringrazia Viola, il quale — e l'O. lo sa — fino dal 1919 ha parlato di sinergismo e di sistema endocrino-simpatico. Altro è dire, però, «correlazione», altro è dire che il sistema endocrino funzioni in subordinazione. Se v'è una subordinazione, è il sistema nervoso che è subordinato agli organi endocrini. L'O. pensa che il sistema nervoso non agisce sulle ghiandole endocrine continuamente, ma interviene ad agire su di esse quando si tratta di mobilitare secreto rapidamente; nella vita abituale, invece, il sistema endocrino fa da sè.

Seduta antimeridiana del 19 ottobre

II Tema di Relazione

LE DIATESI EMORRAGICHE

prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO (Modena)

L'emofilia e il morbo maculoso congenito di Werlhof sono i processi morbosi che presentano sia il carattere di malattie emorragiche (tendenza a facili, frequenti e prolungate emorragie), sia il carattere di malattie costituzionali nel senso stretto della parola (anomalie ematiche e vasali, persistenti per tutta la vita, indipendenti da qualsiasi fattore esogeno, presenti e documentabili sempre, anche nei periodi nei quali le emorragie mancano, ereditarie e familiari).

Queste due diatesi emorragiche vanno però nettamente distinte per differenze che riguardano il disturbo del normale meccanismo dell'emostasi, la ereditarietà la limitazione a sessi diversi, le anomalie costituzionali, il quadro clinico, il comportamento di fronte ad alcuni speciali interventi terapeutici.

L'emofilia è una diatesi emorragica che si trasmette con le seguenti leggi d'ereditarietà:

a) la trasmissione avviene attraverso le donne (ereditarietà ginecofora o diaginica), le quali non sono mai ammalate manifeste ma funzionano semplicemente da conduttrici;

b) l'eredità è legata al sesso, ossia il fattore emofilia è legato al cromosoma sessuale maschile X, il quale può essere ereditato esclusivamente dalle donne;

c) la donna, che eredita dal padre il cromosoma sessuale X emofilico, presenta una combinazione eterozigote XX, nella quale il fattore emofilia, legato al cromosoma X, è a carattere recessivo, essendo dominato dall'azione del cromosoma sessuale sano X;

d) la donna conduttrice può trasmettere il fattore emofilia tanto ai figli maschi, che possono diventare ammalati manifesti, quanto alle figlie femmine, che però non ammalano, ma possono diventare alla loro volta conduttrici;

e) se eccezionalmente in una donna (figlia di un emofilico accoppiatosi con una conduttrice) si stabilisce una combinazione omozigote XX, ossia si raddoppia il fattore emofilia, allora si crea una situazione di tale gravità, che è assolutamente incompatibile con la vita; intervengono, cioè, i così detti fattori letali, che possono determinare la morte dell'individuo già nel periodo di vita intrauterina; per questa ragione casi di emofilia vera, completa, pura non si osservano mai, a carico delle donne, nelle famiglie di emofiliaci;

f) l'eredità ologinica (trasmissione diretta dalla madre alla figlia) e l'emofilia dominante (trasmissione diretta non legata in alcun modo col sesso) potranno essere accettate soltanto quando sarà dimostrata l'esistenza di casi di vera emofilia nelle donne; tale dimostrazione, però, non è stata ancora data in modo sicuro, trattandosi in genere o di casi di pseudoemofilia da fibrinopenia o di casi di morbo maculoso di Verlhof con ritardo del tempo di coagulazione del sangue;

g) esiste indubbiamente una forma di emofilia non ereditaria ma sporadica, che insorge, probabilmente, in seguito ad una mutazione del plasma germinativo.

Il disturbo caratteristico del sangue degli emofiliaci è rappresentato da un rallentamento più o meno notevole del tempo di coagulazione, persistente per tutta la vita (con attenuazione dopo il 30° anno).

Tale disturbo non si verifica nella 2ª fase del processo di coagulazione del sangue (trasformazione del fibrinogeno in fibrina per mezzo della trombina), la quale si svolge negli emofiliaci in maniera del tutto normale, ma nella 1ª, ossia nella fase di formazione della trombina.

Non si tratta di un'insufficienza quantitativa o qualitativa di quest'ultima, ma di un rallentamento nella sua produzione.

Secondo alcuni Autori, la causa di questo rallentamento va ricercata in un disturbo insito in una delle due sostanze madri della trombina, propriamente nel citozima o trombocinasi, la quale viene messa in libertà dalle piastrine emofiliche con notevole ritardo, per la mancanza di un fattore che provoca in condizioni normali la messa in circolo di tale sostanza.

Secondo altri Autori, invece, il disturbo risiede nell'altra so-

Digitized by Google

stanza madre della trombina, nel sierozima e consiste in un prolungamento del tempo necessario per la trasformazione del prosierozima in sierozima; questo disturbo è dovuto o alla presenza di una sostanza inibente il processo di attivazione del prosierozima o alla rottura del normale equilibrio, esistente nell'individuo sano, tra sostanze attivatrici (favorenti la trasformazione del prosierozima in sierozima) e sostanze stabilizzatrici (inibenti tale trasformazione), per la presenza nel sangue emofilico di un eccesso di queste ultime.

Finalmente, per i sostenitori delle teorie fisico-chimiche della coagulazione del sangue, nell'emofilia il difetto iniziale è rappresentato da un ritardo nella precipitazione del trombozima e, in conseguenza, da un rallentamento delle successive fasi del processo di coagulazione.

Gli elementi diagnostici dell'emofilia sono i seguenti: particolare maniera di trasmissione ereditaria, limitazione al sesso maschile, ritardo della cogulazione del sangue, frequente comparsa di emorragie prolungate, emorragie articolari recidivanti, numero delle piastrine normale o leggemente aumentato, negativa la prova del laccio ma positive quelle della coppetta e della puntura, tempo di emorragia normale o leggermente prolungato, assenza del normale potere immunizzante contro il tripanosoma, aumento di Na Cl nel sangue e della resistenza degli eritrociti. L'emofilia sporadica presenta in genere un quadro clinico del tutto identico, anche per l'intensità delle manifestazioni sintomatiche, a quello dell'emofilia ereditaria.

Il morbo maculoso di Werlhof, nella sua forma cronica costituzionale, è una diatesi emorragica caratterizzata, oltre che dalla tendenza alle facili, frequenti e prolungate emorragie, da un complesso di anomalie permanenti e persistenti per tutta la vita: piastrinopenia, prolungamento del tempo di emorragia, mancata o ritardata o incompleta retrattilità del coagulo, alterazioni vasali.

Di questa malattia è possibile, in alcuni casi, dimostrare il carattere familiare e la ereditarietà, la quale è dominante, diretta, non legata al sesso.

Diversi fattori, intimamente collegati fra di loro, intervengono nel determinismo fisiopatologico delle emorragie, frequenti e incoercibili, del morbo di Werlhof: la piastrinopenia, che rende difficile la normale chiusura degli stomi degli endoteli vasali e la formazione del trombo bianco emostatico; le lesioni endoteliali, che rendono abnormemente permeabili le pareti vasali e inopsonizzabili i margini della ferita per cui le piastrine non vi possono aderire per la formazione del trombo; i disturbi del meccanismo autoregolatore dei capillari, che rendono difficile la contrazione dei capillari, l'adesione reciproca degli endoteli, la deviazione della corrente sanguigna nei rami collaterali e, di conseguenza, anche la formazione del trombo emostatico.

La piastrinopenia è determinata, secondo alcuni, primitivamente da insufficiente piastrinogenesi, secondariamente da esagerata attività splenica sia piastrinolitica sia inibente la piastrinogenesi megacariocitica; secondi altri, invece, il fattore primitivo è la piastrinolisi splenica e solo secondariamente intervengono disturbi della piastrinogenesi midollare.

Le diatesi emorragiche possono essere considerate, dal punto di vista patogenetico, esponenti di disturbi a carico dell'intero sistema che presiede al normale meccanismo dell'emostasi; però, mentre l'emofilia è prevalentemente legata a un disturbo del fattore ematico biochimico (ritardata coagulabilità del sangue) con scarsa partecipazione della componente vasale, della diminuita agglutinabilità delle piastrine e della deficiente contrazione dei vasi, il morbo costituzionale di Werlhof, invece, dipende prevalentemente dalla piastrinopenia e dall'angiopsatirosi (fragilità vasale), con interessamento del meccanismo autoregolatore dei capillari (mancata o deficiente contrazione dei vasi, mancata o deficiente adesione degli endoteli, mancata o deficiente formazione di circolo collaterale) e, in rari casi, con lievi disturbi della coagulabilità del sangue.

Forme miste da associazione di vera emofilia con morbo costituzionale di Werlhof (emofilo-emogenia) sono rarissime e non sufficientemente documentate; si tratta in genere di sindromi secondarie ad altri processi morbosi, specialmente a carico del fegato.

La terapia delle diatesi emorragiche è prevalentemente sintomatica, in quanto mira ad arrestare le emorragie con mezzi locali e con mezzi generali o teleemostiptici (coaguleno, clauden, zimema, succhi spremuti da tessuti, frequenti piccoli salassi, trasfusione di sangue o di plasma centrifugato o di plasma fosfatato, Roentgenterapia, iniezioni di siero umano o animale, gelatina, peptone, soluzioni ipertoniche di Na Cl e di $Ca Cl_2$, pituglandolo, adrenalina ecc.), i quali tutti agiscono o per influenza coagulante o tromboplastica o sostitutiva o vasocostrittiva.

Infruttuosi sono riesciti i tentativi di terapia eziologica nell'emofilia, mentre buoni risultati si sono ottenuti nel morbo maculoso costituzionale di Werlhof con diversi mezzi destinati a moderare o a sopprimere l'influenza dannosa della milza, sia irradiandola con dosi forti di raggi X, sia asportandola, sia riducendola allo stato atrofico con la legatura dell'arteria splenica.

Con la splenectomia si sono già avute numerose guarigioni cliniche (scomparsa delle manifestazioni emorragiche), non sempre però accompagnate dalla guarigione biologica, ossia dalla scomparsa delle anomalie costituzionali ematiche e vasali caratteristiche del morbo di Werlhof.

Se i risultati, buoni ma ancora troppo scarsi, ottenuti con la legatura dell'arteria splenica saranno confermati, quest'ultimo intervento potrebbe essere sostituito alla splenectomia con la quale si sono avute percentuali di mortalità non piccole (fino al 19 %) per complicanze postoperatorie.

Discussione sul Tema di Relazione

V o l t e r r a M. (Firenze). L'O. richiama l'attenzione su di un punto importante della patogenesi delle emorragie capillari, punto, perciò, importante anche per la patogenesi del m. di Werlhof. Non crede giusto, per i risultati delle sue ricerche, identificare fragilità vasale (angiopsatirosi) e fragilità endoteliale. Le sue ricerche hanno infatti messo in evidenza un'avventizia di tessuto connettivo reticolato su tutti i capillari del corpo. L'O. crede che la resisenza vasale sia nei capillari dovuta a questo secondo tubo che li riveste, aderendo immediatamente all'endotelio. L'esistenza di questo spiega perchè la fragilità endoteliale anche elevata (endocardite lenta) vada disgiunta abitualmente da emorragie. Esiste dunque accanto alla «fragilità endoteliale», che determina la esfoliazione degli endoteli, una «fragilità avventiziale», che è la vera responsabile delle emorragie *per rexin* nel territorio capillare. L'O. ha infatti osservato tra l'altro che nelle malattie renali a decorso protratto, quando si formano emorragie puntiformi nell'organo, queste corrispondono a zone ove lo stroma connettivale da precollageno si è trasformato in collageno e ha subito un processo di grave ialinosi. Le emorragie capillari corrispondono ai punti di più intensa ialinosi, la quale toglie all'avventizia capillare la sua resistenza e elasticità e rende possibile la rottura del capillare. Con la «lisocitina» di Delezenne è possibile ottenere sperimentalmente quadri di emorragie imponenti; l'O. intanto ha constatato che questa sostanza, fra i vari suoi effetti lesivi, ha quello di alterare gravemente e distruggere le formazioni reticolari e le avventizie dei piccoli vasi. L'O. ha veduto, inoltre, che è possibile talora constatare rottura dell'endotelio senza rottura dell'avventizia: in questo caso si forma un «aneurisma capillare sottoavventiziale».

Da quanto ha premesso, all'O. non sembra accettabile la teoria del Frank, che attribuisce alle piastrine il compito di chiudere la breccia nei casi di fragilità endoteliale, per spiegare la mancanza di emorragie in detti casi; mentre questa è dovuta alla integrità dell'avventizia.

P r e t i (Sassari). Premesso che è difficile decidersi per la teoria ematica (tromopenia) o vascolare (angiopsatirosi) del m. di Werlhof, l'O. dichiara che gli sembra doversi assegnare in questa milattia un valore importante alla trombopenia. Distingue inoltre i casi di m. di Werlhof operati con la splenectomia in tre gruppi, e cioè di casi grandemente beneficiatisi dell'intervento, di casi che ne hanno tratto solo vantaggi passeggeri, e, infine, di casi con risultato negativo. Tale diversità di comportamento verso una stessa terapia porta l'O. ad ipotetizzare che col termine di morbo di Werlhof si comprendano entità morbose diverse, per cui occorrerebbe ridurre il m. di Werlhof ad una individualità unica, escludendo i casi che non a buon diritto rientrano oggi nella predetta malattia.

Clinicamente, l'O. fa notare che vi sono casi di m. di Werlhof con splenomegalia ed altri non: forse, dice l'O., solo i primi sono da operarsi. E' perciò forse che, così come con la radioterapia, anche con l'intervento chirurgico nel m. di Werlhof si sono finora avuti risultati contraddittori.

P e n s a (Parma). — La teoria cromosomica della trasmissione dei caratteri ereditari, sulla base della quale il Relatore ha così perfettamente spiegato la trasmissione dell'emofilia, è una teoria, secondo l'O., della quale bisogna diffidare, perchè solo apparentemente fondata su dati reali. Se i cromosomi, infatti, scompaiono solo al momento della cariocinesi, non

Digitized by Google

si può ammettere la loro individualità; bisogna ritenere, invece, che, colpiti dalla costanza del loro numero, della loro disposizione, ecc., si è indotti ad esprimere con un simbolo un dato di fatto. E' perciò che la teoria cromosomica dell'emofilia presta il lato alla critica.

Castellino P. (Napoli). Dopo aver espresso il suo plauso al prof. Di Guglielmo, già suo assistente, comincia col rilevare come nella concisione sintetica cui il relatore si è trovato costretto dall'angustia del tempo, molti problemi che sorgono dalla materia stessa del male, e che pure svolgendosi ai suoi margini gli conferiscono rilievi importanti e amplificano i termini della cornice che lo inquadra, dovevano di necessità essere lasciati nella relazione scritta e che nella loro giusta ampiezza si devono svolgere e trattare perchè contengono l'interpretazione di molti elementi patogenetici.

Così, per esempio, il fondamento costituzionale riconosciuto dal relatore nella patogenesi delle diatesi emorragiche, merita certamente una considerazione più ampia di quanto non sia quella agitata in questa semplice e monca esposizione. E' necessario che il problema costituzionale sia profondamente esaminato.

Si delinea a tale proposito tutta l'importanza assunta dalla nozione del fattore ereditario che dilata e amplifica i limiti entro cui si contiene la patogenesi costituzionalistica. Non si può disconoscere al relatore di aver penetrato con acuta disamina il problema della trasmissione ereditaria, spiegando come questa avvenga attraverso la donna per un meccanismo che dicesi di « *ereditarietà diaginica* » e come perciò sia legata al sesso, in quanto il cromosoma sessuale maschio portatore di quel carattere ereditario patologico che predispone all'infezione emorragica, possa essere ereditato esclusivamente dalla donna.

L'O. dissente però dal relatore sulla importanza della teoria cromosomica come fondamento della ereditarietà e condivide perciò le giuste obiezioni mosse su questo argomento al relatore stesso dall'illustre prof. Pensa dell'Università di Parma.

Egli ricorda inoltre come di questi problemi sull'ereditarietà si sia molto occupato e abbia trattato l'ereditarietà in patologia come tema della sua prolusione alla cattedra di patologia medica dell'Università di Padova, or sono otto lustri circa, e poi continuato ad agitare il problema in una sua recente pubblicazione.

In ogni modo riconosce come nel discusso problema della ereditarietà, una questione che può ritenersi definitivamente risoluta e unanimemente accettata sia il fenomeno sostanziale della ereditarietà crociata. Questa assume ormai l'importanza di una legge biologica e l'oratore è lieto di riconoscere che il Di Guglielmo si avvalga utilmente di questa nello studio delle diatesi emorragiche, riuscendo a fornire nella patogenesi concetti chiari e plausibili.

Fondamento della ereditarietà crociata è che il maschio eredita gran parte dei suoi caratteri dalla madre; la femmina invece dal padre. La madre diventa in tal modo un meraviglioso strumento di conservazione dei caratteri etnici della razza. L'O. ricorda un pensiero del Serono, e cioè che la nostra donna italica, redimendosi dalle alluvioni e invasioni barbariche che avevano imbastardito la nostra tempra, ha saputo restituirci alla purezza delle prische linee e anche essere un documento di tale legge generale. La madre perciò non è sempre, pertanto, una « passiva conduttrice » dell'ereditarietà quale la ritiene il relatore, ma assurge non di rado alla importanza di vera « redentrice » di questa; e il suo influsso di vigile protezione domina specialmente la nostra infanzia fino alla pubertà, nella quale soltanto comincia ad allentarsi quell'ideale cordone ombelicale che fino a quel momento ne tiene vicini a colei dal cui fianco ci separammo. Con la pubertà si inizia uno stato di maggiore autonomia e più si trovano e più si rinsaldano i caratteri ambientali onde si definisce la nostra personalità nella quale questi due momenti in perenne conflitto, *ereditarietà* e *condizionalismo ambientale* si fondono nella sintesi unitaria della nuova conformazione costitutiva. Perciò una diatesi emorragica è rarissima prima di tale fase e diventa più frequente man mano che la vita comincia ad avanzare verso la sua definitiva maturazione ontogenetica.

Naturalmente questi vogliono essere dei profili schematici che sopportano modificazioni e variazioni prese in considerazione e spiegate dalla stessa legge.

Dopo di che l'O. passa ad esaminare il concetto fondamentale della relazione, che offre una diffusa trattazione e interpretazione delle condizioni nosologiche nel quadro morboso, cioè dei disturbi caratteristici del sangue e delle pareti vasali e dei fattori patogenetici che li determinano o che per lo meno vi si accompagnano.

Egli — e certamente ragioni di tempo devono aver vietato al relatore di diffondersi su questo argomento — avrebbe desiderato qualche maggiore dettaglio e qualche più ampia considerazione sui fattori che partecipano al determinismo biochimico del processo e che si svolgono nell'ambiente umorale organico e che spiegano perchè il morbo maculoso si riscontri così spesso nelle famiglie rachitiche a fianco della fosfaturia, della calciuria, dell'ipocalcemia, col corteo dei sintomi spasmofilici e molte volte in coincidenza di disordini viscerali quali concause e fattori che esteriorizzano la meiopragia paratiroidea, se latente, o meglio la definisconno, se già delineatasi nei suoi segni ancora non chiari.

Cita le esperienze di Spadolini e Ferri, importanti e illuminatrici per quanto riguarda il metabolismo del calcio nelle predisposizioni emorragiche e la più verosimile interpretazione di una tossiemia di origine intestinale per sostanze tipo amina (come la guanidina, un'amina doppiamente metilata), come dal punto di vista costituzionale di discrinopatie ereditarie costituzionali tipo ipoparatiroidee, timiche, tiroidee, surrenali, ecc.; come finalmente anche dal punto di vista degli elementi peculiari del quadro nosologico (emorragie più o meno intense e diffuse e particolarmente gravi nell'ambito addominale), e ne spiegano la portata interpretativa del meccanismo etiopatogenetico e nosologico. Perchè evidentemente — e non vi ha mestieri di chiarimento — nè l'ereditarietà positiva nè la diatesi familiare, come tampoco la costituzione del terreno sono bastevoli a rompere l'equilibrio instabile dei due segmenti del sistema vegetativo e in particolar modo di una eccitabilità del sistema autonomo che come è alla base dei quadri anafilattici nelle sue propensioni morbose, nelle sue sensibilità anormali e nell'eccitabilità, è anche l'*ubi consistam* della diatesi spasmofilica di quell'emorragia costituzionale. Ma occorre altresì l'impulso cooperante, e fino a un certo punto deterministico, di quelle cause condizionali che di per sè sole non potrebbero essere sufficienti a esplicare le sindromi, ma tanto meno lo diventano quanto più il terreno costituzionale vi sia naturalmente incline e predisposto.

Ecco perchè, afferma l'O., se la sindrome spasmofilica nella diatesi emorragica con tutti i suoi connessi sintomi da parte del sangue e delle turbe vasomotrici si rapporta ad un sostrato organico che è sorretto da una particolare vagoestesia od eccitabilità del sistema sensitivo organico, la donna che ha un temperamento prevalentemente simpaticoestesico orientato verso una sensibilità del sistema eccitocatabolico, sempre pronto ad entrare in azione — come lo dimostrano le sue facili tendenze nevrosiche alla clorosi, agl'ipertiroidismo, alle sindromi basedowiane — con la sua funzione redentrice nell'ereditarietà concorre alla difesa dell'infanzia e della nostra costituzione contro il soverchiare di quei tessuti e di quegli organi, che, proponderando nelle prime fasi della vita, che ha una impronta essenzialmente linfatica, tenderebbero ad impulsioni autonomotrope.

Venendo poi a discutere del programma terapico l'oratore si sofferma particolarmente sul problema della splenectomia. Però, mentre riconosce alla milza l'alta importanza di un fattore cooperante alla diatesi emorragica, confessa apertamente la sua perplessità in contrasto alla così decisa propensione del relatore all'intervento chirurgico nel consigliarne sempre l'asportazione. Se l'individuo ha una spiccatissima tendenza a facili frequenti imponentissime e infrenabili emorragie per la sua costituzione diatesica, l'atto operativo gravissimo lo redimerà subito da tale situazione pericolosa? E le condizioni precarie del sangue caratterizzate in prima linea da una incapacità a coagulare, da una irretrattibilità del coagulo, da uno spiccato ritardo alla precipitazione del trombozima ci lasciano tranquilli mentre attendiamo l'influsso favorevole della mutilazione splenica da una emorragia irreparabile post-operatoria? Il relatore, non dissimulando la gravità di simile intervento, in linea subordinata si mostra propenso in parte di ridursi per lo meno all'allacciatura dell'arteria splenica; ma, esclama l'O., si ripara di molto con questo ripiego al pericolo emorragico? E poi credesi con ciò di avere incarcerata la milza e precluso ogni rapporto con l'ambiente umorale e non rimangono altre vie di circolazione, quale, per esempio, per il tramite del legamento frenosplenico? Ma infine quale sarà il destino di quel *caput mortuum* che il malato porta in grembo? E il disfacimento di questa massa di tessuti non riprenderà la sua azione emolitica come avviene nella preparazione dei sieri organo-tossici? Sono questi tanti punti interrogativi che fanno tanto pensare e, poichè occorre agire sulla milza, l'O. propone l'applicazione del siero splenotossico. Ricorda come da quando aveva l'onore di essere coadiutore del Queirolo egli abbia affrontato sotto la ispirazione del suo maestro questo problema e si richiama alla memoria di lui citando un caso di porpora emorragica in cui il compianto professore Ceci, direttore della Clinica chirurgica di Pisa, aveva prospettato l'intervento operatorio che l'O. sconsigliò sulla base della lentissima coagulazione del sangue. Questo problema dei sieri organotossici dall'O. iniziato nella Clinica del Queirolo e poi continuato a Padova e proseguito a Napoli con la collaborazione dei suoi assistenti Pellegrino, Pezzullo, Pizzini, Leone, non ha bisogno di considerazioni che ne dimostrino l'importanza e le nozioni che si sono fatte diffuse o esimono dal parlarne a lungo. Spiega il meccanismo con cui questi sieri tossici agiscono e i procedimenti con cui si ot-

Digitized by Google

tengono. Termina concludendo che di fronte alla sicurezza e alla specificità di azione e alla innocuità del trattamento lo consiglia a preferenza di ogni altro espediente terapico, tanto più di fronte alle innumerevoli insidie ed ai pericoli imminenti che i propugnatori della splenectomia non hanno saputo dissimulare.

Di Guglielmo G. (Relatore). Fa notare a Volterra, che egli ha citato la teoria di Frank per completezza di esposizione, senza assegnarvi eccessiva importanza.

E' d'accordo con Preti nell'assegnare un'importanza fondamentale alla trombopenia, ritenendo le lesioni vasali come fattori contingenti. Crede che i risultati terapeutici contraddittori ottenuti con la radioterapia possano attribuirsi alla diversità delle dosi adoperate: solo le forti dosi infatti danno risultati buoni. In genere però i risultati che si hanno con la radioterapia sono inferiori a quelli forniti dalla splenectomia.

A Pensa e a Castellino, l'O. fa notare che egli non poteva nella sua relazione entrare a discutere e a criticare la teoria cromosomica dell'ereditarietà, e che si è servito di essa, come la più accettata oggi, per meglio discutere dell'emofilia. Ripete che egli ha dato molta importanza ai caratteri costituzionali, tanto da considerare soltanto, come vere diatesi, l'emofilia e il m. di Werlhof idiopatico.

Circa la splenectomia, l'O. ha detto che in pratica si è poco inclini a intervenire per alcune complicanze post-operatorie; egli non può non riconoscere, però, che nel m. di Werlhof vero, costituzionale, si sono sempre ottenuti ottimi risultati e mai nessun inconveniente: emorragie che duravano da anni sono scomparse per sempre, pur esistendo ancora trombopenia. L'alta mortalità della splenectomia è dovuta a complicanze post-operatorie; perciò oggi si preconizza come atto operativo più innocuo, la legatura dell'arteria splenica.

Comunicazioni sul Tema di Relazione

Villa L. *Diatesi emorragica e tubercolosi nodulare della milza.* — L'O. ha osservato il caso di un infermo, nel quale comparve una brusca sindrome di diatesi emorragica, contemporaneamente all'esistenza di una tubercolosi, come venne confermato dall'autopsia, la quale mostrò nella milza alterazioni specifiche a tipo nodulare. A carico del midollo osseo esisteva ipoleucia, assenza di megacariociti, intensa iperplasia reticolo-endoteliale. Arduo sarebbe, secondo l'O., voler precisare i rapporti genetici tra sindrome tubercolare e diatesi emorragica. Come determinante della sindrome morbosa può, forse, invocarsi lo scoppio di una tubercolosi miliare, su un fondo di alterazioni emopoietiche, quali le descritte.

Marcantoni F. *Osservazioni sopra l'azione delle vitamine nelle diatesi emorragiche.* — La somministrazione di preparati calcio-vitaminici in due casi di diatesi emorragica — un bambino emofilico ed un giovane affetto da grave porpora emorragica — ha fatto rilevare all'O.: aumento assai cospicuo dei corpuscoli rossi; aumento dei corpuscoli bianchi, che non ha mai superato però la cifra normale; aumento delle piastrine in un caso (porpora); aumento dell'emoglobina (più di un terzo del valore primitivo), sì da arrivare quasi a percentuali normali. Il valore globulare ha subito abbassamenti solo apparenti; la resistenza globulare ha mostrato una lieve tendenza ad aumentare; la pressione arteriosa massima è aumentata solo nel caso di porpora, mentre la pressione minima ha presentato variazioni poco sensibili. Si è notato, inoltre, un aumento notevole della viscosità e della coagulabilità sanguigna, nonchè della calcioemia, con potassiopenia. La formula leucocitaria non ha subito variazioni.

Ghiron M. — *Sulla terapia di alcune forme di diatesi emorragica.* — L'O. ha sperimentato il peptone, in dose di 1/2 gr. al giorno, e, in alcune manifestazioni emorragiche femminili, la terapia dei raggi X: risultati eccellenti.

Arrigoni A. (Milano). *La diatesi emorragica nella endocardite lenta.* — In 18 casi di endocardite lenta, l'O. ha visto ricorrere 8 volte sintomi di diatesi emorragica. La patogenesi di tale fenomeno sembra all'O. triplice, potendo esso essere legato: 1) a un fattore vascolare (fragilità vasale da stimolo tossi-infettivo prolungato sui fini vasi arteriosi della cute), di gran lunga il più frequente; 2) a un fattore piastrinopenico, con alterazioni anche qualitative delle piastrine (piastrine giganti, lembi protoplasmatici megacariocciti circolanti con segni di piena attività piastrinogenetica), fattore dipendente da una causa mielotossica e da una causa batterica che agisce in sito, alterando primitivamente il sistema piastrinoblastico; 3) alla microembolia, non collegata da alcun rapporto ai precedenti fattori, espressione di un fatto locale (emboli micotici, che partendo dal trombo endocarditico vanno ad arrestarsi nei capillari della cute). E' rara, in pratica.

L'O., notata la frequenza notevole con cui nella endocardite lenta ricorre il fenomeno porpora emorragica, discute sulla base dei fattori patogenetici precedentemente esposti, la impropriet\u00e0 della denominazione «endoteliosi emorragica» data a detta manifestazione purpurica.

Arrigoni A. (Milano). *Leucemia acuta microemocitoblastica con porpora sintomatica grave.* — Nel caso riferito dall'O. si trattava di una leucemia a decorso clinico di una forma infettiva acuta grave, con reazione mieloide del sangue, costituita per lo più da microemocitoblasti. Numerosissimi punti emorragici non confluenti interessavano la cute di tutto il corpo, la retina, la pleura e il pericardio. Tale porpora concomitava con la presenza in circolo di numerose cellule endotelioidi, dall'O. interpretate come provenienti dalle sedi periferiche dell'albero circolatorio (porpora angiopatica). Iniezioni endovenose massive di triplanblau, eseguite negli ultimi giorni di vita, non hanno permesso di rintracciare inclusioni granulari della sostanza colorante negli endoteli circolanti. Col presente caso viene così segnalato un meccanismo di produzione della porpora emorragica sintomatica assai singolare nelle forme leucemiche.

Schiassi F. (Bologna). — *La splenectomia nella porpora emorragica.* — L'O. ha da oltre un anno in osservazione due malate: l'una di 40 anni, l'altra di 39, che hanno presentato la sindrome clinica del m. di Werlhof. La prima di queste malate, che è stata poi sottoposta a splenectomia, presentò una sindrome emorragica gravissima recidivante; ad ogni recidiva la vita di lei fu in pericolo (petecchie, suffusioni emorragiche sottocutanee, emorragie dalle gengive, dal naso, dallo stomaco, dall'intestino, dalla vescica, dall'utero, dal fondo dell'occhio e probabilmente meningee). Esisteva splenomegalia, ipertermia, reazione di Wassermann positiva; nel sangue assenza di piastrine durante le recidive. L'a. dopo tre mesi dalla splenectomia gode perfetta salute. La seconda inferma presentò all'incirca la stessa sindrome, ma più attenuata. L'esame microscopico rivelò un tipo di milza emolitica, con iperplasia follicolare considerevole e iperplasia dei cordoni di Billroth, con numerosi elementi del reticolo con segni di fagocitosi e globuli rossi. L'O. avanza l'ipotesi che l'iperplasia della milza esercitasse nei suoi casi un freno eccessivo sul midollo, in modo da provocare una minore attività di esso.

Sulla comunicazione Schiassi prendono la parola Gabbi, Cesa-Bianchi, Di Guglielmo, Ferrata. Ad essi, poi risponde l'O.

Schiassi. Al prof. Gabbi, l'O. risponde di aver tentato prima della splenectomia per un anno intero tutte le altre risorse terapeutiche. In una delle due malate fu fatta anche la sterilizzazione con i raggi X perchè le emorragie più abbondanti provenivano dall'utero: ma la sindrome ematologica rimase immutata e la sindrome clinica presentava recidive frequenti.

La possibilità che si trattasse di una pseudoleucemia linfatica non era convalidata da alcun fatto.

Conferma quanto ha detto il Prof. Cesa-Bianchi che purtroppo i medici e i chirurgi spesso non si rendono conto della gravità della forma morbosa e perciò non vengono eseguiti in maggior numero interventi tempestivi che possono salvare i malati.

Al Prof. Di Guglielmo fa notare che in molti casi come nei due illustrati la sindrome ematologica sta ad indicare una insufficienza midollare totale. Riguardo ai pericoli dell'intervento cita la statistica di Mayo che su oltre 400 splenectomie (di cui più di 40 per porpora) ha avuto una mortalità del 5 %.

Al Prof. Ferrata esprime il proprio ringraziamento per avere con tanta autorità confermata la tesi della ipersplenia e della insufficienza totale midollare.

Si compiace infine che Ferrata Cesa-Bianchi e Di Guglielmo siano fautori della splenectomia nella porpora costituzionale, cioè di un intervento grave sì, ma che rappresenta l'unica terapia causale di efficacia immediata.

Seduta antimeridiana del 20 ottobre

III Tema di Relazione

(in comune con la Società Italiana di Chirurgia)

LA STITICHEZZA ABITUALE

PARTE I

prof. FRANCESCO SCHIASSI (Bologna)
Relatore per la parte medica

1) Nell'uso comune *stitichezza abituale* significa quella sindrome caratterizzata da un disturbo funzionale primitivo della attività motrice del tubo digerente, che si rivela con ritardato o incompleto votamento dell'alvo. Si ritiene dai più che il segmento primitivamente interessato sia il crasso.

Con questa definizione si intende eliminare i casi in cui il progredire e l'emissione delle feci è ostacolato principalmente da un impedimento meccanico grossolano.

2) La definizione così chiara dal punto di vista teorico, incontra difficoltà notevoli quando si tratta di applicarla ai casi concreti, cioè alla diagnosi clinica, perchè si deve ammettere che

Digitized by Google

in pratica la sintomatologia della stitichezza funzionale, determinata cioè primitivamente dalla alterata funzione motrice, è spesso identica a quella della stitichezza meccanica, dovuta cioè primitivamente ad un ostacolo meccanico.

3) L'idea direttiva per la diagnosi clinica della stitichezza abituale è la seguente: il malato di stitichezza abituale presenta un quadro morboso che egli circoscrive all'intestino, in cui però la sindrome intestinale è un dettaglio in mezzo a un cumulo di sintomi neurotici, che interessano tutto l'individuo nel duplice aspetto fisico e psichico.

4) La forma di stitichezza che più facilmente possiamo rilevare è quella caratterizzata dal ritardo dell'emissione delle feci; più difficile da riconoscere è la forma in cui predomina l'eccessiva durezza degli escrementi e la difficoltà di emetterli, per cui si ha un incompleto votamento dell'alvo. Infine è da ricordare una terza forma rara in cui il votamento si presenta ora a intervalli lunghi con emissione di feci durissime, ora a intervalli brevi con scariche frequenti di feci liquide e diarroiche per lo più contenenti muco.

5) La stitichezza abituale secondo l'opinione corrente, è il risultato di una alterazione della funzione motrice del crasso.

Tutte le volte che ci proponiamo di studiare un processo morboso sentiamo la necessità di partire da quel complesso di nozioni basali che costituiscono la cosidetta anatomia clinica degli organi o dell'organo colpito, nel nostro caso del crasso. Ma noi manchiamo di quelle nozioni anatomiche dell'intestino crasso che più sarebbero necessarie a scopo clinico.

Il medico che si trova davanti al malato di stitichezza abituale nella indagine etiologica del processo morboso deve risolvere prima di tutto questo quesito: quali saranno i caratteri anatomici quantitativi (lunghezza; larghezza; capacità), di forma (austrazione), topografici (posizione delle flessure del ceco, del trasverso, del colon) del crasso?

Per i caratteri quantitativi le nozioni tradizionali danno i seguenti valori:

La capacità totale del crasso varia da 1500 e 2500 cmc.; la lunghezza di tutto il crasso studiata nei soldati oscilla da cm. 150 a 210; la lunghezza del trasverso oscilla da 30 a 83.

Per i caratteri di forma le varianti sono poche, se si considerano i soli reperti anatomici, ma diventano numerose se si considerano i reperti radiologici in cui la forma è inscindibile dallo stato funzionale. La grandezza delle saccocce, la profondità dei solchi, l'ampiezza, il diametro del lume (studiati da Singer e Holzknecht col clisma opaco) variano tanto da rendere l'aspetto del colon molto diverso nei vari individui.

Anche i caratteri anatomici topografici (posizione alta o bassa del ceco o del trasverso, posizione delle flessure) presentano negli individui normali un così grande numero di varianti, che siamo ben lontani dall'aver raggiunto per essi una nozione concorde.

Data una così grande incertezza di nozioni anatomiche, si consideri quanto pericoloso sia connettere un determinato stato patologico con una particolare condizione anatomica: per es. la stipsi di tipo trasverso con una posizione bassa del colon trasverso; la stipsi spastica con un'austrazione accentuata oppure con una determinata ampiezza del colon riempito col clisma opaco.

E allora quale potrà essere la fonte delle nostre nozioni di anatomia clinica?

L'anatomico offre una collezione di fatti concreti minutamente studiati: egli ha misurato la lunghezza e la capacità, descritta la forma, determinata la posizione del colon, supponiamo di 100 individui, e ha trovato valori oscillanti da un minimo a un massimo, che sono fra loro molto distanti.

Il medico che si trova di fronte all'imponente disturbo funzionale di un soggetto che va di corpo, per es. ogni 7 giorni, constatata con l'indagine radiologica la grandezza, la forma e la posizione del crasso, domanderà: è normale o abnorme?

L'anatomico, seguendo l'indirizzo tradizionale, risponderà: se ha una capacità superiore ai cmc. 2500 o inferiore ai 1500, se è più lungo di 210 cm. o più corto di 150 cm., se il trasverso è più alto o più basso di cm. X dell'ombelico è abnorme.

Il clinico non può appagarsi di questa risposta perchè l'essere un crasso 1/3 più lungo e più capace di un altro, l'essere una sua parte, per es. il sigma di 80 o 45 cm. può avere importanza nella genesi dei fenomeni patologici di questo organo. Da ciò deriva un altro problema di grande importanza per il clinico: come si possono determinare i caratteri del crasso normale e come si possono classificare tutte le varianti del crasso nel vivo per valutarle in rapporto coi fenomeni morbosi.

6) Il mio maestro prof. Viola da molti anni sostiene che di fronte alla straordinaria variabilità dei caratteri anatomici sia possibile stabilire la norma soltanto dopo aver determinato in un numero considerevole di soggetti sani i caratteri degli organi interni in rapporto al tipo costituzionale. Il carattere più frequente negli individui sani e appartenenti al gruppo dei normotipi è il carattere normale; tutti gli altri caratteri stanno nel campo delle varianti. Il problema delle varianti è posto da Viola in questi termini: esiste una stretta correlazione tra forma corporea anatomica e variante radiologica?

Il medico ha scarsi mezzi per il rilievo nel vivente dei caratteri anatomici (quantitativi, di forma e topografici) dei visceri: i mezzi tradizionali d'indagine consentono di cogliere soltanto dati molto grossolani L'indagine radiologica, sotto questo punto di vista, ha permesso di fare un passo innanzi fornendoci nozioni anatomiche dell'individuo vivente. Ma se esiste una triplice correlazione fra forma esterna corporea, variante anatomica, variante radiologica, il problema pratico anatomico potrà essere risoluto perchè potremo dalla 1ª e 3ª correlazione constatabile in vita dedurre la seconda.

Ponendo il quesito in termini così chiari la medicina pratica ancora una volta nello sviluppo storico delle nostre discipline incita a nuove ricerche negli studi anatomici, che sembravano essersi cristallizzati in una forma non più suscettibile di mutamenti di indirizzi.

Viola è stato il creatore di questo indirizzo negli studi anatomici e le prime ricerche furono compiute dietro suo suggerimento da Messedaglia. Oggi si contano parecchi anatomici che hanno sentito la necessità della revisione del loro programma tradizionale e già si afferma in Italia per opera di Castaldi e Luna, in Germania per opera di Hammar e Lubosch un indirizzo nelle scuole anatomiche che intende stabilire rapporti di combinazione e correlazione fra la forma somatica considerata nel suo insieme e i caratteri anatomici dei singoli organi. Non insisto più su questo argomento che mi porterebbe troppo lontano dal punto di partenza: la stitichezza.

Mi premeva però di ricordarlo perchè esso è un caposaldo del programma della nostra Scuola che fu stabilito dal Viola circa 30 anni or sono e rappresenta un indirizzo nuovo nello studio di quella disciplina, l'anatomia, che fu la madre della medicina pratica moderna e che continuerà ad esserlo se porgerà ascolto ai bisogni attuali della figlia primogenita.

I risultati delle indagini radiologiche e antropometriche compiute in collaborazione col radiologo Dr. Sighinolfi e riguardanti la forma e la posizione del colon nei tipi morfologici costituzionali saranno ricordati dopo che avrò parlato della fisiologia del colon, perchè la forma e la posizione di questo organo dipendono in larga misura dallo stato funzionale.

7) L'oscurità della funzione motrice del colon dell'uomo fu rotta soltanto da un rilievo di Holzknecht (1909) il quale su mille intestini esaminati riuscì a vedere due volte i movimenti che furono da lui chiamati grandi movimenti del colon o motus peristalticus magnus.

I grandi movimenti del colon possono determinare uno spostamento del contenuto in direzione anterograda e retrograda. Fra i grandi movimenti del colon vanno ricordati anche i grandi movimenti pendolari di Rieder, che determinano una dislocazione delle anse intestinali, ma non una dislocazione del contenuto.

Sicuri movimenti peristaltici non sono stati osservati nella porzione ascendente del crasso: molto discussa è la loro presenza nel trasverso: fatti probativi stanno in favore della peristalsi nel colon discendente. Nell'uomo sono stati descritti piccoli movimenti del colon (movimenti ameboidi di Serena) che hanno principalmente lo scopo di rimescolare il contenuto. È dubbio che i piccoli movimenti di scorrimento delle austra servano a spostare il contenuto.

Movimenti retrogradi sono stati sicuramente messi in evidenza da molti radiologi: secondo l'opinione dei più autorevoli è da escludersi l'intervento di onde antiperistaltiche, che nell'uomo non furono mai osservate.

8) Se a così pochi rilievi sicuri si riducono le nostre cono-

Digitized by Google

scenze delle forze che fanno progredire il contenuto del crasso prossimale, non sorprenderà che vi sia chi consideri la vis a tergo prodotta dalla attività motrice del tenue, come il fattore causale principale dello spostamento del contenuto del crasso.

9) Il problema delle varianti funzionali del crasso deve essere posto negli stessi termini del problema delle varianti anatomiche: dato un ammalato che presenta un determinato tipo costituzionale morfologico (si chiami tipo longilineo o brevilineo di Viola, tipo digestivo o cerebrale o respiratorio o muscolare di Sigaud, tipo picnico e leptosomico di Kretschmer) quale sarà la correlativa particolarità funzionale del colon e quali saranno quindi le particolarità delle alterazioni a cui può andare incontro?

10) Risulta evidente dalle ricerche fatte (Schiassi, Sighinolfi) che l'aspetto radiologico del colon presenta nei due tipi costituzionali fondamentali caratteri antitetici e precisamente: nel megalosplancnico austrazioni accentuatissime, suddivisioni del contenuto in globi distanziati l'uno dall'altro; talora aspetto a sottile nastro del colon discendente; nei microsplancnici austrazione poco accentuata, per cui la colonna centrale risulta di calibro notevole, globi fecali avvicinati congiunti dalla colonna centrale.

11) Etiologia. La stitichezza abituale è una condizione morbosa i cui molteplici fattori causali si perdono nella confusione creata da un cumulo di interpretazioni, basate su impressioni e non su fatti clinici e sperimentali probativi.

a) Fattori psichici: la stitichezza abituale è un tormento riservato alle popolazioni civili e fra le varie classi delle popolazioni civili le classi colte sono le più colpite. Le abitudini sociali convergono nell'intento di inibire il fenomeno riflesso della emissione delle feci. L'osservazione empirica quotidiana consente di pensare che innumerevoli incitamenti sensitivi e sensoriali, che arrivano alla soglia della coscienza (quindi psichici) agiscono sul riflesso del votamento dell'alvo inibendolo e creando così la stitichezza.

b) Azioni nervose riflesse che si compiono nell'ambito della vita vegetativa. Molte affezioni viscerali (delle vie biliari, dello stomaco, della appendice, delle vie urinarie, degli annessi) s'accompagnano alla stitichezza. Il rapporto di frequenza varia: in certe affezioni, come l'ulcera gastrica e duodenale, il rapporto diventa quasi costante.

c) Condizioni organiche. È necessario mettere in chiaro il posto che spetta a certe condizioni organiche a sede intestinale nella gerarchia dei fattori causali della stitichezza abituale.

a) Condizioni organiche congenite: anomalie di forma e posizione dell'intestino; membrane.

La stipsi abituale accompagna spesso le anomalie di forma e di posizione del crasso, che sono in parte o totalmente il risultato di errori di sviluppo, ma esse non agiscono con un unico meccanismo causale, cioè mediante la produzione di un ostacolo meccanico. È un fatto indiscutibile che con il ceco mobile, con la ptosi intestinale si ha spesso associata la sindrome della stitichezza. Ma se la mobilità del ceco fosse causa di questa sindrome esclusivamente per condizioni meccaniche create dal breve tratto di mesenterium commune ileocolico, la stitichezza non dovrebbe mancare mai nei casi di mesenterium commune esteso a tutto o a gran parte dell'intestino. Ciò non si verificava nei casi di Schiassi, Possati, Steinke, e quando associata al mesenterium commune v'era la stitichezza (caso Vigi) questa s'accompagnava a un corteo sintomatico vagotonico gastrointestinale in cui non si saprebbe come fare intervenire il fattore meccanico.

Non si può negare l'importanza delle anomalie costituzionali come fattori causali della stitichezza, ma esse non sono fattori esclusivamente meccanici. L'anomalia di sviluppo, che si rivela con manifestazioni grossolane nei caratteri anatomici dell'intestino, è con ogni verosimiglianza collegata ad un'anomalia anatomica o funzionale del sistema nervoso vegetativo, per cui questo agli impulsi normali o abnormi della vita presenta quella particolare reattività che nella letteratura moderna è chiamata vagoestesia (Castellino) parasimpaticostenia (Pende) o vagotonia (Hess e Eppinger).

In quanto alla importanza delle membrane congenite dell'intestino crasso come fattori causali di stitichezza, i lunghi periodi di compenso intercalati ai periodi di stitichezza nei soggetti che presentano tali membrane stanno ad indicare l'intervento, oltre che del fattore meccanico, di un fattore funzionale.

b) Condizioni organiche acquisite. Fra queste vengono considerate le aderenze infiammatorie. Se da un lato non si può negare che estese aderenze sono in grado di determinare gravi disturbi della canalizzazione intestinale con stipsi e crisi occlusive, dall'altro si deve riconoscere che nella grande maggioranza dei casi le aderenze non determinano la stitichezza e se questa interviene, si è autorizzati a credere o che si tratti di una estensione eccezionale delle aderenze o che altri fattori esercitino una azione preponderante. Lo stabilirsi delle aderenze è frequentissimo dopo le laparotomie: le statistiche danno percentuali oscillanti dal 15 % al 91 %. È evidente che se le aderenze si stabiliscono con così grande frequenza dopo le laparotomie, qualora esse avessero una importanza notevole come fattori causali di stitichezza, questo disturbo si dovrebbe riscontrare in un'alta percentuale di operati. E ciò non si verifica.

Siccome la reazione connettivale di fronte a stimoli di diversa natura è in rapporto coi caratteri costituzionali dell'organismo (Payr), di questa nozione debbono far gran conto i chirurghi che si accingono a resecare aderenze per combattere la stitichezza, in quanto l'intervento può costituire la spinta alla formazione di nuove aderenze.

d) Ghiandole a secrezione interna. Sono stati distinti tre tipi di stitichezza di origine ormonica: stitichezza ipotiroidea; stitichezza ipopituitarica; stitichezza ipersurrenale. Vi sono donne che hanno sofferto di stitichezza ostinata per tutta la vita e che soltanto durante la gravidanza, senza fare alcuna cura e senza modificare le abitudini di vita sono state liberate dal male. In questi casi è giustificata l'ipotesi dell'intervento di fattori ormonici.

e) Ereditarietà. Una indagine anamnestica statistica fatta in un numero notevole di soggetti con stitichezza abituale dimostra che non è raro riscontrare nella stessa famiglia più individui colpiti da stipsi, sia pure di diversa gravità e di diversa forma.

f) Errore alimentare. Da solo non è in grado di determinare nel sano la stitichezza abituale, intesa così come è stata definita nei numeri 1, 2, 3.

Nello studio etiologico della stitichezza si sono riscontrate condizioni morbose e organiche, le quali vanno, sì, collocate nella costellazione dei fattori causali del processo, ma ad esse è spesso aderente uno stato psichico abnorme e una condizione abnorme del sistema nervoso vegetativo, senza di che la condizione organica potrebbe rimanere latente.

12) Patogenesi. Nello studio del meccanismo col quale i molteplici fattori causali creano il quadro morboso della stitichezza abituale vengono considerati: a) le neurosi; b) il neurotono vegetativo (la costituzione biochimica e l'equilibrio degli elettroliti); c) la discinesia dell'intestino.

a) Le neurosi. Le abitudini della vita sociale cominciano a turbare nel bambino il meccanismo riflesso della emissione delle feci e a poco a poco tendono a creare un meccanismo nuovo con cui questa funzione deve diventare volontaria, da compiersi quando le circostanze imprevedibili lo consentono. Se le funzioni nervose hanno la labilità caratteristica dei neuropatici manca l'adattamento alla nuova condizione e ne risulta un profondo turbamento della emissione delle feci (dischezia). Le necessità della vita sociale non determinano la stitichezza in tutti, per la stessa ragione per cui un agente infettivo, diffuso nell'ambiente non crea in tutti la malattia e quando la crea questa non presenta gli stessi caratteri. La malattia balza fuori dal comportamento particolare dell'organismo neurotico di fronte ai fattori capaci di turbare il ritmo ordinario delle funzioni vegetative e il comportamento particolare è il prodotto della costituzione dell'individuo considerato nel suo duplice aspetto psicofisico.

Il meccanismo con cui avviene la reazione abnorme intestinale a stimoli aventi origine in un punto qualunque dell'individualità psicofisica è avvolto nel più fitto mistero.

b) Il neurotono vegetativo. La costituzione biochimica: l'equilibrio degli elettroliti. Il simpatico ha un'azione inibitrice rispetto alla motilità dell'intestino, il parasimpatico una eccitatrice. Il Na e il K hanno un'azione eccitatrice come il parasimpatico: il Ca un'azione inibitrice come il simpatico. Risulta da numerosi dati sperimentali che un nuovo elemento si connette all'azione già complessa del simpatico e del parasimpatico, la

Digitized by Google

modifica, la esalta o la annulla: questo nuovo elemento è la concentrazione degli elettroliti nelle cellule che ricevono impulso nervoso.

Finchè il modo particolare individuale di esplicarsi dell'azione del simpatico e del parasimpatico veniva riferito a modificazioni del tono dei nervi, si era di fronte ad un elemento inafferrabile, ma se questo modo particolare d'azione del sistema nervoso vegetativo si può mettere in rapporto con la concentrazione di elementi come il Na, il Ca, il K v'è da sperare che la tecnica della microchimica consenta di stabilire in base a dati quantitativi le particolarità individuali dell'azione del simpatico e del parasimpatico.

L'azione del Na e del K da un lato, del Ca dall'altro non si deve concepire come l'azione di sostanze che eccitano il simpatico e il parasimpatico: si può pensare invece che lo stimolo nervoso parasimpatico sposti la concentrazione degli elettroliti di una cellula nel senso che determina il prevalere del Na o del K in quella cellula stessa; lo stimolo del simpatico determina invece di prevalere del Ca. Un soggetto che abbia nel suo sistema vegetativo un predominio degli elettroliti Na e K, cioè ad azione vagale, si comporterà, anche di fronte agli stimoli normali della vita, come un soggetto vagoestesico o vagotonico. La fisiologia e la patologia degli elettroliti potrebbe consentire un giorno di controllare con i metodi quantitativi della indagine clinica il meccanismo cellulare con cui può realizzarsi la particolare reazione abnorme del sistema nervoso vegetativo che si manifesta con il perturbamento della progressione ed emissione delle feci caratteristico della stitichezza. Uno stimolo psichico o fisico, anche se appartenente alla categoria degli stimoli normali della vita, può creare la stitichezza se alla frontiera attiva del sistema vegetativo cioè nell'apparato mienterico trova una costituzione biochimica capace di produrre la reazione abnorme.

c) *La discinesia intestinale.* La reazione abnorme caratteristica della stitichezza si presenta alla osservazione clinica con sindromi diverse, in cui si passa per gradi dall'una all'altra forma. I gradi estremi sono rappresentati dalla sindrome della stipsi spastica e della stipsi atonica (Fleiner). A confermare il concetto di Fleiner nelle sue linee fondamentali concorsero i risultati della indagine radiologica, che descrisse due aspetti particolari del colon: il colon spastico e il colon atonico.

Studiando il valore che può avere l'aspetto variabilissimo del colon in rapporto alla progressione delle feci si è riscontrato che l'aspetto della stipsi atonica si può trovare negli individui a proporzioni longitipiche, indipendentemente da qualunque disturbo intestinale, e che l'aspetto della stipsi spastica si può trovare in individui a proporzioni brachitipiche, aventi l'intestino perfettamente regolare. Ne deriva che quando si riscontrano quegli aspetti negli stitici non si è autorizzati a considerarli come espressione del turbamento funzionale, che è causa della stipsi stessa.

Se nella attività del crasso non si trovano alterazioni che giustifichino il ritardo del circolo fecale, per spiegare la stipsi spastica e atonica si deve considerare anche l'importanza della vis a tergo del tenue e delle discinesie del tenue. Questo è un campo del tutto inesplorato.

13) Terapia. I soggetti con stitichezza abituale in cui non si riscontra alcuna lesione anatomica debbono essere dapprima curati con tutte le risorse della terapia medica. Questo punto di vista è universalmente accettato.

Discrepanza di opinioni è sorta riguardo la cura dei soggetti con stitichezza abituale, in cui l'indagine radiologica mette in evidenza le particolarità anatomiche ricordate a proposito della etiologia. Fortunatamente i chirurghi hanno gettato il ponte per un accordo riconoscendo che nè le aderenze nè le membrane, nè le inginocchiature, nè le anomalie di forma e di posizione sono capaci da sole di produrre fatalmente la stipsi se non si associa ad esse un fattore funzionale (Donati, Payr). Quindi se anche i chirurghi riconoscono la costanza dell'intervento di un fattore dinamico, sia pure con una diversa graduazione della sua importanza nella gerarchia dei fattori causali, l'ammalato di stitichezza abituale deve essere sottoposto sempre a un tentativo di cura medica.

Nella cura medica della stitichezza si debbono prendere in considerazione: l'alimentazione, i medicamenti, le pratiche di terapia fisica, la psicoterapia.

a) *L'alimentazione.* L'esperienza dimostra che nella grande maggioranza degli stitici la dieta più conveniente è quella ricca di frutta e verdura, cioè di alimenti che contengono molta cellulosa. Ciò sembra paradossale se si considera da un lato che gli alimenti ricchi di cellulosa danno molti residui, che possono costituire uno stimolo meccanico per lo intestino; dall'altro che la maggioranza degli stitici (2/3 secondo Mathieu e Roux), appartiene alla categoria degli stitici spastici. Se gli spasmi fossero prodotti principalmente da stimoli meccanici, la grande maggioranza degli stitici dovrebbe essere curata con la dieta povera di cellulosa. In realtà si verifica il contrario e cioè che la grande maggioranza risente beneficio da una dieta ricca di cellulosa (frutta e verdura).

Un alimento molto utile agli stitici è l'olio di ulivo.

b) *Medicamenti.* L'uso della atropina e dei preparati di belladonna il più delle volte non è sufficiente a curare la stitichezza, anche quando questa ha i caratteri della stipsi spastica.

Notevole vantaggio si può ottenere dalla associazione alla atropina e alla belladonna della papaverina, usata nella dose di 15-20 ctgr. al giorno.

Si può dire che per giudizio concorde di quanti si sono occupati dell'argomento è da abbandonare l'uso continuato di purganti per combattere la stitichezza abituale.

Considerando però che la concentrazione degli elettroliti è il fenomeno basale con cui si esplica sulla cellula muscolare intestinale l'attività del simpatico e del parasimpatico, nuovi orizzonti terapeutici si schiudono alla esperienza dei medici pratici, dai quali orizzonti non si possono escludere a priori le acque minerali che possono agire sulla funzione motrice intestinale, non per effetto di una azione diretta sul vago o sul simpatico, ma per effetto del cambiamento della concentrazione degli elettroliti del protoplasma cellulare.

c) *Terapia fisica.* Tutte le pratiche di terapia fisica possono riuscire vantaggiose per l'influenza che esercitano sullo stato nevrotico del malato. Non bisogna credere però che questa influenza si possa raggiungere per via della suggestione con qualunque *mise en scène* terapeutica: la terapia fisica sarà efficace soltanto se diretta a modificare l'attività intestinale, perchè lo stitico abituale è, sì, un neurotico, ma un neurotico in cui è avvenuta una netta localizzazione organica della neurosi.

d) La *psicoterapia* fa parte del piano terapeutico di ogni malattia, ma nel caso della stitichezza abituale un tentativo di modificare lo stato psichico ha una importanza particolare. La tecnica della psicoterapia non può essere fissata da norme precise: la parte essenziale spetta alla intuizione del medico, il quale però non deve mai limitare la sua attività ai soli argomenti persuasivi, poichè il disturbo intestinale è una realtà concreta che il medico deve combattere con le regole dietetiche, con i medicamenti, con le cure fisiche.

Parte II

prof. SAVERIO SPANGARO (Verona)
Relatore per la parte chirurgica

Per farsi un'idea il meno incompleta possibile della stasi intestinale cronica e poterla meglio curare è necessario conoscere specialmente l'*anatomia* e la *fisiologia*, del grosso intestino poichè è appunto in esso che, nella quasi totalità dei casi, si svolge la stipsi.

Due elementi sono stati oggetto principale del mio studio: 1° l'*apparato legamentoso* o di *sostegno dell'intestino*; 2° la *forma e disposizione del grosso intestino*.

Dirò brevemente che il grosso intestino, a partire dalla regione ileo-cecale fino al colon sigmoideo, è tutto intorno raccomandato all'azione fissatrice o di sostegno del peritoneo e di sue particolari duplicature od ispessimenti, sotto forma di pliche, di benderelle, di lamine, di legamenti.

Dal confronto dell'apparato legamentoso del grosso intestino degli individui robustamente costituiti nel senso morfologico di De Giovanni e di Viola, con quello dei deboli, dei longilinei è emersa evidente da parte di quest'ultimi una incostanza e deficienza di sviluppo.

Negli individui robustamente costituiti il colon trasverso sale obliquamente da una regione renale all'altra descrivendo una leggera curva caudoconvessa; negli individui deboli al con-

Digitized by Google

trario, nei microsplancnici, nei longilinei tanto il mesocolon trasverso, quanto il legamento gastro-colico, sono molto lassi ed alti.

Ne consegue che gli individui longilinei abbiano un colon che discende molto in basso verso la piccola pelvi. La deficienza dell'apparato legamentoso dell'intestino e la aplasia della muscolatura striata, per la deficienza del tono spiegano la grande tendenza agli spostamenti ed alle ptosi in questi tipi.

Una innervazione *estrinseca* ed una *intrinseca* governano e regolano l'attività del tubo gastro-enterico. L'innervazione estrinseca è rappresentata dal *sistema nervoso simpatico* e dal *parasimpatico*.

Il parasimpatico regolerebbe l'attività motoria, la peristalsi dell'intestino e quella secretoria, mentre il sistema nervoso simpatico regolerebbe la circolazione ed il tono.

Il sistema nervoso intrinseco è rappresentato dai plessi nervosi di *Auerbach* e di *Meissner* con i quali entrano in rapporto nobile del sistema parasimpatico e simpatico.

Il sistema nervoso intrinseco è capace di regolare da solo, automaticamente l'attività intestinale, anche quando l'intestino è completamente separato dal corpo dell'animale.

Se per la funzione è necessario lo stimolo, cioè l'*eccitazione*, la funzione può grandemente variare per il differente grado della *eccitabilità* intestinale.

Su questa possono avere grande influenza i due sistemi nervosi estrinseci.

Oltre che dal sistema nervoso l'attività motoria dell'intestino dipende dalle proprietà caratteristiche delle fibre muscolari, ogni fibra muscolare avendo caratteri adatti e corrispondenti a quelli della funzione che deve compiere.

Molto importante è la *digestione o fermentazione batterica* delle sostanze incluse entro inviluppi vegetali (cellulosa ed emicellulosa) poco o punto intaccabili dagli enzimi.

Molto importante è parimenti la funzione assorbente dell'intestino crasso venendo da esso assorbita gran parte dell'acqua contenuta nei residui alimentari.

Quando l'azione della fermentazione batterica cessa od è troppo scarsa, s'inizia allora il processo della *putrefazione batterica* dei residui alimentari e dei contenuti intestinali.

Mentre il primo processo è utile per l'organismo, il secondo è dannoso, potendo produrre fatti d'intossicazione.

Non va trascurata neppure un'altra funzione del grosso intestino sulla quale ha insistito giustamente il Sanarelli, quella della *eliminazione batterica* dei microrganismi circolanti nel nostro sangue i quali, in virtù di un enterotropismo, tenderebbero ad eliminarsi attraverso la mucosa del grosso intestino, dell'appendice.

Patogenesi

Così prospettate la condizione anatomica e le attività funzionali del grosso intestino, sono passato a considerare i fattori che sono capaci di influenzarle e danneggiarle in maniera tale da produrre la stipsi.

Detti fattori etiopatogenetici possono essere distinti in tre gruppi:

1° *fattori funzionali;* — 2° *fattori costituzionali;* — 3° *fattori meccanici.*

1° *Fattori funzionali* — Tra questi vengono considerate le deficienze ormoniche. Le Heux ad esempio ha isolato dalla stessa parete intestinale una sostanza, la colina, capace di stimolare la peristalsi. La glandola tiroide, la milza, le surrenali, l'ipofisi contengono sostanze capaci di manifestare un'azione sull'attività motoria dell'intestino.

Lo *stato di civilizzazione* è in generale causa di stipsi funzionale, poichè troppe volte ci costringe alla innaturalezza dell'atto.

La repressione dello stimolo al suo primo manifestarsi conduce alla insensibilità ed al torpore del riflesso.

L'effetto della vita domestica si appalesa anche negli animali; il cane ed il gatto ad es. vanno incontro alla stitichezza, mentre non ne soffrono gli animali allo stato selvaggio, che defecano al primo annunciarsi del bisogno.

Grande influenza sul prodursi della stitichezza ha la *qualità e quantità degli alimenti.*

Se questi sono tali da lasciare poche scorie, queste non riescono a stimolare sufficientemente la peristalsi, per cui la defecazione avviene con ritardi, talvolta notevolissimi.

Che la causa risieda in un difetto di stimolazione riesce dimostrato dal fatto che modificando la dieta si corregge la stipsi.

Lo stato di eccitazione o di eccitabilità del sistema nervoso può evidentemente spiegare un'influenza evidente agendo prevalentemente ora sul sistema parasimpatico, ora sul simpatico.

Per convincersi di tali influenze basti ricordare gli effetti delle emozioni le quali si manifestano tal volta con fatti di maggiore attività motoria e secretoria (scariche diarroiche) ora con fatti d'inibizione.

In analoga direzione agiscono gli eccitamenti psichici, gli sports, gli stati depressivi.

Stipsi riflesse, dovute all'azione del sistema nervoso, sono parimenti quelle che sono determinate e sostenute, per via riflessa, da lesioni organiche infiammatorie sia del tubo digerente. come ulceri, ragadi, — da corpi stranieri infitti nella cavità peritoneale (scheggie di granata ad esempio), — come quelle determinate da processi flogistici dei genitali interni, delle vie biliari, dell'apparato urinario.

Tra le cause di stipsi vanno ancora ricordate le *influenze tossiche* come quelle della nicotina, della morfina, del piombo.

2° *Fattori costituzionali* — Esistono è vero, delle ptosi viscerali acquisite, ma il fattore patogenetico prevalente è, io credo, quello costituzionale.

Il tipo longilineo è particolarmente disposto alla ptosi viscerale, a quella del colon trasverso in particolare.

Il torace ristretto e schiacciato, le pareti addominali aplasiche ed ipotoniche male si prestano a contenere e sostenere lo stomaco allungato, verticale, ipotonico, ingrandito e i visceri ipocondriaci, per cui questi tendono a discendere verso la metà inferiore dell'addome.

La ptosi del colon è facilitata oltre che da queste ragioni anatomiche e funzionali anche, come facemmo già notare, dalla robustezza e debolezza dell'apparato legamentoso.

Se a queste condizioni noi aggiungiamo il dato, da noi constatato, della maggiore lunghezza del colon dei longilinei, in confronto di quello degl'individui costituzionalmente robusti, si comprende come il colon dei primi sia costretto, per trovare posto e svolgersi, a descrivere parecchie volute.

Queste implicano formazione di inflessioni, di inginocchiature per cui, ad elementi costituzionali, funzionali, dinamici si aggiungono elementi meccanici, capaci di ostacolo tale da potere favorire, anche per tal guisa, la stasi intestinale cronica.

3° *Fattori meccanici* — Tra i fattori meccanici che possono formare un ostacolo al progredire delle materie fecali consideriamo i vizi di posizione congeniti del colon: — il cieco esageratamente mobile, — le ptosi totali o segmentarie del colon — il dolicosigma, — il megacolon, — le aderenze, — le membrane, — le inflessioni angolari, — le deficienze delle pareti addominali, — gli sventramenti, le ernie, — i prolassi, — gli stati spastici permanenti, — gl'impedimenti rappresentati dalla valvola di *Houston,* — dalle emorroidi, — dalle ragadi anali.

Tutte queste condizioni *possono, non devono* senz'altro produrre la stipsi; perchè questa si verifichi conviene si aggiunga un certo *deficit dinamico* o funzionale che dir si voglia, avendo detti fattori meccanici solo il valore di *stenosi relative.* Sotto la designazione deficit o quota dinamica, funzionale, comprendesi l'elemento motore, secretorio, vaso-motore, nervoso.

La stasi intestinale cronica può quindi, in tali casi, considerarsi come la risultante della somma di una quota organica od anatomica, più una quota dinamica o funzionale.

Ne viene di conseguenza che ad indurre la stasi, quanto più grande sarà la quota anatomica, tanto più piccola avrà bisogno di essere quella dinamica, e viceversa.

Questo concetto del Payr facilita molto il modo di interpretare la forma di stitichezza ed il piano di cura.

Finchè l'impedimento indotto dall'una o dall'altro dei tanti fattori meccanici non produce la stasi, noi possiamo ritenere che il difetto da essi rappresentato sia compensato e passi quindi senza danno e segno per il portatore.

Possono però intervenire delle cause, come cambiamenti del regime alimentare, — strapazzi corporei, — malattie, — disordini dietetici, con ristagno di feci, con sviluppo di gas e, per l'aumento della quota anatomica o di quella funzionale rom-

Digitized by Google

persi il compenso e raggiungersi la stipsi o la crisi acuta che può simulare anche il sub-ileo. Qui cadesi nelle complicazioni di un circolo vizioso, di un gioco di altalena tra causa ed effetto: il fattore anatomico favorisce la stasi, questa determina dilatazioni, ristagni, congestioni, coliti, allentamento dei vincoli legamentosi, pericoliti, formazioni di aderenze, un insieme cioè di condizioni che a loro volta maggiormente dispongono alle stipsi.

Della diagnosi

La diagnosi deve essere basata sullo studio completo dell'ammalato tenendo calcolo delle sue abitudini, dei suoi precedenti morbosi, di eventuali operazioni subite.

Dell'ammalato deve essere vagliata la costituzione morfologica, lo stato obbiettivo degli organi, l'esame funzionale dell'intero apparato digerente.

Non deve mai essere trascurato l'esame ano-rettale, potendoci ad es. la constatazione della presenza di una ragade o di emorroidi, salvare da gravi ed imperdonabili errori e di indicarci la maniera per facilmente guarire la forma di stipsi sostenuta da dette lesioni.

Dei mezzi d'indagine il più utile è quello radiologico.

Con esso possiamo renderci conto del tempo impiegato dal pasto di contrasto a percorrere i singoli segmenti del tubo digerente, delle modalità funzionali, delle eventuali anomalie di posizione, di forma, di lunghezza, di viziatura, di posizioni, di inflessioni, di angolature, di aderenze.

Utilissimo ancora ci riesce l'esame radiologico per constatare l'efficacia o meno, dei mezzi terapeutici impiegati.

Durante i miei numerosi esami non ho mai potuto riscontrare un ristagno ileale da potermi far sospettare la ormai famosa angolatura di Lane che ritengo perciò rarissima a verificarsi.

Sono poco propenso alla distinzione topografica della stasi, specialmene per quanto riguarda la stasi così detta prossimale, che io ritengo, quale forma essenziale, evenienza rara e capace di condurre in errori, se fosse ritenuta per tale.

La stasi *prossimale* è invece per lo più secondaria e non primaria, è dovuta cioè a cause risiedenti nel colon distale come ad es. angolatura acuta, aderenze della flessura splenica (canne da fucile), stati spastici del discendente o del sigma, inginocchiature della giuntura sigmoideo-rettale, mega e dolico-sigma, aderenze o ectopie di questo, valvole di Houston, emorroidi, ragadi anali.

Delle forme funzionali ritengo molto frequente la forma di stipsi ipocinetica.

A questa si sovrappone spesso la forma spastica o discinetica o la iper-discinetica.

Anche la forma di stasi da dischezia non è rara sia come forma a sè che come forma combinata ad altre.

Del piano curativo

Dalla raccolta di tutti i dati risulta il concetto diagnostico.

Si parlerà di stipsi *funzionale, — costituzionale, —* o *meccanica* a seconda che si giudicherà avere nella sua produzione maggiore influenza i fattori di questa o di quella natura.

Quale la terapia?

Per le forme funzionali, dipendendo esse da fattori prevalentemente occasionali, la terapia non sarà che interna, medica, dietetica, climatica, psichica.

Le altre due forme di stipsi, da fattori costituzionali o da fattori organici, non sono solitamente *forme pure,* ma *forme miste, associate,* fattori dinamici agendo con fattori meccanici od organici.

Queste due forme, — molto meno frequentemente la prima, — la forma associata costituzionale, — possono essere oggetto di trattamento operativo.

Quali condizioni determinano il nostro intervento?

La cura interna deve essere sempre praticata, tentata con tutti i mezzi.

Spesso noi crediamo di averli tutti provati, ma bisogna essere prudenti e modesti in tale affermazione, poichè molte volte i mezzi che sono a nostra conoscenza e a nostra disposizione non sono tutti quelli di cui la scienza è in possesso.

Purtroppo alla esecuzione di un piano di cura completo si oppongono spesso, per ragioni ovvie, *l'età, le condizioni sociali dell' individuo.*

Anche il *sesso* può avere dell'influenza. Il sesso femminile per il genere di vita abituale suo proprio, per la maternità a cui va spesso incontro, rende più difficile l'efficacia del piano terapeutico.

Spesso il chirurgo guarda l'ammalato con occhiali che gl'ingrandiscono il valore della quota meccanica e il medico con occhiali che gl'ingrandiscono quello della quota funzionale.

Sarebbe bene che i due si scambiassero gli occhiali, ne risulterebbe la visione corretta. Meglio forse sarebbe se si potesse considerare l'ammalato senza occhiali.

Indicazioni per l'intervento

Ad ogni modo se, esperiti tutti i mezzi possibili a disposizione nostra e dell'ammalato, questo non migliora, ma anzi le sofferenze si accrescono, le turbe delle singole funzioni, anche quelle fuori dell'apparato digerente peggiorano, lo stato generale decade, diminuisce la capacità lavorativa, la vita si fa pesante, credo che l'indicazione generale per l'intervento sia raggiunta.

Indicazioni per le cure chirugiche possono considerarsi tutti quei disturbi su base anatomica, che non si poterono prima con nessun mezzo correggere.

In particolare:

1° — I difetti di sviluppo del grosso intestino con anomalie di sede e di disposizione o di tratti permanenti con segni ricorrenti di ostacolata viabilità intestinale;

2° — Lo sviluppo eccessivo in lunghezza e larghezza del colon o di un segmento di esso accompagnato a stasi ribelle o a crisi di sub-ileo o complicato da fatti aderenziali;

3° — Difettosa posizione di tratti intestinali con ptosi e angolature acquisite od esagerazioni di angolazioni alle flessure naturali (canne da fucile) con formazione di aderenze tali da determinare sintomi permanenti di ostacolata viabilità o crisi ricorrenti di ristagno con sviluppo eccessivo di gas (chiusura a valvola);

4° — Dilatazioni esagerate, permanenti di determinati segmenti, con diminuità attività motoria dovuta sia a fattori locali, come a fattori funzionali o meccanici posti a distanza;

5° — Sofferenze gravi e tali da far sospettare o presenza di tumore od aderenze, per segni clinici, radiologici o per dati anamnestici (traumi, operazioni, processi flogistici, ulcerativi, ernie). (In questi casi cura particolare dell'elemento causale);

6° — Lesioni apprezzabili anorettali;

7° — Forme pronunciate di gastro-colonptosi con fatti di dilatazione e ristagno gastrico;

8° — Da queste indicazioni non crediamo di dover escludere per principio la stessa forma costituzionale per quanto in questi casi necessiti maggiore prudenza nel proporre la cura e moderazione nel formulare la prognosi.

Io penso, a questo proposito, che anche negli organismi deboli, ad equilibrio instabile o facilmente turbabile, si possa, sopprimendo una parte mal funzionante e quindi dannosa così come si fa per lo stomaco, per i reni, per la milza, per la cistifellea, per l'utero, per un'ovaia etc., sollevare le altre funzioni avvantaggiando lo stato generale dell'infermo.

Anche la mia esperienza personale mi ha dato le prove sufficientemente soddisfacenti di questa possibilità.

È certo che noi non possiamo promettere o parlare in questi casi di *guarigioni definitive,* ma solo di *miglioramenti,* spesso però, a vero dire, molto notevoli.

Controindicazioni

Non sono da sottoporsi ad operazione gli ammalati gravi di cuore, di reni, tanto se di forme mediche che di chirurgiche, gli ammalati di fegato, di polmoni, di arteriosclerosi, di diabete.

Sono parimenti da rifiutarsi tutti gli stati che si suppongono determinati da disturbi endocrini, gli ammalati del sistema nervoso, — gli psicopatici, — gli isterici, — i nevrastenici, — i tabetici, — come i sofferenti per avvelenamenti cronici da morfina, da nicotina, da piombo.

Con speciale prudenza devono essere ammessi coloro che

Digitized by Google

subirono precedentemente parecchie operazioni, per lesioni non strettamente viscerali, come per rene mobile, per utero retroverso o coloro che furono più volte operati per soluzione di aderenze.

Nei primi coincide spesso l'esistenza di un sistema nervoso labile e delicato, nei secondi una tendenza particolare alla formazione di aderenze.

DEI DIFFERENTI INTERVENTI CHIRURGICI.

1° — *Soluzione e sezione delle aderenze per sopprimere condizioni meccaniche ostacolanti il deflusso intestinale.*

Sezione delle così dette membrane di Jackson. — Resezione od escisione di falde di grande omento aderente, esercitante trazione sul colon trasverso. — Plastiche mesenteriali per retrazioni del meso. — (Escisione del tessuto morboso in direzione trasversale, sutura in direzione longitudinale). — Plastiche del sigma per mesosigmoidite. — Sezione del legamento frenico-colico per soppressione dell'angolo acuto della flessura splenica e che formava sporgenza della mucosa a valvola (oper. di Payr).

2° — *Fissazioni (Pessie) di organi eccessivamente mobili, per sopprimere l'eccessiva spostabilità.*

Il vizio di posizione, la tendenza alla torsione, gli inginocchiamenti. — Ciecopessia. — Pessia a squadre del colon ascendente e iniziale del trasverso. — Pessia del trasverso con affardellamento del legamento gastro-colico e sollevamento di questo mediante pessia. — Pessia del sigma colico alle pareti addominali o al peritoneo del promontorio (per evitare torsioni).

3° — *Riduzione di organi ectasici (Plicationes).*

Riduzione del cieco e del colon ascendente ectasico, mediante pieghe verticali, o dello stomaco coll'istesso scopo per cui si esegue la gastropessia.

4° — *Anastomosi.*

Anastomosi tra i singoli segmenti intestinali allo scopo di abbreviare il percorso dell'intestino. — Corto circuito.

Anastomosi tra tenue e grosso intestino, — ileo-trasversostomia, — ileosigmoideostomia.

Anastomosi tra i singoli segmenti del grosso intestino, cieco, trasversostomia, — trasversodiscendostomia, — trasversosigmoideostomia.

5° — *Esclusioni unilaterali.*

Esclusioni unilaterali senza o con restrizioni o completa chiusura a fondo cieco del tratto escluso. Esclusioni totali o con fistole (appendicostomia o ciecostomia).

Esclusione totale con fistola, come sopra. — Colonstomie (al colon sigmoideo) come atto preparatorio (primo tempo per la colectomia e sigmoidectomia) o come stato permanente.

6° — *Resezioni.*

Resezioni ileo-ciecali, emicolectomia destra, — emicolectomia sinistra, — resezione del colon sigmoideo, colectomie totali.

7° — *Operazioni rivolte alla ricostruzione delle pareti addominali secondo le disposizioni naturali.*

Plastiche delle operazioni addominali; ricostruzione del piano perineale, ernie delle cicatrici laparotomiche, — ernie ombellicali, — inguinali, — femorali. — Escisione di grandi quantità di adipe per ventre pendulo.

8° — *Operazioni endo-rettali.*

Sezione delle valvole di Houston.

9° — *Operazioni all'orificio anale.*

Operazioni delle emorroidi, divulsione anale per ragadi.

CRITICA ED OSSERVAZIONI DEI DIFFERENTI MEZZI OPERATIVI.

Riteniamo la sezione o la soluzione delle così dette membrane di Jackson come interventi inutili o dannosi a meno che non si tratti di membrane talmente robuste da dare segni sicuri d'impedimento.

Profittevole è al contrario la sezione di aderenze o briglie omentali.

Siamo contrari in generale alle pessie e alle riduzioni di organi cavi dilatati, perchè non colpiscono l'elemento causale, sono spesso di risultato transitorio e possono anche riuscire dannose.

Riuscendo non di rado utile può al contrario fare eccezione la gastro-pessia, associata alla riduzione del legamento gastrocolico e del mesocolon trasverso in casi di gastro-colonptosi con dilatazione gastrica.

Insufficienti riescono le anastomosi perchè non effettuano che in piccola parte il corto circuito per cui sarebbero fatte.

Insufficienti e non scevre da pericoli sono le esclusioni per il reflusso che costantemente si verifica nei tratti esclusi.

Le esclusioni complete praticate allo scopo di evitare il reflusso, richiedono l'aggiunta di atti complementari, (appendicostomia, ciecostomia) non sempre indifferenti e privi d'inconvenienti pei portatori.

Le resezioni rappresentano il metodo più sicuro.

Non si deve ritenere la resezione totale o parziale del colon, — per una tale indicazione, — come intervento gravissimo, punto paragonabile con la gravità che la stessa operazione assume per altre indicazioni (tumori maligni).

La colectomia totale è il mezzo più radicale, di poco più grave della emicolectomia.

La emicolectomia destra che più di frequente venne finora eseguita, deve avere le sue indicazioni in lesioni bene accertate e localizzate alla metà destra.

Il solo fatto della stasi prossimale può essere segno fallace, potendo risiedere la causa della stasi nel colon distale.

Probabilmente la pratica della emicolectomia destra subirà una riduzione.

Quando la causa accertata della stasi risieda a sinistra è più indicata la emicolectomia sinistra, operazione efficace e che raggiunge, nelle giuste indicazioni lo scopo di correggere la stasi e che conserva per l'organismo il colon prossimale capace e destinato a funzioni non trascurabili. La emicolectomia sinistra è quindi da riputarsi operazione profittevole, più fisiologica delle altre. Alterazioni organiche limitate al sigma colico se sono causa di stasi rendono preferibile l'intervento limitato a detta regione.

Concludendo: È molto raccomandabile nell'interesse dell'ammalato che esso venga obbiettivamente e diligentemente studiato in tutti i suoi elementi funzionali, organici, costituzionali; il medico non disdegnando ricordarsi dell'esistenza di una terapia operatoria della stipsi, il chirurgo, non facendo troppo fidanza e troppo facile ricorso ai suoi mezzi manuali.

Dovrebbe essere escluso reciprocamente ogni sentimento di male inteso orgoglio professionale.

Quanto più la valutazione dei fattori funzionali e costituzionali risulterà alta, tanto più insistentemente le cure mediche dovranno essere perseguite, e viceversa, quanto più alta quella dei fattori meccanici, tanto più facilmente potrà il caso essere oggetto di trattamenti chirurgici.

Là dove cessa la terapia medica, là dove questa siasi dimostrata insufficiente, può intervenire la terapia chirurgica.

L'entrata in azione di questa non deve essere procrastinata ad oltranza.

Gl'internisti possono fiduciosamente credere che esiste anche una terapia operativa spesso evidentemente efficace anche nella stasi intestinale cronica costituzionale.

Se l'efficacia della cura è più facilmente e più palesemente dimostrabile nelle forme organiche non sono da escludersi neppure le forme costituzionali, nelle quali vantaggi notevoli e abbastanza costanti sono raggiungibili coll'intervento.

Il chirurgo deve essere molto parco e prudente nel consigliare l'operazione, — avveduto nello sceglierla, — moderato nelle promesse.

L'ammalato di stipsi a sua volta deve essere docile, obbediente, perseverante nel seguire le cure e non deve supporre di poter fare a meno di speciali norme anche dopo conseguiti i benefici tanto di una cura medica che di una cura chirurgica.

PARTE III

prof. ARMANDO ROSSI (Parma)
Relatore per la parte radiologica

L'oratore distingue la stitichezza abituale dalla stasi intestinale cronica, essendo la prima dovuta a turbe puramente funzionali del colon, mentre nella stasi il ritardo nella progressione del contenuto intestinale è legato prevalentemente alla presenza di un ostacolo meccanico di svariata natura.

L'indagine radiologica può rilevare tanto le alterazioni funzionali quanto la presenza e la sede dell'ostacolo, che occorrendo il chirurgo potrà poi rimuovere. Le basi per comprendere le alterazioni funzionali che caratterizzano la stitichezza, la mor-

Digitized by Google

fologia reale dell'intestino nel vivente, l'insieme dei movimenti attivi e passivi che regolano la normale pressione delle feci nell'uomo normale, il tempo col quale ogni segmento del colon si riempie o si libera del suo cotenuto rappresentano tante conquiste dove alla radiologia spetta il merito maggiore.

Passando al complesso meccanismo attraverso al quale la funzione normale del colon si altera determinando la stitichezza, l'O. dimostra come l'indagie radiologica abbia permesso di rilevarne ancora gli elementi fondamentali rappresentanti dalle alterazioni della cinesi e del tono intestinale. Fissati questi elementi, a seconda delle loro particolari manifestazioni si sono andate man mano illustrando varie forme di stitichezza; la ipocinetica, la spastica, la discinetica.

Accanto a queste, altre se ne sono descritte basandosi sulla localizzazione segmentaria del ristagno fecale: la forma cieco-ascendente, il tipo traverso, la dischezia. A questo laborioso lavoro di analisi delle varie manifestazioni della stitichezza è seguito quello di sintesi e che meglio dovrebbe rispondere ai requisiti della clinica; se noi prendiamo come base delle nostre classificazioni le manifestazioni radiologiche dello spasmo noi possiamo comprendere in un solo gruppo, nelle forme discinetiche, tutte le cinque ultime forme di stitichezza descritte, che allora a due sole forme si riducono: la ipocinetica e la discinetica o spastica. Studiando poi queste due forme attraverso le modificazio che possono subire nella loro evoluzione si è trovato che esse sono alla loro volta strettamente legate fra loro, e cioè la forma spastica rappresenterebbe lo stadio iniziale della stitichezza al quale poi tardivamente seguirebbe la forma ipocinetica. A queste tendenza unificatrice se ne è aggiunta recentemente un'altra che potremo chiamare costituzionale, poichè basata sulla osservazione da poco iniziata negli individui normali tendente a dimostrare che come la funzione del colon è diversa a seconda del diverso tipo costituzionale dell'individuo, così se si impianta la stitichezza questa riproduce spesso la stessa forma ed è propria del tipo costituzionale colpito. Le osservazioni fatte nell'adulto dall'O. concorderebbero con quest'ultima concezione costituzionale e gli studi che l'O. ha iniziati per la prima volta nel lattante e nei primi tempi di vita del bambino porterebbero nuova luce in suo favore. Passando alla stasi intestinale l'O. dimostra la grande importanza della osservazione radiologica per il rilievo e la localizzazione delle innumerevoli cause di ostacolo; tra le principali ricorda la luce portata nella più esatta valutazione del concetto di ptosi, dal nuovo elemento recentemente illustrato dall'oratore, e cioè la atonia della cistifellea, che contribuirebbe come fattore chimico alla stasi; la possibilità di rilevare tutte le forme di aderenze (membrane pericoliche, pericoliti, mesenteriti), la più esatta valutazione degli inginocchiamenti dell'ansa terminale dell'ileo (teoria del Lane) dimostrando la loro limitata importanza come fattori di stasi; il capitolo ancor nuovo sulle alterazioni che colpiscono gli sfinteri del colon, la possibilità di differenziare con un quadro radiologico ormai bene definito la appendicite cronica dalle numerose altre affezioni con le quali spesso si confonde.

Infine l'O. mette in evidenza come si debba alla radiologia l'avere messo in rilievo numerose forme di anomalie congenite e con esse la dimostrazione che un errore morfologico spesso non si appalesa lungamente che con modeste turbe funzionali quali la stitichezza ed è solo tardivamente che le manifestazioni gravi dell'occlusione o del volvolo possano comparire: la dolicolicolia, il megacolon, le stenosi congenite, il mesenterium comune, l'invaginamento cronico intermittente sono successivamente dimostrati e illustrati dall'oratore con una larga e ben documentata casistica di osservazioni personali.

L'oratore termina ricordando come tanto la terapia medica quanto e specialmente la chirurgica traggano grande sussidio di raggi per il controllo dei risultati ottenuti.

Seduta pomeridiana del 20 ottobre

Comunicazioni e discussione sul Tema di Relazione

Alessandri R. (Roma). *Indicazioni all'intervento chirurgico e le modalità operatorie nella stipsi specialmente da pericolite.* — L'O., premesso che molti casi di stitichezza sono passibili del trattamento medico, dichiara che in molte pericoliti e nel megacolon crede che sia preferibile l'intervento chirurgico. Esistono in realtà vere stipsi da pericolite e sono forme prevalenti della metà destra, a diagnosi difficile e possibile solo con ripetuti esami radiologici, e con l'ausilio, oltre che del pasto, di clisteri opachi. Circa la tecnica, l'O. è partigiano delle resezioni parziali, e specialmente l'emicolectomia destra gli ha dato i migliori risultati. Su 14 emicolectomie, infatti l'O. conta un solo decesso.

Pascale G. (Napoli). Nelle forme di stipsi costituzionali, l'O. non interviene mai, lasciando campo libero alla cura medica; diversamente si comporta nella stitichezza abituale cronica da alterazioni congenite. Questo capitolo deve meritare maggiore attenzione, perchè le alterazioni congenite del cieco, appendice, angolo epatico del colon, ecc. sono più numerose di quel che non si creda. De Gaetano ha dimostrato che la membrana di Jackson è sempre congenita. Sono numerosi i casi di stipsi da alterazioni congenite nei quali l'O., nella sua Clinica, ha dovuto intervenire; egli ha praticato sempre la sequestrazione del tratto alterato (cieco, colon ascendente, angolo epatico del colon, ecc.) e i malati sono sempre guariti. Allorchè la stipsi deriva da aderenze o briglie da peritonite cronica tubercolare, ecc., sembra all'O. che, trattandosi di strettezze accidentali, non si possa parlare di stitichezza abituale: in queste forme il medico dovrà inviare l'ammalato al chirurgo, che saprà regolarsi in conseguenza. Non solo, quindi, nella stitichezza da cause meccaniche il chirurgo deve intervenire; in ogni caso, l'aiuto dei medici deve essere reciproco.

Ponticaccia L. (Parma). *La stitichezza ipotiroidea.* — L'O. si è proposto di notare l'influenza dei preparati tiroidei sulla stipsi di individui, nei quali erano accennati lievi segni di ipotiroidismo (astenia nervosa, ptosi degli organi addominali, dimagrimento notevole). Fattori etiologici in questi individui erano da considerarsi l'eccessivo lavoro intellettuale e l'habitus costituzionale (individui longilinei, con espressione malinconica del volto, con intelligenza conservata; in genere, ipovagici con ipotonia generale del sistema nervoso). La somministrazione di tiroide ha determinato in questi malati aumento del peso, ritorno dell'appetito, miglioramento dell'ematosi, scomparsa della cefalea, regolare vuotamento dell'alvo; risultati che si conservano anche dopo aver sospesa la cura, che si era protratta per un congruo periodo di tempo. Secondo l'O., la tiroidina, oltre che sulla motilità, agisce anche sul tono dell'intestino, aumentandolo.

Ponticaccia L. e Pescatori (Parma). *Influenza sul tono e sulla motilità del colon di varie stimolazioni ormoniche.* — Gli OO. dimostrano con serie di radiogrammi del colon destro che sotto l'azione della pilocarpina, in dosi terapeutiche, l'intestino appare più ristretto e così pure le austra; i movimenti pendolari e ameboidi aumentano, ma il pasto opaco non progredisce. Dopo la somministrazione di atropina, invece, si vede sui radiogrammi che il calibro dell'intestino aumenta e il numero delle austra diminuisce. Con la ipofisina si vedono aumentate notevolmente le contrazioni del cieco, che partono dal fondo e cacciano in alto il contenuto opaco; le austra sono piccole e spastiche.

Mattoli (Chieti). *Indicazioni, modalità ed esiti della cura chirurgica della stitichezza grave ribelle.* — L'O., in base alla sua pratica, che illustra con una ricca casistica, si è deciso a intervenire solo nelle stitichezze inveterate, gravi e ribelli. La sua prima operazione per stitichezza risale al 1907, e da allora l'O. pensa che le indicazioni all'intervento nella stipsi debbano essere di ordine meccanico, con un tanto necessario di disturbi funzionali; opera del resto, nei casi nei quali v'è un ristagno di feci nel crasso, durevole e ribelle alle cure mediche. L'O. accetta la distinzione in stasi destro- e sinistro-coliche e ritiene che le prime sono abbastanza frequenti (81 % nella sua casistica); è convinto, inoltre, che la membrana di Jackson sia congenita e che, se essa per molto tempo non dà alcun disturbo, possono poi intervenire fatti infiammatori che la ispessiscono e la rendono stenosante. Dai casi dell'O. risulta ancora che non esiste rapporto diretto tra gravità dei sintomi generali e durata della stasi fecale. Circa la tecnica, è partigiano della resezione delle membrane plastiche, se esistono, e della ileo-trasverso-stomia, ricorrendo solo in caso di necessità alla emicolectomia.

In una parentesi della seduta viene data la parola al Dott. Ciminata di Padova il quale presenta un cane, cui il 26 agosto u. s. fu asportato tutto il pancreas; l'8 settembre l'animale aveva perduto il 20 % del suo peso ed era glicosurico. Fu allora operato di enervazione delle capsule surrenali: un mese dopo si è determinato notevole aumento di peso ed è scomparsa la glicosuria, mentre il tasso glicemico è ritornato quasi alla norma. L'O. si domanda se non si è sulla via di una nuova terapia chirurgica del diabete pancreatico.

Cesa Bianchi D. (Milano). Ricorda i tentativi, suoi e della sua Scuola, di trattamento del diabete con iniezioni di ergotamina: con questa sostanza, ad azione ipoglicemizzante veramente notevole, si sono potuti

Digitized by Google

curare alcuni casi di diabete, mentre in altri si è potuto ridurre a minime dosi la somministrazione d'insulina.

Foà (Milano). Avanza il dubbio che, trattandosi di un cane giovane nel caso di quello operato dal Ciminata, l'aumento di peso dipendente dalla crescenza spontanea abbia potuto interferire con l'aumento di peso notato. Pur non perdendo l'esperimento nulla della sua importanza, l'O. crede che non si possa escludere che un frammento di pancreas sia ancora rimasto *in situ* nell'animale, il quale abbia vicariato l'azione del resto di pancreas asportato. Crede per ora prematura l'autopsia del cane, che piuttosto potrebbe frattanto essere sottoposto ad una biopsia funzionale.

Monelli E. (Pavia). *Coloptosi e stitichezza.* — L'O. si dichiara, in argomento di stitichezza, poco interventista, al contrario dei chirurgi, i quali vedono in generale ammalati piuttosto gravi, perchè il medico li affida loro quando ha esperite tutte le cure che aveva a sua disposizione. Pure egli spinge all'atto operativo le membrane di Jackson, non per l'ostacolo meccanico in sè, ma perchè, togliendo l'ostacolo, si ristabiliscono i movimenti intestinali. L'O. che ha occasione di osservare molti tubercolosi, va a ricercare sempre in essi la coloptosi, poichè questa determina un'intossicazione continua, che danneggia la tubercolosi stessa. Anche in questi infermi, però, con clisteri d'olio praticati con una sonda rettale alta, con lassativi, ecc., è possibile avere buoni risultati.

L'O. richiama infine l'attenzione su certe stitichezze paradosse, nelle quali, cioè, lo svuotamento dell'alvo avviene quasi per rigurgito, di modo che sono emessi, per es., i cibi ingeriti tre giorni prima. In altri casi il cibo percorre l'intestino in 24 ore, ma nel colon, e specialmente nel cieco, si trova un ammasso fecale, al di sopra del quale la canalizzazione è perfetta; esso, però, è causa di fenomeni infiammatori, per cui la stitichezza e la febbre perdurano: in questi casi bisogna intervenire chirurgicamente.

Biancheri (Modena). *La cura chirurgica della stitichezza abituale in un centinaio di malati.* — Dall'esperienza di 103 malati da lui operati, l'O. rileva che la pessia non gli ha dato buoni risultati. Egli ha preferito, nell'operare, di liberare il cieco, in modo da dargli tonicità, sì che potesse meglio pompare il contenuto intestinale nel colon, ed ha tenuto di mira, per lo stesso scopo ora detto, di eliminare tutte le angolature. Ha praticato in altri casi delle plicatio longitudinalis, non mai trasversali, nè ha mai toccato il colon sinistro. Ha ottenuto così buoni risultati anche in malati sofferenti da 5-7 anni, ribelli ad ogni cura e che vuotavano l'alvo fino a tre volte in 6 mesi. Se insieme con la ptosi del colon, v'è ristagno gastrico, la stitichezza è più grave: in questi casi (circa 20), l'O. ha dovuto far uso della plicatio trasversale e della gastroenteroanastomosi.

L'O. presenta dei casi di malati da lui trattati chirurgicamente e guariti della stipsi.

Pieri G. (Belluno). *Contributo clinico alla cura chirurgica della stipsi.* — L'O. riferisce su 21 casi di stipsi abituale da lui operati, 3 dovuti ad ostacolo meccanico e 18 di carattere funzionale, dei quali 3 appartenenti al tipo atonico cieco-ascendente e 5 al tipo spastico trasverso-discendente. L'anastomosi termino-laterale ileo-sigmoidea praticata in un caso e la ciecosigmoidostomia con tecnica personale praticata in altri 8 non hanno dato buoni risultati. L'O. ha, perciò, combinato i due tipi di anastomosi; ma, in 5 casi, non ha ottenuto che solo un miglioramento. L'O. ha pensato quindi di intervenire sul sistema nervoso viscerale. Nella stipsi a tipo atonico ha ritenuto trovasse la sua indicazione un intervento sul simpatico (resezione del piccolo splancnico di destra), che ha applicato in 3 casi, ottenendo la scomparsa dell'atonia. Nella stipsi a tipo spastico è intervenuto sul parasimpatico resecando il vago di sinistra, e ciò in un caso datante da 7 mesi, nel quale per ora il successo si mantiene. L'O. crede che sia ancora prematuro, data la scarsezza dei casi e la data recente delle operazioni, trarre conclusioni su questo nuovo indirizzo di cura della stitichezza abituale.

Lapenna M. (Belluno). *Osservazioni radiologiche nella cura chirurgica della stipsi abituale.* — L'O. riferisce i dati radiologici fondamentali tratti dagli esami praticati su malati di stipsi cronica abituale puramente funzionale, sottoposti a interventi di varia natura dal prof. Pieri. Stabilita la differenziazione tra la stipsi atonica del tipo ascendente e la stasi cecale e fissato il criterio generale che l'atonia di tipo ascendente è indipendente dagli eventuali stati spastici dei segmenti più distali del colon, l'O. passa a riferire anzi tutto i dati dell'esame Roentgen dopo i vari tipi di anastomosi. Nell'ileo-sigmoidostomia il dato principale è la presenza quasi costante del flusso retrogrado antiperistaltico dal sigma verso il cieco: nella cieco-sigmoidostomia la causa del mancato successo sta nel fatto che la stomia in genere non funziona; e non funziona nella cieco- ed ileo-sigmoidostomia associata, nella quale, a distanza di tempo, si è verificata pure una stasi per antiperistalsi. Notevoli invece i risultati dell'esame negli interventi sui nervi (resezione del vago sinistro nella stipsi spastica; resezione del piccolo splancnico di destra nella stipsi atonica), in quanto si è notato il ristabilirsi di condizioni normali di tono e di motilità sia nelle forme atoniche, sia in quelle spastiche in malati osservati successivamente con numerosi esami fino a 7 mesi, dall'intervento.

Rossi Baldo (Milano). Nella stitichezza, secondo l'O., si lascerà la cura al medico e se si è costretti alla cura chirurgica si interverrà nel modo più semplice possibile, arrivando alla colectomia solo in casi eccezionali. Presenta la radiografia di un suo caso, dalla quale appare l'esistenza di una dilatazione, che all'atto operativo risultò da attribuirsi a briglie dell'angolo colico destro; tolte le briglie e fatta una plicatio, a tre mesi di distanza dall'intervento, l'infermo non avverte più disturbi e l'emissione delle feci si compie quotidianamente, senza purganti.

Donati (Padova). Conviene con lo Schiassi che la cura medica si addice alla maggioranza dei casi di stitichezza abituale, specie se si tratta di stitichezza costituzionale, da disturbi endocrini, ecc. Ci sono però delle stitichezze ostinatissime, specie di destra, nelle quali l'O. ha dovuto reintervenire, quando aveva eseguito altre operazioni che non fossero state l'emicolectomia. Nel megacolon, l'operazione chirurgica è necessaria, ma l'O. non crede che esso debba farsi rientrare nel gruppo della stitichezza abituale.

Ferrata (Pavia). E' necessario, secondo l'O., trovare un filo conduttore in tante disparate idee sulla stitichezza e accertare quali sono i precisi limiti della stitichezza abituale. Le stitichezze costituzionali sembrano dovere esser quelle di dominio prettamente medico, pur non ripromettendosi così di ottenere delle guarigioni complete, ma di pervenire a condizioni tali per cui l'infermo non soffra del suo disturbo, anche se evacui l'alvo ogni 48 ore. Vi sono due tipi di stitichezza costituzionale, il primo dei quali corrisponde alla forma atonica. Sono individui longilinei, specialmente donne, che vanno soggetti facilmente alla ptosi e hanno polso raro, ipotensione, riflessi molto esagerati, sopra tutto i tendinei. Sono individui, originariamente iperpituitari, che presentano anche diventati adulti una forma larvata di infantilismo ipofisario, con scarso sviluppo della tiroide e dei genitali. L'iposurrenalismo costituzionale in questi individui spiega la patogenesi della stitichezza atonica, e in essi giovano gli estratti surrenali, non i purganti. Questi infermi non vanno affidati al chirurgo, a meno che non esista un'appendicite, una peritiflite, ecc. ma in tal caso non si tratta più di stitichezza abituale, poichè questa si può così chiamare solo quando insorge senza precedenti morbosi accertabili.

Un secondo tipo è costituito da individui braditrofici, con facili flussioni emorroidarie, stasi epatiche, ecc.; anche in questo vi sono una quantità di possibilità mediche, dal punto di vista terapeutico.

Bisognerà, quindi, distinguere accanto ad una stitichezza essenziale, un'altra causale, la quale talora può interferire con la prima.

Gamberini (Bologna). L'osservazione radiologica ha fatto rilevare che, dopo una derivazione intestinale praticata per stenosi organiche o stipsi da pericolite, si conserva la canalizzazione dell'intestino, mentre l'intervento nelle stipsi abituali ritarda la progressione del pasto opaco. Ne risulta che è ingiustificata l'operazione chirurgica nella stipsi abituale, quando non v'è un vero ostacolo meccanico, nel qual caso bisogna preferire, quando è possibile, la derivazione. Del resto, bisogna decidere caso per caso.

Vespignani (Padova) *Mesocoliti e stipsi.* — L'O. ha richiamato l'attenzione sulle mesenteriti del colon; ipotonia, cioè, d'un breve segmento d'intestino, in corrispondenza d'un tratto di mesentere leso, spesso con fatti di spasmo nelle vicinanze. In queste mesocoliti si deve ammettere che in primo tempo si tratti soltanto di turbe d'innervazione e solo secondariamente intervengono alterazioni meccaniche.

Schiassi F. (Relatore). L'O. dichiara innanzi tutto che la questione della peristalsi intestinale non è ancora ben accertata, essendovi chi l'ha osservata e chi la nega; così pure una questione non chiara e non decisa è quella degli spostamenti retrogradi dell'intestino. In conclusione, unici movimenti che sicuramente fanno progredire il contenuto del crasso sono i grandi movimenti di Holzknecht.

L'O., inoltre, non condivide l'ottimismo di Morelli e propone di chiamare stitichezza occasionale quella che Ferrata ha detto stitichezza causale. Egli è fiducioso nella terapia medica della stitichezza abituale e ricorda di aver inviato al chirurgo un solo caso, con cieco mobile e membrana di Jackson: i risultati però non sono stati soddisfacenti. Con la cura medica, invece, l'O. ha ottenuto nei suoi casi, se non la guarigione, almeno che potessero vivere senza disturbi. Se i chirurgi si ostinano ad operare, è, secondo l'O. perchè essi operano dei casi che non sono di stitichezza abituale costituzionale e che quindi, perciò, migliorano.

Spangaro S. (Relatore). L'O. è convinto che i casi di stipsi funzionale debbano essere affidati al medico, comprendendo tra i casi funzionali anche quelli da fattori endocrini. Anche quando sono in causa fattori costituzionali deve essere molto esperita la cura medica e solo quando i mezzi medici non riescono può il chirurgo intervenire benefi-

Digitized by Google

camente. Il miglioramento che così si consegue è sempre però instabile, perchè si ha a che fare con individui deficienti nel loro complesso, specie affetti da deficienze nervose, e l'infermo è in continuo sforzo di mantenere il proprio equilibrio, che è facile a rompersi.

Crede, inoltre, l'O. che in ogni stipsi vi sia una quota anatomica ed una funzionale: quando la prima raggiunge una forte percentuale l'equilibrio si rompe, l'individuo va in deficit e ha bisogno dell'intervento chirurgico, che interverrà con le plicatio, le resezioni, ecc., arrivando fino all'emicolectomia. Di questa l'O. ha operato 13 casi, tutti a sinistra: perciò nella relazione non ha parlato di quelle destre; non ne aveva esperienza sufficiente. Ricorda che Finsterer ha operato 49 volte a sinistra con 48 successi. La colectomia, quindi, resta un intervento che, eseguito bene, non è poi così infausto come qualcuno ha detto; nelle mani di Lane si parla solo d'un 5 % di mortalità. Quando si pensa che la stitichezza è capace di mettere l'infermo fuori della vita sociale, si comprende che si possono anche correre i rischi d'una operazione.

Rossi A. (Relatore). All'obbiezione di aver omesso i casi di diverticolite, nella sua relazione, risponde che ciò ha fatto perchè, nei suoi casi accanto al diverticolo c'era un vero restringimento meccanico, associato a quello spastico.

Seduta antimeridiana del 21 ottobre

Comunicazioni varie

Donini G. *Dell'anisocoria nelle sindromi addominali.* — Le anisocorie di origine addominale sono, secondo l'O., poco meno frequenti di quelle toraciche; l'O., infatti ha trovato una percentuale anisocorica oscillante tra il 20 e il 36 in toracici e tra il 21 e il 27 in addominali. Per ciò che riguarda le varie malattie, risultano percentuali massime nelle colecistopatie (92.8 %), nelle ipersplenomegalie (87.5 %) e nelle coliti (81.8 %), seguono l'appendicite (42,8 %), la febbre tifoide (32.4 %), le neoplasie degli organi addominali (31.5 %), le ptosi viscerali (17.3 %). La ricerca dell'anisocoria dinamica, provocata cioè con l'instillazione congiuntivale di midriatici (cocaina, bromidrato di omatropina) o di miotici (pilocarpina), mostrò cifre percentuali press'a poco uguali a quelle dell'anisocoria statica, con maggiore frequenza della midriasi a sinistra, anche indipendentemente dalla topografia della sindrome addominale coesistente.

Dal punto di vista patogenetico, è da ammettersi che la maggior parte degli stimoli anisocorici, supposti di natura tossica od infettiva, arrivino dall'addome all'iride direttamente con la catena simpatica paravertebrale dorso-cervicale o indirettamente attraverso al centro spinale irido-motore, senza escludere che in certi casi anche i nervi frenici possano rappresentare la via di trasmissione.

Schiassi F. (Bologna). *La cura della malaria con la plasmochina.* — L'O. presenta alcune tabelle termografiche di malarici curati nell'Ospedale di Ravenna, dalle quali risulta che la somministrazione della plasmochina ha sempre provocato la scomparsa degli accessi al secondo o terzo giorno di cura e la contemporanea scomparsa dei parassiti dal sangue periferico. La maggior parte dei malati era affetta da terzana primaverile, una piccola parte da estivo-autunnale; un solo caso era colpito da perniciosa con sindrome meningitica. Un altro gruppo di malati riguardava 28 bambini malarici, da meno di un anno a 12 anni. Dalle osservazioni fatte, le quali per ora non considerano il problema delle recidive, l'O. conclude che: 1° la plasmochina è un rimedio che fa rapidamente scomparire dal sangue periferico i parassiti e fa cessare l'accesso febbrile nel periodo di 2-4 giorni. 2° la scoperta della plasmochina è importante sopratutto per la cura della malaria dei bambini, essendo nota la difficoltà della somministrazione del chinino in questi. 3° la scoperta della plasmochina ha una grande importanza sociale, perchè tutti i popoli potranno così essere in grado di produrre in via sintetica un medicamento, che si dimostra realmente efficace nella cura dell'accesso malarico.

Sulla comunicazione Schiassi, prendono la parola V. Ascoli, Perin, Gabbi, Giugni, Manai. A tutti risponde l'O.

Schiassi F. Si compiace che il prof. Ascoli abbia dato spiegazioni tali per cui ritiene che non esistano sostanziali dissensi nel modo di valutare l'azione terapeutica della plasmochina nella cura dell'accesso malarico. Non ha mai pensato che la plasmochina possa sostituire la chinina. Egli ha imparato dalla esperienza di guerra a valutare l'efficacia della terapia chininica a tal segno, che non ha mai voluto saperne di succedanei e per due anni si è rifiutato di provare la plasmochina: ha deciso di sperimentarla soltanto dopo la pubblicazione dei risultati di Mühlens, Memmi, Antonelli. Non può concordare col prof. Ascoli nel rilievo di una azione dannosa della plasmochina rispetto alla rapidità del ripristinarsi della nutrizione e della sanguificazione che si verifica così rapidamente con la cura chininica.

Indubbiamente i malarici da lui curati erano colpiti in maggior parte da terzana benigna ma anche la terzana benigna arreca danni notevoli, orbene, i malarici curati dall'O. sono risorti rapidamente nello stato di nutrizione e di sanguificazione. Riguardo alla metaemoglobinemia comparsa in qualche caso talvolta anche di notevole grado non ha mai dimostrato di rivelarsi dannosa, con sintomi clinici particolari. E' sempre scomparsa in seguito a interruzione della cura. Conclude dicendo che, come il prof. Ascoli, è un adoratore del chinino, ma ciò non gli impedisce di valutare la importanza della plasmochina, per il fatto di essere un prodotto sintetico e per il fatto di poter essere somministrato facilmente ai bambini.

Al prof. Gabbi dichiara che avendo egli curato malarici nel periodo della endemia e residenti in zona malarica da parecchio tempo non poteva decidere se si trattasse di primitiva o di recidiva.

Al dott. Manai che desidera conoscere le dosi adoperate, risponde che potrà prenderne visione nel lavoro originale in corso di pubblicazione.

Al prof. Perin dichiara che è lieto di avere ottenuto risultati concordi con i suoi: riguardo poi alla reviviscenza della malaria e alla malaria di guerra si tratta di grossa questione che lo Schiassi ha studiato pubblicando le conclusioni in un lavoro annunziato al Congresso internazionale della malaria.

Riguardo ai succedanei della chinina così efficaci, che il prof. Giugni avrebbe imparato a conoscere nella cura dei malarici di guerra lo Schiassi dichiara che durante la guerra egli ha sempre collaborato col prof. Dionisi alla cura dei malarici della III Armata e di non aver mai conosciuto i succedanei così efficaci per cui lascia al prof. Giugni tutta la responsabilità della sua affermazione.

Costabile V. (Napoli). *Se il salicilato di sodio si elimina attraverso la bile e se le conferisce potere battericida.* — Il salicilato di sodio, somministrato nel cane in dosi pari nell'uomo a gr. 1.50 non è rintracciabile nella bile raccolta dall'animale, pur servendosi di un reattivo sensibile, come il percloruro di ferro. In dose corrispondente nell'uomo a gr. 7, la sua ricerca riesce positiva, ma a 24 ore di distanza dalla ingestione del medicamento, diviene nuovamente negativa, la qual cosa depone per una rapida eliminazione del farmaco istesso. Stando al risultato delle ricerche, il salicilato di sodio eliminato attraverso la bile non riesce a conferirle un potere battericida almeno nei riguardi dei germi del gruppo tifo-paratifico (A e B); una certa azione inibente, sembra invece esplicare specie verso lo sviluppo del b. coli. Ma a questo fatto, per attribuire la dovuta importanza, l'O. ritiene necessario, siano apportate altre conferme non avendo potuto (per la morte di un cane) osservarlo che su due soli campioni di bile.

Di Pace I. *Sulle bronchiti e sulle pleuriti che insorgono nel corso della febbre melitense.* — In base all'osservazione di due casi di bronchite e uno di pleurite sviluppatisi in soggetti affetti da febbre melitense nei quali l'esame dell'espettorato e del liquido pleurico più volte ripetuto è stato sempre negativo per il melitense e per il bacillo di Koch mentre la sieno-reazione e l'emocultura è stata sempre positiva per il melitense, ritiene che le bronchiti e le pleuriti le quali si manifestano nel corso della melitense non sono sempre espressione di una localizzazione del micrococco di Bruce ma delle associazioni o sovrapposizioni morbose, alle quali l'organismo viene predisposto dalla diminuzione di tutti i suoi poteri di difesa generale, in conseguenza della infezione melitense.

Di Pace I. *L'irudinizzazione nelle flebiti.* — L'O. ha osservato che se si applicano da 4 a 5 sanguisughe sopra una qualunque regione del corpo e si distaccano anche prima che siano ben rimpinzate e si chiudono le loro punture, per impedire che il sangue fluisca, e dopo 4 a 8 ore si raccoglie o in tubi capillari o nell'apparecchio di Brodie Russel, o nelle comuni provette il sangue di un polpastrello o del lobulo dell'orecchio, si nota che non si ottiene la coagulazione mentre se la raccolta del sangue viene fatta dopo la 12ª e fino alla 48ª ora, il coagulo si forma lentamente e in modo imperfetto.

Utilizzando questa proprietà anticoagulante delle punture delle sanguisughe (3 a 4 applicazioni, ripetute da 36 a 48 ore di distanza, di 3 a 5 sanguisughe intorno alla radice dell'arto) in 5 casi di flebite puerperale, in 2 tifiche (una in condizioni disperate), 2 influenzali (1 in condizioni disperatissime) e 1 pneumonica, ha ottenuto 8 guarigioni, nelle quali è stata evidentissima la graduale e rapida regressione dei sintomi locali, dei quali non ne è residuata traccia fra il 15° e il 20° giorno.

Formicola P. (Napoli). *Il fenomeno dell'agglutinazione in soluzioni glucosate.* — Continuando lo studio del fenomeno dell'agglutinazione in soluzioni glucosate l'O. ha voluto osservare l'influenza che alcune sostanze esercitano sui batteri coi quali ha praticato l'agglutinazione aspecifica. Le sostanze colle quali i ceppi batterici sono stati messi a contatto sono l'alcool a 95°, il bicloruro di mercurio, la formalina al 10 %, l'acido cromico.

Digitized by Google

Risultati: 1. Soluzione di Na Cl al 0.85 % + batteri + siero normale = aggl. 1:16. 2. Sol. glucosata al 47 ‰ + batteri + siero normale = agglutinazione 1:16000. 3. Sol. gluc. al 47 ‰ + batteri trattati con Hg Cl_2 + siero = agglutinazione 1:64. 4. Sol. gluc. al 47 ‰ + batteri trattati con alcool a 95° + siero = agglutinazione 1:32. 5. Sol. gluc. al 47 ‰ + batteri trattati con acido cromico 1 % + siero = agglutinazione 1:32. 6. Sol. gluc. al 47 ‰ + batteri trattati con formalina 1 % + siero = agglutinazione 1:64.

Costabile V. (Napoli). *Sistema reticolo-endoteliale ed ossidasi leucocitarie.* — Il blocco dell'apparato reticolo-endoteliale diminuisce ed in misura marcata le ossidasi leucocitarie, le quali ritornano alla norma man mano che tale apparato si libera della sostanza bloccante. Perciò a detto sistema spetta una parte che, se non sarà esclusiva, certo non può dirsi trascurabile nella genesi delle ossidasi leucocitarie.

Costabile V. (Napoli). *Ossidasi leucocitarie e funzioni catameniale.* — Le ossidasi leucocitarie aumentano durante il flusso mestruale e precisamente nel suo acme. Nel periodo premestruale delle donne amenorroiche, il tasso ossidasico leucocitario è inferiore a quello che si riscontra nelle donne sane, ma aumenta del pari nel fastigio della fase mestruale. Il riscontrato aumento dei fermenti ossidasici, sembra mettersi in relazione con una maggiore attività, nel periodo catameniale, di alcune glandole endocrine (tiroide, ovaia ecc.).

Fortunato A. *Radioterapia delle leucemie.* — L'O. riferisce di un grave caso di leucemia, con un enorme tumore di milza, con oltre 800.000 globuli bianchi, tra cui oltremodo numerose le cellule embrionali. L'effetto della radiumterapia fu in primo tempo sorprendente: la milza si ridusse rapidamente, i globuli bianchi si ridussero a meno di 10.000 e si stentava a ritrovare cellule embrionali. All'astenia subentrò un notevole benessere. L'effetto fu solo transitorio, però, e qualche mese dopo l'infermo decedeva.

Fortunato A. *Influenza degli estratti paratiroidei sul rachitismo sperimentale.* — L'O. espone esperienze eseguite trattando con estratti paratiroidei, fatti col recente metodo di Collip, dei ratti, presentanti una sindrome di rachitismo sperimentale. In questi, a differenza dei controlli non sottoposti a paratiroidoterapia, il rachitismo è poco accentuato e sopra tutto istologicamente manca il tessuto osseo e vi è invece un tessuto lamellare calcificato. Negli animali trattati con gli estratti paratiroidei, inoltre, la calcemia si mantiene tra valori normali (10-11 mmgr. %).

Cabrini S. (Milano). *L'indice di eliminazione renale dell'indacano. Rapporto tra indacano e urea nel sangue.* — Dallo studio di 53 nefropazienti, l'O. ha osservato che il tasso dell'indacanemia va progressivamente crescendo dalle nefrosi infettive acute (0.76 ‰), ai reni da stasi (1.32 ‰), alle arteriosclerosi renali (2 mmgr. ‰), alle nefriti acute gravi (19.2 ‰) e alle nefriti diffuse croniche gravi (16 ‰). Per quanto riguarda l'indicanuria, l'O. ha trovato: mmgr. 88 ‰ nelle nefrosi, 48 ‰ nei reni da stasi, 48 ‰ nelle arteriosclerosi cardio-renali, 19.2 ‰ nelle nefriti acute gravi e nelle nefriti diffuse croniche gravi.

Comparando queste cifre si vede che mentre quelle dell'indacanuria diminuiscono, quelle dell'indacanemia aumentano, sì che si stabilisce un rapporto inverso, il quale può essere denominato indice di eliminazione renale dell'indacano. Quanto più questo rapporto è piccolo, tanto meno è leso il rene; quanto più è grande e si avvicina a 1, tanto più il rene è leso. Rapporti tra indacanemia e indacanuria da 0.10 a 1 furono trovati in nefriti con decorso fatale.

Circa, poi, il rapporto tra indacano e urea nel sangue, l'O. ha notato che, pur non essendovi un aumento di indacano proporzionale in modo aritmetico a quello dell'urea, nella maggior parte dei casi a indacano aumentato corrispose urea aumentata.

Licciardi (Catania). *Dei soffi retro-clavicolari vasali.* — I soffi retro-clavicolari vasali sono stati oggetto di varie opinioni fino al punto da interpretarli quali patognomonici di incipiente bronco-alveolite apicale tubercolare. L'O., invece, dall'osservazione di numerosi malati si è convinto che detti soffi si possono ascoltare anche in malati che non presentano nulla a carico del torace, mentre mancano per lo più nei tubercolotici incipienti con lesioni apicali. I soffi suddetti, quindi, per l'O. non sono patognomonici di tubercolosi; essi piuttosto possono farsi dipendere da sviluppo anomalo delle succlavie o del tronco brachio-cefalico, o da debole sviluppo dei tessuti che circondano l'arteria succlavia, là ove si apprezzano i soffi in parola.

Velardi F. (Napoli). *Contributo allo studio della cirrosi sperimentale.* — L'O. ha sottoposto dei conigli a un trattamento per via sottocutanea di siero normale di cavallo alla dose di 4 cc. ogni 4-6 giorni, e ha potuto rilevare in tal modo che già in conigli che hanno subito tale trattamento per il periodo di un mese si incominciano nel fegato a stabilire processi regressivi consistenti da prima in rarefazione del protoplasma delle cellule epatiche costituenti il lobulo e specie le periferiche, scarsi fenomeni reattivi o degenerativi dei vasi. Ma quello che più conta sono i segni chiari ed evidenti di una maggiore attività fagocitaria delle cellule del Kupfer sia quelle site negli spazi del Kiernan sia quelle allogate tra le travate epatiche. In un secondo tempo dagli spazi del Kiernan, contemporaneamente a processi degenerativi o di atrofia che compaiono nelle cellule periferiche del lobulo epatico, connettivo giovane neoformato cerca di aprirsi strada fra le travate di cellule epatiche costituenti il lobulo. Fra questi elementi notansi elementi rotondi ipercromatici, ma in scarso numero, autentici linfociti.

Giuffrè e Velardi F. *Contributo allo studio della aspecificità della anafilassi del coniglio.* — Gli OO. in conigli cui avevano praticato sei-otto iniezioni di siero normale di cavallo alla dose di 4 cc., intervallate di 7 giorni, si preoccuparono di vedere quale rapporto intercorresse fra siero-anafilassi e scottatura praticata immergendo una zampa posteriore dell'animale in acqua a 90° per la durata da 15 a 30".

Gli OO. rilevarono che pochi secondi dopo che era stata praticata la scottatura, gli animali presentavano su per giù l'identica sintomatologia che presentano gli animali in preda allo choc da siero. Si ha così da prima imbambolimento dell'animale che dopo si abbatte su di un lato in preda ad una polipnea intensa con perdita di feci e di urine, fenomeni di paresi e di paralisi a carico degli arti, e come fase ultima attacco convulsivo in preda al quale l'animale o muore o si ripiglia pur restando in uno stato di intontimento per morire dopo 12-36 ore da che è stata praticata la scottatura.

Gli OO. si riservano in altro studio di comunicare se il reperto anatomo-isto-patologico coincida o meno con quello della siero-anafilassi così come vi coincide la sintomatologia.

Landolfi (Napoli). *La forma mediastinica della stenosi mitralica pura.* — Detta forma clinica, secondo l'O., nei casi classici è caratterizzata dai seguenti sintomi: anisocoria; segno di Leo Popoff; segno di Ortner-Kraus; segno di Teissier; punto auricolare del Vaquez; ipofonesi interscapolare sinistra molto evidente; segno del Goglia; doppio impulso della punta; marezzamento venoso parziale toracico (Landolfi); impulso cardiaco auricolare del Grocco; pettoriloquio a voce bisbigliata udibile sopra tutto sul corpo dello sterno presso l'angolo del Louis, o presso l'inserzione della III cartilagine costale sinistra (Landolfi); ecc. Quest'ultimo segno, secondo l'O., è il più variabile fra tutti; perchè si modifica, compare o scompare a seconda dei casi con la provocazione del riflesso del Dagnini, con la pressione delle femorali, con gli sforzi, con gli eccitanti, con i vasodilatatori ed i vasocostrittori, con la posizione di Azoulay, ecc. Il fenomeno è dovuto a zone di atelettasia polmonare, determinatesi per la compressione del polmone da parte del seno sinistro ingrandito.

Accanto alla forma classica, si osservano delle forme fruste, nelle quali esistono solo pochi dei predetti segni.

L'O. afferma l'importanza pratica della sindrome, per evitare confusioni con altre sindromi mediastiniche.

Piazza V. C. (Palermo). *L'iperazotemia provocata come metodo di esplorazione della funzionalità renale.* — L'O. riferisce che la somministrazione *per os* ad un uomo, a digiuno, di gr. 10 di urea in 250 cc. di latte e caffè provoca in breve tempo una iperazotemia. Tale iperazotemia provocata descrive una curva, il cui punto iniziale è rappresentato dall'azotemia iniziale, il punto più elevato dall'acme raggiunto dopo un'ora dall'ingestione, e il punto finale dall'azotemia di ritorno dopo due ore. Ciò normalmente; nei nefropazienti invece la curva tende a salire e quando negli individui sani essa ha già ultimato la sua parabola, in questi continua a salire e tende a diminuire solo dopo varie ore. Il tempo di durata della curva per il ritorno a valori normali è in rapporto con l'alterazione della funzionalità renale.

Seduta pomeridiana del 21 ottobre

Comunicazioni varie

Bossa G. (Napoli). *Influenza dei lipoidi sulla crescenza dell'organismo.* — L'O. ha somministrato a conigli neonati colesterina per via parenterale quotidianamente nella quantità di 20 centigrammi di colesterina per ogni 100 grammi di peso del corpo degli animali. Peraltro i conigli così trattati erano alimentati allo stesso modo di altri conigli della stessa età che servivano di controllo. Si misuravano poi quotidianamente la lunghezza e il peso degli animali in esperimento e dei controlli. L'O. ha così constatato una netta azione ritardatrice esercitata dalla colesterina sulla crescenza dell'organismo; perchè gli animali trattati con questa sostanza, già dopo dieci giorni avevano una lunghezza ed un peso del corpo inferiore ai controlli e sempre meno dei controlli crebbero con il continuare delle esperienze per oltre un mese. L'O. con queste ricerche

Digitized by Google

ha potuto perciò confermare ed estendere le osservazioni del Robertson sulla influnza della colesterina sullo sviluppo dell'organismo.

In una seconda serie di esperienze l'O. ha voluto studiare se fosse possibile dimostrare che le capsule surrenali, modificando il ricambio delle sostanze lipoidee nell'organismo esercitassero per questa via una influenza sullo sviluppo corporeo. Ha perciò praticato l'asportazione di una sola capsula di conigli neonati e ne ha seguito la crescenza paragonandola con quella di altri conigli controlli della stessa età. Su gli uni e gli altri ha seguito anche il comportarsi della colesterinemia durante il periodo della ricerca. Ha riscontrato nei conigli giovani operati di surrenalectomia unilaterale ipercolesterinemia, fatto già messo in evidenza da altri; ma non ha riscontrato nella crescenza di questi animali differenza rispetto ai controlli. Questi risultati confermano pienamente quelli già ottenuti dal Pende con la surrenalectomia doppia, nei gatti neonati.

Concludendo, l'O. afferma che sia da riconoscersi l'importanza esercitata dai lipoidi nel regolare la velocità della crescenza dell'organismo anche se ancora sconosciuto resta il meccanismo di questa influenza.

Bossa G. (Napoli). *Influenza della splenectomia sulla funzione biligenetica del fegato.* — Nella bile di cani splenectomizzati, l'O. ha constatato forte diminuzione dei pigmenti — evidentemente in rapporto con la soppressione di un organo assai importante per l'emolisi, qual'è la milza — e aumento della colesterina. Presso che invariati restano i sali biliari e gli altri componenti della bile. Dopo 3 mesi dalla splenectomia la composizione della bile è tornata quasi quella determinata prima dell'operazione.

Bossa G. (Napoli). *Influenza della intossicazione proteica cronica sulla funzione biligenetica del fegato.* — In seguito ad intossicazione proteica cronica, provocata iniettando in cani con fistola della cistifellea ovoalbumina, caseina, latte, peptone e derivati vari, l'O. ha riscontrato diminuzione dei sali e dei pigmenti biliari. Dopo le prime iniezioni, l'O. ha osservato un temporaneo aumento della colesterina, e, dopo un certo periodo dall'inizio delle ricerche, aumento della mucina.

Velardi F. (Napoli). *Un caso di anomalia epatica.* — L'O. riferisce di un'inferma di 33 anni, nella quale clinicamente si osservava una massa addominale che contraeva rapporti con gli annessi di destra e con l'utero. Una laparotomia esplorativa, per accertare la natura del tumore, dimostrò trattarsi di un lobo fluttuante del fegato, collegato col resto dell'organo da una massa esile di tessuto connettivale, in mezzo al quale decorrevano vasi e dotti biliari che si ricollegavano al fegato. Tra il lobo fluttuante e il fegato si frapponeva il colon trasverso normale, ed in basso questa massa come aveva rilevato l'esame semiologico contraeva rapporti con gli annessi e con l'utero.

Velardi F. *Contributo allo studio della leucemia linfogena subacuta splenomegalica pura.* — Riferisce un caso non troppo comune di detta affezione, nel quale l'esame del sangue fece rilevare: globuli rossi 1.800.000, globuli bianchi 120.000, emoglobina (30 al Sahli). L'esame morfologico fece rilevare che dei globuli bianchi il 92 % erano linfociti più o meno maturi. All'autopsia parziale fu possibile notare che accanto a una splenomegalia piuttosto marcata ed antica vi era assenza assoluta di compartecipazione linfatica e degenerazione linfogena del midollo delle ossa.

Velardi F. *Colesterina, anafilassi e splenectomia.* — Dalle esperienze dell'O. risulta che sia per gli animali normali che per i splenectomizzati (nei quali ultimi il tasso di colesterina è modicamente aumentato in rapporto i normali) dopo l'iniezione di siero il tasso di colesterina è nel primo giorno pressochè normale mentre sale nei giorni successivi fino a raggiungere al settimo giorno che è quello dell'acme della salita i valori di 0.70-0.80 per mille nei normali e di 0.80-0.90 ed anche 1 per mille negli splenectomizzati.

Questa variazione non è più visibile dopo la quarta iniezione essendo i valori pressochè uguali sia negli animali normali sia negli splenectomizzati. Vi è però da considerare che dopo la sesta iniezione il tasso di colesterina che era andato sempre salendo fino a raggiungere valori di 1.20 valore triplo del normale, tende a diminuire ripigliando valori che poi restano costanti fino alla morte dell'animale, 0.60-0.90 per mille.

Pozzilli P. (Roma). *Considerazioni cliniche e terapeutiche sulle ipotrofie dell'infanzia.* — L'O., premesso che ipotrofico è il bambino che presenta uno sviluppo corporeo inferiore alla media dei bambini della sua età e nel quale quindi la crescenza è rallentata, ritardata o fermata, distingue due tipi principali di ipotrofia: un primo tipo nel quale la riduzione della statura, del peso e dello sviluppo non sono paralleli e proporzionati; un secondo tipo, detto infiltrato, nel quale v'è dissociazione dell'ipotrofia della statura e del peso, rappresentato in gran parte da ipotiroidei. Ricordata l'importanza del rachitismo nel determinismo dei disturbi di crescenza, l'O. insiste sui benefici effetti che si ottengono e nel rachitismo e nelle ipotrofie con la somministrazione di fosforo e di calcio.

Pozzilli P. (Roma). *L'opoterapia associata nelle malattie di crescenza.* — Per la correlazione funzionale esistente fra le diverse ghiandole endocrine in quasi tutte le forme dei disturbi della crescenza, secondo l'O. si deve incolpare il contemporaneo difettoso funzionamento di molte di esse, per cui la medicazione associata plurighiandolare è quella che meglio potrà rimediare a questi disturbi. La miglior formula pertanto è quella che utilizza una mescolanza contenente tutte le ghiandole importanti, in proporzioni fisiologiche, per evitare l'alterazione dei principi attivi di esse, e in minime dosi, utilizzando la loro massima e completa attività curativa.

Dalle sue esperienze, l'O. ha potuto dedurre che l'opoterapia totale è capace di rendere servigi meravigliosi nelle malattie di crescenza, specialmente se la cura sia stata seguita con regolarità e perseveranza.

Tarsitano A. (Napoli) *La funzionalità epatica nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche.* — L'opinione che nella malattia di Wilson dovesse invocarsi una genesi epatica — da insufficienza funzionale, cioè, del fegato — come fattore determinante della sindrome a carico delle vie nervose motrici extrapiramidali, ha indotto a ricercare se, eventualmente, una simile patogenesi potesse essere ritenuta come causa anche nei postumi parkinsoniani dell'encefalite epidemica. Dai casi riferiti nella letteratura, intanto, si rileva che non costantemente in detti postumi si possono mettere in evidenza lesioni funzionali e anatomo-patologiche del fegato, e che, anche quando esse esistono, raramente sono gravi, per lo più lievi e parziali. L'O., in due suoi casi di parkinsonismo post-encefalitico, nei quali ha ricercato il comportamento delle varie funzioni del fegato (biligenetica, glicogenetica, proteica, di eliminazione delle sostanze coloranti, riserva alcalina), ha notato solo in uno aumento della percentuale di N ammoniacale e di N aminico nell'urina, esponente di parziale alterazione della funzione proteica del fegato, insieme con un ritardo nel ritorno alla norma della curva dell'iperglicemia provocata, esponente di lieve alterazione della funzione glicogenetica del fegato. Per l'incostanza dei risultati riferiti nella letteratura e di quelli da lui notati, l'O. non crede che si possa fino ad oggi affermare con sicurezza l'esistenza di una genesi epatica nella produzione dei disturbi parkinsoniani post-encefalitici.

Maestrini D. (Teramo). *L'azione delle tossine tubercolari sull'attività cardiaca.* — L'O. prova con studi sperimentali che la tossina tubercolare non altera il ritmo cardiaco: ne aumenta però (pur non influenzando il ritmo) l'energia sistolica. Nello stesso tempo induce nel miocardio, per via muscolare e non nervosa, uno speciale stato di ipotonia e danneggia assai più gravemente la muscolatura atriale che quella ventricolare.

Lauri A. (Napoli). *Fisio-patologia del fremito cranio-vocale e voce ascoltata sul cranio.* — L'O. riferisce alcune sue osservazioni fatte sulla fisio-patologia del fremito vocale per la prima volta osservato dal Landolfi M. Applicando le mani a piatto sulla scatola cranica e facendo pronunziare al soggetto la parola trentatrè a voce bassa e forte, si percepisce un fremito dovuto alle vibrazioni delle ossa del cranio. L'O. ha osservato: 1° che a narici chiuse il fremito si percepisce meno intensamente; 2° che il fremito è più intenso a voce bassa e forte anzichè a voce alta, quindi, a parità di condizioni, esso è più intenso nell'uomo che nella donna e più nell'individuo adulto che nel bambino; 3° che il fremito cranio-vocale è forte sul frontale e va decrescendo di intensità a mano a mano che si passi sui parietali, sull'occipitale e finalmente sui temporali, dove addirittura quasi si spegne; 4° che la impervietà del cavo naso-faringeo determina una diminuzione del fremito stesso.

L'O. ha inoltre rivolto la sua attenzione alla voce ascoltata sul cranio. Applicando infatti lo stetoscopio sul cranio e facendo pronunziare al soggetto la parola trentatrè, a voce afona, si ascoltano molto distintamente le tre T della parola. Il fenomeno avviene alquanto meno intensamente a narici serrate, e, del resto, la voce ascoltata sul cranio si comporta, quanto ad intensità secondo le norme del fremito cranio-vocale. Infatti la intensità di percezione va diminuendo a misura che si passa dal frontale ai parietali, all'occipitale ed ai temporali dove quasi si spegne.

L'O. ritiene il fremito e la voce ascoltata cranio-vocale molto utili nella diagnosi dei tumori cerebrali e delle encefalopatie in genere.

Lauri A. (Napoli). *Destrocardia congenita e stenosi mitralica.* — In quattro infermi, controllati con la radiografia, l'O. ha osservato destrocardia congenita, senza inversione degli altri visceri, con un vizio valvolare congenito (stenosi mitralica pura). Poichè la stenosi mitralica congenita si fa dipendere da un processo patologico della vita intrauterina (eredolue, tubercolosi), l'O. rileva che l'ulteriore accertamento della costanza della coesistenza delle due lesioni può dare molta luce sulla etiologia e patogenesi della destrocardia congenita.

Sanguigno N. (Napoli). *Nuove ricerche sullo shock emoclasico da tubercolina nei tubercolotici.* — L'O. riferisce che ha ripreso gli studi

Digitized by Google

del D'Amato sullo shock emoclasico da tubercolina nei tubercolotici ed espone i risultati da lui ottenuti in molti ammalati di tubercolosi e in diversi individui sani. Dei tubercolotici, di cui soltanto il 70 % presentava cutireazione positiva, il 72 % ha dato netta crisi emoclasica in seguito a iniezione di piccolissime dosi di vecchia tubercolina. L'O. ha anche usato una tubercolina priva di albumose ottenendo sempre la caratteristica leucopenia. Nessuna modifica della crasi sanguigna ha invece visto con l'uso di sostanze proteiche (latte, siero di sangue). Degli individui sani, di cui il 30 % presentava Pirquet positiva, soltanto il 27 % ha dato crisi emoclasica evidente.

L'O. conclude per tanto affermando che se a questa prova che, come la cutireazione, è in rapporto allo stato allergico o meno del tubercolotico, non si possa sempre assegnare un grande valore pratico ai fini della diagnosi, non bisogna però negarle un altissimo interesse biologico.

Di Pace I. (Napoli). *Le forme, le complicazioni e le successioni meno frequenti della influenza.* — Descrive le forme: intermittente, meningitica, letargica, emorragica della influenza e mette in rilievo le complicazioni meno frequenti, a carico delle sierose (pleuriti, peritonite, polisierosite), dell'apparato circolatorio (flebite), del sistema nervoso (meningite), dell'apparato locomotore (osteomielite e artrite), della gravidanza e del puerperio e le successioni più rare, quali la eccessiva sudazione, la sindrome confusionale, la psicastenia, il tremore, da lui osservati nelle epidemie del 1918-19 e di quest'anno.

Di Pace I. *Gli accidenti e le complicazioni meno frequenti della pertosse.* — Descrive alcuni accidenti meno frequenti, da lui osservati nel corso di una epidemia di pertosse, interessanti gli organi addominali (incontinenza fecale e di urina anche in adulti; prolasso rettale), respiratori (enfisema polmonare e interlobulare), nervosi (iotus laringeo, convulsioni, paresi, emiplegia, spasmo laringeo), circolatori (dilatazione acuta del cuore), e sostiene che essi sono legati esclusivamente a fatti meccanici, dipendenti dai violenti accessi di pertosse, che provocano la esagerata pressione intraddominale, la forte distensione degli alveoli polmonari, la imponente stasi venosa, anche nei territori cerebrali e meningei e che questa stasi può produrre lesioni cerebrali, caratterizzate o da semplici fenomeni congestizi, o anche da emorragie del cervello, o delle meningi.

Riporta anche casi di complicazioni rare a carico degli apparati respiratorio (dilatazione bronchiale) e nervoso (paraplegia).

Di Pace I. *Sugli ascessi di fissazione.* — L'O. riporta le sue osservazioni cliniche, le quali dimostrano che l'ascesso di fissazione, provocato con la comune tecnica, non abbrevia il decorso della polmonite, nè quello del tifo; non previene la enterorragia tifica; nè le complicazioni bronco-polmonari e pleurali della influenza; non fa riassorbire il versamento nella pleurite purulenta post-influenzale; non modifica in modo manifesto il decorso della febbre melitense e delle sue complicazioni; non manifesta una pronta benefica azione sulle infezioni puerperali, nè sulle meningiti influenzali, nè sulla scarlattina; nè ostacola la migrazione dell'erisipela.

L'O. conclude affermando che la pratica degli ascessi di fissazione non va incoraggiata oggi più, ma deve essere sostituita dalla stomosinoterapia e dalla lattoterapia.

Cioffi E. (Napoli). *L'autoemoterapia nella cura della tubercolosi polmonare.* — In una trentina di casi di tubercolosi del 1° e 2° periodo, l'O. ha avuto ottimi risultati con l'autoemoterapia. Tale terapia, secondo l'O., è aspecifico-specifica, nel senso che col sangue del malato si introducono anche dei bacilli vivi circolanti (autovaccinoterapia).

Cioffi E. *L'apparecchio Carpi nella pratica del pneumotorace artificiale.* — L'apparecchio di Carpi, secondo l'O., offre i vantaggi di essere leggiero e portatile, di avere un manometro molto sensibile, di evitare pericoli in quanto che l'introduzione dell'aria diventa difficile quando si siano raggiunte pressioni debolmente positive, di essere fornito di un ottimo ago speciale, con stiletto per possibili ostruzioni.

L'O. del resto nella sua pratica lascia in generale nel cavo pleurico, dopo l'introduzione d'aria, pressioni negative (pneumotorace ad ipotensione).

Cioffi E. *Ancora dei fermenti nella fisiologia e nella clinica.* — L'O., dopo aver esposto quanta importanza spetti ai fermenti in tutto il ricambio organico e nella cura dei morbi, ricorda come su questo nuovo indirizzo è oggi fondata la leucoterapia, la linfoterapia (da vescicanti) e la lipasoterapia, a mezzo di estratti leucocitari, introdotti per via ipodermica e intratracheale, metodo quest'ultimo per la prima volta praticato dall'O. nella tubercolosi polmonare.

SEZIONE DI MEDICINA MILITARE E COLONIALE

Contemporaneamente al XXXIII Congresso di Medicina interna si sono svolte nei giorni 19, 20 e 21 ottobre tre sedute, cui hanno partecipato numerosi rappresentanti del Corpo sanitario militare e della R. Marina.

In queste sedute sono state tenute due importanti relazioni, l'una del tenente colonnello medico Germino sulle vaccinazioni antitifiche nell'esercito e l'altra del tenente colonnello medico Di Nola sull'aviazione sanitaria.

Successivamene sono state svolte anche interessanti comunicazioni.

I Tema di Relazione

VACCINAZIONI ANTITIFICHE NELL'ESERCITO

prof. ALFREDO GERMINO, Ten. Colonnello medico (Napoli)
Relatore

Per incarico avuto dalla Direzione centrale di Sanità militare, l'O. ha ristudiato il problema della vaccinazione antitifica, utilizzando il vasto materiale clinico delle masse militari, per le quali l'argomento trattato ha un interesse tutto particolare. Le ricerche, iniziate presso il Laboratorio di biologia medica dell'Ospedale Militare di Napoli, del quale l'O. è Direttore, sono state estese a 420 uomini appartenenti ai varii reparti della guarnigione di Napoli, su gruppi di 30 uomini ciascuno, qualche volta di 60, per ogni tipo di ricerca. Scopo delle ricerche, come primo passo per altre future, è stato quello di saggiare, con le prove di agglutinazione, la reattività organica alle iniezioni di varii tipi di vaccino, per uso orale o parenterale, preparati con b. del tifo, paratifo A e paratifo B, al fine di provare quale fosse il più utile e se eventualmente c'era modo di perfezionare quelli già esistenti in commercio. I vaccini saggiati sono stati: l'enterovaccino antitifico e paratifico A e B preventivo dell'I. S. N. (Napoli) e dell'I. S. M. (Milano); l'idrovaccino misto T. A. B (Vincent) I. S. N.; varii lipovaccini alcuni dei quali fatti espressamente preparare (misto T. A. B., I. S. N.; misto lipo-olive T. A. B.; misto lipo-arachide T. A. B.; misto lipo-mandorle T. A. B.; misto lipo-merluzzo T. A. B.; lipo-doppio misto T. A. B. — arachide-merluzzo —; lipo-triplo misto T. A. B. — olive, mandorle, merluzzo —; lipovaccino misto T. A. B., I. S. M.).

Le conclusioni, alle quali l'O. è pervenuto, sono le seguenti:

1° L'enterovaccinazione antifico-paratifica alla Besredka, effettuata con pastiglie ed emulsioni sciroppose di germi, con o senza bile, non provoca nei vaccinati la comparsa in circolo di anticorpi sicuramente dimostrabili fra quelli già noti (agglutinanti, battericidi e batteriolitici).

2° Ove mai nel prossimo avvenire potesse esser dimostrato che questa vaccinazione conferisce sufficiente immunità, la pratica vaccinale, per la facilità di somministrazione del vaccino, per l'assenza assoluta di reazioni post-vaccinali, per la sua innocuità, non avrebbe alcuna controindicazione e potrebbe essere attuata senza tema nel maggior numero dei soggetti.

3° Il tentativo di vaccinazione per via tonsillare dall'O. eseguito per la prima volta, per le modalità di sua esecuzione e per gli scarsissimi risultati agglutinanti parziali che ha dato, presenta per ora semplice valore di ricerca di laboratorio; salvo le deduzioni che potranno trarsi in seguito dal controllo epidemiologico.

4° I lipovaccini misti T. A. B., finora preparati con eccipiente di olio minerale (vaselina), I. S. M. (vecchio tipo) ed I. S. N. 1927, non hanno in genere dato luogo alla comparsa in circolo di anticorpi (agglutinanti, litici, ecc.) rivelabili con i mezzi attualmente in uso. Le rare eccezioni segnalate non infirmano questo giudizio globale, in quanto alcune si riferiscono a casi speciali, complicati dall'insorgenza di manifestazioni flogistiche locali (elaiomi).

È ammesso che essi diano ipersensibilità e che pertanto non siano stati sempre del tutto estranei nello influenzare in modo

Digitized by Google

benefico il decorso della infezione tifoidea in un dato numero di vaccinati caduti ammalati.

5° I lipovaccini misti T. A. B., preparati con olii vegetali ed animali (di fegato di merluzzo), o vegetali ed animali insieme, in diverse combinazioni, danno luogo se iniettati negli uomini, alla comparsa di anticorpi agglutinanti; numerosi e con tasso elevato per tutti e tre i germi costituenti il vaccino, se si tiene presente che compaiono gia fin dal decimo giorno dalla vaccinazione e che comparativamente essi sono di gran lunga più numerosi di quelli che compaiono con gl'idrovaccini alla stessa data.

6° Le variazioni del tasso percentuale di agglutinazione in rapporto a ciascuno dei germi, pare siano influenzate dalla natura dell'olio adoperato; comparativamente le percentuali più alte per tutti e tre i germi sono state raggiunte, prima col lipovaccino doppio (arachide-merluzzo), associazione oleosa che non pare sia stata mai adoperata da altri, specie sull'uomo, poi con il lipo-merluzzo, segue il lipo-triplo (olii di olive, mandorle e merluzzo) ecc.

7° Tutti i lipovaccini preparati con olii vegetali o di merluzzo, o vegetali e merluzzo insieme, hanno provocato modiche reazioni generali e trascurabili reazioni locali; nessun ascesso.

E pertanto dimostrata la loro perfetta tollerabilità da parte dell'organismo umano.

8° Il lipovaccino misto T. A. B. I. S. M. 1927, nuovo tipo, dà luogo alla comparsa di circolo di agglutinine, batteriolisine nonche di poter precipitina, e le percentuali di agglutinine non differiscono [illegible] dall'O. riscontrate nei vaccini preparati con olii v[illegible] (olive, mandorle, arachide); tuttavia all'O. sono risultati [illegible] comparativamente inferiori a quelle dategli dalle miscele arachide-merluzzo, merluzzo solo, ed olive, mandorle e merluzzo insieme.

9° I risultati ottenuti appaiono attendibili se confrontati con quelli degli altri sperimentatori.

10° Infine appare abbastanza provato che la sostanza oleosa, veicolo dei germi nel vaccino, non solo non è indifferente di fronte alle proprietà immunizzanti dell'antigene, ma domina, a parere dell'O. parte del problema della lipovaccinazione.

Che negli anticorpi agglutinanti sia compresa una frazione antilipoidea, verso i lipoidi batterici, pare finora già messo in rilievo; che questa attività antilipoidea dei sieri possa essere accresciuta, anche se in modo non specifico, dalla introduzione associata, parenterale di altri lipoidi appartenenti al mezzo (veicolo oleoso), col risultato di rinforzare l'azione complessiva dell'anticorpo (agglutinante) sull'antigene, sembra all'O. un fatto che potrebbe sospettarsi dalla constatazione dei risultati avuti.

Si ritiene infine che sia da preferirsi la confezione del lipovaccino in fiale contenenti la dose individuale. Si è più sicuri di somministrare, agitando le fiale prima dell'uso, una quantità più costante di materiale antigene in sospensione.

Senza pretendere di aver trovato nulla di nuovo, sembra all'O. che qualche ostacolo possa considerarsi rimosso, perchè la vaccinazione antitifica continui a percorrere la sua via benefica.

Il giudizio definitivo sulla bontà dei metodi e delle loro varianti nuove, spetta senza dubbio alla epidemiologia ed alla clinica; e tale responso dovrà attendersi fiduciosi e lieti sapendo di non aver fatto finora opera vana.

La prima tappa sulla via additata dalla Commissione del Consiglio superiore di Sanità, sul finire della sua relazione al Consiglio stesso, è stata percorsa; e gli studii per migliorare la preparazione dei vaccini sono stati iniziati con fede e serena obbiettività.

Restano, è vero, tanti altri fatti quanto mai importanti nel problema della vaccinazione ed immunità antitifica che attendono di essere chiariti e spiegati. Essi secondo una felice espressione di Lakemann, rappresentano come dei fari, che appaiono all'osservatore superficiale soltanto come luci strane, senza speciale significato, che brillano nella lontananza oscura, mentre pel navigante esperto sono segnali che a volte indicano secche e scogli pericolosi da schivare, ma quasi sempre additano alla sua attenzione la rotta da seguire per condurre in porto la nave.

E di naviganti esperti non si può dire che si difetti sol che si volga lo sguardo intorno, oltre ogni confine; e la nave sarà guidata sicuramente in porto.

Con questo augurio e con questo vaticinio l'O. dà fine alla relazione, ringraziando l'illustre signor Presidente per l'onore concessogli di prendere la parola, il Congresso per la benevola attenzione prestatagli, la Direzione Centrale di Sanità militare che questi studii volle fossero ripresi con fede e vigore rinnovati.

Discussione sul Tema di Relazione

Gabbi. Si felicita con il relatore e rileva che il tema della relazione è di singolare interesse: bisogna troncare le epidemie, che, purtroppo, sorgono ancora in Italia.

Zironi (Milano). L'O. ricorda di avere da molti anni dimostrato che, qualsiasi sia il vaccino adoperato, esso determina in particolari contingenze una predisposizione (iperrecettività) all'infezione; perchè, poi, in altre condizioni il vaccino conferisce immunità, non è chiaro. Probabilmente ipersensibilità e immunità sono fenomeni intimamente collegati tra loro.

L'O. inoltre chiede al R. l'età dei vaccini da lui usati, essendo noto che la vita di questi è molto limitata nel tempo (pel tifo, per es., si dice che la validità dei vaccini si protrae fino a 6 mesi, pur essendo ciò esagerato). Si chiede inoltre l'O. se effettivamente i lipoidi influenzano la comparsa degli anticorpi o se non influenzano solamente l'assorbimento del materiale antigene iniettato.

Quanto al rapporto tra agglutinine e immunità, l'O. crede che non può essere affermato; se mai, secondo recenti vedute potrebbe cercarsi un rapporto tra stato immunitario e agglutinine a fini fiocchi, secondo Felix, si troverebbero nel sangue dei tifosi che guariscono.

Ferraro (Colonnello medico; Pola). Riferisce sulle vaccinazioni antitifiche, dall'O. iniziate a Tobruk sin dal 1911 e che furono poi continuate con ottimi risultati per tutta la guerra, anche negli allievi dell'Accademia navale. Dalle statistiche compilate, si rileva una morbilità che va dal 30 ‰ al 2 ‰ e anche meno. Dopo la guerra, quando i congedati hanno fatto ritorno alle loro città, è stata constatata una certa recrudescenza, ciò che è valso a dimostrare la necessità dell'uso delle vaccinazioni su larga scala.

Preti (Sassari). Ritiene che gli idrovaccini antitifici, durante la guerra, abbiano fatto conseguire reali benefici. L'O. crede, però, che i vaccini immunizzino per un tempo breve; durante la guerra, con le vaccinazioni si eliminavano i portatori e si mandavano, quindi, al fronte individui sterilizzati; ciò può spiegare i benefici risultati ottenuti.

Circa gli enterovaccini, l'O. si dichiara molto dubbioso quanto ai vantaggi che se ne possono aspettare.

Foce (Colonnello medico). Nei vaccinati per via parenterale, la somministrazione di enterovaccino esalta la battericidia del siero o sangue.

Pontano (Roma). L'O. si domanda se le agglutinine possono essere considerate come elemento sicuro per accertare l'esistenza o meno dello stabilirsi di una più o meno valida difesa immunitaria.

Marassini. L'O. ha, in suoi studi, stabilito che le vaccinazioni antitifiche modificano favorevolmente la microflora intestinale, si che viene inibito l'attecchimento del b. del tifo e dei paratifi ed è abbreviata la durata e l'intensità della malattia. Per le stesse modificazioni della flora intestinale, i portatori vengono sterilizzati.

L'O. ritiene, inoltre, che per una migliore comprensione dell'utilità o meno di un vaccino nei riguardi dello stabilirsi di uno stato immunitario, più che all'agglutinazione, ci si debba riferire alle modificazioni dei segni clinici presenti all'acme della malattia.

Izar (Messina). Anche l'O. ha potuto osservare in guerra, che le vaccinazioni giovano. Crede superflua, ai fini che il Relatore si è proposti, la questione se le agglutinine siano esponenti di immunità o non. Il Relatore, infatti, ha voluto accertare solo l'attività maggiore o minore dei vaccini da lui usati e si è servito del fenomeno dell'agglutinazione come indice di reazione organica.

Capogrossi. L'insuccesso delle vaccinazioni può talora dipendere dalla diversità di stipiti batterici usati, non corrispondenti a quello che è causa della malattia.

Cesa-Bianchi (Milano). Non crede all'utilità dell'enterovaccinazione antifica. Ricorda, invece, che è stato troppo dimenticato il vaccino di Löffler, iniettabile per via venosa, nonostante che con esso si provochino reazioni un po' troppo vivaci. Assicura che tra i vaccinati in tal modo prima della guerra, solo pochi, poi, hanno contratta l'infezione tifoide.

Maragliano E. Il Relatore ha presentato un rapporto che fa onore al Corpo sanitario militare, perchè dimostra come da esso si studiano bene le questioni inerenti alla protezione della salute dei nostri soldati. Le agglutinine sono stigmate di immunità, e la pratica ci dice che con la vaccinazione si può difendere una gran massa di gente dal-

Digitized by Google

l'infezione tifosa. Le teorie, invece, possono far sorgere dei dubbi, i quali però non debbono sconsigliare dalla pratica vaccinante. Per la vaccinazione antivaiolosa non si è arrivato a dire che essa poteva riprodurre la malattia verso la quale invece avrebbe dovuto proteggere? Del resto, più che ogni esperimento sugli animali, vale quello praticato sull'uomo: e l'Esercito questo ha fatto.

Il Relatore ha dimostrato che si possono avere vaccini più efficaci o meno; in attesa che si trovi quello efficacissimo, dobbiamo attendere anche per applicare quei provvedimenti già di riconosciuta utilità? Evidentemente no: in seguito si avrà l'ottimo, per ora contentiamoci del buono.

Germino (Relatore). Ritiene che il nocciolo della questione, l'utilità della vaccinazione, come è apparso dalla discussione, è ormai un fatto accettato da tutti. A. Zironi risponde, dicendo che i vaccini da lui usati avevano in genere 1-2 mesi di età, al massimo 4. Circa, poi, l'ipersensibilità determinata talora dai vaccini, pur riconoscendo che si tratti di una questione ancora oscura, pensa che essa non può prolungarsi all'infinito: se l'infezione tifica sopravviene nei vaccinati nei primi 10-15 giorni dalla vaccinazione, può essere più grave; non così se l'infezione sopravviene dopo 4-5 mesi. La distinzione delle agglutinine in agglutinine a piccoli e grossi fiocchi non è accettata da tutti, e perciò il R. non ne ha tenuto conto.

E' d'accordo con Preti, quanto all'enterovaccino, e con Cesa-Bianchi. Ammette col Marassini che la flora intestinale possa modificarsi con le vaccinazioni. Condivide le idee di Izar.

A Capogrossi fa noto che, dovendosi nell'Esercito vaccinare grandi masse, non si può tener conto di adattare il ceppo batterico al singolo individuo.

A Pontano, il R. dice che egli non ha ritenuto la prova agglutinante come indice di immunità, ma ha scelto come elemento rivelatore dell'attività dei vaccini le agglutinine, come quell'anticorpo che più costantemente accompagna la infezione tifica ed è più facile a ricercarsi quando si debbano fare studi su grandi masse d'uomini.

Gabbi. Propone il seguente ordine del giorno, che viene approvato ad unanimità.

« Il XXXIII Congresso di Medicina Interna, udite le interessanti comunicazioni dei Medici Militari e Civili sulle vaccinazioni antitifiche:

Plaude all'opera compiuta sull'interessante argomento secondo i più moderni e rigidi criteri scientifici dai Medici Militari e Civili.

Constata come già le applicazioni pratiche abbiano dato notevoli prove della efficacia del metodo e come le infezioni eberthiane e paraeberthiane possano essere prevenute come risulta dalle relazioni statistiche dei Medici Militari, i primi a mettere in più larga azione il metodo preventivo:

Plaude al Governo Fascista e per esso alla Direzione di Sanità che hanno imposto per legge ove si poteva la vaccinazione:

Fa voti che il Governo dia alle Cliniche e agli Istituti Ospedalieri il vaccino in larga misura richiedendo da essi resoconto statistico dell'opera compiuta per muovere con più sicuro cammino alla redenzione delle infezioni tifoidee e paratifoidi, cagione di numerosi danni individuali, sociali e nazionali;

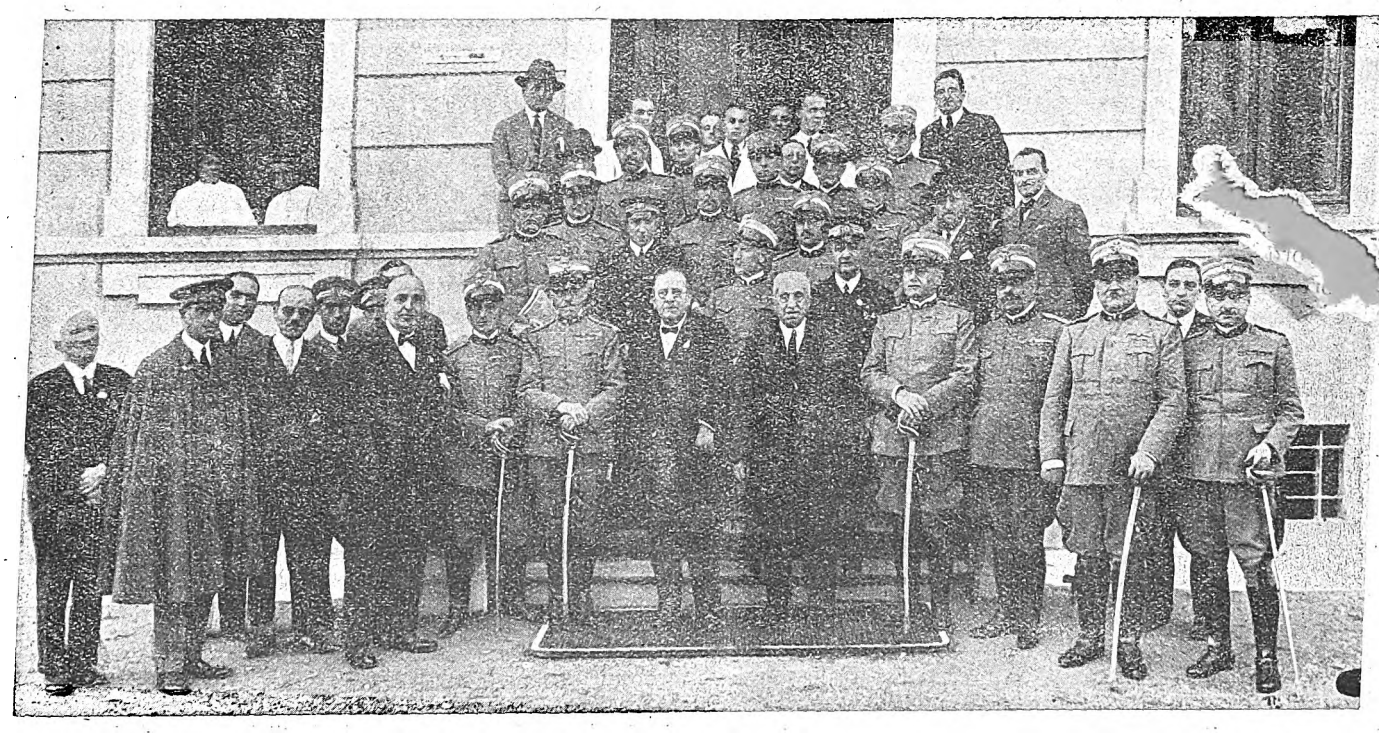
Fa voti che il Governo voglia promuovere le applicazioni di tutte le vaccinazioni preventive possibili contro le varie malattie infettive, quando i mezzi da usarsi risultino sicuramente innocui, dal momento che solo da una larga applicazione sull'uomo può essere dimostrata la reale efficacia di ogni vaccinazione preventiva ».

Il Tema di Relazione

L'AVIAZIONE SANITARIA

prof. ANGELO DI NOLA, Ten. Colonnello medico (Roma) - Relatore

L'O. passa dapprima in rapida ma dettagliata rassegna i mezzi coi quali si trasportavano i feriti nella più remota antichità — a dorso d'uomo, sulle braccia, sugli scudi, sulle armi, ecc. — e in epoche a noi più vicine — sui cavalli, in carri, ecc.—, fino a ricordare il primo tentativo fatto nel 1792 dalla Convenzione nazionale in Francia di bandire un concorso a premi per la costruzione di carri a sospensione per il trasporto dei feriti e degli ammalati. Il tentativo, però, non ebbe successo, perchè dei tipi escogitati nessuno fu ritenuto degno di considerazione, pur riconoscendosi anche in tempi posteriori la necessità di un rapido sgombero dei feriti dai campi di battaglia.



Gruppo dei Congressisti Militari. - In primo piano, al centro, il Sen. prof. E. Maragliano e l'on. prof. U. Gabbi

I problemi dell'Aviazione sanitaria si può dire che siano sorti non appena nacque l'aviazione stessa e furono studiati sotto varii aspetti sia che servissero per trasporto di feriti e di chirurgi o di materiali sanitari, sia che dovessero praticare l'esplorazione dei campi di battaglia per la scoperta dei nidi di feriti. Il generale medico olandese dott. Mooy è stato il pioniere dell'Aviazione sanitaria, perchè fin dal 1910 ne fece oggetto di particolare considerazione; nel 1912, poi, il dott. Duchausoy, di Nizza, nella sua qualità di segretario dell'Associazione delle dame francesi, mise a concorso un aeroplano per trasporto feriti che ideò l'aviatrice Hélène Dutriem.

Nel 1915, inoltre, il senatore, medico e pilota, Reymond usò nelle grandi manovre l'aeroplano per i servizi sanitari dell'esercito francese.

L'Italia è stata tra le prime nazioni ad intuire l'utilità dell'aviazione sanitaria in guerra: s'iniziarono, perciò, ben presto studi e si presentarono progetti, tra i quali notevole quello del dott. Riccardo Ponzelli che ideò i trasporti aerei durante la grande guerra tra le prime linee e gli ospedali di Milano. Non meno intenso, d'altronde, è stato il movimento di preparazione nelle altre nazioni. Così in Francia Chassaing, maggiore medico della riserva, utilizzò dapprima un aeroplano tipo Dorand A. R., adattandolo in modo da ospitare due feriti, uno sull'altro, poi trasformò allo stesso scopo numerosi apparecchi Bréguet 14A2,

Digitized by Google

nel Marocco. Nelle colonie, specialmente, i velivoli sanitari hanno dato ai francesi buona prova, e recentemente la casa Hanriot ha presentato un apparecchio « H 14 sanitaire », tipo 1925, con motore Rhône 80 c. v., che alla grande stabilità accoppia la facilità dell'atterraggio anche in terreni meno adatti e il pregio di non essere troppo costoso.

Anche gli inglesi contano al loro attivo vari sgombri di feriti per via aerea nel Kourdistan, in Mesopotamia, ecc., utilizzando talora delle vere ambulanze aeree, quali: l'ambulanza Vickers-Vernon, capaci di 12 passeggeri oltre le due persone dell'equipaggio, e l'ambulanza Andrò-Andover, che può trasportare, oltre due persone dell'equipaggio ed un infermiere, 4 feriti o malati.

Negli Stati Uniti si sta sperimentando un apparecchio della casa Cox-Klemin con motore di 60 HP, capace di trasportare un medico e due feriti in barella.

In Italia, il ten. colonnello F. Porro ha particolarmente studiato la nostra colonia libica e, premesso come in essa si riscontrino facili possibilità di atterraggio e condizioni atmosferiche favorevoli, accenna all'utilità ricavata nel 1922 nel trasporto dei feriti delle truppe operanti a Giose (a 100 km. da Tripoli) e a Bir Ghnem, allorchè furono improvvisate delle ambulanze aeree con dei Caproni. Il Ministero della Aeronautica, tenendo conto di questa improvvisata esperienza, ha rimesso allo studio il problema e di recente il tenente colonnello L. Falchi, pilota aviatore e medico, ha proposto l'attrezzamento dell'apparecchio Caproni 450 HP in apparecchio sanitario portaferiti, rendendolo, con opportune modifiche, più leggero e capace di 4-6 feriti orizzontali nelle barelle di ordinanza e di 2 feriti seduti.

Una importante questione messa sul tappeto dall'aviazione sanitaria è, intanto, quella della neutralizzazione degli apparecchi e fin dal 1912 la Lega nazionale aerea francese formulò voti perchè il governo indicesse una conferenza internazionale per la protezione dei velivoli sanitari. Dopo la guerra, la questione è stata nuovamente agitata, nel 1921, alla X Conferenza intersazionale della Croce Rossa e al XII Congresso internazionale delle Croci Rosse, tenutosi a Ginevra nel 1925, senza che potesse essere risoluta. Non si può escludere infatti che lo sguardo dei velivoli è troppo penetrante, dominando dall'alto una estensione notevole di terreno, perchè non possa carpire al nemico ragguagli sulle sue posizioni strategiche.

Le proposte formulate per ovviare a ciò non sono pertanto di pratica attuazione.

Alcuni vorrebbero che ogni aeroplano sanitario prima di elevarsi, per mezzo di radio, dovesse ottenere uno speciale permesso dallo Stato Maggiore avversario il quale, a seconda delle circostanze, potrebbe concederlo. Altri pretenderebbe che il velivolo dopo l'esplorazione non atterrasse nella zona dell'Armata nemica, ma invece dovesse essere obbligato a prender terra in determinate stazioni, sotto la direzione della Croce Rossa, in campi di atterraggio che dovrebbero servire esclusivamente per gli aeroplani sanitari ed essere controsegnati dei segni della neutralità.

Quinton, già presidente della lega aerea nazionale francese, ha presentato un progetto in cui è stato fatto obbligo tassativo per ogni pilota di trasporto sanitario di atterrare, dopo l'esplorazione, nel campo nemico e di costituirsi prigioniero fino al momento in cui gli si permetta di raggiungere gli avamposti del suo esercito. Ma tale progetto non sembra pratico, specie se si considera che un guasto del motore può costringere ad atterrare ovunque.

Queste ed altre proposte non sono pratiche, così pure quella della costituzione di una flotta aerea sanitaria a carattere internazionale, e v'è chi ha proclamato l'inapplicabilità all'aviazione sanitaria delle leggi della neutralità. Ma questo mezzo di trasporto porta troppi vantaggi per potervi *a priori* rinunziare, ed a torto lo si vorrebbe escludere dai benefici della Convenzione di Ginevra, la quale, del resto, nell'art. 6 della riunione del 1906, ha contemplato anche la cessazione della protezione delle formazioni sanitarie nel caso che si volesse usare dell'immunità per commettere atti nojosi pel nemico.

Tali difficoltà dovranno però superarsi, avendosi il precipuo dovere, senza venir meno agli interessi della sicurezza nazionale, di far convergere ogni sforzo all'incremento dell'aviazione sanitaria, la quale è la più atta a salvaguardare le vite preziose di coloro che combattono per la grandezza della Patria.

1480 =

Comunicazioni varie

Cerri C. *Per una migliore organizzazione sanitaria coloniale ed una razionale organizzazione di studi e di ricerche in medicina esotica.* — L'O. esposta l'attuale organizzazione sanitaria coloniale, fa noto le necessità dell'istituzione di un ispettorato generale di sanità coloniale e di una scuola di patologia coloniale; presenta, inoltre, uno schema di progetto.

Gabbi. Ricorda come egli con un discorso alla Camera abbia ottenuto la nomina di una Commissione che presentasse provvedimenti per la istituzione di una Scuola di patologia coloniale. La Commissione dopo due anni ha presentato una Relazione, nella quale è stato incluso un codice sanitario coloniale, che risponde ai desiderata dell'O. precedente.

Pedrazzi A. *I quesiti dell'acclimatazione e il problema emigratorio italiano.* — L'O. propone in merito quanto segue: 1. Esame sistematico ed accurato dei problemi fisiologici dell'acclimatazione, e delle loro ripercussioni sul rendimento del lavoro manuale. 2. Studio preciso e dettagliato delle varie Zone Tropicali per vedere in quali una emigrazione Italiana sia possibile, anche in grande stile, con sicurezza di futuro, sia dal punto di vista della esistenza, quanto da quello della completa attività fisica e psichica.

Cerri C. *La fusospirochetosi broncopolmonare in provincia di Bologna.* — Riferisce su di un interessante caso di tale affezione, personalmente osservato e studiato, traendone argomento per una completa esposizione di questo recente capitolo di patologia.

Patanè C. *Il posto attuale della Cirenaica nella epidemiologia delle Leishmaniosi del Nord Africa.* — Osservazioni epidemiologiche accuratamente eseguite dall'O., il quale le riunisce in un chiaro grafico che presenta all'assemblea.

Corradi N. *Alcune ricerche sul sangue degli ammalati di tifo esantematico.* — In malati di tifo esantematico, l'O. ha potuto isolare, con l'emocoltura eseguita con particolare tecnica, nel 90 % dei casi, un germe che ha identificato come un proteus vulgaris, agglutinabile ad alto titolo dal siero dei malati. Tali germi, nelle prove culturali, si trovavano agglutinati in grossi fiocchi al fondo delle provette: l'O. spiega ciò ammettendo un fenomeno di agglutinazione allo stato nascente, dato l'alto titolo di agglutinabilità del siero dei tifosi per i protei. Questo reperto spiega pure perchè altri AA. non hanno avuto identici reperti; essi non cercarono i germi al fondo delle provette di brodo. Propone di tentare di isolare il proteo dal corpo del pidocchio, cosa che non è stata ancora fatta. Avanza l'ipotesi che il proteo costituisca la fase visibile e virulenza del virus filtrabile, agente del dermotifo.

Sarnelli T. *Anomalie e alterazioni neuropsichiche dei nostri indigeni.* — Come l'O. fa rilevare, la neuropsichiatria coloniale non è stata fino ad oggi coltivata con interesse tale, quale sarebbe giustificato dall'importanza dell'argomento. Passa ad esporre le sue osservazioni sul *latah*, illustrandone la sintomatologia clinica con una cinematografia e raffrontando l'affezione con altre proprie dei nostri paesi.

LA CRONACA DEL CONGRESSO

Nella sera del 18 ottobre, ai congressisti fu offerto un signorile ricevimento dal Municipio di Parma, nell'artistico salone di S. Paolo; in onore dei congressisti stessi inoltre è stato tenuto uno spettacolo di gala al Teatro Regio, con concerto vocale e strumentale, eseguito da insigni artisti, tra i quali la celebre Mercedes Capsir. I congressisti sono rimasti simpaticamente compiaciuti della gentilezza e della grazia della città che li ha ospitati, ammirandone le storiche bellezze, dal Duomo alle Tombe dei Farnesi, alla Pinacoteca ecc. Un gruppo numeroso di essi, poi, si è recato a visitare gli stabilimenti delle Terme di Salsomaggiore.

Riuscite pure le mostre annesse ai Congressi medici: quella di specialità medicinali e di acque minerali, di strumenti di chirurgia e branche affini, di radiologia; l'esposizione di libri di medicina e chirurgia; la mostra del Giornale medico italiano, la prima del genere; la mostra delle stazioni di cure termali e climatiche.

Alla mostra del giornale medico vi hanno degnamente figurato quasi tutti i periodici medici d'Italia, ed è sperabile che ogni anno, in occasione dei Congressi annuali medico-chirurgici, si ripeta questa esposizione che così vivo successo ha ottenuto e che ha messo in evidenza la feconda attività della stampa medica italiana per lo sviluppo e l'incremento della cultura nazionale.

Il nostro giornale poi, come negli anni decorsi, ha distribuito a tutti i congressisti un fascicolo speciale, in edizione di lusso, contenente tutte le relazioni dei Congressi medici tenuti a Parma con le fotografie dei relatori ed un medaglione dell'on. prof. Umberto Gabbi con ritratto fuori testo. Anche il *Giornale di Clinica Medica* ha pubblicato per l'occasione un numero unico dal titolo « Parma Medica ».

Il prossimo congresso sarà tenuto a Roma, nel 1928.

A. Tarsitano

Digitized by Google

I NOSTRI CLINICI

UMBERTO GABBI

A Lui si deve se quest'anno ben cinque Congressi medici si sono svolti insieme nella città di Parma che Egli ama come la sua città nativa.

Conosciuto e stimato come uno dei più valenti ed autorevoli clinici italiani, è a Lui che si sono rivolti, in questa occasione, il consenso e l'ammirazione dei medici italiani, che portando il loro contributo di studiosi, sono venuti a constatare il progresso e l'organizzazione degli studi medici di codesta interessante ed intellettuale città, così ricca di nobili tradizioni.

Nato nella patria di Roberto Ardigò, l'on. prof. U. Gabbi si laureò con lode a Firenze in scienze naturali nel 1883, quindi, sempre con lode, in medicina e chirurgia nel 1885. Medico astante per concorso nell'Ospedale di Santa Maria Nuova in Firenze (1885-86), assistente per concorso e poi Aiuto (1886-1896) nella Clinica Medica di Firenze, vinse per concorso il perfezionamento all'interno nel 1887, all'estero nel 1888. Libero Docente in Patologia Medica nel 1890, fu incaricato dell'insegnamento di questa materia a Firenze (1890-91), quindi supplente di Clinica Medica sempre a Firenze (1892), professore straordinario di Patologia Medica a Messina (1895-1903), medico primario per concorso nell'Ospedale di Messina (1896). Primo su 40 concorrenti venne nominato ordinario di Clinica Medica a Messina, dove rimase dal 1904 al 1908.

Comandato per l'insegnamento delle malattie esotiche nella R. Università di Roma nel 1909; fu primo nel Concorso per Clinica Medica a Modena nel 1910, declinando la Cattedra e rimanendo a Roma, finchè nel 1917 non fu chiamato a voti unanimi nella R. Università di Parma.

Nel 1910 vinse il « Premio Santoro » della R. Accademia dei Lincei. Membro di varie accademie italiane, è presidente della « International Society of medical Hydrology » (1927-28), a Londra; Presidente dell'Ente Nazionale per la propaganda della cultura italiana all'estero (Sez. di Parma), Presidente del Fascio Medico Parlamentare, Presidente della Sez. Naturalisti di Parma.

Fu eletto Deputato nella lista fascista dal 1924; membro del Consorzio Antitubercolare di Parma, membro ed ispettore provinciale dell'Ente Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Per l'epidemia di colera (Tripoli 1910), ebbe l'encomio solenne del presidente dei ministri Luzzatti; nella grande guerra (1917) quello del Presidente Salandra e per le benemerenze per la pubblica istruzione, quello dei ministri Baccelli, Nasi e Bianchi, mentre fu nominato Grande Ufficiale della Corona d'Italia nel 1925, Commendatore dell'Ordine Goburgo Gotha e di una onorificenza germanica rifiutata nel 1915, fu insignito della medaglia d'argento per la Sanità Pubblica (Terremoto di Messina), al merito sanitario (nella grande guerra), al merito nazionalista.

Fece la campagna di Libia nel 1912 nella qualità di Presidente della Commissione per lo studio delle malattie tropicali a tutela delle nostre truppe; scoppiata la Guerra fece il volontario (1915-1919) quale Maggior Generale Medico di complemento al 2° Corpo d'Armata (7°-9°), con salvacondotto fino alle estreme trincee.

Il capitolo della Sanità pubblica, che sotto i passati governi non aveva mai sentito una voce che in Parlamento si levasse in sua tutela, ebbe nel Gabbi, durante l'attuale Legislatura, un assertore tenace della sua importanza: basterà ricordare l'opera svolta in favore delle leggi sulla Maternità ed Infanzia, Tubercolosi, Stazioni di cura, Codice Sanitario Coloniale ecc.

Ha fondato i seguenti giornali: « Il Segno » (1890), « il Borelli » (1908); « Archivio trimestrale di patologia tropicale » (1919); « Malaria e malattie dei paesi caldi » (1910-1918); « Giornale di Clinica Medica » (1920-1927); « Archivio Fascista di medicina politica » (1927). Fu Redattore capo de « Lo Sperimentale » (1892-95) e dell « Salsomaggiore Termale » (1920).

Nei periodi della sua maggiore attività scientifica nella patologia tropicale, fondò una società fra i cultori della materia, che tenne quattro congressi; la guerra ne soffocò la vita. Fondò il 1° Sanatorio antimalarico pei bambini di Messina, che poi diventò una colonia scolastica estiva.

Svolse i capitoli sulle malattie della milza, dei reni e dei nervi nel trattato del Cantani e del Maragliano.

Allievo di grandi Maestri, quali il Federici, il Grocco, il Baccelli in Italia; il Gebardt, il Koch e lo Ziegler in Germania, il Gabbi in più di un quarantennio di attività scientifica ha dimostrato di essere cultore fervido e profondo di semeiotica, di patologia e di clinica. Egli ha infatti illustrato nuovi e vecchi segni fisici dei quali taluno porta il suo nome (*soffio sistolico* sull'ilo epatico nella compressione del tronco destro dell'art. epatica), mentre a taluno è stata da lui data una interpetrazione ormai generalmente accettata.

Ha pubblicato due Manuali di Semeiotica che ebbero parecchie edizioni e sono molto diffusi tra la gioventù studiosa. Nel campo della Patologia, la sua fama più che nazionale si illustra di scoperte compiute nel campo delle malattie esotiche, parecchie delle quali Egli per primo descrisse nelle nostre regioni meridionali, vincendo opposizioni pervicaci e non sempre serene.

Ricordiamo principalmente i suoi studi sul Kala-azar, malattia della quale è stato chiamato dal Mense a dare una diffusa e completa descrizione nel suo grande Trattato delle malattie tropicali; gli studi sulla febbre maltese, sul bottone d'Oriente, sull'amebiasi, sulla febbre dengue, sul bubbone climatico ecc.

Il suo Trattato italiano di patologia esotica, pubblicato nel 1917 dalla Casa Ed. Bocca, è il primo, ben riuscito tentativo italiano di dar corpo dottrinale a questo nuovo, importantissimo capitolo della patologia. Si può dire che in questo campo il Gabbi debba essere chiamato il Pioniere.

Nè i problemi particolari di patologia hanno distolto la sua mente dallo studio dei più vasti quadri della Clinica Medica generale, perchè, figlio della stessa fertile terra che ha dato alla Clinica il genio del De Giovanni, Egli ha saputo continuare le classiche tradizioni italiane e dettare lezioni che, dopo aver raccolto l'attenzione appassionata e l'applauso fervido di medici e di studenti, sono state in parte pubblicate e offerte alla ammirazione di un più vasto cerchio di studiosi.

Italiano per forma di ingegno, per metodo di lavoro, per l'espressivo stile della parola e della penna, ha pur tuttavia dimostrato di sapere apprezzare il contributo scientifico di oltre Alpe, ed ha tradotto opere mediche dal tedesco e dall'inglese.

In questi ultimi anni la sua molteplice attività ha trovato un nuovo campo nelle applicazioni di quella che il suo Maestro Baccelli aveva definito « medicina sociale e politica ».

Il suo sempre giovanile entusiasmo, che lo aveva posto in prima linea tra le falangi nazionaliste nei tempi dell'asservimento accademico alle imposizioni settarie, lo ha trascinato a combattere ancora, con l'avvento del fascismo, per quelli che sono stati, sono e saranno sempre i suoi ideali di italiano, di uomo e di scienziato.

Nell'« Archivio Fascista di Medicina Politica » Egli ha saputo dar prova di quel che possa il maturo e brillante ingegno di uno scienziato, quando è posto al servizio di una Fede.

Digitized by Google

VITA UNIVERSITARIA

Nuovi Rettori. — Con recente disposizione l'on. prof. Giuseppe Muscatello, stabile di Clinica Chirurgica è stato nominato Rettore della R. Università di Catania per il biennio accademico 1927-1928 e 1928-1929.

— Il prof. Arnaldo Bruschettini è stato nominato Rettore della R. Università di Napoli per il medesimo biennio Accademico.

Libere docenze. — Hanno conseguito la libera docenza: il dott. Gaetano Bernabeo, in traumatologia, il dott. Alfredo Pettenati, in patologia speciale medica, il dott. Emanuele Sorge in patologia speciale chirurgica.

Esami di Stato, esami speciali ed iscrizioni nelle Università del Regno. — Con recente disposizione del Ministero della P. I. sono dettate le norme per la sessione annuale degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

Sono sedi di esami di Stato alcune Università che dispongono di un numero limitato di iscrizioni di candidati come segue: Catania 100; Genova 180; Milano 150; Napoli 200; Padova 120; Pisa 100; Roma 200, Torino 180.

I candidati agli esami di Stato possono scegliere la sede di esame tra quelle indicate precedentemente salvo alcune limitazioni e fermo restando che, in nessun caso, possono presentarsi agli esami in quelle sedi nelle quali siano stati iscritti nell'ultimo biennio o vi abbiano conseguito la laurea o il diploma che è titolo di ammissione agli esami medesimi.

I candidati agli esami di Stato devono presentare la domanda di ammissione, non oltre il 20 novembre 1927, alla segreteria dell'Università o dell'Istituto Superiore ove intendano sostenere gli esami.

La domanda deve essere redatta e documentata in conformità dello art. 5 del R. decreto 16 settembre 1926, numero 1768.

Possono essere accettate domande non corredate dal titolo originale o certificato di laurea o diploma, che però il candidato deve in ogni caso produrre prima dell'inizio degli esami, per essere ammesso a sostenerli.

Le Segreterie delle Università e degli Istituti superiori sedi di esami di Stato ricevono le domande che sono presentate dai candidati, anche in eccedenza del numero massimo indicato per ciascuna sede.

Il giorno successivo a quello di scadenza del termine, le Segreterie delle Università e degli Istituti Superiori sedi di esami di Stato comunicano al Ministero il numero totale dei candidati.

Il Ministero, tenuto conto delle informazioni ricevute, provvede alla ripartizione dei candidati, che in ciascuna sede eccedono il numero prescritto, tra le sedi nelle quali si sono presentati candidati in numero inferiore a quello massimo, e ne informa le Segreterie delle Università e degli Istituti Superiori interessati, che debbono con la massima sollecitudine trasmettere le domande dei candidati in soprannumero alle sedi indicate dal Ministero e darne immediata comunicazione agli interessati.

Gli esami di Stato hanno inizio in tutte le sedi il giorno 30 novembre 1927 e si svolgono secondo l'ordine stabilito per le singole sedi dai Presidenti delle Commissioni esaminatrici e reso noto con avvisi affissi nell'albo dell'Università o Istituto Superiore sede di esame.

Con recente circolare, poi, il Ministro della P. I. ha impartito le opportune disposizioni circa lo svolgimento delle lezioni e degli esami per l'anno accademico 1927-1928.

Le principali disposizioni contenute nella circolare sono le seguenti.

1. Le domande di immatricolazione e di iscrizione, giusta il disposto dell'art. 63 del Regolamento Generale Universitario, dovranno essere presentate entro il 5 novembre; soltanto per giustificati motivi, le autorità accademiche potranno consentire l'immatricolazione e l'iscrizione anche dopo il 5, ma non oltre il 30 novembre. Nessuna istanza di immatricolazione e d'iscrizione potrà poi essere accolta se presentata oltre il 30 novembre, qualunque siano le ragioni addotte a giustificazione del ritardo.

2. Salvo la facoltà delle autorità accademiche di spostare entro i limiti prescritti (15 giorni) le date di apertura e di chiusura dei corsi, le lezioni hanno inizio il 5 novembre e termineranno il 15 giugno.

3. Giusta quanto viene stabilito con provvedimento in corso di pubblicazione, gli esami di profitto e di laurea si svolgeranno soltanto in due sessioni; la prima avrà inizio il 16 giugno e terminerà il 15 luglio, la seconda avrà inizio il 1. ottobre e terminerà il 31 ottobre. Ogni altra sessione, compresa la tradizionale sessione di marzo, è assolutamente vietata.

In via eccezionale, il Ministro della P. I. ha consentito che a tutti gli studenti sia concesso qualche appello suppletivo nel corrente mese di novembre, in considerazione ch'essi non potranno poi sostenere più esami fino alla chiusura dei corsi.

Per il tirocinio pratico degli studenti e laureati in medicina e chirurgia. — Per l'anno accademico 1927-28 è stato riconfermato l'elenco del precedente anno, riguardante gli ospedali, istituti e reparti ospedalieri che non sono sedi di cliniche universitarie presso i quali studenti e laureati in medicina debbono essere accolti per il tirocinio pratico, con l'aggiunta del solo ospedale di Fivizzano per l'Università di Pisa.

Concorso al posto di perfezionamento "Maffucci" presso la R. U. di Pisa. — E' aperto il concorso al posto di perfezionamento « Maffucci » presso l'Istituto di anatomia patologica della R. U. di Pisa, per due anni scolastici consecutivi (1927-28 e 1928-29). Il vincitore del concorso godrà per ciascuno dei due anni un assegno di L. 1.000. Possono concorrere al posto i laureati in medicina e chirurgia di tutte le Università del Regno nell'anno 1926-27 o in quello precedente. Il concorso è per titoli, ma la Commissione giudicatrice potrà anche sottoporre i concorrenti ad una prova di esame. Il concorso si chiude il 1° dicembre 1927.

Per l'assetto edilizio della R. Università di Roma. — Con R. D.-L. 23 ottobre 1927, n. 1968 (v. *Gazzetta Ufficiale*, n. 252, 1927), nello stato di previsione della spesa del Ministero della P. I. per l'esercizio finanziario 1926-27, è stata stanziata la somma di L. 16.000.000 per la esecuzione dei lavori di assetto edilizio della R. Università di Roma.

NOTIZIE

Nomine ed onorificenze. — Il prof. comm. Giovanni Orsi, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Municipio di Napoli, è stato nominato membro del Consiglio superiore di Sanità, quale rappresentante dei Capi degli Uffici Comunali d'Igiene. Vivi rallegramenti.

Il nuovo Consiglio Superiore della Sanità Pubblica. — Con recente Sovrano provvedimento si è provveduto alla costituzione del nuovo ordinamento portato dalla legge 23 giugno 1927.

L'alto consesso — a prescindere dai membri di diritto — è stato costituito come appresso:

1. Alessandrini prof. Giulio; 2. Ascoli prof. Vittorio; 3. Bargellini prof. Guido; 4. Bilancioni prof. Guglielmo; 5. Bordoni ing. Ugo; 6. Boselini prof. Pier Ludovico; 7. Canalis prof. Pietro; 8. Casagrande prof. Oddo; 9. Di Vestea prof. Alfonso; 10. Gabbi prof. Umberto; 11. Gianturco dott. Emilio; 12. Lanfranchi prof. Alessandro; 13. Lessona prof. Silvio; 14. Maggiora prof. Arnaldo; 15. Mancioli prof. Tommaso; 16. Manfredi prof. Luigi; 17. Marchiafava prof. Ettore; 18. Orsi prof. Giovanni; 19. Parravano prof. Nicola; 20. Puppini ing. Umberto; 21. Sclavo prof. Achille; 22. Serpieri prof. Arrigo; 23 Stazzi prof. Pietro; 24. Vacino dott. Achille; 25. Valenti prof. Adriano.

Quale rappresentante dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e della Infanzia è stato assegnato a far parte del Consesso stesso il prof. Francesco Valagussa.

Con successivo decreto ministeriale, poi il prof. Ettore Marchiafava e il prof. Alfonso Di Vestea sono stati nominati rispettivamente Presidente e vice Presidente del Consiglio medesimo per la Sessione dell'anno corrente.

Sono in corso le designazioni da parte dei rispettivi Sindacati Nazionali, dei rappresentanti in detto Consesso dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti esercenti nel Regno.

Erezione in Ente morale della Cassa scolastica del R. liceo scientifico "Gaetano Rummo" in Benevento. — Con R. Decreto n. 1873, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 246, 1927, su proposta del Ministro della P. I., la Cassa scolastica del R. Liceo scientifico, intitolato al nome del fondatore del nostro giornale, « Gaetano Rummo » in Benevento viene eretta in Ente morale e ne è approvato il relativo statuto.

Congresso dei medici alienisti e neurologi di Francia. — Dal 23 al 28 luglio 1928 avrà luogo ad Anversa il XXXII Congresso dei medici alienisti e neurologi di Francia e dei paesi di lingua francese, sotto la presidenza di H. Claude e A. Ley. Questioni poste all'o. d. g. sono: 1. «La catatonia», relatore: prof. P. Divry (Liegi). 2. «Le algie dell'arto superiore », relat. prof. H. Roger (Marsiglia); 3. «La terapia della paralisi generale», relat.: dott. Dujardin e R. Targowla.

Per le iscrizioni rivolgersi al dott. Fr. Meeus, 21, Nervierstraat, Anversa. Quota d'iscrizione 50 fr. francesi, per i membri aderenti, 30 fr. per i membri associati.

PROPRIETA LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 21 Novembre 1927 - Anno VI — N. 47

LEZIONI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA E DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretto dal prof. LUIGI PRETI

DUE CASI DI PORPORA EMORRAGICA

Lezione del prof. LUIGI PRETI — Direttore

Abbiamo da vedere insieme due malati, i quali rientrano nel grande e complesso gruppo delle diatesi emorragiche per avere in comune un sintomo — porpora emorragica — che è il più appariscente, eppure per la etiologia, la patogenesi e la restante sintomatologia sono casi di due distinte forme morbose. Il sintomo — porpora emorragica — era noto anche ai medici antichi, che l'avevano elevato a dignità di malattia vera e propria, ma nel 1775 Verlhof differenziò fra il caotico gruppo un tipo, che da lui prese nome di morbo maculoso di Werlhof e poco più tardi Schoenlein un secondo, che chiamò peliosi reumatica. Sembrava quindi che il capitolo delle diatesi emorragiche e quello più ristretto della porpora emorragica fosse avviato verso una conveniente ed utile sistemazione, ma invece per opera di parecchi autori, con Litten alla testa, si ricadde nel concetto unitario delle porpore, poichè si fece strada la nozione che tra le varie porpore « non esistono differenze sostanziali ma che si tratti di una sola malattia con diverse gradazioni di intensità ».

Attualmente assistiamo al ritorno della tendenza pluralistica, e con ciò si cominciano a diradare le tenebre, che avvolgevano questo interessante capitolo della patologia, con vantaggio non indifferente anche per la pratica.

***

Sini Maria d'anni 9, scolara da Sassari. Ha il padre e la madre viventi e sani e così pure un fratello di 6 anni. Nata da parto normale, ebbe allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici.

Qualche anno fa la piccola paziente superò il morbillo dal quale, secondo i parenti, guarì bene senza postumi, e poco tempo dopo ebbe qualche accesso febbrile diagnosticato e curato dal medico famigliare come febbre malarica. I disturbi, che condussero l'ammalata alla clinica, vengono fatti risalire dai parenti ad un mese addietro: il primo sintomo fu l'epistassi, la quale compariva frequentemente senza causa apparente, di giorno ed anche di notte nel sonno, di durata varia da mezz'ora ad un'ora e più, ora dall'una or dall'altra narice. Quasi contemporaneamente furono notate piccole emorragie alle gengive, durante o dopo i pasti e spesso anche indipendentemente da questi. In seguito comparvero, secondo quanto raccontano i parenti, varie lividure disseminate alla cute delle coscie, numerose emorragie sulla cute degli arti di grandezza visibile da una capocchia di spillo ad un pisello ed anche più; il pallore della cute, che andò facendosi sempre più cospicuo, indusse i parenti a portare l'ammalata all'ambulatorio della clinica, ove venne consigliato il ricovero nell'Istituto e vi entrò il 23 dicembre.

La malata avverte i soliti disturbi, di cui si lamentano coloro, che sono affetti da anemia, e cioè debolezza generale, facile stancabilità, svogliatezza, cardiopalmo e dispnea ai minimi sforzi muscolari.

Vedete una bambina, che presenta uno sviluppo somatico inferiore per la sua età di 9 anni; è piccola di statura, gracile, quantunque lo scheletro sia normale, tutte le articolazioni sono libere. Le masse muscolari sono poco sviluppate ed il pannicolo adiposo è piuttosto scarso. La cute è pallida verdognolo e per questo aspetto ricorda la tinta delle clorotiche. Osservando la cute della paziente salta subito all'occhio la presenza di numerose macchie rosse, circoscritte, puntiformi o di grandezza variabile sino a quella di una lenticchia, che non scompaiono alla pressione; esse, chiamate petecchie, sono il prodotto di piccole emorragie nella pelle, e, come voi vedete, sono disseminate con maggiore abbondanza alla cute degli arti inferiori, ma se ne trovano anche all'addome, all'avambraccio e qualcuna in corrispondenza della mucosa della gengiva inferiore. Ma vi sono altre macchie, più grandi, dall'aspetto di lividure, grandi come uno scudo o più, a forma irregolare di colorito variabile a seconda del tempo della loro comparsa; le più recenti sono rosso scuro, rosso azzurro; le più vecchie, giallastre, verdognole, bruniccie. Queste sono chiamate ecchimosi e sono dovute a stravasi di sangue fra gli strati dell'epidermide: se il sangue stravasato penetra nelle ghiandole sudoripare può da esse sgorgare all'esterno. Il destino di questi spandimenti sanguigni è di regola un rapido assorbimento con trasformazione della sostanza colorante del sangue, passando per le diverse gradazioni di colore, che abbiamo visto, ed alla fine il pigmento, che residua, viene condotto via per i linfatici.

Procedendo nell'esame rileviamo che il capo è normalmente mobile ed indolente; i globi oculari si muovono in tutti i sensi; le pupille sono eguali e reagiscono bene e prontamente alla luce ed all accomodazione: le congiuntive sono pallide; nulla si rileva degno di nota a carico dei condotti uditivi esterni e dei padiglioni auricolari senonchè che questi ultimi sono pallidi verdognoli.

Le coane nasali sono pervie, come si può constatare facendo soffiare attraverso il naso a bocca chiusa otturando or l'una or l'altra narice. La mucosa gengivale è pallida, ed è evidente, come già abbiamo notato, un gruppetto di petecchie sulla mucosa gengivale inferiore. La lingua è sporta bene. Il collo è esile, si notano alle regioni laterali dei sollevamenti trasmessi dai grossi vasi. La tiroide nulla presenta di anormale all'ispezione e non è aumentata di consistenza.

Il torace è ben conformato, il diametro trasverso prevale su quello antero-posteriore; le fosse sopra, sotto-clavicolari e del giugulo sono marcate, l'angolo del Louis è poco pronunciato, sono appariscenti gli spazi intercostali; la colonna vertebrale presenta le curvature come di norma; le scapole sono aderenti. Il respiro, prevalentemente costale, è simmetrico. Le pareti toraciche sono elastiche; non vi sono punti dolorosi; il fremito vocale tattile è ovunque conservato. Gli apici polmonari arrivano a destra a livello della 7ª cervicale sulla paravertebrale, con decorso obliquo ed a concavità rivolta in basso arrivano a circa 1 ½ cm. al disopra del punto di mezzo della clavicola e si porta all'articolazione sterno-clavicolare. Alla base il margine polmonare tocca la 10ª costola sull'angolare della scapola, la 6ª sull'emiclaveare. A sinistra in alto ed alla base posteriore i limiti corrispondono all'ottusità assoluta del cuore e precisamente alla 4ª costola sulla parasternale, e di qui con decorso obliquo a concavità in basso raggiunge la punta del cuore nel 4° spazio intercostale a ½ cm. a destra dell'emiclaveare. La motilità attiva è integra. Il suono è chiaro ovunque. All'ascoltazione il respiro è conservato su tutto l'ambito.

L'itto della punta è visibile come un debole sollevamento piuttosto circoscritto in corrispondenza del 4° spazio intercostale a 1/2 cm. a destra dell'emiclaveare; alla palpazione è ritmico non eccessivamente forte. Il limite del cuore a sinistra coincide con l'itto della punta; in alto arriva al margine superiore della 3ª costola sulla parasternale; a destra non debordа dalla marginale destra dello sterno. All'ascoltazione i toni sono ritmici impuri su tutti i focolai.

L'addome è tumido, simmetrico, indolente, elastico, senza resistenze abnormi. Nulla di particolare rilievo allo stomaco ed all'intestino.

Il fegato non è aumentato di consistenza, la superficie è liscia, il margine smusso. L'ottusità epatica superiormente coincide col margine superiore della 6ª costola sull'emiclaveare; il margine inferiore abbandona l'arco costale tra il prolungamento dell'emiclaveare e la parasternale, e sulla linea mediana arriva al punto di mezzo della xifo-ombellicale.

La milza, come il fegato, non è aumentata di volume; il polo

Digitized by Google

inferiore non è palpabile sotto l'arco costale, superiormente arriva alla 9ª costola sull'ascellare posteriore; anteriormente all'ascellare media.

Nulla di notevole a carico del sistema nervoso, essendo integre la motilità, la sensibilità, i riflessi sia profondi che superficiali.

L'orina emessa nelle 24 ore è di circa 1200 ccm.; la densità si aggira intorno a 1018, è giallo arancio chiara; la ricerca dell'albumina, delle albumose, dei pigmenti ematici, dello zucchero, dell'acetone, dei pigmenti biliari, dell'urobilina, dell'indacano, è negativa; l'esame del sedimento ottenuto con la centrifugazione non rileva presenza di elementi morfologici.

Le feci sono formate, di consistenza pastosa; nulla di notevole presentano all'esame chimico e microscopico.

La sierodiagnosi di Wassermann è negativa. La cutireazione alla tubercolina è negativa. L'esame del sangue ha dato il seguente reperto: G. R. 3.150.000; Em. 32 %; Val. Gl. 0,5; G. B. 5,200, di cui 67 % Pn.; 1 Eo.; 24 % L.; 8 % Mon. Piastrine 35.000. Nell'esame a fresco lieve poichilocitosi e su preparati colorati rarissimi eritroblasti.

Se dovessimo arrestarci a questo punto nelle indagini sulla nostra malata non avremmo raccolti i dati sufficienti per arrivare ad una diagnosi esauriente.

Il nostro esame deve essere rivolto ora ad analizzare il sintomo emorragico e cioè dobbiamo cercare di risolvere il quesito perchè nella malata il sangue esce con facilità dai vasi versandosi all'esterno sotto forma di petecchie e di ecchimosi.

Dipende dal fatto che il sangue della paziente ha perduto la sua fisiologica capacità di coagulare. Noi conosciamo una malattia, la cui essenza è dovuta precisamente all'incoagulabilità del sangue, ed è l'emofilia; ma sappiamo che la sindrome clinica — ignoriamo ancora per quale ragione — non si palesa di regola nelle femmine, ma solo nei maschi. Le femmine per lo più, fatto molto curioso, trasmettono la malattia senza presentarla. Quindi questo dato dovrebbe già per se stesso farci presumere estranea ad un processo emofiliaco la sindrome morbosa, di cui è affetta la nostra paziente.

Ad ogni buon conto constatiamo se vi è un turbamento nella funzione della coagulabilità del sangue sottraendo un pò di sangue da una vena. Ciò possiamo fare con tutta tranquillità poichè è noto che la puntura di una vena con ago, anche se praticata in un emofiliaco, non dà luogo ad emorragia, la quale invece si manifesta quasi infrenabile se vengono lesi i capillari. Preleviamo quindi 1 ccm. di sangue da una vena della piega del gomito, con una siringa bene asciutta, armata di un ago non troppo grosso; versiamo il sangue così ottenuto in un vetro da orologio, che conserveremo in camera umida a 20°. Di tanto in tanto con un'asticina filiforme di vetro, munita di capocchia, attraversiamo il sangue. Quando l'asticina, attraversando il sangue, trascina filamenti di fibrina sarà il momento dell'inizio della coagulazione; quando poi il sangue si lascerà dividere dall'asticina considereremo la fine della coagulazione. Seguendo il fenomeno con un contasecondi vediamo che l'inizio della coagulazione avviene a 6' e la fine a 14'. Quindi la coagulazione non solo avviene, ma ha luogo nel tempo considerato normale, poichè in condizioni fisiologiche l'inizio oscilla fra 5 e 14 minuti e la fine fra 12 e 25. Dunque anche la prova esclude che si tratta nel caso in esame di emofilia.

Procediamo ora nella nostra disamina dopo aver messo da parte il sangue per osservare più tardi se si verificherà un altro fenomeno, di cui ci occorrerà la conoscenza.

Un'altra causa, responsabile delle emorragie esterne ed interne, può essere la forte riduzione delle piastrine nel sangue. Sapete dalla patologia generale che le piastrine concorrono ad occludere la soluzione di continuo dei vasi, in quanto che si fermano ed aderiscono a formare il trombo là dove è avvenuta una soluzione di continuo. In difetto di piastrine l'emorragia continua fino a che la contrazione della parete dei capillari intervenga a restringere o ad occludere la soluzione di continuo, oppure fino a che la perdita di sangue sia tale che l'attività cardiaca si indebolisca e quindi, in parte anche per la diminuita massa sanguigna, accada il collasso delle pareti capillari.

Dopo quanto fu detto basterà provocare la soluzione di continuo di capillari ed osservare come si comporta l'emorragia che ne consegue. Pungiamo quindi il lobulo di un padiglione auricolare: ciò possiamo fare impunemente perchè abbiamo già esclusa la forma emofiliaca. Aspiriamo di mezzo minuto in mezzo minuto con carta da filtro, che non deve toccare o tanto meno asciugare la piccola ferita, le gocce di sangue. Così facendo vediamo che l'emorragia cessa al 24° minuto; resta con ciò assodato che il tempo di emorragia è oltremodo prolungato, poichè con la tecnica da noi usata esso non dovrebbe superare i 4-5 minuti. Il risultato di questa indagine che, come avete visto, per la sua semplicità tecnica può essere eseguita da chiunque ed ovunque, assume una grande importanza diagnostica. Quando la prova riesce a stabilire che l'emorragia si prolunga di molto oltre il tempo ritenuto normale, possiamo con sicurezza dire, dato che siasi stabilito precedentemente l'integrità del processo di coagulazione, che nel sangue del paziente o fanno difetto le piastrine oppure, se queste sono in numero normale, che esse sono prive del potere di agglutinarsi, il che funzionalmente è come se fossero mancanti.

Possiamo controllare la verità dell'affermazione in due modi: uno semplice, anche questo alla portata di tutti, il secondo un po' più complesso, perchè richiede le conoscenze della tecnica microscopica. In pratica potrebbe bastare uno solo, il più semplice se vi fossero difficoltà per l'esecuzione dell'altro. Basta osservare come si comporta il coagulo del sangue. In condizioni normali il sangue estratto dai vasi coagula ed il coagulo, una volta che si è formato, si restringe, si ritrae, spremendo siero. Il fenomeno è opera di un fermento, la retractosima o rectractina, che si libera dalle piastrine quando sono fuori dei vasi. È facile comprendere che se le piastrine nel sangue sono molto ridotte scarso sarà il fermento retrattile e pertanto il fenomeno della retrazione o non si verificherà, oppure comparirà molto tardi. Vediamo quindi il sangue, che abbiamo abbandonato dopo la prova della coagulazione; è passata circa un'ora e nel frattempo avrebbe dovuto verificarsi il fenomeno. Ebbene vedete che il coagulo occupa ancora la stessa superficie di volume di prima. Ma perchè possiate ritenere ben impresso il fenomeno guardate questi due tubetti. Nel tubetto n. 1° il coagulo occupa tutto l'interno del tubo, aderisce perfettamente alle pareti del vetro; possiamo capovolgere il tubo ed il coagulo rimane fisso. Nel tubetto n. 2 invece il coagulo si è ristretto in tutti i sensi, si è staccato dalle pareti e trovasi al fondo, circondato ai lati e superiormente da siero; la differenza è evidentissima. Ebbene il tubetto n. 1 contiene ccm. 3 di sangue della malata, prelevato ieri sera; quello, contrassegnato col numero 2, contiene la stessa quantità di sangue prelevato nello stesso momento da un soggetto sano. Non vi possono quindi essere dubbi; il coagulo di sangue della malata non si ritrae, è irretrattile. E ciò, per quanto ho già detto, viene a confermare che il sangue della bambina è povero di piastrine.

Il secondo metodo di controllo è il conteggio delle piastrine nel sangue; la tecnica è un pò delicata data la tendenza che hanno i detti elementi a riunirsi in ammassi. Venne eseguita ieri sera e la conta fattane per tre volte ha dimostrato che il numero di piastrine per mmc. non supera i 35 mila. Numero quindi notevolmente inferiore alla norma, che, come voi sapete, è all'incirca di 250 mila per mmc.

Ma se volete altre prove di conferma possiamo praticare quella del martello, che consiste nel percuotere col martelletto di percussione la cute soprastante a parti dure come la tibia o lo sterno; la prova di Koch, che si eseguisce praticando 5 punture entro un'area di 4 cmq. di cute; la prova di Hess, che si ottiene mediante un'iniezione sottocutanea di una soluzione al 7 % di cloruro sodico od anche di semplice soluzione fisiologica; prove, che, se positive, danno rispettivamente emorragie prolungate, ecchimosi ed ematoma. Nel caso nostro le prove sono tutte concordi a dimostrare che il sangue della bambina è trombo- o piastrino-penico.

Possiamo noi dire se l'emorragia nella nostra malata è sostenuta solamente dalla trombopenia constatata o se vi concorre un altro fattore come una abnorme fragilità vasale? È una questione questa sollevata da eminenti clinici, e fra i nostri dal Ceconi, il quale a spiegare i fenomeni porpurici si orienta di più verso la fragilità vasale che verso la trombopenia.

Che un'abnorme fragilità vasale per sè sola possa dar luogo ad emorragie cutanee spontanee e provocabili è fuori di discussione; ne abbiamo un esempio in certe forme microbiche e sopratutto nell'endocardite lenta maligna; ma in queste la fragi-

Digitized by Google

lità vasale è almeno indirettamente documentata da un eccesso di cellule endoteliali in circolo, provenienti dall'esfogliazione di dette cellule perchè esse partecipando alla lotta contro il germe causale, si gonfiano, si arrotondano e si staccano e passano nel torrente circolatorio a costituire un'alta percentuale (20 e più per cento) degli elementi della serie bianca. Ma in casi come il nostro, in cui la costituzione della formula leucocitaria non si allontana dalla norma, l'eventuale fragilità vasale può essere sostenuta più come ipotesi che come un fatto reale.

La trombopenia, riferendomi a quanto ho già detto, potrebbe essere ritenuta bastevole a promuovere fenomeni emorragici. Frank in base a numerose osservazioni ha potuto assodare che, quando il numero delle piastrine scende sotto a 30 mila per mmc., si possono avere i sintomi emorragici spontanei e provocabili. E l'obbiezione che casi con grave trombopenia possono decorrere senza sintomi emorragici, ha poco valore in quanto in tali casi le emorragie sono con facilità provocabili con traumi molto modesti.

Ne devesi invocare il reperto della prova del laccio o della stasi venosa artificiale perchè questo è positivo tanto nei casi di trombopenia che in quelli di fragilità vasale. Ed infatti serrando per 5 minuti con un tubo di gomma il braccio o la coscia a 4 dita rispettivamente sopra la piega del gomito o del ginocchio, in modo da provocare la stasi venosa nel distretto sottostante senza arrestare la circolazione arteriosa, noi produciamo un aumento della pressione endocapillare e pertanto si favorisce una emorragia per ressi se le pareti capillari sono fragili; si ingigantisce l'emorragia per diapedesi se il sangue è trombopenico.

Quindi per il momento accontentiamoci di sapere che nella nostra malata esiste una spiccata trombopenia e che la trombopenia per se stessa, all'infuori di ogni altro fattore, può essere in grado, prolungando il tempo di emorragia, di favorire l'emorragia ogni qual volta, per una causa accidentale ed estranea alla forma morbosa, abbia luogo una soluzione dei capillari.

Ed ancora teniamo conto di un altro fattore: l'assenza o la eliminazione della contrattilità dei capillari, il che, se è concomitante con la trombopenia, aggrava e facilita l'emorragia.

Ma non è ancora finita la disamina del nostro caso, occorre vedere se in esso vi sono gli elementi per stabilire la causa della trombopenia; la conoscenza dei quali, come vedremo, ha importanza non indifferente per l'indirizzo terapeutico da seguire. Voi sapete che secondo la dottrina corrente le piastrine derivano dai megacariociti, che si trovano nel midollo osseo, ma riscontrabili anche in altri organi emopoietici o temporaneamente emopoietici.

Sono grosse cellule con nucleo voluminoso lobato o scomposto in segmenti congiunti fra loro da tratti di unione o più raramente indipendenti, accumulati generalmente nel centro del citoplasma, il quale è granuloso, ricco cioè di granuli, che sono azzurrofili. Questi granuli si accumulano in gruppetti, attorno a ciascuno dei quali si raccoglie e si isola una zona o zolla di plasma basofilo omogeneo; il protoplasma interposto tra le zolle basofili è invece debolmente acidofilo. Ciascuna zolla, individualizzandosi sempre più attorno al corrispondente gruppetto di granuli, viene a costituire l'ialomero di una futura piastrina, mentre il gruppetto ne costituirebbe il cromomero. Successivamente il megacariocito si disgrega e così le piastrine, completamente formate, verrebbero messe in libertà. Le piastrine, la cui genesi ha luogo nel midollo, analogamente a quanto avviene per gli altri elementi morfologici del sangue, con tutta probabilità vengono distrutte dalla milza e ciò si presume dal fatto che alla splenectomia sperimentale segue sempre un aumento di piastrine nella circolazione. Nei casi di piastrinopenia ci si deve porre quindi il quesito se la riduzione delle piastrine è in rapporto ad una deficiente piastrinogenesi da parte del midollo o ad una esagerata azione piastrinocateretica della milza.

In generale un'esagerata azione cateretica della milza è sempre contrassegnata da un aumento di volume dell'organo, quindi, senza perderci in disquisizioni differenziali col passare in rassegna tutte le forme morbose spleniche, che possono dare piastrinopenia per esagerata distruzione di piastrine, basterà considerare che nel caso nostro, mancando il tumore di milza, si deve poter escludere un'abnorme aumento della piastrinolisi splenica. Resta soltanto l'altra evenienza da considerare e cioè la piastrinopenia da insufficiente produzione di piastrine da parte del midollo. Intanto possiamo scartare per la stessa ragione, oltre che per la mancanza di reperti ematologici, un eventuale stimolo patologico proveniente dalla milza, la così detta trombopenia splenica, che di solito si può osservare nel Kala-azar, nel tifo addominale emorragico, nella linfogranulomatosi spleno-meseraica, nella malaria cronica, nella lue ereditaria od acquisita, nella splenomegalia Gaucher o tipo Banti ecc. In queste forme la cellula staminale del midollo, di origine reticolo-endoteliale, invece di avere un orientamento mielobiastico come di norma, per l'azione di speciali stimoli splenici assume lo stesso orientamento della cellula del reticolo spleno-epatico-linfatico, dando luogo a monociti, macrofagi, leucociti endoteliali, oppure si arresta nella sua evoluzione. Cosicchè tali forme sboccano alla fine in ipotrombia, ipoleucosi, anemie spleniche.

Resta ora da considerare l'insufficiente produzione per alterazioni intrinseche del midollo, cioè per le così dette mielosi. Il midollo osseo ha tre funzioni: eritropoietica, leucopoietica e piastrinopoietica, dipendenti ciascuna da un apposito apparato. I tre apparati sono diversamente sensibili agli agenti morbosi talchè si può avere: *a)* lesioni di tutti e tre gli apparati: si hanno allora le cosidette mielosi globali o mielosi eritro-leucopiastrinopeniche; *b)* lesione di due soli apparati e quindi aversi le mielosi eritro-leucopeniche, o eritro-piastrinopeniche, o leucopiastrinopeniche; *c)* lesione di un solo apparato e cioè le mielosi eritropeniche, o leucopeniche, piastrinopeniche.

Ricordiamo l'esame del sangue dell'ammalata: G. R. 3.150,00; G. B. 5,200; Piastrine 35.000 con una formula leucocitaria che si avvicina alla norma; davanti ad un tale reperto noi siamo autorizzati a considerare il caso come una mielosi piastrinopenica, poichè la riduzione eritrocitica potrebbe essere la conseguenza delle perdite sanguigne per le ripetute emorragie verificatesi.

Quindi possiamo concludere che nel caso in esame si ritrovano tutti gli elementi per dire che la trombopenia è causata da un'insufficiente produzione di piastrine per una mielosi piastrinopenica. Sarebbe dunque una diatesi emorragica secondaria cioè sintomatica ad una lesione del midollo osseo. In casi consimili si notano alterazioni a carico dei megacariociti, la maggior parte dei quali presenta un citoplasma omogeneo o solo parzialmente granuloso anzichè uniformemente granuloso. Di questo stato di cose non sappiamo la causa, di guisa che l'etiologia non ci è ancora nota quantunque alcuni la riferiscano a tossine, sopratutto microbiche ed anche a tossine esogene, di cui si conoscono il benzolo, l'arseno-benzolo o ad agenti fisici come i raggi roentgen. Altri infine ritengono che le alterazioni dei megacariociti dipendano da un arresto di sviluppo congenito.

Riferendoci alla nostra malata noi non riusciamo a trovare alcun fattore, che possa influire sulla presunta alterazione dell'apparato piastrinopoietico tanto che non siamo in grado di dire se essa sia congenita od acquisita. Se dovessimo esprimere un giudizio in base ai dati anamnestici, saremmo portati più a metterla in rapporto ad un fatto acquisito che congenito poichè la sintomatologia trombopenica sotto forma di emorragie esterne o sottocutanee ha risparmiato la bambina fino a poco tempo fa; ma più di così non possiamo andar oltre nella nostra supposizione. Si tratterebbe quindi di una trombopenia essenziale, di una trombopenia cioè a causa ignota; il caso allora potrebbe essere identificato per una forma morbosa, che va sotto il nome di morbo maculoso di Werlhof, la quale è contrassegnata dalla tendenza alle emorragie; da un numero di piastrine notevolmente diminuito, mentre gli altri elementi morfologici sono o normali o tutt'al più modestamente ridotti; dal prolungamento del tempo di emorragia; dall'irretrattilità del coagulo, dalla mancanza del tumore di milza. Se poi questa forma debba essere ritenuta come sindrome clinica a sè o se pure debba essere considerata alla stregua di uno stato secondario e quindi come una diatesi emorragica sintomatica conforme alla tendenza che va delineandosi, mi sembra per il momento intempestivo e d'altra parte scevro di importanza, poichè se anche così fosse, non porterebbe mutamenti nell'indirizzo terapeutico.

Per quanto riguarda la prognosi, se dovessimo stare all'opinione di Werlhof, dovremmo fare una prognosi favorevole. Oggi invece in base alle maggiori cognizioni, che possediamo, sopratutto patogenetiche, deve essere almeno riservata, subordi-

Digitized by Google

nandola non al grado di anemia ma al fattore piastrinopoietico.

Per la pluralità ed anche intensità delle emorragie i pazienti possono andare incontro ad uno stato di anemia impressionante; ma poco dopo all'emorragia segue di solito la così detta crisi di sangue con normoblastosi leucocitosi e trombocitosi; il paziente sembra così avviarsi alla guarigione, poichè le emorragie, anche quelle provocabili, non si ripetono; il numero delle piastrine, pur non rimanendo all'alto tasso, che si riscontra durante la crisi, non si abbassa di molto e l'anemia migliora sensibilmente e rapidamente. Ma non è infrequente constatare entro un tempo variabile, recidive più o meno gravi.

In alcuni casi può verificarsi l'esito letale per il mancato arresto dell'emorragia, oppure in conseguenza della sede, in cui essa è avvenuta. Sono noti casi di morte per emorragia cerebrale, polmonare ecc.

Secondo alcuni poi essendo il morbo di Werlhof considerato la prima tappa della mielosi globale, la morte potrebbe avvenire più tardi coi segni della così detta aleucia ed anemia aplastica.

Comunque di regola quando le piastrine si abbassano al disotto di 30 mila per mmc. dobbiamo aspettarci da un momento all'altro la sindrome emorragica spontanea od apparentemente spontanea, poichè bastano piccole cause a produrre imponenti emorragie. Nel caso nostro il pericolo di altre emorragie, essendo il numero delle piastrine di 35 mila, è per il momento scongiurato; ciò non toglie però che il nostro giudizio pronostico debba essere assai riservato non potendo prevedere quale sarà l'evoluzione.

La via terapeutica da seguire, dopo quanto abbiamo detto nei riguardi della patogenesi, è chiara. Bisogna elevare il numero delle piastrine. Se si trattasse di una trombopenia secondaria od una forma morbosa splenica, la splenectomia troverebbe una razionale indicazione; asportando la milza verrebbe soppresso o la piastrinocateresi, nel caso di una esagerata funzione litica dell'organo, o lo stimolo splenico se questo abnormemente fosse così intenso tanto da ostacolare l'attività emopoietica del midollo come da indirizzare la cellula mieloblastica verso la produzione reticolo-endoteliale splenica.

Ma nel caso nostro, in cui abbiamo constatato che la piastrinopenia è legata ad una deficiente produzione di piastrine per una parziale mielosi ad etiologia ignota, è indicata ancora la splenectomia? Noi sappiamo che se sperimentalmente asportiamo la milza ad animali si assiste sempre ad una notevole attività del midollo, il cui risultato si manifesta anche con un aumento delle piastrine in circolo e quindi per questo dato anche nel nostro caso il consiglio della splenectomia non sarebbe fuori luogo. È vero che dopo poco tempo le piastrine si riducono ancora, se la piastrinopenia non è di origine splenica; ma anche all'infuori di questa evenienza, il loro numero non si abbassa mai al disotto di quel limite, che può dare l'emorragia spontanea. Il che sarebbe già un risultato di notevole importanza. Noi quindi tenuto conto di quanto abbiamo esposto proporremo ai parenti la splenectomia, se le provvidenze terapeutiche medicamentose non riusciranno ad elevare il numero delle piastrine.

La terapia medicamentosa da tentare sarebbe: innanzi tutto la trasfusione di sangue, con quelle norme e cautele che a voi sono ben note; quella che mira ad aumentare la coagulazione del sangue, come la somministrazione di 1-2 gr. di cloruro di calcio pro die, le iniezioni di gelatina, di siero di cavallo, con l'avvertenza per quest'ultimo di non scordare la possibilità di fenomeni anafilattici; l'impiego di quei farmaci che agiscono sulla costrizione vasale, come l'Hamamaelis virginica, il Viburnum prunifolium, ecc., e quegli altri che godono fama di essere stimolanti dell'apparato emopoietico midollare, come il midollo osseo fresco di animali giovani e preparati arsenicali. Fu tentata anche la roentgenterapia sulla milza ma con risultati non troppo incoraggianti, forse questa terapia potrebbe riuscire utile in quei casi, nei quali la trombopenia è di origine splenica.

Localmente si dovrà pure intervenire esercitando pressioni per restringere il lume dei capillari ed anche, se l'emorragia avviene su mucosa accessibile, **cospargendo la parte** sanguinante con polveri fini ed inerti per favorire il ristagno del sangue. Nel caso nostro, poichè l'emorragia si verifica dalla mucosa nasale, si praticherà il tamponamento nasale, anteriore e posteriore.

***

Caso II. — Fois Paolo, di anni 10, pastore da Alghero. Nulla di particolare menzione nel gentilizio. Il paziente fu allattato al seno materno: ebbe i primi atti fisiologici a suo tempo e regolarmente. Non superò le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. A 2 anni ammalò di febbri diagnosticate malariche, fatte cessare con la somministrazione per via ipodermica di preparati di chinino. Godette da allora sempre buona salute fino all'età di 9 anni; a quest'epoca, che corrisponde al giugno 1925, soffrì ancora di febbri malariche a tipo terzanario, che anche questa volta cessarono in seguito ad iniezioni di preparati chinacei; si ripeterono poi parecchie volte a distanze variabili.

L'attuale malattia è insorta verso il novembre 1926, manifestandosi con malessere generale, dolorabilità agli arti inferiori, gonfiore dapprima alla cute del volto e poi alle gambe e rialzi termici irregolari. Rimase a letto per circa un mese. Levatosi dal letto verso la fine di novembre, comparvero numerosissime macchie alla cute degli arti, epistassi quasi giornaliere e le orine si fecero rossastre, color acqua di lavatura di carne. In queste condizioni il paziente entrava in clinica il 4 dicembre 1926.

Esaminando il paziente vediamo che la sua costituzione è gracile, lo stato generale è piuttosto scadente; l'impalcatura scheletrica è regolare, le masse muscolari sono poco sviluppate ipotoniche, il pannicolo adiposo è conservato. La cute è pallida elastica, succolenta al volto ed alle regioni pretibiali, ma sopratutto meritano di essere esaminate attentamente le numerose macchie disseminate agli arti inferiori ed alle mani. Agli arti inferiori, specialmente alla regione dorsale del piede, la cute appare come marmorizzata perchè quasi si intarsiano tratti di cute normali con altri di colore rosso chiaro; la stessa manifestazione, ma forse un po' meno evidente e meno estesa, si rileva alla regione dorsale delle mani ed alla porzione distale dell'avambraccio.

Alcune di dette macchie sono più oscure e tra di esse campeggiano qua e là gruppetti di petecchie. Abbiamo quindi due tipi di manifestazioni cutanee: le petecchie, che sappiamo essere dovute a piccole emorragie sottocutanee; le macchie rosse, che sembrano avere più il carattere iperemico che emorragico.

All'esame delle articolazioni non si rileva alcuna alterazione; la funzionalità è integra.

Il capo non è dolente, la motilità è conservata. I globi oculari sono normalmente mobili; le pupille eguali, reagiscono alla luce ed all'accomodazione; le congiuntive sono pallide. Le coane nasali sono pervie. La mucosa orale è pallida, nulla alla dentatura ed al retro-bocca. Collo sottile; tiroide normale per forma, volume e consistenza.

Torace simmetrico; il diametro trasverso prevale sull'anteroposteriore; poco marcate le fosse sopra e sotto-clavicolari, angolo del Louis non eccessivamente marcato, angolo epigastrico ottuso quasi retto. Spazi intercostali evidenti. Colonna vertebrale regolare; scapole aderenti alla cassa toracica. Respiro simmetrico. Torace indolente, elastico; fremito vocale tattile conservato. Suono chiaro polmonare su tutto l'ambito polmonare. La motilità attiva è integra. All'ascoltazione è presente ovunque il rumore respiratorio.

L'itto non è visibile; si palpa nel V. spazio intercostale a 1 cm. a destra dell'emiclaveare; è debole, poco sollevante non molto diffuso. L'ottusità relativa a sinistra coincide con l'itto, in alto alla 3ª costola sulla parasternale; a destra non deborda dalla marginale destra dello sterno. All'ascoltazione toni ritmici; il 1° tono è impuro su tutti i focolai.

Addome globoso simmetrico, elastico, indolente; non si avvertono resistenze abnormi. Suono timpanico ovunque. Allo stomaco nulla si apprezza alla palpazione; non si rileva rumore di guazzamento. Nulla di notevole all'ispezione ed alla palpazione dell'intestino.

Il fegato abbandona l'arco costale tra il prolungamento dell'emiclaveare e della parasternale; la consistenza non è aumentata; il margine è smusso. Il limite superiore arriva al 6° spazio intercostale sull'emiclaveare; il margine inferiore taglia la linea xifo-ombellicale nel suo punto di mezzo; è quindi in limiti fisiologici.

La milza è ingrossata; il polo inferiore deborda dall'arco costale di circa 4 cm. ed è di consistenza aumentata. Il margine superiore tocca l'8ª costola sull'ascellare posteriore, l'anteriore giunge all'emiclaveare.

Digitized by Google

La motilità, le sensibilità sono conservate; i riflessi profondi e superficiali sono presenti.

Orine scarse, circa 700-800 ccm. giornalieri. Densità 1016. Albumina presente 6 ‰, pigmenti del sangue presenti, zucchero assente, acetone assente, pigmenti biliari assenti, urobilina tracce. Nel sedimento globuli rossi numerosi, scarsi globuli bianchi, numerosi cilindri granulosi.

Feci formate, giallastre, scarso muco, sangue sia macroscopico che occulto assente, all'esame microscopico nulla di notevole.

All'esame del sangue si rileva: GR. 1.750.000; E. 37 %; Val. glob. 1; GB. 6,600; costituiti da pol. 44 %; eo. 7 %; linf. 21 %; mono. 21,5 %; f. pass. 1,5 %; istiociti 4. Anisocitosi e poichilocitosi. Piastrine 240.000. Azotemia 0,38 %. Nel sangue circolante sono presenti merozoiti del Plasmodium praecox.

Durante la degenza in Clinica abbiamo assistito a vari episodi, che meritano di essere conosciuti. Innanzi tutto lievi rialzi termici irregolari, durante e subito dopo i quali si accentuava il numero delle petecchie ed aumentava la superficie delle macchie rossastre. Le orine furono sempre più o meno ematuriche. Superò il paziente una bronchite acuta ed anche un fugace risentimento pleurico alla base di destra con tendenza all'essudazione poichè la puntura esplorativa ha permesso di estrarre pochi ccm. di liquido essudativo. Una notte il paziente ebbe epistassi e fu colto da violenti dolori alla regione epigastrica ed ombellicale, al mattino si trovarono petecchie anche al tronco. La succolenza al volto ed alle gambe subì alternative di aumento e di diminuzione.

Essendovi nel caso in esame manifestazioni di diatesi emorragiche dobbiamo anzitutto accertarne la genesi. Praticheremo quindi quegli esami, che possono servire allo scopo, e dei quali abbiamo già trattato diffusamente nell'esposizione del caso precedente.

Il tempo di coagulazione è normale essendone 8' l'inizio e 25' la fine. Le piastrine si aggirano su 240,000 per mmc. Il tempo di emorragia non è protratto poichè l'emorragia provocata nel modo indicato cessa al 3° minuto. Il coagulo è retrattile e spreme siero. Quindi possiamo escludere che il sintomo emorragico esistente nel nostro paziente sia in relazione ad emofilia, od a trombopenia.

Resta ancora da vedere se esso dipende da un'abnorme fragilità vasale. La prova, che risponde meglio allo scopo, una volta che sia fuori causa la trombopenia, è quella della stasi venosa o del laccio. Come già abbiamo avuto l'opportunità di accennare nella trattazione del caso precedente, la stasi venosa, aumentando la pressione endocapillare, favorisce l'emorragia per diapedesi se vi è trombopenia; per ressi se vi è fragilità vasale. Nel caso in esame la prova dà un risultato, che nei riguardi della fragilità vasale, possiamo considerare negativo, in quanto che dopo i 5' di stasi mediante il laccio non si nota un aumento delle petecchie preesistenti; solamente le macchie rossastre si fanno più evidenti.

Esclusa la tromboplenia, l'emofilia, la fragilità vasale è d'uopo trovare nei rilievi fatti precedentemente gli elementi, che ci permettono di formulare la diagnosi. Il paziente è un malarico cronico, la presenza di merozoiti in circolo ci autorizzano ad affermarlo e con ciò trova naturale spiegazione lo stato della milza, e della crasi sanguigna. La prima, come abbiamo visto, è aumentata di volume e di consistenza: la seconda ha i caratteri dell'anemia secondaria con modesta leucopenia e mononucleosi, come è dato di constatare nella malaria. Quindi malaria cronica ed anemia secondaria sono dati accertati e sicuri, ma non è tutto. Il nostro paziente presenta i segni di nefrite emorragica. Quale è la genesi?

Non troviamo nella anamnesi remota del nostro paziente fattori, che possono spiegare un'alterazione renale e cioè non malattie microbiche ed infettive, non tossici esogeni e nemmeno li troviamo nello stato attuale. Vi è d'altra parte uno stato diatesico emorragico, la presenza di edemi circoscritti, di processi flogistici fugaci, come abbiamo osservato durante il soggiorno in Clinica, ai bronchi, alla pleura e probabilmente anche al colon, dato che non possiamo interpretare diversamente i violenti dolori addominali accusati una notte se non come sintomi subbiettivi di colite. Ed allora la nefrite emorragica potrebbe essere un fatto locale di ordine generale ed avere la stessa genesi dei processi flogistici rilevati altrove. E di quale natura sono poi questi processi flogistici? Non dobbiamo dimenticare un fatto assai importante e cioè che il paziente di tratto in tratto presenta rialzi termici a tipo irregolare e che ad essi si accompagna o segue l'eruzione di petecchie e che accanto alle petecchie vi sono chiazze aventi carattere eritematoso, che dette chiazze possono essere rese più manifeste con la prova della stasi venosa artificiale.

Tenendo conto di tutto questo noi possiamo inquadrare la forma del nostro malato in una di quelle che non sono diatesi emorragiche nel vero senso della parola, ma diatesi essudativa-trassudativa emorragica, cosicchè tutte le manifestazioni a carico della cute, dei reni, del tubo gastro-enterico, dei bronchi, della pleura probabilmente devono mettersi in rapporto alla stessa causa, all'affezione iperemica dei capillari. In casi consimili è stato notato che inizialmente si dilata solo il tratto arterioso dell'ansa capillare, poi anche il tratto venoso, provocando il rallentamento della corrente sanguigna ed in alcuni punti anche il ristagno del sangue. Questo stato di cose non può non avere una ripercussione immediata sull'endotelio capillare alterandone la secrezione e modificandone la composizione colloidale, donde manifestazioni edematose, eritematose, emorragiche.

Forme del genere si possono identificare in quella antica, nota sotto il nome di peliosi reumatica di Schoenlein e che in base alla sintomatologia molto varia assunse denominazioni diverse, come porpora reumatoide, porpora infettiva, porpora atrombopenica, porpora anafilattoide, porpora addominale, tossicosi capillare.

Queste forme sono caratterizzate da senso di prostrazione generale, edemi circoscritti, temperature subfebbrili o febbrili a caratteri irregolarmente intermittenti. Il sintomo caratteristico è rappresentato dalla comparsa sulla cute delle estremità e specialmente delle gambe di petecchie e di macchie di color rosso chiaro di grandezza variabile. In unione ad esse possono comparire pomfi, eritemi, orticaria. Alcune volte si sviluppa un campo iperemico, che diventa poi emorragico.

L'eruzione cutanea si compie intermittentemente, spesso nel corso di varie settimane; ed ogni nuova eruzione pare in rapporto con un'esacerbazione della febbre. Si possono anche avere fenomeni svariati a seconda degli organi presi dal processo; così furono descritti casi con vomito, con dolori colici, con ematemesi, con emorragie intestinali, con nefrite emorragica. Nel nostro caso furono interessati i bronchi, la pleura, il colon, il rene. Il sangue non presenta alterazioni specifiche a carico dei globuli rossi nè dei bianchi; tutt'al più si può osservare un certo grado di oligoemia ed una deviazione verso sinistra della formula leucocitaria. Il tempo di coagulazione e di emorragia sono normali; la retrattilità del coagulo è conservata; la prova della stasi venosa riesce negativa, oppure provoca una suffusione accanto alle petecchie preesistenti.

L'etiologia di queste forme non è ancora ben nota: alcuni riconoscono come elemento etiologico particolari basi aminiche, come l'istamina, derivanti da abnorme fermentazione della molecola albuminoidea nell'intestino. Queste basi aminiche agirebbere sui capillari diminuendone od abbassandone il tono e da ciò i fenomeni precedentemente accennati. Altri almeno per certe speciali forme, che presentano analogie con l'anafilassi, vedrebbero in questa la causa delle manifestazioni morbose.

Nel caso nostro quale può essere la causa dello stato morboso? Abbiamo elementi sufficienti per poterla indicare?

L'ammalato è un malarico; abbiamo constatato la presenza di merozoiti del Plasmodium praecox in circolo; può la malaria dar luogo a forme diatesiche essudative-trassudative-emorragiche? Se si dovesse rispondere in base ai dati bibliografici si dovrebbe dire di no, poichè nessun caso del genere trovasi raccolto finora nella letteratura, però considerata la tendenza a ritenere l'accesso malarico e la malaria cronica come fenomeni anafilattici, per l'affinità delle alterazioni umorali fisico-chimiche e le alterazioni morfologiche del sangue, dopo quanto abbiamo detto precedentemente, in mancanza di altri elementi probativi, non possiamo non tener presente il processo malarico come elemento causale della forma morbosa del nostro paziente.

Ciò ci autorizza a combattere l'infezione palustre prima di intraprendere qualsiasi altra cura.

Digitized by Google

Sulla cura della malaria vi ho già intrattenuto in altre occasioni e non credo di dovermi ripetere; ma per quanto riguarda il caso in questione, vi dirò che qui sarebbe utile una cura con la plasmochina composta sotto forma di compresse contenenti ciascuna gr. 0,01 di plasmochina e gr. 0,15 di solfato di chinino; somministrando 3-4 di tali compresse al giorno per una settimana, alternando poi tre giorni di cura con 4 di riposo, per quattro volte. La preferenza per la plasmochina composta dipende dal fatto che noi vogliamo qui distruggere nel più breve tempo possibile tanto i merozoiti che gli eventuali schizonti.

Se la terapia malarica non porterà gli effetti desiderati, allora potremo tentare altre procedure consigliate in queste forme, come la somministrazione di carbone, quella di cloruro di calcio, la proteino-terapia a scopo di deanafilatizzante. Naturalmente data la lesione renale dovremo imporre il solito regime dietetico che è di prammatica nei casi di nefrite acuta.

***

I due casi che sono stato oggetto di questa lezione, rappresentano tipici esemplari di due distinte forme morbose, che rientrano nel gruppo delle diatesi emorragiche. Perchè possiate avere un concetto di questo gruppo, dirò che a costituirlo entrano anche altre forme oltre quelle che abbiamo avuto opportunità di accennare durante la trattazione, di guisa che, se volessimo per comodità didattica e pratica formulare uno schema, tenendo conto delle conoscenze attuali, i soli tipi fondamentali potrebbero essere i seguenti:

- Diatesi emorragica da alterazione del sangue.
  - per difetto di coagulazione: *Emofilia*
  - per piastrinopenia
    - essenziale: *Morbo di Verlhof*
    - sintomatiche
      - mielosiche
      - spleniche
- Diatesi emorragiche da angiopatia.
  - Funzionale: *Morbo di Schönlein*
  - Anatomica
    - *Scorbuto*
    - a carico delle cellule endoteliali

Al paziente venne praticata la cura mediante la plasmochina composta conforme al programma tracciato. I merozoiti scomparvero dal sangue periferico; cessarono gli irregolari rialzi termici; la milza si ridusse di volume. Le manifestazioni cutanee non si ripeterono, e quelle esistenti andarono lentamente scomparendo. Anche l'orina alla fine ridivenne normale. La crasi sanguigna migliorò gradatamente. L'ammalato lasciò la clinica in pieno benessere ai primi di aprile.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA
diretta dal prof. P. L. BOSELLINI

ECCEZIONALE REPERTO DELL'HEMISPORA STELLATA SUL CAPILLIZIO DI UN BAMBINO

pel dott. E. TARANTELLI — Assistente

La storia dell'emisporosi risale al 1908, quando Gougerot e Caravan isolarono l'hemispora in un paziente affetto da osteoperiostite, simulante una forma luetica; questi AA. per primi fecero uno studio completo del parassita.

L'hemispora stellata, così chiamata da Vuillemin che per primo la rinvenne saprofita nei vegetali e che ne diede un'ampia descrizione micologica, fu trovata inoltre nelle acque di Parigi (Bonjeau), nei ghiacciai del Monte Bianco (Binot) e nella polpa del vaccino (Borrel e Pinoy). Essa determina sull'uomo lesioni molto varie per sedi e per il loro aspetto obiettivo. Le *emisporosi viscerali* — casi di Sartory (emisporosi polmonari, 1921) e di Gougerot e Caravan (periostite tibiale, 1909) — non interessano a noi dermatologi se non per quanto esse possono dare anche manifestazioni cutanee secondarie — caso di Fiocco secondario a cancrena polmonare, — o contemporanee: caso di Berta con pericardio-mediastinite, linfadenite peribronchiale, osteoperiostite e gomme cutanee. Maggiore interesse hanno per noi le *emisporosi cutanee* in quanto esse possono simulare molte forme morbose nodulo-ulcerose. Forme profonde sotto l'aspetto nodulo-gommoso, ad ulcerazioni simulanti la sifilide o la tubercolosi sono state descritte da De Beurmann, Clair e Gougerot (gomma della verga invadente i corpi cavernosi, 1903) da Auvray e Bidot (gomme cervico — facciali, 1909), da Gougerot e Monad (arti inferiori, 1914) — da Balzer e Belloir (dorso e gamba sinistra) da Porcelli (noduli e ulcerazioni multiple, 1922), e da Martinotti (noduli e ulcerazioni multiple fagedeniche, 1925).

Forme cutanee superficiali non figurano nella letteratura. Il caso di Falchi (emisporosi ungueale) che certo più si avvicina, per la sede superficiale, al caso che mi accingo ad esporre non mi è stato possibile rintracciare. Anche M.lle Tours avrebbe, secondo Gougerot e Caravan, trovato l'emispora in squame di una pitiriasi, ma questi non dànno maggiori ragguagli sulla sede ed aspetto della dermatosi.

Il caso che esporrò brevemente ha lo scopo di richiamare l'attenzione sull'importanza della ricerca culturale sistematica nelle dermatosi parassitarie del capillizio; interessante non solo per la varietà dei miceti esistenti nelle varie regioni, ma anche perchè non è improbabile che altri parassiti, che non siano i trichophytons ben noti, possano dar luogo a varietà cliniche sino ad oggi imputate ad uno solo o ad un gruppo di essi. Cito a esempio i reperti di sporotrichum Gougeroti da una epidermomicosi (Mibelli) e casi analoghi riferiti negli ultimi numeri del 1926 nella *Dermatologische Wochenschrift*.

Devo appunto a questa ricerca, che da qualche tempo vado conducendo, l'eccezionale reperto dell'hemispora stellata sul capilizio di un bambino capitato alla nostra osservazione.

Della Elio, a. 4 1/2, da Castel di Sangro (Aquila). Anamnesi famigliare negativa; la madre ebbe un aborto ed un terzo figlio attualmente di circa due anni. La dermatosi risale al giugno del 1926; quando i genitori se ne accorsero, a causa di un prurito locale che egli accusava, notarono in corrispondenza della regione parieto-temporale sinistra del capillizio una chiazza squamosa, della grandezza di uno scudo, nella quale i peli non conservavano l'aspetto normale, nè erano numerosi come nelle rimanenti parti del capillizio. Ebbero allora il sospetto di una tigna tanto più che nell'asilo frequentato dal loro bimbo un altro bambino aveva presentato una forma simile. Solo dopo qualche tempo, quando videro comparire un'altra chiazza nummulare nella regione parietale destra, consultarono vari medici locali che gli prescrissero delle pomate: alcune non diedero alcun effetto, altre si mostrarono irritanti poichè in seguito all'applicazione di esse comparivano sulle chiazze malate ed alla periferia delle pustole follicolari, che scomparivano col cessare dell'applicazione. Pertanto pensarono di consultare uno specialista in Roma e fu visitato dal mio Maestro. Il ragazzo presentava allora sul capillizio due grosse chiazze squamose tricofitoidi; le squame secche non erano molto abbondanti, la base su cui esse poggiavano appariva eritematosa. Quella di sinistra era ovalare della grandezza di uno scudo, a contorni regolari, quella di destra come una moneta di due soldi attuali e degli stessi caratteri della precedente. In corrispondenza di ambedue le chiazze i peli apparivano diradati nei confronti delle rimanenti parti del capillizio, solo in qualche punto il pelo era tronco. Alla periferia delle chiazze si notavano delle follicoliti. Dovendo ripartire, lo stesso giorno gli fu somministrato l'acetato di tallio e dietro prescrizione di una pomata solfo-salicilica fu licenziato per far ritorno in montagna. In quest'occasione, furono prelevate delle squame. Nonostante reiterate richieste, solamente dopo circa 5 mesi e mezzo mi fu possibile rivederlo; il bambino era perfettamente guarito ed i capelli erano ritornati normali anche sulle chiazze precedentemente malate. In occasione del suo ritorno prelevai del sangue per le prove di agglutinazione e deviazione che in seguito esporrò.

Culture: con materiale prelevato per raschiamento dalle chiazze ammalate furono seminati tre tubi di agar-glucosato di Sabouraud; due di essi rimasero sterili per lungo tempo, senza mai mostrare alcun germe, uno solo dopo ventun giorni mostrò una colonia come testa di spillo, color cioccolato alla quale in breve seguirono numerose altre disseminate sulla superficie del tubo: erano colonie emisferiche, compatte, di difficile dissocia-

Digitized by Google

zione, a superficie liscia, con sottile e breve peluria raggiata alla periferia; dapprima grigiastre, poi caffè-latte divennero infine cioccolato. Dopo 40 giorni molte di esse già confluivano, la superficie leggermente convessa, per fusione di più colonie divenne mammellonata, nessuna di queste mostrava le caratteristiche radiazioni raggiate, ma queste comparvero solo dopo lungo tempo ed esclusivamente nei punti in cui il terreno era sottile.

Esame microscopico: Intreccio di sottili filamenti, difficilmente dissociabili, flessuosi, a diametro non uniforme, in alcuni punti ristretti in altri presentano dei rigonfiamenti, pareti sottili, divisioni trasversali poco appariscenti; alcuni filamenti liberi contengono delle spore ovoidali in numero di 4-6, ramificazioni miceliali scarse, si staccano e decorrono quasi parallele al micelio principale e portano all'estremità dei rigonfiamenti clavati. Si notano invece in discreto numero spore rettangolari in germinazione e spore rotonde o ovali, molto più piccole e in gran numero.

Fig. 1.

Furono eseguiti dei *passaggi* in terreni svariati; l'aspetto microscopico delle colonie mostrò poche differenze: il prelevamento di particelle di esse era molto difficile, facilmente la colonia staccavasi in blocco sotto l'aspetto di membrana o disco emisferico.

In *agar-glucosato* di Sabouraud (fig. n. 1): le colonie già al 5°-6° giorno si sviluppano sotto l'aspetto di punti grigiastri, della grandezza, di una capocchia di spillo, al 6°-7° giorno assumono colorito caffè-latte, dopo 8-9 giorni cioccolato. Isolate formano dei menischi convessi, rilevati, rotondeggianti, regolari a superficie polverosa, circondati da breve peluria raggiata, solo per confluenza di colonie successivamente si formano degli ammassi globosi presentanti alla superficie delle circonvoluzioni. Dopo un mese raggiungono in media la grandezza di una lenticchia. In *agar-maltosato* nessuna differenza importante; in *agar semplice*: colonie eleganti, ombellicate, caratteristiche (fig. 2); in *agar-aldecop*: alla superficie colonie numerose e pigmentate diminuiscono lungo la linea d'infissione e perdono gradatamente il pigmento; in *terreno di Endo*: alla superficie sviluppo scarso, alla profondità del terreno meno ancora e apigmentate; in *gelatina*: non fluidifica; in *brodo comune*: non si sviluppano colonie; in *brodo-glucosato*: ricche colonie galleggianti alla superficie ed aderenti al vetro; in *brodo di patata*: sviluppo meno rigoglioso; in *vetro secco*: numerose colonie sulle pareti dei vetrini, di aspetto stellato caratteristico, che risalgono la parte alta dei vetrini. Microscopicamente le colonie isolate sono spiccatamente raggiate, i miceli formano numerose ramificazioni alcune delle quali sterili, altre portano delle catenelle di spore (?) rettangolari, che si riscontrano numerose disseminate anche nel campo. Queste con la colorazione del Gram appaiono intensamente bleu, i miceli invece rosa (fig. n. 3).

Fig. 2.

Il reperto dell'emispora in questa forma tricofitoide del capillizio ci appariva strano. Nel dubbio ci trovassimo di fronte ad una nuova specie, inviai una cultura al Prof. Pollacci, il quale gentilmente ci confermò trattarsi dell'« hemispora stellata ».

Prove biologiche. Sono state eseguite su cavie e topolini bianchi. Furono inoculate dapprima due cavie nella faccia interna delle coscie con emulsione densa di parassita (circa 1/2 cmc.) in soluzione fisiologica; dopo 5-6 giorni le cavie si mostravano abbattute e perdevano facilmente il pelo, in piccole chiazze petecchiali disseminate sulla superficie del corpo. Al settimo giorno una, al decimo l'altra morirono; all'autopsia: solo lieve ingrossamento delle capsule surrenali, esame diretto negativo per l'eventuale presenza di parassita negli organi interni, retrocultura negativa dalla milza, dal lieve essudato peritoneale, dal cuore e dal rene. Attribuii la morte alla tossicità del materiale introdotto. Altra cavia infatti inoculata nella stessa sede con una debole emulsione parassitaria (1/2 cmc. di una emulsione a lieve opalescenza bruna) e seguita per più di due mesi, sopravvisse senza alcuna manifestazione morbosa. Con la medesima emulsione inoculai nella faccia interna della coscia cc. 0,1 di emulsione, intradermica: dopo 6-7 giorni notai nodulo profondo con discreta reazione periferica, dopo quindici giorni raggiunse la grandezza di una ciliegia e si ulcerò assumendo l'aspetto di una ulcera a stampo con margini scollati; nei giorni successivi scomparvero i fatti infiammatori periferici, si notò un cordoncino lungo il margine anteriore della coscia fine all'inguine; dopo 40 giorni tutto era tornato normale.

L'esame diretto dell'ulcerazione fu negativo, negative anche le retroculture; la cavia dopo 4 mesi è ancora vivente e non ha presentato nessun fatto nuovo.

Queste prove furono eseguite non allo scopo di ripetere esperimenti di altri, ma come orientamento; interessava vedere il comportamento del parassita rispetto ai peli. A tale scopo sul dorso di due cavie, precedentemente tosate, praticai, come consiglia Sabouraud, su ciascuna di essa 3 punture con aghi ricchi di parassiti; ho assistito alla solita formazione di crosticine, al distaccarsi successivamente di esse e al residuarne delle chiazzette alopeciche.

Nessun valore sicuro possono avere questi riscontri: sebbene dopo 10 giorni si sia avuto da una di questa chiazze retrocultura positiva, nessuna di esse ha mostrato tendenza ad estendersi; e se qualche pelo mostrava verso la radice delle spore ad essa addossate, queste erano disposte irregolarmente, si trovavano anche sparse per il campo in minor numero, ma non esistevano miceli.

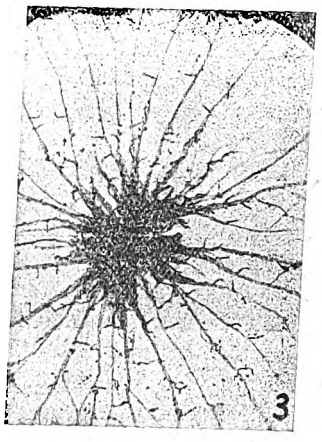


Fig. 3.

Furono fatti altri tentativi con procedimento differente: il parassita emulsionato in burro per accrescerne la virulenza (Bezançon e Philibert) fu frizionato sul dorso di alcune cavie previamente tosate e traumatizzate con carta vetrata fino a provocare eritema. In tal modo furono inoculate due giovani cavie di circa un mese, ed una che aveva partorito da qualche giorno. Una delle due prime morì, dopo otto giorni per circostanze indipendenti dai parassiti: non si notò alcuna alterazione locale, i peli delle chiazze non erano parassitati, le retroculture dal cuore, polmone e rene furono negative. L'altra cavia giovane sopravvisse ancora ed ha avuto sulla chiazza frizionata una crescita normale di peli, non ha mostrato alterazione della cute corrispondente, ma all'estremità libera dei peli di nuova crescita si vedono ancora, dopo un mese, piccole punteggiature scure formate da spore che forse a causa del burro, sono rimaste addossate al pelo senza riprodursi e invaderlo; la papilla è sana. La terza cavia mostra anch'essa dei punticini nerastri simili alla precedente, con identico reperto, ma la crescita dei peli è meno numerosa. Quest'ultimo fatto può riferirsi in parte allo stato generale della cavia — è facile strappare dei peli in punti non traumatizzati — in parte al traumatismo stesso.

Per saggiare la recettività dei topolini bianchi ne ho inoculato uno nella regione plantare e l'altro nella regione inguinocrurale, ambedue sotto cute, e con piccola quantità di una debole emulsione parassitaria; anche questi però, seguiti per circa due mesi non hanno presentato nessun fatto morboso.

Queste prove fanno ritenere che il parassita possieda debole potere patogeno e che il terreno giuochi la maggiore importanza nell'attecchimento del parassita.

Sul siero di sangue del paziente fu eseguita la R. W., M. T. R. e Vernes-negative, l'agglutinazione con hemispora stellata, e con sporotrichum B. Il siero del paziente (alle diluizioni da 1/10 ad 1/1200) non agglutinò nè l'hemispora nè lo sporotrichum; un siero normale invece, preso per controllo, mostrò una debole agglutinazione fino alla diluizione di 1/200 tanto per l'hemispora che per lo sporotrichum B.

Con la deviazione del complemento invece i risultati furono un pò differenti, in quanto si ebbe una positività debole (+ +), ma decisa con solo antigeno emisporico, mentre, fatto interessante, con antigene sporotricotico la prova fu completamente ne-

Digitized by Google

gativa. La prova fu eseguita col metodo a goccie, con siero inattivato, antigeno in dosi crescenti (goccie 1, 3, 7), corpuscoli rossi al 25 %, e controlli di sieri sicuramente negativi in numero di tre (nei quali anche la R. W., M. T. R., e Vernes erano state negative). Ricercando nella lettura la differenza tra il siero in esame ed i sieri certamente negativi possono così vedersi anche le minime tracce di deviazione. Per maggiore chiarezza ecco i risultati delle letture:

	A) con antigene di hemispora		B) con antigene di sporotrichum b.	
	I lettura	*II lettura*	*I lettura*	*II lettura*
Siero in esame	++,++++,++++	−,+,++++	−,+++,++++	−,−,±
Controllo 1	−,+++, ++++	−,−,++	−,++, +++	−,−,+
„ 2	−,−, ++	−,−,−	−,−, −,	−,−,−
„ 3	−,+++, ++++	−,−,++++	−,+++,++++	−,−,+++

Quale valore spetta al reperto dell'hemispora e ai risultati delle ricerche eseguite? L'hemispora è molto diffusa in natura, isolata perciò in lesioni a contatto del mondo esterno, è giusto che alla sua patogeneità, in tali condizioni, vada data ogni riserva; è vero anche che l'hemispora non è stata mai rinvenuta in forme simili superficiali, ma questi fatti di per sè non sono sufficienti per escludere che essa possa esserne la causa: anche lo sporotrichum esiste come saprofita di vegetale, e anch'esso come il trichophyton (Falchi), l'achorion e altri miceti, può dar luogo a varietà cliniche superficiali poco note. È dimostrato inoltre che miceti saprofiti possono assumere ad un certo momento caratteri patologici (Falchi, Pollacci). Queste considerazioni non possono quindi a priori farci escludere la patogeneità dell'hemispora nel nostro caso. Nel campo sperimentale è noto dagli studi dei vari AA. che si sono interessati dell'emisporosi, quanto sia difficile riprodurre la malattia in animali. Gougerot in numerose esperienze una sola volta ha ottenuto periostite ed osteo-artrite nel coniglio, raramente forme generalizzate, più frequenti forme interne nei ratti. Porcelli ha riprodotto sull'orecchio del coniglio formazioni granulomatose locali e metastatiche (diffusione linfangitica). Anche qualche altro ha ottenuto dei noduli in animali inoculati per via sottocutanea, intramuscolare, endoperitoneale: è facile comprendere però che quando si tratta di riprodurre forme superficiali, a contatto con l'esterno, la dimostrazione diviene sempre più difficile. E l'interpretazione di alcuni fatti rimane sempre dubbia quando si assiste a dei risultati incompleti, come nel nostro caso. Nel campo culturale i vari AA. insistono sull'importanza di ottenere culture abbondanti nei tubi insemenzati; uno dei tre tubi da me seminati infatti si è coperto completamente di colonie, mentre gli altri due sono rimasti sterili. A che attribuire il comportamento degli altri due tubi se non all'assenza del trichophyton, quando si pensa che con relativa facilità si ottiene lo sviluppo del trichophyton dalle squame di bambini affetti da tricofizie? Anche l'ausilio delle reazioni umorali viene per lo più a mancare in forme parassitarie superficiali, sicchè quando non è stato possibile studiare i rapporti del parassita col capillizio malato, la dimostrazione diviene quasi impossibile con altre prove. Noi abbiamo ottenuto una positività netta con antigene emisporico nella prova della deviazione del C. e pertanto dobbiamo tenerne un giusto conto.

Per quanto ho esposto non possiamo affermare che l'hemispora possa dare lesioni tricofitoidi del capillizio, poichè non ci è stato possibile esaminare i rapporti del parassita col pelo, però tenendo conto della deviazione del complemento positiva dopo circa quattro mesi dalla guarigione, delle numerose colonie ottenute nel primo tubo seminato, dell'assenza invece di altri parassiti e risultati sperimentali, dobbiamo ritenere che le lesioni tricofitoidi riscontrate nel nostro caso siano da attribuirsi all'hemispora. Valga, se non altro, questa mia nota a richiamare su questa possibilità l'attenzione di altri che colle loro ricerche potranno colpire, io spero, nel giusto.

Per la letteratura completa fino al 1922 vedasi il lavoro di Porcelli. Giornale Italiano delle Mal. Ven. e della Pelle, 1922, pag. 698. Per Sartory, Fiocco e Falchi vedasi Martinotti. Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle, 1925, pag. 389.

OSPEDALE S. MARIA DELLA PACE IN NAPOLI
Reparto Chirurgico diretto dal prof. A. SCANGA

LE EMBOLIE POST-OPERATIVE FULMINANTI
(Cinque casi clinici)

per il prof. O. CANTELMO — Chirurgo aggiunto e libero docente

Da molti autori è stata richiamata l'attenzione dei chirurgi su questo tanto grave quanto raro accidente postoperativo, contro il quale siamo completamente disarmati. Esso entrerebbe per circa l'1 % fra le cause di morte post-operatoria (C. Gordon Watson).

In una recente statistica di E. Forgue si sostiene la necessità preventiva di combattere la stasi ed il rallentamento della circolazione, di impedire lo ispessimento del sangue, e di abbassare il potere coagulante di esso. Sulla efficacia di quest'ultima indicazione, facile a seguirsi con la somministrazione di acido citrico (15 gr. *pro die,* non si potrà dir nulla fino a quando non sarà generalizzato l'uso di questo medicamento nelle more post-operative dei casi adatti alle trombosi. Gli altri due mezzi preventivi hanno un valore molto relativo, risultando dallo studio della casistica che molte di queste embolie si sono verificate senza il concorso dei fattori che tali mezzi vorrebbero prevenire.

Il fatto stesso che queste embolie si producono a preferenza nel ciclo discendente della vita, depone per l'intervento di un disquilibrio circolatorio latente in perfetto compenso, e rivelato solo per virtù di varie concomitanti operative e post-operative.

Queste concomitanti possono compendiarsi nei riflessi circolatori della narcosi, in quelli della più o meno lunga stazione di riposo assoluto, in quelli dei traumatismi su grossi peduncoli vascolari, e poi delle congestioni cavitarie reattive se non proprio flogogene, dello ispessimento del sangue, e via di seguito; concomitanti queste che da sole non avrebbero efficacia, ma che abbisognano per diventare efficienti di un terreno reso loro favorevole da una sia pur transitoria debolezza della circolazione. Le così dette concomitanti intervengono spesso nel loro assieme; raramente però possono esser sufficienti anche isolatamente. È così che mentre la maggior parte delle embolie fulminanti si verificano per operazioni cavitarie addominali, e più specialmente pelviche, se ne son viste produrre anche dopo operazioni parietali; è così che per quanto la maggior parte di tali embolie susseguono ad interventi che investono grossi peduncoli vascolari, per tanto alcune di esse si sono verificate anche dopo operazioni non interessanti che vasi di minimo calibro. Nella massima parte però delle operazioni parietali efficienti delle embolie, si son dovuti legare tronchi venosi, abbenchè di medio volume, ciò che più interessa in vicinanza di tronchi molto più grossi; così come nella maggior parte delle operazioni interessanti vasi minimi, nelle quali si sono avute embolie, si è trattato di operazioni cavitarie.

Un elemento determinante acquista così il massimo valore, ed è il riflesso che l'intervento esercita sia per via diretta — allacciature —, sia per via indiretta — choc cavitario — sui grossi tronchi venosi.

Dal rallentamento della corrente su questi grossi tronchi prossimiori alla sede operatoria, rallentamento vuoi attivo, cioè in rapporto a fatti congestizi, vuoi passivo, cioè in dipendenza della indebolita aspirazione da parte della pompa centrale, alla trombosi venosa tronculare il passo è breve; e breve rimane dalla trombosi alla embolia.

La questione si presenta molto più semplice quando proprio i grossi tronchi venosi sono stati comunque lesi nell'intervento.

Ecco un brevissimo cenno dei nostri tre casi, ai quali ci piace aggiungerne uno inedito di Santoro E., e uno di Scanga A.

1° (caso personale). Donna di 55 anni, pletorica e modicamente polisarcica, non alcoolismo, non lue. Organi circolatori clinicamente sani. Sciro della mammella destra. In narcosi cloroformica (15 gr. di cloroformio) si asporta la mammella e si fa la toilette del cavo ascellare.

Seguiti operatori normali ed apiretici. La mattina del sesto giorno il marito della paziente nello svegliarsi tocca il cadavere freddo della moglie, quando la sera precedente si era fino a tarda ora discusso in famiglia assieme al medico curante della semplicità della operazione subita.

2° (caso personale). Donna di 46 anni, alquanto adiposa, immune

Digitized by Google

da lue. Organi della circolazione sani. Cisti ovarica. Asportazione della cisti in narcosi cloroeterea. Guarigione per prima. In quindicesima giornata la paziente, che ha fino allora conservato il riposo assoluto, va per levarsi di letto, perchè dimessa dalla clinica, ma appena seduta sulla sponda del letto, vi si riabbatte morta. Nessuna azione sortisce una immediata iniezione endocardiaca di adrenalina.

3° (caso di A. Scanga). Uomo di 59 anni, denutrito, non alcoolista, non luetico. Nessun disturbo circolatorio. Occlusione cronica dell'intestino. Con diagnosi di stenosi cancerigna si procede alla laparotomia mediana; si scopre un tumore inoperabile dell'ultima porzione del colon discendente. Ileo-sigmoidostomia. In terza giornata l'intestino si canalizza; guarigione per prima della incisione laparotomica. In decima giornata, mentre seduto sul letto consuma il suo pasto, il paziente si abbatte d'improvviso morto sul letto.

4° (caso personale). Donna di 70 anni, non luetica; sei parti a termine e sei figli sani. Arteriosclerosi non avanzata. Colecistite purulenta da probabile cancro della testa del pancreas. In un primo tempo, in anestesia locale novocainica si sutura il tumore colecistico alla parete. Dopo tre giorni la colecisti si ulcera allo esterno spontaneamente; la febbre a carattere suppurativo, che da 29 giorni perdura, cade completamente. Al quarto giorno l'alvo è libero, la temperatura 37, il polso 90, valido, ritmico, respiro 20; l'addome trattabile. L'inferma ci domanda se può fare qualche movimento nel letto, e noi ne la autorizziamo. Dopo poche ore d'improvviso è colpita da sincope, della quale riesce appena a migliorare per rimanere però subito dopo vittima del ritorno dello stato sincopale.

5° (caso di E. Santoro). Uomo di 65 anni: chelotomia; guarigione per prima. In quindicesima giornata dalla operazione l'infermo lascia il letto, ma fatti pochi passi si abbatte a terra morto.

Questi sono casi di embolie?

Tutto lascia credere che la causa della morte repentina sopravvenuta nel recuperato benessere post-operativo, e non preceduta da molestie che abbiano richiamato l'attenzione dei pazienti, debba addebitarsi allo accidente embolico. Nella assenza di note rilevabili a carico del sistema circolatorio, come a carico degli emuntori e di altri organi vitali, nel silenzio di note morbose preesistenti che comunque illuminino la *causa mortis*, nel mutismo stesso della morte sopravvenuta fulminea in seguito ad un movimento o ad un elevamento della pressione vascolare, sono gli elementi razionali che ci fanno addivenire al riconoscimento critico della embolia. Non vogliamo tuttavia essere tanto assolutisti da non ammettere che qualche nostro caso possa riferirsi ad altro accidente mortale: ciò non significa però che l'attribuzione di massima nei nostri casi non sia quella delle embolie.

Una prima considerazione emana dalla esposizione dei casi: ed è la assenza, in quattro su cinque casi di qualsiasi elemento flogistico. Se ne dedurrebbe che l'agente parassitario rimanga estraneo alla produzione di queste embolie fulminanti.

Non di meno non osiamo sostenere la esclusione assoluta del microbismo: pensiamo piuttosto che esso, pur contribuendo in alcuni casi al determinismo delle embolie fulminanti, forse anche essendone in tali casi l'unico determinante, non ne sia però sempre un fattore necessario, potendosi le embolie costituire anche in assenza di esso.

E così pensiamo sia perchè il suo concorso sembra dimostrato dal fatto che spesso tali embolie sono precedute da significative oscillazioni della termogenesi; sia perchè alcune tromboflebiti microbiche possono decorrere insidiosamente senza apprezzabili variazioni termometriche, specialmente nel parassitismo attenuato; sia ancora perchè pare che l'intervento parassitario renda più facile la colliquazione dei trombi ed il distacco degli emboli. Fatto sta che esistono embolie fulminanti che esplodono in pieno benessere senza prodromi infiammatori, e che ne esistono altre del pari fulminanti precedute da note di flogosi.

Come dicevamo dunque l'agente parassitario può ma non deve entrare nel determinismo dell'accidente embolico folgorante. Solo l'anatomia patologica di queste forme morbose potrà dirci se le embolie apparentemente asettiche non nascondano un parassitismo clinicamente latente. Nè la esistenza di fatti embolici pur gravi ma non letali, nei quali gli infarti conseguenti decorrono asetticamente, hanno significazione assoluta: perciochè essendo tali trombosi ed embolie, se microbiche di certo a virulenza attenuatissima, non è improbabile che i meccanismi di difesa organica abbiano sui parassiti tanto facile vittoria da non proiettare oltre il subcosciente le manifestazioni della facile lotta, manifestazione che possono anche esaurirsi nel recinto di fastidi vaganti non facilmente individualizzabili e riconoscibili. Un solo elemento di fatto sembra contrario a queste nostre considerazioni, ed è che le folgorazioni emboliche sogliono verificarsi dopo il quarantesimo anno, o per lo meno in tale periodo sono molto più comuni, ed aumentano di frequenza col declinare della età.

Difatti se tutte le embolie in discorso dovessero imperniarsi nel solo parassitismo, attenuato o no, non v'è chi non pensi che esse dovrebbero aver almeno pari frequenza nel periodo giovane. Eppure, a ben vagliarla, anche questa sconcordanza scompare; poichè nella età giovane, venendo a mancare i disquilibri circolatori di cui si fè cenno, è più facile che l'episodio flebitico si esaurisca o si svolga nella fase locale; ed ancora perchè nella età giovane la più pronta reazione allo stimolo flogistico costruisce precocemente a monte del tratto flebitico pericoloso una zona di trombosi reattiva che sequestra e rattiene l'embolo.

Checchè ne sia, noi opiniamo che il fattore parassitario spesso sia presente nella determinazione del letale accidente di cui ci occupiamo.

L'elemento che costantemente compare quale determinante occasionale dell'embolia è il primo sforzo, il primo moto, il primo aumento di tensione vasale dopo un più o meno lungo periodo di riposo post-operatorio. Negli embolismi determinatisi di notte deve perciò ritenersi che si verifichi un brusco movimento involontario, tanto più facile nel sonno, in quanto che in esso mancano quei poteri ordinatori ed inibitori che possono attenuare la violenza del moto.

Questo primo moto o primo sforzo può provocare la embolia vuoi per via diretta, esercitando una specie di espressione della vena trombosata o di compressione su di essa; vuoi per via indiretta, elevando la pressione arteriale ed esaltando il potere aspirante sul sistema delle grosse vene, e quindi anche sulla vena inficiata. Su tale vena, ospite del grosso trombo, la spremitura o l'aspirazione esercitano la loro azione liberando l'embolo dalle deboli connessioni che lo rattengono, e incanalandolo nella sua breve tappa mortifera.

Più forte è la coesione delle parti costituenti il trombo, più serrata è la connessione fra il trombo e la parete venosa in cui esso si indova, meno facile è l'episodio embolico. Orbene sono le cause stesse che infirmano la coesione della massa trombotica, sono gli agenti stessi che inficiano la adesione del trombo alle pareti venose, quelli che allestiscono la produzione dell'embolo.

Occorre notare intanto che gli embolismi asettici esplodono dal primo al ventunesimo giorno dall'atto operativo; mentre per gli embolismi settici da tromboflebiti il termine estremo è quando si vuole dilazionabile. Quanto affermiamo deriva dal fatto che un trombo venoso asettico, dopo una ventina di giorni dalla sua formazione, ha già tanta coesione, ed è già così attaccato alle pareti che lo ospitano, da potersi ormai ritenere difficilissimo il suo distacco; salvo che non intervengano fattori colliquanti (infezione), o non sussistano motivi per cui il tratto trombotico subisca man mano una espansione centripeta per il sovrapporsi di zone di trombosi recente a quelle della trombosi pregressa.

L'intimo meccanismo della produzione della trombosi asettica è nel fatto che «col rallentarsi della corrente sanguigna le piastrine si depositano o strati nelle pareti dei vasi, e tra esse si trovano leucociti in maggiore o minore quantità, ed in alcune circostanze anche globuli rossi. A questa stratificazione di piastrine può associarsi un processo di coagulazione, nel senso che i fermenti fibrinosi si liberano dai globuli bianchi, determinando la coagulazione del sangue e l'occlusione dei vasi, e la formazione di un trombo otturante» (Döderlein e Krönig).

Ci piace riportare ora per la genesi dell'embolia le parole stesse del Tanton.

«Il coagulo da stasi è più rosso, più facilmente dissociabile, «poco aderente alla parete: e la sua estremità superiore, libera «ed appuntita, battuta incessantemente dalla corrente sangui«gna, può staccarsi e dar luogo ad una embolia».

Allo stesso proposito il Barbier così si esprime: «su questo «coagulo secondario poco o niente aderente le brusche modi«ficazioni della pressione avranno facile presa».

= 1499

Digitized by Google

Il Tanton anche a proposito delle fratture conferma poi ciò che noi nelle pagine precedenti dicemmo, quando scrive che « se « sopravviene l'infezione, sia essa endogena o esogena, l'aderen- « za del trombo alla parete diminuisce, e i pericoli di embolia « aumentano ».

Le forme più comuni di embolia fulminante sono le seguenti:

1. Forma sincopale (Tanton). In occasione di un movimento, o al momento che l'infermo si siede sul letto (Azam), egli manda un grido e cade morto. Talora la prima crisi è seguita da qualche minuto di ritorno alla coscienza; ma subentra subito una seconda crisi, questa volta mortale.

Esiste poi una forma soffocante acutissima — senso di costrizione toracica e soffocazione, ansia, prima pallore poi cianosi, occhi sporgenti, pupilla dilatata, paralisi del cuore e del respiro —; e una forma asfittica acuta — angoscia, costrizione toracica, pallore, dispnea, insufficienza acuta del cuore: dopo qualche minuto fino a mezz'ora compaiono i fenomeni asfittici, cianosi, sudore freddo, morte (Tanton).

Né esistono ancora varie altre forme ma esse si terminano con la guarigione o con la morte tardiva; epperò non hanno diritto di domicilio in questo nostro lavoro.

Nella forma sincopale il grosso embolo si ferma nel cuore destro, e ne provoca la paralisi riflessa. Nelle altre due forme rapidamente mortali l'embolo si ferma invece in un grosso ramo dell'arteria pulmonare.

Nelle forme non mortali l'embolo raggiunge i piccoli e medi rami dell'arteria pulmonare, e produce infarti più o meno ampi del pulmone stesso.

L'embolismo è spesso preannunziato da una febbre vesperale — segno di Michaelis —: quando manchi la febbre può mettere in guardia un altro segno premonitore frequente: esso è la frequenza del polso, il quale raggiunge 110, 120, con una temperatura normale o anche poco disotto della norma — segno di Mahler. Su questi due sintomi clinici che fanno parte del complesso semiologico della trombosi e della prossima embolia tutti gli autori sono di accordo: non però nel ritenerli comunque caratteristici. Pertanto a noi sembra che anche la duplicità del substrato premonitore abbia un chiaro linguaggio, nel senso che il segno di Michaelis parlerebbe a favore delle embolie microbiche, mentre il segno di Mahler comparrebbe nelle embolie asettiche.

La doppia patogenesi degli embolismi fulminanti: settica ed asettica, trova perciò nuova conferma nelle manifestazioni morbose che precedono l'accidente embolico: come ancora ne trova nelle manifestazioni consecutive agli embolismi non mortali, manifestazioni che per l'appunto si estrinsecano in infarti a loro volta settici ed asettici.

Secondo alcuni Autori le sedi di elezione delle trombosi asettiche negli interventi laparotomici e specialmente in quelli ginecologici (Döderlein e Krönig) sarebbero nelle safene, più frequentemente a sinistra, e nelle vene iliache interne ed esterne, con pari frequenza a sinistra; mentre di sede di elezione negli embolismi parassitari non è il caso di parlare, perchè essi si costituirebbero sempre in continuità con la sede del focolaio flogistico operatorio.

Qualche parola sui mezzi che abbiamo per evitare o ridurre al minimo la produzione delle trombosi operatorie e delle embolie conseguenti.

Nei deboli di cuore, nei braditrofici, negli anemici, in tutti gli individui che abbiano varcato la quarantina prescrivere prima dell'intervento una terapia cardiotonica e cinesiterapica, e citratare il sangue; condurre l'intervento in anestesia locale; far osservare per un periodo minimo indispensabile il riposo assoluto; praticare fin dal primo giorno un leggiero massaggio degli arti inferiori specialmente nel segmento prossimale (Döderlein); istituire fin dal primo giorno la ginnastica respiratoria; tenere l'infermo in letto la cui parte inferiore sia sollevata di una quindicina di centimetri (Lennander). Al minimo accenno ad elevazioni febbrili o a tachicardia stabilire il riposo più rigoroso fino a qualche settimana dopo la scomparsa della febbre o dopo la scomparsa della tachicardia.

Non è il caso di parlare di una cura diretta dell'accidente, perchè se pure le embolectomie della pulmonare, già tentate in Germania, avessero conseguito la fortuna che purtroppo non hanno sortito, non pertanto non si potrebbe praticarle nelle embolie in discorso, poichè in queste speciali embolie la morte si produce in modo così repentino da sfidare ogni audace aggressività.

Due verità emergono dalla somma di quanto esponemmo:

1. Le embolie fulminanti sono o diventano un po' meno rare di quanto si sia finora ritenuto.

2. Lo studio dell'infermo non si esaurisce con una diagnosi esatta e con un intervento eccellente: esso deve involgere anche le minime turbe del decorso post-operativo e delle convalescenza, perchè esse possono preparare accidenti che compromettono i più distinti meriti diagnostici e tecnici.

BIBLIOGRAFIA

G. Gordon Watson. L'embolismo polmonare postoperatorio. The practitioner, giugno 1922. — R. Wharton e S. W. Rierson. Embolismo polmonare consecutivo a operazioni addominali. Journ. Amer. med. Ass., gennaio 1923. — E. Forgue. L'embolia postoperativa. Journal méd. Français, 1925, n. 11. — Döderlein e Krönig. Ginecologia operativa. — Tanton. Fratture in generale. Fratture dell'arto superiore. A. Le Dentu e P. Delbet p. IV.

RILIEVI SULLE MALATTIE EPATICHE

I SINTOMI DELLA DISFUNZIONE EPATICA LATENTE

E' un argomento di pratica clinica, al quale ha contribuito sopratutto la medicina francese.

Mi sembra utile distinguere i sintomi della disfunzione epatica latente in sintomi di nosografia generale e sintomi di esame chimico.

Un criterio presuntivo o di probabilità sta nell'anamnesi remota e prossima.

La lenta epatite e quindi la disfunzione latente del fegato è probabile nei sifilitici, negli esagerati mangiatori o bevoni, nei malarici e negl'individui che sono andati soggetti a malattie dette tropicali, nei sovraccaricati di lavoro intellettuale con abitudini sedentarie, negl'infermi della famiglia detta artritica.

I sintomi nosografici generali sono: un dimagramento insistente, l'astenia e la melanconia o ipocondria (e il fegato è nell'ipocondrio destro) congiunta a scatti o escandescenze ed irritabilità di carattere (individuo bilioso o collerico), la cefalea a tipo emicranico con o senza vomito o vertigine, la sonnolenza, la ipotermia con eccessiva sensibilità al freddo, la tendenza emorripara (emorragie interne, ecchimosi), nausea specialmente mattutina, alternativa di stitichezza con diarrea che è spesso post-prandiale (l'infermo è costretto ad interrompere il pranzo per l'occorrere improvviso della sarica diarroica), subittero, macchie cutanee da infiltrazione melanica, macchie rubiniche, nèi arteriosi con corona vascolare eccentrica, orticaria, prurito insistente, secchezza della cute specialmente negli arti superiori, tendenza edematigena negli arti inferiori, ipotensione arteriosa, oliguria, opsiuria.

Come fatto locale da parte dell'aia epatica, questa può presentarsi slargata specialmente lungo la linea mammillare prolungata (deve ritenersi ingrandita se lungo questa linea l'aia misura al di là di cm. 11), ma, più della epatomegalia, ha importanza la dolorabilità diffusa dell'organo, sia spontaneamente come senso di pesantezza o distensione, sia in maniera provocata quando la parte del fegato sporgente dall'arcata libera si palpa durante le profonde inspirazioni.

Tra i sintomi svelati dall'esame chimico dell'urina come testimonianza di grave disfunzione epatica, conservano tuttora importanza pratica: la spiccata e insistente urobilinuria, la costante presenza di sali biliari o colalicuria (sufficiente all'uopo il saggio con i fiori di zolfo o reazione di Hay) oltre a ricorrere alla stalagmometria, la scarsezza dell'urea in contrasto all'aumento dell'acido urico e dell'azoto non ureico in genere (basi puriniche ammoniaca preformata, ossiacidi aromatici) o inversione del coefficiente azotico urinario; la ipofosfaturia, la ipocloruria; il contrasto tra la scarsezza o assenza di biline nelle fecci e la intensa urobilinuria senza itterizia (contrasto prospettato e valorizzato per la prima volta dalle mie ricerche pubblicate nel 1898).

Certamente è preferibile ricercare i pigmenti biliari nel sangue (cole-

Digitized by Google

mia) anzichè nell'urina per definire se, eccedendo quei pigmenti il tasso normale, esista un eccesso di formazione di questi pigmenti da parte della cellula epatica o una ritenzione sanguigna dei medesimi per ostacolato deflusso della bile attraverso le vie escretive grosse (specialmente il coledoco) o minime (canalicoli biliari intraepatici).

Quale dosamento, per quanto approssimativo, dei pigmenti biliari nel sangue FIESSINGER e WALTER (*Le Journal Médical Français*, settembre 1927) preferiscono come fa Hijmans van den Berg la diazoreazione di Ehrlich.

All'uopo si prepara estemporaneamente una miscela di 3 decimi di cmc. di una soluzione di nitrito di sodio a mezzo per 100 con cmc. 10 di una soluzione cloridrico-salicilica, formata aggiungendo a mille cmc. di acqua distill. gr. 1 di acido salicilico e cmc. 15 di acido cloridrico a 25 per 100. Si prepara il siero di sangue dell'infermo da esaminare e si addiziona con il liquido di Ehrlich; indi si paragona il tipo di colore assunto da questo siero con un campione colorimetro, costituito dalla miscela di 10 cmc. di una soluz. acquosa di bicromato di potassio a 1 su 10 mila con 2 decimi di cmc. di una soluzione acquosa di orange-Poirier a 1 su 10 mila (questa soluz. di orange si conserva al buio). L'unità colorimetrica del siero di sangue come pigmenti biliari, quando esso è addizionato con il liquido per la diazoreazione di Ehrlich, viene indicata allo stato sano con la cifra di 1,5 a 1,8 comparativamente al detto campione ottenuto con la miscela doppio di bicromato e orange. Quella cifra è denominata indice biliare plasmatico. L'indice è maggiore o minore, secondo che nel siero i pigmenti biliari sono aumentati o diminuiti.

Con la funzione antitossica del fegato si connette tutta una serie di ricerche di questi ultimi anni sulla capacità cromagoga della cellula epatica nel senso che questa riesca ad eliminare sufficientemente dal sangue alcune peculiari sostanze coloranti iniettate ipodermicamente e facilmente riconoscibili o nel sangue o nel contenuto intestinale, ove pervengono attraverso la bile.

Tra le varie sostanze all'uopo adoperate recentemente Fiessinger e Walter hanno preferito (*loco cit.*) il rosa bengala (tetra-jodo-tetra-cloro fluoresceina), già in uso in oculistica. E' una sostanza colorante poco dispendiosa, poco dolorosa come iniezione, non tossica e pochissimo eliminabile attraverso l'urina. Il solo inconveniente messo in rilievo da Fiessinger e Walter è la necessità che l'infermo durante la ricerca deve stare nell'oscurità o per lo meno a riparo dall'accesso di luce per evitare possibili fenomeni di leggiera emolisi dovuti alla troppa intensità luminosa (il rosa bengala è un fotosensibilizzatore).

Di questa sostanza colorante s'inietta ipodermicamente milligr. 1 per ogni 5 chilogr. di peso dell'infermo servendosi dell'identico ago, che serve per raccogliere in antecedenza il sangue dello identico infermo come testimone prima d'istituire il saggio. La soluz. per l'iniezione si compone di 2 centigr. di rosa bengala per 1 cmc. di soluz. clorurata normale o siero fisiologico. Tre quarti d'ora dopo di aver fatta la iniezione ipod. del rosa bengala si fa una seconda presa del sangue. Ambedue le quantità di sangue si raccolgono in una soluzione ossalica (soluz. acquosa di ossalato di potassio a 2 per 100), in due tubi da centrifuga graduati.

Mercè una scala colorimetrica si gradua quanto è il tasso di sostanza colorante iniettata, che si nota nel plasma sanguigno a vario tempo dopo la iniezione. Allo stato normale la ritenzione del rosa bengala nel sangue è di 3 milligr. per ogni litro di sangue, tre quarti d'ora dopo la iniezione, invece negl'infermi con disfunzione epatica il tasso della ritenzione è rappresentato persino da 9 milligr., cioè in proporzione tripla rispetto alle condizioni normali.

Per definire la funzione ureogena della cellula epatica il dosamento dell'azoto urinario conserva il suo spiccato valore clinico, quando si determini nell'urina, come già ho detto, il rapporto tra azoto ureico e azoto non ureico ma nel dosare l'ammoniaca preformata o coefficiente ammoniacale si precisi contemporaneamente il pH urinario, che è in rapporto col grado di riserva alcalina del sangue.

Il saggio della glucosuria provocata (o di Colrat) o della levulosuria provocata (o di Lépine) o, meglio ancora, della levulosuria e glucosuria provocata con la somministrazione della bisasaccaride più comune, quale è lo zucchero di canna, va utilmente integrato con la ricerca del tasso glicemico (micrometodi di Bang), essendo ovvio che più elevato si mantiene il tasso glicemico, più perturbata deve ritenersi la funzione epatica rispetto al metabolismo dei carboidrati.

La tendenza emorragipara, se manifestata in vari organi (ematuria, enterorragia, porpora, epistassi insistente), è un dato di fatto che conferma la disfunzione epatica riguardo al potere coagulante del sangue ed agli enzimi corrispondenti. A definire il perturbamento di quel potere coagulante tra i vari metodi semejologici giova la ricerca del tempo di coagulazione nel sangue estratto all'uopo e la ricerca del tempo di sanguinamento delle piccole ferite, ottenute pungendo il polpastrello di un dito o il lobulo di un orecchio.

Affinchè queste varie indagini di laboratorio siano utilizzabili con attendibilità di giustezza negli apprezzamenti conclusionali, necessita che esse riguardino i vari lati della funzione epatica e tutte convergano nell'affermare o negare la esistenza della disfunzione.

ANDREA FERRANNINI

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Compressione del midollo spinale come complicanza del morbo di Hodgkin.— G. A. BLAKESLEE, New York. *The Journal of Nervous and Mental Diseas.*, 1927, n. 6.

L'Autore presenta un raro caso di paraplegia insorta come complicazione di morbo di Hodgkin.

All'età di 40 anni il paziente incominciò a presentare nella regione sopraclavicolare destra dei grossi noduli linfatici, diagnosticati come morbo di Hodgkin, in seguito a biopsia.

Il trattamento röntgenterapico fece regredire queste manifestazioni ed il paziente godette di un'eccellente salute per 8 anni.

Si ebbe poi una grave recidiva con localizzazione addominale, anche essa domata dalla röntgenterapia, ma la remissione fu di breve durata: dopo otto mesi si manifestarono dolori acuti irradiantisi dalla spalla alla regione toracica, e sei settimane più tardi si ebbe una paraplegia completa con modificazioni della sensibilità dalla quinta vertebra toracica in giù, e sintomi di lesione bilaterale del tratto piramidale, nelle estremità inferiori.

Si ricorse nuovamente ai raggi X, ed il paziente dopo 3 mesi riuscì a far pochi passi, e dopo 9 a camminare con l'aiuto del bastone.

Si ripresentò due anni più tardi con febbre, aumentata difficoltà nella deambulazione, debolezza, perdita di peso e grandi masse glandolari nelle regioni ascellari e pettorali. L'esame neurologico rivelò fenomeni spastici nella andatura, lesione bilaterale a carico dei fasci piramidali, e senso di debolezza alle estremità inferiori.

Potrebbe attribuirsi la difficoltà della deambulazione alla debolezza generale, ma la presenza di sintomi a carico del midollo spinale, mostra chiaramente come questo fosse interessato nella sindrome.

La patogenesi della lesione potrebbe riferirsi a linfoplasia del tessuto linfoide peridurale con conseguente compressione midollare.

Anche questa volta il paziente si giovò notevolmente di una serie di applicazioni röntgenterapiche.

Sulla nosografia della spondiloartrite deformante.— WELTMANN e GERKE, 3ª Clinica Medica in Wien. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 41, 1927.

Da quando si è venuto allargando il campo di nostra osservazione radiologica, si è potuto naturalmente orientare con maggior chiarezza, la diagnosi di affezioni che passavano ora come nevralgie, ora come mialgie e così di seguito.

Come appunto mirano a mostrare le presenti osservazioni, la spondiloartrite deformante è più che non si crede, affezione che si consocia ad affezioni che nosograficamente spettano agli internisti. Di qui una severità di ricerca semeiotica.

L'ispezione vuole essere praticata a dorso interamente nudo, sotto la più confacente luce, non pure per rilevarne ogni particolarità morfologica, ma per ricavarne quanto meglio si possa le eventuali anomalie di decorso; e ciò non soltanto in riguardo alla parte scheletrica, ma anche alla muscolatura, ed allo strato adiposo. Può riuscire importante rilevare non pure lo stato atrofico dei muscoli, ma anche l'eventuale disarmonia dello sviluppo atletico.

Il saggio funzionale mira naturalmente a precisare le alterazioni di movimento che dallo strato muscolare possono derivare; movimenti i quali possono essere rafforzati passivamente, mentre l'osservatore stia a tergo del paziente. Inflessioni anteriori e laterali, elasticità e rigidità totale o di singoli segmenti vertebrali; inclinazioni scoliotiche; persistenza o labilità di cifosi o di scoliosi; persistenza eventuale di ipertonia muscolare; sforzi riflessi di difesa. Invece di molto minor significato è la dolorabilità

Digitized by Google

di pressione della linea spino-apofisaria, tanto più che, senza nulla di artritico, essa può trovarsi dolorabile in neurastenici. Sono peraltro da utilizzarsi alcuni punti di dolorabilità, dimostrati dallo Schanz, nel segmento lombare, ed interscapolari; mentre si sa che talvolta dolorabilità spino-apofisaria può constatarsi nell'adenotubercolosi peribronchiale.

Si può, senza tuttavia esagerare, attribuire il dolore da ricalcamento ai processi distruttivi di singole vertebre; mentre alla affezione artrica si deve piuttosto riferire la presenza di deformità con spasmi muscolari. Tuttaltro che frequenti sono i crepitii vertebrali, tanto frequenti nelle altre giunture. Tuttavia sono meglio rilevabili nel segmento cervicale.

Bisogna dare intanto molto maggiore attenzione all'esame radiologico mirando più che alla esteriorità, a precisare lo stato strutturale intrinseco.

Da queste premesse generiche si è manifestamente guidati a quelle più particolari, delle quali ecco i più illustrativi schemi:

a) *Sezione cervicale.* Prevale il tipo di nevralgia occipitale, con mialgie di forma reumatoide, accessionalità variabile anche a seconda dello stadio in che si osserva. Talvolta tenaci, sono più facili a notarsi questi sintomi negli anziani; ma non mancano anche in giovani. Vi si trovano talora pertinaci cefalee, o punti dolorosi.

b) *Sezione cervico-dorsale alta.* Dolori fra le scapole, con o senza irradiazioni verso gli arti superiori; ora accessionali; ora più continui. Sopratutto sincerarsi in tali casi che non esistano alterazioni polmonari di natura specifica.

c) *Segmento dorsale medio ed inferiore.* I dolori possono manifestarsi come quelli da pleurite adesiva precorsa; epperò si accentuano con la stanchezza; ma non con gli atti respiratori. Prolungandosi possono accompagnarsi con atrofie muscolari. Bisogna avere esaminato precisamente lo stato pleurico e polmonare, per non incorrere in eventuali scambi. Se vi si associano manifestazioni neuralgiche, p. es. lombagine, sciatica, tanto più verosimile è pensare alla rachiartrite deformante. Da osservare le condizioni del cuore, per non incorrere nello scambio con neurosi cardiache, frenocardie etc.

d) *Segmento dorso-lombare alto.* Il quadro doloroso può qui ben mentire quello dei dolori tabici a cintura. Ma bisogna anche più tener conto dell'eventuale imitazione delle algie colelitiasiche; senonchè manca l'andamento accessionale, l'ittero, l'urobilinuria, la curva febbrile. C'è sempre da incorrere in qualche errore diagnostico, nella possibilità di aver da fare con affezione delle vie biliari, o del pancreas, o dei reni stessi. Si vede qui tutto un vasto campo di ricerca sugli organi addominali, tanto più che negli ultimi anni, si sono sempre meglio studiate le affezioni del plesso solare.

e) *Sede lombare bassa ed ileo-sacrale.* Molto spesso, come è noto, vengono a presentarsi così le neuralgie di spettanza ginecologica, climaterica; ma talora il quadro è anche quello della lombagine. Nessuna precauzione sarà dunque superflua pur di conseguire una esauriente ricerca semeiologica, sopratutto per un'esatta constatazione dello stato e della funzione nervosa.

Come si vede questo è un tracciato soltanto, di un capitolo molto vasto.

Se il rene normale permetta il passaggio dei bacilli tubercolari. — W. M. Spitzer e W. Williams, Denver, *Journal of the American Medical Association*, n. 24, 1927.

Sul fondamento di larghe ricerche sperimentali (inoculazioni di urina di tubercolotici polmonari in cavie) gli Autori hanno potuto risolvere l'importante questione concludendo che il bacillo tubercolare non apparisce nelle urine quando l'epitelio renale è normale, ma è presente solo quando esiste una lesione tubercolare nelle vie uro-genitali.

Le pupille come elemento diagnostico nello stato comatoso. — W. C. Menninger-Topeka, Kansas. *The Journal of Nervous and Mental Diseas.*, 1927, n. 6.

L'Autore si è occupato di determinare lo stato pupillare (eguaglianza, grandezza, reazione alla luce) in 225 casi di coma completo, per ricavarne possibilmente qualche dato diagnostico differenziale.

Ma i risultati sono stati disparati ed incostanti nei casi di coma alcoolico, diabetico, uremico, o da intossicazione ossicarbonica, sicchè dallo stato delle pupille non può — in casi del genere — trarsi elemento diagnostico di qualche importanza.

Maggiore interesse hanno invece queste osservazioni nei casi di coma da traumi cerebrali (emorragie o compressioni di altra natura).

Nell'emorragia cerebrale si ha generalmente anisocoria; la pupilla dilatata è abitualmente corrispondente al lato in cui l'emorragia si è manifestata. In circa la metà dei casi le pupille non reagivano alla luce, e nell'altra metà reagivano assai pigramente.

Nei casi di fratture craniche vi era anisocoria in più di un terzo dei pazienti, e nell'81 % di coloro che presentavano questo fenomeno, la dilatazione era dal lato su cui si era verificato il trauma. L'anisocoria era però in alcuni casi fuggevole; comunque essa ha potuto, talora essere elemento di guida per un rapido intervento chirurgico.

Quanto al comportamento verso lo stimolo luminoso, circa la metà dei pazienti non presentavano reazione pupillare, ed un'altra gran parte (circa il 2.5 %) avevano reazione pupillare torpida.

La macrocitosi degli eritrociti come segno caratteristico della pancreatite cronica interstiziale. — G. Holler e H. Kulka, IIa Clinica Medica dell'Università di Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1927, n. 26.

La macrocitosi degli eritrociti rappresenterebbe, secondo le ricerche degli Autori, un sintomo facilmente dimostrabile e di grande importanza pratica nella pancreatite interstiziale cronica; essa si accompagna quasi sempre con un'accentuata colorabilità degli eritrociti, e può essere riscontrata talora quando ancora non è dimostrabile una diminuzione patologica del numero dei corpuscoli e del tasso emoglobinico.

La macrocitosi degli eritrociti starebbe a rappresentare il risultato di una azione tossica di lieve grado sul sistema eritropoietico, azione tossica che sarebbe analoga a quella che si verifica nell'anemia perniciosa, e che provoca egualmente macrocitosi, ed, ove si esplichi in modo più grave, uno sminuzzamento dei corpuscoli rossi fino agli estremi quadri degenerativi proprii di questa forma morbosa.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

L'artrodesi del polso. — Massart, Paris. *Bulletin et Mémoires de la Societé des Chirurgiens de Paris*, vol. 19, 12, 1927.

La contribuzione presente, improntata a criterii nei quali ci sembrano poco valutati i contributi della chirurgia ortopedica degli ultimi tempi — e particolarmente quella notevolissima italiana — riguarda i casi di polso fluttuante, mani torte dell'adolescenza, anchilosi in flessione.

I capisaldi della linea di condotta operatoria secondo l'A. dovrebbero essere questi:

a) Posizione da darsi alla mano come la più favorevole: una leggera flessione tra 15°-20°.

b) Via di accesso più commendevole: incisione a ferro di cavallo, sul dorso, o piuttosto un'incisione rettangolare a lembo limitata in alto da un'incisione parallela all'interlinea del polso, e passante per la base del terzo metacarpeo, facile a percepirsi se la mano è in estensione: ai due estremi di questa incisione si innestano incisioni perpendicolari, seguendo il margine rispettivamente esterno ed interno del polso, per risalire sulle apofisi stiloidi di ambo i lati. L'arteria radiale resta fuori combattimento.

c) Conservare i tendini estensori, i quali facilmente stirati e deviati lasciano libero campo a lavorare sulle ossa.

d) Sezionare le superfici ossee non già alla sega, non servendosi delle forbici come per l'artrodesi del piede. Prima sezione quella radiale su per giù seguendo il limite inferiore di quello che era stato la cartilagine di coniugazione, giacchè gli operandi sono oltre il ventesimo anno di età. Sezione del cubito molto obbliqua in alto ed in fuori, distorsione del legamento triangolare. Sezione carpea che attraversi la parte media dello scafoide, asporti gran parte della testa del grande osso attaccata ed articolata al semilunare, e tutta la parte di piramidale soprastante al pisiforme. Sutura fissatrice tra le superfici articolari sezionate; plicatura dei tendini estensori.

e) Fasciatura su stecca in fil di ferro piegata a dorso di forchetta ed inguainata di gesso; dunque flessione voluta 20° come un vero letto gessato.

Mr. Gasnè, relatore, seguito da Mr. Peraire, non tralasciano di far notare che l'indirizzo voluto dal Massart vada accettato con qualche riserva.

Plastica chirurgica della pelvi renale. — Quinby in Boston. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 89, 11, 1927.

Da parte lo studio delle cause della ritenzione idronefrotica, l'A. col sostegno di 13 casi qui riferiti, si ferma particolarmente sul modo di curare operatoriamente le ritenzioni idronefrotiche concomitanti a malformazioni renali e vascolari. In questi varii casi furono eseguite operazioni diverse, cioè: 1° Allacciatura e recisione di tronchi vascolari apparentemente ostruiti; 2° Incisione longitudinale al punto di unione uretero-pelvico con sepimento trasversale; 3° Divisione dell'uretere dal suo punto di unione con la pelvi dilatata, reimpiantandolo in altro punto della pelvi lontana da questi vasi; 4° Resezione di parte esuberante della pelvi; 5° Distacco delle aderenze perirenali e periureteriche. 6° Nefropessia. In casi gravi la combinazione di due o più delle predette operazioni.

Facendo lo spoglio dei suoi casi l'A. ha constatato non essersi raggiunto vantaggio permanente dall'uso di una sutura trasversale alla incisione longitudinale sull'unione pelvi-ureterica, In un caso operato così si

Digitized by Google

ebbe pielo-nefrite infetta; in un altro si dovette ancora intervenire per recidiva del dolore. Questo tipo di intervento è meglio adatto a combattere la stenosi là dove si procede con incisione, giacchè in nessuno di questi casi fu anatomicamente dimostrata la stenosi, o la produzione di valve.

Per contro il successo fu quasi costante allorchè si ricorse al libero trapianto dell'estremo superiore ureterico; perchè così procedendo l'uretere si trova nelle condizioni più favorevoli alla fognatura pelvica, mentre resta eliminato ogni contatto con vasi aberranti. Quando si rifletta che non basti aver soppresso qualche vaso aberrante, mentre all'impianto ureterico permanga un eccesso di pelvi, la resezione di essa è indispensabile.

A questa relazione fatta alla sezione Urologica dell'annuale sessione della A. M. Association in Washington (1927) non sono mancate discussioni. Moore mette in rilievo che in questa chirurgia plastica si impongono due principii fondamentali: 1° Cominciare preventivamente dal combattere lo stato renale infetto; 2° ben precisare a seconda del caso il mezzo di più duraturo successo.

Eisendrath crede che si debba meglio approfondire la nostra cognizione sulla distribuzione della vascolarità di supplenza, avendo in qualche caso constatato la necrosi e la sepsi. Pertanto crede che l'operazione Heinecke-Mikulicz sia di ottimi auspicii.

Thomas sostenitore anche lui di una chirurgia efficace, ritiene doversi innanzi tutto limitare ad una buona pratica di cateterismo ureterico. La chirurgia pelvi-ureterica ha bisogno di essere controllata, giacchè un'eventuale ragione di insuccesso sta nel fatto che il rene non venne ricollocato in sede confacente, o che si stabilisse incompleta ostruzione della connessione uretero-pelvica, o sue vicinanze. Preferibili le incisioni ad ipsilonne, perchè all'atto di riunire l'incisione perpendicolare con quelle laterali, risulta il più rassiourante uretere.

Herbst conferma la utilità di codesta chirurgia plastica, rilevando in particolar modo l'efficacia della Heinecke-Mikulicz.

Di un metodo di prensione diretta temporanea sullo scheletro per la riduzione-contenzione di talune fratture.— Schiassi, Bologna. *La Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. XI, 1927.

Il metodo ideato ed attuato dal compianto nostro Codivilla, sfruttato ben presto nella sua genialità all'Estero, trova ora in un altro degno italiano, non solo sostegno, ma perfezionamento. Si era infatti notato che il chiodo originario andasse assumendo una certa mobilità (perchè all'intorno della turnefizzazione fu dimostrato lo svolgersi di un processo rarefaciente); quindi anche una prolungata riparazione del tragitto.

Fu per avvisare a questo sfavorevole andamento che l'A. venne già da alcuni anni, sperimentando ed attuando la cosidetta *«presa corticale»*, mediante disposizioni che consentono soltanto l'infissione di punte, su regioni ossee prescelte alla prensione-trazione.

Come suole accadere, attraverso l'esperienza e le applicazioni, l'A. è venuto modificandone alcune particolarità, pur serbandone il concetto fondamentale. Pertanto egli è pervenuto alla costruzione (Lollini Gorla, Milano; Istituto Rizzoli, Bologna; Menozzi in Modena) di un tipo di dispositivo appropriato a ridurre la frattura dell'arto inferiore con immediata confezione dell'apparecchio di contenzione (gesso) durante la trazione, salvo ad eliminarlo, appena ottenuta la consolidazione dell'apparecchio.

Questo nuovo dispositivo risulta da un arco di notevole spessore, con diametro di 25 cm. così che, infisse le punte, resti spazio al chirurgo per rigirare le fasce intorno al piede ed ai malleoli. Gli estremi di questo arco portano ciascuno una vite ad estremo aguzzo, che possa rispettivamente venire infissa, in direzione perpendicolare od obliqua, nella corticale del malleolo. Sulla parte distale dell'arco c'è un gancio destinato all'applicazione della forza traente. La infissione delle punte metalliche (sia sui malleoli, sia sul calcagno) previe le consuete norme asettiche, si agevola con piccole incisioni transcutanee.

Sul tavolo (Schede, o Putti, o Rossi) giacendo il paziente, si esercita la graduale trazione sul gancio dell'arco; quindi il chirurgo attua tutte le manovre che crederà per la migliore coattazione e contenzione. A termine di consolidazione, graduale scarico della trazione, quindi rimozione delle viti e dell'arco.

La resezione dei nervi splancnici.— Pieri, Ospedale Civile di Belluno. *Annali Italiani di Chirurgia*, vol. 6, 7, 1927.

L'operosità chirurgica di questo giovane A. si manifesta ancora nel suo attuale contributo sul sistema nervoso vegetativo. Si tratta di cinque casi nei quali egli ha trovato indicato intervenire contro particolari disturbi del tono viscerale. La fisio-patologia e la anatomia chirurgica portano l'A. a prescegliere la via paravertebrale.

Quando ci si proponga di sezionare il tronco del grande splancnico, o le radici del piccolo splancnico, o l'uno e le altre, sarà indicato accedere sulla base del torace. Se invece si vorranno sezionare le singole radici del grande splancnico, converrà spostare più in alto il campo operatorio.

La tecnica qui oltre riportata, si riferisce ai casi dell'A. cioè di intervento sugli splancnici di destra.

Narcosi e decubito ventrale, su cuscino di sabbia che renda quanto più convesso il tratto dorso-lombare rachideo; tronco inclinato a sinistra, braccio sinistro pendente dall'orlo del tavolo; braccio destro ad angolo retto nel gomito. Chirurgo a destra del tavolo.

Incisione longitudinale sulla linea paravertebrale, dalla 9ª costa discendendo a due dita traverse in sotto della 12ª costa. Vengono interessati: trapezio, aponevrosi del grande dorsale; si cade sulla massa dei muscoli spinali. Si può talora per dissociazione passare nell'interstizio fra lungo dorsale e sacrolombare. Altra volta conviene a tutto spessore inciderli fino a scoprire il piano costale. Resezione sottoperiostea delle coste 10ª, 11ª, 12ª su circa 5 cm. tenendosi quanto più medialmente possibile, quindi con pinza ossivora asportandone i monconi. Asportazione dei piccoli muscoli sopracostali disinseriti.

Incisione dell'11° spazio intercostale. Preparazione del nervo e dei vasi intercostali, allacciando a doppio e sezionando questi ultimi. Il nervo si seziona all'estremità laterale della incisione intercostale, ed il moncone prossimale, isolato, si trafigge e si lega alla sua estremità con catgut sottile, a capi lunghi che serviranno poi alla neurorrafia.

Si seziona verticalmente nel terzo medio dell'incisione sulla guida di una sonda scanalata, il legamento neuro-vertebrale; e si inizia lo scollamento della pleura mediastinica con tamponi di garza montati su Klemmer. L'assistente divarica con larga striscia metallica flessibile la pleura, man mano che essa viene scollata.

Vengono così scoperti i corpi vertebrali, e su di essi, di dietro in avanti, la catena ganglionare del simpatico, le due radici del piccolo splancnico, il tronco del grande splancnico.

Sezione a seconda della indicazione.

Sintesi a strati. Ma non facile è sempre suturare i residui del legamento pleuro-vertebrale.

Sutura dell'11° nervo intercostale col filo già annessovi.

Sintesi dei piani muscolari a punti intercisi.

Sintesi totale cutanea.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Aborto criminoso mediante ossido di piombo.— A. Saturski. *Zentralblatt f. Gynäkologie*, 1927, n. 2.

Una donna al terzo mese di gravidanza ingerì, un po' alla volta, la quantità complessiva di 50 gr. di ossido di piombo, a scopo abortivo.

Quattro giorni dopo l'ingestione della prima dose, fu ricoverata in clinica, ufficialmente per una plastica perineale, ma in realtà aveva sintomi di pielite bilaterale e di nevrite.

L'aborto si manifestò imminente, ed infatti ebbe luogo spontaneamente 23 ore più tardi.

Sebbene attualmente gli abortivi preferiti siano quelli di natura strumentale, bisogna sempre sospettare pratiche criminose di natura chimica nelle gestanti che si presentano con sintomi di intossicazione.

Sulla patogenesi dell' eclampsia gravidica. — Keller, Faculté de Médecine, Strasbourg. *Strasbourg-Médical*, n. 18, 1927.

C'è sempre da analizzare su questo tema, nè è da ritenere che l'analisi che l'A. ne fa, pur contemplandone aspetti vari, sia tale da molto chiarire il dibattito; tanto più che si tratta di teorie; e che su questo campo i teoristi non ammettono facili rinunzie per l'accordo.

A convincersene basterà qualche richiamo in merito.

Genesi e patogenesi sono sempre molto discusse. Ha per qualche tempo attivato l'interessamento l'antica teoria placentare. Cominciò a perder terreno dopo che fu avanzato che l'insufficienza epatica da degenerazione fosse causa di scemato potere antitossico del siero della gestante eclampsica. Ad ogni modo bisognava ammettere che accadesse uno sbilancio tra prodotti fetali e quelli materni; una mancata capacità di reciproca neutralizzazione fra antigeni fetali ed anticorpi materni. I primi mesi gravidici offrirebbero sintomi patologici da considerarsi come reazioni di immunità; gli ultimi mesi sintomi di tossiemia. Dal circolo di tossine l'alterazione epatica.

Più tardi si è tirata in campo, sotto l'influsso placentare la rottura della sinergia increliva.

Ma contro l'origine fetale ecco osservazioni di mola idatiforme combinata con l'eclampsia. Qui il rivestimento choriale agirebbe in modo tossico sulla circolazione.

Viene un'altra teoria a sostenere che l'angiospasmo centrale, splancnico oltre che periferico sia la base dello stato eclampsico. Intorno a codesto squilibrio circolatorio, più o meno valorizzandolo, ora considerandolo più come causa, ora più come effetto, si imperniano alcuni teorisi, pervenendo ad escludere ogni fattore tossico. Si sa che specialmente

Digitized by Google

sti, pervenendo ad escludere ogni fattore tossico. Si sa che specialmente Zangemeister ha confezionato la teoria dell'edema gravidico, dal quale prenda origine un aumento di pressione intracranica, con ischemia della corteccia cerebrale. Di qui tutto il complesso quadro nosografico, fino alla ipertermia. Ma anche su questo punto alcuni osservatori discutono se l'edema sia di origine renale od extrarenale.

Non meno fantasmagorica di codesta può dirsi la teoria della anafilassia.

In tanta claudicazione dottrinaria la concezione che più resisterà e forse resterà, quella della intossicazione. Ma in che consista, ecco un altro dibattito: si tratta di eccesso di albumine circolanti; di particolari peptoni, di amine biogene? Ecco la trama sulla quale si ricamano le più sofistiche contribuzioni, con nomi più o meno esotici, che risparmiamo riportare.

L'anatomo-patologia, come era da attendersi, è stato molto più serena, pur lasciando campo a qualche divergenza. Eccone infatti i rilievi più stabili:

a) *Fegato*. E' possibile seguire fasi e stadi dalle prime alterazioni vascolari; alle metamorfosi adipose, alle necrosi con o senza trombosi centrale e periferica.

b) *Reni*. Anche qui fasi: degenerazione albuminosa del rivestimento epiteliale, trombosi capillare, glomerulare, edema del rivestimento epiteliale dei glomeruli, alterazioni delle arterie; cilindri albuminosi.

Veniamo alla terapia. Trascorso il tempo dell'interventismo precoce e frequente, si è messo il problema fra questi limiti: trattamento conservatore; trattamento combinato; puntura lombare ed in certi casi trapanazione. Si può affermare che sempre più ricche diventano le casistiche a favore del trattamento conservatore, mediante salasso, disintossicazione dell'organismo attraverso le varie vie di eliminazione.

Con ciò non si può rinunziare a qualche vantaggio offerto dal trattamento misto. Se il travaglio si è iniziato bisogna metodicamente eseguire il parto, senza esagerare nella forza, ricorrendo all'uso di un pallone, alla versione, ad un forcipe ben manovrabili. Narcosi senza cloroformio. I sostenitori della rachipuntura, si sono giovati anche di questa via per la introduzione di solfato di magnesia.

Come si vede si discute anche troppo; e si richiede un sufficiente buon senso pratico per orientarsi sul meglio da fare.

L'operazione di Le Fort nel prolasso uterino senile. — BERNARD. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n. 15, 1927.

Nel caso di prolasso senile grave l'unica operazione che dà affidamento di risultati duraturi è quella di Le Fort. Bisogna per altro avvertire preventivamente le pazienti che la vagina verrà definitivamente occlusa, e che non vi sarà quindi ulteriore possibilità di relazioni sessuali.

L'operazione — che va eseguita in casi di atrofia degli elevatori dell'ano — consiste nel tagliare due strisce rettangolari, una nella parete anteriore ed un'altra nella parete posteriore della vagina, e suturare con materiale riassorbibile ambedue le superfici cruente.

Bisogna porre ai lati della vagina due piccoli tubi sufficienti a permettere la evacuazione delle secrezioni vaginali. Se esistono lesioni dell'utero prolassato, queste debbono essere riparate, facendo una biopsia per cerziorarsi sulla natura delle ulterazioni e praticando l'isterectomia preventiva, se è necessario.

In 23 operazioni del genere, l'Autore ha avuto un solo insuccesso, due altre morirono per infezione postoperativa.

DERMATOLOGIA

Un nuovo metodo di epilazione nella cura della tricofizia del cuoio capelluto. — B. BELLUCCI, R. Ist. di Radiologia e Terapia Fisica di Perugia. *La Radiologia Medica*, 1927, n. 6.

L'A. ha osservato che la combinazione Roentgen-Tallio si dimostra capace di provocare il defluvium dei capelli, con dosi di raggi X e di Tallio, che, somministrate separatamente, non provocano alcun fenomeno nel capillizio.

La dose di acetato di tallio usata dall'A. è stata costantemente la metà di quella necessaria da sola, ossia 4 mgr. in luogo di 8 per ogni chilo di peso. La dose minima di Raggi X che, dopo la somministrazione di tallio è capace di provocare l'epilazione totale è stata di 2 H invece che di 4-5,5 H.

E' facile comprendere tutta l'importanza, sia dal lato scientifico che da quello pratico, di questi risultati. Dal lato scientifico essi dimostrano in modo indiscutibile che il meccanismo finale di azione dei due agenti, pur fra loro così diversi, è identico, poichè le loro azioni si sommano e si completano a vicenda. Dal lato pratico poi l'importanza è ancora maggiore, poichè i risultati ottenuti dimostrano la possibilità di potere ottenere costantemente e facilmente l'epilazione totale temporanea del cuoio capelluto senza raggiungere, nè con l'agente fisico nè con quello chimico, quelle dosi limite che confinano con le dosi dannose.

Riguardo alla tecnica l'A. in complesso ha adoperato la seguente tecnica.

Dopo dell'introduzione per os di 4 mgr. di acetato di tallio (il quale in soluzione zuccherina ha sapore dolce e gradevole) per chilo di peso, ha irradiato la metà destra o sinistra del capo del bambino, senza alcuna protezione, con limitatore molto ampio in modo da far cadere il raggio normale poco al disopra dell'orecchio, somministrando su tale superficie una dose di circa 3 H. Questa dose con le modalità seguenti (23 cm. di distanza dal fuoco di un'ampolla che funzionava a 200 KV., con 2 mill. e filtro di 3 mm. Al) è stata raggiunta in circa 7 minuti primi di esposizione. Si fa ruotare poi il bambino sull'altro fianco e si ripete l'identica operazione sull'altro lato del capo.

L'eritema nodoso negli adulti. — M. ARBORELIUS, Reparto Medicina dell'Ospedale Militare di Stoccolma. *Acta Medica Scandinavica*, 1927, n. IV-V.

Dei giovani sulla ventina con manifestazioni cutanee di eritema nodoso, presentavano inoltre un complesso sintomatico extra-cutaneo, abbastanza costante e caratteristico: febbre, ipersensibilità alla tubercolina per via intracutanea, forte depressione ed in genere anche ispessimenti del tessuto polmonare nella regione ilare, dimostrabili anche mediante l'indagine radioscopica.

Su 40 casi osservati, questa sindrome mancava solo in due.

Inoltre, tra le complicanze più frequenti dell'eritema nodoso, si sono osservate la congiuntivite flittenulare, la pleurite essudativa e l'eritema essudativo polimorfo.

Da queste osservazioni emerge logica l'ipotesi che rapporti di dipendenza possano intercedere tra l'eritema nodoso ed una recente infezione tubercolare; questo rapporto non rivestirebbe, comunque, i caratteri della necessarietà.

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Il tioglicocolato di bismuto nella cura della sifilide. — O. GRUHZIT, E. LYONS e R. PERKINS. *Archives of Dermatology a. Syphilology*, 1927, n. 5.

Il sale trisodico dell'acido bismuto-tioglicocolico contiene il 38.02 % in peso di bismuto metallico. E' stabile in forma di polvere, ma in soluzione si decompone facilmente. E' solubile in acqua e dà reazione debolmente alcalina. Non precipita il siero, nè possiede azione corrosiva sui tessuti.

La sua tossicità, sperimentata su animali, si è dimostrata lieve, aggirandosi la dose tossica intorno ai 30 mgr. per kgr. di peso per via muscolare e intorno ai 23 mgr. per via venosa; laddove che la dose massima di tolleranza è di 16-22 mgr. per kgr. di peso e la dose terapeutica necessaria è di 1.3-2.5 mgr. per kgr.

Albuminuria non è mai comparsa nella pratica clinica e sperimentale quando si è fatto uso di dosi varianti da mgr. 1.3 a mgr. 2 per kgr.

Lo stesso può dirsi per l'azoto ureico del sangue. Si verificò un aumento transitorio di questo solo quando la dose di tioglicocolato superò i mgr. 7.5 per kgr.

Ricerche istologiche stanno a provare che una dose di mgr. 2.6 per kgr. non dà luogo ad alterazioni epatiche spleniche o renali; e che nelle lesioni cellulari non comparvero neanche con dosi di mgr. 5.2. Le lesioni quando furono usate dosi più forti, si manifestarono in genere più a carico dei reni che del fegato, il che fa pensare che questo preparato sia nefrotossico più che epatotossico.

Il tioglicocolato di bismuto è assorbito in situ in meno di due ore. Circa il 20-40 % di bismuto appare nell'urina e nelle fecce entro 72 ore La maggior parte di esso è però eliminata per i reni.

L'azione spirocheticida aumenta con la quantità del medicamento iniettato. La dose minima efficace è di mg. 1.3, la dose ottimale è di mg. 2-2.5 per kgr. di peso.

Gli AA. hanno osservato che linfoghiandole di conigli sifilitici trattati con 7-10 iniezioni furono rese innocue per conigli sani nel 30, 50 e 100 % dei casi rispettivamente con dosi di mg. 1.3, mg. 1.6 e mg. 2 per kgr. di peso corporeo.

L'esperienza clinica mostra che 20 iniezioni intramuscolari (2 per settimana) di 10 cgr. di tioglicocolato di bismuto disciolto in 1 cc. di acqua distillata sono sufficienti in genere a produrre dei miglioramenti notevoli. Detto composto agisce con rapidità maggiore che gli altri sali di bismuto, non determina alcun disturbo, non induce fenomeni di accumulazione e influisce con lestezza sulla positività delle reazioni umorali.

Digitized by Google

Uretrite gonococcica in fanciulli. — Buckley Sharp, R. North Hospital London. *The Lancet*, n. 5430, 1927.

Sono quattro osservazioni su maschi tra 5 1/2-13 anni di età. Di nessun caso si potette precisare l'origine della infezione. Fu constatata l'esistenza di prepuzio troppo lungo. Sembra probabile che prima di pervenire nel canale uretrale, il gonococco sia penetrato e soffermatosi nel sacco prepuziale. Sebbene sia stato imprecisabile qualche immediato contatto dei genitali, e su questo punto discordino le opinioni degli osservatori, pure in molte casistiche di adulti l'A. non è riuscito a trovare un caso di contagio accidentale. Il contrario sembra accadere nell'altro sesso; sebbene anche qui giovi notare che in sopra della pubertà il gonococco si fermi più facilmente alla vagina ed alla vulva.

Con ciò non manca qualche osservazione di seduzione di donna adulta su fanciullo, e di reciproco contatto sessuale fra bambini, forse per incitazione di genitori che li tengono nello stesso letto.

Il trattamento può dirsi modellato su quello accetto per gli adulti, a seconda delle varie complicazioni.

Una rara complicanza della blenorragia. — R. Spurr. *La Semana Medica*, 1927, n. 1730.

In un paziente blenorragico, ormai in periodo decisamente cronico (goccetta militare, epididimite guarita) l'Autore ha visto svilupparsi insidiosamente il quadro clinico di una paraplegia crurale; tutti e due gli arti inferiori si presentavano in posizione di abduzione e di equinismo; i movimenti passivi riuscivano sommamente dolorosi; aboliti i riflessi rotuleo ed achilleo; normale il funzionamento degli sfinteri; assenza di febbre.

L'assenza di qualunque processo infettivo o tossico ha fatto pensare ad una complicanza nervosa della blenorragia, che più precisamente — data l'ipersensibilità del paziente in tutta la regione dello sciatico, e la presenza dei punti dolorosi classici di Lasègue, Bonnet e Martin — è stata diagnosticata come neurite sciatica duplice blenorragica.

Il criterio terapeutico ha confermato la diagnosi, poichè la terapia antigonococcica, praticata localmente nella regione uretrovescicale e prostatica, ha portato l'infermo a guarigione in quindici giorni, tanto che al ventesimo giorno poteva già camminare senza difficoltà.

Sifilide della tiroide. — L. Stropeni, R. Clinica Chirurgica di Torino. *Annali Italiani di Chirurgia*, 30 giugno 1927.

La sifilide della tiroide è una localizzazione forse meno rara di quanto comunemente si asserisce: essa è però, ancora poco nota ed è meno conosciuta dal lato clinico che da quello anatomo-patologico. Infatti una buona parte dei casi descritti nella letteratura fu diagnosticata essenzialmente in base al reperto anatomo-patologico del pezzo asportato, reperto che, quantunque vario, non si allontana notevolmente dal solito quadro di lesioni che la sifilide produce negli organi parenchimatosi.

Clinicamente la sifilide della tiroide, come del resto quella di quasi tutti gli organi, si può presentare con manifestazioni notevolmente varie a seconda del tipo anatomo-patologico (gomma, sclerosi diffusa, nodi ulcerati ecc.) e della forma della lue (recente, tardiva, ereditaria) e troppo spesso anzi presenta una sindrome così vaga che la diagnosi riesce enormemente difficile o addirittura impossibile, per poco che il medico trascuri di pensarvi, dato il concetto assai diffuso della rarità di localizzazioni sifilitiche nella tiroide.

Se queste lesioni sono accompagnate da altre manifestazioni sifilitiche, esse scompaiono in breve tempo in seguito a cure antisifilitiche non lasciando reliquati. Qualche volta la sifilide della tiroide presenta tutto l'aspetto di una lesione traumatica.

Dal punto di vista clinico è bene ricordare che di solito il processo specifico si impianta in pazienti già affetti da un piccolo gozzo, precisamente come il carcinoma, determinando una ipertrofia ed un indurimento totale della ghiandola con piccoli nodi più duri. All'accrescimento rapido della ghiandola si accompagnano presto o tardi disfonia e disfagia, che talvolta rendono più difficile la diagnosi differenziale col carcinoma, però la mancanza di linfoghiandole al collo e di aderenze agli organi vicini, sopratutto ai vasi del collo, starebbero per la natura sifilitica della lesione.

In gènere si può dire che davanti ad una tumefazione della tiroide insorta più o meno rapidamente, senza dolore, o con dolori vivi alla pressione specialmente sulla cartilagine tiroidea, dovuti a fatti di pericondrite che quasi mai mancano nel periodo terziario, accompagnati da disturbi della respirazione (dispnea) e della voce (disfonia) per turbe circolatorie e nervose delle corde vocali, si è autorizzati a pensare ad una lesione sifilitica della tiroide.

La diagnosi potrà essere fatta con sicurezza solo dopo una biopsia o una cura antiluetica energica, perchè non di rado si presentano gravissime le difficoltà di distinguere queste lesioni dai comuni strumi o da neoplasmi maligni o dal morbo di Riedel (tiroidite lignea).

PSICHIATRIA

Sulla sindrome di Cotard. — A. Barrancos. *La Semana Médica*, 1927, n. 25.

La sindrome di Cotard è una varietà della melanconia ansiosa, con idee di negazione, di dannazione, di immortalità e di grandezza, e con i disturbi della cenestesi che sono caratteristici della ipocondria.

Le idee di negazione sono in realtà idee di non esistenza, idee generalmente originali, primitive o secondarie, che hanno le loro radici in uno stato affettivo di depressione o in un disturbo della cenestesi (infermi che dicono di non aver famiglia, di non possedere nulla, di non avere un cuore pulsante, di non avere più alcuna personalità, ecc.).

Alle idee di negazione devono anche riallacciarsi quelle di immortalità, in quanto che l'infermo nega la morte. Non considera questi l'immortalità da un punto di vista ideologico, nozione astratta o metafisica, ma ritiene di non essere soggetto alla immutabile legge biologica che governa tutti gli esseri viventi: donde crisi di disperazione per il timore che le sofferenze saranno durature e sempre più gravi.

Le idee melanconiche non differiscono da quelle che si notano in ogni forma di melanconia, però sono così esagerate da potersi dire megalomelanconiche. Proprio come quella di un infermo che diceva: Se io orino, tutta la terra sarà inondata da un nuovo diluvio.

Le idee di grandezza (quantitativa più che qualitativa) e le idee ipocondriache completano il quadro morboso. Nessuna delle suddette idee è, come si vede, esclusiva della sindrome di Cotard. Però è notevole come esse qui si trovino tutte riunite e connesse fra loro, si da formare un tutto unico, una complessa sindrome di delirio.

In generale la melanconia cronica, semplice o accompagnata da delirio, è incurabile. Può evolvere fino alla demenza melanconica, come pure può terminare con un suicidio o con un'affezione intercorrente.

Quanto al suo substrato organico poco si sa. Alcuni affermano di avere osservato che le reazioni oggettive ed emotive all'adrenalina sono tanto più intense quanto più grave il sintoma ansietà. Altri poi sostengono che le crisi parossistiche si presentano in periodi di spiccata ipervagotonia.

La cura della sindrome di Cotard è quella stessa della melanconia ansiosa. Al primo posto sta la psicoterapia. La clinoterapia continua è quasi indispensabile quando l'ansietà è molto intensa. L'opoterapia ovarica e testicolare, come pure quella epatica, pancreatica e tiroidea meritano di essere saggiate. L'idroterapia (bagni caldi brevi) dà benefici immediati; le docce fredde sono indicate nei pazienti depressi.

Come cura medicamentosa può tentarsi l'oppio, il laudano, il luminal, il veronal, la belladonna, il fosfato di codeina. Conviene evitare in modo assoluto gli arsenicali, i quali sogliono essere mal sopportati per le frequenti alterazioni epatiche esistenti in questi infermi.

RADIOLOGIA

Contributo radiologico sull'asma. — Manges e Hawley in Philadelphia. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 89, 11, 1927.

Sono riferite osservazioni su sei casi accuratamente studiati. Essi giovano certamente a mostrare come non di rado, nel quadro nosografico dell'asma, si venga a scoprire la presenza di qualche corpo estraneo, all'esame röntgen delle vie respiratorie. Corpi estranei non pure non sospettati, ma tanto meno in quanto di solito essi giacevano da lungo tempo penetrati, per aspirazione, dando poi luogo alla reazione cronica del lobo superiore. Con ciò non si può escludere che ci siano casi di origine ben differente; ed a questi AA. medesimi è occorso qualche caso dubbio, messo in luce dal röntgen, dalla broncoscopia, e dalla necroscopia. Infatti l'asma, e per esso lo stato polmonare si faceva interpetrare per la compressione del timo ipertrofico, con stenosi tracheale; forse un condroma andava evolvendo.

Ad ogni modo va notato che ben di rado i clinici, prima di aver detta l'ultima parola, invocano l'esame röntgen. Questo è in verità meno consigliabile ai fini della terapia che non a quelli di una cognizione più esatta dello stato dei tessuti. Difatti non si può, in molti casi di asma, disconoscere l'importanza del fattore infezione. Il progresso della broncoscopia ha portato a riconoscere molto spesso uno stato di tracheobronchite con più o meno copioso essudato tenace; al quale si è attribuito aspetto ora gommoso, ora viscido, gelatinoide, mucoide e così via. L'ostruzione più o meno estesa dei bronchi stava appunto a significare, oltre i caratteri semeiologici, anche il perturbamento delle funzioni drenative dei tessuti rispettivi. Si sa inoltre non essere rari gli stati bronchettasici in

Digitized by Google

tali soggetti. Tuttavia non è da ritenere che la esplorazione röntgen sia parimenti facile su tutti i territori, sia perchè naturalmente i rami posteriori sono più adombrati; sia perchè a sinistra l'aia cardiaca ostacoli la nettezza di imagini; sia anche perchè in cotesti soggetti, spesso condizioni particolari di forma toracica, possano portare a giaciture anormali di organi, specialmente del cuore, per cambiato livello del diaframma.

Oltre l'ausilio fornito dalle broncoscopie, va ricordato in non pochi casi di asma l'esistenza di un più o meno accentuato ingrossamento delle catene ghiandolari ilari, peribronchiali, non sempre nettamente tubercolose. Ma è noto che queste ultime esercitano compressioni che talvolta possono seriamente ostruire l'albero respiratorio. Così anche stati enfisematosi, sui quali veramente l'attenzione era attratta dalla caratteristica conformazione della gabbia toracica.

Recentemente al Jefferson Hospital il Jackson ha potuto raccogliere 193 consecutivi casi di asma da corpo estraneo; e di essi l'enorme maggioranza in fanciulli.

CONGRESSI E CONVEGNI

II CONGRESSO DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA PER LA LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI.

(Milano 23-26 ottobre 1927)

Questo Congresso che ha segnato indubbiamente una data importantissima per la lotta antitubercolare italiana, ha avuto un carattere fondamentalmente pratico e un andamento spedito e obbiettivo, che ben si attagliano ai modi nuovi dell'Italia nuova.

Nè altrimenti poteva essere. La legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, il Messaggio di Sua Eccellenza il Primo Ministro, che segnava un compito ben definito ai lavori del Congresso, il discorso inaugurale del Podestà di Milano on. Belloni, materiato di fatti più che di parole, le espressioni incisive dell'on. Raffaele Paolucci, avevano creato un'atmosfera di positivismo, non certo consueta ai Congressi, ma nella quale le Relazioni e le discussioni si sono efficacemente inquadrate.

Non sono mancati in sede inaugurale e nelle sedute successive, gli accenni al Primo Congresso di Napoli, eccezionale fatica del prof. Andrea Ferrannini, e, mentre si constatava con compiacimento il grande cammino percorso in questi due anni era in tutti il giusto riconoscimento dell'opera allora compiuta, che rappresentava il primo veramente efficace sforzo di coesione nella lotta antitubercolare italiana sotto gli auspici della Federazione.

Ecco il messaggio inviato da S. E. il Capo del Governo e che l'on. Belloni lesse ai convenuti, fra i più vivi applausi:

« Caro Camerata e Podestà, rechi il mio saluto ai congressisti che si riuniscono a Milano per discutere sul sempre grave problema della tubercolosi. Mentre gli scienziati ed i medici affrontano questo problema nei loro laboratori e nelle loro cliniche la politica del Regime Fascista lo ha affrontato con mezzi sempre più vasti e più adeguati al fine.

Anche in questo campo Milano, col suo grandioso tubercolosario di Carbonate, offre una testimonianza di forze e di fede alla intiera nazione.

Il Regime fascista, in questi cinque anni, è riuscito a frenare una ulteriore estensione del flagello, demolendo nelle grandi città i quartieri infetti, costruendo centinaia di migliaia di nuove igieniche abitazioni, allestendo i presidi di difesa della razza. Un altro passo è stato compiuto in questi giorni con la introduzione della assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, assicurazione che non esiste in nessun altro paese del mondo.

Molto resta ancora da fare e per questo il Governo terrà nel massimo conto i risultati del Congresso di Milano ».

MUSSOLINI.

Al messaggio di S. E. Mussolini fu risposto col seguente telegramma:

" Eccellenza Mussolini — Roma. — Il II Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi devotamente grato solenne messaggio inchinasi reverente al Duce, che con assicurazione obbligatoria contro tubercolosi ha fascisticamente affrontato gravissimo problema difesa nostra stirpe, invano agitato da decenni

Seguiremo tutti disciplinati vostro comando per ulteriore sviluppo opera così elevata patriottismo. Firmato: Presidente Paolucci ...

Il Presidente della Federazione, on. PAOLUCCI, pronunziò il seguente discorso inaugurale:

Signori!

La lotta contro la tubercolosi, per essere seria ed efficace, ha bisogno di mezzi enormi.

Ed in ogni caso le migliorie statistiche consecutive a qualsiasi provvidenza adottata, sono di necessità tarde e lente.

Come volevate che un Governo del passato si occupasse seriamente della lotta antitubercolare? Gettare fior di milioni per non avere nessun beneficio immediato, combattere una lotta oscura, aspra, difficile in cui i risultati apprezzabili sarebbero stati raccolti in forma evidente non prima di varii anni, quando il governo sarebbe stato già morto e seppellito. E perchè?

Signori! Solamente il Fascismo poteva, in ragione della stessa sua forza, guardare al di là delle meschine vicende del giorno; perchè, sorpassate le meschine miserevoli difficoltà delle varie alchimie parlamentari, può rivolgersi a considerare le vere, profonde necessità del popolo.

Quando due anni or sono il Congresso di Napoli, auspice il pioniere infaticabile Andrea Ferrannini, emise il voto di questa lotta in grande stile, la Federazione Nazionale che ho l'onore di presiedere, raccogliendolo e facendolo suo, ben sapeva che avrebbe trovato nell'Uomo che regge i nostri destini, la mente e il cuore capace di intendere e finalmente risolvere l'angoscioso problema, perchè non si promette la grandezza ad un popolo, non gli si additano luminose le vie del futuro, non gli si dona una nuova fede ed una nuova coscienza, se non si provvede a liberarlo dal più tragico dei mali che mina profondamente la razza.

Si apre questo secondo Congresso della Federazione antitubercolare sotto il più lieto auspicio: ed è con grande fierezza che, come italiani noi possiamo dirvi: siamo ascesi di un balzo da uno degli ultimi al primo posto nel mondo, nel campo della provvidenza legislativa nella lotta antitubercolare.

E' con grande fierezza che, come fascisti, una volta di più tocchiamo con mano che nulla è trascurato dal regime di quanto vale a migliorare la razza e fare la grandezza del popolo, e, quali dirigenti della Federazione che tutti vi aduna nella santa crociata contro il male terribile, guardanti il breve e pur luminoso cammino percorso, con legittima soddisfazione constatiamo che il nostro paziente lavoro, in modo speciale, e tengo a dichiararlo, quello del Prof. Ilvento e Mendes, che hanno profondamente studiato la questione e fornito i dati, è stato coronato dal migliore successo, se le disposizioni di legge emesse dal Governo sono proprio quelle, anche nei minimi dettagli, da noi studiate e proposte in mirabile accordo con la nostra Benemerita Direzione centrale di Sanità pubblica. Le provvidenze testè adottate daranno nel complesso trecento milioni annui per la lotta antitubercolare, che serviranno in parte ad ammortizzare gli anticipi forniti per dieci anni in ragione di 60 milioni annui dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni e devoluti alla costruzione di nuove opere antitubercolari, in parte a sussidiare dispensari, ad assicurare le diarie agli infermi ed i sussidi alle famiglie. Con questo meccanismo si avranno oltre 8.000.000 di assicurati, ed oltre 7.000.000 di assistiti, avendo diritto alla assistenza da indigente la moglie dell'assicurato ed un'altra persona di famiglia. Ma non è qui che si ferma la provvidenza lungimirante del Governo: è già in istudio avanzato la estensione della assicurazione agli insegnanti di ogni categoria ed impiegati in genere.

Possiamo perciò con sicura fede affermare che tra qualche anno i risultati tangibili della lotta antitubercolare saranno in Italia veramente confortanti.

E' questo il più bel monumento di fattiva volontà che noi potremo con orgoglio presentare agli scienziati di tutto il mondo quando verranno nel nostro Paese disciplinato e laborioso, nel settembre del prossimo anno, per il Congresso Internazionale di Roma; ma ad essi mostreremo anche, con non minore soddisfazione, le opere già iniziate in Italia, specialmente in questa vostra mirabile Milano, sempre alla testa di ogni città nostra nelle opere del bene.

Ma se, nel campo delle previdenze legislative, deteniamo ormai il primo posto, siamo anche in primissima linea per ciò che riguarda gli studi scientifici sulla tubercolosi; perchè possiamo affermare che nella terapeutica e nella profilassi della tubercolosi siamo stati e siamo sempre i pionieri.

Noi non siamo abituati a celebrare in vita, e, talvolta, neppure dopo morti, questi nostri sommi.

In Francia l'anno scorso si celebrò con grande e meritata pompa il centenario di Laennec che affermò la unicità dei processi tubercolari;

Digitized by Google

quest'anno quello di Villemin che confermò scientificamente un fatto già noto, arcinoto nella pratica: il contagio tubercolare.

Noi celebreremo a suo tempo Forlanini, l'inventore di quel pneumotorace per molti anni discusso e poi adottato da tutti gli scienziati del mondo e dai cui studi iniziali sono sorti in numerosi studi le infinite ricerche sulla collassoterapia in genere, tutti derivati dal principio della immobilizzazione, da lui per il primo stabilito.

Ed oggi è acceso dovunque, in ogni parte del mondo, un grande fervore di ricerche sulla vaccinazione antitubercolare.

Sorgono vaccini, con nomi diversi, da ogni parte. Quando Edoardo Maragliano, di cui sono lieto di vedere tra di noi la figura luminosa e veneranda, or sono trent'anni, annunziò per il primo in un congresso all'estero i risultati dei suoi studi sulla vaccinazione, lo si considerò quasi come un mentecatto; gli si voleva quasi impedire di parlare.

Oggi, proprio alcuni dei suoi detrattori vantano, dopo trent'anni, le loro esperienze sulla vaccinazione. Noi rivendichiamo con orgoglio la nostra gloria nazionale.

Signori, io ho finito.

Ma siccome parlo ad uomini di scienza e di fede Italiana, non posso non rivolgere a tutti una raccomandazione che è augurio e speranza; siate tutti sempre più stretti attorno alla Federazione che, in perfetta dipendenza ed accordo con la nostra direzione Generale di Sanità, dà la sua opera disinteressata e fedele a questa santa battaglia; ed in prossimità del Congresso Internazionale, per il quale verranno, assai numerosi, scienziati di tutte le parti del mondo, confortateci di tutto il vostro appoggio, sia mettendo i vostri sanatorii e dispensari nelle migliori condizioni per essere visitati dagli stranieri, sia iniziando nuove opere, sia portando il contributo personale delle vostre ricerche sui temi del futuro congresso di Roma, così che il nostro Paese appaia quale veramente è, in luminosa ascensione.

Sentirete così veramente di servire come soldati la causa magnifica di questa Italia giovane, redenta da tutti i mali del passato, soldati tenaci, silenziosi di questo grande esercito che, auspice il Duce, lavora inquadrato e possente per la grandezza della Patria.

*

I lavori del Congresso si sono svolti in tre Sezioni distinte e successive: *Sociale, Consorziale, Scientifica.*

Al Congresso era annessa una mostra delle Opere antitubercolari del la Provincia di Milano, che riuscì una superba manifestazione della organizzazione antitubercolare di detta Regione.

Nella *prima seduta* erano all'ordine del giorno le seguenti questioni: I) *Necessità di revisione dell'Istituto dispensariale in Italia.* (Relatori: Prof. Carlo Benedetti di Roma e Dott. Guido Salvini di Milano); II) *Il finanziamento delle Opere antitubercolari* (Prof. Arcangelo Ilvento di Roma e Gustavo Pisenti di Udine).

Il Prof. Benedetti ha dato nella sua relazione una impostazione precisa al problema dispensariale italiano quale risultante dell'esperienza fino ad ora acquisita specie nei grandi comuni (Roma, Milano, etc.), ed ha delineato i compiti molteplici del Dispensario (inteso come organo di profilassi antitubercolare e di coordinamento) con quella competenza che gli proviene dalla sua lunga pratica ed esperienza.

Meno precisi sono stati, e giustamente, il prof. Benedetti e il suo Correlatore dott. Salvini su quanto riguarda il Dispensario, inteso come elemento inquadrato nella nuova organizzazione consorziale Poichè pur restando invariata la sua fisionomia tecnica, che è la risultante di una ormai lunga e decisiva esperienza, non è improbabile che in seno ai Consorzi, elementi fondamentali (voluti e creati dalla legge) nella lotta contro la tubercolosi, il Dispensario debba risentire una qualche conseguenza dal necessario lavoro di coordinamento fra i vari elementi che entrano *de jure* a far parte del Consorzio, unico ente antitubercolare provinciale

Corollario logico a questa prima parte della Sezione sociale una interessante conferenza, svolta all'infuori del Congresso ma con larghissima partecipazione di competenti e degli stessi Relatori, sul tema: *Il Dispensario Ambulante, metodo italiano di lotta contro la tubercolosi* (Prof. Fagiuoli, dott. Del Bue).

Il prof. Fagiuoli ha chiaramente illustrato il funzionamento del così detto « Dispensario ambulante » in Provincia di Verona, e mentre ha dissipato alcuni dubbi e preconcetti che su tale organismo si erano andati creando, ha giustamente messo in valore il fatto che esso utilizza, nel modo più confacente alle loro attitudini e alla loro preparazione tecnica necessariamente limitata l'opera dei medici condotti, che è certamente preziosa e probabilmente insostituibile, almeno là dove non arrivi il Dispensario.

Nella seconda parte della Sezione sociale il Prof. A. Ilvento ha illustrato « *il finanziamento delle opere antitubercolari* », tratteggiando sopratutto la futura organizzazione antitubercolare (dal punto di vista finanziario) in base alla legge sulla assicurazione obbligatoria. Legge che ci permetterà di raggiungere in un tempo relativamente breve (dieci anni) quel numero di letti sanatoriali e postsanatoriali che le attuali statistiche di mortalità e morbilità ci indicano come necessari e sufficienti.

Le cifre in danaro (600 milioni) e in posti-letto esposte dal Relatore sono tali da far comprendere come il finanziamento della lotta antitubercolare possa essere unicamente la risultante di uno sforzo sinergico e ben guidato di tutta la Nazione, quale solo attraverso le direttive di un Governo forte ed illuminato è possibile ottenere.

Per la cronistoria non va dimenticato che la Relazione Ilvento-Pisenti, attentamente seguita e « sentita » dai congressisti, ha realizzato un fatto nuovo negli annali dei congressi sociali: l'arduo problema del finanziamento delle opere antitubercolari, posto ai relatori come questione direi quasi accademica (per quanto vitale) giungeva al Congresso già risolto dall'opera antiveggente dello Stato.

Nella *Sezione Consorziale* il Relatore avv. Sileno Fabbri, Presidente del Consorzio antitubercolare provinciale milanese, ha svolto con magistrale competenza il tema all'ordine del giorno: « *l'ordinamento amministrativo dei Consorzi antitubercolari provinciali* ».

Dopo considerazioni assai ampie e geniali di indole generale, l'illustre amministratore ha impostato la questione da un punto di vista nazionale.

Egli non ha fatto, come del resto non fa la legge, questioni di mole regionale, ma si è limitato a tener conto dei particolari fattori che ingranati nel testo della legge dovranno dare le diverse attitudini e le diverse fisionomie ai vari Consorzi d'Italia. Intende il Fabbri che non il fondamento ma solo il particolare possa e debba essere adattato caso per caso, poichè l'unicità di indirizzo, spirito e lettera, che è dato dalla legge deve essere assolutamente e rigidamente tenuto.

Le Provincie stesse, organi di diritto e di obbligo, capi del Consorzio, riunite nella loro Federazione, potranno far sentire la loro voce, far valere i loro desiderati, concludere il loro programma di azione secondo i bisogni locali.

E poichè agli enti statali e parastatali è devoluta ogni azione che debba considerarsi completa ed esauriente in tutti i campi che riguardano le opere di carattere sociale, a maggiore compiutezza di azione, questi enti si sono fra loro riuniti per avere quella unicità di indirizzo e quei lumi che solo dalle grandi discussioni possono emergere.

La discussione sulla relazione Fabbri è stata ampia e animata dalla partecipazione di tecnici e di amministratori (Sagona, Abrate, Marchisio, Germano, Ilvento, Barone, Morelli, Maragliano, etc.) e le proposte di alcuni di essi concretate in diversi ordini del giorno furono accolte dallo stesso Relatore.

Di particolare rilievo l'ordine del giorno del sen. Maragliano in cui si afferma la necessità, per una razionale lotta tecnico-scientifica contro la tubercolosi in Italia, della istituzione di corsi specializzati in tisiologia e quello dei Proff. Morelli, Mendes e Fagiuoli, dove si raccomanda come provvedimento migliore e più adeguato per la assistenza dei malati più gravi, la costruzione di speciali reparti ospedalieri per tubercolosi in prossimità dei maggiori nosocomi.

L'ultima giornata del Congresso è stata riservata alla *Sezione Scientifica,* cui oltre la Relazione ufficiale erano iscritte circa un centinaio di comunicazioni, alcune delle quali e per l'interesse del tema e per l'autorità degli oratori hanno assunto particolare importanza

Poichè il Presidente designato d'ufficio (il Prof. Carpi di Milano) era assente (quale rappresentante italiano al Congresso Panamericano di Cordova) assumeva la direzione delle sedute, chiamato dalla venerazione e dalle acclamazioni dei Congressisti, il Sen. Maragliano, nella sua qualità di Presidente della Società Italiana di Studi scientifici sulla Tubercolosi, organizzatore della Sezione scientifica del Congresso.

Era incaricato della Relazione il Prof. Vincenzo Fici, svolgendo il tema: « *Stato attuale delle nostre conoscenze sui rapporti fra costituzione e tubercolosi (con speciale riguardo alle costituzioni morfologiche)* ».

Necessità di spazio limitano a ben poca cosa il riassunto della vasta e interessante materia svolta dall'oratore: egli ci ha dato un quadro efficace di uno dei capitoli più interessanti della tisiologia e nel quale il genio e l'opera dei ricercatori subirono scarsi sviluppi fino ad un'epoca assai vicina a noi. Ma nell'ultimo cinquantennio numerosi studiosi affrontarono e analizzarono il problema della costituzione, specialmente in Italia, in Germania e in Francia, considerandolo sotto diversi aspetti e sviluppandolo con rigore scientifico e nel contempo con intento pratico.

Tre gruppi distinti di fattori della costituzione vennero successivamen-

Digitized by Google

te presi in esame: dapprima i fattori anatomo-fisiologici, di poi quelli dinamico-umorali e quelli neuro-psicologici.

Così che, essendo riconosciuta come dipendente dal complesso sinergico dei vari fattori sopra enunciati, la costituzione poteva essere definita dal Pende come «la risultante morfologica, fisiologica e psicologica, variabile da individuo a individuo, delle proprietà di tutti gli elementi cellulari del corpo, nonchè della loro combinazione in un tipo speciale di fabbrica corporea, in uno speciale stato cellulare avente un suo proprio equilibrio e rendimento funzionale, una data capacità di adattamento funzionale e maniera di reagire agli stimoli dell'ambiente», e poteva venire rappresentata come una piramide triangolare la cui base racchiude il patrimonio dei caratteri ereditari e le varianti stabilmente acquisite, mentre le facce unite fra loro ai lati rappresentano rispettivamente l'aspetto morfologico, quello dinamico-umorale, e quello psicologico della costituzione che si sintetizzano all'apice della piramide stessa.

La costituzione «normale» è da considerarsi come una costruzione astratta corrispondente a un concetto di «media seriale» mentre le anomalie sono rappresentate da quelle variazioni che eccedono i limiti della normale variabilità: esse sono di due tipi, generale e parziale.

Nei rapporti con la tubercolosi polmonare le anomalie generali morfologiche della costituzione si distinguono in due gruppi: nel primo vanno comprese quelle che sono da considerarsi come preformate in natura, nel secondo quelle altre che possono essere preformate oppure possono risultare quale prodotto secondario della intossicazione tubercolare (distrofie o eredo-distrofie tubercolari).

Fatte queste premesse di indole generale l'O. passa ad esaminare da vicino le caratteristiche dei vari tipi morfologici descrivendo l'abito tisico o longilineo, quale è caratterizzato da Viola e Fici, (prima combinazione morfologica di De Giovanni) Beneke, Stiller, Sigaud, Kretschmer, Stockard, etc.).

Il concetto della maggiore morbilità per la tubercolosi intravista per l'abito tisico dagli antichi fu ribadito da numerosi autori in base a vari criteri patogenetici poggianti sugli attributi morfo-fisiologici propri all'abito stesso (De Giovanni, Viola, Fici). Ed è questo il concetto attualmente prevalente, nonostante numerose obiezioni che tenderebbero ad ammettere l'abito come risultante secondario della malattia stessa in atto o del suo periodo di latenza infantile.

Fra l'abito tisico e brachilineo o apoplettico le cui caratteristiche sono totalmente antitetiche, presenta un comportamento diverso l'abito linfatico, che pur essendo predisposto alla malattia, offre una speciale resistenza alla sua evoluzione, determinandone il decorso lento, benigno, con tendenza alla sclerosi.

Al secondo gruppo di anomalie generali morfologiche della costituzione vanno ascritti: l'abito degenerativo, gli infantilismi, i nanismi, i gigantismi, gli eunucoidismi, gli ipoevolutismi. Tali deviazioni morfologiche vanno considerate come predisponenti alla tubercolosi solo perchè fattori importanti di debolezza generale.

Fra le anomalie *parziali* della costituzione intese come elemento predisponente alla tubercolosi venne studiato specialmente il torace tisico, la cui patogenesi fu ascritto sopratutto dai tedeschi ad anomalie di vario tipo della sezione superiore del torace.

A tali anomalie, specialmente dalla scuola tedesca, venne pure riferita la morbilità tubercolare del torace tisico e la speciale predisposizione apicale.

Alla comunicazione del prof. Fici apportano il contributo dei loro commenti e delle loro osservazioni i Proff. Castellino, Giuffrè, Gasbarrini, Landolfi, Maragliano, Del Duca, fra i quali specialmente Castellino e Giuffrè dissentono dall'O. sulla genesi dell'abito tisico che, secondo lo stesso Giuffrè, è una conseguenza e non un determinante della tubercolosi.

Come ho già accennato non è possibile riassumere tutte le comunicazioni, varie per carattere ed importanza; accennerò solo a quelle che hanno assunto valore particolare e destato maggior favore di discussione nell'assemblea dei Congressisti.

Il Prof. Parodi ha presentato e descritto un suo *nuovo istrumento per l'ascoltazione*, basato su concezioni assai semplici di fisica (acustica) che darebbero al reperto uno speciale significato.

L'apparecchio, che ha destato l'interesse dell'uditorio anche come punto di partenza di nuove interessanti ricerche sarà probabilmente preso in ispeciale considerazione ed esame dalla Società Italiana di studi scientifici sulla tubercolosi.

Di particolare rilievo la comunicazione dei Proff. Oddo, Patta e Rondoni sopra «*una nuova forma di terapia aurica della tubercolosi*». Il Rondoni ha illustrato le proprietà chimiche e farmacologiche di un nuovo sale d'oro (aurosolfito sodico) che dalle esperienze fino ad ora eseguite sugli animali sembra avere assai interessanti caratteristiche terapeutiche.

Sul tema trattato dal prof. Rondoni e sull'auroterapia in generale si svolse da parte di parecchi oratori una vivace discussione, nella quale sono affiorati numerosi punti tuttora controversi.

Il Prof. Alberto Ascoli ha svolto una interessante comunicazione «*sui requisiti di un vaccino antitubercolare*» illustrando essenzialmente le caratteristiche del B. C. G. e concludendo che:

1° Le vaccinazioni col vaccino Calmette sono innocue sia nei bovini (via ipodermica) sia nei bambini (via orale).

2° Tali vaccinazioni conferiscono uno stato di immunità che si manifesta senza eccezioni sebbene in modi diversi e negli animali e nei bambini.

3° Nei bovini è possibile prolungare lo stato di refrattarietà mediante le rivaccinazioni annuali (sottocutanee).

Il Prof. Alberto Ascoli rispondendo ad alcune osservazioni ed obbiezioni dei Proff. Zironi e Maragliano, ribadisce i suoi concetti e mentre afferma che già si intravvede la possibilità di prolungare anche nell'uomo l'azione protettiva del B. C. G. ricorda ai Congressisti che la vaccinazione preventiva della tubercolosi è nata in Italia per opera della Scuola di Maragliano.

Il Prof. Arloing della Facoltà Medica di Lione, invitato dalla Presidenza a svolgere una comunicazione sul *virus tubercolare filtrabile*, tenne sull'argomento una vera e propria conferenza suscitando assai viva discussione da parte dei Proff. Zannelli, De Bonis, Dessy, Ronzoni, Zironi, Magrassi, Castellino.

Arloing (e Dufourt) sostiene che accanto alle forme classiche della tubercolosi sperimentale, altre ne esistono determinate dal virus filtrabile. Nella cavia il virus filtrabile dà luogo a tre forme caratteristiche diverse e cioè una forma caseosa, una cachetizzante ed una effimera.

Il suo passaggio transplancentare dalla madre al feto è dimostrato sperimentalmente e clinicamente dando luogo a diverse evenienze, di un estremo interesse, perchè illuminerebbero in modo singolare numerosi punti oscuri della patologia tubercolare umana.

In altre parole: 1) il virus provoca una tubercolosi caseosa rapidamente mortale; 2) determina una speciale forma di ipotrofia alla quale il lattante soccombe; 3) rimane latente per lungo tempo nelle ghiandole, specie tracheo-bronchiali, per risvegliarsi o nella seconda infanzia o anche nell'età adulta (tubercolosi di partenza ilare); 4) determina nell'organismo uno stato allergico che a sua volta può sboccare in due modi diversi: o con una ipersensibilità al comune germe di Koch o con una speciale resistenza al germe stesso.

Questi due fenomeni allergici apparentemente contraddittori sono probabilmente determinati dalla dose variabile e dalla diversa virulenza del virus filtrabile.

A corollario dei lavori della Sezione scientifica del Congresso il Prof. Pepere svolse una brillante e interessante conferenza *sull'anatomia patologica della tubercolosi polmonare* illustrando sopratutto le recenti vedute e acquisizioni in proposito.

Il Prof. Redaelli e il Dott. Cova illustrarono con numerose proiezioni i risultati della loro estesa pratica in materia di *chirurgia polmonare e di pneumolisi intrapleurica* (operazione di Jakobäus).

La seduta di chiusura del Congresso fu presieduta dal Sen. Maragliano. Fu data lettura del seguente telegramma di S. E. Turati all'on. Paolucci: *Sono vivamente grato del tuo telegramma, espressione della viva fede fascista dei congressisti che vedono nella potenza e volontà del regime più sicure armi per la lotta contro la tubercolosi.*

Terminate le sedute il Senatore Maragliano pronunciò un discorso rilevando la importanza pratica dei lavori compiuti e tributando un plauso al comitato organizzatore ed al prof. Scarpellini, Ufficiale sanitario del Comune di Milano, Segretario Generale del Congresso.

I congressisti improvvisarono alla fine una dimostrazione di simpatia al Senatore Maragliano che fu acclamato Presidente della Società Italiana per gli studi scientifici sulla tubercolosi.

Il Consiglio Direttivo della Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi (eletto dall'assemblea generale di Milano nel 23 ottobre 1927) è stato così costituito: *Presid.*: On. Prof. Raffaele Paolucci; *Vice-Presidenti*: Sen. Prof. Edoardo Maragliano, On. Prof. Eugenio Morelli, On. Avv. Sileno Fabbri. *Segret. gen.*: Prof. Guido Mendes, *Consigl. Tesoriere*: Dott. Eschilo Della Seta. *Consiglieri*: Prof. Carlo Benedetti; Dott. Federico Bocchetti; Dott. Celestino Dino Dosi; Prof. Andrea Ferrannini; Prof. Vincenzo Fici; Prof. Arcangelo Ilvento; Prof.

Digitized by Google

Guido Malan; Dott. G. Battista Roatta; Prof. Gaetano Ronzoni; Prof. Pietro Zannelli.

Dalla Presidenza della Sezione Scientifica della Federazione venne stabilito che nelle principali regioni d'Italia si costituiranno speciali Sotto-Sezioni.

Dott. A. Cecchini (Milano)

Nell'intervallo dal primo Congresso Nazionale Antitubercolare (Napoli, maggio 1925) al secondo Congresso (Milano, ottobre 1927) sono diventate leggi dello Stato due tra le principali proposte concretate e votate al Congresso di Napoli.

E' diventata legge dello Stato (giugno 1927) la proposta del Congresso di Napoli sull'efficace funzionamento e finanziamento dei Consorzi Antitubercolari provinciali. La proposta votata a quel Congresso, accompagnata dai necessari ragguagli, era stata presentata alla Direzione Generale di Sanità in luglio 1925.

E' diventata legge dello Stato (messaggio di S. E. Mussolini al Congresso di Milano) l'assicurazione economico-sociale come base del finanziamento per la lotta antitubercolare secondo la proposta approvata dal Congresso di Napoli e presentata al Duce da apposita Commissione.

Dal maggio 1925 all'ottobre 1927 sono decorsi due anni di passione: proprio così, passione per quanti sentiamo il problema medico-sociale della tubercolosi nella sua gravezza, pubblicamente manifestata al Congresso di Napoli nella plebiscitaria seduta del 27 maggio 1925 dalla voce di dolore dei rappresentanti all'uopo delegati da tutte le Provincie del Regno. Due anni di passione, per quanti, sensibili a quella voce di dolore, che reclamava provvedimenti radicali, abbiamo sentita ferma la fede sulla opportunità dei provvedimenti concretati al Congresso di Napoli.

La passione ha rappresentato l'assillo a non tralasciare un istante, per due anni di seguito, senza insistere e resistere fino al momento, in cui abbiamo veduto realtà l'auspicio che il Duce mettesse sotto la sua egida i voti del Congresso di Napoli e nel renderli realtà Statale v'imprimesse l'afflato del Suo alto intuito e li plasmasse col suo ferreo volere.

Al Congresso di Milano il commento a quei due progetti di legge ha rappresentato la sostanza di fatto per le due relazioni, tanto per quella sui Consorzi Antitubercolari Provinciali, quanto per quella sul finanziamento delle opere antitubercolari.

Il relatore sui Consorzi, l'On. Fabbri, annunciò inoltre che la Federazione Nazionale delle Provincie intende istituire un Ufficio Sanitario Amministrativo, con le mansioni di coordinare in unità d'intenti l'azione dei Consorzi singoli. Si tratterebbe di un analogo dell'"Ente Nazionale „, prospettato al Congresso di Napoli con lo scopo d'integrare quel "fronte unico „ nella lotta antitubercolare, che venne indicato nella seduta inaugurale di quel Congresso come fu ricordato al Congresso di Milano dal capitano Dott. Bocchetti, il tanto apprezzato direttore del Tubercolosario militare di Anzio.

L'altra relazione, quella sulla necessità di revisione dell'istituto dispensariale in Italia, prospettò questa revisione secondo la direttiva indicata al Congresso di Napoli nel senso che i dispensari antitubercolari, per lo meno nei capoluoghi di provincia, fossero organi precipui di accertamento del male nelle famiglie, nelle scuole, negli opifici, nelle fabbriche, nelle campagne, per poi informare i rispettivi Consorzi sui provvedimenti vari da prendere per lo smistamento degl'infermi e per il resto della profilassi e cura.

Al Congresso di Milano ha brillantemente funzionato la Sezione scientifica sotto la presidenza dello stesso Sen. Edoardo Maragliano, che fondò quella Sezione nel Congresso di Napoli.

Con questa unicità d'intenti tra il Congresso di Napoli e quello di Milano la Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, sotto la presidenza dell'On. Prof. Raffaele Paolucci, ha aggiunto un altro titolo di elevata benemerenza nella proficua integrazione di quella lotta.

Quella fraterna unicità nazionale d'intenti è arra sicura che tutti, con rinnovato fervore, saremo ossequienti al volere del Duce." Molto ancora resta a fare ..: con queste parole il Duce ha chiuso il Messaggio del Congresso di Milano. Parole che sono un comando e intensificano la responsabilità di quanti, più direttamente impegnati nella lotta antitubercolare, sentono il dovere di continuarla con tenace entusiasmo.

Andrea Ferrannini.

VII CONGRESSO ITALIANO DI MEDICINA DEL LAVORO

(Parma - Modena - Carpi; 24-26 ottobre 1927)

A PARMA

Seduta antimeridiana del 24 ottobre

Il 24 ottobre u. s. si inaugurò a Parma con grande solennità questo congresso, che prosegue, dopo quello di Venezia del 1924, la serie dei congressi nazionali di quella mirabile disciplina scientifica che è la *Medicina del Lavoro*, oggi anche per i riflessi della Carta del lavoro e delle assicurazioni sociali, tenuta in gran conto per il rinnovamento nazionale.

La seduta inaugurale venne tenuta a Parma nell'Aula magna della R. Università, presenti tutti i membri del Comitato ordinatore di Parma, presieduto dall'on. prof. Gabbi ed una vasta rappresentanza dei comitati ordinatori di Modena e Carpi, in maggioranza di docenti universitari.

Erano presenti il Prefetto Grand'Uff. Rebua, delegato dal Governo Nazionale, il Vice-Podestà prof. Della Valle, il prof. Giuffrè, Clinico Medico di Palermo, il Senatore Mariotti, Vice-Presidente del Senato, S. E. Carlo Bonardi, Presidente della Cassa Nazionale Infortuni, il Grande Uff. dott. Calamani, Direttore generale della Cassa stessa, il prof. Giovanni Loriga per il Ministero dell'Economia Nazionale, il prof. Preti dell'Università di Sassari, il prof. Nicolò Castellino direttore della Clinica del Lavoro di Napoli, il prof. G. Aiello segretario generale del Congresso ed altri. Erano pervenute, anche dall'Estero, numerose autorevoli adesioni.

Il prof. Gallenga, nella sua qualità di Magnifico Rettore della R. Università di Parma, pronunziò il discorso di apertura rilevando come la medicina del lavoro, grazie ai lavori assidui e diuturni di studiosi italiani e stranieri, ha assunto notevole importanza meritando l'apprezzamento del Governo, in ciò che concerne il lato politico e sociale delle malattie da lavoro.

Parlò successivamente il prof. Della Valle, Vice-Podestà di Parma ed apprezzato docente universitario, affermando la fierezza della sua città per essere stata scelta ad ospitare i rappresentanti di un Congresso che tanta importanza ha per la risoluzione dei problemi sociali e pel benessere del paese.

Indi l'on. Prof. Gabbi pronunziò un discorso, denso di pensiero, elevato nella forma e vibrante di fede, sui fini della Medicina del Lavoro, sugli obiettivi finora raggiunti e da raggiungere e sulla Carta del Lavoro, documento immortale di Romanità forte e sapiente.

L'O. ricordò il valido impulso dato da Guido Baccelli alla medicina politica, l'opera di Luigi Devoto, in Milano generosa, per la medicina del lavoro e per la prevenzione delle malattie sociali (la tubercolosi in prima linea) nonchè l'azione svolta e da svolgere dai cultori della Medicina del Lavoro, perchè il lavoro legge suprema dell'esistenza, conservi l'individuo fisicamente forte e moralmente sano.

L'O. svolse così magistralmente il tema affidatogli dal Congresso «*Contributo della Carta del Lavoro alla profilassi sociale*» e fu fatto segno a vive manifestazioni di plauso.

Seguì il Prof. Luigi Devoto, con un discorso tenuto in qualità di Presidente della Commissione Internazionale permanente per le malattie professionali, il massimo Ente in cui sono rappresentati diciannove Nazioni le più progredite nella lotta tra le malattie sociali. Egli ha ricordato i problemi che gli studiosi della disciplina, che da lui ebbe tanto impulso vitale, si preparano a risolvere e commemorò Pier Diego Siccardi, degno allievo di Ramazzini, caduto da combattente per la grande guerra (in seguito ad infezione contratta portando a termine brillanti studi di patologia) dopo breve degenza nell'Ospedale di Parma, ove era stato trasportato dopo la triste ritirata di Caporetto.

Il Prof. Devoto, interpretando i sentimenti dei Congressisti, era stato al mattino a deporre dei fiori sulla tomba del Siccardi, e fu vivamente applaudito nel suo appassionato discorso.

Subito dopo le cerimonie inaugurali, ebbero inizio i lavori del Congresso, con la relazione del Prof. Giovanni Allevi sul tema «*Tubercolosi ed emigrazione*».

I Tema di Relazione

Emigrazione e Tubercolosi

prof. GIOVANNI ALLEVI (Milano) - Relatore

L'emigrazione va acquistando sempre maggiore importanza per il nostro paese, che vede crescere, di anno in anno, la sua popolazione.

Al principio del secolo XIX avevamo da 22 a 25 millioni d'abitanti; oggi ne abbiamo 40 nel nostro territorio e 10 all'estero. Si calcola, in genere, sopra un aumento annuo di 450.000 persone.

Digitized by Google

L'America accoglie il maggior numero di espatriati. I paesi preferiti sono: gli Stati Uniti, il Brasile e l'Argentina. In Europa i nostri lavoratori sono assorbiti specialmente dalla Francia e, in proporzioni più modeste, dalla Svizzera. Essi, in America e in Francia, sono formati in maggioranza da contadini e da braccianti. Questo però non vuol dire che gli emigranti manchino di attitudini professionali più raffinate. L'Italia ha dato la prova di essere industrialmente all'altezza dei popoli più progrediti.

Negli Stati Uniti, nel Brasile e nell'Argentina i nostri emigranti hanno largamente contribuito alla costruzione di strade ferrate, di canali, di porti, chiese ecc. Nel Brasile e nell'Argentina una fortissima percentuale di proprietari terrieri è italiana e italiana è la maggior parte di commercianti in commestibili nel sud della Francia.

Inizialmente l'emigrazione era data per due terzi dall'Alta Italia; in seguito l'Italia Meridionale prese il sopravvento. Le popolazioni dell'Alta Italia, della Toscana e dell'Umbria preferiscono i paesi d'Europa e del bacino mediterraneo; inoltre quelli d'oltre oceano. Il maggior contingente all'emigrazione nel Mezzogiorno è dato dalla Sicilia e dalla Sardegna.

Considerando tutto il complesso della gente che lascia l'Italia la prevalenza è data dai maschi sulle femmine, dagli adulti sui giovani.

Dal 1902 al 1923 per le regioni transoceaniche partirono 4.641.383 individui; ma di essi oltre la metà rimpatriò. La cifra più alta si ebbe dall'America del Nord. La maggioranza dei rimpatriati era stata all'estero per due o tre anni.

L'emigrazione è regolata da particolari norme igienico-sanitarie al duplice scopo di non mettere l'emigrante nella condizione di essere respinto al momento dello sbarco dalla nazione che lo deve ospitare e di impedire che a mezzo dei rimpatri si diffondano malattie infettive o comunque diffusibili. A ciò provvede il Commissariato Generale dell'Emigrazione (oggi Direzione Generale degli italiani all'estero) che si vale delle scuole per gli emigranti, degli ispettori e dei medici, aiutati dal personale d'assistenza.

A bordo delle navi il servizio è affidato ai medici civili, messi sotto la sorveglianza dei RR. Commissari. Gli emigranti al posto d'imbarco sono sottoposti alla così detta *bonifica sanitaria*, consistente in bagni e docce di pulizia, sterilizzazione degli indumenti e dei bagagli.

Prima dell'imbarco subiscono il controllo d'una apposita Commissione. Le reiezioni possono essere causate per malattie o per semplici imperfezioni fisiche. Il Commissariato d'Emigrazione estende la sua opera anche all'emigrazione continentale. A Bardonecchia e a Ventimiglia vengono prese misure profilattiche, su per giù, come per i lavoratori diretti oltre oceano.

Negli Stati Uniti i nostri emigranti — oltre alla visita ai fini della profilassi internazionale — soggiaciono ad una visita speciale. A parte le varie modalità lo stesso avviene nel Brasile e nell'Argentina. Negli Stati Uniti gli emigranti si fermano nelle città costiere. Si adattano a tutte le professioni; ma difficilmente si danno all'agricoltura. Molti diventano operai delle industrie e, siccome non sono specializzati, finiscono per lavorare molto e guadagnare poco in confronto a quelli del paese.

Nel Brasile e nell'Argentina gli italiani lavorano in particolar modo nelle *fazendas* e nelle *estances* che sono delle grandi aziende agricole. Anche la coltura intensiva assorbe molta mano d'opera nell'Argentina. I territori preferiti della colonizzazione italiana nel Brasile sono: S. Paolo, Rio Grande del Sud e Santa Caterina; nell'Argentina sono: Buenos Ayres, Santa Fè, Entre Rios, Cordoba e Mendoza. Notevolmente si cercano quelle zone che per condizioni climatiche e telluriche più si accostano all'Italia. Negli stati di America però la tubercolosi è molto più diffusa che nel nostro paese.

L'emigrazione in Francia è molto eterogenea, d'essa fanno parte muratori, manovali, scalpellini, minatori, contadini, fittavoli, proprietari terrieri. Nell'immediato dopo guerra la nostra mano d'opera era richiamata nella zona del vecchio fronte, causa le avvenute devastazioni. Attualmente i posti di maggiore attrazione sono i porti del sud della Francia e la regione sud-ovest (Haute Garonne, Torne-et-Garonne, Gers). Questi paesi sono la meta dei contadini che formano il nerbo degli emigranti. La mano d'opera che vi affluisce viene dal Veneto, dal Friuli, dalla Lombardia e dal Piemonte. Anche in Francia la tubercolosi ha radici più profonde che in Italia.

Sotto questo speciale riguardo — come si vede — tutti i paesi d'immigrazione si trovano in condizioni peggiori delle nostre. A ciò bisogna aggiungere che la maggior parte dei lavoratori italiani è data da contadini ossia da individui più facili a soggiacere alla recettività del germe tubercolare per non aver acquistato un certo grado d'immunità specifica. Come elementi importanti poi nel diffondersi rientrano: l'affollamento, la fatica, il vitto scarso o incongruo, fatti questi comunissimi tra gli emigranti molti dei quali sono ossessionati dall'idea dell'economia. L'idea che la tubercolosi potesse essere favorita dall'emigrazione è stata avanzata da molto tempo — sebbene si credesse che l'emigrazione costituisse una grande fortuna per l'Italia. Noi fummo sempre di parere opposto. A suo tempo servendoci della *Società Umanitaria* di Milano tentammo un'inchiesta in mezzo alle popolazioni più dedite ad andare in cerca di lavoro oltre confine, ma non potemmo venire ad alcuna conclusione pratica.

I medici della R. Marina destinati a regi commissari avranno notato, specialmente nei viaggi di ritorno dall'America del Nord, lo spesseggiare della tubercolosi. Il Colonnello Montano in una relazione statistico-sanitaria del 1903 e 1904 fece notare la differenza tra l'emigrazione del Nord e quella del Sud America. La grande superiorità del quoziente tubercolare fu in seguito confermata da Antonio Stella, direttore dell'Ospedale italiano di New York. Secondo lo Stella il 25 % degli emigrati a New York moriva per tubercolosi e il 50 % dei passeggieri di seconda classe rimpatriati erano contagiati; i casi di tubercolosi per i poveri rimpatriati si potevano calcolare a 3000.

Il Sestini fu meno pessimista. Egli ci diede una statistica sulle malattie tubercolari che andava dal 1903 al 1908. Da suoi calcoli i nostri connazionali partiti in buono stato di salute, e tornati affetti da tubercolosi, sarebbero stati nel sessennio 2820; cosicchè gli ammalati sarebbero stati 450 per anno.

Il Commissariato Generale dell'Emigrazione in una recente pubblicazione, trattando delle malattie infettive e trasmissibili dei nostri connazionali rimpatriati dal 1910 al 1923, cita in prima linea la tubercoosi polmonare e fa rilevare la grande differenza del numero dei tubercolosi tra i lavoratori restituiti dall'America del Nord e quelli dell'America del Sud. Nel Nord America sul totale dei rimpatriati (866.226) i tubercloosi erano 4706 ossia 0.54 %, nel Sud America su 411.317 erano invece 956 ossia 0.29 %.

Lo scorso anno il Commissariato Generale dell'Emigrazione, coadiuvato dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, fece un'inchiesta per conoscere l'influenza esercitata sulla salute nei paesi presso i quali si è più propensi ad andare all'estero. Dalle risposte avute risulta che l'influenza degli emigrati restituiti dal lato della morbilità è rilevabile in 21 provincie, lo è poco in 15, lo è pochissimo in 15, mentre in 10 non lo è affatto. In queste provincie insieme coi casi di tubercolosi si sarebbe osservato un aumento dei casi di sifilide, oltre ad altre malattie. I lavoratori colpiti sarebbero sopratutto quelli provenienti dal Nord America secondo le referenze degli ufficiali sanitari.

Sull'emigrazione continentale non si hanno dati desunti da osservazioni dirette. Però Zuccola ha fatto uno studio importante in provincia di Cuneo sugli operai che vanno a lavorare in Francia. Secondo lui nel 1912 i medici condotti denunciarono 1039 casi di tubercolosi variamente ripartiti nel capoluogo di provincia e nei circondari. I provenienti dall'estero sarebbero stati 562. Questo dimostrerebbe che, anche l'emigrazione continentale, ha la sua importanza dal punto di vista del contagio tubercolare e perciò varrebbe la pena di illustrare l'argomento con altri esempi che forse non mancherebbero.

Da quanto è stato esposto si può affermare con tranquilla coscienza:

1) che l'emigrazione in genere costituisce una delle cause non indifferenti di diffusione della tubercolosi polmonare:

2) che nelle varie epoche in cui la nostra emigrazione transoceanica richiamò l'attenzione degli studiosi tutte le osservazioni cliniche e statistiche stabilirono che dall'America del Nord ci vengono restituiti i nostri connazionali tubercolizzati in una proporzione enormemente superiore in confronto a quelli restituiti dall'America del Sud;

3) che non solo l'emigrazione transoceanica riesce pericolosa alla salute dei nostri lavoratori ma anche quella continentale sebbene le prove dirette siano scarse e quasi inesistenti.

Presero parte alla discussione il Prof. Giuffrè, che ricordò l'emigrazione siciliana in Tunisia, il Prof. Devoto che riferì sulla sua esperienza di clinico e di medico sociale in rapporto alla emigrazione Ligure nelle Americhe, il Dott. Vadalà di Messina sulla necessità di accrescere i mezzi di difesa contro la tubercolosi degli immigrati (isolamento dei casi gravi, controllo frequente dei casi iniziali). A tutti rispose il Relatore che presentò alla fine della discussione un ordine del giorno, approvato unanimemente, con suggerimenti autorevoli sulla propaganda antitubercolare nelle scuole degli emigranti e sulle navi.

Seguì il Prof. A. Ranelletti comunicando sul tema «*La Carta del Lavoro e l'assicurazione delle malattie professionali*» sostenendo il principio dell'estensione di essa a tutte le malattie professionali non a qualche malattia di una «lista» speciale. L'assicurazione delle malattie

Digitized by Google

I RELATORI DEL VII CONGRESSO ITALIANO DI MEDICINA DEL LAVORO

dott. ANTONIO NEBULONI
(MILANO)

prof. GIOVANNI ALLEVI
(MILANO)

prof. GIUSEPPE AIELLO
(MILANO)

Ing. prof. ENZO PUGNO VANONI
(MILANO)

professionali richiederà però ai medici la esatta conoscenza di esse e per non incorrere negli errori di altre nazioni (in Inghilterra si dovettero rettificare decine di migliaia di certificati medici) sorge la necessità di una estensione dell'insegnamento universitario della materia, (cominciando da Roma) anche per facilitare la realizzazione delle varie provvidenze igienico-sociali annunziate nella Carta del Lavoro. Il Prof. Devoto, aprendo la discussione sull'argomento, ritiene invece che sia più opportuno attendere l'assicurazione contro tutte le malattie; in quanto alla estensione dell'insegnamento universitario l'O. si dimostrò favorevole come, del resto, nel suo Giornale « La Medicina del Lavoro » aveva già scritto in proposito.

Il Prof. Loriga (Roma) prega anch'egli il prof. Ranelletti di non voler insistere in una assicurazione speciale contro le malattie professionali, attendendo la vicina soluzione del problema globale; l'assicurazione contro tutte le malattie, e Mahrer (Monfalcone) si mostrò anch'egli del parere che l'assicurazione contro le malattie professionali debba tendere all'assicurazione contro tutte le malattie. Il Prof. Diez ritenne invece, dopo le riunioni di Ginevra e gli impegni presi dai Governi, matura per la soluzione la questione della assicurazione isolata contro le malattie professionali salvo poi a decidere sull'estensione da darsi alla lista delle tecnopatie. Il Prof. Allevi seguirebbe pure questo criterio, lasciando poi al tempo l'allargamento della lista, ed intanto fece delle riserve sull'opera della magistratura speciale, dimostratasi organismo non perfetto nell'applicazione pratica delle leggi sugli infortuni agricoli.

Seduta pomeridiana del 24 ottobre

La seduta pomeridiana si apre alle 14.30 e prendono la parola i Relatori del tema ufficiale « *Patologia da elettricità e raggi* X » il Prof. Giuseppe Aiello ed il prof. Enzo Pugno Vanoni.

Il Tema di Relazione

Patologia da Elettricità e Raggi X

Parte I

prof. GIUSEPPE AIELLO (Milano) - Relatore

Patologia da elettricità

Mentre in quasi tutte le malattie professionali si nota una decrescenza, le lesioni da elettricità e loro conseguenze risultano invece in continuo aumento, sia per la generalizzazione delle applicazioni elettriche (ed infatti tutte le classi sociali ne risultano colpite) che per la scarsa diffusione delle nozioni sulla patogenesi, sulla prevenzione e sulla terapia degli accidenti.

I dati fondamentali della patologia da elettricità ci provengono quasi in totalità dalle esperienze su animali, poichè le elettroesecuzioni effettuate nelle case di pena americane non hanno fornito dati realmente nuovi ed interessanti, non essendo esse eseguite colle stesse procedure tecniche ed anche perchè i rilievi sulle modalità dell'esecuzione, sui dati somatici del soggetto colpito e sulle autopsie, non sono mai resi pubblici.

Nello studio di patologia da elettricità deve tenersi gran conto dei fattori costituzionali inerenti il soggetto colpito, allo stesso modo come i tecnici distinguono e suddividono il loro materiale. La maggiore importanza deve essere attribuita all'accertamento anamnestico o clinico di malattie pregresse, di diatesi, e particolarmente dello stato timo-linfatico: un esame dal punto di vista costituzionale quale può essere praticato in un'accurata visita preventiva o periodica, dovrebbe far escludere i soggetti predisposti dalle lavorazioni in rapporto coll'elettricità.

Sulle cause della morte da elettricità sono state emesse varie teorie ma nè dall'esperimento, nè dalle ricerche di laboratorio si è avuto un appoggio decisivo a questa o a quella tesi: alcuni autori sostengono l'esistenza costante di una asfissia da tetanizzazione, altri quella della fibrillazione ventricolare o della contrazione rigida del cuore, altri ancora ritengono più frequente la morte da lesioni bulbari. Jellinek sostiene invece si tratti nella maggioranza dei casi di una morte apparente. Certamente però il meccanismo della morte da elettricità non è unico, e varia invece a seconda dell'intensità e del tipo della corrente e in rapporto con le modalità dell'accidente: hanno anche grande importanza il componente psichico, lo choc da caduta (in certi traumi) ed i fattori individuali.

Le lesioni anatomo-patologiche riscontrate più frequentemente consistono in alterazioni delle cellule gangliari, in distruzioni cellulari, o spostamenti nucleari, in emorragie nelle olive, nel midollo allungato, e nella corteccia cerebrale e costituiscono, se presenti, la prova anatomica del passaggio della corrente; vi sono però casi di morte con altri reperti anatomo-patologici (lesioni cardiache, polmonari, ecc.) e vi sono stati anche reperti affatto negativi.

La nosografia delle lesioni da elettricità è opportuno sia divisa in due grandi capitoli, cioè nello studio delle traccie che lascia l'elettricità nelle parti superficiali del corpo umano (cute, ossa) ed in ciò che lo riveste o l'attornia (elettrofisiografia), ed in sintomatologia viscerale, perchè nel sangue, negli organi interni e nel sistema neuro-vegetativo sono state riscontrate delle lesioni, per quanto nessuna di esse sia considerata specifica. Le lesioni da elettricità, tanto del primo gruppo che del secondo, sono suscettibili di regressione.

In quanto al trattamento, non ci si dovrà limitare ai comuni soccorsi in casi di paralisi cardiaca e respiratoria, ma è doveroso il tentativo di iniezioni endovenose di cloruro di potassio, di cloruro di calcio, di adrenalina (quest'ultima anche intracardiaca), di lobelina.

Patologia da raggi X

Le lesioni da raggi X sono oggi divenute rare, per merito dei progressi della radiobiologia, ma il pericolo non è ancora scomparso come è dimostrato dalle statistiche e dalle pubblicazioni scientifiche, che analizzano non solo le modalità dell'accidente, ma si occupano dei problemi biologici connessi colla radiosensibilità, cellulare o tissurale. Un gran numero di fattori influisce sulle lesioni da raggi X, ma la prima questione da affrontare è quella della disposizione di certi soggetti alle lesioni da raggi X: è certo che le ricerche preventive anamnestiche, semeiotiche, farmacodinamiche danno utili deduzioni ai fini dello studio del terreno biologico.

Le radiazioni, oltre a localizzarsi elettivamente in certi organi, eser-

Digitized by Google

citano a seconda dell'intensità, o per altre circostanze, delle azioni di diversa entità, che vanno dalla paralisi vasomotoria, cutanea, alle azioni necrobiotiche, distruttive; nè sono trascurabili le azioni biologiche singolari (mostruosità nate da uova fecondate con spermatozoi irradiati) nè l'azione eccitante sui vari organi, capitolo assai dibattuto.

In quanto alla nosografia delle lesioni da raggi X, oltre delle radiodermiti nelle loro varie forme (eritematosa, flittenoide, ulcerosa, necrosante) è stata recentemente rilevata la frequenza di radionecrosi tardive dei tegumenti delle parti molli, delle cartilagini, della laringe, delle ossa, dell'intestino: la comparsa di queste radionecrosi, delle quali le più comuni sono le cutanee, avviene anche a distanza di molti mesi dalle irradiazioni, su un terreno apparentemente integro, e può essere favorita da fattori locali o da infezione. I caratteri generali più comuni della radionecrosi tardiva sono: l'inizio brusco, i sintomi di mortificazione tissutale, la lentezza di eliminazione, l'assenza di istolisi, ma le particolarità cliniche cambiano a seconda della sede e del terreno biologico.

Lo studio del comportamento del soggetto in esame di fronte alle reazioni cutanee ed intradermiche, il modo di reagire col vescicante (fragilità capillare, richiamo leucocitario, consecutiva pigmentazione cutanea) può dare utili ragguagli ai fini della prevenzione delle lesioni da raggi X.

Il cancro dei radiologi, notato fin dal 1902 (sette anni dopo la mirabile scoperta) colpisce circa il 30 per cento di coloro che soffersero le radiodermiti, ma non è un risultato diretto dell'azione dei raggi X, solo una trasformazione delle azioni irritative croniche da essi spiegata sui tegumenti. Alcuni autori assegnano ad esso i tipici caratteri istologici dell'epitelioma spinocellulare, ma vi sono ancora alcuni che lo avvicinano allo xeroderma del Kaposi: è necessario ad ogni modo lo studio istopatologico precoce perchè esso fornisce dati sicuri anche quando macroscopicamente non appare che una semplice cheratosi.

Riguardo ai disturbi generali che sopravvengono nei malati sottoposti all'azione dei raggi X, si tratta generalmente di vertigini, cefalea, nausea, talvolta di vomito o tosse persistente: la patogenesi di questo disturbo è ancora incerta, ma si può ritenere assai probabile la presenza nel sangue di prodotti di scissione dell'albumina da distruzione di tessuti.

Parte II

Ing. prof. ENZO PUGNO VANONI (Milano) - Relatore

Dati tecnici inerenti alle lesioni da elettricità

Dal punto di vista elettrico l'infortunio da elettricità consiste nel venire a contatto di due diversi punti del corpo dell'infortunato con due punti connessi ad una sorgente di energia elettrica di sufficiente potenza, tra i quali esista una differenza di potenziale.

Una volta definita la differenza di potenziale esistente tra due punti di contatto del corpo del soggetto colpito, la intensità di corrente che attraversa il corpo del paziente è data dalla legge di Ohm, usando della resistenza apparente del corpo.

Questa ultima è funzione della resistenza ohmica della pelle e dei tessuti, della loro capacità ed induttanza, e quindi dipende oltre che dalle modalità del contatto, dalla forma e frequenza della tensione applicata.

La resistenza apparente del corpo umano dipende esclusivamente dalla resistenza ohmica (di natura analoga a quella di un elettrolita) e dalle forze contro-elettromotrici che si generano nell'interno al passaggio della corrente nelle membrane semipermeabili. Di queste forze controelettromotrici di polarizzazione si può tener conto elettricamente assegnando al corpo umano una certa capacità.

Ne risulta che il circuito elettrico rappresentativo del corpo umano è formato da una capacità con in parallelo una resistenza ohmica posta in serie con un'altra resistenza ohmica.

Definito così lo schema di circuito equivalente, bisogna trovare i valori delle varie parti che lo compongono, ciò che costituisce il punto più difficile variando essi non solo da individuo a individuo, ma da istante ad istante per uno stesso soggetto.

In base alle considerazioni sopra esposte, è possibile esaminare i diversi comportamenti del corpo umano di fronte alle diverse forme di tensione (continua, alternata, ad impulsi) sempre tenendo conto nella valutazione degli effetti prodotti non solo dell'intensità della corrente che passa, ma del lavoro elettrico speso nel tessuto, ed in dipendenza anche del tempo durante il quale il fenomeno avviene.

E' così possibile spiegare molte delle modalità, alle volte sorprendenti a prima vista, di taluni accidenti da elettricità, e vedere quali sono i provvedimenti più adatti per diminuire il pericolo costituito dalle installazioni elettriche.

Dati tecnici inerenti alle lesioni da raggi X e metodi di protezione

L'effetto prodotto dalla radiazione X in un determinato corpo dipende dalla quantità di radiazione che viene assorbita dal corpo stesso.

Ne consegue che i danni che possono provenire dai raggi X dipendono dall'intensità della radiazione che colpisce il tessuto, dalla sua qualità (che ne determina l'assorbimento) e dalla durata dell'irradiazione.

La diminuzione dell'intensità che colpisce il corpo è ottenibile sia aumentando la distanza dalla sorgente radiogena, sia colla interposizione di opportuni corpi assorbenti (schermi di protezione). Questi hanno anche per effetto di lasciar passare solo la parte più penetrante della radiazione, che quindi, a parità di intensità, è meno nociva perchè meno assorbita.

La riduzione del tempo di irradiazione è ottenibile con opportuni turni di riposo del personale addetto ai raggi X.

Venendo agli artifici tecnici usati per ridurre l'intensità, occorre prima di tutto considerare il meccanismo dell'emissione secondaria per parte degli schermi colpiti dalla radiazione. L'esistenza di questo fenomeno rende assai difficile la costruzione di tali generatori autoprotetti e degli involucri di protezione per i tubi ordinari.

Negli ultimi tempi la tecnica ha compiuto però notevolissimi progressi in questo campo, cosicchè con l'applicazione dei moderni sistemi di protezione, in ottemperanza ai regolamenti che molto opportunamente sono stati promulgati in proposito nei vari paesi, è ormai possibile impedire qualsiasi effetto nocivo sugli addetti alle applicazioni dei raggi X.

La discussione sulla relazione è aperta dal Prof. Lattes, che autorevolmente convalida l'esposizione del Relatore, insistendo sulla frequenza delle morti apparenti e sulla necessità di praticare e prolungare la respirazione artificiale; segue il Prof. Allevi (Milano), che rilevata l'importanza del tema svolto dai Relatori, tema nuovo per i Congressi nazionali di Medicina del Lavoro, avrebbe desiderato un maggiore sviluppo alla parte infortunistica, ed anzi propone un ordine del giorno (poi approvato dal Congresso) perchè in una eventuale lista assicurativa sulle malattie professionali sieno comprese le lesioni da raggi X. Il Prof. N. Castellino (Napoli) rileva l'importanza per il determinismo della fibrillazione delle lesioni nodali da elettricità, di recente riscontrate da un autore australiano e fa osservare come all'iniezione intracardiaca di adrenalina che potrebbe in certi casi avere effetti dannosi possa associarsi il calcio.

Il Prof. Pieraccini di Firenze, rilevata l'importanza delle ricerche del relatore Aiello sull'influsso della costituzione e della fatica nella patologia da elettricità, non è d'accordo con il precedente O. circa l'importanza delle ricerche australiane (che meritano conferma) di lesioni nodali del cuore. Il Prof. Preti conviene con il Prof. Castellino che la fibrillazione possa dipendere da alterazioni del tessuto nodale, che potrebbero essere dovute a fatti di ionizzazione prodotti dalla corrente.

Il Dott. C. Calabresi (Padova) riafferma l'utilità per gli studiosi di avere delle relazioni ampiamente sintetiche, come quella in discussione: rileva l'importanza delle resistenze di contatto e della intensità di corrente nella prevenzione degli accidenti elettrici e circa alcune delle esperienze di Aiello e Pugno Vanoni gli sembra che le variazioni asserite siano dell'ordine di grandezza di quelle che possono osservarsi in animali normali, in differenti momenti. Il Prof. Preti ed il Dott. Filippini rivolgono poi al Correlatore Pugno Vanoni, che risponde esaurientemente, delle domande sulla prevenzione degli accidenti da raggi X e da elettricità.

Il Relatore Aiello risponde al prof. Lattes ringraziandolo del suo contributo alla discussione della questione della patogenesi della morte da elettricità questione che ha dei riflessi immediati nella terapia ed è d'accordo sulla necessità di praticare sempre la respirazione artificiale: anzi, come appare dalla relazione, negli stabilimenti dovrebbero essere istituiti preventivamente squadre di operai capaci di praticare la respirazione artificiale. Al Prof. N. Castellino risponde che pur ammettendo la possibilità di lesioni nodali è bene attendere le relative conferme (come disse il Prof. Pieraccini) e non devono dimenticarsi le frequenti alterazioni del miocardio descritte da Pietrusxy, confermate da Strassman: il Relatore è poi d'accordo nell'adottare la vantaggiosa associazione calcio-adrenalina al posto della sola adrenalina.

Al Prof. Preti risponde che sarà bene in seguito studiare il problema suggestivo da lui tracciato della importanza della ionizzazione nel determinismo delle lesioni da elettricità. Al Dott. Calabresi risponde che le esperienze furono tutte eseguite in grande numero, tenendo conto dei dati ottenuti sullo stesso animale, appunto per la possibilità di variazioni da animale a animale e si adottarono perciò procedimenti di inversione

Digitized by Google

del tipo di esperienza (descritti nella relazione). Per le conclusioni i Relatori si valsero non delle cifre singole ma delle medie di gruppi di esperienze: tali concetti avvalora anche il correlatore Ing. Pugno Vanoni dal punto di vista elettrotecnico.

III Tema di Relazione

Le Intossicazioni Professionali dal 1924

dott. ANTONIO NEBULONI (Milano) - Relatore

A. Veleni anorganici.

a) Metalli.

I) *Mercurio.* — Non è ancora ben chiarita la etiologia (ac. solfidrico, sost. aromatiche?) dei disturbi osservati nei minatori da emanazioni gassose « dei lavori sotterranei »; questi gas, per altro, non sembrano produrre una intossicazione cronica (Biondi e Loriga). Si è riesciti (Francioni) a riprodurre sperimentalmente l'intossicazione pura da vapori di M. E' segnalata come fonte di intossicazione da M. l'impiego e la dispersione accidentale nei laboratori scientifici di M. proveniente da termometri, barometri ecc. E' pure affermata (Stock), ma discutibile e discussa, la pericolosità delle amalgame dentarie. E' nuovamente confermata la possibile insorgenza di nevralgie legate ad idrargirismo (Aresu), come anche quella di complesse sindromi nervose periferiche (Crouzon, De Lafontaine).

II) *Piombo.* — E' stabilita l'importanza delle vie respiratorie nella assunzione del veleno, ed è dimostrato che l'avvelenamento per questa via è più violento e più rapido di quello che si stabilisce quando il P. penetra nell'organismo per la via digerente (Mizzi, Aub, Fairhill, Minot, Reznikoff); rispetto alla forma sotto la quale il P. circola nell'organismo, prevale l'opinione, sperimentalmente giustificata, che si tratti di fosfati di P. (Scremin, Aub e coll.); esistono rapporti fra la concentrazione di idrogenioni nel sangue e mobilizzazione del P. (Aub e coll.); la ripartizione del P. nell'organismo è determinata da condizioni complesse che ne regolano altresì la mobilizzazione. Secondo alcuni AA. (Aub e coll.) si ha una deposizione prevalente nelle ossa secondo altri (Schutz e Bernardt), nessun organo costituisce una sede elettiva; esistono rapporti complessi fra intossicazione da P. e colesterinemia (Ceresoli, Kuhn, Pawlow); il P. offende globalmente le funzioni epatiche con modalità peculiari rispetto a taluna di esse (Massa, Occhioni); è accertata e precisata l'influenza del P. sul ricambio dei cloruri (Suponitzkaya) e (Aub e coll., Sachnowski, Schmidt ecc.) sul sangue (aumento della coagulabilità e della viscosità, diminuzione del potere battericida del siero, ecc.).

E' confermata l'importanza diagnostica del rilievo di globuli rossi con granulazioni basofile (Koiranski, Sellers, Schmidt ecc.); viene discusso, invece, il valore del segno della « debolezza degli estensori » (Böttrith, Hergt, Teleky).

E' stabilita l'appartenenza alla patologia saturnina di una discreta serie di sindromi rare (affezioni del midollo spinale, dell'apparato circolatorio); sono confermati i rapporti fra saturnismo e fatti uricemici (per le mialgie e artralgie, Aiello); si sono precisati e il comportamento della pressione arteriosa nel decorso della intossicazione da P., ed il meccanismo patogenetico (Invernizzi).

E' dimostrata l'esistenza frequente di angiocoliti croniche nei saturnini (Aiello); Battaglia avanza una interpretazione secondo la quale nel rene grinzo saturnino si tratterebbe di una nefrosclerosi di origine vasale legata all'offesa diretta dei vasi ad opera del P., ed indiretta per effetto dell'uricemia funzionale.

La terapia a base di tiosolfato sodico, che ha dato risultati contraddittori, merita di essere ulteriormente sperimentata (Engel).

La pericolosità del P. tetraetile è confermata rispetto agli individui addetti alla sua fabbricazione e manipolazione, è discussa invece nei riguardi di chi respira i prodotti di combustione della benzina P. tetraetilata (Hamilton, Seyers, Zangger).

III) *Zinco.* — La febbre dei fonditori è da mettersi in sicuro rapporto con l'azione dei vapori di ossido di Z., ne è ancora discusso però il meccanismo patogenetico (Burstein, Heim, Agasse-Lafont, Feil); prevale l'opinione della esistenza di una intossicazione cronica da Z. e ne è meglio precisata la fisionomia clinica (Cord e Fridlaender, Sinazzi).

IV) *Stagno.* — E' tutt'ora discussa la questione riguardante la capacità tossica, in genere, dell'acido stannico ed i caratteri della supposta intossicazione (Vaubel, Ioachinoglu e Panteth).

V) *Manganese.* — E' segnalata la sua azione sul sangue (Schwarz), si è progredito nella definizione della forma clinica.

VI) *Cadmio.* — E' stata dimostrata sperimentalmente l'azione lesiva sugli elementi del sangue, e quella irritativa sulla congiuntiva e sulle mucose delle vie aeree superiori (Otto).

VII) *Tungsteno, Molibdeno.* — Ne è rilevata la scarsa tossicità e se ne sono precisate le dosi tossiche (Karantossis).

VIII) *Uranio, Torio.* — E' dimostrata la sicura azione lesiva dei sali di U. sugli elementi del sangue (De Laet, Maurice), si è accertata la possibilità dello stabilirsi di sindromi di anemia perniciosa per intossicazioni professionali e terapeutiche da T. (Laignel - Lavastine, Weil).

b) Metalloidi.

I) *Cloro e composti.* — Si persiste ad attribuire l'acne clorica a complessi derivati organici dell'elemento (Teleky); si segnala la possibilità di una intossicazione cronica da C. riguardo la quale necessitano, però, nuovi studi.

II) *Fluoro.* — E' acquisita la conoscenza di una nuova forma morbosa negli animali, ad andamento cronico (fluorosi o cachessia fluorica), riproducibile sperimentalmente, caratterizzata da notevoli disturbi della nutrizione e delle funzioni nervose, da gravi alterazioni scheletriche; fonti dell'intossicazione: foraggi inquinati per emanazioni di fabbriche, per acque di rifiuto (Cristiani, Gauthier).

III) *Zolfo e composti.* — Numerosi contributi (Kranenburg e Kessener, Rodenacker) hanno approfondito le nostre conoscenze in merito specialmente all'acido solfidrico (frequenti congiuntiviti negli operai della seta artificiale).

IV) *Vapori nitrosi.* — Nebuloni ha segnalato come sorgente di v. n. capace di determinare fatti tossici la combustione di celluloide.

V) *Fosforo e composti.* — Lo studio di un caso genuino di intossicazione da idrogeno fosforato (Van Ryssel) ha consentito una migliore conoscenza della sindrome prevalentemente nervosa e delle basi anatomo-patologiche (degenerazione grassa del cuore e del fegato).

VI) *Arsenico e composti.* — L'Haffkrankheit (malattia della rada) è, con molta probabilità, da ricondurre all'inalazione di composti arsenicali volatili (arsine) prodotti dall'azione dell'acqua marina o di alghe sui materiali di rifiuto di fabbriche nelle quali si lavorano piriti contenenti arsenico (Lentz, Lewin, ecc.).

VII) *Ossido di carbonio.* — Si sono accertate e precisate sempre di più (Cazzaniga, Heim, Agasse - Lafont, Teil, Tren; ecc.) nuove sorgenti d'intossicazione da CO (motori a scoppio, gas povero); perdurano le discussioni sulla patogenesi della morte per CO. I più recenti contributi (Nicloux, Romanese) confortano la teoria anossiemica; è vivamente sentita la necessità di chiarire il problema della esistenza della intossicazione cronica, il cui accertamento servirebbe a sciogliere i dubbi ancora esistenti sopra la patogenesi (Heubner, Löwy ecc.); l'attenzione degli studiosi è tutt'ora richiamata da numerosi e pregevoli lavori riguardanti le lesioni nervose organiche da CO, che da taluni si imputano ad elettività di azione, da altri a banali fatti circolatori (relazione Leoncini).

B. Veleni organici.

a) Composti della serie grassa.

I) *Benzina* — La benzina agisce, prevalentemente, come veleno del sistema nervoso secondo Floret, come veleno del sangue, secondo Schustrow e Salistowskaia; per questi AA. la patogenesi dell'intossicazione è legata alla presenza di grassi, l'assuefazione deve essere messa in rapporto con la loro diminuzione.

II) *Derivati alogenici degli idrocarburi.*

1) *Cloruro di metile* — Sono stati descritti il quadro clinico, caratterizzato da disturbi prevalentemente nervosi, e quello anatomo-patologico della intossicazione (Baker, Schwarz, Zangger).

2) *Tricloruro di etilene* — Si sono precisate le dosi tossiche, le vie di penetrazione del veleno e se ne è descritta la sindrome clinica prevalentemente nervosa.

3) *Tetracloroetano* — E' stata segnalata (Leri) come caratteristica nell'intossicazione da T. e, in genere, da derivati alogenici degli idrocarburi, una polineurite mista localizzata agli interossei della mano e del piede: sono state accertate negli animali estese degenerazioni dei parenchimi epatico e renale, emorragie gastro-duodenali e lesioni dei gangli nervosi dello stomaco (Bensi).

III) *Acetone* — Si discute tutt'ora l'esistenza di una intossicazione da A., sostenuta da Kagan, negata da Brunet sulla scorta di ricerche sperimentali.

IV) *Solfuro di carbonio* — Arezzi, Bignami, Radaelli, hanno accertato, nell'uomo e negli animali, alcune peculiari lesioni ematiche, gastriche e renali e si è meglio studiata l'azione di questo composto sul sistema nervoso (Busacca e Falco). Continuano le pubblicazioni di sempre nuovi casi, specie negli operai della seta artificiale.

b) Composti della serie ciclica.

I) *Benzolo* — Si sono sperimentalmente meglio stabiliti (Mauro) i caratteri differenziali fra intossicazione acuta, (disturbi prevalentemente nervosi), e intossicazione cronica (modificazione del sangue). Floret e Löwy segnalano l'azione neorotizzante del B. su tessuti diversi.

Digitized by Google

II) *Fenolo e suoi omologhi* — Lehmann e Schmidt hanno rilevato la scarsa tossicità del mono e del dinitrofenolo; Becker e Litzner hanno precisato la patogenesi della intossicazione da F.

III) *Mono e diamine* — (Anilina, naftilamine). Engel prospetta la possibile influenza di disturbi renali e vescicali, verificabili nella intossicazione sperimentale da beta-naftilamina, sulla insorgenza dei tumori vescicali negli operai addetti alla lavorazione dell'anilina.

L'O. chiude la sua relazione con un accenno al regolamento generale d'Igiene del Lavoro, portato a termine mercè l'attività del prof. Loriga, ispettore medico capo del Lavoro, assai festeggiato dai Congressisti.

Comunicazioni varie

Per esaurire le numerose comunicazioni in programma si decide di tenere una seduta straordinaria serale ed infatti alle ore 21 sotto la Presidenza del Prof. Gabbi il prof. Mori si intrattiene lungamente sulla *malattia del Dupuytren nei suoi rapporti eziopatogenetici col lavoro*, affezione alla quale altri Clinici italiani particolarmente il Devoto hanno recentemente apportato contributi notevoli. Segue il Prof. Pieraccini parlando a favore del ristabilimento dell'ora legale e rilevando che essa è adottata ancora oggi in Spagna, Francia, Inghilterra, Germania, e che nell'Italia, povera di carbone, l'anticipo dell'orario di lavoro apporterebbe l'economia di vari milioni in combustibili e diminuirebbe il numero degli infortuni, di solito più frequenti alla luce artificiale: Cioffi, in sede di discussione, fa notare l'importanza del fattore umidità e di altri fattori, oltre della luce, nel determinismo degli infortuni. Buoni contributi clinici sull'*energometria clinica* e sul *diabete insipido traumatico* (riguardo alla terapia) apporta N. Castellino, e segue la comunicazione del Coppa, densa di interessanti osservazioni sulla *gastroptosi come malattia professionale*. Delle *alterazioni della cute nelle nefriti croniche da piombo* tratta il Vernetti; dell'*alimentazione dell'operaio* (valore energetico, unitamente al minimo di costo) parla il Papanti Pelettier e infine il Francioni mette in rilievo *l'importanza e l'estensione delle opere di prevenzione* fondate ed esercite dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali.

A MODENA

La seconda giornata del congresso si svolse a Modena e la seduta venne aperta il 25 ottobre alle ore 10 con un saluto augurale del Podestà, con elevate parole del Rettore Colombini, del Prof. Devoto ed infine col discorso commemorativo «*Bernardino Ramazzini a Modena*», tenuto dal Prof. Donaggio. L'O. seppe rievocare dottamente e con calore la figura del grande medico e scrittore e per circa un'ora i congressisti sentirono nell'aula rivivere attraverso documentazione spesso nuova e sempre interessante, l'opera svolta da Ramazzini in quei trentanove anni nei quali la sua attività modenese gettò le pietre miliari della medicina del lavoro. L'O. ebbe felicissimi accenni al rifiorire dell'artigianato in Italia, ai danni del lavoro monotono, al nazionalismo scientifico, alla necessità di diffondere in latino le nostre maggiori opere scientifiche onde poter essere letti in tutto il mondo, come ai tempi di Ramazzini.

Subito dopo, sotto la Presidenza dello stesso Prof. Donaggio, s'inizia la serie delle comunicazioni: *la patologia del saturnismo* (alterazione dei globuli rossi, cloruremia, indacanemia) viene illustrata successivamente da Ceresoli, Ajello e Marinoni, della Clinica del Lavoro di Milano. Segue il Dott. Filippini che espone le sue osservazioni sulle *dermatosi nei verniciatori*, discutendone la nosografia, la patogenesi, la terapia. Intervengono nella discussione Peri, Ajello, Cioffi, Prosperi. Nella seduta pomeridiana Mauro comunica l'esito delle sue ricerche sulle *alterazioni da legno di teack*, Castellino illustra la *patologia dei lavoratori della seta artificiale*, segnalando la frequenza di congiuntiviti e la rarità dei disturbi nervosi: nella discussione, Devoto mette in rilievo l'importanza della comunicazione, in quanto i primi casi studiati in ogni città od in ogni stabilimento costituiscono come la «spia» di possibili intossicazioni generalizzate. Loriga conferma i rilievi del Castellino, mentre Tovo non ritiene così frequenti le manifestazioni morbose in tali categorie operaie. Segue una interessante comunicazione del Francioni, sulla *valutazione medico-legale della cosidetta sindrome di rendita*, intendendosi con questo nome quei quadri morbosi nevrotici in individui aspiranti al trattamento di quiescenza stabilito da legislazioni speciali. Per spiegare le nevrosi di questo genere è stata ormai abbandonata l'ipotesi della simulazione e viene adottato invece il concetto che si tratti di azioni reali, che lo stato speciale emozionale del soggetto esercita sulle funzioni organiche. Il Prof. Lattes fa alcune osservazioni al riguardo specie sui criteri d'accertamento. Segue il Prof. Allevi parlando dell'*organizzazione scientifica del lavoro* e raccomandando una migliore utilizzazione dell'opera del medico da parte delle industrie: si apre un interessante dibattito al quale prendono parte Biondi, Diez, Castellino, Devoto, e dalla maggioranza dei pareri risulta che finora non si è ottenuta in Italia (malgrado che si sia in linea scientifica i precursori della materia) una organizzazione del lavoro basata sullo studio del fattore umano. Viziano di Torino parla successivamente della *utilizzazione degli Invalidi nelle industrie*, Prosperi della *funzione del medico sociale in rapporto alle nuove provvidenze assistenziali*. Diez intrattiene sui rapporti fra *trauma tubercolosi e le moderne teorie immunitarie*. Biondi di Siena e la sua reputata Scuola di medicina legale apportano al Congresso il valido contributo dei loro studi: sulle *ipertonie muscolari nella pratica infortunistica*, sulla *valutazione medico-legale dei disturbi sensoriali di carattere neurosico*, sulla *decalcificazione delle ossa in infortunistica* (Francioni), sulla *valutazione medico-legale delle sindromi isteriche*, sul *fattore endocrino e neurovegetativo*, nonchè sul *Ph sanguigno nelle asfissie* (Menesini), sul *tremore post-traumatico localizzato* (Martelli), Come si vede la Scuola del Biondi presentò al Congresso un contributo dei più notevoli. Parla a questo punto il Papanti Pellettier sulle *alterazioni dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice*, ed il Mori vi aggiunge proprie osservazioni. Seguono il Macaggi sulla *profilassi collettiva della criminalità nei rapporti infortunistici*, il Diez sul *valore dell'infezione malarica nel determinismo degli infortuni*, il Loriga sulla *dermatite da succo di limone*, il Vernareggi sul *contributo pubblicitario alle assicurazioni sociali*, il Mori sulla *malaria infortunio* ed infine Aresu sull'*importanza del momento lavoro nella patogenesi dell'arteriosclerosi* (contributo sperimentale e clinico di notevole valore)

A CARPI

Il Congresso proseguì a Carpi, il 26 ottobre, con un ricevimento al Castello dei Pio da parte dell'autorità, che fecero omaggio ai membri del Congresso apprezzando il valore della scelta della Patria di Bernardino Ramazzini a sede di una riunione del Congresso. Presiedono alternativamente i Proff. Devoto, Sisto, Tosatti, Balli. Il Prof. Peri si occupa del *trasporto dei pesi applicati sulla persona*, trattando l'argomento con grande acume e dottrina, dal punto di vista storico, fisiologico, infortunistico, sociale. Segue una discussione interessante alla quale prendono parte Allevi, Loriga ed altri e si arriva all'approvazione di un ordine del giorno. Il Prof Devoto riferisce poi sui *fattori d'ordine igienico e sanitario derivanti dall'inurbamento*, mettendone in rilievo i danni dal punto di vista clinico, sociale, economico: Pullè e Castellino confermano i dati e le osservazioni dell'O., specialmente il secondo in base alle proprie osservazioni nelle regioni meridionali. Seguono le due ultime comunicazioni in programma, quella di Marinoni sulle *condizioni di lavoro dei contadini addetti al raccolto del riso* (condizioni che risultano molto migliorate rispetto all'anteguerra) e del Nebuloni sull'*influenza della fatica sul ricambio gassoso, sul polso, sul respiro*.

Il Congresso si chiude con un discorso del Prof. Sisto sui risultati raggiunti dal Congresso e vengono infine messi in votazione gli ultimi due ordini del giorno, dei quali particolarmente importante quello sulla prevenzione delle lesioni da raggi X ed elettricità a firma Ajello, Balli Devoto. Viene pure votato per acclamazione un voto di plauso al Governo per la promulgata assicurazione contro la tubercolosi che mette in primo posto l'Italia nella lotta contro la terribile malattia.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 28 Novembre 1927 – Anno VI — N. 48

XXXIV CONGRESSO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Parma - 18-21 Ottobre 1927)

Seduta del 18 ottobre

Pres.: Prof. A. FERRARI

Il Presidente, Prof. Ferrari, dopo di aver commemorato i Soci defunti, dà la parola ai Proff. G. M. Fasiani e L. Torraca i quali svolgono la loro relazione.

I Tema di Relazione (*)

ELEMENTI PER VALUTARE LA RESISTENZA DEGLI OPERANDI E DIMINUIRE I RISCHI OPERATORI

prof. GIAN MARIA FASIANI (Padova) - prof. LUIGI TORRACA (Modena)
Relatori

Per quanto grande sia la perfezione che la chirurgia ha raggiunto nel campo tecnico, l'operazione chirurgica oggi rappresenta ancora una certa somma di rischi per l'infermo obbligato ad affrontarla.

Per una parte l'entità di questi rischi dipende sia dall'atto operatorio di per sè stesso, o dalle conseguenze prossime o remote di esso od anche dai provvedimenti necessari a renderne possibile l'attuazione, per un'altra parte e assai più importante, e determinata dalle condizioni in cui l'organismo si trova nel momento in cui deve affrontare l'intervento.

Nel suo sforzo costante per ridurre sempre più i pericoli delle complicazioni post-operatorie e la mortalità prossima e remota dopo gli interventi, la chirurgia moderna da un lato cerca perciò di rendere i mezzi tecnici sempre più perfetti, e dall'altro si studia di mettere l'organismo dell'operando in condizioni sempre più vantaggiose verso il cimento che è chiamato a superare.

Per quello che riguarda il funzionamento dei mezzi tecnici il fatto nuovo più importante è oggi rappresentato dalla tendenza a creare intorno al chirurgo un'organizzazione più o meno ampia a seconda delle possibilità locali, che si rivolga non solo ai problemi dell'operazione e dell'assistenza, ma anche a quelli della valutazione o della preparazione dell'operando, valendosi dell'opera degli internisti e degli uomini di laboratorio. I risultati di questo orientamento cominciano già a farsi sentire e si rendono manifesti specialmente nei notevoli miglioramenti di alcune statistiche.

Per ridurre al minimo il rischio operatorio anzitutto la chirurgia moderna si preoccupa di cercare mezzi che permettano di raggiungere una buona valutazione della resistenza dell'operando.

Questo fondamentale elemento del successo rappresenta infatti ancora oggi una incognita difficile da svelare, e la nostra ignoranza è certamente la causa di molte complicazioni e di molte morti inattese.

Il successo di un atto operativo dipende dalla resistenza del soggetto, in quanto essa è adeguata all'insulto chirurgico (operazione ed anestesia). La entità di questo deve quindi essere approssimativamente calcolata. Ciò sembra possibile nella pratica: e difatti tenendo conto della durata, e della sede, e della qualità dell'atto operativo, e della prevedibile perdita di sangue e della cifra statistica di mortalità, noi usiamo distinguere operazioni di piccola e di grande chirurgia e ancora operazioni molto gravi, gravi, lievi, lievissime: e così pure nella serie dei mezzi di anestesia, noi sappiamo riconoscere una graduatoria in rapporto al loro potere tossico e con la loro capacità di alterare determinate funzioni.

Vi è una categoria di ammalati per i quali la valutazione preoperatoria della resistenza sembra superflua: è la categoria dei malati che richiedono un trattamento di urgenza. Ma anche in questi casi alcuni elementi di valutazione saranno utilmente ricercati con rapido esame, sia per esprimere una prognosi, sia per scegliere l'anestesia, sia per stabilire se non esistano condizioni di minor resistenza che possano essere allontanate o diminuite: ricorderemo soltanto che anche nella chirurgia d'urgenza l'insulina, la trasfusione di sangue, l'adrenalina, i cardiocinetici possono aumentare rapidamente lo stato di resistenza dell'operando e che quindi il riconoscerne la necessità dell'uso rappresenta un considerevole vantaggio.

In un'altra categoria di ammalati l'atto chirurgico rappresenta una necessità: non vi è urgenza di provvedere e quindi è possibile osservare con attenzione ed eventualmente istituire cure preoperatorie. La valutazione della resistenza serve quindi per preparare il paziente, per graduare l'atto operativo, per scegliere l'anestetico, per prevedere il rischio e per rifiutare l'operazione se questa è troppo grave.

In una terza categoria di ammalati si tratta di eseguire operazioni di elezione: la valutazione preoperatoria è qui decisiva per l'indicazione e questa viene posta soltanto se vi è un largo margine di sicurezza: nessun chirurgo si accingerebbe infatti ad operare uno di questi pazienti quando potesse prevedere un pericolo di gravi complicazioni.

Non vi è dubbio che il riconoscere nell'operando uno stato di malattia indipendente da ciò che richiede un atto chirurgico, serve ad orientare la valutazione. Il sapere che l'operando è un malarico, o un tubercoloso, o un diabetico, o un alcoolista, o che trovasi colpito da una infezione acuta o subacuta o cronica, serve da un lato a farci temere una complicanza postoperativa, dall'altro a presumere l'esistenza di alterazioni funzionali del cuore, del rene, del fegato ecc. Anche l'età e il sesso hanno una notevole importanza prognostica.

Gli elementi fondamentali della valutazione di resistenza dell'operando debbon essere ricercati nello stato biologico e funzionale dell'individuo.

Il giudizio di resistenza deve essere la risultante dell'intero esame clinico, esame che si vale di tutte le risorse della tecnica e di tutte le conoscenze della patologia. Ma per stabilire se determinate funzioni di valore vitale sono sufficientemente valide ed ampie, e prevedere se potranno sopportare senza squilibrio il maggior carico e il turbamento dovuti all'operazione e all'anestesia, servono sopra tutto i metodi di indagine funzionale diretta. Infatti quello che la chirurgia desidera e ricerca è il mezzo di valutare ed esprimere in gradi il difetto funzionale, in modo che in pratica risulti possibile avere punti di riferimento, per stabilire un rapporto fra una data funzione e il prevedibile danno a questa arrecato dall'intervento, e per segnare quindi ragionevoli limiti alle indicazioni e direttive al trattamento pre- e post-operatorio.

La *costituzione morfologica* ha qualche importanza per la valutazione che ci interessa, in quanto è accertato che la determinazione dell'« habitus » e di tutta la struttura anatomica per mezzo dell'ispezione e della somatometria può fornire indizii sullo stato delle funzioni. Dal punto di vista della resistenza al-

(*) Il II Tema di Relazione che tratta della STITICHEZZA ABITUALE, (relatori i proff. Schiassi F., Spangaro S. e Rossi A.) con la relativa discussione, essendo in comune con la Società Italiana di Medicina interna, è stato inserito nel n. 46 c. a., dove è riportato integralmente il Congresso di Medicina

Digitized by Google

l'atto operativo ed alla narcosi fra i tipi morfologici della classificazione naturale di Viola ha particolare importanza il tipo *megalosplancnico*. È infatti noto che gli individui brevi e tozzi, con torace ampio e corto, addome voluminoso, collo corto, arti brevi, vanno non di rado soggetti alle più gravi complicazioni postoperatorie: le infiammazioni dell'apparato respiratorio, i disturbi circolatori, le trombosi, le embolie, le suppurazioni delle ferite, gli sventramenti postoperatori. Ed è altrettanto noto, per contrasto, che queste complicazioni si presentano assai meno frequenti negli individui microsplancnici, e che soggetti deficienti di massa corporea con torace stretto, addome piccolo, muscoli esili, scarse riserve di adipe, aspetto generale miserabile sopportano agevolmente i più gravi ed i più lunghi interventi.

Anche l'*obesità*, come è noto rappresenta per l'operando una condizione svantaggiosa, e per questo in alcuni casi troveranno indicazione cure preoperatorie intese a diminuire la quantità del grasso e a migliorare così non soltanto le condizioni di ricambio ma anche quelle della circolazione e della respirazione.

Anche lo *stato linfatico* è espressione di minor valore biologico dell'organismo e substrato di quello *stato timico-linfatico* che si vuole specialmente pericoloso per le morti improvvise a cui espone.

Fra le alterazioni del ricambio che interessano il chirurgo la più nota ed importante è senza dubbio il *diabete*.

Prima della scoperta dell'insulina la indicazione chirurgica in un diabetico veniva dai più posta soltanto per necessità vitali. Con la scoperta dell'insulina si può dire invece che il diabete sia scomparso dal numero delle controindicazioni chirurgiche. E realmente il diabetico cui si è ridato il mezzo di utilizzare gli idrati di carbonio e che ha quindi liberato sangue e tessuti dall'eccesso di zucchero e dalla presenza degli acidi risultanti dalla incompleta ossidazione diviene capace di sopportare senza danno operazione e narcosi. E con l'insulina non solo è migliorata la prognosi delle operazioni chirurgiche (dal 30-50 % al 10 % e perfino all'1,2 % di mortalità postoperatoria), ma anche quella delle complicazioni infettive e cancrenose del diabete.

Ma non si deve dimenticare che il diabetico porta non di rado tare organiche, ed è spesso un soggetto in età matura, ed ha talvolta un cuore poco valido e reni alterati: e che vi sono diabetici resistenti all'azione dell'insulina, e che nel diabetico infetto l'insulina agisce in modo lento e talvolta insufficiente, cosicchè così enormi debbono essere somministrate prima che la iperglicemia si attenui. E si deve ricordare che non sempre riesce possibile nè facile condurre il trattamento insulinico opportuno nel periodo postoperatorio, quando il malato non possa ricevere quella alimentazione che la insulino-terapia abitualmente richiede: e che la necessità dell'uso di alcuni farmaci utili o indispensabili nel periodo postoperatorio (morfina, adrenalina, stricnina, atropina, pituitrina, chinina) riduce o annulla l'azione insulinica.

Per quello che riguarda il trattamento preoperatorio nei casi di urgenza si procederà senz'altro ad un'energica cura di insulina, e se manca il tempo di un'adeguata preparazione, le iniezioni potranno essere anche praticate contemporaneamente all'intervento.

Nei casi di elezione la preparazione potrà essere più sistematica, ma anche per questi, per il chirurgo, non vi sono ragioni che consigliano in nessun caso di rinunziare ai vantaggi dell'insulina. Gli scopi da raggiungere per mezzo del trattamento sono l'abbassamento della glicemia alla norma, l'eliminazione della chetonuria, l'aumento della R. A. del sangue, la restaurazione della riserva glicogenica del fegato, l'equilibrio del ricambio dell'acqua. Nel trattamento pre- e postoperatorio del diabetico la collaborazione del chirurgo e dell'internista è di grande utilità.

Per il giudizio sulla resistenza di un individuo all'atto operativo e alla narcosi, e per gli eventuali provvedimenti in proposito, ha importanza lo stabilire quali sono le condizioni attuali del suo *equilibrio acido-base*.

Una riduzione durevole della ricerca alcalina ci dice che sostanze acide in grande quantità si raccolgono nel sangue o per eccessiva produzione o per difficile eliminazione, e ci permette di prevedere che un successivo aumento di acidi determinato dall'atto operativo e dalla narcosi può condurre ad uno squilibrio minaccioso e mortale.

Allorchè la riserva alcalina scende al disotto di 30 vol. di CO_2 insorgono per lo più fenomeni di intossicazione acida: e poichè è noto che per effetto di atti operativi di una certa durata e della narcosi, si ha una diminuzione della riserva alcalina di 10-15 vol. CO_2, vale la regola che un soggetto che presenti valori di riserva alcalina al disotto di 40-45 può incontrare durante l'atto operativo e la narcosi pericoli di acidosi.

Una diminuzione della riserva alcalina esiste come è noto, non di rado, in alcune nefropatie acute e croniche, nel diabete, nell'inanizione prolungata, in alcune malattie epatiche, nel rachitismo florido, nella leucemia, in alcune anemie, in alcune infezioni gravi, nelle tireotossicosi, nello shock.

In occasione di una operazione è necessario da un lato di ridurre al minimo il perturbamento che il trattamento pre- e postoperatorio e l'intervento stesso possono produrre nell'equilibrio A. B. del sangue, dall'altro preoccuparsi che la R. A. dell'operando sia sufficiente ad affrontare l'inevitabile acidosi operatoria.

Per quello che riguarda il trattamento preoperatorio, si raccomanda di non eccedere nella durata del digiuno, di evitare le purgazioni troppo energiche e ripetute, di procedere accuratamente alla scelta e alla esecuzione delle anestesie, di limitare al massimo gli shocks e le emorragie operatorie. Per aumentare poi la R. A. si potrà tentare di migliorare la funzione degli organi che contribuiscono a regolare l'equilibrio acido-base, e in qualche caso potrà giovare la somministrazione diretta di alcalini; se l'acidosi fosse in rapporto col metabolismo degli idrati di carbonio potrà essere indicata l'insulina.

Uno stato di *alcalosi* si manifesta qualche volta in individui molto denutriti e che hanno perduto una grande quantità di liquidi per vomito (stenosi piloro-duodenale, ileo). In simili casi la somministrazione di acidi sotto forma di cloruri o addirittura di acido cloridrico dà risultati estremamente lusinghieri.

Per la valutazione della resistenza dell'operando hanno notevole importanza la ricerca delle condizioni dell'*apparato circolatorio* e sopra tutto della capacità funzionale e della forza di riserva del cuore, e ciò tanto più quando il soggetto possa essere ritenuto imperfetto per costituzione, per età, o per malattia. Per questo scopo accanto all'anamnesi e all'esame fisico sono utili le prove funzionali.

Se vi sono segni di scompenso ogni intervento operativo deve essere rimandato, a meno che ragioni di assoluta urgenza lo impongano. I *vizi valvolari* ben compensati non sono in generale pericolosi per l'atto chirurgico e per la narcosi, però non si deve dimenticare che non di rado accanto al vizio valvolare esiste un'alterazione del miocardio ed è quindi opportuno ricercarne in ogni caso la capacità funzionale, ed intervenire soltanto dopo un'accurata preparazione.

Le *aritmie perpetue* debbono consigliare la più grande prudenza. La *fibrillazione auricolare* aumenta il pericolo di una operazione, ma può essere corretta con trattamento opportuno, in modo che riesce non di rado possibile eseguire atti operativi importanti e lunghi. L'elettrocardiogramma può in questi casi rendere preziosi servizi e può anche servire a svelare insufficienze sconosciute del miocardio.

Una notevole importanza per valutare la capacità funzionale dell'apparato circolatorio ha la determinazione del *volume del cuore* in rapporto con la massa totale del corpo, del *volume del cuore destro* in rapporto al sinistro, del *volume dell'aorta* in rapporto al volume del cuore.

Per quello che riguarda la *pressione sanguigna* si può dire in generale che ipertensioni compensate (purchè non siano di grado elevatissimo) non controindicano interventi operativi, se la funzione del rene è sufficiente: dallo stato di questo dipende la scelta dell'anestesia. Anche negli stati di ipotensione compensata atti operativi ed anestesia possono svolgersi senza danno: ma nella indicazione operatoria e nella scelta dell'anestetico hanno in tal caso importanza grandissima non soltanto il grado della caduta di pressione ma anche la condizione che l'ha determinata.

Sia nella ipertensione che nella ipotensione scompensata l'indicazione operatoria deve essere posta con grande prudenza, poichè la riduzione della pressione differenziale svela una scarsa capacità funzionale del cuore.

Le *prove funzionali del cuore* forniscono al chirurgo utili

Digitized by Google

elementi di giudizio e debbono essere considerate come un progresso; ma per la loro pratica applicazione è necessaria una più larga esperienza. I metodi che si fondano sul lavoro dosato, e sulle modificazioni del cuore dopo imposizione di resistenze periferiche, sembrano i più adatti a dare notizie sulla forza di riserva del cuore; ma anche il metodo del Kauffmann ha fornito nelle mani di alcuni chirurgi ottimi risultati.

Il valore dei metodi di indagine funzionale consiste sopra tutto nella loro capacità a fornire indicazioni per il trattamento preoperatorio.

Per quello che riguarda i provvedimenti da prendere per il cuore in caso di operazione, sembra che la *digitalizzazione preventiva* degli operandi con cuore sano possa dare degli inconvenienti, e perciò sia preferibile astenersene. Nel caso che il miocardio risulti insufficiente il chirurgo mentre da un lato si sforzerà di rendere il meno che sia possibile dannosi i vari momenti dell'operazione (scelta dell'anestesia, dei metodi operatori, precauzioni nelle posizioni da dare all'operando, ecc.), dall'altro, con l'eventuale collaborazione dell'internista, cercherà di preparare le forze del cuore all'operazione. A questo scopo può essere necessario un periodo di riposo, accompagnato da un esatto regime dietetico. Fra i medicamenti il primo posto spetta alla digitale, specialmente nella insufficienza mitralica; nella stenosi conviene agire con prudenza per il pericolo delle embolie; lo stesso nell'insufficienza aortica per il pericolo di esaurimento del miocardio. Anche nelle alterazioni del ritmo la digitale associata eventualmente alla chinidina, rende utilissimi servigi.

Uno stato di ipertensione, a meno di essere estremamente accentuato, non sembra rendere di per sè stesso necessaria una speciale preparazione. Nel caso che questa fosse reputata necessaria, a prescindere dalla ricerca e dal trattamento delle cause eventuali che mantengono l'ipertonia, si potrà tentare un periodo di regime igienico-dietetico; ed eventualmente ricorrere al salasso o a medicazioni ipotensive.

Nell'ipotensione, oltre la scelta dell'anestesia e dell'intervento, è necessario far risalire la pressione del sangue per mezzo di infusioni o di opportuni medicamenti.

Gli elementi più sicuri per valutare le condizioni di un *anemico*, e quindi la sua resistenza vengono forniti dal numero dei globuli rossi, dal tasso di emoglobina, dal valore della tensione arteriosa. Le cifre della tensione arteriosa sono sopra tutto utili per giudicare le condizioni di un anemizzato per emorragia acuta, per quanto una caduta della pressione possa in questi casi dipendere anche da altre cause. Valori al disotto di Mx 70 Mn 40 devono destare preoccupazioni. Una particolare importanza viene riconosciuta alle modificazioni della pressione, ripetutamente misurata, in quanto servono a distinguere le emorragie scompensate da quelle compensate: un miglioramento progressivo di Mn è sempre di buona prognosi.

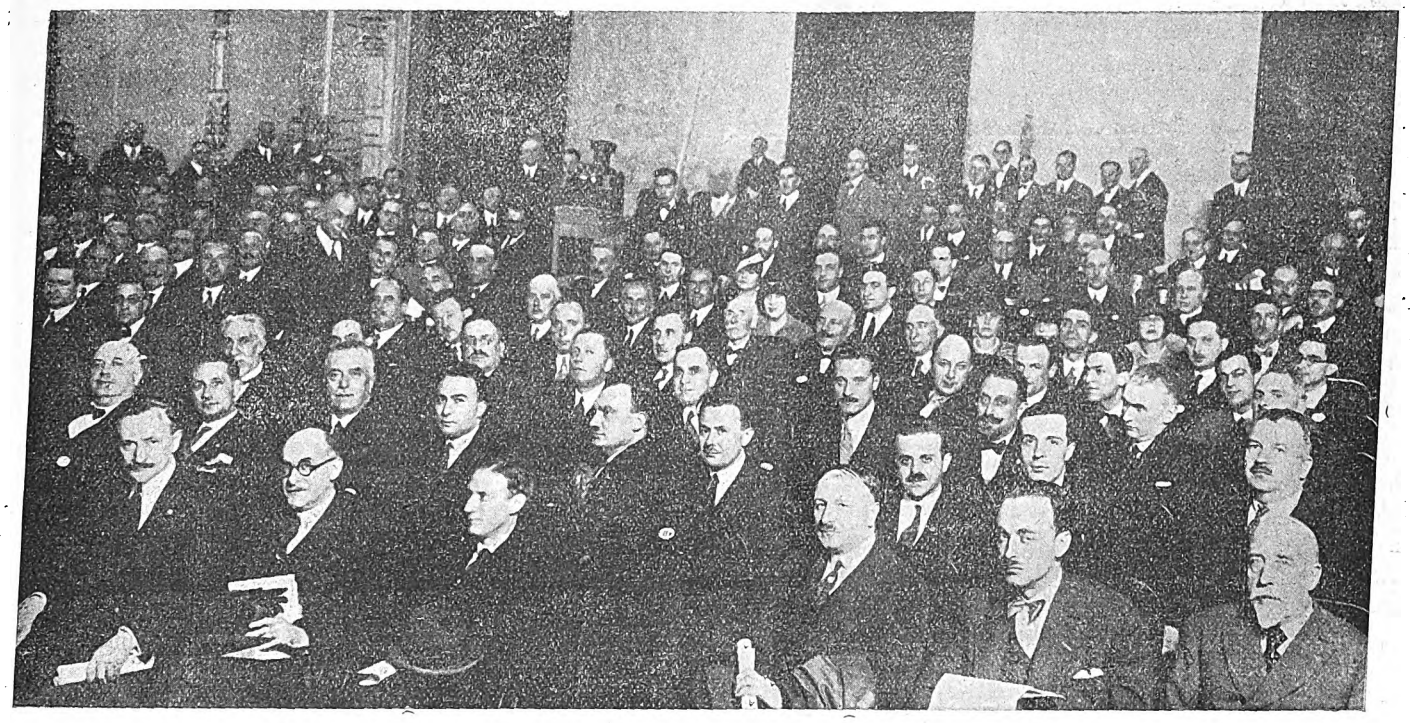
È generalmente accettata la regola che un intervento operativo non debba essere intrapreso se il tasso di emoglobina è inferiore al 30 % e il numero dei globuli rossi inferiore ai 2 milioni e mezzo. Queste cifre non hanno naturalmente un valore assoluto perchè questi limiti variano assai a seconda della condizione che ha determinato l'emorragia e a seconda dello stato generale del paziente, e della qualità e della durata dell'atto operativo: ed è noto che importanti operazioni vennero eseguite con successo anche in casi di anemie con valori di emoglobina notevolmente bassi (20 % circa).

Ma oggi di fronte ad un anemico (eccettuati i casi di urgenza) si pone non tanto il quesito della operabilità, quanto quello della indicazione di ricorrere al trattamento pre-operatorio capace di restituire al sangue in misura sufficiente non soltanto la sua massa ma anche la sua qualità. In linea generale crediamo si possa dire che quando la percentuale di emoglobina si abbassa al disotto del 50 % la trasfusione preoperatoria debba trovare applicazione.

La necessità di risparmiare il sangue dell'ammalato nel corso dell'intervento è così intensiva che ha richiamato l'attenzione dei chirurgi fin dai tempi più remoti. I metodi ideati per il risparmio del sangue fanno parte però della tecnica operatoria propriamente detta e quindi non è qui necessario occuparsene. Quanto alla somministrazione preventiva di emostatici prima dell'intervento su individui normali l'uso di essa non si è per nulla diffuso, e si può generalmente ritenere superfluo, salvo forse in qualche operazione che lascia amplie superfici sanguinanti (prostatectomia-tonsillectomia).

Per quello che riguarda i provvedimenti da prendere nel caso di un operando in stato di anemia, il problema si presenta al chirurgo sotto due aspetti diversi a seconda che si tratta di forme di anemie acute o subacute o croniche.

Nelle forme acute, una grave emorragia in atto può essere di per sè stessa una indicazione di intervento immediato. Se si tratta invece di migliorare prima dell'intervento le condizioni circolatorie, le soluzioni fisiologiche, glucosate o gommate che siano, con eventuale aggiunta di adrenalina, possono rendere utili servizi in qualche caso, ma in altri non riescono per nulla allo scopo. Superiore a qualsiasi metodo di infusione, è però la trasfusione del sangue. Anche per questa non sembra in verità necessario estenderne l'impiego indistintamente a tutti coloro che debbono affrontare un'operazione un po' grave, come si pratica da qualcuno; ma nei casi in cui le condizioni dell'ammalato lo richiedano, la trasfusione è un mezzo prezioso che non deve essere trascurato.



Durante una seduta del Congresso di Chirurgia

= 1525

Digitized by Google

Il pericolo di un'emorragia postoperatoria esiste nell'*emofilia*, nell'*emogenia* (P. E. Weil), nelle malattie del fegato e in particolare modo negli stati itterici, in alcune splenomegalie emopatiche (P. E. Weil), in alcuni stati infettivi, intossicazioni e in alcune avitaminosi. Nell'emofilia e nell'emogenia molto spesso un'anamnesi accurata svela la condizione morbosa, mettendo in evidenza la serie delle perdite di sangue abbondanti e ribelli e la facilità alle ecchimosi. Anche nelle altre forme l'esame anamnestico e clinico dimostra qualche volta la disposizione alle emorragie, rivelata dalle epistassi, dalle gengivorragie, dalla presenza di ecchimosi, e negli stati itterici dal facile e profuso sanguinare delle lesioni da grattamento.

In quei casi nei quali mancano i segni clinici della disposizione alle emorragie, sembra sia possibile trovarne la dimostrazione con l'esame del sangue e con alcune prove di fragilità vasale (tempo di emorragia, tempo di coagulazione, retrattilità del coagulo, numero delle piastrine, segno del laccio).

In ciascuno di questi casi, un T. e. superiore a 5 m' circa, un T. c. superiore a 10 m', un numero di piastrine molto basso, la mancanza di retrazione del coagulo e la frammentazione di esso, il segno del laccio positivo, possono far temere il pericolo di un'emorragia postoperatoria e consigliare quindi di prendere tutte le precauzioni di vario genere fra le quali hanno molta importanza anche dei particolari di ordine essenzialmente tecnico, quale la necessità di provvedere alla emostasi operatoria definitiva con una cura molto maggiore dell'ordinario, l'eventuale opportunità di provvedere all'emostasi locale con sostanze coagulanti, quali il siero di cavallo, il coagulèno, ecc., la compressione delle suture cutanee con apposite fasciature (Hertz) ecc. In alcuni casi la semplicità dell'intervento, e la limitazione di esso al minimo necessario possono essere raccomandabili.

Più che altro però ha importanza la riduzione di qualsiasi ritardo di coagulazione del sangue. A questo scopo il miglior mezzo è la trasfusione di sangue. In mancanza di questa si potrà ricorrere alle iniezioni di sangue, di siero fresco o fosfatato, al cloruro di calcio, al citrato di sodio ad alte dosi, alle irradiazioni della milza.

La *trombosi* e la *embolia* che ne dipende rappresentano complicazioni postoperatorie abbastanza frequenti. Sembra anzi da alcune recentissime osservazioni che in alcune cliniche il numero di esse sia negli ultimi anni aumentato.

Tenendo conto delle condizioni che possono essere causa di queste complicazioni, si potranno ritenere predisposti al pericolo anzi tutto quegli individui i quali per insufficienza del miocardio, o per insufficienza respiratoria, per alterazioni del tono dei vasi, vanno incontro al rallentamento e all'indebolimento della circolazione, specialmente nel periodo postoperatorio.

Riguardo alle modificazioni della crasi sanguigna, pur essendo convinzione generale che queste consistano in una aumentata capacità del sangue a coagulare e in una abnorme tendenza del coagulo all'accrescimento progressivo, le determinazioni del T. e., del T. c. e della retrattilità del coagulo non hanno portato alcun chiarimento al problema e la ricerca di essi non sembra quindi utile a prevedere le complicazioni che ci interessano.

Qualche elemento di previsione sembra invece che possano fornire i metodi che servono a dimostrare modificazioni dello stato colloidale del plasma (velocità di sedimentazione, viscosimetria, refrattometria).

I mezzi per diminuire il rischio della trombosi debbono essere ricercati sulla guida delle nostre conoscenze intorno alle cause che ne favoriscono l'insorgenza.

Tutte le condizioni che persistendo nell'operando possono far temere l'insorgenza di accidenti postoperativi trombo-embolici, andranno prese in seria considerazione, come per esempio le condizioni del cuore e della circolazione, quelle dell'apparato respiratorio verranno al possibile migliorate, i focolai di infezione anche se piccoli e di poca importanza (denti, tonsille, cavità nasale, ecc.) curati o soppressi.

Dopo l'intervento, per combattere lo stabilirsi di una trombosi, il sollevamento degli arti inferiori per facilitare il deflusso del sangue, la levata precoce, la ginnastica e il massaggio degli arti inferiori, il salasso hanno trovato sostenitori e avversari. La somministrazione della tiroidina sembra dare buoni risultati.

Al primo segno di trombosi sarà senz'altro praticata l'immobilizzazione; il sanguisugio è stato negli ultimi tempi molto lodato, e, secondo alcuni, la legatura della vena in territorio sano darebbe risultati favorevoli.

Sarebbe assai interessante poter misurare in ogni operando lo stato delle sue *difese cellulari ed umorali* e la sua capacità a rispondere all'attacco dei germi patogeni con reazioni immunitarie. Questo problema venne affrontato da diverse parti, ma senza che finora siano stati raccolti fatti di sicuro valore.

Si è ricercato se dal numero dei leucociti si potesse giudicare lo stato delle difese contro le infezioni: l'esperienza ha dimostrato che l'aumento dei leucociti del sangue non ha a questo riguardo alcun significato, mentre la diminuzione al disotto di 6000 sarebbe segno di una diminuzione delle forze di difesa dell'organismo.

Numerosi tentativi vennero fatti per trovare nella determinazione delle capacità immunitarie del sangue (potere opsonico, batteriolitico, antitossico) la misura della resistenza individuale alle infezioni: ma finora non venne dimostrato che alcuna di queste prove abbia una pratica utilità.

Alcuni ritengono che il risultato delle intradermo-reazioni serva a valutare nell'operando lo stato di immunità o di sensibilità a determinate infezioni, e si servono di questo mezzo per stabilire la indicazione al trattamento preoperatorio con i vaccini. Ma queste ricerche meritano ampio controllo.

Sono ancora relativamente pochi i chirurghi che ritengono necessaria una preparazione immunitaria sistematica preoperatoria, anche quando l'intervento si svolge in campo evidentemente settico. I partigiani di questa preparazione ricorrono in genere a vaccini o a sieri polivalenti; ma sui risultati di simili tentativi, come pure su quelli di terapia stimolante, non si hanno ancora dati che permettano apprezzamenti sicuri.

Tutti gli operandi possono essere colpiti da *complicazioni postoperatorie polmonari*: vi sono però alcune categorie di soggetti che più delle altre vanno incontro a queste temibili conseguenze degli interventi. Vengono in prima linea, sotto questo punto di vista, gli individui affetti da lesioni dell'albero respiratorio, acute e croniche. Per quello che riguarda le forme acute bisogna pensare che alcune di esse lasciano strascichi e reliquati più o meno prolungati, che possono sconsigliare un'operazione o per lo meno rendere necessarie le più grandi precauzioni per un tempo più o meno lungo dopo la guarigione. Voci molto autorevoli sono di accordo nel riconoscere che un paziente che abbia avuto nell'anno e negli ultimi due anni una polmonite, sottoposto ad un intervento, corre grandi rischi di essere colpito da polmonite postoperatoria. La stessa indicazione ha per questo anche l'influenza, e così pure la pregressa intossicazione da gas asfissianti.

Le forme croniche di bronchite e gli enfisemi rappresentano egualmente una causa di possibili complicazioni polmonari, e in questo gruppo merita speciale attenzione la tubercolosi, in cui si possono notare peggioramenti considerevoli.

Oltre che le condizioni dell'apparecchio respiratorio, anche quelle dell'apparato cardio-vascolare, e secondo alcuni la labilità vasale legata a speciali stati del sistema nervoso vegetativo, potrebbero rappresentare fattori favorevoli all'insorgenza delle polmoniti postoperatorie.

Una notevole importanza deve essere sicuramente attribuita alle *insufficienze respiratorie*, poichè queste rendono più grave lo stato di riduzione respiratoria, che accompagna e segue ogni operazione addominale. La causa di questa insufficienza può risiedere nelle prime vie aeree, ma per lo più è la conseguenza di una diminuita mobilità del torace e del diaframma.

La determinazione della forma e della mobilità del torace (indice di Hirtz), della posizione e della mobilità del diaframma e della capacità vitale, costituiscono quindi elementi utili per prevedere il pericolo delle polmoniti postoperatorie.

Di fronte al problema delle complicazioni postoperatorie il chirurgo ha anzitutto il dovere di praticare una accurata selezione degli operandi, nel senso che i pazienti con affezione delle vie respiratorie in atto o non debbono essere operati, o prima dell'operazione vanno sottoposti ad un periodo di cura per migliorarne le condizioni, e in più debbono essere in ogni modo oggetto di attenta sorveglianza e di grandissime precauzioni.

Per quel che riguarda più propriamente le misure volte a

Digitized by Google

I RELATORI DEI CONGRESSI DI CHIRURGIA ED UROLOGIA

prof. SAVERIO SPANGARO
(VERONA)

prof. LUIGI TORRACA
(MODENA)

prof. GIAN MARIA FASIANI
(PADOVA)

dott. GIUSEPPE WIGET
(MILANO)

diminuire il rischio delle polmoniti postoperatorie, prima dell'intervento è utile eliminare eventuali ostacoli nelle prime vie respiratorie, sopprimere qualsiasi focolaio di infezione, migliorare le funzioni circolatorie e respiratorie. La preparazione immunitaria siero- e vaccino-terapica è molto variamente giudicata. La scelta dell'anestesia non sembra che abbia importanza preponderante. Assai importante è invece l'evitare l'aspirazione del materiale segregato o di rigurgito durante la narcosi; come pure di provvedere all riscaldamento dell'ammalato durante e dopo l'intervento.

La somministrazione di CO_2 e di lobelina che attivano i movimenti respiratori riesce utile.

Dopo l'operazione si raccomanda la soppressione dei dolori postoperatori, del meteorismo e di tutto ciò che può ostacolare i movimenti respiratori. Il decubito supino verrà abbreviato per quanto è possibile; la ginnastica respiratoria e la levata precoce hanno molti sostenitori.

La grande utilità delle prove funzionali del *rene* per valutare la resistenza di un individuo di fronte ad interventi operativi è oggi sicuramente dimostrata, e rappresenta anzi la ragione che più ci spinge a cercare elementi di giudizio nelle prove funzionali degli altri organi ed apparati.

Fra le numerose prove proposte, le seguenti sono risultate nella pratica preferibili alle altre: la prova della concentrazione e diluizione, la ricerca dell'azotemia, la determinazione della costante, la prova della fenolsulfonftaleina. Esse sono capaci non soltanto di indicarci la esistenza di una alterazione funzionale, ma di darci una misura dell'errore funzionale, grossolana ma sufficiente agli scopi della clinica. Le cifre ricavate da queste prove servono a porre dei limiti ai nostri interventi: limiti ampi quali soltanto sono accettabili in tutti i campi della biologia, ma tali da permetterci di prevedere, con notevole approssimazione, se l'apparecchio renale è, in un determinato caso, capace di sopportare il carico di una operazione e di una narcosi. Ed è noto che gli urologi sono riusciti a costruire delle classificazioni funzionali di alcuni pazienti (prostatici), classificazioni che si dimostrano capaci di essere guida nelle indicazioni di trattamenti preoperatori, nella scelta del tipo di operazione e di narcosi.

Di fronte ai risultati ottenuti dalla applicazione delle prove renali desta sorpresa il fatto che fin'ora scarsa attenzione sia stata rivolta alla importanza delle prove funzionali del *fegato* in chirurgia. Eppure nella ghiandola epatica si compiono alcuni processi essenziali per la vita, e ogni intervento operativo porta al fegato un carico funzionale e ogni narcosi cloroformica ed anche eterea di una certa durata determina, come è ben noto, lesioni del parenchima.

È quindi fuor di dubbio che il poter accertare lo stato delle funzioni epatiche avrebbe un grandissimo valore in chirurgia per l'indicazione operatoria, per la preparazione del malato, per la scelta della narcosi.

L'esperienza è finora assai scarsa e i risultati delle osservazioni registrate dalla letteratura non sono sufficienti per un giudizio anche approssimativo sul valore delle prove funzionali del fegato per la valutazione di resistenza dell'operando.

Per questo studio sembrerebbe opportuno istituire in tutti i casi di malattia chirurgica del fegato una serie di prove scelte fra le più semplici e fra quelle che possono esprimere in gradi l'errore funzionale, notando poi il decorso postoperatorio e l'esito dell'intervento.

Noi crediamo di poter consigliare le seguenti:

la bilirubinemia o l'indice di ittero,

la glicemia alimentare col metodo di Labbè,

il coefficiente ammoniacale ridotto in funzione del ph (Hasselbach),

la prova di Rosenthal con la tetrabromofenolftaleina,

la cromocoloscopia (azurubin, ricercata nella bile e determinata quantitativamente nell'urina).

L'operazione in genere e la narcosi in particolare hanno sulle funzioni del fegato un'azione nettamente sfavorevole: si comprende perciò come l'interesse dell'operando comandi al chirurgo di provvedere nel modo più efficace ad un buon funzionamento dell'organo prima dell'intervento.

Nella scelta dell'anestesia il cloroformio dovrebbe essere riservato soltanto ai casi in cui gli altri mezzi non possono essere usati, ed esclusi del tutto al più piccolo segno di diminuita funzionalità del fegato.

Anche l'etere va usato con precauzione.

Per quello che riguarda poi un possibile miglioramento delle funzioni epatiche, una grandissima importanza è legata alla glicogenesi. È infatti ben dimostrato che tutti i veleni più o meno specifici del fegato riescono in genere tanto meno deleteri per quanto meglio il fegato è provvisto di glicogeno. Cura del medico deve essere perciò di assicurare nel miglior modo possibile una simile condizione.

Una grande importanza sotto questo punto di vista ha anzitutto il regime dietetico, in cui debbono essere limitati le albumine ed i grassi, i quali tendono a depositarsi nel fegato a detrimento del glicogene, mentre gli idrati di carbonio saranno largamente rappresentati. Nel caso in cui la scorta glicogenica del fegato possa sembrare inadeguata ai bisogni dell'organismo, e si debbano temere in seguito all'intervento le conseguenze di una insufficienza di glucosio, la somministrazione diretta di zucchero sotto forma di soluzioni glucosate, rappresenta il mezzo più rapido e prezioso di provvedere alla necessità del momento.

Un altro fattore molto importante di una buona funzione epatica è rappresentato dall'acqua, la quale deve essere somministrata in quantità molto abbondante.

All'abbondante somministrazione di acqua e di glucosio, se il paziente è itterico, si potrà unire una cura di cloruro di calcio, il quale oltre a possedere un potere emostatico ha anche un'azione disintossicante verso i pigmenti biliari.

Secondo il Crile un fatto di grande importanza per la funzionalità del fegato è rappresentato dalla temperatura, perchè

Digitized by Google

nel fegato viene prodotto un terzo del calore del corpo, e per questo egli consiglia l'applicazione della diatermia durante l'operazione.

Anche le condizioni psichiche (emotività) e lo stato del sistema nervoso vegetativo (vagotonia-simpaticoastenia) assumono notevole importanza per la resistenza all'atto operativo, in quanto che gli stimoli dell'intervento e l'intossicazione anestetica possono in simili condizioni determinare reazioni anormali e fenomeni di shock.

Nella condotta dell'atto operativo e della narcosi si dovrà tenere gran conto della labilità di questi soggetti.

Comunicazioni sul Tema di Relazione

Schiassi B. *Di un «minimo mezzo» per prevenire taluni rischi operatori in chirurgia addominale.* — Nella chirurgia cavitaria, l'O. raccomanda un dispositivo da lui immaginato, allo scopo di prevenire eventuali disseminazioni di materiale infettante e ad evitare che corpi estranei vengano dimenticati in cavità.

Fasano M. *Di un semplice metodo di orientamento nella valutazione della resistenza dell'operando.* — Per provare la resistenza dell'operando, l'O. esegue la prova della funzionalità renale, mediante iniezione di indigo-carminio. Quando l'eliminazione dell'orina colorata ritarda oltre i 15 m', limite stabilito come massimo, si passa senz'altro alla prova del Volhard (diluizione e concentrazione dell'orina). Se le due prove concordano nel senso di un'insufficienza renale, allora si praticano gli altri esami che il caso richiede. Questo metodo applicato tutte le volte che si aveva il sospetto di una deficienza organica in genere, ha dato, all'O., sempre ottimi risultati.

Nisio G. *Azotemia e costante ureo-secretoria pre- e post-operatoria.* — L'O. ha dosato l'urea del sangue prima e dopo l'operazione e spesso ha completato questo dosaggio con la determinazione della costante, in 35 pazienti operati in anestesia generale o parziale. Ha inoltre praticato ricerche nei cani.

Dalle sue ricerche cliniche e sperimentali l'O. ha concluso:

a) l'Az. preoperatoria ha un valore assai relativo nella valutazione della resistenza dell'operando;

b) la Costante, mettendo in sufficiente evidenza il «difetto renale» ha invece un valore reale nel criterio prognostico dell'operando;

c) l'anestesia e la qualità dell'anestetico non influiscono sull'az. postoperatoria.

Ronzini M. *Contributo allo studio della rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da narcosi. Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca.* — Per le sue esperienze l'O. si è servito di una miscela di adrenalina, atropina e pituitrina. Dai risultati delle sue ricerche l'O. ha tratto il convincimento che: 1. In fatto di reviviscenza del cuore sono da respingere i numerosi casi riportati nella letteratura di successi ottenuti con la iniezione intracardiaca di adrenalina. In molti casi si tratta non di arresto, ma di un'attività cardiaca clinicamente non apprezzabile; pertanto in simili casi è più conveniente parlare di rianimazione che di reviviscenza. 2. Il problema della reviviscenza del cuore per mezzo di iniezioni intracardiache non si può dire ancora risolto, nonostante che ottimi risultati si siano ottenuti in fatto di rianimazione. 3. In tema di rianimazione del cuore crede che la miscela da lui adoperata esplichi un'azione complessiva assai più efficace di quella della semplice soluzione di adrenalina, alla quale crede perciò sia da preferire.

Sacerdote G. e Spelta C. *Sulle modificazioni della riserva alcalina dopo le operazioni chirurgiche.* — Gli OO., hanno determinato la R. A. in 50 pazienti a distanza varia di tempo dopo l'operazione. Essi hanno trovato diminuzione costante della R. A. massima al termine della narcosi, con ritorno alla norma e al di sopra di questa dopo 24-48 ore negli interventi eseguiti in anestesia generale: diminuzione minore o mancata dopo operazioni in anestesia locale o rachidea. Non hanno osservato differenze apprezzabili nelle modificazioni della R. A. in rapporto ai vari tipi di narcosi, hanno notato evidente parallelismo tra caduta della R. A. e aumento della glicemia, ed una diminuzione della R. A. di minor grado in ammalati trattati all'inizio dell'anestesia con iniezione endovenosa di insulina. Dal confronto tra le modificazioni della R. A. e il comportamento della pressione arteriosa durante l'intervento hanno osservato una maggiore caduta della R. A. nei casi in cui la tensione arteriosa era diminuita. Non hanno rilevato alcun rapporto tra caduta della R. A. e chetonuria postoperatoria. Hanno poi ricercato se con una prova dell'acido, fosse possibile prevedere come l'individuo si sarebbe difeso dalle sostanze acide che, in seguito all'intervento, si sarebbero formate; non hanno trovato alcun rapporto tra le modificazioni della R. A. indotte dalla somministrazione di acido e quelle provocate dall'intervento.

1530 =

Seduta antimeridiana del 19 ottobre

Presid.: prof. Ferrari

Comunicazioni sul Tema di Relazione

Salotti A. *L'esame radiologico del cuore per la valutazione della resistenza dell'operando.* Ha praticato le sue ricerche su 100 ammalati di affezioni chirurgiche prima e dopo l'operazione. Negli esami praticati dopo l'operazione l'O. ha riscontrato: 1° Nessuna modificazione del volume e del comportamento funzionale nei cuori giudicati validi; 2° Aumento del volume e dei disturbi della funzione contrattile, oltre ad accentuazione dei caratteri di ipotonia nei cuori dichiarati poco validi, ma sufficienti ed in quelli giudicati insufficienti. Tutto ciò indipendentemente dal tipo di anestesia e dal carattere dell'intervento.

L'O. conchiude che, alla luce delle attuali conoscenze, si può, con l'esame radiologico sistematico, giudicare l'efficienza del centro circolatorio, e valutare, in gran parte, la resistenza all'atto operativo. A conferma di questo asserto l'O. riferisce come su 7 casi dichiarati insufficienti, 6 presentarono complicazioni post-operative.

Foà A. *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio in chirurgia.* Dalle sue osservazioni risulta che mentre nel gruppo dei decorsi post-operatorii non turbati da complicazioni polmonari prevalgono di gran lunga individui con capacità respiratoria normale, nel gruppo, invece, di individui che soffrirono complicazioni, prevalgono quelli con i segni di una insufficienza respiratoria. Viene quindi confermata, per via indiretta, l'affermazione che le anomalie funzionali (in rapporto per lo più con anomalie di costituzione) dell'apparato respiratorio predispongono l'individuo alle complicazioni polmonari post-operatorie. Per la valutazione di resistenza dell'operando (e particolarmente dell'individuo che deve subire un intervento sulla parte alta dell'addome) gli elementi raccolti con le prove funzionali dell'apparato respiratorio hanno notevole valore, in quanto il risultato sfavorevole di esse indica che il soggetto è più esposto al pericolo di tali complicazioni.

Velo C. A. e Bonomini B. *Ricerche sulla glicemia post-operatoria e post-anestetica.* In 65 ammalati oltre alla glicemia, hanno studiato la riserva alcalina, hanno dosato l'urea nel sangue ed eseguite le prove della glicosuria e dell'acetonuria. In parecchi infermi furono inoltre eseguite le prove della glicemia alimentare, gli esami funzionali del fegato e del rene e la determinazone del metabolismo basale. Dalle loro osservazioni è risultato che nell'anestesia eterea, subito dopo l'operazione, si ha una iperglicemia notevole, la quale discende poi gradatamente fino alla norma nelle 24 ore. Nessun rapporto venne riscontrato fra durata dell'anestesia e iperglicemia post-operatoria. Risultò invece che nei casi nei quali esisteva una iperglicemia alimentare anche l'iperglicemia post-operatoria era elevata.

All'aumento della glicemia dopo l'intervento corrisponde una caduta della riserva alcalina. L'insulina iniettata dall'inizio della narcosi abbassa la iperglicemia. Nessuna relazione venne riscontrata fra la iperglicemia e il tasso ureico del sangue da una parte, e il metabolismo basale dall'altra. L'iperglicemia infine sorpassa certi valori in tutti i casi nei quali le prove funzionali pre-operatorie avevano dimostrato un certo grado di disfunzione epatica.

Dogliotti M. *La trasfusione di sangue puro quale mezzo di valutazione delle resistenze dell'operando.* L'O. riferisce i risultati ottenuti in 30 trasfusioni di sangue puro praticate a scopo preventivo. Le osservazioni ematologiche, quelle relative ai poteri di difesa antibatterica, sulle variazioni dei tempi di emorragia e di coagulazione, nonchè l'attento esame clinico degli individui assoggettatisi alla trasfusione dimostrano l'alta efficacia di questo mezzo per accrescere le resistenze dell'operando. La trasfusione pre-operatoria è sopratutto indicata nei casi di anemia primitiva o secondaria, nei casi in cui è dimostrabile uno stato emorragico, nei casi di sepsi subacuta e cronica, negli ipotesi, negli individui fortemente depressi e denutriti. La quantità di sangue da trasfondere non deve essere inferiore ai 200-400 cc. e la trasfusione deve essere eventualmente ripetuta nei giorni precedenti l'intervento.

Belloni G. *Sulle psicosi post-operatorie.* L'O. sostiene che la psicosi post-operatoria è uno stato di confusione mentale, che, se trova un terreno propizio, può diventare cronico. Nella genesi delle psicosi poca influenza esercitano le cause predisponenti; grandissimo valore hanno invece le cause contingenti. Queste sono di origine tossica: la loro natura è sconosciuta, ma pare siano di provenienza esogena.

Lo stato emozionale può essere causa di confusione mentale. Quando si abbia a che fare con individui iperemotivi, l'O. consiglia di abbreviare

Digitized by Google

il periodo pre-operatorio, di rendere la calma all'operando, ricorrendo, se necessario, all'uso dell'oppio e del luminale. In questi ammalati è da consigliarsi l'uso dell'anestesia generale. Dopo l'operazione sarà bene che il paziente sia isolato.

Ascoli M. *Sull'ampiezza respiratoria negli operati.* Ha studiato il respiro negli operati con l'apparecchio di Roth per il metabolismo basale. Dal tracciato ha ricavato un indice, dividendo la frequenza per m' per l'altezza media delle oscillazioni. L'O. ha visto come tale indice aumenta specialmente dopo operazioni portate sul quadrante superiore sinistro dell'addome operazioni che sono quelle più frequentemente seguite da bronco-polmoniti. Siccome scarso o nullo era l'aumento che si aveva dopo operazioni che interessavano le pareti addominali, così l'O. attribuisce le modificazioni del respiro da lui notate alla paresi o paralisi del diaframma.

Costantini P. *Modalità di tecnica nella trasfuzione di sangue e sua utilità nella valutazione di resistenza dell'operando.* L'O. parla del metodo di trasfusione di sangue integro, mediante l'apparecchio di Unger e della opportunità di non usare sostanze anticoagulanti, le quali possono indurre gravi disturbi nel ricevente. Riporta due casi che illustrano questo concetto.

La valutazione di resistenza dell'operando viene fatta misurando il tempo di coagulazione del sangue e la resistenza globulare prima e dopo l'operazione. L'O. conclude che è prudente astenersi, quando risulti che il tempo di coagulazione sia aumentato e sia diminuita la resistenza globulare.

Ciminata A. *Sull'acidosi post-operativa.* L'O. in 39 pazienti, ha determinato la R. A. prima e dopo l'operazione, ha eseguito la prova dell'acido e si è occupato anche dei rapporti fra R. A. e secrezione ammoniacale. Ha rilevato che la prova dell'acido non risponde allo scopo per cui fu istituita, in quanto che ad un lieve abbassamento della R. A. dopo la prova dell'acido, ha corrisposto un notevole abbassamento dopo l'operazione e viceversa. Però l'abbassamento della R. A. non si è dimostrato proporzionale all'entità dell'atto operativo, nè si sono osservate variazioni in rapporto ai diversi tipi di anestesia generale o parziale. L'O. pensa che molti sono i fattori che influenzano il metabolismo cellulare e la R. A., fattori talora imponderabili. Certo il sistema nervoso, che regola le funzioni di tutti gli organi e che, a sua volta, è regolato dalle funzioni di organi ed apparati, ha la sua grande importanza nella valutazione del rischio operatorio.

Simeoni V. *La riserva alcalina nei traumatizzati.* Dalle ricerche eseguite in 50 casi di lesioni traumatiche varie, l'O. ha ricavato i seguenti dati:

1° Nei traumatismi gravi del capo, con lesioni cospicue del cervello, la R. A. si è mantenuta pressocchè normale. In qualche caso essa ha raggiunto un valore molto basso, corrispondente alle condizioni cliniche dell'infermo. Non ha avuto però valore prognostico sfavorevole, giacchè essa è risalita a misura che le condizioni dell'infermo miglioravano. In qualche altro caso la R. A. non ha corrisposto alle gravi condizioni dell'infermo.

2° Nei toracici, per quanto ridotta la superficie respiratoria dall'emotorace, la R. A. non si è mai abbassata al di sotto di 48; può dirsi tuttavia che essa è migliorata col miglioramento delle condizioni dell'infermo.

3° Negli addominali gravi l'indice alcalino è stato talvolta molto basso; negli altri meno gravi, pur abbassandosi, non ha raggiunto cifre minime.

4° Nelle lesioni che implicavano lacerazioni profonde delle parti molli e lesioni delle ossa degli arti, per cui si è dovuto spesso ricorrere a demolizioni degli arti stessi, la R. A. non ha subito oscillazioni degne di nota.

5° Nei fratturati degli arti (fratture semplici ed esposte) la R. A. si è mantenuta quasi normale. Talvolta però essa non ha corrisposto alle migliorate condizioni della lesione, nel senso che in qualche caso, a distanza di giorni, si è abbassata di poco.

6° Negli scottati la R. A. pur essendo al di sotto della media minima, non ha raggiunto mai cifre molto basse, neanche nei casi seguiti da morte.

Borra E. *La spiroscopia nelle applicazioni chirurgiche.* Mediante un apparecchio spiroscopico, di sua invenzione, l'O. ha praticato la spiroscopia in 250 ammalati. Egli ritiene la spiroscopia un mezzo importante e facile per la valutazione della resistenza dell'operando, perchè fornisce elementi sulla capacità funzionale degli apparati respiratorio e circolatorio in base a semplici rapporti tra il periodo di durata e la intensità di un'espirazione forzata e il comportamento del polso e della pressione, mentre essa si compie.

L'O. ha osservato che nell'operando sono possibili due forme di insufficienza respiratoria con riduzione della capacità vitale fino all'85 %; una forma acuta per riflessi inibitori, ed una subacuta o cronica, dovuta a varie cause. Ha rilevato una stretta correlazione fra insufficienza respiratoria e complicanze post-operatorie nel 43 % dei casi, con 37 forme gravi. Con la ginnastica spiroscopica si possono prevenire molte complicazioni, specialmente le trombosi e le embolie, perchè attiva la circolazione; essa inoltre, può essere utile sia come preventivo, nelle affezioni bronco-polmonari e tossi-infettive, sia come curativo, perchè migliora le condizioni locali dell'apparato respiratorio, inteso come via importante di eliminazione delle sostanze tossiche.

L'O. si augura che la spiroscopia, già diffusa all'estero, sia applicata largamente anche da noi come mezzo diagnostico, profilattico e terapeutico mediante l'impiego di apparecchi semplici e pratici.

Radice L. *Il comportamento della riserva alcalina e del Ph del sangue in seguito ad emorragie e a trasfusioni.* L'O. riferisce i risultati di alcune ricerche intraprese allo scopo di studiare il comportamento della R. A. e del Ph del sangue nel cane, dopo profuse emorragie.

Dopo un'esposizione riassuntiva del protocollo degli esperimenti, l'O. conchiude che, nel cane le perdite di sangue piuttosto generose (da 1/6 a 3/5 della massa totale) conducono costantemente a una diminuzione della R. A. e ad una modificazione del Ph del sangue (senza però giungere a valori inferiori a sette) con una corrispondente acetonuria.

La trasfusione di sangue, se immediata, è capace di mantenere nell'organismo di un animale salassato, invariati i valori di queste reazioni la trasfuzione tardiva non ha lo stesso effetto, ma è capace di ricondurre l'organismo alla norma in un tempo minore.

Lorenzetti. *Le modificazioni del tasso azotemico indotte dall'intervento operatorio.* L'O. ha ricercato le modificazioni del tasso azotemico in 52 casi di lesioni chirurgiche renali ed extrarenali. Ha notato, dopo l'operazione, un quasi costante aumento dell'azoto residuo, proporzionale all'importanza dell'intervento eseguito, alla sede, all'età dei pazienti, al tipo dell'anestesia, all'insorgenza di complicazioni post-operatorie. Non si può dire, tuttavia, che esista un netto e costante parallelismo tra grado dell'azotemia ed andamento generale dell'operato, per cui, nelle forme di chirurgia generale, con integrità della funzione epato-renale, l'O. ritiene che lo studio dell'azoto residuo, non costituisca quell'attendibile elemento di prognosi post-operatoria, che rappresenta, invece, nelle forme di chirurgia urinaria.

Peracchia G. C. *Il metabolismo basale nella valutazione della resistenza dell'operando.* L'O. sostiene che il ricambio gassoso respiratorio possa essere utilizzato nella valutazione della resistenza dell'operando. Riporta un certo numero di casi studiati nei quali i valori ottenuti con lo studio del M. B., o perchè troppo elevati (+ 80), o perchè troppo bassi (30—40 %), controindicavano nettamente l'atto operativo. L'O. ritiene che le ricerche del M. B. possano riuscire utili nella valutazione della resistenza dell'operando.

Pozzi. *Glicosuria e prognosi operatoria.* La prova dell'eliminazione dell'acido glicuronico è in rapporto più con lo stato di intossicazione dell'organismo, che non con il grado di alterazione del fegato. La glicuronuria degli stati di digiuno può essere rimossa con la somministrazone di glucosio, per cui assume il significato di esaurimento delle riserve di glicogene epatico e non di lesione epato-cellulare. A fegato leso la funzione glicuronoformativa è meno pronta ad esaltarsi di fronte ad uno stimolo tossico, di quanto non sia in un fegato normale. Sotto questo punto di vista, la prova della glicuronuria provocata (canfora-glucosio) di Caitte può realmente rivelare anche gradi non molto intensi di insufficienza antitossica del fegato; il suo comportamento trova un'evidente corrispondenza nel decorso post-operatorio, nel senso che, a prova negativa, si accompagnano spesso manifestazioni tossiemiche più manifeste e complicanze d'ordine generale e locale più facilmente che non nei soggetti a prova positiva.

Di Natale L. *Considerazioni critiche sulla trasfusione del sangue.* Ha praticato 72 trasfusioni di sangue puro (150-200 cc.). Nel maggior numero dei casi ha avuto risultati ottimi, tanto dal punto di vista clinico, che ematologico. Adoperata come preventivo, per aumentare la resistenza dell'operando, la trasfusione ha dato risultati rapidi e sicuri e non è stata mai complicata da alcun accidente secondario, neppure a lieve entità. L'O. pensa che la trasfusione più che come massa, agisca come stimolante i centri emato-poietici ed in alcuni casi ad opera di una piccolissima parte di globuli rossi distrutti o semidistrutti, come una terapia aspecifica.

Caporali L. *Sull'azotemia pre- e post-operatoria.* L'O. ha ricercato l'azotemia in 88 ammalati di affezioni chirurgiche varie, con integrità dell'apparato renale. A parità di condizioni le maggiori elevazioni dei valori dell'azotemia si ebbero nei pazienti operati con anestesia gene-

Digitized by Google

rale eterea; meno elevati si mantennero negli ammalati operati in anestesia spinale o locale. L'aumento era in rapporto diretto alla entità e alla durata dell'intervento; maggiore negli interventi laparotomici e più ancora in quelli sul fegato (colecistectomie).

Castiglioni G. *Sulla parotite post-operativa.* Porta il contributo di 6 casi di parotite post-operativa. Per le particolarità batteriologiche rilevate nei suoi casi, si dichiara partigiano della teoria ematogena, piuttosto che di quella canalicolare. Il risultato delle indagini istologiche parla per una lesione primaria della ghiandola parotidea e non delle linfoghiandole iuxta-parotidee. Potendosi la lesione stabilire anche dopo guarigioni per prima intenzione, l'O. pensa che, nella genesi della malattia, oltre che ai germi, una notevole importanza va assegnata alle peculiarità funzionali della parotide. Fra gli agenti che possono alterare notevolmente la secrezione salivare, ricorda l'oppio, che viene somministrato sistematicamente dopo interventi sull'intestino, specie sull'appendice. Per la terapia preventiva, oltre ai mezzi di immunterapia, raccomanda perciò di evitare l'uso sistematico di mezzi capaci di alterare la secrezione salivare.

Fumagalli. *Ricerche sulla coagulabilità del sangue.* Per quanto riguarda la coagulabilità del sangue, l'O. ha notato modificazioni notevolissime nei casi di discrasie emorragiche (emofilia e porpora). Alterazioni apprezzabili e costanti ha pure notato nelle affezioni del fegato e delle vie biliari, parallelamente al grado di insufficienza delle cellule epatiche, come pure nelle malattie chirurgiche del rene, quando esiste un deficit (tasso azotemico elevato, ritardo nella eliminazione della f. s. ft., indigo-carminio ecc.). Nella setticemia, negli stati tossici gravi ha ottenuto spesso sedimentazione parziale delle emazie, insufficiente retrazione, etc.

L'O. inoltre ha studiato l'influenza sul processo di coagulazione in vitro dei mezzi emostatici di comune impiego ed arriva alla conclusione che solo il plasma sanguigno puro ha valore correttivo sulla coagulazione in vitro.

Bonomo. *Ricerche sperimentali sugli effetti della narcosi sulla R. A. e sul Ph del sangue.* — In 23 cani sottoposti a cloro- o ad etero-narcosi ma non operati, l'O. ha osservato costantemente abbassamento della R. A.. Il Ph diminuì solo nelle gravi complicazioni circolatorie e respiratorie. Non ha osservato differenze apprezzabili fra cloro- ed etero-narcosi, poichè l'abbassamento della R. A. oscillò entro i medesimi valori ed il ritorno alla norma si verificò nello stesso periodo di tempo.

Discussione sul Tema di Relazione

Rossi B. L'O. si congratula coi Relatori per la loro esauriente e bella esposizione. E' d'accordo con loro sulla importanza e sull'efficacia della cura insulinica nei diabetici. A questo proposito ricorda tre casi di diabetici da lui operati con successo, in cui potette notare gli effetti meravigliosi della cura insulinica. Conviene sulla necessità di affidare la cura insulinica e dietetica di tali infermi all'internista; questa è la pratica che egli segue. Quanto ai purganti riconosce l'utilità di limitarne l'uso, come pure di evitare il digiuno prolungato. L'O. richiama l'attenzione sui casi di appendicite, in cui, spesso accade che, dopo un digiuno prolungato, si abbia abbassamento della R. A. e acetonuria. In tali casi è necessario di migliorare le condizioni di nutrizione del paziente, prima di procedere ad un qualunque atto operativo, con la somministrazione di idrati di carbonio. Non è partigiano della pratica di somministrare il glucosio per via endovenosa (shock anafilattico); egli somministra il glucosio insieme col cloruro di sodio per via ipodermica e per via rettale.

Pur riconoscendo la necessità di procedere ad un esame accurato della funzione cardiaca, rileva come certi esami complessi del cuore e del sistema circolatorio non sempre sono possibili a praticarsi dal chirurgo.

Fra i mezzi per aumentare la resistenza dell'operando ricorda la grande efficacia della trasfusione di sangue citratato, che gli ha sempre dato ottimi risultati e mai il minimo inconveniente. Fa notare come i casi di emofilia siano più frequenti di quello che non si creda, consigliando di interrogare sempre gli ammalati sulla eventuale esistenza di precedenti famigliari emofiliaci.

Quanto alla vaccinazione preventiva, allo scopo di diminuire le complicazioni polmonari post-operatorie, egli dichiara che questo trattamento, se non vale ad evitare l'inconveniente, è tuttavia capace di attenuare il decorso della polmonite, nei casi in cui essa insorge.

Altra precauzione usata dall'O. è l'iniezione di siero antitetanico in tutti i casi in cui l'operando ha subito, di recente, un trauma.

L'O. infine aggiunge come un grande coefficiente di successo sia rappresentato dal valore individuale del chirurgo, il quale si esplica sotto forma di intuito clinico, tecnica operatoria corretta ed eseguita con rapidità.

Chiasserini A. L'O. crede che sia difficile giudicare della resistenza dell'operando. Per quanto riguarda la vaccinazione preventigani, in quanto la resistenza di un organo può essere supplita dalla funzione di un altro organo. Pur riconoscendo l'utilità delle indagini di laboratorio, egli afferma che ha sopratutto importanza l'esperienza clinica. Nei casi in cui si sospetta un'acidosi post-operatoria o uno shock, la somministrazione preventiva di glucosio dà ottimi risultati, come pure buoni risultati dà l'insulina nei diabetici.

A proposito del collasso polmonare l'O. non accetta l'opinione dei Relatori, i quali pensano che esso possa essere dovuto a ostruzione dei bronchi da parte di zaffi di muco. Ricorda l'embolia grassosa che si verifica specialmente dopo interventi sull'addome e i cui effetti passano frequentemente col nome di shock.

Ghiron V. Richiama l'attenzione sulla importanza dell'embolia nella patogenesi della bronco-polmonite post-operatoria. Riconosce che l'esame del cuore ha una notevole importanza nella valutazione della resistenza dell'operando. Per quanto riguarda la vaccinazione preventiva l'O. pensa che l'utilità di essa sia effettivamente scarsa.

Ciminata A. L'O. rileva come il numero delle complicazioni polmonari post-operatorie, dopo interventi eseguiti in anestesia generale non sia superiore a quelle consecutive a operazioni praticate in anestesia locale. Ha notato che la lobelina, somministrata per via endovenosa, esplica sul centro respiratorio una azione più efficace di quella esplicata dalla stessa sostanza iniettata per via ipodermica. All'uso della lobelina, l'O. preferisce le inalazioni di anidride carbonica durante e dopo l'atto operatorio.

Bertocchi A. L'O. richiama l'attenzione sulle variazioni della temperatura interna durante e dopo l'atto operatorio. Prospetta l'ipotesi che la diminuzione della temperatura nella narcosi e durante l'atto operatorio, e il prolungarsi di questa diminuzione per un periodo di tempo più o meno lungo, dopo la sospensione della narcosi stessa, sia da mettere in rapporto o con fatti di paralisi dei centri termo-regolatori, o con fatti di diminuita ossidazione. L'O. crede inoltre che questa diminuzione della temperatura interna durante la narcosi, possa avere influenza (specie negli interventi laparotomici) per lo stabilirsi di complicazioni polmonari post-operatorie.

Maragliano D. L'O. raccomanda l'auto-emoterapia (20 cc. di sangue sottocute) preventiva, allo scopo di evitare l'acidosi post-operatoria.

Tardo. Per quanto riguarda le prove funzionali del rene, l'O. ricorda come alla costante di Ambard non venga ormai più riconosciuto alcun valore. In questo senso si è anche espresso recentemente il Congresso di Bruxelles. Raccomanda invece la prova dell'azotemia. Per quello che si riferisce alle prove coloranti, l'O. pensa che si equivalgano; egli però preferisce la f. s. ft., la quale può fornire dati importanti in rapporto alla tensione sanguigna.

Crosti Fr. Fa rilevare che la polmonite post-operatoria, nei bambini, è una complicazione rarissima a verificarsi, qualunque sia il sistema di anestesia, di cui ci si serve. Nell'empiema l'anestesia non è consigliabile.

Seduta pomeridiana del 19 ottobre

Presid.: prof. Ferrari

Discussione sul Tema di Relazione

Fichera G. Per quanto riguarda le modificazioni post-operatorie della R. A. dalle ricerche praticate ha tratto la conclusione che il digiuno, i purganti, l'anestesia eterea o cloroformica la natura stessa della malattia, e l'entità dell'atto operatorio non influenzano notevolmente la R. A. Fanno eccezione i tumori maligni, in uno stadio molto avanzato, in cui si ricavano dei valori molto bassi. Maggiore importanza l'O. riconosce al fattore neuro-psichico nella regolazione dell'equilibrio A. B. per un'azione diretta esercitata sul sistema vegetativo eso- ed endocrino. Per combattere l'acidosi, a preferenza della somministrazione di glucosio che non è sufficiente, consiglia di alcalinizzare il paziente con tutti i mezzi a disposizione.

L'O. mette quindi in rilievo i risultati di ricerche da lui fatte eseguire sullo stato «anergico». Le prove eseguite non soltanto con la tubercolina, ma anche col vaccino Bruschettini e con il caseal hanno dimostrato uno stato di anergia post-operatoria, più notevole negli individui col-

Digitized by Google

piti da cancro. Per quanto riguarda l'influenza esercitata dalla narcosi e dalla gravità dell'intervento sulla reazione, è stato notato che il potere reattivo rimane invariato nel 48 % dei casi aumenta nel 21 % e diminuisce nel 31 %. Consiglia di ridurre al minimo il maltrattamento dei tessuti, per evitare che si determini uno stato di anergia e quindi una diminuzione della resistenza dell'operando.

A l e s s a n d r i R. Esprime anzitutto la sua soddisfazione per il tema scelto per la relazione di quest'anno, perchè esso ha dato modo agli egregi colleghi Fasiani e Torraca di presentare una relazione, che pur non raggiungendo una mole soverchia, dà, in un campo così vasto, un riassunto assai pregevole di quanto vi è di più importante sull'argomento; e in secondo luogo perchè esso ha dato occasione a numerosi giovani di vari Istituti clinici e di Patologia di procedere a indagini e esperienze, che pur sovente incomplete o praticate su di un numero scarso di casi, mostrano tuttavia il fervore di lavoro che li anima e servono per una «mise à point» di tante questioni di attualità.

I colleghi, di cui si è fatto portavoce il prof. Crosti non hanno ragione di allarmarsi, chè, evidentemente, non a tutte queste ricerche dovranno essere sottoposti i malati, prima di essere operati; altrimenti il rischio operatorio cederebbe dinanzi al danno pre-operatorio! Alcune indagini sono da esperire soltanto in determinate condizioni; altre rappresentano un di più, in genere, non necessario; ma, come ha accennato, tutte servono a orientarci nel difficile giudizio della prognosi e della preparazione degli operandi e potranno aver valore quando un'esperienza più larga ci permetterà di venire a conclusioni più precise.

Quanto alla relazione osserva che giustamente i Relatori hanno insistito sull'acidosi che è una complicazione post-operatoria assai frequente e temibile; poco invece essi hanno detto sull'alcalosi, che pure in alcune condizioni morbose, specialmente dei tratti alti del tubo digerente, è frequente ed ha notevole importanza prognostica; da ricerche fatte nella sua clinica risulta non minore che per l'acidosi l'influenza dannosa da essa esercitata per es. sul tempo di coagulazione.

D'accordo coi Relatori l'O. riconosce assai importanti le ricerchè sulla funzione epatica e si associa alle loro osservazioni, che mentre lo studio della funzionalità renale, nella preparazione dei malati all'operazione, è assai diffuso e preciso, assai minor peso, in genere, si dà nella pratica a quello della funzionalità epatica, che viene spesso, quasi del tutto trascurato.

Eppure esso specie in certe categorie di malati, è importantissimo, e nella sua clinica non si trascura mai di valutarlo, ove occorra, con le molteplici prove dirette e indirette, che qui non è il caso di enumerare.

L'O. passa quindi a occuparsi della questione dell'anestesia, che, a suo parere, è di importanza fondamentale, mentre è ancora lungi dall'essere risolta in modo definitivo, o almeno non vi è accordo sostanziale fra i vari chirurgi al riguardo. Pur riconoscendo gli svantaggi dell'anestesia generale, compresa quella eterea, i Relatori concludono che, in fondo, spesso l'anestesia eterea è ancora la migliore. E' convinzione dell'O. — e nella sua clinica segue da tempo questo indirizzo — abbandonare o limitare al massimo grado l'anestesia generale, ottenuta coi soliti narcotici, compreso l'etere, che pure è il meno nocivo. Egli cerca di dare la maggiore estensione possibile all'anestesia regionale e a quella locale. Riconosce che in parecchi casi ciò non è possibile; ma in questi casi, da quanto ha potuto vedere, specialmente in America e in Inghilterra, e da poco tempo anche in Francia, crede sia preferibile servirsi dell'anestesia coi gas, specialmente coll'etilene, che egli si propone di utilizzare.

Per quanto riguarda le complicazioni polmonari post-operatorie, frequenti specialmente dopo operazioni sullo stomaco e sul duodeno, insiste sull'utilità della vaccinazione preventiva; egli si serve del siero polivalente antipolmonare dell'I. S. M. Il trattamento non richiede molto tempo: bastano tre iniezioni preventive; in ammalati nei quali, in genere, l'intervento non è urgente e per i quali sono necessari vari giorni di degenza per lo studio diagnostico e preparatorio, esso è possibile ed è esente da danni. Quanto alla sua efficacia, riconosce che esso non impedisce lo stabilirsi delle complicazioni polmonari post-operatorie nè influenza la loro frequenza; tuttavia pensa che la vaccinazione è capace di attenuare il decorso delle complicazioni e perciò di abbassare la mortalità in simili casi.

D o n a t i M. In linea di massima conferma le conclusioni dei Relatori. Nella preparazione dell'ammalato non si possono dettare delle norme rigide, da valere per tutti gli ammalati; l'O. sostiene che nelle cure pre-operatorie bisogna essere individualisti. Le ricerche di laboratorio relative alle prove funzionali sono utilissime e non vanno rifiutate nella clinica. L'esame clinico, però, ha una importanza fondamentale; tuttavia, anche se fatto con ogni cura, spesso accade che esso non sia sufficiente a far rilevare dei vuoti, che solo determinati mezzi di indagine sono capaci di svelare.

Quanto alle complicazioni polmonari post-operatorie, l'O. fa rilevare come la vaccinazione preventiva non gli abbia dato buoni risultati. Conviene sulla influenza esercitata dall'ambiente e nota che la disinfezione della cavità boccale sia una buona norma da tenere presente nella prevenzione delle complicazioni polmonari. Egli ha visto diminuire tali complicazioni sia abituando gli ammalati a respirare prima dell'intervento, sia morfinizzandoli dopo l'operazione. Quest'ultima pratica, vincendo la contrattura dei muscoli addominali, permette all'ammalato di respirare meglio e quindi ne aumenta i mezzi di difesa. L'O. inoltre fa rilevare come l'uso dell'anestesia locale e regionale, anche da questo punto di vista, sia da preferirsi. Nei casi però in cui queste non si potessero praticare, raccomanda di affidare la cura dell'anestesia generale a individui di provata capacità.

F a s i a n i G. M. (Relatore) Le comunicazioni e la discussione sulla «valutazione della resistenza dell'operando» sembra che abbiano dimostrato come la impostazione da loro data al problema risponda alla realtà.

E infatti tutti i numerosi contributi delle Cliniche di Donati, di Alessandri, di Pascale, di Baldo Rossi, di Leotta, di Burci, di Fichera riguardano da un lato lo studio della fisiopatologia dell'operazione e della narcosi, dall'altro lato la ricerca di elementi per la valutazione, nelle indagini funzionali degli organi e degli apparati di importanza vitale.

Se un dubbio era sorto in loro, di essere o meno sulla buona strada, questo dubbio oggi scompare, di fronte all'unanime consenso. E questo consenso significa che quell'invito a collaborare, che ha rivolto ai colleghi, è stato fin d'ora accolto, cosicchè egli ritiene che anche da noi si accenda l'interesse per questi problemi di valutazione funzionale che sono di grandissima importanza per il chirurgo.

Sul problema dell'acidosi post-operatoria e post-anestetica numerosi oratori hanno portato qui il contributo di loro osservazioni personali. Se divergenze esistono in alcuni risultati particolari, viene confermata nel suo complesso la constatazione dell'acidosi dovuta all'operazione e all'anestesia, e viene quindi posta in rilievo l'importanza di questa modificazione del ricambio per la valutazione di resistenza.

Risultati alquanto discordi sono stati ottenuti nella determinazione dell'azotemia post-operatoria. All'O. sembra però che maggior valore si debba riconoscere a quelli ottenuti con metodi assai esatti (metodo dell'urease, metodo di Kjeldhal per l'N resto) e che dimostrano un aumento dell'azotemia nel periodo post-operatorio.

Un particolare interesse deve essere riconosciuto alle comunicazioni che l'insufficienza respiratoria rappresenti una condizione che predispone alle complicazioni polmonari post-operatorie e dimostrano la possibilità di modificarle in senso favorevole prima dell'operazione.

Scarsi sono stati i contributi all'esame funzionale del fegato; ma i risultati comunicati sembrano dimostrare che qualche utile elemento di conoscenza può essere già fin d'ora ottenuto per la valutazione dell'operando e servono ad ogni modo ad indicarci quali fra i metodi funzionali sembrino più utili per questo scopo.

Ringrazia i Colleghi che nella discussione sono stati larghi di encomio per lui e per il correlatore.

Al Sen. Baldo Rossi, il quale ha portato nella discussione il frutto della sua esperienza pratica, dice che è con lui nel ritenere che al di sopra di tutte le prove funzionali deve essere oggi e sempre posto l'esame clinico, il quale è il fondamento primo di ogni valutazione di resistenza. Ma il clinico non deve nulla rifiutare di ciò che può servire a dargli sempre maggiori elementi di conoscenza intorno all'individuo che deve essere operato. Per quanto riguarda l'esame funzionale del cuore, anche i metodi più semplici possono servire a dare un orientamento sullo stato del miocardio. A loro è sembrato che l'esame radiologico, in mani sperimentate, sappia fornire rapidamente i più completi ragguagli sulle condizioni morfologiche e su quelle funzionali del cuore.

Il prof. Chiasserini ha rilevato che nella relazione non è notato il pericolo della embolia di grasso: ciò è esatto; ma deliberatamente i Relatori hanno limitato la loro trattazione ad alcuni punti del vastissimo tema che parvero loro essenziali, trascurando di prendere in esame le complicanze post-operatorie più rare.

Fra le cose dette dal prof. Fichera, gli sembra particolarmente interessante la dimostrazione di condizioni di «anergia post-operatoria», ottenuta non soltanto con la tubercolina, ma anche con altre sostanze; è un'altra prova delle modificazioni profonde che l'atto chirurgico determina nell'intero organismo.

Il prof. Alessandri ha giustamente rilevato che il problema dell'alcalosi era stato assai meno ampiamente trattato di quello dell'acidosi; ma

Digitized by Google

quest'ultima parve ai Relatori condizione assai più frequente e più importante in quanto la tendenza all'acidosi esiste dopo ogni operazione e ogni narcosi.

Il prof. Crosti ha posto un quesito che ha sollevato molte discussioni. Egli ha espresso il desiderio che da questo Congresso esca un giudizio esplicito sul valore delle prove funzionali in chirurgia e sulla indicazione di queste nella pratica, ed egli ha invitato il Congresso a formularle. Il Crosti si preoccupa della possibilità che di fronte ad un insuccesso chirurgico, l'operatore venga accusato di non aver compiuto prima dell'intervento, tutte le prove funzionali: egli vorrebbe perciò che venissero indicate quelle che oggi devono essere ritenute indispensabili e la cui omissione può essere imputata a colpevole trascuranza. L'O. non crede che questo, allo stato attuale delle nostre conoscenze sia possibile; noi ci troviamo ancora nel periodo della raccolta dei fatti ed esprimere un giudizio sarebbe prematuro. E per questo i Relatori hanno cercato di mettere a punto la questione e di indicare un programma di lavoro, senza alcuna pretesa di stabilire regole e di esporre leggi. Sembra inoltre all'O. che qualunque affermazione esplicita al riguardo potrebbe diventare la migliore arma nelle mani di malintenzionati. Prega perciò il prof. Crosti di non insistere nella sua richiesta.

Si dice lieto che il prof. Donati, affermando con i Relatori, la importanza preminente dell'esame clinico, abbia sconsigliato una codificazione di ciò che può servire a valutare la resistenza dell'operando.

Torraca L. (Relatore). Dichiara che sarà brevissimo, sia perchè il correlatore, prof. Fasiani ha già risposto in parte alle osservazioni che sono state loro fatte, ed anche perchè gli pare che alle conclusioni, cui essi sono giunti, non siano state mosse obbiezioni serie.

L'O. comincia col mettere in rilievo quanto ha detto il Belloni sulla importanza dello stato mentale dell'operando per i risultati degli interventi chirurgici. E' ormai lontano il tempo, dice il Relatore, in cui l'animo del chirurgo doveva rimaner chiuso a qualsiasi misericordia; divenuti più umani i chirurghi invece oggi si preoccupano dello stato emozionale dei loro malati, e sempre più se ne debbono preoccupare, perchè le condizioni psichiche degli infermi hanno una indubbia importanza per il decorso post-operatorio.

Per quello che riguarda le questioni del ricambio, dalle ricerche del Velo e del Pozzi è risultata la grande importanza della somministrazione del glucosio e dell'insulina e glucosio agli operandi, anche al di fuori della chirurgia dei diabetici.

L'on. prof. Rossi ha accennato a inconvenienti, non tanto piccoli, che possono seguire le iniezioni endovenose di glucosio, mentre un collega, appartenente ad una scuola non meno autorevole, ha detto che tali iniezioni si possono eseguire senza preoccupazione di sorta. Questa contraddizione non deve meravigliare; è un caso che si verifica spesso negli apprezzamenti dei chirurgi e che indica come alcune questioni abbiano bisogno di essere sottoposte ad osservazioni più ampie ed eventualmente a perfezionamenti di tecnica.

Anche per quello che riguarda le modificazioni della R. A. dopo gli interventi chirurgici, è avvenuto qualche cosa di simile. Il Ciminata infatti, e anche il Simeoni, che gliene ha fatto comunicazione verbale, hanno trovato che riguardo alla diminuzione della R. A. post-operatoria, non vi sono differenze sensibili tra le anestesie locali e le narcosi eteree e cloroformiche. Da un lavoro del Bertoli, invece, che proprio quest'oggi il prof. Burci ha mostrato, risulta che la narcosi con l'etere o il cloroformio determina un abbassamento della R. A. molto più considerevole che non le anestesie parziali.

E' opportuno però qui ricordare quanto è stato già detto nella relazione che i chirurgi non debbano nutrire soverchie preoccupazioni per le diminuzioni della R. A. che si osservano dopo le operazioni eseguite sopra individui in condizioni di equilibrio acido-basico normali, perchè si tratta di spostamenti generalmente leggieri e che vengono compensati rapidamente. Sono gli individui nei quali l'equilibrio A. B. ha tendenze acidosiche già prima dell'intervento, che meritano tutta l'attenzione del chirurgo.

Per quello che riguarda la trasfusione, la maggioranza degli Oratori ha accennato ad una preferenza decisa per il sangue integro; l'O. però non può non rilevare l'affermazione del Sen. Rossi sul sangue citratato, in quanto che essa viene a confermare l'opinione, riferita nella relazione, di P. Emile-Weil, il quale afferma recisamente che il sangue citratato non dà mai incidenti pericolosi.

Sull'argomento delle polmoniti post-operatorie, l'O. sottolinea tutta l'importanza delle ricerche spiroscopiche del Foà e del Borra; queste dimostrano infatti come, a prescindere dai numerosi agenti causali, vi sia forse nel fondo del meccanismo etio-patogenetico delle polmoniti post-operatorie, un fattore funzionale di insufficienza respiratoria. Questo è un fatto di molta importanza perchè, come lo dimostrano le esperienze del Borra, l'insufficienza respiratoria può essere utilmente corretta con una opportuna ginnastica respiratoria. Questa però è una constatazione antica, ma il Borra ne ha fornite oggi delle prove matematiche. L'O. ricorda inoltre l'affermazione del Ghiron sulla difficoltà che, ad una efficace vaccinoterapia pre-operatoria contro la polmonite, oppone la molteplicità dei germi capaci di determinare le affezioni polmonari, e lo ricorda perchè corrisponde a puntino ad un apprezzamento che in proposito ha avuto occasione di scrivere, anni or sono.

L'osservazione del Sen. Rossi sulla sieroterapia antipneumococcica, trova riscontro in quella di altri chirurgi. Il siero antipneumococcico infatti ha un campo di azione limitato, in quanto solo una parte delle polmoniti post-operatorie è dovuta allo pneumococco. E' però impressione diffusa, compresa quella espressa dal prof. Rossi, che dopo la sieroterapia antipneumococcica preventiva, le polmoniti, se non diminuiscono di frequenza, hanno però decorso più blando.

Quanto al rimprovero di eccessiva lunghezza, mossa al metodo del Lambret, rilevato dal prof. Alessandri, l'O. fa rilevare che esso è formulato dal Murard e dal Combier, e forse non è del tutto immeritato, giacchè il Lambret dapprima ricerca negli operandi la sensibilità verso i singoli germi, poi procede alla fabbricazione dei vaccini e dopo all'immunizzazione.

Il prof. Donati ha messo in evidenza i benefici della morfina, che, abolendo i dolori post-operatori, rende più liberi i movimenti respiratorii: è questo un concetto condiviso da molti chirurgi, che dopo l'intervento somministrano generosamente la morfina ai loro operati; ma altri rilevano che questa, insieme ai dolori abolisce anche lo stimolo all'espettorazione, cosa pericolosa per l'insorgenza delle affezioni polmonari post-operatorie. Quanto all'osservazione del Chiasserini, l'O. fa notare che non ignora affatto l'ipotesi del Pasteur intorno al collasso polmonare, ma che i fatti da lui ricordati sono tali da togliere qualsiasi dubbio sulla esistenza di un collasso polmonare da ostruzione dei bronchi da parte di zaffi di muco.

Venendo infine alla scelta dell'anestesia, l'O. si dice dolente di non potersi dilungare sull'argomento, che pure meriterebbe lunga discussione. Delle anestesie con gas crede che in Italia non si abbia ancora esperienza. E' noto però che i gas anestetici sono un utile complemento della narcosi eterea, ma non possono sostituirla del tutto. I gas infatti dànno tutti, quale più quale meno, una certa percentuale di insuccessi anestetici, per i quali è necessario ricorrere all'etere. L'acetilene specialmente avrebbe lo svantaggio di determinare addirittura una inversione del tipo respiratorio, provocando la così detta espirazione attiva. Sull'etilene poi, tanto usato in America, gravano tre decessi dovuti all'ossido di carbonio, che fu trovato nel gas destinato all'anestesia nella proporzione del 2%, sufficiente a provocare la morte dopo pochi minuti; il che dimostra che per lo meno alcuni dei metodi di purificazione del gas non sono perfetti. Tutto ciò non significa che l'anestesia con i gas non debba essere sperimentata, perchè i mezzi che non hanno alcuna tossicità per il cuore, per il fegato e per il rene meritano tutta l'attenzione dei chirurgi.

Dopo di avere domandato scusa, se per caso avesse dimenticato qualche collega, l'O. conchiude la sua esposizione ringraziando gli illustri Maestri che hanno voluto, con la loro parola autorevole, confortare il loro lavoro.

Comunicazioni varie

Dominici L. *Ricerche sperimentali sulla patogenesi delle paraosteo-artropatie nelle lesioni traumatiche del midollo spinale.* — Le osservazioni fatte in Italia e all'estero, dimostrano che queste lesioni sono più frequenti di quanto si creda e che invece di artropatie vere, si tratta piuttosto di lesioni paraarticolari e parascheletrche e cioè di processi di ossificazioni paraarticolari e paraosteali; soltanto in qualche caso è registrato versamento endo-articolare. La patogenesi di queste lesioni è assai discussa.

Da ricerche sperimentali fatte nella sua clinica l'O. ritiene che probabilmente è necessario un trauma di natura speciale, affinchè negli arti paralizzati, per lesioni traumatiche del midollo spinale, si producano queste paraosteartropatie.

Morpurgo B. e Milone S. *L'influenza della nutrizione insufficiente sull'attecchimento di innesti omoplastici di pelle.* — L'alimentazione insufficiente, prolungata favorisce l'attecchimento di gran parte o di tutto l'innesto omoplastico di pelle nei ratti albini. Negli animali assoggettati al digiuno si osserva un enorme cumulo di pigmento del sangue nell'apparato reticolo-endoteliale. Il risultato di queste esperienze appoggia l'ipotesi che la difesa dell'organismo contro tessuti eterogenei, sia analoga a quella contro le infezioni.

Morpurgo B. e Milone S. *La reazione dell'innesto omoplastico di pelle dimostrata con l'affrontamento del derma del trapianto con quello dell'ospite.* — Dimostrano gli effetti dell'introduzione di pelle del-

Digitized by Google

lo stesso individuo e di quella di un altro individuo nel sottocutaneo del dorso di ratti albini. Al 6°-8° giorno dopo l'operazione nel ratto innestato con pelle di un altro individuo si osserva una forte gonfiezza cagionata da idrope.

Fichera G. *Innesti fetali omogenei nel diabete e nei tumori.* — Ha innestato frammenti di pancreas, milza e timo, freschi, prelevati da feti umani, rispettivamente in diabetici e in cancerosi. Prima di praticare gli innesti, una parte di essi serviva per l'esame istologico, onde assicurarsi dello stato funzionale dell'organo. Gli innesti furono praticati nella cavità vaginale o nel tessuto prepertitoneale. Nessuna modificazione si è verificata nell'ospite. Con l'esame praticato a distanza varia di tempo, l'oratore ha osservato che, per quanto riguarda il pancreas si ha nell'innesto un processo di necrobiosi a cui segue, in un secondo tempo, una trasformazione in tessuto connettivo. La stessa sorte subiscono gli innesti di milza e di timo.

Burci. Ricorda che in un caso di tetano cronico, innestò nella vaginale del testicolo due paratiroidi, prelevate durante un'operazione di gozzo. Le convulsioni scomparvero per circa sei mesi, dopo di che si ripresentarono. Nello stesso individuo fu praticato un secondo innesto di paratiroidi prelevate da una scimmia, con il medesimo effetto. L'O. asportò, durante la seconda operazione, il tessuto innestato in primo tempo e potette così constatare che era trasformato in tessuto di cicatrice.

Montemartini G. *Sui rapporti funzionali fra milza e fegato.* — Ha osservato che gli operai di splenectomia presentano diminuzione notevole del peso corporeo. Il ricambio azotato nei primi mesi dopo l'intervento si modifica nel senso che si ha aumento dell'azoto totale e di quello ureico e del coefficiente azoturico, e diminuzione dell'azoto ammoniacale e di quello degli amminoacidi. Per quanto riguarda il ricambio degli idrati di carbonio si rileva aumento del glicogeno epatico e della iperglicemia alimentare. La bilirubinemia non si modifica.

Da questi rilievi l'O. conchiude che è necessario, prima di praticare una splenectomia, un accurato esame della funzionalità epatica, con speciale riguardo al ricambio azotato e degli idrati di carbonio, inquantochè ritiene che se questa è molto alterata, il malato non possa sopportare in alcun modo la splenectomia, anche se questa potesse, in alcuni casi ancora discussi, migliorare le condizioni del fegato.

De Gaetano L. *Sindrome di stenosi pilorica determinata da cisti da echinococco del fegato a parete spessa e dura, simulante un cancro dello stomaco. Intervento. Guarigione.* — Riferisce di avere operato un infermo nel quale la sindrome clinica, confortata da ripetuti esami radiologici, faceva pensare alla esistenza di un cancro dello stomaco, con stenosi pilorica. Nonostante il parere contrario di parecchi chirurgi, l'O., avendo avuto dei dubbi sulla natura dell'affezione, consigliò ed eseguì l'atto operativo, che permise di riscontrare la presenza di una grossa tumefazione bernoccoluta, posta in corrispondenza della piccola curvatura dello stomaco, che si spingeva verso la regione pilorica e si approfondiva sotto la piccola ala del fegato. Avendo avuto esito negativo le punture esplorative, fu praticata una larga incisione che detto esito alla fuoruscita di numerose piccole cisti. Resezione parziale della parete e marsupializzazione. Il decorso post-operatorio fu ottimo e l'individuo guarì in breve volgere di tempo.

Chiasserini A. *Contributo allo studio delle cisti ematiche del cervello.* — Riferisce un caso di cisti ematica del cervello, in una bambina di 12 anni, da lui operata nell'agosto scorso. La cisti aveva pareti calcificate, era grande come un piccolo uovo ed aveva sede sottocorticale, in corrispondenza della zona rolandica destra. La cisti fu aperta, il contenuto (liquido ematico di colorito scuro) vuotato; chiusura per primam.

L'esito dell'intervento fu buono: un'emiparesi sinistra, che la paziente presentava al momento dell'intervento, era quasi completamente scomparsa due mesi dopo. Quanto alla natura della cisti, l'O. crede che non si possa determinarla in modo sicuro. Data però la lunga durata della malattia, l'assenza di traumi e l'inizio dei sintomi dopo il decorso di un tifo, non è da escludere che possa essersi trattato di un focolaio di encefalite emorragica, successivamente calcificatosi.

Calabrese D. *Un raro tumore dello stomaco.* — Illustra un caso, da lui operato, in cui esisteva una sindrome di stenosi pilorica. Aperto lo stomaco, fu trovato un tumore pendulo, che, all'esame istologico risultò essere un fibroma.

Anzilotti G. *Tumore dell'appendice con invaginazione appendicolo-tiflica.* — L'O. riferisce un caso interessante di polipo adenomatoso dell'appendice obliterata nella parte distale, con trasformazione adenomatosa della mucosa della parte prossimale dell'appendice. Il polipo è stato causa di un invaginamento dell'appendice nel cieco, in cui sporgeva il polipo stesso. Fu praticato il disinvaginamento dell'appendice e la sua resezione, all'imbocco nel cieco.

L'interesse del caso sta nella rarità dei tumori dell'appendice e specie dei polipi adenomatosi, oltre che nell'invaginamento dell'appendice nel cieco, causato da un tumore.

Seduta antimeridiana del 21 ottobre

Presid.: prof. Ferrari

Comunicazioni varie

Carmona L. *Intorno a un tumore epiteliale maligno in sede non comune.* — Riferisce il caso di un tumore epiteliale in una sede, in cui, pare, non sia stato mai descritto. Esso era incluso nel muscolo grande pettorale, che lo inglobava completamente. L'O. pensa che gli elementi epiteliali presumibilmente di origine mammaria che hanno dato origine al tumore, preesistessero, completamente isolati, nello spessore del gran pettorale.

Fichera G. *Sulla colelitiasi.* — Tratta il problema della patogenesi della colelitiasi e, con l'appoggio di numerosi reperti operatori, sostiene che la cosidetta «vescicola a fragola» rappresenti uno stadio prelitiasico. Con ricerche assai ingegnose, che ha fatto praticare nel suo Istituto, è riuscito a riprodurre nell'animale reperti simili a quelli rilevati nell'uomo.

Giuliani. Da tempo ha rilevato sindromi che riguardano contemporaneamente la cistifellea e l'appendice. Anche sperimentalmente l'O. è venuto alla stessa conclusione del Fichera, che cioè la «vescicola a fragola» è uno stadio precalcolotico.

Chiarolanza. Ricorda alcune sue vecchie esperienze con le quali dimostrò che i germi circolanti arrivavano al sangue non con la bile, ma attraverso la linfa. Di fronte alle infezioni, la cistifellea si dimostrò attiva, reagendo notevolmente, con ispessimento delle sue pareti.

Fichera. Osserva al Giuliani che la sindrome da lui citata è la sindrome del quadrante destro, in rapporto con le connessioni linfatiche esistenti fra cieco e duodeno, e fra duodeno e cistifellea. Quanto poi agli esperimenti rileva come non è necessario che si abbia il 100 % di risultati positivi.

Anardi T. *Sulla malattia di Osgood-Schlatter.* — Illustra un caso di malattia di Osgood-Schlatter e si sofferma specialmente a discuterne la etio-patogenesi, richiamando l'attenzione sulla importanza dei traumi per la spiegazione della malattia.

Giuliani. Conviene che i traumi hanno una notevole importanza nella malattia di Schlatter. Riferisce delle ricerche da lui praticate nei cani, nei quali, mediante trazione del tricipite surale sul nucleo di ossificazione della tuberosità posteriore del calcagno, ha ottenuto l'atrofia del nucleo stesso di ossificazione.

Villata. *Tumore del testicolo di grandi cellule rotonde e di tessuto interstiziale.* — Riferisce un caso di tumore del testicolo, che all'esame istologico mostrava che il parenchima e i canalicoli testicolari erano atrofici; inoltre si distingueva un tessuto blastomatoso a grandi cellule rotonde (seminoma) e dei cordoni di cellule interstiziali.

Peracchia G. C. *Fratture dell'estremità superiore dell'omero.* — Ottanta casi di frattura dell'estremo sup. dell'omero furono tutti trattati con mezzi incruenti, e seguiti a distanza di tempo. L'O. mette in rilievo il fatto che coi mezzi ordinari si possono avere esiti funzionali eccellenti.

Piersanti A. *Tumore ipernefroide a sede rara.* — Illustra un caso assai raro di tumore ipernefroide, impiantato sul collo uterino. Asportato, il tumore si riprodusse conservando la sua struttura primitiva, la quale risultava composta di cellule epiteliali con i caratteri delle cellule della zona fascicolata della capsula surrenale.

Fichera. Ricorda tre casi di ipernefroma, operati da lui, di cui due del rene e uno del fegato, del peso di gr. 950.

Leone P. *Sulla legatura dei grandi vasi addominali (aorta-cava).* — Con ricerche praticate nei cani, l'O. ha notato che esiste una zona dell'aorta addominale, situata in un punto equidistante fra le arterie renali e quelle iliache, in cui si può praticare impunemente la semplice legatura o anche la sezione dell'arteria, senza che si abbia la morte dell'animale. Tale zona è denominata dall'O. «tratto indifferente»; una zona analoga esiste sulla cava. La legatura contemporanea dell'aorta e della cava in corrispondenza di detta zona è compatibile con la vita dell'animale.

Latteri S. *Tumori sperimentali del rene e dell'uretere da catrame.* — Afferma che è possibile riprodurre nei topi bianchi le varie forme neoplastiche che si osservano nell'uomo. A mezzo di numerose microfotografie illustra alcuni casi di papillomi del bacinetto, di carcinomi papillari di cui due con metastasi polmonari, di carcinomi alveolari di cui uno con metastasi polmonare, di adeno-carcinomi con metastasi polmonari e di carcinomi pavimentosi. Riferisce pure su due adenocarcinomi del paren-

Digitized by Google

chima renale, due carcinomi dell'uretere e su tre casi di papillomi multipli della vescica.

Fichera. Rileva che le ricerche sono interessanti, ma fa notare come le neoproduzioni illustrate dall'O. e considerate come adenomi, adenocarcinomi etc. siano piuttosto da riguardarsi come semplici iperplasie, simili a quelle che si riscontrano nelle gastriti dei vecchi.

Paolucci Fr. *Sul mancato attecchimento di innesti autoplastici.* — Per le sue esperienze l'O. è partito dal principio affermato dall'Arthus, che nel coniglio l'anafilassi non è strettamente specifica e dalla constatazione già fatta che nei conigli scottati esiste una refrattarietà all'attecchimento di innesti autoplastici.

I risultati delle sue ricerche confermano la refrattarietà all'attecchimento degli innesti autoplastici nei conigli scottati. Gli innesti invece attecchiscono, se i conigli sono trattati con siero di cavallo prima e dopo la scottatura. Gli innesti praticati in conigli sensibilizzati con siero di cavallo finiscono coll'andare in necrosi.

Da questi risultati l'O. desume che agli effetti dell'attecchimento degli innesti autoplastici nei conigli scottati, scottatura e sensibilizzazione si equivalgono.

Giuliani G. M. *La cura chirurgica della tubercolosi del ginocchio.* — Nella tbc. del ginocchio, quando il processo data da molto tempo e non si riesce ad ottenere alcun miglioramento nè locale nè generale, l'O. consiglia di praticare l'artrectomia alla Volkmann. Con questo processo furono trattati 17 ammalati e gli esiti a distanza furono buoni; solo in un caso residuò accorciamento dell'arto. In un caso ci fu anche ripristino funzionale.

Valdoni. Crede che sia preferibile praticare l'operazione di Robertson-Lavall, che, senza essere demolitrice, assicura una buona anchilosi del ginocchio.

Chiarolanza. E' d'avviso che non si possa stabilire una linea di condotta unica; la condotta del chirurgo deve variare caso per caso.

Francini M. *Cisti dermoide del mediastino anteriore.* — Illustra il caso di una voluminosa cisti dermoide, situata nel mediastino anteriore, con gravissima sindrome da compressione, per cui dovette praticare una toracotomia anteriore, che dette esito a circa due litri di liquido torbido. Residuò una fistola toracica, la quale, dopo lungo tempo, volse a guarigione per l'espulsione della parete cistica, dovuta alla retrazione cicatriziale della sacca.

Seduta pomeridiana del 21 ottobre

Presid.: prof. Ferrari

Comunicazioni varie

Mendola e Loreto. *Osservazioni sullo sviluppo dell'adeno-carcinoma dei topini variamente trattati.* — L. riferisce i risultati di ricerche eseguite in collaborazione col Mendola, ricerche in cui gli OO. si sono proposti di studiare la influenza dell'iniezione di ultrafiltrato di autolizzato di tumore omologo di milza di topo portatore di tumore e quella dell'iniezione di sangue di topino portatore di tumore dello stesso ceppo, sullo sviluppo di innesti di adeno-carcinoma della mammella del topino. Dalle loro ricerche gli OO. arguiscono che, eliminando, con l'ultrafiltrazione la possibilità di un intervento microbico, il potere inibente degli autolizzati va attribuito, probabilmente, ad un'azione citolitica diretta sulle cellule tumorali, e ad uno stimolo funzionale degli organi a funzione antiblastica (sistema emolinfo-poietico. Non solo, mo dato che il siero di sangue di topini portatori di tumori si è dimostrato inattivo verso lo sviluppo degli innesti di tumore omologo, si può escludere che esso contenesse anticorpi specifici di origine microbica. Il permanere dell'azione antiblastomatosa negli ultrafiltrati, e l'assenza di qualsiasi azione antiblastica del siero di topini portatori di tumori, fanno escludere in linea generale la possibilità che l'origine dei tumori sia legata ad un fattore microbico.

Valdoni P. *Il pneumocele. Nuovo metodo di diagnosi nelle affezioni del testicolo.* — Ha elaborato un metodo di diagnosi radiologica, che consiste nell'insufflare ossigeno nella cavità vaginale. In tal modo si ottengono radiografie, che sono tipiche per le diverse affezioni del testicolo e dell'epididimo.

Caccia F. *Patogenesi della stitichezza nelle tiflocoliti e relativo trattamento.* — Porta un contributo casistico di tecnica operatoria in alcune forme di stitichezza, dovute ad alterazioni anatomiche dell'ampolla ileo-cecale e al conseguente perturbamento funzionale. Dallo studio dei suoi casi l'O. deduce che vi sono casi di stitichezza di origine primitivamente cecale (cieco ipermobile o eccessivamente fisso da dismorfie) i quali possono essere efficacemente curati con il metodo conservativo ortomorfico del Parlavecchio (tifloplicatio longitudinale e trasversale, rimozione e plastica delle briglie e membrane coesistenti). L'esame radiologico accurato e ripetuto permette di identificare tali forme morbose prima dell'intervento, e dopo l'operazione, ne fa constatare l'avvenuta reintegrazione anatomica e funzionale.

Caucci A. *Operazione per megacolon.* — Ricorda come nel megacolon parziale le ectomie parziali diano buoni risultati. Nel megacolon totale, invece, l'O. consiglia di essere meno aggressivi; l'ectomia del sigma, nei casi di megasigma è un buon intervento, ma esso non è sufficiente. Perciò, in un caso capitato alla sua osservazione, l'O. ha associato a questo intervento, la stomia del cieco con la porzione infima del colon pelvico. In tal modo sono scomparsi i dolori e la defecazione si compie giornalmente e normalmente.

Ciminata. E' d'accordo con l'O. nel riconoscere che l'ectomia dia un'alta percentuale di mortalità; osserva però, che con un adeguato trattamento pre-operatorio, prolungato per parecchie settimane, si riesce ad abbassare la mortalità. Riferisce che recentemente, il prof. Donati ha operato con l'ectomia, due casi di megacolon congenito, con ottimo risultato.

Pototschnig G. *Pericoli ed errori nella resezione gastrica.* — L'O. fa una rapida esposizione dei pericoli e degli errori, che possono intercorrere o presentarsi a chi pratica una R. G., con particolare riguardo ai casi di ulcera. Dopo un breve cenno sugli errori di indicazione e sulle complicazioni post-operatorie negli individui affetti da bronchite cronica o da processi tubercolari, passa a trattare più estesamente delle lesioni accidentali dei dotti biliari e dell'arteria epatica e infine delle gravi complicazioni dipendenti dalla sutura anastomotica (insufficienza per difetti di tecnica o per l'azione digestiva del secreto pancreatico, stenosi del neo-piloro, emorragia post-operatoria). Ricorda quindi il pericolo dell'ulcera peptica sulla bocca anastomotica e le varie complicazioni dovute all'uso del bottone. Cita i propri insuccessi, illustrando le cause degli errori commessi ed indicando i mezzi atti ad evitarli. Il successo nella R. G. per alcuni dipende indubbiamente da una particolare esperienza e da una buona tecnica. Esso potrà tanto più facilmente essere conseguito, quando si terrà conto degli accorgimenti suggeriti; solo allora si apprezzerà giustamente il valore di questo metodo nella cura dell'ulcera gastrica.

Vecchi. Si dichiara fautore della resezione della pars pilorica nell'ulcera gastrica e duodenale e quindi pienamente solidale col Pototschnig, anche quando l'ulcera duodenale è inestirpabile. Riguardo alla tecnica, si loda dell'uso della pinza di v. Petz, la quale richiede, però, di curare ugualmente la linea di sutura.

Chiarolanza. La R. G. non sempre è applicabile; come per esempio nei casi di aderenze multiple ed estese. Per quello che riguarda il pericolo dell'emorragia, essa non è molto frequente e d'altra parte se la sutura è accurata, riesce perfettamente emostatica.

Fichera. Non è partigiano delle resezioni le quali, se sono indicate nel carcinoma dello stomaco, sono invece un intervento sproporzionato nelle ulcere duodenali, in cui è preferibile praticare la G. E. con la esclusione pilorica. Non accede al concetto della legatura preventiva dei vasi sottomucosi, per prevenire le emorragie, le quali possono essere evitate con la sutura in due piani.

Brancati. Per la cura dell'ulcera duodenale basta la G. E.

Galli G. e Di Natale L. *Enervazione del collo della cistifellea e del cistico.* — Dal punto di vista radiologico in tutti gli animali in esperimento si è ottenuto il riempimento della cistifellea con l'iniezione di tetraiodofenolftaleina; svuotamento di essa dopo sei ore in media. Dopo l'enervazione gli OO. hanno notato un ritardo di svuotamento da una a tre ore. L'iniezione di preparati ipofisari ha provocato contrazioni nette negli animali enervati; in quelli che non avevano subito la enervazione, la parete della colecisti rimaneva inerte.

Ghiron V. *Un nuovo metodo di anastomosi fra il sistema porta e il sistema cava.* — Premesso che la fistola di Eck è un'operazione troppo grave in pratica, ha ricorso all'innesto termino-laterale della vena mesenterica inferiore sulla iliaca. La derivazione della corrente venosa portale è assicurato dalle ricche anastomosi esistenti fra i rami della porta. L'intervento che si svolge sulla parte bassa dell'addome è meno lesivo di quelli portati sulla parte alta, perchè l'interruzione dell'arcata della vena mesenterica inferiore, per prepararne il moncone all'anastomosi, se l'interruzione è breve, non è nociva per la parete intestinale.

Chiarolanza R. *Plastiche facciali.* — L'O. per mezzo di proiezioni illustra un numero notevole di plastiche facciali e ne mette in rilievo i buoni risultati ottenuti.

Palma R. *La linfaticostomia nell'occlusione sperimentale dell'intestino.* — Di recente il Costain, partendo dal concetto «che nella peritonite diffusa l'assorbimento settico avviene per via linfatica», ha sostenuto, con ricerche sperimentali e con osservazioni cliniche, che drenando la linfa all'esterno, si riesca ad allontanare dall'organismo i prodotti

Digitized by Google

dell'assorbimento settico e ad avere la guarigione. Lehmann e Coopher, invece, sperimentando sui cani, sono venuti a conclusioni diametralmente opposte.

L'O. pertanto si è ripromesso di studiare:

1. La tossicità della linfa nell'occlusione, in rapporto ai diversi tratti dell'intestino;

2. L'influenza della linfaticostomia sulla virulenza del bacterium coli;

3. L'influenza del drenaggio della linfa sul passaggio in circolo dei germi nell'occlusione.

Dai risultati delle sue ricerche, l'O. conchiude che:

1. La tossicità della linfa aumenta a misura che dal duodeno ci si avvicina al grosso intestino ed è in rapporto con la virulenza dei germi in essa contenuti;

2. Nonostante il drenaggio della linfa, la virulenza del b. coli, nell'occlusione intestinale aumenta;

3. La linfaticostomia non impedisce il passaggio in circolo dei germi, nell'occlusione dell'intestino.

Sbrozzi M. *Il trattamento chiuso delle peritoniti acute di origine appendicolare.* — Riferisce di avere trattato alcune peritoniti acute di origine appendicolare, con la chiusura completa dell'addome, dopo l'appendicectomia e la toeletta del cavo addominale. I risultati ottenuti sono appendiciti con peritonite acuta circoscritta N. 7 casi trattati con la chiusura completa dell'addome, con 7 guarigioni; peritoniti diffuse d'origine appendicolare 13 casi, di cui 8 trattati col drenaggio, con 6 morti e due guarigioni; mentre nei 5 casi curati col trattamento chiuso, si ebbero 5 guarigioni.

Brancati R. *Metodo semplice di sutura a catena.* — Illustra un metodo da lui escogitato e ne mette in rilievo i pregi specialmense se applicato nelle resezioni del fegato e nella sutura del peritoneo, dopo tagli laparotomici.

Pignatti A. *Sul trattamento chirurgico del megaesofago idiopatico.* —Illustra un caso di dilatazione primitiva dell'esofago, operato dieci mesi fa, con successo.

Cappelli L. *Radicotomia posteriore e ramisezione in un caso di paralisi spastica degli arti inferiori.* — In un caso di paralisi spastica degli arti inferiori, consecutiva a frattura cranica e midollare di antica data, l'O. praticò con successo, la sezione del 2°, 3° e 4° ramo lombare e del 2° sacrale.

Calzavara D. *Intorno alla calcolosi del pancreas.* — L'O. espone un caso, da lui operato e guarito, di calcolosi del pancreas. Furono estratti 4 grossi calcoli dal dotto di Wirsung, in corrispondenza della testa e del corpo del pancreas. Presenta i calcoli estratti e le radiografie eseguite prima dell'intervento e fa notare come la sintomatologia clinica e gli esami di laboratorio, nel suo caso, non avevano fornito nessun dato caratteristico per una lesione pancreatica; solo l'esame radiologico condusse alla diagnosi, prima dell'operazione.

Sannazari. *Ricerche sperimentali sugli effetti della enervazione sull'andamento ed esiti del distacco epifisario.* — L'esito ultimo del distacco epifisario nelle ossa enervate è uguale, almeno per quanto riguarda l'accrescimento in lunghezza, a quello che si ha dopo il distacco epifisario dell'osso in condizioni normali. Tanto nelle ossa normali che in quelle di arti resi paralitici, il distacco epifisario, purchè la riduzione sia perfetta, non influenza l'acorescimento dell'osso.

Lazzarini. *Contributo alla patogenesi e cura dell'ernia diaframmatica.* — Comunica il caso di un uomo robusto, nel quale, in seguito ad un trauma di lieve grado, si produsse un'ernia diaframmatica. L'intervento, praticato per via laparotomica, fu seguito da guarigione. L'O. riconosce nel suo caso, una debolezza congenita del muscolo frenico.

Scalone I. *Tre casi di chirurgia addominale con reperti non comuni.* — La prima osservazione riguarda un caso di pseudocisti traumatica del pancreas. L'O. richiama l'attenzione sulla necessità dell'esame istologico anche nei casi in cui, come il suo, l'anamnesi e il decorso fanno pensare in tutto alla pseudocisti, cioè all'ematoma della retrocavità degli epiploon di origine pancreatica. Nel secondo caso si trattava di un sarcoma originatosi da un nodulo aberrante di milza, associato a una raccolta di gas nel sacco epiploico rimasto impervio e probabilmente in comunicazione capillare col colon trasverso, scontinuato dal trauma o anche dal neoplasma.

Nel terzo caso si trattava di un'ernia del diverticolo di Meckel, affetto da una neo-produzione, che simulava il cosidetto pseudocarcinoma. All'esame istologico, invece, fu riscontrata una degerazione pseudocistica gelatinosa del connettivo; processo questo esclusivamente infiammatorio, descritto finora a carico delle sinoviali tendinee e delle cartilagini semilunari del ginocchio.

Biancheri T. *Sul cosidetto gozzo metastatico benigno.* — L'O. ha rioperato una donna, già operata di gozzo tre anni prima, di un tumore pulsante del temporale sinistro. L'esame istologico dimostrò trattarsi di adenoma, coi caratteri del tessuto tiroideo. Lo stesso reperto si ebbe in una biopsia fatta per una metastasi successiva. Per l'infiltrazione dei tessuti, le metastasi e la cachessia sopraggiunta, l'O. ritiene probabile la natura maligna del tumore.

Baroni B. *Actinomicosi sperimentale.* — Mediante culture di Actinomices asteroides (ceppo prof. D'Agata), opportunamente virulentato, ha riprodotto l'infezione actinomicotica nei comuni animali da esperimento, ottenendo forme generalizzate pseudo-tubercolari a decorso acuto e forme circoscritte a decorso subacuto, con produzione di noduli granulomatosi caratteristici e di masse pseudo-tumorali. In alcuni animali, dopo un andamento cronico circoscritto, ha notato generalizzazione dell'infezione a tutto l'organismo, con morte dell'animale.

Le formazioni nodulari studiate dal lato istologico, sono di tipo piocmico nelle forme a decorso subacuto. Il germe inoculato germoglia e si sviluppa costituendo aggregati filamentosi raggiati e classiche forme clavate.

In base ai risultati positivi delle sue ricerche, l'O. afferma che è possibile riprodurre nell'esperimento la infezione dell'Actinomices e ottenere reperti patologici e morfologici del germe uguali a quelli che si riscontrano nelle infezioni dell'uomo.

Fichera. Ricorda un caso, da lui operato, il 5° della letteratura, di spleno-granuloma siderotico e micosi splenica.

Vecchi A. *La coledocotomia ideale.* Rilevati i vantaggi e le indicazioni della sutura primaria del coledoco, dopo coledocotomia per calcolosi, riferisce su tre casi operati e guariti. Discute la tecnica e conchiude che la coledocotomia ideale si può e si deve praticare più largamente di quello che si sia fatto finora.

Alessandri. Crede che sia necessario distinguere i casi in cui esiste infezione evidente delle vie biliari, in cui crede sia preferibile un drenaggio all'esterno col tubo di Kehr o simili, da quelli in cui non vi è infezione o questa è assai lieve e in questi si può praticare impunemente la sutura del coledoco. Ma anche in questi ultimi casi l'O. ritiene prudente stabilire un drenaggio di sicurezza o all'esterno o, preferibilmente, favorendo il deflusso nel duodeno, forzando la papilla di Vater con una sonda, o lasciando addirittura nel coledoco un tubo sporgente nel lume duodenale, o semplice o con la punta metallica, come quello del Duval.

Pototschnig. Conta 12 casi di coledocotomia ideale, con doppio piano di sutura, trattati tutti senza drenaggio e tutti guariti.

Benassi. *Ricerche sperimentali sugli effetti dello strozzamento totale temporaneo di un'ansa intestinale.* — Nell'ansa intestinale del coniglio sottoposta ad uno strozzamento temporaneo, in un primo tempo si verificano fatti regressivi profondi e gravi, specialmente a carico della mucosa, la quale, se conserva sempre il suo aspetto grossolano a villi, viene trasformata, sia per quel che riguarda gli epiteli, sia nei rapporti del connettivo di sostegno in una massa amorfo-granulosa, infiltrata da elementi di immigrazione, oltrecchè, in taluni punti, da germi. In seguito si svolgono intensi processi di riparazione, per cui viene ricostituito un epitelio molto somigliante a quello normale, con ghiandole ben differenziate ed un connettivo giovane. Le tuniche muscolare e sierosa, colpite da alterazioni meno gravi, anzi lievi per quel che riguarda la prima, presentano una restitutio ad integrum in un tempo assai breve.

Di Gioia C. *Splenectomia ed anafilassi.* — Nelle cavie splenectomizzate lo shock anafilattico insorge dopo l'iniezione di prova (o scatenante) alquanto più tardi che nei controlli. Decorre con sintomi di minore gravità e dura più a lungo che in questi ultimi. Le differenze riscontrate nella sintomatologia e nel tempo di comparsa, per quanto lievi, possono indurre a ritenere che la milza prenda parte al complesso meccanismo dell'anafilassi, svolgendo un'azione, che è limitata per sè stessa o resa tale dai compensi funzionali assunti da altri organi in sostituzione della milza asportata.

Alessandri R. *Un caso di pancreas accessorio.* — Riferisce un caso, da lui operato, di pancreas accessorio, situato nella prima porzione del duodeno. Mette in rilievo la rarità dell'affezione nell'uomo; nella letteratura si contano 12 osservazioni, mai fatte prima dell'intervento. Le sedi più frequenti sono il tenue e i diverticoli; in seconda linea vengono lo stomaco e il duodeno. Riferisce l'idea di Kelley Hale, poggiata su un caso operato con reperto di autopsia, che la stenosi pilorica congenita dei neonati possa essere dovuta a un nodulo di panoreas accessorio sul piloro, che, più che per azione meccanica, determini lo spasmo pilorico per irritazione.

Il suo caso è interessante perchè i disturbi che la malata presentava da tempo, facevano pensare a lesione delle vie biliari o ad appendicite. Con questa diagnosi appunto, in occasione di un attacco dolorifico acuto, fu portata alla clinica, ma non fu operata d'urgenza, perchè la diagnosi non appariva chiara. All'operazione la cistifellea e l'appendice apparvero

Digitized by Google

normali. Sulla prima porzione del duodeno, esisteva invece una tumefazione poco rilevata, che fu escissa a tutto spessore. L'esame istologico mostrò trattarsi di pancreas a struttura quasi assolutamente normale. E' interessante notare che, dopo l'operazione, la sindrome clinica cessò.

Mambrini D. *Alcuni casi di osteosintesi per frattura dell'estremità inferiore dell'omero.* — Illustra alcuni casi di frattura dell'estremo inferiore dell'omero, trattati con l'osteosintesi. L'O. loda il metodo, che dice preferibile alla cura incruenta, perchè dà risultati migliori e più sicuri.

Rossi F. Nella clinica chirurgica di Milano si è partigiani della cura incruenta, e il Peracchia ha riferito che i risultati ottenuti col metodo incruento sono altrettanto buoni quanto quelli ottenuti dal Mambrini. L'O. pensa che l'intervento chirurgico debba essere riservato a quei rari casi, in cui la riduzione non si ottiene dopo ripetuti tentativi, di cura incruenta.

Vecchi. Nella cura delle fratture dell'estremo inferiore dell'omero i migliori risultati li ha ottenuti col metodo cruento, di cui si dichiara partigiano.

Mendola e Agosta. *Lesioni sperimentali articolari da Monilia tropicalis Castellani.* — M. riferisce i risultati di esperienze eseguite in collaborazione con A. sull'azione patogena della monilia tropicalis Castellani, inoculata direttamente nella cavità articolare di conigli e di cavie, ed in circolo, provocando contemporaneamente traumi articolari. Hanno rilevato che la monilia provoca lesioni di natura essudativa e proliferativa, con tendenza della sinoviale alla sclerosi; lesioni necrobiotiche delle cartilagini, con consecutivi tentativi di reazione riparatrice encondrale; e finalmente lesioni regressive del tessuto osseo spugnoso sottocondrale con successiva fase reattiva da parte specialmente del rivestimento endostale degli spazi midollari.

Cavina C. *Trapianti ossei nella mandibola.* — Negli ultimi 7 anni, l'O. ha praticato 20 trapianti ossei nella mandibola: 3 per pseudartrosi post-traumatiche, 15 per perdite di sostanza traumatiche, 1 per perdita di sostanza conseguente a osteite odontogena, 1 per perdita di sostanza prodotta da resezione chirurgica per sarcoma. Dei trapianti, tutti autogeni, 16 erano liberi e 4 peduncolati. Nei trapianti peduncolati (lembi muscolo-periosteo-ossei) la stecca ossea è stata sempre presa dal margine inferiore del corpo della mandibola; nei trapianti liberi 2 volte fu prelevata dalla tibia e 14 volte dalla cresta iliaca. I risultati sono stati: 1 insuccesso (per eliminazione parziale del trapianto causata dalla infezione della ferita chirurgica, provocata da decubito della mucosa da parte dell'apparecchio contentivo intraorale dei frammenti mandibolari, un mese dopo la perfetta cicatrizzazione della ferita stessa) e 19 consolidazioni perfette.

Rossi F. *Cura ed esiti delle fratture del gomito.* — Espone gli ottimi risultati ottenuti nella clinica chirurgica di Milano col trattamento incruento, che, l'O. crede si debba di massima preferire in simili lesioni traumatiche. Si sofferma poi specialmente ad illustrare due casi di frattura di Monteggia del massimo interesse.

Trinchera C. *Ricerche sperimentali sulla influenza della tiroidectomia parziale e totale sull'equilibrio acido-basico.* — Nei cani emitiroidectomizzati si osservano oscillazioni minime della R. A. con tendenza, dopo circa un mese, a lieve aumento dell'alcalosi. Dei cani sottoposti a tiroidectomia totale, alcuni vanno incontro a sintomi di tetania e successivamente a morte, altri non presentano fatti apprezzabili. Nei primi si determina abbassamento progressivo della R. A. fino alla morte dell'animale; negli altri invece, si nota una tendenza verso l'aumento. In tutti i casi poi si riscontrano deviazioni minime dei valori del Ph.

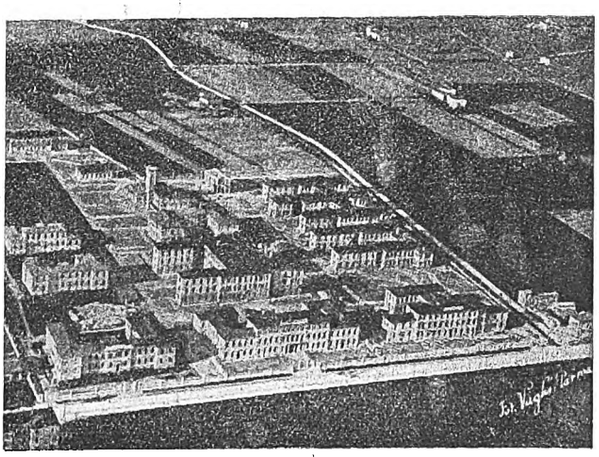
In base a questi dati l'O. riconosce una certa importanza alla tiroide, oltre che alle paratiroidi, nel determinismo dell'equilibrio acido-basico del sangue; la prima, probabilmente, a funzione acida, con meccanismo diretto o indiretto, le seconde a funzione basica.

Frassi. *Ricerche sperimentali sulle lesioni traumatiche interessanti il pancreas a tutto spessore.* — Sia con le compressioni a tutto spessore che con la sezione completa della parte caudale del pancreas, l'O. non osservò mai presenza di liquido pancreatico raccolto nel peritoneo, nè citosteatonecrosi, nè formazione di cisti, ma solo aderenze peritoneali. All'esame istologico nei casi di compressione notò formazione di tessuto connettivale nella zona compressa. Negli animali nei quali il pancreas era stato sezionato, la parte caudale (distale) andava incontro a rapida atrofia, fino a ridursi ad una massa sclerotica.

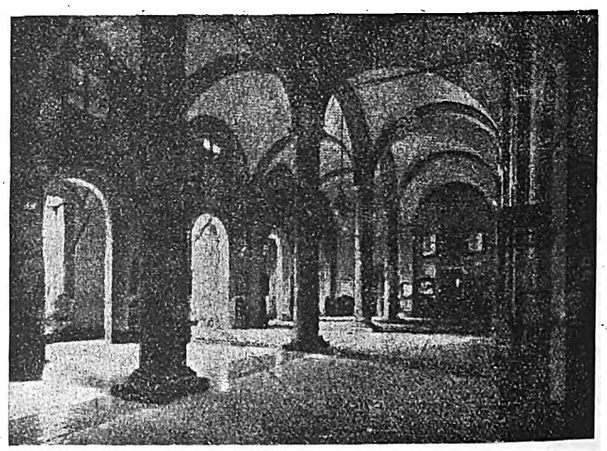
Clemente G. e Cimino S. *Su un nuovo metodo di protezione delle ferite dei nervi periferici.* — Hanno eseguito ricerche sperimentali sulla protezione delle ferite dei nervi periferici, adoperando segmenti di trachea di gallinacei, fissati in alcool a 95 % o in formolo al 10 %. Dai risultati ottenuti gli OO. deducono che la trachea risponde bene come mezzo di protezione delle ferite nervose, perchè è ben tollerata dall'organismo ospite, non disturba i processi rigenerativi, preserva i monconi del nervo dall'azione dannosa del connettivo di neoformazione delle vicinanze, e, mantenendosi a lungo intatta, dà tempo alla cicatrice di ultimare il suo aspetto definitivo.

Il futuro Congresso sarà tenuto a Roma. Tema di relazione per la chirurgia: « *Tumori del tubo digerente* ». Tema da svolgersi in comune con la Società di Medicina interna: « *Tumori del midollo spinale* ».

R. Palma



Parma. L'Ospedale e le Cliniche Universitarie dall'alto di un areoplano.



Parma. Atrio della R. Università.

Digitized by Google

VI CONGRESSO ITALIANO DI UROLOGIA

(Parma - 21-22 Ottobre 1927)

Seduta antimeridiana del 21 ottobre

Presid.: prof. R. ALESSANDRI

Dichiara aperta la seduta, il Presidente dà la parola al dott. G. Wiget, il quale svolge la sua relazione.

Tema di Relazione

INDICAZIONI, TECNICA E LIMITI DELLA CISTOGRAFIA

per il dott. GIUSEPPE WIGET (Milano) - Relatore

L'O. riassume tutto il lavoro fatto dagli Urologi Italiani in questo importantissimo argomento, fissandone la tecnica e specialmente i limiti in modo da evitare errori di tecnica e di applicazione. Redige il suo rapporto coi dati fornitigli dagli Urologi Italiani ed in massima parte colle sue osservazioni personali compiute nella sezione radiologica della Divisione Urologica dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Tecnica urologica: Condizioni permittenti: uretra permeabile a strumenti di calibro notevole; sufficiente distensibilità vescicale; scomparsa di ogni ematuria vescicale; soppressione e cura preventiva di ogni residuo urinoso cronico. Condizioni non permittenti: le complicazioni settiche o settico-uremiche gravi; lesioni vescicali capaci di subire una rapida diffusione.

Mezzo di contrasto da iniettare in vescica: L'O. dà la preferenza al collargolo in sospensione acquosa dal 5 % al 10 % il quale non è tossico, non irrita la vescica, ha un alto potere antiputrido, si presta molto bene alla cistopneumoradiografia ossia cistoradiografia in due tempi.

Tecnica radiologica: Schematizza in sei figure su cui sono segnati i più importanti punti di repere le varie pose o proiezioni secondo le quali deve essere fatta la cistografia e ne precisa le varie indicazioni; descrive la tecnica particolareggiata della cistografia e della cistopneumoradiografia.

La parte speciale comprende un primo capitolo sulla *vescica normale dell'uomo e della donna*, capitolo importantissimo per lo studioso, inquantocchè i clichés uniti al testo possono servire di documento importante per l'interpretazione delle alterazioni patologiche del contorno vescicale.

La vescica delle gravide è studiata dal terzo al nono mese.

Le deformazioni della vescica nel prolasso vaginale ci danno la spiegazione dei fenomeni disurici i quali pure essendo spesso imponenti non sono in diretto rapporto col grado del prolasso direttamente determinabile col consueto esame ginecologico.

Nella tubercolosi vescicale l'O. è assolutamente contrario all'uso della cistografia perchè le deformazioni della vescica che il metodo mette in rilievo non sono tipiche dell'affezione. non possono avere quella sicurezza e finezza di risultati da potere dai medesimi ricavare dati sicuri sulla unilateralità o meno di una affezione tubercolare; protesta contro la ricerca del riflusso vescico-renale in forme di questo genere, ritenendo ciò come estremamente pericoloso.

Nell'ipertrofia della prostata l'O. conclude che il metodo può trovare utile impiego più che per stabilire la forma fondamentale. per vedere se questa ha indotto complicazioni meccaniche (diverticolo) o chimico-settiche (calcolosi) o funzionali (riflusso).

Nella calcolosi la radiografia e specialmente la cistopneumoradiografia è utile quando i consueti metodi (esplorazione strumentale. cistoscopia) non sono possibili. È indispensabile poi nella calcolosi diverticolare ed in quella della porzione extramurale dell'uretere.

Nei diverticoli l'importanza del metodo nuovo è notevolissima perchè clinicamente non abbiamo nessun sintomo sicuro dell'affezione. la semplice cistoscopia non basta ad individualizzare la forma: solo la radiografia ci dà le dimensioni. la posizione, il volume, il numero delle varie sacche diverticolari.

L'O. descrive minutamente la tecnica della cistografia in questo capitolo, tecnica che è dedotta dalla fisiopatologia del diverticolo vescicale.

Nel riflusso vescico-ureterale la cistografia è l'unico mezzo che ci permetta di riconoscerne la presenza e di indicarcene le proporzioni; anche di questa forma i segni clinici sono troppo vaghi ed incostanti e poco tipici. La tecnica della dimostrazione radiografica del riflusso è studiata particolareggiatamente ed è ricalcata sulle condizioni fisiopatologiche alle quali si deve la produzione del fenomeno morboso.

Nei tumori vescicali il metodo può essere di grande aiuto per decidere sulla natura del tumore, per conoscerne esattamente più che col cistoscopio, l'estensione, la base di impianto, la sua diffusione nei tessuti perivescicali.

Altri capitoli studiati separatamente sono: *le formazioni da compressione, le fistole vescicali, il controllo post-operatorio.* L'O. dopo avere constatato e dimostrato l'enorme importanza del metodo insiste giustamente sulle condizioni permittenti il medesimo, condizioni che possono riassumersi nei seguenti principali capitoli: quando sia escluso il pericolo di un aggravarsi della forma vescicale, quando non vi siano in atto complicazioni settico-meccanico-funzionali gravi, quando non vi siano forme infettive facilmente infettive, facilmente diffusibili, quando non vi siano forme ulcerative gravi.

La relazione è accompagnata da una serie di sessanta figure inedite, tutte raccolte nella Divisione Urologica dello Ospedale Maggiore di Milano.

Comunicazioni sul Tema di Relazione

Nicolich G. *Importanza diagnostica della cistografia nei diverticoli, calcoli, tumori e malformazioni della vescica.* — L'O. illustra, con una numerosa statistica, la grande importanza della cistografia nelle diverse affezioni della vescica. Perchè questa pratica dia tutto il suo rendimento, è necessario che la radiografia della vescica sia praticata in quella posizione (antero-posteriore, obbliqua o trasversale) che il caso richiede. Non in tutti i casi di malattie della vescica, però, la cistografia è necessaria; nei calcoli vescicali, per es., egli non la crede necessaria.

Pavone M. (junior). *Un caso assai raro di «atresia ani cum fistula vesicali».* — L'O. premette che nelle sue cistografie non ha mai riscontrato reflusso vescico-uretrale, a meno che nella vescica non esistessero lesioni ulcerative. Illustra quindi, con i relativi reperti cistografici, il caso di un giovane di 16 a., affetto da atresia anale, in cui esisteva una fistola vescico-rettale.

Germani G. *Sulla cistografia.* — L'O. ha portato specialmente la sua attenzione sulla indicazione della cistografia nella tubercolosi vescicale. Ha notato solo un reflusso parziale nei casi in cui vi era una intolleranza vescicale. Sostiene che la cistografia nella tubercolosi renale non è pericolosa, anzi essa deve considerarsi come un aiuto valido e prezioso agli effetti di porre la indicazione operatoria nella tubercolosi renale. A coloro che ritengono pericolosa la cistografia in tali casi, si può obbiettare che allora anche la cistoscopia e il cateterismo degli ureteri dovrebbero considerarsi come tali.

Durante L. *Sulla uretro-cistografia.* — L'O. si è servito di una sospensione oleosa di iodio, per mettere in evidenza il cavo uretrale e quello vescicale. A difesa del metodo da lui seguito, proietta varie uretrocistografie, eseguite previe iniezioni di olio iodato, in cui sono ben messe in rilievo le alterazioni uretrali e, in particolar modo quelle della porzione prostatica.

Nisio G. *Sulla pneumo-cistografia.* — L'O., nella pratica corrente della cistografia, si serve del bromuro di sodio, che prima usava nelle proporzioni del 20 % e che poi ha ridotto al 10 %. I casi sporadici di gravi disturbi locali della vescica, sono attribuiti dall'O. all'alta concentrazione del bromuro (25-30 %), o alla prolungata permanenza della soluzione in vescica, ovvero a particolari contingenze dovute alla vescica stessa.

L'O. ricorda i vantaggi della pneumo-cistografia, quale aiuto nella diagnosi dei calcoli diverticolari e nel riconoscimento approssimativo della loro composizione chimica (donde la possibilità di scelta dell'intervento), nella diagnosi dell'ipertrofia prostatica e, qualche volta, in quella dei

Digitized by Google

tumori della vescica. Come mezzo di contrasto negativo adopera l'ossigeno e non l'aria filtrata.

L'O. infine ricorda come nei pochi casi in cui occorra dare speciale risalto al contorno della vescica, più che al contenuto di questa, trovi indicazione la pratica di associare alla cistografia il «pneumo-Retius».

Caporali L. e Salotti A. *Contributo alla cistografia con metodo combinato.* — Per praticare la cistografia, gli OO. si servono dell'iniezione di gelobarina e aria filtrata. L'iniezione viene spinta fino a quando il paziente accusa stimolo a orinare. Nell'illustrare il loro metodo, essi fanno rilevare come sia capace di mettere meglio in evidenza le alterazioni eventuali della vescica e come le immagini, che in tal modo si ottengono, siano più chiare di quelle fornite dalla sola gelobarina

Romani R. *Diverticoli ureterali e reflusso vescico-ureterale messi in evidenza con la cistografia.* — L'O., con proiezioni radiografiche, illustra un caso di reflusso vescico-ureterale, dovuto a diverticolo ureterale messo in evidenza con la cistografia.

Terra Abrami G. *La cistografia nel reflusso. A proposito di un caso di reflusso vescico-renale bilaterale congenito.* — L'O. preferisce il joduro di litio al 5 % per la cistografia. Per quanto riguarda l'uso del bromuro di sodio, ricorda che si potrebbe abbassare, come fanno gli Americani la sua concentrazione fino al 3 %; in tal maniera sarebbero messi meglio in rilievo anche i più piccoli calcoli del bacinetto.

L'O. comunica quindi un caso clinico, in cui esistevano alterazioni ureterali bilaterali e dei bacinetti e, con la proiezione delle uretero-cistografie, mostra come vi fosse reflusso bilaterale fino ai bacinetti.

L'inferma fu curata con rimedi palliativi: lavaggi vescicali in posizione di Trendelenburg.

Discussione sul Tema di Relazione

Vallebona. Ricorda il suo metodo combinato e ne mette in rilievo i pregi e i vantaggi, quando sia correttamente applicato.

Negro. L'O. fa rilevare come il bromuro di sodio riesca irritante per la vescica. Ricorda inoltre come grande importanza abbia, per la cistografia, la posizione da dare all'ammalato.

Blanc. Nota come non sia prudente servirsi del collargolo per la cistografia, quando si abbia a che fare con vesciche che sanguinano, perchè la coagulazione delle albumine, prodotta dal collargolo, può modificare l'immagine della vescica stessa e trarre facilmente in errore.

Lasio. Rileva come la scelta del liquido opaco sia della massima importanza. Ha notato fatti irritativi dopo l'uso del bromuro di sodio. La gelo-barite, se molto concentrata, può dare incrostazioni secondarie.

La cistoradiografia non può essere praticata ambulatoriamente; è necessario mettere a riposo la vescica, subito dopo l'esame, che è certo più traumatizzante di un semplice esame endoscopico, perchè si tratta sempre di pazienti infetti ed in preda a complicazioni croniche, delle quali si sono solo da poco tempo rimessi. Perciò la preparazione deve essere perfetta, in modo che la vescica sia in perfetto equilibrio dinamico.

Si associa al Relatore circa le sue conclusioni nei vari capitoli, segnalando l'importanza del metodo specialmente nel reflusso, nei diverticoli etc. L'O. insiste sui pericoli della cistografia nelle forme diffusibili e tra queste in prima linea la tubercolosi, per la quale la cistografia non basta a risolvere gli importantissimi quesiti diagnostici, che le sono relativi, mentre poi espone al pericolo di contaminare un rene sano, con un liquido carico di bacilli proiettati in un uretere atonico.

Ravasini. Ricorda le varie precauzioni da tenere presente nella cistografia.

Wiget (Relatore) .Deve aggiungere molto poco, in risposta ai vari OO., dopo l'esposizione fatta dal Lasio.

Al Nisio obbietta che la cistografia, se praticata ambulatoriamente, non è esente da pericoli; è necessario che il paziente dopo l'esame stia per alquanto tempo a riposo. Ricorda anzi come il Prof. Lasio, dopo la cistografia, mantenga una sonda in vescica, per drenarla.

A proposito della comunicazione del Germani, pensa che la cistografia nella tubercolosi sia da sconsigliare, per le eventuali diffusioni del processo morboso.

Seduta pomeridiana del 21 ottobre

Presid.: prof. R. Alessandri

Comunicazioni varie

Nicolich G. *Enorme idronefrosi in un rene in ectopia pelvica mediana.* — Illustra la osservazione di un uomo di 46 a. il quale lamentava dolori alla fossa iliaca sinistra. L'esame radiografico riuscì negativo. Il cateterismo degli ureteri (a sinistra il catetere penetra per 20 cm., a destra per 25 cm.) dette orine chiare da ambo i lati, prive di albumina. Con la cromo-cistoscopia l'O. riscontrò a destra inizio dell'eliminazione dopo 3 m'; a sinistra non si ebbe eliminazione.

La radiografia, praticata con le sonde opache, mise in evidenza il fatto che l'uretere sinistro faceva una curva verso la vescica, passando all'altezza del sacro, e circondava una massa. Operato l'ammalato fu trovato un rene idronefrotico.

L'O. richiama l'attenzione sulla utilità, in simili casi, dell'esame radiografico con l'aiuto delle sonde opache, pratica questa che nel suo caso fece risparmiare una lombotomia sinistra.

Risigari L. *Calcolosi in rene a ferro di cavallo.* — Riferisce il caso di un ufficiale, che negli antecedenti presentava ematurie di breve durata. La radiografia dette un reperto di calcoli nel bacinetto renale. Alla nefrotomia, l'O. trovò un rene a ferro di cavallo, che dovette essere asportato in secondo tempo, perchè sopravvenne emorragia secondaria.

Carnelutti E. *Terapia conservativa del rene policistico uni e bilaterale secondo Payr e risultati funzionali prossimi e remoti.* — A proposito della terapia conservativa del rene policistico, l'O. osserva come la nefrotomia sia pericolosa e la decorticazione non sempre sia possibile. A questi due interventi l'O. preferisce l'operazione di Payr, che consiste nella esteriorizzazione del rene e distruzione delle cisti col Paquelin; operazione che riunisce i pregi di essere conservativa e curativa. L'O. riferisce quindi due casi operati con questo metodo e guariti benissimo. In uno dei due casi, l'ammalata aveva già subito la nefrectomia di uno dei reni; l'altro rene, operato col metodo di Payr, permise alla malata di sopportare e portare a termine la gravidanza. L'esame funzionale, praticato dopo 2-4-6 mesi dall'operazione, permise di far rilevare il notevole miglioramento del rene.

L'O. raccomanda perciò questo metodo, anche perchè gli ha dato ottimi risultati a distanza.

Bruni. Nei casi da lui operati tutti i metodi elencati dall'O. riuscirono vani; i suoi ammalati, con qualunque metodo operati, morirono al massimo dopo 2 anni dall'operazione.

Gardini. Si dichiara favorevole al metodo di Payr, il quale gli ha dato buoni risultati lontani.

De Gironcoli. Ha praticato l'operazione di Payr nel 1919, in una donna, che è tuttora vivente.

Tardo. Domanda se, come pare, i casi esposti dal Lasio, fossero dei casi di forme iniziali.

Mingazzini. Ha osservato col pneumo-rene un rene policistico ed afferma che, in simili casi, nessun esame funzionale ha valore.

Alessandri. In simili casi i malati possono vivere a lungo anche senza l'operazione; la sopravvivenza, quindi, non deve attribuirsi all'operazione. L'O. ritiene che il rene policistico non dovrebbe operarsi in nessuna maniera.

Raimoldi G. *Alcuni casi di nefralgia ematurica.* — Riferisce tre casi di nefralgia ematurica, dei quali descrive le caratteristiche cliniche e riporta i dati ottenuti con la cistoscopia e con gli esami funzionali. Due ammalati furono nefrectomizzati e nell'altro fu praticata la decapsulazione del rene malato. I tre ammalati guarirono tanto dei dolori, che dell'ematuria.

In tutti e 3 i casi, all'esame microscopico furono riscontrati i segni caratteristici di nefrite cronica parcellare.

Dopo avere accennato ai risultati lontani, l'O. ritiene che la decapsulazione sia l'operazione di scelta, mentre la nefrectomia dev'essere riservata solo ai casi nei quali, durante l'atto operativo, l'esame del rene dimostri che esso è così gravemente ammalato, da far ritenere minimo il suo valore funzionale.

Nisio. Ricorda due casi osservati nella clinica del Gardini. Uno degli ammalati presentò ascesso tonsillare, da streptococco emolitico; in seguito dette origine a ematuria, la quale guarì perfettamente dopo la tonsillectomia. Consiglia perciò di osservare bene gli ammalati, per assodare l'origine dell'ematuria.

Gardini. Anche egli preferisce la decapsulazione. Nei suoi casi ha osservato lesioni di nefrite.

Ravasini C. *Impianto dell'uretere sinistro nel sigma secondo il metodo di Coffey.* — Illustra un caso di anuria, dopo legatura degli ureteri, in cui praticò la nefrectomia del rene destro e l'impianto dell'uretere sinistro nel sigma.

Nisio G. *La pseudo-idronefrosi traumatica.* — Riferisce un caso clinico di questa particolare complicazione dei traumi chiusi del rene. Mette in evidenza l'interesse che può destare l'evoluzione di tale affezione e le considerazioni di indole diagnostica e terapeutica, inerenti al caso. Non essendo stato possibile precisare la sede esatta del rene, fu praticata una semplice incisione lombare, che dette esito a circa 5 litri di urina. Diverse pielografie, eseguite dopo l'intervento, permisero di rileva-

Digitized by Google

re che il bacinetto era dilatato e l'uretere era tortuoso, gomitato e stenosato.

Del Rio M. *Ricerche sperimentali sull'emostasi renale per innesto plastico con tessuti eterologhi, freschi e fissati.* — Ha innestato nei reni frammenti di vari tessuti freschi e fissati. Ha notato, tra l'altro, che i frammenti di tessuto muscolare producono emostasi immediata; si forma in seguito un tessuto cicatriziale, che si mineralizza poi di sali calcarei, dando origine alla formazione di calcoli.

Pavone M. (junior). *Caratteristiche pielografiche e funzionali dei reni policistici.* — Illustra alcuni reperti di reni policistici con proiezione dei relativi reperti pielografici.

Giuliani G. M. *Restringimenti e dilatazioni dei due ureteri dopo isterectomia subtotale.* — Illustra un caso clinico e richiama l'attenzione su questa complicanza, che può riuscire grandemente dannosa per le inferme.

Seduta del 22 ottobre

Presid.: prof. R. Alessandri

Comunicazioni varie

Rossi Prof. Armando (Rappresentante della S. I. R. M.). *La esperienza di un radiologo sul valore dei mezzi di contrasto nello studio delle affezioni delle vie urinarie.* L'O., dopo avere messo in luce dei vari mezzi opachi e gassosi quelli che, secondo la sua esperienza, meglio rispondono nella pratica e richiamata l'attenzione su un mezzo ancora poco conosciuto e dall'O. accuratamente studiato ed applicato per primo in Italia, il Iodoleum (precisando le differenze chimiche e biologiche con gli altri oli iodati abitualmente in uso) utilissimo sopratutto nei casi dove per la speciale irritabilità della vescica o della pelvi male si prestano i comuni mezzi opachi, dimostra la necessità di una tecnica accurata per il rilievo delle lesioni delle vie urinarie, tecnica che secondo l'O. spesso si trascura perchè richiede nozioni precise, larga pratica di radiografia, conoscenza esatta della clinica e dei problemi che si vogliono risolvere, abilità nel leggere quelle finezze di alterazioni morfologiche e funzionali che sfuggono a chi della radiologia non conosce che gli elementi strettamente indispensabili per il semplice funzionamento degli apparecchi mentre rappresentano la base principale delle deduzioni diagnostiche. L'O. descrive un modello di apparecchio da lui ideato e che permette la esecuzione di radiogrammi istantanei anche col Potter-Buky.

L'O. passa quindi alla illustrazione di una copiosa casistica dalla quale conferma tutta la importanza della indagine radiologica già egregiamente illustrata dall'O. ufficiale del Congresso, il dott. Wiget, nelle svariate affezioni della vescica e delle vie escretrici del rene portando poi osservazioni non ancora descritte nella letteratura e di vivo interesse, cioè casi di ascessi perinefritici e di lesioni delle capsule surrenali che l'O. ha potuto mettere in rilievo con le iniezioni transparietali di Iodoleum, tumori della loggia renale la cui presenza è stata rivelata con l'impiego del pneumoperitoneo e differenziata da tumori di organi vicini (ghiandole retroperitoneali), malformazioni congenite rare (permanenza della pervietà dell'uraco associata a dilatazione della pelvi di un rene, reflusso vescico-ureterale). A questo proposito l'O. ricorda un rilievo non ancora descritto e cioè di una particolare forma «a tulipano» che assumerebbe la pelvi renale quando si dilata per malformazioni congenite e che sarebbe notevolmente diversa dall'aspetto che abitualmente assume quando è dilatata per causa acquisita. Infine l'O. ha dimostrato la grande finezza diagnostica che può permettere l'indagine radiologica in casi nei quali la clinica sia incerta sulla natura di tumori rilevati all'obbiettività, e cioè quando si voglia stabilire se essi siano benigni o maligni: sia la ricerca accurata nello scheletro sia nel polmone di piccoli nuclei metastatici che la radiologia dimostra assai precocemente risolve spesso in modo decisivo il quesito; vi sono poi casi nei quali il tumore primitivo può restare ignorato alla clinica ed essere rilevato solo all'indagine radiologica nello studio di sindromi oscure dolorose o di fratture apparse senza causa apparente. I rilievi tecnici fatti dall'O., le numerose osservazioni illustrate, l'indirizzo clinico seguito nella ricerca, la precisa documentazione validamente dimostrata da nitidissimi radiogrammi, hanno permesso all'O. di confermare la necessità di una stretta e intelligente collaborazione fra urologo e radiologo e precisarne i limiti.

Duranti. Conferma i buoni esiti dovuti all'uso dell'olio jodato nella cistografia.

Negro. Poichè si tratta di una sostanza insolubile, l'O. teme che possa riuscire dannosa. Perciò crede sia da scartarsi al pari del collargolo.

Rossi. Ripete che l'olio jodato non gli ha mai dato neppure il minimo inconveniente e fa osservare che l'olio jodato differisce dagli altri preparati in uso principalmente perchè l'eccipiente (olio di oliva) è assolutamente innocuo, a differenza per es. dell'olio di garofano, che entra nella composizione del lipiodol.

Boretti. *Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale.* L'O. espone tre casi di sifilide vescicale, accompagnati da cistite ribelle e da ematuria; in un caso vi era anche ritenzione. La cistoscopia fece rilevare papule ulcerate, ulcerazioni scodelliformi, vegetazioni, edemi; fatti tutti che migliorarono notevolmente o scomparvero solo con la cura antisifilitica. Afferma che la diagnosi è sempre difficile; potranno essere di aiuto lo stato generale del paziente, l'anamnesi il risultato della reazione di Wassermann, i rilievi cistoscopici e sopratutto il risultato della cura antiluetica. La prognosi, «quoad functionem», è favorevole se si pratica una cura specifica a base specialmente di mercurio e di joduro di potassio.

Lasio G. B.. *Ritenzione orinosa vescicale e reflusso vescico-ureterorenale.* — L'O. premette come spesso si faccia confusione fra megauretere, che è una malattia congenita, e dilatazione, che è una malattia acquisita e dipendente da cause diverse. Riferisce quindi 9 casi di megauretere o ureterectasia stabile, che illustra nei loro particolari, soffermandosi specialmente a descrivere un caso di ritenzione orinosa cronica per reflusso vescico-uretero-renale, da aplasia della mucosa vescico-ureterale. L'O. fa notare come questo caso sembrasse congenito, mentre si potè assodare che era acquisito e dipendente dal vizio sopradetto.

Lilla. Constata con soddisfazione come il Lasio abbia posto con esattezza la distinzione fra megauretere e uretero-ectasia transitoria, distinzione che egli da vari anni sostiene come necessaria, al fine di distinguere le forme da riportarsi ad una alterazione organica costituzionale, da quelle acquisite.

Ravasini. Si compiace con l'O. per avere questi accettata la proposta da lui fatta che il termine di megauretere sia riservato alle forme congenite, senza cause meccaniche apprezzabili, che valgano a spiegarle. Ricorda come egli ebbe agio di esporre queste sue idee nella sua memoria sul reflusso vescico-renale, presentata al Congresso dello scorso anno.

Raimoldi G. *Contributo alla cura delle ulceri semplici della vescica.* Ricorda la sintomatologia delle ulcere semplici della vescica e l'anatomia patologica. Riferisce quindi 3 osservazioni, tutte in donne, in due delle quali, all'esame cistoscopico, si notava ulcerazione a stampo nella regione del trigono e nell'altra in corrispondenza dello sbocco uretrale. In un caso vi era cistite e in uno ematuria. Riusciti vani tutti i medicamenti in uso, ricorse all'elettrocoagulazione, che dette in breve la guarigione.

Lilla. Conviene con l'O. sul trattamento, che in un caso gli dette ottimo risultato.

Pavone jun. In un caso, in cui vi erano state 3 recidive, l'elettrocoagulazione dette la guarigione in brevissimo tempo.

Melanotte M. *Studio sperimentale sulla rigenerazione della vescica orinaria.* Ha praticato la resezione di metà, dei due terzi della vescica e di tutta la vescica stessa. In quest'ultimo caso ha notato, dopo 75 giorni, che gli ureteri si erano ricongiunti fra di loro e anche l'uretra si era unita a questi, permettendo così la permeabilità e la continenza orinaria. Asportando il collo vescicale, ha visto il collo ricostruirsi e l'uretra ricongiungersi al collo riformato.

Alessandri. Riferisce che Nicolich, in un ammalato, asportò quasi tutta la vescica, la quale peraltro si mantenne continente. Ricorda inoltre le ricerche praticate dal Caucci nella sua clinica, parecchi anni fa, con risultati identici a quelli dell'O.

Alessandri R. *Tentativi di cura chirurgica nella chiluria.* Riferisce un caso occorsogli, che crede importante sotto due punti di vista:

1° Per la rarità di casi in cui si è dimostrata la filaria sanguinis hominis, come nel suo caso, in ammalati che non si sono mai mossi dall'Italia (Abruzzo). Durante la guerra però l'individuo era stato sul Sile, in provincia di Treviso, dove La Cava ha descritto un focolaio di infezione da filaria.

2° Perchè, avendo determinato con la cistoscopia e il cateterismo degli ureteri che la comunicazione coi chiliferi era dal lato destro, intervenne, scoprendo il rene e l'uretere, e trovati numerosissimi linfatici intorno alla pelvi e all'uretere, con gangli e rete assai ricca fin verso la linea mediana, procedette all'ablazione di questi, per quanto gli riuscì, prima sulla pelvi e sulla parte alta dell'uretere avvolgendoli anche in un lembo grassoso per evitare il ristabilirsi delle comunicazioni, e poi sulla parte bassa.

Si ebbe successo in primo tempo, in quanto dopo l'operazione, le orine non si modificò successivamente.

Cimino T. *L'uroterapia (uro-pio-terapia) nelle infezioni banali delle vie urinarie.* — Ha trattato circa 200 casi di infezioni orrinarie, non gonococciche, mediante iniezioni di orina degli stessi ammalati, previa ebollizione. La quantità da iniettare varia da 1/2 cc. a 2-4 cc. L'O. rac-

Digitized by Google

comanda di sorvegliare l'ammalato, specialmente per quanto riguarda la funzione renale, che è spesso lesa e che non di rado migliora notevolmente col trattamento. Per spiegare gli ottimi effetti del metodo, l'O. ammette una doppia azione; un'azione immunizzante, che risulta da ricerche sierologiche da lui praticate, e che crede limitata e un'azione proteino-terapica, notevole.

Pavone jun. Non crede utile il metodo, perchè non dà sufficiente garanzia tanto dal punto di vista immunologico, che proteino-terapico.

Negro. Ha fatto esperienze identiche a quelle dell'O. ed ha avuto risultati tanto cattivi, che non ha creduto neanche di pubblicarli. Egli però, dichiara, si serviva del liquido di Lugol, per sterilizzare le orine.

Lilla P. *Risultati di alcune esperienze di uro-terapia secondo Cimino.* — Dato che si tratta di un metodo immunizzante, crede che perciò vada controllato sotto tutti i punti di vista. Egli l'ha sperimentato in parecchi casi in cui la lesione non era imputabile a ostacoli o lesioni anatomo-patologiche passibili di intervento chirurgico. L'O., avendo ottenuto buon risultato solo in qualche caso raro, non si sente perciò autorizzato a emettere un giudizio definitivo.

Pavone M. jun. *Il chinino nella febbre orinaria.* — Ha esperimentato l'azione del chinino nella febbre orinaria. Dai dati clinici e sperimentali registrati, conclude che il chinino agisce favorevolmente nella febbre orinaria, attenuando il fattore nervoso ed esercitando un'azione antitossica.

Il futuro Congresso sarà tenuto a Roma.

Tema di relazione: *Le colibacillosi.*

R. Palma

XXIII CONGRESSO ITALIANO DI OTORINOLARINGOLOGIA

(Parma - 22-24 Ottobre 1927)

Seduta antimeridiana del 22 ottobre

La seduta inaugurale ha luogo nell'Aula Magna della R. Università.

Porgono il saluto ai congressisti: il prof. Gallenga, Magnifico rettore dell'Università, il prof. Della Valle, Vice-Podestà, a nome del Podestà di Parma; l'on. Ranieri, Segretario Federale; il prof. Lasagna, Presidente del Comitato Ordinatore; il prof. Pelagatti prorettore dell'Università e Preside della facoltà medica; il prof. Mancioli, a nome del Ministero dell'Interno; il dottor Molinari in rappresentanza dei Medici condotti.

Il prof. Brunetti, Vice-Presidente della Società, con un profondo discorso rievocando la figura nobilissima del compianto Presidente Giuseppe Gradenigo, ringrazia le Autorità intervenute e porge il saluto ai congressisti esteri. Commemora i soci defunti (proff. Hahn, Piolti, Grande e Gavello) e traccia un quadro dello sviluppo attuale e futuro della Otorinolaringologia in Italia. Dichiara quindi aperto il Congresso.

Chiude la serie dei discorsi il prof. Citelli dando lettura di un nobilissimo telegramma al Duce e di un altro alla Contessa Cesira Gradenigo.

Fra le adesioni di esteri pervenute al Congresso vanno notate quelle di Hennebert di Bruxelles, di Chavanne di Lione, di Barany di Upsala, di Ruttin Hajer e Bech di Vienna, di Finder di Berlino etc.

Chiusa la cerimonia inaugurale i congressisti passano nella sala del Ridotto del Teatro Regio per le sedute scientifiche.

Vengono nominati Vice-Segretari i dottori Vitali-Mazza e Pietrantoni (Parma). Prendono quindi la parola i proff. Baglioni e Bilancioni sul tema di Relazione: *Fisiologia e Clinica dell'Olfatto.*

Tema di Relazione

Parte I - (Fisiologica)

ESAME FUNZIONALE DELLE DIVERSE SENSIBILITÀ DELLA MUCOSA NASALE

prof. SILVESTRO BAGLIONI (Roma) - Relatore

Due specie di sensibilità si distinguono per la mucosa nasale:

a) il gruppo delle *sensibilità generali*: tattile, termiche (per il caldo e per il freddo), e dolorifica diffusa probabilmente secondo la legge della distribuzione puntiforme, come avviene per la cute e per le altre mucose esterne; pertinenti alle terminazioni della seconda branca del trigemino; e aventi come stimoli adeguati gli stimoli meccanici di lievissima intensità (quali il pulviscolo e i corpiccioli estranei penetranti con la corrente espiratoria, i globuli di muco ecc.), e i gas irritanti (acidi volatili, ammoniaca, cloro, bromo, fumo acre ecc.), che sono avvertiti e riconosciuti come speciali percezioni, ma che d'ordinario provocano riflessi di difesa (starnuto); per i quali la mucosa nasale generale assume un'importante significato biologico di difesa del complessivo organismo contro l'azione dannosa di gas tossici, a servizio e in rapporto speciale col ritmo respiratorio; per cui, anche da questo punto di vista, s'intende come l'ingresso dell'aria respirata debba fisiologicamente avvenire per la via nasale;

b) la *sensibilità specifica dell'olfatto,* che ha sede nella parte superiore della membrana schneideriana, avendo un neuroepitelio specifico morfologicamente ben noto, in cui gli stimoli adeguati dell'odorato, rappresentati dalle particelle gassose volatili che si mescolano per diffusione coll'aria contenuta nel cavo olfattorio, provocano gli eccitamenti specifici agendo direttamente, fissandosi, probabilmente per un processo fisico-chimico, dopo avere attraversato il sottile strato di muco che riveste il neuroepitelio, con particolari costituenti chimici dell'epitelio stesso.

Ordinariamente queste due sensibilità sono considerate indipendenti l'una dall'altra; la massima importanza degli studiosi fisiologi e patologi è stata sinora rivolta alla sensibilità specifica dell'olfatto. Effettivamente però anche la sensibilità generale che probabilmente non ha sede soltanto nell'ampia superficie della mucosa nasale respiratoria, ma, come avviene per la sensibilità generale della lingua, si estende anche alla mucosa olfattiva, frammischiandosi a quella specifica, ha la massima importanza, tanto in condizioni fisiologiche che patologiche, sia perchè provvede a riflessi di difesa di grandissima utilità, sia perchè molto probabilmente contribuisce insieme cogli elementi o fattori specifici a dare il carattere complesso delle sensazioni e delle percezioni olfattive.

L'esame funzionale di queste sensibilità consiste in diversi procedimenti, dei quali i più importanti (e allo stato attuale della scienza i più diffusi ed usati) sono quelli della determinazione del *valore di soglia,* detto anche il minimo percettibile, di *intensità* e di *qualità olfattiva.*

Mediante l'olfattometro, di cui il più diffuso è quello di Zwaardemaker, secondo le sue diverse forme dalla più semplice (1888) alla più perfetta, si stabilisce la soglia dell'intensità di un determinato stimolo olfattivo (odore). Il principio di questo metodo consiste nel variare gradualmente l'intensità dello stimolo olfattivo, rappresentato dalla superficie interna di un cilindro cavo da cui emanano le particelle odorose, col variare dell'ampiezza della superficie stessa, mercè il giuoco di avanzamento e di retrocessione di un altro cilindro interno cavo più piccolo che copre la superficie odorosa del cilindro stimolante. L'aria che striscia scaricandosi delle particelle odorose emananti dalla superficie del cilindro è aspirata dalla persona in esperimento mediante movimenti respiratori. Per *olfattia* Zwaardemaker intende la soglia degli individui normali, ossia il minimo percettibile di una sostanza odorosa, indicato in centimetri della lunghezza della superficie cilindrica odorosa.

Le diverse cause di errore, specialmente quelle provenienti dai movimenti respiratori, dalla massa d'aria e dalla temperatura Zwaardemaker ha cercato di eliminare o diminuire con successive modificazioni del suo apparecchio; il quale però anche nella sua forma definitiva non è privo di errori pratici, quali quello della graduazione della sorgente odorosa e della aspirazione che il paziente compie volontariamente.

Il relatore crede che per ottenere misure possibilmente esatte di olfattometria sia preferibile ricorrere al principio dell'insufflazione dell'aria mediante un adatto apparecchio, che permetta una più esatta graduazione della superficie odorante, una più esatta misura della quantità d'aria, e l'eliminazione dei mo-

Digitized by Google

vinenti respiratori volontari. Un istrumento analogo potrà servire anche come *estesiometro tattile,* o *chimico* o *termico,* per saggiare, cioè, il grado delle sensibilità generali della mucosa respiratoria, usando, invece degli stimoli odorosi, correnti d'aria calda o fredda, oppure una miscela di gas irritanti.

Non minore importanza ha la determinazione della soglia dei valori olfattivi qualitativi (*osfresiometria*), che consiste nello stabilire il minimo stimolo odoroso di qualità diverse (secondo la classificazione empirica tuttora vigente di Linneo e Haller delle nuove classi: odori *eterei, aromatici, fragranti, ambrosiaci, agliacei, empireumatici, caprilici, tetri* e *nauseanti*), che il paziente è capace di avvertire e riconoscere come tale.

Per la determinazione della soglia qualitativa e quantitativa è necessario prima stabilire lo *zero fisiologico olfattivo,* ossia lo stato normale della sensibilità in istato potenziale, cioè senza la presenza di alcuna sensazione: lo stato così detto *inodoro,* che rappresenta la condizione di ogni aria pura respiratoria.

Le diverse condizioni patologiche, che hanno importanza clinica, consistono nella diminuzione o scomparsa di queste diverse sensibilità: *ipoestesia* e *anestesia, iposmia* e *anosmia* (in cui d'ordinario la soglia di intensità sale, nei casi lievi da 25 a 250 olfattie, nei casi gravi fino a migliaia): aumento dell'eccitabilità, *iperestesia, iperosmia;* disturbi di interpretazione, *parestesie* e *parosmie;* illusioni e allucinazioni relative.

Speciale importanza ha inoltre anche l'olfatto e sensibilità generali *gustatorie,* dovute agli stimoli chimici del bolo alimentare; il relatore tratta anche del loro esame funzionale.

PARTE II - (CLINICA)

DISOSMIE, DISGEUSIE E DISTURBI AFFINI DAL PUNTO DI VISTA CLINICO

prof. GUGLIELMO BILANCIONI (Pisa) - Relatore

L'O. esposte alcune considerazioni sul meccanismo dell'odorato e sui suoi rapporti con il gusto si occupa dei diversi disturbi olfattivi che vanno sotto il nome di *disosmie.*

Esistono tre tipi di *disosmie,* designati rispettivamente come *anosmia, iperosmia, parosmia* e caratterizzati da diminuzione, da aumento o da perversione del potere olfattivo.

***

L'anosmia è la scomparsa dell'odorato; insieme con essa si vuole studiare la semplice diminuzione dell'olfatto o iposmia.

Si osservano tutti i gradi, dalla semplice diminuzione dell'odorato, alla scomparsa completa di ogni sensazione olfattiva: quest'*anosmia assoluta* è eccezionale, come la sordità completa.

Le sensazioni olfattive non figurano spesso se non a titolo d'elementi in complessi analoghi a quelli del gusto. Esse si trovano associate in numerosi casi, con una sensazione tattile, dolorosa e anche termica.

Queste sensazioni concomitanti acquistano significato decisivo per gli individui anosmici. Esse danno loro il modo di riconoscere dei prodotti, che il soggetto sano caratterizza fra gli odori

Argomento importante per la fisio-patologia dell'olfatto è quello che riguarda la sua fatica.

Non bisogna affrettare la conclusione di un costante rapporto fra l'anosmia congenita e l'assenza dei nervi o dei centri olfattivi; effettivamente si danno dei casi accertati di assenza di nervi olfattivi con conservazione dell'odorato; come pure l'anosmia congenita può derivare da lesioni della mucosa nasale; infine l'anosmia soltanto in apparenza è congenita.

Nei tumori cerebrali, la presenza ammessa dai più nel lobo temporale della sfera per l'udito e per l'odorato, ci fa comprendere la patogenesi dei disturbi di queste funzioni. Schupfer ritiene le turbe dell'olfatto — con quelle del gusto — *il quarto sintomo per ordine di frequenza delle neoplasie temporali.*

Come osserva Proetz — a proposito della fatica frazionata del senso olfattorio — siccome l'apparato centrale olfattivo abbraccia una serie di centri e di tratti di fibre, si dovrebbe tentare di utilizzare le sue deficienze di funzione per la diagnosi di sede.

E anche nella considerazione dei casi di indiscusso tumore cerebrale non si dovrà giungere affrettatamente all'asserto di lesione dei centri. Poichè può invece essere soltanto interessata una via relativamente periferica.

Non bisogna credere così che tutti i disturbi dell'olfatto nei neoplasmi temporali siano d'origine corticale. A volte dipendono da lesioni del nervo olfattorio (Sander, Kaplan, Bartels).

I disturbi dell'olfatto d'origine corticale sono, secondo Knapp, in prevalenza omolaterali, e, secondo Schupfer, o unicamente o prevalentemene omolaterali, mentre Henschen afferma che non sappiamo ancora con sicurezza se una lesione del centro dell'olfatto dia un disturbo dello stesso nome o crociato.

I disturbi dell'odorato d'origine corticale consistono in ritardo della percezione, in parosmie e in ipo o anosmia.

Dall'analisi dei casi conosciuti di tumori della regione temporale, risulta:

1° i disturbi dell'olfatto sono prevalentemente omolaterali, raramente etero o bilaterali;

2° l'*uncus* di un lato è quasi costantemente leso in casi di ipo o anosmia;

3° disturbi dell'olfatto si possono avere non di rado per lesioni limitate all'*uncus* di un lato;

4° rari sono i disturbi dell'olfatto per lesioni limitate al giro dell'ippocampo di un lato (un solo caso, di Mingazzini).

5° non si riscontrano nella patologia dei neoplasmi lesioni limitate al corno d'Ammone con disturbi dell'olfatto;

6° i casi di lesione unilaterale dell'*uncus* senza disturbi dell'olfatto non sono molto frequenti;

7° il *girus hippocampi* e il *cornu Ammonis* possono essere contemporaneamente lesi da un lato senza che ne conseguano disturbi dell'olfatto;

8° il *girus hippocampi* e il *cornu Ammonis* possono essere bilateralmente e contemporaneamente lesi senza che si abbiano disturbi dell'olfatto (oss. di Henschen).

9° in casi di lesioni distruttive unilaterali delle tre formazioni l'olfatto fu sempre leso.

Nel trattare dei centri dell'olfatto, delle loro lesioni e della rispettiva sintomatologia l'O. si ferma brevemente sulla questione della memoria dell'olfatto e cita le teorie di Henschnen, di Dana e le esperienze di Colucci nei ciechi. A proposito dei disturbi dell'olfatto nelle neoplasie cerebrali (lobo frontale) l'O. si sofferma sulle interessanti casistiche di Williamson e di Pisani.

Oltre i tumori anche le ferite di guerra sono importanti per le lesioni che possono provocare (casi di Henschnen, Kutzinski ecc.).

Anosmie con lesioni delle fosse nasali. — Queste anosmie possono essere semplicemente meccaniche o risultare da un'alterazione della mucosa della regione superiore delle fosse nasali.

1. *L'anosmia è meccanica o respiratoria,* quando risulta da un ostacolo all'accesso dell'aria e di conseguenza delle particelle odorose verso la rima olfattoria.

Gli ostacoli al trasporto degli effluvi odorosi verso la zona olfattiva sono svariati e possono derivare da modificazioni della parte esterna del naso, delle fosse nasali, della faringe nasale (lupus, farcino, lue, tumori, anomalie o cicatrici deformi).

2. Le lesioni della mucosa olfattiva che danno anosmia sono difficili a riconoscersi con i nostri mezzi d'indagine. In molti casi noi rimaniamo dubbiosi, poichè a voler sottilizzare si trova soltanto una lieve modificazione di colorito della pituitaria, un accenno di rinite vasomotoria, una tenue inflessione del setto e null'altro.

In simili casi le alterazioni patologiche sono spiccate. Fra queste le più comuni sono date dalla rinite atrofica.

Le carie, le necrosi sifilitiche dell'etmoide (specie della lamina cribrosa) possono pure divenire fonte precipua d'anosmia.

Le alterazioni artificiali della pituitaria da abuso di tabacco da fiuto, da irrigazioni nasali con soluzioni di cloruro sodico, di allume, di sali di rame o di zinco, portano a una diminuzione dell'odorato, perchè le cellule di Schultze sono estremamente sensibili all'azione irritante o caustica di tali sostanze.

Nell'ultima guerra si ebbero *anosmie da gas asfissianti.* Si distinguono *forme acutissime* con morte in poche ore o in qualche giorno; oppure *forme acute* con decorso più o meno breve e *forme subacute,*

Digitized by Google

Le lesioni da gas asfissianti nelle prime vie aree sono specialmente nella laringe, insieme con forme emorragiche e d'imbibizione edematosa dei polmoni. Contrastano con queste le scarse o irrilevabili alterazioni delle primissime vie respiratorie, del naso-faringe in particolare.

L'unico esempio d'anosmia per anomalia della mucosa olfattoria è fornita dagli *albini*, le cui cellule olfattive sono prive di pigmento.

L'anosmia che accompagna la corizza acuta trova spiegazione nella ostruzione del naso, quando scompare con il raffreddore; quando persiste bisogna ammettere che la mucosa olfattoria partecipò al processo flogistico — come dopo alcune forme influenzali — e bisogna ricercare nelle tracce di questo la persistenza dell'anosmia.

Dopo di aver parlato delle disosmie nei loro rapporti con le malattie auricolari, delle disosmie in rapporto con le malattie dei seni della faccia, dell'olfatto e della funzione della deglutizione (in cui l'O. ha delle ricerche personali), passa a trattare delle:

Anosmie senza lesioni apparenti delle fosse nasali. — Costituiscono la classe delle « anosmie nervose » poichè derivano da una modificazione anatomica o funzionale del nervo olfattivo, modificazione che può aver sede periferica o centrale.

Vi sono anosmie concomitanti a malattie generali, e di origine oscura.

1. *Anosmie d'origine periferica.* — Sono prodotte da un'infiammazione o da una intossicazione delle ultime (o prime a partire dalla mucosa) diramazioni nervose.

2. *Anosmie d'origine centrale.* — Hanno una ragione anatomica o sono puramente dinamiche o funzionali.

Le *anosmie tossiche* — date da vere nevriti tossiche del primo paio di nervi cranici — si possono verificare nell'esercizio di varie professioni che espongono in modo continuato all'assorbimento di sostanze tossiche, vivendo in miniere o in ambienti inquinati o nelle fabbriche di prodotti chimici e possono essere *acute* o *croniche*.

Le lesioni morbose dei centri capaci di produrre l'anosmia sono svariate: la sclerosi dei bulbi olfattivi all'inizio della tabe e della paralisi generale, gli essudati meningei o i tumori intracranici comprimenti il nervo olfattivo, gli ascessi o i focolai emorragici che distruggono i centri corticali dell'odorato o le fibre olfattive nel loro tragitto intra-cerebrale. Una parte di queste fibre sembrano incrociarsi con quelle del lato opposto nella commissura bianca anteriore e procedere nel segmento posteriore della capsula interna; s'intende come una lesione di questa regione possa produrre *anosmia crociata*.

In questi diversi casi la diminuzione del potere olfattivo è sintoma secondario, che passa inavvertito nel corteo di turbe più importanti e penose, che richiamano tutta l'attenzione del malato e del medico.

Il gusto e l'olfatto si trovano lesi nell'*idrocefalo congenito*, in qualche caso di *morbo di Little*, nell'*acromegalia*, probabilmente per cause meccaniche da compressione e susseguente atrofia dei centri e delle vie rispettive.

Nella meningite cerebro-spinale (Bamberger) e nella paralisi progressiva si ha spesso anosmia, mentre di rado si osserva nelle lesioni circoscritte del cervello.

Un affievolimento del gusto e dell'olfatto si osserva talvolta nelle forme più gravi della *melanconia*: questi malati se ne lamentano come di un danno irreparabile, che a loro avviso sta a indicare il principio dello sfacelo organico.

Nella *malattia di Parkinson* si può avere anosmia più o meno accentuata.

Nell'emiplegia organica si ammette che l'anosmia sia unilaterale e dal lato della lesione cerebrale, cioè dal lato opposto alla paralisi, forse per lesione del corno d'Ammone, della circonvoluzione dell'ippocampo o dell'insula. Questo fatto è importante perchè nell'emiplegia isterica, l'anosmia corrisponde al solo lato paralizzato, come del resto altri sintomi (ambliopia, sordità, anestesia).

Spesso nella tabe si ha iposmia (Klippel), in particolare nelle forme bulbari: è difficile distinguere se dipenda da lesioni dei nervi olfattivi o del nervo nasale, ramo del trigemino deputato alle funzioni vaso-motoria, secretoria e trofica della mucosa nasale.

1548 =

Quando l'anosmia deriva da una semplice modificazione fisiologica quale *l'atrofia senile del bulbo olfattivo*, o da un'anomalia congenita rappresentata dall'arresto di sviluppo nel naso, costituisce l'unico sintoma osservato. Nel primo caso l'indebolimento dell'odorato si verifica per gradi insensibili, in individui avanzati in età, e porta all'anosmia completa dopo parecchi anni. Nel secondo l'alterazione del senso olfattivo è fissa e immutabile; ha sempre lo stesso grado, a qualunque età del malato risalga.

Un posto a sè merita l'alterazione o l'abolizione dell'olfatto di natura pitiatica, anche perchè sovente si intreccia con la forma traumatica o con quella simulata o comunque esagerata con perseverazione.

I disturbi funzionali dei centri capaci di dare anosmia sono per lo più di natura isterica; l'anosmia allora è accompagnata da ipoestesia di parte della mucosa delle fosse nasali; può essere parziale, limitarsi a un piccolo gruppo di odori o anche a uno solo; può essere unilaterale e completare il quadro di una emianestesia sensitivo-sensoriale.

Spesso non v'è alcun altro disturbo che possa aiutarci a riconoscerne la natura (*anosmia essenziale monosintomatica*); solo ci soccorre l'anamnesi, circa il modo subito d'insorgere, talora per un evento futile. Questa varietà d'ordinario è espressione di un effetto inibitorio, passeggero o durevole. L'origine del riflesso deve essere ricercata nel naso stesso (traumatismi accidentali o chirurgici: cauterizzazioni della pituitaria) oppure in un organo lontano (ablazione delle ovaia).

Tale anosmia in altri casi entra nel quadro complesso delle neurosi traumatiche, che è affine all'isterica; come questa, può essere accompagnata da diminuzione della sensibilità generale della pituitaria.

Il relatore passa quindi ad enumerare tutte le cause di anosmia di natura isterica ben studiate durante la grande guerra e di quelle dipendenti da *schoc* emotivo o da trauma, citando le casistiche di Reuter, Osle, Mollier, Beaunis e Heinemann, Bergmann, Knight e Scheier ecc.

Una questione clinica importante concerne la possibilità della *guarigione dell'anosmia*.

Quanto alle forme traumatiche, certo in molti casi di guerra si è veduto reintegrarsi il senso dell'olfatto.

In casi di gravi deformazioni o di perdita di sostanza la reintegrazione della funzione olfattiva per vaste distruzioni di parti ossee e molli, fra cui la zona olfattiva, non si potrà avere.

***

Nell'iperosmia, *iperestesia del nervo olfattivo*, gli odori sono percepiti con intensità superiore alla normale, pur conservando gli altri loro caratteri. Certi individui sono dotati di una squisita sensibilità della mucosa olfattoria, d'un odorato più fine del comune: ma costoro non sono affetti da iperosmia propriamente detta, perchè il fenomeno in essi è fisiologico. Si è proposto di designare questa speciale finezza d'olfatto *ossiosmia*.

L'iperosmia diviene patologica quando riesce fastidiosa: per essa si avvertono le minime tracce di sostanze odorose, si trova che dànno odore delle sostanze ritenute dal comune inodore, si risente disturbo da sostanze indifferenti o di odore gradito alla maggior parte delle persone.

L'iperosmia è *universale* o *parziale*: nella prima tutti gli odori impressionano sgradevolmente l'ammalato; nella seconda tale effetto è prodotto da un odore o da parecchi odori determinati, che variano da persona a persona, ma sono costanti per uno stesso soggetto, una vera idiosincrasia. Questa impressione penosa può dare origine a vari riflessi: nausee, vomiti, cefalalgia, sincope, arresto del respiro, afonia, accessi di dispnea, corizza vaso-motoria.

L'iperosmia può essere effetto di lesioni nasali infiammatorie, che si rilevano alla rinoscopia. Il fatto è raro. Di solito costituisce un semplice disturbo funzionale, apparentemente d'origine centrale, in rapporto con l'isterismo o la neurastenia; altre volte fa parte del quadro dei disturbi del gusto e dell'odorato che s'osservano spesso nei primi mesi della gravidanza. Nelle isteriche vi può essere anche intolleranza per dati odori o per certi sapori, in guisa da formare un'idiosincrasia, che talvolta origina da un'autosuggestione.

Digitized by Google

I RELATORI DEL CONGRESSO ITALIANO DI OTORINOLARINGOLOGIA

prof. SILVESTRO BAGLIONI
(ROMA)

prof. GUGLIELMO BILANCIONI
(PISA)

Sensazioni gustative o olfattive persistenti e intense si hanno talvolta nella paralisi progressiva e più spesso ancora nelle forme paranoidi della demenza precoce accompagnate da delirio d'avvelenamento (Tanzi e Lugaro). Data la semplicità di queste sensazioni subiettive, che non corrispondono ad alcun stimolo esterno, è difficile dire se esse esprimano fenomeni irritativi centrali — il che è più verosimile per la paralisi progressiva — oppure se siano da considerare come vere allucinazioni collegate ai deliri.

Nei neurastenici l'odorato acquista una finezza e una suscettibilità grande, che non fu mai raggiunta a tal grado in alcun altro stato morboso. Questa sensibilità squisita concerne tutti gli odori o alcuni soltanto; fra essi quelli di cui si vanta di solito la forza e la bontà sono per i neuropatici molto più sgradevoli degli odori cattivi.

***

I confini fra l'anosmia e la parosmia sono indecisi e sfumati. Talora la parosmia cessa, quando si stabilisca una anosmia assoluta.

Si distinguono le parosmie pr. o *illusioni dell'odorato*, che sono percezioni reali abnormemente interpretate (Kahlbaum le chiama *allucinazioni reflesse*); e le *allucinazioni dell'odorato*, che sono percezioni senza oggetto.

Nel dominio del gusto e dell'olfatto è difficile distinguere sempre le allucinazioni vere dalle sensazioni abnormi, che hanno origine periferica e che derivano da stato anormale delle relative mucose. Si può affermare che si tratta di allucinazioni quando un esame metodico elimini ogni sospetto di fattori causali periferici o viscerali o le sensazioni abnormi siano stereotipate e intense, ma sopratuto quando si verifichino allucinazioni in altre sfere sensoriali e deliri coordinati con quelle.

Nelle vere allucinazioni dell'odorato il malato sente un odore senza trovarsi in presenza di alcuna sostanza capace d'impressionare la mucosa olfattiva. Questa varietà di parosmia d'origine psichica, può verificarsi in anosmici ed è frequente nelle persone il cui odorato va scomparendo. L'odore percepito può essere buono o cattivo: in generale è pessimo.

In questo caso si ha la *cacosmia subiettiva*: il paziente è perseguitato da un odore, sempre identico, di letame, d'aglio, di cuoio bruciato, di sostanze putrefatte. L'intensità della sensazione aumenta se il malato si soffia il naso, se fiuta, se aspira l'aria con forza. Queste sensazioni anormali sono accompagnate da analoghe turbe del gusto. Il disturbo può essere passeggero o durevole e continuo.

In pratica le parosmie, si dividono secondo che si osservano accompagnate o no da lesioni nasali in: *parosmie senza lesioni delle fosse nasali* e *parosmie con lesioni delle fosse nasali*.

Il manifestarsi di un'*aura parosmica* in un epilettico è fatto importante e che impone l'esame minuto delle fosse nasali e la cura delle lesioni riscontrate, per quanto lievi, perchè in molti casi le crisi convulsive non sono che accidenti epilettiformi riflessi, di origine nasale.

L'ultima parte della relazione riguarda la fisio-patologia del gusto, esposta nei suoi dati moderni fondamentali, in modo analogo a quanto è stato fatto per l'odorato.

Alla discussione che ne consegue prendono parte i proff. Masini, Caliceti, Giorgio Ferreri, Campeggiani, Federici e i dottori Lunedei e Russi.

Chiudono la discussione rispondendo ai singoli, i professori Baglioni e Bilancioni.

Seduta pomeridiana del 22 ottobre

Comunicazioni di Rinologia

Masini G. *Funzione respiratoria ed olfattiva delle fosse nasali.*

Rugani L. *Ulteriore contributo allo studio delle anosmie.*

Masini V. *Stimoli meccanici, chimici ed odoriferi nella funzione delle fosse nasali.*

L'A. dalle sue ricerche può affermare: I. esiste indubbiamente un rapporto funzionale fra nervo olfattivo ed arce respiratorie. II. Questo rapporto è messo in evidenza dal fatto che svariate sostanze odorifere modificano il ritmo respiratorio, e che disordini della respirazione prodotti da anormali stimoli meccanici o chimici della mucosa nasale, si attenuano facendo respirare sostanze odorose. III. Odori che rapidamente arrivano nell'area dell'olfattivo e di notevole intensità, se aspirati dolcemente non alterano il ritmo respiratorio. IV. Odori della stessa natura se aspirati con forza modificano lievemente il ritmo respiratorio. V. Qualunque odore, purchè di una certa intensità produce involontariamente una dilatazione delle narici ed una più profonda inspirazione. VI. Cattivi odori se profondamente aspirati danno luogo a grave alterazione del ritmo respiratorio. VII. Sul diverso comportamento della respirazione fra odori piacevoli e spiacevoli può trarsi qualche utile insegnamento in casi medico-legali ed infortunio.

Malan A. *Atmometria grafica nasale e rinofaringea* (con proiezioni).

Maestranzi D. *Rinopletismografia* (con proiezioni). — Per apprezzare le oscillazioni volumetriche che conseguono ai vari stimoli l'O è ricorso all'uso di pletismogrammi.

In alcuni tracciati sono parse ben evidenti le oscillazioni di primo, secondo e terzo grado. La compressione del collo determina una ascensione della curva e quindi un aumento di volume della mucosa molto manifesto. La compressione unilaterale ha quasi costantemente agito sul tracciato dei due lati e talvolta su quello del lato opposto. Degli stimoli odorosi è stato sperimentato l'effetto di quelli dotati di azione olfattiva e tattile (ammoniaca, acido acetico). L'applicazione epimucosa di cocaina limita le oscillazioni di volume della mucosa.

I risultati ottenuti, mentre riconfermano con documentazione grafica la vasomotilità particolarmente sensibile della mucosa nasale, depongono anche per la bontà del metodo adottato nelle ricerche.

Brunetti F. *Ricerche sperimentali sulla mucosa nasale in istato di stasi passiva.*

Bruzzone C. *Azione delle pennellature di catrame sulla mucosa nasale del coniglio.*

Ferreri G. e Ruggeri A. *La flora batterica del meato medio e del meato inferiore dell'uomo normale.* — Gli OO. sono giunti alle conclusioni seguenti:

1. La superficie mucosa del naso in uomo sano si mostra in complesso assai povera per numero e specie di microrganismi aerobi.

Digitized by Google

2. Il meato medio dell'uomo sano si mostra sterile in una percentuale assai più alta di fronte a quello inferiore, pari essendo le condizioni di prelevamento di materiale.

3. Le specie di germi, dagli OO. osservate, sono in massima rappresentate dai comuni piogeni e prevalentemente dallo stafilococco.

4. Le inoculazioni negli animali di brodo-coltura di stafilococco di origine nasale (iniezioni sottocutanee ed endoperitoneali) hanno dato sempre risultato negativo.

Lugli G. (presentato dal prof. B. Bruzzi). *Studii sperimentali sul ganglio sfeno-palatino.* — L'O. sta continuando le sue osservazioni i cui risultati esporrà dettagliatamente nel lavoro.

Torrigiani C. A. *Osservazioni anatomo-patologiche sulla coriza nervosa aperiodica.* — I reperti istologici confermano l'ipotesi desunta dall'esame clinico e anatomo-patologico macroscopico che non si tratti di fatti infiammatori, ma piuttosto di natura distrofica.

Torrigiani C. A. e Lunedei A. *Vari tipi clinici della coriza nervosa aperiodica.* — Gli OO. distinguono tre tipi clinici di coriza nervosa. Un primo tipo caratterizzato da un aumento dell'eccitabilità delle vie efferenti nasali (coriza trigemellare o naso-nasale riflessa). Un secondo tipo caratterizzato da ipoeccitabilità vaso-costrittrice. Il terzo tipo caratterizzato da ipereccitabilità parasimpatica totale o parziale.

Un quarto tipo per varii caratteri simile alle corize nervose, ma nella patogenesi del quale il sistema nervoso ha un'importanza secondaria, è caratterizzato da una alterata permeabilità dei capillari e della mucosa.

Toti E. e Lunedei A. *Forma alternante di faringite secca e coriza nervosa.* — Gli OO. descrivono un caso, in cui a più riprese si alternarono nella stessa P. periodi di accessi di coriza nervosa senza disturbi faringei, con periodi di disturbi faringei (corrispondenti al quadro clinico noto come « faringite secca »), senza accessi di coriza. Sia dell'uno che dell'altro dei due ordini di disturbi essi poterono constatare la scomparsa per un periodo più o meno lungo sotto lo stesso trattamento, cioè somministrazione endovenosa o intramuscolare di calcio.

Silvagni M. *Studio sperimentale sulle alterazioni del sangue nelle stenosi respiratorie.* — L'O. nei conigli ha trovato costantemente modificazioni del sangue consistenti in iperglobulia, iperemiglobinemia, leucopenia neutrofilia con linfocitosi ed eosinofilia; queste modificazioni che sono già evidenti entro un'ora dall'inizio delle stenosi e che raggiungono il maximum nella prima settimana, si sono mantenute costanti, sia pure con lieve regresso, per tutta la durata dell'esperienza.

Podestà E. *Sul valore diagnostico differenziale delle opacità del seno sfenoidale* (con proiezioni). — L'O. dopo di aver accennato allo sviluppo ed alla direzione del seno sfenoidale nel feto e nel neonato, sviluppo e direzione che mette in evidenza con diapositive, distingue le principali varietà di opacamento del seno sfenoidale nel modo seguente:

I. Opacamento perchè il seno sfenoidale è occupato da tessuto spongioso.

II. Opacamento parziale per mancato assorbimento del tessuto spongioso.

III. Opacamento parziale dell'adulto per infiammazione parziale.

IV. Opacamento totale dell'adulto per infiammazione totale.

V. Opacamento circoscritto per tumori.

VI. Opacamento per osteite semplice.

VII. Opacamento per osteite associata a sinusite.

VIII. Opacamento per ispessimento delle pareti sfenoidali senza osteite e senza sinusite.

L'O. pon ogni forma di opacamento da lui distinta ne descrive i caratteri peculiari.

Sanvenero-Rosselli G. *La correzione chirurgica delle deformità nasali. Metodi e risultati.* — L'intero capitolo della chirurgia plastica e riparatrice della faccia, da poco sottoposto a completa revisione, ha segnato negli ultimissimi tempi notevoli progressi.

Di particolare interesse quanto concerne la riparazione delle deformità nasali distinte nei tre principali gruppi:

1. Deformità nasali dove, con integrità di tessuti si domanda di sopperire ad un semplice difetto di forma.

2. Perdite di sostanza dei tessuti propri del naso seguite a traumi, a malattie ad interventi chirurgici.

3. «Naso sifilitico» con che si intendono le diverse alterazioni distruttive che nel naso può apportare l'infezione acquisita o congenita che sia.

A seconda delle circostanze valendosi del metodo di aggiustamento dei tessuti propri del naso o servendosi di innesti di materiali di sostegno e di copertura (sempre autoplastici) si raggiungono oggidì attraverso tecniche perfezionate e spesso completamente nuove, risultati straordinariamente brillanti portando ripari a difetti di forma o distruzioni di sostanza che fino a poco tempo addietro erano sembrate al di fuori di una soddisfacente chirurgica risorsa.

Di Core A. *Sostanze aventi azione di antigeno nel muco e nelle croste nasali degli ozenatosi.* — L'O. ha osservato che:

1. Nel muco e nelle croste nasali degli ozenatosi esistono sostanze aventi valore di antigene, deviando esse il complemento in presenza di siero di sangue di ozenatoso (esistenza dell'amboceltore) e non deviandolo in presenza di siero di sangue normale; su 12 casi, in 9 si è avuto deviazione del complemento. Tali sostanze, provenienti verosimilmente dal ricambio dei tessuti colpiti dalle lesioni atrofiche oppure di provenienza batterica, parrebbero in rapporto all'attività delle lesioni.

2. Tali sostanze possono essere messe in evidenza (sebbene in modo incostante) mediante l'intradermoreazione praticata col secreto nasale ozenatoso sugli stessi soggetti ozenatosi; su 12 casi, in tre si è avuto intradermoreazione positiva.

Rugani R. *Contributo ai fibroangiomi del rino-faringe.*

Luzzatti A. *Fibroma naso-faringeo in una bambina di due anni.* — L'O. comunica un caso di fibroma rinofaringeo in una bambina di 23 mesi.

Asportate due porzioni del tumore che occupava la fossa nasale sinistra quasi fino alla radice fu praticato l'esame microscopico che rivelò trattarsi di un fibroma molle di natura benigna. Incoraggiato da questo reperto l'O. praticò sistematicamente a intervalli di tre-quattro giorni la asportazione del tumore per la via nasale colla pinza di Luc senza avere reazione generale forte nè emorragie importanti. In tal modo in circa due mesi la fossa nasale venne svuotata quasi totalmente col risultato di ottenere che il naso riprendesse la forma regolare e l'esoftalmo concomitante sparisse gradatamente e completamente. La bambina rimase poi oltre un mese in campagna e quando venne riportata all'O. in ottime condizioni la mamma riferì che essa respirava bene pel naso anche tenendo chiusa la bocca durante il sonno. Estrasse ancora un pezzo di tumore nella parte più profonda, e praticata la palpazione digitale riscontrò che il tumore prima percepito si era grandemente ridotto di volume e si presentava come piccola massa fibrosa sporgente sulla volta faringea. Da allora non vide più la bambina.

Il caso è notevole data la rarità dei tumori rinofaringei di buona natura in soggetti di così tenera età e tanto più di sesso femminile.

Vitali-Mazza P. *Epitelioma baso-cellulare del lobulo nasale a forma vegetante* (con proiezioni). — Accurato studio istologico sopra un epitelioma del lobulo nasale a forma vegetante, che clinicamente si presentava come un cancro ad epitelio parimentoso, mentre l'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un cancro basale.

Tommasi I. *Papilloma nel setto nasale.*

Della Cioppa A. *La normale respirazione nasale e le affezioni catarrali delle prime vie nei loro riflessi fisiologici e patologici.* (La comunicazione del prof. Della Cioppa sarà prossimamente pubblicata per esteso sul nostro giornale).

Seduta antimeridiana del 23 ottobre

Comunicazioni di Faringologia e Laringologia

Mangiolli T. *La lotta contro l'adenoidismo.*

Borgheggiani G. *La lotta contro l'adenoidismo, in rapporto alle recenti disposizioni governative.*

Busacca G. *Sulle terminazioni nervose delle tonsille palatine.*

Alagna G. *Contributo allo studio della biochimica del tessuto tonsillare normale ed ipertrofico.* — L'O. in una prima serie di ricerche riferentisi a tonsilla umana ipertrofica di diverse età, ha potuto notare quasi costantemente (4 volte su 5 esperienze) la presenza del potere lipodieretico.

In un 2° ordine di ricerche, poi, nel quale ha preso in considerazione la tonsilla normale dei cani, ha notato costantemente l'assenza di ogni potere lipodieretico, anche dopo 72 ore di autolisi.

Conchiude mettendo in rilievo questa singolare differenza fra tessuto normale ed ipertrofico, per quanto riguarda la sua influenza sul metabolismo dei grassi.

Einichovici. *Sulla tossicità e modificazioni circolatorie indotte dagli estratti tonsillari.*

Silligardu G. *Il comportamnto della glicemia nelle malattie acute e croniche delle tonsille.*

Catania V. *Il problema tonsillare di fronte alle più recenti indagini sulla struttura del tessuto linfatico (con dimostrazione di preparati).* — Di fronte al dualismo determinatosi fra l'antica concezione del Flemming sulla funzione linfoblastica linfocito-produttrice del follicolo secondario nel nodulo linfatico e la recente affermazione dell'Hellmann, che nel follicolo secondario non vede un centro linfocito-produt-

Digitized by Google

tore, ma un centro di reazione a stimoli tossi-infettivi; l'O. ha creduto opportuno studiare la struttura del nodulo linfatico nell'ambito dell'anello di Waldeyer, dimostrando che le due concezioni (Flemming-Hellmann) lungi dallo elidersi si completano a vicenda, in quanto il follicolo secondario del nodulo linfatico tonsillare dimostra a volte struttura di centro linfocito-produttore, a volte aspetto di centro di reazione epitelioidejalina.

Citelli S. *Sulla micosi tonsillare.* — In base sopratutto a quattro casi di micosi tonsillare studiati dall'O. dal punto di vista clinico,micobiologico, istologico e curativo Citelli cerca di stabilire la natura e la cura di questa forma morbosa ancora poco chiara e su cui esistono le vedute le più diverse.

Per l'O. trattasi di una forma micotica, però non dovuta a un germe ma a parassiti diversi tra cui bisogna annoverare anche il criptococcus da lui per primo riscontrato in alcuni suoi casi.

Clinicamente questa forma morbosa è così tipica e caratteristica che va senz'altro differenziata dalle altre forme di micosi faringee. La cura migliore per l'O. è la galvanocaustica ripetendo però le sedute 8-10 o più volte fino a guarire completamente il male. A essa si associerà l'asportazione di pezzi di tonsille molto invase dai miceti e la jodoterapia intensiva.

Gennari L. *Dei sifilomi iniziali della tonsilla.* Riferisce un caso, seguito fin dall'inizio, di sifiloma bilaterale, ed una piccola epidemia famigliare di sifilide, in cui ben 4 membri vennero contagiati in seguito ad un sifiloma della tonsilla non riconosciuto dapprima per tale. Riferisce anche il caso di un giovanotto che contrasse sifiloma tonsillare probabilmente per mezzo di mozziconi di sigari, in seguito poi contagiò la madre che ebbe pur essa sifiloma tonsillare. L'O. basandosi sulla relativa frequenza di questa localizzazione e sui contagi famigliari da lui osservati, mette in rilievo la grande importanza del sifiloma tonsillare nella diffusione della sifilide.

Toni G. *Un interessante caso di tubercolosi miliare acuta del faringe in una bambina.* — L'O. riferisce un caso di tubercolosi miliare acuta insorto in una bambina di quattro anni preceduta da una forma grave di adenite del collo e susseguita da tubercolosi miliare acuta del polmone e da meningite tubercolare che ne ha determinata la morte. Interessante in questo caso il fatto che la piccola paz. fu potuta seguire durante il decorso della malattia che può essere classificata fra le forme descritte da Isambert.

Merelli G. *Contributo clinico allo studio delle paralisi post-difteriche del velo pendulo.* — Simili paralisi possono sopravvenire anche in soggetti precedentemente ed abbondantemente siero-terapizzati (egli ne ha osservati due in cui la precedente infezione difterica era stata trattata con sieroterapia sino a 30 e anche 40.000 U. I.).

I migliori risultati terapeutici invece sono stati ottenuti quando alla sieroterapia furono associate cure elettriche e l'uso della stricnina.

Grazzi V. *Una infezione generale poco nota dipendente da malattie delle fauci.*

Portmann G. *L'ausilio chirurgico nella radioterapia del cancro del laringe.* — Nel trattamento dei tumori maligni della laringe, la situazione e la struttura di quest'organo non permettono l'impiego di dosi radioterapeutiche tanto elevate quanto sarebbe necessario poichè lo scheletro cartilagineo, che costituisce una barriera alla penetrazione dei raggi, è predisposto alla necrosi.

L'O. è stato perciò indotto a sopprimere l'ostacolo costituito da questa cartilagine onde permettere una migliore utilizzazione dei raggi.

Questo intervento precede quindi il trattamento radioterapico e viene eseguito in modo assolutamente asettico, avendo cioè riguardo di non aprire il lume laringeo.

Raimondo. *Un caso raro di laringocele.*

Leto L. *Un caso di mancata adesione delle lamine tiroidee.*

Melli C. e Maffeo P. *Le indagini radiologiche nei rapporti delle paralisi laringee.*

Pallestrini E. *Le alterazioni motorie laringee in esito a nevrectomia intracranica dello spinale (con proiezioni).*

Guaschino G. *A proposito di un caso di sindrome di Schmidt.* — Capo maestro di 38 anni, a 20 anni affetto da paralisi facciale destra di probabile origine reumatica: permane paresi. Sei mesi fa ricorse alla visita del medico perchè ad uno sforzo sul lavoro aveva notato abbassamento di voce, rigurgito dei liquidi dal naso, e difficoltà nell'alzare il braccio sinistro.

Si riscontra paresi del velo pendulo, della corda vocale di sinistra e del trapezio e dello sternocleidomastoideo pure di sinistra; R. W. negativa. Ipertensione arteriosa. Miglioramento rapido. Dopo sei mesi permane solo un leggero abbassamento di voce.

L'O. crede trattarsi di una emorragia che abbia compresso lo spinale o il suo nucleo. Considera questo caso come un infortunio sul lavoro.

Caliceti P. *Ricerche istopatologiche nella tubercolosi laringea.* — In questo lavoro esteso e complesso l'O. prende, in considerazione tutte le varie manifestazioni istopatologiche della tubercolosi laringea, e discute dei più vari ed importanti problemi dell'argomento.

Orlandini A. *Contributo alla cura della tubercolosi laringea per via endotracheale.* — L'O. ha ottenuto dei risultati veramente incoraggianti curando la tub. laringea in tutti i suoi stadi con iniezioni intratracheali di essenze balsamiche (gomenol, guaiacolo, creosoto) sciolte in olio di oliva ed in olio, di fegato di merluzzo. Porta un contributo di 12 casi in alcuni dei quali ha ottenuto una vera guarigione. Queste iniezioni vengono fatte per via orale o per via transtracheale. La quantità inietata va dai 5 ai 20 cc. per volta, ogni cinque giorni, a seconda della gravità delle lesioni.

Questa cura sarà tanto più efficace quanto più sollecitamente il tisiologo o il medico generico si uniranno al laringologo.

Simeoni C. *Sulla contagiosità dei papillomi laringei.* — L'O. dalle sue esperienze su conigli conclude che il papilloma laringeo è contagioso ed è trapiantabile da mucosa a mucosa; la maggiore, minore o nessuna contagiosità sarebbe legata, secondo le esperienze dell'A. all'età del paziente ed al trauma esercitato dalle ripetute asportazioni dei papillomi che provocherebbero alterazioni nel tessuto del papilloma stesso.

Fornari L. *Una pinza per scarificazioni dell'ugola.* — Detta pinza (costruita dalla Ditta Pfau di Berlino) consta di due branche che terminano in due placche ovali la cui faccia interna è provvista di puntine acuminate. A pinza chiusa le punte si corrispondono a maglia in modo da produrre altrettante trafitture sull'organo edematoso.

Seduta pomeridiana del 23 ottobre

Comunicazioni di Otologia e varie

Salvadori G. *Sullo sviluppo embrionale delle ossicine uditive.*

Giussani. *Nota sulla innervazione dell'organo paratimpanico del Vitali.*

Curti G. *Contributo all'analisi delle vibrazioni timpaniche. Nota preventiva.*

Torrini L. U. *Influenza del simpatico cervicale sulla funzione vestibolare.*

Tullio P. *Azione della cocaina sul labirinto acustico (con proiezioni cinematografiche).* — L'O. mostra la cinematografia delle esperienze e specialmente gli effetti della cocaina posta a contatto delle ampolle.

Avendo iniettato la cocaina col metodo Magnus nella cassa timpanica si è accorto che parte dei fenomeni erano dovuti ad azione diretta sul labirinto, parte sui centri nervosi.

Nel I caso essa spegne i riflessi sonori e produce lievi modificazioni della posizione statica del capo.

Nel II caso invece produce specialmente i disturbi di equilibrio ed i rotolamenti.

Ugualmente anestetizzando il canale superiore cessa il movimento verso l'alto e ne subentra uno verso il basso.

Il contrario avviene anestetizzando il canale inferiore.

Calamida U. *Sulla trombosi del seno laterale e della vena giugulare interna.*

Breganzato G. D. *Su due casi di trombosi sinuso-giugulare operati con legatura della vena e guariti.* — In entrambi la vena era usurata per colliquazione purulenta del trombo; nel secondo caso di speciale interesse la sintomatologia che consisteva prevalentemente in un cordone edematoso che dal margine mandibolare risaliva fino alla radice del naso seguendo il decorso della vena facciale. Oltre a ciò si poteva osservare tumefazione edematosa della metà corrispondente della lingua e della doccia faringo-laringea; triade caratteristica di trombosi in corrispondenza del tronco tiro-linguo-facciale. Detto caso oltre che per l'insorgenza e la sintomatologia è notevole per il protrarsi oltre un mese dello stato piemico febbrile non ostante la legatura.

Putelli F. *Programma di cura solare nelle suppurazioni croniche dell'orecchio.*

Donadei G. e Sillingardi G. *Il comportamento del Ph nel liquido cerebro-spinale in casi di complicanze otitiche.* — In 18 casi (esaminati col metodo elettrotecnico e colorimetrico) di complicanze endocraniche da otite (trombo-flebite settica del seno sigmoide, del golfo della giugulare, meningite, ascesso cerebrale, epidurale) gli OO. hanno con grande costanza osservato uno spostamento del valore del Ph verso l'acidità (cioè la cifra di esso abbassata).

Inoltre tale spostamento appare in modo più evidente nelle forme complicate a meningite, meno evidente nei casi di ascesso cerebrale e me-

Digitized by Google

no ancora nelle trombosi settiche del seno laterale e del golfo della giugulare. Secondo gli OO. tali risultati potrebbero perciò portare notevole contributo alla precocità della diagnosi ed all'esattezza del giudizio pronostico.

Donadei G. *Contributo allo studio della flora batterica delle suppurazioni croniche auricolari.* — L'O. da uno studio sistematico sulla flora batterica aerobica ed anaerobica in 51 casi di otite m. pur. cron. ha potuto isolare: 29 volte lo stafilococco piogeno albo, 6 volte il b. simildifterico, 4 il b. mesentericus; 4 dei cocchi non bene identificabili; 3 l'enterococco, 2 il b. coli, 2 il b. subtilis, 1 lo streptococco viridans, 1 lo streptococco anaemoliticus, 1 un b. tifosimile, 1 un b. Pfeiffer-simile.

In tutti i casi studiati non potè mai isolare germi anaerobi obbligati, nè germi particolari cui riferire il cattivo odore delle otiti.

Cannevali-Ricci. *Lo streptococco mucoso nelle otiti acute e loro complicanze.* — Con ricerche batteriologiche in caso di affezioni auricolari acute, sia limitate alla sola cassa timpanica e sia con particolare riguardo a quelle complicate da lesioni mastoidee, sinusali e cerebrali, l'O. è riuscito ad isolare in tre casi quale agente patogeno del processo morboso il pneumococco mucoso.

Pur non attribuendo in modo assoluto una fisionomia clinica, affatto speciale alle lesioni auricolari determinate da tale germe, tuttavia degno di nota è che esse hanno presentato parecchi caratteri di rassomiglianza.

Le osservazioni in parola permettono di fermare l'attenzione sopra i seguenti punti principali:

Dal lato batteriologico: La costanza dei caratteri offerti dai ceppi isolati — ceppi che appartengono senza dubbio al gruppo dei pneumococchi (pneumococco mucoso).

Dal lato clinico: 1. La rarità di affezioni auricolari che riconoscono tale agente patogeno.

2. La gravità delle lesioni riscontrabili al tavolo operatorio, reperto che sta in contrasto con la mitezza dei sintomi clinici soggettivi ed oggettivi.

3. La lentezza dei processi riparativi nella ferita.

Agazzi B. *Sull'importanza dell'indagine radiologica nella sindrome di Gradenigo.* — In due soggetti adulti che presentavano una classica sindrome di Gradenigo l'O. non ha trascurato di far praticare, nello stadio avanzato della malattia, un'indagine radiografica della rocca petrosa secondo i metodi di proiezione di Hirtz e di Steenhuis. L'indagine è stata particolarmente fortunata in quanto che essa ha potuto mettere in evidenza in ambedue i casi importanti alterazioni a tipo distruttivo dell'apice della rocca, confermando così ancora una volta la natura extrameningea della sindrome ed il suo fondamento anatomo-patologico risiedente in un processo di osteite della punta. Il reperto positivo dell'indagine radiologica in questi due casi conferma la recente osservazione di Baldenweck e De Prades ed incita a non trascurare mai questo mezzo di indagine per i risultati interessanti che esso può, malgrado le inevitabili difficoltà tecniche fornire. In modo particolare è a raccomandarsi la proiezione della rocca nella cavità orbitaria secondo il metodo di Steenhuis per i risultati veramente dimostrativi che essa può dare.

Tenaglia G. *Sulle paralisi tardive post-traumatiche del facciale senza frattura della rocca.*

Ferreri G. *Recidive e ricadute otomastoidee.*

Carcò P. *Sulla frequenza dell'ascesso di Citelli con comunicazione di nuovo caso.*

Gallo A. *Un caso di ascesso di Citelli.* — Interessante perchè la raccolta extradurale fu constatata a distanza di sette mesi dall'otite acuta, senza che avesse dato luogo a reazione generale ma solo ad un improvviso edema della regione temporale.

Cesari M. *Correzioni estetiche del padiglione dell'orecchio.*

Traina S. *Alterazioni dell'udito e degenerazione famigliare ereditaria della macula.*

Filippi N. *Otosclerosi e disendocrinie.* — In quattro infermi di otosclerosi (otospongiosi) tre di sesso femminile e un maschio, colla ricerca del metabolismo basale si sono ottenute cifre inferiori alla norma.

Negli stessi soggetti praticando l'enzimoreazione di Sivori e Menniti con disintegrati di ghiandole si rilevarono segni di: 1° deficienza tiroidea, ipofisaria e surrenale nel primo caso; 2° deficienza tiroidea e ipofisaria nel secondo caso; 3° deficienza ovarica e ipofisaria nel terzo caso; 4° deficienza tiroidea e surrenale con segni di iperfunzione ipofisaria.

Bruzzi B. *L'uso dell'atropina nei rumori di orecchio.*

Rimini E. *La meningite labirintogena. Epicrisi di un caso operato e guarito.* — L'O. espone anzitutto un caso di grave otite cronica complicato da colesteatoma, nel quale qualche tempo dopo l'operazione radicale, insorsero fenomeni di una labirintite purulenta diffusa e di una meningite basilare accertata oltre che dai fenomeni clinici anche con la puntura lombare (diplo-streptococchi nel liquor).

Operazione labirintica, ripetute punture lombari (9), ed iniezioni di urotropina endovenose e di siero antistreptococcico nel liquor. Guarigione completa. L'O. accentua l'importanza per il trattamento chirurgico della meningite labirintogena, di poter stabilire in ogni singolo caso la patogenesi della labirintite, se cioè di origine timpanica o come avviene più raramente in seguito alla perforazione nel labirinto di focolai purulenti perilabirintici. L'O. tratta quindi delle indicazioni operative della labirintite esponendo le vedute delle varie scuole otoiatriche ed infine la propria in seguito all'esperienza della sua pratica. Espone infine l'importanza della puntura lombare, il cui reperto può dare una indicazione operativa, sostenendo che un reperto negativo dell'esame del liquor deve essere interpretato con riserva potendo esso nel corso anche di poche ore da negativo diventare positivo (Pleiocitosi).

Auriti F. *Ascesso del lobo temporo-sfeinodale destro di origine ottica decorrente con sintomatologia di meningite. Intervento; guarigione.*

Virgili U. *Sul metodo di guarigione con tessuto di granulazione della radicale di Stake eseguita senza plastica del condotto.*

Busacchi T. *Cilindroma del condotto uditivo esterno.*

Lenzi A. *Miosite suppurata acuta dello sternocleido-mastoideo dopo svuotamento petromastoideo.* — L'O. illustra un caso clinico ove in seguito da svuotamento petromastoideo insorse una miosite suppurata acuta dello sterno-cleidomastoideo per infezione streptococcica diffusa dal materiale settico rinvenuto nell'antro al capo dello st. c. m. disinserito con l'atto operativo dalla punta della mastoide.

La rarità della complicazione ed il particolare decorso sono argomento di diagnosi differenziale dalla meningite sierosa e purulenta acuta, dalla labirintite sierosa e purulenta acuta, e specialmente importante dalla trombosi del seno laterale e della giugulare interna.

Teppati F. *Un caso di diplacusia disarmonica biauricolare.*

Ramella F. *Dimostrazione pratica del funzionamento dell'audiometer Western E. I.*

Auslam Y. *Sui corpi stranieri nella trachea e nei bronchi.*

Lasagna F. *Le lesioni del simpatico cervicale e del simpatico perivasale (con proiezioni).* — L'O. dalla sua esperienza conclude che nel campo clinico specialistico nessun risultato abbia la chirurgia del Leriche data anche la difficile distruzione di tutto il simpatico per un dato territorio e per la facile sostituzione a quello leso con altre sue diramazioni.

Pinali R. *Le cure inalatorie solforose delle Terme di Porretta in otorinolaringologia.*

Canestro C. *Nuove applicazioni delle correnti diatermiche nella diagnostica otorinolaringologica.*

Ferretti C. *Sul contenuto in Ph nel sangue degli adenoidei, rinitici e otosclerotici.*

Carrari G. C. *Indagini sperimentali sui virus filtrabili ad azione litica nel campo otorinolaringologico.* — L'O. conclude: I. Nei processi suppurativi interessanti il campo o-r-l, anche con reperto polimicrobico è possibile isolare e coltivare dei germi, il cui filtrato si mostra dotato di proprietà litiche.

II. Le proprietà litiche delle culture sono legate ad un *quid* che passa attraverso le candele, non attraversabili da alcun batterio visibile e coltivabile e sono trasmissibili in serie da cultura a cultura.

Papi I. *Cefalea nelle meningiti sierose.*

Arisi E. *Lo studio delle alterazioni fonetiche col palatogrammi.*

Santi G. *Alcuni tumori benigni della lingua.* — Descrive due fibromi del dorso della lingua di modico volume, uno peduncolato, l'altro sessile e recidivante. La diagnosi clinica venne confermata dall'esame istologico.

Descrive inoltre un adenoma del dorso della lingua in una sede cioè dove non esistono normalmente ghiandole. La diagnosi di tumore benigno già formulata clinicamente fu meglio precisata (adenoma) all'esame istologico.

G. D. Breganzato

ERRATA-CORRIGE

Nel fasc. 46, c. a. a pag. 1094, 2ª colonna, il rigo 26, deve leggersi così: «cienti a esplicare le sindromi, ma tanto *meglio* lo diventano quanto più il»

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 5 Dicembre 1927 – Anno VI — N. 49

CONFERENZE

STUDI SPERIMENTALI E CLINICI SULLA INFEZIONE CON IL VIRUS FILTRABILE TUBERCOLARE

CONSEGUENZE DAL PUNTO DI VISTA DELL' EREDITARIETÀ TUBERCOLARE E DELLA PROFILASSI DELLA TUBERCOLOSI NELLA PRIMA ETA

Conferenza tenuta dal prof. FERNANDO ARLOING di Lione

al Congresso della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi - Milano 20 ottobre 1927

La scuola tisiologica italiana gode tra i sapienti del mondo intero di una sì grande e legittima stima, la sua attività è così grande e feconda, i suoi maestri, raggruppati intorno al più illustre tra loro, il Senatore Edoardo Maragliano, sono così conosciuti e così eminenti, i suoi centri di ricerche così ben attrezzati e così produttivi, che è per me un grande onore ed insieme un temibile cimento l'essere chiamato ad esporre innanzi alla eletta assemblea riunita a Milano i lavori sul virus filtrabile tubercolare che abbiamo, con i miei collaboratori A. Dufour, L. Thevenot e Malartre, condotti a termine a Lione.

Un po' da per tutto, ricompensa alle nostre fatiche, si è voluto prestar loro qualche attenzione. Le nuove idee che essi introducono in Patologia ed in Igiene sono state sulle prime assai discusse in Francia, sono poi state accettate dai nostri contradittori, che attualmente le tengono in grandissimo conto.

La questione delle eredità tubercolare sperimentale è stata, già da gran tempo, studiata in Italia, da eminenti scienziati; Mattucci, Maragliano e Sanarelli.

Noi abbiamo seguito con il più vivo interesse le pubblicazioni di Vetonia Vannucci, di Petragnani, di Montemartini, di Dessy, di Cannelli e Bosco, di Marino e Ricciardi, di Nasso di Gerbasi, di Bocchini, di Ferrannini ecc. Noi vi abbiamo trovato delle adesioni ed anche delle contestazioni di grande importanza rivolte con perfetta cortesia alle nostre conclusioni, e siamo felici di rilevare la parte importantissima rappresentata dalla Scienza Italiana al fianco della Medicina Francese.

Apparentemente esaurito, dopo le geniali scoperte di Villemin, il Francese illustre del quale è stato in questi giorni celebrato il centenario e la cui gloria si irraggia sopra la Scienza universale, dopo le dimostrazioni di Chauveau, di Roberto Koch, di S. Arloing, di Maragliano, risorge di bel nuovo il problema della etiologia e della patogenesi della tubercolosi, così come della sua profilassi e della sua cura.

Così, saremo felici di poter qui porgere qualche lume atto ad agevolare la sua comprensione, di dissipare alcune incertezze e di vedere per merito delle scoperte dei nostri colleghi ed amici Italiani, progredire in avvenire una questione ancora così piena di incognite e così gravida di conseguenze.

I.

Evoluzione della questione

Il lavoro iniziale sopra gli elementi virulenti filtrabili fu effettuato nel 1910 dal Prof. Fontés di Rio de Janeiro. È a questo maestro della Scienza Ispano-Americana che spetta, senza possibile contestazione, il merito di avere aperto la via a quelli che, dieci anni più tardi, ripresero le esperienze di cui egli aveva enumerato i risultati negli «*Annali dell'Istituto Osvald Cruz*».

Senza insistere sopra le notevoli deduzioni fatte da questo sapiente, basta segnalare che nel 1912, Philibert instituendo su questo stesso soggetto delle esperienze di controllo, arrivava a delle conclusioni negative.

La questione sonnecchiò allora fino all'anno 1923 in cui, in seguito a risultati pubblicati da Vaudremer, si moltiplicarono le indagini; il numero di lavori comparsi a partire da quell'epoca sopra la fissazione dei prodotti tubercolari è veramente considerevole.

Senza volerne fare una enumerazione, che del resto non potrebbe essere completa, è giustizia di citare in Francia, insieme a Vaudremer, i nomi di Valtis, Handurvy, Gessard, Bezançon e Philibert, quelli di Calmette, Nègre e Boquet, Nelis, Nesta, preceduti da Fernando Arloing, A. Dufour, Malaidre, L. Thevenot. Nel Belgio, quello di Rotted; in Spagna, dopo I. Ferran, un precursore, quello di Partearroyo; in Italia quelli di Vannucci, Verdina, de Bonis, Montemartini, Dessy, Petragnani, Canelli e Bosco, Nayo, Gerbasi; in Russia quello della signorina Mella Toyounoff.

Noi desideriamo presentare un breve riassunto di insieme sopra la questione e sopra i problemi clinici che noi abbiamo abbordati utilizzando i risultati che ci han forniti le lunghe indagini effettuate da noi nel nostro Laboratorio di Medicina Sperimentale e di Batteriologia della Facoltà di Medicina di Lione.

II.

Il virus tubercolare filtrabile. – Modalità di preparazione. – Potere patogenetico nella cavia adulta. – Le forme principali della infezione.

Il fatto primordiale, messo in evidenza da Fontès e riprodotto da tutti coloro che hanno studiata la questione è il seguente: Se si filtra attraverso una candela di porcellana appropriata un prodotto tubercolare qualunque (essudato patologico, culture, frammenti d'organi più o meno ricchi di lesioni bacillari) il liquido ottenuto non è, come si sarebbe in diritto di ritenere a tutta prima, privo di ogni elemento patogeno. L'esame diretto, anche dopo centrifugazione prolungata, non può rinvenirvi la presenza di microrganismi ma, ed è qui il punto notevole, l'inoculazione di filtrati all'animale darà luogo ad una infezione tutta speciale, molto differente dalla tubercolosi sperimentale classica.

1° — FILTRAZIONE ED INOCULAZIONE DEL FILTRATO ALL'ANIMALE. — Noi non insisteremo sopra le precauzioni minuziose indispensabili per effettuare una filtrazione corretta, dopo di essersi accertati della qualità della candela usata, mescolando al liquido da filtrare, una cultura di un microbo conosciuto (colera dei polli, per esempio). La filtrazione si fa per mezzo di una candela di Chamberland L^2 o L^3 per aspirazione, creando con la pompa d'acqua una lieve depressione (10 cc. d'acqua circa).

L'inoculazione alla cavia del prodotto di filtrazione può essere realizzata per diverse vie (sottocutanea, intraperitoneale o intravenosa) senza che i risultati siano sensibilmente differenti. Le dosi possono variare in limiti abbastanza larghi (da 4 a 20 cc. di filtrato).

Non ci sembra che sia assolutamente necessario di praticare, a parecchi giorni di intervallo, diverse iniezioni col medesimo filtrato conservato in termostato.

D'altronde, è difficile formulare una stretta regola riguardo al tempo della comparsa dei risultati, poichè se si può qualche volta procedere alla constatazione positiva di un lasso di tempo molto breve dopo l'inoculazione (20 giorni) è il più spesso necessario di attendere per un tempo molto più lungo.

2° — POTERE PATOGENO DEI DIVERSI FILTRATI TUBERCOLARI. — Le forme filtranti del bacillo tubercolare, esistono senza dubbio nella maggior parte delle culture normali o modificate, tanto nel mezzo liquido quanto su di un mezzo solido.

È così che Valtri, dopo Vaudremer, ha potuto metterli in evidenza nei differenti ceppi umani e in un ceppo bovino; De Potter in un ceppo aviario.

Le nostre ricerche effettuate sopra numerose culture, mantenute in laboratorio, sono state assai variabili: i nostri risultati positivi sono stati forniti da un ceppo isolato recentemente da

Digitized by Google

una gomma tubercolare e da una cultura di un bacillo proveniente da una tubercolosi urinaria. Così abbiamo preferito sottomettere alla filtrazione diversi prodotti patologici provenienti dall'uomo o dagli animali: ulceri di inoculazione polmonare, gangli tracheo-bronchiali più o meno classificati prelevati alla autopsia di bambini, frammenti di polmoni o di altri visceri, senza contare gli essudati patologici: pus di ascessi freddi, liquido pleurico, sputi bacilliferi autolizzati per lo spazio di qualche giorno in stufa e liquido cefalorachidiano di meningiti tubercolari, e del liquido di pleuriti bacillari di cui si conosce l'abituale povertà in bacilli acido-resistenti.

Gli effetti patogeni sono direttamente in rapporto con la virulenza dell'agente invisibile. Noi siamo così arrivati a constatazioni positive, se non frequenti, almeno abbastanza numerose.

Solamente le ricerche effettuate con il sangue di soggetti affetti da bacillosi polmonari, sono restate completamente negative. È vero che in questo caso ci si urta in serie di difficoltà tecniche e che d'altra parte i periodi di bacillemia tubercolare sono rari così che non si è mai certi di praticare il prelevamento del sangue durante il decorso di uno di questi periodi.

3° — MANIFESTAZIONE DELLA INFEZIONE DELLA CAVIA CON IL « VIRUS TUBERCOLARE FILTRABILE ». — Percorrendo le descrizioni delle lesioni constatate dai diversi sperimentatori alla autopsia delle cavie iniettate con il « virus filtrabile », sembra a tutta prima che queste siano molto disparate, senza che si possa attribuire a queste differenze delle cause ben definite all'infuori della variabilità della virulenza del « virus filtrabile ».

Tuttavia un fatto di cui non sembra sia mai mancata la presenza è segnalato da tutti gli autori ed è: *l'assenza dell'ulcera di inoculazione* nel punto dove è stato iniettato un filtrato di sostanza tubercolare.

Questa sola constatazione stabilisce una differenza abbastanza importante tra infezione sperimentale classica della cavia e infezione atipica provocata dal « virus filtrabile » che appare così incapace di provocare una lesione ulcerosa e suppurata al punto della sua entrata. Allo stesso modo fa costantemente difetto l'adenopatia similare.

Tuttavia, utilizzando un filtrato attivo, si determina *una infezione di tipo particolare*. Ci è stato possibile, basandoci sopra le nostre numerose esperienze personali, descriverne *tre modalità* abbastanza differenti.

A) *Forma nodulare*. Essa è rara e si ravvicina per molti punti alla tubercolosi sperimentale classica, benchè anche in questa manchi l'ulcera di inoculazione e l'adenopatia omologa in casi di inoculazione sottocutanea, alla coscia per esempio.

La sua evoluzione è lenta e non fa capo alla morte che dopo cinque mesi e spesso di più. All'autopsia constatansi lesioni nodulari caratteristiche e indiscutibili, tuttavia poco numerose, discrete anche sopra i visceri che, come il fegato e la milza, ne sono normalmente assai colpiti; più intense in genere a carico dei gangli linfatici, ipertrofizzati e parzialmente caseosi.

B) *Forme cachettizzanti*. Di gran lunga più frequenti, esse rivestono un andamento molto particolare. Dopo una minima ed effimera reazione locale, in caso di inoculazione sottocutanea, che d'altronde può sovente anche mancare, le cavie in esperimento cominciano a dimagrire circa al principio della terza settimana. Questa diminuzione di peso va da quel momento sempre continuando regolarmente.

Dal secondo o terzo mese esse diventano scheletriche, si alimentano difficilmente, rimangono indifferenti in un angolo della loro gabbia, e tosto muoiono cachettiche. L'autopsia non rivela tuttavia nessuna lesione macroscopica. I visceri che d'ordinario sono colpiti rimangono indenni; soltanto il pannicolo adiposo è completamente scomparso. Una minuziosa ricerca permette tuttavia di scoprire qualche gruppo di gangli leggermente ipertrofici ma senza alterazioni macroscopiche, senza che esista a loro carico la minima trasformazione caseosa.

Ma, e questo è il fatto importante, l'esame degli striscii praticati con il succo di questi gangli permette sovente dopo lunghe e numerose ricerche di mettere in evidenza dei bacilli acido-resistenti nella forma classica generalmente raggruppati in importanti ammassi a livello dei gruppi tracheo-bronchiali ipertrofici, senza alterazione anatomica che rivesta caratteri tubercolari. Questi casi sono i più frequenti, il 61 % circa. Questa seconda forma ci ha indotti a riferire al virus tubercolare filtrabile la patogenesi di certe ipotrofie ed atrofie dei neonati nati da madri tubercolose. Ritornerò ulteriormente su questo punto.

C) *Forma effimera curabile*. Colpito dal numero ragguardevole delle nostre cavie inoculate con dei filtrati che non presentavano nessun disturbo apparente della salute all'infuori di una perdita temporanea ed incostante del peso dopo l'inoculazione (45 %), in presenza della sopravvivenza indefinita di questi soggetti in perfetto stato fisiologico e dell'assenza di bacilli in gangli d'aspetto normale, noi abbiamo concepito l'idea di sottoporre questi animali al controllo della tubercolina ed è questo quello che ci ha permesso di descrivere la terza forma dell'infezione della cavia con il virus filtrante che noi abbiamo chiamato la forma labile, effimera, spontaneamente curabile. Effettivamente, gli animali inoculati in questo terzo caso, non presentano altro fenomeno che delle reazioni spontanee alla tubercolina.

Risultati di questo genere non potevano passare senza provocare qualche stupore e sollevare contemporaneamente qualche critica ed un certo scetticismo.

Fra queste critiche, la principale è l'infedeltà della candela (Petragnani, Dessy, Denys) che lascerebbe passare, in piccolo numero è vero, dei bacilli acido-resistenti di cui l'inoculazione alle cavie farebbe capo agli effetti patogeni osservati.

Parrebbe superfluo rispondere a questa critica facendo osservare il fatto che gli sperimentatori hanno ben saputo accertarsi dell'integrità del filtro con delle aggiunte microbiche appropriate ai materiali tubercolari sottomessi alla filtrazione, assicurandosi che i filtrati conservati in brodo ordinario da 24 a 48 ore si mostravano sterili, che il loro insemenzamento su terreno di Petroff, in brodo all'uovo favorevole alla cultura del bacillo tubercolare normale, restava negativo così come la ricerca per colorazione di un elemento acido-resistente qualunque nel filtrato.

Di più pur supponendo che alcuni rarissimi bacilli abbiano potuto malgrado tutto sfuggire alla dimostrazione diretta, colorante e culturale, le forme anatomiche della malattia sperimentale con il virus filtrabile così profondamente differenti dalla tubercolosi classica tipo Villemin ottenuta con l'inoculazione, potrebbero da sole trovare la loro autonomia e la loro origine speciale e specifica. L'assenza di ulcera di inoculazione, di adenopatia regionale, di formazioni nodulari, l'evoluzione, le reazioni alla tubercolina di cui noi parleremo in seguito, sono altrettanti argomenti dimostrativi che controbattono, anche se alcuni rarissimi bacilli normali fossero stati inoculati invece ed al posto del virus filtrabile, le obbiezioni dei contraddittori.

Un argomento di più in favore della specificità d'azione del virus filtrante tubercolare e del suo intervento specifico nella malattia sperimentale a esclusione di ogni infezione accidentale per mezzo di bacilli acido-resistenti normali, emerge dagli effetti della reinoculazione alla cavia dei gangli bacilliferi di un soggetto infettato con il virus filtrabile. Questi bacilli generati dagli elementi filtrabili non danno come Valtis insiste nel far notare, nè ulcera d'inoculazione nè tubercolosi tipo Villemin, ma riproducono le forme anatomiche dovute all'elemento filtrabile che noi abbiamo descritte

Così si trova confermato il potere patogeno specifico del virus tubercolare invisibile e le sue caratteristiche sfumature in rapporto ai caratteri della sua virulenza.

Questa virulenza varia seguendo una gamma molto estesa. Nei prodotti patologici essa subisce delle variazioni naturali considerevoli che vanno da una grande attività a un potere quasi nullo.

Artificialmente noi abbiamo potuto con l'invecchiamento, il calore, le correnti elettriche, i raggi ultravioletti attenuare all'estremo e quasi annullare i suoi effetti patogeni.

La malattia sperimentale così come le turbe cliniche che si osservano in certi casi determinati sono dunque certamente la conseguenza diretta della presenza nell'organismo infetto di un elemento tubercolare filtrabile.

È erroneo d'invocare, come vorrebbe Petragnani, una specie di eredità passiva (anergizzante) per mezzo di scambi transplacentari dalla madre al feto, per spiegare la ulteriore tuber-

Digitized by Google

colizzazione del soggetto, senza intervento eventuale di un passaggio del virus attraverso la placenta.

È difficile ugualmente di ammettere con Verdina un'azione deprimente specifica, esercitata sui mezzi di resistenza della cavia dal virus filtrabile, che cesserebbe di essere tubercoligeno per sè stesso ed alla sua maniera, ma permetterebbe lo sviluppo nel porcellino d'India di una tubercolosi spontanea. Gli autori non ignorano la straordinaria rarità della tubercolizzazione spontanea della cavia, e questo fatto diminuisce molto il valore della loro obbiezione.

Insomma la variabilità della virulenza esiste per il virus tubercolare filtrabile come le ricerche classiche di Saturnino Arloing l'hanno dimostrato per il bacillo tubercolare acido-resistente.

III.

Le forme dell'allergia alla tubercolina create dal virus tubercolare filtrabile. – Loro curiose particolarità. – Loro relazione con la virulenza.

Esaminiamo ora l'*allergia alla tubercolina nelle cavie inoculate col virus filtrabile tubercolare*. Questo studio comparativo è estremamente importante per la comprensione del problema. Ecco i fatti:

A. — *Nelle cavie controllo tubercolizzate con una cultura normale*: reazione alla tubercolina al 100°, che va dalla papula rossa all'escara ed alla necrosi emorragica; periodo ante-allergico da otto a dieci giorni, periodo allergico indefinito fino alla morte del soggetto.

B. — *Nelle cavie infette col virus filtrabile*:

Prima forma, di infezione caseificante: reazione positiva a partire da un centesimo, netta con un cinquantesimo, un venticinquesimo e un decimo; periodo anti-allergico di 20 giorni, periodo allergico da 60 a 90 giorni.

Seconda forma, cachettizzante: ugual tipo di reazione.

Terza forma, effimera spontaneamente guaribile: reazione negativa a un centesimo, positiva leggera a un cinquantesimo, positiva a un venticinquesimo e a un decimo; periodo anti-allergico di 24 giorni, periodo allergico 45 giorni. Ulteriormente le intradermoreazioni, anche a un venticinquesimo e a un decimo, rimangono negative.

Così dunque noi abbiamo provato l'esistenza d'un virus tubercolare filtrante labile clinicamente ed anatomicamente inoffensivo, che l'organo distrugge o elimina e di cui l'azione non può essere rivelata che coll'impiego di una tubercolina più concentrata che quella utilizzata correntemente in pratica. I nostri risultati sono stati confermati da Valtis, Durand, Oury e Benda, Debrè, Lelong e Bonnet, E. Sergent, ecc.

Ma lo studio continuato di questo soggetto ne ha permesso di conoscerne tutto l'imprevisto così come la sua complessità. Esso ha dimostrato, come noi l'abbiamo lasciato supporre all'Accademia di Medicina fin dal 27 aprile 1926 in una risposta al prof. Marfan, che l'infezione col virus filtrabile tubercolare rischia alcune volte di sfuggire alla prova della tubercolina e che un giorno noi ne avremo la dimostrazione. Istruiti dalle nostre proprie esperienze su questo fatto in apparenza paradossale — che non si allontana in fondo dalla legge della specificità poichè il virus tubercolare filtrante ha una biologia differente da quella del bacillo acido-resistente di cui la tubercolina dimostra l'impregnazione — noi sceglieremo intenzionalmente per la nostra esposizione degli argomenti tratti dai lavori di altri autori.

Una volta eliminate le cause locali d'errore (topo-anergia, topo-iperergia, pigmentazione della pelle, ecc.) è ora stabilito (Popper e Raileano, Melle Togounoff, Nèlis, Valtis e Portret), che delle cavie infette con virus filtrabile e portatrici nel loro parenchima di bacilli acido-resistenti che ne derivano, possono non reagire alla tubercolina anche concentrata (diluizione all'1/25 - 1/10 - 1/5, tubercolina bruta pura).

Allo stesso modo la tubercolina fallisce nei neonati figli di tubercoloso e portatori probabili di virus filtrabile.

Invece, se si saggiano per mezzo della intradermoreazione queste cavie e questi bambini con due gocce di filtrato tubercolare scaldato puro o diluito all'1/100, si osservano delle reazioni positive, mentre queste reazioni sono negative con la tubercolina al centesimo.

Degli esempi sono stati forniti da Popper, Slobosiano e Raileano (sopra 45 bambini nati da madri che reagivano alla tubercolina: 4 reazioni deboli alla tubercolina e 41 negative; con filtrato: 17 negative, 21 deboli, 7 forti) da Nèlis (sopra 7 bambini a cutireazione tubercolinica negativa nati da tubercolose, 3 reazione tubercolinica debole, 4 violente col filtrato). Le nostre osservazioni personali non hanno fino a questo momento forniti argomenti supplementari.

Viceversa, noi desideriamo insistere sopra il fatto, che delle cavie impregnate con virus filtrabile e che avevano presentato un'allergia tubercolinica temporanea o che non avevano mai reagito alla tubercolina, si sono mostrate resistenti a una prova di infezione con bacillo classico mortale. Esse avevano dunque subito un'infezione che non aveva potuto essere messa in luce con nessun metodo.

Conviene dunque esaminare il problema dell'infezione accidentale ereditaria con il virus filtrabile tenendo conto di queste particolarità sperimentali e cliniche. Esse modificano profondamente le nozioni ammesse al giorno d'oggi, ma non ci devono trascinare a delle generalizzazioni premature nè a delle deduzioni pratiche che non abbiano potuto essere sottomesse a una critica ragionata e severa.

IV.

La trasmissione transplacentare del virus tubercolare filtrabile. – Sue conseguenze possibili sull'eredità tubercolare.

Durante le nostre ricerche noi avevamo emesso l'ipotesi che le forme del virus tubercolare capaci di attraversare un filtro poroso di porcellana potevano forse, in certe condizioni da determinarsi, attraversare anche la barriera placentare quasi assolutamente impervia al bacillo tubercolare acido-resistente.

Noi abbiamo citato un certo numero di fatti sperimentali, qualche osservazione clinica minuziosa confermata in seguito da eminenti scienziati (Calmette, Couvelaire, Sergent, Valtis ecc.), che sono venuti in seguito a fornire la prova di quello che noi avevamo supposto ed a permettere una nuova concezione del problema della ereditarietà tubercolare.

Dopo essere stata per lunghi secoli padrona dell'opinione medica e popolare, la credenza all'eredità del germe tubercolare come causa originale della tubercolosi dei discendenti, è stata bruscamente detronizzata a partire da Villemin, Chauveau e Koch, a partire dal Grancher fino ai pediatri e gli igienisti moderni con la nozione patogenetica quasi assoluta del contagio causa dell'infezione tubercolare del bambino e dell'adulto.

Nei nostri giorni la tisiologia dominata dalla giusta preoccupazione dell'infezione acquisita e del contagio post-natale, aveva dunque quasi interamente perduto di vista le descrizioni anteriori concernenti *l'eredità del germe o eredità diretta* con le sue varietà: eredità di concepimento praticamente sconosciuta; eredo-infezione transplacentare per mezzo del bacillo acido-resistente stabilito da 130 osservazioni; eredità del germe con latenza prolungata facente capo a una tubercolosi evolutiva dell'adolescenza così come *l'eredità di terreno* o *eredità indiretta*, con le sue forme (eredo-predisposizione di Laennec e di Peter, eredo-immunità di Sanarelli, Maffucci, Maragliano, Marfan, eredo-distrofia di Landouzy).

È in questa atmosfera nosografica che è stato conosciuto il passaggio transplacentare del virus filtrante e la sua parte possibile nell'eredità diretta per infezione tubercolare.

Riassumiamo le nostre personali acquisizioni che le concernono:

1° — *Nostri fatti sperimentali.*

Il 16 giugno 1925 noi facevamo conoscere alla Società Medica degli Ospedali di Lione che in seguito ai nostri primi risultati sembrava che l'esistenza delle forme filtranti del virus tubercolare, risollevasse a nuovo la quistione della eredità del germe tubercolare.

Il 9 novembre 1925, noi esponevamo all'Accademia delle Scienze la prima dimostrazione, per mezzo di filtrato d'origine

Digitized by Google

umana, del passaggio transplacentare del virus filtrabile nella cavia in gestazione.

Quest'esperienza si connetteva a quella pubblicata nell'ottobre 1925 da Calmette e suoi collaboratori eseguita nella cavia gravida inoculata con un filtrato di liquido d'ascite bacillare sperimentale.

Nelle altre esperienze riferentisi allo studio dell'ipotrofia infantile d'origine tubercolare, noi abbiamo iniettato a delle cavie neonate dei filtrati tubercolari saggiandole di quando in quando con la tubercolina.

Alcuni fra questi giovani animali non presentarono nessuna turba nel loro sviluppo e giunsero all'eta adulta senza manifestazioni apprezzabili. Alcuni al contrario, ebbero sopra i controlli un ritardo assai netto nella crescita del pelo accompagnatosi ad una intradermoreazione positiva e passeggiera a 1/25. A capo di tre mesi il loro peso si accrebbe, si colmò il deficit e la intradermoreazione divenne negativa. Infine alcune altre deperirono progressivamente, morirono cachettiche in tre mesi circa con numerosi bacilli acido-resistenti nei loro gangli.

2° — *Nostri fatti clinici.*

Il 25 marzo 1926 noi abbiamo comunicato all'Accademia di Medicina la prima prova indiscutibile del passaggio transplacentare del virus filtrabile tubercolare dalla madre al figlio nella specie umana.

Noi avevamo estratto dalle viscere di una bambina nata da una madre tubercolosa dalla quale ella era stata isolata subito dopo la nascita, dei filtrati che diedero nella cavia un dimagramento e una ipotrofia progressiva mortale con dei numerosi bacilli acido-resistenti nei ganglii come si trovavano nella bambina che aveva fornito questo materiale di esperimento.

Sei mesi dopo Calmette, Valtis e Lacomme così come Couvelaire pubblicarono numerosi esempi probativi.

È dunque certo che i neonati da madre tubercolosa sono portatori, nascendo, della forma filtrante del virus tubercolare. Sono i loro ganglii che servono di serbatoio al virus fino a che per delle ragioni facili a comprendere, le ricerche eseguite con il sangue del cordone ombelicale sono fallite.

Insomma, in certi casi, la sindrome di denutrizione progressiva senza lesioni di Couvelaire, le morti inesplicabili osservate da Debrè e Lelong nei neonati vitali nati da madri tubercolose, sono l'espressione della forma mortale dell'infezione transplacentare da virus tubercolare filtrabile.

V.

Conseguenze teoriche e pratiche. – Eredo-infezione; eredo-immunità da virus filtrante tubercolare. – Profilassi della tubercolosi infantile.

Le discussioni e le contraddizioni sul virus tubercolare filtrabile, che i nostri studi avevano suscitato al principio, sono ormai cadute davanti l'evidenza della dimostrazione.

È fuori di contestazione che certi casi mortali di ipotrofie dei neonati, sono imputabili al virus filtrabile ereditato dalla madre (da 4 a 7 % circa delle morti di bambini di madri tubercolose).

Ma all'infuori di questi casi di *eredo-infezione* evidente rivelata da un'evoluzione clinica e dal criterio batteriologico e allergico, sembrano esistere dei casi di *eredo-immunità* o almeno di *eredo-resistenza* imputabili agli elementi filtranti.

Questa immunità relativa o quasi assoluta che talvolta è l'appannaggio dei nati da genitori tubercolosi è stata sovente notata dalla Clinica empirica e tradizionale. I pediatri attuali l'hanno ugualmente osservata e gli esperimentatori che nell'istesso tempo erano clinici come Sanarelli, Maffucci, Maragliano e poi Gaertner l'hanno realizzata in particolare negli uccelli.

Conviene far risalire all'impregnazione con il virus tubercolare filtrabile e alle reazioni organiche consecutive, l'origine di questa difesa contro il bacillo acido-resistente che può sembrare naturale ma che in realtà è acquisita.

Delle prove sperimentali ne sono state recentemente date da Parof, da Boquet, Nègre e Valtis e dai risultati che noi stessi con L. Thèvenot, A. Dufourt e Malartre abbiamo testè esposto.

Resistenza incompleta, resistenza completa, questo dipende dall'attività e dalla dose del virus filtrabile immunizzante così come dalla virulenza della dose dalla via di penetrazione dei bacilli acido-resistenti sopra-infettanti.

Questo processo allergico di difesa si sviluppa di nascosto e lentamente, sovente senza che il soggetto che se ne giova presenti mai una cutireazione positiva alla tubercolina, o al filtrato tubercolare.

Questo e uno dei punti più misteriosi e più strani della storia delle forme filtranti invisibili, immunizzanti, predisponenti o mortali del virus tubercolare e che forse non sono in fondo che uno stadio del ciclo evolutivo, morfologico e patogeno ancora così incompletamente noto del bacillo di Koch.

In qualunque modo sia vista, dal punto di vista pratico e igienico, l'eredità transplacentare del virus filtrabile tubercolare sembra certa senza essere per questo molto dannosa.

In tutti i casi questa nozione non prevale contro gli insegnamenti giornalieri della pediatria. Essa ci apprende, che isolato dell'ambiente famigliare bacillifero, un bambino anche nato da parenti tubercolosi e perciò sospetto di essere impregnato di virus filtrabile, sfugge alla tubercolosi se egli è immediatamente sottratto al contagio. L'infezione post-natale d'origine umana esogena è praticamente l'etiologia capitale quasi unica della bacillizzazione del bambino e dell'adulto.

Così sarebbe illogico e pernicioso di voler attualmente concludere per semplice analogia e trasformare definitivamente tutte le nozioni etiologiche acquisite concernenti la genesi della tubercolosi della prima età. I risultati rimarchevoli delle opere di previdenza antitubercolare dell'infanzia, sono sufficienti per non lasciare nessun dubbio su questo soggetto e confortarci a persistere in un metodo così giovevole.

Conclusioni

Riassumendo, il virus tubercolare filtrabile ci ha già lasciato scoprire qualche punto importante della sua biologia e del suo potere patogeno.

Nello stato attuale delle nostre conoscenze, la sua trasmissione ereditaria transplacentare, sembra che comporti le seguenti evoluzioni:

1° — O il virus filtrabile diventa rapidamente mortale provocando una tubercolosi caseosa discreta generalizzata un po' differente nel suo aspetto dalla tubercolosi nodulare classica;

2° — O esso genera la sindrome d'ipotrofia del lattante che soccombe emaciato per opera della sua speciale azione patogena;

3° — O esso rimane in istato di latenza per lo spazio di lunghi anni in focolai ganglionari, particolarmente nel gruppo tracheo-bronchiale per svegliarsi nella seconda infanzia, nell'adolescenza o nell'età adulta e creare una tubercolosi polmonare che ha il più spesso il suo punto di partenza dall'ilo, e che in tale modo deriva da una tubercolosi ereditaria insospettata;

4° — O infine senza evolvere, crea nell'organismo che l'ha ricevuto ereditariamente uno stato allegico suscettibile di una doppia espressione.

a) Una ipersensibilità, alle surinfezioni esogene da bacillo acido-resistente, che conferisce a certe manifestazioni tubercolari cliniche dell'infanzia o dell'adulto un carattere così repentino e brutale da ricordare certi « *fenomeni di Koch* » (è questa l'eredo-sensibilità).

b) Una resistenza all'infezione per opera del bacillo classico che esperienze in corso ci fanno attualmente conoscere (è questa l'eredo-immunità).

5° — Questi due fenomeni allergici, ipersensibilità o resistenza, di senso così opposto da sembrare contraddittorio, dipendono dalla variabile virulenza e dalla dose del virus filtrabile che dà luogo alla allergia che, a seconda dei casi, fa capo a differenti effetti nei riguardi del bacillo acido-resistente soprainfettante, che aggredisce l'organismo con quantità e virulenza variabile e seguendo strade che anch'esse possono variare.

BIBLIOGRAFIA

F. Arloing e A. Dufourt. Contribution à l'étude des formes filtrantes du bacille tuberculeux. C. R. Soc., Biol, T. XCIII, pag, 165, 15 Juin 1925. — Idem. Les formes filtrantes du Bacille de Koch et le problème de l'hérédité tuberculeuse. Soc. méd. Hôp. Lyon, 19 Mai 1925. In Lyon médical, T. CXXXI, n. 41, pag. 444. — Idem. Obtention des formes mycéliennes du bacille tuberculeux. Soc. méd. Hôp. Lyon, 19 Mai

Digitized by Google

1925, T. CXXXI, n. 4, pag. 443. — IDEM. Polymorphisme du Bacille tuberculeux. Formes mycéliennes et ramifiées. Rev. de la Tub., T. VI, n. 4, pag. 517. — IDEM. Transmission du virus tuberculeux par voie transplacentaire chez la femelle du cobaye tuberculisée avec un filtrat de produit tuberculeux humain. C. R. Ac. des Sciences, T. CLXXXI, pag. 826. — IDEMV Tuberculose et Hérédité. Passage expérimental du virus filtrant tuberculeux de la mére au foetus. Soc. méd. Hôp., Lyon 8 Décembre 1925. In Lyon Médical, T. CXXXVII, n. 6, pag. 169. — IDEM. Recherches sur le Virus tuberculeux filtrant et son passage à travers le placenta. Bull. Ac. Méd., T. XCV, n. 7, p. 163, 16 Février 1926, — IDEM, Rôle présumé du Virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies des nourrissons nés de mère tuberculeuses. Bull. Ac. Méd., T. XCV, n. 12, pag. 318, 23 Mars 1926, — IDEM. A propos du Virus tuberculeux filtrant et du problème de l'Hérédité tuberculeuse. Bull. Ac. Méd., T. XCV, n. 17, p. 416, 27 Avril 1926. — IDEM. Les formes invisibles et filtrantes du Virus tuberculeux. Clinique et Laboratoire, 20 Juillet 1926, p. 127. — IDEM. Intradermoréaction à la tuberculine chez le cobaye injecté avec le Virus tuberculeux filtrant. C. R. Soc. Biol., T. XCV, pag. 1363, 15 Novembre 1926. — IDEM. Sur la variabilité de virulence et des effets pathogénes du Virus tuberculeux filtrant. Ses conséquences dans le problème de l'hérédité tuberculeuse. Bull. Ac. Méd., T. XCVI, p. 301, 30 Novembre 1926. — IDEM. Résultats obtenus par l'noculation de Virus tuberculeux filtrant aux cobayes nouveau-nées. C. R. Soc. Biol., T, XCV, p, 1414, 4 Déc, 1926, — IDEM, Le nouvel aspect de l'Hérédité tuberculeuse (recherches personnelles) Soc. méd. Hôp., Lyon 14 Déc. 1926. In Lyon médical, T. CXXXVIII, n. 52, p. 731. — IDEM. Atténuation du Virus filtrant tuberculeux labile par les courants électriques et les rayons ultra-violets. C. R. Soc., T. XCVI, n. 1, p. 39, 20 Déc. 1926. — IDEM. Le Virus tuberculeux filtrant et les acquisitions nouvelles sur l'Hé.édité tuberculeuse. Presse méd., 5 Janvier 1927, n. 2, p. 17. — F. ARLOING, A. DUFOURT e MALARTRE. Caractères anatomiques et cliniques de la Tuberculose expérimentale du cobaye provoquée par l'inoculation des formes filtrantes du bacille tuberculeux. C. R. Soc. Biol., T. XCIV, p. 46, 21 Déc. 1925. — IDEM. Variations morphologiques et pathogènes du bacille de la Tuberculose, Paris Méd., n. 1, 2 Janvier 1926, p. 22. — IDEM. Formes anatomiques de l'infection experimentale par le virus tuberculeux. Soc. Anot., 16 Déc. 1926. In Annales anat. pathol., T. III, n. 9, p. 982. — F. ARLOING, L. THEVENOT, A. DUFOURT e J. MALARTRE. Résistance vis-à-vis d'une infection tuberculeuse virulente conférée au cobaye par le Virus tuberculeux filtrant. Acad. Medec., 11 Octobre 1927. — F. ARLOING e MALARTRE. Recherches histobactériennes comparatives sur des cultures de bacilles tuberculeux, d'actynomycose et d'aspergillus sur pomme de terre. C. R. Soc. Biol., T. XCII, p. 1303, 27 Avril 1925. — IDEM. Aspect des coupes de cultures du Bacille tuberculeux sur pomme de terre. C. R. Soc. Biol., T. XCIII, p. 225, 27 Juin 1925. — S. ARLOIN. Variations morphologiques du Bacille tuberculeux de l'homme et des mammifères obtenues artificiellement. C. R. Ac. des Sciences, 20 Janvier 1908. — IDEM. Variabilité du Bacille de la Tuberculose. Congrès intern. Hyg. de Berlin in Rev. Tub., T. V, n. 1, Février 1908. — IDEM. Sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes sur le Bacille de la Tuberculose Humaine et sur une variété mobile de ce bacille. C. R. Ac. des Sciences, 9 Mai 1908. — IDEM. Variabilité des caractères végetatifs et des caractères pathogènes du Bacille de la Tuberculose. Bull. Soc. des Sciences vétérinaires de Lyon, 1 Février 1908. — J. MALARTRE. Acquisitions récentes concernant le Bacille de Koch. Modifications morphologiques et tinctoriales. Formes filtrantes. Aspect actuel du problème de l'hérédité tuberculeuse. Thèse de Lyon, n. 81, 1926-1927.

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. G. SANARELLI

SUL VALORE DELLO SCHEMA LOBULARE DI ARNETH IN MEDICINA

per il dott. CESARE ENRICO — Assistente (*)

Nel 1904 Arneth propose un nuovo metodo di esame dei polinucleati neutrofili. A seconda del numero dei nuclei che contenevano li divise in cinque gruppi e diede, per l'individuo normale, il seguente schema:

I	II	III	IV	V
5	35	41	17	2

Tanto Arneth che Weidenreich misero la segmentazione nucleare in rapporto con l'età del globulo bianco, considerando più giovani i leucociti a un solo nucleo, più vecchi quelli a più nuclei. Secondo Pollitzer invece il polimorfismo nucleare dipenderebbe da artifizi di tecnica, e secondo Brugsch e Schilling, che hanno osservato all'ultramicroscopio leucociti a fresco, esso non sarebbe dovuto altro che ai movimenti ameboidi della cellula.

Questa ipotesi, che era già stata ammessa dal Morawitz, dal Ranvier, dall'Arnold, dal Neumann, dal Jolly, dal Flemming e dall'Hiller, venne in seguito confermata dal Grawitz e dal Grüneberg, i quali, fotografando con i raggi ultravioletti il sangue, non riuscirono a mettere in evidenza, i nuclei fortemente segmentati.

Arneth, inoltre, esaminando il sangue di individui affetti da varie malattie, notò che spesso si avevano modificazioni nello schema da esso enunciato, e parlò di spostamento a sinistra se aumentavano i polinucleati a uno o due nuclei, di spostamento a destra se aumentavano quelli a più nuclei. Dopo queste osservazioni Pappenheim, Ehrlich e Naegeli, ritornando sull'argomento, ritennero che l'aumento della segmentazione nucleare, mentre nell'individuo normale è in rapporto con l'età della cellula, nell'individuo malato può essere messa in rapporto anche con processi degenerativi.

Dal 1904, specialmente nei primi anni, molte richerche in proposito sono state compiute. Arneth, Esser, Frank, esaminando il comportamento di detta formula nei primissimi giorni di vita del feto hanno trovato in esso una deviazione a sinistra. Sidoti ha sperimentalmente confermato questo comportamento nei conigli neonati, e ha osservato che in essi lo schema lobulare va assumendo il tipo adulto soltanto fra il 7° e il 10° giorno di vita extrauterina. Prag, al contrario, ammette che questa deviazione a sinistra non è costante, ma che si osserva soltanto nei prematuri e nei lattanti in cattive condizioni, e si deve quindi mettere in rapporto con una certa immaturità prenatale. Spostamento a destra si è notato da Castorina nella leishmaniosi, in cui, come è noto, si ha leucopenia; da Arnone e Venza nel periodo di apiressia malarica, da Avellone su cavie e uomini affaticati, da Damianovich, Bianchi e Savazzini nei ratti in istato di avitaminosi. Nell'emoclasia digestiva con fegato insufficiente Brugi ha notato che per tutto il periodo della crisi emoclasica lo schema lobulare di Arneth non presenta alcuna modificazione, mentre si ha uno spostamento a sinistra durante il ritorno allo stato primitivo della crasi sanguigna. Spostamento a sinistra si è notato nel periodo febbrile della malaria, nel decorso di moltissime malattie infettive, e per la introduzione di varie sostanze a scopo terapeutico. Così deviazione a sinistra hanno notato Calderini e Segre con la proteinoterapia aspecifica, Giuffrè per azione del vaccino lisizzato di Di Cristina e Caronia, Castorina per azione del tartaro stibiato nella leishmaniosi infantile, Lo Presto, Dorn, Levy, Seminerio, Bing per le iniezioni endovenose di neosalvarsan. Spostamento a sinistra hanno ugualmente notato Di Macco con le iniezioni ripetute di alcool, di acetone, di butirrato e isobutirrato sodico nelle cavie, Di Renzo con l'iniezione di neosalvarsan nei cani, Etienne, Boulanger e Remy per l'iniezione di tubercolina nei malati di petto, Baldari per l'uso del vaccino di Ponndorf nei bambini.

Numerosi ricercatori, confermando questi dati, hanno creduto di poter assegnare alle modificazioni dello schema lobulare di Arneth un'importanza dal lato clinico e in special modo dal lato prognostico.

Però, dopo l'entusiasmo generale suscitato dalle prime osservazioni, è stata negata alla formula di Arneth, in seguito alle

(*) [Al presente lavoro sono annesse parecchie tabelle, che saranno pubblicate negli estratti. N. d. R.].

Digitized by Google

ricerche di Ferrata, Pappenheim, Kohle, Sonnenburg, non solo qualsiasi importanza dal lato diagnostico, ma da taluni anche il valore che le si era voluto assegnare dal lato prognostico.

Ho ritenuto quindi non privo di utilità riesaminare la questione, non già riguardo a una data malattia, chè sarebbe stata una ricerca inutile dopo tanta messe di risultati ottenuti da varii AA., ma bensì sotto un punto di vista più generale, per cercare di mettere in evidenza l'importanza che si deve dare a questo metodo e studiare l'essenza.

Nei casi esaminati praticai contemporaneamente quasi sempre la formula leucocitaria e, quando mi fu possibile, o lo credetti necessario, anche la conta dei globuli bianchi. Per la tecnica colorai gli strisci di sangue con il metodo di May-Grümwald-Giemsa, e, pensando che errori si potevano commettere nella valutazione del numero dei nuclei, ammisi, con Treatgold, che i lobi uniti con un filo sottile di cromatina vanno contati per due, mentre se esiste un vero ponte protoplasmatico formano un solo nucleo. Utile mi sembrò anche la proposta di Sabrazès di esprimere i valori con una sola cifra formata dalla somma dei prodotti di ogni classe per il numero d'ordine della classe stessa (indice lobulare). In questo modo si può già a colpo d'occhio vedere se esistono o no, e in quale senso, modificazioni nel comportamento della formula stessa.

Cominciai col prendere in esame quattro individui affetti da tubercolosi, e ad esaminare il comportamento dello schema lobulare di Arneth sotto l'azione della cura tubercolinica.

Eccettuato in un caso, in cui, prima della cura, lo spostamento verso sinistra dello schema lobulare di Arneth era lieve, negli altri pazienti questa deviazione era piuttosto accentuata, ed aumentò sensibilmente dopo la prima iniezione di tubercolina.

Nel prosieguo della cura però rimase pressochè costante, senza subire ulteriori modificazioni, come appare evidente confrontando i risultati ottenuti prima e dopo la 6ª iniezione di tubercolina.

Ho voluto allora esaminare in 6 individui, trattati con pneumotorace articiale, le modificazioni che potevano verificarsi nella formula di Arneth, dopo il primo rifornimento di gas.

In cinque di questi pazienti, in seguito alla prima introduzione di gas nel cavo pleurico, si è notato uno spostamento verso sinistra dello schema lobulare di Arneth. Soltanto nel caso 3 la formula è rimasta pressochè immutata; ciò però è spiegato dal fatto che in detta inferma, per le aderenze pleuriche esistenti, non è stato possibile procedere alla introduzione di gas.

Cercare di spiegare questo fenomeno non è certo una cosa facile, tanto più che attualmente ci sfugge ancora il vero meccanismo d'azione del pneumotorace terapeutico. Queste mie osservazioni potrebbero stare in favore della teoria dell'autoinoculazione. Si dovrebbe ammettere che per il collasso polmonare avvenga un rapido e improvviso riassorbimento dei prodotti tubercolari, i quali, immessi in circolo, potrebbero stimolare il midollo e produrre giovani elementi. Del resto un'azione biologica nel pneumotorace terapeutico noi la dobbiamo ammettere, sia pure in via subordinata, perchè altrimenti non sapremmo spiegarci le variazioni degli anticorpi ottenute da Armand-Delille, Bernard, Valtis ed altri durante il decorso del pneumotorace, quelle sull'indice opsonico ottenute da Pigger e Carpi e quelle sulla cutireazione ottenute da Wolf. Se non ammettessimo questa teoria non sapremmo spiegarci con la semplice azione meccanica il miglioramento che può talora verificarsi nei pazienti trattati con pneumotorace bilaterale, giacchè in questi casi le pressioni pleuriche deboli che si determinano non sono sufficienti a produrre un collasso completo del polmone.

Nell'inferma N. 6, dopo il pneumotorace si è notato un aumento, sia pure lieve, dei globuli bianchi, osservazione questa che per quanto unica nelle mie ricerche, verrebbe a convalidare l'opinione di coloro che ammettono un certo rapporto tra aumento dei leucociti e deviazione a sinistra dello schema lobulare di Arneth.

Anche lo studio del comportamento dello schema di Arneth in 6 pazienti affetti da tubercolosi gravissima e in periodo preagonico, nel quale, come è noto, spiccatissima è la leucocitosi, confermerebbe l'esistenza di questo rapporto. In questi pazienti infatti ho constatato una nettissima leucocitosi, con aumento dei polinucleati neutrofili e deviazione a sinistra dello schema lobulare di Arneth.

Da quanto è stato detto potrebbe dunque sembrare che una deviazione a sinistra dello schema lobulare neutrofilo fosse costantemente accompagnata da una leucocitosi. Si presentava quindi di un certo interesse vedere il comportamento di detto schema in una malattia come il tifo che dà una netta leucopenia.

Ho potuto seguire soltanto 3 tifosi, ma l'avere notato in essi un costante comportamento nello schema lobulare di Arneth, nelle varie conte eseguite, mi sembra possa essere già di per sè stesso sufficiente per qualche considerazione.

Nei tre pazienti si è osservato, nello schema lobulare di Arneth, un nettissimo spostamento verso sinistra, che si è mantenuto anche nei primissimi giorni di apiressia.

Dall'insieme di queste ricerche, e da quanto è stato scritto da numerosi osservatori, si può ammettere che sotto stimoli vari (tossine batteriche, iniezione di vari prodotti terapeutici, di tubercolina, di sostanze proteiche, introduzione di gas nel cavo pleurico, ecc.) gli organi ematopoietici immettano in circolo un maggior numero di polinucleati giovani, forse per un meccanismo analogo a quello per cui nelle gravi emopatie si riscontrano in circolo elementi immaturi. Che così sia può essere anche controllato dalle ricerche di Mirto il quale ha notato che negli animali asfittici si ha una iperleucocitosi, con aumento delle ossidasi dei globuli bianchi, e talora, se il periodo di asfissia è protratto per un certo tempo, comparsa di esse anche nei globuli rossi. Se ora noi teniamo presente che i granuli di ossidasi, secondo quanto ha affermato Saplegno, sono scarsissimi nei globuli bianchi circolanti, e sono invece numerosi negli elementi del midollo, e mettiamo questo fatto in relazione con le ricerche di Nicoletti, il quale nell'asfissia, oltre alla leucocitosi, ha ottenuto deviazione a sinistra dello schema di Arneth, possiamo spiegare i risultati ottenuti da Mirto con l'affermare che l'asfissia abbia determinato una immigrazione in circolo di elementi giovani da parte degli organi ematopoietici midollari. Sconcordante quindi potrebbe sembrare il fatto che nei tifosi lo spostamento a sinistra dello schema di Arneth è accompagnato da leucopenia. Per cercare di spiegare questo fatto è necessario esaminare quale è nel tifo la ragione della leucopenia. Abbandonata l'opinione di coloro che ritenevano che essa fosse dovuta allo stato d'inanizione o alla chemiotassi negativa, per azione delle tossine del bacillo di Eberth, oggi la maggior parte degli AA. sono concordi nell'ammettere che essa è dovuta al fatto che le tossine tifiche, agendo sul midollo osseo e sugli organi linfatici, paralizzano la funzione di questi organi. Secondo gli studi sperimentali fatti sul cane da Azzurrini e Massart la leucopenia dipenderebbe da un diminuito afflusso, nel sangue, dei leucociti provenienti dal midollo osseo, e da un'azione della tossina tifica sugli organi ematopoietici, caratterizzata da una distruzione dei leucociti già formati, e dall'ostacolo alla formazione di nuovi elementi. Tenendo presente però il fatto che le tossine di altri germi e le sostanze tossiche in genere hanno piuttosto un'azione stimolante che deprimente sul midollo osseo, e ricordando il rapporto che nel tifo passa tra leucopenia e formula di Arneth, noi qualora intendiamo dare ai leucociti a un solo nucleo il significato di elementi più giovani, potremmo spiegare i due fatti che si osservano nel tifo, ammettendo che la tossina, mentre da una parte stimola il midollo a produrre giovani forme mononucleari, dall'altra agisca direttamente sui vecchi elementi polinucleari dissociandoli. Che i bacilli del tifo mostrino un energico potere distruttivo sui leucociti è stato dimostrato anche in vitro da Mari per quanto non sia stato possibile trovare in essi una sostanza leucocidica come per lo stafilococco.

Sempre nel campo sperimentale Rieder, Werigo, Achard e Loener hanno constatato che l'inoculazione di microbi nelle vene di un animale determina da principio una leucopenia con diminuzione dei polinucleari e in seguito una leucocitosi reattiva, leucocitosi che secondo Ochistowitch Williamson viene a mancare quando il germe iniettato è molto virulento. Circa noi al modo col quale queste tossine agiscono sul midollo non sappiamo. Possiamo pensare a un'azione diretta o piuttosto a un'azione stimolante esercitata dai prodotti di scissione che si formano nei tessuti in seguito all'azione distruttiva della tossina stessa. Questa seconda ipotesi potrebbe forse spiegarci meglio il perchè noi notiamo deviazione della formula di Arneth per cause le più disparate.

Riguardo ai rapporti che passano tra leucocitosi e schema di

Digitized by Google

Arneth dobbiamo tener presente inoltre un altro fatto, e cioè la qualità della leucocitosi. Soltanto con l'esame comparato della formula leucocitaria e dello schema di Arneth potremo avere spiegazione di alcuni risultati che a tutta prima possono sembrarci sconcordanti.

E porterò come esempio le ricerche compiute da Giorgi sui militari in allenamento muscolare per le Olimpiadi di Parigi. Detto A. ha notato in questi individui una leucocitosi e contemporaneamente una deviazione a destra dello schema di Arneth. Queste osservazioni che, dopo quanto abbiamo affermato sembrano essere in antitesi tra loro, vengono spiegate dal fatto che in questo caso si trattava di una leucocitosi esclusivamente a carico dei linfociti.

E vengo da ultimo a parlare del significato prognostico che si deve dare allo schema lobulare di Arneth. Dirò subito come in questo campo molto si è esagerato. Volere generalizzare il fatto che a uno spostamento netto verso sinistra corrisponda una prognosi grave, mi sembra che non sia giusto. Se esaminiamo le tabelle delle tre malate di tifo e le paragoniamo con quelle precedenti dei tubercolosi in stato preagonico, noi vediamo che lo schema lobulare di Arneth presenta in tutte e due un netto spostamento verso sinistra. Se in base a questa ricerca avessimo fatto senz'altro, anche nei primi tre casi, prognosi grave, avremmo errato, giacchè in queste tre inferme la malattia ha avuto un decorso piuttosto benigno. Queste osservazioni, convalidate dalle ricerche di molti altri AA., dimostrano, a mio parere, come vana sia la speranza di trovare per le malattie acute, un aiuto prognostico nell'esame dello schema lobulare di Arneth.

Queste affezioni, anche se sono a decorso piuttosto benigno, determinano, per lo stato tossico del paziente e per lo stato febbrile elevato, uno squilibrio tale nell'organismo che porta nello schema stesso una deviazione *troppo* accentuata, e non in rapporto costante con la gravità della malattia. Dove invece questa ricerca mi sembra possa avere un certo valore pratico è nelle malattie croniche, e in special modo nella tubercolosi. I numerosi esami di sangue praticati in malati di questa forma morbosa, durante il mio lungo servizio a contatto con quest'infermi, (e che per brevità non riporto) mi hanno fatto entrare nel concetto che effettivamente in questa malattia lo schema lobulare di Arneth possa essere di un certo ausilio per il medico. Dobbiamo però tener presente un fatto sul quale non credo sia stata data troppo importanza, e cioè: ammesso che azioni molteplici possono intervenire a turbare i risultati, perchè si possa dare un certo valore a questa ricerca non basta un solo esame di sangue, ma è necessario praticare, durante il decorso della malattia, varie conte e costruire una vera e propria *curva leucocitaria*. Soltanto un netto spostamento a sinistra di questa curva avrà valore, e ci potrà dare un giudizio, non tanto dell'estensione del processo morboso, quanto della tossicità dell'infezione e della scarsa resistenza organica del soggetto. L'andamento della curva leucocitaria poi ci potrà essere utile anche durante il trattamento tubercolinico, pneumotoracico, chemioterapico, perchè ci potrà servire da indice del modo di procedere della cura e dell'opportunità o meno di continuarla.

Anche questa ricerca però, come tutte quelle di laboratorio, non ha un valore assoluto, in quanto non ci rivela che lo stato di resistenza *attuale* del malato. Perciò esso non dovrà mai essere disgiunta da un accurato esame clinico del paziente. È soltanto dalla giusta valutazione di tutti i sintomi rilevati che potremo formarci un concetto sull'andamento del processo morboso e sulla resistenza organica del soggetto.

CONCLUSIONI. 1. Esiste un certo rapporto tra numero dei globuli bianchi e schema di Arneth.

2. L'osservazione dello schema di Arneth non ha alcun valore prognostico nelle malattie acute;

3. Un certo valore ha invece nelle malattie croniche, e specialmente nella tubercolosi.

4. Per eliminare errori dovuti a deviazioni determinate da cause estranee, talora passeggere, è necessario praticare varie conte in giorni differenti, e costruire una *curva leucocitaria*.

5. Detta curva ci potrà anche servire di controllo dei vari mezzi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

ARNETH. Die neutrophilen Weissen Blutkörperchen bei Infection Krankheiten. Jena, G. Fischer 1904. — AVELLONE. Annali di Clin. Med. e med. sperim. 1922, fasc. 3. — AZZURRINI e MASSART. Riv. Crit. Clin. Med., 1905. — BALDARI. Tubercolosi, 1925. — BRUGSCH e SCHILLING. Folia Haematologica VI, 1908. — CASTORINA. Pediatria 1923, n. 23. — DI MACCO. Ann. Clin. Med. e medic. sperim. 1922, fasc, 3, — IDEM, Ann, Clin. Med. e medic. sperim. 1923, n. 2. — DI RENZO. Ann, Clin, Med: e medic. sperim. 1923, pag. 257. — ETIENNE. Le Semaine Médicale 1911, n. 14. — GIORGI. Giorn. Med. Mil. 1926, pag. 361. — GRAWITZ e GRUNEBERG. Die Zellen menschlichen Blutes in ultravioletten Lichte, Leipzig, 1908. — HILLER. Folia Haematologica, Bd. I, 1904. — MIRTO. Arch. farm. sperim. e sc. affini X, vol. 12. — NICOLETTI. Cult. Med. moderna 1926, n. 22. — PAPPENHEIM, V. FERRATA. Emopatie 1918 Milano. — POLLITZER. Deuts. Arch. f. Klin. Med. 1907, Bd. 92, — PRAG: Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 29 Ht. 1, 1924. — SABRAZÈS in GILBERT e WEINBERG. Traité du Sang, Paris 1913. — SAPEGNO. Pathologica 1910, n. 33 — SIDOTI. Ann. Clin. Med. e med. sperim. 1922 fasc. 3, — VENZA. Ann. Clin. Med. e med. sperim. 1920. — WEIDENREICH. Arch. f. Mikr. Anat. u. Entwicklungsgesch 1908, vol. 72, pag. 209.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
Primario prof. P. F. ZUCCÒLA

FORMA PSEUDO-TUBERCOLARE DELLA FEBBRE DI MALTA

per il dott. S. SAPPA

Che la febbre di Malta possa simulare nel suo decorso, per compartecipazione dell'albero respiratorio, una forma tubercolare, non è nozione recente, poichè il Grocco parlò di una *tisi mediterranea* e dopo di lui ne parlarono Gabbi, Carbone, Traversa, Trambusti, Pisani, Fiorentini, Vanni, Gabbi, Torrisi, Micheli, ecc. descrivendo forme polmonari pure, cortico-pleuriti, pleuriti essudative, infine anche polisierositi (Dramati-Pozzi, Cantieri), oscillando la gravità della lesione polmonare entro limiti assai ampi: dalla semplice congestione polmonare (tipo Woillez) a quella pleuro-polmonare di Potain, alla pleuropolmonite di Grancher.

Possibilità cliniche che venivano confermate da un'abbondante letteratura d'oltre Alpi: Bournet, Cantaloube, Presck e Roudolfk, Gravier, Lerugerou e Mornos, Denossu, Sfez-Ribandeau-Dumas, Tisserand.

E molte volte non solo i dati anamnestici, lo stato generale i reperti fisici concorrono a rendere arduo il diagnostico ma ancora il fatto che può mancare o passare inosservato il quadro setticemico (Di Pace), mentre i reperti sierologici possono comparire molto tardivamente (in qualche caso di Di Pace tale reperto fu positivo solo dopo 25-30 giorni; in casi di Clemente dopo il 32° e 38° giorno)

Riconosciamo che il parlare di forme pseudo-tubercolari della febbre di Malta può sembrare cosa non del tutto esatta, poichè non risulta che il germe possa dar luogo nel polmone alla formazione di tubercoli o di pseudo-tubercoli — perciò l'inesattezza sarebbe palese anatomicamente parlando — ma vogliamo premettere che noi ci riferiamo unicamente al quadro clinico dell'infezione come quello che praticamente, in fin dei conti, può ingenerare confusione.

Riferirò ora alcuni casi di febbre di Malta caduti sotto la mia osservazione e che durante il loro decorso presentarono una sintomatologia prevalentemente polmonare e tale da mantenere sospeso il diagnostico risolto solo dalle prove biologiche.

CASO I. G. G. anni 32, contadino. Nessun precedente gentilizio ed anamnestico degno di nota. Nell'inverno 1925 fu garzone in una piccola latteria di campagna, ed i disturbi che lo fecero ricoverare all'ospedale non si iniziarono che nel maggio 1925 epoca in cui venne colto da malessere generale, da cefalea insistente, da dolori mialgici e articolari, da frequenti perfrigerazioni seguite da rialzo termico, quindi sfebbramento con crisi sudorali.

I disturbi non scomparvero col riposo assoluto anzi la febbre che dapprima oscillava sui 37°,5-38° raggiunse dopo qualche tempo i 38°-39°.

Le sue condizioni durarono invariate una quindicina di giorni quando comparvero i primi fenomeni a carico dell'apparato respiratorio: tosse con escreato a periodi ematico; la febbre ebbe qualche recrudescenza

Digitized by Google

... questo periodo; i sudori si fecero più profusi; quasi nello stesso tempo avvertì dolenzia ed anche veri dolori al torace con speciale fissità alle parti alte; stanchezza progressiva, adinamia.

L'appetito dapprima affievolito si fece nullo; correlativamente il dimagrimento e l'anemizzazione si fecero più accentuate.

L'a. venne ricoverato all'ospedale in XXX giornata circa di malattia (25-4-1925). Il suo aspetto era quello di una persona in stato di nutrizione pessima (peso prima della malattia Kg. 64, alla data d'entrata Kg. 52) colorito della pelle e delle mucose pallido; sensorio libero; nulla a carico dell'apparato nervoso; sistema linfatico periferico normale. Lingua umida, intensamente patinosa, nulla in faringe; tonsille normali. Cuore in limiti, con toni puri (frequenza 84-90 al m') sempre in rapporto colla temperatura.

Reperto polmonare: respiro misto toraco-addominale, simmetrico-regolare, fossa sopraclavicolare notevolmente incavata, specie a destra; fossa sopraspinata destra appiattita. Non si rilevano differenze di sviluppo delle masse muscolari da entrambe le parti; solo una maggiore sensibilità alla pressione del trapezio e dello sterno-cleido-mastoideo di destra.

Alla percussione dell'apice destro si rileva una leggera ipofonesi con riduzione del suo sviluppo sia in senso verticale che in senso laterale. Sull'apice polmonare sinistro non variazioni apprezzabili.

Sul destro il fremito vocale è notevolmente affievolito; il murmure vescicolare debole, aspro, accompagnato da rantoli a carattere consonante, metallico, reperto non costante ma facile a riscontrarsi al mattino; la zona di ipofonesi, da prima limitata alla parte alta del torace col proseguire della malattia si estese in basso, anteriormente nella fossa sottoclavicolare, posteriormente fino a metà scapola, mentre in entrambe le zone i rantoli si andarono facendo più numerosi mantenendo il loro primitivo carattere di consonanza.

All'esame radioscopico si riscontrò una trasparenza dell'apice destro notevolmente diminuita, poco rischiarantesi colla tosse e nelle profonde inspirazioni; gangli ilari indifferenti; indifferente la trabecolatura connettiva peribronchiale. Mobilità dei lembi normale a sinistra, ridotta a destra senza indizi di aderenze pleuriche.

Addome piuttosto tumido, indolente, suono di percussione timpanico ovunque. Notevole ingrossamento della milza, il cui polo inferiore giunge a tre buone dita al di sotto dell'arco. Fegato: margine sup. alla V^a, margine inf. regolare, liscio, indolente a due buone dita al di sotto dell'arco.

Esame del sangue: Emometria 60, Gl. rossi: 3.200.000, Gl. bianchi 8200, Valore glob. 0,7.

All'esame dei preparati colorati non si riscontrò a carico dei gl. rossi alcuna modificazione nè di forma nè di volume, non elementi granulo-filamentosi, qualche raro cromatofilo. Formula citologica: polinucleati neutrofili 51 %; eosinofili —; linfociti (piccoli e medi) 47 %; monociti 2 %.

A carico delle urine abbondante urobilina.

Negativa la reazione di Wassermann e di Meinicke.

Positiva la reazione intradermica alla tubercolina.

Costantemente negativa la ricerca di germi acido-alcool-resistenti nello sputo anche dopo tentativi di arricchimento e di omogeneizzazione; reperto confermato dall'iniezione di esso nella cavia.

Emocolture costantemente negative.

Positiva la prova agglutinante per la melitense (fatta con tre ceppi di diversa provenienza) nella proporzione di 1:700-1:900.

Stabilitasi mediante le prove serologiche con esattezza la diagnosi, l'a. venne trattato in conseguenza; le iniezioni di siero antimelitense in un primo tempo, quindi le iniezioni di vaccino ebbero in breve tempo ragione dell'infezione; contemporaneamente si ebbe una progressiva risoluzione dei fatti polmonari di cui non residuarono più tracce nè all'esame fisico, nè all'esame radiologico. Ritornò normale il reperto ematico.

L'a. potè lasciare l'ospedale dopo tre mesi dalla sua entrata completamente guarito.

Caso II. P. A. anni 48, contadino, proveniente da una non vasta zona ove si era verificata una piccola epidemia di melitense (5 casi): egli sarebbe il terzo colpito nella famiglia, con sintomi di maggiore gravità.

La malattia si sarebbe iniziata con qualche malessere, quindi con un accesso improvviso di febbre (39°,5) preceduto da brivido intenso. La temperatura subì una prima remissione durante la notte accompagnata da crisi sudorale abbastanza profusa, e quntunque nei giorni successivi il fatto non si sia più ripetuto con identica intensità, pur tuttavia nelle prime ore del pomeriggio ebbe sempre leggeri brividi con esacerbazioni vespertine (38°,5).

Non venne riscontrata nessuna localizzazione polmonare. Soggettivamente l'a. avvertiva dolori reumatoidi agli arti ed alle articolazioni. Dopo qualche giorno comparve tosse insistente con emissione di escreato muco-purulento. Per la mancanza assoluta dell'appetito il dimagramento e l'anemizzazione raggiunsero rapidamente un grado notevole (Diminuzione del peso di Kg. 6).

All'esame obbiettivo (10-8-1925) si notò: individuo profondamente emaciato, leggermente cianotico, con qualche lieve periodo di sub-delirio. Colorito della cute e delle mucose pallido.

Nulla ai nervi cranici. Lingua secca, placche di mughetto invadenti tutto il faringe. Cuore in limiti con primo tono alla punta accompagnato da leggero soffio; accentuato il 2° tono sulla polmonare; polso frequente (110-115 al m'), molle, regolare, ritmico. Polmoni: respiro a tipo toraco-addominale, asimmetrico, frequente (32 al m').

Fosse sopra-clavicolari leggermente rientranti. La palpazione profonda delle masse muscolari del cingolo scapolare non provoca dolore.

Sia anteriormente che posteriormente gli apici polmonari sono di ampiezza normale, danno suono chiaro e respiro vescicolare non accompagnato da fenomeni umidi. Su tutto l'ambito destro il suono di percussione, l'ascoltazione e la mobilità polmonare sono normali.

A sinistra il suono di percussione è chiaro fino all'angolo della scapola, di qui in basso smorzato con tonalità alta. All'ascoltazione già nella fossa sottospinata si percepisce qualche rantolo a piccola bolla, reperto che si fa imponente in corrispondenza della zona di smorzamento acquistando un vero carattere metallico con abbondanti crepiti.

All'esame dell'addome, trattabile e indolente, con suono timpanico ovunque, si riscontra: milza con margine superiore alla VI^a sull'ascellare media, margine anteriore all'ascellare ant., margine inferiore palpabile quattro buone dita al disotto dell'arco, arrotondato, ingrossato e dolente. Fegato: margine sup. alla V^a, margine inf. tre dita al disotto dell'arco, superficie liscia, margine arrotondato sensibile alla palpazione.

Sistema linfatico periferico indifferente. Orine scarse, normali contenenti abbondante urobilina.

Esame del sangue: emometria 50; gl. rossi 3.100.000; gl. bianchi 8200; valore globulare 0,7.

Rapporto leucocitario: polinucleati neutrofili 10 %, eosinofili 1 %, linfociti (piccoli e medi) 84 %, mononucleati 5 %. Riguardo ai globuli rossi leggero grado di anisocitosi, qualche poichilocito, elementi policromatofili, non elementi a sostanza granulo-filamentosa.

Reazione di Wassermann e di Meinicke negative. Negative le prove agglutinanti per i b. tifo e paratifi. Positiva per il melitense ad un grado di diluizione variante dall'1:700 all'1:900.

Negative le culture del sangue.

Nello sputo non vennero riscontrati b. acido-resistenti; negativo il risultato dell'iniezione nella cavia.

Positiva la reazione intradermica alla tubercolina. Durante tutta la degenza dell'a. — durata oltre i quattro mesi — il quadro è stato dominato da periodi di febbre irregolarmente intermittente, con remissioni ampie accompagnate o seguite da crisi sudorali, da periodi di 24, al massimo di 48 ore, di apiressia quasi assoluta. La temperatura raggiunse qualche volta anche i 40°, il polso si mantenne sempre proporzionato ad essa.

Le prove agglutinanti ripetute a parecchie riprese diedero sempre risultati identici.

Il volume della milza presentò qualche variazione in rapporto coi periodi di recrudescenza della malattia.

I fenomeni polmonari andarono estendendosi fino a raggiungere la metà della scapola: plessicamente il suono smorzato timpanico si fece ottuso con respiro bronchiale accompagnato da crepiti e rantoli metallici.

L'espettorato muco-purulento si fece saltuariamente emorragico, due volte da esso si potè ottenere lo sviluppo del m. di Bruce. La puntura esplorativa eseguita nella zona di smorzamento diede esito a qualche cmc. di liquido citrino leggermente corpuscolato: pure da esso si ottenne lo sviluppo in cultura pura del germe.

Dal lato terapeutico non appena la diagnosi potè trovare conferma nelle prove biologiche si ricorse in un primo tempo all'impiego di siero antimelitense che non esplicò alcuna azione; in un secondo si fece ricorso al vaccino combinato ad una serie di iniezioni endovenose di Tripaflavina (XII di 10 cmc.), riuscite vane si ricorse a quelle di Urocromo; non essendosi ottenuti risultati apprezzabili si ricorse alle iniezioni endovenose di bicloruro di mercurio. In questo modo si ottenne un più favorevole decorso dell'infezione: remissione della temperatura fino allo sfebbramento. Col miglioramento dei sintomi legati al fatto infettivo si ottenne una progressiva riduzione dei fenomeni polmonari di cui rimaneva ancora qualche traccia una ventina di giorni dacchè l'a. era completamente sfebbrato ed aveva lasciato l'ospedale.

Caso III. G. Fr. L'a. è stato ricoverato all'ospedale dopo un mese dall'inizio della malattia. I sintomi iniziali non furono dissimili da quelli di una banale influenza, malattia da cui sembra siano stati colpiti quasi contemporaneamente parecchi membri della famiglia. In verità la malat-

Digitized by Google

tia non doveva datare solo da allora poichè l'a. accusava un senso di malessere vago, periodi di anoressia con scadimento delle forze. Per tali motivi gli era nato il sospetto che poteva trattarsi di una lesione polmonare di natura specifica poichè neppure mancavano i sudori notturni, una tosse stizzosa secca con emissione di qualche blocco di catarro. Ed il complesso sintomatologico deve avere indotto in errore anche i primi sanitari che lo videro se ne consigliarono il ricovero all'ospedale con la diagnosi di bronco-alveolite.

All'esame obbiettivo si riscontra un individuo profondamente anemico ed emaciato. Sensorio integro. Nulla si rileva a carico dei nervi cranici. Lingua leggermente patinosa, nulla in faringe od alle tonsille.

Apparato circolatorio normale. All'esame respiratorio il torace appare ben conformato, simmetrico con respiro a tipo toraco-addominale di frequenza regolare. Le fosse sopra-clavicolari sono incavate; non si notano differenze nel tono e nella sensibilità dei muscoli del cingolo scapolare. L'apice polmonare destro sia anteriormente che posteriormente si presenta notevolmente ridotto sia in senso verticale che in senso laterale. Il suono di percussione è notevolmente ipofonetico, con fremito vocale indebolito. All'ascoltazione il respiro è vescicolare debole con carattere di granulosità accompagnato da qualche crepitio, subito dopo i colpi di tosse rantoli, minuti a carattere crepitante. Sul restante ambito polmonare il reperto non offre alcunchè di particolare, solo si rileva una minore mobilità del margine polmonare inferiore. A sinistra nulla di anormale. Il reperto radioscopico dimostra una minore permeabilità dell'apice polmonare destro, però tanto nella tosse che nelle profonde inspirazioni esso si rischiara quasi normalmente. I gangli dell'ilo non risultano infiltrati; reticolo connettivale peribronchiale normale; mobilità dei lembi buona.

L'addome è trattabile, indolente dà suono di percussione timpanico ovunque.

Milza: margine sup. alla VII^a sull'ascellare media; il margine ant. giunge all'ascellare ant.; il margine inferiore deborda di un dito l'arco, è liscio arrotondato. Fegato: margine sup. alla VI^a, margine inf. all'arco costale, impalpabile nelle profonde inspirazioni.

Nulla a carico dei reni.

Sistema linfatico periferico indifferente. Esame del sangue: Emometria 70; Gl. rossi 3.800,000; Gl. bianchi 10.500; val. globulare 0,7.

Rapporto leucocitario: polinucleati neutrofili 59 %, eosinofili 1 %; linfociti piccoli e medi 32%, monociti 8 %.

A carico dei globuli rossi non si notano modificazioni degne di nota, non di forma e di volume nè di colorabilità.

Wassermann e Meinicke negative.

Prove agglutinanti negative per il b. di Eberth, per i paratifi. Positiva per il melitense nella diluizione di 1:1000-1:1200, positiva la reazione intradermica alla tubercolina.

Emoculture costantemente negative.

La temperatura si è mantenuta durante tutta la degenza dell'a. regolarmente intermittente con remissioni notturne accompagnate da sudori abbastanza profusi. Temperatura alle prime ore del mattino sui 36°-8-37° elevazioni vespertine sui 38°-38°,5 (due sole volte si raggiunsero i 39°,2-39°,5).

Osserveremo che questi rialzi coincisero con brevi passeggiate fatte compiere all'a. a scopo diagnostico. Nello sputo non vennero mai riscontrati bacilli acido-resistenti nè granuli di Much anche ricorrendo alle prove di arricchimento. Neppure si ottennero risultati iniettandone l'emulsione nelle cavie. Non si potè isolare da esso il germe.

Il decorso della malattia non subì grandi oscillazioni nei tre mesi di degenza dell'a. all'ospedale. La febbre tenne un decorso regolarmente intermittente con senso di perfrigerazione nelle prime ore pomeridiane e sudori nella defervescenza. L'inappetenza fu quasi sempre assoluta, quindi un progressivo scadimento delle forze (solo nel primo mese l'a. perdette ben 5 Kg. di peso).

Il reperto polmonare si mantenne costantemente invariato ed i fatti catarrali si risolsero completamente solo qualche settimana dacchè l'a. si potè ritenere clinicamente guarito.

Terapeuticamente si ricorse dapprima alle iniezioni di siero che diedero qualche risultato, in un secondo tempo, alla vaccinazione; con questa si ebbe rapidamente ragione dell'infezione.

A nessuno sfuggirà come i casi clinici resi noti potessero offrire ad un esame superficiale ed affrettato difficoltà diagnostiche non indifferenti, tutto congiurando: decorso dell'infezione, reperto fisico del polmone, stato generale, reperti radiologici a fissare sulla lesione polmonare la causa della malattia.

Poichè se in alcuno la retrazione degli apici, il suono plessico ipofonetico, la debolezza, l'asprezza, la granulosità del respiro, la presenza dei fini rantoli non costanti a carattere metallico, la febbre serotina, i sudori notturni facevano pensare ad un processo di bronco-alveolite cronica, in altri l'infiltrazione cospicua di alcune zone polmonari con respiro indeterminato o bronchiale accompagnato da abbondanti rantoli, con sintomi evidenti e notevoli di reazione pleurica, la febbre notevolmente elevata lasciavano adito al dubbio che si trattasse di un processo specifico a carattere broncopneumonico, o miliare. A tutto ciò si aggiunga il modo di insorgere dell'infezione subdolo, i disturbi a carico dell'apparato digerente, il dimagramento e l'anemizzazione ed il quadro sarà completo.

In una delle nostre osservazioni il reperto fisico polmonare si mantenne bensì muto o quasi per parecchio; ma altri reperti erano tali da permettere il dubbio che si trattasse di una forma specifica, compresa anche la prova dell'intradermoreazione nettamente positiva. Del resto è ben noto quante volte una infezione specifica si inizi senza sintomi apparenti, magari senza febbre o con febbri fugaci, talora appena rilevabili se provocate, senza tosse, con una semplice raucedine, con una semplice dispnea, senza reperto polmonare apprezzabile neppure ricorrendo ai comuni mezzi atti a rendere più evidente un fatto congestizio apicale. E poi, quante forme specifiche polmonari non sono avvertite durante il loro insidioso svilupparsi nè soggettivamente nè oggettivamente e non sono rilevate se non dopo la loro naturale risoluzione, dopo anni ed anni, per una semplice retrazione cicatriziale dell'apice.

Se non che, nei casi nostri, esistevano altri reperti che permettevano di escludere una forma polmonare pura: voglio dire del tumore di milza, reperto non comune nelle forme tubercolari a decorso protratto, frequente al contrario nelle forme a decorso acuto: miliari o submiliari, o nelle forme croniche a lungo decorso, gravemente cachettizzanti, nelle forme suppuranti, quale sintomo di una milza in degenerazione amiloidea; ingrandimento che raramente si osserva (Micheli) in certi momenti dell'infezione tubercolare cronica, in periodi di riacutizzazione quale fenomeno di reazione congestizia ed iperplastica.

Ed ancora un altro reperto abbiamo quasi costantemente riscontrato, l'ingrandimento dell'aia epatica, reperto facile a riscontrarsi nelle forme infettive in genere ed il cui valore non è discutibile quando esso è manifestazione di un fatto di iperemia acuta, quando si presenta con una capsula tesa a bordo arrotondato e dolente (fegato infettivo).

In un caso dei citati il concetto diagnostico avrebbe potuto essere orizzontato verso un'altra forma morbosa, verso una forma influenzale protratta, non solo per ragioni anamnestiche, ma per il brusco inizio dei fenomeni, per il reperto polmonare insorto precocemente. Fatto questo non raro, poichè quante volte ad un attacco acuto influenzale tien dietro una forma subacuta, anche cronica, con febbri poco elevate, a carattere remittente o intermittente con crisi sudorali, disappetenza, dimagramento, tali da consigliare un diagnostico poco favorevole, se non infausto?

Tanto più quando ai fenomeni in atto si associano reperti riferibili ad una infezione pregressa e superata e quando con escreato abbondante si è avuto uno sputo emorragico simulante una vera emottisi.

Concetto diagnostico che può solo essere risolto con una ricerca minuta e paziente dei bacilli tubercolari, delle granulazioni di Much ed in modo certo colla prova biologica, iniettando cioè lo sputo nella cavia.

Senonchè nel caso nostro un altro reperto poteva ancora invocarsi quale concetto diagnostico contro la formola specifica: il notevole aumento degli elementi bianchi mononucleari, tale da aversi una vera inversione del reperto leucocitario: fatto che nella tubercolosi polmonare, qualunque forma essa assuma, non si verifica mai in una proporzione così elevata, non lo si verifica in manifestazione eberthiana in cui si ha piuttosto leucopenia, mentre è un reperto, se non costante, facile a riscontrarsi nella forma da m. di Bruce.

I casi che ho voluto illustrare quanto meglio, ho saputo non rappresentano una rarità clinica, tanto più oggigiorno, epoca in cui l'infezione da melitense ha tendenza ad estendersi (in proporzioni abbastanza vaste) in regioni nelle quali fino a poco tempo fa era reperto eccezionale. Ho creduto di fare ciò col solo intento di richiamare ancora una volta l'attenzione sulla possibilità che il quadro clinico, quale noi teoricamente conosciamo,

Digitized by Google

possa radicalmente variare tanto da renderci (quando non si ricorra al sussidio delle prove biologiche) non solo perplessi nel trarre conclusioni diagnostiche, ma da indurci senz'altro in errore; e perciò ad un intervento terapeutico errato e ad un pronostico infausto quando proprio non ne sarebbe il caso.

BIBLIOGRAFIA

Baccarani. Congresso antitub. Napoli 1925. — Barbieri. Trattato di Med. int. Gilbert-Thoinot, vol. XXIX. — Bettencourt. Archiv. de mèd. 1927. — Bezançon-De Joung. Traité de l'examen des crachats 1912. — Boidin. Soc. med. des Hôp. 1924. — Bouillard, Le Presse méd. 1924. — Cantani. Il Policlinico 1910. — Charrin e Royer. Soc. de méd. et Acad. des Sciences 1918. — Claisse. Trattato di Med. int. Gilbert e Thoinot vol. XXIX. — Courmont. Archiv. de méd. exper. 1898. — Dettato-Tedeschi. Atti del Congres. di Med. int. 1925. — Donini. Giornale di Clinica medica 1922. — Ferro. La Riforma Medica 1914. — Gabbi. La febbre di Malta 1904. — Galli. Centralbl. f. Bakt. 1903. — Giuseffi. Gazzetta degli Ospedali e delle Clin. 1905. — Grocco. Lezioni di Clinica medica 1907. — Harvier. Trattato di Med. int. Roger e Widal, vol. XI. — Hayem. Soc. méd. des Hôp. 1891. — Laurj. Annali della Scuola med. chirur. di Napoli, 1927. — Lumier-Deschamps. La Presse méd. 1922. — Letulle-Delere. Soc. méd. des Hôp. 1908. — Marotta. Congresso antitub. di Napoli 1925. — Mazza-Tensi. Gazzetta med. di Torino 1896. — Martelli. La Rinascenza medica 1927. — Mereau. Tecnica di lab. per la diagnosi della Tub. 1926. — Micheli. La Minerva medica 1925. — Parise. La Riforma Medica 1923. — Pisani. Rivista crit. di Clin. med. 1924. — Ravault. Journal de méd. et de Chrui. 1923. — Reina. Soc. med. chirur. di Pavia 1921. — Royer, Nuovo trat. tato di med. int. Widal, vol. IV. — Sega. La Riforma Medica, 1919. — Stefanelli. Riv. crit. di Clin. med. 1907. — Terzani. Folia medica 1917.

ATTUALITÀ

I. *La diagnosi della morte reale mediante i raggi X.*
II. *La malarioterapia nella leucemia.*
III. *La intradermoreazione nell' ulcera venerea.*

I. Fin dai tempi più antichi lo studio dei segni della morte e la ricerca di prove adatte a differenziare la morte reale da quella apparente ha appassionato medici e profani.

Si può risalire, per trovare traccia di questa preoccupazione, agli scritti di Democrito di Abdera, contemporaneo di Ippocrate.

Il terrore di essere — per errore — sepolti vivi dominò indubbiamente i secoli scorsi, rialimentato di tratto in tratto dalla narrazione di casi reali, ma assai più verosimilmente presunti, in cui questo orribile fatto si sarebbe verificato.

Nè mancarono, nel secolo XVIII, scienziati come il Winslow, (che pretendeva di essere stato sepolto vivo per ben due volte), il Bruhier ed altri che esacerbarono — con l'autorità del loro nome — questa vera e propria fobia.

Il primo a levarsi contro queste in gran parte ingiustificate inquietudini fu il celebre medico francese Louis che chiamò indegna la medicina di chiamarsi scienza se non sapeva dare un segno irrefutabile della morte reale, e nelle sue *Lettres sur la certitude des signes de la mort* indicò come tali la rigidità cadaverica e la flaccidezza del globo oculare, dimostrando, d'altra parte, la falsità della maggior parte dei casi riferiti di soggetti sepolti quando erano ancora vivi.

Nel secolo XIX la questione continuò ad interessare non poco, e furono successivamente proposti numerosi segni di vario valore, che ebbero — come tutte le cose — periodi di grande celebrità e periodi di più o meno giustificata valutazione, senza che una soluzione definitiva del problema possa dirsi neppure ora raggiunta.

Uno dei tentativi più recenti in proposito è quello di applicare la radiologia alla diagnosi di morte reale.

Veramente le prime esperienze della specie rimontano ormai a 20 anni fa, poichè fu il Vaillant che nel 1907, in una sua comunicazione alla Accademia di Medicina di Parigi, propose di utilizzare allo scopo la differenza esistente tra la radiografia addominale del soggetto vivo e quella del cadavere; nella prima — dice Vaillant — lo stomaco, l'intestino e tutti gli organi addominali, essendo in movimento continuo non si distinguono nettamente, mentre nel cadavere la radiografia precisa nettamente i singoli organi, che si presentano più opachi, il che sarebbe dovuto alla fosforescenza dei visceri: nei corpi in via di decomposizione si producono infatti emanazioni solforose, che divengono fosforescenti sotto l'azione dei raggi X; potrebbe anche pensarsi che lo zolfo si depositi sulle pareti degli organi rendendoli più opachi.

Il «segno di Vaillant» fu applicato da Bouchacourt, come prova docimastica nei casi di presunto infanticidio, e sotto questo punto di vista fu ristudiato dallo stesso Vaillant e da Bardas.

Ma non tardarono le obbiezioni. Beclère dimostrò che la nitidezza più o meno netta delle radiografie addominali durante la vita o dopo la morte non è così essenziale e caratteristica da potersene fare un segno di morte reale, ma che essa è piuttosto da attribuirsi alla maggiore o minore mobilità ed al grado di repletione gassosa del tubo digerente, quale che sia la natura dei gas stessi. E' ben noto d'altra parte, che le contrazioni peristaltiche dello intestino possono anche persistere per qualche tempo dopo la morte. Menard confermò queste conclusioni, Planer, Ruge, Marchand, Sakowski, Zumft etc. dimostrarono d'altra parte che gli intestini contengono normalmente quantità minime di gas solforosi.

Perduta ogni speranza di utilizzare la radiografia addominale, per molti anni non si è parlato più di servirsi dei raggi X per la diagnosi della morte reale.

Ma qualche mese fa (giugno 1927) uno spagnuolo, il professor Piga, radiologo e medico-legale, ha ripreso l'argomento, proponendo di sostituire alla radioscopia addominale, la radioscopia toracica, e più precisamente l'immagine radiologica del cuore.

I presupposti teorici sono press'a poco questi: la radiologia rappresenta il metodo più importante per identificare le modificazioni di volume e di forma del cuore, e ciò si ottiene tanto con la semplice radioscopia quanto con la radiografia.

Eyter e Walter hanno da poco comunicato un metodo che permette di ottenere durante una rivoluzione cardiaca due radiografie istantanee del cuore; Comandon e Somon hanno potuto ottenere egualmente radiografie rapidissime, che se non raggiungono proprio il numero di 15 per minuto, quante ne occorrono in cinematografia i movimenti cardiaci, tuttavia non ne sono molto lontani

Il Piga conclude dunque: «se facciamo una radioscopia degli organi toracici e il cuore si muove, l'individuo non è morto; e se invece non si muove dopo pochi minuti di osservazione, vuol dire che è morto».

Per eliminare ogni dubbio, basta fare una radiografia con esposizione piuttosto lunga; se il cuore si muove ne verrà un'immagine «flou», se il cuore si muove l'immagine sarà netta.

Il Piga ha già fatto, in proposito, diversi esperimenti sugli animali.

Nel presentare la sua comunicazione non possiamo certo formulare dei giudizi critici definitivi; desideriamo però fare alcuni rilievi: indubbiamente l'orientamento delle ricerche del Piga è migliore di quelle precedenti che si basavano sull'esame radiologico dell'addome; di tutti i segni di morte quelli fondati sulla ricerca dell'attività del muscolo cardiaco sono presumibilmente i migliori.

Ma bisogna procedere con grande prudenza: che la propulsione circolatoria cardiaca possa sospendersi del tutto per poi ritornare in atto, è assolutamente innegabile; ed è certo inesatto il dire che allorquando la funzione cardiaca cessa per due o cinque minuti (Bochut, Andrel) si può affermare che la morte è reale.

Subordinatamente, ci associamo alle riserve fatte nella stessa seduta dell'Accademia Medico-Chirurgica Spagnuola dal dott. Pascual, il quale ha osservato che non tutti i medici sono in grado di apprezzare la mobilità del cuore in un esame radiologico, e che non è facile avere a portata di mano gli apparecchi necessarii al momento opportuno!

V. M. Palmieri

BIBLIOGRAFIA

Winslow. An mortis incertae signa minus incerta a chirurgeis quam ab aliis signis? - 1740. — Winslow et Bruhier. Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterrements et des embaumements. Paris 1742. (E' l'opera originale del Winslow tradotta e commentata dal Bruhier). — Bruhier. Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des interrements et des embaumements précinités. Paris 1759 (Rifazione del lavoro precedente). — Louis. Lettres sur la certitude des signes de la mort. Paris 1752. — Vaillant. Au sujet de la possibilité d'établir le diagnostic de la mort réelle par la radiographie. C. R. à l'Acad. de Méd. de Paris, 18 nov. 1907. — Bouchacourt. Sur les applications de la radiologie à l'obstétrique. Cours de la Clinique Tarnier. 1907. — Vaillant. Nouvelle méthode permettant de constater par la radiographie si un enfant déclaré né mort a vécu ou n'a reellement vécu. —

Digitized by Google

C. R. Acad. des Sciences de Paris, 1 giugno 1908. — VAILLANT. La radiographie gastro-intestinale, nouvel auxiliaire de la médecine légale. Journal de Médecine de Paris, 1911. — BORDAS. La radiographie en Médecine Légale. C. R. Acad. des Sciences, Paris 1908. — BECLERE. La radiographie des organes abdominaux permette-elle le diagnostic de la mort réelle? C. R. Acad. Sciences, Paris, 16 dic. 1907. — MENARD. Sur l'impossibilité de diagnostiquer la mort réelle par la radiographie des organes abdominaux. C. R. Acad. des Sciences de Paris, 1908. — PIGA. Los rayos X en el diagnostico de la muerte real. Academia Médico-Quirurgica Española, 8 giugno 1927. — EYTER e WALTER. American Journal of Radiology, ottobre 1920.

***

II. Mentre si è spesso parlato del paludismo come causa frequente o almeno possibile di leucemia, sono state recentemente comunicate alcune osservazioni di autori che videro durante una malaria intercorrente diminuire notevolmente il numero dei leucociti dei loro pazienti leucemici.

Aosenow (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 15) ha potuto verificare questo fatto sperimentalmente, inoculando in un leucemico che presentava 136.000 leucociti per millimetro cubo, del sangue malarico, per via ipodermica.

Dopo cinque accessi febbrili ben caratterizzati (terzana), il numero dei leucociti era disceso a 32000, e lo stato generale era considerevolmente migliorato.

Questo risultato fu, per altro, effimero, poichè in capo ad un mese la malattia riprese il suo corso fatale.

Come impressione generale, la malarioterapia possiede sulla leucemia un'azione analoga a quella della radioterapia, producendo anzi una più intensa distruzione di leucociti; però influisce in modo sfavorevole sul numero delle emazie e sul tasso emoglobinico.

***

III. Praticando la intradermoreazione con il vaccino Dmelcos della casa Poulenc (preparato secondo il metodo di Nicolle e Durand), in 202 individui, S. NICOLAS, S. LACASSAGNE e S. ZEITOUN (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 1927, n. 21) hanno ottenuto i seguenti risultati: in una serie di 133 infermi, con ulcera venerea in fase evolutiva, 127 ebbero reazione positiva, 2 dubbia e 4 negativa; in una serie di 18 infermi con antecedenti di ulcera venerea, 17 ebbero reazione positiva e 1 leggermente positiva; in una terza serie di 51 infermi in cui non vi erano manifestazioni in atto, nè parevano vi fossero mai state (controlli negativi) si sono avute 1 reazione positiva, 9 dubbie e 41 negative.

Le altre intradermoreazioni di controllo con vaccino tubercolare e gonococcico hanno dato costantemente risultato negativo.

D'altra parte, la reazione positiva si manifesta al settimo od ottavo giorno dalla comparsa dell'ulcera, e la reazione è tanto più positiva, quanto più attiva, intensa e complicata (bubbone) è la forma clinica; permane, inoltre, positiva quasi sempre per diversi anni dalla guarigione, permettendo per tal modo una diagnosi retrospettiva.

In seguito alla terapia vaccinica, praticata per via endovenosa, la intradermoreazione diviene abbastanza rapidamente negativa, ma ritorna ad esser positiva, dopo qualche settimana dalla fine della cura.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il potere di eliminazione degli alcali, come prova della funzionalità renale. — M. ROSENBERG e A. HELLFORS. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 22.

Gli Autori hanno applicato per la prova della funzionalità renale il seguente metodo, dovuto a Rehn-Günzburg.

Si sospende, possibilmente per 48 ore, la somministrazione di qualunque medicamento, e la ricerca si pratica a digiuno.

Si vuota completamente la vescica, poi si somministrano per via orale 400 cmc. di acqua con 20-30 gocce di acido cloridrico diluito, per abbassare relativamente il valore di Ph; si invita il paziente ad urinare ogni quarto d'ora od ogni mezza ora con svuotamento possibilmente completo della vescica.

Dopo queste due ore si somministrano 20 gr. di bicarbonato di sodio in 400 cmc. di acqua, e per altre due ore si invita il paziente ad urinare ogni quarto d'ora.

La ricerca viene praticata su ciascun prelevamento di urina (bastano 2-4 cmc.) con la serie degli indicatori di Michaelis.

Quando il rene funziona normalmente, dopo la somministrazione degli alcali si osserva un'ascensione abbastanza regolare della curva di Ph fino ad almeno 8 nelle due ore; i nefrotici, ad onta del grave edema, si comportano press'a poco come i normali; invece i pazienti con alterato potere di concentrazione e di ritenzione dell'acqua presentano disordini nella regolare eliminazione degli alcali.

La malarioterapia nell'encefalite enidemica e nel parkinsonismo post-encefalitico. — L. COOK e R. CRAIG. *The Lancet*, 22 ottobre 1927, n. 5434.

L'analogia esistente fra paralisi generale ed encefalite cronica epidemica ha suggerito recentemente l'idea dell'attuazione della malarioterapia nella cura di quest'ultima affezione.

Gli AA., in due lavori diversi, pubblicati sull'identico fasc. di *The Lancet*, hanno proceduto alla inoculazione della malaria servendosi di anofeli infette, le quali, rinchiuse in un bicchiere, venivano portate a contatto con la superficie cutanea dell'individuo da trattare. Il vantaggio di questo metodo su quello della inoculazione di sangue infetto consiste nella produzione di una malaria tipica esente dalla possibilità di una chininoresistenza da parte del paziente.

Gli individui inoculati hanno in genere sopportato numerosi accessi termici di varia entità: gli AA. però hanno curato di non determinare più di otto accessi con temperatura di 40°,5.

L. Cook, il quale ha sperimentato su sedici individui affetti da encefalite cronica epidemica, riferisce di non avere mai osservato un miglioramento sintomatico anche minimo dell'affezione durante la cura malarica. Ha anzi potuto notare un effetto debilitante sulle condizioni generali dei pazienti, effetto quanto mai dannoso, stante gli scarsissimi poteri di reintegrazione organica negli individui colpiti dalla grave affezione nervosa.

R. Craig ha a sua volta sperimentato su otto pazienti affetti da parkinsonismo post-encefalitico, adottando in linea generale lo stesso metodo di cui sopra.

In tutti i suoi casi egli ha potuto osservare un sensibile miglioramento temporaneo, consistente essenzialmente nella diminuzione della salivazione e della sudorazione, in una più rapida ideazione e in una modificazione della espressione facciale. Miglioramento scarso o nullo, invece, nei riguardi della rigidità del tronco, della esagerazione dei riflessi e dei tremori.

Questi risultati opposti dei due AA., di cui abbiamo riassunto le conclusioni, provano che nulla può dirsi di definitivo circa il proposto metodo terapeutico della encefalite cronica epidemica e dei suoi postumi.

Trattamento antitossinico dell'eresipela. — SYMMERS e LEWIS, Bellevue Hospital, New York. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 89, 11, 1927.

Un materiale imponente di 15.277 casi, raccolti negli ultimi 23 a. nei padiglioni di isolamento di questo ospedale, ha imposto metodiche ricerche cliniche e di laboratorio in 131 casi. Ne risultano commenti di non dubbio significato pratico. Le tossine furono ottenute nel laboratorio del Dott. Clock dalle culture in brodo di streptococco eresipelatoso, tenute a 37° quindi addizionate di acido fenico 0.5 %, e somministrate ai cavalli. Nell'uomo l'iniezione fu sempre intramuscolare.

Il trattamento nelle sue linee generiche costituisce un progresso, che può meritare qualche confronto col trattamento della difterite. Se si interviene all'immediato attacco, la malattia si può dire presto domata. Più tardi il trattamento non promette il conferimento della immunità; attacchi ricorrenti sono allora possibili come in qualunque altro trattamento. Senonchè meno frequenti e meno cospicue possono dirsi le complicazioni, p. es. gli ascessi non rari nel decrescere dell'affezione. Il trattamento antitossico se non altro rappresenta un reale progresso della spedalizzazione, che può essere ridotta di circa il 50 %. Viene implicitamente così ridotto anche il personale curante; e da ultimo si realizza una notevole economia di materiale da distruggersi tra unguenti ed altre applicazioni.

L'eresipela facciale risponde meglio di quella del tronco e degli arti, al trattamento antitossico. Su 111 casi facciali si calcolarono ad 85.6 % quelli guariti fra tre e sette giorni; 9,9 % guariti fra gli otto e ventuno giorni; 4.5 % deceduti.

In una serie di 92 casi di eresipela facciale non trattati con l'antitos-

Digitized by Google

sina si ebbero 33.7 % guariti fra due a sette giorni; 47,8 % fra otto e diciotto; 12 % fra ventritre e cinquantaquattro giorni; 6.5 % morti.

I confronti sulle percentuali, nelle altre localizzazioni presentano su per giù eguali oscillazioni. In quanto alle iniezioni, come si è detto, bisogna servirsi della via intramuscolare. I pericoli di quella intravenosa consigliano di usarla soltanto in contingenze disperate.

Trattamento insulinico di malati non diabetici. — Vogt, Clinica Ginecologica Tübingen. *Beshefte zum Medizinischen Klinik*, Heft, 7, 1927.

L'ambito di queste osservazioni è abbastanza largo, giacchè vi sono compresi: 1. Disturbi del ricambio (bambini prematuri, neonati maturi, poppanti, adulti con magrezza congenita od acquisita, oppure tubercolosi; affetti da tossicosi gravidica; cachessia cancerigna; avitaminosi). 2. Disturbi di origine endocrina (malattia di Basedow, emorragie uterine ovariche; emicrania; psoriasi). 3. Affezioni di organi (fegato, pancreas, gastropatie; dermopatie). 4. Indicazioni più rare (malattie vascolari).

Questo sguardo complessivo fornisce all'interessamento dei pratici l'opportunità di valutare l'efficienza plurilaterale dell'insulina. Quand'anche da ulteriore osservazione fosse per risultare non appropriata qualcuna delle molte indicazioni oggi sub judice, resterebbe tuttavia sempre qualche buon passo dato su questo cammino. La lotta contro la perdita fisiologica di peso dopo il parto, nei neonati prematuri ed in quelli maturi; il trattamento delle distrofie di tali neonati; l'atrofia infantile; le gravi forme di intossicazioni alimentari; il vomito periodico dei bambini; quello gravidico; e subordinatamente tutte le altre forme qui innanzi elencate, insomma quale più quale meno offrono qualche utilità pratica da conseguire.

Le linee generali nella tecnica di questa terapia, possono così esporsi, pur variando, come si comprende, a seconda dei casi. Due volte al giorno, 1/4 d'ora avanti il pasto e la cena, si inietta nel sottocutaneo, a preferenza faccia esterna della coscia: primo giorno 5-10. U. I. Nei tre o quattro sussecutivi giorni, dose cotidiana 40-50 U. I. Di rado occorre superare. Seguire l'andamento generale, e sopratutto l'appetenza. Seguire anche la curva dello zucchero. Buona precauzione praticare l'ultima iniezione verso le ore 18, e per garenzia dopo due ore dalla cena somministrare piccole dosi di idrati di carbonio, p. es. the zuccherato, succo di arance e con biscotti. La cura di ingrassamento vuole attenzione nell'alimentazione, aggiungendo al pasto consueto altra modica quantità di idrocarbonati. Ai primi segni di ipoglicemia (inquietezza, vertigini, ottundimento, tremori, palpitazioni) accrescere dosi di zucchero, cioccolata, acqua zuccherata, limonate come sopra.

L'ormone pancreatico non ha dunque influsso in limitata cerchia funzionale. C'è da attendersi ulteriori applicazioni.

Dispepsia da infezione intestinale cronica. — I. Holmgren, Stoccolma. *Acta Medica Scandinavica*, 1927, fasc. IV-V.

La dispepsia, cosiddetta da fermentazione, talvolta è una enterocolite a tipo speciale: essa ripete la propria origine da un'infezione cronica dell'intestino provocata da batterii jodofili, che sviluppano gas, infezione che può manifestarsi con sintomi piuttosto intensi o evolvere in modo relativamente latente.

Nell'enterocolite da fermentazione si constata, circa nella metà dei casi, achilia od ipocolia gastrica (gastrite cronica), condizione la quale facilita forse l'infezione intestinale.

L'enterite da fermentazione pare favorisca l'apparizione dell'ulcera duodenale.

Sulle cause di insuccesso della terapia vaccinica specifica. M. Solis Cohen, Filadelfia. *Medical Journal and Record*, n. 11, 1927.

Le cause di insuccesso della terapia vaccinica specifica, si distinguono, secondo l'Autore, in tre categorie: 1) difetti nella applicazione del vaccino; 2) difetti nella preparazione del vaccino; 3) difetti nella somministrazione del vaccino.

Non possono certo ottenersi risultati benefici di carattere permanente dalla vaccinoterapia quando il focolaio batterico primitivo rimane sconosciuto e per conseguenza non trattato.

D'altra parte, raramente si potrà ottenere qualche successo se il tessuto ammalato non venga identificato e rimosso, e la cavità relativa drenata.

Tra le cause di insuccesso dovute alla preparazione del vaccino merita speciale importanza il fatto che talora il vaccino non contiene i germi infettanti l'organismo, e riesce evidentemente inefficace.

Questo può verificarsi per diversi motivi: a) batterii non patogeni prendono sui terreni di cultura il sopravvento sui germi specifici; b) i terreni di cultura impiegati non sono adatti per la coltivazione del germe; c) la cultura non riesce per altri errori di tecnica. Se si adoperano poi gli stock-vaccini, può verificarsi che essi non contengano i germi specifici infettanti l'organismo; oppure, pur essendo morfologicamente e sierologicamente similari, sono sprovvisti di valore antigenico, ovvero pur avendolo un tempo posseduto, lo hanno perduto nei successivi trapianti.

Le più frequenti cause di insuccesso dovute al metodo di somministrazione dei vaccini sono le seguenti: 1) errore nel dosaggio: per stimolare la formazione degli anticorpi la dose di vaccino dev'essere sufficiente, ma non eccessiva, e tanto meno deficiente; 2) irregolarità d'intervalli tra una somministrazione e l'altra; 3) trattamento troppo prolungato o troppo breve.

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La surrenalectomia nella terapia della cancrena spontanea. E. Diaz e Gomez. *La Medicina Ibera*, n. 498, 1927.

Secondo le vedute recentemente comunicate da W. A. Oppel, chirurgo di Leningrado, la origine delle cancrene spontanee sarebbe da attribuirsi ad una iperfunzione delle surrenali; per questa iperfunzione si versa un eccesso di adrenalina nel sangue circolante; donde deriva un aumento della contrazione arteriosa, che talora può giungere allo spasmo, con conseguenti lesioni degenerative della tunica muscolare, desquamazioni dell'endotelio e finalmente trombosi del vaso e cancrena spontanea.

Per cui, l'Oppel stesso preconizzò come terapia razionale di queste forme la surrenalectomia, che egli stesso ha eseguito in molti casi, pare con buon risultato.

Non condivide questo entusiasmo l'Autore, il quale avendo largamente sperimentato questo metodo di cura, viene alle conclusioni che la estirpazione della surrenale può portare un effetto utile, soltanto quando venga impiegata nei periodi iniziali della malattia, uuando i disturbi vascolari siano conseguenza dello spasmo arterioso e non dell'occlusione del lume vasale.

Volvulo dell'omento. — Trojàn, Clinica Chirurgica, Università Szeged (Uugarn). *Zentralblatt f. Chirurgie*, 43, 1927.

Il volvulo omentale in libero addome non è frequente osservazione. In questo paziente di 24 a. il giorno avanti la ricezione, mentre sedeva allo scrittoio, di improvviso si manifestano violenti dolori ventrali, fra cresta iliaca destra ed ombelico. Brividi. Non febbre. Alla ricezione: si nota una massa quasi un pugno di adulto, resistente e dolente, nell'ambito del Mc. Burney. Temperatura 37,7. Polso 120. Corpuscoli bianchi 12700. Mancavano precedenti appendicitici chiari. Soltanto il ricordo di una tumefazione della regione inguinale destra, or si or no palpabile.

Incisione alla Lanz; scarsa serosità alla apertura del peritoneo. Si nota l'omento di color rosso cupo e qua e là bluastro. Si sarebbe pensato ad una appendicite. Ma isolato e tratto fuori dal ventre, lo si trova libero, salvo una modica adesione al peritoneo parietale. La parte destra di esso aveva subito una notevole torsione sul proprio asse, risultandone un peduncolo spesso circa 3 mill. Un pezzo necrosato era visibile nel peduncolo. Rimozione omentale ed appendicolare. Lavaggio del campo con soluzione 0.5 % Rivanol. Chiusura del ventre. Guarigione all'ottava giornata.

L'esame istologico confermò le alterazioni macroscopiche qui rilevate alla bioscopia.

L'A. elenca qualche osservazione affine tratta dalla bibliografia.

Allacciatura della vena cava. — Dannheiper, Sezione Urologica, Clinica Chirurgica Erlangen. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 43, 1927.

Tra le osservazioni rare di interventi chirurgici, l'A. riferisce su di un caso, dal cui multilaterale esame risultava la diagnosi di produzione retroperitoneale, forse partente dal rene destro, o da tessuti fra rene e colonna vertebrale, probabile blastoma maligno.

L'intervento eseguito da Pflaumer sotto anestesia paravertebrale, si iniziò con resezione della 12ª costa. Si trova un grosso tumore adeso al rene, respingendolo fortemente in fuori ed in alto. Si tenta di estirparlo nella ipotesi che sia benigno. Spaccata la capsula che si impianta alla colonna vertebrale, sembra potersi scapsulare la produzione, per via ottusa.

Allacciatura e recisione dell'uretere in sotto del tumore, quindi anche del picciuolo renale decorrente obliquo sull polo superiore. Continuando lo scapsulamento si accentua la emorragia venosa, di provenienza dalla cava, riescendo arrestarla mediante compressione in sotto ed in sopra del tumore, contro i corpi vertebrali. Rapida rimozione in una al rene. Si vede allora innanzi alla colonna vertebrale la vena cava lacerata su circa 5 cm. in lunghezza. Le pareti lacerabilissime non consentono la sintesi per sutura. Si applica quindi una prima allacciatura al picciuolo renale (epperò perifericamente dell'emulgente sinistra), ed una seconda innanzi alla lacerazione. Poi allacciatura delle vene spermatica e lombari, sboccanti nel tratto escluso. Sutura delle pareti addominali.

Si trattava di un fibroma ricco di cellule. Decorso favorevole. Non e-

Digitized by Google

demi agli arti inferiori. Riveduto l'operato dopo un mese, si notava solo leggero edema delle gambe; aumento di peso 8.5 kilogr.

Emo-linfangioma cistico del grande epiploon. — ISELIN, Paris. *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, vol. 19. 12, 1927.

Il caso operato dall'A. ci sembra in realtà meno raro di quanto egli stesso ammetta. Gli basterebbe a sincerarsene, una migliore revisione della bibliografia italiana, e più particolarmente quella della scuola del Trigomi. I calcoli d'altronde ci sembrano poco opportunamente diretti, allorquando nell'intento clinico di voler separare tali produzioni da quelle similari del mesentere, si incorra nella grave omissione di valutare, sotto l'aspetto etiogenetico l'affinità strutturale dei tessuti di origine.

Ad ogni modo questa contribuzione arricchisce la casistica di voluminose produzioni estirpate con esito favorevole. Quadro clinico consueto: tumore addominale che va sviluppandosi all'insaputa dell'infermo; nessun disturbo generale nè locale; constatazione incidentale, nell'esame del paziente per altra indicazione. In contrapposto la fenomenologia dei sarcomi, cioè rapidi gravi disordini generali, specie gastro-intestinali, sintomi di compressione, edemi degli arti inferiori, ostruzioni intestinali, rapida tendenza all'esito letale; recidive post-operatorie.

Punto di partenza in questo caso il foglietto posteriore del grembiule epiploico. Qualche aderenza con lo stomaco. Mancanza della voluta caratteristica estrema spostabilità.

Data la struttura emolinfatica l'A. propende ad accettare l'origine ammessa da Descomps cioè da disordine evolutivo del meso di annessione.

La rachianestesia nell' ernia strozzata. — LEMERCIER, Paris. *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, vol. 19, 12, 1927.

In un caso di ernia crurale destra antica, pervenuto allo strozzamento completo, si interviene mediante rachianestesia con 1 c. c. di soluzione 8 ‰ Syncaina Clin. Si trova un entero-epiplocele. Riduzione dell'ansa; resezione epiploica. Appena in letto grande scarica di materiali e di gas. Andamento normale. L'A attribuisce alla rachianestesia questo vantaggio, sebbene in contrasto con alcune opinioni emesse da competenti clinici.

Il punto più controverso, come fa rilevare Bonamy, è questo: che talvolta sotto la rachianestesia, e già prima di essere intervenuti si può notare la spontanea riduzione dell'ernia. E' accaduto talvolta al chirurgo di doversi orientare sullo stato dell'ansa strozzata, andando a ricercarla attraverso una laparotomia.

Bisogna altresì notare che sotto la rachianestesia riattivandosi energiche contrazioni intestinali, può aversi rottura del solco di strozzamento, o distacco di una chiazza di sfacelo; e questo in seguito di paralisi fisiologia delle radici midollari degli splancnici, senza modifica sull'azione del vago.

Tirate le somme dal pro al contro, sembra al relatore che negli erniosi in tali contingenze, di solito anziani, ipotesi etc, sia da preferire anestesia locale alla novocaina.

NEURO-PSICHIATRIA

Una peculiare sindrome neuro-psichiatrica: l'epiloia. — I. C. *Archives de Médecine des Enfants*, n. 10, 1927.

Questa particolare forma morbosa, descritta da Sherlock, consiste in una sindrome d'insufficienza mentale associata a degli attacchi epilettici, adenomi sebacei, sclerosi nodulare della corteccia cerebrale, tumori del rene ed altri organi. Malattia congenita, più frequente nelle giovanette che nei giovani.

Da una delle più dimostrative autopsie ricavate dalla casistica dello Sherlock si sono potute constatare, a carico degli emisferi, le seguenti alterazioni: nessuna distinzione tra la sostanza grigia e la bianca, iperplasia nevroglica nella corteccia, ventricoli non dilatati ma a contorni irregolari per la presenza di numerose masse arrotondite sottoependimali che si spingono in tutte le direzioni nella cavità ventricolare. I tumori più piccoli tendono ad agglomerarsi producendo sul pavimento ventricolare numerose e caratteristiche irregolarità.

Nelle parti più colpite delle circonvoluzioni si può osservare al taglio delle masse cistiche e calcificate che il tessuto nervoso adiacente contiene numerosi vasi sanguigni dilatati e cellule gliomatose. I tumoretti sono di natura gliomatosa.

Si tratta in complesso di una sclerosi cerebrale nodulare ipertrofica o sclerosi tuberosa. lesione congenita, caratteristica per la iperplasia degli elementi nevroglici che costituiscono masse tumorali in diversi punti del cervello.

Clinicamente la sintomatologia cerebrale è caratterizzata da gradi più o meno intensi di idiozia o imbecillità, da attacchi epilettici, da scarso sviluppo fisico e ritardo sia nella deambulazione che nella dentizione.

L'adenoma sebaceo compare verso il 4° o 5° anno di età e si localizza al solco naso-genieno o alla fronte, sul collo o altre parti del corpo. Dopo la seconda dentizione l'adenoma facciale si accresce, le papule si riavvicinano e divengono più rosse e qualche volta brune.

La malattia non è molto frequente; l'autore su 2412 ammalati nervosi l'ha riscontrata solo 16 volte. Colpisce più frequente i primogeniti e le donne.

Il riflesso medio-pubico nella emiplegia. — U. POPPI, della Clinica Neuropsichiatrica di Padova. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, luglio 1927.

Tale riflesso, descritto recentemente da Guillain e Alajouanine, consiste nella doppia risposta, consecutiva alla ripercussione sulla regione della sinfisi pubica, da parte dei muscoli retti dell'addome (a volte anche di alcune digitazioni del muscolo dentato e del gran dorsale) e dei muscoli adduttori della coscia. Tale riflesso ha grande importanza localizzatrice, in quanto la sua dissociazione può indicare con chiarezza la sede di una lesione midollare; inoltre presenta un comportamento caratteristico nella sclerosi disseminata del cervello e del midollo, consistente in ciò che esso persiste mentre i riflessi cutanei mancano.

Nell'emiplegia, secondo Poppi, si osserva di solito dal lato emiplegico, accanto all'"assenza dei riflessi cutanei addominali, l'assenza del riflesso medio-pubico addominale. Tale comportamento deve essere considerato paradossale per un riflesso come quello in questione, che è da ritenersi un vero riflesso tendineo-periosteo non confondibile coi riflessi cutanei addominali, coi quali può esser dissociato (sclerosi multipla, tabe dorsale).

Il riflesso del malleolo esterno e il fenomeno di Piotrowski. K. SAGIN e ST. OBERC. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, luglio 1927.

Dalle indagini dei due autori e da quelle di altri osservatori risulta che il riflesso antagonistico di Piotrowski consiste in una contrazione dei gastrocnemi, con flessione del piede, senza contrazione contemporanea del muscolo tibiale anteriore con adduzione del piede; là dove compare, insieme col rifesso antagonistico di Piotrowski, il riflesso del muscolo tibiale anteriore, si tratta di un riflesso che risulta dalla combinazione di due riflessi, cioè del riflesso antagonistico patologico di Piotrowski e del riflesso del muscolo tibiale anteriore fisiologico. Gli autori non hanno osservato mai il riflesso del malleolo esterno come riflesso isolato, ma sempre quando l'area riflessogena del riflesso antagonistico di Piotrowski era molto estesa: perciò concludono che il riflesso del malleolo esterno è parte del fenomeno di Piotrowski; lo stesso come nei casi di riflesso patellare con area riflessogena molto estesa, nei quali si può provocare il riflesso patellare non solamente dal tendine patellare, ma anche da tutta la zona inferiore della coscia e, perfino, dal muscolo tibiale anteriore. In questi due casi non può parlarsi di uno speciale riflesso del muscolo tibiale anteriore, ma di un aumentato riflesso patellare, ovvero di un riflesso periosteo tibiale provocabile dal muscolo tibiale anteriore.

In base a questi ragionamenti, gli autori concludono che anche il riflesso del malleolo esterno è, nella sua essenza, il fenomeno di Piotrowski provocabile anche dal malleolo esterno, quando l'area riflessogena si estende ai dintorni del malleolo.

PEDIATRIA

L'epilessia nell'infanzia. — M. G. PETERMANN-MILWAUKEL. *The Journal of the American Medical Association*, 1927, n. 24.

I bambini epilettici mostrano abitualmente una inferiorità costituzionale probabilmente di natura ereditaria: nei primi stadii della malattia essi sono generalmente dei precoci dal punto di vista intellettuale, eccitabili, a carattere fortemente emotivo, egocentrici, dimostrano invece un deficiente potere di concentrazione. Più tardi, con l'aggravarsi della malattia ed il ripetersi degli attacchi, il cervello riporta delle ingiurie definitive, e la deterioràzione mentale e l'apatia incominciano a rendersi manifeste.

Questo progredire della malattia nei ragazzi (l'Autore considera come tali i pazienti al disotto del quindicesimo anno) è lento ma continuo; nella maggior parte dei casi la malattia si inizia con attacchi di piccolo male, che gradualmente si trasformano in classiche convulsioni.

Pur essendo essenzialmente l'epilessia una degenerazione eredofamiliare, o abiotrofia, vi sono delle cause immediate degli accessi, e queste sono probabilmente da identificarsi in disordini del metabolismo, ed in alterazioni nel senso dell'alcalinità dell'equilibrio acido-basico.

Nei bambini una diagnosi differenziale con convulsioni da postumi encefalitici, da lesioni cerebrali congenite o da tumori cerebrali presenta spesso grandi difficoltà.

La terapia dell'epilessia si fonda su tre elementi: dieta, fenobarbital e sali relativi, psicoterapia.

Digitized by Google

Sull'efficacia di quest'ultima vi sono esempi lampanti: bambini che tolti dallo ambiente abituale non hanno più presentato un solo attacco, salvo a ricominciare, una volta ricondotti a casa, etc.

Il Fenobarbital ha rapidamente soppiantato i bromuri, e rappresenta attualmente il mezzo di elezione nella cura dell'epilessia; esso ha però scarso effetto sul piccolo male. Ma la vera terapia della epilessia è costituita dal digiuno: il digiuno può però essere attuato solo temporaneamente, e quando si ricomincia a mangiare gli attacchi riprendono.

Poichè durante il digiuno si è osservato un aumento considerevole nella escrezione dei corpi chetonici nel sangue, nell'aria alveolare e nell'urina, ed un aumento nell'acido urico del sangue, si è pensato che la benefica influenza del digiuno sulla epilessia fosse dovuta appunto ai corpi chetonici ed all'acidosi.

Si è tentato, partendo da queste premesse, di riprodurre con una dieta appropriata la chetosi e la tendenza alla acidosi, che si verificano nel digiuno: questa dieta è costituita da scarsi idrati di carbonio, scarse proteine e notevole quantità di grassi; essa è preceduta da almeno una settimana di digiuno, durante la quale il piccolo paziente riceve solo acqua, aranciate, ciambelle di crusca (che non hanno valore alimentare), e pane solo.

Il successo di questa terapia è sopratutto questione di abilità da parte del medico; naturalmente non tutti i pazienti possono assoggettarvisi: vanno esclusi i ragazzi con chiare manifestazioni di lesioni organiche, e quelli in cui la malattia ha già raggiunto lo stadio della degenerazione mentale.

Dopo lungo tempo di assenza di attacchi epilettici si può ritornare gradualmente alla dieta normale.

In 14 casi l'Autore ha potuto completare questa terapia con grande successo, poichè gli attacchi sono spariti per un tempo variabile da sei mesi a tre anni.

Sulla terapia della stenosi spastica del piloro nei poppanti. Foramitti, Istituto per la protezione materna etc. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44, 1927.

Queste osservazioni sono tanto più importanti in quanto risalgono ad una concezione terapeutica legata al nome del nostro grande chirurgo italiano, il Loreta, non sempre abbastanza ricordato.

Lo stato della questione può dirsi controverso: in quanto si sono proposte ed attuate operazioni ora come recisione, ora come plastica del piloro. Vediamo pertanto casistiche riferirsi ai metodi di Mikulicz, Weber, Hamsted, con successo contraddittorio; il che significa con insuccessi accompagnati da mortalità talvolta impressionante.

Pertanto dal Prof. Moll fu consigliato all'A. di sperimentare appunto il metodo italiano, dal quale già a priori si giudicherebbe derivare minore rischio di peritoniti. Tanto ha potuto praticare l'A. in 13 bambini. Ma un'osservazione particolare occorre fare in quanto alla forma anatomica di cotesti piloro-spastici. Ond'è che si possono distinguere due gruppi principali. In uno il piloro si mostra eccessivamente grosso, pallido, con nodosità quasi cartilaginea, con ipertrofia muscolare prepilorica. In un altro gruppo, pure non rilevandosi queste modificazioni obbiettive, il piloro sembra più rigidamente spastico. In questi due gruppi anche la peristalsi si comporta diversamente, il che ha non dubbio significato per la funzionalità da ripristinare.

L'andamento della operazione fu naturalmente modellato sotto le contingenze diverse, giacchè non sempre riesciva eseguire l'invaginamento sulla spinta del dito divulsore. Fu allora dall'A. adottata una modalità tecnica. Tirato fuori lo stomaco praticare sulla faccia anteriore di esso una incisione longitudinale di circa 1 cm. Da questo occhiello si fa penetrare un lungo Klemmer, le cui branche chiuse vengono modicamente divaricate attraverso il punto spasmotico. Quindi, seguendo lo stesso tracciato si procede al passaggio di sonda Hegar, di solito della serie 14-15-16. La ferita gastrica suturata secondo le norme più precise, senza alcun rischio di peritonite. Gli operati tollerarono bene l'intervento, non senza presto ripristinare la loro vivacità. Furono eccezionali reperti le fissure provocate da codesta divulsione, e peraltro senza conseguenze. Facendo dunque un confronto con gli altri metodi, crede l'A. meritevole di sostegno l'indirizzo del Loreta.

Le manifestazioni iniziali della tubercolosi nei bambini. — S. Naeslund, Clinica Pediatrica dell'Università di Upsala. *Upsala Läkareförenings Förhandlingar*, 1927. fasc. V.

Su 20 casi di tubercolosi infantile, le manifestazioni iniziali («complesso primitivo») erano localizzate in 10 casi ai polmoni ed alle corrispondenti linfoghandole, in un solo caso nel tratto digerente.

La data di inizio delle manifestazioni tubercolari — nei casi in cui fu potuto determinarla con precisione — è molto precoce (a 3-4-7 mesi di età).

Nella maggior parte dei casi la morte dei piccoli pazienti è stata determinata dalla meningite tubercolare, tuttavia l'autopsia ha rivelato in 19 casi su 20 l'esistenza di focolai polmonari, di varia entità, ed in diversi stadii; durante la vita questi focolai non avevano per lo più rivelato alcun sintomo, e lo stesso esame clinico dell'apparecchio polmonare era stato negativo in 13 casi.

L'esame microscopico delle lesioni polmonari ha rivelato al centro dell'area tubercolare una necrosi granulare diffusa; nella zona circostante esistevano ad intervalli strette zone di fibre omogenee (tessuto fibroso ialino di Aschoff).

Solo in un piccolo numero di casi (3) il processo tubercolare era limitato ai polmoni, alle linfoglandule ilari ed alle meningi; in tutti gli altri casi esisteva anche tubercolosi intestinale, e tubercolosi miliare del fegato, della milza, ed in sei casi anche del rene.

In quel caso in cui le manifestazioni tubercolari si erano primitivamente rivelate nell'apparato digerente, esse si manifestavano come ulcerazioni intestinali e estese caseificazioni delle linfoglandole mesenteriche.

I polmoni invece mostravano solo tubercoli miliari, e nessuna manifestazione tubercolare potè essere rivelata nelle linfoglandole bronchiali.

La linfadenia aleucemica dell' infanzia. — Buonsanti, Ist. Patologia Chirurgica, Firenze. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 19, 3, 1927.

Corredato di ottime figure lo studio di questi quattro casi, i quali vengono a complemento di altri tre descritti dal Cavina-Pratesi. L'argomento ne risulta esposto in modo molto efficace. Malattia meno rara di quanto si creda nei bambini, c'è da attribuirne la infrequente trattazione alla facile confusione che la configurazione uniregionale di essa offre con la linfadenite tubercolare.

Clinicamente la malattia ha caratteri che, fatto il debito conto dell'esame del sangue, in nulla la escludono da quella che Cohnheim descrisse col termine di pseudoleucemia, e che potrebbe meglio denominarsi col Banti: linfadenia aleucemica. Per quanto i caratteri locali della forma morbosa offrono qualche punto in contrasto con la figura dei neoplasmi, la progressività morbosa è tale che a questi moltissimo li avvicina.

L'osservazione istologica di un tessuto che ha punti di contatto col tessuto di granulazione non è tale da poterne senz'altro costituire un quadro morboso che alcuni osservatori chiamano «linfogranuloma maligno», giacchè esso non ha caratteri identificabili coi granulomi acquisiti alla scienza, meno che mai col granuloma tubercolare. In appoggio al criterio desunto dalla fenomenologia clinica, più conveniente appare l'ipotesi del Banti, cioè che la linfadenia aleucemica sia da riguardare come una speciale neoplasia che si distingue dai blastomi sopradescritti.

La riproduzione della lesione in organi viscerali provvisti di tessuto linfatico acquisterebbe valore di una vera e propria metastasi, in coerenza con il quadro clinico della infanzia che dimostra una progressiva diffusione della malattia a ghiandole interne, al fegato, alla milza, all'intestino.

L'eziologia e la patogenesi sono tuttora mute, nè le osservazioni sperimentali confermano i reperti di Sternberg relativi alla presenza del bacillo tubercolare, nè quelli di Much, relativi ai granuli da lui rinvenuti. I reperti di germi vari rinvenuti si confondono nell'oscurità stessa della teoria microbica dei neoplasmi. La prognosi essendo decisamente infausta si accorda meglio con l'ipotesi di una neoplasia a carattere maligno.

La terapia operatoria se non efficace, non è nemmeno pregiudizievole al decorso; forse anzi protraendolo per eventuale rimozione di focolai tossici costituiti dalle ghiandole.

La cura chirurgica va sussidiata dalla röntgenterapia, la quale pur dando talvolta effetti locali brillanti, non per questo autorizza a sperare nella guarigione. Anche questi stessi effetti starebbero a favore della teoria neoplastica non essendo questo influsso constatabile in nessun processo flogistico.

Anche senza recidiva ghiandolare, si va col quadro della cachessia all'esito letale.

RADIOLOGIA

Il reperto radiologico della sabbia biliare. — Bianchi, Istituto radiologico Università, Genova. *La Radiologia Medica*, vol. 14, 11, 1927.

Essendo incontestabile la importanza del perfezionamento dei nostri dati iconografici, per la diagnosi in parola, il denso lavoro dell'A. viene appunto a stabilire e valorizzare la superiorità della diretta obbiettivazione dei calcoli, rispetto ai segni indiretti colecistografici. Realmente poco conosciuti sono gli aspetti radiologici della sabbia biliare, pure essendo essi caratteristici, e di constatabilità abbastanza frequente, quando ci si sia allenati ad una minuziosa ricerca per ravvisarla.

Digitized by Google

La sabbia biliare (la cui composizione chimica è caratteristica, è spesso suscettibile di essere differenziata da quella dei calcoli epatici ordinari), contrariamente a quanto si crederebbe presenta talora condizioni che favoriscono la sua visibilità radiologica, e ciò grazie al contenuto di calcio, talora considerevole, e per la sua abbondante produzione. Difatti il calcio, cioè il più opaco tra i costituenti i calcoli vi si trova sempre in quantità notevole, mentre la colesterina è tra' costituenti più permeabili ai raggi, è in quantità minime, seppure non completamente assenti. Nei casi dimostrativi addotti dall'A. il controllo è venuto dalla bioscopia operatoria, e dalla constatazione di sabbia biliare nelle feci.

Riassumendo le minute descrizioni del quadro radiologico che i casi dell'A. forniscono, si rileva una visibilità parziale o totale, più o meno netta dell'ombra della colecisti; in quantochè la sabbia si comporta quale sostanza di contrasto contenuta nella vescica biliare, purchè in sufficiente quantità, e sufficientemente dotata di sali di calcio.

La visibilità radiologica della colecisti, sorgente di continue discussioni diagnostiche, potrebbe dunque, in certi casi, essere dovuta alla presenza di sabbia biliare appunto dentro la medesima. Codesto reperto radiologico va espressamente ricercato, e ripetutamente controllato, giacchè l'imagine fornita dalla sabbia è di intensità variabilissima, e capace di indurre in errore.

Importa secondo l'A. poter differenziare radiologicamente la calcolosi dalla sabbia, essendone diverso il trattamento, e forse anche la patogenesi.

Le incognite nella radio-sensibilità del cancro. — Piergrossi, nica Chirurgica, Napoli. *La Radiologia Medica*, vol. 14, 11, 1927.

Questo contributo essenzialmente valutabile dai tecnici di radiologia, pure avendo un obbiettivo altamente pratico, scritto in forma critica, non si può naturalmente riassumere per la comune dei lettori. Ad ogni modo eccone le linee principali. Esisterebbe una legge generale così formulata: « la diminuzione di radiosensibilità dei tumori maligni segue di pari passo la diminuzione del potere proliferativo cellulare, per discendere ad un minimo che è quello della radiosensibilità dello stipite da cui il tumore proviene, e che è a sua volta determinato dalla legge Bergonié-Tribondeau ».

In base a questa legge l'A. vorrebbe distinte tre grandi classi nella radiosensibilità dei cancri.

a) Tumori ad altissimo potere proliferativo ed altissima radiosensibilità (sarcomi ed epiteliomi fortemente atipici con cariocinesi ricchissime, etc.). Grande successo locale alla irradiazione: postumi metastatici più o meno gravi.

b) Tumori ad alto potere proliferativo velocissimo, regolare (epitelioma del collo uterino, adenocarcinoma mammario scirrogeno, epitelioma del laringe, cancri cutanei e delle aperture naturali; qualche sarcoma). Tutte queste forme han dato temporanee illusioni al radiologo.

c) Tumori a scarso potere proliferativo e scarsa radiosensibilità (epiteliomi della lingua e quasi tutti quelli del tubo digerente, del corpo dell'utero, fibrosarcomi, specialmente periostali); sarebbe per questi tumori necessario una dose che distrugga anche il tessuto stinite.

Tenuto conto di questo, ed affinchè l'azione colpisca la fase di massima attività cariocinetica e di periodo intercariocinetico, bisognerebbe fare sedute giornaliere di 30'-40' m. per un elasso che vada da 8 a 15 a 20 giorni.

Ci sono intanto casi paradossali: l'irradiazione non ha altro effetto se non un leggero stordimento; ve ne è poi qualcuno che guarisce per un tempo tanto lungo, da potersi parlare di guarigione. C'è dunque un'incognita biologica.

TECNICA DI LABORATORIO

Il metodo micologico di Castellani e Taylor per la identificazione e la differenziazione degli zuccheri Fehling-riducenti nelle urine. — P. Pietra. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 15 luglio 1927.

Gli zuccheri Fehling-riducenti che possono trovarsi nell'urina sono, com'è noto, il glucosio, il levulosio, il maltosio, il galattosio, il lattosio e il pentosio.

La differenziazione di questi rari carboidrati con metodi puramente chimici è un procedimento troppo lungo e complicato per potere entrare facilmente nella pratica clinica. Il metodo di Castellani e Taylor invece è oltremodo facile e sbrigativo: esso si basa sui caratteri differenziali fermentativi di alcuni funghi e batteri.

L'urina deve essere sterile. Se non è possibile raccoglierla asetticamente con un catetere, se ne farà cadere una porzione in un recipiente sterile e dopo la si sterilizzerà al calore nella pentola di Koch per 30 minuti.

Una sola sterilizzazione è in generale praticamente sufficiente, tuttavia in alcuni casi la si può ripetere dopo 6-12-24 ore.

La sterilizzazione in autoclave è sconsigliabile, perchè essa verrebbe ad alterare la composizione chimica dei vari zuccheri.

Castellani e Mendelson hanno recentemente osservato che portando l'urina alla ebollizione e lasciandola bollire per mezzo minuto non si alterano i caratteri chimici degli zuccheri da ricercare.

In pratica si può operare con quest'ultimo metodo. Si distribuirà poi l'urina in una serie di sei tubi, ognuno contenente 2-3 cc. di acqua peptonata sterile esente da zuccheri e un tubicino di fermentazione.

Secondo Castellani e Taylor la presenza dell'acqua peptonata agevolerà notevolmente lo sviluppo dei funghi.

I tubi sono numerati da 1 a 6. Il n. 1 è inoculato con Monilia balcanica; il n. 2 con Monilia krusei; il n. 3 con Monilia pinoyi; il n. 4 con Monilia tropicalis; il n. 5 con Monilia pseudo-tropicalis o con B. coli; il n. 6 con B. paratyphosus B.

I tubi sono messi in termostato a 37° C. per quattro giorni; al quinto giorno potrà farsi la lettura. Se l'urina esaminata è Fehling-riducente e contiene un solo tipo di zuccheri si osserverà la produzione di gas e propriamente:

a) il glucosio sarà rivelato dalla presenza di gas in tutti i tubi; b) il levulosio sarà rivelato dalla presenza di gas in tutti i tubi meno che nel primo (M. balcanica); c) il maltosio sarà rivelato dalla assenza di gas nei tubi n. 1, 2 e 5 e dalla presenza nei n. 3, 4 e 6. Se il B. coli è stato usato invece del M. pseudotropicalis, vi sarà gas anche nel n. 6; d) il galattosio sarà rivelato dall'assenza di gas nei tubi n. 1, 2 e 3 e dalla presenza di gas nei n. 4, 5 e 6; e) il lattosio sarà rivelato dalla assenza di gas nei tubi n. 1, 2, 3, 4 e 6 e dalla presenza di gas nel n. 6; f) il pentosio (arabinosio, xilosio) sarà rivelato dall'assenza di gas nei tubi n. 1, 2, 3, 4 e 5 e dalla presenza di gas nel n. 6. Se il B. coli è stato usato invece del B. pseudo-tropicalis, anche il n. 5 conterrà del gas.

L'assenza di gas in tutti i sei tubi indicherà che la sostanza riducente non è fermentescibile ed appartiene al gruppo della creatina, dell'acido urico, dell'acido ippurico, ecc.

Nuovo metodo di colorazione dei preparati microscopici col bleu di toluidina fenicato. — J. Sabrazès. *Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*, n. 9, 1927

La soluzione colorante usata dall'A. si prepara sciogliendo 1 gr. di bleu di toluidina pura marca R. A. L. o Gubler, in 10 cc. d'alcool a 95°; si tritura il tutto in un mortaio e vi si aggiungono a poco a poco 3 gr. di acido fenico; indi si porta con acqua a 100 cc. Lo striscio del materiale da esaminare (sangue, essudato, sedimento d'urina, liquidi patologici varii), eseguito su di un portaoggetti, si lascia semplicemente essiccare agitandolo all'aria; quindi vi si stratifica sopra una goccia della predetta soluzione, distendendola con l'aiuto dell'estremo affilato di una pipetta chiusa all'estremo opposto. Si dissecca il preparato, agitandolo all'aria, senza lavarlo e poi lo si esamina con immersione ad olio. Trattandosi di sangue, bisogna stratificare sul preparato due gocce di soluzione, successivamente, per ottenere una buona colorazione.

I risultati tecnici, come si può desumere dalla pratica di migliaia di preparati eseguiti dall'A., sono ottimi: la soluzione, che è contemporaneamente colorante e fissatrice, conserva bene le strutture cellulari, colora rapidamente e intensamente e dà delle colorazioni metacromatiche molto varie. Vantaggi del metodo sono, inoltre, la rapidità dell'esecuzione e la soppressione del vetrino coprioggetti. I preparati così eseguiti si possono conservare a lungo; così pure si conserva, senza alterarsi, anche per diecine d'anni, la soluzione di bleu di toluidina, conservata in bottiglia a collo stretto con tappo smerigliato.

Nuova tecnica per la ricerca delle spirochete nel liquido cefalo-rachidiano. — Schoufeld e Krey. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1927, n. 10.

Si centrifuga fortemente (2000 giri al minuto) fino a che il liquido recente prelevato, si mescolano con egual volume di alcool a 96°. Se il liquido è molto povero in albumina si intorbida appena, e si può aggiungere allora siero sterile, emulsione di caolino o crema di alluminio, etc., in quantità sufficiente per produrre intorbidamento (ma sempre meno di 20 cmc.).

Si centrifuga fortemente (2000 giri al minuto) fino a che il liquido non divenga ben liquido; esso viene allora decantato e sostituito da una soluzione di formalina al 10 %, che si lascia per 24 ore in contatto del sedimento per fissarlo ed indurirlo.

Successivamente si riscalda leggermente alla fiamma, e si ritorna a centrifugare per diversi minuti.

Il residuo solido si fa passare per la serie ascendente degli alcools, poi in xilolo, ed infine si include in paraffina.

Si possono ottenere facilmente sezioni di 10-12 micron, che si colorano con la tecnica di Warthen o di Levaditi.

Digitized by Google

CONGRESSI E CONVEGNI

I CONGRESSO PANAMERICANO DELLA TUBERCOLOSI

(CORDOBA - 10-16 OTTOBRE 1927)

Il primo Congresso panamericano della Tubercolosi tenutosi a Cordoba (Argentina), in occasione della celebrazione del cinquantenario della Facoltà di Scienze Mediche di quella Università Nazionale, si è svolto con pieno successo dal 10 al 16 ottobre, sotto la Presidenza onoraria del presidente della Nazione Dott. Marcello T. de Alvear, del Governatore di Cordoba Dott. R. J. Carcano, del Ministro della Pubblica Istruzione Dott. A. Sagarna, del Ministro degli Esteri Dr. A. Gallardo, dell'Intendente municipale di Cordoba e dei Rettori delle Università di Cordoba, di Buenos Ayres, di La Plata, del Litoral, di Tucuman e del Presidente del Dipartimento Nazionale di Igiene Dott. Araoz Alfaro e del Presidente della Commissione degli Istituti e Ospedali regionali.

Organizzatore del Congresso e Presidente effettivo ne è stato il Dott. J. Cafferata, deputato Nazionale, al quale si deve il successo di questa grande manifestazione scientifica, che riunì tutti i rappresentanti dell'America Latina e un gruppo notevole di rappresentanti Europei, invitati a portare il loro prestigio e il contributo della loro attività scientifica ai lavori del Congresso.

Alla seduta inaugurale era presente S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione Dott. Antonio Sagarna, coi rappresentanti del Governo, della Provincia, dell'Amministrazione della città, il Rettore dell'Università di Cordoba Dott. Leon S. Morra, i Delegati delle Nazioni Rappresentate e gli invitati.

Le Delegazioni accreditate al Congresso erano le seguenti: Spagna, Brasile, Bolivia, Perù, Paraguay, Panama, Guatemala, Costa-Rica, Chile. Cuba, Uruguay, Stati Uniti.

Erano invitati, i Proff. Sen. Sanarelli e Prof. Carpi per l'Italia, Prof. Sayez per la Spagna, pure rappresentata dai Delegati Ufficiali Proff. Ferran e Martinez Vargas, Prof. Nègre per la Francia, Prof. Sauerbruch per la Germania.

I lavori del Congresso vennero divisi in tre sezioni:

Sezione di patologia: Comitato di presidenza: Carpi, Verdes Montenegro e Bonorino Udaondo. *Segretario*: Ramon Brandan.

Relatori Ufficiali: Carpi: *Complicazioni della tubercolosi polmonare loro patogenesi e cura.* Fontes: *Forme filtrabili saprofitiche e non acidoresistenti del bacillo di Koch e loro importanza nella patogenesi e profilassi della tubercolosi.* Raimondi: *Concezioni attuali sulla patogenesi e evoluzione della tubercolosi polmonare. Eredità, terreno e contagio.*

Sezione di profilassi: Comitato di presidenza: Sanarelli, Fontes, Araoz Alfaro. Segretario: Sayago.

Relatori Ufficiali: L. Nègre: *Vaccinazione antitubercolare.* G. Sanarelli: *Il fattore ereditario nella tubercolosi.* R. Plunkett: *La lotta antitubercolare negli Stati Uniti.* Araoz Alfaro: *Risultati attuali della lotta antitubercolare.* J. F. Cafferata: *Azione di Governo nella lotta antitubercolare.* . . .

Sezione terapeutica. Comitato di presidenza: Sauerbruch, Sayez, Knoche. Segretario: A. Tey.

Relatori Ufficiali: L. Sayez. *Chemioterapia della tubercolosi.* W. Knoche. *Climatologia e climatoterapia della tubercolosi.* Sauerbruch. *Cura chirurgica della tubercolosi polmonare colla toracoplastica.* C. Mainini. *Trattamento della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.* Sayago. *Cura chirurgica della tubercolosi polmonare.* C. R. Obertson Lava. *Cura della tubercolosi osteo-articolare.*

La sessione del Congresso si è svolta contemporaneamente ad alcune importanti manifestazioni accademiche celebranti il cinquantenario dell'Università Cordovense, alla storia della quale sono legati nomi di scienziati italiani, quali quello di Ducceschi fondatore dell'Istituto di fisiologia, di Strada professore di Anatomia patologica e di Carlomagno della cattedra di Farmacologia e dove udimmo ricordare con simpatia i nomi di Vittorio Ascoli, di Alessandrini, di Fichera che vi dettarono apprezzate lezioni.

Dal 6 all'8 ottobre si tenne un Congresso interno della Facoltà di Medicina al quale parteciparono, fatti segno a cordiale manifestazioni di simpatia i professori Sanarelli e Carpi, e che per l'importanza dei temi trattati fu una eloquente dimostrazione della feconda attività scientifica di questo importante centro della cultura universitaria Argentina.

Relatori del Congresso interno furono i professori: P. L. Mirizzi, J. Silvetti Carranza, J. C. Lascano, J. M. Allende, M. G. Faure, F. Strada, B. Soria, J. M. Aliaga, G. Bermann, E. Rothlin, A. R. Brandan, J. Orrico, G. Sayago e G. V. Stucker.

Presidente ne fu il Prof. J. C. Lascano, ex Decano della facoltà. Il Prof. Sanarelli ne fu proclamato Presidente Onorario. Dal 7 al 9 ottobre si svolse sotto la presidenza del Prof. D. A. Villalba titolare della cattedra di Igiene, il congresso di Igiene che riunì tutti gli igienisti argentini.

Durante lo stesso periodo si ebbe, nella settimana che precedette il Congresso Panamericano della Tubercolosi, lo svolgimento di Corsi speciali alla Facoltà di Medicina da parte del Prof. Sen. Sanarelli e del Prof. Carpi.

Il corso del Prof. Sanarelli venne solennemente inaugurato nell'Aula Magna dell'Università di Cordoba colla presenza del Rettore Prof. Morra, del Decano Prof. Pizarro, dei Professori della Facoltà e di un foltissimo e attento uditorio, costituito di medici e di studenti, che seguì con vivo interesse la sua prima conferenza sulla *Patogenesi del colera e delle enteropatie infettive.* Il Corso ebbe il successivo svolgimento nella grande Aula della scuola pratica di Medicina, colle Conferenze sulla *Patogenesi della febbre tifoidea,* sulla *Patogenesi del carbonchio interno,* sulla *Lepra,* e sulla *Profilassi Italiana della Rabbia* e rappresentò un brillante successo per l'illustre Maestro della Scuola di Igiene di Roma, al quale furono tributate calde manifestazioni di plauso e di simpatia.

Il Prof. Carpi svolse un corso di cinque conferenze nella grande Aula dell'Ospedale delle Cliniche, trattando della *cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.* La prima conferenza, nella quale venne presentato dal Prof. Sayago, colla presenza dei professori della facoltà e del Decano e di largo uditorio di allievi, fu dedicata alla *Dottrina del metodo di Forlanini e sue indicazioni.* Seguirono le conferenze sulla *Tecnica del pneumotorace artificiale,* sulla *Condotta clinica della cura,* sul *Meccanismo del processo di guarigione* e sui *Risultati definitivi della cura.* Le conferenze del Prof. Carpi saranno pubblicate per cura della Facoltà medica dell'Università.

In onore dei due Professori italiani furono offerti ricevimenti dall'illustre Governatore della Provincia di Cordoba Dott. Carcano, dal Rettore della Università Prof. Morra e dal Presidente del Congresso Dott. Cafferata.

La celebrazione del cinquantenario dell'Università ebbe la sua solenne manifestazione nell'«Acto Academico» del 10 ottobre ove alla presenza del Ministro della Pubblica Istruzione e del Governatore della Provincia vennero pronunziati discorsi commemorativi dal Rettore Dott. Leon Morra e dal Decano dott. Josè Pizarro e tenne il discorso accademico il Prof. J. Mendes dell'Università di Buenos Ayres sul tema: *L'insegnamento delle scienze.*

L'atto si chiuse colla inaugurazione di un busto al Dott. Manuel Lucero, Rettore dell'Università all'epoca nella quale fu creata la facoltà di Medicina, della quale fu uno dei più entusiasti ed efficaci propulsori; e di una lapide che ricorda, col Prof. Weyemberg, i primi cattedratici della facoltà di Medicina della antica Università Maggiore di S. Carlo.

La cerimonia solenne dell'inaugurazione del Congresso Panamericano della Tubercolosi ebbe luogo la sera del 10 ottobre nel Teatro Rivera Indarte. Il palcoscenico era occupato dai delegati e invitati ufficiali del congresso riuniti intorno al Ministro della Pubblica Istruzione, dott. Sagarna, al Vice-governatore della Provincia Dott. E. Paz, al Ministro della guerra Generale A. P. Justo, al Rettore dell'Università di Cordoba, al Ministro delle Finanze Dott. M. Estrada, all'Intendente Municipale, al Presidente del Dipartimento Nazionale d'Igiene e al Presidente della Commissione organizzatrice del Congresso Dott. J. Cafferata.

Il Presidente Dott. Cafferata espresse il suo compiacimento per l'importanza assunta dal Congresso e portò il suo saluto alle autorità, ai rappresentanti della scienza europea, ai delegati degli stati americani e a tutti i congressisti. Quindi il Ministro della Pubblica Istruzione dichiarò inaugurate le sessioni del Congresso, bene augurando al risultato dei lavori della imponente adunata di studiosi d'ogni Paese al quale dovrà ispirarsi l'opera del governo nella sua azione in difesa della pubblica salute.

Digitized by Google

In nome del potere esecutivo provinciale parlò il Dott. M. Estrada. L'Intendente Municipale della città di Cordova portò ai delegati il saluto ospitale della Città, e in nome dell'Università il Prof. Martinez per Cordova e il Prof. Araoz Alfaro per Buenos Ayres. Seguirono le manifestazioni di omaggio dei delegati e invitati ufficiali stranieri. Per l'Italia parlò in lingua spagnola, suscitando vivissimo entusiasmo, il Prof. Sanarelli il quale salutò in nome della Scienza Italiana le autorità del Governo Argentino alle quali la Delegazione Italiana doveva l'altissimo onore di essere stata invitata a partecipare alla importante adunata e collaborare al suo successo; portò un doveroso omaggio all'animatore e organizzatore del Congresso Dott. Canarata; e inneggiò ai tradizionali vincoli di amicizia e di cultura italo-argentini e all'avvenire della grande e giovane Nazione Argentina preconizzato dai suoi grandi pensatori Alberdi e Sarmiento e sintetizzato nel precetto «governare è popolare» del primo, «governare e educare» del secondo, ai quali l'Argentina aggiunge oggi quello della sua elevazione scientifica.

***

La prima sessione del congresso Panamericano della Tubercolosi venne aperta colla esposizione delle Relazioni della Sezione di Patologia.

Iniziò il Prof. U. Carpi (Milano) sul tema: *Complicazioni della Tubercolosi polmonare, loro patogenesi e cura.* L'O. premette che la vastità del tema lo obbliga e limitare la sua esposizione a quelle complicazioni che fanno parte del quadro morboso stesso della tubercolosi polmonare e che assumendo talora un decorso atipico o predominante modificano il quadro morboso classico e l'esito della malattia; e si propone di passare in rassegna le sindromi ematologiche complicanti la sintomatologia della tub. polm., le complicanze pleuriche, l'emottisi, le complicanze suppurative e gangrenose e quelle bronchiettasiche.

L'interesse dello studio di queste manifestazioni complicanti non è solo di carattere clinico-diagnostico ma anche e particolarmente prognostico e curativo. La cura razionale delle sindromi complicanti può decidere del decorso, degli esiti immediati e lontani della tubercolosi polmonare.

« Sindromi ematologiche complicanti il decorso della tubercolosi polmonare »: L'ematologia clinica della tubercolosi polmonare permette di differenziare tipi ematologici rispondenti ai vari tipi di evoluzione e di decorso della malattia. La tubercolosi iniziale pura, non acuta offre un tipo ematologico comune a tutte le manifestazioni tubercolari pure (polmonari, ghiandolari, ossee, articolari) e risponde al tipo di una cloroanemia leucopenica con linfocitosi ed eosinofilia. Nelle forme evolutive della tubercolosi polmonare possono aversi valori emo-citometrici normali e subnormali o talora superiori alla norma. Si possono cioè avere poliglobulie tossiche ben differenziabili dalla policitemia vera per il carattere emolitico che caratterizza tutte le discrasie sanguigne tubercolari (indice emoglobinico inferiore alla norma, urobilinuria). Il comportamento della leucocitosi è importante come indice della partecipazione di una infezione mista al processo infettivo tubercolare; l'iperleucocitosi neutrofila può aversi inoltre come segno dell'evoluzione acuta del processo morboso (forme acutissime, tubercolosi miliare). Una leucocitosi reattiva può aversi in seguito ad iniezione di tubercolina e rappresenta un sensibilissimo segno di reazione specifica.

Poco note e ancora discusse sono alcune forme di anemia grave a tipo perniciosiforme che compaiono nel corso della tubercolosi polmonare. L'O. illustra i caratteri ematologici e anatomo-istologici dell'anemia perniciosa e rileva come il gruppo delle forme cosidette essenziali sia andato via via riducendosi per la conoscenza di forme ad eziologia nota che riproducono il quadro classico dell'anemia perniciosa. Casi di anemia perniciosa accettati senza eccezione si presentano nel corso di malattie infettive acute e croniche come il tifo, il reumatismo articolare acuto, l'endocardite settica, la malaria, la sifilide. Nulla si oppone pertanto ad accettare l'eziologia tubercolare per forme di anemia perniciosa, nelle quali il fattore infettivo tubercolare risulti predominante nel quadro morboso e nettamente legato alla evoluzione del processo emopatico. Per tali forme dobbiamo chiamare in causa non tanto l'intensità del fattore emotossico quanto la sua lunga durata, la sua lenta progressività e il decadimento progressivo dei fattori riparatori emopoietici, forse anche sulla base di una predisposizione individuale. L'O. porta una documentazione personale alla tesi illustrando due casi di anemia perniciosa, l'uno rispondente al quadro classico della anemia perniciosa tipo Biermer, manifestatosi nel corso di una tubercolosi polmonare cronica fibro-caseosa a decorso evolutivo, l'altro coi caratteri di una anemia pseudo-aplastica sviluppatasi nel corso di una tubercolosi pleuro-polmonare a decorso lentissimo ma tuttavia attivo.

Si tratta di sindromi gravi di significato prognostico particolarmente sfavorevole, nelle quali la terapia ha ben poche risorse di fronte al decadimento dei poteri difensivi dell'organismo. Il successo ottenuto colla trasfusione sanguigna in casi analoghi consiglierebbe di ricorrere a questa forma di cura.

L'« emottisi », è complicazione così frequente della tubercolosi polmonare, che da molti autori è ritenuta sempre di natura tubercolare. L'O. ritiene che tale formula semplicista sia un vero e pericoloso pregiudizio. Non v'è forma morbosa dell'apparato respiratorio che non possa accompagnarsi a emottisi: e cita le pseudo-emottisi rino-faringee e quelle che compaiono nel corso di tracheiti acute o croniche, nelle bronchiectasie.

Nell'ascesso polmonare, nella broncospirochetosi, nelle micosi polmonari, nello echinococco e nella distomiasi, molto nella sifilide broncopolmonare e nelle neoplasie del polmone; emottisi può aversi per alterazioni del circolo polmonare e infine come esponente di stati di diatesi emorragica.

Nella tubercolosi l'emottisi è certo uno dei più frequenti sintomi complicanti, sia come emottisi iniziale sintomatica di una prima manifestazione, sia come complicazione tardiva di lesioni polmonari avanzate, sia come forma prevalente e persistente (tisi emottoica). Importante è il fattore costituzionale nella disposizione all'emottisi. La scuola italiana (De Giovanni, Viola, Pende) ha fissato i caratteri morfologici e funzionali dell'abito tisico del quale è attributo funzionale una particolare labilità del sistema nervoso vegetativo agli stimoli fisici chimici e biologici che è il vero elemento rivelatore della disposizione. Tutti questi stimoli possono essere causa di stati congestizi polmonari nei quali l'elemento meccanico circolatorio si associa a manifestazioni di localizzazione elettiva, di reazione cioè nella sede dei focolai morbosi. La reazione di focolaio colla quale le localizzazioni tubercolari rispondono agli stimoli fisici, chimici e biologici, costituisce uno dei fondamenti patogenetici dell'emottisi tubercolare.

Entrano qui in giuoco, come causa di emottisi, tutte le reazioni da tubercolina, da medicamenti, da cause meccaniche (affaticamento) o circolatorie (mestruazione) o fisica (perturbazioni della pressione atmosferica, dell'umidità relativa atmosferica, del potenziale elettrico etc.).

Fra le conseguenze dell'emorragia polmonare la più comune e la più temibile è la comparsa di focolai di aspirazione che possono assumere il carattere di forma pneumonica evolutiva a prognosi sempre grave.

La terapia dell'emottisi si propone norme di indole generale, fisiche (riposo) medicamentose ed emostatiche dirette.

Buoni risultati si ottengono colla stasi periferica artificiale (applicazione di lacci alle estremità o meglio della ventosa di Junod come propose Forlanini) la quale, modificando l'equilibrio osmotico circolatorio, provoca idremia secondaria con superproduzione di trombochinasi.

Utili i mezzi medicamentosi atti ad aumentare il potere di coagulazione del sangue (iniezioni ipertoniche di cloruro di sodio o di cloruro di calcio per via endovenosa). I vasodilatatori possono trovare indicazione nei casi di emottisi sostenuta da stati di ipertensione arteriosa (broncorragie).

L'adrenalina trova la sua indicazione nella emottisi a base congestizia con ipotensione nelle quali una migliore attivazione del circolo polmonare può togliere di mezzo la stasi. Per analogia si può ricorrere utilmente in queste forme ai preparati digitalici. In casi di emottisi gravi persistenti bene diagnosticabili in rapporto alla loro localizzazione, il procedimento di elezione, quando ne sussistano le condizioni di attuabilità tecnica, è il pneumotorace artificiale.

« Pleurite ». La pleura partecipa a tutti i processi di localizzazione tubercolare polmonare. La localizzazione del complesso primario dell'infezione broncogena tende ad insediarsi di preferenza nelle vie linfatiche sottopleuriche (per azione della pressione negativa pleurica). Queste localizzazioni sottopleuriche possono generare processi reattivi isolati; ma possono essere il punto di partenza di riattivazioni in loco con diffusione alla pleura e con manifestazioni che variano a seconda dell'entità della localizzazione anatomica e della reattività dell'organismo

Negli individui con manifestazioni polmonari in atto è frequente la comparsa di pleuriti a decorso acuto o subacuto con tendenza alla progressione alla recidività o alla cronicizzazione. La pleurite, come la tubercolosi in genere, può presentare tutti i gradi di gravità in rapporto ai suoi vari tipi di decorso; essa non può comunque considerarsi un episodio caratteristico di tubercolosi benigna come vorrebbero alcuni autori.

Per la patogenesi della pleuriti, si afferma la dottrina che vede in questa manifestazione morbosa i segni di uno stato reattivo allergico.

La pleurite, pur nelle sue varietà di decorso e di esiti clinici, rappresenta il quadro dei processi di difesa specifica di fronte alla localizzazione tubercolare pleuro-polmonare e documenta e nello stesso tempo esprime la misura dello stato allergico dell'organismo.

= 1581

Digitized by Google

Interessanti elementi diagnostici nelle pleuriti si possono ottenere colla toracoscopia. (Jacobaeus, Cova).

La cura sistematica e razionale dei versamenti pleurici consiste nel loro svuotamento che per essere completo deve essere eseguito col metodo di Forlanini della pneumotoracentesi. Nei casi di pleurite con versamento concomitante a manifestazioni di tubercolosi polmonare in atto, sarà di stretta indicazione il mantenimento del pneumotorace secondo le classiche norme terapeutiche. Nell'empiema tubercolare il metodo di elezione è la pneumotoracentesi associata alla lavatura pleurica con soluzioni antisettiche (lisoformio 2-3 %, soluzione di euclorina al 0.75 %, di violetto di genziana all' 1 per 5000). L'oleotorace non offre vantaggi superiori a quelli ottenuti col semplice lavaggio; ma può dare buoni risultati nei casi di pio-pneumotorace con fistola pleuro-polmonare. Un precetto essenziale nella cura dell'empiema tubercolare è quello di evitare la toracotomia; per l'empiema tubercolare vale la stessa norma che vige per la cura chirurgica degli ascessi freddi che devono essere mantenuti chiusi e sottoposti a cure evacuanti aspiratrici. Solo in caso di estrema e vitale indicazione può essere indicata la toracotomia che deve essere completata con un intervento toracoplastico.

Nell'empiema tubercolare si ricorrerà utilmente alle cure coadiuvanti generali fisiche (lampada di quarzo, raggi Röentgen, elioterapia) e specifiche (tubercolina, stomosine antitubercolari).

« Il pneumotorace spontaneo » può verificarsi per evoluzione di lesioni polmonari distruttive in vicinanza della pleura viscerale con apertura del focolaio distruttivo nella cavità pleurica, o per rottura di un focolaio tubercolare circoscritto alla superficie della pleura, o per rottura di una vescicola enfisematica alla superficie della pleura (enfisema bolloso sottopleurico) o per strappamento della pleura viscerale per cause meccaniche (sforzo) agenti bruscamente in sede di aderenze pleuriche circoscritte, infine per apertura di un empiema attraverso alle vie bronchiali.

Può aversi un pneumotorace asintomatico; può aversi un pneumotorace a valvola con sintomatologia imponente (dispnea, cianosi da sovrapressione pleurica) il pneumotorace spontaneo può essere puro o complicato da versamento (idropneumotorace). La terapia del pneumotorace e dell'idro-pneumotorace. La terapia del pneumotorace e dell'idro-pneumotorace chiuso segue le norme che regolano la condotta di cura nel pneumo-idrotorace artificiale avendo di mira in un primo tempo la cicatrizzazione della fistola e in un secondo tempo la riparazione delle lesioni polmonari.

Nel caso di fistole pleuro-polmonari largamente aperte il trattamento di elezione è la pleurotomia seguita da toracoplastica.

« Gangrena polmonare - Bronchiettasie ». — Complicazioni non comuni della tubercolosi polmonare sono la gangrena polmonare e le forme bronchiettasiche.

La prima è rara ed è dovuta all'azione locale di germi anaerobi di probabile provenienza orale dalle vie aeree superiori; frequenti in queste localizzazioni le forme spirochetiche. La cura deve rivolgersi possibilmente alla terapia specifica della infezione gangrenosa (siero antigangrenoso e arsenobenzoli).

Nelle forme di tubercolosi polmonare a tipo sclerotizzante croniche con partecipazione della pleura e con retrazione del parenchima polmonare possono aversi dilatazioni bronchiettasiche parziali o diffuse, a tipo sacciforme o cilindrico moniliforme. Causa delle dilatazioni bronchiettasiche sono i processi infiammatori bronchiali con abbondante secrezione catarrale e dilatazione conseguente del lume bronchiale. Inoltre, fenomeni cicatriziali pleuropolmonari con aderenze alla parete toracica, capaci di determinare una trazione uno strozzamento del lume bronchiale in sezioni circoscritte del polmone.

Possono aversi manifestazioni tubercolari in processi bronchiettasici già preesistenti, come pure la combinazione di una tubercolosi cronica con dilatazione bronchiettasica secondaria. La bronchiettasia può infine essere conseguenza di processi di sclerosi cicatriziale di antichi processi tisiogeni passati a guarigione. Nella maggior parte dei casi le bronchiettasie rappresentano una forma aggravante del quadro della tubercolosi, per le conseguenze sulla funzionalità respiratoria (enfisema polmonare, riacutizzazioni bronchiali e pleuriche) e cardio-vascolari (stasi venosa per deficienza cardiaca destra). La terapia, oltre alle prescrizioni igienico-dietetiche, ricorre utilmente all'uso sistematico dei balsamici; ottima via di somministrazione può essere quella epidermica (guaiacolo-mugolio). In casi particolarmente indicati, la collassoterapia pneumotoracica e chirurgica può ottenere la riduzione e la elisione graduale della dilatazione bronchiettasica.

Segue la relazione del Dott. A. Fontes (Rio de Janeiro): *Forme filtrabili, saprofitiche e non acidoresistenti del bacillo di Koch. Loro importanza nella patogenesi e profilassi della tubercolosi.* L'O. ricorda come lo studio del bacillo di Koch in culture e nei secreti patologici dimostri la presenza, nell'interno del corpo bacillare, di granulazioni (Much: 1907); queste possono comparire libere nei terreni culturali e nei mezzi patologici e possono essere isolate col metodo della ultrafiltrazione come l'O. ha potuto per primo accertare. Il virus tubercolare filtrabile è dotato di potere patogeno variabile da caso a caso e capace di riprodurre lesioni ora atipiche, ora identiche alle lesioni classiche prodotte dal bacillo di Koch. Il virus filtrante è rappresentato da elementi figurati granulari visibili e da elementi invisibili che lo fanno classificare fra gli ultravirus. Essi possono rigenerare la forma bacillare acidoresistente del virus tubercolare, col passaggio attraverso all organismo animale. Non è possibile stabilire esattamente la natura delle forme filtranti che, per alcuni, rappresentano una fase di dissolvimento del bacillo di Koch. La forma bacillare rappresenta la classica forma parassitaria del virus tubercolare originata per caratteri accidentalmente acquisiti e conservati, con relativa stabilità per le leggi filologiche di adattamento e di eredità. Per il suo pleiomorfismo il virus può subire la perdita dei suoi caratteri specifici e passare ad uno stato di vitalità latente o di saprofitismo dal quale, in condizioni propizie, può evolvere riacquistando i suoi caratteri specifici. Colla conoscenza delle forme filtranti, la patogenesi della infezione tubercolare deve differenziare i vari aspetti della infezione in atto da quelli della infezione latente. Anche il problema della eredità tubercolare si innesta con quello della infezione da virus inapparente.

E' possibile che con mezzi di laboratorio si addivenga un giorno all'accertamento della eredità tubercolare e che possa rendersi così più facile, secondo nuovi indirizzi, la terapia e la profilassi dell'infezione.

Dott. A. Raimondi (Buenos Aires) *Concezioni attuali sopra la patogenesi e l'evoluzione della tubercolosi polmonare: eredità, terreno e contagio.* — Secondo l'esperienza fatta su vasto materiale nell'Ospedale Tornù di Buenos Aires, l'O. afferma che i figli di madre tubercolotica nascono, nella maggior parte dei casi, in condizioni di buona salute. In base a un ricco materiale statistico della maternità dell'Ospedale Tornù per tubercolosi, si può affermare che, pur riconoscendo la possibilità della trasmissione ereditaria della tubercolosi, praticamente non dobbiamo preoccuparci tanto della possibilità della trasmissione placentare dell'infezione, quanto della profilassi diretta ad evitare il contagio postnatale.

Il terreno organico individuale ha sempre una parte essenziale per determinare l'esito della infezione.

Prof. Negre (Parigi). *Vaccinazione antitubercolare.* — Esiste una immunità naturale in tutti gli individui che subirono in precedenza una manifestazione tubercolare benigna. I tentativi di provocare artificialmente questa immunizzazione non hanno in passato raggiunto lo scopo; Calmette e Guerin ispirandosi al principio che l'immunizzazione è possibile solo con bacilli vivi, riuscirono ad ottenere un bacillo coltivato attraverso passaggi in terreno biliato, privo di ogni potere patogeno (Bacillo B. C. G.). Questo germe, inoculato in animali sensibili alla infezione tubercolare, conferisce loro una resistenza verso l'inoculazione di bacilli virulenti. Il metodo è stato applicato alla vaccinazione preventiva umana ricorrendosi alla via boccale. Le statistiche mostrano che mentre i fanciulli conviventi con genitori tubercolosi, muoiono nei primi due anni di vita, nella proporzione del 24,30 %, quando non siano stati vaccinati, a parità di condizioni i bambini vaccinati col B.C.G. non muoiono che in una proporzione di 0.8-0.9 %.

Relazione del Prof. Sen. Sanarelli: *Il fattore ereditario nella tubercolosi.* — Il Prof. Sanarelli comincia col prospettare le condizioni nelle quali trovansi oggi le diverse provincie Argentine rispetto alla tubercolosi. Accenna al fatto che, anche nella Repubblica Argentina l'endemia tubercolare si comporta come in tutti gli altri paesi del mondo: essa è relativamente poco accentuata fra le popolazioni d'origine europea, cioè dotate di un certo grado di eredo-immunità, mentre infierisce in modo impressionante fra gli elementi indigeni che prendono contatto per la prima volta col contagio tubercolare importato e diffuso dall'uomo civile. Dopo aver descritto la situazione di tutti gli Stati americani, dal punto di vista della tubercolosi, Sanarelli dimostra come si ripeta ovunque il medesimo fenomeno, già da lui illustrato fino dal Congresso Internazionale di Roma del 1912. Allora la concezione di Sanarelli sulla eredo-immunità, contrapposta a quella tradizionale e ippocratica della eredo-predisposizione parve una audace novità. Ma l'esperienza fatta durante la grande guerra mondiale, in cui per la durata di oltre quattro anni, contingenti militari tratti da ogni regione del globo e sopratutto da paesi poco provati dalla tubercolosi, vissero a contatto di vecchie popolazioni europee intensamente bacillizzate, ha pienamente confermato la tesi dell'Autore.

Anche i risutati del trattamento sanatoriale quali appaiono in tutti i paesi dell'America settentrionale e meridionale, popolati da razze bianche, di colore e miste, depongono nel medesimo senso: la razza bianca è

Digitized by Google

quella che ritrae maggiori vantaggi dalle cure sanatoriali, i meticci se ne giovano meno, le razze indigene o di colore, non se ne giovano affatto o quasi.

In questi ultimi tempi le osservazioni e le documentazioni favorevoli allo intervento del fattore immunitario nella etiologia della tubercolosi si sono arricchite e rafforzate anche dal punto di vista sperimentale. A tale proposito Sanarelli ricorda i lavori di Maffucci di Pisa cui rivendica il merito di aver dimostrato per primo, non soltanto la pluralità del virus tubercolare e l'azione distruttiva esercitata sopra di esso dai tessuti embrionali, ma anche l'azione discrasica, cachettizzante e, al tempo stesso immunizzante del virus tubercolare di origine concezionale.

I recentissimi studi sul virus filtrante e sulle infezioni transplacentari che possono dar luogo a infezioni, o a cachessie mortali, ma pur anche a infezioni specifiche, effimere, latenti, occulte, transitorie, spontaneamente guaribili, non sono altro che una conferma degli studi effettuati dal Maffucci ben 25 anni or sono.

Le osservazioni cliniche e le esperienze di laboratorio dimostrano che i neonati che riescono a sopravvivere a tali infezioni specifiche transplacentari, risultano dotati di una più valida difesa contro le ulteriori infezioni specifiche, endogene o esogene, che sono inevitabili negli ambienti di so ciabilità intensa a condizione, ben inteso, che si tratti di infezioni intermittenti e paucibacillari. Alle infezioni ripetute e massive, non resiste alcuna immunità tubercolare. Devesi tener presente questa circostanza, allorchè si studia l'eredità tubercolare. Così soltanto si riesce a capire il fatto apparentemente paradossale ma che risulta nondimeno indiscutibile dallo studio anamnestico delle famiglie tubercolotiche, e cioè che ammalano di tubercolosi in maggior numero i discendenti di famiglie immuni da tare tubercolari e in minor numero i discendenti di ceppi famigliari con precedenti tubercolari. Anche la percentuale delle forme croniche e torpide risulta maggiore nei figli di famiglie tarate, in confronto dei figli di famiglie senza precedenti tubercolari.

Ciò dimostra che il terreno organico si è reso sfavorevole allo sviluppo del bacillo tubercolare.

A questo punto Sanarelli descrive la natura dell'immunità antitubercolare. Essa è ben diversa dalla ordinaria immunità antitossica e antivirulenta.

E' un incrocio di fenomeni di allergia e di sensibilizzazione, di protezione e di predisposizione, di immunità e di anafilassi, di stimolo e di attivazione di quel complesso di difese specifiche e aspecifiche che risveglia il processo tubercolare, e di resistenza espulsiva alle reinfezioni esogene e endogene. Ma lo sforzo dell'organismo verso lo stabilirsi di una immunità attiva, risulta evidente.

Infatti se i figli dei tisici nascessero tutti quanti predisposti, anzichè più o meno agguerriti verso l'infezione tubercolare, essi soccomberebbero senza eccezione alle prime aggressioni, anche se paucibacillari, come soccombono al primo contatto coi bacilli tubercolari tutti i soggetti appartenenti a razze vergini di precedenti tubercolari. E in tale eventualità non si parlerebbe più da un pezzo di discendenti di famiglie tubercolotiche. Gli eredo-tubercolari sarebbero già scomparsi da secoli dalla storia delle collettività umane.

Nella dimostrazione della immunità tubercolare, Sanarelli ricorda le prime esperienze del Maragliano, rivendicando all'illustre maestro della Clinica di Genova il merito di aver dimostrato per primo, fin dal 1895, la possibilità di vaccinare attivamente gli animali contro la tubercolosi. Al Maragliano spetta del pari il merito di avere applicato per primo, fin dal 1903, la vaccinazione antitubercolare nell'uomo con vaccini costituiti da bacilli morti.

L'immunità antitubercolare non è sempre suscettibile di dimostrazione mediante reazioni umorali effettuabili in vitro. Ma si conoscono altre malattie infettive nelle quali deboli reazioni immunitarie sono legate a condizioni di refrattarietà e reciprocamente. Non occorre che i bacilli tubercolari siano lisati od uccisi dagli umori o dalle cellule dell'organismo. Neppure negli animali naturalmente refrattari alla tubercolosi, ciò si verifica. Basta che l'organismo, divenuto un cattivo terreno di cultura, opponga semplicemente un certo grado di resistenza e di intolleranza espulsiva. La eliminazione dei bacilli tubercolari vivi e virulenti è un fenomeno ben noto che si osserva non soltanto nella tubercolosi attiva, ma anche nelle vaccinazioni antitubercolari effettuate con bacilli viventi.

Sanarelli chiude la sua conferenza accennando alla probabile origine della tubercolosi nella specie umana, alla inanità di tutti gli sforzi per sopprimere le cause della tubercolosi, che sono ormai inerenti alle condizioni stesse della nostra vita sociale e alle speranze che debbono riporsi soltanto nelle conquiste scientifiche da effettuarsi nei laboratori di ricerche. Tutto il resto è umanitarismo e filantropismo non lotta decisiva contro la tubercolosi.

La cosidetta lotta sociale contro la tubercolosi non è che una semplice fase della eterna lotta umana. Sanarelli conclude inneggiando alla giovane e animosa Nazione Argentina la quale per iniziativa di uno dei suoi figli più eminenti, più attivi e più lungiveggenti, del Prof. Aràoz Alfaro, l'attuale Direttore del « Departemento Nacional de Higiene » ha deciso di far sorgere in Buenos Aires un grande Istituto scientifico consacrato unicamente allo studio del problema tubercolare. L'O. si augura che il futuro Istituto diventi, quanto prima, un faro luminoso verso cui saranno rivolti gli sguardi di tutto il mondo civile e i fervidi voti di legioni di sofferenti.

L'assemblea saluta la chiusa della lucida, eloquente e impressionante conferenza con una larga e calorosa ovazione.

Il Prof. Fontes, Delegato ufficiale del Brasile, propone, e l'assemblea approva per acclamazione, un voto di plauso al Prof. Sanarelli e alla Scuola medica italiana.

Segue il Dott. R. E. Plunkett di New York con un rapporto *sopra la lotta antitubercolare negli Stati Uniti.* — L'O. illustra una serie di dati statistici sull'organizzazione antitubercolare negli Stati Uniti e sui metodi adottati dalle Istituzioni profilattiche del suo Paese.

Prof. Aràoz Alfaro (Buenos Aires): *I risultati attuali della lotta antitubercolare.* — L'O. illustra lo stato del problema antitubercolare nei vari paesi. Afferma che negli ulimi decenni la mortalià per tubercolosi è diminuita dal 21 sino al 31 %. Elogia l'organizzazione antitubercolare degli Stati Uniti e nei paesi anglo-sassoni, nella Svezia, nella Norvegia, nella Danimarca.

Discute i diversi fattori della profilassi diretta ed indiretta, mostrandosi favorevole ad un metodo di difesa eclettico. Considera la vaccinazione preventiva come un poderoso sussidio della difesa.

Dott. J. Cafferata (Cordoba): *Azione di Governo nella lotta contro la tubercolosi.* — Illustra la necessità di una azione medica di governo e di una legislazione sociale che si ispiri ai moderni precetti della profilassi antitubercolare, portando documentazioni dottrinali e il contributo della propria autorità e competenza nel campo della medicina sociale.

SEZIONE DI TERAPIA.

Prof. Dott. Say è (Barcellona). *Chemioterapia della tubercolosi.* L'O. definisce gli scopi e le finalità della chemioterapia quali furono definiti da Ehrlich e illustra il nuovo indirizzo di applicazione di questo procedimento, alla tubercolosi. Illustra particolarmente gli studi sperimentali di Moollgaard che definisce un esempio magistrale di tecnica e di terapia sperimentale. L'esperienza clinica dell'O. si riferisce a 210 casi trattati colla sanocrisina; consiglia un dosaggio piccolo dapprima, aumentando poi la dose secondo la tolleranza, studiando di ottenere un dosaggio optimum. Nei diabetici la cura colla sanocrisina può essere praticata solo dopo di aver ottenuto, con appropriata cura, la scomparsa della glicosuria e il ritorno alla norma della glicemia. Circa l'indicazione, questa deve indirizzarsi ai risultati dell'indagine sperimentale, che dimostra una netta influenza sulle forme essudative o miste. Sono pure beneficiate le forme setticemiche benigne, le forme iniziali della granulia cronica e le pleuriti essudative di poca entità.

Dott. W. Knoche (Chile): *Climatologia e Climoterapia della tubercolosi.*

Prof. Sauerbruch (München): *La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare.* — L'O. illustra i principi dottrinali della collassoterapia e le sue finalità pratiche. Espone i risultati ottenuti col suo metodo riferendosi alle statistiche delle cliniche di Zurigo e di Monaco per il periodo che va dal 1911 al 1925. I casi operati furono 701 dei quali il 42 % fu seguito da guarigione, il 18,9 % da miglioramento, il 14 % rimase invariato e il 13 % fu seguito da morte a breve scadenza e il 16.2 % da morte a distanza di alcuni mesi a oltre un anno; nel 5 % il risultato rimase sconosciuto.

Prof. Dott. C. Mainini (Buenos Aires): *Cura della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale.* — Premesse alcune indicazioni sul meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale, sulle sue indicazioni e sulla sua tecnica, l'O. illustra la sua vasta esperienza che si riferisce ad un complesso di 500 casi curati, praticando oltre 15000 punture. Studia il lato clinico del metodo come il più delicato, in quanto deve tener conto della individualità morbosa. Si occupa delle complicazioni e particolarmente delle pleuriti. Conclude affermando che il metodo va applicato su ammalati accuratamente e completamente studiati a tempo opportuno e per un periodo di tempo sufficiente ad ottenere la guarigione anatomica delle lesioni.

Dott. G. Sayago (Cordoba): *Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.* — Premesse alcune considerazioni di fisiopatologia polmonare, discute i fondamenti teorici e le indicazioni della toracoplastica. Questa è particolarmente indicata nelle forme a decorso cronico con ten-

Digitized by Google

denza alla sclerosi e alla retrazione. Tratta delle indicazioni della frenicotomia e riferisce i risultati della sua esperienza personale. Chiude con un omaggio al Prof. Sauerbruch, creatore della forma più perfetta di collassoterapia chirurgica.

Prof. Robertson Lavalle: *Cura delle osteoartriti tubercolari per mezzo degli innesti ossei.* — Illustra il suo metodo originale di cura delle osteo-artriti tubercolari, con innesti ossei omoplastici praticati nella zona di iperemia periferica del focolaio tubercolare. L'O. ottiene un rapido processo neoformativo che isola ed esaurisce l'attività del focolaio stesso; espone i risultati veramente brillanti conseguiti e dimostra le radiografie di numerosi casi.

Alle relazioni ufficiali su menzionate seguirono numerose interessanti comunicazioni che non possiamo riferire dettagliatamente e che figureranno per esteso negli atti del congresso.

Prima di lasciare l'Argentina i professori Sanarelli e Carpi vennero invitati dalla Facoltà Medica della Università di Buenos Ayres a tenere ciascuno una conferenza. Il Prof. Sanarelli, presentato dal prof. Bachmann tenne la sua conferenza « Sul trattamento della rabbia secondo il metodo italiano ». Il prof. Carpi, presentato dal Prof. Mainini, parlò su « Dottrina e clinica del Pneumotorace artificiale ».

Le conferenze alle quali ha assistito un folto uditorio di professori, di medici e di studenti, furono assai applaudite.

Alla vigilia della loro partenza, i medici italiani e argentini vollero offrire un banchetto di congedo ai professori Sanarelli e Carpi. A nome del corpo medico italo-argentino parlò il prof. Araoz Alfaro, Presidente del Dipartimento Nazionale di igiene. Nel porgere un caloroso saluto di commiato ai due festeggiati Egli si espresse in termini estremamente simpatici verso la scienza medica italiana. Rispose il Prof. Sanarelli ponendo in rilievo i tradizionali rapporti di solidarietà italo-argentina resi oggi, se possibile ancora più vivi per l'opera di S. E. l'Ambasciatore Argentino a Roma Prof. E. Perez di cui pone in risalto la fervida attività diplomatica e culturalle. Salutando il corpo medico italo-argentino a nome del Corpo medico italiano, il Prof. Sanarelli esprime l'ammirazione sua e del collega Prof. Carpi per le bellissime e invidiabili Istituzioni di carattere scientifico e umanitario che essi hanno avuto agio di ammirare durante il loro breve soggiorno nella ospitale terra Argentina.

U. Carpi

□□□

NOTE DEL GIORNO

I. Addetti medici presso le Ambasciate.

E' una idea, che è stata lanciata in Germania dal Prof. Hoffmann e dal Dott. Berger e che in Italia viene ora caldeggiata dal Prof. Vito Massarotti Redattore-Capo de *Il Medico Italiano* nel fascicolo del 10 ottobre 1927.

Si tratterebbe di assegnare alle Ambasciate ufficialmente un medico, che tenesse a giorno la Nazione rappresentata di quanto di più importante si fa nella Nazione, presso la quale l'Ambasciata funziona. Le informazioni del medico addetto (*attaché*) potrebbero riguardare i dettagli sulle leggi relative alla salute pubblica, sulle condizioni climatico-idrologiche, sull'andamento delle varie malattie, sulle ricerche scientifiche nella loro ripercussione riguardo alla diagnostica, alla cura, alla profilassi; sui provvedimenti di medicina politica, sulla diffusione delle infezioni e delle intossicazioni, sul tenore di vita (alimentazione, abitazione, igiene stradale, ginnastica educativa, sport ecc.), sulle correnti emigratorie.

L'addetto medico sarebbe un utilissimo complemento dell'addetto militare, dell'addetto commerciale, dell'addetto aeronautico, che già vige presso parecchie Ambasciate e concorrerebbe a salvaguardare la salute dei connazionali rispettivi all'estero.

A queste mansioni, prospettate dal Prof. Massarotti, si potrebbe aggiungerne un'altra non meno interessante, rappresentata dalla propaganda, che l'addetto medico farebbe sull'andamento complessivo della medicina politica o Statale e della medicina clinica o individuale nella Nazione rappresentata. Sotto questo aspetto la Nazione nostra potrà avere interesse di essere degnamente conosciuta ed apprezzata all'estero. Le varie Opere ed Enti Nazionali, che per il volere del Duce oggi sono presidio della salute pubblica in Italia, pongono l'Italia all'avanguardia del progresso nella medicina politica.

L'Opera per la Maternità ed Infanzia, l'Opera Dopolavoro, l'Opera Balilla e Avanguardisti, l'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi che è già legge dello Stato, le altre Assicurazioni economico-sociali già designate nella Carta del Lavoro: formano un contesto di disposizioni legislative, che ogni Nazione, per quanto evoluta, ci può semplicemente invidiare. L'addetto medico avrà la opportunità di valorizzarne la conoscenza nella Nazione, presso la quale esiste l'Ambasciata.

II. Il consumo del riso nell'alimentazione.

Tra i clinici e patologi italiani, il Prof. Luigi Devoto senza dubbio è quello che attualmente con maggiore passione si occupa del problema dell'alimentazione in rapporto alla igiene ed alla produttività economica nazionale.

Ora spezza una lancia a favore del consumo del riso nell'alimentazione (*La Medicina del Lavoro*, 1927, N. 9).

Devoto giustamente mette in rilievo un rapporto paradossale: in Italia cresce il consumo del frumento, che noi produciamo in quantità insufficiente e perciò siamo gravemente tributari dell'estero; diminuisce il consumo del riso che, specialmente nelle province di Milano, Novara, Pavia, Vercelli, produciamo in quantità sovrabbondante rispetto al fabbisogno, pur considerando il continuo e felice aumento della natalità nella nostra popolazione. Se riuscissimo a consumare in casa nostra 25 chilogr. di riso all'anno per ogni individuo, avremmo un consumo annuale di oltre 10 milioni di quintali di riso con un margine di lucro soddisfacente per l'incremento della nostra agricoltura, anche se la concorrenza estera non permettesse la esportazione del riso italliano.

Se presso di noi, specialmente nell'Italia Meridionale ed insulare, nell'alimentazione si ricorresse meno all'uso del pane, delle paste, delle pastine e molto dippiù all'uso del riso ed anche delle patate, si risparmierebbe una grande quantità di frumento. D'altra parte, il terreno coltivato a riso è molto più redditizio di quello coltivato a grano, senza dire che sono possibili i doppi raccolti sulla base della coltura del riso trapiantato.

Il prof. Devoto raccomanda il riso nella terapia, specialmente nel corso e nella convalescenza di malattie infettive, nei malati di stomaco, nelle coliti, negli stati uricemici e uremici, in talune malattie della pelle. Il riso nel cuocersi assorbe da due a tre volte il suo peso di acqua, quindi attenua la sete ed il bisogno di bere. Dubroca ha detto che chi mangia il riso, mangia e beve ad un tempo. Di gr. 100 di riso ingerito, ne vengono utilizzati dalle vie digerenti gr. 95,9, cioè una percentuale maggiore che per i principali altri alimenti. Con un piatto di riso (gr. 100 di riso crudo), addizionato di burro e formaggio, s'introducono nell'organismo 500 calorie, che per la maggioranza delle persone rappresentano il quinto del fabbisogno giornaliero.

Tutto sta a scegliere una buona qualità di riso e saperlo cuocere, affinchè risulti ben gustato e ben masticato. Qualora il riso sia troppo cotto o deformato, da divenire una semipoltiglia, ristucca e tronca l'ulteriore desiderio di mangiare.

Da preferire è il riso bruniccio, quello proveniente dalla prima lavorazione, dalla sbramatura; sono da scartare i granelli più raffinati o brillati.

A diffondere ed intensificare l'uso del riso nell'alimentazione possono concorrere i medici; i direttori di trattorie, di rosticcerie, di alberghi, di collegi, di asili, di scuole (refezioni scolastiche), di associazioni operaie, di opere pie, di cooperative di consumo, di preventorii, di colonie, di carceri. Le torte di riso, se preparate bene, sono non meno gustose e meno nutrienti delle focacce, delle torte di castagne o di farina di cece.

In Italia non meno di 20 mila ettari di terreno, ricchi di acqua, potrebbero utilizzarsi per la coltura del riso.

Sia benvenuta anche la soye, ma occupiamoci, con non meno interesse, del riso, nonchè delle patate.

Un prodotto alimentare nazionale si accredita rispetto all'estero anzitutto con l'elevato consumo in patria. Per il riso questo sano nazionalismo va di accordo con la fisiologia della nutrizione e del gusto, nonchè con la terapia. In questi termini il Prof. Devoto molto efficacemente sintetizza la campagna, che con la sua tanto apprezzata autorità va svolgendo a pro' del consumo del riso.

Ci associamo pienamente, sia per il prestigio della elevata personalità, che sostiene la causa, sia per la giustezza di questa causa.

III. La prima stazione terapica meridionale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali.

La prima stazione terapica fondata nel Mezzogiorno d'Italia dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali è quella, che nella scorsa estate ha funzionato in Castellammare di Stabia sul pendio del colle Qui-

Digitized by Google

sisana nella Villa Carvanico. Questa prima stazione di cura, pur giovandosi della efficacia terapeutica delle tanto apprezzate Terme Stabiane, non è da confondere con una qualsiasi Casa di Salute o con un ospedale, perchè il Direttore della Sede Provinciale della Cassa Nazionale in Napoli, Cav. Carlo Massara, profondendo il suo sapere e la sua pratica in questioni economico-sociali e le sue eccezionali attitudini di organizzatore, ha voluto che la stazione curativa di Castellammare fosse simultaneamente un centro d'istruzione e di educazione per gl'infermi, che vi sono stati inviati da varie parti d'Italia e prevalentemente da Milano. Perciò i ricoverati, oltre ad usufruire delle cure nelle Terme ed a godere del clima saluberrimo e del panorama meraviglioso, hanno avuto a loro disposizione giornali, riviste, libri; hanno potuto dilettarsi in giuochi diversi; hanno fatto visite istruttive e di piacere nel R. Cantiere Navale, nella penisola Sorrentina, in Napoli, a Pompei, alla Solfatara di Pozzuoli ed al resto degl'incantevoli Campi Flegrei. Il funzionamento così pronunciamente brillante della nuova istituzione è stato constatato con grande compiacimento dai dirigenti della Cassa Nazionale, tra i quali il Comm. Dott. Cesare Giannini, che tanto degnamente presiede ai servizi sanitari della Cassa; il Comm. Prof. Luigi Clerici, segretario generale della Cassa. Il Comm. Dott. Monti, podestà di Castellammare, in una cerimonia solenne del 14 settembre alla presenza di tutte le Autorità Politiche ed Amministrative locali e delle rappresentanze dei Sindacati, rivolse un peculiare plauso al Cav. Massara.

Nel segnalare alla pubblica estimazione questa opera della Cassa Nazionale, che viene ad incastonarsi nella collana delle tante istituzioni d'igiene e di cura già fondate in varie parti d'Italia sotto l'illuminato impulso di quella elevata personalità, che risponde al nome del Senatore Indri, non possiamo trattenerci dall'auspicare che lo stesso Senatore Indri, come ha già fondato alquanti convalescenziari per gl'infermi tubercolizzati, prima del loro ritorno dai sanatorii e dai tubercolosarii nelle famiglie, si faccia benefico iniziatore anche della fondazione di quelli che nel 1. Congresso Naz. di Napoli chiamai *Campi sanatoriali di lavoro*. Con questa denominazione volli intendere il ricovero per quei lavoratori, che, esaminati dal medico dispensariale o dal medico del lavoro o dal medico sociale nelle famiglie, nelle scuole, nelle fabbriche, nelle officine, nelle campagne, risultino già in resa nella lotta intraorganica contro il bacillo specifico e perciò siano da dirsi tubercolizzati, non semplicemente tubercolotici, ma intanto la resa rispetto agli attacchi del male sia così poco grave che l'infermo non si ritiene affetto da tubercolosi e la sua insufficienza o stanchezza nel lavoro attribuisce ora alla neurastenia, ora a perturbamenti delle vie digerenti, ora al reumatismo ora allo stato del sangue. Sono individui, che, per quanto tubercolizzati, possono però non desistere dal lavoro, qualora siano opportunamente curati e sottoposti ad un lavoro adatto alle peculiari condizioni di salute. Gl'individui di questa sorta, scovati (*dépistage*) dal medico specializzato in queste indagini, verrebbero raccolti nei «campi sanatoriali di lavoro» e quivi resterebbero sotto la cura e la guida del sanitario finchè non venissero posti in condizioni di ritornare a lavorare nelle loro abituali fabbriche o opifici o case (lavoro a domicilio) senza nocumento della salute e con adeguata efficacia produttiva. Il provvento finanziario del lavoro personale negli speciali Campi Sanatoriali verrebbe assegnato in parte al lavoratore, in parte alla famiglia rispettiva, se questa abbia bisogno di essere sostenuta durante l'assenza del suo capo o di altra persona che finanziariamente abbia importanza analoga.

La massa di lavoratori, che si trova in necessità di essere così rigenerata e intanto non conosce di essere inquinata dalla tubercolosi, è tutt'altro che scarsa. La nostra esperienza personale ci autorizza ad affermare che la massa è imponente e in questa maniera una quota ingente di capacità produttiva viene sottratta al bilancio del lavoro nazionale.

Il Senatore Indri mettendo sotto la egida della Cassa Nazionale una istituzione come i Campi sanatoriali di lavoro verrebbe ad aggiungere un'altra ed elevata benemerenza sua nel campo del progresso nazionale.

Trattasi di un ambito di azione, in cui la sinergia tra medici e istituti economico-sociali darà frutti proficui. Anche in quest'argomento elevato di medicina politica l'Italia si metterà all'avanguardia tra le Nazioni più progredite.

Il nostro giornale sarà ben lieto di valorizzare gli sforzi indirizzati ad una méta così nobile e proficua.

ANDREA FERRANNINI

MEDICINA DEL LAVORO

Contributo nel campo della Medicina del Lavoro

Sebbene sviato ormai, per ragioni multiple ed a motivo di altri studi, dal campo nobilissimo e fecondo della « Medicina del Lavoro », tuttavia ne veggo con piacere la accresciuta importanza ed ammiro sempre più quei benemeriti i quali, in Italia, danno costantemente ogni loro migliore energia a questi studi.

I miei modesti contributi datano dall'anno 1906, da quando, cioè, Milano accoglieva il primo Congresso Internazionale per le Malattie del Lavoro, organizzato, sotto la Presidenza del compianto Sen. De Cristoforis, dal Prof. L. Devoto, fino da allora benemerito, e che era coadiuvato dai Dottori L. Carozzi, L. Veratti, L. Viganò.

Figura nel volume degli Atti (che sono tra i più interessanti, e costituiscono veramente, di per se stessi, un opera classica di patologia del lavoro), alla « seduta terza », che essa si apre con una mia comunicazione « Intorno alla fisio-patologia dei lavoratori nelle grandi industrie chimiche ». In detta « comunicazione » sono riassunte osservazioni riguardanti specialmente i lavoratori dei sali di mercurio e i lavoratori del piombo, mentre si ricorda, nella parte finale, qualche caso di speciale interesse in rapporto ad avvelenamenti fortuiti per acido prussico. Ciascuna osservazione porta il nome e cognome dell'operaio che ne forma oggetto; altre osservazioni ebbi campo di fare, in rapporto ai lavoratori dell'acido solforico, esposti continuamente alle emanazioni di biossido di solfo. Di esse è ricordo in altri contributi (a proposito di lavoratori della saggina).

Dopo il riuscitissimo Congresso di Milano, surricordato, che aveva richiamato a raccolta pressochè tutti gli studiosi, da ogni parte del mondo, di malattie del lavoro, si tenne, l'anno seguente (1907) il Primo Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro, a Palermo.

Nel volume degli Atti, si constata che la prima comunicazione della « quinta seduta » riguarda « La utilità della visita medica preventiva agli operai da assumersi nelle singole industrie ». Tale mia comunicazione, svolta sulla base di esempii pratici che potevo precisare, rappresentava allora, cioè venti anni sono, una affermazione che oggi certamente, con lo sviluppo avutosi in questi anni dalla igiene del lavoro, sarebbe superflua. Ma ancora oggi, salvo che per talune professioni nelle quali è più che evidente la necessità del controllo medico, sarebbe bene affermare la opportunità, o la « necessità », di un controllo preventivo, fatto con criterii ampii, anche di orientamento professionale.

Col titolo « Morgagni, Ramazzini e le malattie del lavoro » pubblicavo, nel 1907, una monografia, che aveva per iscopo di richiamare l'attenzione (come si dice nella prefazione) sulla « Commissione Internazionale Permanente per le malattie del lavoro », della quale allora ero segretario, a lato del Sen. De Cristoforis, e mentre era assente, per studii all'estero, l'amico Dott. Carozzi, che era destinato a lasciare impronta tanto profonda nel campo della medicina del lavoro, conseguendo la docenza, e producendo scientificamente e praticamente quanto ben pochi possono eguagliarlo.

Varii miei lavori, datanti alcuni fino dal 1900 (memoria premiata dal « Corriere Sanitario ») riguardano la « Pellagra »; basta ricordare, su questo argomento (che ben poco oggi ci interessa, poichè la pellagra fortunatamente è scomparsa dall'Italia) i due lavori che pubblicai entrambi nel 1917, uno in « Pensiero Medico », col titolo: « Note sintetiche sulla pellagra », l'altro in « Gazzetta Medica di Roma », intitolato: « La pellagra in Italia ». Per questi studii, ai quali non molti badavano, mi fu di sommo compiacimento il vivo elogio che, anche pubblicamente, ne espresse il nostro illustre e bencamato maestro, Prof. Luigi Devoto, che, indiscutibilmente prima in Italia nel campo di questi studii, ha avuto una sanzione di alta stima anche all'estero con la nomina a presidente della Commissione Internazionale per le Malattie professionali, nella quale sono rappresentante pressochè tutte le Nazioni civili nel senso più lato.

L'Italia è stata la prima, con Ramazzini, a « creare » lo studio della patologia professionale.

Per quanto questo sembri pacifico, tuttavia fui onorato di svolgere, presso la Clinica del Lavoro, in Milano, per due anni di seguito, un breve ciclo di lezioni (ai « corsi di perfezionamento ») sulla « Storia della Medicina del Lavoro », nelle quali lezioni passavo in rapida rassegna, attraverso la storia della medicina in generale, tutto ciò che potesse sembrare una preparazione al pensiero ramazziniano. Potevo affermare che esso è «originale» nel più alto senso della parola: e che in particolare è del tutto inesatto l'affermare, ad esempio, che Paracelso sia stato, come qualcuno volle far credere, in Germania, il precursore di Ramazzini. Il nostro grande Ramazzini « non ebbe precursori », avendo in realtà il suo

Digitized by Google

genio concepita e attuata, nel libro che rimane immortale, la scienza di cui « il divino Ippocrate » aveva tutt'al più gettato un germe primordiale, raccomandando che al malato si chiedesse, fra l'altro, quale era la professione che esercitava.

Gli studii del Devoto e suoi allievi su Bernardino Ramazzini, le accurate monografie dell Maggiora, quelle di Ranelletti, Sanarelli, ecc. e le recentissime, in occasione del VI Congresso di Medicina del Lavoro, di Bonaggio e Castiglioni, riguardanti rispettivamente « Ramazzini a Modena » e « Ramazzini a Padova », costituiscono un complesso di magnifico omaggio reso al grande carpigiano, di cui giustamente l'Italia tutta si onora. Credo di non avere esagerato quando, nella modesta mia monografia del 1907, surricordata, non esitavo a mettere Ramazzini a lato di quel gigante, che tutto il mondo ci riconosce per sommo, Gian Battista Morgagni.

Tre lavori pubblicai nel 1918 riferiti ad una categoria di modesti lavoratori che erano stati fino allora pressochè dimenticati, se esatte sono le ricerche bibliografiche allora fatte, e controllate anche successivamente, voglio dire, i lavoratori delle scope, gli « scopai ». Esaminai in un primo lavoro la composizione chimica, la morfologia, l'azione di « polveri e cascami di saggina, in rapporto all'igiene del lavoro degli scopai » (« Rivista di Igiene e Sanità Pubblica », Vol. XXIX. Con una tavola); in un secondo lavoro trattai delle « Condizioni di lavoro nella industria delle scope di saggina (Rivista « Il Lavoro », Tip. Fossati, Milano, 1918); in un terzo, esaminai partitamente le « Malattie e stimmate degli scopai » (« Quaderni di Medicina Legale », Tip. Zerboni, Milano 1918). Tenni conto, in questi studii, come risulta anche dalla « bibliografia » annessa, di tutto ciò che su argomenti affini avevano pubblicato Pieraccini e Giglioli nei loro rispettivi trattati, e quanto risultava dal Montesano (« Le dermatosi dei lavoratori ») da Roth, A. Monti ecc. e in particolare, per la morbilità tubercolare degli scopai, dalla scuola del Devoto.

Mentre non credo che avrò più la possibilità di occuparmi di Medicina del Lavoro, se non forse per qualche cenno storico, desunto dalla larga linea programmatica che segnai nelle lezioni che ebbi l'onore di tenere alla Clinica del Lavoro di Milano, esprimo tutto il più profondo rispetto per questi studii, che hanno finalità tanto nobili e tanto degne della altissima missione del medico.

Prof. Prassitele Piccinini (Milano)

LIBRI ED OPUSCOLI

Claouè C. *Orecchio interno. Studio anatomo-patologico e clinico. Tecnica microscopica e sperimentale.* (Oreille interne. Etude anatomo-pathologique et clinique. Technique microscopique et expérimentale). 1 vol. di pagg. 225 con 103 figure. N. Maloine, ed. Rue de l'Ecole de Médecine, 27, Parigi, 1927. Prezzo fr. 30.

E' un importante lavoro di volgarizzazione e di ricerche personali. La prima parte è dedicata all'orecchio interno dell'uomo, e le principali affezioni, invece di essere descritte l'una dopo l'altra come è abitudine fare, sono esposte regione per regione, corroborandole volta per volta con l'esame microscopico. Alle considerazioni anatomo-patologiche sono sempre aggiunte le considerazioni cliniche che ne derivano, il che rende la lettura facile e gradita. Indi sono successivamente esaminate: la capsula ossea e fibrosa, gli spazi perilinfatici e l'acquedotto della chiocciola, gli spazi endolinfatici e il canale endo-linfatico, il condotto uditivo interno.

La seconda parte tratta della tecnica per l'esame microscopico, e un capitolo nuovo riguarda l'orientamento e l'interpretazione dei tagli, stabilendo dei dati precisi per l'istologia topografica dell'orecchio. Per ottenere dei tagli comparabili tra loro, l'A. fissa dei punti di ritrovo, tra i quali uno sempre visibile e costante, cioè la linea bicommissurale del meato uditivo interno.

La terza parte riguarda l'anatomia e l'istologia topografica dell'orecchio della cavia, come base alle ricerche sperimentali in materia di otoiatria.

Le numerose figure rendono ancora più chiaro il testo.

Colombino C. *L'esplorazione delle vie urinarie nella pratica ostetrico-ginecologica.* Milano, Casa Editrice Cogliati, 1926. 1 vol. rileg. in tela di pagg. 171, con 102 figure nel testo e 5 tavole a colori. (Non indicato il prezzo).

Questo volume si divide nei seguenti dieci capitoli: Introduzione. Metodi di esame dell'uretra. Metodi di esame della vescica. Metodi di esame dell'uretere e della pelvi renale. Metodi di indagine della funzione renale. L'apparato urinario in rapporto alla gravidanza, al parto, al puerperio. Direttive della indagine urologica in ginecologia. Indicazioni su alcune importanti affezioni ginecologiche. Affezioni urinarie in rapporto alla gravidanza. Affezioni degli organi urinari consecutive ad interventi ginecologici. Appendice.

Libro utile senza dubbio, degno di pratica diffusione, compilato dopo un lungo allenamento presso l'Insigne Maestro Mangiagalli, e sul copioso materiale della R. Università in Milano.

Raggiunto si può dire l'intento dell'A. di comporre un piccolo manuale di semeiotica urologica per uso del ginecologo, su l'esempio delle classiche opere di Stoeckel e di Kusar, ma con un piano anche più semplice, riducendo cioè la parte generale e preliminare alle più indispensabili nozioni.

E' da augurargli diffusione.

Aievoli

Leriche J. *I. Le glandole endocrine e i tumori. II. Terapia medica anticancerosa* (I. Les glandes endocrines et les cancers. II. Exposé de la thérapeutique médicale anticancéreuse). 1 vol. di pagg. 51 con 6 radiografie. N. Maloine ed., Rue de l'Ecole de médecine, 27, Parigi, 1927. Prezzo fr. 12.

Questo lavoro di sintesi è diviso in due parti, nella prima delle quali l'A. espone rapidamente le più recenti acquisizioni sulle funzioni delle ghiandole endocrine e sull'importanza dell'alterazione di esse per la genesi dei tumori.

La seconda parte è dedicata esclusivamente alla terapia anticancerosa, così come la pratica l'A. da parecchi anni e come l'ha già esposta in varie pubblicazioni precedenti. L'A. cura i diversi neoplasmi con metalloidi e metalli, dei quali in questo libro dà posologia e indicazioni; contemporaneamente l'A. si propone con la sua terapia di rifornire all'organismo i principi minerali e biologici dei quali è deficiente con ricette già sanzionate dall'esperienza personale.

Le radiografie annesse al libro testimoniano dell'efficacia di questa terapia medica, alla quale l'A. crede che debba assegnarsi un posto importante nella lotta contro i tumori.

Santoro C. *Sindromi d'urgenza.* Un vol. in 8° di pag. 396. Roma, Casa Ed. Luigi Pozzi. Prezzo lire 45.

In questo libro si contengono tanto i criteri che inducono alla diagnosi nelle sindromi d'urgenza quanto la indicazione delle varie e rapide risorse curative, mediche e chirurgiche. Molta concisione di linguaggio con chiarezza è pregio del libro, oltre al rigore dei criteri scientifici, che fanno da sostrato alle applicazioni diagnostico-curative.

Di Vestea A. *Discorso per l'inaugurazione del Dispensario profilattico centrale del Consorzio provinciale antitubercolare di Pisa.* Arti grafiche, Succ. Nistri. Pisa, 1926.

Pavone M. (junior). *Fisiologia della prostata e contributi allo studio dei lipoidi prostatici.* Estratto dalla « Cultura medica moderna », an. IV, 1925.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA VENEZIA

Ospedale Civile. Scuola Minich e Corso accelerato per i medici condotti. — I medici primari, docenti nello Spedale di Venezia, non stanno oziando: appena chiuso il corso di lezioni impartite all'*Internato Estivo,* iniziano nuovi corsi, inaugurati nell'Aula Magna dello Spedale stesso, gremita di medici e delle Autorità, il giorno 3 novembre.

Si alza primo il prof. Ligorio, Direttore Medico dello Spedale, per una esposizione sommaria sullo sviluppo delle attività scientifiche dell'Ospedale Civile, centro di studi fervidi e sagaci, e di cui la Scuola Angelo Minich, il corso per medici condotti, l'internato pei studenti di medicina, le scuole per infermiere e assistenti sanitarie sono la manifestazione più evidente, e si è vivamente compiaciuto del loro progresso e della crescente stima che essi incontrano. Ha ricordato con commozione la indimenticabile figura di Pietro Spandri, animatore esemplare di ogni forma di perfezionamento dell'istituto da lui diretto con tanto amore, e ha chiuso il suo dire mandando al suo nome un reverente omaggio.

Sale quindi alla tribuna il prof. Fabio Vitali, Primario Medico, che pronuncia una applaudita orazione inaugurale sul tema illustrato nel 1601 da Prospero Alpino: « *De praesagienda vita et morte aegrotantium* ». Premesso che l'abito esterno, la *costituzione individuale,* intuita dagli antichi, illustrata dal genio di De Giovanni, può contribuire, ma non decidere della prognosi, la quale neanche è sotto il dominio assoluto delle costellazioni (o nebulose, come altri preferisce definire) endocrine, egli viene illustrando e discutendo i vari sintomi, già dettati in stile lapidario da Ippocrate, riccamente commentati dallo Alpini. E conclude che se non tutto di quella scienza vetusta è da rigettare, se molto anzi è da conser-

Digitized by Google

vare, la prognosi per le malattie nelle quali con certi sintomi un tempo si moriva, non è sempre oggi ugualmente fatale.

Permangono casi in cui la enunciazione della diagnosi implica prognosi ferale: ma altri ve ne sono per i quali nuovi sussidi diagnostici permettono di ricorrere per tempo ai ripari, aumentati di numero anche nei nostri tempi, nei quali, a mo' d'esempio, l'insulina può tener in vita diabetici che prima morivano, e la chirurgia salvare esistenze che co' soli presidi medici si perdevano, onde, conclude l'oratore, compito dello scienziato deve essere quello di unire allo studio sorretto dai mezzi moderni, la conoscenza delle intuizioni, spesso geniali, raggiunte dai precursori, e valersene per la conquista della verità.

dott. e. o.

DECRETI E LEGGI

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. — Con R. Decreto-legge 27 ottobre 1927, n. 2055, è stata decretata l'assicurazione contro la tubercolosi, obbligatoria per le persone d'ambo i sessi che sono assicurate contro la invalidità e la vecchiaia, e per le persone della gente di mare contribuenti alla Cassa degli invalidi della marina mercantile.

L'assicurazione ha per iscopo di provvedere a favore degli assicurati e delle persone di loro famiglia al ricovero: a) in speciali luoghi di cura a tipo sanatoriale, ospedaliero-sanatoriale, e post-sanatoriale; b) in Istituzioni ospitaliere, legalmente riconosciute, le quali abbiano speciali e separati locali, atti ad assicurare gli aventi diritto un isolamento ritenuto conveniente dall'autorità sanitaria provinciale.

Quali componenti della famiglia si intendono la moglie dell'assicurato, il marito invalido di donna assicurata, i figli legittimi o naturali nonchè i fratelli e sorelle conviventi a carico gli uni e gli altri in età superiore ai quindici anni. Sono equiparati ai figli gli esposti regolarmente affidati.

Il diritto alle prestazioni si acquista quando risultino corrisposti almeno dodici contributi quindicinali nei due anni precedenti la domanda di ricovero.

I contributi degli associati e dei datori di lavoro sono stabiliti in relazione alla retribuzione percepita dall'assicurato nella misura seguente:

Prima classe di retribuzione giornaliera fino a lire 8: contributo quindicinale a carico dell'assicurato lire 0.50, a carico del datore di lavoro lire 0.50.

Seconda classe di retribuzione giornaliera oltre lire 8: contributo quindicinale a carico dell'associato lire 1, a carico del datore di lavoro lire 1.

L'accertamento delle condizioni per il diritto alle prestazioni è fatto dalla Cassa Nazionale, sentito il Consorzio antitubercolare della Provincia in cui risiede l'assicurato. Contro il rifiuto di concessione delle prestazioni è ammesso il ricorso al Comitato speciale che delibera, sentito il Consorzio antitubercolare predetto, nei casi in cui la prestazione abbia per oggetto il ricovero e la cura dell'assicurato.

Gli assicurati i quali abbiano persone di famiglia a carico hanno diritto, in caso di ricovero, ad una indennità giornaliera ragguagliata alla classe di contributo per la quale negli ultimi mesi è stato eseguito il maggiore numero di versamenti quindicinali nella misura seguente:

Classe prima di contributi indennità giornaliera lire quattro: classe seconda di contributi indennità giornaliera lire sei.

Le prestazioni dell'assicurazione, in caso di mancanza di disponibilità di posti negli Istituti appresso indicati, possono essere sostituite dalle seguenti: Ricovero presso Istituti del tipo di cui alle lettere a) e b); cura a domicilio nei modi e nei limiti che saranno fissati dal regolamento: Indennità giornaliera anche durante la cura a domicilio.

La Cassa Nazionale provvede alla costruzione ed arredamento degli Istituti di cui alla lettera a) occorrenti per l'applicazione del Decreto, anticipandone l'importo di cui si rimborserà, coi relativi interessi, in un periodo non superiore ai 25 anni sul provento dei contributi corrisposti per l'assicurazione.

Per la risoluzione di tutte le controversie concernenti l'assicurazione di cui al presente Decreto si applicano le disposizioni di cui al titolo V del R. D. 30 dicembre 1923 n. 3184.

Sono estese a tutti gli atti in dipendenza del presente Decreto le esenzioni fiscali concesse da precedenti Leggi e Decreti per le assicurazioni gestite dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali.

Il Governo del Re è autorizzato a emanare le norme regolamentari per l'esecuzione del Decreto che entrerà in vigore in data da stabilirsi per Decreto Reale.

VITA UNIVERSITARIA

Onoranze al prof. Morselli a Genova. — Com'è noto, l'illustre Prof. Enrico Morselli lascia l'insegnamento ufficiale avendo raggiunto il limite d'età pel collocamento a riposo. Oltre alle onoranze augurali già tributategli dai colleghi psichiatri, la Facoltà medica di Genova coll'adesione generale dell'Ateneo ligure, in occasione dell'inaugurazione dell'Anno accademico celebrata il 5 novembre, ha voluto fare all'insigne Clinico una simpatica dimostrazione di stima offrendogli un'artistica pergamena dettata dal Prof. Beltrami. Parlarono applauditissimi il Rettore Moresco, il Preside Prof. Canalis e rispose con eloquenti e commosse parole di ringraziamento il festeggiato.

Libere docenze. — Il Dott. Vincenzo Mario Palmieri ha conseguito per titoli la Libera docenza in Medicina Legale.

Le nostre più vive congratulazioni e fervidi auguri al caro compagno di redazione, che in età così giovanile ha già saputo affermarsi per le sue doti di cultura profonda e di ricercatore originale.

— il dott. Guido Piccinino del prof. Felice, ha conseguito la libera docenza in Radiologia ed Elettroterapia. Al colto giovane e valente professionista il nostro vivo compiacimento.

Movimento del personale insegnante. — Sono stati trasferiti: 1. Marogna prof. Piero Lodovico, non stabile di patologia speciale chirurgica nella R. Università di Sassari, alla cattedra della stessa disciplina nella R. U. di Modena. 2. Lunghetti prof. Benardino, non stabile di anatomia patologica nella R. U. di Cagliari, alla R. Università di Siena.

— Il prof. Baldoino Bocci, stabile di fisiologia nella R. Università di Siena, è collocato a riposo per raggiunti limiti di età.

NOTIZIE

Riunione annuale del Consiglio Direttivo dell'Unione Internazionale per la Lotta contro la Tubercolosi. — Il Comitato dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, composto di Sir Robert Philip, Prof. Arcangelo Ilvento (delegato a rappresentare il Presidente Prof. Raffaele Paolucci), Andvord (delegato dal Dott. Harbitz), Prof. Calmette, Dott. Dervez, Prof. Léon Bernard, segretario generale, Dott. Humbert, segretario generale aggiunto, e M. A. Pallain, Tesoriere, si è riunito a Parigi il 27 settembre.

Il giorno seguente il Consiglio di Direzione dell'Unione Internazionale ha tenuto la sua seduta annuale. Dieci paesi avevano inviato i loro rppresentanti: Germania, Austria, Belgio, Francia, Inghilterra, Italia, Monaco, Norvegia, Polonia e Svizzera.

Due nuovi paesi avevano inviato la loro adesione: la Finlandia e la Bulgaria; ciò che porta a 34 i paesi attualmente facenti parte dell'Unione.

La seduta del Comitato Esecutivo e la prima seduta del Consiglio Direttivo sono state consacrate in buona parte all'organizzazione della VI. Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, che dovrà aver luogo a Roma il 25, 26 ed il 27 settembre 1928.

I delegati italiani, Proff. Ilvento, Mendes, e Roatta hanno presentato le proposte del Comitato d'organizzazione italiano che prevede numerose escursioni e visite a istituzioni antitubercolari in varii punti d'Italia, tanto più che si nota dovunque un grande interesse per questa VI Conferenza che avrà luogo in Italia: il Canadà per esempio, ha già stabilito d'inviare a Roma 30 suoi delegati.

Come nelle precedenti Conferenze le relazioni scientifiche saranno limitate a tre argomenti. Il Consiglio Direttivo ha scelto nella lunga lista proposta dai diversi paesi membri dell'Unione i tre temi seguenti:

1. *Soggetto biologico*: Elementi filtrabili del virus tubercolare.
2. *Soggetto clinico*: La diagnosi della tubercolosi nell'infanzia.
3. *Soggetto sociale*: L'organizzazione della profilassi antitubercolare nei distretti rurali.

Durante il Congresso Internazionale di Roma saranno tenute anche due o tre Conferenze su speciali soggetti non precisati.

La scelta dei relatori e dei conferenzieri è stata riservata alla prossima riunione del Comitato Esecutivo.

La seconda seduta del Consiglio direttivo è stata occupata dalla lettura e dalla discussione del rapporto del Dott. Dumarest direttore del Sanatorio di Hauteville sui risultati della frenico exeresi nella cura della tubercolosi polmonare.

Il resoconto di questa seduta scientifica sarà pubblicato sul prossimo numero del Bollettino dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

= 1589

Digitized by Google

XXVI Congresso Ostetrico-Ginecologico Italiano. — Sarà tenuto Roma dal 18 al 21 dicembre 1927. Esso è indetto dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. I Congressisti iscritti saranno oltre 300. Sarà tenuto al Policlinico Umberto I in Roma nell'aula della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica. Sarà presieduto dal prof. Sen. Ernesto Pestalozza, direttore della Clinica.

Sono già annunciate molte comunicazioni scientifiche e molte di pratica professionale ostetrico-ginecologica. Notevoli e causa di interessanti discussioni saranno le due relazioni scientifiche, affidate: la prima al prof. Aymerich (Perugia) sul tema: «Innesti ovarici», la seconda al prof. Gaifami (Bari) sul tema «Distacco prematuro di placenta normalmente inserta».

Tutti i medici pratici sono invitati a partecipare al Congresso. Per tutti sono stabilite notevoli riduzioni di viaggio sulle Ferrovie dello Stato che debbono esser richieste al Segretario del Congresso, prof. Cesare Micheli (Roma, (27) Via Venti Settembre, 68). Al Segretario pure debbono esser inviati i titoli delle comunicazioni scientifiche, che i Congressisti intendono portare alle sedute e deve esser richiesta ogni informazione all riguardo.

XIX Congresso Nazionale dell' Associazione d' idrologia, climatologia e terapia fisica. — Come è noto ai nostri lettori (v. *Riforma medica*, 1927, n. 42, pag. 1003), questo XIX Congresso si svolgerà nei Campi Flegrei, su proposta dell'On. Prof. Francesco Paolo Sgobbo, presidente della Sezione Meridionale dell'Associazione. Il Consiglio Direttivo di questa Sezione già si è messo all'opera per preparare ed organizzare degnamente il Congresso, che avrà luogo nel prossimo 1928, probabilmente tra fine maggio e principio di giugno.

Sotto la direzione del Prof. Sgobbo, che sarà presidente del Congresso, stanno per costituirsi vari sotto-comitati o gruppi per la organizzazione delle singole giornate del Congresso e per la elaborazione dei temi di relazione. Eminenti personalità del Governo e della scienza hanno già data adesione con vivo interessamento.

Tutto fa sperare che al Congresso arriderà felice successo per il fine di valorizzare la meravigliosa plaga dei Campi Flegrei, sotto l'aspetto non soltanto idrologico e climatico, ma anche storico, per il progresso della Nazione come salute, come cultura e come opportuna alleanza della scienza con l'industria.

Scuola di perfezionamento in chirurgia nella R. Università di Roma. — Sotto la direzione del prof. Roberto Alessandri, è istituita in Roma, per l'anno scolastico 1927-28 la scuola di perfezionamento in chirurgia dove vengono ammessi soltanto i laureati in Medicina e Chirurgia.

La scuola di perfezionamento ha la durata di cinque anni. Essa ha la sede presso il R. Istituto di Clinica Chirurgica (Policlinico Umberto I). Gli iscritti alla scuola (non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica Chirurgica e le speciali conferenze ed esercitazioni che saranno loro destinate.

Durante tutto l'anno gli iscritti, a turno, presteranno servizio nei diversi reparti dell'Istituto.

Gli inscritti del 1926-27 per il 2° anno di corso (1927-28) frequenteranno i seguenti insegnamenti: 1) Clinica chirurgica generale: Prof. Alessandri. 2) Patologia speciale chirurgica: Prof. Perez. 3) Anatomia chirurgica: Prof. Versari. 4) Semeiotica chirurgica delle malattie urinarie: Prof. Bonanome.

Continueranno a frequentare quelli già iniziati l'anno scorso di: 5) Traumatologia: Prof. Crainz. 6) Tecnica degli apparecchi: Dott. Valdoni. 7) Chirurgia d'urgenza: Prof. Matronola. 8) Semeiotica chirurgica: Prof. Chiasserini. 9) Radiologia applicata alla chirurgia: Prof. Bianchini. 10) Ricerche di laboratorio a scopo chirurgico: Prof. Brancati.

I nuovi inscritti nell'anno 1927-27 seguiranno i corsi indicati ai numeri 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Per essere ammessi alla Scuola sono aperte le iscrizioni per le quali si dovrà presentare domanda (su carta bollata da L. 2,00) al Rettore di questa Università, unendo:

1) il certificato di laurea in Medicina e Chirurgia; o il certificato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo. 2) il certificato di nascita legalizzato; 3) la ricevuta del pagamento di L. 300,00 per tassa d'immatricolazione, rilasciata dal Banco di S. Spirito; 4) la ricevuta del pagamento di L. 800,00 per tassa d'iscrizione annua, rilasciata dal Banco di S. Spirito; 5) la ricevuta dal pagamento di L. 150,00 per tassa annua di profitto, rilasciata dal Banco di S. Spirito.

Per l'ammissione, a suo tempo, agli esami dovrà pagarsi al Banco di S. Spirito L. 75,00 per sopra tassa di diploma.

Per il rilascio del Diploma gli interessati dovranno presentare: la domanda (su carta bollata da L. 2,00) diretta all Rettore dell'Università; e la ricevuta comprovante il pagamento della tassa relativa.

Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. — Mercoledì, 7 dicembre, alle ore 17, nell'aula della Scuola Libera (S. Aniello Caponapoli, n. 2), avrà luogo la seduta inaugurale del III anno accademico.

Il discorso inaugurale sarà tenuto dal Prof. Vittorio De Bonis «Sulla esistenza della forma filtrabile del virus tubercolare».

Il Presidente della Scuola Libera, Prof. Andrea Ferrannini, parlerà sul tema « Continuità della impronta direttiva nella scuola medica napoletana ».

Nell'identico giorno 7 dicembre verranno inaugurate nella Scuola Libera l'ampliata Sezione Ospedaliera Domenico Cotugno per degenti gratuiti, la Sala Anatomo-patologica Angiolo Maria Maffucci, la biblioteca Gaetano Rummo aperta sino alle ore 23 e riscaldata, la Sezione Elioterapica Antonino Sciascia.

Venerdì, 9 dicembre, nella identica Aula della Scuola Libera alle ore 17 il Prof. Vincenzo Mario Palmieri terrà la prolusione al Corso pareggiato di Medicina Legale sull'argomento « La funzione del medico nella organizzazione scientifica del lavoro ».

Onoranze al prof. Michele Landolfi. — Ad iniziativa della « Unione operaia di elevamento sociale del mezzogiorno » verrà offerta una medaglia di oro, una pergamena ed un numero unico al Prof. Michele Landolfi, in occasione del suo venticinquesimo anno di esercizio professionale. All'uopo si è costituito un comitato di onore con la partecipazione di distinte personalità della scienza medica, della letteratura, della politica.

Con il massimo compiacimento a queste onoranze si associa la *Riforma Medica*, di cui il Prof. Landolfi è stato redattore-capo per vari anni, con viva soddisfazione del Prof. Gaetano Rummo.

Donazioni.— All'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia è stata offerto, da genitori che vogliono conservare l'incognito, nel quarto anniversario della morte del loro figlio, la somma di L. 100.000 di capitale nominale di Consolidato 5 %.

NECROLOGIO

FRANZ PENZOLDT

Il 19 settembre u. s. si è spento in età di 78 anni Franz Penzoldt, direttore della Clinica medica nella Università di Erlangen.

Professore incaricato di clinica propedeutica nel 1882, ebbe, nel 1885, l'incarico di Farmacologia e Terapia e nel 1903 per meriti distinti la direzione della Clinica di Erlangen.

Lascia importanti pubblicazioni: fra cui un Trattato di Farmacologia e Terapia, scritto in collaborazione con Stintzing, pubblicato nel 1895, il quale ancor oggi, nelle sue molteplici e rimodernate edizioni riscuote il plauso nelle Scuole tedesche. Questo trattato fu pubblicato in traduzione italiana sotto la direzione del Prof. Gaetano Rummo, che arricchì la edizione italiana di note e aggiunte.

Penzoldt pubblicò anche un Trattato di Clinica e Terapia Medica nel 1889, riveduto in oltre 10 edizioni e tradotto in molte lingue, il quale trova anche oggi numerosi ed appassionati ammiratori.

Vittima della sua passione scientifica, si ammalò di tubercolosi pulmonare, che egli curò energicamente e con successo con la elioterapia e con la tubercolinoterapia.

Potette quindi dimostrare a sue proprie spese la guaribilità della infezione kochiana.

Alieno da ogni avidità di lucro, fondò nel suo istituto sanatori e ambulatori dove prodigò tesori di scienza per il beneficio della gente povera ed inferma.

Fu valoroso didatta, grande clinico e vero filantropo.

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 12 Dicembre 1927 – Anno VI — N. 50

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

ISTITUTO DI III CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal Comm. Prof. G. BOERI

Sezione di Patologia Sperimentale, diretta dal prof. R. DE NUNNO

SE IL SALICILATO DI SODIO SI ELIMINA ATTRAVERSO LA BILE E SE LE CONFERISCE POTERE BATTERICIDA.

(RICERCHE SPERIMENTALI)

per il dott. VINCENZO COSTABILE — Assistente

Sappiamo (Kolbe e Buchholtz) che notevoli sono le azioni antisettiche dell'acido salicilico.

Esso in soluzione all'1 % ha lo stesso valore antisettico di una di fenolo all'1 su 850; in diluizione all'1:100 impedisce lo sviluppo delle muffe nel vino, nel latte ecc. all'1:1500 arresta lo sviluppo dei bacilli del carbonchio, al 2 su 1000 evita la putrefazione dell'urina e al 4 su 1000 inibisce lo sviluppo dei batteri nei liquidi di cultura.

Il salicilato di sodio, fra le varie indicazioni terapeutiche, è adoperato anche come colagogo e antisettico nell'itterizia catarrale, nella colelitiasi, nelle coliche epatiche, nella colite mucomembranosa e come disinfettante, in tutte quelle malattie infettive, che possono produrre, come complicanza infezione della cistifellea (tifo, paratifo, ecc.).

Dopo le ricerche di De Nunno, le quali hanno chiaramente dimostrato che, nei cani, il salicilato di sodio non ha quella azione colagoga, da molti AA. attribuitagli, inquantochè tale medicamento in piccola dose deprime la secrezione biliare, in dose massima, aumenta solo il suo contenuto idrico, mentre ne abbassa il tasso percentuale e totale del residuo secco, ho creduto non privo di interesse studiare se il salicilato di sodio si eliminasse attraverso la bile, in quale quantità, per quanto tempo, e se fosse atto a conferirle una proprietà battericida.

Le ricerche in questione, formano l'oggetto del presente lavoro.

***

Tecnica delle ricerche. Ho operato tre cani robusti, di fistola biliare con la tecnica del De Nunno; cioè una fistola biliare, sul tipo di quella praticata dal Pawlow per il pancreas, operazione che consente di lasciar integro il più possibile l'apparato secretore ed escretore della bile (vescichetta, coledoco, sfintere di Oddi); ma ne ho potuto adoperare solo due, uno essendo morto per cause accidentali all'inizio delle ricerche.

Ogni animale, per tutta la durata delle esperienze, è stato tenuto alla seguente razione: Ore 11, carne magra di manzo, lessata gr. 200; pane inzuppato nel brodo, gr. 400; ore 16, pane gr. 200. Acqua a volontà. Gli animali, appositamente avvezzati, stavano in un apparecchio di contenzione, dalle ore 8 alle ore 17.

Il salicilato di sodio è stato somministrato in una sola volta alle ore 8 in una prima serie di ricerche, in dosi pari, in terapia umana, a grammi 1,50, e in una seconda serie nella dose pari a gr. 7, (calcolandole come stabilite per un uomo di 70 Kg. e riportandole conseguentemente in proporzioni del peso di ciascun animale).

Per la ricerca del salicilato di sodio nella bile, previa decolorazione su filtro a carbone, che poi veniva lavato fino al recupero di tutta la sostanza medicamentosa da esso trattenuta, ho praticato la nota reazione del percloruro ferrico (colorazione ametista).

Ricerche chimiche qualitative

1ª *Serie di esperimenti.* Salicilato di sodio, in dosi pari nell'uomo a gr. 1,50.

Cane 1. Kg. 13,600. Bile raccolta in 9 ore cc. 47.

Cane 2. Kg. 21,500. Bile raccolta in 9 ore cc. 27.

Nella bile eliminata da ambedue i cani, la ricerca qualitativa del salicilato di sodio, è riuscita negativa.

2ª *Serie di esperimenti.* Salicilato di sodio in dosi pari nell'uomo a gr. 7.

Cane 1. Bile raccolta in 9 ore cc. 85.

Cane 2. Bile raccolta in 9 ore cc. 142.

Nella bile eliminata da ambedue i cani, la reazione al percloruro ferrico, per la ricerca del salicilato di sodio, è risultata positivissima, ma ripetuta sulla bile emessa dagli animali nel giorno seguente ha dato risultato negativo.

Ricerche quantitative

La ricerca quantitativa del medicamento, eseguita col metodo colorimetrico, servendomi dell'apparecchio del Dubosq, ed adoperando come campione, una soluzione di salicilato di sodio all'1:1000, trattata ugualmente col percloruro ferrico, ha dato i seguenti valori:

Cane 1. In seguito a somministrazione di gr. 1,60 di salicilato di sodio, l'animale ne ha emesso in 9 ore attraverso la bile gr. 0,0218.

Cane 2. In seguito a somministrazione di gr. 2,10 di salicilato di sodio, l'animale ne ha emesso in 9 ore attraverso la bile, gr. 0,0222.

Ricerche batteriologiche

Poichè ho constatato che a dosi piuttosto alte, il salicilato di sodio si eliminava attraverso la bile, ho voluto vedere se tale farmaco fosse capace di conferirle anche una proprietà battericida.

All'uopo mi son servito della seguente tecnica:

Un'ansa di 1 mm. di diametro, di patina batterica, prelevata da una cultura di 24 ore su agar ordinario inclinato, veniva stemperata in 10 cc. di soluzione fisiologica sterile. Lasciata a riposo 2 ore, da questa si toglieva un'ansata di emulsione che veniva innestata in 10 cc. di bile dell'animale, previamente sterilizzata col metodo frazionato.

I germi adoperati sono stati i seguenti: Tifo, paratifo A e B, coli e melitense.

Per essere sicuro che in ogni tubo di bile vi fosse sempre l'istessa carica di germi, avevo cura di insemenzare contemporaneamente con l'istessa emulsione batterica, sia la bile raccolta dall'animale prima dell'esperimento, sia quella emessa dopo la somministrazione del medicamento.

Fatto ciò lasciavo i vari tubi di bile 24 ore in termostato a 37, poi agitando bene, prelevavo un'ansata di bile, la diluivo in 5 cc. di soluzione fisiologica, e di questa prendevo infine un'ansata che insemenzavo in 10 cc. di agar a 40, i quali, rapidamente versavo in capsule di Petri, che poi mettevo in termostato a 37°.

La lettura delle piastre veniva fatta dopo 48 ore per il tifo, paratifo A e B, e il coli, e dopo 3-4 giorni o più per il melitense.

I risultati delle ricerche sono compendiati dalla seguente tabella:

Sostanza somministrata	Animale	NUMERO DELLE COLONIE SVILUPPATE				
		Tifo	Paratifo A.	Paratifo B.	Coli	Melitense
Niente	I	40	28	16	33	19
	II	46	18	12	12	16
Salicilato di sodio in dose massima	I	43	33	15	10	12
	II	52	40	15	13	8

Digitized by Google

Valutando obbiettivamente i dati su esposti, si deve dedurne che la bile, raccolta dopo somministrazione di salicilato sodico, non ha acquistato potere battericida per il tifo ed i paratifi (A-B); invece, una certa azione inibente parrebbe aver esplicata verso il melitense ma specialmente verso il coli.

***

Dall'insieme delle mie ricerche, credo si possa venire alle seguenti:

Conclusioni

1. Il salicilato di sodio, somministrato nel cane, in dosi pari nell'uomo, a gr. 1.50 non è rintracciabile nella bile raccolta dall'animale, pur servendosi di un reattivo sensibile come il percloruro ferrico.

In dose corrispondente nell'uomo a gr. 7 la sua ricerca riesce positiva, ma a 24 ore di distanza dalla ingestione del medicamento, diviene nuovamente negativa, la qual cosa depone per una rapida eliminazione del farmaco istesso.

2. Stando al risultato delle mie ricerche, il salicilato di sodio, eliminato attraverso la bile, non riesce a conferirle un potere battericida almeno nei riguardi dei germi del gruppo tifo-paratifico (A-B); una certa azione inibente sembra invece esplicare specie verso lo sviluppo del b. coli. Ma a questo fatto per attribuire la dovuta importanza, ritengo necessario siano apportate altre conferme, non avendo potuto (per la morte di un cane) osservarlo che su due soli campioni di bile.

BIBLIOGRAFIA

De Nunno R. Azione del salicilato di sodio sulla secrezione biliare Morgagni, n. 4, 1926. — Leone. Influenza dell'etere metilsalicilico sulla biligenesi. Riforma Medica, n. 25, 1916. — Marfori. Trattato di farmacologia e terapia, 1918. — Mohr-Staehelin. Trattato di medicina interna. Malattie del fegato, delle vie biliari ecc. Soc. Ed. Lib. Milano, 1921. — Sergent. Traité de Pathologie Médicale et de Thérapie. Foie et pancreas. A. Maloine et Fils. Editeurs. Paris 1923.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
diretto dal prof. FELICE PERUSSIA

INCIDENTI E REAZIONI DA INIEZIONI DI OLIO JODATO

per il dott. GIUSEPPE CONIGLIO
Assistente volontario

Il metodo delle iniezioni di olio jodato, preconizzato ed introdotto da Sicard e Forestier (1) nel marzo del 1922 quale mezzo di contrasto per la localizzazione radiologica dei tumori o — comunque — delle compressioni midollari, ha aperto con prospera fortuna larghi orizzonti alla diagnostica con i raggi di Röentgen, e rapidamente sono andate aumentando le indicazioni della sua applicazione ai più svariati organi ed apparecchi: il suo impiego, si può ben dirlo, ha oggi invaso tutta la radiodiagnostica: dalla cavità rachidea alle vie lacrimali, dall'apparato bronco-polmonare a quello genitale muliebre, dalle affezioni tubercolari ossee ai tronchi vascolari arteriosi e venosi, dai vari seni alla tromba di Eustachio.

L'interesse pratico di queste applicazioni è davvero immenso, sia per la precisione di diagnostica che, talvolta, apporta, sia per la guida sicura che esso rappresenta per una più illuminata ed efficace terapia ed una prognosi più esatta.

Anche nell'esplorazione dell'apparato respiratorio, la cui interpretazione è tanto spesso difficile se non quasi impossibile, questo metodo fu ben tosto utilizzato — per via tracheo-bronchiale — specialmente dagli autori francesi con brillanti successi, contribuendo notevolmente e a dirimere numerose questioni ancora dibattute sull'anatomia radiologica del vivente (Leroux, Aimè, Brodin, Wolf, Sergent, Cottenot), e a risolvere ardui problemi diagnostici, mettendo talvolta l'accordo tra un reperto clinico e quello radiologico.

La scuola italiana ha apportato anch'essa interessanti e diligenti contributi alla diffusione e precisione del procedimento (Rossi, Alberti, Schiassi, Cignolini, ecc.): e a suo merito va ricordata la geniale introduzione di questo mezzo opaco — di cui da noi si preconizzarono per primo le due varietà *pesante* e *leggera* — per via transpleurica, arricchendo così ancora la semeiotica Roentgen di un preziosissimo ausilio che non poco profitto arreca, come ben ebbe a dimostrare il Rossi nella sua dotta relazione all'ultimo Congresso nazionale di Radiologia, allo studio dei versamenti pleurici, generalizzati o bloccati.

Questo perfezionamento, di cui non si tardò dovunque a riconoscere i vantaggi, e che si può chiamare Cignolini-Schiassi, favorì il rifiorire degli studii semeiologici sulle pleuriti, apportando preziosi insegnamenti.

Ma nonostante la ognor crescente diffusione e l'entusiasmo con cui da alcuni è difeso, si deve riconoscere, e qualcuno già lo ha fatto (Rossi), che non sempre il metodo è innocuo, che non tutte le sue indicazioni sono da approvarsi, e che sempre, nell'applicazione, deve presiedere un rigoroso senso clinico accompagnato da oculata prudenza. Già in mezzo alla ricchissima letteratura si trovano voci discordi, si legge di casi in cui l'introduzione della sostanza ha provocato crisi più o meno gravi e alcuno parla anche di *exitus*.

Certo non si può pretendere il metodo, anche restando lontani dalle alte concentrazioni in jodio da taluno indicate, assolutamente innocuo, e in tutti i casi applicabile: la conoscenza della sua composizione ne rende edotti, già, di alcune contro-indicazioni cliniche, le quali valgono pur sempre, e non si comprende come possano ritenersi superate per un tentativo diagnostico.

***

Per consiglio del nostro Maestro, il Professor Perussia, noi ci siamo occupati delle iniezioni nella pleura con due qualità di olio jodato: l'una leggera, dal 6 all'8 % di jodio, pesante l'altra, dal 15 al 20 %.

Scopo delle nostre ricerche era la delimitazione dei livelli e degli spostamenti che l'essudato pleurico subisce con i cambiamenti di posizione del malato; e per questo punto, diciamo subito, i nostri risultati collimano, come è ovvio, con quelli di altri osservatori.

Noi abbiamo iniettato, secondo i casi, 5-10 cc. di olio jodato leggero, e altrettanto pesante; sempre questo prima di quello. L'iniezione veniva praticata, a paziente seduto, con la siringa già piena d'olio, lentamente, dopo che il reflusso di un poco di liquido ci aveva accertati di essere nel cavo: poi procedevamo alla seconda iniezione, con una seconda puntura. Abbiamo preferito far due iniezioni distinte, estraendo l'ago ogni volta, onde evitare accuratamente, nell'intervallo, ogni relazione tra la cavità pleurica e l'aria atmosferica, la quale avrebbe potuto falsare i nostri reperti, e, anche, movimenti dell'ago sempre più dolorosi che una nuova puntura.

A questo punto cade opportuno notare che mai noi abbiamo avuto a lamentare nei nostri ammalati — anche con dosi totali di 20-25 cc. di olio — nè tosse, nè senso di soffocazione, nè fenomeni di choc pleurico, nè sensazioni dolorose, dovute a sovrapressione: non mai, pure, reflusso. Però ci è sembrato che l'iniezione troppo bassa, oltrechè riuscire talvolta impossibile per facili aderenze a questo livello, esponga più agevolmente al reflusso del liquido per una pressione positiva a livello del foro, che sarà tanto più elevata quanto più bassa sarà stata la toracentesi, proporzionale cioè alla differenza di livello fra i due piani orizzontali, passanti l'uno per l'orificio, l'altro per il piano superiore del liquido. Anche il calibro dell'ago e l'assottigliamento più o meno pronunciato delle pareti muscolari in relazione alla magrezza dei malati hanno una certa importanza; come pure noi non riteniamo consigliabile,

(1) Sicard e Forestier. Méthode générale d'exploration radiologique par l'huile iodée. *Soc. Méd. Hôp.*, 17 marzo 1922.

Digitized by Google

in caso di pleurite totale, delle iniezioni di forti quantità di olio, per timore di sovrapressioni secondarie, dipendenti in parte dalla dilatazione dell'olio stesso sotto l'influenza del calore.

Le osservazioni radioscopiche e la presa dei radiogrammi venivano compiute subito dopo le iniezioni, prima che i pazienti col decubito o altri movimenti provocassero la mescolanza delle due emulsioni.

Noi ci siamo serviti di olio jodato che facevamo appositamente preparare, a percentuali esattamente dosate, dalla farmacia dell'Ospedale Maggiore di qui, ora abbiamo fatto uso del Radiopol Erba nelle sue due concentrazioni, ora della Jodipina Merck, che diluivamo con olio sterile; abbiamo posta sempre somma cura nello scartare quella combinazione che avesse assunto una colorazione bruna, indice di alterazione del prodotto.

I nostri malati ci venivano forniti dalla Clinica delle Malattie professionali e dalla Divisione medica S. Stefano dell'Ospedale, dirette rispettivamente dai chiarissimi proff: Devoto e Carpi — ai quali rinnoviamo qui i nostri migliori ringraziamenti per la gentile ospitalità e i dotti consigli che con signorile cordialità ci largirono — e li sottoponevamo alle nostre ricerche quando il periodo acuto era completamente cessato, onde evitare maggiori possibilità di inconvenienti. Procuravamo, inoltre, che i nostri pazienti, e all'esame clinico e all'indagine radiologica cui venivano sempre in precedenza sottoposti, risultassero indenni dalle comuni manifestazioni iniziali della infezione specifica polmonare; e ciò per ovvie ragioni di controindicazioni cliniche. Abbiamo voluto essere rigorosi su questo punto per non recare eventuali danni ai pazienti, ignorando ancora quali effetti potesse avere l'introduzione della sostanza e la sorte dello jodo iniettato, poi evitare le facili critiche se, proceduto a casaccio, ci fosse stato nel seguito delle nostre storie cliniche qualche generalizzazione del processo tubercolare (1).

E purtroppo, nonostante tutte le nostre precauzioni, noi dobbiamo registrare le seguenti spiacevoli manifestazioni in un caso di pleurite in cui abbiamo iniettato per via transparietale cc. 5 di olio jodato pesante ed altrettanto di quello leggero; il giorno dopo, mentre prima tutto procedeva clinicamente abbastanza bene, si ebbe rialzo termico a 39°, cianosi intensa, dispnea, aumento notevole dell'essudato che alla toracentesi praticata la sera dopo risultò discretamente emorragico, ciò che non era mai stato constatato in antecedenza (azione dello jodo?); la temperatura che fino ad allora si era mantenuta subfebbrile, non cedette più, e si cominciarono a notare dei fatti polmonari e versamento anche a sinistra: il paziente due mesi dopo venne a morte. L'autopsia dimostrò pleurite essudativa t.b.c. destra con atelettasia del polmone ridotto al volume di un pugno e ricacciato contro la docciatura vertebrale; pleurite essudativa sinistra con parziale atelettasia polmonare; numerosi noduli miliari tbc. al polmone sinistro, e piccoli focolai calcificati a quello di destra. La pleura parietale e viscerale destra assai cotennosa.

Certo a nessuno può venire in mente di imputare alle iniezioni di olio jodato — praticate come sempre con le dovute regole dell'asepsi — la morte per tubercolosi del nostro malato; ma è altrettanto certo che il clinico il quale, nobilmente pensieroso del benessere dei malati a lui affidati, ha già fatto, con la vecchia e pur insostituibile semeiotica dei nostri padri, la diagnosi precisa e, magari, l'ha anche corroborata con un semprice esame radioscopico — così probativo nella sua semplicità — guardi con occhio alcun poco diffidente questi nuovi procedimenti, e non ci può sorprendere la sua interrogativa incredulità.

Riferirò ora sommariamente alcuni casi da me trattati.

C. Assunta, a. 37, Milano, tessitrice.

Affetta da pleurite essudativa sinistra è ricoverata il 26 ottobre 1925.

Clinicamente il reperto è quello comune delle pleuriti; la ricerca del bacillo di Koch è negativa; Pirquet positiva. Dopo un periodo stazionario, il liquido tende a riassorbirsi e arriva sotto l'angolo della scapola.

Esame Roentgen il 29-X: il cavo pleurico di sinistra è quasi interamente occupato da un versamento liquido che giunge sopra la spina della scapola. Spostamento del mediastino verso destra.

8-XII. Si pratica un'iniezione di 10 cc. di olio iodato leggero al 7 %. L'a. che non aveva tosse, si lagna di tosse secca stizzosa, oppressione di respiro; T. 39°,3; il versamento è arrivato due dita sopra l'angolo inferiore della scapola, mentre prima era in diminuizione.

Il 10-XII è colta da improvviso malessere e affanno per cui si pratica d'urgenza una toracentesi che dà esito a 600 cc. di liquido giallo citrino.

La temperatura si mantiene elevata e il polso a 90. Il 14-XII il liquido si è riformato e arriva 2 dita sopra l'angolo della scapola. La febbre si conserva alta fino al 18, poi decresce, mentre le condizioni generali, migliorano.

Alla metà di febbraio è sfebbrata e il 21 esce guarita, ma esistono spesse cotenne alla base di sinistra.

C. Rosa, a. 51, domestica, Milano.

Entra il 30 settembre 1925 perchè affetta da pleurite essudativa di destra: la diagnosi completa si stabilisce così: pleurite destra, lues latente, diabete. E' apirettica. Koch negativa, Rivalta positiva.

Il reperto radiologico ci dà: versamento liquido nel cavo pleurico di destra fino a metà altezza; sensibile spostamento del mediastino a sinistra. Accentuazione degli ili con qualche stria sospetta di peribronchite bilateralmente. (30-9-1925).

Il 4/XI il liquido nel cavo pleurico destro giunge all'angolo della scapola ed ha un livello superiore mobilissimo orizzontale (pneumotorace in gran parte riassorbito).

Il 1/XII all'esame radiologico si constata un piccolo idropneumotorace saccato parietale posteriore destro, con cotenne interlobari fra il lobo medio ed inferiore e aderenze pleurodiaframmatiche basilari.

L'8/XII iniezione di olio jodato (cc. 10 al 7 %) nel cavo pleurico d.

L'iniezione, invece che nella sacca idropneumotoracica, viene introdotta nella grande cavità, e dimostra che esiste ancora una discreta quantità di liquido che era sfuggito all'esame clinico e a punture evacuatrici.

L'iniezione è senza conseguenze immediate; l'a. esce il 9/XII dietro sue insistenze.

La si rivede il 10 maggio 1926: persiste nella grande cavità l'ombra della sostanza introdotta 5 mesi prima, e sembra quasi totalmente. Non ha avuto alcun inconveniente.

Il 29/VI-1926 rientra in clinica accusando febbre serotina, tosse con escreato abbondante e purulento, oppressione toracica, dispnea, deperimento.

Il reperto radioscopico è: Vasta infiltrazione tbc. a grossi nodi confluenti a tipo broncopneumonico in tutto l'ambito polmonare destro, specialmente al lobo superiore e medio, con probabili fatti cavitarii. Alla base dell'emitorace destro si osserva ancora l'opacità dell'olio jodato. A sin.: accentuazione dell'ilo con focolaio d'infiltrazione periilare; strie di peribronchite nella regione sottoclaveare.

Resta in clinica una diecina di giorni e ne è inviata ad un sanatorio..

M. Angela, a. 37, operaia, Crescenzago.

Entra il 10 aprile 1926, e l'esame radioscopico praticato ambulatoriamente il giorno prima dice: La base dell'emitorace sinistro presenta un'opacità massiva a limite superiore convesso e ben demarcato che giunge due dita al di sopra dell'angolo della scapola. Al di sopra il campo polmonare è chiaro. Esiste modico spostamento del mediastino verso destra. (Pleurite saccata). La diagnosi: Empiema saccato laterale sinistro.

E' sempre apiretica; ricerca di Koch negativa.

Il 25/IV si praticano le iniezioni di olio jodato.

Nel pomeriggio la temperatura è 37,7; il mattino dopo è 37,9.

Lamenta senso di oppressione e dispnea e queste sensazioni come pure la febbre si mantengono fino al 29/VI quando viene trasferita in reparto chirurgico per l'opportuno intervento.

O. Michele, a. 53, Treviso, tipografo.

Ricovera in clinica per pleurite essudativa sinistra.

Il 30/IV il reperto radiologico è: scarsa quantità di liquido libero nel cavo pleurico di sinistra.

E' apirettico; negativo il Koch.

Il 13/V iniezione delle due varietà di lipiodol.

La temperatura sale nelle ventiquattro ore a 38, ma l'a. non accusa alcun disturbo; la febbre persiste, toccando i 39, fino al 18, cioè per cinque giorni. Soggettivamente il paziente si sente bene, nè si sono avuti, in questo caso, altri inconvenienti locali.

F. Angelo, a. 23, manovale, Milano.

Entra con diagnosi di pleurite essudativa destra saccata.

Il reperto Roentgen è: (13-2-1926) Estese cotenne pleuriche a destra. Non si nota presenza di versamento liquido.

(1) LEENHARD e M.lle SENTIS hanno difatti riferito alla « Société de Pédiatrie de Paris » un caso di sindrome di Brown Sequard chiusosi con una granulia polmonare, in cui era stato iniettato per via rachidea del lipiodol; gli AA. osservarono inoltre accentuata reazione meningea.

Digitized by Google

La temperatura raggiungeva il massimo di 37,5; poi fu apirettico fino al giorno 5-3. Il giorno 2 marzo una puntura esplorativa ha dato esito a circa 30 cc. di liquido sieroematico, torbido, con Rivalta positivo.

Il 4/III, si praticano le due iniezioni di olio jodato; il 5 la temperatura è 38; e intorno a queste cifre si mantiene fino al 14-3. Poi apirettico.

R. Francesco, a. 31, lattoniere, Milano.

Viene ricoverato e posta diagnosi di pleurite essudativa, dilatazione cordis, stasi renale ed epatica.

L'11-3 esaminato ai raggi si osserva: emitorace destro occupato fino a due dita sopra l'angolo della scapola da un versamento liquido a livello orizzontale superiore assai mobile. Al di sopra del liquido il campo polmonare destro risulta nella zona sottoclaveare abnormemente chiaro e privo del normale disegno polmonare, (pneumotorace) mentre la regione apicale destra appare lievemente velata (probabili aderenze pleuriche apicali). Il mediastino è lievemente spostato verso sinistra. Nell'emitorace sinistro si nota accentuazione degli ili e del disegno polmonare nella regione sottoclaveare con piccoli gangli calcificati.

Sono praticate diverse toracentesi che danno esito ognuna a circa 1000-1300 cc. di liquido; la temperatura si aggira sui 37,8-38.

Il 5 marzo si iniettano le due varietà di olio jodato; la temperatura sale a 39, il polso è a 116; nello stesso giorno si è resa necessaria una toracentesi d'urgenza, con la quale si estraggono 1800 cc. di liquido, con le solite caratteristiche dell'essudato, e discretamente emorragico. Il malato lamenta intensa dispnea; è fortemente cianotico e depresso. Il giorno 8 si deve praticare un'altra toracentesi di 1000 cc. La temperatura si mantiene costantemente elevata, ma in parte si deve attribuirla ai fatti polmonari che si vanno svolgendo. Il malato viene a morte circa due mesi dopo l'iniezione.

Il reperto autoptico di questo paziente è riferito altrove.

P. Leopoldo, a. 15, studente, Milano.

Entra il 13-3-1926 per dolore puntorio all'emitorace destro, tosse con modico escreato, febbre.

L'esame radiologico dà il reperto di un modico versamento liquido libero nel cavo pleurico destro.

Negativo Koch; positiva la cutireazione.

L'infermo ha scarsi e lievi rialzi termici; il 1 aprile permanendo invariato il reperto fisico mentre le condizioni generali sono in continuo miglioramento, si iniettano complessivamente 10 cc. di olio jodato delle due varietà.

L'a. al pomeriggio ha brusco rialzo termico a 39°, lamenta senso di affanno e cefalea; cianosi.

La temperatura persiste, decrescendo, per una diecina di giorni; il liquido si è riformato e ha richiesto una nuova toracentesi.

L'a. esce guarito il 15-5, nè di lui, come degli altri, si è più saputa notizia.

Come si vede, in tutti, noi abbiamo avuto reazioni termiche abbastanza vivaci e, purtroppo, sempre accompagnate da peggioramento più o meno grave delle condizioni locali.

E' ben lungi da noi l'idea di un qualsiasi *post hoc, ergo propter hoc;* la medicina, al pari di tutte le scienze sperimentali, deve rifuggire da deduzioni di causa ad effetto se non le conforta una rigorosa esperimentazione.

Noi non vogliamo in alcun modo sminuire il valore pratico del metodo, ma certo l'osservazione dei nostri casi ne incute perplessità e impone serie riflessioni: i fatti immediati sono chiari e l'impressione nostra, e dei clinici che seguirono con interesse le nostre ricerche, non è nè ottima nè favorevole: ed ancor meno favorevole diventa il nostro giudizio se ragionando sui dati osservati vogliamo riflettere a quello che può essere il domani lontano dei nostri malati.

Dire noi se e quali conseguenze avranno le iniezioni sull'avvenire loro, ancora non ci è possibile: le nostre ricerche datano da troppo breve tempo per poterci esprimere con qualche sicurezza.

***

La nostra esperienza ci rendeva sempre più dubitosi nel proseguire le indagini, per cui non abbiamo mancato, fin dall'inizio, di informarci presso i colleghi, che del metodo avevano pratica, per conoscere quali constatazioni avessero essi fatte. E per quanto alcuno sia stato categorico nell'affermazione dell'assoluta innocuità del procedimento, ben in maggior numero furono coloro che ebbero a fare le medesime nostre osservazioni e dinanzi a gravi conseguenze cliniche si decisero o ad abbandonare il metodo o a maggior prudenza e più accurata cernita dei casi. Vi fu anche chi, imputando le reazioni a cattiva qualità del veicolo impiegato, consigliò altri prodotti; ma su questo torneremo più avanti.

Non riusciamo a spiegarci, di fronte alla letteratura che quasi tutta tace circa incidenti e pericoli, i fatti osservati: nè crediamo possa valere l'obbiezione che nei nostri casi fosse sfuggita una più o meno avanzata localizzazione parenchimale del processo specifico; è stato riferito, difatti, di iniezioni di olio jodato in malati con positività di bacilli. In questi si parla, anzi, di miglioramento, e financo di guarigione, in seguito al procedimento (Fiessinger).

Anche il nostro Rossi, nella sua esauriente relazione al Congresso di Napoli, pur accennando, e pel primo, a pericoli e controindicazioni e raccomandando prudenza ed oculatezza, ci parla di una reale efficacia terapeutica delle iniezioni jodate sia per via transpleurica che tracheobronchiale. Su ciò pur non dissentendo in linea generale dall'opinione del Prof. Rossi, noi dobbiamo essere alquanto riservati; e, ben ricordando come secondo le moderne vedute quasi tutte le pleuriti sono da considerarsi di origine tbc., e non ignorando l'azione locale e generale dello jodo introdotto nelle sierose, noi esitiamo molto a consigliare l'impiego del metodo in queste forme morbose.

Si tratta infatti di introdurre a contatto di una sierosa già fortemente infiammata od ispessita una sostanza estranea altamente irritativa: perchè anche l'olio, il quale — sappiamo dalle classiche esperienze di Reiser, Wegner, Recklingausen — è facilmente assorbito dai linfatici pleurici, si comporta come un corpo estraneo; Bernou ha osservato intense reazioni pleuriche per iniezioni di olio durante la terapia con l'oleotorace.

Ma queste sono sempre transitorie e rappresentate da una punta termica verso i 38,5, che raramente dura più di una giornata. Alcune qualità di olii la darebbero più intensa (paraffina), altri meno (oliva); ma per tutti è assolutamente da escludere una qualsiasi importanza dell'acidità dell'olio: Binet e Verne hanno infatti osservato che l'olio, a meno che non sia fortemente alterato per presenza di acidi grassi liberi, si riassorbe senza alcuna reazione da parte della pleura, la quale assume un aspetto brillante e grasso dovuto alla presenza dell'emulsione oleosa.

Vediamo ora un po' se un rapido esame delle condizioni di assorbimento di queste sostanze ci può spiegare gli incresciosi risultati ottenuti e consigliare meglio per la maggior precisione d'indicazioni del metodo.

Noi dobbiamo qui ricordare per l'argomento che ci occupa, che ben diverso è il comportamento di una pleura vergine da quello di una sierosa già fortemente traumatizzata dal processo morboso, e come perciò poco ne soccorrano le esperienze su animali di laboratorio, anche quando con siero fisiologico si è prodotto un versamento pleurico: a parte pure ogni considerazione sull'enorme differenza tra un versamento di tal genere e il vero processo infiammatorio, negli animali rare se non costantemente assenti sono le reazioni immediate, come abbiamo constatato noi con l'iniezione di 15 cc. di olio jodato al 15 % in un cane che continuò a star bene e non dimostrò nei dieci giorni per cui fu sotto la nostra osservazione alcun risentimento da parte della pleura. (1).

L'olio, qualunque sia la sua natura, viene abbastanza rapidamente (fino a 500 cc. in una diecina di giorni, Thin) riassorbito dai linfatici sottopleurici e passa poi nel polmone per la messa in emulsione e trasformazione dell'oleina per opera, pare, delle lipasi, le quali inoltre faciliterebbero la liberazione dello jodo per saponificazione dell'olio e disintegrazione della molecola acida oleica.

Nel polmone i globuli di grasso si ritrovano nei capillari, ove poi subirebbero la distruzione definitiva.

In questi ultimi anni si è andato diffondendo un procedimento terapeutico delle pleuriti con iniezioni massive di olio e sostanze antisettiche: per esso si introducono, e ripetutamente, forti quantità di olio senza alcun inconveniente. Basandoci sulle constatazioni ormai numerose della pratica dell'oleotorace noi possiamo quindi ritenere l'olio, in qualunque periodo es-

(1) L'animale non potè essere sacrificato nè si potè praticare l'autopsia per cause indipendenti dalla nostra volontà.

Digitized by Google

so venga iniettato, sempre fermo restando che esso non contenga acidi grassi liberi, essere privo di importante azione dannosa. Perchè quelli, assai abbondanti negli olii di origine vegetale, sarebbero la causa, in parte, dei rialzi termici frequentemente osservati: ma l'aumento di temperatura constatato con l'uso del solo olio pur ricco in acidi grassi liberi è assai transitorio non solo, ma non avrebbe altra grave conseguenza; il suo riassorbimento, come hanno dimostrato anche le ricerche di J. Camus, Pagnez, ecc., avviene per quanto lentamente e con un'effimera reazione pleurica, con le stesse modalità. Da studii recentissimi pare che l'olio di strutto, di origine animale e contenente quasi nessun acido grasso libero venga riassorbito assai più rapidamente di tutti gli olii vegetali e sia assolutamente privo di alcuna reazione locale e generale: quindi sarebbe preferibile agli olii comunemente usati quali eccipienti di sostanze di contrasto.

Però occorre ancora allargare le esperienze in proposito, e conviene farlo anche senza, forse, seguire interamente le idee dell'autore che usa al posto dell'alogeno jodo il bromo, perchè ci sembrano probative e serie le osservazioni riferite da Putnam e crediamo che il metodo potrebbe diventare mezzo corrente di diagnostica Roentgen, quando anche il lieve inconveniente che si imputa all'olio potesse essere eliminato.

Per quanto concerne lo jodo, questo non seguirebbe il cammino dell'olio; esso non viene, al pari di altre sostanze estranee (sudan, scarlatto) mescolate nell'olio ad arte per la loro successiva ricerca nel polmone, assorbito che in minima quantità e questo assorbimento, che è maggiore negli stati febbrili e sub-febbrili con conseguente aumento della sua eliminazione per la mucosa bronchiale (Nardelli), spiega a sufficienza le forti reazioni termiche — espressione di irritazione polmonare — e gli inconvenienti che possono seguire nel parenchima stesso.

La maggior parte, invece, rimarrebbe a lungo *in situ*: anche degli anni; col tempo, di fronte ad esso, la sierosa reagirebbe provvedendo ad una organizzazione fibrosa seguita da reazione macrofagica, per cui, lentissima, si continua l'eliminazione: forse in un avvenire lontanissimo lo jodo potrà anche riassorbirsi completamente, ma finora mancano ricerche istologiche oltre gli 11 mesi dalla iniezione.

La sua presenza, è ora da domandarsi, avanti che la sierosa abbia provveduto a questa sua difesa, resta assolutamente innocua? Questo assorbimento, talvolta di forti quantità di jodo, che si prolunga per mesi e mesi, sarà sempre benefico per una forma tubercolare? Questa lentissima eliminazione, questa, quasi, saturazione jodica locale non può rappresentare un vero «coup de fouet» per una lesione iniziale che altrimenti posta in migliori condizioni evolverebbe magari spontaneamente verso la guarigione?

In altri termini, questa lungamente continua spinta ad un metabolismo accelerato locale e generale, in un paziente già depauperato da una malattia che ha messo a dura prova le sue resistenze organiche e di cui allo stato attuale non ci è possibile prevedere l'ulteriore sviluppo ed andamento, ci è lecito ritenerla assolutamente innocua o per lo meno priva di possibilità di danni? Francamente noi pensiamo di no: noi sappiamo che lo jodo, anche in soluzioni diluite, agisce come irritante, specialmente sulle sierose, determinando iperemia attiva e veri processi infiammatorii, il cui esito è l'adesione delle lamine e la scomparsa quindi della cavità; sappiamo che lo jodo esercita una speciale azione sui vasi sanguigni di alcuni organi, provocando emorragie (pneumorragie da jodo) e che nella sua ripartizione predilige accumularsi attorno alle pareti infiammate o specificamente ammalate, d'onde le sue ben note indicazioni.

Esso libera le tossine quivi esistenti, che, combinate allo stato di jodoproteine, vengono immesse in circolo e provocano come effetto del loro riassorbimento la febbre.

E' vero che nella terapia delle pleuriti, e in genere delle forme specifiche delle sierose e di alcuni stadii della stessa tubercolosi, è antica utilissima pratica l'iniezione di preparati jodici: ma questa trova la sua giustificazione nella proprietà dello jodo di essere un eccellente acceleratore del ricambio e la sua indicazione è precisa solo dopo cessato il periodo febbrile acuto o in certe forme ad evoluzione tarda e fibrosa.

Noi, poi, non possiamo ritenere agli effetti immediati locali su una lesione che può essere da noi ancora ignorata, data la nostra povertà di mezzi veramente sicuri per la diagnosi precoce della tubercolosi, perfettamente comparabile l'introduzione nell'economia dell'organismo di jodo per via ipodermica, in sedi lontane dall'eventuale focolaio a quella diretta, in tutta prossimità sua, ove una vasta attivissima rete di vasi linfatici e sanguigni ne assicura il più rapido trasporto nell'intimità del parenchima, in seno stesso al focolaio.

Per tutte queste considerazioni, noi non possiamo sottoscrivere l'affermazione di una reale efficacia terapeutica dell'iniezione endopleurica; per quanto è invece di quelle tracheobronchiali, diverso è il caso.

Per le forme sicuramente tubercolari, cavitarie o no, noi crediamo possa valere quanto abbiamo sopra esposto; e a conforto della nostra tesi troviamo nella letteratura di questi quattro anni già numerosi casi di lesioni rapidamente evolutive dopo iniezioni di lipiodol (1).

Per le altre forme di dilatazione bronchiale, la cui etiologia pare oggi debba farsi risalire per un gran numero, secondo la scuola francese, alla lues (Abécassis, Teissier, Benda, Sergent e altri) il risultato può davvero essere terapeuticamente attivo, e quindi praticabile senza alcun incidente. Per queste, evidentemente, salvo riserve sulla quantità di jodo iniettabile, il procedimento sarebbe davvero consigliabile, se queste teorie troveranno maggiori conferme; sempre, beninteso, tenendo presenti tutti quei dati che la clinica fornisce. A nessuno certo verrà in mente, riteniamo, di iniettare con olio jodato un malato che abbia un espettorato abbondante e ricco di flora bacterica e in cui è pur dubbia la diagnosi fra ascesso polmonare, gangrena e bronchiettasia.

Non dico per via intercricotiroidea ove il pericolo di un flemmone per la stessa manovra è maggiore e gravissimo, quanto anche per via transglottidea (pericoli di infezione broncopolmonare per germi anche provenienti dalla regione bucco-faringea dall'olio jodato trascinati in basso), a meno non si voglia ricorrervi sussidiati dalla broncoscopia e con la guida di un catetere introdotto nel bronco sospetto; in un caso del genere, potrebbe, forse, tentarsi con minori pericoli l'iniezione transparietale; ma resta sempre da domandarci quale profitto veramente utile si può ricavare e se questo non è superato dal danno di una disseminazione per tutto l'albero bronchiale dell'olio jodato per un colpo di tosse (Ameuille), e della diminuita ventilazione polmonare in malati già dispnoici ed altamente febbricitanti.

La radioscopia, bene eseguita e saviamente interpretata dalla mente di un clinico-radiologo, è così ricca di utili insegnamenti per una precisa diagnosi!!

Che se poi, in certi casi, non potrà essere precisissima, forse non ne deriverebbe maggior danno al paziente!

Dalla nostra esperienza che, se non ha potuto essere abbondantissima per i risultati spiacevoli che hanno sempre accompagnato ogni nostro tentativo, pure ci sembra dimostrativa, noi non possiamo trarre, come conclusione, che un monito di grande cautela e moderazione all'entusiasmo che il nuovo metodo ha suscitato e continua a raccogliere intorno a sè, il quale, se apporta talvolta qualche vantaggio alla diagnostica, a cui ha senza dubbio allargato il campo chiarendo precisando risolvendo dubbi e problemi anche di patogenesi, il più delle volte si riduce ad una brillante conferma di quanto già il clinico ha detto.

E questo monito, riconoscendo l'innegabile valore e utilità del procedimento in casi assai ben determinati, nei quali è doverosamente bandito ogni virtuosismo di laboratorio o per cu-

---

(1) Lichtwitz. Lesioni da lipiodol nella tbc. W. Kl. Woch., 1926, gennaio.

Moeller e von Magnus. Ricerche sulle affezioni bronchiali con preparati jodati. *Acta med.*, 1924.

Armand Delille e Moncrieff. L'uso del lipiodol nella diagnosi delle bronchiettasie. *Brit. Med. Journ.*, 1924, 5 luglio.

G. H. Belote. Jododerma da iniezione di olio jodato. *J. A. M, A*, 1927, ottobre.

Ashby, Eldrbrige, Freemann. *J. A. M. A.* 1927.

E. Archibald e Broun. I danni dell'introduzione dell'olio jodato. *J. A. M. A.*, 19-27-17.

Digitized by Google

riosità semplice o per maggiormente porre in luce la personale valentia diagnostica, significa prima ricordo dell'antico « Primum non nocere », accuratezza di esame clinico, poi, sommo rigore critico, e, sempre e sopratutto, prudenza e precauzione sia nella scelta dei malati che nelle dosi e percentuali jodiche da introdurre.

BIBLIOGRAFIA

P. Cignolini. Iniezioni intrapleuriche di sostanze opache galleggianti e pesanti: dati sperimentali e clinici. Atti del VI Congresso di Radiologia Italiano, Trieste, 1925. — Rossi A. I mezzi di contrasto nella diagnosi radiologica delle lesioni polmonari. Relazione al VII Congresso di radiologia italiano, Napoli, 1926. — Sergent E. Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tbc. et les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine, 1926. — Idem. Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine, 1922. — Idem. Les grands syndromes respiratoires. Doin, 1925. — Roubier. L'esplorazione radiologica dei bronchi col lipiodol nelle bronchiti croniche. Journ. de méd. de Lyon, 1925, 138. — Reinberg. Studi radiologici sulla fisiologia normale e patologica dell'albero tracheobronchiale. Fort. a. d. Geb. d. Roent: vol: 133. — Alberti O. Sulla tecnica delle iniezioni di olio iodato endotracheali a scopo roentgendiagnostico. Diario radiologico, 1926, 1. — Hichey e Furstemberg. La dimostrazione radiologica della trachea e dei bronchi. The Am. Journ. of Roent. a. Radiumth., 1926, marzo. — Lenck R, Esame radiologico sulla questione degli spostamenti dei versamenti pleurici. W. Klin. Woch., 1924, 20 nov. — Lichtwitz O. Danni da lipiodol come mezzo di contrasto nella tbc. polmonare. W. Klin. Woch., 1926, 28 gennaio. — L. Binet e Verne. L'assorbimento dei grassi da parte della pleura. Ann. Anat. pat. méd. chirur. 1925, 2. — Bernou A, Contributo allo studio delle iniezioni massive d'olio nella pleura. Rev. de la Tbc. 1926, 3. — Reinberg. Diagnosi e patogenesi delle bronchiettasie alla luce di nuovi dati ottenuti all'esame radiologico con mezzi di contrasto. Ann. de Rad. e Roentg, Russi, 1927, 2. — Bouchaucourt L. Tre osservazioni sull'importanza delle iniezioni del lipiodol leggero e pesante per precisare la topografia delle raccolte intratoraciche. Bull. et Mém. Soc. de Rad de France, 1925, dicembre. — Chandler e Joung. Uso del lipiodol nella diagnosi delle malattie polmonari: risultati positivi e negativi. Brit. med. Journ. 1927, febb. — Bezançon. Etiologia della dilatazione dei bronchi. J. des prat. 1927, 1 genn. — Rist, Jacob, Trocmè. Pleurite mediastinica e bronchiettasie, Ann. de méd. 1927, febbraio. — Badolle. Comunicazioni varie alla Soc. des Sciences natur. de Lyon e alla Soc. méd. 1925, maggio e giugno. — Gauthier. Formes larvées de la dilatation des bronches après injections intratracheales de dipiodol. Tesi di Lione, 1925. — Chaix. Le tubercolosi polmonari latenti. Tesi di Parigi, 1904. — Gauducheau R. L'esplorazione radiologica del torace e la diagnosi della tbc. Tesi di Parigi, 1912. — Benda. La bronchite cronica sifilitica. Tesi di Parigi, 1926. — Hutinel. Contributo allo studio anatomico e clinico delle dilatazioni bronchiali. Tesi di Parigi, 1922.— Jacob, Alcuni aspetti clinici e radiologici della sifilide polmonare. Rev. de la Tbc. 1923. — Rossi A. La visione diretta dei bronchi e degli alveoli polmonari all'indagine radiologica con le iniezioni endotracheali di olio iodato (jodoleum). Soc. med. di Parma, 1924, febbraio. — Schiffer. Contributo al quadro radiologico della pleurite totale. Fort. a. d. Geb. d. Roentg. vol: 32. — Biermer. Sulla teoria e anatomia della dilatazione dei bronchi. Virch. Arch. 1860, pp. 325. — Putnam. J. A. M, Assoc, 1926, 2 ottobre, — Thin, L'oleotorace. Tesi di Parigi, 1923.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. R. STANZIALE

LUPUS VOLGARE E PIOTROPIN

per il dott. ETTORE SOSCIA — Assistente volontario

La cura del Lupus volgare con applicazioni locali di pomate e caustici è antica quanto la stessa malattia; ebbero largo uso, oltre alla pasta di Vienna e a quella di Canquoin ed al caustico di Fillos, il percloruro di ferro, l'acido pirogallico, l'acido salicilico, l'acido lattico, la resorcina, il permanganato di potassio, il mercurio, lo iodo sotto diverse forme ecc.

Tutte queste sostanze però distruggevano, oltre il tessuto malato, anche quello sano e lasciavano cicatrici retratte o cheloidiene, a volte più deturpanti del male stesso.

1600 =

Questi procedimenti per lo più dolorosi, man mano sono caduti in disuso ed attualmente ad essi si son sostituite le cure fisiche, che costituiscono il metodo di elezione.

Osserv. I. — Prima della cura con Piotropin

Purtroppo, però, il problema della cura della tubercolosi cutanea non è del tutto risoluto, e perciò qulsiasi rimedio che tenda alla sua soluzione desta l'interesse degli studiosi. Ora è la volta di un nuovo preparato che ci viene dalla Germania: il Piotropin, la cui azione caustica resta limitata al solo tessuto malato, contrariamente a quanto si verifica per l'applicazione delle sostanze su ricordate.

Il preparato è posto in commercio in piccoli flacconcini; ed appare come un liquido contenente un sedimento abbondante. Per l'applicazione sono necessarie due diverse concentrazioni del caustico. Vi sono perciò due flacconcini: il primo, più piccolo del secondo, è il più concentrato. Stando ad un'analisi di Henoch di Amburgo, il liquido si compone prevalentemente di carbonato di calcio con fenato di potassio in soluzione acquosa, acido fenico libero ed altri eccipienti inerti. Oltre il liquido, è indispensabile ricorrere ad una pomata, che è essenzialmente composta di acido salicilico e salicilato di soda, zucchero, glicerina ed altri spermaceti. Nel Piotropin non v'è nè iodo, nè sale alcuno di metallo pesante.

L'applicazione di tale prodotto è di una estrema semplicità. Dopo di aver deterso la chiazza di un focolaio morboso, con

Osserv. I. — Dopo la cura con Piotropin

benzina o etere, si spennella col Piotropin N. 1 e si lascia per qualche minuto alla sua azione; si ritaglia in questo frattempo un pezzo di tela di lino, che sia esattamente di forma e di grandezza del focolaio luposo e si cosparge di pomata; si fa quindi

Digitized by Google

un'altra spennellata di Piotropin N. II e si applica il ritaglio di lino, che viene mantenuto aderente con cerotto adesivo e possibilmente con fasciatura.

Questa medicatura si lascerà in sito tre giorni, dopo dei quali, detergendo sempre con benzina o etere, per allontanare croste ed altri prodotti, si rinnova la medicatura alla stessa maniera della prima, facendo, questa volta, una sola pennellatura col Piotropin N. II.

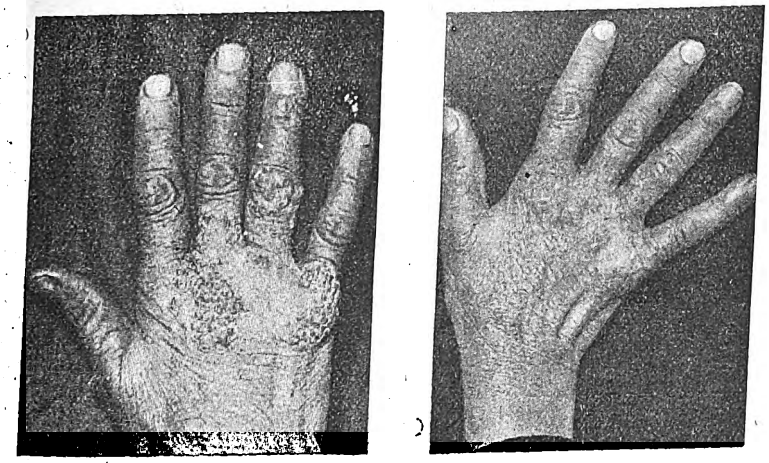
Stando alle istruzioni impartite dalla Casa produttrice, otto applicazioni sarebbero sufficienti ad ottenere una guarigione completa; ciò però non è esatto, giacchè, come in appresso dimostreremo, il numero delle applicazioni varia da caso a caso.

Abbiamo infatti potuto rilevare che in qualche infermo con piccola chiazza di lupus sono bastate appena cinque applicazioni di Piotropin, mentre in altri ne sono occorse 12-15 ed in qualche altro anche 18.

Il principio che ha concorso alla confezione di questo preparato, in fondo, non è del tutto nuovo, come nuove non sono le sostanze adoperate. Infatti, risulta chiaro che si è cercato di neutralizzare l'azione caustica del Piotropin N. I e II, che è di reazione alcalina, con l'applicazione della pomata acida.

In Germania il Piotropin è stato già largamente sperimentato specie nella clinica di Unna in Amburgo, da Muchon, poi da Albert-Collemberg, Volk e Vill. Se ne sono occupati ancora, riferendo ottimi risultati, Rothstein, Schneider e Monacelli in Italia.

Nella clinica Dermosifilopatica della R. Università di Napoli, diretta dall'Illustre Prof. R. Stanziale, abbiamo trattati



Osserv. II. — Prima e dopo la cura con Piotropin.

15 pazienti affetti da lupus volgare (forme ipertrofiche e piane) e da tubercolosi verrucosa di Riehl e Paltauf: si sono avuti risultati soddisfacenti, tranne in qualche caso in cui non si è avuta la guarigione, o se si è raggiunta, è stata di breve durata.

Ecco, in breve, l'esposizione dei 15 casi trattati.

1) P. F. di anni 12. L'attuale malattia data dall'età di 3 anni. Presenta una chiazza di lupus v. della grandezza di uno scudo, localizzata al ginocchio sinistro e un'altra chiazza di dimensioni più piccole alla regione del poplite destro; dette chiazze si presentano, quella del poplite ulcerata e ricoperta da croste, e quella del ginocchio, a forma papillomatosa, anch'essa ricoperta da croste. Dopo 12 applicazioni di Piotropin, l'infermo guarisce con cicatrici piane (V. fot.).

2) B. A. di anni 67: Tubercolosi verrucosa di Riehl e Paltauf del dorso della mano destra e delle prime falangi del medio ed anulare, datante da più di un anno. 7 applicazioni di Piotropin son bastate a guarirla. (V. fot.).

3) P. L. bambina di 5 anni. Lupus v. ipertrofico alla regione zigomatica sinistra, da oltre un anno. Sono state necessarie 14 applicazioni di Piotropin per guarirla completamente. (V. fot.).

4) R. M. di anni 38. Chiazza di Lupus v. della grandezza di circa una moneta di due lire, alla regione sopraorbitaria sinistra. Guarisce con 8 applicazioni di Piotropin.

5) F. E. di anni 11. Lupus v. serpiginoso, localizzato alla metà inferiore del dorso del braccio sinistro. Guarisce con 13 applicazioni di Piotropin.

6) C. D. A. di anni 11. Tubercolosi verrucosa al 2° dito del piede destro, datante da tre anni. Guarisce con 6 applicazioni di Piotropin.

7) S. A. di anni 11. Vasta chiazza di Lupus v. ipertrofico alla mano sinistra; altre due grosse chiazze di Lupus ipertrofico assai crostoso alla regione laterale esterna terzo inferiore coscia sinistra. Guarisce con 18 applicazioni di Piotropin. (V. fot.).

8) F. P. di anni 38. Vasta chiazza di Lupus v. ipertrofico della forma di un rettangolo, che si estende dalla piega inguinale sinistra ed occupa

Osserv. III. — Prima della cura con Piotropin.

il terzo superiore interno della coscia per circa 15 cm. di lunghezza per 10 di larghezza. Malgrado numerose applicazioni di Piotropin (circa 20), non si ottiene la guarigione, ma soltanto una leggera miglioria.

9) L. G. di 13 anni. Chiazza di Lupus v. della grandezza di due lire, datante da 4 anni, situata al terzo medio interno del braccio sinistro. Guarisce con 8 applicazioni di Piotropin.

10) R. O. di anni 15. Chiazza ovalare di Lupus v. alla guancia sinistra, datante da oltre 4 anni. Guarisce con 12 applicazioni di Piotropin.

11) C. B. di anni 17. Chiazza di Lupus v. al dorso del piede destro, grande quanto una moneta da 2 lire, datante da 6 anni circa. Guarisce con 10 medicature di Piotropin.

12) R. S. di anni 13. Lupus v. ipertrofico con croste grosse alla regione glutea destra, della grandezza di una mezza arancia schiacciata. Data da 7 o 8 anni; migliorata con la Roentgenterapia e poi recidivata. Guarisce con 18 applicazioni di Piotropin.

Osserv. III. — Dopo la cura con Piotropin.

13) P. N. di anni 12, affetta da una piccola chiazza di Lupus v. della grandezza di un doppio soldo, da un anno. Guarisce con 5 applicazioni di Piotropin.

14) S. L. di anni 50. Tubercolosi verrucosa dorso della mano destra da 2 anni. Guarisce con 8 applicazioni di Piotropin.

Digitized by Google

15) M. O. di anni 14. Lupus v. due chiazze ovalari contigue, grandi come un doppio soldo alla guancia sinistra. Guarisce con 9 applicazioni di Piotropin.

Da questa breve casistica, da quelle riportate dagli AA. tedeschi, che hanno sperimentato il Piotropin con risultati soddisfacenti, si deduce che, se esso non rappresenta il metodo di scelta nella cura di una malattia così mai ostinata e deturpante, come il lupus v., pur tuttavia esso merita di essere tenuto in considerazione in determinati casi, tanto più se si pensi ai suoi vantaggi, al suo facile maneggio e alla relativa breve durata della cura.

Il numero delle applicazioni varia da caso a caso, a seconda, cioè, della estensione e della gravità del processo morboso.

Il Piotropin causa poco dolore e di breve durata, ma esso diventa più intenso quando viene applicata la sostanza su focolai ulcerati. E' buona pratica, perciò, durante la detersione delle chiazze, di procedere cautamente. Altri disturbi non se ne hanno anche durante le nuove applicazioni.

Non è raccomandabile usare il medicamento sulle mucose dove il Piotropin potrebbe produrre fatti infiammatori seri data la sua forte azione caustica.

Quanto alle cicatrici che lascia tale medicamento, esse sono lisce e rosee e non deturpanti. In quanto alla guarigione poi, dobbiamo rilevare un caso nel quale, dopo averla raggiunta, si ebbe, a distanza di un mese, una recidiva, ma l'ammalato tornò a guarire dopo 6 altre applicazioni.

Osserv. VII. — Prima della cura con Piotropin.

Osserv. VII. — Dopo della cura con Piotropin.

Nel caso N. 8 non si ottenne la guarigione per i fatti infiltrativi molto profondi. Non tutti i casi, perciò, sono adatti ad essere così curati, quindi la indicazione di tale cura va fatta con criterio.

E, concludendo, possiamo dire che il Piotropin è un ottimo ritrovato che, pur non essendo certo elettivo per la cura del Lupus, in molti casi di esso, che il medico può indicare, riesce di uno straordinario vantaggio.

BIBLIOGRAFIA

ALBERT. Derm. Wochen., 1925. — MUCHOW. Derm. Wochen, 1923, — GALLEMBERG. Deut. Med. Woch., 1925. — WOLK. Wien Derm. Gesell., 1924. — VILL. Versamn Sudwestdents derm., 1924. — SCHNEIDER. Zeitschrift Tubc., 1926. — ROTHSTEIN. Deutsche Medizinische, 1925. — MONACELLI. Giornale Ital. Dermat., 1926.

NOTE DI DIAGNOSTICA

OSPEDALE " INCURABILI „ DI NAPOLI — III SALA UOMINI
Reparto prof. CASTRONUOVO

SULLE SINDROMI PANCREATICHE E LORO VALORE

per il prof. GIACOMO CAUTIERO
Libero Docente di Patologia Speciale Medica e Medico degli Ospedali

1. *Sindrome ittero-litiasica d'origine pancreatica e pseudocolecistite.* — È noto che un dolore colico addominale, a decorso trasversale per lo più improvviso e talora di una terribile violenza, quasi come un colpo di spada che s'irradii dalla regione periombelicale verso i fianchi (specialmente a sinistra) od anche verso la regione scapolare e vertebrale, debba far sospettare la colelitiasi od una lesione pancreatica. Se contemporaneamente una certa difesa muscolare nel dominio dei retti non impedirà di avvertire una tumefazione od una maggiore resistenza nella zona corrispondente al pancreas e specie verso la testa di questo, entrerà in maggior luce il sospetto di una malattia di detto organo (Körte).

In questi casi bisogna tener presente che il diaframma può essere spostato e sospinto verso l'alto ed in qualche modo immobilizzato per evitare il dolore che l'inspirazione provoca all'infermo (Schöning). E vi sarà o non ittero, a seconda che siavi o no compressione del coledoco, bene inteso che tinte itteriche di grande intensità con feci acoliche e cistifellea piena, distesa, sporgente, palpabile possono essere preziosi indizi di affezioni pancreatiche. Ecco un primo gruppo di fenomeni di reale valore clinico.

2. *Segni della disfunzione e deficit del pancreas dal punto di vista esocrino ed endocrino.* — Quanto ai criterii diagnostici sullo stato funzionale del pancreas essi sono forniti dall'esame delle feci e del contenuto duodenale, in cui capita il succo pancreatico (funzione esocrina digestiva). Per mezzo della sonda duodenale di Einhorn ciò si effettua, senza grandi difficoltà, per quanto l'uso di essa abbia bisogno di buona tecnica e grande pazienza. Lunga poco più di un metro, essa porta all'estremo, comunicante con il suo lume, un'oliva forata, per lo più di bronzo, che l'infermo facilmente inghiottisce; ma è bene che egli assuma di poi una posizione tale, da poter a lungo decombere sul fianco destro. Ci si accerta della provenienza del succo del duodeno sia con le reazioni chimiche e le prove della bile (prima e dopo l'uso della soluzione di solfato di magnesio) sia con l'esame radioscopico atto a dimostrare il passaggio nel duodeno del-

Digitized by Google

la pallina metallica. Si cercano poi nel liquido estratto la *diastasi*, la *lipasi* e l'*amilasi*. A tal uopo vi sono molti metodi, alcuni di difficile esecuzione. Per la *diastasi* il metodo migliore è quello di Wohlgelmuth (amido 1% + succo duodenale; permanenza nel termostato per un'ora a 40C, dopo aggiunta di soluzione sodica decinormale).

Per dimostrare nel succo duodenale il contenuto in *lipasi* si utilizzano piastre di gelatina con aggiunta di grassi e con queste si cimenta il liquido ottenuto con la sonda. E se alle dette piastre si aggiunge del solfato di rame, si possono formare acidi grassi, colorati in scuro.

L'*amilasi* è ricercata nel medesimo liquido duodenale servendoci della comune prova di Fehling. Per l'eventuale presenza di *acidi* nel succo duodenale e pancreatico ricorriamo come indicatrice alla fenolftaleina.

Per la *tripsina* ci serviamo pure di piastre di gelatina e di siero di sangue. Un altro dato deriva dal saggiare il potere proteolitico nelle feci, facendo ricerche comparative col potere proteolitico posseduto dal succo duodenale, tanto più che l'Alessandri (*Rivista di Clinica Medica* anno 27, n. 21) non ha osservato alcun parallelismo, come azione proteolitica, fra le feci e il succo duodenale. Anzi pare vada oggi accreditandosi l'opinione che il potere proteolitico delle feci sia meno da attribuire al loro contenuto in tripsina pancreatica, quanto da attribuirsi alla flora batterica delle feci stesse.

Prescindendo da tali deviazioni in rapporto con il deficit della secrezione interna pancreatica (insulina), in certe malattie del ricambio anche la secrezione pancreatica esocrina subisce dei perturbamenti paralleli o quasi. Così per es. nel diabete mellito Labbè e Ronchard (*Archiv. des mal. de la digestion*, tom. XVI n. 8) hanno provato che oltre alla nota insufficienza secretiva interna delle isole di Langerhans, vi sono disturbi nella secrezione esterna e nei fermenti pancreatici pervenuti nel duodeno. In alcune di queste forme morbose specialmente si rileva una *scarsezza di lipasi* e una *deficienza* di tripsina, onde deve chiamarsi diabete pancreatico più vero e maggiore quello nel quale coesistono palesemente disturbi secretivi interni ed esterni.

Oltre di ciò, le grandi emozioni, i grandi traumi, i disturbi gravi dell'organismo possono influire sull'attività dei diversi fermenti digestivi pancreatici. L'Aresu (*La Clinica Medica Italiana* n. 2, 1927) ritiene che meno di tutti sia influenzato il potere triptico.

3. *I rumori pilorici di gorgoglio nella diagnostica pancreatica.* — In alcuni casi di pancreatiti possono essere utili, come mezzo sussidiario.

Viene ricordato da Fiessinger (*Journ. des Pratic.*, n. 25, 1927), che i rumori, i quali si ascoltano al piloro possono essere differenziati da quelli intestinali, perchè sono poco forti e si ripetono ad intervalli piuttosto regolari in determinate ore digestive: essi sono dovuti al passaggio attraverso il piloro del contenuto gastrico e si possono provocare più facilmente durante il periodo della digestione gastrica ricorrendo alla *manovra del guazzamento*.

Per poter ascoltare il piloro è utilizzato uno stetoscopio biauricolare a larga superficie ed un fonendoscopio applicato a destra della linea mediana, un po' più in alto dell'ombelico.

Orbene, in alcune forme morbose (pilorospasmi, stenosi pilorica, peripilorite, periduodenite) ed in alcune pancreatiti, ascoltando il piloro, può avvertirsi il così detto *rumore di bolla*, che dà una sensazione acustica come lo scoppio di parecchie bolle a timbro metallico. Esso si riscontra spesso in alcuni restringimenti del piloro, nelle compressioni piloro-duodenali provocate da pancreatiti ipertrofiche, esuberanti e ancora meglio da grossi neoplasmi della testa del pancreas. La successione frequente di questi rumori sarebbe più caratteristica, massime se accoppiata a peristalsi visibile, a vomiti biliosi o ad ittero.

4. *Sindrome peritonitica da steato-necrosi pancreatica e suo valore.* — Per alcune lesioni pancreatiche e specialmente nei casi di steato-necrosi acuta pancreatica la sintomatologia improvvisa e gravissima di perforazione e di peritonite acutissima si può confondere con quella di altre affezioni addominali onde bisogna riservare il giudizio, pur ricorrendo ad un pronto intervento chirurgico. Il Roloff (*Deutsche Mediz. Wochens.* ecc. 25, 1927) raccomanda in questi casi la determinazione della *diastasi nelle urine*, secondo il metodo di Wohlgelmuth.

Tale prova di Wohlgelmuth è utile in molte contingenze difficili e la netta positività di essa spesso deporrebbe, secondo Roloff, per una necrosi pancreatica acuta, almeno in molti casi, *pur non ritenendo questa prova specifica della necrosi pancreatica*, giocchè alcune volte si è visto che essa è positiva anche nelle forti stasi portali e nelle affezioni ulcerative gastroduodenali.

5. *Sindrome periduodenitica nelle pancreatiti.* — Le pancreatiti si accompagnano spesso, come le colecistiti a periduodeniti con una sintomatologia caratteristica studiata bene in Italia dal Leotta. Questa si può semplificare così: dolori dopo i pasti, a sede duodenale, ma non così bene circoscritti come nell'ulcera; dimagramento, decadimento delle forze, nausee, cefalee e spesso stitichezza alternata a periodi di diarrea, con feci grasse.

Nel giudizio diagnostico differenziale si terrà conto, che sovente le pancreatiti assumono fisonomia particolarmente seria, a causa di accessi frequenti a carattere progressivo, che abitualmente accentuano la loro gravezza ad ogni recidiva (*The Lancet*, n. 25, 1927) finchè non si decida la sola cura veramente utile, cioè l'intervento operativo, che mira ad allontanare il focolaio infiammatorio ed a drenare la regione pancreatica lesa. Risulta da tutto ciò che tale forma di pancreatite è un'affezione gravissima e gravissimo è l'esito anche chirurgico, perchè più della metà degli operati perisce. In ogni modo lo stato postoperativo degli sfortunati come dei fortunati è stato oggetto di minute osservazioni e specialmente W. Sebening (*Medizinische Klinik*, 15-4-1927) ha fatto uno studio speciale sulle complicanze tardive della pancreatite acuta, anche se operata e guarita, tenendo conto di quanto ebbe a verificarsi in tutti i 21 ammalati operati nella clinica di Francoforte sul Meno dallo Schmieden. In tali operati non si è mai prodotto un diabete mellito; nella letteratura invece esistono delle osservazioni di diabete mellito, più o meno grave, sviluppatosi dopo l'intervento o di aggravamenti tardivi fino a due anni dopo l'operazione. Questi casi di vero diabete mellito dopo l'intervento sono però ben rari e certo non imputabili all'operazione, sebbene al primitivo processo infiammatorio o necrotico del pancreas. Diversa è poi la glicosuria che si presenta nel 10 % dei casi, ma a carattere prettamente di transitorietà.

6. *Prova della iperglicemia alimentare e suo valore nelle affezioni pancreatiche.* — Essa è fondata sulla conoscenza dei rapporti tra alimenti in genere, idrati di carbonio in particolare, e vicende del tasso glicemico in condizioni normali e patologiche. Pur esistendo una serie di organi produttori, distributori, regolatori e trasformatori dei carboidrati in glicogene ed in zucchero, e pur potendo in speciali condizioni derivar glicogene dai grassi e dagli amino-acidi delle proteine, la sede precipua della sintesi glicogenica, come del ricambio zuccherino è il fegato, intimamente connesso per queste funzioni con il pancreas ed il suo secreto endocrino. Per la necessità della loro vita e relativo rifornimento in idrati di carbonio, le cellule dei singoli tessuti ne attingono dal sangue, onde il tasso glicemico assai presto si abbasserebbe se il fegato sotto la scorta degli apparati glico-regolatori, a sua volta non ne versasse in circolo quantità sufficienti a riportare la glicemia alle normali proporzioni. Rapporti intimi esistono tra regolazione endogena ed esogena degl'idrati di carbonio, tra glicogene, glicodistribuzione e glicolisi, rapporti in cui il fegato ben vero rappresenta il *precipuo fattore del livello glicemico*, in cui normalmente si specchiano senza cospicue deformazioni le vicende suddette, perchè l'ingranaggio perfetto di altri sistemi controllano la sana erogazione dello zucchero, senza difetti e senza dispersioni. A questi mezzi regolatori ed adiuvanti molto partecipano i muscoli, gli apparati neuro-vegetativi e neuro-glandolari e vi primeggia l'azione ormonica pancreatica degl'isolotti di Langerhans, pur sottoposti all'influsso dei centri glicoregolatori del globus pallidus e dell'ipotalamo e del bulbo.

La prova della iperglicemia alimentare, che si fa propinando agl'infermi, secondo Labbè, gr. 50 di glucosio per adulto e gr. 25 per fanciullo (si possono anche usare altri zuccheri come il levulosio ed il galattosio) e studiando di mezz'ora in mezz'ora le fasi ascendenti e discendenti nonchè la durata della curva glicemica e dell'eventuale glicosuria, non possono prescindere dalle tre seguenti considerazioni di indole generica: 1° Il tasso glicemico normale, lungi dal mantenersi costante intorno all'1 ‰ come ritenne Cl. Bernard, presenta variazioni notevoli anche fisiologicamente (soglia glicemica assai mobile secondo Chabanier);

Digitized by Google

2° La letteratura di queste vicende anche ammesse come patologiche non può nè deve riferirsi al solo deficit pancreatico se altri elementi diagnostici a ciò non autorizzino.

Ciò premesso, la *prova dell'iperglicemia alimentare* può riuscire utile non solo a svelare le *claudicazioni endocrine pancreatiche;* ma può valere anche dopo gl'interventi sul pancreas per mettere in evidenza un certo grado di insufficienza glicolitica. Anche però quando in questi operati riesce positiva questa prova della iperglicemia alimentare, essa a poco a poco si attenua e finisce con lo scomparire. In ogni modo la conclusione pratica di tale prova diagnostica e pronostica involge anche un profilo terapico-alimentare: di solito, negli operati di pancreatite, è bene prescrivere — almeno nei primi tempi — un regime povero di idrati di carbonio.

7. *Prova della steatorrea e della creatorrea.* —Una marcata prova di insufficienza della secrezione esterna pancreatica, invero, s'incontra più raramente di quella interna, dati i tanti compensi che il difetto dei fermenti pancreatici trova negli altri fermenti di cui è ricco il tubo gastro-enterico. Una conferma si è avuto nei casi di pancreatiti col controllo operatorio, atto a ben accertare la diagnosi. Ebbene solo in pochi di questi infermi (meno della metà degli operati) è apparso — dopo il pasto di prova — un *leggiero grado di steatorrea* e *di creatorrea,* a suggello della importanza del pancreas nel ricambio del calcio e sua eliminazione attraverso le feci ed urine. Ma tali manifestazioni furono transitorie ed in questi operati possono venire curati agevolmente, mercè piccole somministrazioni di succo pancreatico o di fermenti pancreatici i disturbi digestivi vari e la stessa anoressia.

8. *Parotiti e pancreatiti.* — Varie infezioni prediligono il pancreas e determinano le varie pancreatiti acute e croniche, ma poche parole dobbiamo specialmente dire su una forma peculiare di pancreatite, più facilmente riconoscibile nella sua chiara fisionomia morbosa e studiata bene per la prima volta da Chenisse (*Semeiol. Médic.*, n. 8, 1912). Trattasi della così detta *pancreatite da orecchioni.* Parecchi malati, affetti da parotite epidemica, sentono un dolore sordo nello spazio fra epigastrio e ipocondrio sinistro, accompagnato da nausee, vomiti, diarrea. In alcuni di questi infermi l'esame delle urine praticato quotidianamente dimostra presenza di zucchero, di acetone, di acido diacetico in quantità più o meno notevoli, quale si suol riscontrare quando esista una grave lesione del pancreas. Talora si determina pure poliuria od una vera forma di diabete, ma in generale questa forma di pancreatite è a decorso benigno e solo in qualche caso bisogna fare delle riserve per la possibilità della comparsa del diabete mellito.

9. *I dati radiologici nelle affezioni gastro-epatiche, pancreatiche e duodenali.* — Dopo aver espletata la numerosa serie d'indagini diagnostiche che concernono il modo d'insorgere e di sviluppo delle alterazioni pancreatiche, lo stato generale nonchè i segni funzionali, quelli fisici, diretti e quelli di chimica clinica e microscopica, atti ad illuminare le sindromi pancreatiche, l'ultima parola nella diagnostica differenziale spetta ad un accurato esame radiologico, la cui tecnica, sempre più precisa, ci ragguaglia abbastanza bene sulle reali condizioni dell'aia epatica, gastrica, duodenale, digiuno-ileale, cieco-colica. Specialmente l'attenzione portata sul fegato e vie biliari con l'uso del tetraiodo e quella concernente l'aspetto piloro-bulbare e la precisa direzione dell'ansa duodenale intorno alla testa del pancreas sono in grado di dar precisi ragguagli sulle colecistiti, pericolecistiti, ulcere duodenali, periduodeniti, pancreatiti esuberanti e tumori della testa del pancreas.

Questi dati vanno raccolti meglio iniettando moderate dosi di tetra-iodo-fenolftaleina direttamente nel duodeno mercè la sonda duodenale, secondo il metodo di Stewart Rvan e Max Einhorn, derivato dal metodo di Graham. Con questo sistema che consente senza pericoli buone radiografie epatiche dopo due ore o con l'altro anche più innocuo dell'uso orale del tetraiodo, prendendo la radiografia sei ore dopo l'ingestione del farmaco, così come iniettando nel sangue il tetraiodo, la colecistografia fornisce dati importanti, specie comparandoli a quelli forniti dalle altre prove radioscopiche e radiografiche gastro-duodenali dopo semplice miscela gassosa e dopo il pasto opaco al bario. Orbene questo studio comparato delle varie immagini epatogastriche e gastro-duodenali consente di raggiungere la diagnosi di periduodenite spesso satellite delle alterazioni colecistiche, come pancreatiche, di sfiorar bene o di assodare addirittura quella delle neoformazioni della testa del pancreas e della pancreatite esuberante, nonchè buoni dati differenziali in rapporto alla funzionalità epato-biliare ed alcuni ragguagli indiziari del cancro epatico e del fegato sifilitico gommoso o delle cisti idatidee, o dei calcoli biliari o delle cirrosi croniche del fegato.

Einhorn dà molta importanza diagnostica a questi reperti e la sua competenza in materia è assoluta (*Presse Médicale,* ottobre 1927).

CONCLUSIONI. — La diagnosi delle pancreatopatie, specie in principio, resta molte volte oscura o mentita da altre affezioni, onde tutte le risorse di semiologia fisica e funzionale devono essere sfruttate e coordinate per raggiungere al più presto possibile l'intento.

1608 =

RIVISTE SINTETICHE

L'ALASTRIM

L'alastrim è una nuova forma morbosa infettiva e contagiosa molto somigliante al vaiuolo, ma ad effetti di gran lunga più benigni, dotata però di un grande potere epidemico e diffusa anche in Europa in questi ultimi anni.

Essa era prima ritenuta propria della razza negra, perchè il primo apparire suo, in forma di diffusissime epidemie si verificò nel Sud-Africa. Anzi in queste regioni è una malattia endemica da lunghissimo tempo; è da questa regione che l'infezione si è andata sempre più estendendo, per i continui contatti delle truppe di colore e per i diversi scambi di mano d'opera. Propriamente nell'America del Sud (Brasile) gl'infetti di questa malattia numerosi tra i lavoranti delle piantagioni di caffè, hanno disseminato il primo contagio provocando diffusissime epidemie, in qualche momento raggiungenti vere fasi di esaltazione con esiti letali, in numerosi casi. Nel Brasile sorse la voce « Alastrim » che deriva dal verbo portoghese « alastrar » che significa *spandersi, diffondersi,* denominazione popolare che sta ad indicare uno dei caratteri più tipici dell'affezione cioè la estrema contagiosità. Questa voce ha incontrato fortuna e viene oggi consacrata dall'uso contrariamente a molti altri sinonimi stranieri di poca fortuna.

Dall'America del Sud la infezione si propagò all'America centrale, alle Antille, all'America del Nord, in Australia ed infine in Europa, di cui quasi tutti i paesi di maggior traffico si contagiarono (Inghilterra, Francia, Portogallo, Svizzera, Italia, Germania, Belgio ecc.).

Quindi la pretesa recettività di razza è dimostrata inesistente, appunto per questa diffusione estrema e rapida, quantunque si debba ritenere che la razza negra presenti una maggiore recettività in confronto alla bianca.

Circa l'età gli adulti sono colpiti di preferenza e i bambini ne soffrono anche meno intensamente, poichè in essi l'infezione assume un decorso più lieve e l'eruzione può assumere un aspetto abortivo tanto da arrestarsi in molti casi al periodo vescicoloso oppure, in quelli più giovani, il periodo delle papule può essere di poco superato.

L'affezione, quanto al sesso, costantemente benigna, può invece assumere un carattere pericoloso nelle gestanti, cosa che del resto è comune ad altre malattie infettive.

Quanto al decorso clinico, bisogna distinguere quattro periodi principali:

a) periodo di incubazione, che va da un minimo di 2-7 giorni ad un massimo di 3-4 settimane (frequente in molte epidemie) con una media di 10-15 giorni;

b) periodo di invasione, a sintomatologia comune ad altre infezioni: cefalea, turbe digestive con qualche nausea; oppure in alcuni casi angina, laringite e adenopatia dolorosa cervicale. La febbre insorge bruscamente come nel vaiuolo e si eleva abitualmente non oltre i 39-39,5, pur potendo raggiungere e sorpassare i 40° in individui giovani.

La temperatura si abbassa rapidamente e si mantiene normale o subnormale subito dopo l'eruzione e vi si mantiene anche nell'acme del processo morboso fino al disseccamento e desquamazione delle pustole.

Il periodo d'invasione dura due o tre giorni e d'allora nonostante il progresso della malattia lo stato generale si risolleva restando buono per tutta la durata di essa.

c) Periodo dell'eruzione; insorge, l'eruzione, in un solo periodo come il vaiuolo e non a «poussées» come la varicella; l'esantema appare senza se-

Digitized by Google

gno premonitore e s'inizia generalmente alla faccia (prima le palpebre e la base delle pinne nasali) poi al collo e poi rapidamente si diffonde al tronco e agli arti dove il numero degli elementi diventa grandissimo.

Di molto interesse è una osservazione di Chauvet, il quale nota che la eruzione segue la distribuzione dei tronchi nervosi principali, ciò che potrebbe far pensare ad una affinità, per lo meno clinica, di questa infezione, collo zona e col gruppo delle affezioni erpetiche.

Esiste anche l'esantema ma è molto raro, e sempre modico, nella cavità boccale nel rino-faringe o nella faringe.

L'eruzione compie un regolare ciclo passando dalla macula alla papula e alla vescicola e pustola.

Gli elementi papulosi alastrimici hanno colorito roseo prima, poi rosso cupo e vanno gradatamente aumentando di volume fino a raggiungere la grandezza di un pisello; la consistenza notevolmente compatta dà al tatto l'illusione di un dischetto duro negli strati sotto-epidermici. In uno o due giorni le papule si trasformano in vescicole del diam. di 5-6 mm. a contorno circolare, presentanti nel centro una punta rilevata ripiena di alcune gocce di liquido grigio chiaro lattiginoso. Il contenuto della vescicola conserva per un tempo molto più lungo di quanto non avvenga nel vaiuolo. un aspetto limpido e solo dopo 5-6 giorni si intorbida gradatamente per divenire poi puriforme acquistando l'aspetto di vera pustola. Se nei diversi punti le pustole tendono a confluire ciò non è di prognosi grave come nel vaiuolo. Esse tendono presto a rompersi, il contenuto che fuoriesce si deposita formando una crosta a consistenza e colorito cereo poi giallo ambra e infine bruno-cupa e rapidamente cade (desquamazione rapida) senza lasciare alcuna traccia o cicatrice, eccetto qualche lieve pigmentazione poco durevole. Un carattere distintivo dal vaiuolo molto importante è che, oltre la mancanza assoluta di forme emorragiche, la vastità e l'intensità dell'eruzione non ha mai un esito grave come avviene invece nel vaiuolo.

Nè si osserva negli affetti da alastrim quell'odore nauseante dei vaiuolosi in periodo pustoloso.

d) Periodo della convalescenza. La durata complessiva dell'alastrim va dalle due alle quattro settimane. Non è possibile segnare il passaggio tra la fine dello stato infettivo e la convallescenza, ma nella maggior parte dei casi superato il malessere febbrile dei primi giorni, gl'infermi riprendono le loro occupazioni pur avendo ancora l'eruzione, con grande pericolo quindi di contagio.

Le complicanze epatiche, renali ecc. non sono state osservate, mentre quantunque rarissime quelle oculari possono verificarsi (cheratite, panoftalmite e qualche volta perdita dell'occhio, Jaime Nelo).

Quanto all'immunità, l'aver contratto la malattia non preserva da successivi contagi; anzi spesso si hanno recidive anche a breve scadenza.

Tentativi di vaccinazione o di siero-terapia non sarebbero stati fatti neppure, se si eccettua in Isvizzera ma con risultati ancora non controllati.

La mortalità nei varii focolai epidemici ha oscillato intorno al 2 %; ma in qualche epidemia virulenta ha raggiunto l'8-14 %.

Dal punto di vista anatomo-patologico comparativo con le lesioni vaiuolose si osserva che mentre in queste le pustole sono profonde, esse nell'alastrim interessano solo l'epidermide provocando rigonfiamento e vacuolizzazione dello strato malpighiano, in mezzo al quale si raccoglie l'essudato.

Quanto alla terapia e profilassi è quella delle comuni infezioni, ma non va dimenticato che le norme profilattiche meriterebbero maggiore sviluppo, nonostante la benignità dell'infezione.

BIBL. Gori. Bollettino dell'I. S. M., fasc. IV, agosto 1927. — Ribolla. Medicina Tropicale, Roma 1926. — Salvioli. Breve compendio di malattie esotiche, Padova, 1926. — Netter. Variole attenuée. Variole e Alastrim, Bull. de l'Académie de Médecine, n. 26, 1923 ecc.

□□□

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Gli spirocheti nella etiologia dell'anemia perniciosa.— W. Salisbury Sharpe. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* 1 ottobre 1927.

L'A. osserva che l'anemia perniciosa suole presentarsi con dei caratteri i quali hanno una notevole somiglianza con quelli di molte malattie protozoarie, come per es. il tipo febbrile, le remissioni frequenti, le lesioni nervose, l'efficacia della cura arsenicale, le modificazioni del quadro ematico (linfocitosi relativa) ecc.

A sostegno della sua tesi circa l'origine protozoaria dell'affezione riferisce alcuni casi di morbo di Biermer (anemia perniciosa), nei quali ha potuto osservare nel sangue e nelle fecce la presenza dello spirochete corineforo, (lungo 3,5 micron, con un'estremità rigonfiata, vivace nei movimenti). In questi infermi notò anche la presenza di disturbi digestivi.

L'A. ritiene che probabilmente lo spirochete suddetto vive come parassita nell'intestino, da cui poi passerebbe nel sangue.

Interessante a notare, che nei casi descritti dall'A. la cura arsenicale, specialmente neosalvarsanica nelle stesse dosi che nella sifilide, si dimostrò efficacissima, riuscendo a dare la guarigione in breve lasso di tempo.

Il valore diagnostico e pronostico della reazione urinaria di Weisz. — D. Tuliato, R. Ist. di Patol. medica di Genova. *Minerva Medica,* 1927, vol. 7, n. 19.

Anzitutto: qualche ricordo di tecnica. Dall'urina da esaminare, resa limpida mediante la filtrazione, si diluiscono 6 cmc. entro 12 cmc. di acqua distillata. Si mescola e si versa la metà in un'altra provetta che servirà da controllo e perciò di eguali dimensioni. In una delle due si fanno poi cadere 2-3 gocce di una soluzione al millesimo di permanganato di potassio. Dopo tale aggiunta si mescola bene capovolgendo la provetta e si osserva il colorito che ne risulta, confrontandolo con quello della provetta di controllo. Questa tecnica, corrispondente in tutto a quella adottata e consigliata da Weisz, è stata modificata dall'A., nel senso che invece di 2-3 gocce della soluzione di permanganato ne sono state aggiunte 12-15 e talvolta anche 25-30.

La reazione di Weisz deve essere considerata positiva quando il colorito della diluizione risulta giallo carico e persiste inalterato per molte ore. Qualsiasi altro colorito (giallo non carico nè persistente, giallo bruniccio, violetto) è da classificarsi nelle reazioni negative.

La reazione di Weisz non si osserva mai in individui sani, neanche nelle gravide e nelle puerpere, nemmeno in soggetti leggermente ammalati, ma solo in individui più o meno gravemente ammalati.

Riguardo alle malattie in cui essa si verifica, le opinioni sono contrastanti. Stando alle osservazioni dell'A., la detta reazione non si osserverebbe che solo in una parte delle malattie infettive, mai invece nelle malattie acute e croniche non infettive (malattie del ricambio, del sistema nervoso, del cuore, dei nervi, tumori, ecc.).

Fra le varie malattie in cui la R. Weisz si osserverebbe con certezza (tubercolosi, tifo, morbillo, scarlattina, vaiuolo, erisipela, ecc.) importante è che la reazione si riscontra con speciale frequenza, quando le speciali infezioni si presentano allo stato di spiccata gravezza.

La reazione di Weisz non ha valore diagnostico assoluto. Data però la frequenza, la maggiore persistenza e la precocità con la quale essa si riscontra, in alcune infezioni acute, le si potrebbe assegnare una certa importanza come indizio di sola probabilità nei casi d'infezione non ancora ben determinati nella sua natura.

Ha invece reale valore prognostico per tutte quelle malattie ove la si può riscontrare, ma specie nella tubercolosi polmonare, in quanto che la sua comparsa e il suo aumento d'intensità si notano in ammalati con progressivo peggioramento della loro malattia, mentre la sua scomparsa coincide con l'attenuazione dei sintomi, eccetto il caso in cui l'ammalato sia prossimo a morire. La sua presenza per molti giorni consecutivi, in grado intenso, indica spesso decorso fatale.

La reazione di Weisz potrebbe quindi essere utilmente accolta nella pratica clinica, perchè permetterebbe di seguire passo a passo il decorso dell'infezione tubercolare nelle sue soste e nelle sue riaccensioni, nel suo miglioramento come nel suo peggioramento e permetterebbe ancora di apprezzare lo stato di resistenza dei soggetti e l'efficacia del trattamento terapeutico, specie quello del pneumotorace nella tubercolosi polmonare.

Il valore clinico di questa reazione è identico a quello della diazoreazione, sebbene sia superiore a quest'ultima per la semplicità e brevità di tecnica, per la sua maggiore sensibilità e per il non essere influenzata dai medicamenti ingeriti.

[Le conclusioni dell'A. sul valore diagnostico-pronostico della reaz. W. nella infezione tubercolare sono consone a quelle pubblicate dal 1913 al 1915 nella clinica med. di Camerino da A. Ferrannini e dai suoi allievi. N. d. R.]

Il saggio gastrico dell'istamina. — V. De Benedetti. *Il Policlinico, scz. pratica,* n. 40, 1927.

L'istamina, di recente introdotta nello studio della funzionalità gastrica, è una base organica: β-imidoazoletilamina, individuata clinicamente negli estratti acquosi delle preparazioni magistrali di segala cornuta. Iniettata nell'organismo alla dose di 0,5 mmgr., essa eccita la secrezione gastrica allo stesso modo di quel che fanno i pasti di prova introdotti *per os,*

Digitized by Google

con il vantaggio, però, di ottenere con la prima un succo gastrico non commisto con residui di alimenti. Il ciclo secretorio ha inizio quasi subito, l'acme è raggiunto da 15' a 45' dopo l'iniezione; la secrezione dura circa un'ora. Contemporaneamente si osserva negli individui iniettati un arrossamento vivo e perfino cianotico del volto, un pomfo pruriginoso, che può essere grande come il palmo della mano, al punto d'iniezione, una molesta sensazione di pulsazioni temporali e più raramente un bruciore all'ipogastrio. Reazioni generali più gravi sono rare.

L'A. ha eseguito in numerosi infermi di varie affezioni gastriche il saggio dell'istamina, contemporaneamente al sondaggio gastrico a digiuno, e dalle osservazioni fatte trae le seguenti conclusioni: 1. I normo-iper-cloridrici reagiscono all'istamina con un forte aumento della secrezione, che è più acida di quella ottenuta a digiuno e con la colazione di Ehrmann. 2. Certe dispepsie a sintomatologia vaga, certe gastriti che si accompagnano con anacidità apparente nel sondaggio secco e con ipoacidità nelle colezioni di prova, rispondono all'istamina con una secrezione che per quantità e validità non è di molto inferiore a quella ottenuta in sani a mezzo di stimolazioni digestive. 3. Ipo-e anacidità, dovute verosimilmente ad alterazioni anatomiche profonde della mucosa gastrica reagiscono tardivamente, ma non sempre, con un puro aumento di secrezione senza comparsa di HCl, mentre altri casi anacidi anche al sondaggio prolungato con Ewald rivelano una piccola acidità libera. 4. L'anacidità da colecistite cronica calcolosa non è di solito influenzata dall'istamina. 5. L'achilia da anemia perniciosa, da leucemia e da m. di Addison è refrattaria all'istamina; così pure lo sono altre achilie secondarie a dissenteria cronica, alcoolismo, ecc. 6. Il canone gastrico si comporta variamente e il tipo di reazione istaminica dipende dall'estensione, dalla situazione, dalla data d'insorgenza del neoplasma; in tutti i casi, poi, con la prova istaminica, si è notato dall'A. una evidente emorragia gastrica recente.

Deduzioni cliniche pratiche, specialmente diagnostico-differenziali, scaturiscono quindi dalla prova gastrica con l'istamina, sopra tutto nel campo delle ana- ed ipo-acidità. Come impressione generale si rileva da essa che l'achilia è meno frequente di quanto si potesse prima arguire dalle prove digestive.

Sull'attività antirachitica del colesterolo, dell'ergosterolo ed analoghe sostanze irradiate. — A. Hess. *The Journal of the Amer. Med. Ass.*, 1927, vol. 89, n. 5.

E' noto che tra le più pratiche applicazioni di un alimento irradiato c'è da annoverare l'uso del latte secco irradiato nella alimentazione dei bambini. E' opinione generale che il latte secco trattato in questa guisa riesca a prevenire e a curare la rachitide e la tetania infantile.

L'A. ha notato che il collesterolo irradiato sviluppa una energica azione antirachitica, tanto che può essere aggiunto all'olio di fegato di merluzzo con grandissimo vantaggio. La massa cerebrale disseccata, la quale contiene una quantità rilevante di colesterolo, riesce di una grandissima importanza terapeutica, se ingerita dopo conveniente irradiazione.

Ricerche successive hanno poi mostrato che non è proprio il colesterolo che subisce l'attivazione, ma probabilmente un altro sterolo intimamente ed inscindibilmente associato ad esso.

In un gran numero di steroli che furono irradiati e saggiati pen il potere antirachitico, si è trovato che solo l'ergosterolo sviluppa un potere antirachitico. Questo sterolo, che si prepara dal lievito, condusse sperimentalmente alla calcificazione delle epifisi, quando fu somministrato in dose di mgr. 2 giornalieri.

Invece dell'ergosterolo, il lievito irradiato può ben essere adoperato come antirachitico. Il lievito è stato trovato molto efficace negli animali e nei bambini.

Lo jodio radioattivo nella cura della tubercolosi polmonare. G. Donon-Brico. *Gazette des Hôpitaux*, 8 ottobre 1927.

Lo studio della cura iodica nella tubercolosi polmonare, secondo parecchi autori ha portato a questa formula: lo iodio deve essere somministrato a preferenza sotto una forma iniettabile radioattiva e solo nelle lesioni limitate o a lenta evoluzione.

L'A. ha ricercato gli effetti dello iodio organico iniettabile radioattivo, specie nei casi di adeniti bacillari.

In cavie iniettate con una soluzione differentemente concentrata di espettorati tubercolari le quali presentavano intense reazioni ganglionari, l'iniezione di mezzo cc. a giorni alterni di iodio organico radioattivo ha determinato una reazione difensiva caratteristica con comparsa di numerosi normoblasti.

E' stata inoltre constatata l'esistenza di vasti campi di sclerosi, a testimonianza dell'avvenuta guarigione [secondo l'A. N. d. R.].

L'iniezione di 1 cc. di iodio organico radioattivo, nel peritoneo della cavia, ha determinato una intensa leucocitosi di difesa. Le iniezioni sono state fatte in media in dose di mezzo cc. (contenendo per cc. cgr. 2,6 di iodio radio-attivo).

Nella tubercolosi pulmonare dell'uomo l'A. inietta 1 cc. ogni giorno, in serie di 30 successivi.

Da questo studio sperimentale e clinico l'A. deduce la superiorità dell'iodio iniettabile radioattivo, il che d'altronde risulta anche dai precedenti lavori di Nigout-Foussal, Maestracci, Marissal, ecc.

Il saggio di Otvös alla atropina nell'ulcera gastro-duodenale. — Mischkowski, R. Clinica Medica in Koenigsberg. *Medizinische Klinik*, n. 43, 1927.

La difficoltà di decidere tra la diagnosi di ulcera gastro-duodenale e quella di colecistiti croniche, è ormai notissima. Otvös per giungere alla indicazione ed attuazione del suo saggio differenziale, parte dal concetto che i gangli giacenti nel fondo, o sulla periferia dell'ulcera duodenale, si trovino in uno stato di irritazione. Se si dispone di un rimedio farmacologico capace di saggiare le condizioni irritative delle cellule gangliari di Auenbach della parete intestinale, si potrà eventualmente decidere se ci sia o meno uno stato ulceroso. Crede l'Otvös averlo trovato nel solfato di atropina capace appunto di elevare l'eccitabilità dei gruppi di cellule gangliari. Conseguenza di ciò sarebbe un permanente stato spastico di chiusura del piloro, il che menerebbe ad un ritardato svuotamento dello stomaco. Il contrario si ha quando si tratti di una colecistite cronica, essendo interessato soltanto il rivestimento peritoneale del duodeno, non alterate le pareti, non offeso il sistema nervoso intramurale, non elevata la sua eccitabilità.

Questo saggio dunque è stato messo in pratica su 34 pazienti della predetta clinica, seguendo naturalmente le norme fondamentali, cioè prendendo cognizione radioscopica del contegno gastroduodenale con pasto di prova senza atropina; quindi ripetendolo in qualche giorno successivo, previa somministrazione di 1-1 1/2 milligrammo di solfato di atropina. Facendo lo spoglio di questi casi, si può rilevare che di 10 casi accertati di ulcera, soltanto 4 risposero in modo positivo; nel senso cioè che in due casi la peristalsi era scemata, in uno alquanto accentuata, in uno invariata.

Di 6 casi di probabile ulcera, due fornirono prova atropinica positiva, ambedue le volte con riduzione della peristalsi.

Di altri 18 casi (colecistite, neurastenia, anacidità, subacidità, aderenze, enterospasmi, elmintiasi) il saggio atropinico rispose sempre negativo, senza influsso sulla peristalsi.

Dunque, in base a queste osservazioni, il saggio Otvös non è punto diagnostico-differenziale nel quadro dell'ulcera gastrica; e (come era da attendersi, aggiungiamo noi!) l'atropina nei casi dell'A. non è riescita a provocare uno spasmo, bensì a mitigare la peristalsi, ed in modo incontestabile, perchè messo in evidenza dallo schermo radioscopico. Dunque niente pilorospasmo, sia che si trattasse di accertata ulcera gastro-duodenale; sia di altre condizioni patologiche.

Se non altro, questo controllo eseguito nella Clinica di Matthes verrebbe, secondo noi a ricordare, che non si capovolge a capriccio, quel che si sapeva sull'azione di quell'alcaloide!

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Il "pericolo epatico" nelle operazioni sulle vie biliari. – Victor Pauchet dell'Ospedale Saint-Michel di Parigi. *Journal des Praticiens*, 1927, n. 42.

Eseguire una colecistectomia per colecistite calcolosa, a freddo, costituisce un'operazione molto semplice, sopra tutto se l'infermo non presenta insufficienza epatica; estrarre uno o più calcoli dal coledoco in un infermo itterico o infettivo, costituisce un'operazione rischiosa, dovendosi temere lo shock epatico. Per ridurre all'minimo i pericoli bisogna:

A. *Porre esatte indicazioni operatorie*: a) Non operare un malato a caldo così come a freddo. Per es., se si tratta di una colecistite calcolosa, catarrale o suppurata, praticare la colecistectomia se l'infermo è apiretico, ricorrere, in caso contrario, alla colecistostomia.

b) Ricorrere alla colecistectomia parziale negli infermi depressi o itterici, quando la cistifellea aderisce al fegato, lasciando *in situ* la porzione aderente alla loggia epatica. Se la cistifellea si confonde col colon o col duodeno, la si incide, la si evacua e si escide la porzione di parete che rischierebbe di essere asportata a costo di ledere l'intestino.

c) Si ricorderà che scopo del chirurgo è in primo luogo di salvare il malato, poi, se è possibile, di guarirlo definitivamente. Se il chirurgo non può raggiungere quest'ultimo scopo in una sola volta, praticherà l'operazione in due tempi. L'indicazione terapeutica varia caso per caso; infatti, possono coesistere alterazioni varie. Così una colecistite calcolosa può coincidere con un calcolo dell'ampolla di Vater o con un'angiocolite o con un'ulcera duodenale; con la colecistite può coesistere una perforazione del duodeno o del colon, con formazione di una fistola inter colon- o duodeno vescicolare.

Digitized by Google

Oltre che ragioni di ordine locale, possono spingere a scegliere questo o quello intervento anche ragioni di ordine generale, quali l'obesità, l'ipertensione arteriosa, l'insufficienza renale, il diabete, l'ittero, la febbre, ecc.

B. *Precisare bene la diagnosi.* Il chirurgo che pratica una gastro-enterostomia per una semplice ptosi gastrica, per una gastropatia nervosa o una dispepsia riflessa (appendicite, stasi intestinale), o per un'ulcera gastrica, commette un errore e i risultati lontani sono cattivi. Asportare l'appendice ad un infermo affetto da periduodenite o pericolite, costituisce un errore terapeutico; fissare un utero retroverso o un rene mobile in un neuropatico, non dà alcun beneficio.

Come si vede, una cattiva diagnosi è causa di una cattiva terapia, e perciò, prima di intervenire sulla cistifellea, bisogna essere sicuri della diagnosi. Non si farà mai a meno, quindi, d'una radiografia dopo iniezione di tetraiodofenolftaleina, nè ci si dimenticherà il sondaggio duonale e la ricerca nel siero di sangue di pigmenti biliari. Positive o negative, queste ricerche sono sempre utili.

C. *Evitare ogni errore di tecnica.* a) Fare una larga incisione, sì da operare a cielo aperto. Dissecare e liberare, senza farli sanguinare, gli organi che si incontrano durante l'atto operativo ed identificarli bene. Far uso di manovre non traumatizzanti. Asportare la cistifellea, dalla profondità verso l'esterno o viceversa, secondo il modo come essa si presenta.

b) Non dimenticare calcoli nel cistico, nell'epatico o nell'ampolla di Vater, e perciò esplorare bene questi condotti. Durante la dissezione, non ferire nè il coledoco nè l'epatico. Se il coledoco è dilatato, segno di un calcolo nell'ampolla di Vater, aprire questo canale, svuotarlo e drenarlo.

c) Se il coledoco non è dilatato e l'infermo non ha brividi e febbre, non aprirlo, ma palparlo solo esternamente, tra pollice e indice; in tal caso asportare la vescichetta calcolosa senza aprire il coledoco.

d) Non far sanguinare il fegato, asportando la colecisti; non privare della loro sierosa duodeno e colon.

e) Se si giudica utile drenare, non porre il drenaggio nella ferita operatoria, ma in una controapertura a destra, nella fossa sotto-epatica, sotto il legamento coronario, in dietro. Il drenaggio, posto in corrispondenza della sutura, fa correre il rischio d'uno sventramento; in tale posizione, inoltre, esso non occupa il punto più declive.

f) Aver cura della funzionalità epatica prima e dopo l'intervento. Quando v'è pericolo, infatti, per ittero o debolezza dell'infermo, preparare l'ammalato col riposo a letto per 8-10 giorni. Iniettare una soluzione zuccherata nel retto; fare bere acqua o sciroppi di frutta in abbondanza; insegnare all'operato la ginnastica respiratoria, in modo da attivare la respirazione e la circolazione; al momento dell'intervento, eseguire l'anestesia generale, combinata o non al protossido di azoto, sopra tutto se v'è ittero; fare una trasfusione di sangue, la vigilia dell'operazione; usare la diatermia durante l'operazione e continuarla dopo l'intervento, per riscaldare il malato; se v'è ittero, fare un'altra trasfusione di sangue e iniziare, subito dopo che la coscienza è stata riacquistata, la ginnastica respiratoria, continuando a somministrare bevande in abbondanza.

Con queste precauzioni pre- e post-operatorie sarà aumentata la percentuale dei risultati buoni, immediati e lontani.

Ernia da scivolamento del ceco senza sacco. — GIANOTTI, Istituto Patologia Chirurgica, Torino. *Minerva Medica*, n. 29, 1927.

Giova sempre ricordare qualche osservazione pratica, anche quando l'argomento sia vieto. In questo infermo di 75 a. si osservò una ernia incompleta del ceco, sacco completamente aderente, complicatosi a strozzamento. Il tumore erniario esteso sino allo scroto, era in massima parte costituito da lobuli di grasso che avevano preceduto il ceco nella sua discesa trans-inguinale. La scarsa dolorabilità del tumore erniario, la consistenza molle, la conformazione lobulata, l'alvo libero, l'epoca tarda di comparsa dei sintomi generali, indussero ad errare la diagnosi, ammettendo uno strozzamento dell'omento, e ad intervenire al settimo giorno dallo strozzamento; si interpretò il quadro clinico, appunto perchè c'era strozzamento laterale, situazione extraperitoneale dell'organo.

L'A. si ferma a disaminare il meccanismo di codesto scivolamento, quale viene studiato in ogni buon libro. L'operatore credette dovere eseguire la resezione del cieco; quindi anche la funicolo-orchiectomia, perchè infetto il campo. Quindi la ricostruzione Bassini. Guarigione in 7 settimane.

Nuovo anestetico locale.— WINTERSTEIN, R. Clinica Chirurgica, Zürich. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 44, 1927.

Sotto il nome S. F. 147 la Firma Sandoz fornisce un N. Dietil-leucinol-estere del p. Amino-benzoe-acido.

Il preparato dunque rientra nel gruppo o serie della novocaina. Bene sterilizzabile, solubile in acqua, bene accoppiato alla soprarenina per rafforzarne l'efficacia, questo anestetico è 3-2 volte meno tossico della cocaina; 2-2,5 volte più tossico della novocaina. Resta dunque tra la novocaina e la tutocaina, più vicina a quest'ultima. Meno iperemizzante di questa. Durata di azione superiore a quella della novocaina. Limite minimo di azione 0,001 %. Azione attenuata dall'aggiunta di solfato di potassio.

Le ripetute esperienze di confronto fornirono che la S. F. 147 con minore iperemia agisce alquanto più lentamente che non la tutocaina a pari concentrazione. Può anche accadere l'inverso.

Come solvente fu usata la soluzione clorosodica normale, in proporzione da 0,2-0,1 %. Le iniezioni furono eseguite secondo i territori abituali all'anestesia locale, in circa 700 casi. L'anestesia avvenne di regola dopo pochi minuti. Con soluzioni 0,3 % si notò in 36 % dei casi di anestesia prolungata per 6 ore. In circa 50 % l'anestesia durò 5 ore con soluzione 0,2 % o 0,3 %.

Non si osservano alterazioni di tessuti nè disturbi generali. Vomiti in 3-6 % dei casi. Si ebbe impressione di superiorità di fronte alla tutocaina.

In complesso il prodotto segnerebbe, nel suo campo, un progresso.

Sulla rapida diagnosi istologica nella biopsia chirurgica. HOFFHEINZ, Clinica Chirurgica in Leipzig. *Zentralblatt f. Chirurgie*, n. 40, 1927.

Non c'è chi ignori come siasi sempre più studiato di ottenere, seduta stante, esatti responsi micrografici. Specialmente nei grandi Istituti esteri si può dire sistematizzata questa ricerca complementare. Dal responso, p. es. di escissioni di tumori mammari, qualche chirurgo fa anche, seduta stante la sua prognosi del risultato operatorio.

Senza entrare a discutere quanto ci si guadagni, qui è il caso di sapere come meglio si possa pervenire all'esame, tanto più che l'A. propende a mostrare che il nuovo non sempre è da preferire all'antico.

L'esperienza finoggi fu quella della fissazione rapida in formalina calda, od in acqua bollente, seguita da colorazione ematossilina-eosinica. Si avevano imagini nette, e contrasti molto spiccati. Tempo di allestimento dei preparati, tra 5-10 minuti; attesa che può bene utilizzarsi per l'emostasi od altri adempimenti operatori. Ma gli americani, non soddisfatti di unica escissione, vogliono, nelle varie fasi dell'intervento ripeterla. Comunque si tratti di minuti, la somma costituisce sempre una certa perdita di tempo. Particolarmente Hellwig ha affermato che il principio della fissazione è scosso dalla precipitazione dell'albumina e che pertanto bisognerebbe sostituirlo con un impasto di destrina. Poi può anche semplificarsi la colorazione con quella polioromica di Unna all'azzurro di metilene, e passaggio nella soluzione di glucosio di Brun. Ora il dibattito concerne il tempo: gli americani 1 1/2-3 minuti; il tedesco A. 2 1/2-3 1/2 minuti. E sulla variante di questo attimo fuggente, non si mettono d'accordo! Poi sorge la discussione: quali imagini sono più nette, se quelle ottenute con l'antico metodo ematossilino-eosina, ovvero quelle col policromo di Unna.

La risposta è a favore del primo metodo.

Come si vede la discussione resta quale era, aperta; e chi intervenisse potrebbe anche obbiettare che in fatto di tecnicismo l'osservatore esecutore valga più del metodo!

VENEREO-SIFILOGRAFIA

Malario-terapia della gonorrea.— SCHERBER, Rudolfspital in Wien. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n. 44, 1927.

Da qualche tempo, e per affinità con quanto si va constatando in altre affezioni, si è acquisito che il processo febbrile malarico, è capace di esercitare un influsso favorevole sulla gonorrea. Naturalmente le riprove ed i controlli, sulla bibliografia possono dirsi divisi, a seconda dal maggiore o minore entusiasmo.

Nel predetto reparto dermatologico si sono ripetute le esperienze terapeutiche su 15 uomini e 28 donne. Le iniezioni furono praticate con materiale uniforme proveniente dalla clinica medica. Si provocarono accessi febbrili di numero variabile tra 6-12, la più parte di tipo terzanario. Furono quindi esperite le varie indagini batterioscopiche a complemento di quelle cliniche.

Riassumendo dall'analisi dei singoli casi, si può dire quanto segue: la malario-terapia non è priva di azione sul flusso gonorroico in ambedue i sessi; non si esclude che essa provochi una reazione di riassorbimento sugli infiltrati. Non è affermata una diretta azione sui gonococchi. Bisogna fondarsi su esami ripetuti osservazioni prolungate (casistiche più numerose) prima di dare un giudizio definitivo.

La tripaflavina nella infezione gonococcica. — C. MATTA e L. CASTALDI. *La Semana Médica*, 21 luglio 1927.

Gli AA. hanno osservato che la tripaflavina nelle affezioni uretrali acute di origine gonococcica esercita una spiccata azione sul sintoma bru-

Digitized by Google

ciore, e riduce notevolmente il processo purulento. Nonostante ciò però le guarigioni, nei casi più favorevoli, si conseguono in un tempo che non è più breve di quello che si riscontra nel metodo classico di cura della blenorragia. D'altra parte gli insuccessi sono molto frequenti.

La tripaflavina viene quindi dagli AA. considerata come un medicamento che può tentarsi in sostituzione del permangarato nei casi in cui gli infermi, per una qualsiasi causa, non possano praticarsi i grandi lavaggi nella forma e nel modo richiesti.

I processi uretrali cronici di origine gonococcica, come pure le complicanze della blenorragia, non sono maggiormente influenzati dalla tripaflavina, ragion per cui l'uso di questa riuscirebbe completamente inutile in queste condizioni morbose.

Super-infezione sifilitica e fenomeni immunitari nella sifilide. — R. Pasini, R. Clinica Dermosifilopatica di Milano. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 68, n. 3, 1927.

Dal complesso delle sue osservazioni su 17 casi di superinfezione sifilitica sperimentale, eseguite su altrettanti individui in vario periodo d'infezione sifilitica spontanea, l'A. deduce che la superinfezione sifilitica sperimentale sull'uomo non si verifica in modo costante, essendo stata ottenuta solo nel 70 % dei casi. L'alterazione che si ottiene riveste quasi sempre i caratteri delle manifestazioni proprie del periodo infettivo in cui si trova spontaneamente il sifilitico.

Il materiale treponemico eterologo si comporta in modo differente quando è innestato contemporaneamente in diversi individui sifilitici, nonchè in uno stesso individuo dall'uno all'altro distretto del tessuto cutaneo. Indifferente all'innesto treponemico si dimostra il tessuto di cicatrice derivante da precedenti manifestazioni sifilitiche terziarie. Ciò conferma che nella sifilide accanto ad una immunità generale esiste una immunità locale.

La reazione allergica flogistica conseguente all'innesto treponemico si deve interpretare come una difesa istiogena contro il parassita, del quale determina la scomparsa. Ciò non implica però impossibilità al costituirsi di manifestazioni specifiche di superinfezione.

E' quindi verosimile che il treponema persista nella lesione allergica in forma e fase evolutiva non dimostrabile con le attuali conoscenze di ricerca.

L'innesto treponemico eterologo non è sempre seguito a sua volta dalla comparsa di reazioni allergiche (immunità locale) e da manifestazione specifica di superinfezione. Si deve quindi ammettere che accanto ad una difesa per immunità istiogena, che si manifesta col fenomeno allergico, ne esista un'altra per immunità umorale che non si traduce con alcuna manifestazione clinica.

L'innesto treponemico autogeno dà per solito reazioni allergiche molto più leggiere e transitorie di quelle determinate dall'innesto treponemico eterologo.

I medicamenti specifici, nel mentre agiscono con rapidità ed energia verso le manifestazioni della sifilide spontanea, hanno azione lenta e ritardata sui prodotti di innesto treponemico eterologo, dei quali non impediscono il costituirsi e, per un certo tempo la evoluzione.

Successivi innesti treponemici eterologhi di superinfezione dànno, per solito, reazioni allergiche progressivamente maggiori e talvolta imponentissime.

Ciò indica una ipersensibilità ed una iper-reagibilità acquisita dei tessuti a successive introduzioni di virus sifilitico e trova riscontro in quanto si osserva per diverse altre malattie infettive.

Non è bene conosciuto e dimostrabile il meccanismo delle sensibilità e delle reazioni istiogene allergiche. Fra le teorie che dànno importanza prevalente difensiva alla reazione linfocitaria ad una fagocitosi obbligata per parte degli elementi del sistema reticolo-endoteliale, la ricerca anatomica sperimentale sulle produzioni allergiche dimostra, senza per altro poterne ancora precisare il valore, una grande partecipazione degli elementi di detto sistema reticolo-endoteliale.

I preparati di bismuto nella cura della sifilide congenita. — C. Wright, Philadelphia. *Journal the Amer. Med. Ass.*, agosto, 1927.

L'A. ha ricercato l'azione dei reparati di bismuto in 54 casi di sifilide congenita. La maggior parte di quest'infermi avevano praticato una cura con neoarsfenamina ed alcuni di essi una cura mercuriale; 47 avevano una sifilide congenita tardiva e solo 4 di questi avevano dato una reazione di Wassermann negativa dopo una media di 30 iniezioni di neoarsfenamina; 20 di questi 47 infermi con Wassermann positiva divennero Wassermann negativi, dopo che fu loro iniettata una quantità variabile di bismuto.

In tre casi con manifestazioni cutanee ribelli alle altre cure, le lesioni sparirono con rapidità e le spirochete sparirono già 48 ore dopo la somministrazione di bismuto-tartrato di potassio per via intramuscolare in dose di 5 mgr. per kgr. di peso corporeo; 4 infermi con cheratite interstiziale attiva, trattati con iniezioni settimanali di bismuto e con atropina localmente ottennero risultati analoghi a quelli che si sarebbero potuto ottenere con una cura combinata mercuriale e neoarsfenaminica.

L'A. afferma che il detto preparato di bismuto è benissimo tollerato dai bambini di ogni età, onde lo raccomanda quale ottimo coadiuvante degli arsenobenzoli nella cura della sifilide congenita.

La terapia intrarachidea della neuro-sifilide. — G. Lafora. *El Siglo Médico*, 1927, n. 3843.

La terapia endorachidea applicata con prudenza, servendosi dei sali solubili di bismuto, è di grande efficacia, nonchè di grande regolarità negli effetti, e non provoca incidenti di alcuna specie.

Con questa terapia non si può pretendere di curare (nel senso stretto della parola) la paralisi progressiva, data la presenza di lesioni prenchimatose profonde, mentre il medicamento agisce solo sulle lesioni meningee superficiali, e sulle lesioni parameningee dei vasi piocorticali.

Ciò non ostante, la stessa azione sulle lesioni meningee può modificare la intensità dei sintomi, soprattutto nei primi periodi, mentre ben poco si potrà ottenere quando il tessuto nervoso presenta molte lesioni parenchimali.

Nei casi della prima categoria, viene prolungata, talora di molto, la vita del paziente, e si ottengono anche remissioni piuttosto lunghe; anche il reperto anatomo-patologico (di individui morti durante la miglioria per malattia intercorrente) dimostra una molto meno intensa infiltrazione vascolare della corteccia e delle meningi, comparativamente con casi di controllo non trattati.

Da ciò scaturisce la necessità della diagnosi e della terapia precoce il più possibile.

La terapia bismutica può essere associata alla piretoterapia; e d'altra parte essa trova delle indicazioni precise nella tabe ed in altre forme di neurosifilide, dove falliscono i metodi generali.

OTORINOLARINGOIATRIA

Terapia conservativa della otite media purulenta. — S. Horn, New York. *Medical Journal and Record*, 1927, n. 11.

Il metodo di terapia conservativa attuato dall'A. nei casi di otite media cronica purulenta, si basa su tre elementi:

1) Correzione di alcune condizioni del naso, e del faringe che possano contribuire al mantenimento della otorrea;

2) attenzione allo stato generale di salute del paziente, preoccupandosi soprattutto di alcuni ovvii difetti costituzionali ed attuando le misure igieniche generali, del caso;

3) pulizia locale e disinfezione dell'area ammalata sino a guarigione effettuata.

Il punto 3) viene attuato nel seguente modo: il condotto uditivo esterno è liberato mediante un po' di ovatta, di tutte le secrezioni rimovibili; un secondo intervento è praticato con ovatta imbevuta di acqua ossigenata; ed infine con altra ovatta il condotto viene deterso ed asciugato. Se esistono polipi o granulazioni esuberanti, vengono rimossi o distrutti in situ (soluzione di nitrato di argento al 5 %, nelle successive applicazioni, al 10 %; oppure resorcina alcoolica al 10 %).

Dopo che il condotto uditivo è stato così preparato, viene applicato contro il timpano un batuffolo di ovatta imbevuto di una soluzione al 20 % di unguento di Credé (a base di collargolo) in olio minerale.

Successivamente, questo batuffolo viene sostituito con un tampone imbevuto di un linimento della seguente formula:

Unguento di Credé — Lanolina — Petrolato ana parti; il quale viene lasciato in sito per due giorni, dopo i quali si ricomincia daccapo l'intera procedura.

Con questo metodo l'Autore ha ottenuto la guarigione in 109 casi, e solo in uno ha dovuto sottoporre il paziente all'operazione radicale sulla mastoide.

Le afonie pretubercolari. — G. Bilancioni, della Clinica otorino-laringoiatrica di Pisa. *Giornale del medico pratico*, luglio 1927.

Le afonie e disfonie funzionali non rivelano lesioni laringee apparenti, nè vere paralisi; ma sono legate a modificazioni tenui e sottili della statica laringea o mutamenti più o meno durevoli della funzione delle diverse parti dell'organo vocale.

In generale, un'afonia o disfonia può dipendere da più cause. Può trattarsi di lesioni organiche in atto, cioè di laringiti, caratterizzate, secondo il loro grado e natura, dalla congestione, dall'edema, dall'infiltrazione, dall'ulcerazione, dall'interessamento delle cartilagini.

In un secondo gruppo può trattarsi di lesioni cicatrizzate, cioè di lesioni guarite nel senso clinico, che hanno quindi cessato di essere attive, senza tuttavia essere completamente guarite nel senso anatomico.

Nella impotenza totale paralitica, la paralisi ricorrenziale totale immobilizza la corda, in una qualsiasi posizione. Si tratta in tali casi di ne-

Digitized by Google

vriti, dovute alle abituali cause: meccaniche, fisiche, tossiche, infettive. Quando la paralisi è bilaterale si ha abolizione della sensibilità del vestibolo laringeo, con conseguenze gravi per l'infermo.

Le afonie e disfonie funzionali risultano da una impotenza laringea parziale. Una laringe afona, la quale non ha lesione attuale nè cicatrizzata, ne paralisi del ricorrente, può presentarsi sotto tre aspetti: può osservarsi difetto di tensione di una o di ambedue le corde, o difetto di avvicinamento delle aritenoidi; o, infine, in coordinazione dei movimenti, perchè le corde non obbediscono e restano più o meno in abduzione.

Il primo quadro laringoscopico si osserva talvolta in casi iniziali di basedovismo, o quale postumo di una laringite acuta, o, talvolta, può essere il segno di una lesione che passa inavvertita al laringoscopio e costituire una forma discreta di pretubercolosi laringea. Le così dette afonie neuropatiche o da fatica, benchè in individui sospetti di tubercolosi, non sono specifiche: così si hanno delle afonie passeggiere nelle donne nel periodo dei catameni.

Nei casi caratterizzati dal secondo aspetto laringoscopico (triangolo posteriore aritenoideo sempre aperto), l'afonia in genere è assoluta. E' frequente la concomitanza della tubercolosi polmonare; la paralisi isolata del muscolo inter-aritenoideo è quasi sempre significativa per una lesione infiammatoria di superficie e, propriamente, di natura tubercolare.

Nell'afonia puramente neuropatica (isterica), senza alcuna lesione non v'è che una incoordinazione dei movimenti delle corde, per difetto di obbedienza agli impulsi dei centri superiori. Le corde divaricate, esitanti, tremule, non giungono ad eseguire i movimenti che si richiederebbero per emettere un suono. Qui ha efficacia straordinaria la suggestione.

TERAPIA FISICA

La roentgenepilazione delle braccia muliebri ipertricotiche. G. SCADUTO, Palermo. *La Radiologia Medica*, 1927, vol. XIV, n. 7.

La tecnica è la seguente. Stando il soggetto regolarmente seduto, si dispone l'avambraccio sopra un cuscinetto oblungo pieno di sabbia della lunghezza di 50 cm. circa, che comprenda quindi nell'appoggio anche la mano. La superficie dorsale da irradiare viene divisa in tre zone di un terzo ciascuna al cui centro si dirige il raggio normale. Il soggetto preme fortemente con tutto l'avambraccio sul piano costituito dal sacchetto in modo da rendere quanto più è possibile pianeggiante le zone da irradiare.

In un'altra posizione, che è quella palmare, leggermente obliqua all'interno, sono comprese ugualmente tre zone, l'avambraccio poggiante sempre e fortemente sul sacchetto di sabbia.

Nella terza posizione finalmente, il soggetto, sempre seduto, adagerà sul cuscino di sabbia il braccio che farà coll'avambraccio un angolo il più acuto che è possibile sulla piega del gomito ed in modo che il pugno chiuso o la palma della mano venga ad appoggiarsi sulla regione deltoidea corrispondente.

Si avranno così 9 superfici da irradiare.

La tecnica ed il dosaggio non differiscono da quelli dall'A. già descritti per l'ipertricosi della faccia nel fasc. 2, vol. IX della *Radiologia Medica*: il raggio normale va diretto al centro della superficie da irradiare, senza proteggere le regioni limitrofe in modo da utilizzare l'azione globale dei raggi emessi dall'ampolla.

La siderazione delle papille pilifere nelle braccia si consegue, qualche mese prima che non per la faccia.

I risultati più benefici si notano nelle donne, specialmente da 24 anni in su.

La roentgenterapia nel trattamento dell'asma e della corizza spastica. — VALLERY, GIBERT, BLAMOUTIER e CLAUDE. *La Presse Médicale*, n. 80, 1927.

Poco noto, quindi poco divulgato può ritenersi questo tattamento, che sembra esser per la prima volta istituito nel 1906 da Schilling. Soltanto negli ultimi anni dal dopo guerra si accentuò qualche tendenza oltre la Germania, anche in altri centri. Dalla radioterapia toracica si passò a quella splenica, a quella tiroidea etc.

Si variò naturalmente anche nella tecnica: dapprima lievi e cotidiane irradiazioni; oppure due o tre volte la settimana. Poi si volle adottare come dosaggio la provocazione dell'eritema cutaneo. Si variò, a seconda degli aa. nel campo da irradiare. Per il torace ora in numero di sette, ora di quattro o di due. Per le irradiazioni spleniche due, l'una anteriore, l'altra posteriore.

Gli infermi curati da questi tre AA. sono 64; dei quali 31 affetti da solo asma, 25 da corizza spasmodica concomitante. In grande maggioranza adulti. Parità fra' due sessi. La più parte furono sottoposti alla seguente tecnica: Apparecchio a bobine. Ampolla Coolidge Standard. Distanza focale 30 cm. Filtro di 5-10 mill. alluminio. Dose per campo e seduta 500 R. o 245. Per il polmone due porte di entrata ilari, l'una anteriore, l'altra posteriore. Per la milza due porte anche, anteriore e posteriore, per risparmiare la pelle. In media i pazienti subivano 10-12 successive sedute, ciascuna di circa 10 minuti, due volte la settimana, l'una sul torace l'altra sulla milza, oppure due gruppi di 5-6 sedute, l'un ilare, l'altro splenico.

Analizzando il complesso dei casi, si hanno: 19 scomparsa della crisi d'asma o di corizza, cioè 30 %; 16 miglioramenti, cioè 25 %; e 29 insuccessi, cioè 45 %. La durata del successo si è potuto in alcuni casi confermare dopo oltre un anno. Pur facendo riserve sul giudizio definitivo prima che siano trascorsi più anni, credono gli AA. non si possa, in certi casi negare che l'effetto sia stato sorprendente, quando si rifletta che la cessazione dopo poche sedute si ebbe in persone le quali erano tormentate da più decenni. Si sono poi constatati risultati contraddittori, nel senso che mentre in alcuni casi cessava soltanto la corizza sotto le applicazioni spleniche; viceversa in quelle toraciche. I casi di insuccesso sono difficilmente spiegabili, giacchè non si saprebbero attribuire nè all'anzianità dei pazienti, nè all'annosità della lesione. Volendo scrutare bene i casi per discernere quale tra i metodi attuati abbia meglio a lodarsi, non riesce nemmeno facile stabilirlo con cifre di risultati. Bisogna attendere a collazionare più centinaia di casi.

In somma successo terapeutico c'è; ma linea sicura di attuazione e di risultato, non si può ancora tracciarla; epperò non si potrebbe d'avanzo dire qual caso sia adatto, quale altro da rifiutare per la röntgenterapia.

Le stesse teorie avanzate a spiegare il modo di azione particolarmente sugli elementi linfatici bronchiali e peribronchiali, hanno ricevuto chiaramente una scossa dai risultati anche favorevoli delle applicazioni spleniche. Non sarebbe questo il luogo di venir elencando, a loro volta le diverse teorie messe innanzi per interpretare l'influsso della irradiazione splenica. Teorie le quali, come è noto prospettano ora l'influsso proteinico per distruzione di cellule spleniche; ora la leucocitolisi e la fagocitosi; ora una modificazione umorale del sangue.

La folgorazione nel cancro inoperabile dell'urocisti. — BOECKEL in Strasbourg. *Strasbourg Médical*, n. 20, 1927.

Le tre osservazioni qui registrate avevano presentato come sintomi dominanti: dolori vivissimi ed emorragie copiose. Per non abbandonarli al loro triste destino l'A. si propose un trattamento sintomatico. Si presentavano le seguenti vie da percorrere: 1. Scintille per vie endoscopica; 2. Ureterostomia doppia; 3. Radioterapia; 4. Röntgenterapia profonda; 5. Scintillaggio (o folgorazione) a vescica aperta. Il primo di questi trattamenti, meraviglioso per la distruzione di papillomi, ha di solito fornito insuccessi nel cancro, salvo un qualche temporaneo arresto dell'emorragia.

Il secondo trattamento sembrò controindicato, perchè se calma i dolori, poco influisce sull'ematuria, mentre condanna i pazienti ad un'infermità non sempre tollerata.

In quanto alla radiumterapia, è noto che essa va sempre più sfiduciando. Rispetto alla röntgen profonda l'A. stesso pure avendone qualche buon concetto, non crede si possa soverchiamente contarci. Pertanto, anche con l'autorità dell'André l'A. ha creduto preferire l'epicistotomia e cauterizzazione del tessuto neoplasico mediante uno stelo Paquelin terminalmente foggiato a fungo. Senonchè ha creduto anche andar meglio allo scopo, sostituendo al termo, l'alta frequenza. Così ad imitazione di Marion ha largamente elettrocauterizzato, poi folgorato, mediante l'apparato ad alta frequenza Heitz-Boyen, ed utilizzando scintille potentissime. In questo lavoro riesce opportunissimo il divaricatore Legueu, a guardare quanto più profondamente. Nessun bottone neoplasico, per piccolo che sia, si sottrae così all'azione dell'elettrodo.

Scomparvero le emorragie ed i dolori; si andò ripristinando lo appetito e l'energia.

Dunque data l'estrema gravità del cancro vescicale infiltrato, e la mortalità elevata delle operazioni radicali; dato per contrario il buon esito di codesto trattamento, l'A. propone di far debitamente entrare nella terapia in parola, la folgorazione a vescica aperta.

FARMACOLOGIA

La papaverina. — A. BRACONNET. *La Presse Médicale*, n. 68, 1927.

La papaverina è un alcaloide estratto dall'oppio, che possiede un'azione elettiva sulla fibra muscolare liscia.

Quest'azione consiste sopratutto in una inibizione della funzione cinetica della cellula muscolare vegetativa, inibizione tanto più accentuata quanto più grande è l'esagerazione della funzione cinetica. L'azione para-

Digitized by Google

lizzante della papaverina si oppone agli effetti eccitanti degli altri alcaloidi del gruppo della morfina.

Per la sua insolubilità, l'alcaloide stesso non è adoperato; si adopera invece il suo cloridrato. Le dosi attive e non tossiche di questo sale, somministrate per via orale, sono comprese, nell'adulto, fra 15 e 35 cgr.; nel bambino, da cui il cloridrato di papaverina è mirabilmente tollerato, esse oscillano fra 10 e 15 mgr. per anno di età. Queste dosi devono essere raggiunte progressivamente ed anche superate se il risultato desiderato non si ottiene.

L'azione sul sistema nervoso centrale è poco notevole, le proprietà analgesiche e sopratutto l'azione narcotica essendo poco spiccate.

La papaverina si comporta di fronte al sistema nervoso vegetativo come un medicamento di equilibrio, tendente a regolarizzare i fenomeni vago-simpatici: i suoi effetti sono tanto più spiccati quanto più grande è lo squilibrio neuro-vegetativo.

Non possiede alcuna azione sulle glandole e sulle loro secrezioni.

Il suo potere anestetico locale, poco accentuato, può essere utilizzato per l'anestesia delle mucose, stante la debole tossicità di questa sostanza. La papaverina, tossica per la maggior parte dei protozoari e, particolarmente, per l'ameba dissenterica, non ha alcuna azione sulla sifilide sperimentale.

La papaverina può rendere grandi servigi nella cura degli spasmi viscerali e specialmente nelle affezioni spasmodiche del tubo digestivo. Il suo uso è particolarmente indicato nei casi di coliche viscerali e nei vomiti di origine periferica. Gli spasmi esofagei e gastrici sono il più spesso soppressi dalla papaverina; ma è sopratutto nelle affezioni spasmodiche dell'intestino e, in particolare, nell'enterocolite muco-membranosa e nella costipazione spasmodica che quest'alcaloide dell'oppio dà risultati brillanti.

La papaverina non possiede, nelle dosi terapeutiche, alcun'azione sul cuore; i vasi ricchi di fibre lisce ne sono invece energicamente influenzati, nel senso di una vaso-dilatazone arteriosa accompagnata da ipotensione. Quest'azione ipotensiva, nulla nel soggetto normale, è direttamente proporzionale all'aumento della tensione arteriosa, se questo è di origine puramente spasmodica, ciò spiega i buoni risultati ottenuti nelle crisi di ipertensione spasmodica, nell'angina pectoris, nell'eclampsia e nell'uremia.

Nella cura di alcune affezioni dell'apparecchio respiratorio, l'uso della papaverina permette di ottenere risultati favorevoli. L'asma, detta essenziale, cede in generale rapidamente con le iniezioni di cloridrato di papaverina, che agisce insieme sullo squilibrio neuro-vegetativo e sullo spasmo dei muscoli bronchiali. Nelle laringiti spasmodiche, nella tosse spasmodica ed emetizzante i risultati sono eccellenti, ma sopratutto nella cura della tosse convulsiva il cloridrato di papaverina svolge favorevolissima azione.

La papaverina svolge infine una spiccata azione sedativa sull'utero e permette quindi di trattare con successo le dismenorree, le coliche uterine, le minacce di aborto.

□□□

CONGRESSI E CONVEGNI

XVIII CONGRESSO NAZIONALE DI IDROLOGIA, CLIMATOLOGIA E TERAPIA FISICA

(Milano 3-6 Ottobre 1927)

IMPRESSIONI DEL CONGRESSO

Il constatare la perfetta riuscita dei Congressi indetti annualmente dall'Associazione Medica Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia fisica è ormai divenuta cosa abitudinaria ed infallibile. L'Associazione ha fra gli altri grandissimi meriti quello di sapere organizzare i suoi Congressi, dando a ciascuno una nota di originalità e assegnando a ciascuno uno spiccato interesse.

Prof. P. PICCININI
Presidente del Comitato Ordinatore

Prof. L. DEVOTO
Presidente Generale dell'Associazione

Giova a ciò la organizzazione dell'Associazione, che ha una Presidenza Generale unica per tutta l'Italia, affidata da qualche tempo (ed auguriamoci per lunghissimi anni ancora!) all'illustre clinico Prof. Luigi Devoto, Direttore della Clinica delle malattie da lavoro di Milano, eletto propulsore di attività collettive e lungimirante assertore di finalità altissime, ed ha nel contempo parecchie Sezioni Regionali, presiedute da eminenti scienziati che sono anche, a tempo debito, efficaci organizzatori.

Questa volta il merito della organizzazione veramente perfetta del Congresso annuale dell'Associazione, tenutosi in Milano, spetta al chiarissimo Prof. Prassitele Piccinini, Presidente della Sezione Italia Settentrionale, la cui fama di insigne studioso e docente nel campo della farmacologia in genere e della idrologia in ispecie è ormai saldamente assodata.

Il Prof. Piccinini ha saputo dare al Congresso di Milano una linea di alto interesse scientifico, pur provvedendo con grande signorilità a tutta la parte del Congresso che si svolse al di fuori dell'aula destinata ai lavori segnati all'ordine del giorno. Ricevimenti e gite sono stati contrassegnati da una nota di particolare distinzione, ed hanno lasciato un lieto ricordo in quanti vi hanno partecipato.

Molto significativo ed apprezzato è stato l'intervento pieno di spontaneità e di cordialità del Podestà di Milano, on. Belloni, in seno al Congresso. Egli ha detto cose molto importanti nei suoi due discorsi, alla inaugurazione del Congresso ed al banchetto offerto dalla Società delle Terme di San Pellegrino. Questo sagace amministratore ha visioni molto ampie, e le sue parole hanno confortato i componenti dell'Associazione promotrice del Congresso di un consenso tanto più gradito quanto più autorevole ed equanime.

L'on. Belloni ha elogiato l'opera dell'Associazione, ed è riuscito così a tranquillizzare quanti erano indotti a ritenere il movimento di studi, che è quello preminente dell'Associazione, soverchiato o addirittura sorpassato dal movimento dell'azione, affidata invece essenzialmente agli industriali ed agli Enti che controllano le Stazioni di cura.

E gl'industriali, parlando nella loro sede più adatta, cioè nella moderna Milano, regina delle industrie hanno per conto loro contribuito a quest'opera di chiarificazione, venendo incontro agli studiosi e proclamando un'alleanza che non può non essere salutata col più schietto entusiasmo da chiunque desideri l'incremento sempre maggiore delle stazioni Italiane di cure e la piena valorizzazione del meraviglioso patrimonio idroclimatico nazionale.

E' stato sopratutto il comm. Saccani, il fervido realizzatore delle nuove fortune di Agnano, il geniale ed autorevole rappresentante della industria termale italiana, l'instancabile costruttore di programmi pratici di valorizzazione, quello che ha nettamente proclamata la necessità di una stretta collaborazione tra scienza ed industria idrologica. Oltre a ciò egli ha individuato con una chiarezza mai prima raggiunta i molteplici elementi costitutivi di una moderna grande Stazione di cura, e ne ha tratto per logica conseguenza la necessità di un perfezionamento ulteriore anche delle nostre maggiori Stazioni di cura, che di quegli elementi non ancora godono la totalità.

Questo coraggioso discorso sarà meglio compreso quando si sappia, ad esempio, che la Stazione di cura di San Remo, di cui l'Italia può andare a buon diritto orgogliosa, espone, per bocca del Podestà di quel Comune, un fabbisogno di spesa, per opere di abbellimento e di incremento igienico, di ben 195 milioni, e quando si pensi che tutte le principali nostre Stazioni maturano simili ampi programmi.

Questo discorso poteva, meglio che altrove, esser fatto a Milano, perchè Milano non è Stazione di cura, che potesse venir diminuita dalla proclamazione di necessità tuttora incombenti alle principali nostre Stazioni. Milano invece è città di iniziative, di perseveranza, di coraggio; colà dunque dovevano proclamarsi le nuove iniziative per la piena valorizzazione del nostro patrimonio idroclimatico, che sopratutto di perseveranza e di coraggio abbisognano.

Ma ancora un rilievo può farsi in merito a questa parte dei lavori del Congresso, che ha avuto un carattere di assoluta praticità. Il rilievo

Digitized by Google

è questo: che le questioni di valorizzazione vengono fatte, a preferenza di ogni altra sede, nei Congressi dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia fisica. Ed è questa la più bella riprova della solidarietà ormai salda e duratura tra scienza e industria idrologica.

Nel mentre è pacifico che l'industria deve esser la pianta libera nella scelta dei mezzi tecnici più adatti per la soluzione delle singole questioni che ad ogni piè sospinto si incontrano nell'impianto, nell'ampliamento e nel funzionamento di una Stazione di cura, si osserva che l'industria stessa ricerca il consiglio della scienza quando si trova a stabilire le linee generali. E' lo scienziato che può e deve designare i punti di preferibile applicazione dello sforzo dell'industriale; e questi a sua volta, individuato l'obbiettivo, sa bene come più agevolmente raggiungerlo.

Posta così la distribuzione ed armonizzazione del lavoro, resta all'Associazione Medica Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia fisica la grande soddisfazione di avere in quarant'anni di gloriosa sua esistenza individuato il programma per l'incremento della idroclimatologia nazionale, sul quale l'industria, intervenuta solo più tardi in grande stile, ha intessuto meravigliose realizzazioni, sostenute tuttavia dal persistente consenso delle autorità scientifiche.

La celebrazione del 40° anniversario della fondazione dell'Associazione ha avuto luogo, al Congresso di Milano, in forma sobria, ma non per questo è riuscita meno significativa.

Dopo un fugace ma profondo sguardo al passato, l'Associazione si volge con rinnovellata lena verso l'avvenire, che porterà nuove fatiche e nuove vittorie. Ed all'avvenire immediato si volge con una duplice manifestazione, con un duplice atto di fede.

Il primo sta nella adesione dell'Associazione al fascismo: e giunge tempestivo questo gesto, che vuol significare sopratutto riconoscenza per le provvidenze valorizzatrici del patrimonio idroclimatico nazionale adottate dal Governo fascista.

La seconda manifestazione sta nel deliberato unanime ed entusiastico dell'Assemblea Generale dell'Associazione al recente Congresso di Milano, di tenere il Congresso del 1928 nei Campi Flegrei.

Il Presidente della Sezione Italia Meridionale on. prof. Sgobbo ha presentato al Congresso di Milano una comunicazione sulla valorizzazione dei Campi Flegrei (1), degna rievocazione delle grandezze di Roma Imperiale che nella plaga flegrea assisteva al suo massimo splendore, costellando di terme e di ville la marina e la collina di Pozzuoli, di Baia, di Miseno, di Cuma.

A conclusione di questa comunicazione il Prof. Sgobbo proponeva i Campi Flegrei come sede del Congresso Nazionale dell'Associazione nel 1928.

L'adesione unanime dell'intera Associazione alla proposta, ed il fervore col quale venne presentata dal Presidente della Sezione Meridionale ne assicurano che ogni impegno sarà posto per la riuscita di questa grandiosa manifestazione.

Sarà il Congresso dei Campi Flegrei un'altra tappa del vittorioso cammino dell'Associazione e non è privo di significato il fatto che da Milano si inizi questo ritorno verso il Mezzogiorno.

E' dunque un senso di altissima solidarietà tra le diverse regioni italiane quello che, per virtù dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia fisica, ancora una volta ha trionfato, riaffermandosi l'eccelsa investitura spirituale che l'Associazione riceve dalla tenace sua opera sorrisa dal più puro patriottismo perchè orientata verso scopi di supremo interesse nazionale.

LA CRONACA DEL CONGRESSO

Oltre duecento Congressisti di ogni parte d'Italia si sono trovati a Milano, il mattino del 3 ottobre, per la inaugurazione, nel Castello Sforzesco, del XVIII Congresso Nazionale di Idrologia Climatologia e Terapia fisica. Notata specialmente la rappresentanza siciliana, che ha portato al Congresso la importante questione della valorizzazione delle Terme famose di Sciacca. Tra gli intervenuti erano oltre al Prof. Devoto, Presidente Generale dell'Associazione ed a numerosi componenti del Consiglio Generale, l'on. Prof. Gabbi, Presidente della Società Internazionale di Idrologia Medica e del III Congresso Idrologico Internazionale, inauguratosi pochi giorni dopo in Roma, il Prof. Nasini, dell'Università di Pisa, i Proff. Sgobbo e Marfori, dell'Università di Napoli, i Proff. Valenti, Pepere, Alfieri, Pasini, Ronzani, Rondoni ed altri dell'Università di Milano, il Prof. Ceresole, di Venezia, il Prof. Bussi di Roma, i Proff. Burgonzio e Pinali di Torino, il Prof. Carreras, di Pisa, ecc. ecc.

(1) La comunicazione del prof. Sgobbo è stata pubblicata integralmente nel fasc. 42 di questo giornale.

Prese per primo la parola il Prof. Devoto il quale, dopo aver portato un fervido saluto all'on. Belloni, Podestà di Milano e Presidente Onorario del Congresso, rilevò il particolare significato della sede del Congresso, alla metropoli lombarda, ove tutti i congressisti hanno portato con fiducia i loro voti e le loro aspirazioni sicuri di riceverne incoraggiamenti e manifestazioni di solidarietà.

Inneggiò all'opera del Governo fascista, che asseconda efficacemente tali voti, diretti ad uno scopo nobilissimo: « estendere, ogni giorno più, il godimento delle medicine generose che vengono espresse dai nostri mari, dai monti, dalle acque, dal sole dai panorami d'Italia ».

Dopo aver ricordato l'opera infaticabile spesa dall'Associazione in quarant'anni di ininterrotta attività, verso queste mete luminose, conchiuse applauditissimo beneaugurando alle valorizzazioni delle risorse terapeutiche naturali di ogni regione d'Italia, e specialmente delle terre finora meno favorite in tale riguardo: la Calabria, la Sicilia, la Libia, che ora trovano nel volere del Duce la sicurezza della loro superba rinascita.

Seguì il Prof. Prassitele Piccinini, Presidente del Comitato Ordinatore del Congresso, il quale espresse il suo vivo ringraziamento ai numerosi intervenuti, rilevando come al Congresso fossero insieme presenti uomini di studio ed uomini di azione: scenziati insigni ed operosi realizzatori. Un particolare saluto rivolse ai tre Enti che tanta attività danno per l'incremento delle Stazioni di cura: il Consorzio delle Stazioni di cura, rappresentato al Congresso dal suo Presidente Gr. Uff. Rebucci; l'Ente Nazionale Industrie Turistiche, rappresentato dal Presidente Prof. Mariotti ed il Touring Club Italiano, rappresentato dal Presidente Prof. Gr. Uff. Bognetti. A questa triplice italianissima ricca di formidabili energie rivolte al progresso della Nazione, l'Oratore aggiunse in una alata perorazione, la Città di Milano, antesignana di ogni feconda iniziativa, venuta in seno al Congresso nella persona del suo illustre Podestà, On. Belloni.

Conchiuse con l'augurio che il Congresso abbia a portare un cospicuo contributo alle opere di valorizzazione in pieno favore nella Patria nostra.

Terminato il suo discorso, molto applaudito, il Prof. Piccinini riferì l'esito del concorso bandito dall'Associazione sul tema: « Le documentazioni storiche e le vestigia attuali di Terme Romane in Italia », indicando il vincitore nella persona del Dott. Augusto Botto-Micca di Torino.

Prese quindi la parola l'On. Belloni, il quale con brillante eloquio portò al Congresso il saluto della Città di Milano. Disse che sebbene Milano non possa vantare sorgenti salutari nè un clima dotato di speciali virtù curative, pure ha bene il diritto di ospitare un Congresso di idrologia e climatologia per l'importanza che sempre ha dato alle cure fisiche naturali, che sono state consentite anche ai meno abbienti, creando in località anche lontane centinaia di chilometri Sanatori ed Ospizi Marini, ai quali vengono avviati adulti e bambini della metropoli lombarda particolarmente bisognosi di tali cure.

Accennò con plauso alla tendenza attuale dell'Associazione che basa il suo programma di valorizzazioni sulla rievocazione delle grandezze di Roma Imperiale che nelle terme raggiunsero il loro massimo splendore; e conchiuse auspicando sempre più lusinghieri successi del movimento per la piena valorizzazione del patrimonio idroclimatico Nazionale.

Al termine della seduta inaugurale portarono il saluto delle rispettive Sezioni dell'Associazione il Prof. Sgobbo, Presidente della Sezione Meridionale, il Prof. Ceresole, Presidente della Sezione Adriatica e il Dott. Salpietra, rappresentante della Sezione Siciliana.

Parlarono infine il vice-Prefetto comm. Boltraffio, il Prof. Pepere, per la Facoltà Medica della R. Università di Milano, il Prof. Massarotti, pei Sindacati Sanitarii fascisti e il Comm. Saccani per le Terme di Agnano.

***

I lavori del Congresso, che ebbero inizio nel pomeriggio del 3 ottobre, si svolsero nell'Aula Magna degli Istituti Clinici in Via Commenda.

Assunse la presidenza della prima seduta il Prof. Nasini, della R. Università di Pisa.

Il Prof. Adriano Valenti, Direttore dell'Istituto di Materia Medica della R. Università di Milano, svolse per primo la sua relazione sul tema: « Conoscenze attuali sul meccanismo d'azione delle acque minerali da bagno ».

Il relatore cominciò col passare in rassegna le diverse teorie successivamente emesse per spiegare il meccanismo di azione delle acque minerali da bagno (teoria dell'assorbimento, teoria del contatto, teoria elettrica, teoria chimico-fisica, teoria della radioattività ecc.) dimostrando come ciascuna di esse isolatamente presa non sia riuscita a dare una sufficiente e chiara spiegazione del dinamismo balneare. Tuttavia ogni singola teoria può render conto di alcuni fattori che intervengono nel meccanismo balneare per dare gli effetti benefici.

Digitized by Google

Ma sopratutto devesi tener conto delle recenti acquisizioni scientifiche, che hanno messa in evidenza la presenza nelle acque minerali di sostanze di natura colloidale, che ricordano la struttura del protoplasma vivente e che quindi sono capaci di produrre azioni biologiche molto importanti nell'organismo umano.

Stabilite queste premesse, il relatore passò a formulare le seguenti conclusioni: 1°) pur essendo per il bagno minerale praticamente trascurabile ogni assorbimento di acqua o di sali disciolti si deve però ammettere l'assorbimento di gas o di vapori, che non può essere indifferente nel modificare il biochimismo organico; 2°) si deve ammettere un'azione di contatto delle molecole saline, dei prodotti della loro associazione e delle sostanze colloidali, e questa azione deve avere una importanza non lieve data la complessità dell'organo costituito dalla cute; 3°) per l'azione di contatto immediato e postumo debbono avvenire degli scambi ionici, per quanto presumibilmente non di grande rilievo; 4°) la radioattività può essere elemento utilizzabile ma non necessario nel meccanismo di azione del bagno; 5°) debbono esercitare invece la massima influenza le sostanze colloidi, di cui ogni acqua minerale è provveduta, e queste possono provocare, per la meravigliosa sensibilità e reattività biochimica del protoplasma, le più profonde reazioni; 6°) l'armonia di queste azioni molteplici spiega come sia vano chiedere ai bagni di acqua dolce un così complesso meccanismo di azione.

Come già altra volta ad Abbazia, a proposito delle azioni del bagno carbo-gassoso, il Prof. Valenti ha avuto il grandissimo merito d'impostare con precisione massima una questione che ancora merita attento studio ed aspetta completa illustrazione, in modo da determinare un generale interessamento degli scienziati e promuovere nuove ricerche sull'importantissimo argomento.

Subito dopo della relazione Valenti e della conseguente elevata discussione fu data la parola, con significativa precedenza, al Prof. Sgobbo, che svolse la sua brillante comunicazione sulla « Rinascita idroclimatica e valorizzazione dei Campi Flegrei ». Il relatore ha fatto con tale comunicazione — già riportata integralmente nel nostro giornale — una magistrale disamina dei molteplici elementi che assegnano alla plaga Flegrea un eccezionale valore dal punto di vista idrologico, climatico e storico ed ha tratteggiato un vasto programma di ulteriori valorizzazioni, suscitando la più viva attenzione nell'imponente uditorio, di tal che, formulata appena la proposta conclusiva di tenere il Congresso Nazionale del 1928 nei Campi Flegrei, essa è stata unanimemente ed entusiasticamente accettata.

Alla comunicazione del Prof. Sgobbo seguirono quelle del Prof. Sanzio Vacchelli su « Un triennio di osservazioni meteorologiche a Cortina d'Ampezzo »; del Prof. Francesco Lenci sul tema « Contributo alla climatologia delle spiagge italiane (Viareggio) », e « La talassoterapia sulla Costa Verde (Viareggio) »; del Prof. Marfori su « Le acque solfuree del Golfo di Napoli con particolare riguardo alle sorgenti dello Scrajo »: comunicazioni tutte di alto interesse scientifico e conducenti inoltre alla documentata esaltazione di risorse terapeutiche naturali di diverse regioni italiane.

Da ultimo il Prof. Camillo Hajech, trattando della « Integrazione della talassoterapia in Italia » presentò un applaudito ordine del giorno auspicando il funzionamento permanente dell'Ospizio Marino di Massa (Milanino).

Nella seduta antimeridiana del 4 ottobre, presieduta dal Prof. Valenti, il Prof. Da Gradi e il Dott. Silvano svolsero la seconda relazione del Congresso sul tema: « Il soggiorno dei tubercolotici nelle stazioni climatiche in rapporto alla legislazione, alla terapia e all'igiene ». In esito alla relazione ed alla consecutiva discussione, alla quale parteciparono tutti i più autorevoli congressisti, fu solennemente affermato il principio della assoluta innocuità dei tubercolotici ospitati in adatti Sanatorii rispetto alla popolazione residente ed ai temporanei frequentatori delle rispettive stazioni climatiche: ciò a patto che le case di cura per tubercolosi siano organizzate in modo da dare le più ampie garenzie e da conferire ai tubercolotici stessi una educazione igienica tale da impedire da parte loro ogni propagazione di germi infettanti. Fu citata a questo proposito a titolo di onore l'inchiesta condotta tre anni or sono dalla « Riforma Medica », collimante nei suoi risultati con l'opinione unanimemente espressa dal Congresso.

Portata la questione nel campo pratico, l'Assemblea diede mandato alla Presidenza Generale dell'Associazione di esercitare una energica azione per ottenere che sia promulgata una legge che disciplini rigorosamente il trattamento dei tubercolotici nei luoghi di cura a tutela dei tubercolotici stessi, che debbono esser messi nelle migliori condizioni per curarsi, e dei sani che dalla loro vicinanza non debbono ricevere danno di sorta.

Ottenuto ciò, non si vedranno più i tubercolotici abbienti emigrare in cerca di adatto ricovero, ma piuttosto i tubercolotici di altri paesi verranno nelle case di cura italiane, debitamente protette, a cercarsi un più confacente clima.

La seduta pomeridiana del 4 ottobre, presieduta dal Prof. Devoto, fu esclusivamente dedicata ad un gruppo di comunicazioni pratiche della più alta importanza per la industria idrologica italiana, alle quali si interessarono gli scienziati non meno degli industriali intervenuti al Congresso.

Il Comm. Ermete Saccani, Vice-Presidente della Federazione Italiana degli Stabilimenti di cura, trattò della « Solidarietà di scienza e industria per la valorizzazione del patrimonio idrologico nazionale attraverso la piena efficienza delle Stazioni di cura ». L'eminente relatore, ricco di una lunga esperienza in materia, e dimostratosi alla prova efficacissimo realizzatore, tracciò il programma della moderna Stazione di cura, dimostrando come alla formazione di un tale multiforme organismo occorra il contributo di ogni ramo della scienza, riservando all'industria la pratica attuazione dei suggerimenti per tal modo ricevuti.

Rilevò come molte nostre Stazioni di cura non sono che gli Stabilimenti di cura, ed affermò la necessità, perchè lo Stabilimento divenga una Stazione, di numerosi ed essenziali complementi, accordando però la preferenza al metodo seguito con successo in parecchi casi, all'estero, nella creazione delle Stazioni di cura, facendo precedere la più completa sistemazione della zona prescelta — di assicurato valore idrologico o climatico — alla costruzione dello Stabilimento, sì da avere il massimo conforto dell'ambiente precostituito rispetto al funzionamento dello Stabilimento. Conchiuse auspicando, pel tramite dell'Associazione, un cordiale interessamento della scienza, in ogni suo ramo, all'divenire delle Stazioni italiane di cura, sì da portare il nostro paese, nel campo della industria idrologica e climatica, al posto preminente cui gli danno diritto le meravigliose sue risorse idrologiche e climatiche.

Al Comm. Saccani, che riscosse unanimi approvazioni, seguì il Comm. Ezio Granelli, geniale industriale moderno, che espose in forma molto chiara le varie questioni che attualmente impediscono alla industria italiana delle acque minerali in bottiglia lo sviluppo che potrebbe conseguire, data la superiorità delle acque medesime rispetto alle straniere.

Si tratta sopratutto di improvvidi dazi doganali di protezione sui vetri vuoti e di dazi sulle acque stesse; di esagerate tariffe ferroviarie pel trasporto delle acque minerali, assimilate ai vini di lusso e liquori; e di mancanza, per contrario, di adeguati dazi di entrata sulle acque minerali straniere.

Vi è poi, il gravissimo inconveniente dell'alto costo arbitrariamente assegnato alle acque minerali in quasi tutti gli alberghi e ristoranti, superando sovente il prezzo stesso del vino! Per questa parte, molto opportunamente, il relatore ha proposto che dal Ministero dell'Interno venga ordinata, come per le specialità medicinali, l'apposizione di un cartellino col prezzo di vendita al pubblico sulle bottiglie di acque minerali.

La relazione Granelli incontrò il fervido plauso del Congresso, e fu coronata dal seguente ordine del giorno, formulato dall Gr. Uff. Rebucci ed approvato per acclamazione: « Il Congresso, udita la relazione del Comm. Granelli; ritenuto che la materia dei dazi doganali di protezione, delle tariffe ferroviarie e loro ripercussione sul costo delle acque minerali, della temporanea importazione di vetri per la esportazione delle acque stesse, e prezzo d'impero di queste, e infine delle sanzioni contro i falsificatori si riferisca a tutto un complesso di feconda attività nazionale; fa voti che il Governo Fascista acconsenta alla tesi del relatore e porga la sua propizia attenzione al fine di un armonico coordinamento di precise e consapevoli provvidenze nel senso dal relatore propugnato ».

Le due sedute del 5 ottobre furono riservate alle molte ed interessanti comunicazioni, delle quali gli studiosi potranno avere pronta conoscenza, perchè — per la prima volta nella storia dell'Associazione — gli Atti del Congresso di Milano vedranno la luce in brevissimo tempo: ciò che costituisce un'altra grandissima benemerenza del Presidente del Comitato Ordinatore, Prof. Prassitele Piccinini.

Nell'Assemblea generale dell'Associazione fu nuovamente acclamato alla Presidenza Generale il Prof. Devoto, e furono riconfermati i componenti del Consiglio Generale, aggiungendovisi i Proff. Casagrandi, Gavazzeni, Mirto e Pepere e il Dott. Giuseppe Wassermann.

Ai congressisti furono offerti un ricevimento dal Comune di Milano, un banchetto dalla Società Terme di San. Pellegrino ed un banchetto dall'Istituto Biochimico Italiano.

La giornata del 6 ottobre fu totalmente impiegata nella interessantissima gita Como, Cernobbio (Villa d'Este) e Varese, ove furono visitati il grandioso nuovo Ospedale Civile e l'ottima Clinica privata « La Quiete » sita in località saluberrima.

Prima di lasciar Milano, i congressiti tennero a tributare una fervida manifestazione di plauso al Prof. Piccinini, impareggiabile organizzatore del Congresso.

ALBERTO BOTTI

Digitized by Google

PER LA PRATICA

DIAGNOSTICA

SINTOMATOLOGIA DEGLI STATI IPOGLICEMICI

A diverse cause della ipoglicemia corrispondono sintomi diversi, propri molte volte a reazioni sintomatiche di organi il cui ammalarsi è stata la prima causa della ipoglicemia.

Ma prima di tutto bisogna annoverare le forme cliniche

1) *Gli stati ipoglicemici provocati;* sono i più frequenti e più conosciuti, dopo l'avvento dell'insulina, che come ormai è noto, è pericolosa, a dosi elevate, proprio per la forte ipoglicemia che produce; non va però dimenticato che un modo brusco di iniettare (per es. per via venosa), anche per dosi moderate, può provocare lo stesso la sintomatologia ipoglicemica.

Le manifestazioni morbose sopravvengono tre-quattro ore dopo e anche prima.

2) *Gli stati di ipoglicemia spontanea.* Questi vengono classificati in diversi gruppi:

a) ipoglicemia da iperlavoro muscolare caratterizzata clinicamente dai sintomi seguenti: pallore, sudori, angoscia epigastrica, contrazioni fibrillari, tremiti, e qualche volta delirio, cui può seguire collasso;

b) ipoglicemia dei dispeptici, è propria di una categoria di persone le quali prima di ogni pasto, circa un'ora, hanno sensazioni spiacevoli allo stomaco e diventano irritabili, ansiosi, sono presi da astenia al punto che il più piccolo lavoro può provocarla in modo grave. In questi malati basta somministrare frequentemente acque zuccherate per vedere scomparire facilmente la sintomatologia. Gli esami della glicemia praticati in questi soggetti nel periodo di astenia hanno rivelato un tasso glicemico sempre inferiore a 0.70.

Secondo Bulatao e Carsor. l'abassamento dello zucchero sanguigno determinerebbe contrazioni gastriche eccessive, che subbiettivamente provocherebbero i disturbi suddetti.

Da questo a ritenere che il senso fisiologico della fame sia in rapporto a diminuzione del tasso glicemico è breve il passo ed infatti il Pari ritiene che gli affetti da bulimia siano niente altro che degl'ipoglicemici abituali. Ed analogamente nella fame dolorosa degli ipercloridrici, cioè dei futuri candidati all'ulcera gastrica, non sarebbe possibile ammettere un turbamento della glicoregolazione? Scale Harris vorrebbe appunto che essendo generalmente gli ulcerosi gastrici sollevati dalle loro sofferenze coi pasti frequenti, il beneficio di questi non sarebbe dovuto ad altro che ad un maggiore apporto di zucchero nel sangue. Certo qualche caso sporadico potrebbe dar ragione a queste opinioni, come quello riferito da Sendrail e Planques. Si trattava di un magistrato di 62 anni, senza tare morbose il quale andava soggetto a crisi di malessere che iniziavano un'ora prima del pasto meridiano, cessavano coll'assunzione di alimento ed erano caratterizzate da crampi epigastrici, qualche nausea, senza vomito, sensazione oscura e diffusa di angoscia e, sopratutto, una stanchezza tale che sembrava all'a. di dover morire. Anche lo stato affettivo era alterato profondamente, da acquisire un vero tredium vitae. L'esame della glicemia dette il tasso di 0.62-0.54, mentre che nelle ore in cui la sintomatologia taceva, il tasso saliva a 0,96. Furono somministrate all'infermo compresse da 5 gr. di glucosio da succhiare (2-3) una mezz'ora prima dell'inizio abituale delle crisi e si potette constatare un beneficio immediato che si prolungò per parecchi mesi. Nessuna causa apparente si potette invocare nel determinismo di questo stato ipoglicemico.

3) *Le ipoglicemie infettive* sono state anche osservate, specie nella difterite maligna. In altre malattie sono in corso ricerche di cui alcune già con risultati positivi, (tripanosomiasi sperimentale).

In molte malattie infettive i fenomeni di collasso vengono interpetrate in gran parte a stato ipoglicemico, da alcuni osservatori.

4) *Le ipoglicemie tossiche,* sono più importanti, ma ne è molto discussa la patogenesi. Certo ha una grandissima importanza l'epatotossicosi. Già in linea generale è sempre quest'organo che deve essere infirmato nelle genesi di questo stato morboso, o per attività diretta o indiretta. Nella malattia di Marfan, l'atrepsia dei bambini, si è voluta infirmare la ipoglicemia come causa; senonchè le cure con l'insulina avendo arrecato dei sensibili benefici in questi ammalati, viene a cadere tale interpetrazione, per ora non sostituita da altra, in attesa di ulteriori ricerche.

5) *Le ipoglicemie endocrine,* sono quelle che attualmente concentrano tutta la attenzione degli studiosi di questo argomento. Ma giova ricordare che non si è mai abbastanza immunizzati, dal troppo entusiasmo! Comunque quello che è stato constatato merita di esser noto e cioè che le capsule surrenali hanno una influenza non secondaria nella determinazione dello stato ipoglicemico. Negli addisoniani l'abbassamento del tasso glicemico è stato osservato e controllato anche sperimentalmente, ma esso sarebbe dovuto allo stato di iponutrizione generale; anzi negli addisoniani cachettici Bernstein avrebbe riscontrato una grave ipoglicemia. La iniezione di adrenalina riporta in su il tasso glicemico. Una controprova di questo fatto sarebbe quella osservata da Marañon, secondo il quale gli addisoniani sono sensibilissimi anche a piccole dosi d'insulina, che provoca accidenti allarmanti.

E' nota poi anche l'azione della tiroide e della ipofisi sul metabolismo idrocarborato. Ma per quest'ultima glandola si fanno da altri autori serie riserve sulla sua vera importanza glicoregolatrice, dopo l'influenza dei lavori di Camus e Roussy, i quali vorrebbero completamente spodestare l'ipofisi delle sue alte funzioni, a beneficio dei nuclei tuberiani. Sulle paratiroidi regna poi completa incertezza.

6) Nelle *ipoglicemie della gravidanza e della lattazione* il tasso glicemico si mantiene di poco inferiore al normale. Ma nonostante ciò è ad essa che molti autori attribuiscono e l'eclampsia e attacchi coreici e, sopratutto, vomiti incoercibili.

Molte altre osservazioni importantissime sono state fatte nel campo veterinario a proposito della « febbre vitulare » delle vacche, cioè uno stato morboso di apparenza grave che si manifesta pochi giorni o poche ore prima del parto, nel momento in cui inizia la secrezione lattea. Questa febbre v. è anche comune alle capre.

Un'osservazione emerge da queste svariate ricerche ed è che in un discreto numero di casi in cui si osservano stati di ipoglicemia, l'iniezione di insulina, contrariamente a quello che avviene per l'addisoniano e per altri stati ipoglicemici, in cui, come abbiamo detto provoca fenomeni spesso gravi, produce miglioramenti sensibili come per es. nella malattia di Marfan, nella eclampsia, nel vomito incoercibile e in certi stati di denutrizione con ipoglicemia.

Questo fa pensare che se il meccanismo d'azione dell'insulina dev'essere sempre lo stesso varia dovrà essere, invece, la genesi di tutte queste affezioni che si tende ad attribuire alla ipoglicemia.

Lo stato ipoglicemico perciò non va confuso con tutto il quadro morboso nel quale a fianco ad altri sintomi si osserva lo abbassamento dell'indice glicemico. D'altra parte l'azione dell'insulina dev'essere molto più complessa e non soltanto avere influenza sulla glicoregolazione.

Oggi, infatti, questi studii sull'insulina portano sempre miglior luce sulle sue svariate attività per cui mal si farebbe a giudicare uno stato ipoglicemico dagli effetti che su di esso può avere la prova insulinica.

7) La *ipoglicemia da diabete renale* è quella che dovrebbe dare una sintomatologia molto più spiccata, in quanto il tasso glicemico in questi ammalati si abbassa di molto al disotto della norma.

Invece non solo non è frequente osservare sintomi ipoglicemici, ma quando si osservano essi sono assai ridotti. Non certo questi casi possono paragonarsi a quelli sopra descritti, ma indubbiamente lo stato ipoglicemico per se dovrebbe generare fenomeni più imponenti, se i sintomi della ipoglicemia devono esprimere una reazione biologica dei tessuti alla povertà del loro contenuto in zucchero.

Ed allora è logico ritenere che non soltanto la glicemia per sè produce la sintomatologia che le si attribuisce, ma sopratutto l'organo che la determina: e questo è nella massima parte il fegato o per alterazione diretta delle sue funzioni o per influenza di altri organi (glandole endocrine ecc.) su di esso.

Dunque molta incertezza regna ancora sulla vera natura e genesi degli stati ipoglicemici, che le future ricerche dovranno diradare.

Praticamente la terapia di questi stati non va però trascurata, perchè come si è visto la somministrazione di glucosio può arrecare gran giovamento, almeno in via transitoria.

Quanto all'uso dell'insulina è riuscita utile ad alcuni di somministrarla contemporaneamente allo zucchero. Caso per caso la scelta del rimedio sarà sopratutto indicata dalle particolari reazioni sintomatiche dei diversi organi e sopratutto dal fegato.

M. Gioia

BIBL. Sendrail e Planques. Les etats ipoglycemiques. Gazette des Hopitaux, n. 67 e 69, 1927.

CASISTICA

Metastasi cerebrale da flemmone peritonsillare

Il caso vien riferito da Ferretti (*Archiv. It. di Oto-Rino-Laringologia,* fasc. 8, 1927).

Un individuo, luetico, di anni 40 si ammala di tonsillite perilacunare per cui pratica pennellazioni iodoglicerinate prima in numero di 2-3 ai

Digitized by Google

giorno poi fino a 10-12. In seguito di questa cura eccessiva e illogica, gli si aggrava il dolore e viene colpito da notevole difficoltà respiratoria, dovuta ad edema acuto infiammatorio della faringe da irritazione chimica.

Con opportune cure le condizioni migliorano fino a scomparsa della febbre, ma dopo alcuni giorni l'a. torna all'osservazione per forti dolori di gola localizzati specie al lato destro con irradiazioni all'orecchio corrispondente e febbre a 38°,5.

All'esame faringoscopico si osserva la formazione di un flemmone peritonsillare a destra, il quale viene inciso: poco pus fetido misto a sangue.

Dopo qualche tempo pur essendo scomparsi i dolori e la febbre e le condizioni migliorate la ferita operatoria secerne della sierosità ed ha aspetto cattivo, senza tendenza a chiudersi. L'infiammazione periambiente è scomparsa, nessun dolore, stato generale discreto per alcuni giorni, quando compare improvvisamente cefalea a tipo accessuale, esacerbantesi la notte senza speciale localizzazione. Trattamento antiluetico. Il giorno dopo la comparsa della cefalea, il p. viene colto da febbre a carattere subcontinuo e da emorragia dalla ferita operatoria, facilmente arrestata. Si sospende il trattamento antiluetico. Il giorno dopo nuova emorragia ed alla stessa ora.

Così per altri tre giorni consecutivi. La febbre continua, la cefalea è costante, profonda, ottusa, terebrante. Dopo qualche giorno interviene sonnolenza, la parola è leggermente inceppata. Sensorio integro.

L'esame muscolare della testa mostra: alla lingua: paresi dei gruppi muscolari di sinistra con conseguente marcata deviazione della lingua verso destra; alla faccia: paralisi dei muscoli del lato sinistro, tranne quelli delle palpebre. Lo stesso giorno dopo alcune scosse tonico-cloniche si manifesta paresi dell'arto superiore dello stesso lato. Aumento della intensità della cefalea e vomito senza sforzo. Polso regolare e ritmico, tardo (65-70) non è più in rapporto con la temperatura.

L'A. per questi fenomeni è indotto a ritenere che esista una lesione centrale a destra interessante ad un tempo sia il fascio genicolato che il piramidale. Data la sia pur leggera epilessia jaksoniana che ha preceduto la paralisi dell'arto ritiene anche la sede della lesione esser quella corticale localizzata cioè alla zona sensitivo-motrice. L'A. fa perciò diagnosi di ascesso metastatico cerebrale consecutivo alla suppurazione faringea e localizzato alla zona Rolandica di destra e più precisamente alla parte inferiore delle due circonvoluzioni frontale e parietale ascendente e all'opercolo rolandico.

All'intervento si da esito, dalla sede sospettata, a notevole quantità di pus sporco e fetido.

Le condizioni dell'infermo andarono peggiorando, dopo l'atto operativo, finchè dopo alcuni giorni si ebbe il decesso. L'autopsia non fu consentita dai famigliari.

Polinevrite da emetina

Dopter e Friburg Blanc (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, luglio-agosto 1927) descrivono il caso di un uomo, affetto da insufficienza renale, il quale dopo due iniezioni di cgr. 8 di emetina presentò il quadro di una polinevrite acuta.

La polinevrite emetinica è un'affezione rara, ma già descritta da diversi autori. La sua profilassi è facilmente attuata seguendo le regole stabilite da Mattei:

1) di non iniettare più di 8 cgr. di emetina al giorno e mai per via endovenosa;

2) di fare le iniezioni in serie di 6-8 giorni consecutivi separati da periodi di riposo di 8-15 giorni;

3) di non oltrepassare mai un totale di 80 cgr.-1 gr.

4) di non ricominciare la cura emetinica mai prima dei 40 giorni quando tale maximum è stato raggiunto.

E' necessario poi in ogni caso di diffidare dei cardiaci e dei renali.

TERAPIA

Sull' azione della canfora in chirurgia

Fabris (*Bullettino delle Scienze Mediche*, vol. 5, 1927) ha eseguito esperienze allo scopo di indagare sull'azione antisettica delle sospensioni oleose di canfora, da alcuni chirurgi molto vantate sia in medicazioni di affezioni ginecologiche (febbre puerperale post-abortum, medicazioni uterine varie sia in ulcerazioni, ferite, ecc.).

Gli esperimenti eseguiti su diversi stipiti microbici (b. del carbonchio ematico, stafilococco piogeno aureo, b. coli, streptococco emolitico ecc.) hanno dimostrato scarsa o nulla l'azione antisettica delle sospensioni canforate.

L'A. ritiene però non abbia questo metodo alcuna reale efficacia, se si eccettua la sua utilità, del resto anch'essa non assoluta, nella impregnazione dello zaffo o drenaggio, permettendo una maggiore scorrevolezza e soccorrendo cor. questo alla necessità di non produrre sulla ferita in via di riparazione, maltrattamenti, dovuti spesso all'attaccarsi dello zaffo ai bordi della ferita, il che spesso ritarda il normale processo di riparazione.

Internamente l'olio canforato può essere utile nel risollevare lo stato generale nel disintossicare il miocardio, ma il suo uso va fatto con moderazione, non potendosi dimenticare tutte le opinioni controverse sull'uso della canfora, e i pericoli ai quali il suo uso irrazionale può esporre.

Sull' azione terapeutica dell' urotropina

K. Voit (Clinica Medica dell'Università di Breslau, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 4 novembre 1927) ha osservato che l'urotropina se viene somministrata per bocca ma a piccole dosi, non è capace di svolgere alcuna azione terapeutica. Consiglia perciò di usare per os dosi maggiori di quelle finora usate, se si vuole che la cura riesca efficace.

L'A. ha poi anche notato che neppure la somministrazione endovenosa della urotropina può dirsi di sicuro effetto, stante che essa si elimina in forte quantità attraverso i reni, nonchè attraverso lo stomaco, il fegato e la cute.

Perchè l'urotropina poi possa svolgere tutta la sua efficacia come antibatterico delle vie urinarie, sarà quindi consigliabile di adoperare il metodo più diretto facendo uso di soluzioni ad alta concentrazione per lavaggio vescicale o della pelvi renale.

L' insulina nella retinite diabetica

La pubblicazione di risultati favorevoli ottenuti da precedenti osservatori con la insulina nella retinite diabetica ha spinto L. Genet (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 1927, n. 173) a trattare specialmente con questo medicamento alcuni casi di retinite in genere e a ricercare l'azione di questa sostanza nei diabetici colpiti da retinite.

Su cinque casi di retinite l'A. non ha osservato che una sola volta un miglioramento leggero dell'acutezza visiva con diminuzione delle lesioni del fondo dell'occhio.

Nella retinite diabetica, in cui generalmente le placche bianche non guariscono mai spontaneamente, mentre le emorragie tendono a regressione spontanea, l'A. non ha mai riscontrato alcuna modificazione nel decorso di queste lesioni sotto l'influenza della cura insulinica.

Per ciò l'A. non intende certo affermare l'inutilità della insulina in simili contingenze; ritiene però che ancora altre osservazioni siano necessarie al riguardo per poter venire a conclusioni definitive.

STOMATOLOGIA

Gli spazzolini da denti e la piorrea alveolare

F. D. Donovan (*The Lancet*, 1927, n. 5421) richiama l'attenzione sulla importanza degli spazzolini da denti nella patogenesi della piorrea alveolare.

Egli ha potuto constatare che tutti gli spazzolini da denti (a cominciare dal suo) sono settici, e su 150 spazzolini egli ha potuto isolare lo streptococco in 144; senza giungere a dare importanza esclusiva a questo reperto, egli pensa che l'irritazione cronica che le gengive ricevono da questo materiale settico, renda il paziente facile preda della piorrea, quando sopravvengano altre condizioni favorenti.

Evidentemente la piorrea esisteva anche prima che gli spazzolini da denti entrassero nell'uso, ma, secondo lo Autore, è certo che gli spazzolini inquinati (e sono tali anche quelli assolutamente nuovi [37 su 40 esaminati]) rappresentano almeno nel 90 % dei casi, l'origine prima della malattia.

L'immersione in antisettici deboli per 4-5 minuti non interrompe l'incubazione dei germi, nè rende sterile lo spazzolino.

Per ottenere questo scopo è necessario usare l'acido fenico al 5 % ma un'immersione di questo genere distrugge lo spazzolino.

La migliore profilassi contro la piorrea sarebbe quella di abbandonare l'uso degli spazzolini!

DIETETICA

Sul valore economico di alcuni alimenti crudi

P. Modhardt (*Annali d'Igiene*, n. 7, 1927) discutendo su quest'argomento in base alle ricerche sperimentali di Friedberger e di Mc. Harrison e pur tenendo in debito conto le considerazioni di Hengel sul valore dei cosiddetti amari della torrefazione, afferma che hanno torto quelli

Digitized by Google

che considerano gli elementi crudi vegetali e specialmente l'insalata come alimenti di lusso per l'organismo.

Al contrario questi alimenti debbono essere riguardati come apportatori di elementi indispensabili, sopratutto agli adolescenti ed ai fanciulli. Tale nozione dovrebbe quindi risultare molto utile per coloro che sono preposti all'economia culinaria delle collettività (collegi, caserme, asili), costituendo tali alimenti una vera economia del bilancio e un valido mezzo ricostituente e rinsaldatore delle resistenze contro le infezioni. Naturalmente il consumo di tali sostanze crude dovrà essere temperato limitandolo a quelle che presentano tessitura cellulosica molto delicata: insalata di lattuga, cicoria, ravanelli, carciofi, cetriolini, frutta in genere, pomodori, ecc., mentre gli ortaggi a radice, arrivati a maturazione, e le frutta secche non potranno essere consumate che in proporzione ridotta. [L'A. non si preoccupa delle infezioni trasmissibili dalle insalate crude? N. d. R.].

NOTE FARMACOTERAPICHE

Il Salyrgan come diuretico. — Da numerose ricerche cliniche e sperimentali circa l'uso del salirgan C. Lian e P. Puech (*Paris Médical*, n. 30, 1927) sono portati ad ammettere che questo è un potente diuretico, ad azione evidente ed immediata in tutti quei casi in cui le prescrizioni cardiodinamiche, diuretiche e dietetiche abituali si sono dimostrate insufficienti.

Il salyrgan infatti ha dato buoni risultati nell'ascite cirrotica, nell'oliguria e negli edemi dell'insufficienza cardiaca. Negli edemi delle nefriti gravi non è stato sperimentato, però sembra che possa esservi prescritto, sebbene con precauzione, non costituendo le nefriti che una contro-indicazione relativa all'uso di questo nuovo medicamento. Quale che sia la via d'introduzione medicamentosa (intramuscolare, intravenosa, sottocutanea), il Salyrgan non dà alcun fenomeno d'intolleranza. Notevole è il fatto che questo, somministrato ad un infermo che era intollerante per il novasurol e che presentava gengivite e diarrea sanguinolenta appunto per tale intolleranza, determinò qui la scomparsa di tutti questi fenomeni, pur adoperandosi in dosi notevoli.

Le dosi efficaci del Salyrgan sembrano essere quelle di 1-2 cc. della soluzione. E' interessante notare che 1 cc. di questa soluzione contiene una quantità di mercurio pari a quella che contengono 4,5 cc. della soluzione di cianuro mercurico all'1 %.

Non si può quindi fare a meno di ammirare la tolleranza perfetta della soluzione di Salyrgan così ricca in mercurio.

Gli intervalli fra le iniezioni devono essere brevi. Gli AA. usano iniettare ogni 72 ore, ma affermano che quando bisogna agire prontamente e a fondo si possono ripetere le iniezioni ogni 48 ore senza alcun timore, ottenendo una diuresi abbondante e continua o quasi.

Le iniezioni fatte ad intervalli di 72 ore possono essere continuate a lungo. Talvolta si è arrivati fino a 54 iniezioni endovenose senza notare alcun fenomeno d'intolleranza.

La via d'introduzione delle iniezioni di Salyrgan è indifferente. Gli AA. usano però a preferenza quella endovenosa in dose di 1 cc., associando al Salyrgan la digitalina o l'ouabaina, se richieste dal caso.

I risultati ottenuti dal punto di vista diuretico sono costanti e precoci. Si manifestano nelle prime ventiquattro ore (2-5 litri) e continuano, sebbene in maniera ridotta per i due giorni successivi.

□□□

COMMEMORAZIONI CENTENARIE

Villemin e la Tisiologia odierna

Nell'ottobre scorso la Francia ha commemorato il primo centenario di Gian Antonio Villemin (nato a Preg nei Vosgi il 25 gennaio 1927, morto il 6 ottobre 1892): personalità certamente di levatura non comune.

Vero è che una figura leonardiana della medicina italiana, il veronese Girolamo Fracastoro, nel monumento di senno clinico, che è il suo « *De contagione et contagiosis morbis* », nel 1546, in capitolo a parte « *De phtisi contagiosa* », aveva fatta verità clinicamente provata la trasmissione interumana del « male tisico », la quale nella mente d'Ippocrate era stata semplicemente intuita, quando il grande di Coo la *tabes* o *phtisis* — come allora si chiamava la tubercolosi — aveva inclusa tra i morbi, detti pestiferi, perchè contagiosi. Sino a tutto il medio evo l'affermazione intuitiva d'Ippocrate sulla contagiosità della tubercolosi aveva continuamente oscillato tra consensi e dinieghi. Fracastoro dà sicurezza all'intuito d'Ippocrate e poggia quella sicurezza sui fatti clinici, oltre che epidemiologici.

A Villemin spetta il merito indiscutibile di avere apportato, per il primo la prova sperimentale alla saldezza del precedente postulato clinico ed epidemiologico insieme. I dettagli scrupolosi delle sue ricerche di laboratorio sono consacrati in tutta una serie di comunicati e monografie, che vanno dal 1865 al 1868.

Eppure tanto lavoro prezioso di Villemin corse rischio di essere travolto dalle obbiezioni molteplici ed accanite dei suoi connazionali medesimi (*nemo propheta in patria*) anzichè degli osservatori tedeschi. Per due anni di seguito, dal 1866 al 1868, a Parigi non vi fu seduta dell'Accademia delle Scienze o dell'Accademia di Medicina, in cui non si agitasse il dibattito contro le conclusioni sperimentali del modesto, ma tenace, *agrégé* d'igiene e medicina legale di Val-de-Grace. La schiera degli oppositori veniva capitanata, volta per volta, da uomini del valore di Piorry, Chauffard, Béhier, Bouillaud, Hérard, Guérin, Hardy, Guéneau de Mussy, Briquet. Due soli osservatori si dichiararono recisamente a favore di Villemin e furono due veterinari: Chauveau e Boulay.

Come illustrai dieci anni or sono, nelle mie « Rivendicazioni Italiche », pubblicate sul nostro giornale, a tacitare e definitivamente abbattere tutte le obbiezioni contro Villemin sorse l'opera di un biologo, anzichè semplice istologo italiano, Luciano Armanni. L'opposizione principale agli esperimenti di Villemin aveva consistito nel ritenere che la diffusione delle materie inoculate negli animali invece che per contagio vivente si verificasse soltanto per contiguità e conglomerazione intensificata della reazione locale, come in un qualunque processo infiammatorio. L'osservatore partenopeo nel 1872 provò che la inoculazione di minime particelle caseose sulla cornea di cavie, dopo un lungo periodo d'incubazione, era capace di riprodurre i tubercoli ed il processo caseificante a grande distanza dal punto inoculato (trasporto del virus contagiante) e in parti molteplici dell'organismo così infettato.

Gli osservatori francesi, che hanno ora commemorato Villemin, non hanno ricordato questo evidente merito di Armanni, ad onta che il nostro giornale, in cui, un decennio fa, mi occupai della cosa, sia molto diffuso all'estero.

In ogni modo, Villemin, che dovrebbe passare nella storia come il principe dei contagionisti nel campo sperimentale della tubercolosi, proprio Lui nel campo clinico ed epidemiologico pose in rilievo la non minore importanza dell'altro elemento, che favorisce od ostacola l'attecchimento del contagio ed atteggia variamente la reazione intraorganica all'agente del contagio. Questo altro elemento importante è la qualità del terreno costituzionale nell'individuo contagiato.

Un primo postulato clinico, che secondo Villemin illustra quella importanza, sta nel fatto (*Etudes sur la tuberculose*. Paris, 1868) che « *le « danger, dans la tuberculose, n'est pas dans quelques tubercules, qui gê- « nent si peu les fonctions respiratoires, que le malade n'en ressent au- « cun effet et que l'auscultation attentive perçoit à peine, mais dans l'im- « pregnation de toute l'economie par la substance morbigène* », o, in altri termini, la tubercolosi è malattia generale e perciò si fonda sullo stato di tutto il terreno intraorganico. Sul sostrato della qualità di questo terreno, non ancora allenato alla reazione contro il contagio tubercolare, Villemin si poggia nella memoria citata per spiegare il fatto che, al primo contatto con gli Europei già infetti dalla tubercolosi, parecchi indigeni della Nuova Zelanda, della Polinesia, dell'Australia, di Taiti soccombettero al contagio, anche se robustissimi.

Nel novero di « *causes secondes* », ciò che in italiano sogliamo dire concause, Villemin abbraccia tutto un complesso di elementi dell'ambiente esterno, che modificando l'ambiente intraorganico generale lo atteggiano a resistere o viceversa a cadere rimpetto al materiale contagiante. Le concause venne indagando sopratutto nell'ambiente delle caserme durante il lungo servizio di medico militare sino al grado d'ispettore. Si convinse così della grande importanza del sovraccarico di lavoro muscolare, degli strapazzi psichici, della igiene generale degli ambienti nel favorire il contagio. Tutte le osservazioni posteriori a quelle di Villemin non hanno fatto che confermare le deduzioni nell'aggiungere altri ragguagli. Le case, se strette, poco aerate, poco soleggiate e umide, si sono svelate ambienti tra i più favorevoli al contagio, perchè simultaneamente rappresentano il massimo agglomeramento delle persone e la insufficiente penetrazione dei raggi solari, i quali, anche se non riescono a sterilizzare i materiali infettanti del suolo, delle pareti, degl'indumenti, tonificano il complesso dell'ambiente intraorganico personale e ne elevano perciò la resistenza contro l'attecchimento del contagio.

Villemin ha sempre insistito nell'additare nell'espettorato dei tuber-

Digitized by Google

colotici il veicolo principale del contagio interumano; infatti le posteriori indagini dei batteriologi hanno dimostrato che quell'espettorato è eccellente terreno culturale per i bacilli specifici.

Anche nei rapporti tra tubercolosi ed eredità le osservazioni di Villemin sono state antesignane della maniera, con cui tutto il complesso delle ricerche nella tisiologia odierna permette di specificare il valore ed il significato di quei rapporti « *L'hérédité n'est qu'exceptionnelle; le chiffre le plus considérable est à l'avantage des phtisies acquises; ce sont elles qui constituent la loi générale* ». Così (loco cit.) sintetizzava Villemin le sue osservazioni al riguardo.

L'osservatore francese notò nel campo del laboratorio che nelle femmine delle cavie o dei conigli l'inoculazione dei materiali tubercolari era capace di provocare aborti o morte prematura dei neonati, anche quando in questi non si rinvenivano alla necroscopia lesioni specifiche. Quella morte prematura o l'aborto venne interpetrato come effetto di fralezza nel germe, non già come trasmissione di un contagio vivo infettante dalla madre al feto.

Le ulteriori ricerche del nostro Angiolo Maria Maffucci furono decisive in proposito. Maffucci nelle pubblicazioni iniziate dal 1889 concretò tutti i particolari sperimentali della infezione tubercolare nel germe, nel feto, nei neonati. Da questi particolari emerse che rarissimamente il bacillo specifico infetta il sincizio ed il germe, onde le anomalie di struttura che talvolta si constatano nell'embrione e nel neonato sono manifestazioni di trasmissione di una generale distrofia tossica, non già effetto di trasmissione diretta del bacillo infettante. Posteriormente alle pubblicazioni di Maffucci, quel complesso di distrofie da Lui scoperto nel campo sperimentale ed osservabile nell'embrione e nel neonato venne sintetizzato da Landouzy nel campo clinico con la espressione di « tubercolosi eredo-distrofica » o « eredo-distrofia tubercolare ».

I postulati di Villemin sulla importanza della trasmissione bacillare nella eredità della tubercolosi sembra che siano per essere scossi dalle recenti indagini sul virus filtrabile, qualora non restino sporadiche le osservazioni che dalla madre al feto può avere luogo la trasmissione di un agente infettante specifico, per quanto sotto forma di virus filtrabile anzichè di bacilli. In questo senso ha insistito specialmente Arloing, anche nel recente II Congresso Italiano della tubercolosi in Milano. Però, anche quando non il solo Arloing ma parecchi altri osservatori riescano tutti a provare in maniera inoppugnabile il passaggio transplacentare del virus specifico tubercolare, per quanto allo stato semplicemente filtrabile, dalla madre al feto, continuerò, per parte mia, a ritenere, come ho dichiarato già varie volte, che quel fatto non è da considerare quale trasmissione ereditaria del virus. Continuerò a ritenere che per la tubercolosi, come per ogni altra infezione, necessita distinguere tre sorta di trasmissione di un agente infettante o virus, filtrabile o non filtrabile che sia.

Vi ha una trasmissione nella vita extrauterina e per questa tutti ovviamente sono concordi nel parlare non di eredità, ma d'infezione o contagio acquisito, anche se si verifichi nel neonato durante i primi giorni dopo il parto. Ma quando la infezione si trasmette dalla madre al feto nell'interno dell'utero (tubercolosi o placentare o uterina o annessiale), questa infezione, per parte mia, è da ritenersi anche un contagio, non già una trasmissione ereditaria, perchè il feto è già un nuovo essere, onde tutto ciò che viene ad innestarsi sul suo organismo è qualcosa di acquisito, di aggiunto. Una sarebbe la vera eredità del virus, quella che si rinvenisse nel sincizio o germe, fusione del pronucleo maschile o parte matura dello spermatoide con il pronucleo femminile o parte matura dell'ovulo. Or bene per essere sicuri che un animale allo stato di germe può essere contagiato dal virus tubercolare, o virus filtrabile o bacillo, bisogna dimostrare che nella madre rispettiva durante la gestazione non sia esistita alcuna lesione specifica nè alcuna capacità infettante da parte tanto dell'utero e degli annessi uterini quanto della placenta. Quando si sia fatta questa osservazione discriminativa e da essa risulti il nessun inquinamento virulento in quelle parti appartenenti alla madre in gestazione, soltanto allora la infezione fetale potrà ritenersi effetto e quindi continuazione di una infezione germinale, che è la sola trasmissione ereditaria di un agente vivente o virus. Questa discriminazione di fatto sinora non si è tenuta presente, per quanto è a mia conoscenza; perciò da parte mia mi mantengo ancora concorde al postulato indicato da Villemin nel senso che la infezione tubercolare germinale e quindi veramente ereditaria è una eccezione così rara da non doversene tener conto per le applicazioni alla profilassi e per la esegesi dei fenomeni morbosi; sono infezioni tutte e due acquisite o contagio tanto quella intrauterina o fetale (non già germinale) quanto quella extrauterina nelle modalità varie dei primi giorni dopo la nascita sino alle differenti età successive.

Sicchè, consonamente alle antiche osservazioni di Villemin, non è da esagerare l'importanza nè del contagio, nè del terreno costituzionale.

Con la esagerazione nell'uno e nell'altro senso si corre rischio di ostacolare il progresso dei fatti, con danno non minore di quanto volessimo considerare la tubercolosi una malattia esclusivamente sociale o esclusivamente individuale. Perchè immaginare due schiere antitetiche, quella dei costituzionalisti e individualisti da una parte, quella dei sociologi e dei contagionisti, dall'altra parte, quasi che all'una od all'altra spetti il monopolio della verità e l'una o l'altra possegga il toccasana per la terapia e per la profilassi della tubercolosi? Si preoccupa forse l'agricoltore soltanto del terreno o soltanto del seme da coltivarsi o non piuttosto rivolge premura uguale tanto al terreno quanto al seme?

Bando a costruzioni teoretiche unilaterali. Fatti, fatti, sopratutto fatti: così si onora degnamente la memoria di lavoratori come Villemin.

A proposito delle guerriglie di parole che si movevano a Villemin nelle discussioni accademiche, un suo commemoratore nella recente seduta di onoranza alla Sorbona, il Prof. Calmette, ironicamente osservava che « à cette époque — et il ne semble guére qu'il soit autre« ment de nos jours — l'eloquence, dans les assemblées, était la reine des « batailles. Mais c'est une reine de carnaval; elle n'a que l'éclat et la « durée d'une boule de savon ».

Anzi il carnevale di parole — aggiungo per parte mia — finisce con essere una danza macabra a spese degl'infermi, che possono abboccare alla *réclame* dello squarcio rettorico.

ANDREA FERRANNINI.

LIBRI ED OPUSCOLI

PALAZZI S. *Manuale di Odontologia.* 1 vol. di pagg. 900 circa, con 1065 figure in nero e a colori. F. Vallardi, ed., Milano, 1926. Prezzo L. 130.

Come si rileva dalla prefazione al volume del prof. Ludovico Coulliaux, il presente manuale è uno dei primi che viene alla luce in Italia sull'odontologia, che è assurta in questi ultimi anni alla dignità di una vera branca specializzata della medicina. L'A., che è Direttore dell'Istituto Odontoiatrico della R. U. di Pavia, ha voluto fare un'opera che fosse utile sia ai medici che agli studenti, e perciò non solo l'esposizione è molto piana e documentata da abbondanti figure, ma inizia il libro un compendio delle nozioni di anatomia, fisiologia e biologia riguardanti l'apparato dentario.

Inutile insistere sui singoli capitoli che compongono l'opera, ci basti accennare che anche gli argomenti più moderni vi sono trattati, per es. quello della semeiotica dentaria con l'ausilio dei roentgengrammi, e che gli argomenti di pratica corrente, quelli per es. di odontotecnica, sono sviluppati con ampiezza di dettagli.

In appendice al volume, sono esposti brevi cenni di medicina legale odontologica e di tecnica microscopica dentaria.

Manuale, come si vede, completo in tutte le sue parti e del quale il pubblico medico non avrà che da congratularsi con l'A. per aver saputo sottrarre dall'asservimento a testi stranieri la scienza italiana, anche per l'odontologia.

TORELLI. *Le dosi dei medicamenti nella terapia dei bambini e dei fanciulli.* Alimentazione. Formulario. Idroterapia. 1 vol. di pag. VIII-110, rilegato. Ed. U. Hoepli, Milano, 1927. Prezzo L. 10.

E' una nuova edizione di un volumetto pubblicato già qualche anno scorso dall'A., ed è un manualetto tascabile che comprende norme posologiche distinte secondo l'età per la somministrazione dei medicinali nei bambini, corredato da utili notizie di terapia.

Il libro, condotto con molta diligenza e profondità di cognizioni, è ben riuscito e racchiude in piccola mole ma con chiarezza di disposizione quanto può interessare medici, farmacisti e studenti nella branca della materia medica infantile. La prima parte riguarda le dosi dei medicamenti ripartite *pro dosi* e *pro die*, in colonne, secondo l'età e con relative annotazioni per l'uso ipodermico e rettale. Seguono succinte notizie sull'alimentazione, sulla dentizione e sull'idroterapia. Chiudono il volumetto un formulario pratico ed una tabella degli avvelenamenti ed antidoti.

BALP S. *La missione igienica e sociale delle scuole di Bergamo.* Stab. Tip. G. Capella, Cirié, 1926.

Methods and Problems of medical education (*Third series*). The Rockefeller Foundation, New York, 1925.

PAVONE M. (junior). *L'elettrocoagulazione nella cura dei tumori vescicali.* Estratto dalla «Cultura medica moderna»; an. IV, n. 14.

RICCITELLI L. e CIUFFINI B. *Il valore della vaccinazione antitubercolare. (A proposito dell'antigene metilico di Boquet e Nègre).* Estratto da «La Diagnosi», fasc. XLVI-XLVII, anno VI.

Digitized by Google

PER LUIGI PAGLIANI

Ricorre in quest'anno l'ottantesimo compleanno di Luigi Pagliani.

La sua personalità emerge e con caratteri tra i più spiccati nella storia della medicina italiana dell'ultimo quarantennio, come scienziato, come maestro e sopratutto come fondatore e organizzatore della statizzazione nella igiene del Regno.

Nel 1887, Francesco Crispi, allora Presidente del Consiglio dei Ministri telegraficamente invita il Prof. Luigi Pagliani, allora ordinario d'igiene nella R. Università di Torino, a organizzare la difesa della salute pubblica in Italia e con ampi poteri. Pagliani accetta come a comando militare. Un anno dopo, nel 1888, la legge « sulla tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica del Regno » era un fatto compiuto con tutti i regolamenti, che sono venuti integrando in ogni campo della salute pubblica i postulati di quella legge, oltre alla fondazione della Direzione generale della Sanità Pubblica.

Crispi scultoriamente, come sempre, aveva inculcato che « le spese per il mantenimento della salute pubblica non sono mai troppe; la vita umana è il capitale più prezioso, il più fecondo di tutti, il creatore di tutti i capitali ».

Quando Pagliani concretò l'opera voluta da Crispi e ne iniziò l'applicazione, la mortalità in Italia era del 31 su mille; oggi è di circa 17. Quante vite sono state conservate per decenni e rigenerate nella capacità produttiva, di quanti miliardi si è accresciuto il bilancio economico della Nazione per opera di Crispi e di Pagliani! Quanta, perciò, deve essere la gratitudine di ogni italiano per quel felice binomio di sapere e di energia consacrato alla grandezza della Patria!

ANDREA FERRANNINI

VITA UNIVERSITARIA

Nuove disposizioni per l'istruzione superiore.— Con R. D Legge n. 2105, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 271, 1927, sono state emanate alcune disposizioni integrative e modificative di quelle già vigenti sull'ordinamento dell'istruzione superiore. Riportiamo gli articoli del Decreto che più da vicino riguardano la facoltà di medicina.

Art. 1. — Il Consiglio nazionale delle ricerche è organo permanente consultivo e di informazione del Ministero della pubblica istruzione per quanto concerne lo sviluppo ed i progressi dell'attività scientifica all'interno ed all'estero.

Per l'adempimento dei suoi compiti il Consiglio nazinale delle ricerche, a mezzo dei suoi delegati, ha facoltà di accedere agli istituti, laboratori e stabilimenti nei quali si eseguono ricerche scientifiche; ma chiederà caso per caso l'assenso del Ministro competente.

Art. 3. — I concorsi alle borse di perfezionamento di cui all'art. 118 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, sono giudicati, per gli studi di medicina e chirurgia da Commissioni scelte in seno al Consiglio nazionale delle ricerche.

Art. 5. — Per la compilazione ufficiale della bibliografia scientifica tecnica italiana, affidata dal R. decreto-legge 31 marzo 1927, n. 638, al Consiglio nazionale delle ricerche, tutti i tipografi, i quali abbiano stampato, per propro conto o per conto di editori, di enti pubblici o privati, pubblicazioni in lingua italiana o straniera, sia periodiche che non periodiche e comunque interessanti la scienza e la tecnica, devono entro un mese dalla ultimazione della stampa, farne pervenire una copia completa al Consiglio nazionale delle ricerche. In difetto saranno passibili di ammenda.

Art. 6. — I direttori delle scuole di perfezionamento e degli istituti scientifici delle università e degli istituti superiori, debbono, alla fine di ogni anno accademico, inviare al Ministero una dettagliata relazione sull'attività didattica e scientifica svolta negli istituti ai quali sono preposti, allegando ad essa documenti ed eventuali pubblicazioni.

Art. 9. — All'art. 8 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è aggiunto il seguente comma:

« Quando il Ministro ritenga opportuno di non addivenire momentaneamente alla nomina del rettore o direttore, può designare, con suo decreto, un prorettore o prodirettore, scegliendolo, sia tra i professori di ruolo appartenenti rispettivamente all'università o all'istituto, sia tra quelli di altra università o istituto della stessa sede. Il prorettore o prodirettore non può durare in ufficio oltre l'anno accademico, ed ha diritto all'indennità spettante al rettore o al direttore ».

Art. 12. — A liberi docenti può essere revocata dal Ministro l'abilitazione all'insegnamento, quando, per manifestazioni compiute nell'esercizio del loro ufficio o anche indipendentemente da esso, non diano piena garanzia di un fedele adempimento dei propri doveri, ovvero si pongano in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo.

Per le determinazioni in ordine alla revoca di detta abilitazione sarà prefisso all'interessato un termine per la eventuale presentazione delle proprie deduzioni.

Art. 13. — Gli esami di profitto e di laurea e diploma si dànno in due sessioni: la prima ha inizio subito dopo la chiusura annuale dei corsi e la seconda un mese innanzi il principio del nuovo anno accademico.

Non è consentita nessun'altra sessione di esami.

Art. 19. — Il giudizio sugli aspiranti al titolo di specialista, in base alle norme che saranno determinate con decreto Reale, è dato da speciali Commissioni nominate dal Ministro per la pubblica istruzione.

Le spese per il funzionamento di dette Commissioni sono a carico degli aspiranti, i quali, prima della riunione della Commissione, saranno invitati a depositare presso il cassiere del Ministero della pubblica istruzione la somma che, tenuto conto del numero dei candidati che dovranno essere giudicati da ciascuna Commissione, si presume possa essere addebitata a ciascuno di essi per le spese stesse.

Art. 28. — Presso la libera Università di Camerino potrà istituirsi una Facoltà di scienze chimiche, rimanendo soppresso il corso quadriennale di medicina.

Art. 31. — Entro un biennio dalla data di pubblicazione del presente decreto, potrà con decreto Reale da emanarsi su proposta del Ministro per la pubblica istruzione, sentito il Consiglio dei Ministri, disporsi, in deroga alle norme vigenti, il trasferimento ad altro istituto della stessa o di diversa sede di quei professori di ruolo delle Regie università, dei Regi istituti superiori e dei Regi istituti superiori di magistero, la cui permanenza nell'istituto al quale appartengono si ravvisi comunque incompatibile.

Contro il provvedimento non è ammesso acun gravame, nè in via amministrativa nè in via giurisdizionale.

Insegnanti che si ritirano per i limiti di età.— Nelle Facoltà Medico-chirurgiche del Regno sono ben cinque gl'insegnanti che, a datare dal corr. anno accademico 1927-28, si sono ritirati dalla palestra universitaria della loro attività, per avere raggiunto il 75° anno di età.

Sono clinici medici generalli, del valore del Prof. Raimondo Feletti di Catania e del Prof. Vincenzo Patella di Siena; un patologo generale dallo spirito umanisticamente poliedrico, come il Prof. G. Battista Ughetti di Catania; uno psichiatra e neuropatologo, come il Prof. Enrico Morselli, l'entusiasta pioniere delle più elevate idealità nello scibile naturalistico, l'indimenticabile fondatore e direttore della *Rivista di Filosofia Scientifica*.

A Maestri di tanta levatura il nostro giornale rivolge omaggio di ossequio per l'opera che hanno svolto con prestigio e decoro della medicina italiana e con profitto della cultura nazionale.

Nuovi rettori. — Il prof. gr. uff. Nicola Leotta, stabile di clinica chirurgica, è stato nominato Rettore della R. Università di Bari.

Libere docenze. — Il prof. Guglielmo Scala, docente di Anatomia Patologica, ed il dott. Pietro Maria Franco hanno conseguito la libera docenza in Patologia speciale medica.

Ai due valorosi professionisti, della scuola dell'illustre prof. Pietro Castellino, i nostri vivi rallegramenti.

— Il dott. Giuseppe Nisio, di Bari, ha conseguito la libera docenza in clinica urologica, svolgendo brillantemente una tesi « Sui tumori della vescica ».

Trasferimenti.— Sono stati trasferiti: il prof. Bernardino Lunghetti, di anatomia patologica, da Cagliari a Siena; il prof. Lodovico Marogna, di patologia chirurgica, da Sassari a Modena; il prof. Guido Verroni, di patologia generale, da Cagliari a Catania.

Nella Università di Bari.— Il prof. gr. uff. Luigi Simonetta, Senatore del Regno, cessa dall'ufficio di R. Commissario della R. Università di Bari.

Concorsi per aiuti e assistenti. — E' aperto il concorso per un posto di aiuto presso la Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Sassari. Le prove di esame consisteranno in una prova clinica su di un malato nervoso o mentale e in una prova semeiologica di laboratorio. Stipendio L. 9.500; per servizio attivo L. 600; indennità caroviveri. Scadenza 24 dicembre 1927.

Nelle Università straniere. — Il prof. Trendelenburg, direttore dell'Istituto fisiologico di Tubinga, è stato chiamato a Berlino; al suo posto è stato chiamato da Greifswald il prof. Kohlrausch.

— Il prof. Haffner, di Königsberg, è stato chiamato alla direzione dell'Istituto farmacologico di Tubinga, succedendo al prof. Jacobj, ritiratosi per limiti di età.

Digitized by Google

NOTIZIE

Il Centenario della "Gazette des Hôpitaux ,,. — Con un numero unico commemorativo celebra in questi giorni il suo centenario di vita la « Gazette des Hôpitaux ».

Il 1° novembre 1828, Antonio Francesco Ippolito, distinto medico di Marsiglia dava al luce il primo numero di un giornale, col titolo di «Lancette française » e il sottotitolo di « Gazette des hôpitaux ». Da allora ad oggi quanta via percorsa, cercando di corrispondere sempre ad un programma pratico per gli studiosi, uniformandosi sempre ad una nettitudine ed indipendenza di intenti, quando trattavasi di difendere interessi professionali.

Con Brochin padre, che succedette a Fabre nella direzione del giornale (1854) si accentuò maggiormente la tendenza clinica di esso, ed il Brochin dette grande impulso a quelle « Revues cliniques hébdomadaires », che, ideate dal Fabre, costituirono una delle rubriche del giornale più gradite, rappresentando, sotto forma di « causeries » settimanali, un insegnamento continuo di gran valore.

L'evoluzione delle scienze mediche progredisce, s'intensifica ed ecco Ricard, succeduto al Brochin nella direzione del giornale, insieme con A. Mathieu, ben intuendo le esigenze dei lettori, creare una nuova rubrica, le « Revues générales », la quale allora (1887) fu considerata una spiccata novità nella stampa medica. [La nostra *Riforma Medica* aveva iniziato questa rubrica dal 1885. N. d. R.].

Si sono seguiti poi, nella redazione del giornale, Babonneix, Lance, Courtois-Suffit e L. Le Sourd, mentre la direzione, dopo Fabre, è stata tenuta da Ernest Le Sourd (1848-1864), Ernest Le Sourd figlio (1864-1899) e François Le Sourd (dal 1899 in poi): quattro direttori appena in cento anni, e ciò ha certamente bene influito sulla continuità ed unicità d'indirizzo del giornale.

La « Gazette des hôpitaux », come si vede, ha tradizioni antiche ed ha resistito alla incertezza delle varie vicende del tempo. Ciò depone a favore della sua organizzazione, passata e presente.

Questa continuità di vita e l'augurio di sempre più duratura vita avvenire hanno voluto festeggiare con un banchetto direttori e redattori della « Gazette », banchetto al quale sono intervenute molte notevoli personalità scientifiche di Parigi.

A questo augurio si associa fraternamente il nostro giornale.

Le onoranze al prof. Michele Landolfi. — Come avevamo annunziato, il giorno 4 c. m. hanno avuto luogo nella sala della Società Centrale Operaia in Napoli le onoranze al chiarissimo prof. Michele Landolfi, in occasione del suo venticinquesimo anno di esercizio professionale.

Parlarono il presidente dell'Unione Operaia signor D'Argenio, il sig. Cappello, il sig. Lombardi per Airola, paese nativo del prof. Landolfi, il vice-pretore dott. Mennella, il prof. Laccetti per la classe medica, il dottore Marotta per i discepoli. Vennero quindi offerte al festeggiato una artistica medaglia d'oro ed una bellissima pergamena.

Prese la parola in ultimo il prof. Landolfi, il quale, assai commosso ringraziò autorità, medici, studenti, operai per la manifestazione di affetto e di stima tributatagli. La bella festa si chiuse con l'offerta al prof. Landolfi di belle «branches» di fiori e di un «album» con le firme di tutti gli intervenuti. Sull'«album» è incisa la seguente dedica: *Al sommo Maestro che nell'arte di curare i corpi, avvicina le anime.*

Al Comitato per le onoranze sono pervenuti numerosi fervidi messaggi, fra cui da notare quelli del sen. Marchiafava, del prof. Gabbi, di Salvatore di Giacomo ecc.

Corsi di perfezionamento presso la Facoltà medica di Vienna. — Anche quest'anno si svolgeranno presso la Facoltà medica di Vienna dei corsi di perfezionamento nelle singole discipline mediche, in lingua tedesca. Il programma dettagliato di essi potrà richiedersi al Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Vienna VIII, Schlösselgasse 22; allo stesso ufficio potranno domandarsi informazioni per il vitto e l'alloggio.

Inoltre in febbraio, giugno, settembre e novembre avranno luogo presso la stessa Facoltà dei « corsi internazionali » (Intenationale Fortbildungskurse), ciascuno della durata di due settimane, nei quali verranno trattati argomenti recenti di attualità, di terapia, diagnostica, ecc. Per questi ultimi, rivolgersi o allo stesso ufficio dei corsi di perfezionamento o anche alla segreteria in Vienna, IX, Porzellangasse, 22 (Obermedizinalrat dr. Kronfeld).

Erezione in ente morale dell'Opera pia "Crociata contro la tubercolosi ,, in Torino. — Con R. Decreto 12 agosto 1927, n. 1702, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 settembre 1927, n. 224, l'Opera pia «Crociata contro la tubercolosi», con sede in Torino, è stata eretta in ente morale e ne è stato approvato lo statuto organico.

NECROLOGIO

LEOPOLDO RIZZO

Il 27 ottobre scorso, a soli 55 anni, si è spento in Napoli il Prof. Leopoldo Rizzo nobilissima figura della Chirurgia napoletana contemporanea.

Laureatosi brillantemente in Medicina e Chirurgia nel 1894 aveva coltivato con amore l'Istologia, l'Anatomia patologica e la Batteriologia frequentando l'Istituto di Istologia diretto dal Paladino e i laboratori della I Clinica Medica diretta dal Cantani prima e dal Cardarelli poi.

Desideroso di darsi alla Chirurgia e attratto dal fascino che esercitava sui giovani quel sommo Maestro di Chirurgia che fu il D'Antona entrò subito dopo la laurea nell'Istituto di Patologia Chirurgica da questi allora diretto. E nei primi anni del suo assistentato pur dedicandosi al servizio Clinico nell'Istituto del D'Antona continuò a perfezionarsi in Anatomia Patologica e Batteriologia, come dimostrano i suoi primi lavori pubblicati, frutto di intelligenti ed importanti ricerche scientifiche.

Con una soda cultura nel campo delle discipline biologiche fondamentali fu agevole per Lui raggiungere un posto d'onore nella Patologia speciale e nella Clinica. Della sua preparazione clinica dette subito prova vincendo giovanissimo i concorsi per chirurgo assistente nell'Ospedale Incurabili e poi per chirurgo ordinario nell'Ospedale dei Pellegrini.

Nel 1900 dal D'Antona, che lo prediligeva tra gli altri suoi allievi, fu nominato coadiutore di Patologia Chirurgica e nel 1903, quando il D'Antona, per la morte del Gallozzi, passò alla direzione della Clinica chirurgica, fu nominato coadiutore di Clinica.

Nel 1903 conseguì per titoli la libera docenza in Patologia Chirurgica e poco dopo pure per titoli quella in Clinica Chirurgica.

Il D'Antona fin dal 1900 gli affidò l'incarico di tenere nel suo Istituto corsi complementari di patologia chirurgica e nel 1903 quello di tenere, quale suo supplente, l'insegnamento ufficiale della stessa materia. Restò in clinica come coadiutore del Maestro, fino al 1911; poi volle lasciare la clinica e dedicarsi tutto alla carriera ospedaliera ed all'esercizio professionale, verso cui già lo allettavano i suoi primi trionfi.

Dal 1915 raggiunse il grado di Direttore di reparto chirurgico nel glorioso Ospedale Incurabili e lì, fino all'ultimo di sua vita, tenne il libero insegnamento di chirurgia. Attorno a Lui numerosi accorrevano gli allievi, e sotto la sua guida fiorì una Scuola degnissima delle nobili tradizioni dell'insegnamento libero ospedaliero napoletano.

La sua mente lucidissima educata al severo ragionam[ento scientifico], il suo lungo tirocinio al letto dell'infermo, nelle sale op[eratorie e nelle] sale anatomiche, e la sua tecnica operatoria perfetta ed e[legante, riflesso] del suo spirito di artista, fecero di Lui un clinico comple[to ed insigne.]

La sua cultura vasta e profonda, fondata su solide [basi scientifiche,] completa nel campo della chirurgia, ed estesa alle discipli[ne più svariate,] anche a quelle lontane dalle scienze mediche, e la sua p[arola elegante e] scultorea, specchio fedele del suo carattere adamantino, f[ece di Lui un] insegnante impareggiabile. Ma, più che insegnante, Eg[li fu Maestro] vero e completo, perchè alle alte doti della sua mente univ[a un animo no]bilissimo, e le sue espressioni e le sue azioni erano monito[ed incitamento] per i suoi discepoli a bene operare. Maestro fu perciò di s[apienza e di vita.]

Lascia importanti pubblicazioni scientifiche e tra que[di speciale in]teresse hanno quella *sulla tubercolosi sperimentale dei ma[miferi prodot]ta con la tubercolosi aviaria;* quella *sulle conseguenze de[l versamento di] urina nel peritoneo;* quella *sulla combinazione tra tuber[colosi e cancro;]* quella *sul trattamento chirurgico delle varici della gamba[;* quella *sulla e]tiologia della cancrena gassosa;* quella *sul potere assorbe[nte delle artico]lazioni.*

Ma lascia sopratutto il ricordo di una vita spesa tutta [per il bene, fat]ta di lavoro e di sacrifizio, chiusa serenamente e stoicame[nte, e lascia nei] suoi devoti e numerosi discepoli la amarezza di aver per[duto un grande] Maestro.

Gu[stavo Bossa]

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. San[to) 1-3 - Napoli]

1626 =

Digitized by Google

LA RIFORMA MEDICA

ANNO XLIII — Napoli 19 Dicembre 1927 – Anno VI — N. 51

QUESTIONI DEL GIORNO

LA TRASMISSIONE TRANSPLACENTARE DELLA TUBERCOLOSI

Mentre sulla ereditarietà della predisposizione alla infezione tubercolare le opinioni degli studiosi sono state sempre molto discordi, il problema della trasmissione diretta dell'infezione sembrava fino a poco tempo fa pacificamente risolto. L'eredità della predisposizione infatti non può essere dimostrata sperimentalmente e i fatti clinici possono essere interpretati sia a favore che contro tale possibilità. Nella trasmissione diretta dell'infezione invece tutti gli Autori, pur negando la possibilità di un'eredità germinale, ammettevano soltanto come possibile la trasmissione transplacentare del bacillo di Koch, in accordo del resto con quanto aveva dimostrato l'esperimento, che non esiste malattia infettiva del feto che non sia trasmessa per questa via.

La più recente rivista sull'argomento di Nightmann e Greene, in seguito a una severa critica dei casi illustrati, porta a 113 il numero dei feti con tubercolosi congenita. Basta questa cifra per dimostrare l'estrema rarità di tale evenienza.

Ma come tutti i problemi della medicina e della biologia evolvono continuamente e quello che ieri sembrava certo e inconfutabile, potrà domani essere sottoposto a revisioni e trasformazioni, così anche la questione dell'eredità tubercolare, in seguito ai ben noti lavori sulla filtrabilità del virus tubercolare, è entrata di nuovo in discussione.

Il merito spetta sopratutto a Arloing, Calmette e collaboratori, i quali nel corso di questi ultimi anni hanno portato molteplici e inconfutabili prove del contagio fetale nell'utero materno che avviene per mezzo del passaggio transplacentare dell'ultravirus tubercolare. Questi autori sono riusciti infatti a dimostrare sperimentalmente il passaggio di tale filtrato nella cavia e a metterlo in evidenza anche nell'uomo. Essi inoculando del filtrato tubercolare in cavie gravide osservarono nei feti la presenza di vari bacilli acido-resistenti (nella milza, nel fegato, nelle ghiandole linfatiche) pur non presentando tali animali lesioni nè macro — nè microscopiche che si potessero mettere in rapporto con l'infezione tubercolare. Gli stessi reperti gli autori riuscirono ad osservare anche in alcuni feti o neonati umani nati da madre tubercolosa.

Continuando nelle indagini si vide come non era sufficiente l'assenza del reperto del bacillo di Koch nel feto per escludere la possibilità dell'infezione, poichè anche in quelli in cui la ricerca del bacillo era stata negativa, l'inoculazione di pezzetti di organi nel peritoneo di cavie sane, determinava spesso in queste tipiche lesioni tubercolari.

In base a queste ricerche bisogna quindi ammettere che come attraverso le candele a pori molto stretti, anche attraverso la placenta passi un virus tubercolare capace di riprodurre il bacillo.

Non sono neanche mancati i tentativi di portare questi nuovi fatti nella clinica e di spiegare col passaggio transplacentare dell'ultra virus i casi di neonati lattanti dei primi mesi di vita, nati da madre tubercolosa e morti con fenomeni di cachessia senza alcuna alterazione all'autopsia. In tali casi che Debrè e Lelong hanno chiamato di *morte inesplicabile* e Couvelaire ha riferito sotto il nome di *sindrome di denutrizione progressiva,* l'azione tossica dell'ultra virus si esplicherebbe con un decorso, come hanno dimostrato Arloing e collaboratori, identico a quello che si osserva inoculando dei filtrati di bacilli ad animali neonati. Mentre alcuni di questi, e sono la maggioranza, muoiono con una sindrome cachettica e presentano all'autopsia bacilli acido-resistenti nelle ghiandole linfatiche, altri presentano una fase di ipotrofia dopo la quale possono anche ristabilirsi completamente ed altri infine restano indifferenti all'inoculazione.

L'importanza di tutte queste ricerche è tale e sconvolge così profondamente le nostre conoscenze sulla trasmissione della tubercolosi e sulla intezione tubercolare in genere, che abbiamo ritenuto interessante d'intraprendere una serie di ricerche per renderci conto del valore di esse e della ripercussione che potranno avere nel campo della Clinica.

Non posso qui riferire dettagliatamente tutti i protocolli delle ricerche da me eseguite, che formeranno oggetto di un dettagliato lavoro, nè posso riferire ancora tutti i risultati, poichè alcuni animali sono ancora in osservazione. Tuttavia il materiale finora raccolto è già sufficiente per venire ad alcune conclusioni che ritengo non prive d'interesse.

Le mie ricerche si possono dividere in tre serie:

1. Ho inoculato ad animali di esperimento pezzi d'organo di animali nati da cavie e coniglie trattate durante la gravidanza con emulsioni di bacilli tubercolari virulenti.

2. Le inoculazioni sono state fatte ad animali da esperimento con pezzi d'organo di feti e di neonati provenienti da cavie e coniglie le quali durante la gravidanza erano state inoculate con filtrato di cultura di bacilli tubercolari.

3. Ho inoculato a cavie e coniglie pezzi d'organo di feti provenienti da madri affette da grave tubercolosi polmonare nelle quali si dovette interrompere la gravidanza.

Le inoculazioni di pezzi d'organo venivano fatte nel peritoneo previa laparotomia.

Gli animali trattati sono stati complessivamente 44: di essi 20 appartengono al primo gruppo, 18 al secondo, e 6 al terzo.

Riferisco per brevità soltanto i risultati positivi.

1ª *Serie*: Una cavia gravida viene inoculata con 6 cmc. di filtrato attraverso candele Chamberland L2 di cultura di bacilli tubercolari virulenti: questa 35 giorni dopo l'inoculazione partorisce un caviotto che viene immediatamente sacrificato. All'autopsia non si riscontra alcuna lesione tubercolare nè presenza di bacilli acido-resistenti negli organi, nè nei gangli linfatici. Pezzetti di fegato, di milza, e di ghiandole linfatiche vengono inoculati previa laparotomia ad una cavia la quale dopo 46 giorni muore con sintomi di cachessia: all'autopsia si riscontrano due grossi gangli mesenterici caseificati con presenza di bacilli acido-resistenti.

2ª *Serie*: Una coniglia gravida trattata per via endovenosa con emulsione di bacilli tubercolari virulenti dà alla luce dopo 18 giorni 5 conigli di cui 2 vengono subito uccisi. All'autopsia nessuna lesione tubercolare, negativa la ricerca di bacilli acido-resistenti. Pezzi d'organo vengono inoculati nel peritoneo di una cavia e di un coniglio. Il coniglio muore dopo 2 settimane per coccidiosi, la cavia dopo 43 giorni muore con sintomi di accentuata denutrizione; all'autopsia, tubercolosi miliare generalizzata.

3ª *Serie*: Le esperienze sono state fatte con tre feti provenienti da madri con gravi lesioni polmonari cavitarie specifiche nelle quali si dovette interrompere la gravidanza rispettivamente al 2°, 3° e 5° mese. Mentre i pezzi d'organo dei feti del 2° e 3° mese inoculati nel peritoneo di cavie e conigli non hanno provocato finora alcun sintomo morboso e gli animali (meno uno morto poco dopo l'inoculazione per peritonite acuta) vivono tuttora; una cavia inoculata con pezzi di organo del peso di 5 feti è morta 54 giorni dopo l'inoculazione con i segni di una tubercolosi generalizzata.

Da ultimo credo interessante riferire il caso di un coniglio nato morto da madre vaccinata per via endovenosa col vaccino B. C. G. e inoculata successivamente per la stessa via con tubercolosi bovina virulenta Vallée. Una cavia inoculata con pezzetti di organo appartenenti a questo coniglio è morta dopo 26 giorni con tubercolosi miliare del fegato e dei polmoni.

I reperti istologici hanno pienamente confermato la specificità delle lesioni osservate.

In tutti gli animali trattati sono state sistematicamente saggiate le reazioni tubercoliniche con risultati molto diversi e molto discordi nei singoli casi. In generale abbiamo potuto osservare che le diluizioni di tubercolina al millesimo non davano

Digitized by Google

reazioni intradermiche a differenza di quanto si osserva in animali inoculati con germi virulenti in cui la reazione già a questo tasso è spiccatamente positiva, ha tipo spesso emorragico e necrotico e dura per molto tempo. Negli animali trattati potemmo osservare in qualche caso debolissime reazioni con tubercolina diluita al centesimo. Soltanto adoperando diluizioni più deboli (1:50, 1:25) si poterono osservare transitoriamente delle reazioni mai, molto intense, e di breve durata tanto che ci sembra giustificato il sospetto che la positività fosse in rapporto con la quantità di proteina introdotta.

Qualunque sia l'interpretazione che si voglia dare al comportamento delle reazioni tubercoliniche crediamo sufficientemente dimostrato il fatto della possibilità della trasmissione del filtrato di virus tubercolare attraverso la placenta e quindi dell'infezione dalla madre al feto.

Sulla natura di questi elementi filtrabili però non è detta l'ultima parola, chè molte lacune devono essere ancora riempite; molti punti oscuri chiariti, molte incertezze rimosse. Tuttavia è fuor di dubbio che queste ricerche aprono allo studio della tubercolosi congenita una nuova via che potrà essere feconda di risultati e di applicazioni.

Ammessa dunque la possibilità della trasmissione dalla madre al feto di un virus tubercolare filtrabile, quale importanza questa nuova acquisizione potrà avere nella Clinica?

Il Couvelaire ispirandosi alle affermazioni di Calmette e collaboratori ritiene che tale modo di trasmissione è molto più frequente di quanto comunemente si crede. Secondo questo autore fra i bambini nati da madre tubercolosa e allontanati immediatamente dopo la nascita dall'ambiente infetto il 12-38 % muore per cause non apprezzabili: almeno in un quinto dei casi la morte sarebbe imputabile all'infezione transplacentare dell'ultra-virus tubercolare.

Si può ritenere veramente così frequente questa modalità d'infezione in base all'esperienza clinica? Noi crediamo che queste cifre di mortalità imputate alla trasmissione transplacentare dell'ultra-virus siano molto vaghe e dovranno essere in seguito notevolmente ridotte, perchè è un fatto inconfutabile che bambini nati da madre tubercolosa prosperano se allontanati immediatamente dopo la nascita dall'ambiente infetto e allevati con allattamento naturale e nelle migliori condizioni igieniche. È quindi all'infezione extra-uterina che noi dobbiamo dare ancora la massima importanza. Non neghiamo con ciò la possibilità dell'infezione transplacentare per mezzo dell'ultra virus tubercolare, alla stregua che non si è mai negata la pur rara possibilità della trasmissione transplacentare del germe dalla madre al feto. L'infezione del feto per mezzo dell'ultra-virus non rappresenta quindi che una nuova modalità d'infezione che d'ora innanzi si dovrà tener presente e sulla cui frequenza non è possibile ancora, essendo tali ricerche appena all'inizio e suscettibili quindi di ulteriori evoluzioni, farsi un concetto esatto e definitivo.

Sarebbe senza dubbio un grave danno però ritenere la tubercolosi una malattia essenzialmente ereditaria abbattendo così il frutto di un trentennio di esperienza clinica di ricerche sperimentali e scuotendo la fede di quelli che attuano praticamente la profilassi contro la tubercolosi allontanando il neonato dall'ambiente infetto, unico metodo che dà per ora risultati sicuri.

Prof. Ivo Nasso
Direttore della R. Clinica Pediatrica nella Università di Perugia

LAVORI E CONTRIBUTI ORIGINALI

III CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. comm. GIOVANNI BOERI

IL FENOLO IN SOSTITUZIONE DEGLI ESTRATTI LIPOIDEI PER LA REAZIONE DI WASSERMANN NEL LIQUOR.

per il prof. GENNARO MOLINARI
Aiuto onorario e libero docente

Per la diagnosi di laboratorio della sifilide dei centri nervosi, in aggiunta alla reazione di Wassermann, sono state introdotte una serie di prove, fondate sulla precipitazione di certe sostanze colloidali al contatto del liquido cefalo-rachidiano patologico, quali la reazione dell'oro colloidale di Lange, la reazione del benzoino colloidale di Guillain, Laroche e Lechelle, la reazione al mastice secondo Emanuel. Mentre la reazione di Wassermann vale a fare ammettere od escludere la sifilide, le reazioni di precipitazione mirano più particolarmente, sebbene non sempre nettamente, a differenziare le varie forme luetiche (meningite, tabe, paralisi).

La reazione di Wassermann sul liquido cefalo-rachidiano si esegue, secondo la norma dei trattati classici e la quasi totalità degli analisti, su liquor non inattivato. Le ragioni che sconsigliano di inattivare a 56° il liquor sono sopratutto di indole pratica, giacchè si è visto che la inattivazione a 56° riduce a una percentuale esigua il numero di Wassermann positive e non solo nei casi in cui la diagnosi clinica e l'ulteriore trattamento dimostrano una indubbia sifilide del nevrasse, ma anche in molti casi accertati di tabe dorsale ed in parecchi casi di paralisi progressiva (Eicke).

Vero è che, d'altra parte, sono stati descritti casi di meningite tubercolare, di meningiti purulente, di tumori cerebrali, ecc., in cui esisteva la Wassermann positiva nel liquor non inattivato (Zaloziecki, Hauptmann, Mucha, Kronfeld, Jahnel, Kramer, Eicke, Fornara, ecc.). Ma facendo la disamina di tali casi, si può anzitutto escluderne il numero maggiore, e cioè i seguenti, divisibili in 3 categorie:

I) Casi in cui, accanto ad una meningite tubercolare o ad un tumore cerebrale, esisteva un processo luetico del nevrasse (Jahnel, Fornara, ecc.).

II.) Casi in cui non furono fatte le necessarie ricerche per eliminare la sifilide (Hauptmann, Mucha, Kronfeld, Gougerot, Vincent, Zaloziecki, Fornara, Terzani).

III.) Casi, nei quali vi era una meningite non sifilitica, ma sopravvenuta in individui sifilitici (Zadek, Plaut); e ben si comprende, a proposito di tali casi, che se nei sifilitici con meningi indenni da altre affezioni si hanno, come è ben noto, *poussées* meningitiche obbiettivabili con la linfocitosi, la Wassermann positiva, ecc., a maggior ragione queste *poussées* possono coesistere nei sifilitici colpiti da affezioni meningitiche di altra etiologia la cui componente luetica, forse importante come causa predisponente, passa nel quadro clinico in seconda linea di fronte alla maggiore evidenza della forma acuta da causa non luetica, sì da fare apparire come non specifico l'eventuale risultato positivo della Wassermann.

Come si vede, eliminati tutti questi casi, che sono i più numerosi della letteratura, residuano un numero trascurabile di casi di encefalite letargica (Ramond, Achard. Dilly, Duhot e Crampon), di meningite tubercolare (Lesser, Fornara), e alcuni altri di altre affezioni del nevrasse (Terzani), in cui si ebbe la Wassermann positiva nel liquor non inattivato. Si trattava anche talvolta di inibizione non totale dell'emolisi, massime dopo 24 ore in ghiacciaia (Fornara).

Ben più fondate sono, per contro, le ragioni che giustificano la non inattivazione del liquor. Secondo i classici, la inattivazione del liquor è inutile, per la mancanza, in esso, di complemento, mancanza dimostrata e generalmente ammessa non solo nel liquor normale, ma anche nel patologico, nel quale pur rinvenendosi spesso tracce della frazione albuminica e quantità bene evidenti della frazione globulinica del complemento, non si ha attività complementare, per ragioni finora sconosciute (Banchieri).

Ma questo criterio fondato sulla differenza di attività complementare, presente nel siero ed assente nel liquor, è da ritenersi ormai erroneo. Secondo un tale criterio, la inattivazione del siero, infatti, mirando a privarlo del complemento per evita-

Digitized by Google

re una emolisi da eccesso di complemento, mirerebbe ad evitare un numero esagerato ed erroneo di Wassermann negative; mentre è ammesso senza eccezione da tutti i sostenitori della necessità della inattivazione del siero, che la inattivazione sia necessaria per evitare un numero eccessivo di inibizioni della emolisi e quindi di Wassermann positive, fra le quali sarebbero comprese, usando sieri non inattivati, quelle prove in massima parte erroneamente positive che mediante la inattivazione risultano negative. Come ben si comprende, il numero delle prove positive diminuisce mediante la inattivazione, non già aumenta, come dovrebbe verificarsi se la inattivazione equivalesse alla eliminazione dell'attività complementare che favorisce, non ostacola l'emolisi.

Se pertanto oggi si ammette che la inattivazione del liquor diminuisce fortemente il numero delle positività della Wassermann anche nei casi di lue (Eicke) e che la inattivazione è dannosa ai fini dei precisi risultati della prova (Kolle), tanto che è ormai generalmente ammessa la necessità di non inattivare il liquor; e se d'altra parte si considera che non si può più addurre un diverso comportamento dell'attività complementare fra siero e liquor a giustifica della inattivazione del siero: sorgono forti dubbi sulla opportunità della inattivazione anche a proposito del siero, purchè si adottino quelle cautele di tecnica (e specialmente l'uso di unità emolitiche in numero sufficiente) che valgano ad eliminare positività parziali erronee in infermi di alcune affezioni non luetiche. quali ad es. tubercolosi grave, malaria, carcinosi epatica, ecc. Un più adeguata disamina della questione importerebbe una serie di considerazioni sul meccanismo della Wassermann che non troverebbe qui il posto opportuno. Resta tuttavia fermo che, almeno pel liquor, la inattivazione è superflua e dannosa non in quanto il liquor non ha attività complementare, ma in quanto riduce ad un numero esiguo le positività, rendendo negativa la Wassermann anche in molti casi sicuri di lue dei centri.

Ricerche sperimentali

Sin da quando Marie e Levaditi dimostrarono la natura chimico-lipoidea dell'antigeno per la reazione di Wassermann, si era sempre ritenuto che solo sostanze a costituzione lipoidea, variamente estratte, potessero funzionare da antigeno sul siero di sangue dei sifilitici e, di conseguenza, sul liquido cefalo-rachidiano.

Ma di recente, in collaborazione col Ninni, abbiamo dimostrato che anche sostanze non lipoidee, a costituzione chimica definita, hanno proprietà equivalenti a quelle dei comuni antigeni lipoidei, proprietà che se non molto manifeste in alcune delle sostanze studiate, e quindi di interesse soltanto teorico, sono così spiccate nel fenolo, da averci permesso di sostituirlo ai migliori estratti lipoidei quale cosiddetto antigeno nella reazione di Wassermann sul siero di sangue, con risultati ottimi.

Dati i risultati più che notevoli ottenuti sul siero di sangue — ultimamente già confermati da Lanteri, nell'Istituto diretto dal Verrotti — ho creduto provare se uguale proprietà di cosiddetto antigeno il fenolo conservasse verso il liquido cefalo-rachidiano, nella prova di Wassermann.

L'antigeno fenolo, o meglio fenol-alcool, si prepara fondendo a leggero calore (circa 40°) il fenolo cristallizzato (Merck), unendo 1 cmc. di fenolo liquefatto con 49 cmc. di alcool a 94°-96°, e conservando il tutto per l'uso, fino ad esaurimento del quantitativo preparato. Detta soluzione costituisce l'antigeno fenol-alcool.

Al momento della prova, il fenolo-alcool viene diluito con soluzione fisiologica (0,90 %) nella proporzione di una parte di fenol-alcool e otto parti di soluzione fisiologica. A differenza degli antigeni lipoidei, l'aggiunta rapida o lenta dell'acqua fisiologica al fenol-alcool non ha alcuna importanza, nè naturalmente si forma alcuna opalescenza.

Oltre che col fenol-alcool, ciascuna Wassermann sul liquido cefalo-rachidiano era da me eseguita contemporaneamente con tre altri antigeni, di costituzione lipoidea, diluiti al momento dell'uso secondo il titolo. Mi sono servito dei seguenti antigeni: estratto di cuore di cavia dell'I. S. di Berna; estratto fegato luetico Fresenius; estratto di cuore di bue secondo Bordet. Ogni liquor, quindi, veniva saggiato con tre antigeni più il fenol-alcool.

I risultati ottenuti sono stati perfettamente concordi, vale a dire che il fenol-alcool si è comportato perfettamente come gli antigeni lipoidei, nel senso che ogni liquor a Wassermann positiva con gli estratti lipoidei ha dato positività col fenol-alcool, ed ogni liquor a Wassermann negativa con estratti lipoidei, è risultato negativo anche col fenol-alcool.

La lettura, oltre che immediatamente, veniva eseguita al solito a tempo utile, ottenendosi completo deposito di emazie, nei liquidi fortemente positivi, anche dopo 24 ore.

Il liquor era raccolto asetticamente e vi si praticava la R. W. non oltre tre giorni dal prelevamento. In concordanza con quanto ho riferito, il liquor non era inattivato a 56°.

I liquidi cefalo-rachidiani esaminati sono stati 35, e si possono così classificare:

DIAGNOSI (CLINICA E DI LABORATORIO)	Numero dei casi	RISULTATO DELLA W.
Spondilite cronica	1	negativo
Encefalite letargica acuta	1	id.
Parkinsonismo postencefalitico	4	id.
Meningite da meningococco	2	id.
Corea acuta	1	id.
Ascesso cerebrale	2	id.
Tumore cerebrale	1	id.
Polinevrite	1	id.
Demenza epilettica	2	id.
Meningite tubercolare	8	id.
Tabe	4	positivo
Paralisi progressiva	8	positivo
Totale	35	

Nei liquidi in esame, oltre la W., erano eseguite le ricerche chimiche correnti (potere riducente, albumina, Nonne-Apelt, Pandy, Boveri) e l'esame istologico. La diagnosi di meningite tubercolare, inoltre, è stata accertata mediante la diretta dimostrazione microscopica del bacillo di Koch, eseguendo la colorazione alla Ziehl-Neelsen sul minimo costante coagulo fibrinoso prelevato con ansa dalla provetta e pazientemente dilacerato e disteso su vetrino portaoggetto mediante due piccole pinze, riscaldando di tanto in tanto cautamente durante quesa operazione. Ricerca ingiustamente poco diffusa, sul valore della quale richiamo l'attenzione, poichè fornisce, a prezzo di un po' di pazienza, risultati costanti e sicuri (Ninni).

Per la prova di Wassermann, usavo:

a) Emazie di bue diluite, nel rapporto 1:20, con soluzione fisiologica, previo lavaggio e centrifugazione ripetuti tre volte.

b) Complemento da cavie sane, salassate tre a quttro ore prima, e diluito 1:13.

c) Emolisina antibue in dose di 4 unità emolitiche (U. E). Insisto sulla necessità di adoperare quantità sufficieni di emolisina e di peccare più di lieve eccesso che di difetto, perchè forse le lievi inibizioni osservate da autori in liquidi cefalo-rachidiani, giusta la norma non inattivati, non luetici, deve attribuirsi proprio a deficienza di emolisina.

Prima di praticare la reazione di Wassermann, proprio per l'importanza della quantità dell'emolisina, l'emolisina veniva da me volta a volta rititolata rispetto al complemento 1:13 da usare nella prova, e rispetto alle emazie da usare, e veniva considerato come titolo minimo, o unità emolitica, la diluizione di emolisina capace di dare emolisi totale dopo un'ora di termostato a 37°. Uniformandomi alla tecnica originale, descritta nel Kolle ed Hetsch, eseguo la Wassermann riducendo a metà le dosi di tutti i componenti. Nella prova finale, usavo dunque 4 U. E., vale a dire una diluizione di emolisina quattro volte più concentrata di quella stabilita come U. E. nella titolazione dell'emolisina. Il miscuglio emolisina al titolo + emazie veniva

Digitized by Google

fatto e tenuto in termostato durante almeno mezz'ora prima della prova, per dar tempo alle emazie di sensibilizzarsi.

d) Quanto al liquor, gli autori consigliano di provare dosi progressive di liquor, da 0,1 a 0.5 (Rubinstein, Kolle, ecc.). Questa tecnica, encomiabile quando si usa un solo antigeno, non è eseguibile quando se ne vogliano usare tre, date in generale le scarse quantità di liquor di cui si dispone. E poichè è preferibile fare la Wassermann con tre antigeni, e poichè il risultato ha identico valore diagnostico quando la prova risulti positiva o negativa colla sola dose massima di 0,5 di liquor, così ho sperimentato rispetto ai quattro antigeni, nelle mie ricerche, solo dosi di 0,5, eseguendo, si intende, il controllo liquor a dosi doppie.

Concludendo, il cosiddetto antigeno fenol-alcool (fenolo 1 + 49 di alcool a 94° - 96°), diluito al momento dell'uso 1 + 8 con soluzione fisiologica, si comprta rispetto ai liquidi cefalorachidiani nella prova di W. così come i migliori antigeni lipoidei. Manifesta quindi nella R. W. su liquor le identiche proprietà già da me messe in evidenza pel siero di sangue in collaborazione col Ninni.

BIBLIOGRAFIA

BANCHIERI. Pathologica, 15 luglio 1922. — BÈSSON. Tecnique bacterol. et séroth., 1920-22. — BORDET. Traité de l'immunité, 1920, Masson. — DUHOT e CRAMPON. Soc. méd. d. Hôp. d. Paris, 21 aprile 1921, — EICKE. Mediz. Klinik., n. 51, 1919.— IDEM. Ibidem, n, 42, 1921, — EICKE e LÖWENBERG. Ibidem, n. 14, 1921. — FORNARA. Policlinico, Sez. prat., n. 25-26, 1923. — GOUGEROT. Journ. méd. franç., 1911, — HAUPTMANN, Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. — JAHNEL. Arch. f, Psych, u, Nerv, B. 56, H. 1, 1915. — KOLLE u. HETSCH. Die experim. Bakt, Sechste Auflage, 1922. — KRAMER. Münch. mediz. Woch., n. 41, 1918, — KRONFELD, Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych., B. 1, 1910, — LANTERI, Del «Fenol-alcool quale antigeno a titolo fisso per la siero-reazione di Wassermann. Riforma Medica, n. 45, 1927. — LEVADITI. Citato da Bordet. — MUCHA. Wiener Klin. Woch., 13 luglio 1911. — NINNI e MOLINARI. Antigeno a costituzione chimica definitiva, specifico per la reazione di Wassermann. Il «Fenol-alcool». Pathologica, 15 giugno 1927. — IDEM. Centralblatt f. Bakteriol. Parasit, Bd. 104 H. 7-8, 1927. — PLAUT. Münch. med. Woch., n. 45, 1918. — RAMOND. Journ, d, Pratic, n, 39, 1919, — RUBINSTEIN. Citato da Besson. — TERZANI. Riv. crit. di Clin. Med, n, 9-10, 1922. — VINCENT. Revue neurol., n. 9, 1912. — ZADEK. Münch, mediz. Woch., n. 51, 1918. — ZALOZIECKI. Monat f. Psych, (Festschrift f, Flechsig), 1909. — IDEM. Archiv. f. Higiene, B. 8.

CLINICA PROF. GAVAZZENI — BERGAMO

VOLUMINOSO ENDOTELIOMA ADDOMINALE CON ESTESI FATTI NECROTICI ED EMORRAGICI

per il dott. AUGUSTO JONA

Non è certo raro l'osservare lo sviluppo di grossi tumori addominali maligni, per quanto difficile sia spesso identificarne l'origine; il caso che intendo descrivere ha inoltre qualche particolarità di decorso che può renderne interessante l'esposizione.

Passo senz'altro a riferire la storia dell'a. riserbando per ultimo le considerazioni possibili.

Capitano F. D. anni 33 ammogliato. Nulla nel gentilizio di speciale all'infuori di una sorella morta di meningite (?).

Difterite in età infantile. Polmonite a 16 anni. Si è sposato a 28 anni; la moglie è viva e sana; ne ebbe 2 figli che sono vivi e sani.

Non eccessi voluttuari. Non malattie veneree.

Nel 1914 fu in Libia, nell'Ègeo e nell'isola di Rodi dove ammalò di forma dissenterica di cui non ricorda particolarmente i sintomi.

Durante la guerra nel '16 e '17 ebbe attacchi ripetuti di colite diarroica curati con emetina e guariti bene. La ricerca dell'ameba histolitica fu ripetutamente negativa. Nel '18, '19 e '20 durante la stagione estiva si ripeterono i disturbi intestinali caratterizzati da numerose scariche diarroiche con dolori e tenesmo, muco e sangue nelle feci; sempre negativa la ricerca dell'a. h. fatta in laboratorii specializzati.

Trattato con l'emetina guariva in una ventina di giorni ogni volta.

Stette bene nel 21-22-23. Nel 24 ritornò in Libia dove ebbe nuovi disturbi intestinali con diarrea e stipsi alternate. Data da allora una facile stanchezza e un lieve deperimento generale. Nel '25 cominciò ad avvertire ogni tanto dolore all'ipocondrio sinistro e alla regione lombare sinistra; detti dolori furono a volte così vivi da costringerlo a letto; pare si accompagnassero a volte a rialzi termici.

Nel febbraio '26 i dolori al fianco s. si fecero più frequenti e più intensi assumendo il carattere di coliche violentissime.

In un Ospedale militare si fece diagnosi clinica e radiografica di calcolosi renale, per quanto nulla si fosse trovato di patologico nelle urine. Ricerca B. K. negativa nelle urine.

Un esame radiologico successivo escluse la presenza di calcoli renali.

L'esame del sangue dimostrò allora: H. b. 80, gl. r. 3,400,000; gl. b. 12200.

L'a. aveva temperatura subfebbrile, senza brividi; era notevolmente deperito. Si pensò a forma colitica ulcerosa riacutizzata, data la presenza di muco e di sangue nelle feci.

20 giorni circa prima dell'ingresso in Clinica (22 giugno '26) l'a. notò la comparsa di una tumefazione all'ipocondrio sinistro, tra il prolungamento della mammillare e la parasternale sinistra, tumefazione che andò rapidamente crescendo di volume ed estendendosi in basso verso la metà sinistra dell'addome. Qualche giorno prima di accorgersi di detta tumefazione l'a. aveva avvertito la presenza di altra tumefazione grossa come una nocciola nella regione cervicale sinistra. Anche questa era andata crescendo assai rapidamente così da raggiungere al momento dell'ingresso in Clinica la grossezza di una noce avellana. L'a. ha pure cominciato ad avere ogni tanto vomito delle sostanze ingerite. Da oltre un mese tiene il letto. Con dettagliata relazione ce lo invia il medico curante col sospetto trattarsi di neoformazione maligna.

STATO PRESENTE. Colpiscono le gravi condizioni di deperimento dell'a. il quale giace in letto in decubito supino con la gamba sinistra semiflessa sul bacino. Pesava 80 Kg. e ne pesa ora circa 50. Temp. 37°,2; P. 100; R. 22. Sensorio libero, colorito della cute e delle mucose visibili notevolmente pallido. Pannicolo adiposo scarsissimo, masse muscolari scarse flaccide.

Capo: nulla di notevole; lingua patinosa.

Collo: si rileva la presenza alla regione cervicale sinistra di una massa della dimensione di una grossa noce, rotondeggiante, non molto liscia, poco mobile, indolente.

Torace: si nota un'accentuata espansione della base di sinistra sia ant. che post. E' scomparso lo spazio del Traube.

Cuore: in limiti, soffio inorganico in primo tempo alla punta.

Polmoni: nulla di speciale, qualche sibilo e qualche crepito alla base di sinistra che si espande un po' meno della destra.

Addome: la regione epigastrica, la regione ipocondriaca sinistra e metà circa del quadrante inferiore s. sono notevolmente sollevati sulla restante superficie. La parete addominale è tesa, non edematosa; la palpazione è un po' dolente e dà l'impressione di fluttuazione su tutta la zona e sulla regione che si estende lateralmente fino alla regione lombare s., la quale è ugualmente espansa e tesa. Alla percussione suono quasi uniformemente ottuso su tutto l'ambito.

L'estensione della gamba s. riesce assai dolorosa.

Orine: nubecola di albume, cilindri ialini nel sedimento.

Esame del sangue: Hb.60, glr. 3,000,000, glb. 9,000 con prevalenza dei polinucleati neutrofili.

R. W. negativa.

Esame delle feci: presenza di muco, e di leucociti, non amebe.

Un *esame radiologico* del tubo digerente mostrò lo stomaco spinto a destra e in alto e uno spostamento notevole della massa intestinale verso destra; il colon trasverso e discendente appaiono pochissimo mobili. Non difetti di riempimento.

Il 23 si praticò una puntura esplorativa della massa fluttuante, alla regione lombare, e si estrasse un liquido ematico, torbido, filante contenente frustoli fibrinosi in degenerazione. All'esame microscopico in strisci colorati si trovarono: scarsi elementi figurati. Rare ombre di globuli rossi, e rari leucociti in degenerazione. In una trama costituita da fibrina: cellule fusiformi, sottili, allungate, poco nettamente classificabili; identificabili verosimilmente ad elementi connettivali. Non amebe, nè forme cistiche. Non elementi microbici.

Negative le ricerche della tripsina e della lipasi nel liquido.

La puntura della tumefazione alla regione cervicale dà reperto identico a quello della tumefazione addominale sia macro che microscopico.

Decorso. Dato il grande sviluppo della massa e la quasi certa malignità di essa, non si ritiene opportuno un intervento chirurgico, neanche esplorativo. Persiste il vomito. Il 23-5 per lenire i fatti compressivi si pratica lo svuotamento della massa cistica e si estraggono circa 1200 cc. di

Digitized by Google

liq. con i caratteri suddescritti. L'a. ne ritrae notevole sollievo, ma pochi giorni dopo il liquido è riformato. Si intraprende una cura emetinica con criterio ex adiuvantibus; ma visto il nessun vantaggio e la scarsa probabilità di ottenerne vantaggio la si abbandona dopo aver raggiunto la dose totale di 50 ctgr.

Le condizioni generali peggiorano ogni giorno. La tumefazione alla regione cervicale va pure crescendo di volume fino a raggiungere in ultimo la grossezza di un grosso uovo di gallina.

Il 28-6 per secondare la richiesta dell'a. si fa un nuovo svuotamento della massa addominale e si estraggono altri 1200 cc. di liq. l'esame del quale ripetuto dà ancora il reperto di cui sopra. Si svuota nello stesso tempo la tumefazione cistica al collo estraendo 4 cc. di liq. che riesaminato si dimostra costituito come quello dell'addome.

Il 30-6 si ha l'exitus.

La diagnosi di cistoma maligno prospettata fin dal primo giorno dell'ingresso in Clinica parve a tutta prima infirmata dalla storia dell'a. che parlava della pregressa infezione amebica e di calcolosi renale.

La stessa neoformazione al collo portava una certa esitazione nell'interpretazione della forma, poichè non è comune il caso di una metastasi di cistoma con ripetizione di precisa formazione cistica.

Il Prof. Franchini, direttore della Clinica delle malattie tropicali, al quale avevamo esposto il caso dopo la puntura esplorativa della massa neoformata, ci aveva gentilmente risposto, mettendo molto in dubbio la natura amebica della neoformazione, sopratutto per i caratteri del liquido di cui esaminò gli strisci con reperto analogo al nostro.

Aveva ammesso la possibilità di un'infezione amebica pregressa, ma si era dimostrato proclive alla diagnosi di neoformazione maligna.

Poteva trattarsi di cisti emorragica del pancreas? La mancanza di sintomi proprii di insufficienza pancreatica e di fermenti pancreatici nel liquido estratto inducevano a scartare detta origine. La pregressa supposta lesione renale (calcolosi) poteva far pensare a quest'organo quale punto di partenza della neoplasia, ma sono rare le neoplasie maligne del rene che raggiungono un volume tanto cospicuo ed erano assenti sintomi urinarii (ematuria etc.) — (ipernefroma, cisti ematiche deg.).

Restavano da prendere in considerazione le cisti ematiche che possono svilupparsi dal mesentere o dal mesocolon e sono per lo più primitivamente ematomi incistati che vanno incontro in secondo tempo a degenerazione maligna; e le cisti di origine retroperitoneale, sierose, con trasformazione ematica, o formatesi da travasi incistati o *primitivamente maligne*: cioè sarcomi, endoteliomi, linfangiomi *che divengono cisti per rammollimento od emorragie*. Nel nostro caso mancava l'azione traumatica che spesso si riscontra nella storia di detta forma. Ma lo sviluppo nettamente laterale della cisti, la sede delle crisi dolorose — ipocondrio sinistro e reg. lombare sinistra — che corrispondevano con ogni probabilità ad emorragie intracistiche, e la fissità della massa parlavano per l'origine retroperitoneale, essendo noto come le cisti del mesentere sono per lo più mobili e situate lungo la linea mediana. L'emilateralità sinistra del cistoma fu mantenuta infatti nonostante l'enorme sviluppo raggiunto, tale da schiacciare in alto e destra lo stomaco e la massa intestinale, come apparve all'esame radiologico, e da insinuarsi sotto l'arcata del Poupart di sinistra.

Una caratteristica nel nostro caso fu il decorso acuto sia per la durata che per l'intensità dei fenomeni dolorosi, e non proprio delle cisti retroperitoneali.

Autopsia (*parziale*). Torace: discreto contenuto siero-ematico nelle cavità pleurica e pericardica. Nulla di particolare ai polmoni. Cuore pallido, piccolo, flaccido. Null'altro di speciale.

Addome: appena incisa la parete addominale compare la superficie del tumore che si mostra qua e là tenacemente aderente al peritoneo parietale, alle anse intestinali, allo stomaco, al pancreas e ai grossi vasi. La massa, costituita da tessuto molliccio, friabile, si rompe fin dai primi tentativi fatti per isolarla; è aderente in alto e posteriormente alla colonna vertebrale e si insinua in basso nel piccolo bacino. Dalla massa fuoriesce una grande quantità (6-7 litri) di liquido ematico icoroso con conglomerati fibrinosi facilmente spappolabili. Non linfoghiandole ingrossate.

Fegato: un po' pallido leggermente ingrandito, con tracce di degenerazione grassa.

Milza: molle congesta, di volume poco più grande della norma.

Pancreas: Forma volume e consistenza normale. Scarso liquido peritoneale torbido.

Non si trova il *rene sinistro*. *Rene destro* a ferro di cavallo con uretere unico: mostra al taglio costituzione ben differenziata: corticale normale; midollare un po' pallida.

Il dato importante offerto col reperto del rene a ferro di cavallo sta ad indicare un'anomalia di sviluppo embrionale. Questo ci fece pensare alla assai probabile origine della neoformazione da germi aberranti retroperitoneali, i quali, per quelle cause oscure che sono nella patogenesi della massima parte dei tumori maligni, in un dato momento assunsero una energica attività di proliferazione in contrasto con le leggi della vita dei tessuti e degli organi circostanti.

L'*esame istologico* (Istituto di Patologia generale di Milano, Prof. Pepere) diede il seguente reperto: dai pezzi da esaminare furono prelevati 5 larghi blocchi per l'esame istologico. Colorazione ematossilina, eosina.

1° *pezzo* (Parete addominale). Nelle sezioni, già a piccolo ingrandimento si riconoscono due parti: la prima è costituita da tessuto muscolare striato, sezionato in direzione obliqua, costituito da fascetti separati da un connettivo fibroso lasso, edematoso; qua e là intorno ai vasi decorrenti fra i fascetti muscolari si notano zone di infiltrazione parvicellulare. Al disotto di questa parte muscolare si nota una seconda zona di tessuto, costituita da un connettivo fibroso abbastanza ricco di cellule, molto denso e chiaramente fascicolato in alcuni punti, in altri meno. Le fibre decorrono prevalentemente in un solo senso. La complagine del tessuto è attraversata da sottili nervi, da vasi di piccolo calibro e da capillari dilatati. La parte di questa zona fibrosa, che è aderente al tessuto muscolare, ha un aspetto più omogeneo e più ordinato che non la rimanente ed è invasa soltanto qua e là da infiltrati parvicellulari prevalentemente perivasali. Nella parte rimanente, che non è nettamente delimitata dalla prima, il decorso delle fibre collagene è molto più irregolare e la loro esistenza è meno evidente; si trovano qui fasci di connettivo decorrenti in tutte le direzioni e ricchi di cellule fusate. In mezzo a questo intreccio connettivale esistono dei nidi di elementi cellulari con nuclei intensamente colorati, che assumono aspetti diversi. In alcuni punti queste cellule si raccolgono in masse, in cui a stento si può riconoscere, cogli ingrandimenti più piccoli, una esile trabecolatura connettiva; in altri essi non formano masse ben circoscritte ma infiltrano il tessuto, mischiandosi intimamente colle travate connettivali, che delimitano spazi chiari in parte ripieni da queste cellule. Considerati a maggiore ingrandimento questi nidi cellulari appaiono costituiti da elementi di forma e grandezza varia, disposti senza alcun ordine: essi hanno un protoplasma scarso, torbido e mal delimitabile; il nucleo è vario di volume, avendosi nuclei che sono il doppio ed anche il triplo degli altri; essi hanno forme diverse, ovali, allungate, rotondeggianti, con strozzamento mediano ecc. Il reticolo cromatico è fitto e intensamente colorabile, cosicchè il nucleolo non appare molto evidente. Nelle masse più grosse si notano fatti di cariolisi e carioressi. In alcuni tratti questi elementi tipicamente neoplastici infiltrano diffusamente un tessuto connettivale a maglie molto lasse. Oltre agli spazi occupati da queste cellule ne esistono altri, assai numerosi, chiari, dove non si trova traccia di elementi neoplastici e che pertanto vanno considerati come ripieni, in origine, di liquidi plasmatici. Su tutta la parte connettivale del preparato, ma particolarmente nelle zone a disposizione più irregolare, si trovano vasi dilatati, elementi sanguigni infiltranti il tessuto, pigmento ematico e cellule pigmentifere. Nella zona della sezione opposta a quella muscolare si ritrovano larghe chiazze necrotiche mal delimitate in cui si distinguono ancora nuclei fibroblastici e linfocitoidi ben conservati insieme a sostanza necrotica amorfa e a residui nucleari e sanguigni. Nei contorni di queste zone necrotiche sta raccolto abbondante materiale neoplastico.

2° *pezzo* (Della massa neoplastica). Le sezioni appaiono costituite da due parti distinguibili anche macroscopicamente, di cui una è più intensamente e omogeneamente colorata colla ematossilina.

Digitized by Google

Questa parte, limitata grossolanamente dall'altra da tessuto connettivo piuttosto denso infiltrato da elementi neoplastici, e circondata in gran parte da connettivo più o meno denso ed infiltrato dagli stessi elementi mostra contenere dei residui ben conservati di tessuto linfatico, raccolto principalmente in un piccolo nodo ben circoscritto, mentre per il rimanente è costi-

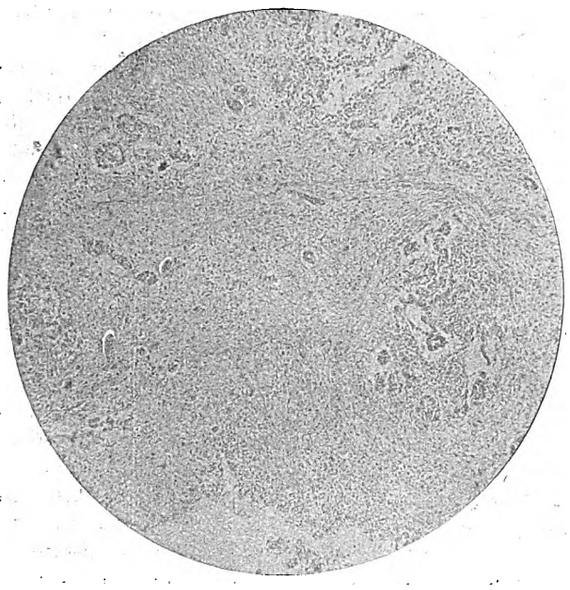


Fig. 1.

tuita da una trama connettivale, che ricorda nella sua disposizione quella di una linfoghiandola, nella quale tutto il tessuto adenoideo è stato sostituito da tessuto neoplastico, che ripete i caratteri di quello segnalato nella prima sezione; anche qui si trovano frequenti fatti di necrosi. Nel tessuto connettivo che circonda questi resti ghiandolari si ritrovano numerosi rami nervosi e un piccolo lembetto pancreatico.

L'altra parte della sezione è costituita da un tessuto connettivo fibrillare, più lasso di quello della 1ª sezione, in cui si ritrovano larghe zone di necrosi infarcite da globuli rossi e larghe gettate di elementi neoplastici del solito tipo. Si ritrova anche del sangue che infiltra il tessuto, pigmento giallastro intra- ed extra-cellulare e piccole zone di infiltrazione parvicellulare: in alcuni punti si ritrovano larghe lacune sanguigne rivestite da endotelio, tali da dare al tessuto un aspetto cavernoso. Un dato degno di rilievo in questa parte della sezione è la grande ricchezza di spazi chiari, vuoti o ripieni di elementi cellulari in via di degenerazione, di grandezza varia e tappezzati da uno strato cellulare che si presenta variamente nei diversi punti. In alcuni esso appare costituito da un unico strato di cellule appiattite con nucleo chiaro schiacciato, cosicchè il rivestimento acquista un aspetto endoteliale, in altri le cellule aumentano in altezza, si fanno cubiche e più ricche di protoplasma, il nucleo si arrotonda, e le cellule stesse si sovrappongono a strati, dai quali si sfaldano facilmente gli elementi più superficiali. In alcuni punti questi spazi prendono la forma di strette fessure, gli elementi cellulari assumono un aspetto più alto, con relativo allungamento dei nuclei, che si fanno ovali, cosicchè ne risultano degli aspetti che richiamano da vicino dei tubuli ghiandolari. (Vetrino N. 5. V. fig. 1.).

(Manca tuttavia a completare l'immagine una differenziazione del connettivo circostante al tubulo). Un chiaro passaggio da queste formazioni alle masse neoplastiche non può essere messo con sicurezza in evidenza; ma in queste ultime si ritrova qua e là una disposizione un poco ordinata degli elementi cellulari, che, comprimendosi reciprocamente e acquistando un orientamento raggiato intorno a una piccola cavità ripiena di detriti, ricorda in qualche modo delle formazioni tubulari. (Vetrino N. 3. V. fig. 2.).

3° *pezzo*. (Tessuto intorno al vaso). Il centro della sezione è occupato da un grosso vaso arterioso, la cui intima e media appaiono normali, mentre l'avventizia partecipa alle alterazioni circostanti. Si ritrovano anche qui gli spazi e le formazioni tubulari della sezione 2ª.

4° *pezzo*. (Della massa neoplastica). Predominano i fatti di necrosi.

5° *pezzo*. (Peripancreatico). In questa sezione si trova una piccola parte di pancreas di aspetto normale ed unito al rimanente della sezione da un connettivo fibrillare lasso scevro da fatti infiltrativi di qualsiasi genere. Per il resto la sezione richiama da vicino la prima, essendovi uno strato connettivale piuttosto denso verso il pancreas con fibre decorrenti prevalentemente in un senso ed uno strato di connettivo più giovane e più disordinato, di aspetto simile a quello più interno della prima sezione e a quello di tutte le altre.

Diagnosi istologica. Una sicura diagnosi istogenetica non pare possa essere pronunciata dato lo stadio assai progredito del processo neoplastico. Sopra tutto probabile appare la diagnosi di forma endoteliomatosa, la quale viene suggerita in confronto a quella di forma carcinomatosa: 1° dalla mancanza di elementi normali per aspetto, se non per sede, di natura sicuramente epiteliale nelle masse neoplastiche. 2° Dall'aspetto dei centri neoplastici, i quali mostrano frequentemente una tendenza degli elementi a sconfinare dal centro stesso per invadere diffusamente il connettivo, il quale in molti punti assume un aspetto neoplastiforme. 3° Dall'osservazione di probabili stadii di passaggio fra gli endoteli rivestenti spazii linfatici del connettivo ed i centri neoplastici.

Quanto al punto di origine, dai frammenti dati in esame e dai preparati istologici non è possibile stabilire precisamente il tessuto matricolare: dal complesso dell'autopsia però può scaturire più facilmente il punto di partenza: dal tessuto peritoneale, retroperitoneale, ghiandole linfatiche o eventualmente anche da formazioni anomale (vizii di sviluppo, che troverebbero una corrispondenza nel fatto che nello stesso individuo esisteva anche una malformazione congenita del rene).

La formazione della grossa cisti, non corrispondendo l'esame istologico al concetto di un cistoma, potrebbe essere dovuta a fatti necrotici ed emorragici avvenuti nell'interno del tumore.

Anche l'esame istologico escluse dunque l'origine cistica primitiva del tumore e prospettò l'ipotesi certo rispondente al vero, del rammollimento secondario e delle emorragie nella massa neoplastica, la quale infatti non si era mostrata all'autopsia costituita da vere e proprie concamerazioni cistiche.

La natura maligna primitiva della neoplasia viene anche meglio a spiegare la metastasi cervicale che avendo naturalmente analoga costituzione istologica diede essa pure luogo a

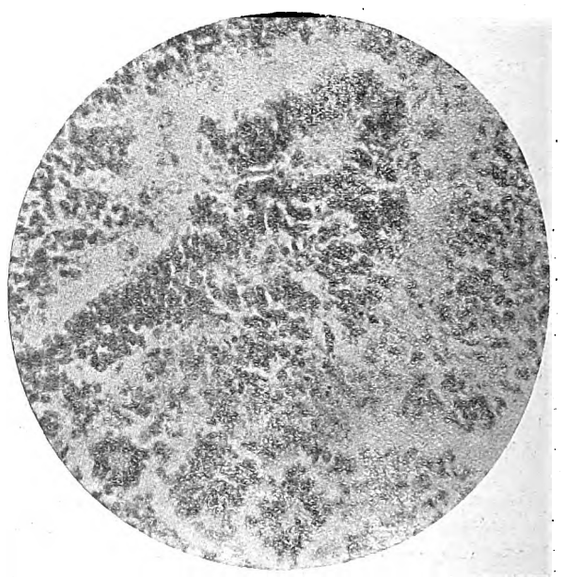


Fig. 2.

rammollimento e emorragie della sua massa come dimostrano gli esami del liquido estratto.

BIBLIOGRAFIA

La diagnosi clinica dei tumori addominali G. L. Sacconaghi. — Cisti ematica retroperitoneale A. Pallotti. Bollettino Scienze mediche, Bologna, vol. 4, 1926, e letteratura citata. — Donati M. Chirurgia dell'addome.

Digitized by Google

ATTUALITÀ

PROBLEMI BIOLOGICI PER LA TERAPIA DEI BLASTOMI MAMMARI

Alcuni rilievi che verrò qui sottoponendo alla presa in considerazione di coloro i quali siano usi ad oltrepassare i confini del semplice tecnicismo operativo, potranno essere, ed apparire frammentari. La giustificazione è inerente ai problemi stessi; ed al fatto che questa rubrica non consente prolissità di sviluppi tematici.

Sebbene sia presumibile che, dal campo circoscritto, la concezione patologica possa ampliarsi in affini campi, le ragioni che inducono a fermarsi, più particolarmente, sui *blastomi mammari,* derivano non soltanto dalla preoccupante frequenza (confermata dalle più odierne e precise casistiche); ma anche dalla possibilità di approfondirne lo studio, sotto punti di vista tuttora pochissimo o punto analizzati.

In realtà, uno sguardo retrospettivo, sul corso e sulle tendenze dei nostri studi in proposito, mostra due fatti salienti: 1° da un lato cioè, uno sforzo per chiarire l'indagine strutturale di cotesti blastomi; 2° dall'altro quello di dominarli clinicamente ed operatoriamente, nel modo più radicale. Il rincalzare di tali sforzi basterebbe a comprovare, ancora una volta, la nostra scarsa efficienza curativa; nonostante che tutta una sequela di procedure tecniche dal Kocher al Tansini, dal Rotter al Collins-Warren, Halsted, Stewart, Jackson, fino alla recentissima di Conglin, stiano a provare la sagacia tormentosa dei chirurghi. Chiunque eserciti la chirurgia generica da più decenni, si troverà certamente in grado di compulsare anche personali casistiche, essendosi cimentato alla esecuzione di quasi tutte queste varianti tecniche, senza poter dire, in serena valutazione, quale sia la più rassicurante! Se così non fosse non si vedrebbe, sulla stampa odierna, e particolarmente quella dedicata alla röntgen, ed alla curie-terapia, un fervore di ricerca per addivenire al possesso di norme curative; le quali essendo quasi sempre addizionali, o complementari dell'atto chirurgico radicale, stanno a documentare implicitamente la inefficacia radicale delle asportazioni anche le più audaci. Sono già oltre dieci anni da quando io mi sono intrattenuto su questi punti; e trovo la conferma in contributi ultimi, dei quali indicherò agli studiosi soltanto quelli di Conglin, Fraser, Yetta Berg.

Credo che ogni chirurgo anziano, facendo lo spoglio della propria casistica, e compulsando le altrui, debba riconoscere la sconsolante parvità dei casi *realmente e radicalmente guariti;* giacchè purtroppo, considerare come tali quelli che vivano poco più o meno di tre anni, resta una sanatoria morale, di scarsissimo significato scientifico; quando si sa che si hanno di cotesti blastomi non operati capaci di un decorso di due a tre lustri. Ho ricavato la personale convinzione: che il raffinamento delle procedure tecniche costituisca una relativa garenzia *contro le recidive regionali.* Ma abituato a dire la verità incontrastabile, affermo, sulla base di circa duecento interventi personali, durante un trentennio, (e fatta astrazione dai casi perduti di vista), che tre sole donne hanno avuto lunga sopravvivenza; cioè: una dopo nove anni fu colpita da metastasi al piloro; un'altra è sana da diciotto, ma l'istografia mostrò la natura tubercolare; una terza sopravvive sana da tredici anni, ma fu *radicalmente operata, nella stessa seduta ad ambo i lati* per latente invasione. Conferma istografica della diagnosi.

Sarebbe superfluo insistere: meglio sarebbe inculcare la dignità di esser veritieri!

Senza dubbio molto si lavora, per una finalità ultima, curativa, sebbene indirettamente, intensificando la ricerca etiopatogenica. Ora lasciando, per la severità intrinseca della discussione, le teorie parassitarie (senza dubbio degne di ogni meditazione), è curioso, per non dire ameno, constatare con quanta rutinarietà, da oltre un secolo, non c'è forse libro od articolo dove non si proceda sulla falsariga di certe discussioni, che sarebbe tempo di giudicar sorpassate. Tale ad esempio è il *fattore trauma* eternamente ridiscusso. Volerlo escludere teoreticamente sarebbe errore; scervellarsi a constatarlo e valutarne, a via di sofismi, la portata, è non meno inutile.

Fatto curioso: da quando lo studio della infortunistica, e delle malattie da lavoro, ha assunto la sua valorizzazione sociale tutelatrice, l'influsso del trauma sulla genesi dei blastomi si va sempre più svalorizzando! Mi basta citare il recentissimo contributo del Seiffert.

Occorre qui qualche considerazione sull'*età delle pazienti,* non certo per ricalcare una falsariga anch'essa logora dal tempo; ma per trarne deduzioni differenti. Noi, venuti fuori di scuola or è un quarantennio, portavamo, e dalla cattedra, e dai manuali, quasi assiomatico il monito diagnostico. Blastomi epiteliali nell'età senile o magari adulta; connettivomi nell'età pubere o giovanile. Niente di men preciso! Nè questo io affermo soltanto personalmente considerando; ma compulsando le casistiche, dalle quali risultano età-limite essere 8 anni e 96 anni; ond'è che gli stessi compilatori, dal Gross al Winiwarter, Paget, Nunn, Williams, si affermano sugli *estremi di rarità* in sotto dei 30 ed in sopra dei 70 anni, con un *massimo di frequenza,* anch'esso oscillante, fra 45-51 anni. Chi volesse computi più particolari li troverebbe nel recente spoglio fatto da Tassilo Antoine e Bruno Pfab, in cui è mostrata, per decenni la frequenza scendere dal 35 % nel quinto decennio, al 2,7 % nel terzo e nell'ottavo decennio. Se dunque divergenze sono, nei rilievi, fatta astrazione dalla comprensibile difficoltà di precisare il verace *momento dell'insorgenza* blastomatosa, le divergenze stesse richiedono, a mio vedere, altra orientazione valutativa.

Il concetto dell'*età di un organo,* e nel caso concreto della ghiandola mammaria, *non può essere cronologico, ma più rigorosamente «strutturale», intrinseco all'organo.*

In questi ultimi anni, siamo in realtà pervenuti alla sistemazione abbastanza netta, di due tipi fondamentali di mammella: quello *verginale* e quello *adulto-senile.* Del primo dovrò più opportunamente dire poco oltre. Del secondo mi importa qui ricordare come lo abbiano ultimamente individuato, rigorose ricerche di Cheatle, Berka, Fraser. Questo aggettivo di *senilità* è *precipuamente strutturale,* nel senso che le sue note caratteristiche, cioè la *distribuzione del tessuto elastico peri ed intracinoso, peridottale, costituisce l'esponente di una decadenza evolutiva e funzionale del vero parenchima.* Ora questa senilità «strutturale» può bene non coincidere punto con quella cronologica; può bene esser precoce, o tardiva. Logico è dunque rivolgere l'attenzione agli eventuali fattori, siano essi patologici, siano precipuamente fisiologici, ai quali riferire una condizione strutturale, che non può svalutarsi come un qualsiasi fatto accidentale. Dove rigorosamente rivolgere l'attenzione, se non all'intima biologia dell'organo stesso? Ma prima di soffermarci su codesto punto cade a buon posto, io credo, qualche altro rilievo, *sui blastomi mammari nel sesso maschile.*

Nulla di più irrazionale di quanto suol farsi, cioè di accantonare questa ricerca col pretesto della rarità. Per contrario sarebbe precisamente tanto più necessario abbinarne lo studio, in quanto si tratta di un organo che, per la sua mancata missione sessuale potrebbe illuminare lo studio biologico. Per ora un fatto che potremo rilevare, specie attingendo alla vasta monografia del Palermo, è che su 297 casi di età accertata, la *prevalenza dei blastomi mammari epiteliali maschili, si trova fra' 36-60 anni.*

Senza voler soverchiamente elevare a norma un risultato di casistiche comparative, mi pare tuttavia che un dato risulti: *il massimo di frequenza nella donna si trova quasi un decennio avanti di quella nell'uomo.* Sarebbe questo un fatto puramente accidentale? Noi tendiamo a credere che possa anch'esso avere rispondenze biologiche con la parabola sessuale diversa.

Ho fatto cenno, poco avanti alla necessità di considerare l'organo mammario allo stato «prepubere» ed in quello «verginale». L'integrazione di queste cognizioni presuppone naturalmente aver presente la primigenia ghiandola, che, tra secondo e terzo mese di vita embrionale, si abbozza dal più profondo dei due strati epiteliali della cute. Lontano dal voler qui insistere sull'evoluzione, io credo tuttavia che, ai fini della patologia dei blastomi mammari, sia indispensabile rilevar questo: *esistono fasi di impulsività formativa alternate da soste;* ed esse rispondono alla detta età embrionale, al sesto o settimo mese post-natale; all'età prepubere.

Questo dato non è soltanto importante, a lasciar pensare che, durante queste spinte produttive, restino eventuali germogli, adatti ad ulteriore matrice blastomatosa, ma a lasciare indurre, quando anche non fosse già sempre più dimostrato, che un *meccanismo intimo sovrasti, ecciti, seppure non rigorosamente regoli,* la comparsa di queste fasi, ed il loro regredire. Tanto più coerente indurlo in quanto, dallo spoglio dei fatti, si potrebbe giungere alla seguente altra deduzione, cioè: che dall'inizio in poi della fase puberale, e durante quasi intera la parabola della vita sessuale femminile, questi stadi di *impulsività produttiva si rinnovano ciclicamente,* in correlazione con l'estrinsecazione di altre funzioni, anch'esse cicliche di quel sesso.

Come che sia, e senza precorrere ad altre deduzioni, in confronto al tipo predetto «senile» sta quello «verginale» anche recentemente ristudiato da Rosenberg, Polano, Sebening, Dieckmann, Fraser. Senza controversia può dirsi risultare: uno stadio intermestruale, che virtualmente non offre acini, ma dotti rivestiti da epitelio, e sorretti da uno stroma fibroso. Poi coincidente con l'ovulazione e la formazione di corpo luteo, un incremento epiteliale da moltiplicazione sulle pareti dei dotti, fino al germoglio di più o meno numerosi piccoli lobuli. Con la regressione del

Digitized by Google

corpo luteo — non avvenendo fecondazione — una regressione di lobuli, fino alla loro virtuale scomparsa. Anche se non in pieno accordo, gli osservatori, sui particolari di comportamento involutivo dotto-acinoso, c'è accordo nel riconoscere un'involuzione postmestruale. Dunque si è logicamente indotti a pensare che un *meccanismo eccito-formativo intervenga, e con la maggiore verosimiglianza esso parta dalla sfera sessuale.* Poichè le caratteristiche della senilità « strutturale » sarebbero devolute al sistema elastico come ho già detto, logica sarebbe la ipotesi: che cotesto potere energetico eccito-formativo, una volta cessato, nell'età climaterica, la preponderanza del tessuto elastico stia a provarlo. Non altrettanto facile sarebbe argomentare, in questa reciprocanza di controllo, tra due costituenti istologici diversi, quale dei due eserciti la parte più passiva.

Un quesito grave ad interporsi nello studio della parabola morfogenica e funzionale della mammella riguarda la gestazione e l'allattamento. Posso sorvolare a quanto c'è di più trito nella nostra cognizione in proposito. Quel che ai nostri fini giova, e proviene dalle migliori ricerche di Moraller e Höhn, Langer, Berka, Rosenberg, Kudji è appunto questo: *durante la gestazione e l'allattamento, si ha in grandissimo stile quell'incremento che le spinte cicliche mestruali* rilevano, per gli stadi della mammella verginale. Si è indotti a pensare dunque che lo stimolo eccito-formativo duri più a lungo e con risultanze funzionali manifeste.

Si può ora, e prima di avanzare, dare un nuovo sguardo alla voluta correlazione fra funzione materna e blastomi. Niente di meno concorde, tra chi incrimina la gestazione come favorevole all'attecchimento ed allo svolgimento tumorale; e chi afferma il contrario. Chi si indugia sulle opinioni e sulle casistiche, dal Billroth allo Schwarzenkopt, al Rosenstein, Antoine e Pfab, soltanto questo, a mio vedere può concluderne: 1° non è solidamente dimostrata la correlazione fra stato gravidico e di allattamento, con l'insorgenza blastomatosa; 2° Non è chiaramente mostrato il meccanismo del climaterio su di essa. 3° E' necessariamente aleatoria la provenienza di tali dati, perchè ragioni morali o sociali possono fuorviarci dalla precisa cognizione della vita sessuale di tutte le donne venute alla nostra consultazione. Purtroppo!

Se il rigorismo deduttivo non è fallace, ci troviamo portati alla *valutazione della fisiologia ormonica sessuale.* Vorrei sperare che nulla di autosuggestivo, nè di opportunistica modernità mi si attribuisca: mi sono dedicato (come infine si va accettando, bontà altrui!) a questi complessi fenomeni biologici, quando ignoravo, come ignoravano tutti la esistenza di codesti ormoni. Oggi sarebbe insipienza mia non attenermi alla terminologia accetta.

Dunque, fra tutti gli organi, quello che forse più di ogni altro, è adatto allo studio di influssi ormonici, è la mammella; ma non da sola, poichè ricche sono le attuali ricerche sulle modifiche anche del canale utero-vaginale. Basta prendere a studio le ricerche di Allen, Loeb, Hartman, Courrier, Wintemberger, Zondek, Loevre, Aschheim, Dohrn derivanti la più parte da quelle di Ancel e Bouin, per riconoscere che si schiude un vastissimo, forse illimite campo, sulla biologia del ciclo estrale, (proestro, estro, ovulazione, fasi cataboliche ed anaboliche). Al nostro obbiettivo sintetico questo risulta: *il ciclo mammario ha intima correlazione con il ciclo luteinico.*

Era prevedibile che, all'affermazione di questi risultati, potesse succedere un bisogno più analitico, cioè quale la origine (se non per ora la composizione) di questo *quid* energetico; se dal corpo luteo propriamente, se dalla sua parte fluida, se dalla teca? Non ci tocca, per il nostro obbiettivo, divagare, tra le disparità di risultati; sebbene si accentui particolarmente la tendenza a vederne la genesi nella teca follicolare. Come che sia della provenienza, *l'azione energetica si deve ritenerla devoluta ad un ormone, e forse ad una reciprocanza ormonica.* Le riprove sperimentali mediante iniezioni di codesto prodotto, variandone di proposito le contingenze, sulle femmine impuberi siano integre, siano castrate, e sui maschi siano integri siano privati dei didimi, mostrano nel modo più incontestabile la *possibilità di provocare nella mammella stati anatomici, in ambo i sessi, similari a quelli constatabili ritmicamente nel ciclo estrale e sua fase luteinica. Il rapporto evolutivo ciclico, isto-formativo, tra mammella e dinamismo ovarico diventa ormai un fatto incontestabile.*

L'enunciazione di un dato biologico, sperimentalmente controllabile, lungi dal chiudere l'indagine, le dischiude vie innumerevoli. A ragione dunque Zondek ed Aschheim hanno voluto illuminare le eventuali correlazioni ormoniche, suscitatrici o meno, del ritmo ciclico luteinico; constatando, tra molti risultati negativi quello nettamente positivo dei trapianti freschi di frammenti ipofisari, o iniezioni ormoniche rispettive. Quale che ne sia la provenienza zoologica; quale che ne sia il sesso, ecco nell'ovaio anche di animali impuberi iniziarsi, svolgersi, espletarsi un complesso anatomico della iperemia alla deiscenza follicolare. Che anzi se *l'animale è sessualmente degenerato, nè più ciclico da tempo, l'introduzione di ormone antero-ipofisario rimette in vigore il ciclo ovarico.* Non sarebbe questo il luogo per analizzare le vedute dei citati sperimentatori, tendenti a considerare il dominio ipofisario su quello ovarico; nè di discutere la presenza di tali ormoni nel sangue, a seconda delle fasi sessuali, come ha fatto il Fels ultimamente.

Nè più agevole sarebbe fermarsi sulla discussione affrontata dall'Ernst mettendo in luce qualche dato della parabiosi, e rievocando la cosidetta « Nahrstoff-theorie » del Ptaundler, a sostegno del riflesso genito-mammario da lui ristudiato sulle sorelle Blacek propagi, e sui ratti parabiotizzati. Certo è pieno di significato il fatto della trasmissibilità di effetti dall'uno all'altro dei due organismi.

Se ci si sofferma — anche per esigenze editoriali — a questo punto, una considerazione generica ma sembra emergere: la necessità di approfondire la cognizione dell'intima biologia di quest'organo, per tentare di dominarne altrimenti la patologia. Mentre un immenso lavoro si sviluppa, alla ricerca etio-patogenica dei blastomi in genere — e la luce si farà! — è imprescindibile per il patologo rinunziare ad essere soltanto un più o meno abile dissezionatore di tessuti e di produzioni. Non mi sorprenderebbe se qualcuno, abituato a leggere soltanto in calce le cosidette « conclusioni » (spesso inconcludenti, enigmatiche o fantastiche) mi facesse torto di non trovarne. Restiamo in un livello al quale incitiamo a salire chi ne senta e giudichi l'opportunità!

Chiunque abbia studi, anche di Laboratorio, sui *primi inizi dei blastomi epiteliali mammari,* dovrà aver notato che quelle fasi rievocano quanto accade nell'embrione; nella prima fase post-natale, nella prepubere, e nel ciclo estrale e poi ancora nella fase gravidica puerperale. Da parte ogni altro differenziamento strutturale intrinseco, il grande distacco, la *enorme divergenza tra il normale ed il patologico, sta nella disciplina ritmica dell'una, e nella irruenza più o meno disordinata, tumultuaria dell'altra.*

Ed indiscutibile è nel normale un automatismo dinamico, non solo a cicli brevi, ma a fasi o periodi lunghi (pubero-climaterico); se innegabile è la prevalenza di blastomi in un'epoca che coincide con la scomparsa di questo che io chiamo « automatismo dinamico »; se esiste nella normalità un tipo « senile » anatomicamente confermato, lecito è domandarsi quali per avventura siano i fattori del determinismo di cotesto squilibrio? Le citate ricerche sul tessuto elastico nel tipo senile mi lusinghe rebbero a fare altre considerazioni.

E' sopratutto da rinunciarvi per la saggezza degli anni. Giacchè fin da quando, con una serie di lavori ho tentato sconvolgere la insostenibile teoria del Grosch (da tanti accettata supinamente) per la *genesi dei lipomi* ed ho rivolto l'attenzione *al tessuto elastico ed alle sue distrofie,* ho raccolto un silenzio quasi unanime; e non meno sconfortante di quello che accolse le mie affermazioni sull'*azione energetica cicatriziale dei frammenti di testicolo.*

Tacere è preferibile, anche perchè il parlare di sè stessi è puerile. L'argomento va ripreso.

E. Allevoli

BIBL. Couglin. Surgery, Gynec. a. O., vol. 45, 4, 1927, — Fraser, Ibidem, vol. 45, 3, 1927. — Berg. Strasbourg Médical, n. 18, 1927. — Antoine e Pfab. Deutsche Zeitschrift f. Chir., vol. 201, 1, 2, 1927. — Cheastle. Brit. Journal of Surg., 1922-23. — Sebering. Archiv für Klin, Chirurgie, vol. 34, 1925. — Dieckmann. Archiv f. pathol. Anatomie, vol. 256 1925. — Seiffert. Deut. Zeitschr. f. chirurgie, vol. 205, 3-6, 1927, — Polano. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn, vol, 87, 2, 1924, — Allen, Loeb, Hartman. The Amer. Journ. of Anatomy, vol. 32. 3, 1923. — Courrier, Wintemberger. Archives de Biologie, 35, 2, 1925. — Fels. Archiv f. Gynaekol., vol. 130, 4, 1927. — Ernst. D. Zeitsch. Chirurgie, vol. 202, 4, 1927. — Zondek. Arch. f. Gynaek., 130, 1, 1927.

VARIA

La determinazione del sesso a volontà. — Secondo le vedute di L. Pighezzi (*La Clinica Ostetrica,* n. 8, 1927) la determinazione del sesso si riattaccherebbe alle funzioni generali della nutrizione; essa dipenderebbe dalla maturità o giovinezza degli elementi sessuali che si uniscono, e dallo stato delle loro riserve nutritive; dipenderebbe dalla celerità degli scambi molecolari presso i genitori, e sarebbe funzione dell'equilibrio più o meno perfetto delle secrezioni interne che regolano questi scambi.

Alla maturità degli elementi sessuali, alla penuria delle riserve nutritive, alla rapidità degli scambi corrisponderebbe la procreazione dei maschi.

Alla giovinezza degli elementi sessuali, all'abbondanza delle riserve nutritive ed al rallentamento degli scambi corrisponderebbe la procreazione delle femmine.

Digitized by Google

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L' emoterapia venosa splancnospecifica. — E. Escomel, Arequipa. *El Siglo Medico.* 1927, n. 3838.

Dopo la sieroterapia, la emoterapia, la transudoterapia, la essudoterapia, eteronime, omonime, autonome abbiamo ora la emoterapia venosa splancnospecifica, la quale consiste nell'iniettare il sangue totale o il siero estratto dalla vena di un organo di un animale, per combattere le insufficienze patologiche dello stesso organo nell'uomo.

Si pensa, cioè, che il sangue arterioso di ciascun organo, dopo aver depositato tutti i materiali di nutrizione, escrezione, neutralizzazione o distruzione nello organismo, defluisca attraverso le vene carico dei principii che costituiscono le secrezioni interne di restituzione funzionale, secrezioni multiple, ed alle quali viene affidata una funzione specifica nell'equilibrio vitale.

Questo sangue venoso, adoperato in terapia sarebbe più efficace della stessa opoterapia, perchè l'organo rappresenta il laboratorio di preparazione, mentre il sangue venoso rappresenterebbe il prodotto elaborato e perfezionato di questo laboratorio.

Per l'emoterapia venosa splancnospecifica, bisognerebbe preferire il sangue degli animali più vicini all'uomo, e d'altra parte bisognerebbe cercare il modo di poter conservare indefinitamente, senza che si alteri, il sangue in toto, in ampolle che possano essere spedite anche a grande distanza.

[Non è una novità quanto l'A. propone. Da vari lustri il compianto Prof. Teissier di Lione propose ed applicò nella cura delle nefriti il siero proveniente dal sangue delle vene emulgenti. N. d. R.].

Sulla malattia di Kümmel. — Ciriminna. *La Cultura Medica Moderna;* n. 17, 1927.

L'A. riferisce un caso di m. di Kümmel, la quale è costituita da una sindrome da compressione, midollare, conseguenza tardiva di traumatismi della colonna vertebrale e dovuta a spondilite semplice, non purulenta.

Fra i traumatismi sono di maggior importanza o le contusioni della colonna v. per trauma diretto, o per contraccolpo, o per vera infrazione dei corpi vertebrali.

L'a. dell'A. fu colpito da una frana di terriccio alla schiena, la quale provocò forte rachialgia lombare che rendeva impossibili i movimenti del tronco e si esacerbava anche nei movimenti degli arti inferiori. In seguito la rachialgia si andò gradatamente attenuando fino a scomparire, tanto che l'a. potette dopo 2 mesi riprendere il lavoro. Ma dopo un mese di lavoro la rachialgia si ripresentò e si esacerbò, mentre si manifestava una gibbosità della colonna lombare con dolori irradiati alla parete addominale, natiche, arti inferiori. Durante questi disturbi la statura del soggetto si abbassò di 3 cm.

Il punto più sporgente della gibbosità è dell'apofisi spinosa della IV lombare.

La pressione sulla colonna cifotica provoca dolore, che s'irradia nelle parti suddette. Sensibilità termica e dolorifica normali, eccetto una zona d'ipoestesia nel territorio del sottocutaneo addominale a sinistra. Rigidità del tronco, limitazione spiccata dei movimenti a causa del dolore. Riflessi deboli. Assenza di Babinski.

Alla radiografia: frattura della IV lombare e assottigliamento della III, IV e V. Corpi vertebrali schiacciati.

Sicchè riassumendo i sintomi di questa sindrome sono localmente: rachialgia deformazione della colonna vertebrale, rigidità della col. con limitazione dei movimenti attivi. Sintomi di compressione: fenomeni di irritazione radicolare (pseudo-nevralgie).

Sulla linfogranulomatosi acuta. — Farkas, 2ª Clinica Medica in Wien. *Medizinische Klinik,* n. 43, 1927.

La malattia di Sternberg-Paltauf va sempre meglio ristudiata, tanto più che stando ai calcoli del Lubarsch, durante la guerra essa è cresciuta fin quasi del quintuplo. Ma l'importanza dello studio è anche accresciuta dalla variazione del quadro clinico ed anatomo-patologico. Infatti l'osservazione dell'A. sta a fornire un esempio di andamento, nel quale mancando la fisionomia di tipiche localizzazioni, si aveva quello di tumori maligni a rapida cachessia. L'inferma, di 48 a. nel pieno benessere infermò di diarrea, con dolori più o meno spastici, non bene caratterizzati, presentando nel retroperitoneo di sinistra masse dure, bozzute, non spostabili, quanto il pugno di adulto.

Sottoposto a laparotomia esplorativa, si trova un tumore inoperabile del mesotenue, con metastasi omentali. Subito dopo l'intervento si produce un versamento addominale libero, dapprima sieroso, poi chiliforme. Lo stato generale e l'aspetto dei singoli tessuti rapidamente deposero per una progressiva cachessia. Modico versamento alla base pleurica destra; stato subfebbrile; non ghiandole palpabili; niente reperto ematologico caratteristico; negativo quello urologico. Durante 14 giorni perdita di 10 chili; esito dopo 14 settimane.

La diagnosi clinica deponeva dunque per un neoplasma maligno. Ma le ricerche singole per assodare lo stato dei singoli apparati ed organi addominali, e l'eventuale punto di partenza del tumore, furono anche negative.

Si sarebbe potuto pensare alla tubercolosi specialmente tenendo conto delle oscillazioni termiche e dei caratteri adeniformi del presunto tumore, dei sudori, della diarrea iniziale. Tuttavia si trovò troppo dura la consistenza tumorale, non controllabile lo stato ghiandolare, assente la splenomegalia, negativa l'eosinofilia, la diazoreazione. Del resto anche col carcinoma potevano essere spiegati la curva termica, i sudori.

Dunque anche dopo l'intervento si oscillò tra la diagnosi di neoplasma e quella di linfogranulomatosi; e si ebbe la piena luce solamente dopo la morte, per le indagini microscopiche. Infatti la struttura specifica linfogranulomatosa risultò non solamente nella massa fondamentale, ma anche nelle sezioni microscopiche delle singole pareti del tratto gastro-enterico. Come si vede queste osservazioni, anche perchè insolite, sono di facile errore diagnostico, e si può al più tentare di discernerli tenendo presente: gli intensi sudori, le diarree iniziali, l'anemia, il tipo febbrile di Ebstein. Pel (cioè il cosidetto tipo di Rückfallfieber) la cachessia travolgente.

Un nuovo saggio sulla sufficienza funzionale del fegato.— A. Kleinknecht e C. Dreyfus. *Paris Médical,* 1927, n. 30.

In luogo del bleu di metilene, dell'indigo-carminio, del rosa bengala, ecc., Von Bergmann e Eilbott ritennero più interessante e più fisiologico servirsi di una sostanza che il fegato ha l'abitudine di eliminare: essi hanno perciò prescelto la bilirubina e ne hanno misurato il tempo di eliminazione, dopo averne immesso in circolazione una certa quantità. L'A. in altro lavoro riferirà i dettagli tecnici.

Entra naturalmente nella discussione di questo metodo il problema della biligenesi. Sia però che si ammetta una biligenesi extra-epatica o una biligenesi epatica, resta assodato che il fegato è l'organo escretore della bilirubina ad origine extraepatica, mentre i reni opporrebbero una infrangibile barriera al passaggio di questa sostanza.

D'altra parte è stato notato che il sistema reticolo-endoteliale non presenta alcun immagazzinamento di bilirubina nè nell'ittero meccanico debole, nè nell'iperbilirubinemia latente, nè nella bilirubinemia normale.

Iniettando 7 cgr. di bilirubina Eilbott ha notato che nell'uomo sano il ritorno alla bilirubinemia iniziale si fa entro due ore e mezza e tre ore e mezza, e ciò in maniera costante, laddove nell'ittero semplice, nel fegato cardiaco, nella cirrosi epatica e nelle colecistiti detto ritorno si effettua con diverse modalità, tanto più in tempo lontano dal normale quanto più l'affezione è grave e progredita.

Risultati remoti del trattamento della malattia del sonno mediante la triparsamide. — Le Dentu, Inst. Pasteur a Brazaville. *Annales de l'Institut Pasteur,* n. 9, 1927.

Queste ricerche si poggiano su 130 infermi nei diversi stadi del secondo periodo della tripanosomiasi.

Il trattamento di codesto secondo periodo della malattia del sonno, mediante il detto preparato, offre una percentuale di guarigioni apparenti, molto alta, cioè 62,5 % in pazienti rimasti in nessun modo trattati durante un elasso tra nove a ventiquattro mesi.

Tali successi si conseguirono a dosi relativamente modiche, cioè circa 25 gr. di triparsamide per un adulto di 50 chili.

Un trattamento atossilico anteriore non ostacola l'azione del prodotto. L'arseno-resistenza creata da essa è poco spiccata. Per contrario una cura inefficace di triparsamide provoca un'arseno-resistenza nettissima.

In alcuni casi buoni effetti furono ottenuti da un trattamento misto.

In quanto alle manifestazioni oculari l'azione dell'atoxyl si traduce in una più grande sensibilità alla triparsamide (differenza di 0.15 centigr. per chilo). In definitiva esse non sono più frequenti nei soggetti atossilizzati che non in quelli trattati unicamente mediante la triparsamide.

Le ricadute (18,7 %) sono in generale da attribuirsi ad insufficiente trattamento. All'evento di una nuova cura esse dànno molto spesso, nelle forme avanzate, e forse per sensibilizzazione dell'organismo, luogo ad uno aggravamento dello stato meningeo e dello stato generale, che sembrano di origine tossica.

Digitized by Google

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

Statistica sulla sopravvivenza post-operatoria nella tubercolosi renale. — FULLERTON, Queen's University Belfast. *British Medical Journal*, n. 3483, 1927.

La pratica cotidiana impone due essenziali quesiti alla presenza di soggetti nefrotubercolosi: 1. La lesione è unilaterale? 2. E' possibile curarla senza intervento operatorio? L'A. si è dedicato ad indagare, non senza notevoli difficoltà, una serie di 158 casi di tubercolosi vescicale, dei quali 141 presentavano manifesta compartecipazione renale. Su questa cifra si trova eseguita la nefrectomia in 73 casi.

Quasi sempre, attraverso l'incisione lombare, venne asportato l'organo e parte dell'uretere. Non si incontrarono eccessivi ostacoli nella completa dissezione dell'atmosfera adiposa perirenale; nè fu richiesto dalle contingenze un prolungato dissecamento dell'uretere. In qualche eccezione si vide che, dopo più mesi, ricompariva lo stillicidio di urina dal moncone ureterico distale, e si fu costretti a riaprire la ferita. L'infermo soccombette dopo 7 1/2 mesi, per uremia, in seguito di intervento di altri chirurghi. La rimozione del sistema ghiandolare infetto, circondante il peduncolo renale e paravertebrale, si dimostrò non priva di rischi; giacchè si vide in qualche evenienza lacerato qualche grosso vaso o la vena cava. Pertanto resta alla giusta valutazione del chirurgo, se convenga questo cimento della vita del paziente, pur di ottenere un definitivo risultato.

Di solito la ferita parietale venne suturata senza drenaggio. In cinque casi il drenaggio fu lasciato durante 24 ore. Talvolta più mesi dopo la guarigione per primam, si riaprì in qualche punto la cicatrice; e così il seno fistoloso dopo essere rimasto per mesi beante, finì col chiudersi. In quanto al trattamento del moncone ureterico, fra i vari modi, l'A. trova preferibile iniettarvi con Pravaz dell'acido fenico puro. Fu preferito il catgut per le suture ed allacciature profonde ed il silkwormgut per quelle cutanee.

La mortalità operatoria è calcolata a 6,8 %. In quanto alla mortalità postuma, ci sono casi di sopravvivenza tra limiti molto estesi, l'A. ne riporta i singoli particolari. Questi si riassumono nella possibilità di sopravvivere anche due decenni, con stato urinario lodevole, salvo l'occorrere di altre affezioni, o di incurabili localizzazioni.

In contrapposto a questa categoria operatoria, quella dei non operati non è più confortante, stando allo spoglio di 41 casi su 68. Si può in blocco elevare la mortalità a 63 %. In confronto starebbe a mostrare che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, il trattamento operativo è senza dubbio da preferire, specialmente a condizione di essere precoci, cioè avanti la esistenza di chiare ulcerazioni della parete vescicale.

Operazioni addizionali al trattamento della tubercolosi pleuro-polmonare. — YATES, in Milwaukee. *Annals of Surgery*, 416, 1927.

La disamina multilaterale dell'argomento porta secondo l'A. ad una distinzione fondamentale: poter raggiungere la guarigione, ovvero ritardare od arrestarne il progresso.

Le condizioni obbligate del trattamento capaci di portare alla guarigione sono: ottenere una cicatrizzazione sufficiente, migliorare la qualità e la quantità del sangue che affluisce all'organo malato; limitarne le escursioni, modificare la tensione intratoracica, distruggere le alterazioni patologiche irreparabili.

Bisogna concorrere allo scopo combinando metodi diversi, cioè non operativi (riposo, dietetica, aeroterapia, farmachi); e metodi operativi (trasfusione di sangue non modificato, somministrazione intravenosa di soluzioni gluco-saline, paralisi del diaframma, resezione parietale, parziale o totale lobectomia al termocauterio).

La combinazione di questi vari metodi deve naturalmente non essere azzardata, ma razionalmente indicata e condotta a seconda dei casi.

Da questa armonizzata fusione di trattamento c'è da ritenere sicuro il progresso, probabilmente con una diminuzione graduale delle operazioni eccessivamente demolitrici.

Direttive meccaniche nel trattamento operatorio della tubercolosi polmonare. — LILIENTHAL in New York. *Annals of Surgery*, 416, 1927.

Corredato di importanti osservazioni cliniche, e di chiare figure, questo contributo prende a particolare obbiettivo: il riposo chirurgicamente indotto (temporaneo o permanente); ed il drenaggio (per compressione meccanica, transparietale etc.). In complesso risultano questi essere i fattori più essenziali nel trattamento della tisichezza.

Il riposo può essere temporaneo mediante intervento extratoracico (operazione di Yates sul nervo frenico, e phrenemphraxis) con durata di 5 o più mesi; od intervento intrapleurico mediante la produzione di pneumotorace artificiale, oleotorace, argomenti tutti ormai divulgatissimi. Il riposo può aversi permanente mediante l'avulsione del frenico, la toracoplastica o l'associazione di più procedure.

Il drenaggio può essere considerato in due gruppi principali: 1. Quello attraverso la via bucco-bronchiale (obliterazione) mediante la compressione meccanica la quale presuppone la toracoplastica delle prime cinque o sei coste, l'apicolisi, specialmente interponendo tessuti sterili di gomma. Può essere transtoracico, facendo distinzione delle singole condizioni, cioè se la parete toracica sia intatta con o senza fistola bronco-pleurica; oppure ad empiema aperto, con o senza la detta fistola.

Gli interventi hanno dimostrato all'A. la superiorità delle larghe toracotomie a sportello sulla regione antero-laterale.

La resezione delle radici spinali nelle crisi gastriche tabetiche. — S. VERBRUGGE, Anversa. *Bruxelles Médical*, 1927, n. 39.

Nella grande varietà, di algie tabetiche a localizzazione toraco-addominale, bisogna considerare in modo particolare tre tipi: 1) il dolore di tipo radicolare; 2) il dolore di tipo simpatalgico (dolore parietale); 3) il dolore di tipo simpatalgico viscerale (dolori profondi).

Ciascuno di questi tipi ha delle particolarità semiologiche ed evolutive specifiche, e corrisponde alla sofferenza di fibre determinate: le algie radicolari ad affezione della radice posteriore, le algie simpatalgiche parietali alla distruzione delle fibre simpatiche della radice posteriore ed anteriore, il dolore gastrico alla lesione delle vie del simpatico viscerale.

Come metodo di cura l'A. ha eseguito con successo, in tre casi, la neuroramisectomia, cioè una operazione che aggredisce tutti gli elementi suddetti col minor traumatismo operatorio possibile, cioè con l'apertura dello spazio paravertebrale sotto le apofisi trasverse, e la messa allo scoperto delle due radici fuse in un nervo intercostale, e del ramo comunicante. Il territorio paravertebrale della 7ª e dell'8ª vertebra dorsale corrisponde alla innervazione del piloro e del duodeno, a destra, mentre a sinistra corrisponde alla porzione cardiaca dello stomaco; quello della 9ª e della 10ª dorsale corrispondono al fegato ed alla cistifellea. Poichè le crisi gastriche dei tabetici sono anzitutto delle crisi gastrocolecistiche, quando i sintomi viscerali dominano la scena bisogna dirigersi senza altro sui segmenti corrispondenti, vale a dire sugli spazii paravertebrali corrispondenti alla 7ª, 8ª, 9ª e 10ª vertebra dorsale di destra; se la sindrome gastrocolecistica costituisce da sola quasi tutta la crisi, bisognerà cercare di estendere l'intervento ai segmenti superiori che prendono parte alla costituzione del grande splancnico, vale a dire in corrispondenza della 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª e 10ª vertebra dorsale.

Infine, se le crisi radicolari dominano la scena, bisogna intervenire dal lato apparentemente più colpito, e limitare la incisione alla zona dolorosa.

Secondo l'Autore l'intervento operatorio da lui consigliato sostituisce con grande vantaggio altre operazioni ben altrimenti gravi, usate talora: l'apertura della colonna vertebrale per tagliare le radici e la sezione del midollo.

NEUROPATOLOGIA

Nevralgia facciale nella sindrome di Gradenigo. — RUSSI. *Archiv. It. di Oto-rino-Laringologia*, fasc. 7, 1927.

Trattasi di un caso di otite acuta purulenta con mastoidite e paresi del VI paio, in bambina di 7 anni, nella quale però il sintomo che procurava le maggiori sofferenze all'inferma era costituito da dolori nevralgici estesi a tutta la faccia e specie in corrispondenza delle guance, del mascellare inferiore e dei denti: quindi una vera nevralgia del trigemino estesa a tutte le branche.

All'esame obbiettivo l'inf., sofferente di cefalea fronto-parietale sinistra, presenta le arcate mascellari chiuse come per trisma, che si lasciano divaricare a stento, provocando dolore sulla faccia e specie in corrispondenza del mascellare inferiore e anche, più lievi, al condotto uditivo esterno. Conservati i movimenti dei globi oculari, solo a sinistra incompleto e torpido quello del m. retto esterno.

Si trattava dunque di una sindrome di Gradenigo (otite media acuta, paralisi dell'abducente ed emicefalea) ma con la caratteristica di una nevralgia totale del trigemino, estesa a preferenza alle branche del mascellare superiore ed inferiore con vere crisi dolorose, che venivano alleviate solo se l'inferma teneva le arcate dentarie chiuse come in apparente trisma.

Ora questi accessi nevralgici non sono frequenti nella sindrome di Gradenigo, per cui il caso descritto dall'A. ha carattere di eccezionalità. La interpetrazione del quale viene agevole se si considera che la parte anteriore della rocca del temporale, essendo costituita da cellule tubariche, peritubariche e pericarotidee, le quali essendo meno consistenti permettono facilmente la propagazione di un processo otitico, per i rapporti che ha con il tronco del n. mascellare inferiore, ha trasmesso la infezione a questo nervo, dando luogo alla particolare sintomatologia.

Digitized by Google

L'a. fu operata, con esito felice e scomparsa di tutti i sintomi osservati.

Epilessia jacksoniana sensitiva.— O. Panota, della Clinica psichiatrica di Praga. *L'encéphale,* n. 7, 1927.

L'osservazione clinica ed i risultati anatomici ottenuti all'atto dell'operazione in due casi di epilessia jacksoniana sensitiva permettono all'autore di confermare le opinioni di Sittig sull'estensione delle parestesie jacksoniane e sul loro rapporto con le irritazioni corticali sensitive.

Secondo Sittig, bisogna distinguere due gruppi principali di epilessie jacksoniane sensitive. Nel primo vanno inclusi i casi di parestesie focali, in cui l'estensione delle parestesie nelle parti della metà del corpo colpita corrisponde strettamente alla disposizione dei centri sensitivi nella circonvoluzione parietale ascendente; nel secondo, sono da mettersi i casi in cui le parestesie non attaccano le parti del corpo secondo la disposizione dei centri sensitivi corticali, ma si estendono secondo un altro modo, e cioè in senso ascendente o discendente o secondo un tipo assiale, oppure, infine, localizzandosi alle estremità delle dita, alla commessura boccale ecc.

Quanto al rapporto delle differenti qualità di parestesia con delle lesioni elettive della regione sensitiva corticale, potrebbe emettersi l'ipotesi che le parestesie termiche possono essere causate esclusivamente dall'irritazione della parte del lobo parietale comprendente il piede delle circonvoluzioni centrali, le circonvoluzioni sopramarginale, angolare, parietale superiore, mentre le parestesie da elettricità, da formicolio ecc. si producono verosimilmente per irritazione di una qualsiasi parte della regione sensitiva corticale.

Epilessia e choc anafilattico.— H. Claude e M. Montassut. *L'encéphale,* n. 7, 1927.

Fondandosi sul parallelismo abbastanza stretto osservato fra le reazioni vasali e sanguigne della crisi comiziale e dello choc anafilattico, si è pensato che l'epilessia non era che la traduzione di una anafilassi cerebrale, dovuta a sostanze di natura indeterminata. E' vero che lo choc emoclasico non rappresenta che una fase cortissima dello choc vasotrofico, meno stabile e meno caratteristica della seconda, nella quale l'aumento della leucocitosi capillare e venosa, l'ascensione della tensione sanguigna, e dell'indice refrattometrico si contrappongono alle manifestazioni del primo periodo: leucopenia capillare, ipotensione, caduta dell'indice refrattometrico. Altre ricerche hanno stabilito l'andamento della crisi vascolo-sanguigna con le sue quattro tappe dell'evoluzione leucocitaria: leucopenia iniziale, leucocitosi intermediaria, leucopenia precomiziale, leucocitosi comiziale, fasi d'altronde più o meno variabili, meno la prima.

Claude e Montassut hanno cercato, mediante l'iperpnea, di approfondire l'osservazione notando le manifestazioni immediatamente precedenti e seguenti lo scatenarsi delle crisi sperimentalmente provocate. Precedentemente gli stessi autori avevano dimostrato che l'iperpnea può rivelare delle manifestazioni neurologiche larvate o fruste, e più specialmente di provocare, con l'aiuto di altre circostanze ancora indeterminate, delle crisi comiziali in epilettici accertati.

Le relazioni fra lo choc anafilattico e la crisi epilettica, che erano agli autori apparse assai basse durante le prove d'iperpnea, non si sono rimesse in evidenza negli esperimenti sul cane, sicchè essi concludono che, malgrado la prudenza con la quale possono trasportarsi all'uomo i risultati ottenuti sull'animale, non sembra loro che vi sia relazione di causa ad effetto fra l'uno e l'altra, in quanto lo choc non è mai loro apparso come la causa determinante delle crisi.

L'azione sospensiva dello choc sembra loro dovuto ad un fenomeno abbastanza particolare, che permette di formulare dei dubbi relativi alla sua azione deanafilattizzante.

In riassunto, queste diverse ricerche portano gli autori a rifiutare la teoria secondo la quale l'epilessia sarebbe l'esponente di una particolare anafilassi.

La lesione ed il convulsivante sono quasi sempre necessari per ottenere delle crisi; ma nell'azione delle sostanze tossiche vi sono per ciascun soggetto un coefficiente e delle variazioni personali, spontanee o provocabili, che forse sono imputabili ad oscillazioni nell'eccitabilità del sistema neuro-vegetativo.

La malarioterapia nella tabe dorsale.— H. Schaeffer. *La Presse Médicale,* n. 53, 1927.

L'associazione del trattamento specifico alla piretoterapia sotto forma di malarioterapia, proposta da Wagner-Jauregg nella paralisi generale, sembra egualmente suscettibile di dare dei risultati superiori a quelli dati dal solo trattamento specifico nelle altre forme di neurosifilide, in particolare nella tabe.

Sebbene sia necessario che trascorra del tempo perchè si possa formulare in proposito un'opinione definitiva, sembra che il metodo suddetto abbia un'azione particolare sui dolori lancinanti, sulle crisi gastriche, lo stato generale, e, nelle forme recenti, sull'incoordinazione. La sua azione sui sintomi obbiettivi, i disturbi dei riflessi, le modificazioni umorali, è assai più limitata, sebbene non sia mai nulla.

La malarioterapia, che è stata sopra tutto impiegata, non agisce, nel fatto, che come agente piretogeno, non distinguendosi dagli altri metodi di choc impiegati fin qui nelle infezioni acute.

Questa tecnica non sembra soltanto avere azione risolutiva sulle lesioni infiammatorie, ma sembra agire anche sulle lesioni degenerative delle guaine mieliniche, di cui favorisce la rigenerazione. Sebbene la terapia non sia che ai primi saggi, vien fatto di domandarsi se essa non meriterebbe di essere utilizzata come agente preventivo ancora più che come agente curativo nelle fasi precoci dell'infezione treponemica, ogni qual volta la rachicentesi dimostri la lesione del sistema nervoso centrale.

PEDIATRIA

Il siero antistreptococcico nella difterite grave.— H. Finkelstein e E. Kaennigsberger, Ospedale Infantile di Berlino. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1927, n. 29.

Gli AA. mettono in rilievo che in questi ultimi due anni la difterite si è mostrata quasi dappertutto in aumento, non solo dal punto di vista del numero degli infermi, ma anche della malignità della forma.

Già da tempo si era pensato che queste forme gravi fossero da attribuirsi ad un infezione mista con streptococchi, ma tale opinione aveva trovato numerosi oppositori.

Ora questa ipotesi riprende terreno, sopra tutto dacchè alcuni autori (Descher, Agalnik, etc.) hanno trovato in circa la metà delle autopsie eseguite su individui difterici presenza di streptococchi emolitici negli organi.

Gli Autori hanno pensato, partendo da queste premesse, di trattare i casi gravi di difterite con siero antidifterico più siero antistreptococcico, in luogo della semplice sieroterapia antidifterica.

Furono osservati complessivamente 18 bambini; di questi, 9 furono trattati col metodo antico (sieroterapia antidifterica) e 9 col metodo combinato.

Dei primi 9 guarì uno solo, degli altri 9 guarirono 7.

La statistica è troppo piccola per autorizzare delle conclusioni definitive, tuttavia essa può già servire ad orientare i ricercatori verso più larghe esperienze, e a dare nei casi gravi di difterite la speranza di un altro soccorso, quando la sieroterapia antdifterica si appalesi, da sola insufficiente.

La narcosi con l'avertina (E 107) nell'infanzia.— R. Sievers, Reparto chirurgico della clinica pediatrica di Lipsia. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1927, n. 30.

L'Avertina è alcool tribrometilico, fabbricato dalla I. G. Farbenindustrie, che si presenta come una sostanza cristallina, che si scioglie in acqua, a 40°, nella proporzione del 3.5 %.

Per gli usi pratici, a 100 cmc. di acqua distillata, riscaldata a 37° si aggiungono 2,5 gr. di Avertina, ed il miscuglio viene portato a 45° e mantenuto a questa temperatura fino a che la sostanza non si disciolga completamente.

La soluzione viene allora raffreddata fino a 40°, e quindi conservata in un «termos» fino al momento dell'uso, che non deve tardare oltre 12 ore dalla preparazione.

L'Autore ha eseguito finora 124 narcosi con l'Avertina, nei bambini, ottenendo 88 volte risultati pienamente soddisfacenti, 13 volte un po' di irrequietezza motoria, e 23 volte insuccesso.

Nel primo anno di vita furono adoperate dosi variabili da 0,1 a 0,15 gr. per kg. di peso del corpo; fino al terzo anno la dose di 0,175, ma il dosaggio venne fatto in modo sempre approssimativo, causa non ultima degli insuccessi.

Migliori risultati si sono avuti introducendo il preparato per via rettale (1 cmc. di soluzione di Avertina al 2,5 %); qualche volta però all'introduzione per questa via segue irrequietezza, eccitazione, e talora l'Avertina viene riespulsa (stati idiosincrasici?).

Nei casi studiati l'età variava da 5 settimane a 14 anni; sono specialmente le operazioni sul capo e sugli arti che riescono bene. Assai raramente si sono verificati dei disturbi; in tali casi si è trattato di stato di collasso, di caduta della pressione sanguigna, di sospensione del respiro, ecc.

Finora non sono state segnalate controindicazioni per l'uso dell'Avertina. Il preparato viene rapidamente assorbito, e per tal modo il paziente viene rapidamente svelenato.

La narcosi si ha pochi minuti (3-6) dopo l'indagine, ed ha tutti i caratteri di un sonno naturale. Si ha contemporaneamente una diminuzione della pressione del sangue, il che si verifica, del resto anche nel sonno naturale, e che pare dovuta alla azione dell'ipotetico centro del sonno, che sarebbe, come è noto, localizzato nel diencefalo.

= 1645

Digitized by Google

UROLOGIA

Prostatiti secondarie alla foruncolosi. — GRANDINEAU, Nancy. *Strasbourg Médical*, n. 20, 1927.

Cinque osservazioni praticamente importanti, vengono ad aggiungersi ad osservazioni del resto già possedute. Queste localizzazioni prostatiche si sono presentate con andamento abbastanza mutevole. Naturalmente quando essa si presentò durante il corso della foruncolosi, o poco di poi, la filiazione fu ben più chiara che non quando fosse trascorso qualche elasso tra l'una e l'altra; cioè l'intervallo libero che svia dall'esatta concezione etiopatogenica.

Si sono invocate cause adiuvanti per la fissazione strafilococcica; scuotimenti di auto o di biciclo, traumatismi operatori precorsi. Ma in vero spesso manca la cognizione dei fatti in molti casi.

Quale la via di trasmissione? Se è vero che la metastasi sanguigna può occorrere, è non meno esatto in alcuni casi riconoscere l'invasione reno-vescicale, quindi l'infezione uretro-caralicolare ascendente. La sintomatologia si può dire quella delle prostatiti in genere, a tipo acuto: disordini di minzione, dolori perineali, sintomi fisici a seconda che ci sia o non ascesso; sintomi generali. Bisogna tuttavia riconoscere due grandi tipi:

a) In un primo gruppo la localizzazione prostatica sembra costituire un semplice episodio nell'evoluzione della setticemia stafilococcica; episodio che può essere cronologicamente il primo; oppure sopraggiungersi ad altre localizzazioni; oppure suggellare una serie di manifestazioni dovute a stafilococchi.

b) In un secondo gruppo i sintomi di setticemia seno scarsi o nulli; ond'è che la localizzazione prostatica dominando il quadro, può essere ritenuta primaria.

Peraltro non molto dissimile può dirsi il contegno anche di altre prostatiti.

Anche a seconda dei due gruppi cambia la prognosi; sia che la diagnosi non fosse stata abbastanza pronta; sia che già si fosse in corso di generalizzazioni. In tutte le contingenze bisogna, se possibile, non rinunziare alla conferma batterioscopica, alle culture del sangue e delle urine; valorizzandole tanto più quanto più allo stato puro.

La terapia vuole essere naturalmente diretta alle varie contingenze. Lavaggi caldi o clisteri; suppositori sedativi, apertura dell'ascesso e completamento della spontanea rottura; più la vaccinoterapia, sia con stock-vaccino polivalente, sia con autovaccino (pus, urina, sangue). Sembra in qualche caso, bastare questa sola terapia. Senza dubbio quest'ultima è indicatissima contro la generalizzazione setticemica. La complessa azione di quest'ultima comporterebbe se ne adottasse l'uso sistematico sempre.

RADIOLOGIA

Diagnosi radiografica dei tumori delle ossa lunghe degli arti. — P. MOULONGUET e R. LIFSCHITZ. *Journal de Chir.*, XXVII, n. 2.

Gli AA. ricordano che le r. dei tumori delle ossa non danno sempre la chiave diagnostica, fornendo delle imagini patognomoniche, ma possono servire, se bene interpetrate, a corroborare la diagnosi clinica. Nel loro studio gli AA. si propongono di mettere in valore quei dati pregi che possono servire a fare differenziare le infiammazioni specie dai neoplasmi scheletrici.

Dividono i tumori ossei maligni in 2 categorie: gli osteosarcomi e gli epiteliomi secondari.

Non è necessario entrare nella distinzione dei neoplasmi ossei di natura connettivale, qual suol fare l'anatomia patologica. Catalogato a parte il mieloma o mielocitoma, che prende numerose ossa, e per cui è inutile ogni tentativo chirurgico, può conservarsi, nei casi osservati all'inizio, la distinzione fra il sarcoma centrale, e quello periostale; è inutile distinguere i sarcomi molli da quelli ossificanti, perchè, spesso, questi ultimi hanno delle forme molli, trasparenti, a lato di altre opache perchè più o meno calcificate od ossificate.

Il sarcoma centrale può manifestarsi con imagini r. diverse. Il più frequentemente si ha l'imagine di una sfera chiara, a limiti sempre imprecisi, sita all'estremità della diafisi presso la cartilagine coniugale; all'inizio della sua evoluzione può non accompagnarsi a segno alcuno di irritazione (reazione) periostale, ma, nell'ulteriore contusione, il periostio mostrasi sede di proliferazioni deformanti, spesso a sperone, le quali danno l'impressione radiografica dell'osso giovane, e non delle produzioni condensanti delle osteiti. Quando il periostio è stato superato dalla invasione neoproduttiva, le reazioni periostali non sono più visibili perchè distrutte, mentre le parti molli presentano un'opacità maggiore della norma; ad uno stato più avanzato il tumore diviene più trasparente e si distingue male dalle parti molli.

A volte nel centro della fossa neoplastica chiarificata si nota un'ombra che corrisponde ad una fossa di addensamento osteogenetico. In complesso uno dei caratteri peculiari dei sarcomi infiltranti è dato dalla irregolarità della imagine r., che dà l'impressione di una eterogeneità appartenente ai tessuti esaminati.

Altra imagine caratteristica del sarcoma osseo è data da quello che può paragonarsi all'effetto ottico ricevuto allorchè si osserva un fascio di erba che brucia con molto fumo.

In alcuni casi manca la forma sferica della neoplasia, ed al suo posto compare r. un addensamento diffuso ed irregolare dell'osso, mancante di struttura trabecolare presentante una tinta piatta; questi elementi misti a quello fornito dal vedere l'ombra scura che invade le parti molli, può fare escludere le osteiti infiammatorie specifiche dal diagnostico differenziale.

Anche, però, in coteste forme infiltranti opache la reazione periostale si manifesta con speroni alti e larghi caratteristici. Vi sono casi in cui l'ombra del neoplasma invade l'epifisi e procede verso l'articolazione, cosa questa che infirma la classica regola che riteneva caratteristica all'O. S. il rispetto delle articolazioni.

I sarcomi periostali non troverebbero a rifare costituire un tipo classificabile a parte, perchè, sin dall'inizio, la r. mostra delle alterazioni a carico anche dell'osso propriamente detto. Tuttavia la denominazione potrebbe conservarsi per comodità nosologica ed iconografica. Le r. del genere mostrano delle imagini a mandorla, definite da un'esile linea d'ombra carica, e date da un'ombra non troppo carica; il periostio appare in alcune forme come scollato dal cilindro diafisario, questo mostra dei profili a nicchia nel suo corpo, indice dell'infiltrazione neoplastica. In condizioni di avanzato sviluppo anche il profilo esterno dell'involucro periostale, mostrasi interrotto e come se fosse scoppiato. Alcune volte le ossa vicine, come per es. il perone in casi di neoplasma tibiale, appariscno più opache della norma, perdono la loro struttura trabecolare e somigliano a quelle marmorizzate quali si osservano nei cancri secondari vertebrali.

Il sarcoma totale non dà che il quadro evolutivo finale delle forme precedenti, cui si può aggiungere l'imagine di una o più fratture.

I mielomi possono presentare difficoltà diagnostica solo all'inizio quando non se ne scovrono i segni radiografici in varie ossa, ma ben presto si ha agio di poterli rintracciare; le r. dei m. offrono imagini un po' differenti da quelle degli altri osteosarcomi: il neoplasma è sin dall'inizio più diffuso, infiltra l'osso, le ossa per una grande estensione, decalcifica irregolarmente e realizza l'aspetto arborizzato (o di griglia a reticolo ecc.), ed infine, fatto molto importante, si può avere la formazione di sequestri, anche istologicamente dimostrabili per tali.

I cancri secondari delle ossa danno imagini diverse da quelle dei sarcomi; i nuclei cancerigni sono multipli e diffusi a tutta la lunghezza della diafisi, l'imagine globale è multialveolare, quasi paragonabile a quella delle cisti idatidee delle ossa. Circa gli alveoli cancerigni l'osso sussiste sotto forma di travate ben calcificate, ed il periostio non mostra alcuna reazione, nè è suscettibile, allorchè invaso a dare produzioni osteogenetiche. A gradi avanzati può osservarsi anche la frattura.

In unica categoria a sè gli AA. comprendono i tumori benigni e le distrofie ossee localizzate.

Gli encondromi, frequenti e multipli, abituali delle dita, sono facili ad isolarsi radiologicamente.

Il tumore, di questo tipo, è sempre a limiti circoscritti, con un margine deciso; rigonfia il profilo interno della falange (se è un dito p. e.), senza che il periostio relativo dia alcun segno di reazione. Ai raggi la neoplasia encondrale mostra un fondo chiaro con qualche macchia puntiforme, ovvero una zona centrale trasparente circondata da un'altra irregolarmente trabecolare.

Gli osteomi danno un'imagine tipica; p. es. per distinguerli dagli o. s. basta notare la regolare struttura di essi e la opacità notevole dell'osso neoformato. Il segmento scheletrico su cui si impantano non presenta mai alcuna nota patologica; mai il sarcoma è limitato, da un margine festonato e netto.

Le cisti ossee essenziali, sulla cui etiologia non è detta l'ultima parola, ma che sembrano dovute ad infezioni attenuate sono prodotte da un processo distrofico che dà luogo a formazioni pseudo-cistiche le quali danno l'imagine r. di cavità sferiche vuote. La sede è spesso metafisaria; i limiti, sono nettissimi, il periostio non offre segni di compartecipazione. La tinta della neoproduzione è grigiastra, omegenea, talvolta con una fossa centrale più chiara. Vi può essere anche frattura. Le osteiti fibrose danno la seguente imagine: ampia fossa ossea rischiarata in cui resta qualche travata ossea residuale che separa alveoli più chiari, mancano i limiti geometrici delle cisti ossee, ma, tuttavia, la transizione fra la fossa sana e quella malata è ben netta. E' assente qualunque reazione periostale, e la corticale è da per tutto intatta per quanto assottigliata.

Digitized by Google

I tumori a mieloplassi, erroneamente chiamati sarcomi a mieloplassi, non seno più neoplasie che non siano neoformazioni distrofiche. L'aspetto alveolare in essi raggiunge il massimo; in nessuna zona la corticale è rotta, anche là dove si mostra ridotta ad un esile strato rigonfia a guisa di bolle di sapone; il periostio è in assoluto riposo. Dal lato del cilindro osseo, il tumore è anche ben limitato da un tratto regolarmente circolare, il rimanente del corpo dell'osso non appare in alcun modo alterato.

Gli AA. notano, infine, che vi può essere la possibilità di notare radiologicamente la trasformazione di un tumore a mieloplassi in un sarcoma, e ciò allorchè la corticale apparisse sfondata, e l'invasione delle parti molli fosse evidente.

Un nuovo metodo di radioterapia gastrica.— L. Manginelli. *La Radiologia Medica*, n. 5, 1927.

L'A. riferisce le diverse esperienze di irradiazione gastrica da lui condotte su numerosi animali e, a scopo curativo, su numerosi uomini, facendo rilevare l'impossibilità di agire sullo stomaco in modo uniforme e razionale con i procedimenti tecnici oggi ancora in uso. Egli ritiene che la soluzione di questo interessante problema terapeutico può essere dato dal metodo che egli stesso propone e che consiste nell'utilizzare in roentgenterapia gastrica delle irradiazioni secondarie, ossia quelle irradiazioni, che, assorbite nel loro passaggio da sostanze contenute nello stomaco, vengono poi riemesse sotto varia forma e precisamente come raggi di fluorescenza e raggi corpuscolari.

A tale scopo si fa precedere alla irradiazione il riempimento dello stomaco con una sospensione perfettamente omogenea di sali pesanti (solfato di bario, carbonato di bismuto). Dopo ingestione di 200-250 gr., il malato viene rapidamente esaminato radioscopicamente allo scopo di controllare il buon riempimento dell'organo e per delimitarne gli esatti contorni. Fa poi restare l'infermo in posizione bocconi per qualche minuto e procede quindi alla irradiazione con dosi di media penetrazione.

La tecnica usata dall'A. è la seguente: cassetta-limitatrice circolare e di buona ampiezza (16 cm. di diametro); il limite inferiore della cassetta corrisponderà al limite inferiore dello stomaco, limite destro al limite destro della regione pilorica; distanza focale 25 cm.; S. E. 22-25 cm.; intensità 2 M. A.; filtro 2 mm. All.; durata di ogni singola irradiazione 12 minuti; intervallo 7-9 giorni a seconda della sensibilità del soggetto; serie di 4 irradiazioni che può essere ripetuta dopo un paio di mesi di riposo.

Un tale metodo offrirebbe, di fronte ai procedimenti tecnici ordinari, i vantaggi seguenti: omogeneizzazione qualitativa e quantitativa delle radiazioni attive, che agirebbero specialmente sotto forma di raggi corpuscolari; utilizzazione più completa (azione filtrativa); utilizzazione dei raggi secondari più molli e pertanto più efficaci; aumento della radiosensibilità dell'epitelio ghiandolare, che sarebbe colpito durante il funzionamento; presentazione più favorevole delle diverse parti dell'organo verso l'azione radiogena.

I casi trattati dall'A. sono in numero di 12, di cui: 3 ulcere duodenali, 1 ulcera pilorica, 1 peripilorite, 1 ipercloridria nervosa con spasmo del piloro, 5 nevrosi, 1 neurastenia con sintomi gastrici banali. Tutti questi casi sono migliorati in maniera sensibile, eccetto uno. Il miglioramento s'è cominciato a manifestare in generale dopo la seconda seduta.

TECNICA DI LABORATORIO

La reazione colloidale del bleu di Berlino.— U. De Giacomo, della Clinica neuropsichiatrica di Palermo. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, luglio 1927.

Secondo l'autore, la detta reazione, eseguita con la tecnica di Santangelo leggermente modificata, è di facile esecuzione ed ha un notevole valore clinico: la sua positività attesta con assoluta certezza la natura patologica del liquor in esame. In 40 casi patologici essa si mostrò positiva in tutti i casi di paralisi progressiva, tabo-paralisi, tabe, meningite tubercolare, meningite purulenta, sclerosi a piastre, tumore spinale.

La reazione del bleu di Berlino si mostra in genere un po' meno sensibile di quella del mastice: essa ha quindi, allorchè è positiva, un significato più certo e più grave. Specialmente per la diagnosi delle affezioni metaluetiche essa rappresenta un criterio diagnostico di una certa importanza, mentre per lo studio clinico della sifilide cerebro-spinale non dà risultati che la rendano di più utile applicazione nei confronti della reazione del mastice.

Non vi è alcun rapporto costante fra i risultati della reazione di Wassermann praticata nel liquor e quelli della reazione del bleu di Berlino.

Il risultato di quest'ultima non è in semplice rapporto quantitativo col tasso dell'albumina totale, benchè sembri mostrare con questo un parallelismo più frequente e più spiccato di quanto si osserva per la reazione del mastice. Il comportamento della frazione globulinica ha invece influenza assai maggiore sulla reazione in esame, ma anche a questo riguardo non si ha parallelismo assoluto.

Disponendo di una quantità di liquor così scarsa da rendere impossibile l'applicazione della tecnica consueta (che richiede cmc. 2,75 di liquor) si può eseguire ugualmente la prova del bleu di Berlino, riducendo alla metà tutte le sostanze che entrano a far parte della reazione, e ciò senza alcun pregiudizio dell'esattezza dei risultati.

In conclusione, secondo l'autore, vengono pienamente confermati i vantaggi pratici della reazione, e cioè: natura ben definita e costante della sostanza adoperata, stabilità della sospensione madre, inutilità di titolazioni preventive, esecuzione semplice e rapida, facilità e prontezza nella lettura dei risultati.

Tecnica per definire l'attività peptica del succo gastrico.— G. Melli (R. Clinica Medica di Padova, *Rivista di Clinica Medica*, 30 giugno 1927.

Come substrato per la reazione, l'A. si serve della siero-albumina, sostanza tipicamente idonea alla digestione peptica, e che essendo aggredita dalla sola pepsina (la siero-albumina è resistente anche di fronte alla tripsina) esclude ogni causa di errore, per eventuale reflusso duodenale, anche in caso di assoluta acloridria. Tale substrato si aggiunge sotto forma liquida per assicurare un intimo, omogeneo e sempre uguale contatto fra esso e il fermento.

Essendo necessario lavorare con materiale assolutamente puro, si dovrà evitare l'uso della sero-albumina mista ad altre sostanze (globuline, fibrina, emoglobina, cristalloidi): e ciò si realizzerà partendo da un siero limpido (nel quale quindi di fibrina ed emoglobina non è più questione) e dializzandolo per più giorni contro acqua distillata. Con quest'artificio i cristalloidi si disperdono, le globuline precipitano e la sola siero-albumina resta in soluzione.

Fatte queste premesse si intenderà più facilmente la tecnica seguente:

50-100 cc. di siero limpido (umano o non) vengono divisi in 8-12 dializzatori di pergamena coperti di toluolo e dializzati per 7-10 giorni contro acqua distillata rinnovata di frequente. Al termine della dialisi si determina al Kjeldall, al refrattometro, per pesata o come che sia, il contenuto in albumina del siero limpido (prelevato senza smuovere il precipitato di globuline e filtrato) e quindi si diluisce con acqua distillata fino ad aversi una concentrazione di albumina eguale al 2 %.

La soluzione così ottenuta, coperta da un grosso strato di toluolo e in bottiglie accuratamente tappate, si può conservare per un tempo più lungo.

Per ogni determinazione o gruppo di determinazioni si prelevano 10-20 e più cc. di soluzione, che portati in una provetta si immergono per 5 minuti in un bagno maria bollente. L'albumina si denatura, ma, per l'assenza di elettroliti e per il ph del liquido sensibilmente prossimo alla neutralità e quindi notevolmente lontano dal punto isoelettric dell'albumina, questa non floccula nè precipita. Il liquido assume così un aspetto bianco opaco uniforme, come di latte e può essere conservato per 7-9 giorni, ma non di più, perchè poi cominciano a depositarsi minuti fiocchetti di albumina.

Ed eccoci al dosaggio vero e proprio. Su di un porta-provette si dispongono 20 provette: in 10 di esse si versano esattamente misurati 5 cc. per ciascuna di siero gastrico filtrato; nelle altre 10 (disposte simmetricamente su una seconda fila) cc. 1,0; cc. 1,8; cc. 0,64; cc. 0.51; cc. 0,46; cc. 0,37; cc. 0,29; cc. 0,23; cc. 0,18 della soluzione di albumina denaturata e si completano ad 1 cc. con acqua distillata.

Nell'ultima provetta controllo si versa 1 cc. di acqua distillata. Il tutto si pone in termostato a 37°. Quando in capo a 10-15 minuti i liquidi hanno assunto la reazione ambiente, si mescola il succo gstrico con la soluzione di albumina contenuta nella corrispondente provetta. Compiuta rapidamente quest'operazione si riporta il tutto in termostato e si segna il tempo.

Trascorsa un'ora si toglie dal termostato e senz'altro si legge a quale provetta la digestione è stata completa; questa sarà considerata tale quando il liquido che all'inizio della ricerca era torbido e di aspetto lattiginoso, sarà ritornato perfettamente limpido, eguale al controllo con puro succo ed acqua distillata. La lettura è facilissima e rapidissima e permette di esprimere senz'altro in grammi la quantità di albumina digerita in un'ora da 100 cc. di siero.

Digitized by Google

CONGRESSI E CONVEGNI

XVIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOPEDIA

(Bologna, Istituto Rizzoli, 16-17 ottobre 1927)

Tema di Relazione: TRATTAMENTO DEI TUMORI OSSEI

Prof. V. PUTTI e Dott. M. CAMURATI (Bologna) - Relatori

Nell'argomento dei tumori delle ossa, il problema centrale è ancora quello della diagnosi. Gli elementi di giudizio sono d'ordine clinico, radiografico, istologico. Per la diagnosi precoce, che è quella che più preme, il reperto radiografico è di grande importanza. Gli altri elementi non possono invece che costituire parzialmente il giudizio, perchè la biopsia non dà un'immagine limitata delle condizioni di fatto.

Clinicamente hanno importanza la topografia del neoplasma ed il suo decorso. Gli osteosarcomi, o sarcomi osteogenici, falsano spesso le caratteristiche delle forme infiammatorie o dei processi distrofici. Più netta invece è la figura clinica del tumore gigantocellulare. A proposito di quest'ultimo conviene affermare il concetto che la presenza di cellule giganti in un tumore non ne definisce il carattere di benignità. Maggiore importanza ha, a questo riguardo, la struttura dello stroma del tumore.

Quanto agli endoteliomi e più precisamente all'endotelioma di Ewing, le ricerche eseguite sul materiale dell'Istituto Rizzoli non avrebbero messo in vista che tre casi, i quali corrispondono, sotto molti punti di vista, all'entità oncologica segnalata da Ewing, e questi tre casi vennero illustrati dal Dott. Faldini.

Convinzione dei Relatori si è che il tumore di Ewing meriti di essere distinto dagli altri osteosarcomi.

Molto importante, la nozione della frequenza degli osteosarcomi secondari sia sotto forma di metastasi isolate, sia sotto l'aspetto di osteopatie diffuse. Le caratterististiche radiografiche di questi tumori secondari sono tali da permettere la diagnosi anche quando il tumore primitivo sia clinicamente irreperibile (prostata, tiroide, reni e surreni).

I tumori gigantocellulari hanno una spiccata tendenza alla recidiva mentre non danno metastasi.

La grande malignità degli osteosarcomi si manifesta nella loro resistenza ad ogni mezzo di cura. Fra essi, il più accreditato è ancora quello chirurgico, consistente nella demolizione precoce dell'arto.

Le statistiche non dimostrano differenze di effetto fra amputazione e disarticolazione. La resezione sarà riserbata ai tumori benigni. La röntgenterapia trova indicazione in tutti i tumori primitivi chirurgicamente non raggiungibili e nei tumori secondari di tipo diffuso.

Quanto all'associazione della röntgenterapia colla cura chirurgica, i Relatori sono d'avviso che l'irradiazione debba seguire la demolizione, non precederla. Consigliabile la röntgenprofilassi delle metastasi, colla irradiazione polmonare. Circa le tossine di Coley, i Relatori ritengono che valga la pena di sperimentarne gli effetti più largamente di quanto fino ad ora si sia fatto in Europa.

I tumori gigantocellulari trovano beneficio dallo svuotamento e, nei casi in cui il neoplasma abbia invaso le parti molli, dalla resezione. La röntgenterapia è su di essi di sicuro effetto.

Pei tumori benigni si seguirà il concetto di estirparli anche quando non abbiano raggiunto grandi proporzioni, ad evitare le loro non infrequenti metaplasie maligne. Per le cisti ossee serve lo svuotamento, seguito o meno, a seconda delle indicazioni, dal riempimento delle cavità con tessuti organici.

A quanto sopra, segue l'esposizione del materiale iconografico dei tumori delle ossa (materiale di osservazione e studio dell'Istituto Rizzoli): proiezioni di radiogrammi e microfotografie, esposizione di radiografie, microfotografie, preparati anatomici macro- e microscopici.

La Relazione è pubblicata in un volume di 159 pagine, diviso nei seguenti capitoli: storia, etiologia, classificazione, statistica, sintomatologia, cura, bibliografia. Ampia documentazione con chiari clichés. Essa verrà in breve ristampata sull'*Archivio di Ortopedia*, oltre che negli Atti del XVIII Congresso.

Possati A. (Bologna). *Roentgenterapia dei tumori delle ossa.* — L'O., in base ad una casistica ricca di ben 32 casi di tumori delle ossa (25 dei quali gli sono stati affidati in cura dall'Istituto Ortopedico Rizzoli), trattati coi Raggi X dal settembre 1921 a tutt'ora, e attentamente seguiti, riferisce la sua esperienza sopra questo importante argomento.

Di 32 malati trattati senza tenere calcolo di quelli in cura da meno di un anno, 5 non solo sono viventi, ma stanno bene, due dopo oltre quattro anni dall'inizio della cura, gli altri tre dopo periodi che variano da uno a tre anni; altri due sono morti uno tre anni, l'altro tre anni e mezzo dopo l'inizio del trattamento; e parecchi (5) sono morti dopo periodi oscillanti fra uno e tre anni. Degno di nota che quasi tutti i malati hanno risentito immediato sensibile miglioramento; e molti hanno avuto lunghi periodi di benessere quasi completo.

Ritiene che il radioterapeuta debba intervenire solo in quei casi che o non sono più (metastasi - diffusione a parti molli) o non possono essere (sede - estensione) di dominio chirurgico; e che egli debba intervenire sempre quando il quadro morboso è dominato dal sintoma dolore, che i raggi X sono in grado di lenire e spesso di fare scomparire per lunghi periodi di tempo, molto più efficaci in ciò, dei comuni sedativi a base di oppio, il cui uso quotidiano abbatte l'organismo. I raggi X non danno che turbe momentanee, per permettere poi ai malati, in una calma dei dolori talvolta assoluta, di riprendersi sensibilmente nelle condizioni generali.

Ritiene possa essere tentata l'irradiazione preparatoria in quei casi nei quali il Chirurgo non è certo che potrà essere radicale nella demolizione; è favorevole alla irradiazione post-operatoria quando compaiono metastasi: il trattamento di metastasi da sarcomi delle ossa può dare risultati temporanei insperati; nelle metastasi ossee da carcinoma è sempre indicato allo scopo di influire beneficamente sul sintoma dolore.

Analogamente a quanto viene eseguito nella Clinica Mayo, ha proceduto alla irradiazione profilattica dei polmoni successivamente ad interventi operativi, ma in troppo pochi casi e troppo recenti per esprimere per ora un giudizio; ritiene opportuno procedere alla castrazione Roentgen nelle giovani donne affette da neoplasie ossee.

Il trattamento dei sarcomi delle ossa non provoca che difficilmente metastasi, e la loro comparsa è in relazione colla radiosensibilità del tumore; cita in merito il giudizio di Nové-Josserand e Tavernier che oppongono la grande radio-sensibilità dei sarcomi globocellulari alla radio-resistenza dei fusocellulari.

L'O., non in base al reperto istologico, ma riguardo alla età dei pazienti, ha rilevato come i tumori dei giovani siano molto più radiosensibili che i tumori degli adulti.

Documenta con numerose proiezioni i benefici effetti radioterapeutici temporanei e duraturi ottenuti: di grande interesse è il seguire, sotto l'azione dei raggi X, la progressiva ricalcificazione e ricostruzione dell'osso ed il suo ritorno all'aspetto del tessuto osseo normale.

Espone nei dettagli le nozioni tecniche alle quali si è attenuto: somministra in un primo tempo forti quantità di radiazioni molto filtrate su tutta la massa tumorale (almeno in 60-70 % della dose eritema); talora, nei casi gravi, la ripete dopo un opportuno intervallo, onde non provocare lesioni cutanee. Richiama l'attenzione sulla speciale sensibilità della cute dei giovani, che sono i più colpiti da affezioni tumorali delle ossa e sulla possibilità di provocare edemi indurativi degli arti quando si irradino troppo vigorosamente le loro radici.

Discussione sul Tema di Relazione

Anzilotti G. (Livorno). Crede che i tumori detti a mieloplassi o gigante-cellulari nella maggior parte dei casi siano non dei veri blastomi ma piuttosto dei fatti reattivi che devono essere ben differenziati dai tumori stessi nel senso stretto anatomico della parola. Il caso dall'O. comunicato, trattandosi di un tumore gigante-cellulare non dell'osso dimostra maggiormente la verità di tale idea. L'esame istologico in tal casi dà degli elementi importanti di diagnosi che uniti ai fatti clinici possono guidarci nelle diagnosi e nelle prognosi. Circa la diagnosi precoce ricorda un caso di diagnosi di sarcoma dell'omero in cui la radiografia mostrò un neoplasma dopo 40 giorni dall'inizio dei disturbi, caso nel quale l'intervento precocissimo non valse ad impedire una metastasi quasi immediata dei gangli addominali. Ricorda un caso complicato, dal punto di vista istologico, di neoplasma del calcagno di natura embrionale, a tessuto misto, che pare primitivo perchè si è sviluppato in 20 mesi e dopo 10 mesi dall'operazione non è comparsa altra localizzazione neoplastica nè è apparso neoplasma che possa essere stato il primitivo. Nella disarticolazione per es. dell'anca crede sia da proscrivere l'amputo-disarticolazione ed invece fare la disarticolazione d'emblée per non disseminare elementi neoplastici.

Galeazzi R. (Milano). Constata che la Relazione Putti-Camurati è un documento scientifico e pratico di grande valore che mette al punto giusto la questione che è all'ordine del giorno. Osserva che in linea generale e salvo in qualche dettaglio sottoscrive completamente alle conclusioni dei Relatori. Non crede che si possa sottoscrivere in tutto e per tutto alla limitazione istologica dei tumori, accettata dai Relatori, ai tumori a cellule fusate: la ritiene, questa, una concezione troppo schemati-

Digitized by Google

ca — fibroblasti, cellule rotonde di origine endoteliale, cellule avventiziali sono sempre cellule del connettivo e siccome i sarcomi rappresentano un tessuto differenziato, un tessuto regredito nel processo di differenziazione per un ritorno verso i tessuti embrionali, si possono trovare negli osteosarcomi tutti quei tipi di cellule, per cui non pare abbia ragione di essere una distinzione così assoluta, fondata unicamente sulla forma delle cellule. E di questo parere sono la maggioranza dei patologi tedeschi e molti anatomo-patologi italiani, a cui Galeazzi ha rivolto il quesito. Per quanto riguarda il valore dell'esame radioscopico si permette di dissentire un poco dai Relatori essendo convinto, che, specialmente nei rapporti fra osteite fibrosa e sarcomi gigante-cellulari, difficilmente la radiografia possa fornire elementi sicuri per una « diagnosi precocissima » come è detto nella Relazione. Condivide la preoccupazione dei Relatori sui pericoli di una biopsia eseguita su un frammento circoscritto del tumore. Galeazzi mette poi in rilievo come in questi tumori della serie connettiva la diagnosi istologica sicura di malignità lasci spesso incerti e dubitosi i patologi più esperti e ne analizza le ragioni. Sui criteri terapeutici delle varie forme di tumori delle ossa egli condivide pienamente le opinioni espresse dai Relatori.

Chiasserini A. (Roma). Domanda ai Relatori se hanno notato l'infiltrazione linfoleucocitaria nei sarcomi osteogenici e nei sarcomi di Ewing, descritta da alcuni AA., e che importanza essi diano a questa infiltrazione per la prognosi. Per ciò che riguarda la diagnosi, crede che bisogna ricorrere all'insieme dei criteri clinici, radiologici ed istologici. Ciascun criterio di per sè può condurre in errore. Per ciò che riguarda i tumori secondari delle ossa ricorda i casi di metastasi, mentre il tumore primitivo è clinicamente latente. Ciò si riferisce sopra tutto alle metastasi ossee degli ipernefromi, dei tumori della tiroide e prostata. Alcuni di tali casi sono stati osservati nella R. Clinica chirurgica di Roma. Non raramente si tratta di tumori pulsanti dell'osso. E' bene perciò ricorrere a tutti i mezzi diagnostici per escludere o affermare la presenza di un tumore primitivo dei sopraddetti organi, prima di intervenire per un tumore dello scheletro. Per ciò che si riferisce all'affermazione fatta da Anzillotti che nei sarcomi del femore bisogna fare la disarticolazione dell'anca e non la resectio-disarticulatio, per non aprire il cavo midollare, Chiasserini sostiene che, operando a distanza del tumore, l'apertura del cavo midollare non debba rappresentare un pericolo maggiore di disseminazione neoplastica

Camera U. (Torino). A proposito della diagnosi differenziale degli osteosarcomi l'O. richiama l'attenzione sulla difficoltà estrema che talora s'incontra nel distinguere questa neoplasia dalla così detta strafilomicosi cronica delle ossa, quale la descrissero il Kocher ed il Tavel. Infatti, clinicamente, le due affezioni presentano una sintomatologia certe volte identica: dolore, tumefazione della parte colpita, a rapido accrescimento; consistenza carnosa, pseudofluttuante quando la massa invade le parti molli, la tensione delle parti molli, il reticolo venoso dilatato, talora la frattura spontanea, come in un caso di stafilomicosi da lui osservato. Radiologicamente le rassomiglianze possono essere intime tra le immagini delle alterazioni da stafilomicosi e quelle dell'osteosarcoma osteolitico. Distruzione della corticale, massa grigiastra che dalla soluzione corticale si protende verso le parti molli. Anche il reperto istologico può lasciare perplessi, specialmente quando si tratta di un piccolo pezzo prelevato alla biopsia, come generalmente si è costretti a fare dal clinico a scopo diagnostico. Infatti si trova un tessuto costituito in prevalenza di cellule connettivali fusate giovani, con numerose mitosi, numerosi vasi a pareti costituite dal solo endotelio: la presenza di plasmacellule e dell'infiltrazione parvicellulare e fatti di necrosi pur essendo più propri del granuloma infettivo si possono pure trovare nel sarcoma; così pure la presenza di cellule a tipo gigante. Cita 3 casi in appoggio al suo asserto dove clinici ed anatomo-patologi eminenti sono caduti in errore. Come criterio differenziale ricorda che il Kocher ed il Tavel danno molta importanza probativa favorevole alla stafilomicosi, alla presenza nella massa tumorale di piccoli sequestri.

Maragliano D. (Genova). Non crede che si possano escludere dal gruppo degli osteosarcomi i sarcomi a cellule rotonde. Se la cellula connettiva adulta non è rotonda può diventarlo nel processo di anaplasia che è caratteristico dei tumori ossei. Malgrado gli studi recenti crede opportuno mantenere la denominazione di sarcomi a cellule giganti per quei tumori ossei gigante-cellulari che hanno i caratteri dei neoplasmi maligni. Per questi lo svuotamento è insufficiente. Crede utile in alcuni casi di cisti ossee l'infibulazione e riferisce un caso con buon esito così operato sei anni or sono. Presenta radiografie di un mixo-condro-sarcoma del 5° metacarpo operato con trapianto autoplastico del cubito due anni e due mesi or sono e perfettamente guarito anche dal punto di vista estetico.

Donati M. (Torino). Come contributo casistico ai tumori delle ossa riporta 30 casi osservati negli ultimi 5 anni. Ha trattato conservativamente un caso di encondroma della testa della tibia. Praticò unicamente l'asportazione della massa tumorale del volume di più che un uovo di tacchino, che occupava tutta la testa della tibia, si che questa, dopo svuotata, si ridusse ad una esilissima corteccia ossea ed anche la cartilagine articolare poggiava sopra un piccolo strato di lamelle ossee.

Con tutto ciò, a distanza di alcuni mesi dall'atto operativo l'osso si è completamente riformato (controllo radiografico). L'esame istologico del pezzo asportato ha dato un reperto, in quanto a benignità, dubbio, perchè, sebbene la sostanza intercellulare fosse molto compatta ed in nessun punto si riscontrassero degenerazioni sarcomatose, ogni nido cartilagineo era occupato da molte cellule con mitosi atipiche frequenti. Fino ad oggi non si è osservata recidiva. Altri interventi conservatori sono stati praticati su alcuni tumori benigni a tipo osseo o cartilagineo, di volume poco notevole. Della casistica osservata farà cenno di un molto esteso tumore a cellule giganti dell'ulna, in cui sezioni istologiche portate attraverso al tessuto connettivale e muscolare non in diretta contiguità coll'osso, misero in evidenza sul neoplasma numerose cellule giganti, rendendo nota e chiara in questo caso la sua malignità. Si praticò l'amputazione del braccio al terzo inferiore in un voluminoso tumore a cellule giganti dell'omero in una bambina di 4 anni: lo svuotamento dell'osso fu seguito da guarigione che dura da tre anni. Altri 12 casi di sarcomi osteogenici furono trattati con amputazione estesa; due sarcomi polimorfocellulari dell'omero, di cui uno operato di amputazione interscapulotoracica e nel quale si sviluppavano metastasi dopo pochi mesi ai polmoni.; 3 sarcomi del femore: 1 a cellule fusate, 2 a cellule polimorfe; 4 sarcomi della tibia: 2 a cellule fusate, 2 a cellule polimorfe; 2 sarcomi del perone a cellule fusate; 1 sarcoma della mandibola a cellule polimorfe, curato con resezione della metà destra. Fra i tumori primitivi ricorda due endoteliomi (segue qui l'O. la classificazione di Golgi e rileva che tutti i tumori avevano uno spiccato carattere osteogenetico tanto da sembrare clinicamente, radiograficamente e macroscopicamente osteomi puri). L'uno era localizzato al palato duro e venne asportato come un neoplasma benigno; un secondo occupava la metà mediale della clavicola destra e si eseguì una estesa resezione dell'osso. Dopo parecchi mesi si è osservato in questo caso lo sviluppo di metastasi polmonari. Il caso è stato pubblicato dal Dott. A. Fusari. Interessanti sono 2 casi di metastasi da ipernefroma: L'uno, sviluppatosi circa 3 anni dopo l'asportazione di un ipernefroma del rene, aveva assunto il volume di una testa di adulto ed era localizzato alla testa dell'omero, che si era fratturata spontaneamente. L'O. praticò l'amputazione interscapulotoracica. Dopo un anno metastasi nelle ossa craniche, cachessia, morte. In un altro caso di metastasi da ipernefroma alla mastoide venne fatta la diagnosi radiologica e la biopsia la confermò. Fra le metastasi ossee, notevole una che colpì tutte le ossa dei 2 piedi in dipendenza di un carcinoma mammario. All'O. sembrano però di maggiore interesse 3 casi di carcinoma, diffuso pressochè a tutte le ossa, ma specialmente al bacino, alla colonna vertebrale, ai femori; in un caso anche alle ossa craniche, agli omeri e alle ossa antibrachiali. Questi casi, di origine, per quanto si potè giudicare, prostatica (in un solo vi era qualche disturbo intermittente dell'emissione dell'urina) sebbene la prostata non fosse clinicamente gran che ingrossata, presentarono dolori vivi diffusi, a tipo neuralgico, cachessia progressiva, con grave astenia. Le nevralgie e la iperdolorabilità erano anche superficiali. In uno dei pazienti fu praticata una biopsia della cresta dell'ileo e si notarono alcuni nidi epiteliali chiaramente atipici confermanti l'origine prostatica. Fra i tumori maligni che per la loro estensione e sede non furono potuti sottoporre ad intervento chirurgico, ricorda 2 casi di osteosarcoma dell'ileo, dei quali l'uno con metastasi alla colonna vertebrale dopo roentgenterapia. La roentgenterapia fu dall'O. usata in alcuni casi inoperabili, ma senza vantaggi positivi; a questo riguardo è d'accordo completamente con Putti. Nel caso suddetto di sarcoma dell'ileo la riduzione del tumore e la diminuzione dei dolori locali furono ben tenue sollievo, mentre rapidissimo fu lo sviluppo delle metastasi vertebrali che diede paraplegia seguita da morte in una quindicina di giorni. L'O. è del parere che la cura deve essere precoce e radicale; solo la biopsia operatoria immediata che dimostrasse la struttura a cellule giganti autorizzerebbe il trattamento conservatore; e tanto più l'O. sente di dire questo dopo conosciute le importanti osservazioni comunicate da Galeazzi, pur restando fermo che anche questa nozione della guaribilità spontanea non può essere generalizzata, come prova del resto anche uno dei casi indubbiamente di natura neoplastica e maligna. Grandi sono le difficoltà diagnostiche, specialmente in causa del decorso subdolo che a lungo possono avere taluni di codesti tumori. L'esplorazione chirurgica a scopo diagnostico nei casi dubbi è giustificata. Negli arti la diffusione alle parti molli giustifica, di regola, la demolizione, e aggrava notevolmente la prognosi.

Putti (Relatore). Risponde:

Al Prof. Anzilotti: Conviene sulla opportunità di non eseguire l'amputazione-disarticolazione, ma la disarticolazione pura, ad evitare l'apertura del canale midollare.

Digitized by Google

Al Prof. Chiasserini: Nel cosidetto tumore di Ewing ha riscontrato traccie evidenti di infiltrazione parvicellulare.

I casi che il Galeazzi ha dimostrato costituiscono esempii classici di osteite fibrosa localizzata. Naturale quindi, che siano guariti spontaneamente, ed ovvio che alla biopsia si sia constatata la presenza di cellule giganti. Coglie l'occasione per esprimere il suo scetticismo non solo nei riguardi del reperto biopsico, ma, in tesi generale, sul responso degli esami istopatologici dei tumori delle ossa. Non condivide invece la scarsa fiducia che il Galeazzi ha nel reperto radiografico. Per ora, esso rimane la pietra di fondo del giudizio diagnostico, e ciò, in modo speciale, per la diagnosi precoce.

Al Prof. Maragliano: Sulla benignità del tumore giganto-cellulare il consenso è ormai unanime fra chirurghi e patologi. Questo criterio è affermato dagli studi più recenti, non già messo in dubbio, come il Maragliano ritiene.

Al Dott. Romiti: Si compiace che egli abbia trovato facile la diagnosi dei suoi casi di osteosarcomi, diagnosi che il Relatore ritiene tale, solo quando il tumore è in un avanzato periodo di evoluzione.

Comunicazioni sul Tema di Relazione

Anzilotti G. (Livorno). *Tumore primitivo della sinoviale articolare.*—Fra i tumori della sinoviale articolare che meritano speciale riguardo è il così detto sarcoma giganto-cellulare pigmentato che in questi ultimi anni va assumendo un interesse speciale, per la sua interpretazione istologica. Detto quanto sopra l'oratore ne riferisce un caso di cui interpreta l'entità non come un vero blastoma ma come una neoformazione a tipo reazionale dovuta alle varie emorragie che si erano formate nel seno del tessuto. Con tale interpretazione istopatogenetica l'O. trae delle deduzioni di ordine pratico, terapeutiche.

Calandra E. (Palermo). *Contributo allo studio del cloroma.* — L'O. illustra un caso di cloroma sviluppatosi immediatamente dopo l'operazione di un sarcoma globocellulare della scapola sinistra in una bambina di sei mesi e dallo studio clinico ed anatomo-patologico del caso trae argomento per dimostrare il nesso anatomico tra sarcoma globocellulare e cloroma. Il caso è molto importante specialmente perchè porta luce sull'oscura etiopatogenesi del cloroma: infatti il presente è l'unico della letteratura in cui si ha un tumoretto congenito della scapola, sarcoma globocellulare, che trattato chirurgicamente a 6 mesi fa esplodere il quadro caratteristico del cloroma e in pochi giorni porta a morte il malato. L'O. fa rilevare il nesso tra sarcoma globocellulare, il cloroma e l'alterazione del midollo osseo e ne deduce una condizione anormale congenita del connettivo tale da dare dapprima una formazione di tessuto nuovo a livello della scapola, dotato di carattere embrionario (sarcoma globocellulare) e che il trauma locale operatorio e quello generale nervoso dovuto alla narcosi abbia fatto esplodere questa anormale proprietà del connettico specialmente degli organi ematopoietici. Numerose fotografie e microfotografie illustrano il caso.

Chiasserini A. (Roma) *Tumore giganto-cellulare del secondo metacarpo destro.* — Rilevata la relativa rarità di localizzazione nei metacarpi dei tumori giganto-cellulari, riportate le cifre statistiche dell'argomento in parola, riferisce di un caso di tumore giganto-cellulare a localizzazione metacarpica osservato personalmente. Intervento operatorio conservatore; risuitato a dieci mesi di distanza, buono.

Delitala F. (Venezia). *Tumori delle ossa osservati all'Ospedale Civile di Venezia.* — Trattasi di ventiquattro casi, pieni d'interesse. Solo in un caso che si riferiva a un tumore del bacino, anche dopo l'esame istologico il problema diagnostico non venne chiarito. Si supponeva un sarcoma ed invece, dopo un periodo di suppurazione, il tumore scomparve e l'ammalata guarì. In due casi di tumori giudicati come giganto-cellulari e come tali trattati, l'ulteriore svolgimento della malattia li palesò come sarcomi veri e propri. Riassunto il quadro clinico generale delle neoplasie studiate, s'intrattiene sulla terapia: nelle cisti ossee, svuotamento e trapianto osseo. Nei tumori a mieloplassi, lo svuotamento o la resezione. Nei sarcomi, negli endoteliomi, nei tumori metastatici condivide l'opinione che necessaria è e precoce l'amputazione. Riguardo alla radioterapia premesso che la sua esperienza personale è scarsa in proposito, afferma di aver constatato in ogni caso diminuzione del volume tumorale e dei dolori.

Ettorre E. (Milano). *Sulle esostosi borsate con corpi liberi.*—L'O. illustra un caso da lui operato di esostosi osteocartilaginea dell'estremo superiore del radio, rivestita da una capsula contenente un corpo libero formato da tessuto cartilagineo a nucleo calcificato. L'esame della capsula, fornita di villi, gli ha permesso di mettere in evidenza il processo di formazione dei corpi liberi per sviluppo e trasformazione in tessuto cartilagineo dei villi stessi. Dal raffronto con gli altri sette casi sino ad ora pubblicati, e nei quali il corpo libero derivava in genere dall'esostosi, l'O. conclude per l'affinità di questa rarissima forma con la frequente osteocondromatosi articolare.

Faldini G. (Bologna). *E' il tumore di Ewing una entità morbosa?* — L'O. dopo avere ricordato i lavori di Ewing il quale avrebbe classificato una speciale varietà di sarcoma osteogenico proveniente dalle cellule della tunica esterna dell'avventizia dei vasi, tumore questo che oltre ad avere delle peculiari caratteristiche istologiche (cellule rotonde disposte all'intorno dei vasi, scarso protoplasma, infiltrazione tra le fibre muscolari pericheletriche) avrebbe anche un aspetto caratteristico radiografico (addensamento della diafisi invasa, formazioni stratificate a guisa di bulbo di cipolla). Secondo la osservazione di questo patologo, il tumore in parola avrebbe la caratteristica di risentire notevolmente dell'azione dei raggi X e del radio. Nella statistica riportata dall Registro Americano (Kolodny) il tumore di Ewing sarebbe stato osservato 40 volte su 700 casi studiati. La diagnosi è sempre molto difficile anche per il decorso clinico insidioso e per la somiglianza con stati infiammatori dello scheletro. L'O. ha potuto osservare e documentare tre casi nella raccolta dell'Istituto Rizzoli i quali presentavano le caratteristiche cliniche, radiografiche ed istologiche del tumore di Ewing. Si trattava in tutti i casi osservati di individui molto giovani (uno nel primo decennio, gli altri nel secondo). L'inizio del male è stato subdolo, i dolori accusati furono saltuari. Le caratteristiche radiografiche corrispondevano a quelle prodotte dagli AA. su citati, così pure erano quelle istopatologiche. I tre pazienti furono trattati solo chirurgicamente (uno di resezione subtotale del perone, uno di resezione del femore, l'ultimo di disarticolazione dell'anca). La morte dei pazienti si è avuta a tempo variabile da 2 a 3 anni. L'O. pure ritenendo che esistono forme di sarcomi osteogenici i quali possono simulare l'aspetto del sarcoma di Ewing, ritiene che questa forma possa essere presa in considerazione e che quindi il peritelioma dello scheletro si debba considerare a parte e, ove sia possibile addivenire alla diagnosi, ne sia eseguito il trattamento röentgenterapico.

Galeazzi R. (Milano). *Osteite fibrosa ed osteosarcoma giganto-cellulare.* — Illustra con diapositive quattro casi di osteite fibrosa con sarcomi giganto-cellulari di Recklinghausen ed un caso di sarcoma giganto-cellulare multiplo, documentati radiograficamente ed istologicamente, i quali furono seguiti per un periodo di tempo lunghissimo che, per un caso, raggiunge gli anni 24 e per gli altri 11, 16, 17 anni. L'O. con successive diapositive dimostra che tutti sono guariti spontaneamente senza alcun intervento. Rileva come questi casi creino fortissime presunzioni, che la distinzione fra osteite fibrosa e sarcomi giganto-cellulari sia artificiosa, come essi parlino nettamente contro la malignità dei così detti sarcomi giganto-cellulari e suffraghino efficacemente la opinione che va sempre più acquistando proseliti, che esclude questa produzione dal gruppo dei sarcomi e porta in campo i risultati dei suoi studi personali e tutti gli argomenti tratti dall'istopatologia, dalla clinica, dalla statistica, atti a suffragare questo concetto.

Marconi S. (Venezia). *Qualche considerazione sopra tre casi di mieloma multiplo (malattia di Kahler-Bozzolo).* — Rileva l'importanza della conoscenza di tale forma morbosa perchè essa presenta una chiara sintomatologia ossea. Dopo avere esposto brevemente i sintomi sui quali si fonda la diagnosi di tale malattia (dolori ossei, cachessia, fratture spontanee, proteinurie di Bence Jones), riassume tre osservazioni personali. I tre casi si riferiscono rispettivamente ad un uomo di 51 anni ed a due donne, l'una di 70, l'altra di 53 anni. La loro sintomatologia decorse con notevole uniformità; predominarono infatti in tutti e tre i casi i dolori ossei costali e vertebrali; in tutti si ebbero fratture patologiche delle coste, in tutti e tre proteinuria predetta. Di un caso, morto all'Ospedale (donna di anni 53), venne eseguita anche l'autopsia che confermò la diagnosi. Il reperto radiografico eseguito in tutti e tre i casi non rivelò un quadro caratteristico ma solo delle chiazze di atrofia alle coste, alle vertebre ecc.

Palagi P. (Firenze). *Tumori a mieloplassi e cisti ossee.* — Riferisce su alcuni casi di cisti ossee e di tumori giganto-cellulari fra i quali ritiene interessante il confronto del reperto radiografico. Un primo caso di cisti ossea della metà superiore della diafisi omerale denunciato da una frattura patologica è guarito rapidamente dopo curettage. Un secondo caso di cisti della diafisi omerale, di origine probabilmente metatraumatica, che ritiene dover ascrivere alla così detta osteite fibrocistica. Un terzo caso di tumore giganto-cellulare a sede prettamente diafisaria della tibia, in cui l'esame istologico ha messo in evidenza oltre alla grande ricchezza in cellule giganti uno stroma polimorfo costituito con prevalenza da elementi del tipo midollare. Sono stati i caratteri dello stroma che hanno deciso il trattamento colla resezione e sostituzione col perone secondo il metodo Hahn-Codivilla. Un quarto caso a reperto radiografico pressochè

Digitized by Google

identico al precedente, in cui la diagnosi istologica fu di mixosarcoma ed in cui il trattamento consistette nell'amputazione. Presenta infine tre radiogrammi successivi di un caso di sarcoma del bacino datante da quattro anni trattato da un anno circa con roentgenterapia con risultato per ora molto confortante.

Schiassi B. (Bologna). *Trattamento conservativo in due casi di sarcoma epifisario della tibia.* — Dopo aver parlato del valore oncologico dei così detti tumori a mieloplassi, presenta due ammalate affette da tumore a localizzazione epifisaria superiore tibiale operate di resezione secondo il metodo Codivilla con esito ottimo dopo quasi cinque anni per la prima osservazione, dopo tre anni per la seconda osservazione. I documenti istologici pongono la diagnosi di tumore a mieloplaxi.

Sordi A. (Bologna). *Cinque casi di discondroplasia di Ollier.* — Riferisce sopra cinque casi di discondroplasia di cui quattro osservati recentemente all'Istituto Ortopedico Rizzoli e il quinto curato nel 1912. Espone in breve le storie cliniche degli ammalati, dall'età rispettivamente di 1 anno e mezzo, 4, 5, 6 e 15 anni, rilevato che nei precedenti famigliari e personali non vi erano forme morbose precedenti, da mettere in relazione con le lesioni scheletriche che essi presentavano, proietta diapositive illustrando l'interessante quadro radiografico riscontrato nei vari soggetti. In due malati le alterazioni scheletriche erano unilaterali e colpivano in uno le ossa dell'arto inferiore sinistro, nell'altro quelle dell'arto inferiore destro, negli altri tre le lesioni erano bilaterali e si presentarono nella loro forma più caratteristica, come striature chiare a direzione longitudinale od obliqua, oppure divergenti da un punto centrale corrispondente al foro d'ingresso dell'arteria nutritizia, e si osservavano nelle metatafisi delle ossa. In un ammalato fu riscontrato rigonfiamento a clava della metafisi femorale inferiore che appariva radiograficamente come una vera e propria formazione condromatosa, in un altro ammalato le alterazioni metafisarie, localizzate prevalentemente alle metafisi radiali inferiori, avevano determinato deformità delle ossa degli avambracci molto simili a quelle che si osservano nella malattia di Madelung.

Romiti Z. (Bologna). *Osservazioni sui tumori ossei.* — Parla di 25 casi di tumori ossei trattati nella Clinica Chirurgica di Bologna dal 1920 ad oggi.

Venticinque casi di cui 6 neoplasie benigne trattate con la exeresi (due fibroosteomi a localizzazione rispettiva frontale e mascellare superiore, due osteocondromi della metafisi superiore dell'omero. Un osteoma del terzo inferiore del femore e un fibroencondroma della seconda falange dell'indice destro) e 19 neoplasie maligne curate con la demolizione segmentaria o totale dell'arto o con la asportazione più radicale possibile. Questi casi ultimi sono così distribuiti: 4 dell'arto superiore (un sarcoma osteolitico della metafisi superiore del cubito sinistro, un sarcoma della metafisi superiore del radio destro, un sarcoma centrale della metafisi superiore dell'ulna destra, un epitelioma a tipo surrenale della diafisi omerale destra con frattura patologica); 6 dell'arto inferiore (4 sarcomi osteolitici della regione metaepifisaria inferiore del femore, un mixosarcoma diafisario del femore, un sarcoma centrale del 3° superiore della tibia); 6 delle ossa cranio-facciali (2 sarcomi e un adamantinoma solido-cistico della branca orizzontale della mandibola. Resezione. Tre sarcomi del mascellare superiore. Resezione); uno della clavicola (osteosarcoma, disarticolazione). Uno della parete costale destra (condrosarcoma - demolizione estesa della parete toracica). Uno dell'ala iliaca destra (sarcoma globocellulare - asportazione, curettage). E' recidivato subito in loco e nelle ghiandole del bacino un osteosarcoma del 3° inferiore del femore trattato con la disarticolazione dell'anca, e dopo quattro anni il mixosarcoma del femore; il condrosarcoma della parete toracica dopo un anno ha presentato recidiva in loco con diffusione alla pleura, un sarcoma nel mascellare superiore operato appena due mesi fa diede metastasi diffuse pleuro-polmonari.

Putti V. (Bologna). *Presentazione di ammalati.* — Presenta tre ammalati: 1) Sarcoma osteogenico a tipo addensante della metafisi inferiore femorale. 2) Neoplasma metastatico (forma iniziale, localizzazione rachidea dorso-lombare) da probabile tumore epiteliale della loggia sottomandibolare. 3) Probabile neoplasma osteogenico a localizzazione malleolare tibiale.

Dei singoli casi riporta i dati anamnestici, mette in evidenza i dati clinici, radiografici ecc., discute la diagnosi. All'esposizione interessantissima di quanto sopra, alla discussione clinica partecipano il Prof. Dalla Vedova, il Prof. Scarlini ecc.

Comunicazioni varie

De Gaetano L. (Napoli). *Su di un caso di malattia di Leo Burger.* — Dopo aver riportato i dati clinici i reperti anatomo-patologici riferentisi ad un individuo di 39 anni operato dall'O. per morbo di Leo Burger, l'O. dallo studio di quanto sopra e da quanto è noto dalla letteratura sull'argomento in parola trae delle conclusioni importanti: riguardo la denominazione afferma che la migliore sia quella di trombo-angioite obliterante giovanile.

Delitala F. (Venezia). *Sul valore della mobilizzazione incruenta nelle rigidità articolari.* — Riassume le vedute che ha su un argomento di cui si occupa da qualche anno. Ha così potuto riunire 63 osservazioni per la maggior parte di rigidità della spalla e del gomito. Non si ferma sulla frequenza straordinaria delle rigidità sia che conseguano a trauma, o ad infezioni. Accenna appena alla parte storica ed alla cattiva fama di cui gode la mobilizzazione a causa dei disastri provocati dagli empirici e diciamolo pure da medici non sufficientemente esperti in ortopedia. Trattasi di un'arma pericolosa, ma non per questo meno preziosa. In tutti i casi nei quali e la chinesiterapia non dà alcun risultato e mancano le indicazioni per l'artroplastica trova il suo posto la mobilizzazione forzata. E' tutta questione di tecnica e di cure consecutive; si possono avere ottimi risultati se la tecnica è buona, disastri se non si procede colle dovute cautele. Varia la tecnica a seconda dell'articolazione colpita, del tempo trascorso dal processo primitivo e dalla natura di esso processo. L'indicazione della mobilizzazione forzata è ovvia negli esiti di traumi, e la controversia comincia quando si tratta di esiti di infezioni. Il Delitala ha trattato con ottimo risultato casi consecutivi ad artrite blenorragica, guariti clinicamente da non oltre un mese. Espone la tecnica e proietta le fotografie di alcuni casi trattati colla mobilizzazione forzata. Raccomanda di avere nell'uso del metodo maggior fiducia di quanta non ne dimostrino attualmente gli ortopedici.

Donati M. (Torino). *Cura dell'artrite deformante dell'anca.* — L'O. riferisce su cinque casi nei quali è giunto ad un ottimo e più rapido risultato con interventi non molto demolitori (proiezione di radiografie). Più precisamente l'O., aperta l'articolazione con incisione arcuata esterna a lembo comprendente l'apice del trocantere, ha eseguito il modellamento della testa femorale asportando corpi liberi osteo-cartilaginei, produzioni a fungo a tipo esostosico, di rivestimento alterato per fibrosi, masse fibrose contenute spesso in cavità ossee subcondrali; la regolarizzazione dell'acetabolo di regola meno leso, e sopratutto nella parte inferiore-mediale, in un caso completandola con la costruzione di un setto mediante trapianto di un frammento di trocantere; la riposizione della testa più o meno ridotto di volume nella cavità e la sutura del tessuto. In quattro casi ha immobilizzato e ottenuto una buona anchilosi indolente, senza esagerare l'accorciamento dell'arto come sarebbe avvenuto con la classica resezione. In un caso, trattato con la trazione a pesi e la mobilizzazione precoce seguita da cure termali, ha ottenuto la ricostituzione di un'anca mobile entro limiti pressochè normali e una deambulazione indolora per quanto leggermente claudicante per lieve accorciamento.

Galeazzi R. (Milano). *Contributo alla cura della scoliosi* (con proiezione di film). — L'O. presentando la film illustrativa della sua tecnica di raddrizzamento forzato della scoliosi si dichiara convinto che questo metodo di trattamento delle deformità è l'unico veramente razionale ed efficace ed afferma che, se si riuscirà a sfatare il pregiudizio ancora generalmente diffuso tra gli ortopedici che questo metodo debba riservarsi ai casi rigidi e molto avanzati di scoliosi, ma si applicherà precocemente nei casi iniziali non appena compaiono alterazioni anatomiche delle vertebre, si arriverà a guarire realmente la scoliosi. Presenta l'ultimo suo apparecchio, nel quale ha introdotto un perfezionamento sostanziale che rende possibile in tutti i casi di curve multiple la coincidenza coi centri di deflessione e di detorsione dei dispositivi scapolare e pelvico dell'apparecchio.

Riferirono anche importanti comunicazioni i proff. Albanese, Camera, Maragliano D., Satta, Valtancoli, Comolli, Schiassi, Bargellini, Lavermicocca, ed i dott. Busatti, Bai, Ciaccia, Del Torto, Gabrielli, Giuntini, Grisanti, Marino-Zuco, Mezzani, Polli, Venezian, Rollo, Dal Pozzo, Giuliani, Pasquali, Salis ecc.

Le votazioni che hanno avuto luogo durante l'ultimo Congresso della Società hanno portato alle seguenti nomine del Comitato Direttivo per il triennio 1928-1930: Prof. Dalla Vedova (Roma), Presidente; Prof. Putti (Bologna), Prof. Pellegrini (Chiari), Consiglieri; Prof. Crainz e dott. Tancredi (Roma), Segretario-Cassiere e Vice-Segretario. Per il prossimo Congresso fu nominato il Consiglio di Presidenza nei Soci: Prof. Comisso (Trieste), Presidente; Prof. De Gaetano (Napoli), Vice-Presidente; Prof. Crainz (Roma), Segretario.

Su proposta dei Proff. Galeazzi e Putti venne scelto come tema di relazione: « L'etiologia della scoliosi ». Relatore fu nominato il Prof. Lavermicocca di Milano.

= 1653

Digitized by Google

V CONGRESSO NAZIONALE D'IGIENE

(Roma, 12-18 Ottobre 1927)

IMPRESSIONI DEL CONGRESSO

Tenendo il suo quinto Congresso Nazionale nella Capitale l'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene ha voluto dare particolare solennità alla sua adesione al Regime. Il recente Congresso di Roma ha corrisposto pienamente a tale intendimento, risultando importante per numero e qualità di intervenuti, per interesse di argomenti trattati e di visite fatte e specialmente pel tono assunto dalla seduta inaugurale in Campidoglio.

Prof. ACHILLE SCLAVO
Presidente dell'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene

Questa seduta ha avuto un significato squisitamente politico, perchè, mentre da una parte il rappresentante del Governo S. E. Bodrero ha esplicitamente dichiarato quale importanza il Governo Fascista assegni ai progressi igienici della nazione e con quali cure cerchi di sempre meglio promuoverli, dall'altra il Presidente dell'Associazione, Prof. Achille Sclavo, ha tracciato magistralmente tutto un programma di collaborazione da parte dell'Associazione alle finalità che il fascismo si propone e che si riassumono essenzialmente nel rendere la stirpe italica sempre più rigogliosa e più forte.

Posto ciò, si è ravvisato chiaramente il compito altissimo che spetta all'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene. Se il Duce vuole l'aumento della popolazione per meglio provvedere all'avvenire di potenza della Patria, sarà l'igiene che vi contribuirà efficacemente, tutelando nel contempo lo stato sanitario della popolazione resa più folta.

Preparandosi con tali auspici al suo nuovo lavoro, l'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene non ha mancato pur tuttavia, nel suo Congresso di Roma, di rievocare le passate glorie della igiene pratica in Italia. E' stato pertanto rivolto un riconoscente omaggio alla memoria del grande statista, Francesco Crispi, che per primo provvide alla organizzazione di una difesa sanitaria del paese, e liete feste sono state fatte al benemerito igienista che secondando le vedute di Crispi fondò con solidissime basi la Direzione Generale della Sanità Pubblica: Luigi Pagliani.

Il Congresso di Roma, nel suo programma fascisticamente fattivo, ha rivolto il suo pensiero anche alla preparazione della nuova milizia igienica in Italia: di qui i calorosi voti per la ricostituzione della Scuola di perfezionamento in igiene, da intitolarsi al nome di Francesco Crispi, e per lo sviluppo dell'insegnamento della igiene nelle scuole di ogni grado.

Ma l'igiene deve trovare, oltre che i suoi ministri, ed i suoi osservanti, i suoi propagandisti. Sta bene che i servizi igienici statali e comunali siano affidati a sanitarii convenientemente preparati e adatti; sta bene che le norme igieniche formino oggetto di insegnamento in tutte le scuole, ma occorre anche che vi siano dei propagandisti convinti, che fuor degli obblighi di ufficio e dell'ambiente della scuola, diffondano la conoscenza delle norme igieniche nella massa della popolazione, e penetrino nelle famiglie e negli ambienti di lavoro, ed ottengano con l'esempio, con la persuasione ed anche imponendo la disciplina secondo lo spirito fascista, l'applicazione delle norme igieniche nella pratica della vita quotidiana.

In questo campo va collocata con plauso la proposta molto opportuna del Prof. Abba, di assegnare, nelle varie città, premi di nettezza e di proprietà alle case popolari meglio tenute, intitolandosi la fondazione relativa al nome del Prof. Luigi Pagliani.

L'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene ha poi voluto, nel Congresso di Roma, aggredire alcuni grossi problemi di carattere igienico (approvvigionamento del latte, vaccinazioni antitifiche, nettezza stradale, lotta antimalarica ecc.) quasi a saggiare le sue armi. La prova, come del resto era prevedibile, dato il valore dei relatori e dei congressisti tutti, è perfettamente riuscita. Come organo di studio, l'Associazione non avrà mai a temere di riuscire impari all suo compito.

Un altro elemento nettamente positivo del Congresso è stato costituito dalla constatazione dell'ottima organizzazione di tutela igienica e di assistenza sanitaria che va rapidamente realizzando il Governatorato di Roma. Anche nelle altre principali città italiane l'incremento delle istituzioni igienico-sanitarie è stato in questi ultimi anni notevolissimo; ma è giusto che anche per questo riguardo da Roma parta l'esempio. La nobile gara stabilitasi tacitamente fra le varie città sarà foriera di notevolissimi vantaggi per l'intera nazione.

Questa gara sarà naturalmente resa più fervida dalle referenze che da ogni Congresso — e particolarmente da questo di Roma — saranno recate alle singole città dai competenti osservatori che attraverso le visite obbligatorie nei Congressi d'Igiene acquistano una preziosa esperienza in materia di impianto e funzionamento di opere profilattiche ed assistenziali.

Un ultimo elemento di importanza fondamentale per l'Associazione, comechè non suscettibile di immediata acquisizione, è stato opportunamente predisposto per un imminente avvenire. Esso consiste nella leva dell'Associazione.

L'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene ha bisogno, pel conseguimento delle sue finalità, di un gran numero di seguaci, i quali per giunta debbono provenire da una accurata selezione nella massa. I soci debbono essere cultori od amici della igiene, e quest'ultimo appellativo, del quale tutti forse si potrebbero credere degni, si appartiene soltanto a chi abbia saputo meritarlo applicando almeno le norme elementari d'igiene nel quotidiano regime di vita.

La scelta è stata affidata a fiduciari regionali o provinciali, il cui lavoro non sarà del tutto agevole. Ma anche in questo dovrà ripetersi l'incitamento dal Congresso di Roma, ove all'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene è stato riconosciuto alto titolo di patriottismo. Ed all'Associazione, entrata nel grandioso movimento di rinascita italica impresso dal fascismo non potrà mancare l'adesione di quanti in Italia collaborino, con l'opera o con l'auspicio, al progresso igienico del Paese.

LA CRONACA DEL CONGRESSO

La solenne inaugurazione del V Congresso Nazionale d'Igiene ebbe luogo, alle ore 9, del 12 ottobre nello storico salone delle Bandiere, in Campidoglio, alla presenza del rappresentante del Governo S. E. Bodrero, Sottosegretario alla Pubblica Istruzione, delle rappresentanze del Senato, della Camera, del Governatorato di Roma, della Direzione Generale di Sanità, della Sanità Militare, degli Istituti assicurativi parastatali e di tutte le autorità cittadine.

Nell'aula si affollavano oltre trecento congressisti.

Al tavolo della Presidenza presero posto, insieme alle principali autorità, il Presidente del Comitato Esecutivo del Congresso Prof. Pediconi, il Presidente dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene Prof. Sclavo col Segretario Generale dott. Palomba, e il Prof. Pecori, Ufficiale Sanitario di Roma.

Pronunziarono applauditi discorsi il vice-Governatore Conte D'Amora, che portò il saluto di Roma, il Prof. Pediconi, Presidente del Comitato Esecutivo, S. E. Bodrero, in nome del Governo, ed il Presidente dell'Associazione Prof. Sclavo.

L'illustre scienziato cominciò col constatare gli enormi progressi conseguiti negli ultimi decenni in Italia nello stato della salute pubblica, ottenendosi un risparmio annuo di circa mezzo milione di vite, e dimostrò come questo grandissimo beneficio si sia realizzato essenzialmente per virtù dell'igiene.

Ma l'igiene — soggiunse l'oratore — oltre ad essere in grado di far crescere in numero una popolazione, aumentandone nel contempo il vigore, può anche procurare in maggior copia le sussistenze alle accresciute popolazioni, sia aumentando, col buono stato di salute, il rendimento del lavoro umano, sia salvando il bestiame dalle epizoozie, sia suggerendo opportuni mezzi per la preparazione e la conservazione di alimenti, sia soccorrendo gli agricoltori con adatte norme per il loro regime di vita e di lavoro.

Posto ciò, l'Italia, che possiede ancora per fortuna la dote di esser prolifica, può obbedire a quest'istinto sano di natura senza temere danni

Digitized by Google

lontani ed allontanarli col lavoro dei suoi figli e col trarre partita dai progressi della scienza, ai quali nessuno è in grado di fissar limiti nell'avvenire. Molte sono da noi le terre tuttora mal coltivate, e quindi suscettibili di migliorie tali da dare sostentamento ad una popolazione ben maggiore dell'attuale. Quando poi il numero degli italiani andasse anche oltre la possibilità di nutrirli in patria, gioverà allora l'aumentata potenza ad ottenere più facilmente per la colonizzazione parte di quelle immense regioni, di cui si sono impadroniti altri popoli, incapaci di popolarle e di renderle produttive in grado elevato.

Crescere in numero, presto e grandemente, ha da essere dunque il dovere degli italiani per corrispondere al vasto e grandioso programma politico del Duce nostro, e poichè l'Igiene sa tutelare e promuovere in vario modo la vita, era un dovere che la nostra Associazione, ottenuto il battesimo del Fascismo, si affrettasse a dichiarare altamente, nell'occasione di questo Congresso, che essa è pronta a dare con entusiasmo tutta la sua attività al servizio del Governo Nazionale.

Nella seconda parte del suo discorso il Prof. Sclavo tracciò all'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, il dovere di contribuire con ogni energia al conseguimento di un altro grande scopo di S. E. Mussolini: quello che nel movimento ascensionale demografico d'Italia l'equilibrio non si rompa a danno della classe degli agricoltori.

Bisogna anzitutto — egli disse — creare agli agricoltori il miglior possibile ambiente di vita, asscurandone le buone condizioni igieniche e difendendoli dalla malaria, dalle malattie infettive in genere e specialmente dal tifo addominale che da qualche tempo preferisce i piccoli centri abitati. Si può inoltre venire in soccorso dell'agricoltura trasformando in adatto materiale fertilizzante le spazzature delle città, e attivando, con la maggiore richiesta, la maggiore produzione di latte, con un conseguente aumento della quantità del bestiame.

Tutti questi argomenti, dichiarò il relatore che sarebbero stati discussi nel Congresso appunto per l'importanza dei loro anzi cennati riferimenti a problemi di squisito carattere nazionale.

Dopo aver rievocata la grande figura di Francesco Crispi, che diede un impulso poderoso al progresso dell'igiene in Italia con la creazione della Direzione di Sanità Pubblica, e dopo aver rivolto un riconoscente saluto al venerando Maestro della igiene Prof. Luigi Pagliani, che in mille maniere si prodigò per l'attuazione dei vasti disegni di Francesco Crispi, il Prof. Sclavo auspicò uno speciale risultato pratico del Congresso, nel senso che tornando da Roma, maestra al mondo in fatto d'igiene e di civiltà, i congressisti portassero nelle rispettive residenze una volontà nuova di crearvi quelle opere igieniche (e principalmente gli acquedotti e le fognature) di cui eventualmente ancora difettassero.

Conchiuse inneggiando al fascismo restauratore delle fortune della Patria, ed inviando un devoto saluto al Duce « catallizzatore potentissimo di ogni energia italica » ed un evviva alla Maestà del Re.

Il meraviglioso discorso del Prof. Sclavo fu coronato da una vibrante ovazione.

Terminata la seduta inaugurale, ai congressisti fu offerto un ricevimento nei Musei Capitolini dal Governatorato di Roma.

I lavori del Congresso si sono svolti in un'ala del primo piano del Palazzo delle Esposizioni in via Nazionale, adibito per tutto il resto come sede della I Mostra Nazionale del Grano, meta di visita da parte di una folla strabocchevole in tutte le ore della giornata.

Nella prima seduta, nel pomeriggio del 12 ottobre, assunta la presidenza dal Prof. Sclavo, fu inviato anzitutto un telegramma di omaggio a S. E. Mussolini. Il Segretario Generale dell'Associazione, Dott. Palomba, lesse poi una relazione molto applaudita sulla trasformazione dell'Associazione. In seguito fu costituito l'Ufficio di Presidenza del Congresso, nelle persone del Senatore Prof. Simonetta, del Prof. Di Vestea, del Prof. Gosio, del Prof. Pediconi, e del Generale Medico Prof. Memmo.

Il Presidente dell'Associazione, Prof. Sclavo, diede poi comunicazione delle nomine da lui fatte, a norma dello statuto, del Direttorio Nazionale, così costituito: vice-Presidenti Prof. Francesco Abba (Torino) e Dott. Alberto Botti (Napoli); Segretario Generale Dott. Giovanni Palomba (Roma); Consiglieri: Prof. Pietro Canalis (Genova), Prof. Oddo Casagrandi (Padova), Prof. Andrea Corsini (Firenze), Prof. Dante De Blasi (Napoli), Dott. Lorenzo Piazza (Lentini) Dott. Luigi Veratti (Milano), Prof. Raffaello Vivante (Venezia).

A questi membri ne saranno aggiunti quattro altri, e cioè i rappresentanti dell'Associazione Nazionale Combattenti, dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, dei Sindacati Medici Fascisti e dell'Associazione Nazionale Insegnanti Fascisti.

Il Prof. Abba, in omaggio al Prof. Pagliano, annunziò che la Crociata contro la tubercolosi di Torino avrebbe istituita una fondazione intitolata al suo nome per assegnazione di premi per la tenuta igienica della casa.

Il Congresso accolse la notizia con plauso, auspicando la estensione della iniziativa ad altre città.

Il Prof. Sclavo svolse quindi la sua relazione sul tema « Igene e lavoro », mettendo in evidenza il grande valore igienico della nuova legislazione italiana sul lavoro, e rilevando specialmente l'importanza della Carta del Lavoro e l'alto significato dell'art. 2, che afferma che il lavoro è per tutti un dovere sociale e che a questo titolo è tutelato dallo Stato.

Il relatore accennò ai danni del lavoro eseguito in sfavorevoli condizioni e dimostrò la necessità di intensificare la propaganda igienica nel popolo, appunto per educarlo a conoscere i modi per evitare quei danni e tutelarsi durante il lavoro.

Accennò ai grandi vantaggi che già arreca e che meglio apporterà in seguito l'Opera Nazionale Dopolavoro, e ricordò con speciale plauso l'esempio magnifico fornito dal Dopolavoro ferroviario.

Concluse auspicando la unificazione dei servizi di tutela igienica dei lavoratori.

La relazione del Prof. Sclavo diede luogo ad una elevata discussione e, in tema di preparazione dei funzionarii addetti ai servizi igienici il Congresso fece voto su proposta del Prof. Canalis, perchè sia ristabilita la Scuola di perfezionamento in igiene in Roma. Su proposta del Prof. Di Vestea fu emesso anche un voto perchè nelle scuole magistrali i futuri educatori del popolo ricevano un appropriato insegnamento medico-igienico, comprese in esso le norme fondamentali di puericultura, impartite da medici igienisti di riconosciuta competenza.

Nella seconda seduta del Congresso, tenutasi nel pomeriggio del 13 ottobre, il Prof. Pecori, Direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma, svolse la sua relazione « sui provvedimenti governativi nella profilassi della febbre tifoide ».

Il relatore fece una rassegna precisa e completa dell'interessante argomento, mettendo in evidenza l'importanza e l'utilità delle recenti disposizioni emanate dal Governo Nazionale per la profilassi della febbre tifoide nella popolazione civile, ed auspicò una sempre maggiore diffusione della vaccinazione antitifica anche tra le persone non soggette a vaccinazione obbligatoria.

Il Prof. Abba, Direttore dell'Ufficio d'Igiene della Città di Torino, svolse una brillante relazione sull'approvvigionamento del latte, citando quanto si sta facendo in molte città italiane per disciplinare in modo definitivo questo grave problema.

Analizzò con molta chiarezza i vari momenti della produzione del latte, invocando opportune norme regolatrici di ciascuno di essi: cosa che del resto la Direzione Generale di Sanità si accinge a fare con apposito regolamento.

Nella terza seduta, che ebbe luogo nel pomeriggio del 14 ottobre, l'ing. Rodella e il Prof. Pulgher trattarono l'importante tema dello smaltimento delle immondizie, venendo alla conclusione che sia da preferirsi ad ogni altro sistema quello della triturazione delle immondizie, utilizzabili senza altro trattamento come materiale fertilizzante.

Consecutivamente il Dott. Escalar, un competente nella lotta antimalarica parlò dell'opera della scuola in tale lotta, illustrando, quanto si fa nelle scuole dell'Agro Romano, ove gli alunni vengono ammaestrati a difendersi con tutti i mezzi dalla malaria, e dimostrò i notevolissimi risultati ottenuti.

Il Congresso, udita con vivo compiacimento la relazione Escalar, votò un plauso al Governatorato di Roma ed al Prof. Pecori, Direttore dell'Ufficio d'Igiene, per l'opera svolta per la lotta antimalarica, ed auspicò una diffusione ad altre regioni dei sistemi adottati nelle scuole dell'Agro Romano.

Nella quarta seduta, che ebbe luogo il mattino del 17 ottobre, furono votati gli ordini del giorno formulati dai relatori ed emessi dalle discussioni. Dopo di che il Prof. Pediconi, Presidente del Comitato Esecutivo del Congresso, e il Prof. Sclavo, Presidente dell'Associazione, pronunziarono applauditi discorsi di chiusura.

Tra il più vivo interessamento dei congressisti e col loro unanime concorso si svolsero, nei giorni del Congresso, le visite alle istituzioni igienico-sanitarie contemplate nel programma.

La mattinata del 13 ottobre fu destinata alla visita delle istituzioni create dal Governatorato di Roma intorno all'Ufficio d'Igiene. Il Prof. Pecori, Direttore dell'Ufficio, illustrò egregiamente l'attuale complessa organizzazione igienico-sanitaria della città e del subburbio, arricchita, uniformemente alle direttive del Governo Nazionale, di mezzi e di istituti. Il Prof. Mancioli mostrò l'importante e modernissimo Istituto per la nella visita al Dispensario ed alla Stazione elioterapica.

Il Prof. Serena illustrò l'organizzazione dell'Istituto per rachitici, e il Prof. Mancioli mostrò l'importante e modernissimo Istituto per la lotta contro l'adenoidismo. Il Dott. Palomba, medico scolastico capo, gui-

Digitized by Google

dò i congressisti nella visita alla Scuola all'aperto « Principe di Piemonte ». Le istituzioni del Governatorato furono molto ammirate ed i congressisti ne espressero le più vive felicitazioni al Direttore dell'Ufficio di Igiene Prof. Pecori ed ai suoi valorosi collaboratori.

Nella mattinata del 14 ottobre furono poi visitate alcune importanti istituzioni di Enti cittadini.

Fu visitato anzitutto lo Stabilimento dell'Acqua Acetosa, ove fu molto ammirato il modernissimo impianto per il lavaggio e riempimento automatico delle bottiglie, che evita qualunque contatto di persone, essendo tutte le varie operazioni di lavaggio, riempimento e chiusura eseguite da ingegnosi meccanismi.

Subito dopo i congressisti passarono a visitare il Preventorio Maraini, della Croce Rossa Italiana, ove si trovò a riceverli l'illustre Prof. Baduel, Generale Medico della C. R. I., che fu sapiente guida nella visita alla bellissima istituzione.

Terza tappa dell'itinerario fu il Befotrofio di Roma, in via di completo rinnovamento, per merito della Commissione fascista, recentemente insediata nell'Amministrazione dell'Istituto.

Da ultimo i congressisti visitarono l'Asilo antimalarico Marchiafava, ove il Prof. De Rossi, medico capo dei servizi di profilassi del Governatorato, spiegò il funzionamento della istituzione, creata nel 1918 dalla generosità del Prof. Marchiafava e destinata ad accogliere i bambini malarici per riportarli allo stato di perfetta salute. Molto interessante riuscì la presentazione dei piccoli ricoverati che eseguirono esercizi ginnastici e canti corali.

La giornata di sabato 15 ottobre fu dedicata alla gita ad Ostia, ove, oltre agli scavi e alle idrovore per la bonifica, furono visitati il Gabinetto antimalarico e la scuola, ove gli alunni vengono ammaestrati in tutte le operazioni di lotta antimalarica individuale.

Nel pomeriggio, dopo il banchetto sociale, i congressisti visitarono l'Ospizio Marino Vittorio Emanuele III, del Governatorato di Roma.

Nel pomeriggio di domenica 16 ottobre ebbe luogo la gita a Tivoli, e la giornata di lunedì 17 ottobre fu dedicata alla interessantissima visita al Sanatorio militare di Anzio, ove il Direttore Capitano Medico Dott. Bocchetti fu largo di spiegazioni sulla organizzazione e sul funzionamento di quella meravigliosa istituzione, che fa veramente onore all'Italia.

ALBERTO BOTTI

□□□

PER LA PRATICA

MALATTIE INTESTINALI

PROFILASSI E CURA DELL'ANCHILOSTOMIASI

La penetrazione delle larve per la bocca è il processo più ordinario di contaminazione e fu da Perroncito e da Bozzolo messa nettamente in luce all'epoca della epidemia del Gottardo. Le larve possono giungere alla bocca anche col veicolo indiretto delle mosche che sono gli agenti di trasmissione e di dispersione dell'anchilostomiasi come lo sono per il tifo e per il colera.

La penetrazione delle larve per via cutanea è stata dimostrata inconfutabilmente dal Loos nel 1901 e dallo Schaudinn nel 1904.

Si dovrà perciò istituire fra gli operai che lavorano in regioni infette l'uso di bagni e di spogliatoi, si dovrà impedire la defecazione libera nei campi, si dovrà attuare un servizio ben regolato di acqua potabile; e infine nelle miniere si dovrà impiantare un servizio di ventilazione energica per mezzo di ventilatori ad alta forza centrifuga per abbassare la temperatura allo scopo di ostacolare lo sviluppo delle larve.

Fra gli operai sarà inoltre necessario inculcare delle norme le quali se non possono arrivare fino all'uso dei guanti e delle calzature protettive, cui i lavoratori sono contrari, dovranno stabilire l'utilità della pulizia delle mani prima di ogni pasto, la necessità di non deporre a terra il pane o altro alimento e così pure qualunque oggetto che venga poi messo in bocca (pipa), l'assoluta proibizione di bere l'acqua dei ruscelli. Sarebbe infine desiderabile dal punto di vista profilattico realizzare il trattamento intensivo dei portatori durante l'inverno, quando le larve non possono svilupparsi nel suolo.

A liberare il corpo dai parassiti fu molto usato ed ancora si usa l'estratto di felce maschio. Però c'è da notare che la reale efficacia di questo contro l'anchilostoma del Dubini non è ugualmente spiccata come contro il Necator americano.

Il timolo (e l'acido timico) fu da Bozzolo per primo impiegato come antielmintico ed usato contro l'anchilostoma fin dal 1881. Se variano le vedute circa le dosi di somministrazione di questa sostanza (da cgr. 20 a gr. 3 giornalieri secondo i vari AA.), tutti gli AA. sono però d'accordo sul modo di somministrare il timolo il quale deve essere impiegato in natura, mai in soluzione: dopo la ingestione di timolo non bisogna bere che acqua od inghiottire bocchetti di ghiaccio. Bisogna infatti ricordare che mentre il timolo è assai poco solubile nell'acqua, è invece assai solubile in alcool, etere, cloroformio, acido acetico e abbastanza solubile nell'olio e nella glicerina.

L'ingestione di tali liquidi favorirebbe l'assorbimento del timolo e ne risulterebbe un avvelenamento.

Una formula molto conveniente è la seguente:

Timolo polverizzato	gr. 5
Calomelano	
Rabarbaro	aa gr. 0,50

Div. in N. 5 polv. S. 1 ogni ora.

Sarà bene, la sera precedente o la sera stessa del giorno in cui si deve attuare questa cura, far purgare l'infermo con 20-25 gr. di solfato di sodio.

Quante volte si deve somministrare il timolo? Bisogna pensare che nella maggior parte dei casi, gli anchilostomatici sono individui già in pessime condizioni di nutrizione e con anemia profondissima. E poichè nei giorni di cura l'infermo dovrà essere a dieta, è naturale che tale trattamento non si possa ripetere troppo a breve distanza. C. DE MALGUZZI (*Pensiero Medico*, 10 ottobre 1927) usa fissare un giorno per settimana e per 3-4 settimane.

Quattro somministrazioni di timolo nel modo e dosi indicate sono bastate a liberare gli ammalati dal pericoloso parassita. Negli altri giorni, compresi fra i giorni fissati per la cura, gli infermi possono muoversi e nutrirsi a loro gradimento.

Altri medicamenti che sembra abbiano dato buoni risultati sono il Timotal, l'embellato di ammonio, il teniolo. Manson ha introdotto il naftolo B che, somministrato in cartine di gr. 0,50-1 ogni mezz'ora, raggiungerebbe alla dose di 2-3 gr. gli stessi effetti del timolo senza averne gli inconvenienti.

Di recente furono introdotti l'olio di chenopodio (2 gr.) e il carvacrolo (liquido isomero del timolo e ricavato dall'origanum hirtus).

Dall'Alessandrini infine è stato sperimentato l'olio cloroformico che si è dimostrato rapidamente e decisamente efficace.

Ma, qualunque rimedio si adotti, urge preoccuparsi delle condizioni generali del malato. Buoni sono perciò i preparati di ferro per iniezioni o anche le iniezioni giornaliere di 2-3 cc. di colesterina al 3 %. Si otterrà così un notevole miglioramento della crasi sanguigna con rapido aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina.

DIAGNOSTICA

Colite ceco-ascendente simulata da una sindrome urinaria

L'inferma della quale si occupa ANGELELLI della Clinica Chirurgica di Pisa (*Il Policlinico, Sez. Prat.*, n. 35, 1927) essendo affetta da una sindrome dolorosa addominale, specialmente nella fossa iliaca destra, fu sottoposta alla appendicectomia. Già dopo quattro giorni ripetendosi la sindrome, la si attribuì al rene. Tuttavia l'esame della paziente non lasciava affermare l'esistenza della triade sintomatica dei tumori renali; mai si era avuta ematuria. Negativo l'esame delle urine totali; affermata la eliminazione normale di ciascun rene; negativa la cistoscopia, veniva deviata l'attenzione dall'apparato renale. In quanto alla colecisti mancavano segni positivi sia all'esame semeiologico, sia alla radiografia. In complesso il ragionamento clinico portava ad escludere anche codesto apparato, mentre l'appendice si escludeva pel fatto stesso della precorsa operazione. Nessun dato autorizza ad ammettere una qualche neoplasia peritoneale.

In complesso la sintomatologia essendo decisamente favorevole alla concezione di malattia del tratto enterico, l'attenzione e la discussione dell'A. è portata sulla presenza di membrane pericoliche, argomento sul

Digitized by Google

quale la *Riforma Medica* ha innumerevoli contributi originali e riassuntivi. Nel caso speciale, il preciso esame radiologico dimostrò tutto il colon in uno stato contratto; il trasverso addossato con la sua metà destra all'ascendente a guisa di doppia canna di fucile, e che non si distende nemmeno con la pressione esterna. Tutto l'ascendente ed il cieco dolorabili. Così il Taddei ammette come molto probabile la presenza di una membrana pericolica del terzo tipo. Per giunta un sintomo abbastanza probativo si aveva per la dolorabilità diffusa aortico-iliaca che si crede in rapporto a fatti tossici di natura simpatica.

Il caso in esame non rientra nelle sindromi pseudo-nefritiche, nè in quelle pielo-cistiche perchè non esistono lesioni renali dimostrabili dovute a batteri e tossine, che avessero agito sul rene, ma ad una forma a tipo vescicale (tenesmo, ritenzione, pollacuria) che è logico ritenere in rapporto o con fatti riflessi o per azione di eliminazione urinaria di tossine di origine intestinale. Valutando bene le condizioni anatomiche si vede che non si potrebbe avere altro giovamento se non dall'intervento operatorio. Il Taddei è fautore della incisione lungo le linee di trazione della membrana, e sutura alla Lembert a punti staccati in senso perpendicolare all'incisione; salvo a provvedere con più radicale tecnica all'atto dell'intervento di ciascun caso.

Le false ectopie testicolari

VEAU (*Paris Médical*, n. 29, 1927) classifica le false ectopie testicolari in due ordini: 1) le atrofie; 2) le posizioni alte ma fisiologiche di una glandola normale.

In tutte le varietà di atrofia testicolare con o senza adiposi le glandole testicolari sono ridotte ad un piccolo fagiolo situato nell'orificio del canale inguinale; generalmente si riesce ad abbassarlo ma non a portarlo mai nel fondo della borsa.

Il medico invia spesso al chirurgo questi bambini ritenendo che trattandosi di una semplice ectopia sia suscettibile di operazione salutare. Secondo l'esperienza dell'A. nulla è più errato di ciò: il testicolo non dovrà essere toccato poichè l'operazione non potrà mai avere un successo: le operazioni nelle atrofie dei testicoli situati in alto sono destinate ad uno scacco fatale.

Nel secondo caso — posizione fisiologica alta di un testicolo normale — accade spesso che il medico osservando l'addome di un bambino scopre la glandola all'orificio del canale inguinale e ricorre ugualmente al chirurgo il quale opera, praticando un intervento inutile, perchè in realtà qui non si tratta di una malformazione congenita, ma di una disposizione fisiologica molto comune nei bambini. Quindi è una falsa ectopia, da ciò la affermazione che tutti i testicoli che possono abbassarsi nel fondo delle borse non sono ectopici nel senso vero, qualunque sia la loro posizione abituale. La manovra che fa scoprire se il testicolo può discendere nel fondo della borsa è la seguente: il chirurgo appoggia una mano sulla regione inguinale spingendo dall'alto in basso tutti gli elementi della regione. Tra il pollice e l'indice dell'altra mano attraverso i tessuti della borsa disabitata egli cerca di palpare ciò che è stato abbassato: se egli può afferrare allora il testicolo lo porta al fondo della borsa. Se questa manovra riesce il bambino non dovrà essere operato.

Un altro elemento importante a favore delle false ectopie è che esse non si accompagnano mai ad ernia.

Quando un testicolo è situato in alto e si accompagna ad ernia anche se si può parzialmente abbassare bisogna considerarlo come una ectopia e in questo caso l'operazione è formale: cura radicale dell'ernia e orchidopessia.

Infine, tutto dipende dalla mobilità del testicolo e quando non è possibile in nessun modo di abbassare il testicolo allora si ricorrerà alla operazione.

VIE URINARIE

Le cause della ritenzione urinaria

GRIPEKOVEN (*Le Scalpel*, n. 39, 1927) classifica le ritenzioni croniche e prime fra tutte quella che deriva da una malattia del muscolo vescicale abitualmente prodotta da ateromasia. In questa forma il fondo vescicale si abbassa per diminuzione del tono o per vero sfiancamento muscolare e la stasi di urina aumenterà progressivamente, potendo raggiungere fino i 350 cmc. nei casi lievi. Può intervenire in questa fase una ritenzione a carattere acuto.

In questi casi, da ateromasia, la degenerazione del muscolo vescicale è primitiva.

Ma negli altri, dipendenti da varie cause, come vedremo, la lesione muscolare è secondaria.

Le cause che possono determinarla sono le seguenti:

Cause nervose. Nella nevrastenia per la emotività dei sofferenti spesso accadono fatti di ritenzione saltuaria, che possono far pensare ad una lesione organica. Sono i così detti « falsi urinari », i quali ricorrono dal medico per questi disturbi prodotti dalla loro affezione nervosa. Secondo Dejerie la causa sarebbe da ricercare in uno spasmo dello sfintere membranoso.

Così pure negl'isterici, quantunque molto raramente, spasmi sfinterici possono provocare ritenzioni, sì da obbligare il medico incauto a frequenti cateterismi, molto richiesti dagli ammalati. Qui secondo alcuni si tratterebbe di una anestesia della mucosa vescicale, ma basta lo stato isterico per sè, per ammettere la possibilità di simile manifestazione. Qualche volta anzi abitualmente la minaccia d'un'operazione basta a provocare la scomparsa della ritenzione.

Nell'emorragia cerebrale, dopo l'ictus è più frequente l'incontinenza.

Nella commozione, in certe intossicazioni (morfina) e nelle meningoencefaliti possono presentarsi ritenzioni.

Molto più frequenti sono le ritenzioni dipendenti da lesioni del midollo spinale.

Prima fra tutte la tabe; in questa malatta 180 % dei casi presentano disturbi urinarii. La paresi del muscolo vescicale, constatabile con lo stillicidio dell'urina, dà luogo a ritenzione e sfiancamento del fondo vescicale.

Nelle lesioni diffuse del midollo: compressioni traumatiche o spontanee meningiti acute o croniche, lesioni midollari luetiche mieliti trasverse, ecc. Nelle lesioni radicolari, radicoliti compressioni della cauda equina, invece, la ritenzione e l'incontinenza spesso si alternano, il midollo essendo completamente rispettato.

Non va infine trascurato che fatti di ritenzione postoperatoria possono verificarsi frequentemente, ma che non devono esser confusi con quelli acuti, quasi sempre passeggieri, bensì con quelli determinanti alterazioni secondarie immodificabili del muscolo vescicale.

Le ritenzioni da causa meccanica per ostacoli da alterazioni del tratto uretrale in tutti i suoi segmenti, sono degne di non minore interesse.

Le alterazioni ostacolanti cronicamente il libero deflusso della urina possono risiedere: nella vescica stessa e nelle vicinanze, nell uretra in tutto il suo percorso e, più frequentemente, nella prostata.

Nella vescica la causa della ritenzione può essere esterna (gravidanza, deviazione uterina infiammazione del peritoneo vescicale e pelvico nel corso di un'appendicite o di salpingiti e perforazioni intestinali); o interna, per cistite; questa ritenzione da cistite è un fenomeno incostante ma di molto interesse. Può essere completa sopratutto nella blenorragia acuta per spasmo dello sfintere membranoso. Ma più frequente è nelle cistiti da blenorragia cronica, dove la stasi di urina in vescica non supera i 200-250 cmc.

Una causa frequente di ritenzione è data dai diverticoli vescicali, per fatto meccanico.

Infine per lesioni delle vie urinarie superiori può aversi il reflusso vescico-ureterale o vescico-renale, caratterizzato sintomaticamente da dolori lungo l'uretere al momento del bisogno, violento, di urinare, nonchè dopo la minzione.

Le affezioni dell'uretra che possono provocare anche ritenzione possono così elencarsi: malformazioni congenite (imperforazione, stenosi cicatriziale, malformazioni della verga, fimosi ipospadiche); tra le ritenzioni traumatiche: le ferite e le rotture dell'uretra, infine i tumori della medesima e dei corpi cavernosi. Tumori da compressione possono provocare per posizione di vicinanza fatti di compressione e stasi secondaria.

Quanto alla prostata, essendo essa in causa nella maggior parte dei casi (prostatite cronica blenorragica, tumori ecc.) prima di ogni altra sarà presa in considerazione. La anamnesi e l'esame clinico praticato con le debite regole permetteranno d'individuare la ipertrofia di quest'organo.

Non va dimenticato che anche la prostatite acuta va presa in debita considerazione e come tale valutata nella determinazione della stasi urinaria.

TERAPIA

Su un caso di incompatibilità fisica, chimica e terapeutica

V. ZANOTTI (*Bollettino Chimico-Farmaceutico*, 30 settembre 1927) fa notare che la ricetta

Borato di sodio	
Bicarbonato di sodio	anagr. 5
Glicerina	
S. per pennellazione	gr. 5

presenta contemporaneamente un'incompatibilità fisica, chimica e terapeuti-

Digitized by Google

Triturando i due sali in un mortaio ed aggiungendovi la glicerina si produce subito effervescenza con schiuma persistente ed abbondante, che fa traboccare una parte del miscuglio dal mortaio. Questo fatto ricorda subito la proprietà del borato di sodio di manifestare reazione acida quando viene sciolto in una quantità sufficiente di glicerina.

Nella soluzione glicerica di borato di sodio si mette in libertà dell'acido borico. L'acido borico a sua volta, nel nostro caso, decompone il bicarbonato di sodio trasformandolo in borato sodico e libera dell'acido carbonico, che genera la effervescenza e la schiuma. Si è quindi in presenza di un caso di incompatibilità chimica. Questa incompatibilità non si osserva se al posto della glicerina si adopera come solvente l'acqua distillata.

La ricetta in questione presenta anche una incompatibilità fisica, perchè il bicarbonato di sodio è insolubile a freddo nella glicerina e una incompatibilità terapeutica assoluta, perchè nella ricetta viene a mancare l'azione specifica del bicarbonato di sodio. Infatti con la detta ricetta il medico curante vuole combattere un caso di stomatite o di mughetto e a tale scopo prescrive le pennellazioni del miscuglio glicerico di bicarbonato e di borato sodico. Ma in realtà, dopo la confezione della ricetta, il medico non cura più la malattia con bicarbonato e borato sodico, ma solo con borato sodico, perchè il bicarbonato è decomposto e trasformato in borato di sodio.

Il taurocolato di sodio nella cura dell'empiema pleurico diplococcico nel bambino

E' noto che l'empiema nel bambino, e sopratutto nel lattante, è evenienza grave, e che l'intervento operativo, d'altra parte, non diminuisce la serietà della prognosi, per la gravità dell'intervento, per la facile insorgenza di infezioni secondarie, per la lentezza del processo di guarigione.

Date queste considerazioni, ed in base alla nozione che il diplococco presenta una speciale sensibilità di fronte ai sali biliari, C. Cocchi, della Clinica pediatrica di Firenze (*Rivista di Clinica Pediatrica*, fasc. 6, 1927) propone l'adozione del seguente metodo, che a lui ha dato sodisfacenti risultati.

Dopo avere accertato la diagnosi batteriologica dell'empiema, ed avendo esperimentato « in vitro » l'azione litica del taurocolato sodico sui diplococchi del pus estratto con la puntura esplorativa, si procede allo svuotamento del pus col comune apparecchio del Potain: terminata l'aspirazione, attraverso lo stesso ago si inietta nella cavità pleurica una soluzione di taurocolato sodico in soluzione fisiologica sterilizzata a bagno-maria. La quantità adoperata del sale biliare è di g. 1-2, sciolta in cmc. 10 di soluzione fisiologica. Probabilmente, secondo l'A., il metodo potrebbe estendersi a tutte le forme, sia circoscritte sia generali, in cui il diplococco sia l'agente patogeno (peritoniti, artriti, meningiti, polmoniti, setticemie, adeniti), forme assai comuni nell'età infantile.

Alcuni rimedi recenti nella cura della dissenteria amebica

L'ipecacuana e il suo alcaloide attivo, l'emetina, si possono oramai dire i medicamenti classici della dissenteria amebica.

L'emetina è somministrata sotto forma di iniezioni ipodermiche o intramuscolari di cloridrato, iniezioni a cui può bene associarsi la somministrazone per via orale di ioduro bismutato di emetina o meglio ancora di bijoduro di emetina.

Recentemente sono entrati nell'uso pratico due nuovi medicamenti, preparati sinteticamente: lo stovarsolo o acido acetil-ossi-amino-fenil-arsinico e l'Yatren 105 o acido iodo-ossichinolin-solfonico.

Lo stovarsolo viene somministrato per bocca in dosi giornaliere di 25 cgr. per 20 giorni successivi. Ad esso si possono associare le iniezioni di emetina o di acetilarsan.

L'Yatren 105 si somministra per bocca in dose di un grammo 3 volte al giorno e a settimane alternate di cura e di riposo.

Oltre che per bocca, l'Yatren può essere somministrato in forma di clistere giornaliero (200 cc. di una soluzione al 2,5 %) per tre serie di quindici giorni ciaccuna, con una settimana d'intervallo fra due serie successive.

Riposo e dieta concorreranno ottimamente con la cura medicamentosa a vincere l'infezione (F. E. T. *The Journ. of Tropical Medicine and Hygiene*, 15 luglio 1927).

L'unguento mercuriale nella cura della encefalite letargica

A. Bettolo (R. Clinica Medica di Pisa, *Il Policlinico, Sez. Pratica*, n. 27, 1927) trovandosi in presenza di un caso acuto classico iniziale di encefalite letargica, iniziò la terapia prescrivendo urotropina per os a piccole dosi ripetute (6-8 dosi giornaliere di cgr. 25 ciascuna) e contemporaneamente praticò metodicamente, per otto giorni, piccole ipodermoclisi, a giorni alterni, di comune soluzione fisiologica al 0,75 %. Di poi abbandonate le ipodermoclisi e l'urotropina per os., praticò alla inferma (incinta al 3° mese) sei iniezioni endovenose di quest'ultima sostanza in soluzione all'1 %, ad intervalli di 4 giorni l'una dall'altra, in dose di 4 cc. per volta, senza avere mai spiacevoli fenomeni di reazione, nonostante la gravidanza, la quale decorreva sempre bene.

Non avendo però ottenuto dai suddetti metodi di cura favorevoli risultati, l'A. prescrisse all'ammalata dieci iniezioni iodo-iodurate alla Durante, senza per altro ottenere miglioramento alcuno, o per lo meno un'attenuazione di alcuno dei sintomi morbosi.

Ricorse allora alle frizioni di unguento mercuriale secondo il metodo di Billingheimer allontanandosene solo nel dosàggio. Infatti ritenendo troppo alta la dose indicata da Billingheimer di gr. 5 pro die, l'A. prescrisse una frizione ogni due giorni del comune unguento napoletano alla dose di gr. 3,5 per volta, dose che la paziente sopportò benissimo.

Dopo una decina di giorni dall'inizio della cura l'A. notò un'attenuazione dei sintomi morbosi, specialmente dello stato di ipersonnia, sintomi che man mano andarono scomparendo a misura che si proseguiva nella cura, tanto che non erano più apprezzabili prima che fosse terminata la serie di 25 frizioni.

L'inferma giunta al termine di gravidanza partorì eutocicamente un feto a termine ben nutrito e in perfette condizioni di salute. Da alcuni anni essa non presenta alcun postumo della grave malattia superata.

Questo metodo è, come si vede, di grande semplicità scevro di pericoli e di sicura efficacia. Esso riposa probabilmente sulle analogie anatomo-patologiche esistenti fra encefalite letargica e sifilide.

NOTE FARMACOTERAPICHE

L'Ichtyol-Calcium nelle malattie cutanee. — Oppenheim di Dresda (*Medizinische Klinik*, 1927, n. 34) adopera da tempo l'ittiolo, sotto forma di tavolette che contengono il 2,5 % di calcio ed il 97,5 % di acido ittiosolforico (Ichtyol-Calcium), nelle più diverse affezioni cutanee.

I più soddisfacenti risultati si sono ottenuti nelle dermatosi a tipo orticariante, ma in genere si sono verificati buoni effetti anche nell'acne volgare e nella rosacea; nei foruncoli si può adoperare con successo contemporaneamente per via interna e per via esterna.

La dose più comunemente usata è stato quella di 2-5 tavolette tre volte al giorno negli adulti, la metà nei bambini.

L'esilresorcinolo nella cura delle pielite dell'infanzia. — I. Scott e V. Leonard (*Am. Journ. of Dis. of Children*, rif. in *Arch. de Méd. des Enf.*, dic. 1927) hanno usato con vantaggio in 13 casi di pielite infantile un nuovo antisettico urinario, l'esilresorcinolo, per via orale. Questo rimedio è stabile, non tossico, non irritante per le vie urinarie, battericida anche se molto diluito: si elimina attraverso i reni. Ai bambini, che non saprebbero inghiottire le capsule, vien prescritto in soluzione in olio d'oliva al 2,5 %. Un cucchiaino da caffè contiene 10 cgr. di esilresorcinolo. Si comincia con tre cucchiaini al giorno, aumentando due o tre volte questa dose, a seconda dei casi. E' necessario evitare l'uso simultaneo degli alcalini.

FORMULARIO

Iniezioni vaginali. — Forgue (*Journal des Praticiens*, n. 44, 1927) per disinfettare il fondo vaginale e favorire l'epitelizzazione della mucosa del collo, consiglia il solfato di rame e l'acido picrico a caldo secondo la seguente formula:

Solfato di zinco	gr. 15
Solfato di rame	» 12
Acido picrico	» 6
Canfora di Borneo	» 2
Acqua distillata	un litro

Di questa soluzione si adopera un cucchiaio in 2 litri di acqua bollita, alla temperatura di 40-45°. Dopo l'iniezione si deprime il canale vaginale dall'esterno per far uscire il liquido rimasto e si fa rimanere l'ammalata a letto per circa un'ora. Questo al mattino. Alla sera, invece, i lavaggi si eseguiranno con la seguente polvere, di cui due cucchiai saranno sciolti in due litri d'acqua.

Bicarbonato di sodio	gr. 150
Borato di sodio	» 100
Clorato di sodio	» 50
Benzoato di sodio	» 25

Nelle forme leuconroiche si aggiungerà a questa polvere allume gr. 30 e nella metrite dolorosa antipirina gr. 10.

Digitized by Google

LIBRI ED OPUSCOLI

BARDUZZI D. *Manuale di Storia della Medicina.* Sten Editrice (Soc. Tip. Editrice Nazionale già Roux e Viarengo, Torino), 1927. Vol. due ligati (L. 12,50 a volume).

Con la sua elevata competenza in argomento e con il fervore patriottico, con cui il Prof. Domenico Barduzzi si è sempre occupato della storia della medicina, in due volumi sono da Lui condensate tutte le nozioni indispensabili a formarsi un criterio complessivo della importanza, che spetta effettivamente nella cultura medica allo studio della storia delle dottrine nel campo dello scibile medico-chirurgico.

Per la esposizione della materia la trama è rappresentata dal corso ufficiale di storia della medicina, che il Prof. Barduzzi viene svolgendo da anni nella R. Università di Siena con grande profitto dei discenti.

Vi sono tratteggiate tutte le epoche a cominciare dalla medicina preistorica, orientale, egiziana in ispecie, a venire al secolo XIX e al giorno d'oggi. Tutto è esposto con stile semplice, chiaro, succoso, senza fronzoli. Libro da consultarsi proficuamente da ogni medico colto.

CASTIGLIONI A. *Storia della Medicina* (Milano, Casa editrice Unitas, 1927, prezzo L. 120).

Il libro che il Castiglioni ci presenta è, com'egli avverte nella prefazione, il primo tentativo fatto in Italia dopo più di tre quarti di secolo di offrire allo studioso italiano una storia completa e documentata della medicina. Impresa quindi, come ognuno comprende, di non facile attuazione e di grandissima importanza, poichè veramente era sentita in Italia la mancanza di un'opera di consultazione e di studio che, entro il quadro generale della storia della medicina, ponesse nel giusto valore l'opera degli italiani.

Arturo Castiglioni, che da parecchi anni tiene la cattedra di storia della medicina nell'Università di Padova, con la sua profonda ed estesa dottrina umanistica medica e filosofica, con spirito sinteticamente critico, acuto, riflessivo e indagatore, con profonda comprensione per ogni manifestazione d'arte, è riuscito a risolvere in modo mirabile il difficile compito. In questo bel libro, che certo i medici italiani leggeranno col più vivo compiacimento e col più grande interesse, egli segue l'evoluzione del pensiero medico dalle origini della medicina nella preistoria e nei popoli primitivi attraverso i secoli, studiandone lo sviluppo nei popoli dell'antichità classica e dedicando alcuni capitoli particolarmente degni d'interesse e di studio alla medicina ippocratica, per volgere poi ad esaminare i fatti della medicina romana e lo sviluppo della medicina laica fino agli albori del Rinascimento (si veda il capitolo veramente magnifico dedicato alla Scuola di Salerno) per poi proseguire il suo studio accurato e profondo attraverso le grandi epoche del Rinascimento scientifico fino ai giorni nostri. Il libro del Castiglioni svolge a larghi tratti e con pennellate vigorose non solo il quadro dell'evoluzione del progresso medico, ma altresì quello degli avvenimenti politici e sociali che determinarono l'evoluzione del pensiero. Tutti i grandi fatti della storia della medicina sono lumeggiati con spirito critico profondo e in modo da dare al lettore un'impressione chiara ed esatta fino nei più minuti particolari: le grandi figure dei medici illustri e dei Maestri più famosi sono evocate dalla parola del Castiglion in modo che esse risaltano vive dinanzi alla mente del lettore. Con spirito veramente italiano l'Autore fa rilevare la parte che l'Italia ebbe nel rinnovamento della Medicina e rivendica alla nostra Patria tutte le nostre glorie dimenticate o misconosciute. Le pagine che trattano del Cesalpino, dello Spallanzani, del Redi, di Agostino Bassi, quelle che dimostrano quale parte abbia avuto l'Italia nel Rinascimento scientifico di fronte alle vantate scoperte di Paracelso e dei suoi seguaci saranno lette non senza commozione dei medici italiani.

Il libro (un grosso volume di quasi mille pagine) è illustrato da centinaia di bellissime illustrazioni: Leonardo, Tiziano, Raffaello, Rembrandt, i pittori fiamminghi, gli anonimi xilografi del '400 e gli incisori del '600 hanno contribuito a questo materiale iconografico prezioso e in gran parte inedito e raro.

Facciamo notare ancora un pregio essenziale di questo libro che lo rende prezioso come opera di consultazione, ed è lo sforzo veramente ammirevole di coordinazione dei singoli capitoli e l'accuratezza colla quale è compilata l'amplia bibliografia, la ricerca e la precisione delle indicazioni bibliografiche.

L'esposizione lucida suggestiva e vivace rende il libro di piacevolissima lettura non solo per i medici ma, a quanto si può giustamente giudicare anche dall'accoglienza che esso ebbe da parte di autorevolissimi critici letterari, anche per i profani colti.

L'opera del Castiglioni, edita con somma cura e con grande eleganza tipografica, è dunque tale da far veramente onore alla Medicina italiana!

m. g.

NOSTRE CORRISPONDENZE

DA VIENNA

Lo spopolamento dell'Austria. — L'Austria di oggi corre inluttabilmente verso lo spopolamento: la cifra indice dell'eccesso delle nascite è la più bassa di Europa, dopo quella della Francia.

Se queste condizioni sono pressocchè comuni a quasi tutto lo stato, il fenomeno assume gravità preoccupante qui a Vienna, dove da qualche anno il numero delle nascite è decisamente inferiore a quello delle morti.

E' stato calcolato che per mantenere la popolazione all'altezza numerica di un tempo sarebbe necessario che ogni famiglia avesse 4 figli, ma ciò è ben lontano dal verificarsi.

Sol che si viva qualche settimana qui, e si abbia modo di prender qualche contatto con la popolazione, si riceve netta l'impressione che lo scopo di ogni sforzo e di ogni sollecitudine è di vivere il meglio possibile, e che i bambini, che con i loro bisogni e con le cure di cui è necessario circondarli, ostacolano necessariamente il conseguimento dello auspicato benessere, vengono comunemente considerati come un vero flagello!

Non solo i metodi più progrediti del cosiddetto neomaltusianismo sono adottati su larghissima scala, ma l'aborto criminoso e l'infanticidio provocano veri e proprii massacri.

Massacri che, come ho detto e vorrei ancor meglio accentuare, riconoscono motivi squisitamente *edonistici.*

La famosa *ragione di onore* c'entra ben poco, almeno nel senso che diamo comunemente a questa espressione: non si tratta infatti di tentativi diretti alla soppressione di inequivocabili testimoni del proprio disonore, chè in fatto di morale sessuale vanno qui per la maggiore le... massime più spregiudicate, ma donne *legalmente coniugate* e donne che si procurano illeciti piaceri sono animate dallo stesso sentimento egoistico, nel cercare, spesso con l'aiuto degli stessi familiari, di evitare ad ogni modo una fastidiosa e non desiderata maternità.

Che queste considerazioni non siano frutto di affrettate osservazioni, ma corrispondano effettivamente a stati di animo largamente diffusi, lo dimostra il recente voto del *Consiglio delle Donne* (Associazione di tinta [illegible]ale), che ha domandato al Governo la revisione del vigente articolo 144 del Codice Penale, e più precisamente la *impunità* per il procurato aborto, ove venga determinato da: a) considerazioni terapeutiche; b) considerazioni eugeniche (alcoolismo, infezioni del sangue); c) considerazioni sociali (povertà dei genitori, etc.); d) se commesso da madri illegittime; e) nei primi cinque anni di matrimonio; f) in caso di concezione conseguente a violenza carnale.

Inoltre per tutti gli altri casi (quali?), il reato non dovrebbe essere più punito come delitto ma come semplice contravvenzione.

Non sappiamo quale sorte sarà per esser riserbata a questo ed a consimili voti, ma è certo che anche ad esso i consessi giudicanti dimostrano un'estrema indulgenza.

E la sfrontatezza giunge al punto da render possibile che una *faiseuse d'anges* colta sul fatto, dichiari ai giudici — come ho letto ieri in un giornale — che essa ha bene il diritto di vivere, e poichè assai scarsamente le viene ora richiesta la sua opera per aiutare a ben partorire, *nessuno può vietarle* di guadagnarsi la vita... aiutando ad abortire!

Alla Sensengasse (Istituto di Medicina Legale e Morgue) è poi frequentissimo l'arrivo di feti, trovati dalla polizia o dal pubblico nelle circostanze più diverse e talora orrendamente depezzati.

Gli esemplari più notevoli arricchiscono il Museo dell'Istituto; c'è un feto, tra gli altri, ridotto dalla stessa madre, in 270 pezzi, il quale mi ha ricordato — d'altronde — un caso forse ancor più efferato, periziato parecchi anni fa dal nostro Cazzaniga, ed i cui resti si conservano nel Museo di Medicina Legale di Firenze. In questo caso fiorentino, per far meglio sviare le tracce della Giustizia, si erano mescolati resti di animali ai resti dell'infante.

Segno, purtroppo, che certe forme di barbarie serpeggiano un po' dovunque; e se rileviamo le miserie degli altri, non dobbiamo dimenticare che anche noi abbiamo le nostre.

Il recente Congresso della Società Austriaca di politica demografica, tenutosi a Vienna il 26 giugno, ha messo francamente il dito sulla piaga.

Il Prof. Winkler nella sua relazione: *lo stato del problema demografico in Austria,* dopo aver tratteggiato un quadro del movimento della popolazione negli ultimi cento anni, e dopo aver constatato le tristi condizioni attuali, si è dimostrato alquanto scettico sulle speranze da nutrirsi per il futuro, poichè, ha detto, anche se qua e là la curva di progressiva discesa demografica mostra qualche resipiscenza verso l'alto, la popolazione continuerà inesorabilmente a diminuire, per la ragione che le gioie della vita familiare che un tempo compensavano i genitori dei sacrifizii che si dovevano fare per i figli, sono oggi troppo poco apprezzate dalle coppie moderne.

Digitized by Google

Accanto al fenomeno demografico dello spopolamento, se ne nota un'altro, che è anch'esso fonte di studi e di preoccupazione, vale a dire l'aumento dei fanciulli illegittimi.

L'Austria ha in questo un triste primato fra tutti gli Stati di Europa: 22 % di illegittimi; la Sassonia e la Svezia la seguono solo a grande distanza!

Il fenomeno non è ugualmente diffuso in tutte le province.

Le statistiche, compilate su elementi recentissimi, presentate dal Dr. Gliesinger di Graz allo stesso Congresso, ci dicono che la percentuale più bassa di illegittimi si ha nel Voralberg (7 %), mentre si sale al 18-19 % per Vienna, al 30 % per Salzburg e Steiermark, ed a più del 38 % nella Carinzia, a cui viene riconosciuto il triste privilegio di avere in alcuni distretti della zona orientale *più della metà* delle nascite, illegittime!

A prima vista potrebbe apparire singolare che sia la Carinzia, regione prevalentemente agricola e lontana dai grandi centri focolai di corruzione, a dare questa enorme percentuale, che oltrepassa di tanto le cifre della stessa Vienna, ma io penso che questi dati vadano opportunamente interpretati: se a Vienna vi sono nati illegittimi in misura molto inferiore che in altre provincie austriache, ciò mi pare possa logicamente riferirsi al fatto che nella capitale vi è un numero di nascite proporzionalmente molto inferiore a quello della periferia, per la più ampia attuazione di metodi antifecondativi.

Comunque, il fenomeno ha, dovunque, carattere eminentemente progressivo: 150 anni fa, la cifra degli illegittimi non raggiungeva, in Austria, il 2 %!

V. M. Palmieri

VITA UNIVERSITARIA

Movimento di professori universitarii. — Il prof. Maurizio Ascoli è stato chiamato alla direzione della cattedra di Clinica medica generale della R. Università di Catania.

Le più sincere congratulazioni al nostro con-direttore, che con lavori scientifici originali, tanto apprezzati in Italia ed all'estero, non meno che con la sua fervida attività didattica, tiene alto il prestigio della medicina italiana.

— Il prof. Luigi Preti è stato trasferito dalla Università di Sassari a quella di Catania come professore titolare della cattedra di patologia medica dimostrativa.

Libere docenze. — Hanno conseguito la libera docenza: in radiologia, i dottori Armani, di Biella, Bellucci, di Perugia, in clinica oculistica, il dott. Giuseppe De Rosa, assistente della clinica oculistica della R. Università di Napoli, svolgendo una lezione sull'« oftalmoplegia esterna ed interna ».

NOTIZIE

Congresso Internazionale di Medicina del Lavoro. — Dai giornali politici apprendiamo che il prossimo Congresso Internazionale di Medicina del Lavoro sarà tenuto a Napoli. A presidente del Comitato Ordinatore del Congresso è stato designato il chiarissimo prof. Nicola Castellino, direttore della Clinica delle Malattie del Lavoro nella R. Università di Napoli.

Il nostro giornale si compiace vivamente per questa prova eccezionale di stima, che il Comitato Internazionale sulle malattie del lavoro è venuta a dare al giovine scienziato, così appassionato e fervido cultore di questa branca moderna della medicina sorta con Ramazzini in Italia è destinata ai più benefici progressi per la salute e per la potenzialità economica della Nazione.

Inaugurazione dell'Anno Accademico nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana. — La inaugurazione del III anno accademico nella Scuola Libera è riuscita solenne per il largo intervento di professori ufficiali della Facoltà Medico-Chirurgica di Napoli, del Presidente della R. Accademia Medico-Chirurgica, di Liberi Docenti, di professionisti, di medici. M

Il discorso inaugurale fu tenuto dal Prof. Vittorio De Bonis sul tema « Esistenza delle forme filtrabili del virus tubercolare ». L'oratore espose il largo e originale contributo della scuola medica napoletana nel campo speciale della morfologia varia del bacillo tubercolare, le recenti indagini sul virus filtrabile, i rapporti tra la esistenza di questo virus e le questioni sulla ereditarietà della tubercolosi, considerata nei suoi molteplici aspetti. L'oratore fu vivamente applaudito.

Seguì il Presidente della Scuola, Prof. Andrea Ferrannini, con un discorso dal tema « La continuità dell'impronta direttiva nella scuola medica napoletana », che fu tutto una glorificazione dei sommi maestri che, in ogni tempo, onorarono gli studi medici in Napoli e che formarono una tradizione di pensiero e di azione che non estinse nè si estinguerà mai. Indi il prof. Ferrannini fra le generali ovazioni, concluse inneggiando alla concordia degli intenti nell'insegnamento universitario pel trionfo della gloriosa scuola e per il progresso del Mezzogiorno al quale il Duce ed il Governo Nazionale volgono le loro premure rigeneratrici.

Indi i convenuti si recarono ad osservare le nuove o modificate istituzioni, che funzionano nella Scuola Libera: la Sezione Ospedaliera Domenico Cotugno con trenta letti, adibiti esclusivamente per l'insegnamento medico e chirurgico e con continuo rinnovamento degl'infermi a degenza gratuita e a complemento dei tre ambulatori medico-chirurgici, che nel corso del 1928 saranno portati a sei per corrispondere alle necessità didattiche ed al continuo aumento degl'infermi; l'ampliamento del laboratorio di chimica clinica e del laboratorio di batteriologia e immunologia; il nuovo arredamento del gabinetto di radiodiagnostica e di terapia fisica; la nuovo Sala Anatomo-Patologica Angiolo Maria Maffucci diretta dal Prof. Giuseppe D'Arrigo; la nuova Sezione Elioterapica Antonio Sciascia; la nuova «Biblioteca Gaetano Rummo», che potrà considerarsi unica nel suo genere, perchè fornita di libri e sopratutto di 180 periodici medici in corso dell'anno, provenienti dalle varie nazioni e debitamente selezionati e schedarizzati a disposizione immediata dei lettori. Questa biblioteca sarà aperta al pubblico a datare dal 5 gennaio 1928, in tutti i giorni feriali con duplice orario, cioè dalle 11 alle 13 e dalle 17 alle 22, con riscaldamento invernale.

Scuola di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria nella R. Università di Bologna. — Sono aperte, presso la R. Università di Bologna, le iscrizioni per l'anno scolastico 1927-28, ai corsi di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria per laureati in medicina e chirurgia. Il numero dei posti è limitato e l'accettazione sarà regolata secondo la precedenza nella presentazione dei documenti e nel versamento delle tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale, 59, Bologna (13).

Ricovero gratuito per orfani di guerra tubercolotici in Sanatori. — Nei Sanatori Umberto I dei RR. Spedali Riuniti di Livorno e in quello provinciale di Pontono (Verona), sono vacanti dei posti gratuiti per orfani di guerra d'ambo i sessi, dai 7 ai 12 anni, affetti da tubercolosi polmonare chiusa o alla tubercolosi fortemente predisposti, per grave deperimento organico, pregresse pleuriti, ecc. Le domande vanno indirizzate al Comitato provinciale degli Orfani di guerra a cura dei Podestà o degli Ufficiali sanitari, con l'indicazione della natura delle lesioni polmonari, dell'evoluzione della malattia, dell'inizio e dell'attuale sintomatologia di essa.

NECROLOGIO

Un grave lutto del prof. Umberto Gabbi

La casa dello illustre Clinico di Parma fù di questi giorni funestata da una grande sciagura. La gentile sua consorte è stata a Lui rapita crudelmente da repentino insulto morboso, immergendo nel duolo un'intera famiglia che viveva della sua vita.

Il corpo medico Italiano si interessa, certo, vivamente a questo grave lutto, non solo perchè colpisce un'amato Maestro, ma anche per la persona stessa della nobile estinta, che era figlia di un'altro grande maestro della Clinica Italiana, di Cesare Federici, clinico prima a Palermo poi a Firenze.

La scomparsa, quindi, di donna Alda Gabbi sveglia il compianto di tutta la grande famiglia medica Italiana, come lo ha svegliato in quanti ebbero la ventura di conoscerla e di apprezzarne l'alto intelletto, la grande coltura, la gentilezza dello spirito, l'altruismo, il patriottismo.

Giunga ad Umberto Gabbi ed a tutta la famiglia l'assicurazione della parte vivissima che la *Riforma Medica* prende alla sua sciagura.

E. Maragliano

PROPRIETÀ LETTERARIA

Direttore Responsabile: Alberto Botti

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

INDICE DEGLI AUTORI

A

Abadie Ch. 499
Abadie J. 783
Abbatucci S. 675
Abrami P. 11
Abrams 992
Abt J. A. 134
Accardi V. 17
Achard 948
Acuna M. 133
Adamo 258, 330
Adler M. 1069
Adlesberg F. 303
Aeke Arkerlind 712
Agazzi B. 1160
Agnello F. 43, 44
Agnoli L. 279
Agosta 1150
Agrifoglio 400, 799
Ahlenstiel R. 38
Aiello 330, 1134
Aiello G. 35, 859, 1133
Aievoli E. 71, 95, 140, 187, 216, 225, 237, 281, 359, 380, 432, 452, 477, 492, 552, 575, 670, 686, 715, 767, 780, 815, 849, 862, 878, 886, 887, 900, 922, 935, 1055, 1068, 1079, 1182, 1216
Aisenscitat J. 906
Aisenscitat G. 619
Aisopos 762
Ajazzi-Mancini M. 395
Alagna G. 1158
Alaimo 330
Alaique A. 497
Alajouanine Th. 784
Alamanni 688
Alavares N. 226
Albanese P. 65
Albano 277
Albee 902
Albertario E. 806
Albu 307
Aldrich M. 657
Alessandri P. 325
Alessandri R. 254, 1102, 1145, 1149, 1151, 1152, 1153
Alessandrini 996
Alessandrini P. 185, 354, 806
Alessio G. 475
Alfieri 331, 403
Allan Berry 350
Allen 617
Allevi G. 1131, 1133, 1134
Almagià M. 806
Aloi V. 79, 1011
Alperin M. 520
Alpert N. 283
Altschul R. 497
Alvarado R. 214
Alzona F. 920
Amantea G. 523, 595
Amato A. 403
Ambard 833
Ambrosoli G. A. 114
Ameline 425
Amardi T. 620, 663, 1147
Ancona G. 738, 791, 984
Andreani A. 304
Andrei G. 10, 446, 966
Angelelli 1228
Angeli A. 419, 664
Angelucci A. 210, 329
Antonelli G. 185
Antonucci 259
Anzilotti G. 1147, 1222, 1224
Aosenow 1171
Aper 422
Aragna F. 595, 805
Aragona G. 805
Araoz Alfaro G. 117, 1179
Arborelius M. 1126
Arcangeli 185, 259
Arcangeli V. 850
Archibald E. 949
Arena G. 27, 53, 133, 192
Aresu M. 732
Aretini A. 842
Arloing F. 1130, 1161
Armand-Delille 376, 618
Arnol 303
Artom M. 85, 446, 565, 761, 904
Arrigoni A. 1095
Arroyabe V. 214
Arsenio P. 396
Artusi G. 427, 523
Asher L. 35
Aschoff L. 106
Ascione G. 279, 353, 354, 737
Ascoli A. 142
Ascoli M. 497, 839, 1079, 1130, 1143
Ascoli V. 354, 928, 1076
Asteriades T. 158
Aston 236
Attilj S. 426
Attilj Sordello 826
Aubertin E. 666
Aubertot 351
Audbert 566
Audroy 39
Audry 623
Auregan M. 741
Auriat 184, 999
Auricchio L. 854, 1050, 1051
Auvray 157
Avone M. 1153
Ayala 42
Ayala G. 497

B

Baccarani U. 247, 481
Baerthlein K. 493
Baglioni S. 1154, 1157
Bagozzi 835
Bailey H. 374
Baillat 710
Baize 969
Bakäcs G. 754
Balacco F. 762
Balachowski 325
Balbi 737
Balbi E. 114
Balbi G. 640
Baldenweck 229
Baldi F. 120
Balduzzi 42
Balduzzo 737
Balice G. 1035
Balietti 352
Barajas J. 256
Barany 41
Barbani F. 806
Barbara 1090
Barbarani R. 1023
Barbè A. 908
Barbieri D. 762
Barbilian 566
Barborka 18
Barco P. 132
Bard L. 910
Barduzzi D. 284, 730, 815, 1231
Bareggi A. 742
Bareggi E. 401
Barièty 526, 551
Barlocco A. 122
Barlow O. 886
Barmettler G. 1050
Barney 834
Barò L. 1005
Baronaki 95
Baroni B. 1149
Barralt B. 236
Barrancos A. 277, 1127
Barré 41
Barruso 710
Barthélémy 499
Bartoli 305
Bartolotti C. 591
Bassenko L. 84
Bassi G. 850
Battaglia M. 635, 883
Battistini F. 241
Bauer A. W. 904
Bauer S. 141
Baumann 13, 660
Baumann E. 490
Baumgarten A. 467
Baudy 544
Baylis A. 108
Beck 851
Beck O. 42
Beckers 851
Bèclere C. 898
Beco 661
Beer 833
Beggiato U. 233, 686
Belfield 967
Belli C. M. 476
Belloni G. 1142
Belloni G. B. 832
Bellucci 109
Bellucci B. 106, 1126
Benassi 1149
Benassi E. 730, 796
Benassi G. 339
Bencini B. 136
Benda R. 973
Bendix B. 501
Benedetti 761
Benedetti C. 1129
Benedetti P. 947
Benedetti U. 29
Bennett A. E. 230
Benon R. 83
Benthin 660
Bentivegna A. 330
Benvenuti M. 235
Berardi A. 801
Bergamini M. 278
Bergeret 423
Berghinz G. 235
Bèriel 138
Berlot S. A. 638
Bermann G. 277
Berman S. T. 545
Bernard 467, 1126
Bernard R. 278, 981
Berndt F. 39
Berne-Lagarde 694
Bernou 780
Berri P. 787
Bertaccini G. 85, 425, 569, 570
Bertarelli E. 401, 455
Bertarelli G. 957
Bertocchi A. 1144
Bertolotti 43
Bertone 733
Bertone C. 201, 615
Bertrand 253
Besson 326
Bettmann E. 958
Bettolo A. 1230
Beutel 690
Bezançon F. 901
Biancheri 1103
Biancheri T. 1149
Bianchetti 689
Bianchi 1174
Bianchi L. 71, 209, 210, 257
Bilancioni G. 23 41, 881, 1155, 1157, 1198
Binder E. 806
Binet L. 520
Biondi G. 642
Bircher 571
Birkhaug K. 108
Birnbaum H. 568
Bisbini B. 193
Biskind M. 886
Bizzozero E. 430
Blaisdell E. R. 812
Blakeslee G. A. 1123
Blamoutier 1199
Blanc 1152
Blanc H. 1028
Blanche 229
Blanco Serrano A. 691
Blasi C. 114
Blechmann G. 407
Bloch 334
Bloch A. 334
Bloise N. 857
Blomstrom 498
Blum J. 108
Blumenthal 763
Boas 663, 731
Bobbio 348
Bocache L. 91
Boeckel 1199
Boeri 601
Boisson 823, 835
Boit 851
Bolnick 967
Bolnik 593
Boltanski 525
Boltanski E. 615
Bonacorsi L. 742
Bonaccorsi 156
Bonafè 615
Bonanno A. M. 777
Bonanome 833
Bondolfi G. 321
Bondurant 159
Bonfiglio F. 42, 354
Bonomini B. 1142
Bonomo 426, 496, 762, 1144
Bonorino Udaondo C. 206
Bonsdorff 884
Borchardt 713
Bordier H. 659, 1231

Digitized by Google

Boretti 1153
Borra E. 1143
Bortolotti 14
Bosco 350
Bosco G. 565
Bosellini P. L. 88
Bossa G. 954, 1105, 1106, 1207
Bottacin L. 466
Bottazzi F. 289. 1057
Bottelli U. 806
Botteselle R. 353
Botti A. 647, 1031, 1202, 1228
Bouchacourt L. 862
Bouchut L. 423, 1071
Boussi 567
Boyer 157
Braasch W. 810
Brack W. 712
Braconnet A. 1190
Bramer A. 69
Brancati 1148
Brancati R. 1149
Breiger 712
Breganzato G. D. 1159. 1160
Brelet M. 20
Brems A. 106
Bressot E. 616
Brindeau A. 908
Broca 546
Broglio R. 279, 353, 535. 1071
Brucke K. 1028
Brugi A. 817
Brugsch Th. 253
Brunetti 14, 41
Brunetti F. 923
Bruni 1152
Bruning 687
Brüning F. 67
Brunon 575
Brusa 135
Brusotti A. 599
Bruttenwiesen 549
Bruzzone 42, 549
Bua F. 230
Buckley Sharp 1127
Bufalini E. 405, 616, 810
Bufano M. 891
Bugbee 833
Bumke O. 978
Buonomo La Rossa F. 497
Buonsanti 1174
Buquicchio A. 86, 88
Burci 1147
Burill J. M. 902
Burlet 305
Burn J. W. 118
Burt 1077
Busacca Gorgone A. 618
Buscaino 837
Businco A. 122
Bussalai L. 114
Bussinello G. 255
Buzello 903
Buzzo A. 236

C

Cabanès 335
Cabes R. 690
Cabrini S. 1105
Caccia 762, 902, 950
Caccia F. 1148
Cacioppo L. 928
Cadenaule Ph. 141
Caffarelli B. 641
Cafferata J. 1179
Cagnetto 832, 906
Cahn-Bronner C. E. 741
Calabrese D. 1147
Calabresi C. 1134
Calamo 211
Calandra E. 1224
Caliceti 44, 764
Caliceti P. 1159
Califano L. 648
Calkins L. 430
Callerio C. 230
Calogero 42
Calogero G. 883
Calot 705
Calvanico R. 302, 962
Calzavara D. 1149
Camauer A. 996
Cambessedes H. 93
Cambon M. 118
Camera U. 274, 1223
Campanacci D. 263, 519, 756
Campbell 349
Camurati M. 662, 1222
Camus 375, 567
Canalis 522
Canavero M. 755
Canelli 350
Canelli A. 208, 948
Canelli A. F. 452, 1044, 1047, 1048
Canestro C. 44
Canestro L. 42
Cange 973
Cannae M. 356
Cannavò L. 595, 752, 941, 987, 999
Cantani F. 10, 31
Cantarow A. 957
Cantelmo 182
Cantelmo O. 1120
Cantieri 452
Cantonnet 40, 829
Cantonnet A. 862
Canuto G. 568
Capasso 1050
Capogrossi 1108
Caporali L. 833, 1143, 1152
Caporali R. 189
Cappellani S. 402
Cappelli 88, 570
Cappelli J. 111, 569
Cappelli L. 1149
Caramazza F. 906
Carbonelli 831
Carcò P. 42
Carderal Sanchez R. 68
Cardini C. 1041
Carezzano 690, 761, 830, 831
Carlini P. 208
Carmona L. 1147
Carnelutti E 1152
Carnevale-Ricci C. 444
Carnevali-Ricci 1160
Carnot 526
Carnot P. 615
Carpi U. 700, 1177, 1180
Carradi N. 1110
Carrari G. C. 1160
Carravetta M. 358
Carrion 551
Carro Grazia S. 740
Carsten M. 981
Cartagenova L. 1024
Cartia B. 425
Casagrandi 738, 906
Casagrandi O. 640, 805
Casaubon A. 133
Cascio Rocco G. 641
Case S. T. 254
Casella B. 230, 1036
Casiello A. 282
Castaldi L. 671, 946, 1197
Castellani A. 284
Castelli 838
Castelli A. 467
Castellino N. 478, 1134, 1136
Castellino P. 189, 501, 1094
Castellino P. G. 300, 425, 472, 1052
Casteran 622
Castex M. 996
Castiglioni A. 1055, 1231
Castiglioni G. 387, 1144
Castle W. 256
Castorina G. 402
Castronuovo G. 384, 471, 554, 663, 690, 975
Catalano O. 136
Catalina A. 75
Catania V. 1158
Cataparo F. 380
Catheart E. 810
Cattaneo 16
Cattaneo C. 807
Cattaneo L. 113
Catterina A. 227, 472
Cattier 742
Caucci A. 1148
Caussimon J. 849
Cautiero G. 963, 1192
Cavina C. 1150
Cazzella 766
Cecchi F. 948
Cecchini A. 742, 920, 1131
Cedrangolo E. 794
Cénac M. 783
Centanni E. 791
Ceppi 571
Ceresole G. 1076
Cerletti 352
Cerletti U. 496
Cermenati A. 954
Cerquiera A. 1023
Cerri C. 1110
Cesa Bianchi 1108
Cesa Bianchi D. 1102
Cesaris-Demel 839
Cetroni 66, 211, 471
Cetroni B. M. 908
Cetroni M. 662
Chabanier 309, 833
Chabrun 551
Chait E. 166
Chamorro 183
Chaninel 826
Chaptal 802
Charbonnier 951
Chardomeau 802
Charlier 757
Chassevant 1077
Chatelin 883
Chavannaz J. 228
Chevalier 708
Chevallier 1075
Chevassu 833, 835
Chiariello A. 1068
Chiarolanza 905, 1147, 1148
Chiasserini A. 227, 354 928, 1144, 1147, 1223, 1224
Chiaudano C. 230
Chiriatti L. 807
Chizzola G. 328
Christopher 275
Ciaccio 595
Ciaccio C. 523, 999
Ciaccio S. 402, 403
Ciambellotti 909
Ciambellotti E. 570, 1027
Ciaprini F. 549
Cicconardi G. 502
Cignozzi O. 58, 682
Ciminata 855, 1148
Ciminata A. 354, 1102, 1143, 1144
Cimino S. 1150
Cimino T. 595, 641, 1153
Cioffari 620
Cioffi 1136
Cioffi E. 1107
Cionini 832
Cipollino 766
Cipriani 305
Cipriani C. 181, 305
Cirillo 666
Cirillo G. 355, 1000
Ciriminna 1217
Citelli S. 197, 697, 1005, 1159
Ciulla 258
Ciulla M. 595
Ciusa 762, 831
Civalleri I. 447
Claouè C. 1182
Clara 351
Clark W. L. 329
Claude 328, 783, 980, 1199
Cluade H. 1210
Clemente 378
Clemente G. 1150
Clivio I. 472
Cluzet 1075
Coccheri P. 637
Cocchi C. 1230
Coelst 759
Coen Cagli 766
Coggi 382
Coglievina B. 991
Cohen 1070
Cohen D. A. 107
Cohen-Solal 545
Cohn 303, 401
Cole L. 501
Colle 854
Colli R. 185
Colp 1070
Colombino 833
Colombino C. 1182
Colorni 378
Colucci C. 209, 257, 595
Comby 668
Condorelli L. 747, 851
Conichi 352
Coniglio G. 1186
Consiglio L. 785
Cook L. 1171
Coppa 1136
Corbini G. 181
Cordes 683
Cornioley 325
Corradi A. 250
Corrado G. 185
Corsin A. 160
Cortesini M. 398
Cossali C. 762
Cossio P. 117
Costa 763
Costabile V. 858, 1104, 1105, 1185
Costantini P. 1143
Coste F. 311, 862
Cotte 1075
Cottenot P. 502
Couvelaire 467
Couvelaire A. 368
Councill W. 377
Counseller 501
Courcoux 307
Courtade 833

Digitized by Google

Cova 1130
Coviza 835
Coyne A. 156
Craig C. 1042
Craig R. 1171
Cremonini 762
Cristiani H. 61, 499
Cristini G. 306
Crocco G. 428
Crosti 88
Crosti A. 86, 112
Crosti F. 1144
Croveri P. 35
Cuel 328
Cueniby 823
Cunéo 801
Currado 761, 830, 831
Curschmann H. 664, 969
Cushing 756
Cuter 833
Cutler 851

D

Dafourt P. 830
Dagnini G. 785
Da Gradi 1202
Da Gradi A. 786
Dainelli M. 872
Dalché 1029
Dal Collo P. 134
D'Alessandro 353
D'Alise 1050
Dalla Volta A. 135, 232
Dallera N. 254, 545
Dalma 42
Dalsace 546
D'Amato L. 52, 189, 508
D'Amore F. 787, 882
Dancevic O. A. 75
Danenkoff 779
Daniel 445
Danielopolu 564
Dannheiper 1172
D'Aprile 753
Darbois 898
Dardani R. 807
Dargallo R. 335
D'Arrigo M. 271
Dautrebande 213
David 1075
David Ch. 757
Davis 468
Dax 277
Dayton N. A. 262
De Angelis 662
Debaiseux 995
De Benedetti 830, 831
De Benedetti M. 742
De Benedetti V. 1195
De Blasi D. 210, 257, 329
De Butler D'Ormond R. 645
De Candia 211, 378, 471, 998
De Candia G. 261, 999
De Carli D. 263
De Castiglione E. 466
De Castro 95
Dechaume J. 14
De Crecchio G. 210
De Crescenzo G. 856
De Donno E. 211
De Favento P. 113
De Fermo 969
De Francesco 227, 327
De Gaetano L. 132, 1147, 1225
De Giacomo U. 1221
De Giaxa V. 791, 934
De Gironcoli 1152
Dejust H. 826
Dekeyser L. 11
De La Colina C. 327
Delagènière 900
Delbet 858
Del Bue 1129
Del Buono P. 447, 471, 926
Deicher H. 687
Delherm 622
Delie 828
Delitala F. 1224, 1225
Dell'Aquila 999
Della Cioppa A. 23, 148, 263, 501, 636, 1158
Della Seta E. 551
Dellepiane 660
Delore 305
Delpiano G. 470
Del Rio M. 1153
De Luca B. 226
De Luna 453
De Malguzzi C. 1228
De Marco 766
De Martel 616
De Martini A. 800
Demel 827, 879
Demole V. 734
De Morsier 518
De Napoli F. 477
De Nigris G. 951
De Nitto G. 126, 475
Denizet 783
De Nobele 329
De Pace 378
De Parrel G. 719
De Prades D. 229
De Quervain 571
D'Erchia 66, 378
De Roma G. 621
Deron 708
De Rose C. 910
Deschiens R. 70, 1078
Descola 814
De Silvestri E. 440
Desplas 182
Despons 709
De Thurzo E. 910
De Toni 1050
De Toni G. 668, 670
De Toni G. M. 524
De Vecchi B. 135
De Vincentiis G. 43, 237
Devoto 1090, 1132
Devoto A. 111, 114
Devoto L. 431, 1180, 1200
Devroye F. 345
Diaz E. 1172
Di Core 974
Di Core A. 497, 1158
Di Donato D. 44
Diez 1133
Di Francesco S. 254, 400
Di Gioia 949
Di Gioia C. 1149
Di Guglielmo G. 331,403, 691, 1022, 1091, 1092, 1095
Di Lauro E. 67
Diliberto U. 927
Dillincer 639
Dillon T. G. 1022
Di Marzio 43
Di Mattei P. 497
Dimitri V. 226
Di Natale L. 1143, 1148
Di Nola A. 1109
Dionisi 185
Di Pace I. 692, 970, 973, 1028, 1104, 1107
D'Istria A. 619
Di Tommasi E. 623
Dittrich A. 566
Di Vestea D. 230
Dobrzaniecki 349
Docimo L. 653
Dock W. 957
Dogliotti M. 1142
Dogliotti M. A. 4
Dogliotti V. 207
Donaggio 1136
Dominici L. 66, 806, 886, 1146
Donadei G. 1159, 1160
Donati 714, 738, 832, 881, 1103
Donati M. 240, 640, 805, 1145, 1223, 1225
Donini G. 1104
Donnadieu 236
D'Onofrio F. 636
Donon Brico G. 1196
Donovan D. F. 1204
Dopter 736, 763, 1204
Dorsey T. 234
Dossena G. 166
Douthwaite A. 236
Doxiodes 711
Draganesco St. 825
Dreyfus G. 862, 1217
Driver J. 84
Drouin H. 432
Drudin J. 997
Drummond M. 926
Ducceschi 832, 855
Ducceschi V. 713, 805
Duckelmann R. 904
Ducurtioux 638
Dufourt 552
Dufourt A. 376
Duhot 329
Dujardin B. 469
Dujarric de la Rivière 763
Duker 235
Dumitresco D. 475
Dumont 423
Dumont F. 469
Duncan Frost 357
Dünner L. 108
Dupèrié 141
Durand 623
Durand G. 826
Duranti 1153
Duranti L. 1151
Duval 1022
Duval Ch. W. 306
Duvergey 277
Duwé 469
Duwez 811
Dzialoszynski 659

E

Ebster H. 813
Eckstein 687
Egidi G. 355
Ehringer 326
Einar Key 712
Einhorn M. 108
Eisen Klam 857
Elgart J. 639
Elias H. 1069
Elizalde 1078
Ely L. W. 980
Emmanuelle A. 1050
Enea D. 205, 354, 620, 691
Enrico C. 1165
Enriquez 714
Epstein A. 253
Escat 851
Escaut 547
Escobar R. 214
Escomel E. 1217
Escudero P. 782, 801, 923
Espinosa L. Y. 46
Espinosa M. 335
Esquivel D. 327
Ettorre E. 1224
Eubanas F. 283
Ezickson 117

F

Fabbri S. 1129
Fabozzi S. 619
Fabris 1209
Fabris A. 725, 906
Fabris S. 886, 925
Fabry P. 303
Faccini U. 767
Façon 475
Fadda 761
Fagiuoli 1129
Fairbairn J. 881
Faixat F. 691
Falchi G. 258
Falci E. 853
Faldini G. 232, 448, 1224
Falknhausen V. 811
Fallas 382
Fallerini D. 784
Fanton 546
Fanucci M. 466
Farina 66
Farkas 1217
Farmachidis C. B. 729
Faroy 13, 708
Fasano 830, 831
Fasano M. 1142
Fasiani G. M. 1137, 1145
Fassy 981
Fazzari I. 330
Fedeli F. 755
Feldmann 574
Feldstein E. 980
Feldweg 400
Fermi C. 625
Fermi F. 185
Ferrannini A. 61, 95, 142, 168, 178, 191, 215, 266, 303, 372, 407 ,458, 498, 518, 519, 528, 551, 553, 564, 644, 649, 708, 719 732, 704, 767, 779, 793, 814, 841, 876, 891, 921, 959, 994, 1031, 1040, 1079, 1123, 1131, 1181, 1206, 1207
Ferrari A. V. 164, 184
Ferraro 1108
Ferrata 1103
Ferrer M. 329
Ferreri Ch. 42
Ferreri G. 41, 42, 43, 906, 1157
Ferrero V. 277
Ferretti 1203
Ferretti L. 928
Ferretti T. 806
Ferreyrolle 1077
Fet 661, 902
Fetcheufeld E. S. 132
Fichera 1148, 1149
Fichera G. 1072, 1074, 1141, 1147
Fichez A. 283
Fici V. 1129
Fickenwirth 710
Fidanza E. 236

Digitized by Google

Fiessinger 1123
Fiessinger Ch. 21, 214
Fiessinger N. 686, 901
Figueras J. 691
Filippi N. 1160
Filippini 1134
Filippini C. 65
Finazzi 718
Fineberg 731
Finkelstein H. 1219
Finsterer 903
Finzi 761, 830, 831
Finzi O. 690
Fiore 1048
Fioretti A. 766
Fiorito G. 29, 708
Flamini M. 407
Flandrin P. R. 287
Flarer 111
Flesher R. 468
Floresco 183
Flurin 812
Flüsser E. 64
Foà 592, 1103
Foà A. 1142
Foà C. 814
Foà P. 935
Foce 1108
Follieri P. 378
Fonio 571
Fontaine 135
Fontana A. 206
Fontes 1179
Fontes A. 1178
Foramitti 1174
Forcher 425
Forcione E. 1028
Forgue 21, 1029, 1230
Forlini E. 185
Formicola P. 1104
Fornara 761
Fornara P. 124, 214, 565, 1050
Fornari L. 1159
Forni 670
Forti E. 1038
Fortunato A. 1105
Forquet Ch. 495
Fox 1076
Fraikin A. 902
Franceschini G. 695, 767
Franceschini P. 136
Franceschelli D. 346
Francescon 833
Franchini A. 402
Franchini G. 102
Franciri M. 1148
Francioni 135, 1048
Francioni C. 448
Franck R. 695
Franck L. 622
Franke 566
Franklin 689
Frangenheim 924
Franz 778
Frantz 39
Frattali F. 354
Frassi 1150
Freedmann L. M. 1053
Freiman M. 1028
Freund E. 113
Frey L. 226
Fribourd-Blanc M. 447
Friburg Blane 1204
Friedemann U. 687
Frigerio A. 803, 828, 850, 852, 904
Fromaget 308
Frommel E. 526, 732, 957
Frontali 1048, 1049
Froyez 470
Frugoni 695, 738, 854, 906
Frugoni C. 361, 791, 983
Früud 493
Fryszmann 834
Fumagalli 781, 1144
Fuà R. 153
Fuhs H. 592
Fullerton 1218
Furth O. 1005

G

Gabbano L. 401, 1002
Gabbi U. 1076, 1108, 1109, 1110, 1111
Gaelinger 453
Gaehlinger H. 767
Gaifami P. 66, 378, 432, 471, 927, 998
Gaivano 761
Galatà G. 354
Galaud 357
Galdi 232
Galeazzi R. 1222, 1224, 1225
Gallant S. S. 398
Gallemaerts 444
Gallerani 832
Galli M. 57
Galli G. 833, 1148
Galli P. 257, 402, 427, 523
Gallo A. 1160
Galluppi 426
Gamberini 834, 1103
Gammel J. 84
Gamna C. 10, 181, 397, 446, 645
Ganassini D. 686
Ganella A. 568
Ganfini C. 280
Garampazzi 761
Garcin 141, 526
Garcin R. 784
Gardére Ch. 376
Gardini 1152
Garin Ch. 1001
Garlowski 762
Garzia O. 807
Gasparini C. 447
Gassul R. 371
Gaté J. 47, 432
Gaté F. 1024
Gatti Cassazza A. 807
Gaudio N. 762
Gazzarini 667
Gelera M. 502
Gellhorn G. 84
Gemez 1172
Genazzani U. 55, 367
Genet L. 1204
Gennari L. 1159
Genouville 834
Genova Pizzo 330
George P. 309
Gerbasi M. 638
Gerini C. 739, 814
Gerke 1123
Germani 737
Germani G. 1151
Germino A. 1107, 1109
Ghetti G. 402
Ghiron 326
Ghiron M. 928, 1095
Ghiron V. 1144, 1148
Giacomasso 859
Giamporcaro 66, 378
Giani E. 740
Giani P. 140
Gianotti 1197
Gianturco 595
Gianturco G. 737
Giardina S. G. 437
Giaume C. 159
Giauni G. 160
Gibbon 03
Gibert 1199
Gibson 307
Ginnasi A. 402
Gioia M. 20, 95, 139, 325, 424, 443, 884, 1203
Giongo 472
Giongo F. 594, 786
Giordano 949
Giordano D. 266, 498, 502, 570, 651, 923, 1042
Giordano G. 961
Gioseffi M. 91, 911
Giovetti B. 807
Giovetti V. 185
Girling Ball 593
Girone 352, 853
Giroux 526
Gury 995
Gismondi A. 234, 310, 472, 549, 594, 786, 904
Gismondi M. A. 255
Giubba E. 378
Giudiceandrea 259
Giuffrè 1105, 1132
Giuffrè L. 17
Giugni F. 427
Giuliani 1147
Giuliani G. M. 1148, 1153
Giussani M. 905
Giessing H. Chr. 469
Glenard 1075
Gliozzi S. 883, 999
Glogauer 929
Gmelin 375
Goetze 494
Goidsenhoven 995
Goldenberg 804
Gonzales T. 327
Gordon B. 957
Gordon L. V. 784
Gordon R. M. 667
Gori 583, 1195
Goria 800
Goria C. 881
Gougerot H. 475 905, 1054
Gozzano 42, 43
Graebe L. 65
Grandineau 1220
Granelli E. 1203
Gravier L. 16
Grè 999
Greenberger 228
Greer D. 304
Grègoire R. 858
Grenier 708
Grignani R. 95
Grimaldi R. 141
Gripekoven 1220
Gruhzit O. 1120
Grünbaum 85
Grunke W. 21, 237
Gualtier G. 181
Guarini C. 323, 517
Guaschino G. 1159
Gubergritz M. 520
Gubert S. 425
Guerin 957
Guérin A. 618
Guerrin Valucale 378
Guibert 763
Guilberteau 351
Guidi G. 753
Guillaume 531
Guillery H. 80
Guimaraes C. E. 762
Guisy 835
Gutiérrez S. 967
Guttmann E. 83
Guttmann M. 789
Guun W. 251
Guyot 957

H

Haas 850
Haas S. 108
Haberer H. 39
Hackermann 446
Haekemann 37
Hajech C. 1202
Halfer G. 640, 855, 930
Halmiton 1043
Hamburger 783
Hamburger F. 1042
Harbin 15
Harbitz F. 468
Harburger 952
Harry Schmitz 755
Hartmann 13
Hartmann E. 81
Hartmann H. 215
Harvier 551, 733
Hawley 1127
Helaers E. 500
Healey 591
Heckscher H. 83
Heckschner H. 301
Heibronn S. 306
Heidler 952
Heilmeyer L. 62
Helm H. 220
Heliebrand 789
Hellfors A. 1171
Helsmoortel J. 84
Hench P. S. 657
Henderson A. 931
Hepburn 350
Herbeau 583
Herich W. 781
Hermann E. 574
Hermans A. G. 950
Herold R. 882
Herrenschwand 81
Herscheimer K. 688
Hess A. 1196
Heuniger E. 141
Heuss H. 565
Heuyer G. 246
Heynemann 735
Hibbard R. S. 306
Hilarowicz 667
Hilman 15
Hilonin 526
Hines L. E. 399
Hinmann 855
Hirayama S. 16
Hirsch C. 998
Hirtzmann 645
Hoffheinz 1197
Hoffmann 351, 710
Hoffmann E. 446
Hoffmann V. H. 276
Holler G. 1124
Hollo S. 687
Holmes D. 40
Holmgren S. 1172
Holzknecht G. 926

Digitized by Google

Hörig
Hörlein 118
Horn 358
Horn S. 134
Houllier 1198
Houssian 658
Hudelo 811
Hulliger P. 11
Hunner G. L. 311
Hyslop 952
156

I

Iannello A. 375
Ichok G. 11, 615
Igersheimer 735
Ikeda K. 259
Iitch Dragoliub D. 718
Ilvento A. 1005, 1129
Imperiale C. 721
Insabato 426, 853
Invernizzi 66
Isella A. 742
Iselin 1173
Isemein 544, 878
Izar G. 1, 100, 385, 752, 865, 941, 999, 1108
Iwai S. 304

J

Jackson C. M. 995
Jackson C. M. 959
Jacobi E. 236
Jacobovici 307
Jacono I. 407
Jaja G. 110
Jalkowitz 83
Janni R. 975
Janowski 313
Jappelli 887
Jappelli A. 740
Jappelli G. 210, 257, 663, 690
Jaurowska-Hilarowicz 667
Jausion H. 60
Jeanneney 469
Jeanselme 1001
Jefferson 827
Jemma G. 1049
Jentzer 571, 660
Jes Jessen 376
Jess F. 667
Jianu J. 741
John H. J. 949
Joltrain Ed. 14
Joly 307
Jona A. 332, 1212
Jona G. 925
Jones 637
Judin 522
Juillard 908
Julia Roses R. 691
Jura V. 497
Jurgens 763
Juster E. 92

K

Kadisch E. 951
Kaennigsberger E. 1219
Kagan 376
Kahn 371
Kahn P. 407
Kairinkschitis V. 1022
Kaiser A. D. 255
Kane 15
Kappis 548
Karda F. 84
Karnosh L. 84
Karp 813
Karplus D. 972
Karwacki L. 763
Kasanu Tashire 16
Kastan M. 735
Kauffmann 566
Kauftheil 106
Keller 1125
Kermanner G. 141
Kerubach M. 713
Keves 833
Keysser 924
Kingreen O. 160
Kingsbury S. 973
Kitzmiller K. V. 518
Klein E. 1028
Kleinknecht A. 1217
Knochew 1179
Koch 995
Koch G. 886
Kochmann 1040
Kohn E. 780
Kojen 833
Kolodny 684
Kopp 303, 880
Kornitzer 64
Kornfeld F. 574
Kosinski 65
Köster 467
Kotzareff 518
Kraft E. 93
Krasnobaew 520
Kraus F. 639
Kraus Hillmann 156
cke A. 789
Kreiselmann 15
Krestin D. 519
Krestowski 543
Krey 1175
Kron 659
Kropatsch 335
Kudlich 712
Kuhn 422
Kuhn R. 1006
Kulka H. 1124
Kummel 926
Kummer 571
Kunz 734
Kuss G. 598
Kuster 661
Kustner H. 277
Kutorga V. 1022
Kuttner 38, 399, 887, 1055
Kuttner H. 287
Kwangju C. 17
Kylin E. 565, 994

L

Labbè M. 96, 467, 800
Labelle 184
Laborderie 758
Lacassagne S. 1171
Lagravinese 232
La Grutta L. 928
Lafora G. 328, 1198
Lafosse 1021
Laignel-Lavastine 309, 1076
Lama A. 523
Lamache 980
Lamache A. 520
Lambert A. 1001
Lambert H. 21
Lambranzi 544
Lamy 546
Landolfi 1105
Landolfi M. 505
Lang 261
Lange 134
Langlois 838
Lanteri G. 141, 661, 711, 1066
Lapenna M. 1103
Lapeyrie 851
Laquerrière 547, 622
Laquière 109
Lara C. 1001
Lereboullet 551
Lerche F. 1182
Lasagna F. 1160
Laschi G. 785
Lasègue H. 802
Lasio 1152
Lasio G. B. 1153
La Torre F. 1079
Latteri S. 1147
Lattes 1134
Laubry Ch. 756
Laurenti G. 754
Lauri A. 1100
Laurinsich A. 1051
Laux 802
Lavenant 429
Lazzarini 1149
Lazzaro G. 846
Leas R. 132
Lebeuf 351
Ledent 599
Le Dentu 1217
Ledoux-Lebard R. 468
Lefranc N. 283
Le Goff M. 132
Legrand 94
Legueu 833, 835
Lehfeldt H. 132
Lehmann S. C. 424
Lehr F. 229
Leibfreid 208
Leidi F. 110
Leinati F. 95
Leiner C. 83
Lemaire 995
Le Mée J. M. 334
Lemercier 1173
Lemoine 833
Lemort 213
Lenaz 598
Lenaz L. 731
Lenci F. 1202
Lenoble 658
Lenzi A. 1160
Lenzi V. 860, 913
Leo 207
Léo G. 765
Leonardi 737
Leoncini F. 642
Leone P. 221, 584, 1147
Leotta 231, 232, 259
Lepape 1076
Le Rasle H. 283
Leriche J. 92
Leriche R. 470, 975
Leroy Y. 1029
Lesi A. 256
Lesné 525, 1069
Lévai 932
Leven 374
Leven G. 520
Leveuf 182, 226
Levi G. 670
Levi O. 918
Levi Bianchini 766
Levine V. E. 1040
Leuret E. 849
Leuzmann R. 84
Lévy 518
Levy N. 638
Lèvy-Solal 546, 757
Lewin G. 616
Lewis 1171
Lewis Jud 1077
Lhermitte 518
Lian C. 742, 1205
Licciardi 1105
Liebesny 879
Liek E. 1006
Lilienthal 134, 1278
Lilla P. 1153, 1154
Lincoln Brown A. 949
Lindblam A. 181
Lindstrom 709
Liotta D. 823, 869, 942, 985
Liotta M. 502
Lipschutz E. 262
Lister A. 254
Litzner V. 1028
Livierato P. E. 70
Livierato S. 420
Livini E. 131
Llames Masini 183
Locatelli G. 279, 353
Lochbrunner 69
Lodato 425
Lodato G. 595
Loeper 141, 351, 526, 921
Loeper M. 92
Logre 357
Loir A. 797
Lojacono 471, 662
Lombardo C. 90, 115
Lombardo F. 931
Lombardi A. 166
Lombardi E. 676
Lonero G. 603
Looser 571
Lo Presti-Seminerio F. 618
Lorenzetti 1143
Lorenzetti C. 131
Loreto 1148
Loreti M. 34
Loriga 1133
Lorin 500, 667
Lortat-Jacob 46
Losio 375
Lottico S. 428
Loubat E. 208
Louste 37
Löwenberg 38
Lucherini T. 211, 404, 563
Lucri 803
Ludewig P. 82
Lugiato 352
Lugli G. 1158
Luisada A. 135, 217
Lumsden Th. 421
Luna E. 330
Lunedei 42
Lunedei A. 1158
Luridiana P. 445
Lusena 552, 906
Lustig A. 670
Lutier A. 790
Lutringer D. 850
Lüttichau A. 662, 785
Luxardo 802
Luys G. 96
Luzzatti 764
Luzzatti A. 1158
Lyons E. 1126

Digitized by Google

M

Maas L. 1022
Macaggi D. 974
Maccari F. 111, 570, 1026
Macchi A. 807
Macciotta G. 276
Macdonald S. F. 1040
Mace' de Lepinay 1075
Mackenzie J. 358
Mac Neill Love R. I. 493
Macrey 1075
Macrez 981
Maderna C. 538, 704
Madon 290
Maestranzi D. 1157
Maestrini D. 954, 1106
Maffeo L. 140
Magaudda P. 999
Magendie J. 208
Maggialetti N. E. 211
Maggiore S. 1044, 1046, 1047 1048, 1050
Maggiulli 469
Magitot A. 425
Magliulo A. 1070
Mainini C. 1179
Mainoldi 802
Mairano M. 388
Majocchi 88
Majocchi D. 113
Makai Havránek 778
Malagordi A. 1051
Mallet-Guy 305
Maltoni U. 257
Mambrini D. 1150
Manca C. 156
Manceau 1075
Manclossi M. 807
Manetta P. 954
Mangirelli L. 1221
Manna 327
Manno 1090
Manson Bahr P. 981
Mantenfel P. 328
Marabotto 351
Maragliano D. 433, 472, 1144, 1223
Maragliano E. 50, 472, 1108, 1081, 1232
Maragliano V. 594, 786
Maragnani 761
Marassini 1108
Marcantoni F. 1095
Marcarini G. 408
Marchand 347
Marchand L. 255
Marchini F. 257
Marchionini A. 781
Marconi S. 1224
Marconi V. 808
Marcozzi A. 110, 570
Marfaro 982
Marfori 595
Marfori P. 257, 566, 1077, 1202
Margarucci O. 160
Margolis A. 16
Margreth G. 122
Mariani 352, 426, 853
Mariani G. 114
Marin P. 398
Marinelli G. 737
Marinesco 475, 825
Marino E. 734
Marino M. 715
Marinosci 831
Marion 833, 835
Mariotti E. 40, 174
Melzi U. 567
Marocco 830, 831
Marocco G. 690
Marotta A. S. 274
Marotta R. 910
Marples E. 214
Marquès 82
Marquèzy 1069
Marsan F. 599
Marselos V. 104, 453
Marsh R. 879
Marsiglia G. 497
Martin B. 637
Martinez F. 188
Martinez Gargia P. 1024
Martino G. 496, 523, 595, 805, 882, 999
Martino L. 309
Martinotti 88
Martins H. 65
Martiri A. 577
Masci B. 282
Masciangoli L. 215
Maselli D. 132
Masia A. 113, 114
Masini 567
Masini G. 41
Masini V. 1157
Massarotti V. 1180
Massart 1124
Masson J. C. 208
Mastrojanni A. 847
Mastrojeni G. 100
Mateesco 374
Matera 211, 662
Matey Cornat 469
Mathieu 494, 714
Mathieu de Fossey 1075
Matoni F. 71
Matronola G. 185
Matti 970
Mattina A. 401
Mattoli 1102
Maugeri N. 487
Mauriac G. 784
Maurizio E. 972
Mauro C. 258, 330
May Buchwalld 928
Mayo W. 880
Mayer W. B. 275
Mayr K. I. 40
Mazel P. 14
Mazza 831
Mazzacerva G. 786
Mazzanti C. 1026
Mazzarelli G. 882
Mazzei A. 619
Mazzeo M. 954
Mazzuoli L. 471
Mc. Aulliffe 598
Mc. Indoll 591
Mead H. C. 399
Meader 206
Meauges 1127
Mecklenburg M. 108
Meda 14
Meerowitch 661
Meineri P. 918
Meineri P. A. 93
Meinicke E. 289
Meisal N. 304
Melanotte M. 1153
Meldolesi 259
Meldolesi G. 185, 354
Mellamby S. 107
Melletti 688
Melli G. 269, 511, 605, 640, 1221
Menasci R. 149
Mencarelli L. 973
Mendola 1148, 1150
Menestrina 43
Menninger-Topeka W. C. 1124
Menninger W. 226
Menniti I. 787
Mensi E. 1044, 1047, 1049, 1050
Mercier M. 1022
Merke 995, 1053
Merkel H. 758
Merelli G. 1159
Mereu 711
Merlini 210, 432
Merz 717
Messina R. 858
Meyer 1070
Meyers C. 214
Meynier E. 214
Mibelli A. 114
Miceli F. 523
Michaud L. 446
Michaux J. 495
Michell F. 107
Michon 712
Migliavacca A. 663
Milani E. 849
Milani G. 277
Milani P. 353
Milella 352
Milhaud 1076
Miller 495
Millis E. 855
Mills C. A. 518
Milluli G. 460
Milocchi 519
Milone S. 1146
Mingazzini 1152
Minervini 663
Mintz 659
Mintz S. 789
Miraglia M. 16, 638
Miranda Gallino M. 65
Mirenghi 66, 210
Mirto G. 258
Mosbacher 1078
Mischkowski 1196
Misiewicz 467
Misuraca F. 641
Mitchell 858
Mitzenberger 106
Modhardt P. 1204
Modinos P. 185
Mogena H. G. 755
Moise 718
Möller 1071
Molinari E. 808
Molinari G. 474, 663, 1210
Monbrun 622
Mondolfo E. 256, 523
Monmignant 1069
Monnier 571
Montagnani 957
Montagne 452, 687
Montanari A. 12, 352, 1021
Montel 878
Montemartini 877
Montemartini G. 620, 1167
Montesano 115
Monti 331
Moog O. 733
Morabito F. 305
Morawitz 262
Moreau N. 759
Morel Kahn 621
Morelli E. 1103
Moretti 353
Moretti E. 982
Moretti G. 186
Morettii P. 205, 397
Morhardt 618
Mori 1136
Mori N. 1012
Moriconi L. M. 677
Mornard P. 235
Moro R. 106
Morone G. 331
Morpurgo B. 1072, 1073, 1146
Morsier 955
Moscariello A. 469
Moskowicz L. 838
Mosna E. 185
Moszkowikz 782
Motolese 352
Motta C. 1197
Mougeot 1077
Mougerot 351
Moulonguet A. 45
Moulonguet P 1220
Mouriquand M. 855
Mouquin 526
Moutier 1040
Mouzon 908, 1021
Mucci A. 87, 495
Muggia 325, 1048
Muggia A. 525, 798, 1051
Muhloff P. 980
Muhsan 349
Mulller 350
Muller B. 741
Mulzer 828
Murray 617
Murray H. E. 886
Musella M. 477, 527

N

Nacciarone A. 354
Nalli V. 421
Naeslund S. 1174
Naneichvili P. 923
Nanmann 1043
Nanta 838
Nappi 688
Nappi P. 978
Nardelli L. 115
Nario A. 1053
Narita S. 658
Nasaroff 14, 657
Nasini 766
Nasso I. 1051, 1210
Nasta T. 664
Nastrucci 142
Nathan 157
Naum 183
Navarro S. C. 274
Naville 955
Nayrac 955
Neal 156
Nebuloni A. 1133, 1135
Neergaard K. v. 82
Negre 1178
Negro 1152, 1153, 1154
Negro F. 491
Neidhardt 105
Nejrotti G. M. 9
Nepveux F. 800
Neri 803, 927
Neri V. 783, 784, 785 826
Netter 765
Neufeld F. 571
Neusser 277
Neustadt R. 328
Nicaud

Digitized by Google

Niceforo A. 1072
Nicholson V. 822
Nicolas 518
Nicolas F. 1024
Nicolas S. 1171
Nicoletti F. 1078
Nicoli F. 691
Nicolich G. 1151, 1152
Nicotra A. 29
Nigrisoli P. 637
Nimni C. 532, 663
Nisio 426, 474, 496, 762, 927, 1152
Nisio G. 424, 1142, 1151
Nissel W. 691
Nixan S. A. 949
Nobécourt 718
Nobel 375, 734
Noel 114
Noguchi H. 177
Noguera J. 923
Nojiama 733
Noltenius F. 377
Nonnenbruch 664
Notassut M. 1219
Noto A. 330
Noumier-Kuhn 636
Nové-Josserand 280
Nürubergèr 161
Nuvoli 42
Nuzzi O. 263, 275, 409, 497

O

Oberc St. 1173
Occhipinti G. 157
Oddo 453, 1130
Odermatt 660
Oeconomos 833
Oekerblad N. F. 1022
Oekonomopoulo 590
Olinescu R. 599
Olivelli E. 786
Olivero C. 775
Ombredanne 21
Omirolo 855
Omodei-Zorini A. 62, 258, 403
Oppenheim 1230
Oppenheimer 275
Oppenheimer C. 648, 1006
Oraison 835
Orgaz J. 996
Orlandini A. 1159
Oro A. 351, 353, 663
Orrù M. 280
Ortega D. 857
Osawa Y. 733
Ottolenghi S. 643
Ottonello P. 76, 304

P

Pace D. 210, 663, 854
Pacelli C. 260, 835
Pacetto G. 66
Padilla T. 708
Padoan M. 645
Pagani C. 279
Pagani-Cesa A. 714, 855
Pagliani L. 1207
Pagniez 421, 493
Pais L. 445
Paitre 323
Palagi P. 1224
Palazzi S. 1206
Pallestrini 41
Palma R. 1148, 1150, 1154
Palmieri G. G. 135, 232, 662, 785
Palmieri V. M. 35, 105, 131, 178, 252, 261, 303, 304, 371, 372, 397 412, 494, 518, 538, 643, 713, 927, 956, 959, 1007, 1032, 1034, 1040, 1041, 1170, 1232
Palumbo V. 114, 136
Pancrazio 714, 738, 832
Pancrazio F. 641, 806, 833, 855
Pane N. 210, 663
Paniset 1053
Panota O. 1219
Pansini G. 215, 366, 690, 906
Pansini L. 402
Paolini R. 695, 769, 843, 915
Paolucci 761
Paolucci F. 1140
Paolucci R. 1128
Papanikolaw 590
Papanti Pellettier 1130
Papastratigakis 762
Pari 524, 832, 930
Pari G. 805
Parker M. 64
Parlavecchio G. 17, 330, 617
Parnisetti 831
Parodi 327, 935, 1130
Parodi F. 742, 928
Pascale G. 1102
Pasini 88
Pasini A. 91, 111
Pasini R. 1198
Pasini U. 402, 523
Pasteau 834, 835
Patanè C. 1110
Paternoster D. 18, 116
Patrizi L. M. 813
Patta 1130
Pavesi 382
Pavesi A. 564
Pavone 1154
Pavone M. 46, 403, 1151
Pauchet V. 406, 764, 767, 809 1196
Pauli 350
Pauli W. E. 879
Paullin 731
Paus N. 695
Pazzi 803
Pecco F. 742
Pecco R. 640, 1009
Pech 1076
Peck S. M. 973
Pecorario R. 929
Pedotti 570, 571
Pedrazzi A. 1110
Pedrazzi C. 445
Pèhu 552
Peiper H. 811
Peiser 709
Peiser V. 691
Peli G. 87, 112
Pellacani G. 785
Pellegrini O. 93
Pellegrini R. 719
Peloso G. 876
Penada M. 524
Pench P. 1205
Pende N. 73, 335, 814, 1085, 1091, 1092
Pennati V. 151
Pennetti G. 23
Pensa 1093
Pepere A. 1130
Peracchia G. C. 1143, 1147
Peralta Ramor A. 545
Perantoni G. 280
Perazzi 211
Pereina Filho 709
Perèz Zavalia E. 282
Perger W. 813
Pergola 283
Perin 446, 826
Perin L. 1003
Periti E. 45, 171, 413, 648
Perkins R. 1126
Perrando G. G. 641
Perrens 261
Perrin T. G. 160
Perrini 762
Perroncito 663
Perroncito A. 762, 1055
Perrone 496
Perussia F. 1072, 1074
Pery 236
Pescatori 1102
Pesce A. 378
Peschle B. 82
Pesme 803
Pestalozza C. 808, 809
Pestalozza E. 354
Petella G. 695
Petermann-Milwaukel M. G. 1173
Petges 236
Petranich C. 112
Petraroia 261
Petridis P. 956
Petrosino A. 134, 141
Pétrovich G. M. 278
Petzetakis 60, 901
Petzsch A. 118
Pezcoller 971
Pezzotti L. 477
Pfaher 639
Phelebon 970
Pianese 280, 595
Pianese G. 70, 257, 953, 954
Piazza C. 403
Piazza C. V. 17
Piazza Poliak M. 44
Piazza V. C. 928, 1105
Picard 710
Piccaluga N. 620
Piccardi G. 115
Picchi L. 136
Piccinini G. M. 463, 937
Piccinini P. 47, 370, 1182, 1200
Piccinino G. 619
Piccione L. 185
Piéchaud F. 1024
Piedèliévre 955
Pieraccini 1134, 1136
Pierangeli W. 110
Piergrossi L. 59, 1175
Pieri 306, 1125
Pieri G. 207, 279, 353, 1103
Pierini L. E. 882
Pierra 1075
Pierron M. 20
Piersanta A. 1147
Piéry 442, 885, 1076
Piesel R. 711
Pietra P. 182, 1175
Pighezzi L. 1216
Pignatti A. 1149
Pignot 226
Pinardi G. 253, 1042
Pincherle P. 400
Pincussen L. 648
Pineau 658
Pineda E. R. 661
Pinkuss A. 764
Piot E. 468
Pippia 66
Pisani 42, 43
Pisenti G. 1129
Pistocchi 381
Pittarelli E. 80, 655, 821
Pittiani G. 732
Pizzuto F. 258
Planques 1203
Plunkett R. E. 1179
Podestà E. 1158
Poggio 761
Poggio E. 760
Poinso 348
Poirot G. 1001
Poletti 325
Poletti G. B. 447
Poletti P. 448
Pontano 258, 259, 1108
Pontano T. 355, 497, 806, 812
Ponticaccia L. 1102
Ponzian A. 279, 353
Ponzio M. 1080
Poplawski 763
Popolitza 307
Poppi 737, 832
Poppi U. 785, 1173
Porcelli R. 113
Porcher 1040
Porges O. 306
Porsio A. 69
Porta C. P. 808
Portmann 42, 709, 804
Portmann G. 377, 1159
Possati A. 135, 1222
Pototschnig G. 1148, 1149
Pouliot 950
Poulson E. 468
Pouzin 658
Povoa H. 800
Pozzi 1143
Pozzi G. 14
Pozzilli P. 1106
Prati M. 974
Preissecker 790
Prestini O. 227
Preston G. 21
Preti L. 1093, 1108, 1113, 1134
Pribram 309
Prosperi 207
Pruvost 131
Puca A. 257, 354
Pucci P. 71
Puccinelli V. 928
Puchulu F. 782, 923
Puech 851
Pugno Vanoni E. 1133, 1134, 1135
Puig 1021
Pulgher F. 401, 402
Pullè F. 1023
Puntoni V. 354, 497, 791, 928
Pupilli G. 229
Putti V. 232, 275, 662, 778, 922, 1222, 1223, 1225
Puxeddu 1041

Q

Quaranta L. 102, 458
Quedenfeld 65
Queirolo G. B. 1077, 1079
Quenu 399
Quinby 1124
Quintana H. 226

R

Raab W. 670
Rabbeno A. 762
Rabut 11
Racchiusa S. 402, 403, 523, 595, 805, 883, 999

Digitized by Google

Race 1077
Rachez 329
Rad 544
Radaeli 932
Radaeli A. 112, 786, 1070
Radaeli F. 112, 688, 934
Radaeli G. 786
Radice L. 1143
Radovici A. 519
Raffaelli 66
Raffo 472, 594
Raffo V. 786
Rahmlow H. 47
Raillet G. 187
Raimoldi G. 1152, 1153
Raimondi A. 327, 1178
Ramel E. 446
Ramon 303
Randelli U. 731
Ranelletti 1132
Ranieri G. 496, 566
Rausche C. 545
Ravault P. 423, 1071
Ravaut 638
Ravasini C. 1152, 1153
Raventos Moragas A. 997
Raverdino 43
Raverdino E. 907
Ravich A. 109
Ravina A. 522
Raviart 955
Raynal J. 999
Razemon P. 15
Reale 1050
Rebaudi 88
Rebucci 1202
Réchard 467
Redaellli 552, 1130
Rèdard 570
Rega M. 281
Reggiato U. 658
Regnault J. 1006
Reimann H. A. 159
Reitani 831
Renauld 183
René-Celles J. 357
Retrouvey 803, 969
Retrouvey H. 377
Revoltella 210, 471, 662, 927, 998
Reuter A. 549
Rhode 928
Ribas Ribas E. 216
Ricca 237
Ricca S. 594
Ricci F. 620, 691, 819
Riccitelli L. 306
Ricciuti G. 611
Richert 658
Richet Ch. 527
Richter A. 328
Riehm 81
Rienzo 500
Rietti F. 477
Rigaud 547
Righetti C. 745
Rimini E. 1160
Rinaldi 761
Rindone A. 330
Rio 15
Rio L. 254
Riou 837
Rioux G. 236
Risachez 276
Risigari L. 1152
Riter 571
Ritschel 857
Ritter 158
Ritter H. 951
Ritterbaud H. 47
Riva G. 12, 526
Rivela 352, 496
Rivera 231, 232, 832
Rizzacasa 546
Rizzatti 398
Rizzo C. 555
Roasenda G. 432
Robbins 617
Roberti 828
Roberti M. 906
Robertson Lavalle 1180
Robey W. H. 1053
Robin G. 783
Robin P. 310, 422
Roccavilla A. 990
Roch 526
Roche N. 931
Rocher H. L. 236, 430
Rochon-Duvigneaud 814
Rodi G. 786
Rodriguez 351
Roederer 757
Roger 13
Roger H. 783
Rohacek 800
Rohdenburg G. 467
Rohr F. 759
Rolando 377
Rolando F. 159, 1051
Rolando S. 276
Rollet P. 951
Rolaff 733
Romanelli E. 960
Romani A. 523
Romani R. 352, 1152
Romano A. 209, 854, 954
Romano N. 35
Romano Perretti 1062
Romeo 995
Romiti Z. 232, 1225
Romualdi C. 954
Roncato A. 291
Ronconi 63
Rondoni P. 671, 1130
Ronzani E. 1072
Ronzini 713, 832
Ronzini M. 1142
Ronzoni G. 742
Rosenberg M. 1171
Rosenow 563
Rosenthal 812
Rosenthal G. 782
Rosin J. 468
Rosmino 831
Rossi 232, 713
Rossi A. 1091, 1101, 1104, 1153
Rossi B. 1103, 1144
Rossi C. 352, 427, 496, 762, 771, 832, 853, 927
Rossi F. 927, 1150
Rossi G. 113, 232
Rossi V. 210
Roth 358
Rotter H. 1002
Rougy 615
Roux 571
Rowbotham S. 638
Rozier J. 926
Rubinstein R. 592
Rubinstein A. 592
Rudolf G. 879
Ruef 827
Ruggeri A. 1157
Ruggeri G. 805
Ruhland 118
Ruiz Contreras S. M. 573
Rummo R. 12, 91, 115, 602, 935, 1054, 1056, 1078
Rusca 571
Rusconi M. 800
Rush 141
Russi 1218
Russi F. 6, 222, 328, 352
Russi P. 585
Ruttin E. 1071
Ryshich 15

S

Sabatini G. 354
Sabbadini 43, 44
Sabbadiro 43
Sabouraud 67, 1054
Sabrazès 152, 423, 1175
Saccani E. 1202
Sacchi 109, 593
Sacconaghi 695
Sacerdote A. 763
Sacerdote G. 1142
Sacharoff 779
Sachs 494, 660
Sachs K. 1043
Sacquepée 763
Sagin K. 1173
Salifier D. 160
Salisbury Sharpe W. 1195
Sallmon A. 337, 932
Salotti A. 714, 738, 1142, 1152
Saloustre L. 159
Saloz Ch. 957
Salvadori G. 135
Salvini G. 1129
Salvioli 1048
Salvioli G. 738, 1049
Samengo 592
Samengo L. 228
Samson 545
Sanarelli G. 258, 372, 1178
Sanford 575
Sanguigno N. 915, 1106
Sannazari 1149
Sannicandro 230
Santangelo G. 258, 330
Santanastasio 427
Sante L. R. 949
Santi G. 1160
Santi M. 1042
Santojanni 109
Santoné 831
Santoné M. 690, 761
Santoro C. 1182
Sanvenero-Rosselli G. 1158
Sappa S. 1167
Saralegui S. A. 545
Sardou 1076
Sarmiento P. 544
Sarnelli T. 1110
Sarno 307
Saturski A. 1125
Sauerbruch 520, 1179
Saugmann 568
Savini E. 24
Sawadowski 762
Sayago G. 1179
Sayé 1179
Sberna 115, 569
Sbrozzi M. 1149
Scaduto G. 1199
Scalone 971
Scalone S. 1149
Scarpellini A. 1055
Schaaf 566
Schaat L. 548
Schaeffer H. 1219
Scheller R. 250, 493
Schen K. 780
Scherber 852
Schereschewsky 900
Schey W. 994
Schiassi 348, 1125
Schiassi B. 1142, 1225
Schiassi F. 1091, 1095, 1103, 1104
Schieck 81
Schifani V. 596
Schiralli 662
Schmidl 526
Schmidt 309, 855
Schmidt H. 424
Schneider G. H. 228
Schnuffer W. 637
Schockaert R. 10
Schoen 376
Scholl A. 64
Schöndorf S. 283
Schönfeld S. 1175
Schönholz L. 568
Schottmuller H. 444, 1053
Schraff 849
Schroeder R. 575
Schulze 879
Schwab 994
Schwarz 568
Schwarz E. 39
Schwarze C. 908
Schweder 494
Sciajno C. 808
Sciarra O. 210, 344
Scimone V. 483, 544, 694, 994
Sclavo A. 1226
Scapesi M. 1026
Scremin 738
Scuderi G. 941
Sechi G. 66
Secousse H. 849
Seeliger 1002
Seemann 639
Seemen H. V. 742
Segale G. C. 594
Ségard M. 237, 262
Seidman M. 741
Semerau 467
Semianowski 467
Sena 659
Sendrail 1203
Sénèque 375, 885
Senny E. 995
Seres 833, 835
Sergent 757, 849
Serio F. 782
Serra A. 785
Serré L. 719
Sestini F. 953
Seu P. 66
Severin S. 61
Sézary A. 908
Sgobbo F. P. 933, 1004, 1202
Sherlock 1173
Sica E. 896
Siciliano L. 810
Sieber A. 731
Sieburgh G. 637
Sieger F. 734
Sielmann 966
Sievers R. 1219
Signorelli E. 531
Sigurtà B. 430
Silbermann 376
Sillingardi G. 1159
Silvagni 42
Silvagni M. 1158

Digitized by Google

uno 1202
r H. 184
stri S. 928
stri T. 424
strini 169, 358
strini V. 418
howitz 974
por. 783
oni C. 133, 278, 452, 1159
oni V. 1143
nons J. S. 61
on 687
onetti 232, 496, 713
onetti F. 521
pson 206
pson F. 468
er 1070
oe 166
se J. 82
h 63, 750
h Ely Jeliffe 64
rnheim 571
si A. 142
A. 1225
ri S. 256, 282, 402, 427
M. 1172
mann T. 886
mer R. 83
718
entino M. 181, 571
ia E. 1190
220
asky M. 133
nol G. 524
uto A. 12
apanato L. 447
garo S. 1098, 1103
io A. 279, 353, 640
acio B. 85
olisano B. 403
a C. 1142
a G. 87
766
mayer 308
hoff 781, 812
elli M. 63
etti G. 237
762
er W. M. 1124
cher F. 448, 907
verini 823
R. 1127
ieri D. 806
ca 971
ganelli P. 192
ziale R. 188, 210, 257, 286, 5, 601, 663
iano E. 119
e E. E. 591
F. 62
idler A. 1079
dorff 735
a P. 17
iberg 347
art 517
ella C. G. 44
es W. 475
64
iser 1076
iss O. 165
peni L. 1127
ey 357
ey E. W. 548
lell 1075
Norlèn 1029
eblut C. W. 638
g P. 454
Susanna V. 595
Sweitzer S. 259
Symmers 1171
Szczeklik 997

T

Taccone 808
Taccone G. 158, 1051
Taddei D. 97, 358, 629
Takashi Hashimoto 10
Takata K. 205
Talenti C. 904
Tandler 797
Tanturri D. 953
Tanturri V. 804
Tarantelli E. 111, 316, 1118
Tardo 833, 1144, 1152
Targowla 327
Targowla R. 520
Tarsia in Curia L. 237
Tarsitano A. 23, 335, 356, 374, 406, 931, 957, 1106, 1110
Tatarau G. 599
Tedeschi G. 192
Terni 833
Terra Abrami G. 1152
Terzani A. 565
Tesauro G. 210, 280, 595
Tessier 20
Testa M. 329, 954
Testi A. 256, 427, 673
Teulières 828
Thatcher H. 132
Theilhaber A. 823
Théobalt 21
Theobalt E. F. 69, 118
Théobalt E. P. 47
Thibault 157
Thibaut 37
Thomas M. 756
Thomas J. 855
Throne B. 214
Tiffeneau 657
Tillgren 498
Timpanaro 306
Tinel 470
Tinozzi F. P. 529
Tisserand 37
Titone 903
Tocco L. 882
Todd T. 206
Toinon 566
Tolomei A. 151
Tomaselli A. 3
Tommasi L. 113, 474, 569, 570, 1025, 1026
Tonelli 261
Toni G. 1159
Tono A. 808
Torelli 1206
Torgerson 63
Torraca L. 1137, 1146
Torrigiani 41, 42
Torrigiani C. A. 136, 1158
Torrini 42
Tosi G. 376
Toti E. 1158
Tounet 526
Tournay A. 311
Tracy J. 206
Trambusti B. 1023
Tramontano V. 23
Trautmann 617
Travaglini B. 77
Travaglini V. 263
Trenti E. 354
Trentini S. 565
Trerotoli 352
Triboulet F. 781, 1021
Trifu 475
Trimarchi 42
Trimarchi G. 403, 595, 999
Trinchera 427, 927
Trinchera C. 1150
Tripputi 378
Trioumphoff A. 335
Tristanio B. 641
Trocello E. 859
Trojàn 1172
Tropea-Mandalari U. 997
Truffi 738
Truffi G. 640
Truffi M. 114, 997
Trunecek Ch. 543, 561
Tschebull M. 957
Tullio P. 1159
Turco A. 132
Tusseau M. 312

U

Umber 447, 1041
Unger E. 565
Upson W. O. 254
Urbain 1076
Urechia 424

V

Vaccà Berlinghieri A. 502
Vaccarezza R. 791
Vacchelli S. 1202
Vadalà 1132
Valagussa 1051
Valassopoulo A. 956
Valdoni 1148
Valdoni P. 497, 1148
Valenti 1077
Valenti A. 1201
Valerio A. 108
Valginigli U. 1029
Vallebona 1152
Vallebona A. 594
Vallebona U. 786
Vallery 1199
Valls J. 132
Van De Wildenberg 276
Van Dooren F. 38
Van Eyck L. 214
Van Ledden C. 1034
Van Lint 40, 853
Vannucci D. 136
Vanzetti 935
Varel M. E. 801
Varvaro G. 258
Vaselli G. 599
Veau 1229
Vecchi 1148, 1150
Vecchi A. 1149
Velardi F. 1105, 1106
Vélez F. 931
Vella 570, 571
Velo C. A. 1142
Veneroni C. 496
Venturi T. 1025
Verbrugge I. 132
Verbrugge S. 1218
Vercellana 184
Vercellotti G. 564
Vercesi C. 133, 280
Vergely J. 93
Vergombello C. 808
Verhoogen R. 731
Vernetti 1136
Verniewe 645
Vernoni G. 670
Veronesi L. 1051
Verrotti G. 310, 359
Vespignani 1103
Vespignani A. 854
Viala F. 235
Vibert 376, 618
Vicchi R. 523
Vignal 621, 829
Vignes H. 644
Vignolo Palombella A. 54
Vigi F. 135, 232, 663, 786
Vilanova X. 997
Villa L. 1095
Villalobos S. 214
Villata 1147
Villcox 1076
Villemin G. A. 1205
Violato A. 248
Vincent 610
Vinci G. 123
Vinaj A. 670, 1077
Viola 1090
Viola G. 27, 785
Violin E. 1069
Violle P. L. 830
Vitale G. 108
Vitali F. 1077
Vitali Mazza P. 1158
Vischer M. 447
Vizioli 307, 925
Vogel 880
Vogt 1172
Volkmann 928
Volpe 381
Volpe A. 378, 857
Volterra 521
Volterra M. 1093
Voit K. 733, 1204
Voizard 969
Von Dungern E. 1079
Von Eiselberg 570
Von Ilberg A. V. 10
Vonkennel S. 495
Von Sarb A. 522
Voscoboinic 566
Vullien 955
Vulpian E. 550
Vurro M. 662
Vurver H. 882

W

Wade H. 1001
Wagner 107
Wagner R. 711
Wagner-Jauregg 308
Wahlberg 309
Waitz 276
Walcher K. 782
Waldorp C. 687
Walker 834
Walker Th. 833
Wallgren 493
Walsh T. 62
Walter 1123
Walzel 970
Weglowski R. 762
Weidinger 93
Weiler E. S. 731
Weil St. 763
Weiss 46
Weiss F. R. 658
Weiss R. 166
Weiss St. 687
Weissenbach R. J. 862

Digitized by Google

Weitz W. 731
Weltmann 1123
Werner O. 82
Werner A. S. 165
Weselko 765
Wicherz 598
Widal F. 14
Wielman 739
Wigat G. 1151 1152
Wildbolz 833, 834
Williams W. 1124
Wilson R. 17
Winterstein O. 118
Wite 475
Wittemberg 82
Wodon J. 637, 972
Wohl M. G. 262
Wolf S. E. 1069
Wonsowski T. 804
Woodmansey 1077
Worms W. 622
Wright C. 1198
Wullstein 887, 1055
Wullstein L. 287
Würzburger 209
Wyman T. 40

Y

Yates 1218
Yodice A. 741
Yriart M. 374

Z

Zadek I. 38
Zaffagnini A. 755
Zagami V. 497, 595, 805, 882, 999
Zagari G. 189
Zagni 670
Zamboni 689, 826
Zanardi G. 427
Zanetti 66
Zanoli R. 232, 662, 1069
Zanotti V. 1229
Zárate E. 327
Zechlin Th. 406
Zeisler E. 259
Zeitoun S. 1171
Zelter H. 1042
Zeri 593
Zibordi 131
Zibordi F. 809
Ziemke E. 1043
Zimmern A. 592
Zinny 326
Zironi 1168
Zisa S. 785
Zoeller 500
Zoeller Ch. 275
Zoja 1077
Zollinger F. 709
Zubizarreta H. 591
Zuccarelli A. 209

INDICE DELLE MATERIE

N. B. *I titoli dei lavori originali e più importanti sono stampati in corsivo.*

A

Aborto (Sul rapporto fra ciclo mestruale ed) 662
Aborto (Sulla patogenesi dell') nella tubercolosi 254
Aborto (A proposito di tre casi di) provocato per tubercolosi polmonare 662
Aborto criminoso mediante ossido di piombo 1125
Aborto epizootico (Nuove vedute e recenti ricerche sui rapporti fra febbre maltese e)
Aborto e sterilizzazione tubarica temporanea in una sola seduta laparotomica 427
Aborto simulato da metrorragia del collo dell' utero carcinomatoso 403
Acetato (L') di tallio nella cura delle tigne 327
Acetato (L') di tallio nella tigna del cuoio capelluto 997
Acetato talloso (Sindromi extrapiramidali tossiche da) 920
Acetonuria (L') postoperativa 853
Achorion Schönleini (Cultura di) dal sangue circolante in un caso di tigna favosa 638
Acido arsenioso (Cura del lupus con l') 114
Acido carbonico (A proposito di iperglicemia e) eliminato con la respirazione 1.
Acido lattico (Sul contenuto in) dei versamenti patologici 70
Acido ossalico (Influenza endocrina sul metabolismo dell') 493
Acido picrico (L'iniezione endovaginalica di soluzione acquosa di) nella cura dell'idrocele essenziale 108
Acido urico (Presenza di) negli espettorati tubercolari 1028
Acido urico di origine batterica 1041
Acidosi (Sull') post-operativa 1040
Acidosi diabetica (Regime ipergrasso e) 1143
Acidosi post-operatoria non diabetica 374
Acne cheloide (Sulla cura autovaccinica dell') 710
Acnitis (Un caso di) 661
Acoina (Guanidina,) e diabete 112
Acqua marina (Le applicazioni terapeutiche delle soluzioni isotoniche di) e la spiegazione più accettabile del loro meccanismo di azione 941
Acque cloacali (La sterilizzazione delle) col cloro gazoso 370
Acque di Agnano (Discordanza apparente fra i risultati dell'analisi chimica e batteriologica di alcune) 118
Acque minerali (Sull'azione antianafilattica delle) 257
Acque minerali (Il potere zimostenico delle) 758
Acque minerali (Azione delle) sui colloidi cellulari e sul meccanismo della diuresi 351
Acque termali radioattive (Origine ed idrogeologia delle) 830
Acridina (I derivati dell') nella cura della blenorragia 1076
Acridinica (Meccanismo di azione della terapia) nella infezione gonococcica 997
Acridinoterapia (L') nella blenorragia e nelle infezioni delle vie urinarie 641
Acrivioletto e mercurocromo nelle infezioni 61
Acrocefalo-sindattilia (Contributo allo studio dell') 354
Acrodinia (Presentazione di un caso di) (Eritredema) 448
Acromegalia (Osservazioni su di un caso di) 942
Acromegalia (L') dal punto di vista chirurgico 750
Acromicria o distrofia osteo-genitale 253
Actinomicosi cervico-facciale (Cura attino-chimica della) 14
Actinomicosi profonda del collo e del mediastino 276
Actinomicosi sperimentale 1149
Addisoniana (Sindrome) da infezione melitense 927
Addome (Le differenze di suono plessico dell') 347
Addome destro (Sindrome digestiva cronica dell') 232
Addominale (Tre casi di chirurgia) con reperti non comuni 1149
Addominali (Crisi dolorifiche) da anemia perniciosa 374
Adenite cervicale nella difterite (Influenza della sieroterapia sulla) 325
Adenite mesenterica acuta non tubercolare 325
Adeniti (Il vaccino di Nicolle nelle) e ulcere veneree 409
Adeniti acute suppurate infantili (Il trattamento delle) con i filtrati batterici alla Besredka 808
Adeniti inguinali steptobacillari (La vaccinoterapia locale nel trattamento delle) 236
Adeno-carcinoma dei topini (Osservazioni sullo sviluppo dell') variamente trattati 1148
Adenoidei (Il sistema nervoso vegetativo degli) 42
Adenoidismo (La lotta sociale contro l') 500
Adenoidismo (I gruppi sanguigni nell') e nell'ozena 636
Adenoidismo e vegetazioni adenoidi 146
Adenomiomi cistici cervicali 66
Adenopatia tracheobronchiale (Sul segno di Cattaneo nella) 88
Adenopatie (Le) peritracheobronchiali di natura sifilitica nei bambini 907
Aderenze pleuriche (La sezione delle) nel trattamento pneumotoracico della tubercolosi polmonare 259
Adonidina (Azione diuretica delle iniezioni endovenose di) nei cardiaci 733
Adrenalina (L'azione vagotropa dell') 60
Adrenalina (Iniezioni intra-aortiche di) 544
Adrenalina (Sulla tossicità della tutocaina impiegata da sola o in unione con l') 509
Adrenalina (Le iniezioni endorachidee d') nella terapia pediatrica 124
Adrenalina (Le iniezioni ipodermiche di) nell'ipertensione arteriosa e nell'asma bronchiale 166
Adrenalina (L') come « scatenante » delle crisi epilettiche 368
Adrenalina (L') nel trattamento dei vomiti da malaria 214
Adrenalina (L') per via rettale 226
Affezioni dentarie (Rapporto delle) e naso-sinusali con la rinologia 884
Affezioni ginecologiche (Trattamento vaccinoterapico delle) 851

Digitized by Google

Afonie (Le) pretubercolari 1198
Agglutinazione (Il fenomeno dell') in soluzioni glucosate 1104
Agglutinine (I linfovaccini tifici nella produzione delle) 807
Aglio (Azione ipotensiva dell') 230
Agonia (La durata dell') 21
Agranulocitosi (Sulla cosidetta) 781
Alastrim (*L'*) 1194
Albumina (La determinazione dell') e della globulina nel siero di sangue 616
Albumina (Un nuovo metodo di dosaggio quantitativo dell') nell'urina 69
Albumina (Ricerca clinica dell') nell'urina 526
Albuminizzazione (Un nuovo meodo di de-) delle urine 640
Albuminuria (L') ortostatica in rapporto alla sifilide 425
Alcali (Il potere di eliminazione degli) come prova della funzionalità renale 1171
Alcalosi (Tetania ed) 687
Alcool (Terapia parenterale con) 812
Alcool (Influenza della temperatura ambiente sulla concentrazione dell') nel sangue degli ubbriachi 927
Alcool (*Iniezioni di*) *intracorticali cerebrali nella atetosi* 657
Alcool (Se l') sia sufficiente per la disinfezione degli istrumenti chirurgici 67
Alcool etilico (Influenza dell') sulla eliminazione dei corpi purinici 928
Alcool (L') jodato 660
Alcoolismo (*Enolismo ed*) 644
Alcool-terapia (L') parenterale 781
Aldeide formica (*Ancora una reazione dell'*) *e sue applicazioni agli studi medici* 80
Alimentari (Squilibri termici da perturbamenti) o fisici nel bambino 618
Alimentazione (*Il problema nazionale dell'*) 1057
Alimenti (Sull'a irradiazione degli) 822
Alimenti crudi (Sul valore economico di alcuni) 1204
Allattamento artificiale (Sui metodi di arricchimento delle diluizioni del latte nell') 1029
Allisatina (L') nelle forme intestinali dei tubercolotici 1069
Allonal (L') 742
Allonal (L') nella pertosse 995
Alloplastica del cranio e della dura 83
Alopecia areata (Cura dell') con la crioterapia 46
Alopecia diradante e atrofizzante 569
Ambliopia alcoolico-nicotinica (Considerazioni sull'importanza del fattore tossico nicotina nella genesi della così detta) 43
Ambliopie (Le) misconosciute 40
Amebiasi cronica (*Sindrome di anemia perniciosa in*) 385
Amebiasi epatica (*Su due casi importanti di*) 3
Amebiasi infantile (Il frutto del Sorbus domestica nella cura dell') 1023
Amebiasi intestinale (I rimedi dell') 811
Amebiasi intestinale, meso-sigmoidite, peritonite. 135
Amebiasi (*L'*) *polmonare* 736
Amenorrea (I preparati di corpo luteo nelle emorragie genitali e nell') 904
Amigdalectomia (L') mediante diatermo-coagulazione 952
Amilasi (Ricerche sopra il comportamento dell') in presenza di amido crudo 786
Amilosi (L') idiopatica 184
Amnesia d'identità (Fughe e) di origine uremica 783
Amorali (I grandi). Invertiti. Pervertiti. Incestuosi ed anomali originari 906
Anafilassi (Splenectomia ed) 1149
Anafilassi (Colesterina,) e splenectomia 1106
Anafilassi (Contributo allo studio della aspecificità della) del coniglio 1105
Anafilassi cliniche 346
Anafilassi da chinino 800
Anafilassi (L') nell'artritismo 920
Anafilattico (Influenza della allacciatura delle carotidi e del salasso sull'ictus) 833
Analgit (L') nella furuncolosi 69
Anastomosi (Un nuovo metodo di) fra il sistema porta ed il sistema cava 1148
Anca (L') a scatto 806
Anchilostoma (Ricerche biochimiche sulla natura dell'anemia da) 658
Anchilostoma haematobium (Il bijoduro di emetina nelle infezioni da) 667
Anchilostomiasi (Profilassi e cura della) 1228
Anemia (Ricerche biochimiche sulla natura dell') da anchilostoma 658
Anemia fibroadenica tipo Griesinger-Banti (*Milza plastica malleabile nell'*) 554
Anemia grave secondaria (Risultati della trasfusione del sangue in un caso di) in un bambino ipotrofico 701
Anemia perniciosa (Crisi dolorifiche addominali da) 374
Anemia perniciosa (Gli spirocheti nell'etiologia dell') 1195
Anemia perniciosa (La trasfusione del sangue nell') 637
Anemia perniciosa (*Sindrome di*) *in amebiasi cronica* 385
Anemia perniciosa progressiva (Trattamento della) criptogenetica mediante i metodi di Whipple e di Walinski 820
Anemia splenomegalica infantile (Cardarelli) (La splenectomia nella) 713
Anemie (L'Hemostyl e la sieroterapia emopoietica delle) 599
Anencefali (Le ghiandole endocrine negli) di sesso maschile 401
Anestesia all'etilene-ossigeno 617
Anestesia da ossido nitroso 591
Anestesia generale (Incidenti e sequele dell') 139
Anestesia (*L'*) *in chirurgia addominale* 225
Anestesia locale (La psicaina nell') 15
Anestesia locale del laringe (Tecnica per) 278
Anestesia (L') locale e i lavaggi gastrici preoperatori iodati nelle operazioni sullo stomaco 158
Anestesia (L') locale sottocutanea nella cura dei dolori di origine viscerale 526
Anestesia lombare (La tutocaina nell') 566
Anestesia parasacrale ampliata nelle operazioni nel piccolo bacino 903
Anestesia (L') paravertebrale in urologia 1071
Anestesia per via intratracheale 638
Anestesia rachidea della sola regione perineale in ostetricia 276
Anestesia sacrale (Prostatectomia perineale sotto l') 468
Anestetico locale (Nuovo) 1197
Aneurisma (Esteso) dell'arco aortico senza corrispondente sintomatologia clinica 304
Aneurisma aortico (*Scoliosi ed*) 409
Aneurisma dell'arco aortico a rapida evoluzione 909
Aneurisma dell'arco dell'aorta (Polso giugulare destro come segno di) 354
Aneurisma (L') dell'arteria polmonare 348
Aneurisma dell'arteria renale (Ematoma perirenale spontaneo ed) 1070
Aneurisma latente dell'arco aortico 810
Aneurismi multipli dell'arteria splenica 132
Angina di petto (Le alterazioni psichiche nella) 350
Angina di petto (*Stato attuale della chirurgia dell'*) 236
Angina pectoris (Contributo anatomo-patologico sull') 614
Angina pectoris (La cura chirurgica dell') 350
Angina pectoris (La eliminazione del riflesso pressore nella cura chirurgica dell') 523
Angine nella vaccinazione antivaiolosa 563
Angiocolite vermicosa con numerosi ascaridi nel fegato in bambina di anni due 886
Angiotettonica cerebrale (Nuovi problemi di) 691
Ani (Un caso assai raro di atresia) cum fistula vesicalis 352
Anisocoria (La) nei vizi valvolari del cuore 1151
Anisocoria (Dell') nelle sindromi addominali 256
Annessi (*L'esame radiologico dell'utero e degli*) 1104
Annessite gonorroica (Il calcio per via endovenosa nell') 898
Annessiti (La castrazione con i raggi Röntgen nelle) 495
Annessiti (Le) in rapporto alla gravidanza 228
Ano duplice in bambino rachitico 254
Anticorpi (Su alcuni fattori modificanti la capacità di produrre) 762
Anticorpi (*La permeabilità della pleura e del peritoneo, allo stato patologico, verso gli*) 329
Antigene a costituzione chimica definita, specifico per la reazione di Wassermann 366
Antigeno (Sostanze aventi azione di) nel muco e nelle croste nasali degli ozenatosi 663
Antimonio (Il tartrato di) e potassio nelle ulcere fagedeniche 1158
Antirachitica (Sull'attività) del colesterolo, dell'ergosterolo e di analoghe sostanze irradiate 973
Antisettici (Sul valore degli) nella chirurgia pratica 1106
Antisettici (Gli) sciolti in gelatina nella cura della blenorragia acuta 827
Antitubercolari (*Interferenza di azione tra le istituzioni*) 893
Antivirus (L'immunizzazione locale con l') nelle uretriti gonococciche acute 793
Anuria (*Eccezionale caso di*) *da nefrolitiasi* 566
Aorta (Perturbamenti dell') nella malaria cronica 458
304

Digitized by Google

Aorta addominale (*Broncopolmonite da influenza e trombo-arterite dell'*) 149
Aortica-iliaca (*Di una sindrome morbosa caratterizzata dalla dolorabilità provocabile*) 629
Aortiche (Iniezioni intra-) di adrenalina 544
Aortiti luetiche (Arsenoterapia alla Sicard nelle) 160
Apice pulmonare (Il diapason nella transascoltazione dell') 643
Apofisi mastoide (Pneumatizzazione dell') e otorrea 804
Apoplessia (L') traumatica tardiva 157
Apparato digerente (Relazioni fra disturbi dell') ed emorragie uterine 904
Apparato di Golgi (Sulla natura e significato funzionale di un costituente cellulare e suoi rapporti con l') ed altre immagini endocellulari 523
Apparecchio (L') Carpi nella pratica del pneumotorace artificiale 1107
Apparecchio Douay (L'insufflazione tubarica mediante l') 183
Apparecchio per impedire l'inquinamento del tavolo da lavoro del batteriologo 690
Apparecchio respiratorio (Le inalazioni caldo-umide nelle malattie dell') 931
Apparecchio vestibolare (Studio critico sui mezzi di esplorazione dell') 41
Appendicalgie (Appendiciti e) 854
Appendice (Note di radiologia dell') 854
Appendice (Su di un caso di) retrocecale-retrocolica in un neonato 162
Appendice (Tumore dell') con invaginazione appendicolo-tiflica 1147
Appendicite (L'ematuria nell') 755
Appendicite (Nuovo punto doloroso dorsale nell') 756
Appendicite (Contributo alla) erniaria 949
Appendicite (La diagnosi precoce dell') nel bambino 64
Appendicite (Significato diagnostico dei punti dolorosi frenici cervicali nell'ulcera rotonda dello stomaco, nell') e nelle affezioni della vescichetta biliare 789
Appendicite (*L'*) *nei gemelli* 664
Appendicite acuta (*Sul contegno terapeutico preferibile davanti ad un caso di*) 266
Appendicite acuta (Sulla cura chirurgica dell') 923
Appendicite acuta (Diagnosi differenziale tra la gravidanza extrauterina interrotta, l') e la colecistite acuta 857
Appendicite (L') a sinistra 326
Appendicite erniaria in lattante 688
Appendicite necrotica (Gli ascessi subfrenici stercoracei da) 182
Appendicite sottoepatica (*Contributo allo studio della*) 201
Appendicite tubercolare (Dolori nella regione pilorica determinati da un') 93
Appendiciti (*Sul valore diagnostico della critro-sedimentazione nelle*) 248
Appendiciti (Le false) da malaria 616
Appendiciti e appendicalgie 854
Appendiciti pelviche a sintomatologia utero-annessiale 348
Appendicocele 75
Appendicolare (*Sindrome*) *da linfangioma cavernoso* [illegible]
Appendicolari (Le sindromi) nelle affezioni polmonari 849
Area Celsi (Nell') 932
Argentiche (Le soluzioni) nella terapia oculare 567
Argento colloidale (Applicazione locale dell') nella peritonite acuta 282
Argirolo (Influenza dell') sulla ipoglicemia sperimentale da insulina 595
Aritmia complessa (Una forma di) 331
Arsenicali (Speciali preparati) nella fase d'incubazione della sifilide 470
Arsenobenzoli (Cura del lupus erithematicus con associazione dei preparati di oro agli) 1026
Arsenobenzoli: metodo di analisi e di valutazione clinica 763
Arsenobenzolica (*Porpora emorragica post-*) 704
Arsenobenzolica (Terapia) per via endomuscolare nella sifilide 280
Arsenoresistenza (Sull') nella cura della sifilide 446
Arsenoterapia alla Sicard nelle aortiti luetiche 160
Arsulin (L') 932
Arsylen (L') 407
Arteria polmonare (Sulla patogenesi della sclerosi dell') 658
Arteria polmonare (*Sulla sclerosi diffusa dell'*) 631
Arteria polmonare (Insufficienza dell') nel corso della stenosi mitralica 541
Arteria renale (Ematoma perirenale spontaneo ed aneurisma dell') 1070
Arteria splenica (La legatura dell') nella porpora emorragica 995
Arterie (La decorticazione delle) e la cura delle artriti purulente acute 132
Arterie periferiche (Di alcuni metodi chimici per l'esame funzionale delle) 185
Arteriosa (L'ipertensione) nei giovani 733
Arteriosa (Ipertensione) nella stenosi mitralica 731
Arteriosclerosi [Il fenomeno di Rumpel-Leede (segno del laccio) nell'] e nell'ipertensione 637
Arteriosclerotica (La teobromina nei dolori di origine) 957
Arteriti pulmonari dei sifilitici 736
Articolari (Sul valore della mobilizzazione incruenta nelle rigidità) 1225
Articolazione coraco-clavicolare bilaterale (Un caso di) 473
Articolazione sacro-iliaca (L'artrodesi extraarticolare per la tubercolosi della colonna vertebrale, dell'anca e dell') 990
Articolazioni (Tumori primitivi delle) 468
Artrite cronica (L'emetina nella cura dell') 980
Artrite cronica deformante primaria (*Considerazioni etio-patogenetiche su alcuni casi di*) 487
Artrite deformante dell'anca (Cura dell') 1225
Artrite deformante (La coxa-plana, l') dell'anca e la loro origine ereditaria 132
Artrite deformante primitiva infantile 693
Artriti (Le) di origine dissenterica 326
Artriti gonococciche (Trattamento radioterapico delle) 426
Artriti purulente acute (La decorticazione delle arterie e la cura delle) 132
Artritismo (L'anafilassi nell') 920
Artritismo (*Nuovo concetto dell'*) 215
Artritismo e tubercolosi 649
Artrodesi (L') del polso 112
Artrodesi (L') extra-articolare per la tubercolosi della colonna vertebrale, dell'anca e dell'articolazione sacro-iliaca 990
Ascaride (Riconoscimento di uova di) non fecondate 645
Ascaride lombricoide migrato nelle trombe falloppiane 886
Ascaridi (*Di un caso di occlusione intestinale da*) 978
Ascaridi (Un caso di intossicazione da) complicante la gravidanza 258
Ascaridi lombricoidi nella vescica 681
Ascaridiosi (L') delle vie biliari 475
Ascessi apicali acuti (Le docce di vapore riscaldato sotto pressione nella cura degli) 320
Ascessi cerebrali (Chirurgia degli) [illegible]
Ascessi di fissazione (Sugli) 1107
Ascessi freddi (Cura degli) con i lavaggi d'acqua a 60° C 430
Ascessi prostatici cronici (Terapia endoscopica degli) [illegible]
Ascessi subfrenici (Gli) stercoracei da appendicite necrotica 182
Ascesso centrale dell'osso (Un caso di) 232
Ascesso cerebellare (Diagnosi differenziale dell') 91
Ascesso cerebrale (Diagnosi dello) 19
Ascesso di Citelli (Un caso di) 1160
Ascesso (L') cronico delle ossa (Ascesso di Brodie) 227
Ascesso encefalico (*Sulla diagnosi dell'*) *di origine otitica* 585
Ascesso epatico (Contributo clinico sull') 842
Ascesso epatico (Il mixosarcoma primitivo del fegato a sintomatologia di) 686
Ascesso polmonare (*Trattamento di due casi di*) *mediante vaccino misto* 420
Ascesso pottico (Sindrome asfittica acuta da) 279
Ascesso prostatico acuto gonorroico (Trattamento abortivo dell') 228
Ascesso protuberanziale metastatico [illegible]
Ascesso sub-frenico del fegato guarito con emetina ed epatocentesi 997
Ascite (Sulla patogenesi dell') 663
Ascite (Relazione sul reperto chirurgico del caso di) presentato da De Toni 761
Ascite da cirrosi (Anastomosi fra vena porta e vena cava nel trattamento dell') 545
Ascite infantile (Considerazioni sopra un caso di) di probabile patogenesi tubercolare 660
Ascoltazione (Nuovo istrumento per l') 1130
Ascoltazione (Il principio acustico fisico dell'interferenza come base di un nuovo metodo di) 928
Asfissia del feto durante il parto (Terapia della minaccia di) 766
Asfissia fetale (Contributo alla terapia dell') con la lobelina 505
Asma (Contributo radiologico sull') 1127
Asma (La radioterapia nella cura dell') 65
Asma (I raggi ultravioletti nella cura dell') 741
Asma (La roentgenterapia nel trattamento dell') e della corizza spastica 1109
Asma bronchiale (Cura chirurgica dell') 903
Asma bronchiale (La diatermia della milza nell') 371
Asma bronchiale (L'eziologia deterministica nella diagnosi dell') 738
Asma bronchiale (Le iniezioni ipodermiche di adrenalina nell'ipertensione arteriosa e nell') 106

Digitized by Google

Asma infantile (Cura dell')
Asma ed orticaria al seguito di iniezioni endovenose di un preparato arsenobenzolico 525
Aspergillus fumigatus (Azione biologica e terapeutica dell') contro il bacillo tubercolare 114
Aspergillus vercicolor (Un caso di infezione da) 177
Aspirina (Contro i dolori di stomaco dovuti all') 591
Assicurazione (L') statale del Lavoro 94
Assicurazioni Sociali (La prima stazione terapica meridionale della Cassa Nazionale per le) 889
Atetosi (Iniezioni di alcool intra corticali cerebrali nella) 1180
Atmosfera (La radioattività dell') e la sua azione in climatologia 657
Atrofia adiposa da iniezioni d'insulina 1076
Atrofia cerebrale circoscritta di Pick, malattia di Alzheimer e demenza senile 17
Atrofia del lattante (L'attinoterapia nella) 354
Atrofia gialla subacuta del fegato (Se possa guarire l') 807
Atrofia ottica (Pseudotabe con) 498
Atropina (Il saggio di Otvös alla) nell'ulcera gastro-duodenale 803
Attinoterapia (L') nella atrofia del lattante 1196
Aurotos (L') nella cura del lupus 807
Autoemoterapia (Sull') 335
Autoemoterapia (L') nella eritrodermia esfoliativa recidivante da rimedi antisifilitici 475
Autoemoterapia (L') dell'influenza 278
Autoemoterapia (L') nella infortunistica oculare 82
Autoemoterapia (L') nella cura della tubercolosi polmonare 329
Autoenterovaccinoterapia (Contributo all') in dermatologia 1107
Auto-pioterapia (L') 300
Autosangue (L') nelle emorragie gastriche postoperatorie 778
Autosieroterapia (L') nella tubercolosi laringea 545
Autovaccinazione antirabica (Applicazioni pratiche dell') 764
Avertina (La narcosi con l') (E 107) nell'infanzia 354
Avertina (E 107) (La narcosi rettale coll') 1219
Aviazione (L') sanitaria 565
Avitaminosi (L'insulina rispetto alla) 1109
Avitaminosi (Sul valore dell') nel morbo di Barlow 184
Avitaminosi (L') nel corso del diabete 133
Avvelenamenti (Profilassi degli) da funghi essiccati 262
Avvelenamenti da piombo (Il tiosolfato di sodio negli) 453
Avvelenamento (L') acuto da ossido di carbonio 760
Avvelenamento da bicloruro di mercurio (Uova e latte come antidoti nell') 642
Avvelenamento da idrogeno arsenicale (Sul meccanismo dell') 886
Avvelenamento da lupini 690
Avvelenamento da Somnifen 261
Avvelenamento mortale per uso di tintura di capelli 123
Azotemia (Rapporto tra tasso ureico salivare ed) nella insufficienza renale 974
Azotemia (Sulla) pre- e post-operatoria 878
Azotemia e costante ureo-secretoria pre- e post-operatoria 1143
Azotemico (Le modificazioni del tasso) indotte dall'intervento operatorio 1142
Azoto (L') ureico del sangue in rapporto alla endocrinologia 1143
16

B

Bacillemia tubercolare 920
Bacilli di Eberth (Ceppi emolitici di) e forme cliniche di infezione tifoidea 135
Bacilli tubercolari (La ricerca dei) 1002
Bacilli tubercolari (Se il rene normale permetta il passaggio dei) 1124
Bacilli tubercolari (Colorazione dei) e delle loro forme granulari 695
Bacilli tubercolari (Ricerche sulla resistenza dei) alla luce solare 831
Bacilli tubercolari (Sulla presenza di) nel faringe di lattanti con cutireazione positiva 638
Bacilli tubercolari (Le sottospecie di) e la vaccinazione con bacilli vivi 142
Bacilli tubercolari (Tecnica per la colorazione simultanea dei) e delle fibre elastiche 974
Bacillo di Koch (Forme filtrabili, saprofitiche e non acidoresistenti del). Loro importanza nella patogenesi e nella profilassi della tubercolosi 1178
Bacillo di Koch (Sulla presenza di forme filtranti del) nei processi tubercolari della cute 640
Bacillo tubercolare (Azione biologica e terapeutica dell'aspergillus fumigatus contro il) 177
Bacillo tubercolare (Un caso di morte per somministrazione di dosi minime di un prodotto di scomposizione di) 114
Bacillo tubercolare (Sul metodo Mori per la colorazione rapidissima del) 761
Bacillo tubercolare (Le sindromi a distanza provocate dal) 159
Bacillo tubercolare (Reperibilità delle forme filtrabili del) nei polmoni e nei gangli 801
Bacillus abortus (Sui rapporti fra m. melitense e). Ricerche sperimentali 303
Bacillus anthracis (Sulla azione patogena del) 713
Bacterium coli (Sulla biologia del) 426
Bacterium coli (Sulla definizione del) e sulla sua distribuzione nel mondo esterno 352
Bagni di fango (L'azione dei) sulla tensione arteriosa 232
Bagni solforosi (Su di una speciale forma di sterilità curabile con i) 329
Bagno (Esercizi fisici nel) 981
Balano-postiti (Etiopatogenesi e cura delle) 975
Bang (Sulla setticemia da) o da Bruce 666
Batteri (Un nuovo metodo per la colorazione delle ciglia dei) 603
Batterica (Contributo allo studio della flora) delle suppurazioni croniche auricolari 402
Batteriofago di d'Herelle (Applicazioni oto-rinologiche del) 1160
Baumgarten (La sindrome di) 567
Berberina (La) nella cura del paludismo 1020
Beri-beri (Nosografia e terapia del) 226
Bile (Se il salicilato di sodio si elimina attraverso la) e se le conferisce potere battericida 150
Bile (L'influenza della stasi sul microbismo della) e della cistifellea dei cani 1104, 1185
Biliari (Il «pericolo epatico» nelle operazioni sulle vie) 620
Bilharziosi intestinale (Il primo caso di) osservato in Cirenaica 1196
Biologia generale (Su di una nuova ipotesi di) 555
Biopsia chirurgica (Sulla rapida diagnosi istologica nella) 527
Bismutica (Contributo alla terapia) della psoriasi 1197
Bismutici (Gli accidenti locali da iniezioni di preparati) 380
Bismuto (Ritenzione endomuscolare di) 499
Bismuto (Miscela di calomelano e) nella cura della sifilide terziaria 357
Bismuto (I preparati di) nella cura della sifilide congenita 495
Bismuto (I preparati di) nella paralisi progressiva 1198
Bismuto (Ricerca rapida del) nel sangue e nei liquidi dell'organismo 141
Bismuto (La ricerca del) nel sangue e nei liquidi organici 620
Bismuto (Il) nei tessuti e liquidi oculari 686
Bismuto (Il) nella terapia intraarachidea della tabe 17
Bismuto (Il tioglicolato di) nella cura della sifilide 328
Bismutoterapia (Le dosi molto elevate nella) 1120
Blastomi benigni dell'utero (Metamorfosi metaplasiche dei) 134
Blastomi mammari (Problemi biologici per la terapia dei) 354
Blefaro-congiuntivali (Le affezioni) nei neonati eredo-luetici 1215
Blefaro-congiuntivite da rinite vasomotoria 1050
Blenorragia (Autovaccino polimicrobico nella) 43
Blenorragia (Contributo alla conoscenza del valore diagnostico della deviazione del complemento nella) 425
Blenorragia (Cura organotropa della) 110
Blenorragia (I derivati dell'acridina nella cura della) 209
Blenorragia (La deviazione del complemento nella) 997
Blenorragia (Esperienze sulla chemioterapia endovenosa nella) 86
Blenorragia (Iniezioni endovenose di gonacrina nel trattamento della) 110
Blenorragia (Iniezioni endovenose di gonacrina nella cura della) 351
Blenorragia (Le metastasi oculari della) 351, 997
Blenorragia (Una rara complicanza della) 712
Blenorragia (Sulla sierodiagnosi della) 1127
Blenorragia (Il Targesin nella) 303
Blenorragia (L'acridinoterapia nella) e nelle infezioni delle vie urinarie 980
Blenorragia (Importanza della) come infezione generale 641
Blenorragia (La) nella Puglia 60
Blenorragia acuta (Terapia abortiva della) con le iniezioni intravenose di glucosio 66
Blenorragia cronica (Il trattamento della) coll'inoculazione della malaria 11
Blenorragia nelle vergini (Elettrodo diatermico per la cura della) 84
Blenorragia (Sulla) uretrale dell'uomo 453
Blenorragici (La intradermoreazione nei processi) 449
Blenorragico (Il pus) come rimedio in manifestazioni gonococciche 87
Bleu di Berlino (La reazione colloidale del) 425
Bleu di metilene (Il) e il rosso scarlatto nella pratica otorinolaringoiatrica 1221
567

Digitized by Google

Bleu di metilene (Il) nelle lesioni corneali 526
Bleu di toluidina fenicato (Nuovo metodo di colorazione dei preparati microscopici col) 1175
Borato di soda (Il) in medicina interna 526
Borato di soda (Il) per iniezioni endovenose 141
Borato di sodio (Il) nella terapia gastrica 92
Borocaine (Le) nella lotta contro il cocainismo 166
Botriomicosi (Un caso di pseudo-) umana a sede rara 620
Bottone d'Oriente (La terapia del) 661
Bradicardia nodale permanente (Un caso di) 854
Bradicinesia (Ricerche sperimentali nella) dei malati di encefalite cronica 352
Bradidattilia (Sulla) nei folli, sua importanza biologica e suo possibile valore semiologico 854
Brodo-vaccini (Di alcune applicazioni dei) e degli antivirus in otorinolaringoiatria 84
Bromo (L'associazione stronzio-) nella terapia dermatologica 951
Bromo (Il) nella corizza da fieno 1042
Bromoformio (Formule per la somministrazione del) 119
Bromuro di sodio (Il) nelle malattie dello stomaco 188
Bronchi (Trattamento chirurgico della dilatazione dei) 544
Bronchiale (Lombricosi) 923
Bronchite (La) cronica sifilitica 973
Bronchite fetida (Il salvarsan nella) 1028
Bronco-pneumomicosi aspergillina 896
Broncopneumonite infantile (Nella) 214
Broncopolmonite da influenza e trombo-arterite dell'aorta addominale 149
Broncospirochetosi del Castellani (Nella) 284
Bruce (Sulla setticemia da Bang o da) 603
Bulbo duodenale (Il) all'imagine röntgen 966

C

Cachessia ipofisaria (La malattia di Simmonds) 691, 900
Cadaveri (L'identificazione dattiloscopica dei) 568
Cadaveri esumati (Possibilità diagnostiche nei) 568
Cadmio (Il) nella malaria 1040
Caduta nell'acqua da grande altezza (Gli effetti della) sugli organi interni 758
Calcio (La milza in rapporto al ricambio del) 769
Calcio (Il cloruro di) ed il gluco-calcio per via endovenosa nella epilessia 1028
Calcio (Il contenuto del sangue in) e potassio 565
Calcio (Il contenuto di) nel sangue materno e fetale 211
Calcio (L'eliminazione del) nel diabete mellito pancreatico 994
Calcio (Influenza dei sali di sodio e di) sulla glicemia 800
Calcio (Il ricambio del) e gli estratti paratiroidei in un caso di osteomalacia 1063
Calcio (Il) per via endovenosa nell'annessite gonorroica 495
Calcoli (Importanza diagnostica della cistografia nei diverticoli,) tumori e malformazioni della vescica 1151
Calcoli ureterali (Un nuovo apparecchio per l'estrazione di) attraverso l'uretra 377
Calcolo ureterico a sede bassa (Metodo improvvisato e semplice per l'estrazione di un) 1071
Calcolosi (La cistifellea a fragola in rapporto alla) 620
Calcolosi del bacinetto (Un raro caso di idronefrosi parziale e) operato col processo del Fey modificato da Padula e pielolitotomia anteriore 853
Calcolosi del pancreas (Intorno alla) 1149
Calcolosi in rene a ferro di cavallo 1152
Calcolosi renale latente a tipo di gastro-enteropatia riflessa 803
Calcolosi (La) renale senza dolore 430
Calcolosi ureterale (Radiografia e) 136
Calcolosi ureterale (La stenosi ureterale come fattore etiologico nella) 109
Calcolosi ureterale (Su di un caso di) 66
Calomelano (Miscela di) e bismuto nella cura della sifilide terziaria 495
Calorosio (Le iniezioni endovenose " goutte a goutte „ di) 994
Calvizie (La) in rapporto alla endocrinologia sessuale 401
Cancerosi (Sull'assistenza ai) 1074
Cancrena cutanea, in seguito ad avvelenamento da ossido di carbonio 283
Cancrena spontanea (La surrenalectomia nella terapia della) 1172
Cancrena spontanea e surrenalectomia 995
Cancrena spontanea nei sifilitici 84
Cancro (A proposito dell'eredità del) 517
Cancro (Contributo alla siero-diagnosi del) 1
Cancro (Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici per il) 1073
Cancro (I danni economici della tubercolosi e del) 498
Cancro (Disciplina e controllo della radioterapia del) 1074
Cancro (Le incognite della radiosensibilità del) 1175
Cancro (Iniezioni di autolisati cancerosi nella cura del) 855
Cancro (Per la lotta contro il) 954
Cancro (Metodi di propaganda nella lotta contro il) 1072
Cancro (Una nuova reazione per la diagnosi del) 509
Cancro (I preparati di piombo nella cura del) 421
Cancro (Risultati lontani della resezione gastrica pe.) 305
Cancro (La statistica sanitaria demografica del) in Italia 1072
Cancro (Totale cistectomia per) 750
Cancro (Le condizioni di attecchimento del) nei polmoni 738
Cancro (Primi risultati della reazione di Botelho nella diagnosi di) con speciale riferimento agli epiteliomi cutanei 570
Cancro (Reazione diagnostica del) secondo Roffo 667
Cancro (Lo stato attuale della radiumterapia del). Tecnica generale. Applicazioni esterne. 594
Cancro (In tema di dolore nel) dell'utero 662
Cancro del collo dell'utero (La terapia Röntgen del) 203
Cancro del collo e gravidanza 10
Cancro dei genitali femminili (Ricerche ematologiche nel) prima e dopo la terapia Radium-Röentgen 998
Cancro inoperabile dell'urocisti (La folgorazione nel) 1199
Cancro intraorale [Il radon (emanazioni di radio) nel trattamento del] 468
Cancro del laringe (L'ausilio chirurgico nella radioterapia del) 1159
Cancro della laringe (Röentgenterapia del) 135
Cancro della mammella (La frattura spontanea del femore da metastasi di) 353
Cancro primario del pancreas (Sulla istogenesi del) 619
Cancro primitivo delle trombe utero-ovariche 971
Cancro dei radiologi guarito con la diatermo-coagulazione 1024
Cancro della regione periampollare del duodeno 1070
Cancro rettale (Resezione sacrale del) 880
Cancro (Il) dello stomaco. Diagnosi e trattamento precoce 809
Cancro uterino (La diagnosi precoce del) 913
Cancro dell'utero (La eosinofilia locale nel) 471
Cancro (Se il) sia una malattia locale o generale 518
Cancro-cirrosi (Istogenesi della) o cirrosi adenomatosa maligna 954
Cancro-cirrosi epatica (Alcune osservazioni cliniche sopra due casi di) 258
Canfora (Sull'azione della) in chirurgia 1204
Cangrena ischemica (L'inversione circolatoria degli arti come cura preventiva della) 279
Cangrena spontanea degli arti (La surrenalectomia nella) 375
Capelli (Se i) possano improvvisamente imbiancare 583
Capezzolo (Stillicidii sanguigni dal) 880
Capillari in alcune nefropatie infantili 1049
Capsule surrenali (Studio sperimentale sulla enervazione delle) 354
Carbonchio (Sulla cura del) 308
Carbonchio intestinale (Sulla diagnosi precoce del) 837
Carbonio (L'avvelenamento acuto da ossido di) 642
Carcinoma (Sulla guarigione spontanea del) 105
Carcinoma (Le iniezioni endovenose di destrosio nella röntgenterapia del) 920
Carcinoma (Il trapianto nella cura biologica del) 822
Carcinoma gastrico (La frequenza del) nei giovani 755
Carcinoma genitale (Diagnosi differenziale fra sangue mestruale e sangue da) 1002
Carcinoma della mammella maschile 381
Carcinomi (Il glicogeno nei) 280
Carcinomi della prostata e metastasi vertebrale 619
Cardiaca (Il valore clinico della tonicità) 732
Cardiaci (Azione diuretica delle iniezioni endovenose di adonidina nei) 733
Cardiaci (L'elettrocardiografia nel meccanismo dei farmaci) 444
Cardiaci (Disturbi) consecutivi al tifo esantematico 520
Cardias (Plastica del) nella dilatazione idiopatica dell'esofago 353
Cardiocentesi (La) ravvivatrice 710
Cardiocentesi (Sulla) rianimante 31
Cardiorrafia (La tecnica della) 851
Carenza (Lesioni chirurgiche osteo-articolari da) 323
Carie dentaria (La terapia vaccinica locale nella) 65
Carotideo (Di una rara anomalia del sistema) 690
Carotidi (Influenza dell'allacciatura delle) e del salasso sull'ictus anafilattico 837
Castrazione (La) con i raggi Röntgen nelle annessiti 228

Digitized by Google

Castrazione Röntgen (Conseguenze e valore della) 400
Catameniale (Ossidasi leucocitarie e funzione) 1105
Cataratta (Estrazione intracapsulare della) 853
Cataratta (Insulina e operazione di) 619
Cataratta (La) elettrica 737
Catgut (Sulla conservazione intraoperatoria della sterilità del) 851
Catrame (Tumori sperimentali del rene e dell'uretere da) 1147
Caustico di Filhos (Le indicazioni del) nel trattamento delle metriti del collo
Caverne pneumotubercolari nella prima e seconda infanzia 950
Cecità (Sordità famigliare associata a) e demenza 687
Ceco (Ernia da scivolamento del) senza sacco 852
Celebrità mediche del Sannio alla R. Università di Napoli 1197
Cellula nervosa (Su alcune speciali formazioni intraprotoplasmatiche della) 505
Cellule giganti di Bizzozero (Sull'attività fagocitaria delle) 663
Centri nervosi (Sull'azione dell'insulina a diretto contatto coi) 762
Centro cerebrale (Sull'esistenza di un) del sonno 999
Cerio-torio-calcio (L'associazione) in dermatologia 734
Certificato (Il) prenuziale all'Estero 159
Cervelletto (Atteggiamenti del capo e degli arti da lesione del) 1033
Cervelletto (Un caso di raro glioma cistico del) 828
Cervelletto (Agenesia totale del) in un uomo di 28 anni 640
Cervello (Contributo allo studio delle cisti ematiche del) 352
Cervello (Difetti evolutivi del) dal punto di vista patogenetico 1147
Cesarea classica (Indicazioni della) nella placenta previa 619
Cesarea Porro (Nel cinquantesimo della prima operazione) 183
Cesarea post-mortale con feto vivo 331
Cesareo (Intervento) dopo la morte della madre 327
Cesareo (Taglio) in utero inerte per enorme distensione da gravidanza protratta oltre i 300 giorni 468
Chemioterapia antigonococcica con derivati dell'acridina e delle aldeidi 523
Cheratoderma blenorragico 110
Cheratosi blenorragica 855
Cheratosi spinulosa (Su di un caso di) in soggetto con infantilismo 469
Chiasma (Emianopsia eteronima binasale da lesione del) e della sella turcica senza sintomi di disfunzione ipofisaria 1026
Chiluria (Tentativi di cura chirurgica della) 616
Chimismo gastrico (Il cloridrato di istamina per la prova del) 1153
Chinidina (Sulle alterazioni circolatorie negli avvelenati da chinina. L'azione della chinina e della) nell'extrasistolia e nella tachicardia parossistica. Chinina e funzione circolatoria nei malarici 397
Chinina (Sulle alterazioni circolatorie negli avvelenati da). L'azione della chinina e della chinidina nell'extrasistolia e nella tachicardia parossistica. Chinina e funzione circolatoria nei malarici 259
Chinino (Anafilassi da) 259
Chinino (Il) in chirurgia 800
Chinino (Il) nella pulmonite crupale 108
Chinino (Il) nella febbre orinaria 741
Chirurgia (Sopravvivenze superstiziose in) 1154
Chorea minor (Sulla istopatologia della) 117
Cianosi (La) cronica idiopatica 497
Cifosi dorsale inferiore degli adolescenti 543
Cilindroma dello sfenoide 881
Circolazione sanguigna (Anastomosi fra la piccola e la grande) 906
Circolazione totale (Esperienza di misurazione nell'uomo del tempo di) 561
Cirrosi (Anastomosi fra vena porta e vena cava nel trattamento dell'ascite da) 355
Cirrosi alcoolica ipertrofica 543
Cirrosi epatica (Lo sfregamento epatico nella epatite cronica interstiziale diffusa:) 122
Cirrosi epatica (Porte accessorie e porte aberranti nella) 396
Cirrosi grasse e cirrosi tubercolari del fegato 725
Cirrosi sperimentale (Contributo allo studio della) 403
Cirrosi tubercolari (Cirrosi grasse e) del fegato 1105
Cistectomia (Totale) per cancro 403
Cisterna magna (Puntura della) nelle paracusie 756
Cisti cerebellare (L'esame auricolare in un caso di) 42
Cisti congenite intratonsillari 41
Cisti dentarie e paradentarie (Origini delle) 593
Cisti dermoide del mediastino anteriore 258
Cisti da echinococco dell'epiploon e cisti ovarica 1148
Cisti da echinococco della vescica 381
Cisti ematica del collo 160
761
Cisti ematiche (Contributo allo studio delle) del cervello 1147
Cisti idatidea del fegato in un bambino di 5 anni e sacralizzazione della 5ª lombare
Cisti linfatica multiloculare del collo da malformazione congenita in un adulto 208
Cisti mesenterica multiloculare (Voluminosa) 529
Cisti ossee (Tumori a mieloplassi e) 1011
Cisti ovarica (Cisti da echinococco dell'epiploon e) 1224
Cisti del pancreas (Su di un caso di) 381
Cisti sebacee (Cura radicale delle) con lo xilolo 232
Cisti del III ventricolo con distruzione totale della regione infundibolare, senza segni ipofisari 357, 548
Cisticercosi cerebrale (Per la diagnosi di) 226
Cistifellea (Enervazione del collo della) e del cistico 637
Cistifellea (L'influenza della stasi sul microbismo della bile e della) dei cani 1148
Cistografia (Sulla) 620
Cistografia (Diverticoli ureterali e reflusso vescico-ureterale messi in evidenza con la) 1151
Cistografia (Indicazioni, tecnica e limiti della) 1152
Cistografia (Contributo alla) con metodo combinato 1151
Cistografia (Importanza diagnostica della) nei diverticoli, calcoli, tumori e malformazioni della vescica 1152
Cistografia (La) nel reflusso. A proposito di un caso di reflusso vescico-renale bilaterale congenito 1151
Cloro gazoso (La sterilizzazione delle acque cloacali col) 1152
Cloroformio (Il) iodato come antisettico in chirurgia 118
Cloroma (Contributo allo studio del) 21
Clorosi (Una malattia che scompare: la) 1224
Cloruri (Sui) del sangue in ostetricia 427
Cloruro di calcio (L'azione diuretica del) 211
Cloruro di calcio (Il) nella cura della tubercolosi polmonare 707
Cloruro di calcio (Il) nell'eczema 838
Cloruro di calcio (Il) nell'intossicazione da cocaina 430
Cloruro di calcio (Il) ed il gluco-calcio per via endovenosa nella epilessia 46
Cloruro (Il) di cobalto in terapia 1028
Cocaina (Il cloruro di calcio nell'intossicazione da) 132
Cocaina (Azione della) sul labirinto acustico 46
Cocainismo (Le borocaine nella lotta contro il) 1159
Coito (La infezione colibacillare delle vie urinarie in rapporto al) 166
Coito (Rottura vaginale da) 64
Colecistectomia (Gli insuccessi della) 471
Colecistectomia (Ricerche sul contenuto colesterinico del siero di sangue in rapporto alla) 253
Colecisti (Sui metodi di colorazione della) in radiografia 1035
Colecisti-enterostomia (Studio sperimentale nella) 902
Colecistite acuta (Diagnosi differenziale tra la gravidanza extrauterina interrotta, l'appendicite acuta e la) 617
Colecistite acuta in un bambino di 4 anni 857
Colecistite (La) amebica primitiva 350
Colecistite calcolosa a sindrome gastralgica 901
Colecistite (La) lipoidea 553
Colecisto-gastrostomia (La) 473
Colecistografia (Sulla) 801
Colecistografia (Un anno di esperienza sulla) 927
Colecistografia (Una nuova sostanza per la) per via orale e duodenale 619, 1024
Colecistografia (La) nelle malattie delle vie biliari 444
Coledoco (Le alterazioni anatomiche del fegato e della milza secondarie alla legatura del dotto) 843
Coledocotomia (La) ideale 1149
Colelitiasi (Sulla) 1147
Colelitiasi (Echinococcosi epatica in rapporto alla) 637
Colelitiasi (Le manifestazioni gastro-intestinali della) 388
Colelitiasi (Rapporti fra cura medica e chirurgica nella) 108
Colera (Dimostrazione rapida del vibrione del) con un nuovo apparecchio per siero-diagnosi 847
Colesterina (La) nel sangue materno, fetale, retroplacentare 378
Colesterinemia (La) negli splenectomizzati 66
Colesterinico (Ricerche sul contenuto) del siero di sangue in rapporto alla colecistectomia 1035
Colesterolo (Sull'attività antirachitica del), dell'ergosterolo e di analoghe sostanze irradiate 1196
Colica epatica (La indagine radiologica dell'attacco doloroso nella) 849
Colica epatica (Tabagismo e) 760
Colite ceco-ascendente simulata da una sindrome urinaria 1228
Collasso (Il) lobare del pulmone 947

= 1689

Digitized by Google

Collassoterapici (La riduzione della superficie respiratoria dopo interventi) 405
Colon (La flessura lienale del) nelle splenomegalie 156
Colon (Influenza sul tono e sulla motilità del) di varie stimolazioni ormoniche 1102
Colon distale (Manifestazioni pseudo-appendicolari come sintoma iniziale nei processi del) 806
Coloptosi e stitichezza 1103
Coma diabetico (I perturbamenti circolatori nel) 82
Comatoso (Le pupille come elemento diagnostico nello stato) 1124
Complemento (Il) secco di cavia nella reazione di fissazione 445
Complicanze polmonari (Come evitare le) in chirurgia gastrica 15
Comprale (Il) 236
Compton (Rilievi ed ipotesi intorno ad alcune conseguenze fisiche e biologiche dell'effetto). Alcune rivendicazioni personali 662
Comunicazione interventricolare (« *Situs viscerum inversus* » *complicato a stenosi dell'arteria polmonare e*) 869
Conduzione seno-auricolare (Su due casi di disturbi della) 354
Congressi e convegni:
Conferenza internazionale sulla rabbia 620
Congresso (*III*) *dell'Associazione internazionale d'Idrologia medica* 1076
Congresso (*II*) *della Federazione Nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi* 1128
Congresso (XII) *Internazionale di Idrologia, Climatologia e Geologia medica* 1075
Congresso (*IV*) *internazionale di medicina e farmacia militare* 762
Congresso internazionale di Urologia in Bruxelles 833
Congresso (XXXIV) *Italiano di Chirurgia* 1137
Congresso (*VII*) *Italiano di Medicina del Lavoro* 1131
Congresso (*III*) *Italiano di Medicina Legale* 641
Congresso (*II*) *Italiano di Oto-Neuro-Oftalmologia* 41
Congresso (XXIII) *Italiano di Otorinolaringologia* 1154
Congresso (XII) *Italiano di Pediatria* 1044
Congresso (*VI*) *Italiano di Urologia* 1151
Congresso (XII) *di Medicina Legale di lingua francese* 955
Congresso (XVIII) *Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica* 1206
Congresso (*V*) *Nazionale d'Igiene* 1226
Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista 766
Congresso (XVIII) *della Società Italiana di Ortopedia* 1222
Congresso (XIV) *della Società Svizzera di Chirurgia* 570
Congresso (I) *della Stampa medica Latina* 454
Congresso (*I*) *Panamericano della tubercolosi* 1176
Convegno (*I*) *Nazionale della Lega Italiana per la lotta contro il Cancro* 1072
Contrattura ed emianestesia isterica d'origine traumatica 256
Contusioni cerebrali (Il metodo decompressivo di Cushing nelle fratture craniche e) 741
Convallaria (Azione tonicizzante della) sul miocardio 309
Convulsivanti (Sull'azione combinata di farmaci) e sali di metalli alcalini ed alcalino-terrosi 738
Corea (Il cacodilato sodico ad alte dosi nella terapia della) 166
Corion epitelioma a lunga latenza 352
Corizza da fieno (Il bromo nella) 1042
Corizza nervosa (Forma alternante di faringite secca e) 1158
Coriza nervosa aperiodica (Osservazioni anatomo patologiche sulla) 1158
Corizza spastica (La roentgenterapia nel trattamento dell'asma e della) 1199
Corneali (Degenerazioni) nel tracoma 427
Corpi estranei (Sulla questione dei) dimenticati nelle operazioni 39
Corpo luteo (Sulla natura chimica della secrezione del) 954
Corrispondenze (*Nostre*):
Da Bari
Da Bergamo 142
Da Buenos Ayres 142
Da Campobasso 934
Da Catania 647
Da Firenze 839
Da Leysin 476, 1055
Da Milano 1031
Da Pisa 670
Da Roma 815, 839
Da Taranto 455, 647, 719, 863, 910
Da Trieste 382
Da Varsavia 911
Da Venezia 1006
Da Vienna 551, 839, 1182
Cortico-pleuriti (Le) nell'infanzia 1231
Costante ureo-secretoria (Azotemia e) pre e post-operatorie 133
Costipazione (La pilocarpina nella ritenzione di urina e nella) 1142
Costituzionale (*L'importanza del fattore*) *nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni sul lavoro* 980
Costituzione (Gli studi sulla) in rapporto alla chirurgia 642
Costituzione e tubercolosi (Stato attuale delle nostre conoscenze sui rapporti fra) 158
Costola (La resezione della prima) 1129
Costole cervicali Osservazioni cliniche e classificazioni 39
Coxa plana (La) l'artrite deformante dell'anca e la loro origine ereditaria 856
Coxoartriti (*Trattamento delle sindromi consecutive alle*) 132
Cranio (Esiti di traumatismi del) e loro trattamento 714
Craniorinorrea (Un caso di) 977
Crescenza (*Malattie di*) 549
Crescenza (L'opoterapia associata nelle malattie di) 1085
Crescenza (Influenza dei lipoidi sulla) dell'organismo 1106
Cresopirina (La) 1105
Criminologia (L'uso dei raggi ultravioletti in) 718
Crisi emoclasica aspecifica quale reazione di difesa 1034
Crisi emoclasica (*La*) *determinata con l'intradermo-reazione alla Casoni nei portatori di cisti da echinococco* 794
Crisi gastriche tabetiche (Il solfato di magnesio come rimedio delle) 777
Crioterapia (Cura dell'alopecia areata con la) 475
Crioterapia (La cura del lupus eritematoso con la) 46
Cristalli del Florence (Per ottenere dei preparati permanenti di) 113
Cromoscopia (La) gastrica 1078
Croup difterico (Tracheotomia e intubazione nel) 780
Croup primitivo e pseudo-croup per corpo estraneo nel tubo laringo-tracheale 185
Cultura all'agar-tapioca (Un nuovo mezzo di) 215
Cuore (Appunti bibliografici e critici sul tessuto specifico del) 232
Cuore (Un caso di sutura del) seguito da guarigione 854
Cuore (Contributo allo studio della rianimazione del) e del respiro nei gravi accidenti da narcosi. Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca 330
Cuore (L'esame radiologico del) per la valutazione della resistenza dell'operando 713, 1142
Cuore (*La tubercolosi del*) *e dei vasi* 1142
Cuore (Il volume del) ai raggi X 442
Cuore ipertiroideo 711
Cuore (Il) vagale nella infanzia 782
Curaro (Come il) svolge l'azione sua in rapporto alla velocità di iniezione nei mammiferi 711
Cure idrominerali (Le basi anatomiche e patogenetiche delle) in ginecologia 524
Cutanea (*Sulla terapia*) *generale odierna* 1075
Cutanea (Di un caso di particolare suscettibilità) a stimoli chimici e fisici 730
Cute (*Esperienze con estratti di*) 1026
Cute e paratiroidi 918
Cutireazione tubercolinica alla Pirquet (Influenza dei raggi ultravioletti sulla) 114, 426
Cutireazioni (Le) col vino nei gottosi 305
Cutireazioni farmacodinamiche (Esperienze con alcune) 14

D

Dacriocistiti (Sulla cura delle) 115
Dattiloscopica (L'identificazione) dei cadaveri 20
Decholin (La) nuovo diuretico 568
Deferentectomia (La) 47
Deformità di Madelung familiare 877
Delinquenza da encefalite epidemica 445
Delinquenza specifica epilettica (Le caratteristiche principali della) 657
Demenza (Sordità famigliare associata a cecità e) 209
Demenza (La) bradifrenica postencefalitica 822
Demenza (*La*) *precoce infantile* 277
Demenza presenile artero-sclerotica 306
Demorfinizzazione e solfato di magnesio 328
Denti distrofici (*I*) *e la sifilide ereditaria* 354
Dentizione (Contro gli accidenti della prima) 355
Dermatite (La) medicamentosa da fenolftaleina 982

Digitized by Google

Dermatocatalasi (La)
Dermatosi del cuoio capelluto (Cura delle più comuni) 592
Dermatosi e desensibilizzazione 67
Dermatosi (Le) precancerigne 11
Destrosio (Valore delle iniezioni di), durante il trattamento radioterapico di affezioni maligne 574
Diabete (L'avitaminosi nel corso del) 639
Diabete (Guanidina, acoina e) 262
Diabete (Il radio nel trattamento del) 941
Diabete (Rimedi vari del) 65
Diabete (La sintalina nella cura del) 664
Diabete (Alcune considerazioni sulla cura del) con l'insulina 830
Diabete (Variazioni di intensità dell'azione insulinica nel); casi di insulino-resistenza 352
Diabete (Innesti fetali omogenei nel) e nei tumori 785
Diabete e gravidanza 1147
Diabete (Il) e la teoria della fissazione strutturale 595
Diabete consuntivo (L'insulina nel) 217
Diabete infantile trattato con l'insulina 878
Diabete insipido (Insulina e jonoterapia nel) 309
Diabete insipido (Trattamento del) con somministrazioni orali di novasurol 687
Diabete (Il) latente in rapporto ad alcune affezioni cutanee 100
Diabete mellito (Infezione a focolaio e) 923
Diabete mellito (L'influenza dell'ergotamina sulla glicemia negli animali e nell'uomo sano. Suo impiego nella terapia del) 107
Diabete mellito (I perturbamenti della secrezione pancreatica esterna nel) 891
Diabete mellito (Ulteriori risultati ottenuti con l'insulina atossica nel) 447
Diabete mellito giovanile (Tubercolosi e) 403
Diabete mellito pancreatico (L'eliminazione del calcio nel) 107
Diabete mellito e lesioni ipofisarie 994
Diabete renale 1022
Diabetica (Una nuova sostanza anti) 928
Diabetici (Come preparare i) prima dell'intervento chirurgico 994
Diabetici (Trattamento insulinico di malati non) 357
Diabetici obesi (Il dimagramento che sopravviene nei tubercolotici e nei) 1172
Diabetico (Come si classifica e come si sorveglia un) 520
Diafanolaringoscopia (Nuovo dispositivo per la) 1
Diastasi (La) dell'urina e del sangue nel campo ostetrico 228
Diastasi (La) nell'urina per la diagnosi della acuta necrosi pancreatica 662
Diastasico (L'esame della funzionalità renale in gravidanza; rapporti fra la prova della fenolsulfonftaleina e l'indice) 733
Diatermia (Gli accidenti della) 998
Diatermia (Applicazioni recenti della) 547
Diatermia (Le indicazioni della) 621
Diatermia (Sulla efficacia della) nella sindrome di Flajani-Basedow 329
Diatermia (Radioterapia e) nella cura delle nevralgie 659
Diatermia (La). Ciò che si può e ciò che si deve chiederle 926
Diatermia (La) della milza nell'asma bronchiale 178
Diatermia (La) e la diatermocoagulazione nella cura delle emorroidi 371
Diatermia (La) in rapporto alle osteo-sintesi metalliche 803
Diatermia (La) nella cura della sordità 786
Diatermia (La) nelle ipoplasie utero-ovariche 759
Diatermia (La) nelle sindromi dolorose dell'addome 211
Diatermiche (Applicazioni) in ginecologia 758
Diatermiche (Nuova forma di elettrodo per le applicazioni) della prostata e delle vescichette seminali 688
Diatermo-coagulazione (L'amigdalectomia mediante) 667
Diatermo-coagulazione (Cancro dei radiologi guarito con la) 952
Diatermo-radio-terapia (La) nelle affezioni prostatiche 1024
Diatermoterapia (La) nelle affezioni pulmonari 829
Diatesi emorragica (Sulla terapia di alcune forme di) 1022
Diatesi emorragica (Cura della) nei bambini 1095
Diatesi (La) emorragica nella endocardite lenta 525
Diatesi emorragica e tubercolosi nodulare della milza 1095
Diatesi (Le) emorragiche 1095
Diatesi emorragiche (Osservazioni sopra l'azione delle vitamine nelle) 1092
Dicodid (Il) 1095
Dieta (La) prima e dopo le operazioni 382
Difterica (Intossicazione) e lesioni muscolari 499
Difterica (Immunizzazione anti-) per via nasale 448
Difterite (Il cavallo nella diffusione della) 1069
Difterite (Etiologia e patogenesi degli esantemi nella) 1053
Difterite (Influenza della sieroterapia sulla adenite cervicale nella) 906
Difterite (Trattamento locale della) 325
Difterite (La vaccinazione contro la) con l'anatossina difterica 575
Difterite grave (Il siero antistreptococcico nella) 275
Difterite vulvare primitiva 1219
Digitalina (La) per via rettale 382
Digiuno (Ricerche sulla rialimentazione dopo il) 1028
Digiuno prolungato (Sulla curva glicemica nel bambino durante il) 496, 523
Dilaudid (Il) nuovo derivato della morfina 376
Dimagrimento (Il) che sopravviene nei tubercolotici e nei diabetici obesi 1002
Diplopia monoculare 520
Discondroplasia di Ollier (Cinque casi di) 44
Disfagia della tubercolosi laringea? (Anestesia o resezione del nervo laringeo superiore nella) 1225
Disfunzione sessuale da congestione prostatica 497
Disgeusie (Disosmie,) e disturbi affini dal punto di vista clinico 472
Dismenorrea (Il fattore meccanico ed endocrino nella sterilità e nella) 1155
Dismenorree (Classificazione e trattamento delle) 66
Disosmie, disgeusie e disturbi affini dal punto di vista clinico 227
Dispepsia da infezione intestinale cronica 1155
Dispnea (Le cause della) nel bambino 1172
Dissenteria amebica (La diagnosi dell'epatite da) 546
Dissentera amebica (Alcuni rimedi recenti nella cura della) 956
Dissenteriforme (Epidemia) in un asilo di alienati 1230
Distonia muscolare deformante o spasmo di torsione 737
Disuria (Fimosi e) nella infanzia 274
Dita ippocratiche (Contributo alla conoscenza e alla genesi delle) 1043
Dito gigante (Per la patogenesi di un) 291
Diuretico mercuriale (Un nuovo): il 440-B 79
Diuretina (Sul comportamento del tasso glicemico negli animali gravidi in seguito ad iniezione di) 526
Diuretina (Sul comportamento del tasso glicemico in seguito ad iniezione di) in coniglio in fregola 497
Diuretina (Sul comportamento del tasso glicemico, in seguito ad iniezione di), in diversi periodi di gravidanza 805
Diverticoli (Importanza diagnostica della cistografia nei) calcoli, tumori e malformazioni della vescica 805
Diverticoli ureterali e reflusso vescico-ureterale, messi in evidenza con la cistografia 1151
Diverticoli vescicali (Contributo alla conoscenza dei neoplasmi nei) 1152
Diverticolo di Meckel (Resezione del) 786
Docce (Le) di vapore riscaldato sotto pressione nella cura degli ascessi apicali acuti 15
Doccia filiforme (Apparecchio per la) in dermatologia 329
Dolordon (Il) 114
Dolore (La chirurgia del) — 886
Dolore (In tema di) nel cancro dell'utero 470
Dolori (La cura dei) dopo le operazioni sull'addome 662
Dolori (Per calmare i) del parto 667
Dolori (La teobromina nei) di origine arteriosclerotica 573
Dolori di origine viscerale (L'anestesia locale sottocutanea nella cura dei) 957
Doppia gravidanza ectopica (addominale e tubarica) 526
Dormalgin (La) nuovo analgesico 133
Dotti biliari [La idroepatosi (dilatazione dei)] 21
Dotti ejaculatori (Cateterizzazione dei) 591
Duodenale (L'esame morfologico del contenuto) in alcune malattie delle vie biliari 593
Duodeno (Cancro della regione periampollare del) 823
Duodeno (Stenosi croniche del) 1070
Duodeno-digiunale (Spostamento dell'angolo) 971
Duodeno-digiunostomie (Alcune) 800
Dysmenural [già Uratal] (Il) 928

E

E 107 (Avertina) (La narcosi rettale coll') 886
E 107 (Narcosi intrarettale mediante l') 565
E 107 (La narcosi con l'avertina:) nell'infanzia 850
Echinococco (La crisi emoclasica determinata con l'intradermo-reazione alla Casoni nei portatori di cisti da) 1219
Echinococco (Su di una rara localizzazione di cisti di) 777
Echinococco (L') delle ossa pelviche 817
Echinococco polmonare (Casi atipici di) 419
Echinococco polmonare (Quando e come dev'essere operato l') 261

Digitized by Google

Echinococco primitivo dell'omento 549
Echinococcosi epatica in rapporto alla colelitiasi 637
Echinococcosi (L') peritoneale 957
Echinococcosi peritoneale (Diagnosi della) 694
Echinococcosi (La) retroperitoneale 465
Eclampsia (Il solfato di magnesio per via endovenosa ed intramuscolare nella cura dell') 637
Eclampsia (Trattamento chirurgico precoce dell') 183
Eclampsia gravidica (Patogenesi dell') 757, 1125
Eczema (Il cloruro di calcio nell') 430
Eczema (Cura dell') 310
Eczema (Il tiosolfato sodico nel trattamento dell') 214
Eczematizzazioni (Nelle) secondarie 1054
Edema angioneurotico del pene e dello scroto 117
Edema cerebrale (Un caso non frequente di) in un bambino nefritico 807
Edema polmonare (Un caso di) avvenuto durante il parto in una ammalata in corso di pneumotorace terapeutico 18
Edemi (Lo stato colloidale del plasma nella patogenesi degli) 398
Edilizia ospedaliera (Il criterio psicologico nella) 476
Efedrina (L') come anestetico locale 1022
Efetonina (L') 813
Ekropharm (L') nella cura del fluor vaginalis 1053
Elefantiasi (Insuccesso dell'operazione Condoleon-De Gaetano in un caso di) 497
Elefantiasi (Trattamento operatorio della) 924
Elefantiasi ano-rettale (Stenosi rettali,) sifiloma ano-rettale di Fournier 425
Elettricità (Patologia da) e Raggi X 1133
Elettricità industriale (Gli accidenti dovuti alla) 955
Elettro-anestesia (L') 20
Elettrocardiografia (L') nel meccanismo dei farmaci cardiaci 444
Elettrocoagulazione (Tecnica della) delle tonsille 639
Elettrocoagulazione (L') nel trattamento di certe uretriti croniche inveterate 595
Elettrofonocardiografia (La) 707
Elmintiasi (I farmaci nella cura dell') 765
Elmintiasi (La reazione di Jefimow per la diagnosi di) 21
Elmintiasi (Le reazioni al nitrato mercuroso e al nitrato mercurico nelle urine per la diagnosi dell') 948
Emartrosi (Pneumo-artro terapeutico nell') e nell'idroemartrosi traumatiche del ginocchio 902
Ematoma perirenale spontaneo ed aneurisma dell'arteria renale 1070
Ematuria (La diagnosi dell') 593
Ematuria (L') nell'appendicite 755
Ematurie intermittenti (Nefralgia con) da perinefrite sclerosante. Intervento e guarigione 523
Ematurie intermittenti di origine tonsillare 424
Ematurie (Le) nella stenosi cronica uretrale 277
Embolia grassosa (Alcune considerazioni sulla patogenesi della) 136
Embolia polmonare (Le cause della) consecutiva ad atti operativi 254
Embolie (Le) post-operative fulminanti [Cinque casi clinici] 1120
Emetina (Polinevrite da) 1204
Emetina(Ascesso sub-frenico del fegato guarito con) ed epatocentesi 497
Emetina (Il bijoduro di) nelle infezioni da anchilostoma haematobium 667
Emetina (L') nella cura dell'artrite cronica 980
Emianopsia eteronima binasale da lesione del chiasma e della sella turcica senza sintomi di disfunzione ipofisaria 618
Emicrania oftalmoplegica 43
Emicrania oftalmoplegica (Fenomeni di miastenia di muscoli estrinseci oculari nell') e nel parkinsonismo post-encefalitico 711
Emigratorio (I quesiti dell'acclimatazione e il problema) italiano 1110
Emigrazione (Tubercolosi ed) 553
Emigrazione e tubercolosi 1131
Emiplegia (Il riflesso medio-pubico nella) 1173
Emoclasia (Sull') alimentare nel prurigo 712
Emoclasica (Su una nuova emodiagnosi della sifilide mediante la reazione) 508
Emocultura (Prelevamento del sangue per l') 118
Emofiliaci (La capacità tripanocida del siero degli) 82
Emo-linfangioma cistico del grande epiploon 1173
Emolisine (Sulla produzione di) nei conigli a dieta autoclavata. 354
Emopatie (La biopsia del midollo osseo nello studio delle) 801
Emorragia cerebellare guarita chirurgicamente 659
Emorragia intestinale (Valore semejologico e pronostico dell') nei tubercolotici polmonari 615
Emorragia mortale consecutiva a flemmone peritonsillare 452
Emorragici (Patogenesi e trattamento degli stati) 467
Emorragie (Il comportamento dell'a riserva alcalina e del Ph del sangue in seguito ad) e a trasfusioni 1143
Emorragie da aborto (Diagnosi e trattamento delle) 789
Emorragie gastriche postoperatorie (L'autosangue nelle) 545
Emorragie genitali (I preparati di corpo luteo nelle) e nell'amenorrea 934
Emorragie intracraniche (Dimostrazione di) nei bambini morti senza autopsia 568
Emorragia (Le) polmonari nei neonati 780
Emorragie post-operatorie (Cura delle gravi) 357
Emorragie renali (Le lesioni vasali nelle) 521
Emorragie uterine (Relazioni fra disturbi dell'apparato digerente ed) 904
Emorroidi (La diatermia e la diatermocoagulazione nella cura delle) 870
Emorroidi (Sul trattamento delle) 663
Emorroidi (Nelle) dei bambini 21
Emostasi (Ricerche sperimentali sull') renale per innesto plastico con tessuti eterologhi, freschi e fissati 1153
Emostasi (L') nella prostatectomia mediante la « boule montée » 710
Emostasi provvisoria dei grandi vasi profondi (Su una nuova pinza per l') 584
Emoterapia (L') venosa splancnospecifica 1217
Emottisi (Il cloridrato di eroina nelle) 1053
Emottisi (Sulla presunta influenza di particolari treponemi nella determinazione delle) 321
Emottisi (Nelle) tubercolari 958
Empiema pleurico diplococcico nel bambino (Il taurocolato di sodio nella cura dell') 1230
Encefalite (I postumi psichici della) nei giovani 277
Encefalite consecutiva alla vaccinazione antivajolosa 83
Encefalite consecutiva alla vaccinazione jenneriana 214
Encefalite cronica (Ricerche sperimentali sulla bradicinesia dei malati di) 352
Encefalite epidemica (Delinquenza da) 657
Encefalite epidemica (Sopra una forma monosintomatica di) 523
Encefalite epidemica (Le forme periferiche dell') 522
Encefalite epidemica (Inoculazione della febbre ricorrente africana nei postumi di) 805
Encefalite epidemica (Il salicilato di sodio nella cura dell') 1028
Encefalite epidemica (Sindromi psichiche iniziali dell') 929
Encefalite epidemica (La malarioterapia nell') e nel parkinsonismo post-encefalitico 1171
Encefalite epidemica (Parkinsonismo da) in soggetto luetico 761
Encefalite epidemica (Il segno di Argyll-Robertson per la diagnosi differenziale tra) e sifilide sub-acuta del nevrasse 999
Encefalite (L') erpetica sperimentale e la soroplasmosi del coniglio 42
Encefalite letargica (Nuove direttive nella cura della) 258
Encefalite letargica (L'unguento mercuriale nella cura dell') 1230
Encefalite periassiale diffusa di Schilder (Sulla) 327
Encefalite post-morbillosa 866
Encefalite vaccinica 807
Encefaliti acute (La cura delle) 761
Encefalitithe (La terapia delle sindromi post-) 519
Encefalitici (Disordini respiratori post-) 64
Encefalopatie post-vacciniche (Patogenesi delle) 969
Encondroma sarcomatoso della guancia 928
Endocardite lenta (Diagnosi e cura dell') 938
Endocardite lenta (La diatesi emorragica nella) 1095
Endocardite lenta (Isolamento dello strepococcus viridans in tre casi di) 954
Endocardite lenta (Singolare reperto microbico in un caso di): b. para-Pfeiffer 532
Endocardite reumatica (Iniezioni endovenose di violetto di genziana nella terapia della) 253
Endocardite reumatica (Tiroidina e salicilato di sodio nella cura dell') 858
Endocrinide sifilitica (Alopecia areata. Osteomielite ed insufficienza ipofisaria con sifilide ignorata.) 03
Endometrite catarrale (Per la cura dell') 378
Endotelioma addominale (Voluminoso) con estesi fatti necrotici ed emorragici 1212
Endotelioma primitivo della pleura e sindrome frenico-parietale 117
Energie radianti organiche (I lavori di Abrams e le) 992
Enervazione (Ricerche sperimentali sugli effetti della) sull'andamento ed esiti del distacco epifisario 1140
Enfisema mediastinico 857
Enolismo ed alcoolismo 644
Entamoeba histolytica (Un metodo semplice per la coltivazione dell') 1042
Enteriti (Sulla terapia delle) 260

Digitized by Google

Enterocoliti da flagellati (Nelle)
Enterorragia tifosa (Il siero normale di cavallo per via orale nella) 70
Enuresi infantile essenziale e suo trattamento 475
Eosinofilia (Nuovo metodo di rapida colorazione per la ricerca della) 427
Eosinofilia (La) locale nel cancro dell'utero 927
Epatica (Un nuovo caso di anomalia) 471
Epatica (La funzionalità) nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche 1106
Epatica (I sintomi della disfunzione) latente 1106
Epatico (Il pericolo) nelle operazioni sulle vie biliari 1122
Epatite cronica interstiziale diffusa (cirrosi epatica). (Lo sfregamento epatico nella) 1196
Epatite da dissenteria amebica (La diagnosi dell') 396
Epatiti sifilitiche tardive (Diagnosi e terapia delle) 956
Epididimite (Trattamento della) mediante iniezioni sottoperiostali di terebentina 62.
Epididimite gonococcica (Iniezioni endovenose di ioduro sodico nella cura dell') 141
Epididimite gonococcica suppurata 351
Epifaringe (Patologia e chirurgia dell') 258
Epilessia (Il cloruro di calcio ed il gluco-calcio per via endovenosa nella)
Epilessia (Il somnifene nella) 1028
Epilessia (Morfinizzazione ed) da eccitamento afferente nel cane 230
Epilessia e choc anafilattico 595
Epilessia jacksoniana (Contributi sulla terapia della) 1219
Epilessia jaksoniana sensitiva 254
Epilessia (L') nell'infanzia 1219
Epilessia sperimentale nel cane (Contenuto in Ca e K del siero di sangue ed) 1173
Epilessie (Terapia delle) 497
Epilettiche (L'adrenalina come " scatenante „ delle crisi) 931
Epiloia (Una peculiare sindrome neuro-psichiatrica: l') 398
Epiploon (Emo-linfangioma cistico del grande) 1173
Epiploon (Cisti da echinococco dell') e cisti ovarica 1173
Epistassi nel corso di una gravidanza al 4° mese 381
Epitelioma baso-cellulare del lobulo nasale a forma vegetante 471
Epitelioma da radiodermite (Il metodo Bordier nella cura dell') 1158
Epuralgina (L'): nuovo preparato analgesico e antireumatico nella cura della ipertonia vasale 827
Equilibrio (L') acido base e la terapia idrominerale 252
Equilibrio acido-basico (Ricerche sperimentali sulla influenza della tiroidectomia parziale e totale sull') 1075
Eredolue (Idrocele dei lattanti ed) 1150
Eredolue (Su di un segno di) 973
Eredolue (La frequenza dell') nel Brefotrofio di Napoli 1051
Eredo-lue (Frequenza e caratteri della) nell'ultimo triennio di esercizio della Clinica Pediatrica di Napoli 1051
Eredo-lue (Rara manifestazione di) in lattante di sei mesi 1050
Eredo-lues (Un segno probabile di) facilmente rilevabile 402
Eredo-luetici (Le affezioni blefaro-congiuntivali nei neonati) 496
Eredoluetici (La febbre negli) 1050
Eredoluetici (Sul comportamento clinico e sierologico degli) nelle malattie intercorrenti 1051
Eresipela (Immunologia della) 1050
Eresipela (Trattamento antitossinico dell') 108
Eresipela (La trementina nella) e nelle streptococcemie 1171
Ergosterolo (Sull'attività antirachitica del colesterolo, dell') e di analoghe sostanze irradiate 645
Ergotamina (A proposito dell'azione ipoglicemizzante dell') 1196
Ergotamina (L'influenza dell') sulla glicemia negli animali e nell'uomo sano. Suo impiego nella terapia del diabete mellito 983
Ergotamina e istamina 891
Eritema nodoso (L') negli adulti 787
Eritremie acute 1126
Eritrodermia esfoliativa recidivante da rimedi antisifilitici (L'autoemoterapia nella) 331
Eritroedema (Acrodinia) (Presentazione di un caso di) 278
Eritro-sedimentazione (Sul valore diagnostico della) nelle appendiciti 448
Ermafroditismo (Su di un caso di pseudo-) interno (ginandria) in persona coniugata affetta da ernia bilaterale e peritonite tubercolare 248
Ernia (Gli aspetti radioscopici dei vari tipi di) 715
Ernia da scivolamento del ceco senza sacco 254
Ernia del mediastino 1197
Ernie del Treitz (Contributo alla conoscenza delle fossette cosidette peritoneali e delle) 452
Ernia diaframmatica (Contributo alla patogenesi e cura dell') 185
Ernia diaframmatica di origine traumatica 1149
Ernia duodenale sinistra 75
Ernia inguinale (Peritelioma dell'intestino tenue incarcerato in un sacco d') 659
Ernia (Dell') inguinale destra postuma ad appendicectomia 437
Ernia inguino-interstiziale (Un raro caso di) nella donna 961
Ernia lombare gigante 524
Ernia ombelicale (Sulla cura radicale dell') e delle ernie in genere 691
Ernia strozzata (La rachianestesia nell') 355
Erniarii (Contributo sugli pseudo strozzamenti) 1173
Ernie ombellicali (Il processo Burci nelle) 418
Eroina (Il cloridrato di) nelle emottisi 305
Esantemi nella difterite (Etiologia e patogenesi degli) 1053
Esercizi fisici nel bagno 960
Esofago (Dilatazione idiopatica e stenosi congenita dell') 975
Esofago (Plastica del cardias nella dilatazione idiopatica dell') 721
Esoftalmo pulsante (Guarigione spontanea di) traumatico con calcificazione delle arterie endocraniche ed endoorbitarie 353
Esoftalmo pulsante complicato a fenomeni di intenso edema orbitario, guarito spontaneamente 43
Esostosi (Sulle) borsate con corpi liberi 43
Espettorati tubercolari (Presenza di acido urico negli) 1224
Essudati e trasudati (Di alcune proprietà fisico-chimiche degli) 1041
Estratti di cute (Esperienze con) 269
Estratti ipofisari (Gli) nel secondamento e nel dopo-parto 918
Estratti del lobo ipofisario anteriore (Sul valore terapeutico degli) 306
Estratti paratiroidei (Influenza degli) sul rachitismo sperimentale 1021
Estratti testicolari ed ovarici (Sull'azione cicatrizzante degli) 1105
Estratto (L') paratiroideo come antiemorragico 134
Etilene (L') come anestetico in ostetricia 957
Eumicetoma del palato 15
Extrapiramidali (Segni elettrici di perturbazione delle vie) 883
Extrapiramidali (Intorno a un nuovo fascio di fibre): il fascio pallido-peduncolare 784

F

Faringite secca (Forma alternante di) e coriza nervosa peutiche dei) 785
Favismo (Studi sul) 1158
Febbre (La) cancerigna 499
Febbre (La) negli eredo-luetici 276
Febbre di Malta (Forma pseudo-tubercolare della) 673
Febbre (La) di Malta nella prima infanzia 1051
Febbre gialla (Contributo alla nosografia della) 1167
Febbre melitense (Sulle bronchiti e sulle pleuriti che insorgono nel corso della) 618
Febbre ondulante (Un focolaio di) nella provincia di Padova 276
Febbre orinaria (Il chinino nella) 1104
Febbre petecchiale ed infortunistica 906
Febbre puerperale e della lebbra (Il mercurocromo 220 solubile nel trattamento della) 1154
Febbre reumatica (La tonsillectomia nella) 991
Febbre sifilitica (Le condizioni del fegato rispetto alla) 214
Febbre sifilitica tardiva 1053
Febbre tifoidea (Le reazioni cutanee all'inoculazione intradermica di vaccino tifico nella) 566
Febbre tifoidea (Il torcicollo come segno precocissimo della) 236
Febbre (La) transitoria del neonato 77
Febbri (Le) da invasione tubercolare nella infanzia 283
Febbri malariche continue (Di alcune) 309
Fecce (Alcune osservazioni tecniche intorno all'esame microscopico delle) 782
Fecce (Analisi dei grassi nelle) 635
Fecce (Soluzione alcalialbuminata per la ricerca del vibrione colerigeno nelle) 186
Fecce (Chimismo delle) paragonato al chimismo del succo duodenale 740
Fecce (L'esame delle) nelle emorragie occulte 496, 521
Fecce (La ricerca del potere proteolitico nelle) per la semejologia pancreatica 181
Fegato (Cirrosi grasse e cirrosi tubercolari del) 165
Fegato (Di un raro caso di lues terziaria del) 325
Fegato (Influenza della intossicazione proteica cronica sulla funzione biligenetica del) 403
Fegato (Influenza della splenectomia sulla funzione biligenetica del) 116
Fegato (L'insulina nelle affezioni del) 1106
1106
616

Digitized by Google

Fegato (Se possa guarire l'atrofia gialla subacuta del) 498
Fegato (Sui rapporti funzionali fra milza e) 1147
Fegato (Sulle modificazioni della formula emoleucocitaria nelle malattie del) 259
Fegato (Angiocolite verminosa con numerosi ascaridi nel) in bambina di anni due 691
Fegato (Le alterazioni anatomiche del) e della milza secondarie alla legatura del dotto coledoco 842
Fegato (Ascesso sub-frenico del) guarito con emetina ed epatocentesi 497
Fegato (Cisti idatidea del) in un bambino di 5 anni e sacralizzazione della 5ª lombare 208
Fegato (Le condizioni del) rispetto alla febbre sifilitica 566
Fegato (Il mixosarcoma primitivo del) a sintomatologia di ascesso epatico 686
Fegato (Il saggio funzionale del) in chirurgia 827
Fegato (Sindrome di stenosi pilorica determinata da cisti da echinococco del) a parete spessa e dura, simulante un cancro dello stomaco. Intervento. Guarigione 1147
Fegato sifilitico con aspetto caramellato 691
Femore (Fratture della testa del) 275
Femore (Sulle fratture cervico-trocanteriche de') 830
Femore (La frattura spontanea del) da metastasi di cancro della mammella 535
Femore (Trattamento delle fratture del) e dell'omero. Risultati ottenuti con l'uso dei miei apparecchi 737
Femore (Ulteriore contributo al trapianto osseo per rovesciamento della tibia sul) in caso di neoplasia dell'epifisi femorale distale 662
Fenobarbital (Reazioni tossiche da) [Luminal] 886
Fenolo (Il) in sostituzione degli estratti lipoidei per la reazione di Wassrmann nel liquor 121
Fenol-alcool (Del) quale antigene a tuolo fisso per la siero-reazione di Wassermann 1066
Fenolftaleina (La dermatite medicamentosa da) 159
Fenolsulfonftaleina (La) nello studio delle funzioni renali 472
Fenolsulfonftaleina (L'esame della funzionalità renale in gravidanza; rapporti fra la prova della) e l'indice d'astasico 998
Fenolsulfonftaleina (La prova della) negli ipertesi arteriosi 850
Fenomeno di Piotrowski (Il riflesso del malleolo esterno e il) 1173
Fenomeno di Piotrowski e riflesso di Balduzzi 307
Fenomeno (Il) di Rumpel-Leede (segno del laccio) nell'arteriosclerosi e nell'ipertensione 637
Ferite (Il metodo grafico nello studio della cicatrizzazione delle) 928
Ferite (Su un nuovo metodo di protezione delle) dei nervi periferici 1150
Ferite (Il permanganato potassico in polvere sulle) 741
Ferite (Su un nuovo materiale di riunione delle) 326
Feriti (Il trasporto dei) nella guerra di movimento 762
Fermenti (L'azione della luce sui) 786
Fermenti (Ancora dei) nella fisiologia e nella clinica 1107
Fermenti (I) del siero in gravidanza 574
Feto (Il valore reale del nucleo di Béclard come indice di maturità del') 73
Feto (Un) pseudoencefalico 66
Fibre elastiche (Tecnica per la colorazione simultanea dei bacilli tubercolari e delle) 974
Fibroma naso-faringeo in una bambina di due anni 1158
Fibroma uterino (Casi non comuni di) 472
Fibromi (Contributo allo studio dei) della parete addominale 66
Fibromi dell'utero (Tubercolosi genitale infantile e) 66
Fibromioma (Il) rosso 662
Fimosi e disuria nella infanzia 1043
Fistola appendicolare spontanea 305
Fistola vescico-uterina (Nuovo processo operativo per il trattamento della) 276
Flebiti (L'irudinizzazione nelle) 1104
Flemmone peritonsillare (Emorragia mortale consecutiva a) 452
Flemmone peritonsillare (Metastasi cerebrale da) 1203
Flemmoni da petrolio 207
Flogosi acute (Trattamento Röntgen delle) 639
Fluor vaginale (La cura del) 764
Fluor vaginalis (L'Ekropharm nella cura del) 1053
Fluorescenza (La) e la sua utilizzazione come mezzo di indagine medico-legale 412
Fluoro (Intossicazione cronica da) 499
Fluorosi (La) nell'uomo 61
Folgorazione (La) nel cancro inoperabile dell'urocisti 1199
Forcipe di Kielland (Contributo pratico sul) 166
Formula leucocitaria (Alterazioni della) nella sieroterapia 132
Formula leucocitaria (Le variazioni della) nella tubercolosi polmonare 775
Foruncoli (Trattamento dei) del labbro superiore 885
Foruncolosi (Il trattamento emorragico nella) 235
Foruncolosi (Brodovaccinoterapia nella) e nelle otiti medie purulente acute 140
Foruncolosi dell'orecchio (La profilassi della) 377
Fosse nasali (Stimoli meccanici, chimici ed odoriferi nella funzione delle) 1157
Fossette cosidette peritoneali (Contributo alla conoscenza delle) e delle ernie del Treitz 185
Frattura (Il reperto radiografico per la determinazione dell'età di una) 966
Frattura (Alcuni casi di osteosintesi per) dell'estremità inferiore dell'omero 1150
Frattura dell'atlante (Un rarissimo caso di) 305
Frattura del collo chirurgico della scapola (Considerazioni cliniche su alcuni casi di) 1070
Frattura della prima vertebra cervicale (Contributo sulla) 827
Frattura sfenoidale (La sindrome della) 951
Frattura (La) spontanea del femore da metastasi di cancro della mammella 353
Fratture (Di un metodo di prensione diretta temporanea sullo scheletro per la riduzione-contenzione di talune) 1125
Fratture (La mobilizzazione nella cura delle) 63
Fratture (Trattamento delle) del femore e dell'omero. Risultati ottenuti con l'uso dei miei apparecchi 737
Fratture cervico-trocanteriche (Sulle) del femore 830
Fratture craniche (Il metodo decompressivo di Cushing nelle) e contusioni centrali 741
Fratture dell'estremità superiore dell'omero 1147
Fratture del gomito (Cura ed esiti delle) 1150
Fratture della rotula (Contributo al trattamento cruento delle) 1042
Fratture della testa del femore 275
Fremito cranio-vocale (Fisiopatologia del) e voce ascoltata sul cranio 1163
Frenicectomia (Indicazioni e controindicazioni dello pneumotorace artificiale, della) e della toracectomia 895
Frenicectomia (Indicazioni e risultati della) nella cura della tubercolosi polmonare 786
Frenico (Influenza dell'exeresi del) sulla respirazione 108
Frenicoexeresi (La) nel pneumotorace artificiale incompleto, nei versamenti da pneumotorace artificiale e spontaneo e nell'ascesso polmonare 467
Frenicorexi o frenicotomia alla Goetze nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare? 786
Frenicotomia e frenicectomia dal punto di vista chirurgico 611
Frugoni Cesare (I nostri Clinici) 983
Frutta (Sulla disinfezione delle verdure e della) 931
Ftiriasi (Cura delle pediculosi e della) 1002
Fughe e amnesia d'identità di origine uremica 783
Fumo (La lotta contro il) 118
Funghi (Sulla sostanza moschicida contenuta in alcuni) 882
Funicello spermatico (Torsione del) 340
Furto (Il) patologico 955
Furuncoli dell'orecchio (Lo stagno allo stato di ionizzazione nei) 508
Furuncolo (Inoculazione emorragica nella cura del) 421
Furuncolosi (L'Analgit nella) 60
Furuncolosi (Sulla terapia della) 406
Furuncolosi (Nella) della narice 742
Fusospirochetosi (La) broncopolmonare in provincia di Bologna 1110

G

Gabbi Umberto (I nostri Clinici) 1111
Ganglio cervicale superiore (Estirpazione del) in oto-paziente 883
Ganglio sfeno-palatino (La sindrome simpatica nei riguardi del) 828
Ganglio sottostellato (Intervento chirurgico negli stati irritativi del) 996
Gangrene secche dell'arto inferiore (Le indicazioni operatorie nelle) 182
Gardenal (Il) nella cura della ipertensione arteriosa 995
Gas illuminante (Sulla morte improvvisa da) 974
Gastrica (Sulle cause di errore nella diagnosi di biloculazione) 740
Gastroptosi (Perturbamenti della secrezione gastrica consecutivi alla) 707
Gengivite (Nella) espulsiva 188
Genitale (Sopra un caso di difetto congenito di sviluppo) 270
Genitale (Su otto casi di malformazione). Errori diagnostici ed errori terapeutici 999
Genitali (Un nuovo mezzo di diagnosi nelle affezioni degli organi) maschili 497
Genu recurvatum (Su di un caso di) acquisito postumo di infezio-

Digitized by Google

ne piogena post-traumatica con anchilosi ossea femoro-tibiale 132
Ginecologia medica e cure idrominerali 1075
Ginandria (Su di un caso di pseudo-ermafroditismo interno:) in persona coniugata affetta da ernia bilaterale e peritonite tubercolare
Ginocchio (Le lesioni delle fibrocartilagini semilunari dell'articolazione del) 715
Ginocchio (Pneumo-artro terapeutico nell'emartrosi e nell'idroemartrosi traumatiche del) 227
Ginocchio (Il) paralitico 902
Giusquiamina (Sul sinergismo sperimentale fra morfina, solfato di magnesio e) 280
Ghiandole endocrine (Le) negli anencefali di sesso maschile 595
Glaucoma (Terapia non operatoria del) 401
Glicemia (Influenza dei sali di sodio e di calcio sulla) 735
Glicemia (Proprietà agglutinanti di sieri e) 800
Glicemia (L'influenza dell'ergotamina sulla) negli animali e nell'uomo sano. Suo impiego nella terapia del diabete mellito 174
Glicemia alimentare (Effetti dell'inanizione sulla) nel colombo 891
Glicemia e prova della iperglicemia alimentare negli ammalati chirurgici dell'apparato urinario e negli ipertesi 595
Glicemia e terapia insulinica nella terzana benigna 1009
Glicemia post-operatoria (Ricerche sulla) e post-anestetica 879
Glicemica (Sulla curva) nel bambino durante il digiuno prolungato 1142
Glicemico (Azione dei vari zuccheri introdotti nello stomaco sul tasso) con speciale riguardo al comportamento paradossale di miscele di destrosio con alcuni disaccaridi e col fruttosio 376
Glicemico (Sul comportamento del tasso), in seguito ad iniezione di diuretina, in coniglie in fregola 402
Glicemico (Sul comportamento del tasso), in seguito ad iniezione di diuretina, in diversi periodi di gravidanza 805
Glicemico (Comportamento del tasso) in seguito alla introduzione parenterale di gelatina 805
Glicemico (Comportamento del tasso) in seguito all'introduzione per via parenterale di nucleinato di sodio 403
Glicemico (Modificazioni del tasso) per effetto della stricnizzazione 402
Glicogene (Il) nella istochimica dei genitali femminili 595
Glicogeno (Il) nei carcinomi 40
Glicosuria (La) alimentare nelle malattie renali 280
Glicosuria e prognosi operatoria 12
Glioma cistico del cervelletto (Un caso di raro) 1143
Globuline specifiche per la reazione di Wassermann (L'ultrafiltrazione come mezzo di isolamento e studio delle) 640
Glomerulo-nefrite acuta sperimentale da tossine streptococciche 354
Gluco-calcio (Il cloruro di calcio ed il) per via endovenosa nella epilessia 306
Glucosio (Nefropatia grave da avvelenamento con sublimato corrosivo e suo trattamento con le soluzioni ipertoniche di) 1028
Glucosio (Terapia abortiva della blenorragia acuta con le iniezioni intravenose di) 596
Glucosio (Il) nella terapia roentgen dei tumori maligni 11
Glucosio (Le iniezioni endovenose di) in dermatologia 323
Glucosio (Soluzioni di) ad alta percentuale nella terapia delle varici 538
Glucosio (Il valore diagnostico del) nel liquor 838
Gonacrina (Iniezioni endovenose di) nella cura della blenorragia 351, 997
Gonacrina (La) per via endovenosa 850
Gonococcica (Sulle prove biologiche nella infezione) 475
Gonococcica (La tripaflavina nella infezione) 711
Gonococcica (La manifestazione acuta della infezione genitale) latente nell'uomo 1197
Gonococciche (La deviazione del complemento nelle affezioni) 757
Gonococciche (La siero-diagnosi delle affezioni) 87
Gonococciche (Primi saggi di uro-pioterapia delle infezioni non) nè tubercolari dell'apparato urinario 228
Gonococco (Come coltivare il) 595
Gonococco (Gli esami sierologici nelle infezioni da) 230
Gonococco di Neisser (L'agglutinazione del) nel siero dei blenorragici 86
Gonorrea (Deviazione del complemento nella) 87
Gonorrea (Importanza diagnostica della ricerca sullo sperma nella) 737
Gonorrea (Malario-terapia della) 208
Gotta (Nell'accesso di) 1197
Gotta sperimentale (Sulla) 790
Gottosi (Le cutireazioni col vino nei) 762
Gozzo (Tipi diversi di) 14
Gozzo esoftalmico (La cura iodica del) 213
Gozzo esoftalmico (La soluzione jodo-jodurata di Lugol nel) 82
Gozzo metastatico benigno (Sul cosidetto) 591
Granuloma vegetante pseudotubercolare della regione sottomandibolare sin. di origine strafilococcica 1149
Granulomatosi benigna diffusa da iniezioni sottocutanee di olio di oliva 114
Granulomatosi diffusa osteo-periosteo-cutanea da monosporium apiospermum 570
Granulomatosi maligna delle prime vie del respiro 853
Gravidanza (Cancro del collo e) 953
Gravidanza (Sul comportamento del tasso glicemico, in seguito ad iniezione di diuretina, in diversi periodi di) 16
Gravidanza (La crisi leucopenica per la diagnosi di) 805
Gravidanza (Diabete e) 402
Gravidanza (Sulla diagnosi biologica di) 595
Gravidanza (Per la diagnosi precoce della) 972
Gravidanza (I fermenti del siero in) 165
Gravidanza (La radiografia fetale come mezzo per la diagnosi di) 574
Gravidanza (Le vitamine in rapporto alla) 545
Gravidanza (Le cause di morte improvvisa durante la) ed il parto 468
Gravidanza (La diagnosi di), per mezzo della doppia prova alimentare 1043
Gravidanza (La diagnosi sierologica della) col metodo di Kottmann 306
Gravidanza (L'esame della funzionallità renale in); rapporto fra la prova della fenolsulfonftaleina e l'indice diastasico 545
Gravidanza (Taglio cesareo in utero inerte per enorme distensione da) protratta oltre i 300 giorni 998
Gravidanza al 4° mese (Epistassi nel corso di una) 523
Gravidanza con imene perfettamente intatto 471
Gravidanza e tubercolosi 306
Gravidanza extrauterina (Sulla diagnosi della) 15
Gravidanza extrauterina (Sulla migrazione esterna ed indiretta dell'uovo nella) 546
Gravidanza extrauterina (Recidiva di) 998
Gravidanza extrauterina interrotta (Diagnosi differenziale tra la), l'appendicite acuta e la colecistite acuta 228
Gravidanza simultanea intra ed extra-uterina 857
Grippe (Etiologia e profilassi della) 950
Gruppi sanguigni (Errori nella determinazione dei) 763
Gruppi sanguigni (Determinazione dei) prima della trasfusione del sangue 713
Gruppi sanguigni (I) nell'adenoidismo e nell'ozena 47
Gruppi sanguigni (Riconoscimento dei) prima della trasfusione di sangue 636
Gruppi sanguigni (Sui) nel campo ostetrico 283
Gruppi sanguigni e tubercolosi 662
Guancia (Encondroma sarcomatoso della) 520
Guanidina, acoina e diabete 928
Gynergen (Il) nel morbo di Basedow 941
Gynergen (Il) (tartrato di ergotamina) per via endovenosa 1053
454

H

Hemistora stellata (Eccezionale reperto dell') sul capillizio di un bambino 1118
Hemostyl (L') e la sieroterapia emopoietica delle anemie 599
Herpes Zoster (Sindrome completa ed incompleta del ganglio geniculato da) 42
Herpes Zoster (Contributo clinico alla conoscenza dei rapporti fra) e varicella 257
Herpes zoster e varicella 786
Heterakis perspicillum (Le lesioni istologiche da) 954

I

Ichtyol-Calcium (L') nelle malattie cutanee 1230
Idiozoma (Sul significato dell') e delle formazioni peridiziomiche 523
Idrati di carbonio (La milza in rapporto al ricambio degli) 102
Idrazine primarie bisostituite (Sulla preparazione di alcune) 831
Idrocefalo acuto (Sulle lesioni oculari da) e loro guarigione con la puntura lombare 43
Idrocele (L') tubercolare 446
Idrocele essenziale (L'iniezione endovaginalica di soluzione acquosa di acido picrico nella cura dell') 1028
Idrocele dei lattanti ed eredolue 973
Idroemartrosi traumatiche del ginocchio (Pneumo-artro terapeutico nell'emartrosi e nell') 902
Idroepatosi (La) e la dilatazione dei dotti biliari 591
Idrofilia cutanea (Il testo di) 761
Idrologica (Valorizzazione dei Campi Flegrei e rinascita) 1003
Idronefrosi (Enorme) in un rene in ectopia pelvica mediana 1152

Digitized by Google

Idronefrosi (Pseudo-) traumatica 1152
Idronefrosi parziale (Un raro caso di) e calcolosi del bacinetto operato col processo del Fey modificato da Padula e pielolitotomia anteriore 853
Idroterapia (L') nel Biellese 669
Iemma Rocco (I nostri clinici) 1054
Igiene del lavoro (Il regolamento generale per l') 503
Igroma cronico emorragico pseudo-neoplastico 232
Iliaca (*Di una sindrome morbosa caratterizzata dalla dolorabilità provocabile aortica*) 620
Immunità locale (L') nella pratica chirurgica 227
Immunità provocata da tumori maligni trapiantati 421
Immunizzazione (L') locale con l'antivirus nelle uretriti gonococciche acute 366
Immunizzazione (L') locale di Besredka nella cura delle piodermiti in pediatria 208
Immunizzazione anti-difterica per via nasale 1069
Impetigine (La nefrite da) 446
Impetigine (La soluzione di Carrel nel trattamento dell') e delle piodermiti infantili 255
Inalazioni (Le) caldo-umide nelle malattie dell'apparecchio respiratorio 931
Inanizione (Sull'azione del fattore B nei suoi rapporti con l') 520
Inanizione (Effetti dell') sulla glicemia alimentare nel colombo 595
Inclusioni tracomatose (Interpretazione delle) 973
Incompatibilità (Su di un caso di) fisica, chimica e terapeutica 1229
Incontinenza (L') notturna nel bambino 645
Incontinenza (Su di un caso di) ureterale congenita e di duplicazione bilaterale degli ureteri 497
Indacanemia (La curva della) nella polmonite lobare 54
Indacano (L'indice di eliminazione dell'). Rapporto tra indacano e urea nel sangue 1105
Infantilismo intestinale o malattia celiaca 548
Infezione blenorragica (Di un interessante caso di) 185
Infezione generale detta settica (Contributo al trattamento della) 903
Infezione puerperale (La cura dell') 235
Infezione puerperale (La vaccinoterapia intrauterina nell') 802
Infezione puerperale (Sul trattamento locale della) 908
Infezione tifosa (Il siero di convalescente nella cura dell') 14
Infezioni puerperali (La siero-vaccino e chemioterapia nella profilassi delle) 972
Infezioni renali ed ureterali (Diagnosi differenziale nelle) 234
Infiammazioni acute (La radioterapia delle) 160
Influenza (L'autoemoterapia dell') 82
Influenza (Le forme, le complicazioni e le successioni meno frequenti della) 1107
Influenza (Broncopolmonite da) e trombo-arterite dell'aorta addominale 149
Influenza (Orchite da) in un bambino di tre anni 970
Influenza (L') nei bambini 251
Infortuni del lavoro (L'importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno, e nella liquidazione degli) 642
Infortunistica (Febbre petecchiale ed) 991
Iniezione intracardiaca (Contributo allo studio della rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da narcosi. Ricerche sperimentali sopra una nuova) 713, 1142
Iniezioni intratracheali (Metodo per) mercè la intubazione 690
Iniezioni lombari (Gravi lesioni successive ad) 855
Innesti autoplastici (Sul mancato attecchimento di) 1148
Innesti fetali omogenei nel diabete e nei tumori 1147
Innesti omoplastici di pelle (L'influenza della nutrizione insufficiente sull'attecchimento di) 1146
Innesti ossei (Cura delle osteoartriti tubercolari per mezzo degli) 1180
Innesti di testicolo nell'omento 617
Innesto (Insulina e tumori da) 620
Innesto omoplastico (La reazione dell') di pelle dimostrata con l'affrontamento del derma del trapianto con quello dell'ospite 1146
Innesto omoplastico (Ricerche intese a modificare il destino dell') di organi a secrezione interna 387
Innesto dell'ovaio (Nuovo contributo clinico all') 962
Innesto plastico con tessuti eterologhi, freschi e fissati (Ricerche sperimentali sull'emostasi renale per) 1153
Insetticidi (Due nuovi:) il cloruro di calcio e la resina di crisantemo 21
Insonnia (Sulla cura dell') 357
Insufficienza aortica (Sull'etiologia dell') 354
Insufficienza epatica globale (Sul valore della prova del salicilato quale rivelatrice dell') 786
Insufficienza renale (Rapporto tra tasso ureico salivare ed ezotemia nella) 878
Insufficienze pluriglandolari (Contributo alle) 713
Insufflazione tubarica (Un nuovo dispositivo per lo studio della) 592
Insufflazione tubarica (L') mediante l'apparecchio Donay 183
Insulina (Alcune considerazioni sulla cura del diabete con l') 352
Insulina (Atrofia adiposa da iniezioni d') 17
Insulina (Diabete infantile trattato con l') 309
Insulina (Influenza dell'argirolo sull'ipoglicemia sperimentale da) 595
Insulina (Sensibilità dei tubercolotici all') 38
Insulina (Tecnica di somministrazione dell') 666
Insulina (L') come antiemetico 1069
Insulina (L') in chirurgia 949
Insulina (L') negli stati di denutrizione 206
Insulina (L') nel diabete consuntivo 858
Insulina (L') nella cura di ingrassamento dei tubercolotici 801
Insulina (L') nella cura ingrassante dei tubercolotici 1042
Insulina (L') nella insufficienza epatica 1041
Insulina (L') nella magrezza patologica 519
Insulina (L') nella retinite diabetica 1204
Insulina (L') nella terapia ingrassante 994
Insulina (L') nella tubercolosi 929
Insulina (L') nelle affezioni del fegato 616
Insulina (L') nel trattamento della denutrizione nei tubercolotici 781
Insulina (L') rispetto alla avitaminosi 184
Insulina (Sull'azione dell') a diretto contatto dei centri nervosi 999
Insulina (Azione dell') e beri-beri sperimentale nei colombi 895
Insulina (Sull'azione dell') nei colombi digiunanti 882
Insulina (Un caso di azione paradossa dell'): glicosuria insulinica 785
Insulina (Contributo alla conoscenza dell'azione dell') negli uccelli 882
Insulina (L'uso dell') nel collasso post-operatorio 523
Insulina (L') nel vomito delle gravide 660
Insulina (Ricerche comparative fra) e sintalina 709
Insulina atossica (Ulteriori risultati ottenuti con l') nel diabete mellito 403
Insulina e jonoterapia nel diabete insipido 687
Insulina e operazione di cataratta 619
Insulina e tumori da innesto 620
Insulina (Glicemia e terapia) nella terzana benigna 879
Insulinica (Terapia) di ipernutrizione 987
Insulinici (I preparati) per via orale 275
Insulinico (Sullo scarso valore dei fenomeni di intolleranza durante il trattamento) prolungato 662
Insulinico (Il trattamento) dei vomiti gravidici 494
Insulinico (Trattamento) di malati non diabetici 1172
Insulinico (Trattamento) di processi settici in soggetti non diabetici 710
Insulino-resistenza (Variazioni di intensità dell'azione insulinica nel diabete; casi di) 785
Interventi chirurgici (Le cure consecutive agli) 548
Intestinale (Ricerche sperimentali sugli effetti dello strozzamento totale temporaneo di un'ansa) 1149
Intossicazione alimentare da sardine sott'olio 283
Intossicazione da preparati colloidali 283
Intossicazione proteica cronica (Influenza della) sulla funzione biligenetica del fegato 1106
Intossicazioni professionali (Le) dal 1924 1134
Intradermoreazione (La) nell'ulcera venerea 1170
Intradermoreazione (Il valore della) nella melitense 969
Invaginamento (Presentazione di un'inferma operata da circa 6 mesi di resezione di un tratto di tenue e di quasi tutto il grosso intestino in seguito ad) 402
Invaginazione (L') intestinale del lattante 255
Invaginazione intestinale acuta nell'adulto (Contributo allo studio della) 1038
Iodo (Lo) nel morbo di Basedow 132
Iodio (Sulla quantità di) contenuta in tiroidi umane di varie località italiane 946
Iodipina associata alla psicaina 958
Iodo (Lo) nella cura delle splenomegalie 858
Iodo (Lo) radioattivo nella cura della tubercolosi polmonare 1166
Iodo-bismutato di chinino (L') solubile nella cura della malaria chinino- ed arsenico-resistente 615
Iodo-jodurata (La soluzione) di Lugol nel gozzo esoftalmico 591
Ioduro di potassio (Singolare reazione termica e sanguigna alla somministrazione di) 830
Iperglicemia (Contributo alla conoscenza della) da morfina 805
Iperglicemia (Influenza del saccarosio sull') da destrosio 595
Iperglicemia (La) da pilocarpina ed i suoi rapporti con la nota pro-

Digitized by Google

va farmacodinamica
Iperglicemia (L') pilocarpinica e i suoi rapporti con la nota prova farmacodinamica 752
Iperglicemia alimentare (Glicemia e prova della) negli ammalati chirurgici dell'apparato urinario e negli ipertesi 999
Iperglicemia da uretano 1009
Iperglicemia e acido carbonico (A proposito di) eliminato con la respirazione 16
Iperglicemizzante (Sull'azione) di alcuni estratti placentari 70
Iperglicemizzante (Sull'azione) di alcuni prodotti di disintegrazione proteica 805
Iperglicemizzante (Su una sostanza) ottenuta dal succo pancreatico e dal pancreas di cane 335
Iperidrosi della faccia (Forma particolare di) 474
Ipernefroma latente (Sulla diagnosi dell') 570
Iperpessia (Dell') cutanea 904
Iperpnea (La prova dell') in neuropatologia 495
Iperpnea volontaria (La prova della) 361
Ipersensibilità (Problemi di) in clinica 812
Ipertensione (Cura dell') con dieta priva di sali
Ipertensione [Il fenomeno di Rumpel-Leede (segno del laccio) nell'arteriosclerosi e nell'] 637
Ipertensione arteriosa (Sulla cura dell') 20
Ipertensione arteriosa (Il garderal nella cura della) 995
Ipertensione arteriosa (Il nitrito di sodio per iniezioni endovenose nella cura della) 181
Ipertensione arteriosa (Le iniezioni ipodermiche di adrenalina nell') e nell'asma bronchiale 106
Ipertensione arteriosa (L') nei giovani 733
Ipertensione arteriosa nella stenosi mitralica 731
Ipertimia (L') ansiosa cronica post-traumatica 83
Ipertonia vasale (La epuralgina: nuovo preparato analgesico e antireumatico nella cura della)
Ipertonici (L'oppio negli) 262
Ipertricosi facciale muliebre (Radiumepilazione a scopo cosmetico nella) 658
Ipertricotiche (La Roentgenepilazione delle braccia muliebri) 114
Ipodermoclisi adrenalinizzate (Danni delle) 1199
Ipofisari (Sopra un saggio biologico degli estratti) 353
Ipofisarie (Diabete mellito e lesioni) 497
Ipofisarie (Sindromi) da traumatismi cronici 1022
Ipofisario (Ancora sull'influenza delle malattie rinofaringee sul sistema) 426
Ipofisario (Sul valore terapeutico degli estratti del lobo) anteriore 697, 1005
Ipofisi (I rapporti fra le affezioni rino-faringee e le alterazioni funzionali dell') 1021
Ipofisi (La castrazione radiologica dell') nelle disfunzioni utero-ovariche 337, 932
Ipofisi (Irradiazione dell') e genitali femminili 447
Ipofisi (La irradiazione dell') in ginecologia 927
Ipofisi centrale (Nuovi fatti sperimentali e clinici che dimostrano la influenza delle malattie del rino-faringe e dei seni sfenoidali sulla) 471
Ipofisi centrale (Nuovi fatti sperimentali e clinici che dimostrano l'influenza delle malattie del rino-faringe e dei seni sfenoidali sull') 42
Ipoglicemici (Sintomatologia degli stati) 197
Ipoovarismo (Nell'asma da) 1203
Iposolfito (L') di sodio nella intossicazione cianidrica 262
Ipotensivo (Di un nuovo) 236
Ipotrofie dell'infanzia (Considerazioni cliniche e terapeutiche sulle) 523
Ipovagol (L') nella terapia del mal di mare 1106
Irudinizzazione (L') nelle flebiti 859
Ischemie (Interventi chirurgici nelle) degli arti inferiori 1104
Isopatina antineoplastica (Il mio metodo di cura dei neoplasmi maligni, mediante l') dopo 10 anni di esperimenti 949
Istamina (Ergotamina e) 1012
Istamina (Il saggio gastrico dell') 787
Istamina (Il cloridrato di) per la prova del chimismo gastrico 1195
Isterectomia (Sulla) precesarea 397
Isterectomia subtotale (Restringimenti e dilatazioni dei due ureteri dopo) 471
Isterectomia totale addominale per neoplasia maligna del corpo e del collo uterino (Di una piccola, ma utilissima particolarità di tecnica nella) 1153
Isterectomia totale precesarea 427
Isteriche (Sindromi) e simulazione 402
Istituto (L') biotipologico-ortogenetico di Genova 763
Istituzioni antitubercolari (Interferenza di azione tra le) 73
Istrumenti (Gli) inossidabili in chirurgia 793
Istrumenti chirurgici (Se l'alcool sia sufficiente per la disinfezione degli) 93
Itteri infettivi (Negli) 67
Itterizia (L') nell'ulcera duodenale 500
Ittero (L') sifilitico primitivo 398
Ittero (Sulla patogenesi dell') dei neonati 328
Ittero contemporaneo a sifiloma iniziale 351
Ittero cronico emolitico splenomegalico (La splenectomia nell') 37 131

K

Krysolgan (Il) nella cura del lupus eritematoso 113

L

Labirinto acustico (Azione della cocaina sul) 1159
Labirinto acustico e non acustico 41
Labirinto posteriore (Contributo clinico e sperimentale allo studio della così detta reazione paradossale del)
Laennec (Il centenario di) 41
Laringe (Tecnica per l'anestesia locale del) 22
Laringe (Su di un caso di lesione radioterapica tardiva del) 278
Laringectomia (Due casi di) 376
Laringite grippale (Sintomatologia e cura della) 903
Laringiti tubercolari (Effetti favorevoli del pneumotorace sulle) 355
Laringo-tracheale (Transilluminazione del condotto) 926
Latin-tabloidi (I) 1038
Lattalbumina (Influenza della) sulla immunizzazione dei conigli col b. tifico e con lo stafilococco 886
Lattante (La posizione del) durante le poppate 353
Lattanti ipotrepsici ed atrepsici (Iniezioni di latte di donna nei) 310
Latte (Azione battericida del) 808
Latte (La pasteurizzazione del) 141
Latte (Gli streptococchi piogeni nel) 957
Latte (Le iniezioni di) nella cura abortiva delle infezioni 230
Latte (Sui metodi di arricchimento delle diluizioni del) nell'allattamento artificiale 444
Latte secco (Alimentazione del lattante con) trattato coi raggi ultravioletti 1029
Latte secco irradiato e rachitismo sperimentale 808
Lavoro (L'obbligo del) 855
Lavoro muscolare (Influenza del) sul riflesso rotuleo 719
Lebbra (Sulle manifestazioni iniziali della) 762
Lebbra (Il mercurocromo 220 solubile nel trattamento della febbre puerperale e della) 882
Lebbra (Sui metodi di cura della) 214
Lebbra (Mutilazione impressionante da) 1001
Lebbra (I piccoli segni della) 17
Lebbra (La reazione di Kahn nella) 688
Lebbra (Reazione di Wassermann e) 661
Lebbra a forma mutilante (Due casi di) 184
Lebbrosi (La simpatectomia nei) 428
Leishmaniosi (Il posto attuale della Cirenaica nella epidemiologia delle) del Nord Africa 733
Leishmaniosi infantile (Tentativi sierodiagnostici nella) 1110
Leishmaniosi viscerale in un adulto 854
Lepra (Tentativi di autovaccinoterapia intradermica nella) 857
Lepra (Il trattamento della) con preparati di oro 141
Leptospira icterchaemorragiae (Studio dei rapporti fra leptospira icteroides e) 351
Leptospirosi (La diagnosi precoce delle) 497
Lesioni oculari (Le modificazioni delle) metaluetiche in seguito alla malarizzazione 637
Leucemia (Il cloridrato di istamina nella) 43
Leucemia (La malarioterapia nella) 205
Leucemia acuta (Contributo alla) 1170
Leucemia acuta (Nosografia della) 131
Leucemia acuta (Osservazioni sopra un caso di) 901
Leucemia acuta microemocitoblastica con porpora sintomatica grave 928
Leucemia linfogena subacuta splenomegalica pura (Contributo allo studio della) 1095
Leucemia mieloide (La radioterapia profonda nella cura della) 1106
Leucemia mieloide (I sieri mielotossici nella) 967
Leucemie (La malarizzazione nella cura delle) 709
Leucemie (Radioterapia delle) 563 1105

Digitized by Google

Leucemie acute e croniche in seguito a cure dimagranti 969
Leucemie da corpi radioattivi e da raggi X 65
Leucopenica (La crisi) per la diagnosi di gravidanza 402
Lichen planus (La radioterapia radicolare del) 592
Lichen ruber planus acuto (*Su di un caso di*) 929
Limonata (La) benzoica 427
Linfadenia (La) aleucemica dell'infanzia 1174
Linfangioma cavernoso del meso-cieco (*Sindrome appendicolare da*) 745
Linfat.costomia (La) nell'occlusione sperimentale dell'intestino 1148
Linfogranulomatosi (Sulla) acuta 1217
Linfogranulomatosi del midollo spinale 424
Linfogranulomatosi maligna (*Contributo allo studio della*) 460
Linfogranuloma maligno dell'intestino 62
Linfosarcomi addominali con metastasi cranio-facciali 857
Lipatren (Sull'a terapia della pneumotubercolosi mediante) 544
Lipiodol (L'esplorazione utero-annessiale mediante il) 425
Lipiodol (Il) nella delimitazione topografica delle collezioni intratoraciche 850
Lipiodolo (Le iniezioni intratracheali di) nella tubercolosi polmonare 849
Lipodistrofia (Sulla evoluzione di una forma di) 403
Lipoidi (Influenza dei) sulla crescenza dell'organismo 1105
Liquidi cefalo-rachidiani (La reazione di Nobel ed il Ph nei) normali e patologici 855
Liquidi organici (La ricerca del bismuto nel sangue e nei) 686
Liquido amniotico (Sui fermenti del) 400
Liquido cefalo-rachidiano (L'azione della teobromina sulla secrezione del) 520
Liquido cefalo-rachidiano (*La reazione del triptofano nel*) 35
Liquido cefalo-rachidiano (Riattivazione della reazione di Bordet-Wassermann nel) 469
Liquido cefalo-rachidiano (I cloruri e lo zucchero nel) dei meningitici 923
Liquido cefalo-rachidiano (Iniezione endovenosa di) per evitare gli accidenti della rachianestesia 445
Liquido cefalo-rachidiano (*Sulla pretesa specificità della reazione del triptofano sul*) *nella meningite tubercolare* 668
Liquido cefalo-rachidiano (La reazione al bicromato di potassio sul) di luetici affetti da sifilide del neurasse 1051
Liquido cefalo-rachidiano (La reazione di Taccone sul) nell'infanzia 1023
Liquido cerebro-spinale (Il comportamento del Ph nel) in casi di complicanze otitiche 1160
Liquido cerebro-spinale (Sul contenuto in acido lattico del) 250
Liquor (Quanto la presenza di sangue possa modificare le reazioni colloidali nel) 496
Liquor (Il valore diagnostico del glucosio nel) 850
Lister (*Lord*) 379
Litiasi biliare (Sulle così dette recidive nelle operazioni per) 970
Litiasi urinaria (I disturbi riflessi addominali della) 761
Lobelina (Contributo alla terapia dell'asfissia fetale con la) 595
Lobulo nasale (Epitelioma del) a forma vegetante 1158
Lombricosi bronchiale 923
Lotta antimalarica (Se il pipistrello sia utile nella) 583
Lotta antitubercolare (*I due cardini della*) 94
Lotta antitubercolare (I risultati attuali della) 1179
Lotta antitubercolare (Sopra la) negli Stati Uniti 1179
Lotta contro la tubercolosi (Azione di Governo nella) 1179
Lue (La reazione di Sachs-Kilopstok per la sierodiagnosi di) 446
Lues terziaria (*Un caso dubbio di*) *della glandola sottomascellare* 856
Lues terziaria (*Di un raro caso di*) *del fegato* 116
Luetici (La reazione al bicromato di potassio sul liquido cefalo-rachidiano di) affetti da sifilide del neurasse 1051
[Luminal] (Reazioni tossiche da fenobarbital) 886
Luminal sodico (Il) per via endorachidea nella cura dello stato epilettico 226
Lupus (L'aurofos nella cura del) 335
Lupus (Cura del) con l'acido arsenioso 11
Lupus eritematoso (Sulla cura del) 113
Lupus eritematoso (Il Krysolgan nella cura del) 113
Lupus eritematoso (Su ulteriori esperienze con i preparati di oro nella cura del) 112
Lupus eritematoso (La cura del) con la crioterapia 113
Lupus eritematoso (La cura del) con la metodica sostituzione dei Pflasters e dei Salben 113
Lupus erithematicus (Cura del) con associazione dei preparati di oro agli arsenobenzoli 1026
Lupus volgare e pilotropin 1190
Midollo osseo (La biopsia del) nello studio delle emopatie 801
Lussazione congenita dell'anca (Contributo sulla) 275
Lussazione congenita dell'anca (La) del punto di vista radiologico 807

M

Macroglossia (La) micotica 709
Magnocid (Il) nuovo preparato di cloro 69
Mal di mare (Per la cura del) 908
Mal di mare (Inalazioni di ossigeno contro il) 46
Mal di mare (L'ipovagol nella terapia del) 859
Mal di Pott (Il falso) 451
Mal perforante boccale (Tabe rivelatasi bruscamente come) 981
Malaria (Il cadmio nella) 1040
Malaria (La congenicità della) 131
Malaria (Le false appendiciti da) 616
Malaria (I laghi artificiali in rapporto alla) 522
Malaria (Il mercurocromo 220 solubile nella cura della) 283
Malaria (La plasmochina nuovo rimedio della) 358, 828, 981
Malaria (La siero-reazioni di Wassermann nella) 599
Malaria (Sindrome meningea da) 325
Malaria (Sindromi nervose varie da) 226
Malaria (Lo stovarsolo nella) 1028
Malaria (Il trattamento della blenorragia cronica coll'inoculazione della) 84
Malaria (La) nella cura della sifilide in genere 828
Malaria (*Influenza della*) *sullo sviluppo fisico* 491
Malaria (L'iodo-bismutato di chinino solubile nella cura della) chinino- ed arsenico-resistente 615
Malaria cronica (Indicazioni della splenectomia nella) 66
Malaria cronica (Perturbamenti dell'aorta nella) 304
Malarica (Localizzazione articolare) 157
Malarica (Terapia) delle psicosi eziologicamente indipendenti da sifilide 881
Malarici (Trasmissibilità dei parassiti) dalla madre al feto 707
Malarico (La zooprofilassi per la soluzione del problema) italiano 784
Malarioterapia (La) può influire sulla tubercolosi? 765
Malarioterapia e recurrens terapia nella metalue 134
Malattia celiaca (Infantilismo intestinale o) 546
Malattia da siero (Le manifestazioni articolari della) 901
Malattia da siero (*Sulla patogenesi della*) 55
Malattia da siero (I sieri purificati per prevenire la) 303
Malattia da siero (Particolarità sulla) nella sieroterapia antidifterica 304
Malattia del sonno (Risultati remoti del trattamento della) mediante la triparsamide 1217
Malattia di Brill. (Il tifo endemico benigno) 826
Malattia di Buerger 848, 1225
Malattia di Flajani-Basedow (Diagnosi differenziale della) 739
Malattia di Flajani-Basedow (*Il valore diagnostico della sindrome oculare nella*) 841
Malattia di Heine-Medin (Cura radiologica della) 826
Malattia di Kahler-Bozzolo (Qualche considerazione sopra tre casi di mieloma multiplo:) 1224
Malattia di Köhler-Lewin. (Sulla) 544
Malattia (Sulla) di Kümmel 1217
Malattia di Kussmaul (Forma mielo-neuro-miopatica della) 825
Malattia di Madelung (Contributo allo studio della) 227
Malattia (Sulla) di Osgood-Schlatter 799, 1147
Malattia di Parkinson (Gli alcaloidi della belladonna nella cura della) 908
Malattia di Raynaud (Etiologia della) 304
Malattia di Recklinghausen familiare 565
Malattia di Schlatter-Osgood. (Sul distacco della tuberosità tibiale anteriore.) 663
Malattia di Simmonds (La cachessia ipofisaria o) 691, 900
Malattia metatarsale di Koehler (Indagine istopatologica in un caso di) 448
Malattia ossea di Paget (Sulla natura e sulla patogenesi della) 331
Malattie infettive [*Polmonite*]. (*Reperto di elementi midollari immaturi nelle*) 846
Malattie renali (La prova dell'acido e dell'alcali nelle) 855
Malattie sessuali (*Conferenza del prof. Stanziale sulle*) 286
Malattie urinarie (Sulla semejologia fisica e funzionale delle) 883
Male di Pott e sifilide 757
Malleolo esterno (Il riflesso del) e il fenomeno di Piotrowski 1173
Mammaria (Tumefazione) e secrezione lattea nel neonato 925
Mammella (*Ricerche istologiche e batterioscopiche sopra un caso di tubercolosi primaria della*) 271
Marasma difterico 309
Mare (La cura dell'alto) 797

Digitized by Google

Maternità (I Comuni e l'Opera Nazionale per la protezione della) 998
Maternità (L'Opera Nazionale per la protezione della) e dell'Infanzia 1030
Mastite ipertrofica adenomatosa bilaterale 185
Mastoide (Reperto anatomopatologico della) e del seno trasverso 881
Mastoiditi latenti (La radiografia nelle) 764
Meato medio (La flora batterica del) e del meato inferiore dell'uomo normale
Mediano (L'estensione asinergica della mano, segno di paresi del) 1157
Mediastiniti (Osservazioni cliniche su le) 783
Mediastino (Ernia del) 232
Mediastino (Sporotricosi del) 452
Mediastino anteriore (Cisti dermoide del) 29
Medici (Addetti) presso le Ambasciate 1148
Medici condotti (Stipendi minimi pei) 1180
Medicina (La) legale italiana nell'ultimo decennio 119
Medicina del Lavoro (Contributo nel campo della) 641
Medicina esotica (Per una migliore organizzazione sanitaria coloniale ed una razionale organizzazione di studi e ricerche in) 1181
Medicina Legale e Polizia scientifica 1110
Megacolon (Operazione per) 643
Megacolon (Contributo alla patogenesi del) ed alla sua terapia nella prima infanzia 1148
Megacolon e megauretere 433
Megacolon e megauretere congeniti 353
Megaesofago idiopatico (Sul trattamento chirurgico del) 535
Megauretere (Megacolon e) 1149
Megauretere (Megacolon e) congeniti 353
Melanine, pirrolo e ossitirosina. Ricerche spettrofotometriche 535
Melitense (Sindrome addisoniana da infezione) 832
Melitense (Il valore della intradermoreazione nella) 957
Melitense (Varietà pseudotubercolare della infezione) 969
Melitense (Alcuni dati su una recente epidemia di) nell'Astigiano 565
Melitense (Sulla chemioterapia della infezione) 831
Melitense (La febbre) nei rapporti con lo stato puerperale 100
Melitense (Sui rapporti fra m.) e bac. abortus. Ricerche sperimentali 378
Meningei cerebrali (Sull'anatomia clinica dei tumori) 713
Meningite (La) del neonato 1021
Meningite acuta sierosa 972
Meningite cerebro-spinale epidemica (Come identificare il tipo di meningococco nella) 798
Meningite da sporotricosi
Meningite epidemica (Di un sintoma non comune nella) 812
Meningite eredosifilitica (Per un caso di) 156
Meningite influenzale 842
Meningite (La) labirintogena. Epicrisi di un caso operato e guarito 808
Meningite sierosa (Sintomi oculari nella) 169
Meningite tardiva (Sepsi meningococcica con febbre a tipo palustre). La puntura suboccipitale in sostituzione della puntura lombare 1160
Meningite tubercolare (Sulla pretesa specificità della reazione del triptofano sul liquido cefalo-rachidiano nella) 906
Meningite tubercolare (Un caso di) con sindrome di Froin 831
Meningite tubercolosa (Contributo diagnostico alla), suppurazioni auricolari e sinusali 668
Meningite tubercolosa (Guarigione di un caso di) mediante trattamento tubercolinico intralombare 806
Meningiti (I sintomi di Squires, di Flatau e del priapismo nelle) 709
Meningiti pseudotubercolose (Contributo sulle) 105
Meningiti purulente di origine otitica (Sull'importanza della sieroterapia specifica endorachidea nel trattamento delle) 452
Meningiti sifilitiche (Sulle) 493
Meningococco (Come identificare il tipo di) nella meningite cerebro-spinale epidemica 42
Meningococco (I vari tipi di) nella prognosi e nella cura della meningite cerebro-spinale epidemica 328
Mercuriale (L'unguento) nella cura dell'encefalite latargica 812
Mercurocromo (Acrivoletto e) nelle infezioni 407
Mercurocromo 220 solubile (Il) nella cura della malaria 1230
Mercurocromo 220 solubile (Il) nel trattamento della febbre puerperale e della lebbra 61
Mesocoliti e stipsi 283
Mesocolon trasverso (Il) come sostegno allo stomaco ptosico 214
Metabolismo basale (Il) nell'ossaluria 1103
Metabolismo basale (Il) nella prognosi della tubercolosi polmonare 375
Metabolismo basale (Il) nella valutazione della resistenza dell'operando 676
Metodo (Nuovo) di colorazione dei preparati microscopici col bleu di toluidina fenicato 565
Metodo (Un) di fissazione e colorazione contemporanea per tessuti e strisci di tessuti vitalmente colorati 1143
Metodo dell'Artusi per la prova del permanganato nelle urine dei tubercolotici 1175
Metodo di Gram (Una nuova formula per il) 953
Metodo di Kottmann (La diagnosi sierologica della gravidanza col) 565
Metodo Bordier (Il) nella cura dell'epitelioma da radiodermite 118, 575
Metodo Cushing (Tumore dell'angolo ponto-cerebellare trattato col) 545
Metodo decompressivo di Cushing (Il) nelle fratture craniche e contusioni cerebrali 827
Metodo micologico del Castellani (Ricerca nell'urina degli zuccheri Fehling-riducenti col) 616
Metodo Mori (Sul) per la colorazione rapidissima del bacillo tubercolare 741
Metodo Rietschel (Esperienze di immuno-profilassi antimorbillosa col) 182
Metodo Schiassi (Il) nella cura dell'ulcera gastrica (discontinuità nervosa vago-simpatica) 159
Metriti del collo (Le indicazioni del caustico di Filhos nel trattamento delle) 714
Micoplasmi (I) (proposta di denominazione di alcuni ultravirus e particolarmente dell'ultravirus tubercolare) 348
Micosi (Sulla) tonsillare 950
Micosi (Di una) del tubo digerente 805
Microrganismi (Nuovo procedimento tecnico utile nella diagnosi differenziale tra alcuni) 1159
Microscopia capillare (La) in clinica 902
Midollo osseo (La puntura della milza e del) nella infanzia 523
Midollo spinale (Ricerche sperimentali sulla patogenesi delle paraosteo-artropatie nelle lesioni traumatiche del) 879
Midollo spinale (Compressione del) come complicanza del morbo di Hodgkin 711
Mieloma multiplo (Qualche considerazione sopra tre casi di) 1146
Mieloma multiplo con localizzazione oto-mastoidea 1123
Milza (Azione piastrinolitica e piastrinopoietica della) 1224
Milza (Diagnosi e trattamento delle rotture traumatiche della) 42
Milza (Diatesi emorragica e tubercolosi nodulare della) 927
Milza (Malattie chirurgiche della) 399
Milza (Su la presunta rigenerazione della) 1094
Milza (Sui rapporti funzionali fra) e fegato 880
Milza (La) in rapporto al ricambio degli idrati di carbonio 762
Milza (La) in rapporto al ricambio del calcio 1147
Milza (Le alterazioni anatomiche del fegato e della) secondarie alla legatura del dotto coledoco 102
Milza (La puntura della) e del midollo osseo nella infanzia 769
Milza malarica migrante. Splenectomia 843
Milza plastica malleabile nell'anemia fibroadenica tipo Griesinger-Banti 711
Miocardio sinistro [Un nuovo riflesso (vago-gastro-cardiaco) per la ricerca della tonicità del] 761
Mioclonie nelle sindromi postencefalitiche 554
Miosite suppurata acuta dello sternocleido-mastoideo dopo svuotamento petromastoideo 729
Miscela atropo-adrenalinica (L'azione ipertensiva della) 352
Mixedema (Esclusione del simpatico perivasale dei vasi tiroidei nel) 1160
Mixosarcoma (Il) primitivo del fegato a sintomatologia di ascesso epatico 832
Mobilizzazione incruenta (Sul valore della) nelle rigidità articolari 995
Mollusco contagioso (Prova di inoculazione del) nel coniglio 686
Monilia tropicalis Castellani (Lesioni sperimentali articolari da) 1225
Moniliasi della lingua 738
Monilie (Le) nell'espettorato di ammalati di tubercolosi polmonare 1150
Monosporium apiospermum (Granulomatosi diffusa osteo-periosteocutanea da) 259
Morbillo (Recidiva di) 150
Morbillo (Il siero di convalescenti nel) 853
Morbillo (La sieroprofilassi del) 82
Morbillo (Alcune considerazioni sulla ultima epidemia di) in Lodi 187
Morbillosa (Esperienze di immuno-profilassi anti-) col metodo Rietschel 807
Morbo di Barlow (Sul valore dell'avitaminosi nel) 807
Morbo di Basedow (Il Gynergen nel) 714
Morbo di Basedow (Lo iodo nel) 133
Morbo di Hodgkin (Compressione del midollo spinale come complicanza del) 1053
Morbo di Osgood Schlatter (Contributo clinico-radiologico alla etiopatogenesi del) 132
Morbo di Paget (Il) 1123
63
66

Digitized by Google

Morbo di Riedel (Due casi di) 279
Morbo di Vaquez (Sulla patogenesi del) 38
Morbo di Vaquez trattato con la radioterapia 277
Morbo maculoso (L'irradiazione della milza nel) 14
Morfina (Contributo alla conoscenza dell'iperglicemia da) 805
Morfina (Il Dilaudid nuovo derivato della) 1002
Morfina (L'esetone nella intossicazione da) 500
Morfina (Influenza delle instillazioni di) e suoi derivati sull'occhio normale, con speciale riguardo allo studio dei vasi linfatici della congiuntiva, mediante indagine alla lampada a fessura 330
Morfina (Sul sinergismo sperimentale fra) solfato di magnesio e giusquiamina 595
Morfinismo cronico 354
Morte (La) per paralisi cardiaca all'autopsia medico-legale 129
Morte apparente (La) nei bambini 141
Morte da neosalvarsan 339
Morte improvvisa (Le cause di) durante la gravidanza ed il parto 1043
Morte improvvisa da gas illuminante 974
Morte reale (La diagnosi della) mediante i raggi X 1170
Morte reale (I segni della) 68
Mossy foot (Il) nella Somalia italiana 406
Mucosa nasale (Eliminazione di germi dalla) 230
Mucosa nasale (Esame funzionale delle diverse sensibilità della) 1154
Muscoli oculari (Disordini atonici e movimenti asinergici dei) 785
Miasi intestinale (Un nuovo caso di) 132

N

Narcosi (Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca per la rianimazione del cuore e del respiro nei gravi accidenti da) 713, 1142
Narcosi (Su di un aspiratore per) 813
Narcosi (La) con protossido d'azoto 424
Narcosi (La) con l'avertina (E 107) nell'infanzia 1219
Narcosi (La) con protossido d'azoto 309, 424
Narcosi (La) rettale coll'E 107 (Avertina) 565
Narcosi (Nuova) rettale gineco-ostetrica 660
Narcosi (Ricerche sperimentali sugli effetti della) sulla R. A. e sul Ph del sangue 1144
Narcosi intrarettale mediante l'E 107 850
Nasali (La correzione chirurgica delle deformità). Metodi e risultati 1158
Necrologie:
Babes Victor 24
Bianchi Leonardo 167
Cardarelli Antonio 49, 188
Carle Antonio 240
D'Abundo Giuseppe 120
Fedeli Carlo 936
Montefusco Alfonso 960
Moscati Giuseppe 385
Negro Camillo 1080
Penzoldt Franz 1184
Rizzo Leopoldo 1208
Romano Clemente 1050
Nefralgia con ematurie intermittenti da perinefrite sclerosante. Intervento e guarigione 523
Nefralgia ematurica (Alcuni casi di) 1152
Nefrite (La) da impetigine 446
Nefrite ematurica (La ricerca uretero-pielografica nella) 377
Nefriti (Il problema diagnostico e terapeutico delle) 193
Nefriti (Trattamento chirurgico delle) 492
Nefriti croniche (Il restringimento uretrale latente nella etiologia delle) 1071
Nefrolitiasi (Eccezionale caso di anuria da) 458
Nefrolitiasi (Uso dell'ipofisina nella) 1043
Nefropatia grave da avvelenamento con sublimato corrosivo e suo trattamento con le soluzioni ipertoniche di glucosio 596
Nefropatie (Le) nella infanzia 1044
Nefropatie chirurgiche (Contributo alle grandi tregue morbose nelle) 571
Nefropatie gravidiche (La percentuale albuminoidea degli edemi nelle) 277
Nefropatie infantili (Capillari in alcune) 1049
Nefrosi cronica (La terapia tiroidea nella) 253
Neoplasia basilare (Sindrome paralitica unilaterale globale dei nervi cranici per) d'origine rinofaringea 784
Neoplasia dell'epifisi femorale distale (Ulteriore contributo al trapianto osseo per rovesciamento della tibia sul femore in un caso di) 662
Neoplasie (Diagnosi biologica nelle) 787
Neoplasmi (Contributo alla conoscenza dei) nei diverticoli vescicali 786
Neoplasmi maligni (Il mio metodo di cura dei), mediante l'isopalina antineoplastica, dopo 10 anni di esperimenti 1012
Neoplasmi peritubarici (Studio clinico e radiologico sopra i): sull'iperemia precoce del martello quale sintoma premonitore 42
Neosalvarsan (Morte da) 339
Nervi intercostali (Le modificazioni della meccanica respiratoria dopo la resezione unilaterale dei) 762
Nervi periferici (Su un nuovo metodo di protezione delle ferite dei) 1150
Nervi spinali (I) dell'uomo in rapporto alla mole del soma e le loro variazioni morfologiche e chimiche in rapporto alla età 331
Neurolue (La terapia moderna della) 305
Neurasse (La reazione al bicromato di potassio sul liquido cefalorachidiano di luetici affetti da sifilide del) 1051
Neuroma plessiforme della palpebra 17
Neuropsichiche (Anomalie e alterazioni) dei nostri indigeni 1110
Neuro-sifilide (La terapia intrarachidea della) 1108
Nevralgia facciale nella sindrome di Gradenigo 1218
Nevralgie (Radioterapia e diatermia nella cura delle) 925
Nistagmo (Sul) ottico-cinetico 41
Nitrito di sodio (Il) per iniezioni endovenose nella cura della ipertensione arteriosa 181
Nodo sinusale (Esiste un) sdoppiato anche nell'uomo? 210
Novasurol (Trattamento del diabete insipido con somministrazioni orali di) 100
Nucleo di Béclard (Il reale valore del) come indice di maturità del feto 713

O

Obesi (Il metabolismo dei carboidrati negli) 949
Obesità postencefalitica 62
Occhio (La jonizzazione dell') 830
Occhio (Disordini dell') di origine dentaria 368
Occlusione intestinale (Di un caso di) da ascaridi 978
Occlusione intestinale da volvolo del sigma. Resezione dell'ansa sigmoidea in un sol tempo. Guarigione 256
Occlusioni intestinali (Sulle) post-operatorie 741
Oculare (Le soluzioni argentiche in terapia) 567
Oculari (La terapia proteica aspecifica nelle malattie) 735
Oculari (Di alcune alterazioni) nella tubercolosi polmonare 595
Oculari (Le metastasi) della blenorragia 712
Oculari (Le sindromi) nella diagnostica della medicina interna 568
Oftalmia simpatica (Caso interessante di) 352
Oleotorace (L') 779
Oleotorace (Le indicazioni dell') 131
Oleotorace (L') nella cura di alcune complicazioni della tubercolosi polmonare 466
Oleotorace (L') nella tubercolosi polmonare 590
Oleosi (Le istillazioni nasali di preparati) 601
Oliguria (Cause diverse dell') 141
Oli di fegato di merluzzo irradiati (Potere antirachitico degli) 40
Oli iodati (I pericoli della introduzione di) nell'albero tracheo-bronchiale 949
Oli iodizzati (Röntgengrafia e terapia mediante) 967
Olio iodato (Incidenti e reazioni da iniezioni di) 1186
Omento (Echinococco primitivo dell') 549
Omento (Innesti di testicolo nell') 617
Omento (Volvulo dell') 1172
Opera (L') Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia 1030
Operandi (Elementi per valutare la resistenza degli) e diminuire i rischi operatori 1138
Operando (L'esame radiologico del cuore per la valutazione della resistenza dell') 1142
Operando (Il metabolismo basale nella valutazione della resistenza dell') 1143
Operando (Modalità di tecnica nella trasfusione di sangue e sua utilità nella valutazione di resistenza dell') 1145
Operando (Preparazione dell') 858
Operando (La trasfusione di sangue puro quale mezzo di esaltazione delle resistenze dell') 1142
Operando (Di un semplice metodo di orientamento nella valutazione della resistenza dell') 1142
Operati (Sull'ampiezza respiratoria negli) 1145
Operazione (L') di Baldwin per la costruzione di una vagina artificiale 527
Opoterapia (L') associata nelle malattie di crescenza 1106
Opoterapia ovarica (Indirizzi teorici e risultati pratici dell') 353
Oppio (L') negli ipertonici 658

Digitized by Google

Orchiepidimiti (Le) da tifo e paratifo A 473
Orchite da influenza in un bambino di tre anni 970
Orchiti (Le) acute primitive dei bambini 255
Organi interni (Gli effetti della caduta nell'acqua da grande altezza sugli)
Orecchio (L'esame dell') in alcune intossicazioni 758
Orecchio interno (Studi e considerazioni sull'esame funzionale dell') nelle lesioni labirintiche ed extralabirintiche non suppurative 1071
Orecchioni (Sieroterapia preventiva degli) col siero di convalescenti 41
Ormone (Sull') cardioregolatore del fegato e sulla modificazione delle azioni farmacologiche a mezzo di questo 93
Ormoni (Influenze molteplici sull'azione degli) 34
Oro (Cura del lupus erithematicus con associazione dei preparati d.) agli arsenobenzoli. 779
Oro (Il trattamento della lepra con preparati di) 1026
Oro (Su ulteriori esperienze con i preparati di.) nella cura del lupus eritematoso 351
Orticaria (Nell') 112
Orticaria (Asma ed) al seguito di iniezioni endovenose di un preparato arsenobenzolico 358
Ortocardiogramma (Modificazioni dell') in seguito alla provocazione della stasi venosa degli arti 114
Ossalati (Sull'analisi degli) e dei solfati nelle scienze mediche, mediante l'uso dei carbonati di calcio e di bario 413
Ossaluria (Il metabolismo basale nell') 821
Ossidasi leucocitarie e funzione catameniale 676
Ossido di zinco (Applicazioni curative dell') in patologia digestiva 1105
Osteite fibrosa ed osteosarcoma gigante-cellulare 826
Osteite (L') parietale dei seni posteriori nel quadro radiologico delle sinusiti latenti 1224
Osteoartriti tubercolari (Cura delle) per mezzo degli innesti ossei 43
Osteomalacia (L') 1180
Osteomalacia (Il ricambio del calcio e gli estratti paratiroidei in un caso di) 850
Osteomalacia senile (Contributo allo studio della) 1002
Osteomielite infettiva acuta (Modalità dell'intervento chirurgico nell') 126
Osteomielite post-tifica delle due tibie da bacillo di Eberth (Considerazioni sovra un caso di) 520
Osteomieliti acute (La resezione diafisaria precoce nella cura delle) 690
Osteopatia eburneizzante mesomelica (Una nuova sindrome osteoplastica:) 494
Osteopsatirosi (La) idiopatica 232
Osteosarcoma gigante-cellulare (Osteite fibrosa ed) 10
Osteosarcomi (Gli) 1224
Osteosi (L') eburneizzante monomelica 684
Osteo-sintesi metalliche (La diatermia in rapporto alle) 921
Ostetricia (L') nella pratica 786
Ostruzione duodenale 66
Otite latente nell'infanzia (Diagnosi e cura dell') 206
Otite media acuta suppurata (Nell') 334
Otite media purulenta (Di alcune complicazioni endocraniche dell') 719
Otite media purulenta influenzata favorevolmente dall'insorgenza di infezione pulmonitica acuta 786
Otiti acute (Lo streptococco mucoso nelle) e loro complicanze 67
Otiti medie purulente acute (Brodovaccinoterapia nella foruncolosi e nelle) 1160
Otorrea (Pneumatizzazione dell'apofisi mastoide e) 140
Otosclerosi e disendocrinie 804
Ouabaina (Lesioni renali da) 1160
Ovaio (L'azione del liquido follicolare dell'). Esperienze su femmine impuberi castrate e su animali ibernanti 16
Ovaio (Sulla genesi e funzione delle cellule interstiziali e luteiniche dell') e di quelle interstiziali del testicolo 640
Ovaio (Nuovo contributo clinico all'innesto dell') 329
Ozena (Apertura intranasale del sacco lacrimale nell') 962
Ozena (L'autovaccinoterapia locale nell') 43
Ozena (I gruppi sanguigni nell'adenoidismo e nell') 133
Ozena (I raggi ultravioletti nella cura dell') 636
Ozena (Simpatectomia pericarotidea nell') 804
Ozena (La terapia cuproiodica dell') 804
Ozenatosi (Sostanze aventi azioni di antigeno nel muco e nelle croste nasali degli) 905

P

Pachimeningite (La) emorragica interna 1158
Paludismo provocato da operazioni chirurgiche 522
Pancreas (Intorno alla calcolosi del) 15
Pancreas (Cisti del) 1149
Pancreas (Sulla inesistenza di una capsula connettivale intorno agli isolotti del) 771
Pancreas (Sulla istogenesi del cancro primario del) 853
Pancreas (La ricerca del potere tripsico nella semejologia del) 619
Pancreas (Ricerche sperimentali sulle lesioni traumatiche interessanti il) a tutto spessore 732
Pancreas (Su una sostanza iperglicemizzante ottenuta dal succo pancreatico e dal) di cane 1150
Pancreas accessorio (Un caso di) 805
Pancreatica (La diastasi nell'urina per la diagnosi della acuta necrosi) 1149
Pancreatica (Sulla fisiopatologia della secrezione) esterna 733
Pancreatica (Sui rapporti tra glicemia digestiva e funzione) nel cane 107
Pancreatite (La) acuta 999
Pancreatite cronica interstiziale (La macrocitosi degli eritroceti come segno caratteristico della) 493
Papaverina (La) 1124
Papillomi impiantati su di una prominenza anomala della vescica 1199
Papillomi laringei (Sulla contagiosità dei) 185
Paracentesi addominale a scopo diagnostico 1159
Paracusie (Puntura della cisterna magna nelle) 924
Paralisi agitante palato-faringo-laringea 42
Paralisi (La) amiotrofiche postsieroterapiche 42
Paralisi cardiaca (La morte per) all'autopsia medico legale 14
Paralisi congenita del radiale (Contributo alla conoscenza di una rarissima affezione: la) 129
Paralisi del facciale «a frigore» (Quando bisogna curare chirurgicamente la) 524
Paralisi facciale «a frigore» (Semplificazioni del trattamento chirurgico nella) 980
Paralisi generale senile (La forma tardiva delirante della) 851
Paralisi generale (Lo stovarsol ed il treparsol nella) 184
Paralisi generale (Il trattamento della) con l'inoculazione della malaria 470
Paralisi generale progressiva (Lo stovarsolo nella cura della) 257
Paralisi infantile (Sulla istologia patologica dei muscoli nella) e sul rapporto fra l'atrofia delle fibre muscolari e l'eccitazione faradica bipolare diretta dei muscoli atrofici 908
Paralisi laterale doppia dello sguardo e sinergia paradossa oculo-cefalica 785
Paralisi post-difteriche del velo pendulo (Contributo clinico allo studio delle) 785
Paralisi progressiva (Nuovi orientamenti della terapia della) 1159
Paralisi progressiva (I preparati di bismuto nella) 352
Paralisi progressiva (Il vaccino antivaioloso rispetto alla) 141
Paralisi progressiva (Risultati consecutivi alla malarizzazione di 4 casi di). Indicazioni e modalità di applicazione del metodo 303
Paralisi del retto esterno postrachistovainizzazione 690
Paralisi spastica degli arti inferiori (Radicotomia posteriore e ramisezione in un caso di) 43
Paralitici generali (L'immunità dei) rispetto alla sifilide 1149
Paraosteo-artropatie (Ricerche sperimentali sulla patogenesi delle) nelle lesioni traumatiche del midollo spinale 563
Para-Pfeiffer (Singolare reperto microbico in un caso di endocardite lenta: b.) 1146
Parassiti (I) intestinali negli scolari 532
Paratifo A (Le orchiepidimiti da tifo e) 1024
Paratiroideo (L'estratto) come antiemorragico 473
Paratiroidi (Cute e) 957
Paresi del mediano (L'estensione asinergica della mano, segno di) 114, 426
Parkinsoniane (La funzionalità epatica nelle sindromi) post-encefalitiche 783
Parkinsonismi (Qualche osservazione sulla terapia dei) 1106
Parkinsonismo (Il curaro contro la rigidità muscolare da) 426
Parkinsonismo da encefalite epidemica in soggetto luetico 1022
Parkinsonismo encefalitico (Le iniezioni endorachidee di solfato di magnesio nel) 761
Parkinsoniano post-encefalitico (Crisi cefalo-oculo-gire in) 354
Parkinsonismo post-encefalitico (Fenomeni di miastenia di muscoli estrinseci oculari nell'emicrania oftalmoplegica e nel) 830
Porkinsonismo postencefalitico (La malarioterapia nell'encefalite epidemica e nel) 711
Parotite epidemica (Rara complicanza in un caso di) 1171
Parotide postoperativa (Sulla) 796
Parto (Le cause di morte improvvisa durante la gravidanza ed il) 376, 1144
Parto (Le iniezioni endovenose di estratto ipofisario a scopo profilattico subito dopo il) 1043
Parto (Per calmare i dolori del) 667
573

Digitized by Google

Parto (Terapia della minaccia di asfissia del feto durante il) 766
Parto (La timofisina nel) 1043
Parto (Importanza del) nello scoprire una sifilide latente 735
Parto prematuro (La laminaria nel) 688
Partum (Patologia e terapia del post-) 952
Pasteurizzazione (La) come effetto sterilizzante nel latte inquinato da tubercolosi 475
Pasteurizzazione (La) del latte 957
Pediculosi (Cura delle) e della ftiriasi 1002
Pelvi renale (L'anatomia clinica della circolazione nella) 855
Pelvi renale (Plastica chirurgica della) 1124
Pelvica (Enorme idronefrosi in un rene in ectopia) mediana 1152
Peribronchite non tubercolosa simulante tubercolosi occulta 206
Pericardio (Contributo semeiotico alla sinfisi del) 785
Periduodeniti (Sindrome clinica delle) 231
Periduodenite e nevrosi 332
Peristalsi (La) intestinale osservata direttamente nell'uomo 399
Peritelioma dell'intestino tenue incarcerato in un sacco d'ernia inguinale 437
Peritoneali (Profilassi e cura delle aderenze) 406
Peritoneo (La permeabilità della pleura e del) allo stato patologico, verso gli anticorpi 366
Peritonite acuta (Applicazione locale dell'argento colloidale nella) 282
Peritonite purulenta generalizzata da infezione gonococcica 664
Peritonite tubercolare (I raggi ultravioletti nella cura della) 718
Peritonite tubercolare [Su di un caso di pseudo-ermafroditismo interno (ginandria) in persona coniugata affetta da ernia bilaterale e] 715
Peritonite tubercolare essudativa (Sull'importanza del fattore «enzima» nella guarigione della) in conseguenza della insufficienza delle insufflazioni di ossigeno 954
Peritoniti (Il sintoma di Gräfe nelle) 45
Peritoniti acute (Il trattamento chiuso delle) di origine appendicolare 1149
Peritoniti croniche (Terapia fisica e interventi chirurgici nelle) 764
Peritoniti tifose (Cura chirurgica delle) 733
Perizia (La) medica 40
Pertosse (Gli accidenti e le complicazioni meno frequenti della) 1107
Pertosse (L'allonal nella) 995
Pertosse (Complicanze cerebrali da) 801
Pertosse (Complicanze nervose della) 214
Peste (Una reazione delle culture di) 210
Ph (Il comportamento del) nel liquido cerebro-spinale in casi di complicanze otitiche 1160
Ph (Il comportamento della riserva alcalina e del) del sangue in seguito ad emorragie e a trasfusioni 1143
Ph (La reazione di Nobell ed il) nei liquidi cefalo-rachidiani normali e patologici 855
Ph (Ricerche sperimentali sugli effetti della narcosi sulla R. A. e sul) del sangue 1144
Piellite dell'infanzia (L'esilresorcinolo nella cura della) 1230
Pielografia (Contributo sulla) 401
Pielografica (Note di tecnica) 594
Pielogramma (Interpretazione del) 786
Pielonefrite cronica (Direttive diagnostico-prognostiche e curative nella) 810
Pielonefriti croniche (Sulla vaccinoterapia locale con filtrati batterici nelle) 833
Pielonefrosi (Di una rara forma di) dovuta ad un zooporassita: l'eustrongylus gigas. 367
Pieloscopia (I vantaggi della) 594
Pigmentazione (Intorno alla peculiare) che presentano alcuni animali marini viventi nel lago Fusaro (Napoli) 882
Pigmenti (Biologia patologica dei) 520
Pilocarpina (La) nella ritenzione di urina e nella costipazione 980
Piloro (L'ascoltazione del) 686
Piloro (Sulla terapia della stenosi spastica del) nei poppanti 1174
Piloroduodeniti (Le) 473
Pinza (Una) per scarificazioni dell'ugola 1159
Pinza (Su una nuova) per l'emostasi provvisoria dei grandi vasi profondi 584
Pinza emostatica (Nuovo tipo di) 21
Piodermiti infantili (La soluzione di Carrel nel trattamento dell'impetigine e delle) 255
Piodermiti in Pediatria (L'immunizzazione locale di Besredka nella cura delle) 208
Pioemia (Allacciatura della vena cava nella) 494
Piosalpinge bilaterale a tendenza confluente in donna con diatesi emorragica 280
Piorrea alveolare (Gli spazzolini da denti e la) 1204
Piotropin (Lupus volgare e) 1190
Pipistrello (Se il) sia utile nella lotta antimalarica 583
Piramidone (Il) nel singhiozzo 1033
Pitiriasi rosea di Gibert (Nella) 475
Pitiriasi rubra pilare (Il vaccino Vaudremer nella cura della) 603
Pituitrina (Primi risultati terapeutici dell'azione antiemetica e antivagale della) e della pituitrina-adrenalina 354
Placenta (Distacco prematuro e precoce di) normalmente inserta 753
Placenta normalmente inserta (Considerazioni clinico-operatorie su di un caso di distacco precoce della) 402
Placenta previa (Indicazione della cesarea classica nella) 183
Placenta previa centrale (Perforazione da parte del feto di una) 211
Placentari (Sull'azione iperglicemizzante di alcuni estratti) 805
Plasma (Lo stato colloidale del) nella patogenesi degli edemi 398
Plasmochina (La cura della malaria con la) 1104
Plasmochina (La) nella malaria 981
Plastica chirurgica della pelvi renale 1124
Plastiche facciali 1148
Plasmochina (La) nuovo rimedio della malaria 358
Plessi coroidei (Il tessuto connettivo dei) nel vertebrati 280
Plesso celiaco (La dilatazione gastrica rispetto alla iperestesia del) 374
Pleura (Endotelioma primitivo della) e sindrome frenico-parietale 117
Pleura (La permeabilità della) e del peritoneo, allo stato patologico, verso gli anticorpi 366
Pleura (Segni clinici indiretti delle localizzazioni tubercolari della) e del polmone 405
Pleura costale (Morte da infiammazione della). Esito di scottatura? 568
Pleurica (La calcificazione) 544
Pleurici (L'esame radioscopico nella diagnosi dei versamenti) 949
Pleurite (La cura della) con i raggi ultravioletti 641
Pleurite (La) quale fattore immunitario nella tubercolosi polmonare 106
Pleurite tifica (Contributo alla conoscenza della) 211
Pleuriti (Sulle bronchiti e sulle) che insorgono nel corso della febbre mellitense 1104
Pleuriti interlobo-mediastiniche 594
Pleurocele spurio traumatico 802
Pneumo-artro-terapeutico nell'emartrosi e nell'idroermartrosi traumatiche del ginocchio 902
Pneumocele (Il). Nuovo metodo di diagnosi nelle affezioni del testicolo 1148
Pneumo-cistografia (Sulla) 1151
Pneumococchi e streptococchi (Rapporti microbiologici fra) 159
Pneumonite (La) caseosa del lattante 376
Pneumopielografia (La) 64
Pneomorragie (Lo Stryphnon, nuovo rimedio contro le gravi) 93
Pneumoterapica (Note di pratica) 353
Pneumotorace (Effetti favorevoli del) sulle laringiti tubercolari 926
Pneumotorace (Il) sintomatico a basse pressioni 466
Pneumotorace (Sul) ad ipotensione mono- e bi-laterale 762
Pneumotorace artificiale (Accidenti nervosi da) 826
Pneumotorace artificiale (L'apparecchio Carpi nella pratica del) 1107
Pneumotorace artificiale (Cura della tubercolosi polmonare col) 1179
Pneumotorace artificiale (Il fenomeno del collasso selettivo nello) 590
Pneumotorace artificiale (Indicazioni e controindicazioni dello), della frenicectomia e della toracectomia 885
Pneumotorace artificiale (Intorno al) contemporaneamente bilaterale 6
Pneumotorace bilaterale associato alla toracoplastica 545
Pneumotorace chiuso (Sulla interpretazione di alcuni fenomeni fisici nel) 754
Pneumotorace terapeutico (Un caso di edema polmonare avvenuto durante il parto in un'ammalata in corso di) 18
Pneumotorace terapeutico (Sul meccanismo di azione dello) 800
Pneumotubercolosi (Sulla terapia della) mediante Lipatren 544
Poliamnios e malformazioni fetali 66
Pollineurite tubercolare (Sulla) 996
Polinevrite da emetina 1204
Poliomielite anteriore acuta, Contributo all'impiego della simpatectomia periarteriosa nel trattamento dei disturbi trofici e vasomotori secondari alla) 274
Poliomielite anteriore acuta (Il metodo Bordier nel trattamento della) 787
Poliomelite anteriore acuta (La radio-diatermo-elettroterapia nella) 278, 328
Polionielite cronica degli adulti (Contributo clinico-istologico alla) 737
Poliuria acuta con ritenzione di urina e simulazione di tumore ovarico 210
Polizia scientifica (Medicina Legale e) 643
Pollini (Sulla natura delle sostanze sensibilizzanti dei) 511
Polmonari post-operatorie (Come combattere le complicazioni) 375

Digitized by Google

Polmone (Segni clinici indiretti delle localizzazioni tubercolari della pleura e del) 405
Polmonite (L'autovaccino nella) 493
[*Polmonite*]. (*Reperto di elementi midollari immunitari nelle malattie infettive*)
Polmonite lobare (*La cura della indacanemia nella*) 846
Polmoniti lobari (La radiologia nella diagnosi delle) 54
Polonio (Effetti del) nell'organismo umano 106
Polso giugulare destro come segno di aneurisma dell'arco dell'aorta 469
Porpora emorragica (*Due casi di*) 354
Porpora emorragica (La legatura dell'arteria splenica nella) 1113
Porpora emorragica (La splenectomia nella) 995
Porpora emorragica idiopatica (Cura della) 1095
Porpora emorragica post-arsenobenzolica 718
Porpora fulminante 704
Porpora infantile (Nella) 262
Porpora sintomatica grave (Leucemia acuta microemocitoblastica con.) 407
Post-partum (*Patologia e terapia del*) 1095
Potassio (Il contenuto del sangue in calcio e) 952
Potassio (Il tartrato di antimonio e) nelle ulcere fagedeniche 565
Pott (Il falso mal di) 973
Pressione arteriosa (Azione dei sieri di animali scapsulati sul tono vasale e sulla) 451
Pressione arteriosa (*I vantaggi pratici dell'esame clinico della*) 306
Pretracoma (I fattori costituzonali nella sindrome del) 313
Profilassi (La) delle complicazioni post-morbillose mediante vaccinazioni polibatteriche 210
Profilassi (Per la) venerea 807
Progeria (*La*) 599
Prognosi operatoria (Glicosuria e) 422
Proiettile (Migrazione tardiva di un) di fucile dal collo al polmone 1143
Proiettili (Gli orifizii di entrata dei) nella pelle 730
Prolasso uterino senile (L'operazone di Le Fort nel) 955
Prostata (Sarcoma della) 1126
Prostata (La tubercolosi della) 63
Prostata (Carcinomi della) e metastasi vertebrale 694
Prostatectomia perineale sotto l'anestesia sacrale 619
Prostatica (*Disfunzione sessuale da congestione*) 468
Prostatiche (Röntgenterapia delle affezioni) 472
Prostatici (I cosidetti) senza prostata 803
Prostatiti secondarie alla tubercolosi 712
Proteine (Le) nell'attivazione e riattivazione della reazione di Wassermann 1220
Proteine asmogene (*Sul potere anafilattogeno delle*) 493
Prove dell'indice, della deviazione e dello orientamento (Il metodo Barany di registrazione delle) 151
Prurigine tipo Hebra (Nella) 41
Prurigo (Sull'emoclasia allimentare nel) 141
Prurito (La chirurgia nella cura del) 712
Prurito (Sulla cura del) 399
Prurito (I raggi ultravioletti in alcune forme di) 92
Prurito (Trattamento fisioterapico del) 951
Pseudoappendicolari (Manifestazioni) come sintoma iniziale nei processi del colon distale 1006
Pseudo-idronefrosi traumatica (Sulla patogenesi della) 806
Pseudo-paralisi progressiva da veronal in soggetto luetico e tossicomane 689
Pseudotabe con atrofia ottica 330
Pseudotubercolosi (Patologia del sistema nervoso endocrinosimpatico e) 803
Pseudotubercolosi (La) di origine colecistica 353
Pseudotubercolosi polmonare? 781
Psicaina (Iodipina associata alla) 591
Psicaina (La) nell'anestesia locale 958
Psicosi (Terapia malarica delle) eziologicamente indipendenti da sifilide 15
Psicosi post-operatorie (Sulle) 881
Psoriasi (*Contributo alla terapia bismutica della*) 928, 1142
Psoriasi (Il metodo di Brock nella terapia della) 380
Psoriasi (Una nuova cura della) 882
Psoriasi (Un nuovo rimedio contro la) 718
Psoriasi (La terapia attuale della) 688
Psoriasi (La terapia aurica nella) 574
Psoriasi (La terapia ultravioletta nella) 351
Psoriasi (Glicemia e colesterinemia nella) e cura insulinica 1070
Ptosi gastro-intestinali (*Per la diagnosi e la terapia medica delle*) 114
Puericultura (A proposito dei corsi di) per medici condotti. 990
Polmone (*Il collasso lobare del*) 998
Pulmonite crupale (Il chinino nella) 947
Puntura lombare (Come evitare gli inconvenienti della) 741
Puntura lombare (Sulle lesioni oculari da idrocefalo acuto e loro guarigione con la) 908
Punture di insetti (Contro le) 43
Pupille (Le) come elemento diagnostico nello stato comatoso 47
Puristici (Influenza dell'alcool etilico sulla eliminazione dei corpi) 1124
Pus tubercolare (Ricerche chimiche e biologiche sul) 928

Q

Quattrocentoquaranta B (Un nuovo diuretico mercuriale: il) 526

R

Rabbia (*Conferenza internazionale sulla*) 620
Rabbici (*I metodi anti-*) *Pasteur, Fermi e Roux Remlinger alla Conferenza internazionale della Società delle Nazioni*
Rachianestesia (Contributo di mille casi di) 625
Rachianestesia (Iniezione endovenosa di liquido cefalo-rachidiano per evitare gli accidenti della) 132
Rachianestesia (Ancora sulla) con la tropococaina 445
Rachianestesia (La) nell'ernia strozzata 257
Rachitismo sperimentale (Influenza degli estratti paratiroidei sul) 1173
Rachitismo sperimentale (Latte secco irradiato e) 1105
Rachitismo e tubercolosi nell'infanzia nella città di Palermo 855
Radicolite secondaria a lesione traumatica vertebrale 330
Radicotomia posteriore e ramisezione in un caso di paralisi spastica degli arti inferiori 279
Radio (Le emanazioni di) nel trattamento del cancro intraorale 1149
Radio (Il) nel trattamento del diabete 468
Radiodiagnostica (Nuovo artificio tecnico di) 65
Radiografie polmonari (Le) con schermi colorati 738
Radiosensibilità del cancro (Le incognite della) 307
Radioterapia del cancro (*Disciplina e controllo della*) 1175
Radioterapia (La) radicolare del lichen planus 1074
Radioterapia e diatermia nella cura delle nevralgie 592
Radium (Apparecchio per le applicazioni di) nella cura delle lesioni della fronte, della faccia e del collo 920
Radium (Differente comportamento di « Vicia faba » colpita da) e da raggi X 237
Radiumchirurgiche (Tecniche) 832
Radiumterapia (Le idee direttive della) 594
Radiumterapia (Lo stato attuale della) del cancro. Tecnica generale. Applicazoni esterne 594
Radium-terapia in oculistica 594
Radon (Il) nel trattamento del cancro intraorale 689
Raggi Roentgen (La necessità della standardizzazione della misura dei) 468
Raggi Röntgen (Azione dei) su meristemi normali di Ricinus communis 65
Raggi ultravioletti (Alimentazione del lattante con latte secco trattato coi) 232
Raggi ultravioletti (La cura delle pleurite con i) 808
Raggi ultravioletti (Sopra un caso di vaccino generalizzato trattato cor. i) 641
Raggi ultravioletti (Sulla tecnica della irradiazione con i) 808
Raggi (I) ultravioletti nella cura dell'asma 1071
Raggi ultravioletti (I) nella cura dell'ozena 741
Raggi ultravioletti (I) nella cura della peritonite tubercolare 804
Raggi ultravioletti (Il pericolo dei) nei tubercolotici 718
Raggi ultravioletti (Influenza dei) sulla cutireazione tubercolinica alla Pirquet 469
Raggi (I) ultravioletti corti in dermatologia 305
Raggi (I) ultravioletti in alcune forme di prurito 469
Raggi (I) ultravioletti nella cura delle dermatosi 951
Raggi ultravioletti di lunghezza d'onda $\lambda = 3650$ A (Applicazioni biologiche dei) 256
Raggi ultravioletti (L'uso dei) in criminologia 953
Raggi X (*Patologia da elettricità e*) 1034
Rantoli e sfregamenti 1133
Reazione (*La*) *di Abderhalden nei cuti-reattivi* 810
Reazione(La) al bicromato di potassio sul liquido cefalo-rachidiano di luetici affetti da sifilide del neurasse 605

Digitized by Google

Reazione di Bordet-Wassermann (Riattivazione della) nel liquido cefalo-rachidiano 469
Reazione di Botelho (Primi risultati della) nella diagnosi di cancro con speciale riferimento agli epiteliomi cutanei 570
Reazione di Boveri (Sul valore pratico della) sul liquido cefalo-rachidiano per la diagnosi di affezione meningea 233
Reazione (La) di Boveri per la diagnosi di affezione meningea 658
Reazione (La) colloidale del bleu di Berlino 1221
Reazione cromatica (Applicazioni cliniche di una nuova) dell'acido urico e degli altri corpi del suo gruppo 655
Reazione diagnostica del cancro secondo Roffo 607
Reazione (La) di Fähreus in ginecologia 327
Reazione di fissazione (Il complemento secco di cavia nella) 445
Reazione di intorbidamento (Ulteriori indagini su la nuova sierodiagnosi della sifilide. Sua unificazione con la W. nuova) 344
Reazione (La) Kahn nella lebbra 661
Reazione (La) di Kahn per la sifilide 371
Reazione di Kottmann (Similarità della funzione tiroidea tra madre e figlio studiata attraverso la) 809
Reazione (La) di Kottmann in pediatria 546
Reazione (La) di Jefimow per la diagnosi di elmintiasi 21
Reazione (La) di Maki Takato e Kijoschi Ara nel liquido cefalo-rachidiano 43
Reazioni di Meinicke (Le) per la diagnosi di sifilide 289
Reazione di Meinicke (Sul valore dellaa reazione di Wassermann in confronto con quello della) nella diagnosi della sifilide delle nutrici 1051
Reazione di Moritz Weisz (La) nella tubercolosi polmonare 826
Reazione di Nobel (La) ed il Ph nei liquidi cefalo-rachidiani normali e patologici 855
Reazione (La) novocaino-formalinica di Costa in pediatria 350
Reazione (La siero-) di Sachs-Klopstock in medicina interna 490
Reazione di Sachs-Klopstok (La siero-) in sifilografia 566
Reazione (La) di Sachs-Klopstok per la sierodiagnosi di lue 446
Reazione di Sachs-Klopstock (Sul valore della nuova) per la diagnosi della infezione luetica. 10
Reazione sierocromogena della sifilide 440
Reazione (La) di Taccone sul liquido cefalo-rachidiano nell'infanzia 1023
Reazione del triptofano (Ancora sul valore pratico della) 859
Reazione del triptofano (Sulla pretesa specificità della) sul liquido cefalo-rachidiano nella meningite tubercolare 668
Reazione (La) del triptofano nel liquido cefalo-rachidiano 35
Reazione (La) di Vernes 112
Reazione (La) xantoproteica nel sangue degli avvelenati da sublimato corrosivo 395
Reazione di Wassermann (Antigene a costituzione chimica definita, specifico per la) 663
Reazione di Wassermann (Del fenol-alcool quale antigene a titolo fisso per la siero-reazione di) 1066
Reazione di Wassermann (Il fenolo in sostituzione degli estratti lipoidei per la) nel liquor 1210
Reazione di Wassermann (Le proteine nell'attivazione e riattivazione della) 495
Reazione di Wassermann (L'ultrafiltrazione come mezzo di isolamento e studio delle globuline specifiche per la) 354
Reazione di Wassermann (Sul valore della) in confronto con quello della reazione di Meinicke nella diagnosi della sifilide delle nutrici 1051
Reazione di Wassermann e lebbra 184
Reazione (La) di Wassermann e quella di flocculazione nel latte delle donne luetiche 37
Reazione (La siero-) di Wassermann nella malaria 599
Reazione di Weil-Kafka in alcune malattie dell'infanzia 158
Reazione (La) di Weisz nei bambini tubercolotici 159
Reazione di Weisz (La) nei bambini tubercolotici 806
Reazioni (Le) al nitrato mercuroso e al nitrato mercurico nelle urine per la diagnosi dell'elmintiasi 948
Reflusso vescico-ureterale 403
Reflusso (Il) vescico-ureterico al XXVI Congresso francese di Urologia 109
Reflusso vescico-renale bilaterale congenito (La cistografia nel reflusso. A proposito di un caso di) 1152
Reflusso vescico-ureterale (Diverticoli ureterali e), messi in evidenza con la cistografia 1152
Reflusso vescico-uretero-renale (Ritenzione orinosa vescicale e) 1153
Reflusso vescico-renale (Sul) 109
Refrattometriche (Ricerche) in alcune malattie mentali 786
Regione inguinale (Sopra una rara manifestazione morbosa traumatica della) 250
Renale (Il potere di eliminazione degli alcali, come prova della funzionalità) 1171
Renali (La fenolsulfonftaleina nello studio delle funzioni) 472
Renale (L'esame della funzionalità) in gravidanza; rapporto fra la prova della fenolsulfonftaleina e l'indice diastasico 998
Renale (L'indice di eliminazione) dell'indacano. Rapporto tra indacano e urea nel sangue 1105
Renale (L'iperazotemia provocata come metodo di esplorazione della funzionalità) 1105
Renale (Snervamento) 1067
Rene a ferro di cavallo (Calcolosi in) 1152
Rene a ferro di cavallo (Diagnosi radiologica di) 135
Rene (Enorme idronefrosi in un) in ectopia pelvica mediana 1152
Rene (Il) eredo-luetico 470
Rene (L'apparato escretore del) all'indagine radioscopica 472
Rene policistico bilaterale (Raro caso di due fratelli affetti da) 352
Reni policistici (Caratteristiche pielografiche e funzionali dei) 1153
Rene policistico (Terapia conservativa del) uni e bilaterale secondo Payr e risultati funzionali prossimi e remoti 1152
Rene (Sull'enervazione del) 420
Rene unico congenito (Su due casi di) 640
Rene unico destro (Uretero-pielo-plastica in uropielonefrosi del) 689
Resezione (La) dei nervi splancnici 1125
Resezione duodenale (I risultati lontani della) nell'ulcus ventriculi et duodeni 354
Resezione gastrica (Pericoli ed errori nella) 1148
Resezione gastrica (Sulla legittimità della) nelle ulcere perforate dello stomaco e del duodeno 39
Resezione unilaterale dei nervi intercostali (Le modificazioni della meccanica respiratoria dopo la) 762
Resistenza (La) leucocitaria nelle affezioni ginecologiche 211
Respiratoria (Grandezza) e aria respiratoria nei normali 426
Respiratoria (La riduzione della superficie) dopo interventi collassoterapici 496
Respiratorio (L'esame funzionale dell'apparato) in chirurgia 1142
Respiratoria (Sull'ampiezza) negli operati 1143
Respiro (Contributo allo studio della rianimazione del cuore e del) nei gravi accidenti da narcosi. Ricerche sperimentali sopra una nuova iniezione intracardiaca 713, 1142
Respirazione (Influenza dell'exeresi del frenico sulla) 108
Rettili (Il corpo ultimo branchiale nei) 833
Reumatismo blenorragico (Il siero antigonococcico per via venosa nel) e nella gonococcemia 638
Rialimentazione (Ricerche sulla) dopo il digiuno 523
Rialimentazione (Riceche sulla) dopo il digiuno 490
Riccio (Disturbi delle vie urinarie per ingestione di carni di) 621
Ricinus communis (Azione dei raggi Röntgen su meristemi normali di) 232
Riflessi vestibolari (Sui) 832
Riflesso (Di un nuovo) 523
Riflesso (Un nuovo) (vago-gastro-cardiaco) per la ricerca della tonicità del miocardio sinistro 729
Riflesso di Balduzzi (Fenomeno di Piotrowski e) 307
Riflesso colico (Sovra un nuovo) (Riflesso orto-colico) 247
Riflesso (Il) del malleolo esterno e il fenomeno di Pietrowski 1173
Riflesso (Il) medio-pubico nella emiplegia 1173
Riflesso naso-facciale (Il significato del) in rapporto al sistema vegetativo 42
Riflesso oculo-cardiaco (Contributo sul) 38
Riflesso orto-colico (Su un nuovo riflesso colico:) 247
Riflesso (Il) palmo-mentoniero 307
Riflesso di Piotrowski (Contributo allo studio del) in alcune affezioni del sistema nervoso 831
Riflesso pressore (La eliminazione del) nella cura chirurgica dell'angina pectoris 563
Riflesso rotuleo (Influenza del lavoro muscolare sul) 762
Riflesso spleno-epatico e periosteo (Speciale) 398
Riflesso vasomotorio di origine labirintica (Azione di alcuni farmaci sul) 229
Rigidità muscolare (Il curaro contro la) da parkinsonismo 1022
Rinite leprosa (La) 377
Rinofaringe (Ancora dell'influenza delle malattie) sul sistema ipofisario 697, 1005

Digitized by Google

Rinofaringee (*Ancora sui rapporti fra le affezioni*) *e le alterazioni ipofisarie* 932
Rinopietismografia 1157
Rischi operatori (*Elementi per valutare la resistenza degli operandi e diminuire i*) 1138
Rischi operatori (Di un minimo mezzo per prevenire taluni) in chirurgia addominale 1142
Riserva alcalina (Il comportamento della) e del Ph del sangue in seguito ad emorragie e a trasfusioni 1143
Riserva alcalina (La) nei traumatizzati 1143
Riserva alcalina (Sulle modificazioni della) dopo le operazioni chirurgiche 1142
Riso (Il consumo del) nell'alimentazione 1180
Ritmo cardiaco (Effetti della distruzione dei gangli sottoepicardici dell'orecchietta destra sul) 854
Ritmo cardiaco (*Complesse alterazioni del*), *con lesioni dei gangli sottoepicardici dell'orecchietta destra* (*Ricerche elettrocardiografiche ed istopatologiche*) 747
Ritenzione orinosa vescicale e reflusso vescico-uretero-renale 1153
Ritenzioni urinarie postoperative ginecologiche (L'urotropina per via endovenosa nelle) 277
Riunioni:
Riunione (XII) *dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani* 115
Riunione (*VII*) *del gruppo centro-meridionale e siculo della Società Italiana di Radiologia medica* 428
Riunione (XXIII) *della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia* 83, 114
Rivaccinazione antivajolosa (Precauzioni consigliabili nella) 375
Rocca petrosa (Sindrome rara da necrosi della) 42
Roentgenepilazione (La) delle braccia muliebri ipertricotiche 1199
Roentgenterapia (La) nella cura dei tumori midollari 468
Röntgenterapia delle affezioni prostatiche 803
Röntgenterapia intensiva (Contributo alla irradiazione omogenea in): l'ingrandimento artificiale del campo 135
Rosolia (Valore profilattico del siero dei convalescenti di) 108
Rosso neutro (Eliminazione del) attraverso la mucosa gastrica 755
Rosso scarlatto (Il bleu di metilene ed il) nella pratica otorinolaringoiatrica 567

S

Sabbia biliare (Il reperto radiologico della) 1174
Sacco (Sulla rottura prematura e precoce del) 662
Sacro-ileite (La) in ginecologia 400
Salasso (Influenza dell'allacciatura delle carotidi e del) sull'ictus anafilattico 832
Salasso (Particolare reazione febbrile al) in soggetti epatolienali 519
Salicilato di sodio (Il) per via endovenosa 645
Salicilato di sodio (*Lesioni anatomiche determinate dall'uso prolungato di forti dosi di*) 985
Salicilato di sodio (*Se il*) *si elimina attraverso la bile e se le conferisce potere battericida* 1185
Salicilato di sodio (Se il) si elimina attraverso la bile e se le conferisce potere battericida 1104
Salicilato di sodio e acidosi 181
Salyrgan (Il) come diuretico 1205
Sandoptal (Il) nuovo ipnotico 1078
Sangue (Ricerche sulla coagulabilità del) 1144
Sangue (Sulle alterazioni del) e delle pareti vasali in alcune forme distrofiche di origine alimentare e nervosa 136
Sangue (Il contenuto del) in sali minerali in condizioni patologiche 467
Sangue (Per la ricerca del) nelle urine 1001
Sangue (Il potere lipolitico del) e dell'orina nello stato puerperale 254
Sangue (Prelevamento del) per l'esame sierologico 21
Sangue (La pressione del) nella simpatectomia periarteriosa 663
Sangue (Valore comparativo dei diversi esami del) e dell'urina nella chirurgia urinaria 833
Sangue mestruale (Diagnosi differenziale fra) e sangue da carcinoma genitale 1004
Sangue puro (La trasfusione di) quale mezzo di esaltazione delle resistenze dell'operando 1142
Sanocrisina (Manifestazioni cutanee consecutive alla) 446
Sarcoide di Boeck (Contributo alla conoscenza del) 112
Sarcoma epifisario della tibia (Trattamento conservativo in due casi di) 1225
Sarcoma grave ed esteso del torace sottoposto a radioterapia 136
Sarcoma della guancia sinistra con occlusione del cavo orbitario guarito con la radio- e curie-terapia 136
Sarcoma intra-oculare nei bambini 64
Sarcoma della mandibola. Resezione della metà destra del corpo. Trapianto osseo. Guarigione da diciotto mesi 135
Sarcoma della prostata 63
Sarcoma del rene fetale 211
Sarcoma dell'utero 471
Sarcomi da traumatismi cronici 637
Scabbia (Contro la) 695
Scabbia (Sulla scoperta dell'acaro della) 675
Scarlattina (*A proposito di due casi di ricaduta di*) 692
Scarlattina (I mezzi di trasmissione della) 687
Scarlattina (Per favorire la desquamazione nella) 668
Scarlattina (Sepsi puerperale e) 734
Scarlattinosa (Segni ausiliari nella diagnosi della infezione) 290
Scheletro fetale (Contributo alla visibilità radiologica dello) 802
Scheletro fetale (La radiografia dello) nell'utero 229
Schema lobulare di Arneth (*Sul valore dello*) *in medicina* 1165
Scialografia (La) 307
Sciatica (Le iniezioni di ossigeno nella terapia della) 282
Sciatica e lombartrite. Sciatica originatasi in malato affetto da scoliosi naturale 602
Sciatico (Nuova concezione sulla patogenesi del dolore) 778
Sciatico (Interventi sullo) nella cura dell'ulcera perforante 497
Scilla (Sul meccanismo terapeutico dei preparati di) 229
Scissuriti e periscissuriti interlobari (*Sulla frequenza, patogenesi e semiologia delle*) 963
Sclerodermia generalizzata e distiroidismo postencefalitico 113
Sclerodermia in soggetto luetico ipogenitalico 109
Sclerosi a piastre (Reazioni nistagmiche in un caso di) 41
Sclerosi a placche (La malarizzazione artificiale in un cso di) 185
Sclerosi a placche frustra a inizio mentale 327
Sclerosi neurocentrale a piastre (Un nuovo sintoma della) 518
Scoliosi (Contributo alla cura della) 1225
Scoliosi scoliotica alternante (*Su di un caso di*) 872
Scoliosi (Il trattamento della) mediante lo sviluppo di curve di compenso 1070
Scoliosi ed aneurisma aortico 409
Scudo protettore per la irrigazione uretrale ed uretro-vescicale 166
Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana (*Relazione sul I anno accademico della*) 860
Seborrea (Nella) delle parti glabre 623
Secrezione cloridrica gastrica (Influenza dell'intiero organismo sulla) 62
Secrezione lattea (Tumefazione mammaria e) nel neonato 925
Sedimentazione delle emazie in ginecologia (Il valore diagnostico e prognostico della) 211
Segno (Il) di Argyll-Robertson per la diagnosi differenziale tra encefalite epidemica e sifilide sub-acuta del nevrasse 999
Segno di Cattaneo (Sul) nella adenopatia tracheobronchiale 808
Segno del laccio (Il fenomeno di Rumpel-Leede:) nell'arteriosclerosi e nell'ipertensione 637
Segno di Stiller (Il) nei microsplancnici e nei megalosplancnici 786
Sella turcica (I varii aspetti radiografici della) 307
Seno sfenoidale (Sul valore diagnostico differenziale delle opacità del) 1158
Seno trasverso (Reperto anatomopatologico della mastoide e del) 881
Sepsi puerperale e scarlattina 734
Sesso (La diagnosi biologica del) 210
Sesso (La determinazione del) a volontà 1216
Sfregamenti (Rantoli e) 810
Sfregamento epatico (*Lo*) *nella epatite cronica interstiziale diffusa* (*cirrosi epatica*) 396
Shock (Lo) in chirurgia 186
Shock emoclasico da tubercolina nei tubercolotici (Nuove ricerche sullo) 1106
Sieri (Apparecchio per inattivare i) 401
Sieri (*Proprietà agglutinanti dei*) *e glicemia* 172
Sieri (I) mielotossici nella leucemia mieloide 709
Sieri purificati (I) per prevenire la malattia da siero 303
Sieri ed i vaccini (Proposta di leggi per i) in Isvizzera e negli Stati Uniti d'America 1008
Siero adrenalinizzato (I danni delle iniezioni sottocutanee di) 226
Siero (Il) antigonococcico per via venosa nel reumatismo blenorragico e nella gonococcemia 638
Siero antipiastrinico (Studi ulteriori sull'azione del) 762
Siero antistreptococcico (Il) nella difterite grave 1219
Siero da vescicante (Il) nella profilassi del morbillo e della grippe 185

Digitized by Google

Siero (Il) di convalescente della cura dell'infezione tifosa 14
Siero (Il) di convalescenti nel morbillo 187
Siero di sangue (Ricerche sul contenuto colesterinico del) in rapporto alla colecistectomia 1035
Sieri di secondo salasso (Il) nelle sue applicazioni cliniche 859
Siero fisiologico (Accidenti provocati dalle iniezioni sottocongiuntivali di) 40
Siero (Il) normale di cavallo per via orale nella enterorragia tifosa 475
Siero sanguigno (La tossicità del) degli psicopatici 735
Sierologiche (Le ricerche) nei cadaveri 494
Siero-reazione (La) di flocculazione di Vernes nella diagnosi della tubercolosi 34
Sieroterapia (Alterazioni della formola leucocitaria nella) 132
Sieroterapia antidifterica (Particolarità sulla malattia da siero nella) 304
Sieroterapia ed allergia congenita 135
Sifilide (Come combattere l'intolleranza ai composti arsenicali nella cura della) 140
Sifilide (Male di Pott e) 757
Sifilide (La microprecipitoreazione di Kline e Young nella diagnosi di) 160
Sifilide (Nuova reazione per la diagnosi della) 778
Sifilide (Patologia fetale da) 998
Sifilide (Prime ricerche sulla Ballungreaction nella) 1025
Sifilide (La reazione di Kahn per la) 371
Sifilide (Reazione sierocromogena della) 440
Sifilide (Speciali preparati arsenicali nella fase di incubazione della) 470
Sifilide (Studi sperimentali sulla superinfezione nella) 328
Sifilide (Terapia malarica della) 112
Sifilide (Superinfezione sifilitica e fenomeni immunitari nella) 111, 1198
Sifilide (Diagnosi e terapia della) nel periodo della gestazione 161
Sifilide (Influenze della) sulla tubercolosi polmonare 616
Sifilide (La malaria nella cura della) in genere 828
Sifilide (Su una nuova emodiagnosi della) mediante la reazione emoclasica 508
Sifilide (La terapia orale della) coi derivati dell'acido ossi-amino-fenil-arsinico 111
Sifilide (Ulteriori indagini su la nuova sierodiagnosi della). Sua unificazione con la W. Nuova reazione di intorbidamento 344
Sifilide del collo uterino 84
Sifilide (La) congenita 1049
Sifilide (La) congenita come sostrato di deficienza mentale 262
Sifilide (La) cranica tardiva 1077
Sifilide e natalità 1050
Sifilide epatica (Su di un caso di) in terza generazione 281
Sifilide ereditaria (Sulla) 185
Sifilide ereditaria (I denti distrofici e la) 355
Sifilide ereditaria (Profilassi della lue e trattamento della) 852
Sifilide ereditaria (Le sindromi emopatiche nella) 1024
Sifilide ereditaria di seconda generazione (Su alcuni segni patognomonici della) 1000
Sifilide latente (Importanza del parto nello scoprire una) 735
Sifilide neuro-centrale (Contributo sulla malarioterapia nella) 84
Sifilide delle nutrici (Sul valore della reazione di Wassermann in confronto con quello della reazione di Meinicke nella diagnosi della) 1051
Sifilide (Sulla) dell'orecchio interno 66
Sifilide (La) sperimentale nel lama 88, 601
Sifilide (La) dello stomaco 253
Sifilide sub-acuta del nevrasse (Il segno di Argyll-Robertson per la diagnosi differenziale tra encefalite epidemica e) 909
Sifilide della tiroide 1127
Sifilide vescicale (Contributo alla conoscenza della) 1153
Sifiloma ano-rettale di Fournier (Stenosi rettali, elefantiasi ano-rettali,) 425
Sifilomi iniziali (Dei) della tonsilla 1159
Sigmoidite retrattile. Occlusione intestinale. Ileo-sigmoidostomia. Guarigione clinica 135
Simpatectomia (La) cervico-toracica del lato sinistro in un cardiopaziente con sindrome anginosa 184
Simpatectomia (La) nei lebbrosi 733
Simpatectomia periarteriosa (La pressione del sangue nella) 663
Simpatectomia periarteriosa (Contributo all'impiego della) nel trattamento dei disturbi trofici e vasomotori secondari alla poliomielite anteriore acuta 274
Simpatico (Orientazioni e tendenze della chirurgia del) 975
Simpatico (Radioterapia delle affezioni del) 639
Simpatico (Lo stato attuale della chirurgia del) 905
Simpatico (La tiroide nella resezione bilaterale del ganglio cervicale del) 92
Simpatico cervicale (Le lesioni del) e del simpatico perivasale 1100
Simpatico lombare e sacrale (La ramisezione del) 209
Simpatico perivasale (Le lesioni del simpatico cervicale e del) 1100
Simpatico perivasale (Esclusione del) dei vasi tiroidei superiori nel mixedema 903
Simpatico perivascolare (Contributo alla chirurgia del) 687
Simpatico (Il) e i climi 1076
Simpatico-parasimpatico (L'equilibrio) nella glicoregolazione. Nota prima: contributo alla conoscenza dell'azione della pilocarpina, atropina, eserina, ergotamina, istamina, sul tasso glicemico del coniglio 999
Simulazione (Sindromi isteriche e) 763
Sindrome (La) di Baumgarten 1020
Sindrome di Cotard (Sulla) 1127
Sindrome di Gradenigo (Sull'importanza dell'indagine radiologica nella) 1160
Sindrome di Klippel e Feil dal punto di vista ostetrico 660
Sindrome di Korsakow (Etiologia della) 467
Sindrome oculo-endocranica (Su una nuova) di origine nasale 44
Sindrome pluriglandolare prevalentemente mixedemo-ipofisaria 835
Sindrome purpurica arsenobenzolica 12
Sindrome di Schmidt (A proposito di un caso di) 1159
Sindrome simpatica cervicale totale simulante la sindrome sfeno-palatina 42
Sindrome sottostellata (La) 185
Sinergismo (Sull'importanza del) del farmaci in terapia 500
Sinfisi cardiaca (Trattamento chirurgico della) 182
Singhiozzo (Il piramidone nel) 1050
Singhiozzo grippale contagioso (Su sei casi di) osservati in sei giorni 374
Sintalina (Azioni secondarie tossiche della) 997
Sintalina (Ricerche comparative fra insulina e) 709
Sintalina (Sul trattamento dei diabetici mediante la) 1041
Sintalina (La) nel diabete infantile 710
Sintalina (La) nella cura del diabete mellito 928
Sintalinico (Il trattamento) del diabete mellito 664
Sintoma (Il) di Gräfe nelle peritoniti 45
Sintoma di Troisier (Il valore diagnostico del) 838
Sintomi (I) di Squires, di Flatau e del priapismo nelle meningiti 452
Sinusite frontale (Cura medica della) 931
Sinusite mascellare destra (Nevralgia facciale sinistra da) 382
Sinusite posteriore latente (Su di uno speciale reperto oftalmico in alcuni casi di) 44
Sinusiti (Diagnosi radiologica delle) 229
Sinusiti mascellari (Trattamento endonasale delle) 256
Sinusiti posteriori (Le complicanze oculari delle) 974
Sistema nervoso endocrinosimpatico (Patologia del) e pseudtubercolosi 353
Sistema reticolo-endoteliale ed immunità 638
Sistema reticolo-endoteliale ed ossidasi leucocitarie 1105
Sistema vegetativo (I rimedi delle sindromi del) 474
Situs inversus viscerum (Sul) completo 27
« Situs viscerum inversus » complicato a stenosi dell'arteria polmonare e comunicazione interventricolare 869
Soffi (Dei) retro-clavicolari vasali 1105
Soja (La farina di) nell'alimentazione umana 713, 805
Solastin (La) come anestetico nella pratica otorino laringologica 998
Solfati (Sull'analisi degli ossalati e dei) nelle scienze mediche, mediante l'uso dei carbonati di calcio e di bario 821
Solfato di magnesio (Sul sinergismo sperimentale fra morfina,) e giusquiamina 595
Solfato (Il) di magnesio come anestetico generale 207
Solfato (Il) di magnesio come rimedio delle crisi gastriche tabetiche 475
Solfo (Il) nella cura dei tumori maligni 682
Solfo (Il) colloidale (Sulfosolo) quale medicamento sintomatico per i tumori gastrici maligni 463
Soluzioni isotoniche di acqua marina (Le applicazioni terapeuliche delle) e la spiegazione più accettabile del loro meccanismo di azione 370
Soluzioni (Le) oleose iodiche nella tecnica radiologica dell'apparato respiratorio 73
Sonno (Sull'esistenza di un centro cerebrale del) 734
Sordità (La cura generale dell'organismo nella) 567

Digitized by Google

Sordità (La diatermia nella cura della) 759
Sordità (Su di un metodo psicofisiologico per svelare la simulazione di) 42
Sordità famigliare associata a cecità e demenza 852
Soroplasmosi (La) del coniglio rispetto alle Puglie 352
Spasmofilia (La) nell'infanzia 66
Spasmus nutans (I raggi ultravioletti nello) 135
Sperma (Sulla tecnica della dimostrazione delle macchie di) 741
Spermocultura (Importanza della) per la diagnosi della infezione gonococcica
Spirochete (Nuova tecnica per la ricerca delle) nel liquido cefalo rachidiano 104
Spirocheti (Gli) delle vie digerenti 1175
Spirocheti (Gli) nella etiologia dell'anemia perniciosa 371
Spirocheti intestinali (Morfologia, biologia, cultura pura e azione patogena degli) 1195
Spirochetosi bronco-pulmonari (Sulla grande frequenza delle) 258
Spirochetosi ittero-emorragica nostrale (Contributo alla conoscenza della) 1021
Spiroprotesina (Trattamento delle affezioni reumatiche mediante la) 700
Spiroscopia (La) nelle applicazioni chirurgiche 658
Splenectomia (Anafilassi, colesterina e) 1145
Splenectomia (Milza malarica migrante.) 1106
Splenectomia (Variazioni del contenuto in grassi di vari organi in seguito alla) 761
Splenectomia (Indicazioni della) nella malaria cronica 595
Splenectomia (Influenza della) sulla funzione biligenetica del fegato 66
Splenectomia (La) nella anemia splenomegalica infantile (Cardarelli) 1106
Splnectomia (La) nella porpora emorragica 715
Splenectomia (La) nell'ittero cronico emolitico splenomegalico 1095
Splenectomia ed anafilassi 131
Splenectomia in gravidanza 1149
Splenomegalia cronica (La diagnosi della) 133, 280
Splenomegalia (Sulla) emolitica 865
Splenomeglia ittero-emolitica complicata a grave infezione melitense. Splenectomia. Guarigione. 954
Splenomegalia primitiva (splenogranuloma) Forma granulomatosa della) 17
Splenomegalia trombo flebitica primitiva 397
Splenomegalie (Lo iodo nella cura delle) 483
Spondilite (La) melitococcica 838
Spondiliti (Sulle) melitococciche 13
Spondiloartrite deformante (Sulla rosografia della) 782
Spondilolistesi (Osservazioni clinico-radiologiche sovra la) 1139
Spondilosi (Sulle) 232
Sporotrichum Gougeroti (Cultura di) da una epidermicosi 97
Sporotricosi (Meningite da) 114
Sporotricosi del mediastino 156
Stafilomicosi (Sulla) articolare 29
Stasi papillare (Ipertensione endocranica senza) 133
Stasi venosa (Modificazioni dell'ortocardiogramma in seguito alla provocazione della) degli arti 425
Stazione idrotermale radioattiva (L'organizzazione e l'attrezzamento di una) 413
Stati demenziali (Gli) sifilitici non progressivi 1076
Stazioni italiane di cura (Dei mezzi e dei metodi più efficaci per collaborare alla valorizzazione delle) 255
Stenosi cronica uretrale (Le ematurie nella) 646
Stenosi esofagea da corpo estraneo ignorato 277
Stenosi mitralica (Destrocardia congenita e) 44
Stenosi mitralica (Insufficienza dell'arteria polmonare nel corso della) 1106
Stenosi mitralica (Ipertensione arteriosa nella) 544
Stenosi mitralica pura (La forma mediastinica della) 731
Stenosi pilorica (Considerazioni sopra un caso di) da colecistite ! 1105
Stenosi (La) pilorica ipertrofica congenita 819
Stenosi pilorica (Sindrome di) determinata da cisti da echinococco del fegato a parete spessa e dura, simulante un cancro dello stomaco. Intervento. Guarigione 304
Stenosi piloro-duodenali di origine biliare 1147
Stenosi respiratorie (Studio sperimentale sulle alterazioni del sangue nelle) 400
Stenosi rettali, elefantiasi ano-rettali, sifiloma ano-rettale di Fournier 1158
Stenosi spastica (Sulla terapia della) del piloro nei poppanti 425
Stenosi ureterale (La) come fattore etiologico nella calcolosi ureterale 1174
Stercobilina (Sulla determinazione quantitativa della) 109
Sterilità (Le cause della) 401
Sterilità (Le cause della) nell'uomo 644
Sterilità (Il fattore meccanico ed endocrino nella) e nella dismenorrea 429
Sterilità (Su di una speciale forma di) curabile con i bagni solforosi 60
Stipsi (Contributo clinico alla cura chirurgica della) 981
Stipsi (Mesocoliti e) 1103
Stipsi (Indicazioni all intervento chirurgico e le modalità operatorie nella) specialmente da pericolite 1103
Stipsi abituale (Osservazioni radiologiche nella cura chirurgica della) 1102
Stitichezza (Coloptosi e) 1103
Stitichezza (Patogenesi della) nelle tiflocoliti e relativo trattameno 1103
Stitichezza (La) abituale 1148
Stitichezza abituale (La cura chirurgica della) in un centinaio di malati 1095, 1098, 1101
Stitichezza grave ribelle (Indicazioni, modalità ed esiti della cura chirurgica della) 1103
Stitichezza (La) ipotiroidea 1102
Stock-vaccini (Il metodo fotometrico nel dosamento degli) 1102
Stomaco (L'anestesia locale e i lavaggi gastrici preoperatori iodati nelle operazioni sullo) 108
Stomaco (Contributo all'immagine röntgen post-operatoria dello) 155
Stomaco (Un raro tumore dello) 659
Stomaco (Il contegno della secrezione cloridrica dello) in seguito ai vari modi di scontinuità dei nervi vago-simpatici 1147
Stomaco (Elementi di fisiopatologia della funzione motoria dello) nei rapporti colla farmacologia e colla terapia 592
Stomaco ptosico (Il mesocolon trasverso come sostegno allo) 241
Stomatiti (Le) infettive gravi 375
Stovarsol (Lo) ed il treparsol nella paralisi generale 357
Stovarsolato di chinino (Tentativi di cura nelle terzane benigne e maligne con lo) 470
Stovarsolo (Guarigione con lo) in un caso di strofulo (bambino non sifilitico) 999
Stovarsolo (Lo) nella cura della paralisi generale progressiva 236
Stovarsolo (Lo) nella malaria 908
Strabismo (La) nelle malattie neurotrope 1028
Strabismo passeggero, reazione meningea consecutivi alla vaccinazione jenneriana 616
Strati addominali e scrotali 957
Streptococcemie (La) trementina nella eresipela e nelle 352
Streptococchi (Gli) piogeni nel latte 645
Streptococco mucoso (Lo) nelle otiti acute e loro complicanze 730
Streptococcus viridans (Isolamento dello) in tre casi di endocardite lenta 1160
Streptotrix termofila patogena (Sopra una) 954
Stricnica (Tolleranza alla medicazione) nei bambini 279
Stricnizzazione (Modificazioni del tasso glicemico per effetto della) 1023
Strofantina (La somministrata per via sublinguale 595
Strofulo (Guarigione con lo stovarsolo in un caso di) (bambino non sifilitico) 206
Strofulo (Lo) nel lattante 236
Stronzio-bromo (L'associazione) nella terapia dermatologica 549
Struma intratoracico (Contributo sullo) 951
Stryphnon (Lo) nuovo rimedio contro le gravi pneumorragie 970
Studi clinici (A proposito degli) secondo una commissione di concorso 93
Studi clinici (L'indirizzo degli) secondo una commissione di concorso 121
Studi medici (Riordinamento degli) 25
Succo duodenale (Il reperto batteriologico del) 457
Succo gastrico (Per una reazione sul) 38
Succo gastrico (Tecnica per definire l'attività peptica del) 368
Succo pancreatico (Su una sostanza iperglicemizzante ottenuta dal) e dal pancreas di cane 1221
Sulfosolo (Il solfo colloidale:) quale medicamento sintomatico per i tumori gastrici maligni 805
Suppurazioni croniche auricolari (Contributo allo studio della flora batterica delle) 463
Surrenalectomia (Cancrena spontanea e) 1160
Surrenalectomia (La) nella cangrena spontanea degli arti 995
Surrenalectomia (La) nella terapia della cancrena spontanea 375
Suscettibilità cutanea (Di un caso di particolare) a stimoli chimici e fisici 1172
Sutura a catena (Metodo semplice di) 1026
Svuotamento gastrico (Lo) normale illustrato radiologicamente 1149

Digitized by Google

T

Tabagismo e colica epatica 760
Tabe (Sulla malario-ricorrente-terapia nella) 800
Tabe dorsale (*Le forme atipiche della*) 230
Tabe dorsale (La malariaterapia nella) 1219
Tabe dorsale (Trattamento antimoniale della sifilide e della) 566
Tabe dorsale (La) nei giovani 996
Tabe infantile nella sifilide congenita 134
Tabe rivelatasi bruscamente come mal perforante boccale 981
Tabe senza reazione meningea 904
Tabetiche (La resezione delle radici spinali nelle crisi gastriche) 1218
Tachicardia parossistica (Asportazione del ganglio stellato sinistro in un caso di) 259
Talamica (Sindrome) indolore 763
Targesin (Il) nella blenorragia 980
Tartrato (Il) di antimonio e potassio nelle ulcere fagedeniche 973
Tensione arteriosa (L'azione dei bagni di fango sulla) 329
Teobromina (La) nei dolori di origine arteriosclerotica 957
Terme di Agnano (*Le indicazioni curative delle*) 623
Termici (Squilibri) da perturbamenti alimentari o fisici nel bambino 618
Terzana benigna (Glicemia e terapia insulinica nella) 879
Terzane benigne e maligne (Tentativi di cura delle) con lo stovarsolato di chinino 999
Testicolo (Contributo alla conoscenza dei processi infiammatori acuti non gonococcici del) 111
Testicolo (Sulla genesi e funzione delle cellule interstiziali e luteiniche dell'ovaio e di quelle interstiziali del) 329
Testicolo (Il pneumocele. Nuovo metodo di diagnosi nelle affezioni del) 1148
Tetania ed alcalosi 687
Tetano (*La cura del*) 577
Tetano (Terapia complessa del) 957
Tetano (Il) uterino di origine puerperale 39
Tetano, in un bambino di tre anni e mezzo, guarito con la sieroterapia intensiva 141
Tiflo-colite cronica (Le due tappe della) 13
Tiflocoliti (Patogenesi della stitichezza nelle) e relativo trattamento 1148
Tifo (Il) nel lattante 808
Tifo (Le orchiepididimiti da) e paratifo A 473
Tifo addominale (La emoterapia globale nel) 444
Tifo endemico benigno (Il) [malattia di Brill] 826
Tifo esantematico (Alcune ricerche sul sangue degli ammalati di) 1110
Tifo esantematico (Disturbi cardiaci consecutivi al) 520
Tifo-agglutinine (Le) nei piccioni a riso brillato 737
Tifobacillosi (La sindrome di) per tubercolosi dell'ilo nell'adolescente 806
Tifoide (La cutivaccinazione nella febbre) 421
Tifoide (Una nuova reazione per la diagnosi della) 518
Tifoide (L'infezione) nel lattante 904
Tifoidi (*A proposito di fenomeni emolitici nelle infezioni*) 358
Tifo-paratifo-coli (Un unico, nuovo e semplice terreno per la diagnosi differenziale fra bacilli del gruppo) 523
Tigna del cuoio capelluto (L'acetato di tallio nella) 926
Tigna favosa (Cultura di Achorion Schönleini dal sangue circolante in un caso di) 114
Tigne (L'acetato di tallio nella cura delle) 997
Timo (Sulla fisiopatologia del) 134
Timo (Ricerche sulla fisiopatologia del) 403
Timofisina (La) nel parto 1043
Tiroide (Alcune osservazioni su colombi alimentati con) 909
Tiroide (Comportamento del labirinto nell'ipertrofia della glandola) 41
Tiroide (La curva d'accrescimento delle penne studiata in colombi castrati ed in altri alimentati con) 883
Tiroide (Sifilide della) 1127
Tiroide (Influenza della) sul carattere 828
Tiroide (La) in Palermo e provincia 330
Tiroide (La) nella resezione bilaterale del ganglio cervicale inferiore del simpatico 927
Tiroide (*La glandola*) *in Dermatologia* 85
Tiroidea (Similarità della funzione) tra madre e figlio studiata attraverso la reazione di Kottmann 809
Tiroidectomia parziale e totale (Ricerche sperimentali sulla influenza della) sull'equilibrio acido-basico 1150
Tiroidi (*Sulla quantità di iodio contenuta in*) *umane di varie località italiane* 940
Tisiologia odierna (*Villemin e la*) 1205
Tonicità cardiaca (Il valore clinico della) 732
Tonicità miocardica (Su alcuni metodi clinici di esame della) 185
Tonicità vasale (Il significato delle anomalie essenziali e costituzionali della) 731
Tonometro capillare (Un nuovo) 135
Tonsilla (Dei sifilomi iniziali della) 1159
Tonsillare (Contributo allo studio della biochimica del tessuto) normale ed ipertrofico 1158
Tonsillare (Il problema) di fronte alle più recenti indagini sulla struttura del tessuto linfatico 1159
Tonsille (Tecnica della elettrocoagulazione delle) 639
Tonsillectomia (La) nei bambini 255
Tonsillectomia (La) nella febbre reumatica 1053
Tonsillectomia (La) nelle malattie croniche cardiache e renali 598
Tonsilliti recidivanti (Effetti della Röntgen-irradiazione nella terapia delle) complicate o meno da lesioni renali 1049
Toracectomia (Indicazioni e controindicazioni dello pneumotorace artificiale, della frenicectomia e della) 885
Toracoplastica (Pneumotorace bilaterale associato alla) 545
Toracoplastica (La) nella cura della tubercolosi polmonare 1179
Torcicollo (Il) come segno precocissimo della febbre tifoide 263
Torio (Il) e i suoi derivati nelle cure idrominerali 1075
Tossine tubercolari (L'azione delle) sull'attività cardiaca 1100
Tracheotomia (Sugli esiti tardivi della) 1022
Tracoma (Degenerazioni corneali nel) 427
Tracoma (Il) in Sicilia e sua profilassi 599
Tracoma e scuola 641
Tracomatose (Interpretazione delle inclusioni) 973
Transpulmina (La) in pediatria 549
Trapianti artero-tracheali (*Osservazioni sperimentali sulla produzione del trill nei*) 221
Trapianti ovarici (Le modifiche istologiche dei) negli animali 302
Trapianti ossei nella mandibola 1150
Trapianti ossei sulla mandibola. Tecnica e risultati 135
Trapianto (La reazione dell'innesto omoplastico di pelle dimostrata con l'affrontamento del derma del) con quello dell'ospite 1146
Trapianto osseo (Ulteriore contributo al) per rovesciamento della tibia sul femore in caso di neoplasia dell'epifisi femorale distale 662
Trasfusione del sangue (Considerazioni critiche sulla) 1143
Trasfusione del sangue (Determinazione dei gruppi sanguigni prima della) 47
Trasfusione di sangue (Riconoscimento dei gruppi sanguigni prima della) 203
Trasfusione di sangue (Modalità di tecnica nella) e sua utilità nella valutazione di resistenza dell'operando 1143
Trasfusione (La) di sangue puro quale mezzo di esaltazione delle resistenze dell'operando 1142
Trasfusione (La) del sangue nell'anemia perniciosa 637
Trasfusione del sangue (La) taylorizzata 797
Trasfusione del sangue (Risultati della) in un caso di anemia grave secondaria in un bambino ipotrofico 761
Trasfusione (*Semplificazione tecnica per la*) *di sangue puro* 4
Trasfusioni (Il comportamento della riserva alcalina e del Ph del sangue in seguito ad emorragie e a) 1143
Trasudati (*Di alcune proprietà fisico-chimiche degli essudati e*) 269
Traumatismi del cranio (Esiti di) e loro trattamento 977
Traumatismi cranici (Sindromi ipofisarie da) 426
Traumatismi cranici (Conseguenze dei) e loro cura 762
Trementina (La) nella eresipela e nelle streptococcemie 645
Treponema pallido (Per la colorazione del) 1023
Treponemi (Tecnica generale di colorazione degli spirochemi e dei) 152
Treponemi (*Sulla presunta influenza di particolari*) *nelle determinazioni delle emottisi*. 321
Tricofitide con emocoltura di Trichophyton plicatile 258
Tricofizia (Un nuovo metodo di epilazione nella cura della) del cuoio capelluto 1126
Trigemino (Terapia medica e chirurgica nella nevralgia del) 811
Trill (*Osservazioni sperimentali sulla produzione del*) *nei trapianti artero-tracheali* 221
Tripaflavina (La) nella infezione gonococcica 1197
Tripanosomiasi (Sulla patogenesi della) 780
Triparsamide (Risultati remoti del trattamento della malattia del sonno mediante la) 1217
Trombo-angioite obliterante 157
Tromboflebite settica dei seni cavernosi da sinusite purulenta del

Digitized by Google

seno sfenoidale in una donna gravida
Trombo-flebiti otogene (Le complicanze polmonari nelle) 907
Trombosi sinuso-giugulare (Su due casi di) operati con legatura della vena e guariti 278
Trombosi cardiaca dell'infanzia 1159
Tubarica (Aborto e sterilizzazione) temporanea in una sola seduta laparotomica 973
Tubercolare (Bacillemia) 403
Tubercolare (Studi sperimentali e clinici sull'a infezione con il virus filtrabile) 920
Tubercolare (Forma pseudo-) della febbre di Malta 1101
Tubercolare (La infezione) nelle campagne secondo l'età differente 1167
Tubercolari (Lesioni) in persone morte per malattia non tubercolare 970
Tubercolina (Nuove ricerche sullo shock emoclasico da) nei tubercolotici 206
Tubercolina (Reazione leucocitaria specifica nella tubercolosi in seguito alla iniezione sottocutanea di piccolissime dosi di) libera di albumose 1106
Tubercolino-diagnosi (La) in pratica pediatrica 403
Tubercolo (Guarigione del) conglomerato dei centri nervosi 783
Tubercoloma (Osservazione di) stenosante l'uretra con secondaria metaplasia epiteliale 1042
Tubercoloma cutaneo 651
Tubercoloma etmoido-fronto-orbitale 954
Tubercoloma stenosante dell'intestino retto 44
Tubercolosa (La stato infettivo dei neonati di madre) 954
Tubercolosi (Artritismo e) 398
Tubercolosi (Chemioterapia della) 649
Tubercolosi (La diatesi essudativa e i suoi rapporti con la) 1179
Tubercolosi (Emigrazione e) 807
Tubercolosi (Il fattore ereditario nella) 1131
Tubercolosi (Gravidanza e) 1178
Tubercolosi (L'importanza delle goccciole e della polvere per la diffusione della) 15
Tubercolosi (L'insulina nella) 765
Tubercolosi (Latte e) 929
Tubercolosi (La malarioterapia può influire sulla)? 475
Tubercolosi (Una nuova forma di terapia aurica della) 765
Tubercolosi (Particolarità della cutireazione nella) 1130
Tubercolosi (La pasteurizzazione come effetto sterilizzante nel latte inquinato da) 375
Tubercolosi (Per la difesa contro la) 475
Tubercolosi (Stato attuale delle nostre conoscenze sui rapporti fra costituzione e) 954
Tubercolosi (La trasmissione transplacentare della) 1129
Tubercolosi (L'artrodesi extra-articolare per la) della colonna vertebrale, dell'anca e dell'articolazione sacro-iliaca 1209
Tubercolosi (I danni economici della) e del cancro 902
Tubercolosi (Sulla diagnosi della) delle ghiandole mesenteriche 498
Tubercolosi (Le false) di origine colecistica 347
Tubercolosi (La) del faringe 621
Tubercolosi (La) del personale degli ospedali e sua profilassi 374
Tubercolosi (Le manifestazioni inziali della) nei bambini 1024
Tubercolosi (Pseudo-) polmonare? 1174
Tubercolosi (Reazione leucocitaria specifica nella) in seguito ad iniezione sottocutanea di piccolissime dosi di tubercolina libera di albumose 591
Tubercolosi (Terapia della) nelle gravide 403
Tubercolosi (Il virus filtrabile in rapporto alla eredità della) 327
Tubercolosi chirurgiche ed indicazioni curative dedotte dalla varietà di loro sede 876
Tubercolosi complicanti la gravidanza (Le direttive terapeutiche nei casi di) 1042
Tubercolosi cutanea (Nella) 331
Tubercolosi cutanea (Indicazioni e risultati della chemioterapia aurea nella) 838
Tubercolosi cutanee (La cura delle) coi mezzi fisici 761
Tubercolosi (La) degli archi vertebrali 112
Tubercolosi (La) del cuore e dei vasi 662
Tubercolosi del ginocchio (La cura chirurgica della) 442
Tubercolosi (La) della prostata 1148
Tubercolosi dell'ilo (La sindrome di tifobacillosi per) nell'adolescente 694
Tubercolosi (La) dell'orecchio 806
Tubercolosi dell'uretra 968
Tubercolosi (La) del pube 712
Tubercolosi e diabete mellito giovanile 757
Tubercolosi ed emigrazione 107
Tubercolosi esterne (Consigli ai pratici per la cura delle) 553
Tubercolosi florida (La) nell'infanzia 765
Tubercolosi gastrica primitiva (Diagnosi. prognosi e terapia della) 734
Tubercolosi genitale (Trattamento della) 61
Tubercolosi genitale infantile e fibromi dell'utero 834
Tubercolosi (La) in rapporto al lavoro delle sigaraie 66
Tubercolosi intestinale linfogena retrograda (Sulla) 85
Tubercolosi intestinale e peritoneale (Sfacelo addomino-pelvico, esito di) 754
Tubercolosi laringea? (Anestesia o resezione del nervo laringeo superiore nella disfagia della) 851
Tubercolosi laringea (L'autosieroterapia nella) 497
Tubercolosi laringea (Ricerche istopatologiche nella) 764
Tubercolosi laringea (Terapia della) 1159
Tubercolosi laringea (Contributo alla cura dell'a) per via endotracheale 84
Tubercolosi miliare acuta del faringe (Un interessante caso di) in una bambina 1159
Tubercolosi (La) miliare del faringe 1159
Tubercolosi miliare (La) nel lattante 547
Tubercolosi nel bambino (Lesioni pulmonari che mentiscono la) 234
Tubercolosi nodulare della milza (Diatesi emorragica e) 235
Tubercolosi (La) oculare 1095
Tubercolosi osteo-articolare (Come trattare la) 81
Tubercolosi pleuro-polmonare (Operazioni addizionali al trattamento della) 858
Tubercolosi polmonare (Di alcune alterazioni oculari nella) 1276
Tubercolosi polmonare (A proposito di tre casi di aborto provocato per) 595
Tubercolosi polmonare (L'autoemoterapia nella cura della) 662
Tubercolosi polmonare (Direttive meccaniche nel trattamento operatorio della) 1107
Tubercolosi polmonare (Il cloruro di calcio nella cura della) 1218
Tubercolosi polmonare (Contributo sul trattamento chirurgico della) 838
Tubercolosi polmonare (Sull'a dieta di Gerson nella) 995
Tubercolosi polmonare (I dolori toracici nella) 755
Tubercolosi polmonare (L'esame del contenuto gastrico nei bambini con) 825
Tubercolosi polmonare (Frenicorexi o frenicotomia alla Goetze nel trattamento chirurgico della)? 618
Tubercolosi polmonare (Indagini sulla capacità respiratoria negli stati iniziali della) 780
Tubercolosi polmonare (Indicazioni e risultati della frenicectomia nella cura della) 427
Tubercolos polmonare (Influenza della sifilide sulla) 786
Tubercolosi polmonare (Iniezioni intrapulmonari nel trattamento della) 616
Tubercolosi polmonare (Le iniezioni intratracheali di lipiodol nella) 295
Tubercolosi polmonare (Intorno alla farmacoterapia della) 849
Tubercolosi polmonare (Lo jodo radioattivo nell'a cura della) 937
Tubercolosi polmonare (Il metabolismo basale nella prognosi della) 1196
Tubercolosi polmonare (Modificazione della laringe nella) 565
Tubercolosi polmonare (Le monilie nell'espettorato di ammalati di) 490
Tubercolosi polmonare (L'oleotorace nella) 156
Tubercolosi polmonare (L'oleotorace nella cura di alcune complicazioni della) 598
Tubercolosi polmonare (La pleurite quale fattore immunitario nella) 466
Tubercolosi polmonare (Recente contributo della terapia chirurgica nella) 106
Tubercolosi polmonare (La sezione delle aderenze pleuriche nel trattamento pneumotoracico della) 520
Tubercolosi polmonare (La tiocrisina nella cura dell'a) 259
Tubercolosi polmonare (La toraeoplastica nella cura della) 1001
Tubercolosi polmonare (Trattamento chirurgico dell'a) 1179
Tubercolosi polmonare (Sull'a vaccinoterapia nella) 1179
Tubercolosi polmonare (Il valore diagnostico della radiologia nella) 832
Tubercolosi polmonare (Le variazioni della formula leucocitaria nella) 66
Tubercolosi polmonare (Complicazioni della), loro patogenesi e cura 775
Tubercolosi polmonare (Concezioni attuali sopra la patogenesi e l'evoluzione della): eredità, terreno e contagio 1177
Tubercolosi polmonare (Cura della) col pneumotorace artificiale 1178
Tubercolosi polmonare (Sulla) ematogena 1179
Tubercolosi polmonare dei bambini (La diagnosi batteriologica della) con l'esame del contenuto gastrico 928
Tubercolosi post-operatorie 376
Tubercolosi primaria della mammella (Ricerche istologiche e batterioscopiche sopra un caso di) 481

Digitized by Google

Tubercolosi renale (Ee esiste una guarigione spontanea non operatoria della) 926
Tubercolosi renale (Statistica sulla sopravvivenza post-operatoria nella) 1218
Tubercolosi (La) renale a forma insistentemente ematurica 109
Tubercolosi renale bilaterale (Caso di) guarito con la cura tubercolinica 593
Tubercolosi (La) traumatica della cute, delle mucose e delle parti molli 709
Tubercolosi vertebrale (Le produzioni osteofitiche nella) 662
Tubercolotiche (Come trattare i bambini di madri) 467
Tubercolotiche (Effetti della separazione precoce dei bambini dalle madri) 1078
Tubercolotici (L'allisatina nelle forme intestinali dei) 1069
Tubercolotici (L'insulina nella cura di ingrassamento dei) 851
Tubercolotici (L'insulina nella cura ingrassante dei) 1042
Tubercolotici (L'insulina nel trattamento della denutrizione nei) 781
Tubercolotici (Metodo dell'Artusi per la prova del permanganato nelle urine dei) 505
Tubercolotici (Nuove ricerche sullo shock emoclasico da tubercolina nei) 1106
Tubercolotici (Il pericolo dei raggi ultravioletti nei) 409
Tubercolotici (Il dimagrimento che sopravviene nei) e nei diabetici obesi 520
Tubercolotici albuminurici (L'alimentazione dei) 931
Tubercolotici polmonari (Valore semejologico e pronostico dell'emorragia intestinale nei) 615
Tuberculidi (Contributo clinico allo studio delle) 112
Tubo digerente (I rapporti patogenetici fra le varie parti del) 453
Tubo digerente (Di una micosi del) 902
Tumore (Un raro) dello stomaco 1147
Tumore (Il rosso neutro per la diagnosi di) 523
Tumore (Voluminoso) dell'ovaia di destra asportato da una bambina di trentadue mesi 236
Tumore dell'angolo ponto-cerebellare trattato col metodo Cushing 616
Tumori della coda equina associato a singolare colorazione degli integumenti 232
Tumore desmoide della parete addominale 210
Tumore epiteliale maligno (Intorno a un) in sede non comune 1147
Tumore di Ewing (E' ill) una entità morbosa? 1224
Tumore gigante-cellulare del secondo metacarpo destro 1224
Tumore ipernefroide a sede rara 1147
Tumore del legamento gastro-colico 928
Tumore midollare operato (Illustrazione di un caso di) 594
Tumore primitivo della sinoviale articolare 1224
Tumore sacrococcigeo (Voluminoso) 211
Tumore del testicolo di grandi cellule rotonde e di tessuto interstiziale 1147
Tumori (Innesti fetali omogenei nel diabete e nei) 1147
Tumori (Risultati di terapia medica dei) 92
Tumori (Diagnosi dei) dell'uretere 712
Tumori (Importanza diagnostica della cistografia nei diverticoli, calcoli,) e malformazioni della vescica 1151
Tumori (Trattamento vaccinico dei) inoperabili 824
Tumori a mieloplassi e cisti ossee 1224
Tumori delle ossa (Roentgenterapia dei) 1222
Tumori delle ossa osservati all'Ospedale Civile di Venezia 1224
Tumori (Diagnosi radiografica dei) delle ossa lunghe degli arti 1220
Tumori benigni (Alcuni) della lingua 1160
Tumori cerebrali (Sintomi oculari nei) 43
Tumori da bacillus tumefaciens su vegetali? (E' necessaria la ferita del tessuto per la produzione di) 23
Tumori da innesto (Insulina e) 620
Tumori dell'angolo ponto-cerebellare (Intervento operatorio dei) 879
Tumori della cute (Sierodiagnosi dei) 114
Tumori del legamento rotondo (Contributo alla casistica dei) 280
Tumori del lobo frontale (Sintomi pupillari nei) 852
Tumori del nervo acustico 759
Tumori e di malattie analoghe (Metodi termoelettrici nella cura di) 329
Tumori gastrici maligni [*Il solfo colloidale* (*sulfosolo*) *quale medicamento sintomatico per i*] 463
Tumori maligni (*A proposito di zolfoterapia dei*) 262
Tumori maligni (*Il glucosio nella terapia roentgen dei*) 323
Tumori maligni (*Il solfo nella cura dei*) 682
Tumori maligni (*Lo zolfo nella terapia dei*) 58
Tumri (I) maligni del naso faringe 636
Tumori maligni (La diagnosi precoce dei) del mascellare superiore 789
Tumori maligni trapiantati (Immunità provocata da) 421
Tumori meningei cerebrali (Sull'anatomia clinica dei) 1021
Tumori midollari (*Diagnosi e chirurgia dei*) 899
Tumori midollari (La roentgenterapia nella cura dei) 466
Tumori ossei (*Trattamento dei*) 1222
Tumori ossei (Osservazioni sui) 1225
Tumori primitivi delle articolazioni 468
Tumori rachidei (La diagnosi precoce dei) 138
Tumori renali (Osservazioni su alcuni) nell'infanzia 1049
Tumori sperimentali del rene e dell'uretere da catrame 1147
Tumori vescicali (Trattamento dei) con gli agenti fisici 833
Tutocaina (Sulla) 118
Tutocaina (La) nell'anestesia lombare 566
Tutocaina (Sulla tossicità della) impiegata da sola o in unione con l'adrenalina 599

U

Ubbriachezza (*La diagnosi medico-legale di*) 538
Ubbriachi (Influenza della temperatura ambiente sulla concentrazione dell'alcool nel sangue degli) 927
Udito (Le malattie professionali dell'organo dell') 784
Ulcera (Dati di fisiologia gastrica a base della chirurgia dell') 494
Ulcera acuta vulvare (*Sull'*) *e sulla sua importanza medico-legale* 164
Ulcera cavitaria (La guaribilità dell') nella piccola curvatura gastrica 1040
Ulcera duodenale (L'itterizia nell') 398
Ulcera duodenale (Ulcera perforata del tenue dopo gastro-digiunostomia per) 497
Ulcera duodenale (Una ragione biochimica di differenza fra gli infermi di) 920
Ulcera fagedenica tropicale e sua cura 9
Ulcera gastrica (La megalosplenoptosi nella sindrome di) 971
Ulcera gastrica (Due casi di) in bambini 695
Ulcera gastrica (*Escisione transgastrica dell'*) 677
Ulcera gastrica (Il metodo Schiassi nella cura dell'): discontinuità nervosa vago-simpatica 348
Ulcera gastrica (Perforazione di) durante l'esame röntgen 201
Ulcera gastro-duodenale (Il saggio di Otvös all'atropina nell') 1196
Ulcera perforante (Interventi sullo sciatico nella cura dell') 497
Ulcera perforante esofagea 1029
Ulcera perforata del tenue dopo gastro-digiunostomia per ulcera duodonale 497
Ulcera rotonda dello stomaco (Significato diagnostico dei punti dolorosi frenici cervicali nell'), nell'appendicite e nelle affezini della vescichetta biliare 789
Ulcera dello stomaco (Il controllo ottico per la diagnosi dell') 82
Ulcera venerea (Contributo su un germe patogeno dell') 425
Ulcera venerea (*Sulla cura dell'*) 907
Ulcera venerea (La intradermoreazione nell') 1170
Ulcera venerea (Vaccinoterapia dell') 111
Ulcera venerea (La vaccinoterapia specifica dell') e delle sue complicazioni 111
Ulcerazioni acute dei genitali di natura non venerea 111
Ulcere fagedeniche (Il tartrato di antimonio e potassio nelle) 973
Ulcere gastriche e duodenali sifilitiche e parasifilitiche 905
Ulcere gastro-duodenali (L'infezione nella evoluzione di alcune) 1022
Ulcere perforate dello stomaco e del duodeno (Sulla legittimità della reazione gastrica nelle) 39
Ulcere veneree (Il vaccino di Nicolle nelle adeniti e nelle) 469
Ulceri gastriche (Di alcune cose che si dovrebbero sapere in tema di) e loro perforazioni 498
Ulceri semplici della vescica (Contributo alla cura delle) 1153
Ultravioletta (La luce) in urologia 690
Umor vitreo (Influenza di alcuni sali sulla viscosità dell') 831
Urea (Nuovo metodo per la valutazione della ritenzione di) 657
Urea (L'indice di eliminazione dell'indacano. Rapporto tra indacano e) nel sangue 1105
Urea (Nuovo apparecchio per la determinazione dell') nei liquidi organici 830
Urea nel sangue (Un nuovo metodo minimetrico per la ricerca dell') 17
Uremia (La legge di Vidal nell') 352
Uremia convulsiva (La patogenesi dell') 157
Uremica (Fughe e amnesia d'identità di origine) 783

Digitized by Google

Uremici (*Prognosi e terapia degli infermi*)
Uretere (La stenosi dell') 222
Uretere sinistro (Impianto dell') nel sigma secondo il metodo di Coffey 952
Ureteri (Su di un caso di incontinenza ureterale congenita e di duplicazione bilaterale degli) 1152
Ureteri (Restringimenti e dilatazioni dei due) dopo isterectomia subtotale 497
Uretero-pielo-plastica in uropielonefrosi del rene unico destro 1153
Uretra (*Osservazioni di tuberculoma stenosante l') con secondaria metaplasia epiteliale* 689
Uretra (Prolasso dell') in bambine 651
Uretra bifida diagnosticata sul vivente per mezzo della pielografia 350
Uretrale (Il restringimento) latente nella etiologia delle nefriti croniche 345
Uretrite blenorragica (Applicazioni e risultati della chemioterapia intravenosa acridinica nella) 1071
Uretrite gonococcica in fanciulli 110
Uretriti croniche inveterate (L'elettrocoagulazione nel trattamento di certe) 1127
Uretriti gonococciche acute (L'immunizzazione locale con l'antivirus nelle) 593
Uretro-cistografia (Sulla) 566
Urina (Come riconoscere le cause della torbidità di un') 1151
Urina (Ricerca clinica dell'albumina nell') 93
Urina (La diastasi nell') per la diagnosi della acuta necrosi pancreatica 526
Urina (La pilocarpina nella ritenzione di) e nella costipazione 733
Urina (Valore comparativo dei diversi esami del sangue e dell') nella chirurgia urinaria 980
Urinari (Un carattere diagnostico dei sedimenti) 833
Urinarie (Le infezioni) dei lattanti 790
Urinario (La diagnosi colloido-chimica del sedimento) 376
Urinario (*Glicemia e prova della iperglicemia alimentare negli ammalati chirurgici dell'apparato*) *e negli ipertesi* 781
Urine (Errori ed interpretazioni false nella diagnostica chimica delle) 1009
Urine (Il metodo micologico di Castellani e Taylor per la identificazione e la differenziazione degli zuccheri Fehling-riducenti nelle) 930
Urine (Un nuovo metodo di dealbuminizzazione delle) 1175
Urocisti (La folgorazione nel cancro inoperabile dell') 640
Urologia (Equivoci di diagnosi in) 1199
Urologiche (La diagnosi delle principali affezioni) 1027
Uropielonefrosi (Uretero-pielo-plastica in) del rene unico destro 715
Uro-pio-terapia (Primi saggi di) delle infezioni non gonococciche nè tubercolari dell'apparato urinario 689
Uroterapia (L') (uro-pio-terapia) nelle infezioni banali delle vie urinarie 595
Uro-terapia (Risultati di alcune esperienze di) secondo Cimino 1153
Urotropina (Sull'azione terapeutica dell') 1154
Urotropina (L') per via endovenosa nella terapia medica 1204
Urotropina (L') per via endovenosa nelle ritenzioni urinarie postoperative ginecologiche 66
Utero (Avulsione post-partum dell') 277
Utero (Corpi estranei nell') 881
Utero (La eosinofilia locale nel cancro dell') 354
Utero (In tema di dolore nel cancro dell') 471
Utero (Metamorfosi metaplasiche dei blastomi benigni dell') 602
Utero (Miomectomia, isterectomia e radioterapia nei miofibromi dell') 354
Utero (Sarcoma dell') 208
Utero (*La terapia Röntgen del cancro del collo dell'*) 471
Utero (*L'esame radiologico dell') e degli annessi* 203
Utero (Inversione puerperale dell') guarita con autoeliminazione 898
Utero (Rottura spontanea incompleta dell') in travaglio; cura conservativa; guarigione 378
Utero-annessiale (L'esplorazione) mediante il lipiodol 330
Utero carcinomatoso (Aborto simulato da menorragia del collo dell') 425
Utero inerte (Taglio cesareo in) per enorme distensione da gravidanza protratta oltre i 300 giorni 327
Utero-ovariche (La castrazione radiologica dell'ipofisi nelle disfunzioni) 523
Uva ursina (L') ed il suo glucoside (arbutina) in alcune affezioni delle vie urinarie 447
166

V

Vaccà Berlinghieri Andrea (La chirurgia di) 502
Vaccinazione antivaiolosa (Angine nella) 380
Vaccinazione antirabica (Una nota al metodo italiano di) 41
Vaccinazioni antitifiche nell'esercito 1167
Vaccinazione antitubercolare 1178
Vaccinazione antivaiolosa (Encefalite consecutiva alla) 83
Vaccinoterapia intrauterina (La) nell'infezione puerperale 802
Vaccinazione jenneriana (Encefalite consecutiva alla) 214
Vaccinazione jenneriana (*Manifestazioni cerebrali nella*) 91
Vaccinazione jenneriana (Strabismo passeggero, reazione meningea consecutivi alla)
Vaccinazione profilattica (Disordini mentali da) 957
Vaccinoterapia (La) antitifica nella pratica 201
Vaccinoterapia (La) in oftalmologia 46
Vaccinoterapia (La) intrabuccale 828
Vaccinazione (Sulla) anticarbonchiosa per via cutanea, sottocutanea, intramuscolare, endoperitoneale 804
Vaccinazioni polibatteriche (La profilassi delle complicazioni postmorbillose mediante) 927
Vaccini (Proposta di leggi per i sieri ed i) in Isvizzera e negli Stati Uniti d'America 807
Vaccinica (Sulle cause di insuccesso della terapia) specifica 1068
Vaccinico (Trattamento) dei tumori inoperabili 1172
Vaccino streptobacillare (Dmelcos). (Valore diagnostico e curativo del) 822
Vaccino antitubercolare (Sui requisiti di un) 111
Vaccino antivaioloso (Il) rispetto alla paralisi progressiva 1130
Vaccino gonococcico lisato (*Osservazioni sul*) 303
Vaccino (Il) di Nicolle nelle adeniti e ulcere veneree 1052
Vaccino (Il) Vaudremer nella cura della pitiriasi rubra pilare 469
Vaccino misto (*Trattamento di due casi di ascesso polmonare mediante*) 663
Vaccino streptobacillare (*Valore diagnostico e curativo del*) 420
Vaccino tifico (*Le reazioni cutanee all'inoculazione intradermica di*) *nella febre tifoide* 316
Vaccinosi accidentale (Sovra alcuni casi di). Contributo clinico, anatomo-patologico, sperimentale 77
Vaccinoterapia e vaccinoprofilassi antipertossica 1025
Vaccinoterapia intravenosa (*Sopra l'azione e l'uso della*) *in alcune malattie infettive* 93
Vaccinoterapia locale (Sulla) con filtrati batterici nelle pielonefriti croniche 404
Vaccinoterapia (Note di pratica) 833
Vaccinoterapia (*Sulla*) *locale* 279
Vaccinoterapia (Sulla) nella tubercolosi polmonare 31
Vaccinoterapico (Trattamento) le affezioni ginecologiche 832
Vaiuolo emorragico 851
Valvola (La) rettale di Houston 259
Vagina artificiale (L'operazione di Baldwin per la costruzione di una) 687
Vaginali (Iniezioni) 522
Vaginiti infantili non gonococciche (La diagnosi differenziale delle) 1230
Vaginale (Nuovo metodo per correggere l'inversione) completa con o senza prolasso totale 474
Varicella (Contributo clinico alla conoscenza dei rapporti fra herpes zoster e) 495
Varicella (Herpes zoster e) 257
Varicella (Una rara complicanza nervosa della) 786
Varici (Iniezioni endovenose nella cura delle) 808
Varici (Iniezioni zuccherine combinate con l'allacciatura delle vene nella cura delle) 236
Varici (Le iniezioni sclerosanti nella cura delle) 782
Varici (Soluzioni di glucosio ad alta percentuale nella terapia delle) 599
Varicocele (Il) pelvico 838
Varicocele voluminoso (Flebectomia inguinale per la cura del) 208
Vasale (Il significato delle anomalie essenziali e costituzionali della tonicità) 950
Vasi addominali (Sulla legatura dei grandi) 731
Vecchiaia (*Se possa ritardarsi la*) 1147
Velo pendolo (Contributo clinico allo studio delle paralisi postdifteriche del) 265
Velocità di sedimentazione degli eritrociti (Il valore clinico della) 1159
325

= 1719

Digitized by Google

dimentazione dei corpuscoli rossi nella tubercolosi pol- infantile 16
sedimentazione (*Sul valore della*) *dei globuli rossi* 915
(La) di precipitazione in ostetricia e ginecologia 207
(Sulla) di sedimentazione dei globuli rossi del sangue in ie affezioni mentali 255
Velo palatino (Nuova tecnica per operare il) negli interventi naso-faringei 502
Vena cava (Allacciatura della) 1172
Vena cava (Allacciatura della) nella pioemia 494
Vene (Sul significato semejologico della pulsazione delle) superficiali nelle estremità 515
Verdure (Sulla disinfezione delle) e della frutta 931
Vernice caseosa (Si deve lasciare la) al neonato? 471
Veronal (Pseudo-paralisi progressiva da) in soggetto luetico e tossicomane 330
Verruca peruviana (Sull'eziologia della) 177
Versamenti patologici (Sul contenuto in acido lattico dei) 493
Versamenti pleurici (L'esame radioscopico nella diagnosi dei) 949
Vertigini (Diagnosi etiologica delle) 45
Vertigini (Il trattamento chirurgico delle) con l'operazione di Portmann 42
Vesalio (*Notizie e giudizi intorno al*) 284
Vescica (Ascaridi lombricoidi nella) 981
Vescica orinaria (Studio sperimentale sulla rigenerazione della) 1153
Vescichetta biliare (Significato diagnostico dei punti dolorosi frenici cervicali nell'ulcera rotonda dello stomaco, nell'appendicite e nelle affezioni della) 789
Vescichette seminali (Nuova forma di elettrodo per le applicazioni diatermiche della prostata e delle) 667
Vestibolare (La semiottica) 923
Vibrione colerigeno (Soluzione alcali-albuminata per la ricerca del) nelle feccie 496, 521
Vico G. B. (Il pensiero nosologico di) ed un tentativo di ricostruzione del suo perduto libro « De aequilibri corporis animantis » 209
Vie biliari (Di un buon metodo di cura medica nelle affezioni delle) 831
Vie biliari (*L'esame morfologico del contenuto duodenale in alcune malattie delle*) 823
Vie digerenti (Gli spirocheti delle) 371
Vie biliari extraepatiche (Sulla patogenesi delle sindromi delle) 106
Vie biliari (La colecistografia nelle malattie delle) 444
Vie urinarie (*Disturbo delle*) *per ingestione di carni di riccio* 621
Vie urinarie (La esperienza di un radiologo sul valore dei mezzi di contrasto nello studio delle affezioni delle) 1153
Villemin e la tisiologia odierna 1205
Virus filtrabile (*Il*) *in rapporto alla eredità della tubercolosi* 876
Virus filtrabili (Indagini sperimentali sui) ad azione litica nel campo otorinolaringologico 1160
Virus rabico (Sulla presenza del) nei tessuti oculari 762
Virus filtrabile tubercolare (*Studi sperimentali e clinici sulla infezione con il*) 1161
Vita sessuale (Interventi chirurgici in alcune anomalie della) 349
Vitamine e mezzi di conservazione degli alimenti 329
Vitamine (Le) in rapporto alla gravidanza 468
Vitamine (Nuovi contributi allo studio del contenuto in) in vegetali essicati 906
Vitamine (Osservazioni sopra l'azione delle) nelle diatesi emorragiche 1095
Vitamina (Sulla) antirachitica irradiata 657
Voce ascoltata sul cranio (Fisiopatologia del fremito cranio-vocale e) 1106
Voce (Trattamento di alcune malattie della) mediante iniezioni di paraffina nel naso 661
Voce (Sul ripristino della) dopo operazioni demolitrici 661
Volta (*Ricorrendo il I centenario della morte di Alessandro* 933
Volvulo dell'omento 1172
Volvulo dell'S iliaca 802
Vomiti (Come curare i) delle gravide 430
Vomiti da malaria (L'adrenalina nel trattamento dei) 214
Vomiti gravidici (Il trattamento insulinico dei) 494
Vomiti gravidici (La desensibilizzazione aspecifica nella cura dei) 546
Vomito incoercibile delle gravide (Patogenesi del) 734
Vomito incoercibile (L'opoterapia nel) 16
Vomito (*Il*) *nel lattante* 153
Vomito (L'insulina nel) delle gravide 660
Vulpian A. (Commemorazione centenaria) 550

X

Xantoma diabetico (Un caso di) 114
Xeroderma pigmentoso 569
Xerostomia (*La*) 589

Z

Zolfo (*Lo*) *nella terapia dei tumori maligni* 58
Zolfoterapia dei tumori maligni (*A proposito di*) 262
Zooprofilassi (La) per la soluzione del problema malarico italiano 784
Zuccheri (Azione dei vari) introdotti nello stomaco sul tasso glicemico con speciale riguardo al comportamento paradossale di miscele di destrosio con alcuni disaccaridi e col fruttosio 402
Zuccheri Fehling-riducenti (Ricerca nell'urina degli) col metodo micologico del Castellani 182
Zuccheri Fehling-riducenti nelle urine (Il metodo micologico di Castellani e Taylor per la identificazione e la differenziazione degli) 1175
Zucchero (I cloruri e lo) nel liquido cefalo-rachidiano dei meningitici 923
Zucchero (Per la determinazione delle piccole quantità di) nell'urina 44
Zucchero nel sangue (Nuovo micrometodo per la determinazione dello) 1069

PROPRIETÀ LETTERARIA

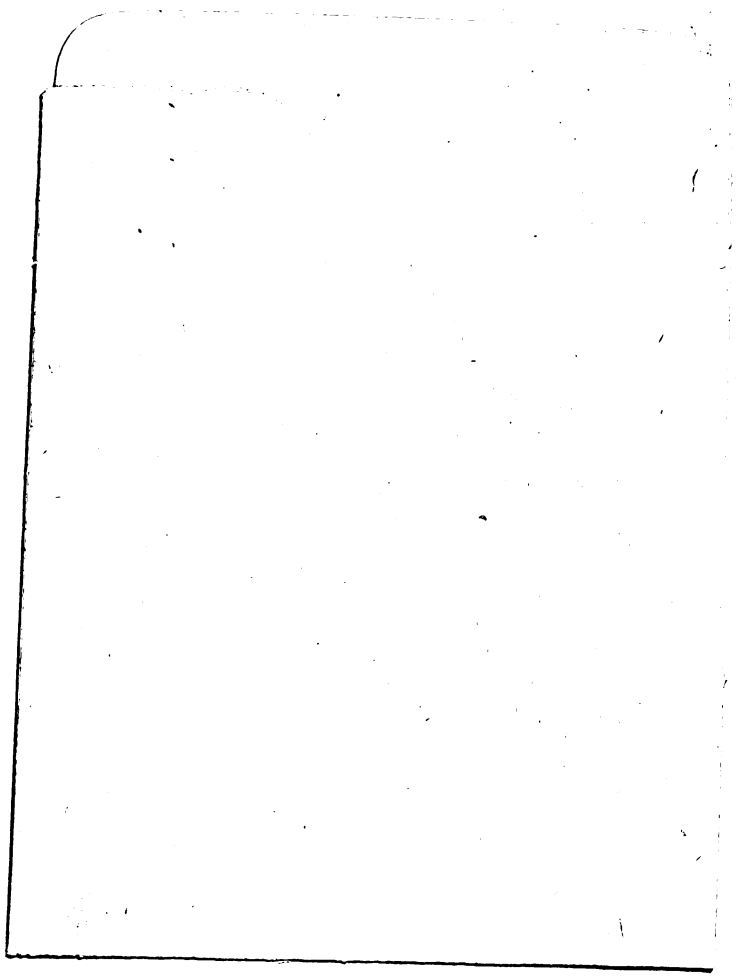
Direttore Responsabile: ALBERTO BOTTI

Stabilimento Tip. G. BARCA - Largo dei Bianchi (Sp. Santo) 1-3 - Napoli

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per anno 43
stack no.126

Riforma medica; giornale internazionale

3 1951 000 275 317 3

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D04S07TAD

Digitized by Google